

Sykehusene er inne i en periode med stadige organisatoriske endringer og det offisielle siktemål har i stor grad vært bedre økonomistyring og større effektivitet. I tillegg har sykehusene fra 1. januar 2001 fått et lovbestemt prinsipp om en ansvarlig leder på alle nivåer. Mange kliniske spesialister mener utviklingen har gått i retning av at de har fått redusert innflytelse på driften og de medisinsk-faglige forhold i avdelingen. Trass i gode intensjoner med ny lovgivning, kan det synes som om ansvarslinjene fra sykehuseier og ned til den syke ikke er blitt tydeligere.

De siste årene er mange sykehus blitt omorganisert slik at avdelingsoverleger har mistet flere av sine tidligere funksjoner og posisjoner. På ett senter ved Ullevål sykehus ble en avdelingsoverlegestilling omgjort til seksjonsoverlege med administrativ seksjonsleder som overordnet. Ved Sentralsjukehuset i Møre og Romsdal ble avdelingsoverlegestillingen flyttet ut av linjen, og Kirurgisk avdeling fikk ny avdelingssjef (sykepleier). Ved Regionsykehuset i Tromsø ble det allerede i 1989 foretatt omorganisering som innebar at leder for hver av de kliniske avdelinger ikke nødvendigvis måtte være lege.

I lov om spesialisthelsetjenesten heter det i § 3-9: «Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinsk-faglige rådgivere.» I Sosial- og helsedepartementets merknader til loven (1) pekes det på at i all hovedsak er organisasjons- og ledelsesstrukturen en del av eierens og virksomhetsledelsens styringsrett. Loven fastsetter prinsippet om en ansvarlig leder for enheter som klinikk, blokk, avdeling og seksjon. «Lederen vil ha det fulle og helhetlige ansvaret for virksomheten i den enheten vedkommende er satt til å lede. Ansvar kan ikke overføres til andre, men han/hun kan overlate oppgaver og myndighet til å ta beslutninger til andre.»

Om lederkvalifikasjoner heter det i departementets merknader bl.a.: «Det er ikke i lov eller forskrift stilt kvalifikasjonskrav til ledere. Det er således opp til eier og leder av virksomheten å vurdere hvem som er best kvalifisert til stillingen. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det utpekes en medisinsk-faglig rådgiver.» Ifølge departementet vil dette være aktuelt dersom lederen ikke har nødvendig medisinsk-faglig kompetanse. Dette skal vurderes konkret. «Dersom lederens kompetanse, organisering, systemer og kompetanseforhold for øvrig sikrer at de nødvendige medisinsk-faglige råd trekkes inn i beslutningsprosessen, er det imidlertid ikke nødvendig å utpeke egne medisinsk-faglige rådgivere.»

Om den medisinsk-faglige rådgivers opp-

gaver står: «Dersom det utpekes medisinsk-faglig rådgiver skal denne gi råd om hvilke saker og forhold som ut fra hensynet til forsvarlighet, bør delegeres til ledere og medarbeidere med medisinsk-faglig kompetanse. Den medisinsk-faglige rådgiveren skal bidra til at hensynet til medisinsk-faglige forhold blir tilstrekkelig vektlagt, men skal ikke ha beslutningsmyndighet.»

Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-7 har bestemmelser om pasientansvarlig lege (2). Oppgaven som pasientansvarlig lege kan knyttes til oppgaven som behandlingsansvarlig lege; et begrep som ikke er klart definert i lov eller forskrift. Ansvarlig leder for avdelingen skal peke ut pasientansvarlig lege. For øvrig er det ingen lov- eller forskriftsbestemt relasjon eller nødvendig sammenknytning mellom avdelingsoverlege og pasientansvarlig lege.

I lov av 2. juli 1999 om helsepersonell heter det i § 4 første ledd: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.» Videre heter det i § 4 tredje ledd: «Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.» Denne nye loven er en personansvarslov som i utgangspunktet ikke regulerer ledelse og organisering (3). § 4 tredje ledd gir legen beslutningsmyndighet i den konkrete behandlingssituasjon for den enkelte pasient; man kan ikke utlede av bestemmelsen at en seksjon eller avdeling skal ledes av en lege.

Norsk kirurgisk forening har som prinsippalt standpunkt hevdet at en kirurgisk avdeling skal ledes av en kirurg (4). Den norske lægeforening har vedtatt som standpunkt at en sykehusavdeling skal ledes av en lege (5).

Avdelingsoverlegene har vært en relativt veldefinert lederkategori i norske sykehus, både som medisinske og administrative ledere. I avdelinger med todelt ledelse har avdelingsoverlegen i alle fall vært suveren i medisinske spørsmål og legesaker. Tradisjonelt har avdelingsoverlegen hatt en formalisert faglig kompetanse og bredde som gjorde ham/henne beslutningsdyktig i avdelingens vanskelige kliniske og faglige spørsmål. I økende grad er avdelingsoverlegestillingene gjort til åremålsstillinger og til stillinger med redusert ansvar og myndighet. Seksjonsoverleger har i noen avdelinger funksjoner som en avdelingsoverlege (tittelen seksjonsoverlege er i de senere år benyttet som et tariffinstrument uten noen reell lederrolle bak tittelen). Avdelingsoverlegens posisjon har gjennom de senere årene vært svekket av vansker med å delta i øken-

de møteaktivitet i sykehuset, og kryssende interesser mellom kliniske, akademiske og administrative oppgaver. Noen avdelingsoverleger har bare i mindre grad interessert seg for lederoppgaver. Tradisjonelt har posisjonen som avdelingsoverlege vært betraktet som et personlig privilegium. «Min avdeling» har for enkelte avdelingsoverleger betydd mye mer enn en identifikasjon med institusjonen. Den egosentriske lederutøvelse faller i økende grad på steingrunn hos leger og andre medarbeidere.

Vi vil oppleve større variasjon i organisering og stillingsstruktur i norske sykehusavdelinger. I noen institusjoner vil avdelingsoverlegen bli den ene leder av avdelingen. I andre vil avdelingsoverlegen ikke være avdelingsleder, men medisinsk-faglig rådgiver eller en slags seksjonsoverlege for legetjenesten i avdelingen. En rekke andre modeller vil trolig også bli utprøvet. Stilling som avdelingsoverlege/medisinsk-faglig rådgiver vil bare unntaksvis være ikke-tidsbestemte stillinger. Det er ikke lenger så opplagt at en avdelingsoverleges faktiske kompetanse dekker hele avdelingens faglige bredde. Det vil trolig bli vanskelig å ivareta stillingenes oppgaver uten å vie mye tid og energi til de ledelsesmessige og administrative oppgaver. Disse legestillinger vil i fremtiden i mindre grad bli oppfattet som bekvemme og innflytelsesrike sluttstillinger i legekarrierer.

Det er ikke sannsynliggjort at den beskrevne endringsprosess vil føre til bedre hjelp til pasientene. Prosessen vil skape til dels tyngre arbeidsforhold for kliniske spesialister. Sykehusene er blitt en arena for realisering av mange, høyst ulike arbeidslivs-idealer (ikke så lett å realisere i privat sektor).

Situasjonen må møtes med konstruktive holdninger. Leger i leder- og rådgiverstillinger vil være en forutsetning for kvalitetssikring og faglig utvikling. Legene må delta og påvirke. Utdanning i administrasjon og ledelse vil styrke betydningen av å ha klinisk kompetente leger i ledende stillinger.

Rolf Hanoa

Nevrokirurgisk avdeling  
Ullevål sykehus, 0407 Oslo

*Rolf Hanoa (f. 1944) er spesialist i generell kirurgi og karkirurgi. Han er tidligere professor i sosialmedisin og helseadministrasjon.*

## Litteratur

1. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Rundskriv I-59/2000. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
2. Hanoa R. Pasientansvarlig lege. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 897.
3. Øhnstad B. Helsepersonelloven regulerer ikke ledelsesansvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 95–6.
4. Kvernebo K. Ledelse av kirurgisk virksomhet. Oslo: Norsk kirurgisk forening, 2000.
5. Sundar T. Enhetlig ledelse – en varm potet. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3466–7.