



Fra presidenten: Leger og ledelse

Det er behov for gode legeledere og en bredere målsetting for helsetjenesten enn god økonomistyring. Ord er makt – ut med foretak og inn med sykehus.

På sykehusene er målene i stigende grad bedriftsøkonomiske. Helsepersonell opplever at medisinsk faglige argumenter nedprioriteres i forhold til økonomiske og administrative argumenter. Behandling og omsorg er blitt produksjon – betaling for behandling er inntjening – sykehus er blitt foretak. Jeg vil slå et slag for at vi igjen skal lede sykehus – ikke foretak. Det kan bidra til tydeligere faglige mål og kvalitetsutvikling. Ordet sykehus gir tydelig budskap om en tjeneste for syke mennesker og må følgelig ledes deretter.

Sykehusene rapporterer nå stort sett kun på produksjon – mens kliniske resultater, brukertilfredshet, kvalitet og arbeidsmiljø vet vi lite om. Unntaket er når Arbeidstilsynet har vært på besøk. Da avdekkes til dels store mangler som bl.a. skyldes dagens økonomisk orienterte virksomhetsmål. Det er en stor ledelsesutfordring å endre denne situasjonen. Signaler og tilrettelegging for slik endring må komme fra eier etter samarbeid med fagmiljøene. Mange mellomledere sitter i dag i vanskelige situasjoner. Skal de vike på kvalitet og omfang av tilbud for å holde de økonomiske rammene? Helse-tjenesten er kunnskapsvirksomhet – ikke produksjonsbedrifter. Å lede helsetjenester krever mål om god kvalitet og godt arbeidsmiljø – og ledelse mot disse målene. Visjonen om god helsetjeneste til alle er ofte tydelig uttrykt i foretakets dokumenter, men realiteten og hverdagen viser at det i liten grad styres etter denne visjonen. Kvalitetsregistrering og -utvikling synes heller ikke å være et satsingsområde i praksis. Den ensidige økonomistyringen utfordrer kvaliteten på tjenestene. Man presses til å levere «godt nok» i dag – men er det godt nok i fremtiden? Økonomifokuset fører også til at utdanning ikke prioriteres. Vi burde ha en Utdannings-DRG – U-DRG. Det ville sikret at avdelingens ledelse kunne sette av tid til utdanning uten å straffes gjennom manglende «inntjening».

Ledelse vil alltid måtte utøves innenfor rammer mht. organisering, finansiering og lovverk. Ledelse av offentlig helsetjeneste i Norge innebærer å forvalte samfunnets ressurser. Det medfører behov for økonomisk styring, men prioriteringene må bygge på faglige vurderinger og anbefalinger. Medisinsk kompetanse er derfor nødvendig på alle nivåer i sykehusenes sentrale ledelse.

Spesialisthelsetjenesteloven krever at det skal være en ansvarlig leder på alle nivåer. Leder har totalansvar for fag, personell, økonomi og administrasjon. Tidligere var det i større grad mulig å kombinere klinisk arbeid og ledelse. Helhetsansvaret i dagens lederstillinger gjør at mange leger kvier seg for å ta en jobb som holder dem borte fra faglig utvikling og kontakt med fagmiljøet. Ledelse er heller ikke en karrierevei for mange leger. Støtte fra kolleger oppleves ofte som fraværende. Dersom leder ikke har tilstrekkelig medisinsk kompetanse, opprettes stillinger som medisinsk faglig rådgiver. I enhver lederrolle må det være et samsvar mellom ansvar og myndighet. En medisinsk faglig rådgiver er en utfordrende stilling. Det kan fungere dersom samarbeid og gjensidig

respekt er til stede, men det blir problematisk hvis det motsatte er tilfellet.

Kommunal helsetjeneste lider under stadig mindre synlig medisinsk ledelse. Dette har utviklet seg etter at kommuneoverlegenes plass i den sentrale kommunale ledelsen mange steder er blitt avvirket. Konsekvensene er blitt en mangelfull utvikling av kommunehelsetjenesten. Kommuneoverlegen bør gis en viktig lederrolle med større myndighet for å kunne gi bedre fagmiljøutvikling i kommunehelsetjenesten. Samfunnsmedisin er et godt grunnlag for slike stillinger. Fastleger og private avtalespesialister er ledere av små bedrifter. Godt ledede legekontorer skaper gode samhandlingsmuligheter med resten av helsetjenesten. Allmennleger i praksiskon-sulentstillinger kan fungere som ledere av samhandling mellom sykehus, kommunale helsetjenester, avtalespesialister og fastleger.

God ledelse må inneholde involvering av ansatte, gode prosesser og felles forståelse av mål og hvordan man skal nå målene. Målene må være forankret i organisasjonen. Ledere må «se» medarbeiderne. Det er viktig at medarbeidere opplever at det de har spilt inn får betydning for resultatene – at man kjenner igjen noe fra egne innspill.

Vi trenger flere leger i lederstillinger. Forståelse av betydningen av fagkompetanse om det du leder, ser ut til å øke i helsetjenesten. Det er gledelig. Det er også viktig at kollegene sammen med andre ansatte bidrar til å gjøre lederen god. Jeg vil oppfordre kolleger til å kvalifisere seg for lederstillinger og ledelse. En lederstilling kan synes mer krevende enn en rådgiverstilling, men gir mye bedre muligheter til reell påvirkning og deltakelse i helsetjenesteutviklingen enten det er på lokalt eller sentralt nivå. Sørg også for å skaffe deg de støttedokumentene jobben krever – enten det er til budsjettering eller skrivehjelp. God ledelse krever også solide nettverk. Det tar det tid å bygge opp.

Legeforeningen vil ivareta medlemmer i lederstillinger og utvikle mulighetene for at flere kan bli gode ledere. Overlegeforeningen har et ledernetttverk bestående av erfarne ledere som stiller opp som samtalepartnere for kolleger i lederstillinger. Legeforeningen er godt i gang med en nyutvikling av sin ledelsespolicy og inkluderer nå også særskilt ledelse av forskning og utdanning i og utenfor sykehus. Leger trenger lederutdanning for å bli gode ledere. Vi må satse på opparbeiding av lederkompetanse som anerkjennes ellers i samfunnet og internasjonalt, og vi må se på videreutvikling av finansieringsformer for slik legelederutdanning.



Torunn Janbu

Torunn Janbu
torunn.janbu@legeforeningen.no
president