

---

# Avdelingsoverlegen – utvalgt og utdannet som leder?

---

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

---

Betydningen av lederutdanning ved ansettelse som avdelingsoverlege har vært diskutert i mange år. Vi ønsket å kartlegge hvordan norske avdelingsoverleger ble valgt ut, og hvilken vekt avdelingsoverlegene og deres arbeidsgivere la på lederutdanning.

Data ble samlet inn ved bruk av et spørreskjema som ble sendt til alle norske avdelingsoverleger (n = 657) i 1996. Svar ble mottatt fra 567 (86 %).

37 % var blitt intervjuet før ansettelse. De fleste av disse ble spurt om erfaring og utdanning i ledelse, en større andel av avdelingsoverlegene ved store avdelinger enn ved små. 20 % av avdelingsoverlegene ved små avdelinger og 43 % ved store hadde administrativ lederutdanning på universitets- eller høyskolenivå. 25 % hadde brukt én ukes permisjon eller mer per år de siste tre år til etterutdanning i ledelse og administrasjon, mens 81 % hadde brukt tilsvarende tid til medisinsk etterutdanning.

Resultatene tyder på at arbeidsgiverne legger stor vekt på lederutdanning, og relaterer dette til størrelsen på avdelingen, mens avdelingsoverlegene selv er mer opptatt av å holde sin medisinske kompetanse ved like.

---

Kompetansekrav til ledere i sykehus har vært diskutert med økende intensitet de siste 20 år. Dette gjelder særlig lederstillinger ved kliniske avdelinger. Ved de fleste sykehus har man valgt å praktisere ”enhetlig todelt ledelse”, med avdelingsoverlege og oversykepleier som sidestilte ledere.

Etter en debatt om lederstruktur ved Rikshospitalet i 1996 vedtok Stortinget at det skulle være én ansvarlig leder på alle nivåer i sykehus, og at medisinsk-faglig ansvar skulle følges av nødvendig myndighet. Som et ledd i gjennomføringen av dette vedtaket nedsatte Sosial- og helsedepartementet høsten 1996 Steine-utvalget. I utvalgets rapport (1) ble Stortingets vedtak utdypet. Utvalget foreslo kriterier som skal legges til grunn ved utvelgelse av avdelingsledere, og definerte formell ledelseskompetanse som eksamen på universitets- eller høyskolenivå eller tilsvarende. Utvalget var delt i sitt syn på hvor mye vekt det skulle legges på medisinsk-faglig kompetanse.

Avdelingsoverlegenes medisinske kompetanse er sikret ved at utvelgelsen skjer blant ferdige spesialister innen avdelingens fagområde. Det er mer tilfeldig hva de har av ledelseskompetanse.

Hensikten med denne artikkelen er å vise hvilken vekt arbeidsgiverne og avdelingsoverlegene legger på lederutdanning og hvor stor betydning dette har i forhold til andre faktorer ved ansettelsen.

Det finnes flere tilbud om utdanning i ledelse ved norske universiteter og høyskoler. I tillegg arrangerer Den norske lægeforening særskilte kurs for sykehusleger. Alle spesialistkandidater må gjennomgå et ukeskurs i administrasjon og ledelse for å få spesialistgodkjenning. Legeforeningen har også i flere år arrangert et fire- eller tretrinns kurs i ledelse og administrasjon, hvert trinn av en ukes varighet. Foreningen arrangerte i perioden 1990 – 96 en lederutdanning for helsevesenet (Medled) i samarbeid med Norges Handelshøyskole i Bergen og Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo. Denne utdanningen var basert på seks samlinger av en ukes varighet over to år med oppgaver i mellomperiodene. Frem til 1996 hadde ca. 310 leger deltatt i dette utdanningsopplegget. I tillegg til dette arrangerer Overlegeforeningen, en underavdeling av Den norske lægeforening, to ganger i året administrasjonskurs av tre dagers varighet. Disse kursene kan sees som et tilbud i oppdatering og vedlikehold av kunnskap om helsepolitikk, ledelse og administrasjon.

---

## Materiale og metode

Våren 1996 ble et spørreskjema sendt til 657 leger som var registrert som avdelingsoverlege i Legeregisteret (2). 14 spørsmål om utvelgelse og ansettelse og 14 om økonomisk/administrativ etterutdanning danner basis for denne artikkelen.

I beskrivelsen av rekrutteringsbakgrunnen er alle typer overlegestillinger slått sammen, selv om forskjellige stillingsbetegnelser ble brukt før 1996.

I analysen av avdelingsoverlegenes lederutdanning skilte vi mellom deltakelse i trinn 1 og trinn 4 av Legeforeningens kurs (påbegynt og avsluttet kursutdanning) og Overlegeforeningens kurs, mens Medled ble slått sammen med mastergradsutdanningen ved Senter for helseadministrasjon og lederutdanning ved BI. Deltakelse i annen universitets- og høyskoleutdanning, lokal opplæring i arbeidsgivers regi og diverse annen utdanning som er oppfattet som relevant, presenteres særskilt.

Svarene er relatert til avdelingens størrelse. Avdelingene ble kategorisert som små, mellomstore eller store avhengig av om antall ansatte i avdelingen var 1 – 29, 30 – 99 eller over 99. Forskjeller mellom avdelingstypene er vist i prosent, med angivelse av 95 % konfidensintervall (KI) der hvor dette er relevant. Data er registrert og bearbeidet med statistikkprogrammet FOSS.

### Tabell 1

Avdelingsoverlegenes bakgrunn og rekrutteringsmåte relatert til avdelingens størrelse. Andel i prosent med 95 % konfidensintervall. (Ikke alle respondenter besvarte alle spørsmål)

	Avdelingens størrelse			
	Alle avdelinger n = 507	Liten n = 169	Mellomstor n = 215	Stor n = 123
Yngre enn 40 år ved ansettelse	24	32 (25 – 39)	21 (15 – 26)	18 (11 – 25)
Rekruttert fra samme avdeling	59	43 (35 – 50)	64 (56 – 70)	65 (56 – 74)
Rekruttert fra overlegestilling	82	73 (66 – 80)	84 (79 – 89)	91 (86 – 96)
Så utlysningen først internt	32	21 (15 – 27)	38 (31 – 45)	36 (27 – 45)
Anmodet om å søke av sykehusledelsen	33	35 (28 – 42)	33 (27 – 39)	30 (22 – 38)

### Tabell 2

Hva 484 avdelingsoverleger la vekt på da de søkte stillingen og hva de spurte arbeidsgiver om. Prosentandel som valgte 4 eller 5 på en skala fra 1 (lite viktig) til 5 (viktig)

Forhold ved stillingen	
Faglig utfordring	67
Ledelsesutfordring	65
Større frihet i arbeidet	39
Interese for kvalitetssikring	26

Bedre økonomi	16
Prestisje	9
<i>Forhold ved sykehuset</i>	
Geografisk beliggenhet	67
Sykehustype	61
Godt utstyrt	21
Dyktig administrasjon	13
God økonomi	13
<i>Hva spurte de om?</i>	
Lønn og tillegg	70
Avdelingsoverlegens/oversyke-pleiers ansvar	57
Anledning til å ansette leger	54
Frihet til å disponere budsjett	48
Rammer for å gi permisjoner	40

---

## Resultater

Svar ble mottatt fra 567 av de 657 avdelingsoverleger (86 %). 82 % var rekruttert fra overlegestilling, en større andel fra samme avdeling enn fra andre avdelinger, og 24 % var under 40 år ved ansettelsen. Dette mønsteret var mer uttalt ved store enn ved små avdelinger (tab 1).

43 % så utlysningen først i *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. En større andel av avdelingsoverlegene ved store (32 %) enn ved små avdelinger (21 %) var først blitt oppmerksomme på at stillingen var ledig gjennom intern utlysning.

33 % var blitt anmodet av sykehusledelsen om å søke. Intervju ble benyttet ved 37 % av ansettelsene. Intervju var hyppigere brukt ved store enn ved små avdelinger (50 %, KI 41 – 59, mot 33 %, KI 26 – 40 %).

Over halvparten av søkerne som ble intervjuet, ble spurt om hvordan de hadde tenkt å lede avdelingen, om erfaring og utdanning i ledelse og om sterke og svake sider. Under halvparten ble spurt om erfaring i undervisning og forskning, og bare en firedel om erfaring som tillitsvalgt eller i kvalitetssikring. Spørsmål om utdanning i administrasjon og ledelse ble stilt til en større andel av søkerne til store enn av søkerne til små avdelinger. Tilsvarende gjaldt økonomisk/administrativ erfaring og erfaring som leder.

Avdelingsoverlegene la selv størst vekt på utfordringer innen fag og ledelse. Bedring i egen økonomi og prestisje ble tillagt mindre betydning. De viktigste faktorene ved sykehuset var geografisk beliggenhet og sykehustype. Godt

utstyr, dyktig administrasjon og god økonomi i sykehuset var det færre som la vekt på (tab 2). Ledelsesutfordring og sykehustype ble vektlagt av flere av søkere til store enn til små avdelinger, mens færre la vekt på større frihet i arbeidet.

37 % av avdelingsoverlegene stilte selv spørsmål i forbindelse med intervjuene. Om lag halvparten av dem som hadde stilt spørsmål, hadde tatt opp forholdet til oversykepleier, flest ved de store avdelingene. Det flest hadde spurt om, var lønn og tillegg, men bare en tredel hadde *forhandlet* om lønn.

28 % av avdelingsoverlegene hadde administrativ utdanning på universitets- eller høyskolenivå, enten før eller etter ansettelse. 19 % hadde tatt Medled, utdanning ved Senter for helseadministrasjon eller BI (13 %, KI 8 – 18 ved små avdelinger, 33 %, KI 25 – 41 ved store), og 9 % angav at de hadde annen høyskoleutdanning (7 % ved små, 10 % ved store). 65 % hadde tatt trinn 1 av Legeforeningens administrasjonskurs, 41 % hadde fullført trinn 4. 23 % hadde deltatt i ledelsesutdanning/administrativ utdanning organisert av arbeidsgiver, 32 % (KI 25 – 39) av avdelingsoverlegene ved mellomstore avdelinger, 18 % (KI 12 – 23) ved små og 19 % (KI 12 – 26) ved store avdelinger.

4 % svarte at de ville prioritere økonomisk/administrativ etterutdanning når det gjaldt bruk av permisjonstid, mot 47 % som sa de ville ta faglig etterutdanning. 54 % av avdelingsoverlegene hadde søkt permisjon for å ta økonomisk/administrativ utdanning – 48 % (KI 40 – 56) ved små avdelinger, 62 % (KI 53 – 71) ved store. 8 % hadde brukt sin tariffestede permisjon til dette. En tredel angav at de hadde hatt personlige utgifter til tilleggsutdanningen, 12 % mer enn 10 000 kroner.

68 % mente at avdelingsoverleger burde få ekstra permisjon mer enn en uke i året til økonomisk/administrativ etterutdanning.

---

## Diskusjon

Ansettelser av nye arbeidstakere kan vurderes ut fra tre hovedfaktorer: Rekrutteringsgrunnlaget, hva arbeidsgiver vektlegger og hva søkerne vektlegger.

Når det gjelder rekrutteringsgrunnlaget, er det vanlig å skille mellom interne (dvs. bedriftens egne ansatte) og eksterne arbeidsmarkeder (3). Eksterne arbeidsmarkeder deles ofte opp i åpne og profesjonsrelaterte (4). Siden det faglige krav til avdelingsoverleger er at de skal være spesialister innen avdelingens fagområde, er deres rekrutteringsgrunnlag ikke bare profesjons-, men også spesialitetsrelatert. Det avhenger av antall godkjente spesialister innen den aktuelle spesialitet.

Våre resultater viser at betydningen av de interne arbeidsmarkeder var størst ved store avdelinger.

Før 1990 var arbeidsgivers mulighet til å velge mellom søkere begrenset til de tre som ble først innstilt av Helsedirektøren. Disse innstillingene var basert på retningslinjer utarbeidet i samarbeid med Legeforeningen (5). Retningslinjene la relativt liten vekt på administrativ kompetanse, men stor vekt på forsknings-

og undervisningskompetanse (6). Det er interessant å merke seg at man i Sverige nå arbeider med å utforme retningslinjer for akademiske stillinger (7), mens vi i Norge har fjernet meritt for akademisk kompetanse for alle overlegestillinger.

Våre tall tyder på at arbeidsgiverne tar hensyn til at oppgavene varierer med avdelingens størrelse. Det blir lagt størst vekt på ledelse og administrasjon ved ansettelse i store avdelinger.

Under halvparten av avdelingsoverlegene ble spurt om erfaring i undervisning og kompetanse i forskning. Vi ser en fare i at undervisning ikke blir prioritert høyt nok siden dette er vektlagt så sterkt i lov om spesialisthelsetjenester (8).

Vi synes også det var påfallende at så få var blitt spurt om erfaring som tillitsvalgt. En av de viktigste forutsetningene for å lykkes som leder er at man har de ansattes tillit, og tillitsvalgte har erfaring i å oppnå og beholde slik tillit. Dessuten har de fleste tillitsvalgte erfaring fra deltakelse i forhandlinger, råd og utvalg og liknende.

Våre tall tyder på at avdelingsoverlegene legger vekt på utfordring som leder. Dette er gledelig.

Intervju er i seg selv ikke noen sikring for at utvelgelsen blir god. Ustrukturerte intervjuer er nærmest verdiløse som prediktorer for hvordan den som ansettes, kommer til å fungere i stillingen. Det finnes langt bedre utvelgelsesmåter (9 – 11), men disse er sannsynligvis lite brukt ved ansettelse av avdelingsoverleger.

Det finnes ingen undersøkelser som viser at lederutdanning gir bedre ledelse, og det er betydelige metodiske problemer forbundet med slike undersøkelser (12). Det er imidlertid alminnelig antatt at det er en sammenheng mellom teoretisk kunnskap og praktisk anvendelse. En evaluering av Medled konkluderte med at deltakerne iallfall var blitt mer bevisst i sin lederrolle (13).

Det var i vår studie en klar sammenheng mellom lederutdanning, tid brukt til administrasjon og avdelingens størrelse (2). Avdelingsoverlegene ved de største avdelingene bruker mer tid på ledelse enn avdelingsoverlegene ved små avdelinger, og lederutdanning tillegges større vekt når de ansettes.

Deltakelse i Legeforeningens kurs gir en indikasjon på avdelingsoverlegenes interesse for lederutdanning og tilsvarende deltakelse i personalopplæring for ledere i offentlig sektor i 1990 (56 %) (14).

Etterutdanning i administrasjon og ledelse avhenger dels av avdelingsoverlegenes egen prioritering, dels av arbeidsgivers. Våre tall tyder på at avdelingsoverlegene selv la større vekt på medisinsk etterutdanning enn administrativ. At så få av avdelingsoverlegene valgte å bruke den tariffestede utdanningspermisjonen til etterutdanning i ledelse og administrasjon, kan skyldes at denne permisjonen i praksis ansees som en permisjon til medisinsk etter- og videreutdanning.

Svarene vedrørende arbeidsgivers prioritering er ikke lette å tolke. Omtrent halvparten av avdelingsoverlegene oppgav at de var blitt oppfordret til å ta faglig og/eller administrativ utdanning, mens nesten like mange svarte at arbeidsgiver var uinteressert i deres faglige og administrative etterutdanning. Flere av avdelingsoverlegene ved store avdelinger var blitt oppfordret til

administrativ etterutdanning enn avdelingsoverlegene ved små avdelinger, mens det ikke var noen forskjell når det gjaldt faglig etterutdanning. Våre tall passer godt med at 58 % av statlige instanser og 27 % av kommunene som ble undersøkt i 1995, angav at de satset på ekstern lederutvikling (15).

I tillegg til satsingen på ekstern lederutvikling kommer den interne. Grund (16) anslo i 1991 at det ble brukt 100 millioner kroner årlig til spesielle lederutviklings- og organisasjonstiltak i helsetjenesten, og at fylkeskommuner og sykehus brukte store midler til interne lederutviklingstilbud. Satsingen på kompetanseutvikling har stadig økt, og tallet ligger antakelig vesentlig høyere i dag (17 – 19).

Det er grunn til å tro at mange av dagens avdelingsoverleger vil bli avdelingsledere også i fremtiden. Arbeidsgiver må bli mer bevisst på avdelingsleders sentrale posisjon i forhold til undervisning og forskning i avdelingen. Avdelingsledere bør mer aktivt stille spørsmål og komme med krav før ansettelse. En av de største utfordringene for fremtidens ledere av medisinske avdelinger blir å finne den optimale balansen mellom ledelse og fag.

---

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

---

---

## LITTERATUR

1. Norges offentlige utredninger. Pasienten først. Ledelse og organisering i sykehus. NOU 1997: 2. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.
2. Haffner J, Mürer FA, Aasland OG. Avdelingsoverlegen – leder eller lege? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3002 – 4.
3. Nordhaug O. Kompetanseutvikling og ledelse. Oslo: Tano Aschehoug, 1998.
4. Greve A. Turnover and career mobility. Bergen: Alma Mater Forlag, 1992.
5. Retningslinjer for rådgivende utvalg for helsedirektøren. Tidsskr Nor Lægeforen 1983; 103: 955 – 64.
6. Haffner J. Administrasjon som meritt ved ansettelse i sykehuslegetilling – forslag om oppvurdering. Tidsskr Nor Lægeforen 1985; 105: 251 – 3.
7. Nordenström J, Dahllöf G, Ekstrand J. Meritportefölj – ett verktyg för värdering av akademisk aktivitet. Nordisk Medicin 1998; 113: 208 – 10.
8. Lov om spesialisthelsetjenester. [www.lovdatab.no/all/tl-19990702-061-003.html#3](http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-061-003.html#3) – 8.
9. McDaniel MA, Whetzel DL, Schmidt FL, Maurer SD. The validity of employment interviews: a comprehensive review and meta-analysis. J

Applied Psychol 1994; 79: 599 – 616.

10. Eriksen S. Rekruttering og lederutvelgelse. Oslo: TANO, 1996.
11. Campbell JP. Alternative models of job performance and their implication for selection and classification. I: Rumsey MG, Walker CB, Harris JH. Personnel selection and classification. Hillsdale, LEA: 1994: 33 – 53.
12. Busch T. Effekter av lederopplæring i foretak: metodiske utfordringer. BETA, Tidsskrift for bedriftsøkonomi 1993; 6: 1 – 11.
13. Hoftvedt BO, Natrud E, Paus A, Sandsmark M, Schøyen R, Sundelin F. Leger i ledelse. Evaluering av medisinsk lederutdanning (Medled). Oslo: Den norske lægeforening, 1992.
14. Gooderham PN, Hines K. Trends in employer-funded training as an indicator of changes in employment. Adult Education Quarterly 1995; 45: 213 – 26.
15. Nordhaug O. Kompetansestyring i statlige virksomheter, kommuner og private bedrifter. Oslo: Planleggings- og samordningsdepartementet, 1997.
16. Grund J. Helsepolitikk i 1990-årene. Effektivisering, spill eller utvikling? Oslo: TANO, 1991: 207 – 8.
17. Gooderham PN. Etterpåklokkens utfordringer. I: Nordhaug O. Kompetansepolitikk 2000+. Oslo: Tano Aschehoug, 1997.
18. Dalen E. Undersøkelse om etterutdanning. Oslo: MMI, 1996.
19. Gooderham PN, Kvitastein O, Nordhaug O. Strategier for menneskelige ressurser: norske bedrifter i europeisk perspektiv. Bergen: Stiftelse for samfunns- og næringslivsforskning, 1996.

---

Publisert: 20. oktober 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juni 2026.