
Kan leger lede?

REDAKSJONELT

BENTE MIKKELSEN

Bente Mikkelsen (f. 1959) er spesialist i kvinnesykdommer og fødselshjelp og medlem av sentralstyret i Den norske lægeforening. Hun er for tiden student ved Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo.

Email: bente.mikkelsen@fredrikstad.online.no

Sykehuset Østfold

1603 Fredrikstad

Lichtenberg & Nilsen har tidligere beskrevet de fleste plikter knyttet til avdelingsoverlegens funksjon (1). Jon Haffner og medarbeidere drøfter tre spørsmål knyttet til avdelingsoverlegens funksjon i dette nummer av Tidsskriftet (2 – 4). Spørsmålene var tidstypiske da de ble stilt i 1996, og handler om omfang av kvalitetssikring, klinisk virksomhet i avdelingsoverlegestillingen og faktisk lederutdanning blant avdelingsoverleger. Artiklene sammenlikner hva arbeidsgiverne vektlegger i ansettelsesintervjuet med hva som faktisk ytes av avdelingsoverlegene. Det er nærliggende å tenke seg at det er en viss sammenheng mellom det som etterspørres og det som faktisk presteres. Ingen av artiklene besvarer spørsmålet om leger kan lede – det tas for gitt. Resten av verden må overbevises!

Målet er bedre ledere til beste for pasientene.

Lederutdanningen i grunn-, videre- og etterutdanningen av leger må synliggjøres og forbedres. En administrativ karriere rett etter grunnutdanningen vil fortsatt være et unntak for de fleste leger. I Overlegeforeningens dokument om ledelse påpekes det at lederutdanningen både må tilfredsstillende kravene til medisinsk ledelse og ivareta utvikling av lederrollen (5). Det siste må ikke glemmes. I legerollen er det profesjonelle ansvar befestet. Det betyr både et medisinsk-faglig, helhetlig, etisk og samfunnsmessig ansvar som vi har avlagt ed på å oppfylle. Denne profesjonsbevissthet må brukes til utforming av lederrollen. Så må vi som ledere bli bedre til å ta et totalansvar for driften av de enheter vi leder, for alle ansatte, til pasientenes beste. Så må vi rekruttere kvinner. Så må vi se, stimulere og anerkjenne leger som brenner for ledelse. Så må vi bli gode

teamledere. Så må vi som leger sette søkelyset på realkompetanse og ikke la oss lure inn i en ørkesløs vandring innen ledelsesfilosofibransjen. Det er ikke gitt at alle ledere trenger den samme type lederutdanning. Utforming av lederrollen vil bli grunnlaget for bestillingen – lederutdanning vil forbedre lederrollen.

De fire nye helselovene omhandler ikke lenger medisinsk behandling, men helsehjelp. Lov om helsepersonell kommer til erstatning for profesjonslovene, f.eks. legeloven, og er per definisjon profesjonsnøytral. Den gjelder alle de 27 forskjellige helsepersonellgruppene etter § 48 (6). Prosjektbeskrivelsen i det første utkastet til ny helsepersonellov i 1990 var tydelig: ”Det må skapes den holdning innen faggruppene at de først og fremst er helsearbeidere, dernest leger, sykepleiere osv.” Begrepet helsearbeider ble senere endret til helsepersonell. Lov om helsepersonell er en personansvarslov hvor ansvaret er lagt på den enkelte. Loven alminneliggjør helsepersonell ved å sideordne all virksomhet og ved å unngå å definere relasjoner mellom profesjoner og helsepersonellgrupper. I hovedsak er ingen kunnskap overordnet annen kunnskap. Dette er i seg selv et brudd med tidligere forståelse og er en stor utfordring. Finnes det medisinske systemansvar?

Loven fraksjonerer det medisinske ansvar. Sykehuset skal utpeke ulike ansvarshavende: koordineringsansvarlig, informasjonsansvarlig, journalansvarlig og pasientansvarlig. Det kan være e...n autorisert helseperson for hver funksjon – blant de 27 autoriserte helsepersonellgrupper. Legeforeningen anbefalte i sin høringsuttalelse til departementet at disse ulike funksjonene bør legges til den pasientansvarlige lege. Journalen, det viktigste arbeidsredskap og rettsdokument for leger og pasienter, kan være truet. En utpekt person skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal. Vedkommende kan, etter de foreslåtte lover og forskrifter, rette eller slette journaler etter krav fra den som opplysningene gjelder, eller *av eget tiltak*, dersom opplysningene åpenbart ikke er nødvendige for å gi pasienten helsehjelp og opplysningene er feilaktige, misvisende eller føles belastende for den det gjelder. I ansvarsjungelen skal behandlingen finne sted.

Departementet skriver i odelstingsproposisjon nr. 13 (1998–99) at man ...har kommet til at helsetjenester og helseinstitusjoner utgjør et så mangfoldig og komplisert bilde at det vanskelig lar seg gjøre gjennom helsepersonelloven og tilknyttede fullmakter å fastsette gjennomgående bestemmelser om medisinsk-faglig ansvar og fullmakter...” Det gjør at det etter departementets mening er vanskelig å gjennomføre generelle reguleringer av ansvarsforhold mellom faggrupper” (6). Legeansvaret er knyttet til det individuelle forsvarlighetsbegrep. Hva er målet? I Norge har vi i motsetning til mange andre land hatt avdelingen som ansvarsenhet, som henvisningsadresse. Det medisinske ansvar og myndighet har vært lagt til avdelingsoverlegefunksjonen. Mürer-utvalgets innstilling gjennomgår på en utmerket måte hvorfor en lege må ha myndighet for å utøve medisinsk ledelsesansvar (7). Avdelingsoverlegen har hatt ansvar for utdanning og internkontroll, har vært tilsynsadresse og ikke minst hatt det faglige totalansvar. Dette betyr at avdelingen utvikler fagområdet, implementerer ønsket endring, evaluerer og justerer opp mot faglige og økonomiske mål. Avdelingene har tradisjonelt fulgt spesialitetsgrensene.

Medikratiet er ikke målet. Andre enn leger kan være ledere på flere nivåer i sykehuset. Det finnes imidlertid et organisatorisk nivå i sykehuset hvor det er hensiktsmessig og nødvendig at ledelse og medisinsk systemansvar og myndighet ivaretas av en lege. Overlegeforeningen beskriver denne enheten som den funksjonelle enhet, ansvarsenheten (5). Disse avdelingene vil fortsatt ofte bestå av en spesialitet, men kan også bestå av flere. Det medisinske ansvar er ansvaret for å utnytte og forvalte den medisinske kompetanse som er nødvendig for diagnostikk og behandling i enheten. Avdelingen må fortsette å være en faglig kvalitetsenhet.

Legene tilhører en profesjon – og det er ikke noe å skamme seg over. For å gjenreise tilliten må vi ta denne profesjonsbevisstheten inn over oss (8). Vi må fornye vår sosiale kontrakt med samfunnet, og den må være basert på pålitelighet (9). En profesjon forvalter en kunnskapsmengde, fornyer denne, utdanner og autoriserer spesialister, arbeider autonomt innenfor strenge etiske retningslinjer, har høy moral, arbeider åpent og kunnskapsbasert og har en høy grad av selvjustis. Å tilhøre en profesjon forplikter! Vi må være åpne, feilbarlige og stolte av våre profesjonsinteresser, som aldri må avvike fra målet: Å fremme folkehelsen.

LITTERATUR

1. Lichtenberg SM, Nilsen ST. Kvalitetssikring av avdelingsledelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 983 – 6.
2. Haffner J, Mürer FA, Aasland OG. Avdelingsoverlegen – utvalgt og utdannet som leder? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3004 – 6.
3. Haffner J, Mürer FA, Aasland OG. Avdelingsoverlegen – leder eller lege? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3002 – 4.
4. Haffner J, Mürer FA, Aasland OG. Er kvalitetssikring bare en floskel? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3010 – 2.
5. Overlegeforeningens policydokument om organisasjon og ledelse. Oslo: Norsk Overlegeforening; 2000.
www.legeforeningen.no/of/policydokument.htm
6. Ot.prp. nr. 13 (1998 – 99). Om lov om helsepersonell m.v. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1998.
7. Ledelse av sykehusavdelinger og kommunehelsetjeneste – mål og strategier. Oslo: Den norske lægeforening, 1996.
8. Forr G. Taushet er gull? Dagbladet 20.3.2000: 2.
9. Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Renewing professionalism: an opportunity for medicine. Acad Med 1999; 74: 878 – 83.

Publisert: 20. oktober 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. juni 2026.