
Yngre Lægers Vej til Ledelse

Afdækning af individuelle og organisatoriske ledelsesrelaterede forhold blandt yngre læger i Danmark

Datarapport med resultater

Februar 2022

Ane-Kathrine Lundberg Hansen,
Clara Siboni Lund &
Christian Bøtcher Jacobsen



KRONPRINS FREDERIKS
Center for Offentlig Ledelse

Kronprins Frederiks Center for Offentlig Ledelse
Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet

Indhold

1.0	Introduktion.....	4
1.1/	Baggrund og motivation	4
1.2/	Formål	4
1.3/	Indhold og fokusområder	5
1.4/	Forskningsdesign	6
2.0	Udvalgte resultater	7
3.0	Datagrundlag	9
4.0	Karrierepræferencer	10
4.1/	Ambition om at blive leder.....	10
4.2/	Jobpræferencer	11
4.3/	Karriereintentioner	12
4.4/	Ønske om arbejdsplads for fremtidig karriere.....	14
5.0	Demografisk fordeling.....	16
6.0	Beskæftigelse og nuværende ansættelse.....	18
7.0	Præ- og postgraduat uddannelse.....	21
7.1/	Afsluttet medicinsk embedseksamen	21
7.2/	Den postgraduate uddannelse.....	23
8.0	Speciale	27
9.0	Motivation	30
9.1/	Public Service Motivation	30
9.2/	Brugerorientering.....	30
9.3/	Ekstrinsisk motivation.....	30
9.4/	Intrinsisk motivation	30
9.5/	Sammenligning af motivationsformer	31
10.0	Jobtilfredshed	33
11.0	Psykologisk sikkerhed	34
12.0	Personlighed	36
12.1/	Ekstraversion.....	36
12.2/	Venlighed	36
12.3/	Samvittighedsfuldhed.....	36
12.4/	Neuroticisme	36
12.5/	Åbenhed	37
12.6/	Sammenligning af personlighedstræk.....	37
13.0	Lederuddannelser	39
13.1/	SOL-kurser.....	39
13.2/	Formelle lederuddannelser	39

14.0 Tidlige ledelsesroller	40
14.1/ Ledelsesroller i den postgraduate uddannelse	40
14.2/ Ledelsesroller på medicinstudiet	42
14.3/ Andre ledelsesroller.....	43
15.0 Lederidentitet.....	44
15.1/ Absolut lederidentitet.....	44
15.2/ Relativ lederidentitet.....	45
16.0 Distribueret (faglig) ledelse.....	46
16.1/ Distribueret ledelse	46
16.2/ Distribueret faglig ledelse	48
17.0 Visions- og anerkendende ledelse	50
17.1/ Visionsledelse	50
17.2/ Anerkendende ledelse.....	51
18.0 Rollemodeller	53
19.0 Referencer.....	55

1.0 Introduktion

1.1/ Baggrund og motivation

Sundhedsvæsenet står i de kommende år over for fortsatte krav om at levere effektiv drift og udviklingsorienteret forandring. At kombinere drift og udvikling i sundhedsvæsenet kræver ledelse på alle niveauer (Lægeforeningen, 2019), der lægger vægt på samarbejde, involvering og tilpasningsdygtighed (Sfantou m.fl., 2017). Den eksisterende forskning viser, at ledelse gør en forskel for målopnåelse, patienter og medarbejdere i sundhedsvæsenet (Jacobsen, Nørgaard og Østergaard-Nielsen, 2019). Samtidig peger forskningen på, at faglighed og ledelse ikke er hinandens modsætninger – de er tværtimod hinandens forudsætninger (Goodall, 2011; Sarto m.fl., 2016). I et tiltagende komplekst sundhedsvæsen (Ferlie & Shortell, 2001) tager god ledelse udgangspunkt i faglig ekspertise, forståelse for faglig kvalitet og faglig kontekst, som samtidig kombineres med ledelsesorientering, som tager hensyn til helhed, styringskrav og koordinationsbehov (Stoller, 2009). Det indebærer også, at ledelsesopgaven sker i relation til opgaveudøvelsen og med involvering af sundhedsvæsenets ansatte. God ledelse i sundhedsvæsenet kræver med andre ord, at man i de kommende år formår at udvikle sundhedsfagligt personale til at blive gode ledere, som tager ansvar for den fælles opgaveløsning. Det kan også på længere sigt være med til at sikre rekrutteringsbasen til de formelle ledelsesposter.

Det er velkendt, at mange fagprofessionelle oplever konflikt i mellem ledelse og faglig forankring (Grøn m.fl., 2019). Denne udfordring gælder ikke mindst de mest specialiserede faggrupper og særligt for lægerne. De ledende overlæger har i både Ledelseskommisionens undersøgelse og efterfølgende undersøgelser rapporteret særligt lav lederidentitet og oplevelse af konflikt mellem håndteringen af ledelse og faglighed (Ledelseskommisionen, 2017; Pedersen m.fl., 2019). Disse oplevelser kan afholde læger fra at gå ind i det formelle ledelsesarbejde (Lægeforeningen, 2018), men balancen mellem faglighed og ledelse kan også præge de yngre lægers evne og vilje til at håndtere opgaver med ledelsesmæssigt tilsnit. Det er velkendt, at der findes barrierer for lægers ledelsesudvikling på både det personlige, det relationelle og det organisatoriske plan (Schultz, 2015), og selvom der eksisterer rammer for den lægelige ledelsesudvikling, er de danske programmer væsentligt mindre omfattende end i andre lande (eksempelvis England og Canada). Sundhedssystemet er ansvarligt for at oprette strukturer som motiverer og muliggør lægers ledelsesudvikling, men vejen frem mod at understøtte, at yngre læger påtager sig ledelsesopgaver – formelt såvel som uformelt – er vigtigt at afdække. I både den danske og internationale litteratur er der gennemført kvalitative undersøgelser af yngre læger med fokus på ledelse (f.eks. Schultz, 2015; Savage m.fl., 2018), men vi mangler brede undersøgelser. Den generelle ledelsesforskning har vist, at forhold som tidlige lederroller (Day, 2000), udvikling af en lederidentitet i tilgrænsning til en faglig identitet (Kwok m.fl., 2018) samt motivation til at lede (Mascia m.fl., 2014) er vigtige for udvikling af ledelseskundskaber og vilje til at påtage sig ledelsesansvar. Disse forhold er blandt andre derfor centrale i dette forskningsprojekt.

1.2/ Formål

Yngre læger er sundhedsvæsenets kommende ledere, men vi mangler et stærkt og dækkende vidensgrundlag om deres veje til ledelse, som kan danne udgangspunkt for bedre rådgivning og styrkelse af lægers lederudvikling. Yngre læger er en gruppe af særligt specialiserede medarbejdere i et sundhedsvæsen, som i stigende grad kalder på ledelse, som formår at balancere forståelse for faglighed med bred forståelse for ledelsesopgaven. Men hvilke formelle og uformelle ledelsesroller påtager de yngre læger sig, hvordan er deres selvforståelse som læge og leder, og hvor meget er de drevet til at påtage sig ledelsesroller?

Projektet bygger videre på den eksisterende viden om lægers vej til ledelse, som hovedsageligt har fokuseret på de etablerede lederes veje, eller sammenlignet yngre læger på vej i ledelse med etablerede læger. Ambitionen i dette projekt er at få et bredt billede af lægers lederudviklingsmuligheder og lederorienteringer i Danmark lige nu.

Visionen med projektet er, at denne viden kan skabe bedre grundlag for indretning af lederudviklingsforløb for yngre ledere baseret på generelle kompetencebeskrivelser, og at der etableres en kohorte af yngre ledere, som i de kommende år vil blive en unik datakilde til endnu bedre forståelse af lægers veje ind i ledelse. Projektets kortlægning og resultater kan belyse barrierer og fremmende faktorer for at blive leder, og dels danne fundamentet for at opbygge en ledelsesmæssig forståelsesramme for, hvilke kompetencer det kræver at udøve ledelse af en meget stærk profession med stærke faglige normer og standarder. Projektet har således i første omgang en ambition om at være beskrivende og eksplorativt, men skaber samtidigt mulighed for, at der allerede på mellemlangt sigt (3-5 år) vil være mulighed for at etablere en mere sammenhængende forståelse af lægers lederidentitet, ledelsesroller og ledelsesudvikling. Indeværende datarapport er dog et eksempel på, at projektet allerede på kort sigt skaber viden til gavn i både en dansk praktisk kontekst.

1.3/ Indhold og fokusområder

For at afdække yngre lægers forhold til og ageren i ledelse planlagde og gennemførtes en spørgeskemaundersøgelse. Spørgeskemaundersøgelsen sigter mod at afdække to typer af forhold: 1) Individuelle faktorer og 2) Omgivelsesfaktorer. I forhold til individuelle faktorer sondres mellem fire typer af faktorer: Træk, kompetencer, tilstande, handlinger.

Træk beskriver en række grundlæggende og tidligt formede individuelle forhold (hvem man er) som eksempelvis en persons alder, køn, personlighedstype eller intelligens. Ledelseslitteraturen har især fokuseret på betydningen af særlige personligheds-træk som eksempelvis ekstroversion og intelligens som grundlæggende forudsætninger for at lykkes i ledelse. Derudover har der været stor debat om betydningen af både alder og køn ift. danske lægers ledelsesudvikling.

Viden beskriver individers tillærte evner og kundskaber (hvad man kan), og her skelnes både mellem faglige kompetencer og ledelsesmæssige kompetencer. Sidstnævnte kan være relateret til lægegerningen eller de kan være generelle. I forhold til den faglige udvikling argumenterer eksempelvis litteraturen om ekspertledelse for vigtigheden af faglig udvikling som fundament for succesfuld ledelse. Ledelsesudvikling gennem programmer er et omdiskuteret emne både i forskningen (Jacobsen m.fl., under udgivelse) og specifikt i forbindelse med lægeuddannelsen. Givet at de yngre læger i undersøgelsen er på meget forskellige stadier af deres lægeuddannelse og med stigende involvering i lederprogrammer vil der være mulighed for at undersøge betydningen af disse for ledelsesudviklingen. Endelig nævnes tidligt ledelsesarbejde i eksempelvis uddannelsessystemet som mulige forklaringer på lederudvikling.

Orienteringer beskriver individers mere omskiftelige kognitive forhold (hvad man ser) som eksempelvis identitet og motivation. I denne kategori fokuseres både på generelle præferencer ved et givent arbejde (for løn, status, work-life balance mm.) såvel som den specifikke motivation til at gøre en forskel for andre og samfundet (prosocial motivation). Sidstnævnte er omdiskuteret ift. om mere altruistisk orienterede individer er mere eller mindre tilbøjelige til at gå ind i ledelsesarbejde. Derudover fokuseres på identitet og motivation specifikt knyttet til ledelsesarbejde.

Handlinger beskriver, hvad individer gør, og her fokuseres både på nuværende ledelseshandlinger og på orientering mod fremtidigt formelt ledelsesarbejde. Forventningen er, at de tre første kategorier kan være med til at forklare, hvem der på handlingsniveauet allerede som yngre læger bedriver mere ledelse og har orientering mod en lederkarriere.

I forhold til omgivelser fokuseres der på rent praktiske forhold (f.eks. hvorvidt der findes regionale forskelle), hvor særligt størrelse, organisering og specialisering kan have betydning for, hvordan regionerne og særligt hospitalerne giver muligheder for ledelsesudvikling. Derudover fokuseres på barrierer og tilskyndelser (f.eks. hvorvidt man har oplevet at have rollemodeller), som tidligere undersøgelser har vist sig som vigtige for lægers villighed til at påtage sig ledelsesopgaver.

1.4/ Forskningsdesign

Forskningsprojektet gennemføres i løbet af 2021-22 i samarbejde med Yngre Læger. I August 2021 udsendte vi elektroniske spørgeskemaer til alle Yngre Lægers medlemmer. Ved at spørge alle medlemmer fik vi en unik mulighed for at undersøge forhold på tværs af forskellige stadier i de yngre lægers postgraduate uddannelse. På et længere sigt er målet at forsøge at forudsige, hvem der bliver ledende overlæge og dette kræver en stor stikprøve.

Ved brug af individuelle CPR-oplysninger vil vi i en række af forskningsartikler koble spørgeskemaundersøgelsen med registerdata fra Danmarks Statistik. Det vil sikre en, i international sammenhæng, helt unik mulighed for at følge karriereforløb for en stor, vigtig gruppe af yngre læger, og målet er, at det skal bidrage, ikke bare til danske forhold, men også en international forskningsbaseret debat om forudsætningerne for lægers ledelsesudvikling.

Vi vil gerne takke Yngre Læger for opbakning til projektet. Derudover tak til Læge Sofus Carl Emil Friis og Hustru Olga Doris Friis' Legat, som har finansieret projektet.

Spørgsmål vedrørende rapporten kan rettes til Christian Bøtcher Jacobsen på christianj@ps.au.dk eller Ane-Kathrine Lundberg Hansen på aklh@ps.au.dk.

Denne rapport giver første indledende overblik over de yngre lægers besvarelser af spørgeskemaet. Yderligere analyser vil løbende blive præsenteret via videnskabelige udgivelser og øvrige formidlingsaktiviteter. Følg med i centerets forskningsaktiviteter på hjemmesiden <http://ps.au.dk/cpl/> og via nyhedsbrevet, som udgives månedligt af Kronprins Frederiks Center for Offentlig Ledelse. Du kan tilmelde dig nyhedsbrevet her <https://ps.au.dk/cpl/nyheder/nyhedsbrev>.

2.0 Udvalgte resultater

Datagrundlaget

- Spørgeskemaet blev sendt til 14875 medlemmer. 3684 (svarende til 24,8%) besvarede hele eller dele af spørgeskemaet. Svarpersonerne er tilnærmelsesvist repræsentative på køn og alder.

Job- og karrierepræferencer

- 61,6 % svarer, at de forestiller sig på et tidspunkt at gå ind i en lederstilling. De har i højest grad intentioner om at blive specialister, dernæst at blive ledere og sidste at blive selvstændige.
- De vigtigste faktorer, når yngre læger skal vælge job er en god balance mellem arbejde og fritid samt faglig udvikling. Høj indtægt og det at træffe vigtige beslutninger er mindst vigtige.

Køn og alder

- Af mandlige yngre læger kan 64,1% forestille sig på et tidspunkt at gå ind i en lederstilling, mod 60,4% blandt de kvindelige yngre læger.
- Andelen, der forestiller sig på et tidspunkt at gå ind i en lederstilling er størst blandt de yngste (67,8%) og falder stødt til omkring 20% blandt de ældste medlemmer.

Nuværende ansættelse

- 87% er i beskæftigelse. De, der er i beskæftigelse, arbejder oftest på et hospital (81%), i en almen praksis (11%) eller i staten (3%). Derudover angiver de, der har forskningsaktivitet oftere, at de forestiller sig på et tidspunkt at gå ind i en lederstilling.
- Blandt ansatte i Region Hovedstaden, er der 5,9% flere, der angiver, at de forestiller sig at gå ind i en lederstilling (65,8%), sammenlignet med i de andre regioner.

Præ- og postgraduat uddannelse

- De yngre læger afsluttede i gennemsnit den medicinske embedseksamen for 8 år siden. Der er ingen sammenhæng mellem uddannelsessted og lederambition.
- Der er flest, der forestiller sig at gå ind i en lederstilling blandt de, der er før/under KBU, mens der er færrest i gruppen af uddannede speciallæger.

Ønske om speciale

- I starten af den postgraduate uddannelse overvejer yngre læger i gennemsnit 3 specialer. Dette falder til 1,5 for de, der er færdige med en introduktionsstilling, men ikke har påbegyndt hoveduddannelsen. Der er flest med lederambitioner blandt yngre læger i et paramedicinsk speciale.

Motivation

- Vi har undersøgt forekomsten af fire motivationsformer blandt de yngre læger. Den vigtigste er intrinsisk motivation (hvor man gør noget, fordi aktiviteten i sig selv er givende), mens ekstrinsisk motivation er mindst vigtig (hvor man gør noget, for at opnå en gevinst, eller undgå en straf).

Jobtilfredshed

- På en skala fra 0-10 har de yngre læger en jobtilfredshed på 7,45. De, der forestiller sig, at de på et tidspunkt vil gå ind i en lederstilling har en højere jobtilfredshed, end dem, der ikke gør.

Psykologisk sikkerhed

- De yngre læger angiver et højt niveau af psykologisk sikkerhed. Den psykologiske sikkerhed er 3 procentpoint større blandt de, der forestiller sig på et tidspunkt at gå ind i en lederstilling, sammenlignet med dem, der ikke gør.

Personlighed

- De yngre læger scorer højest på venlighed, efterfulgt af samvittighedsfuldhed og åbenhed, mens de scorer lavest på neuroticisme.
- De, der forestiller sig på et tidspunkt at gå ind i en lederstilling scorer højere på ekstraversion (udadvendthed), åbenhed, venlighed og samvittighedsfuldhed og lavere på neuroticisme.

Lederuddannelser

- Af de yngre læger, der er i gang med hoveduddannelsen har 74,6% afsluttet SOL 1, mens 34 % har afsluttet SOL 2 og 15,5% har afsluttet SOL 3. Andelen, der forestiller sig at gå ind i en lederstilling er højest blandt de, der har afsluttet alle tre forløb.
- Knap 2% af de yngre læger har gennemført, eller er i gang med en masteruddannelse, mens 1,2% har gennemført eller er i gang med en diplomuddannelse.

Tidlige ledelsesroller

- Andelen, der har været tillidsrepræsentant, skemalægger, UKYL, forskningsansvarlig og/eller arbejdsmiljørepræsentant er 58,6 %. Antallet af roller hænger tæt sammen med lederambitioner.
- Flere forestiller sig at gå ind i en lederstilling blandt de, der har været 1) aktive i studenterpolitik, 2) bestyrelsesmedlemmer i studenterforeninger, 3) studenterundervisere, 4) en del af elevrådet eller 5) trænere, bestyrelsesmedlemmer eller lignende i en fritidsforening.

Lederidentitet

- På en skala fra 0-1 angiver de yngre læger i gennemsnit en lederidentitet på 0,51. Den gennemsnitlige lederidentitet er 17 procentpoint højere blandt de, der forestiller sig på et tidspunkt at gå ind i en lederstilling, sammenlignet med de, der ikke gør.
- De yngre læger vægter gennemsnitligt deres faglige identitet højere end deres lederidentitet.

Distribueret (faglig) ledelse

- De yngre læger oplever i lav grad, at deres leder inddrager dem i ledelsesmæssige handlinger. Gennemsnittet er 10 procentpoint højere blandt de, der forestiller sig på et tidspunkt at gå ind i en lederstilling, sammenlignet med de, der ikke gør.
- De yngre læger oplever i højere grad at blive inddraget i faglig ledelse end i organisatoriske ledelsesopgaver. Niveauet er lidt højere blandt de, der forestiller sig at gå ind i en lederstilling, sammenlignet med de, der ikke gør.

Visions- og anerkendende ledelse

- På en skala fra 0-1 oplever de yngre læger, at deres ledende overlæge udøver visionsledelse svarende til 0,61 og anerkendende ledelse svarende til 0,58. Der er svag statistisk, positiv sammenhæng mellem de ledende overlægers adfærd og de yngre lægers lederambitioner.

Rollemodeller

- Der er en stærk sammenhæng mellem tilstedeværelsen af rollemodeller og ønsket om at blive ledere. Tilstedeværelsen af rollemodeller er 13 procentpoint højere blandt de, der forestiller sig på et tidspunkt at gå ind i en lederstilling, sammenlignet med de, der ikke gør.

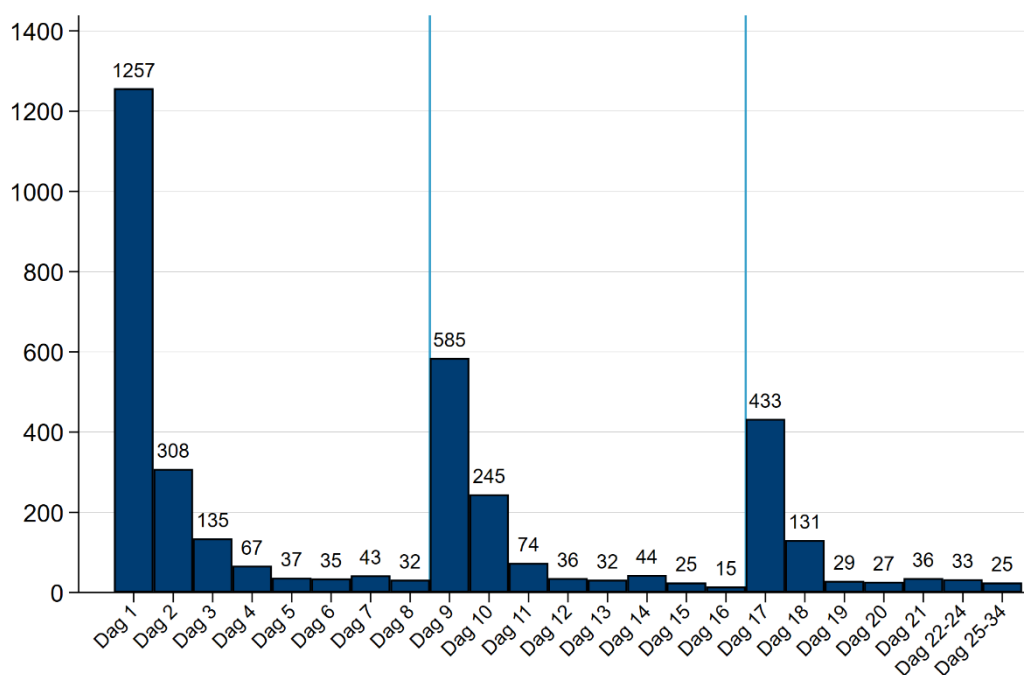
3.0 Datagrundlag

Samlet set blev spørgeskemaet sendt ud til 14.975 yngre læger pr. mail. d. 24. august 2021. Mail-adresser blev stillet til rådighed af foreningen Yngre Læger. Af de 14.975 meldte 17 personer tilbage, at de ikke længere var yngre læger, alt imens 83 mails ikke kunne fremsendes. Med disse frafald endte spørgeskemaet med at nå ud til 14875 personer.

Af de yngre læger svarede 3684 på spørgeskemaet. Det giver en svarandel på 24,8%. Af de 3684 gennemførte 2805 hele spørgeskemaet (18,8%), mens de resterende svarede på dele af spørgeskemaet. De delvise besvarelser indgår også i analyserne.

I forbindelse med dataindsamlingen har vi udsendt to runder af rykkermails til de yngre læger, som ikke havde besvaret spørgeskemaet efter den første udsendelse. Dataindsamlingen sluttede d. 26. september 2021. Det fremgår af Figur 3.1., hvordan de yngre lægers svar fordelte sig over tid. De to vertikale linjer angiver, hvornår rykkerne blev sendt afsted.

Figur 3.1 Antal respondenter fordelt over tid



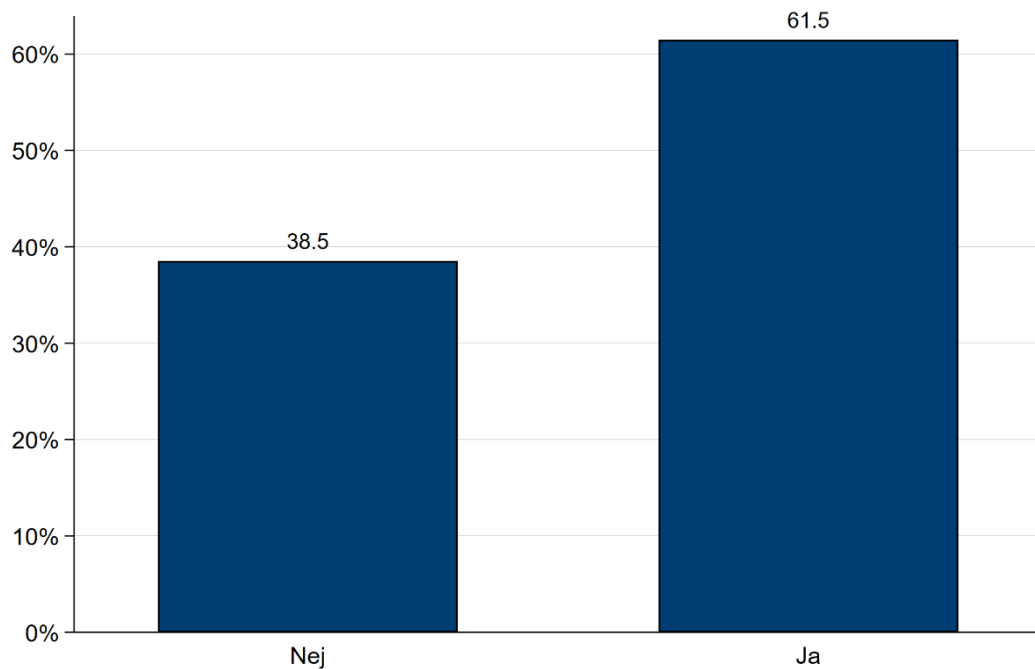
4.0 Karrierepræferencer

Hvad vægter de yngre læger, når de skal finde deres næste job og hvilke målsætninger og ønsker har de for deres fremtidige karriere? Dette er spørgsmålene vi kigger på i nærværende kapitel.

4.1/ Ambition om at blive leder

Først ser vi på noget helt centralt: Hvorvidt de yngre læger umiddelbart forestiller sig at gå ind i en lederstilling på et tidspunkt.

Figur 4.1 "Forestiller du dig, at du på et tidspunkt, vil gå ind i en lederstilling?"



Figur 4.1 viser, at 61,6 % forestiller sig at gå ind i en lederstilling. Undervejs i rapporten undersøges det, hvorvidt der er sammenhæng mellem svaret på dette spørgsmål og en lang række andre faktorer.

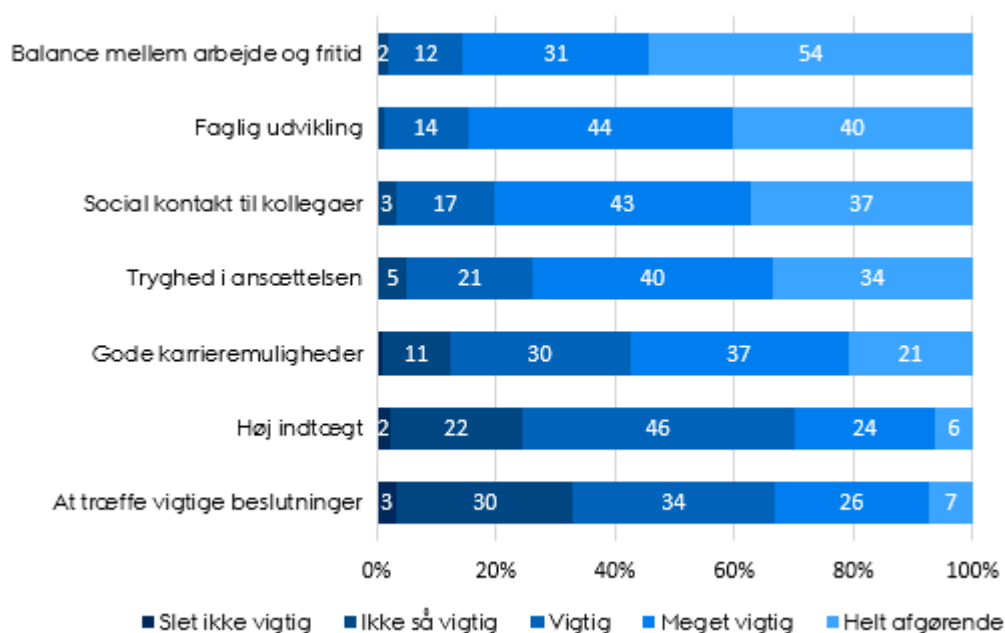
4.2/ Jobpræferencer

Baseret på spørgsmål fra Rainey (1982) har vi bedt de yngre læger om at vurdere vigtigheden af syv forhold, når de står overfor at skulle vælge en arbejdsplads. De syv forhold er:

- Tryghed i ansættelsen
- Høj indtægt
- Gode karrieremuligheder
- At træffe vigtige beslutninger med betydning for organisationen
- Faglig udvikling
- Social kontakt med kollegaer
- Rimelig balance mellem arbejde og fritid

I det følgende demonstreres det, hvor vigtige de syv forhold er for de yngre læger, gående fra det forhold, der gennemsnitligt er vigtigst til det forhold, der gennemsnitligt er mindst vigtigt.

Figur 4.2 Jobpræferencer



Det fremgår af Figur 4.2, at det er vigtigst, at der er en rimelig balance mellem arbejde og fritid. Faglig udvikling, social kontakt til kollegaer og tryghed i ansættelsen følger herefter. Høj indtægt og det at træffe vigtige beslutninger forekommer mindst vigtigt.

Tabel 4.1 Gennemsnitlig vigtighed på tværs af de, der ønsker/ikke ønsker en lederstilling

	Ønsker lederstilling		Ønsker ikke lederstilling	
	Antal	Gennemsnit	Antal	Gennemsnit
Balance ml. arbejde og fritid	1972	4,36	1232	4,41
Faglig udvikling	1971	4,33	1234	4,09
Social kontakt til kollegaer	1972	4,18	1232	4,10
Tryghed i ansættelsen	1971	4,01	1235	4,04
Gode karrieremuligheder	1970	3,82	1234	3,38
Høj indtægt	1971	3,19	1232	2,94
At træffe vigtige beslutninger	1970	3,31	1233	2,61

Tabel 4.1 viser, at de, der forestiller sig på et tidspunkt at gå ind i en lederstilling scorer højere end de, der ikke gør, på 5 ud af 7 faktorer. Forskellene er alle signifikante. På en skala fra 1-5 findes den største forskel for udsagnet "at træffe vigtige beslutninger". På en skala fra 1-5 er denne faktor 0,7 point vigtigere for de, der forestiller sig at gå ind i en lederstilling. Dernæst kommer "gode karrieremuligheder" og "høj indtægt". For balance mellem arbejde og fritid, samt tryk i ansættelsen er der ikke signifikant forskel på de to grupper.

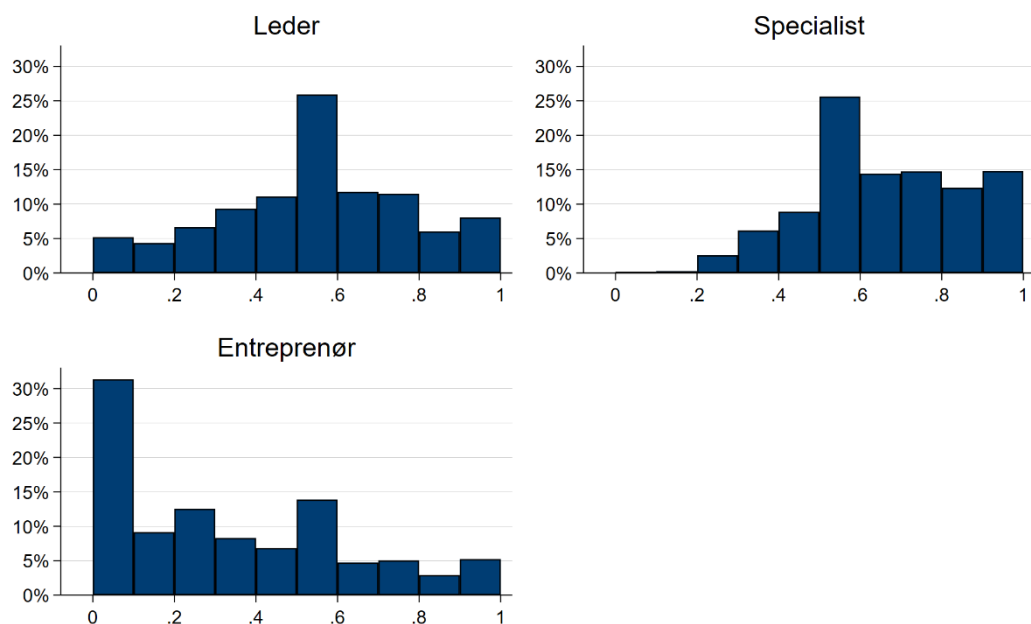
4.3/ Karriereintentioner

Chan et. al (2012) argumenterer for, at man kan have tre forskellige former for intentioner med ens fremtidige karriere. Disse er lederintentioner (L), specialistintentioner (S) og entreprenørintentioner (E). Vi har præsenteret de yngre læger for tre udsagn for hver af disse intentioner:

- Mit væsentligste karrieremål er at blive en af de førende specialister på mit felt (S)
- Jeg er klare til at gøre alt, hvad jeg kan, for at blive selvstændig i egen praksis eller klinik (E)
- Jeg planlægger at få en lederstilling i fremtiden (L)
- Jeg ser ikke mig selv som en, der er leder for andre i mit arbejdsliv (L)
- Jeg vil klart foretrække at være specialiseret ekspert, frem for generalist (S)
- Det er et væsentligt karrieremål for mig at stige i graderne og få ledelsesansvar for andre (L)
- Jeg forestiller mig, at jeg vil udvikle min faglige ekspertise gennem hele mit arbejdsliv (S)
- Jeg har en klar idé til en selvstændig virksomhed, jeg ønsker at drive på et tidspunkt (E)
- Jeg ser mig selv som en, der skal være selvstændig ejer af en virksomhed i løbet af min karriere (E)

Udsagnene blev vurderet på en skala fra 1-5 fra "helt uenig" til "helt enig". I det følgende vises fordelingerne på hver intention, som et samlet mål.

Figur 4.3 Karriereintentioner

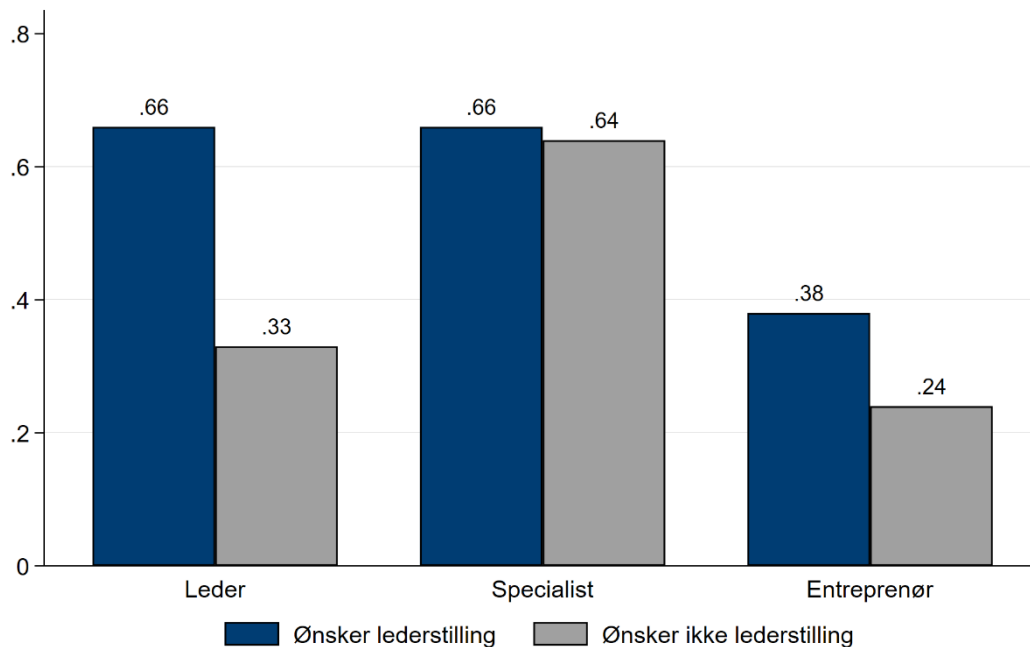


Tabel 4.2 Karriereintentioner

	Obs.	Gennemsnit	Std. afv.	Minimum	Maksimum
Leder-aspirationer	3228	0,54	0,24	0	1
Specialist-aspirationer	3227	0,65	0,20	0	1
Entreprenør-aspirationer	3212	0,33	0,29	0	1

Det fremgår af Figur 4.3 og Tabel 4.2, at de yngre læger i højest grad har præferencer for en karriere som specialister. På en skala fra 0-1 scorer de gennemsnitligt 0,65. De yngre læger udtrykker i betydeligt lavere grad entreprenørintentioner, med en score på 0,33.

Figur 4.4 Gennemsnitlige karriereintentioner på tværs af de, der ønsker/ikke ønsker en lederstilling

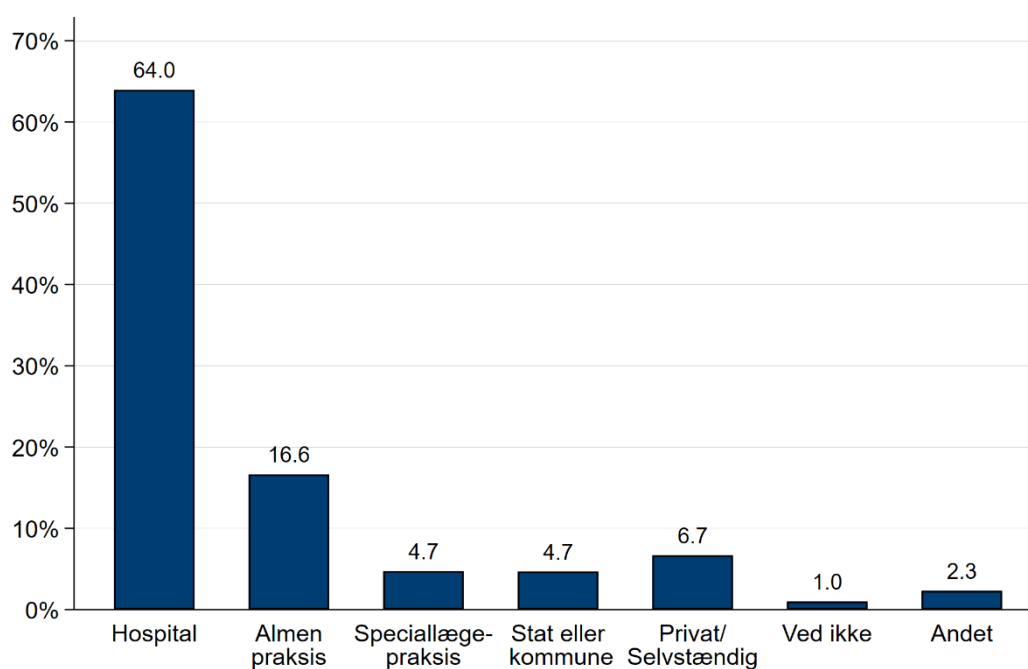


Figur 4.4 viser, at de, der har et umiddelbart lederønske, selvsagt, scorer højere på lederintentioner. Her er der tale om en fordobling fra 0,33 til 0,66. Derudover har de, der ønsker en lederstilling også gennemsnitligt højere entreprenørintentioner. Her er der tale om en forskel på 14 procentpoint. Slutteligt har de i lidt højere grad specialistintentioner, om end denne forskel kun er på 2 procentpoint. Alle forskelle er statistisk signifikante.

4.4/ Ønske om arbejdsplads for fremtidig karriere

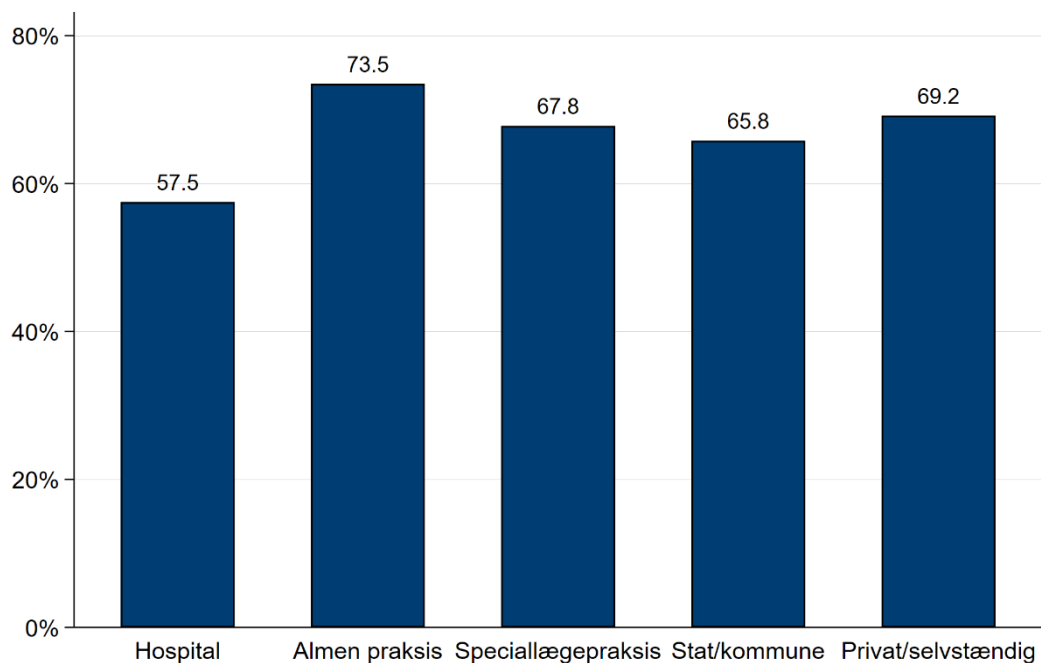
Vi har spurgt de yngre læger, hvor de bedst kunne forestille sig at have en karriere i fremtiden.

Figur 4.3 "Hvor kunne du bedst forestille dig at have en fremtidig karriere?"



Det fremgår af Figur 4.3, at 64 % bedst forestiller sig en fremtidig karriere på et hospital, mens 16,6 % svarer almen praksis og 6,7 % svarer privat/selvstændig.

Kategorien andet dækker over 74 yngre læger: 1) de, der ønsker flere forskellige arbejdspladser samtidigt, 2) de, der vil søge en karriere i en NGO og 2) personer der ønsker at søge en anden karrierevej end lægefaget.

Tabel 4.4 Andelen, der ønsker en lederstilling på tværs af ønske om arbejdsplads

Det fremgår af Figur 4.4, at andelen, der forestiller sig at gå ind i en lederstilling, er lavest blandt de, der ønsker en fremtidig karriere på et hospital. Her angiver knap 58 %, at de forestiller sig at gå ind i en lederstilling på et tidspunkt. Gennemsnittet på tværs af dem, der vælger andre arbejdspladser er 69 % og der er derved tale om en forskel på 11 procentpoint. Den største andel, der forestiller sig at gå ind i en lederstilling, findes blandt de, der forestiller sig en karriere i en almen praksis. Her er andelen knap 74 %.

5.0 Demografisk fordeling

Tabel 5.1 Kønsfordeling

	Svarpersoner		Alle medlemmer	
	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>
Mand	1172	32,11 %	5471	36,51 %
Kvinde	2478	67,89 %	9515	64,49 %

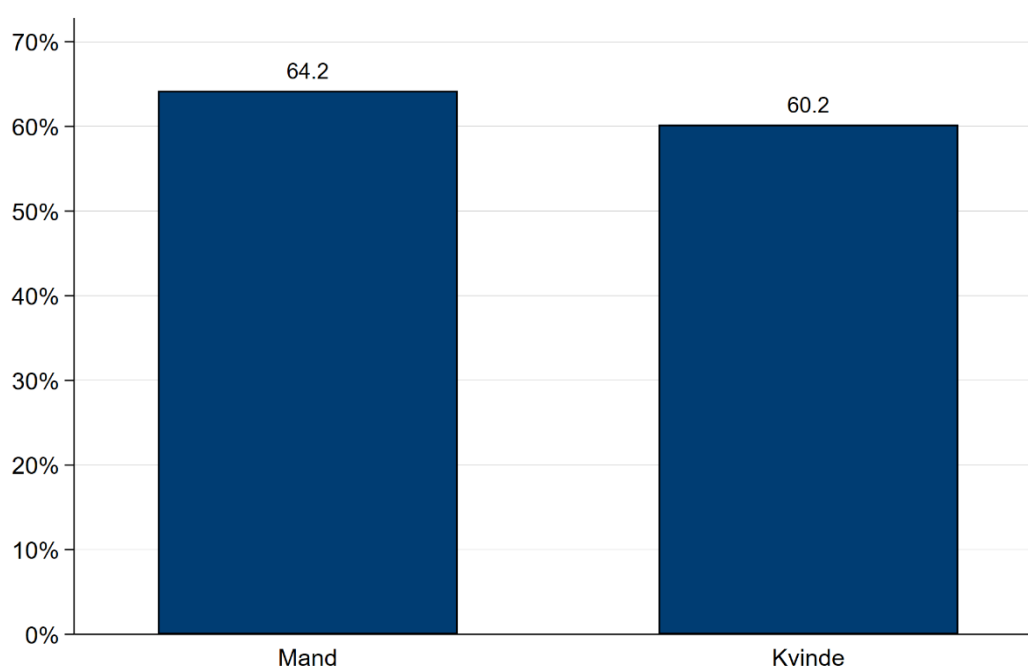
Af Tabel 5.1 fremgår det, at der er en lille overrepræsentation af kvinder i datasættet, sammenlignet med den fulde population,

Tabel 5.2 Aldersfordeling

	Svarpersoner		Alle medlemmer	
	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>
25-29 år	639	17,51 %	2389	15,94 %
30-34 år	1101	30,16 %	4602	30,71 %
35-39 år	820	22,47 %	3388	22,61 %
40-44 år	590	16,16 %	2350	15,68 %
45-49 år	291	7,97 %	1179	7,87 %
50-54 år	80	2,19 %	376	2,51 %
55-59 år	46	1,26 %	267	1,78 %
60-65 år	39	1,07 %	212	1,41 %
60+ år	44	1,21 %	223	1,49 %

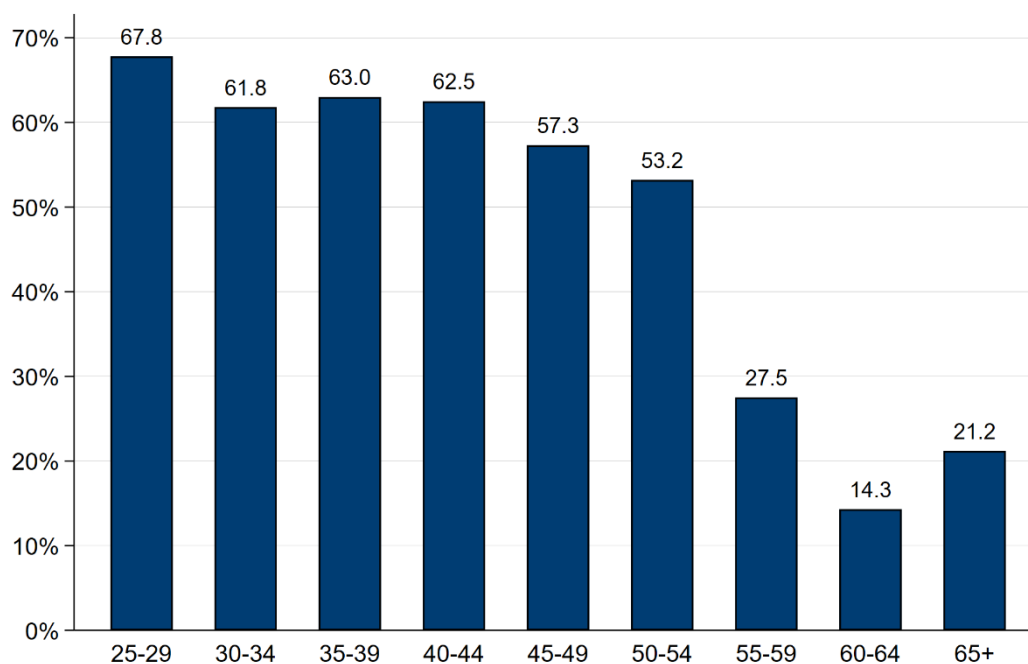
Tabel 5.2 viser, at der ikke er store skævheder i aldersfordelingen. Gennemsnitsalderen i populationen er 37 år, mens den i stikprøven er 36,6 år.

Figur 5.1 Andelen, der ønsker at være leder på tværs af køn



Det fremgår af Figur 5.1, at andelen, der ønsker en lederstilling i fremtiden, er 4 procentpoint mindre blandt kvinder (60,2%) end blandt mænd (64,2%). Denne forskel er statistisk signifikant.

Figur 5.2 Andelen, der ønsker at være leder på tværs af aldersgrupper



Figur 5.2 viser, at der er flest, der ønsker en lederstilling i aldersgruppen 25-29 år (67,8%) og at andelen af de yngre læger, der ønsker en lederstilling i fremtiden, er faldende med alderen. Dette skyldes med stor sandsynlighed, at der, blandt de ældre grupper, er flere af de, der faktisk ønsker at være ledere, der også bliver det og derfor ikke længere er medlemmer af Yngre Læger.

6.0 Beskæftigelse og nuværende ansættelse

Vi har stillet en række spørgsmål om, hvorvidt lægerne på nuværende tidspunkt er i beskæftigelse. Hvis dette er tilfældet har vi spurgt ind til en række forhold vedrørende deres nuværende ansættelse.

Tabel 6.1 Beskæftigelse

	Antal	Andel
Jeg er i beskæftigelse	3035	86,7 %
Jeg er på barsel	315	9,00 %
Jeg er ledig	81	2,31 %
Andet	70	2,00 %

Knap 87% af de adspurgte er i beskæftigelse, mens 9% er på barsel og 2,3% er ledige. De personer, der svarer *andet*, falder overvejende i tre kategorier: 1) personer, der er sygemeldte, 2) personer, der er pensionerede/i fleksjob og 3) personer, der er mellem stillinger, f.eks. fordi de ventede på opstart i KBU på tidspunktet for spørgeskemaundersøgelsen.

Tabel 6.2 Hvis i beskæftigelse: Hvor er du ansat i din nuværende ansættelse?

	Antal	Andel
Hospital	2451	80,8 %
Almen praksis	346	11,4 %
Speciallægepraksis	9	0,30 %
Staten	100	3,30 %
Kommunalt	10	0,33 %
Anden privat virksomhed	36	1,19 %
Andet	82	2,70 %

Vi har spurgt de personer, der er i beskæftigelse, hvor de er ansat i deres nuværende ansættelse. Knap 81% er ansat på et hospital, mens godt 11% arbejder i en almen praksis. *Andet* dækker blandt andet over personer, der er ansat i regionalt, men ikke passer ind i ovenstående kategorier. Dertil angiver mange universitetet som deres arbejdsplads.

Tabel 6.3 Hvis ansat på hospital: Hvilken betegnelse beskriver bedst din nuværende stilling?

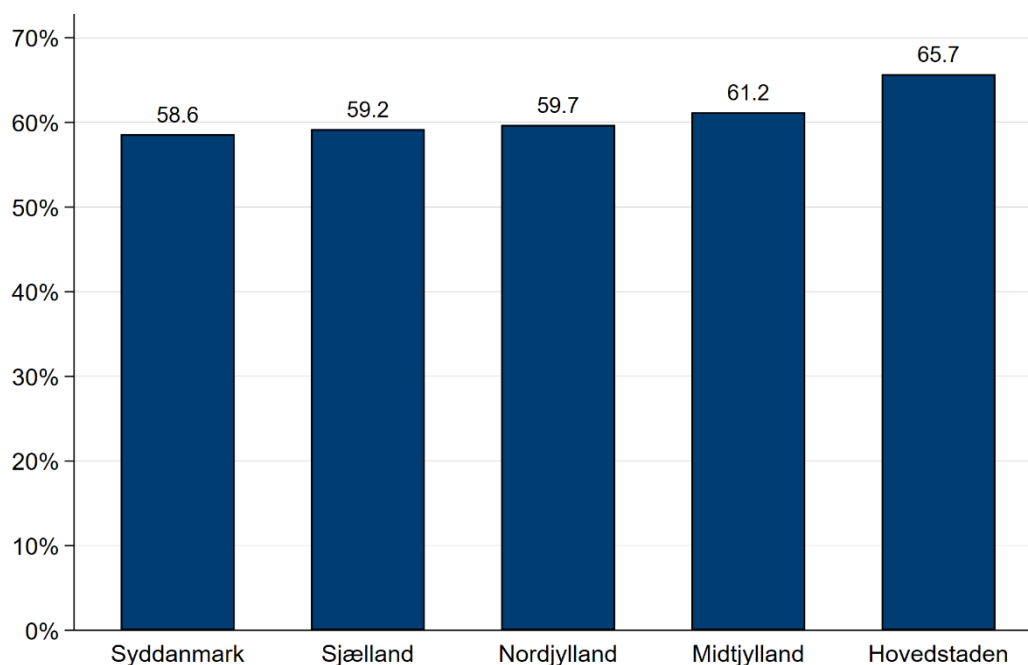
	Antal	Andel
Reservelæge / Læge (Trin 1)	380	25,3 %
1. Reservelæge / Læge (Trin 2)	371	24,7 %
Afdelingslæge	710	47,3 %
Klinisk assistent/Anden forskerstilling	36	2,40 %
Andet	4	0,27 %

De yngre læger, som svarede, at de i deres nuværende ansættelse var ansat på et hospital, er også blevet spurgt om, hvilken stillingskategori de besidder. Godt 47% angiver, at de er afdelingslæger, mens det meste af de resterende angiver at være reservelæge, eller 1. reservelæge.

Tabel 6.4 Hvis ansat på hospital, i almen- eller speciallægepraksis: Hvilken region arbejder du i?

	Antal	Andel
Region Midtjylland	595	21,4 %
Region Nordjylland	249	8,95 %
Region Syddanmark	533	19,2 %
Region Hovedstaden	1061	38,1 %
Region Sjælland	344	12,4 %

Hvis de yngre læger angav, at de var ansat på et hospital, i en almen praksis, eller i en speciallægepraksis blev de spurgt, hvilken region de var ansat i. Tabel 6.4 viser, at godt 38% af svarpersonerne er ansat i Region Hovedstaden, mens færrest (9%) er ansat i Region Nordjylland.

Figur 6.1 Andelen, der ønsker at være leder på tværs af region

Figur 6.1 viser, at andelen, der ønsker en lederstilling i fremtiden, er størst i Region Hovedstaden, med hele 65,7 %. Gennemsnittet i de fire andre regioner er 59,8 og altså 5,9 procentpoint lavere. Denne forskel er statistisk signifikant.

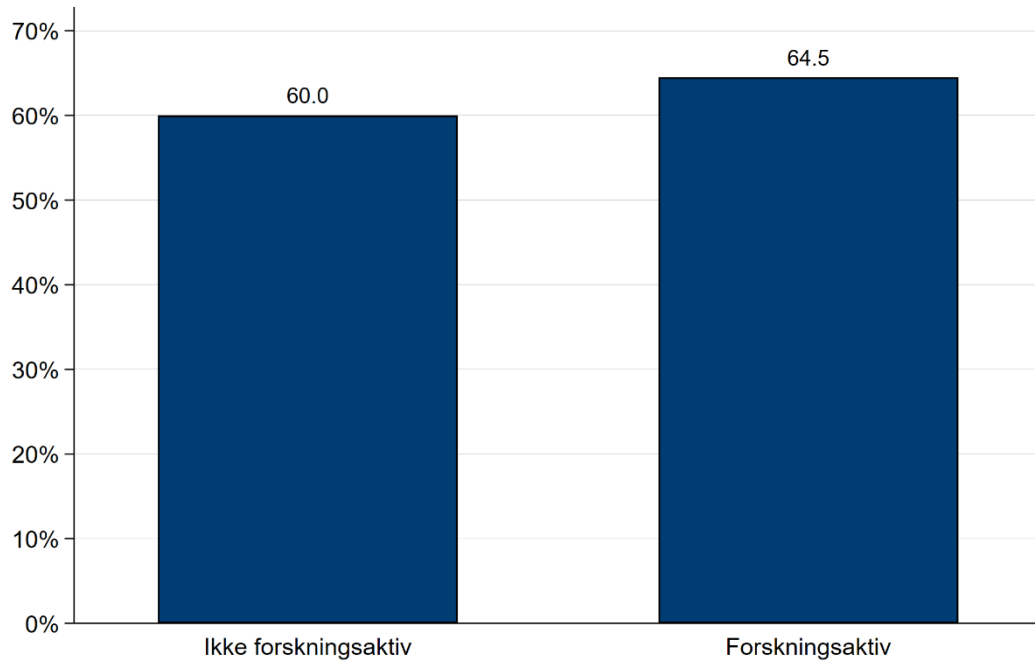
Til sidst har vi spurgt de yngre læger, hvorvidt de i den nuværende stilling har forskningsaktivitet. Dette er ifølge Tabel 6.5 tilfældet for godt 43% af de yngre læger.

Tabel 6.5 "Er du forskningsaktiv i din nuværende stilling?"

	Antal	Andel
Nej	1727	56,8 %
Ja	1320	43,2 %

Figur 6.2 viser ydermere, at andelen, der ønsker en lederstilling i fremtiden, er større blandt de, der er forskningsaktive i deres nuværende stilling. Forskellen er 4,5 procentpoint og er statistisk signifikant.

Figur 6.2 Andelen, der ønsker/ikke ønsker at være leder på tværs af forskningsaktivitet



7.0 Præ- og postgraduat uddannelse

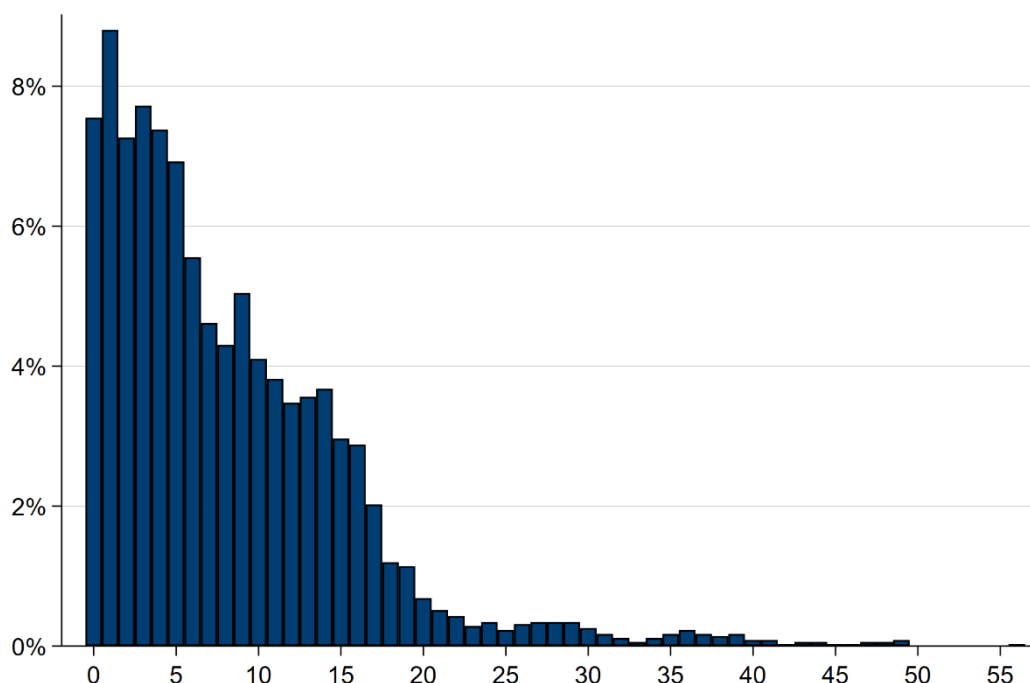
Efter seks år på universitet afsluttes den prægraduate uddannelse og lægeløftet afgives. Herefter må man kalde sig læge. Dog slutter lægers uddannelse sjældent, når de forlader universitetet.

Den postgraduate uddannelse kan påbegyndes med den kliniske basisuddannelse (KBU) som udgøres af to ophold af 6 måneders varighed. Derefter er en introduktionsstilling af 12 måneders varighed oftest det næste naturlige skridt. Formålet med denne er at blive introduceret til et konkret speciale, hvorefter man kan vælge at uddanne sig til speciallæge inden for dette speciale. Det er dog muligt at blive ansat i en ny introduktionsstilling i et andet speciale, såfremt man finder ud af, at man foretrækker et andet speciale. Vælger man at uddanne sig til speciallæge tager dette yderligere op til 5 år. I det følgende ser vi på en række spørgsmål om de yngre lægers uddannelsesforløb.

7.1/ Afsluttet medicinsk embedseksamen

Først har vi spurgt de yngre læger, hvornår og hvor de færdiggjorde deres medicinske embedseksamen. Figur 7.1 og Tabel 7.2 viser, at det i gennemsnit er 8,2 år siden, at de yngre læger færdiggjorde deres medicinske embedseksamen.

Figur 7.1 Antal år siden afsluttet medicinsk embedseksamen?



Tabel 7.1 Antal år siden afsluttet medicinsk embedseksamen

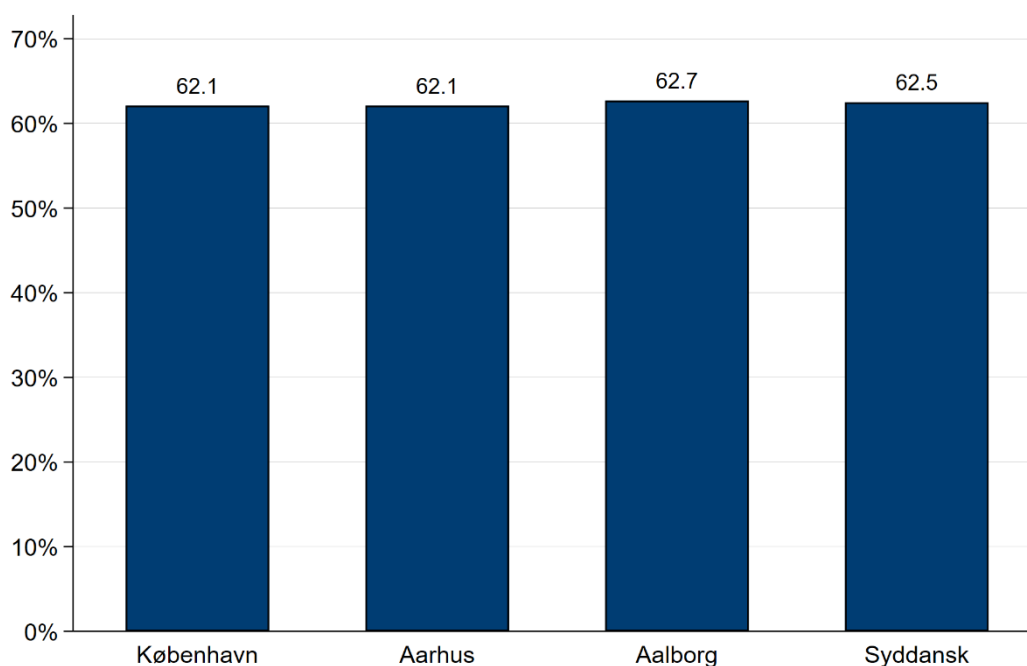
Observationer	Gennemsnit	Standardafvigelse	Minimum	Maksimum
3510	8,20	7,49	0	56

Tabel 7.2 På hvilket universitet afsluttede du din medicinske embedseksamen?

	Antal	Andel
Københavns Universitet	1571	44,0 %
Aarhus Universitet	1066	29,8 %
Aalborg Universitet	62	1,73 %
Syddansk Universitet	623	17,4 %
Andet	252	7,05 %

Det fremgår af Tabel 7.2, at størstedelen af de yngre læger i undersøgelsen er uddannede fra Københavns Universitet (44%), mens knap 30% er uddannet fra Aarhus Universitet og godt 17% er uddannet fra Syddansk Universitet. Knap 2% er uddannet fra Aalborg Universitet, hvilket afspejler, at den første årgang af medicinstuderende i Aalborg først færdiggjorde uddannelsen i 2016. De 7% i kategorien *andet* dækker over læger, der har færdiggjort uddannelsen på et udenlandsk universitet.

Det fremgår yderligere af Figur 7.2, at det ikke har betydning for, hvorvidt man ønsker en lederstilling eller ej, hvilket universitet man har færdiggjort sin medicinske embedseksamen på.

Figur 7.2 Andelen, der ønsker at være leder alt efter hvilket universitet man har gået på

7.2/ Den postgraduate uddannelse

Tabel 7.3 viser, hvilket stadie af den postgraduate uddannelse svarpersonerne befinder sig på. Tabellen viser også stadier, hvor man pt. ikke er i gang med KBU, intro, eller hoveduddannelse. Det kan der være flere årsager til. F.eks. fordi man er på barsel, eller er i gang med en ph.d.-uddannelse.

Tabel 7.3 Antal svarpersoner på forskellige stadier af den postgraduate uddannelse

KBU	Introduktionsstilling	Speciallægeuddannelse	Antal
			133
			332
			164
			465
			453
			1013
			959

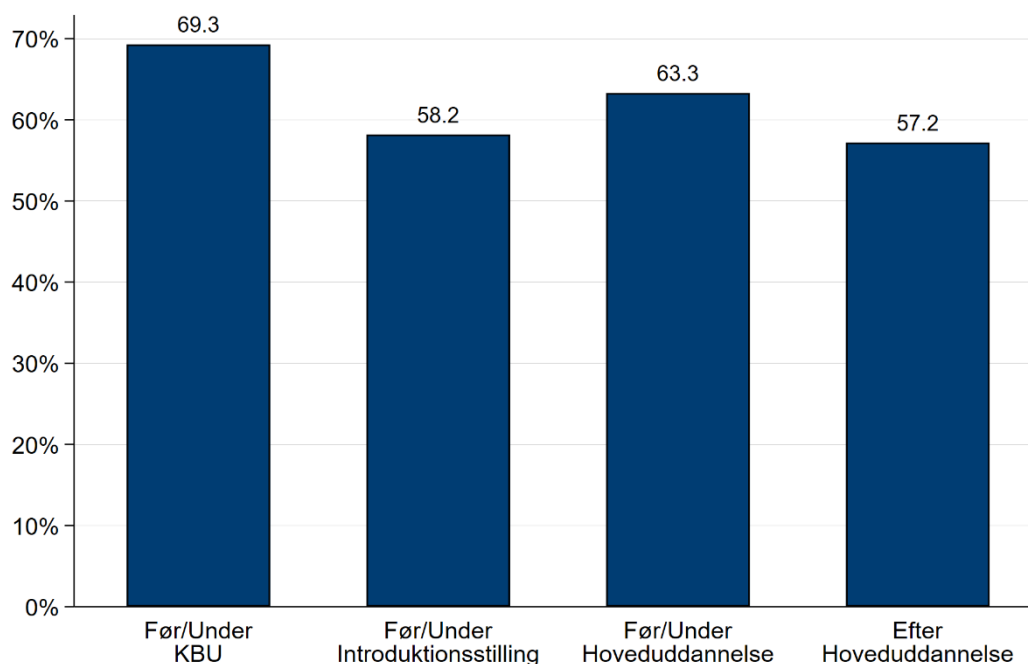
Note: Hver række angiver et muligt stadie fra at have afgivet lægeløfte til at have afsluttet hoveduddannelsen. Kolonnen til højre angiver, hvor mange af svarpersonerne, der er på det pågældende stadie.

■ Ikke påbegyndt ■ I gang ■ Gennemført

I det følgende kigger vi på, hvorvidt ønsket om at blive leder i fremtiden afhænger af, hvilket stadie man befinder sig på. I rapportens analyser grupperes de yngre læger herefter som følger:

- 1) Før/Under KBU
- 2) Før/Under introduktionsstilling
- 3) Før/Under hoveduddannelsen
- 4) Efter hoveduddannelsen

Figur 7.3 Andelen, der ønsker at være leder på tværs af uddannelsesstadie



Figur 7.3 viser, at andelen, der forestiller sig at gå ind i lederstilling er størst blandt de, der før/under KBU. Her angiver næsten 70 %, at de forestiller sig, at de på et tidspunkt vil gå ind i en lederstilling.

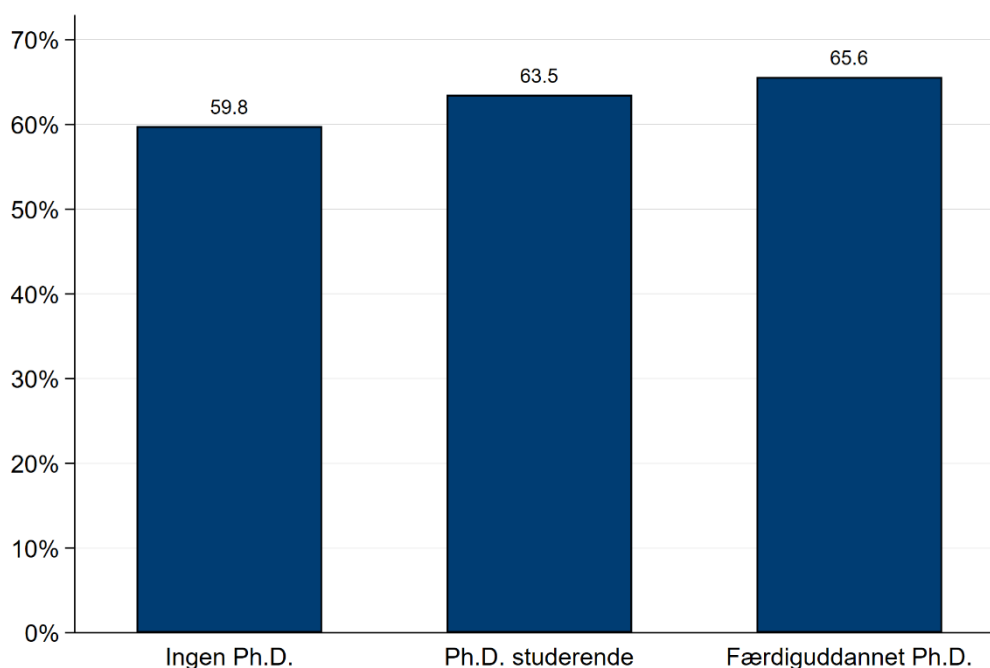
Foruden ovenstående stadier kan yngre læger på alle stadier af den postgraduate uddannelse også vælge at lave en ph.d.-afhandling. Derfor ser vi på, hvor mange, der har en ph.d.-grad eller er i gang og hvorvidt dette hænger sammen med lederambitionerne.

Tabel 7.4 "Har du på nuværende tidspunkt gennemført en ph.d.-uddannelse?"

	Antal	Andel
Nej	2369	67,1 %
Nej, men jeg er i gang	457	13,0 %
Ja	702	19,9 %

Det fremgår af Tabel 7.4, at knap 20 procent svarer, at de har gennemført en ph.d.-uddannelse, mens 13 % svarer, at de er i gang.

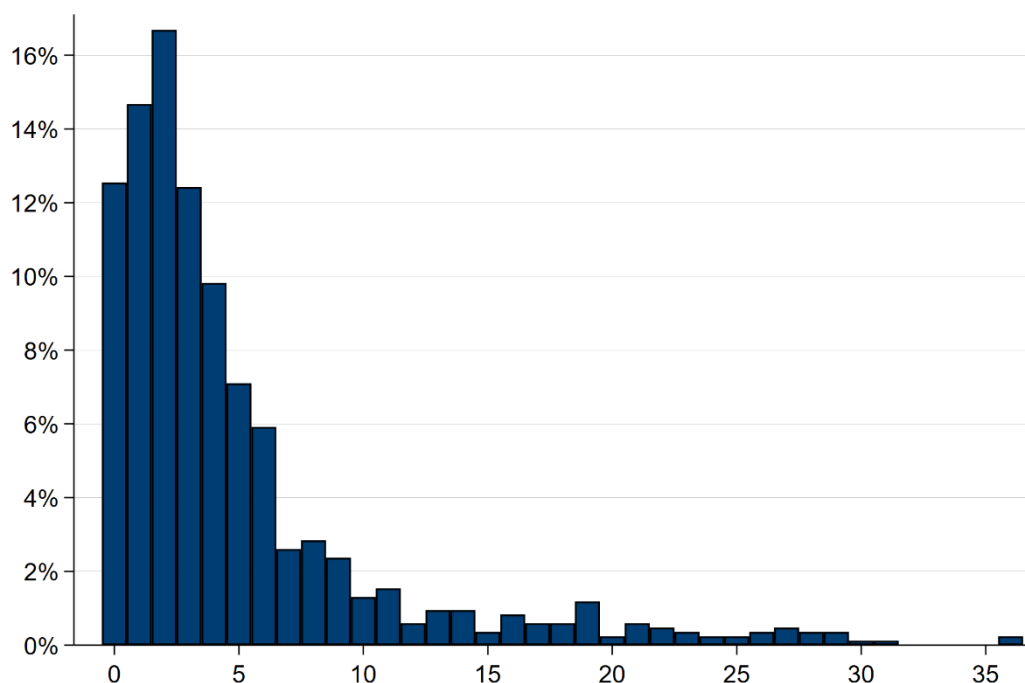
Figur 7.4 Andelen, der ønsker at være leder på tværs af ph.d.-uddannelse



Figur 7.4 viser, at andelen, der forestiller sig på et tidspunkt at gå ind i en lederstilling er størst blandt de, der har gennemført en ph.d.-uddannelse og lavest blandt de, der ikke har. Forskellen på tværs af disse to grupper er statistisk signifikant.

I spørgeskemaet angiver 957 af de yngre læger, at de er færdiguddannede speciallæger. De færdiguddannede speciallæger er blevet spurgt, hvornår de afsluttede deres speciallægeuddannelse.

Figur 7.5 Hvis speciallæge: Antal år siden opnået speciallægeanerkendelse



Tabel 7.5 Hvis speciallæge: Antal år siden opnået speciallægeanerkendelse?

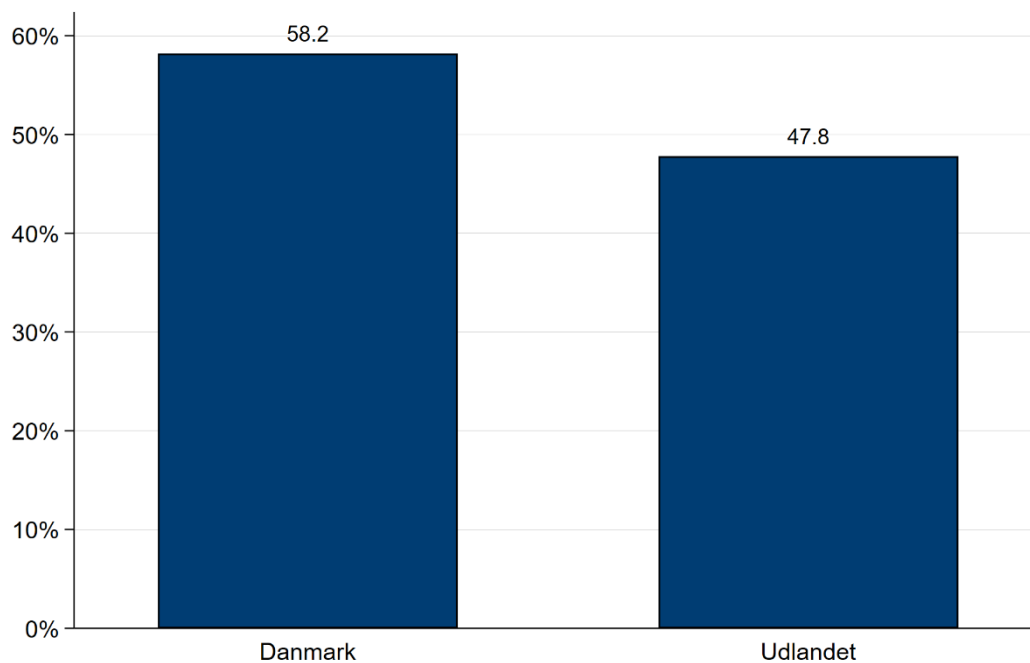
Observationer	Gennemsnit	Standardafvigelse	Minimum	Maksimum
871	4,88	5,87	0	36

Det fremgår af Figur 7.5 og Tabel 7.5, at speciallægerne gennemsnitligt har været færdiguddannede i knap 5 år, mens det maksimale antal år er 36. Vi spurgte derudover speciallægerne, hvor de har taget hovedparten af deres speciallægeuddannelse.

Tabel 7.6 Hvis speciallæge: Hvor har du taget hovedparten af speciallægeuddannelsen?

	Antal	Andel
Danmark	864	91,7 %
Andet nordisk land	12	1,27 %
Det øvrige EU	53	5,63 %
Udenfor EU	13	1,38 %

Det fremgår af Tabel 7.6 at langt størstedelen (knap 92 %) angiver at have taget hovedparten af speciallægeuddannelsen i Danmark.

Figur 7.6 Andelen, der ønsker at være leder på tværs uddannelsessted

Det fremgår af Figur 7.6, at der er betydeligt flere, der forestiller sig at gå ind i en lederstilling blandt de, der har færdiggjort speciallægeuddannelsen i Danmark, sammenlignet med de, der har færdiggjort den i udlandet. Forskellen er godt 10 procentpoint, men er statistisk insignifikant. Dette skyldes det meget lave antal svarpersoner med en speciallægeuddannelse fra udlandet.

8.0 Speciale

Vi har spurgt alle færdiguddannede speciallæger, samt alle, der er i gang med en speciallægeuddannelse, hvilke(t) speciale(r) de har gennemført, eller er i gang med.

Tilsvarende har vi spurgt alle i KBU- og introstillinger, hvilke(t) speciale(r) de på nuværende tidspunkt overvejer at gå ind i. Resultat fremgår af Tabel 8.1.

Tabel 8.1 Oversigt over speciale(r) man er uddannet i, i gang med, eller ønsker at påbegynde

	Speciallæger <i>Antal</i>	KBU-/intro <i>Antal</i>
Akutmedicin	15	121
Almen medicin	384	441
Anæstesiologi	188	201
Arbejdsmedicin	21	28
Børne- og ungdomspsykiatri	55	90
Dermato-venerologi	21	53
Gynækologi og obstetrik	94	169
Intern medicin: Endokronologi	56	118
Intern medicin: Gastroenterologi og hepatologi	37	66
Intern medicin: Geriatri	40	85
Intern medicin: Hæmatologi	21	65
Intern medicin: Infektionsmedicin	21	88
Intern medicin: Kardiologi	58	131
Intern medicin: Lungesygdomme	38	64
Intern medicin: Nefrologi	27	53
Intern medicin: Reumatologi	41	50
Klinisk biokemi	15	35
Klinisk farmakologi	9	44
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	21	26
Klinisk genetik	16	56
Klinisk immunologi	9	34
Klinisk mikrobiologi	17	51
Klinisk onkologi	89	76
Neurokirurgi	10	22
Neurologi	66	95
Oftalmologi	35	46
Oto-rhino-laryngologi	56	66
Ortopædisk kirurgi	92	100
Patologisk anatomi og cytologi	37	32
Psykiatri	88	120
Pædiatri	107	154
Radiologi (røntgenundersøgelse)	71	68
Retsmedicin	11	28
Samfundsmedicin	44	86
Kirurgi	67	111
Karkirurgi	10	20
Plastikkirurgi	14	54
Thoraxkirurgi	5	18
Urologi	36	43
Andet	12	105

1911 af de personer, der angiver at være færdiguddannede speciallæger eller i gang med en speciallægeuddannelse angiver, at de er i gang med, eller har gennemført ét speciale, mens 48 personer angiver, at de er i gang med, eller har gennemført, to eller flere specialer.

861 af de, der er på et tidligere stadie af uddannelsen end speciallægeuddannelsen, angiver, at de er interesserede i ét speciale, mens 649 personer angiver to eller flere specialer.

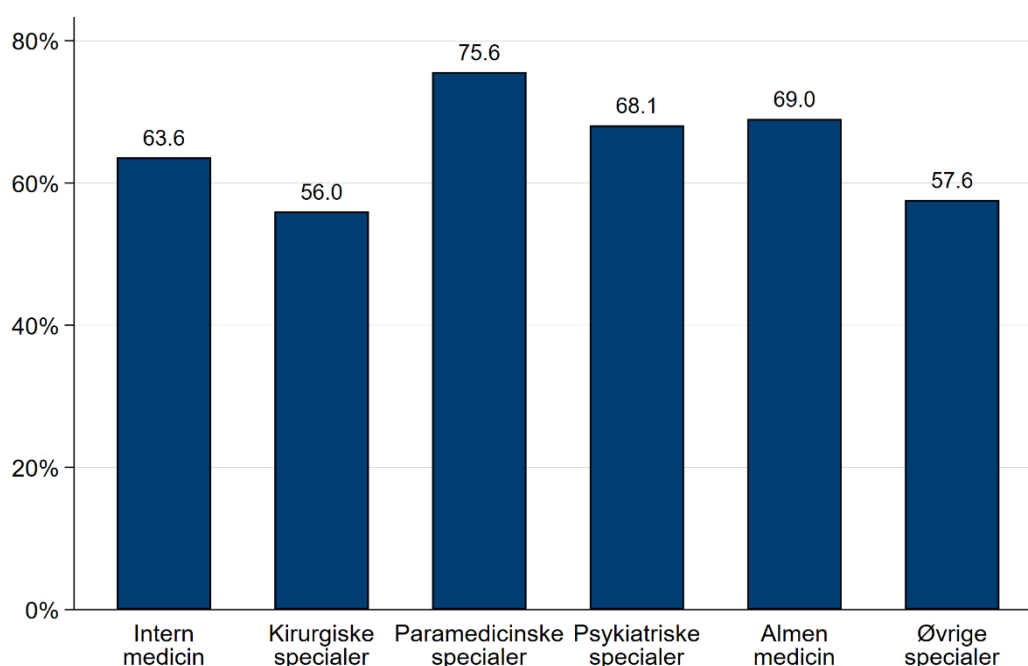
Tabel 8.2 Antal specialer man er interesseret i på tværs af forskellige stadier på uddannelsen

	Obs.	Gennemsnit	Standardafvigelse	Minimum	Maksimum
Før/Under KBU	451	2,92	2,40	1	17
Før/Under Intro	615	2,14	2,00	1	20
Før hoveduddannelsen	441	1,53	1,16	1	8

Tabel 8.2 viser det gennemsnitlige antal specialer man har interesse for på tværs af forskellige stadier af den postgraduate uddannelse og udtrykker, at man på stadiet før man påbegynder hoveduddannelsen er nede på gennemsnitligt at overveje 1,5 speciale.

I det følgende har vi for de, der er i gang med hoveduddannelsen eller er færdiguddannede speciallæger, grupperet specialerne i seks: Intern medicin, kirurgiske specialer, paramedicinske specialer, psykiatriske specialer og almen medicin. Resten falder under øvrige specialer. Tabel 8.3 viser andelen, der forestiller sig at gå ind i en lederstilling, i hver af de seks grupper.

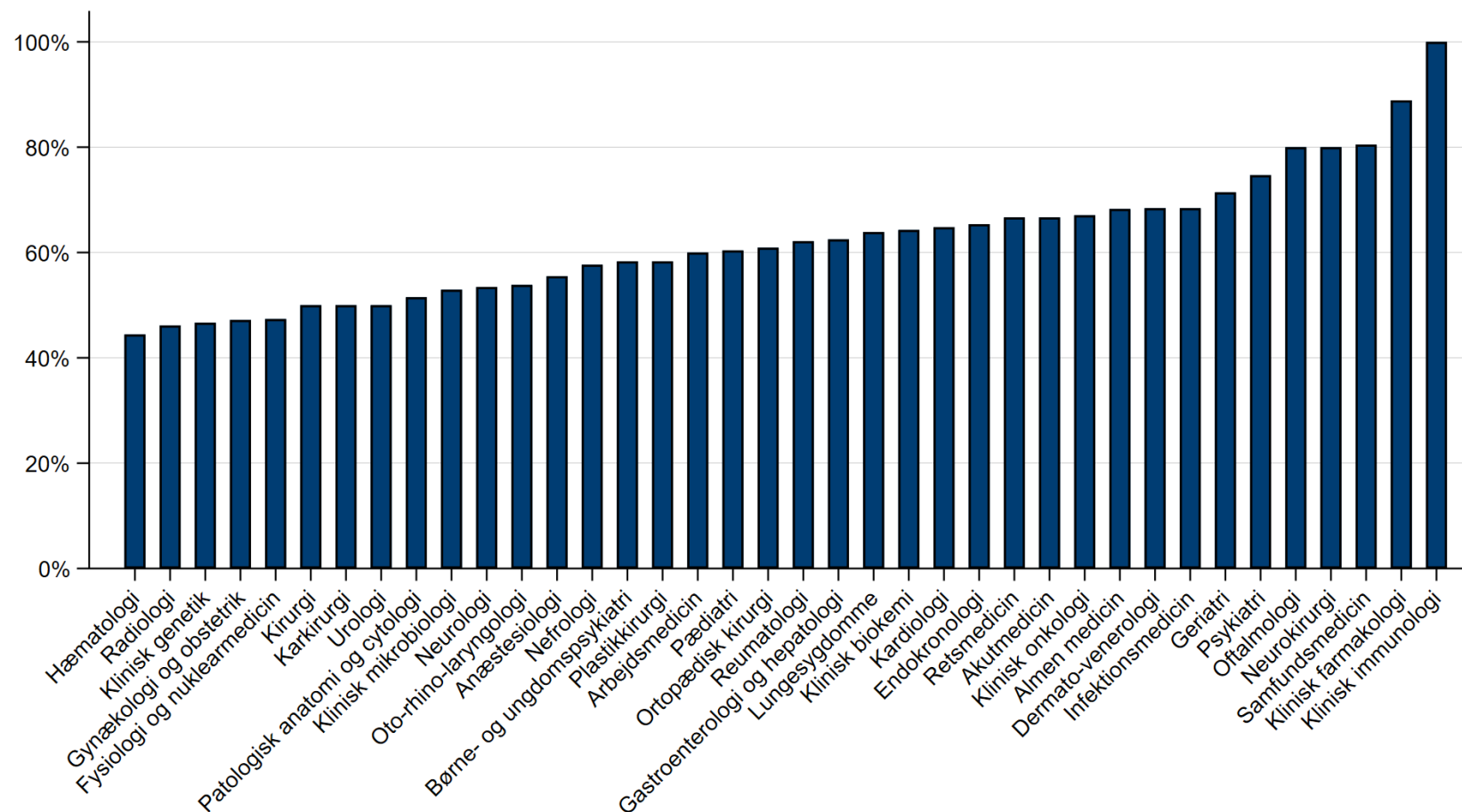
Figur 8.1 Andelen, der ønsker/ikke ønsker at være leder på tværs af specialegrupper



Det fremgår af Tabel 7.3, at der er flest, der forestiller sig at gå ind i en lederstilling blandt de, der er i gang med eller har færdiggjort en hoveduddannelse inden for de paramedicinske specialer, mens personer inden for de kirurgiske specialer i lavest grad forestiller sig at gå ind i en lederstilling.

Figur 7.1 viser, i forlængelse heraf, andelen, der forestiller sig at indgå i en lederstilling på tværs af alle specialerne. Her er hæmatologi, radiologi og klinisk genetik de tre specialer, hvor der er færrest, der forestiller sig at gå ind i en lederstilling, mens klinisk immunologi, klinisk farmakologi og samfundsmedicin er de tre specialer, hvor der er flest, der forestiller sig at gå ind i en lederstilling.

Figur 7.1 Andel, der ønsker en lederstilling på tværs af speciale (sorteret fra laveste andel til højeste andel)



Note: Alle specialer med mere end 5 yngre læger er inkluderet. Derfor er Thoraxkirurgi ekskluderet.

9.0 Motivation

Vi har spurgt ind til fire forskellige motivationsformer: Public service motivation, brugerorientering, intrinsisk- og ekstrinsisk motivation. Motivation kan forstås som drivkraften bag de yngre lægers handlinger. I det følgende defineres og operationaliseres de fire motivationsformer, hvorefter der foretages en sammenligning af forekomsten af de respektive motivationsformer hos de yngre læger.

9.1/ Public Service Motivation

Vi præsenterede de yngre læger for seks udsagn, der afdækker public service motivation: en motivation til at gøre noget godt for andre og for samfundet i forbindelse med leveringen af offentlige services (Andersen & Kjeldsen, 2013). De yngre læger blev bedt om at forholde sig til følgende seks udsagn på en skala fra 1-5, fra "helt uenig" til "helt enig":

- Det motiverer mig at hjælpe med at forbedre den offentlige opgaveløsning
- Det er meget vigtigt for mig, at den offentlige opgaveløsning er i orden
- Jeg bliver personligt berørt, når jeg ser mennesker i nød
- Det er min borgerpligt at gøre noget, der tjener samfundets bedste
- Jeg sætter mine samfundsmæssige forpligtelser over hensynet til mig selv
- Jeg er klar til at yde store ofre for samfundets skyld

9.2/ Brugerorientering

Brugerorientering er en pro-social motivation for at gøre noget godt for specifikke andre (Andersen & Kjeldsen, 2013). I dette tilfælde patienter. De yngre læger blev bedt om at forholde sig til følgende tre udsagn på en skala fra 1-5, fra "helt uenig" til "helt enig":

- Det giver mig energi at vide, at jeg har gjort det godt for patienten
- Hensynet til den enkelte patient er vigtigere end hensynet til formelle regler
- Hvis patienten er tilfreds – så er opgaven løst

9.3/ Ekstrinsisk motivation

Ekstrinsisk motivation er en motivation for at gøre noget med målet om at opnå en gevinst eller undgå en straf (Andersen m.fl., 2006). De yngre læger blev bedt om at forholde sig til følgende fire udsagn på en skala fra 1-5, fra "helt uenig" til "helt enig":

- Hvis jeg skal gøre en ekstra arbejdsindsats, har jeg behov for ekstra aflønning
- Belønninger er essentielle for, hvor godt, jeg udfører mit arbejde
- Det er vigtigt for mig at have en belønning at stræbe efter for at gøre det godt
- Hvis jeg blev tilbudt en bedre aflønning, ville jeg udføre et bedre arbejde

9.4/ Intrinsisk motivation

Vi præsenterede de yngre læger for fire udsagn, der afdækker intrinsisk motivation: en motivation for at gøre noget alene fordi aktiviteten i sig selv er givende (Andersen m.fl., 2006). De yngre læger, der var i beskæftigelse, blev bedt om at forholde sig til følgende fire udsagn på en skala fra 1-5, fra "helt uenig" til "helt enig":

- Jeg nyder i høj grad mit daglige arbejde
 - En ret stor del af mine arbejdsopgaver er kedelige
 - Mit arbejde er meget spændende
 - Jeg kan godt lide at udføre de fleste af mine arbejdsopgaver
-

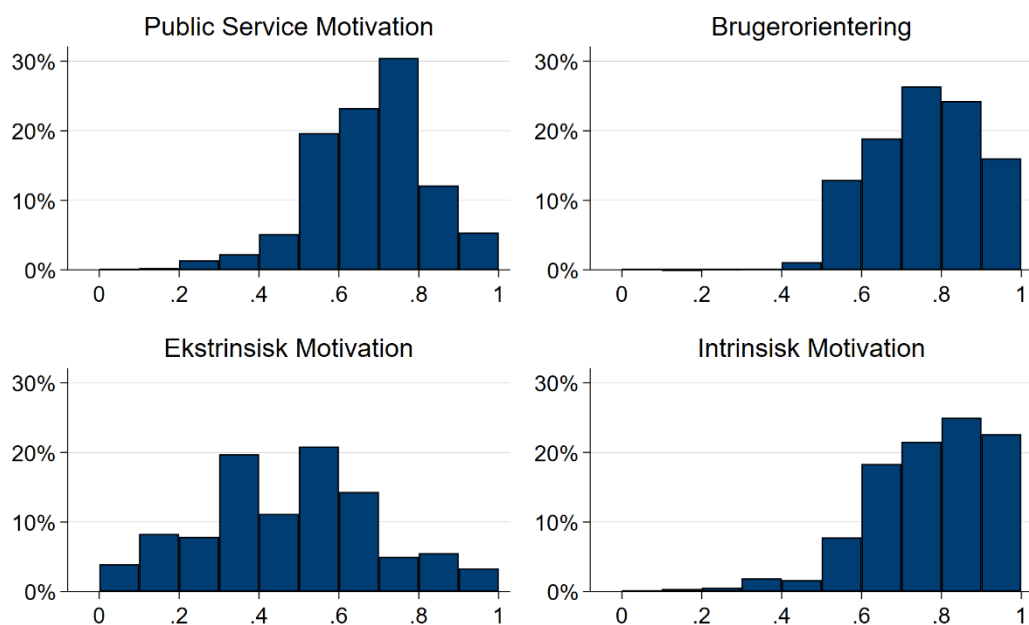
9.5/ Sammenligning af motivationsformer

Det fremgår af Tabel 9.1 og Figur 9.1, at de yngre læger scorer højest på intrinsisk motivation, med 0,77 på en skala fra 0-1. Lige efter følger brugerorientering med 0,75 og public service motivation på 0,67. De yngre læger er i betydeligt lavere grad ekstrinsisk motiverede.

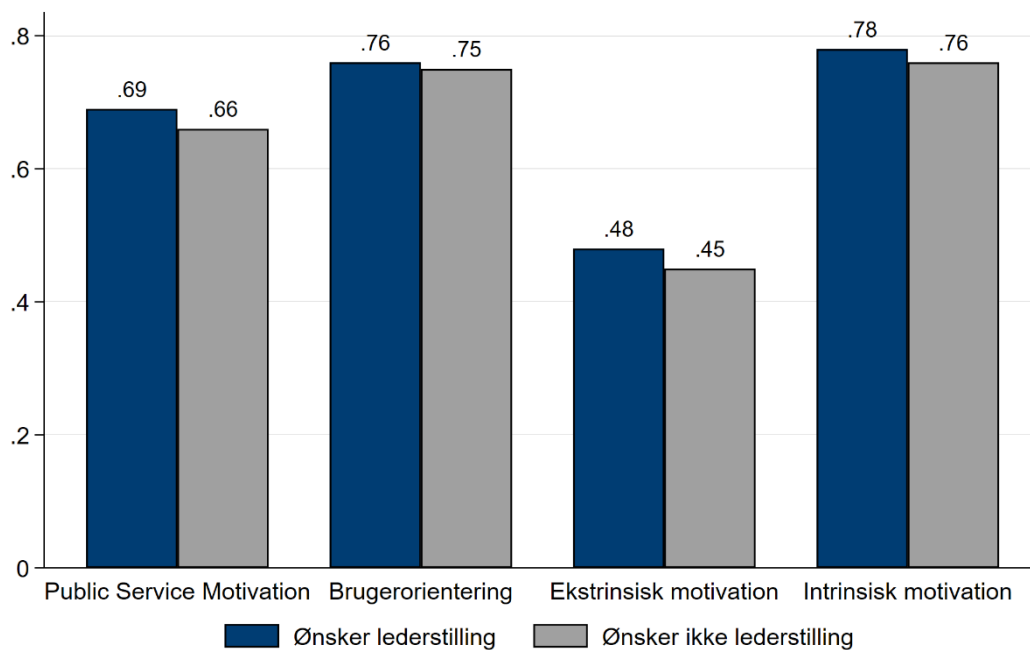
Tabel 9.1 Opsummering på gennemsnitlig motivation

	Obs.	Gennemsnit	Standardafvigelse	Minimum	Maksimum
Public Service	3405	0,67	0,15	0	1
Brugerorientering	3384	0,75	0,13	0	1
Ekstrinsisk	3371	0,47	0,22	0	1
Intrinsisk	3092	0,77	0,16	0	1

Figur 9.1 Opsummering af motivationsformer blandt yngre læger



Figur 9.2 Gennemsnitlig motivation på tværs af de, der ønsker/ikke ønsker en lederstilling

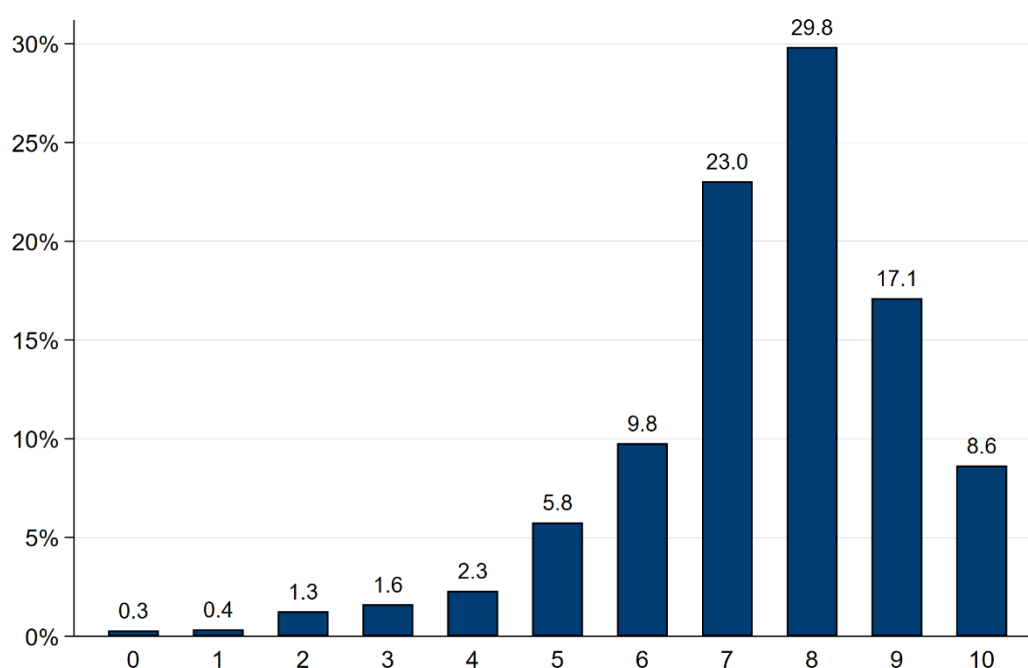


Figur 9.2 viser, at de, der ønsker en lederstilling i gennemsnit har 2-3 procentpoint højere public service motivation, ekstrinsisk motivation og intrinsisk motivation. Disse forskelle er statistisk signifikante. Der er ikke statistisk signifikant forskel på niveauet af brugeroorientering.

10.0 Jobtilfredshed

Vi har spurgt ind til de yngre lægers overordnede jobtilfredshed. Det fremgår af Figur 10.1 og Tabel 10.1, at den gennemsnitlige jobtilfredshed blandt yngre læger er 7,45 på en skala fra 0-10. Generelt er der få, der angiver en lav jobtilfredshed og 94,1% angiver en jobtilfredshed på mindst 5.

Figur 10.1 "Samlet set, på en skala fra 0-10, hvor tilfreds er du med dit nuværende job?"



Tabel 10.1 "Samlet set, på en skala fra 0-10, hvor tilfreds er du med dit nuværende job?"

Observationer	Gennemsnit	Standardafvigelse	Minimum	Maksimum
3090	7,45	1,71	0	10

Tabel 10.2 Gennemsnitlig jobtilfredshed for de, der ønsker/ikke ønsker en lederstilling

	Obs.	Gennemsnit	Std. afv.	Minimum	Maksimum
Ønsker lederstilling	1814	7,51	1,68	0	10
Ønsker ikke lederstilling	1131	7,35	1,77	0	10

Tabel 10.2 viser, at der, på en skala fra 0-10, er en gennemsnitlig jobtilfredshed på 7,51 blandt de, der forestiller sig på et tidspunkt at gå ind i en lederstilling, mens den er 7,35 blandt de, der ikke gør. Forskellen er statistisk signifikant.

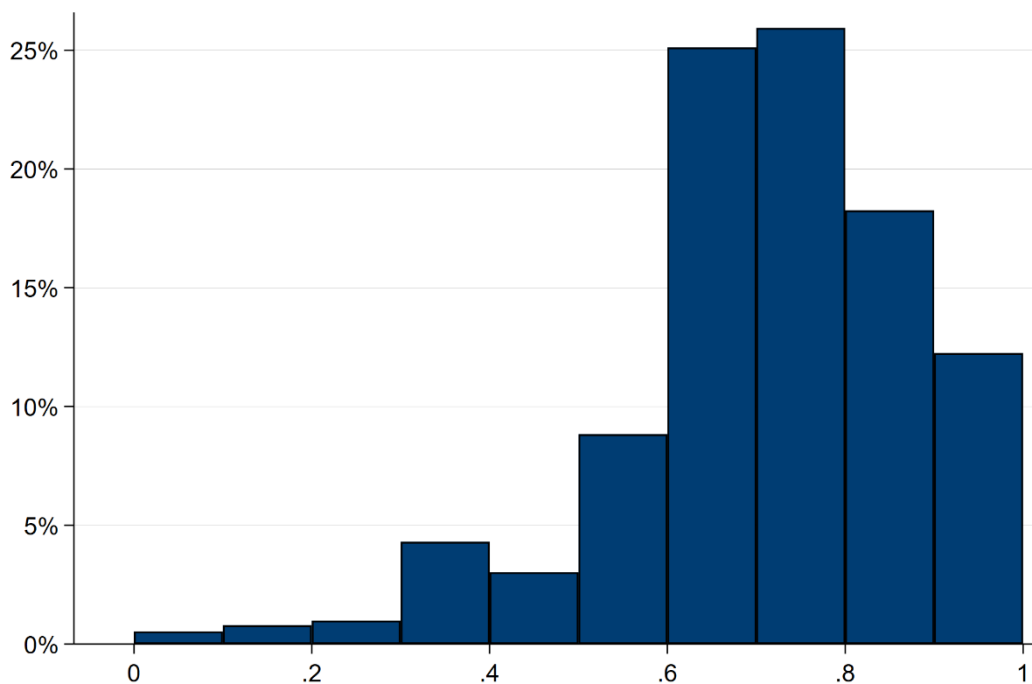
11.0 Psykologisk sikkerhed

Vi har bedt de yngre læger tage stilling til fem udsagn om psykologisk sikkerhed på deres daglige arbejdsplads. En psykologisk sikker arbejdsplads er en arbejdsplads med et klima, hvor folk føler sig trygge ved at tage risikoen, der følger af at sige sin mening og dele bekymringer, spørgsmål og idéer (Edmondson, 2018). De fem udsagn er:

- I denne enhed er det nemt at give udtryk for sin mening
- Hvis man laver en fejl i denne enhed, bliver man ofte bebrejdet for det
- Folk i denne enhed er generelt trygge ved at tale om problemer og uenigheder
- Folk i denne enhed er ivrige efter at dele info om, hvad der virker og ikke virker
- At holde kortene tæt til kroppen er den bedste måde at klare sig godt i denne enhed

Disse spørgsmål blev besvaret på en skala fra 1-5 fra "helt uenig" til "helt enig" I det følgende præsenteres fordelingen på spørgsmålene, som et samlet mål for psykologisk sikkerhed.

Figur 11.1 Samlet mål for psykologisk sikkerhed



Tabel 11.1 Samlet mål for psykologisk sikkerhed

Observationer	Gennemsnit	Standardafvigelse	Minimum	Maksimum
3046	0,72	0,18	0	1

Det fremgår af Figur 11.1 og Tabel 11.1, at niveauet af psykologisk sikkerhed er højt med en score på 0,72 på en skala fra 0-1.

Tabel 11.2 Gennemsnitlig psykologisk sikkerhed på for de, der ønsker/ikke ønsker en lederstilling

	Obs.	Gennemsnit	Std. afv.	Minimum	Maksimum
Ønsker lederstilling	1813	0,74	0,18	0	1
Ønsker ikke lederstilling	1130	0,71	0,18	0	1

Tabel 11.2 viser, at den gennemsnitlige psykologiske sikkerhed generelt er meget høj. Dog har de, der forestiller sig at gå ind i en lederstilling, i gennemsnit et tre procentpoint højere niveau af psykologisk sikkerhed, sammenlignet med de, der ikke gør. Denne forskel er statistisk signifikant.

12.0 Personlighed

Vi præsenterede de yngre læger for en række udsagn, der baserer sig på den såkaldte femfaktor-model for personlighed (Donnellan et al., 2006). Modellen består af fem personlighedstræk. 1) Ekstraversion (udadvendthed), 2) Venlighed, 3) Samvittighedsfuldhed, 4) Neuroticisme og 5) Åbenhed. Hvert personlighedstræk blev målt ved fire udsagn, som alle starter "Jeg..." og besvares på en skala fra 1-5, fra "helt uenig" til "helt enig":

12.1/ Ekstraversion

Den første dimension er ekstraversion. Ekstroverte fremstår som selvsikre, energiske, snakkesalige og optimistiske. De søger spænding og social opmærksomhed (Bono & Judge, 2004). De fire udsagn, der måler ekstraversion er: "Jeg..."

- Er festens midtpunkt
- Taler med mange forskellige mennesker til fester
- Snakker ikke så meget (R)
- Holder mig i baggrunden (R)

12.2/ Venlighed

Den anden dimension er venlighed, som dækker over, hvorvidt man er samarbejdsvillig, tillidsfuld, nænsom og omsorgsfuld. De er altruistiske og tror på det bedste i mennesker (Bono & Judge, 2004). De fire udsagn, der måler venlighed er: "Jeg..."

- Har sympati med andres følelser
- Fornemmer andres følelser
- Er i virkeligheden ikke særligt interesseret i andre (R)
- Er ikke interesseret i andres problemer (R)

12.3/ Samvittighedsfuldhed

Den tredje dimension er samvittighedsfuldhed, som refererer til selvdisciplin og ens evne til at planlægge, organisere og udføre opgaver. Den samvittighedsfulde person målbevidst og hårdtarbejdende (Bono & Judge, 2004). De fire udsagn, der måler samvittighedsfuldhed er: "Jeg..."

- Får opgaver ud af vejen med det samme
- Kan godt lide at have styr på tingene
- Glemmer ofte at lægge tingene tilbage, hvor de hører til (R)
- Roder med mine ting (R)

12.4/ Neuroticisme

Den fjerde dimension er neuroticisme som handler om en persons tendens til at se verdens med negative følelser såsom frygt, bedrøvelse, forlegenhed, vrede eller skyld (Bono & Judge, 2004). De fire udsagn, der måler neuroticisme er: "Jeg..."

- Har ofte humørsvingninger
- Bliver ofte ked af det
- Er afslappet det meste af tiden (R)
- Er sjældent nede i kulkælderen (R)

12.5/ Åbenhed

Den femte og sidste dimension er åbenhed. Hvis man er åben er man kulturel og intellektuel. Åbenhed repræsenterer et individs tilbøjelighed til at være kreativ, selvbeskuende, fantasifuld, indsigtsfuld og nysgerrig (Bono & Judge, 2004). De fire udsagn, der måler åbenhed er: "Jeg..."

- Har en livlig fantasi
- Har svært ved at forstå abstrakte idéer (R)
- Er ikke interesseret i abstrakte idéer (R)
- Har ikke en god forestillingsevne (R)

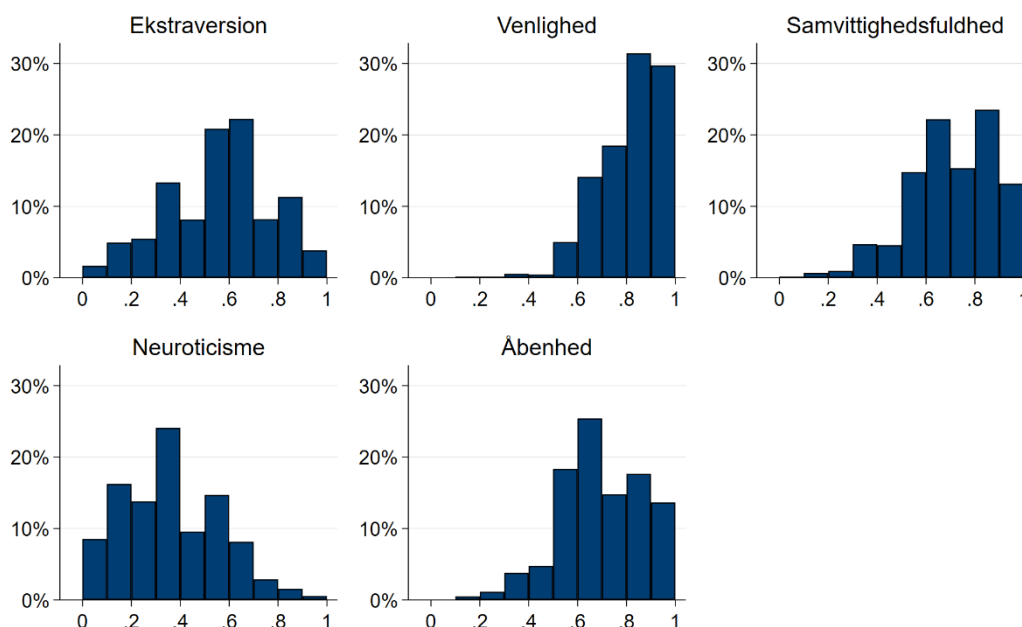
12.6/ Sammenligning af personlighedstræk

De fem personlighedstræk præsenteres i Tabel 12.1 og Figur 12.1 på en skala fra 0-1, hvor 1 afspejler, at man i høj grad besidder personlighedstrækket.

Tabel 12.1 Opsummering af personlighedstræk blandt yngre læger

	Obs.	Gennemsnit	Standardafvigelse	Minimum	Maksimum
Ekstraversion	3286	0,55	0,21	0	1
Venlighed	3285	0,82	0,14	.125	1
Samvittighedsfuldhed	3287	0,70	0,18	0	1
Neuroticisme	3256	0,36	0,20	0	1
Åbenhed	3253	0,69	0,18	.125	1

Figur 12.1 Opsummering af personlighedstræk blandt yngre læger



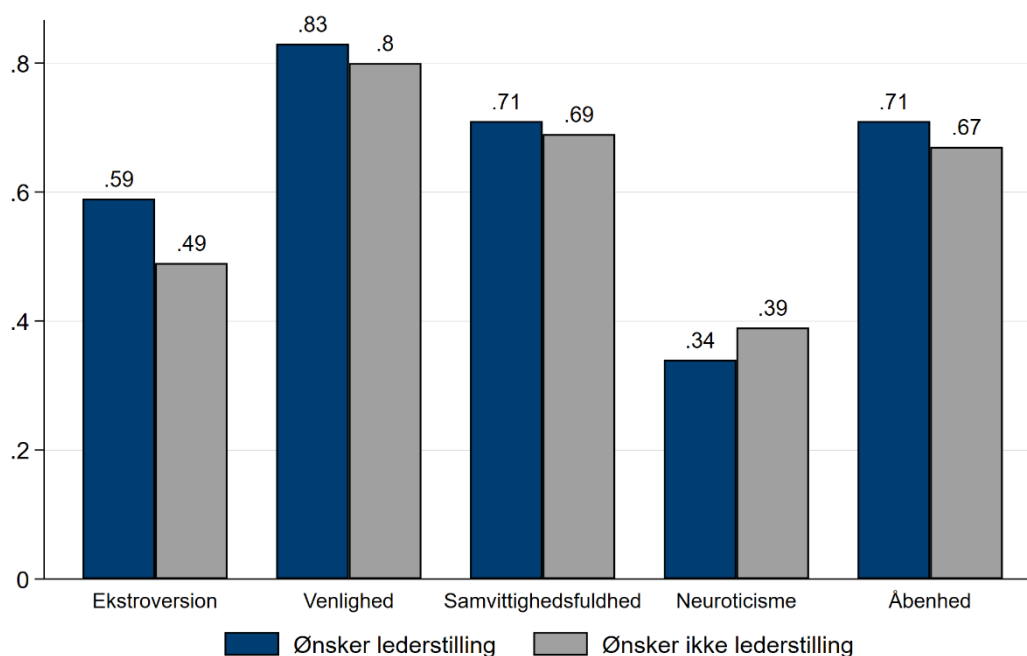
Det fremgår af Tabel 12.1 og Figur 12.1, at de yngre læger scorer højest på dimensionen venlighed, med en score på 0,82. Derudover scorer lægerne højt på samvittighedsfuldhed og åbenhed, mens lægerne scorer lavt på neuroticisme.

Tabel 12.3 Sammenligning af yngre læger og den danske befolkning

	Yngre Læger	Befolkningen
Ekstraversion	0,55	0,48
Venlighed	0,82	0,70
Samvittighedsfuldhed	0,70	0,65
Neuroticisme	0,36	0,42
Åbenhed	0,69	0,63

Tabel 12.3 sammenligner de yngre lægers personlighed med en stikprøve på 1568 personer i den danske befolkning (tal fra Gøtzsche-Astrup m.fl., 2021). De yngre læger scorer højere end den danske befolkning på ekstraversion, venlighed, samvittighedsfuldhed og åbenhed, mens de scorer lavere på neuroticisme. Den største forskel ses for venlighed, hvor der er en forskel på 12 procentpoint.

Figur 12.2 Personlighedstræk på tværs af de, der ønsker/ikke ønsker en lederstilling



Figur 12.2 viser, at de, der forestiller sig at gå ind i en lederstilling i gennemsnit scorer betydeligt højere på ekstroversion (10 procentpoint), lidt højere på venlighed (3 procentpoint), samvittighedsfuldhed (2 procentpoint) og åbenhed (4 procentpoint), mens de scorer lavere på neuroticisme (5 procentpoint). Alle forskelle er statistisk signifikante.

13.0 Lederuddannelser

Kompetenceudvikling er en central forudsætning for at tilvejebringe dygtige lægelige ledere i sundhedsvæsenet. I det følgende sætter vi fokus på, lederuddannelser, herunder både obligatoriske kurser på lægernes hoveduddannelse og formelle lederuddannelser.

13.1/ SOL-kurser

På hoveduddannelsen er der tre obligatoriske SOL-kurser, der har til formål at afdække emnerne Samarbejde, Organisation og Ledelse i sundhedsvæsenet.

Tabel 13.1 Blandt yngre læger under hoveduddannelsen: Har du gennemført SOL 1, 2 og 3?

	Sol 1		Sol 2		Sol 3	
	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>
Nej	237	25,4 %	609	66,0 %	770	84,5 %
Ja	697	74,6 %	314	34,0 %	141	15,5 %

Det fremgår af Tabel 13.1, at 74,6 % af de yngre læger, der har besvaret spørgeskemaet og er i gang med hoveduddannelsen har gennemført SOL1, at 34 % har gennemført SOL 2 og at 15,5 % har gennemført SOL 3. Det fremgår ydermere af tabel 13.2, at andelen, der forestiller sig at gå ind i en lederstilling er størst blandt de, der har gennemført alle tre SOL-kurser (68,3 %).

Tabel 13.2 Andelen, der ønsker/ikke ønsker at være leder på tværs af gennemførte SOL-kurser

	Ønsker lederstilling		Ønsker ikke lederstilling	
	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>
Ingen gennemførte	157	67,1 %	77	32,9 %
SOL 1	225	63,9 %	127	36,1 %
SOL 1 + SOL 2	11	61,1 %	7	38,9 %
SOL 1 + SOL 3	118	66,3 %	60	33,7 %
SOL 1 + SOL 2 + SOL 3	82	68,3 %	38	32,7 %

13.2/ Formelle lederuddannelser

Tabel 13.3 Har du gennemført en masteruddannelse eller en diplomuddannelse?

	Masteruddannelsen		Diplomuddannelsen	
	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>
Ja	35	1,12 %	30	0,97 %
Nej, men i gang	22	0,71 %	9	0,29 %
Nej	3056	98,2 %	3069	98,7 %

Det fremgår af Tabel 13.3, at knap 2% af de yngre læger har gennemført, eller er i gang med en masteruddannelse, mens 1,2% har gennemført eller er i gang med en diplomuddannelse.

14.0 Tidlige ledelsesroller

Den generelle ledelsesforskning har vist, at forhold som tidlige lederroller kan bidrage til udviklingen af en lederidentitet. Derfor har vi undersøgt, hvilke tidlige lederroller de yngre læger påtager sig og hvad disse roller betyder for deres umiddelbare ønske om at gå ind i en lederstilling.

14.1/ Ledelsesroller i den postgraduate uddannelse

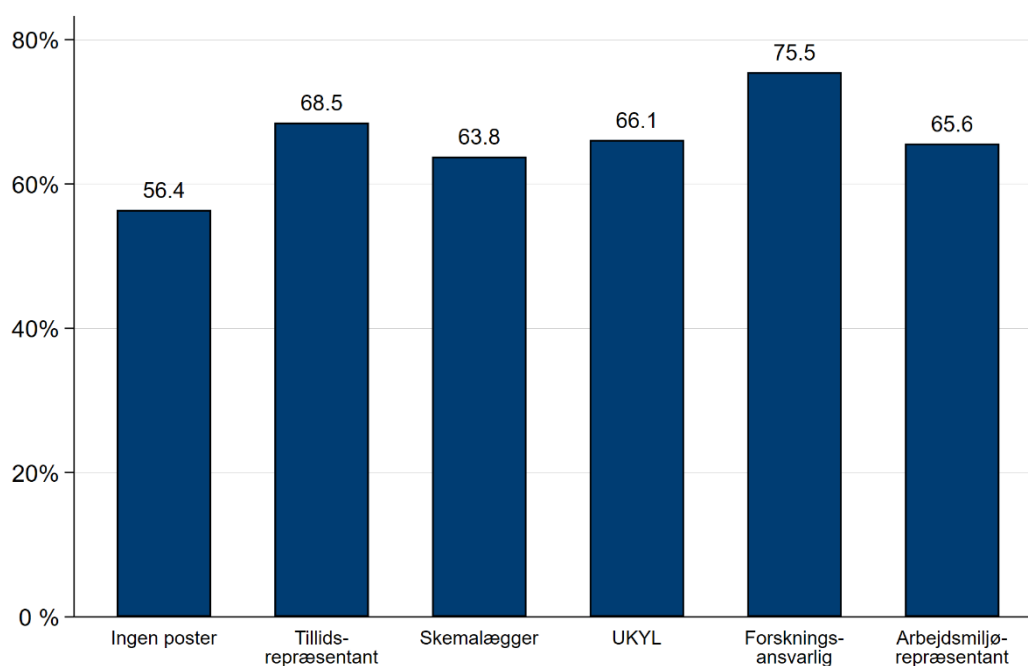
Først har vi spurgt de yngre læger om, hvilke ledelsesroller de har påtaget sig under deres ansættelser i løbet af den postgraduate uddannelse, såsom skemalægger.

Tabel 14.1 "Varetager du eller har du tidligere varetaget følgende funktioner?"

	Ja		Nej	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Tillidsrepræsentant	1088	34,9 %	2030	65,1 %
Skemalægger	723	23,3 %	2381	76,7 %
UKYL	758	24,4 %	2353	75,6 %
Forskningsansvarlig	274	8,86 %	2807	91,1 %
Arbejdsmiljørepræsentant	256	8,30 %	2830	91,7 %

Tabel 14.1 viser, at der er flest af de yngre læger, der angiver, at de er eller har været tillidsrepræsentanter. Dette gælder knap 35%. I det følgende ser vi på, hvornår de yngre læger besidder disse poster og sammenhængen mellem disse tidlige lederroller og ønsket om at gå ind i en lederstilling.

Figur 14.1 Andelen, der ønsker en lederstilling, hvis man varetager/varetog følgende poster



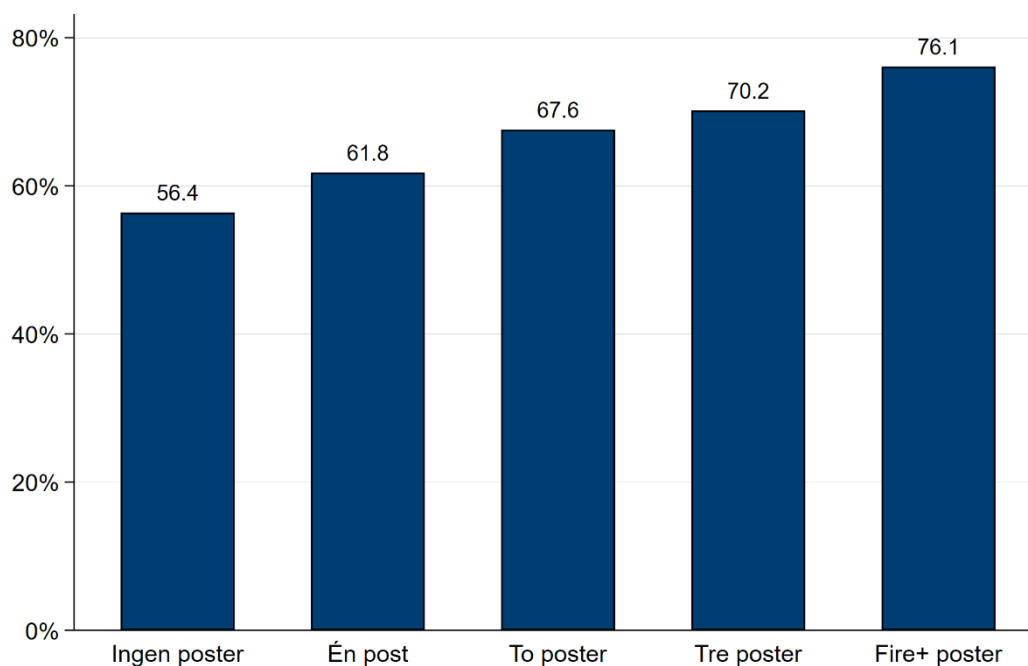
Det fremgår af figur 14.1, at alle fem poster hver især øger tilbøjeligheden til at ønske en lederstilling. Forskellen på ingen poster og at være forskningsansvarlig er størst, med hele 20 procentpoint. Tillidsrepræsentantskab har næststørst betydning, mens skemalægger har mindst betydning.

Tabel 14.2 Antal forskellige poster man varetager/varetog

	Antal	Andel
Ingen poster	1269	41,5 %
Én post	967	31,6 %
To poster	548	17,9 %
Tre poster	228	7,46 %
Fire eller flere poster	46	1,50 %

Af Tabel 14.3 fremgår det ydermere, at 41,5% af de adspurgte ikke udfylder nogen af de fem roller, mens 31,6% udfylder, eller har udfyldt, én rolle og 26,9% har udfyldt flere roller.

Figur 14.2 Andelen, der ønsker en lederstilling på tværs af antal forskellige poster



Af Figur 14.2 fremgår det, at der er en stærk sammenhæng mellem antal poster og forestillingen om at gå ind i en lederstilling. Således forestiller 56,4% af dem, der ikke har haft en af rollerne, at de ønsker en lederstilling i fremtiden, mens dette gælder 76% af dem, der har besiddet fire eller flere poster.

Tabel 14.3 Andelen, der svarer ja til, at de varetager/varetog funktioner, på tværs af stadie

	Før/Under KBU	Før/Under intro	Før/Under HU	Efter HU
Tillidsrepræsentant	5,99 %	20,5 %	42,3 %	47,0 %
Skemalægger	6,75 %	8,90 %	23,7 %	40,6 %
UKYL	0,50 %	8,01 %	30,5 %	37,6 %
Forskningsansvarlig	4,25 %	7,65 %	9,63 %	10,7 %
Arbejds miljørepræsentant	1,50 %	4,09 %	9,31 %	13,1 %

Tabel 14.3 viser, at sandsynligheden for, at man varetager eller tidligere varetog en af de fem funktioner stiger i takt med, at man kommer længere på uddannelsen. Dog viser tallene i tabellen, at det er muligt at besidde rollerne på alle stadier af uddannelsen.

14.2/ Ledelsesroller på medicinstudiet

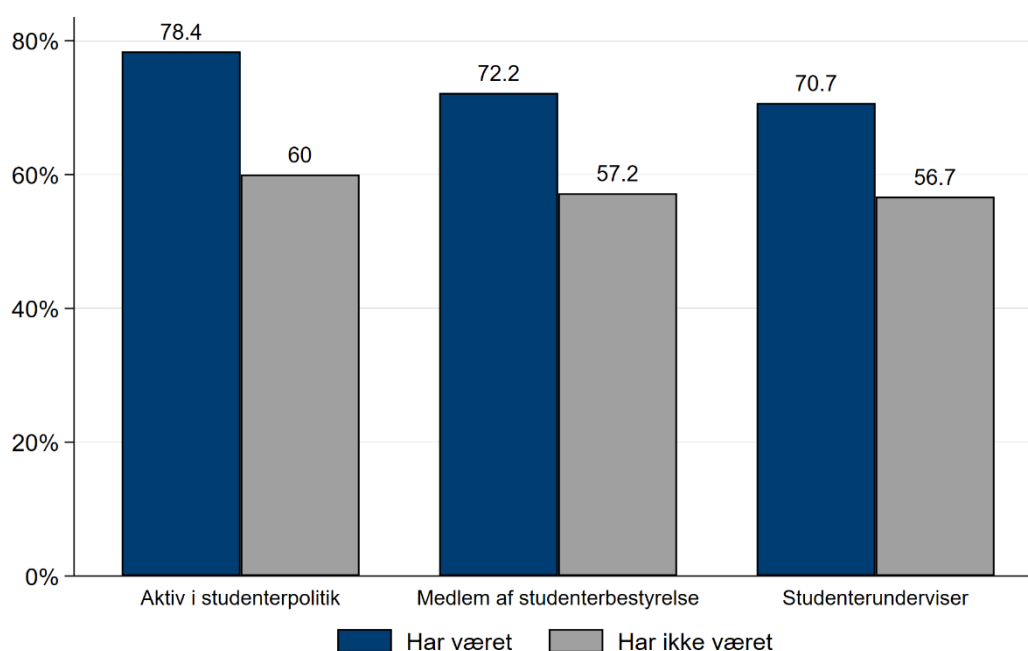
Ud over besiddelsen af formelle poster under den postgraduate uddannelsen, har vi også spurgt ind til endnu tidligere lederroller, herunder engagement i studenterpolitik, studenterforeninger og undervisning under medicinuddannelsen.

Tabel 14.4 "Har du i løbet af medicinstudiet været følgende?:"

	Ja		Nej	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Aktiv i studenterpolitik	222	7,12 %	2918	92,9 %
I bestyrelse i studenterforening	889	28,4 %	2267	71,6 %
Instruktør/Studenterunderviser	1073	34,3 %	2077	65,7 %

Tabel 14.5 viser, at 7,1 % har været aktive i studenterpolitik, mens 28,4 % har været medlem af en bestyrelse i en studenterforening og hele 34,3 % har været instruktører/studentundervisere.

Figur 14.3 Andelen, der ønsker en lederstilling alt efter om man har været følgende



Figur 14.3 viser, at andelen, der forestiller sig at gå ind i en lederstilling, er konsekvent er højere blandt de, der har udfyldt rollerne. Forskellen er størst mellem de, der har været aktive i studenterpolitik og de der ikke har, hvor 78,4 % af de, der har været aktive i studenterpolitik ønsker en lederstilling, mens det kun gælder 60 % af de, der ikke har været aktive i studenterpolitik. Alle forskelle er statistisk signifikante.

14.3/ Andre ledelsesroller

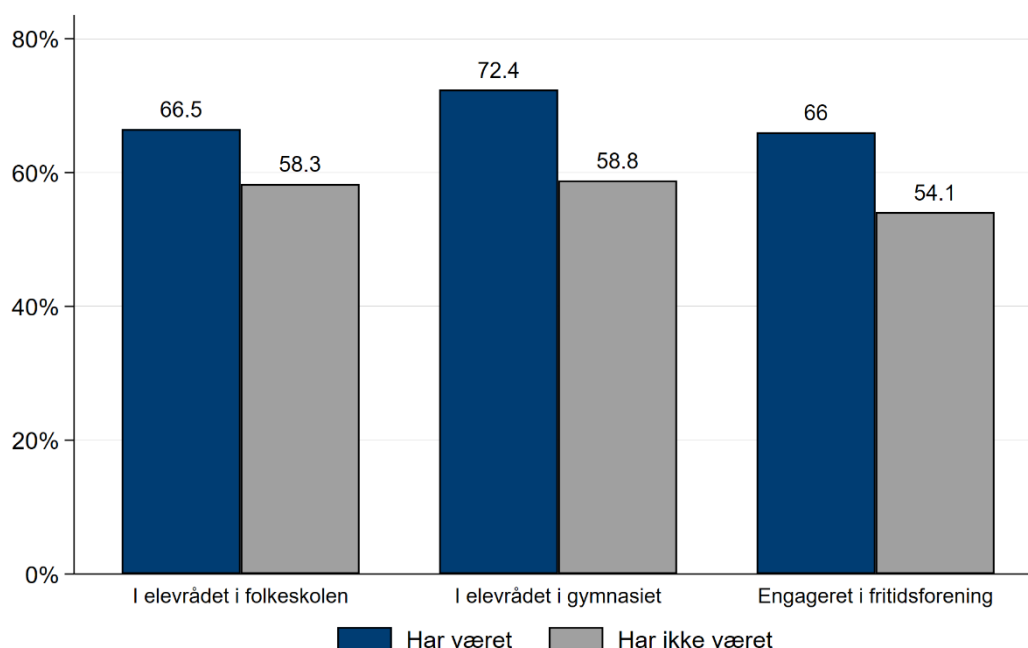
Vi har også set på betydningen af andre ledelsesroller, som er uafhængige af den lægefaglige uddannelse, herunder har vi spurgt ind til, hvorvidt de yngre læger sad i elevrådet i folkeskolen og gymnasiet, samt hvorvidt de på nuværende tidspunkt udviser eller tidligere har udvist frivilligt engagement i fritidsforeninger (som træner, leder, bestyrelsesmedlem el. lign).

Tabel 14.5 "Har du derudover deltaget aktivt i følgende?:"

	Ja		Nej	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Elevrådet i folkeskolen	1183	37,8 %	1944	62,2 %
Elevrådet i gymnasiet	617	19,8 %	2503	80,2 %
Engagement i fritidsforening	1795	57,3 %	1337	42,9 %

Tabel 14.7 viser, at hele 37,8 % af de yngre læger har siddet i folkeskolen i folkeskolen, mens det i gymnasiet gælder 19,8 %. Ydermere, har 57,3 % udvist engagement i en fritidsforening.

Figur 14.4 Andelen, der ønsker en lederstilling alt efter om man har været følgende



Figur 14.4 viser, at det har betydning for ønsket om at blive leder, hvorvidt man har udfyldt en af de tre roller. Forskellen er størst mellem dem, der har været i elevrådet i gymnasiet og dem der ikke har, hvor 72,4 % af dem, der har været i elevrådet i gymnasiet ønsker en lederstilling, mens det kun gælder 58,8 % af dem, der ikke har været det. Alle forskelle er statistisk signifikante.

15.0 Lederidentitet

15.1/ Absolut lederidentitet

Vi har undersøgt, hvorvidt de yngre læger oplever at have en absolut lederidentitet, dvs. identificerer sig med en identitet som leder. I spørgeskemaet indgik en dansk oversættelse af Leadership Self-Identity Measure (Hiller, 2005), hvor man på en skala fra 0-10 skal svare på, i hvilken grad udsagnet dækker ens egen opfattelse. Spørgsmålene er ofte blevet brugt på etablerede ledere. Derfor tilføjede vi: *"Med leder mener vi ikke, om du har en stilling som leder, men hvordan du ser dig selv, når du arbejder sammen med andre"*. De fire udsagn er:

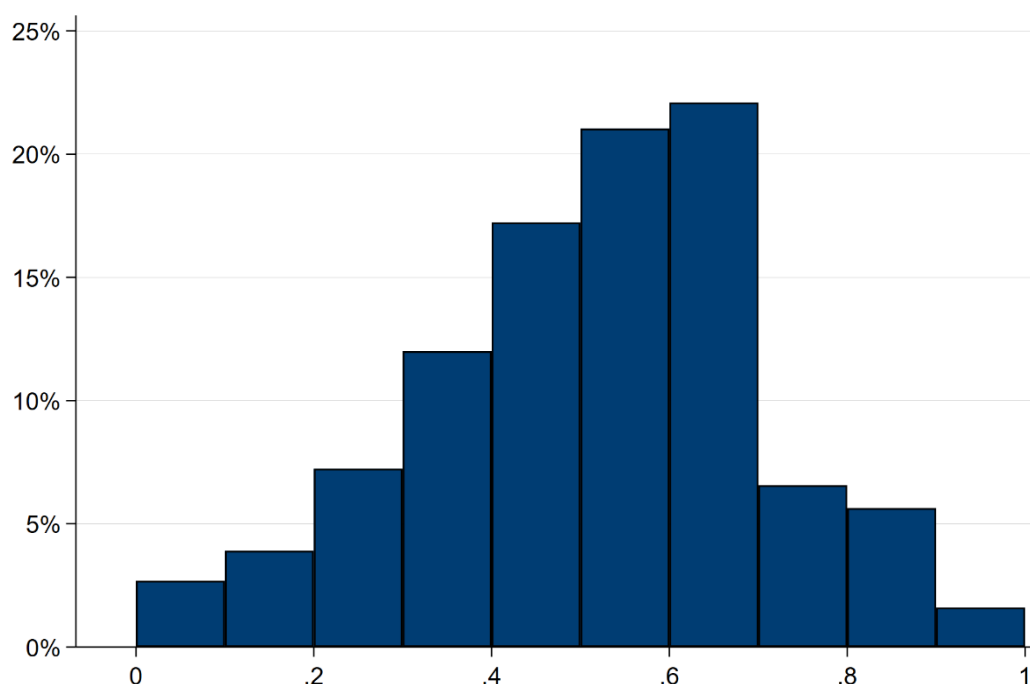
- 1) Jeg er en leder
- 2) Jeg ser mig selv som leder
- 3) Hvis jeg skulle beskrive mig selv over for andre, ville jeg bruge ordet leder
- 4) Jeg foretrækker, at andre ser mig som en leder

I Tabel 15.1 præsenteres de gennemsnitlige svar på de enkelte spørgsmål, da de yngre læger svarede meget forskelligt på de fire spørgsmål. Resultaterne tyder på, at de yngre læger i højere grad opfatter dem selv som ledere indadtil, end udadtil.

Tabel 15.1 Gennemsnitlig lederidentitet på hvert spørgsmål

	Observationer	Gennemsnit	Standardafvigelse	Minimum	Maksimum
1	3128	0,65	0,21	0	1
2	3109	0,61	0,22	0	1
3	3121	0,34	0,26	0	1
4	3117	0,43	0,25	0	1

Figur 15.1 Samlet mål for lederidentitet



Fordelingen på det samlede mål fremgår af Figur 15.1. Gennemsnitligt har de yngre læger en lederidentitet på 0,51 på en skala fra 0-1. Sammenlignet med de ledende overlæger er dette 32 procentpoint lavere (Pedersen m.fl., 2020).

Tabel 15.2 viser dertil, at de, der forestiller sig at gå ind i en lederstilling, har en stærkere lederidentitet end de, der ikke gør. Forskellen er 17 procentpoint og er statistisk signifikant.

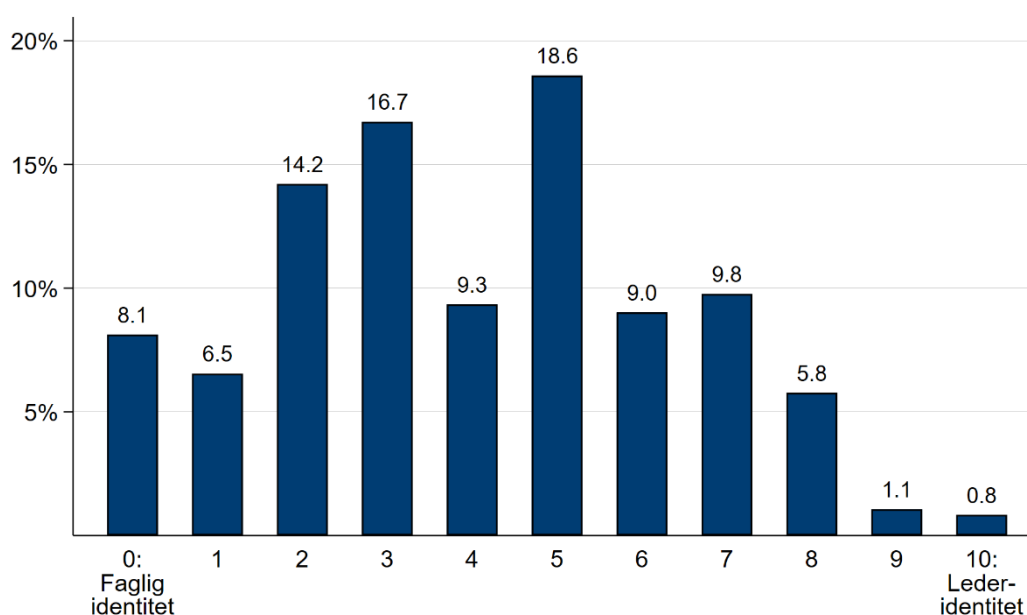
Tabel 15.2 Gennemsnitlig absolut lederidentitet for de, der ønsker/ikke ønsker en lederstilling

	Obs.	Gennemsnit	Std. afv.	Minimum	Maksimum
Ønsker lederstilling	1918	0,57	0,17	0	1
Ønsker ikke lederstilling	1198	0,40	0,20	0	1

15.2/ Relativ lederidentitet

Vi har også spurgt til balancen mellem de yngre lægers lederidentitet og deres faglige identitet. Baseret på et spørgsmål fra Ledelseskommisionens undersøgelse (2017) blev de yngre læger bedt om, på en skala fra 0-10, at vurdere vigtigheden af deres faglige identitet i forhold til deres lederidentitet.

Figur 15.2 "Hvor vigtig er din faglige identitet ift. din lederidentitet?"



Note: N=3103, gennemsnit=4.02

Det fremgår af Figur 15.2, at de yngre læger gennemsnitligt svarer 4,02 på en skala fra 0-10. Dette indikerer, at de i gennemsnit oplever, at deres faglige identitet er vigtigere end deres lederidentitet. 18,6 % angiver, at de er lige vigtige, mens 26,5 % oplever, at deres lederidentitet er stærkest.

Tabel 15.3 Gennemsnitlig relativ lederidentitet for de, der ønsker/ikke ønsker en lederstilling

	Obs.	Gennemsnit	Std. afv.	Minimum	Maksimum
Ønsker lederstilling	1905	0,46	0,22	0	1
Ønsker ikke lederstilling	1193	0,31	0,23	0	1

Tabel 15.3 viser, at de, der forestiller sig at gå ind i en lederstilling vægter deres lederidentitet højere, end det er tilfældet for de, der ikke gør. For at kunne sammenligne med den absolute lederidentitet er målet cændret, så det går fra 0-1. Forskellen er 15 procentpoint og er statistisk signifikant.

16.0 Distribueret (faglig) ledelse

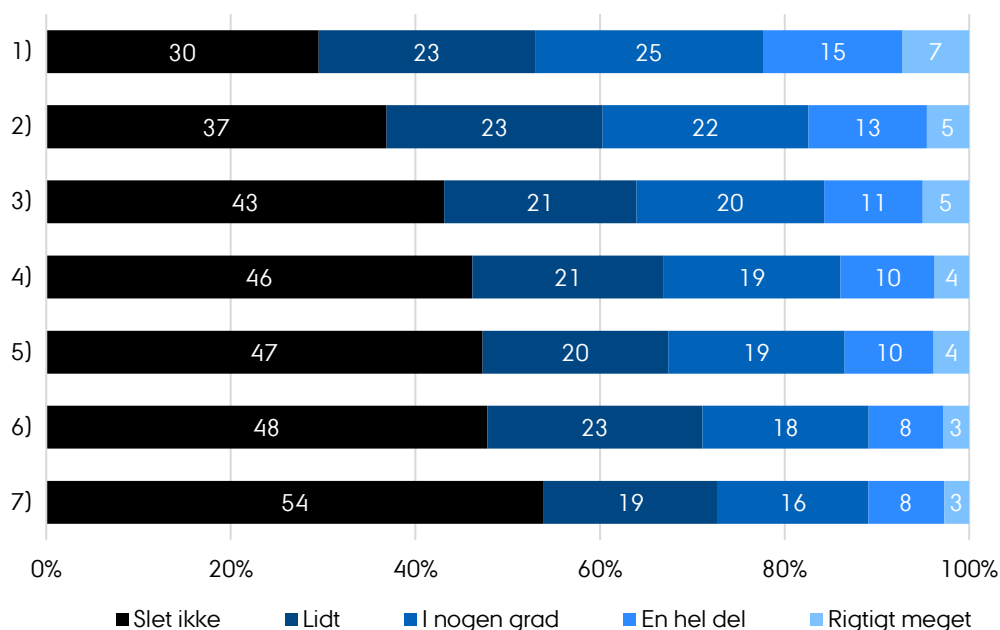
16.1/ Distribueret ledelse

Distribueret ledelse finder sted, når ledere og medarbejdere i en organisation deles om at udøve ledelse, ved sammen at bidrage til ledelsesmæssige handlinger (Kjeldsen et al., 2021). Vi har bedt de yngre læger tage stilling til, hvor meget de oplever at være involverede i seks konkrete dele af ledelsesarbejdet. De yngre læger forholdte sig til udsagnene på en skala fra 1-5 fra "slet ikke" til "rigtigt meget". De syv dele af ledelsesarbejdet er herunder listet efter, hvor meget de yngre læger gennemsnitligt deler opgaven med lederen, fra mest til mindst.

- 1) At tage ansvar for tilrettelæggelse af arbejdsopgaver i enheden
- 2) At udarbejde forslag til enhedens drift og udvikling
- 3) At tilrettelægge aktiviteter for kompetenceudvikling for medarbejdere
- 4) At indgå i beslutningsprocesser om enhedens drift og udvikling
- 5) At formulere målsætninger for udvikling af enheden
- 6) At løse personalekonflikter i enheden
- 7) At arbejde med styring af, hvordan ressourcer fordeles i enheden

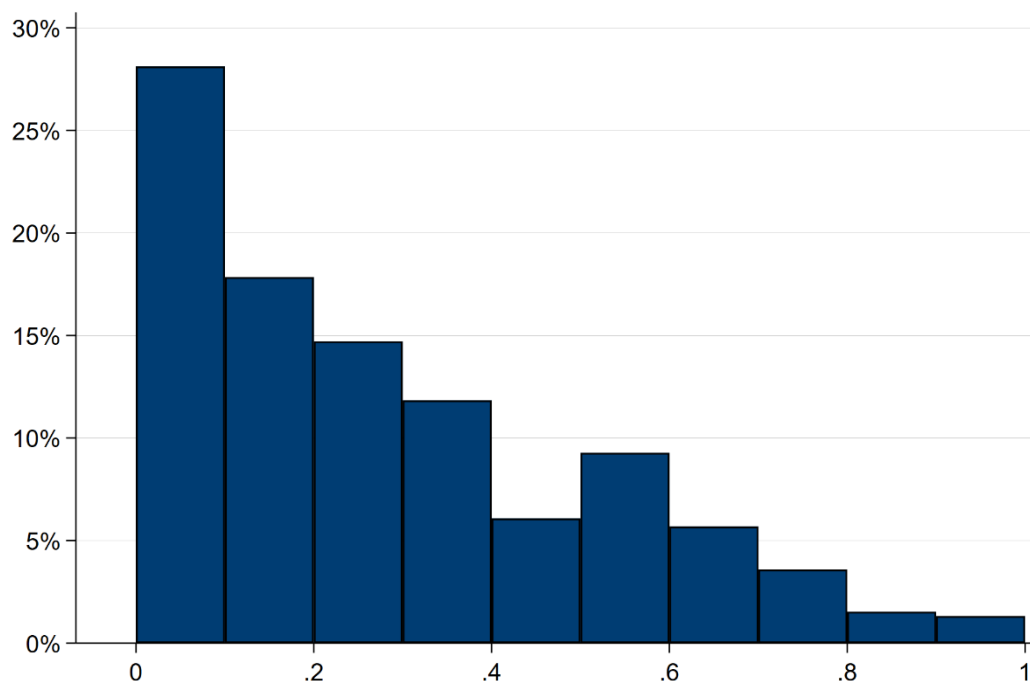
Svarenes fordeling på de enkelte spørgsmål kan ses i Figur 16.1. Det fremgår, at de yngre læger hyppigst involveres i, "at tage ansvar for tilrettelæggelse af arbejdsopgaver i enheden", mens de sjældnest involveres i, "at arbejde med styring af, hvordan ressourcer fordeles i enheden". Generelt er der en tendens til, at det er få, der involveres "en hel del" eller "rigtigt meget".

Figur 16.1 Involvering i konkrete dele af ledelsesarbejdet



I det følgende afrapporteres et samlet mål for distribueret ledelse.

Figur 16.2 Samlet mål for distribueret ledelse



Tabel 16.1 Samlet mål for distribueret ledelse

Observationer	Gennemsnit	Standardafvigelse	Minimum	Maksimum
2813	0,28	0,24	0	1

Det fremgår af Figur 16.2 og Tabel 16.1, at de yngre læger oplever et lavt niveau af distribueret ledelse. På en skala fra 0-1 angiver de et gennemsnit på 0,28.

Tabel 16.2 Gennemsnitlig distribueret ledelse for de, der ønsker/ikke ønsker en lederstilling

	Obs.	Gennemsnit	Std. afv.	Minimum	Maksimum
Ønsker lederstilling	1752	0,31	0,25	0	1
Ønsker ikke lederstilling	1082	0,22	0,20	0	1

Tabel 16.2 viser, at det gennemsnitlige niveau af oplevet distribueret ledelse er højere blandt de, der forestiller sig at gå ind i en lederstilling. Forskellen er 9 procentpoint og statistisk signifikant.

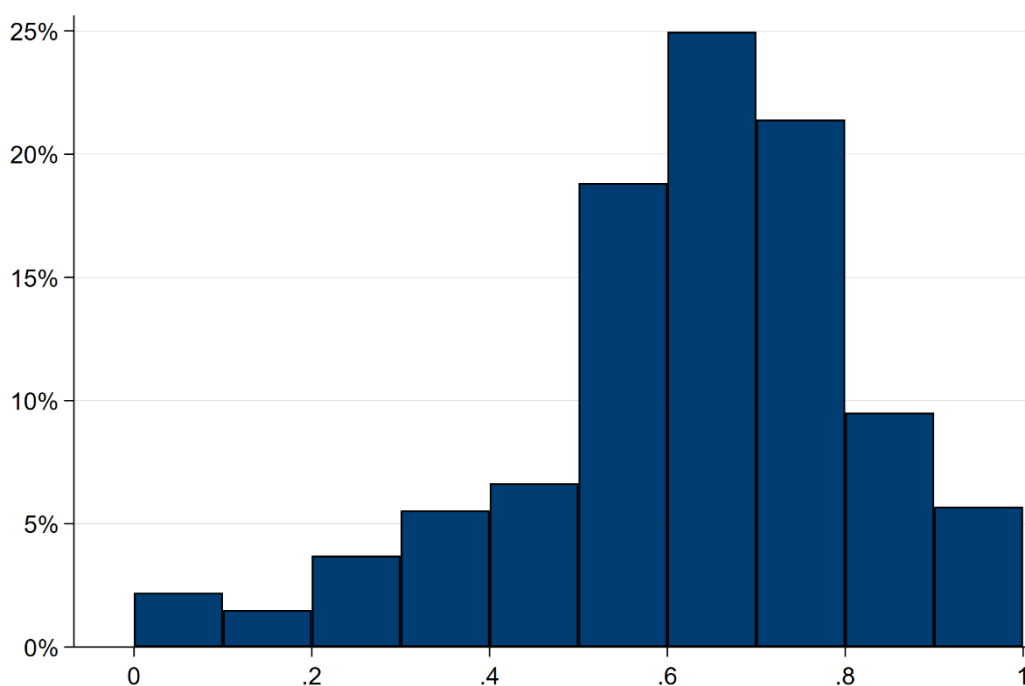
16.2/ Distribueret faglig ledelse

Som beskrevet i forudgående afsnit er distribueret ledelse, når ledere og medarbejdere deles om at udøve ledelse. **Faglig ledelse**, er ledelseshandlinger, der deler kerneambitionen om at facilitere en fælles forståelse af faglig kvalitet i en organisatorisk enhed og forsøger at indfri denne i praksis (Lund, 2021). **Distribueret faglig ledelse** foregår således, når medarbejdere bidrager til *faglige* ledelsesmæssige handlinger. Dvs. tager del i at sikre en fælles forståelse af faglig kvalitet. Dette afspejler sig i bestræbelser på at bidrage til at 1) skabe overensstemmelse mellem organisatoriske målsætninger og professionelle normer, 2) udvikle faglig viden og 3) aktivere professionelle normer og faglig viden i opgaveløsningen (ibid.). Til hver af disse dimensioner er de yngre læger blevet bedt om at vurdere, hvor enige de er i 4 udsagn, der starter "*Som medarbejder i min enhed tager jeg aktivt del i at...*"

- | | | |
|---|---|---|
| 1 | { | <ul style="list-style-type: none"> • Skabe en fælles forståelse af faglig kvalitet i min enhed • Fremme sammenhæng mellem faglige normer og organisationens målsætninger • Udvikle vores faglige normer i retningen af organisationens målsætninger • Oversætte organisationens målsætning, så de er fagligt meningsfulde |
| 2 | { | <ul style="list-style-type: none"> • Bidrage til, at vi i medarbejdergruppen er fagligt opdaterede • Sikre vores faglige udvikling • Prioritere, at vi kan tilegne os ny faglig viden • Fremme videndeling med henblik på at gøre vores løsning af opgaven endnu bedre |
| 3 | { | <ul style="list-style-type: none"> • Styrke den faglige kvalitet af andres arbejde i enheden • Bidrage til, at vi i enheden anvender faglig viden i opgaveløsningen • Skabe anledninger til at drøfte faglige normer • Sikre den faglige refleksion i vores arbejde |

I det følgende afrapporteres svarene som ét samlet mål for distribueret faglig ledelse

Figur 16.1 Samlet mål for distribueret faglig ledelse



Tabel 16.1 Samlet mål for distribueret faglig ledelse

Observationer	Gennemsnit	Standardafvigelse	Minimum	Maksimum
2724	0,62	0,20	0	1

Figur 16.1 og Tabel 16.1 viser, at de yngre læger oplever en betydeligt højere grad af distribueret faglig ledelse, end generel distribueret ledelse. På en skala fra 0-1 scorer de gennemsnitligt 0,62. De yngre læger mener især, at de 1) *tager del i at fremme videndeling med henblik på at gøre løsningen af opgaven endnu bedre*, 2) *bidrager til, at der anvendes faglig viden i opgaveløsningen*, og 3) *er med til at sikre den faglig refleksion i arbejdet*.

Tabel 16.2 Gennemsnitlig distribueret faglig ledelse for de, der ønsker/ikke ønsker en lederstilling

	Obs.	Gennemsnit	Std. afv.	Minimum	Maksimum
Ønsker lederstilling	1666	0,65	0,20	0	1
Ønsker ikke lederstilling	1053	0,58	0,19	0	1

Tabel 16.2 viser, at det gennemsnitlige niveau af oplevet distribueret ledelse er højere blandt de, der forestiller sig at blive leder på et tidspunkt. Forskellen er 7 procentpoint og statistisk signifikant.

17.0 Visions- og anerkendende ledelse

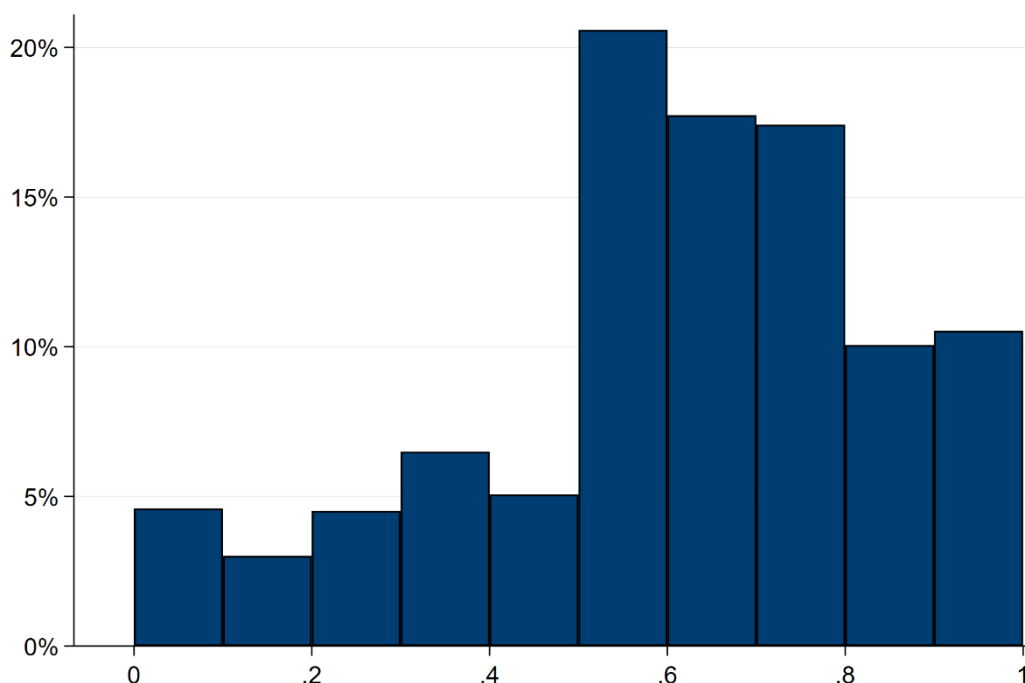
17.1/ Visionsledelse

Ledelsesforskningen viser, at det er vigtigt at kunne sætte en retning. Visionsledelse handler om, at formulere mål og i samspil med medarbejderne, få klargjort, hvordan disse mål realiseres. For at afdekke begrebet om visionsledelse har vi spurgt de yngre læger, der er i gang, eller færdige med hoveduddannelsen, hvor enige de er i fire udsagn om deres ledende overlæges adfærd. De fire udsagn er:

- Min ledende overlæge konkretiserer en klar vision for enhedens fremtid
- Min ledende overlæge forsøger at få medarbejderne til at acceptere fælles mål for enheden
- Min ledende overlæge gør løbende indsats for at få enhedens medarbejdere til at arbejde sammen i retning af visionen
- Min ledende overlæge bestræber sig på at gøre det klart for medarbejderne, hvordan de kan bidrage til at opnå enhedens mål

De yngre læger forholdte sig til spørgsmålene på en skala fra 1-5 fra "helt uenig" til "helt enig". Svarene på de fire udsagn afreporteres i det følgende som ét samlet mål for visionsledelse.

Figur 17.1 Samlet mål for visionsledelse



Tabel 17.1 Samlet mål for visionsledelse

Observationer	Gennemsnit	Standardafvigelse	Minimum	Maksimum
1263	0,60	0,25	0	1

Figur 17.1 og Tabel 17.1 viser, at de yngre læger, på en skala fra 0-1, gennemsnitligt scorer 0,6. I det følgende ser vi på sammenhængen mellem oplevet visionsledelse og lederambitioner.

Tabel 17.2 Gennemsnitlig visionsledelse blandt de, der ønsker/ikke ønsker en lederstilling

	Obs.	Gennemsnit	Std. afv.	Minimum	Maksimum
Ønsker lederstilling	759	0,62	0,25	0	1
Ønsker ikke lederstilling	499	0,59	0,24	0	1

Det fremgår af Tabel 17.2, at der er en forskel på 3 procentpoint, således at de, der forestiller sig at gå ind i en lederstilling i højere grad oplever, at deres nuværende ledende overlæge udøver visionsledelse. Forskellen er statistisk signifikant.

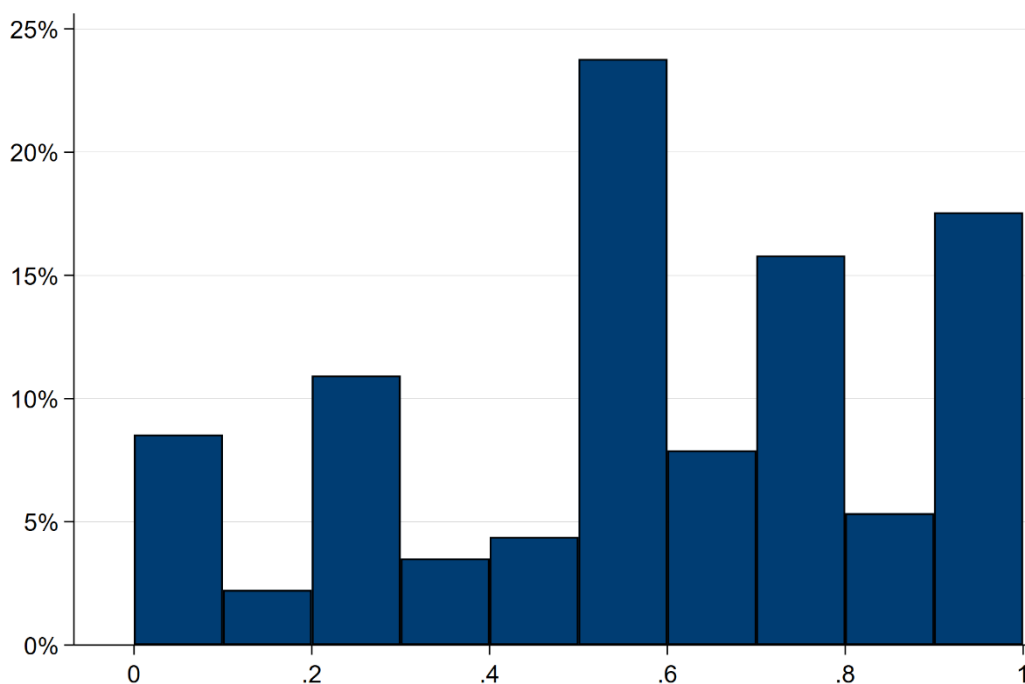
17.2/ Anerkendende ledelse

I undersøgelsen har vi spurgt de yngre læger, hvor enige de er i de følgende udsagn om deres ledende overlæges brug af verbal anerkendelse. Udsagnene var:

- Min ledende overlæge giver individuelle medarbejdere feedback, hvis de præsterer godt
- Min ledende overlæge viser aktivt sin påskønnelse af medarbejdere, der gør deres arbejde bedre end forventet
- Min ledende overlæge roser personligt medarbejdere, når de gør deres arbejde særligt godt

De yngre læger forholdte sig til de tre udsagn på en skala fra 1-5 fra "helt uenig" til "helt enig". Svarene på de tre udsagn afrapporteres i det følgende, som ét samlet mål for anerkendende ledelse.

Figur 17.2 Samlet mål for anerkendende ledelse



Tabel 17.3 Samlet mål for anerkendende ledelse

Observationer	Gennemsnit	Standardafvigelse	Minimum	Maksimum
1253	0,58	0,29	0	1

Figur 17.2 og Tabel 17.3 viser, at de yngre læger, på en skala fra 0-1, gennemsnitligt scorer 0,58. Altså vurderer de, at der bliver udført tilnærmelsesvist den samme mængde visionsledelse og anerkendende ledelse. I det følgende ser vi på, hvorvidt anerkendende ledelse hænger sammen med lederambitioner.

Tabel 17.4 Gennemsnitlig anerkendende ledelse blandt de, der ønsker/ikke ønsker en lederstilling

	Obs.	Gennemsnit	Std. afv.	Minimum	Maksimum
Ønsker lederstilling	755	0,59	0,30	0	1
Ønsker ikke lederstilling	493	0,56	0,28	0	1

Det fremgår af Tabel 17.4, at der er en forskel på 3 procentpoint, således at de, der forestiller sig at gå ind i en lederstilling, i højere grad oplever, at deres ledende overlæge udøver anerkendende ledelse. Denne forskel er statistisk signifikant.

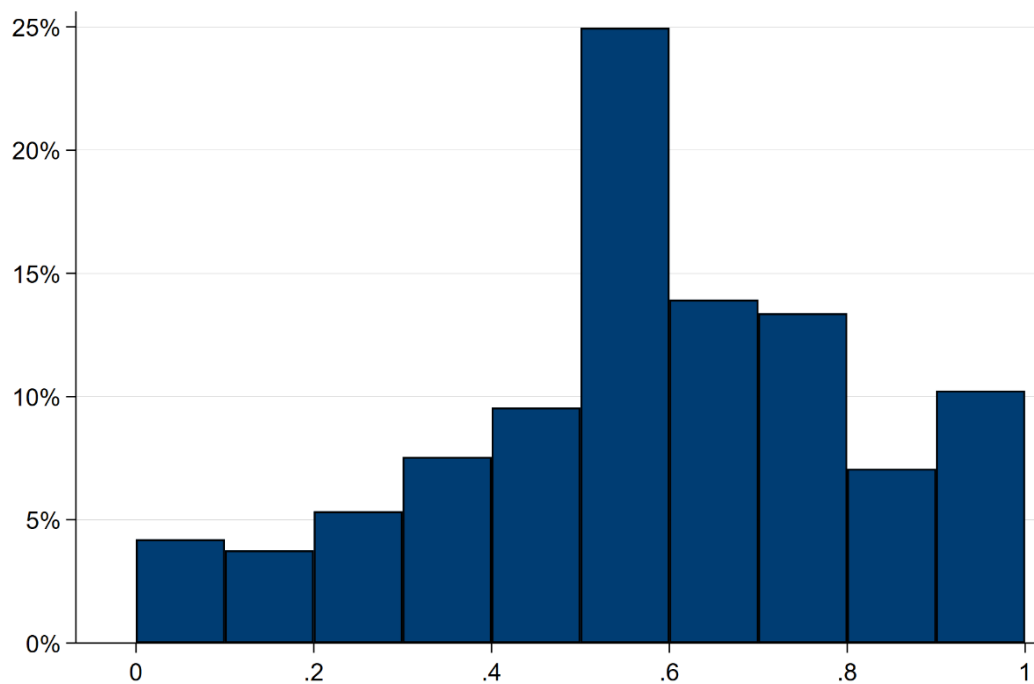
18.0 Rollemodeller

Det er bredt anerkendt, at rollemodeller kan have en stor betydning for mange aspekter i et menneskes liv. Taylor m.fl. (2008) viser, at mange mener, at det at have en rollemodel er den ideelle måde at tillære sig evnerne til at være leder. Derfor har vi spurgt de yngre læger om, hvor enige de er i tre udsagn om, hvorvidt de har oplevet at have en leder, der agerede rollemodel. De tre udsagn lød:

- I min karriere, har jeg haft en leder, jeg prøver at være som
- Mine ledere har aldrig været særligt inspirerende for mig i denne karriere
- Jeg har haft en leder, der har en karriere, som jeg gerne vil forfølge

De yngre læger forholdt sig til de tre udsagn på en skala fra 1-5 fra "helt uenig" til "helt enig". I det følgende afrapporteres svarene, som ét samlet mål.

Figur 18.1 Samlet mål for rollemodel



Tabel 18.1 Samlet mål for rollemodel

Observationer	Gennemsnit	Standardafvigelse	Minimum	Maksimum
2900	0,57	0,24	0	1

Det fremgår af Figur 18.1 og Tabel 18.1, at de yngre læger, på en skala fra 0-1, gennemsnitligt oplever, at have haft rollemodeller svarende til 0,57. I det følgende ser vi på, hvorvidt der er sammenhæng mellem dette mål for tilstedeværelsen af rollemodeller og ønsket om at blive leder.

Tabel 18.2 Gennemsnitlige rollemodeller blandt de, der ønsker/ikke ønsker en lederstilling

	Obs.	Gennemsnit	Std. afv.	Minimum	Maksimum
Ønsker lederstilling	1768	0,62	0,23	0	1
Ønsker ikke lederstilling	1126	0,49	0,23	0	1

Det fremgår af Tabel 18.2, at der er en forskel på hele 13 procentpoint, således at de, der forestiller sig at gå ind i en lederstilling, i højere grad har oplevet at have rollemodeller i deres karriere. Denne forskel er statistisk signifikant.

19.0 Referencer

- Andersen, L., & Kjeldsen, A. (2013). Public Service Motivation, User Orientation, and Job Satisfaction: A Question of Employment Sector? *International Public Management Journal* 16(2), s. 252-274.
- Andersen, L., Jacobsen, C., Jakobsen, M., Pallesen, T., & Serritzlew, S. (2017). *Økonomiske incitamenter i den offentlige sektor*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bono, J., & Judge, T. (2004). Personality and Transformational and Transactional Leadership: A meta analysis. *Journal of Applied Psychology* 89(5), s. 901-910.
- Chan, K., Ho, M., Chernyshenko, O., Bedford, O., Uy, M., Gomulya, D., . . . Phan, W. (2012). Entrepreneurship, professionalism, leadership: A framework and measure for understanding boundaryless careers. *Journal of Vocational Behavior* 81, s. 73-88.
- Day, D. (2000). Leadership Development: A review in context. *Leadership Quarterly* 11(4), s. 581-613.
- Donnelan, M., Oswald, F., Baird, B., & Lucas, R. (2006). The mini-IPIP scales: tiny-yet-effective measures of the Big Five factors of personality. *Psychological Assessment* 18(2), s. 192-203.
- Edmondson, A. (2018). *The Fearless Organization: Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth*. John Wiley & Sons.
- Ferlie, E., & Shortell, S. (2001). Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change. *The Milbank Quarterly* 79(2), s. 281-315.
- Goodall, A. (2011). Physician-leaders and hospital performance: Is there an association. *Social Science and Medicine* 73, s. 535-539.
- Grøn, C., Bro, L., & Andersen, L. (2019). Public managers' leadership identity: concept, causes, and consequences. *Public Management Review* 22(11), s. 1696-1716.
-

- Gøtzsche-Astrup, O., Brænder, M., & Holsting, V. (2021). Network or hierarchy? Personality profiles of future military leaders. *Nordic Psychology (Online)*.
- Jacobsen, C., Nørgaard, R., & Østergaard-Nielsen, M. (2019). Sådan påvirker ledelse patientbehandling og dødelighed i sundhedsvæsenet. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen (Online)* 95(1), s. 38-49.
- Kjeldsen, A., Qvick, C., Jønsson, T., & Andersen, L. (2021). *Distribueret ledelse i den offentlige sektor*. København: Djøf Forlag.
- Kwok, N., Hanig, S., Brown, D., & Shen, W. (2018). How leader role identity influences the process of leader emergence: A social network analysis. *The Leadership Quarterly* 29(6), s. 648-662.
- Ledelseskommissionen. (2017). *Offentlige ledere og ledelse anno 2017: Samlet afrapportering fra ledelseskommissionens spørgeskemaundersøgelse*. København: Ledelseskommissionen.
- Lægeforeningen. (2019). *Styrk ledelse i sundhedsvæsenet*. København: Lægeforeningen.
- Mascia, D., Dello Russo, S., & Morandi, F. (2014). Exploring professionals' motivation to lead: A cross-level study in the healthcare sector. *International Journal of Human Resource Management* 26, s. 1622-1644.
- Pedersen, L., Thomsen, N., & Elbæk, K. (2020). *Kortlægning af ledende overlæger i Danmark 2019 og 2020: En undersøgelse af ledende overlægers karakteristika, ledelsesrolle, lederidentitet og ledelsesvilkår*. Aarhus Universitet: Kronprins Frederiks Center for Offentlig Ledelse, Institut for Statskundskab.
- Pedersen, L., Thomsen, N., Bech, M., Cecchini, M., & Jacobsen, C. (2019). *Kortlægning af ledende overlæger i Danmark - En undersøgelse af ledende overlægers karakteristika, ledelsesrolle, lederidentitet og ledelsesvilkår*. Aarhus: Kronprins Frederiks Center for Offentlig Ledelse.
- Rainey, H. (1982). Reward Preferences among Public and Private Managers: In Search of the Service Ethic. *The American Review of Public Administration* 16(4), s. 288-302.
- Rothmann, S., & Coetzer, E. P. (2003). The Big Five Personality Dimensions and Job Performance. *Journal of Industrial Psychology* 29(1), s. 68-74.
-

- Sarto, F., & Veronesi, G. (2016). Clinical Leadership and Hospital Performance: Assessing the Evidence Base. *BMC Health Service Research* 16(2), s. 169.
- Savage, M., Storkholm, M., Mazzocato, P., & Savage, C. (2018). Effective physician leaders: An appreciative inquiry into their qualities, capabilities and learning approaches. *BMJ Leader* 2, s. 95-102.
- Schultz, L. (2015). *Lægelig Ledelse: Hvordan bliver der rift om opgaven nu og i fremtiden?* Region Midtjylland.
- Sfantou, D., Laliotis, A., Patelarou, A., Sifaki-Pistolla, D., Matalliotakis, M., & Patelarou, E. (2017). Importance of Leadership Style Towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare* 5(4), s. 73.
- Stoller, J. (2009). Developing Physician-Leaders: A Call to Action. *Journal of General Internal Medicine* 24, s. 876-878.
-

