



Ledelsesutvikling for leger

KRONIKK

JAN C. FRICH

E-post: jan.frich@medisin.uio.no

Jan C. Frich er spesialist i nevrologi, professor ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, og direktør for medisin og helsefag i Helse Sør-Øst.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

IVAN SPEHAR

Ivan Spehar er master i helse- og sosialpsykologi med doktorgrad i helseledelse, og er førsteamanuensis ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo og Fakultet for samfunnsvitenskap, OsloMet – storbyuniversitetet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Helsetjenesten trenger leger som ledere. Vi har behov for både klinikere og leger med annen erfaring til å ta på seg lederoppgaver.

Forskningen om betydningen av medisinsk ledelse preges av metodologiske svakheter, men funnene indikerer at ledere med medisinsk bakgrunn har positiv innvirkning på helsetjenesten (1–5). Leger som ledere kan også bidra positivt gjennom sin medisinske kunnskap og ved å fremme engasjement og delaktighet i legegruppen (4). På den annen side kan leger som først og fremst vektlegger eget fag og utøver autoritære former for ledelse ha en negativ virkning på organisasjonen (4).

Legers kompetanse i ledelse er satt på dagsordenen nasjonalt og internasjonalt, og en rekke forfattere har pekt på at det bør etableres en mer systematisk tilnærming til ledelsesutvikling for leger (6–10). Medisinstudenter har poengtert at dagens studenter er fremtidens helseledere, og har etterlyst økt oppmerksomhet om ledelse i grunnutdanningen og mulighet for studieløp som kombinerer utdanning i helseledelse med medisinstudiet (11).

Ledelse og lederoppgaver

Ledelse handler om at en person eller en gruppe bidrar til at mennesker arbeider mot et felles mål (12). Ledelse kan defineres vidt, slik at begrepet inkluderer en organisasjons systemer for styring og administrasjon, eller mer snevert, slik at begrepet primært brukes om enkeltpersoners atferd, innflytelse og relasjoner. Ledelse utøves og virker på ulike nivå og kan være knyttet til en formell rolle eller oppstå og utspille seg i uformelle nettverk. Organisasjoner har ulik størrelse og innretning. I større organisasjoner vil det kunne eksistere flere formelle ledelsesnivåer: Hele organisasjonen (nivå 1), deler av organisasjonen (nivå 2), en avdeling (nivå 3), seksjon eller deler av en avdeling (nivå 4) og eventuelt ytterligere underliggende nivåer.

Gjennomgående handler ledelse om å ta strategisk ansvar, som innebærer å vurdere

behovet for, initiere og å gjennomføre nødvendige endringer. Ledere har videre et driftsansvar, som innebærer å ta et helhetlig ansvar for resultater innen faglige, økonomiske og juridiske rammer. Ledere har et personalansvar, med ansvar for alle faggrupper i virksomheten og for arbeidsmiljøet. Ledere har dessuten et kommunikasjonsansvar, som innebærer å sikre god kommunikasjon internt og eksternt.

Lederutvikling og ledelsesutvikling

Det er vanlig å skille mellom tiltak og aktiviteter rettet mot å utvikle kompetanse i ledelse hos enkeltindivider (lederutvikling) versus grupper eller organisasjoner (ledelsesutvikling) (13). Når det gjelder enkeltpersoner, vil nivået man skal utøve ledelse på og organisasjonens innretning ha betydning for hvilken kompetanse som er relevant å ha eller utvikle. Klinikere i lederroller rapporterer om at de i liten grad var forberedt på hvilke utfordringer rollen som leder ville gi (14). I tillegg rapporterer klinikere som er ledere at de opplever at deres identitet som fagperson settes i spill, dels av medarbeidere og kolleger, dels fordi de må forholde seg til nye systemer og hensyn (15). Ved håndtering av ledelsesutfordringer kan leger oppleve at de mister noe av sin faglige autoritet (16).

Tiltak og aktiviteter som har til hensikt å styrke ledelseskompetanse kan inndeles i fem kategorier: Utviklende relasjoner (rollemodeller, mentorer og nettverk), utviklende oppgaver (prosjektarbeid og utvidet ansvar), tilbakemelding (bruk av systematiske metoder for tilbakemelding på prestasjon som leder), formelle program (kurs og utdanning) og ulike typer egenutviklingsaktiviteter (13). Det er dokumentert at leder- og ledelsesutvikling for leger er assosiert med økt opplevelse av kompetanse og trygghet i rollen som leder. Det er imidlertid behov for mer forskning om hvilke typer program, tiltak og aktiviteter som er hensiktsmessige for å utvikle ulike typer kompetanse (17). I enkelte studier har man kunnet dokumentere effekter av ledelsesutvikling på pasientbehandlingen. Felles for disse studiene er at de evaluerte kursopplegg med flerfaglig prosjektarbeid knyttet til spesifikke pasientgrupper (17).

Ulike typer kompetanse

Med hensyn til utvikling av kompetanse kan det være nyttig å dele denne inn i områdene kunnskap, ferdigheter og personlig fortrolighet med å være leder (13, 17, 18). Det kan ta tid å utvikle en identitet som leder, og identifisering med lederrollen antas å kunne påvirke motivasjonen til å søke nye ledelsesutfordringer og tilegne seg kunnskap og ferdigheter (15). Det er derfor viktig å ivareta den personlige dimensjonen og refleksjonene som del av initiativet for å fremme lederutvikling for leger. Selv om helsetjenesten i økende grad preges av flerfaglighet og teamarbeid, kan det være viktig, i hvert fall i en tidlig fase av et utviklingsløp, å gjennomføre aktiviteter spesifikt for den enkelte profesjon (19).

Logikker og hybridledelse

Det er få som tror det er mulig å drive helsevesenet uten at legene deltar aktivt i ledelsen av tjenestene. Samtidig må leger erkjenne at den medisinske eller profesjonelle logikk ikke vil være suveren i alle sammenhenger. Derfor er det viktig at leger skaffer seg innsikt i de andre logikkene som opererer sammen med den medisinske, slik som den økonomiske, organisatoriske, juridiske og demokratiske logikk, som stiller krav til innsyn og medvirkning (20). Ledelse vil ofte handle om å inngå kompromisser hvor ulike hensyn er veid mot hverandre. Det er viktig at dialogen internt i organisasjonen fungerer på tvers av nivåer, slik at beslutninger bygger på et så korrekt, bredt og relevant grunnlag som mulig.

Begrepene «hybridleder» og «hybridledelse» er lansert for å karakterisere rollen som leder i en kunnskapsorganisasjon (21). Hybridledelse er ikke klart definert, men betegner en blandingsrolle mellom faglig og generell ledelse (22). Ledelse i dagens helsevesen vil handle om mer enn kun å lede faget – en leder vil måtte ta et helhetlig ansvar for alle sider av virksomheten og kunne beherske de ulike styringssystemene og logikkene. Dette helhetlige

ansvaret er ytterligere understreket gjennom forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, som trådte i kraft fra 2017. Helsevesenet trenger dyktige klinikere, men det trenger også «helsesystemleger» som påtar seg en lederrolle, slik at det hele kan henge sammen på en trygg og god måte.

Hva gjøres og kan gjøres?

Flere aktører kan bidra til leder- og ledelsesutvikling for leger, som utdanningsinstitusjoner, virksomhetene og profesjonsforeninger. En rekke utdanningsinstitusjoner har etablert kurs og programmer innen helseledelse og helseadministrasjon. Helseforetak og kommuner har utviklet egne interne lederutviklingsprogram, og enkelte slike gjennomføres i et samarbeid med utdanningsinstitusjoner. Det ble i 2012 publisert et dokument som dannet en plattform for ledelse og ledelsesutvikling i norske helseforetak (23). Regjeringen har i 2017 forskriftsfestet en felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger som spesifiserer ulike typer ledelses- og systemkompetanse som grunnutdanningene skal dekke. Undervisning innen ledelse og systemkompetanse er kommet på timeplanen i medisinstudiet (24). Et neste skritt ville være å utvikle egne studietilbud i form av lederlinjer, som kunne gi enkelte studenter en formell dobbeltkompetanse tidlig i karrieren (11).

I Storbritannia ble det i 2011 under Royal College of Physicians etablert en spesialitetsovergrepene forening for ledelse kalt Faculty of Medical Leadership and Management (25). Formålet er å skape en arena for leder- og ledelsesutvikling og å styrke legers kompetanse innen ledelse og administrasjon. Legeforeningen og underforeninger har tatt en rekke initiativ for å styrke ledelseskompetansen for leger, inkludert støtte til utdanningstilbud, lederstipend, egne ledelseskurs for fastleger og etablering av «Helselederskolen».

Ledelse kan fremmes gjennom en rekke ulike tiltak, men det må også arbeides systematisk med å anerkjenne at rollen som leder og helsesystemlege krever en tilleggskompetanse og samtidig utgjør en viktig del av det medisinske oppdraget.

LITTERATUR:

1. Clay-Williams R, Ludlow K, Testa L et al. Medical leadership, a systematic narrative review: do hospitals and healthcare organisations perform better when led by doctors? *BMJ Open* 2017; 7: e014474. [PubMed][CrossRef]
2. West M, Armit K, Lowenthal I et al. Leadership and leadership development in health care: the evidence base. London: The Faculty of Medical Leadership and Management, 2015. www.fmlm.ac.uk/sites/default/files/content/resources/attachments/FMLM-Leadership%20and%20Leadership%20Dev%20in%20Healthcare%2032pp%2019022015.pdf (12.8.2018).
3. Sarto F, Veronesi G. Clinical leadership and hospital performance: assessing the evidence base. *BMC Health Serv Res* 2016; 16 (Suppl 2): 169. [PubMed][CrossRef]
4. Savage M, Mazzocato P, Savage C et al. Physicians' role in the management and leadership of health care: a scoping review. Department of Learning, Informatics, Management and Ethics. Stockholm: Karolinska Institutet, 2017.
5. Goodall AH. Physician-leaders and hospital performance: is there an association? *Soc Sci Med* 2011; 73: 535 - 9. [PubMed][CrossRef]
6. Lega F, Prenestini A, Rosso M. Leadership research in healthcare: A realist review. *Health Serv Manage Res* 2017; 30: 94 - 104. [PubMed][CrossRef]
7. Warren OJ, Carnall R. Medical leadership: why it's important, what is required, and how we develop it. *Postgrad Med J* 2011; 87: 27 - 32. [PubMed][CrossRef]
8. Coltart CE, Cheung R, Ardolino A et al. Leadership development for early career doctors. *Lancet* 2012; 379: 1847 - 9. [PubMed][CrossRef]

9. Blumenthal DM, Bernard K, Bohnen J et al. Addressing the leadership gap in medicine: residents' need for systematic leadership development training. *Acad Med* 2012; 87: 513 - 22. [PubMed][CrossRef]
10. Lerman C, Jameson JL. Leadership Development in Medicine. *N Engl J Med* 2018; 378: 1862 - 3. [PubMed][CrossRef]
11. Hegvik T-A, Valestrand EA. Dagens studenter er fremtidens helseledere. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 1520. [PubMed][CrossRef]
12. Northhouse PG. *Leadership: theory and practice*. London: Sage, 2016.
13. Frich JC, Sjøvik H, Spehar I. Leder- og ledelsesutvikling i helsevesenet – en oversikt. *Michael* 2017; 14: 168 - 76.
14. Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Clinicians' experiences of becoming a clinical manager: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 421. [PubMed][CrossRef]
15. Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Professional identity and role transitions in clinical managers. *J Health Organ Manag* 2015; 29: 353 - 66. [PubMed][CrossRef]
16. Spehar I, Sjøvik H, Karevold KI et al. General practitioners' views on leadership roles and challenges in primary health care: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care* 2017; 35: 105 - 10. [PubMed][CrossRef]
17. Frich JC, Brewster AL, Cherlin E] et al. Leadership development programs for physicians: a systematic review. *J Gen Intern Med* 2015; 30: 656 - 74. [PubMed][CrossRef]
18. Sonnino RE. Health care leadership development and training: progress and pitfalls. *J Healthc Leadersh* 2016; 8: 19 - 29. [PubMed][CrossRef]
19. Frich JC, Spehar I. Physician leadership development: towards multidisciplinary programs? *BMJ Leader* 2018, doi: 10.1136/leader-2018-000070. [CrossRef]
20. Martinussen PE, Frich JC, Vrangbæk K et al. Organisatoriske forhold og løsninger i spesialisthelsetjenesten – hva mener sykehuslegene? *Michael* 2017; 14 (suppl 19): 95 - 105.
21. Kurunmäki L. A hybrid profession—the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Account Organ Soc* 2004; 29: 327 - 47. [CrossRef]
22. Berg LN, Byrkjeflot H, Kvåle G. 2010. Hybridledelse i sykehus: en gjennomgang av litteraturen. *Nordiske organisasjonsstudier* 2010; 12: 30–49.
23. Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak. https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2031-13%20vedlegg%20Rapport_Nasjonalplattformforledelse_web.pdf (12.8.2018).
24. Frich JC. Medisinsk grunnutdanning – hvordan har norske universiteter forholdt seg til signaler om nye kompetansekrav? *Uniped* 2016; 39: 304 - 15. [CrossRef]
25. Faculty of Medical Leadership and Management. 2018. <https://www.fmlm.ac.uk/> (12.8.2018).

Publisert: 1. september 2018. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0645

Mottatt 16.8.2018, første revisjon innsendt 28.8.2018, godkjent 29.8.2018.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no