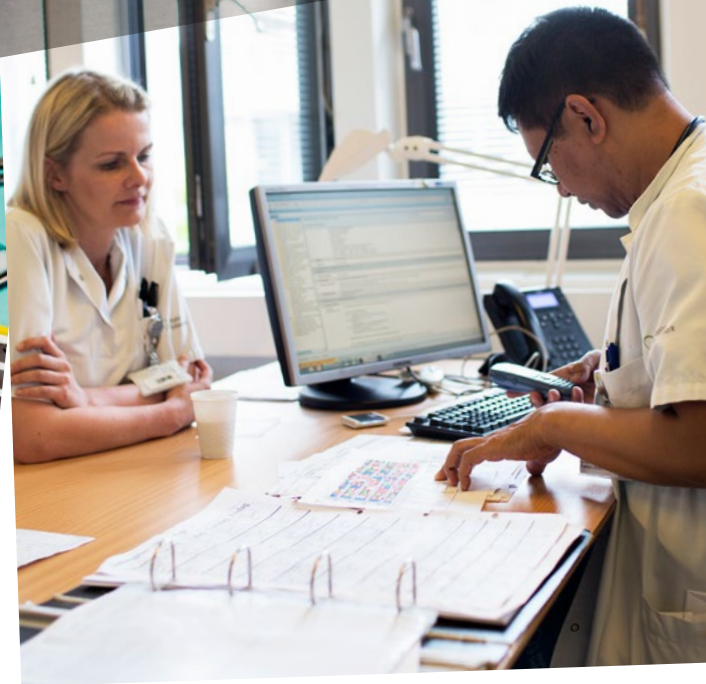


# Overlægen - i virkeligheden



## Forord

Hvad er en overlæge? Det spørgsmål har været genstand for drøftelser i en lang række sammenhænge og i lang tid. Spørgsmålet – og svaret – er af stor betydning af mange grunde. Naturligvis for overlægerne selv, men også for dem, de samarbejder med, for organiseringen af arbejdet på hospitalerne, for fremtidens muligheder for at skabe optimale forhold for patienter og ansatte osv.

Overlægeforeningen har på vegne af sine medlemmer aktivt deltaget i drøftelser og forhandlinger, hvor overlægens karakteristika, funktioner, relationer, bidrag, karriereveje, løn- og arbejdsvilkår har været grundigt behandlet. Overlægeforeningens bestyrelse besluttede, at et af bidragene til fremtidige drøftelser skulle være en række fokusgruppesamtaler med overlæger, hvor oplevelsen af, hvad det vil sige at være overlæge, belyses.

Det primære formål med undersøgelsen var således at give et bud på, hvordan overlæger selv definerer sig, og hvad de peger på af kendetegn ved fremtidens overlægerrolle(r).

Herunder var det også formålet at se på forskellighederne i oplevelserne af overlægerollen, både for så vidt angår de forskellige oplevelser, der er af samme overlægefunktion, og hvad der peges på af kendetegn ved henholdsvis den klinisk arbejdende overlæge, den funktionsansvarlige overlæge og den ledende overlæge.

Undersøgelsen blev gennemført ved syv fokusgruppesamtaler, hvor 65 overlæger fra hele landet – fra store og små hospitaler og fra forskellige niveauer i organisationen har deltaget.

Fokusgruppesamtaler er foretaget af Søren Viemose, der har afleveret til bestyrelsen. Afleveringen har dannet grundlag for denne fremlæggelse af materialet fra interviewene.

*Tak til alle dem, der har taget sig tid til at bidrage til denne undersøgelse.*

Udgivet foråret 2019

## De forskellige overlæger

Der er ca. 6.500 overlæger ansat i regionerne. Af dem arbejder langt de fleste på hospitalerne, hvor de arbejder i forskellige positioner. En relevant inddeling for denne undersøgelse var:

- *Ledende overlæger*, der på deres niveau og indenfor deres revir varetager både organisatorisk, administrativ og personalemæssig ledelse (og som for manges vedkommende også arbejder i klinik).
- *Funktionsansvarlige overlæger*, som ud over deres kliniske arbejde varetager specielle – mere eller mindre velbeskrevne – funktioner, som afdelingen ønsker udført.
- *Klinisk arbejdende overlæger*, som er overlæger, der i alt overvejende grad arbejder i klinikken, men som jf. nedenfor dog også oplever, at der trænger sig nye arbejdsopgaver på, som ikke direkte opleves at have noget med det kliniske arbejde at gøre.

At arbejde som overlæge varierer naturligvis i høj grad med hensyn til anciennitet som overlæge, stillingsindhold, krav og rammer, specialer, store og små afdelinger og store og små sygehuse.

# Overlægestillingen som den beskrives

## 1. EN STILLING MED ET SÆRLIGT ANSVAR

Uanset stilling indebærer det at være overlæge at have et særligt ansvar.

Ansvarer omfatter i særlig grad kvaliteten af patientbehandlingen. Det ligger i overlægestillingen, at overlægen har det endelige ansvar for, at diagnoser og behandlinger altid har den bedst mulige kvalitet. Dette ansvar opleves både som formelt og som kulturforankret, idet overlægerne er dem, der i tvivlstilfælde eller ved forskellige mulige valg forventes at træffe de endelige beslutninger.

Ansvarer præger overlægestillingen både på arbejdet og i fritiden. Det ligger som forudsætning for overlægestillingen, at man er fagligt ajour. Man har et ansvar og sørger herfor ved at læse den nyeste forskning, de nyeste retningslinjer og følger med i sit speciale og sub-speciale. Som overlæge stræber man i det hele taget efter at være fagligt i topform – dels ved at søge ind i klinisk udfordrende arbejdsopgaver og ved at bruge tid og engagement i sig fag udenfor arbejdspladsen.

Der er dog forskel på ansvarsomfang. Mens den klinisk arbejdende overlæge beskriver stillingen med dette særlige fælles kendetegn, har den funktionsansvarlige overlæge selvsagt derudover et specielt ansvar. Dette ansvar er nogle steder beskrevet i en funktionsbeskrivelse, mens det mange steder blot *"ligger i opgaven"*, som det er blevet formuleret.

Det specielle ansvar, som i altovervejende grad varetages af en overlæge, dækker således over mange forskellige opgaver, f.eks.:

- Afsnitsansvarlige
- Forskningsansvarlige
- Specialeansvarlige
- Kvalitetsansvarlige
- IT-ansvarlige
- Uddannelsesansvarlige
- Matrikel-ansvarlige
- Vagt-plan-ansvarlige

## 2. EN STILLING MED LEDELSE

Ledelse er en central komponent i beskrivelsen af overlægen – uanset om man er klinisk arbejdende, funktionsansvarlig eller ledende overlæge. Men ledelse har mange forskellige afgrænsninger. Overlægen oplever at være leder af processer nær klinikken for så vidt angår lægegeringens udførelse. Om der er et personaleledelselement i overlægestillingen vurderes forskelligt: Overlægen beskrives som en person, der træffer beslutninger og styrer andres arbejde i forbindelse med (læge)faglige dispositioner. Overlægen kan sætte afdelingslæger og andre i arbejde og i det hele taget bestemme arbejdsdagens indhold for f.eks. afdelingslæger, men de oplever alligevel ikke at have fået beføjelse til at være personaleleder.

Fornemmelsen af ledelsesforventningen eller ledelsesretten knytter sig tæt til fornemmelsen af at have ansvaret. Hvis man har ansvaret for, at noget går bedst muligt – og hvis man står med den endelige beslutning – oplever man, at man også varetager en form for ledelse.

Ledelseskomponentet i stillingen som funktionsansvarlig overlæge er på den ene side større og på den anden

*"Vi kalder os alle sammen overlæger. Men det er en meget forskellig virkelighed, vi er i. På en mindre enhed i yderområdet – i en afdeling, der er helt kørt ned, og hvor der er enorme rekrutteringsproblemer, er overlægen én, der skal kæmpe til alle sider. 24-7. Både med sine egne og med politikerne."*

side også som hovedregel mere diffust afgrænset. Der er sjældent formuleret en delegation af ledelse fra den ledende overlæge til den funktionsansvarlige, og igen afgrænser ledelsesbegrebet sig til at være en eksekvering af arbejdsprocesser og at fungere som ad hoc leder af andre. Gennemslagskraften som leder beror således på personlig autoritet og omverdenens accept og i mindre grad på en formalisering af en bemyndigelse til at udøve ledelse af mennesker.

For den ledende overlæge er ledelseskompontet selvsagt både tydeligt og formaliseret. Det fremhæves, at der er et meget stort spring fra at være overlæge til at være ledende overlæge. Alle speciallæger er kendetegnet ved at håndtere komplekse problemstillinger, men der er en klart større kompleksitet for den ledende overlæge. Den ledende overlæge har afsæt i sin faglige oprindelse, men har tilføjet et blik for ”det store”, for udviklingen og for udvikling og gennemførelse af strategier og beslutninger.

### 3. EN STILLING MED STATUS

Stillingen som overlæge nyder af historiske grunde stadig bred anerkendelse, blandt andet fordi overlægepositionen forudsætter stor faglig tyngde. Men samtidig har stillingen flere steder i realiteten ændret sig til at være en afdelingslægestilling ”med en papirtitel”, som det er blevet formuleret. Dette er sket i takt med, at antallet af overlæger er steget de senere år.

Nogle beskriver den tilskrevne status som en reminiscens fra en svunden tid. Alligevel værdsættes skiftet fra

afdelingslæge til overlæge, netop ”fordi den engang gav status”. Der ligger en stor attraktion for overlægerne i at kunne være med til at løfte arbejdet og udbrede kendskabet til fagområdet til kolleger og til befolkningen.

Overlægestillingen åbner for lydhørhed hos fagfæller, og det har betydning for andre, f.eks. patienter og pårørende, at man optræder med en kendt niveausignalerende titel: Overlæge. Dette gælder især for den klinisk arbejdende overlæge.

For den funktionsansvarlige overlæge giver den dobbelte titel en form for ekstra lydhørhed: Man er specialeansvarlig overlæge, eller man er kvalitetsansvarlig overlæge. På sygehuset kan titlen være en forudsætning for det øvrige personales lydhørhed, og i forhold til eksterne samarbejdspartnere knytter der sig også stadig en betydelig status til titlen.

For de ledende overlæger har overlægetitlens status afgørende betydning for oplevet lydhørhed, gennemslagskraft, anerkendelse og legitimitet – både indadtil og i forhold til eksterne relationer.

Begrebet status knytter sig ofte til privilegier. Hvor overlægen i ”gamle dage” på mange afdelinger nød forskellige privilegier – både på hospitalet og ofte også i lokalsamfundene – beskrives dette forhold som mindsket eller yderst begrænset. Især blandt klinisk arbejdende overlæger oplever nogle stillingen på linje med en afdelingslægestilling, men med færre rettigheder.

# Overlægestillingen som den opleves

## VARETAGELSE AF DET SÆRLIGE ANSVAR

Det særlige ansvar, der knytter sig til overlægestillingen, opleves i dag ikke altid som et specielt forhold. Flere overlæger oplever, at man bliver behandlet som enhver anden medarbejder. De oplever også, at afdelingslæger generelt påtager sig samme ansvar og optræder ligeså opmærksomt og fagligt forventningsfuldt som overlægerne.

Overlægens arbejde har ændret karakter: For den klinisk arbejdende overlæge er arbejdsdagene blevet skemalagt. ”Man får en plan og véd, hvor man skal være hele dage og hele ugen.” Dertil kommer, at der til det kliniske arbejde knyttes ganske mange administrative opgaver. Ansvar for den lægefaglige del af klinikken ”ligger i blodet på en læge”, mens ansvarsfølelsen overfor det, der opleves som ikke-lægefagligt begrundede opgaver, er noget, som overlæger i varierende grad påtager sig.

Når man som overlæge oplever en lav grad af indflydelse f.eks. på omfanget af administrative opgaver, øger det risikoen for, at man fralægger sig ansvar for løsningen af opgaverne og skubber ansvaret længere op i systemet. Med den strategi risikerer den enkelte overlæge et reelt tab af indflydelse.

Det betegnes som et dilemma: Følelsen af forpligtelse, som er kernen i ansvarlighed, er jo ikke afgrænset til det strengt lægefaglige. Men i oplevelsen af ikke at kunne nå og ikke at kunne engagere sig fuldt ud i hele opgavepaletten, dukker der følelser op omkring arbejdet, som beskrives med negative termer: Indignation over at forsømme patienters behov, dårlig samvittighed over ikke

at kunne nå det hele, en oplevelse af stakåndethed, når dét, man brænder for, alligevel klemmes ind, f.eks. en dag til forskning eller en deltagelse i en faglig konference. Når årsagen hertil i høj grad ses som en følge af, at de administrative opgaver er øget i omfang, bliver indignationen naturligvis rettet den vej. Også selv om nogle af de administrative opgaver er relevante i forhold til den lægefaglige kerneopgave.

At leve op til sit ansvar som overlæge opleves også at være presset af andre opgaver, der kommer til. Man skal f.eks. engagere sig i projekter omkring forbedrede patientforløb eller i ibrugtagning af ny teknologi, men der er kun afsat én dag om måneden til det, og den inddrages ofte pga. arbejdspresset i klinikken. Samtidig tilrettelægges produktionen mere minutøst og tæt pakket, og det administrative arbejde i forbindelse med kerneopgaven presses tidsmæssigt helt i bund og gives fysisk ringere vilkår, f.eks. ved at lægen mister et sted at udføre det (et kontor eller en egen plads til noter, faglige opslagsværker, pc etc.).

Det faglige ansvar varetages som nævnt ved en stræben efter bedste praksis og en bestræbelse på at undgå fejl. Også her har arbejdets ændrede karakter betydning: Hvor man tidligere prioriterede videndeling gennem konferencer og efterbearbejdning, sker videndeling og koordinering i dag meget tæt på de opståede situationer og ofte kun med de direkte involverede. Der opleves oftere, at f.eks. læring og videndelingsmuligheder ved efterbearbejdning ved utilsigtede hændelser – på trods af gode programmerklæringer – bliver rutinepræget eller helt forsømt.

*”Jeg føler mig nogle gange retsløs med hensyn til min arbejdstid. Jeg får ændret planer med kort varsel. Der kommer nye opgaver til, og jeg må selv styre tiden. Jeg arbejder helt gennemgående betydeligt mere end 40 timer om ugen. Jeg arbejder også derhjemme for at blive klar. Når jeg så ymter, at nu synes jeg altså, det er alt for meget, får jeg altid at vide ... husk nu, du har ingen højeste arbejdstid.”*

## DEN FUNKTIONSANSVARLIGE OVERLÆGE

De funktionsansvarlige overlæger har særlige ansvarsområder, men oplever sjældent, at de får magt eller midler til at varetage dette ansvar. De funktionsansvarlige overlæger påtager sig et særligt ansvarsområde, men de oplever gennemgående, at der ikke afsættes tilstrækkelig tid til at levere det ekstra arbejde på en måde, hvor man kan leve op til sit ansvar. ”Man er konstant bagud, og man må hele tiden presse ting ind.” som det formuleres.

Samtidig er der sjældent en klar beskrivelse og sjældent en klar bemyndigelse til den funktionsansvarlige overlæge. Alligevel udføres arbejdet på bedst mulig vis – fordi man har ansvaret for det.

Det er her, den diffuse ledelsesforventning og ledelsesopgave træder tydeligt frem for den funktionsansvarlige overlæge: Når man får ansvaret for et område, ligger der også i højt professionaliserede fag en forventning om, at man ud fra sin dygtighed, indsigt, erfaring OG titel har mulighed for at realisere ansvaret – altså magt til at løse ansvarsopgaven. Men de funktionsansvarlige overlæger oplever ikke, at de har fået andet end ansvaret, mens ”andre bestemmer hvad og hvordan”.

Tværtimod opleves det, at ”transaktionsarbejdet” omkring kerneopgaven (det man nogle gange kalder administrativt arbejde) presses tidsmæssigt helt i bund og gives fysisk ringere vilkår.

Fraværet af en klar beskrivelse af ledelsesopgaven og tilhørende bemyndigelser kan også påvirke ansættelsen af funktionsansvarlige overlæger, hvor tilfældigheder i højere grad risikerer at spille ind – efter devisen: hvem er god til IT? Hvem kan den ledende overlæge lige få øje på etc.

## DEN LEDENDE OVERLÆGE

For de ledende overlæger er ansvarskomponenten i overlægetitlen tydeligt: Den ledende overlæge føler et særligt ansvar og har det endelige ansvar for patientbehandlingen generelt – og specifikt, når der er faglig tvivl eller uenighed. For de fleste ledende overlæger udvider ansvaret sig i øvrigt til at omfatte forhold, som de enten ikke ved noget om (endnu) – eller ved meget lidt om. Det kan være ansvar for flytning, fusionsprocesser, logistik, arkitektur, teknologi, IT, kommunikation, jura og ledelse af mennesker med en høj faglig stolthed og faglig identitetsfølelse.

## VARETAGELSE AF LEDELSESOPGAVEN

Varetagelsen af ledelsesopgaven, der som sagt ses som iboende overlægerollen, opleves meget forskelligt afhængigt af position, sted og ledelsesopgavens rækkevidde (span of control).

De klinisk arbejdende overlæger oplever, at de har ledelsesansvaret lige dér, hvor de bestemmer, hvordan de konkrete behandlingsforløb skal være. Men samtidig føler de, at de ikke har nogen betydelig kontrol – endsiges ledelsesmuligheder – overfor rammerne og betingelserne for arbejds udførelse.

Så mens ledelse tidligere for en stor dels vedkommende blev varetaget af overlægerne selv, oplever de nu det samme som mellemledere fra andre faggrupper, nemlig at ”andre” tager ledelsen. Og ikke alene dét; ledelsen materialiserer sig ofte i bestillinger og beslutninger, der udspringer af de ”andres” behov. Det opleves f.eks. som betydeligt mere bureaukrati og systembestemte opgaver.

*”Overlægeforeningen skal gøre meget mere ud af den fælles faglige identitet og forsvare den høje, høje standard, overlægerne har været kendt for. Det er dét, at vi er så pisse dygtige, der gør det rimeligt at give os en løn. De skal ikke sidde på hænderne og bare se på, at vi ikke kan vedligeholde vores kompetencer; ikke kan følge med faget, og at forskningen nedprioriteres og presses så meget i bund, som det er tilfældet idag.”*

Systemerne, der for de flestes vedkommende, er skabt ud fra et ønske om at højne kvaliteten, gennemsætter så at sige sine egne behov. Og systemerne skal fodres og betjenes, for at de virker. Fodres de ikke, fungerer de ikke.

Det opleves af flere overlæger som et paradoks. De oplever en mere intensiv klinisk arbejdsdag med succesord som produktion, produktionsplan, produktionsmål, måltal, effektiviseringspotentiale, ”targets”, milepæle osv. Men samtidig kan de ikke nå at diagnosticere og behandle lige så mange patienter som før. Og de oplever, at den præcise diagnose, som lå til grund for en behandlingsplan bliver beskrevet med standard vendinger i indtastningerne af hensyn til systemer og tidspres. Konsekvensen er, at de ikke kan genkalde sig dén præcise vurdering, der lå til grund for den valgte standard vending, når de ser patienten måneder senere.

Topledelsens succeskriterier opleves at være forskubbet fra en værdsættelse af høj faglighed til et fokus på produktionstal – fremmet af, at det er dét, topledelsen selv bliver målt på. Hele vejen ned igennem systemet gennemsættes sundhedsforvaltningens målesystemer og topledelsens succeskriterier, som alt sammen er oversat til tal. Ikke til kvalitet. Ikke til værdsættelse. Anekdotiske, positive fortællinger er kun valide, hvis de kan dokumenteres med tal.

Den lægefaglige ansvarsfølelse presses også, når systemkrav og et økonomisk pres afstedkommer løsninger, som overlægen finder ulogiske eller direkte kontraproduktive i forhold til kvaliteten af lægegerningen. F.eks. når det er en sekretær, der fordeler patienter – ikke efter diagnose, men efter hvilken læge, der tilfældigvis er ledig i de planer, hun kan se på sin skærm.

Det er symptomatisk for en gruppe, der oplever sig som værende under pres på en for dem helt central værdi – det lægefaglige kernearbejde – at sådanne eksempler kan virke demotiverende og stødende. Pointen er, at især de klinisk arbejdende overlæger på den ene side netop fungerer i krævende situationer, fordi de har en høj faglighed, men at især den kliniske overlægestilling i virkeligheden er blevet en stilling, der i meget høj grad styres – ikke af overlægen selv mere – men af andre udenfor klinikken.

Det bidrager til en oplevelse af meningsløshed og tab af egenkontrol af kvaliteten af arbejdet. Og den udvikling

lægger et pres på ansvarsfølelsen og oplevelsen af en særlig værdsat status.

Ledelse for funktionsansvarlige overlæger opleves langt hen ad vejen på samme måde, også selv om der opleves en større klarhed omkring ledelsesopgaven. Det udpegede ansvarsområde giver under alle omstændigheder en form for klarhed over et ressort, og det beskrives som en særlig tilfredsstillelse at kunne varetage sit område på en god måde.

Det ses f.eks. for den uddannelsesansvarlige overlæge, som fungerer som de facto leder overfor uddannelsessøgende læger, bl.a. når det gælder uddannelsesforløb og sikring af formalia.

Ledelsesopgaven er klar og tydelig for de ledende overlæger. Men også her opleves friktion med andre dele af organisationen. Ledelsen skal sikre den bedste patientbehandling, men oplever jf. ovenstående også en konstant indgriben i midlerne og rammerne herfor.

Også den ledende overlæge kan opleve, at ”magten” ligger et andet sted end hos dem selv. Det styringsmæssige paradigme understøttes af, at det opleves, at ledelsen højere oppe i systemet frit kan bestille data, der dokumenterer, i hvilken grad en strategi følges eller et kvalitetsniveau holdes. En del af disse bestillinger har fået betegnelsen ”skalopgaver” og opleves ofte som ydre og vanskelige at forklare og begrunde overfor lægerne i afdelingen.

Det er kendetegnende, at også ledende overlæger fornemmer, at de hensyn og behov, der er i klinikken og altså på patientniveau, ikke er interessante for ”dem der styrer”, men at der kun efterlyses informationer, som styringsparadigmet og systemet forudsætter. Og at der, når noget skal ændres, blot forventes en loyal accept og et uproblematisk engagement i eksekveringen, selv om den ledende overlæge kan se, at de ønskede ændringer kunne være bedre gennemført eller direkte belaster kvaliteten på patientniveau.

Også ledende overlæger oplever en gåen forbi eller gåen udenom faglige vurderinger i det strategiske arbejde. Nogle ledende overlæger peger på, at oplevelsen af at være omverdenstyret også er delvist begrundet i, at overlæger – ofte pga. stor klinisk arbejds mængde – ikke deltager i de fora, hvor strategiske ideer, planer og beslutninger drøftes.



Arbejdsintensiteten for ledende overlæger er ganske betydelig. En del fastholder en tilknytning til klinikken og bruger alligevel fuld tid på ikke-klinisk arbejde. En tidskrævende del består som nævnt i at levere information til andre ”oppe i systemet” i form af redegørelser.

Når beslutningsretten og styringen løftes væk både fysisk og delegeringsmæssigt, må de, der træffer beslutninger på vegne af andre, støtte sig til viden fra dem, de ønsker at styre. Viden og data får de bl.a. gennem redegørelser skrevet af den ledende overlæge. Besvarelser af mails optager megen tid hos den ledende overlæge – mellem tre og fem timer dagligt ”uden at man når i bund”. Der er også kommet nye opgaver til, f.eks. fylder drift af uddannelse langt mere i dag end tidligere.

Der er selvsagt meget stor forskel på, hvor mange medarbejdere og hvor store budgetter, de ledende overlæger er ansvarlige for. Men der er ofte tale om en ganske betydelig ledelsesopgave. Det illustreres af de meget store budgetter, der administreres af enkelte afdelingsledere (400-500 mio. kr.) og det store antal medarbejdere i mange afdelinger.

Selv om ledelsesrollen for overlægen er betydeligt mindre diffust afgrænset, er oplevelsen af faktisk at være ledende i ordets egentlige forstand en ”blandet oplevelse”: At være ledende overlæge føjer mening, muligheder, status, lydhørhed og adgang til – og det er en virkelig værd-sat side af rollen og opfylder også en fornemmelse af meningsfuldhed i forhold til den lægefaglige kerne. Uklarhederne og oplevelsen af ydre styring og mangel på lydhørhed kombineret med en uendelig arbejdsmængde og rollen som gennemsætter af andres intentioner, belaster oplevelsen.

Som ledende overlæge kommer man med andre ord ikke udenom også at være den, der gennemfører politikker, strategier og konkrete initiativer for sundhedsadministrationen og politikere. På den måde bliver den ledende overlæge mere orienteret mod opfyldelse af produktionsmål m.m. – og udfordrer ofte de ikke-ledende læger, der har større fokus på kvaliteten af behandlingen. Ledende overlæger oplever også en anden udfordring, nemlig at det bl.a. af ovenstående grunde er blevet umådeligt vanskeligt at rekruttere nogle, der vil være netop dét: Ledende overlæge.

## Almengørelse af et fag med høj status

Som det fremgår, har mange forhold bidraget til, at positionen som afdelingslæge og overlæge på nogle områder er smeltet sammen. I dén forstand er oplevelsen af at skifte titel af mindre betydning end tidligere.

På nogle områder oplever overlæger imidlertid, at forventningerne om ansvar, ledelsesinitiativ og faglig højeste standard ikke afspejles i de vilkår, overlægerne tilbydes.

Overlæger har vagter ligesom andre og oplever det som absurd, at de skal hente sengetøj til vagtværelse langt fra afdelingen, at de skal mødes af ”lejrskoleagtige forbudsskilte på døre og låger, der er skrevet som til børn og med en undertone af mistro”; at der ikke stilles en åben kantine til rådighed; at man i stigende grad er underlagt en tæt elektronisk overvågning via indberetninger af data; at man arbejder i klinik ofte helt uden indflydelse på planlægningen af eget arbejde, og at man forventes at bidrage med forskning eller administrativt nødvendigt arbejde uden at have en arbejdsplads til at udføre denne del af arbejdet i. Det virker meningsløst, at der ved nybyggeri ikke tages højde for de omfattende nye funktioner, overlæger forventes at påtage sig, men at man i stedet ”bygger som om, vi kun skal arbejde med det klassiske lægearbejde”.

*”Det er jo svært at udtrykke utilfredshed med sine arbejdsvilkår, når man får en løn som os. Det respekterer jeg virkelig. Men lønnen, der afspejler høje forventninger, kan være for dyrebøbt, hvis det betyder, at vi skal leve med arbejdsvilkår, som ikke er tidssvarende og af og til heller ikke rimelige. Det er ikke, fordi jeg vil tilbage til det, at have privilegier. Det er jo vilkår, der gælder for alle. Det, jeg mener, er, at hvis man forsat vil have alt det ekstra ud af overlægerne – og af lægerne i det hele taget – så skal man tilvejebringe vilkår, der afspejler det.”*

## Fremtiden – De kommende år

Deltagerne i fokusgrupperne peger på følgende mulige fremtidige ændringer, der får betydning for overlægestillingen:

Kvinder vil udgøre en større andel af overlægerne i fremtiden. Betydningen heraf for overlægestillingen er uklar. Der peges på, at andre livsværdier og ofte tidskrævende privatsfærer kan føre til, at stærkt vagtbelastede stillinger eller stillinger, der skal varetages på op til flere geografisk adskilte arbejdspladser, ikke vil blive søgt. Rekrutteringen til lederpositioner kan også fortsat være vanskelig, og der vil sandsynligvis opstå et større ønske om deltidsbeskæftigelse.

Dette skal ses i relation til, at overlægestillingen i fremtiden vil forudsætte endnu større fleksibilitet end i dag. Den fleksibilitet, der vil blive efterspurgt, vil have forskellige betydninger – men i alle betydninger påvirke mulighederne for at rekruttere og fastholde overlæger.

Overlægerne skal være fleksible i den forstand, at de må leve med, at deres ansættelse er en ansættelse indtil videre

og på foranderlige vilkår. De skal være fleksible m.h.t. arbejdssted, som i endnu højere grad end i dag kan være på flere afdelinger og på geografisk adskilte arbejdspladser. De skal være fleksible i forhold til, hvor mange timer de skal lægge i deres job. De skal være funktionelt fleksible – også selv om de er sub-specialiserede – og påtage sig opgaver, der ligger uden for deres speciale, og endelig vil de skulle leve med økonomisk fleksibilitet i højere grad end i dag, da forskellige løndelev kan gå både op og ned.

Denne fleksibilitet beskrives som ”daglejeragtig” og vil føre til et yderligere pres på f.eks. forskningsarbejdet, der i forvejen opleves som ”klemt”.

Der peges på en risiko for, at overlægestillingen i det hele taget mister en betydelig del af sin attraktionsværdi – ligesom den ledende overlægestilling i dag anses for en uriaspost, som man skal være mere end almindelig hårdhudet for at søge.

*”Man vil i fremtiden få enorme problemer med at rekruttere overlæger til lederposter. Ingen kan holde til at arbejde uendeligt meget i hele deres arbejdsliv. Man vil som læge søge derhen, hvor det er rart at køre i et meget højt gear. Fint med høj arbejdstid – men ikke hvis man bliver behandlet dårligt. Så enkelt er det.”*



Overlægeföreningen  
Kristianiagade 12  
2100 København Ø