

Legekunst og ledetekunst



Redaksjonelt

Leger har gode forutsetninger for å ta på seg lederoppgaver, men må kunne vise at de behersker lederoppgaven bedre enn andre

Det pågår for tiden en strid om hva som er riktig og god ledelse i sykehus (1–4). Striden har stått om *hvem* som bør være leder ved sykehusavdelinger. Skal man oppnå enighet om det, må man først ha en felles forståelse av hva det vil si å utøve ledelse på sykehus.

Mye tyder på at sykehusene har ressurser som ikke blir brukt. Dette kan skyldes mangelfull organisering, og at ledelsen ikke ser mulighetene. Hvem som er kvalifisert til å lede, avhenger av hvilke beslutninger som skal treffes.

Det var en gang at medisinen var enkel, billig og lite virksom. Sykehusene var små, underenhetene få og antallet profesjoner lite. Sammenliknet med legene hadde andre profesjonsutøvere begrenset akademisk utdanning, og arbeidsdelingen mellom profesjonene var grei. Hvem som hadde – og tok – ansvaret, var også klart for pasientene: opptog under visitten var det samme hver dag. Med sykehus bestående av en håndfull veldefinerte avdelinger og få overleger, ble ledelsesfilosofien både enkel og brukbar: Ifølge Ole Berg (5) styrte overlegen sykehusavdelingen som en litt avansert, privat solopraksis. Maktutøvelsen hadde stor legitimitet, og få stilte spørsmål ved måten man ordnet verden på.

Nå er verden en annen. Sykehusene er blitt store, komplekse organisasjoner med mange profesjoner, avansert teknologi, flere nivåer og behandlingsopplegg som krever at mange grupper jobber sammen. Dels er disse endringene vokst ut av endringer i medisinen selv. Den enorme veksten i spesialisert kunnskap gjør at knapt noen spesialitet eller profesjon ved et sykehus kan operere på egen hånd. Alle er avhengige av hverandre. Maktfordelingen er dermed blitt en annen: mindre pyramidal og mer kollegial. Det har også ført til at leger i sideordnede spesialiteter ikke alltid er like innstilt på å ta instruks fra kolleger, for de har sin egen kunnskapsbase som de andre bare kjenner så måtelig. I USA regner man med at en lege i primærhelsetjenesten må holde seg à jour med om lag 10 000 ulike diagnoser og syndromer, 3 000 medikamenter og 1 100 laboratorietester. På samme måte er det i sykehus. Hvert år kommer det ut rundt 400 000 nye biomedisinske fagartikler. Kort sagt: Sykehus blir i økende grad komplekse kunnskapsorganisasjoner, og ingen gruppe sitter lenger på all kunnskap. Likevel tenkes det ofte om ledelse i sykehus som om verden var uforandret.

I dagens sykehus tas medisinske beslutninger på en rekke nivåer. Det primære er de beslutninger som må tas i møtet med den enkelte pasient: å stille diagnose, forordne en behandling, forskrive medisin, følge opp,

osv. Dette er legenes ansvar, et ansvar som krever medisinsk utdanning, men et ansvar som stadig oftere må utøves ved bruk av team og konsultasjon med leger og annet helsepersonell. Dette ansvaret er i sin egenart primært medisinsk, men ikke bare medisinsk.

Organisering av sykehusavdelinger, økonomistyring, opplegg av undervisning, turnus og praksis for et helt sett av profesjoner og samordning av medisinske spesialiteter, er ingen *medisinsk* spesialitet. Men disse oppgavene blir i komplekse kunnskapsorganisasjoner stadig viktigere. Ikke minst er det viktig å få profesjoner og spesialiteter til å virke sammen.

Leger har gode forutsetninger for å kunne ta denne type ledelsesoppgaver – med vitenskapelig skolerung, kunnskap om helsevesenet og erfaring i å treffe vanskelige avgjørelser under stor usikkerhet. Men legene må ha noe mer – for eksempel evne til å få folk til å arbeide i lag og til å overskue helseøkonomiske konsekvenser.

Noen av problemene ved sykehus som folk utenfor helsevesenet har pekt på, skyldes at man har holdt fast ved en avleggsmodell for sykehusledelse, og at man mangler gode treningsopplegg for leger og andre som påtar seg lederoppgaver. Det er ikke først og fremst sykehus man viser til når man skal peke på foregangsmiljøer i organisasjonsutvikling. Man kommer ikke langt med å pukke på en «odelsrett» for leger til lederstillinger. Slike stillinger får man når man kan demonstrere at man utfører lederoppgaven bedre enn andre. Veien til beherskelse av legekunsten går gjennom kunnskap, innsikt, innlevelse og trening. Veien til ledetekunst gjør det samme.

Charlotte Haug

charlotte.haug@legeforeningen.no
Tidsskrift for Den norske lægeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Charlotte Haug (f. 1959)
er redaktør av Tidsskriftet.

Litteratur

1. Sundar T. Ledelsesdebatt med mange fasetter. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2046–7.
2. Johansson JM, Madsen LB. Så, så søster. Dagens Næringsliv 13.7.2002.
3. Gulowsen PA. Sykehus og pidestaller. Dagens Næringsliv. 25.7.2002.
4. Dommerud T. – Profesjonsarroganse på sitt verste. Dagens Medisin 15.8.2002.
5. Berg O. Medikrati, hierarki og marked. I: Album D, Midré G. Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi. Oslo: Ad Notam, 1991.