

Hvilke lederegenskaper er viktige for unge leger ?

Og hvem kunne tenke seg å bli leder ?

Øystein Undseth



Masteroppgave ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

02. desember 2019

Hvilke lederegenskaper er viktige for unge leger ?

Og hvem kunne tenke seg å bli leder ?

Av

Øystein Undseth

MASTEROPPGAVE

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon (kull 32)

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og
samfunn, Det medisinsk fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

© Øystein Undseth

2019

Hvilke ledere vil unge sykehusleger ha ? og hvem kunne tenke seg å bli leder ?
En kvantitativ studie av deltagere på kurs i «Administrasjon og ledelse» for leger i
spesialisering.

Forfatter

Øystein Undseth

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Studien er en undersøkende studie blant leger i spesialisering(LIS) som deltok på kurs i administrasjon og ledelse i regi av Legeforeningens utdanningskontor i Oslo vinteren 2018-19. Den er basert på kvantitativ metodikk. Som en del av kursprøven ble deltagerne bedt å rangere 21 egenskaper hos leder, fra best til minst viktig (1-21). I tillegg ble de bedt om å oppgi kjønn, legespesialitet og en evt. karriereplan som leder i helsevesenet.

Det ble levert inn 213 fullstendige besvarelser som ble videre analysert, tilsvarende 76 % av antall kursdeltagere. 59 % (126) av besvarelsene var levert inn av kvinner, mens 41% (87) av besvarelsene var levert inn av menn. De tre store sykehusspesialitetene (indremedisin, kirurgi og psykiatri) utgjorde 62 % (139) av de analyserte besvarelsene. Kjønnsfordelingen innenfor spesialitetene var for indremedisin 42 % vs. 58% (menn vs. kvinner), kirurgi 65% vs. 35% (menn vs. kvinner), psykiatri 17 % vs. 83% (menn vs. kvinner).

Deltagerne rangerte «motiverende og samlende», «tydelighet (tale og handling)» og «evne til samarbeid» som de 3 beste egenskaper hos leder. Dette er elementer i transformativ ledelsesteori. «Regelmessig medarbeidersamtaler» vurderte de som minst viktig, til tross for at andre undersøkelser har vist at dette er viktig for ansatte i sykehus (1).

Kvinner var mere positive til «tilgjengelighet» enn menn, mens menn rangerte «stiller krav til meg» og «utvikler enhet» som viktigere.

Resultatene viser at for psykiaterne er det mindre viktig at lederne er opptatt av resultat og utvikling av enheten, i forhold de 2 andre spesialitetene (indremedisin og kirurgi). Men det er variasjon i resultatene, og disse må tolkes med forsiktighet.

Kursdeltagere med ønske om en fremtidig lederstilling, rangerte «evne til omstilling» som viktigere og «er faglig dyktig (medisinsk)» som mindre viktig sammenlignet med deltagerne i de 2 andre undergruppene («nei» og «vet-ikke» gruppene).

13 % av deltagerne i studien oppga at de hadde planer om en lederstilling i helsevesenet og kjønnsfordelingen i gruppen var lik. 49% av mennene og 40 % av kvinnene sa de ikke hadde planer om en lederstilling, mens 48 % av kvinnene og 38 % av mennene svarte at de ikke hadde tatt stilling til en slik karriere. Med et økende antall kvinnelige leger, er dette en gruppe man kan forsøke å «friste inn i ledelse»(2).

Forord

Administrasjon og ledelseskurset har vært den eneste felles læringsarenaen for alle leger i spesialisering i Norge de siste 25 år. Selv fullførte jeg kurset i Tromsø for over 15 år siden. Det er to ting jeg husker best fra kurset. Vanligvis går man i et fast spesialistløp og følger den samme «kurspakken» som kollegaer innenfor samme spesialitet. Dette er viktig for å knytte relasjoner, og bli kjent med andre «likesinnede» fra hele landet. Mens «administrasjon og ledelseskurset» er felles for alle 43 sykehusspesialiteter. I løpet av kurset møtte man nye kollegaer med et annet utgangspunkt, og forskjellige erfaringer. Dette ga en mulighet til å knytte nye relasjoner og var et nytt forum for meningsutvekslinger, som ga fruktbare diskusjoner.

Det andre er at vi ble utfordret på helt annen arena, en «utenom faglig» arena. Vi ble nødt til å «løfte blikket» og komme ut av «fag-boblen». Vi måtte tenke over forhold som prioriteringer, økonomi i helsevesenet og juridiske aspekter, slik som lovverk i forhold til legegjerningen og pasientrettigheter.

Denne oppgaven hadde ikke blitt til uten min sjef og avdelingsleder Dag Jacobsen.

Han har vært kursleder på «Soria-Moria kurset» (administrasjon og ledelses kurset i regi av Legeforeningens utdanningskontor i Oslo) i over 10 år. Han hadde ideen til oppgaven og han har ordnet alle praktiske aspekter rundt spørreundersøkelsen. Selv har jeg tidligere forelest på kurset, om «tillitsvalgtes rolle» i forhold til ledelse av sykehusene. På kurset ble man møtt av engasjerte deltagere, som stilte gode spørsmål, og utfordret deg som foreleser. De hadde forskjellige erfaringer i forhold til ledelse «på godt og vondt». En ideell forsamling å spørre hvilke ledere man vil ?

Jeg ønsker å takke min veileder Helge Skirbekk for gode og konstruktive tilbakemeldinger, og som har utfordret meg i å skrive en masteroppgave, med i mine øyne viktige problemstillinger og som er lesbar utenom et akademisk sykehusmiljø.

Til sist håper at oppgaven kan være med å bidra til å leder og ledelses utvikling blir satt høyere opp på dagorden i legespesialistutdannelsen i Norge. Gi alle en sjanse, ikke bare de med høyest stemme og som alltid høres i forsamlinger!

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon og problemstillinger	1
2	Bakgrunn	4
2.1	Kjønnsfordelingen innen legeyrket i Norge	4
2.1.1	Yrkesaktive kvinnelige leger	4
2.1.2	Kjønnsfordelingen innen sykehus spesialitetene	6
2.2	Leder og ledelsesutvikling av yngre leger i Norge	7
2.2.1	Leder og ledelsesutvikling under medisinstudiene	7
2.2.2	Leder og ledelsesutvikling i regi av helseforetakene	8
2.2.3	Leder og ledelsesutvikling i regi av legeföreningen	10
2.3	Ledelsesteori	10
2.3.1	Trekk og personlighetsteori	10
2.3.2	Adferds ledelse	11
2.3.3	Situasjonsbetinget ledelse	12
2.3.4	Transformasjonsledelse	13
2.4	Hva motiverer sykehusleger	14
3	Materiale og metoder	17
3.1	Materiale	17
3.2	Metode	18
3.2.1	Studiedesign	18
3.2.2	Etikk og personvern	18
3.2.3	Spørreskjemaet	19
3.2.4	Datanalyse	22
4	Resultater	24
4.1	Gode egenskaper hos leder etter kjønn, spesialitet og lederønske	25
4.1.1	Gode egenskaper hos leder	25
4.1.2	Gode egenskaper hos leder etter kjønn	29
4.1.3	Gode egenskaper hos leder etter spesialitet	31
4.1.4	Gode egenskaper hos leder etter lederønsker	31
4.2	Lederønsker	33
4.2.1	Lederønske etter kjønn :	33
4.2.2	Lederønske etter kjønn og spesialitet	34
5	Diskusjon	35
5.1	Gode egenskaper hos leder etter kjønn, spesialitet og lederønske	35
5.1.1	Generelle oppfatninger om gode egenskaper hos leder	35
5.1.2	Gode egenskaper hos leder etter kjønn	37
5.1.3	Gode egenskaper hos leder etter spesialitet	37
5.1.4	Gode egenskaper hos leder etter lederønsker	38
5.2	Ønsker om selv å bli leder	40
5.2.1	Ønsker om selv å bli leder kjønn	40
5.2.2	Ønsker om selv å bli leder etter spesialitet	41
5.3	Svakheter ved undersøkelsen	43

Konklusjoner	45
Litteraturliste	46
Vedlegg / Appendiks	53

1 Introduksjon og problemstillinger

God ledelse av helsevesenet er en forutsetning for å levere gode helsetjenester (3). Forskning fra USA har vist at sykehus ledet av leger kommer bedre kvalitet¹ på 3 områder: Kreft, gastro-intestinale sykdommer, hjertemedisin og hjertekirurgi (4). Lignende resultater er fremkommet i rapporter som inkluderer Europeiske sykehus (5). Det er knyttet usikkerhet rundt disse resultatene. Forskjellige kvalitetskårings systemer brukes ved målinger, og det er ikke overenstemmelse mellom de ulike systemene (6). Det kan være slik at «gode» sykehus søker direktører (= Chief Executive Officers, CEO) som er leger, men samtidig burde deres muligheter for å ansette gode leder med annen utdanningsbakgrunn være større (4). Lignende resultatet er vist innen andre fagfelt (7).

Det heter i spesialisthelsetjenesteloven § 3.9 fra 1999 at «sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer». Lovens forarbeider sier at «klare ansvarsforhold er en viktig premiss for at sykehus for at sykehus skal fylle kravene til forsvarlighet og sykehusets øvrige målsetninger» (8). I Helsedirektoratets veileder påpeker at leder har et helhetlig administrativt og faglig ansvar, men loven stiller ikke noe krav til leders kvalifikasjoner (9). Departementet presiserer i rundskriv at «alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder er» (10).

I 2012 viste rapporten «Helseforetakenes interne organisering og ledelse» en legeandel på 37 % av foretaksdirektørene, 57 % av ledere på virksomhetsnivå (klinikk) og 48 % legeandel på avdelingsnivå. Sykepleierne var i flertall på seksjonsnivå. inkludert fler lokaliserte seksjoner innen foretakene) De var dobbelt så mange sykepleiere som leger (11). I Oslo universitetssykehus (OUS) har 13 av 15 klinikkdirektører bakgrunn som lege². Alle de 13 klinikkdirektørene legene er lederne innenfor sitt «eget fagområde» (12), men kun 2 av dem er kvinner.

Det har i årene etter foretaksreformen (fra 2002) har vært en glidning mot fulltidsledere blant leger. I 2005 var 2 % av avdelingslederne fulltidsledere, mens i 2012 var 14 % fulltidsledere (11). Tallene viser at leger ikke har forlatt ledelse etter innføringen av enhetlig ledelse i sykehusene, men mange «flyttet opp» i systemet (13).

¹ IHQ quality scores: Struktur, prosess og utkomme.

² Pr. oktober 2019

Det er gjort mange undersøkelser om ledelse i sykehusene de siste 20 år i Norge. Enhetlig ledelse et tema som er mye omtalt. Et eksempel er « Enhetlig ledelse i sykehus: bare et slagord?» (14), et annet er «spiller fagbakgrunn noen rolle for hvordan en avdelingsleder i sykehus utøver ledelse» (15). Andre temaer omhandler profesjonens eller ledernes oppfattelse av ledelse i sykehusene, slik som « Overleger og deres ledere» fra 2016 (16). Felles for mange disse undersøkelsene er at det er kvalitative undersøkelser, hvor enkelte ansatte kategorier i sykehusene (ledere, sykepleiere, leger, fysioterapeuter....) intervjues/spørres om hvordan de opplever ledelse i sykehusene. Leger i spesialisering (LIS), har vært lite omtalt som gruppe. Et flertall av LIS har ikke hatt fast ansettelse i sykehus, og mange har jobbet i kort vikariater av 3 til 6 måned. De har rotert mellom poster, seksjoner og avdelinger i løpet av en «kort» yrkeskarriere. Samtidig dekket vaktfunksjon for et helt «sykehuset» i løpet av spesialisering, innen deres fagfelt. Mange har derfor vært i kontakt med flere forskjellige ledere i løpet av «kort» yrkeskarriere og det ville være interessant å spørre denne gruppen (LIS), om hvilke egenskaper de mener karakteriserer en god leder.

Et flertall av dagens legestudenter er kvinner (17), og over 60 % av LIS er kvinner. Mange av dem er gifte, har en samboer og er småbarnsforeldre. I Norge har man kun unntaksvis en partner uten lønnet arbeid. Selv om vi er en av de mest likestilte samfunn i Verden, har kvinner en større arbeidsbelastning i hjemmet.

Tradisjonelt har vi et noe karikert syn på de forskjellige legespesialistene. Indremedisineren som behandler med medisiner, kirurgen som opererer, og psykiateren som snakker.

Enkelte spesialiteter er mere prestisjefylte enn andre (18). Undersøkelser fra lederutviklingskurs i USA har vist kirurger har lavere skår på enkelt parametere innenfor ledelse (19).

Mange ledere i helsevesenet har ikke selv aktivt har søkt disse posisjonene, men blitt oppfordret av andre til å søke en lederstilling (20). En lederstilling har av mange kollegaer vært betraktet som «going over to the dark side» (21). Flere leger i lederstillinger har sagt har følt seg forpliktet til å ta en lederstilling, selv om de selv ikke følte at de var kvalifisert. Sentralt for legeledere er anerkjennelsen av kollegaer, og i manges øyne er det derfor viktig å beholde en klinisk hverdag (22).

I over 25 år har kurs i «administrasjon og ledelse» vært den eneste spesifikke læringsarenaen for ledelse i utdannelsen av legespesialister i Norge (23). Kurset har vært obligatorisk innen

alle 43 legespesialiteter, og har vært en felles læringsarena for alle leger LIS i Norge. Kursene har gitt deltagere fra begge kjønn og «alle» spesialiteter et innblikk i hva ledelse av sykehusene innebærer. Deltagerne har også hatt mulighet til å diskutere erfaringer med ledelse fra egne sykehus rundt om i landet.

«Soria-Moria» kurset er et av disse kursene, og har vært arrangert minst 2 ganger årlig. Disse kursene har vanligvis vært et av de siste kursene man har fullført innen spesialistutdannelsen (på grunn av ansenitet). Deltagerne har derfor hatt bred erfaring fra ulike seksjoner, avdelinger og sykehus. De har hatt gode forutsetninger for å svare på hvilke egenskaper de mener er de viktigste/beste hos ledere. Dette var fremtidens legespesialister med gode forutsetninger for å bli gode ledere i helsevesenet..

Problemstillingene som vil bli belyst i denne oppgaven er derfor:

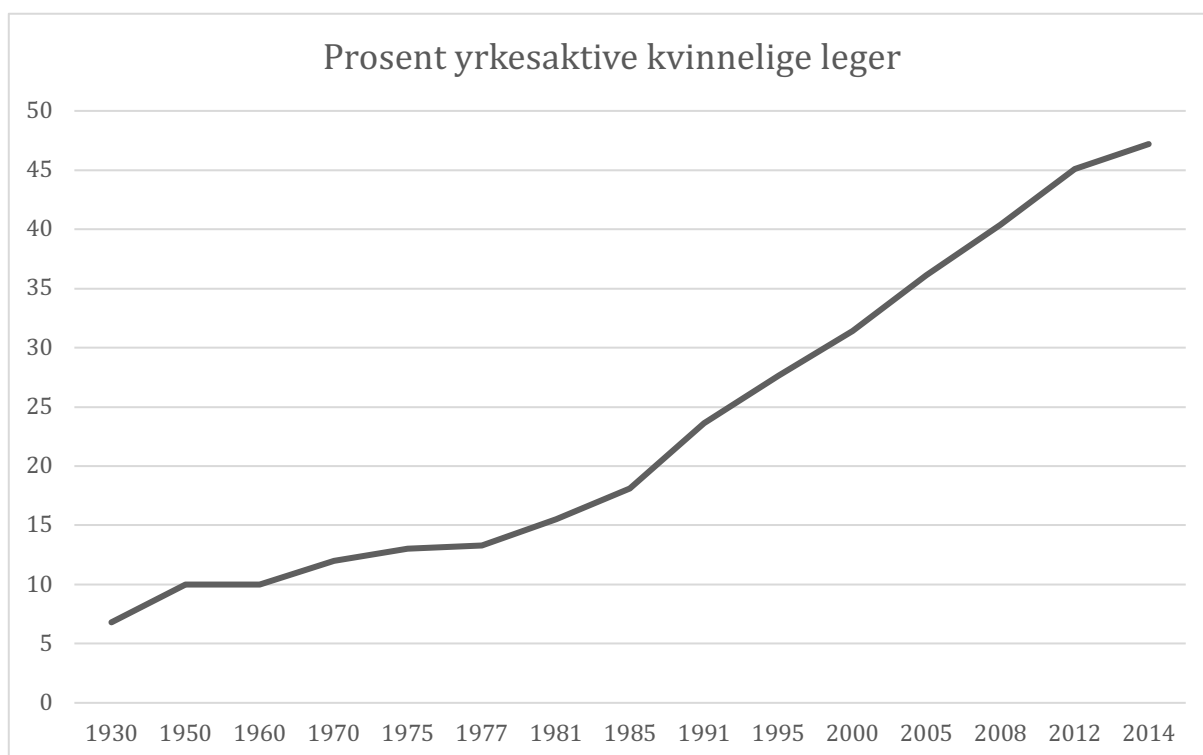
- Hvilke ledere vil ledere vil erfarne LIS i sykehus leger ha ?
 - o Vil menn ha ledere med andre egenskaper enn kvinner?
 - o Har valg av spesialitet noe å si for hvilke lederegenskaper man mener er viktige ?
 - o Spiller en fremtidig ambisjon om lederstilling i helsevesenet noen rolle i forhold til hvilke lederegenskaper man foretrekker ?
- Hvor mange av erfarne LIS har ambisjon om en fremtidig lederstilling ?
 - o Har kvinner de samme lederambisjonene som menn ?
 - o Spiller valg av spesialitet noen rolle i forhold lederambisjoner ?

2 Bakgrunn

2.1 Kjønnsfordelingen innen legeyrket i Norge

2.1.1 Yrkesaktive kvinnelige leger

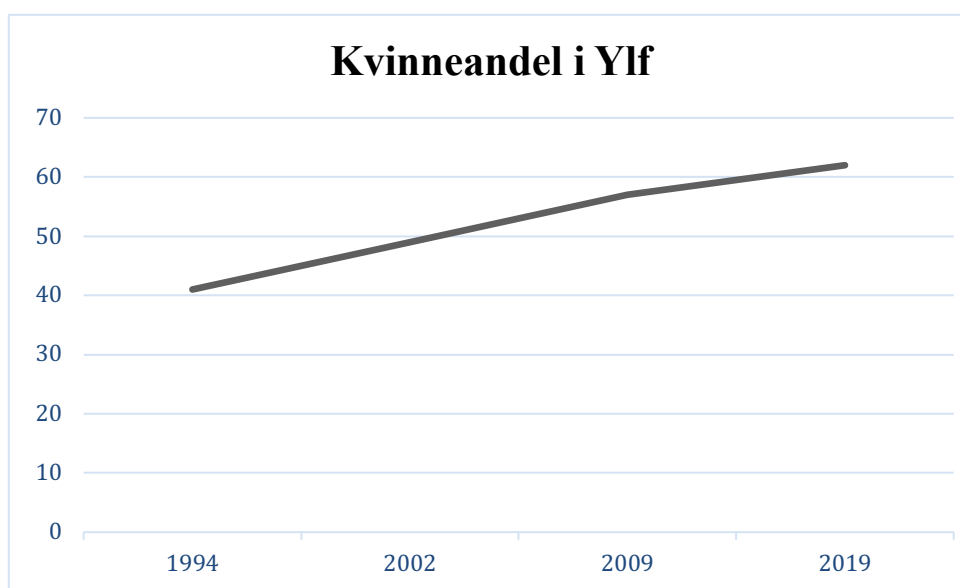
Kvinner utgjør en stadig større andel av norske leger. I 1887 var Marie Spångberg var den første kvinnen som begynte med medisinstudier i Norge (24). Norge fikk sin første kvinnelige sosialminister og minister med eget departement i 1948. Aaslaug Aasland var jurist (og ikke lege), og hun skulle senere skulle bli Norges første fungerende kvinnelige statsminister. Veksten av kvinner innen legeyrket akselererte midt på 1970-tallet (og etter kvinneåret). Siden 1980 er antallet er kvinnelige leger tre-doblet (figur...).



Figur 1: Prosent yrkesaktive kvinnelige leger (< 70 år med adresse i Norge) pr 2018 (...stat)

- Pr 2018: (Yrkesaktive < 70 år med Norsk adresse). Legeforeningen.no/ssb.no statistikkbanken

Av dagens medisinstudenter er rundt 70 % kvinner. Kvinneandelen er størst blant studentene som studerer innenlands. 71 % av Norsk medisinstudentforenings (NMF) er kvinner, mens kvinneandelen i NMF utland er 65 %. Totalt utgjør kvinnene 69 % av NMFs medlemsmasse. Andelen studenter medlemmer i NMF er 86 % i Norge. Blant utenlands studerende medisinstudentene er 49 % medlemmer (tallene varierer mye fra land til land) av NMF (17). Utviklingen av Yngre legeres forenings (Ylf) medlemsmasse viser den samme utviklingen (Figur 2).



Figur 2: Prosentvis kvinneandel innen Yngre legers forening (Ylf).

I 2019 er menn fortsatt i flertall blant yrkesaktive leger. Det er årsaken til at de 2 figurene er parallell forskjøvet.

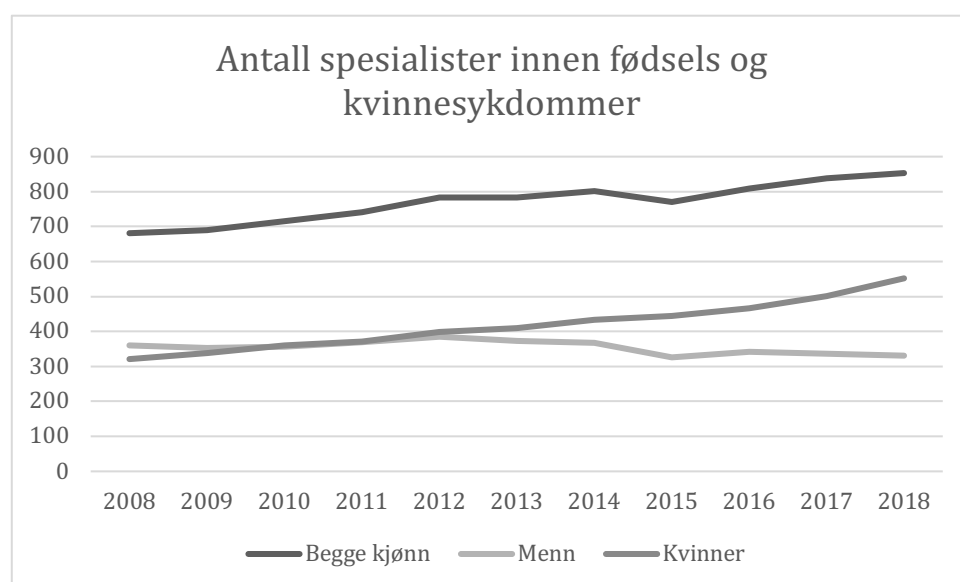
Gjennomsnittsalderen innenfor Ylf-gruppen er uendret på de siste 20 år (1994: 35,5 år, 2019: 34,8 år) til tross for at kvinneandelen har økt fra 46 % til 62 %.

2.1.2 Kjønnfordelingen innen sykehus spesialitetene

I mange sykehus spesialiteter er kvinneandelen allerede i dag over 60%.

Dette gjelder spesialitetene, reumatologi (68%), fødselshjelp og kvinnesykdommer (71 %), bryst- og endokrinkirurgi (68%), medisinsk mikrobiologi (61%), medisinsk genetikk (70%), og patologi (60%).

Blant spesialitetene med over 50 % kvinnelige spesialister finner vi nevrologi, barnesykdommer, onkologi, nukleær medisin, medisinsk biokjemi, klinisk farmakologi, immunologi og transfusjonsmedisin, fysikalsk medisin, hud og venerologi, rus og avhengighets medisin og arbeidsmedisin.



Figur 3: Antall spesialister innen fødsels- og kvinnesykdommer i Norge i årene 2008-18 (25)

Innenfor de indremedisinske fagene (generell indremedisin, hjertesykdommer, lungesykdommer, nefrologi, infeksjonsmedisin, endokrinologi, geriatri og blodsykdommer) er den høyest andel kvinner i blodsykdommer (55%) og lavest innenfor hjertesykdommer (24%). I de resterende indremedisinske spesialitetene er andelen kvinner 35-45%.

Innenfor de kirurgiske fagene (gastroenterologisk kirurgi, urologi, ortopedisk kirurgi, thorax kirurgi, karkirurgi, maxillofacial kirurgi, bryst- og endokrinkirurgi, nevrokirurgi og

barnekirurgi) er andelen kvinner lavest innen thorax kirurgi (6 %), høyest innenfor bryst- og endokrinkirurgi (68%). I de øvrige kirurgiske fagene ligger andelen kvinner mellom 15-20 %.

Innenfor de psykiatriske fagene er andelen kvinner 56 % innen voksenpsykiatrien, mens innenfor barne- og ungdomspsykiatri er andelen kvinner over 80 %.

Det generelle bildet viser at kvinner vil være i flertall i over halvparten av legespesialitetene om noen år, men kvinner vil fortsatt være mindretall innenfor i mange av de «vakt-intense» fagene med unntak av fødselshjelp og kvinnesykdommer» og barnesykdommer.

Alle tallene er hentet fra Legeforeningens medlemstatistikk (25, 26)

2.2 Leder og ledelsesutvikling av yngre leger i Norge

2.2.1 Leder og ledelsesutvikling under medisinstudiene

Det utdannes leger ved 4 Norske universiteter. Ingen av universitetene har felles læreplan. Myndighetene har ønsket en endring i læreplanene med økt fokus på elementer som samhandling, systemforståelse, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (27) og universitetene har endret sine læreplaner. Ved Universitet i Oslo (UiO) har man i legestudiet innført KloK (Kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring) med egen eksamen og mulighet for oppgaveskriving (28) ved Universitetet i Bergen (UiB) (29) avholdes en ukes kurs på slutten av profesjonsstudiet i emner som omhandler ledelse (29). Det er mange norske, , som studerer medisin i utlandet. Rundt halvparten av norske medisinstudenter får utdanning i Norge (17). Norsk medisinerstudentforening (NMF)³ hadde i overkant av 3000³ medlemmer som studerte medisin i Norge (> 85 % av studentene i Norge er medlem i Legeforeningen), mens ca. 1600⁴ av medlemmene studerte medisin i utlandet (50% av utenlandsstudentene er

³ 3143 pr. 3/10 -2019

⁴ 1587 pr. 3/10- 2019

medlem av Legeforeningen). Det betyr at mange yngre leger har sin utdannelse fra land med forskjellige læreplaner og tradisjoner i forhold til samhandling og ledelse.

Etter avlagt medisinsk embetseksamen gjennomførte leger tidligere 1 ½ års turnustjeneste. Ved godkjent turnustjeneste ble man autorisert som lege i Norge⁵. 1 mars 2017 ble spesialistutdannelsen endret. Autorisasjon ble gitt etter endt utdanning ved godkjent institusjon (f.eks. medisinsk embetseksamen ved UiO) og turnustjenesten ble lagt inn som en del av legespesialistutdannelsen (30).

2.2.2 Leder og ledelsesutvikling i regi av helseforetakene

Legeforeningen har gjennom det hele det 20 århundre spilt en sentral rolle i spesialistutdannelsen av leger. Det ble allerede i 1927 åpnet for at myndighetene kunne ta over det formelle ansvaret for godkjenning av legespesialister, men dette ble aldri gjennomført. Ansvaret for legespesialistutdannelsen i Norge ble i 1980 tillagt Sosialdepartementet (31), men denne oppgaven ble delegert til Legeforeningen av myndighetene fram til 2011 (32). I 2011 overtok Helsedirektoratet ansvaret for godkjenningen av legespesialister. Legeforeningens spesialistkomiteer beholdt sin rådgivende rolle i utdanningen, i forhold til praktisk og teoretisk pensum og godkjenningen av utdanningsinstitusjoner. Legeforeningens utdanningskontorer arrangerte nødvendige kurs (valgfrie og obligatoriske) for spesialistutdannelsen innenfor enkelt spesialitetene.

Med innføringen av ny spesialistforskrift for leger og tannleger (spesialistforskriften) fra mars 2017, innførte Helse- og omsorgsdepartementet et nytt 2/3-delt spesialiseringsløp for leger i spesialisering (30). Ansvaret for legens utdannelse ble 3-delt mellom Helsedirektoratet, helseforetakene og kommunene. Legeforeningens spesialistkomiteer beholdt en rådgivende funksjon i forhold foretakene og Helsedirektoratet. Legespesialiseringen er forskriftsfestet til å foregå over minst 6 1/2 år. Turnustjenesten ble erstattet av en LIS-1 modul. En læringsmodul på 1 ½ år, bestående av 1 års tjeneste ved sykehus (spesialisthelsetjenesten) og 6 måneder i kommunehelsetjenesten. Gjennomført LIS-1 (eller tilsvarende godkjent tjeneste fra utlandet) er en forutsetningen for videre progresjon i spesialiseringsforløpet. Etter

⁵ Med mindre man hadde autorisasjon som lege fra annet land godkjent av myndighetene (helsedirektoratet)

godkjent LIS 1-forløp kan man fortsette spesialisering innenfor spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, bedriftshelsetjenesten eller i offentlig forvaltning.

Det nye spesialiserings forløpet er 2 eller 3 delt avhengig av hvilket fag man spesialiserer seg innenfor. Innen indremedisinske fag vil forløpet være 3 delt. En felles LIS-1 modul i sykehus og kommunehelsetjenesten, deretter en felles LIS-2 modul for indremedisinske fag, og til sist en LIS -3 modul med subspecialisering innen et spesifikt fagområde (f.eks. innen hjertesykdommer eller infeksjonsmedisin). I andre fag vil utdanningen kun bestå av 2 moduler, hvor modul 2 er fagspesifikk (f.eks. onkologi). Med dagens sykehus organisering vil mange av læringsmålene, innen enkelt spesialiteter, ikke kunne oppfylles på mindre eller mellomstore sykehus, og utdanningskandidatene må derfor fortsatt tjenestegjøre på et av de store regionale sykehusene. Hovedprinsippet i den nye ordningen er at man skal kunne dokumentere oppnådde læringsmål innen spesialiteten for å kunne bli legespesialist, mens man i den gamle ordning var mere opptatt av gjennomført tjeneste, fullførte kurs (obligatoriske og valgfrie for spesialiteten), deltagelse i internundervisning og kjennskap/evne til å gjennomføre prosedyrer. Kursene som tidligere var obligatoriske eller valgfrie er anbefalte læringsaktiviteter i den nye ordningen. De skal ligge til grunn for mange av læringsmålene i den nye ordningen.

I og med at mange av dagens LISer har startet sin spesialisering før 2017 vil mange fullføre sin spesialistutdannelse i henhold til den gamle ordningen (overgangsordning t.o.m 2023).

Fra 1 januar 1992 ble det innført et krav om gjennomført kurs i administrasjon og ledelse for leger under spesialistutdanning i sykehusene i Norge. «Krav til gjennomført administrasjonskurs som obligatorisk kurs i samtlige spesialiteter (unntatt allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisin) gjøres gjeldende overfor søknader om spesialistgodkjenning etter 1 januar 1992. Dette er et krav som kommer i tillegg til det øvrige kurskrav.» (23).

Administrasjon og ledelse kurset har vært obligatorisk innen alle 43 sykehusspesialiteter.

Kurset er normert til 30 kurstimer og har vært arrangert årlig i alle 4 helseregioner:

« Geilo-kurset», «Røros-kurset», «Tromsø-kurset», og «Soria-Moria kurset».

I Helse Sør-øst har det vært arrangert minst 2 kurs i årlig. «Administrasjon og ledelse» kurset har vært den eneste spesifikke læringsarenaen i legespesialistutdanning, hvor hovedtema har vært administrasjon og ledelse av sykehus. I den nye ordningen fra 2019, er kurset anbefalt læringsaktivitet innen ledelse.

2.2.3 Leder og ledelsesutvikling i regi av legeföreningen

Legeföreningen har gjennom mange år arrangert en egen kurs modul for utdanning av sine tillitsvalgte (33). Kursmodulen har vært 3-delt. Modul 1 har vært et regionalt arrangert kurs, mens modul 2 og 3 har vært nasjonale kurs. Alle kursene er finansiert av Legeföreningen. Hvis man har fullført legeföreningens kursmodul for tillitsvalgte har man fått fritak fra «administrasjon og ledelses» kurset. Kursmodulen har kommet i tillegg til andre kurs «yngre legers forening» (Ylf) har arrangert for sine medlemmer (tariffkonferanse, vårkurs med mere).

Nytt fra 2019 har vært «Helselederskolen». Et samarbeidsprosjekt mellom Legeföreningen og Avdeling for helseledelse og Helseøkonomi (HELED) ved Universitet i Oslo. Dette programmet er forbeholdt yngre leder i sykehus (leger i lønnskategorien legespesialister er medlemmer av Ylf). Kurset kvalifiserer til 15 studiepoeng på masternivå og er en del av Helselederprogrammet (34).

2.3 Ledelsesteori

Dwight D Eisenhower har sagt at «By leadership we mean the art of getting someone else to do something that you want done because he wants to do it» («ledelse er evnen til å bestemme hva som må gjøres, og så få andre til å ønske å gjøre de»). «Ike» var 5 stjernes general og øverstkommanderende for de allierte styrker i Vest Europa under 2 verdenskrig og USAs 34. president 1953-61 (35).

2.3.1 Trekk og personlighetsteori

Sentralt i disse teoriene er den såkalte «fem faktor modellen», hvor opphavet går helt tilbake til 1800-tallets tenking rundt personlighet (36). Fem-faktor modellen beskriver 5 sentrale personlighetstrekk: Nevrotisme (f.eks. negativt affektive tilstander slik som angst, nedstemthet, følelsesmessig labilitet), ekstroversjon (f.eks sosial, spenningsøkende, selvtillit), åpenhet for erfaringer (liberalt verdisyn, preferanse for nytt) omgjengelighet (f.eks. omtenkssom, hjelpsom, imøtekommende, vennlig) og planmessighet (f.eks. prestasjonsorientert, orden, disiplin). Forskning viser at fire av dem ekstroversjon, åpen for erfaringer, omgjengelighet og planmessighet er positivt relatert ledelse og effektivitet i

lederrollen. For den femte betyr lav skår for nevrotisme, høy toleranse for stress som dermed en effektiv leder (37). Men resultatene varierer i ulike studier rund ledelse, og kan betinge av situasjonen (hva er det man leder?) (36). Teorien er lite aktuell inne helsevesenet. Det er sagt at leger kan ha personlighetstrekk som kan brukes i møte med pasienter, men som ikke nødvendigvis lar seg «oversette» til å lede en gruppe (38)

En høyere intelligens har vist å kunne skille ut gode ledere. Emosjonell intelligens (EI) ble introdusert som et begrep i 1990 (39). I forhold til ledelse handler EI om å skille egne følelser fra andres, og kan uttrykkes som selvbevissthet, empati og selvkontroll. Høy EI har betydning for ledelse (40), og noen mener at høy EI er en forutsetning for å lykkes som leder i akademiske medisinske institusjoner (41). EI er tatt inn i mange lederutviklingsprogram for leger (42). Det er målt økt EI hos leger som har deltatt i programmer og som i etterkant har blitt forfremmet (43).

FMLM (Faculty of Medical Leadership and Management)⁶ sier sin gjennomgang at det er gjort lite forskning er gjort med EI i helsevesenet (44). Men det er gjort studier som viser at emosjonelt intelligente leder hadde en fornøyd og dedikerte stab, selv i situasjoner som kan være svært belastende. Medarbeiderne rapporter også færre negative effekter av omstilling (42). Føllesdal mener at EI er vanskelig å skille fra personlighetstrekk og generell intelligens, og at EI er noe annet en lederadferd (45).

Mens trekk er noe man har, er en ferdighet noe man kan tilegne seg. Ferdigheter kan læres og korrigeres. I ledelsessammenheng vektlegges personlige ferdigheter (tekniske ferdigheter og analytiske ferdigheter), menneskelige ferdigheter (f.eks. sosial dømmekraft) og gruppeorientert ferdigheter og administrative ferdigheter. Betydningen av disse ferdighetene kan endre seg over tid (46), men det er også vist at sammenheng mellom ferdigheter og personlighetstrekk (47)

2.3.2 Adferds ledelse

Adferds teori handler om hvordan ledere opptrer i forhold til sine medarbeidere, og ikke hvordan lederens personlighet påvirker deres medarbeidere.

⁶ FMLM (Faculty of Medical Leadership and Management) etablert I 2011 av medisinske fakultet i UK. Opprettet som en spesialitetsovergripende institusjon for styrke legers kompetanse innen ledelse (..)

Det er vist 2 grunnleggende forskjellige lederstiler (med glidende overganger i mellom), med 2 ytterpunkter. Oppgaveorientert (Autoritær ledelse) med uttalt styring i forhold mål, frister, fordeling av arbeidsoppgaver. Relasjonsorientert (demokratisk ledelse) hvor man utvikler gode relasjoner, viser omtanke for medarbeiderne, involvere medarbeidere i beslutningsprosessene (48). Selve beslutningsprosessen er det store skillet mellom stilene. Mens «eneveldig» makt og belønning ligger til grunn for en autoritær ledelse, medvirker ansatte i beslutningsprosessen ved en demokratiske leder stil (49). De to stilene har vist effekt i forhold motivasjon av ansatte (demokratisk lederstil) og gruppe utførelse (autoritær leder stil) (37). Begge stilene kan kombineres, og ut i fra disse teoriene har man utviklet det såkalte «ledergitteret» (50), med 2 parameter : menneskelige hensyn og produksjonshensyn, på henholdsvis X og Y aksene, og man får en såkalt «beste stil».

Lengst nede og innerst på skalaen (1,1), blir derfor lite menneskelig og lite produksjon, men ytterst på begge skalaer (9,9) tas man både menneskelige, ansvaret blir felles.

Einarsen et al «snur» modellen og fremlegger en modell for destruktiv ledelse, som omhandler hvordan man som leder man kan påvirker medarbeiderne negativt (eller mindre negativt). Tyrannisk, avsporet, støttende illojal ledelse, som parameter for destruktiv ledelse satt opp mot et fjerde parameter som er konstruktiv ledelse.

2.3.3 Situasjonsbetinget ledelse

Disse teoriene argumenterer for at det er situasjonen og medarbeidernes kvalifikasjoner som er bestemmende for effekten av en antatt lederstil (lederadferd) (51).

Deres tilnærming legger spesielt vekt på de ansattes kvalifikasjoner i å forholde til situasjonen, og vektlegger måten man styrer på.

De bringer inn 4 stiler: Instruerende, støttende, delegerende og en rådgivende lederstil. Det er likheter i denne teorien med Blake & Moutons ledergitter, men deres poeng er at det ikke finnes noen beste « still», men at stilen må tilpasses de ansatte, avhengig av situasjonen.

Teoriene er avhengig av hvem som velger den aktuelle situasjon .

Fiedlers teori (47) legger til grunn relasjonene mellom ledere og de som blir ledet (som gruppe) Han tar for seg 3 elementer, forholdet mellom leder og medarbeidere, oppgavestruktur og hvilken makt leder har.

Mens de to første omhandler gruppedynamikk beskriver LMX (Leader- member-exchange) - teorien den direkte relasjonen lederen har til hver enkelt ansatt, dette kan være problematisk at kan føre til favorisering av enkelt ansatte. Det er i følge Gilmartin et al. en påfallende forskjell mellom generell ledelses litteratur og ledelse forskning i helsevesenet og det påpekes at grunnen kan være at man må akseptere forskjells behandling (52). Lite forskning er gjort rundt dette i helsevesenet (44).

2.3.4 Transformasjonsledelse

Store organisasjoner er komplekse og oppgaver krever kompetanse på ulike plan. Oppgaver kan ikke løses av den enkelte, men krever er samspill mellom ulike aktører. Hierarki erstattes av ulike former for teamarbeid på forskjellige nivå innenfor en organisasjon. Lederens inngripen kan hindre at ressursene utnyttes på en god måte. James Mcgregor Burns introduserte begrepene transformasjons og transaksjonsledelse i 1978 etter studier av politikere. Han argumenterte for at de kunne utføre enten transaksjonsledelse eller transformasjons ledelse. Hvor transaksjonsledelse er en slags interaksjon mellom leder og medarbeidere, hvor man gir eller belønner innenfor gitte rammer, men griper inn hvis det skjer avvik, for å få et forventet resultat. Forholdet mellom leder og ledet blir upersonlig, og det er ikke tvil om hvem som leder. I dette ligger mål og resultatstyring. Mens transformasjons ledelse handler om å endre medarbeidernes innstilling, motivasjon og innsats for å nå et mål. I følge Bernhard Bass (53) kan leder transformere ved å øke bevisstheten for oppgavens verdi og formål, få medarbeiderne til å fokusere på organisasjonens mål istedenfor ens egen, og appellerer til et høyere behov. Samme leder være både transaksjonal og transformativ. Transformasjonsledelsens 4 I'er idealisert påvirkning, inspirerende motivasjon, intellektuell stimulans og individuell støtte/hensyn.

Idealisert påvirkning/Innflytelse : skape en visjon og følelse av et overordnet mål, kommuniserer stolthet og tro på den ansatte, viser respekt og tillit. Inspirerende motivasjon: Finne et felles mål og visjon, sammen komme fram til hva som er best for organisasjonen/den enkelte. Være god rollefigur. Intellektuell stimulans : Understøtte intelligens, rasjonalitet, frihet og mulighet til å løse problemer. Individuelle hensyn: Se hver enkelt ansatt, alle er like viktig for organisasjonen. Gi tilbakemeldinger, oppmerksomhet og veiledning. I sin bok (..bass)sammenligner hans denne formen for ledelse i forhold til «Laissez-faire» ledelse(53)(la det skure å gå), ledelse ved avvik enten passivt (vente på) eller aktivt (monitorere, aktiv situasjonsbetinget belønning) og transformasjonsledelsens 4 I er.

MLQ (Multifactor Leadership Questionnaire) et instrument ble utviklet av Bass & Avolio i 1995 for å måle lederadferd (54). Denne blir brukt som et måleinstrument internasjonalt for å måle leder stilene: Laissez faire ledelse, transaksjonsledelse og transformasjonsledelse.

Transformativ ledelsesteori er ikke ukontroversiell, og noe av kritikken går ut på at den fremstiller enkelte leder som «tsars» (55). Men den er mye brukt, og blitt tatt inn i mange offentlige organisasjoners som et rammeverk i ledelsesutvikling (55)

Transformasjonsledelse kan være en gunstig i et skandinavisk perspektiv, fordi ledere i vårt «egalitære» samfunn ikke får makt ved posisjon, men der leders på menneskelige plan verdsettes høyt (54).

FMLM finner i sin oppsummering fra 2015 (44) at transformativledelsesteori er den mest innflytelsesrike ledelsesteorien i helsevesenet.. Man viser at transformasjonsledelse er knyttet til jobbtilfredshet, team utførelse, pasientsikkerhet, positivt arbeidsmiljø og en åpenhetskultur i helsevesenet (56)

2.4 Hva motiverer sykehusleger

Hva er motivasjon ?

Det finner flere definisjoner, men ordet kommer av latin motivus (= mobile), og motivasjon kan forklares som : Kraften som bestemmer en adferd (bevisst eller ubevisst) «Action des forces (conscientes ou inconscientes) qui determinant le comportement» (57). Kraften kan bestå av mange forskjellige faktorer. Eller « de biologiske , psykologiske og sosiale faktorene som aktiverer, gir retning til adferd og opprettholder atferd av ulike grader av intensitet for å oppnå noe» (58)

Abraham Maslows teorier 1943 er sentral i den psykologiske tenkningen rundt motivasjon(59). Maslows mente at lavere og grunnleggende behov hos mennesket måtte være tilfredsstilt før man kunne videre til et høyere trinn, derav navnet behovspyramide. Det første behovet, fysiologiske menneskelig behov. Mennesket må være i likevekt før man kan gå til det neste behovet. Behov for trygghet, sikkerhet, et sted å bo og en fast jobb. Neste trinn er de sosiale behov, tilhørighet til andre mennesker, vennskap eller kjærlighet (må ikke blandes med sex). Etter at de 3 første behovene er tilfredsstilt kommer et fjerde behov. Selvtillit eller

anerkjennelse, bli sett av andre. Til når de fysiologiske behovene er møtt, vi har trygghet i hverdagen, en god relasjon til andre mennesker, og blir anerkjent. Kommer siste behov som er selv realisering. Behov for å ta tak i utfordringer, være kreativ og løse problemer. Oversatt til en sykehushverdag er for eksempel lønnen og balanse mellom jobb og fritid fysiologiske behov, mens et fast arbeidsforhold, en trygg jobb å gå til vil kunne tilfredsstillende sikkerhetsbehovet. Sosiale behov innebærer å være en del av gruppe, tilhørighet i et legekollegium, eller som del av team for å løse pasienter utfordringer og problemer. Man blir anerkjent for sin innsats av andre (kollegaer og pasienter). Dette gir en personlig utvikling og glede av å prestere.

Oppgaver, ansvar, anerkjennelse og prestasjoner er sentrale elementer i Hertzbergs teori om jobbtilfredshet (60). Hertzbergs deler sin teori om jobbtilfredshet inn i 2 kategorier. Motivasjonsfaktorer og hygiene faktorer. Hygiene faktorer er ytre faktorer som må være tilstede på arbeidsplassen for å hindre mistriksel, mens motivasjonsfaktorer skaper trivsel i den grad de er tilstede. I en leges sykehushverdag vil typiske hygiene faktorer være fysiske arbeidsforhold, datasystemer, medisinsk teknisk utstyr, leders kompetanse og stil, lønn og status eller forholdet mellom jobb privatliv. Mens typiske motivasjonsfaktorene er de daglig oppgavene i å behandle pasienter, pasient ansvaret, tilfredshet i det å stille en diagnose og lykkes i en behandling, anerkjennelse av andre (kollegaer og pasienter) for arbeidet man har utført.

Ved sammenligning av de to modellen kan man sidestille de tre første trinnene i Maslows pyramide, med hygiene faktorene i Hertzbergs modell. Mens Hertzbergs motivasjonsfaktorer tilsvarer de 2 siste leddene i Maslows pyramide.

Mennesker stimuleres til å utføre oppgaver fordi de er interessante og utfordrende. Oppgaven er interessant og de blir utfordret i å løse den. Man er kompetent for å løse oppgaven, løsningen en gir anerkjennelse av andre, og en følelse av å bli verdsatt i et fellesskap en sosial tilhørighet. Dette er sentrale elementer i Deci & Ryans «selvbestemmelsesteori» (61).

Teorien krever en indre motivasjon, som får oss til å utføre en handling fordi den er spennende/interessant eller gir en personlig tilfredsstillende, som forsterkes av våre behov for autonomi, kompetanse og sosial tilhørighet (61).

I en sykehushverdag kan dette være en rolle i et traumeteam. I et traumeteam skal man jobbe sammen med andre for løse en kompleks oppgave. Rollen man har er unik og man har

mulighet for å øve innflytelse på resultatet. Man er kompetent til å utføre en oppgave og man vil stadig se ny se ny tilfeller, som utfordrer intellektet. Rollen er anerkjennes av andre som deltar i teamet. (dette betinger at rollen er noe man vil, ikke blir tvunget til...)

Deci & Ryan skiller mellom indre og ytre motivasjon. Ytre motivasjon for å oppnå et ønsket resultat, nødvendigvis ikke fordi man ønsker å gjøre det, men fordi man får betalt for å gjøre oppgaven, og indre motivasjon som en oppgave som appellerer til vår egen interesse.

3 Materiale og metoder

3.1 Materiale

Leger i spesialisering (LIS) som deltok på kurs i «administrasjon og ledelse» i regi av kontor for legers etter- og videreutdanning Oslo, «Soria-Moria» kurset.

Kurset var åpent for alle leger i spesialisering i Norge. Påmelding til kurset ble gjort via legeforeningens nettsider (kursportalen)(62). Tilbud om kursdeltagelse ble gitt på bakgrunn av ansiennitet, det vil si gjenstående tjeneste innen den enkeltes spesialiseringsløp. LIS med kun kort tid igjen av spesialistutdannelsen eller hadde fullført utdannelsen (og manglet kun dette kurset for å kunne sende inn dokumentasjon for spesialistgodkjenning) ble tilbudt kursdeltagelse.

«Administrasjon og ledelse kurset» (i dette tilfelle «Soria-Moria» kurset) var et obligatorisk kurs innenfor alle 43 sykehusspesialiteter innen legespesialistutdannelsen.

Soria-Moria kursene har de siste årene vært normert for til 70 deltagere, og kursene har vært fulltegnet. Det ble det arrangert 4 kurs vinteren 2018-19.

Kursene var åpne for leger fra hele Norge, men deltagerne var i all hovedsak fra Helse Sørøst

Alle utdanningskurs for LIS avsluttes med kursprøve : « Hvor det er hensiktsmessig, bør det arrangeres en enkel prøve ved avslutningen av kurset. Siktemålet er at alle obligatoriske kurs skal avsluttes med prøve» (63).

Parallelt ble deltagerne ble samtidig bedt å fylle ut evalueringsskjema for kurset.

Denne studien er ikke en del av kursevalueringen.

3.2 Metode

3.2.1 Studiedesign

Studiens formål var å undersøke hvilke lederegenskaper LIS mener er gode hos leder, og samtidig ville man få et innblikk i hvor mange som kunne tenke seg en karriere innen ledelse. Antall planlagte undersøkte enheter var stort (> 200), slik at dette var undersøkelse som egnet seg for en kvantitativ metode (64).

Studien var en spørreundersøkelse blant fremtidige legespesialister i sykehus i Norge.

Det ble utarbeidet et spørreskjema med 21 variabler (egenskaper) for å kartlegge problemstillingen. Ved å legge inn 3 andre tilleggs variabler (kjønn, spesialitet og lederønske) vil man ha mulighet for å kartlegge andre forskjeller eller likheter innad i studiegruppen (kursdeltagerne= enheter). Med disse 3 variablene (kjønn, spesialitet, lederønske) ville man få fram eventuelle kjønnsforskjeller, forskjeller mellom de enkelte legespesialitetene (de tre store indremedisin , kirurgi og psykiatri) og i forhold et eventuelt ønske om en videre karriere innen ledelse innen helsevesenet.

Spørreskjemaet ble utarbeidet av kursleder Dag Jacobsen i samarbeid med undertegnede.

Alle deltagerne ble informert om studien av kursleder.

Alle 4 kurs ble avsluttet med en kursprøve (oppgave).

Spørreundersøkelsen (Studien) ble gjennomført som en del av kursprøven til «Soria-Moria kurset» og prøvene ble samlet inn av kursleder.

Dataen ville deretter bli bearbeidet med statistisk metode i henhold til Aalen et al.(65)

3.2.2 Etikk og personvern

Undersøkelsens spørreskjema inneholder ingen person identifiserbare data (se vedlegg i appendiks).

Det ble presisert på spørreskjemaet at det leveres inn anonymt (se vedlegg i appendiks).

Ingen andre person identifiserbare data ble samlet inn og oppbevart.

Det ble ført daglige oppmøtelister på kurset, men listene ble ikke sammenholdt med gjennomført kursprøve.

Norsk senter for forskningsdata (NSD) har vurdert studien som anonym (ref. Nr 751733)

De anonyme besvarelsene ble deretter overlevert til undertegnede i etterkant av kurset.

3.2.3 Spørreskjemaet

Kursets læringsmål : «Deltagerne skal tilegne seg tilstrekkelig kunnskaper om helsetjenestens ledelse og organisering for å kunne gå inn ad hoc som seksjons- eller avdelingsleder i sykehus og forstå betydningen av teambygging basert på komplementære ferdigheter.»

Kurset «Soria-Moria» går over 5 dager og hver dag har et hovedtema (62):

ledelse, etikk og utfordringer, jus, økonomi og pasientsikkerhet, ledelse i praksis og etikk.

En av foreleserne på «Soria-Moria kurset»(ene) var Dag Jacobsen (kursleder). Dag Jacobsen har vært kursansvarlig for «Soria-Moria» kurset de siste 12 år.

Han er avdelingsleder og avdelingsoverlege ved akuttmedisinsk avdeling OUS Ullevål.

Under en av sine forelesninger presenterte han resultatene fra medarbeiderundersøkelsen⁷ ved Oslo universitetssykehus (OUS) fra hans sin avdeling i årene 2013-15.

I medarbeiderundersøkelsens siste del ble arbeidstagerne ved OUS i bedt om

å vurdere opplevd adferd hos leder :

«Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det»

«Min nærmeste leder er flink til å informere om det som skjer i vår virksomhet»

«Min nærmeste leder er stiller tydelige krav til mine arbeidsprestasjoner»

«Min nærmeste leder følger opp det vi blir enige om»

«Dersom som jeg ble utsatt for vold/trusler på jobb, ville få god oppfølging

I tillegg ble man spurt om gjennomføring og oppfølgingen av medarbeidersamtalen.

(gjennomført hos 67 % av OUS ansatte i 2013).

OUS har hatt lederkrav, som er gyldige for alle ledere i organisasjonen (..... I

medarbeiderundersøkelsen har OUS ønsket å se hvor godt disse lederkravene ble etterlevd i hverdagen, og kunne planlegge evt. utvikling av lederskapet. «Det er ønskelig at

medarbeidernes opplevelse av lederskapet utdypes og at de kan bidra til å få fram

konstruktive innspill til hvordan lederskapet i enheten kan forbedres» (66). Undersøkelsen

ble satt opp med 19 parameter, hvorav 5 hovedparametere med undergrupper (se appendiks).

Ut i fra disse 2 kategoriene spørsmål (opplevd lederadferd og lederkrav i organisasjonen) har kursleder Dag Jacobsen utarbeidet spørsmål nr. 3 på spørreskjemaet hvor man blir bedt om å vurdere 21 gode egenskaper hos leder.

⁷ Medarbeiderundersøkelsen var felles undersøkelse helse Sør-øst, men siste del som omhandlet krav til leder var kun en del av medarbeiderundersøkelsen ved OUS.

KURSOPPGAVE (leveres anonymt 8.2.19)

1. Klassifiser deg selv i henhold til Adizes – og legg til en L for "Lagspiller"

Eksempel: P(E)i(a)L.

Grader hver egenskap fra sterkest (P) til svakest (0): P – (P) – p – (p) – 0 (dvs. 5 –delt gradering).

Resultat:

2. La en som kjenner deg godt klassifisere deg på samme måte.

Resultat:

3. Fyll ut skjema om beste lederegenskaper (se baksiden)

4. Din spesialitet (sett ring rundt)?

Medisin Kirurgi Psyk Annet (spesifiser):

5. Har du planer om å søke en formalisert lederstilling i helsevesenet («Linjeleder», f. eks. seksjons- avdelings- eller klinikkleder?)

JA NEI VET IKKE (sett ring rundt svaret)

6. Kjønn: Mann Kvinne (sett ring)

Gode egenskaper hos leder (I)

	Score
Regelmessige medarbeidersamtaler	
Evne til omstilling	
Etisk bevissthet	
Flink til å skaffe ressurser	
Synlig i avdelingen	
Administrativ styrke	
Langsiktig strategi/ledelse	
Stiller krav til meg	
Oppnår resultater	
God til å informere	
Følger meg opp (gode/dårlige tider/ser meg)	

Gode egenskaper hos leder (forts)

	Score
Flink med konflikter	
Viser integritet	
Har sosiale antenner	
Evne til å samarbeide	
Utvikler enhet	
Tenker helhetlig	
Tilgjengelighet (lett å få tak i)	
Er faglig dyktig (medisinsk)	
Motiverende og samlende	
Tydelighet (tale og handling)	

Skriv opp din score til høyre. Skala fra 1 (best/viktigst) til 21 (minst viktig).

IKKE samme score til flere egenskaper - kun EN per score 😊

Feb-19

3.2.4 Datanalyse

Besvarelsene ble gjennomgått av undertegnede og lagt inn i Microsoft ®Exel for Mac⁸.

I den videre analysene av besvarelsene, er svarene fra de 2 første spørsmålene på spørreskjemaet ikke bearbeidet videre. Disse spørsmålene omhandler et tredje tema, som ikke er tema for masteroppgaven.

Variabler:

- kategoriske variabler:
 - o Kjønn, lederønske, spesialitet.
- kontinuerlige numeriske variable
 - o 21 gode egenskaper hos leder

Variabler- tallkoder:

- Kategoriske variabler:
 - o Kjønn : menn = 1, kvinner =2
 - o Lederønske : ja =1, nei = 2, vet ikke = 3
 - o Spesialitet: Indremedisin⁹ = 1, kirurgi = 2¹⁰, psykiatri¹¹ = 3, anestesi = 4, nevrologi = 5, pediatri = 6, gynekologi/obstetikk = 7, oftalmologi = 8, dermatologi = 9, medisinsk mikrobiologi = 10, onkologi = 11, medisinsk biokjemi = 12, fysikalsk medisin = 13, radiologi = 14, reumatologi = 15, patologi =16

Gode egenskaper hos leder

- 21 kontinuerlig numeriske variabler (skale 1-21)

De ferdige dataene ble deretter overført fra Microsoft ® Exel for Mac og deretter overført til IBM SPSS ¹², hvor dataene ble bearbeidet statistisk.

⁸ Microsoft ® Exel for Mac (versjon 16.16.15)

⁹ Indremedisinske fag

¹⁰ Kirurgiske fag

¹¹ Psykiatri = Voksenpsykiatri, barne og ungdomspsykiatri

¹² IBM SPSS (versjon 25.0.0) Licensiert til Universitet i Oslo

Statiske metoder:

4.1.1: Deskriptiv statistikk av hele tallmaterialet med kontinuerlige variabler i tabell med gjennomsnitt, medianverdier og standard avvik.

Fremstilling av søylediagrammer med inntegnet forventet normal variasjon i materialet.

4.1.2: Søylediagram for sammenligning av 2 kategoriske variabler i samme figur.

4.1.4: Stil og blad-plot for fremstilling 3 kategoriske variabler. Med angitt medianverdier.

4.2.1: Søylediagrammer med 3 kategoriske variabler.

4.2.2 : Tabell med 3 kategoriske variabler

Appendiks: 3 kategoriske variabler og 21 kontinuerlig lagt inn i tabell.

Analyse av kontinuerlige variabler med 2 utfall :

- T-Tester for sammenligning mellom 2 variabler (forutsetter normalfordeling).

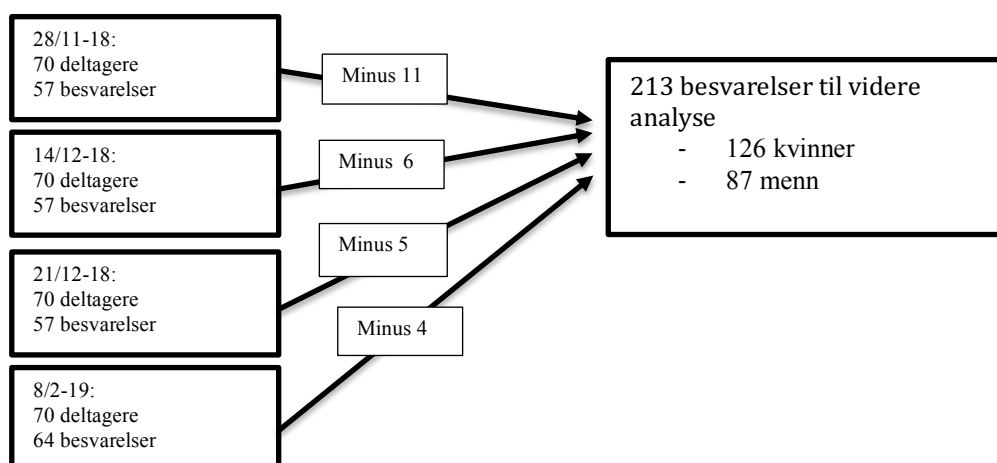
Analyse av kontinuerlige variabler med 3 utfall : En veis varians analyse (ANOVA) med sammenligning av 2 kategoriske variabler (spesialitet og lederønske) med post-hoc Bonferroni justeringer/analyser (for å se forskjeller mellom hvilke variabler)

4 Resultater

Av 280 mulige besvarelser ble det levert 239 besvarelser (85.3 %). 26 av besvarelsene ble ekskludert fra videre analyse på grunn av mangelfulle data eller galt utfylte skjema.

I den videre analysen av tallene i forhold spesialisitet skiller indremedisinske fag (generell indremedisin, nefrologi, lungesykdommer, infeksjonsmedisin, endokrinologi, gastroenterologi, kardiologi, hematologi, geriatri), kirurgiske fag (generell kirurgi, gastrokirurgi, urologi, thoraxkirurgi, bryst og endokrinkirurgi, ortopedi, karkirurgi og nevrokirurgi) og psykiatriske spesialisiteter (voksen og barnpsykiatri) fra andre spesialisiteter. Disse kategoriseres som medisin, kirurgi og psykiatri.

Figur 4 : Flytskjema:



Den videre analyse bygger på 213 utfylte skjemaer, 76 % av antall kursdeltagerne.

Av de analyserte besvarelsene 41 % (87) menn og 59 % (126) kvinner.

De tre spesialisitetene : Indremedisin, kirurgi og psykiatri utgjør 65 % (139) av besvarelsene

4.1 Gode egenskaper hos leder etter kjønn, spesialitet og lederønske

4.1.1 Gode egenskaper hos leder

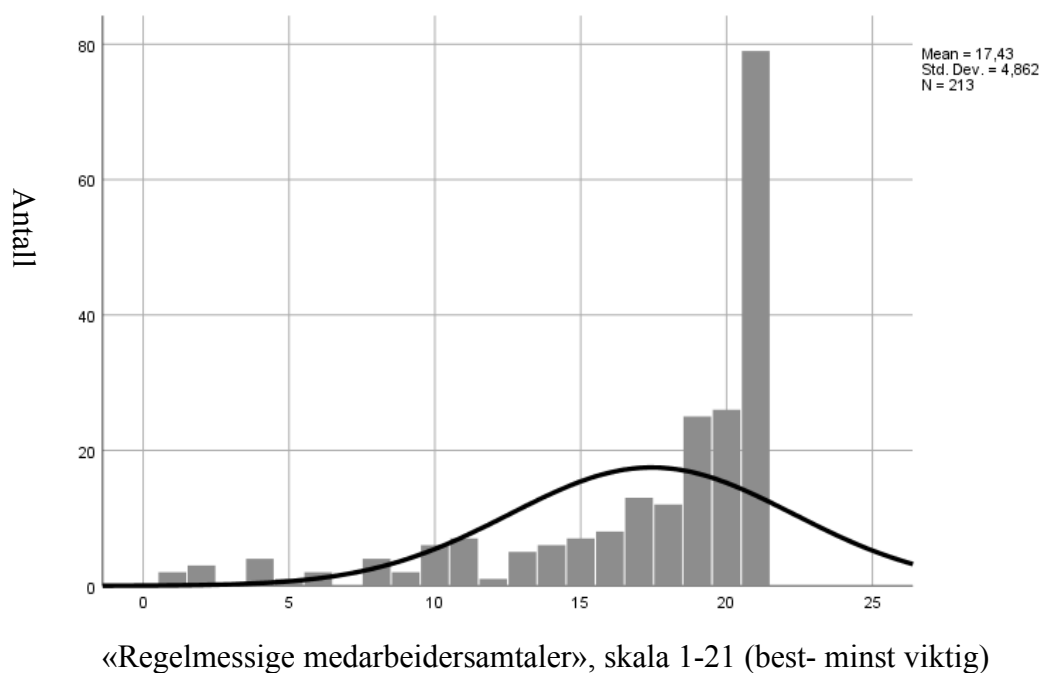
	Gjennomsnitt :	Median:	Std.dev:
Regelmessige medarbeidersamtaler	17,43	19	4,86
Evne til omstilling	12,92	14	5,4
Etisk bevissthet	12,96	14	5,37
Flink til å skaff ressurser	12,61	13	5,56
Synlig i avdelingen	12,01	12	6,09
Administrativ styrke	13,08	14	6,06
Langsiktig strategi/ledelse	10,9	11	6,08
Stiller krav til meg	13,4	14	5,01
Oppnår resultater	11,47	12	5,67
God til å informere	11,41	12	5,03
Følger meg opp	10,59	10	5,97
Flink med konflikter	10,38	10	5,08
Viser integritet	9,87	9	5,61
Har sosiale antenner	10,75	11	5,54
Evne til å samarbeide	7,53	6	4,77
Utvikler enhet	10,8	11	5,64
Tenker helhetlig	8,54	8	5,51
Tilgjengelig (lett å få tak i)	10,35	9	5,61
Er faglig dyktig (medisinsk)	10,81	10	6,61
Motiverende og samlende	5,3	4	4,47
Tydelighet (tale og handling)	7,42	6	5,98

Tabell 1: Gode egenskaper hos leder. Rangert 1 – 21 (best – minst viktig).

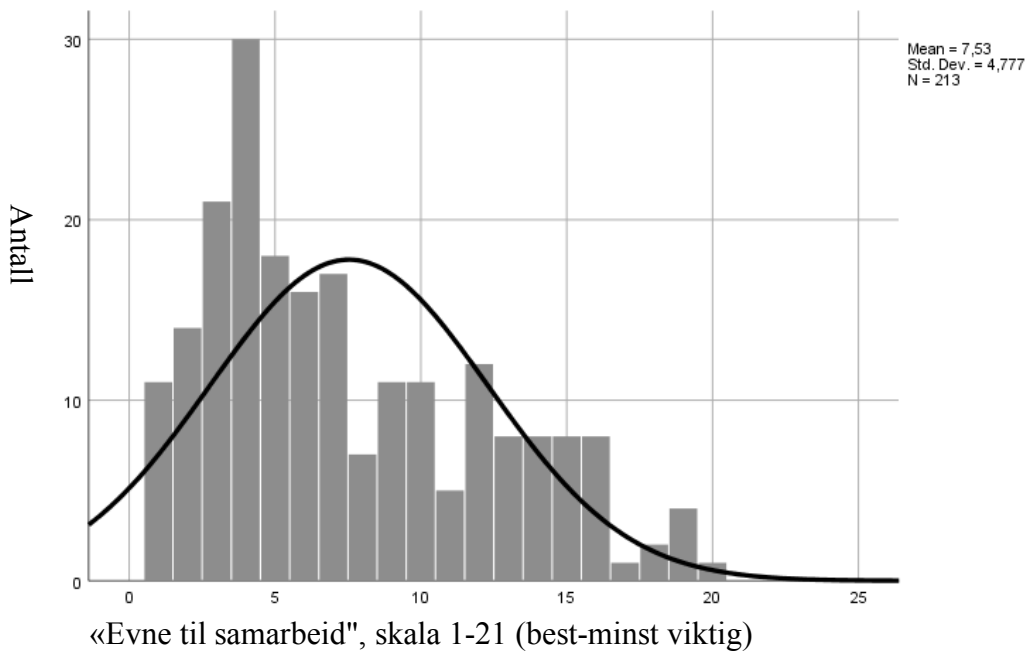
Gjennomsnitt/Median, No. 213.

I 4 av «egenskaper hos leder» viser konfidensintervallet verdier over eller under skalaens middelvei 10,5 : «Regelmessige medarbeidersamtaler» 17,43, «evne til å samarbeid» 7,53 «motiverende og samlende» 5,3 og «tydelighet (tale og handling)» 7,42

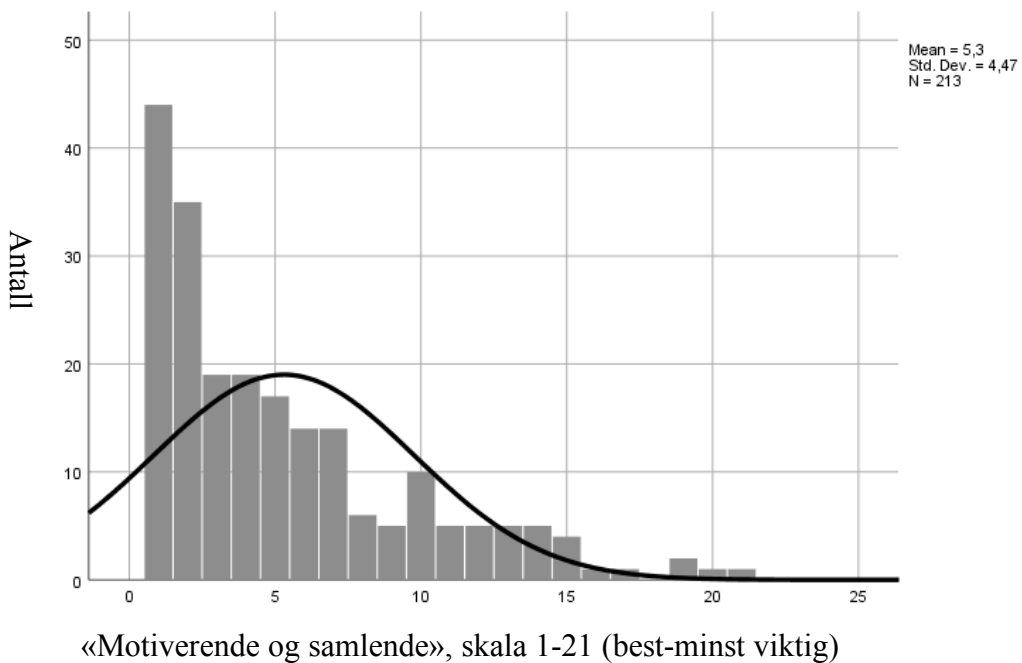
De 3 første av variablene «regelmessige medarbeidersamtaler», «evne til å samarbeid» og «motiverende og samlende har gjennomsnittsverdier med smalest konfidensintervall i tallmaterialet.



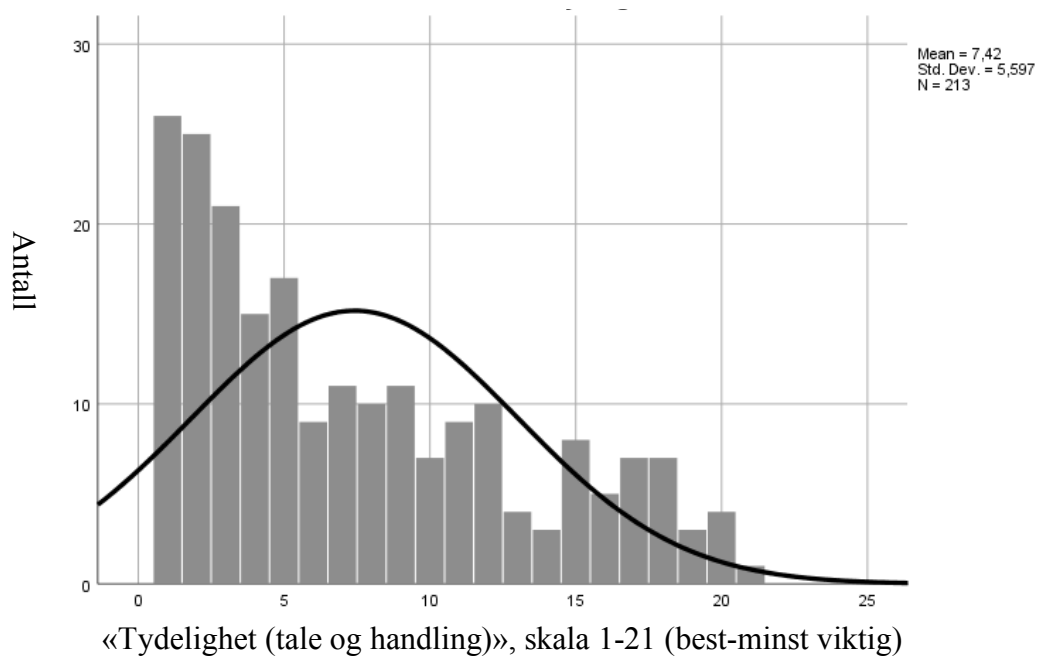
Figur 4: Gode egenskaper hos leder. «Regelmessige medarbeidersamtaler», skala 1-21, (best- minst viktig) Sammenlignet med forventet normalfordistribusjon av materialet.



Figur 5: Gode egenskaper hos leder. «Evne til å samarbeide», skala 1-21 (best-minst viktig). Sammenlignet med forventet normalfordeling av materialet.

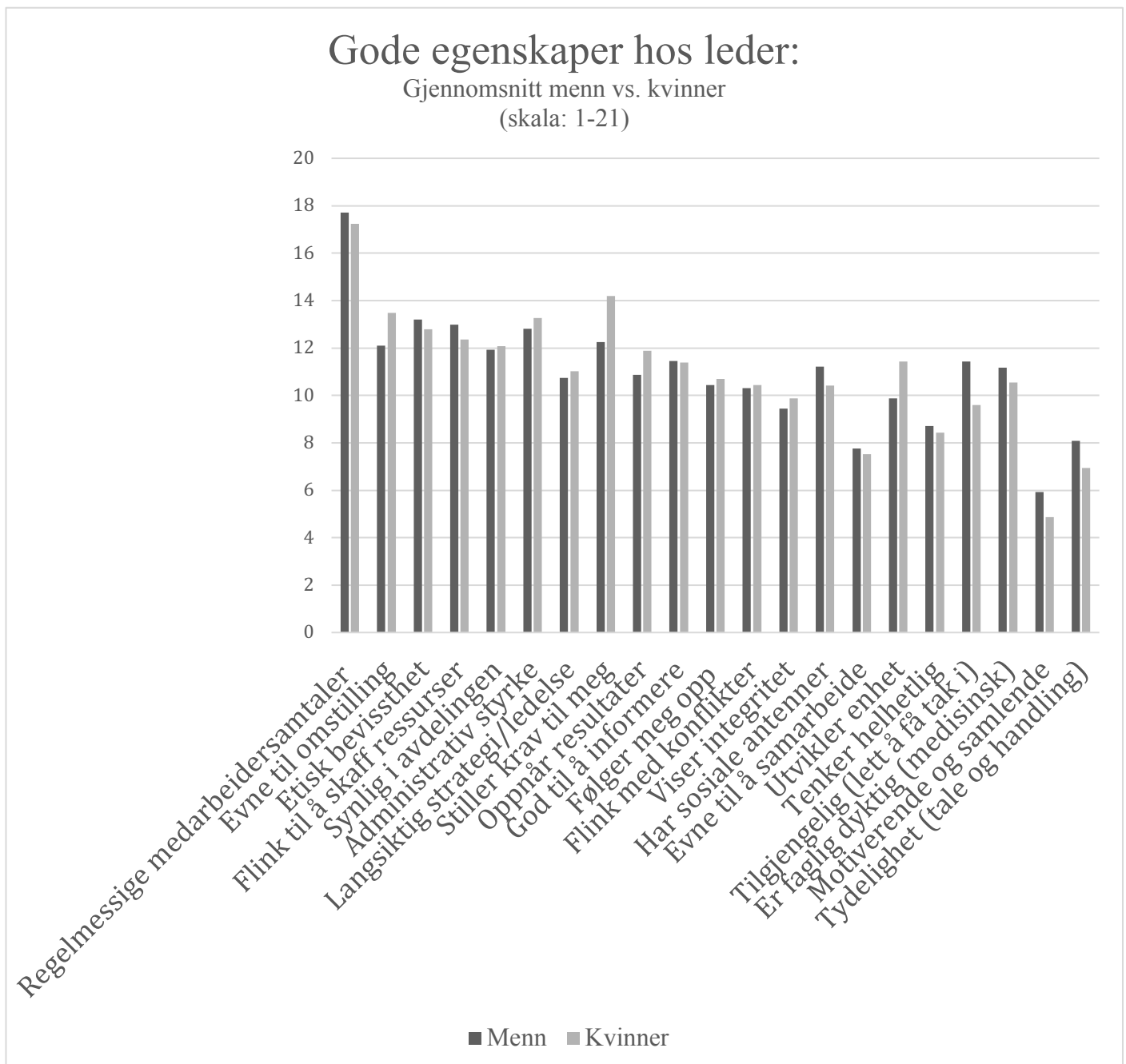


Figur 6: Gode egenskaper hos leder. «Motiverende og samlende», skala 1-21 (best-minst viktig). Sammenlignet med forventet normalfordeling av materialet.



Figur 7: Gode egenskaper hos leder : «Tydelighet (tale og handling)» (best-minst viktig). Sammenlignet med forventet normalfordeling av materialet.

4.1.2 Gode egenskaper hos leder etter kjønn



Figur 8: 21 «Gode egenskaper hos leder». Skala 1-21 (best-minst viktig)

Gjennomsnittsverdier i forhold til kjønn (no.213, menn: 87, kvinner: 126).

	Kjønn		Lederønske			Spesialitet		
	Menn	Kvinner	Ja	Nei	Vet ikke	Medisin	Kirurgi	Psykiatri
Regelmessige medarbeidersamtaler	17,71	17,24	17,74	17,98	16,76	17,18	18,73	16,79
Evne til omstilling	12,11	13,48	9,96	14,33	12,31	12,66	13,68	12,97
Etisk bevissthet	13,21	12,79	14,22	13,16	12,37	12,52	13,82	11,52
Flink til å skaff ressurser	12,98	12,35	14,22	13,09	11,6	12,1	12,98	13,52
Synlig i avdelingen	11,92	12,08	12,04	11,84	12,19	12,7	11,78	11,1
Administrativ styrke	12,82	13,26	11,85	13,15	13,38	14,04	11,48	15
Langsiktig strategi/ledelse	10,74	11,01	10,89	12,04	9,68	11,34	11,13	12,07
Stiller krav til meg	12,25	14,2	14,15	12,7	13,93	13,7	12,23	13,08
Oppnår resultater	10,87	11,89	10,63	12,66	10,47	10,2	11,8	13,59
God til å informere	11,45	11,39	9,67	11,09	12,28	11,48	11,43	11,72
Følger meg opp	10,43	10,7	12	9,08	11,77	11,94	11,08	10,28
Flink med konflikter	10,3	10,44	10,7	10,48	10,19	9,96	10,87	9,76
Viser integritet	9,45	9,87	9,89	10,48	9,21	9,18	10,8	9,62
Har sosiale antenner	11,22	10,42	10,67	10,64	10,89	11,54	9,6	9,52
Evne til å samarbeide	7,76	7,53	6,81	7,27	8,02	7,44	7,55	5,83
Utvikler enhet	9,87	11,44	12,52	10,36	10,74	10,44	9,55	14,45
Tenker helhetlig.	8,71	8,43	7,44	8,52	8,9	8,36	9,82	7,17
Tilgjengelig (lett å få tak i)	11,44	9,6	9,7	9,61	11,33	11,12	10,03	8,59
Er faglig dyktig (medisinsk)	11,18	10,55	14,22	10,49	10,12	10,36	10,08	10,21
Motiverende og samlende	5,92	4,87	5,89	5,33	5,09	5,2	5,15	6,1
Tydighet (tale og handling)	8,09	6,95	6,04	6,5	8,81	7,42	7,2	6,69

Tabell 2: Gode egenskaper hos leder (skala: 1-21) (best- minst viktig). Gjennomsnittsverdier i forhold til kjønn, lederønske eller spesialitet

Tre av variablene (egenskapene) viser statistisk signifikante forskjeller:

«Stiller krav til meg»: Menn 12,25, kvinner 14,20, $p = 0,05$ (t-test). «Utvikler enhet»:

Menn 9,87, kvinner 11,44, $p=0,047$ (t-test). «Tilgjengelig (lett å få tak i)»: Menn 11,44,

kvinner 9,6, $p = 0,019$ (t-test)

4.1.3 Gode egenskaper hos leder etter spesialitet

(medisin = 50, kirurgi = 60, psykiatri = 29)

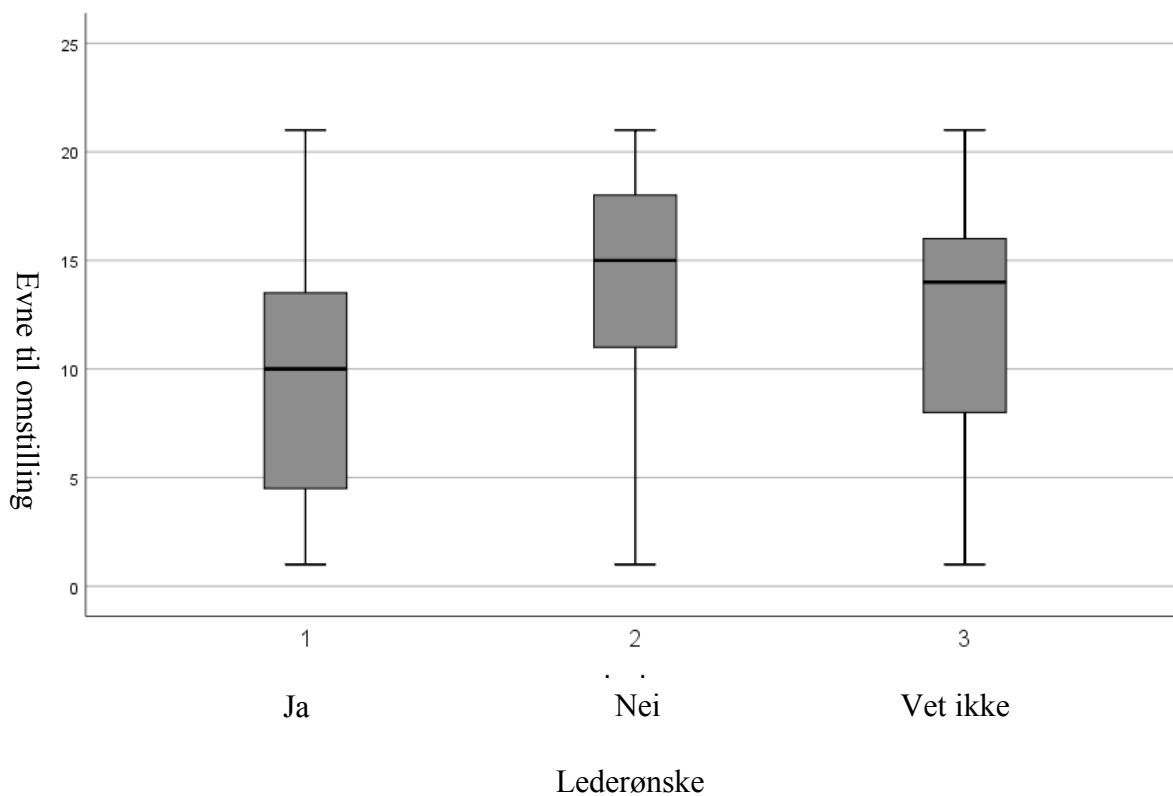
Tre variabler (egenskaper) med statistisk signifikante forskjeller: «Administrativ styrke»: indremedisin 14,04, kirurgi 11,28 ($p = 0,024$, kirurgi mot psykiatri), psykiatri 15, «oppnår resultater»: indremedisin 10,20, $p = 0,037$ (medisin mot psykiatri), kirurgi 11,80, psykiatri 13,59 og «utvikler enhet» : indremedisin 10,44 ($p = 0,027$, medisin mot psykiatri), kirurgi 9,55 ($p = 0,014$, kirurgi mot psykiatri), og psykiatri 14,45.

4.1.4 Gode egenskaper hos leder etter lederønsker

(lederønske: «Ja» = 27, «nei» = 96, «vet ikke» = 90)

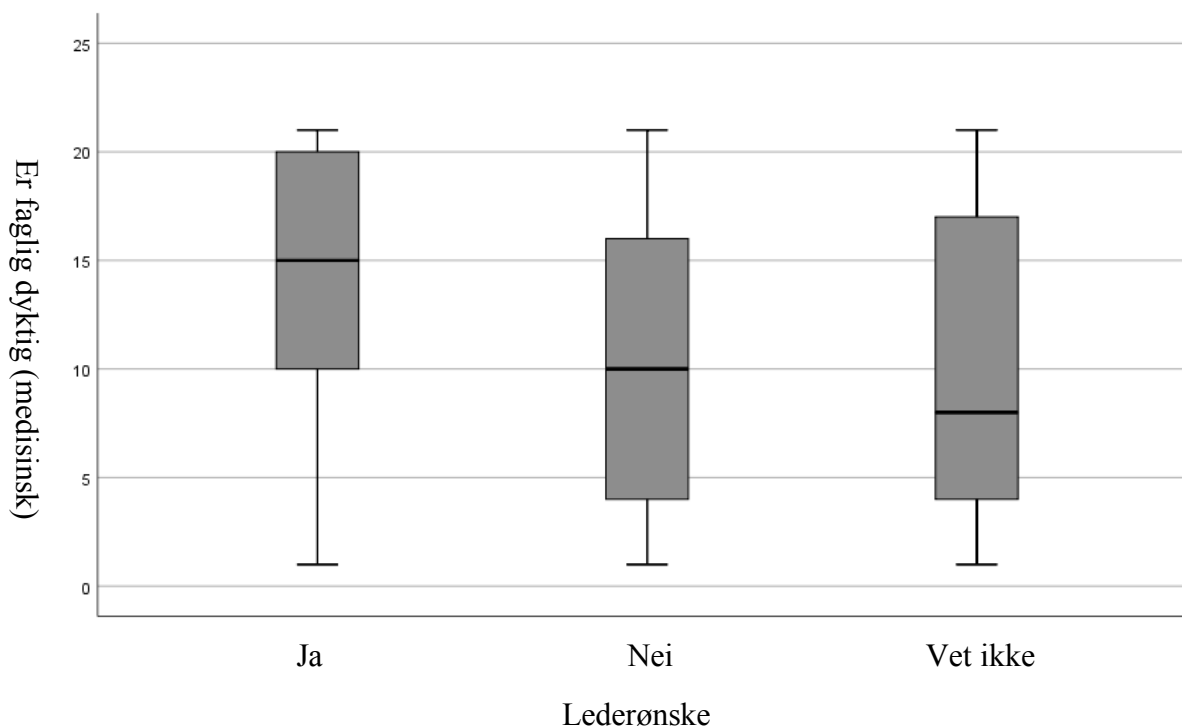
Seks variabler viser statistisk signifikante gjennomsnittsverdier (tabell 2):

«Oppnår resultater»: «Ja» 10,89, «Nei» 12,04 ($p = 0,025$ «nei» mot «vet ikke») og «vet ikke» 10,47. «Langsiktig strategi/ledelse»: «Ja» 10,89, «nei» 12,04 ($p = 0,024$, «nei» mot «vet ikke») og «vet ikke» 9,68. «Følger meg opp»: «Ja» 12, «nei» 9,08 ($p = 0,006$, «nei» mot «vet ikke») og «vet ikke» 11,94. «Tydelighet (tale og handling)»: «Ja» 6,04, «nei» 6,5 ($p = 0,014$, «nei» mot «vet ikke») og «vet ikke» 8,81.



Figur 9 : Gode egenskaper hos leder: «Evne til omstilling». Boks plot, skala 1-21(best-minst viktig) (y-akse). Lederønske (x-akse). Stilk og blad plot, median-verdier i hver boks

«Evne til omstilling»: «Ja» 9,96, «nei» 14,33 ($p = 0,000$ mot «ja») og «vet ikke» 12,31 ($p = 0,027$ mot «ja»).



Figur 10: Gode egenskaper hos leder :«Er faglig dyktig (medisinsk)». Boks plot, skala 1-21(best-minst viktig) (y-akse). Lederønske (x-akse). Stilk og blad plot, median-verdier i hver boks

«Er faglig dyktig»: «Ja» 14,22, «nei» 10,49 (p = 0,027 mot «ja») og «vet ikke» 10,12 (p = 0,014 mot «ja»).

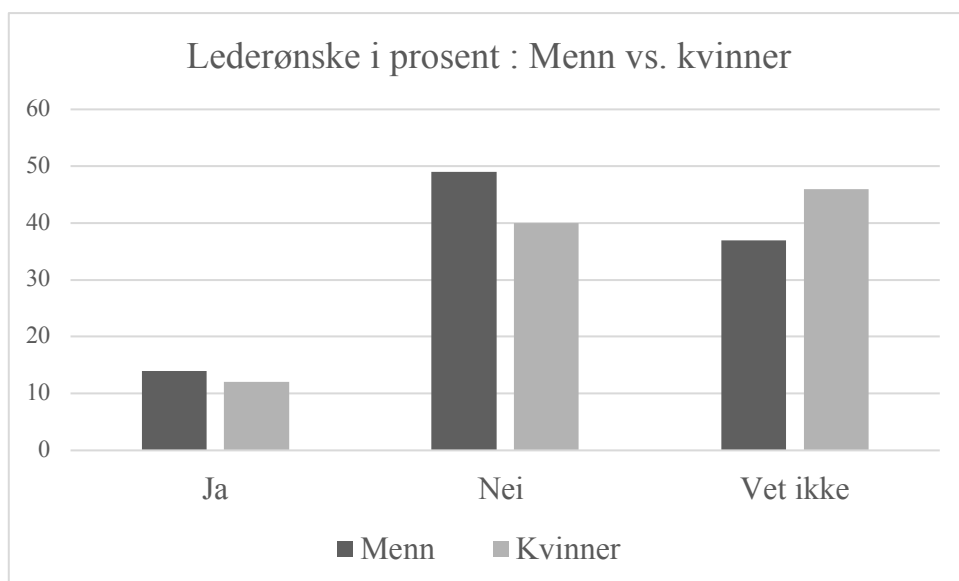
4.2 Lederønsker

4.2.1 Lederønske etter kjønn :

Ja: 13 % (27) av besvarelsene: 14% (12) av mennene og 12 % (15) av kvinnene.

Nei: 45 % (96) av besvarelsene: 49 % (43) av mennene og 40 % (51) av kvinnene.

Vet ikke : 42 % (90) av besvarelsene: 37 % (32) av mennene, 46 % (58) av kvinnene.



Figur 11 : Lederønske i prosent (%). Menn sammenlignet med kvinner.

Totalt 213 personer, 126 kvinner og 87 menn.

4.2.2 Lederønske etter kjønn og spesialitet

Lederønske	Menn			Kvinner		
	Indremedisin	Kirurgi	Psykiatri	Indremedisin	Kirurgi	Psykiatri
JA	29	14	0	10	13	20
NEI	33	56	60	42	50	38
VET IKKE	38	30	40	48	37	42

Tabell 3 : Lederønske etter kjønn og spesialitet (indremedisin, kirurgi og psykiatri) i prosent (%)

Deltagere fra de 3 «store» spesialitetene utgjør 65 % (139/213) av besvarelsene. Fordelt etter kjønn: 71 % (62/87) fra menn og 61 % (77/126) fra kvinner (beskrivelse se over). Av andre spesialiteter representert i total materialet er 11 fra radiologi, 10 fra nevrologi, 9 fra anestesi og gynekologi/obstetikk, 8 fra oftalmologi, 5 fra onkologi, 4 fra henholdsvis dermatologi, medisinsk mikrobiologi, pediatri og reumatologi, 3 fra patologi, 2 fra fysikalsk medisin og 1 fra medisinsk biokjemi.

I de resterende besvarelsene (andre spesialiteter): 74 (49 kvinner og 25 menn), svarer henholdsvis 44 % (11) av mennene og 51 % (25) av kvinnene på at de er usikre. Mens 52 % (13) av mennene og 41 % (20) av kvinnene ønsker ingen lederstilling. Antallet som vil bli leder er 5 av 74, dette utgjør kun 7 %. Av disse er 4 kvinner (4 av 49, ca.10 %).

5 Diskusjon.

5.1 Gode egenskaper hos leder etter kjønn, spesialitet og lederønske

5.1.1 Generelle oppfatninger om gode egenskaper hos leder

Resultatene fra undersøkelsen er sammenfattet i Tabell 1 (side 25). 4 av 21 «egenskaper hos leder» peker seg som best eller minst viktig for deltagerne i studien:

«Regelmessige medarbeidersamtaler», «evne til samarbeid», «motiverende og samlende» og «tydelighet (tale og handling)».

«Regelmessig medarbeidersamtaler» er den minst viktige «egenskap» med en gjennomsnittet verdi på 17,43 (skala 1-21, best-minst viktig). I OUSs ehåndbok (67) heter det at utviklingssamtalen (= medarbeidersamtalen) er «en årlig, forberedt og fremtidsrettet samtale mellom leder og medarbeider». Samtalen er ikke lovpålagt, men den faller inn under arbeidsmiljølovens (AML) § 4.2 om krav til tilrettelegging, medvirkning og utvikling. I OUS skal samtalen skal gjennomføres årlig. Det er leders ansvar å organisere sted og tidspunkt (68). I medarbeiderundersøkelsen fra 2013 svarer kun 2/3 av sykehusets ansatte at denne er gjennomført, av disse svarte 80 % at svarte at den var nyttig og 90 % sier at de fikk gitt de tilbakemeldingene de ønsket (66).

LIS roterer ofte mellom enkelt seksjonene på sykehusene, gjerne 1-2 ganger i året, og de må forholde seg til mange forskjellige seksjonsledere i løpet av utdanningsløpet. Deres eneste «faste overordnede» kan ha vært veilederen (som alle LIS skal ha i sykehus). En veileder skal være en fasilitator /mentor og ikke en formell arbeidsgiver med personalansvar. En god veileder, som gir regelmessig tilbakemeldinger, er viktig for LISene, mens leder kan være en overordnet du «ikke kjenner». Medarbeidersamtalen med leder kan bli et «pliktløp», som skal krysses av leder. Dette kan være en forklaring på hvorfor de verdsetter denne «egenskapen» betydelig mindre enn andre egenskaper hos leder. I en undersøkelse fra et Norsk helseforetak kommer det fram at medarbeidersamtalen er viktig særlig i forhold utvikling og kompetanse (1). Hvis det var slik for LIS, ville de ha verdsatt medarbeidersamtalen høyere. De er avhengig av en jevn progresjon utdanning med for å bli legespesialister.

Faste stillinger for LIS ble først innført etter tariffoppgjøret i 2014, og ansettelse i korte vikariat (med 3-6 måneders varighet) har vært regelen for yngre leger i sykehus. Som vikar ansatt på et kortvarig vikariat, står du sannsynligvis ikke først i køen for å gjennomføre en medarbeidersamtale. En vei for videre hadde vært å spørre den aktuelle yrkesgruppen, i dette tilfelle LIS, om medarbeidersamtalen er gjennomføres årlig og om deres utbytte av den positivt eller negativt.

I undersøkelsen er den viktigste egenskapen «motiverende og samlende», etterfulgt av «tydelighet (tale og handling)» og «evne til samarbeid». Alle 3 egenskaper, er elementer innen transformasjonsledelse (idealisert påvirkning, inspirasjon og intellektuell stimulering) (53).

Hertzberg et al. viser at leger vil bli sett, men de ønsker samtidig stor grad av autonomi og selvledelse (22). Conrad et al. viser i sin artikkel at leger motiveres mest av en interessant jobb, av anerkjennelsen fra kollegaer og pasienter, autonomi og ansvaret for eget arbeid (69). Dette er alle sentrale elementer i Deci & Ryans «selvbestemmelsesteori» (61).

Menaker et al viser i sin studie av leger at de er mest fornøyde med ledere uegoistiske, tydelige, viser respekt og gjør individuelle vurderinger, idealisert påvirkning og individuelle hensyn/vurderinger i transformativ ledelsesteori. Mens de har ledere uttrykker «inspirerende motivasjon» (70).

I vedlegg til utviklingssamtale for ledere ved OUS er «motiverende og samlende» et av tre underpunkt vektlagt sammen med «viser integritet» og «er strategisk» som viktige kompetanseområder for ledere (71), og gjennomføring medarbeidersamtaler er en viktig egenskap/adferd hos leder. Medarbeidersamtalen er spesielt viktig for utvikling og kompetanse kartlegging av arbeidstakerne i sykehusene (1), men det er ingen egenskap å gjennomføre samtalen. I så fall ville det motsatte være «laissez-faire»- ledelse, og la ting «skure å gå».

5.1.2 Gode egenskaper hos leder etter kjønn

Alle 4 overnevnte «egenskapene» har lavere gjennomsnittssummer blant kvinner enn hos menn, men forskjellene er små og ikke statistisk signifikante i total materialet.

Ved sammenligninger i forhold til kjønn, er det 3 andre egenskaper som viser statistisk signifikante forskjeller. «Stiller krav til meg» (menn: 12,25, kvinner: 14,2), «utvikler enhet» (menn: 9,87, kvinner: 11,44) og «tilgjengelighet» (menn: 11,44, kvinner: 9,6). Det er vist at kvinner leder mere demokratisk og mindre autokratisk/eneveldig enn menn, mens menn er mere dominante og kontrollerende (72). Dette kan være en årsak til de oppfatter «stiller krav til meg» som en mindre viktig lederegenskap for kvinner enn for menn. Kvinner er vist å være mere transformativ enn menn, spesielt i forhold til individuelle vurderinger. Menn er mere opptatt av belønninger, som ved transaksjonal ledelse (72). Egenskaper slik som selvsikkerhet, stabilitet, måloppnåelse, uavhengighet oppfattetes som mannlig, mens samarbeid, beskjedenhet, følelser er egenskaper som tillegges kvinner (73). Men det er allikevel forskning som viser at kvinner foretrekker menn i ledelse selv om dette er spesialiteter med flertall av kvinner (74).

I Martinussen undersøkelse om organisatoriske forhold i sykehus Norge svarer kvinner at lange beslutningslinjer er problematiske (75). Dette er i overensstemmelse med funnet i vårt material. «Tilgjengelighet» er viktigere for kvinner.

«Utvikler enhet» er den siste egenskapen som er forskjellig statistisk mellom menn og kvinner (menn: 9,87, kvinner: 11,44). Denne diskuteres videre i neste avsnitt, fordi valg av spesialitet kan være et element i diskusjonen.

5.1.3 Gode egenskaper hos leder etter spesialitet

De 3 beste egenskaper hos leder «motiverende og samlende», «evne til samarbeid» og «tydelighet (tale og handling)» skårer lavt i alle undergrupper.

For «regelmessige medarbeidersamtaler» er fordelingen innen spesialitetene indremedisin: 17,18, kirurgi: 18,73 og psykiatri: 16,79. Ingen av forskjellene er statistisk signifikante, men kirurgene vurderer denne egenskapen mindre viktig enn psykiaterne og indremedisinerne. «Administrativ styrke» er viktigere for kirurger enn de 2 andre gruppene: Indremedisin 14,04, kirurgi 11,48 og psykiatri 15. Forskjellen mellom psykiatri og kirurgi er statistisk

signifikante. Kan det være slik at kirurgene tenker at medarbeidersamtaler er noe som tar tid fra meg (jeg får mindre operasjoner ?), men hvis jeg har en god administrator som leder vil han/hun «frigjøre» tid til oss ? (76)

Det er 2 andre egenskaper som viser forskjeller mellom spesialitetene i materialet. «Oppnår resultater» : Indremedisin 10,2, kirurgi 11,8 og psykiatri 13,59. Resultatet fra indremedisin er statistisk signifikant i forhold til psykiatri. «Utvikler enhet»: Indremedisin 10,44, kirurgi 9,55, psykiatri 14,45. Resultatet fra indremedisin og kirurgi er statistiske signifikante i forhold til psykiatri. Psykiatrien er kvinne dominert, den medisinske teknologien er lite fremtredende, spesialiteten er lite prestisjefyllt (18). Det har vært mye diskusjon om rundt innføringen av innsatsstyrt finansiering i poliklinisk virksomhet (77) og innføring av pakkeforløp innen psykiatrien (78). Et fokus på økende standardisering av behandlingsforløp kan komme i konflikt med behovet for persontilpasset medisin (79). Til tross for nasjonale planer for selvmordsforebygging har ikke insidens av selvmord falt (80). Omorganiseringer er mulig også innenfor psykiatrien, men resultatene av behandling er ikke umiddelbare og kan være vanskelige å måle enn innen kirurgisk og medisinsk behandling(81).

5.1.4 Gode egenskaper hos leder etter lederønsker

«Evne til omstilling» blir rangert høyere i «ja»-gruppen. Gjennomsnittet i «ja»-gruppen er 9,96, «nei»-gruppen 14,43 og «vet ikke»-gruppen 12,31. Resultatene « nei» og «vet-ikke» gruppene er statistisk signifikante i «ja»-gruppen. Som leder må du forholde deg at rammebetingelsene kan forandres, mens arbeidstagerne er det viktigst at du har en interessant jobb, du blir anerkjent for og har sikkerhet i (69).

Det motsatte forholdet viser seg i forhold til egenskapen «er faglig dyktig». Denne egenskapen prioriteres høyere i «nei» og «vet-ikke» gruppene («ja»: 14,22, «nei»: 10,49 og «vet ikke»: 10,12). Forskjellene mellom «ja»-gruppen og de 2 andre gruppene er statistisk signifikante. De samme funn er gjort blant legestudenter som tar en parallell utdanning i USA (MD/MBA-utdanning) (82). Disse er mindre opptatt av de faget i legeyrket. Resultatene står i kontrast til funn fra flere andre undersøkelser både i Norge og utlandet. Fag og fagutvikling motiverer leger (83), jobbtilfredshet og en stabil arbeidssituasjon (69).

En annen forskjell i lederønske gruppen er i egenskapen: «tydelighet (tale og handling)». Gjennomsnittsverdiene for gruppene viser 6,04 i «ja»-gruppen, 6,5 i «nei»-gruppen og 8,81 i «vet-ikke» gruppen. Forskjellen mellom de 2 siste gruppene (som er av tilnærmet lik størrelse i antall) er statistisk signifikant ($p=0,014$). Fordelt på kjønn er gjennomsnittsverdiene for menn 6,08 («ja»), 7,77 («nei») og 9,28 («vet ikke»). Mens for kvinner gjennomsnittsverdiene er 6,00 («ja»), 5,47 («nei») og 8,55 («vet ikke»). Forskjellen mellom «nei»-gruppen og «vet-ikke» for kvinner er statistisk signifikant ($p=0,009$). Tallene for menn viser ingen statistisk signifikans, men trenden er den samme. For «Vet-ikke» gruppen er «tydelighet (tale og handling)» mindre viktig. Årsaker til denne forskjellen, kan være faktorer som ikke omfattes av undersøkelsen, og kan være et tema for videre forskning.

Tre av egenskapene peker seg ut i «nei»-gruppen. Den første er «Langsiktig strategi/ledelse» hvor «nei»-gruppen svarer 12,04, «ja»-gruppen 10,89 og «vet-ikke» gruppen 9,68.

Gjennomsnittsverdiene i «nei» gruppen og «vet-ikke» gruppen er statistisk signifikant ($p=0,024$). Den andre er «oppnår resultater»: «Nei» 12,66, «vet-ikke» 10,47 og «ja» 10,63.

Gjennomsnittsverdiene i «nei» og «vet-ikke» gruppene er statistisk signifikante. Felles for begge egenskapene er at det er Nei-gruppen som peker seg ut, ved å mene at det å ha en «langsiktig strategi/ledelse» og «oppnår resultater» er mindre viktig.

En tredje egenskap er «Følger meg opp». Gjennomsnittsverdiene er : «Nei» 9,08, «ja» 12 og «vet-ikke» 11,94. Resultat er signifikant statistisk mellom «nei» og «vet-ikke» gruppen ($p=0,006$).

«Langsiktig strategi/ledelse» er viktig begrep innen transformasjonsledelse (idealisert påvirkning), mens «oppnår resultater» er en egenskap som kan knyttes til belønning, et transaksjonalt begrep (belønning, styre etter måloppnåelse). Viktigst for de ansatte er individuelle hensyn/støtte innen transformativ ledelse, og er et av 2 elementer (i tillegg til idealisert påvirkning) som leger mener betyr mest for arbeidstilfredshet (70).

5.2 Ønsker om selv å bli leder

I materialet har 13 % (27) en plan om å bli leder i helsevesenet.

Funnet er sammenlignbart med funn i undersøkelser fra Europa og USA. Czabanowska et al. finner i en undersøkelse blant studenter ved MEPH (Master of European Public Health) programmet i Maastricht i Nederland at 15 % har ønsket om en leder posisjon (84). I studien er kvinneandelen 66 %, ikke ulikt kvinne andelen i vårt materiale. I en studie fra USA sier 13,5 % av studentene som følger en to-delt MD-MBA¹³ studieprogram at de ønsker en jobb med kun administrative oppgaver (82).

5.2.1 Ønsker om selv å bli leder kjønn

Av de 213 personene inkludert i undersøkelsen er 126 kvinner det vil si 59 % av total materialet. Dette gjenspeiler kjønnsbalansene innenfor legeyrket i Norge i 2019. Pr mai 2019 utgjør kvinner 44 % av legeforeningens medlemsmasse, mens av medlemmene i Ylf er kvinneandelen 62 % (26). Rundt 70 % av dagens legestudenter er kvinner (17), kvinneandelen er økende. Trenden er ikke unik for Norge. I Storbritannia (85) og i USA (86) er utviklingen innen medisinen den samme, kvinnene tar over.

Av 13% i materialet som har et ønske om å bli leder er 14% (12) er menn og 12 % (15) kvinner. I «vet-ikke» gruppen finner man kjønnsforskjeller. 37 % av menn og 49 % av kvinner er «vet-ikke» om en karriere som leder er aktuelt for dem. Det motsatte forhold finner vi i «nei» gruppen, 49 % av menn sier «nei» til ledelse, mens 40 % kvinner sier det samme. I dette materialet er det er like mange kvinner med et ønske om å bli leder, som menn med det samme ønske. Det er flere kvinner som har ikke tatt stilling i forhold til en evt. lederkarriere.

En årsak til at det flere kvinner i «vet-ikke»-gruppen kan være livssituasjonen deltagerne befinner seg i. Alder er ikke en parameter i undersøkelsen, men dette er i all hovedsak deltagere i midten av 30 årene, og mange er småbarnsforeldre. Til tross for over 40 år med likestillingspolitikk i Norge, har kvinner en mer-belastning på hjemmebane i forhold til barn og familie. I deres hverdag kan en forestilling om en ledelseskariere virke fjern.

¹³ Medical doctor-Master of Business administration

Disse kan påvirkes til å velge ledelse som karriere. Ved et av USAs mest velrenoverte universiteter Johns Hopkins i Baltimore viste man på 1990-tallet at ved å innføre strukturerte karriere fremmende tiltak for kvinner kunne vise at kvinner kunne «løftes fram i rekkene» (87). I etterforløpet har man andre steder i USA kunne vise det samme (88), og det er vist gjennom mange undersøkelser at kvinnelig leger er under-representert i ledelse selv innenfor spesialiteter dermatologi og pediatri som er kvinnedominert. Karrieremessig har kvinner en tendens til undervurdere sine evner (89). Steele et al finner at mentorer og rollemodeller er viktig for begge kjønn av blant yngre forskere/medisinske akademikere, men kvinner svarer at de har også behov en uformell veiledning (90). De vil ha rollemodeller på sin egen alder og innen eget kjønn, som kan råde dem i forhold til karrierevalg, utdanning og hvordan takle jobb mot fritid. Warren et al. viser at en mentor system er bra, men man må være klar over dets styrker og svakheter, og kontinuerlig vurdere hvorvidt «forholdet» er fruktbart (91). Flere av tiltakene man foreslår i USA, er gjennomført i Norge de siste 20 år. Slik som utvidet fødselspermisjon og innføring av full barnehagedekning. Her i landet viste Legeforeningens undersøkelse i 2018 om sykehuslegers arbeidsforhold vist større «balanse» mellom kjønn blant de yngre legene (92). Et annet tiltak som har vært forsøkt for å rekruttere flere kvinner i ledelse er «Frist meg inn i ledelse». Dette var et samarbeidsprosjekt mellom tidligere Helse Sør, Helse Øst og Legeforeningen. Hensikten med dette kurset var å motivere kvinnelige legers lyst og muligheter til å påta seg lederansvar. Programmet startet i 2005 og siste gang det ble gjennomført var i 2014 (2). Programmet var ikke spesifikt rettet med underordnede leger.

5.2.2 Ønsker om selv å bli leder etter spesialitet

Ved sammenligning av lederønske og spesialitet, finner man at 18 % av indremedisinerne, sier at de har en ønske om å bli leder. Samtidig er andelen menn med lederønske høyere enn i total materialet, 28 % eller 9 av 21 mannlige indremedisinere har et lederønske. Andelen kvinner med lederønske er lavere enn i total materialet (kun 10%). Innenfor psykiatrien finner man noe av det samme, det vil si 17 % som ønsker å bli leder, men alle er kvinner (kun 5 av 29 innenfor denne spesialiteten i materialet er menn). Blant kirurgiene, hvor antallet

menn er betydelig høyere enn innenfor andre spesialiteter, har 14 % menn og 13 % kvinner har om å bli leder.

I følge disse tallene er det færre kvinner enn menn, med et fremtidig lederønske innen indremedisinen. Kvinnene utgjør i dag allerede ca. 60 % av nye spesialister innen indremedisin (25). Geriatri er i dag en av spesialitetene med minst prestisje(18). Det er disse legene i spesialisthelsetjenesten, som må ta hånd om den økende gruppen eldre i samfunnet. Etter 2020 vil antall eldre over 80 år, øke betydelig. Bare i Oslo (med en relativt ung befolkning) vil antallet over 80 år mere enn dobles de neste 20 år (93). Dette er mennesker som er «friske», hvor mange vil leve lenge med sammensatte lidelser og er i behov for leger (slik som fastlegene) som kan se «helheten» hos sine pasienter, indremedisinere og geriater. Det siste en gruppe legespesialister det er stor mangel av med en økende kvinneandel (26) (94). Denne gruppen er det også et stort behov for i kommunehelsetjenesten, og de vil bli sentrale i samordningen mellom første og andre linjetjenesten. Her vil behovet for gode legeledere være økende. Ledere som gode på samhandling og kvalitet, har mot til å ta avgjørelser, og som er gode til å motivere sine ansatte.

I en undersøkelse fra USA blant kvinnelig kirurger finner Gray et al. at kvinner vil forfølge den samme karrierestigen som menn, i forhold til ledelse, forskning og innenfor akademia(95). Studien besto av 59 % menn, 41 % kvinner. Forholdet menn og kvinner i denne undersøkelsen er tilnærmet er det samme, som i vårt materiale av kirurger. Flere menn sier derimot «nei» til ledelse. I en studie fra USA hvor man undersøkte EI hos leger og forfremmelse til ledere var 25 % kirurger (43). Ingen forskjeller i EI ble målt mellom gruppene, men kirurgene hadde lavere skår innenfor 3 egenskaper: konflikt håndtering, evne til omstilling, og selvbevissthet. Alle 3 egenskaper kan læres, men innen kirurgien stilles det krav til ferdigheter, som må vedlikeholdes. Dette gir liten tid til utvikling av andre ferdigheter. Dette kan være en årsak til at mange kirurger sier nei til ledelse (96).

Antallet deltagere med ønske om en lederkarrier innenfor psykiatrien er i samme størrelsesorden, som i andre 2 spesialitetene. Det er kun kvinner som vurderer en lederkarriere innen psykiatri-gruppen. Gruppen består av 5 menn og 24 kvinner. Tallene er for små for å trekke ytterligere konklusjoner.

Tasi et al. viste i en sammenligning av de 115 største sykehusene i USA at legestyrte sykehus skåret høyere på kvalitet (analysen inkluderer alle spesial-områder) og utnyttet sengeantallet bedre, uten at dette påvirket inntektene til sykehusene eller det økonomiske slutt resultatet (97). I studien evalueres sykehusene etter USNWR (U.S. News and World report) sin kvalitets vurdering. Begrensningen er at sykehuset må oppfylle flere kriterier for å bli vurdert i henhold til USNWR. Et Sengeantall på over 200 senger, minimums antall spesialiteter på sykehuset og at sykehuset må være utdanningsinstitusjon for leger er noen av begrensningene i vurdering. I USNWRs siste rapport for 2019-20 er Mayo klinikken i Rochester (Minnesota) rangert på som nummer 1 (innen voksen medisinen) i USA (98). En konklusjon Tasi et al. sin undersøkelse og av tidligere studier (4) kan være å rekruttere flere leger til ledelse. Disse bør inkluderes fra starten av yrkeskarrieren.

Innføringen av faste stillinger for LIS har gitt sykehusene en mulighet til å dyrke sine egne ledere (med legebakgrunn). LISene er ikke lenger arbeidskraft på korte vikariater, prisgitt den enkelte avdelingsleders gunst. De er leger i utdanningsforløp med fast arbeid, og alle bør ha mulighet til å bygge opp en alternativ kompetanse utover det som kreves i deres vanlig kliniske hverdag. Den nye spesialiseringsmodellen ligger nærmere opptil lignende ordninger i Europa med et 2-3 delt spesialiseringsforløp (30). I Storbritannia har man lagt en strategi for å inkludere flest mulig yngre leger i leder og ledelsesutviklingsprogrammer (99). Det er sannsynlig at man vil lykkes bedre med rekruttering og ivaretagelse av nye ledere hvis disse blir støttet på en riktig måte (100).

5.3 Svakheter ved undersøkelsen

Svarprosenten i undersøkelsen er 76 %, og erfaringer som ble gjort under datainnsamlingen viser at den kunne ha vært høyere. På de 3 første kursene, ble det samlet inn 57 besvarelser av 70 mulig. Flere av skjemaene var dessuten feil utfylt, slik at ca. 10 % svarene ikke kunne inkluderes i undersøkelsen. Erfaring fra siste arrangerte kurs (8/2-2019), var at viste man gikk igjennom de praktiske aspektene ved undersøkelsen en ekstra gang, fikk man flere

innleverte besvarelser og lavere feilprosent. Med en 10 % økning antall svar, ville man fått et bedre tallmaterialet å jobbe ut i fra.

Det foreligger ingen tall prosentandelen kvinner og menn av kursdeltagerne. Dette gir en usikkerhet knyttet til tallmaterialet og resultatene av undersøkelsen.

Det foreligger ingen oversikt over deltagerens geografiske tilhørighet, og vi vet fra Legeforeningens siste spørreundersøkelse om legers arbeidsforhold i sykehus, at leger mulighet for medvirkning i arbeidshverdagen oppleves mindre på store enn på små sykehus(92).

Alder eller familieforhold er ingen variabler i undersøkelsen. I flere undersøkelser fra andre land som omhandler legeres forhold til ledelse, er balanse yrkesliv/privatliv et viktig variabel (69). Spesielt familieforhold og evt. pendleravstand kunne gitt verdifull tilleggsinformasjon til vår undersøkelse, og dette er noe som bør vurderes inkludert i videre forskning.

Mange LIS har fortsatt ikke faste stillinger, og vi har ingen oversikt over hvor mange som har gjennomført en medarbeider samtale. Selv om denne er «obligatorisk» på mange arbeidsplasser vet vi at kun 2/3 faktiske svarte at denne var gjennomført i OUS i 2013 (66). Hvis dette skal være et parameter i en fremtidig undersøkelsen, bør man vurdere og spørre om hvorvidt den er gjennomført eller ikke.

Konklusjoner

De tre viktigste lederegenskapene for unge sykehusleger er « motiverende og samlende», «tydelighet (tale og handling)» og «evne til å samarbeid». Alle disse er elementer i transformasjonsledelse. Det handler om å skape en visjon, samarbeide og motivere mot et felles mål. «Regelmessige medarbeidersamtaler» synes unge sykehusleger er mindre viktig, selv om dette kan være en metode for å gi de ansatte oppmerksomhet, og behandle på individuell basis, noe som er et element i transformasjonsledelsesteorien (53).

Tre av egenskapene viste kjønnsforskjeller. Menn rangerer «stiller krav til meg» og «utvikler enhet» høyere enn kvinner. Kvinner rangerer den tredje egenskapen «tilgjengelighet», høyere enn menn. «Tilgjengelighet» er viktig for å følge opp den enkelte (individuelle hensyn), og er en transformativ egenskap.

Av lederegenskaper i forhold til spesialitet viser resultatene at psykiaterne foretrekker en leder som er mindre opptatt av resultat og utvikling av enheten, i forhold de 2 andre spesialitetene (indremedisin og kirurgi). Det er variasjon i resultatene, og disse må tolkes med forsiktighet.

I forhold til et ønske om å bli leder, kommer 2(3) egenskaper (derav 2 signifikante) fram i forhold til de andre gruppene («nei» og «vet-ikke» gruppene). Leger med ønske om en lederkarriere rangerer fag : « er faglig dyktig» og fagutvikling : «utvikler enhet» (denne er ikke signifikant) lavere enn de 2 andre gruppene, mens de ser på omstilling:«evne til omstilling»), som en viktigere egenskap sammenlignet med leger i de 2 andre gruppene. Tidligere undersøkelser har vist at leger motiveres av faget, fagutviklingen og et interessant arbeid, mens omstilling og utrygghet i arbeidssituasjon er noe de misliker(69). Dette er viktige elementer å ha med seg som leder, og må ikke neglisjeres i leder og ledelsesutviklingsprogrammer.

Undersøkelsen viser at 13 % av nye sykehusspesialister har planer om en lederkarriere. Like mange kvinner som menn ser for seg en slik karriere. Samtidig er flere kvinner usikre på om en lederkarriere er aktuelt for dem. Med et økende antall kvinnelige leger, er dette en gruppe man kan forsøke å «friste inn i ledelse»(2). Det er sannsynlig at man vil lykkes bedre med rekruttering og ivaretagelse av nye ledere hvis disse blir støttet på en riktig måte (100).

Litteraturliste

1. Hestmo OK, Børstad K. Medarbeidersamtalen – den viktige samtalen? Performance appraisal interview – the important dialogue? 2015.
2. Gjessing h. «Frist meg inn i ledelse». Legeforeningen.no; 2014.
3. Warren OJ, Carnall R. Medical leadership: why it's important, what is required, and how we develop it. Postgraduate Medical Journal. 2011;87(1023):27-32.
4. Goodall AH. Physician-leaders and hospital performance: Is there an association? Social Science & Medicine. 2011;73(4):535-9.
5. Dorgan S, Layton D, Bloom N, Homkes R, Sadun R, Van Reenen J. Management in healthcare: why good practice really matters. London: McKinsey and Company/London School of Economics. 2010.
6. Emmert M, Taheri-Zadeh F, Kolb B, Sander U. Public reporting of hospital quality shows inconsistent ranking results. Health Policy. 2017;121(1):17-26.
7. Goodall AH, Kahn LM, Oswald AJ. Why do leaders matter? A study of expert knowledge in a superstar setting. Journal of Economic Behavior & Organization. 2011;77(3):265-84.
8. regjeringen. Ot.prp. nr. 10 (1998-99). Om lov om spesialisthelsetjenesten m m. In: omsorgsdepartementet ho, editor. regjeringen.no1999.
9. Helsedirektoratet. Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer. In: omsorgsdepartementet Ho, editor. helsedirektoratet.no2013.
10. Vallle AL. 1-2/2013 Lederansvaret i sykehus. In: omsorgsdepartementet ho, editor. regjeringen.no2013.
11. Kjekshus LE. Helseforetakenes interne organisering og ledelse : INTORG 2012. Oslo: Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo; 2013.
12. OUS. Ledelsen ved Oslo universitetssykehus Oslo universitetssykehus; 2019 [Available from: <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/ledelsen-ved-oslo-universitetssykehus#klinikkledelse>.
13. Spehar I, Kjekshus LE. Medical management in Norwegian hospitals. Professions and Professionalism. 2012;2(1).
14. Mørk KM, Åsland M. Enhetlig ledelse i sykehus: Bare et slagord?: Avdelingslederens refleksjoner om enhetlig ledelse og sitt lederskap 2011.

15. Nordengen E. Spiller fagbakgrunn noen rolle for hvordan en avdelingsleder i sykehus utøver ledelse? 2017.
16. Brekke ATB. Overleger og deres ledere Beskrivelser av og drøftelser omkring den aktuelle situasjonen i sykehus. 2016.
17. legeforeningen. Medlemstall i Nmf per 20.11.2019. legeforeningen.no; 2019 11-20-2019.
18. Album D. Sykdommers og medisinske. Nordisk medicin. 1991;106:232-6.
19. van Biesen T, Weisbrod J. Doctors feel excluded from health care value efforts. Harvard Business Review <https://hbr.org/2017/10/doctors-feel-excluded-from-health-care-value-efforts> Published online October. 2017;6.
20. Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Clinicians' experiences of becoming a clinical manager: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2012;12:421.
21. Mountford J, Webb C. When clinicians lead. The McKinsey Quarterly. 2009;1.
22. Hertzberg TK, Skirbekk H, Tyssen R, Aasland OG, Ro KI. The hospital doctor of today - still continuously on duty. Tidsskr Nor Laegeforen. 2016;136(19):1635-8.
23. Henry A. Spesialistutdanning av leger i Norge (historisk oversikt). legeforeningen.no: Den norske legeforening; 2001 03-29-2001.
24. Lie ak. å være lege og menneske. Tidsskr Nor Laegeforening 2019;139(17).
25. legeforeningen. Spesialister. Legeforeningen.no: dnlf; 2019.
26. legeforeningen. Yrkesforeninger. legeforeningen.no; 2019.
27. Frich JC. Medisinsk grunnutdanning. uniped. 2016:304.
28. Frich JC, Frandsen Gran S, Olav Vandvik P, Gulbrandsen P, Hjortdahl P. Kronikk-Kunnskap, ledelse og kvalitet i studiet. Tidsskrift for den Norske Laegeforening. 2012;132(15):1768.
29. Aslaksen A, Haug K. Flere leger bør lære ledelse. Tidsskrift for den Norske Laegeforening. 2011;131(8):805.
30. Helsedirektoratet. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften). In: omsorgsdepartementet H-o, editor. lovdata.no2017.
31. Lov av 13. juni 1980 nr. 42 om leger : med forord, forskrifter m.v. Oslo: Sosialdepartementet; 1982.
32. Skoglund E. Spesialistutdanningens historie. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2009;129(11):1124-7.
33. Legeforeningen. Kurs/arrangementer for tillitsvalgte legeforeningen.no2019 [Available from: <https://beta.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/tillitsvalgt/>].

34. Helselederskolen 2019 [press release]. 2019.
35. Quotes. the eisenhowers /quotes: Dwight D Eisenhower Presidential Library, Museum and Boyhood Home; 1954.
36. Martinsen ØL, Glasø L. Lederes personlighet: hva sier forskningen? 2014.
37. Judge TA, Piccolo RF, Ilies R. The forgotten ones? The validity of consideration and initiating structure in leadership research. *Journal of applied psychology*. 2004;89(1):36.
38. Willcocks S. Doctors and leadership in the UK National Health Service. *Clinician in Management*. 2005;13(1).
39. Salovey P, Mayer JD. Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*. 1990;9(3):185-211.
40. Goleman D. Emotional intelligence. Why it can matter more than IQ. *Learning*. 1996;24(6):49-50.
41. Lobas J. Leadership in Academic Medicine: Capabilities and Conditions for Organizational Success. New York 2006. p. 617-21.
42. Mintz LJ, Stoller JK. A Systematic Review of Physician Leadership and Emotional Intelligence. *Journal of Graduate Medical Education*. 2014;6(1):21-31.
43. Nowacki AS, Barss C, Spencer SM, Christensen T, Fralicx R, Stoller JK. Emotional Intelligence and Physician Leadership Potential: A Longitudinal Study Supporting a Link. *Journal of Health Administration Education*. 2016;33(1):23-41.
44. West M, Armit K, Loewenthal L, Eckert R, West T, Lee A. Leadership and leadership development in healthcare: the evidence base. London: The Kings Fund. 2015.
45. Føllesdal H. Er emosjonell intelligens viktig i arbeidslivet? 2016.
46. Gentry WA, Harris LS, Baker BA, Brittain Leslie J. Managerial skills: What has changed since the late 1980s. *Leadership & Organization Development Journal*. 2008;29(2):167-81.
47. Fiedler FE, Garcia JE. New approaches to effective leadership: Cognitive resources and organizational performance: John Wiley & Sons; 1987.
48. Stogdill RM, Coons AE. Leader behavior: Its description and measurement. 1957.
49. Vroom VH, Phillip W. Yetton (1973) Leadership and Decision-Making. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press Vroom Leadership and Decision-Making 1973.
50. Mouton JS, Blake RR. The managerial grid. Houston: Gulf Publishing. 1964.
51. Hersey P, Blanchard KH. Management of Organizational Behavior Utilizing Human Resources Singapore Prentice-Hall. Inc; 1988.

52. Gilmartin MJ, D'Aunno TA. 8 Leadership research in healthcare: A review and roadmap. *The Academy of Management Annals*. 2007;1(1):387-438.
53. Bass BM, Bass Bernard M. *Leadership and performance beyond expectations*. 1985.
54. Hetland, Sandal. Multifactor Leadership Questionnaire som mal på lederatferd. *TIDSSKRIFT-NORSK PSYKOLOGFORENING*. 2006;43(2):135.
55. Aggarwal R, Swanwick T. Clinical leadership development in postgraduate medical education and training: policy, strategy, and delivery in the UK National Health Service. *Journal of Healthcare Leadership*. 2015:109.
56. Gillam S. Teaching doctors in training about management and leadership. *BMJ*. 2011;343:d5672.
57. Petit RL. *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris, Dictionnaires le Robert; 1986.
58. Kaufmann G, Kaufmann A. *Psykologi i organisasjon og ledelse: Fagbokforl.*; 2015.
59. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychological review*. 1943;50(4):370.
60. Herzberg F. *One more time: How do you motivate employees*. Harvard Business Review Boston, MA; 1968.
61. Ryan RM, Deci EL. Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*. 2000;25(1):54-67.
62. legeföreningen, editor <Kursprogram.pdf>. *adminstrasjon og ledelse*; 2018; Soria Moria Oslo.
63. legeförening Dn. *Kursvirksomheten legeföreningen.no: Legeföreningen.no*; 2012.
64. leonard V, editor. *Kvalitative og kvantitative metoder*. ndla.no: nasjonal digital læringsarena; 2019.
65. Aalen O, Frigessi A, Moger T, Scheel I, Skovlund E, Veierød M. *Statistiske metoder i medisin og helsefag*: Odd O2018.
66. universitetssykehus O. *Medarbeiderundersøkelsen Rapport for. 1 - OUS Samlet*. 2013.
67. universitetssykehus O. *Utviklingssamtalen: Leders samtale med medarbeider*. 2019. In: *OUS-eHåndbok [Internet]*. OUS intranett.
68. universitetssykehus O. *Utviklingssamtalen. Leders samtale med medarbeider*. 2019. In: *OUS-ehåndbok [Internet]*. OUS-intranett.
69. Conrad D, Ghosh A, Isaacson M. Employee motivation factors: A comparative study of the perceptions between physicians and physician leaders. *International Journal of Public Leadership*. 2015;11(2):92-106.

70. Menaker R, Bahn RS. How Perceived Physician Leadership Behavior Affects Physician Satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*. 2008;83(9):983-8.
71. universitetssykehus O. Skjema for utviklingssamtale. Leders samtale med leder. 2019. In: OUS-ehåndbok [Internet]. OUS-intranett.
72. Eagly AH, Johannesen-Schmidt MC. The leadership styles of women and men. *Journal of social issues*. 2001;57(4):781-97.
73. Lantz PM. Gender and leadership in healthcare administration: 21st century progress and challenges. *Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives*. 2008;53(5):291.
74. Hansen M, Schoonover A, Skarica B, Harrod T, Bahr N, Guise J-M. Implicit gender bias among US resident physicians. *BMC Medical Education*. 2019;19(1).
75. Martinussen PE, Frich JC, Vrangbæk K, Magnussen J. Organisatoriske forhold og løsninger i spesialisthelsetjenesten–hva mener sykehuslegene? *Michael*. 2017;14:95-105.
76. Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Clinicians in management: a qualitative study of managers' use of influence strategies in hospitals. *BMC Health Services Research*. 2014;14(1):251.
77. Store norske leksikon. Store medisinske leksikon/ Hedisin / Helse og samfunn / Helseøkonomi2019. innsatsstyrt finansiering.
78. Brekke M. Får mennesket plass i pakken? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2019.
79. Ringen PA. Psykiatrien – hvor står du, hvor går du? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2018.
80. EKEBERG Ø. Hvorfor går ikke selvmordsraten ned i Norge? *Tidsskr Nor Legeforen*. 2019.
81. Forsetlund SL, Lidal IB, Austvoll-Dahlgren A. Effekter av ulike organiseringstiltak for tjenester innen psykisk helsevern. Rapport fra Kunnskapscenteret. 2012.
82. Sherrill WW. Dual-degree MD-MBA Students: A Look at the Future of Medical Leadership. *Academic Medicine*. 2000;75(10 Suppl):S37-S9.
83. Rød S, Faiz KW, Spehar I. Hva motiverer sykehusleger? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2018;138(16):1514-6.
84. Czabanowska K, Malho A, Schroder-Back P, Popa D, Burazeri G. Do we develop public health leaders?- association between public health competencies and emotional intelligence: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2014;14:83.

85. Skinner H, Burke JR, Young AL, Adair RA, Smith AM. Gender representation in leadership roles in UK surgical societies. *Int J Surg*. 2019;67:32-6.
86. Silver JK. Understanding and addressing gender equity for women in neurology. *Neurology*. 2019;93(12):538-49.
87. Fried LP, Francomano CA, MacDonald SM, Wagner EM, Stokes EJ, Carbone KM, et al. Career Development for Women in Academic Medicine: Multiple Interventions in a Department of Medicine. *JAMA*. 1996;276(11):898-905.
88. Spalluto LB, Spottswood SE, Deitte LA, Chern A, Dewey CM. A Leadership Intervention to Further the Training of Female Faculty (LIFT-OFF) in Radiology. *Academic Radiology*. 2017;24(6):709-16.
89. Ernesto R, Paola S, Luigi Z. How stereotypes impair women's careers in science. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2014;111(12):4403.
90. Steele MM, Fisman S, Davidson B. Mentoring and role models in recruitment and retention: A study of junior medical faculty perceptions. *Medical Teacher*. 2013;35(5):e1130-e8.
91. Warren O, Humphris P. *The role of mentoring in academic surgery. Key topics in surgical research* Berlin: Springer Scientific. 2009.
92. legeföreningen. Høy arbeidsbelastning og lav medvirkning. legeforeningen.no; 2018 05-22-2018.
93. Befolkningsframskrivninger etter alternativ, år og alder (Oslo). <http://statistikkbanken.oslo.kommune.no>: Oslo kommune; 2019.
94. Kongsvik. Mangler minst 60 geriatere. *Tidsskr Nor Lægeforening*. 2017(11).
95. Gray K, Neville A, Kaji AH, Wolfe M, Calhoun K, Amersi F, et al. Career Goals, Salary Expectations, and Salary Negotiation Among Male and Female General Surgery Residents. *JAMA Surgery*. 2019.
96. Berger DH, Goodall A, Tsai AYC. The Importance of Increasing Surgeon Participation in Hospital Leadership. *JAMA Surgery*. 2019;154(4):281.
97. Tasi CM, Keswani JA, Bozic JK. Does physician leadership affect hospital quality, operational efficiency, and financial performance? *Health Care Management Review*. 2017;44(3).
98. harder b. 2019-20 Best Hospitals Honor Roll and Medical Specialties Rankings. *Health / Best hospitals*. health.usnews.com: U.S. News & World Report L.P.; 2019. p. health.usnews.com.

99. England NEHE. Leadership development for doctors in postgraduate medical training. hee.nhs.uk2019

100. Frich JC, Sjøvik H, Spøhar I. Leder-og ledelsesutvikling i helsevesenet—en oversikt. *Michael*. 2017;14:168-76.

Vedlegg / Appendiks

Vedlegg 1:

Innleverte spørreskjema

- 30/11-2018:
 - 57 innleverte besvarelser. 11 besvarelser ble ekskludert fra videre analyser.
 - 46 fullstendige besvarelser :
 - Kjønn: 13 (28%) menn og 33 (72%) kvinner
 - Spesialitet: Medisin: 6, Kirurgi: 10, Psykiatri: 9
 - Lederønske: Ja: 4, Nei: 23, Vet ikke: 1
- 14/12-2018:
 - 57 innleverte besvarelser. 5 besvarelser ble ekskludert fra videre analyser.
 - 52 fullstendige besvarelser:
 - Kjønn: 25 (48%) menn og 27(52%) kvinner.
 - Spesialitet: Medisin: 19, Kirurgi: 11, Psykiatri: 8
 - Lederønske: Ja: 7, Nei: 18, Vet ikke: 27
- 21/12-2018:
 - 57 innleverte besvarelse. 6 besvarelser ble ekskludert fra videre analyser.
 - 51 fullstendige besvarelser
 - Kjønn: 23 (45 %) menn og 28 (55%) kvinner
 - Spesialitet: Medisin: 13, Kirurgi: 20, Psykiatri: 5
 - Lederønske: Ja: 7, Nei: 24, Vet ikke: 20
- 08/02-2019:
 - 68 innleverte besvarelser. 4 besvarelser ble ekskludert fra videre analyser.
 - 64 fullstendige bevarelser
 - Kjønn: 26 (41 %) menn og 38 (59%) kvinner
 - Spesialitet: Medisin: 12, Kirurgi: 19, Psykiatri: 7
 - Lederønske: Ja: 9, Nei: 31, Vet ikke: 24

Vedlegg 2:

OUS lederkrav (fra 2012):

- Oppnår resultater
 - Min nærmeste leder sørger for at min enhet sørger for at min enhet setter tydelige mål
 - Min nærmeste leder sørger for at min enhet utnytter ressursene effektivt
 - Min nærmeste leder sørger for at det dokumenteres at alle avvik
- Viser integritet
 - Min nærmeste leder gir klart og tydelig uttrykk for egne meninger
 - Min nærmeste leder lytter til andres meninger og ideer.
 - Min nærmeste leder sikrer at nødvendige beslutninger blir tatt
 - Min nærmeste leder er lojal mot beslutninger som er tatt
- Motiverende og samlende
 - Min nærmeste leder gir anerkjennelse og ros
 - Min nærmeste leder håndterer vanskelig saker profesjonelt
 - Min nærmeste leder håndterer konflikter på en konstruktiv måte
- Tenker helhetlig
 - Min nærmeste leder sørger for at helhetsperspektivet fremmes aktivt i diskusjoner og beslutninger.
 - Min nærmeste leder sørger for at min enhet samarbeider med andre enheter
 - Min nærmeste leder samarbeider godt med tillitsvalgte og vernetjenesten.
- Utvikler enhet
 - Min nærmeste leder fremmer fagutvikling, forskning, og utdanning.
 - Min nærmeste leder sikrer rekruttering og sørger for å beholde personell med høy kompetanse.