
Sykehusledernes vanskelige balansegang

LEGELIVET

FREDRIK BÅÅTHE

fredrik.baathe@lefo.no

Fredrik Bååthe er gjesteforsker ved LEFO – Legeforskningsinstituttet.

Høy kvalitet på pasientbehandlingen bidrar til legers jobbtilfredshet. Sykehusledere må skape tid og rom i arbeidshverdagen til legene slik at de aktivt kan bidra i det pasientnære kvalitetsforbedringsarbeidet.



Illustrasjonsfoto: Morsa
Images / iStock. Tilpasset av
Tidsskriftet.

LEFO – Legeforskningsinstituttet har tidligere studert legenes perspektiv på samspillet mellom organisatoriske faktorer, legers jobbtilfredshet og kvaliteten på pasientbehandlingen. Vi fant at det var behov for bedre samspill mellom leger og ledere [\(1\)](#). Resultatene fra denne studien ble fulgt opp i en annen nylig publisert LEFO-studie om sykehusledelsens perspektiv [\(2\)](#). Mens sykehusledere understreker viktigheten av å balansere disse forholdene, viste studien at dette er stadig vanskeligere å få til når ledelsen kommer under eksternt og internt press. Eksternt press kan være at styret ønsker raskere endringsprosesser, og internt press kan være at ansatte er mer kritiske enn forventet til en endring. Når presset øker blir det vanskeligere å balansere, og økonomiske forhold blir prioritert. Balansegangen mellom kvalitet på pasientbehandlingen, fagfolks engasjement og virksomhetens økonomiske rammer krever kontinuerlig oppmerksomhet fra ledelsen.

«Balansegangen mellom kvalitet på pasientbehandlingen, fagfolks engasjement og virksomhetens økonomiske rammer krever kontinuerlig oppmerksomhet fra ledelsen»

En måte å forstå disse resultatene på, er at sykehus er svært komplekse organisasjoner. Kompleksitetsteori har vist seg å være en nyttig tilnærming for å forstå utfordringen med å oppnå en mer bærekraftig helsetjeneste (3). Et grunnleggende perspektiv i teorien *complex responsive processes* er at vedvarende endring ikke kan implementeres ved en beslutning fra toppen i en organisasjon (4). Lederne har ingen absolutt makt, men har i kraft av sin rolle oppgaven med å peke ut en ønsket retning eller strategi. Hva som skjer med lederens intensjon, avhenger av hvordan de ansatte tolker og reagerer på den. Teorien viser at det er i denne interaksjonen mellom intensjon og respons at endring oppstår eller ikke oppstår. Ledere må derfor involvere medarbeidere på en strukturert og gjentakende måte for å skape et bredt og klinisk forankret kunnskapsgrunnlag og en bærekraftig endringsprosess. Denne tverrfaglige tilnærmingen gjør det mulig for ledelsen å ta informerte beslutninger som bedre balanserer pasientsikkerhet, medisinsk kvalitet og faglig tilfredshet innenfor de økonomiske rammene.

Hvordan få en konstruktiv endringsprosess

Ledere og leger ser ut til å ha ulik forståelse av behovet for endring i sykehus og hvordan veien mot denne endringen skal være. Ledere må kunne oversette og formidle for eksempel eksterne pålegg om effektivitet til klinikernes profesjonelle ønske om å forbedre pasientbehandlingen (5). Studier viser at forandringer som er klinisk nyttige og fører til forbedret kvalitet i pasientbehandlingen, kan bidra til økt jobbtildfredshet og redusere utbrenthet for leger (6).

«Forandringer som er klinisk nyttige og fører til forbedret kvalitet i pasientbehandlingen, kan bidra til økt jobbtildfredshet og redusere utbrenthet for leger»

I en dansk studie så man på hvordan motsetninger i lederes og legers tenkning om endring kunne møtes for å få en konstruktiv endringsprosess som ga rom for både behandlingskvalitet og tilfredshet hos personalet (5). Endringene bidro også til mer effektiv bruk av ressurser og påvirket økonomien positivt. En annen studie viste hvordan leger, ledere og sykepleiere i fellesskap endret visittgangen, som resulterte i økt arbeidstildfredshet hos leger, økt læring for sykepleiere og økt delaktighet i egen behandling for pasienter (6).

I en tysk studie analyserte en gruppe leger gjennom gjentatte gruppemøter problematiske arbeidsforhold, utviklet løsninger og implementerte disse (7). Man målte bedring både i legenes arbeidsforhold og pasientenes tilfredshet sammenlignet med avdelinger uten slike prosesser.

Kunnskapen om sammenhenger mellom legers tilfredshet, helse og atferd og kvalitet i pasientbehandlingen vokser stadig. De fleste studiene rapporterer om en risiko for fremmedgjøring og utbrenthet når lederne vektlegger effektivitet og produksjon mer enn pasientkvalitet (8–10). Disse funnene samsvarer i stor grad med forskning gjort i andre sektorer, for eksempel doktoravhandlingen *Som å bli fremmed i eget hus – Politiets opplevelse av mening og motivasjon i lys av nye styringssystemer* (11). Samtidig må videre forskning ta hensyn til helsetjenestens særegne og unike behov.

REFERENCES

1. Bååthe F, Rosta J, Bringedal B et al. How do doctors experience the interactions among professional fulfilment, organisational factors and quality of patient care? A qualitative study in a Norwegian hospital. *BMJ Open* 2019; 9: eo26971. [PubMed][CrossRef]
2. Bååthe F, von Knorring M, Isaksson-Rø K. How hospital top managers reason about the central leadership task of balancing quality of patient care, economy and professionals' engagement: an interview study. *Leadersh Health Serv (Bradford Engl)* 2022 doi: 10.1108/LHS-02-2022-0009. [PubMed][CrossRef]
3. Greenhalgh T, Papoutsi C. Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Med* 2018; 16: 95. [PubMed][CrossRef]
4. Stacey RD, Mowles C. Strategic management and organisational dynamics: the challenge of complexity to ways of thinking about organisations. Harlow: Pearson Education, 2016.
5. Storkholm MH, Mazzocato P, Savage M et al. Money's (not) on my mind: a qualitative study of how staff and managers understand health care's triple Aim. *BMC Health Serv Res* 2017; 17: 98. [PubMed][CrossRef]
6. Bååthe F, Ahlborg G, Edgren L et al. Uncovering paradoxes from physicians' experiences of patient-centered ward-round. *Leadersh Health Serv (Bradford Engl)* 2016; 29: 168–84. [PubMed][CrossRef]
7. Weigl M, Hornung S, Angerer P et al. The effects of improving hospital physicians working conditions on patient care: a prospective, controlled intervention study. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 401. [PubMed][CrossRef]
8. Firth-Cozens J, Greenhalgh J. Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med* 1997; 44: 1017–22. [PubMed][CrossRef]
9. West CP, Tan AD, Habermann TM et al. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA* 2009; 302: 1294–300. [PubMed][CrossRef]

10. Swensen S, Shanafelt T. Mayo Clinic strategies to reduce burnout: 12 actions to create the ideal workplace. New York, NY: Oxford University Press, 2020.
 11. Wathne CT. Som å bli fremmed i eget hus - Politiets opplevelse av mening og motivasjon i lys av nye styringssystemer. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for kriminologi og retts sosiologi, Universitetet i Oslo, 2015.
<http://urn.nb.no/URN:NBN:no-56456> Lest 15.2.2023.
-

Publisert: 13. mars 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0119
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 17. februar 2026.