

# Lægelig ledelse

Erfaringer og muligheder efter ledelsesreformen fra 2021



Amalie Martinus Hauge, Vibeke Kristine Scheller, Olivia Oxhøj Hein  
og Marie Henriette Madsen

**VIVÉ**

*Lægelig ledelse – Erfaringer og muligheder efter ledelsesreformen fra 2021*

© VIVE og forfatterne, 2026

e-ISBN: 978-87-7582-570-7

Projekt: 303113

Finansiering: Overlægeforeningen (FAS) og Danske Regioner

## **VIVE**

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



## Forord

Der er sket meget med lægelig ledelse siden 2021, hvor overenskomsten for overlægerne (OK21) markant ændrede de lægelige ledelseshierarkier og stillinger på landets sygehuse. Siden da har hospitalerne arbejdet med at redefinere, hvad det vil sige at være leder og læge. Særligt spørgsmålet om, hvordan man som lægelig leder balancerer klinik og ledelse eller faglig ekspertise og organisatorisk opmærksomhed, har præget dette arbejde.

I de kommende år, hvor sundhedsvæsenet står over for reformer, der kommer til at omorganisere og omfordere opgaver mellem aktører i sundhedsvæsenet, bliver ledelse fortsat helt centralt. Denne erfaringsopsamling om lægelig ledelse har potentiale til at føde ind i dette arbejde.

Erfaringsopsamlingen retter sig mod alle, der er interesserede i eller arbejder med ledelse i sundhedsvæsenet. Undersøgelsen bygger på en kvalitativ dataindsamling på otte hospitaler, hvor repræsentanter fra alle ledelsesniveauer har bidraget, inklusive de såkaldte ledelsesmakkere, som typisk er sygeplejersker. I alt har 114 interviewpersoner medvirket.

Erfaringsopsamlingen er rekvireret af Overlægeforeningen (FAS) og Danske Regioner og gennemført af projektleder og seniorforsker Amalie Martinus Hauge, projektchef Marie Henriette Madsen, senioranalytiker Vibeke Kristine Scheller og studentermedhjælper Olivia Oxhøj Hein. Den afsluttende rapport har været til faktatjek hos rekvirenterne og er desuden kvalitetssikret af to forskere med særlig viden om genstandsfeltet.

Vi vil gerne takke repræsentanter fra de medvirkende hospitaler, som har hjulpet med at arrangere interviews, interviewdeltagere for deres tid og input, og følgegruppen, inklusive Mickael Bech og Christian Bøtcher Jacobsen, for brugbare kommentarer og input undervejs i processen.

*Sanne Schioldann Haase*

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



# Indholdsfortegnelse

---

Hovedresultater	6	
Afrapportering	14	
1	Indledning	15
1.1	Grundlaget for dataindsamlingen	16
1.2	Ledelsesreformen med OK21	17
1.3	Struktur og fokus	21
2	Forandringstilgange: fokus og forankring	23
2.1	Regionernes og direktionernes indledende oversættelse	24
2.2	Forandringsfokus og aktuel status	25
3	Ledende overlæger: Hvad leder de og hvordan?	34
3.1	Ledelsesområder: organisatoriske enheder, faglige områder, patientforløb og uddannelse/forskning	34
3.2	Ledelsesdomæner: drift, faglighed, personale og økonomi	42
3.3	Opsamling: Ledende overlægers ledelsesområder og -domæner	49
4	Opgave(for)deling mellem lægelige ledelseslag	50
4.1	Fem former for opgavedeling	50
4.2	Cheflægens rolle: muligheder og udfordringer	56
4.3	Overlægen som leder?	60
4.4	Opsamling: Opgave(for)deling mellem lægelige ledelseslag	64
5	Ledelse som samarbejde	67
5.1	Afdelingsledelse: Tilpasning af ledelsesgruppen	67
5.2	Ledelse i lægeteams	70
5.3	Ledelse i tværfaglige makkerskaber	73
5.4	Opsamling: Ledelse som samarbejde	77
6	Konklusion	78
6.1	Hovedbudskaber	78

6.2	Oversættelsesarbejde kræver tid og kapacitet	79
6.3	Den ledende overlæge: en stilling, mange roller	80
6.4	Ledelsesrelationer i forandring	81
6.5	Samarbejde om ledelse	82
6.6	Potentialer for det videre arbejde med lægelig ledelse	83
<hr/>		
	Litteratur	85
<hr/>		
	Bilag 1 Design og metode	88

# Hovedresultater

I 2021 blev der med overenskomsten for overlægerne – OK21 – igangsat en reform af den lægelige ledelsesstruktur på de danske hospitaler.

OK21 indførte et nyt lægeligt ledelseslag mellem afdelingsledelserne og overlægerne: de ledende overlæger (se Figur 1). Dermed ændredes betingelserne for afdelingens organisering og for fordeling af ansvar og opgaver på tværs af ledelseslag.

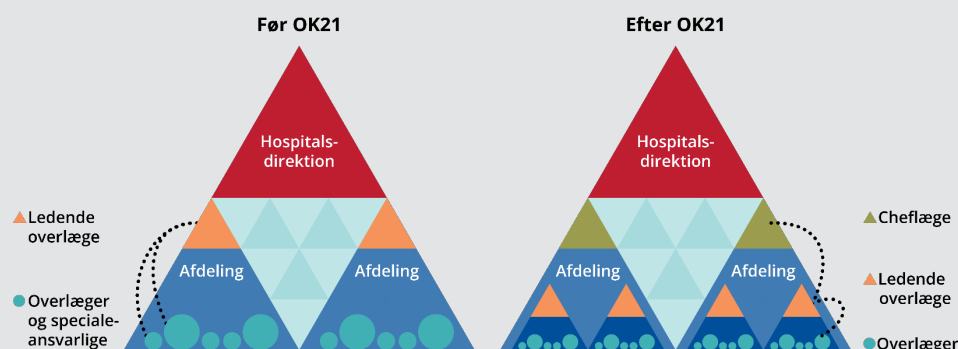
Denne erfaringsopsamling gør efter 4 år med OK21 status over udviklingen af lægelig ledelse på danske hospitaler siden OK21. Baseret på en omfattende kvalitativ interviewundersøgelse besvarer vi undersøgelsesspørgsmålet:

**Hvordan er den nye lægelige ledelsesstruktur i OK21 blevet forstået, omsat og praktiseret på danske hospitaler, og hvilke erfaringer, valg og dilemmaer har præget arbejdet med at styrke lægelig ledelse i praksis?**

Formålet er ikke at evaluere effekter af OK21 eller undersøge, om bestemte implementeringsformer har været mere succesfulde end andre. Formålet er i stedet at indsamle, systematisere og analysere erfaringer med den nye ledelsesstruktur med udgangspunkt i, hvordan den er blevet forstået, omsat og praktiseret i forskellige organisatoriske sammenhænge. Erfaringsopsamlingen kan anvendes som afsæt for hospitalernes fortsatte udviklingsarbejde med lægelig ledelse og videre drøftelser af rammer, roller og karriereveje både lokalt og nationalt.

**Figur 1 Ledelsesstrukturen før og efter OK21**

Figuren illustrerer hovedforandringerne med OK21: Før refererede overlæger direkte til den ledende overlæge. I dag kan en overlæge referere til en ledende overlæge, som så refererer til en cheflæge.



Kilde: Bearbejdet fra Hauge et al. (2026).

### Den nye ledelsesstruktur opleves generelt som en forbedring

På tværs af de otte inkluderede hospitaler viser erfaringsopsamlingen, at OK21 har sat gang i et omfattende og overordnet set positivt udviklingsarbejde i det danske hospitalsvæsen. Samtidig er reformens betydning meget forskelligartet og varierer ikke blot mellem regioner og hospitaler, men også betydeligt mellem afdelinger. Nogle steder har OK21 medført en reel omformning af ledelsesarbejdet, hvor ledelsesopgaver er blevet tydeligere afgrænset, personaleledelse er rykket tættere på den kliniske hverdag, og cheflægens rolle er blevet mere strategisk. Andre steder har reformen primært haft karakter af en formel rollejustering, hvor den daglige ledelsespraksis i store træk fortsætter uændret. Samlet set peger erfaringerne på, at OK21 styrker lægelig ledelse, når der arbejdes systematisk med at tydeliggøre roller, mandat og opgavefordeling, og når der etableres samarbejdsformer, der understøtter ledelse som en fælles opgave frem for et individuelt ansvar.

### Implementering af ny ledelsesstruktur: Mellem fokus på organisationsændringer og nye ledelsestitler

På afdelingsniveau ses variation i den tilgang, der er valgt i forhold til at omsætte de nye rammer til konkret ledelsespraksis. Afdelinger, der har anvendt OK21 som anledning til *organisationsforandring* og/eller *ledelsesforandring*, har arbejdet systematisk med at redefinere ledelsesområder, gentænke den interne organisering og aktivt fortolke rollen som ledende overlæge. Andre afdelinger har i højere grad grebet OK21 an som en praksis karakteriseret ved *rolleforandring* eller *titelforandring*, hvor eksisterende ledelsespositioner, fx specialeansvarlige, er blevet konverteret til

ledende overlæger uden tilsvarende ændringer i organisering, opgaveindhold eller mandat. Erfaringerne peger på, at de afdelinger, der har anlagt omfattende forandringstilgange, efter nogle år med hårdt arbejde i dag oplever større klarhed, mere sammenhængende ledelse og bedre kobling mellem strategi, drift og faglig udvikling.

### **Ledende overlæger: En ny ledelsesrolle i mange lokale varianter**

På tværs af hospitaler og afdelinger udfyldes rollen som ledende overlæge meget forskelligt. Stillingsbetegnelsen fastlægger ikke entydigt, hvad de ledende overlæger er ledere for, eller hvilke ledelsesopgaver de varetager; dette afklares gennem lokale prioriteringer. Erfaringsopsamlingen peger på fire gennemgående måder at afgrænse ledelsesområder på: ledelse af organisatoriske enheder, faglige områder, patientforløb samt uddannelse eller forskning. På tværs af disse varianter varetager de ledende overlæger ledelsesopgaver inden for fire centrale domæner: drift, faglig ledelse, personale og økonomi – dog i meget varierende omfang. Drift udgør en kerneopgave for de fleste, mens ansvar for faglig ledelse, personale og økonomi er mere ujævnt fordelt og ofte uafklaret. Særligt personaleansvar og økonomisk råderum fremstår som centrale udfordringer efter OK21, da de forandrer lægelige hierarkier og kræver tydelige aftaler mellem ledelseslag.

Samlet set viser analysen, at afdelingerne står over for et grundlæggende valg mellem at samle eller adskille ansvaret for ledelsesdomæner mellem de forskellige ledelseslag, dvs. cheflæger, ledende overlæger og overlæger. Samling kan give klarhed og helhed, men også øget belastning, mens adskillelse kan styrke specialisering, men kræver mere koordinering. Udviklingen af lægelig ledelse forudsætter derfor bevidste og løbende valg, tilpasset afdelingens størrelse og organisatoriske rammer.

### **Ny (for)deling af ledelsesopgaver blandt de lægelige ledere**

OK21 har skabt nye grænser og nye samarbejdsformer mellem cheflæger, ledende overlæger og overlæger. En central pointe er, at ledelsesopgaver og ansvar ikke flytter sig som et nulsumsspil, men at ledelse kan løftes i teams og langs ledelsesstrengen. På tværs af afdelingerne kan der identificeres fem former for opgavedeling.

**Tabel 1** Fem former for opgavedeling

Ledelsesform	Mandat og ansvar
Delegeret ledelse	Opgave og ansvar flyttes tydeligt til den ledende overlæge. Skaber ofte rolleklarhed og reducerer cheflægens ledelsesspænd, men forudsætter kompetencer, tid og et mandat, der faktisk giver handlekraft.
Involverende/distribueret ledelse	Ledende overlæger får indblik og indflydelse uden fuldt beslutningsmandat. Bruges bl.a. til helhedsforståelse og fælles retning (fx økonomi og rekruttering), men kan opleves som "møder uden muskler", hvis formål og mandat er uklart.
Overdragende ledelse	Ledende overlæge udfører opgaven med aktiv sparring/supervision fra cheflægen (eller en ledelsesmakker). Fungerer som oplæring og kompetenceudvikling, især for nye ledende overlæger eller i komplekse sager.
Tærskelstyret ledelse	Ledende overlæge leder indtil en grænse (fx sagstygnde eller økonomisk ramme), hvorefter cheflægen tager over. Giver fleksibilitet, men kan skabe uro og uløste opgaver, hvis tærsklerne er uklare eller opleves vilkårlige.
Ad hoc-delegering	Fordelingen sker fra sag til sag uden faste principper. Kan være en pragmatisk løsning i en uafklaret organisation, men risikerer at skabe tilfældighed, uigennemsigthed og oplevelser af uretfærdighed.

De fem former for opgavedeling kan ses som variationer af hhv. delegering (delegeret, tærskelstyret og ad hoc-delegering) og distribuering (involvering og overdragende ledelse). Hver form skaber bestemte betingelser for fordeling af ansvar, råderum og forventninger og dermed også for, hvordan de lægelige lederes roller forandres og konsolideres på flere måder efter OK21.

### **Ledelsesstrukturen påvirker også cheflæger og overlægers rolle i afdelingerne**

OK21 har ikke alene introduceret rollen som ledende overlæge, men har også ændret ledelsesrelationerne mellem cheflæger, ledende overlæger og overlæger. Omfordelingen af ledelsesopgaver betyder, at både cheflæger og overlæger må finde nye positioner i afdelingerne.

For **cheflægerne** har reformen flere steder skabt mulighed for at træde mere ud af driften og arbejde mere strategisk. Hvor opgaver og mandat reelt er uddelegeret, oplever cheflægerne aflastning, mere tid og større fokus på ledelse af ledere. Andre steder er gevinsterne mere begrænsede, enten fordi opgaver fortsat samler sig hos cheflægen, eller fordi rollen samtidig forventes at rumme nye strategiske opgaver. Flere cheflæger efterspørger derfor støtte til at finde retning og fastholde relevans i en mere strategisk rolle.

For **overlægerne** har OK21 i højere grad skabt usikkerhed. Hierarkier og samarbejdsflader er blevet tydeligere opdelt, og mange oplever større afstand til cheflægen samt en uklar afgrænsning mellem overlægernes og de ledende overlægers ansvar. Nogle oplever gevinster ved mere nær ledelse, mens andre oplever tab af

indflydelse og uklarhed om overlægestillingens fremtid. Samlet peger undersøgelsen på, at overlægernes ledelsespotentiale mange steder er utilstrækkeligt forløst, og at der er behov for en mere eksplicit afklaring af, hvad overlægers rolle som ledere er, kan og skal være.

### **Ledelse i teams kan fortsat styrkes**

Det nye ledelseslag skaber nye muligheder for teamsamarbejde i afdelingens formelle ledelsesgruppe, i lægefaglige teams, på tværs af ledelseslag og i tværfaglige makkerskaber. Når det virker, kan teamsamarbejde skabe en infrastruktur, der understøtter fælles prioritering, koordinering og opfølgning.

På mange afdelinger er der opbygget mere *tydelige teamstrukturer blandt lægerne* både vertikalt (mellem cheflæge, ledende overlæger og overlæger) og horisontalt (mellem ledende overlæger). Formaliseringen af rollen som ledende overlæge har også nogle steder gjort det mere legitimt at afgrænse ledelsesfora og tydeliggøre, hvem der indgår i den samlede (udvidede) afdelingsledelse. Etableringen af ledende overlæger har gjort det lettere at *koordinere samarbejde på tværs af afdelinger* om delte funktioner og patientforløb, fordi beslutninger kan træffes på et niveau med både faglig indsigt og kendskab til hverdagsdriften. Lægeteams på tværs af sektorer vurderes som et oplagt, men endnu relativt uudnyttet potentiale, ikke mindst set i lyset af sundhedsreformens ambitioner om mere sammenhængende og borgernære forløb.

### **Tværfaglig makkerskabsledelse er styrket, men udfordret af uens vilkår**

Tværfaglige ledelseskonstellationer i form af makkerskaber mellem ledende overlæger og ledere blandt andre faggrupper – typisk oversygeplejersker – spiller en central rolle i den nye ledelsespraksis. Ledelsesduoer og -trioer samler faglige og organisatoriske perspektiver tæt på driften. *Integrerede makkerpar* med tydeligt fælles ansvar for et område opleves som særligt velfungerende og bidrager til klar retning, bedre arbejdsmiljø og større ledelsesmæssig robusthed. *Løst koblede makkerskaber* – fx hvor én ledende overlæge samarbejder med flere oversygeplejersker – har svære betingelser for at lykkes, især på grund af forskelle i ledelsestid, ledelsesvilkår og organisatorisk forankring.

## **Konklusion og fortsatte udviklingsmuligheder**

Der findes ikke én model for lægelig ledelse, der passer til alle hospitaler, afdelinger og specialer. Variation i bl.a. størrelse, organisatorisk kompleksitet, ressourcer og patientforløb betyder, at løsninger nødvendigvis må tilpasses lokalt. På tværs af denne

variation peger undersøgelsen dog på en række fælles overvejelser og greb, som er relevante, uanset organisatorisk kontekst. Nedenstående anbefalinger er derfor tænkt som greb til at understøtte en fortsat styrkelse af lægelig ledelse efter OK21.

## 1. Gør forventningsafstemning til en ledelsesopgave frem for et engangstiltag

Selvom mange hospitaler har etableret tommelfingerregler for de lægelige ledelsesroller og/eller arbejder med funktionsbeskrivelser i forbindelse med ansættelse, viser undersøgelsen fortsat betydelig uklarhed om både opgavefordeling, ansvar og grænseflader. Der er i mange afdelinger behov for en mere systematisk forventningsafstemning på tværs af ledelseslagene.

Det indebærer særligt at afklare:

- hvordan **cheflæger** udfylder rollen som strategisk leder og fastholder relevans i afdelingen
- hvordan **ledende overlæger** kan balancere drift, faglig udvikling, personaleledelse og eget arbejdsliv på en bæredygtig måde
- hvordan **overlæger** kan få tydeliggjort og aktiveret deres ledelsespotentiale som en integreret del af ledelseskæden.

Denne afklaring kan fx løftes via faste fora, hvor forventninger til lægelige ledelsesroller drøftes, evalueres og justeres. Til brug for sådanne drøftelser kan fiktive eller oplevede cases og/eller de typologier, der præsenteres i denne rapport, anvendes.

## 2. Styrk ledelsessamarbejdet og den organisatoriske infrastruktur for ledelse

OK21 har tydeliggjort betydningen af velfungerende ledelsesfællesskaber for at undgå "siloledeelse" og styrke koordinering og fælles prioritering og retning. Selvom mange afdelinger efter OK21 har etableret nye samarbejdsformer omkring ledelse, viser undersøgelsen stor variation i, hvordan ledelsesfællesskaber er organiseret og anvendt i praksis. Flere steder fremstår samarbejdet sårbart, personafhængigt eller utilstrækkeligt understøttet, særligt omkring de ledende overlæger. Der er derfor i mange afdelinger behov for en tydeligere og mere bæredygtig organisering af teamsamarbejde og ledelsesinfrastruktur.

Det indebærer en præcisering af:

- hvordan ledende overlæger integreres i et forpligtende ledelsesfællesskab opadtil med afdelingsledelsen
- hvordan ledende overlæger samtidig understøttes nedadtil gennem samarbejde med overlæger og funktionelle lægeteams

- hvordan tværfaglige makkerskaber rammesættes, herunder forskelle i mandat, tid og ansvar.

Denne præcisering kan fx løftes ved at kortlægge eksisterende ledelsesfora og samarbejdsrelationer i afdelingen og bruge dette som afsæt for at justere mødestrukturer, deltagelse og opgavefordeling. Det kan desuden ske gennem tydelig rammesætning fra afdelingsledelsen af, hvilke samarbejdsformer der forventes, og hvilket ansvar der er knyttet til de enkelte fora og teams.

### **3. Udnyt potentialet for ledelse på tværs – i lyset af sundhedsreformen**

Den kommende sundhedsreform og udviklingen af det nære sundhedsvæsen skærper behovet for ledelse på tværs af sektorer. Erfaringsopsamlingen viser imidlertid, at der aktuelt er begrænset fokus på ledelse på tværs af sektorer. Her har særligt den ledende overlæge en strategisk position ved at være tæt på driften og patientforløbene. For at få denne position i spil er det imidlertid nødvendigt at afklare en række spørgsmål:

- Hvilke tværgående opgaver og patientforløb kunne styrkes af lægelig ledelse på ledende overlægeniveau, og hvorvidt afdelingen skal spille en igangættende eller afventende rolle?
- Hvilket mandat har ledende overlæger i tværgående samarbejder, herunder i forhold til personale, arbejdsgange og prioriteringer?
- Hvordan balanceres tværgående ledelsesopgaver med lokale drifts- og ledelsesopgaver?
- Hvilke fora og samarbejdsstrukturer forventes ledende overlæger at indgå i på tværs af afdelinger, hospitaler og sektorer?

Dette kræver både organisatorisk støtte, adgang til tværgående fora og en klar forventning om, at lægelig ledelse også omfatter ansvar på tværs af det traditionelle hospitalsrum. Desuden kan det være relevant med udveksling på tværs af hospitaler og afdelinger af erfaringer med samarbejder på tværs af sektorer.

## Fakta om undersøgelsen

Undersøgelsen er gennemført som en kvalitativ erfaringsopsamling baseret på interviews i otte casehospitaler udvalgt på tværs af landet.

Der er gennemført i alt 40 gruppeinterviews med 114 respondenter. Interviewene blev primært gennemført som gruppeinterviews med hhv. sygehusledere, cheflæger, ledende overlæger, overlæger og ledelsesmakkere til de ledende læger (typisk chefsygeplejersker og oversygeplejersker).

Undersøgelsen er gennemført af VIVE for Overlægeforeningen (FAS) og Danske Regioner.

# > **Afrapportering**

# 1 Indledning

Det danske sundhedsvæsen står overfor en række væsentlige strukturelle og demografiske udfordringer, som fordrer en velfungerende ledelse. En forestående sundhedsreform, regionale sammenlægninger samt et stigende pres fra en aldrende befolkning skærper behovet for fagligt funderet prioritering, fokusering og rekonfigurering af den måde, sundhedsydelser leveres (Bech et al., 2025; Wisborg & Ullum, 2025). Samtidig er flere hospitaler præget af interne udfordringer i form af personalemangel, rekrutteringsudfordringer og trivselsproblemer, hvilket vidner om et behov for nærværende og tryghedsskabende ledelse, som kan omsætte nationale forandringer til lokale organiseringer (Holm, 2025; Jacobsen, 2023; Poulsen, 2024).

At opruste de lægelige ledere til at tage ansvar, sætte retning og navigere i et presset sundhedsvæsen er en vigtig opgave. Dette afspejles i en række initiativer søsat af centrale aktører på området, hvor overenskomsten for overlægerne fra 2021 (OK21) udgør et vigtigt omdrejningspunkt (FAS, 2022; Hauge et al., 2022). Med OK21 blev der iværksat en ledelsesreform med det formål at styrke den lægelige ledelse på landets hospitaler. Konkret ønskede man at skabe et større rum for strategisk ledelse hos cheflægerne (de daværende ledende overlæger), at styrke den nære ledelse ved at etablere en ny stillingskategori (den ledende overlæge), samt at understrege, at stillingen som overlæge også er en ledelsesstilling (FAS, 2022; Hauge et al., 2022).

Idet ledelsesreformen blev udmøntet som en overenskomst, var det obligatorisk for landets hospitaler at implementere den. OK21 er imidlertid ikke så detaljeret formuleret, at der ikke er plads til fortolkning og lokal tilpasning. Der er variation i, hvordan OK21 og især det nye ledelseslag bestående af ledende overlæger er blevet forstået, oversat og udfoldet i de forskellige regioner, på de forskellige hospitaler og ikke mindst i de forskellige afdelinger. Der er meget viden at hente i at undersøge de konkrete udfordringer og muligheder, der er optrådt i forskellige hospitalers udformning af de nye ledelsesroller.

I denne erfaringsopsamling gør vi derfor status over udviklingen af lægelig ledelse på danske hospitaler siden OK21. Baseret på en omfattende kvalitativ interviewundersøgelse giver vi en indsigt i, hvilke ledelsesmæssige udfordringer hospitalerne i praksis har stået med, hvor de står i dag, og hvilke erfaringer de kan tage med fra arbejdet med OK21 og ind i fremtidens sundhedsvæsen. Konkret besvarer vi undersøgelsesspørgsmålet:

**Hvordan er den nye lægelige ledelsesstruktur i OK21 blevet forstået, omsat og praktiseret på danske hospitaler, og hvilke erfaringer, valg og dilemmaer har præget arbejdet med at styrke lægelig ledelse i praksis?**

Formålet er altså ikke at evaluere effekter af OK21 eller undersøge, om bestemte implementeringsformer har været mere succesfulde end andre. Formålet er i stedet at indsamle, systematisere og analysere erfaringer med den nye ledelsesstruktur med udgangspunkt i, hvordan den er blevet forstået, omsat og praktiseret i forskellige organisatoriske sammenhænge. Rapporten bidrager dermed med praksisnær viden om udfordringer, valg og dilemmaer i arbejdet med lægelig ledelse, som kan bruges som afsæt for lokal refleksion og videre udvikling af ledelsesstrukturerne på hospitalerne.

Erfaringsopsamlingen er skrevet til lægelige ledere på alle niveauer i sundhedsvæsenet, til personer, der arbejder sammen med lægelige ledere, samt til beslutningstagere og andre aktører med interesse for ledelse på hospitaler. Rapporten har fokus på at fremhæve læringspunkter fra arbejdet med OK21 og på, hvordan disse erfaringer kan ruste sundhedsvæsenet til det kommende reformarbejde, hvor nye samarbejder, opgaver og udfordringer skal håndteres i en allerede stramt organiseret hverdag.

## **1.1 Grundlaget for dataindsamlingen**

Med OK21 aftalte Danske Regioner og Overlægeforeningen/Foreningen for Speciallæger (FAS) en ny ledelsesstruktur på lægesiden med det formål at styrke den lægelige ledelse på landets hospitaler. Overenskomsten introducerede et nyt ledelseslag – de ledende overlæger – og skabte dermed et rum for at omdefinere ansvarsfordelingen mellem cheflæger, overlæger og øvrige ledelsesfunktioner. Efterhånden som denne struktur er blevet implementeret, er der opstået et behov for mere systematisk viden om, hvordan den nye ledelsesstruktur har taget form i praksis, og hvilke erfaringer der er gjort lokalt. På den baggrund har rekvirenterne, Overlægeforeningen/FAS og Danske Regioner, bedt VIVE om at gennemføre denne erfaringsopsamling.

Erfaringsopsamlingen giver en bred indsigt i, hvordan OK21 er blevet forstået og omsat i praksis på tværs af hospitaler og afdelinger, og hvordan den nye lægelige ledelsesstruktur opleves af ledere på forskellige niveauer. Rapporten præsenterer erfaringerne under fire temaer: (1) lokale forandringstilgange og fokus, (2) udfoldelsen af rollen som ledende overlæge, (3) opgavefordeling og samspil mellem lægelige ledelseslag samt (4) samarbejde om ledelse på tværs af faggrupper og organisatoriske niveauer. Disse temaer er udvalgt på baggrund af tidligere undersøgelser af lægelig ledelse, rekvirenternes vidensbehov og de mønstre og dilemmaer, som trådte frem i interviewmaterialet. Temaerne udgør analytiske greb til at systematisere erfaringerne og indfange variationer i praksis (se også Bilag 1).

Erfaringsopsamlingen tager afsæt i en kvalitativ undersøgelse på otte hospitaler samt et mindre dokumentstudie. I alt gennemførtes 40 gruppeinterviews, fem på hvert hospital, med ledere på følgende niveauer: direktion, cheflæger, ledende overlæger, overlæger og ledelsesmakkere på plejesiden. Udvælgelsen af casehospitaler og interviewdeltagere er tilrettelagt med henblik på regional variation, variation i organisatoriske karakteristika såsom hospitalstype- og størrelse samt afdelingstype. De enkelte informanter er så vidt muligt udvalgt, så de repræsenterer forskellige niveauer af ledelseserfaring. Citater og tegninger af organisationsdiagrammer, der indgår i rapporten, er bearbejdet sprogligt og i et vist omfang indholdsmæssigt for at sløre informantens identitet. Citaterne skal forstås som illustrative eksempler på, hvordan et tema kommer til udtryk i praksis, og ikke som dækkende for alle interviews eller cases.

Hospitalerne har meget forskellige forudsætninger for arbejdet med at implementere OK21. Der er store variationer i afdelingernes størrelse, kompleksitet, organisering og patientgrundlag – og tilsvarende forskelle i lokale strategier, forandringsparathed og erfaringer med lægelig ledelse. Det afspejler sig også i undersøgelsens resultater: Der findes ikke én model for, hvordan rollen som ledende overlæger organiseres, eller hvilke opgaver der prioriteres. I stedet peger erfaringsopsamlingen på en række centrale opmærksomhedspunkter, valg og dilemmaer, som hospitaler og afdelinger med fordel kan overveje, når de videreudvikler deres ledelsesstruktur og rollefordeling. En mere detaljeret metodebeskrivelse findes i Bilag 1.

## 1.2 Ledelsesreformen med OK21

Dette afsnit giver en kort opridsning af den organisering og ledelse, der fandtes før OK21 og opsamler, hvad ledelsesreformen bestod i. Formålet er at skabe et fælles udgangspunkt for at følge rapportens hovedkapitler, som udfolder, hvordan den nye ledelsesreform er blevet omsat. Afsnittet bygger bl.a. på rapporten *Lægelig ledelse – et inspirationskatalog: Hvordan hospitalerne kan styrke deres lægelige ledelse med OK21* (Hauge et al., 2022).

### 1.2.1 Ledelsesreformen i kontekst

Den nye ledelsesstruktur i OK21 skal ses i lyset af en længere udvikling i organiseringen af danske hospitaler. Frem til begyndelsen af 1980'erne var hospitalsledelsen relativt svagt formaliseret med adskilte hierarkier for læger, sygeplejersker og administration. I 1980'erne blev der på baggrund af stigende økonomisk pres og øget organisatorisk kompleksitet gennemført reformer, der indførte fælles ledelsesstrukturer på hospitalerne. Centralt stod etableringen af såkaldte trojkaledelser

bestående af en hospitalsdirektør og det, der dengang kaldtes cheflæge og chefsygeplejerske, samt fælles afdelingsledelser med det, der dengang kaldtes ledende overlæge og oversygeplejerske (Zeuthen Bentsen, 2000).

Siden da er ledelsesstrukturerne løbende blevet justeret i takt med strukturreformer, skiftende idéer om god ledelse i det offentlige og reduktion i antallet af hospitaler. Det betyder, at de tilbageværende enheder er blevet større og mere specialiserede, og at ledelsesopgaven har ændret karakter med øget vægt på koordinering, økonomistyring og sammenhæng på tværs af afdelinger og faggrupper (Bendix et al., 2008; Jespersen, 2005). I sammenligning med andre lande har styringen af dansk hospitalsledelse været relativt "blød" (Kirkpatrick et al., 2005), og reformerne har typisk været udformet som overordnede rammer, der har givet betydelig lokal frihed i organiseringen af ledelse og opgavefordeling (Jespersen, 2005).

OK21 viderefører denne tradition ved at styrke lægelig ledelse gennem nye stillingskategorier og tydeligere ledelsesmandater, men uden at fastlægge én ensartet model for, hvordan ledelsen konkret skal organiseres. Reformen implementeres derfor i en hospitalssektor, der allerede er præget af store forskelle i størrelse, historik og eksisterende ledelsesstrukturer, hvilket giver forskellige udgangspunkter for, hvordan den nye ledelsesrolle udfyldes i praksis.

## 1.2.2 Ledelsesstruktur før og efter OK21

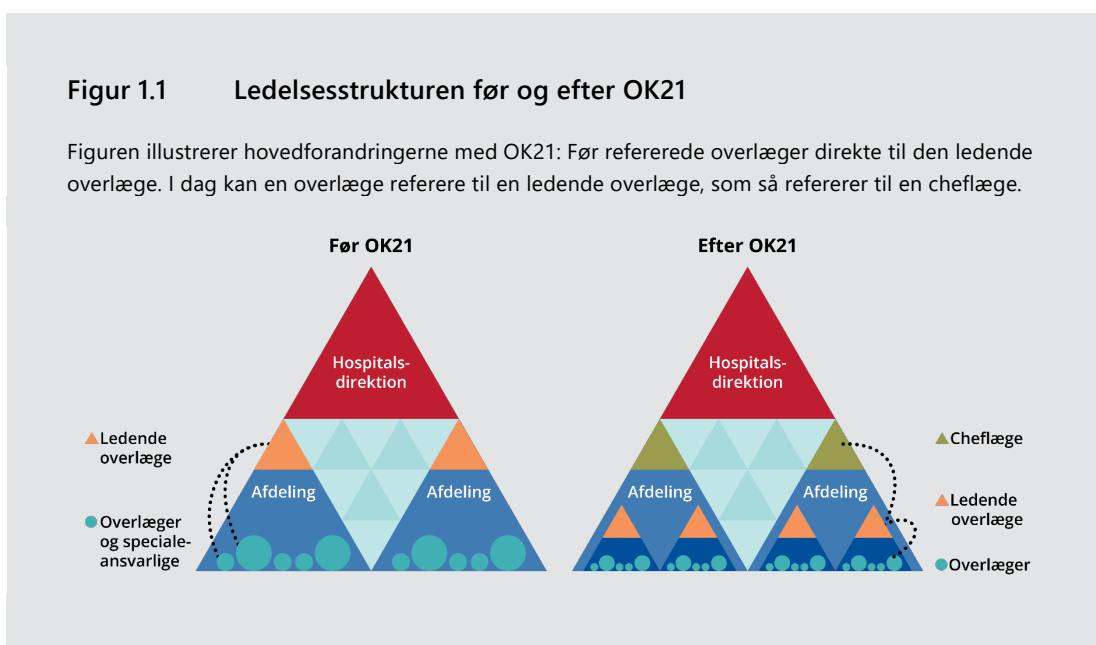
På trods af variationen, var og er der også fællestræk i forhold til hospitalernes ledelsesstruktur. Typisk bestod den lægelige ledelsesstruktur før OK21 af tre niveauer: direktion, afdelingsledelse og forskellige former for faglig og organisatorisk ledelse på afsnits- og funktionsniveau (se Figur 1.1). Derudover var afdelingerne opdelt i afsnit eller funktioner organiseret om eksempelvis driften af et ambulatorium, et patientforløb eller en diagnostisk funktion. Lægerne var typisk orienteret mod et speciale eller subspeciale, og gik ofte – som det også er tilfældet i dag – på tværs af den organisatoriske struktur, fordi deres patienter befinder sig i flere forskellige afsnit, eksempelvis både i sengeafsnit og ambulatorier.

Afdelingerne blev typisk ledet af et tværfagligt ledelsesteam bestående af en lægelig leder (kaldet ledende overlæge, svarende til det, der i dag kaldes cheflæge) og en kollega fra plejesiden. Speciallæger i afdelingen refererede direkte til den ledende overlæge. I praksis betød dette, at ledesspændet for de øverste lægelige ledere ofte var stort, og at der var vanskelige vilkår for nær ledelse.

Nogle overlæger havde desuden ledelsesområder med varierende grad af formalitet, enten som specialeansvarlige, funktionsansvarlige, afsnitsansvarlige eller uden en særlig titel (FAS, 2022; Hauge et al., 2022). Inden OK21 var overlægernes

ledelsesansvar især knyttet til det faglige arbejde og den daglige tilrettelæggelse af behandlingen, mens egentlige organisatoriske ledelsesopgaver – såsom personaleledelse, budget mv. – i høj grad var koncentreret hos afdelingsledelserne.

Overenskomsten mellem Danske Regioner og FAS blev offentlig gjort i 2021 og var gældende fra april 2022. Med OK21 blev et nyt formelt lægeligt ledelseslag indført under afdelingsledelsen (se Figur 1.1), men med bevarelse af mange af de ovenfor beskrevne strukturer, herunder afdelingernes inddeling i mindre afsnit og subspecialer samt lægernes tværgående funktioner.



Kilde: Bearbejdet fra Hauge et al. (2026).

De vigtigste elementer for lægelig ledelse er opsummeret i Boks 1.1 (Hauge et al., 2022). 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 siden på [www.laeger.dk](http://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).

Siden overenskomsten trådte i kraft, har regioner og hospitaler arbejdet med at definere stillingerne som ledende overlæger, tilpasse ledelsesområder, revidere funktionsbeskrivelser og justere samarbejdsfladerne mellem cheflæger, overlæger og ledelseskolleger på plejesiden. Disse processer er foregået i meget forskellige organisatoriske kontekster og med forskellige tilgange og engagement. Nogle hospitaler havde en struktur med eksempelvis funktionsansvarlige overlæger, som relativt let

lod sig oversætte ind i den nye struktur, hvor andre havde sværere ved at få strukturen til at passe. Det gjorde sig eksempelvis gældende, hvis man havde flere specialeansvarlige overlæger, end hvad gav mening i forhold til ledende overlæger, eller hvor man har haft et ønske om at danne ledelsesmakkerpar med plejesiden, men hvor den ledende overlæge i praksis skal samarbejde med flere oversygeplejersker. Det betyder, at den nye ledelsesstruktur i dag fungerer som et fælles rammeværk med betydelig lokal variation i både udmøntning og forventninger.

I denne erfaringsopsamling er fokus derfor ikke på, om implementeringen følger én bestemt organisatorisk model, men på de konkrete måder, hvorpå rammen er blevet udfyldt lokalt. Det omfatter bl.a. variationer i de ledende overlægers opgaveporteføljer, samarbejdsrelationer og ledelsesområder samt de erfaringer, hospitalerne har gjort sig i forbindelse med etableringen og anvendelsen af den nye struktur.

## Boks 1.1 Overenskomst 2021

### 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 organisatorisk 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 mv.

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).

## **1.3 Struktur og fokus**

Rapporten er bygget op omkring fire hovedkapitler, som tilsammen belyser, hvordan den nye lægelige ledelsesstruktur i OK21 blevet forstået, omsat og praktiseret på danske hospitaler, og hvilke erfaringer, valg og dilemmaer der har præget arbejdet med at styrke lægelig ledelse i praksis. Valget af kapitlernes temaer er beskrevet i Bilag 1.

**Kapitel 2** omhandler *forandringstilgange* i regioner og på hospitaler med fokus på afdelingsniveauet. Her undersøger vi, hvordan implementeringen af OK21 er blevet forankret, og hvilke forventninger og krav der er formuleret på lokalt niveau. Temaet belyser desuden de forskellige fokus, afdelingerne har brugt i deres forandringsarbejde – fra forandring af organisationer til forandring af titler – og hvilken

betydning disse valg har haft for informanternes oplevelse af den nye ledelsesstrukturs værdi.

**Kapitel 3** fokuserer på *De ledende overlæger: Hvad leder de og hvordan?* Kapitlet viser først, hvilke *ledelsesområder* de nye ledende overlæger har, og hvordan hhv. organisatorisk og faglig ledelse vægtes og kombineres. Dernæst analyserer vi, hvilke *ledelsesdomæner* de ledende overlæger har med fokus på drift, faglig ledelse, personaleledelse og økonomi.

**Kapitel 4** handler om, hvordan *opgave(for)deling mellem de lægelige ledelseslag* foregår, og hvordan den har påvirket cheflægen og overlæger. Her præsenteres en oversigt over fem forskellige former for opgavedeling, som viser, at deling af ledelsesopgaver mellem cheflæger og ledende overlæger ikke er det samme, som at cheflægerne afgiver alt ansvar (delegering), men at der tværtimod findes mange måder at arbejde sammen om ledelse på (forskellige former for distribution). Dernæst beskriver kapitlet cheflægernes og overlægernes roller i den nye struktur med udgangspunkt i de udfordringer og muligheder, der kan påpeges på baggrund af interviewene.

**Kapitel 5** belyser, hvordan den nye ledelsesstruktur former *samarbejdet om ledelse*. Her undersøger vi, hvordan der arbejdes med lægelige ledelsesteams på tværs af afsnit og faggrupper, samt hvordan sammensætning, mødestrukturer og rolleafklaring påvirker samarbejdet mellem ledelseslagene. Vi kigger også på de tværfaglige makkerskaber med oversygeplejersker, og hvordan disse duoer håndterer forskelle i tid, mandat og ledelseserfaring. Tilsammen belyser temaet, hvordan organisering og samarbejde sætter rammerne for, at de nye ledelsesroller kan fungere i praksis.

## 2 Forandringstilgange: fokus og forankring

OK21 sætter en retning for hospitalernes arbejde med lægelig ledelse, men lader samtidig en række beslutninger være op til fortolkning og lokal tilpasning. Der er tre oplagte niveauer for *oversættelse* af ledelsesreformen, dvs. for tildeling af ny eller mere specifik betydning i tilpasningen til lokale forhold (Czarniawska & Sevón, 2011): det regionale niveau, hospitalsniveau og afdelingsniveauet. Pladsen til fortolkning er blevet brugt forskelligt på hospitalerne. Især er det forskelligt, hvor stor en forandring, OK21 har været brugt til at igangsætte på den enkelte afdeling. Samtidig pågår der fortsat udvikling af ledelsespraksis, hvilket bekræfter, at tolkninger af ledelsesreformer er situationsbestemte og foranderlige over tid (Jespersen, 2005).

Baseret på interviewundersøgelsen forekommer den største variation på afdelingsniveau: Det vil sige, at forskellene mellem afdelingerne internt på hospitalerne fremstår som større end forskellene mellem sygehusene eller regionerne. Derfor er der i dette og følgende kapitler særligt fokus på, hvordan man på afdelingsniveau har grebet processen an, og hvad det har betydet for, hvor afdelingerne står i dag, idet denne viden vil være relevant for dem, som ønsker at arbejde videre med at udvikle lægelig ledelse. Dog har hhv. regions- og hospitalsniveauet også haft betydning; nogle gange i form af en retning, men andre gange, fordi retningslinjer har været savnet. Desuden har nogle afdelinger stor gavn af tilbud om konsulenthjælp udbudt af hospitalet eller regionen, hvor andre ikke har eller kender til sådanne tilbud. Nogle regioner og sygehuse tilbyder eksempelvis, at afdelingerne kan få løbende sparring af en ledelseskonsulent i forhold til, hvordan ledelsesstrukturen skal se ud, og hvordan forandringsprocessen kan gribes an, hvilket flere fremhæver som en stor hjælp.

## 2.1 Regionernes og direktionernes indledende oversættelse

Efter lanceringen af OK21 og den nye ledelsesstruktur opstod der på nogle hospitaler en uklarhed i forhold til, hvordan implementeringen skulle foregå, og hvad hhv. regionernes og direktionernes rolle var. På nogle hospitaler udviklede man lokale regler eller tommelfingerregler for den ledende overlægestilling (se boks) og lod sig

### Eksempler på tommelfingerregler for ledende overlægestillinger

- De skal "lede nogen og noget".<sup>1</sup>
- Uddannelsesansvarlige skal være ledende overlæger.
- Forskningsansvarlige skal være ledende overlæger.
- Ledende overlæger skal matches med en makker på plejesiden (makkerledelse/duoledelse).
- En ledende overlægestilling pr. x antal overlæger.
- En ledende overlæge skal varetage ledelse af personale, drift, faglighed og organisation.

<sup>1</sup>Dvs. skal inkludere personaleledelse og faglig ledelse/ansvar for drift.

inspirere af hinandens tiltag og erfaringer gennem uformelt netværk. Regionerne har ikke deltaget i denne undersøgelse, og deres indsats belyses derfor kun indirekte via informanternes forståelse. Her adskiller Region Sjælland sig fra de øvrige regioner ved relativt tidligt i processen at rammesætte stillingen som ledende overlæge som indeholdende fire ledelsesdiscipliner, nemlig varetagelse af personaleledelse, driftsledelse, faglig ledelse og organisatorisk ledelse. Denne forventning om relativt omfattende ledelsesansvar afspejles i de roller, de ledende overlæger i dag har på de medvirkende hospitaler fra regionen, om end der og her ses stor forskel mellem de enkelte ledende overlæger.

Flere steder var et af direktionernes første skridt at igangsætte en proces, hvor afdelingsledelserne blev bedt om at designe deres fremtidige organisation, fx ved at udarbejde et diagram, som anskueliggjorde, hvor ledende overlæger skulle placeres, og/eller at ønske et bestemt antal ledende overlæger. Herefter blev oplægget fra afdelingsledelserne evt. tilpasset, og processen med at finde ud af, hvem der skulle være ledende overlæger, gik i gang. Denne ret åbne tilgang med fokus på afdelingsspecifikke tilpasninger går igen på tværs af hospitalerne, men der har været forskel på, hvor meget vægt og opmærksomhed direktionerne har lagt i processen. Nogle cheflæger er blevet gået på klingen med spørgsmål som "afspejler den foreslåede organisering fortiden eller den retning, I vil i fremover?", hvor andre cheflæger i mindre grad er blevet stillet til regnskab for deres valg.

Det er på baggrund af denne undersøgelse ikke muligt at afgøre, hvordan tilgangen til ledelsesreformen på hospitalsniveau konkret har haft betydning for den måde, lederrollerne er blevet etableret på de enkelte hospitaler, men tendensen ser ud til at være, at jo mere vægt og opmærksomhed, direktionerne har dedikeret til at arbejde med OK21, desto mere omfattende er de lokale forandringer blevet i afdelingerne.

## 2.2 Forandringsfokus og aktuel status

Lægernes syn på ledelse generelt og OK21 specifikt er blevet mere positivt over tid, baseret på en sammenligning af den aktuelle undersøgelse med tidligere (se Hauge et al., 2022, 2026): Mange hospitaler har arbejdet systematisk og målrettet med at udvikle deres tilgang til lægelig ledelse og deres lægelige leders kompetencer. Det er imidlertid forskelligt, hvor langt hospitalerne og afdelingerne er i deres udviklingsarbejde og med hvilket fokus, de har grebet det an. På tværs af de hospitaler, der har medvirket i undersøgelsen, kan fire idealtypiske fokuser for forandringen identificeres. De fire forandringsfokuser er defineret med udgangspunkt i det empiriske materiale, men er også inspireret af eksisterende litteratur om organisatoriske forandringer (Brunsson, 1986; Cloutier et al., 2016; Czarniawska & Sevón, 2011). De fire fokuser afspejler forskellige måder at fortolke ledelsesreformens intention, krav og muligheder, og kommer med hver deres udfordringer og fordele. Et fokus udelukker ikke et andet – ofte er de kombineret eller udskiftet over tid.

De fire forandringsfokus opsamles i Tabel 2.1 og udfoldes efterfølgende.

Tabel 2.1 Forandringsfokus identificeret i interviews

Fokus	Organisationen	Stillingerne	Rollerne	Titlerne
Indhold	Redefinition af intern struktur og ledelsesområder	Aktiv fortolkning af rollen som ledende overlæge og rekruttering af egnede personer	Aktiv fortolkning af rollen som ledende overlæge og forventningsafstemning med "konverterede" ledere	Siddende ledere (fx specialeansvarlige) får ny titel som ledende overlæge
Primære udfordringer	Høj indsats, risiko for stor modstand hos medarbejderne	Risiko for modstand blandt eksisterende ledere, som ikke findes egnede	Risiko for modstand /manglende forandringsvilje, eller -potentiale blandt konverterede ledende overlæger	Risiko for at stagnere i forhold til lægelig ledelse relativt til andre hospitaler
Mulige gevinster	Understøtte samarbejde med plejesiden, bedre understøttelse af patientforløb eller lignende	Nye ledere, som aktivt ønsker og er egnede til den nye rolle	Nye ledere, som er bekendte med nye forventninger Lave sociale og tidsmæssige omkostninger på den korte bane	Undgå forstyrrelser i stresset organisation Bevare allerede vel fungerende struktur

## Fokus på organisationen: Nye organisatoriske inddelinger og linjeledere

Nogle afdelinger har brugt OK21 som oplæg eller anledning til en organisationsforandring. Det kan eksempelvis dreje sig om, at man har lavet nye underinddelinger i afdelingen, som man vurderede bedre understøttede den retning, afdelingen skulle i, og/eller gav mere mening i forhold til den nye ledelsesstruktur. Førstnævnte kan dreje sig om at organisere afdelingen omkring patientforløb, som går på tværs af traditionelle områder, og sidstnævnte kan eksempelvis handle om at tænke subspecialer sammen for at øge volumen, så det kan ledes af en ledende overlæge. En fordel ved at anlægge et organisationsforandringsfokus kan være tydeliggørelsen af ledelsesområderne. Som en overlæge siger: "Jeg synes, strukturen er blevet mere gennemskuelig. Også for nye kolleger. Man behøver ikke kende afdelingen så godt, at man ved, at 'lige med det og det, der går man til den overlæge, som historisk set har ansvaret for et eller andet'. Nu ligger det ret tydeligt i organisationsstrukturen." (overlæge, gruppeinterview).

Organisationsændringer møder ofte modstand, hvilket er ganske normalt og kan være en afspejling af, at der er noget ved den eksisterende organisering, der giver mening for de ledere og medarbejdere, der påvirkes af forandringerne (Erwin & Garman, 2010). Derudover kan organisationsændringer skabe både mikroforandringer, fx at man ikke møder de samme kollegaer til uformel sparring inden et afsnitmøde, og makroforandringer, fx ved at det karriereforløb, man havde forestillet sig, bliver vanskeliggjort af organisationsforandringen. De afdelinger, som har koblet en omfattende organisationsforandring til OK21, har indledningsvist måttet håndtere en del uro. Imidlertid lader denne uro i langt de fleste tilfælde til at være erstattet af en oplevelse af en betydelig forbedring og mere meningsfuld organisation.



*I stedet for at følge den traditionelle struktur, så bløder vi op for silodannelsen og tænker lidt mere på tværs. Det sætter de ledende overlæger i nogle svære situationer, [og] det gjorde det selvfølgelig lidt udfordrende i starten.*

Cheflæge, gruppeinterview

At fokusere på organisationsforandring ser ud til især at være anvendt i afdelinger, der har arbejdet med at (a) skabe symmetri mellem lægesiden og plejesiden i deres ledelsesstruktur for at understøtte makkerledelse. Eller (b) skabe mere hensigtsmæssige ledesspænd for cheflæge eller ledende overlæger og lade linjeledelsen følge en organisatorisk linje, fx sådan at en ledende overlæge leder et afsnit, og at overlæger og afdelingslæger primært har tilknytning til dette afsnit og reference til

den ledende overlæge. Eller (c) opdatere organisationsstrukturen, så den understøtter en strategisk udvikling, fx mod patientforløb, der krydser over i primærsektoren.

### **Fokus på lederstillingerne: Nye personer i nye roller**

Et udbredt forandringsfokus med OK21 er stillingerne. Dette forandringsfokus adskiller sig fra det organisatoriske fokus ved at stille skarpt på, hvad stillingen som ledende overlæge skal indeholde, uden at omdefinere stillingernes organisatoriske positioner. For at sikre sig, at stillingen som ledende overlæge udfyldes på den ønskede måde, har man desuden fokus på *rekruttering* af de rette personer til stillingerne. Fokus på lederstillingerne anlægges dermed især i afdelinger, hvor afdelingsledelsen – nogle gange i samråd med direktionen – arbejder aktivt for at få ansat nogle ledende overlæger, der kan og vil understøtte en ønsket udvikling eller løse kendte udfordringer.



*Nogle i afdelingen ønskede, at de mest seniore læger fik det her "navneskilt". Og der valgte vi altså at gå en anden vej og sige, 'hvad er det, vi efterspørger?' Og 'hvad er det ledelsesmæssige potentiale?' Og derfor endte vi med at slå stillingerne op.*

Direktør om processen i en konkret afdeling

Vurderingen af, om der skal rekrutteres nye personer til stillingerne kan bero på flere ting. I nogle afdelinger har det eksempelvis været afdelingsledelsens vurdering, at de personer, som besad en position, der gjorde dem oplagte som ledende overlæger, ikke havde de kompetencer, som de mente, rollen krævede. Flere nævnte som eksempel, at specialeansvarlige overlæger med mange års erfaring ikke nødvendigvis havde interesse eller sans for organisatorisk ledelse eller personaleledelse i en grad, som de anså for tilstrækkelig i forhold til deres vision om stillingen.

En anden årsag var et strategisk brug af ansøgningsprocessen som markering af et stillings- og rolleskifte, fx fra funktionsansvarlig til ledende overlæge. Som en sygeplejerske med ledelsesansvar formulerede under et interview, så betyder det meget, at lægerne har "taget et aktivt valg og ikke bare er blevet peget på". Den erfaring genkendes af flere af de ny-rekrutterede ledende overlæger, som oplevede, at ansøgningsprocessen ansporede dem til at reflektere over, hvad de gerne ville med stillingen, og hvordan de ville forvalte de forskellige ledelsesopgaver, der var knyttet til den. Ikke alle, men de fleste steder er stillingen blevet besat af interne kandidater, men tilgangen med opslag gjorde det muligt at give plads til kandidater med

lederpotentiale, uanset om de kom fra en stilling som specialeansvarlig eller – i nogle tilfælde – afdelingslæge.

Flere informanter nævner desuden, at det kræver en kontinuerlig indsats at etablere de nye roller og gøre deres ansvar og mandat tydeligt i hele afdelingen. En chef-læge, der har været meget opmærksom på dette, forklarer, hvordan vedkommende systematisk omdirigerer overlæger, som forbigår deres nye personaleleder:

*Jeg siger til dem: 'Du skal gå til din nærmeste leder', og så bliver de sure. Og så går de til mig igen. Og så siger jeg, 'Du skal gå til din nærmeste leder', og så går de til de nærmeste leder. Altså, det er virkelig en proces.*

En udfordring ved denne tilgang kan være at opretholde et godt samarbejde i afdelingen blandt de læger, som søgte, men ikke fik stillingen. Som en ledelsesmakker fra en afdeling, hvor det er tilfældet, udtrykker det, så "kan det da godt give lidt problemer stadigvæk i dag, selvom det er 3 år siden."

Ledelsesforandringstilgangen kan være særligt relevant i afdelinger med behov for at (a) markere et skifte i forventninger til ledelsesstillinger, (b) foretage udskiftning blandt de personer, som i egne og/eller andres øjne er oplagte som ledere fx pga. anciennitet eller tidligere stillingskategori, eller (c) hvor man har brug for at rekruttere ledende overlæger fra andre afdelinger eller helt udefra.

### **Fokus på rollerne: Nye forventninger til eksisterende ledere**

At have et forandringsfokus på rollen som ledende overlæge ses i afdelinger, som ikke udskifter personer, men forandrer eller præciserer de forventninger, der er til afdelingens eksisterende "deltidsledere". De eksisterende (deltids)lederpositioner kan enten være specialeansvarlige eller mere uformelle og ikke overenskomstdefinerede positioner som funktions- eller afsnitsansvarlig. Hvad angår specialeansvarlige læger, afspejler beslutningen om at konvertere dem til ledende overlæger frem for at ansætte nye i ledende overlægestillinger på nogle hospitaler en forståelse af, at det var det, man skulle med OK21. Andre har valgt en udfasningsperiode, hvor man ansætter (nye) ledende overlæger i stillinger med organisatorisk (og/eller fagligt) ansvar og lader specialeansvarlige blive i deres oprindelige stilling og rolle. Andre igen har valgt at lave en parallel struktur, hvor man definerer stillingen som ledende overlæge mere organisatorisk eller driftsorienteret og bibeholder den faglige ledelse hos dem, der i forvejen var specialeansvarlige eller hos andre med en lokalt defineret ledelsesrolle som fx 'teamleder' eller lignende. Hvordan dette udformes, kan hænge sammen med, hvilken rolle specialeansvarlige har spillet i afdelingen. Brugen af stillingen som specialeansvarlig har traditionelt varieret meget mellem landets hospitaler, hvor især hospitaler i visse geografiske områder og inden for

visse specialer har brugt den til at tiltrække tilstrækkeligt dygtige overlæger, til at drive et fagligt område.

Hvad angår funktionsansvarlige og lignende stillinger, afspejler beslutningen om at konvertere disse personer til ledende overlæge frem for at ansætte nye nogle steder, at disse personers faglige og personlige egenskaber og interesser svarer mere eller mindre til, hvad man ønsker hos en ledende overlæge. Transitionen til ledende overlæge består i disse tilfælde af en markering og formalisering af deres ledelsesrolle, hvilket ifølge flere informanter ikke er ligegyldigt, men har praktisk og symbolsk betydning i forhold til mandat og involvering i ledelsesarbejde. For cheflæger bliver det mere legitimt at forvente, at en ledende overlæge løfter et organisatorisk ledelsesansvar, end hvad det har været hos de mere uformelle ledelsesroller



*Det rigtigt svære har været transformationen: At få fageksperter til også at gå ind i de andre ledelsesdomæner.*

Cheflæge, gruppeinterview

For de ledende overlæger fra forskellige afdelinger bliver det muligt at indgå aftaler om eksempelvis tværgående patientforløb, fordi de har formel autoritet til at kunne træffe ledelsesbeslutninger. Desuden betyder det noget blandt kollegaerne, at man formelt tilhører en anden – og højere – stillingskategori end de andre. Endelig betyder det meget for mange ledende overlæger selv, både symbolsk, men også, fordi deres arbejdsvilkår ændres: I modsætning til en stilling som fx funktionsansvarlig, kan man ikke som ledende overlæge 'træde tilbage' til en stilling som overlæge. Ønsker man ikke længere at være ledende overlæge, må man opsige sin ansættelse – med mindre man har forhandlet sig til andet ved kontraktindgåelse.

En udfordring ved rolleforandringstilgangen er, om de personer, som allerede har en deltidslederstilling, er villige eller kompetente til at påtage sig den tiltænkte rolle som ledende overlæge. I bagklogskabens lys reflekterer nogle cheflæger over, om de traf det rigtige valg ved at lade de eksisterende deltidsledere blive ledende overlæger. Som en cheflæge nævner under et gruppeinterview:

*Min makker – chefsygeplejersken – og jeg kan da godt tænke, om problemerne de skyldes manglende kompetencer. Er det den rigtige, vi har sat til at sidde der – som ledende overlæge?*

Et forandringsfokus på rollen som ledende overlæge kan være let at gå til i begyndelsen af forandringsprocessen, idet den i vid udstrækning vil blive opfattet som en fortsættelse af den eksisterende ledelsesstruktur. Selve arbejdet for

afdelingsledelsen og måske direktionen med at forandre rollen involverer primært den ledende overlæge og er derfor ikke så indgribende i organisationen, som nogle af de andre strategier. Til gengæld kan det – bl.a. netop derfor – være vanskeligt at opnå den ønskede forandring, fordi ledelse er relationelt og kræver mandat og følgeskab (Uhl-Bien, 2006). Blandt de greb, der ifølge informanterne kan understøtte en vellykket rolleforandring, er: afklaringsamtaler med direktionen og cheflægen om opgaver og mandat, etablering af netværk for ledende overlæger, kurser i lægelig ledelse, løbende forventningsafstemning med cheflægen, bevidst forandringsarbejde fra cheflægen i forhold til at omdirigere særligt lægegruppen, tæt samarbejde med en erfaren ledelsesmakker på plejesiden og en strategi for, hvordan forholdet mellem faglig ledelse og organisatorisk ledelse balanceres i afdelingen og i den ledende overlæges hverdag.

At have rollen som forandringsfokus er ofte anvendt i afdelinger, som (a) har personer i eksisterende positioner, som har lyst og potentiale til at påtage sig rollen som ledende overlæge, (b) er tydelige omkring, hvad rollen som ledende overlæge skal bestå i, og opmærksomme på at understøtte transitionen ind i rollen som ledende overlæge.

### **Fokus på titlen: Samme personer, samme rolle, ny titel**

Endelig har nogle afdelinger alene titlen som forandringsfokus. Som navnet antyder, går dette fokus ud på, at man konverterer titlerne, men ellers fortsætter, som man plejer, hvad angår ledelse. I nogle afdelinger undgår man så vidt og så længe som muligt at tage titlen som ledende overlæge i brug. At oversætte OK21 som alene en titelforandring kan tolkes som et eksempel på det, der i organisationsteorien kaldes 'decoupling' eller dekobling; at organisationer tilsyneladende tilpasser sig eksterne krav eller forventninger, men internt fortsætter som hidtil (Brunsson & Olsen, 2018). Dekobling kan lyde negativt, men der kan være gode grunde til organisatorisk dekobling, fx at en afdeling har været overeksponeret for organisatoriske forandringer, eller at en reform ikke anses for forenelig med organisatoriske eller faglige mål (Brunsson, 1989). I vores materiale er forandringsfokus på titlen ikke nødvendigvis en strategisk eller bevidst beslutning; i nogle afdelinger er det blot et resultat af en særlig fortolkning af OK21 eller en pragmatisk tilgang til implementeringen af den nye ledelsesstruktur.

Titelforandring kan således både være en ledelsesbeslutning og et resultat af en mindre vellykket brug af en af de andre tilgange. En ledende overlæge fortæller i **citater** nedenfor om, hvordan titelforandringen fandt sted i deres afdeling, nemlig som en næsten umærkelig overgang.



*Vi blev indkaldt til et møde, hvor vi blev foreslået at konvertere fra stillingen som specialeansvarlig til ledende overlæge. Og jeg tror sådan set aldrig, at vi har sagt ja til det. Så det blev bare sådan.*

Ledende overlæge, gruppeinterview

På et andet hospital beskriver et par ledelsesmakkere til ledende overlæger i et interview, at det fra deres perspektiv ser ud til, at de (relativt) nye ledende overlæger vægrer sig ved påtage sig personaleansvar og organisatoriske opgaver, men kun varetager faglige ledelsesopgaver. På den måde oplever de, at lægelig ledelse "ligner det, vi har gjort tidligere", hvilket også er en vending, der går igen hos nogle ledende overlæger og overlæger: "Jeg gør det, jeg altid har gjort". Blandt flere bliver titelforandringstilgangen vurderet til indledningsvist at være det fokus, der var nemmest. Imidlertid er man på nogle afdelinger og hospitaler nu i tvivl om, hvorvidt det var det rette. Nogle steder lader denne eftertænksomhed til at bunde i en udvikling i afdelingsledelsernes og direktionernes egen forståelse af, hvad lægelig ledelse er og kan være, og hvordan OK21 kunne have været brugt. For eksempel reflekterer et direktionsmedlem over, at man i deres område måske "var lige lovlig pragmatisk", da man besluttede at konvertere de specialeansvarlige til ledende overlæger.



*Det kan da godt være, at det havde været bedre, at man havde sagt, at "vi slår simpelthen nogle stillinger op som ledende overlæger", og så måtte de rigtige søge og være klar over, hvad de gik ind til. Det kan da godt være, at det havde været klogere.*

Medlem af direktion, interview

Denne erkendelse kunne også afspejle den udvikling, der er sket i løbet af de sidste 4 år. I sammenligning med interviews foretaget i 2021-22 (Hauge et al., 2022) er der nu langt større klarhed over, hvad en ledende overlægestilling kan være, og hvad den kan bidrage med. Det betyder, at hospitaler eller afdelinger, der i god tro fortolkede OK21 som noget, der handlede om at ændre titler, nu kan spejle sig i andres erfaringer og se et uforløst potentiale. De sidder eksempelvis med nogle personer som ledende overlæger, der ikke nødvendigvis har hverken interessen i eller evnerne til at forvalte positionen som ledende overlæge på andre måder, end hvad de altid har gjort som fx specialeansvarlig. Dette udgør et særligt dilemma for nogle

afdelinger, da de nye stillingskategorier gør det vanskeligt at vende tilbage til en stilling som overlæge.



*Her har man valgt de rigtige personer. Nogle personer, som godt kan lide at lede, og som tænker ledelse som en vigtig del af deres funktion. Mens der er steder, hvor det bare er den, der har været fagligt dygtigst, mest ambitiøse, eller har været der i flest år, der har fået at vide, at "den får du". Men hvis man ikke har interesse for at lede, så går det galt.*

Overlæge, gruppeinterview

Kun at forandre titlen ses primært på afdelinger eller hospitaler, der ikke indledningsvist vurderede, at en stilling som ledende overlæge var markant anderledes end stilling som specialeansvarlig eller funktionsansvarlig, eller hvor afdelingens eksisterende struktur ikke umiddelbart lod sig oversætte ind i den nye ledelsesstruktur. I nogle tilfælde er den også valgt, hvis man netop havde gennemgået en fusions- eller organisationsproces og derfor ikke havde ressourcer eller villighed til at lave endnu en ændring. Titelkonvertering alene lader derfor primært til at være relevant i afdelinger, som vurderer, at (a) der ikke er forskel mellem deres eksisterende ledelsespraksis og deres ønsker til en fremtidig ledelsespraksis, eller (b) af ressourcemæssige eller andre årsager ikke har mulighed for at udvikle deres ledelsespraksis for nuværende.

### **Opsamling**

Samlet set viser erfaringsopsamlingen, at langt de fleste hospitaler og afdelinger har brugt OK21 som en anledning til at udvikle den måde, de arbejder med lægelige ledelse på, hvad enten fokus har været på organisationen, rekruttering til stillingerne, rollen, titlen eller en kombination af disse. Hvad afdelingerne har fokuseret på er dels formet af den regionale og hospitale ramme, de har arbejdet inden for, og hvor stor støtte og opmærksomhed deres udviklingsarbejde har fået. Dels er det formet af, hvad deres udgangspunkt var i forhold til ledelse, fx hvilke (deltids-)ledere der i forvejen var i afdelingen, og hvordan strukturen passede til at uddelegere organisatorisk ledelse og personaleledelse. Endelig lader det til, at især cheflægernes interesse for og engagement i ledelse og udviklingsarbejdet har haft en afgørende betydning.

Det lokale oversættelses- og implementeringsarbejde har krævet og kræver en stor indsats fra alle involverede. I dag oplever nogle afdelinger at være mere eller mindre i mål med deres udviklingsarbejde, hvor andre stadig er i gang med at

rekruttere de sidste ledende overlæger og/eller at justere deres måde at arbejde med ledelse på. Få afdelinger fremhæver, at den største forandring for dem er, at de mangler læger i driften, fordi de skal lave ledelse. De, som har taget tidligt og grundigt fat i udviklingsarbejdet og fokuseret på organisationen og stillingerne, lader til at have opnået den største oplevede gevinst ved den nye stillingsstruktur.

# 3 Ledende overlæger: Hvad leder de og hvordan?

Ledelsesreformen har indført et nyt lægeligt ledelseslag, men stillingsbetegnelsen 'ledende overlæge' siger i sig selv ikke meget konkret om, hvordan rollen er afgrænset, eller hvilke opgaver der ligger i den. I dette kapitel udfolder vi, hvad de ledende overlæger faktisk er ledere *for*, og hvilke typer ledelsesopgaver der følger med.

Vi skelner i kapitlet mellem to analytiske perspektiver: *ledelsesområder* og *ledelsesdomæner*. Med ledelsesområde refererer vi til, hvad den ledende overlæge er blevet leder for – fx en organisatorisk enhed, et fagligt speciale eller et konkret patientforløb. Med ledelsesdomæner sigter vi til de afgrænsede områder af ledelsespraksis, som tilsammen udgør lederrollen: driftsledelse, faglig ledelse, personaleledelse og økonomisk ledelse.<sup>1</sup> På tværs af de deltagende hospitaler og afdelinger ser vi betydelig variation i både, hvordan de ledende overlægers ledelsesområder er defineret, og i hvilken rolle de har i forhold til ovenstående domæner.

Formålet med dette kapitel er ikke blot at beskrive de løsninger, der aktuelt findes, men også at tydeliggøre, hvilke fordele og ulemper, afdelingerne har oplevet, sådan at erfaringerne kan trækkes ind i og kvalificere det fremtidige arbejde med lægelig ledelse. I det følgende gennemgår vi først de forskellige typer ledelsesområder og dernæst, hvordan de ledende overlæger varetager de fire ledelsesdomæner.

## 3.1 Ledelsesområder: organisatoriske enheder, faglige områder, patientforløb og uddannelse/forskning

I ledelsesreformen blev stillingen som ledende overlæge defineret som et nyt ledelseslag, der skulle have ansvar for enten et fagligt eller et organisatorisk område

---

<sup>1</sup> Ledelsesdomæner (eller ledelsesopgaver) på hospitaler kan beskrives og opdeles på forskellig vis. Her låner vi domænebegrebet fra NHS Healthcare Leadership Model (NHS Leadership Academy, 2011) og skelner mellem fire domæner, som i dansk forskning, praksisrettet materiale og i interviewene har vist sig relevant i forhold til at beskrive dansk hospitalsledelse i klinikken (se fx Bendix et al., 2008).

## Ledelsesområde

Et ledelsesområde refererer til, hvad den ledende overlæge er blevet leder for. Det kan være:

- En organisatorisk enhed (fx et sengeafsnit eller ambulatorium)
- Et fagligt område (fx et speciale)
- Et patientforløb (fx både akut behandling og rehabilitering af patienter)
- Uddannelse og forskning (fx læger i uddannelsesforløb eller forskningsprojekter).

(Hauge et al., 2022). Udmøntningen af de ledende overlægers områder i de otte casehospitaler følger denne todeling, men gemmer på flere nuancer.

Som tidligere beskrevet har nogle regioner og hospitaler fastsat ekstra krav og tommelfingerregler for ledende overlæger – fx ansvar for personale, drift og faglig udvikling eller krav om ledelsesmakkere. Det har påvirket både antallet af ledende overlægestillinger og deres ledelsesområder. Flere afdelinger har derfor kun oprettet ledende overlægestillinger, hvor opgaverne passede til de eksisterende overlægers kompetencer.

Derudover har lokale forhold som afdelingens størrelse, organisering og faglige specialisering også præget, hvordan ledelsesområderne er blevet defineret

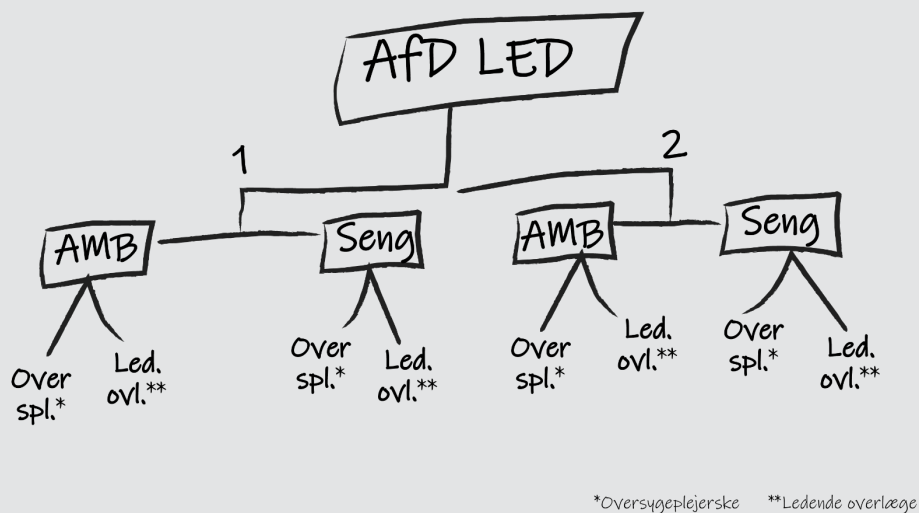
I forbindelse med dataindsamlingen bad vi interviewdeltagerne om at illustrere deres ledelsesområder ved at tegne et organisationsdiagram. Derigennem identificerede vi fire typer afgrænsninger af ledelsesområder: ledelse af en organisatorisk enhed, ledelse af et fagligt område, ledelse af et patientforløb eller ledelse af uddannelse eller forskning. Der er tale om en analytisk opdeling, da disse ledelsesområder i praksis kan være overlappende eller blandede.

### 3.1.1 Ledelse af organisatorisk enhed

Mange ledende overlæger er ledere for en eller flere afgrænsede organisatoriske enheder (Mintzberg, 1979). En organisatorisk enhed er et fysisk afgrænset område, som fx et sengeafsnit, ambulatorium, akutmodtagelse, operationsgang eller en geografisk matrikel. Figur 3.1 viser et eksempel på, hvordan et ledelsesområde kan se ud for en ledende overlæge med ledelse af en organisatorisk enhed.

Figur 3.1 Ledelse af organisatorisk enhed - illustration

Her har en ledende overlæge tegnet et organisationsdiagram, som viser, at deres afdeling består af fire organisatoriske enheder: to ambulatorier og to sengeafsnit. Hver af disse afsnit ledes af et makkerpar bestående af en oversygeplejerske og en ledende overlæge.



Kilde: Illustration udarbejdet af ledende overlæger i forbindelse med gruppeinterview.

I nogle afdelinger bryder denne type organisering med forståelsen af lægen som (primært) fagspecialist. Dette kan være en strategisk beslutning i forhold til at "bryde med silodannelsen", jf. citatet nedenfor. En gevinst ved at have en organisatorisk enhed som ledelsesområde var ifølge flere informanter, at det opleves overskueligt og afgrænset. I forlængelse heraf ses det typisk også som frugtbart at etablere tværfaglige ledelsesmakkerskaber, der er knyttet til en enhed, fx et sengeafsnit (se også afsnit 5.3 om makkerskaber).



*Vi har valgt at sige: 'Jamen, det er ikke det enkelte lille fagområde, man bliver ledende overlæge for', man bliver ledende overlæge eksempelvis for ambulatoriet eller operationsdrift eller et sengeafsnit, hvor der ligger mange forskellige typer patienter. Vi prøver at bryde med silodannelsen ved at tænke lidt mere på tværs.*

Direktionsmedlem

På den anden side peges der også på en række udfordringer. Med ledelse af en organisatorisk enhed følger ofte personaleledelse, som har været vanskeligt for mange af de nye ledende overlæger. Nogle beskriver, at det ikke er en model, der passer til dem – fx er det vanskeligt at definere organisatoriske enheder på nogle store medicinske afdelinger. Endelig udtrykkes der blandt de ledende overlæger en bekymring for at blive "degraderet" eller afskåret fra et større fagligt fællesskab på tværs af enheder. Eksempelvis pågår i nogle afdelinger, hvor man har valgt, at den ledende overlæge varetager en organisatorisk enhed, en diskussion om, hvordan man kan vedligeholde stærk og tværgående faglighed, som også gør det muligt at flytte personaleressourcer mellem enheder. Her er der nogle, som genovervejer, om en organisering baseret på faglige teams frem for enheder ville være mere hensigtsmæssig: "i stedet for, at det nu er sådan noget fysisk driftshalløj, der afgør, hvor vi er", som en interviewperson formulerer det.



*Der er i hvert fald også mange ønsker omkring, at ... det er jo egentlig fagligheden, det er jo den, vi gerne vil stå allerstærkest med.*

Ledende overlæge, gruppeinterview

Dette kunne eksempelvis indebære, at ledende overlæger og plejepersonale er knyttet til specifikke faglige teams på tværs af sengeafsnit og ambulatorium, hvilket ifølge nogle interviewpersoner vil kunne lette ressourceflytning ved sygdom og optimere udnyttelsen af faglige kompetencer. Diskussionen afspejler et ønske om at styrke fagligheden som udgangspunkt for ledelses- og organisatoriske beslutninger frem for primært at basere strukturen på driftsenheder.

### **3.1.2 Ledelse af fagligt område**

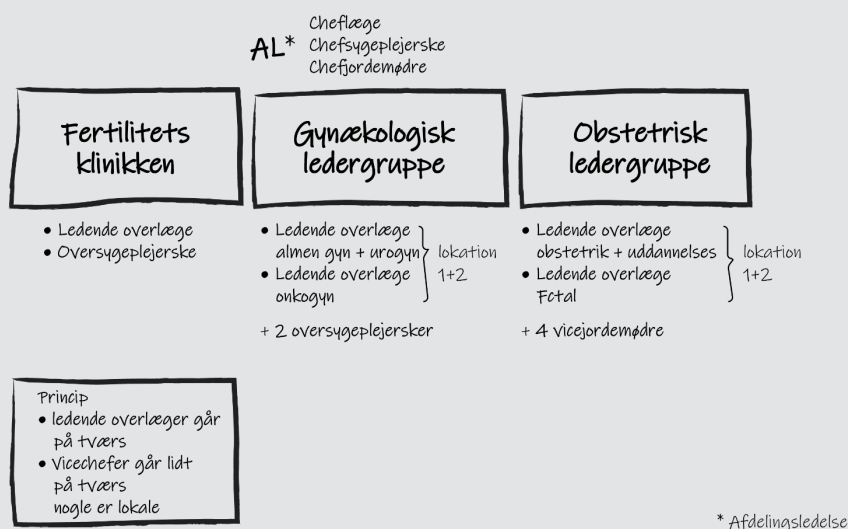
Der er også mange ledende overlæger, hvis område er fagligt defineret, fx omkring et speciale eller et subspeciale. Nogle ledende overlæger har samtidig ansvar for en organisatorisk enhed, hvor andre udelukkende har fagligt ansvar.

Eksempel på denne type ledelsesområde er fra en gynækologisk afdeling illustreret i Figur 3.2. Her har man udpeget ledende overlæger for forskellige fagområder, såsom almen gynækologi, onkologisk gynækologi og obstetrik. De ledende overlæger går i varierende grad på tværs af organisatoriske enheder, alt efter hvordan deres

områder matcher deres organisering, men det bærende princip i denne afdeling er, at de ledende overlæger har et fagligt område hver.

**Figur 3.2 Ledelse af fagligt område – illustration**

Her har en ledende overlæge tegnet et organisationsdiagram, som viser, hvordan ledelsesstrukturen er organiseret med udgangspunkt i faglige områder: fertilitetsklinik, gynækologi og obstetrik. Hvert område ledes af et eller flere makkerpar (i tilfælde af flere faglige underområder) bestående af en oversygeplejerske/jordemoder og en ledende overlæge.



Kilde: Illustration udarbejdet af ledende overlæger i forbindelse med gruppeinterview

Denne tilgang afspejler i nogen grad den struktur, som var kendetegnende for mange afdelinger før OK21, hvor man havde specialeansvarlige overlæger. Som beskrevet i kapitlet om forandringstilgange er denne struktur videreført på forskellige måder: Nogle afdelinger har bibeholdt samme personer og ansvarsområder, som de havde før OK21, hvor andre har tilføjet organisatorisk ansvar til speciale eller fagsansvar.

Fordele ved denne tilgang er, at den typisk lægger sig tæt op ad lægernes faglige orientering og på den måde bibeholder en orientering mod specialisering og ekspertise. At definere et fagligt område som den ledende overlæges ansvarsområde understøtter dermed det velkendte karriereforløb, hvor den med størst ekspertise og/eller faglige visioner bliver leder. Omvendt kan udfordringer opstå i koblingen til afdelingens organisatoriske udformning. Eksempelvis vil en ledende overlæge med et fagligt defineret ansvarsområde ofte have patienter i flere forskellige afsnit og ikke have én oplagt makker på plejesiden og derfor indgå i makkerskaber med flere, hvilket kan vanskeliggøres af begrænset tid til ledelse. Derudover kan det

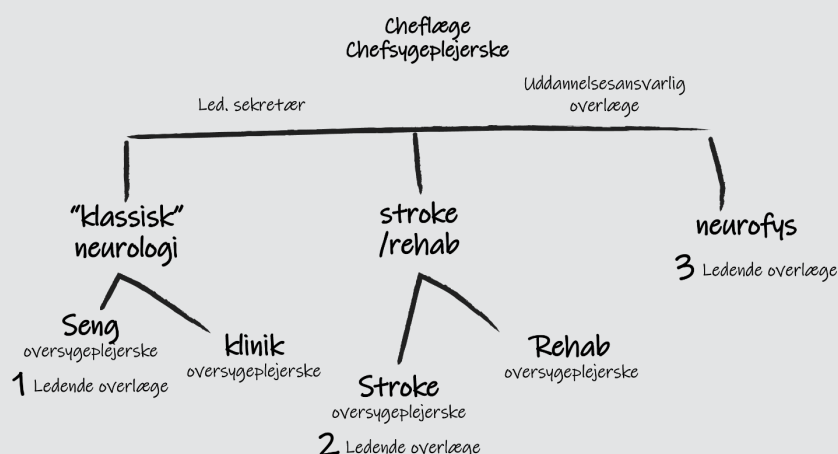
vanskeliggøre tildelingen af organisatoriske driftsopgaver og personaleansvar, fordi der ikke til ledelsesområdet er koblet en fysisk afgrænset enhed, som den ledende overlæge skal have til at køre.

### 3.1.3 Ledelse af patientforløb

Få steder afgrænses den ledende overlæges ansvarsområde eksplicit med udgangspunkt i patientforløb. Som illustrationen nedenfor viser, kan det i praksis betyde at ledelsesområdet strækker sig over afsnit som varetager forskellige faser i patienters indlæggelse (fx en akut fase og rehabiliterende fase), og dermed kan der også her være tale om etmakkerskab med to oversygeplejersker. Ifølge både en ledende overlæge og oversygeplejerskerne i denne type af afdeling giver dette "meget god mening, fordi det er de samme forløb, vi har i forskellige stadier" (gruppeinterview med ledelsesmakker).

Figur 3.3 Ledelse af patientforløb – illustration

Her har en informant fra en neurologisk afdeling illustreret, hvordan deres afdeling forsøger at samle forskellige elementer, som indgår i typiske patientforløb under ét ledelsesteam: Den akutte modtagelse af patienter med *stroke* og rehabilitering er samlet under en ledende overlæge mhp. at afspejle, at patient, som kommer ind med *stroke*, efterfølgende typisk skal videre i et rehabiliterende forløb.



Kilde: Illustration udarbejdet af ledende overlæger i forbindelse med gruppeinterview.

Et ledelsesområde, der tager udgangspunkt i patientforløb, kan potentielt bidrage til at skabe mere sammenhængende og velkoordinerede forløb for patienterne. Dette kunne ligeledes spille en rolle i forbindelse med sundhedsreformen, hvor tværsek-

torielt samarbejde og koordinering mellem forskellige sektorer prioriteres højt. En sådan ledelsesstruktur kan også styrke det tværgående samarbejde inden for specifikke patientgrupper, idet medarbejdere fra forskellige faglige baggrunde arbejder tæt sammen om de samme patientforløb. Dette kan give mulighed for bedre vidensdeling, fælles læring og sammenhæng i behandlingen.

På den anden side kan et ledelsesområde baseret på patientforløb have visse begrænsninger. Strukturen kan medføre, at patientforløb, der ikke følger den standardiserede eller hyppigt forekommende struktur, bliver marginaliseret, hvilket kan skabe ubalance i ressourcefordelingen og prioriteringen af patientgrupper. Desuden kan den faglige ledelse blive vanskeligere, hvis patientforløbet som ledelsesområde ikke er tilpasset den lægefaglige specialisering, eller hvis det står i konflikt med den øvrige organisering af personale og enheder, så medarbejdere orienterer sig efter en anden organisatorisk logik end den, som den ledende overlæge repræsenterer.

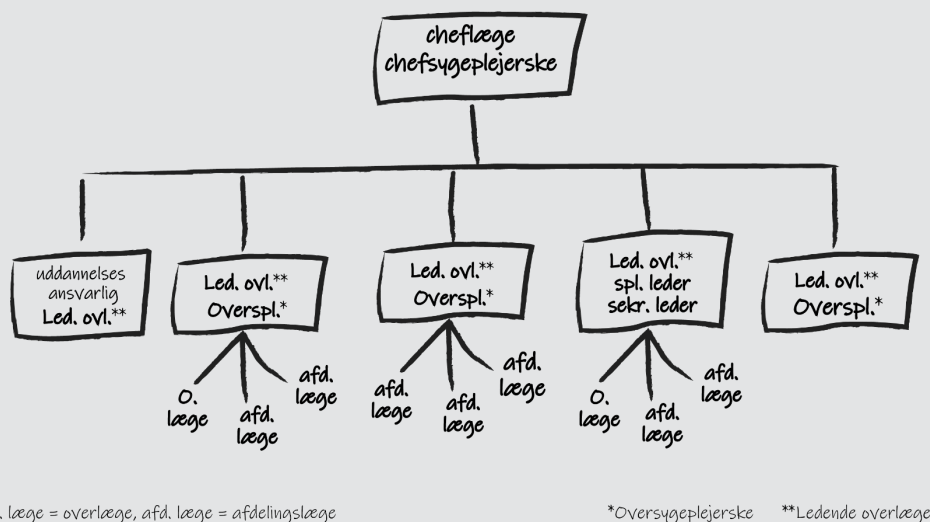
### **3.1.4 Ledelse af forskning og uddannelse**

Endeligt har en hel del ledende overlæger fået uddannelse eller forskning som ledelsesområde. Der er blandt hospitalerne forskellige retningslinjer for, hvorvidt uddannelses- og forskningsansvar knyttes til en ledende overlæge, og stor variation i forhold til, hvor stor betydning disse roller tildeles i afdelingerne.

Rammerne for de uddannelsesansvarlige fremstår mest præsent blandt informanterne. Nogle steder er det en (tommelfinger-)regel, at eksempelvis de uddannelsesansvarlige *skal* være ledende overlæge, nogle steder er det en (tommelfinger-)regel, at de *ikke skal*, og andre steder igen kommer det an på den enkelte persons kvalifikationer samt lyst eller evne til personaleledelse.

Figur 3.4 Ledelse af forskning og uddannelse – illustration

Det er varierende, om uddannelse og forskning anses for områder for en ledende overlæge eller overlæge. Her har en informant illustreret en afdelingsstruktur, hvor den uddannelsesansvarlige ledende overlæge er placeret parallelt med de andre ledende overlæger. Som det fremgår, adskiller den uddannelsesansvarlige ledende overlæge sig fra de andre ved ikke at have en oversygeplejerske som makker og ved ikke at have et team under sig.



Kilde: Illustration udarbejdet af ledende overlæger i forbindelse med gruppeinterview.

Uddannelsesansvarlige (ledende) overlæger fremstår i flere interviews som det, en læge under et interview kalder "en særlig figur": De uddannelsesansvarliges ledelsesområde er kategoriseret på en anden måde end de øvrige ledende overlægers områder, og derfor kan deres rolle i afdelingen også være anderledes. En del afdelinger tildeler de uddannelsesansvarlige personaleansvar for en stor personalegruppe; "Introduktionslæger og sågar læger under hoveduddannelse", som en interviewperson remser op. De hyrer, fyrer, håndterer trivselsudfordringer og lægger planer. En uddannelsesansvarlig med disse områder er typisk ledende overlæge og indgår i ledelsesteam med cheflægen og andre ledende overlæger. Andre steder har cheflægen personaleansvar for læger under uddannelse, og den uddannelsesansvarlige er måske afdelingslæge og ikke en del af ledelsesteamet. Hvordan disse valg træffes, lader til både at afspejle en vurdering af den enkelte persons anciennitet og kompetencer og nogle lokale vaner for, hvordan man plejer at gøre, eller hvad direktionerne beslutter. Endelig arbejder nogle afdelinger bevidst og strategisk med at positionere uddannelse som et vigtigt ledelsesområde og placerer det eksempelvis på linje med patientbehandling, udredning og forskning. En enkelt cheflæge argumenterer for, at uddannelsesansvarlige ledende overlæger *ikke* skal sidde i ledergruppen, fordi uddannelse så ville "drukne" i snak om drift, og det, mener

han, "ville være ærgerligt". Ved at køre det uden om ledergruppen oplever han at kunne give det større opmærksomhed.

Hvad angår ledende overlæger, som er forskningsansvarlige, kommer mange fra en stilling som professor eller er i en professorstilling. Det er igen forskelligt, hvilken rolle ledende overlæger med forskningsansvar spiller på hospitalerne. På de fleste afdelinger er ledende overlæger med forskningsansvar som ledelsesområde lidt forskudt fra den kliniske hverdag, idet de er mindre involverede i drift og mere i forskningsprojekter. Her kan de så have et ret omfattende ledelsesansvar. Som et direktionsmedlem nævner under et interview, har de forskningsansvarlige "faktisk overraskende mange ledelsesopgaver". Vedkommende uddyber, at "når du skal lave et forskningsprojekt, så skal du ansætte forskningsmedarbejdere, og det vil sige, de refererer sådan set til dig; du skal igennem alt det der HR. Plus budgetter. Indtægter og udgifter, du skal følge med i, hvordan og hvorledes, du disponerer alle dine midler, og det vil sige, så har du drifts- og økonomistyring i det". På den måde er det dette direktionsmedlems vurdering, at det er helt naturligt, at forskningsansvarlige skal have stilling som ledende overlæge.

## 3.2 Ledelsesdomæner: drift, faglighed, personale og økonomi

For at forstå de ledende overlægers rolle, skal vi ikke kun se på deres ledelsesområde, men også på, hvilke *domæner* inden for dette område, de leder. Med begrebet ledelsesdomæne betegner vi afgrænsede områder af ledelsespraksis, som tilsammen udgør lederrollen. Begrebsbrugen følger den forståelse af *leadership domains*, som også anvendes i NHS Healthcare Leadership Model (NHS Leadership Academy, 2011). Interviewene har vist det relevant at fokusere på fire ledelsesdomæner: drift, personaleansvar, økonomi og faglighed. Disse domæner er på mange måder enslydende med andre opdelinger af ledelsesopgaver på et hospital, men adskiller sig fx ved at adskille økonomi og drift, som i nogle sammenhænge betegnes som 'administrativ ledelse' (se fx Bendix et al., 2008, s. 52). Den adskillelse afspejler interviewpersonernes opgaveforståelse. For flere af de ledende overlæger var ansvaret for afdelingens økonomi en væsentlig anden opgave end at have ansvar for fx driften i et afsnit og en klar grænse for mandatet på deres niveau i ledelsesstrukturen. Igen er der dog tale om en idealtypisk fremstilling, og i praksis er domænerne – fx afdelingens budget og afdelingens drift – indbyrdes afhængige. Som det fremgår i kapitel 4 er der derfor ofte tale om grader af ansvar for de forskellige domæner i et samspil mellem ledende overlæger og cheflæger (Østergaard-Nielsen et al., 2025).

I dette afsnit anskueliggør vi, hvilke opgaver inden for de forskellige ledelsesdomæner, de ledende overlæger har, og viser, hvilke fordele og ulemper der kan være ved at samle og adskille domæner hos en enkelt leder.

### 3.2.1 Driftsledelse

Langt de fleste ledende overlæger fortæller, at driftsledelse er blandt deres primære opgaver. Dette ses også i en spørgeskemabaseret undersøgelse, hvor det fremgår, at tilrettelæggelse af det daglige arbejde er det ledelsesområde, hvor ledende overlæger angiver at have høj formel autoritet (Østergaard-Nielsen et al., 2025). Driftsledelse kan generelt set forstås som ledelsen af de opgaver, der får et afsnit eller en afdelings daglige rytme til at køre (Bendix et al., 2008, s. 108). Som en afspejling af variationen i ledelsesområder, som blev præsenteret ovenfor, ses der tilsvarende forskelle i, hvad de ledende overlæger konkret varetager inden for driftsledelsen. Nogle har – typisk sammen med en makker – ansvar for at drive en organisatorisk enhed, såsom et ambulatorium, og tager sig af alt fra at sørge for "at den rette patient er i den rette seng" til at "regulere brugen af engangskrus", som nogen informanter formulerer det, og forholde sig til, hvordan patienter ankommer med transport til afsnittet. Andre har primært ansvaret for det, en informant kalder 'den lægelige drift', hvorved vedkommende refererer til lægernes vagtplanlægning, sygemeldinger osv. I et par afdelinger har de ledende overlæger desuden overtaget ansvaret for at drive morgenkonferencer.

### 3.2.2 Faglig ledelse

Mange – men langt fra alle – ledende overlæger bedriver faglig ledelse. Faglig ledelse består typisk i at sikre og udvikle faglig kvalitet, overblik og innovation i forhold til faglige metoder og vidensdeling (Bendix et al., 2008, s. 52). I spørgeskemaundersøgelsen af Østergaard-Nielsen et al. (2025) fremgår det også, at ledende overlægers formelle autoritet også i høj grad handler om at "sætte den faglige standard". I interviewmaterialet ses to overordnede fortolkninger af den ledende overlæges rolle i forhold til faglighed: Nogle har valgt at have ledende overlæger som både er "faglige fyrtårne" og personaleledere, hvor andre bevidst har adskilt de organisatoriske ledelsesopgaver og de faglige ledelsesopgaver. I nogle afdelinger giver kun den ene version mening. Som en overlæge under et interview siger:

*Hvis det var faglig ledelse, der var grundlaget for at blive ledende overlæge, så skulle det jo have været alle subspecialerne ... Så det har vi ikke valgt at gøre. (Overlæge, gruppeinterview)*

I vedkommendes afdeling, hvor der er mange subspecialer, gav det ikke mening, at hvert subspecial skulle have en ledende overlæge.

I afdelinger, hvor rollen som fagligt fyrtårn ikke ligger i stillingen som ledende overlæge, er det ifølge informanterne vigtigt, at man bruger andre måder til at systematisere, at fagligheden inddrages i ledelsesbeslutninger. Som en overlæge og ekspert inden for sit område siger, er det vigtigt, at den ledende overlæge "ikke træffer beslutninger, som rammer ind i det faglige uden at have gruppen med [...] For man har trods alt lidt mere overblik over, hvordan samarbejdspartnere og sådan noget fungerer."

Når den ledende overlæges ledelsesdomæne er fagligt, kan cheflægens faglige baggrund få stor betydning for, hvordan ledelsen udøves. Især hvis cheflægen har en stærk specialefaglig identitet, jf. citatet nedenfor. Ifølge denne ledende overlæge kan det betyde, at cheflægen prioriterer sin tid og opmærksomhed mod de områder, hvor vedkommende har størst faglig ekspertise og ansvar, mens andre områder modtager begrænset ledelsesstøtte. Et konkret eksempel er, at drøftelser mellem cheflæge og nogle ledende overlæger begrænses til korte, planlagte møder, mens cheflægen samtidig varetager omfattende funktioner på et andet specifikt fagligt område.



*Jeg savner et fagfællesskab med min leder. Og det synes jeg er en svaghed ved den struktur, vi har her, som stor medicinsk afdeling. At man ikke på cheflægeniveau har en [leder], som også har indsigt i fagområdet.*

Ledende overlæge, gruppeinterview

I afdelinger, hvor man har adskilt faglig ledelse fra andre ledelsesdomæner, er der flere modeller. Hvis det faglige ledelsesdomæne anses for den ledende overlæges, kan det være cheflægen, eller eventuelt en funktionsansvarlig overlæge, der varetager de andre domæner. Hvis det faglige ledelsesdomæne er tiltænkt specifikke overlæger, som ikke er ledende, kan det være den ledende overlæge, der varetager de andre domæner. Uanset hvilken rolle den ledende overlæge er tiltænkt i forhold til faglig ledelse, går det igen, at "det er vigtigt, at rollen som ledende overlæge er en person, der står en ret stor faglig respekt om" (interview, ledende overlæge).

### 3.2.3 Personaleledelse

At placere domænet personaleledelse hos de ledende overlæger er nok det tiltag, som opleves som den største forandring blandt interviewpersonerne. Personaleansvar indebærer typisk at opstille målsætninger for den enkelte medarbejder, at give feedback på disse (MUS-samtaler), rekruttering og afskedigelse, sygefraværssamtaler, kompetenceudvikling og overholdelse af overenskomstaftaler (Bendix et al., 2008, s. 54). Før OK21 lå disse opgaver på langt de fleste afdelinger hos afdelingsledelsen (daværende ledende overlæge, nu cheflæge og makker). Dog betød de voksende ledelsesspænd (Holm-Petersen et al., 2011), at personaleledelsesopgaver såsom MUS-samtaler ikke altid blev løftet. Som reaktion på bl.a. dette, har flere hospitaler og afdelingsledelser brugt OK21 til at flytte personaleledelsesdomænet fra cheflægen til de ledende overlæger.<sup>2</sup>

Dette opleves i nogle afdelinger som et generelt kvalitetsløft i afdelingens ledelse, fordi de ledende overlæger er tættere på afsnittene. Som en cheflæge siger:

*De [ledende overlæger] får en god ledelseevaluering. Bedre end jeg gør. Og det synes jeg er et tegn på, at det virker. De har en mere nærværende personaleleder.*

Aktuelt er status, a) at nogle ledende overlæger bedriver personaleledelse i en afdeling, hvor man har vænnet sig til det, b) at nogle afdelinger er i gang med overvejelser om eller gradvis tildeling af personaleansvar til de ledende overlæger, og c) at nogle afdelinger ikke vurderer, at de ledende overlæger skal have personaleansvar. Endelig er der (d) en gruppe af ledende overlæger, som oplever, at deres rolle i forhold til personaleledelse er uafklaret eller – som en sygeplejeleder formulerer det ”i bevægelse og praktiseres forskelligt i afdelingen”.



*Vi har formået at ansætte en leder her, som leder folk, han ikke er fagligt fyrtårn for. Og det går godt. Han inddrager så den person, der er fagligt dygtig, og siger 'det her, det skal vi løse'. Eller 'hvordan ser du nu på det? Og kan vi komme igennem?'*

Cheflæge, gruppeinterview

---

<sup>2</sup> Østergaard-Nielsen et al. (2025) angiver dog på baggrund af en spørgeskemabaseret undersøgelse, at ledende overlæger i begrænset omfang har formel ledelsesautoritet i forhold til at ansætte og afskedige medarbejdere.

I nogle afdelinger deles personaleansvaret mellem cheflæge og nogle ledende overlæger, mens andre ledende overlæger i samme afdeling udelukkende har faglig ledelse (se afsnit 4.1 om opgavedeling mellem cheflæger og ledende overlæger). Denne organisering har typisk en pragmatisk forklaring, men asymmetrien kan skabe udfordringer i forhold til, om lægerne uden formelle ledelsesposter føler sig prioriteret – og i forhold til at have overblik over personaleressourcer.

Der er forskellige årsager til, at nogle afdelinger indtil videre har tøvet med at placere personaleansvar hos ledende overlæger. Nogle cheflæger ønsker at fastholde personaleledelse, fordi de ser det som en måde at bevare deres føling med afdelingen, eller mener ikke, at de ledende overlæger er i stand til at varetage opgaven. Mange ledende overlæger vil gerne have personaleansvar, men nogle vægrer sig ved at skulle lede mere seniore kolleger. Nogle overlæger ser personaleledelse hos den ledende overlæge som en kærkommen mulighed for at få tættere og mere opmærksom ledelse, jf. citatet nedenfor, hvor andre anser det som at komme på "b-holdet"; at blive udelukket fra den strategiske ledergruppe, der har en fast dialog med cheflægen (se også afsnit 4.3).



*Jeg har for første gang i mit lægeliv haft en MUS-samtale her for under et halvt år siden. Det synes jeg også var en positiv ting ved at få en ledende overlæge – at få en personaleleder [...] Der er længere op [til cheflægen], men det er nemmere at få ens ledende overlæge i tale.*

Overlæge, gruppeinterview

En del af de cheflæger, som har beholdt personaleansvaret, fortæller, at deres intention er at involvere ledende overlæger mere, så tendensen er, at stadig flere ledende overlæger får personaleansvar i de kommende år.

### 3.2.4 Ledelse af økonomi

Det økonomiske domæne er det område, hvor der hersker størst uafklarethed om de ledende overlægers rolle.<sup>3</sup> Økonomisk ledelse handler om, at ledere sikrer sammenhæng mellem ressourcer, mål og resultater gennem budgetlægning, prioritering og opfølgning (jf. Greve, 2007).

---

<sup>3</sup> Østergaard-Nielsen et al. (2025) viser ligeledes, at budgetmæssige prioriteringer er det område, som ledende overlæger vurderer at have mindst formel ledelsesautoritet over.

Overordnet ser vi i interviewene tre modeller for, hvordan ledende overlæger er eller bør være involveret i økonomi. Den første er **ikke-involvering**. Mange cheflæger oplever, at det af forskellige årsager er vanskeligt at involvere de ledende overlæger i afdelingens økonomistyring. "Der er barrierer i systemet", nævner en og hentyder til fx it-begrænsninger, "mine har ikke tid", nævner en anden, og en tredje er bekymret for, at de ledende overlæger tænker "min rolle her, det er at drive 'den her del af verden' [deres afsnit, red.] så godt som overhovedet muligt, og så pyt med alle de andre." For nogle ledende overlæger er det frustrerende ikke at være involveret, bl.a. fordi det forhindrer dem i at løse opgaver inden for de andre ledelsesdomæner. Flere nævner eksempelvis, at de kommer til at fremstå som "amputerede" personaleledere, når de ikke kan eller må træffe beslutninger om kurser og kompetenceudvikling. Dette går også igen i nogle af interviewene med overlægerne. Eksempelvis nævner en, at vedkommendes ledende overlæge og linjeleder "skal gå op og spørge om lov" og "kan løfte ting op til cheflægen", men at "det er vores cheflæge, der godkender". Af samme årsag fremhæver nogle cheflæger vigtigheden af at dele personaleledelsesopgaverne med den ledende overlæge, fordi der let opstår komplicerede situationer, hvor personaleledelsesdomænet og det økonomiske domæne krydser hinanden "... og det fanger vi ved, at jeg tager med til [MUS]samtalerne", fortæller en cheflæge eksempelvis.

Andre ledende overlæger har det godt med opdelingen, fordi den fritstiller dem fra økonomiske bekymringer. For eksempel siger en ledende overlæge let; "jeg bekymrer mig ikke sådan super meget om økonomi. Og kan heller ikke svare på, hvad de fleste ting koster i afdelingen" (ledende overlæge, interview).

En anden måde ledende overlæge involveres i ledelsen af afdelingens økonomi er via **delbudget**. I afdelinger, der bruger denne model, har de ledende overlæger et mindre budget, de kan råde over. Budgettet er typisk knyttet til netop kompetenceudvikling og kan således ses som en løsning på problemet ovenfor om den manglende kobling mellem personaleansvar og økonomisk råderum. Eksempelvis beskriver en ledende overlæge: "Det er min opgave at sørge for, at folk kommer afsted på de relevante kurser. Jeg godkender det inden for de rammer og har en besked om økonomi, hvor jeg kan sige, at det er ok." Derudover har en del ledende overlæger mandat til at træffe mindre økonomiske beslutninger. Nogle steder er det afgrænset ved et specifikt beløb. I andre afdelinger kan afgrænsningen være defineret på andre måder, fx i forhold til kontormaterialer, potteplanter eller "det lavpraktiske" (se også afsnit 4.1).



*Hvis det er under et vist beløb, så må jeg godt selv bestemme det. Men er det dyrere, så skal cheflægen godkende.*

Ledende overlæge, gruppeinterview

Den sidste model for involvering kalder vi **indsigt i helheden**. Denne form for involvering består typisk i, at cheflægerne har en mere eller mindre eksplicit formuleret forventning om, at de ledende overlæger har en forståelse og ansvarsfølelse over for afdelingens samlede økonomi. For eksempel nævner en cheflæge, at de altid har økonomi på dagsordenen til ledermøderne, sådan at hele gruppen har en forståelse for emner som, "hvor langt er vi kommet, hvor meget underskud har vi". Selvom de ikke "får lov til at træffe beslutninger", så er det vigtigt for vedkommende, at de "har en forståelse for det hele". Blandt de opgaver, der nævnes af de ledende overlæger som koblet til denne model er at "komme med besparelsesforslag og implementere dem" eller at koble økonomi til forslag om nye tiltag.

For nogle cheflæger er det vigtigt, at de ledende overlæger ikke kun har ansvar for deres faglige områder, men har også et "medansvar for at kigge på den samlede butik, og hvordan vi bruger ressourcerne fornuftigt", som en cheflæge siger. Det fremhæves, at selvom de ledende overlæger ikke nødvendigvis deltager direkte i alle økonomimøder, forventes det, at de har overblik over den samlede økonomi inden for de områder, hvor de varetager ledelsesopgaver. Dette indebærer, at ledende overlæger skal kunne balancere både faglige og organisatoriske hensyn og bidrage til en helhedsorienteret styring af afdelingens ressourcer. Disse modeller for involvering uddybes og udfoldes i kapitel 4.

### 3.2.5 Håndtering af ledelsesdomænenes indbyrdes sammenhæng

Når flere ledelsesdomæner samles hos én ledende overlæge, kan det skabe en tydelig og helhedsorienteret ledelsesrolle, hvor drift, personale, faglighed og økonomi bliver tættere forbundet. Det kan styrke sammenhængen i beslutninger og give medarbejderne én klar ledelsesfigur. Samlingen indebærer dog også udfordringer. Det kan være tidskrævende at varetage flere domæner samtidigt, og det kan lægge et betydeligt pres på den enkelte leder. Presset opstår både som følge af opgavernes omfang og af nødvendigheden af at navigere i et krydspres mellem forskellige ledelsesdomæner. Det kan eksempelvis indebære at skulle fungere som fagligt fyrtårn samtidig med at have ansvar for afdelingens samlede økonomi, eller at skulle udøve nærværende personaleledelse tæt på den enkelte medarbejder, samtidig med at man forventes at opretholde et strategisk og fagligt overblik. Samtidig kan det være vanskeligt at finde ledere, som både har interesse og kompetence inden

for alle domæner, hvilket kan svække kvaliteten i eller vægtningen af opgaveløsningen inden for nogle af domænerne.

Når domænerne adskilles, kan opgaverne fordeles mellem flere personer, så forskellige faglige og ledelsesmæssige kompetencer udnyttes bedre. Det kan skabe klarhed om rollerne og sikre, at både faglige og organisatoriske perspektiver bringes i spil. Ulempen er risikoen for fragmentering, hvor ingen har det fulde overblik, og hvor tværgående koordinering bliver mere kompleks. Denne model stiller derfor store krav til samarbejde og løbende afstemning mellem de involverede ledere, hvis beslutninger skal hænge sammen på tværs af afdelingen.

### **3.3 Opsamling: Ledende overlægers ledelsesområder og -domæner**

Set under ét peger kapitlet på, at der findes flere velfungerende måder at definere den ledende overlæges område og domæner på. Stillingen som ledende overlæge udfyldes forskelligt afhængigt af, hvilke ledelsesområder og ledelsesdomæner der knyttes til rollen. Nogle ledende overlæger har et klart afgrænset organisatorisk område, andre leder et fagligt speciale eller et patientforløb på tværs af enheder, og andre igen har primært ansvar for uddannelse eller forskning. Samtidig varierer det, om de har ansvar for drift, faglighed, personale og økonomi samlet eller delt mellem flere ledere.

Disse valg hænger sammen med, hvad lægelig ledelse er og gøres til i afdelingerne. Samling af flere domæner hos én ledende overlæge kan skabe tydelighed og helhed, men også lægge et stort arbejdspress på den enkelte og stille høje krav til ledelseskompetencer. Adskillelse af domæner kan udnytte forskellige styrker og sikre bredere inddragelse, men øger til gengæld behovet for koordinering og fælles retning.

Når afdelinger skal træffe beslutning om, hvordan deres ledende overlægestillinger skal udformes, fremstår det centralt at få defineret og afstemt forventningerne eksplicit og løbende justere dem, i takt med at der opstår flere erfaringer. I det følgende kapitel går vi et skridt videre og ser nærmere på, hvordan ansvar og opgaver faktisk delegeres og fordeles mellem cheflæger, ledende overlæger og øvrige læger – og hvilke nye roller og samarbejdsformer, det skaber i den lægelige ledelse.

## 4 Opgave(for)deling mellem lægelige ledelseslag

Indførelsen af OK21 og etableringen af et nyt ledelseslag har forskudt en række ledelsesopgaver i hospitalsvæsenet. Selvom intentionen med reformen var relativt klar, nemlig at øge den lægelige mellemliderkraft og mindske cheflægernes ledelses-spænd for samlet set at styrke den lægelige ledelse, viser vores materiale, at den konkrete omfordeling af ansvar, opgaver og råderum er foregået på meget forskellige måder. Denne omfordeling skaber i praksis nye roller for både cheflæger, ledende overlæger og øvrige overlæger. Udgangspunktet for dette kapitel er derfor, at rolleforandringer ikke kan forstås uafhængigt af den måde, ledelsesarbejdet delegeres og fordeles på (Bolden, 2011). De nye roller tager form i mødet mellem formelle stillingsbeskrivelser, lokale traditioner og de løbende valg, afdelingerne træffer om, hvem der skal løse hvilke ledelsesopgaver. Ledelsesarbejdet bliver med andre ord til gennem forhandlinger om opgaver, mandater og grænser, og det er i disse forhandlinger, at de nye roller får deres konkrete udtryk (se også Jespersen, 2005).

For at belyse disse processer præsenterer vi først en delegeringstypologi, der sammenfatter fem måder, vi ser ledelse blive (for)delt i afdelingerne. Typologien rangordner ikke løsningerne, men skal synliggøre de valg, muligheder og dilemmaer, som forskellige modeller for delegering kan medføre. Typologien er inspireret af og tilføjer nuancer til eksisterende litteratur om delegering. Formålet er dog primært at understøtte en mere reflekteret tilgang til fordeling af ledelsesopgaver til brug for det fortsatte arbejde med at udvikle det lægelige ledelsessamarbejde i afdelingerne.

Efterfølgende beskriver vi, hvordan de nye roller konkret formes for cheflæger og overlæger. Vi viser, hvordan cheflægens arbejde ændres, når centrale domæner; drift, faglighed, personaleledelse eller økonomi, flyttes nedad i organisationen, og hvilke nye muligheder og udfordringer det skaber. Kapitlets overordnede konklusion er, at OK21 har påvirket både cheflæger, ledende overlæger og overlægers roller i afdelingen, men det er ikke kun et spørgsmål om, hvilke opgaver der flyttes, men hvordan de flyttes.

### 4.1 Fem former for opgavedeling

For at forstå, hvordan nye lægelige roller formes i praksis, må man se på, hvordan ledelsesopgaver faktisk deles og fordeles mellem cheflæger, ledende overlæger og overlæger. På tværs af vores cases og ved at trække på litteratur om deling af

ledelse identificerer vi fem former, hvorpå ledelsesansvar og -mandater bevæger sig i organisationen (Bolden, 2011). Disse former er analytiske mønstre, der gør det muligt at se en systematik i, hvordan den ledende overlæge formes på tværs af hospitaler og afdelinger. Flere af ledelsesformerne optræder samtidigt i samme afdeling, og enkelte opgaver kan bevæge sig mellem formerne over tid.

Udgangspunktet for typologien er, at fordeling af ledelsesopgaver ikke er et nulsumsspil. Det er ikke sådan, at hvis en ledende overlæge får ansvar for personaleledelse, så mister cheflægen det. Tværtimod viser både vores materiale og ledelseslitteraturen, at flere personer ofte samtidig kan have opgaver, mandat eller ansvar inden for samme domæne (Bolden, 2011; Gronn, 2002). En cheflæge kan eksempelvis bevare det formelle ansvar for personaleledelse, mens den ledende overlæge udfører opgaverne, eller begge kan dele både opgaver og beslutningskompetence.

I klassisk ledelseslitteratur skelnes der mellem *delegation*, hvor både ansvar og opgaver overdrages fra én leder til en anden (Yukl, 2013), og *distribution*, hvor opgaver fordeles, men ansvaret fortsat ligger hos den oprindelige leder (Gronn, 2002). Vores typologi trækker på denne skelnen og udspecificerer den ved at vise, at samarbejde om ledelse i praksis antager flere forskellige former – fra tydelig delegation over involvering og supervision til tærskelstyret eller ad hoc-praksis.

Under interviewene mødte vi som nævnt flere cheflæger, der var tilbageholdende med at "give ansvaret fra sig" af forskellige årsager, som både handlede om tiltro til de ledende overlæger, et behov for kontrol og en frygt for at miste sin relevans i afdelingen. Med typologien ønsker vi at synliggøre, at det at (ud)dele opgaver og myndighed ikke nødvendigvis betyder at opgive ansvar. Tværtimod peger andre studier på, at en mere gennemsigtig og reflektiv fordeling af opgaver og ansvar styrker både rolleklarhed, samarbejde og kvaliteten af den lægelige ledelse (Bolden, 2011; Fitzgerald et al., 2013).

De fem former for opgavedeling kan ses som variationer af hhv. delegering (delegeret, tærskelstyret og ad hoc-delegering) og distribuering (involvering og overdragende ledelse). Denne nuancering bidrager til at vise, hvordan ledelsesarbejdet i afdelingerne efter OK21 ikke organiseres og fordeles efter én enkel model, men gennem forskellige kombinationer af delegation, involvering, supervision, tærskelfastsættelse og ad hoc-praksisser. Hver form skaber bestemte betingelser for fordeling af ansvar, råderum og forventninger og dermed også for, hvordan de lægelige leders roller forandres og konsolideres på flere måder efter OK21.

Tabel 4.1 Typologi for deling/fordeling af ledelsesopgaver og -ansvar

Ledelsesform	Mandat og ansvar	Koordinationsbehov	Typisk funktion
Delegeret ledelse	Opgave og ansvar flyttes helt til den ledende overlæge	Lavt – primært orientering og lejlighedsvis sparring	Aflastning af CL. Selvstændigt ledelsesansvar for LOL
Involverende	Den ledende overlæge får indblik og indflydelse uden beslutningsret	Lavt til moderat – løbende dialog og fælles drøftelser	Helhedsforståelse og alignment mellem LOL og CL
Overdragende ledelse	Ledende overlæge udfører opgave; cheflæge giver sparring	Moderat – løbende supervision og opfølgning.	Oplæring og kompetenceudvikling af LOL
Tærskelstyret ledelse	Ledende overlæge leder til en vis grænse; cheflæge tager større sager	Situationsbestemt – afhænger af sagstyngde	Risikostyring, delegering efter kompetence
Ad hoc-delegering	Fordeling sker fra sag til sag uden faste principper	Uforudsigeligt – afhænger af tid, tilstedeværelse, relationer	Pragmatisk løsning ved uklar organisering

Note: CL = cheflæge, LOL = ledende overlæge.

Kilde: VIVE på baggrund af interviews.

### 4.1.1 Delegeret ledelse

Ledelse af et område, herunder både selve opgaven og ansvaret, kan delegeres helt eller delvist fra en leder til en anden i afdelingen. Delegation ses eksempelvis i forbindelse med personaleledelse, hvor cheflæger har ønsket at reducere ledesspændet. Flere ledende overlæger beskriver, hvordan de nu varetager hele personaleledelsesdomænet, herunder MUS-samtaler, rekruttering og – hos nogen – kompetenceudvikling.

Som en cheflæge formulerer det:

*Alle mine ledende overlæger har et personaleansvar. Så alle specialer er delt ud på de ledende overlæger.*

Eller en anden, der siger:

*Det første, jeg gjorde, da jeg blev cheflæge, det var at sige, at de ledende overlæger måtte overtage driften af morgenkonferencen [... og] de daglige sygemeldinger ....*

Denne tydelige delegering kan skabe klarhed, men kræver også, at den ledende overlæge har de nødvendige kompetencer og motivationen for at overtage de opgaver, som cheflægen ønsker at delegerere.

I datamaterialet ser vi også eksempler på, at der kun i begrænset omfang er sket en delegering af ledelsesopgaver fra cheflægerne til de ledende overlæger. Her er det dog ikke nødvendigvis et resultat af formelle beslutninger, men via kultur og lokale vaner. En cheflæge siger fx:

*Mine ledende overlæger har ikke personaleansvar. Det giver ikke mening i vores afdeling, fordi alle læger går på tværs.*

I andre tilfælde kan en praksis for begrænset delegering udspringe af cheflægernes vurdering af, at de ledende overlæger netop ikke har de nødvendige kompetencer til at varetage forskellige ledelsesdomæner. Sådanne praksisser kan være funktionelle i det daglige, men indebærer risiko for uigennemsigthed, skæv arbejdsbelastning og personafhængighed.

#### 4.1.2 Involverende ledelse

I mange afdelinger får ledende overlæger indblik i ledelsesdomæner, uden at der medfølger en forventning om, at de selv skal drive området. Et typisk eksempel er jf. afsnit 3.2.4 økonomi, hvor cheflæger ofte ønsker, at de ledende overlæger "forstår helheden", selvom de ikke har beslutningskompetence, jf. citatet nedenfor.



*Vi viser dem systemet og viser tallene og siger, 'vi skal sidde sammen med oversygeplejersken og overveje, hvad skal man have på hylterne' og sådan noget. Det er sådan en involvering i økonomi og ikke et ansvar.*

Cheflæge, gruppeinterview

Involvering i ledelsesdomæner rækker dog ofte bredere end økonomi. En cheflæge beskriver, hvordan ledende overlæger bidrager væsentligt til rekruttering, uden at opgaven eller ansvaret formelt ligger hos dem:

*De er vigtige medspillere. De kommer til mig og siger, at 'jeg synes, at den og den kunne være god til at være ansvarlig for det område', [og] 'nu skal vi også have nogen gelejdet derover ...'.*

Involvering af de ledende overlæger foretages også for at skabe økonomisk bevidsthed og fælles grundlag for beslutning på tværs af cheflæge og ledende overlæger og for at forebygge en silotænkning, hvor ledende overlæge primært

forsøger at beskytte deres eget afsnit eller fagområde frem for at tage ansvar for afdelingen som helhed (se også afsnit 5.1).

Involverende ledelse kan dermed give fælles retning, styrke koordineringen og understøtte helhedsforståelsen. Det kræver dog, at den involverede leder forstår formålet med involveringen. Flere ledende overlæger oplever at sidde til mange møder, de ikke helt kan se relevansen af. Dette kan, jf. nedenstående citater fra gruppeinterview, være et tegn på manglende tydelighed om, hvad deres mandat er, og hvad cheflægens formål er med at involvere dem i konkrete aktiviteter er.

*Ledende overlæge 1: Kender I ikke de der lægemøder, hvor man bliver præsenteret for tanker fra cheflægen, hvor man sådan tænker, 'du kunne faktisk også selv bare have besluttet det her, for jeg har ikke noget at skulle have sagt'.*

*Ledende overlæge 2: Og hvor man er i tvivl om, hvad er det, vi skal?*

*Ledende overlæge 1: Ja, hvad er det, vi skal? Er det et orienteringspunkt? Er det et diskussionspunkt, eller er det brainstorming?*

### **4.1.3 Overdragende ledelse**

I afdelinger, hvor fordeling af ledelsesopgaver har karakter af overdragende ledelse, udfører den ledende overlæge typisk opgaven, mens cheflægen fungerer som sparringspartner eller observatør. Formålet er at overdrage ledelsesopgaver til den ledende overlæge i nogen grad. Formen bruges ofte ved nye ledende overlæger eller ved komplekse ledelsesopgaver. I flere tilfælde har cheflægen eksempelvis siddet med til MUS-samtaler for at oplære og sparre med den ledende overlæge.

Oplæringen kan også være mere abstrakt og handle om at få dem til at "tænke som ledere", som en cheflæge formulerer det. Et par interviewede cheflæger tænker aktivt i dette og sørger fx for at holde løbende en-til-en-samtaler, hvor fokus er på at skubbe den ledende overlæge til at tænke på sig selv som leder og ansvarlig for at udvikle et område:

*Hvad vil du med det område, du leder for? Hvad har du af ambitioner? Er der noget, du har brug for hjælp til, opbakning til?*

Flere steder fremgår det tillige, at de ledende overlægers makkere kan have en lignende coachende eller sparringende rolle i forhold til at "oplære" de ledende overlæger i de aspekter af ledelse, som ikke er rent fag-faglige.



*Jeg forsøger at coache dem og stille de rigtige spørgsmål. Og give dem opgaverne og udfordre dem på, 'jamen, hvad er din strategi for de næste 3 måneder?*

Cheflæge, gruppeinterview

#### 4.1.4 Tærskelstyret ledelse

En tredje form for arbejdsdeling er, at ledende overlæger har beslutningsmandat på et område indtil en vis grænse; herfra er det cheflægen, der har mandatet. Tærsklen kan være helt fast defineret, som fx et økonomisk beløb, men kan også være ikke-formaliseret og handle om graden af alvor, som det fremgår i citatet nedenfor.

*Jeg går til cheflægen med alt, der ligesom er sådan større, mere betydningsfulde ting. Større og mere principielle ting, det er min cheflæge.*

(Overlæge, gruppeinterview)

Denne model giver fleksibilitet, men gør også ansvaret potentielt uklart for alle parter, hvis tærsklerne ikke er tydelige eller opleves meningsfulde. For den ledende overlæge kan det give en oplevelse af at blive underløbet, når overlæger går til cheflægen, fordi de vurderer, at et spørgsmål er "over" den ledende overlæges tærskel. For overlægerne kan det skabe frustration at blive "sendt rundt", og hos cheflægerne kan det give oplevelsen af at blive enten under- eller overinvolveret.

#### 4.1.5 Ad hoc-delegering

I flere afdelinger beskriver både ledende overlæger og overlæger, at opgaver ikke altid fordeles gennem principper, vaner eller strukturer, men *fra sag til sag*. Denne form for ad hoc-ledelse opstår typisk i afdelinger, hvor organiseringen ikke er entydig eller "på plads endnu", eller hvor både cheflæge og ledende overlæger varetager opgaver afhængigt af tid, tilstedeværelse eller akut behov. En cheflæge eksemplificerer ad hoc-delegering:

*MUS-samtaler er de ikke med til. Ansættelser er de med til – nogle gange på skift, nogle gange som det giver mening. Hvis vi søger én til intensiv, giver det mening, at den ledende overlæge for intensiv er med. Andre ansættelser går på tværs, og så er det lidt mere: 'hvis tur er det?'*

Ad hoc-ledelse kan give fleksibilitet og rum for pragmatiske løsninger. Men hvis delegeringen ikke er transparent eller logisk for alle, kan den også skabe oplevelser af uretfærdighed eller gøre det svært at navigere i for medarbejderne.

I det følgende ser vi derfor nærmere på, hvordan forskydningerne i ledelsesarbejdet påvirker cheflægens rolle, og hvilke muligheder og udfordringer der opstår, når afdelingerne arbejder med at omfordele og dele ledelse. Derefter vender vi os mod overlægens rolle og viser, hvordan denne position formes, og hvilke udfordringer og muligheder der opleves.

## 4.2 Cheflægens rolle: muligheder og udfordringer

Arbejdet med OK21 har ændret nogle cheflægers rolle markant; især dem, som har arbejdet strategisk og vedholdende med at uddelegere og opbygge et nyt mellemlederniveau. Interviewene viser, at cheflægerne befinder sig meget forskellige steder i deres ledelsesudviklingsarbejde, hvilket både handler om, hvilket hospital de er på, hvad deres ledelseserfaring er, og hvor interesserede de er i ledelse som fag. På tværs af afdelingerne ser vi dog en tydelig tendens: Mange cheflæger vurderer, at deres stilling er blevet mere attraktiv efter indførelsen af ledende overlæger. Flere beskriver en markant reduktion i både arbejdspress og arbejdsindhold sammenlignet med tidligere.



*Da jeg startede for 25 år siden, var det sådan, at de fagligt ansvarlige slog terninger om, hvem der skulle tage stillingen som afdelingsleder det næste år. De gad ikke at være det, og der var ikke ansat nogen fast cheflæge, det var bare sådan på skift, 'nu er det din tur'.*

Cheflæge, gruppeinterview

En cheflæge fortæller, at man tidligere varetog ledelse nødtvungent og "med venstre hånd". Med indførelsen af ledende overlæger oplever den samme cheflæge, at belastningen er vendt:

*Fordi jeg føler overhovedet ikke, at jeg har en hård stilling. Overhovedet ikke. Jeg kan gå hjem kl. 16 hver dag.*

At de ledende overlæger nogle steder i praksis udfører "det meste af, hvad en cheflæge tidligere havde lavet" (interview, ledende overlæge) frigør plads til, at

cheflægen kan fokusere på strategi, politik, økonomi og udadrettede opgaver. Denne forskydning har samtidig krævet kulturel tilpasning i nogle afdelinger, hvor man "kun var en rigtig cheflæge, hvis man sad for bordenden hver eneste dag", hvilket nogle cheflæger har skullet "bokse lidt med", som de udtrykker det.

De aflastende effekter mærkes særlig tydeligt på personaleledelsen: en cheflæge fortæller, at hendes forgænger havde "80 MUS-samtaler, som aldrig blev afholdt", men at ansvaret i dag er fordelt på ledende overlæger. For nogle har det gjort det muligt at få et mere bæredygtigt arbejdsliv og bedre muligheder for at udvikle og udvide egne ledelseskompetencer.

Samlet set giver interviewene med cheflægerne et billede af en stilling, der ikke blot er blevet lettere at bestride, men også mere attraktiv og realistisk som karrierevej – både for nuværende og kommende cheflæger.

#### **4.2.1 Erfaringer med at (ud)dele ledelsesopgaver**

Hvorvidt cheflægerne har en oplevelse af at være blevet aflastet, hænger sammen med deres evne og lyst til at delegere og distribuere både opgaver og ansvar.

De cheflæger, som har gjort det bevidst og systematisk, oplever at have en ganske forandret rolle med færre bundne og driftsmæssige opgaver og mere tid til eksempelvis strategisk arbejde. Overordnet giver disse cheflæger udtryk for, at de har mere tid, men en blandet oplevelse at stå i den nye rolle og både skulle forvalte sin tid anderledes og finde sig selv i en ny ledelsesrolle.

Selvom de måske havde udpeget overlæger med forskellige ansvarsområder før, gør det en forskel, at de nu er *ledende* overlæger. Som en cheflæge forklarer det:

*Da de var afsnitsansvarlige overlæger, var det nærmest bare fordi .... det var de. Nu kan jeg kræve noget af dem. Nu kan jeg sige, at 'I har de her ansvarsområder, og det er jeres opgave'. Det er en kæmpe fordel.*

Cheflæger beskriver en oplevelse af at have fået mere tid – tid, der bl.a. muliggør efteruddannelse.



*Jeg har faktisk fået fri i weekenderne nu, ellers så arbejdede jeg jo i weekenderne – hele tiden. Det kunne jo slet ikke hænge sammen. Jeg er kommet derhen til, hvor jeg tænker, 'okay, når jeg ikke skal [være cheflæge] mere, så er der nok en, der gerne vil have den her post'.*

Cheflæge, gruppeinterview

Andre cheflæger oplever dog stadig stort arbejdspress. For eksempel fortæller en cheflæge, at vedkommende netop har talt med en kollega om, at de har rygende travlt og oplever at blive tildelt nye opgaver, fx i form af krav fra direktionen om at indgå i forskellige arbejdsgrupper. Desuden er der enkelte cheflæger, som indgår i driften i op til 50 % af deres tid. Dette giver naturligvis et helt andet og snævrere rum for ledelse, end de cheflæger, som er fuldtidsledere og ofte har været det i mange år.

Dertil fortæller flere cheflæger også om en modstand mod at uddelegere og distribuere ansvar. Denne modstand observeres også blandt ledende overlæger og overlæger, der peger på, at nogle ledere har modstand mod eller er usikre på at give ansvar fra sig. Som en overlæge siger:

*Jeg tror stadig, at [cheflægen] skal vænne sig til ikke at involvere sig i alting, fordi hun er så vant til det. Hun er nok ved at blive bedre til at lægge nogle opgaver fra sig, men jeg synes stadig, hun har fingeren med på næsten alle beslutninger, der skal tages.*

En anden overlæge beskriver en oplevelse af slet ikke at vide, hvem den ledende overlæge er, og tilskriver det også her cheflægens uvilje mod at give ansvaret fra sig.

#### **4.2.2 Strategisk ledelse: En ny eksplicit ledelsesopgave for cheflægerne?**

Det er en eksplicit forventning med OK21 og fra direktionerne, at cheflægerne skal lave mere – og bedre – strategisk ledelse. For nogle er dette en kærkommen mulighed, men for andre er det uklart, hvad der ligger i denne forventning. Som citatet nedenfor viser, er det fx ikke alle, der er med på, hvad strategisk ledelse egentlig betyder. Derudover oplever nogle også andre ubekvemheder ved den nye rolle.



*Og så siger han så, 'jamen, så skal du have strategisk udvikling'. Og det aner jeg jo ikke, hvad er. Man har jo været vant til ventelister, patientrettigheder, og rum og apparaturansøgnings, og alle de der ting, man har siddet med hovedet nede i. Så når der så er nogen, der siger, 'så skal du ud i strategisk udvikling', så har man det sådan (...) Hvad er det så i virkeligheden, at man burde have lavet, i stedet for alt det der dagligdags noget, ikke?*

Cheflæge, gruppeinterview

Flere peger på en voksende uklarhed om, hvad cheflægen egentlig skal lave i den nye struktur, og hvordan værdien af en mere "klinikfjern" ledelse skal forstås. En cheflæge beskriver eksempelvis, hvordan hun mener, at medarbejderne undrer sig: "Hun sidder derinde på stolen – hvad søren laver hun egentlig? Hvorfor er hun ikke ude ved patienterne?", hvilket stiller nye krav til at synliggøre ledelsesarbejdet og skabe forståelse for funktionen.

For flere handler uklarheden ikke kun om opgaveløsningen, men om selve rolledefinitionen:

*Noget, jeg virkelig har savnet i den overenskomst (...), det er, hvad er egentlig cheflægens rolle? (...) der bliver jo ikke talt om cheflæger overhovedet. Altså, hvad er min rolle? Hvad skal jeg egentlig fremover?*

Denne tvivl hænger sammen med oplevelsen af at glide længere væk fra driften. Man bliver "på et eller andet tidspunkt også lidt "dagens gæst" i sin afdeling", som en udtrykker det. Cheflægernes udfordring med at uddelegere handler derfor også om, hvordan man balancerer det strategiske og udadrettede eller fremadrettede fokus med fortsat at være "relevant" i en hverdag, hvor man "agerer mere og mere i baggrunden, fordi man bliver mere og mere usynlig" (cheflæge, interview). Nogle cheflæger insisterer derfor på fortsat at deltage i det kliniske arbejde for ikke at miste fornemmelsen for den faglige udvikling, driften og personalet. Andre arbejder med andre måder at indgå i afdelingens daglige aktiviteter som deltager og observatør, men uden at have det formelle ansvar, dvs. en mere overdragende ledelsestype, jf. typologierne beskrevet ovenfor. Det kan eksempelvis være via deltagelse i morgenkonferencer, hvor ledende overlæger er mødeledere, men cheflægen kan have en sparrende funktion eller bidrage til at korrigere mødekulturen, fx hvis tonen bliver for hård. Deltagelse i MUS-samtaler og coaching af ledende overlæger er,

som tidligere nævnt, også eksempler på, hvordan cheflægernes rolle flere steder forandrer sig til "ledelse af ledere".

I de afdelinger, hvor man har valgt stor grad af delegering, jf. typologien ovenfor, ses dog også cheflæger, som har dedikeret sig til en ledelsesrolle karakteriseret ved strategisk og organisatorisk overblik og ansvar. Dermed hænger valg af model for opgavefordeling ikke bare sammen med de ledende overlægers rolle, men også cheflægens rolle.

## **4.3 Overlægen som leder?**

Erfaringer og synspunkter om overlægestillingen i lyset af den nye ledelsesstruktur afspejler en overordnet usikkerhed i forhold til, hvad en overlægestilling indebærer i dag: Dels hvordan den er forskellig fra stillingen som ledende overlæge, dels hvordan den er forskellig fra stillingen som speciallæge. I interviewene ses forskellige holdninger til, om overlægestillingen bør udfases, og forslag til, hvordan den kan indholdsudfyldes, hvis den bibeholdes.

### **4.3.1 Øget afstand til cheflægerne: Et A- og B-hold?**

En gennemgående erfaring hos overlægerne er, at de er kommet længere væk fra cheflægerne, fordi der "lige pludselig bliver sat et ledelsesniveau ind", som én overlæge formulerer det. Derfor oplever nogle overlæger, at der er skabt en større afstand til cheflægen, fx hvis man oplever problemer i afdelingen eller har idéer til, hvordan afdelingen kan udvikle sig. En udbredt betragtning både blandt overlæger og blandt informanter i de øvrige ledelseslag er derfor, at overlægerne er blevet skubbet nedad i det lægelige ledelseshierarki.

Nogle beskriver denne forandring som resulterende i et A-hold; de ledende overlæger, og et B-hold, de "øvrige" overlæger. Denne oplevelse findes især hos overlæger, som før reformen havde et ledelsesansvar (fx specialeansvarlig eller funktionsansvarlig), men som ikke blev ledende overlæge, og blandt overlæger, som i det meste af deres lægeliv har været en del af ledelsen (fx i afdelinger, hvor den samlede overlægegruppe har været inddraget i ledelsesbeslutninger) og nu ikke længere er det (se også afsnit 5.1). Dette har i nogle tilfælde betydet, at overlæger har trukket sig fra deres ledelsesområder. Nogle ledende overlæger fortæller eksempelvis, hvordan overlæger klart har meldt ud, at "jeg er jo ikke ledende, så det må I ordne".

Samtidig er der også overlæger, som udtrykker tilfredshed med, at de mere organisatoriske ledelsesopgaver nu er placeret hos den ledende overlæge, og er glade for

at slippe for administrative ledelsesopgaver. Blandt nogle af de yngre læger opleves sådanne synspunkter som en del af en generationskløft, hvor *"ældre overlæger vil rigtig gerne det fag-faglige", men anser de organisatoriske ledelsesopgaver for "støj" (overlæge, gruppeinterview). Andre overlæger oplever, at afdelingerne fungerer mere effektivt, når ledelsesopgaverne er samlet hos færre personer, jf. følgende citat.*

*Nu er der nogen, der tager alt forarbejdet og planlægger, hvis vi skal holde et møde sammen med en anden afdeling. Det er en lettelse, at alt det organisatoriske og planlægningsmæssige er taget væk fra mine skuldre. (Overlæge, gruppeinterview)*

Denne påskønnelse kan dog ifølge nogle ledende overlæger også tage overhånd, da de ikke ønsker, at overlægerne melder sig helt ud af det organisatoriske, hvilket kræver 'lidt arbejde', som en formulerer det.

På den måde er det en gennemgående betragtning, at ledelseshierarkiet er forandret, selvom der er forskellige vurderinger af, om dette er godt eller skidt fra et overlægeperspektiv.

#### **4.3.2 Nær ledelse er godt, men en splittet leder er problematisk**

Flere overlæger oplever, at de med OK21 har fået en leder, der er tættere på driften, og som har fagligt indblik, og også en mere tilstedeværende personaleleder. Oplevelsen af mere nær ledelse knyttes fx til erfaringer med MUS-samtaler, der afholdes hyppigere, beslutninger, der kan træffes hurtigere, og at der bliver handlet på lokale beslutninger. En overlæge oplevede fx, at vedkommende havde *"fået nogen, der kan hjælpe med at få afdelingens processer til at køre meget smidigere og meget hurtigere"* (overlæge, gruppeinterview). Andre beskriver en oplevelse af at have fået en *"kanal"* ind i afdelingsledelsen via den ledende overlæge. På den måde oplever de, at afdelingsledelsen får en mere kvalificeret forståelse af deres perspektiver eller udfordringer, og at de har forbedrede muligheder for at få afdelingsledelsen i tale om en specifik problematik.

Der ses imidlertid også eksempler på overlæger, som oplever, at den ledende overlæges tilstedeværelse i afdelingen og tilknytningen til det kliniske arbejde udfordrer deres mulighed for at være gode ledere, jf. citatet nedenfor.



*Det er sgu lidt et cirkus, fordi han bliver hevet i hele tiden. Han er jo ny og skal finde balancen, men der er [...] mange, der hiver i ham. Især fordi han rent fysisk står i klinikken ved siden af dem, som har spørgsmålene, så han er nem at hive i. Altså, han sidder ikke på et kontor et eller andet sted.*

Overlæge, gruppeinterview

Den ledende overlæge arbejder i et krydspres i forhold til både at være kollega og leder, hvilket nogle overlæger beskriver som en ulempe for både deres kollega- og lederrelation. For når vedkommende "render rundt", er personen sværere at regne med i forhold til at løfte sine kliniske forpligtelser og til at være en nærværende personaleleder. I et interview med ledelsesmakker på sygeplejesiden blev den ledende overlægerolle derudover beskrevet som tidskrævende og med mange forventninger – i dette tilfælde personaleledelse, ledelse af drift og en forventning om at bevare en status som fagligt fyrtårn.

På tværs af overlægerne ser det ud til, at de overlæger, der oplever en ledende overlæge, som er mere til stede, handlekraftig og binder afdelingen sammen, har det fint med, at der er kommet et "ekstra" ledelseslag mellem dem og cheflægen. Andre overlæger ser i højere grad en kollega i et krydspres, som har svært ved at nå både kliniske opgaver og ledelsesopgaver. Dette hænger også sammen med den tvivl om, hvad overlægestillingen er for en størrelse efter OK21, som udfoldes mere i det følgende.

### **4.3.3 Uklarhed om forskel på speciallæger og overlæger**

Spørgsmålet om fremtiden for overlægestillingen fylder meget blandt lægerne. Dette spørgsmål kredser bl.a. om, hvorvidt og hvordan der er forskel på overlæger og andre speciallæger.

*Overlæge 1: Det er blevet endnu sværere at definere forskellen på en overlæge og en afdelingslæge. Det har vi talt rigtig meget om: Har den ene mere skulle have sagt end den anden? Jeg tror, at vi har sagt, det må simpelthen være erfaringen.*

*Overlæge 2: Men jeg sidder jo som ung overlæge, og det gør jeg, fordi jeg har fået den funktion, jeg har.*

*Overlæge 1: Nå ja, præcis.*

Overlæge 2: *Jeg var ikke blevet overlæge heller uden den funktion – med den erfaring, jeg har.*

Som udvekslingen mellem overlægerne vidner om, er det vanskeligt for overlægerne selv at få greb om, hvordan de er forskellige fra afdelingslæger. Er det erfaringen, funktionsområdet, følelsen af ansvar for afdelingen eller måske et udtryk for strategiske kompetencer i forhold til jobmarkedet?

Et udbredt synspunkt er, at man i fremtiden ikke vil – eller bør – skelne mellem overlæger og andre speciallæger, og at en fremtidig overenskomst måske heller ikke skal lave den skelnen. Denne struktur ville ifølge flere informanter mere direkte afspejle praksis, hvor det efter deres opfattelse ikke giver mening at skelne mellem stillingstyperne, fordi ledelsesansvar ikke nødvendigvis følger overlægerne. En speciallæge kan fx sagtens have et fagligt ansvarsområde eller være teamleder. En foreslår, at man i samme ombæring kunne kalde de ledende overlæger for 'ledende speciallæger'.

Et andet synspunkt er, at der ligger en vigtig **symbolsk betydning** i at blive overlæge. Overlægetitlen forbindes fx med en anerkendelse af, at man tager et ansvar for et område, og kan også bidrage til en oplevelse af, at man er en del af den gruppe læger i afdelingen, som forventes at tage et aktivt (ledelses)ansvar. Denne forventning ligger ikke mindst hos overlægerne selv, idet nogle opfatter overlægetitlen som ensbetydende med, at de tager et ansvar, som de kunne vælge at sige nej til, hvis de var afdelingslæge:

*Hvis jeg er overlæge på [et navngivent] hospital, er jeg en del af et team, og vi løfter i flok. Og hvis cheflægen siger, 'er du sød at gøre det der?', så siger jeg 'ja', fordi det er jo vores [ansvar], ikke? Vi er partnere. Altså, hvorimod hvis man er afdelingslæge ... så er man måske lidt mere, 'nå ja, så kan jeg jo også bare være afdelingslæge et andet sted, hvis de tilbyder noget mere attraktivt'. (Overlæge, gruppeinterview)*

Dette synspunkt kobles af nogle sammen med det argument, at der ikke er nogen økonomisk besparelse i at udfase overlægestillingen. De udfordrer præmissen om, at det er billigere at ansætte en afdelingslæge end en overlæge. En overlæge vurderer eksempelvis, at vedkommende "lønmæssigt ville kunne tjene lidt på det – at være forblevet afdelingslæge". For vedkommende var det dog vigtigere at "komme med til bordet", hvilket ifølge denne overlæge hænger sammen med en overlægetitel. Desuden vurderer nogle, at det – i hvert fald i en overgangsperiode – vil opleves uretfærdigt, hvis overlægestillingen bliver udfaset, fordi der så vil være personer i samme afdeling med ensartede ansvarsområder, hvor den ene er overlæge, og den anden ikke kan få lov at blive det.

### **Overlægers ledelsesområder**

Nogle interviewede overlæger har et specifikt ledelsesområde. Enten er ledelsesområdet fagligt defineret, relateret til drift eller indeholder begge elementer. Det varierer, hvor eksplicit defineret ledelsesansvaret er.

At have **fagligt ledelsesansvar** er meget udbredt blandt de interviewede overlæger. Det kan fx være, at man fagligt leder et team, hvor man er eneste overlæge blandt afdelingslæger, eller man kan være fagligt ansvarlig som enkeltperson i en afdeling. Det faglige ansvar indebærer fx at håndtere klager, lave instrukser, dialog med andre afdelinger og at vedligeholde konkrete kompetenceområder i afdelingen.

**Driftsansvar hos overlægerne** kan handle om at lede et sengeafsnit eller et ambulatorium. I nogle afdelinger hænger sådanne ansvarsområder sammen med en mere eller mindre formel titel som funktionsansvarlig eller afsnitsansvarlig.

Nogle afdelinger har gode erfaringer med at formalisere fordelingen af ledelsesopgaver blandt overlægerne, jf. afsnit 4.2.1. De fleste afdelinger har en mere uformel fordeling af ledelsesansvar via deres erfaring i afdelingen og status som faglige fyrtårne. De har ikke en formel funktion, men andre i afdelingen ved, at det er dem, som har mest erfaring, og er "dem, man skal spørge". Fordelene ved den mere systematiske fordeling kan imidlertid være, at (a) det giver anledning til en forventningsafstemning af, hvad det vil sige at være faglig eller driftsmæssig leder af et område, og (b) det gør det lettere at navigere i afdelingen fx for nytilkomne, fordi det ikke kræver tavs viden at identificere de fagligt ansvarlige.

## **4.4 Opsamling: Opgave(for)deling mellem lægelige ledelseslag**

Forståelsen af, hvordan nye lægelige roller formes, afhænger af, hvordan ledelsesopgaver faktisk deles mellem cheflæger, ledende overlæger og overlæger. Analysen identificerer fem former for opgavedeling, som viser systematikken i, hvordan ledelsesansvar bevæger sig på langs af de lægelige ledelsesstrukturer i afdelingerne. Fordelingen af opgaver er ikke et nulsumsspil; flere personer kan samtidig have ansvar, mandat eller opgaver inden for samme domæne. Kapitlet præsenterer en typologi for opgavefordeling, der bygger på en skelnen mellem *delegation*, hvor både opgaver og ansvar overdrages, og *distribution*, hvor opgaver fordeles, men ansvaret forbliver hos den oprindelige leder, men specificerer denne forståelse ved at beskrive flere praksisformer; delegeret, involverende, overdragende, tærskelstyret og ad hoc-ledelse.

Interviewene vidner om, at tydelig delegation kan skabe rolleklarhed og aflaste cheflægerne, men kræver, at de ledende overlæger har de nødvendige kompetencer, samtidig med at det kan bidrage til stort arbejdspress for de ledende overlæger, som arbejder i et krydspres mellem ledelse og klinisk arbejde. Begrænset delegering, som opstår via kultur eller lokale vaner, kan på den anden side skabe uigenkendsigtighed og skæv arbejdsbelastning. Involvering af ledende overlæger uden formelt ansvar anvendes bredt, fx inden for økonomi, rekruttering og strategiske beslutninger, og har til formål at styrke helhedsforståelse og koordinering. Overdragende ledelse kombinerer udførelse af opgaver med sparring fra cheflæge og anvendes særligt ved nye ledende overlæger eller komplekse opgaver, mens tærskel- og ad hoc-formen skaber fleksibilitet, men samtidig kan føre til uklare ansvarsgrænser og ledelsesmandat.

Implementeringen af OK21 har ændret cheflægerollen markant, hvor systematisk delegation til ledende overlæger har gjort rollen mere strategisk og aflastet i forhold til driftsopgaver, samtidig med at cheflæger oplever større frihed til strategisk arbejde. Erfaringerne varierer dog afhængigt af ledelseserfaring, organisatorisk kontekst og graden af delegation. Samtidig skaber den nye struktur udfordringer omkring rolletydeliggørelse, synlighed og relevans i afdelingen, hvilket stiller krav til cheflægernes balance mellem strategisk ledelse og tilstedeværelse.

Efter OK21 fremstår overlægestillingen som en mere uklar lederrolle end før. Generelt er det erfaringen, at overlægerne er blevet "skubbet nedad" i hierarkiet efter indførelsen af de ledende overlæger. Samtidig oplever mange overlæger imidlertid også fordelene ved en mere nær og handlekraftig ledelse. I forhold til deres eget ledelsesarbejde er det gennemgående, at overlæger typisk har et ledelsesansvar for et område, som enten kan være fagligt eller driftsmæssigt afgrænset. Ansvar er dog ikke altid formelt defineret, men handler ofte om, hvem der uformelt er "fagligt fyrtårn". Blandt fordelene ved at fordele ledelsesopgaver og ansvar eksplicit er større klarhed, forventningsafstemning og bedre organisatorisk sammenhæng.

# Ledelse i et dobbelt nexus

I en artikel fra et internationalt tidsskrift præsenteres et alternativt bud på, hvordan lægelig ledelse kan forstås: Dobbelt nexus-modellen (Hauge et al., 2026). Det dobbelte nexus beskriver to forbundne spændingsfelter, som lægelige ledere kontinuerligt navigerer i, og forbinder to centrale spændingsfelter:

1. Klinik vs. ledelse – dvs. spændingen mellem, hvad der giver faglig legitimitet, og hvad der følger med ledelsesmæssigt ansvar for personale, ressourcer og prioriteringer.
2. Lokalt fokus vs. helhedsblik – dvs. spændingen mellem ledelse rettet mod her-og-nu-opgaver, afvikling af drift og håndtering af akutte problemer, og ledelse rettet mod langsigtet retning, udvikling og organisatorisk sammenhæng.

På den baggrund tegner sig fire idealtypiske ledelsesroller, afhængigt af hvor tyngdepunktet placeres i de to spændingsfelter: Den organisatoriske udvikler, driftskoordinatoren, praksiseksperten og den faglige talsperson.

Modellen kan bruges til at udvikle og kvalificere lægelige ledelsesroller, fx ved at stille to spørgsmål til sig selv og/eller sin chef: Hvilken rolle har jeg i dag, og hvilken rolle skal jeg arbejde hen mod?



## Faglig talsperson

Varetager og forsvare kliniske standarder og faglige værdier i forhandlinger opad i systemet – og fungerer som faglig stemme i strategiske drøftelser.

Fx faglige selskaber, ekspertudvalg o.l.

## Organisatorisk udvikler

Kobler afdelingens kliniske prioriteringer til hospitalets strategier og beslutningsfora – og arbejder med retning, ressourcer og strategisk sammenhæng

Fx fokus på at udvikle tværgående patientforløb.

## Praksisekspert

Leder tæt på klinikken og hverdagen – sikrer kvalitet og flow i den daglige drift og fungerer som "første blandt ligemænd" i teamet.

Fx holde specialet ajour i afdelingen.

## Drifts-koordinator

Oversætter og implementerer organisatoriske beslutninger i praksis – koordinerer drift og får ting til at ske, men kan opleves som "den, der håndhæver".

Typisk fokuseret på drift af et afsnit.

# 5 Ledelse som samarbejde

Selvom ledelsesreformens primære fokus har været på indførelsen af et nyt ledelseslag, har reformen på flere hospitaler samtidig sat fokus på ledelse som et kollektivt anliggende, hvor ansvar, beslutninger og prioriteringer forhandles i samarbejde mellem flere ledere. Samarbejde i grupper om ledelse er udbredt på hospitaler i Danmark og internationalt (se fx Grøn & Jacobsen, 2025), men der hersker ofte uklarhed om, hvordan sådanne samarbejder bedst organiseres, og hvilken betydning de har for både den samlede ledelsesstruktur og den enkelte leders rolle (se fx Viitanen et al., 2016).

Stillingen som ledende overlæge har skabt nye muligheder for at organisere lægelig ledelse i tæt samspil på tværs af ledelseslag, afsnit og fagligheder. Samtidig peger erfaringerne på, at det ikke blot er etableringen af konkrete ledelsesteams, men også tydeligheden omkring en samlet ledelsesgruppe i afdelingen, der har betydning for, hvordan ledelse kan udøves i praksis. Hvor den samlede ledelsesgruppe er klart defineret med hensyn til deltagere, mandat og ansvar, beskrives ledelsen som mere sammenhængende, og rollerne som tydeligere. Omvendt kan uklarheder i den samlede ledelsesgruppe forplante sig til usikkerhed om ansvar, forventninger og ledelsesrum for den enkelte leder.

Dette kapitel undersøger, hvordan de nye samarbejds muligheder er blevet anvendt, og hvilke erfaringer hospitalerne har gjort sig. Kapitlet behandler forskellige former for samarbejde om ledelse, først med fokus på afdelingsledelse, så lægelige teams og dernæst på tværfaglige ledelsesgrupper og makkerskaber. På den baggrund belyses både potentialer og udfordringer ved at udøve ledelse i fællesskab, herunder betydningen af den samlede ledelsesgruppe for rolleafklaring, koordinering og lederudvikling i afdelingen.

## 5.1 Afdelingsledelse: Tilpasning af ledelsesgruppen

Mange afdelinger har brugt OK21 til at justere deres afdelingsledelsesgruppe. Justeringerne har mange steder haft en på en gang udvidende og indskrænkende effekt, afhængigt af hvilket perspektiv, man fokuserer på, og hvordan ledelsesstrukturen var før reformen.

Traditionelt har afdelingsledelsen mange steder bestået af et kernepar; cheflæge og chefsygeplejerske (eller tilsvarende), mens overlægegruppen som helhed i flere afdelinger har været inddraget i større ledelsesfora. I disse fora har hele overlæge-

gruppen formelt eller uformelt udgjort en bred kreds omkring afdelingsledelsen, ofte med fokus på informationsdeling snarere end fælles beslutningstagning.

### 5.1.1 Udvidet afdelingsledelsesgruppe

Kernen i de fleste afdelinger er de øverste afdelingsledere; cheflæge, chefsygeplejerske (eller lignende makker) og evt. chefsekretær eller professor, alt efter hvordan afdelingen er skruet sammen, og hvad hospitalets retningslinjer er. Med OK21 har nogle hospitaler valgt at etablere en udvidet afdelingsledelse, hvor også et antal ledelsesmakkerpar bestående af ledende overlæge og oversygeplejerske indgår. Denne udvidede afdelingsledelse mødes regelmæssigt for at drøfte strategiske og organisatoriske emner og udgør dermed et fælles rum for prioritering og koordinering på tværs af fag og ledelsesniveauer. På dette niveau kan afdelingsledelsen således siges at være blevet udvidet.

I nogle afdelinger er det ikke nyt, at der er lægelige afsnits-, funktions- eller fagledere for dele af afdelingen. Det nye er, at der fra mange afdelingsledere formuleres en forventning om, at lægelige ledere tager medansvar for at sætte en strategisk retning for afdelingen som helhed. En central forandring er således, at den udvidede ledelsesgruppe bruges til at styrke fælles ejerskab til afdelingens samlede opgaver og udfordringer. Både cheflæger og chefsygeplejersker fremhæver vigtigheden af, at de ledende overlæger skal oplæres i ikke alene at fokusere på eget afsnit eller fagområde, men også bidrage til at sætte retning og tage ansvar for afdelingen som helhed. Dette indebærer bl.a. et medansvar for prioriteringer og ressourceanvendelse, herunder økonomi, som tidligere i højere grad har været placeret hos afdelingsledelsens kernepar, jf. citatet nedenfor og afsnit 3.2.4.



*Det er vigtigt, at de ledende overlæger forstår, at det er også deres ansvar at få bundlinjen til at gå op.*

Chefsygeplejerske

Både cheflæger og chefsygeplejersker fremhæver vigtigheden af, at de ledende overlæger skal oplæres i ikke alene at fokusere på eget afsnit eller fagområde, men også bidrage til at sætte retning og tage ansvar for afdelingen som helhed. Dette indebærer bl.a. et medansvar for prioriteringer og ressourceanvendelse, herunder økonomi, som tidligere i højere grad har været placeret hos afdelingsledelsens kernepar, jf. citatet nedenfor og afsnit 3.2.4.



*De bliver hurtigt tillidsrepræsentanter for deres del af organisationen og tænker, 'min rolle her, det er at drive den her del af verden så godt som overhovedet muligt, og så pyt med alle de andre'. Det kan i hvert fald hurtigt komme til at ske. Og det er der, hvor vores opgave som afdelingsledelse er at prøve at samle.*

Cheflæge

Den udvidede afdelingsledelse kan dermed virke som et greb til at kollektivisere ledelsesansvaret i afdelingen og skabe et fælles ledelsesrum, hvor både faglige og organisatoriske hensyn bringes i spil i afdelingens samlede beslutninger. Samtidig eksisterer der fortsat behov for at drøfte mere snævert faglige eller monofaglige spørgsmål, og der ses derfor ofte en vekslen mellem møder i den udvidede afdelingsledelse og møder organiseret i mere afgrænsede faglige eller driftsnære fora (jf. afsnit 5.2 om lægelige ledelsesteams).

Flere steder opleves ledergrupperne mere veldefinerede og strukturerede end tidligere, bl.a. fordi der ikke længere er tvivl om, hvem der er med. Det beskrives dog også i nogle afdelinger, hvordan der kan opstå en konkurrencesituation mellem ledende overlæger, fx når der varsles organisationsændringer eller besparelser. Derfor er det en vigtig opgave for cheflægerne at sætte rammerne for, at de ledende overlæger oplever sig som del af en samlet ledelsesgruppe. For eksempel siger en:

*De ledende overlæger skal kunne sammen. De behøver ikke kunne lide hinanden, men de skal arbejde ordentligt sammen. Og hvis de ikke kan det, kan de ikke være ledende overlæger.*

Nogle afdelinger vælger at opdele ledelsesfora efter driftsopgaver for at sikre, at ikke alle ledere skal mødes om alle forhold. Denne praksis ses særligt i organisationer, hvor ikke alle ledende overlæger har driftsansvar, og hvor det derfor er hensigtsmæssigt at målrette mødestrukturen. For eksempel forklarer en cheflæge, at de i vedkommendes afdeling har et lederforum, hvor to ledende overlæger ikke er med, "fordi det handler meget mere sådan om driften i afsnittene" (Cheflæge).

Der er dog også eksempler på afdelinger, hvor de interviewede ikke beskriver sig selv som del af en ledelsesgruppe. Det er fx ledende overlæger, som har drift og faglig ledelse som primær prioritet, og hvor det ikke er tydeligt for dem, hvad deres rolle er i relation til den samlede afdelingsledelse. Som en ledende overlæge siger: "De vil gerne have mig til at administrere noget mere. Men jeg vil egentlig hellere

bare fortsætte med at udvikle det, som vi har gang i [i vores enhed]". Vedkommende kan ikke se relevansen i at skulle indgå i de fælles overvejelser (se også afsnit 4.1.2 om involverende ledelse).

### 5.1.2 Indsnævring af ledelsesgruppen

Mens afdelingsledelsen således flere steder er blevet udvidet med ledende overlæger og deres makkere, indebærer denne udvikling samtidig en indsnævring af, hvilke læger der indgår i afdelingens samlede ledelsesgruppe. I flere afdelinger bryder dette med tidligere strukturer. Før OK21 havde flere hospitaler ledelsesstrukturer med omfattende overlægsmøder, hvor kommunikationen i høj grad var organiseret som informationsdeling frem for egentligt samarbejde om ledelse.



*Jeg oplever, at der er blevet skilt et A- og et B-hold ud blandt overlægerne. Da jeg selv blev overlæge, var jeg en del af den samlede ledelsesgruppe på afdelingen. Den oplevelse har jeg overhovedet ikke længere. Nu er det ledende overlæger, som går til ledelsesmøder med afdelingsledelsen. Og så er der os andre, som passer arbejdet.*

Overlæge, gruppeinterview

Den nye ledelsesstruktur gør det mere legitimt at "afgrænse" ledelsesgruppen til cheflæger og ledende overlæger og makkere. Samtidig kan denne afgrænsning, som også nævnt i afsnit 4.3, bidrage til usikkerhed og som en fratagelse af muligheden for indflydelse, jf. citatet ovenfor.

## 5.2 Ledelse i lægeteams

Hvor forrige afsnit fokuserede på samarbejde om afdelingsledelse, fokuserer dette afsnit på lægeteams som en mere afgrænset og funktionel samarbejdsstruktur.

Det nye ledelseslag, som følger med OK21, har i mange afdelinger medført en mulighed for at etablere en tydeligere teamstruktur både vertikalt langs den lægelige ledelsesstruktur (mellem afdelingsledelse, ledende overlæger og overlæger) og horisontalt på tværs i afdelingen eller på tværs af afdelinger (mellem ledende overlæger). Materialet peger overordnet på tre typer af lægelige teams (se Tabel 5.1) – disse udfoldes i det følgende.

**Tabel 5.1** Typer af lægelige ledelsesteams

Teamtype	Deltagere	Formål	Fordele	Opmærksomheder
Internt lægeteam (i afdelingen)	Teamet ledes af overlæge eller ledende overlæge og har faglige eller organisatoriske ansvarsområder	Løser fx driftsnære opgaver eller faglige opgaver, såsom at opdatere retningslinjer og understøtte faglig udvikling	Gør tavs viden synlig; muliggør præcis uddelegering	Variierende modenhed og grad af formalisering; uklar grænsedragning mellem fagligt og ledelsesmæssigt ansvar
Tværgående lægeteam (på tværs af afdelinger)	Ledende overlæger fra to eller flere afdelinger (evt. suppleret af afdelingsledelser)	Koordinering af delte funktioner og patientforløb	Mere kvalificeret og driftsnær beslutningstagen	Uens mandater og uklare kommunikationsveje
Eksternt orienteret lægeteam (ud af hospitalet)	Ledende overlæger og relevante overlæger i samarbejde med eksterne aktører (fx andre sektorer, hospitaler eller kliniske enheder)	Samarbejde om populationer, tværsektorielle forløb og reformorienterede løsninger	Potentiale for sammenhængende tilbud og fælles ansvar	Sparsom afprøvnings, uklart mandat og ansvar

### 5.2.1 Interne lægeteams

Interne lægeteams etableres typisk inden for en afdeling og ledes af en overlæge eller en ledende overlæge med ansvar for et afgrænset fagligt eller organisatorisk område. Teamene er rettet mod løsning af konkrete driftsnære og faglige opgaver, såsom opdatering af kliniske retningslinjer, kvalitetsudvikling og understøttelse af faglig udvikling blandt kolleger. De fungerer dermed som en organisatorisk ramme for koordinering og fordeling af opgaver, der går på tværs af individuelle lægers kliniske arbejde.

Interviewmaterialet peger på, at funktionelle lægeteams kan bidrage til at gøre tavs viden synlig og skabe større klarhed om, hvem der har ansvar for hvilke opgaver. Flere cheflæger beskriver, hvordan tydeliggørelse af overlægers ansvarsområder gør det lettere at delegerer opgaver mere præcist og sikre fremdrift i faglige udviklingsprocesser. Hvis eksempelvis en faglig retningslinje skal opdateres, bliver det tydeligt, hvilken overlæge eller hvilket team der har ansvaret.

I nogle af de afdelinger, der har arbejdet mere systematisk med interne lægeteams, beskrives erfaringen, at teamene ikke blot understøtter faglig koordinering, men også kan bidrage til en kollektivering af ledelsesansvaret. På samme måde som cheflæge og chefsygeplejerske aktivt bruger den udvidede afdelingsledelse som ramme for fælles drøftelser og prioriteringer, kan den ledende overlæge bruge sit lægeteam som et forum for at dele ansvar og sparre om ledelsesopgaver. Det betyder, at krav, forventninger eller lignende oppefra eller udefra ikke nødvendigvis må

håndteres individuelt af den ledende overlæge, men kan drøftes i et team, hvor man i fællesskab overvejer, hvordan 'vi' bedst løfter opgaven.



*At få uddelt og kategoriseret de kompetencer, vi skal have, og sørge for, at vi andre også er opdateret på det, det er forholdsvis nyt. Vi er i gang med systematisk at "dele hatte ud". Det gør, at vi er sikre på, at det er dem, der har [det faglige ansvar], der deltager i faglige arrangementer for [det område]. Og så er det meningen, at vi også skal lave et fælles forum, hvor vi er sikre på, at de forskellige kompetencer bliver delt, og at vi også ligesom får et overblik over for os alle sammen, hvem det er, der varetager de forskellige kompetencer.*

Overlæge, gruppeinterview

Samtidig fremgår det, at interne lægeteams varierer betydeligt i modenhed og grad af formalisering. I nogle afdelinger er teamene klart definerede med navngivne ansvar, faste mødestrukturer og tydelige opgavebeskrivelser, mens de i andre afdelinger fungerer mere uformelt eller endnu ikke er etableret som egentlige teams.

Overlægerne (og lægerne generelt) er ikke nødvendigvis knyttet entydigt til de ledende overlægers formelle ledelsesområder, såsom et sengeafsnit eller ambulatorium, men bevæger sig ofte på tværs af enheder og orienterer sig mod faglige fællesskaber. Der ligger derfor et potentiale i, at ledende overlæger eller andre overlæger med mere eller mindre formelle typer af ledelsesansvar på tilsvarende vis som afdelingsledelsen etablerer interne lægeteams, der kan absorbere og strukturere nogle af disse mere uformelle opdelinger i afdelingen. Det kan eksempelvis ske ved at tydeliggøre og formalisere eksisterende ansvar, hvor en navngiven overlæge har ansvar for et konkret område, jf. strategien om at "dele hatte ud", som nævnes ovenfor. I mange andre afdelinger er denne bevægelse i gang, men mindre fremskreden.

### **5.2.2 Lægeteams på tværs af afdelinger: Koordinering af delte funktioner og patientforløb**

I datamaterialet ses også eksempler på, hvordan der etableres ledelsessamarbejder på tværs af afdelingerne. Disse kan være mere eller mindre formaliserede, idet nogle er defineret som egentlige teams, som samarbejder om et fælles område, fx akutfunktioner, og andre mere har karakter af ad hoc-samarbejde med ledende

overlæger i afdelinger med fælles patientgrupper. Der er en oplevelse af, at det med etableringen af ledende overlæger er blevet lettere at koordinere samarbejde på tværs af afdelinger, når der er behov for at løse en udfordring, som netop krydser afdelinger. Det fremhæves som en fordel, at der kan etableres et samarbejde og træffes beslutninger på det ledelsesniveau, som har specialiseret faglig indsigt og indblik i hverdagen i de enkelte afsnit.

Samtidig er der en opmærksomhed på, at det kan skabe uklarhed om kommunikationsveje og ledelsesmandater, hvis der ikke er samme niveau for uddelegering af ledelsesopgaver og ansvar i de involverede afdelinger og hospitaler. Så kan der være én ledende overlæge i den ene ende af aftalen, der har mandat til at foretage en forandring og fx ændre personalets arbejdsgange, hvor den ledende overlæge i den anden ende måske ikke har mandat til at lede personalet.

Interviewene peger på, at der fortsat er fokus på at etablere ledelsesteams internt i afdelinger og i lidt mindre omfang fokus på at etablere ledelsesteams på tværs af afdelinger. Mulighederne for at bruge den nye ledelsesstruktur som afsæt for, at bidrage til Sundhedsreformens visioner om levering af sundhedsydelser tættere på borgerne eksisterer dog også, som en potentielt tredje struktur for ledelsesteams på lægesiden.

### 5.3 Ledelse i tværfaglige makkerskaber

Tværfaglig ledelse har været normen på direktions- og afdelingsledelsesniveau i mange år i Danmark. I mange afdelinger er OK21 og indførelsen af stillingen som ledende overlæge blevet brugt til også at styrke den tværfaglige ledelse i klinikken på afsnitsniveau (eller tilsvarende).

Mange hospitaler har efterstræbt, at de ledende overlæger skulle indgå i 'ledelsesduoer', trioer eller 'makkerpar' med en kollega med samme ledelsesniveau fra afdelingen. Oftest er det en sygeplejerske, men det kan også være andre faggrupper, fx en radiograf.

Den altovervejende vurdering af disse samarbejder er positiv. For eksempel forklarer en oversygeplejerske:

*Vi har haft makkerskabet i noget tid og er begyndt at mærke, at det faktisk giver noget. Vores ledende overlæge begynder at bruge os som et ledelsesteam, og vi kan sammen drøfte nogle ting. Før var det mere opdelt, og nu kan vi gøre det lidt mere samlet. Blandt andet fordi det, at det ligger*

*i hans funktion, at han har et ansvar for noget, og det tager han på sig.  
Det var lidt mere flyvsk før.*

Det at kunne lede en organisatorisk enhed samlet og at have en stemme ind i hinandens faggrupper er blandt de oplevede gevinster.

## Ulige vilkår for ledelse

- **Tid til ledelse:** Oversygeplejersker er oftest fuldtidsledere, ledende overlæger er oftest deltidsledere. Ledende overlæger er ofte også engageret i klinisk arbejde, og ledelsesopgaven afgrænses til særlige tidspunkter og dage. Kræver fleksibilitet hos de sygeplejefaglige ledere.
- **Ledelseserfaring:** Oversygeplejersker har typisk mere erfaring end ledende overlæger. Der har derfor været ulige muligheder for sparring vedrørende ledelsesopgaver, ledelseskommunikation m.m.
- **Fordeling af ledelsesopgaver:** Oversygeplejersker har med den nye struktur for lægelig ledelse skullet dele ledelsesopgaver, hvor ledende overlæger skulle påtage sig ledelsesopgaver.
- **Orientering:** Oversygeplejersker er i højere grad orienteret mod organisationen, ledende overlæger er typisk mere fagligt orienteret.
- **Ledelsesdomæner:** Oversygeplejersker har ofte både ansvar for drift og personaleledelse, hvilket ikke altid er gældende for ledende overlæger.

Samtidig er der også udfordringer for makkersamarbejdet. Ledende overlæger og oversygeplejersker arbejder under meget forskellige ledelsesvilkår, hvilket skaber en spænding i samarbejdet, som langt fra er faldet på plads alle steder (se boks).

Gennemgående fremgår det dog, at der er stort potentiale i disse makkerskaber og at der udvikles lokale løsninger på udfordringerne. Hvilke muligheder og udfordringer, makkerskaberne har, hænger bl.a. sammen med, hvordan de er etableret. Der findes både det, man kan kalde integrerede og løstkoblede ledelsespar.

### Integrerede ledelsespar

De integrerede ledelsespar er et team eller makkerskab med delt ansvar for enten hele eller dele af et organisatorisk område. Der kan fx være et fællesskab om beslutninger i relation til den daglige drift, om at sætte en strategisk retning for området og om personaleledelse. I

sjældne tilfælde er parrene så samarbejdende og integrerede, at de kan tage over for hinanden ved fravær, således at lægerne ledes af oversygeplejersken, når den ledende overlæge er fraværende, og omvendt. Typisk består integrationen dog i, at man løbende sparrer, koordinerer og laver aftaler omkring den enhed, man leder.

Det integrerede samarbejde opleves som værdifuldt, fordi det giver tydelighed om retningen for afsnittet. "Alle ved, hvor vi er på vej hen, fordi vi taler sammen", som en ledende overlæge siger. Sygeplejerskerne på den anden side værdsætter især at

få tværfagligheden ind i afsnitsledelsen. Nogle interviewpersoner nævner desuden, at trygheden ved at have nærværende tværfaglig ledelse til stede på alle sengeafsnit har haft betydning for både arbejdsmiljø og mulighed for fravær, herunder ferieafvikling. Dette peger på, at makkerskabet kan styrke ledelsens robusthed i hverdagen.



*Vi [cheflæge og chefsygeplejerske] tænker store tanker sammen. Det synes jeg er enormt tilfredsstillende: at have en makker. Og det tror jeg faktisk også, at de ledende overlæger synes er sjovt. Og de kan også skabe nogle resultater, som vi ikke så før, hvor det var mere opdelt. Så jeg tænker, det er mere duo-ledelsen, end det der, end det er noget andet – og det var ikke kommet, hvis [OK21] ikke var kommet.*

Cheflæge

Karakteristisk for de integrerede ledelsespar er således, at der er tydelighed om, hvad deres fælles ledelsesområde og ansvar er, og hvilket ansvar og mandat de har hver især, selvom de sjældent har en ligelig fordeling af ledelsestid.

### **Løst koblede ledelsespar**

De løst koblede duoledelser ses fx på afsnit eller afdelinger, hvor den ledende overlæge forventes at samarbejde med flere oversygeplejersker (se Figur 5.1). Det vil ofte være i afdelinger, hvor den ledende overlæges ledelsesområde går på tværs af afsnit og derfor kræver samarbejde med sygeplejeledelsen i alle afsnit.

Det er særligt her, de forskellige ledelsesvilkår bliver en udfordring, fx fordi den ledende overlæges begrænsede ledelsestid skal fordeles på et samarbejde med flere oversygeplejersker, eller fælles og delt ledelsesansvar skal aftales med flere oversygeplejersker. Som en cheflæge siger:

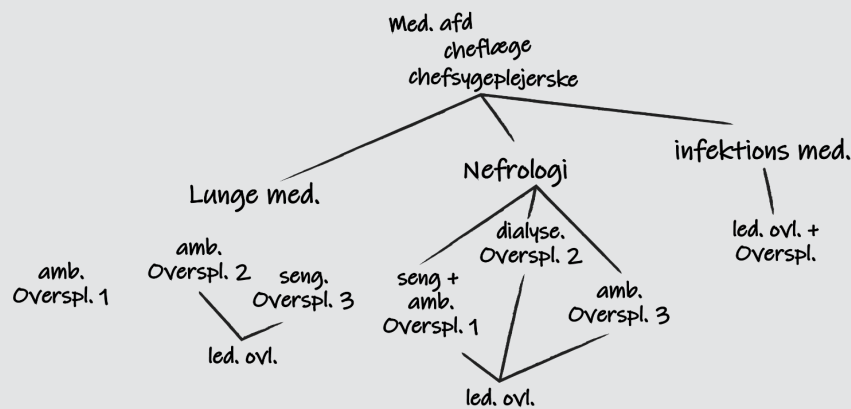
*Det helt store organisatoriske problem, at lægerne går på kryds og tværs i en afdeling, og sygeplejerskerne, de bliver stationære i afsnit. [Samtidig] har de ledende overlæger jo bare 20 % af deres arbejdstid, hvor de skal holde styr på det. Så det er meget svært, og det gør det meget kompliceret at lægge det ud.*

Der pågår derfor mange diskussioner og forhandlinger af ledelsesopgaven og -ansvar i disse makkerpar. For den ledende overlæge bliver det hurtigt mere tidskrævende end stillingen tillader at vedligeholde flere makkerskaber, og for

oversygeplejerskerne kan det opleves frustrerende at samarbejde med en ledende overlæge, som mangler tid og fokus på det afsnit, vedkommende leder.

**Figur 5.1** Illustration af ledelsesstruktur i afdeling, hvor nogle ledende overlæger har flere sygeplejemakere. Tegnet under gruppeinterview

I et interview blev der tegnet et organisationsdiagram, som viser, hvordan en ledende overlæge indgår i et makkerskab med flere oversygeplejersker. Oversygeplejerskernes ledelsesområde er afgrænset til et afsnit, hvor den ledende overlæge går på tværs af flere afsnit.



led. overlæge = ledende overlæge, overspl. = oversygeplejerske, amb. = ambulatorie

Kilde: Illustration udarbejdet af ledende overlæger i forbindelse med gruppeinterview.

### Input til det fremtidige arbejde i og med makkerskabsledelse

Tværgående fremstår det centralt, at man får aftalt og afstemt forventninger til makkerskaberne. Her har afdelingsledelserne en vigtig rolle i forhold til at rammesætte makkerskaberne og tydeliggøre de forskellige ledelsesvilkår, læger og sygeplejersker har, herunder hvor meget tid, de ledende overlæger har til ledelse.

Derudover kan det være hensigtsmæssigt at have et blik for forskellige typer af makkerskaber. Hvis den lægelige og organisatoriske inddeling i en afdeling gør, at én ledende overlæge går på tværs af eksempelvis tre afsnit, og en anden ledende overlæge har et afsnit, kræver det afklaring af og tydelighed om, hvordan de to ledende overlæger på forskellige måder vil kunne indgå i makkerskaber. Det vil sjældent være hverken muligt eller hensigtsmæssigt, at den tværgående ledende overlæge engagerer sig på samme måde i driften af et afsnit, som den ledende overlæge, som måske netop har som opgave at drifte et afsnit i samarbejde med en oversygeplejerske. At navngive makkerskaberne som fx ad hoc-makkerskab eller integreret makkerskab kan være et led i en afklaring og forventningsafstemning.

Ud over de her nævnte former for samarbejde om ledelse fremhæves muligheden for netværk for lægelige ledere som en god mulighed. Sådanne netværk for hhv. cheflæger, ledende overlæger og overlæger giver mulighed for sparring om rollen og inspiration til, hvordan man kan forme sit ledelsesrum og navigere i organisationen. Dette kom også til udtryk under interviewundersøgelsen: Under gruppeinterviewene blev det tydeligt, at de medvirkende fandt stor inspiration og støtte i at lytte til hinandens erfaringer, og bemærkninger som, "det tror jeg også, jeg vil hjem og prøve af", hørtes ofte.

## 5.4 Opsamling: Ledelse som samarbejde

Dette kapitel har vist, hvordan OK21 på flere hospitaler har bidraget til en styrkelse af ledelse som et kollektivt anliggende. På tværs af afdelingsledelse, lægeteams og tværfaglige makkerskaber peger erfaringerne på, at ledelse i stigende grad organiseres gennem samarbejde, hvor ansvar, beslutninger og prioriteringer forhandles i fællesskab frem for at være entydigt placeret hos enkeltpersoner.

I afdelingsledelsen kommer dette nogle steder til udtryk gennem justeringer af ledelsesgruppen, som på samme tid indebærer en udvidelse af afdelingsledelsen med ledende overlæger og makkere, og en indsnævring af, hvilke læger der indgår i den samlede ledelsesgruppe. Etablering af lægeteams og tværfaglige makkerskaber kan også understøtte faglig koordinering, opgaveløsning og oversættelse af overordnede beslutninger til klinisk praksis. Erfaringerne viser, at disse samarbejdsformer rummer et betydeligt potentiale, men også er præget af variation i modenhed, grad af formalisering og tydelighed om mandat.

På tværs af kapitlet beskrives en række **gevinster** ved at organisere ledelse som samarbejde. For det første peges der på en styrket kollektivisering af ledelsesansvaret, hvor både afdelingsledelse, ledende overlæger og deres teams i højere grad deler ansvar for prioriteringer og løsninger. For det andet opleves bedre koordinering mellem faglige og organisatoriske hensyn, når ledelse organiseres i fora, der samler forskellige perspektiver. Endelig fremhæves øget robusthed i ledelsen, særligt når opgaver og beslutninger kan drøftes i fællesskab frem for at hvile på enkeltpersoner.

Samtidig peger kapitlet på flere **udviklingsmuligheder**. For det første fremstår tydelighed om roller, mandat og tid til ledelse som afgørende for, at samarbejdsformer kan fungere efter hensigten. For det andet viser erfaringerne, at samarbejde om ledelse kræver aktiv rammesætning og løbende forventningsafstemning – både i afdelingsledelsen, i lægeteams og i tværfaglige makkerskaber. Endelig peger materialet på et potentiale i at videreudvikle funktionelle og tværgående teams som led i arbejdet med mere sammenhængende patientforløb og implementering af reformkrav.

## 6 Konklusion

OK21 har dannet grobund for en omfattende udvikling af, hvordan lægelig ledelse forstås, udføres og vægtes på de danske hospitaler. Her, ca. 4 år efter at den nye struktur blev vedtaget, gør vi status på, hvordan den er blevet forstået, omsat og praktiseret på danske hospitaler, og hvilke erfaringer, valg og dilemmaer der har præget arbejdet med at styrke lægelig ledelse i praksis.

På tværs af de otte inkluderede hospitaler viser denne erfaringsopsamling, at OK21 har igangsat et omfattende udviklingsarbejde på landets hospitaler, som overordnet opleves positivt og meningsfuldt. Samtidig fremgår det, at reformens faktiske betydning varierer markant; ikke kun mellem regioner og hospitaler, men i høj grad også mellem afdelinger. På nogle afdelinger har OK21 udløst en reel ombygning af ledelsesarbejdet: Nye ledelsesområder er blevet afgrænset eller tydeliggjort, personaleledelse er flyttet tættere på hverdagen, og cheflægens rolle er blevet mere strategisk. Andre steder har reformen i højere grad fungeret som en titel- eller rollejustering, hvor den daglige ledelsespraksis ligner den hidtidige.

På tværs af variationerne står det klart, at OK21 kan styrke lægelig ledelse, hvis der arbejdes vedholdende med at konkretisere ledelsesroller, mandat og opgavefordeling, og hvis der opbygges en infrastruktur for samarbejde om ledelse, der gør ledelse til en fælles opgave frem for et individuelt vilkår.

### 6.1 Hovedbudskaber

Hovedbudskaberne fra erfaringsopsamlingen er:

1. **OK21 har fungeret som en katalysator, men er ikke i sig selv tilstrækkelig ramme for styrkelse af lægelig ledelse.** Reformen har skabt et fælles sprog, nye positioner og et legitimt rum for at tale om ledelse blandt læger. Men de faktiske gevinster afhænger af, om hospitaler og afdelinger aktivt har brugt rammen til at omdefinere ledelsesopgaver, mandat og samarbejdsformer, eller primært har gennemført formelle titel- og rollejusteringer.
2. **Variationen i implementeringen er i høj grad afdelingsdrevet.** Afdelingernes størrelse, kompleksitet, historik og eksisterende ledelsespraksis har haft afgørende betydning for, hvordan OK21 er blevet omsat. Det betyder, at forskellene mellem afdelinger på samme hospital ofte fremstår ligeså store som forskellene mellem hospitaler. Det vidner om, at OK21 ikke fastsætter roller og strukturer, men snarere muliggør forskellige lokale løsninger. Arbejdet med at analysere, forstå og udvikle en lokalt tilpasset tilgang til lægelig ledelse

kræver lokal ledelseskapalet og support til forandringsarbejdet. Afdelinger, som oplever et særligt pres fx i form af manglende arbejdskraft, er derfor sjældent kommet så langt med implementeringen, som andre afdelinger.

- 3. Etableringen af ledende overlæger har styrket mulighederne for nær ledelse, men rollen er fortsat præget af betydelig variation og krydspres.** Hvor ledelsesområder og domæner er tydeligt afgrænset, og hvor ansvar følges af reelt mandat, opleves forbedret drift, bedre personaleledelse og større sammenhæng mellem faglighed og organisering. Hvor disse forhold er uklare, eller hvor der er urealistiske krav til, hvad den enkelte ledende overlæge og overlæge skal kunne løfte, opleves i stedet belastning og usikkerhed om, hvorvidt ressourcerne på ledelse ville være bedre brugt i driften.
- 4. Styrkelsen af lægelig ledelse hviler på velfungerende koordination og samarbejde på tværs af ledelseslag.** Ledelse efter OK21 udøves sjældent gennem entydig delegation fra cheflæge til ledende overlæger, men gennem overlappende og kombinerede former for opgavedeling. De afdelinger, der oplever de bedste resultater, arbejder aktivt med at afstemme ansvar, råderum og forventninger mellem cheflæger, ledende overlæger og overlæger og udvikler løsninger, som ofte indebærer forskellige måder at distribuere ledelsen af et område på, så det giver mening i forhold til opgaven, afdelingen og personlige kompetencer.
- 5. Samarbejde er en central løftestang til at realisere reformens intentioner om tværgående ledelse.** Udvidede afdelingsledelser, lægelige ledelsesteams og tværfaglige makkerskaber bidrager til at gøre ledelse mindre personafhængig og mere robust. Omvendt viser materialet, at fravær af klare ledelsesfællesskaber kan føre til silotænkning, konkurrence mellem ledere og uklarhed om ansvar.
- 6. Overlægerens ledelsesrolle fremstår med uforløst potentiale.** Mens OK21 eksplicit fremhæver overlægestillingen som en ledelsesstilling, er denne rolle mange steder utilstrækkeligt defineret og understøttet. Manglende tydelighed om forventninger og bidrag risikerer både at skabe tilbagetrækning og at svække den samlede ledelseskæde.

## 6.2 Oversættelsesarbejde kræver tid og kapacitet

OK21 har ikke udgjort den samme forandringsopgave for alle afdelinger. For nogle har reformen kunnet oversættes relativt direkte til eksisterende strukturer og praksisser, mens den for andre har krævet omfattende organisatorisk omstilling, ny arbejdsdeling og betydelige prioriteringer i en allerede presset hverdag. Hvor stor en udfordring arbejdet med OK21 har været, afhænger i høj grad af afdelingernes udgangspunkt, handlemuligheder og understøttelse.

En central skillelinje går mellem afdelinger, hvor den nye ledelsesstruktur lod sig integrere i den eksisterende organisering, og afdelinger, hvor strukturen ikke umiddelbart passede, og hvor der derfor var behov for egentlige organisationsændringer. Et andet afgørende forhold har været adgangen til egnede lederkandidater. Flere afdelinger har stået over for vanskelige valg, når personer med historisk eller faglig legitimitet ikke nødvendigvis havde interesse i eller kompetencer til organisatorisk og personalemæssig ledelse. Derudover har den daglige drift sat klare grænser for, hvor hurtigt og hvor langt afdelingerne har kunnet gå. Flere peger på, at "frikøb" af ledende overlæger til ledelse, fx en dag om ugen, har været vanskeligt at realisere i afdelinger med lægemangel eller højt aktivitetspres. Afdelinger med stærke, veletablerede faglige lederroller har haft forskellige muligheder: Nogle har kunnet videreudvikle disse til mere organisatorisk orienterede ledelsesroller, mens andre har oplevet, at den eksisterende struktur vanskeliggjorde et egentligt skifte i ledelsespraksis.

Samlet set viser erfaringerne, at arbejdet med OK21 formes af de nævnte organisatoriske vilkår for udvikling i kombination med den indsats, der bliver lagt i forandringen særligt af cheflægen – med understøttelse fra fx direktion, lokale konsulenter mv. De afdelinger, der tidligt og systematisk har investeret i organisationsudvikling og rekruttering, fremstår i dag som dem, der oplever de største gevinster.

### **6.3 Den ledende overlæge: en stilling, mange roller**

OK21's primære fokus er det nye ledelseslag – de ledende overlæger, og erfaringsopsamlingen afspejler dette fokus: Placeringen af de ledende overlæger i afdelingerne og udformningen af de ledende overlægers rolle har været centralt i hospitalernes udviklingsarbejde. Samtidig viser erfaringsopsamlingen, at stillingen i praksis rummer et bredt spektrum af roller, både i forhold til, *hvad* man leder, og *hvor* man leder.

En væsentlig kilde til variation er, hvordan ledelsesområdet er afgrænset. Mange ledende overlæger leder en organisatorisk enhed som sengeafsnit eller ambulatorium; ofte i makkerskab med plejesiden. Andre leder et fagligt område, mens enkelte steder definerer ledelsesområdet med udgangspunkt i patientforløb på tværs af enheder. Derudover placeres uddannelse og forskning nogle steder som selvstændige ledelsesområder. Variation opstår også i, hvilke ledelsesdomæner der knyttes til stillingen: drift, faglighed, personale og økonomi. Drift fylder næsten altid, mens faglig ledelse enten integreres i rollen som en forventning om "fagligt fyrtårn" eller bevidst adskilles og forankres hos andre. Personaleledelse fremstår som den mest markante ændring i mange afdelinger, fordi det opleves som en radikal forandring, at det ikke længere er cheflægen alene, der skal tage sig af MUS, rekruttering og sygefravær. Økonomi er det domæne, hvor rollen ofte er mest uafklaret: Nogle

ledende overlæger er helt involveret, andre har delbudgetter eller mandat til mindre beslutninger, og enkelte forventes at have indsigt i og ansvarsfølelse for "helheden" uden tilsvarende råderum.

På tværs af modellerne fremstår et centralt spændingsfelt: Når flere domæner samles hos én ledende overlæge, kan det skabe tydelighed, nærhed og helhed i ledelsen. Omvendt kan det også skabe et betydeligt arbejdspress og et krydspres mellem driftskrav, faglige forventninger og personalehensyn. Når domæner adskilles og fordeles mellem flere ledere, kan det udnytte forskellige kompetencer og reducere belastningen på den enkelte, men det stiller til gengæld større krav til koordinering, fælles retning og løbende afstemning i ledelsesteamet.

## 6.4 Ledelsesrelationer i forandring

Implementeringen af OK21 har ikke kun formet en ny stilling som ledende overlæge, den har også medvirket til en ændring i ledelsesrelationerne mellem cheflæger, ledende overlæger og overlæger og givet anledning til nye forståelser af, hvordan man kan arbejde *sammen* om ledelse. Flere steder er man kommet langt med disse nye samarbejdsformer, men undersøgelsen viser også, at der fortsat mangler systematisk opmærksomhed på, hvordan *alle* ledelseslag spiller ind i den samlede lægelige ledelse; ikke mindst cheflægernes og overlægernes roller.

Som led i undersøgelsen har vi udviklet en typologi for ledelsesdelegering og distribuering, der beskriver fem forskellige måder, afdelinger deler og koordinerer ledelsesopgaver på: Både via klassisk delegering af afgrænsede delområder, til mere involverende og distribuerede former for ledelse, udviklingsorienteret opgavefordeling, tærskelstyrede modeller, hvor sager løftes op ved bestemte kompleksitetsniveauer, og mere situationsbestemt ad hoc-delegering. Der findes ikke én rigtig måde at (for)dele lægelige ledelsesopgaver på, men valgene har konsekvenser for, hvordan samarbejdet fungerer både for dem, der leder, og dem, der skal ledes. Intentionen med typologien er at give lægelige ledere mulighed for at drage inspiration fra kollegaer til flere måder, hvorpå man kan arbejde sammen om ledelse.

### **Cheflægens nye rolle: Mere tid til strategi**

Cheflægerne fremstår som den ledergruppe, der mest entydigt har mærket gevinster efter OK21. De cheflæger, som er lykkedes med at uddelegere ledelsesopgaver, oplever at være kommet mere på afstand af driftsopgaverne og have mere tid generelt. Dette betyder både et bedre arbejdsliv og mere tid til strategisk ledelse.

Samtidig efterspørger en del cheflæger støtte i at finde retning i deres nye rolle: Hvad er det, man laver, når man arbejder med strategi, og hvordan fastholder man at holde sig orienteret og være relevant i afdelingen?

### **Overlægerne: Et uforløst ledelsespotentiale**

Selvom OK21 fremhævede overlægerne som en ledelsesstilling, har deres rolle fyldt relativt lidt i det efterfølgende forandringsarbejde. Undersøgelsen viser, at der flere steder hersker uklarhed om, hvad overlægernes ledelsesopgaver egentlig består i, og hvordan de adskiller sig fra – eller spiller sammen med – den ledende overlæges ansvarsområder. For nogle overlæger har det skabt frustration, både i forhold til udsigten til, at speciallægestillingen i højere grad bliver en slutstilling, og i forhold til at få et nyt ledelsesslag placeret mellem dem og cheflægen, der skaber større afstand til afdelingsledelsen. Andre har trukket sig fra deres hidtidige ledelsesengagement i forståelsen af, at deres indsats ikke længere efterspørges.

Samtidig fremhæver flere afdelinger, at den ledende overlæges mere nære personaleledelse og koordinering har forbedret samarbejdet i afdelingen og skabt større klarhed i hverdagen. På tværs af variationerne peger undersøgelsen imidlertid på, at overlægernes rolle i lægelig ledelse mange steder er utilstrækkeligt defineret, og vidner om behov for en mere eksplicit forventningsafstemning og tydeliggørelse af, hvad overlægernes rolle som ledere er, kan og skal være.

## **6.5 Samarbejde om ledelse**

Selvom OK21 ikke eksplicit havde fokus på samarbejde om ledelse, fremstår det som et centralt element i afdelingernes udviklingsarbejde efter OK21. Indførelsen af mellemliderlaget af ledende overlæger har kvalificeret mulighederne for at tænke ledelse som en fælles opgave, hvor cheflæger og ledende overlæger – og disses makkerer – arbejder tættere sammen om at skabe sammenhæng på tværs af afdelinger og funktioner.

Samarbejdet om ledelse udfolder sig i flere former: gennem justeringer af afdelingsledelsens sammensætning, gennem etablering af lægelige ledelsesteams og gennem tværfaglige makkerskaber. Fælles for disse er, at de bidrager til en øget kollektivering af ledelsesansvaret, hvor prioriteringer af fx faglige og organisatoriske afvejninger og oversættelse af overordnede krav i højere grad bliver et fælles ansvar.

På tværs af hospitalerne er der desuden bred enighed om, at etableringen af tværfaglige makkerskaber har været et af de mest vellykkede organisatoriske greb efter OK21. Samarbejdet mellem lægelige og sygeplejefaglige – eller ækvivalente – ledere skaber mulighed for en stærkere forbindelse mellem både sygeplejefaglighed og lægefaglighed, og mellem organisering og lægefaglighed, fordi oversygeplejerskerne ofte spiller en central rolle i den organisatoriske ledelse af et afsnit. Makkerskaberne har flere steder styrket dialogen, koordinationen og den gensidige forståelse af, hvad der kræves for at lede. Samtidig har makkerskaberne nogle indbyggede

udfordringer i forhold til uens vilkår for ledelse, som det fremover fortsat vil være relevant at have fokus på.

Samlet set fremgår det, at OK21 har bidraget til en bevægelse mod, at ledelse i stigende grad forstås og praktiseres som samarbejde.

## 6.6 Potentialer for det videre arbejde med lægelig ledelse

Der findes ikke én model for lægelig ledelse, der passer til alle hospitaler, afdelinger og specialer. Variation i bl.a. størrelse, organisatorisk kompleksitet, ressourcer og patientforløb betyder, at løsninger nødvendigvis må tilpasses lokalt. På tværs af denne variation peger undersøgelsen dog på en række fælles overvejelser og greb, som er relevante, uanset organisatorisk kontekst. Nedenstående anbefalinger er derfor tænkt som inspiration til at understøtte en fortsat styrkelse af lægelig ledelse efter OK21.

### 1. Gør forventningsafstemning til en ledelsesopgave frem for et engangstiltag

Selvom mange hospitaler har etableret tommelfingerregler for de lægelige ledelsesroller og/eller arbejder med funktionsbeskrivelser i forbindelse med ansættelse, viser undersøgelsen fortsat betydelig uklarhed om både opgavefordeling, ansvar og grænseflader. Der er i mange afdelinger behov for en mere systematisk forventningsafstemning på tværs af ledelseslagene.

Det indebærer særligt at afklare:

- hvordan **cheflæger** udfylder rollen som strategisk leder og fastholder relevans i afdelingen
- hvordan **ledende overlæger** kan balancere drift, faglig udvikling, personaleledelse og eget arbejdsliv på en bæredygtig måde
- hvordan **overlæger** – eller speciallæger – kan få tydeliggjort og aktiveret deres ledelsespotentiale som en integreret del af ledelseskæden.

Denne afklaring kan fx løftes via faste fora, hvor forventninger til lægelige ledelsesroller drøftes, evalueres og justeres. Til brug for sådanne drøftelser kan være fiktive eller oplevede cases og/eller de typologier, der præsenteres i denne rapport.

### 2. Styrk samarbejdet om den organisatoriske infrastruktur for ledelse

OK21 har tydeliggjort betydningen af velfungerende ledelsesfællesskaber for at undgå "siloledeelse" og styrke koordinering og fælles prioritering og retning. Selvom mange afdelinger efter OK21 har etableret nye samarbejdsformer omkring ledelse,

viser undersøgelsen stor variation i, hvordan ledelsesfællesskaber er organiseret og anvendt i praksis. Flere steder fremstår samarbejdet sårbart, personafhængigt eller utilstrækkeligt understøttet, særligt omkring de ledende overlæger. Der er derfor i mange afdelinger behov for en tydeligere og mere bæredygtig organisering af teamsamarbejde og ledelsesinfrastruktur.

Det indebærer en præcisering af:

- hvordan ledende overlæger integreres i et forpligtende ledelsesfællesskab opadtil med afdelingsledelsen
- hvordan ledende overlæger samtidig understøttes nedadtil gennem samarbejde med overlæger og funktionelle lægeteams
- hvordan tværfaglige makkerskaber rammesættes, herunder forskelle i mandat, tid og ansvar.

Denne præcisering kan fx løftes ved at kortlægge eksisterende ledelsesfora og samarbejdsrelationer i afdelingen og bruge dette som afsæt for at justere mødestrukturer, deltagelse og opgavefordeling. Det kan desuden ske gennem tydelig rammesætning fra afdelingsledelsen af, hvilke samarbejdsformer der forventes, og hvilket ansvar der er knyttet til de enkelte fora og teams.

### **3. Udnyt potentialet for ledelse på tværs – i lyset af sundhedsreformen**

Den kommende sundhedsreform og udviklingen af det nære sundhedsvæsen skærper behovet for ledelse på tværs af sektorer. Erfaringsopsamlingen viser imidlertid, at der aktuelt er begrænset fokus på ledelse på tværs. Her har særligt den ledende overlæge en strategisk position ved at være tæt på driften og patientforløbene. For at få denne position i spil er det imidlertid nødvendigt at afklare en række spørgsmål.

- Hvilke tværgående opgaver og patientforløb kunne styrkes af lægelig ledelse på ledende overlægeniveau, og hvorvidt afdelingen skal spille en igangsættende eller afventende rolle?
- Hvilket mandat har ledende overlæger i tværgående samarbejder, herunder i forhold til personale, arbejdsgrupper og prioriteringer?
- Hvordan balanceres tværgående ledelsesopgaver med lokale drifts- og ledelsesopgaver?
- Hvilke fora og samarbejdsstrukturer forventes ledende overlæger at indgå i på tværs af afdelinger, hospitaler og sektorer?

Dette kræver både organisatorisk støtte, adgang til tværgående fora og en klar forventning om, at lægelig ledelse også omfatter ansvar på tværs af det traditionelle hospitalsrum. Desuden kan det være relevant med udveksling på tværs af hospitaler og afdelinger af erfaringer med samarbejder på tværs af sektorer.

# Litteratur

- Bech, M., Jørgensen, P. & Rasmussen, S.B. (red.) (2025). *Hvordan transformerer vi fremtidens sundhedsvæsen? En antologi om, hvordan succesfuld transformation lykkes*. FADL's Forlag.
- Bendix, H.W., Digmann, A., Jørgensen, P. & Møller Pedersen, K. (2008). *Hospitalsledelse: Organisatorisk fænomen og faglig disciplin*. L&R Business.
- Bolden, R. (2011). Distributed leadership in organizations: A review of theory and research. *International Journal of Management Reviews*, 13(3), 251-269.
- Brunsson, N. (1986). Organizing for inconsistencies: On organizational conflict, depression and hypocrisy as substitutes for action. *Scandinavian Journal of Management Studies*, 2(3-4), 165-185.
- Brunsson, N. (1989). Administrative reforms as routines. *Scandinavian Journal of Management*, 5(3), 219-228.
- Brunsson, N. & Olsen, J.P. (2018). *The Reforming Organization: Making Sense of Administrative Change*. Routledge.
- Cloutier, C., Denis, J.-L., Langley, A. & Lamothe, L. (2016). Agency at the managerial interface: Public sector reform as institutional work. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 26(2), 259-276.
- Czarniawska, B. & Sevón, G. (red.) (2011). *Translating Organizational Change*. De Gruyter.
- Dahl Pedersen, L., Thomsen, N., Bech, M., Cecchini, M. & Jacobsen, C.B. (2019). *Kortlægning af ledende overlæger i Danmark: En undersøgelse af ledende overlægers karakteristika, ledelsesrolle, lederidentitet og ledelsesvilkår*. Aarhus Universitet.
- Erwin, D.G. & Garman, A.N. (2010). Resistance to organizational change: linking research and practice. *Leadership & Organization Development Journal*, 31(1), 39-56.
- FAS (2022). OK21 Lægelig ledelsesform. <https://laeger.dk/foreninger/overlaegeforeningen/ok26-overlaegeforeningen/ok21-laegelig-ledelsesreform>

- Fitzgerald, L., Ferlie, E., McGivern, G. & Buchanan, D. (2013). Distributed leadership patterns and service improvement: evidence and argument from English healthcare. *The Leadership Quarterly* 24 (1): 227-239.
- Greve, C. (2007). *Offentlig ledelse og styring*. Djøf Forlag.
- Gronn, P. (2002). Distributed leadership as a unit of analysis. *The Leadership Quarterly*, 13(4), 423-451.
- Grøn, C.H. & Jacobsen, C.B. (2025). Love thy neighbour? Management team environment and effective leadership behaviour in public organizations. *Public Management Review*, 28(2), 521-539.
- Hauge, A.M., Bjørnholt, B. & Bech, M. (2022). *Lægelig ledelse. Inspirationskatalog: Hvordan hospitalerne kan styrke deres lægelige ledelse med OK21? VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd*.
- Hauge, A.M., Scheller, V.K., Bech, M. & Madsen, M.H. (2026). The double nexus of clinical management - hybrid doctor-manager roles in Danish hospitals. *Social Science & Medicine*, 390, 1-10.
- Holm, T.B. (2025). Ledelse på hospital fyret på grund af dårligt arbejdsmiljø. DR Nyheder. <https://www.dr.dk/nyheder/seneste/ledelse-paa-hospital-fyret-paa-grund-af-daarligt-arbejdsmiljoe>
- Holm-Petersen, C., Tolsgaard, A., Vestergaard, M.B. & Østergaard, S. (2011). *Færre ledere til flere medarbejdere: Ledelsesspænd på store hospitalsafsnit*. Dansk Sundhedsinstitut.
- Jacobsen, C.B. (2023). Rekruttering og fastholdelse i sundhedsvæsenet kræver en sammenhængende indsats. *Dagens Medicin*. <https://www.dagensmedicin.dk/debat/overblik/rekruttering-og-fastholdelse-i-sundhedsvaesenet-kraever-en-sammenhaengende-indsats/>
- Jakobsen, M.S., Ejersbo, N. & Bech, M. (2015). Faglig, hybrid eller generalist – ledelse i sundhedsvæsenet: Et studie af ledende overlæger i Danmark. *Økonomistyring & Informatik*, 31(2), 125-147.
- Jespersen, P.K. (2005). *Mellem profession og management: Ledelse i danske sygehuse*. Handelshøjskolens Forlag.

- Kirkpatrick, I., Ackroyd, S. & Walker, R. (2005). *The New Managerialism and Public Service Professions: Change in Health, Social Services and Housing*. Palgrave Macmillan.
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations*. Prentice Hall.
- NHS Leadership Academy (2011). *Leadership Framework*. NHS Institute for Innovation and Improvement.
- Poulsen, C.K. (2024). »Jeg ser virkelig, at overlægernes ledelseskompetencer kommer i spil«. Ugeskrift for Læger. <https://ugeskriftet.dk/nyhed/jeg-ser-virkelig-overlaegernes-ledelseskompetencer-kommer-i-spil>
- Regionernes lønnings- og takstnævn & Foreningen af Speciallæger (2021). *Forhandlingsprotokol vedrørende fornyelse af overenskomster/aftaler pr. 1. april 2021 indenfor Foreningen af Speciallæger forhandlingsområde. Regionernes lønnings- og takstnævn & Foreningen af Speciallæger*. RLTN – Danske Regioner.
- Uhl-Bien, M. (2006). Relational Leadership Theory: Exploring the social processes of leadership and organizing. *The Leadership Quarterly*, 17(6), 654-676.
- Viitanen, E., Kokkinen, L. & Puolijoki, H. (2016). Hospital management teams-reflections on organizational and medical specialization cultures. *Journal of Hospital Administration*, 5(1), 90-9.
- Wisborg, K. & Ullum, H. (2025). Hvor ligger nøglen til forandring i sundhedsvæsenet? Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet. <https://dssnet.dk/hvor-ligger-noeglen-til-forandring-i-sundhedsvaesenet/>
- Yukl, G. (2013). *Leadership in Organizations* (8. edition). Pearson.
- Zeuthen Bentsen, E. (2000). *Sygehusledelse i Danmark: Trojkamodellens opståen, spredning og funktion*. Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Østergaard-Nielsen, M.R., Graversen, M.S. & Jacobsen, C.B. (2025). Formel ledelsesautoritet og frontlinje-lederes oplevede mulighed for at bedrive ledelse i offentlige organisationer: resultater fra danske hospitaler. *Politica*, 57(1), 80-100.

## Bilag 1 Design og metode

Formålet med undersøgelsen er at indsamle og systematisere hospitalernes erfaringer med implementeringen af OK21 og den nye lægelige ledelsesstruktur. Undersøgelsen søger ikke at forklare årsagssammenhænge eller evaluere effekter af bestemte implementeringstiltag, men at give indblik i, hvordan reformen er blevet forstået, omsat og praktiseret i forskellige organisatoriske sammenhænge. For at skabe et sådant indblik er undersøgelsen designet som en kvalitativ interviewundersøgelse centreret om spørgsmålet: Hvordan er den nye lægelige ledelsesstruktur i OK21 blevet forstået, omsat og praktiseret på danske hospitaler, og hvilke erfaringer, valg og dilemmaer har præget arbejdet med at styrke lægelig ledelse i praksis?

### **Undersøgelingsdesign: otte hospitaler som cases**

Den kvalitative interviewundersøgelse består i casestudier på otte udvalgte hospitaler. Udvælgelsen af hospitaler er foregået med henblik på at opnå variation blandt hospitalerne, således at hospitaler i hele landet og hospitaler af forskellig størrelse og funktion er repræsenteret. De fem regioner har haft en forskellig strategi i forhold til organiseringen af den lægelige ledelsesopgave, hvilket potentielt kunne give varierede muligheder og barrierer i relation til den lægelige ledelse. Derudover forventede vi, at muligheder og betingelser for lægelig ledelse var forskellige afhængigt af hospitalernes størrelse og specialiseringsgrad. Derfor er der i undersøgelsen inkluderet hospitaler i alle fem regioner samt universitetshospitaler og regionshospitaler.

Valget af et komparativt casestudiedesign har haft til formål at indfange variation i, hvordan OK21 er blevet implementeret og praktiseret under forskellige organisatoriske betingelser. Designet muliggør en grundig sammenligning af erfaringer på tværs af regioner, hospitaler og afdelinger, men uden ambition om at udlede kausale sammenhænge mellem bestemte organisatoriske karakteristika og bestemte udfald. Analysen har vist betydelig intern variation inden for de enkelte casehospitaler, hvor forskelle mellem afdelinger ofte har været lige så markante, og i nogle tilfælde mere markante, end forskelle mellem hospitaler. På den baggrund er det ikke muligt at drage entydige konklusioner om, hvordan forskellige typer af hospitaler arbejder med OK21 eller lægelig ledelse. Fokus er i stedet på at identificere mønstre, variationer og tilbagevendende dilemmaer i materialet, som kan give anledning til refleksion og læring på tværs af organisatoriske kontekster, snarere end på repræsentativitet eller generalisering i statistisk forstand.

Konkret foregik udvælgelsen i samarbejde med en følgegruppe bestående af repræsentanter fra FAS og Danske Regioner samt danske ledelsesforskere, som bidrog til at kvalificere udvælgelsen. VIVE udarbejdede på den baggrund en liste med

relevante casehospitaller, jf. ovenstående kriterier, hvorefter FAS og Danske Regioner opfordrede de relevante hospitaller til at melde sig. Alle udvalgte hospitaller accepterede at deltage.

### **Interviewstudie: 5 interview pr. hospital**

For hvert casehospital er der gennemført ét interview i hver af de fem ledelseslag, dvs. hospitalsdirektion, cheflæger, ledende overlæger, overlæger og lederkollegaer på plejesiden (både chefsygeplejersker og oversygeplejersker). Interview med direktionen blev afholdt som solo eller to-personsinterview, og de øvrige interview blev afholdt som gruppeinterviews. Enkelte interviews blev afholdt via en online platform. Undersøgelsen omfatter i alt 40 interviews med i alt 114 interviewpersoner.

Bilagstabel 1.1 giver en oversigt over antal af interviews og interviewpersoner fordelt på forskellige ledelsesniveauer.

**Bilagstabel 1.1**      **Oversigt over interviews**

<b>Nuværende titel</b>	<b>Antal interviews</b>	<b>Antal interviewpersoner i alt</b>
Direktion	8	9
Cheflæger	8	30
Ledende overlæger	8	24
Overlæger	8	23
Lederkollegaer	8	28
I alt	40	114

Interviewene er foretaget med ønske om at få et nuanceret indblik i, hvordan OK21 er blevet oversat i de forskellige ledelsesniveauer via regionernes, hospitalernes og afdelingernes fortolkning samt identificere, hvordan lokale tilgange til implementeringen har haft betydning for, hvordan OK21 er blevet oplevet og oversat til praksis. I forhold til interviewdeltagelse har vi efterstræbt variation på relevante karakteristika såsom ledelseserfaring, anciennitet og køn samt spredning i afdelingernes størrelse og type (fx medicinsk, psykiatrisk, kirurgisk, tværgående). I praksis foregik rekrutteringen gennem en kontaktperson fra hvert casehospital, som sammensatte interviewgrupper ud fra vores ønsker. Disse blev i høj grad indfriet, men krævede enkelte modifikationer i tilfælde, hvor gruppeinterviews indeholdt flere repræsentanter fra samme speciale, eller når der i nogle tilfælde var færre end tre deltagere i et gruppeinterview. Både hospitaller og interviewpersoner fremgår i rapporten i anonymiseret form.

## Dokumentstudie

For at understøtte de gennemførte interviews har vi suppleret dataindsamlingen med et mindre dokumentstudie. Gennem en kontaktperson på casehospitalerne har vi indhentet en række skriftlige kilder, som er vurderet som relevante for implementeringsprocessen af ledelsesstrukturen i OK21. Dette inkluderer fx funktionsbeskrivelser, procesbeskrivelser samt dokumenter fra kompetenceudviklingsforløb og ledelsesmøder, herunder præsentationer og slides. Vi har i alt modtaget 22 skriftlige kilder, som indgår som en del af erfaringsopsamlingens datagrundlag og bidrager til at understøtte analysen af interviewmaterialet. Da det var meget varieret, om og hvor meget materiale casehospitalerne sendte, har vi valgt primært at bruge materiale som baggrundsviden. Bilagsboks 1.1 viser de forskellige dokumenter:

### Bilagsboks 1.1      Oversigt over indsamlede dokumenter

#### Funktionsbeskrivelser

- Funktionsbeskrivelse, cheflæge
- Funktionsbeskrivelse, ledende overlæge (x2)

#### Procesbeskrivelser

- Sagsfremstilling, ny overlæge overenskomst
- Slide præsentationer: Ny aftale for lægelige chefer
- Ledelsesbrev vedr. ny overlægeoverenskomst
- Mødeinvitation, cheflæge
- Kommissorium: Fremtidig patientnær ledelse
- Plan for implementeringen af OK21
- Informationsskrivelse til LOL og specialeansvarlige OL (x2)

#### Kompetenceudvikling

- Slide præsentation: Nye aktiviteter for ledende overlæger
- Slide præsentation: Velkommen til nye ledende overlæger
- Slide præsentation: Fra specialeansvarlig til ledende overlæge

- Præsentation: Kompetenceudviklingsforløb, afd. ledelser
- Kompetenceudviklingsforløb, afd. ledelser
- Program: Lederuddannelse for læger
- Invitation til nyt netværk, LOL
- Screenshot af introduktion til ledernetværk
- Screenshot af netværksgrupper.

### **Gennemførelse og analyse af interviews**

Interviews er gennemført med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide, hvor spørgsmålene løbende er tilpasset de specifikke interviewpersoner og ledelseslag. Alle interviewguides er struktureret omkring en fælles ramme af tematikker, som er udviklet med afsæt i relevant empiri og teori inden for feltet.

Hvert interview indledtes med en præsentation og genopfriskning af de formelle rammer. Derudover blev det understreget, at interviewet var et fortroligt rum, og at vi forventede, at de ting, der blev delt, ikke blev taget med videre. Derudover indeholdt interviewene to hovedkomponenter. I første komponent blev informanterne – på nær direktionsmedlemmerne – bedt om at tegne et organisationsdiagram for deres afdeling og placere egen ledelsesrolle i diagrammet. Efter tur præsenterede deltagerne deres diagrammer og stillede hinanden spørgsmål, fx om afdelingens organisering, ligesom vi stillede opklarende spørgsmål. På den måde opstod i mange tilfælde en produktiv dialog, hvor deltagerne aktivt tog del i at producere viden. I den anden del af interviewet fokuserede vi på ledelsesidentitet og samarbejde og på spændingen mellem at være kliniker og leder. Også her havde deltagerne mulighed for at bidrage med spørgsmål, og ved at sammenligne sig selv med andre, opstod lærerige spørgsmål og ofte også konkrete idéer og muligheder, som informanterne ville prøve af i praksis.

Informanterne blev desuden systematisk spurgt til vanskeligheder, usikkerheder og situationer, hvor OK21 ikke havde haft den tilsigtede betydning i praksis. Interviewene giver ikke adgang til objektive beskrivelser af ledelse, men til informanternes erfaringer, forståelser og vurderinger af deres ledelsespraksis. Det er disse perspektiver, som analysen tager afsæt i og sammenholder på tværs af cases.

Efter empiriindsamlingen er alle interviews blevet transskriberet og kodet i databehandlingsprogrammet Nvivo. Kodningen er foretaget med udgangspunkt i et

kodetræ, som afspejler de forskellige tematikker beskrevet indledningsvist, men med en række underkoder, der har bidraget til at identificere de nuancer, som ses i kapitel 2-5. Kodetræet tager således udgangspunkt både i den eksisterende teoretiske litteratur inden for feltet og med afsæt i de emner, som har vist sig centrale i den indsamlede empiri.

### **Brug af interviews, tegninger og citater**

Vi har anvendt citater og tegninger af organisationsdiagrammer med henblik på at illustrere erfaringsopsamlingens analytiske pointer. Citater og tegninger bruges for at vise, hvordan et tema kan komme til udtryk hos interviewpersoner, men er ikke nødvendigvis gældende blandt alle interviewpersoner eller i alle cases. Vi har tilpasset citater og tegninger sprogligt og i en vis grad indholdsmæssigt med det formål, at hverken cases eller interviewpersoner kan identificeres. Ved brug af illustrationer har vi justeret tegningerne udarbejdet i forbindelse med interviewene – dels med henblik på at tydeliggøre indholdet, dels for at sikre anonymitet. I tilfælde, hvor vi har anvendt citater eller illustrationer, som potentielt kan bryde med fortrolighed, har vi indhentet samtykke fra informanterne.

### **Begreber, typologier og temaer er udviklet abduktivt**

Analysen har haft en abduktiv karakter, hvor empiriske observationer, tidligere viden og analytiske begreber løbende er blevet sat i spil i fortolkningen af materialet. Det betyder, at analysens fokus og begreber er blevet justeret undervejs, i takt med at nye mønstre og problemstillinger trådte frem i data. Det betyder også, at de typologier og begrebsoversigter, der anvendes i rapporten – som fx oversigten over forandringsstilgange eller brugen af begreberne om ledelsesdomæner – ikke var valgt på forhånd, men er blevet inddraget i rapporten på baggrund af interviewene og forfatterens og advisory boardets eksisterende viden på feltet.

Selve rapporten er struktureret omkring fire analytiske temaer, udfoldet i hvert deres kapitel, som tilsammen belyser centrale dimensioner af arbejdet med at implementere OK21 og den nye lægelige ledelsesstruktur. Temaerne er udviklet abduktivt i et samspil mellem tidligere undersøgelser (bl.a. Dahl Pedersen et al., 2019; Hauge et al., 2022, 2026; Jakobsen et al., 2015), de forfattende forskeres og advisory boardets eksisterende viden om lægelig ledelse (fx viden om distribuering, forandringsledelse m.m.), rekvirenternes interesse i implementeringen af OK21 (herunder input til igangværende overenskomstforhandlinger, funktionsbeskrivelser m.m.) samt nye indsigter indhentet gennem relevant litteratur og interviewmaterialet (fx typologier om delegering).

De fire temaer dækker hhv.:

1. Lokale forandringstilgange og oversættelser af reformen
2. Udfoldelsen af de nye lægelige ledelsesroller med særligt fokus på ledende overlæger
3. Opgavefordeling og samspil mellem de lægelige ledelseslag
4. Samarbejde om ledelse på tværs af faggrupper og organisatoriske niveauer.

Temaerne anvendes som analytiske opdelinger, der gør det muligt at systematisere og sammenligne erfaringer på tværs af hospitaler og afdelinger. Temaerne har derfor udviklet sig undervejs, bl.a. var tema 3 og 4 indledningsvist tænkt som et samlet tema om samarbejde om ledelse, men viste sig at være så indholdstungt, at det kunne opdeles i to.

Det første tema i kapitel 2: Forandringstilgange: fokus og forandring, retter sig mod spørgsmålet om, **hvordan OK21 er blevet forstået og omsat lokalt**, og hvilke forandringstilgange der har præget implementeringen på forskellige hospitaler og afdelinger. Analysen har her været optaget af, hvilke rammer, forventninger og krav der er formuleret fra regions- og direktionens side, hvordan disse er blevet fortolket på afdelingsniveau, samt hvilken rolle funktionsbeskrivelser, organisationsdiagrammer og andre styringsredskaber har spillet i forandringsarbejdet. Temaet belyser dermed, hvordan forskellige oversættelser af reformen har haft betydning for læger og lederes oplevelse af både processen og resultatet.

Det andet kapitel, kapitel 3: Ledende overlæger: hvad leder de og hvordan, sætter fokus på stillingen som ledende overlæge. Her har det analytiske udgangspunkt været spørgsmål som: **Hvad leder de ledende overlæger faktisk? Hvordan kombineres faglig og organisatorisk ledelse i praksis? Og hvilke dele af jobindholdet opleves som nye, forandrede eller uændrede i forhold til tidligere roller?** Temaet undersøger desuden, hvordan variationer i ledelsesområder, mandat og tidsmæssige rammer former de ledende overlægers mulighed for at udøve ledelse, samt hvordan disse variationer påvirker relationerne til både cheflæger og overlæger. Analysen har været særligt opmærksom på spændinger mellem forventninger og faktiske vilkår, herunder oplevelser af krydspres, rolletvetydighed og forskelle i lokale fortolkninger af stillingen.

Det tredje tema, kapitel 4: Opgave(for)deling mellem de lægelige ledelseslag, tager afsæt i en undren over, **hvordan ledelsesopgaver fordeles, deles og koordineres** mellem cheflæger, ledende overlæger og overlæger i den nye struktur. I stedet for at tage delegering som et entydigt begreb har analysen undersøgt, hvilke forskellige former for opgavefordeling der er i spil, og hvordan ansvar og beslutningskompetence overlapper eller forskydes i praksis. Temaet belyser både, hvordan cheflæger arbejder med at uddelegere eller fastholde ledelsesopgaver, og hvordan

overlæger og ledende overlæger oplever deres rolle og råderum i denne proces. Fokus har været på, hvilke konsekvenser forskellige former for opgavedeling har for samarbejde, arbejdspress, ledelseskvalitet og oplevelsen af sammenhæng i den samlede ledelsesstruktur.

Det fjerde tema, kapitel 5: Ledelse som samarbejde, undersøger, **hvordan den nye ledelsesstruktur former samarbejdet om ledelse**, både inden for lægegruppen og på tværs af faggrupper og organisatoriske niveauer. Her har analysen været optaget af, hvordan lægelige ledelsesteams etableres og anvendes i praksis, samt hvilken betydning disse samarbejdsformer har for koordinering, prioritering og kollektivisering af ledelsesansvaret. Derudover har temaet haft særligt fokus på de tværfaglige makkerskaber mellem ledende overlæger og oversygeplejersker. Analysen har her udforsket, hvordan forskelle i vilkår – fx tid til ledelse, ledelseserfaring og formelt mandat – håndteres i samarbejdet, og hvilke organisatoriske greb der synes at understøtte velfungerende makkerskaber. Temaet bidrager dermed til en forståelse af, hvordan ledelse efter OK21 i stigende grad praktiseres som en kollektiv og relationel opgave.

**VIVE**