
Avdelingsoverlegen – leder eller lege?

KLINIKK OG FORSKNING

JON HAFFNER

Buskerud sentralsykehus
3004 Drammen

FRED A. MÜRER

Rana sykehus
8607 Mo i Rana

OLAF G. AASLAND

Legeforeningens forskningsinstitutt
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Det er laget flere utredninger om hvilke kompetansekrav som skal stilles ved ansettelse som avdelingsleder i sykehus, men det har vært tatt lite hensyn til at lederoppgavene varierer fra avdeling til avdeling. Formålet med denne studien var å belyse forskjeller mellom lederoppgavene i store og små avdelinger.

Vi samlet informasjon om avdelingsoverlegenes oppgaver ved å sende et spørreskjema til alle norske avdelingsoverleger (n = 657) i 1996.

Vi fikk svar fra 567 (86 %). Antall ansatte ved avdelingene disse hadde ansvar for, varierte fra en til 400, sengetallet fra null til 400. 11 % av avdelingene hadde et budsjett på mer enn 50 millioner kroner, mens budsjettet var mindre enn 20 millioner hos 52 %. Nesten alle avdelingsoverlegene deltok i avdelingens kliniske aktiviteter. Den delen av arbeidstiden de brukte til administrasjon og ledelse, var relatert til avdelingens størrelse.

Resultatene understreker betydningen av at kravene til ledelseskompetanse tilpasses den aktuelle stilling.

De første sykehus i Norge var pleieinstitusjoner. Pasientene var kronisk syke som ikke hadde råd til å skaffe seg *privat* pleie (1). I moderne sykehus er andre oppgaver viktigere. Pasientene ligger nå i sykehus bare i den utstrekning

medisinsk utredning og aktiv behandling fordrer det. Samlingen av faglig ekspertise har gjort sykehusene til viktige institusjoner for utvikling, bevaring og formidling av medisinsk kunnskap og kultur.

Utviklingen i medisinske kunnskaper har ført til at legene har vært nødt til å spesialisere seg. Organiseringen av sykehusene reflekterer denne utviklingen. De fleste sykehusavdelinger tilsvarer de medisinske spesialiteter, med en spesialist – avdelingsoverlegen – som leder (2).

Antall ansatte i hver avdeling varierer etter personellbehovet for de undersøkelser og behandlinger avdelingen har ansvar for. Lederoppgavene varierer tilsvarende – i store avdelinger er det nødvendig å bruke mye mer tid på personal- og ressursforvaltning enn i små. Det har vært laget en rekke utredninger om hvilken kompetanse avdelingsledere ved norske sykehus bør ha, uten at det har vært tatt tilstrekkelig hensyn til denne variasjonen (3 – 5).

Hensikten med denne studien var å vise hva norske avdelingsoverleger bruker sin arbeidstid til – i hvor stor grad de arbeider som ledere og som leger, og om det er forskjeller mellom lederoppgavene i små og store avdelinger.

Materiale og metode

Våren 1996 ble et spørreskjema sendt til 657 leger som var registrert som avdelingsoverleger i Legeregisteret. Spørreskjemaet skulle besvares anonymt. Siden bare 13 % av avdelingsoverlegene var kvinner, spurte vi ikke om kjønn, idet anonymiteten ville vært illusorisk for disse.

Spørreskjemaet inneholdt i alt 195 spørsmål, og det tok 20 – 30 minutter å fylle det ut. 32 spørsmål som gjaldt avdelingen og avdelingsoverlegens oppgaver danner basis for denne artikkelen.

Svarene ble relatert til avdelingens størrelse. Avdelingene ble kategorisert som små, mellomstore eller store, avhengig av antall ansatte ved avdelingene: 1 – 29 ansatte, 30 – 99 ansatte og 100 eller flere ansatte. Forskjeller mellom nivåene er vist i prosent, med angivelse av 95 % konfidensintervall (KI) og/eller absolutte tall der det er relevant. Data ble registrert og bearbeidet med statistikkprogrammet FOSS.

Resultater

567 avdelingsoverleger (86 %) besvarte spørreskjemaet. 33 % av disse arbeidet ved små avdelinger, 42 % ved mellomstore og 25 % ved store avdelinger. 11 % hadde avdelingsbudsjetter på mer enn 50 millioner kroner, 52 % hadde budsjetter på mindre enn 20 millioner. Antall ansatte ved avdelingene varierte fra en til 400.

34 % oppgav at det forelå skriftlige resultatmål for avdelingen, 8 % at disse var prioriterte, 7 % at det fantes resultatmål for avdelingsoverlegene. Stillingsinstruks var mer alminnelig ved store avdelinger (28 %, KI 19 – 36) enn ved små (13 %, KI 8 – 18).

29 % av avdelingsoverlegene oppgav at avdelingsledelsen var udelt, en større andel ved små enn ved store avdelinger (tab 1). 59 % hadde todelt ledelse, dvs. avdelingsoverlegen delte ledelsesansvaret med en oversykepleier eller tilsvarende.

De fleste var fornøyd med den ledelsesmodellen de hadde, 60 % valgte 4 eller 5 på en skala fra 1 (ikke fornøyd) til 5 (fornøyd). Det var en større andel av dem som hadde udelt ledelse som var fornøyd (92 %, KI 86 – 95) enn av dem som hadde delt (48 %, KI 43 – 54) eller annen ledelsesmodell (42 %, KI 30 – 54).

Om lag halvparten av avdelingsoverlegene hadde ansvar for et budsjett på mer enn 20 millioner kroner. 81 % av disse delte budsjettansvaret med oversykepleier eller tilsvarende. Delt budsjettansvar var mest alminnelig ved de største avdelingene. Forutsatt at totalrammen forble uendret hadde 73 % fullmakt til å endre budsjettposter.

De aller fleste avdelingsoverlegene hadde ansvar for innstilling ved tilsetting i både underordnede (80 %) og overordnede (92 %) legestillinger. Det samme gjaldt selve tilsettingen og permisjoner for underordnede leger. En større andel av overlegene ved store avdelinger hadde dette ansvaret enn ved små.

De fleste avdelinger gav videre- og etterutdanning til leger i utdanningsstilling, leger i fast stilling og annet personale. Opplæring i kvalitetssikring ble gitt ved 62 % av avdelingene, mens man bare ved 22 % gav opplæring i administrasjon og ledelse. Det var flere av de store enn de små avdelingene som hadde utdanningsoppgaver.

De fleste av avdelingsoverlegene angav at de hadde tid til å delta i avdelingens faglige aktiviteter hver uke. Det var færre avdelingsoverleger ved store avdelinger som hadde tid til dette enn ved små, men forskjellene var signifikante bare for prosedyrer/operasjoner. Nesten alle deltok selv i undervisningen i medisinsk-faglige emner, mens færre deltok i undervisning i kvalitetssikring (65 %) og administrasjon og ledelse (37 %), færrest ved de minste avdelingene.

Bruk av arbeidstiden var relatert til avdelingens størrelse. Langt flere av avdelingsoverlegene ved små avdelinger brukte det meste av sin arbeidstid til faglige aktiviteter enn ved store, mens det motsatte var tilfellet når det gjaldt administrasjon (tab 2).

Tabell 1

Ledelsesmodell relatert til avdelingens størrelse. Prosent (med 95 % konfidensintervall)

	Avdelingens størrelse			
	Alle avdelinger n=506	Liten n=169	Mellomstor n=215	Stor n=122
Udelt ledelse	29	41 (34 – 49)	25 (19 – 31)	17 (11 – 24)
Delt ledelse	59	51 (43 – 59)	61 (54 – 68)	67 (59 – 75)
Annen modell	12	7 (3 – 11)	14 (9 – 19)	16 (9 – 23)

Totalt	100	100	100	100
--------	-----	-----	-----	-----

Tabell 2

Bruk av arbeidstiden og avdelingenes størrelse. Andel bekreftende svar/totalt antall svar og prosent med 95 % konfidensintervall

	Avdelingens størrelse			
	Alle avdelinger ¹⁾	Liten	Mellomstor	Stor
>50 % til faglige aktiviteter	266/500 53	118/168 70 (63 – 77)	115/212 54 (47 – 61)	33/120 28 (19 – 35)
>50 % til administrasjon	110/502 22	11/169 7 (3 – 10)	40/212 19 (14 – 24)	59/121 49 (40 – 58)
>15 timer per uke til kontorarbeid	39/209 19	3/73 4 (0 – 9)	15/87 17 (9 – 25)	21/49 43 (29 – 57)
• ¹ Flere kategorier kan forekomme samtidig				

Diskusjon

Når nye medarbeidere skal ansettes i en virksomhet, bør første fase være å gjøre en systematisk analyse av hvilke oppgaver som skal ivaretas og hvilken kompetanse stillingen krever (6, 7). Ved fastsettelse av krav til dem som skal ansettes som ledere for sykehusavdelinger, har man ikke tatt tilstrekkelig hensyn til at oppgavene varierer fra avdeling til avdeling (3, 5). Vår studie viser store variasjoner i hvor mange personer avdelingsoverlegene har lederansvar for, og at det er tilsvarende variasjoner i budsjett og i hvor mye av arbeidstiden som brukes til administrasjon. Det må tas hensyn til dette i diskusjoner om ledelseskompentanse i sykehus.

Ledelsesmodeller som har vært mye omtalt i mediene og forårsaket mye strid mellom fagforeningene, lot ikke til å være noe stort problem for avdelingsoverlegene. De fleste avdelingsoverlegene som hadde todelt ledelse, var fornøyd med dette. Dette skyldes antakelig den oppgave- og arbeidsfordeling som naturlig har funnet sted i norske sykehusavdelinger: Avdelingsoverlegene har det medisinske ansvar for avdelingens drift (5) og de fleste steder personalansvar for legene og kontorpersonalet, mens oversykepleierne har det pleiefaglige ansvaret og personalansvar for pleiepersonalet. Det er imidlertid uklart hvor grensen mellom medisinsk og pleiemessig ansvar går, i enkelte situasjoner kan det derfor være usikkerhet om hvem som har det overordnede ansvar (8, 9).

Udelt ledelse var i 1996 fastlagt ved forskrift for laboratorier, røntgenavdelinger og psykiatriske institusjoner (10, 11). I vårt materiale hadde 61 % av avdelingene uten senger denne ledelsesmodellen. Selv om forskjellene er små, var det flere av de avdelingsoverlegene som hadde udelt ledelse som var fornøyd med ledelsesmodellen enn dem som hadde delt ledelse.

I den nye loven om spesialisthelsetjenester fremheves undervisning og forskning som oppgaver for sykehusene på en langt klarere måte enn i dagens lovgivning (12). Vår undersøkelse viser at de aller fleste sykehusavdelinger er engasjert i undervisning, både medisinsk-faglig og innen kvalitetssikring, mens det ved bare 22 % var undervisning i administrasjon og ledelse. Nesten alle avdelingsoverlegene deltok aktivt i undervisningen, noe som tyder på at de ser dette som en prioritert oppgave. At en så liten andel gir undervisning i administrasjon og ledelse, skyldes antakelig at dette oppfattes som et nytt fag i medisinsk sammenheng, hvor bare et fåtall føler seg kompetente til å undervise, eller at avdelingsoverlegene mener at det ikke er behov for slik undervisning.

Det er verdt å merke seg at alle avdelingsoverlegene deltok i avdelingens kliniske aktiviteter. Dette kan dels skyldes at de har behov for å opprettholde sin kliniske kompetanse og dels at de føler en personlig tilfredsstillende ved å delta i klinisk arbeid. Vi tror at vansker med å opprettholde en reell lederposisjon blant kollegene og annet sykehuspersonale uten å ta del i den faglige virksomheten, er like viktig.

I ledelseslitteraturen skilles det mellom forskjellige typer ledelse: ideologisk, strategisk, administrativ, operativ og selvledelse. Det fremheves at betydningen av disse typer ledelse avhenger av hvilket nivå lederen arbeider på (13). Kaufmann (14) skiller mellom tre nivåer: toppledelse, mellomledelse og ledelse på produksjonsnivå. Han fremhever at kravene til ledere på disse nivåene er forskjellige. Generell trening og seleksjon er viktigst for toppledere, områdetrening og plassering for mellomledere og spesiell trening for ledere med direkte produksjonsoppgaver.

Etter vår oppfatning er avdelingsledelse en blanding av mellomledelse og produksjonsledelse. Forholdet bestemmes av avdelingens størrelse. Sykehusavdelinger er stort sett inndelt etter medisinske spesialiteter. Medisinsk spesialistutdanning gir best innsikt i alle deler av spesialiteten og den betydning andre spesialiteter har, og er følgelig den beste spesielle trening for å lede dem. Betydningen av lederutdanning varierer med omfanget av mellomledelse, den er størst i store avdelinger. Siden de fleste sykehusavdelinger har store utdanningsoppgaver, bør undervisningskompetanse vektlegges mer enn tidligere.

Undersøkelsen som artikkelen er basert på, er finansiert av Den norske lægeforenings Kvalitetssikringsfond II.

LITTERATUR

1. Grøn F. Sykepleie, leproserier, hospitaler, radesykehus. Sinnsykepleie, dollhus, jordmødre og jordmorvesen. I: Kjennerud I, Grøn F, Kobro I, red. Medisins historie i Norge. Grøndahl & Søns Forlag, 1936, fotografisk opptrykk. Oslo: Kildeforlaget, 1985: 143 – 58.
2. Guldahl O. I fokus: sykehusets produksjonsledere. Spesialoppgave i Helseadministrasjon. Oslo: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, 1989.
3. Ledelse i sykehus. Oslo: Sosialdepartementet, 1990.
4. Lov om helsepersonell m.v. www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html
5. Norges offentlige utredninger. Pasienten først. Ledelse og organisering i sykehus. NOU 1997: 2. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.
6. Harvey RJ. Job analysis. I: Dunnette MD, Hough LM, red. Handbook of industrial psychology. 2. utg. Bd. 2. Palo Alto: Consulting Psychologists Press Inc, 1991: 71 – 163.
7. Martinsen Ø. Kompetanseendring. I: Berg ME, Martinsen Ø, Thompson G. Ledelse, kompetanse og omstilling. Oslo: Universitetsforlaget, 1998: 123 – 68.
8. Haffner J, Strand S, Revhaug A, Nygård A-K, Urheim I, Cappelen K. Ledelse av kliniske avdelinger i sykehus. Oslo: Norsk Sykepleierforbund, Den norske lægeforening, 1989.
9. Ledelse av sykehusavdelinger og kommunehelsetjeneste. Mål og strategier. Oslo: Den norske lægeforening, 1996.
10. Forskrift om medisinsk laboratorium og røntgeninstitutt. Delegering av myndighet. § 4, Personell. www.lovdatab.no/for/sf/so/to19840810-1557-002.html (10.2.1999).
11. Forskrift om ansvarsforhold m.v. i institusjoner innen det psykiske helsevern. Kap II. Om ansvarsforhold, instruks m.v. § 3-4. www.lovdatab.no/for/sf/so/to-19781103-0002-003.html (10.2.1999).
12. Lov om spesialisthelsetjenester. www.lovdatab.no/all/tl-19990702-061-003.html
13. Berg ME. Organisasjonsutvikling. Metoder og teknikker. 2. utg. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 1997: 96 – 9.
14. Skisse til en ny ledelsesmodell. I: Kaufmann G, Kaufmann A, Psykologi i organisasjon og ledelse. Bergen: Fagbokforlaget, 1998: 375 – 8.

Publisert: 20. oktober 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

