

## Leder- og ledelsesutvikling i helsevesenet – en oversikt

*Michael 2017;14: Supplement 19, 168–76.*

*Artikkelen omhandler tilnærminger til leder- og ledelsesutvikling i helsevesenet. Vi vil definere begrepene lederutvikling og ledelsesutvikling, peke på betydningen av å tydeliggjøre forventet læringsutbytte, presentere ulike typer tiltak og aktiviteter, diskutere styrker og svakheter ved interne og eksterne program, før vi gjør rede for kunnskapsstatus om effekter av lederutvikling. I litteraturen er det vanlig å skille mellom tiltak og aktiviteter rettet inn mot å utvikle enkelt-individer (lederutvikling) versus grupper eller organisasjoner (ledelsesutvikling). Tiltak og aktiviteter kan inndeles i fem kategorier: Utviklende relasjoner, utviklende oppgaver, tilbakemelding, formelle program og egenutviklingsaktiviteter. Det er dokumentert at leder- og ledelsesutvikling er assosiert med positive resultater, men det er behov for mer forskning om hvilke typer program, tiltak og aktiviteter som er hensiktsmessige.*

### Innledning

Helsevesenet preges av høye ambisjoner, med økende krav til kvalitet innen begrensede ressursmessige rammer (1). Økt faglig spesialisering skaper i tillegg et økt behov for koordinering og ledelse av virksomheten (2,3). I den norske spesialisthelsetjenesten ble det i 2001 innført en modell med enhetlig ledelse (spesialisthelsetjenestelovens § 3-9). Man valgte en slik modell til fordel for en profesjonsbasert modell for å tydeliggjøre ansvarlinjer og for å fremme helhetlig ledelse. Sykehus er komplekse virksomheter og i tillegg til faglig innsikt må ledere ha innsikt i områder som juss, økonomi, kvalitetsmåling, brukerinvolvering og personalhåndtering. *Nasjonal helse- og sykehusplan* fastslår at ledere i helsevesenet har fire typer ansvar (4):

- *Strategisk ansvar*, som innebærer kontinuerlig å vurdere behovet for, initiere og gjennomføre nødvendige endringsprosesser

- *Driftsansvar*, som innebærer å ta et helhetlig ansvar for resultater og for at dette skjer innenfor fastsatte rammer
- *Personalansvar*, som innebærer å ta ansvar for alle faggrupper i virksomheten og sikre at arbeidsmiljø og organisasjonskultur er tilpasset oppgavene som skal løses
- *Kommunikasjonsansvar*, som innebærer å sikre god kommunikasjon og informasjon internt og eksternt for å fremme gode prosesser, oppgaveløsning, åpenhet og demokrati

Ledelsesmodellen i norsk spesialisthelsetjeneste innebærer at ledere må ha bred kompetanse (5), hvilket har konsekvenser for leder- og ledelsesutvikling. Avhengig av nivået i organisasjonen vil det stilles ulike krav til rollen og kompetansen som kreves. Hvordan fremme og styrke denne kompetansen? Formålet med denne artikkelen er å gi en oversikt over tilnærminger til leder- og ledelsesutvikling i helsevesenet. Vi vil først definere begrepene lederutvikling og ledelsesutvikling, peke på betydningen av å tydeliggjøre forventet læringsutbytte, presentere ulike typer tiltak og aktiviteter, diskutere styrker og svakheter ved interne og eksterne program, før vi gjør rede for kunnskapsstatus om effekter av lederutvikling.

### Leder- og ledelsesutvikling

Ledelse handler om at en person eller en gruppe evner å engasjere og inspirere andre mennesker til å ville jobbe mot et felles mål (6). En trend internasjonalt har vært å betrakte ledelse som en egenskap ved et system, snarere enn noe som en enkelt person bedriver (7). En slik distribuert tilnærming til ledelse kan skape uklarheter når det gjelder oppgaver og roller (8), men det er samtidig vanskelig å tenke seg hvordan en leder skal kunne lede grupper av profesjonsutøvere i helsevesenet uten at medarbeiderne har en systembevissthet, fungerer i team og tar et medansvar. Det er vanlig å trekke et begrepsmessig skille mellom «lederutvikling» og «ledelsesutvikling». Lederutvikling handler om å øke enkeltpersoners kapasitet til å fungere effektivt i lederroller og prosesser, mens ledelsesutvikling handler om å øke en gruppes kapasitet til å skape felles retning, forpliktelse og engasjement (9–11). I helsevesenet trengs både kompetente ledere og medarbeidere med vilje og kapasitet til å utøve lederskap.

### Kompetanse og forventet læringsutbytte

Leder- og ledelsesutvikling bør hvile på bevisste målsettinger, og man bør ha et tydelig bilde av hva man konkret ønsker å oppnå. Eksempelvis vil man kunne drive lederutvikling ved at enkeltpersoner deltar på virksom-

Tabell 1. Oversikt over ulike typer tiltak og aktiviteter innen leder- og ledelsesutvikling.

Aktivitet/tiltak	Beskrivelse
Utviklende relasjoner	Mentorer Profesjonelle coacher Nettverk
Utviklende oppgaver	Rotasjon og endring i jobb/oppgaver Utvidet ansvar Midlertidige oppgaver og prosjektarbeid Ledelsesoppgaver utenfor jobben
Tilbakemelding	Tilbakemeldinger på prestasjoner 360-graders feedback
Formelle program	Universitets- eller høyskolebaserte program Kurs og program for ferdighetstrening Program for personlig utvikling
Egenutviklingsaktiviteter	Leser bøker, artikler eller bruke andre læringsressurser Foredrag og seminarer Konferanser og møter

Modifisert etter en oversikt fra Center for Creative Leadership (17).

hetseksterne kurs, mens man trolig vil velge en virksomhetsintern tilnærming om man vil drive ledelsesutvikling. Innen universitets- og høyskolesystemet formulerer man læringsutbyttebeskrivelser for alle emner og program. Kategoriene som brukes er kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse. Kategoriene samsvarer ganske godt med en tredeling som er blitt brukt innen leder- og ledelsesutvikling, hvor ulike program, tiltak og aktiviteter kan rettes inn mot det å være leder (*being*), tilegne seg kunnskaper og ferdigheter som er nødvendig for å kunne lede (*knowing*) og det å oppøve kyndighet eller kapasitet til å lede (*doing*) (12,13). Program og aktiviteter kan ha ulike innretninger avhengig av hvilke typer kompetanse man ønsker å utvikle. Hvilket nivå i organisasjonen retter programmer og aktiviteter seg mot? Hvilke type kompetanse er det man ønsker å utvikle?

### Ulike tiltak og aktiviteter

Det er publisert oversikter over tilnærminger til leder- og ledelsesutvikling (11,13,14–18). Tiltak og aktiviteter kan basere seg på at personer eller grupper blir gjenstand for vurdering og at man gis ulike typer utfordringer og støtte. Vi vil her ta utgangspunkt i en typologi fra Center for Creative Leadership i USA (17) (tabell 1).

*Utviklende relasjoner* som mentorer, rådgivere, veiledere eller coacher kan bidra til leder- og ledelsesutvikling. Formelle og uformelle mentorer kan tjene som viktige rollemodeller i lærings- og utviklingsprosesser. En mentor er gjerne mer erfaren og har et ønske om å dele sine erfaringer. I Mayo-klinikken i USA har man eksempelvis utstrakt bruk av tidligere ledere som mentorer for nytilsatte ledere (19). Rådgivere, veiledere og coacher representerer en annen type kompetanse som kan bidra til utvikling. Kontakt mellom personer som har samme roller, gjennom formaliserte fag- eller læringsnettverk, kan også bidra til utvikling av kompetanse. Utviklende relasjoner vil i noen grad etableres spontant, men organisasjoner kan og bør legge til rette for utvikling av slike relasjoner gjennom formelle ordninger og aktiviteter.

*Utviklende oppgaver* for en avgrenset periode eller på permanent basis kan gi enkeltindivider eller grupper økt kompetanse innen ledelse. Personer kan bli bedt om å påta seg ansvarsfulle roller eller prosjekter, noe som vil kunne virke utviklende. Prosjektarbeid hvor man arbeider sammen med andre for å løse utfordringer kan gi medarbeidere og ledere ny kompetanse, innsikt og erfaring, særlig dersom gruppen får veiledning og tilbakemelding. Lederoppgaver utenfor jobben, slik som verv eller funksjoner i organisasjoner og foreninger, kan også gi verdifull erfaring og kompetanse som kan komme til nytte i arbeidssammenheng.

*Tilbakemelding* på hvordan en person eller enheten presterer kan gi grunnlag for utvikling. Slike tilbakemeldinger kan gis gjennom regelmessige medarbeidersamtaler og medarbeiderundersøkelser. Såkalte 360-graders verktøy er mye brukt innen lederutvikling, hvor det innhentes vurderinger fra medarbeidere, likestilte kollegaer og ledere. Flere forfattere påpeker at organisasjoner som ønsker å utvikle sine ansatte bør betrakte slike tilbakemeldinger som en kontinuerlig prosess og som en integrert del av ledelsesutviklingen (20,21).

*Formelle program* innebærer strukturerte programmer eller kurs i eller utenfor regulær arbeidstid. Slike programmer kan variere i innhold og struktur avhengig av hva som er målsettingen. Programmene kan være drevet internt i en virksomhet, av eksterne, inkludert universiteter og høyskoler, eller arrangeres i et samarbeid mellom interne og eksterne aktører.

*Egenutviklingsaktiviteter* inkluderer blant annet lesing av bøker og artikler, samt læring ved bruk av interaktive ressurser som muliggjør egenutvikling uavhengig av tid og sted. Deltakelse i nettverk og grupper og deltakelse på foredrag og konferanser kan bidra til egenutvikling.

## Interne og eksterne program

Leder- og ledelsesutvikling kan foregå internt i virksomheten eller i regi av eksterne eller frittstående aktører som universiteter og høyskoler eller private selskaper. Enkelte store sykehus og klinikker, eksempelvis Cleveland klinikken i USA, har etablert egne ledelsesakademier (15), mens andre, slik som Partners HealthCare i Boston, baserer seg mer på eksterne aktører eller på et partnerskap med slike. I Storbritannia har man etablert et eget ledelsesakademi i NHS. I Norge har en rekke helseforetak etablert egne interne program, og i tillegg finnes et nasjonalt topplederprogram. Generelt vil det være større mulighet for å styrke og utvikle en gruppes kapasitet til å skape felles retning, forpliktelse og engasjement gjennom interne program og tiltak. Samtidig – hvis man kun baserer seg på interne – program kan det være kompetanse organisasjonen kanskje ikke får utviklet i samme grad eller like effektivt som ved bruk av eksterne aktører. Aktører innen universitets- og høyskolesektoren kan tilby fordelene ved stordrift, forskningsbasert undervisning, og en møteplass på tvers av organisasjoner og nivå i helse-tjenesten. Eksterne program kan kanskje også bidra med nye perspektiv og ideer som kan gi grunnlag for nyskaping.

## Leder- og ledelsesutvikling – nytter det?

Det er forskningsbasert dokumentasjon for at leder- og ledelsesutvikling bidrar til økte kunnskaper og ferdigheter og bidrar til at organisasjoner når sine målsettinger (10,11, 22–25). Den beste tilnærmingen til leder- og ledelsesutvikling er trolig å bruke mange og varierte læringsmetoder (25). Når det gjelder leder- og ledelsesutvikling i helsevesenet viser en systematisk gjennomgang av litteraturen at deltakerne generelt har positive erfaringer med å delta i kurs og programmer, samt at det finnes enkelte studier hvor man har målt og kan dokumentere langtidseffekter av betydning for organisasjonen (3). Studiene som har kunnet vise konkrete og målbare resultater på organisasjonsnivå, eksempelvis på kvalitetsindikatorer, inneholdt gruppearbeid hvor deltakerne arbeidet med en spesifikk kvalitetsutfordring.

## Diskusjon

Leder- og ledelsesutvikling er en kontinuerlig prosess og en organisasjon bør ha en overordnet plan for tiltak og aktiviteter. Forskning fra norsk helsevesen indikerer at ledere i klinikken ofte kastes inn i lederroller uten å være tilstrekkelig forberedt (26). Man vil trolig lykkes bedre både med rekruttering og ivaretagelse av nye ledere dersom organisasjonen har en plan for å identifisere, stimulere og støtte medarbeidere som enda ikke har en formell lederrolle (20). Mayo-klinikken i USA er ett av de systemene som

Tabell 2. Ulike typer resultatmål for evaluering av og forskning om leder- og ledelsesutvikling.

Nivå	Resultat	Beskrivelse
1	Reaksjoner/opplevelse	Hvordan deltakerne opplever programmet og mål på deres tilfredshet med ulike komponenter
2A	Kunnskap (subjektiv)	Prinsipper, fakta, holdninger og ferdigheter som er lært gjennom og ved slutten av programmet, og som er selvrapportert av deltakeren eller vurdert av lærere
2B	Kunnskap (objektiv)	Prinsipper, fakta, holdninger og ferdigheter som er lært gjennom og ved slutten av programmet, og som er målt med objektive tester eller metoder
3A	Adferd/ekspertise (subjektiv)	Endringer i atferd på jobben, slik deltakeren selv opplever det, eller globale vurderinger av medarbeidere eller overordnede
3B	Adferd/ekspertise (objektiv)	Konkrete resultater som sier noe om atferd på jobben eller andres objektive skåring av observerbar atferd
4A	Resultater på organisasjonsnivå (subjektiv)	Resultater på organisasjonsnivå, vurdert av deltakeren eller medarbeidere
4B	Resultater på organisasjonsnivå (objektiv)	Konkrete resultater på organisasjonsnivå, som reduserte kostnader, forbedret kvalitet eller fremmelser til nye stillinger

Basert på en oversikt publisert av Frich et al (3), modifisert etter Kirkpatrick's 4-nivå-modell.

jobber svært systematisk ut fra en slik «pipeline»-tilnærming, hvor man identifiserer og videreutvikler aktuelle interne kandidater til fremtidige lederoppgaver (19). Forskning viser at det kan ta tid å utvikle en identitet som leder og at identifisering med lederrollen antas å kunne påvirke motivasjonen til å søke nye ledelsesutfordringer og tilegne seg ny kunnskap og ferdigheter (27,28). Dette er en av grunnene til at spørsmål knyttet til identitet (*being*), motivasjon og rollefortrolighet bør være elementer i leder- og ledelsesutvikling (29,30).

Et godt leder- og ledelsesutviklingsprogram vil inneholde ulike elementer og aktiviteter. Det kan være fornuftig å vurdere hva som kan og bør gjøres internt og dernest benytte seg av eksterne program der de kan supplere og utfylle interne tiltak og aktiviteter. En formell og grundig lederutdanning for helsesektoren vil universiteter og høyskoler være best egent til å gi. Dialog på tvers av virksomheter, utdanningssektoren og private og offentlige aktø-

rer, og profesjonsforeninger, vil kunne bidra til økt samstemthet og en bedre og mer effektiv utnyttelse av ressursene.

En oversiktsartikkel fra 2014 konkluderte med behov for mer forskning og teoriutvikling innen ledelsesutviklingsfeltet (10). I en forskningsbasert evaluering bør man velge resultatmål som er egnet til å si noe om effekter og resultater på kort og lang sikt (tabell 2). Slik forskning kan bidra til økt kunnskap om hvilke typer program, tiltak og aktiviteter som er hensiktsmessige, gitt den kompetansen man ønsker å utvikle.

## Litteratur

1. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med.* 2014;12:573–6.
2. Blumenthal DM, Bernard K, Bohnen J, Bohmer R. Addressing the leadership gap in medicine: residents' need for systematic leadership development training. *Acad Med.* 2012;87:513–22.
3. Frich JC, Brewster AL, Cherlin EJ, Bradley EH. Leadership development programs for physicians: a systematic review. *J Gen Intern Med.* 2015;30:656–74.
4. Meld. St. 11 (2015–2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan.*
5. Frich JC. Modeller for ledelse i sykehus. *Overlegen.* 2016; nr.3:16–7.
6. Northhouse PG. *Leadership: theory and practice.* London: Sage, 2016.
7. Gronn P. Distributed leadership as a unit of analysis. *Leadersh Q.* 2002;13:423–51.
8. Martin G, Beech N, MacIntosh R, Bushfield S. Potential challenges facing distributed leadership in health care: evidence from the UK National Health Service. *Sociol Health Illn.* 2015;37:14–29.
9. van Velsor E, McCawley CD, Ruderman MN. (red.). *The Center for Creative Leadership handbook of leadership development, 3. utg.* San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2010.
10. Day DV, Fleenor JW, Atwater LE, Sturm RE, McKee RA. Advances in leader and leadership development: A review of 25 years of research and theory. *Leadersh Q.* 2014;25:63–82.
11. Day DV, Dragoni L. Leadership development: An outcome-oriented review based on time and levels of analyses. *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav.* 2015;2:133–56.
12. Hesselbein F, Shinseki EK. *Be, know, do: leadership the Army way.* San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2004.
13. Snook S, Nohria N, Khurana R. (red.). *The handbook for teaching leadership: knowing, doing, and being.* London: Sage, 2012.
14. Conger JA, Benjamin B. *Building leaders: how successful companies develop the next generation.* San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1999.
15. Christensen T, Stoller JK. Physician leadership development at Cleveland Clinic: a brief review. *Australas Psychiatry.* 2016;24:235–9.
16. Stoller JK. Developing physician-leaders: key competencies and available programs. *J Health Adm Educ.* 2008;25:307–28.

17. McCawley CD, Kanaga K, Lafferty K. Leaders development systems. I: van Velsor E, McCawley CD, Ruderman MN. (red.) *The Center for Creative Leadership handbook of leadership development*, 3. utg. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2010:29–62.
18. Conger JA, Fulmer RM. Developing your leadership pipeline. *Harv Bus Rev*. 2003; nr. 12: 76–84,125.
19. Berry LL, Seltman KD. *Management lessons from Mayo Clinic: inside one of the world's most admired service organizations*. New York, NY: McGraw-Hill, 2008.
20. Buchbinder SB, Shanks NH. *Introduction to health care management*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2012.
21. Blouin AS, McDonagh KJ, Neistadt AM, Helfand B. Leading tomorrow's healthcare organizations: strategies and tactics for effective succession planning. *J Nurs Adm*. 2006;36:325–30.
22. Burke MJ, Day RR. A cumulative study of the effectiveness of managerial training. *J Appl Psychol*. 1986;71:232–43.
23. Collins DB, Holton EF III. The effectiveness of managerial leadership development programs: a metaanalysis of studies from 1982 to 2001. *Hum Resour Dev Q*. 2004;15:217–48.
24. Day DV. Leadership development: a review in context. *Leadersh Q*. 2000;11:581–613.
25. Howard A, Wellins RS. *Global leadership forecast 2008/2009: Overcoming shortfalls of developing leaders*. Pittsburgh, PA: Developmental Dimensions International, 2008.
26. Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Clinicians' experiences of becoming a clinical manager: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:421.
27. Lord RG, Hall RJ. Identity, deep structure and the development of leadership skills. *Leadersh Q*. 2005;16:591–615.
28. Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Professional identity and role transitions in clinical managers. *J Health Organ Manag*. 2015;29:353–66.
29. Sjøvik H. *Leadership development for midlevel managers: a case study of a program at Akershus University Hospital*. Masteroppgave. Oslo: Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, 2015.
30. Spehar I. Gjør det vondt for leger å bli ledere? *Overlegen* 2016;nr. 3:14–5.

*Jan C. Frich*

*Professor*

*Avdeling for helseledelse og helseøkonomi*

*Institutt for helse og samfunn*

*Universitetet i Oslo*

*Postboks 1089 Blindern*

*0318 Oslo*

*jan.frich@medisin.uio.no*



*Hege Sjøvik*  
*Vitenskapelig assistent*  
*Avdeling for helseledelse og helseøkonomi*  
*Institutt for helse og samfunn*  
*Universitetet i Oslo*  
*Postboks 1089 Blindern*  
*0318 Oslo*  
*hege.sjovik@medisin.uio.no*

*Ivan Spehar*  
*Postdoktor*  
*Avdeling for helseledelse og helseøkonomi*  
*Institutt for helse og samfunn*  
*Universitetet i Oslo*  
*Postboks 1089 Blindern*  
*0318 Oslo*  
*ivan.spehar@medisin.uio.no*