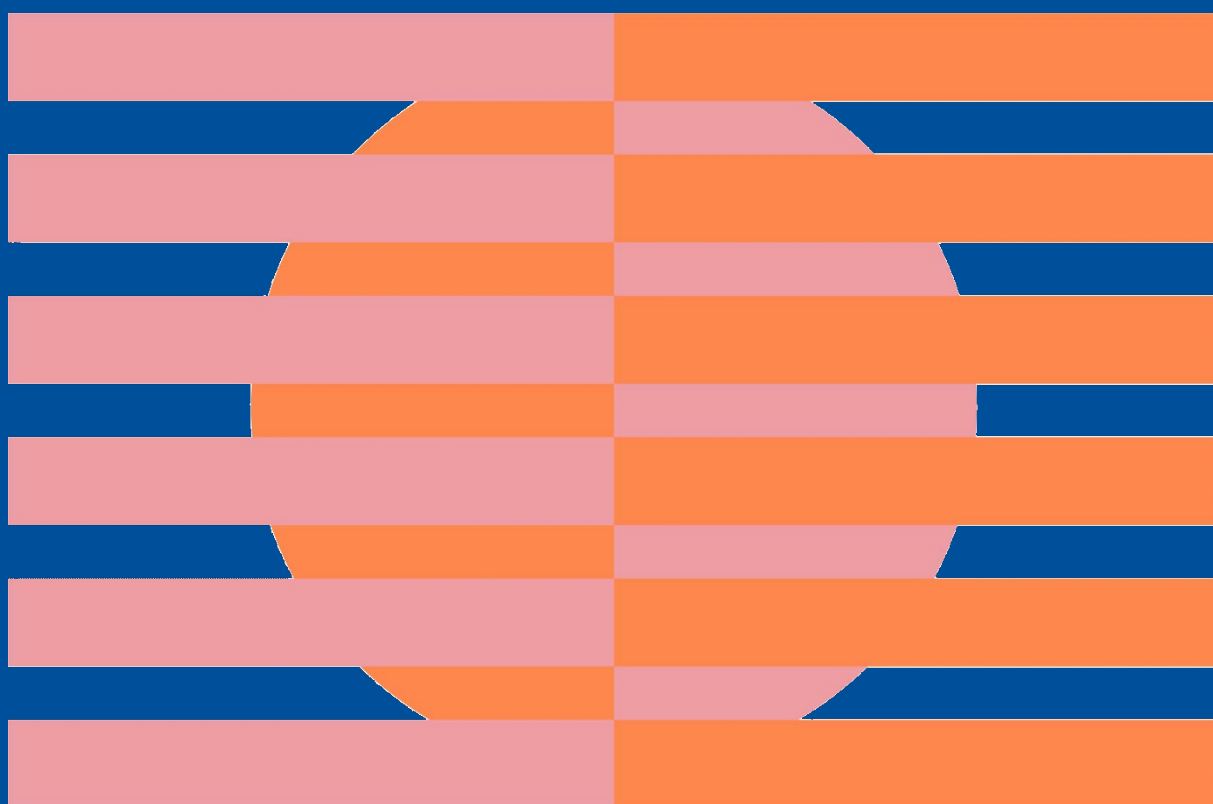


Lægelig ledelse

Inspirationskatalog: Hvordan hospitalerne kan styrke deres lægelige ledelse med OK21



Lægelig ledelse – Inspirationskatalog: Hvordan hospitalerne kan styrke deres lægelige ledelse med OK21

© VIVE og forfatterne, 2022

e-ISBN: 978-87-7582-032-0

Projekt: 302004

Finansiering: Overlægeforeningen/FAS og Danske Regioner

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



Forord

Lægelig ledelse har betydning for arbejdsmiljø, faglig udvikling og i sidste ende kvaliteten på hospitalerne. Med overenskomsten for overlægerne 2021 er intentionen at styrke den lægelige ledelse. Ved at skifte de nuværende overlægers titel ud med 'cheflæge' og ved at indføre et nye ledelseslag af ledende overlæger, som kan varetage faglig og organisatorisk ledelse med reference til cheflægen, har Overlægeforeningen/FAS og Danske Regioner kridtet banen op for hospitalernes arbejde med at styrke deres lægelige ledelse.

Det er en krævende proces at styrke lægelig ledelse, og det vil tage tid og kræve grundige overvejelser. Dette inspirationskatalog er lavet for at understøtte den udviklingsproces, som mange hospitaler aktuelt er i gang med. På baggrund af interviews med lægelige ledere og nedslag i ledelses- og organisationslitteraturen præsenterer kataloget en række overvejelser og refleksionsspørgsmål, som kan understøtte implementeringen af overenskomsten og medvirke til styrket lægelig ledelse på hospitalsafdelinger.

Inspirationskataloget er struktureret omkring 'det lægelige ledeshjul', som giver et overblik over de temaer, kataloget indeholder. Kataloget er skrevet, så det ikke forudsætter en kronologisk læsning: Læseren kan følge ledeshjulet med rundt, eller slå ned på et hvilket som helst tema, der lyder relevant, og her finde forslag til, hvordan læsningen kan fortsættes.

Vi håber, at undersøgelsen og inspirationskataloget kan understøtte udviklingen af lægelig ledelse og styrke den samlede ledelsesstruktur på de danske hospitaler.

Undersøgelsen er finansieret af Overlægeforeningen/FAS og Danske Regioner. Vi vil gerne takke følgegruppen med Overlægeforeningen/FAS og Danske Regioner for drøftelser og inputs til projektets gennemførelse. Vi vil også gerne sende en stor tak til de 44 informanter, som har bidraget til undersøgelsen. Endelig vil vi gerne takke de to eksterne reviewere, som har bidraget grundigt og konstruktivt til kvalitetssikring af rapporten: Tak til ledelsesrådgiver og tidligere hospitalsdirektør Mads Koch Hansen og til professor i sundhedsledelse ved Institut for Statskundskab i Aarhus, Christian Bøtcher Jacobsen.

Undersøgelsen er udført af forsker Amalie Martinus Hauge, seniorforsker Bente Bjørnholt og forsknings- og analysechef, professor Mickael Bech.

Mickael Bech

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



Indholdsfortegnelse

1	Indledning	5
1.1	Grundlaget for inspirationskataloget	6
1.2	De eksisterende rammer	7
1.3	Den nye ledelsesstruktur	9
1.4	Tre vidensbehov: forandring, organisering og ledelse	13
<hr/>		
2	Forandring	16
2.1	Forventninger til forandringer	16
2.2	Forandringsprocessen	19
<hr/>		
3	Organisering	22
3.1	Opdeling af afdelinger	22
3.2	Ledelsesspænd	27
3.3	Formel fordeling af ledelsesansvar	31
3.4	Koordination og samarbejde	37
<hr/>		
4	Ledelse	43
4.1	Ledelsesroller	44
4.2	Faglig ledelse	50
4.3	Rekruttering og fastholdelse	53
4.4	Ledelsesteams	58
<hr/>		
5	Kort opsamling og perspektivering	63
<hr/>		
	Litteratur	64
<hr/>		
	Bilag 1 Design og metode	74
	Undersøgelingsdesign	74
	Gennemførelse og analyse af interviews	76

1 Indledning

God lægelig ledelse er vigtig for et velfungerende sundhedsvæsen og for at sikre patientbehandling af god kvalitet (Jacobsen, Nørgaard, & Østergaard-Nielsen, 2019). Den nye overenskomst for overlægerne (herefter OK21) som blev indgået af Overlægeforeningen/FAS og Danske regioner i 2021 giver mulighed for at justere den måde, hospitalerne bedriver lægelig ledelse på. Men de nye titler i aftalen fører ikke til forbedringer i sig selv. Forbedringerne kommer først, hvis overenskomstændringerne bliver fulgt af en strategisk indsats tilpasset det enkelte hospital og den enkelte afdeling.

I overenskomsten tilføjes et nyt formaliseret ledelseslag, som muliggør en udvikling af ledelsesstrukturen på afdelingerne. Det sker ved, at de nuværende ledende overlæger bliver til cheflæger, og at der indføres en ny lederkategori under cheflægerne, kaldet ledende overlæger. Formålet med den nye struktur er at styrke af den lægelige ledelse på landets hospitaler (Steenberger, 2021a). Den nye cheflægerrolle giver mulighed for et markant større fokus på de strategiske og udviklingsorienterede aspekter af ledelsesrollen end hidtil. Dette kan understøtte cheflægerne i at sikre en klar og tydelig retning for afdelingerne og sikre samarbejde på tværs af faggrupper og samarbejdende enheder. Den nye stilling som ledende overlæge giver mulighed for at styrke ledelsen ned i afdelingerne ved blandt andet at tilpasse ledelsesspændet, styrke sammenhængen mellem faglig og organisatorisk ledelse og for at danne ledelsesteams i afdelingerne (Bech, Jacobsen, et al., 2021a).

Implementeringen af et nyt ledelseslag og formalisering af nye ledelsesroller er en omfattende proces, som kræver tid og grundige overvejelser. Hverken Danske Regioner eller Overlægeforeningen/FAS har en forventning om, at de ændringer i titler, der følger med OK21 gør det alene. En forbedring forudsætter, at hospitaler og hospitalsafdelinger bruger overenskomsten som en anledning til at give deres ledelsesstruktur, opgavefordeling og de lægelige ledelsesroller et grundigt eftersyn. Overenskomsten ændrer til dels rammerne, men indholdet skal udfyldes af direktions- og afdelingsledelser under hensyn til de forskelle, der findes på tværs af specialer, afdelinger og afsnit.

Kataloget præsenterer en række overvejelser og refleksionsspørgsmål, som er udviklet på baggrund af en interviewundersøgelse primært blandt lægelige ledere og nedslag i ledelses- og organisationslitteraturen. Ledelse kan ikke sættes på formel, og derfor giver rapporten ikke anvisninger af konkrete løsninger, som passer til alle afdelinger og hospitaler. Kataloget giver snarere inspiration til, hvordan de enkelte hospitaler og afdelinger kan udvikle deres ledelsesstruktur på en måde, som passer netop til dem. Kataloget er således rettet mod personer, som udfører, udvikler og/eller interesserer sig for lægelig ledelse – det vil

især sige overlæger, ledere på hospitaler, direktions og HR-funktioner på hospitaler og i regionerne.

1.1 Grundlaget for inspirationskataloget

Danske Regioner og Overlægeforeningen/FAS ønsker med OK21 at igangsætte en strategisk proces, hvor hospitaler tager op til overvejelse, hvordan et nyt ledelseslag kan bruges til at styrke den lægelige ledelse. Parterne har som led i den proces bedt VIVE om en undersøgelse, der bidrager med konkret viden om, hvad der skal til, for at dette ønske kan blive realiseret. På baggrund af undersøgelsen, har vi udarbejdet dette inspirationskatalog.

Undersøgelsens formål

At bidrage med inspiration til, hvordan hospitaler kan bruge den nye ledelsesstruktur og de nye ledelsesroller til at styrke deres lægelige ledelse.

Kataloget tager afsæt i en **interviewundersøgelse** samt nedslag i litteraturen om ledelse og organisering. Vi har i alt interviewet 44 personer, som repræsenterer forskellige lægelige ledelseslag, dvs. direktions, ledende overlæger, specialeansvarlige og afsnits-/funktionsansvarlige overlæger, lægernes ledelseskolleger på plejersiden og centrale beslutningstagere. Vi har brugt interviewene som afsæt

for at udvælge de temaer, der er relevante for hospitalernes arbejde med ledelsesudvikling, og som indgår i ledelseshjulet (figur 1.2). Udvalgelsesprocessen er også informeret af forskergruppens eksisterende kendskab til litteraturen og erfaringerne på området. Interviewene er kodet systematisk i forhold til de enkelte temaer, men præsenteres ikke som en systematisk analyse i rapporten. Det skyldes, at rapportens formål er at tjene til inspiration mere end at afdække forhold på hospitalerne. Analytisk har vi anvendt en abduktiv fremgangsmåde, hvilket vil sige, at vi løbende har brugt empiriske betragtninger til at skærpe vores blik for, hvilken litteratur der var relevant, og omvendt brugt litteraturen til at skærpe vores forståelse af de empiriske problemstillinger (jf. Tavory & Timmermans, 2014). Det betyder desuden, at de citater, der indgår i teksten, er illustrative eksempler på, hvordan et tema kan udfolde sig, men ikke nødvendigvis repræsentative for det samlede tema eller interview.

Litteraturnedslag er foretaget for at give forskningsbaserede perspektiver på de temaer, vi via interviewene identificerede som centrale for hospitalernes aktuelle arbejde med at styrke deres lægelige ledelse i lyset af OK21. Nedslagene er således ikke udtømmende for litteraturen eller resultatet af et systematisk review, men udvalgt på baggrund af en vurdering af, hvad der aktuelt

er relevant for danske hospitaler. En udfoldet beskrivelse af projektets metode, undersøgelsesspørgsmål og analytiske strategi findes som bilag (Bilag 1: Design og metode).

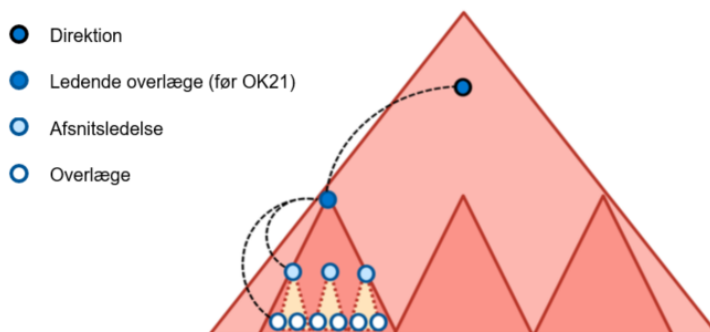
Hospitaler og afdelinger har vidt forskellige udgangspunkter, når det kommer til ledelsesstruktur og ledelsesroller. De varierer i forhold til organisatoriske karakteristika som størrelse, ansvarsområder, geografi, patientgrundlag og medarbejdersammensætning. De varierer også i forhold til deres aktuelle situation, fx hvor hårdt de er påvirket af efterdønningerne fra covid-19 og/eller personalemangel. Endelig varierer de på forandringsparathed: Nogle afdelinger har netop gennemført organisationsforandringer, hvor andre netop skulle til at gå i gang og ser OK21 som et kærkomment startskud. Afdelinger oplever således forskellige muligheder og udfordringer i forhold til at styrke den lægelige ledelse, og der er ingen tvivl om, at der ikke er én løsning, der passer til alle afdelinger. Det samme afspejler sig i litteraturen. Selvom ledelses- og organisationslitteraturen peger på en række dimensioner og temaer, der kan være afgørende for design af ledelsesstrukturer, ledelsesroller og forandringsprocesser, så findes der ikke én rigtig tilgang til ledelse. Det er derfor afgørende, at de enkelte hospitaler og afdelinger overvejer, hvilken retning der er relevant for dem. Det vil vi gerne afspejle med dette inspirationskatalog.

1.2 De eksisterende rammer

For at uddybe, hvordan den nye ledelsesstruktur adskiller sig fra den eksisterende, redegør vi kort for hospitalernes nuværende ledelsesstruktur og fremhæver nogle af de forskelle, der findes lokalt. Hospitaler organiserer sig forskelligt og fordeler ledelsesopgaverne forskelligt, men i grove træk ses variationer over den grundstruktur, der er illustreret i figur 1.1. Redegørelsen i dette afsnit har primært fokus på lægernes ledeshierarki, men i praksis kan ledelsesstrukturen ikke ses uafhængigt af organiseringen af de øvrige faggrupper og især plejegruppen, hvilket vi også vil vende tilbage til.

Figur 1.1 Den eksisterende lægelige ledelsesstruktur

Figuren illustrerer det eksisterende lægelige ledelseshierarki, hvor overlæger og afsnitsledende overlæger refererer til den ledende overlæge, som refererer til direktionen



Kilde: Egen tilvirkning, VIVE 2022.

Øverst er **direktionen**, hvor 3-5 direktører har det overordnede ledelsesansvar for hospitalet.

Under direktionen finder man et antal **afdelinger**, ledet af et ledelsesteam bestående af en ledende overlæge og en eller to kollegaer, typisk en ledende sygeplejerske og evt. en ledende sekretær. Afdelingerne er inddelt i en række mindre enheder, som vi her kalder afsnit, men som lokalt også kaldes funktioner, sektioner m.m. Nogle få steder er flere afdelinger samlet i centre eller klinikker, så en afdelingsledelse refererer til en center- eller klinikchef, som så refererer til direktionen.

Afsnit kan være struktureret efter en bestemt funktion eller geografi eller et bestemt subspecialt og/eller være organisatoriske enheder som fx et ambulatorium på en specifik etage. Afsnit bliver typisk ledet af et team af en læge og sygeplejerske. Lægen kan have forskellige titler, som fx afsnitsleder eller funktionsleder. For enkeltheds skyld bruger vi i det følgende betegnelsen afsnitsleder. **Afsnitsledelse** indebærer hovedsagligt drift og kun i ganske få tilfælde har afsnitsledere personaleansvar og budgetansvar. Afsnitsledelse er typisk en rolle, som aftales med den ledende overlæge, og som varer i en tidsafgrænset periode, hvorefter den afsnitsledende læge kan fortsætte sin karriere som overlæge og faglig specialist. Nogle steder vil den afsnitsansvarlige også være specialeansvarlig, og nogle steder kan også afdelingslæger være afsnitsledere.

At være **specialeansvarlig** indebærer, at man er placeret på løntrin 51 eller 52 i overenskomsten og har et formelt, fagligt ledelsesansvar for et område. Specialeområdet kan både være et subspecial, en specifik sygdom, et apparat eller en behandling. Specialeansvarlige overlæger kan også være afsnitsledere, men er det ikke altid, og hvis de er, er afsnittet ikke nødvendigvis identisk med det område, den specialeansvarlige har afsnitsledelse for. Afsnitsledelse er en organisatorisk position, og specialeansvar en overenskomstfæstet og faglig position. Der er stor variation i forhold til, hvor brugt kategorien som specialeansvarlig er: Nogle afdelinger har ligeså mange eller flere specialeansvarlige overlæger som overlæger uden specialeansvar, og andre afdelinger og hospitaler har stort set ingen i den kategori.

Overlæger refererer i næsten alle tilfælde til den ledende overlæge (og ikke en afsnitsledende overlæge) og arbejder på tværs af afdelingens afsnit og funktioner. Modsat arbejder sygeplejerskerne typisk fast i et eller to afsnit. Overlæger har per definition et fagligt ledelsesansvar for patientbehandlingen. Derudover har nogle overlæger også særlige ansvarsområder, som fx IT-systemer eller 'den svære samtale'. Disse typer ansvar placerer sig på et spektrum mellem 'almindeligt' overlægeansvar og afsnitsledelse, og grænsen for, om et ansvarsområde kategoriseres som et egentligt afsnits- eller funktionsansvar eller som et overlægeansvar, er flydende.

Ud over disse ledelsesroller kan der også være **andre ledelsesroller** i afdelingerne, som fx uddannelsesansvarlige overlæger og lærestolsprofessorer mv., som typisk vil være et ledelsesansvar på tværs af afsnit i afdelingen.

1.3 Den nye ledelsesstruktur

Nybruddet i den nye ledelsesstruktur er formaliseringen af det nye ledelseslag under de kommende cheflæger og titelskiftet fra ledende overlæge til cheflæge. Siden 2010 har Overlægeforeningen/FAS og Danske Regioner drøftet mulighederne for en ny stillingsstruktur for de mest specialiserede læger og for læger i ledende stillinger. Aftalen faldt på plads i forbindelse med forhandlingerne om overenskomsten for overlæger i 2021¹ (Regionernes lønnings- og takstnævn & Foreningen af Speciallæger, 2021) – se boks 1.1 nedenfor.

¹ Foruden ledelsesstrukturen vedrører overenskomstaftalen også efteruddannelse og ændrede vilkår for nye overlæger, hvilket vi ikke kommer yderligere ind på i dette katalog.

Indførelse af nye stillinger og stillingsbetegnelser i Aftale vedr. lægelige chefer

Med virkning fra 1. april 2022 foretages følgende ændringer i § 4, stk. 1 i Aftale vedrørende lægelige chefer:

- Stillingen cheflæger på løntrin 52/53 udgår. Cheflæger ansat før 1. april 2022 bevarer deres nuværende vilkår som en personlig ordning.
- Titlen for ledende overlæger på løntrin 52 ændres til cheflæger.
- Titlen for ledende overlæger/professorer på løntrin 52 ændres til cheflæger/professorer.
- Der indføres en ny stilling som ledende overlæge på løntrin 52, og den nuværende specialeansvarlige overlæge på løntrin 52 indgår fremover som en del af denne stillingskategori.
- Der indføres en ny stilling som ledende overlæge/professor på løntrin 52, og den nuværende specialeansvarlige overlæge/professor på løntrin 52 indgår fremover som en del af denne stillingskategori.
- Der indføres en ny stilling som ledende overlæge (trin 51/tjenestemænd), og den nuværende specialeansvarlige overlæge (trin 51/tjenestemænd) indgår fremover som en del af denne stillingskategori.

Som følge heraf foretages nødvendige konsekvensrettelser i aftalen.

Samtidig ændres § 2, stk. 3 i Aftale vedrørende lægelige chefer.

En ledende overlæge har organisatoriske og/eller faglig ledelse og refererer til afdelingens cheflæge og er tillagt den lægelige ledelse af det område enten organisatorisk eller fagligt.

Bemærkninger:

Organisatorisk ledelse omhandler fx budget-, personale- og/eller driftsansvar – at lede den daglige drift af den organisatoriske enhed typisk til en sektion eller et afsnit.

Faglig ledelse handler om et særligt fagligt ledelsesansvar på et afdelingsstrategisk niveau eksempelvis for specialet, for et fagområde, for forskning og udvikling, for kvalitet, for uddannelse m.v.

En ledende overlæge varetager ledelsen af et nærmere defineret ansvarsområde inden for afdelingens virksomhed og sikrer effektiv ressourceanvendelse og sammenhængende patientforløb, bidrager til strategisk planlægning og implementering m.m.

Kilde: (Regionernes lønnings- og takstnævn & Foreningen af Speciallæger, 2021)

Siden offentliggørelsen af aftalen er overgangen til de nye stillinger blevet præciseret. Hvor det oprindeligt lød, at specialeansvarlige overlæger på løntrin 51 og 52 ville indgå i stillingen som ledende overlæger, er det nu på www.laeger.dk tilføjet, a) at nogle specialeansvarlige overlæger kan forblive i deres stillinger efter lokal vurdering og individuelle hensyn, og b) at overlæger med funktioner og ansvarsområder, som har et omfang, der svarer til den nye stilling som ledende overlæge, tilbydes stillingen som ledende overlæge (FAS, 2022). Derudover præciserer overenskomsten, hvad overlægers ledelsesansvar indebærer, jf. boks. 1.2.

Boks 1.2 Bemærkning om overlægers ledelsesansvar

Bemærkninger:

En ansættelse som overlæge er en ansættelse som leder. Overlæger leder og organiserer det konkrete patientforløb/behandlingsindsats og kan fx være ansvarlig for arbejdstilrettelæggelsen af et team. Overlæger kan derudover også være involveret i specifikke opgaver, som f.eks. forskning, kvalitetsarbejdet, præ- og postgraduat uddannelse, projekter m.v.

Overlægen medvirker, på baggrund af kliniske kompetencer, faglig indsigt og rutine, til, at hospitalet kan leve op til krav i forhold til kvalitet, tilgængelighed, leveringsfrister og effektivitet. Overlægen har derfor et ledelsesmæssigt ansvar i forhold til at sikre hensigtsmæssige patientforløb og derigennem medvirke til en rational organisering og drift af hele afdelingen.

Kilde: (Regionernes lønnings- og takstnævn & Foreningen af Speciallæger, 2021)

I forbindelse med offentliggørelsen af OK21 har Overlægeföreningen/FAS og andre centrale aktører på området identificeret nogle af de udviklingsmuligheder, OK21 giver for at udvikle og tydeliggøre lægelig ledelse (Bech, Bro, et al., 2021; Bech, Jacobsen, et al., 2021b, 2021a; Lintz, 2021; Pedersen & Schmidt-Petersen, 2021). Blandt disse muligheder er:

- At øge ledelseskapaçiteten og derved den faglige udvikling, engagement og trivsel på arbejdspladsen
- At forbedre det tværfaglige samarbejde
- At reducere ledelsesspændet for de nuværende ledende overlæger og derved øge deres kapacitet til strategisk og udviklingsorienteret ledelse
- At sikre mere nærværende ledelse ned i afdelingen
- At forbedre teamsamarbejdet og samhörigheden blandt lægelige ledere
- At delegerer visse ledelsesfunktioner, så afdelingen samlet set får en større ledelseskapaçitet
- At udvikle ledende overlægers ledelsesrolle, herunder deres rolle i afdelingens faglige udvikling.

I det følgende vil vi fremhæve tre elementer, som kan være afgørende for, om hospitalerne indfrir en eller flere af disse muligheder i forbindelse med overgangen til den nye overenskomst.

1.4 Tre vidensbehov: forandring, organisering og ledelse

Den nye overenskomst rejser et hovedspørgsmål for landets hospitaler: Hvordan skal det nye ledelseslag implementeres hos os? Spørgsmålet afspejler tre forskellige vidensbehov, identificeret i interviewundersøgelsen. For det første viden om den proces, hospitalerne skal igennem: Hvordan griber man det at forandre en ledelsesstruktur an, hvad er 'min' rolle, og hvad skal der ske, hvornår? Disse spørgsmål handler om, hvordan man leder **forandring**. For det andet er hospitalerne optaget af, hvordan det nye ledelseslag kommer til at påvirke deres afdelingers struktur: Hvem og hvad skal de ledende overlæger lede, og hvordan skal ledelsesansvaret fordeles i afdelingerne? Disse spørgsmål handler om **organisering**. Det sidste vidensbehov knytter sig til selve **ledelsesrollen**: Hvem skal være ledende overlæge, hvad indeholder rollen, og hvad skal gøre stillingen attraktiv?

På baggrund af disse tre fokuspunkter, den indsamlede empiri og organisations- og ledelseslitteraturen har vi opstillet en række temaer, som kan inspirere hospitalernes arbejde med at styrke deres ledelse. Vi har struktureret det i et ledelseshjul, som præsenteres nedenfor.

Inspirationskatalogets fokuspunkter

- 1 Forandring:** Fokus på hvordan afdelinger og hospitaler kan gribe udviklingsprocessen an. Behandles i kapitel 2.
- 2 Organisering:** Fokus på hvordan det nye ledelseslag påvirker og påvirkes af hospitaler og ikke mindst afdelingernes ledelsesstruktur. Behandles i kapitel 3.
- 3 Ledelse:** Fokus på hvordan de nye ledelsesroller skal udfyldes. Behandles i kapitel 4.

Figur 1.2 Det lægelige ledelseshjul

Det lægelige ledelseshjul indeholder tre fokuspunkter: forandring, organisering og ledelse. Hvert fokuspunkt indeholder temaer, som er udfoldet vha. refleksionsspørgsmål i inspirationskatalogen. Ledelseshjulet kan understøtte hospitalernes arbejde med at styrke lægelig ledelse.



Kilde: Egen tilvirkning, VIVE 2022.

De tre fokusområder, forandring, organisering og ledelse, bliver præsenteret i hver deres kapitel. Hvert fokusområde er udspecificeret et antal temaer. **Kapitel 2** handler om ledelse af forandring og er udspecificeret i temaerne Forventninger og Forandringsprocessen. **Kapitel 3** om organisering er udspecificeret i Opdeling af afdelinger, Ledelsesspænd, Formel fordeling af ledelsesansvar og Koordination. **Kapitel 4** handler om ledelse, og er udspecificeret i temaerne Ledelsesroller, Faglig ledelse, Rekruttering og fastholdelse og Ledelsesteams. **Kapitel 5** afrunder kataloget med en kort perspektivering.

Ved hvert tema præsenterer vi en række udviklingsspørgsmål med det formål at inspirere og guide hospitaler og afdelinger til selv at vurdere, hvad deres behov og udfordringer er, og hvordan de kan udvikle den ledelsesstruktur og rollefordeling, som passer netop til deres særlige behov og formål. Der er med andre ord ikke rigtige eller forkerte svar på udviklingsspørgsmålene, da vi som sagt ikke tror på, at ledelse kan sættes på formel. Spørgsmålene præsenterer blot nogle af de udviklingsveje, man kan tage, og fremhæver, hvilke fordele og ulemper de – baseret på litteraturen og hospitalernes eksisterende erfaringer – kan medføre.

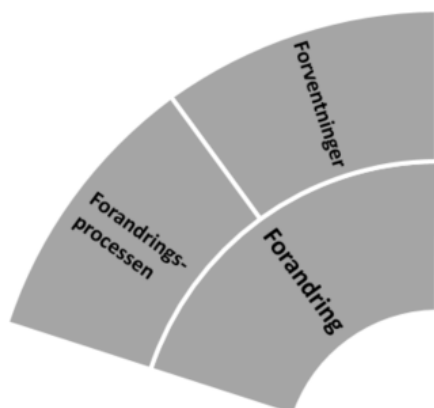
2 Forandring

Forandring

Om ledelse af den proces, der igangsættes, når en ledelsesstruktur forandres.

Overenskomstens nye ledelseslag og implementering af disse vil medføre forandringer for hospitaler, afdelinger og enkeltindivider. Forandringer kræver ledelsesmæssige overvejelser om implementering og processen for forandringer. Usikkerhed og modstand er nogle af de typiske årsager til, at det kan være vanskeligt at realisere ønskede forandringer.

Tydighed omkring forventninger til forandringer og om forandringsprocessen er én måde, hvorpå hospitalsledere kan imødegå den potentielle modstand og usikkerhed. Alle hospitaler i undersøgelsen er godt i gang med at planlægge forandringsprocessen, men det varierer, hvor langt de er den henseende.² Det fremgår da også af kapitel 1, at det er en proces, der forventes at tage tid og forudsætter en række strategiske overvejelser og beslutninger på flere niveauer.



Dette kapitel sætter fokus på ledelse af den forandring, som regioner, hospitaler og afdelinger står over for med implementeringen af OK21. Temaerne for kapitlet er udvalgt på baggrund af interviewundersøgelsen, jf. figur 7.1. Kapitlet er tæt forbundet med rapportens kapitel tre og fire, idet nogle af de temaer, der skitseres i de to kapitler, med fordel kan bruges til at planlægge de forandringer og den forandringsproces, som OK21 lægger op til. Kapitlet indeholder to temaer, nemlig forventninger til forandringen og til selve forandringsprocessen.

2.1 Forventninger til forandringer

Transparens og kommunikation om de forandringer, der skal ske, kan være med til at begrænse den usikkerhed og modstand, som helt naturligt opstår blandt de involverede i enhver forandringsproces. Med OK21 vil det indebære at specificere de forandringer for lægelig ledelse, der forventes at opstå for

² Interviews er foretaget fra september 2021 til februar 2022. Derfor kan forskelle i, hvor langt hospitalerne er i implementeringsprocessen, også afspejle, at de er blevet interviewet på forskellige stadier i deres implementeringsproces.

forskellige aktører: Hvad er formålet, hvilke fordele og evt. ulemper kan forandringen give i forhold til den nuværende situation og de eksisterende organisatoriske og ledelsesmæssige strukturer?

Boks 2.1 Forventninger til forandring

1 Hvordan ser den eksisterende ledelsesstruktur og det eksisterende ledelsesbehov ud?

En indledende afdækning af afdelingernes ledelsespraksis, herunder en kortlægning af ledelsesstrukturer og analyse af de anvendte organiseringsprincipper, kan være et godt udgangspunkt for at vurdere, hvordan det nye ledelseslag kan understøtte afdelingens ledelsesbehov.

2 Hvad er visionen med at forandre den lægelige ledelse og afdelingens ledelsesstruktur?

Udvikling af en fælles lokal og klar vision for lægelig ledelse, dvs. forventninger til ønskværdige konsekvenser, kan bidrage til at binde en organisation sammen om implementeringen og sikre opbakning.

3 Hvordan skal der kommunikeres om forandringen af ledelsesstrukturen og til hvem?

Kommunikation om den kommende forandring, herunder vision, handleplaner og konsekvenser for den enkelte medarbejder, kan bidrage til at skabe mere tryghed omkring de kommende forandringer. Det er relevant at overveje, hvem der skal kommunikere, samt hvordan, hvornår og til hvem.

Et godt udgangspunkt for forandringsprocessen er at tilpasse forandringen nøje til de eksisterende ledelsesstrukturer og ledelsesbehov, der findes lokalt. På tværs af hospitaler og afdelinger eksisterer allerede forskellige organiseringer, ledelsesstrukturer og -roller, som skaber forskellige rammer og forudsætninger for at styrke lægelig ledelse (jf. kapitel 3 og 4). At analysere, **(1) hvordan den eksisterende ledelsesstruktur og ledelsesbehov i de enkelte afdelinger ser ud** i de enkelte afdelinger, er derfor et godt bud på første element i planlægning af forandringen, bl.a. fordi det kan klargøre forskellige muligheder og barrierer for at styrke lægelig ledelse (Sabatier & Mazmanian, 1980). Omfanget af de planlagte forandringer stiller forskellige krav til forandringsledelsen. Hvis de planlagte forandringer er mindre justeringer og præciseringer, vil

de berørte ofte opleve forandringen mindre voldsom (Nadler & Tushman, 1995). Større omlægninger vil derimod kræve mere tydelighed om de forventede formål og gevinster og mere tid til forandringen. Gennemgående viser interviewene, at de lægelige ledere lægger stor vægt på, at implementeringen af OK21 tager hensyn til, hvordan lægelig ledelse praktiseres og organiseres på nuværende tidspunkt i afdelingerne, herunder hvad der fungerer henholdsvis godt og mindre godt (se evt. kapitel 3 for en uddybning). Nogle af de forhold, der kan være relevante at inddrage i en sådan analyse, er afdelingernes størrelse, geografiske og fysisk placering, funktionsområder og specialer, medarbejdersammensætning mv., hvilket vi udfolder i kapitel 3 og 4.

Der kan desuden være et behov for at gøre sig klart, **(2) hvad visionen med at forandre den lægelige ledelse og afdelingens ledelsesstruktur er**. Litteraturen om forandringsledelse lægger stor vægt på, at medarbejderne oplever et behov for forandring, hvis forandring skal lykkes. Det er derfor vigtigt, at den øverste ledelse formår at skabe en oplevelse af nødvendighed – en såkaldt 'brændende platform' (Hayes, 2018; Nadler & Nadler, 1998). Læger og andre faggrupper i afdelingerne ser ikke altid nødvendigheden af forandringer på samme måde som den øverste ledelse, ligesom de kan være motiveret af andre forhold. Lægernes opbakning til forandringen kan potentielt styrkes, hvis de kan se sig selv i en lokalt forankret *vision* for, hvorfor og hvordan den lægelige ledelse skal styrkes på det enkelte hospital. En vision kan kort og klart beskrive fordelene ved at styrke den lægelige ledelse både for konkrete arbejdsgange på hospitalet og for patienterne (Jensen et al., 2019; Qvick, 2021) og derved tydeliggøre ledelsens prioriteringer. Interviewundersøgelsen viser, at der blandt læger og andre faggrupper på tværs af niveauer og afdelinger findes forskellige opfattelser af, hvem der berøres af OK21, hvad dens indhold er, og hvad den konkret betyder for ledelsesrollerne. Derfor er det særligt vigtigt at definere og specificere de lokale mål og forventninger med forandringsprocessen. Det gælder både i forhold til de overordnede mål og formål, men også i forhold til konkrete ledelsesopgaver, ledelsesroller og samarbejdsrelationer (Qvick, 2021). Udviklingen af en lokalt forankret vision kunne bidrage til at mindske usikkerheden om intentionerne bag OK21 og om de fremadrettede konsekvenser. Visioner kan udmøntes på regionalt niveau, hospitalsniveau og afdelingsniveau. Fordelen ved en centralt defineret vision er at skabe sammenhæng og konsistens i på tværs (Parish et al., 2008), hvor fordelen ved at lave en lokal udgave er, at den typisk bliver mere relevant og konkret. En mulighed er at konkretisere en centralt defineret vision i del-visioner for de enkelte afdelinger, for at opnå både fælles retning og lokal forankring (Qvick, 2021). Visionen skaber imidlertid ikke forandring i sig selv, men skal kommunikeres, deles og fastholdes på kort og langt sigt, hvis den skal have konsekvenser for, hvordan lægelig ledelse udøves i praksis (Kouzes & Posner, 2012). Desuden vil det også betale sig at inddrage medarbejderne, hvilket vi vender tilbage til i afsnit 2.2.

Klar og tydelig kommunikation omkring den forventede forandring og proces er særligt vigtig i en forandringsproces for at minimere den usikkerhed, der ofte opstår, når der skal ske noget nyt (Kavanagh & Ashkanasy, 2006; Kotter, 2007). Det kan derfor være centralt at planlægge, **(3) hvordan der skal kommunikeres om forandringen af ledelsesstrukturen og til hvem**. Særlig vigtigt er det at kommunikere, hvad de berørte skal gøre for at realisere vision og målsætninger på kort og på lang sigt (Bass, 1990; Moynihan et al., 2012). Kommunikationen bør være kontinuerlig og foregå på flere niveauer – både overordnet og generelt, men også konkret i forhold til den enkelte person. Et centralt element i kommunikationsstrategien består således i, at ledelsen taler med hver enkelt om vedkommendes fremtidige rolle (Kotter, 1996), idet visioner får størst betydning, når de kommunikeres ansigt til ansigt (Jensen et al., 2018). Dette er særligt vigtigt for dem, som bliver mest berørt af forandringerne. Direkte kommunikation kan skabe en større grad af sikkerhed og trykthed om betydningen for den enkelte og derfor være særligt betydningsfuld, hvis der er medarbejdere, som har modstand mod forandringen.

2.2 Forandringsprocessen

For at understøtte, at OK21 kommer til at bidrage til at styrke lægelig ledelse lokalt, kan hospitalsledelserne lægge en præcis plan for, hvordan forandringsprocessen skal forløbe. Forandringsledelse indebærer, at ledelsen formulerer og anvender målrettede indsatser til at takle den omstilling, som overenskomsten kræver (Kotter, 1996). Det forudsætter udarbejdelse og kommunikation af en klar og realistisk *plan* for gennemførelse af ændringer på hospitalet og i afdelingerne. I den sammenhæng kan det være relevant at overveje følgende spørgsmål.

1 Hvordan, hvornår og af hvem skal forandringsprocessen gennemføres?

En forandringsplan kan præcisere, hvem der forventes at blive inddraget og hvornår. Planen kan involvere en bred eller en smal gruppe, og inkludere repræsentanter fra flere ledelseslag og faggrupper. En sådan plan kan skabe klarhed og mindske usikkerhed om forandringen.

2 Hvilke drivkræfter og modkræfter er der i afdelingerne?

Forandringer i organisationer er afhængige af, at drivkræfterne er stærkere end modkræfterne. Derfor kan det være gavnligt at kortlægge driv- og modkræfter for det nye ledelseslag og ændringer i ledelsesstrukturen og forsøge at lægge en plan for, hvordan drivkræfterne kommer i spil, og imødegå eventuelle modkræfter.

3 Hvem kan særligt opleve usikkerhed om egen rolle?

Læger og andre professionsgrupper, som oplever det uklart og usikkert, hvad deres rolle i den nye ledelsesstruktur er, vil sjældent bidrage positivt til forandringen. Derfor kan det være relevant at tale med hver enkelt medarbejder om dette, eller at bruge alternative metoder til at 'se' folk, hvis kontakt med hver enkelt person ikke er muligt.

Det kan være hensigtsmæssigt tidligt at udvikle en realistisk plan for forandringsprocessen og ekspliciterer, **(1) hvordan og hvornår skal forandringsprocessen gennemføres, og hvem der inddrages i processen** (Kotter, 1996). En realistisk og bredt kommunikeret plan for forandringsprocessen kan bidrage til større gennemsigtighed i forhold til, hvem der inddrages i processen hvornår, og hvem der træffer vigtige beslutninger, som potentielt kan være kontroversielle eller berøre en større gruppe medarbejdere. I forhold til OK21 handler det blandt andet om at definere forventninger til de kommende ledelsesroller og -strukturer, ansættelsesprocedurer m.m., og hvornår de træffes. En forandringsplan kan bidrage til, at de involverede bliver mere afklarede i forhold til, hvornår de kan forvente af få svar på deres mange spørgsmål om OK21, og det kan minimere dele af den mytedannelse og forvirring, der kan opstå i en forandringsproces. En forholdsvis tidlig forandringsplan med tydelig proces for forandringen giver samtidig mere tid til at planlægge forandringen, involvere

relevante aktører samt overveje eller afprøve forskellige modeller til styrkelse af lægelig ledelse (Hayes, 2018; Nadler & Tushman, 1995).

Engagement og opbakning til den forandring, der skal finde sted, er afgørende for forandringens succes (May, 2014). Forandringer i organisationer er således afhængige af, at drivkræfterne er stærkere end modkræfterne. På de enkelte hospitaler og afdelinger er der også forskellige opfattelser af behovet for at styrke lægelig ledelse og særligt af, hvordan det konkret bør ske. Det kan være hensigtsmæssigt at identificere, **(2) hvilke drivkræfter og modkræfter der er i afdelingerne**, så det bliver muligt at tage hensyn til og hånd om forskelligheden og forsøge at lægge en plan for og tilpasse forandringsprocessen til de drivkræfter og modkræfter der findes i afdelingerne (Kotter & Schlesinger, 2008). Drivkræfterne kan bruges som forandringsagenter. Opbygning af en 'alliance' blandt de involverede, i dette tilfælde ledere, læger og andre faggrupper, som er stærk nok til at modstå modstand, kan værre et af de mest effektive midler til at lykkes med en forandringsproces (Jacobsen, 2016). Det kan også være hensigtsmæssigt at imødegå modkræfterne. Medarbejdermodstand regnes i litteraturen som en af de allervæsentligste forandringsbarrierer (Bovey & Hede, 2001; Kotter & Schlesinger, 2008; Maurer, 1996), og særligt veluddannede medarbejdere (som læger) har behov for at drøfte forandringer i bund, hvis de skal acceptere dem (Kotter, 1999). Én måde at styrke lægernes og evt. andre faggruppers opbakning til de OK21-afledte forandringer på, er at inddrage dem i processen og tage hensyn til deres holdninger og vurderinger og tilpasse eller justere forandringerne til dem. I den sammenhæng, er det afgørende, at graden og typen af inddragelse samt tidspunktet for inddragelsen kommunikerer tydeligt, og at inddragelsen organiseres på en måde, så den er reel og ikke opleves som en 'pseudohøring'.

Modstand mod forandringerne kan hænge sammen med en berettiget eller uberettiget frygt for at miste erhvervede privilegier, positioner eller rettigheder, eller for, om medarbejderne formår at varetage nye roller (Hildebrandt et al., 2015; Yukl, 2010). Det kan derfor være hensigtsmæssigt at være meget eksplicit omkring sådanne usikkerheder og identificere, **(3) hvem der særligt kan opleve usikkerhed om egen rolle**. Én måde, hvorpå ledelsen kan imødegå en eventuel modstand mod forandring, er netop at identificere kilden til bekymringen og på den måde opnå et mere nuanceret grundlag at handle ud fra (Kotter & Schlesinger, 2008). Som eksempel kan nævnes, at specialeansvarlige overlæger i interviewene gav udtryk for bekymringer om deres fremtidige rolle og position, hvorfor det kan give mening at adressere deres usikkerhed. For andre er usikkerheden mindre, om end de kan være optagede af deres placering i en kommende organisering.

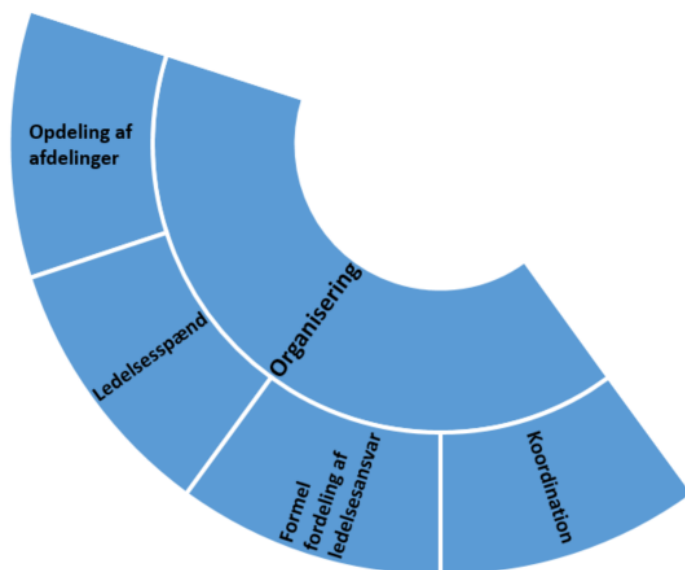
3 Organisering

Organisering

Om de rammer og strukturer hospitalerne bruger til at lede og koordinere deres arbejde.

Hvordan kan det nye ledelseslag komme hospitaler og afdelinger til gavn? Svaret på dette spørgsmål hænger i høj grad sammen med det enkelte hospitals og den enkelte afdelings nuværende organisering og ønsker til fremtidig organisering. Hvad det mere præcist vil sige, vil vi komme ind på i dette kapitel, hvor vi

præsenterer udviklingsspørgsmål til fire organisatoriske temaer: opdeling af afdelinger, ledelsesspænd, formel fordeling af ledelsesansvar og koordination og infrastruktur. Disse temaer er udvalgt på baggrund af interviewundersøgelsen, fordi de er relevante for de beslutninger, hospitaler og afdelinger står over for at skulle træffe. Til udvikling af refleksionsspørgsmålene, som præsenteres under hvert tema, har vi desuden foretaget nedslag i ledelses- og organisationslitteraturen.



3.1 Opdeling af afdelinger

Når det nye ledelseslag tages i brug, vil det være relevant at vurdere, hvordan det spiller sammen med de eksisterende opdelingsprincipper i afdelingen. Opdelingsprincipper handler om, hvad det er, der samler og adskiller afdelingen både eksternt i forhold til andre afdelinger, og internt i form af underopdelinger.

1 Hvad karakteriserer afdelingens grundstruktur?

De kommende ledende overlæger vil skulle lede et område, og det vil i nogle tilfælde føre til nye organisatoriske underinddelinger. Om afdelingen er struktureret om et speciale, et sygdomsområde eller en undersøgelsesmodalitet, er med til at afgøre, hvilke underinddelinger der er relevante.

2 Hvilke opdelinger findes allerede internt i afdelingen, og hvilke skal det nye ledelseslag formalisere?

Formaliseringen af en ny struktur skal understøtte en effektiv drift samt medarbejdernes faglige tilknytning til og trivsel i afsnittet og afdelingen. Ved at kortlægge de eksisterende underinddelinger i fx specialer, geografi og lokationer, sygdomsområder, størrelser, ansættelseskategorier kan det stå tydeligere frem, om der er behov for at omlægge, styrke eller justere den eksisterende organisering.

3 Skal det organiserende princip være ens på tværs af faggrupper?

Lægegruppen og plejegruppen kan være organiseret efter samme, delvist overlappende eller forskellige principper, fx i en matrixstruktur. Organisering i afsnit eller mindre teams sker ud fra faglige og driftsmæssige hensyn, og der vil altid være afvejninger af fordele og ulemper ved den valgte organisationsform. For nogle vil OK21 være en anledning til at styrke det tværfaglige samarbejde.

4 Hvordan skal koordination foregå på tværs af de nye eller forstærkede underinddelinger i afsnit, og hvilke ressourcer vil det kræve?

Formalisering af organisatoriske underinddelinger i afsnit kan have fordele, men kan også føre til silodannelse og suboptimering. Jo mere opdelt en afdeling er, desto større krav om koordination stiller det til ledelsen. Derfor er koordinationsopgaven oplagt at have med i overvejelserne om, hvilke ledelsesområder der skal dannes eller formaliseres.

En afdelings grundstruktur er med til at forme behovet for intern differentiering, dvs. for hvordan det giver mening at inddele afdelingen i mindre ledelsesområder, i afsnit eller i mindre teams. Derfor er spørgsmålet: **(1) Hvad karakteriserer afdelingens grundstruktur?** relevant, når afdelinger skal finde ud

af, hvordan de nye ledelsesområder skal defineres. Grundstruktur handler om afdelingens primære funktion eller kerneopgave – om det, der samler afdelingen til en enhed. Funktioner kan fordele sig på et spektrum mellem entydige og forskelligartede (Lega & DePietro, 2005). Helt overordnet er det sådan, at jo mere heterogen en afdeling er, desto større bliver behovet for intern differentiering i afsnit eller mindre teams (Lawrence & Lorsch, 1967; Scott, 2003). Et eksempel er en afdeling for intern medicin. En sådan afdeling vil have et forskelligartet patientgrundlag, fordi nogle patienter har sygdomme i nyrerne og andre hormonsygdomme osv., og tilsvarende forskelligartede lægegrupper, som typisk kun i mindre grad kan udføre hinandens arbejdsopgaver. I en sådan afdeling vil det ofte give mening at differentiere afdelingen, fx i et afsnit for nyresygdomme, et afsnit for hormonsygdomme m.m., for at sikre både vidensudveksling og kvalitet i behandlingen samt mulighed for at tilrettelægge arbejdet og fx hjælpe hinanden ved sygdom. En radiologisk afdeling vil derimod have en mere ensartet grundstruktur, hvor de ansatte i et vist omfang kan overtage hinandens opgaver, jf. citatet nedenfor. Som tommelfingerregel vil en sådan afdeling have et mindre behov for intern differentiering. Det nye ledelseslag vil gøre det muligt at øge eller mindske den interne differentiering i afdelingen ved at samle eller opdele ledelsesområder under de kommende ledende overlæger.



Vi laver det samme i modsætning til jer

Vi laver mere eller mindre det samme på vores afsnit, i modsætning til jer [henvendt til anden ledende overlæge], som er meget opdelt i mindre delprocesser. Jeg kan gå og passe alle patienter. Det er anderledes end for jer, hvor I har inddelt det i den ene og det andet fokus

Ledende overlæge

Når de nye ledende overlægers ledelsesområder bliver defineret, vil det ske i en virkelighed, som allerede består af adskillige organisatoriske underområder (også kaldet 'subsystemer', jf. (Lawrence & Lorsch, 1967). Ved at undersøge spørgsmålet: **(2) Hvilke opdelinger findes allerede i afdelingen, og hvilke skal det nye ledelseslag formalisere?** kan afdelinger skærpe deres blik for, hvordan det nye ledelseslag vil spille sammen med de eksisterende formelle og uformelle underområder. I forbindelse med undersøgelsen har vi hørt om, at bl.a. geografiske lokationer, uddannelsesniveau, specialer, sygdomme, organer, etager, funktioner, apparaturer, modaliteter og historiske forhold bliver anvendt til at strukturere de underområder, læger skal navigere i. De nye ledende overlæger vil ifølge interviewene typisk blive ledere for et eksisterende

underområde, hvilket kan forstærke dette områdes position i organisationen. Når nogle områder styrkes, kan det opleves som en svækkelse af andre områder, som får en relativt set mindre central position i organisationen. Hvis en afdeling for ældresygdomme og lindring fx udnævner en ledende overlæge for geriatri, hvad så med dem, som arbejder med palliation og ikke hører til det geriatriske ledelsesområde? Og vil det give mening at udnævne en ledende overlæge for palliation, hvis der fx kun er tre læger, der arbejder med det område? Uanset hvilken løsning man beslutter sig for, er det relevant at analysere og kommunikere, hvilke hensyn og formål en given organisering har, samt hvordan medarbejderes faglige tilhørsforhold kan blive påvirket, når nye ledelsesområder indføres eller eksisterende formaliseres. Et overblik over eksisterende opdelinger kan ikke blot bruges til at vælge de områder, som skal have en ledende overlæge, men også til at synliggøre, hvilke områder der ikke får en og måske får behov for ekstra opmærksomhed fra ledelsen. Den konkrete organisering og opdeling skal gerne understøtte de opstillede visioner og formål, som vi omtalte i kapitel 2, og de konkrete hensyn og mål med den konkrete organisering skal gerne tydeliggøres for medarbejderne. Der vil altid være fordele og ulemper ved de hensyn og mål, der vægtes, og det kan være vigtigt at fremhæve disse afvejninger.

Ud over de underområder, som lægerne orienterer sig efter, findes der også områder for de andre faggrupper, herunder plejegruppen og sekretærene. I dag er disse faggrupper typisk organiseret anderledes end lægerne, nemlig i højere grad efter organisatoriske enheder, som fx afsnit, ambulatorier osv., hvor lægerne i højere grad går på tværs af disse organisatoriske opdelinger og fx følger en sygdom. Med de nye ledelseslag er det imidlertid oplagt at tage denne organisering op til revision og spørge: **(3) Skal det organiserende princip være ens på tværs af faggrupper?** En sådan organisering kan skabe underområder med en høj grad af integration og kendskab til hinanden på tværs af faggrupper. De interviewede ledende overlæger beskriver deres ledelsessamarbejde med (typisk) den ledende oversygeplejerske som helt centralt for at bedrive god ledelse. Et makkerpar med en erfaren sygepleje-leder og en ledende overlæge har både de relevante ledelseskompetencer og den faglige viden, det kræver at lede en afdeling, fortæller interviewpersonerne. Citatet nedenfor giver et eksempel på, hvordan et sådant makkerskab kan fungere.



Et stærkt team med forskellige tankegange og fælles ansvar

Det er derfor, at vi er sådan et godt team: Fordi vi hver især kommer med vores tankegang – læger og sygeplejersker. Jeg tror ikke, at det er en tilfældighed, at man stort set altid har haft en læge og en sygeplejerske i ledelserne, som altid har været siddeordnede, og som har været et team omkring at få de her ting til at fungere.

Jeg har ledelse sammen med [navn på ledende overlæge]. Når [den ledende overlæge] ikke er her, så har jeg ledelse af lægerne. Det fungerer egentlig fint. Omvendt, når jeg ikke er her går [den ledende overlæge] ind og tager et ledelsesansvar for mine sygeplejersker.

Oversygeplejerske

Med den nye overenskomst kan man overveje, om det vil være muligt og gavnligt at danne sådanne makkerpar på afsnits- eller funktionsniveau. Hvis det organiserende princip er ens for fx sygeplejegruppen og lægegruppen, vil det være tydeligt, hvor og hvordan sådanne makkerpar skal placeres i afdelingen. Vi kommer mere ind på tværfaglige ledelsesteams i afsnit 4.4. At anvende et ens organiseringsprincip på tværs af faggrupper kan dog også medføre nogle udfordringer. På lægesiden kan udfordringerne især handle om, hvordan arbejde i andre afsnit end stamafsnittet ledes. Der kan være forskellige løsninger. Måske kan lægerne referere til den nye ledende overlæge for stamafsnittet vedr. spørgsmål om personaleledelse, men til ledende overlæger på andre afsnit, hvad angår arbejde i deres afsnit. Dette kræver en tydeliggørelse af ledelsesrollerne, som vi vil vende tilbage til i kapitel 4. Det kan også være, at det er mere relevant at fastholde eller skabe en matrix-struktur, hvor en faggruppe er organiseret om ét princip, fx sygdomsområde, men andre om et andet, fx organisatorisk enhed. Uanset hvilken organiseringsmodel der vælges, er det relevant at vurdere, hvordan det vil påvirke samarbejdsmulighederne på tværs af faggrupper.

Når afdelingerne forstærker eller indfører organisatoriske opdelinger, er det ikke kun relevant at overveje, hvilke principper der skal strukturere opdelingerne, men også hvordan man vil skabe sammenhæng i afdelingen fremover. Spørgsmålet: **(4) Hvordan skal koordination foregå på tværs af de nye eller forstærkede underinddelinger, og hvilke ressourcer vil det kræve?** opfordrer afdelingerne til at have integration og ledelse på tværs med i overvejelserne,

når der skal defineres ledelsesområder for de kommende ledende overlæger. Organisatoriske opdelinger, eller funktionelle subsystemer, kan forstærke de forskelligheder, som eksisterer mellem faglige fællesskaber og dermed skabe problemer med integration og koordination (Gittel & Douglass, 2012; Schein, 1994). Overordnet set er der to opmærksomhedspunkter: risikoen for silodannelse og risikoen for suboptimering. Silodannelse består kort fortalt i, at de enkelte underområder lukker sig om sig selv og fokuserer på egne opgaver og ressourcer. Suboptimering er relateret til silodannelse og handler om, at man søger at optimere inden for eget underområde frem for det samlede system. Det kan fx være divisionalisering, hvor hver 'division' opretter sine egne støttefunktioner, hvorfor den samlede organisation som resultat bruger flere ressourcer på støttefunktioner (Mintzberg, 1979). Problemstillingen illustreres af specialeansvarlige overlæger, der fremhæver, at de ikke ser sig selv i en rolle med et stort koordineringsmæssigt ledelsesansvar: 'Det kan jeg ikke overskue', udbrød én eksempelvis, og 'så drukner vi i møder', sagde en anden, da vi under interview bragte emnet op. For at sikre et godt match mellem ledelsesrolle og lederkandidat er det relevant at være tydelig omkring de koordinationsopgaver og tværgående ledelsesopgaver, som stillingen som ny ledende overlæge forventeligt vil indeholde, hvilket vi vender tilbage til i afsnit 3.4. Under temaet Koordination og infrastruktur præsenterer vi desuden en række udviklingsspørgsmål, der specifikt handler om tilgange til integration, samarbejde og koordination.

3.2 Ledelsesspænd

Om ledelsesspænd

Ledelsesspænd (på engelsk 'span of control') henviser til måden, hvorpå relationerne mellem ledere og medarbejdere er struktureret i en organisation, og er udtryk for det antal medarbejdere, som en leder har direkte under sig (Bell, 1967). Et stort ledelsesspænd er udtryk for, at en leder har mange medarbejdere under sig, mens et lille ledelsesspænd henviser til, at en leder har få medarbejdere under sig.

En central intention med det nye ledelseslag er at reducere ledelsesspændet på afdelinger, der har vokset sig store. Hensigten er at give de kommende cheflæger bedre mulighed for at bedrive bl.a. strategisk ledelse (FAS, 2021). En tidligere kortlægning har vist, at ledelsesspændet for læger på danske hospitaler når helt op til 175 underordnede læger i en afdeling og op til 85 speciallæger. I gennemsnit er ledelsesspændet for læger dog 35 og 20 for speciallæger (Pedersen et al., 2020). Men hvordan afgør man, hvad der er det rette ledelsesspænd?

Selvom forskningen ikke giver et entydigt svar på dette spørgsmål, betyder det ikke, at alle svar er lige gode. I det følgende rejser vi med inspiration fra (Holm-Petersen *et al.*, 2011) fire spørgsmål, som kan være med til at afdække det rette ledelsesspænd for en leder.

Boks 3.2 Ledelsesspænd: Udviklingsspørgsmål

1 Er afdelingen karakteriseret ved en høj grad af kompleksitet?

Kompleksitet kan handle om opgaverne, patientgrundlaget, graden af formalisering, følelsesmæssig belastning. Jo større kompleksitet i en afdeling, desto mindre bør ledelsesspændet generelt være.

2 Hvor erfarne er læger og ledere, og hvor institutionaliseret er ledelsesopgaven?

Erfaring og rutine betyder generelt, at medarbejdere og ledere er mere selvkørende. Hvis afdelingen ellers fungerer, er tommelfingerreglen, at jo mere erfarne ledere og medarbejdere er, desto større kan ledelsesspændet være.

3 Er afdelingen fysisk samlet eller spredt?

En opdelt eller spredt afdeling stiller generelt større krav til ledelsesnærvær end en samlet. Jo mere spredt en afdeling er, desto mindre bør ledelsesspændet typisk være.

4 Er justering af ledelsesspændet den rigtige løsning, og kan den have ikke-intenderede konsekvenser?

Når ledelsesspændet justeres ned, vil ledelseskapaleten generelt øges, men ikke nødvendigvis ændre karakter. Jo mere præcise, eksplicite og afstemte forventninger man har til resultatet af sin justering, desto større er muligheden for at de bliver indfriet.

Den helt overordnede tommelfingerregel for ledelsesspænd er, at jo større kompleksiteten og diversiteten er desto mindre bør ledelsesspændet – indtil et vist punkt – være. Derfor opfordrer vi afdelingerne til at stille sig selv spørgsmålet: **(1) Er afdelingen karakteriseret ved en høj grad af kompleksitet?** Kompleksitet kan resultere af patientgrundlag, fusioner, samarbejdskonstellationer, variation i opgavetyper m.m. Kompleksitet kan overordnet set løses via

to ledelsesstrategier: tæt medarbejderledelse eller selvledelse hos medarbejderne. Tæt medarbejderledelse kræver et mindre ledelsesspænd, hvor selvledelse kan foregå under større ledelsesspænd. Ingen af strategierne kan dog skaleres ukritisk, og ledelsesspænd kan også blive for små. Bl.a. kan et for lille ledelsesspænd og dermed meget tæt kontakt mellem den ledende læge og de andre læger betyde, at lederens muligheder for at træffe mere overordnede og strategiske beslutninger reduceres, og at det bliver vanskeligere at føre upopulære beslutninger og prioriteringer ud i livet (Andersen *et al.*, 2016; Antonakis & Atwater, 2017). Større ledelsesspænd har omvendt som fordel, at der er bedre muligheder for sparring og samarbejde (Urwick, 1956; Worthy, 1950).

Omvendt viser studier også en negativ sammenhæng mellem et stort ledelsesspænd og performance (Cathcart *et al.*, 2004; Gittell, 2001), og at selv den bedste ledelsesstil kun effektivt kan håndtere en vis størrelse (Doran *et al.*, 2004; Holm-Petersen *et al.*, 2011). Store ledelsesspænd kan svække muligheden for relationsdannelse og kommunikation mellem leder og øvrige læger (Antonakis & Atwater, 2017; Berson *et al.*, 2001; Gittell, 2001; Shamir, 1995). En distanceret ledelse kan have vanskeligt ved at overbevise om en fælles retning (Howell & Hall-Merenda, 1999; Wright & Pandey, 2010) og føre til dekolobling mellem organisatoriske visioner og lægernes praksis (se fx Brunsson, 1986).

Ud over arbejdets kompleksitet er det også relevant at se på **(2) Hvor erfarne læger og ledere er, og hvor institutionaliseret ledelsesopgaven er.** Personer med stor erfaring med en given opgave, og som har et godt kendskab til deres organisation, samarbejdspartnere, koordinationssystemer osv., vil generelt kunne klare sig med mindre ledelse. Det samme gør sig gældende for lægelige ledere, hvor mere erfaring og rutine – i en vis udstrækning – kan gøre det muligt at lede flere. Erfaring og rutine betyder noget for ledelsesspændet, fordi lægelige ledelsesroller ikke nødvendigvis er tydeligt definerede. Nogle lægelige ledere fortæller eksempelvis, at der ikke findes klare beskrivelser af deres ledelsesrolle, og andre, at der findes beskrivelser, men at de ikke stemmer overens med det arbejde, de faktisk udfører, jf. citatet nedenfor. Det arbejde, man faktisk udfører som lægelig leder, kaldes også for 'hverdagsledelse', dvs. 'ledelse, der er implicit og tavst indlejret i det daglige arbejde', og som udføres i et ikke-ledelses-kodificeret dagligdagsprog (Bendix *et al.*, 2012). Det kan fx være en overlæge, der engagerer sig i at tilrettelægge et hensigtsmæssigt patientforløb eller opretter tværfaglige teams uden at være sig bevidst, at hun praktiserer ledelse (Bendix *et al.*, 2012).



Det taler man ikke om

Jeg var engang på et kursus, der hed 'ledelse af medarbejdere', hvor man blev præsenteret for, hvilke ledelsesopgaver og -ansvar, der ligger på hvert niveau. Men det er ikke det, man gør i det daglige. Det er skrevet ned i strategier, men det taler man ikke om i hverdagen

Ledende overlæge

Fordi ledelsesarbejdet ofte indeholder tavse forventninger, vil det kræve tid og erfaring for en leder at aflæse, forstå og evt. ændre forventninger til, hvordan ledelsesarbejdet kan og bør udføres i den enkelte afdeling, samt at opbygge de relationer, som er så vigtige for velfungerende koordination og samarbejde (Gittell & Companies, 2009). Når det nye ledelsesslag skal implementeres og ledelsesspændet defineres, er det derfor relevant at tage medarbejdergruppen og ledernes erfaring og rutine med i overvejelserne.

Dernæst er det relevant at se på, hvor de læger og andre faggrupper, der arbejder i afdelingen, befinder sig. Med udviklingsspørgsmålet: **(3) Er afdelingen fysisk samlet eller spredt?** lægger vi op til, at man i ledelsesstrukturen tager højde for afdelingens fysiske rammer. Hvis en afdeling er spredt på forskellige etager og matrikler, kan det betyde, at kendskabet til kollegaerne og deres arbejde er sparsomt, fordi der ikke er mange naturlige anledninger til at mødes (Holm-Petersen *et al.*, 2011; Meier *et al.*, 2016). Geografiske afstande stiller med andre ord store krav til lederen. Dette nævnes også som en udfordring af flere af de interviewede lægelige ledere. For det første nævner de, at det kræver en ekstraordinær indsats at skabe gode relationer. Man skal arbejde hårdt for at 'drive nær ledelse', som én kalder det. Dette er også observeret i en tidligere dansk undersøgelse, som finder, at geografiske afstande og deraf manglende kendskab til hinanden kan vanskeliggøre videndeling og skærpe vigtigheden af at forebygge og håndtere konflikter (Meier *et al.*, 2016). For det andet nævner informanterne, at de store afstande tager tid at krydse, hvilket kan være en praktisk udfordring i en travl hverdag. En lægelig leder nævner fx, at der er 1,5 time mellem afdelingens forskellige matrikler. Her har den ledende overlæge valgt uformelt at delegerer nogle ledelsesopgaver til læger på de forskellige matrikler (se mere om delegering i afsnit 4.3). Fordi afdelinger med spredt geografi kræver en ekstra stor ledelsesmæssig indsats, kan det have betydning for, hvor stort ledelsesspænd lederen kan håndtere.

Justering af ledelsesspænd kan give større ledelseskapa-citet, men fører ikke nødvendigvis til forbedring af en leders stil eller til udbedring af en organisations samarbejdsproblemer eller bedre performance (fx Ronan & Prien, 1973). Derfor foreslår vi, at hospitalerne stiller sig selv spørgsmålet: **(4) Er justering af ledelsesspændet den rigtige løsning, og kan den have ikke-intenderede konsekvenser?** Som kontekst for dette spørgsmål kan det nævnes, at et omfattende studie af 600 offentlige organisationer viser, at det ledelsesspænd, der er optimalt i forhold til at realisere ét mål, ikke nødvendigvis er optimalt i forhold til at indfri andre mål (Theobald & Nicholson-Crotty, 2005). Derfor er det relevant at gøre sig klart, hvilke aspekter af den lægelige ledelse man ønsker at udvikle, og om en reduktion af ledelsesspændet er det rette middel. Derudover er det værd at gøre sig klart, at indførelsen af et nyt ledelseslag ikke kun frigiver ledelseskapa-citet, men også tilfører den kommende cheflæge en ny opgave: Ledelse af ledere. Som citatet nedenfor illustrerer, kan man ikke forvente, at de kommende ledende overlæger selv påtager sig nye ansvars-områder – disse skal forhandles og defineres.



Ledere skal også ledes

Vores leder har forventning om, at hun bliver aflastet. Hvad er det mon vi skal lave for hende? Det skal da snakkes om.

Afsnitsledende overlæge

For de kommende ledende overlæger vil nogle aspekter af ledelsesopgaven være nye, og det vil være op til cheflægen at sætte retning og skabe et fælles ledelsesrum (Bech, Bro, et al., 2021). Både hos de kommende cheflæger og kommende ledende overlæger vil disse nye opgaver muligvis kræve kompetenceafklaring og -udvikling, hvilket vi også kommer ind på under næste tema i afsnit 3.3. Derudover vil ledelse af de kommende ledende overlæger stille nye krav til koordination på tværs og måske kræve flere eller andre typer af ressourcer for at sikre koordination i afdelingen (se i øvrigt afsnit 3.4).

3.3 Formel fordeling af ledelsesansvar

Med det nye formelle ledelseslag bliver det muligt at uddelegere og omplacere ledelsesansvar. En sådan omplacering sker ikke automatisk med en titelændring, men kræver, at man aktivt forholder sig til og definerer fordelingen af

ledelsesopgaver (se evt. også afsnit 3.1). I det følgende rejser vi fire udviklingsspørgsmål, som sætter fokus på nogle af de temaer, transitioner og snitflader, som kan komme i spil, når de formelle ledelsesopgaver skal (om)defineres og (om)fordeles for overlæger med ledelsesansvar.

Boks 3.3 Formel fordeling af ledelsesansvar

1 Hvordan fordeles ledelsesansvar mellem de kommende cheflæger, ledende over-læger og overlæger?

Når de kommende ledende overlæger skal overtage ledelsesopgaver fra cheflægerne, er det relevant aktivt at definere hvilket ansvar og hvilke beføjelser der følger med disse opgaver. Ved at afstemme opgaver og handlemuligheder får lederen de bedste betingelser for at lede.

2 Hvilke ledelsestransitioner kalder den nye ledelsesstruktur på?

Skift fra en ledelsesposition til en anden kræver, at man nærmer sig visse (ledelses-) opgaver og fjerner sig fra andre. Klarhed om disse transitioner mellem ledelseslag er relevant, når ledere skal indtage nye ledelsespositioner.

3 Hvad er den kommende ledende overlæges ledelsesbeføjelser?

De kommende ledende overlæger får en mellemlederrolle, hvilket både kan forstås sådan, at man er ledelsens repræsentant længere nede i hierarkiet, og at man har mandat til at lede et område mere eller mindre selvstændigt. Tydeliggørelse af, hvordan dette modsatrettede pres håndteres, kan styrke forudsætningerne for vel-fungerende ledelse.

4 Hvordan understøttes velfungerende ledelse på tværs?

Opgaveløsningen i et afsnit er typisk afhængig af andre enheder – både inden for afdelingen og i andre afdelinger. Det kræver ledelse på tværs at sikre organisatorisk sammenhæng i den samlede opgaveløsning, og den tværgående ledelsesopgave bliver derfor relevant at indarbejde i en ny ledelsesstruktur.

Som det første lægger vi op til, at man kortlægger fordelingen af ledelsesopgaver og beslutninger på forskellige organisatoriske niveauer: **(1) Hvordan fordeles ledelsesansvar mellem de kommende cheflæger, ledende overlæ-**

ger og overlæger? Selvom hospitaler i høj grad er præget af faglighed og fag-professionalisme, omfatter ledelsesopgaven langt mere end faglig ledelse (se boks 4.2). De forskellige ledelsespositioner i hierarkiet indeholder næsten altid flere ledelsesområder, dvs. er former af hybridledelse (Bendix et al., 2012; Gatenby et al., 2015). Men forskellige ledere udfører ikke alle typer ledelse i lige høj grad: Cheflæger vil eksempelvis typisk have et større ansvar for strategisk ledelse, hvor funktionsledere vil have et større ansvar for både faglig og organisatorisk ledelse (Dahl & Molly-Søholm, 2013). En kortlægning af en afdelings fordeling af forskellige ledelsesområder på forskellige organisatoriske niveauer kan skabe et blik for, hvem der aktuelt har beslutningsautoritet på hvilke områder, og dermed være et relevant grundlag, når man skal beslutte, hvordan ledelsesansvaret skal fordeles fremover. Når opgaver, ansvar og beføjelser på de enkelte niveauer er tydeligt defineret, er det lettere for den enkelte leder at udfylde ledelsesrollen, eller evt. at få blik for, om der er uenighed om eller urealistiske forventninger til rollen (se også Dahl & Søholm, 2012). Dette kan beskrives i et ledelsesgrundlæg eller i funktionsbeskrivelser, men det er samtidig vigtigt, at den enkelte ledelsesrolles opgaver er et vedvarende fokus i den daglige dialog og praksis. En sådan beskrivelse kan også udgøre et hjælperedskab til at definere den rolle, den kommende ledende overlæge skal udfylde, og de kompetencer det kræver, jf. afsnit 4.1. I forhold til at fordele ansvaret for ledelsesområder er det relevant at tage stilling til fordele og ulemper ved hhv. at samle og adskille ledelsesområder.

Boks 3.4 Lægelige ledelsesområder

- **Faglig ledelse:** faglig udvikling, kvalitet og dokumentation, videndeling og forankring, kompetenceudvikling og rekruttering
- **Administrativ ledelse:** budget- og ressourcestyring, kontrol, opbygning og vedligeholdelse af administrative rutiner og analyser
- **Personaleledelse:** være tilgængelig, opstille målsætninger for kompetence og personlig udvikling, feedback, MUS-samtaler, overenskomst overholdes, rekruttering og kompetenceudvikling
- **Strategisk ledelse:** mission, vision, mål, handleplaner, værdigrundlag, eksternt kommunikation, se virksomhed i en større helhed, håndtere organisationsomlægninger
- **Driftsledelse:** bemanning, sygemeldinger, daglig planlægning, ad hoc-spørgsmål
- **Forskningsledelse:** publicering, vejledning, forskningssamarbejder, opbygning af ekspertviden.

Kilde: Bendix et al. 2012

Ved at kortlægge de typer af ledelsesansvar, man vurderer eller ønsker, knytter sig til forskellige ledelsespositioner på forskellige organisatoriske niveauer, bliver det tydeligt, hvordan sammensætningen af ledelsesopgaver ændres, når ledelsesniveauer krydses. Det er, hvad vi vil stille skarpt på med udviklingsspørgsmålet: **(2) Hvilke ledelsestransitioner kalder den nye ledelsesstruktur på?** (Dahl & Molly-Søholm, 2012; Mouritsen, 2011). Begrebet 'transition' fremhæver, at det kræver en justering af en leders fokus og opgaver, når hun eller han skifter position. Et eksempel er overgangen for de nuværende ledende overlæger til at blive cheflæger. For at det nye ledelseslag skal fungere, forudsætter skiftet til cheflæge, at man skifter fra at bedrive ledelse af medarbejdere, til at bedrive ledelse af ledere. Det er en transition, hvor lederen rykker (endnu) længere væk fra at løse de arbejdsopgaver, der udgør afdelingens kerneydelse (klinik) og tættere på topledelsen. I dag er 47 % af de ledende overlæger klinisk aktive en hel dag eller mere om ugen, men de udtrykker ifølge en tidligere undersøgelse ønske om mere tid til strategisk le-

delse (Bech, Jacobsen, *et al.*, 2021a; Bech & Pedersen, 2019). For cheflægerne vil opgavepresset både nedefra afdelingen og oppefra kunne ændre sig, når man sammenligner med den ledende overlæges arbejdsopgaver (Bévort *et al.*, 2018; Mouritsen, 2011). Ifølge Hvidbog for mellemledere (DEA, 2008) rekrutteres nye mellemledere typisk blandt de fagligt dygtigste medarbejdere. Det medfører en risiko for at miste en dygtig specialist og for at få en knap så egnet leder. Ved at klargøre, hvilke ledelsestransitioner der er nødvendige, for at en ny ledelsesstruktur skal fungere, vil man tydeliggøre, hvilke forskellige typer kompetencer det kræver at udfylde de forskellige ledelsespositioner i afdelingen, hvilket vi skriver om i afsnit 4.1 om ledelsesroller.

Særligt er det centralt at klargøre, hvilke ledelsesforventninger der er til den nye ledelsesposition i hierarkiet: de kommende ledende overlæger. Derfor foreslår vi spørgsmålet: **(3) Hvad er den kommende ledende overlæges ledelsesbeføjelser?** Som mellemledere vil de kommende ledende overlæger i særligt høj grad vil have ansvar for opgaver, som er vendt både opad og nedad i organisationen (Bévort *et al.*, 2018), jf. citatet nedenfor, hvor en funktionsleder beskriver at være i spænd mellem driften og det overordnede. At lede 'nedad' handler om at få den organisatoriske enhed, man leder, til at fungere. At lede 'opad' handler derimod om, at lederen også skal se sig selv som en del af en ledelsesgruppe og lede i overensstemmelse med hospitalet og afdelingens retning (Bévort *et al.*, 2018). For både cheflægen og den kommende ledende overlæge vil indføringen eller formaliseringen af det nye ledelseslag kunne føre til (gen)forhandling af, hvem der har beføjelser til hvad. Det er på den ene side muligt at anskue de ledende overlæger som cheflægernes forlængede arm og på den anden side muligt at anskue dem som relativt autonome ledere af egen organisatoriske enhed. Begge anskuelser vil sandsynligvis gøre sig gældende i forskellige sammenhænge (Vinge & Mogensen, 2012). Det kan kræve løbende dialog i ledergruppen at have blik for, hvordan dette paradoks håndteres i forskellige situationer (Bévort *et al.*, 2018; DEA, 2008).



I spænd mellem driften og det overordnede

Leder 1: Som afdsnitsleder er man netop i det spænd mellem driften og det mere overordnede i forhold til: hvor skal vi hen, hvordan udvikler vi samarbejdet med kommunen, klager osv.?

Leder 2: Hvis man skal sparre, så er det afdelingsledelsen, der skal tage beslutningen. Det bliver ikke til noget, hvis vi skal tage beslutninger inden for hvert afsnit. Så kommer vi til at sidde og kæmpe med hinanden. Vi kan jo være tro over for beslutningen, som er taget, men det er afdelingsledelsen, der skal tage den. Det er vi ikke selv parate til. Men vi er ansat til at føre den ud i livet.

Leder 1: Vi har ansvar for at forvalte vores del af kagen, når afdelingsledelsen har løst sin opgave med at fordele kagen.

Grubeinterview, afdsnitsledende overlæger

En specifik udfordring for hospitaler i dag er ledelse på tværs. Overordnet kan man sige, at desto flere hierarkier der indsættes i organisationen, desto større krav stilles der til ledelse på tværs (Mintzberg, 1979). Idet det nye ledelseslag implementeres eller formaliseres i hospitalsafdelingerne, opfordrer vi derfor til, at man arbejder målrettet med denne problematik og stiller spørgsmålet: **(4) Hvordan understøttes velfungerende ledelse på tværs?** Ledelse på tværs henviser til det horisontale samarbejde på tværs af organisatoriske skel (Bévort et al., 2018) og fremhæves ofte som en forudsætning for sammenhængende patientforløb (Vinge & Mogensen, 2012). Ledelse på tværs forudsætter en forståelse af den samlede organisation, den gensidige afhængighed og de processer, der forbinder de organisatoriske 'pyramider'. For nogle specialister vil et sådan blik kræve en transition, hvor det faglige ekspertblik skiftes ud med et mere overordnet og samlet organisatorisk blik. Til at etablere et sådant blik anbefaler rapporten *Ledelse på tværs* (Meier et al., 2016) tre elementer: 1) at se opgaven og forstå behovet for sammenhæng, 2) at etablere rammer for samarbejdet – herunder at foretage et udviklingsarbejde, hvori det kortlægges hvordan kontakt og samarbejde skal foregå og hvordan bordplanken skal være og møderne tilrettelægges, og 3) at styrke de professionelle relationer på tværs, hvilket især handler om at have en imødekommende indstilling og anerkende relationers betydning for velfungerende samarbejde.

3.4 Koordination og samarbejde

Desto mere man differentierer og inddeler en organisation, desto større krav stiller det til koordination og integration (Lawrence & Lorsch, 1967; Mintzberg, 1979). For at de subsystemer, som etableres eller forstærkes i forbindelse med introduktionen af det nye ledelseslag, ikke skal føre til silodannelse, er det relevant at granske og måske justere afdelingens rutiner for koordination og samarbejde. Organisationsstudier har vist, at det, som kendetegner succesfulde komplekse organisationer, ikke er deres struktur eller ledelsesstil, men et sæt af velfungerende rammer og rutiner til at koordinere deres underafdelingers arbejde og håndtere eventuelle uenigheder (Gittell & Douglass, 2012; Lawrence & Lorsch, 1967). Koordinationsmekanismer er en samlebetegnelse for de koordinationsformer, koordinationskanaler og koordinationspraksisser, der findes i en afdeling. I det følgende fokuserer vi på fire typer koordinationsmekanismer: uformel koordination, ad hoc-koordination, formelle samarbejdsstrukturer og skriftlige og grafiske kilder.

1 Hvordan foregår uformel koordination i afdelingen?

Selv i komplekse organisationer som hospitaler foregår der løbende tilpasninger af arbejdsopgaver og processer via uformel interaktion mellem læger, ledere og andre faggrupper. Det kan være relevant at justere mulighederne for den type koordination, når ledelsesstrukturen ændres.

2 Hvordan fungerer ad hoc-koordination i afdelingen, og er der behov for udvikling af mere formaliserede former og eller rutiner?

Ad hoc-koordination er nødvendig i mange sammenhænge, men kan også forhindre ledere i at udføre vigtige opgaver. Det kan derfor være relevant at tage stilling til fordele og ulemper ved at koordinere ad hoc og tænke i mulige alternativer.

3 Hvordan er afdelingens formelle samarbejdsstruktur, og bør form, frekvens eller indhold justeres?

Møder udgør et knudepunkt i hospitalsledelse de fleste steder. Når man vil styrke ledelse og frigive tid til eksempelvis strategisk ledelse, vil det for nogle være relevant at justere deres mødepraksis, så møderne effektivt understøtter afdelingens behov.

4 Hvilke skriftlige og grafiske kilder bidrager til koordination og samarbejde?

Nogle hospitaler efterspørger funktionsbeskrivelser, og andre sukker over dem, fordi de ikke afspejler virkelighedens krav. At lede og koordinere gennem standarder og artefakter kræver kontinuerlig opmærksomhed på, hvordan de bruges og fortolkes. Dette bliver særligt relevant, når de koordinerende ledelsesopgaver skal defineres og fordeles.

Jo flere mennesker, der skal koordineres, og jo mere komplekst arbejdet er, desto større krav stiller det til koordination. En organisation med én person behøver typisk ikke mere end en kalender. Når man er to, tre eller ti, kan man som regel klare sig med uformel koordination over frokostbordet. Sådan er det ikke i hospitalsafdelinger, hvor mange personer med komplekse arbejdsopgaver skal koordinere deres arbejde hver eneste dag. Uformel koordination spiller imidlertid stadig en rolle, og for at sætte fokus på denne rolle stiller vi

spørgsmålet: **(1) Hvordan foregår uformel koordination i afdelingen?** Uformel koordination handler om, hvordan medarbejdere og ledere via ikke-planlagte og uofficielle kanaler løbende udveksler information, som gør, at man kan foretage en gensidig justering af, hvordan man udfører sin opgave, for at opretholde orden i afdelingen (Schmidt, 2014).



Vigtigst? At være der

Den vigtigste opgave som leder er, at man er der. Fra om morgenen og resten af dagen. Jeg kender godt det, du siger, [henvendt til kollega], om at de nok skal finde en. Men de kan være lidt bekymrede for, hvad der skal ske, hvis jeg ikke er der. Så synlighed er vigtigt, og at de kan spørge mig om alt.

Ledende overlæge

Konkret kan uformel koordination bestå i, at man afsøger naboafsnittets kapacitet via et telefonopkald, at man lægger vagtplanen på en måde, så en stresset kollega bliver skånet, eller at man udsætter en forespørgsel til topledelsen til, efter at de har overstået en belastet periode. Uformel koordination foregår nemmest via fysisk nærvær og mellem mennesker, der har en velfungerende relation, men kan også ske via telefon eller andre kanaler. Denne form for koordination bliver i nogle situationer negligeret eller overset, men udgør ikke desto mindre en stor del af mange medarbejders tidsforbrug og er et centralt element i en velintegreret organisation (Pedersen et al., 2016). Når afdelinger opdeles under ledende overlæger, kan det derfor være relevant at tænke i, hvordan man bevarer eller skaber nye muligheder for uformel koordination, fx ved at være bevidst om, hvor man placerer ledernes kontorer, hvilke frokost-rutiner man etablerer mv.

Ad hoc-koordination kan ligne uformel koordination, men den adskiller sig ved ikke nødvendigvis at være uformel. Med spørgsmålet: **(2) Hvordan fungerer ad hoc-koordination i afdelingen, og er der behov for udvikling?** lægger vi op til, at hospitalsafdelingerne bliver skarpe på, hvordan ad hoc-koordination foregår, og hvor meget den fylder. Ad hoc-koordination er den koordination, som foregår uden for planlagte tidsrum og kanaler og kan bestå i alt fra faglig sparring til koordination af patientforløb. Vi kan se via interviewundersøgelsen se, at ad hoc-koordination fylder, især meget for ledere, hvis primære opgave er medarbejderledelse, og som har ansvar for driften af en organisation eller

funktion. Nogle af de interviewede lægelige ledere oplever, at ad hoc-koordination og drift kommer til at fylde så meget, at det forhindrer dem i at udfylde andre vigtige opgaver. Det kan både skyldes praktiske hensyn, tvivl om ledelsesmandatet eller en kombination, som citatet nedenfor illustrerer.



Strategisk ledelse viger for drift

Afsnitsleder 1: Jeg kunne godt tænke mig at man en gang imellem havde en samtale om noget mere strategisk og i forhold til, hvordan man prioriterer.

Afsnitsleder 2: Jeg tror det er vigtigt at have noget skemalagt tid til ledelse, hvor man kunne tale lidt mere strategi og vision. For ellers bliver det noget af det, der udskydes eller viges til fordel for drift. Så man bør have noget fastsat tid til at drøfte ledelse med sin ledelse.

Afsnitsleder 1: Nogle gange kan man tale om ledelse på tværs hver anden mandag, men når det skal implementeres, sker der ikke noget.

Afsnitsleder 2: Det lyder godt, når man siger, at man prioriterer ledelse, og det sker hver mandag. Men det kan ikke ses af vagtplanen. Jeg går stadig stuegang mandag, og der er aldrig nogen andre afsnitsledere, der har booket et møde mig med den dag.

Grupeinterview, afsnitsledende overlæger

I sådanne situationer er der forskellige løsninger. En løsning er at distribuere koordinationsopgaver til andre ledelsesniveauer, hvilket den nye ledelsesstruktur lægger op til, jf. afsnit 4.3. Andre løsninger kan være at forsøge at omlægge dele af ad hoc-koordinationen, så den foregår via standardiserede informationsudvekslinger eller via formelle samarbejdsstrukturer, eller at tilpasse lederens opgavefortefølge, så der er tilstrækkelig tid til ad hoc-koordination. Der kan være fordele og ulemper ved alle løsninger, og i det følgende sætter vi fokus på den model, der handler om samarbejdsstrukturer.

En formel samarbejdsstruktur er en organiseret anledning til at udveksle information med relevans for koordination og ledelse. Det kan både være etablering af et samarbejdsfællesskab (fx et team) eller en mødestruktur (fx onsdags-ledelsesmøder), eller en kombination. Møder på hospitaler er et koordinationsredskab, som i forhold til, hvor ofte det bruges, ikke har været genstand for megen forskning, og som kræver en del ledelse at få til at fungere (Praetorius & Hasle, 2019). Velfungerende møder kan fremme integration og samarbejde via informationsdeling, etablering af ansvarsfølelse, empowerment og etablering af fællesskabsfølelse, ligesom de kan bruges til håndtering af konflikter (Praetorius & Hasle, 2019). Imidlertid vidner vores interviews om, at mange lægelige ledere og medarbejdere oplever utilfredshed med mødernes indhold eller antal. Som opfordring til, at afdelingerne giver deres møde- og samarbejdsstruktur et eftersyn, stiller vi spørgsmålet: **(3) Hvordan er afdelingens formelle samarbejdsstruktur, og bør form, frekvens eller indhold justeres?** Dette spørgsmål retter sig både mod de møder, der foregår internt i afdelingens underinddelinger, og dem, der foregår på tværs af faggrupper og afsnit samt vertikalt mellem forskellige ledelsesniveauer.



Kan man kalde møder en ledelsesopgave?

VIVE: Hvad er det for nogen ledelsesopgaver, som du synes, fylder mest?

Lægelig leder: Møder! Hvis man da kan kalde det en ledelsesopgave. Jeg synes godt nok, vi har rigtig, rigtig mange møder. Det er fint og godt, som det her, men der er bare mange forskellige mødefora, som jeg deltager i; medarbejderudvalgsmøder, ledermøder og møder mellem ambulatorierne...

Interview med ledende overlæge

Vi foreslår tre fokuspunkter, når mødestrukturer skal justeres. For det første om mødet har den rette form: Er tavlemødet fx det rigtige format, hvis et tilbagevendende emne er samarbejdsproblematikker? For det andet, om mødet har den rette frekvens: Vil det være muligt at nedsætte ad hoc-koordinationen ved at øge mødefrekvensen, eller vil det omvendt være muligt at sænke mødefrekvensen, hvis blot to personer foretager et ekstra telefonopkald? For det tredje om mødet har det rette indhold: Især mellemledere – bl.a. lægelige ledere med funktionsansvar – der deltog i interviews, fortalte, at de manglede et forum,

hvor de kunne tale om de strategiske og udviklingsorienterede dele af ledelsesopgaven, jf. citatet nedenfor. På den måde kom nogle til at føle sig ekskluderet fra den type ledelsesbeslutninger og mod deres ønske reduceret til at være udførende agenter for (de nuværende) ledende overlæger, frem for at være værdige ledelsespartnere. Denne problematik udfoldes også i tema 4.4.

Det sidste tema, vi vil fremhæve, knytter sig til spørgsmålet: **(4) Hvilke skriftlige og grafiske kilder bidrager til koordination?** Med skriftlige og grafiske kilder henviser vi til ting som planer, tavler og officielle aftaler, hvis tilstedeværelse anses for central i forhold til afdelingens koordination. Nogle studier viser, at sådanne artefakter har en større rolle, end man skulle tro, for koordination og integration (Praetorius & Hasle, 2019), men der er også eksempler på, at det modsatte er tilfældet. Fx viser van der Ham et al. (2021), at langt størstedelen af de regler, der strukturerer planlægningen af operationer på et hospital, eksisterer i folks hoveder. I vores undersøgelse, fortalte en del lægelige ledere på samme måde om, hvordan beskrivelser af deres funktion var blevet udsendt fra højere ledelsesniveauer, men at de knapt huskede, hvor de var, og hvad der stod. Alligevel nævntes profilbeskrivelser som et vigtigt element af mange interviewpersoner, når emnet var koordination af arbejdsopgaver. I den forbindelse kan man overveje, i hvor høj grad det er selve beskrivelsen, der har værdi, eller om det i ligeså høj grad er processen med at udvikle og definere ledelsesrollerne og deres koordinationsansvar i fællesskab, der tilføjer værdi. Alt i alt er ledelse og koordination gennem skriftlige og grafiske kilder en meget udbredt koordinationsmekanisme, som afdelingerne kan gøre strategisk brug af, når de skal imødekomme det forventede behov for øget integration, der kan opstå, når de nye ledende overlægers ledelsesområder bliver tegnet, og ledelsesopgaverne (om)fordelt.

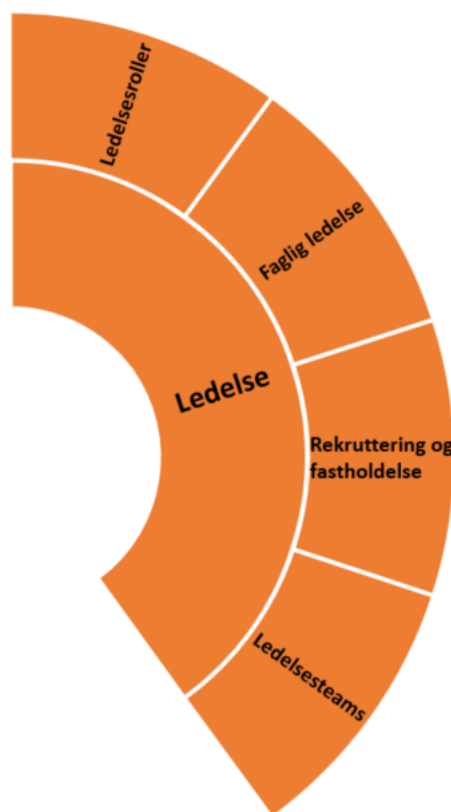
4 Ledelse

Ledelse

Om udfyldelse af roller og rammer for lægelig ledelse i organisationen og varetagelse af ledelsesopgaver som læge.

Mange læger motiveres i højere grad af lægefaglige opgaver end af ledelsesopgaver (Jakobsen et al., 2015; Noordegraaf, 2007; O'Reilly & Reed, 2011). Derfor kan det være en udfordring at styrke lægelig ledelse, når lægelig ledelse også indebærer organisatoriske ledelsesopgaver (Spehar et al., 2015).

Der er imidlertid også mange læger, som gerne vil varetage ledelsesopgaver og have indflydelse på de organisatoriske og strategiske beslutninger, der træffes i afdelingerne (Hansen et al., 2022). At styrke lægelig ledelse indebærer ikke nødvendigvis, at lægers faglige identitet skal vige for en mere organisatorisk ledelsesidentitet. Det handler i højere grad om at finde den rette vægtning af faglige og organisatoriske ledelsesopgaver, således at de opleves som komplementære og gensidigt understøttende (Schott et al., 2015; Spehar et al., 2015). Men hvad indebærer rollen som lægelig leder, og hvilke kompetencer og samarbejder kræver det? På baggrund af interviewundersøgelsen har vi udvalgt fire ledelsestemaer, nemlig ledelsesroller, faglig ledelse, rekruttering og fastholdelse samt ledelsesteams. Ved inddragelse af relevant ledelseslitteratur rejser vi refleksionsspørgsmål til hvert af disse temaer for derved at tydeliggøre, hvordan de lægelige ledelsesroller kan udfyldes, så hospitalernes og afdelingernes ledelse styrkes.



4.1 Ledelsesroller

Forskellige ledelsesroller kræver forskellige kompetencer. Hvor afsnit 3.3 beskrev den formelle fordeling af ledelsesansvar, fokuserer vi her på, hvordan de forskellige ledelsesroller udfyldes.

Boks 4.1 Spørgsmål til ledelsesrollen

1 Hvilke kompetencer er centrale for de lægelige ledelsesroller?

OK21 giver mulighed for at (om)fordele ledelsesområder, hvilket kan betyde, at der opstår nye krav og forventninger til, hvad den enkelte ledelsesrolle indebærer. Derfor er det vigtigt at gøre sig klart, hvilke kompetencer de nye ledelsesroller kalder på.

2 Hvordan kan de nye ledelsesroller bidrage til at skabe fælles opbakning til organisatoriske mål og prioriteringer?

Lægefaglige ønsker kan støde sammen, når der skal foretages prioriteringer på tværs af specialer eller inden for de eksisterende organisatoriske rammer. Den nye ledelsesstruktur kan bruges som anledning for hospitaler og afdelinger til at gøre sig klart, hvordan man vil arbejde for at samle afdelingerne om fælles mål.

3 Hvordan kombineres organisatorisk ledelse bedst med faglige opgaver?

Mange lægelige ledere er udfordret af at skulle varetage både ledelsesopgaver og faglige opgaver, såsom at indgå i det kliniske arbejde. Der findes ingen enkle løsninger, men ved at specificere og tydeliggøre udfordringerne kan lederne støtte hinanden og måske udvikle fælles strategier.

4 Hvorfor skal læger varetage organisatorisk ledelse?

At lægers viden er relevant for ledelsesopgaven, er de fleste læger enige i. Omvendt kan der være behov for at tydeliggøre, hvorfor ledelsesopgaven er relevant for læger, herunder hvad det er, de kan få indflydelse på, og hvordan de strategiske og organisatoriske ledelsesspørgsmål også bidrager til faglig udvikling og kvalitet. For nogen læger vil det organisatoriske blik kunne styrkes af via uddannelse og kompetenceudvikling.

Når ledelsesrollen er tegnet, er det næste skridt at blive skarp på, **(1) hvilke kompetencer der er centrale for de lægelige ledelsesroller**. Overvejelserne kan tage afsæt i de otte kompetencepunkter, som skitseres i boks 4.2. Ideen med kompetencefelterne er, at ledere i forskellige positioner skal udøve forskellige typer af ledelse, som kræver forskellige kompetencer. På de højere organisatoriske niveauer (dvs. direktion og cheflæger) vil strategisk ledelse og politisk tæft eksempelvis fylde mere, mens kompetencer og tid til at bedrive faglig ledelse og procesledelse fylder mere på de lavere organisatoriske niveauer (Dahl & Molly-Søholm, 2012). De forskellige kompetencefelter kan bruges som udgangspunkt for udformning af funktionsbeskrivelser i de daglige drøftelser om arbejdsdeling samt i kompetenceudvikling af ledere.

Boks 4.2 Otte centrale kompetencefelter

- **Faglig ledelse:** ledelse af de professionsfaglige aspekter knyttet til hospitalets kerneopgaver og ledelse.
- **Procesledelse:** koordinering og styring af tværgående, tværfaglige samarbejdsprocesser og –projekter.
- **Navigere på den offentlige scene:** at kunne navigere under bevågenhed fra og i samarbejde med den samlede offentlige sektor, interesseorganisationer, faglige organisationer, medier, politiske grupperinger, tænketanke m.m.
- **Være rollemodel:** at lederen troværdigt repræsenterer hospitalets mål og værdier gennem egen personlig adfærd.
- **Kommunikative kompetencer:** rammesætning af arbejdet og oversættelse af hospitalsbeslutninger til de fagprofessionelle logikker og vice versa.
- **Strategiarbejde:** at alle ledelseslag løbende kan udvikle og implementere strategi i den politisk styrede kontekst og i samspil med politikere, organisationen og andre interessenter.
- **Skabe ledelsesrum:** at kunne skabe et legitimt og stærkt ledelsesrum med følgeskab til at udøve ledelse imellem den faglige organisation og det politiske niveau.
- **Politisk tæft:** omhandler evnen til konstruktivt at arbejde med et politisk system, der spiller efter demokratiets regler for beslutningstagning, som øverste ledelse for en drifts-- organisation præget af stærke fagprofessioner.

Kilde: Inspireret af Dahl & Søholm, 2013: 15-16

Læger har stærke faglige normer og forfølger ofte de løsninger, som de anser som fagligt mest hensigtsmæssige (Jespersen, 2005; Noordegraaf, 2007). Lægefaglige ønsker peger imidlertid ikke altid i samme retning, ikke mindst når der skal foretages prioriteringer på tværs af specialer eller inden for de eksisterende organisatoriske rammer. Det kan derfor være relevant at afklare, **(2)**

hvordan kan de nye ledelsesroller bidrage til at skabe fælles opbakning til organisatoriske mål og prioriteringer. Flere ledende overlæger fortæller i interviewene, hvordan mange overlæger inklusive specialeansvarlige overlæger har vanskeligt ved at bevare et samlet organisatorisk sigte, når der skal foretages prioriteringer på afdelingsniveau. De ledende overlæger oplever, at der blandt denne gruppe er en tendens til at *'placere sig på medarbejdersiden, når der skal prioriteres'* (Interview, ledende overlæge). Det er imidlertid vigtigt, at lederne formår at skabe opbakning til fælles indsatser og enighed blandt ledere og medarbejdere om, i hvilken retning afdelingerne skal bevæge sig (Andersen et al., 2016, 2018; Qvick, 2021). En lang række undersøgelser peger på, at en fælles retning, som også involverer en tydelig og fælles prioritering, kan understøtte sundhedsprofessionelles motivation, jobtilfredshed og resultater (Bellé, 2014; Sfantou et al., 2017). Én måde at skabe fælles retning på, er at inddrage en bredere gruppe i ledelsen i afdelingerne, også når det kommer til strategiske spørgsmål (Grøn 2018; se evt. også afsnit 4.4). Det kan blandt andet ske ved, at de kommende ledende overlæger sammen med cheflægen udvikler en lokal vision for, hvad der skal kendetegne afdelingen som et hele, og hvilke resultater der er ønskværdige på tværs af subspecialer (Paarlberg & Lavigna, 2010). Det kan bidrage til at etablere et mere overordnet og samlet organisatorisk blik også hos læger og ledere tættere på frontlinjen og gøre det mere sandsynligt, at de vil arbejde på at udbrede fælles normer og værdier i afdelingen.

Den kommende stilling som ledende overlæge lægger op til mere fokus på organisatorisk ledelse. En lang række danske og internationale undersøgelser peger imidlertid på, at det kan være vanskeligt at motivere læger til at påtage sig organisatoriske og strategiske ledelsesopgaver, idet de kan opleves som modsætning til deres faglige ledelse og faglige frihed (Jespersen, 2005; Noordegraaf, 2007; O'Reilly & Reed, 2011; Stephen & Pollitt, 1994; Thomas & Hewitt, 2011). Et helt centralt spørgsmål er derfor: **(3) Hvordan kombineres organisatorisk ledelse bedst med faglige opgaver?** Vores undersøgelse viser, at mange af de nuværende specialeansvarlige overlæger har en stærk faglig identitet og ønsker at bevare deres faglige rolle i afdelingerne. Lægerne beskriver en klar oplevelse af, at man ikke kan bedrive lægelig ledelse uden et konkret fagligt kendskab (jf. citatet nedenfor).



Ledelse kræver branchekendskab

Det med at man bare kan være leder, og at ledelse er et fag, og så kan du bare være hammergod, det holder jo ikke helt. Du skal jo have branchekendskab, du skal vide, hvad der foregår, hvad der sker inde på stuerne, 'hvordan kan vi tilrettelægge?', 'hvad gør vi, hvis den person er væk?' ... kende kompetencerne. Man kan ikke bare have været leder i en brugsforening.

Specialeansvarlig overlæge

Samtidig er særligt de specialeansvarlige overlæger motiveret af det faglige. Den fremtidige rolle som ledende overlæge vil i mange tilfælde indebære en kombination mellem faglig ledelse, organisatorisk ledelse og udførelsen af faglige opgaver i klinikken (Schott et al., 2015). At afbalancere disse opgaver er ikke let, og løsningen kan variere på tværs af afdelinger. Ud over eksisterende strukturer, størrelse på afdeling og afsnit, kulturer, specialer og organiseringer, er den enkelte ledende overlæges motivation og præferencer også relevante for, hvordan rollen skal tegnes.

En måde at håndtere balancen mellem organisatoriske og faglige opgaver på, er at afklare rammen for arbejdet, fx via dialog mellem kommende cheflæge og ledende overlæge, samt at formidle denne ramme i afdelingen. Her kan afsnitsledende overlæger nemlig opleve, at deres ledelsesarbejde ikke respekteres af kollegaerne, jf. citatet nedenfor. Derudover kan man ibrugtage praktiske værktøjer til at håndtere balancen i hverdagen, fx fysiske markeringer i kalenderen eller på døren til at synliggøre, hvornår man er tilgængelig som leder, og hvornår man er optaget af klinisk arbejde.



Manglende respekt om ledelsesopgaven

Der mangler opbakning til, at det er vigtigt, at afsnitsledelsen har fri til det her. Og der er en manglende anerkendelse af, hvor mange opgaver der faktisk ligger i at være afsnitsleder. Så igen denne her manglende respekt for, at vi praktiserer ledelse. Ellers bliver det bare for at være det af navn.

Afsnitsledende overlæge

I forlængelse heraf er det vigtigt at synliggøre, **(4) hvorfor læger skal varetage organisatoriske ledelsesopgaver**. Spørgsmålet har to dimensioner – både hvorfor læger skal varetage organisatoriske ledelsesopgaver (og ikke kun faglige), men også hvorfor *netop* læger (og ikke andre faggrupper) skal varetage organisatoriske ledelsesopgaver. Svaret er i begge tilfælde, at organisatorisk og faglig ledelse er tæt forbundne størrelser. Fagpersoner kan hurtigt blive enige om, at branchespecifik viden er relevant, også på ledelsesniveau, jf. citatet ovenfor. Det giver legitimitet til de beslutninger, der træffes. Men hvad får man som fagperson ud af at gå ind i ledelse? Flere interviewede ledende overlæger mener, at læger ville få mere lyst til ledelse, hvis de kendte til indflydelsesmulighederne: Bl.a. muligheden for at koble ressourcer til områder, hvor det giver faglig mening og mulighed for at være med til at tegne hospitalets og afdelingens fremtidige retning. Mange læger vil da også gerne varetage ledelsesopgaver, og er særligt motiverede af at gøre en forskel i deres afdeling og på deres faglige område (Bäker et al., 2020; Bech, Bro, et al., 2021). Det kan imidlertid være nødvendigt med kompetenceudvikling og evt. lederuddannelse blandt de kommende cheflæger og ledende overlæger for at få en større forståelse for den politiske og organisatoriske kontekst, de skal lede i.

4.2 Faglig ledelse

Faglig ledelse spiller en særlig vigtig rolle for læger, fordi faglig ledelse er med til at videregive de professionelle normer og standarder, som udgør kernen i det at være læge (Schott et al., 2016). Der findes også i litteraturen en generel anerkendelse af, at faglig ledelse er et vigtigt element i ledelse af særligt læger (se fx De Bruijn, 2011; Noordegraaf, 2011b, 2011a; O'Reilly & Reed, 2011; Thomas & Hewitt, 2011).

Hvad er faglig ledelse?

Faglig ledelse defineres af Lund (2020) som "lederens forsøg på at facilitere en fælles forståelse af professionel kvalitet og realisere dette i serviceleveringen". Faglig ledelse omhandler særligt tre ting:

- 1** At skabe overensstemmelse mellem faglige normer og organisatoriske mål. Dette indebærer at skabe en fælles forståelse af professionel kvalitet i organisationen, samt at sætte en klar retning for den professionelle indsats på en måde, så det understøtter de organisatoriske mål.
- 2** At udvikle faglig viden til at understøtte organisatorisk målopfyldelse.
- 3** At aktivere faglige normer og viden i den professionelle praksis.

1 Hvordan sikrer ledere og ledergruppen faglig udvikling i afdelingen?

Faglig udvikling er afgørende for både kvalitet og for lægernes motivation. Når organisatoriske og strategiske ledelsesområder styrkes og fordeles på nye ledelseslag, bør faglig udvikling som ledelsesområde på samme måde blive drøftet.

2 Hvordan sikres en fælles forståelse af faglig kvalitet?

Faglig ledelse handler ikke kun om at vide, men også om at eksplicitere, hvad faglig kvalitet er. En central opgave for den faglige leder er at sikre, at der i afsnittet eller afdelingen findes en fælles forståelse af faglig kvalitet og af, hvordan eventuelle modsatrettede kvalitetshensyn vægtes.

3 Hvem varetager faglige ledelse – og hvordan gøres det?

Faglig ledelse er vigtig for lægelig ledelse og varetages på forskellige niveauer på forskellige måder. Når ledelsesstrukturen udvikles, kan man vurdere, om det (fortsat) er tydeligt, hvordan faglig ledelse konkret skal praktiseres af hvem.

4 Hvordan sikres sammenhæng mellem organisatorisk hensyn og faglig ledelse?

Begrænsede ressourcer og organisatoriske hensyn sætter sammen med faglige kvalitetskriterier en ramme for udøvelsen af faglig ledelse. Faglig ledelse er derfor også at understøtte, rammesætte og sikre en nødvendig og tydelig afvejning mellem forskellige organisatoriske hensyn og faglige kvalitetskriterier.

Faglig udvikling er for mange læger en afgørende motivationskilde (Noordegraaf, 2007; O'Reilly & Reed, 2011). Faglig ledelse skal understøtte, at medarbejderne udøver, udtrykker og udvikler deres faglighed frem for at lade den være tavs eller underforstået. Faglig ledelse indebærer et ansvar for, at der sker faglig udvikling blandt læger på hospitalerne og i de enkelte afdelinger (Bendix *et al.*, 2012; Lund, 2021). Når ledelsesstrukturen og rollerne justeres, er det relevant at tage stilling til, **(1) hvordan ledere og ledergruppen sikrer faglig udvikling i afdelingen**, sådan at lægernes motivation og faglige indsats stimuleres. Et første skridt kan være at klargøre, hvem der har det faglige

ansvar på hvilke områder – både i forhold til de yngre læger og den bredere lægegruppe. Faglig ledelse indebærer, at faglige forståelser, normer og værdier ekspliciteres, således at medarbejderne udøver, udtrykker og udvikler deres faglighed frem for at lade den være tavs eller underforstået (Grøn et al., 2019). Dette kan understøtte den faglige udvikling og dialog mellem læger inden for og på tværs af niveauer.

Faglig ledelse indbefatter også et ansvar for, at faglig viden, og faglige normer og værdier understøtter organisatoriske mål (Lund, 2021; Noordegraaf & Steijn, 2013; Schott *et al.*, 2015). Det betyder, at organisatoriske beslutninger skal hvile på et stærkt fagligt grundlag, men også at de normer og værdier, der guider lægernes arbejde, skal være i overensstemmelse med afdelingens målsætninger. Men **(2) hvordan sikres en fælles forståelse af faglig kvalitet?** Ledelse kan understøtte faglig kvalitet ved at etablere en fælles forståelse af faglig kvalitet og ved at guide medarbejderne i en fælles faglig retning (Andersen *et al.*, 2018; Lund, 2021). Derved øges sandsynligheden for, at patienterne får en mere ensartet behandling af høj faglig kvalitet, uanset hvilken læge de møder. I nogle tilfælde indebærer faglig ledelse en prioritering mellem forskellige faglige hensyn. Faglig ledelse er derfor også at understøtte, rammesætte og sikre en nødvendig og tydelig afvejning mellem forskellige faglige kvalitetskriterier. Faglig ledelse skal understøtte, at sådanne afvejninger bliver et kollektivt ansvar snarere end et spørgsmål, som overlades til den enkelte læge. Faglig ledelse handler både om at definere og guide mod god kvalitet, men også om at reagere, når kvaliteten ikke er, som den bør være både i enkelttilfælde, og når det drejer sig om en kollektiv adfærd.

Som det er tilfældet for de mere generelle ledelsesområder, kan faglig ledelse varetages forskelligt og i varierende grad af ledere på forskellige niveauer (Dahl & Molly-Søholm, 2012; Drotter *et al.*, 2010), men det er ikke desto mindre relevant at klargøre, **(3) hvem der varetager faglig ledelse, og hvordan det gøres.** Selvom om faglig ledelse af mange læger opleves som en naturlig del af deres arbejde, er det ikke altid tydeligt, hvem der har det overordnede ansvar for den faglige ledelse, eller hvordan faglig ledelse bør praktiseres på forskellige niveauer. Typisk vil ledere på de øverste ledelsesniveauer have en mindre specifik faglig indsigt og have ansvaret for at balancere faglige hensyn med andre hensyn (fx økonomi m.m.), mens ledere på lavere niveauer har mere specialiseret faglig viden og et større ansvar for at udvikle fagligheden (Dahl & Molly-Søholm, 2012). Det er vigtigt, at der er en rød tråd i den faglige linje, og at det konkretiseres, hvordan faglig udvikling skal understøttes på alle niveauer.

Faglig ledelse omfatter også, at der skal foretages afvejninger mellem forskellige typer af hensyn. Begrænsede ressourcer og organisatoriske hensyn sætter sammen med faglige kvalitetskriterier en ramme for udøvelsen af faglig ledelse. Et centralt (men ofte overset) element i faglige ledelse er, at faglig le-

delse skal understøtte organisatoriske hensyn og målsætninger, således at organisatoriske og faglige hensyn bliver komplementære (se fx Grøn *et al.*, 2019; Lund, 2021b; Noordegraaf & Steijn, 2013). Det vil sige, at faglig ledelse også består i at sikre sammenhæng mellem de bedst mulige faglige løsninger og de organisatoriske rammer. Men **(4) hvordan sikres sammenhæng mellem organisatorisk hensyn og faglig ledelse?** Som minimum bør faglig ledelse ikke modarbejde organisatoriske hensyn og beslutninger, såsom budgetoverholdelse, kvalitetsmål, patientrettigheder, samt øvrige prioriteringer på tværs af afdelingerne (Grøn *et al.*, 2019). Faglig ledelse skal netop understøtte, rammesætte og sikre en nødvendig og tydelig afvejning mellem både organisatoriske hensyn og faglige kvalitetskriterier. En vej til at lykkes med dette er at inddrage de berørte i beslutningsprocessen. Ved at tydeliggøre de forskellige hensyn over for læger og andre berørte og involvere dem i drøftelserne kan man understøtte, at de ikke bliver i tvivl om, hvorvidt de lever op til afdelingens faglige normer. Derudover kan man også selv gå forrest med at omsætte afvejningerne til praksis.

4.3 Rekruttering og fastholdelse

Hvis hospitalerne skal lykkes med at styrke den lægelige ledelse, er det en forudsætning, at der findes personer med de rette kompetencer og med lyst til at være leder. Derfor er rekruttering, kompetenceudvikling og fastholdelse en væsentlig del af at styrke lægelig ledelse.

1 Hvem skal varetage den fremtidige stilling som ledende overlæge?

Nogle hospitaler påtænker at rekruttere nye ledende overlæger, og andre vil holde sig til titelændringer hos de eksisterende. Via en aktiv rekrutteringsproces, hvor rollen og de påkrævede kompetencer defineres og ekspliciteres, får man mulighed for at sikre et match mellem kandidat og ledelsesrolle.

2 Kan ledelse være en attraktiv karrierevej for læger?

Hvis ledelse bliver en karrierevej, kan det understøtte de lægelige leders commitment til ledelsesopgaven. Som led i at understøtte ledelse som karrierevej kan afdelingen og hospitalet sætte fokus på udviklingen af ledernes egen forståelse af deres lederrolle og lederkompetencer, ligesom de kan sikre, at ledelsesrollen ikke er så opgavebelastet, at den ikke er attraktiv.

3 Hvor meget skal organisatorisk ledelse fylde?

Mange lægelige ledere oplever, at driftsopgaver fortrænger deres mulighed for at varetage andre ledelsesopgaver. En ny ledelsesstruktur kan potentielt frigive mere tid til ledelse, men det kan med fordel specificeres, hvordan organisatorisk og faglig ledelse prioriteres.

4 Er der ledelsesopgaver, som med fordel kan distribueres til lederspirer?

At overdrage ledelsesopgaver til lederspirer kan ud over at øge ledelseskapa- citeten styrke jobtilfredsheden og øge summen af kandidater til ledelses- poster fremover. Der kan imidlertid også opstå udfordringer omkring leder- spirernes mandat i det lægelige hierarki.

Hvis det skal lykkes at styrke den lægelige ledelse, er det vigtigt, at de læger, der får en ledelsesrolle, også er de mest kompetente til at varetage den (Bolden, 2011). Mange speciale- og funktionsansvarlige overlæger har søgt deres nuværende stilling med henblik på at kunne fokusere på det faglige indhold og i nogle tilfælde også for at slippe for organisatorisk bøvvl og personaleansvar (Bech, Bro, et al., 2021). Det kan derfor være en udfordring at udpege, **(1) hvem der skal varetage den fremtidige stilling som ledende overlæge**. Interviewun-

dersøgelsen vidnede om, at hospitaler på interviewtidspunktet anlagde forskellige strategier for, hvor aktivt de ville rekruttere til stillingerne: Nogle ville bevare de nuværende ledere, som blot ville få nye titler, og andre ville bruge det nye ledelseslag som en anledning til at sikre, at de rette læger kommer til at varetage rollen som ledende overlæge. Uanset hvilken strategi der vælges, vil det være et relevant udgangspunkt at definere de forskellige ledelsesroller og krævede kompetencer (jf. afsnit 4.1). En sådan definition kan understøtte en mere strategisk og systematisk udvælgelse af de ledere, der understøtter de ledelsesopgaver og værdier, som man ønsker på de forskellige niveauer (Drotter, 2011; Drotter *et al.*, 2010). Gennemsigtighed i og legitimitet omkring rekrutteringsprocessen kan være afgørende for de kommende overlægers position og rolle. Derfor kan det overvejes at lave opslag, ansættelsessamtaler eller forventningsamtaler, så de læger, der søger, ved, hvad stillingen indebærer. Dette er ikke mindst relevant for de specialeansvarlige overlæger, som ellers risikerer at blive placeret i en ledelsesrolle, som de ikke har interesse i eller kompetencer til at udfylde. Ved at lade rekrutteringen af ledende overlæger ske gennem en aktiv rekrutteringsproces, øger man muligheden for at finde et godt match mellem ledelsesrolle og kandidat. Som det fremgår nedenfor, kan forventninger til lederroller på samme niveau variere på tværs af afdelinger, ligesom det kan være forskelligt, hvor mange ledende overlæger der skal være i hver afdeling. At specificere dette inden rekrutteringsprocessen igangsættes, kan bidrage til, at rekrutteringen bliver mindre personafhængig og mere knyttet til de overordnede strategiske prioriteringer i afdelingerne.

De kommende ledende overlæger vil skulle varetage organisatoriske ledelsesopgaver i et eller andet omfang. Det er vigtigt, at de er motiverede til sådanne opgaver, hvis målsætningen om styrket lægelig ledelse skal indfries. Som det allerede fremgår, er alle læger ikke lige motiverede til sådanne ledelsesopgaver (fx Jakobsen *et al.*, 2015; Noordegraaf, 2007; O'reilly & Reed, 2011). Spørgsmålet er, om **(2) ledelse kan være en attraktiv karrierevej for læger**. Interviewene peger på, at særligt tre forhold former lægernes opfattelse af ledelse som karrierevej. For det første er de optagede af, om stillingen som ledende overlæge vil forringe deres ansættelsesvilkår. Mange kandidater til stillingen som ledende overlæge opfatter, at skiftet fra at varetage en funktion som fx afdelingsleder til en stilling som ledende overlæge forringer muligheden for at træde ud af ledelsesrollen igen. Som funktionsansvarlig har mange kunnet lavet individuelle aftaler om, hvornår og hvor længe, de tog en tårn som afdelingsleder, og de har ukompliceret kunnet fratræde deres funktion og fortsætte i stillingen som overlæge. I modsætning hertil vurderer de fleste, at det både stillingsjuridisk og kollegialt vil være langt mere kompliceret at skifte stilling fra ledende overlæge til overlæge i en afdeling. For hospitalerne kan det derfor være relevant at imødekomme denne bekymring, fx ved at formulere rammer for, hvordan man kan komme videre i sin karriere efter en stilling som ledende overlæge. For det andet harmonerer karrierevejen som leder ikke med alle lægers selvforståelse. Mange lægelige ledere fortæller, at de først sent i deres karriere begyndte at

anse ledelse som en mulig karrierevej. En del lægelige ledere har derfor på egen foranledning sat sig for at plante ideen om ledelse som karrierevej hos yngre læger, som udviser talent i den retning. På den måde vil de øge den fremtidige sum af kandidater, som kan se sig selv i ledelsesstillinger. Denne strategi kan forfølges på hospitalsniveau, hvor man kan sætte fokus på at styrke lægernes forståelse af deres lederrolle og lederkompetencer og derved være med til at synliggøre ledelse som en mulig karrierevej. For det tredje varetager de nuværende ledende overlæger en stor arbejdsbyrde. De jonglerer mellem drift, strategi, faglighed, forskning, klinisk arbejde m.m., og udsigten til en sådan arbejdsbyrde kan virke afskrækkende på nogle potentielle lederkandidater. Dette understreger relevansen af at definere og afgrænse, hvilke opgaver og ledelsesområder der knyttes til hver ledelsesposition.



Det er lægerne, jeg mangler

Hvis du forfølger tanken, at jeg gerne vil have mere tid til ledelse, så vil det jo kræve, at jeg går ud af klinikken. Når jeg går ud i klinikken, så er det ikke, fordi at jeg skubber nogen væk, som så ikke har noget at lave. Det er, fordi jeg laver noget, som ingen andre gør. Det kan godt være, at kongstanken er, at de ledende overlæger skal have mere tid til strategisk ledelse og ledelse i det hele taget, og så skal der ligge ledelsesansvar omkring daglig driftsledelse ud på de specialeansvarlige. Det hjælper bare ikke en klap hos mig, fordi det er lægerne, som jeg mangler.

Ledende overlæge

Netop balancen mellem ledelse og andre (særligt faglige) opgaver fylder meget blandt interviewpersonerne. Det gælder både blandt ledende overlæger, specialeansvarlige overlæger og lederkollegaer. Mange af de interviewede lægelige ledere oplever at mangle tid til ledelse, sådan at ledelse bliver en sidebeskæftigelse til deres kliniske arbejde. En ny ledelsesstruktur kan potentielt frigive mere tid til ledelse, men det skal specificeres, hvordan de kan afsætte tid til at varetage organisatoriske såvel som faglige opgaver. Det essentielle er: **(3) Hvor meget skal organisatorisk ledelse fylde?** Hospitalernes svar på dette spørgsmål vil blive formet af, hvor stor ledelseskraft der findes, og hvordan ledelsesopgaverne fordeles. Mindre afdelinger og afdelinger, der oplever lægemangel, kan stå over for nogle særlige udfordringer. Sådanne afdelinger

kan have svært ved at trække overlæger med ledelsesansvar ud af den daglige drift i klinikken, fordi der mangler arbejdskraft, jf. citatet ovenfor.

En strategi til at aflaste en leder med (for) mange opgaver er at uddele ledelsesopgaver til andre læger, uden at der er tale om formelt ledelsesansvar. Det betegnes ofte i litteraturen som distribueret ledelse (Gronn, 2002; Kjeldsen et al., 2020; Sørensen & Petersen, 2017). At distribuere ledelsesopgaver til andre læger er en måde, hvorpå ledere kan håndtere de øgede krav til ledelse (Bolden, 2011), og den anvendes allerede i vid udstrækning. For nogle afdelinger kan det imidlertid være relevant at overveje, hvorvidt **(4) der er (flere) ledelsesopgaver, som med fordel kan distribueres til lederspirer**. OK21 indebærer en formalisering af et nyt ledelseslag, men sammen med formaliseringen kan det stadig være relevant at fastholde eller etablere en høj grad af distribueret ledelse til uformelle ledere. Hvis alle ledelsesopgaver trækkes ind til formelle ledere, kan det nemlig reducere den samlede lederkapacitet. Ud over at øge den samlede ledelseskapacitet (Hou et al., 2003) kan distribuering af ledelsesopgaver bidrage til at identificere, afprøve og motivere mulige kandidater til fremtidige ledelsesroller. Dette kan lette rekruttering, bidrage til større jobtilfredshed for dem, der bliver inddraget i ledelsesopgaverne (Jakobsen et al., 2016), og understøtte, at der udvikles nye og andre ideer end de mere traditionelle (Jönsson et al., 2016). Unge lederspirer rangerer imidlertid sjældent højt i det lægefaglige hierarki. Interviewpersoner fortæller bl.a., hvordan det kan være udfordrende at 'gå uden om' det stærke, lægefaglige hierarki, hvor uformelle ledelsesroller ikke altid respekteres, jf. citatet nedenfor.



Uklart mandat

Hos os har vi arbejdet med distribueret ledelse, hvor afdelingsledelserne skulle klare sådan nogle ting selv. Men det, vi altid strander på, når vi uddelegerer opgaver, det er, 'hvad har vi egentlig mandat til'? Det er besværligt, at vi altid skal tilbage og spørge, når vi ikke kender vores mandat.

Afsnitsledende overlæge

Afdelinger, som anvender distribution af ledelsesopgaver, kan derfor med fordel være opmærksomme på at opbygge en kultur, som understøtter og værdsætter, at lederspirer kan udvikle lederkompetencer på lige fod med andre faglige kompetencer.

4.4 Ledelsesteams

En mulighed med den nye ledelsesstruktur er at justere samarbejdet i lederteamene. Dette gælder både de tværfaglige ledelsesteams og de lægelige ledelsesteams. Et effektivt samarbejde i lederteams kan potentiel styrke lederens motivation for at lede og bidrage til bedre resultater for patienterne (Bianchi et al., 2021; Campbell, 2016; Whitford et al., 2010).

Boks 4.5 Ledelsesteams

1 Hvordan kan ledelsesteams blandt læger styrke lægelig ledelse?

Et ledelsesteam blandt læger kan være til gavn for den enkelte lægelige leder og for afdelingens fælles retning. I forhold til sammensætningen af ledelsesteams er det relevant at tænke på repræsentation af afdelingens subspecialer, men også på teamets samlede størrelse og agilitet. Nogle steder vil et samlet team give mening, men for andre vil det være mere gavnligt med flere teams.

2 Hvordan kan ledelsesteams på tværs af faggrupper understøtte lægelig ledelse?

Lægegruppen og plejegruppen har forskellig ledelseskapacitet, hvor lægegruppen generelt har færre ressourcer og mindre ledelseserfaring end deres samarbejdspartnere, men ikke desto mindre en høj autoritet i mange sammenhænge. Det nye ledelseslag giver mulighed for at styrke samarbejdet i tværfaglige ledelsesteams og for at redefinere parternes ansvar og forpligtelse i forhold til samarbejdet.

Et velfungerende samarbejde i lederteams kan være til gavn for både hospitalet som helhed, for afdelingen og for den enkelte leder (Grøn, 2018). Men **(1) hvordan kan ledelsesteams blandt læger understøtte lægelig ledelse?** Hvad der kendetegner et velfungerende ledelsesteam, afhænger af, hvilket ledelsesniveau ledelsesteamet befinder sig på (Grøn, 2018).

Ledelsesteams i afdelingerne fungerer på mellemliderniveau, hvilket betyder, at en central opgave for dem er at oversætte strategier og beslutninger fra centralt niveau til daglig og faglig praksis i afdelingerne (De Meuse et al., 2011), så-

ledes at der bliver etableret en fælles retning. For at lykkes med det er sammensætningen af ledelsesteamet centralt. Det er oplagt, at cheflægen, som sidder for bordenden, kan spille en central rolle i forhold til at sammensætte og lede lægelige ledelsesteams (jf. Grøn 2018). Særligt det at samle forskellige subspecialer kan bidrage til at integrere afdelingen og sikre en fælles retning, hvilket i sidste ende kan gavne patienterne (Proctor-Childs et al., 1998; Thylefors et al., 2005). Nogle af de nuværende ledende overlæger, der har deltaget i interviews, inddrager allerede gruppen af specialansvarlige overlæger i et ledelsesteam, hvor der træffes beslutninger og prioriteres på tværs af afdelingens enheder og specialer. Andre ledende overlæger holder koordinationsmøder med de øvrige lægelige ledere i afdelingen, som i højere grad har karakter af envejsledelse end af ledelsessamarbejde, jf. citatet nedenfor.



Når dialogen mangler

Afsnitsleder 1: Jeg synes, problemet er, at man ikke er tydelig omkring hvilken retning vi skal i. Den dialog om, hvilken vej vi skal gå, har vi ikke.

Afsnitsleder 2: Jeg er enig. Man bliver også fanget i det mellemlid, at man skal udføre det, som er besluttet, og jeg skal stå på mål for det, selvom jeg måske ikke selv synes, det er en god ide. [...]

Afsnitsleder 1: Jeg kunne godt tænke mig, at man en gang imellem havde en samtale om noget mere strategisk og om, hvordan man [i afdelingen] prioriterer.

Læger med afsnitsledelsesansvar, gruppeinterview

At inddrage kommende ledende overlæger i fælles ledelsesteams kan således være en måde, hvorpå man kan koordinere og sikre opbakning til beslutninger og derigennem understøtte en fælles kurs i afdelingen. Det er i den forbindelse vigtigt, at de lægelige ledelsesteams udadtil fremstår som en samlet ledelse, sådan at eventuelle koordinationsproblemer og uenigheder bliver løst internt og ikke følger med ud på de enkelte afsnit. En vigtig komponent for ledelsesteams på mellemniveau er altså, at man på den ene side inddrages i ledelsesbeslutninger og på den anden side er loyal over for de aftaler, som indgås. Herunder, at man motiverer sine medarbejdere til at arbejde i samme retning (Qvick, 2021).

Lægelig ledelse foregår ikke isoleret fra de øvrige faggrupper, men sker også i tværfaglige ledelsesteams – oftest med sygeplejersker³. Integration og fælles retning er derfor ikke et monofagligt anliggende, men et spørgsmål, som skal håndteres på tværs af faggrænser. Spørgsmålet er: **(2) Hvordan kan ledelsesteams på tværs af faggrupper understøtte lægelig ledelse?** De nuværende ledende overlæger indgår ledelsesteams med oversygeplejersker, og disse teams lader til at fungere godt. Flere ledende overlæger fremhæver direkte, at samarbejdet bidrager til at styrke deres ledelse.



Erfaringer med tværfaglige teams på afsnitsniveau fra Region Midtjylland

Region Midtjylland har opsamlet erfaringer om velfungerende ledelsesteams på afsnitsniveau, med henblik på at udbrede fænomenet. De opsummerer teamenes opgaver og resultater således:

Ledelsesteamenes opgaver

- Sikre, at patientforløbene i det daglige glider og spiller sammen
- Udbrede fælles værdier og principper for afsnittet
- Skabe fælles faglig retning og kvalitet
- Håndtere de vanskelige personalesager og understøtte trivslen generelt.

Resultater

Erfaringerne er, at den tværfaglige sammensætning af ledelsesteams gør en positiv forskel. Den tværfaglige ledelsesstruktur hjælper ledelsesteams med:

- At få mere indflydelse og kunne udrette mere fælles end monofagligt
- At være mere handlekraftige, fordi de hurtigere kan afklare ting og træffe beslutninger, ligesom de har nemmere ved at implementere nye tiltag
- At skabe bedre sammenhæng og kvalitet i patientarbejdet, fordi de er mere samstemte og entydige om bl.a. retning, og hvem der tager sig af hvad
- At være mere synlig ledelse – navnlig når der er et stort ledelses-spænd.

Kilde: Frandsen et al., 2014

³ I nogle tilfælde er der også tale om andre plejegrupper, fx radiografer eller administrative faggrupper.

Interviewundersøgelsen viser, at de tværfaglige ledelsesteams ikke er ligeså velfungerende på afdelingsniveau, om end tidligere undersøgelser har fremhævet positive erfaringer, jf. tekstboksen. En væsentlig grund lader til at være ubalance i ledelseskapacitet. De fleste sygeplejersker er ansat som fuldtidsledere, og mange har en lederuddannelse. Læger med afsnitsledelsesfunktion har sjældent skemalagt tid til ledelse og næsten aldrig en ledelsesuddannelse. Desuden er lægerne ofte er tilknyttet flere afsnit, mens sygeplejerskerne ofte arbejder i et enkelt. Ifølge informanter på både læge- og plejesiden kan det give udfordringer, at lægerne mangler tid og kompetencer til at løfte ledelsesansvaret. Fx kan lægerne mangle en overordnet forståelse af afdelingens strategi, og de binder sig måske derfor heller ikke til de ledelsesbeslutninger, der træffes, jf. følgende citat.



Men så kommer lægegruppen og meddeler...

Bare for at give et eksempel fra i morges, jamen så er der kommet nye retningslinjer ud omkring mundbind: Vi skal i afdelingen ikke bære mundbind, med mindre man er inde ved patienten. Det har vi meldt ud i afdelingen i går. Det er ledelsesmæssigt det, vi holder ved, det gør vi også hos os. Så kommer lægegruppen. De har siddet til konference her til morgen. De kommer så og meddeler: 'Vi har besluttet, at vi skal gå med mundbind'. 'Nå', tænker jeg, 'det er da lidt sjovt' [...]

Sygeplejerske med ledelsesansvar

Et velfungerende tværfagligt teamsamarbejde forudsætter en fælles tillid og anerkendelse af hinandens kompetencer (Lauritzen *et al.*, 2021; Pedretti & Bellomo, 2013; Schot *et al.*, 2020). Ifølge erfaringsopsamlingen fra Region Midtjylland, er det afgørende, at teamene *vil* ledelse, at de har opbakning fra de andre overlæger, at der er klare forventninger til ledelsesopgaverne, at der prioriteres tid til fælles ledelse, at der etableres et godt samarbejde med afdelingsledelsen, og at man sikrer løbende kommunikation (Frandsen *et al.*, 2014). Formaliseringen af det nye ledelseslag udgør en anledning til at rette op på eventuelle 'skæve' samarbejder. For at skabe balance kan det være relevant at klarlægge lægernes rolle ind i de tværfaglige ledelsesteams, fx at specificere hvilke teams kommende ledende overlæger skal indgå i. Skal der være et fælles ledelsesteam på tværs af afsnit, eller skal hvert afsnit have sit eget ledel-

sesteam? Desuden kan der på afsnitsniveau være behov for fælles ledelsestræning på tværs af fagprofessionerne (Sonnino, 2016), som kan understøtte en afklaring i forhold til fælles forståelse af ledelsesroller i teamet.

5 Kort opsamling og perspektivering

Ledere har ansvar for patienterne på en afdeling, for faglig kvalitet og udvikling – og nogle har også for personale og økonomi. Hvis intentionen med OK21 bliver indfriet, kommer flere læger til at have et organisatorisk ledelsesansvar. Det kalder på lægelige ledere, som både er gode fagspecialister, og læger, som identificerer sig som ledere og tager medansvar for at påvirke og udvikle deres afdeling, deres hospital dermed Danmarks sundhedsvæsen.

At styrke lægelig ledelse er også at ændre rammerne for lægelig ledelse: at ændre de organisationer og ansvarsområder, som fremtidens lægelige ledere skal lede, og de ledelsesopgaver og -kompetencer, som fremtidens lægelige ledere skal have. Der findes ikke én ramme, som passer til alle landets ledere, afdelinger, hospitaler og regioner. Dertil er størrelserne, faglighederne, de personlige præferencer og den lokale strukturhistorie for forskellig. Vores bud på temaer og refleksionsspørgsmål skal sætte ledere, afdelinger og hospitaler i stand til at identificere og designe den ramme, som de mener, er den bedst egnede til at nå deres målsætninger.

OK21 udgør en anledning til at blive klarere på, hvad det er for en ramme, man ønsker om sin lægelige ledelse fremover. Det kræver, at lægelige ledere fra klinik til direktion træffer et valg om, at de nye titler skal blive mere end bare titler. At de nye titler bliver brugt til at granske, hvad det er, de nye ledere skal lede: Er organiseringen af ledelsesområder optimal, eller kunne den justeres? Hvilke ledelsesopgaver løses, og hvilke ville vi egentlig gerne løse? Hvilke kompetencer haves, og hvilke ville vi egentlig gerne have? Fungerer samarbejdet om ledelse på tværs af organisatoriske hierarkier, faggrænser og professioner, eller er det relevant at bruge OK21 til at forbedre teamstrukturer og relationer?

Frem for alt håber vi med dette katalog at have tydeliggjort, at en forbedring af lægelig ledelse er et stort arbejde, som forudsætter en kontinuerlig indsats. OK21 udgør alene et startskud til dette arbejde. Med ledelseshjulet har vi forsøgt at oversætte ambitionen om at styrke lægelig ledelse til håndgribelige spørgsmål, landets hospitaler kan anvende i den udviklingsproces, de allerede er godt i gang med.

Litteratur

- Andersen, L.B., Bjørnholt, B., Bro, L.L. & Holm-Petersen, C. (2016), "Leadership and motivation: A qualitative study of transformational leadership and public service motivation", *International Review of Administrative Sciences*, SAGE Publications Ltd, Vol. 84 No. 4, pp. 675–691.
- Andersen, L.B., Bjørnholt, B., Bro, L.L. & Holm-Petersen, C. (2018), "Achieving high quality through transformational leadership: A qualitative multilevel analysis of transformational leadership and perceived professional quality", *Public Personnel Management*, SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA, Vol. 47 No. 1, pp. 51–72.
- Antonakis, J. & Atwater, L. (2017), "Leader distance: A review and a proposed theory", *Leadership Perspectives*, Taylor & Francis, Oxfordshire, pp. 129–160.
- Bäker, A., Bech, M., Geerts, J., Axelsen, S.M., Ullum, H., Krabbe, M.P. and Goodall, A.H. (2020), "Motivating doctors into leadership and management: a cross-sectional survey", *BMJ Leader*, BMJ Publishing Group, Vol. 4 No. 4, pp. 196–200.
- Bass, B.M. (1990), "From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision", *Organizational Dynamics*, Pergamon, Vol. 18 No. 3, pp. 19–31.
- Bech, M., Bro, L.L., Jacobsen, C.B. & Pedersen, L.D. (2021), "Hvad der skal til, for at det nye lægelige ledelseslag bliver en succes", *Ugeskrift for Læger*, available at: <https://ugeskriftet.dk/debat/hvad-der-skal-til-det-nye-laegelige-ledelseslag-bliver-en-succes> (accessed 16 March 2022).
- Bech, M., Jacobsen, C.B. & Pedersen, L.D. (2021a), "Overlægeforeningens nye aftale kan sikre mere og bedre lægelig ledelse på sygehusene", *Ugeskrift for Læger*, available at: <https://ugeskriftet.dk/debat/overlaegeforeningens-nye-aftale-kan-sikre-mere-og-bedre-laegelig-ledelse-pa-sygehusene>.
- Bech, M., Jacobsen, C.B. & Pedersen, L.D. (2021b), "Lægers nye ledelsesstruktur giver mulighed for tværfaglig ledelse", *Forkant: Magasinet Om Ledelse i Sundhedsvæsenet*, Vol. 2, pp. 14–15.
- Bech, M. & Pedersen, L.D. (2019), "Sundhedsvæsenet har behov for bedre lægelig ledelse", *Ugeskrift for Læger*, available at: <https://ugeskriftet.dk/debat/sundhedsvaesenet-har-behov-bedre-laegelig-ledelse> (accessed 16 March 2022).
- Bell, G.D. (1967), "Determinants of Span of Control", *American Journal of Sociology*, University of Chicago Press, Vol. 73 No. 1, pp. 100–109.
- Bellé, N. (2014), "Leading to make a difference: A field experiment on the performance effects of transformational leadership, perceived social

- impact, and public service motivation", *Journal of Public Administration Research and Theory*, Oxford University Press US, Vol. 24 No. 1, pp. 109–136.
- Bendix, H.W., Digmann, A., Jørgensen, P. & Møller Pedersen, K. (2012), *Hospitalsledelse: Organisatorisk Fænomen Og Faglig Disciplin*, Gyldendal, København.
- Berson, Y., Shamir, B., Avolio, B.J. & Popper, M. (2001), "The relationship between vision strength, leadership style, and context", *The Leadership Quarterly*, Elsevier, Vol. 12 No. 1, pp. 53–73.
- Bévort, F., Henriksen, T.D., Hjalager, A.-M., Holt Larsen, H., Nielsen, R.K. & Vikkelsø, S. (2018), *Ledelsesdilemmaer: Strejftog Gennem Faglitteraturen*, Copenhagen Business School, København.
- Bianchi, C., Nasi, G. & Rivenbark, W.C. (2021), "Implementing collaborative governance: models, experiences, and challenges", *Public Management Review*, Taylor & Francis, Vol. 23 No. 11, pp. 1581–1589.
- Bjørnholt, B. & Jacobsen, M.L. (2020), "Kvalitativ analyse: Kodning", *Metoder i Statskundskab*, 3. edition., Hans Reitzels Forlag, København.
- Bolden, R. (2011), "Distributed leadership in organizations: A review of theory and research", *International Journal of Management Reviews*, Wiley Online Library, Vol. 13 No. 3, pp. 251–269.
- Bovey, W.H. & Hede, A. (2001), "Resistance to organizational change: the role of cognitive and affective processes", *Journal of Managerial Psychology*, Vol. 16 No. 7, pp. 534–548.
- De Bruijn, H. (2011), *Managing Professionals*, 1. edition., Routledge, London.
- Brunsson, N. (1986), "Organizing for inconsistencies: On organizational conflict, depression and hypocrisy as substitutes for action", *Scandinavian Journal of Management Studies*, Pergamon, Vol. 2 No. 3–4, pp. 165–185.
- Campbell, J.W. (2016), "A collaboration-based model of work motivation and role ambiguity in public organizations", *Public Performance & Management Review*, Taylor & Francis, Vol. 39 No. 3, pp. 655–675.
- Cathcart, D., Miller, S.E., Jeska, S., Pechacek, J., Karnas, J. & Rheault, L. (2004), "Span of control matters", *JONA: The Journal of Nursing Administration*, Vol. 34 No. 9, pp. 395–399.
- Dahl, K. & Molly-Søholm, T. (2012), *Leadership Pipeline i Den Offentlige Sektor*, 2. edition., Dansk Psykologisk Forlag, København.
- Dahl, K. & Molly-Søholm, T. (2013), "Leadership Pipeline i den offentlige sektor", *Academic Quarter - Akademisk Kvarter*, Vol. 6, pp. 9–29.

- DEA. (2008), *Ledelse i Øjenhøjde - Mellemlederen i Centrum. Hvidbog*, DEA, København.
- Doran, D., Mccutcheon, A.S., Evans, M.G., Macmillan, K., Hall, L.M., Pringle, D., Smith, S., et al. (2004), *Impact of the Manager's Span of Control on Leadership and Performance*, Canadian Health Services Research Foundation, Toronto.
- Drotter, S. (2011), *The Performance Pipeline: Getting The Right Performance at Every Level of Ledership*, Wiley and Sons Ltd, Hoboken, NJ.
- Drotter, S., Noel, J. & Charan, R. (2010), *The Leadership Pipeline: How to Build the Leadership Powered Company*, 2. edition., Wiley and Sons L 'td, Hoboken, NJ.
- FAS. (2021), "Nye lederstillinger giver bedre arbejdsmiljø og højere kvalitet", 14 March, available at: <https://www.laeger.dk/nyhed/nye-lederstillinger-giver-bedre-arbejdsmiljoe-og-hoejere-kvalitet> (accessed 16 March 2022).
- FAS. (2022), "Lægelig ledelsesreform (OK21): FAQ OK21", available at: <https://www.laeger.dk/faq-ok21> (accessed 4 April 2022).
- Frandsen, L.S., Vestergaard, M.B. & Østergaard, S. (2014), *Tværfaglig Afsnitsledelse: Når Flere Faggrupper Danner Makkerskab Og VIL Fælles Ledelse*, Region Midtjylland, Viborg.
- Gatenby, M., Rees, C., Truss, C., Alfes, K. & Soane, E. (2015), "Managing change, or changing managers? The role of middle managers in UK public service reform", *Public Management Review*, Taylor & Francis, Vol. 17 No. 8, pp. 1124–1145.
- Gittell, J.H. (2001), "Supervisory Span, Relational Coordination & Flight Departure Performance: A Reassessment of Postbureaucracy Theory", *Organization Science*, Vol. 12 No. 4, pp. 468–483.
- Gittell, J.H. & Companies, M.-H. (2009), *High Performance Healthcare: Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience*, McGraw-Hill, New York.
- Gittell, J.H. & Douglass, A. (2012), "Relational bureaucracy: Structuring reciprocal relationships into roles", *Academy of Management Review*, Academy of Management Briarcliff Manor, NY, Vol. 37 No. 4, pp. 709–733.
- Grøn, C.H., Bro, L.L. & Andersen, L.B. (2019), "Public managers' leadership identity: concept, causes, and consequences", *Public Management Review*, Taylor & Francis, Vol. 22 No. 11, pp. 1696–1716.
- Grøn, R.T. (2018), "Effektive ledergrupper: Sorte huller eller ledestjerner?", available at: <https://offentligledelse.dk/effektive-ledergrupper-sortehuller-eller-ledestjerner/>.

- Gronn, P. (2002), "Distributed leadership as a unit of analysis", *The Leadership Quarterly*, Elsevier, Vol. 13 No. 4, pp. 423–451.
- van der Ham, A., van Raak, A., Ruwaard, D. & van Merode, F. (2021), "Explaining integration and differentiation by identifying the rules and coordination mechanisms in a hospital's logistical system", *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 35 No. 9, pp. 66–84.
- Hansen, A.-K.L., Lund, C.S. & Jacobsen, C.B. (2022), *Yngre Lægers Vej Til Ledelse: Afdækning Af Individuelle Og Organisatoriske Ledelsesrelaterede Forhold Blandt Yngre Læger i Danmark*, Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet, Aarhus.
- Hayes, J. (2018), *The Theory and Practice of Change Management*, Palgrave, London.
- Hildebrandt, S., Brandi, S., Poulsen, J., Wittrup, K. & Isaksen, V.J. (2015), *Ledelse: Hele Historien*, Systime, Aarhus.
- Holm-Petersen, C., Tolsgaard, A., Vestergaard, M.B. & Østergaard, S. (2011), *Færre Ledere Til Flere Medarbejdere: Ledelsesspænd På Store Hospitalsafsnit*, Dansk Sundhedsinstitut & Koncern HR, København.
- Hou, Y., Moynihan, D.P. & Ingraham, P.W. (2003), "Capacity, management, and performance: Exploring the links", *The American Review of Public Administration*, Sage Publications, Vol. 33 No. 3, pp. 295–315.
- Howell, J.M. & Hall-Merenda, K.E. (1999), "The ties that bind: The impact of leader-member exchange, transformational and transactional leadership, and distance on predicting follower performance.", *Journal of Applied Psychology*, US: American Psychological Association, Vol. 84 No. 5, p. 680.
- Jacobsen, C.B., Nørgaard, R.R. & Østergaard-Nielsen, M.R. (2019), "Sådan påvirker ledelse patientbehandling og dødelighed i sundhedsvæsenet", *DSSNET*, available at: <https://dssnet.dk/artikler/ledelse/saadan-paavirker-ledelse-patientbehandling-og-doedelighed-i-sundhedsvaesenet/> (accessed 16 March 2022).
- Jacobsen, D.I. (2016), *Organisationsændringer Og Forandringsledelse*, Samfundslitteratur.
- Jakobsen, M.L.F., Kjeldsen, A.M. & Pallesen, T. (2016), "Distribueret ledelse i offentlige serviceorganisationer", *Politica*, Vol. 48 No. 2, pp. 208–227.
- Jakobsen, M.S., Ejersbo, N. & Bech, M. (2015), "Faglig, hybrid eller generalist – ledelse i sundhedsvæsenet: Et studie af ledende overlæger i Danmark", *Økonomistyring & Informatik*, Vol. 31 No. 2, pp. 125–147.
- Jensen, U.T., Andersen, L.B., Ladegaard Bro, L., Bøllingtoft, A., Mundbjerg Eriksen, T.L., Holten, A.-L., Jacobsen, C.B., *et al.* (2019), "Conceptualizing and measuring transformational and transactional leadership", *Journals.Sagepub.Com*, SAGE Publications Inc., Vol. 51 No. 1, pp. 3–33.

- Jensen, U.T., Moynihan, D.P. & Salomonsen, H.H. (2018), "Communicating the Vision: How Face-to-Face Dialogue Facilitates Transformational Leadership", *Public Administration Review*, Blackwell Publishing Ltd, Vol. 78 No. 3, pp. 350–361.
- Jespersen, P.K. (2005), *Mellem Profession Og Management: Ledelse i Danske Sygehuse*, 1. udgave., Handelshøjskolens forlag, København.
- Jønsson, T., Unterrainer, C., Jeppesen, H.J. & Jain, A.K. (2016), "Measuring distributed leadership agency in a hospital context: Development and validation of a new scale", *Journal of Health, Organisation and Management*, Emerald Group Publishing Ltd., Vol. 30 No. 6, pp. 908–926.
- Kavanagh, M.H. & Ashkanasy, N.M. (2006), "The impact of leadership and change management strategy on organizational culture and individual acceptance of change during a merger", *British Journal of Management*, Vol. 17 No. SUPPL. 1, pp. 81–103.
- Kjeldsen, A.M., Qvick, C.N., Jønsson, T. & Andersen, L.B. (2020), *Distribueret Ledelse i Den Offentlige Sektor*, 1st ed., Djøf Forlag, København.
- Kotter, J.P. (1996), *Leading Change*, Harvard Business School Press., Cambridge MA.
- Kotter, J.P. (1999), *John P. Kotter on What Leaders Really Do*, Harvard Business Press.
- Kotter, J.P. (2007), "Leading Change: Why Transformation Efforts Fail", *Harvard Business Review*, pp. 96–103.
- Kotter, J.P. & Schlesinger, L.A. (2008), "Choosing Change Strategies", *Harvard Business Review*, Vol. 87 No. 7, pp. 130–139.
- Kouzes, J.M. & Posner, B.Z. (2012), *The Leadership Challenge*, 25th ed., Jossey-Bass, San Francisco.
- Lauritzen, H.H., Grøn, C.H. & Kjeldsen, A.M. (2021), "Leadership matters, but so do co-workers: A study of the relative importance of transformational leadership and team relations for employee outcomes and user satisfaction", *Review of Public Personnel Administration*, SAGE Publications Sage, Los Angeles, CA.
- Lawrence, P.R. & Lorsch, J.W. (1967), "Differentiation and integration in complex organizations", *Administrative Science Quarterly*, JSTOR, pp. 1–47.
- Lega, F. & DePietro, C. (2005), "Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy", *Health Policy*, Elsevier, Vol. 74 No. 3, pp. 261–281.
- Lintz, L. (2021), "Den vigtigste overenskomst i årtier", *Ugeskriftet.Dk*, available at: <https://ugeskriftet.dk/debat/den-vigtigste-overenskomst-i-artier>

(accessed 16 March 2022).

- Lund, C.S. (2021), "Faglig ledelse i offentlige organisationer: Et multilevel studie af relevans og forudsætninger blandt afdelingssygeplejersker og sygeplejersker", *Politica*, Vol. 53 No. 4, pp. 335–357.
- Maurer, U. (1996), "Modelling a public-key infrastructure", i Bertino, E., Kurth, H., Martella, G. & Montolivo, E. (Eds.), Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, pp. 325–350.
- May, P.J. (2014), "Policy Design and Implementation", i Guy Peters, B. and Pierre, J. (Eds.), *Handbook of Public Administration*, SAGE Publications Inc., London.
- Meier, N., Vestergaard, M.B. & Østergaard, S. (2016), *Ledelse På Tværs*, available at: https://www.rm.dk/siteassets/om-os/organisation/koncern-hr/koncern-hr-udvikling/inspiration/udgivelser/w_1672_ledelse-pa-tvars--kunsten.pdf (accessed 21 March 2022).
- De Meuse, K.P., Dai, G. & Wu, J. (2011), "Leadership skills across organizational levels: A closer examination", *The Psychologist-Manager Journal*, Taylor & Francis, Vol. 14 No. 2, pp. 120–139.
- Mintzberg, H. (1979), *The Structuring of Organizations*, Prentice-Hall, Scarborough, Canada
- Mouritsen, P.K. (2011), "Leadership Pipeline - på dansk", *Lederne*, available at: <https://www.lederne.dk/ledelse-i-dag/ny-viden/2011/ledelse-i-dag-maj-2011/leadership-pipeline-paa-dansk> (accessed 16 March 2022).
- Moynihan, D.P., Pandey, S.K. & Wright, B.E. (2012), "Setting the Table: How Transformational Leadership Fosters Performance Information Use", *JPART*, Vol. 22, pp. 143–164.
- Nadler, D.A. & Nadler, M.B. (1998), *Champions of Change: How CEOs and Their Companies Are Mastering the Skills of Radical Change*.
- Nadler, D.A. & Tushman, M.L. (1995), "Types of organizational change: From incremental improvement to discontinuous transformation", *Discontinuous Change: Leading Organizational Transformation*, Jossey-Bass San Francisco, pp. 15–34.
- Noordegraaf, M. (2007), "From 'Pure' to 'Hybrid' Professionalism - Present-Day Professionalism i Ambiguous Public Domains", *Administration & Society*, Vol. 39 No. 6, pp. 761–785.
- Noordegraaf, M. (2011a), "Risky business: How professionals and professional fields (must) deal with organizational issues", *Organization Studies*, SAGE Publications Sage UK: London, England, Vol. 32 No. 10, pp. 1349–1371.
- Noordegraaf, M. (2011b), "Remaking professionals? How associations and professional education connect professionalism and organizations",

Current Sociology, Sage Publications Sage UK: London, England, Vol. 59 No. 4, pp. 465–488.

Noordegraaf, M. & Steijn, B. (2013), *Professionals under Pressure*, Amsterdam University Press, Amsterdam.

O'Reilly, D. & Reed, M. (2011), "The Grit in the Oyster: Professionalism, Managerialism and Leaderism as Discourses of UK Public Services Modernization", *Organization Studies*, Vol. 32 No. 8, pp. 1079–1101.

Paarlberg, L.E. & Lavigna, B. (2010), "Transformational leadership and public service motivation: Driving individual and organizational performance", *Public Administration Review*, Wiley Online Library, Vol. 70 No. 5, pp. 710–718.

Parish, J.T., Cadwallader, S. & Busch, P. (2008), "Want to, need to, ought to: Employee commitment to organizational change", *Journal of Organizational Change Management*, Vol. 21 No. 1, pp. 32–52.

Pedersen, L., Sørensen, M.K. & Fischer, T. (2016), "Kan tværsektoriel koordinering ledes?", *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, Vol. 92 No. 5, pp. 32–35.

Pedersen, L.D., Thomsen, N. & Elbæk, K.U. (2020), *Kortlægning Af Ledende Overlæger i Danmark i 2019 Og 2020*, Århus, available at: <http://ps.au.dk/cpl/> (accessed 21 March 2022).

Pedersen, N.N. & Schmidt-Petersen, M. (2021), "Er fælles afsnitsledelse vejen til bedre patientbehandling på OUH?", *DSSNET*, available at: <https://dssnet.dk/artikler/hospitaler/er-faelles-afsnitsledelse-vejen-til-bedre-patientbehandling-paa-ouh/> (accessed 16 March 2022).

Pedretti, E. & Bellomo, K. (2013), "A time for change: Advocating for STSE education through professional learning communities", *Canadian Journal of Science, Mathematics and Technology Education*, Springer, Vol. 13 No. 4, pp. 415–437.

Praetorius, T. & Hasle, P. (2019), "Frontline meetings as support for cross-boundary coordination in hospitals", *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 33 No. 8, available at: <https://doi.org/10.1108/JHOM-10-2018-0312>.

Proctor-Childs, T., Miller, C. & Freeman, M. (1998), "Visions of teamwork: the realities of an interdisciplinary approach", *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, MA Healthcare London, Vol. 5 No. 12, pp. 616–619.

Qvick, C.N. (2021), *Visionsledelse. Sådan Skaber Du En Klar Og Meningsfuld Retning for Din Organisation*, Hans Reitzels Forlag.

Regionernes lønnings- og takstnævn & Foreningen af Speciallæger. (2021), *Forhandlingsprotokol Vedrørende Fornylse Af Overenskomst/Aftaler*.

- Ronan, W.W. & Prien, E.P. (1973), "An analysis of organizational behavior and organizational performance", *Organizational Behavior and Human Performance*, Elsevier, Vol. 9 No. 1, pp. 78–99.
- Sabatier, P. & Mazmanian, D. (1980), "The implementation of Public Policy: A Framework of analysis", *Policy Studies Journal*, Vol. 8 No. 4, pp. 538–560.
- Schein, E.H. (1994), *Organisationskultur og ledelse*, 2. udgave, Valmuen, Kbh.
- Schmidt, K. (2014), "Praksisanalyse", i Vikkelsø, S. & Kjær, P. (Eds.), *Klassisk Og Moderne Organisationsteori*, Hans Reitzels Forlag.
- Schot, E., Tummers, L. & Noordegraaf, M. (2020), "Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration", *Journal of Interprofessional Care*, Taylor & Francis, Vol. 34 No. 3, pp. 332–342.
- Schott, C., Van Kleef, D. & Noordegraaf, M. (2015), "Confused Professionals?: Capacities to cope with pressures on professional work", *Public Management Review*, Taylor & Francis, Vol. 18 No. 4, pp. 583–610.
- Schott, C., Van Kleef, D. & Steen, T. (2016), "The combined impact of professional role identity and public service motivation on decision-making in dilemma situations", *International Review of Administrative Sciences*, Vol. 84 No. 1.
- Scott, W.R. (2003), *Organizations: Rational, Natural, and Open Systems*, Prentice Hall, New Jersey.
- Sfantou, D.F., Laliotis, A., Patelarou, A.E., Sifaki-Pistolla, D., Matalliotakis, M. & Patelarou, E. (2017), "Importance of leadership style towards quality of care measures in healthcare settings: a systematic review", *Healthcare*, Vol. 6 No. 73, pp. 1–17.
- Shamir, B. (1995), "Social distance and charisma: Theoretical notes and an exploratory study", *The Leadership Quarterly*, Elsevier, Vol. 6 No. 1, pp. 19–47.
- Sonnino, R.E. (2016), "Health care leadership development and training: progress and pitfalls", *Journal of Healthcare Leadership*, Dove Press, Vol. 8, p. 19.
- Sørensen, S.P. & Petersen, M.-B.H. (2017), *Distribueret Ledelse. Samarbejde i Professionelle Læringsfællesskaber*, 1st ed., Dansk Psykologisk Forlag, København.
- Spehar, I., Frich, J.C. & Kjekshus, L.E. (2015), "Professional identity and role transitions in clinical managers", *Journal of Health Organization and Management*, Emerald Group Publishing Limited, Vol. 29 No. 3, pp. 353–366.
- Steenberger, A. (2021a), "Efter ti års diskussion bliver den lægelige ledelse på

sygehusene styrket", *Ugeskriftet.Dk*.

- Steenberger, A. (2021b), "5 spørgsmål til formand for Overlægeforeningen Lisbeth Lintz om den nye stillingsstruktur", *Ugeskriftet.Dk*, available at: <https://ugeskriftet.dk/nyhed/5-sporgsmal-til-formand-overlaegeforeningen-lisbeth-lintz-om-den-nye-stillingsstruktur> (accessed 16 March 2022).
- Stephen, H. & Pollitt, C. (1994), "Controlling Health Professionals: The future of work and organisation in the NHS", *Open University Press*.
- Tavory, I. & Timmermans, S. (2014), *Abductive Analysis: Theorizing Qualitative Research*, *The University of Chicago Press, Chicago*.
- Theobald, N.A. & Nicholson-Crotty, S. (2005), "The many faces of span of control: Organizational structure across multiple goals", *Administration & Society*, Sage Publications Sage CA: Thousand Oaks, CA, Vol. 36 No. 6, pp. 648–660.
- Thomas, P. & Hewitt, J. (2011), "Managerial organization and professional autonomy: A discourse-based conceptualization", *Organization Studies*, Vol. 32 No. 10, pp. 1373–1393.
- Thylefors, I., Persson, O. & Hellström, D. (2005), "Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork", *Journal of Interprofessional Care*, Taylor & Francis, Vol. 19 No. 2, pp. 102–114.
- Urwick, L. (1956), "Public Administration and Scientific Management", *Indian Journal of Public Administration*, SAGE Publications Sage India: New Delhi, India, Vol. 2 No. 1, pp. 18–21.
- Vinge, S. & Mogensen, T. (2012), "Det usammenhængende sygehusvæsen under behandling", i Christensen, L., Christiansen, P. and Dam, B. (Eds.), *Sund Ledelse*, Danske Regioner og Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet.
- Whitford, A.B., Lee, S.-Y., Yun, T. & Jung, C.S. (2010), "Collaborative behavior and the performance of government agencies", *International Public Management Journal*, Taylor & Francis, Vol. 13 No. 4, pp. 321–349.
- Worthy, J.C. (1950), "Organizational structure and employe morale", *American Sociological Review*, JSTOR, Vol. 15 No. 2, pp. 169–179.
- Wright, B.E. & Pandey, S.K. (2010), "Transformational leadership in the public sector: Does structure matter?", *Journal of Public Administration Research and Theory*, Oxford University Press, Vol. 20 No. 1, pp. 75–89.
- Yukl, G. (2010), *Leadership in Organizations*, 7th ed., Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.

Bilag 1 Design og metode

Inspirationskatalogets empiriske dataindsamling bygger på en kvalitativ interviewundersøgelse med i alt 44 interviewpersoner. Det skyldes et ønske om at få et nuanceret og dybtgående billede af, hvilke ledelsesmuligheder og -udfordringer aktører på forskellige niveauer oplever, og dermed blive i stand til at identificere de temaer, som hospitalerne kan bruge inspiration til, når de med OK21 skal tage en ny ledelsesstruktur og nye ledelsesroller i brug. Interviewundersøgelsen blev struktureret omkring tre undersøgelsesspørgsmål:

1. Hvordan griber hospitalerne implementeringen af OK21 an, og hvilke muligheder og udfordringer oplever de?
2. Hvilke muligheder og udfordringer for god lægelig ledelse oplever informanterne ved hospitalernes organisering?
3. Hvilke muligheder og udfordringer for god lægelig ledelse oplever informanterne ved den måde, hvorpå ledelsesroller og opgaver varetages, inklusive de kompetencer lederne har?

Angående spørgsmål 1 viste det sig, at flere hospitaler på interviewtidspunktet (september 2021 til februar 2022) knap var gået i gang med implementeringen. Derfor anlagde vi et mere fremadrettet sigte og fokuserede på at udvikle inspiration til, hvordan hospitalerne kan arbejde med implementering/forandring (kapitel 2), med organisering (kapitel 3) og med ledelse (kapitel 4). Nedenfor beskriver vi kort kriterierne for udvælgelse af interviewpersoner, gennemførelse af undersøgelsen og de anvendte analysestrategier.

Undersøgellesdesign

Interviewpersonerne er udvalgt systematisk med henblik på at repræsentere en variation af hospitaler, stillingskategorier og specialer. Det giver mulighed for at undersøge, hvorvidt der på tværs af hospitaler, stillingskategorier og specialer er forskelle og ligheder i interviewpersonernes oplevelser. Hospitaler og interviewpersoner er anonymiseret i kataloget.

I alt indgår fem hospitaler i undersøgelsen, som er udvalgt med henblik på at sikre spredning i forhold til, at:

- hver af de fem regioner er repræsenteret i undersøgelsen
- både universitetshospitaler og regionshospitaler indgår i undersøgelsen.

De fem regioner har organiseret den lægelige ledelsesopgave forskelligt, hvilket giver forskellige muligheder og udfordringer i forhold til at styrke lægelig ledelse (se evt. også kapitel 3). Det er derfor relevant at inddrage hospitaler fra alle fem regioner. Dertil kommer, at betingelserne for lægelig ledelse kan variere på hhv. universitets- og regionshospitaler, hvorfor vi inddrager begge hospitalstyper.

Der er i de fem regioner foretaget både individuelle- og gruppeinterviews med repræsentanter fra forskellige stillingskategorier og specialer. I det omfang det var muligt, har vi udvalgt interviewpersoner som repræsenterer:

- direktion, ledende overlæger, afsnits-/funktionsansvarlige overlæger, specialeansvarlige overlæger, almene overlæger samt lederkollegaer (eksklusive sygeplejesker og radiografer)
- kirurgiske, medicinske, psykiatriske og tværgående afdelinger.

Udvælgelsen gør det muligt at undersøge forskellige perspektiver på og forventninger til den nye ledelsesstruktur på forskellige niveauer og blandt aktørerne, der forventelig berøres forskelligt af den nye struktur. Dertil kommer, at afdelingerne har arbejdet med forskellige ledelsesstrukturer forud for den nye overenskomst, og herved vil et bredere spektrum af tidligere erfaringer og læringspunkter være repræsenteret. Derudover har vi foretaget supplerende interviews med otte centrale aktører på policy-niveau med henblik på at forstå konteksten for og modtagelsen af OK21.

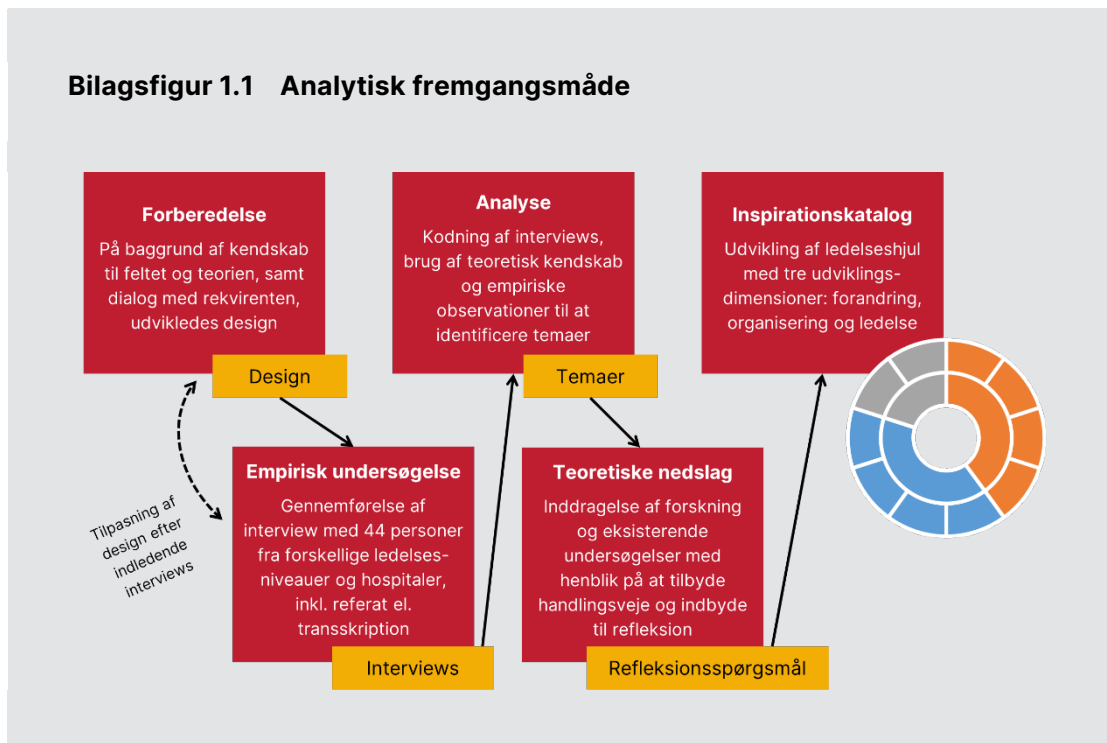
Tabellen nedenfor giver en oversigt over antal interview og interviewpersoner fordelt på forskellige ledelsesniveauer

Nuværende titel	Antal interviews	Antal interviewpersoner i alt
Direktion	5	5
Ledende overlæger	8	12
Overlæger med afsnits, funktions- og/eller specialeansvar	6	12
Lederkollegaer	3	7
Andre centrale aktører	3	8
I alt	25	44

Gennemførelse og analyse af interviews

Vi har i interview med hver gruppe anvendt semistrukturerede interviewguides for at målrette spørgsmålene til den konkrete type interviewperson. Alle interviewguides indeholder imidlertid de samme temaer, som er udviklet i kombination af kendskab til relevante teorier og empiri på området. Interviewene er tilpasset de muligheder og udfordringer, som blev fremhævet i de indledende interview.

Interviewene er transskriberet eller refereret og er efterfølgende kodet i databehandlingsprogrammet NVivo med afsæt i en kodebog, der bryder undersøgelsesspørgsmålene ned i konkrete temaer. Kodebogen er udviklet i dialog med både den indsamlede empiri og med litteratur og tager således både afsæt i de temaer og forventninger, der er identificeret i de teoretiske litteratur og i emner, der er fremkommet under interviewene (se også Bjørnholt & Jacobsen, 2020). Det kodede materiale og forskningsgruppens eksisterende kendskab til litteraturen og feltet førte til identifikation af undersøgelsens fokuspunkter og temaer. Ved løbende at bringe vores empiriske materiale i dialog med litteratur om ledelse og organisering i sundhedsvæsenet (dvs. en 'abduktiv analysestrategi' jf. Tavory & Timmermans, 2014) udviklede vi refleksionsspørgsmål, som vi vurderer, er relevante for de danske hospitalers arbejde med at styrke deres lægelige ledelse. Denne dynamiske proces er illustreret i bilagsfigur 1.1.



Kilde: Egen tilvirkning, VIVE 2022.

Citaterne i kataloget er som udgangspunkt valgt som eksemplificeringer af mere generelle pointer, der fremgår på tværs af interviewene. De er i nogle tilfælde foretaget mindre korrektioner for enten at bevare informanternes anonymitet eller for at justere sproglige uklarheder, således at de fremstår let læselige.

VIVÉ