



Kommentar

Debattinnlegg på inntil 800 ord sendes
tidsskriftet@legeforeningen.no

Klinisk ledelse og akademisk kompetanse

Hvem skal lede sykehusene? Dette har vært debattert hyppig, spesielt etter Stortingets vedtak om enhetlig ledelse på alle nivåer i helsetjenesten. Hvilke egenskaper må en leder ha, og hvilken bakgrunn og kompetanse må kreves av en leder av medisinske enheter? De ulike oppfatninger av hva som kreves for å være en god leder, kan grovt sett deles inn i to kategorier: De som mener at evnen til å lede er uavhengig av fag og de som mener at evnen til å lede er avhengig av faglig kompetanse i tillegg til lederevner.

I helsevesenet har den første oppfatningen vært mest fremme. Det er blitt hevdet at det ikke er noe spesielt med det å lede innenfor helsevesenet som skulle tilsi at faglig kompetanse var nødvendig. Denne tankegangen samsvarer lite med strømninger innenfor andre samfunnsområder, og innenfor næringslivet ser man nå en dreining mot mer faglig basert ledelse.

Pencheon & Koh (1) har beskrevet en god leder som en som har en visjon for fremtiden, klarer å formidle den og får de ansatte til å ta del i den. Motstykket er administratoren som har som primærmål å overleve.

En god ledelse av sykehusavdelinger må være basert på og må stimulere til forskning og utdanning. Dette innebærer at ledelsen må ha akademisk kompetanse. Vi ønsket å kartlegge andelen leger blant avdelingsledere ved sykehus generelt og å finne ut hvor mange av disse som hadde medisinsk doktorgrad. Hagen-utvalgets innstilling (2) slo fast at det er universitetssykehusene som skal være pådrivere innenfor forskning og utdanning, og vi valgte derfor ut Universitetssykehuset Nord-Norge, St. Olavs Hospital, Haukeland Universitetssykehus, Ullevål universitetssykehus og Rikshospitalet. Vi sendte ut skriftlig og muntlig forespørsel, der vi bad om svar på hvor mange av sykehusets kliniske avdelinger som ble ledet av lege og hvor mange av disse som hadde medisinsk doktorgrad. Kliniske avdelinger ble definert som alle avdelinger hvor leger var ansatt og hvor det ble utført pasientrettet virksomhet. Fire sykehus

besvarte. Fra Ullevål universitetssykehus var det ikke mulig å få eksakte tall, selv ved gjentatte purringer både til Det medisinske fakultet og til sykehusadministrasjonen.

Ved Rikshospitalet ble det opplyst at alle lederstillinger ved de 27 kliniske avdelingene var besatt av leger. Av 27 avdelingsjefer hadde 26 (96 %) medisinsk doktorgrad, og den siste var i ferd med å fullføre sin doktoravhandling. Ved Haukeland Universitetssykehus var 21 (70 %) av 30 slike stillinger besatt av leger. Av disse hadde 20 (95 %) medisinsk doktorgrad. Ved St. Olavs Hospital var det 28 avdelingsjefer, hvorav 19 (67 %) var leger. Av disse hadde 14 (73 %) doktorgrad. Ved Universitetssykehuset Nord-Norge var 17 av 35 lederstillinger (49 %) besatt av leger. 14 av disse (82 %) hadde medisinsk doktorgrad.

Medisinsk forskning i Norge sliter med rekrutteringssvikt. Ulike handlingsplaner og tiltak har ikke bidratt til å snu utviklingen. Dette kan få konsekvenser både for forskningens relevans og kliniske betydning og for utdanningen av fremtidens leger (3). Men sviktende rekruttering av leger til medisinsk forskning er ikke bare et norsk fenomen. I England sank antallet kliniske forskere med 12 % fra 1996 til 2001. En britisk undersøkelse fra 1999 viste at de viktigste grunnene til at leger ble forskere, var utfordringen som forskningen gav, samt et miljø i de kliniske avdelingene som stimulerte til forskning (4). Presset fra den kliniske virksomheten og mangelen på akademiske stillinger virket negativt inn (5).

Et miljø på avdelingene hvor forskning verdsettes og inngår i driften, er altså viktig hvis man skal rekruttere leger til forskning og beholde dem der. Muligheter til en variert karriere med både klinisk virksomhet og forskning er blitt fremhevet som en svært viktig faktor for å unngå utbrenthet hos leger (6). Pasientene trenger leger som kan vurdere eksisterende dokumentasjon og som aktivt deltar i utvikling og utprøving av nye behandlingsmetoder.

Sykehusene vi har undersøkt i denne studien, har valgt forskjellige ledelsesmodeller. Ullevål universitetssykehus, som altså ikke besvarte vår henvendelse, skiller seg ut fra de andre sykehusene ved det forhold at ledelsesansvaret i avdelingene i stor grad er delt. Relasjonen mellom akademisk kompetanse og ledelse blir da ikke så lett å få øye på. For de andre sykehusene blir det spennende å se om ulikheter i ledelsesmodell vil påvirke forskningsaktiviteten og rekrutteringen av leger til forskningen. Standard og kvalitet på pasientbehandlingen vil sannsynligvis også avspeile lederens faglige utdanning og kompetanse.

Akademisk kompetanse er ingen garanti for at man er en god leder. Men gode avdelingsledere skal ivareta og forstå alle aspekter av driften, hvor forskning inngår som en naturlig del ved siden av klinisk virksomhet og utdanning. Forskererfaring bør derfor være en forutsetning.

Forfatterne er medlemmer av Legeforeningens forskningsutvalg.

Jana Midelfart Hoff

jana.midelfart.hoff@helse-bergen.no
Institutt for nevrologi
Universitetet i Bergen
5021 Bergen

Helge L. Waldum

St. Olavs Hospital
7009 Trondheim

Litteratur

1. Pencheon D, Koh YM. Leadership and motivation. *BMJ* 2000; 321: 7250–6.
2. Norges offentlige utredninger. Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. NOU 2003: 1. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2002.
3. Nes M, Røttingen JA. Leger og forskning – når er bunnen nådd? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 344–5.
4. Results of the 1996 and 2001 Research Assessment Exercise 9. www.hcfce.ac.uk/research (5.5.2003).
5. Goldacre M, Stear S, Richards R, Sidebottom E. Junior doctor's views about careers in academic medicine. *Med Educ* 1999; 33: 318–26.
6. Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ* 2002; 324: 835–8.