

Ledelse på alvor!

REDAKSJONELT

MIKKELSEN B

Ole Berg sa nylig på et seminar i regi av Forum for organisasjonsutvikling i sykehus (1) at ledelse i sykehus er for svak og nå er satt under administrasjon. Dette er en kortversjon av utviklingen innen organisasjon og ledelse siden 1960-årene. Artikkelen til Moe Lichtenberg & Nilsen i dette nummer av Tidsskriftet beskriver en utvikling av ledelse knyttet til endrede organisasjonsformer i samme periode (2).

Veien fra det tredelte, legeledede sykehus via todelt ledelse til klinikk- og organorganisering er fremkommet i krysningspunktet mellom medisinsk utvikling, politisk/økonomisk styringsbehov og pasientrettigheter. Ved hjelp av omorganisering har man forsøkt å kompensere for manglende målsettinger, uklare ansvarslinjer, profesjonskamp, primitive styringsverktøy og krav om økonomisk innsparing.

Legeforeningen har vært opptatt av ledelse i lang tid. Landsmøtet i 1987 programfestet at all organisert medisinsk virksomhet skulle ledes av leger med spesialkompetanse innen fagområdet. Mürer-utvalget ble nedsatt i 1994 og skulle lage en strategi for å operasjonalisere dette målet. Utvalget kom i 1996 med en rapport som dokumenterte nødvendigheten av samsvar mellom medisinsk ansvar og ledelse (3).

Senter for helseadministrasjon ble igangsatt og er fortsatt delfinansiert av Legeforeningen. Annen lederutdanning er tilbudt via Medled, Legeforeningens fire moduler i ledelse og det obligatoriske administrasjonskurset for spesialistkandidater.

Likestillingsutvalget har hatt seminar om kvinner og ledelse, og kvalitetsforbedringsutvalget arrangerte nylig et seminar hvor total kvalitetsledelse ved seks norske sykehus ble evaluert (4). Overlegeforeningen har de siste to år hatt avdelingsoverlegeseminarer der man har satt søkelyset på kvalitet, ledelse og nettverksbygging.

Flere yrkesforeninger har lederutvalg, og sentralstyret har nettopp vedtatt en struktur for det videre arbeidet med organisasjons- og ledelsesspørsmål. De stadige omorganiseringene har dessuten gitt Legeforeningen mange konkrete problemstillinger som vedrører ledelsesspørsmål. Det skulle være nok å nevne Ullevål sykehus og RiT 2000.

På tross av dette store engasjementet sitter mange personer i lederstillinger hvor fullmakter og stillingsinstrukser ikke er klarlagt, hvor støttefunksjonene er for lite utbygd og hvor muligheten for utøvelse av ledelse er liten. Strategisk ledelse er ofte erstattet av forvaltning.

Når man også tilføyer at det har vært en dårlig utviklet kultur for ledelse generelt og helhetlig ledelse spesielt, er det ikke rart at rekrutteringen ikke har vært stor og at andre grupper av helsepersonell har ønsket å prøve seg på denne "maktvakuumarenaen".

Steine-utvalget konkluderte med at det var nødvendig med én leder på alle nivåer. Legeforeningen støtter denne konklusjonen. I Ot.prp. nr. 10 foreslås det en lovfesting av det samme prinsippet (5). Håpet er at lov om spesialisthelsetjenester skal gi en så god og nødvendig ansvarsavklaring at et konstruktivt samarbeid kan bli resultatet.

I en struktur med en stadig større administrativ overbygning blir det helt vesentlig å identifisere myndighetsområdet for utøvelse av det medisinske ansvar. Det må skje en avklaring av hva slags medisinsk ansvar en klinikkleder kan ha - om noe. Det blir også viktig å avklare hvor mye ledelse og administrasjon som er nødvendig for at behandlingskvaliteten skal bli tilfredsstillende. Hvilke hensiktsmessige medisinske prosesser varer ved på tross av endret struktur og skifte av ledelse? Kan ønsket om et begrenset antall ledere i direkte linje til direktøren forsvare opprettelse av ytterligere ett administrativt nivå - eller er dette en skinnmanøver for å flytte det medisinske ansvar til et nivå som har nok avstand til den medisinske behandling til at man ikke plages av medisinsk-etiske dilemmaer?

Den optimale organisering av sykehus er ennå ikke funnet. Det er flott at vi får mange ulike organisasjonsformer. Men dette forutsetter at det skjer en systematisk evaluering og - ikke minst - at det er en bevissthet på å etterleve modellen, også for leger i ledelsesposisjoner. Det er et tankekors at den kliniske virksomheten fungerer godt, med høy faglig standard, under nesten alle organisasjons- og ledelsesmodeller. Dette tilslører prinsipielle konflikter og gir liten mulighet til å påvirke utviklingsarbeidet.

Artikkelen i dette nummer av Tidsskriftet (2) er et godt hjelpemiddel til å synliggjøre for avdelingsoverlegen og medarbeidere hvilket ansvar som ligger til funksjonen. Brukt systematisk vil denne metoden også egne seg svært godt til å dokumentere hva som lar seg gjøre og hva som ikke lar seg gjøre innenfor enhver modell. Denne kunnskap er nødvendig for å forbedre og utvikle enhver struktur.

Fremfor alt viser dette arbeidet hvilket potensial for reell ledelse og hvilke utfordringer som ligger i avdelingsledelse.

Bente Mikkelsen

LITTERATUR:

1. Forumet. Forum for organisasjonsutvikling i sykehus 1998; nr. 1-2.
2. Lichtenberg SM, Nilsen ST. Kvalitetssikring av avdelingsledelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 983-6.
3. Ledelse av sykehusavdelinger og kommunehelsetjeneste. Mål og strategier. Oslo: Den norske legeforening, 1996.
4. Øvretveit J. Integrated quality development in public healthcare. A comparison of six hospitals quality programmes and practical theory for quality development. Oslo: Den norske legeforening, 1998.
5. Ot.prp. nr. 10 (1998-99). Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1998.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Lægeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no