

Udfordringer med lægelig ledelse – undersøgelse fra Overlægeforeningens medlemspanel

Summary Report

10/06/2017

Hvilken stilling har du?

Overlæge	112	73.7%
Specialeansvarlig overlæge	20	13.2%
Ledende overlæge	17	11.2%
Centerchef	2	1.3%
Lægelig direktør	1	0.7%
Total Responses	152	100.0%

Hvilken region arbejder du i?

Region Hovedstaden	70	46.1%
Region Midtjylland	25	16.4%
Region Nordjylland	8	5.3%
Region Sjælland	19	12.5%
Region Syddanmark	30	19.7%
Total Responses	152	100.0%

1. Hvilke typer ledelsesopgaver har du?

Faglig ledelse	130	85.5%
Administrativ/økonomisk ledelse	38	25.0%
Personaleledelse	46	30.3%
Andet - beskriv:	40	26.3%
Total Responses	254	

Svar; andet:

Ingen	4
forskningsledelse	2
Uddannelsesansvarlig	2
Afsnitsansv, vel stort set det samme som specialeansv, nordjysk konstruktion i anæstesen	1
Afsnitsledelse	1
Afsnitsleder	1
daglig drift	1
er ikke leder	1
forandringsledelse	1
Forandringsledelse f.eks Sundhedsplatform og flytning af afdeling	1
Forskning- og udviklings- ansvar	1
Forskningsleder	1
Forskningsansvarlig	1
Funktionsdriftledelse	1
Funktionsledelse	1
Ingen formaliseret ledelse, kun ad hoc opgaver	1
Kvalitetsledelse	1

leder af sengeafsnit	1
Områdeansvar klinisk	1
Project	1
Projekt ledelse	1
stedfortræder for den faglige leder	1
Strategi, forskning	1
strategisk ledelse	1
Strategisk ledelse samt organisatorisk ledelse i tværfaglige teams	1
Sundhedsplatforms-funktionsledelse	1
Teamleder	1
tovholder for psykoterapi-uddannelse af yngre læger på vej til specialistuddannelse, ansvarlig for kursus	1
UAO	1
Uddannelse af læger, vejledere	1
uddannelses ansvarlig	1
Uddannelsesansvar (som burde vær en rubrik for sig)	1
Uddannelseskoordinerende overlæge	1
undervisning af studenter	1
Vi har kun een leder - den ledende overlæge	1

2. Overvejer du at søge en stilling som lægelig leder, fx ledende overlæge, centerchef eller lægelig direktør?

Ja	36	23.7%
Nej	116	76.3%
Total Responses	152	100.0%

Hvad er de vigtigste grunde til at du har overvejet at søge. (Op til tre svar)

Response Rate: 24% (N=36)

Løn	0	0.0%
Indflydelse	31	86.1%
Ønske om at forbedre kvalitet og tilrettelæggelse af behandling	33	91.7%
Ønske om at forbedre arbejdsmiljøet	16	44.4%
Bedre karrieremuligheder	6	16.7%
Andet:	5	13.9%
Total Responses	91	

Andet; svar:

Behov for at påvirke et dårligt system	1
forbedre sundhedssystemet!!!!!!	1
frustrationer over nuværende arbejdsklima og maglende fokus på vores opgave: at hjælpe medmennesker til at få et bedre liv	1
Mulighed for at kunne sætte dagsorden	1
Ville ønske at lønnen også gjorde en forskel	1

Hvad er de vigtigste grunde til at du ikke har overvejet at søge? (Op til tre svar)

Response Rate: 76% (N=116)

Løn	10	8.6%
Arbejdstid	27	23.3%
Mangel på indflydelse	51	44.0%
Usikkerhed om karriereveje	7	6.0%
Tilfreds med nuværende arbejde	67	57.8%
Andet:	50	43.1%
Total Responses	212	

Andet; svar:

Alder	3
Jeg er allerede ledende overlæge	2
Afdelings ledelse er dikteret fra koncernledelse, man har ikke meget ledelses frirum	1
aktuelt team	1
Al for mange møder som ikke flytter noget	1
At man mister sine venner, at man ikke kan have tillid til region hovedstaden	1
Er blevet aktiv i politik, for der er alt for meget magt fra regionen	1
Et utaknemmeligt job, manglende opbakning fra sygehusledelser	1
For meget bureaukrati/politik, for lidt fokus på lægelig kerneydelse	1
Har forskningsbaseret arbejde	1
har ikke lyst, vil ikke undvære klinikken	1
Har netop forladt sådan en stilling, pga den manglende mulighed for at praktisere personaleledelse, idet direktionen	1

havde en anden opfattelse af hvordan personaleledelse skal være	
har prøvet det i en periode som konstitueret	1
Har været ledende overlæge i 10 år	1
Har været ledende overlæge tidligere	1
Ikke egnet til den type job	1
Jeg er for gammel	1
jeg er ledende overlæge	1
Jeg er mere interesseret i fagligt udvikling og arbejde end ledelse.	1
Jeg har nedsat arbejdsevne, arbejder 20 timer/uge	1
jeg ønsker ikke at deltage i forrykthed	1
Jeg orker IKKE papirarbejdet, møderne samt at skulle stå indefor og videreformidle tåbeligheder fra direktion/politisk ledelse	1
jeg tror ikke jeg vil egne mig	1
Jeg vil savne patientkontakt og tid til faglig fordybelse	1
kommer for langt væk fra patienterne	1
Lægelige ledere bliver gidsler mellem faglige medarbejdere der leverer kerneydelsen og et administrativt DJØF lag uden indlevelse i faktiske forhold	1
Lægelige ledere bliver kvalt i de nuværende strukturer	1
Ledelsen skal være forankret i klinikken. Ellers mister man forståelsen for hvad et hospital er og hvad læger laver. Det er ikke muligt med den nuværende arbejdsbelastning i ledelseslaget	1
Lus mellem flere negle, intet ledelsesmæssigt fokus på lægefaglighed, hos os rangerer led. ovl på niveau m afsnitsansv sgpl.	1
'lusen' mellem neglene	1

Man er kun regnskabsholder i afdelingsledelser idag, alt som betyder noget er overholdelse af budget	1
Manglende lægefagligt fokus (domineret af sygeplejersker i ledende stillinger)	1
Manglende lyst	1
Mere ledelse betyder mindre tid til faglighed	1
min alder, vil gerne forske i den sidste del af mit arbejdsliv	1
Møder og for lidt klink	1
ønsker ikke at gå ud af klinikken	1
Overvejer at forlade hospitalsverden	1
Rædsom stilling	1
Ringe vilkår for (mellem) ledere i et politisk topstyret sundhedsvæsen	1
Tab af faglighed	1
Tidligere stress reaktion	1
Usikker på kompetence vedr personale ledelse	1
vil arbejde som kliniker det meste af tiden	1
vil ikke slippe forskning	1
Vil miste tid som kliniker	1
Ville ikke bryde mig om udelukkende at være leder	1

3. Er der læger repræsenteret i ledelsesniveauerne, hvor du arbejder?

Ja	143	94.1%
Nej	9	5.9%
Total Responses	152	100.0%

Hvis ja. Hvor på din arbejdsplads er der læger repræsenteret i ledelsesniveauerne?

	Ja	Nej	Total Responses
I afdelingsledelsen	140	0	140
	100%	0%	
I centerledelse (hvis en sådan findes)	49	17	66
	74%	26%	
I hospitalsledelsen	133	8	141
	94%	6%	
I tværgående afdeling/enhed, f.eks. kvalitetsafdeling	48	48	96
	50%	50%	
Total Responses	370	73	443

4. Er vilkårene og betingelserne for lægelige ledere der, hvor du arbejder, gode nok?

Ja	51	33.6%
Nej	101	66.4%
Total Responses	152	100.0%

Hvis nej. Hvad er de vigtigste årsager til at betingelserne ikke er gode nok for lægelige ledere?

Response Rate: 66% (N=101)

For stort ansvarsområde	22	21.8%
For lidt støttepersonale til lederen	40	39.6%
Manglende kvalifikationer hos ledere	38	37.6%
Andet:	59	58.4%
Total Responses	159	

Andet; svar:

"skal gøre som der bliver sagt"	1
Ændret samarbejdsform til regionalt niveau	1
Alt for mange lag og knopskydninger - for mange uproduktive personer, der skal legitimere deres eksistens. For stort et dyr at skulle fodre.....	1
Alt for store forventninger til hvad der skal leveres i forhold til størrelsen af ressourcerne	1
altfor mange ovenfor bestemte "vilkår"	1
angiveligt går de ned i løn når de går ud af klinikken	1
at lægelig ledelse udover afdelingsledelsen "modarbejdes" fra djøf	1
Beskeden indflydelse på visionær- udviklings- og vedrørende drifts-karakter	1
der er en helt overvejende økonomi ramme, som er styrende for snart sagt alt	1
Der indføres ustandseligt flere og flere områder, som den lægelige leder skal agere på - mange totalt indholdsløse	1
detailstyring fra direktion, umulige/helt urealistiske rammer for afdelingens drift, helt urealistiske krav til forbedringstiltag (ex forløbsansvarlige læger samtidig med krav om alle overlæge i vagt)	1

Diktater fra oven	1
DJØF og sgpl i ledelsesniveau over	1
FLO, der betyder, at sgpl og djøffere har enorm magt og indflydelse. Lægelig ledelse på mit niveau sv.t specialeansv prioriteres ikke og der afsættes ikke tid (= 0 kontordage!) hertil	1
For dårlig økonomi. For dårlig faglig indsigt i direktionen	1
for dårlige djøffer i ledelseslagene.	1
for lidt gennemslagskraft	1
for lidt råderum	1
for lidt tid	1
for lille span of control	1
For mange ander ACere bestemmer	1
For meget fokus på bundlinien og for lidt på patienter, personale og kvalitet	1
For meget klinik, for lidt tid til ledelse	1
for met topstyring (bygger på økonomisk resultater)	1
For små reelle leder-beføjelser. Ledere er superlaboranter uden eget leder-ejerskab	1
For stor vægt på økonomi og produktivitet og for lidt på faglighed, forskning, undervisning og arbejdsmiljø	1
Ikke afsat tid til ledelse	1
Ikke økonomiansvar <=> underlagt overordnet ledelsesbeslutninger	1
Ingen indflydelse. Kun produktionskrav styrer valg, aldrig faglighed	1
kan ikke svare sikkert på spørgsmål 4	1
Ledelsesrummet er indsnævret	1

ledende overlæger sat udenfor indflydelse. Klinikchefer og cheflæge underrepræsenteret i forhold til andre faggrupper som forsøger at lave ændringer uden af involvere lægeprofessionen	1
Lønnen er ikke passende set i forhold til f.eks. professorer	1
lønvilkår tror jeg	1
man er ikke interesseret i lægelige ledere	1
mange ting man leder - er besluttet i regionen - så der er en del pseudoledelse	1
Mangel på tid til ledelsesopgaver	1
Manglende albuerum, opgaven er for bundet, rammerne er for snævre	1
manglende beslutningsret	1
manglende deltagelse i det kliniske arbejde, - mister kontakten - kender f.eks. ikke SP særligt godt	1
Manglende indflydelse	1
manglende indflydelse (reelt klrmte "mellemledere")	1
Manglende ledelsesrum, topstyring, kvalitetsstyring fra andre ikke-sundhedsfaglige personalegrupper	1
Manglende reel indflydelse	1
manglende rum til ledelse	1
manglende tid og fokus på lægelig mellemlidelse	1
Mangler rubrik : ved ikke (dårligt spørgeskema med fuld stop !)	1
Mgl ressourcer ift produktionskrav. 'Lus mellem to negle'	1
økonomi, direktionsbeslutninger i for mange ting	1
Politisk/administrativ ledelse er ekstremt ødelæggende for faglig baseret kvalitet og implicit ledelse heraf	1
Pres ovenfra, fra direktionen, mhp produktionsændring uden faglig vurdering	1

Så vidt jeg kanbedømme, har de lægelige ledere for lidt kompetence. De har snærende rammerlvenfr, specielt økonomisk	1
stor økonomisk press	1
Tidsnød	1
Topstyring	1
Topstyring, og korte implementeringsfrister	1
Umulige betingelser fra region	1
vi er alle underlagt meget stramme (for stramme) økonomiske rammer, der ofte udfordrer målet om den bedste behandling for patienten	1
Vilkårene vil aldrig være gode nok, når der er tale om inkompatible størrelser som faglighed og økonomi styret af ikke-fagpersoner	1

5. Syntes du, at der er en manglende repræsentation af lægelige ledere?

Ja	95	62.5%
Nej	57	37.5%
Total Responses	152	100.0%

Hvis ja. Hvad kan årsagen til den manglende repræsentation af lægelige ledere være?

Response Rate: 59% (N=90)

Man har ikke oprettet lederstillingerne	14	15.6%
Man har ikke søgt læger til lederstillingerne	32	35.6%
Man har ikke valgt læger til lederstillingerne	52	57.8%
Læger har ikke søgt lederstillingerne	49	54.4%
Total Responses	147	

Har den manglende repræsentation efter din vurdering negative konsekvenser for:

Response Rate: 63% (N=95)

Kvalitet i behandlingen	82	86.3%
Tilrettelæggelse af patientforløb	72	75.8%
Samarbejde med andre afdelinger/hospitaler/regioner	57	60.0%
Lægers arbejdsvilkår	81	85.3%
Forskning	62	65.3%
Uddannelse	62	65.3%
Andet:	17	17.9%
Total Responses	433	

Andet; svar:

Arb.miljø og tværfagl samarb	1
arbejds miljø	1
Årsag til maglende lægelige ledere: Manglende reel indflydelse !	1

Det allerstørste problem med den manglende lægelige rekruttering er, at fokus skifter væk fra kerneydelsen: at producerer raske patienter og nye kolleger	1
det samlede sundhedsvæsenes kvalitet og forståelse af patientens situation	1
for mange ikke læger i bestemmende roller giver fokus på andet en isidste ende god ptbehandling	1
For meget administration, for få ressourcer til behandling af patienter, uddannelse og forskning	1
Forkert eller manglende prioritering af kerneopgaven (behandling af patienter)	1
Fravær af faglighed, for meget bureaukrati, alt for mange uvedkommende mails	1
gensidig respekt	1
Har ingen viden eller mening om evt. mangel på lægelige ledere, kan derfor ikke svare ja eller nej	1
Lægerne bliver brugt i produktion og patientbehandlingen, hvor sygeplejersker og andet personale har afsat tid til ledelsen. Det skævvrider magtbalancen, og desværre er bliver ambitionsniveauet derefter	1
Mgl forståelse for forholdene 'på gulvet'	1
Politisk indflydelse	1
prioritering af de lægelige opgaver. Kerneydelsen patientbehandling er underprioriteret	1
Resten	1
retning for det samlede sundhedsvæsen	1

6. Hvordan prioriterer din region rekruttering af lægelige ledere:

Lavt	49	32.2%
Middel	85	55.9%
Højt	18	11.8%
Total Responses	152	100.0%

7. Er der behov for at styrke rekrutteringen af lægelige ledere?

ja	134	88.2%
Nej	18	11.8%
Total Responses	152	100.0%

Hvis ja; hvilke steder?

Response Rate: 88% (N=133)

På afdelingsniveau	88	66.2%
På centerniveau	64	48.1%
På hospitalsniveau	109	82.0%
På regionsniveau	112	84.2%
Total Responses	373	

8. Er der brug for mere undervisning i ledelse for at styrke på rekrutteringen af lægelige ledere?

Ja	124	81.6%
Nej	28	18.4%
Total Responses	152	100.0%

Hvis ja - på hvilke niveauer?

Response Rate: 82% (N=124)

Lægeuddannelsen	37	29.8%
Speciallægeuddannelsen	73	58.9%
Efter speciallægeuddannelsen	117	94.4%
Andet:	13	10.5%
Total Responses	240	

Andet; svar:

Når man er blevet leder	2
brug for at vise de gode eksempler - så man kan få nogle rollemodeller	1
det er nær umuligt at få videre lederuddannelse efter OLAU . "ledelse" er blevet et fuldtidsfag for andre grupper-. det sværmer med sygepleje, og sekretær ledelse.	1
Det er vigtigt løbende at udvikle potentielle lederkandidater	1
det er vigtigt, at lederen har høj faglighed od over lerder rollen	1
God lederuddannelse. Master fra CBS fx og ikke kun regionens egen lederuddannelse, der er uden eksamen og mangler element af selvstændighed og personlig udvikling af lederen	1
Jeg mener ikke det skal være et separat karrierespor før sent i karrieren. Det er vigtigt at lægelige leder bevarer kontakt til klinikken i lang tid.	1
Ledelse skal introduceres på lægeuddannelsen og fortsætte derefter	1
Mulighed for masteruddannelse	1
Noget alle de nævnte steder + se at der er rollemodeller der lykkes med et både lægefagligt og administrativt projekt. Det lægefaglige taber altid	1

Som UAO forsøger jeg at 'fange' talenter i ledelse som en profilering. Men muligheden for at finde egende kurser, økonomi til f.eks. masteruddannelser er begrænsede	1
Talentudvikling indenfor ledelse af specifikke personer	1

Hvis du har yderligere kommentarer eller uddybninger omkring lægelig ledelse kan du skrive dem herunder:

Response Rate: 39% (N=60)

Afdelingsledelser har en håbløs opgave, så længe direktionen ikke vil foretage en realistisk dimensionering af sengemasse og personaleressourcer.

Der er for mange fuldtidsadministratorer med anden uddannelse (sygeplejersker/DJØFer). Hvis lægerne er ledere, er de også klinikere samtidig med. Derfor overlader de ofte i praksis ledelsen til de fuldtidsadministrerende sygeplejersker/DJØFer. De læger der er valgt til at lede er for sjældent valgt, fordi de interesserer sig for ledelse, men mere fordi det er en udmærkelse af folk, som ofte er konfliktsky medløbere (systemets mand), eller fordi de har lavet meget forskning. Ingen af de ting kvalificerer til at være en god leder.

Der skal være større fokus på at head-hunte egnede læger med leder egenskaber og gøre det attraktivt for dem at blive lægelige ledere løn kontakt til klinikken råderum, til rent faktisk at lede meget bedre støtte, så de kan fokusere på ledelse og ikke på at udfylde excell ark og gå til 1000 møder hvis afdelingerne er meget store skal der være veldefinerede sektions, matrikel ledere etc. - synlig ledelse, tæt på. Herudover er det aktuelt håbløse forhold pga. idelige omlægninger, min afdeling er ikke kommet på plads med den ene ændring, før den næste ruller ind over - at skabe gode patientforløb er nærmest håbløst, for der bliver hele tiden flyttet rundt....

Det er ikke lægerne og de lægelige ledere, som er problemet, men de forhold man generelt tilbydes i det danske sundhedsvæsen.

Der er mange leder på sygehuset og rundt omkring som har udviklet en leder rolle fordi de mangler kliniske kompetencer. Mange læge som kommer i ledelse bliver desuden klinisk inaktiv og har ikke længere patientkontakt. Der skulle være en forpligtelse for lægelig ledelse at man stadigvæk er del af klinikken.

Vi skal finde et sprog der mindsker kløften mellem lægefaglig ledelse og leelse med DJØF briller. Læger er jo en slags ledere i deres hverdag. Det er vigtigt at medicinsk indblik og ledelse går hånd i hånd.

Der er alt alt for få læger i ledelserne særligt på hospitals og regionsniveau. Det giver en fuldstændig skæv udvikling i hele sundhedssektoren. Samt mangel på forbilleder som Erik Juhl, Bent Ottesen, mv. Stillingerne bliver besat uden opslag, sidste eksempel er i JMC

på RH, hvor en økonom bare bliver konstitueret uden opslag, Når det så kommer, ansætter man den, der har besat stillingen gennem længere tid.

Lægefaglig ledelse omhandler i høj grad prioritering af forskning og uddannelse, der udgør grundlaget for høj faglighed og kvalitet af behandling. De områder er sat på sidelinien når sygehusejerne som ledelse ikke anerkender og prioritere dette, men overlader det til fonde.

Lægelige ledere står gennemgående for svagt i.f.t. politikerne

Oversygeplejersken på afdelingerne har ofte et korps af afdelingssygeplejersker, og dermed er personaleledelsen fordelt. Den ledende overlæge har ofte hele lægekollegiet samt staben. Derudover har alle afdelingssygeplejersker ofte udelukkende administrativt arbejde --- overlæger har ofte klinikken, og så må halse til for eksempel afsnitsledelses møder etc. Lægerne har ikke tid til at forberede sig etc. Ledelsen - og magten glider lægerne af hænde

I spørgsmål om hvilke lag, der var lægelig ledelse, kunne man ikke fravælge et svar, hvis man var kommet til at vælge et svar. Jeg er ikke på hospital med centerledelse, derfor ikke læger i det lag.

På SLB er vi godt dækket ind på hospitalsniveau, idet to ud af tre i hospitalsledelsen er læger, sidste er sygeplejerske. Min oplevelse er, at læger (ligesom alle andre) gennem lederuddannelsen bliver "skolet" til at være mere ledere end læger. Og sådan skal det måske være. Vi har blot brug for læger tilstede på et højere niveau end hospitaksniveau - en form for rådgivende organ på regions- eller ministerielt niveau. Og dette råd måtte IKKE bestå af "leder"-læger, men skulle bestå af almindelige overlæger som hver dag leverer den service, som politikere lover. Personligt er jeg heldig at arbejde under en SUPER dygtig ledende overlæge, som går forrest med et godt eksempel, og selvom han ikke er i klinikken mere, er hans udgangspunkt altid det samme: hvad er bedst for patienten?

Der er på afdelingsniveau ingen/små incitamentter til at sætte underordnede på ledelseskursus der går ud over mindre personaleledelse eller forløbsledelse - tværtimod er det kun en udgift, og i øvrigt kan enhver leder bremse en underordnet med oplagt talent. Det burde være en regional opgave at finansiere og selekttere talenter - ikke en afdelingsopgave.....

vi skal blive bedre til at italesætte behovet for lægelig ledelse, og bedre til at anerkende at der er brug for alle kompetancer i ledelseslagene - både klassiske DJØF kompetancer og sundhedsfaglige kompetancer. Lønnes for de lægelige ledere bør som minimum matche lønnen de fik i klinikken.

Jeg har netop forladt region Hovedstaden til fordel for region Sjælland og er godt tilfreds. I region hovedstaden er holdningen til ledelse - kæft trit og retning, der er på ingen måde focus på primær opgaven, nemlig Patient - læge Fiaskoerne står jo i kø, og man vil aldrig

få styr på økonomien osv..... Ovenstående har naturligvis intet at gøre med lægelig ledelse. Jeg ved at jeg efter 33 år i systemet er håbløst naiv. Jeg vil varmt anbefale : artiklen i WEA 1. Sektion side 15, fredag 29.09.17 , der er skrevet af en helt ung reservelæge, hvilket klarsyn ! Når jeg møder begrebet lægelig ledelse kommer jeg altid til at tænke på Kejsers Nye Klæder og Admiralens Vise.

Uddannelsen til leder prioriterer ikke selvledelse højt nok, eller slet ikke! At være og blive en god leder opnås ikke alene ved uddannelse, men ved kontinuerlig feedback, supervision og coaching. Ledere i dag bliver stadig i høj grad uddannet til at være administratorer og i mindre grad til ledere! Og faget ledelse gennem andre er næsten ikke prioriteret!

Så længe man ikke tildeler ledelsen ansvar og økonomisk råderum, men forventer, de blot er marionetdukker, der udfører den øverste ledelses befalinger, er tiltag for at skaffe lægelige ledere omsonst.

Problemet stikker meget dybere. Hele ledelseskulturen og -miljøet er nødlidende. Læger føler deres faglighed marginaliseret og kvalt af den politisk-administrative kultur, der hersker. Respekten for fagligheden er for lav - og der sidder for mange, hvis primære motivation er at komme væk fra patienterne. Det harmonerer dårligt med den identitet, mange har opbygget som læge.

Lægelig såkaldt ledelse forefindes allerede og spørgsmål om det numeriske antal lægelige ledere, deres uddannelse o.s.v. er fuldstændig irrelevant (jeg mangler rigtig mange valgmuligheder i forudgående spørgeskema). Spørgsmålet er nærmere det overordnede formål med - og den faktiske magtfordeling i - sundhedsvæsenet. Den reelle magt i sundhedsvæsenet er ikke på lægeligt, men på politisk/administrativt niveau på godt og (mest på) ondt. Implicit er selektionen af de læger, der ansættes som ledere, styret heraf. De lægelige ledere, der ansættes, lever derfor op til de politisk/administrative krav, som langt fra gavner patienterne eller forskning/udvikling endsige sikrer optimal ressourceudnyttelse. Eksemplerne herpå er legio: Hensyntagen til lokalpolitik nærmere end kvalitet, diverse sundhedsplatforme/dysfunktionelle EPJ-løsninger, såkaldte kvalitetstiltag, dokumentationskrav, en rapid stigende stab til at holde på alle disse unødvendigheder, byggeprojekter fremfor kvalitet og behandling, o.s.v. Den eneste løsning er centralisering med i øvrigt betydeligt besparelsespotentiale i det administrative niveau til følge, langt færre sygehusenheder, samt professionel og tillidsbaseret ledelse.

Alt hvad den lægelige leder haransvaret for er hvem der skal fyres næste gang der skal spares. Dette er ikke et attraktivt job. De konstante besparelser der er i sygehusvæsenet de sidste 20 år risikerer at ødelægge arbejdsglæden, og værst for de som ikke har nogen indflydelse.

Det er en vaskelig konstruktion, at der ikke er mere fokus på lægelig ledelse- specielt da en del af overlægerne har uddannet sig til faglig ledelse blandt andet ogne feks OLAU uddannelsen og at man ansætter overlæger efter "de 7 kompetancer, hvor ledelse er en

kompetence. Det virker idiotisk at der så dannes et "ledelseslag af andre faggrupper, som uden indsigt i de egentlige forløb, strukturer omkring patienterne får "ledelsesret".

Spot ledertalenter tidligt og gik dem opgaver, opbakning og uddannelse

Det er bydende nødvendigt at lægerne kommer tilbage på ledelsesgangene. Hvis ikke vil det få alvorlige konsekvenser for patienterne

Mere fokus på Leadership - mindre på Management. Vi får alt for lidt ud af speciallægerne - man skal kunne optimere talentmassen

ved det ikke

I min direktion (som jeg iøvrigt har et rigtigt godt samarbejde med) er der er læge. Vedkommende er til gengæld særdeles dygtig. Jeg synes dog vi bruger ufattelig meget tid på noget som ikke læger synes er vigtigt og som ikke har nogen konsekvens. Patienter kommer på et hospital for at blive diagnosticeret og behandlet. Det synes jeg kan glide lidt i baggrunden i hverdagen. Derimod bruger man tid på patienttilfredshedsundersøgelser, medarbejderundersøgelser, fjollede kongeindikatorer, kvalitetsmål som ikke betyder noget, undervisning i SP som ikke giver udbytte mm. Jeg savner i den grad fokus på lægen som den vigtigste medarbejder på hospitalet. Jeg mener godt jeg ville kunne spare 25 % af lægerne samtidig med at de resterende ville blive dygtigere hvis læger fik lov til at lave lægearbejde og ikke registreringsopgaver og andet,

Det er altid individuelle ifølge mig. Jeg tror ikke i rekruttering. Jeg tror i samarbejde og at med tiden bliver en god specialist til en god ledere også. Ellers ikke.

Lægeforeningen burde ikke blindt søge om mere lægelig ledelse. Det handler de facto ledelse. Jeg har mødt alt for mange lægelig ledere der ikke er der plads voksen. De består mest af enkelt personer der sidder i de stillinger fordi ingen andre vil. Så det er hovedsagelig folk med en selvtilid på størrelse med Eiffel tårnet. Lægeledelse er ofte et spørgsmål om hvad man selv kan opnå af goder. LF burde mere satse på at der er grundlag for ens betingelser for ansatte og ledere. Således eksempelvis at hospitalsledelsen forlanger at påkrævede handlinger rent faktisk dokumenteres ex. at MUS samtaler afholdes. At der er åbne kalendere for ledere så de er på linie med de ansatte etc. Afd.ledere er vidt serviceret af hospitalsledelse og HR afd. Ansatte kan rent praktisk ikke gøre noget som helst. At indkalde tillidsmand får konsekvenser efterfølgende. Langt de fleste læger er ikke ledere og det er dem foreningen burde bruge deres tid på. Afd. ledere kan gøre lige hvad pokker de ønsker med personalet så længe de ikke stjæler af kassen eller voldtager nogen. Hospitalsledelserne er komplet ligeglade med hvad der sker blandt personalet. Årlig afstemning om blandt personalet og afgrænset funktionstid rekommanderes.

For overlæger er ledelse absolut - men alt for mange "overlæger" ser sig som ansatte med en særlig tittel men uden ledelsesmæssig ansvar. Det er utåleligt i udviklingsorienterede organisationer. Enten erkender man sig et ledelsesansvar eller også

skal man sige fra ved ansættelsessamtalen ved sufficient indspørgen til forventningerne. MEN - Overlægeforeningen skal også gøre sig klart, at lederrollen forpligter ud over faglig dygtighed. Der rekrutteres på faglighed - men den kompetence kan slet ikke stå alene.

Jo højere man kommer i hierakiet, jo mindre forståelse er der for forholdene på afdelingerne og fagligheden i arbejdet. Man tror tilsyneladende at 'bedre ledelse' og omstrukturering/organisations ændring kan løse problemer som skyldes manglende ressourcer. I trivselsundersøgelser bliver jeg spurgt om jeg oplever sex chikane og er tilfreds med min direkte leder. Jeg har ET hovedproblem. Vi har ikke ressourcer til at arbejde så vi lever op til vores egne faglige standarder. Min direkte ledelse har ikke en chance for at løse problemet. DET GIVER DÅRLIG TRIVSEL

Lægelig ledelse skal forankres i klinikken. Nogle læger vælger at blive ledere, fordi de er uegnede klinikere. Det gør dem ikke nødvendigvis til gode ledere. Nogle overtager en DJØF tankegang, når de bliver ledere, og så bliver de netop dårlige ledere i sundhedsvæsenet, for de glemmer hvad det er, som de leder. Selvfølgelig er der brug for andre faggrupper på et hospital - også folk med en DJØF baggrund. Men det er klinikken og dermed den reelle kvalitet, som skal være i fokus.

Arbejdsforholdene for lægefaglige ledere er under al kritik. Så vidt jeg kan skønne skal lægelige ledere først og fremmest udfylde "DJØF'ers" ønske om at de kan bevise deres værd. I min lange tid som afdelingsledelse har der ALDRIG været overskud til at jeg kunne udvikle afdelingen som JEG gerne ville - der var og er altid besparelser, som havde / har første-prioritet

Det handler ikke om at klæde lederne på alene når man ikke kan rekrutere ledere eller at de ikke bliver fundet tidligt nok. Det er et fravalg pga snævrere rammer og muligheder for at gøre en personlig forskel.

Problemet kan være at de lægelige ledere "djøffiseres" af systemet.

Pga manglende personlige egenskaber og faglighed hos mange ledere bliver lægelig ledelse i det offentlige inferior, med manglende gennemslagskraft til følge. Hvis ledelse vælges af læger der ikke kan fungere i klinikken er det skidt. Der bør oprettes en regulær ledelses linje der honoreres godt nok til at den positivt vælges til.

Stort behov for rum til lægelig ledelse og ikke en indsnævring af beføjelser, som man ser det i øjeblikket Generelt for mange ledelseslag fra "arbejdende" speciallæger til beslutningstagere

Der mangler lægelige ledere, som siger fra i deres rolle som direktions-stikindrendreng. Kun herved kan de fremstå som ledere for den flok de bør lede, nemlig os. Ellers bliver de bare direktionernes forlængede arme uden mening i deres egen ledelse og fremstår derved som værdiløse regelryttere.

Det økonomiske incitament for at søge lægelige lederstillinger er for lavt. Der kan decideret være tale om lønnedgang. Tjenestemandspensionen er dog et plus. Det er en udfordring at afdelingerne efterhånden er blevet så komplekse. Springet fra at være 'almindelig overløge', måske med teamledelse eller afsnitsledelse er simpelthen for stort. Det er bekymrende når det gennemsnitlige antal ansøgere til ledende overlægestillinger er mindre end 1!

der gæes generelt for meget op i budget og i at tilfredstille opad i systemet, hvorimod kvalitet og personaletilfredshed ikke er interessant

Vi piskes rundt i manegen af opskruede produktionskrav, en unuanceret udrednings og behandlingsret, oppustede dokumentationskrav i journaler og overfor det administrative system, tunge langsomme antikverede dyre IT systemer etc Alt for lidt fokus på og tid til lægefaglig udvikling; kvalitetsforbedring indenfor udredning og behandling, forskning, undervisning - og ledelse Lægefagligheden har trange kår

Stigende krav til økonomisk indsigt er en udfordring. Stigende krav til øget produktion uanset om der er personale til det er en anden udfordring.

Der er meget krævende at opnå ledelsesuddannelse sammen med al anden specialeuddannelse. Derfor vælger mange det fra.

Problemet med lægelig ledelse er hvem rekrutterer man , deres bevæggrunde, marionetter for djøf økonomi direktiv

Manglende læger i ledelse i forskellige niveauer har negativ langsigtet indflydelse på sundhedssystemet, både patient forløb og uddannelse af læger.

Vi mangler uddannelse på alle niveauer ift at kunne være indflydelsesrige (i England kalder de det influencial). De har en analyse, der viser, at vi, at læger generelt er så sikre på, at vi har ret, at vi optræder for arrogant. Og jeg kan genkende fra mig selv, at jeg ikke synes det er lige så fint at blande mig i debatten på Facebook, som at skrive en artikel i et fagligt tidskrift. Men vi skal lære at bruge alle medier, og gå i respektfuld dialog, også dem som har en ikke-akademisk tilgang til livet.

Opprioritering af faglig ledelse på bekostning af organisatorisk/adminstriv ledelse. Patient og læger i centrum fremfor unødvendig dokumentation og kontrol

Økonomibudgettering i sin nuværende form, med 2 % øgning af produktivitet hvert år, dræber al arbejds glæde og udvikling i disse år, herudover konstante trusler og effektuerede "fyringer" og besparelser. Det er træls!

De seneste år har der været tendens til mere Top-Down styring end tidligere. Det betyder tab af engagement i arbejdspladsen, hvilket man ledelsesmæssigt ville kunne udtrykke som at overlæger ophører med at være 'primadonnaer' og i stedet bliver 'lønarbejdere'. Sidstnævnte karakteriseret ved 37 timers arbejde med løn for at lave det sjove når man ikke arbejder, førstnævnte karakteriseret ved at lægegerningen er et kald. Man går på

arbejde ofte i mange timer fordi det er interessant og spændende. Der er med andre ord et tab af dedikation. ultimativt på bekostning af kvaliteten i såvel det patientnære arbejde som i uddannelse og forskning

Læger deltager hos os udelukkende på ledende ovl.niveau (= absolut ingen klinik) i visions og strategiarbejde. Herudover er det sygeplejersker på afsnitsledelsesniveau og opefter samt andre med personaleledelse, herunder rengøring, portører m.fl der skal tegne og planlægge vores udvikling og fremtid. Vi føler os simpelthen kørt over af sygeplejerskerne og må finde os i, at de er orienteret og inddraget på et langt højere niveau end vi. Min afsnitsansvarlige sgpl rangerer langt over mig, alene fordi hun har personaleansvar. Lægefaglighed er simpelthen ikke en ledelseskompetence, der prioriteres eller efterspørges. Vores ledende overlæger kommunikerer og sparrer i meget ringe grad med de afsnitsansvarlige ovl, så vi ved ikke meget om, hvad der tænkes længere oppe i systemet, ligesom vi ikke får indtryk af, at vores bekymringer videregives. Dette er naturligvis personafhængigt, men når strukturen er som den er, skal der virkelig meget til for at springe dem over og gå til klinikledelsen med disse bekymringer. Møder omhandler stort set kun økonomi og organisatoriske udfordringer samt hvordan vi kan undgå/kompensere for dårlige IT systemer og en problematisk organisation med ledelseslag på kryds og tværs, primært sammensat pga økonomiske hensyn. Vi bliver mere og mere desillusionerede og flegmatiske, orker ikke de kampe, der bør kæmpes. Der er derfor meget fnidder i krogene og en ikke fantastisk god stemning

Administrative sektor er vokset på bekostning af ressourcer til patientbehandlingen. Mere lægelig ledelse vil kunne medvirke til at fokusere på hospitalets egentlige formål, som er høj kvalitets behandling af syge patienter.

Alle læger skal kunne noget ledelse, for ledelse indgår i alt lægeligt arbejde. Herunder er god kommunikation med kolleger især vigtig. Undervisning i kommunikation bør opprioriteres på alle niveauer i den lægelige uddannelse, (selvfølgelig kommunikation med patienter), men her tænker jeg kommunikation med andre læger og andre faggrupper. Oplæring/uddannelse i ledelse i øvrigt skal nok primært udspringe af interesse for ledelse...

For øjeblikket er der en uforståelig mangel på faglig respekt. Man bruger sin tid på at sidde i følge og styregrupper og "fodre" konsulenter - der er fra alle mulige ikke lægelige faggrupper, herefter skal man kommentere hvad de har skrevet. Ofte bliver man taget til indtægt for at bifalde slutproduktet, selvom man synes det er på et niveau under de kandidatopgaver man vejleder. I forbindelse af SP har der været groteske situationer med mangel på faglig respekt. Jeg har selv måttet diskutere længe med en "bygger" (som jeg exceptionelt fik direkte adgang til via vicedirektøren) om hvorvidt vi måtte beholde den tPA koncentration i infusion som vi - og Danmark - og verden- bruger ved trombolysbehandling af iskæmisk apopleksi. Hun mente den hun foreslog var bedre "det skal jo bruges af alle" - jeg slog hende op og hun var før SP sygepl. indenfor

reumatologien. I hele org. er der brug for lægelig ledelse på alle niveauer, men lægerne skal ville det og gøre sig umage ;)

Fokus på at ansætte lægelige ledere med 1) uddannelse i ledelse fra fx masteruddannelse, 2) viden om sociale kompetencer, 3) en holdning om- og praktiseren af at fremme forskningen, så den bliver en del af det daglige arbejde til gavn for patienterne. Som det er nu bukker den ofte under for kravet om produktivitet, 4) fokus på uddannelse af nye speciallæger, der er veluddannede indenfor de 7 lægeroller - også indenfor den del, der omhandler sociale kompetencer. Opfølgning og støtte til disse 4 punkter indenfor praktiseringen af dem og opfølgning og støtte til disse 4 punkter indenfor det arbejde, der skal til for at modvirke, at magten ligger alene i økonomi og produktivitet.

Har personligt ikke meget mod på at sidde i en sandwich

Der mangler en aktiv rekruttering af ledelses talenter. Der bør være mulighed for nogle udklæknings stillinger i den lægelige topledelse.

Der er for lidt fokus hos ikke-lægelige ledelse og direktioner, at for at have et sundhedssystem i verdensklasse inkl. forskning skal vi prioritere patientbehandlingen - driften er underprioriteret og sparet væk

centerstrukturen på AUH er nedlagt, så titlen centerleder findes vist ikke i region midt. Rekrutteringen af lægelige ledere skal ske på så tidligt et tidspunkt som overhovedet muligt. Forståelsen og indsigten i af man som læge langt hen af vejen er leder i mange situationer, er vigtig. ledelsen er lige så vigtig som det speciale man vælger!! Ledelse er vigtigt for at få læger placeret strategiske steder i sundhedssystemet, i det politiske system og i den offentlige meningsdannelse.

Der bør skelnes til lederevner ved ansættelse i hoveduddannelsesforløb, det har været for meget lagt an op medicinsk ekspert og forskning. Hvis der kommer en kandidat, som virkelig har lederevner og leder interesse, bør dette påskønnes, for der er god brug for det.

Jeg er selv i gang med MPG. Det var årsagen til, jeg søgte til Region Sjælland, da de har en uddannelsespulje til sådanne lederuddannelser. Jeg forsøgte at få finansiering til MPG, da jeg var på RH, men der var kun regionens egne lederuddannelser, der alle var sat i bero pga SP. Herudover var det kun puljer til sygeplejerskes og andre faggruppers lederuddannelser (til feks MPG). Intet til lægerne!!

Vi har brug for stærke lægelige ledere og det vigtigste er at de skal repræsentere fagligheden - både i prioritering og i daglig drift. Hvis en lægelig leder blot er administrator kan de med fordel udskiftes med administratorer som er uddannet i administration

Total Responses: 60