

Medisinsk-faglig ledelse, eller medisinsk ledelse?

Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-9 innførte kravet om at sykehus skulle organiseres med en ansvarlig leder på alle nivåer, og dermed oppstod behovet for å definere hvordan medisinsk ledelse skulle forankres.



Siri Tau Ursin

Der det tidligere var en avdelingsoverlege som hadde den administrative, personmessige og medisinske ledelsen, ble etablerte strukturer utfordret gjennom mange ulike organisasjonsmodeller med tildels uklare ansvarsforhold, stillingsinstrukser og linjer.

Ledelse innebærer ansvar, og ansvar må ledsages av myndighet. Problemene melder seg når organisasjonsmodeller resulterer i at ledelse ikke omsettes i praksis fordi myndighetslinjen enten mangler eller er til

direkte hinder for effektiv medisinsk ledelse. Da blir det nærliggende å stille spørsmålet om fokus på medisinsk-faglig ledelse bidrar til å isolere leger fra ledelsesposisjoner med reell innflytelse.

Spesialisthelsetjenestens virksomhet skal være medisinsk basert, og da blir spørsmålet hvorvidt man i det hele tatt kan drive med ledelse i sykehus uten at faget er i sentrum? Et medisinsk ledelses ansvar innebærer å sikre forsvarlighet i pasientbehandling, bidra til forutsigbarhet i drift, og tilstrebe riktig prioritering, ressursutnyttelse og fagutvikling. Dette forutsetter at den medisinske lederen har reell påvirkningskraft og ikke bare er rådgiver i faglige spørsmål. Omorganiseringer med endrede eller manglende linjer har ført til at mange nå tøyer ledelse under fanen «medisinsk-faglig», dette bidrar til at vi oppfattes kun å være rådgivere i de rene medisinske spørsmål som hvilket medikament, hvilket inngrep og hvilken prioritet.

Vi har med rette vært engstelige for at faget skal bli skadelidende i en situasjon med økende press på økonomi og driftsresultater. Imidlertid er det nå nødvendig å fokusere på mer enn de faglige spørsmål

lene; som medisinske ledere skal vi ha ansvar og myndighet som innebærer en reell innvirkning på all samhandling som skal til for å sikre faglig forsvarlige tilbud til pasienter, pårørende og samfunnet forøvrig. Da må vi være villige til å delta aktivt i prioriteringsdebatter, vi må sikre oss kunnskap om, og innflytelse over økonomistyring og ressursutnyttelse, og vi må være premissleverandører i utformingen av hel-sevesenet.

Dersom vi i vår kamp for å verne om faget mister all reell ledelsesinnflytelse på andre viktige arenaer så vil vi etter hvert tape muligheten til å påvirke våre helseinstitusjoners framtid. Den gode medisinske leder vil automatisk være en fanebærer for faget, og medisinsk ledelse må være ledelse i videste forstand med målsetning om å sikre faglig forsvarlighet i pasientbehandlingen.

Siri Tau Ursin

siri.tau.ursin@sentralstyret.legeforeningen.no
Sentralstyret

Arbeidsmiljøet for leger i statlige virksomheter

God tilrettelegging for etter- og videreutdanning er helt vesentlig også for legene som er ansatt i statlige arbeidsplasser utenom foretakene.



Gunnar Skipenes

Det vil ha betydning både for å rekruttere – og for å beholde – viktig fagkompetanse i disse virksomhetene, og vil gi større seighet og kontinuitet i virksomhetene. I vårt forhandlingsarbeid må det være viktig at vi iverretar dette aspektet

for medlemmer som ikke alltid har samme daglige tilgang til et rikt medisinsk fagmiljø, og hvor tradisjon og kultur for spesialisering og videreutdanning ikke står like sterkt som i sykehusene.

Legeforeningen har nærmere 900 medlemmer som er ansatt i statlige stillinger utenfor helseforetakene. Det gjelder våre medlemmer i direktorat, tilsyn, universi-

teter, statlige institutter, folketrygden, Forsvaret m.fl. Disse arbeidsplassene er svært ulikartede. Enkelte steder utgjør legene en arbeidstakergruppe av betydelig størrelse, men det som imidlertid kjennetegner situasjonen til svært mange – til forskjell fra f.eks. foretakene – er at de er ansatt som enkeltleger i en arbeidsstokk dominert av andre arbeidstakergrupper. Dette får konsekvenser både for tilhørighetsfølelse til et fagmiljø, og for posisjon og styrke i en forhandlingssituasjon.

Akademikerne har en klar strategi for å etablere lokale forhandlinger som en hovedarena for medlemmenes forhandlingsinnsats. Dette kan sikkert gi gode uttelling for mange. Erfaringer med en relativt liten pott avsatt til lokale forhandlinger, kombinert med at mange leger «konkurrerer» med antallsmessig tyngre arbeidstakergrupper, har likevel vært årsak til frustrasjon. I noen situasjoner vil man kunne oppnå økt forhandlingsstyrke ved å samarbeide/alliere seg med medlemmer eller tillitsvalgte fra andre Akademikerforeninger.

I skrivende stund gir det grunn til en viss optimisme at staten har gitt signaler om at

tilstrekkelige og økte midler skal avsettes til lokale forhandlinger, slik at det faktisk blir noe å forhandle om. De lokale forhandlingene ønskes også gitt større forutsigbarhet, ved at virksomhetene i god nok tid avsetter de nødvendige midler til den lokale forhandlingspotten.

Vi er kjent med at avtalt arbeidstidsordning og arbeidsbelastning har vært under press i enkelte virksomheter. I tillegg til å benytte tillitsvalgte, har legene flere steder et potensiale for i større grad å spille på verneombud og arbeidsmiljøutvalg i denne type HMS-saker. Arbeidstilsynets kampanje «God vakt» i helseforetakene har bl.a. satt søkelys på balansen mellom ressurser og oppgaver. Dette perspektivet må vi også ha med oss hva gjelder annen type legevirksomhet. Vi skal ikke la et utilbørlig press gå på bekostning av egen eller pasientenes helse eller sikkerhet!

Gunnar Skipenes

gunnar.skipenes@sentralstyret.legeforeningen.no
Sentralstyret