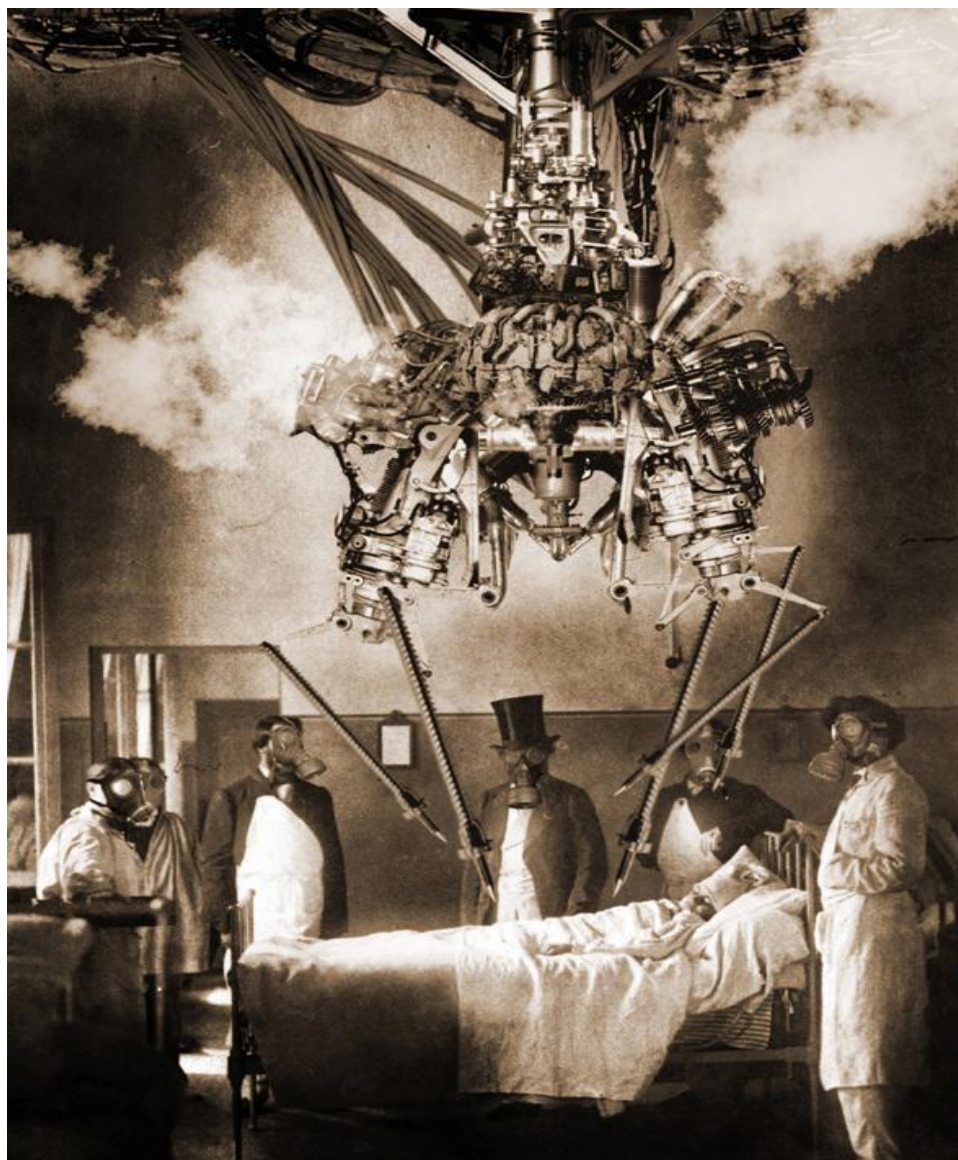


Sundhedsprofessionelles Sektorskift

Fortællinger om at arbejde i den offentlige og private sektor



Hanne Harpøth Abildstrøm

Masterprojekt Forår 2016

Vejleder: Professor Lene Holm Pedersen

I alt 50 sider, excl. forside, litteraturliste og bilag.

Indholdsfortegnelse

	side
Abstract	3
1 Indledning	4
2 Problemformulering	5
3 Baggrund	6
4 Teori	10
4.1 Fagprofessionalisme	10
4.2 Forskelle mellem offentlige og private organisationer	11
4.3 Motivation	14
5 Metode	17
5.1 Interviewpersoner	17
5.2 Undersøgelsesmetode	19
5.3 Operationalisering	22
5.4 Analyse	22
5.5 Forskning i egen organisation	23
5.6 Kvalitetskriterier	23
6 Analyse	24
6.1 Hvordan opfatter læger og sygeplejersker, med erhvervserfaring fra både offentlig og privat hospital, forskelle og ligheder imellem de to sektorer?	24
6.2 Hvad motiverer lægerne og sygeplejerskerne i deres daglige arbejde?	34
6.3 Skyldes valget om et sektorskift (begge veje), at der sker en ændring i lægernes og sygeplejerskernes motivationsform?	41
7 Diskussion	44
8 Konklusion	47
9 Egen udvikling under MPG-projektet	49
Litteratur	51
Bilag 1: Interview-guide	
Bilag 2: Transskriberede interviews	

Abstract

This thesis is based on semi-structured interviews with three doctors and two nurses specialised within the field of anaesthesiology and with working experience from both the private and public health sector in Denmark. I present their narratives of the two sectors and explore what different types of motivation are at stake for the two types of professionals in the two sectors. I also present their reasons for sector switching, bidirectional.

The narratives told of the private health sector have a focus on efficiency and hospitality of the staff working together perfectly as a team in the operation theatre. All employees are middle-aged and well-trained within their field. However, there are only minor possibilities to continue the development of skills. The patients have undergone selection and suffer only from less complicated diseases and the treatments offered by the private hospital are of a standard type. The salary is higher and working hours are less at more pleasant hours.

The public sector offers more challenging patient cases and has a wide range of different medical specialities giving the opportunity to establish a strong colleague net-work, which is especially appreciated by the doctors. The daily working life is under the influence of bureaucracy and the working flow is less pronounced as the different team members of the operation team seems to pursue different goals. A large burden of education of younger colleagues is reported to rest upon the professionals causing a lower efficiency and maybe lower quality in the services provided.

There are types of inner and outer motivation in both sectors, but differences are reported. Especially the doctors have a higher level of autonomy in the private sector, but the level of competence is higher in the public sector for both types of professionals. Job security is valued higher in the public sector, and more economic incentives are reported in the private sector. Within public service motivation, nurses put more emphasis on compassion and user-orientation, and doctors have more focus on public interest and attraction to policy-making.

The reasons given by doctors and nurses for switching from public to private sector are better working hours at a better salary. The cost is the absence of challenging patient cases. Better job security and more interesting job tasks are reported as reasons to return to the public sector.

1. Indledning

Det offentlige sygehusvæsen har været sat under pres de seneste årtier af et politisk krav om en mere effektiv udnyttelse af de økonomiske ressourcer. I 1990 blev privathospitaler en realitet i Danmark og skabte et konkurrencedygtigt alternativ til de offentlige hospitaler, både prismæssigt, men også kvalitetsmæssigt. Dermed opstod muligheden for danske læger og sygeplejersker for at have et valg mellem at være privat eller offentligt ansat. Der er flere årsager til, at privat sygehusdrift er en dygtig konkurrent til det offentlige sygehusvæsen: Privat sygehusdrift har ry for at være mere effektivt drevet med færre faggrænseskel og et højere omdrejningstempo, og den oplevede kvalitet af patienten, herunder de fysiske forhold og personalets imødekommenhed, er bedre.

Private og offentlige hospitaler adskiller sig fra hinanden på flere punkter: For det første finansieres de af henholdsvis aktionærer og skatteborgere. For det andet varetager de forskellige opgaver, det private hospital kan selv selektere, hvilke patienter til hvilke indgreb, de vil levere en ydelse. Det offentlige hospitalsvæsen er forpligtet til at have alle typer af behandlingstilbud til alle typer af patienter, om end man har centraliseret specifikke procedurer til specifikke patienter til visse hospitaler. De offentlige hospitaler har også en forpligtelse i forhold til forskning og udvikling, og der er en stor opgave i at fremtidssikre ved at uddanne kommende sundhedspersonale. Alle sundhedsprofessionelle er uddannet i den offentlige sektor, men mange læger og sygeplejersker vil i en periode arbejde på et privat hospital, og nogle skifter senere tilbage til det offentlige sygehusvæsen. Hvilke motiver er årsag til disse sektorskift? Har typen af deres motivation på et givent tidspunkt betydning? Er det en bestemt type sundhedsprofessionelle, som vælger at arbejde i den private sektor? Hvorfor arbejdes der mere fleksibelt i det private sundhedsvæsen, når de sundhedsprofessionelle alle er skolet samme sted? Der er i litteraturen kvalitative studier af forskelle i Public Service Motivation for sygeplejersker, der arbejder henholdsvis i offentligt og privat regi (Kjeldsen 2012), og der foreligger viden baseret på kvantitative data på årsager til sektorskift blandt højtuddannede (Hansen 2014). Hidtil har ingen studier med kvalitative data undersøgt årsager og bevæggrunde, med fokus på motivationsformer, til skift mellem sektorer (både den ene og anden vej) hos læger og sygeplejersker.

2. Problemformulering

Hvad er den enkelte anæstesi-læge og sygeplejerskes fortælling om deres egen opfattelse af offentlig og privat sektor, og hvilken betydning har motivationsfaktorer for et valg om sektorskift mellem et offentligt og et privat hospital?

Delspørgsmål:

1. Hvordan opfatter læger og sygeplejersker, med erhvervserfaring fra både offentligt og privat hospital, forskelle og ligheder imellem de to sektorer?
2. Hvad motiverer lægerne og sygeplejerskerne i deres daglige arbejde?
3. Skyldes valget om et sektorskift (begge veje), at der sker en ændring i lægernes og sygeplejerskernes motivationsform?

Jeg har, for at besvare disse delspørgsmål, foretaget 5 semistrukturerede interviews med 3 anæstesilæger og 2 anæstesisygeplejersker, som alle har erhvervserfaring fra både offentlig og privat sygehussektor. Min interview-guide består dels af åbne spørgsmål (delspørgsmål 1 og 3) og dels mere konkrete spørgsmål (delspørgsmål 2) baseret på motivationsteori, herunder Public Service Motivation (PSM).

Afhandlingen beskriver således sundhedsprofessionelles overvejelser om fordele og ulemper set fra deres eget personlige perspektiv ved at være ansat på henholdsvis et offentligt og privat hospital, jeg kortlægger hvilke faktorer, der motiverer de sundhedsprofessionelle i deres arbejde, og deres bevæggrunde for sektorskifte.

3. Baggrund

Det danske sygehusvæsen har gennem de seneste årtier været under forandring med afsæt i New Public Management (NPM) elementer som frit sygehusvalg og aktivitetsbaseret ressourcetildeling. Med introduktion af privathospitaler er konkurrenceelementet blevet mere fremherskende, både mellem det offentlige og private sygehusvæsen, men også indbyrdes mellem de offentlige sygehuse. De offentlige sygehuse har således været sat under et pres om effektiviseringer og har også i stor grad indfriet dette med øgning i produktivitet til følge. Samtidig har der også været et krav fra politisk side (og fra befolkningen) om større gennemsigtighed. For det første til belysning af, hvad de tildelte ressourcer bruges til, for det andet til dokumentation af kvaliteten af den givne behandling og for det tredje adgang til indsigt for den enkelte patient/borger i eget sygdomsforløb og medbestemmelse i beslutningstagning herom. Dette har mere konkret udmøntet sig i f.eks. krav om overholdelse af kræftpakkegarantier, akkreditering ved Den Danske Kvalitets Model (som helt aktuelt er forladt igen, da indsatsen ikke skønnedes at stå mål med resultatet), og adgang for borgerne til egne journalnotater via Sundhed.dk. Sundhedssektoren har altså været i kontinuerlig forandring med stigende krav til registrering af aktiviteter for de ansatte, samtidig med en stadig stigende produktion pr. medarbejder. Derfor opleves det af mange ansatte i sundhedssektoren som om, der er mindre tid til det, de opfatter som kerneopgaven, nemlig behandling og pleje af patienter.

Den grundlæggende præmis for organisering af sygehusvæsenet er, at tilstrækkelig kvalitet i patientbehandling kræver et optageområde af en stadigt stigende størrelse for en sygehusenhed (Borum 2008). Dette skyldes den teknologiske udvikling i takt med den stigende specialisering, som giver nye behandlingsmuligheder, som udbredes til stadig større befolkningsgrupper. Derfor har sygehusslukninger og fusioner været på dagsordenen løbende siden den forrige kommunalreform i 1970. Der er lang tradition for samarbejde på tværs af de tidligere amts- og nuværende regionsgrænser. Sundhedsstyrelsen laver specialevejledningen (www.sst.dk), som er udarbejdet af sygehusejerne og de lægevidenskabelige selskaber i fællesskab, der sikrer, at de højst specialiserede behandlinger kun finder sted få steder i landet. Formålet er at sikre høj faglig kvalitet i behandlingen, helhed i patientforløbene og den bedste udnyttelse af ressourcerne. Specialeplanlægningen skal desuden fremme den nødvendige opbygning og vedligeholdelse af ekspertise, forskning og udvikling samt

uddannelse med henblik på fortsat opretholdelse og udvikling af sundhedsvæsenets ydelser. Rigshospitalet har formuleret en strategiplan (Visioner og Mål 2020) helt i tråd med disse politiske hensigter og har høje ambitioner om at være førende i Danmark på højt specialiserede behandlingstilbud og internationalt blandt de 10 bedste forskningshospitaler i Europa. I "Visioner og mål 2020 Rigshospitalet", som kan findes som folder på Rigshospitalets hjemmeside, kan under punktet "Visionen" side 6 læses:

Rigshospitalet

- *Tilbyder patienter højt specialiseret behandling på internationalt niveau*
- *Er blandt de 10 bedste forskningshospitaler i Europa*
- *Uddanner på højt internationalt niveau*

Derudover har Rigshospitalet visioner for to vigtige understøttende områder: Produktivitet og arbejdsliv

Rigshospitalet vil have

- *Den højeste produktivitet blandt højt specialiserede hospitaler i Europa*
- *Kompetente og engagerede medarbejdere, der samarbejder om at skabe den bedste kvalitet for patienterne*

På Rigshospitalet er patienterne overvejende henvist fra andre hospitaler i Region Hovedstaden eller Danmark. Centraliseringen til Rigshospitalet kan dels skyldes typen af behandling kun tilbydes på Rigshospitalet, men det kan også skyldes medfødte, akutte eller kroniske sygdomme hos patienten, som gør, at det skønnes mest hensigtsmæssigt, at patientens aktuelle forløb henlægges til Rigshospitalet. Rigshospitalet har således det fornødne erfaringsgrundlag med behandling af svært syge eller komplicerede patienter, og ligeledes de rette faglige kompetencer til at klare enhver tænkelig komplikation, der kunne tænkes at opstå hos en sårbar patient.

Uddannelse af personale fylder meget på et offentligt hospital, og er da også en målsætning, som er prioriteret i "Vision 2020". Medicin- og sygeplejestuderende har kliniske ophold som en obligatorisk del af deres uddannelse, dette fortsætter efter deres embedseksamen og sygeplejeeksamen, hvor de forlader deres læreanstalter. For lægers vedkommende tager det omkring 10 år med skiftende ansættelser i forskellige videreuddannelsesforløb, før de endelig kan kalde sig speciallæger. Alle sundhedsprofessionelle er uddannet i den offentlige sektor,

men mange læger og sygeplejersker vil på et tidspunkt komme til at arbejde i den private sektor, enten deltids sideløbende med deres offentlige ansættelse, eller skifte til deltids- eller fuldtidsansættelse i privat regi, for nogens vedkommende kun i en periode, hvor de senere skifter tilbage til det offentlige sygehusvæsen, eller for andre endegyldigt vælge at arbejde på privat hospital.

En af grundstenene i NPM regimet er udlicitering af offentlige opgaver i privat regi, fordi private udbydere formodes at kunne løse opgaven billigere. Konkret foregår det i sundhedsvæsenet ved at sætte et antal f.eks. knæ- eller hofteoperationer i licitation, hvor private hospitaler kan byde ind med en konkurrencedygtig pris. Grunden til at private hospitaler kan løse denne opgave billigere trods det, at de ansatte faktisk får en lidt bedre hyre er, at man tilbyder standardindgreb på standardpatienter, at man er en mindre enhed, der har enklere fysiske forhold og en mere enkel personalebemanding med en større fleksibilitet fra de fagprofessionelles side til at få løftet opgaven. Det er derfor oplagt for det offentlige sygehusvæsen at finde inspiration til nødvendige effektiviseringer ved at skele til arbejdsgangene i et privathospital, og evt. at bruge deltids- eller tidligere privat ansatte medarbejdere som løftestang til at adaptere mere fleksible og innovative arbejdsgange fra det private sygehusvæsen til det offentlige, som har rygte for at være noget mere bureaukratisk og inert.

Jeg arbejder på Rigshospitalet som anæstesiologisk overlæge med ansvar for den daglige drift og afvikling af operationsprogrammet på et operationsafsnit i samarbejde med 2 afdelingssygeplejersker, der har personaleansvaret for henholdsvis operationssygeplejersker og anæstesi- og opvågningsygeplejersker. I min klinik, HovedOrtoCentret's Anæstesi- og operationsklinik (ANOP), er anæstesilæger, anæstesisygeplejersker, operationssygeplejersker og portører ansat. Historisk set var operationssygeplejerskerne tidligere organiseret under det kirurgiske speciale, men for at styrke samarbejdet på operationsstuen har man valgt stort set overalt i Danmark, at operations- og anæstesipersonale arbejder under samme organisatoriske enhed. Dermed er kirurgen, den vigtigste person i teamet, fra en anden organisatorisk enhed, som omfatter de ansatte i det pågældende kirurgiske speciale, dels læger og dels plejepersonale i ambulatorie, sengeafsnit m.m.

I ANOP-klinikken har vi forsøgt os med flere tiltag inspireret af arbejdsgange fra private hospitaler, for at effektivisere produktionen og dermed imødekomme kontinuerlige krav om besparelser på vores budget. Vores hidtidige erfaring er dog, at der opstår mange forhindringer i praksis i vores offentlige regi, når vi prøver at gøre som i det private, herunder opleves modstand og manglende fleksibilitet fra personalet som en af forhindringerne. En medvirkende faktor kunne meget vel være, at vores forandringstiltag har været dårligt forberedt og implementeret. En anden mulig medvirkende faktor kunne være forskelle i motivationstype hos det offentligt ansatte personale: Hvorfor arbejder fagprofessionelle med forskellig grad af fleksibilitet i offentligt og privat regi?

Hvad er det, der motiverer sundhedsprofessionelle til at arbejde mere effektivt i privat regi? Er det alene et spørgsmål om en højere løn, altså ydre motivation? Eller er der andre fordele, som man kunne drage nytte af i det offentlige, når der er en begrænset mængde ydre motivationsfaktorer til rådighed? Hvordan oplever de sundhedsprofessionelle at arbejde i det offentlige, og hvordan oplever de at arbejde i det private? Hvilke forskelle og ligheder er der? Hvorfor vælger læger og sygeplejersker at skifte fra det offentlige til det private, og hvorfor vælger nogle at skifte tilbage til det offentlige sundhedsvæsen? Hvilke motiver angiver de som årsag til disse sektorskift? Er der forskelle på typen af motivationsfaktorer mellem læger og sygeplejersker? Er der forskelle i motivationsfaktorer mellem dem, der vælger at være ansat privat, og dem, der vælger at være offentligt ansat? Ændrer typen af deres motivation sig på et givent tidspunkt gennem livet og er årsagen til deres sektorskift?

Der er i litteraturen kvalitative studier af forskelle i Public Service Motivation (PSM) for sygeplejersker, der arbejder henholdsvis i offentligt og privat regi (Kjeldsen 2012), og der foreligger viden baseret på kvantitative data på årsager til sektorskift blandt højtuddannede (Hansen 2014). Hidtil har ingen studier med kvalitative data undersøgt årsager og bevæggrunde, med fokus på motivationsformer, til skift mellem sektorer (både den ene og anden vej) hos læger og sygeplejersker. Formålet med Master-projektet er at beskrive og forstå det enkelte individs fortælling om deres egen opfattelse af offentlig og privat sektor. Hvad motiverer dem i deres daglige arbejde? Sker der en ændring i deres motivationsform, der tilskynder dem til at foretage et sektorskift? Jeg håber, at kunne få flere nuancer på, i forhold til de tidligere kvantitative undersøgelser.

4. Teori

I min problemstilling har jeg valgt at belyse læger og sygeplejerskers opfattelse af den private og offentlige sektor, og deres typer af motivation. Derfor vil jeg i mit teoriafsnit først beskrive forskelle mellem de to typer af sundhedsprofessionelle, dernæst forskelle mellem offentlig og privat sektor og til sidst forskellige typer af motivation.

4.1 Fagprofessionalisme

Fagprofessionelle, som læger og sygeplejersker, er karakteriseret ved at have opnået en teoretisk viden og færdigheder, som ikke kan kondenseres og videregives til andre (Jespersen 2005). Den specialiserede teoretiske viden og de færdigheder, som en færdiguddannet speciallæge eksempelvis har, er af stor kompleksitet og beror i høj grad på kliniske skøn. Det giver dem en magtposition i og med, de er specialister på deres fagområde, og de har opnået et statsgaranteret monopol gennem deres autorisationsbevis. De adskiller sig derfor fra andre faggrupper ved at have en højere grad af kontrol over det arbejdsområde, de gør krav på. De fagprofessionelle er gennem en lang uddannelse socialiseret til fagets normer og har stærk loyalitet til uformelle faglige standarder (som f.eks. god lægeskik), ved overtrædelse af fagets etiske regler kan professionen udøve sanktioner. Professionen påtager sig på denne måde at være garant for kontinuiteten og kvaliteten i de offentlige ydelser, og dens vurderinger anses for rigtige (kulturel autoritet), og fagets repræsentanter tages med på råd i spørgsmål vedrørende eget arbejdsområde (politisk autoritet).

Læger har en længere uddannelse end sygeplejersker, deres fagområde er velafgrænset og klart teoretisk baseret, og lægestanden har en historisk stærk samfundsmæssig position. Sygeplejefaget er traditionelt er kvindefag og Dansk Sygepleje Råd har kæmpet for at akademisere faget, der især tidligere blev betragtet som en hjælpedisciplin til lægefaget. Hvor lægefaget er naturvidenskabeligt funderet, har man i den nye uddannelse til sygeplejerske tilføjet elementer af humanistiske og samfundsvidenskabelige teorier. Sygeplejefaget prøver på denne måde at tilkæmpe sig en højere status, idet de søger anerkendelse som selvstændig og adskilt disciplin med eget videnskabsteoretisk fundament.

Jo længere uddannelse, jo højere grad af professionalisme, og jo højere grad af magt. Magten giver retten til at lede arbejdet i forhold til andre faggrupper i faglige spørgsmål, og mere autonomi i tilrettelæggelsen i selve arbejdet. Derfor har hospitalsarbejde traditionelt været præget af en stor grad af arbejdsdeling beroende på faggrupper med rigide grænser, dvs. der er særskilte opgaver for læger, sygeplejersker, sygehjælpere, sekretærer og portører. Ud fra et NPM perspektiv er professionernes traditionsbundne og "stivnede" faggrænser netop en del af problemet omkring den bedst mulige udnyttelse af de begrænsede offentlige ressourcer, og de fagprofessionelles autonomi er blevet udfordret gennem de senere år. Den højest specialiserede arbejdskraft kan i princippet varetage alle underliggende funktioner, men ikke omvendt. I forbindelse med de personalebesparelser, som er sket de senere år, har det overvejende været støttepersonale, som er blevet sparet væk ud fra den betragtning, at jo flere kompetencer det ansatte personale har jo større grad af fleksibilitet. Dermed har Region Hovedstadens ledelse påvirket til en opadgående opgaveglidning.

4.2 Forskelle mellem offentlige og private organisationer

Rainey & Bozeman (2000) har i en oversigtsartikel gjort status over forskning gennem perioden 1975-2000 i forskelle mellem offentlige og private organisationer. Forskningen er i inddelt i tre områder: Mål, struktur og motivation. Først er kompleksiteten af målsætninger anset for at være karakteristisk for en offentlig organisation: Målene anses for at være mere uklare, vanskeligt målbare og konfliktende. Dernæst er organisationsstrukturen eller formaliseringsgraden, dvs. omfanget af regler, formelle procedurer og forbud er mere udbredt i det offentlige, specielt hvad angår personaleforhold (ansættelser og afskedigelser) og indkøb, hvor der først skal indhentes tilladelse. Der er heller ikke den samme mulighed for at belønne ansatte i det offentlige, hvis de har gjort en særlig indsats. Sidste område er motivation og jobtilfredshed, hvor de offentligt ansatte har højere grad af Public Service Motivation (PSM, se næste afsnit 4.3 om motivation), og tillægger høj indkomst mindre værdi end en privat ansat. Jobtilfredsheden synes at være sammenlignelig eller måske lidt højere i det offentlige, når spørgsmålet formuleres: "Kan du lide dit job?", men man finder lavere jobtilfredshed, hvad angår mulighed for forfremmelse, autonomi i jobbet og lønniveau (Rainey & Bozeman 2000). Der er en større grad af frustration over generelle arbejdsbetingelser i det

offentlige regi. I et survey fandt Feeney (2007), at offentlige mellemledere med høj grad af PSM og karriereønske havde en mere positiv holdning til den offentlige sektor. Hvorimod offentlige mellemledere, som rapporterede om høj forekomst af regler og bestemmelser i deres organisation, eller havde en merkantil uddannelse, var mere positivt stemt overfor den private sektor. Offentlige mellemledere, hvis seneste ansættelse havde været i den private sektor, havde en mere negativ holdning til den private sektor, sammenlignet med mellemledere, hvis forrige ansættelse også var offentlig.

Mark Moore's (2000) Public Value Management teori giver nogle klare bud på, hvorfor strategier udviklet i den private sektor ikke nødvendigvis bliver en succes, hvis man overfører dem til en offentlig organisation: For det første er det primære mål for en privat virksomhed profit til aktionærene. I en offentlig virksomhed er det primære mål derimod den sociale værdi som produceres, dvs. organisationens mission og de aktiviteter som organisationen påtager sig for at udføre denne mission (se "Vision 2020", s. 7). For det andet er der forskel på, hvorledes organisationen finansieres: For den private virksomhed afgøres indtægterne ud fra forbrugernes interesse i at købe dens produkter, i modsætning hertil kommer opbakningen til en offentlig institution fra skatteyderne gennem deres folkevalgte politikere. Det skal være en ædel sags tjeneste, der legitimerer institutionens overlevelse – en social *raison d'être*. Mark Moore (2000) har opstillet en model kaldet "Den Strategiske Trekant", den præsenterer 3 nøgleområder, som skal medtages i organisationens strategiske arbejde. De 3 nøgleområder er *værdi*, i en offentlig sammenhæng må organisationen have en appellerende mission, - *legitimitet og support* for at kunne skaffe opbakning om institutionens formål og endelig - *operationel kapacitet*, dvs. tilstrækkeligt med know-how, teknologi og kapacitet til at understøtte missionen. For et privathospital, som er underlagt markedsmekanismer, betyder det, at organisationen hurtigt skal kunne omstille sig efter forandringer i omverdenen, såsom den økonomiske krise eller nye politiske regler kan træde i kraft. Så må det private hospital enten sadle om til anden type kirurgi, eller de må afskedige personale.

For en offentlig organisation er der ikke nødvendigvis overensstemmelse mellem de 3 nøgleområder på samme vis som i en privat organisation. I "Vision 2020" (s. 7) er Rigshospitalets mission (sociale værdi) beskrevet som at "*tilbyde patienter højt specialiseret behandling på internationalt niveau*". For at kunne dette, skal Rigshospitalet sikre sig operationel kapacitet ved at "*uddanne på højt internationalt niveau*" og "*være blandt de 10*

bedste forskningshospitaler i Europa". Hertil skal Rigshospitalet have opbakning fra skatteborgerne (legitimitet og support) og derfor gerne fremstå omkostningsbevidst ved at levere *"den højeste produktivitet blandt højt specialiserede hospitaler i Europa"*. Således kommer Rigshospitalet til at have multiple, svært målbare og til tider konfliktende målsætninger. De sundhedsprofessionelle skal indfri alle disse løfter overfor patienterne som *"kompetente og engagerede medarbejdere, der samarbejder om at skabe den bedste kvalitet for patienterne"*, men deres oplevelse er, at det skal ske med stadig færre ressourcer end tidligere. For den enkelte medarbejder giver det problemer med prioritering af de mange opgaver og bliver dermed en kilde til daglig frustration.

For at skabe en klar retning for personalet, skal Rigshospitalets ledelse være ekstra opmærksom, når performancekriterier vælges ved målstyring (Andersen & Pedersen 2016), og der skal være bevidsthed om, hvad målingen ikke fokuserer på. Komplexiteten af de offentlige ydelser gør, at alt ikke kan indeholdes i en konkret måling af performance, og de "usynlige" områder skal stadig varetages med samme omhu, også selv om der ikke måles på det. De fagprofessionelles normer bliver ofte garantien for, at der ikke sker en forvriddning og forhindrer, at personalet kun lader sig dirigere af de styringsmodeller, de udsættes for. Netop da det er så vigtigt for fagprofessionelle at leve op til de faglige standarder, vil de have en stærk trang til at være loyal mod professionens normer og ikke gå på kompromis med kvaliteten, også selv om denne ikke måles. De sætter kvaliteten i patientbehandlingen og plejen over effektiviteten.

Hvorledes betragter brugerne/patienterne forskelle mellem det offentlige og private sygehusvæsen? Tragedy of the Commons (Hardin 1968) beskriver en indbygget uløselig gordisk knude ved det offentlige system. Mennesket vil være tilbøjeligt til at overforbruge offentlige ressourcer, såsom fælles engarealer, havområder, Nationalparker etc., hvis man som enkeltperson kan se sin egen fordel i det. Den negative effekt af den slitage, man påfører fællesområdet fordeles ud på hele befolkningen, hvorimod enkeltpersonen selv scorer hele gevinsten. Derfor er der en tendens til, at vi passer dårligere på offentligt eje end vores egen private ejendom. Hvis der drages en parallel til hospitalsvæsenet, vil det for den enkelte patient gælde om at opnå så meget som muligt fra det offentlige, da regningen er et fælles anliggende for alle danske skatteborgere. Som privat patient betaler man selv for sit merforbrug. Den patient, der vælger at bekoste en operation for egne midler, må tænkes at have foretaget et

aktivt valg af udbydere, formentlig efter nøje overvejelser mellem pris og kvalitet af ydelsen, derfor vil forventningerne også være afstemt.

4.3 Motivation

Motivation kan defineres som drivkraften bag målrettede handlinger (Jørgensen & Andersen 2010). I arbejdssituationen er motivationen den mængde af energi, man er villig til at lægge bag sin arbejdsindsats for at nå et givent mål. Man kan være drevet af tre forskellige former for motivation, som kan være knyttet til både indre og ydre forhold:

- Ekstrinsisk (Ydre): At gavne sig selv (incitament) eller undgå straf (sanktion)
- Intrinsisk (Indre): At nyde opgaven i sig selv
- Altruistisk: At gøre noget godt for andre eller samfundet

Ryan og Deci (2000) har beskrevet tre basale psykologiske behov som tilfredsstilles ved udøvelse af indre motivation: Autonomi, Kompetencer og Relationer. Mennesker (nogen mere end andre) har en naturlig trang til at udforske verden med en legende tilgang, det er således, vi tilegner os færdigheder og udholdenhed livet igennem. Indre motivation er glæden ved arbejdsopgaven i sig selv. Ydre Motivation betegner udførelse af en aktivitet for at nå et bestemt mål, og kan i en vis udstrækning internaliseres og integreres i individet gennem socialisering.

Tabel 1 Oversigt over Public Service Motivation dimensionerne
(efter Tabel 1 i Jørgensen & Andersen 2010)

Dimension	Hvad forstås ved dimensionen?
Public Interest	Pligt og loyalitetsbaseret motivation for at levere offentlige ydelser og derved tjene samfundet
Compassion	Følelsesmæssigt baseret motivation for at gøre det godt for andre eller samfundet
Attraction to policy making	Motivation for at forbedre de politiske beslutninger (og for at deltage i offentligheden) for at gøre det bedre for andre eller samfundet
Self Sacrifice	Vilje til at tilsidesætte sine egne behov til fordel for at hjælpe andre og/eller samfundet via levering af offentlige ydelser
User Orientation	Motivation for at hjælpe den specifikke anden via levering af offentlige ydelser

En delmængde af altruisme er Public Service Motivation (PSM), som er defineret som: Et individs trang til at gøre noget godt for andre eller samfundet (Perry & Wise 1990).

Oprindeligt blev det kun brugt møntet på offentligt ansatte, men PSM har vist sig ikke at være sektorafhængigt. Trangen til at yde en service skal dog være kollektivt rettet mod en befolkningsgruppe. PSM er opdelt i fire dimensioner (se tabel 1 ovenfor). Det har vist sig ved måling på PSM (surveys), at der er et stort overlap mellem to dimensioner: Public Interest og Self Sacrifice (Perry 1996). User Orientation er en ny dimension foreslået af Vandenaabeele (2008), og er ikke en del af den oprindelige PSM-skala, det vedrører trang til at hjælpe et enkeltindivid og ikke en kollektiv gruppe.

Tidligere studier har vist, at forskellige professioner relaterer sig til forskellige dimensioner af PSM, nogle PSM dimensioner er mere i overensstemmelse med professionens normer end andre (Andersen & Pedersen 2012). Der kan være tale om både selektions- og et socialiseringsfænomen, nemlig at et bestemt fag tiltrækker en bestemt type personer med bestemte præferencer, eller at man gennem sin uddannelse socialiseres til bestemte præferencer. Jo højere grad af professionalisme jo mindre grad af Compassion, dette skyldes formentlig, at jo mere teoretisk funderet man er i sit fag, i jo mindre grad er følelser involveret. Høj professionsgrad er associeret med mindre grad af brugerorientering (User Orientation), hvor sundhedsansatte dog har en høj grad af brugerorientering sammenlignet med andre slags fagprofessionelle, muligvis da patienter ses og behandles individuelt. Herudover steg graden af Attraction to policy making med stigende grad af uddannelsesniveau. Kjeldsen (2012) har i en kvalitativ undersøgelse set på forskelle i PSM hos sygeplejersker og SOSU-assistenters ansat i henholdsvis privat og offentlig sektor. Hun fandt, at offentligt ansatte sygeplejersker var mere optagede af forebyggelse og højnelse af den generelle befolknings sundhedstilstand, de følte sig også forpligtet til at få deres faglige viden opdateret kontinuerligt. Privat ansatte sygeplejersker var mere brugerorienterede med patientens eget valg af livsstil i fokus. De blev mere følelsesmæssigt engageret end deres offentlige kolleger, og det kunne være en årsag til deres valg af sektor, idet de her tog sig af borgere med de mindst komplekse problemstillinger. Hansen (2014) har gennem et survey set på årsager til højtuddannedes sektorskift. Han fandt, at højere løn, en fladere organisationsstruktur med større mulighed for kreativ udfoldelse (mindre bureaukrati), og

præference for brugerorientering, er grunde til at vælge ansættelse i den private sektor. De offentlige ansatte lagde større vægt på jobsikkerhed og Public Interest.

Med baggrund i denne gennemgang af teori og fund i tidligere studier er min forventning, da private hospitaler tilbyder standardindgreb på standardpatienter og de mere komplekse behandlinger og patienter findes på offentlige hospitaler, at

H1: Læger og sygeplejersker vælger den offentlige sektor primært styret af indre motivation, både hvad angår autonomi, kompetencer og relationer

H2: Læger og sygeplejersker vælger den private sektor primært styret af ydre motivationsfaktorer

Da læger har et højere professionsniveau og dermed en mere teoretisk distance til patienterne, at

H3: Læger vil indenfor PSM være styret i højere grad af dimensionerne Public Interest og Attraction to policy-making, hvor

H4: Sygeplejersker har en højere grad af Compassion og Bruger-orientering

Der kan realiseres et uudnyttet performance potentiale ved at kende de ansattes type af motivation. Med styringstiltag kan man, som hospitalsledelse, forsøge at fremme en bestemt adfærd blandt de ansatte, med ønske om en højere grad af effektivitet, dvs. opnåelse af de af ledelsen/politikerne definerede målsætninger. For at nye styringstiltag kan blive en succes, er det vigtigt, at personalet oplever deres daglige arbejde og funktioner er i overensstemmelse med organisationens mål. Hvis styringstiltaget opfattes som værende kontrollerende kan medarbejderne blive demotiverede, og man får måske endda en negativ effekt på performance. Der kan opstå et crowding-out fænomen (Frey & Jegen 2001), hvor den indre motivation og public service motivation forringes hos medarbejderne, og da ledelsen i den offentlige organisation ikke har den samme mulighed som den private sektor for at påvirke den eksterne motivation med økonomiske incitament (hvilket hos offentligt ansatte også i sig selv kan virke demotiverende), risikeres dermed en samlet dårligere performance. Det nye styringstiltag får ikke den tiltænkt effekt, måske endda den modsatte.

5. Metode

5.1 Interviewpersoner

Jeg har aldrig selv arbejdet på privathospital, men jeg har rigtig mange samarbejdspartnere og kolleger, som arbejder privat enten fuldtid eller deltids eller har gjort. Jeg har gennem årene hørt deres sporadiske historier om, hvordan det er at arbejde i privat versus offentligt regi. Denne uformelle adgang til disse interview-personer (IP) har været en unik mulighed for at indsamle datamateriale vedrørende fortællinger om forskelle og ligheder, herunder motivationsformer, mellem det offentlige og private sundhedsvæsen. Dette har været baggrunden for mit valg af forskningsdesign, hvor jeg har taget udgangspunkt i mit kollegiale netværk, hvor jeg har fundet mine IP. Jeg har valgt at lave semistrukturerede interviews med henholdsvis 2 sygeplejersker og 3 læger, der har erfaring fra både privat og offentlig sygehus ansættelse. Nogen har efter flere års tro tjeneste i det offentlige valgt at skifte til privat hospital, og andre har efter en periode igen valgt at vende tilbage til offentlig ansættelse.

Tabel 2: Interviewpersoner fordelt på profession og sektorer, og deres retning af deres seneste sektorskift

Sektor	Offentlig	Privat
Profession		
Læge	SIL/FSQ	BTL
Sygeplejerske	ICO	BIF

Mine IP er udvalgt efter følgende kriterier: De er alle enten anæstesilæger eller sygeplejersker, og deres arbejdsopgaver er sammenlignelige på tværs af sektorer, dvs. de varetager samme funktion i begge sektorer. Jeg har valgt at have både læger og sygeplejersker med i min undersøgelse for at kunne eksplorere om professionsgraden har betydning for motivationsformer og begrundelser for sektorskifte. Jeg har valgt 3 IP, som har valgt nu at være ansat i det private sundhedsvæsen, to af disse står aktuelt midt i et sektorskifte. Dernæst er der en læge og sygeplejerske, som tidligere har været ansat i flere år på privathospital, men har valgt at vende tilbage til det offentlige sygehusvæsen. Dermed opnår jeg med disse 5 IP

mulighed for at eksplorere sektor og professions indflydelse på motivationsformer og begrundelse for valg af sektor set i et fænomenologisk og narrativt perspektiv.

5.2 Undersøgelsesmetode

Jeg har valgt det semistrukturerede interview som metode i mit masterprojekt. Jeg har valgt enkeltinterviews, dels fordi jeg gerne ville have den enkelte læges og sygeplejerskes fortælling frem om forskelle og ligheder i den offentlige og private sektor, og dels for at kunne fremstille deres personlige begrundelse for deres valg af sektorskifte. Således giver det personlige interview mig mulighed for at forfølge emner, som IP selv bringer på bane, der kan være begivenheder, som IP selv tillægger stor betydning i deres motivation for et sektorskift, så der er tale om en slags livsverdensinterview, dvs. et fænomenologisk videnskabsteoretisk perspektiv. Derudover er der en række spørgsmål udvalgt ud fra motivationsteori, som giver mig mulighed for at sammenligne svarene fra de forskellige IP for at kortlægge forskelle i den enkeltes motivationstype. Spørgsmålene i denne del af interviewguiden (se bilag 1) afspejler intrinsisk opgave-motivation (autonomi, relationer og kompetencer), PSM (compassion, self-sacrifice, public interest, policy making og brugerorientering), og Ekstrinsisk motivation. Der er til dels også taget udgangspunkt i "Vision 2020" (s. 7), når det drejer sig om supplerende underspørgsmål til at hjælpe samtalen på vej.

Interviewguiden er konstrueret med forbillede i Steiner Kvale's bog, Interview (1997). Først er IP'erne kontaktet pr. mail, hvor der kort forklares, hvad emnet for projektet er, og hvorfor netop de er udvalgt. De loves anonymisering af deres udsagn i det endelige produkt og tilbydes at få materialet til gennemlæsning inden aflevering. Dermed har de tid til at overveje, om de vil deltage, fremfor hvis de var spurgt mundtligt. Ved start af selve interviewet sættes rammen ved en kort briefing, som læses op for at gøre det så formelt som muligt. IP giver samtykke til lydoptagelse af interviewet og får mulighed for at stille spørgsmål inden start. De opfordres til at give kort resume af deres ansættelse i offentligt og privat regi og i hvilken periode. Det indledende spørgsmål beder IP til at forholde sig til hvilke konkrete forskelle, de oplever, der er på at arbejde i offentligt og privat regi. Hermed fremkommer mangfoldige og righoldige svar, det er et åbent spørgsmål og IP kan spontant nævne det, der først falder dem ind, og som de finder mest væsentligt. Der følges op på de emner, der bringes i spil, dels for at

få mere fyldige historier, men også for, at jeg får sikret mig, at jeg forstår deres udsagn korrekt og får det afgrænset. Herved får IP talt sig varm, og der opstår en afslappet atmosfære, dernæst kommer en række mere styrende spørgsmål, hvor det er indre og ydre motivation-faktorerens betydning, der afklares for den enkelte i de to sektorer. Dernæst kommer et mere direkte og konfronterende spørgsmål halvvejs i interviewet: Hvad fik IP til at træffe beslutning om et sektorskift, der forsøges uddybet ved at spørge til tanker og følelser. Dernæst følger en række spørgsmål igen af mere konkret karakter, som forsøger at afdække form og grad af PSM hos IP. Til slut en afrunding fra min side med en forklaring på fokus (motivationsfaktorer) for projektet, og nævnelse af de hovedtræk, jeg har hørt og lært gennem interviewet, hvor IP også får mulighed for at komme med tilføjelser, hvis der er vigtige områder, der ikke er blevet berørt.

Jeg har optaget alle interview på en lydfil med min iPhone. Alle interviews foregik i en behagelig afslappet stemning og tog mellem 4-5 kvarter undtagen et, som tog 2 timer. Jeg havde sikret mig, vi ikke blev forstyrret undervejs, det lykkedes dog ikke helt i 3 tilfælde, men samtalen blev genoptaget uproblematisk efterfølgende. Dernæst har jeg selv transskriberet alle interviews. Jeg har undladt ikke fuldførte og ikke meningsgivende sætninger. Jeg har også udeladt meget specifikke og detaljerede patienthistorier, som ikke bidrog til at belyse den valgte problemstilling. Jeg har for en enkelt persons vedkommende, som ikke har dansk som modersmål, korrigeret omvendte ordstillinger og andre grammatiske fejl for, dels at lette forståelsen af udsagnene, dels at få udsagnene til at fremstå mere anonymiserede. I mit analyseafsnit er IP'ernes udsagn kursiverede, så de er let identificerbare fra den øvrige tekst. I parentes er angivet mine uddybende forklaringer, f.eks. fagudtryk eller når udsagnet er givet i en bestemt kontekst.

5.3 Operationalisering

Interviewguiden starter med et åbent spørgsmål, hvor det er de temaer, IP'erne selv bringer på bane, der kommer til at sætte dagsordenen for interviewets indledende del: Hvilke konkrete eksempler kan de nævne på forskelle og ligheder mellem at arbejde i offentligt og privat regi? I analysen vil jeg bruge en induktiv metode til kategorisering af de tanker og meninger mine IP giver udtryk for: Hvilke emner bringer de selv på bane? Hvad fylder meget i

deres verden lige nu? Midtvejs i interviewet stilles igen et åbent spørgsmål: Hvad motiverer/motiverede den enkelte til et sektorskifte? Hvad tænkte/følte de dengang? Jeg vil fremstille data via en narrativ meningsstrukturering (Kvale, 1997).

Analysen af de mere specifikke spørgsmål baseret på motivationsteori, vil tage udgangspunkt i samme strukturering som spørgsmålene er baseret på (deduktion). Indre Motivation efter Ryan og Deci (2000) består af Autonomi, Kompetence og Relationer. Jeg har valgt at tolke Autonomi som glæden ved selv at kunne tilrettelægge sin arbejdsdag og arbejdsopgaver, at være medbestemmende på hvorledes ens dag kommer til at forløbe. Autonomi er også at få indflydelse, at blive hørt af sin egen ledelse og derigennem at påvirke eller være med til at kunne træffe beslutninger, der vedrører ens arbejdsliv, som f.eks. hvilke utensilier man anvender, eller hvordan arbejdet på et konkret operationsafsnit organiseres. Udsagn som omhandler IP fornemmelse af kontrol (eller mangel på samme) over betydende faktorer i deres arbejdsliv er blevet kategoriseret under emnet Autonomi. Kompetence forstår jeg som individets grad af beherskelse af faglige færdigheder. Udsagn som afspejler IP's egen selvopfattelse og andres opfattelse (ledelse, kolleger og patienter) af, hvorledes de udøver deres erhverv kategoriseres under Kompetencer. Kategorien Relationer dækker over IP's eget behov for både fagligt og socialt netværk. Derudover er Ydre motivation også en kategori i analysen, hvilke former for belønning/straf motiverer den enkelte i det daglige arbejde. Herunder regnes udsagn som omhandler forskellige former for personalegoder og andre mere individuelle former for materiel anerkendelse fra ledelsens side, sikkerhed i ansættelsen, og sanktioner af forskellig art.

Tabel 3: Indre og Ydre Motivation – Eksempler på udsagn

Autonomi	<i>.....jeg har meget mere indflydelse på, hvordan jeg gør, end nogensinde tidligere i mit liv.</i> BTL s. 6, l. 25
Kompetencer	<i>... så prøvede vi at opdyrke det og udvikle det og hele tiden: hvordan kan vi gøre det bedre?</i> FSQ s. 8, l. 24
Relationer	<i>Altså bare sådan en ting, at vi har en strikkeklub i afdelingen for alle, det er utroligt vigtigt. Det er næsten mere vigtigt end de der fester, der er.</i> BIF s. 7, l. 17
Ydre Motivation	<i>... i forhold til Rigshospitalet, hvor vi er højt uddannet, men får en ret lav løn i forhold til det ansvar, vi har.</i> ICO s. 7, l. 17

Public Service Motivation (PSM), hvor der er tale om identifikation med udsatte grupper, er opdelt i fire domæner: Commitment to Public Interest, Attraction to Policy Making, Self Sacrifice og Compassion. I min analyse har jeg valgt at slå Public Interest og Self-sacrifice sammen til en kategori, da der i litteraturen er belæg for, at de to domæner er delvist overlappende (Perry 1996). Herudover er medtaget Brugerorientering, hvor der er identifikation med enkeltindivider, det er en prosocial motivationsform, som ikke indgår i PSM-skalaen (Vandenabeele 2008). Public Interest omhandler de udsagn, hvor IP taler om, hvad der er i samfundets interesse eller hvad, der tjener patientpopulationen som helhed bedst. Self Sacrifice er de udsagn, hvor IP taler om at sætte egne behov til side for først og fremmest at tjene patienternes ve og vel. Attraction to policy making omhandler udsagn, hvor IP taler om egen interesse (eller mangel på samme) for at være medstemmende på de politiske beslutninger, der træffes på sundhedsområdet, for at sikre flest mulig adgang til goder. Compassion omhandler de udsagn, hvor IP giver udtryk for medfølelse eller for at sætte sig i patientgruppens sted, der er tale om en følelsesmæssig tilknytning. Brugerorientering er udsagn, der omhandler IP's lyst, trang eller behov for at efterkomme brugerens/patientens individuelle ønsker.

Tabel 4: Public Service Motivation – Eksempler på udsagn

Public Interest + Self Sacrifice	<i>Det er lidt et kald at være læge.</i> <i>FSQ s. 14, l. 33</i>
Attraction to Policy Making	<i>Det er jo et kvindefag, og vi har aldrig været særlig gode til at holde fast i vores faglighed, og vi skal have en ordentlig løn og ordentlige vilkår.</i> <i>ICO s. 10, l.26</i>
Compassion	<i>...det betyder en del, at kulturen i vores afdelinger er en, hvor man har respekt for de patienter, vi har med at gøre.</i> <i>BTL s. 10, l. 33</i>
Brugerorientering	<i>Men det er fokus på patienten, og hvordan kan du gøre det bedre, og så lidt mere smidigt, for det er også individuelle behov, der skal styre det.</i> <i>FSQ s. 9, l. 4</i>

5.4 Analyse

De enkelte underspørgsmål i problemformulering besvares hver for sig som delanalyser, hvor jeg gør brug af en generel meningskondensering baseret på IP'ernes udsagn. Første og tredje delanalyse ser på tværs af profession og sektor. Anden delanalyse kategoriserer udsagn på profession og sektor fordelt på 3 dimensioner af PSM og brugerorientering.

5.5 Forskning i egen organisation

Min rolle som interviewer er ikke neutral, fordi alle mine IP'er er fra mit eget faglige netværk. Det er mennesker, jeg kender godt i forvejen fra mit arbejdsliv, dog kommer jeg ikke sammen med nogen af dem privat. Alle lægerne har tidligere i min karriere været mine mentorer og har superviseret min under min uddannelse til speciallæge, og for en persons vedkommende også senere, da jeg har subspecialiseret mig. Sygeplejerskerne har jeg arbejdet sammen med i det daglige arbejde. Denne form for bekendtskab kan virke begge veje: Der er mulighed for, at IP'erne føler, jeg er for tæt på begivenhederne og derfor vil holde noget tilbage, da de frygter jeg ikke vil kunne garantere dem fuld anonymitet, og der er en risiko for, at de vil moderere deres udsagn, fordi vi fortsat vil være kolleger, om end ikke i samme organisation. De kommer måske også til at sige noget ufordelagtigt om andre kolleger eller ledere, som de kan være usikre på, hvordan jeg vil opfatte. Med andre ord, de kan have en bekymring om, hvordan det, de siger, vil blive opfattet, og hvad jeg vil tænke om dem. Måske de ikke har lyst til, at jeg kommer så tæt ind på livet af dem. Dermed kan det være, de holder igen på åbenheden. Måske jeg også selv holder igen med spørgsmål, fordi jeg selv kan være forlegen ved for stor intimitet, som jeg ved kan gå over grænsen hos min IP. Der er også den modsatte mulighed til stede, at netop fordi jeg er en person, IP'erne kender i forvejen, er de allerede trygge og fortrolige med mig. De ved, jeg er inde i deres kontekst, og behøver ikke komme med så mange forklaringer på deres udsagn. Jeg ved selv, hvor jeg skal bore lidt dybere for at komme til sagens kerne, fordi jeg er mere opmærksom på potentielle undvigemanøvrer, når der er noget, IP'erne er lidt betænkelig på at få sagt. Jeg har også nemmere ved at gennemskue, om der generaliseres unuanceret, eller om et udsagn/synspunkt er "bullet-proof".

Mit emnevalg har distanceret mig mere fra min egen organisation end oprindeligt planlagt, hvor jeg havde andre mere interne projekter på tegnebrættet. Nu er emnet blevet mere generelt: offentlig ansættelse versus privat ansættelse. Dog har alle IP'erne været ansat på Rigshospitalet på et tidspunkt i deres karriere, det er derfra, jeg kender dem. Men når de taler om deres ansættelse i det offentlige, kan de også trække på deres erhvervs erfaring fra andre offentlige hospitaler. Det har gjort, at jeg er rimelig upartisk i forhold til de historier, der fortælles, jeg ved jo ikke, hvordan det foregår på et privat hospital, jeg har aldrig arbejdet der. Jeg har dog i forvejen selvfølgelig forskellige personlige indtryk af de enkelte IP'ere, der er

derfor en fare for, at min holdning til deres udsagn kan være farvet af, hvilke personlige egenskaber, jeg tillægger den enkelte IP.

Mine egne forforståelser omkring privat sygehusdrift (som typisk offentlig sundhedsansat) er således, at jeg mener, de private hospitaler i stort omfang høster lavthængende frugter ved, dels selv at være herre over hvilke operative indgreb, de udbyder, dermed kan fås fordele ved standardiserede profitable indgreb. Dels ved også at selektere hvilke patienter, man vælger at behandle, derved fravælges patienterne med de mest komplicerende lidelser. Det er i fuld overensstemmelse med specialeplanen, uretfærdigheden opstår først, når man sammenlignes på tværs af sektorer med f.eks. patienttilfredshed og omkostninger, idet det offentlige skal kunne behandle alle typer af patienter for alle typer af lidelser. Herudover har det offentlige ekstra opgaver i form af uddannelse af fremtidigt personale (også til privatsygehuse), forskning og udvikling, dvs. være i stand til at levere seneste nye diagnostik og behandling.

5.6 Kvalitetskriterier

Generaliserbarheden af mit projekt er begrænset. Dels har jeg valgt IP, som alle har været ansat på Rigshospitalet, som vil være deres overvejende reference for et offentligt hospital, Rigshospitalet adskiller sig fra mange andre offentlige hospitaler, da det har fokus på højt specialiseret behandling. Personale med referenceramme fra et mere almindeligt provinshospital kunne have sagt noget andet. Dels har jeg valgt kun at interviewe anæstesipersonale, derfor vil holdninger og meninger afspejle en bestemt personalegruppe, som selvfølgelig kun repræsenterer et perspektiv blandt mange, når talen er om forskelle på at arbejde på offentligt eller privat hospital. Validitet er spørgsmålet om "vi måler det, vi siger, vi måler" (Justesen & Mik-Meyer 2010) og falder bl.a. tilbage på, om der er sammenhæng mellem mine forskningsspørgsmål og interviewguide. Den sidste fjerdedel af min spørgeguide omhandler PSM. Både jeg og mine IP har været lidt trætte på dette tidspunkt, og begge parter har måske haft et ønske om efterhånden at få interviewet til en afslutning. Derfor har jeg ikke fået stillet nok uddybende spørgsmål, og jeg synes efterfølgende, set i bakspejlet, at det er det område, jeg har fået dårligst belyst. Reliabiliteten af undersøgelsen kan der også sættes spørgsmål ved, måske ville en anden interviewer og andre IP få andre emner på bane.

6. Analyse

I analysen tager jeg udgangspunkt i de spørgsmål, der er stillet i problemformuleringen (se side 5), hvert enkelt underspørgsmål vil blive besvaret afsnitsvis ud fra empiri her i analyseafsnittet, og endelig samler jeg trådene til slut i konklusionen.

6.1 Hvordan opfatter læger og sygeplejersker, med erhvervserfaring fra både offentligt og privat hospital, forskelle og ligheder imellem de to sektorer?

De historier, der fortælles om den private sektor, synes at være afhængig af, i hvilken periode den interviewede var ansat privat. Der tegner sig en gylden periode for privatsektoren, som starter i takt med det økonomiske opsving i 00'erne. I 2008 indtræffer den økonomiske krise, og efter lidt latenstid mærkes det i den private sundhedssektor. Det ses af følgende udsagn:

BIF s. 12, l. 13 "Jo, for det gik rigtig godt, inden jeg kom, da fik man weekendophold og fik julegavekasser, og der var store fester, og så gik det jo langsomt ned af bakke. Og folk blev hen ad vejen også fyret, der var flere af mine kolleger, der blev fyret."

FSQ s. 13, l. 23 "..... først fik vi lidt højere løn, så blev vi sat ned, folk tror vi tjente så meget, det er ikke rigtigt."

Det betyder, at nogle af udsagnene om privathospitaler fra mine IP'er kan være i modstrid med hinanden, simpelthen fordi de relaterer sig til forskellige kronologiske perioder, hvor der har været forskellige diskurser på spil, det gælder på sin vis også offentlige hospitaler, som har fået ændret dagsordenen henover tid, her er bare mere inerti.

Der bringes en række forskellige overordnede temaer i spil af mine IP på egen hånd. Dels når jeg stiller mit åbne indledende spørgsmål omkring konkrete forskelle på at arbejde i privat og offentligt regi, og det åbne spørgsmål til den enkeltes bevæggrunde til at foretage sektorskifte. Dels også undervejs i besvarelsen af de øvrige mere lukkede spørgsmål skabt ud fra motivationsteori. Udsagnene har jeg samlet i 5 emnegrupper (se tabel 5), alle IP'er har næsten et udsagn til hvert emne. Disse 5 temaer vil jeg dykke ned i og give forskellige vinkler på, set fra de respektive IP'ers perspektiver.

Tabel 5: Forskelle og ligheder mellem at arbejde på privat og offentligt hospital: Generelle temaer, der optager de sundhedsprofessionelle, antal udsagn

Interviewperson	BTL	FSQ	SIL	BIF	ICO
Arbejde i teams og faggrænser					
Privat	2	10	5	2	1
Offentlig	6	2	5	1	3
Personalets kompetencer og mentalitet					
Privat	4	6	1	6	2
Offentlig	2	13	0	0	3
Patienterne					
Privat	4	4	3	0	3
Offentlig	3	3	2	1	1
Uddannelse, forskning og udvikling					
Privat	4	3	1	3	1
Offentlig	3	2	3	1	4
Organisation og ledelse					
Privat	3	14	3	1	7
Offentlig	4	17	9	0	9

6.1a Arbejde i teams og faggrænser

BTL formulerer det således om at arbejde på et privat hospital:

BTL s. 1, l. 7 "Man har en fornemmelse af, man arbejder sammen med at få tingene til at glide, en meget positiv holdning i forhold til at få det til at fungere, man hjælper hinanden, man føler at tingene står ikke i stampe, fordi der er noget, som nogen andre bør gøre, så gør man det selv, f.eks. at hente patienter, f.eks. løbe efter en eller anden ting. Det føles rigtig godt. Man føler man er effektiv, og det er en rigtig god fornemmelse."

Jeg hører, alle IP fortælle om en utrolig stor glæde ved den daglige afvikling af operationerne, teamsamarbejdet er af høj kvalitet, og der er en høj grad af indre motivation. Personalet beskrives som kompetent og på højt fagligt niveau i udførelsen af deres respektive opgaver, der fortælles om en høj grad af fleksibilitet og fælles løft af opgaver mellem faggrupperne.

ICO s. 5, l. 32 *"Faggrænserne er også rigtig meget brudt ned på et privathospital, det er typisk operationssygeplejerskerne, der gør rent inde på operationsstuen, mens vi kører patienten på opvågningen. Så på den måde er der ikke de der rigide faggrænser. De opgaver, der skal laves, dem laver vi alle sammen. Og hvis den ene ikke når det, så når den anden det."*

FSQ s. 6, l. 23 *"Man havde ingen portør, det sagde sig selv, det var også meget bedre, der var meget bedre flow, men mange arbejdsgange bliver bare meget nemmere uden dem, man får meget bedre forståelse af, hvordan operationsgangen kører, for de er optaget af mange andre ting."*

Det oplyses, at færre faggrupper er ansat, sammenlignet med det offentlige, f.eks. figurerer portører og personale til rengøring af stuerne mellem operationer slet ikke.

SIL s. 12, l. 18 *"...ude i det private, er alle indstillet på, at det her skal bare køre, og kirurgen er i den grad indpisker, fordi han er typisk på akkord, jo flere han kan operere på kortere tid, jo flere penge tjener han, og jo før kommer han hjem. Så han er i den grad motiveret for at få at tingene skal glide...."*

FSQ s. 7, l. 11 *"Kirurgen var fokuseret på operationsgangen, og de her operationspatienter og ikke noget stuegang"*

Her fortælles om et fælles klart mål for alle parter i operationsteamet, alle trækker i den samme retning, kirurgen beskrives som en integreret del af teamet og synes at prioritere operationerne fremfor andre arbejdsopgaver, anvendelse af ydre motivationsfaktorer er nævnt.

I modsætning hertil, fortælles på følgende måde om at arbejde på et offentligt hospital:

BTL s. 1, l. 25 *"Det er også holdning, holdning hos dem man arbejder sammen med, i forhold til, og det lyder jo meget negativt, men jeg er jo i det offentlige nu, så jeg er jo en del af det, men den der med....hmm så er der nogen andre der gør det, altså hvis ikke vi når det her, så er der nogen andre, der gør det i vagten, altså"*

Det fortælles, at der blandt et offentligt operationsteams medlemmer ikke eksisterer samme oplevelse af at arbejde mod et klart fælles mål, nemlig at få operationsprogrammet afviklet effektivt og professionelt. Teamets enkeltpersoner synes at have forskellige prioriteringer, noget personale påstås at spekulere i at udskyde opgaverne til senere. SIL siger:

SIL s. 12, l. 17 *"Problemet er, at det er ikke alle, der ligesom arbejder på den samme opgave, men herinde har kirurgerne fået det trukket ned over hovedet, og er på ingen måde motiverede."*

SIL s.12, l. 28 *"Et eller andet sted er det da også guddommeligt, at kirurgerne møder et kvarter efter anæstesilægerne, der er da et eller andet, der ikke stemmer der, hvis man skal lave et team og få det hele til at køre, så må man da starte samtidigt."*

Man kan udlægge udsagnene således at, der arbejdes mere effektivt på et privathospital, fordi der er tale om en mindre organisation med færre ansatte, og man derfor ikke kan opbygge samme form for faghierarki. Det vil gøre det mere transparent, hvem der er nødt til at gøre hvad, for at hele holdet kan komme videre. Dertil kunne de ansatte være en nøje selekteret gruppe af specielt effektive og dygtige medarbejdere. Måske en højere løn (SIL s. 12, l. 18) også kompenserer for, at der er lidt flere arbejdsopgaver. I det offentlige kan man tænke sig, at der arbejdes efter mange forskellige dagsordener, der er flere mål at styre efter og de forskellige medarbejdere prioriterer tilsyneladende forskelligt. (SIL s. 12, l. 28). Kirurgen, som er organiseret i en anden enhed på et offentligt sygehus, opfattes ikke som en integreret del af operationsteamet, og synes at have en anden målsætning. Alle IP taler om den store tilfredsstillelse i følelsen af at være effektive, det er udførelsen af arbejdet i sig selv, der giver arbejdsglæde og er drivkraft. Jeg vælger derfor at tro, at hvis mine IP og andre medarbejdere havde haft samme fornemmelse af at arbejde mod et fælles mål i det offentlige, ville de arbejde ligeså målrettet, som det sker på privat hospital.

6.1b Personalets kompetencer og mentalitet

Historierne fra det private hospital handler om et homogen gruppe af ansvarsfuldt kompetent færdiguddannet personale, der er specielt rekrutteret:

BTL s. 3, l. 25 "Der er jo alderen, folk er sådan mellem 40 og 60, i deres bedste alder, de er færdiguddannede, har en ekspertise."

BIF s. 2, l. 13 "Det er jo personale fra det offentlige og kirurgerne er jo også overlæger, der kommer fra det offentlige, og som har været i det offentlige i mange år."

FSQ s. 1, l. 7 "Og sygeplejerskerne var meget kompetente, de var alle sammen tidligere ansatte på de offentlige sygehuse, men det var virkelig den der følelse af, at de har ansvar for den patient."

Samtidig med, at personalet har faglige kompetencer helt i top, fortælles der også om en anden mere professionel, serviceminded indstilling til jobbet på et privat hospital:

BIF s. 1, l. 5 "Når man kommer i det private, så forventes der meget stort engagement i hele virksomheden, der forventes et stort smil fra morgenstunden af, fordi det er en privat virksomhed, og man skal profilere sig udadtil for patienterne."

ICO s. 3, l. 29 "Jeg tror, at man skal ligesom passe ind i det private, man skal ligesom ville den der gode sygepleje. Og det vil alle sygeplejersker, men man skal ville yde det der lidt ekstra. Fordi at det er det, der bærer en klinik, at vi passer patienterne ekstra godt. Patienterne de kommer på en privatklinik, fordi de også forventer lidt ekstra, og det skal man kunne honorere. Det kan de fleste også, men jeg tror også, det er fordi, vi har nogle andre opgaver på et privat hospital end på et offentligt sygehus..."

ICO fortæller, at opgaverne er tungere på et offentligt hospital, fordi patienterne er mere præget af sygdom og har brug for mere hjælp og pleje. Flere IP (SIL s. 2, l. 28, ICO s. 2, l. 28 og FSQ s. 16, l. 2) beretter om strenge krav til dokumentation i det offentlige, der gør, at personalet bruger stadig mere tid på at registrere deres ydelser. På et privat hospital fortælles om mere selvhjulpne patienter og et personale, som udstråler et overskud og servicemindedhed. De ansatte beskrives som værende på højeste kompetenceniveau efter mange års erfaring på offentlige hospitaler og mere sikre i udførelsen af deres gøremål. Samme positive indstilling hos personalet til arbejdsopgaverne, genfinder FSQ ikke på samme måde i offentligt regi:

FSQ s.2, l. 12 "Ansvarsfølelse for hver eneste patientforløb, det savnede jeg virkelig på Riget."

FSQ s. 2, l. 24 "Så er der (på offentligt sygehus) så mange personer involveret i et enkelt forløb, og de her skiftende vagter, hvor sygeplejersken har glemt, eller har ikke skrevet det ned, hvor kommunikationen går tabt. ... hvis man skulle sammenligne også med de simple ting, nogen gange, det er det samme, det er sådan en eller anden ligegyldighed eller jeg ved ikke, det der – jeg kan ikke kalde det offentlig attitude, for det lyder sådan lidt arrogant, men sådan noget: Nåh ja, så gør de andre det, eller så kommer vagtholdet."

FSQ beskriver, at der i det offentlige hersker en større ligegyldighed eller en mindre grad af stilen mod perfektionisme i at få koordineringen omkring patienten til at fungere fejlfrit. FSQ erkender samtidig, at det er en svær opgave med så sammensatte patientforløb på tværs af klinikker og hospitaler, og personalets skiftende vagter forringer kommunikationen.

En fortolkningsmulighed er, at der i det offentlige eksisterer en kultur, hvor man har distanceret sig fra patienten og ikke indlever sig i dennes situation i særlig grad. Kravet om døgnbemanding og de store personalegrupper (efter mange års sammenlægninger af mindre enheder i effektiviseringsøjemed) gør, at den "skyldige" ikke nødvendigvis selv er den, der

konfronteres med "offeret" for et strandet patientforløb. Der kan være tale om en crowding-out effekt, selv når personalet har en reel mulighed for at få det hele til at falde i hak, nemlig ved mindre komplekse sygdomsforløb, har denne attitude af ligegyldighed også spredt sig. Det virker som om personalet har resigneret, de har en negativ forventning til frugten af deres anstrengelser. En anden fortolkning kunne være, at de mest servicemindede sundhedsprofessionelle vælger at søge ansættelse på privat hospital, måske pga. mere enkle og kontrollerbare patientforløb, hvor chancen for at gøre en virkelig forskel er større. Det kan være langt vanskeligere at få den gennemslagskraft som individuel medarbejder i offentligt regi, hvor man kun udfører en lille del af opgaven i et komplekst patientforløb.

6.1c Patienterne

Der berettes også om en forskel på de patienter, man møder på privat og offentligt hospital, først og fremmest beskrives deres somatiske problematik mere enkel:

BTL s. 2, l. 30 "Altså, der er jo nogen af dem, man ser på et privathospital, der siger man jo, dem kan vi ikke behandle her, fordi de fejler for meget eller noget andet."

ICO s. 1, l. 9 "... en stor del af patienterne behøver jo ikke kirurgi (på privat hospital). Så de er jo tit ASA I (raske) patienter, og de er jo heller ikke tunge medicinske patienter, vi bedøver derinde. Både fordi det jo sikkert ikke er rentabelt, men det er jo fordi, man heller ikke har ressourcer til det bagefter, til den postoperative observation."

Så det lader til, at man som privat hospital har mulighed for at høste lavt-hængende frugter ved at vælge kun at behandle patienter uden konkurrerende lidelser. Samtidig fortælles, at patienterne er langt mere positive overfor den behandling, de får i det private, dels som et resultat af personalets større service-mindedhed og kompetence, dels fordi der er gjort mere ud af fysiske forhold og rengøring, som giver et godt førstehåndsindtryk. BTL siger:

BTL s. 2, l. 9 "Så har man tilfredse patienter, meget tilfredse patienter (på privat hospital), det har man fordi, noget af det det er faktisk uretfærdigt, det har man jo fordi, det er flot, man bliver taget imod som kunde, man bliver mødt af serviceminded personale på en anden måde, end patienter bliver mødt af i det offentlige. Det vil sige, man får en hel del positiv respons med hjem, fordi der er rent f.eks., altså stort set dagligt, mens jeg var der, så sagde patienterne: Ej, vi har lagt mærke til, at der er så rent her. Og det er jo sådan noget man tænker, hvad betyder det, men det betyder noget for, hvordan patienterne synes det hele det fungerer, så

det kan patienterne forholde sig til, så deres forventninger, de var også større. De følte sig godt behandlet, det var meget få, der ikke følte sig godt behandlet.”

BTL s. 2, l. 30 “Der er jo mange patienter, der føler behandlet dårligt i det offentlige, selvom det jo ikke er retfærdigt altid, fordi de bliver jo behandlet godt i det offentlige også, men den oplevede behandling.....”

Patienterne synes at have en mere positiv forventning til et privat hospital, muligvis fordi de, efter research, selv aktivt har valgt, at ville behandles lige netop af den bedste aktør på markedet i deres øjne. Patienterne vil så kun kunne bebrejde sig selv, hvis oplevelsen af privat hospitalet ikke lever op til forventningerne. Alt efter hvad man fejler, er der ikke nødvendigvis så mange valgmuligheder indenfor offentlige hospitaler, trods det frie sygehusvalg.

SIL kan fortælle om offentlige patienter, som værende mere krævende:

SIL s. 1, l. 24 “Vores daværende klinik bød ind (på en licitation) og vandt noget, og der var så et mix af offentlige og private patienter. Og de eneste, man havde problemer med, det var de offentlige patienter, som krævede ind, for nu var de endelig kommet ud i en privat virksomhed. Så skulle de sandelig også have det meget bedre, det var meget underligt. Ligesådan var man nødt til at flytte en skål med chokolade, som stod ude i venteværelset fordi det ved flere lejligheder var observeret, at en offentlig patient hældte hele indholdet ned i en taske.”

Hvorfor optræder et sådant fænomen? Hvorfor kan man ikke have en chokoladeskål stående til fri afbenyttelse til alles fælles bedste? Her kan drages en parallel til ”The Tragedy of the Commons” (Hardin G, 1968), som beskriver, hvorledes de offentlige goder, som er fælleseje for borgerne, vogtes med mindre omhu, end hvis den enkelte selv varetog sin andel. Det gælder om at udnytte offentlige goder mest muligt, ellers gør din næste det, der opstår en krævementalitet.

6.1d Uddannelse, forskning og udvikling

Det private sundhedssystem bidrager ikke til uddannelsen af sundhedsprofessionelle:

BIF s. 1, l. 8 “Der er ikke lægekursister (i det private), der er ikke sygeplejekursister, der er udelukkende erfarent personale, hvilket gør, at man har mere et overskud på et socialt plan og også til patienterne, fordi man er hele tiden tryk ved at den anden kan også det, de står og laver, man er ikke i oplæringssituationer, hvor man ligesom skal overvåge, at tingene foregår på den korrekte måde.”

BTL s. 2, l. 3 "Så har man ikke den uddannelsesforpligtelse (i det private), det gør også, at man ikke bliver stoppet af noget, der tager længere tid, fordi der faktisk er nogen, der skal lære det her!"

ICO s. 11, l. 33 "En af ulemperne i det offentlige system, som man kan lidt krølle tæer over, det er, at der er nogen, der skal øve sig på patienterne, og det kan ikke rigtig lade sig gøre uden Man skal jo lære det et eller andet sted. Så du kan jo sige, at det offentlige bidrager jo til at sluse nogle erfarne folk ud i det private (pause)."

Mine IP fortæller om et klart fokus på kerneydelsen på privat hospital, hvorimod uddannelse af yngre kolleger i det offentlige beskrives som værende ensbetydende med et større tidsforbrug, muligvis dårligere kvalitet, og ekstra personaleressourcer til supervision og kontrol. De mener, det er en forhindring for effektiviteten, når der sideløbende med produktionen, skal foregå uddannelse. Det opfattes som energikrævende for de erfarne, også at skulle være garant for, at yngre kollegers ydelser er i orden. De finder, det er en væsentlig ekstra opgave, som det offentlige udfører til glæde for både offentlig og privat sygehusdrift. Til gengæld har de ansatte i det private sundhedsvæsen ikke det indtryk, at deres egen faglige videreudvikling prioriteres. BTL siger:

BTL s. 3, l. 12 "..... der kan man have fornemmelsen af, at man kan bruges med det, man så har lært i det offentlige, og så kan man have sådan lidt den der "brug og smid væk", når man er brugt, så kan man plukke af nogle nye fra det offentlige, der er "up to date", sådan kan man i hvert fald godt tænke, at de må tænke, ledelsen på et privat hospital, fordi de i hvert fald ikke investerer i, at folk de kan det, de skal eller udvikler sig."

Mulighederne for fagligt at dygtiggøre sig opfattes som langt større i det offentlige. Årsagerne kan være flere, dels at der er opbygget en tradition omkring uddannelse/oplæring og dels, at der er større faglige udfordringer, idet patienterne er mere syge og får lavet mere komplekse indgreb. Mine IP føler, at man giver køb på sin faglige udvikling og ambitioner, hvis man sadler om til et privat hospital (se også senere under 6.2b Indre Motivation: Kompetencer).

6.1e Organisation og ledelse

De offentlige sygehuse beskrives som store organisatoriske enheder, hvor der er lang kommunikationsvej til ledelsen. Medarbejderne oplever, de har mindre indflydelse på at organisere arbejdsgangene hensigtsmæssigt. Følgende er sagt om offentligt hospital:

BTL s. 1, l. 13 *"Det var frustrationen over logistikken ikke fungerede, og der var ingen, der var villige til at se på det."*

SIL s. 2, l. 32 *"Men det er meget, meget dårligt, at man ikke har indflydelse på de ting, man vil anvende. Der er jo klart fornuft i at spare en masse penge på det. Men det er blevet for rigtigt og for tungt, som en eller anden specialfunktion i nogen bestemte situationer har man noget, man gerne vil anvende, fordi der nogle åbenlyse fordele i det. Så er det et kæmpetungt maskineri at gøre det."*

SIL s. 13, l. 17 *"Jeg tror virkelig ikke, man (øverste ledelse)gør sig klart, hvor meget tid, vi bruger på det. Dem, der burde sidde og regne på, hvordan vi bruger vores penge, de ved ikke, hvor mange penge, vi bruger på at vente (på IT-systemer). Det tror jeg ikke på."*

SIL er af den opfattelse, at den øverste ledelse på offentlige hospitaler må være uvidende om arbejdsbetingelserne for den enkelte medarbejder, herunder den dårlige kvalitet af det hjælpeudstyr, der er stillet til rådighed. En alternativ forklaring ville være, at ledelsen simpelthen var inkompetent, hvilket ville være totalt demotiverende. Følgende er derimod sagt om privat hospital:

FSQ s. 4, l. 37 *"Man var tættere på ledelsen i dagligdagen, du vidste, hvor du skulle henvende dig, hvis der var problemer, og der var kort kommunikationsvej."*

FSQ s. 1, l. 6 *"Og så er du medinddraget i mange beslutninger, som f.eks. om visioner, som vi havde som seminar med den direkte ledelse og alle overlæger var med: Skal vi lave noget anderledes? Der fik du mere medindflydelse end på Rigshospitalet, generelt var du mere med og din dagligdag, du kunne også selv planlægge."*

De private hospitaler beskrives af FSQ som meget opmærksomme på at skabe ideelle arbejdsforhold for de ansatte, det er også i ledelsens interesse, at hospitalets ressourcer anvendes optimalt, det gælder om at skabe mest mulig profit for organisationens aktionærer. Følgende udsagn omhandler BTL's reaktion på fyring af en dygtig medarbejder, der havde været igennem et længere sygdomsforløb pga. kræft, hun var netop startet i arbejde efter kemoterapi og fuld af gåpåmod, og klar til at starte på ny. Privat hospitalet valgte angiveligt at fyre hende, fordi hun var et potentielt minus på omkostningssiden, det kunne jo være, hun ville få tilbagefald og en ny længere sygdomsperiode igen:

BTL s. 8, l. 16 *"Og der havde jeg det billede af, at det her det er et sygehus, hvor vi vil have, det går godt for mennesker, det ramlede fuldstændig for mig der. For jeg tænkte, er det så koldt det her, så er det faktisk slet ikke noget, som jeg har lyst til at være en del af. For hvis man skal behandle mennesker, der er syge, så er man også nødt til at have en vis medmenneskelighed i organisationen. Jeg gik faktisk til ledelsen og sagde det, jeg var jo naiv, det var de da fløjtende ligeglade med. Jeg sagde til dem, at jeg var rystet over, at man træder på en, der ligger ned. Og jeg synes slet ikke, at man som sygehus kunne opføre sig på den måde. Men ja, på det tidspunkt var jeg naiv i forhold til hvor meget forretning, det egentlig var"*

Jeg tolker denne vrede fra BTL som en forargelse over, at det private hospital ikke hylder de samme værdier, som traditionelt har kendetegnet det offentlige. BTL har en forventning om at tage sociale hensyn, ikke bare til borgerne, men også til medarbejderne. Privathospitaler har imidlertid kun eksisteret i Danmark siden 1990, og deres overlevelse er ikke afhængig af udadtil at skabe en social værdi i samfundet, og de er dermed heller ikke forpligtet til at skabe et medmenneskeligt ansigt overfor de ansatte indadtil, det er kun bundlinjen, der tæller.

Mine IP beskriver dog et billede af, at de to sektorer efterhånden nærmer sig hinanden organisatorisk og ledelsesmæssigt. De siger:

SIL s. 2, l. 8 "Der kan være andre fordele også med det offentlige, med organisationens størrelse, og du kan bedrive forskning, ... men jeg vil sige fordelene er blevet mindre med årene, fordi tiden til de ting, som jeg siger i det offentlige, er blevet mindre. De er taget fra en efterhånden."

BTL s. 5, l. 23 "Der er også rigtig meget økonomi nu i det offentlige, og jeg synes, jeg mærker de samme ting, det er lidt de samme ting, der er gældende i det offentlige. Man skærer tingene efter, hvad der kan lade sig gøre økonomisk, og ikke længere som det har været tidligere en god behandling af patienterne. Nu skærer man en hæl og hugger en tå, for at se, hvordan kan man gøre det her mere effektivt."

Sammenfattende fortælles om en rigtig stor arbejdsglæde i den private sektor, som i høj grad beror på, at personalet har et fantastisk samarbejde på operationsstuen, faggrænserne beskrives som flydende, og det opleves som et gode. Alle, læger og sygeplejersker, deltager i rengøring og portørarbejde, som kørsel af senge og lejring af patienter. Det opfattes ligefrem som en fordel, at man er nødt til at varetage disse opgaver, som man normalt har hjælpepersonale til på et offentligt hospital, da man får arbejdet gjort umiddelbart uden ventetid. Derfor berettes om en utrolig tilfredsstillelse i at være rigtig effektive og som team at arbejde som en samlet organisme. Denne fornemmelse af arbejds-flow lader til at opveje, at ekstra opgaver udføres omkring operationen. Kirurgen betragtes som en fuldt integreret del af operationsteamet og arbejder med samme klare fælles målsætning, som resten af personalet på operationsstuen: At få afviklet operationerne så professionelt og effektivt (hurtigt) som muligt. Operationsstuen må ikke gå i stå, da det er her indtægterne genereres. Kirurgen synes bedre til at indpasse sine øvrige gøremål, såsom stuegang. Personalet på privat hospital beskrives som en homogen gruppe af sundhedsprofessionelle på toppen af deres formåen, til gengæld synes behandlinger og klientel ikke så fagligt udfordrende, der tales om mere rutineprægede ydelser. Privathospitaler opfattes som opmærksomme på at

skabe de bedst mulige rammer for, at personalet kan udføre deres arbejde, både organisatorisk og fysisk, og patienter på privat hospital beskrives som positive, der ofte giver personalet direkte ros.

Denne opblødning af faggrænser står i kontrast til forholdene på et offentligt sygehus, hvor der fortælles om håndhævelse af et større faggrænseskel, som virker hæmmende på afvikling af arbejdet. Der er formentlig flere mulige årsager, dels er der nok allerede ved ansættelse på privat hospital lavet en forventningsjustering om, at forefaldende opgaver skal klares af alle. Dels vil truslen om en afskedigelse, hvis man nægter, være meget reel, hvilket den ikke er på samme måde på et offentligt hospital. Her er personalegrupperne store og står tit sammen i fælles front. Offentlige hospitaler uddanner kommende personale til begge sundhedssektorer. Mine IP beskriver denne ekstra opgave som energikrævende, og resulterende i mindre effektivitet og muligvis dårligere ydelser. På et offentligt hospital berettes om bedre muligheder for faglig udvikling, dels da patienterne og deres behandling er af mere kompliceret karakter, dels da omfattende uddannelse af kommende kolleger skaber et generelt læringsmiljø. Personalet er generelt mindre erfarent og mindre serviceminded, og har mindre ansvarsfølelse for patientforløbene., hvor patienterne har mere negative forventninger til det offentlige hospital. Der gives udtryk for, at de fordele, der tidligere var kendetegnende for at være ansat på et offentligt hospital, nemlig kerneydelsen forstået som den bedst mulige patientbehandling uanset pris, gode vilkår for de ansatte (læger) til at bedrive forskning, faglig udvikling og uddannelse, sikkerhed i ansættelsen, alle disse fordele står for fald.

6.2 Hvad motiverer lægerne og sygeplejerskerne i deres daglige arbejde?

De vigtigste former for indre motivation er Autonomi, Kompetencer og Relationer (Ryan & Deci 2000).

6.2a Indre Motivation: Autonomi

Autonomi er dels at kunne planlægge sin egen tid på arbejdet, og dels at kunne definere eller være medbestemmende på sine arbejdsområder og organisering af disse.

Tabel 6: Udsagn om Autonomi, Indre Motivation

Sektor	Offentlig	Privat
Profession		
Læge	<p><i>Det (planlægge egen tid) har jeg jo ikke på noget tidspunkt overhovedet haft mulighed for som anæstesilæge.</i> BTL s. 6, l. 21</p> <p><i>Jeg er egentlig meget god til at indpasse mig efter det, som arbejdsopgaverne, de lyder på.</i> BTL s. 7, l. 2</p>	<p><i>Jeg føler en større medindflydelse på mit arbejde.</i> SIL s. 1, l. 6</p> <p><i>Så hvis der var noget, der var uplanlagt eller noget ekstra, så kunne jeg selv planlægge det, det var ikke sådan, at jeg blev stresset, det gled bare, for du havde selv styr på tingene, du var i kontakt med alle dem, der var involveret, det var alfa og omega.</i> FSQ s. 5, l. 23</p>
Sygeplejerske	<p><i>Man kan jo sagtens sidde på en anæstesi alene, hvis det kører uden egentlig at se meget til en læge, sådan set ikke fordi man føler sig ladt i stikken, men man kan jo sådan set godt planlægge mange ting selv.</i> BIF s. 3, l. 17</p>	<p><i>Altså på en operationsgang, så har man jo ligesom de opgaver, der skal laves. Altså patienter, der skal bedøves og vækkes. Det ligger jo ligesom meget fast, så på den måde har man ikke mulighed for at planlægge dagen. På et privathospital vil man heller ikke have mulighed for lige at bytte med en kollega.</i> ICO s. 5, l. 9</p>

Afvikling af operationer kræver imidlertid, at hele operationsteamet er til stede samtidig, så generelt kan læger og sygeplejersker ikke disponere over egen tid på arbejdspladsen.

Anæstesisygeplejerskerne føler, at arbejdssituationen er meget sammenlignelig for begge sektorer, hvorimod anæstesilægerne mener, at have en højere grad af medindflydelse på arbejdsgangene i den private sektor, og de føler sig dermed mere herre over kvaliteten af deres ydelser, hvilket opleves som et stort plus. Man kan forfølge og dygtiggøre sig indenfor specielle interesseområder (specielt læger) i begge sektorer, men man kan også antage en mere pragmatisk tilgang, hvor man indpasser sig efter arbejdsopgaverne (BTL, se tabel 6). Jeg tolker denne attitude som en tilpasningsmekanisme eller en crowding-out effekt: Det man ikke kan få indflydelse på, må man lære at leve med!

Begge faggrupper fortæller, at arbejdstiderne er forskellige i de to sektorer således, at man i det private arbejder i dagtiden på hverdage, dvs. som størstedelen af befolkningen, hvorimod man i det offentlige indgår i vagtbemandingen. Det kan være en fordel, idet man så kan ønske

vagter og fri, så det passer ind i privatlivet, men ulempen er, at man ofte er på arbejde, når alle andre har fri, såsom weekender og helligdage.

6.2b Indre Motivation: Kompetencer

Tabel 7: Udsagn om Kompetencer, Indre Motivation

Sektor	Offentlig	Privat
Profession		
Læge	<p><i>... også for mine patienters skyld, vil jeg gerne være dygtig. Jeg vil gerne være med på det nyeste, jeg vil gerne vide ting. Jeg vil gerne være en ekspert, når man kommer til mig.</i></p> <p>BTL s. 4, l. 10</p>	<p><i>Man vil gerne have den opfattelse, at andre, både patienter og kolleger, synes man er fagligt dygtig.</i> SIL s. 5, l. 8</p> <p><i>Ja, fordi jeg mener, jeg er fagligt dygtig. Det kan godt være jeg lyder arrogant, men jeg gør en stor forskel i nogle forløb. Og jeg kan mit grej, så jeg vil ikke have der er nogen, der kommer og siger, at jeg er dårlig, for det er jeg ikke. Jeg gør mit bedste, så jeg vil også anerkendes.</i> FSQ s. 9, l. 15</p>
Sygeplejerske	<p><i>At have et job med høj faglighed og det har man jo, når man er her, for der er jo dage, hvor man bedøver Danmarks dårligste patienter, ... og det giver da helt klart en selvtilfredsstillelse at kunne magte det. Og føle man har overblikket, og man har kompetencen til det ...</i></p> <p>BIF s. 10, l. 25</p>	<p><i>Det giver mig en meget stor arbejdsglæde, at jeg kan fordybe mig og blive en lille smule bedre hver gang... du kan altid forfine det lidt, og det synes jeg er sjovt. Og gøre det, som det kan blive gjort allerbedst. Der er selvfølgelig nogle opgaver, som er mere spændende end andre, men jeg tænker aldrig, den her opgave, den er for lille til mig.</i> ICO s. 6, l. 7</p>

De faglige udfordringer angives som størst for begge faggrupper i det offentlige med de mest syge patienter, hvor de mest komplicerede indgreb foretages. Det beskrives som en drivkraft for både sygeplejersker og læger at besidde et højt kompetenceniveau. Alle angiver at have opnået deres faglige ekspertise ved deres virke på offentlige hospitaler, først sent i arbejdslivet har de følt sig klar til at skifte sektor og geare ned på de faglige udfordringer, de har udlevet deres faglige ambitioner og nogle (SIL s. 8, l. 27, FSQ s.14, l. 7) angiver at have nået et mætningspunkt. Jeg tolker det således, at når personalet er i deres bedste alder og på toppen

karrieremæssigt, først på det tidspunkt er de også efterspurgt af de private arbejdsgivere. Man skal sætte sig andre mål for fortsat faglig udvikling på et privat hospital (ICO, se tabel 7), da de faglige udfordringer er mindre, skal glæden findes i de mere rutineprægede opgaver og de gode patientforløb. Lægerne fortæller om glæden ved at være den gennemgående figur, både at have planlagt anæstesi og smertebehandling før en operation, deltage i udførelsen af denne, og se resultatet i det postoperative forløb (SIL s. 9, l. 29, FSQ s. 8 l. 30). De fortæller om direkte tilbagemelding fra patienten på graden af tilfredshed.

6.2c Indre Motivation: Relationer

Tabel 8: Udsagn om Relationer, Indre Motivation

Sektor	Offentlig	Privat
Profession		
Læge	<p><i>Og det er en af de ulemper, der er på et mindre privat hospital, du er dem, du er. Det betyder rigtig meget at sparre med andre.</i></p> <p><i>BTL s. 5, l. 35</i></p>	<p><i>Det (fagligt netværk) betyder mindre og mindre efterhånden, som man bliver mere og mere rutineret. Men det betyder meget i den situation, hvor man gerne vil lære meget mere.</i></p> <p><i>SIL s. 6, l. 19</i></p>
Sygeplejerske	<p><i>Altså når man kommer tilbage hertil, når man har været i det private, så er man jo røget ned af rangstigen, fordi man har været ude af det offentlige.</i></p> <p><i>BIF s. 4, l. 15</i></p>	<p><i>Jeg synes, det er sjovt at gå til fester med lægerne også. Gå ud og feste lidt med kollegerne, når man ellers altid er herinde, at lære nogen andre sider af sine kolleger at kende. Det kommer man mere til på en privatklinik.</i></p> <p><i>ICO s. 9, l. 31</i></p>

De faglige relationer rapporteres af større betydning for lægerne end de sociale. De offentlige hospitaler er store arbejdspladser med mange ansatte på tværs af faglige specialer og faggrupper, de ansatte repræsenterer et spektrum af forskellige aldre (BTL s. 6, l. 2). Det giver en dynamik, dels holdes man til ilden af de mange spørgsmål fra yngre kolleger, dels kan man selv opsøge råd og vejledning fra andre i tvivlsspørgsmål. I den private sektor, hvor arbejdspladsen er mindre, står man som læge mere på egne ben, her skal du selv være eksperten (SIL s. 4, l. 13). Man kan selvfølgelig trække på det netværk, man opbyggede på det offentlige hospital. De relationer, sygeplejerskerne tillægger størst betydning er de sociale (se tabel 8), som for dem er en vigtig del af arbejdspladsen. Mine IP'er (BIF s. 7, l. 12) fortæller om et

bedre socialt miljø på de private arbejdspladser, det kan skyldes, at de meget homogene personalegrupper giver god grobund for at finde sammen med nogle ligesindede. Jeg tolker sygeplejerskernes mindre interesse for faglige relationer skyldes, at de i stor udstrækning søger faglig hjælp fra lægerne, som er på et højere uddannelsesniveau.

6.2d Ydre Motivation

Tabel 9: Udsagn om Ydre Motivation

Sektor	Offentlig	Privat
Profession		
Læge	<i>Større julegave, det kunne være lige meget. Der var ikke andre personalegoder, der var selvfølgelig sådan noget som kantine mad. Det er ligegyldigt, hvis der ikke er godt at være. Så er det lige meget, om der er frugtordning, eller hvad der er.</i> BTL s. 9, l. 28	<i>Dvs. at økonomien skulle gerne være så god, at jeg kan fortsætte min levestandard med at arbejde 2 eller 3 dage om ugen.</i> SIL s. 7, l. 26 <i>Jeg arbejder på deltid og tjener dobbelt så meget, 3 gange så meget.</i> FSQ s. 13, l. 1
Sygeplejerske	<i>Når man kommer tilbage til det offentlige, så går man på kompromis med mange ting, også ens løn....Så har jeg også fast ansættelse, og så har jeg da også betalt for at have min høje faglighed i kroner og øre, og det har jeg det fint med.</i> BIF s. 5, l. 9+ s.10, l. 33	<i>Det bliver på 32 timer som nu, men bare lidt bedre løn. Ikke voldsomt, men lidt bedre løn.</i> ICO s. 7, l. 15 <i>Jeg er også ligeglad med, om jeg får 4 flasker vin til jul.</i> ICO s. 8, l. 26

Muligheden for personalegoder er meget begrænset i det offentlige. Der har netop de senere år været optrævet en større sag med misbrug af forskningsmidler bl.a. på Rigshospitalet, hvilket har resulteret i nogle meget rigide regler omkring alle udgifter i forbindelse med kursusaktivitet og fejring af jubilæer m.m. Man kan for praktiske formål ikke honorere sit personale, hvis man synes, de har gjort en ekstra indsats. Derimod er tøjlerne mere frie i den private sektor, men som tidligere nævnt har lønnen og personalegoderne været afhængige af, hvor godt det gik i den private virksomhed og fluktueret over tid. For lægerne er lønnen betydeligt bedre i den private sektor (tabel 9: FSQ, SIL), og det angives som noget, der trækker. Dog udnyttes den bedre løn til at reducere arbejdstiden. Sygeplejerskerne får en lidt

bedre løn, men lader ikke til at tillægge højere løn og personalegoder stor betydning (ICO, tabel 9).

6.2e Public Service Motivation

PSM kan være en væsentlig drivkraft i det daglige arbejde: En trang til at gøre noget godt for andre, og har tidligere været specielt forbundet med offentlige ansatte i litteraturen (Andersen & Pedersen 2014). Jeg har spurgt ind til de 4 PSM-dimensioner (Perry 1996) og brugerorientering. Jeg genkender ikke et mønster beroende på, om man har valgt at være ansat i den private eller offentlige sektor, jeg vil derfor i min fremstilling kun referere til arten af profession.

Commitment to Public Interest, Self Sacrifice: Lægerne har en stærkere identitet forbundet med deres job, og siger selv spontant, at lægegerningen er at betragte som et kald, som man ikke kan sige sig fri fra i sin fritid (BTL s. 6, l. 9, tabel 4: FSQ s. 14, l. 33). Sygeplejerskernes fagforening har haft et opgør med Florence Nightingale imaget, de har kæmpet for at sygeplejefaget skulle blive en akademisk profession, som så skulle berettige et krav om højere løn og bedre vilkår. Det kan tolkes som årsagen til, at ICO lægger afstand til at sygepleje er et kald i flg. udsagn:

ICO s. 11, l. 7 "Uden jeg hedder Florence til mellemnavn, så er det jo derfor, vi er her. Jeg er selvfølgelig rigtig glad, hvis jeg kan se, at jeg har lavet en god opgave, men patienterne betyder jo meget mere. Så det, at de får en god behandling er meget vigtigere"

Attraction to policy making: Hverken læger eller sygeplejersker angiver at have været fagpolitisk aktive eller forsøgt at positionere sig til at få indflydelse på, hvorledes de offentlige ressourcer prioriteres. De har resigneret og føler ikke, de kan få indflydelse (BTL s. 10, l. 11). Sygeplejerskerne er mere optaget af deres faggruppes kamp for at opnå større anseelse (tabel 4: ICO s. 10, l. 26). Lægerne vil gerne, at deres fag høres, de mener mange beslutninger træffes på et mangelfuldt grundlag og er oprørte over et spild af ressourcer, som synes meningsløst. FSQ siger:

FSQ s. 16, l. 29 "Hver gang man har brugt millioner på at istandsætte hospitaler, så skal de lukkes kort tid efter. Hvem fodrer politikerne med de her forkerte informationer?"

Lægerne mener endda, deres ytringsfrihed er sat under pres. BTL siger:

BTL s. 10, l. 11 "Og jeg synes, det er sådan nu i hele systemet, at hvis du står frem og kritiserer, hvis der er nogle, der står frem og siger noget, det er jo typisk nogle ledende overlæger, så bliver de jo fyret, det er jo sådan, det er, det er jo helt vildt. Man har reelt ingen mulighed for at gå ud og kritisere noget, jeg synes det er meget, meget problematisk, for man har faktisk pligt til, når man er offentlig ansat, og det er der ikke ret mange, der ved, fordi det er vores allesammens offentlige penge, og hvis man ser penge, der ikke bliver hensigtsmæssigt brugt, så har man faktisk pligt til at sige: Her er der penge, der bare bliver hældt ud, sådan som det foregår."

Compassion: Lægerne er optagede af at levere en god faglig behandling til patienten, at man behandler patienter med respekt for individet, og at patienten ikke bliver et objekt for ens egen faglige udfoldelse (FSQ s. 11, l. 2, BTL s. 10, l. 33). Det er vigtigt for dem, gennem udøvelse af faglig forsvarlighed, at patienterne føler sig sikre og trygge i deres hænder (SIL s. 5, l. 8, FSQ s. 11, l. 4). Sygeplejerskerne er mere optagede at pejle sig ind på, hvor patienter befinder sig emotionelt og møde patienten der for at skabe tryghed. BIF siger:

BIF s. 8, l. 12 "Det er et stort behov at kunne pejle sig ind på dem og finde ud af, de er så nervøse, fordi de måske i dagligdagen besidder et job med stor kontrol, og derfor er det mange gange dem, der er vildt nervøse, fordi de skal slippe kontrollen og lade sig bedøve, tale dem til ro, at de får en god oplevelse"

Brugerorientering: Sygeplejerskerne er meget uforbeholdne i deres tilsagn om at efterkomme patientønsker (ICO s. 10, l. 4). Lægerne er i en hvis udstrækning villige til at efterkomme patienternes ønske, så vidt det er i overensstemmelse med, hvad de opfatter som fagligt forsvarligt (SIL s. 9, l. 11). De kan indtage en mere paternalistisk holdning, idet de forbeholder sig retten til at afvise ønsker, hvis de finder, det ikke tjener patientens eget bedste, som BTL illustrerer det:

BTL s. 11, l. 6 "...så er der nogen, der har misbrugspolitik, og der kan jeg ikke opfylde alle deres ønsker, og der bliver jeg nødt til at sætte mig som bedrevidende, fordi deres umiddelbare behov, er ikke det, der er det bedste for dem."

Sammenfattende om Indre Motivation kan siges, at det i høj grad er de faglige udfordringer i det offentlige, der er motiverende i det daglige arbejde. Der opleves for sygeplejersker kun få muligheder for at få indflydelse på mødetider og tilrettelæggelsen af arbejdet, lægerne fortæller derimod, at være langt mere medbestemmende i tilrettelæggelsen af arbejdet på et privat hospital, og føler sig derfor i stand til at levere en bedre ydelse: SIL (s. 9, l. 28) og FSQ (s. 8,

1.30) siger, de er en mere gennemgående figur i patientforløbene i en mindre organisation, det er en stor tilfredsstillelse. Både læger og sygeplejersker beretter, at arbejdsopgaverne er mere rutineprægede, så man giver køb på kompetencerne. Aflønningen er bedre på privathospital, især for læger, denne løn udmøntes til dels i nedsat tid. Der fortælleres om flere personalegoder alt efter de økonomiske tider. Der er stort set ingen midler til personalegoder som tak for en god indsats.

Min fortolkning bliver, at det er Brugerorientering og Compassion, der står stærkest for sygeplejerskernes vedkommende, da de indlever sig mere følelsesmæssigt i patientens situation. For lægerne er det Commitment to Public Interest/Self-sacrifice, da de i højere grad opfatter lægegerningen som et kald og kan samtidig indtage en mere paternalistisk holdning. Lægerne ønsker at få indflydelse på fordeling af ressourcer (Attraction to policy-making) på deres fagområde af politikerne, men føler ikke de bliver hørt/vil høres på af sygehusledelsen eller politikerne (BTL s. 10, l. 11, SIL s. 13, l. 17, FSQ s. 16, l. 29).

6.3 Skyldes valget om et sektorskift (begge veje), at der sker en ændring i lægernes og sygeplejerskernes motivationsform?

De enkelte IP'er har hver især individuelt en diskurs og temaer, de forfølger og er centreret omkring i hele interviewet, og som for den enkelte bliver den røde tråd, de vender tilbage til.

BIF taler meget om, hvor godt det fungerede socialt at være ansat på privat hospital, hvor hyggeligt og selskabeligt det var. Da hun vendte tilbage til det offentlige system, skulle hun bevise sit værd fagligt, og det tog tid at blive accepteret af de nye kolleger:

BIF s. 7, l. 12for det var svært at komme tilbage. Lige så meget socialt, mere socialt end fagligt, når jeg tænker tilbage nu. Ikke at jeg gik hjem og var ked af det, jeg savnede bare den der rigtig gode samhørighed, man havde haft derude, hvor vi bare havde det sjovt og kendte hinanden og var rigtig gode veninder...

BTL taler om et fokus på økonomi i den private sektor, som overtrumpede andre hensyn, og hun var uenig i, og hvorledes der ikke blev investeret i faglig videreuddannelse i den periode, hun var ansat:

BTL s. 5, l. 17 "Der er ikke andet end penge, der afgør, hvad der er rigtigt her, det er det, der er absolut slutfacit, det er det, der afgør, hvad vi ender ud med."

FSQ er optaget af dårlige organisatoriske rammer og koordinering af komplicerede patientforløb, som en kilde til frustration i det offentlige, som forhindrer gode patientforløb:

FSQ s. 1, l. 27 "....der var ikke kapacitet nok til at have flere akutte børnestuer, og det væltede ind med de her børn, og du skulle proppe dem ind, og så tænke: hvem er mest akut, og så tage dem væk, og så mange beslutninger, og man blev så træt af at løbe rundt omkring sig selv, for at løse det der.."

SIL er optaget af regler og forordninger i det offentlige system, som er tidskrævende og dræbende for arbejdsglæden:

SIL s. 2, l. 8 "Det er dokumentation, det er krav til hygiejne, som jeg har meget svært ved at finde, der er dokumentation for. Som bare gør tingene tungere og mere besværligt.. ..Det er bare en masse af de der regler og bestemmelser, som man er tvunget ind under herinde, som er tåbelige"

ICO kredser om manglende prioritering af kerneopgaven til fordel for dokumentation i det offentlige system:

ICO s. 2, l. 28 " Så må det der dokumentation vente, fordi det er det her, der er kerneydelsen, det er patienten, der er kerneydelsen. Og det tror jeg nogen gange, man bliver tvunget til eller jeg ved ikke hvad, der sker, men man kommer nogen gange til at springe patienten over til fordel for at dokumentere".

På basis af udsagnene i tabel 10 på næste side, tolker jeg det således, at ønsket om at skifte fra offentlig til privat sektor for både sygeplejersker og læger i høj grad skyldes, at en bedre løn tillader dem at gå ned i tid, og de får bedre arbejdstider, hvilket giver en højere grad af autonomi med hele deres liv. Lægerne får også opfyldt et ønske om større indflydelse på arbejdsforhold og områder. Der er en irritation over de mange regler og begrænsninger, der eksisterer i den offentlige sektor, hvor der er større lydørhed fra ledelsen på et privat hospital til at skaffe bedre arbejdsredskaber for de ansatte. FSQ (se ovenfor) følte sig utilstrækkelig i sin offentlige ansættelse pga. kompleksitet i patientforløbene, som var dårligt supporteret i organisationen. Men prisen er et afkald på faglig udvikling, og en af de givne begrundelser for at skifte fra privat til offentlig sektor er større grad af faglige udfordringer og udvikling (ICO og BTL, tabel 10). Dernæst er en større grad af tryk i ansættelsen, for både sygeplejersker og læger, også angivet som en grund til at vende tilbage til offentlig ansættelse. BTL og BIF var bekymrede for den mere nøgterne holdning på privat hospital, hvor man i større grad skiller sig af med potentielt urentable medarbejdere, om det så gjaldt bekymring på deres egen person eller på andre ansattes vegne (se tabel 10).

Tabel 10: Interviewpersonernes begrundelser for at skifte sektor

Sektorskift	offentlig til privat	privat til offentlig
<i>BIF</i> s. 4, l. 18 s.15, l. 18 s. 6, l. 11	<i>Altså jeg tog jo i det private, dels fordi jeg alle dage fra mine børn var små, har taget vagter i weekender og nattevagter, og pludseligt det ville da være skønt, hvis jeg kunne være sammen med mine børn i en weekend.</i> <i>Jeg har gjort det for mit privatlivs skyld, for at jeg kunne gå ned i tid og så stadigvæk tjene de penge i en periode. Nu er jeg stadig nede i tid og er tilbage, men jeg har ikke de samme udgifter, som jeg havde dengang.</i>	<i>jeg tror, der skal et godt helbred til i det private, et bedre helbred, tingene går stærkere, man skal hele tiden være på. Hvis jeg tænker, det at komme op omkring de 60 år, der vil man være måske bedre kunne arbejde i det offentlige, fordi vi er flere, og der kan måske bedre tages et eller andet hensyn, som jeg tror der kan, mere end i det private, hvor det bare er go, go, go. Fordi der er jo en seniorpolitik i det offentlige, som der ikke er i det private.</i>
<i>BTL</i> s. 3, l. 33 s. 8, l. 7	<i>Jeg fik mulighed for at få samme løn og arbejde halv tid, så jeg tjente jo sådan set det dobbelte, så jeg arbejdede to til tre dage om ugen, og det var jo fantastisk, jeg havde jo enormt meget tid til mig selv og til andre ting. Det var vildt godt.</i>	<i>Men jeg tror faktisk ikke, jeg var blevet der, det tror jeg faktisk ikke. Jeg tror, jeg var taget derfra på baggrund af det jeg sagde med udvikling. Og så også den der fornemmelse af, når man blev en del af det, og man fornemmede, hvad var det, der drev værket for ledelsen, at det var en forretning. Det syntes jeg var usympatisk.</i>
<i>FSQ</i> s. 13, l. 5+25	<i>Jeg gider bare ikke, jeg vil også have et liv. Men da han (kollega) sagde, at jeg kan arbejde mindre, bedøve børn og tjene mere. Passer det? ... det der stress, det forkorter dit liv, vagter gør det også, jeg havde det så dårligt til sidst, med de små børn med vagter før og efter. Man bliver ældre og man kan sige: Money, det er godt, men nej frihed, mere tid til mig selv..</i>	
<i>SIL</i> s. 7, l. 28	<i>Det er reduceret arbejdstid, bedre arbejdsforhold, meget stor grad af indflydelse på, hvad jeg kan og vil, og hvornår jeg vil arbejde og hvor meget, jeg vil arbejde, og hvordan, jeg vil arbejde. Det er jo fuldstændig helt og holdent mig, der bestemmer, hvad vi bruger af udstyr til mit fagområde.</i>	
<i>ICO</i> s. 7, l. 4 s. 7, l. 27	<i>Det er, jeg får en anden fritid. Og mulighed for at lave nogen andre ting med min familie i min fritid. For når folk spørger: Kan du den weekend? Så siger jeg: Lige et øjeblik, jeg skal lige se i min kalender. Det behøver jeg ikke tjekke længere, den frihedsgrad kan egentlig godt lide at have nu.</i>	<i>..... jeg var meget yngre, så der blev jeg enig med mig selv om, at det er jo ikke nu, du skal undvære det niveau af faglighed.</i>

7. Diskussion

I det foregående analyseafsnit har jeg fortolket på de historier, som fem anæstesi-læger og sygeplejersker med erhvervserfaring fra både offentlige og private hospitaler, fortæller om forskelle og ligheder på at arbejde i de to sektorer. Jeg har yderligere tolket på, hvad de angiver som motiverende for dem i deres daglige arbejde, og hvilke begrundelser de har for at foretage et sektorskift. Mine forventninger til Master-projektet var (se side 16), at

- H1: Læger og sygeplejersker vælger den offentlige sektor primært styret af indre motivation, både hvad angår autonomi, kompetencer og relationer
- H2: Læger og sygeplejersker vælger den private sektor primært styret af ydre motivationsfaktorer
- H3: Læger vil indenfor PSM være styret i højere grad af dimensionerne Public Interest og Attraction to policy-making
- H4: Sygeplejersker har en højere grad af Compassion og Bruger-orientering

I dette diskussionsafsnit vil jeg undersøge om mine hypoteser blev indfriet eller forkastet ved at trække mine fortolknings hovedlinjer op og samtidig drage paralleller til, hvad der tidligere er rapporteret i litteraturen.

- H1: Læger og sygeplejersker vælger den offentlige sektor primært styret af indre motivation, både hvad angår autonomi, kompetencer og relationer

Som sundhedsprofessionel i det offentlige rapporteres om langt flere faglige udfordringer og adgang til et veludviklet læringsmiljø med mulighed for videreuddannelse, etablering af fagligt netværk og karriere. Ledelsen kan udnytte det store potentiale, der ligger i de professionelles høje grad af indre motivation, hvor opgaven i sig selv skaber glæden i arbejdet. Rigshospitalet har mulighed for at tilbyde medarbejderne udfordrende arbejdsopgaver med et selekteret patientklientel. Der er mange indgreb og behandlinger i landslandsdels funktion, som kan være et trækplaster som led i personalerekruttering, hvor man kan komme helt i front og være nyskabende. Her kan man som arbejdsgiver spille på det basale behov for kompetence (Ryan og Deci 2000) hos medarbejderen. Feeney (2007) fandt

også i sin undersøgelse af offentlige mellemledere, at de interesserede i karriere og faglig udvikling så mere positivt på den offentlige sektor.

Mine IP angiver, at medaljen har en bagside med de mange komplekse patientforløb i det offentlige, som er ekstra krævende. Ad åre kommer frustrationen til at fylde mere og mere, når man bliver forhindret i at yde sit bedste pga. dårlige organisatoriske forhold. Det kan være mangelfuldt forhåndenværende udstyr, dårlig planlægning og organisering af arbejdsgange, andet personales manglende kompetencer og ansvarsfølelse, og de ikke-familievenlige arbejdstider. Det øgede bureaukrati, som især ses i offentlige større organisationer, nævnes som årsag til sektorskift af Hansen (2014), og giver også et mere negativt syn på den offentlige sektor (Feeney 2007) hos andre typer af fagprofessionelle. Løntillæg findes kun i begrænset omfang på offentlige hospitaler, og bliver kun anvendt indenfor de områder, hvor der er alvorlige problemer med rekruttering (f.eks. psykiatrien eller yderområder). Der er heller ikke mulighed for personalegoder.

H2: Læger og sygeplejersker vælger den private sektor primært styret af ydre motivationsfaktorer

På et privat hospital kan man udleve sin indre motivation på en anden måde ved at indgå som en del af et operationsteam bestående af ligeværdige samarbejdspartnere, der alle arbejder hen mod et klart fælles mål. Man oplever glæden ved at være med til at levere en offentlig ydelse af høj kvalitet og med høj effektivitet, som værdsættes af brugeren. Arbejdet er dog af mere rutinemæssig karakter, men alle hjælper hinanden også på tværs af faggrænser, netop fordi det er fællesskabet om ydelsen, der bærer hele følelsen af kompetence. Her kan især læger få større indflydelse på arbejdsgange og anvendt udstyr (autonomi som en del af indre motivation), der er bedre rammer for det mere enkle arbejde, hvor lønnen endda er højere. Her kommer ydre motivation i spil, som også tidligere er beskrevet i litteraturen som årsag til at vælge ansættelse i den private sektor (Feeney 2007, Hansen 2014).

H3: Læger vil indenfor PSM være styret i højere grad af dimensionerne Public Interest og Attraction to policy-making, hvor

H4: Sygeplejersker har en højere grad af Compassion og Bruger-orientering

Det bliver derfor overvejende PSM og indre motivation, som et højt specialiseret sygehus kan satse på som drivkraft for motivation af medarbejdere. AM Kjeldsen (2012) og Andersen & Pedersen (2014) finder, at stigende grad af professionalisering betyder dominans af Public Interest, hvor lavere professionaliseringsgrad betyder større grad af identifikation med patienterne som gruppe (Compassion) eller individ (bruger-orientering). Jeg kan genfinde samme mønster, hvor lægerne tolkes som mest interesserede i dimensionerne Public Interest og Attraction to policy-making, og Sygeplejerskerne har flere udsagn om Compassion og Bruger-orientering.

Jeg finder udsagn, der indikerer samme årsag til sektorskift som angivet af Kjeldsen (2012), nemlig at man søger den private sektor pga. de mindre komplicerede patientkategorier, som det er nemmere at være en afgørende forskel for. I den offentlige sektor giver det stress, når man dagligt skal vælge, hvem der er mest trængende blandt mange meget syge patienter, hvor alle reelt burde behandles umiddelbart. Der er risiko for en crowding-out effekt hos personalet, hvis rammerne ikke tillader indfrielse af målsætningerne. For at undgå dette bør den overordnede planlægning understøtte de daglige arbejdsgange, så personalet har de ideelle muligheder for at udføre deres arbejde ordentligt, hvilket den private sektor synes bedre til. Mine data supporterer, at når visse sundhedsprofessionelle er færdige med at udleve deres faglige ambitioner i den offentlige sektor, vil nogle af de mere perfektionistiske individer måske have mod på at se, om græsset er grønnere på et privat hospital. Der kan ske en omprioritering af hvilke motivationsformer, der er mest betydende for dem, og det kan udfordre begrebet motivationstype som et statisk fænomen, jeg mener at finde belæg for, at der kan være tale om en dynamisk udvikling.

Feeney (2007) beskriver en mere negativ holdning til den private sektor hos offentligt ansatte, hvis deres seneste ansættelse var privat. Jeg gør samme fund med mit begrænsede datamateriale, BTL var den mest kritiske overfor den private sektor, hvor det i høj grad handlede om et spørgsmål om identifikation med organisationens værdier.

8. Konklusion

De historier, der fortælles om forskelle på at være ansat på et privat og offentligt hospital af anæstesi-læger og sygeplejersker med erhvervs erfaring fra begge sektorer, kan kortfattes således:

På privat hospital er der et rigtigt godt teamsamarbejde på tværs af faggrænser, som giver en arbejdsglæde omkring kerneopgaven. Teamet har et fælles mål, nemlig at få afviklet de enkelte patienters anæstesi og operationsforløb på en effektiv og professionel måde. Personalet er på toppen af deres kompetenceniveau, og der er en større grad af servicemindedhed. Patienterne er selekteret, så deres helbredstilstand og de indgreb, der udføres er mindre komplekse end på et offentligt hospital. Derved er de faglige udfordringer også mindre for både anæstesilæger og sygeplejersker, hvor det er de mere rutineprægede anæstesier, der dominerer. Patienterne er meget rosede overfor personalet.

På det offentlige hospital er patienterne og deres operationsforløb langt mere komplekse, og kan give planlægningsmæssige udfordringer. Der er til gengæld flere kolleger at have faglig sparring med, så der er mulighed for at udvikle et højere fagligt niveau. Det offentlige hospital varetager, udover behandling og pleje af patienter, også andre opgaver, såsom uddannelse af yngre kolleger. Det er her man primært efteruddanner sig og har reelle karrieremuligheder, der er en større grad af tryghed i ansættelsen. Operationsteamets medlemmer synes ikke altid at have fælles målsætning, derfor opnås ikke samme daglige tilfredsstillelse af at arbejde effektivt og professionelt omkring en fælles opgave. Organisatorisk er der flere faggrupper på et offentligt hospital, som resulterer i mere rigide faggrænser, og kommandovejene til ledelsen opleves større. Der opleves meget bureaukrati, i form af f.eks. faggrænser, økonomiske regler og krav til dokumentation, som virker drænende på arbejdsglæden. Patienterne er ikke altid tilfredse i det offentlige sundhedssystem.

Det, der motiverer begge typer af sundhedsprofessionelle i den private sektor, er de mere familievenlige arbejdstider med primært dagarbejde og fri i weekender og helligdage, som opfattes som en højere grad af autonomi. Lægerne oplever, de har mere indflydelse på arbejdsgange og indkøb af medicinsk udstyr. Kompetence behovet dækkes for begge faggrupper i glæden ved at arbejde i et team med fælles fokus, hvilket giver høj effektivitet og kvalitet i behandlingen. Sygeplejerskerne taler mest om de sociale relationer, som er bedst i

den private sektor, hvorimod lægerne har et mere sparsomt fagligt netværk her. Ydre motivation benyttes i det private til personalegoder og en højere løn, især for læger. Alle interview-personer påskønner dette og gør brug af den bedre aflønning til at få nedsat arbejdstiden. Til gengæld er der mindre tryghed i ansættelsen. På et offentligt hospital oplever både læger og sygeplejersker mindre indflydelse på arbejdstider, arbejds gange og indkøb af udstyr, derfor føler de en mindre grad af autonomi. Kompetencebehovet stimuleres derimod gennem de komplekse behandlingstilbud og patienttyper. Især lægger lægerne vægt på deres bedre mulighed for fagligt netværk (relationer) i det offentlige. Der er begrænset brug af ydre motivation.

Indenfor Public Service Motivation, giver sygeplejersker mest udtryk for Compassion (PSM) og brugerorientering, da de i højere grad end læger kommer med udsagn, der viser indlevelse i enkelte patienters og patientgruppers situation. De vil gerne medvirke til patientforløb af høj kvalitet og efterkomme patienternes individuelle ønsker. Lægerne er mere optagede af Public Interest og Attraction to policy-making, idet de taler om lægefaget som et kald og udtrykker frustration over prioriteringer i sundhedsvæsenet.

Årsager til sektorskift fra det offentlige til det private er for begge faggrupper de bedre arbejdstider og lønstigning, som omsættes til færre arbejdstimer, det giver en højere grad af autonomi. Lægerne er irriterede over det offentlige bureaukrati, hvor de på et privat hospital kan få mere indflydelse på arbejdsforhold og områder, da der er større lydhørhed fra ledelsen. Omkostningen for begge faggrupper er et delvist afkald på faglig udvikling. Begrundelser for at skifte fra privat til offentlig sektor er større grad af faglige udfordringer og udvikling, og en større grad af tryghed i ansættelsen, det gælder for både sygeplejersker og læger.

9. Egen udvikling under MPG-projektet

Formålet med min Master uddannelse var at forfølge en ledelsesmæssig karriere indenfor lægefaget. Jeg er af natur meget åben, lyttende og tolerant i min tilgang til andre, jeg er god til at se på tværs mellem faggrupper og afdelinger, jeg har en positiv livsindstilling og er interesseret i at skabe gode rammer organisatorisk for alle medarbejdere på min arbejdsplads. Derfor havde flere kolleger og min egen leder opfordret mig til at gå den ledelsesmæssige vej, men jeg manglede en mere analytisk tankegang for at kunne positionere min organisation i det politiske spil. For at kompensere for min manglende erfaring med personaleledelse, har jeg valgt en sammensætning af fag, hvor jeg blev tvunget til at forholde mig til min personlige udvikling som leder i hvert semester. Udover LFG og PUF, valgte jeg fagene: "Samtalen som positivt ledelsesredskab" og "Protreptik og 3. generations coaching". Jeg har arbejdet med mine kommunikative evner på flere planer for at blive bedre på dette felt og for at opveje min til dels introverte identitet.

Mine valgte fag har kredset meget omkring motivation, da det er vigtigt for mig at kunne omsætte oppefra kommende beslutninger på en meningsfyldt måde til personalet. Så da jeg skulle vælge et emne til min masterafhandling og kom til kendskab om feltet Public Service Motivation (PSM), følte jeg det beskrev meget, jeg selv havde gået og tænkt, men ikke hidtil havde haft en teori at hænge op på. Retrospektivt havde en PSM-artikel været del af pensum til mit første MPG-fag "Kvalitet og ledelse i sundhedsorganisationer", jeg bed bare ikke så meget mærke i det dengang. Så afhandlingen var en chance til at få kendskab til et (for mig) helt nyt teorifelt, netop derfor søgte jeg Lene Holm Pedersen som vejleder. Public Value Management begrebet synes jeg, begrundet de multiple målsætninger i offentlige organisationer på en så evident måde. Fagprofessionalisme var (for mig) også et nyt område at fordybe sig i, dermed kom jeg med afsæt i disse 3 teorier til en større forståelse af, hvilken ledelsesmæssig udvikling mit fagområde havde været underlagt de seneste årtier, og hvorfor lægestanden og andre samarbejdsgrupper agerer, som vi gør, og hvordan vi opfattes af andre (politikere, ledelsen, administrativt personale osv.). Med andre ord, jeg fik lejlighed til at se mine egne blinde pletter på en helt ny måde.

De erkendelser, jeg er kommet til undervejs i mit arbejde med min afhandling, gør mig dog endnu mere rodfæstet i min fagprofessionelle baggrund med sit normsæt. Jeg mener, vi har været underlagt alt for kontrollerende styringstiltag, som ikke har bidraget med værdi til kerneydelsen. Dette er også i god tråd med den debat, der har været i medierne den seneste tid, med for meget fokus på kortsigtede mål og umyndiggørelse af offentlige ansatte (se artikel-links i litteraturlisten). Ved at have fået en teoretisk baggrund at hænge kampen mod den gældende diskurs op på, står jeg stærkere i forståelsen af, hvorledes jeg skal lede opad for at få vendt skuden mod nye horisonter. I den mellemløber position jeg har, gælder det om ikke ubevidst at fortsætte den samme retorik videre nedefter, som man selv er udsat oppefra, og stoppe den såkaldte U-vending af kritikken (Willig 2013). Der er tegn på morgendæmring undervejs, Den Danske Kvalitets Model (DDKM) er nu forladt, den blev alt for bureaukratisk og trak de ansatte væk fra kerneopgaven til fordel for registrering uden at bibringe nogen særlig værdi. Jeg har, med baggrund i mine valgte teorier, det indsamlede datamateriale og den offentlige debat, i et nyt lys fået reflekteret over de forskellige ledelsesmæssige tiltag, der er gjort i mit afsnit de senere år og hvilken effekt, de har haft. Her kan jeg konkludere, at for meget kontrol og måling kan have en negativ effekt på medarbejdernes motivation, helt i tråd med PSM litteraturen (Andersen & Pedersen 2014). Jeg har fået flere perspektiver på den samme sag, dels hvorfor ledelseslagene over mig handler, som de gør, og dels en dybere forståelse af personalets reaktioner på forskellige meldinger og ledelsesmæssige tiltag.

Den indsigt, jeg har fået, skal omsættes til konkret ledelsesmæssig praksis. Jeg skal stadig arbejde på at blive en mere synlig leder og klart udmelde hvilken retning, vi skal gå. Trods det, jeg har fået en god baggrund i en Master of Public Governance uddannelse, føler jeg mig endnu ikke helt parat til en stilling som ledende overlæge.

Litteratur

- Andersen, Lotte Bøgh & Lene Holm Pedersen: Public Service Motivation and Professionalism. *International Journal of Public Administration* 2014; 35(1); 46-57.
- Andersen, Lotte Bøgh & Lene Holm Pedersen: Styring og Motivation i den offentlige sektor: Hovedpointer. Kapitel i *Praksisnær Ledelse i det Offentlige – førstelinjeleder*. Redaktion: Søren Vøxted. Praxis - Nyt Teknisk Forlag 2014.
- Andersen, Lotte Bøgh & Lene Holm Pedersen: Styring og motivation i den offentlige sektor. Jurist- og Økonomforbundets Forlag 2014.
- Andersen, Lotte Bøgh & Lene Holm Pedersen: Hvad er målet? 2016 (*in writing*)
- Andersen, Lotte Bøgh, Torben Beck Jørgensen, Anne Mette Kjeldsen, Lene Holm Pedersen & Karsten Vrangbæk: Public Value Dimensions: Developing and Testing a Multi-Dimensional Classification. *International Journal of Public Administration* 2012; 35; 715-28.
- Borum, Finn. Kapitel 3 i *Genopfindelsen af den offentlige sektor: Ledelsesudfordringer i reformernes tegn*. Redaktion: Dorthe Pedersen, Carsten Greve og Holger Højlund. L & R Business 2008.
- Feeney, Mary K.: Sector Perceptions among State-Level Public Managers. *Journal of Public Administration Research and Theory* 2007; 18; 465-494
- Frey B & Jegen R. Motivation crowding theory. *Journal of Economic Surveys* 2001; 15; 589-611
- Hansen, Jesper Rosenberg. From Public to Private Sector: Motives and Explanations for Sector Switching. *Public management Review* 2014; 16(4): 590-607
- Hardin, Garrett: The Tragedy of the Commons. *Science* 1968; 162; 1243-48
- Jespersen, Peter Kragh: Kapitel 3 i *Mellem profession og management* 2005. Handelshøjskolens Forlag
- Justesen, Lise & Nanna Mik-Meyer. *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier* 2010. Hans Reitzels Forlag.
- Jørgensen, Torben Beck & Lotte Bøgh Andersen: Værdier og motivation I den offentlige sektor. *Økonomi og Politik* 2010; 83(1): 34-46.

- Jørgensen, Torben Beck & Barry Bozeman. Public Values. An Inventory. *Administration & Society* 2007: 39(3): 354-381
- Kim, Sangmook & Wouter Vandenabeele: A Strategy for building public service motivation research internationally. *Public Administration Review* 2010: 70; 701-709
- Kjeldsen, Anne Mette. Sector and Occupational Differences in Public Service Motivation: A Qualitative Study. *International Journal of Public Administration* 2012: 35: 58-69
- Kvale, Steiner: Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview 1997, 11. oplag 2004. Hans Reitzels forlag
- Le Grand, Julian: Knights and Knaves Return: Public Service Motivations and the Delivery of Public Services. *International Public Management Journal* 2010; 13(1); 56-71
- Moore, Mark H.: Managing for Value: Organizational Strategy in For-Profit, Non-profit and Governmental Organizations. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 2000; 29; 183
- Perry, James L. & Lois Recascino Wise. The Motivational bases of Public Service. *Public Administration Review* 1990: 50: 367-373
- Perry, James L. Measuring Public Service Motivation: An Assessment of Construct Reliability and Validity: *Journal of Public Administration Research and Theory* 1996: 1: 5-22.
- Perry, James L., Annie Hondeghe & Lois Recascino Wise. Revisiting the Motivational Bases of Public Service: Twenty Years of Research and an Agenda for the Future *Public Administration Review* 2010: 681-90
- Rainey, Hal G. & Barry Bozeman: Comparing Public and Private Organizations: Empirical Research and the Power of the A Priori. *Journal of Public Administration Research and Theory* 2000: 2; 447-469
- Ryan RM & Deci EL: Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology* 2000: 25; 54-67.
- Specialevejledningen på Sundhedsstyrelsens hjemmeside:
<http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Specialeplanlaegning.aspx>

- Vandenaabeele, Wouter: Development of a Public Service Motivation Measurement Scale: Corroboration and Extending Perry's Measurement Instrument. International Public Management Journal 2008: 11 (1): 143-67
- Visioner og mål 2020 Rigshospitalet – Danmarks internationale hospital:
http://www.rigshospitalet.dk/NR/rdonlyres/AEA931EE-C0A9-43DC-BF4E-3D9F48F1D436/0/Riget_vision_screen_2011.pdf
- Willig, Rasmus. Kritikken U-vending 2013. Hans Reitzels Forlag
- http://politiken.dk/debat/ECE3162412/vi-smadrer-de-offentligt-ansattes-arbejdsglaede/&sa=U&ved=0ahUKEwis1taNj8_MAhUES5oKHd00BIwQFggFMAA&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNFuzYFY77eydhQDcmkLNqB1cZ3dAg
- <http://politiken.dk/debat/profiler/svendbrinkmann/ECE3186244/hvorfor-skal-kritiske-laerere-og-sygeplejersker-bare-tage-ja-hatten-paa/>
- <http://politiken.dk/debat/ECE3193704/chefer-kraenker-kritikere-i-den-offentlige-sektor/>
- <http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/ECE2634644/regeringen-vil-stoppe-papirvaelde/>

Bilag 1 Interviewguide

Tak fordi du stiller op til dette interview, du gør mig en stor tjeneste ved at stille din viden til rådighed. Det handler om forskelle mellem privat og offentlig sygehusdrift, og du er udvalgt, fordi du har erfaring fra begge sektorer. Det er en masterafhandling, jeg har valgt at skrive om dette emne, fordi jeg tager en uddannelse i offentlig ledelse på CBS. Dit bidrag vil efterfølgende blive anonymiseret i afhandlingen, så der er ingen, der vil vide hvem, der har deltaget i disse interviews, eller hvem der har sagt hvad. Jeg vil bede om lov til at optage interviewet på en lydfil til brug for min efterfølgende analyse, hvis du ønsker det, kan du få mit referat til gennemlæsning af vores samtale og min opgave til gennemlæsning. Alle optagelser vil blive slettet, når jeg har bestået min eksamen til juni forhåbentlig.

Har du spørgsmål, inden vi går i gang?

- Jeg vil lige først bede om, at du nævner, hvor mange år du har været læge/sygeplejerske og ca. i hvor mange år og i hvilken periode, du har været ansat i henholdsvis det offentlige og private sygehusvæsen.
- Kan du give nogle konkrete eksempler på hvilke forskelle, du synes, der er mellem at arbejde på et privat hospital sammenlignet med et offentligt hospital?
 - Hvilke fordele/ulemper er der ved at være privat ansat? (giv et eksempel)
 - Hvilke fordele/ulemper er der ved at være offentlig ansat? (giv et eksempel)

- Hvad er det, der motiverer en i det daglige arbejde i henholdsvis privat og offentligt regi? (underspørgsmål til alle: Er der forskel på det i henholdsvis offentligt og privat regi?)

Indre opgave motivation: Autonomi, Kompetencer, Relationer

- Hvor vigtigt er det, at du selv kan planlægge din arbejdsdag?
- Hvor vigtigt er det, at du selv kan planlægge dine arbejdsområder?
- Hvad betyder faggrænser i det daglige arbejde for dig?
- Er det vigtigt for dig at kunne fordybe dig eller koncentrere dig om det, du er bedst til?

- Er det motiverende at udvikle sig fagligt og lære noget nyt på jobbet?
- Er det motiverende, at du kan opsøge nye udfordringer?
- Hvor vigtigt er det, at jobbet opfylder dine faglige ambitioner?
- Er det når noget vanskeligt lykkes for dig, at du føler dig specielt motiveret?

- Er det vigtigt for dig at blive anerkendt som faglig dygtig? (af ledelse, kolleger)
- Er jobbet blevet en del af din identitet?
- Hvor vigtigt er det at være en del af et fagligt netværk med mulighed for sparring?
- Hvor vigtigt er det for dig, at du har gode kolleger og mulighed for at deltage i sociale arrangementer med dem?

Ydre motivation

- Hvor meget betyder sikkerhed i ansættelsen for dig?
- Hvor meget betyder det økonomiske aspekt for dig?
- Hvor vigtigt er det at få lønbonus/løntillæg/andre personalegoder?
- Hvad betyder muligheden for at kunne gøre karriere? (anseelse akademisk, kollegialt)

- Hvad fik dig til at skifte job fra det offentlige til det private sygehusvæsen (og evt. tilbage igen), kan du huske nogen af årsagerne?

- Hvad skete der?
- Hvordan skete det?
- Hvad oplevede du?
- Hvordan havde du det dengang?

Public Service Motivation – 4 domæner!

- Hvor vigtigt er det at opfylde patientens individuelle ønsker? (gode patientforløb)
 - Er det vigtigt at være med til at præge dit fag og dine yngre kolleger? (gennem uddannelse, fagpolitik)
 - Er det motiverende at være med til at bestemme, hvorledes ressourcerne fordeles i sundhedsvæsenet?
 - Er det vigtigt for dig, at dit arbejde er meningsfyldt, og du føler, du hjælper andre?
 - Betyder det mere for dig at gøre en forskel for andre, end hvad du personligt opnår?
 - Kan du acceptere "flydende" arbejdstider for at afslutte de planlagte operationer?
- Er der noget, du har lyst til at tilføje til denne diskussion af fordele og ulemper i henholdsvis privat og offentlig ansættelse, som vi ikke har fået berørt?
 - Debriefing: Emnet for min master er at belyse forskellige motivationsformer og bevæggrunde til at skifte job mellem sektorer. Jeg håber det i sidste ende kan bruges til at udøve en bedre ledelse (fastholde personale).
 - Mine lærepunkter af mig interview med dig:.....!

Tusind tak, fordi du satte tid af til mig, det sætter jeg stor pris på.