

# Værdiskabelse for patienten

gennem et nyt videncenter for immunrelaterede bivirkninger



## Masterafhandling

**Vibeke Kirk Parner**

08-10-1966

Holdnummer: MMPGO1005U.XB\_E18

### Fagkoordinator:

Sof Thrane, Lektor, Institut for Produktion og Erhvervsøkonomi, CBS

Gunnar Gjelstrup, Lektor, Institut for Statskundskab, KU

**Vejleder:** Michael Pedersen, lektor, Institut for Ledelse, Politik og Filosofi, Copenhagen Business School

Anslag (tegn inkl. mellemrum): 113.667 sv.t 50 normalsider

# 1 INDHOLDSFORTEGNELSE

---

1	Indholdsfortegnelse.....	2
2	Abstract .....	4
3	Kort fortalt om masterprojektet.....	5
4	Baggrundsviden .....	5
4.1	Onkologisk afd.'s organisationsstruktur:.....	5
4.2	Min placering i organisationen:.....	5
4.3	Hvordan arbejder læger i onkologisk afd .....	6
4.4	Immunterapien historisk set .....	6
4.5	Behandling, udredning og læring omkring bivirkninger til immunterapi.....	7
5	Problemfelt.....	7
5.1	Hvorfor videncenter for immunrelaterede bivirkninger: .....	7
5.2	Mandat .....	8
5.3	Framing.....	9
5.4	Barrierer af betydning ved strategidannelse og implementering.....	9
5.5	Nedslagspunkt i strategiprocesen.....	10
5.6	Min forforståelse for potentielle områder af interesse .....	10
5.6.1	Viden og antal patienter:.....	10
5.6.2	Monofagligt vs. tværfagligt samarbejde: .....	11
5.6.3	Internt magthierarki, forskning og videreudvikling indenfor området: .....	11
5.6.4	Hvad er min forventning til handlingsanvisninger vedrørende den fortsatte ledelsesproces	12
6	Problemformulering .....	12
7	Metode .....	13
7.1	Videnskabsteori .....	13
7.2	Kvalitativt empiriske materiale.....	13
7.2.1	Interessentanalyse:.....	14
7.2.2	Framing af Dagcenter for IR ae's .....	14
7.2.3	Observationsstudie.....	14
7.2.4	Semi-strukturerede interviews.....	15
7.3	Databearbejdning .....	17
7.3.1	Observationsstudiet .....	17
7.3.2	2.ordens interview.....	17
7.3.3	Semi-strukturerede interviews.....	17

7.4	Kvalitetskriterier .....	17
8	Teori.....	18
8.1	Stake holder management teori.....	18
8.2	Magtens tredeling, strukturel, personlig og diskursiv magt.....	19
8.3	Motivation .....	19
9	Analyse .....	20
9.1	Interessent analyse.....	20
9.2	Observationsstudie.....	22
9.2.1	Sociale interaktioner:.....	22
9.3	Semi-struktureret interview .....	26
9.3.1	Magtens tredeling .....	26
9.3.2	Motivation .....	31
9.4	Primære fund efter samlet analyse af empiri: .....	33
10	Handlingsanvisning.....	34
11	Diskussion og perspektivering.....	36
11.1	Undersøgelsens design.....	36
11.2	Undersøgelsens fund omkring magt og motivation.....	37
11.3	Undersøgelsens fund omkring det ledelsesmæssige spændingsfelt – med risikoanalyse.....	39
11.4	Perspektivering.....	39
12	Konklusion .....	40
12.1	Delspørgsmål 1: Hvordan identificeres relevante medlemmer til koalitionen? .....	40
12.2	Delspørgsmål 2: Hvilke magt- og motivationsfaktorer kan identificeres hos medlemmer af koalitionen omkring videncentret? .....	40
12.2.1	Fund vedrørende magt:.....	40
12.2.2	Fund vedrørende motivation: .....	41
12.3	Delspørgsmål 3: På hvilken måde kan identificering af magt og motivationsfaktorer være handlingsanvisende for mig i ledelsen af strategiprocesen?.....	41
12.3.1	Handlingsanvisning rettet mod koalitionen: .....	41
12.3.2	Handlingsanvisning rettet mod gruppen af praktiske udøvere:.....	41
13	Egen læringskurve .....	42
14	Litteratur.....	44
15	Ordliste .....	45

## 2 ABSTRACT

---

**Background:** The department of oncology is structured into stand alone units each specialized in treatment of specific cancer types. The structure is a result of ongoing focus on treatment mastery with respect to the different specific cancer types. As a result each team possesses the highest degree of knowledge currently available with respect to their area and until now this has been the natural way of structuring the work to maximize the quality of outcome. With the introduction of immunotherapy as a treatment option to several cancer types existing expert knowledge now needs to be transferred from one specific team to others. In order to do so a new center concerning immunotherapy related side-effect is being planned. **Aim:** This thesis focus on the very early strategyprocess in which a coalitions to conduct the strategy will be made. Acknowledging the many obstacles a strategy can faced I will disclose different levels of power and different types of motivation among members of the coalition in order to gain in-sight about how to lead the strategyprocess to come. **Theory:** For the analysis I have used theory by Mitchell regarding stakeholder management, by Fogsgaard regarding the triangle of power with specific focus on structural, personal and discursive power and finally by Le Grand regarding intrinsic and extrinsic motivation. **Methods and analysis:** Using a phenomenological approach data have been collected and analyzed with specific focus on power manifestations and motivational factors through participating observation, un-structured and semi-structured interviews. Afterwards data have been analyzed using the theoretical approach and leadership guidelines have been extracted. **Conclusion:** the data reveiled large differences in structural, personal and discursive power among members of the coalition as well as differences according to motivation leaving a large field of tension to approach in the leading process going towards the establishment of a new knowledge center for immunorelated side-effects.

### 3 KORT FORTALT OM MASTERPROJEKTET

---

Denne masterafhandling handler om processen med at få skabt en levedygtig koalition, der kan tage ejerskab på og videreudvikle strategien for et planlagt VidenCenter for ImmunRelaterede bivirkninger. Koalitionen består af ledere i afdelingen og faglige fyrtårne fra 3 forskellige behandlerteams, hvoraf det ene besidder stor magt i form af teoretisk og praktisk viden grundet immunbaseret patientbehandling gennem flere år, mens de 2 andre besidder lille magt grundet relativt nyetablerede behandlingsindikationer til deres gruppe af patienter. Det nye videncentret er fremet under overskriften værdiskabelse for patienten. Alle har taget ejerskab på denne overordnede rammesætning, alle er enige i at forståelse og behandling af immunrelaterede bivirkninger er et af de områder vi mangler udvikling indenfor.

Undersøgelsen gennemføres for at afdække magt og motivationsforhold blandt koalitionen medlemmer, da man kan frygte at magtbalance og forskellige motivationsfaktorer trods denne fælles overordnede rammesætning kan påvirke koalitionen medlemmer og medføre at arbejdet i koalitionen bevæger sig i forskellige retninger. Håbet er at kendskab til magt og motivation blandt koalitionen medlemmer kan give mig handlingsanvisning til ledelsesprocessen målrettet koalitionen og koalitionen medlemmer individuelt. Undersøgelsen vil i et fænomenologisk perspektiv bevæge sig omkring en interessentanalyse, over et observationsstudie til dybdegående interviews mhp at forstå de involveredes motivation til at indgå i arbejdet med dannelse og drift af videncentret og mhp på at få afdækket deres opfattelse af egen og øvrige medlemmers rolle i koalitionen.

### 4 BAGGRUNDSVIDEN

---

#### 4.1 ONKOLOGISK AFD.'S ORGANISATIONSSTRUKTUR:

Ledelsen i onkologisk afd. kan beskrives i et klassisk organisationsdiagram med afdelingsledelsen øverst, bestående af en ledende overlæge og en ledende oversygeplejerske. Herunder og sideordnet i alt 7 fagteamledelser. De 5 af disse er fagteamledelser for ambulatoriet, hvor der varetages elektiv behandling af specifikke cancersygdomme. De øvrige 2 fagteamledelser omfatter stråleterapien og sengeafsnittet, hvor der varetages elektiv såvel som akut behandling af alle cancersygdomme. Fagteamledelserne har ansvar for høj specialiseret behandling, uddannelse af personale, drift, tværfagligt samarbejde og at teamet arbejder ud fra afdelingens etiske standarder. Det endelige personaleansvar (hyre/fyre) ligger alene hos afdelingsledelsen (bilag 1).

#### 4.2 MIN PLACERING I ORGANISATIONEN:

Jeg er ansat som overlæge på onkologisk afd, Herlev Hospital med ledelsesmæssigt ansvar som leder af onkologisk sengeafsnit og som del af det onkologiske team der varetager behandling af cancersygdomme udgående fra mave/tarm, bugspytkirtel samt lever. Jeg har været ansat i samme

stilling siden august 2013. Parallelt med dette har jeg gennem en årrække varetaget forskellige forandringsprocesser og implementeringer i afdelingen og har været involveret i de fleste større tværgående forandringsprocesser. Senest har jeg en stor rolle i implementering af SundhedsPlatformen (SP) som afdelingens overordnede tovholder med internt og eksternt ansvar ift uddannelse, opbygning, netværk etc. Fortløbende hermed er jeg implementeringsansvarlig for Patient Ansvarlig Læge (PAL) i afdelingen. Jeg trives i forandringsprocesser og motiveres af tiltag der øger kvaliteten af det lægelige arbejde fra patient og fra lægeperspektiv. Mit engagement er kendt og accepteret i afdelingen generelt, og jeg oplever i de fleste processer accept af mit lederskab af implementeringsprocesser på trods af de enkelte fagteamleders egenhåndtering af patientforløb i deres ambulatorier.

### 4.3 HVORDAN ARBEJDER LÆGER I ONKOLOGISK AFD

Som det fremgår af organisationsstrukturen for onkologisk afdeling foregår arbejdet med patienter opdelt i teams afhængigt af grundsygdom for patienten. Der er tværgående funktioner som sengeafsnit og stråleterapi til brug ved svær akut sygdom, men selv her forsøges de enkelte sygdomsgrupper varetaget af speciallæger med viden indenfor netop deres område. Der er således en højtspecialiseret monofaglig tilgang og en betydelig søjleopdeling med udgangspunkt i cancerdiagnose. Behandlingsalgoritmer er udviklet specifikt til specifikke sygdomme, ofte uden sideblik til relaterede sygdomsgrupper. Samme monofaglige tilgang gør sig også gældende efter at vi i tiltagende grad behandler med immunterapi til forskellige cancersygdomme. Behandlingen tilrettes den specifikke cancersygdom, håndtering af bivirkninger læres i den specifikke søjle. De enkelte teams har ikke systematisk læring fra hinanden, afholder forskellige læringsdage med brug af forskellige netværkspersoner og der foretages ikke systematisk lagring af viden. Der er således brug for en gentænkning af samarbejde internt i afdelingen mhp læring og videndeling.

### 4.4 IMMUNTERAPIEN HISTORISK SET

Immunterapi omhandler modulering af patientens eget immunforsvar mhp øget bekæmpelse af cancerceller. Udvikling af immunterapi er sket ved massiv basalforskning verden over. Danmark, og Herlev Hospital, har tidligt været involveret i forskning og udvikling indenfor området og allerede i 2006 blev Center for Cancer Immune Therapy (CCIT) oprettet. CCIT er internationalt anerkendt og et af de førende institutter for nyudvikling og klinisk afprøvning af nye terapeutiske muligheder. Ledelsen i CCIT består af en trio, hvoraf den onkologiske ankermand er professor på onkologisk afd, Herlev hospital (IMS). IMS har således tidligt været dybt involveret i faglig udvikling indenfor området hvor fokusområdet har været metastatisk malignt melanom (mMM) (modermærkekræft med spredning). Hun er ankermand på den fortsatte faglige udvikling og sidder i nationale og internationale boards mhp faglig udvikling og mhp behandling af bivirkninger tilknyttet behandlingen.

Behandling med immunterapi har historisk været knyttet til forsøgsprotokoller og til behandling af mMM. Immunterapi blev indført som standardbehandling i 2013, i første omgang som 2. linie behandling til patienter med mMM. Siden er udviklingen gået stærkt og behandling med immunterapi er i dag standard 1. linie behandling til en stor gruppe af patienter med mMM,

ligesom behandlingen har vist sig effektiv hos patienter med lungecancer, mens mindre grupper af patienter med blærecancer, nyrecancer og prostatacancer også er vist at kunne profitere af behandlingen.

#### **4.5 BEHANDLING, UDREDNING OG LÆRING OMKRING BIVIRKNINGER TIL IMMUNTERAPI**

Kompetencerne på onkologisk afd. er varierende hvad angår behandling og varetagelse af bivirkninger til immunterapi. Dette kan i stor grad tilskrives den søjleopdelte struktur hvor viden omkring behandling er bundet til daglig håndtering af patienter og patientantal, til forskningsaktivitet og til involvering i håndtering af bivirkninger. Der er et godt samarbejds miljø og man udnytter hinandens kompetencer, men der er ikke etableret et formelt tværgående læringsmiljø vedr. immunterapi og tilhørende bivirkninger. Dette gælder internt i afdelingen såvel som eksternt ved samarbejde med tilstødende specialer. Bivirkninger til immunterapi graderes fra grad 1 (milde bivirkninger) til grad 5 (død). Grad 2 og til dels grad 3 bivirkninger kan varetages i teams med stor erfaring, hvor kun de sygeste vil have behov for indlæggelse, mens flere patienter med mindre voldsomme bivirkninger vil blive indlagt i teams hvor erfaringen ikke er stor. Når patienter indlægges til udredning og behandling overgår udredning og behandling til stuegangsteamet. Her vil der ofte være behov for vurdering og evt. behandling fra andre specialer. Der er ikke aktuelt opbygget en sikker algoritme for indhentning af specialistviden hos disse patienter. Læringen forskydes således væk fra primærbehandler til sengeafsnittet, med en ikke systematiseret indhentning af specialistviden og med manglende lagring af viden til følge, i teams, på tværs af teams og mellem specialer.

## **5 PROBLEMFELT**

---

### **5.1 HVORFOR VIDENCENTER FOR IMMUNRELATEREDE BIVIRKNINGER:**

Onkologisk behandling har i årtier været domineret af tre behandlingsmetoder: targeteret behandling, kemoterapi og strålebehandling. Behandlingerne er bivirkningstunge, og der er over tid udviklet et arsenal af understøttende behandlingsmetoder til hjælp for patient og læge i håndtering af disse bivirkninger. Den seneste modalitet – immunterapi, ændrer fundamentalt ved behandlingsprincipperne, idet behandlingen består af en aktivering af patientens eget immunforsvar til bekæmpelse af "fremmed" cellemateriale i kroppen, mens de øvrige behandlingsprincipper tager udgangspunkt i at tilføje kroppens fremmede celler en udefrakommende ødelæggelse. Aktivering af eget immunforsvar kan medføre en række mere uforudsigelige bivirkninger, der er uforudsigelige over tid og i intensitet.

Cancersygdomme er forskellige, afhængigt af det væv i kroppen canceren tager sit udgangspunkt i. Der er derfor udviklet specifikke behandlingsmetoder målrettet de enkelte cancertyper. Udviklingen og forskningen er accelereret især op gennem 00'erne og i dag varetages højt specialiseret cancerbehandling af speciallæger i sygdomsspecifikke teams hvor man kun ser få

sygdomsgrupper. Specialiseringen har været tiltagende i takt med større forståelse for den enkelte vævcelles anatomi og kræftcellens specifikke vækstegenskaber i de forskellige væv. Introduktion af immunterapi bryder med denne specialisering, idet der nu er et enslydende behandlingstilbud på tværs af forskellige cancersygdomme. Aktuelt er immunterapi ikke et universelt behandlingstilbud til alle cancersygdomme, men der er set behandlingsgennembrud indenfor få sygdomme, mMM, nyrecancer, lungecancer. Det forudses at behandlingsindikationerne vil udvides betragteligt indenfor de kommende år. De enkelte teams skal således varetage dels højt specialiseret traditionel cancerbehandling, dels ny immunmodulerende behandling, og kunne vurdere, udrede og behandle de immunrelaterede bivirkninger der opstår og som ofte er uspecifikke i deres udtryksform.

Indlagte patienters behandling varetages af et varierende arsenal af yngre læger og speciallæger der jf søjleopdeling ikke nødvendigvis er bekendt med immunterapibehandling fra ambulatoriet. Patienterne konfereres med speciallæger dels fra det behandlende team, dels med speciallæger fra tilstødende specialer efter behov, men i og med at bivirkningsprofilen er relativ ny indenfor det onkologiske behandlingsområde kan rådgivning variere. Ligeledes vil vejledning ang. udredning og behandling fra tilstødende specialer variere, idet man også her vil møde læger med varierende baggrund og interesse for ImmunRelaterede bivirkninger (IR ae's).

Der er derfor behov for oprettelse af ét VidenCenter for ImmunRelaterede bivirkninger (VC IR ae's). Videncentrets overordnede mål skal være værdiskabelse med patienten i centrum ved at fokusere på indsatsområder omkring vurdering, udredning og behandling af patienter med immunrelaterede bivirkninger på tværs af teams internt i onkologisk afdeling og eksternt i samarbejde med de tilstødende specialer.

## 5.2 MANDAT

Ideen til VC IR ae's er spiret hos mig, udfra mit daglige virke blandt patienter indlagt med disse problemstillinger. Jeg er involveret i udredning og behandling af en stor del af de patienter der indlægges med de med sværeste bivirkninger, men varetager ikke selv behandling med immunterapi. Jeg har ikke en egen faginteresse omkring cancerbehandlingen, men har primært en interesse i at vi dygtiggør os indenfor behandling af bivirkninger.

Nye funktioner i afdelingen hvor vi sætter retning for afdelingens indsatsområder, hvor der sker omfordeling af ressourcer og økonomiske prioriteringer skal være afstemt med afdelingsledelsen. Jeg har derfor præsenteret ideen for min leder ved MUS i maj 2018. En anden væsentlig spiller på denne bane er lederen af CCIT som ligeledes varetager behandling af mMM. Hun er og har været involveret i udvikling af behandling på verdensplan, og er en faglig kapacitet i særklasse. Jeg har derfor efter MUS-samtale med min leder haft skriftlig og mundtlig kommunikation med hende og præsenteret ideen om VC IR ae's, tanker om funktion, drift og involverede parter, idet jeg er bevidst om at hendes accept og deltagelse vil være helt afgørende for oprettelse af centret. Kvaliteten i den daglige drift vil i opstartsfasen ligeledes være afhængigt af at teamet omkring mMM er deltagende. Afdelingsledelsen og lederen af CCIT ser som jeg et behov for at øge



kvaliteten af behandlingen vedrørende IR æ's til gavn for afdelingens patienter aktuelt og til gavn for Sjællands patienter på sigt. Jeg har derfor ledelsesmæssigt fuld opbakning til projektet.

### 5.3 FRAMING

Kahneman <sup>(1)</sup> beskriver framing som et bevidst valg af ordlyd med bestemt betydning. Der vil således være stor forskel på engagement i og legitimitet omkring et nystartet videncenter afhængigt af den framing projektet italesættes i. Den framing vi (afd. ledelse, leder af CCIT og mig) i fællesskab er enige om at italesætte er værdiskabelse for patienten. Værdiskabelse forstået dels patientnært med fokus på udredning, vurdering og behandling af den konkrete patient, dels med fokus på den overordnede gruppe af patienter og den værdi indsamling af viden i afdelingen, nært samarbejde med et netværk af tilknyttede afdelinger, dannelse af gode IT-systemer som underbyggende for patientbehandling, samarbejde på tværs af teams og læring af hinanden kan tilføre afdelingen. Framing er dels sket gennem mailkorrespondance og "korridorsnak" dels gennem mikrotaler (hvor interessenterne er tilstede) med brug af retorikkens appelformer <sup>(2)</sup> hvor logos er eksemplificeret ved patientcases og udvalgte behandlingsscenarier, pathos er brugt bevidst til påpegning af inkonsistens og mangler i udvalgte patientcases og hvor jeg har især har benyttet min indirekte ethos-appel med kollegers accept af mig som vidende og indsigtfuld angående emnet.

### 5.4 BARRIERER AF BETYDNING VED STRATEGIDANNELSE OG IMPLEMENTERING

Teorier og praktisk erfaring peger på at jo grundigere et strategiarbejde forberedes, desto større sandsynlighed er der for at strategien vil leve i organisationen. Der er i store organisationer såvel som i litteraturen mange eksempler på gode ideer til forandring der iværksættes som strategiproces, men hvor strategien aldrig kommer til at leve i organisationen <sup>(3), (4), (5)</sup>. Der kan være mange årsager til manglende strategiforankring, dels i ledelselaget dels længere nede i organisationen når strategien skal implementeres. I ledelselaget skal der være enighed om ide og værdien af forandringstiltaget, der skal dannes en koalition af betydende interessenter, der skal skabes en vision og kommunikationen skal være klar. Længere nedad i organisationen skal strategien sælges som både uomgængelig, visionær og med fokus på den værdi strategien vil tilføre organisationen. Når det alligevel ind i mellem går galt et sted i strategiprocesen kan det skyldes multiple faktorer: Den initiale ide var ikke god, men blev gennemtruffet af en stærk leder og ignoreres længere nede i systemet. Der var ikke enighed i ledergruppen bag strategien, en uenighed der ikke blev italesat. Visionen var ikke klar, forskellige interessenter arbejder med forskellige mål for øje. Strategien blev ikke ressourcemæssigt prioriteret i organisationen, både ifa humane og non-humane ressourcer. Visionen med forandringen blev ikke italesat længere nedad i organisationen hvorved medarbejdere lavede deres egen forståelse af hvorfor forandringstiltaget blev gennemført etc. Formår lederen af strategiprocesen at identificere og håndtere potentielle barrierer i den strategiske arbejdsproces øges lederens mulighed for at skabe et åbent og visionært ledelsesforum hvor ide, vision, strategi, ressourceallokering etc. kan håndteres til bedste for flest muligt involverede. Håndteres barrierer derimod ikke kan de stoppe, delvist stoppe eller fuldstændigt omdanne en strategi. Ligeledes opfordres der til at beslutningsprocesser laves som såkaldte kaskadebeslutningsprocesser med tydelig afsender, mulighed for tilbagemeldinger, gen-

tænkning og gen-kommunikation, alt sammen med henblik på at skabe mening (rationale), kommitment og handlekraft hos alle involverede parter i processen <sup>(6)</sup>.

## 5.5 NEDSLAGSPUNKT I STRATEGIPROCESSEN

Den overordnede opgave lyder altså på at skabe et videncenter i onkologisk regi. I den proces er der behov for at stille skarpt på det at skabe en koalition med fælles vision hvor der internt i koalition er enighed om mål, ejerskab og klare linier omkring gensidige forventninger for derigennem at sikre strategiprocesen hen mod det overordnede mål. Nedslagspunktet for denne opgave ligger dermed helt tidligt i strategiprocesen, på det tidspunkt hvor strategien endnu ikke er færdigformuleret og hvor der er behov for fælles tankeproces og stort engagement fra aktørerne for at vi kan danne en fælles vej for projektet. For at undersøge dette vil jeg med udgangspunkt i viden omkring barrierer <sup>(7)</sup>, specielt barrieren "fælles forståelse for strategien" og ved hjælp af forskellige analytiske greb (deltagende observationsundersøgelse, semi-strukturerede interviews) undersøge om der internt i den koalition der dannes, er forhold ifa magt og motivation, der skal tages højde for i det forsatte arbejde.

## 5.6 MIN FORFORSTÅELSE FOR POTENTIELLE OMRÅDER AF INTERESSE

I forbindelse med etablering af nye områder i en fagprofessionel verden vil man opnå størst respekt og skabe bedst mulighed for følgeskab fra andre fagprofessionelle hvis den koalition der skal skabe strategien er dannet af de faglige fyrtårne indenfor det nye område. Opnår man enighed i denne gruppe omkring ide, vision, strategi med implementeringsplan og ressourceallokering er vilkårene skabt for en god proces i forhold til det nye tiltag. Der vil dog altid være områder af potentiel konflikt når noget nyt skal skabes, områder som kun kan påpeges af de der kender deres organisation godt. I denne proces drejer det sig om at etablere et tværgående samarbejde med personer der dagligt arbejder i forskellige teams, med forskellig viden og sandsynligvis motiveret af forskellige ting. Dette afsnit vil fremhæve nogle af de områder jeg ser som potentielle konfliktområder.

### 5.6.1 Viden og antal patienter:

Tyngdemæssigt kan varetage af behandling med immunterapi opdeles i viden og volumen. I EFEK varetages behandling af patienter med mMM. Antalsmæssigt en i onkologisk henseende lille patientgruppe, men med høj morbiditet og mortalitet, hvor immunterapi har medført en behandlingsmæssig revolution med 25-40% langtidsoverlevende. De behandlingsansvarlige læger i EFEK har mere end 10 års erfaring i behandling med immunterapi og relaterede bivirkninger, ligesom de er involverede i videreudvikling af fagområdet via CCIT. Lederen fra CCIT er som nævnt også leder af teamet omkring mMM. I lungeteamet varetages behandling af patienter med lungecancer. En behandling der traditionelt har omhandlet stråleterapi, kemoterapi og målrettet behandling mod specifikke signalveje i cellen, targeteret behandling. Der er indenfor de seneste få år påvist effekt af behandling med immunterapi til patienter med lungecancer med mindre morbiditet til følge sammenlignet med standardbehandlinger. Antalsmæssigt forventes lungecancer at blive den største gruppe i behandling med immunterapi. De behandlingsansvarlige læger i lungeteamet har få års erfaring med behandling med immunterapi og til få patienter. De er

derfor mindre erfarne i forhold til at behandle de forventede IR ae's. Endeligt er der UG-teamet der varetager behandling af patienter med cancersygdomme udgående fra nyre, fraførende urinveje og prostatae. Behandlingen har som ved lungecancer været traditionel behandling hvor nyrecancer dog har vist mindre følsomhed for standardbehandlinger. Der er indenfor de seneste få år også her påvist effekt ved immunterapi. Antalsmæssigt er immunterapi til sygdomme udgående fra urinvejene lille. De behandlingsansvarlige læger i UG-teamet har få års erfaring med behandling med immunterapi og til få patienter. Der er ikke umiddelbart udsigt til at området vil vokse eksplosivt. De involverede læger er derfor mindre erfarne i forhold til at behandle forventede IR ae's. Hverken HT teamet eller UG teamet er involveret i forskning omkring immunterapi eller IR ae's.

### 5.6.2 Monofagligt vs. tværfagligt samarbejde:

Lægerne har pgra de senere års specialisering indenfor de enkelte cancersygdomme vænnet sig til at arbejde monofagligt, dvs. indenfor netop deres specialistområde, hvor de er vant til at være de fagligt dygtigste. Lægerne er ikke vant til at arbejde på tværs af specialer, og ikke vant til at håndtere andre patientgrupper. Arbejder man på tværs af teams vil der være områder hvor man som specialist ikke er den dygtigste, fx hvis man skal behandle IR ae's hos en patient med nyrecancer, men er lungecancer specialist. Dette vil kunne være problematisk i forhold til lægens opfattelse af den ydelse man helst vil præstere. Ligeledes har vi de sidste 2-3 år arbejdet intensivt på at få PAL integreret i det daglige arbejde, således at forstå at PAL er involveret når der kommer påvirkning undervejs i et planlagt behandlingsforløb der gør at behandlingsplanen må revideres. Tilstedeværelse af IR ae's er en sådan hændelse hvor PAL normalt ville skulle med ind over den fortsatte behandlingsplan. PAL princippet har skabt god mening for patient og for mange læger, og når der nu planlægges en ny enhed hvor patienter der bryder deres behandlingsforløb skal ses, kan dette udløse frustration, da det er noget vi har italesat og arbejdet intensivt for at kunne gennemføre. Der vil sandsynligvis være behov for PAL samtaler ved siden af forløbet i VC IR ae's mhp afklaring af det videre behandlingsforløb.

### 5.6.3 Internt magthieraki, forskning og videreudvikling indenfor området:

De faglige fyrtårne er alle strategisk selvledende medarbejdere. Strategisk selvledende medarbejdere er kendetegnet ved at perspektivet for deres arbejdsaktivitet er rettet mod den værdiskabende kerne i arbejdet. Deres opfattelse af opgave, mål og forretning udspringer af et konstant tilbagerettet blik mod det bidrag de kan yde til virksomheden<sup>(8)</sup>. Dvs. de er alle vant til at arbejde på kanten af deres arbejdsfelt, hele tiden på udkik efter nye, bedre, udviklende arbejdsområder. At få sådanne medarbejdere til at arbejde sammen på tværs i en koalition hvor nogen har mere magt end andre og hvor motivation vil spænde vidt kræver et godt ledelseshåndlag. Nogle vil være motiveret af forskning og det at skabe resultater, andre vil være motiveret af at skabe gode patientforløb i egen organisation, for hele Sjælland eller måske for hele Danmark. Det er her det er synligt at det er nødvendigt med en fælles forståelse af strategien da medlemmernes forskellige magt og motivation let vil kunne gøre at strategien stikker af i forskellige retning afhængig af den enkelte. Man må forvente en potentiel konflikt omkring magtrelationer og ejerskab, men kan også fra samme type medarbejdere forvente en høj grad af intrinsic motivation<sup>(9)</sup>.

#### 5.6.4 Hvad er min forventning til handlingsanvisninger vedrørende den fortsatte ledelsesproces

Mit valg med at se ind i den proces der omhandler at få skabt en levedygtig koalition, der kan tage ejerskab på og videreudvikle strategien for videntret er taget i bevidstheden om at barrieren "fælles forståelse for strategien" ligger snublende nær i denne proces. Jeg skal samle en koalition bestående af faglige fyrtårne fra 3 forskellige teams, hvoraf det ene besidder stor magt og har meget at byde ind med videnmæssigt og patientrelateret grundet års arbejde inden for området mens de 2 andre i den henseende besidder lille magt og har relativt lidt at byde ind med. Alle i koalitionen har accepteret ideen med et fælles center, alle kan se at IR ae's er et af de områder vi virkelig mangler udvikling indenfor, men når centret skal leve i virkeligheden er det svært ikke at frygte konflikter omkring magt, retning, ejerskab etc netop pga disse magtforhold. Undersøgelsens delelementer udføres for at gøre mig klogere på de magtrelationer der er medlemmerne imellem og på hvilke motivationsfaktorer der driver udvalgte medlemmer af koalitionen. Håbet er at et udvidet kendskab til magt og motivation og krydspunkter mellem de 2 faktorer hos udvalgte medlemmer af koalitionen kan give mig handlingsanvisning til ledelsesprocessen målrettet disse medlemmer individuelt og koalitionen som helhed.

Disse samlede overvejelser har ført mig frem til følgende problemformulering hvor jeg forsøger at identificere og analysere ovenfor nævnte problematikker mhp at få skabt en levedygtig koalition, der kan tage ejerskab på og videreudvikle strategien for VC IR ae's.

## 6 PROBLEMFOMULERING

---

- 1: Hvorledes kan afdækning af magt og motivationsfaktorer bidrage til succesfuld etablering og ledelse af den koalition der skal danne strategien omkring et projekteret Videntcenter for immunrelaterede bivirkninger

### ***Underspørgsmål:***

- Hvordan identificeres relevante medlemmer til koalitionen?
- Hvilke magt- og motivationsfaktorer kan identificeres hos medlemmer af koalitionen omkring videntret?
- På hvilken måde kan identificering af magt og motivationsfaktorer være handlingsanvisende for mig i ledelsen af strategiprocesen?

# 7 METODE

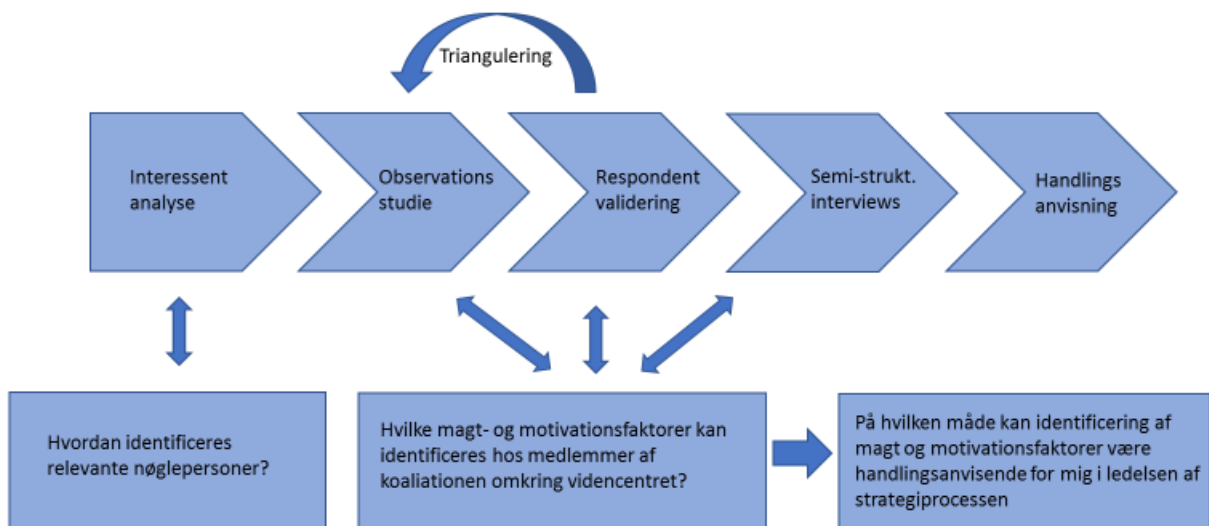
## 7.1 VIDENSKABSTEORI

Denne undersøgelse tager sit udgangspunkt i et ønske om at få fænomenerne magt og motivation belyst i deres kompleksitet. Jeg er interesseret i at få viden om koalitionsmedlemmernes tanker omkring ide og vision for VC IR æ's. Jeg er også interesseret i at få viden omkring koalitionsmedlemmernes forestilling omkring samarbejde, deres forestilling om hvem der gør hvad, for hvem og hvornår ligesom jeg ønsker viden om hvad de motiveres af i forhold til VC IR æ's. Denne viden vil blive erkendt ved observation af og interview med medlemmer af koalitionen for VS IR æ's og deres forholden sig til hinanden.

Ontologisk anskues virkeligheden således flertydig og afhængig dels af den enkelte deltages observationer såvel som den kontekst deltageren indgår i, epistemologisk anerkendes at undersøgerens subjektivitet (min) samt vores fælles kontekst spiller ind i erkendelsesprocessen.

Videnskabsteoretisk tager jeg derfor afsæt i det fænomenologiske perspektiv. Begrebet "livsverden" er centralt i fænomenologien og beskriver den sociale, kulturelle og historiske kontekst som subjektet erfarer og fortolker ud fra <sup>(10)</sup>, <sup>(11)</sup>. Da jeg ønsker at undersøge potentielle konfliktområder vedrørende magt og motivation for derved at opnå et bedre ledelsesgrundlag i strategiprocesen synes det fænomenologiske perspektiv ideelt. Undersøgelsens tilgang vil være at interviewpersoner i åben, nysgerrig dialog kan og vil berette om deres fortolkninger af den livsverden, den sociale, kulturelle og historiske kontekst de befinder sig i på onkologisk afd. og blandt deres kolleger.

## 7.2 KVALITATIVT EMPIRISKE MATERIALE



**Figur 1: skematisk visning af undersøgelsens processuelle design med triangulering. Sammenhæng mellem delspørgsmål og undersøgelsens delelementer er fremhævet visuelt ved pile.**

### 7.2.1 Interessentanalyse:

Arbejdet med indsamling af empirisk materiale til underbygning af min undersøgelse tager udgangspunkt i en interessentanalyse omkring VC IR a's. Udvælgelse af relevante interessenter sker med henblik på dannelse af en koalition som skal være det bærende grundlag for det efterfølgende arbejde med strategi og vision for videntretet. Gennem udarbejdelse af et mind-map hvor alle interessenter indplaceres vil interessenterne efterfølgende blive grupperet i forhold til 3 kvalitetskriterier: magt, legitimitet og vigtighed <sup>(12)</sup>. Opfylder en interessant 3 kvalitetskriterier vil interessenten være et oplagt emne til koalitionen, 2 opfyldte kvalitetskriterier kan præsentere en mulig interessant, mens 1 opfyldt kvalitetskriterie vil medføre en kategorisering som latent interessant, der ikke ses som et emne til koalitionen.

### 7.2.2 Framing af Dagcenter for IR æ's

Efter indplacering af interessenter i interessenttypologien har jeg i samarbejde med afdelingsledelsen udvalgt relevante værdiskabende interessenter til koalitionen. Der er derefter pågået et arbejde med interesseskabelse og framing for projektet hos disse interessenter <sup>(1)</sup>. Interessenttypologien har identificeret 3 hovedinteressenter og 3 mulige interessenter, hvoraf 2 er udvalgt til deltagelse i koalitionen jf interessentanalysen punkt 9.1. Første led herefter har været møde med afdelingsledelsen (hovedinteressent) mhp begyndende afklaring af ide og vision for VC IR æ's, rammen for første møde samt mit mandat på nuværende tidspunkt i processen. Dernæst har jeg gennem mailkorrespondance inviteret lederen af CCIT og behandlingsansvarlig for mMM (hovedinteressent) tæt ind i arbejdsprocessen med fokus på framing af projektet – formål og relevans. Endelig har jeg henvendt mig til de 5 øvrige udvalgte interessenter gennem mailkorrespondance og "korridor snak" og inviteret dem med i projektet. I denne invitation er taget udgangspunkt i den framing for projektet der løst er dannet efter samtale med de 2 hovedinteressenter.

### 7.2.3 Observationsstudie

Efter identifikation af relevante interessenter til koalitionen er der indbudt til første møde i koalitionen. Dette første møde benyttes som et deltagende observationsstudie med mig som deltagende observatør. Det deltagende observationsstudiet kan jf. Mik Meyer og Justesen <sup>(10)</sup> anvendes til indsamling af data i egen organisation, man skal dog være opmærksom på faldgruber i form af forforståelse der kan hindre klart syn på det undersøgte og at der kan være øget behov for at få observationer valideret, fx ved respondentvalidering. Når man er deltagende observatør i egen organisation forstår man umiddelbart den kontekst det undersøgte tager sit udgangspunkt i, dvs det er ikke svært at forstå øvrige deltagers hverdag og livsverden, "nærhedens vi" er tilstede. Det vanskelige og der hvor opmærksomheden skal rettes mod er vekselvirkningen mellem "nærhedens vi" og distancen hvorfra man observerer frit. En måde at imødegå dette dilemma er respondentvalidering hvor man kan vælge at præsentere deltagere for analysen med henblik på efterfølgende diskussion og tilretninger.

I denne undersøgelse har jeg valgt at bruge observationsstudiet som pilotstudie for dele af de tematikker jeg udfra min forforståelse har ønsket at undersøge nemlig magtrelationer samt motivation blandt deltagere i koalitionen. Observationsstudiet vil blive analyseret mhp magtrelationer, motivationsfaktorer og temaer fremkommet under dialogen. Efter analyse er der

foretaget udvælgelse af personer til efterfølgende semi-strukturerede interviews. Da der kan ligge en metodisk svaghed i at observere i egen organisation, har jeg forsøgt at kompensere for denne svaghed ved at foretage respondentvalidering.

Respondentvalidering foretages ved at benytte en "uvildig" person fra afdelingen som observatør under observationsstudiet, altså respondentvalidering i form af en 2. ordens observation. Observatøren er afdelingens kommunikationsrådgiver, som er valgt på baggrund af personlige egenskaber ifa høj troværdighed, og på baggrund af faglige kvalifikationer med kendskab til retorik og sociale relationer mennesker imellem. Hendes rolle er dels at stå for den tekniske del af undersøgelsen, dvs. optage på lyd og billede, dels at foretage observation og nedskrive reflektive noter undervejs med fokus på magtrelationer samt motivation blandt deltagere i koalitionen. For at få data ang. den ubearbejdede "oplevelse" af observationsstudiet har jeg dagen efter observationsstudiet udført et ikke-struktureret interview med hende med henblik på at få ufiltrerede observationer fortalt.

Analysen af observationsstudiet og det ikke-strukturerede interview vil blive kodet deduktivt. Jeg har ud fra min forforståelse valgt magt og motivation som kodepunkter. Magt vil blive analyseret ud fra magts 3 hovedpositioner, strukturel magt, personlig magt og diskursiv magt <sup>(13)</sup>, mens motivation vil blive analyseret ud fra intrinsisk og ekstrinsisk motivation <sup>(9), 14)</sup>. Observationsstudiet er ikke transkriberet, men analyseret ud fra dels sociale interaktioner deltagerne imellem dels ud fra analyse af dialogen (bilag 2.1). Det ikke-strukturerede interview er transkriberet (bilag 3). Analysen vil tage udgangspunkt i observationsstudiet. De resultater der kan fremanalyses vil derefter blive valideret ved analyse af det ikke-strukturerede interview. Analysen af observationsstudiet skal være gennemført før jeg bevæger mig videre til næste del af det empiriske materiale der ønskes indsamlet, de semi-strukturerede interviews.

Før observationsstudiet gennemførelse er alle deltagere adspurgt om tilladelse til optagelse og senere analyse af processen, ligesom der er udsendt mødeindkaldelse til 1. møde (bilag 5). I mødeindkaldelsen indgår dagsorden for mødet, hvilket i dette tilfælde svarer til en udarbejdet spørge-guide for observationsstudiet.

#### 7.2.4 Semi-strukturerede interviews

Observationsstudiet viser mig et magthierarki i koalitionen, mens motivation kun er omtalt på overordnet plan og mere i form af en fælles ide om vision. Skal jeg have indblik i hvordan jeg bedst kan tilrette min ledelsespraksis er der derfor brug for uddybende interviews mhp uddybende forståelse af magt og motivation blandt koalitionsmedlemmerne. Til dette formål har jeg valgt det semi-strukturerede interview, da denne interviewform i et fænomenologisk perspektiv giver mulighed for at forstå sociale fænomener ud fra aktørens eget perspektiv, og giver aktører mulighed for at beskrive verden som oplevet af den enkelte <sup>(10)</sup>. Det semi-strukturerede henfører til at interviewer kan vælge at fravige sporet i interviewet, hvis interviewsituationen bibringer nye, og ikke tidligere overvejede interessante vinklinger til det adspurgte. Ud fra et fænomenologisk perspektiv er interviewer interesseret i at opnå en grundlæggende viden om aktørens oplevelser og det er derfor vigtigt at der i interviewsituationen etableres et fordomsfrit rum, hvor der ikke er rigtige eller forkerte svar. Spørgsmål stilles som åbne spørgsmål, hvor målet

er at få fyldestgørende beskrivelser af aktørens livsverden. Ligesom i observationsstudier kan der være vanskeligheder ved udførelse af interviews i egen organisation, dels pga af egen forforståelse, men også pga andres forforståelse af mig. Det er derfor vigtigt at have gennemsigtighed omkring hvorfor der gennemføres interviews og hvad de skal bruges til. Alle aktører er trænet i semi-struktureret interviewteknik qua deres daglige patientkontakt, selve situationen med interview og formen for dette er således kendt blandt alle aktører.

#### 7.2.4.1 Spørge-guide og interviewteknik

Spørge-guide til de semi-strukturerede interviews er udformet efter analyse af observationsstudiet med udgangspunkt i udvalgte temaer med relevans for magt, motivation og ledelse mæssige tiltag (bilag 4.1) Temaer af mere teknisk karakter er fravalgt da de ikke vurderes at kunne bidrage til belysning af den aktuelle problematik. Inden interviewet starter har jeg budt velkommen og trukket en linie fra det første møde i koalitionen hvor alle var tilstede frem til dagens interview. 1. del af interviewet tager udgangspunkt i aktøren via en egenpræsentation. Sigtet her er at få et billede af magt, særligt personlig magt, og at få indblik i deltagerens opfattelse af egne kompetencer. 2. del af interviewet udforsker aktørens generelle betragtninger omkring Videncentrets eksistensberettigelse og opgavevaretagelse, omkring samarbejdsrelationer og omkring opfattelse af magt og hierarki internt i koalitionen. Sigtet her er at eksplorere dels diskursiv magt, dels magtpositioner internt i koalitionen. 3. del af interviewet udforsker aktørens motivation gennem åbne spørgsmål ang. værdiskabelse gennem VC IR æ's og gennem direkte spørgsmål til aktørens personlige motivation vedrørende centret. Afslutningsvist sigtes mod udtalelser fra aktøren vedr. ledelse mæssige tiltag, personlig motivation og magtproblematikker. Spørgeguiden er blevet brugt ved alle 3 interviews, der er udført transkription og efterfølgende er der udført deduktivt kodning med magt og motivationsfaktorer som kodepunkter. Jeg vil således ikke udføre pilotinterviews med efterfølgende tilretning. Dette er valgt dels fra et tidmæssigt perspektiv, dels da jeg vurderer at jeg kender min organisation og har en grundlæggende god forståelse af hvor der er behov for uddybende samtale.

#### 7.2.4.2 Udvalgelse af personer til interviews

Stake holder analysen påviste en gruppering af interessenter i væsentlige, mulige og latente interessenter. De udvalgte til koalitionen er alene repræsenteret af væsentlige og mulige interessenter. Væsentlige interessenter er beslutningstagere og retningsgivere, men vil ikke være praktiske udøvere i det planlagte videncenter. Mulige interessenter er beskrevet som personer med magt og legitimitet eller med magt og blik for vigtighed. Disse medlemmer af koalitionen har ikke den strukturelle magt, men kan i kraft af deres faglige fokus, deres personlige engagement og deres viden om hvilken vej onkologien bevæger sig være med til at sætte retning for afdelingens prioriteringer. I denne sammenhæng udgøres de af de personer i koalitionen der i det daglige er praktiske udøvere, og i det planlagte dagcenter som dem hvorimellem arbejdet skal planlægges og fordeles.

Med denne viden for øje har jeg foretaget et valg i forhold til udvælgelse af personer til uddybende interviews. Følgende personer er udvalgt: afdelingslæge fra team EFEK (MD), overlæge fra UG team uden ledelsesansvar (AKM), overlæge fra HT teamet uden ledelsesansvar (GP). Min formodning er at det er her, i det daglige praktiske arbejdsfelt jeg vil kunne se magt og motivation



manifestere sig. Med dette sker samtidig et fravalg af uddybende interview med væsentlige interessenter som i denne sammenhæng primært har ledelsesrolle.

## 7.3 DATABEARBEJDNING

### 7.3.1 Observationsstudiet

Databearbejdning og kodning af observationsstudiet er udført trinvist og mhp at fremanalysere forskellige type af data. Trin 1 består af en kodning af generelle sociale interaktioner. Denne kodning udføres ved at gennemgå observationsstudiet visuelt og auditivt med blik for de sociale interaktioner der opstår mellem deltagere i en koaliation. 2. trin består af kodning i temaer (bilag 2.1: skematisk analyse af observationsstudiet – råmateriale). I 3. trin kodes med magt og motivation som kodningspunkter, samt hvem der er eksponent for det kodede. Jeg vil her tage udgangspunkt i magtens trekant og kode efter strukturel, personlig og diskursiv magt (bilag 2.2), og vedr. motivationsfaktorer kode med udgangspunkt i intrinsic og extrinsic motivation (bilag 2.3).

### 7.3.2 2.ordens interview

Databearbejdning og kodning af 2. ordens interview bruges mhp kvalificering af min analyse af observationsstudiet. Efter transkription gennemføres kodning for 1) generelle sociale interaktioner og 2) magtfaktorer med relation til strukturel, personlig og diskursiv magt og endelig 3) motivationsfaktorer med relation til intrinsic og extrinsic motivation. Kodning fremgår af bilag 3.

### 7.3.3 Semi-strukturerede interviews

Databearbejdning og kodning af de semi-strukturerede interviews er foretaget systematisk og trinvist mhp på at fremanalysere data ifa magt og motivation. Spørge-guiden er planlagt således at starten af interviewet fortrinsvist retter blikket mod magtperspektiver, mens den senere del mere fokuserer på motivation. Der udføres transkription af de 3 semi-strukturerede interviews (bilag 4.2, 4.3, 4.4) 1. trin derefter består af kodning af strukturel, personlig og diskursiv magt mhp forståelse af deltagernes magtpositioner (bilag 4.5). 2. trin udføres mhp kodning af extrinsic, intrinsic og prosocial motivation (bilag 4.6).

## 7.4 KVALITETSKRITERIER

Kohærens og konsistens er forsøgt tydeliggjort dels gennem visuel fremstilling af processen (figur 1) dels gennem en processuel opbygning med systematisk tilgang til problemformulering, teori og empiri. Gennem samme er transperens tilsigtet. Validitet relaterer sig til kvalitative analyse af observationer der er udført. Jeg har anført mine kritikpunkter ang. validitet under de enkelte observationspunkter. Hvad angår reliabilitet tager undersøgelsen udgangspunkt i en specifik organisation med afprøvning af en specifik problemstilling. En lignende undersøgelse med et overordnet datasæt (her observationsstudie) med udbygning via dybdegående interviews vil samstemmende kunne konkludere at jo mere detaljeret der spørges ind desto større indsigt vil man kunne få i bevæggrunde i organisationer, men umiddelbart kan de konkrete data fundet i denne undersøgelse ikke overføres til andre organisationer.

# 8 TEORI

---

## 8.1 STAKE HOLDER MANAGEMENT TEORI

Stakeholder management teorien udvikles i begyndelsen af 80'erne med Freeman som gennem *Strategic Management: a Stakeholder Approach* beskriver stakeholder i en organisation. Freeman beskriver at organisationer for at lede processer må tage udgangspunkt i organisationens værdier og dens grundlæggende kerne (morale). Organisationen skal kende hvilke interessenter der er vigtige, og disse skal inddrages når der tages beslutninger om organisationens mål og når der foretages forandringsprocesser <sup>(15)</sup>. Donaldson og Preston <sup>(16)</sup> udbygger forståelsen af hvem stakeholders er ud fra "The Stakeholder model" og beskriver stakeholder fra et deskriptivt og et normativt udgangspunkt hvor det deskriptive beskriver hvilke betingelser der skal opfyldes for at komme i betragtning som stakeholder (udgangspunkt i organisation og omkringliggende samfund), mens det normative beskriver hvorfor den enkelte person/gruppe/non-humane betragtes som stakeholder. Herudover samskriver Mitchell <sup>(12)</sup> ud fra en omfattende litteraturgennemgang en teori ang. udvælgelseskriterier for stakeholders ud fra tre kvalitetskriterier magt, legitimitet og vigtighed. Ved hjælp af disse kvalitetskriterier kan der udvælges hvem der er en væsentlig og mindst ligeså vigtig hvem der ikke er en væsentlig interessent. Magt i Mitchells terminologi er beskrevet som magt-over med magt i form af hyre/fyre, løn, ressourcefordeling etc. Legitimitet som en egenskab til at være tilstede i kraft af personlighed, eller gennem sociale systemers normer eller værdier og vigtighed som en egenskab til at kunne/måtte prioritere ud fra en tidsfaktor. Når lederen skal definere væsentlige og mindre væsentlige stakeholders kan dette gøres ved at bruge de 3 kriterier og deres indbyrdes forhold, derved fremkommer ialt 7 grupper af stakeholder samt en gruppe der repræsenterer ikke-stakeholders. Hver af disse grupper skal håndteres på forskellig måde i strategiprocessen. Grupperne defineres som latente stakeholders hvor kun et kriterium er opfyldt, mulige stakeholders hvor 2 kriterier er opfyldt og endeligt vigtige stakeholders hvor både magt, legitimitet og vigtighed er opfyldt (bilag 8).

Stakeholder management er udvælgelse af relevante interessenter ud fra interessentens rolle i organisationen. Forstår man hvem og hvor vigtig den enkelte interessent er og håndterer man interessentens forventning og formår man at varetage reel interesseafdækning hos den enkelte interessent forbedres mulighederne for at forberede og gennemføre en strategi. Stakeholder management hører således hjemme både i processen omkring starten på strategiudvikling, i processen undervejs med strategiudviklingen og i implementeringsfasen. Interessentkredsen kan udvides og indskrænkes afhængigt af tidspunkt i processen. Inddragelse af stakeholders skal omfatte gruppen af mulige og vigtige stakeholders mens latente stakeholders kan inddrages både tidligt og senere i strategiprocessen, ofte vil information til denne gruppe dog være tilstrækkelig.

Magt jf Mitchell er beskrevet som simpel magt-over. Der er dog også magt i legitimitet og i retten til at kunne prioritere og der er derfor behov for et mere nuanceret billede på magt. Den videre analyse vil herefter hvad angår magt tage udgangspunkt i magtens trekant ved Fogsgård et al <sup>(13)</sup>, hvor magt beskrives mere komplekst med strukturel, personlig og diskursiv magt. Jeg foretager altså en teoriudbygning idet jeg finder at denne form for magtanalyse vil være mere

fyldstgørende, da der her vil åbnes mulighed for også at kunne analysere den magt der ligger i legitimitet og retten til prioritering.

## 8.2 MAGTENS TREDELING, STRUKTUREL, PERSONLIG OG DISKURSIV MAGT

I takt med udvikling af moderne organisationer og ledelse af samme, har magtbegrebet i organisationer udviklet sig. Tidligere var organisationer typisk ledet klassisk hierarkisk, med tydelig magtfordeling og med gennemsigthed omkring vilkår og konsekvenser. I dag er strukturen i organisationer ofte flad, netværksbaseret og teamorganiseret og magtbilledet er derfor i mange organisationer blevet mere diffust, uden et entydigt centrum og uden en tydelig struktur<sup>(13)</sup>. Lederens rolle er ifølge Goleman inddragelse af multiple ledelsesfacetter med brug af både "hård og blød" ledelse, at forstå den gruppe man leder og at lede denne mod et givet mål<sup>(17)</sup>. I moderne fleksible organisationer forhandles magtpositioner over tid, og det er afgørende at ledere og medarbejdere er bevidste om magtspil, magtrelationer og magtens funktion i netop deres organisation. For at forstå magt i organisationer analytisk beskriver Fogsgård et al.<sup>(13)</sup> magtens trekant med magt funderet i strukturel magt, personlig magt og diskursiv magt. Den strukturelle magt kan ses i et typisk magt over perspektiv, med magtstyrke afhængigt af strukturel position i organisationen. Den personlige magt relaterer til individens unikke og særegne kendetegn, og kan fx være bundet i viden, evne til netværksdannelse, at være rollemodel etc. Denne magt er således funderet i personbaseret autoritet og ikke nødvendigvis bundet til strukturel magt. Den diskursive magt kan beskrives som den magt der kommer fra fortællingen om organisationen. Dette kan være dels i åbne narrativer, men også ligge indlejret i implicite opfattelser af hvad organisationen vil. Man bruger her begreber som normalisering hvor enkeltmedlemmer disciplinerer sig selv og andre mhp den fremherskende magtdiskurs.

## 8.3 MOTIVATION

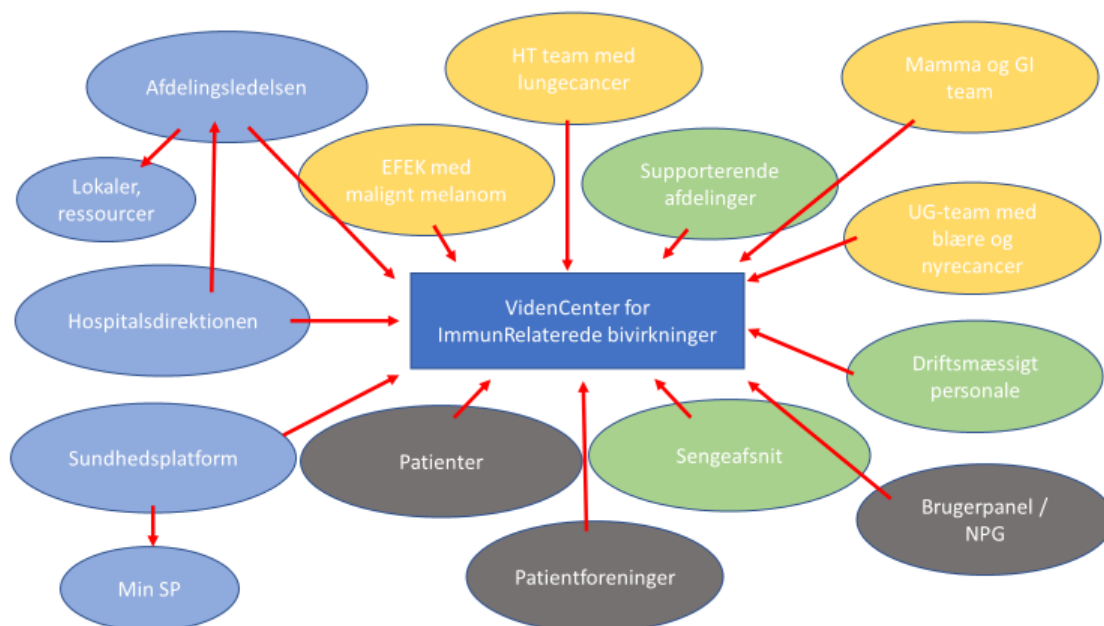
Motivation blandt offentlige ansatte beskrives i litteraturen forskellig fra den motivation der er at finde blandt ansatte i den private sektor<sup>(9), (14)</sup>. Le Grand<sup>(14)</sup> beskriver den offentlige ansatte ved hjælp af 2 ekstremer, medarbejderen hvis motivation udpringer af uegennytte og altid med borgerens/patientens bedste for øje, og medarbejderen hvis motivation udpringer af egennytte med borgeren/patienten som omdrejningspunkt for personlig tilfredsstillelse. Den uegennyttiges tilgang til borger/patient kan igen opdeles i paternalistisk hvor man handler på borgerens/patientens vegne ud fra at "vide bedre" eller en gennemgribende altruistisk tilgang hvor det alene er borgerens/patientens tilgang der er styrende for motivationen. De fleste medarbejdere i den offentlige sektor vil befinde sig på et kontinuum mellem disse to ekstremer og være drevet dels af egennytte (ekstrinsic motivation), fx personlig anerkendelse for faglig kunnen eller tilkæmpede arbejdsvilkår og dels gennem uegennytte (intrinsic motivation) fx påtagelse af ekstraopgaver idet man ved at opgaven skal løses også selv om der ikke aktuelt er tid og plads, fx når det drejer sig om patienter. Der beskrives endvidere en særlig motivationform blandt offentlige ansatte - prosocial motivation<sup>(9)</sup> som omfatter ansattes vilje til at gavne et andet menneske og endelig public service motivation, evnen til at gøre noget for et andet menneske i forståelsen af at levere offentlige ydelser. Er man overvejende intrinsic motiveret kan hårde

styringsformer som performance management eller patientinddragelse hos den paternalistisk tænkende uegennyttige medarbejder virke demotiverende, dette kaldes crowding out. Crowding in på den anden side beskriver en øget motivation og ses i hele spektret af motiverede medarbejdere, fx hos den primært intrinsict motiverede i samspil med brugere der kan inddrages eller hos de primært ekstrinsict motiverede ved fx at aftager har en stemme og dermed øger fokus på ydelser der produceres.

## 9 ANALYSE

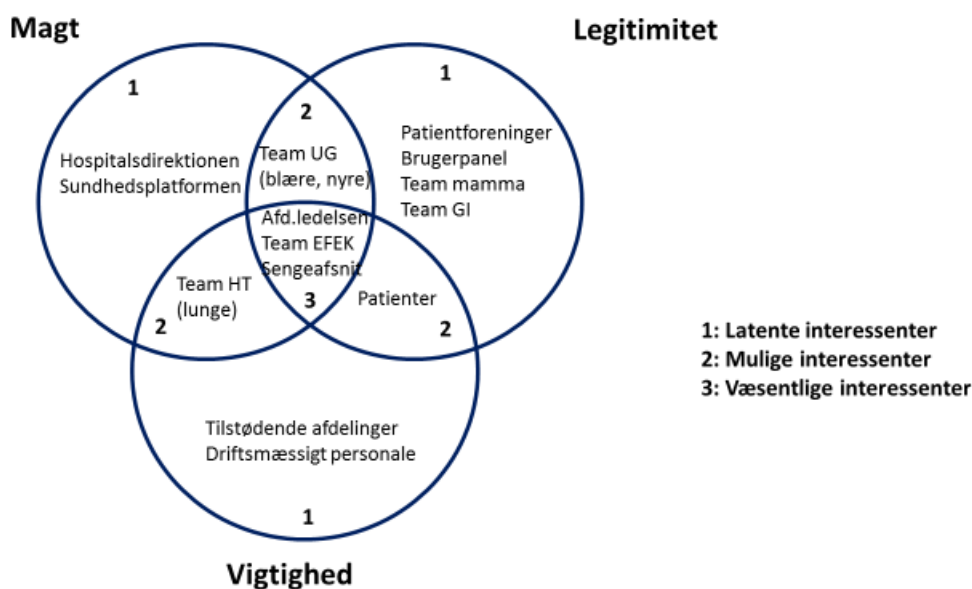
### 9.1 INTERESSENT ANALYSE

Første del af interessentanalysen består af et mind-map jf "the stakeholder model" <sup>(16)</sup> med mapping af alle tænkelige interessenter omkring det videncenter der skal etableres. Interessenterne kan opdeles efter funktionsområder. Således kan afdelingsledelse, hospitaldirektion, Sundhedsplatform, min sundhedsplatform, lokaler og ressourcer lægges under et administrativt funktionsområde, EFEK, HT-team, Mamma og GI-team og UG-team under et behandlingsansvarsmæssigt funktionsområde, tilstødende afdelinger, sengeafsnit og driftsmæssigt personale under et supporterende funktionsområde og patienter, patientforeninger og brugerpanel under et aftagende funktionsområde.



Figur 2: Figuren viser tænkelige interessenter omkring et nyetableret videncenter for immunrelaterede bivirkninger

Efter identifikation af alle stakeholders omkring VC IR æ's er der derefter lavet en vægtning af karaktertrækkene hos de enkelte stakeholders mhp magt, legitimitet og vigtighed, hvorefter stakeholders er indplaceret i model for stakeholder topologi <sup>(12)</sup>.



Figur 3: Stakeholder topologi med vægtning af interessenter afhængigt af kvalitetskriterier

Ud fra figuren kan interessanterne opdeles i 3 grupper: 1) væsentlige interessenter: afd. ledelsen, Team EFEK samt sengeafsnittet, 2) mulige interessenter: patienter, team UG med behandling af blære og nyrecancer, Team HT med behandling af lungecancer 3) latente interessenter: Hospitalsdirektion, Sundhedsplatformen, patientforeninger, brugerpanel, Team GI og Team Mamma, tilstødende afdelinger og det driftsmæssige personale.

Væsentlige og mulige interessenter er derefter udvalgt til deltagelse i koalitionen. Koalitionens medlemmer bliver således: fra det administrative funktionsområde: afdelingsledelsen; fra det behandlingsansvarsmæssige område EFEK, HT og UG teamet; fra det supporterende funktionsområde: sengeafsnittet. Det skal bemærkes at jeg har valgt ikke at inddrage patienter i koalitionen trods det at de fremgår af figuren som mulig interessant. Det aftagende funktionsområde vil således ikke være repræsenteret.

Afdelingsledelsen har den strukturelle magt til at beslutte om centret skal etableres, har høj legitimitet da alle respekterer afdelingsledelsens beslutninger omkring vægtning af aktivitet i onkologisk afd. og vægter aktiviteter ud fra aktuelle behov (vigtighed). De øvrige interessanter fra det administrative område er ikke medtaget i koalitionen på nuværende tidspunkt da vi er i den tidlige fase og har behov for en lille samlet koalition med fokus på ide og vision inden ideen skal sælges videre. EFEK med behandling af MMM, HT og UG teamet har behandlingsmæssigt ansvar

og der er behov for inddragelse og ansvarsdeling disse teams imellem. EFEK besidder stor viden og ekspertise, lederen af CCIT sidder som leder af teamet omkring mMM, og har som sådan strukturel magt, høj legitimitet og magt til at påpege vigtigheden af projektet. Team HT har lille strukturel magt og stor indflydelse på vigtighed da antal af patienter der forventes at skulle behandles med immunterapi indenfor deres område ekspanderer voldsomt lige nu. Team UG har mindre strukturel magt men har høj legitimitet da de behandler med immunterapi til patienter der historisk har betydelig co-morbiditet. Mamma og GI teamet har ikke aktuelt en behandlingsmæssig aktie og er derfor ikke repræsenteret på nuværende tidspunkt. Sengeafsnittet har mindre strukturel magt, men høj grad af legitimitet og stor indflydelse på vigtighed da de sygeste patienter indlægges her og da hele uddannelsesfunktionen for uddannelsessøgende læger omkring varetage af bivirkninger ligger i dette afsnit. De øvrige supporterende afd. vil blive inviteret ind i arbejdsgrupper i det senere arbejde, men vurderes ikke vigtige i den tidlige koaliation. Patienter, patientforeninger og brugerpanel er en vægtet del af vores normale strategiarbejde. Brugerpanelet vil blive inviteret ind senere, men jeg vurderer at vi i det tidlige koalitionsarbejde har brug for en videnskabelig tilgang til området, hvilke patienter, hvem skal behandle, hvordan skal set-up'et være etc. Når den initiale strategi er på plads vil brugerpanelet blive inddraget med viden om patientrettede spørgsmål, fx ambulans vs. indlagt, selvrappede data vs. fremmøder etc.

## 9.2 OBSERVATIONSSTUDIE

Efter interessentanalysen er den valgte koaliation indkaldt til første møde. Dette første møde afholdes med henblik på at skabe en fælles koaliation. Ønsket for mødet har været at afdække om der er enighed om et behov for at skabe et VC IR a/s, at diskutere vision – hvilket udækket behov skal dagcentret varetage, hvilken værdi kan centret skabe dels for patienter, dels for læger, forventet udkomme, afstemning af forventninger til ledelsen og til hinanden etc.

Mødeindkaldelsen indeholder oplæg til hvad mødet kan handle om ligesom der lægges op til en fri samtale idet det vurderes vigtigt at alle kan komme til orde og at dette bedst opnås ved en relativ ustruktureret mødestruktur (bilag 5). Læsning af observationsstudiet vil blive foretaget dels ud fra en analyse vedrørende sociale interaktioner deltagerne imellem dels ud fra analyse af samtalen.

### 9.2.1 Sociale interaktioner:

Som beskrevet under metode kan der jf Mik Meier <sup>(10)</sup> opstå manglende objektivitet ved analyse af sociale fænomener når man foretager undersøgelser i egen organisation. I den efterfølgende analyse af sociale interaktioner har jeg derfor inddraget citater udhentes fra 2. ordens interview foretaget med uvildig observatør som respondentvalidering og dermed som kvalificering af min egen analyse.

#### 9.2.1.1 Om sociale interaktioner generelt

Den sociale interaktion deltagerne imellem kan generelt beskrives med positive adjektiver som fri, tillidsfuld, lattermild, nysgerrig, anerkendende.

*”Sådan helt overordnet så lagde jeg mærke til i går til mødet at- at alle deltagende gerne ville være med i beslutningsprocessen”*

*”fordi så kom der den der afslappethed, og fnisen, men tilsidst, der var simpelthen så god en stemning så det boblede lidt over”*

Gruppen er homogen, bestående af læger der alle har et højt fagligt niveau. Lægerne er dels kendt i afdelingen som læger med et højt personligt engagement dels som læger hvor patientsamarbejdet er et vægtet element i dagligdagen. Samtalen under mødet bærer præg af at alle kender hinanden og har haft årelangt samarbejde dels omkring konkrete patientforløb, dels omkring forskellige projekter iværksat og gennemført i afd.

*”Jamen det tolker jeg at, at det er et projekt som har positiv bevågenhed .. der er også en god stemning, der virker ikke at som der nogen, der som sådan er på vagt. Det er folk der hviler i denne her proces”*

*”Ja, jeg synes faktisk at det var meget interressant at, altså nu har vi nævnt at der var sådan en stor vilje til at deltage, og at folk byder ind hele tiden”*

En enkelt læge skiller sig ud i dette forum, idet hun er nyansat i afd. som overlæge. Hendes faglige viden og engagement var dog en af årsagerne til at hun blev headhuntet til den stilling hun nu bestrider, og der er i gruppen bred accept af og ønske om at invitere hende med ind i arbejdsfællesskabet. Ved læsning af sociale interaktioner fremgår det dog at hun er mere tilbageholdende end jeg umiddelbart ville forvente,

*” du fik jo folk til at byde ind og tænke ud af boksen, på forskellig vis, de fleste tænkte ud af boksen. Jeg tænkte måske at xx tænkte meget i boksen”*

#### 9.2.1.2 Om sociale interaktioner, magt og motivation

Ved læsning af de sociale interaktioner fremkommer en tydelig magtstruktur i gruppen. Nedenfor er indsat et stilbillede fra observationsstudiet til illustration af magtstrukturen. Personerne på billedet er nummereret og rangeringen illustrerer den sociale interaktion og magtstruktur der kan læses ud fra observationsstudiet. Der ses intens samtale i magtlag 2 mellem leder af sengeafsnit og afd. læge EFEK, det lag hvor der typisk foretages praktisk planlægning.



Magtpositioneringen blandt deltagerne i koalitionen beskrives i det følgende. Magten er delt i 3 lag. Det første bestående af personer markeret med 1): afd. ledelsen og lederen fra EFEK. Samme personer er markeret i stakeholder topologien som væsentlige interessenter med indflydelse ifa magt, legitimitet og vigtighed. Andet lag bestående af personer markeret med 2): lederen af sengeafsnittet, den næstkommanderende i EFEK, der dagligt behandler mange patienter med immunterapi og som er en indflydelsesrig forsker på området og lederen af team UG. Disse personer er repræsenteret i stakeholder topologien som væsentlige og mulige interessenter med indflydelse især indenfor magt og legitimitet. Sidste lag er personer markeret som 3): overlæge i UG team og, overlæge i HT team. Disse personer er repræsenteret i stakeholder topologien som mulige interessenter med indflydelse især indenfor magt og vigtighed.

Der kan altså fremanalyseres en rangorden indenfor væsentlige interessenter, hvor afdelingsledelse og lederen af EFEK besidder både magt, legitimitet og ret til at vurdere vigtighed, mens fx lederen af sengeafsnittet ligeledes har magt men i mindre grad, men hvor legitimitet i stedet har betydning. En sådan magtfordeling vil være karakteristisk for organisationer med tydelig og hierarkisk ledelsesstruktur. Ligeledes kan der fremanalyseres en rangorden indenfor interessenter med mulig interesse for koalitionen. Her ses det at mulige interessenter der vægtes ved magt og legitimitet (leder af team UG og MD) har større magt i en social interaktion end mulige interessenter der vægtes ved magt og vigtighed (AKM og GP). Legitimitet har i denne sammenhæng således større betydning ift koblingen mellem sociale interaktioner og magt end vigtighed.

Jeg vil i de efterfølgende analyser se magt bredere defineret end stakeholder teorien åbner op for og derfor skifte magtmæssig analyseramme til magtens trekant med strukturel, personlig og diskursiv magt.



### 9.2.1.2.1 Ad magtens tredeling: triangulering mellem teori, observationsstudie og 2. ordens interview

Efter kodning (bilag 2.2) fremgår det at *den strukturelle magt* primært udøves af personer der i stake holder typologien er vægtet som vigtige interessanter, dvs. afd.ledelsen, leder af CCIT samt leder af sengeafsnit. Den strukturelle magt er jf Fogsgård <sup>(13)</sup> teoretisk funderet i et magt over perspektiv, hvilket kan genkendes i denne analyse hvor den strukturelle magt retter sig mod områder som ressourcer og ressourceudnyttelse, viden og uddannelse og endelig rådgivning. Citat fra 2. ordens interview underbygger disse observationer:

*"og det er tydeligt at både IMS og LS er meget vant til at planlægge og, og lade sådan noget her udfolde sig, og de har meget forskellige, hvad skal man sige, måder at gå til det på. De tager ligesom hver deres område og er med til at definere, i virkeligheden er med til at definere projektet ret tydeligt synes jeg" ..... "på den måde der indsnævrer hun simpelthen hvad er det dit projekt kommer til at handle om, og den pondus har hun"*

*Personlig magt* er teoretisk relateret til individders unikke og særegne kendetegn, fx hvad angår viden, evne til at stille sig forrest – at være rollemodel etc. Efter kodning kan personlig magt genfindes i studiet og retter sig mod videnskabelse, forskningsaktivitet, udredning og behandling, og udføres af alle deltagere i koalitionen. Dette underbygges af observationer fra 2. ordens interviewet:

*"..xx kan fx sige "Det er jo ikke et board vi taler om", eller "det er jo ikke sådan og sådan det skal være", på den måde der indsnævrer hun simpelthen hvad er det dit projekt kommer til at handle om, og den pondus har hun"*

*".. og når samtalen sådan ... går en lille smule sådan i stå eller der er behov for et svar så er det xx (afd.ledelsen) der kommer med det"*

*" jeg lagde mærke til at i forhold til de her magtspil måske ligefrem ligefrem vendte sig mod lederen, og det er jo tydeligt hvorfor at man gør det for at signalere at det er dig jeg lytter til"*

*Diskursiv magt* er teoretisk relateret til magt der kommer fra fortællingen om organisationen. Dette kan være dels i åbne narrativer, men også ligge indlejret i implicitte opfattelser af hvad organisationen vil <sup>(13)</sup>. Efter kodning af observationsstudiet ses den diskursive magt at rette sig mod områder som "hvor vil organisationen hen" og "fortællinger om organisationen". Den diskursive magt udøves af alle deltagere i organisationen. Citater fra 2. ordens interview underbygger dette:

*"så har både xx (afd. leder) og især xx (leder af CCIT) en fortolkende og definerende måde og det manifesterer sig forskelligt hos dem. Hos xx (leder af CCIT) siger hunmere som, ..... hun modellerer ligesom hvis det er - hvad skal jeg sige en klump ler vi har, så fjerner hun og siger det skal ikke være det og det skal ikke være det"*

*"hun prøver at sige kunne vi tænke i retning af sådan og sådan og ..."*

**9.2.1.2.2 Ad motivation: triangulering mellem teori, observationsstudie og 2. ordens interview,**  
Intrinsic motiverede medarbejdere vil jf litteraturen <sup>(9), (14)</sup> være drevet af et ønske om at handle til gavn for borgeren/patienten. Prosocial og public service motivation er undergrupper til intrinsic motivation. Efter kodning af observationsstudiet (bilag 2.3) med fokus på motivation genfindes *intrinsic motivation* især indenfor områder som udredning, vurdering, behandling af patienter, at forstå mekanismer bag immunrelaterede bivirkninger, at forbedre samarbejdsrelationer og at skabe værdi, dels for patienter dels for medarbejdere. Public service motivationen forstået som evnen til at gøre noget for et andet menneske i forståelsen af at levere offentlige ydelser kan læses implicit idet kodningen omkring udredning, vurdering og behandling forstås som en helt nødvendig vej at gå som off. hospital med behandlingsansvar for immunterapi. Denne observation understøttes af 2. ordens interview med et citat omkring motivation hos en af deltagerne i koalitionen:

*"... han var forberedt ..... han har jo selvfølgelig et langt og godt samarbejde med xx (leder af CCIT), det kan man selvfølgelig også godt mærke, de supplerer hinanden godt, han var meget nøgtern og kom med nogle virkelig gode input"*

Den ekstrinsikt motiverede medarbejder vil teoretisk være drevet af egennytte, fx i form af personlig anerkendelse for faglig kunnen eller tilkæmpede arbejdsvilkår <sup>(9), (14)</sup>. Teorien afspejles direkte i studiet, hvor arbejdsvilkår berører ved samtale om forbedring af daglige arbejds gange og deraf afledt værdiskabelse for personale, mens personlig anerkendelse berøres gennem fokus på forskning, faglig anseelse, opbygning af centeraktivitet. Også her understøttes fundene af citater indhentet fra 2.ordens interview

*"Der var noget med nogle personer ..... der godt kunne indikere at man gerne vil holde fast på noget viden og på noget styring"*

*"ja, det det er territorialt, ikke, at man vælger nogle bestemte, fremfor at man beskriver en funktion så begynder man at sætte nogle bestemte mennesker på der har nogle bestemte måder at gøre ting på, ikke "*

*".. vi har jo forskellige interesser allesammen, vi har jo vores eget som vi gerne vil arbejde med , så det er klart at når der nu var det med phD'en, når man har det projekt, jamen så kan det da godt være at man gerne vil sådan.... lige vil komme ind på det emne"*

## 9.3 SEMI-STRUKTURERET INTERVIEW

### 9.3.1 Magtens tredeling

Ud fra min forforståelse omkring tværfagligt samarbejde og internt magthierarki vil jeg forvente at de afholdte interviews vil synliggøre forskellige magtpositioner de 3 deltagere imellem. Jeg vil undersøge de 3 magtperspektiver – strukturel, personlig og diskursiv magt, og i denne undersøgelse se nærmere ind i om der kan afdækkes konflikter hvad angår magtposition deltagerne imellem. En afdækning af / eller afkræftelse af eventuelle konflikter vil kunne være handlingsanvisende for mig i lederskabet af den fortsatte proces.

### 9.3.1.1 Personlig magt

Personlig magt er funderet i personlig autoritet og læner sig op af faglig viden, samarbejdsevner såvel internt som eksternt, til fortællinger om personen etc. I denne sammenhæng er de interviewedes egne beskrivelser af hvem de er fagligt set og hvordan de ser deres egne kompetencer indenfor det kommende dagcenter medtaget for at give læseren et indblik i den faglige livsverden deltagerne tager deres udgangspunkt i.

*"jeg er afd. læge og - skal jeg sige det på engelsk: clinician scientist, jeg arbejder både med patienter og med basisforskning i cancer immunterapi"* *Tidsperspektiv:* "Det har jeg gjort i mange år, jeg vil sige næsten 10 år" *Antal patienter:* "500 indenfor det område - måske flere, + 500" *Egne kompetencer:* "det vil jeg vurdere øhh på en verdens gennemsnit - det vil jeg sige høj" ..... "mine stærkeste kompetencer her vil være med rådgivning til daglig aktiviteter, fx ansvarlige sygepl. og optrapning og nedtrapning af prednisolon og opfølgning på patienter der har haft fx svære bivirkninger" (interview MD)

*"Jeg er overlæge i UG teamet og varetager patienter med nyrecancer .. og så øhh går jeg stuegang hvor jeg selvfølgelig ser flere forskellige diagnoser".* *Tidsperspektiv:* "det har jeg vel i 2 år... vi har selvfølgelig haft nogle protokoller der har kørt her i længere tid ... men mht standardbeh så har det kørt i 2 år siden nivolumab blev godkendt som 2. linie behandling til patienter med nyrecancer" *Antal patienter:* ".. jeg tror vi er omkring 70 ,... jeg ville umiddelbart have troet det var et højere tal, jeg ville tror det var omkring 100, men den siger 70. *Egne kompetencer:* " øhh altså de mest normale synes jeg sagtens, altså med IRae's synes jeg godt jeg kan håndtere nu ...altså de .. IRae's hvor der er en algoritme, eller hvor der er - og patienterne får det bedre på den påbegyndte beh. så føler jeg mig egentlig ok til det nu. ... ikke at jeg ikke kan blive udfordret" (interview AKM)

*"jeg er overlæge i HT teamet, mit øhh faglige fokus er primært på lungecancer og strålebeh, men også med medicinsk behandling derudover har jeg, jeg arbejder 1/2 tid i klinikken, den anden halvdel har jeg et klinisk forskningslektorat ..... så jeg selv laver forskning og er vejleder for øhh studerende, PhD studerende, kandidatspecialstuderende, og jeg har medicinstuderende til eksamen, både på 7. og 11 semester og er censor, ... jeg underviser på medicin uddannelsen, underviser alle mulige andre steder"* *Tidsperspektiv:* "godt 2 år. jeg tror måske det er mere snart ....Jeg har interesseret mig for det fagligt og øhh også lidt forskningsmæssigt" *Antal patienter:* "jamen det er mange ..... ja det er 50 – 100" ..... " *Egne kompetencer:* "jeg er et godt stykke oppe af læringskurven .... for mig handler det helt præcist om at være klar på og identificere det" (interview GP)

Ved betragtninger omkring magtbalance og potentielle konflikter imellem teams ift viden og erfaring er personers egenfortælling om personlig magt værdifuld idet det her fremhæves hvad de enkelte personer kan bidrage med af forskellige kompetencer.

### 9.3.1.2 Diskursiv magt

Diskursiv magt er funderet i fortællinger om organisationen. Fortællingerne kan være åbne, tilgængelige og genkendelige i organisationen, men kan også ligge indlejret i en implicit opfattelser

af hvad organisationen vil. I denne sammenhæng: har vi en åben enslydende fortælling om hvad vi vil med VC IR ae's eller ligger der hos de interviewede egne implicite opfattelser af formålet med centret og dets placering ift den øvrige organisation.

MD's udgangspunkt ligger i et organisatorisk perspektiv når han taler om behovet for VC IR ae's, hvad hans opfattelse er af videntretet på sigt og dets placering i den samlede organisation. Han demonstrerer her indgående viden ang. behandlingsmodaliteten og breder sig tankemæssigt ud i onkologien som helhed, og holder sig altså ikke til sit eget speciale mMM.

Behov for VC IR ae's: *"jeg tænker at idag er der et relativt lille behov, om et par år vil det blive et meget stort, næsten nødvendigt behov, for idag der snakker vi om måske ca 5 max 10% af de patienter som kommer og bliver indlagt på en onkologisk afd. om 2-3 år det bliver nok min. 30% så på sigt - det er meget nødvendigt at starte tidligt for at være godt forberedt" ... "ja, og der vil følge også nogle andre med, Hoved/hals vil fylde noget mere ...MSI - koloncancer som ikke er stor, % mæssigt, men det drejer sig alligevel om 5% af patienter med coloncancer" (interview MD)*

Samtidig ser han ind i fremtidens organisering af cancerbehandling og viser derigennem sin implicite forståelse af hvor onkologisk afdeling som behandlende institution kan bevæge sig hen:

*"fx, ala sygdomspecifik og en underopdeling i behandlingskategorier ... vi snakker store grupper som lungecancer, hvilket giver god mening om 5 år og lave en immunterapi gruppe og en anden kemo/targeteret gruppe" (interview MD)*

AKM og GP tænker mere i retning af hvor vil vi gerne hen og hvad vil vi gerne repræsentere:

*"jeg tænker at det kunne jo være til alle, jeg tænker XX (hospital) er ikke særligt gode til immunterapi ... jeg tænker ... hvor vi også tog de komplekse patienter fra XX (hospital) ... men også fra YY (hospital) ... altså at man netop udvikler det til, at det netop er et sjællandsprojekt"(interview AKM)*

*"vi kan lave nogle rigtig gode pt. forløb, vi kan lave noget rigtigt godt forskning, og jeg mener, det som ingen andre kan, det skal vi være rigtig gode til, vi skal nemlig være rigtig gode til at samarbejde" (interview GP)*

Og AKM er meget direkte i sit ønske om at skabe opmærksomhed omkring projektet og den viden der er rummet på afdelingen

*"og så tænker jeg bare at, at det vil også se rigtigt godt ud på landkortet" (interview AKM)*

Analysen af hvad deltagerne generelt ser som fortællingen om VC IR ae's viser forskel i perspektiv for den enkelte. MD er organisatorisk forankret, skuer fremad, ser nye behandlingstiltag og evt. omstruktureringer i fremtiden, AKM og GP er mere værdimæssigt forankrede, med perspektiv som at skabe god behandling, at skabe gode patientforløb og godt samarbejde.

### 9.3.1.3 Strukturel magt

Den strukturelle magt er funderet i et magt-over perspektiv. Den strukturelle magt var synlig i observationsstudiet, og udsprang primært fra lederne i gruppen omhandlende ressourcer, konkret

planlægning, afgrænsning af opgaven etc. Ingen af de 3 der bliver interviewet har formelt lederskab i deres team, og jeg har derfor ikke forventning til at finde strukturel magt i større udstrækning i analysen. Det viser sig dog efter kodning at især afd. læge fra team EFEK (MD) og i mindre grad overlægen fra HT teamet (GP) har betragtninger af strukturel karakter.

MD arbejder som forsker og som læge. Han bedriver egen forskning og er initiativtager og vejleder for flere PhD projekter omhandlende immunterapi og IR ae's. Han strukturerer, planlægger, lave økonomiske kalkuler når nye behandlingsprotokoller sættes op. Denne praktiske og strukturelle ressourcebevidste tilgang findes da der spørges ind til værdi for patienten:

*"Jeg tænker ... at man kan opleve at de bliver udskrevet hurtigere, fordi man ved at der er en tættere opfølgning, så man er mere tryk ved at udskrive patienten istedet for at beholde dem indlagte proforma" ... .. "hvis du regner med en besparelse på 10% indlæggelsesomkostninger, hvis der er en gevinst kan vi måske sige, så flytter vi 10%, jeg tænker det er realistisk at lave en besparelse på 10% hvis der foreligger et center som det her" (interview MD )*

Og findes ligeledes da der spørges ind til ledelsesmæssige barrierer, her eksemplificeret ved citater fra interviewet hvor vi samtaler om den praktiske forankring i det daglige, og hvilke sygeplejkræfter der skal til for at drive centret:

*"vi skal have et skema hver dag, hvem er det der varetager den funktion den dag og når der er nogle spørgsmål, for der kommer helt sikkert i alt fald 4-5 og 2 skal ringes op på det her, så der kommer nogen der skal ringes op - det vil være hver dag" (interview MD)*

MD må vurderes at have en instrumentel tilgang til planlægning af nye tiltag, hvor spørgsmål om mening, værdi, formål fortolkes ud fra "hårde data" som viden, forskning, fremadrettede forbedringer ud fra et fysiologisk behov.

GP arbejder som MD med forskning og patienter. Hun har ifm observationsstudiet og den fælles samtale været tilbagetrukket, måske lidt underspillet, mhp at finde sin plads på en ny arbejdsplads. I interviewet er hun ikke specielt strukturelt orienteret. Der er dog et citat der viser øje for struktur og planlægning. Dette findes i samtalen omkring forankring hvor hun viser sit engagement i yngre kolleger ved at forsøge at køre en ny afdelingslæge i stilling til rollen som HT-teamets repræsentant i dagcentret:

*"men jeg tænker, hvad med XX .... hun er jo superinteressert i stuegang i det hele taget vil jeg bare sige og det ligger jo tæt på stuegangen, og øhh .... hun er rigtig glad for at være her" (interview GP)*

#### 9.3.1.4 Potentielle konfliktsituationer vedr. magt

I mit problemfelt under afsnit 5.1 har jeg redegjort for forskelle de enkelte teams imellem hvad angår viden, patientgrundlag og fremtidige forventninger. Et af de problemer jeg har ønsket at adressere gennem uddybende interviews er den potentielle magt ubalance og dermed konflikt der kan opstå når et fremtidigt samarbejdende team består af personer med høj viden og af personer med mindre viden, og når det forventes at disse personer samarbejder på lige fod og med

håndtering af hinandens patienter. For at indsamle viden om dette spørges der i interviewsituationen direkte ind til deltagernes forventninger ang. samarbejde.

Ved læsning af de 3 interviews er der tydelige forskelle i den måde man forholder sig til magt hierarki på de 3 deltagere imellem. GP og AKM adresserer begge samarbejdsrelationen og det at der kan trækkes på viden fra et andet team som noget positivt

*"jeg er slet ikke bange for samarbejde, jeg er mere bange for at vi sætter os ude i vores egne lille gruppe og glemmer at snakke med hinanden, det her er et rigtigt godt sted at mødes, og vi kan som gruppe med lungecancer, vi kan jo trække på alle de dejlige kompetencer (ja) de har i øhh MM gruppen" (interview GP)*

*"jeg tænker at vi allesammen er interesserede i det, så ser jeg ikke nogen barrierer (nej) jeg tror stadigvæk at det vil være MD som det i hvert fald stadigvæk vil være den hvor vi går til, fordi der er de flere års erfaring ... dem vi går til hvis vi ikke kan" (interview AKM)*

ligesom begge italesætter en vision om et godt arbejdsklima med samarbejde fremfor magt:

*"jeg er slet ikke bange for at samarbejde, jeg er ikke bange for at afgive magt ... jeg kan godt være bange for at træde andre over tæerne, men jeg er ikke bange for at de træder den anden vej" (interview GP)*

*"altså vi skal jo bruge hinanden, vi skal bruge hinandens erfaringer, og jeg tænker ikke, jeg kan ikke se at dem der skulle arbejde sammen ... jeg kan ikke se noget problem" (interview AKM)*

Disse fund genkendes fra den ovenstående analyse af magtens tredeling hvor det især er vedr. diskursiv magt at der ses forskelle og hvor det er den værdimæssige forankring der er betydningsfuld i deres optik. Karakteristisk for både GP og AKM er ligeledes at de ikke ønsker at udfordre magt hierakiet, men ønsker at indgå i tværfagligt samarbejde mhp at oparbejde kompetencer. De er bevidste om og har stor respekt for det faglige engagement der udspringer fra EFEK her repræsenteret af MD. De anerkender det faglige overtag fra EFEK.

MD forholder sig ikke til positioner de 3 teams imellem, men springer da jeg spørger ind til barrierer ledelsesmæssigt til at fremskrive og planlægge. Han holder sig helt på den instrumentelle side, og forholder sig trods direkte spørgsmål ikke til magt og hierarki.

*"tror du der er nogle barrierer, ... man sådan ledelsesmæssigt skal tage sig af?" ... "men, det tænker jeg øhh umiddelbart ikke at der skal være en stor opdeling mellem de forskellige grupper, simpelthen fordi der om 2 år det bliver forskellige cancergrupper der kommer ind" .... ""så, hvis vi kan sige 5% så kan vi regne hvor mange de er, og hvis man skal lave test for MSI for allesamme, så har vi også 2% af prostatacancer som er MSI, så vi snakker om et stort volumen ... hvis man starter en ny onkologisk afd. om 5 år, så vil man ikke dele på samme måde som de er delt i dag" (interview MD)*

Karakteristisk for MD i denne sammenhæng er at han ikke ønsker at italesætte magt hierakiet. Han forholder sig ikke til værdiladede spørgsmål og det fremgår både af analysen af strukturel og diskursiv magt at hans perspektiv på værdi, behov for center etc. tager udgangspunkt i et fagligt

ønske om at planlægge og strukturere. Han besidder stor faglig tyngde, et bredt udsyn og har stor legitimitet i kraft af sit langvarige arbejde med immunterapi. Det siges ikke med ord, men ligger måske mellem linierne, i og med at han tilbagevendende italesætter strukturelle forhold at han har et ønske om at være den reelle leder af dagcentret. Dette er spekulation men kan til dels understøttes af observation fundet i 2. ordens interview:

*"han var mere kontrolleret øh ift det her hvem der har magten. Han var meget i den neutrale position ... han var meget nøgtern og kom med nogle virkelig gode input" (interview CH)*

Og findes også i interview med AKM:

*"mmmm, altså , er det dig der får det overordnede ansvar eller hvad"*

### 9.3.2 Motivation

Min forforståelse af motivation blandt deltagerne i koalitionen er at de er kendt i afd. som faglige fyrtårne, med høj faglig ekspertise, altid på udkik efter nye, bedre, udviklende arbejdsområder til gavn for patienterne. Faglige fyrtårne er i hospitalssammenhæng ofte involveret i direkte patientkontakt og planlægning heraf, ligesom de ofte vil være nationalt såvel som internationalt forskningsorienteret mhp altid at have bedste behandlingstilbud til den enkelte patient. Jeg vil ved analyse forvente at kunne afdække motivationsfaktorer hos de 3 subjekter, og gennem analysen håber jeg på handlingsanvisning i den fortsatte ledelseproces gennem afdækning af / eller afkræftelse af eventuelle konflikter.

#### 9.3.2.1 Extrinsic motivation

Extrinsic motivation relaterer sig som nævnt teoretisk mod egennytte, fx i form af personlig anerkendelse for faglig kunnen eller tilkæmpede arbejdsvilkår. Efter kodning (bilag 4.6) finder jeg ikke forskel på hvad der motiverer deltagerne når det kommer til ekstrinsiske faktorer. Alle er motiverede af at skabe gennemsigtige arbejdsgange, at få forbedrede IT-systemer mhp udhentning af data, at få lagret data mhp forskning og PhD forløb og at få simplificeret og ensartet arbejdsgangene mhp bedre arbejdsvilkår, bedst udrykt ved GP:

*"Vi er jo meget sårbare som teams ... altså, hvis I vil trække en af vores speciallæger ud til så vi havde færre speciallæger i teamet (ja), øhh, hvad det gør ved balancen ... det ikke kun immunterapi som det er det vi har ansvar for, eller som vi måske får ansvaret for, men vi har også lige hjemtaget en anden ny behandling" (interview GP)*

Forskning kan i denne sammenhæng ses både som en faglig anerkendelse og kan da klassificeres som ekstrinsict motiverende, men kan også ses som et forsøg på at forbedre patienters behandling og vil da mere være relateret til prosocial motivation:

*"jeg synes er vigtigt, at man får noget op at køre ... noget forskning ...fordi det bliver meget lettere når det er samlet et sted ... altså der er jo masser af ting vi ikke ved en skid om ... det synes jeg kunne være virkelig interessant" (interview AKM)*

### 9.3.2.2 Intrinsic motivation

Intrinsict motiverede medarbejdere vil som nævnt være drevet af et ønske om at handle til gavn for borgeren/patienten. Belønningen kommer ved glæden ved at udføre et godt stykke arbejde, eller ved at handle ud fra morale. Efter kodning har jeg opdelt de intrinsiske motivationsfaktorer i opgaveforståelse, personlig preference samt opgaver der skal løses (bilag 4.6). Opgaver der skal løses lægger sig tæt op af opgaveforståelse og vil ikke blive nærmere berørt.

Hvad angår opgaveforståelse er der enighed subjekterne imellem omkring de 3 vigtigste opgaver for det nye dagcenter. Det drejer sig i ikke prioriteret rækkefølge om forskning, undervisning mhp skærpelse af kompetencer internt såvel som eksternt samt samarbejdsrelationer, som eksempel:

*”jamen det ville være forskning ikke? ... og så få nogle meget mere clearcutte håndteringer af at vi bliver lidt mere systematiske og enslydede i at håndtere patienterne ... og så et tættere samarbejde” (interview AKM)*

Når der undersøges for personlig preference fremkommer der forskelle deltagerne imellem. MD arbejder ud fra en analytisk tankegang, han tænker klassisk positivistisk forskning og forskningsdesign mhp at undersøge, afklare og forstå. Hans tilgang fremstår instrumentel, han omtaler resultatet som en personlig præference:

*”jeg arbejder mest på at forstå mekanismer, på IR ae’s. immunterapi har jeg brændt for både med monitorering, forståelse af respondere og udvikling af ny immunterapi ... For mig, det er dataindsamling ... i anden fase at udvikle nogle trialsdesign for at afklare de her vigtige spørgsmål” (interview MD)*

AKM og GP har en mere værdiladet og patientcenteret tilgang hvad angår personlige præferencer. De er orienterede omkring forskning, uddannelse og netværk, men har fokus på slutproduktet som værditilskrivning for patient og for læge:

*”formålet er jo at gøre det bedre end det vi gør nu” (interview AKM)*

*”altså jeg synes faktisk det er vigtigt at man prøver at holde det der hedder PAL ... det er det der giver mening i mit arbejdsliv, at jeg ser de samme patienter og følger dem på godt og ondt, altså så det er noget som jeg kærer meget om” (interview AKM)*

*”jeg håber også at vi på sigt, at vi kan være videnscenter for hele sjælland” (interview GP)*

### 9.3.2.3 Prosocial motivation

Prosocial motivation beskrives som en offentlig ansats evne til at gavne et borger /patient. Prosocial motivation kan være paternalistisk jf. Le Grand <sup>(14)</sup>, hvor der handles på borgerens/patientens vegne ud fra at ”vide bedre”. Dette vil ofte være tilfældet i en hospitalssammenhæng hvor man udtænker behandlingsstrategier og planlægger behandlingsforløb ud fra et oprigtigt ønske om at forbedre en given tilstand men uden at inddrage de berørte patienter. Tankegangen bag prosocial motivation kan også være altruistisk hvor det alene er borgerens / patientens forestilling om sygdom, forløb etc der er gældende. Jeg har ikke fundet træk af altruistisk tankegang i min analyse.



Fundene fra personlig preference ovenfor slår igennem hvad angår prosocial motivation. Jeg finder ikke prosocial motivation ved kodning af interview med MD. Hans fokus er rettet mod forskning og forståelse af mekanismer, selvfølgelig også med det formål at give bedre behandlingstilbud, men også som et selvstændigt mål i sig selv. AKM og GP derimod er begge eksponenter for paternalistisk prosocial motivation. De ser mål som forbedret patientbehandling, det ikke at miste patienter, det at skabe tryghed for patienterne som væsentlige omdrejningspunkter for centrets funktion

*”det giver jo en helt enorm tryghed for dem (patienterne -red.) at vi har styr på det ... det må også give en tryghed for dem, at de kan se at der bliver taget sig godt af dem, altså jeg tror seriøst at hvis det her kommer til at fungere, så kommer vi til at mindske morbiditeten ... og mortaliteten, på vores patienter” (interview GP)*

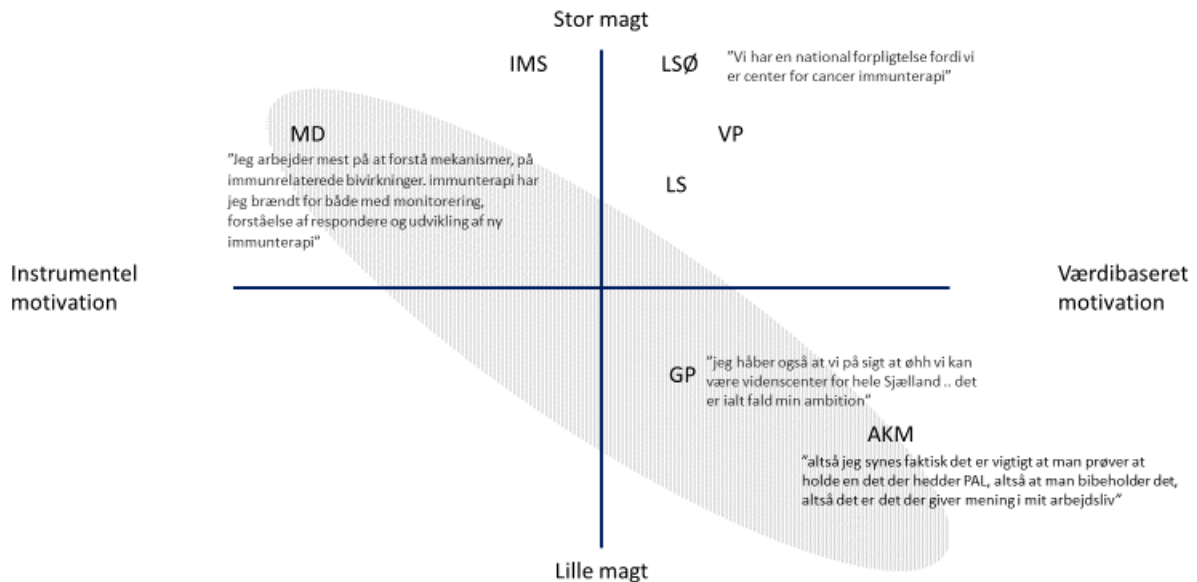
*”hvis vi nu får nogle gode retningslinier for hvordan vi gør det, og gør det på samme måde så får vi noget erfaring, og så spilder vi ikke vores patienters tid” (interview GP I. )*

Om det reelt er paternalistisk eller en blanding af altruistisk og paternalistisk kan diskuteres da værdimål også vil være i patientens interesse.

#### **9.4 PRIMÆRE FUND EFTER SAMLET ANALYSE AF EMPIRI:**

Analyse af observationsstudiet og 2. ordens interview mhp validering af fundene viser at der i den samlede koalition sker en magtpositionering, betinget af dels strukturel magt (primært hos afd. leder og leder af EFEK) dels personlig magt (hvem arbejder dagligt med immunterapi, hvem har lavet forskning etc.). Ligeledes kan der fremanalyseres motiver af dels intrinsic karakter, herunder prosocial motivation (vi har forpligtelse til at videnopsamle, videndistribuere og uddanne personale internt og eksternt) dels af extrinsic karakter (pHD forløb, forbedring af daglige arbejdsgange). Intrinsic og extrinsic motivation findes hos alle i koalitionen. Motivation bliver dog i koalitionen på et overordnet mere formålsorienteret niveau.

Analysen af de 3 semi-strukturerede interviews viser at der internt i den lille gruppe af praktiske udøvere i videnscentret er et magthieraki. Magthierakiet italesættes uproblematisk af de 2 deltagere der også i observationsstudiet var lavest rangerende magtmæssigt, mens det ikke italesættes af den 3. deltager i gruppen. Hvad angår motivation er der enighed i gruppen hvad angår extrinsikke motivationsfaktorer. Når det kommer til intrinsikke faktorer er der stor forskel deltagerne imellem. Motivation varierer her fra ren instrumentel med økonomiske kalkuler, forskning og praktisk til ren prosocial med patientorienteret tankegang. Det ressourcemæssige perspektiv som ledelsen havde i observationsstudiet forskydes til gruppen af praktiske udøvere.



**Figur 4: forhold mellem magt, motivation og ledelsesmæssigt spændingsfelt:** Figuren illustrerer forholdet mellem magt og motivationsfaktorer. Koalitionens medlemmer er plottet ind i figuren afhængigt af fundene i observationsstudiet og efter de semi-strukturerede interviews. Det skraverede felt illustrerer det ledelsesmæssige spændingsfelt der vil være mellem en person med høj magt (faglig indsigt og høj legitimitet) og hvor motivation er instrumentelt drevet og de personer der har mindre magt og hvor motivation er drevet af prosocial tankegang. Indsatte citater er hentet fra semi-strukturerede interviews og fra observationsstudiet.

Efter analyse af observationsstudie og semi-strukturerede interviews fremstår der 2 ledelsesopgaver i projektet. Den første opgave knytter sig til processen om at skabe en fælles strategi og facilitere en begyndende implementering af projektet. Denne opgave knytter sig til overordnet ledelse af hele projektet og handlingsvejledning til denne del kan findes i observationsstudiet samt 2. ordens interviewet med CH. Den anden opgave drejer sig om at skabe fælles retning og at finde en magtbalance blandt de der skal varetage den daglige drift af videntretet. Jeg vil uddrage handlingsanvisning fra analysen af de semi-strukturerede interviews til denne del.

**Først omkring ledelsesprocessen af det samlede strategiprojekt:** Der er tydeligt hierarki i koalitionen med 3 forskellige magtpositioner, men samtidig en fri og munter stemning hvor hovedparten føler sig trygge med den undtagelse at en er relativ ny i gruppen. Der er en arbejdsom stemning, hvilket ses af referat fra 1. møde (bilag 6). Vi har været orienterede mod afklaring af fælles vision og dernæst været praktiske i tilgangen til problemløsning. Vi er begyndt at få positive tilbagemeldinger fra netværkspersoner og er der hvor vi skal fokusere på at udvide koalitionen med flere latente interessanter ifa de supporterende afdelinger, sengeafsnittet, driftspersonale og SP som driftsorganisation. Den handlingsanvisning jeg ledelsesmæssigt kan læse af observationsstudiet er

- at sikre fortsat enighed om retning, dette kan ske gennem en fortsat tydelig struktur for mødeafholdelse og med mål for kommende møder
- at sikre koordinering via gennemsigtighed i beslutningsprocesser og hvem der løser hvilke opgaver
- at sikre kommitment ved inddragelse og uddelegering af opgaver.

Herudover vil jeg ledelsesmæssigt have fokus på at sikre tryghed for alle i koalitionen ved at rette positiv opmærksomhed mod den nytilkomne i den primære gruppe, hvilket også kan tages med når koalitionen nu udvides.

**Dernæst omkring ledelse af de praktiske udøvere:** Mhp at uddrage handlingsanvisning har jeg rettet fokus mod det ledelsesmæssige spændingsfelt undersøgelserne har anvist mig. Den framing jeg sammen med afd. ledelsen og lederen af CCIT har tilrettelagt koalitionsarbejdet i, er værdiskabelse for patienten. Dette ligger som fælles vision for arbejdet i koalitionen. Men hvad der motiverer den enkelte medarbejder til at arbejde mod denne overordnede vision vil være forskelligt afhængigt af den enkeltes personlige motivaton og spænder fra på den ene side at være drevet af forskning til på den anden side at være drevet af smidige meningsfulde patientforløb, begge ekstremer med det for øje at skabe værdi for patienten.

Et er dog at sidde i en bred koalition og udtale sig om en fælles vision, noget andet er når visionen skal føres ud i praksis. Her kommer både magt og motivation i spil, for hvad skal motivere til at afgive magt, når spændingsfeltet er så bredt som illustreret i fig. 2? I dette tilfælde vil jeg italesætte "værdiskabelse for patienten" som den rammesætning vi sammen skal arbejde ud fra. Jeg vil forsøge at rumme hele spektret for motivation hos alle i gruppen af praktiske udøvere. Konkret ved at vi mødes i gruppen mig som leder, de som praktikere og diskuterer med udgangspunkt i værdiskabelse for patienten, hvordan skaber vi værdi og hvordan forstår vi værdi udfra de resourcemæssige rammer der er givet. Jeg vil benytte gruppen som udgangspunkt frem for en-til-en samtaler da jeg prioriterer transperans ledelsesmæssigt hos denne gruppe af selvledende medarbejdere. Jeg vil være åben om det magttab der er i deling af viden og om min forventning til at MD forestår oplæring af de øvrige, og fokusere på at gevinsten ved dannelse af centret er værdiskabelse for den patient der står centralt i al vores arbejde, motiveret dels fra et prosocialt ståsted hvor patientforløb etc er centrale og fra et forskningsmæssigt ståsted hvor forskningsprotokoller af unik størrelse og karakter bliver mulige. Inden vi afholder 1. møde vil jeg have afklaret mit mandat hos afd.ledelsen ang. MD's position ift projekterede forskningsprotokoller da det kan ses som naturligt, at han der kan være den, der sætter retning. Fordelen herved kan være at han motiveres til en intensiv indsats omkring etablering og oplæring af de øvrige, ulempen at magtpositionen igen forskydes og nu blot er funderet i forskning.

Magt-ubalancen i gruppen er tydelig og skal der etableres et velfungerende samarbejde i gruppen skal magten nivileres. Magt i denne sammenhæng er både personlig ifa viden, men også diskursiv idet mMM hører under CCIT, alene i navnet ligger ejerskab på viden. Konkret ledelsesmæssigt vil jeg fokusere på at løfte AKM og GP til et højere magtniveau ved at sætte ind omkring både personlig og diskursiv magt ved at øge deres kompetenceniveau og ved at fokusere på at få italesat et narrativ omkring videncentret som udsprunget af onkologisk afdeling mhp at give alle

del i den diskursive magt. Kompetenceniveauet kan øges gennem oplæring af MD gennem mange konkrete patientkontakter, og ved at de får ansvar for udarbejdelse af daglige praktiske vejledninger til patienthåndtering internt og eksternt ved samarbejde med netværksafdelinger.

Jeg vil være bevidst om de ledelsesmæssige udfordringer der ligger når man arbejder med strategisk selvledende medarbejdere, og hvor jeg som leder ikke fagligt er den dygtigste på feltet. Strategisk selvledende medarbejdere er kendetegnet ved at perspektivet for deres arbejdsaktivitet er rettet mod den værdiskabende kerne i arbejdet. Deres opfattelse af opgave, mål og forretning udspringer af et konstant tilbagerettet blik mod det bidrag de kan yde til virksomheden <sup>(8)</sup>. Jeg vil derfor mere overordnet rette min ledelse mod at skabe fælles forståelse for retning, at skabe enighed om hvilke resultater der skal skabes og at lave opfølgning på hvor langt de enkelte er i processen.

## 11 DISKUSSION OG PERSPEKTIVERING

---

Jeg ønskede med denne opgave at rette blikket mod det at danne en samlet koalition hvor der var konsensus om ide, vision og strategi vedrørende at skabe et videncenter for immunrelaterede bivirkninger. Koalitionen skal samles af ledere og faglige fyrtårne fra forskellige teams i onkologisk afdeling, med hver deres magtposition og med hver deres motivation for at indgå i centerdannelsen. Med viden fra litteraturen omkring barrierer, her med fokus på barrieren "fælles forståelse for strategien" ønskede jeg derfor at undersøge om magt og motivation i koalitionen som helhed og blandt udvalgte medlemmer af koalitionen kunne give mig viden om deres forståelse for videncentret og dermed give mig handlingsanvisning i mit fortsatte lederskab af strategiprocesen.

Jeg havde jf min forforståelse om magt i form af viden og forskningserfaring internt i koalitionen forventet at finde magtpositionering, jeg havde ikke på forhånd en specifik forventning til hvad deltagerne var motiverede af. Jeg fandt som forventet en tydelig magtpositionering, betinget af strukturel, personlig og diskursiv magt. Jeg fandt også, hvilket var overraskende for mig, en meget tydelig differentiering hvad angår motivation, hvor den fælles overordnede tanke med værdiskabelse for patienten i den ene ekstrem blev motiveret af en meget instrumentel tilgang med forskning og resultater som udgangspunkt og i den anden ekstrem af prosocial motivation med læge-patientforhold som omdrejningspunkt. Koblingen mellem magtposition og motivationsfaktorer og de enkelte medlemmer af koalitionen placering ift de 2 parametre har vist mig et ledelsesmæssigt spændingsfelt som jeg i min fremadrettede ledelse af strategiprocesen må handle i forhold til.

### 11.1 UNDERSØGELSENS DESIGN

Jeg har valgt et design hvor jeg følger en strategiproces i den helt tidlige fase. Processen foregår i min organisation, ideen er fostret hos mig og jeg deltager selv aktivt i observationsstudiet. Et sådant design kan medføre fejltolkninger dels pga min egen position i organisationen som leder

og som en der fagligt selv er interesseret i at være del af videntret og dels pga min organisatoriske og personlige fornemmelse af hvad medlemmerne af koalitionen står for ift at udvikle konceptet omkring videntret.

Designmæssigt har jeg forsøgt at imødegå fejltolkninger ved at få ekstern respondentvalidering omkring min analyse af observationsstudiet. Dette blev udført som et ikke struktureret interview dagen efter observationsstudiet uden at jeg havde gennemset billed og lyd materialet. Jeg valgte afdelingens kommunikationsrådgiver til denne rolle. Interviewtype, tidspunkt og person blev valgt ud fra at jeg ønskede ufiltrerede observationer fra en person uden personligt engagement i processen, men med et vist kendskab til onkologisk afdeling. Hendes betragtninger understøttede mine, men der var også forskelle, tydeligst hvor vi vurderede magtposition hos en i koalitionen forskelligt. Vi har hver vores forforståelse og vores kendskab til de involverede er forskelligt, vi ser derfor magtspelet på forskellig måde. Dette understreger hvor forsigtig man skal være når man konkluderer, i egen og i fremmed organisation – man ser kun det billede man får præsenteret og som man er i stand til at se, ud fra de forudsætninger man individuelt møder med.

Det semi-strukturerede interview blev valgt da det i sin form lægger op til åbenhed og nysgerrighed på den interviewedes oplevelse af et valgt emne. Som læge med 25 års erfaring ifa patientsamtaler er det semi-strukturerede interview et dagligt arbejdsredskab for mig. Jeg åbner samtalen, lytter og er der tendens til at glide væk griber jeg ind og styrer samtalen tilbage til det udspurgte område. Denne egenskab er udviklet af dels tidspres og dels øje for den specifikke detalje om det specifikke emne der spørges ind til. De læger der interviewes har samme kendskab til og brug af denne interviewform. Jeg får derfor ikke lange sekvenser med spekulationer, men ret korte betragtninger med svar på det der spørges om. En anden interviewer med en anden faglig baggrund ville derfor måske få flere uddybende detaljer gennem interviews. Beslutning omkring hvem der skulle interviewes blev truffet efter analyse af observationsstudiet. Her fremgik det at opgavevaretagelsen konkret skulle forankres mellem team EFEK, team HT og team UG. Jeg valgte de personer ud til interview der i det fremtidige centret skal arbejde tæt sammen. Denne tilgang giver mig et indblik i magtposition og motivationsfaktorer i en lille gruppe der skal arbejde sammen om konkrete opgaver, mens jeg kunne have fået et andet blik på magt og motivation hvis jeg havde udvalgt ledere til uddybende interviews.

## 11.2 UNDERSØGELSENS FUND OMKRING MAGT OG MOTIVATION

Jeg har i undersøgelsen taget udgangspunkt i 2 forskellige begrebsdiskussioner omkring magt. Først gennem interessentanalyse hvor jeg har brugt stake holder management som teori-grundlag. Her tages udgangspunkt i væsentlighedskriterier ifa magt, legitimitet og vigtighed når interessenter udvælges. Min påstand vil være at legitimitet og det at kunne prioritere vigtigheden af et givet projekt også er en magtposition og interessenter med forskellig væsentlighed er derfor interessenter med forskellig magtposition. Jeg har gennem brug af interessentanalyse taget beslutninger om hvem der skulle inddrages i den primære koalition, og meget vigtigt – hvem der ikke skulle. Fravalgt her er fx brugerpanel med patientrepræsentanter og netværkspersoner da jeg har vurderet at det var vigtigt først at opnå konsensus om hvad vi ville og kunne tilbyde fra onkologisk side. Jeg mener der er foretaget en åben og vægtet indhentning af interessenter med

dannelse af en koalition der er beslutningsdygtig og handlekraftig på nuværende tidspunkt og er vidende om at koalitionens skal udvides i takt med fremdrift i processen.

Den anden magttilgang har været at beskrive magt ud fra magtens trekant med strukturel, personlig og diskursiv magt. Magtens trekant er brugt ved analyse af observationstudiet og ved analyse af de semi-strukturerede interviews fordi denne teori er mere beskrivende på et personligt og mindre organisatorisk plan. Min påstand vil være at denne tilgang til magt kan bruges som et supplement til stake holder teorien, da legitimitet fx kan være båret af strukturelle, personlige eller diskursive forhold og dermed giver et mere fyldigt blik på magt. I figur 4 er deltagerens placering på magtskalaen tildelt efter en vægtning ift magtens trekant og uden hensyntagen til legitimitet og vigtighed.

Et fund efter analyse af observationsstudiet er at der er et tydeligt magthierarki og en tydelig italesættelse af overordnede motiver i koalitionens. Magten kommer især til udtryk i strukturel magt og jeg vurderer dette sker fordi både afdelingsledelsen dels lederen af CCIT er en del af koalitionens, personer der begge er vant til at lede i hierarkiske ledelsesstrukturer og om hvem ingen betvivler deres legitimitet. Et andet fund i analysen af observationsstudiet er god social interaktion med ro og god dynamik. Min vurdering vil være at afdelingsledelsen som er en del af koalitionens har en meget tydelig ledelsesstruktur der smitter af også i koalitionens, og at tydelig ledelsesstruktur skaber gode rammer for medarbejdere at agere i. Koalitionens forholdene sig til motivation forbliver derimod på et overordnet niveau, man forholder sig diskursivt til området som "hvor vil vi gerne hen med dette videncenter". Der tales ikke om tilgrundliggende forståelse af motivationsfaktorer. Min vurdering er at det er det greb man må gøre når der tages overordnede beslutninger da detaljegraden med alles personlige præferencer ellers vil blive for kompleks.

Mine fund efter analyse af de semi-strukturerede interviews viser at der i den lille gruppe af praktiske udøvere også er et tydeligt magthierarki. Men det er i de semi-strukturerede interviews motivation tydeligst kommer til udtryk. Magtpositionering er italesat fra de magtmæssigt underlegne men ignoreres trods direkte adspørgsel fra den magtmæssigt overlegne. Spørgsmålet er om denne ignorence skyldes at det endnu ikke er italesat, hvad han med sin magtbase kan profitere af ved at indgå i centret. Det vil på nuværende tidspunkt være legitimt med forskel i magtposition, men denne må udlignes over tid hvis der skal være et godt arbejdsfællesskab i gruppen der varetager daglig patientkontakt. Fundene omkring motivation er forventelige ift min forforståelse og ift teori omkring motivation blandt offentlige ansatte, men variationen omkring hvad der motiverer er alligevel overraskende. Min vurdering er at overraskelsesmomentet består i at jeg i en "normal" strategiproces ikke ville gå så vidt i søgen efter motivationsfaktorer, men stille mig tilfreds med en fælles overordnet hensigtserklæring som værdiskabelse for patienten og i stedet få tilføjet drypvis viden om den enkeltes motivation fortløbende under strategiprocesen. Ved at tilføje dimensionen med de uddybende interviews allerede tidligt i strategiprocesen opnås en betydeligt bredere forståelsesramme for hvad der motiverer, hvilket samtidigt forstørre og konkretiserer ledelsesrummet.

### 11.3 UNDERSØGELSENS FUND OMKRING DET LEDELSESMÆSSIGE SPÆNDINGSFELT – MED RISIKOANALYSE

Hvor store forskelle kan rummes internt i en lille gruppe der arbejder mod at igangsætte og drifte et nyt videntcenter? Det spørgsmål må adresseres når der skal planlægges ledelse af en gruppe hvor deltagerne har forskellige positioner og drives af forskellige motiver og hvor alle er faglige fyrtårne, hver indenfor deres felt. Det ledelsesmæssige spændingsfelt er spændt til bristepunktet. Lades spændingsfeltet intakt vil min antagelse være, at der på kort sigt vil komme uenighed omkring "fælles forståelse for strategien" hvilket vil medføre at strategien internt i koalitionen vil bevæge sig i forskellige retninger. Det vil for at imødegå uenighed være nødvendigt at italesætte dette spændingsfelt og at jeg ledelsesmæssigt vil gå efter at forandre det. Man må nødvendigvis spekulere på om dette er en realistisk transformation på en arbejdsplads hvor tværfagligt samarbejde skal organiseres mellem faglige fyrtårne og hvor viden er magt. Den bedste chance for en vellykket transformation ser jeg gennem tilbagevendende italesættelse af det overordnede perspektiv nemlig værdiskabelse for patienten, således at forstå at ethvert tiltag udgående fra VC IR ae's altid er begrundet i samme spørgsmål: hvad skaber det af værdi for patienten. Lykkes transformationen ikke vil det hurtigt blive tydeligt i den daglige drift med fælles opgavevaretagelse og gennem særinteresseområder som opsætning af forskningsprotokoller. Det ledelsesmæssige greb vil da være en-til-en samtaler, med understregning af at det fælles mål med overordnet patientværditilskrivelse kun er muligt ved tværfagligt samarbejde og fælles interesse i at alle løftes til samme niveau og arbejder for samme overordnede projekt.

### 11.4 PERSPEKTIVERING

Den fremadrettede proces ang. VC IR ae's rettes nu mod inddragelse af sygeplejefagligt personale til daglig drift og netværkspersoner fra tilstødende afdelinger. Vi har rettet henvendelse til netværket via mails med indbydelse til samarbejde og information omkring det planlagte center og fået meget positive tilbagemeldinger, ligesom den første sygeplejerske der kan være omdrejningspunkt i afd. er adspurgt og har været positiv. Næste naturlige skridt kunne være at undersøge især motivationsfaktorer hos disse aktører med det formål at fokusere på det fælles værdisæt der ligger i værdiskabelse for patienten.

Jeg har ikke tidligere brugt formaliseret analyse af samarbejdsrelationer og motivation i forbindelse med strategi og implementeringsarbejde. Denne undersøgelsen med dens afsløring af hvad der driver medlemmer i en koaliation har givet mig indblik i et ledelsesmæssigt handlingsrum jeg ikke kunne have erhvervet på anden måde. Dette åbner op for supplerende kvalitative undersøgelser i fremtidige strategiprocesser.

## 12 KONKLUSION

---

Hovedspørgsmålet for denne afhandling var:

*Hvorledes kan afdækning af magt og motivationsfaktorer bidrage til succesfuld etablering og ledelse af den koalition der skal danne strategien omkring et projekteret Videncenter for immunrelaterede bivirkninger*

For at kunne analysere dette har jeg foretaget en undersøgelse der i sit design er processuel og trinangulerende, med udgangspunkt i delspørgsmål for at belyse problemstillingen i sin helhed. Jeg vil i det efterfølgende gennemgå undersøgelsens delpunkter og konkludere:

### 12.1 DELSPØRGSMÅL 1: HVORDAN IDENTIFICERES RELEVANTE MEDLEMMER TIL KOALITIONEN?

Relevante medlemmer er fundet ved en interessant analyse ud fra en klassisk stakeholder tilgang. Jeg har først identificeret flest mulige interessenter med og af interesse for VC IR æ's. Jeg har dernæst foretaget vægtning af interessenter i forhold til 3 faktorer: magt, legitimitet og vigtighed. Interessenter er herefter inddelt i væsentlige (repræsenterer alle 3 faktorer), mulige (repræsenterer 2 faktorer) eller latente (repræsenterer 1 faktor) interessenter, hvor væsentlige og udvalgte mulige interessenter er inviteret med i koalitionen. Koalitionen er således dannet af væsentlige interessenter: afd. ledelsen, ledelsen af EFEK, ledelsen af sengeafsnittet og mulige interessenter: Team UG ved leder af teamet, afd. læge fra EFEK og overlæge fra teamet samt Team HT ved overlæge fra teamet.

### 12.2 DELSPØRGSMÅL 2: HVILKE MAGT- OG MOTIVATIONSFAKTORER KAN IDENTIFICERES HOS MEDLEMMER AF KOALITIONEN OMKRING VIDENCENTRET?

Magt og motivation er undersøgt gennem observation, triangulering af observation da jeg er observatør i egen organisation og gennem semi-strukturerede interviews med personer fra koalitionen som er udvalgt da de vil være praktiske udøvere og derfor kommer til at arbejde tæt sammen i det daglige. Magt analysen er foretaget ved at undersøge for strukturel, personlig og diskursiv magt, mens motivationsanalysen er foretaget ud fra extrinsic og intrinsic motivation, herunder prosocial motivation.

#### 12.2.1 Fund vedrørende magt:

Jeg finder et tydeligt magt-hierarki dels i koalitionen, men også mellem de praktiske udøvere. I koalitionen er magten tydeligt både hvad angår strukturel, personlig og diskursiv magt og ligger hos afd. ledelsen og lederen af CCIT. I gruppen af praktiske udøvere findes afd. leder fra EFEK med stor magt funderet i især personlig og diskursiv magt. Denne magtfordeling er fuldt ud anerkendt, og italesættes uproblematisk hos de øvrige 2 deltagere.



### 12.2.2 Fund vedrørende motivation:

Det overordnede formål er værdiskabelse for patienten, dette formål er fælles for alle aktører, men tilgangen til dette fælles mål er motiveret forskelligt. Hvad angår extrinsic motivation findes ingen væsentlig forskel mellem koalitionens som helhed og gruppen af praktiske udøvere, her fokuseres på arbejdsgange og forskningsaktivitet. Hvad angår intrinsic motivation er der forskel imellem hvad der beskrives i koalitionens og i gruppen af praktiske udøvere. I koalitionens tales om overordnede principper som at skabe forbedrede behandlingsmuligheder og det brede ansvar. I gruppen af praktiske udøvere italesættes et spænd af motivationsfaktorer fra ren instrumentel med økonomiske kalkuler og forskning til ren prosocial med patientorienteret tankegang.

## 12.3 DELSPØRGSMÅL 3: PÅ HVILKEN MÅDE KAN IDENTIFICERING AF MAGT OG MOTIVATIONSFAKTORER VÆRE HANDLINGSANVISENDE FOR MIG I LEDELSEN AF STRATEGIPROCESSEN?

Denne del af undersøgelsen retter sig mod fundene fra analysen i delspørgsmål 2. Jeg har gennem analysen fundet et magt hierarki i koalitionens og i gruppen af praktiske udøvere, og især blandt de praktiske udøvere fundet forskelle hvad angår motivation. Disse forskelle har identificeret et ledelsesmæssigt spændingsfelt (figur 4) som jeg har adresseret i mine handlingsanvisninger.

### 12.3.1 Handlingsanvisning rettet mod koalitionens:

Den handlingsanvisning jeg ledelsesmæssigt kan læse af observationsstudiet er

- at sikre fortsat enighed om retning, dette kan ske gennem en fortsat tydelig struktur for mødeafholdelse og med mål for kommende møder
- at sikre koordinering via gennemsigtighed i beslutningsprocesser og hvem der løser hvilke opgaver
- at sikre kommitment ved inddragelse og uddelegering af opgaver.

Herudover vil jeg ledelsesmæssigt have fokus på at sikre tryghed for alle i koalitionens ved at rette positiv opmærksomhed mod den nytilkomne i den primære gruppe, hvilket også kan tages med når koalitionens nu udvides.

### 12.3.2 Handlingsanvisning rettet mod gruppen af praktiske udøvere:

Fundene med et ledelsesmæssigt spændingsfelt gående fra stor magt og motivation af instrumentel karakter mod mindre magt og motivation af prosocial karakter har åbenbart et ledelsesmæssigt spændingsfelt. Jeg vil ledelsesmæssigt arbejde mod at ændre spændingsfeltet ved at arbejde både med magtbalancen og motivationsfaktorerne gennem:

- At mindske magtforskellen gennem en indsats rettet mod den personlige magt gennem øget kompetenceniveau hos de magtmæssigt lavt rangerende og mod den diskursive magt ved at italesætte VR IR ae's som udsprunget af onkologisk afdeling

- At italesætte ”værdiskabelse for patienten” som den rammesætning der skal arbejdes ud fra og derigennem forsøge at rumme hele spektret for motivation hos alle i gruppen af praktiske udøvere.

Aktørernes fortælling om dem selv sammenkoblet med mit forhåndskendskab fortæller mig, at jeg har at gøre med strategisk selvledende medarbejdere. Mit lederskab vil rette sig mod at skabe fælles forståelse for retning, at skabe enighed om hvilke resultater der skal skabes og at lave individuel opfølgning på delprocesser.

## 13 EGEN LÆRINGSKURVE

---

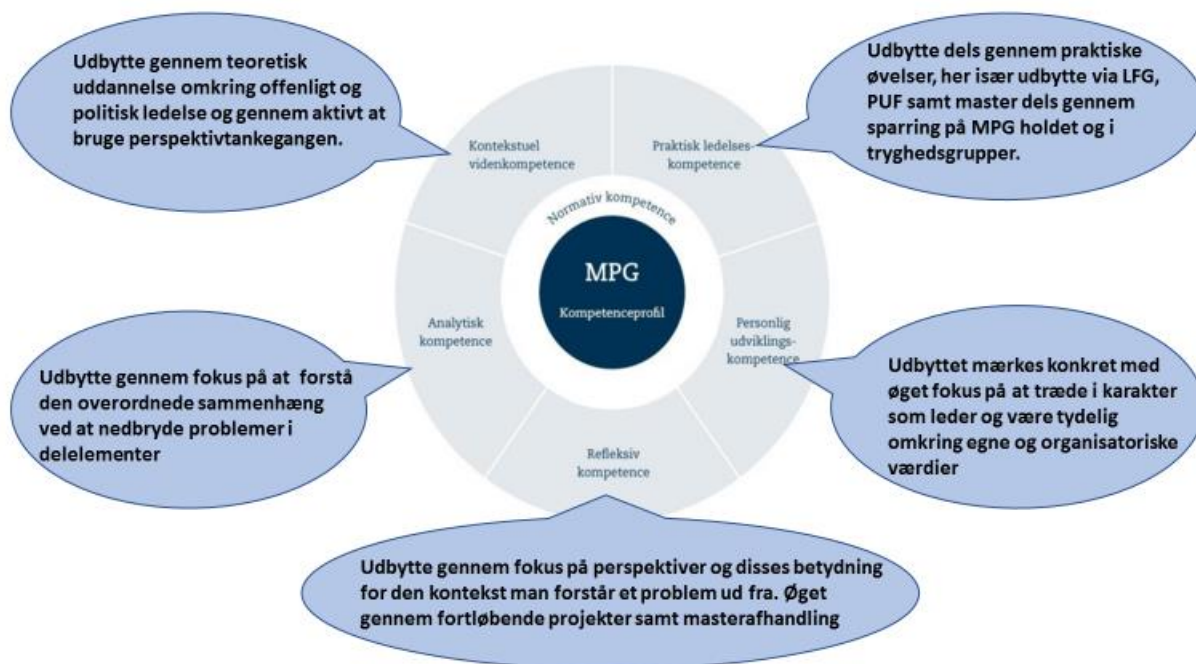
Da jeg startede MPG uddannelsen var jeg en erfaren leder udi daglig ledelse, strategitænkning og implementering i praksis. Jeg havde ingen teoretisk ballast, men er vokset internt i afdelingen som en klassisk fagprofessionel leder. Jeg har benyttet de 2 års uddannelse på at rette blikket mod hvem jeg er som leder, hvad er mit udtryk, hvor er mine stærke og svage sider.

Jeg har 2 sider der har fyldt meget i mit daglige lederskab. Den ene (temposættende) er tydeligt udsprunget af min fagprofession med en naturvidenskabelig tilgang til løsning af problemer, her er jeg rationel, struktureret, løsningsorienteret og har høje ambitioner på mit fags og min afdelings vegne. Den anden (affluerende) er tydeligt udsprunget af mange års tæt arbejde med patienter i krisesituationer. Her bruger jeg empati, samskabelse af harmoni og fælles forståelse for hvor vi bevæger os hen. Jeg har brugt begge sider aktivt i mit lederskab af dels personale dels i mange patientsituationer.

Efter reflexion i forbindelse med våbenskjoldet i LFG forløb blev det tydeligt at jeg ønskede at udvikle mig indenfor især ”*Mere fokus på proces mindre på drift*” og at ”*At være bevidst om at ville være leder*”. Jeg har gennem undersøgelser i egen organisation sat fokus på procesdelen og har aktivt brugt ledelsesgreb som at være inddragende og visionær i de projekter jeg løbende har været involveret i. Samtidig har jeg haft stor gavn af det at være en del af MPG-holdet med mulighed for og tid til reflexion over det at være leder og aktivt at italesætte dette. Jeg har undervejs i processen fået flere spontane tilkendegivelser omkring en synligt mere rund, imødekommende og demokratisk tilgang til ledelse fra flere medarbejdere og fra ledelseslaget i min organisation.

Senest har jeg i forbindelse med masterprojektet aktivt afprøvet tillært teori, idet jeg ved at tage udgangspunkt i en vanlig strategiproces på afdelingen og bruge forskellige perspektiver til at skabe et nuanceret billede af personers magt og motivationsfaktorer har dannet mig et indgående kendskab til hvilke ledelsesmæssige greb jeg har til rådighed. En mulighed jeg ikke ville have kunnet benytte uden teoretisk ballast fra MPG uddannelsen.

MPG kompetenceprofilen fokuserer på 6 specifikke kompetencer, jeg har via figuren fremhævet fokusområder for de 5 specifikke kompetencer:



Figur 5: MPG kompetenceprofil med læringsudbytte

Den normative kompetence er ekstraktet af de øvrige kompetencer. Alle del-elementer indgår i den normative kompetence. Gennem 2 års fokus på perspektiv, analyse, refleksion, praktik og egen personlige udvikling er denne kompetence udviklet gennem det at blive klar på hvem man er som leder og hvilke værdier man som leder har for sig selv personligt og for organisationen som helhed.

Jeg bruger læring fra MPG på ugentlig basis i mit daglige arbejde. Perspektivtankegangen - at forstå hvorfra den enkelte taler, supplerende bidrag ifa kvalitative tiltag til forståelse af hverdagsproblemer omkring hvorfor medarbejdere eller patienter har en bestemt adfærd, at fokusere på proces og derigennem at kunne nedtone fokus på drift, er alle områder jeg også fremadrettet vil komme tit at arbejde med.

## 14 LITTERATUR

---

1. Kahneman D, *at tænke hurtigt og langsomt*. Lindhardt og Ringhof, 2016, kap 34 pp 432-446
2. *Talens magt, indføring i mundtlig retorik*, Gabrielsen J og Christiansen TJ: Hans Reitzels forlag, 2010
3. Clegg, Kornberger (2004). "Get up, I feel like being a strategy machine". *European Management Review* 1: 21-28
4. Holst-Mikkelsen M (2016). *Strategieksekverering i et højere gear*. *Strategos*: 3-18
5. Hrebiniak L (2006). "Obstacles to effective strategy implementation". *Organizational Dynamics*, Vol.35. No. 1 pp 12-31.
6. Drath W, McGuire J (2008). "Directon, alignment, commitment: Toward a more integrative ontology of leadership". *The Leadership Quarterly* 19, 635-653.
7. Holst-Mikkelsen M (2013) "Strategieksekverering i praksis – barrierer og muligheder!" *Strategos*
8. Kristensen A, Pedersen M (2013). *Strategisk selvledelse. Ledelse mellem frihed og forretning*. Gyldendal Business
9. Foss Hansen H, Grøn C H, *Organisering af den offentlige sektor*. Hans Reitzels forlag, 2016 kap. 14 pp 371-397
10. Mik Meyer N, Justesen L: *Kvalitative metoder i organisations og ledelsesstudier*, reitzels forlag 2010
11. Kvale S (1997), *interView*, København, Hans Reitzels forlag
12. Mitchell, R. K.; Agle, B. R.; Wood, D. J. (1997). "Toward a Theory of Stakeholder Identification and Saliency: Defining the Principle of Who and What Really Counts". *Academy of Management Review*. *Academy of Management*. **22** (4): 853–886.
13. Fogsgaard og Elmholdt, red. (2013): *Magt i organisationer Kap. 1: Hård og blød magt i ledelse*
14. Le grand J (2010): "knights and knaves return: public service motivation and the delivery of public service". *International Public Management Journal* 13(1), pp 56-71
15. Freeman, R. Edward (1984). *Strategic Management: a stakeholder approach*.
16. Donaldson, Thomas; Preston, Lee E. (1995). "The Stakeholder Theory of the Corporation: Concepts, Evidence, and Implications". *Academy of Management Review*. *Academy of Management*. **20** (1): 71.
17. Goleman D (2002) *følelsesmæssig intelligens i lederskab*; Lindhardt og Ringhofs forlag

## 15 ORDLISTE

---

VC IR ae's:	VidenCenter for ImmunRelaterede adverse events (bivirkninger)
IR ae's:	ImmunRelaterede adverse events (bivirkninger)
SP:	Sundhedsplatformen, Reg. Hovedstaden og Reg.Sjællands sundheds IT-system
Min SP:	En patientorienteret udgave af Sundhedsplatform hvorfra man kan tilgå egne data
CCIT:	Center for Cancer ImmunoTherapy
PAL:	Patient Ansvarlig Læge
mMM:	metastatisk malignt melanom (modermærkekræft med spredning)
EFEK:	Enhed For Eksperimentel Kemoterapi
Team HT:	Specialiseret enhed hvor der behandles lungecancer
Team UG:	Specialiseret enhed hvor der behandles blærecancer og nyrecancer
MD:	Afd. læge med primært arbejdssted i EFEK, specialist i mMM
GP:	Overlæge med primært arbejdssted i team HT
AKM:	Overlæge med primært arbejdssted i team UG