
Avdelingsoverlegen skal være leder

FRA FORENINGEN

AARSETH HP

Det har gjennom flere måneder vært en konflikt om hvordan ledelsesstrukturen skal være ved Rikshospitalet. Styret besluttet i oktober 1995 en todelt, enhetlig ledelsesmodell. Stortinget vedtok senere at det også i helsevesenet skulle være en leder på alle nivåer. Den best kvalifiserte etter en totalvurdering skulle velges, men det ble også uttalt at den som hadde det medisinsk-faglige ansvar måtte ha nødvendig myndighet.

Rikshospitalets styre måtte etter dette trekke sitt opprinnelige vedtak. I den videre prosess ble det fremmet et nytt forslag, basert på en leder av de planlagte klinikker. Legeforeningen fant dette interessant, men påpekte at forslaget kunne gi grunnlag for at det ble etablert to reelle ledelseslinjer helt til toppen. Ved styrebehandlingen i februar ble det meget overraskende fattet vedtak om at det skulle opprettes egne sykepleieavdelinger med budsjett- og driftsansvar, sideordnet de medisinsk-faglige avdelinger.

Myndighet til avdelingsoverlegen

Legene ved Rikshospitalet reagerte meget kraftig mot dette forslaget og uttrykte mistillit til ledelsen og styret. Også Helsetilsynet stilte spørsmål ved ordningen, bl.a. ble det bedt om en vurdering av om de ville være i strid med legelov, personregisterlov og kvakksalverlov.

Etter en totalvurdering av disse forhold tilrådte Sosial- og helsedepartementet at den som har avdelingsoverlegeansvaret også skulle ha myndigheten. I de to klinikkene som har en faglig enhetlig oppbygning (medisin og kirurgi) burde klinikklederen være lege og ha avdelingsoverlegeansvaret. I de øvrige klinikker burde det medisinsk-faglige ansvar være tillagt avdelingsoverlegene, mens klinikklederen i utgangspunktet kunne være en medhelsefaglig eller medisinsk bakgrunn.

Styret ved Rikshospitalet har nå gjort sitt endelige vedtak i tråd med dette.

Legeforeningen håper at dette vedtaket kan legge grunn for en organisering og drift som baserer seg på et godt og konstruktivt samarbeid mellom berørte parter, hvor også sykepleietjenesten kan få ha styring over sitt fagområde med muligheten til fortsatt faglig utvikling.

Det må være en prioritert arbeidsoppgave for Legeforeningen å bidra til å utvikle en lederrolle som passer til, og kan ivareta, alle de oppgaver og forpliktelser en avdelingsoverlege må ha. Legeforeningen mener avdelingsoverlegen må ha solid forankring i eget fagfelt. Vi stiller derfor krav om spesialistkompetanse innen fagområdet. Vi tror også avdelingsoverlegen må ha en klinisk tilknytning i sin funksjonstid. Ikke bare er dette nødvendig for å kunne følge med i fagets utvikling, det er også det beste grunnlag for å gi avdelingsoverlegen den faglige autoritet som funksjonen må ha.

Kollegium

Det er slutt på den tid at avdelingsoverlegen skulle være den beste av alle på alle områder innen sitt fag. Det er derfor viktig å utvikle samarbeidsformer som sikrer at legene ved en avdeling kan opptre som et kollegium. I dette kollegiet må avdelingsoverlegen være en likemann. Den enkelte lege må ha sin faglige autonomi. Når det er nødvendig med overordnede faglige beslutninger, bør det tilstrebes konsensus, men den endelige beslutning må ligge hos avdelingsoverlegen. Dette stiller store krav til avdelingsoverlegen som leder, men det stiller også krav til de andre legene.

Økt administrativ stab

I mange diskusjoner blandes begrepene ledelse og administrasjon. Selv om det må kreves at avdelingsoverlegen har administrativ kompetanse, bør hun/han ikke først og fremst være administrator. Andre kan gjøre den jobben like godt. Vi har i de senere år sett at den administrative staben i sykehusene har økt betydelig. Denne økningen har kommet sykehusets sentrale organisasjon. En slik organisering fører til økt belastning for avdelingsledelsene ved at det kreves rapporter og annet administrativt beslutningsgrunnlag. Det må bli et krav at avdelingsledelsen blir tilstrekkelig økonomisk og personelladministrativt personale. Derved vil avdelingsoverlegen kunne frigjøre tid til ledelse kombinert med medisinsk-faglig aktivitet. En slik tanke blir ofte imøtegått med at en leder skal bruke all sin tid til å være leder. Dette er ikke nødvendigvis riktig. Tvert imot ser vi fra anerkjente institusjoner i utlandet at de øverste ledere er særdeles aktive og fremtredende klinikere. Det må imidlertid aldri herske tvil om at lederen tar ledelsen på alvor og bruker den tid og de ressurser som er nødvendig for å være en god leder. En av de egenskapene som kjennetegner en god leder, er evnen til å delegerer.

Medled

Legeforeningen har gjennom flere år satset sterkt på lederutdanning. Vi er engasjert i Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo, og har på selvstendig grunnlag stått bak Medled. De som har vært så heldige å få delta i disse programmer har fått en god lederutdanning. Kapasiteten har imidlertid vært for liten. Det er også et spørsmål om disse utdanningsprogrammene i tilstrekkelig grad er skreddersydd for

avdelingsoverlegensfunksjonsområder. Av forskjellige grunner har sentralstyret vedtatt at det ikke skal tas opp et nytt kull ved Medled i1996. I stedet må vi ta en grundig diskusjon om hvorvidt Medled i sin nåværende form er en god og forsvarlig bruk av økonomiske ressurser. Et mindre ambisiøst, men mer målrettet opplegg kunne gi rom for å utdanne langt flere.

Legeforeningen har hele tiden understreket at mange leger i tillegg til sin medisinske kunnskap, også har gode lederegenskaper. Det er denne kombinasjonen som har berettiget vårt standpunkt om at avdelingslederen må være lege. Desom sitter i slike funksjoner har både mulighet til og ansvar for å vise at Legeforeningens standpunkt er riktig. Legeforeningen har på sin side et ansvar for å bidra til å utvikle et kollegialt miljø hvor lederen og lederensfunksjon blir respektert.

Hans Petter Aarseth
president

Publisert: 30. mai 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 8. september 2026.