

Kronikk

Kommunikasjon og helseledelse

Leger i lederroller må ofte forholde seg til personer som ikke har medisinsk faglig kompetanse. Siden det å oppnå enighet om beslutninger og prioriteringer krever god kommunikasjon, kan det være vanskelig å oppnå reell enighet om grunnlaget for medisinske vurderinger innenfor helseledelse. Å argumentere ut fra medisinsk autoritet og ikke ut fra innhold kan lett oppfattes som eneste utvei. Men det finnes en mellomting: Kommuniser det som det er realistisk mulig å kommunisere og skap den tilliten som er nødvendig for at andre skal se på deg som ekspert. I denne kronikken utdyper vi hva dette innebærer.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Halvor Nordby

halvor.nordby@hil.no

Avdeling for helse- og sosialfag

Høgskolen i Lillehammer

2626 Lillehammer

og

Institutt for helseledelse og helseøkonomi

Universitetet i Oslo

Grete Botten

Institutt for helseledelse og helseøkonomi

Universitetet i Oslo

Et sentralt begrep i moderne teorier om helseledelse er «kommunikasjon». Grunnen til det er opplagt: Hvis en leder ikke er i stand til å forstå andre eller ikke klarer å gjøre seg forstått, er det svært vanskelig å oppnå god interaksjon og samarbeid om felles mål. Dessuten har en leder i helsevesenet ansvar for å skape gode kommunikasjonsrelasjoner mellom andre. Ledere i helsevesenet vil som oftest lede en virksomhet hvor ansatte med forskjellige teore-

tisk og praktisk bakgrunn møtes. Med «new public management» har man de siste tiår rettet søkelyset mot forholdet mellom leger og personer med økonomisk-administrativ bakgrunn (1). En viktig oppgave for mange helseledere er å legge til rette for at disse gruppene skal klare å kommunisere på en god måte.

Forhåpentligvis vil alle være enige i denne generelle beskrivelsen og i at leger i lederroller også har et ansvar for å legge til rette for at kommunikasjonsbetingelser er møtt både «horisontalt» og «vertikalt» i organisasjonen. Problemene oppstår når man mer presist skal si hva god ledelseskommunikasjon egentlig handler om. Kommunikasjon er blitt et motebegrep som alle bruker på sin spesielle måte. Som Grennes observerer: «Litteratur om effektiv ledelse og kommunikasjon er sammenfallende med litteratur om ledelse generelt» (2). Hvilke begreper skal man velge, og hvordan skal man kunne si noe om kommunikasjon som kan være nyttig for leger med lederoppgaver? Hvis man snakker om kommunikasjon som et generelt fenomen, blir det man sier lett upresist og har få praktiske implikasjoner. På den annen side – hvis man låser seg fast i en bestemt oppfatning om hva kommunikasjon er, står man i fare for å utelate noe man burde si noe om.

I denne kronikken knytter vi kommunikasjonsbegrepet til en tradisjonell motsetning mellom «hard» og «myk» helseledelse.

Som en mellomposisjon presenterer vi det vi kaller «realistisk kommunikativ ledelse». I henhold til denne posisjonen er poenget å kommunisere det som er praktisk mulig og utover det fremstå som en person andre føler seg vel med å innrette seg etter. Vi vil hevde at det er viktig for leger i lederroller å legge vekt på dette grunnleggende målet.

Styringsdilemmaet og kommunikasjon

Det tradisjonelle styringsdilemmaet i helsevesenet har to dimensjoner. Én dimensjon kan knyttes til ledelsesstil og mer spesifikt til det Oddvar Eriksen (3) kaller strategisk og kommunikativ helseledelse. Strategisk ledelse har tre kjennetegn:

- Lederen er en autoritet med en bestemt form for makt til å iverksette en handling enten underordnede ønsker det eller ikke.
- Vellykket ledelse betyr resultatoppnåelse, noe som innebærer at resultater forstås

som uavhengige mål som ikke nødvendigvis er i samsvar med det som ville blitt betraktet som mål i demokratiske beslutningsprosesser innad i organisasjonen.

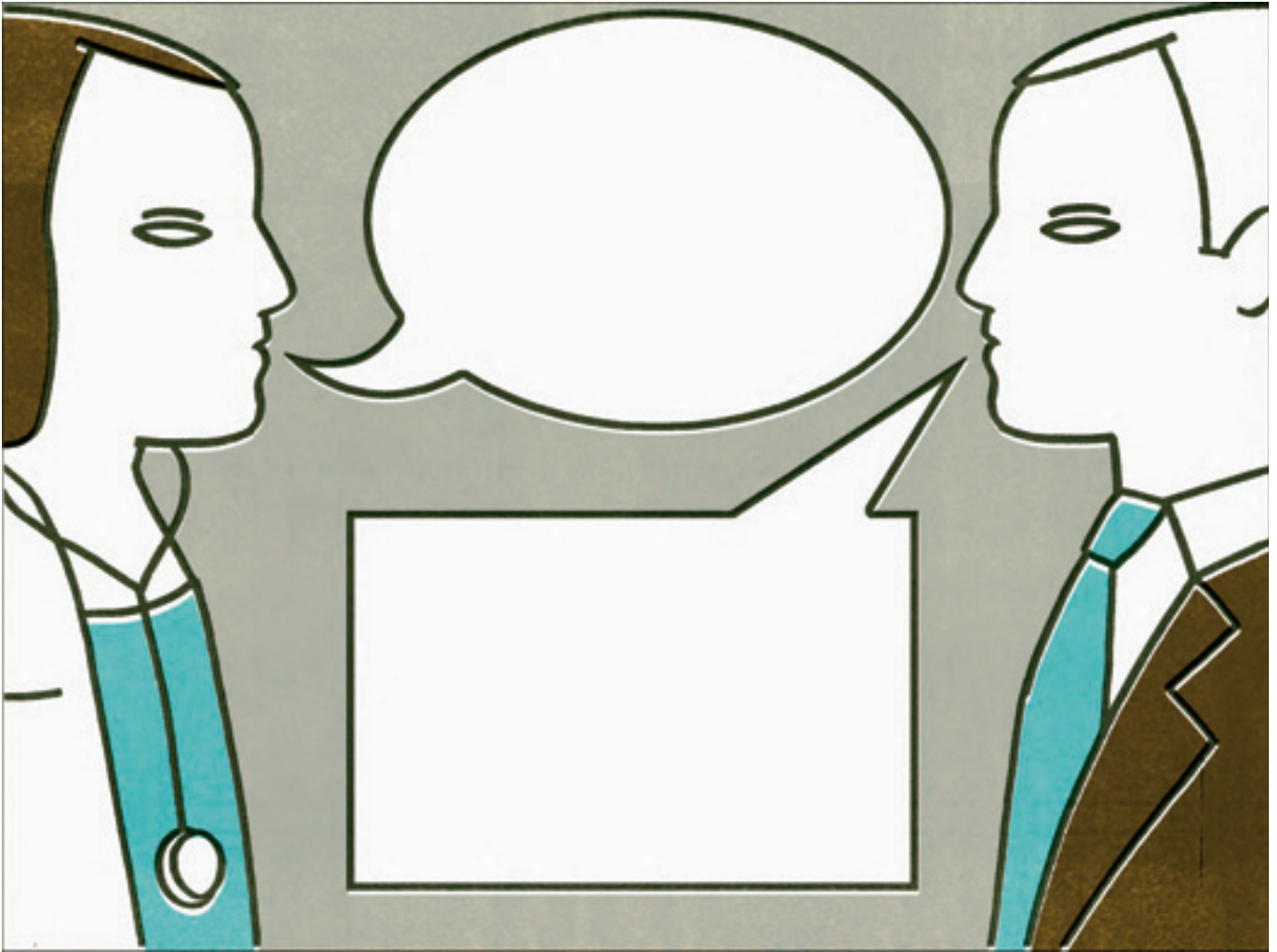
- Den grunnleggende verdien er effektivitet, og det viktigste for en leder er å nå fastsatte mål på den mest effektive måten, noe som ofte knyttes til ideen om å få mest mulig ut av økonomiske og andre ressurser som er til rådighet.

Med bakgrunn i Habermas' teori om kommunikativ rasjonalitet (4) lanserer Eriksen kommunikativ ledelse som en ledelsesform som er grunnleggende forskjellig fra strategisk ledelse. Kommunikativ ledelse har ifølge Eriksen tre kjennetegn:

- Ledelse baserer seg på likeverd i den forstand at beslutningsgrunnlaget for en handling skal være forstått og akseptert i alle deler av organisasjonen.
- God ledelse er måldanning og målrealisering der både fastsettelse og realisering av mål forstås som prosesser som forankres i organisasjonen som helhet. Mål skal bestemmes på demokratisk vis, og spørsmålet om hvordan mål skal realiseres, skal kunne forstås av alle som berøres av handlingene det gjelder.
- Den grunnleggende verdien i kommunikativ ledelse er legitimitet. En leder må kunne legitimere sin rolle som leder ved å kunne vise til rasjonelle beslutningsprosesser – andre må fullt ut kunne forstå *hvorfor* det er rasjonelt å handle på bestemte måter.

Når man får presentert motsetningen mellom «hard» strategisk og «mykere» kommunikativ ledelse, kan det være lett å tro at det er den siste som er den riktige. I utgangspunkt ønsker vi vel alle at dem vi forholder oss til, skal kunne forstå begrunnelsene for de vurderingene vi gjør? Men virkeligheten er ikke så enkel. Kommunikativ ledelse krever at andre har tid og kompetanse til å forstå hele beslutningsgrunnlaget bak en vurdering. Men hvordan skal personer som har liten kompetanse innenfor et område fullt ut kunne forstå begrunnelser som er forankret i en «eksperts» kunnskap? Eriksen er overraskende lite var for disse problemene når han forsvarer kommunikativ ledelse i helsevesenet.

I profesjonstunge virksomheter som sykehus vil strategisk ledelse kunne vekke motstand, kommunikativ ledelse vil være



Illustrasjon Kari Stai, Patron

mer i tråd med ønsket om innflytelse og medbestemmelse. Hvis man forsøker å utøve ledelse i samsvar med dette ønsket, oppstår det imidlertid en utfordring som på mange måter er lik en typisk utfordring i lege-pasient-relasjonen: Hvordan skal man klare å kommunisere spesiell medisinsk kunnskap til personer som har svært begrenset kjennskap til medisinsk teori? Etter hvert er det blitt lagt mye vekt på kommunikasjon mellom lege og pasient, og det er mange likhetstrekk mellom det klassiske lederidealet og måten pasienter tradisjonelt har tenkt på leger – som medisinske autoriteter med kunnskap som vanskelig lar seg formidle i sin helhet (5). Samtidig er det klart at legen som leder ikke har samme rolle som overfor pasienter. utfordringene rundt det å utvikle legers kommunikasjonssevne som ledere har imidlertid fått liten oppmerksomhet.

Når profesjonene møtes

Forskjeller i kompetanse og forståelse utgjør den andre dimensjonen i styringsdilemmaet i helsevesenet. Den kulturen vi kommer fra, erfaringene og den praktiske

og teoretiske kunnskapen vi har, vil alltid farge vår forståelse av oss selv og andre. Det finnes ikke noen objektiv måte å forstå andre på. Vår totale forståelseshorisont vil alltid prege våre fortolkninger (6). Så lenge en persons forståelseshorisont på denne måten er definert holistisk, vil to personer aldri kunne ha den samme horisonten. Det utelukker ikke at vi klarer å forstå hverandre på en rimelig bra måte. Poenget er at jo større forskjellene mellom to personers forståelseshorisonter er, desto større er risikoen for dårlig kommunikasjon og misforståelser. Når personer på grunnleggende måter har forskjellige perspektiver, blir kommunikasjonsutfordringene spesielt store (7).

Innen helseledelse har motsetningen mellom en medisinskfaglig og en mer økonomisk-administrativ rasjonalitet fått spesiell oppmerksomhet. Mens leger tradisjonelt har vært opplært til å tenke på medisinske forhold og kvalitet i forhold til enkeltpasienter, er en ny generasjon helsebyråkrater vant til å tenke budsjetter og kvalitetssystemer på et mer overordnet nivå.

Fra å være en organisasjon dominert av den medisinske profesjonen er helsevesenet i større grad blitt en organisasjon som styres av administratorer preget av bedriftsøkonomisk tankegang (8, 9). Med så ulik faglig bakgrunn og erfaring kan det lett oppstå misforståelser knyttet til forskjellige tanke sett når leger i lederroller og ledere med økonomisk-administrativ fagbakgrunn skal kommunisere. I et tradisjonelt medisinsk perspektiv vil eksempelvis «kvalitet» dreie seg om å gi best mulig behandling til hver enkelt pasient. Et økonomisk-administrativt perspektiv vil kunne vektlegge godt arbeidsmiljø, gode skårer på kvalitetsindikatorer eller det som er forsvarlig standard satt av tilsynsmyndigheter. Eller hva med ordene «effektivitet» og «ressurser»? Leger oppfatter lett «effektivitet» som hvor bra en behandling virker på pasienters plager, og «ressurser» kan henspille på hvilke ressurser pasienten har. For administrativt personale vil ordene ofte forbindes med «kostnadseffektivitet», som igjen tolkes som hvor mange pasienter man har behandlet ut fra tilgjengelige ressurser. Og hvordan skal man kunne avgjøre hvem som har den riktige

forståelsen? Til og med når det gjelder grunnleggende uttrykk som «verdier», «livskvalitet» og «verdighet» virker det som om innholdet ofte oppfattes forskjellig.

Realistisk kommunikativ ledelse

Overfor personer som ikke har en medisinsk faglig bakgrunn vil det normalt være praktisk umulig for leger å formidle hele beslutningsgrunnlaget for en faglig vurdering. Målet blir å få til *realistisk* kommunikativ ledelse. Vi mener to grunnleggende betingelser må være innfridd for at dette målet skal være nådd. For leger handler god ledelse ofte om å formidle hva som er praktisk mulig – om å få andre til å forstå og godta premissene for medisinske beslutninger og prioriteringer så godt det lar seg gjøre. Men i tillegg blir det ofte nødvendig å oppnå den tillit som trengs for at andre trygt kan overlate en del av innsikten om hvorfor en medisinsk beslutning er velbegrunnet til legen.

Tilsvarende betingelser er relevante når leger i legerrollen er mottakere i kommunikasjonsrelasjoner, og spesielt når personer med økonomisk-administrativ bakgrunn skal formidle sine vurderinger til dem. For enkelthets skyld vil vi her primært konsentrere oss om leger som avsendere av medisinsk faglige vurderinger. Det vil være enkelt å forstå hvordan poengene kan generaliseres til kommunikasjonsutfordringer der det er forskjellig forståelse mer generelt. For leger har spørsmålet om hva det er mulig å kommunisere ofte vært assosiert med spørsmålet om hva det er mulig å formidle til pasienter (10). Men utfordringene rundt det å gjøre fullt ut rede for en medisinsk faglig begrunnelse kan like gjerne oppstå i forhold til andre i helsevesenet, som hjelpepersonell på legekontoret eller sykepleiere som ikke har den samme ekspertisen som en spesialist ved en sykehusavdeling. Som med pasienter er det ofte avgjørende at disse gruppene har tillit til at legen har, eller kan støtte seg på, relevant

kunnskap som det ikke er mulig å formidle fullt ut.

Det er viktig å understreke at vi med dette ikke mener at leger skal komme frem med mindre enn det som er mulig. Poenget vårt er at en rekke begrensende faktorer ofte gjør det umulig å formidle hele innholdet i bakgrunnen for en vurdering. Selv om en mottaker gjerne skulle ha forstått «alt», så vil det normalt være umulig å innfri dette ønsket. Og så lenge det ikke er mulig, så blir også måten budskapet fremføres på eller andre forhold rundt konteksten man er i, avgjørende for om en mottaker slutter seg til vurderingene man gjør.

I en lang rekke tilfeller av samhandling mellom lege og pasient har pasienten tillit til legens vurderinger. Større utfordringer kan lett oppstå når leger forsøker å formidle en medisinsk faglig begrunnelse til personer som ikke bare mangler medisinsk kompetanse, men som heller ikke ser på legen som en ekspert innen saksforholdet det gjelder. Den nye utfordringen for leger i lederroller er at de nye helsebyråkratene med næringslivsfilosofi i ryggsekken langt på vei har sitt eget domene. De vurderer en rekke prinsipielle spørsmål om pasientbehandling og organisering av helsevesenet ut fra økonomiske og administrative perspektiver som tradisjonelt ligger legene fjernt. Denne gruppen er i mindre grad enn pasienter og annet helsepersonell villig til å innrette seg etter legers vurderinger.

Den andre avgjørende betingelsen i realistisk kommunikativ ledelse blir like fullt avgjørende. Det vil normalt være praktisk umulig å nå målet om full kommunikativ ledelse basert på en felles rasjonell forståelse, slik Eriksen (3) legger opp til. Mellommenneskelige forhold som tillit og åpenhet er det derimot ofte mulig å gjøre noe med. Man trenger ikke spesiell eller omfattende teoretisk kunnskap for å kunne se på en annen som en *sympatisk* ekspert.

Det virker derfor rimelig å konkludere med at det å jobbe med denne delen av relasjonen ofte er nøkkelen til å skape god kommunikasjon for leger i lederroller.

Når det gjelder lege-pasient-forholdet, er det etter hvert blitt en god del oppmerksomhet omkring kommunikasjon, men innen helseledelse har man i liten grad satt dette på dagsordenen. Vi har skissert et prinsipielt perspektiv på kommunikasjon og ledelse som befinner seg mellom de to motsetningene strategisk helseledelse og kommunikativ helseledelse. Perspektivet kan utvikles videre og tilpasses forskjellige kontekster, men på et overordnet nivå virker kommunikasjonsbetingelsene i realistisk kommunikativ ledelse relevante i mange relasjoner der leger er involvert som ledere.

Litteratur

1. Kjekshus L, Nordby H. Argumenter for en holistisk tilnærming i studier av sykehusorganisering. I: Berg O, red. Medisin og samfunn. Oslo: Universitetsforlaget, 2002: 310–37.
2. Grennes CE. Kommunikasjon i organisasjoner. Oslo: Abstrakt forlag, 1999.
3. Eriksen EO. Kommunikativ ledelse. Bergen: Fagbokforlaget, 1999.
4. Habermas J. Knowledge and human interests. Boston, MA: Beacon Press, 1975.
5. Nettleton S. The sociology of health and illness. Cambridge: Polity press, 1995.
6. Føllesdal D, Walløe L. Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
7. Nordby H. Doctor-patient-interaction is non-holistic. Med Health Care Philos 2003; 6: 145–52.
8. Hoffmann F. 30 års styringsreformer – mer helse og bedre styring? Nytt Norsk Tidsskrift 2002: 42–9.
9. Skaset M. I gode og onde dager: de norske legene og staten 1945–2000. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo, 2006.
10. Gude T, Anvik T, Bærheim A et al. Undervisning i klinisk kommunikasjon for medisinstudenter i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2277–80.

Manuskriptet ble mottatt 11.12. 2006 og ble godkjent 20.2. 2007. Medisinsk redaktør Jan C. Frich.