

Ledelse i sykehus – hvor ble det av karisma og visjon?

Ledelse er å stimulere, planlegge, se fremover, fastsette mål og vise vei. En god leder får frem det beste hos sine medarbeidere og får dem til å trekke i lag. Han eller hun er både frontfigur, hoggestabbe, sjelesørger, pådriver og beslutningstaker. En god leder viser styrke og tilpasningsevne (1).

I medisinsk historie er det mange kraftfulle lederskikkelser. De hadde en utstråling som sikret dem evig liv i mytiske vandrehistorier (2). Det var fargerike mennesker som man kunne elske eller hate, men ikke stille seg likegyldig til. Gårdsdagens overleger og oversykepleiere var «flokkens ubestridte overhoder»,

men de ble etter hvert utmanøvrert av moderne begreper som profesjonshensyn, bedriftskultur og konfliktløsning. I dag er vi på mange måter i et vakuum. Vi vil ikke gjeninnføre det autoritære og karismatiske eneveldet, men vi har heller ikke funnet en fullgod erstatning.

Sykehusdrift er lagarbeid. Et godt resultat er mer avhengig av samordning og samarbeid enn av gode enkeltprestasjoner. En vellykket operasjon blir snart glemt hvis det senere oppstår liggesår og blodpropp.

Utviklingen i sykehus har ført til sterkere oppdeling av arbeidsoppgavene. På grunn av spesialisering og kortere arbeidstid har ikke pasientene lenger én lege og én sykepleier, men kanskje et titalls leger og flere titalls sykepleiere. Behandlingskjeden har fått en nærmest endeløs rekke av enkeltledd, og hvert ledd kan gi opphav til feil eller forsinkelser. Behovet for en samlende leder som kan ta vare på helheten, er derfor større i dag enn noen gang, men rollen er også mer konfliktfylt enn før.

Den karismatiske enkeltlederen er blitt erstattet av todelt eller flerdelt ledelse. Etter hvert som også andre grupper enn legene har krevd egen fagledelse, er det blitt umulig å samle alt under én enkelt person. På avdelingsnivå vil leger bli ledet av leger, sykepleiere av sykepleiere, psykologer av psykologer osv.

Det er to viktige grunner til at fagledelse har sterkere posisjon i helsevesenet enn noe annet sted. Den ene er at beslutningene ofte krever faglig innsikt. Men dette er ikke særegent for helsevesenet. Det samme gjelder for de fleste

høyteknologi- og høykunnskapsvirksomheter. Den andre grunnen er at det har oppstått en kultur i sykehusene som innebærer at en leder får tyngde og autoritet på bakgrunn av sin faglige og ikke sin administrative dyktighet.

Faglederens dilemma er at han eller hun må være medisinsk faglig på topp for å bli godtatt som gruppens overhode og samtidig være en god administrator for å kunne utføre ledelsesoppgavene bra. Det er vanskelig å være faglig flink hvis man skal bruke mye tid på ledelse, og det er vanskelig å være en god leder hvis man skal bruke mye tid på fag. Jo høyere kunnskapsnivå som kreves medisinsk sett, desto vanskeligere blir det å kombinere disse to hensynene.

Denne problemstillingen kommer tydelig frem i Bjerklund Johansen og medarbeideres artikkel (3) i dette nummer av Tidsskriftet. De undersøkte hvordan leger og sykepleiere i ledende stillinger brukte sin arbeidstid. Ett av funnene var at avdelingsoverlegene brukte langt mer tid enn oversykepleierne til medisinsk faglige oppgaver. Men oversykepleierne og avdelingssykepleierne brukte langt mer tid enn avdelingsoverlegene og seksjonsoverlegene til omsorg for egne medarbeidere. Likevel var det legegruppen som syntes de hadde for liten tid til sitt fag og sine pasienter og sykepleiergruppen som syntes de hadde for liten tid til sine medarbeidere.

Dette noe paradoksale funnet stemmer godt med inntrykk fra sykehusmiljøet. En mulig tolking er at sykepleierne i høyere grad enn legene er villige til å ta følgene av at fagledelse må være ledelsesmessig profesjonell. Legene innser også dette, men er først og fremst lojale mot pasientene i sykesengen. Morgendagens avdelingsoverleger må nok i noe høyere grad finne seg i å gi slipp på faget og også bygge sin tyngde og autoritet på administrativ slagkraft. Medisinsk-faglig ledelse er for viktig til å være venstrehåndsarbeid. Som eksempel siterer vi den administrative lederen av den engelske National Health Service, Duncan Nichole. Han ble bedt om å beskrive den største utfordringen, og svarte: Change the way that people think (4). Det forutsetter at man har klare tanker om veien fremover.

De tre store utfordringene fremover er å sikre god kvalitet, høy produktivitet og rett prioritering. Stadige nedskjæringer og effektiviseringskrav har synliggjort behovet for produktivitets- og kvalitets-sikring. Kvalitetssikring vil trolig bli dette tiårets dominerende satsingsområde, og faglederne må være pådrivere i denne prosessen.

Innstrammingene og ikke minst nedleggelsene av sykehus, har imidlertid også vist betydningen av rett prioritering. Tidligere var det få som stilte spørsmålstegn ved sykehusenes eksistensberettigelse. Nå må de til enhver tid kunne dokumentere at de fyller samfunnets og befolkningens behov. De må være villige til å innrette sitt tilbud etter helsepolitiske målsettinger, og de må kunne vise tilpasningsdyktighet.

Til dette trenger vi fagledere som kan se tendenser, skape visjoner, finne riktige satsingsfelt og stadig forme sine avdelinger i takt med den medisinske utviklingen. Dette er ingen lett oppgave i institusjoner der trangen til å bevare det bestående langt overstiger trangen til forandring.

Institusjonene må også beskytte sine ledere mot å bruke tid på økonomisk og administrativt detaljarbeid. Virksomhetsplaner og økonomiske styringssystemer er ofte unødig detaljerte, og lederne må få dyktige sekretærer som kan ta seg av det løpende detaljarbeid. Det er feilprioritering å bruke lederne til slikt arbeid.

Den store utfordringen er å trene ledere som kan faget, kan ledelse, har visjonene – og som får konsentrere seg om å være ledere.

Geir Stene-Larsen
Peter F. Hjort

Seksjon for helsetjenesteforskning
Avdeling for Samfunnsmedisin
Statens Institutt for Folkehelse
0462 Oslo

Litteratur

1. Berg ME. Ledelse – en utfordring. Oslo: NKS-Forlaget, 1987: 301.
2. Lærum OD. Fra blodigler til datamaskin – muntre legehistorier. Oslo: Hjemmets bokforlag A/S, 1986: 150.
3. Johansen TE Bjerklund, Hopen G, Hole KH. Medisinsk og sykepleiefaglig ledelse i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 518–23.
4. Smith R, Duncan Nichole: View from the apex. BMJ 1990; 301: 856–60.

○