OVERLEGEN

OKTOBER | 2016

3

Tema:
Streik i sykehus
Ledelse i spesialisthelsetjenesten – enhetlig ledelse

6

14

32

46

3 Kjære kolleger – forén dere!
4 Løsninger skal ikke tres ned over hodet på ansatte
6 Takk til alle streikende, ikke-streikende og sympatisører
8 Konflikt i sykehusene: Overlegeforeningen og legeledere i sykehus
10 Fra lege til leder i det nye arbeidslivet
13 Bra for legen- bra for pasienten?
14 Gjør det vondt for leger å bli ledere?
16 Modeller for ledelse i sykehus
18 Involverende lederstil og arbeidsmiljø
20 Legeprofesjon, identitet og ledelse
24 Ledelse ved uønskede hendelser
26 Fagutvikling - et lederansvar
28 Leder- og profesjonsansvaret i sykehus
32 Bør klinikerne lede i sykehusene?
34 Profesjonsnøytral ledelse i Sverige
35 Brug for styrket lægelig ledelse
36 Hva nå OUS?
39 Stresshåndtering, en lederoppgave
42 Hva er problemet med helseledelsen i dag?
44 Gir varslingsreglene vern av varslerne?
45 Legeforeningen har sørget for at leger fortsatt kan arbeide ved siden av pensjon!
46 Planetkonferansen
49 Spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 om ledelse i sykehus
52 FaMe: Grunnutdanningen
54 FaMe: Er overrekvirering av laboratorieanalyser et reelt problem?

Forsidebilde: Haukugle | *Frist for innlegg til neste utgave 01.11.2016*

Bladet foreligger i nettutgave på foreningens nettside
der alle lenker er direkte tilgjengelige

Norsk overlegeforening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Utgiver:
Norsk overlegeforening
Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo
Telefon 23 10 90 00 /
Fax 23 10 91 50
www.legeforeningen.no /
overlegeforeningen

Redaktør:
Arild Egge
E-post: arild.egge@ous-hf.no

Redaksjonskomité:
Jon Helle, Arne Laudal Refsum
og Edith Stenberg.

Annonser:
Media-Aa Marketing
Postboks 240, 1401 Ski
T: 64 87 67 90/ 900 43 282
arne@aamedia.no

Foto:
Jon Helle, Edith Stenberg,
Thomas Barstad Eckhoff, privat,
Scanpix, Shutterstock

Forsiden:
Foto: Jon Helle

Opplag:
9.500 eks.

Grafisk produksjon:
Merkur Grafisk AS
Postboks 25, Kalbakken, 0901 Oslo

MILJØMERKET 2041 0090 Merkur Grafisk AS

Merkur Grafisk er godkjent som svanemerket bedrift.

Copyright - Gjengivelse av innhold er kun tillatt med skriftlig tillatelse fra forfatter(e) og redaksjon

Kjære kolleger – forén dere

Denne utgaven som ellers handler om erfaringene med endelt ledelse, måtte også bli preget av streiken. Man kan alltid spørre om streik er et akseptabelt virkemiddel slik det rammer tredje part – særlig i sykehusene. Det sitter alltid langt inne å la det komme så langt og det går da også tiår mellom hver gang vi kommer i denne situasjonen. Begrunnelsen for å bryte forhandlinger, stå på sitt i megling og velge arbeidsnedleggelse, krever en særdeles god begrunnelse for å motivere medlemmene og legitimere aksjonen i opinionen.

Årets forhandlinger handler ikke om penger – selv om Spekter beregnende nok framstiller det slik. Å få rettet oppmerksomheten mot det prinsipielle har vært Legeforeningens strategi. Raseringen av et avtaleverk alle i norsk arbeidsliv tar for gitt – etter 100 år – det er det dette handler om. Bort fra kollektive avtaler - kom heller til HR og få deg «en plan for livet», eller i hvert fall for det neste året, med 3 revisjonstidspunkter i perioden. Da kan vi sammen finne ut en måte du kan jobbe inn alt framtidig fravær på. Den enkelte ansatte i en lett asymmetrisk situasjon med HR på den andre siden av bordet. Det kan vel ikke være så vanskelig å planlegge ferien, bestemme kurs og permisjon for et år framover. Og, dersom du er usikker på om avdelingens planer omfatter deg også i fremtiden, er jo den beste måten å sikre det på - å yte litt ved kontraktsinngåelsen?

Arbeidsgiver ønsker å disponere (over)tiden din – forståelig nok – vi kan også ta på de brillene. Det er billigere å dekke vaktarbeidet og også framstå som moderne med «utvidet åpningstid», disponering av ressurser (et annet ord for lege) i harmoni med svingninger i driften– uten at det koster noe på den måten. Det er imidlertid mange andre kostnader ved dette enn de rent økonomiske som de senere årenes erfaringer med moderne sykehusledelse gjør at vi vet ikke blir forstått. Hvorfor kan vi ikke bare organisere oss som alle andre turnusarbeidere, rapportere til hverandre og gi slipp på ideen om ha kolleger tilgjengelige på dagtid?

Hva skal HR legge til grunn for sin planlegging – som ikke har den fjerneste anelse om hva de enkelte avdelinger driver med – annet enn at de kan sørge for å smøre oss tynt utover og se til at vaktene er dekket på billigste måte? De har ikke det minste grunnlag for å bedømme om nødvendig kompetanse er på plass for driften.

Streiken er ikke over når «Overlegen» går i trykken, men kan være det når dere leser dette. Den har minnet oss på hvor høyt vi skal verdsette den tilliten som tradisjonelt eksisterer mellom partene i arbeidslivet – den norske modellen. Den kan ikke tas for gitt og Spekter har lært oss det ved å nytolke avtaleverket. Slikt kan bare møtes med forente krefter – Akademikerne har stått sammen fordi det er opplagt aktuelt for mange andre enn legene i tiden som kommer. Hele arbeidslivet er i endring med press på lønninger og arbeidsbetingelser – sammen kan man kanskje bremse dette, alene ikke. ●

» Av Overlegeforeningens leder **Jon Helle**

Foto: Thomas Barstad Eckhoff

Løsninger skal ikke tres ned over hodet på ansatte

Veien videre etter streiken kan bli bratt og humpete.

Utgangspunktet for at årets oppgjør gikk til streik var Spekters ensidige nytolking av inngåtte avtaler, til egen gunst. De har snudd opp-ned på måten arbeidstid planlegges på. For Legeforeningen var dette en alvorlig trussel mot det kollektive vernet av arbeidstid og et nytt forsøk på å svekke vår innflytelse og medbestemmelse. Vår motstand var overtydelig før og under forhandlingene. Spekter var ikke til å rokke. Brudd i forhandlinger og null resultat i mekling ga det eneste logiske og nødvendige utfall for en ansvarlig fagforening: Streik. Dessverre.

Jeg spurte, og spør meg fortsatt: Vurderte Spekter, RHF-direktørene og HF-direktørene omkostningene, i vid forstand, med å skulle stå så steilt på sin nye avtaletolkning? En tolkning som oppfattes som et forsøk på fagforeningsknusing. Jeg mener de må ha bommet på noe vesentlig, nemlig risikoen for å få en nærmest samlet arbeidstakergruppe mot seg.

Motparten utfordret, provoserte, og fikk svar. Slett ikke bare fra legene og Akademikerne. Streiken ga en bred mobilisering, et sterkt samhold og viktig støtte på hele arbeidstakersiden i Norge, langt videre enn Akademikerne. Bruddet åpnet sluser for noe som hadde demmet seg opp over lang tid i mange sektorer: Motstanden mot den importerte overstyringskulturen veltet frem.

Tusen takk til alle, både innad i Akademikerne-fellesskapet og i alle de andre fagforeninger og organisasjoner i Norge og Norden som sto opp! Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet, Unio, Parat, Delta, Norsk Radiografforbund, Politiets Fellesforbund, Farmaceutene, nordiske akademikerforeninger og mange flere. Her har vi forent våre krefter og har mye å bygge videre på.

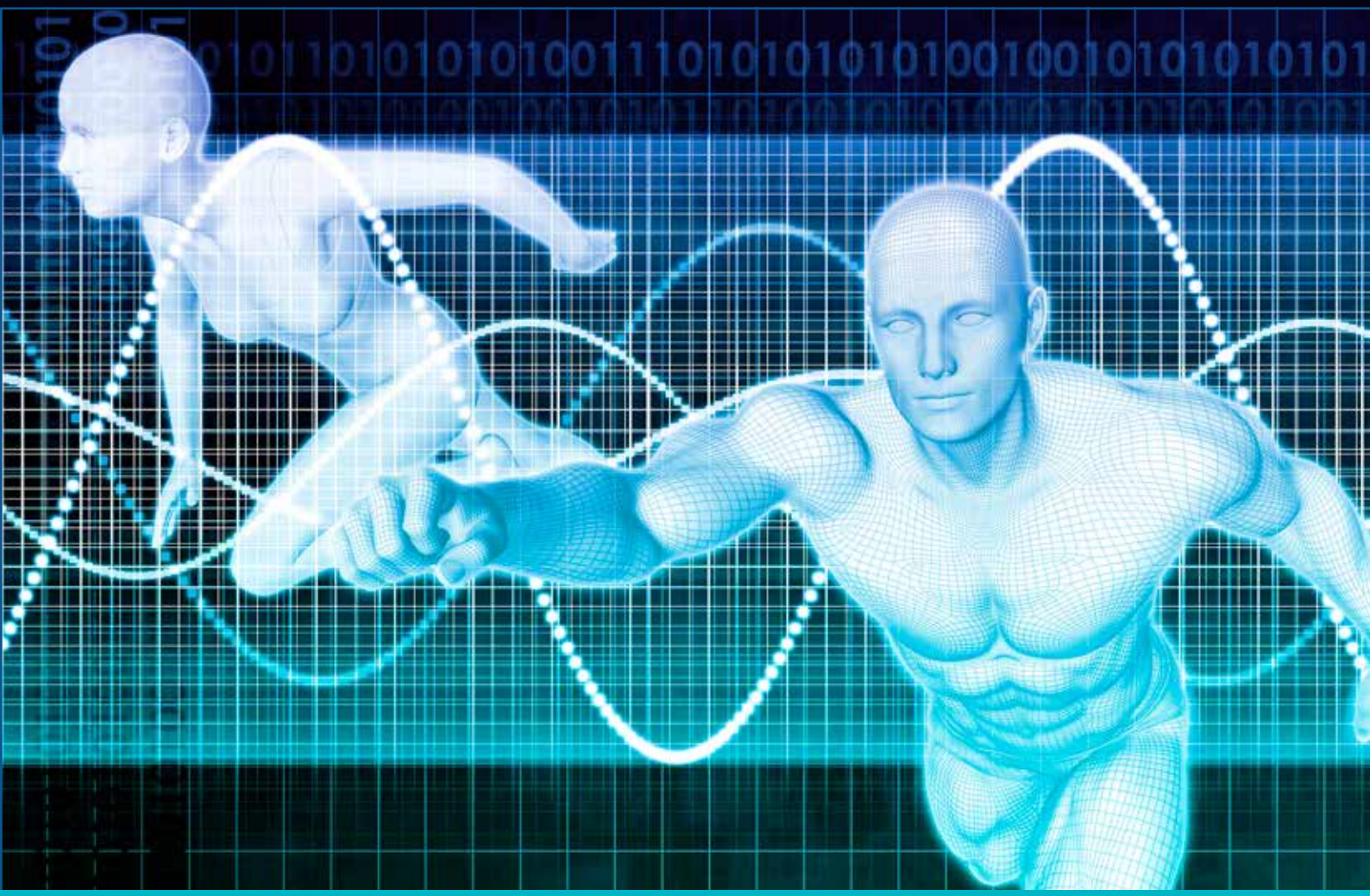
Vurderte Spekter, RHF-direktørene og HF-direktørene omkostningene, i vid forstand, med å skulle stå så steilt på sin nye avtaletolkning?

Misnøyen, mistilliten og sinnet ligger der ute. Uansett om streiken ender med et forhandlingsresultat eller lønnsnemnd. Dette er utgangspunktet når veien videre mellom partene skal bygges. Veivalg på arbeidsgiversiden, med RHF-direktørene i spissen, vil avgjøre om ruten fremover blir brattere og mer humpete, eller om vi kommer på sporet igjen av den norske modellen og et reelt samarbeidsforhold. Der de ansatte og våre organisasjoner har den innflytelse, medvirkning og medbestemmelse som vi skal ha. Dette er en forutsetning for å finne gode løsninger på konkrete utfordringer, der begge parters interesser blir ivaretatt på en hensiktsmessig måte. Løsninger skal ikke tres nedover hodet på ansatte. ●

Skal du ta lederutdanning?

Søk Ofs lederstipend!

Med virkning fra 1. januar 2016 ble stipendet økt fra 30.000 kr til 40.000 kr



Du finner mer informasjon på Ofs nettsider

www.overlegeforeningen.no

Takk til alle streikende, ikke-streikende og sympatisører

Streiken viste med all tydelighet at Akademikernes medlemmer er sterke og handlekraftige, tar ansvar og stiller samlet opp for fellesskapet og de kollektive verdiene. Det har imponert meg med hvilken glød og oppfinnsomhet medlemmene har stått på. Og med hvilken kraft og klokskap de har taklet veivalgene underveis.

» Av **Jon Helle**, Ofs leder

Vi har høy terskel for streik. Sånn skal det være. Streik har omkostninger for alle involverte, og vil ramme uskyldig tredjepart. Vi har vært ansvarlige.

Både streikende og ikke-streikende har bidratt til aksjoner, støtte og oppmuntring. De som ikke streiker har tatt ansvar for pasientene.

Støtteerklæringer fra de mange andre organisasjoner som representerer ca. 1.1 millioner arbeidstakere, har også varmet enormt og betydd mye for slagkraften.

Det er bare å ta av seg streikehatten og si: Tusen takk til alle, for all innsats sent og tidlig på så mange arenaer! Måtte den komme pasienter, pasientsikkerheten og det kollektive vernet for arbeidstakere til nytte.

Forskerforbundet mener legene streiker for et viktig prinsipp i arbeidslivet når de vil sikre kollektive avtaler om arbeidstid, skriver Forskerforbundet

- Dette er en viktig og prinsipiell kamp, skriver Unio

Flere fagforeninger har nå gått ut og støttet Akademikernes sykehusstreik. -Vi er svært glade for støtten, dette viser at streiken dreier seg om mye mer enn leger i sykehus, sier Frøyland.

STOR STØTTE TIL STREIKEN FRA ANDRE FAGORGANISASJONER:
http://akademikerne.no/no/lonn_tariff_og_statistikk/spekter_helse/Stor+-støtte+til+streiken+fra+andre+fagorganisasjoner.b7C_wRbK4F.ips

SE OPPDATERING FORTLØPENDE PÅ OFs FACEBOOK-SIDE

- Arbeidstid og arbeidsbelastning er svært viktige spørsmål for alle arbeidstakere, også våre medlemmer, skriver Farmaceutene, som understreker at autorisert helsepersonell har et særlig ansvar

- Dette er en konflikt som først og fremst handler om arbeidsbelastning og pasientsikkerhet, og det er noe som angår oss alle, skriver Norsk Sykepleierforbund (NSF)

- Det handler om kollektive avtaler, arbeidsbelastning og pasientsikkerhet. Det angår oss alle, skriver Fagforbundet

Rammene for arbeidstidsordninger er under press, skriver Politiets Fellesforbund

Konflikt i sykehusene:
Overlegeforeningen og legeledere i sykehus

Mellomledere i sykehus er ikke skyteskivene i årets konflikt. Vi har mange gode ledere. Det er arbeidsgiverpolitikken sentralt vi angriper, fordi den over tid har gått i feil retning. Ansvaret for dette må de fire RHF-direktørene ta.

» Av **Jon Helle**, Ofs leder

Vi har mange legeledere, de fleste medlemmer av Legeforeningen, som gjør en meget god jobb med de beste målsetninger. Som får de ansatte med seg og leverer varene for fellesskapet, for pasientbehandlinger, pasientsikkerheten og trivselen til de ansatte. Det får vi synlige bevis for når vi ser de mange nominasjonene til Legeforeningens lederpris. Mange gir et sterkt inntrykk, og vi er stolte av den innsatsen disse gjør.

Pasientnære ledere i en skvis

Ledere, særlig de som er pasientnære, er i en skvis mellom mange krav og trange rammer. De sitter med dilemmaer der de skal balansere hensyn og lojalitet både oppover, nedover og til pasientene. Det har vi både respekt og forståelse for.

I kjølvannet av forhandlingsbruddet i vår mellom Spekter og Legeforeningen (A2) kom det mange kritiske utspill på ulike arenaer mot ledere i sykehus. Også «våre egne», leger i lederposisjoner i sykehus, opplevde mishag, motstand, kritiske ytringer, mistillit etc. Dette falt noen legeledere, kanskje særlig i mellomlederposisjoner, tungt for brystet. De opplevde seg mistrodd. Noen av dem lurte nok på om det var verdt kontingenten å være medlem i Legeforeningen.

Misnøye med arbeidsgiverpolitikken

Det er viktig å sette kritikk mot ledere inn i en større sammenheng, for å skille reell kritikk av enkeltledere fra systemkritikk. Våre medlemmer har mange dårlige erfaringer over flere år med den overordnede arbeidsgiverpolitikken som bygger på en ensidig styringsideologi. Og lederne blir gjerne eksponenter for denne, enten de trives med den eller ikke. Derfor kan kritikk mot enkeltledere i realiteten minst like gjerne være en systemkritikk.

For å illustrere kan vi ta utgangspunkt i årets forhandlinger. Forhandlingene hadde særlig fokus på arbeidstidsplanlegging, det vide unntaket vårt fra Arbeidsmiljøloven og behovet for forutsigbare og kollektive rammer som hindrer et utidig og uforsvarlig arbeidspress. Spekter presenterte tidlig sin nye, ensidige fortolkning av avtaleverket, som fjernet den kollektive rullerende arbeidstidsordningen og ga arbeidsgiver styringsrett innen veldig vide

Foto /billedstekst: Anne Marit Wang Førland, OUS

Oslo universitetssykehus (OUS) var blant de første sykehusene hvor man onsdag 7. september tok ut 98 medlemmer i streik. De uttatte medlemmene hadde engasjement og streikeviljen var stor. Media var tilstede på Ullevål og sørget for å formidle at Akademikerne var i streik. Allerede første dag var Bryggearbeideres forening på plass med flere av deres medlemmer i gule vester med solidarisk støtte. For medbestemmelse og arbeidstidsordninger er viktig for alle arbeidere og uproblematisk å gi sin tilslutning.

rammer. Dette ville de overhodet ikke forhandle på. Vi møtte en vegg. De ville ta makten, og ta fra oss medbestemmelsen.

Medbestemmelse har blitt uthulet

Men årets grep fra Spekter var ikke en enkeltstående eller isolert handling. Det må sees i sammenheng med hvordan arbeidsgiverpolitikken har hatt en negativ utvikling over flere år. I 2014 havnet vi også i mekling. Fordi vi over tid hadde opplevd at arbeidstakersiden stadig tapte terreng i partsforholdet og at lovens intensjoner om innflytelse og medbestemmelse ble uthulet.

I 2014 endte meklingen i en avtale, men vi var tydelige på at vi måtte se en større grad av innflytelse, medvirkning og medbestemmelse i kommende to-års periode. Så skjedde ikke. Spekters siste grep ble et uttrykk for det motsatte.

Arbeidsgivers styringsrett og arbeidstakeres resignasjonsplikt er formelle realiteter vi ikke setter spørsmålstegn ved i seg selv. Men det er måten disse brukes på, særlig regissert fra Spekters side, som ødelegger og spisser unødig i partsforholdet. Blant annet sier Spekter at ansatte ikke har ansvar for pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Slikt bidrar til at ansatte opplever å bli satt på sidelinjen, og heller blir brikker enn kunnskapsarbeidere med ansvars- og pliktfølelse. Da svinner tilliten og mye med den.

RHF-direktørene har et ansvar

Mandatet henter Spekter formelt fra RHF-direktørene, men også HF-direktørene har et ansvar. I realiteten har HR-avdelingene åpenbart også en tydelig rolle. Sammen har de et ansvar for den overordnede arbeidsgiverpolitikken som skal føres i sykehusene.

Direktørene har et overordnet ansvar for pasientbehandlingen, ikke bare personal og økonomi. De vet at de er avhengige av alle helsearbeiderne, ikke minst legene. Og de fleste HF- og RHF-direkterører uttrykker et ønske om et velfungerende partsforhold og vil gjerne finne løsninger i fellesskap.

Men direktørene må bestemme seg for hva slags samarbeidsforhold de reelt vil ha i sykehusene og sette sitt tydelige stempel på arbeidsgiverpolitikken deretter. Tillit er avgjørende, og den bygges over tid. Den vedtas ikke. Målet må være å få god ledelse i sykehus der alle kan utøve både sitt ansvar og sitt medansvar på en god måte. Det vil være viktig for både ledere og ansatte og ikke minst for det vi sammen skal levere til pasientene.

Medlemskap i Legeforeningen

Helt til slutt: Har leger i lederposisjoner, på alle nivå, nytte av medlemskap i Legeforeningen? Ja, jeg mener det, både som gruppe og på individnivå. Et åpenbart poeng er den faglige tilhørigheten til foreningen, de fagmedisinske foreninger og Tidsskriftet. På gruppenivå har både vi i Of og Legeforeningen ulike tilbud for leger i ledelse, som seminar, utdanning, stipendordninger mm, og disse kan gjerne benyttes mer. Siste året har vi arrangert et nytt tilbud, «Miniseminarene». Det siste av disse er omtalt i dette nummeret av Overlegen. Men vi kan gjøre mer for leger i lederposisjoner og er åpne for innspill.

På individnivå kan vi hjelpe til med vårt sterke advokatkorps, som står til disposisjon for den enkelte leder i vansker overfor egen arbeidsgiver. Der gjelder konfidensialitet og vi politikere får aldri innblikk i slike saker uten at medlemmet gir advokaten fritak fra taushetsplikten.

Og for at det ikke skal herske noen tvil: Overlegeforeningen vil selvsagt ha flere leger inn i lederposisjoner. ●

Glimt fra streikearrangement i Bergen 20. september

Fra lege til leder i det nye arbeidslivet

I denne korte artikkelen ønsker jeg å belyse hvordan endringer i norsk arbeidsliv generelt og sykehus spesielt kan sies å spille en rolle for den økende frustrasjonen blant leger i møte med ledelse og endrede rammebetingelser.

» Av **Lars Erik Kjekshus**, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo

For legen er det relasjonen til pasienten som er grunnleggende og ledelse underordnet

Ledere med legebakgrunn fortsetter i stor grad å arbeide klinisk

Vi vet fra medarbeiderundersøkelser og arbeidsmiljøkartlegginger at leger jobber mye og opplever høy arbeidsbelastning. Samtidig er de den arbeidsgruppen som har lavest sykefravær [1]. Studier av sykefravær viser at arbeidstakere som opplever å ha kontroll over egne arbeidsoppgaver tåler mer endring og arbeidspress [2-5]. Et viktig spørsmål er da om legenes opplevelse av kontroll og autonomi er i endring, i takt med generelle samfunnsendringer.

Sosiologen Richard Sennett beskriver i boken *«The Corrosion of Character. The Personal Consequenses of Work in the New Capitalism»* fra 1984, hvordan endringer i arbeidslivet påvirker den individuelle karakter. Mens den gamle kapitalismen var preget av rigide, men forutsigbare, hierarkier, og entydige maktkonstellasjoner, beskriver Sennett den nye kapitalismen som preget av organisasjoner som krever fleksibilitet, omorganisering, risikotaking, kortvarige prosjekter, arbeid på tvers av yrkesgrupper og utbredt nettverksstyring [6]. Kan denne beskrivelsen også passe i sykehus, og hvordan har eventuelt den moderne økonomien påvirket legehverdagen?

Den moderne økonomien, slik Sennet beskriver den, er overgangen fra maskindominert industrialisme til en informasjons- og kunnskapsbasert økonomi. Der arbeidere tidligere måtte være «on-time» er de nå mer forventet å være «on-line» [7]. Grensene for arbeidet er ikke lenger like tydelige, og arbeid og privatliv blandes sammen. Arbeidere måles etter hva de leverer og ikke etter antall timer de er på jobb. Nå forventes det av arbeidstakere at de svarer på e-post på kveldstid og i helger uten vakttillegg. Den nye informasjons- og kunnskapsbaserte økonomien gjør at arbeidstakerne opplever at de konstant «ikke bare er på, men i arbeid» [7].

Tradisjonelt har sykehus vært forskånet for mye av de endringene som samfunnet forøvrig ble påført, slik Sennet beskriver utviklingen av den moderne økonomien i perioden etter 1970. Sykehus har vært tunge institusjoner styrt etter medikratiske verdier [8]. **Det vil si at det var den medisinske logikk som var normgivende for organisering og maktkonstellasjoner. Legehierarkiet med overleger og professorene på topp dominerte,** og de administrative hadde støttefunksjoner i sykehuset. Leger jobbet utfra et eget personlig engasjement og definerte selv grensene for sitt virke. Det var ikke kortere arbeidsdager enn i dag, men timene ble ikke telt på samme måte.

Ved tusenårsskifte skjedde det noe med norsk helsevesen. Overgangen fra fylkeskommunalt eierskap og forvaltningsstyring, til statlig eierskap og foretaksorganisering, og dertil mål- og resultatstyring, endret ledelse- og rammevilkårene for sykehusene. Sykehusene ble egne rettssubjekter, og de ansatte ble underlagt arbeidsmiljøloven istedenfor tjenestemannsloven. Sakte, men sikkert ble hverdagen til sykehusansatte endret uten at overgangen kanskje kjentes altfor overveldende til å begynne med. Samtidig på 90-tallet hadde legene blitt vanlige lønnsarbeidere ved at det som tidligere var ulønnet ekstra vaktarbeid, frivillig innsats i lange kvelder for å dekke opp behovet til spesielt trengende pasienter, ble registrert og skulle lønnes etter faste tariffer. Lønnen gikk opp, men friheten gikk ned. Fra da av grep den moderne økonomien også sykehusene.

Sykehus blir ofte karakterisert som profesjonsbyråkratier der koordinering skjer gjennom standardisering av arbeidsoppgaver og kategorisering innenfor medisinens ulike spesialiteter [9]. Medisinens fagspesialisering har ført til at leger kan stadig mer om stadige mindre. Spesialiseringen har vært en suksess med tanke på de store medisinske fremskritt som er gjort de siste 60-70 årene. Sykehuset har bidratt til medisinens suksess ved å speile medisinens spesialisering i sin organisering. På et tidspunkt bikket imidlertid fordelen med den økte spesialiseringen og fragmentering av sykehusene over

Når leger blir ledere blir lederlegitimiteten begrunnet i faget

til å bli en belastning fordi koordineringsutfordringene oppleves som uoverkommelige. Sykehusene fusjonerer og blir større for å håndtere den økte spesialiseringen. Det kreves større fagmiljøer for å kunne etablere egne vaktordninger også innen de små grenspesialitetene. Men pasientene opplever manglende koordinering på tvers av spesialiteter. De store sykehusene sprer seg over store geografiske områder og organiserer mange spesialiserte seksjoner. Oslo universitetssykehus har i dag 83 ulike avdelinger og nærmere 650 seksjoner [10].

Innføringen av pakkeforløpsorganisering innen kreftbehandling er en direkte konsekvens av behovet for økt koordinering på tvers av spesialiteter. Kreftpasienter er spesielt utsatt fordi det er mange spesialister som er involvert i behandlingen. Pakkeforløpsorganiseringen inngår i sykehuset som en matriseorganisering som går på tvers av sykehusets fagspesialiserte seksjoner og avdelinger. Egne forløpsledere skal sikre pasientens vei gjennom alle fagsiloene og redusere ventetiden mellom hver stasjon. En forløpsleder ved et sykehus har en åpenbart viktig funksjon, men det er samtidig en av de mest frustrerende rollende du kan ha som leder i et sykehus. Oppgaven er å få alle spesialistene til å tenke på tvers og ta ansvaret for helheten i behandlingen. Alle tegn tyder på at forløpsorganisering er framtiden, men hvis sykehusene skal få dette til må grunnstrukturen gradvis endres fra å speile medisinens fagspesialisering til å følge pasientforløpene. **Når sykehusene endelig organiseres etter pasientenes behandlingsforløp og ikke etter medisinens spesialisering vil sykehusene kunne bli mindre i størrelse og mer koordinerte.** Fagspesialister må da hentes inn fra flere sykehus, men det vil ikke lenger være slik at pasienter må sendes mellom sykehus.

Men hvordan vil legerollen endre seg i takt med en slik omstrukturering? Og vil leger gå inn i lederroller som trengs i slike strukturer? Vi kjenner fra studier i andre europeiske land at det er en økende bekymring for at leger trekkes seg ut av ledelse og sentrale posisjoner. Særlig i England har man sett en svekkelse av kvaliteten og pasientsikkerheten der legene viser et tydelig disengasjement for drift og utvikling [11]. Et forsøk på å demme opp for dette er etableringen av programmet Medical Engagement Scale (MES) der en ønsker å øke det generelle medarbeiderskapet og spesielt blant leger [11].

Men for leger flest er det å ta ansvaret for organisasjonen og helheten fremmed. Det er relasjonen til pasientene som er det grunnleggende, og ledelse er underordnet. Ivan Spehars doktorgradsprosjekt fokuserte på transformasjonen fra lege til leder. Studiene viser at overgangen fra lege til leder kan være vanskelig. Når leger blir ledere blir lederlegitimiteten begrunnet i faget og baseres på at en er en dyktig fagutøver [12]. Vi ser av studier at ledere med legebakgrunn i stor grad fortsetter å arbeide klinisk og langt på vei begrunner at dette er viktig for deres lederlegitimitet [13]. Det ligger i fagets natur at det å være en dyktig fagutøver vil være å spesialisere seg, tilegne seg unik kompetanse. Fagspesialister er uunnværlige i sine felt og ansatt nettopp i kraft at de har en unik kompetanse. Ledelse basert på faglig legitimitet gir ledere som søker å være uunnværlige og står i kontrast til moderne ledelsesteorier som sier at ledere bør søke å gjøre seg mest mulig overflødige ved at ansatte leder seg selv. Dette bryter med fagets logikk som er å dyktiggjøre seg på et felt – å bli spesialist, bli unik og uunnværlig.

Legeutdanningen er innrettet mot spesialisering og fokuset er på relasjonen mellom behandler og pasient og den spesifikke diagnosen. Men hverdagen som møter den ferdigutdannede legen er mer kompleks og påvirket av mangfold av yrkesgrupper. Dette påvirker særlig den moderne lederrollen som spesielt er forventet at skal ta ansvar for organisasjonen, helheten og bidra til koordinering på tvers av yrkesgrupper. Mange leger ønsker ikke en slik lederrolle. De opplever at dette ikke er oppgaver som samsvarer med deres utdanning og karakteriserer dette ofte som «merkantile» eller «administrative» oppgaver [13].

Videre ser vi at legerollen endres gjennom endring i utøvelse av faget og den medisinske praksis. Det står et samlet medisinsk fagmiljø bak utvikling av moderne evidensbasert medisin. Det vil si at den behandlingen som gis skal underlegges strenge vitenskapelig krav til dokumentasjon for virkning og effekter. Det er få som ikke omfavner og ser en klar nytte av at medisinen er evidensbasert og at det skapes en konsensus om gjeldene retningslinjer for beste dokumenterte medisinske behandlingsmetoder. Dette er sentralt i

organiseringen av tjenestene og det er sentralt i utdanningen av helsepersonell. Samtidig vektlegges i utdanningen, og i praksis, den enkelte leges autonomi og skjønn. Utbredelsen av mer standardiserte retningslinjer for behandling utfordrer nettopp autonomien. Det blir viktigere å kjenne til de gjeldene retningslinjene enn å erverve og utøve klinisk skjønn. Medisinske beslutninger må vise til nasjonale retningslinjer, og avvik fra disse må begrunnes. Legens rolle som skjønnsutøvere trues. Min påstand er at å være lege i dag er ikke like morsomt som det var for 30 år siden. Det er i mindre grad bruk av skjønn, og arbeidsoppgavene blir mer rutinepreget og standardiserte som følge av dokumenterte evidensbaserte retningslinjer.

Legerollen endres på denne måten både innenifra ved utvikling av utøvelse av medisinsk praksis og etablering av den evidensbaserte medisinen, og utenifra i overgangen fra maskindominert industrialisme til den moderne informasjons- og kunnskapsbasert økonomien. I sum opplever legene mindre autonomi, mindre rom for skjønn og redusert handlingsrom i utøvelse av faget. Frustrasjonen rettes mot ledelsen og administrasjonen.

Historisk har det alltid vært en konflikt mellom sykehusadministrasjonen og leger. Det har blitt forklart som en konflikt mellom ulike logikker der legene fokuserer på forholdet mellom pasient og behandler og legens primæroppgave er å søke optimal behandling for sin pasient. Administrativ logikk er tuftet på et syn på organisasjonen som et hele, og fokuset er på summen av pasienter som venter på behandling. Da blir spørsmålet ikke optimal behandling, men hva som er godt nok i forhold til begrensede ressurser. Ledelse i sykehus har handlet om å bygge bro mellom disse to logikkene i et forsøk på å redusere det som oppleves som en skyttergravskrig. I det offentlige ordskiftet, og spesielt mellom arbeidsgiverforeningen Spekter og Den norske legeforening, kan det virke som om brobyggingen ikke lykkes og at frustrasjonen er tiltagende.

Konflikten mellom Spekter og Den norske legeforening handler om retten til å bestemme over egen arbeidstid. Spekter argumenterer med en tatt-for-gitt-forståelse som legger den moderne informasjons- og kunnskapsbasert økonomien til grunn, der legene må innordne seg som alle andre arbeidstakere. Legenes kamp er forståelig, men det er få yrkesgrupper (med unntak av underbetalte forskere) som har en slik frihet over egen arbeidstid. Spørsmålet er om det er mulig å få i både pose og sekk. Forskningen viser at skal du tåle høy arbeidsbelastning er kontroll over egen arbeidstid en viktig faktor [2-5]. Lønn er underordnet.

For tre år siden skrev jeg i «Tidsskriftet» kronikken «Ta ledelsen tilbake!» som kommentar til kronikken «Ta faget tilbake!». Kronikken var ment som et forsøk på å utfordre legenes problembeskrivelse, men samtidig å ta på alvor den frustrasjonen mange opplever som en konsekvens av den nye styringsideologien, økte krav, trange rammer og opplevd manglende forståelse fra toppledelsen [14]. Fortsatt tror jeg noe av løsningen på problemene i norsk helsevesen er økt mulighetsrom, få engasjerte medarbeidere inn i ledelse (medarbeiderskap), lederutvikling, men kanskje særlig at vi trenger leger som ledere som i større grad tar ansvar for helheten – det vil si også påtar seg ledelse av andre yrkesgrupper og på tvers av spesialiteter.

Samtidig tror jeg en større forståelse for hva det nye arbeidslivet med et konstant krav om «on-line» fleksibilitet og mål og resultatstyring gjør med oss som arbeidstakere er viktig i forståelsen av den økte frustrasjonen mange opplever. ●

Referanser:

1. Aagestad C. Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015. Satus og utviklingstrekk. Oslo: 2015 Contract No.: 3.
2. Bernstrøm V, Kjekshus LE. Leading during change: the effects of leader behavior on sickness absence in a Norwegian health trust. BMC Public Health. 2012;12:799.
3. Bernstrøm V, Kjekshus LE. Effect of organisational change type and frequency on long-term sickness absence in hospitals. Journal of Nursing Management. 2015;23(6):813-22.
4. Head J, Kivimäki M, Martikainen P, Vahtera J, Ferrie JE, Marmot MG. Influence of change in psychosocial work characteristics on sickness absence: the Whitehall II study. Journal of Epidemiology and Community Health. 2006;60(1):55-61.
5. Jimmieson NL, Terry DJ, Callan VJ. A Longitudinal Study of Employee Adaptation to Organizational Change: The Role of Change-Related Information and Change-Related Self-Efficacy. Journal of Occupational Health Psychology. 2004;9(1):11-27.
6. Sennett R. The corrosion of character : the personal consequences of work in the new capitalism. New York: W.W. Norton; 1998.
7. Sørhaug T. Managementalitet og autoritetens forvandling : ledelse i en kunnskapsøkonomi. Bergen: Fagbokforl.; 2004.
8. Berg O. Medikrati, hierarki og marked. In: Album D, Midré G, editors. Mellom idealer og realiteter Studier i medisinsk sosiologi. Oslo: Ad Notam forlag AS; 1991.
9. Mintzberg H. Structure in fives : designing effective organizations. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1983 1983.
10. Kjekshus LE. Gjennomgang og utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus. Oslo: Oslo universitetssykehus, 2015.
11. Spurgeon P, Clark J, Ham C. Medical leadership : from the dark side to centre stage. London: Radcliffe; 2011.
12. Spehar I, Frich J, Kjekshus LE. Clinicians' experiences of becoming a clinical manager: a qualitative study. BMC Health Services Research. 2012;12(1):421.
13. Spehar I, Kjekshus LE. Medical Management in Norwegian Hospitals. Professions & Professionalism. 2012;2(1):42-59.
14. Kjekshus LE. Ta ledelsen tilbake! Tidsskrift for Den norske legeforening. 2013;133(9):938-9.

Bra for legen - bra for pasienten?

Sammenhenger mellom legers jobbtilfredshet og kvalitet i pasientbehandlingen er sentrale områder i et flerårig forsknings- og utviklingsprosjekt.

» Av **Karin Isaksson Rø**, Ph.d. instituttsjef, Legeforskningsinstituttet

Forbedring av kvaliteten på medisinsk behandling er til enhver tid en av de viktigste utfordringene for helsevesenet. Institute for Healthcare Improvement (Boston, USA) opererer med et såkalt «Triple Aim» for kvalitetsarbeid: i) å forbedre pasientbehandling (kvalitet og opplevelse), ii) å fremme befolkningens helse og iii) og å effektivisere ressursbruken (lavere kostnader). [1] De siste årene har flere forskere argumentert for at man må utvide dette til «The Quadruple Aim», der gode arbeidsforhold for leger og øvrig helsepersonell må inkluderes som et sentralt mål. [2] Sikka og medarbeidere sier: «Mens de tre første målsettingene utgjør et rasjonale for at helsevesenet skal eksistere, blir den fjerde målsettingen et fundament for at de andre tre kan realiseres».[3]

Tidligere studier har i liten grad undersøkt alle disse sammenhengene i sin helhet. LEFO-Legeforskningsinstituttet vil derfor studere samspillet mellom strukturelle og kontekstuelle faktorer, legers jobbtilfredshet og betingelser for godt profesjonelt arbeid og disses betydning for kvalitet i pasientbehandlingen.

Studien vil gjøres i tett samarbeid med et eller flere sykehus. Det er avgjørende at studien utformes slik at lokal klinisk praksis og erfaring integreres med forskningserfaring – sånn at studien blir nyttig for leger, øvrige ansatte og pasienter, samtidig som kunnskapen kan formidles via nasjonale og internasjonale vitenskapelige publikasjoner.

De beskrevne sammenhengene er komplekse, For å belyse samspillet mellom faktorer i denne slags mangefasetterte interaksjoner planlegger vi å bruke kombinasjoner mellom kvantitativ og kvalitativ metodologi.

Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet har pekt på viktigheten av å belyse disse sammenhengene, og bidrar med midler.

Referanser:

1. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. Health Affairs. 2008;27(3):759-769
2. Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. The Annals of Family Medicine. 2014;12(6):573-576.
3. Sikka R, Morath JM, Leape L. The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. BMJ quality & safety. 2015: bmjqs-2015-004160.

Gjør det vondt for leger å bli ledere?

Det har vært økt oppmerksomhet rundt rekruttering av leger til lederstillinger i helsevesenet. Begrensede økonomiske rammer, økende forventninger til kvalitet, og endringer i demografi og sykdomsbilde stiller krav til både ledelsesfaglig og medisinskfaglig kompetanse. Det har derimot vært lite kunnskap om legers motivasjon for lederrollen og hvordan de opplever og utøver denne rollen.

» Av **Ivan Spehar,** Postdoktor, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo

Denne artikkelen er basert på funn fra min egen doktorgradsavhandling om ledelse i spesialisthelsetjenesten [1], hvor målet var få en bedre forståelse av klinikeres motivasjon for og opplevelse av lederrollen, samt hvordan de utøver ledelse. Avhandlingen er basert på intervjuer og observasjoner av 30 avdelings- og seksjonsledere i to norske helseforetak (medisinsk og kirurgisk klinikk). Lederne hadde primært lege- og sykepleiebakgrunn. Jeg baserer meg i denne artikkelen på funnene som omhandlet legene.

Opplevelsen av å bli leder

Flere av legelederne i studien hadde opprinnelig ikke sett for seg at de skulle bli ledere. Veien inn i ledelse var kjennetegnet av tilfeldigheter og ulike former for press, for eksempel gjennom forventninger om at det nå var blitt vedkommende sin tur. Denne inngangsporten til lederrollen førte til at legene var lite forberedt på arbeidsoppgavene og utfordringene som ventet dem. De måtte tilegne seg ny kunnskap og ferdigheter, blant annet om personalhåndtering, ledelse og krav til arbeidsmiljøet, samtidig som de forsøkte seg fram i den nye rollen. Tilværelsen som leder var preget av et stort arbeidspress og en opplevelse av manglende administrativ støtte. Lederrollen opplevdes som mer håndterbar for lederne som hadde lyktes med å delegere arbeidsoppgaver, men delegering var utfordrende på grunn av usikkerhet knyttet til hvilke oppgaver som kunne overlates til andre og hvor mye lederne burde ta tak i selv. Lederne trakk også fram at rollen til tider kunne oppleves som ensom, med liten sosial støtte.

Utvikling av lederidentitet

Ledere som identifiserte seg med rollen opplevde at de var trygge og kompetente som ledere, og at de hadde mulighet til å påvirke beslutninger. De hadde også mulighet til å utveksle erfaringer med andre ledere. Ledere som i liten grad identifiserte seg med lederrollen beskrev en større grad av autonomi, kompetanse og sosial tilhørighet i rollen som fagperson, og omtalte seg selv primært som kliniker eller akademiker.

Dette er viktige funn sett i lys av teorier om motivasjon og identitet. I psykologisk litteratur omtales kompetanse, autonomi og sosial støtte ofte som psykologiske behov [2]. Disse behovene har i flere studier blitt relatert til en rekke aspekter knyttet til jobbmotivasjon, som blant annet jobbtilfredshet og utbrenthet, avhengig av om personen får oppfylt behovene sine på arbeidsplassen. Teorien tilsier at individer søker seg til aktiviteter som bidrar til at disse behovene oppfylles, og søker seg bort fra aktiviteter som står i veien for dette. Leger vil altså kunne identifisere seg med roller som oppfyller behovene for autonomi, kompetanse og sosial støtte, og søke seg bort fra andre roller. Identifisering

med lederrollen ser ut til å kunne påvirke motivasjonen til å utvikle seg som leder, for eksempel gjennom å søke nye utfordringer og tilegne seg ny kunnskap og ferdigheter [3]. Hvis leger mistrives i lederrollen, er det mindre trolig at de vil legge inn innsatsen som kreves for å utvikle seg som leder.

Hvorfor gjør det vondt å bli leder?
I ett av intervjuene uttalte en lege:

> «I løpet av et par år uten klinisk arbeid [...] mister jeg mine ferdigheter, og det vil kreve en ganske lang rehabilitering å komme tilbake. Det vil si at jeg selger meg til ledelse, og brenner broene bak meg etter hvert. Etter en tid vil det bli vanskeligere og vanskeligere for meg å komme tilbake i det jeg setter pris på her i verden, nemlig å behandle pasienter.»
>
> (kirurg og avdelingsleder)

Sitatet over illustrerer vektleggingen av den kliniske eller faglige identiteten. Selv om ikke alle leger nødvendigvis vil tilbake i rollen som kliniker, så illustrerer sitatet hvordan det å være leder i noen tilfeller kan oppleves som en trussel mot den faglige identiteten. Det er nødvendig å anerkjenne at overgangen fra en klinisk til en ledelsesfaglig rolle kan kjennetegnes av opplevelser som tap og savn. Det gjør vondt å miste sosial tilhørighet og legitimitet, og det gjør «vondt» å forlate en rolle man er kompetent i til fordel for en rolle man innledningsvis kan oppleve som uoversiktlig og vanskelig.

«Mykere» temaer som identitet, roller og motivasjon har tradisjonelt vært underprioritert i ledelsesutvikling og undervisning. Det er kjent fra forskningslitteraturen at roller som krever både faglig og ledelsesfaglig kompetanse, såkalte hybridroller, kan medføre utfordringer knyttet til rolle og identitet [4]. Andersson [5] beskriver denne utfordringen allerede i tittelen på sin forskningsartikkel: «The medical leadership challenge in healthcare is an identity challenge».

Målet er ikke at leger skal slutte å være fagpersoner straks de går inn i en formell lederposisjon, men de skal kunne være i stand til å forutse og håndtere de mulige spenningene som kan oppstå i hybridrollen. Fremtidige utfordringer krever økt behov for samarbeid, koordinering og ledelse på tvers av profesjoner og forvaltningsnivå. Dette krever at lederen har evne til å ta inn over seg flere ulike perspektiver.

Veien videre

Det er behov for en mer systematisk tilnærming til utvelgelse, rekruttering og utvikling av ledere med bakgrunn som lege. En slik tilnærming bør inkludere tidlig opplæring og støtte, for eksempel gjennom tilbud om mentorordninger. Rekruttering og utvikling av nye ledere handler også om bevisstgjøring av nåværende ledere, slik at de identifiserer, motiverer og oppmuntrer personer med talent for ledelse til å påta seg formelle ledelsesoppgaver. Formelle eller uformelle program lokalt eller nasjonalt kan bidra til økt kunnskap og motivasjon for ledelse, samt at man i større grad identifiserer seg som ledere [6].

Ledere med legebakgrunn har behov for en bred ledelseskompetanse. Men kompetanseutvikling alene er ikke tilstrekkelig for å forberede leger på utfordringene de vil stå overfor som ledere i helsetjenesten. Det er også viktig å rette søkelys mot de psykologiske aspektene knyttet til lederrollen, som motivasjon, identitet og rolleforståelse. ●

Referanser:

1. Spehar I. Leadership in Norwegian hospitals: a qualitative study of clinical managers' pathways, identities, and influence strategies. Doktorgradsavhandling. Oslo: Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo, 2015.
2. Deci EL, Ryan RM. The «what» and «why» of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. Psychological Inquiry 2000; 11: 227–268.
3. Lord RG, Hall RJ. Identity, deep structure and the development of leadership skills, The Leadership Quarterly 2005; 16: 591-615.
4. O'Riordan C, McDermott, A. Clinical managers in the primary care sector: do the benefits stack up? Journal of Health Organization and Management 2012; 26: 621-40.
5. Andersson T. The medical leadership challenge in healthcare is an identity challenge. Leadership in Health Services 2015, 28(2), 83 – 99.
6. Spehar, I. Evaluering av piloten i Ledermobiliseringsprogrammet i regi av Nasjonal ledelsesutvikling. Rapport mars 2016. Oslo: Universitetet i Oslo.

Modeller for ledelse i sykehus

Ledelse i sykehus handler om mer enn kun å lede faget – en leder vil måtte ta et helhetlig ansvar for alle sider av virksomheten. Leger som er ledere må ha innsikt i, og i noen grad også beherske, andre typer prosesser, virkemidler og styringslogikk enn medisin. Avhengig av nivået i organisasjonen vil det stilles ulike krav til rollen og kompetansen som kreves. Én måte å inndele ledernivåer på kan være følgende:

» Av **Jan Frich**, professor, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo

- **NIVÅ 1: Hel organisasjon (toppledelsen, direktør)**
- **NIVÅ 2: Tjenesteovergripende ledelse/deler av organisasjon («mellomledelse»)**
- **NIVÅ 3: En avdeling/ledelse av flere team (avdelingsledelse)**
- **NIVÅ 4: Ledelse av deler av en avdeling/ett team (seksjons- og enhetsledelse)**
- **NIVÅ 5: Eventuelle ytterligere nivåer**

I sykehus vil det som følge av nivåinndelingen være en spenning mellom toppnivået og nivået hvor selve tjenesteytingen foregår – det kliniske og operative nivå. Dette er et uttrykk for at sykehus er virksomheter hvor verdier i stor grad skapes i frontlinjen av profesjonelle som besitter spesialisert kunnskap innen sitt område. Virksomheten vil således måtte ledes faglig «nedenfra» i tillegg til at den må styres og ledes «ovenfra».

Ulike modeller

Den enhetlige ledelsesmodellen man innførte for spesialisthelsetjenesten i Norge i 2001 avløste en todelt profesjonsbasert modell (avdelingsoverlege og avdelingssykepleier) som hadde etablert seg. Internasjonalt praktiseres ulike modeller for ledelse i sykehus, og eksempler på alternative modeller på nivå 2 eller lavere kan være:

- En todelt modell bestående av en person med medisinsk bakgrunn og en person med en økonomisk-administrativ bakgrunn (slik som i Mayo-klinikken og en rekke andre sykehus i USA)
- En teambasert modell bestående av 3-4 personer med ulike bakgrunn innen medisin, økonomi, personalledelse og evt. sykepleie, og hvor teamet står samlet ansvarlig (slik som f.eks. «matrix-modellen» som er etablert i Geisinger Health System i USA)

Det kan være ulik grad av symmetri i relasjonene innen slike dyader eller team. Man kan ha en likeverdig dyade eller et team som deler ansvar og som er sammen om å fatte beslutninger, eventuelt med en roterende ledelse. Alternativt har man et lederteam hvor én person er den øverste leder. Slike alternative modeller ble diskutert i utredningen Pasienten først! (NOU 1997:2). Man konkluderte til slutt med at enhetlig ledelse var mest egnet, hvilket er i tråd med prinsipper innen ny offentlig styring og ledelse som vektlegger klare ansvarslinjer og enhetlig ledelse. I rundskriv I-2/2013 om lederansvaret i sykehus stadfestes dette: **«For hver organisatoriske enhet i sykehuset skal det etter bestemmelsen være én leder som har det overordnede og helhetlige ansvaret for virksomheten i enheten, både administrativt og faglig. En organisatorisk enhet vil være en enhet som er tillagt forvaltning av nærmere angitte ressurser, herunder personalressurser. Typiske enheter vil være klinikk (divisjon eller lignende), avdeling eller tilsvarende, og seksjoner.»**

Fordelen med todelte og teambaserte modeller er at leger kan velge å påta seg en mer differensiert og avgrenset lederrolle som medisinsk og faglig leder. En slik modell vil kreve mindre breddekompetanse innen andre felt enn det dagens modell med enhetlig ledelse legger opp til. Modeller som avviker fra prinsippet om enhetlig ledelse kan på den annen side føre til en pulverisering av ansvaret og resultere i at konflikter på tvers av ulike typer

Sykehus er svært komplekse virksomheter å lede og ledere må i tillegg til det faglige ha innsikt i ulike områder som juss, økonomi, kvalitetsmåling, brukerinvolvering, personalhåndtering osv – man må være en helhetlig leder.

logikker (typisk medisinske versus økonomiske hensyn), gir seg utslag i konflikter mellom personene i dyaden eller teamet. En modell med enhetlig ledelse tydeliggjør på sin side ansvarslinjene og at det er én person som er den ansvarlige.

Matriseorganisering

Det finnes eksempler på at sykehus er organisert slik at man i praksis fortsatt opererer med profesjonsbasert todelt ledelse på avdelingsnivået, eksempelvis ved at sykepleiere eller andre grupper er organisert i egne avdelinger/seksjoner og leger er organisert i egne tverrgående «avdelinger». En slik profesjonsbasert matriseorganisering gir fleksibilitet, men krever aktiv ledelse langs begge aksene i matrisen for at modellen skal fungere. En svakhet ved slike modeller er at det lett skapes uklarhet om ansvar og eierskap til utfordringer, og at konflikter som oppstår må løftes opp på et høyt nivå der ansvarslinjene samles i en enhetlig og helhetlig ledelse.

Det er grunn til å spørre om slike matrisemodeller er i tråd med rundskriv I-2/2013 og spesialisthelsetjenestelovens bestemmelser om at det på alle nivå i sykehuset skal være én ansvarlig leder som skal ta et helhetlig ansvar for alle sider av virksomheten. Helse- og omsorgsdepartementet sendte i oktober 2015 på høring et forslag til ny forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten, hvor departementet ønsker at internkontroll blir en integrert del av virksomheten. Forslaget stiller krav om at det skal etableres et helhetlig styringssystem som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Det vil være nødvendig å rette søkelys mot den interne organiseringen i sykehus dersom et slikt helhetlig system skal etableres på et operativt og klinisk nivå.

Stedlig ledelse?

Under behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan 17.3. 2016 vedtok Stortinget at stedlig ledelse skal være hovedregelen ved norske sykehus: «Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus.» Det har i etterkant oppstått diskusjoner om hvor stor grad av fleksibilitet man kan tillate med hensyn til stedlig ledelse. Både i politikk, organisasjonsliv og i næringslivet har man «stedsovergripende» ledelse på høyere organisatoriske nivå, og det er derfor viktig å tydeliggjøre hvilket organisatorisk nivå man snakker om. En rekke helseforetak består i dag av ulike sykehus, og **en bokstavelig tolkning av Stortingets vedtaket vil resultere i en tredobling av antall sykehusdirektører i Norge.**

Vi har sett flere eksempler på stedsovergripende ledelse fra nivå 2 og på lavere nivå. Ledelse «på tvers» i et helseforetak kan fremme en hensiktsmessig bruk av ressurser, fordeling av arbeidsoppgaver og funksjoner. Svakheten med slike løsninger er at lederen likevel får et stort ledelses- og kontrollspenn, og er mindre tilgjengelig på de enkelte lokalitetene. Det kan følgelig være krevende å ivareta lederfunksjonen på en god måte. Vurdert ut fra kriterier for god styring vil gjennomsiktigheten med hensyn til beslutninger, involvering og deltakelse kunne lide i modeller uten en stedlig leder. Muligheten for ansvarliggjøring av enhetene vil også kunne svekkes, fordi det blir dårligere kontakt mellom ledelsen og det kliniske og operative nivået.

Kompetanse og lederstøtte

Modellen med enhetlig ledelse stiller store krav til de som påtar seg en lederrolle. Sykehus er svært komplekse virksomheter å lede og ledere må i tillegg til det faglige ha innsikt i ulike områder som juss, økonomi, kvalitetsmåling, brukerinvolvering, personalhåndtering osv – man må være en helhetlig leder. **Snarere enn å skue tilbake til tiden med en todelt profesjonsbasert modell bør leger se mulighetene i dagens modell.** Det er avgjørende at ledere har tilgang til og bidrar til å etablere et team av personer som kan gi nødvendig avlastning og støtte. Videre er det nødvendig å etablere arenaer som sikrer at leger som påtar seg en lederrolle utvikler tilstrekkelig bred kompetanse og kvalifikasjoner. I Storbritannia er det eksempelvis etablert en spesialitetsovergripende forening for medisinsk ledelse under The Academy of Medical Royal Colleges (Faculty of Medical Leadership and Management), hvor formålet er å skape en slik arena, og å styrke legers kompetanse innen ledelse og administrasjon. I den medisinske kultur og i grunn- og spesialistutdanningene må det arbeides systematisk med å anerkjenne at rollen som leder og «helsesystemlege» krever tilleggskompetanse, og samtidig utgjør en viktig del av faget. ●

Involverende lederstil og arbeidsmiljø

I etterkant av Overlegeforeningens Vårkurs er jeg blitt spurt om å komme med noen refleksjoner om betydningen av involverende lederstil og arbeidsmiljø.

» Av Generalsekretær **Geir Riise,** Den norske legeforening

Jeg hadde på Vårkurset gleden av å snakke om Pasientsikkerhetskultur/arbeidsmiljø – to sider av samme sak. God ledelse og involvering gjør en forskjell – alltid til det bedre, er min erfaring. Ikke minst gjelder det i pasientsikkerhetsarbeidet. Ledelse danner rammen for hvordan vi samhandler og får til resultater. Involverende ledelse gir tillit og trygghet på arbeidsplassen – også fordi ledelsen blir bedre kjent med den enkelte medarbeider og egen virksomhet. Tilstedeværelse og evne til innlevelse er viktig i ethvert lederskap.

I de år jeg har vært generalsekretær i Legeforeningen har jeg ofte møtt team av stolte kolleger som engasjert forteller om arbeidet sitt. Tilhørighet og eierskap til jobben trer tydelig fram. Det er like hyggelig og lærerikt hver gang. Jeg har mange ganger reflektert rundt den energien og kraften som ligger i et team som kjenner det slik. Tenk hva det kunne ha utløst hvis det var gjennomgående i hele organisasjonen.

Når jobben oppleves slik går det igjen at ledelsen viser respekt og tillit, verdsetter og anerkjenner den jobben som gjøres. Samtidig er ledelsen seg bevisst betydningen av god tilrettelegging, og ikke bare styring. Det bygger en selvstendighet til å gjøre en bra jobb og en

Foto: Jon Helle

Mange medarbeidere i helsetjenesten opplever at det er vanskelig å snakke åpent om feil og uheldige hendelser. For mange opplever at ingenting blir gjort når man sier fra om sin bekymring.

Foto: Jon Helle

evne til å prestere mer. Å føle seg verdsatt og anerkjent er viktig.

Men det er ikke alltid slik, dessverre. Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen, som ble gjennomført i 2014 i norske helseforetak og sykehus, viser at det er stort rom for forbedring av pasientsikkerhetskulturen. Minst 44 prosent av behandlingsenhetene rapporterte om et klima som kan medføre økt risiko for pasientskader. Mange medarbeidere i helsetjenesten opplever at det er vanskelig å snakke åpent om feil og uheldige hendelser. For mange opplever at ingenting blir gjort når man sier fra om sin bekymring. Variasjonene i pasientsikkerhetskulturen er store innenfor samme helseforetak og mellom helseforetak. Statsråd Bent Høie har da også i oppdragsdokumentet til helseregionene tydeliggjort at Helse, miljø og sikkerhet er en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Vi greier ikke å bygge pasientens helsetjeneste hvis ingen tør ta opp forhold som går ut over pasienten, sa Bent Høie i et intervju 31. mars. Denne uttalelsen kom etter en serie oppslag i media vinteren 2016 om fryktkultur og manglende åpenhet i mange sykehus. Det å gjøre feil og så lære av feilen, er viktig for å unngå at samme feil skjer på nytt.

Det krever et arbeidsmiljø hvor det er lett å snakke åpent om feil og uheldige hendelser, uten at det jaktes på syndebukker. Samtidig med at det gis støtte fra eget team til å prioritere trygg pasientbehandling. Ledelsen må sørge for at ansattes ytringer blir tatt på alvor. Arbeidsmiljøspørsmål må være høyt oppe på ledelsens agenda. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen (I Trygge Hender 24-7) understreker også betydningen av god ledelse og godt arbeidsmiljø. Det er faktisk en sammenheng mellom entusiasme og engasjement i jobben og god pasientsikkerhet og kvalitet i behandlingen.

Sammenhengen mellom arbeidsmiljø, HMS og pasientsikkerhetskultur skal nå kartlegges i en ny samordnet nasjonal undersøkelse i 2017. Det er bra. Men det aller viktigste nå er at arbeidsmiljø blir sett på som en avgjørende suksessfaktor for god sykehusdrift. Det er viktig å forstå at det er en sammenhengen mellom arbeidsglede og motivasjon. Alle ledernivåer i helsetjenesten bør etterspørre ledelsens engasjement for arbeidsmiljøet gjennom hele virksomheten, også fra styrene. Toppledelsen har ansvaret for å få disse hjulene i gang. De gode svarene får man ved at tillitsvalgte også involveres og blir tatt med på råd og prioriteringer.

Ledelse dreier seg om å gjøre hverandre gode. Det får vi til hvis det er gjensidig respekt og tillit. Slik bygges pasientens helsetjeneste. ●

Linker:
www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/L%C3%A6r+om+programmet/i-trygge-hender-24-7
www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/sluttrapport-for-pasientsikkerhetskampanjen-i-trygge-hender-24-7-2011-2013

Legeprofesjon, identitet og ledelse

Hvorfor er det så problematisk for leger å forholde seg til helsereformer og sykehusledelse? Hvorfor får Helsetjenesteaksjonen så bred støtte blant leger? Hvorfor kvier mange leger seg for å bli ledere? For å forstå noe av dette tror jeg vi må se på de forskjellige rollene og forventningene til leger og ledere, og skjele til medisinsk sosiologi, som er en del av medisinske atferdsfag.

» Av **Reidar Tyssen**, professor og avdelingsleder, Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap, Institutt for medisinske basalfag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Hva er en lege?

Legeyrket blir av sosiologer beskrevet som kroneksemplet på en profesjon. Legene har en lang og svært yrkesrettet utdannelse, de har stor grad av profesjonell autonomi, de har sitt eget laug og mye styring av egen yrkesutforming – alt dette gitt av samfunnet som oppgave for å kunne ivareta den enkelte samfunnsborgers helse.

Profesjon kommer av det latinske ordet «professio» som betyr «jeg erklærer meg villig til å hjelpe», og profesjonalitet er avledet fra «professus» som var en offentlig bekjennelse av en tro eller tilhørighet til en religiøs orden[1]. Dette bringer tanken mer i retning av et kall enn et vanlig yrke. Allerede i studietiden ble vi innprentet plikten til å hjelpe ved akutt alvorlig sykdom – langt utover vanlig arbeidstid. Yrket ble også sett på mer som en livsstil enn et yrke. Jeg har kunnskap om – og underviser om legeprofesjonen i medisinske atferdsfag, men kan ikke fri meg fra min erfaring som lege, overlege, avdelingsoverlege og ikke minst behandling av mange lege-pasienter i min spesialistpraksis i psykiatri de siste 20 år. Selv om vaktordninger for unge leger er endret fra 3-4 delt da jeg var ung på 1980-tallet til 8-12 delt for dagens unge leger, henger det mye igjen av William Oslers ord fra ca 1890: **«You are in this profession as a calling, not a business».** Og pasientarbeidet har alltid vært det som er høyest prioritert for leger [2]. Administrasjon blir ofte sett på som kjedelig, men nødvendig ekstraarbeid. Faktisk er det å slippe så mye papirarbeid en viktig motivasjonsfaktor for å velge en spesialitet som anestesi. Det er det å gjøre en forskjell for den enkelte pasient som teller mest viser studier av legers prioriteringer, både som klinikere og ledere [2;3]. Derfor var det nok flere enn meg som stusset i Store auditorium på Rikshospitalet da helseminister Høie i Sykehustalen 2016 proklamerte at det nå endelig skulle bli en helsetjeneste med «pasienten i sentrum», nærmest en insinuasjon ovenfor leger og sykepleiere som har strukket seg langt i jobbene sine, nettopp av hensyn til pasientene!

Pasientarbeidet har alltid vært prioritert høyest

Hva er en leder?

En leder i helsevesenet må nødvendigvis ha et annet hovedfokus – på organisasjon, på de ansatte og på budsjettet. Organisatorisk kompetanse blir en nødvendighet ved siden av rent klinisk kompetanse [4]. Dessuten må en forholde seg til nyere styringsformer. Det ble innført enhetlig ledelse i 2001, dermed forsvant den to-delte ledelsen, med både sykepleie- og lege-ledere. «New public management» ble introdusert, og hadde tilsynelatende gode intensjoner som profesjonalisering av lederen og profesjonsnøytral ledelse, indirekte styring og kontroll ved blant annet prestasjonsbasert belønning av sykehusene, fokus på kvalitet, og bruker- og borgerfokus. Men hovedfokus ble likevel budsjettstyring og ressursmangel i det offentlige helsevesenet, og den sosialiseringen som foregår i lederrollen er styrt av andre normer og forventninger enn den internaliserte legerollen, med den individuelle pasient i sentrum. Selv om lege-ledere var mer opptatt av det kliniske enn sykepleierledere som var opptatt av «management»[3], er det belegg for å hevde at de begge kan «administrere seg vekk fra pasientene». Noen vil hevde med hensikt – at de er slitne av pasientarbeidet, og ønsker en annen arena enn krevende klinisk arbeid. Ledelse kan til og med tenkes som alternativ karriere til en medisinsk faglig. Flere av de mest profilerte lege-lederne i dag har ikke noen spesielt imponerende publiseringsliste å vise til i Pubmed!

Hva kan dette føre til?

Sosiologien opererer med to hovedperspektiv som forklaring på sosial atferd: normperspektivet og valgperspektivet [5]. Det første er styrt av mer sosialisering og forventninger i en gruppe – f.eks under en yrkesutdanning, men kan også være avhengig av personlighet, ubevisste styrende normer i en gruppe etc. («Den enkelte pasient er alltid det viktigste»). Valgperspektivet styres mer av bevisste

Lederrollen blir styrt av andre normer og forventninger enn legerollen

valg, makt, målstyring og økonomiske hensyn, og er langt mer fremtredende i en lederrolle («Forvaltning av samfunnets helsemidler er viktigere enn den enkelte pasient»). I neste omgang vil en kunne oppleve konflikt mellom disse perspektivene og avvik fra gruppen kan føre til såkalt stempling som er lite fruktbart i et arbeidsmiljø «lederne er bare opptatt av å vise makt og å holde budsjettet», eller «legene er bare opptatt av egen karriere og umulige å lede». Avstanden mellom leger og ledere kan bli ganske frustrerende, ja nærmest malign, noe vi har vært vitne til i Hovedstadsprosjektet. **At legene ved arbeidsforhandlinger ikke møtte direkte den lederen som hadde avgjørende myndighet, men at dette lå på nivået over medførte at Nivå 2 og Nivå 3 leder ble omtalt som «Nazi 2» og «Nazi 3»!**

Å slå sammen ulike arbeidsmiljø er ofte å yte vold på normperspektivet og de iboende kulturer som er opparbeidet over årtier, noe en smertelig fikk erfare også ved sammenslåingen av SAS og Braathens. Økonomisk er det ofte lite å vinne i andre bedrifter enn samlebåndsbedrift som sko- og bilproduksjon – da større menneskebehandlende og servicebedrifter krever flere ansatte i personal og administrasjon. På 80-tallet var jeg kommunelege i en liten og i en større kommune i Nord-Norge. I den første kunne jeg spise lunsj med trygdesjefen og sosialsjefen, mens disse i den andre befant seg i forskjellige bygninger langt fra hverandre. Snakk om effektiv arbeidslunsj i den minste kommunen!

Hva er løsningen på dette?

Begrepet hybrid ledelse vil si at lederen både er kliniker og leder [6]. Foreløpig er dette mest omfavnet blant sykepleierne. Mange av disse har sett på en ledelsesjobb som økning av status. Blant legene har det heller vært motsatt. Sykepleierne har vært langt mer proaktive og hevder at «sykepleiefaglig kompetanse på ledernivå er avgjørende for å sikre kvalitet i alle deler av helse- og omsorgstjenesten» [7]. Etter min mening har nok leger sovet i timen under innføring av enhetlig ledelse! **Vi trenger absolutt flere egnede legeledere med solid medisinsk og klinisk erfaring.** Det er tankevekkende at de svakeste områder i Stortingsmelding nr 12 (2015-2016) om kvalitet og pasientsikkerhet er de områder av helsevesenet der du finner færrest legeårsverk, både på gulvet og i ledelse. Dette gjelder psykisk helse og rus, behandling av eldre i kommuner og på sykehus, og i pleie og omsorgssektoren [8]. En ny norsk undersøkelse tyder på at leger som hybride ledere lettere oppnår større legitimitet enn sykepleiere [3]. **En stor undersøkelse blant de mest suksessrike amerikanske sykehus viste at disse oftere hadde en lege som administrerende direktør (CEO) enn andre sykehus [9].** Klinisk erfaring er viktig på alle plan, og noen av de beste amerikanske sykehusene, f.eks Mayo Clinic, legger vekt på at leger både i administrasjon og forskning skal se pasienter en del av uken.

Det er videre behov for en tilnærming mellom leger og ledere. Leger må lære mer om betydningen av ledelse og møte gode rollemodeller på dette allerede i grunnutdanningen. Det må også være et utvidet tema i forbindelse med spesialisering. Og legene må utvikle seg som ledere og også kunne drive bedre «management» [3;10]. På den andre side bør ledere med ikke-medisinsk bakgrunn våge å nærme seg legene og se deres behov for å utvikle det medisinsk faglige og pasient-sentrerte [11]. Helseministeren og helseforetak må tørre å satse på stillinger for lege-ledere der medisinske kompetanse og vedlikehold av denne verdsettes. Dette vil utvilsomt føre til bedre kvalitet på den medisinske behandling og fortsatt sette pasienten i sentrum av helsevesenet vårt! ●

Hybrid ledelse: Både kliniker og leder

Litteratur

(1) West CP, Shanafelt TD. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. BMC Med Educ 2007;7:29.
(2) Skirbekk H, Nortvedt P. Making a difference: a qualitative study on care and priority setting in health care. Health Care Anal 2011; 19:77-88.
(3) Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Professional identity and role transitions in clinical managers. J Health Organ Manag 2015; 29:353-366.
(4) Orvik A. Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. Cappelen Damm Akademisk; 2015.
(5) Repstad P. Sosiologiske perspektiver for helse- og sosialarbeidere. 3.utgave. Universitetsforlaget; 2014.
(6) Kippist L, Fitzgerald A. Organisational professional conflict and hybrid clinician managers: the effects of dual roles in Australian health care organizations. J Health Organ Manag 2009; 23:642-655.
(7) Korvann GC. Lederrolen må styrkes. Sykepleien: Ledelse Nr.1-2016, s. 3 (Årgang 4)
(8) Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 12 (2015-2016): Kvalitet og pasientsikkerhet 2014.
(9) Goodall AH. Physician-leaders and hospital performance: is there an association? Soc Sci Med 2011; 73:535-539.
(10) Johansen MS, Gjerberg E. Unitary management, multiple practices? J Health Organ Manag 2009; 23:396-410.
(11) Baathe F, Norback LE. Engaging physicians in organisational improvement work. J Health Organ Manag 2013; 27:479-497.

Ledelse ved uønskede hendelser

Du er klinikksjef på medisinsk klinikk. En avdelingssykepleier ringer mandag morgen og forteller at en pasient har falt ut av vinduet i helgen og ligger skadet på kirurgen. Hvordan du som leder reagerer reflekterer klinikkens pasientsikkerhetskultur. Medarbeidernes opplevelse av åpenhet ved slike hendelser gjenspeiler om kulturen er god eller dårlig.

» Av **Ellen Tveter Deilkås**,
Seniorforsker PhD, overlege og senior rådgiver

Ellen Tveter Deilkås er forsker på pasientsikkerhetskultur, ledelse og måling av pasientskade på Senter for Helsetjenesteforskning, Akershus Universitetssykehus (Ahus). Hun har bistilling som overlege på Rehabiliteringspoliklinikken, Ahus, og seniorraådgiver i Helsedirektoratet.

Hva gjør du? Pasientsikkerhet er å identifisere og redusere risiko for uønskede hendelser gjennom dialog og tiltak. Det er avhengig av et verdiforankret systematisk samarbeid mellom ledere og ansatte. Samarbeidet gjenspeiles i rutiner, møteagendaer, holdninger, kompetanse, prioriteringer og handlingsmønstre. Hvordan en leder reagerer på en uønsket hendelse reflekterer stedets kultur for pasientsikkerhet. Medarbeidernes opplevelser av om de får støtte for å prioritere trygg pasientbehandling og om det er lett å snakke om risiko for uønskede hendelser gjenspeiler i hvilken grad kulturen er god eller dårlig. Medarbeidernes opplevelse kan måles med validerte spørreskjema som kartlegger sikkerhetsklima og teamarbeidsklima[1]. Resultatene måles per organisatoriske enhet (sengepost, poliklinikk, osv.) og er assosiert med risiko for uønskede hendelser [2-5]. Større risiko antas å foreligge i enheter der færre enn 60 % av medarbeiderne rapporterer godt sikkerhetsklima eller teamarbeidsklima[6]. Resultatene kan brukes som utgangspunkt for lokal diskusjon om sikkerhetskulturen, og gi overordnet ledelse et pekepinn på hvor i organisasjonen det er behov for tiltak for å styrke sikkerhetskulturen.

Ber du pasientens lege om å snakke med pårørende? Mange ledere har mer positive opplevelser om sikkerhetsklima enn deres underordnede [7-9]. Det er grunn til å anta at ledere med signifikant mer positive oppfatninger lettere bidrar til at informasjon om risiko i pasientbehandlingen filtreres ved rapportering til overordnet ledelse. Det er derfor et poeng at ledere på alle nivå skaffer seg førstehåndskunnskap om risiko i pasientbehandlingen blant annet gjennom dialog med helsepersonell og pasienter. Direkte dialog om risiko i pasientbehandlingen mellom toppledere og helsepersonell fungerer som en sikkerhetsventil som kan utligne forskjell i oppfatninger og perspektiv mellom ledere og ansatte, og forbedre sikkerhetskulturen. Et tiltak som legger til rette for direkte dialog er pasientsikkerhetsvisitter[10]. Ved en pasientsikkerhetsvisitt besøker administrerende direktør en sengepost, poliklinikk eller akuttmottak, og ber de som jobber der fortelle om risiko de opplever i pasientbehandlingen. Eksempler på spørsmål som anbefales stilt er; Hva var siste uønskede hendelse i denne enheten? Hva tror du neste uønskede hendelse vil være? Hva er din største bekymring for sikkerhet i pasientbehandlingen? Hvordan kan jeg bidra til å redusere risiko?

Eller ber du avdelingssykepleier invitere til et møte på ditt kontor med pårørende, og hvis mulig pasienten selv, og pasientens lege? En troverdig beklagelse kan bidra til at de skadelidte lettere bearbeider og forsoner seg med hendelsen. Dialog med pasienter og pårørende gir ledelsen mulighet til å beklage hendelsen og omstendighetene som bidro til at den skjedde[11]. Omsorg og støtte fra ledelsen må også rette seg mot involvert helsepersonell.

Hvordan lar du involvert helsepersonell gi innspill til forbedret sikkerhet? I tillegg til medfølelse, er det viktig at involvert helsepersonell gis mulighet til full deltakelse i undersøkelser av hendelsen og mulighet til å foreslå tiltak for å forebygge framtidige liknende hendelser. Administrerende direktør bør være direkte involvert i analyseprosessen for å kunne gi støtte, og bidra til en tilstrekkelig grundig og balansert årsaks analyse. Metoden «fem hvorfor» (hvor spørsmålet «hvorfor» stilles minst fem ganger) kan bidra til at grunnleggende årsaker til hendelsen blir belyst. Overordnede prioriteringer og hvordan de har påvirket omstendighetene for hendelsen er viktig å få med. Ved at leder viser sårbarhet og er åpen om egne feil kan det være lettere for ansatte å være åpne om forhold som bidro til hendelsen. Målet er å skape konsensus om hvilke endrings tiltak som bør prioriteres for å hindre at hendelsen skjer igjen.

Ti råd om ledelse av pasientsikkerhet på klinikknivå:

1. Erkjenn og erklær at du er ansvarlig for risiko i pasientbehandlingen der du er leder.
2. Kartlegg omfang av risiko med medarbeiderundersøkelser (pasientsikkerhetskultur og arbeidsmiljø) og journalundersøkelser (omfang av pasientskade og uønskede hendelser) i ditt ansvarsområde.
3. Tilrettelegg slik at Administrerende direktør får gå pasientsikkerhetsvisitt til behandlingsenhetene der risikoen er høyest.
4. Sørg for at alle behandlingsenheter har tverrfaglige forbedringsteam som arbeider med kartlegging og reduksjon av risiko i arbeidsprosessene.
5. Lag arbeidsplaner som tillater at underordnede leger får delta i forbedringsteamene.
6. Sørg for at leger er involvert i forebygging av uønskede hendelser på alle behandlingsenheter ved at minst 20 % av en legestilling prioriteres til det.
7. Sørg for at dine ledere regelmessig deltar i forbedringsteamenes møter.
8. Delta i forbedringsteamenes møter sammen med lokal leder på rundgang.
9. La minst en leder fortelle en historie som belyser risiko i pasientbehandlingen og håndtering av den på hvert ledermøte.
10. Oppfordre til at historier om eksempler på risikohåndtering samles i en perm i hver enhet som nyansatte får i oppdrag å lese.

Referanser:

1. Sexton J, Helmreich R, Neilands T, Rowan K, Vella K, Boyden J, Roberts P, Thomas E: The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Serv Res 2006, 6(1):44.
2. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, Dziekan G, Herbosa T, Kibatala PL, Lapitan MC et al: Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. BMJ Qual Saf 2011, 20(1):102-107.
3. Hofmann D, Mark B: An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. Pers Psychol 2006, 59(4):847-869.
4. Huang DT, Clermont G, Kong L, Weissfeld LA, Sexton JB, Rowan KM, Angus DC: Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. Int J Qual Health Care 2010, 22(3):151-161.
5. Bredesen IM, Bjøro K, Gunningberg L, Hofoss D: Patient and organisational variables associated with pressure ulcer prevalence in hospital settings: a multilevel analysis. BMJ open 2015, 5(8).
6. Frankel A, Leonard M: A sociotechnical framework for driving a culture of safety, clinical excellence, continual learning and improvement. In: National Forum for Quality and sSafety in Healthcare. Orlando: Institute for Helathcare Improvement; 2013.
7. Deilkås E: Patient safety culture - opportunities for healthcare management Undertittel: The Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006, Norwegian version - 1) Psychometric properties, 2) Variation by organizational level and 3) by position. Oslo: University of Oslo; 2010.
8. Singer SJ, Falwell A, Gaba DM, Baker LC: Patient Safety Climate in US Hospitals: Variation by Management Level. Med Care 2008, 46(11):1149.
9. Pronovost PJ, Weast B, Holzmueller CG, Rosenstein BJ, Kidwell RP, Haller KB, Feroli ER, Sexton JB, Rubin HR: Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. Quality and Safety in Health Care 2003, 12(6):405-410.
10. Thomas EJ, Sexton JB, Neilands TB, Frankel A, Helmreich RL: The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes. A randomized trial of clinical unitsBMC Health Services Research 2005, 5:28.
11. Conway J FF, Stewart K, Campbell MJ. : Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events (Second Edition). In: IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts; 2011.

Se også Overlegen 1-2009.

Fagutvikling - et lederansvar

Min viktigste oppgave som leder er å sørge for best mulig behandling til våre pasienter. Jeg vet ikke om en bedre måte å gjøre det på enn å prioritere fagutvikling og rekruttere dyktige fagfolk, for våre pasienter fortjener det beste vi kan tilby av faglig kvalitet.

» Av **Anne-Lise Løvaas**, Avdelingssjef , Tiller DPS

Jeg har mer enn 20 års erfaring som leder i ulike lederstillinger i psykisk helsevern. Med psykiatrisk sykepleie og mastergrad i organisasjon og ledelse som bakgrunn, bedriver jeg altså profesjonsnøytral ledelse, slik jeg ser det! Etter tretten år i nåværende stilling som avdelingssjef for et større DPS, er jeg fortsatt opptatt av å prioritere fagutvikling og rekruttering.

I en tid med sterkt fokus på sentralisering, økonomisering, rapportering og standardisering, kan fagutvikling lett få trange kår og nedprioriteres. New Public Management (NPM) har fortsatt godt grep om offentlig sektor, inklusive norsk helsevesen. Som leder blir utfordringen bla å håndtere motsetninger mellom ytre forventinger og faglige verdier som vektlegger individuelle behov i møte med pasienten, betydningen av relasjoner og kompetanse på ulike metoder i utredning og behandling. Generelt mener jeg at de verdier NPM representerer lett kan komme i konflikt med faglige verdier og den tenkning som ligger til grunn for utvikling av DPS. Når det er sagt betyr ikke det at standardiserte pasientforløp ikke kan bidra til bedre kvalitet. Men slik som med andre organisasjonsoppskrifter som kommer og går, må også bruk av standardiserte pasientforløp forvaltes med klokskap og kritisk sans.

Behovet for omstrukturering i psykiatrien ble godt beskrevet i St.melding 25, «Åpenhet og helhet» (1996-1997) og Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008). Mye positivt har skjedd, og de fleste som behandles for en psykisk lidelse behandles i dag ved et DPS. Jeg synes det er min oppgave som leder å bidra til at denne utviklingen bringes videre, med fokus på fortsatt utvikling av behandlingstilbudene.

Hvordan prioritere fagutvikling i dette landskapet? Da Tiller DPS ble etablert i 2003 hadde vi som mål å øke andelen spesialister og prioritere forskning og fagutvikling. Det har vi holdt fast ved, og har i dag 53 lege- og psykologspesialister av i alt 155 årsverk, hvorav 21 er overleger. Vi har økt antall overleger med 130 % på 12 år. Av fagutvikling har vi ulike prosjekter og ressursgrupper som bidrar til mer spisset kompetanse, og vi har til enhver tid flere ansatte i dr.gradsløp. Forskningsprosjekter er et resultat av økt kompetanse, flere spesialister, men også fordi vi har prioritert å tilsette en forskningsleder.

Like viktig som å rekruttere er det å beholde dyktige fagfolk, for «seniorene» utgjør på mange måter selve bærebjelken i organisasjonen. Ansatte som er opptatt av og interessert i eget fag er viktige bidragsytere og støttespillere til ledelsen i arbeid med strategi og utvikling.

Da jeg selv ikke er spesialist, har det vært viktig å prioritere spesialister i lederstillinger nærmest pasienten (en-delt ledelse). Unntaket er fortsatt todelt ledelse i døgnenheten, med seksjonsledere som har sykepleierfaglig bakgrunn og en overlege med overordnet behandlingsansvar og leder for behandlergruppen i døgn. Enhetsledere/seksjonsledere, medisinsk faglig rådgiver og forskningsleder utgjør sammen med meg avdelingens ledergruppe. Ledergruppen er tverrfaglig med overvekt av lege- og psykologspesialister (64 %). Arbeidet i avdelingen er organisert slik at det skal være mulig å delta i veiledningsgrupper, faglig fordypning og eksternfinansiert forskningsaktivitet. Med en ganske «flat» organisatorisk struktur og åpen dør er det kort vei til avdelingssjef. Å være tilgjengelig som leder er en valgt strategi, for uavhengig av fagbakgrunn har medarbeidere behov for å bli sett og hørt.

En-delt ledelse bidrar i større grad til at en organisasjon trekker i samme retning enn to-delt ledelse. Det er vanskelig å se at to-delt ledelse ville gitt noen fordeler i poliklinikker, ambulante team og på avdelingsnivå. Unntaket er kanskje sengeposter, men trenger ikke å være det. Jeg har tidligere erfart to-delt ledelse i sengepost praktisert slik at miljøpersonalet (pleiepersonalet) har tatt hånd om miljøterapien begrunnet ut i fra en tenkning om at miljøterapi er et sykepleiefaglig ansvarsområde. Legen og psykologen har gitt individualterapi til de samme pasientene på sine kontorer. Denne beskrivelsen er kanskje satt på spissen, men uansett er det ingen god ordning. Overleger og psykologer skal selvfølgelig

ha behandlingsansvar også for det som skjer i sengeposten. Miljøterapi er et felles prosjekt hvor alle har et ansvar for å bidra med sine fagkunnskaper, men spesialisten har et overordnet faglig behandlingsansvar.

Hvis samarbeidet mellom seksjonsleder og overlege som faglig leder ikke fungerer, vil en slik organisering selvfølgelig skape problemer. Men om løsningen er en-delt ledelse, er jeg mer usikker på. Miljøpersonalet har et arbeidsfellesskap hvor alle har et medansvar for å drifte sengeposten døgnet rundt hele året. Seksjonsleder må være tett på hele tiden for at dette systemet skal fungere, kunne utvikles og forbedres. Det trengs med andre ord mye tid til personalledelse, og det er ikke en lederrolle jeg synes overlegen nødvendigvis kan utføre bedre. Noen vil sikkert si at overlegen kan delegere. Men hvorfor er det en bedre løsning at seksjonsleder utfører lederoppgavene og overlegen har lederansvaret? En-delt ledelse vil tydeliggjøre ledelsesansvaret i linjen, men vil ikke være noen garanti for bedre drift av sengeposten og heller ikke for at samarbeidsproblemer løses. All organisering har sine fordeler og ulemper, og det er vanskelig å gi et entydig svar på hva som er den beste løsningen i enhver sammenheng.

Hva har vi så oppnådd? Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har undersøkt fastlegers vurdering av sitt lokale DPS, senest våren 2014. Resultatet benyttes som kvalitetsindikator for psykisk helsevern for voksne (helsenorge.no). Tiller DPS skårer bedre enn gjennomsnittet for landet på seks av i alt syv indekser, hvorav positivt avvik er på $p < 0{,}001$ nivå for fem av de seks indeksene. Fastlegenes vurdering viste ikke et så godt resultat for noen av de andre DPSene i undersøkelsen.

Når jeg sier vi i mange sammenhenger, så er det fordi utvikling er lagarbeid og ikke noe en leder gjør alene, uansett fagbakgrunn og profesjonsnøytral ledelse – eller ikke. Kanskje er det slik at den enkelte faggruppe må ta et større ansvar for eget fag ved profesjonsnøytral ledelse og kanskje kan profesjonsnøytral ledelse virke dempende på profesjonsmotsetninger og fremme et faglig samarbeid som kan være berikende for alle parter? Som leder er det inspirerende å samarbeide med dyktige fagfolk og oppleve at ansatte utvikler seg faglig. ●

Leder- og profesjonsansvaret i sykehus

» Av **Bente Ohnstad**, Førsteamanuensis i rettsvitenskap, Høgskolen i Lillehammer

Problemstilling

Ledelse i sykehus utøves på flere nivåer. Hvordan harmonerer praksis på sykehusavdelinger med kravet om èn ansvarlig leder på alle nivåer? Kan kravet forenes med en praksis som innebærer at leger leder legene og sykepleiere leder sykepleierne? Og hvordan er ansvaret fordelt når lederskapet på nivået over faglig avdelingsledelse utøves av f.eks. en økonom? Noe entydig svar finnes ikke. Mye avhenger av hvordan virksomheten er organisert og hvordan oppgavene er fordelt.

Ulike roller

Det er likevel enkelte rammer og prinsipper som legger føringer for hvordan virksomheten kan innrettes. Det kan i den forbindelse være hensiktsmessig å belyse innholdet i oppgavene ut fra tre ulike rettslige posisjoner:

Rollen som helsepersonell, i det følgende omtalt som ***profesjonsrollen*** (som f. eks. lege eller sykepleier), rollen som ***arbeidsgiver/arbeidstaker,*** og rollen som ***forvalter/myndighetsutøver.***

Profesjonsrollen innebærer at man utøver yrket som profesjonsutøver og treffer beslutninger på bakgrunn av faglige kvalifikasjoner og ferdigheter. Ved pasientbehandling og ytelse av helsehjelp er det denne rollen man innehar. Helsepersonelloven[1] gjelder, og loven pålegger helsepersonellet selvstendige plikter i f m yrkesutøvelsen. Plikten til forsvarlighet, dokumentasjon og taushetsplikt er eksempler på slike plikter. Disse pliktene påhviler leger og sykepleiere (og annet helsepersonell) i kraft av deres yrkesrolle, og plikten defineres uavhengig av arbeidsforholdet.

Rollen som ***arbeidsgiver/arbeidstaker*** innebærer at man opptrer på vegne av virksomheten og forvalter virksomhetens ressurser i henhold til de oppgaver virksomheten har, de instrukser som er gitt og de rammer som er besluttet av virksomhetsleder/eier. En leder vil også være arbeidstaker vis a vis sine overordnede.

Pliktene påhviler tjenesten, og i denne rollen er det arbeidslovgivningen, spesialisthelsetjenesteloven (sphl.) og helseforetaksloven som gjelder.

I ***forvalterrollen*** utøver man myndighet på vegne av det offentlige og bestemmer bruken av offentlige ressurser. I denne rollen er det forvaltningsloven, som bl.a. stiller krav til saksbehandlingen, som gjelder. Forvaltningsloven har først og fremst betydning på helseforetaksnivå og vil ikke bli omtalt nærmere her.

Nærmere om profesjonsrollen

Å bestemme hvilken behandling den enkelte pasient skal ha, er en faglig avgjørelse. Helsepersonelloven er en individansvarslov med utgangspunkt i plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Den enkelte yrkesutøver, lege som sykepleier, har et personlig og selvstendig ansvar for sitt arbeid. Dette innebærer faglig autonomi og handlefrihet når det gjelder å treffe beslutninger om pasientbehandlingen. Samtidig åpner loven for at helsepersonell – innenfor rammene av forsvarlig virksomhet – kan benytte medhjelpere. Om vedkommende er kvalifisert til å utføre oppgaven, må vurderes ut fra formelle og reelle kvalifikasjoner.

Lovens ordning er at ansvarsforholdet mellom helsepersonell er regulert i bestemmelsen om forsvarlighet (lovens § 4). Forsvarlighetskravet er presisert og konkretisert når det gjelder plikten til å opptre i samsvar med faglige normer for yrkesutøvelsen. I samhandlingssituasjoner med annet helsepersonell skal legen ha et overordnet ansvar når det gjelder den konkrete pasientbehandling. Det betyr at legen avgjør i medisinske spørsmål, og annet helsepersonell må innrette seg etter legens instruksjoner.

Nærmere om arbeidsgiver/-takeransvaret

Arbeidsgiver har et overordnet ansvar for drift og forsvarlig forvaltning av personal- og økonomiske ressurser. Arbeidsgiveransvaret ivaretas av ledere på ulike nivå. Lederansvaret er med andre ord utledet av arbeidsgiveransvaret og innebærer plikt til å sørge for at sykehusets oppgaver blir ivaretatt på en forsvarlig måte. Arbeidstakere har på sin side plikt til å innrette seg etter arbeidsgivers instruksjoner. Virksomhetens organisering avgjør hvem som har ansvar for hva.

Det er etter sphl. § 3-9 ikke anledning til å organisere sykehuset slik at det formelle ansvaret for en organisatorisk enhet er delt mellom flere ledere: Sykehus skal etter bestemmelsen i sphl. § 3-9 organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Formålet med bestemmelsen er å etablere klare ansvarslinjer og ansvarsforhold for ledere på alle nivåer i sykehusorganisasjonen. [2]

Forholdet mellom profesjonsansvaret og lederansvaret

Det er forskjell på å benytte egne faglige kunnskaper og ferdigheter til å bestemme i medisinske spørsmål og å disponere ressurser på vegne av virksomheten. Begge typer avgjørelser krever riktignok faglig kompetanse, men ansvaret for beslutningene er ulik: Forsvarlighetskravet (og øvrige krav) i helsepersonelloven gjelder ved konkrete avgjørelser om pasientbehandlingen, mens ansvaret for forsvarlig forvaltning av sykehusets ressurser er et ansvar som følger av arbeidsforholdet. Dette er primært et lederansvar.

Det at personellet er mest kvalifisert til å gjennomføre arbeidsgivers plikter med hensyn til konkrete faglige tiltak, stiller krav til arbeidsgivers organisering og tilrettelegging av arbeidet. Arbeidet må innrettes slik at pasienten gjennom arbeids- og funksjonsfordelingen sikres adekvat og forsvarlig helsehjelp. Helsepersonelloven § 16 understreker systemansvaret for arbeidsgiver. Den innskrenker arbeidsgivers organisasjonsfrihet, idet man ved organisering av virksomhet skal innrette seg etter helsepersonells lovpålagte plikter. Plikten retter seg til all helsetjeneste, både privat og offentlig. Denne plikten korresponderer med tilsvarende plikt i sphl. § 2-3 om forsvarlig organisering mv. av statlige helsetjenester.

Det enkelte helsepersonell har, foruten sine tjenesteplikter (arbeidstakerplikter), selvstendig ansvar for ivaretakelse av plikter i forbindelse med yrkesutøvelsen. Helsepersonell kan ilegges et særskilt rettslig ansvar for tilsidesettelse av

profesjonsplikter, f.eks. ved advarsel eller tilbakekall av autorisasjon, uten at arbeidsgiver samtidig ansvarliggjøres. Derfor er det viktig at arbeidsgiver forpliktes til å gi helsepersonell rammebetingelser som gjør det mulig å opptre i samsvar med helsepersonellovens krav. Det konkrete innholdet i forsvarlighetskravet kan bare fastsettes i det enkelte tilfelle vurdert på bakgrunn av de foreliggende omstendigheter.

Arbeidsgivers adgang til å instruere og gi direktiver er begrenset der rene pasientrettede tiltak begynner.[3] Dette har sammenheng med at den som har de beste faglige forutsetninger for å løse en oppgave, og som dessuten er nærmest pasienten, må treffe beslutninger der det først og fremst er hensynet til pasientens behov som er avgjørende.

Dersom arbeidsgiver gir instrukser som vil kunne komme i konflikt med kravet til faglig og etisk forsvarlig virksomhet, har arbeidstaker en plikt til å påpeke dette. Spørsmålet skal fortrinnsvis tas opp tjenestevei.

Oppsummering

Det formelle ansvaret for en organisatorisk enhet kan etter sphl. § 3-9 ikke være delt mellom flere ledere: Det innebærer at man ikke kan etablere et formelt nivå med todelt ledelse slik at leger leder legene og sykepleiere leder sykepleierne. Nivået over faglig ledelse, som først og fremst innebærer forvaltning av økonomiske- og personalressurser, kan utøves av andre enn leger, så lenge dette lederskapet ikke innebærer å treffe beslutninger angående den enkelte pasient. Legen skal treffe beslutninger i medisinske spørsmål angående den konkrete pasientbehandlingen, og annet helsepersonell er underlagt legens instruksjoner i slike spørsmål. ●

Referanser:

[1] Lov 2. juli 1999 nr. 64

[2] Et nivå, eller en organisatorisk enhet, vil være en enhet som er tillagt forvaltning av nærmere angitte ressurser, herunder personalressurser. Typiske enheter vil være klinikk (divisjon eller lignende), avdeling eller tilsvarende, og seksjoner. Kravet til klare ansvarslinjer og ansvarsforhold innebærer blant annet at alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder. Se Rundskriv I-2/2013 fra Helse- og omsorgsdepartementet. I nevnte rundskriv omtales også medisinskfaglige rådgivere. Disse er rådgivere for ledelsen og altså ikke i linje, og har ikke lederansvar.

[3] Det kan selvfølgelig være glidende overgang mellom faglige og administrative beslutninger, idet administrative beslutninger kan få konsekvenser for beslutninger for faglige valg, og vice versa. Prioriteringer av pasientgrupper, bruk av dyre legemidler vil f. eks. være beslutninger som har store økonomiske implikasjoner og leger må til en viss grad akseptere at den faglige handlefriheten begrenses av overordnet ledernivås beslutninger.

Bør klinikerne lede i sykehusene?

Foto: Dagens medisin

De siste ti-årene har forholdet mellom faglige hensyn og økonomi endret karakter i sykehusene. Tidligere ble økonomi i større grad betraktet som underordnet, og en følge av god fagutøvelse og god drift. Nå vektlegges gjerne den omvendte sammenheng; god fagutøvelse og drift følger av god økonomi. En reversert implikasjon.

» Av **Christian Grimsgaard**, nestleder i Of

Det er gode grunner til å problematisere en antakelse om at god fagutøvelse automatisk følger av god økonomi. Et nytt bygg blir ikke nødvendigvis et godt bygg selv om bygget er reist med streng utgiftskontroll. Er bygget dårlig utført vil utgiftskontrollen i byggeprosessen også svekke økonomien over byggets livsløp. Tilsvarende kan dårlig utredning og behandling gi dyrere pasientforløp, selv om kostnadene i hvert enkelt tiltak holdes nede.

Samtidig med at fag har blitt underordnet økonomihensyn har det skjedd et skifte fra samfunnsøkonomiske til bedriftsøkonomiske prinsipper. En ny logikk og nye begrep siver inn i behandlingen av syke; innsatsfaktorer, produktivitet eller business-case. Komplikasjoner, re-innleggelser eller overbehandling er dårlig samfunnsøkonomi, men ikke nødvendigvis dårlig økonomi i helseforetakenes regnskap.

Også under fylkeskommunalt styre ble økonomi sterkt vektlagt. Men uten at det påvirket sykehusene i like sterk grad. Endringene vi ser nå er på en annen måte gjennomgripende. Utviklingen er utvetydig dokumentert i Pål Martinussens undersøkelse for Legeforeningen hvor han sammenligner økonomifokus i sykehusene i 2004 og 2014.

En uteglemt reform?

Den mest nærliggende forklaringen på utviklingen er strukturelle endringer. Innføring av innsatsstyrt finansiering (1997) brakte med seg pris-setting av den enkelte pasient - og fritt sykehusvalg konkurranse mellom sykehusene. Med Foretaksreformen (2002) ble sykehusene gjort om til statsforetak styrt etter en lovgivning som langt på vei var bygget på aksjeloven. Endringene trekker i samme retning, og følges av en ny diskurs og dagsorden.

Helsearbeidernes faglige og etiske normer har gjerne fungert som en motvekt til bedriftsøkonomien, vi er bare sånn passelig endringsvillige, og fortsetter å strebe etter egne faglige og etiske standarder. Men en siste reform svekker kraften i tilsvaret på en snikende måte. Spesialisthelsetjenestelovens bestemmelser (om profesjonsnøytral ledelse (2001). I 1996 ble Steine-utvalget gitt i oppgave å «foreslå tiltak som kan bedre driften ved norske sykehus». I utvalgets rapport «Pasienten først» (1997) foreslår utvalget på enhetlig ledelse. Reformen ble iverksatt ved vedtak i Lov om spesialisthelsetjenester (1999), og innført fra 2001.

Loven har ofte blitt oppfattet som en maktdeling mellom legegruppen og andre profesjoner i sykehusene. Dette er hverken den intenderte, eller faktiske effekt.

Lovvedtaket har røtter tilbake til ny-liberalismens oppblomstring i England på 80 tallet og innføring av New Public Management i sykehusene. Profesjonelle ledere skulle sikre bedre virksomhetsstyring og økonomikontroll. Man startet ut med å la «general managers» - uten sykehusbakgrunn - styre driften. Forsøkene forliste ganske raskt; de nye lederne manglet nødvendig innsikt og hadde heller ikke legitimitet i behandlingsmiljøene.

Hybrid-ledelse

En alternativ tilnærming vokste frem i England tidlig på 90-tallet. I stedet for å lære opp «general managers» i sykehusdrift kunne fagpersonell oppdras i management-ledelse. Den tradisjonelle yrkes- og fagetikken ble erstattet av management-idealer. Satt på spissen ble oppdraget om «alltid å hjelpe» byttet ut med alltid å regne, kost-nytte analyser skulle danne fundamentet i avveiningene.

Denne nye leder-rollen, fagfolk i en form for management-dressur, omtales som hybrid-ledere. Dette vakte betydelig mindre motstand enn rene management-ledere. Med inngående kjennskap til virksomheten kunne de ivareta styring uten store blundere. Fagforankringen satte dem i stand til å ivareta en medisinsk diskurs med sine underordnede. Kursing og dressur satte dem i stand til å føre en management-diskurs med øvrige ledere og toppledelsen.

De nye virksomhetslederne skulle ha ansvar for hele virksomhetsstyringen; økonomi, personell og fag, men også av alle yrkesgrupper som inngikk i enheten. De nye lederrollene ble tillagt mange og ulike oppgaver som vanskelig lot seg forene med klinikk, og for mange ble ledelse full-tids virksomhet. Uten klinikk ble forankringen i fag og pasientbehandling svekket, og lederne

ble avsondret fra hverdagen i klinikken. Ledernes tidligere ledestjerner - fag og pasientbehandling – ble sidestilt med andre hensyn, og underordnet økonomi og målbare styringsindikatorer.

Det er i denne tradisjonen vår hjemlige bestemmelse om enhetlig ledelse må forstås, ikke som resultat av kjiving mellom leger og sykepleiere.

Hva nå?

Norsk sykehus-ledelse har endret seg som forutsatt. Nesten alle ledere har helsefaglig bakgrunn, men får utdanning i ledelse. Ulike «helse-leder» program ivaretar skoleringen. Både Rhfene, Universitetet og BI har egne program. Her dekkes ulike emne, men kandidatenes «profesjonalisering» skjer gjennom en form for management-skolering hvor fag og pasientbehandling er underordnede hensyn. Gjennom opplæring skal lederne settes i stand til å tilpasse seg og danne bro over to ulike logikker, den som følger av pasientbehandling og fag, og den som følger av managerialismen fra ledernivåene over.

Opprinnelig hadde nok mange sett for seg at lederne skulle fungere som endrings-agenter, og bevirke en transformasjon av helse-arbeiderne. Men ledere som har forsøkt å begeistre nedover med management-ideer om gode «business-cases» og SWOT analyser har nok oftest mislyktes. Ledere flest har i stedet tilpasset seg terrenget ved å anlegge en Janus-tilnærming, ett ansikt oppad, og ett annet til egen yrkesgruppe og medarbeidere.

Parallelt med endringene som følger av en «enhetlig ledelse» har sykehusorganiseringen vært i endring. Omlag 50 sykehus har blitt til 20 helseforetak. Antallet ledernivå har økt, og vi har fått egne ledernivåer i alle sykehus som ikke har direkte kontakt med pasientbehandlingen. Med to ulike verdisett, lange linjer og egne sjikt som ikke står i pasientbehandlingen øker tendensen til delaminering av organisasjonene. I forskningslitteraturen bruker begrepet «de-coupling» om fenomenet.

De første årene etter reformene ble iverksatt - rundt årtusenskiftet – var effekten i sykehusene begrensede. Men de senere årene har virkningene blitt mer påtrengende, og sykehusene har blitt hjemsøkt av uro. Helsetjenesteaksjonen er bare ett av flere eksempler på et opprør mot systemene. Også blant våre folkevalgte er det en gryende uro. Regjeringens program med nedleggelse av RHFene kan oppfattes som et symptom.

Å legge ned RHFene, og å erstatte dem med færre helseforetak, kanskje omlag 10, vil føre til kortere linjer. Dagens underliggende sykehus må da også splittes opp, kanskje i omlag 40 selvstendige enheter. En slik omlegging vil trolig bøte på mye, og bringe lederne og avgjørelsene nærmere pasientbehandlingen. Det vil trolig være like effektivt å moderere ledernes oppgaver og bestillinger, altså selve leder-rollen.

Det er ikke opplagt at lederne må beskjeftige seg med så mange oppgaver at de mister kontakten med pasientene og de ansattes hverdag. I mange land, og i mange store organisasjoner har man innrettet seg omvendt. Vi har tidligere i Overlegen skrevet om organiseringen på Mayo clinic. Der har man valgt en helt annen modell. Ledere med sterk forankring i klinikken velges ut som ledere, og de sitter en begrenset periode. Lederne fortsetter gjerne med klinisk aktivitet også i tiden de fungerer som ledere. For å ivareta mange av oppgavene som vi tillegger våre ledere settes lederne på Mayo opp i team med en form for stabssjef som tilhører sykehusets sentralorganisasjon. Arbeidsdelingen gjør at både lederen og hennes assistent kan utføre de oppgavene de best kan.

Et lite skritt i denne retning kunne være at vi la til rette for at også våre ledere kan ha en fot i klinikken. Dette ville kreve bedre støttefunksjoner rundt lederne våre. Men den samlede økonomien i avdelingene ville sannsynligvis styrkes. En sterkere forankring av ledelsen i klinikken ville trolig føre til at organisasjonene ble bedre skrudd sammen, og at sykehusene i større grad ble «selv-rettende» enn de er i dag. «Manageralismen» på de øvre ledernivåene ville bli moderert i større grad enn i dag. Etter alle solemerker ville dette være hensiktsmessig. ●

CAVORT / Shutterstock.com

Les mer:
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22524097
web.bi.no/forskning/papers.nsf/0/abf47d2c5b7b0778c12575eb0034c872/$FILE/2009-02-skjold-johansen-del-I.pdf
Tone Opdahl Mo: Ledelse til begjær eller besvær – om reformer, fag og ledelse i sykehus
https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/265023

Profesjonsnøytral ledelse i Sverige

I Sverige ser vi att allt fler av cheferna i vården är icke-läkare. Det är väldigt utbrett i primärvården men ökar också stort inom sjukhusvården både på mindre sjukhus och universtitetssjukhus.

» Av **Karin Båtelson**, ordförande i Sjukhusläkarna och vice ordförande i Läkarförbundet

I Sverige regleras ansvarsfördelningen inom svensk hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagen (1992:763) och med föreskrifter från Socialstyrelsen.

Enligt Socialstyrelsen så säger man att den som bedriver vård dvs till stor del landstingen ska planera, leda och kontrollera verksamheten så kravet om god vård uppnås. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten som ska innehålla de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska det finnas en verksamhetschef som ansvarar för verksamheten. Verksamhetschefen har det samlade ansvaret för en verksamhet men behöver inte ha medicinsk kompetens själv utan kan ge någon annan som har «tillräcklig kompetens och erfarenhet» i uppdrag att utföra enskilda ledningsuppgifter, till exempel ha medicinskt ledningsansvar.

Verksamhetschefen har alltså alltid det odelade ansvaret medan rollen för det medicinska ledningsansvaret är oklart. Den person som tar det medicinska ledningsansvaret är alltså inte närmare specificerad, men oftast är det läkare. Vad som ingår i tjänsten är inte definierat och sällan följer rättigheter eller befogenheter med i uppdraget dvs att det i dåligt fungerande verksamheter kan upplevas som att man är «gisslan». De läkare som åtar sig uppdraget får en mindre summa i lönepåslag.

Vi har begärt att Socialstyrelsen ska definiera vad som ingår och det ska komma en utredning där man klargör ansvaret och förstås även vilka befogenheter eller rättigheter man ska ha för att kunna påverka beslut i verksamheten. ●

Følg oss på:
https://legeforeningen.no/yf/overlegeforeningen/

Følg oss på:
https://www.facebook.com/pages/Norsk-overlegeforening/184196251599027

Brug for styrket lægelig ledelse

Overlægeforeningen i Danmark arbejder målrettet for at styrke den lægelige ledelse på alle kliniske niveauer, da fagligheden og dermed behandlingskvaliteten løftes hvis læger er bærende i den kliniske ledelse. Læger kan bygge broer mellem kliniske faglige overvejelser og strategiske og økonomiske hensyn.

» Av **Anja Mitchell**, formand for Overlægeforeningen

I det danske, offentlige sygehusvæsen er der altid lægelige ledere på afdelingsniveauet. Og hovedparten af sygehusene har ligeledes en lægefaglig vicedirektør.

Nogle af ledelsesniveauerne over afdelingsledelsen – f.eks. centerledelser – er ligeledes bemandet med læger, men i en del tilfælde består de af økonomer og andre med en samfundsvidenskabelig uddannelse.

Afdelingsledelserne på et sygehuse består som oftest af en ledende overlæge og en oversygeplejerske – og en stabsfunktion. De fleste steder er det den ledende overlæge, som har den endelige beslutningskompetence. Under den ledende overlæger vil der på mange afdelinger være flere specialeansvarlige overlæger.

Det danske sygehusvæsen har gennemgået en markant centralisering de sidste 15 år med nedlæggelse af en række mindre sygehuse. Det har ført til øget specialisering og væsentligt større afdelinger, hvilket har gjort ledelsesopgaven på afdelingsniveau væsentligt mere kompleks.

Derfor ser man flere steder, at der oprettes mellemlederfunktioner, f.eks. afsnits- eller områdeledelser, som står for driften af dele af afdelingen. Overlægeforeningen har de seneste år arbejdet for, at disse stillinger skal skrives ind i overenskomsten, så der kan

Job Konferencer Annoncer Abonnement Kontakt E-avis Log ind

DAGENS Medicin

Nyheder Almen Praksis Karriere Opinion EASD

DEBAT

Flere lægelige ledere

Jeg er enig med Torben Mogensen i, at vi i Overlægeforeningen – og Lægeforeningen – har en vigtig opgave i at promovere læger, der ønsker at gå ind i ledelse

Favoritter Job

sikres ensartede vilkår. I dag er det på ledelsesniveauet alene den ledende og den specialeansvarlige overlæge, som er forankret i overenskomsten.

Flere steder i landet oplever sygehusene, at det er svært at besætte lægelige lederstillinger, og derfor prioriterer Overlægeforeningen arbejdet med at få en stilling som organisatorisk mellemleder – f.eks. en funktionsansvarlig overlæge – med i overenskomsten. Desuden arbejder foreningen for at gøre ledelse mere attraktivt gennem tydeligere karriereveje, bedre uddannelse og ved at styrke afdelingsledelses-niveauet på sygehusene. ●

Hva nå OUS?

Foto: Dagens medisin

Det nærmer seg 10 år siden sykehusfusjonen i Oslo startet ut –med sammenslåingen av landets to største helseregioner i 2007. Formålet var å få til en bedre samordning og ressursutnyttelse ved Ullevål og Rikshospitalet. Men problemene tårnet seg raskt opp, og det fusjonerte sykehusets direktør måtte gå allerede i juni 2011.

» Av **Christian Grimsgaard**, nestleder i Overlegeforeningen

Et drøyt år senere ble både minister og helseregionens sjef byttet ut. I ettertid peker mange på nedleggelsen av Aker og pasientoverføringen som forklaring på fadesen. Aker-nedleggelsen gjorde nok prosessen vanskeligere, men også de opprinnelige fusjonsplanene mellom Ullevål og Rikshospitalet var bygget på ønsketekning.

Rikshospitalet, bygd for lite og uten mulighet til utvidelse

Ideen om å fusjonere de store sykehusene i Oslo verserte i det politiske miljø i mange år før 2007. Enkelte husker tilbake til striden allerede før vedtaket om et nytt Rikshospital. Bygget ble vedtatt i 1992, og sluttført i 2000 til en kostnad på 5 milliarder. I forkant av vedtaket foregikk en lang tautrekningsprosess hvor særlig miljøene utenfor Oslo gikk sterkt i mot et nybygg. Det ble i stedet pekt mot en utvidelse av Ullevål. Daværende dekan ved det medisinske fakultet i Bergen skal ha uttalt at han ville ha en statue av seg selv på utsiden av Haukeland, med påskrift: *«Denne mann forhindret at Oslo fikk et nytt Rikshospital!»*. Departementsråd Lande Hasle har senere uttalt at sykehuset bevisst ble lagt på en trang tomt uten mulighet for senere utvidelse. Bygningene ble bygget uten mulighet for påbygg i høyden. Slik skulle det nye sykehuset holdes i tømme.

Skjult skatt, flere hundre millioner i årlige innsparinger ?

Allerede 4 år etter ferdigstillelsen av sykehuset fikk planene om samlokalisering ny giv. I 2004 leverte McKinsey en rapport til departementet om muligheter ved sammenslåing av sykehusene. Her ble det fremstilt et årlig innsparingspotensiale i flere hundremillioners klassen. Kalkylene som ble lagt til grunn, var i beste fall optimistiske. Og at det splitter nye sykehuset på Gaustad ikke kunne utvides var tilsynelatende uteglemt. Men med utsikter til en «skjult skatt», innsparinger som ville gi flere hundre millioner i avkastning årlig, fikk prosessen fart. I fusjonsplanene Helse Sør-Øst etter hvert la frem, ville gevinsten allerede første år være 300 millioner, og ved endelig samordning hele 800 millioner.

Gevinsten skulle ikke bare finansiere sykehusfusjonen, «innsparingene ville komme regionen og hele landet til gode», formulerte Helse Sør-Øst. Med en slik retorikk ble vedtaket om sammenslåing hastevedtatt i Stortinget uten betydelig motstand. Dermed startet den lange marsjen – etter en gevinst ingen så langt har sett snurten av. Innsparingene ble til budsjettoverskridelser i milliardklassen, og til tross for at både helseregion og departement ved ekstrabevilgninger forsøker å sanere underskuddene, går sykehusene stadig med underskudd. Produktiviteten forblir lav. OUS har utviklet seg til en betydelig økonomisk byrde for regionen, mens landet for øvrig ikke er særlig berørt. Den svake utviklingen i sykehuset har kanskje til og med kunne oppleves som fordelaktig i enkelte kretser.

Ørkenvandring.
Nye planer uten økonomi.

Under den snart ti-år lange ørkenvandringen har planer kommet og gått. Vår tidligere direktør Siri Hatlen la frem «Arealutviklingsplan 2025» i 2011. Planen var sletts ikke verst, men uten at den forespeilede innsparingen var realisert fantes ingen finansiering, og planen ledet bare frem til direktørens avskjed. Da helsedepartementets ekspedisjonssjef Bjørn Erikstein inntok direktør-stolen i 2011, vakte det håp blant mange om en ny retning for vandringen. Men etter 3 år brast nok mange forhåpninger. Et visjonært, men urealistisk løsningsalternativ; Campus OUS, et gigantisk sykehus på den ganske umulige tomta på Gaustad.

Etter at det politiske miljø vendte tommelen ned for Campus, har planene blitt omarbeidet og fått ny drakt. Dessverre har ikke realismen i prosjektet endret seg. Finansieringen baseres stadig på eventyr. I løpet av 5 år skal sykehuset effektivisere med langt over en milliard for å finansiere nybyggene. «Skatten» skal finnes. Kapasitetsprobl-

emene som er altoverskyggende i sykehusene vil først få en løsning rundt 2030 da man etter planen vil ferdigstille et nytt sykehus på Aker. Men i denne perioden har befolkningen i området økt med 300 000 fra dagens nivå, og det nye sykehuset løser ikke våre problem.

Hva mener så Legeforeningen i Oslo universitetssykehus?

Å sammenfatte synspunktene til mer enn 2500 ulike leger på mange hundrede enheter er naturligvis en umulig oppgave. Og uansett standpunkt vi ender ned på, vil mange av våre medlemmer ha avvikende meninger. Men vi kan ikke unnlate å ta stilling til utviklingen i sykehusene. Vi må derfor forsøke å utvikle standpunkt med utgangspunkt i våre erfaringer og det fremlagte saksgrunnlaget, og avstemme dette mot innspillene vi får fra medlemmene.

Med befolkningstilveksten i Oslo og Akershus kan man umiddelbart planlegge et nytt lokalsykehus, eller en videre utbygging av Akershus universitetssykehus. De private ideelle bør også raskest mulig utnyttes på best mulig måte, og det virker hensiktsmessig å overføre ansvaret for hele bydeler, i stedet for løsningen vi har sett de senere årene med tildeling av plass der det er ledig i øyeblikket. Dette er imidlertid avgjørelser som hører hjemme i Helse Sør-Øst, og ikke i vårt sykehus. Etter vår erfaring har imidlertid det regionale helseforetaket ikke ivaretatt en overordnet og koordinerende rolle godt etter fusjonen, men i del sammenhenger fungert som et sekretariat underordnet sykehuset vårt.

Vi opplever at OUS i dag ikke drives godt. Etter flere omfattende spørreundersøkelse blant våre medlemmer er dette solid understøttet. Dårlig drift rammer ikke bare pasientbehandlingen, men også økonomien, og vanskeliggjør nødvendige investeringer – en negativ spiral. Den viktigste årsaken til driftsproblemene er organisasjons-strukturen, med lange linjer og manglende koordinering. Vi har derfor over tid jobbet for å få til endringer, i første rekke stedlig ledelse ved de ulike avdelingene, men også driftsenhetene. For å få til godt samspill og god ressursutnyttelse i pasientforløpene, er vi avhengige av å ha drifts-ledelse på de ulike sykehusene. I dag ligger i prinsippet dette ansvaret på direktørnivå. Vi ønsker altså direktører tilbake på sykehusene.

Kapasitetsproblematikk er like presserende som organiseringen. Vi har for dårlig plass, og for lav kapasitet i mange pasientforløp. Overføringen fra Aker førte til at sykehusene ble overfylte, og pasient-flyten stoppet opp mange steder. Flytteprosjekter som ledd i samordning lar seg ikke gjennomføre grunnet manglende rokade-muligheter. Med en svak økonomi og en langvarig stillstand på utbygginger må vi utnytte tilgjengelig areal på best mulig måte. Og vi må tilegne oss nytt areal der dette lar seg gjøre raskest mulig og til en lav kostnad. Det er vanskelig å se at noen av de fire sykehusene kan fases ut i overskuelig fremtid, og vi mener at det vil være riktig å iverksette begrensede utbygginger både på Rikshospitalet, Ullevål og Radiumhospitalet, samt å utnytte kapasiteten på Aker best mulig.

Urealistisk effektivisering: Vi har ikke tro på en sykehusmastodont på Gaustad, som målt i aktivitet trolig vil ende opp om lag dobbelt så stor som Haukeland. Vi tror ikke dette er en god løsning, og vi vet at så store sykehus er dyre i drift. Vi har heller ingen tro på at gevinsten som McKinsey først pekte ut i 2004 har vokst i størrelse til langt

over en milliard, og i løpet av noen år kan drives ut av det ganske kaotiske sykehusfellesskapet vi i dag har skapt. Helse Sør-Øst sine innsparingsplaner for sykehusene i regionen, med 13 % effektivisering i løpet av fem år, er etter vårt syn helt urealistiske, se tabell.

Vi mener at helse Sør-Øst må bestemme oppgavefordelingen i regionen. Dernest må vårt sykehus lage en realistisk virksomhetsmessig utviklingsplan, i tråd med forordningene som gjelder for sykehusprosjekter. Med denne som bakteppe, må en langsiktig utvikling av sykehusene planlegges, innenfor gjennomførbare rammer. Men i første fase bør vi holde oss til Eriksteins opprinnelige plan, med rendyrking av Ullevål som et akuttsykehus, Rikshospitalet som elektivt sykehus, og utnytte Aker og Radiumhospitalet best mulig. For å få til dette må det iverksettes flere mindre byggeprosjekter samtidig.

Uten orden på drift og økonomi kommer Oslo universitetssykehus ingen vei, og seigpiningen vi har opplevd de senere årene vil fortsette. For å klare dette må vi ha på plass effektiv driftsledelse på de store driftsenhetene, i alle fall de tidligere sykehusene. Den innbitte motstanden en slik reorganisering har møtt, har nok sammenheng med at fusjonen er skjør, og at sterke krefter gjennom fusjonen har kvittet seg med brysomme sykehus og sterke fagmiljø. Hvor lenge disse kreftene skal få tvære ut en dysfunksjonell organisering bør etter vårt syn politikerne blande seg inn i. Hvis man ønsker en bedre utvikling, kan en god start være å bytte ut styret i Oslo universitetssykehus. Vi tåler ikke ti nye år med urealistiske planer og kaotisk organisering.

Arbeidstakernes representanter i sykehusets styre har utarbeidet et omfattende og detaljert alternativt vedtaksforslag til Campus-planene, se under.

Vedtaksforslaget finner du på sidene 3-5 her;
http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss_/styret_/Documents/2016/28.%20januar%202016/Protokoll%20styremøte%202016-1-28.pdf
Se også Overlegen 3-2008 om starten av OUS-prosessen:
https://legeforeningen.no/yf/overlegeforeningen/Om-oss/Overlegen/

TABELL: FRA HSØs LANGTIDSPLAN
2.7 DRG-produktivitet

Tabell 10 viser antatt produktivitetsvekst målt ved DRG-poeng produsert i helseforetakene i forhold til antall månedsverk. Tabellen viser estimat for 2016 og plantall for 2020, samt vekstprosenter:

DRG- produktivitet	Estimat 2016 pr. april	2020	Endring 2016-2017	Endring 2016-2020
Akershus universitetssykehus HF	1,63	1,75	1,2 %	7,8 %
Oslo universitetssykehus HF	1,28	1,45	5,7 %	13,3 %
Sunnaas Sykehus HF	0,92	0,92	-0,1 %	0,0 %
Sykehuset Innlandet HF	1,71	1,95	5,1 %	14,0 %
Sykehuset i Vestfold HF	1,77	1,95	3,7 %	10,1 %
Sykehuset Telemark HF	1,59	1,75	3,8 %	10,4 %
Sykehuset Østfold HF	1,53	1,78	6,4 %	16,4 %
Sørlandet sykehus HF	1,63	1,75	0,9 %	7,1%
Vestre Viken HF	1,80	2,05	6,8 %	13,6 %
Helse Sør-Øst, foretaksgrupen	1,52	1,7	4,6 %	12,0%
Helse Sør-Øst, foretaksgruppen korrigert for Sunnaas og Oslo univ.sykehus	1,67	1,87	4,1 %	11,6 %

Stresshåndtering, en lederoppgave

» Av **Jon Helle**, Ofs leder

Stress er mer enn et moteord. I sykehus har mange ansatte stress-relaterte plager fordi de opplever en ubalanse mellom krav og ressurser. Dette gjelder både ansatte og ledere. Men det er en lederoppgave å ta tak i problemet. Derfor ville Overlegeforeningen tilby legeledere et påfyll på temaet og inviterte til «miniseminar» i mai med den danske professoren Bobby Zachariae fra Aarhus. Her er noen inntrykk.

Stress er en subjektiv opplevelse og vi er forskjellige; Det noen trives godt med, kan andre bli «utbrent» av. Men vi kjenner uansett hvordan passe mengder fysisk og psykisk stress kan bidra til bedre prestasjon, mens for mye reduserer yteevnen og blir helseskadelig. Det er god dokumentasjon for at stress over tid bl.a. kan gi psykisk utbrenthet («belastningsdepresjon»), hjerte-karsykdommer og infeksjonssykdommer. Og jo mer stresset man er, desto mindre er effekten av influensavaksine.

Zachariae snakket mye om belastningsdepresjonen («burnout»). Risikofaktorene for denne finner vi i rikelig monn i sykehusene. For vi jobber med mennesker og har en hjelperolle. Vi møter krav om empati og omsorg. Det kan være vanskelig å forutsi resultatene av våre tiltak og handlinger, og vi løper alltid en risiko for «fiasko» med tiltakene våre. Vi opplever kanskje uklare forventninger, rolleusikkerhet og uklare grenser for ansvar. Og mange av oss er ganske så pliktoppfyllende.

Utbrenthet har sammenheng med arbeidspress og opplevd kontroll, innflytelse og autonomi og rettferdighet. I disse konflikttider er det også interessant å vite at individualisering er mer stressfremkallende enn fellesskapsløsninger.

Faktorer som beskytter mot stress er fellesskap og samarbeid, gjensidig respekt og tillit, og opplevd innflytelse og kontroll. Dette skorter det nok på en del steder. Derimot er vi heldige ved at opplevd meningsfullhet er beskyttende. Evne til å sette ord på følelser og uttrykke dem, samt ha en livsstil preget av god balanse mellom aktivering og avspenning virker positivt.

Zachariae mente at lederoppgaven ikke handler om å fjerne stress, men å hjelpe medarbeiderne til å håndtere det. Ledelsens atferd er en sentral faktor. Det handler om å ta vare på hverandre. Man må ikke være falsk eller reklameaktig.

«Stress-samtalen» er en viktig verktøy for lederen: Den skal avdekke problemer, utforske stress-symptomer og hva som er forsøkt, hva som har forhindret endring, finne uutnyttede ressurser, kartlegge motivasjon for endring, avdekke nye handlingsmuligheter. Han mente man skal søke å skape positiv endring, selv om man ikke kan løse problemet. Samtalen skal være prosessorientert, ikke resultatorientert. Man må akseptere begrensingene og fokusere på mulighetene. Fokus på «skyld» er ikke produktivt, men heller fokusere på «medansvar» som er fremoverrettet.

Zachariae delte ut et ni-siders skriv, «Redskaber til Stress-samtalen», som er konkrete råd til bruk i samtale med en som er rammet av stress, bl.a. spørsmål som bør stilles.

Han delte også ut Maslach Burnout Inventory (MBI) som han karakteriserte som «klassikeren» blant instrumenter.

OF ARRANGERER

«miniseminarer» for ledere med utvalgte temaer og forelesere på høyt nivå. Vi har hatt følgende tema:

- **Faglig ledelse og ledelsesidentitet**
- **Hva er helseøkonomi**
- **Stresshåndtering – en ledelsesoppgave**

Neste seminar er 16. november 2016, Thon Hotel Opera, Oslo.

Professor Alistair McGuire, The London School of Economics and Political Science McGuire er professor i helseøkonomi ved LSE. Han har en spesiell interesse for statistisk økonomi, og skal snakke om helseøkonomi i et internasjonalt perspektiv.

Tilbakemeldinger fra deltakerne har vært veldig gode. «Ærru gæærn, jeg går ikke glipp av dette pustehullet», sa en av deltakerne som hadde vært med på alle miniseminarene så langt. En annen hadde flyttet en utenlandsreise for å få med seg dette seminaret.

Takk til overlegene Siri Tau Ursin og Vivvi Bjørnø som har stått ansvarlige for det faglige på miniseminarene, og Edith Stenberg for det praktiske.

Lenke til Info og påmelding:
legeforeningen.no/yf/overlegeforeningen/Begivenheter/Ofs-nye-miniseminar-for-ledere-/

Hva er problemet med helseledelsen i dag?

Dagens helseledelse opererer fjernt fra både pasienter og det helsepersonalet som diagnostiserer og behandler pasientene. Konsekvensene er en rekke organisatoriske grep og rutiner i strid med pasientens interesser. Løsningen er at toppledelsene ved norske sykehus gir seg selv følgende hovedoppgave: Tilrettelegge for god pasientbehandling.

Foto: Julie Kalveland

» Av Olav Røise

Det er snart 45 år siden jeg begynte som pleiemedhjelper og i overkant av 40 siden jeg var studentvikar ved Fylkessykehuset på Gjøvik. I de siste 30 årene har jeg jobbet ved det som nå er Oslo universitetssykehus og i 25 av disse i ulike lederstillinger som avdelingsleder, divisjonsdirektør eller klinikkleder.

Når jeg ser tilbake er det de enorme framskrittene som har skjedd innen medisinen og pasientbehandlingen som er mest iøynefallende. Disse blir som regel skapt gjennom forskning og fagutvikling, drevet fram av sterke fagmiljøer der dedikasjon, kreativitet, entusiasme og offervilje er viktige ingredienser. Framskrittene kommer sjelden som følge av at toppledere beslutter satsninger, men snarere som følge av at fagpersoner selv utvikler og implementer faglige forbedringer. Ofte med store kostnader i kjølvannet der tankegangen – spesielt tidligere - at det er «lettere å få tilgivelse enn tillatelse» rådet.

Et annet hovedtrekk er hvordan pasienters stemme i dag i langt større grad enn den gang er med og styrer arbeidet vårt - heldigvis. Legen var den som visste pasientens beste, forvaltet deres interesser og tid – på godt og vondt. Det gode ved at legen sto på for pasientens beste. Det vonde at respekten for medbestemmelse i hovedsak var fraværende. Mange toneangivende klinikere manglet rett og slett folkeskikk og respekt for pasientene. Pasienter var tidvis objekter snarere enn medmennesker i en pasientrolle.

Jeg vil på ingen måte tilbake til «de gode gamle dager», men det er noe i det gamle som har en egenverdi jeg er redd for at vi i dag er i ferd med å miste. Dedikasjonen, entusiasmen, kreativiteten og gleden ved å jobbe med pasienter er noe som må dyrkes og pleies. I motsetning til i dag var ledelse tidligere oftest nær og tilstede og kunne bidra til nettopp dette.

Siden jeg kom til sykehuset i 1985 har jeg vært engasjert både i fagutvikling og utvikling med tanke på pasienters beste. I de første årene som leder opplevde jeg å kunne bidra til begge deler. Med årene har det etter min mening skjedd en endring i negativ retning. Dette er det er mange årsaker til der noen av de mest sentrale er; etablering av overordnede og fjerne beslutningsstrukturer, byråkratisering, ensidig fokus på bunnlinjen og ikke minst hvordan utøvelsen av ledelse i disse komplekse strukturene fungerer. Dette er det god grunn til å reflektere over og spesielt hvordan vi som leger forvalter ledelse i dag.

For få år siden var det å gå inn i en toppstilling sett på som et lite attraktivt og verdsatt legevalg. «At du orker», er noe jeg ofte har hørt av kolleger. Med tida har flere valgt dette og i dag bekles topplederstillingene i mange sykehus av kolleger. Dette skulle kunne medføre at det «gode i det gamle» ble sikret. Men slik er det ikke blitt, snarere nesten tvert i mot. Med store og komplekse strukturer – ikke minst ved OUS som er blitt en koloss på leirføtter - er det mer enn noen gang stort behov for koordinering og tilrettelegging. Dette behovet øker når sykehusene blir større og mer komplekse. I praksis taper tilretteleggingen for et stadig mer omfattende byråkrati. Politimannen Per Bleiklia, som er direktør i en forholdsvis liten sykehusorganisasjon, har forstått dette, og vektlegger tilrettelegging som sin hovedoppgave. Direktører i langt større organisasjoner kunne ha stor glede av en studietur til Ringerike. I stedet har jeg opplevd at noen av dem nærmest smiler litt av Per, og måten han styrer Ringerike på.

Hva mener jeg så med å tilrettelegge for god pasientbehandling? La meg ta noen eksempler.

Ved sykehuset vårt har vi to mottaksavdelinger med to svært forskjellige innrettinger. Ved Ullevål tar vi imot alvorlige akuttpasienter uten diagnose ved innkomst. Et sterkt faglig team bestående av alle typer spesialister trår til for å sikre pasienten rett behandling til rett tid. Mottagelsen ved Rikshospitalet er bygget og organisert med tanke på å ta i mot pasienter som allerede har

og markerer dette med å etablere en egen spalte.
over tema spesielt relevante for denne gruppen fremover.

en diagnose som kommer for en definert behandling. Etter sammenslåingen har vi flyttet på noen pasientgrupper med det resultat at pasienter uten diagnose ved innkomst også kjøres til Rikshospitalet. Når mistenkt innkomstdiagnose avkreftes, har man ikke apparatet til å håndtere pasienten, som flyttes til Ullevål for endelig og korrekt diagnose - etter å ha tapt tid. **Vi lever, og har gjort det over år, med en helt uakseptabel risiko der i verste fall liv, som kunne ha vært reddet, kan gå tapt.** Her burde toppledelsen i stedet sørget for en beslutning som tilrettela slik at alle dårlige ikke triagerte pasienter kom til akuttmottak med full beredskap. Med kompleksiteten i den store organisasjonen OUS, så er det bare direktøren som kan beslutte slik tilrettelegging.

Når alvorlige hendelser skjer, så er læring av hendelsene noe som burde være selvsagt. De alvorligste hendelsene og nesten-hendelsene burde også være tema for styremøtene, spesielt der hendelsene har elementer av system- eller økonomiårsaker, hvilket oftest er tilfelle. I underlagsmateriale kan riktignok alvorlige hendelser beskrives, men læring av dem med tiltak skjer ikke uten at man som direktør/styreleder aktivt løfter fram hendelsene og åpent snakker om dilemmaene knyttet til dem.

Sykehuset har tidligere hatt for brede tilganger til digital journal. Dette ble korrigert ved innføring av DIPS. Reglene som ble laget medførte generelle restriksjoner for de fleste personellgrupper. Donorsykepleierne ved Øyeavdelingen hadde før mulighet til å overvåke sykehuset ved dødsfall, for å kunne avklare og ta opp med pårørende muligheten av å redde andre pasienter fra å bli blinde ved bruk av den dødes hornhinner. Med de nye reglene fikk de samme donorsykepleierne kun adgang til å overvåke egen post, noe som medførte at de mistet muligheten til å følge med på sykehusets andre enheter. Ved å tenke tilrettelegging av pasientbehandlingen, så kunne man gjort unntak fra reglene og gitt de to aktuelle donorsykepleierne utvidet tilgang til å sikre hornhinner for disse pasientene. Dette handler ikke om å gjeninnføre brede tilganger, men om å veie hensynet mellom personvern og pasientbehandling riktig - til fordel for pasientbehandlingen.

Av mer hverdagslig karakter, men et like typisk eksempel på manglende tilrettelegging er tilgangsmulighetene for forskningskoordinatorer. Man har laget et system der det nærmest er umulig å gjøre jobben effektivt og trygt. De har derfor gjort tilpasninger som er på kanten med overordnet prosedyre. Dette gjør dem selv sårbare ved en eventuell revisjon, noe de føler på, mens de som besluttet dette har sitt formelt på det tørre og vil gå fri. Ved å tenke tilrettelegging og ta ansvar for de ansattes arbeidssituasjon hadde man sørget for at forskningskoordinatorene hadde de funksjonene en slik rolle faktisk krever. Personvernrisikoen må anses svært liten, så valget burde ha vært enkelt.

For merkantil tjeneste og pasienten var det en stor framgang at sykehuset fikk et felles henvisningsmottak. Siden sykehuset er stort og komplekst, og mange pasienter henvises uten sikker adressat, ble det en utfordring å sende henvisningen til rett sted. Det ble bedt om at man i dette mottaket burde knytte til seg lege med bred kompetanse og kunnskap om sykehuset for å sikre riktig videreforsendelse. Dette har både et pasientsikkerhetsperspektiv og en erkjennelse av at rett forsendelse første gang sparer ressursbruk i de neste ledd. **Synspunktene ble avvist med beslutningen at de som mottok feil henvisning selv måtte finne ut hvor den skulle sendes – nedfelt i overordnet prosedyre. Dette belastet en allerede overbelastet merkantil tjeneste og ikke minst fjernet muligheten til at de i henvisningsmottaket kunne lære av egne feil.**

Jeg kunne ha fortsatt i det uendelige med å snakke om manglende tilrettelegging. Vi har drøssevis med tidstyver som følge av manglende tilrettelegging, kompleksitet, siloer, dårlig organisering og ledelse som mangler beslutningsevne. **Men det mest interessante spørsmålet er hva som er årsaken til at toppledelsen ikke prioriterer å tilrettelegge for pasientbehandling. Viktigst er at hovedfokuset er økonomi, antall pasientbehandlinger, DRG og bemanningskontroll.** Avvik på disse parameterne avstedkommer mer rapportering og flere sentralt besluttede tiltak som i det store og hele ikke virker. Med de mange siloene i OUS-organisasjonen er det i tillegg svært mange beslutninger som må tas på høyeste nivå. Ansatte og ledere på lavere nivåer i organisasjonen utmattes av prosesser som går over år uten at noe skjer.

Fra klinikken vet vi at det å gjøre ting riktig første gang er det mest effektive og økonomiske. Anvendt på ledelse handler det om det «politimannen» Per Bleiklia nettopp har forstått. Tilrettelegging. Det betyr at det vi trenger i ledelse er de som ser denne rolla som noe av det viktigste i utøvelsen av sin funksjon, spesielt på toppledernivå. Vi trenger modige ledere som er opptatt av og tør å skape pasientens helsevesen. For å gjøre det er det helt nødvendig å starte med det helt basale og enkle spørsmålet; hva er best for pasienten? Dersom dette også ses på som et strategisk spørsmål der pasienters stemme er et viktig utgangspunkt for hvordan vi skal organisere oss og jobbe sammen, så åpner vi opp for nye og effektive løsninger der silo- og revirtenkningen må vike. Det er mange sykehus i for eksempel USA som har klart dette. De lever i en konkurransesituasjon der pasientperspektivet har vært helt nødvendig for å oppnå gode økonomiske resultater. Personlig er jeg sikker på at dette også kan løses innenfor rammen av vårt eget system, men bare om vi evner å endre lederperspektivet. ●

Gir varslingsreglene vern av varslerne?

Varslingsreglene ble innført i arbeidsmiljøloven (aml) i 2007. Bestemmelsene er inntatt i §§ 2-4, 2-5 og 3-6. Reglene omhandler retten til å varsle, fremgangsmåten for slike varslinger, vern mot gjengjeldelse og arbeidsgivers plikt til å legge til rette for varsling.

Foto: Thomas Barstad Eckhoff

» Av **Frode Solberg**,
ass. direktør og sjefadvokat, Jus og arbeidsliv

Varsling er både lovlig og ønsket. Reglene setter et forbud mot gjengjeldelse fra den det blir varslet mot. Hovedformålet er å beskytte arbeidstakere som melder fra om kritikkverdige forhold i virksomheten, men det er uenighet om hvor godt de fungerer i praksis. Reglene har med ujevne mellomrom blitt kritisert fordi varslere ikke får et tilstrekkelig vern mot sanksjoner fra arbeidsgiver.

Når det gjelder vern mot gjengjeldelser, er det særlig den snudde bevisbyrden i aml § 2-5 første ledd som er ment å gi beskyttelse. Det vanlige i norsk rett er at den som krever noe, må bevise det. Amls regler innebærer kort fortalt at der arbeidstaker varsler om kritikkverdige forhold, og arbeidstaker blir utsatt for en gjengjeldelse, vil arbeidsgiver få bevisbyrden for at handlingen ikke har sammenheng med varslingen. Gjengjeldelse kan være ulike tiltak som har en negativ virkning for arbeidstaker. Det trenger altså ikke dreie seg om en advarsel eller oppsigelse. Nektelse av deltakelse på attraktive kurs kan etter forholdene være tilstrekkelig.

Det er gjennomført evalueringer av varslingsreglene, som i hovedsak har konkludert med at reglene fungerer godt, men at det likevel er ønskelig med noen justeringer. De som hadde håpet på mer effektivt vern av varslere, blir nok skuffet. Evalueringene har dog enkelte forslag til forbedringer. Det er disse som legges frem i høringen.

De fire konkrete endringene for å styrke vernet av varslerne er:

- Alle virksomheter med mer enn ti ansatte blir pålagt å ha varslingsrutiner. Evalueringen viser tydelig at det varsles mer og at varslerne blir behandlet bedre i virksomheter som har varslerrutiner.
- Innleide arbeidstakere skal også få et varslervern. Varslervernet i arbeidsmiljøloven i dag gjelder kun for virksomhetens egne ansatte. Ettersom innleide ikke har ikke noe stillingsvern hos innleier, vil den innleide arbeidstakeren være i en særlig sårbar situasjon ved varsling.
- Myndighetene skal ha taushetsplikt om hvem som har varslet dem. Terskelen for å varsle offentlige myndigheter skal være lav. I dagens regelverk kan det oppstå situasjoner hvor det er uklart om varslerens identitet kan hemmeligholdes.
- Regjeringen ønsker av pedagogiske grunner å samle varslingsreglene i et eget nytt kapittel i arbeidsmiljøloven.

Departementet har samtidig varslet at det skal nedsettes en bredt sammensatt ekspertgruppe som skal gjennomgå dagens regler om varsling og komme med forslag til ytterligere utbedringer.

Den aktuelle høringen har imidlertid kun tatt for seg enkelte sider ved regelverket, og vi ser derfor fram til en mer helhetlig og omfattende gjennomgang av varslingsrutinene, slik departementet nå legger opp til. Etter vårt syn er det behov for mer effektive regler som kan verne varslere. Legeforeningen mottar jevnlig saker som har enten er rene varslingssaker eller har islett av varslingsproblematikk. Mitt inntrykk er ikke at arbeidsgiver åpent sanksjonerer varslere. Gjengjeldelsen kommer gjerne senere i form av manglende forfremmelser, avslag på faste stillinger, dårlige lønnsoppgjør, avslag på søknader på kurs osv. Slike former for gjengjeldelser er vanskelig å dokumentere.

Det er en mangel ved norsk arbeidsliv at arbeidsgivere ikke i større grad dyrker frem varslinger, og støtter opp under varslere. Det er på ingen måte slik at varslere opplever utrygghet alle steder, men likevel er det for mange som er forsiktige med å si fra om kritikkverdige forhold. Det er viktig at varslinger ikke bare tolereres, men dyrkes frem. Dette ville gitt tryggere leger og dessuten mer kunnskap som kan benyttes i forbedringsarbeid. Dårlig arbeidsmiljø og sanksjonering av varslere gir således økt risiko for feil i pasientbehandlingen. Vern av varslere har derfor betydning for kvaliteten på de helsetjenester som pasientene får. ●

Legeforeningen har sørget for at leger fortsatt kan arbeide ved siden av pensjon!

Med virkning fra 1. oktober 2016 har Spekter forutsatt at minstegrensen for innmelding i pensjonsordningen reduseres, slik at alle leger som arbeider 20 % stilling eller mer skal være medlem av ordningen. Legeforeningen har funnet en løsning med Spekter, som innebærer at pensjonerte leger likevel i fremtiden kan arbeide inntil 14 timer pr uke uten reduksjon i pensjon.

» Intervju med **Hanne Gillebo-Blom**, forhandlingssjef, Dnlf (red.)

20 % innmeldingsgrense

Spekter informerte helseforetakene våren 2016 om at innmeldingsgrensen for medlemskap i helseforetakenes pensjonsordninger fra 1. oktober i år vil være 20 % stilling, mot 14 timer pr uke/inntil 168 timer pr kvartal tidligere. Ulempen for legene er at rommet for arbeid ved siden av pensjon, uten at pensjonen avkortes, blir tilsvarende redusert.

«Legeforeningen så at dette ville være svært uheldig for mange av våre pensjonister som bidrar i norske sykehus i dag», sier forhandlingssjef Hanne Gillebo-Blom. «Helseforetakene ser også at de har behov for den ekstra arbeidskraften som pensjonerte leger representerer. I samarbeid med KLP har Legeforeningen og Spekter derfor sett på hvordan vi kan legge til rette for at pensjonerte leger kan fortsette å jobbe i samme omfang som i dag.»

Løsningen

Spekter og Legeforeningen er enige om at leger som ikke lenger er medlem av ordningen fordi de går av med/har gått av med alderspensjon eller tjenestepensjonsberegnet AFP (ved fylte 65 år), først skal gjeninnmeldes dersom de arbeider mer enn 167 timer i kvartalet. Leger som har gått av med alderspensjon kan dermed fortsatt arbeide inntil 168 timer i kvartalet, uten avkorting av pensjonen. Løsningen innebærer at det ikke er noen forskjell på om leger pensjoneres før eller etter 1. oktober. Alle har mulighet til å arbeide 167 timer i kvartalet.

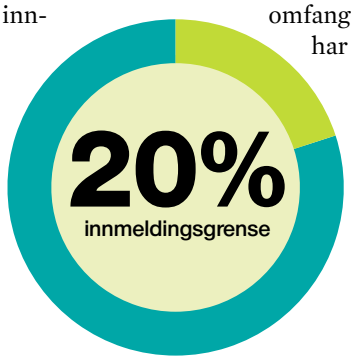
En særordning for sykehusleger

«Felles interesser mellom legene og sykehusene har gjort denne ordningen mulig. Helt avgjørende var også at Legeforeningen har en egen, avtalefestet pensjonsordning for sykehusleger – både i KLP og i Pensjonsordningen for helseforetakene i hovedstadsområdet. Endring av vedtektene i denne ordningen gjøres etter avtale mellom Spekter og Legeforeningen. Dette gir Legeforeningen en unik mulighet for tilpasninger av pensjonsordningen til legenes behov» forteller Gillebo-Blom.

Legene er den eneste arbeidstakergruppen i helseforetakene som har fått denne løsningen.

Mer om bakgrunnen for endringene

Alle de offentlige tjenestepensjonsordningene må endre innmeldingsgrense etter at Arbeidsretten fastslo at en innmeldingsgrense på 14 timer pr uke er diskriminerende. Dette fordi arbeidstakere med små deltidsstillinger ikke opptjener rett til pensjon. Arbeidsretten sa imidlertid ikke hvor grensen for innmelding skulle gå.



For kommunalt ansatte er innmeldingsgrensen nå 0 timer. Alle som har jobbet en time for kommunen blir innmeldt i ordningen. For Statens pensjonskasse og den lovfestede sykepleierordningen er innmeldingsgrensen fastsatt til 20 % stilling.

Spekter har ventet på avklaring av hva som ble resultatet i de andre ordningene. Våren 2016 sendte Spekter ensidig ut melding til helseforetakene at innmeldingsgrensen skulle være 20 % stilling i helseforetakenes pensjonsordninger – både legeordningen og fellesordningen. Spekters ensidige endring er kritisert av en samlet arbeidstakerside, da arbeidstakersiden mener endring kun kan gjøres etter avtale.

I og med at Legeforeningen har en egen pensjonsordning, har Legeforeningen hatt selvstendig dialog med Spekter, for å finne en løsning som gjør at pensjonerte leger kan fortsette å arbeide ved siden av pensjon i samme omfang som i dag. Og den dialogen har altså båret frukter. ●

Foto: Martin Losvik

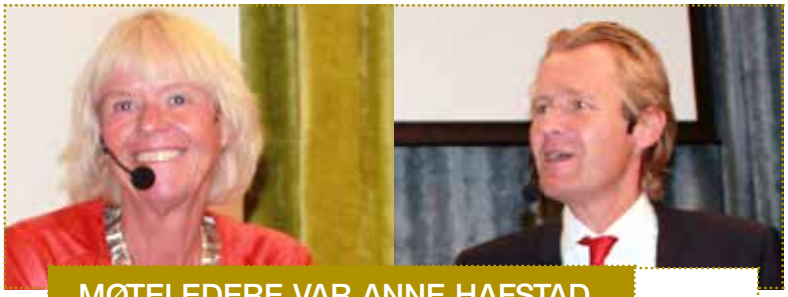
PLANETKONFERANSEN

Den 5. - 6. september 2016, ble det avholdt konferanse om helsejournalistikk på Thon hotell Opera i Oslo. Den samlet medisinere, journalister og enkelte byråkrater fra hele landet. Konferansen hadde det gode navnet «Journalister er fra Jupiter og medisinere fra Mars».

» Av Janne K. Bethuelsen og Edith Stenberg Foto: Tove Myrbakk

Med den tittelen fikk vi altså bekreftet at selv om journalistene regnes som større, befinner i alle fall vi, som medisinere, oss nærmere jorden, og det er jo noe. Og at vi til tider blir sett på som små grønne vesener, ingen forstår seg på, er det jo heller ingen tvil om. I sin åpningstale, plasserte helseminister Bent Høie politikerne på Pluto, og med tanke på at det er en dvergplanet utenfor solsystemet, trengs det vel ingen nærmere forklaring på forholdene der. Men man skal ha i mente, at en gang var de en del av oss, og man skal ikke se bort i fra at de kan bli det igjen.

Høie rettet en liten pekefinger til journalistene som han mener har en dekning av blant annet rusavhengige i Norge som er for smal. Han sa at det ofte blir pekt på tungt rusmisbruk som heroin, mens den store gruppen av alkoholmisbrukere, ikke like ofte får spalteplass. Høie poengterte også at åpenhet i sykehusene og rom for varsling er et lederansvar å sørge for, og noe han systematisk tar opp med de som leder helsetjenesten. Dessverre ser jo vi, ut fra enkelte av våre medlemmer, at dette allikevel ikke når frem. Han ba alle huske at legenes lojalitet må ligge hos pasienten, ikke hos administrerende - eller økonomidirektører. Helseministeren savnet også dedikerte helsejournalister som det var flere av før. Det ville være en fordel om mediehusene prioriterte dette. Utfra pauseprat, var nok også dette noe journalistene ville foretrukket, men mediehusene er rammet av det samme som andre deler av det norske samfunn, effektivisering og nedbemanning, hvor tidligere flere fulle etasjer med medarbeidere er blitt til en brøkdel av en.



MØTELEDERE VAR ANNE HAFSTAD OG ERIK WOLD

Det var engasjerte konferanseledere. Anne Hafstad og Erik Wold geleidet oss trygt gjennom programmet, og de var med på å skape god debatt i løpet av disse to dagene.

BENT HØIE:

Helseminister Bent Høie var klar på at lojaliteten til helsepersonell må være hos pasientene og ikke hos økonomisjefene. Han mente at det var viktig å lytte til fagfolkene.Han etterlyste større kompetanse på helse blant journalistene.

Vår egen redaktør, Arild Egge, deltok i debatten om negativ omtale av leger i pressen, klagesaker og hvordan dette påvirker enkeltpersonene bak navnene og hendelsene. I løpet av debatten sa Egge noe til ettertanke, nemlig at tillitsforholdet mellom befolkningen og helsetjenesten de er avhengig av, kan bli ødelagt av omtrentlig realitet. Det var godt sagt.

Er sosiale medier egnet for debatt? Wasim Zahid, ofte omtalt som «Twitterlegen» gjorde greie for hvordan han bruker sosiale medier i sitt virke som lege, forsker og skribent. Han sier klart, at hvem du er, har en god del å si for å kunne innlede til debatt i media. Selvsagt har også innholdet betydning. Panelet var enige om at Facebook var en bedre plass å debattere enn Twitter. Twitter har begrenset antall tegn som fører til at man må spisse formuleringene. Det kan være bra, med det kan også føre til misforståelser som må oppklares i ettertid.

Pressens faglige utvalg (PFU) behandlet 406 klagesaker i fjor og avga uttalelser i 142 av disse. Har PFU for mye makt? Klarer de å være objektive i sin vurdering av saker skrevet av «sine egne»? Flere saker blir stanset/forenklet før de kommer inn for behandling i PFU som består av 7 medlemmer. For å minimere antall klagesaker mente journalistene at redaktørene bør kreve at legene blir fritatt taushetsplikten før en pasients sak blir trykket. Dette for at legen skal få mulighet til å forklare og/eller forsvare seg. Og hvis man som lege tar kontakt med journalisten, og journalisten ikke vil prate med deg, kan redaktøren kontaktes. Rettelser og beklagelser skal kreves om feilinformasjon er trykket. Lege Margit Steinholt problematiserte at fremdeles så ser man at medier dømt i norsk rett samt henlagte saker i Helsetilsynet, henviser til at de ble frifunnet i PFU. Så kanskje de har uhensiktsmessig mye makt likevel?

Oslo legeforening inviterte til «Åpent debatt-møte – Helsedebatten – ser vi hele bildet?» Litteraturhuset var tettpakket med interesserte og engasjerte samfunnsborgere. Her diskuterte man makt i helsetjenesten.

KVAKKSALVERI OG KONSERVATIV SKOLEMEDISIN:

Dommerud - Journalister kan ikke skrive på samme måten nå som for 30 år siden, umulig å skrive om f.eks. askeavkok nå uten kritiske spørsmål.

Er det pasientorganisasjonene, journalistene, legene, politikerne eller direktoratene som dikterer i hvilken retning helsetjenesten skal gå? Hvorfor ble ikke de fire RHF- direktørene som forvalter helsekronene, nevnt med et eneste ord i denne sammenheng?

Jørgen Skavland og Bernt Rognlien var enige om at de i de fleste spørsmål var uenige. Aftenspostens Tine Dommerud på sin side mente at det ikke var journalistene som skapte denne debatten mellom skolemedisin og alternative behandlingsmetoder, men at de ulike meningene allerede ligger der. Skavlan var særlig klar på, at hva de voksne gjør er en ting, men at de må la være å sykeliggjøre sine barn.

LOJALITETSKRAVENE:

Lojalitet- venn eller fiende? Ulla Dorthe Mathisen, Foretakstillitsvalgt UNN og Even Reinertsen, tidligere avdelingssjef ved Sykehuset Innlandet, har begge sett og følt på kroppen hva arbeidsgiver av og til legger i lojalitetsbegrepet, når man melder fra om forhold som kan ha betydning for pasientsikkerheten.

Kjersti Toppe (Sp) og journalist Ina Gundersen har personlig opplevd at noen av deres kontakter mer eller mindre frivillig har sluttet i helseforetakene. Sykehusdirektør Bjørn Erikstein i OUS var klar på at slike situasjoner ikke bør oppstå, og at det bør være rom for å melde fra om kritikkverdige forhold i sykehusene uten at det skal få slike følger. Advokat Nyrud i Norsk journalistlag mener at Legeforeningen også har et samfunnsoppdrag og burde ta flere saker inn for retten. Her skal vi huske hva Høie sa: «Lojaliteten må ligge hos pasientene.» (Se lenkehenvisning – svar fra Dnlf.)

Under diskusjonene om legeetikk, fikk vi presentert ulike senarioer. Det ble stemt for eller mot og det var ikke overraskende til dels delte meninger mellom leger og pressen om hvor vidt saken var egnet på trykk. Det skal sies at det i noen saker også var delt journalistene seg imellom.

Kommunikasjonsavdelingene er ofte døren inn i sykehusene for pressen. Dette ser journalistene på som til tider litt problematisk, da tilgangen til kilder minimeres betraktelig. Under «På tilliten løs» ble det sagt at, kommunikasjonsavdelingen i de forskjellige helseforetak bør sees på som helsepersonell som skal fremme helse, ikke fremme omdømme av virksomheten. Lojaliteten må ligge hos pasientene.

Sven Egil Omdal avsluttet på godt vis konferansen med noen tanker om leger, journalister og eventuelle ulikheter.

Vi kommer altså fra helt ulike planeter i solsystemet, og vi snakker ikke samme språk. Så til tross for enkelte likhetstrekk, er det allikevel noe usikkert om vi er i slekt. En slik konferanse er uansett et skritt i riktig retning. Og kanskje før solen brenner ut er vi alle samlet på Saturn. ●

ETIKK UNDER LUPEN:

Forsamlingen var klar på at de ikke ville publisert bilder i alle type saker.

LITTERATURHUSET:

Hvem styrer egentlig helsepolitikken? Er det journalistene? Legene? Legemiddelindustrien? Konsulentene? Klarer mediene å få fram helheten, eller blir det bare salgbare bruddstykker som vinner prioriteringskampen? Det ble en god paneldebatt og diskusjoner med en fullsatt sal på Litteraturhuset.

Lenke:
Risikoen for varslere: Les Dnlfs sjefadvokat Frode Solbergs innlegg i Dagens medisin:
www.dagensmedisin.no/artikler/2016/09/08/-ma-vurdere-risikoen-for-varslerne

Har du spørsmål du ønsker besvart i bladet, send en mail til redaktør arild.egge@ous-hf.no

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 om ledelse i sykehus

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 om ledelse i sykehus stiller krav til hvordan sykehus skal organiseres. Bestemmelsen pålegger sykehus å ha én ansvarlig leder på alle nivå, og fastslår prinsippet om «enhetlig ledelse» i sykehus.

Foto: Thomas Barstad Eckhoff

» Innlegg av **Lene Brandt Knutsen**, juridisk rådgiver i Overlegeforeningen

Kort om bestemmelsens bakgrunn og formål

Bestemmelsen trådte i kraft i 2001 etter flere offentlige diskusjoner og utredninger om hvordan sykehus bør organiseres og ledes. Tidligere lovgivning hadde ikke konkret regulert spørsmålet om flere personer kunne være ledere for en og samme organisatoriske enhet i et sykehus. I mange sykehus var det vanlig at sykehusavdelinger hadde såkalt «delt ledelse», gjerne delt mellom en lege som ledet legene, og en sykepleier som ledet sykepleierne. Slik organisering hadde høstet kritikk bl.a. for å føre til uklare ansvarsforhold.

I forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven § 3-9[1] understrekes betydningen av at klare ansvarsforhold *«er en viktig premiss for at sykehus skal oppfylle kravet til forsvarlighet og sykehusets øvrige målsettinger»,* samt at dette kravet er *«særlig viktig i sykehusvesenet, ikke minst fordi en ansvarspulverisering kan ha store konsekvenser for den enkelte pasient».*

Til tross for prinsippet om én ansvarlig leder på alle nivå er det likevel anledning til å praktisere ulike samarbeidsformer innenfor sykehusets organisatoriske enheter, for eksempel ved bruk av ledergrupper. Hovedformålet med bestemmelsen er således å sørge for at sykehus har klare ansvarslinjer på alle nivåer i organisasjonen.

Nærmere om § 3-9

Bestemmelsen er inntatt i spesialisthelsetjenesteloven kapittel 3 om «Særlige plikter og oppgaver». Spesialisthelsetjenesteloven regulerer ansvar, plikter, rettigheter og organisering for alle som tilbyr eller yter spesialisthelsetjenester. Loven gjelder private og offentlige tjenesteutøvere, uavhengig av om det er inngått avtale med regionale helseforetak. «Spesialisthelsetjeneste» er en samlebetegnelse på de helsetjenester som ikke er lagt til kommunalt nivå.

Bestemmelsen lyder:

«§ 3-9. Ledelse i sykehus

Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.»

Bestemmelsen angir hvordan ledelsesansvar på sykehus skal organiseres. Den gjelder alle typer offentlige og private sykehus, både somatiske og psykiatriske.

Ut over kravet i § 3-9 er organiseringen av lederstruktur, og lignende, i liten grad regulert i konkrete krav. Sykehuset vil derfor ha stor grad av styringsrett med hensyn til den nærmere organisering innenfor rammen av § 3-9. Det er imidlertid en forutsetning at denne styringsretten utøves innenfor de alminnelige rammer i lov, mv. Forsvarlighetskravene i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven er her sentrale.

Hva anses som én organisatorisk enhet?

I lovens forarbeider er det redegjort for hva som skal anses som en organisatorisk enhet i § 3-9s forstand:

«Bestemmelsen retter seg inn mot organisatoriske enheter som i henhold til sykehusets struktur og beslutningssystem er tillagt forvaltningen av nærmere angitte ressurser, herunder

I hine hårde

Tegner: Tore Strand Olsen

personalressurser. Det mest typiske av slike enheter vil være; klinikk (blokk eller lignende), avdeling eller tilsvarende og seksjoner, men bestemmelsen vil også gjelde for andre utskilte organisatoriske enheter som er gitt den administrative forvaltningen av personell- og andre ressurser.» [2]

Alle enheter eller nivåer innad i sykehuset som forvalter visse angitte ressurser, skal dermed ha én leder som er ansvarlig for den aktuelle enheten.

Hvilket ansvar og myndighet skal lederen ha?

Som nevnt ovenfor skal det være én leder på hver organisatoriske enhet. Men hvilket ansvar, og hvilken myndighet, har denne lederen? Og har vedkommende mulighet til å sette bort deler av sitt lederansvar til andre?

Lederens ansvar

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 innebærer at det for alle organisatoriske enheter innen sykehusene må pekes ut én person som bærer det helhetlige ansvaret for enheten. Et slikt *«helhetlig ansvar»* innebærer i henhold til lovens forarbeider *«at både aktivitetene og resultatene er i henhold til de rammer som følger av lov og forskrifter, herunder forsvarlighetskravet».*[3] Departementet omtaler i forarbeidene dette som «administrativt ansvar». Ansvaret kan også karakteriseres som et totalansvar. Dette ansvaret inkluderer også ansvar for at det *«faglige arbeidet skjer i henhold til mål og rammer som myndigheter og sykehuseier har fastsatt».*

Til tross for at lederen har faglig ansvar, kan vedkommende likevel ikke instruere helsepersonell til å utføre handlinger som er i strid med forsvarlighetsnormen. Det enkelte helsepersonell har selvstendig plikt til å utføre sitt arbeid i samsvar med helsepersonelloven § 4.

Som en del av det faglige ansvaret har lederen også

ansvar for å legge til rette for at det enkelte helsepersonell kan utføre sitt arbeid på en slik måte at alle lovpålagte plikter, herunder helsepersonelloven § 4, kan overholdes. Dette følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 16.

Av det ovennevnte følger det at lederen ikke har anledning til å overføre hele eller deler av sin myndighet eller ansvar til en annen. Det vil i så tilfelle være i strid med prinsippet om enhetlig ledelse.

Lederens myndighet

I kapitlet om § 3-9 i Ot.prp. nr. 10 (1998-1999) om lov om spesialisthelsetjenesten m.m., redegjøres det ikke konkret for hvilken myndighet den enkelte leder skal ha, kun hvilket ansvar vedkommende har. Det ser heller ikke ut til at lederens myndighet er berørt i særlig grad i andre deler av proposisjonen. Problemstillingen er også sparsomt berørt i rundskriv om § 3-9.

Det kan likevel ikke være tvil om at en leder som har et totalansvar for den faglige og administrative ledelsen av en organisatorisk enhet innen et sykehus, også må ha den myndighet som er nødvendig for å kunne ivareta dette ansvaret på en forsvarlig måte. Mange legeledere, og særlig førstelinjeledere, rapporterer imidlertid om at de opplever å ikke ha myndighet som korresponderer med det ansvar vedkommende har.

Det er derfor å anbefale at man ved tilbud om en lederstilling gjennomgår utkast til arbeidsavtale og stillingsinstruks nøye, for å forsikre seg om at ansvaret ledsages av tilstrekkelig myndighet. Det er særlig viktig å få klarlagt, primært skriftlig, hvilken myndighet man vil ha i forbindelse med virksomhetsplanlegging, økonomi, medisinske rutiner og prosedyrer, og personellressurser, mv.

Adgang til delegasjon

Selv om leder ikke har anledning til å *overføre* hele eller deler av sin myndighet eller ansvar til en annen, kan vedkommende delegere oppgaver og beslutningsmyndighet til ledere på lavere nivåer. Vedkommende leder har da full instruksjonsmyndighet, og kan instruere de oppgavene som er delegert videre. Det vises imidlertid til det som ble sagt ovenfor om at helsepersonellet ikke kan instrueres i strid med forsvarlighetsnormen i helsepersonelloven § 4. Delegasjonen kan alltid trekkes tilbake.

Delegasjon og instruksjonsmyndighet er ikke særskilt regulert i spesialisthelsetjenesteloven eller annen helselovgivning. Det medfører at dette som utgangspunkt reguleres av arbeidsgivers styringsrett, og rammene for denne.

Ved delegasjon beholder lederen totalansvaret for at aktiviteter og resultater er i henhold lov, forskrifter og øvrige rammer fastsatt av myndigheter og sykehuseier. Vedkommende vil dermed være ansvarlig for de avgjørelser som treffes etter delegasjon, og for at delegerte oppgaver utføres på en forsvarlig måte.

Kompetansekrav

Med unntak av forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 stilles ikke kompetansekrav til ledere i sykehus. Det blir dermed opp til arbeidsgiver og sykehuseier å definere kvalifikasjonskrav for den enkelte lederstilling i medhold styringsretten.

Medisinsk faglig rådgiver

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 annet ledd, at dersom *«kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere»*. Formålet med bestemmelsen er å sikre at medisinskfaglige forhold i tilstrekkelig grad er belyst og vurdert i de beslutninger som skal tas. Dette vil være særlig aktuelt dersom vedkommende leder ikke selv har medisinskfaglig kompetanse.

I forarbeidene til bestemmelsen[4] understreker departementet at det ikke er et absolutt krav om å peke ut medisinskfaglige rådgivere på alle nivå. Det uttales at *«leder må utøve skjønn når det skal besluttes på hvilke områder det skal utpekes medisinsk faglige rådgivere. Tiltaket er ikke nødvendig dersom lederens kompetanse, organisering, systemer og kompetanseforhold for øvrig sikrer at de nødvendige medisinskfaglige råd trekkes inn i beslutningsprosessene. Det skal likevel påpekes at bestemmelsen i de tilfeller hensynet til forsvarlighet gjør det nødvendig, fastsetter en plikt til å peke ut en slik rådgiver»*.

Den medisinskfaglige rådgiveren har ikke beslutningsmyndighet, men har en rådgivningsrolle overfor ledelsen. Vedkommende skal sørge for at medisinskfaglige premisser foreligger før ledelsesbeslutninger treffes. I forarbeidene vises det til at dette kan være aktuelt både *«i tilknytning til budsjett- og virksomhetsplanlegging, ved behandling av andre ressursspørsmål, ved etablering av organisasjonsløsninger eller systemer, ved vurdering av hvilken kompetanse som skal stilles m v»*.

Det er leder som tar den endelige beslutningen i den enkelte sak. Vedkommende kan velge om den medisinskfaglige rådgiverens råd skal følges eller ikke. Den medisinskfaglige rådgiveren kan ikke stilles til ansvar for de beslutninger ledelsen tar, men kan stilles til ansvar for de råd som gis til ledelsen. [5] ●

Referanser:

[1] Ot.prp. nr. 10 (1998-99) punkt 3.9.6.1.
[2] Ot.prp. nr. 10 (1998-99) punkt 3.9.6.1.
[3] Ot.prp. nr. 10 (1998-99) punkt 3.9.6.1.
[4] Ot.prp. nr. 10 (1998-99) pkt. 3.9.6.2
[5] Rundskriv IS-2013-5 fra Helsedirektoratet, kommentarer til § 3-9

De 45 fagmedisinske foreningene utgjør en av Legeforeningens 3 akser, (lokalforeningene og yrkesforeningene er de 2 andre aksene) og de er representert i Landsstyret med 20 representanter. Denne gruppen kalles FaMe-gruppen. Leder av FaMe-gruppen og en fagmedisinsk forening skriver innlegg i hvert nummer.

Grunnutdanningen

» Av leder i FaMe **Cecilie Risøe**

I skrivende stund har Helsedirektoratet to viktige forslag ute på høring: Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og Felles kompetansemoduler. Jeg håper mange av dere inviteres til og benytter mulighet til å gi faglige innspill via arbeidsgiver. En nær beslektet sak som var oppe til debatt på Legeforeningens landsstyremøte i mai, er foreningens rapport Prosjekt grunnutdanning. Saken er viktig for de fagmedisinske foreningene, ikke minst fordi vurdering og påvirkning av den medisinske grunnutdanningen er en av deres fem lovpålagte oppgaver.

Rapporten er utarbeidet ved nedsettelse av prosjekt- og referansegruppe i mars 2014, diskusjon av foreløpig rapport på landsstyremøtet i 2015, justeringer basert på innspill i møtet, ny høringsrunde åpen for alle underforeninger og ny diskusjon på landsstyremøtet i år. Sentralstyret fikk fullmakt til å sluttføre rapporten og har vedtatt en endelig versjon i august.

Siste høringsrunde og debatten på landsstyremøtet konsentrerte seg om fem spørsmål:

- Nasjonal eksamen og konsekvens for utdanningen
- Bør Norge utdanne en større andel av legene selv
- Hvordan heve undervisningens status
- Hvordan sikre gode kliniske læringsarenaer som tillater lengre tilknytning for studentene
- Hvordan bedre kjønnsbalansen i grunnutdanningen.

Rapporten favner selvsagt bredere enn dette og bør leses av interesserte når den blir tilgjengelig.

Forslaget om nasjonal eksamen gjenspeiler et politisk ønske om å harmonisere utdanningen ved de medisinske fakultetene. Det finnes i dag ingen felles beskrivelse av hva en norskutdannet lege skal kunne. Det er bred enighet i foreningen om at det ikke bør være et mål at grunnutdanningene i Norge må være like eller må bygge på samme pedagogiske prinsipper. Universitetene bør i størst mulig grad beholde sin akademiske frihet og ikke pålegges rigide rammeplaner. Det viktigste må være at grunnutdanningene holder god kvalitet, gir tid til selvstudium og refleksjon og har gode læringsarenaer som utvikler gode kliniske ferdigheter og god pasient-legekommunikasjon.

Medisin er et profesjonsstudium med stor grad av praktisk ferdighetstrening. En nasjonal eksamen vil høyst sannsynlig bli en flervalgsoppgave som kun tester teoretisk kunnskap. Det politiske ønsket om økt harmonisering kan møtes med utvikling av nasjonale læringsmål som et minste felles multiplum. Felles læringsmål har bred støtte. Det er også enighet om at før en eventuell nasjonal eksamen innføres, må formålet med eksamen klargjøres. Hovedformålet bør ideelt sett være å sikre kvaliteten på utdanningen, ikke å vurdere hver enkelt kandidat. Legeforeningen ønsker ikke at resultatet av en nasjonal eksamen skal brukes som en viktig del av ansettelsesgrunnlaget for LIS-1-stilling (turnus), men dersom det blir resultatet, må eksamen også være åpen for utenlandsstudenter. Arbeidet med felles læringsmål er alt i gang ved fakultetene som også har ambisjoner om å innføre en nasjonal eksamen, men det er uklart om dette blir en felles faglig prøve eller en felles avsluttende eksamen.

Det er bred enighet i foreningen om at det ikke bør være et mål at grunnutdanningene i Norge må være like eller må bygge på samme pedagogiske prinsipper. Universitetene bør i størst mulig grad beholde sin akademiske frihet og ikke pålegges rigide rammeplaner.

Norge er i dag helt avhengig av import av leger fra utlandet. Andelen norskutdannede leger har de siste årene ligget rundt 57 %. Selv om det er positivt med leger fra andre universiteter som har fått andre impulser, lært seg andre prioriteringer og et annet språk, er det bred enighet i foreningen om at Norge bør utdanne en større andel av de legene landet trenger. Legeforeningen foreslår i den endelige rapporten at utdanningen i Norge dimensjoneres til 85 % av estimert legebehov og at antall studieplasser i større grad må samsvare med estimert behov og med antall LIS-1(turnus)- og LIS-2/LIS-3-stillinger. Å få til en slik økning i utdanningskapasiteten uten at kvaliteten reduseres, krever utredning. Nye studiesteder kan være aktuelt.

Hvordan vi skal få til en heving av undervisningens status er et vanskelig spørsmål. Norsk forening for lungemedisin og Leger i vitenskapelige stillinger påpeker at dette har vært forsøkt i de siste 30 årene uten at en har lykkes i å oppnå samme meritt som for vitenskapelig produksjon. De foreslår at en innfører samme ordning som i enkelte andre land der en har to postdoc-løp som fører til professorkompetanse: ett bygget på tradisjonell forskerutdanning der vitenskapelige artikler er det som i hovedsak teller, og et annet for undervisere der god undervisning og produksjon av undervisningsmateriale som kompendier, lærebøker, artikler om undervisning og utvikling av praktiske arenaer (simulatorer, ferdighetslab) også vil kunne gi professorkompetanse. I tillegg vil enighet lokalt om at gode undervisere skal få lønnsopprykk i lokale forhandlinger kunne heve undervisningens status.

Andre påpeker at en også bør trekke inn undervisningsinteresserte leger i spesialisering fordi disse står nærmere studentene og har lettere for å se studentenes behov enn eldre professorer. Alle leger som driver undervisning, bør få tilbud om kurs i medisinsk pedagogikk, og alle utdanningsavdelinger bør ha en utdanningsansvarlig lege. Forslaget om undervisningspriser i regi av Legeforeningen får støtte. Det er viktig at det settes av tid i arbeidsplanen til undervisning og at undervisningsdelen av stillingene blir meritterende. Undervisning tar tid, og dette må synliggjøres.

Hvordan sikre gode kliniske læringsarenaer som tillater lengre tilknytning for studentene? Lengre tid på hvert lærested gir tryggere studenter slik at mer energi kan brukes til læring av faget fremfor memorering av internlogistikk. Men lengre tid ved hver avdeling kan bety tjeneste ved færre avdelinger for hver enkelt student eller kan måtte tas av utplasseringstiden på lokalsykehus (som oppfattes som meget vellykket) ettersom det ikke er ønskelig å kutte ned på tiden i primærhelsetjenesten. Ønsket om lengre tilknytning står derfor i noen grad i motsetning til ønsket om at Norge i større grad skal være mer selvforsynt i utdanningen av leger, selv om mange av de som studerer i utlandet i dag, er avhengige av praksisperioder i Norge.

Den skjeve kjønnsbalansen med opp mot 80 % kvinner i dagens grunnutdanning er uønsket, især av hensyn til pasientene. Hovedutfordringen synes å være en lav andel mannlige søkere. Det er utbredt enighet om at kjønnskvotering eller ekstrapoeng til mannlige søkere ikke er et godt virkemiddel. Legeforeningen er også skeptisk til en intervjubasert opptaksordning. Rekrutteringstiltak som vil måtte gå over mange år anbefales.

Rapporten avsluttes med en oppfordring til alle kolleger om å se studenten. «Tenk deg inn i hans eller hennes ennå ikke fullt inngåtte sko. Ta ham med på previsitt og la ham ta ansvar for en pasient sammen med sykepleieren. Tips henne om onkologen som er fantastisk flink i sin kommunikasjon med uhelbredelig syke cancerpasienter. Skriv en gul lapp i EPJ med tilbakemelding på innkomstjournalen og stå tålmodig ved sengekanten mens han forsøker å fremkalle patellarrefleksen.»

Legeforeningens arbeid med Prosjekt grunnutdanning bør ikke avsluttes nå når rapporten er ferdigstilt. Sentralstyret vil utvikle en milepælsplan for videre fremdrift. Vi imøteser denne. ●

Er overrekvirering av laboratorie-analyser et reelt problem?

Norsk forening for medisinsk biokjemi
DEN NORSKE LEGEFORENING

Riktig eller hensiktsmessig bruk av laboratorieanalyser er vanskelig å beskrive, bedømme eller kvantitere. Rekvirerende lege står ofte i en hektisk situasjon med behov for raske avgjørelser og tiltak. Rekvireringsmønster vil i stor grad preges av legens kompetanse og erfaring, av sammensetning av analysepakker, av innarbeidede lokale rutiner og av lokal kultur.

» Av **Kari Løhne**, Leder, Norsk Forening for Medisinsk biokjemi og overlege, Avdeling for medisinsk biokjemi, Oslo universitetssykehus og **Tor-Arne Hagve**, Avdelingsoverlege, Tverrfaglig laboratoriemedisin og medisinsk biokjemi, Akershus universitetssykehus

Årsaken til at leger rekvirerer flere analyser enn nødvendig kan være enkel tilgang på analyser, lokale tradisjoner, overdreven tiltro til laboratorieresultater, påtrykk fra pasienter om å gjøre spesielle analyser, utrygghet i forhold til konsekvenser av sen eller feil diagnose og behandling, behov for å gardere seg mot feilvurderinger, faglig usikkerhet, lokal bruk av analysepakker, samt spesiell fokus på spesifikke faglige områder (forskningsfokus). Et nå klassisk eksempel på sistnevnte er at bruken av homocystein i 2002-2004 var tre ganger så stor i Helse Vest sammenlignet med Helse Nord, sannsynligvis forklart av at det i dette tidsrommet var en betydelig forskningsaktivitet innen vitamin B12 feltet på Haukeland sykehus. Trolig ble leger i Helse Vest bedre informert om nytten av homocystein og mer motivert til å rekvirere analysen enn leger i de andre regionene.

Lokale særegenheter i kultur er med sikkerhet viktig, hvilket forklarer at en rekke undersøkelser viser at det er store regionale forskjeller i rekvireringsmønster som ikke kan forklares ut fra forskjeller i sykelighet i de aktuelle pasientpopulasjonene.

Det har i flere undersøkelser vært utredet hvordan man best kan forbedre og effektivisere den kliniske bruken av laboratorieanalyser. Felles for de ulike forslag til tiltak er at de fokuserer på rekvirentenes vaner og rutiner. Generelt sett er det, i det minste innen laboratoriemiljøet, en oppfatning om at det er vanskelig å påvirke leger til å endre rekvireringsmønster og rutiner. Blant de strategier som er prøvd er strukturert undervisning av leger, endring av rekvisisjonsskjema/rekvireringsbilde og muligheten til å rekvirere utvalgte parametere. Informasjon/begrensninger knyttet til rekvirering av spesifikke analyser (pop-up vinduer), formelle krav til rekvirering av parametre, samt angivelse av kostnader for analyser og bruk av økonomiske insentiver (intern fakturering) er også forsøkt.

Eksempler på ulike praktiske tiltak:

- Jevnlige møter med representanter for de ulike kliniske enheter og laboratorieavdelinger der det fokuseres på rasjonell og riktig bruk av laboratorieanalyser.
- Kontinuerlig oppfølging av analysepakker og profiler.
- Organisere rekvireringsskjema og elektronisk rekvirering slik at de mest vanlige analysene er mer tilgjengelig enn spesialanalyser.
- Etabler informative «pop-up» meldinger av typen «Kostbar analyse», «Utføres bare etter avtale med laboratoriet», «Utføres bare når det foreligger kliniske opplysninger».
- Fokusering på rasjonell og riktig bruk av analyser på kurs for nyansatte og på kurs for nye turnusleger.
- Aktiv bruk av verktøy for registrering og oppfølging av rekvireringsaktivitet for gitte tidsintervaller, relatert til rekvirent og analysegruppe/enkeltanalyser.

- Vurdere intern debitering av særlig ressurskrevende analyser som bare skal brukes i begrenset omfang.

Eksempler på at tiltak som beskrevet ovenfor har en effekt er at når analysenavnet «Proteinelektroforese» ble endret til «Monoklonal komponent» og D-dimer ble fjernet fra en del analysepakker, var resultatet i begge tilfeller en reduksjon i antall rekvirerte analyser på 40-50 % i løpet av et halvt år (Akershus universitetssykehus).

Praktiske tiltak som beskrevet ovenfor kan altså ha en viss effekt på rekvireringsmønster, ikke minst på kort sikt. På lengre sikt og for varig effekt er det behov for tiltak (a) som endrer legers innstilling til bruk av laboratorieanalyser, (b) som øker legers kompetanse og forståelse for hva de ulike parametere kan bidra med ved diagnose, oppfølging og kontroll, og (c) som dokumenterer, og i så stor grad som mulig kvantiterer, verdien av ulike analyseparametere (sensitivitet, spesifisitet, prediktiv verdi osv). Det er viktig at leger blir bevisst at rekvirering av mange analyser initialt ikke nødvendigvis fører til målet raskere enn med mer sekvensiell og målrettet bruk av laboratorieanalyser.

Det må utarbeides kunnskapsbaserte retningslinjer for hvilke analyser som skal utføres ved ulike problemstillinger. Klinikernes viktigste behov er veiledning om hvordan det samlede tilbud av laboratorietjenester skal bruks i sammensatte og kompliserte kliniske problemstillinger. Dette må gjøres i nært samarbeid mellom laboratoriavdelinger og de kliniske enhetene. ●

Returadresse
Norsk overlegeforening
Postboks 1152, Sentrum
0107 Oslo