



## **Styresak 52/08**

# **ORGANISASJON OG LEDELSE AV NORDLANDSSYKEHUSET – FORSLAG TIL NY OVERORDNET MODELL**

**Saksbehandler:**  
Eivind Solheiml

**Saksnr.:** 2008/1159  
**Dato:** 06.11.2008

### **Dokumenter i saken :**

Trykt vedlegg:

Vedlegg 1: Prosjektrapport – Ny organisasjons- og ledelsesmodell for Nordlandssykehuset

Vedlegg 2: Uttalelser og Innspill

Ikke trykt vedlegg:

Styresak 44/07, 13/06 og 28/06

### **Saksbehandlers kommentar :**

## **Bakgrunn**

Styret ved Nordlandssykehuset har behandlet ny organisasjonsmodell for Nordlandssykehuset i 3 møter; 17.12.2007, 14.04.2008 samt 19.06.2008. I møtet 19.06.2008 fattet styret følgende vedtak:

1. *”Prosjektet skal beskrive en modell med 6-8 klinikker for NLSHs medisinske virksomhet inkludert medisinsk service. Gruppen får i oppdrag å foreslå en konkret klinikkstruktur som bl.a. beskriver hvilke avdelinger som inngår i de ulike klinikker. Dersom gruppen mener det er hensiktsmessig å splitte opp noen av de nåværende spesialiteter og fordele funksjoner/oppgaver på ulike klinikker, skal dette konkretiseres og begrunnes. Gruppen skal også drøfte hvordan de nye klinikkene på et prinsipielt plan skal organiseres.*
2. *Prinsippet om gjennomgående ledelse legges til grunn. Gruppen skal foreslå, begrunne og navnssette antall nivåer i organisasjonsmodellen, prinsipper for ansvar og myndighet på ulike ledelsesnivåer, og tiltak for å motvirke mulige uheldige konsekvenser av valgt modell. Gruppen skal også vurdere kontrollspenn, råd og utvalgsstrukturer. I tillegg skal gruppen spesielt vurdere konsekvensene av ny modell opp mot dagens modell, når det gjelder kvalitet på pasienttilbud og stedlig ledelse i Vesterålen og Lofoten.*
3. *Gruppen skal foreslå nye stabs- og støttestrukturer på foretaks- og klinikknivå, herunder vurdere en hensiktsmessig fordeling av oppgaver/funksjoner på klinikk og foretaksnivå. Den skal foreta en beregning på hva foretaket trenger av slike tjenester, dimensjonering og forslag til organisering/samordning av fag og tjenester. Gruppen bes også vurdere hvordan ny teknologi kan effektivisere ressursbruken vedrørende støttetjenester.*
4. *Ny organisasjonsmodell forutsettes å gi reduserte kostnader gjennom stordrift og effektivisering. Gevinsten av ny organisasjonsmodell skal være minst 30 årsverk på foretaksnivå.*
5. *Arbeidet organiseres gjennom en bredt sammensatt arbeidsgruppe på ca. 25 personer der følgende tas hensyn til ved oppnevning av representanter: geografisk fordeling, faglig spredning, kjønn, ulike*

stillingskategorier, organisatorisk plassering, motivasjon og kompetanse for prosjektets oppdrag, tillitsvalgte avtalefestede representasjon og vernetjenestens representanter.

6. Regionale myndigheter og sykehusets vertskommuner gis anledning til å uttale seg i forkant av endelig styrebehandling.
7. Styret ber om at saken kommer til endelig behandling i møte 13.11.2008”

Med grunnlag i styrets vedtak ble det nedsatt en bredt sammensatt prosjektgruppe for å utrede grunnlag for ny organisasjonsmodell. I en innledende fase av prosjektet ble mandatet av representantene fra Lofoten og Vesterålen oppfattet slik at det åpnet for etablering av egne geografisk definerte klinikker i Lofoten og Vesterålen. Problemstillingen ble drøftet i styringsgruppa som slo fast at en modell med egne geografisk avgrensede klinikker i Lofoten og Vesterålen ansees å ligge utenfor mandatet som styret har vedtatt.

Det er gjennomført et omfattende utredningsarbeid som danner grunnlag for styresaken. Konsulentfirma Deloitte har vært engasjert som eksternt rådgiver. Rapport fra prosjektgruppens arbeid følger vedlagt.

Styret inviteres i denne saken til å vedta ny overordnet organisering og premisser for ny ledelsesmodell for Nordlandssykehuset.

## Forslag til klinikkmodell, jfr. punkt 1 i styrets vedtak

I henhold til punkt 1 i styrets vedtak skal en ”beskrive en modell med 6-8 klinikker for NLSHs medisinske virksomhet inkludert medisinsk service”, og ”foreslå en konkret klinikkstruktur som bl.a. beskriver hvilke avdelinger som inngår i de ulike klinikker”. Med ”medisinsk virksomhet” forstås avdelinger med direkte pasientrettet arbeid, såkalte kliniske avdelinger, og med ”medisinsk service” forstås avdelinger som betjener kliniske avdelinger med diagnostisk virksomhet.

I tråd med forslaget fra prosjektgruppen foreslås etablert en modell med 8 klinikker slik det går frem av figur 1 nedenfor.

Diagnostisk klinikk	Hode- og bevegelser klinikk	Akutt medisinsk Klinikk	Kvinne/barn klinikk	Kirurgisk Klinikk	Psykisk helse- og rus klinikk	Medisinsk klinikk	Preshospital Klinikk
Røntgen Laboratorie- medisin	Nevrologi Øre, nese, hals, øye, reuma Fysikals medisin og rehabiliter. Kliniske støttefag (fysio, ergo, sos., prest, Ernæring Rehab Lødingen	Akuttmottak Intensiv Anestesi Operasjon Sterilsentral Dagkirurgisk enhet	Gynekeologi Føde/barsel Barn	Kirurgi Ortopedi	Lofoten DPS Vesterålen DPS Salten DPS BUPA Psykisk helsevern for barn/UNGE Sentralsyke husklinikken for Voksen- psykiatri	Medisinsk Avdeling Kreft Hud	AMK – akutt- medisinsk kommunika- sjonssentral Prehospital (bil, båt, fly, helikopter)



Figur 1: Forslag til klinikkstruktur for Nordlandssykehuset HF med innhold på overordnet nivå og navn på klinikk.

## ***Diagnostisk klinikk***

### Begrunnelse:

Begge avdelinger har store fagmiljøer som driver relativt rent diagnostisk virksomhet. Avdelingenes rolle/relasjon til øvrige klinikker har svært mange likhetstrekk; de er begge medisinske serviceavdelinger som yter diagnostiske tjenester både innad i foretaket og eksternt mot førstelinjetjenesten.

Begge er i dagens organisasjonsmodell allerede etablert med gjennomgående faglig ledelse mellom Lofoten, Vesterålen og Bodø.

### Risiko:

Siden begge avdelinger allerede har gjennomgående faglig ledelse mellom de 3 geografiske enheter i foretaket, anses implementering av ny modell i stor grad å bygge på kjente forutsetninger, og forventes å ha relativt liten risiko.

### Andre løsninger som har vært drøftet, men forkastet:

Gruppen drøftet om klinisk service (fysioterapi, ergoterapi etc., se Hode og bevegelsesklinikk) skulle ligge i denne klinikken, men fant ikke å kunne tilrå dette. Dette skyldes at det er få felles trekk i metode/arbeidsform i forhold til de øvrige fagmiljøer i klinikken. Selv om klinisk service også yter tjenester til de øvrige klinikker, og en plassering her ville gi en autonom relasjon til den enkelte oppdragsgiver, er arbeidsformen svært forskjellig, og dessuten i sin natur betydelig mer terapeutisk enn diagnostisk. Gruppen drøftet også plassering av fagområdet stråling og kreft i denne klinikken, men valgte å tilrå at dette området organiseres som en egen avdeling i medisinsk klinikk. Igjen er arbeidsformen forskjellig fra røntgen og laboratorier, og vesentlig terapeutisk.

### Navnevalg:

Gruppen tar utgangspunkt i kjernevirksomheten i klinikken, og følger UNNs navneforslag med å foreslå navnet: Diagnostisk klinikk.

## ***Hode- og bevegelsesklinikk***

### Begrunnelse:

Klinikken består av flere fag/avdelinger som i dagens modell allerede har et nært samarbeid om en rekke pasientgrupper. Man har her også vektlagt faglig nærhet. Gruppen ser i denne klinikken et godt potensial for å arbeide på tvers av spesialiteter, med den mulighet for gode arbeidsprosesser, pasientforløp og ressursmessig fleksibilitet dette gir. Gruppen vurderer at klinikken har godt potensial for utvikling av funksjonalitet og faglig styrke.

Ved denne modellen synliggjøres de mindre spesialitetene, hvilket er ønskelig for å få frem bredden i foretaket, som forlengelse av den tidligere sentralsykehusfunksjonen.

Gruppen er opptatt av at klinikkdannelse og videre prioriteringer ikke må medføre at de ”små” spesialitetene blir skadelidende, eller underutviklet som en følge av de største spesialitetenes representasjon. Tilbudet for disse spesialitetene til Lofoten og Vesterålen ønskes styrket. Klinisk Service ble vurdert lagt i Diagnostisk klinikk, men faglig/metodisk likhet i forhold til fagmiljøene i klinikken, veier tungt for plassering i denne ”bevegelsesklinikken”.

### Risiko:

Flere av de medisinske spesialitetene i denne klinikken er selv storforbrukere av tjenestene til kliniske servicefunksjoner. Gruppen er derfor opptatt av at man klarer å organisere og lede disse tjenestene på en måte som ikke medfører at noen forfordes.

Utfordringer vil være å skape felles kultur samtidig som spesialitetenes egenart bevares.

### Navnevalg:

Hode og bevegelsesklinikk – er dels begrunnet ut fra organentkning (”hode” omfatter nevrologi, rehabilitering, øre-nese-hals, øye) og dels ut i fra likheter i tilbud (”bevegelse” omfatter fysikalsk medisin, reumatologi, nevrologi, rehabilitering).

### ***Akuttmedisinsk klinikk***

Klinikken vil inneholde legeressurser som også vil ha arbeidsoppgaver i Prehospital klinikk, jfr. nedenfor, dette vil også gjelde for en del av sykepleiegruppen. Den pasientrelaterte portørtjenesten kan vurderes organisert annet sted senere i prosessen.

#### Begrunnelse:

Splitting av nåværende akuttmedisinsk avdeling i to klinikker; akuttmedisinsk klinikk og prehospital klinikk, vil sikre et bedre fokus på hvert av de to områdene. To klinikker vil antakelig ivareta de lokale behovene bedre. Gruppen er av den formening at en slik klinikk vil være en faglig mer robust organisasjon, der også kostnadene vil bli mer synlige enn ved dagens modell. Det siste er viktig, siden AKUM har store innsparingskrav. Når Lofoten og Vesterålen tas inn, kan en samlet klinikk bli u håndterlig stor. Gruppen ser i denne klinikken et godt potensial for å arbeide på tvers av fagområder, med mulighet for gode arbeidsprosesser, pasientforløp og ressursmessig fleksibilitet. Gruppen vurderer at klinikken har godt potensial for funksjonalitet.

#### Risiko:

Der må settes opp ordninger som regulerer forholdet mellom akuttmedisinsk og prehospital klinikk. I UNN har man valgt å samle disse funksjoner i en klinikk. Det er uttrykt bekymring for at dagens løsninger i Lofoten (felles område) og Vesterålen (mottakelse/kir. pol samt anestesi/operasjon/kir. avd.) vil løses opp eller på annen måte bli skadelidende av klinikkdannelsen. Gruppen er også her opptatt av at klinikkdannelse og videre prioriteringer ikke må medføre at ”små” enheter i Lofoten og Vesterålen blir skadelidende - eller underutviklet som en følge av de største enhetenes representasjon og tyngde.

#### Andre løsninger som har vært drøftet, men forkastet:

Prehospitaltjenester (ambulans og AMK) kan være en del av denne klinikken, men gruppa foreslår at disse tas ut av nåværende Akuttmedisinsk avdeling. Begrunnelser er gitt ovenfor.

#### Navnevalg:

Naturlig valg etter klinikkens innhold.

### ***Kvinne/barn klinikk***

#### Begrunnelse:

Styrke og videreutvikle allerede etablerte samhandlingsrutiner mellom avdelingene, disse er særlig veletablert mellom kvinneklinikken (KK) i Bodø og fødeavdelingen i Lofoten.

Avdelingene har i dag et godt samarbeid.

Godt grunnlag for samhandling i pasientforløp for syke nyfødte.

Anerkjent modell fra andre foretak med logisk samhandlende enheter.

Samarbeid mellom Bodø og Vesterålen / Lofoten om utdanning av legespesialister.

#### Risiko:

Mindre handlingsrom / beslutningsmyndighet ved avdelingene i Vesterålen og Lofoten?

Fagområdene ikke tilstrekkelig beslektet til at det føles naturlig med klinikk sjef fra annet fagområde. Felles kulturbygging vil måtte ta tid.

#### Andre løsninger som har vært drøftet, men forkastet:

KK + barn + BUP – lite aktuelt siden psykiatri (inkl. BUP) anbefales samlet i en klinikk.

KK + kirurgi: Mindre aktuelt siden kirurgisk og ortopedisk klinikk blir stor, og operasjonsavdelingen anbefales organisert utenfor opererende klinikker.

### ***Kirurgisk og ortopedisk klinikk***

#### Begrunnelse:

Alle avdelinger har en operativt rettet virksomhet, og benytter seg av mange av de samme ressursene. Det er vanskelig å skille kirurgi og ortopedi i Vesterålen og Lofoten fordi de to spesialitetene er så tett sammenvevd. Disse spesialitetene har også et felles utdanningstilbud for medisinske kandidater, og har etablert felles traumemottak.

Gruppen mener en slik klinikkorganisering vil gi mulighet for en mer forpliktende ambuleringsordning mellom de geografiske enhetene. Videre åpnes det også for bedre styring av ventelister og eventuell funksjonsfordeling.

#### Risiko:

Klinikkdannelsen vil medføre en viss oppsplitting av den tverrfaglige organiseringen som i dag er etablert i Lofoten.

#### Navnevalg:

Navnet foreslås til kirurgisk og ortopedisk klinikk for å synliggjøre begge spesialiteter.

#### ***Psykisk helse- og rusklinikk.***

##### Begrunnelse:

Legger til rette for sammenhengende tjenester og helhetlige perspektiver.

Legger til rette for et bedre fokus på ledelse på alle nivå.

Større fleksibilitet og bedre styring med ressursene.

Legger til rette for mer langsiktig strategisk planlegging av tjenestene.

#### Risiko:

Utfordringer med ledelse på distanse.

Fare for stort kontrollspenn.

Fare for lite fokus på små fagområder.

Psykisk helsevern er en stor del av foretakets virksomhet (ca 750 hjemler), og vil bli en svært stor klinikk når virksomheten samles.

#### Andre løsninger som har vært vurdert, men forkastet:

Psykisk helsevern for barn og unge ønsket primært å bli organisert som en egen klinikk. Sentrale føringer for sammenhengende tjenester mellom barn og voksne, samt ulikheter i organiseringen i Vesterålen og Lofoten gjorde at gruppa ikke gikk inn for dette forslaget. Dette ville i så fall bli en liten klinikk, og gruppen vurderte, men forkastet, en eventuell sammenslåing med barneavdelingen.

Deling mellom en sentralsykehusklinikk og en lokalsykehus/DPS-klinikk ble også vurdert, men forkastet ut fra mandatets krav om gjennomgående ledelse og hensynet til sammenhengende tjenester.

Under arbeidets gang ble det også reist forslag om en egen klinikk for Rehabilitering som inkluderer psykiatrisk rehabilitering og rus, men dette ble forkastet av en samlet OU-prosjektgruppe.

#### Navnevalg:

Psykisk helse og rus klinikk valgt for stringens med alfabetisering av klinikknavn.

#### ***Medisinsk klinikk***

##### Begrunnelse:

Felles systemansvar for de tre avdelingene i Bodø, Lofoten og Vesterålen vil bidra til å sikre kvaliteten på tjenestene for de ulike grenspesialiteter.

Kreftspesialistene arbeider både på stråleenheten og på dagenhet for kreft, og felles faglige møteplasser taler for å innlemme kreftenhet i medisinsk klinikk.

Stråleenheten har samarbeid om pasienter fra flere avdelinger på sykehuset, men gruppa finner av ovennevnte grunn det mest hensiktsmessig at enheten legges inn i medisinsk klinikk.

Hudenheten har stort sett bare polikliniske pasienter, men disponerer en seng i samarbeid med medisinsk avdeling. Naturlig å kontinuere denne samarbeidsordning.

#### Risiko:

Medisinsk avdeling er avdelingen som har flest innleggelser, og vil være stor. Likevel ikke funnet det hensiktsmessig å dele den opp.

#### Navnevalg:

Følger det som allerede er gjeldende.

## ***Prehospital klinikk***

### Begrunnelse:

Når det gjelder argumenter for oppsplitting i en akuttmedisinsk og en prehospital klinikk vises til drøftingen knyttet til akuttmedisinsk klinikk foran..

Arbeidet rundt NLSHs beredskapsplaner vil legges til denne klinikken. I dag ligger dette under beredskapsutvalget som ligger i stab. Endringer i forhold til geografi er allerede gjennomført.

Gruppen mener at denne organisering vil øke synligheten mht ledelse, fag, økonomi og samhandling internt i klinikken og med primærhelsetjenesten. Samarbeidet mot politi, brann, Mesta, hovedredningsentralen og lignende, vil bli styrket. Organiseringen vil gi muligheter til større likhet mht kultur, fag og samhandling.

### Risiko:

I dag er disse tjenestene organisert under AKUM, så dette blir en nyskaping som vil måtte vise sin berettigelse som egen klinikk. utfordringer i samhandlingen i praksis med Akuttmedisinsk klinikk, mht ressursutnyttelse mellom disse to klinikkene.

### Navnevalg:

Intuitivt, klargjør innholdet.

## **Ledelsesmodell og ledelsesstruktur, jfr. punkt 2 i styrets vedtak**

Prosjektgruppen ser to hovedutfordringer i forhold til ledelsesmodellen:

- Hvordan få en ubrutt ledelseslinje til å fungere godt på distanse?
- Hvordan få god koordinering mellom og innad i ulike klinikker på ett geografisk sted?

### ***Ledelsesmodellen***

Det skal utvikles en ledelsesmodell som i større grad ivaretar et helhetsperspektiv på foretaket, et godt og sammenhengende pasienttilbud, faglig robusthet, godt arbeidsmiljø og evne til å finne løsninger innenfor avtalte økonomiske rammer. Nordlandssykehuset ønsker å formalisere lederansvaret slik at det i større grad skapes tydelighet innenfor, og mellom de enkelte ansvarsområder.

I samsvar med mandatet foreslås at den nye organisasjonsmodellen bygger på gjennomgående ledelse av klinikkene. Dette innebærer at det er en ubrutt ledelseslinje gjennom hver enkelt klinikk uavhengig av geografisk plassering av den operative virksomheten. Dette prinsippet er på de fleste områder forskjellig fra dagens modell (med unntak for laboratoriene, røntgen og ambulansetjeneste), hvor den medisinske virksomheten på ett geografisk sted samles og koordineres gjennom en leder, avdelingsdirektør. Ledelsesmodellen må derfor endres ved overgangen til ny organisasjonsmodell.

Samarbeid med primærhelsetjenesten og andre samarbeidsaktører ivaretas gjennom en samhandlingsenhet, der lokal ledelse også må delta. Den skal sikre at lokalsykehusenes grensesnitt og samhandling mot primærhelsetjenesten og andre samarbeidsaktører ivaretas på en måte som skaper kontinuitet, kvalitet og gode pasientforløp.

Det lokale lederskapet i Lofoten og Vesterålen må forankres gjennom deltakelse i klinikk sjefenes ledergrupper for de største lokale enhetene.

Det har vært uttrykt bekymring for at den nye organisasjons- og ledelsesmodellen hvor avdelingsdirektørrollen tas bort, skal gjøre det enklere å sentralisere pasienttilbud gjennom klinikk sjefens beslutning. Nordlandssykehuset har som mål at behandling skal skje nærmest mulig pasienten hjemsted der dette er faglig og økonomisk fornuftig. Den nye modellen vil ikke gi direktøren fullmakter til sentralisering av tilbud utover de fullmakter direktøren i dag har.

Det betyr at større endringer i tilbudet i form av sentralisering/desentralisering enten må skje gjennom beslutning i styret for Nordlandssykehuset eller gjennom beslutning i styret for Helse Nord.

Klinikkjefene vil i den nye modellen derfor ikke bli utstyrt med fullmakter som skal bidra til å bygge ned tilbudet i Lofoten og Vesterålen. Målsettingen er det motsatte; oppbygging av lokale tilbud der dette er faglig og økonomisk det mest fornuftige.

### **Prosjektgruppens hovedkonklusjon for ledelsesmodell**

Gruppedeltakerne fra Bodø ser i hovedsak at den nye ledelsesmodellen åpner for vesentlige muligheter i forhold til å utvikle større klarhet, handlekraft og helhetsperspektiv i lederskapet og pasientbehandlingen. Gruppedeltakerne fra Lofoten sitt prinsipale syn er at Lofoten og Vesterålen organiseres som egne klinikker, men hvis dette ikke er et alternativ, ser man også flere muligheter i ny modell, men også utfordringer. Utfordringene er primært knyttet til mulighet for videreføring av det betydelige organisasjonsutviklingsarbeid sykehuset har iverksatt de senere år.

Deltakerne fra Vesterålen fremsatte siste dag prosjektgruppen var samlet (20.oktober) et alternativt forslag til ledelsesmodell:

- ”1. Nordlandssykehuset Bodø organiseres etter klinikkmodell i samsvar med forslag fra prosjektgruppen.*
- 2. Virksomheten i Nordlandssykehuset Vesterålen og Lofoten organiseres som egne geografiske klinikker, med stedlig ledelse som nå.”*

Dette forslaget ble ikke drøftet i prosjektgruppen.

### **Ledelsesnivåer**

Når det gjelder ledelsesnivåer foreslås i samsvar med tilrådingen fra prosjektgruppen en modell med 4 nivåer, jfr. figuren nedenfor:

<b>Nivåbetegnelse</b>	<b>Lederbetegnelse</b>
Klinikk	Klinikksjef
Avdeling	Avdelingsleder
Seksjon	Seksjonsleder
Enhet	Enhetsleder

Figur 2: Ledelsesnivåer og -betegnelser

Når det gjelder seksjonsledernivået skal dette benyttes i særskilte tilfelle for klinikker der behovet for et mellomledd mellom avdelingsleder og enhetsleder er formålstjenelig, enten som følge av størrelse eller av andre tungtveiende grunner. Hovedregelen vil være at dette nivået ikke skal benyttes.

Dette vil i de fleste klinikker gi en relativt flat struktur og kort vei opp til øverste beslutningsnivå i klinikken. En annen fordel som ble trukket fram er at valgene av betegnelse harmoniserer med vår nærmeste samarbeidspartner UNN, noe som forenkler kommunikasjon mellom ulike nivåer i sykehusene.

### **Stab/støtte, jfr. punkt 3 i styrets vedtak**

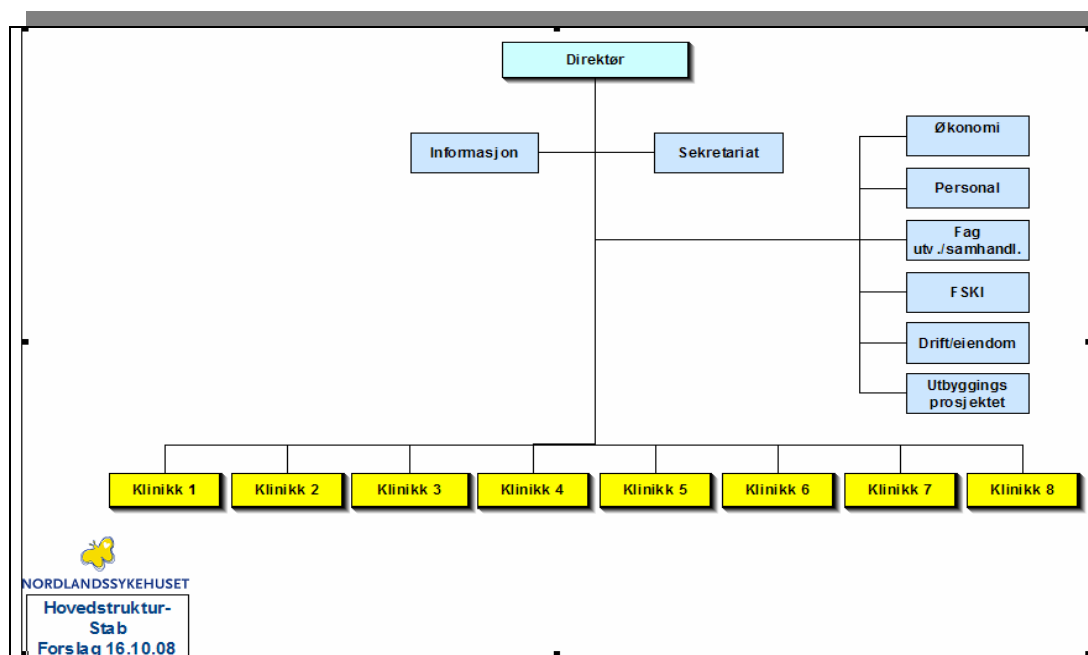
Det har vært oppnevnt 3 delprosjekter som har hatt som oppgave å komme med innspill til prosjektgruppen:

- Stab og Støtte
- Kontortjenester og IT
- Drift- og eiendom

Organisering av Drift og eiendom fremmes som egen sak for styret. De 2 øvrige delprosjektene er nærmere beskrevet i vedlegg til rapporten fra prosjektgruppen og beslutning knyttet til disse inngår i denne saken.

## Sentrale staber

Det foreslås at stabsenhetene organiseres slik det går frem av figuren nedenfor:



Figur 3: Forslag til overordnet organisering av Nordlandssykehuset med stabsorganisering

Modellen innebærer at dagens prinsipp for stabsorganisering videreføres med følgende endringer:

- Enheten Medisinsk teknisk flyttes fra Økonomi til Drift og eiendom
- Trykkeri flyttes fra Økonomi til Drift og eiendom.
- OU og KVAM legges til Fagavdelingen
- Det etableres videre en samhandlingsenhet i Fagavdelingen for å ivareta samspillet med primærhelsetjenesten for hele NLSH HF.
- Det etableres en enhet for Kontortjenester og IT
- Journal/arkiv og post flyttes fra Sekretariat til Kontortjenester og IT
- Kontortjenester og sentralbord organiseres i ny enhet for Kontortjenester og IT

I forhold til klinikkene innebærer dette at stabsressurser i denne fasen ikke vil bli flyttet ut. Det vil bli gjort en ytterligere vurdering av dette i fase 2 av prosjektet. Når det gjelder stabs- og støttetjenester i Lofoten og Vesterålen leveres dette i dag i all hovedsak fra Bodø. Deler vil måtte leveres lokalt, men ledelsesmessig forankret i den sentrale staben. Lokale stabsressurser (i Lofoten og Vesterålen) vil i hovedsak være knyttet samhandling, kontortjeneste, sentralbord og personal.

Etablering av Kontortjenester og IT, jfr. nedenfor, innebærer at stabsressurser flyttes fra klinikkene og sentraliseres.

### **Kontortjenester og IT**

Det foreslås etablert en sentral stabsenhet "Kontortjenester og IT" som skal omfatte følgende tjenester:

- Medisinsk kontortjeneste
- Merkantil kontortjeneste
- Journal og sak/arkiv
- Posttjenester
- Sentralbordtjenester
- IT tjenester

Ovennevnte tjenester skal leveres fra en avdeling organisert i stab. Denne avdelingen vil fungere som en funksjonsorientert leverandør innenfor alle nevnte tjenester til all klinisk og merkantil virksomhet.



Ansatte i Lofoten og Vesterålen vil være organisert som i dag med lokal ledelse, men ansettelsesmessig være knyttet opp mot den nye organisasjonen. Stedlig leder rapporterer til avdelingssjef for Kontortjenester og IT. Ledere i Lofoten og Vesterålen vil måtte påregne å delta i avdelingens ledergruppe, samt delta i koordinerende aktiviteter.

Modell for enheten er nærmere beskrevet i vedlegg og nærmere avgrensning av hvilke enheter som skal inngår gjøres i det videre arbeidet med prosjektet.

## **Konsekvenser av ny organisasjonsmodell, jfr. vedtakets punkt 2**

### ***Konsekvenser for kvalitet på pasienttilbud***

I tråd med styrets vedtak har prosjektgruppen har gjort en vurdering av konsekvensene for pasienttilbudet av ny organisasjonsmodell. Følgende forhold er vurdert:

- De ”små fag”
- Strukturelle konsekvenser av modellen for faglig samhandling
- Rekruttering
- Samhandling med førstelinjetjenesten
- Likeverdig pasienttilbud
- Ressursstyring
- Identitet og fagmiljø
- Helhet i pasientforløpene

Flertallet i prosjektgruppen sitt syn er at ny organisasjons-/ledelses modell åpner muligheter som vil kunne bedre kvaliteten på pasienttilbud i alle deler av foretaket. Representantene i prosjektgruppen fra Lofoten og Vesterålen har imidlertid uttrykt flere motforestillinger mot dette.

Det vises for øvrig til prosjektrapporten for en mer detaljert konsekvensvurdering av det enkelte forhold.

## **Konsekvenser av ny ledelsesmodell for stedlig ledelse i Lofoten og Vesterålen, jfr. vedtakets punkt 2**

Prosjektgruppen påpeker at dagens modell har betydelige utfordringer når det gjelder samhandling mellom de ulike sykehusene, og at foretaksidentiteten i den kliniske delen av virksomheten er svak. Det er derfor ikke mulig å konkludere med at dagens ledelsesmodell har bidratt tilstrekkelig til at det eksisterer et sterkt kollektivt ”foretaks-vi”.

Det er gjort en vurdering av konsekvensene for stedlig ledelse av ny organisasjonsmodell. Følgende forhold er vurdert:

- Avdelingsdirektørens rolle
- Konsekvenser for overordnet forankring av lokalt lederskap
- Behov for å ivareta horisontal koordinering og relasjon til omgivelser
- Behov for å ha klare og tilstrekkelige fullmakter
- Behov for nye koordinerende tiltak
- De administrative stabenes rolle
- De kulturelle og holdningsmessige forutsetninger
- De bygningsmessige forutsetninger for å skape god koordinering

Ledelsesmodellen vil være sentral for at en skal kunne realisere de mulighetene til å gi et bedre pasienttilbud som den nye organisasjonsmodellen gir. Det ligger risiko knyttet til avvikling av avdelingsdirektørfunksjonen, og dette må kompenseres gjennom konkrete tiltak knyttet til samhandling og

koordinering slik prosjektgruppen beskriver. Stikkord i denne forbindelse vil blant annet være klinikksjefens tilstedeværelse lokalt, etablering av struktur for lokal samordning, lokal representasjon i klinikksjefenes ledergruppe for de største lokale enhetene samt klare og tilstrekkelige fullmakter.

Det vises for øvrig til prosjektrapporten for en mer detaljert konsekvensvurdering av det enkelte forhold.

## **Gevinsten av ny organisasjonsmodell skal være minst 30 årsverk på foretaksnivå”, jfr. vedtakets punkt 4**

Arbeidet med utforming av den nye modellen for overordnet organisering og ledelsesmodell har vært prioritert av prosjektgruppen. Gruppen ser at ny modell har behov for nye funksjoner for å bli velfungerende, samtidig som gjennomgang av ledelsesmodellen forventes å gi en nedskalerende tilpasningseffekt. Dette forutsetter klare prinsipper for kontrollspenn og bruk av antall nivåer i organisasjonen. I sum må konsekvensen være at det kreves færre ledere for å lede i ny modell. Prosjektgruppen har også fått innspill fra delprosjekt ”administrative staber” som indikerer et potensial for stillingsreduksjon. Det er også knyttet forventninger til at endringer i måten fellesfunksjoner organiseres på, kan gi et bidrag i samme retning.

Prosjektgruppen konkluderer med at man pr dags dato ikke kan dokumentere hvor – og hvordan en ønsket tilpasning av organisasjonen skal kunne skje mht å redusere med 30 årsverk. Det legges til grunn at dette inngår som en del av arbeidet i fase 2 med organisering av den enkelte klinikk.

## **Fase 2**

Det videre arbeidet med implementering av den nye organisasjonsmodellen vil omfatte følgende:

- Tilsetting av klinikksjefer
- Etablering av råd og utvalgsstruktur
- Etablering av fullmaktsstruktur
- Organisering av den enkelte klinikk
- Utvikling av ledermodellen
- Etablering av ny stabsorganisering
- Etablering av avdeling for Kontortjenester IT
- Etablering av samhandlingsenhet
- Gevinstrealisering
- Vurdering av hvordan samorganiserte funksjoner i Lofoten skal inngå i ny modell
- Informasjon
- Tiltak for å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø

Det forutsettes at vernetjeneste og tillitsvalgte involveres i det videre arbeid.

Det vil bli fremmet egen sak for styret til møtet i desember med fremdriftsplan for det videre arbeidet.

## **Uttalelser**

Saken har vært sendt til uttalelse til vertskommunene og regionrådene. Det er også kommet inn uttalelse fra andre parter. Uttalelsene følger vedlagt.

Uttalelsene fra Lofotrådet og Vesterålen regionråd konkluderer begge med at de lokale enhetene må drives videre organisert som geografisk klinikk med stedlig ledelse som i dag. Dette er begrunnet med følgende:

- Det er ikke gjennomført en tilfredsstillende konsekvensvurdering av virkningene ny organisasjonsmodell vil ha i forhold til lokalsykehuset og innbyggerne i regionen
- En kan ikke se at ny organisasjonsmodell tilfredsstillende reduserer kostnadsreduksjonene som mandatet beskriver.

- Stedlig ledelse er avgjørende for lokalsykehusets utviklingskraft, rekruttering og samordning av ressurser både lokalt og på foretaksnivå, dette i motsetning til fragmentert ansvar og ledelse
- En sentralisert klinikkstruktur innebærer distansert faglig lederskap og faglig ansvar, sistnevnte vil bli en særskilt utfordring.
- Foreslåtte organisasjonsmodell kan skape rekrutteringsutfordringer som en ikke ser omfanget av i dag. Fagpersonell foretrekker en synlig og handlekraftig organisasjon med kortest mulig vei til det administrative og faglige lederskapet
- Samhandlingen mellom 1. og 2.linje er ikke viet tilstrekkelig oppmerksomhet
- En sentralisert klinikkstruktur, uten en lokal og samlende ledelse og koordinering vil åpenbart svekke dagens gode samarbeid mellom lokalsykehuset og kommunene og dermed være i strid med Helseministerens intensjon i arbeidet med ny samhandlingsreform

Når det gjelder konsekvensvurdering i forhold til pasienttilbud og stedlig ledelse vises til punktene 6 og 7 i rapporten fra prosjektgruppa. Hva angår kostnadsreduksjoner vil dette inngå som en del av arbeidet i fase 2 med innføring av modellen.

Nordlandssykehuset er i likhet med regionrådene opptatt av utvikling, rekruttering og samordning. Det vises i denne forbindelse blant annet til sak om nytt sykehus på Stokmarknes.

Sykehusenhetene både i Lofoten og Vesterålen har med dagens ledelsesmodell til dels betydelige problemer med rekruttering av spesialister og sentrale deler av virksomheten er basert på innleie av eksternt personell. Direktøren ved Nordlandssykehuset er i likhet med regionrådene opptatt av faglig utvikling, rekruttering og samordning av ressursbruk og mener dette best ivaretas gjennom robuste og enhetlige fagmiljøer, som i kraft av sin størrelse vil være mindre sårbare. Etablering av klinikker med gjennomgående ledelse vil i langt større grad enn i dag forplikte fagmiljøene i Bodø til å ta ansvar for betjening av de lokale enhetene. Ambuleringsplikt til Lofoten og Vesterålen er allerede en del av arbeidsavtalene for en del nytilsatte spesialister ved Nordlandssykehuset Bodø.

Innenfor den sentraliserte klinikkstrukturen vil det etableres lokale enheter med nødvendige fullmakter for drift og utvikling av tilbudet til pasientene.

Av forslaget til vedtak går det frem at det foreslås etablert en samhandlingsenhet som skal ha ansvaret blant annet for samhandlingen med primærkommunene. Dette vil være i tråd med Helseministerens intensjon i arbeidet med ny samhandlingsreform.

Direktøren er enig med regionrådene i at sykehusene både i Lofoten, Vesterålen og Bodø står foran betydelige utfordringer blant annet knyttet til utvikling, rekruttering og samhandling. Direktøren mener disse utfordringene møtes mest offensivt gjennom samling av fagmiljøene i foretaket til mer robuste enheter med bredere og mer differensiert kompetanse.

## Tilråding

Styret tilrår å fatte følgende

### Vedtak

1. Nordlandssykehuset organiseres etter en klinikkmodell med følgende klinikker:

- Diagnostisk klinikk
- Hode- og bevegelsesklinikk
- Akuttmedisinsk klinikk
- Kvinne/barn klinikk
- Kirurgisk og ortopedisk klinikk
- Psykisk helse og rusklinikk
- Medisinsk klinikk
- Prehospital klinikk

Det vises til saksutredningen med hensyn til hvilke avdelinger og enheter som skal inngå i de enkelte klinikkene.

2. Som ledelsesmodell legges til grunn prinsippet om enhetlig gjennomgående ledelse for den enkelte klinikk. Funksjonen som avdelingsdirektør i Lofoten og Vesterålen samt stillingene som avdelingssjef i Nordlandssykehuset avvikles. Ved etablering av lederstruktur i klinikkene skal det være deltakelse fra Lofoten og Vesterålen.

Ledelsesmodellen skal ivareta et helhetsperspektiv på foretaket, et godt og sammenhengende pasienttilbud, faglig robusthet, godt arbeidsmiljø og evne til å finne løsninger innenfor avtalte økonomiske rammer.

Klinikksjef bør som hovedregel ha formell helsefaglig bakgrunn og skal ha utdanning på minimum høyskolenivå.

3. Modellen etableres med følgende ledernivåer:

- Klinikk
- Avdeling
- Seksjon
- Enhet

Seksjonsnivået skal bare benyttes i særskilte tilfelle.

4. I ny fullmaktstruktur må det legges til rette for desentralisering av ansvar og myndighet. Det legges til grunn at større endringer av tilbudet ikke kan gjøres uten at dette er forelagt styre eller det følger av beslutning i Helse Nord.

5. Nordlandssykehuset skal fortsatt ha sentraliserte staber, men der hvor det er faglig og økonomisk fornuftig skal funksjonen kunne utføres lokalt. Staben organiseres i følgende avdelinger:

- Økonomi
- Personal
- Fag og samhandling
- Kontortjenester og IT
- Drift og eiendom
- Utbygging
- Informasjon
- Sekretariat

6. Det etableres en felles avdeling med navn Kontortjenester og IT:

- Medisinsk kontortjeneste
- Merkantil kontortjeneste
- Journal og sak arkiv
- Posttjenester
- Sentralbordtjenester
- IT tjenester

Nærmere avgrensning gjøres i det videre arbeidet med prosjektet.

7. For å styrke foretakets kapasitet og evne til å utvikle samhandlingen med eksterne parter etableres en samhandlingsenhet i Fagavdelingen som skal ha ansvar for koordinering og tilrettelegging av samhandling på alle nivå i organisasjonen.

8. I det videre arbeid med organisering av den enkelte klinikk skal følgende prioriteres:

- Tilsetting av klinikkssjefer
- Etablering av råd og utvalgsstruktur
- Etablering av fullmaktsstruktur
- Organisering av den enkelte klinikk
- Utvikling av ledermodellen
- Etablering av ny stabsorganisering
- Etablering av avdeling for Kontortjenester og IT
- Etablering av samhandlingsenhet
- Gevinstrealisering
- Vurdering av hvordan samorganiserte funksjoner i Lofoten skal inngå i ny modell
- Informasjon
- Tiltak for å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø

Det forutsettes av vernetjeneste og tillitsvalgte involveres i det videre arbeid.

Styret ber om å få seg forelagt sak til møtet i desember om videre fremdrift.

**Avstemming :**

**Vedtak :**

## Vedlegg 2 - Uttalelser og innspill

1. Uttalelse fra Vesterålen regionråd
2. Uttalelse fra Vestvågøy næringsforening
3. Uttalelse fra Lofotrådet
4. Innspill fra Vestvågøy kommune
5. Uttalelse fra Hovedverneombudet NLSH
6. Uttalelse fra HTV og koordinerende verneombud i Vesterålen
7. Drøftingsnotat fra Norsk sykepleierforbund NLSH
8. Uttalelse fra overlegegruppen i Lofoten
9. Uttalelse fra mellomledergruppen i Vesterålen
10. Uttalelse fra Sykehusets venner m/fl. i Vesterålen
11. Uttalelse fra kommunelege 1 Forum Vesterålen
12. Uttalelse fra overlegegruppen i Vesterålen
13. Uttalelse 1 fra OU-gruppen i Vesterålen
14. Uttalelse 2 fra OU-gruppen i Vesterålen
15. Uttalelse 3 fra OU-gruppen i Vesterålen
16. Uttalelse fra barneavdelingen NLSH
17. Uttalelse fra AKUM-leger i Bodø
18. Uttalelse fra allmøte i Lofoten
19. Uttalelse fra brukerutvalget NLSH
20. Uttalelse fra Fagforbundet
21. Uttalelse fra komuneleger i Lofoten
22. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte og verneombud

Jnr.: 568/2008/GM/smr/152.0

Sortland, 3. november 2008

Nordlandssykehuset HF  
8092 Bodø

### **Innspill til Nordlandssykehusets organisasjonsutviklingssak**

Innledningsvis vil vi vise til Vesterålen regionråds og Lofotrådets brev av 18. juni 2008 til Nordlandssykehusets ledelse vdr. organisasjonsendringer i Nordlandssykehuset HF.

Arbeidsutvalget i Vesterålen regionråd (ordførerne i Andøy, Bø, Hadsel, Lødingen, Sortland og Øksnes kommuner) har nøyte vurdert organisasjonsutviklingsdokumentet som vi er invitert til å komme med synspunkter på.

Arbeidsutvalget har forståelse for de utfordringene styret står overfor når en skal forme framtidig organisasjonsstruktur for Nordlandssykehuset, samtidig som en skal ivareta det helsepolitiske samfunnsansvar dere har.

Vesterålen regionråd forventer at styret organiserer denne virksomheten på en slik måte at befolkningen i hele sykehusområdet, Bodø/Salten, Vesterålen og Lofoten, tilbys et godt og likeverdig lokalsykehusstilbud.

Våre merknader er inndelt i etterfølgende punkter:

#### **Organisasjonsutvikling og nybygg**

Arbeidsutvalget i Vesterålen regionråd vil understreke at våre uttalelser til ny organisasjons- og ledelsesstruktur i Nordlandssykehuset ikke kobles mot planlagte bygging av nytt sykehus i Vesterålen. Her forutsettes at byggeprosessen gjennomføres i henhold til tidligere vedtatte planer.

#### **Konsekvensvurdering/-analyse**

Først konstaterer Arbeidsutvalget det faktum at det ikke er foretatt en tilfredsstillende konsekvensvurdering/-analyse av virkningene for Vesterålen ved gjennomføring av foreslåtte organisasjonsmodell.

Etter vårt skjønn er dette et brudd med styrets mandat pkt. 2, siste setning, hvor det heter; *.....I tillegg skal gruppen spesielt vurdere konsekvensene av ny modell opp mot dagens modell, når det gjelder kvalitet på pasienttilbud og stedlig ledelse i Vesterålen og Lofoten.*

Sett i lys av denne vesentlige mangel er det etter vår vurdering ikke grunnlag for å iverksette foreslåtte nye organisasjonsmodell. Det er også en logisk brist å avvente konsekvensvurderingen til etter at ny organisasjonsmodell er vedtatt og implementert.

### **Stedlig ledelse**

Mange erfaringer fra store offentlige organisasjoner både på nasjonalt og nordisk nivå har vist at sentralisering av ledelse og fjerning av stedlig overordnet ledelse ikke har de effekter en hadde antatt. Fravær av stedlig ledelse innebærer opphør av utviklingskraften på lokalsykehuset, ansvaret på faglig og personellmessig nivå fragmenteres og usikkerheten får herske i den lokale organisasjonen. Distansen fremmer ikke «vi-følelsen» i Nordlandssykehuset.

Arbeidsutvalget mener forslaget med klinikkstruktur, hvor all ledelse og koordinering flyttes til Bodø og stedlig ledelse fjernes fra Vesterålen, ikke er en løsning vi kan slutte oss til og dermed frarådes på det sterkeste.

### **Økonomiske innsparingseffekter**

Utredningen foreslår en struktur med 8 klinikker hvor alle skal ledes fra Nordlandssykehuset i Bodø, samtidig som den stedlige overordnede ledelsen i Vesterålen fjernes. For å motvirke den negative virkning av en slik sentralisering skal det etableres en samhandlingsenhet som skal ivareta deler av det dagens stedlige ledelse ivaretar.

Bortsett fra eventuelle faglige effekter av ny klinikkstruktur opplever Arbeidsutvalget at forslaget går i motsatt retning av mandatets innsparingskrav (j.fr. mandatets pkt. 4).

I mandatets pkt. 4 heter det: *Ny organisasjonsmodell forutsettes å gi reduserte kostnader gjennom stordrift og effektivisering. Gevinsten av ny organisasjonsmodell skal være minst 30 årsverk på foretaksnivå.*

Arbeidsutvalget ser ikke at en slik kostnads- og årsverkreduksjon er synliggjort i OU-dokumentet, heller tvert imot. Når innsparingselementet ikke er oppfylt er dette ikke et argument for gjennomføring av foreslåtte organisasjonsmodell.

### **Kompetansetap**

Erfaringer viser at organisasjonsmodeller med distansert lederskap og «lang vei» til det faglige og administrative lederskapet og beslutningsmakten har svekket tiltrekningskraft i rekrutteringssammenheng. Når en slik faktor som dette kommer på toppen av rekrutteringsutfordringene en har til lokalsykehusene, bør varselampene begynne å lyse. Dersom en unnlater å ta dette inn over seg, vil en i et langsiktig perspektiv risikere å oppleve en «faglig utarming» av lokalsykehuset.

### **Samhandling mellom Nordlandssykehuset og kommunene**

Helseministeren har lagt stor tyngde bak samarbeidet mellom sykehusene og kommunene. På KS sitt landsstyremøte den 15.10.08 hevder statsråden at: «manglende samhandling er det største hinderet for å gjøre helsetjenesten bedre». Han avslutter med å konkludere at det er behov for en samhandlingsreform.

Arbeidsutvalget i Vesterålen regionråd mener at forslag til ny organisasjonsmodell for Nordlandssykehuset distanserer seg fra mulighetene til god samhandling mellom kommunene og sykehuset. Dette er en utvikling som går i feil retning og som vi ikke kan akseptere og ber derfor styret å finne løsninger som bygger opp om samhandlingen – ikke det motsatte.

### **Konklusjon**

Arbeidsutvalget i Vesterålen regionråd mener at tidligere sentraliseringsprosesser og denne sentraliseringsprosessen har en innretning og et mål som setter den statlige helsereformens



positive intensjoner for lokalsykehusene i Norge i fare. Retningen på utviklingen har en slik karakter at vi vil be eieren/statsråden om å bidra til en grundig konsekvensanalyse for lokalsykehus og lokalsamfunn/befolkning ved en gjennomgripende organisasjonsendring som foreslås fra Nordlandssykehuset HF.

Arbeidsutvalget i Vesterålen regionråd konkluderer med at Nordlandssykehuset, avd. Vesterålen må drives videre organisert som geografisk klinikk med stedlig ledelse som i dag.

Dette begrunnes med følgende stikkord:

- Det er ikke gjennomført en tilfredsstillende konsekvensvurdering av virkningene ny organisasjonsmodell vil ha i forhold til lokalsykehuset og innbyggerne i regionen
- En kan ikke se at ny organisasjonsmodell tilfredsstiller kostnadsreduksjonene som mandatet beskriver
- Stedlig ledelse er avgjørende for lokalsykehusets utviklingskraft, rekruttering og samordning av ressurser både lokalt og på foretaksnivå, dette i motsetning til fragmentert ansvar og ledelse
- En sentralisert klinikkstruktur innebærer distansert faglig lederskap og faglig ansvar, sistnevnte vil bli en særskilt utfordring
- Foreslåtte organisasjonsmodell kan skape rekrutteringsutfordringer som en ikke ser omfanget av i dag. Fagpersonell foretrekker en synlig og handlekraftig organisasjon med kortest mulig vei til det administrative og faglige lederskapet
- En sentralisert klinikkstruktur, uten en lokal og samlende ledelse og koordinering vil åpenbart svekke dagens gode samarbeid mellom lokalsykehuset og vesterålskommunene og dermed være i strid med Helseministerens intensjon i arbeidet med ny samhandlingsreform

Med hilsen



Geir Markussen  
sekretariatsleder

Vedlegg: Brev av 18. juni 2008 fra Vesterålen regionråd og Lofotrådet

Kopi til: Samarbeidskommunene i Vesterålen  
Helse Nord RHF  
Nordland fylkeskommune, Fylkesrådet  
Lofotrådet  
Lokal media



Jnr.: 353/2008/GM/smr/152.0



Sortland/Leknes, 18. juni 2008

Styret i Nordlandssykehuset HF  
8092 Bodø

**Organisasjonsendringer ved Nordlandssykehuset HF avd. Stokmarknes og Gravdal**

Det vises til OU-prosessen i Nordlandssykehuset HF og styrets behandling av denne i sitt møte den 19. juni 2008.

Lofotrådet og Vesterålen regionråd, som representerer de 12 kommunene i Lofoten og Vesterålen, vil innledningsvis slå fast at de foreslåtte organisasjonsmessige endringer er så viktige for lokalsamfunnene i våre regioner, at det er med forundring vi konstaterer at vi ikke er gitt anledning til formelt å uttale oss til saken som nå skal behandles i deres styre.

For Vesterålen regionråds vedkommende blir dette konfliktfylt når vi så sent som 2. april i år ble enige med politisk og administrativ ledelse i Helse-Nord RHF om å innlede et pilotsamarbeid som skulle sikre god dialog og informasjon om utvikling av Helsetjenesten i regionen.

Med bakgrunn i den informasjonen vi har maktet å skaffe til veie i denne saken, kan en ikke se at det er gjennomført en konsekvensanalyse for sykehusavdelingene på Stokmarknes og Gravdal og innbyggerne i de to berørte regioner, en kan heller ikke se klar kostnadseffektivitet av en sentralisering av den lokale sykehusledelse. Erfaringer med tilsvarende endringer har i mange tilfeller ikke vært positive.

Lofotrådet og Vesterålen regionråd vil på det sterkeste be styret i Nordlandssykehuset HF om å avvise innstilling som har som konsekvens å sentralisere ledelsen ved lokalsykehusene Stokmarknes og Gravdal.

Rådene vil igjen understreke at de foreslåtte organisasjonsendringene er så viktige for lokalsamfunnene i Lofoten og Vesterålen at det som et minimum burde ha vært lagt til rette for dialog med og uttalelse fra de regionalpolitiske organer.

Med hilsen

Lofotrådet  
v/leder Harald Adolfsen (sign.)

Vesterålen regionråd  
v/leder Jonni Solsvik (sign.)

Geir Markussen  
sekretariatsleder Geir Markussen

Kopi til: Lokalmedia i Lofoten og Vesterålen  
Samarbeidskommunene i Lofoten og Vesterålen

# Vestvågøy Næringsforening

## 8370 Leknes

Nordlandssykehuset HF  
8092 Bodø

Leknes 03.11.08

### Innspill til Nordlandssykehusets organisasjonsutviklingsak

– Viser til Lofotrådets uttalelse datert 03.11.08

Vestvågøy Næringsforening slutter seg til konklusjonen i Lofotrådets uttalelse og i tillegg ønsker vi å understreke følgende momenter:

- Næringslivet i Vestvågøy kan ikke akseptere den usikkerheten som skapes ved omorganiseringsprosessen som foregår ved Nordlandssykehuset Lofoten. Vi krever derfor at styret i Helse-Nord tar situasjonen opp til ny vurdering vedrørende sentralisering av den administrative ledelse ved Nordlandssykehuset Lofoten. Egen administrerende ledelse må være tilstede lokalt for videre innovering/utvikling av tilbudene her i Lofoten.
- Lofoten er en av de mest kjente steder i Norge. Foruten et produserende næringsliv, aktiv handelsnæring, Lofotfisket, fiskeindustri, havbruksvirksomhet, stor landbruksnæring, ulike større festivaler, verdensmesterskap og lignende har vi stor tilstrømming av folk fra hele verden i sommersesongen, og etter hvert også i vinterhalvåret. Det er viktig at sykehuset vårt drives godt og at tilbudet til befolkningen og tilreisende er forsvarlig i alle ledd.
- Det er mye kompetanse i Lofotsamfunnet. Skal vi klare å opprettholde og å utvikle samfunnet, beholde befolkningen og ungdommen, er det av største viktighet at sykehusfunksjonen ikke nedbygges eller reduseres.
- I tillegg er sykehuset vårt en stor organisasjon med mange kompetanse-arbeidsplasser/spesialisttjenester. Dette er viktige arbeidsplasser for Lofoten. For å gjøre Lofoten attraktivt i næringsssammenheng, er det viktig å videreutvikle sykehuset slik at kompetansepersonell velger å bli boende her.

  
Karl Erik Nystad  
Styreleder

På vegne av Vestvågøy Næringsforening

Britt Mosseng  
styremedlem

Karina Johnsen  
styremedlem

Elisabeth Holand  
styremedlem

Bjarne Pedersen  
styremedlem

Nordlandssykehuset HF  
8092 Bodø

Leknes 04.11.08

## **Høringsuttalelse til "Ny organisasjons- og ledelsesmodell for Nordlandssykehuset HF"**

Innledningsvis vil vi vise til vårt og Vesterålen regionråds brev av 18. juni 2008 til Nordlandssykehusets ledelse vedrørende organisasjonsendringer i Nordlandssykehuset HF.

Lofotrådet (v/ordførerne i Røst, Værøy, Moskenes, Flakstad, Vestvågøy og Vågan) har nøye vurdert organisasjonsutviklingsdokumentet som vi er invitert til å komme med synspunkter på.

Lofotrådet har forståelse for de utfordringene styret står overfor når en skal forme framtidig organisasjonsstruktur for Nordlandssykehuset, samtidig som en skal ivareta det helsepolitiske samfunnsansvar.

Lofotrådet vil påpeke at den korte høringsfristen på 1 uke fratar kommunene en seriøs politisk behandling. Det kan oppfattes som en undervurdering av 1.linjas betydning i norsk helsepolitikk og en undergraving av demokratiet. I tillegg mener vi at pasient- og brukerorganisasjoner burde vært hørt i en så viktig sak.

Våre merknader er inndelt i etterfølgende punkter:

### **Konsekvensvurdering/-analyse**

Lofotrådet konstaterer at det ikke er foretatt en tilfredsstillende konsekvensvurdering/-analyse av virkningene for Lofoten ved gjennomføring av den foreslåtte organisasjonsmodell. Etter vår mening er dette et brudd med styrets mandat pkt. 2, siste setning, hvor det heter; *.....I tillegg skal gruppen spesielt vurdere konsekvensene av ny modell opp mot dagens modell, når det gjelder kvalitet på pasienttilbud og stedlig ledelse i Vesterålen og Lofoten.* Sett i lys av denne vesentlige mangel, er det etter vår vurdering ikke grunnlag for å iverksette foreslåtte nye organisasjonsmodell. Det er også uheldig å avvente konsekvensvurderingen til etter at ny organisasjonsmodell er vedtatt og implementert.

## **Stedlig ledelse**

Mange erfaringer fra store offentlige organisasjoner både på nasjonalt og nordisk nivå har vist at sentralisering av ledelse og fjerning av stedlig overordnet ledelse ikke har de effekter en hadde antatt. Fravær av stedlig ledelse innebærer opphør av utviklingskraften på lokalsykehuset, ansvaret på faglig og personellmessig nivå fragmenteres og usikkerheten får herske i den lokale organisasjonen. Distansen fremmer ikke «vi-følelsen» i Nordlandssykehuset. I kommunale organisasjoner viser undersøkelser at ansatte etterspør tilstedeværende, synlig og tydelige leder. En antar at tilbakemeldingen fra statlige organisasjoner ikke skiller seg nevneverdig ut fra kommunale organisasjoner.

Lofotrådet mener forslaget med klinikkstruktur hvor all ledelse og koordinering flyttes til Bodø og stedlig ledelse fjernes fra Lofoten ikke er en løsning vi kan slutte oss til og frarådes på det sterkeste. Lofotrådet aksepterer ikke at den stedlige ledelse ved Nordlandssykehuset Lofoten flyttes til Bodø.

## **Økonomiske innsparingseffekter**

Utredningen foreslår en struktur med 8 klinikker hvor alle skal ledes fra Nordlandssykehuset i Bodø, samtidig som den stedlige overordnede ledelsen i Lofoten fjernes. For å motvirke den negative virkning av en slik sentralisering skal det etableres en samhandlingsenhet i Bodø som skal ivareta deler av det dagens stedlige ledelse ivaretar.

Bortsett fra eventuelle faglige effekter av ny klinikkstruktur opplever Lofotrådet at forslaget går i motsatt retning av mandatets innsparingskrav (j.fr. mandatets pkt. 4).

I mandatets pkt. 4 heter det : *Ny organisasjonsmodell forutsettes å gi reduserte kostnader gjennom stordrift og effektivisering. Gevinsten av ny organisasjonsmodell skal være minst 30 årsverk på foretaksnivå.*

Lofotrådet ser ikke at en slik kostnads- og årsverkreduksjon er synliggjort i OU-dokumentet, heller tvert i mot. Når innsparingselementet ikke er oppfylt er dette ikke lenger et argument for gjennomføring av foreslåtte organisasjonsmodell

Lofotrådet oppfatter rapporten slik at de 8 klinikkjefene skal være rene administrative stillinger bekledd av medisinerne. Det betyr at disse legene ikke skal drive med klinisk virksomhet. Lofotrådet mener at dette er misbruk av fagkompetanse som burde vært brukt til pasientbehandling og ikke administrasjon. Om en anslår at lønnsnivået per stilling blir ca.kr.1,3 mill., vil totale lønnskostnader for disse klinikkjefstillingene bli ca.kr.10,4mill. Blir da besparelsen med reduksjon av 30 årsverk tilstrekkelig?

Lofotrådet vil understreke at Nordlandssykehuset Lofoten driver kostnadseffektivt og i økonomisk balanse og har nylig gjennomført en stor OU– prosess. Av den grunn ser en ikke hvorfor et sykehus som drives i økonomisk balanse skal underlegges den nye organisasjonsmodellen. Det er ingen lokal forståelse for at Nordlandssykehuset skal endre struktur, når tiltaket er foreslått for å løse utfordringene for drifta av Nordlandssykehuset, Bodø

## **Kompetansetap**

Erfaringer viser at organisasjonsmodeller med distansert lederskap og «lang vei» til det faglige/administrative lederskapet og beslutningsmakten, har svekket tiltrekningskraft i

rekrutteringssammenheng. Når en slik faktor kommer på toppen av rekrutteringsutfordringene en har til lokalsykehusene, bør varselampene begynne å lyse.

Dersom en unnlater å ta dette inn over seg vil en i et langsiktig perspektiv risikere å oppleve en «faglig utarming» av lokalsykehuset.

### **Samhandling 1. og 2. linja**

Helseministeren vektlegger sterkt satsningen på samhandlingen mellom 1.- og 2.linjetjenesten. Dette vises i Statsbudsjettet som ble lagt fram 7.oktober 2008. Her øremerkes 40 millioner kroner til helseforetakene og 55 millioner kroner til kommunene. Dette for å komme i gang med gode prosjekter for samhandling mellom nivåene. Lofotrådet mener at lokalsykehusene er sentrale i et slikt arbeid. Dette arbeidet frykter vi kompliseres om stedlig ledelse fjernes fra lokalsykehuset og flyttes til Bodø. Det at en fra Bodø skal samhandle med 21 kommuner i stedet for at vårt lokalsykehus i Lofoten skal samhandle med 4 - 6 kommuner, tror Lofotrådet øker byråkratiet for gjennomføring av gode regionale samhandlingsprosjekt.

### **Konklusjon**

Lofotrådet mener at tidligere prosesser og denne prosessen har en innretning og et mål som setter den statlige helsereformens positive intensjoner for lokalsykehusene i Norge i fare. Retningen på utviklingen har en slik karakter at vi vil be eieren/statsråden om å bidra til en grundig konsekvensanalyse for lokalsykehus og lokalsamfunn/befolkning.

Lofotrådet konkluderer med at Nordlandssykehuset, avd. Lofoten må drives videre organisert som geografisk klinikk med stedlig ledelse som i dag.

Dette begrunnes med følgende stikkord:

- Det er ikke gjennomført en tilfredsstillende konsekvensvurdering av virkningene ny organisasjonsmodell vil ha i forhold til lokalsykehuset og innbyggerne i regionen
- En kan ikke se at ny organisasjonsmodell tilfredsstiller kostnadsreduksjonene som mandatet beskriver.
- Stedlig ledelse er avgjørende for lokalsykehusets utviklingskraft, rekruttering og samordning av ressurser både lokalt og på foretaksnivå, dette i motsetning til fragmentert ansvar og ledelse
- En sentralisert klinikkstruktur innebærer distansert faglig lederskap og faglig ansvar, sistnevnte vil bli en særskilt utfordring.
- Foreslåtte organisasjonsmodell kan skape rekrutteringsutfordringer som en ikke ser omfanget av i dag. Fagpersonell foretrekker en synlig og handlekraftig organisasjon med kortest mulig vei til det administrative og faglige lederskapet
- Samhandlingen mellom 1. og 2.linja er ikke viet tilstrekkelig oppmerksomhet

For Lofotrådet  
(sign )  
Atle Kanstad  
Sekretariatsleder



Nordlandssykehuset HF  
Sjøgata 10

8092 BODØ

Deres ref.:

Vår ref.: 08/1810-1/K2-H21/NIHA

Dato: 04.11.2008

## Innspill til Nordlandssykehusets organisasjonsutviklingsak

Viser til Deres invitasjon til Vestvågøy kommune, om uttalelse i forbindelse med Organisasjonsprosjektet Nordlandssykehuset HF. Ettersom Vestvågøy kommune har vært saksordførere for Lofotrådet sin uttalelse, slutter vi oss selvfølgelig fullt ut til rådets argumentasjon og konklusjoner.

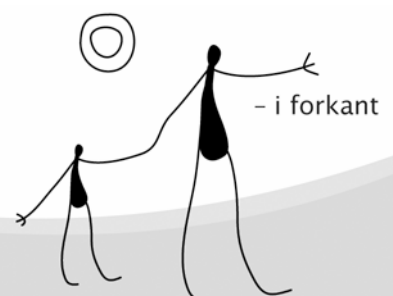
Vestvågøy kommune vil påpeke at den korte høringsfristen på 1 uke fratrar kommunen en seriøs politisk behandling. Det kan oppfattes som en undervurdering av 1.linjas betydning i norsk helsepolitikk og en undervurdering av demokratiet. I tillegg mener vi at pasient - og brukerorganisasjoner burde vært hørt i en så viktig sak.

Som vertskommune for Nordlandssykehuset Lofoten, vil vi understreke at vi har et meget godt samarbeide med sykehuset på Gravdal. Vi mener at stedlig ledelse er en viktig og nødvendig forutsetning for god samhandling mellom 1.linja og 2.linja i vår region. Videre er det meget tilfredsstillende for vertskommunen å registrere at Nordlandssykehuset Lofoten HF driver kostnadseffektivt og i økonomisk balanse.

Vennlig hilsen

Nils Olav Hagen  
Rådmann

Jonny Finstad  
Ordfører





Til: Direktør  
Eivind Solheim  
Nordlandssykehuset

Sted/Dato:  
Bodø 4 november 2008

### **Innspill til HF direktøren vedrørende sak som skal fremmes for styret 13.november angående Ny organisasjons- og ledelsesmodell for NLSH.**

Hovedverneombudet finner det vanskelig og komme med en samlet uttalelse på vegne av en samlet vernetjeneste da det også i denne gruppen er stor uenighet om forslaget som ligger i rapporten.

Hovedverneombudet slutter seg til prosjektgruppens forslag til organisering av NLSH med de 8 klinikkene og den ledelsesmodellen med de nivåer som er beskrevet i forslaget.

I presiseringen av mandatet la direktøren vekt på at samling av like fag i felles klinikker vil kunne bedre pasientforløpene, øke fagutviklingen og styrke rekrutteringen. Det vil bli mer helhetlig perspektiv på ledelse og en sterkere formalisering av ledelsen. Det er også presisert at utførelsen av ledelse skal bli tydeligere gjennom klar ansvars og fullmaksstruktur. Hovedverneombudet ser i dette perspektivet en mulighet for å øke trivselen og bedre arbeidsmiljøet så vel for de ansatte som for ledere på alle nivå. Ut fra forhåpningene til denne modellen vil man kunne styrke styringen av ressursene og redusere kostnader av driften uten at det går ut over pasienttilbud og arbeidsmiljø.

Det er vel ingen tvil om at en implementering av en slik modell vil medføre en del støy som, spesielt innenfor enkelte deler av organisasjon, vil medføre negative konsekvenser for arbeidsmiljøet. Dette vil i høyeste grad stille krav til Direktøren og de nye klinikksefene. Her er det snakk om god endringsledelse og avsatte ressurser til dette. Behovet for medvirkning fra ansatte og deres representanter er også viktig.

På bakgrunn av dette vil jeg utfordre direktøren til å be styret om en økonomisk omstillingspakke som kan sikre en god implementering av den nye organisasjonsmodellen.

Med vennlig hilsen.

Reidun Skindlo  
HVO NLSH





FAGFORBUNDET



DEN NORSKE  
LEGEFORENING



FO



delta

NITO  
NORGES STØRSTE ORGANISASJON  
FOR INGENIØRER OG TEKNOLGER



NORSK FYSIOTERAPEUTFORBUND

Hovedtillitsvalgte og koordinerende verneombud  
ved  
Nordlandssykehuset Vesterålen

30. oktober 2008

Til  
Direktør Eivind Solheim  
Avdelingsdirektør Jan Steffensen  
Foretakstillitsvalgte  
Hovedverneombud

### Uttalelse Ny organisasjons- og ledelsesmodell for Nordlandssykehuset HF

Hovedtillitsvalgte/koordinerende verneombud i Nordlandssykehuset Vesterålen har fulgt prosessen om ny organisasjons- og ledelsesmodell i foretaket med stor interesse og forventning. Selv om fagforeningene har vært representert i prosjektgruppen, ønsker vi likevel å komme med en samlet uttalelse til rapporten hvor vi påpeker forhold som, etter vår mening, vil gi betydelige konsekvenser for lokalsykehuset.

Rapporten er mottatt 27.10.08. med høringsfrist frem til 4.november, altså en ukes frist. Vi mener det er svært uheldig at det gis en så kort høringsfrist og er på grensen til avdemokratisering av prosessen.

Prosjektgruppen har arbeidet ut fra et mandat som er en kopi av styrevedtak i sak 28/08. Et styrevedtak som ble fattet på bakgrunn av foretakets vanskelige økonomiske situasjon. Mandatet inneholder 7 punkter, der punkt 1 til 4 omhandler bestillingen til prosjektgruppen.

Vi er positive til en organisasjons- og ledelsesmodell dersom forslaget hadde ledet til bedre økonomi, pasienttilbud og ledelse, men det er det ikke grunn til å tro at den vil gjøre. Vi tror ikke at en klinikkorganisering er det beste for hele foretaket. Vi mener også at rekruttering og mulighet for å beholde kvalifisert personell ved lokalsykehusene i Lofoten og Vesterålen kan svekkes i denne modellen. Vi har et ønske om en best mulig løsning for hele foretaket. En organisasjonsmodell forankret ned i organisasjonen og som hele organisasjonen kan stå bak er avgjørende.

Bakerst i rapporten finner vi at man har valgt å dele opp prosjektet i 2 faser, der man skal finne løsningen med reduksjon av 30 årsverk. Vi stiller oss undrende til at man ikke har hatt fokus på økonomi og stedlig ledelse i Lofoten og Vesterålen, og mener dette ikke er i samsvar med mandatet.

#### Organisasjonsmodell

Rapporten fremmer kun ett organisasjonsforslag. Opprettelse av 8 klinikker med følgende ledernivåer under disse – Avdelingsleder, Seksjonsleder og Enhetsledere.

Den foreslåtte modellen legger opp til at alle fullmakter og beslutninger lokaliseres til Bodø.

Vi leser av rapporten at den endelige utforming av klinikkene ikke vil komme før i fase 2, og dette gir på nåværende tidspunkt grunn til bekymring for hvilket nivå fullmakter og beslutninger legges og hvilken betydning det vil få for Lofoten og Vesterålen.

Det er ikke vist til hvordan den foreslåtte modell skal bidra til at foretakets økonomi skal styrkes, den viser heller ikke hvordan den skal bidra til en løsning som er til beste for hele foretaket.

Vi mener det er viktig å få en modell der alle ansatte føler et eierforhold og dermed bidrar til at modellen lar seg gjennomføre.

Vi ser at det er hensiktsmessig at Direktøren får færre ledere å forholde seg til. Imidlertid er det vår oppfatning at i en så stor organisasjon som Nordlandssykehuset HF med dertil omfattende funksjonsområder, er det fare for å miste fokus dersom Direktørens ledergruppe ikke også omfatter representanter fra Lofoten og Vesterålen.

Det foreslås klinikkmodell med klinikk-sjef, et udefinert antall avdelinger, seksjoner og enheter. Dette mener vi vil resultere i økt ressursbehov, økt byråkrati og lenger avstand til lokalsykehusene i Lofoten og Vesterålen enn den som allerede er i dag.

### **Konsekvensvurderinger**

De konsekvensvurderinger som er gjort finner vi svært tynne og mangelfulle. Mangelfullt utredede konsekvenser for ansatte, tjenestetilbud og beslutningsnivåer for lokalsykehusene i Lofoten og Vesterålen bidrar til å skape stor utrygghet og frykt.

Konsekvenser, både positive og negative, bør bære preg av bedre kvalitetssikring enn det som fremkommer i rapporten. Det må også kunne dokumenteres.

Kvaliteten på arbeidet henger nøye sammen med et godt arbeidsmiljø og trivsel i arbeidet. Vi mener det er spesielt viktig å få konsekvensutredet forhold som angår arbeidsmiljø og sykefravær ved en stor omorganisering som denne.

- Vil de ansatte bli sett, hørt, tatt hensyn til i en ny organisasjons- og ledelsesmodell?
- Hvor løses for eksempel konfliktsaker som kan oppstå mellom ansatte og en enhetsleder?
- Konsekvenser/risiko ved at ansatte føler resignasjon, oppgitthet, vantrivsel pga stadige omorganiseringer – som kommer i tillegg til nødvendige omstillinger?
- Hva er risikoen for at terskelen for sykefravær kan bli lavere?

Vi vil minne om styrevedtak i sak 13/08 om samme sak (organisering av NLSH), som også er tydelig i kravet om konsekvensvurderinger av modell, og der det kreves at prosjektet skal være avsluttet innen utgangen av 2008.

### **Samhandling internt og eksternt**

Hvordan lokalsykehusene i Lofoten og Vesterålen skal kunne samhandle internt innenfor lokalsykehusene, innen foretaket og eksternt mot 1.linjetjenesten er knapt berørt i rapporten.

Det er foreslått opprettet en samhandlingsenhet lokalisert til Bodø. Denne samhandlingsenheten skal erstatte den koordinerende funksjonen som avdelingsdirektørene i Lofoten og Vesterålen har hatt.

Det er vår oppfatning at dette er en svekkelse, og ikke styrking av samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i Nordlandssykehuset HF. Ivarretar dette Helseministerens samhandlingsreform hvor utfallet av denne ennå ikke er kjent?

Innsparingsgevinsten gjennom en sentralisert samhandlingsenhet vil bli redusert. En sentralisering vil svekke samhandlingen mellom 1. og 2.linjetjenesten i Lofoten og Vesterålen.

God samhandling mellom de tillitsvalgte, vernetjenesten og arbeidsgiver i hele foretaket er en viktig betingelse. Den belyste mangel på teknologi for inkludering i foretaket må snarest mulig på plass dersom samarbeidet skal fungere.

### **Tjenestetilbud**

Styrking av funksjoner/tjenestetilbud gjennom en mer forpliktende ambulering av helsepersonell kan kun skje frivillig og gjennom utlysning, og denne funksjonsforbedring kan faktisk gjennomføres uansett organisasjonsmodell. Dette gjelder også de øvrige fordeler av organiseringen som rapporten viser til.

### **Beslutningsnivåer og lokal ledelse**

Viktige deler av mandatet, som siste setning i pkt. 2 *"I tillegg skal gruppen spesielt vurdere konsekvensene av ny modell opp mot dagens modell når det gjelder kvalitet på pasienttilbud og stedlig ledelse i Lofoten og Vesterålen"*, (vår understreking) er kun berørt av representanter fra disse lokasjoner.

Organisasjonsforslaget legger opp til at det vil være den enkelte av de 8 klinikk-sjefene, lokalisert til Bodø, som skal avgjøre hvilket nivå fullmakter og beslutninger skal legges på. Hvilken betydning dette vil få for Lofoten og Vesterålen, sier rapporten ingenting om.

Forslaget om å fjerne nåværende lokalsykehusdirektører skaper stor uro og frykt for fremtiden både for ansatte, befolkning og politikere. Den stedlige direktøren er selve limet i lokalsykehuset. Han har bidratt til å skape trygghet og tillit internt og mot lokalbefolkningen i Vesterålen, i tillegg til å ha vært de ansattes og tillitsvalgtes talerør til foretaksledelsen.

Her er noen viktige oppgaver for stedlig leder som vi vil bemerke:

- Intern samhandling, som har vært avgjørende viktig både for rekruttering, tjenestetilbud og en økonomisk bevissthet.
- Samhandling med primærhelsetjenesten, politikere og ikke minst brukerne. Brukerutvalget i Vesterålen ble nedlagt da vi gikk over til Nordlandssykehuset, da utvalget her var sentralisert. Det sentrale utvalget er nå uten representant fra Vesterålen.
- Samhandling med tillitsvalgte og vernetjenesten.
- Bidra til lojalitet blant ansatte i forhold til overordnede beslutninger.
- Opprettholde tillit og engasjement under byggeprosjektet for nytt sykehus i Vesterålen, gjennom alle "motbakker" vi har møtt.
- Bidra til å opprettholde motivasjon og engasjement gjennom alle de omorganiseringer vi har stått overfor fra dag 1 etter helsereformen.

Viktigst av alt er at en stedlig leder ikke bare må ha ansvarsområder, men at det også må være gitt nødvendige fullmakter for å kunne fatte beslutninger i lokale saker.

### Konklusjon

Dersom vi skal lykkes med en ny organisasjonsmodell er det viktig med engasjement i hele organisasjonen. De ansatte må føle at de har et eierforhold til modellen. Det må være vilje til å møte utfordringene gjennom omorganisering og en ubetinget lojalitet i forhold til felles avtale- og regelverk samt de overordnede beslutninger. Det må være tillit til at lokalsykehusets tjenestetilbud opprettholdes og utvikles til pasientenes beste. De ansatte må føle trygghet for et godt arbeidsmiljø både faglig og i forhold til hele foretaket.

For å lykkes i en omstillingsprosess må ansatte gis mulighet til å fremme sine meninger og bli hørt. I Vesterålen opplever de ansatte at deres meninger ikke blir tatt til følge.

Hovedtillitsvalgte/koordinerende verneombud i NLSH Vesterålen mener at foretaksledelsen må ta dette på alvor og seriøst vurdere om man vil gjennomføre en så omfattende omstillingsprosess, når store deler av organisasjonen gir uttrykk for sin skepsis til resultatet og konsekvensene det får for de ansatte.

Med bakgrunn i overstående, kan ikke hovedtillitsvalgte og koordinerende verneombud støtte rapportens forslag til organisasjonsmodell. Vi vil vise til det alternative forslaget til organisering fra Vesterålens representanter i prosjektet – som vi støtter - og anmoder Direktøren å følge denne:

- 1. Nordlandssykehuset Bodø/Salten organiseres etter klinikkmodellen i samsvar med rapporten.**
- 2. Nordlandssykehuset Vesterålen og Lofoten organiseres som egne geografiske klinikker med stedlig ledelse som nå.**

May-Edel Lund, HTV Norsk Sykepleierforbund (sign.)

Ann-Mari Jenssen, HTV Delta (sign.)

Tine Nordrum, HTV NITO (sign.)

Per Kristian Skorpen, HTV Den Norske Lægeforening (sign.)

Anne-Berith Olsen, HTV FO (sign.)

Anne Notø, HTV Norsk Fysioterapiforbund (sign.)

Unni Roland, HTV Fagforbundet avd.200 (sign.)

Merethe Fredriksen, HTV Norsk radiografforbund (sign.)

Catrine Bakkejord, HTV Norsk ergoterapeutforbund (sign.)

Siv Pedersen, HTV Den Norske Jordmorforening (sign.)

Hege Huse, HTV Norsk Psykologforening (sign.)

Gisle Myrseth, HTV Tekna (sign.)

Finn Nyheim, Koordinerende verneombud (sign.)

Kopi:

Foretakstillitsvalgte  
Konserntillitsvalgte  
Styret for NLSH v/styreleder  
Helse Nord ved direktør Lars Vorland  
Avdelingsledere NLSH Vesterålen  
Regionrådet i Vesterålen  
Ordføreren i Hadsel  
Sykehusets Venner

Direktør  
Eivind Solheim  
Nordlandssykehuset HF  
8092 Bodø

Vår saksbehandler: Merete Lian  
Vår ref.: 052/2008

Vår dato: 03.11.2008

Deres ref.:

Medlemsnr.:

## **Prosjekt ny organisasjons- og ledelsesmodell for Nordlandssykehuset HF Drøftingsnotat fra Norsk Sykepleierforbund til drøftingsmøte 04.11.2008**

Norsk Sykepleierforbund(NSF) viser til prosjektgruppens rapport om organisasjons - og ledelsesmodell og vil drøfte den på bakgrunn av styrevedtaket 19.juni 2008.

- Punkt 1 i vedtaket: Beskrive en modell med 6-8 klinikker. Foreslå klinikk struktur.

NSF slutter seg til prosjektgruppens forslag om organisering av Nordlandssykehusets medisinske virksomhet i 8 klinikker med de navn som er foreslått på klinikkene. Den foreslåtte Psykisk helse- og rusklinikk mener NSF vil bedre samarbeidet mellom faggruppene i denne klinikken og gi grunnlag for et sammenhengende pasienttilbud. Synliggjøring av rusfeltet i denne klinikken mener NSF også vil bidra til bedring av pasienttilbudet for denne gruppen pasienter. Slik det foreslås organisert vil denne klinikken ha mulighet til å gi et likeverdig pasienttilbud innefor det geografiske området som Nordlandssykehuset skal dekke. Lofoten DPS, Vesterålen DPS og Salten DPS organiseres i en klinikk.

Den foreslåtte Kirurgisk og ortopedisk klinikk vil også innbefatte Lofoten og Vesterålen og gi grunnlag for et likeverdig pasienttilbud for denne pasientgruppen. Ressursene i klinikken må fordeles etter pasientens behov. For NSF er det også viktig at ambuleringsavtaler inngås på en ryddig måte i henhold til avtaler.

Medisinsk klinikk vil bestå av medisinsk avdeling Bodø, Lofoten og Vesterålen. I det videre arbeid er det en spesiell utfordring å ivareta organisering av sengeområdet i Lofoten og implementere det i medisinsk klinikk på en slik måte at man ivaretar det positive arbeidet som er gjort i Lofoten når det gjelder organisering.



NSF mener at opprettelse av den 8. klinikken med navn Prehospital klinikk er nødvendig for å ivareta ansatte og pasienttilbud i denne klinikken på en god måte. Tjenester som samles i denne vil foregå prehospitalt og vil kunne utvikles på en likeverdig måte. Prehospitaltjenester utgjør ca. 10 % av Nordlandssykehusets driftsbudsjett og kan synliggjøres bedre i en egen klinikk. Det vil i denne klinikken foregå utstrakt samarbeid med andre etater og kommuner.

I Akuttmedisinsk klinikk er deler av portørtjenesten fremdeles foreslått organisert. NSF mener at portørtjenesten må organiseres i sin helhet under drift og eiendom. Portørerne i Akuttmedisinsk klinikk utgjør en liten gruppe som har krevende fysisk arbeid. I drift og eiendom vil det være mulig å rullere mellom oppgaver og derved få et bedre arbeidsmiljø.

- Punkt 2 i vedtaket: Prinsippet om gjennomgående ledelse legges til grunn. Navn og nivåer i organisasjonsmodellen skal fastsettes, ansvar og myndighet på de ulike nivåer skal forelås og begrunnes. Kontrollspenn skal vurderes og det skal vurderes konsekvenser av ny modell opp mot dagens modell når det gjelder stedlig ledelse og pasienttilbud i Lofoten og Vesterålen.

NSF mener at den mest effektive organiseringen av Nordlandssykehuset er en direktør og åtte klinikkjefer slik flertallet av prosjektgruppen foreslår. Dette vil gi mulighet for bedre samarbeid og en tettere ledergruppe som arbeider med en helhetsforståelse av Nordlandssykehuset. Utfordringen for ledelsen vil være kulturbygging: Hvordan bli ett sykehus? Direktøren beskriver at nåværende organisering med avdelingsdirektører og samhandling på tvers ikke har gitt ønsket effekt. For pasientene er det viktig at organisering av helsetjenesten er slik at tilbudet blir kvalitetsmessig bra og at tjenesten er tilgjengelig.

NSF slutter seg til gruppens anbefaling når det gjelder navn og nivåer på ledere. NSF mener imidlertid at avdelingssykepleiertittel må brukes der enhetsleder er sykepleier. Dette er en godt innarbeidet tittel som sier noe om hva som foregår innenfor den enkelte enhet. Slik det er i dag er benevnelsen sykepleie usynliggjort på organisasjonskart og i ledertitler. Sykepleiere er på kart "skjult" i sengeområder/poliklinikker.

NSF slutter seg til gruppens anbefaling når det gjelder kontrollspenn. NSF mener at for å kunne løse de oppgaver som er pålagt oss er det viktig at sykepleielederne får mulighet gjennom organisering å legge til rette for og utvikle og heve kompetansen til sykepleiere. For samhandling internt i sykehuset er dette avgjørende.

" I direktørens presisering av mandatet 25. september ble det presisert at ledelse skal foregå gjennom klare ansvars- og fullmaktstrukturer. Det skal ikke være noe uklart i hva man lokalt har anledning til å foreta seg. Graden av å måtte spørre oppover skal reduseres. Dette kan kun skje gjennom tydelighet på hva ens oppdrag er. "

NSF mener at prosjektgruppen ikke har svart godt nok på dette. Prosjektgruppen har foreslått at fullmakter legges på nivå over enhetsnivå samtidig som den foreslår personalansvar, personalledelse, fagansvar og budsjettansvar til enhetsleder. NSF viser til Hovedavtalens § 29 tredje ledd:

*Utvikling av former for medbestemmelse og et bedre arbeidsmiljø i virksomheten vil forutsette en utstrakt desentralisering og delegering av beslutningsmyndighet innen virksomheten, slik at de som arbeider innenfor den enkelte enhet gis større adgang til selv å treffe beslutninger i det daglige arbeid.*

NSF mener at enhetsleder må ha fullmakt til å benytte budsjettmidler innenfor eget ansvarsområde og vedtatt budsjett. NSF mener at det i styresaken må utformes slik at dette sikres og at det ikke kan vente til fase 2.

NSF viser til styresak 49/08 Internrevisjonsrapport 08/08

Internrevisjonen påpeker viktigheten av sammenheng mellom det å ha en rettighet og det å ha et ansvar. Internrevisjonen anbefaler også risikovurdering av fullmaktstrukturen i foretaket i forbindelse med ny organisering. Det bør vurderes om budsjettansvaret ligger på riktig nivå og om den budsjettansvarlige har tilstrekkelig mulighet til å påvirke kostnad og aktivitet.

Prosjektgruppen har ikke arbeidet med dette og for NSF er det viktig at dette ikke skyves til fase 2 med risiko for at enhetsleder blir fratatt myndighet, men beholder ansvaret. Da har ny organisering ikke løst et vesentlig funn gjennom "God Vakt": Mellomledernes arbeidssituasjon. NSF mener også at det må sikres myndighet og fullmakter for ledere i Lofoten og Vesterålen slik at man innenfor ordinær drift ikke må henvende seg til Bodø.

Prosjektgruppen har foreslått bakgrunn/kompetanse og erfaring for ledere.

NSF mener at klinikkisjef må ha helsefaglig utdanning på høyskole/universitetsnivå av minimum tre år og lederutdanning/eventuelt forpliktet seg til å ta slik utdanning. Klinikkisjef bør ha ledererfaring/kompetanse fra helsevesenet og det er viktig at klinikkisjef kjenner kulturen i sykehus. Når det gjelder egenskaper mener NSF at personlig egnethet er dekkende for mange av de egenskaper som er beskrevet. Begrepet "folkeskikk" må tas ut. Det er viktig at klinikkisjef har evne til samarbeid, er handlekraftig/evne til å ta avgjørelser/beslutningsdyktig. Disse egenskaper er viktig på alle ledernivåer. Det å ikke være konfliktsky er også viktig på alle nivåer. For klinikkisjef vil evne til å være helhetstenkende være avgjørende. Klinikkisjefen må ha samfunnsforståelse/systemforståelse og lojalitet mot direktør og styret. For ledernivåer under er dette også viktig for å få gjennomført de oppgaver som er pålagt oss. Faglig innsikt er viktig på alle ledernivåer og vil være avgjørende for om Nordlandssykehuset lykkes med omstilling.

Enhetsledere/avdelingssykepleiere må ha god faglig forståelse og evne til å motivere, være synlig, tydelig og ikke være konfliktsky. Lojalitet må gå både oppover til ledernivåer over og nedover mot de en er satt til å lede. Det å kunne utvikle og bevare et godt arbeidsmiljø er viktig. Enhetsleder bør ha en forståelse som sikrer kvalitet i tjenesten slik at pasientene blir ivare tatt på en trygg måte. Enhetsleder må sikres ansvar og myndighet innenfor sitt område slik at dette kan gjennomføres uten å måtte spørre oppover.

Enhetsleder må ha helsefaglig utdanning på høyskole/universitetsnivå av minimum tre år og bør ha formell lederutdanning, eventuelt forpliktes til å ta slik utdanning.

Seksjonsnivået bør ha en koordinerende rolle og må ha helsefaglig utdanning på høyskole/universitetsnivå av minimum tre år og bør ha formell lederutdanning/erfaring. Seksjonsleder må ha gode samarbeidsevner, helhetsforståelse og faginnsikt.

- Punkt 3 i vedtaket: Stab/støttestruktur på foretaks - og klinikknivå. Fordeling av oppgaver etc.

NSF tilslutter seg gruppens anbefalinger på dette punktet. Det må i fase 2 sikres støttefunksjoner på enhetsnivå.

- Punkt 4 i vedtaket: Ny organisasjonsmodell forutsettes å gi reduserte kostnader gjennom stordrift og effektivisering. Gevinsten av ny organisasjonsmodell skal være minst 30 årsverk på foretaksnivå.

NSF mener at den eventuelle gevinsten av ny organisasjonsmodell må omsettes til kvalitetsheving for sykepleiere. Specialisthelsetjenesten er en kunnskapsbedrift hvor de ansattes kunnskaper og kompetanse er avgjørende for kvalitet i pasienttilbudet. Sykepleiere utgjør mange av de ansatte i Nordlandssykehuset og pasienten møter sykepleiere i mange faser av sitt pasientforløp. For NSF er det viktig at pasienten møter den kunnskapsrike, kompetente og empatiske sykepleieren.

Proessen:

Ansatte og tillitsvalgte har deltatt i arbeidet med ny organisasjonsmodell. Det har vært en hurtig og krevende prosess. I det videre arbeid fram mot styrebehandling er det for NSF viktig å involvere medlemmer i dette arbeidet.

Veien videre.

Etter ansettelse av klinikkjefer må det hurtig på plass ny organisering av tillitsvalgtordningen for NSF slik at medbestemmelse og samarbeid kan ivaretas i den videre prosess. |

Med vennlig hilsen

Merete Lian  
Foretakstillitsvalgt Norsk Sykepleierforbund  
Nordlandssykehuset

Kopi: Per Ingve Nordheim, Anita Falch Mentzoni.



Avdelingsdirektør  
Steinar Pleym Pedersen  
NLSH Lofoten

Gravdal 03112008

Direktør  
Eivind Solheim  
NLSH HF

## VEDRØRENDE OU-PROSESSEN I NORDLANDSSYKEHUSET

Medisinske og kirurgiske overleger ved NLSH Lofoten (videre bare "overlegegruppen") har gjennomgått rapporten "Prosjekt ny organisasjons- og ledelsesmodell for Nordlandssykehuset HF" og har følgende merknader:

Målet med en omorganisering burde være å øke arbeidseffektiviteten, forsterke fagmiljøet, redusere økonomiske utgifter og forbedre konsistens og trygghet i pasientbehandling. Overlegegruppen tror ikke at noen av disse punktene blir oppfylt ved innføring av "klinikkmodellen" med 6-8 klinikker og sentralisering av gjennomgående ledelse til Bodø.

Overlegegruppen synes at en er kommet lang på vei med å utvikle en "klinikk Lofoten" ved å bruke et felles sengeareal og satse på tverrfaglig samarbeid mellom indremedisin, kirurgi, gynekologi og psykiatri. Samarbeidet mellom kirurgi og gynekologi sørger for at det finnes en forsvarlig og trygg beredskapsordning for keisersnitt i Lofoten. Klinikkdannelsen ville gå på tvers av dette samarbeidet, dra en skillelinje mellom tett samarbeidende fagområder, og ødelegge resultatet av et langt prosessarbeid. Vi frykter at den foreslåtte klinikkmodellen ikke tar i betraktning lokale forhold hvor spesialister jobber tverrfaglig, og etter omorganiseringen ville de være nødt å forholde seg til forskjellige kliniksjefer. Dette er også i strid med den nye helsereformen som skulle føre til desentralisering og forsterkning av det lokale helsefaglige miljøet.

OU-rapporten foreslår å tilknytte Lofotens felles sengeareal en medisinsk klinikk. Det slår meget uheldig ut for det samarbeidet vi har nå. Kirurgene og psykiaterne ville stå uten egne senger. Vi synes at denne ordningen setter kirurgisk virksomhet og akuttberedskap i fare.

For å kunne beholde et godt helsetilbud for Lofotens befolkning tror vi at det er nødvendig med en lokal ledelse som samarbeider tett med primærhelsetjenesten, det lokale politiske miljøet og lokalsamfunnet, og som vil løse aktuelle problemer umiddelbart. Ifølge OU-rapporten finnes det ingen representant fra Lofoten i sentral ledelse i Bodø som kunne ivareta lokalbefolkningens interesser

når det gjelder utvikling av framtidens lokalsykehus i Lofoten, spesielt med tanke på geografiske og værforhold.

Vi frykter at engasjementet og ”det lille ekstra” som har holdt lokalsykehuset i Lofoten i livet vil forsvinne når sykehuset splittes opp og fjernstyres fra ulike klinikker i Bodø.

Vi er enig med det som påpekes andre steder:

En så omfattende prosess burde vedtas gjennom demokratiske prosesser og etter nøye konsekvensutredning.

Vi konkluderer med følgende:

**Sykehuset i Lofoten burde organiseres som egen geografisk klinikk med stedlig ledelse som nå, i likhet med sykehuset i Vesterålen.**

Aglaia Frommholz, overlege i indremedisin (sign)

Bettina Heermann, overlege i indremedisin (sign)

Jon Heger, overlege i radiologi (sign)

Miriam Hudecova, overlege i gynekologi og fødselshjelp (sign)

Benno Röper, overlege i kirurgi (sign)

Martina Tönnies, overlege i kirurgi (sign)

Jörg Wagner, overlege i indremedisin (sign)

Kopi:

Helseminister Bjarne Håkon Hansen

Styret i NLSH HF v/styreleder

Helse Nord ved direktør Lars Vorland

Avdelingsdirektør NLSH Vesterålen Jan Steffensen

Avdelingsledere NLSH Lofoten

Fagforeningene NLSH Lofoten

Lofotrådet

Regionrådet i Vesterålen

Ordføreren i Vestvågøy, Flakstad, Moskenes, Vågan

Ordføreren i Hadsel

Kommunelege I Vestvågøy Christian Mide

Kommunelege I Vågan Morten Bain

Kommunelege I Flakstad

Kommunelege I Moskenes Niels Christiansen

Lofotposten

Lofot-Tidende

## **Kommentarer til OU-prosessen i NLSH**

Mellomlederne ved Nordlandssykehuset Vesterålen har i anledning OU-gruppens rapport hatt felles møte, og har følgende kommentarer til OU-prosessen som har vært gjennomført Nordlandssykehuset. Undertegnede representerer mellomlederne, og har følgende tilbakemeldinger til avdelingsdirektøren ved NLSH Vesterålen. Vi ber om at vår tilbakemelding blir gjort kjent for vår foretaksdirektør og styreleder i Nordlandssykehuset HF.

Mellomledergruppen i Vesterålen stiller seg bak de argumenter som tidligere er fremsatt av OU-gruppens 6 medlemmer fra Vesterålen, samt de synspunkt som er kommet fra overlegegruppen og tillitsvalgte ved sykehuset. Samtidig tar vi avstand fra rapporten som nå foreligger til behandling hos foretaksledelsen i NLSH.

Den ferdige rapporten fra OU-gruppen, er slik vi ser det, preget av hastverksarbeid og er meget mangelfull på en rekke punkter. I tillegg mener vi at denne rapporten ikke er en konsekvensutredning, siden store deler av mandatet for arbeidsgruppen ikke er drøftet i rapporten. Spesielt gjelder dette hvilke konsekvenser et bortfall av stedlig ledelse vil medføre for NLSH Vesterålen og Lofoten, samt hvilke økonomiske konsekvenser klinikkbasert ledelse vil medføre.

Administrasjon og ledelse på mellomledernivået er preget av en meget hektisk hverdag. Det er mange avgjørelser som skal tas til enhver tid. Det er derfor avgjørende for oss å vite at en har en stedlig ledelse å støtte seg til, med mulighet for rask saksbehandling. Vi frykter at en sentralisering av ledelsen vil føre til økt byråkratisering av de administrative tjenester.

Mellomlederne er (som regel) ansvarlige for budsjett på egne avdelinger. For å kunne ha tilfredsstillende budsjettmessig kontroll, er det avgjørende at en er kjent med hvordan avdelingen fungerer, både faglig og økonomisk. I Vesterålen har vi gjennom de senere år vist god budsjettmessig kontroll. Slår man sammen bunnlinjen i regnskapet, ved de enkelte avdelinger, vil en se at det er bortimot balanse i forhold til tildelte midler og forbruk. De faktorer som har bidratt til at budsjettet er overskredet er langt på vei forhold som ikke ligger innenfor kontrollen til de enkelte avdelingene. Eksempel på dette er kostnader til pasientreiser samt kostnader til vedlikehold av gammel bygningsmasse. Det siste vil forhåpentligvis rette seg når bygging av nytt sykehus i Vesterålen realiseres.

Miljøet i Vesterålen er preget av meget god kommunikasjon og samhandling avdelingene i mellom, på tvers av fagfelt. Dersom noen avdelinger står i fare for å gå utover sine økonomiske rammer, vil andre avdelinger hjelpe til med å spare på sine kostnader, slik at samlet bunnlinje kommer nærmest mulig balansekravet. God koordinering og samhandling på tvers i organisasjonen, er det først og fremst den stedlige ledelsen som initierer og vedlikeholder. Vi har grunn til å tro at denne samhandlingen ikke kan fungere dersom en organiserer NLSH etter klinikkmodellen, og stedlig ledelse bortfaller.

Ved NLSH Vesterålen har vi gjennom mange år hatt meget god samhandling med de øvrige kommunene i vår region. Vi var ett av de første sykehus som etablerte forpliktende samarbeid om utskrivningsklare pasienter, mellom sykehus og kommune. Vi er et foregangssykehus når det gjelder formalisert samarbeid med kommunelegene i Vesterålen. Dette er forhold som er basert på nær kontakt mellom oss som ledere ved sykehuset og ledere i kommunehelsetjenesten. Vi er redd for at dette gode samarbeidet står i fare for å ødelegges når denne kontakten skal sentraliseres gjennom et samarbeidsorgan lokalisert i Bodø.

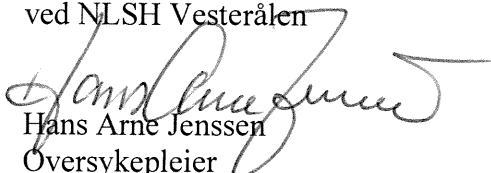
Går vi tilbake til utgangspunktet for endringsprosessen, var det sterkeste argumentet for implementering at dette skulle være et virkemiddel til å få kontroll på økonomien i foretaket. Mellomledergruppen har full forståelse for at noe må gjøres for at økonomien skal komme under kontroll i foretaket, men vi har ingen tro på at organisasjonsendringen vil føre til økonomiske innsparinger som rettfærdiggjør fortsettelsen av endringsprosessen, slik forslaget nå foreligger. Rapporten kan ikke vise til en eneste økonomisk fordel ved implementering av klinikkledelse, snarere tvert i mot. Vi tror at, i hvert fall for Vesterålen og Lofoten, vil en innføring av klinikkmodellen føre til svekket økonomisk kontroll som vil gå ekstra ut over de perifere avdelinger utenfor NLSH Bodø.

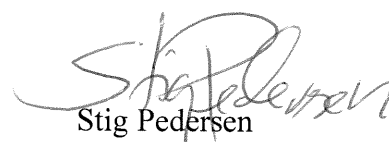
Lederne for de ulike avdelingene i Vesterålen har i alle år hatt fokus på økonomi. Allerede i januar i år mottok vi brev fra foretaksledelsen, der mer eller mindre samtlige fullmakter til investering og innkjøp ble inndratt. Dette har bidratt til at avdelingene har hatt liten eller ingen mulighet til faglig utvikling. Vi føler at dette har gått ekstra ut over avdelingene utenfor Bodø. Vi har ikke fått gjennomført nødvendige investeringer på mange år, og vi opplever store begrensninger når det gjelder mulighet for kompetansebygging samt innleie av vikarer.

Videre er vi overbevisst om at en klinikkorganisering vil videreføre nedprioriteringen av de perifere avdelinger til fordel for avdelinger i Bodø. Det ligger i sakens natur at samtlige klinikkjefer som ansettes vil få tilhørighet i Bodø. Vi har ikke tro på at dette vil gagne avdelingene i Vesterålen, verken på rekruttering, fagutvikling eller på videreutvikling av pasienttilbudet i Vesterålen.

Mellomlederne ved NLSH Vesterålen er av den bestemte oppfatning at NLSH må organiseres på følgende måte: NLSH Bodø klinikkorganiseres og Vesterålen og Lofoten organiseres som egne geografiske klinikker. Klinikk Vesterålen og Lofoten må ha stedlig ledelse med de nødvendige fullmakter.

På vegne av mellomledergruppen  
ved NLSH Vesterålen

  
Hans Arne Jenssen  
Oversykepleier  
Medisinsk område

  
Stig Pedersen  
Avdelingleder  
Anestesi-og  
operasjonsavdeling

Kopi:

Foretaksdirektøren

Alle avdelingsledere (mellomledere) Vesterålen

Fagforeningene v/NLSH Vesterålen og Lofoten

Styret i NLSH v/styreleder

NLSH Lofoten v/ avdelingsdirektør

Vesterålen Regionråd

Helse Nord v/Lars Vorland

Kommunelege I-forum v/Anders Svensson

Ordføreren i Hadsel

Sykehusets Venner

Ordførerne i Vesterålen  
Kommunestyrene i Vesterålen  
Fylkestingets medlemmer  
Politikere på Stortingets Nordlandsbenk  
Vesterålen Regionråd  
Brukerrepresentanter i Helse Nord  
Brukerrepresentantene i Nordlandssykehuset  
Helseministeren

### **NORDLANDSSYKEHUSET VESTERÅLEN**

Vi vil med dette kreve at du som politiker for regionen/landsdelen, enga-sjerer deg i arbeidet med det som skjer rundt sykehuset vårt. Mange av oss innbyggere gjør det og vi er bekymret for fremtiden. Skal vi fortsatt la byrå-kratene ha ansvaret for vår helse eller ønsker du som politiker å gjøre noe?

Følgende opprop kommer fra oss:

**Sykehuset i Vesterålen er i fare for å gjennomgå store strukturelle endringer. Deler av intensivavdelingen er flyttet ut fra sykehuset, i den hensikt å styrke tilsvarende avdeling i Bodø. Sykehuset er også planlagt delt opp i segmenter, i form av klinikker, som da hver skal bli styrt av en leder i Bodø. Dette vil medføre at sykehuset mister en ledelse som har beslutningsmyndighet over sykehuset som helhet.**

**En slik utvikling frykter vi vil føre til flere endringer, som vil kunne føre til reduksjoner i eller nedleggelse av vitale sykehusfunksjoner. Til tross for at det er blitt hevdet fra styrehold at sykehuset ikke vil miste sentrale akutfunksjoner, er vi redd for en utvikling som vil gå denne vei. Dette vil da ramme blant annet fødeavdelingen veldig sterkt og rekruttering av nytt sykehuspersonell vil bli skadelidende.**

**Vi erfarer også at utbyggingen av det nye sykehuset på Stokmarknes er lagt på is. I 13 år har det vært planlagt og tegnet nytt sykehusbygg. Disse planene og tegningene blir stadig "revidert", på en slik måte at dette føles for oss innbyggere som en bevisst trenering av utbyggingsplanene.**

**Befolkningen i Vesterålen kan ikke akseptere en slik utvikling. Det å rokke ved sentrale sykehusfunksjoner, er å rokke med den trygghetsfølelsen befolkningen har rett til å ha i et moderne samfunn. Vi kan ikke akseptere at vi som bor i et av verdens rikeste land, skal være nødt til å godta at sykehusstilbudet skal bli redusert.**

**Undertegnede krever at:**

- **Nordlandssykehuset Vesterålen opprettholdes som eget selvstendig sykehus med egne ledere**
- **Den planlagte utbyggingen av sykehuset starter snarest**
- **Det opprettes et eget brukerutvalg for Nordlandssykehuset Vesterålen**

Eldrerådene i Vesterålen Sykehusets Venner i Vesterålen

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) Vesterålen

Nordlandssykehuset

8092 Bodø

Straume 041108

### **Prosjekt ny organisasjons- og ledelse modell for Nordlandssykehuset HF**

Viser til dokument fra Nordlandssykehuset som beskriver prosjektet for å skape en ny organisasjons- og ledelse modell for Nordlandssykehuset HF.

Styrevedtak som ligger til grunn for hele prosessen sier at "den nye strukturen skal ha robuste og funksjonelle enheter" og videre "at en avklart og definert arbeidsfordeling mellom de tre sykehusene er en forutsetting i en ny organisasjonsmodell".

Det er ikke beskrevet i dokumentet hvilke problemer og utfordringer som skal løses med å gjennomføre en ny organisasjonsmodell. Det gjør det umulig å vurdere om modellen er egnet eller hensiktsmessig. I det første styrevedtaket står det som nevnt at avklart og definert arbeidsfordeling skal være en forutsetting. Dette er ikke diskutert under prosjektarbeidet. Man bygger med andre ord en organisasjon uten å diskutere om denne passer til den drift som organisasjonen skal styre.

Nordlandssykehuset, avdeling Vesterålen har som alle andre sykehus i landet utfordringer, både faglige og økonomiske men det er ikke dokumentert at en ny organisasjonsmodell kan bidra til å løse disse. De motforestillinger som fremkommer i rapporten blir behandlet overfladisk og man henviser til at dette må løses under implementering av modellen. Det er stor sannsynlighet at en ny ledelsesmodell skaper nye, enda større utfordringer. Alle endringsprosesser forutsetter lojalitet fra de ansatte for å bli vellykkede. Det er åpenbart at Nordlandssykehuset ikke har klart å overbevise de ansatte i Vesterålen om nødvendigheten av en endring, noe som kommer å gjøre den videre prosessen svært utfordrende.

Dokumentet beskriver hvordan en ny ledelses modell skal se ut og henviser til andre sykehuset som har den samme modellen, men det er ikke beskrevet positive resultat fra andre prosjekter med tilsvarende sykehusstruktur. Der er med andre ord ingen dokumentasjon for at den valgte organisasjonsmodellen er egnet for Nordlandssykehuset.

Det ligger som grunn at helseforetaket skal spare 30 årsverk gjennom innføring av ny organisasjon. Nordlandssykehuset har 2732 årsverk i 2007. 30 årsverk tilsvarer 1,1% av personellet ved helseforetaket. Personellbesparelsen er med andre ord svært liten og det kan ikke være nødvendig med en ny organisasjonsmodell for å få gjennomført dette.

Samhandling står sentralt i helsepolitikk i dag. Primærhelsetjenesten som er sykehusets viktigste "kunder" har ikke deltatt i prosessen. En praksiskonsulent i Bodø kan ikke sies representere primærhelsetjenesten i helseforetakets opptakningsområde. Lokalsykehusene skal prioritere geriatrikk, psykiatri og rehabilitering og fremfor alt behandle pasienter med kroniske sykdommer. Disse oppgavene krever utstrakt samhandling med primærhelsetjenesten, både pleie- og omsorgstjenesten og fastlegen.

Samhandling krever forutsigbarhet og nærhet. En sentral samhandlingsenhet er ikke et egnet verktøy for å skape god samhandling mellom kommunene og lokalsykehuset. Uten stedlig ledelse med makt og myndighet til å gjennomføre beslutning i hele organisasjonen på lokalsykehuset blir det svært vanskelig å skape en levende, tilpassningsdyktig organisasjon.

Kommunene er helt avhengig av en instans å samhandle med. Det er vanskelig å se for seg at kommunene, både pleie- og omsorgssektoren og fastlegene kan samhandle med åtte forskjellige klinikker der sjefene er lokalisert i Bodø. For å løse dette problemet foreslår man i dokumentet at man skal innføre en samhandlingsenhet i foretaket som skal ivareta samhandlingen med kommunene. For å kunne samhandle effektivt kreves det kunnskap om hvordan regionens helsetjenster er organisert og hvilke utfordringer de forskjellige kommunene har. Vi ser ikke at dette kan ivaretas med en sentralisert samhandlingsenhet.

Kommunelege 1 forum mener at forslaget om organisasjonsendring i Nordlandssykehuset ikke er tilstrekkelig utredet. Konsekvensene for lokalsykehuset og for primærhelsetjenesten må belyses og utredes før et beslutning kan fattes av styret.

Vennlig hilsen

Anders Svensson  
Kommunelege1 forum i Vesterålen



Avdelingsdirektør  
Jan Steffensen  
NLSH Vesterålen

Stokmarknes 271008

Direktør  
Eivind Solheim  
NLSH HF

### **VEDRØRENDE OU-PROSESSEN I NORDLANDSSYKEHUSET**

**Overlegegruppen ved NLSH Vesterålen har i dag gjennomgått rapporten ”Prosjekt ny organisasjons- og ledelsesmodell for Nordlandssykehuset HF” og har følgende merknader:**

Prosjektets siktemål er, i følge mandatet fra styret i Nordlandssykehuset, å beskrive en klinikkmodell med 6-8 klinikker, der prinsippet om sentralisering av klinikkens ledelse til Bodø er lagt til grunn. Det ble videre lagt til grunn at kostnadene skulle reduseres og at gevinsten på foretaksnivå skulle være minst 30 årsverk. Konsekvensene av ny modell opp mot dagens modell, når det gjelder kvalitet på pasienttilbudet og stedlig ledelse i Vesterålen og Lofoten, skulle også vurderes.

En prosjektgruppe på 30 personer ble nedsatt, hvorav 6 var fra Vesterålen og 5 fra Lofoten.

I perioden 180908 til 201008 har det vært 5 samlinger i prosjektgruppen.

Resultatet av disse samlingene foreligger nå i form av dokumentet ”Prosjekt ny organisasjons- og ledelsesmodell for Nordlandssykehuset HF”, som etter overlegegruppens oppfatning, er svært uferdig og som, i stor grad, ikke gir svar på de spørsmålene styret påla prosjektgruppe i mandatet. Dokumentet er også vesentlig bearbeidet av prosjektledelsen etter at arbeidet i OU-gruppen var avsluttet.

Hvordan de økonomiske gevinstene skal hentes inn, er ikke beskrevet. Endelig struktur på klinikkene er overlatt til de fremtidige klinikklederne å utarbeide. Mulighetene for lokal innvirkning på en slik prosess er usikker. Overlegegruppen ser at kostnaden med den foreslåtte omorganiseringen bringes opp på et høyere nivå, fordi det blir behov for et stort administrativt apparat for å administrere ordningen.

Den lokale ledelsen ved sykehuset i Vesterålen skal fjernes, på hvilket nivå klinikkene skal ledes lokalt er ikke avgjort. Det er usikkert hvor stor den lokale beslutningsmyndighet vil bli i den foreslåtte modellen.

Hvordan samarbeidet med primærhelsetjenesten, som møysommelig er bygget opp i Vesterålen gjennom mange år, skal fortsette, er heller ikke klarlagt. Helseministeren har startet arbeidet med en ny helsereform, der en desentralisering av spesialisthelsetjenestene og samhandling med primærhelsetjenesten er nøkkelbegreper. Vi tror ikke at et klinikkorganisert helseforetak er en organisasjonsmodell som er tilpasset disse nye signalene.

Overlegegruppen har den bestemte oppfatning av at OU-prosessen har vært overfladisk, de lokale representantene har hatt vansker med å få tatt opp til diskusjon problemstillinger som

har vært relevante og viktig for lokalsykehusene og at de ikke har vært behandlet med forventet respekt.

Overlegegruppen ved sykehuset i Vesterålen kan ikke stille seg bak et forslag som er så dårlig bearbeidet, som ikke inneholder reelle konsekvensanalyser av de grep som blir forsøkt utført, som heller ikke tar opp problemstillinger som er sentrale for driften i Vesterålen og som vil føre til en fragmentering av lokalsykehuset og fjerne den lokale, samordnende, ledelse som avdelingsdirektøren har stått for.

Overlegegruppen frykter at den foreslåtte organisasjonsmodellen, der all makt i sykehuset flyttes ut fra Vesterålen og til Bodø, kan være begynnelsen på en styrt avvikling av et fullverdig lokalsykehusstilbud for Vesterålens befolkning.

På denne bakgrunn støtter overlegegruppen ved NLSH Vesterålen fullt ut forslaget til anbefaling fra OU-medlemmene fra Vesterålen:

- 1. Nordlandssykehuset Bodø organiseres etter klinikkmodell i samsvar med forslag fra prosjektgruppen.**
- 2. Virksomheten i Nordlandssykehuset Vesterålen og Lofoten organiseres som egne geografiske klinikker, med stedlig ledelse som nå.**

På vegnes av overlegegruppen  
Ved NLSH Vesterålen

Finn Larssen-Aas (sign)  
Sekretær for overlegegruppen  
Områdeleder Medisinsk Område

Kopi:  
Helseminister Bjarne Håkon Hansen  
Avdelingsdirektør Steinar Pleym Pedersen NLSH Lofoten  
Styret i NLSH HF v/styreleder  
Helse Nord ved direktør Lars Vorland  
Avdelingsledere NLSH Vesterålen  
Fagforeningene NLSH Vesterålen  
Regionrådet i Vesterålen  
Lofotrådet  
Kommunelege I-forum i Vesterålen ved Anders Svensson  
Ordføreren i Hadsel  
Ordføreren i Vestvågøy  
Sykehusets Venner

OU-prosessgruppens medlemmer fra Vesterålen  
8451 NLSH-Vesterålen  
20/10 – 08

Til Foretaksdirektør Eivind Solheim

20/10 2008

Vedrørende OU-prosessen.

Mandag 20. oktober hadde OU-prosessgruppen sitt siste og avsluttende møte. Gruppen har vært gjennom 5 to-dagers samlinger og et fagseminar, i tillegg til det siste møtet.

Arbeidet har vært ledet av Olaf Havdal i samarbeid med konsulentfirmaet Deloitte.

Før det siste møtet var det lagt frem et utkast til sluttdokument. Dokumentet var langt fra ferdig og vil bli ferdigstilt i løpet av de nærmeste dagene.

Vi fra Vesterålen som har deltatt i dette arbeidet mener at gruppens mandat på flere punkter ikke er oppfylt. Vi har ikke gjort noen vurdering av konsekvensene en omorganisering vil få for sykehusene i Lofoten og Vesterålen opp mot dagens modell. Videre har vi ikke klart å komme frem til noen innsparingsgevinst når det gjelder stillingshjemler.

Arbeidet i gruppen har foregått med plenumssamlinger og arbeid i mindre grupper. Vi har hele tiden hatt en arbeidsform der man skulle fokusere på positive muligheter og eventuelt tenke oss tiltak rettet mot eventuelle ulemper som følge av ny organiseringsmodell. Siden gruppeprosessen ble gjennomført uten formelle rammer, med blant annet mulighet for avstemming, - var vi ikke gitt anledning til å dokumentere/vise uenighet. Arbeidsformen syntes å være valgt for å underbygge den klinikkmodellen man på forhånd hadde lagt opp til.

På det siste møtet markerte vi at vi ikke kunne stille oss bak noen anbefaling om klinikkmodell, slik gruppen etter det første uferdige utkastet ville legge opp til. Vi presenterte derfor et forslag for gruppen, men fikk ikke tatt det opp til realitetsbehandling. Våre standpunkt ville heller ikke bli lagt med sluttdokumentet fra OU-prosessgruppen.

For å markere vår oppfatning oversender vi det forslaget vi presenterte på siste møte i Ou-gruppen, til foretaksdirektør. Notatet bes videre gjøres kjent for styre i Nordlandssykehuset.

For OU-medlemmene fra Vesterålen,  
Trine Haugen  
Sign:

# Vedrørende forslag til ny organisasjonsmodell for Nordlandssykehuset.

Notat av 20/10 - 08

Styret i Nordlandssykehuset vedtok i sak 28/08, 19/6 – 08, å utrede en omorganisering av sykehuset. Arbeidet skulle organiseres gjennom en bredt sammensatt prosjektgruppe på ca 25 personer fra NLSH.

Mandatet inneholder 7 punkter, der punkt 1 til 4 omhandler bestillingen til prosjektgruppen:

*1) Prosjektet skal beskrive en modell med 6-8 klinikker for NLSHs medisinske virksomhet inkludert medisinsk service. Gruppen får i oppdrag å foreslå en konkret klinikkstruktur som bl.a. beskriver hvilke avdelinger som inngår i de ulike klinikker. Dersom gruppen mener det er hensiktsmessig å splitte opp noen av de nåværende spesialiteter og fordele funksjoner/oppgaver på ulike klinikker, skal dette konkretiseres og begrunnes. Gruppen skal også drøfte hvordan de nye klinikkene på et prinsipielt plan skal organiseres.*

*2) Prinsippet om gjennomgående ledelse legges til grunn. Gruppen skal foreslå, begrunne og navnsatte antall nivåer i organisasjonsmodellen, prinsipper for ansvar og myndighet på ulike ledelsesnivåer, og tiltak for å motvirke mulige uheldige konsekvenser av valgt modell. Gruppen skal også vurdere kontrollspenn, råd og utvalgsstrukturer. I tillegg skal gruppen spesielt vurdere konsekvensene av ny modell opp mot dagens modell, når det gjelder kvalitet på pasienttilbud og stedlig ledelse i Vesterålen og Lofoten.*

*3) Gruppen skal foreslå nye stabs -/og støttestrukturer på foretaks- og klinikknivå, herunder vurdere en hensiktsmessig fordeling av oppgaver/funksjoner på klinikk og foretaksnivå. Den skal foreta en beregning på hva foretaket trenger av slike tjenester, dimensjonering, og forslag til organisering/samordning av fag og tjenester. Gruppen bes også vurdere hvordan ny teknologi kan effektivisere ressursbruken vedrørende støttefunksjoner.*

*4) Ny organisasjonsmodell forutsettes å gi reduserte kostnader gjennom stordrift og effektivisering. Gevinsten av ny organisasjonsmodell skal være minst 30 årsverk på foretaksnivå.*

## **Til Mandatsforståelsen:**

På det første arbeidsmøtet i prosjektgruppen 18/9 – 08, ble det presisert at man ikke skulle utrede geografiske klinikker. Ordningen med lokal ledelse med direktører i Lofoten og Vesterålen skulle opphøre. Organiseringen får dermed størst konsekvenser for sykehusene i Lofoten og Vesterålen. Punkt 2 i mandatet ble derfor svært viktig å besvare/utrede for representantene fra Lofoten og Vesterålen.

Viktige deler av mandatet som ledelsesstruktur lokalt, økonomisk innsparing, stab/støtte sentralt/ lokalt - er utsatt i tid til etter at prosjektgruppens arbeid er avsluttet og klinikksjefer er tilsatt. Dette medfører at vurdering/konsekvensutredning av ny modell opp mot nåværende ledelsesmodell, ikke lar seg gjøre i dette prosjektarbeidet.

Mandatet forutsetter reduserte kostnader gjennom stordrift og effektivisering med minst 30 årsverk. Lofoten og Vesterålen har i løpet av de siste årene vært gjennom betydelige omorganiseringer. Sykehusene har få ledere, og bortsett fra direktørstillingene er potensialet for innsparing lavt. Når man i tillegg vil opprette en samhandlingsenhet i Bodø for å erstatte noe av den koordinerende funksjon direktørene har hatt, forsvinner innsparingsgevinsten i Lofoten og Vesterålen.

## **Til prosessen:**

Prosjektgruppen har ikke hatt anledning til å gjøre noen vurdering av konsekvensene omorganiseringen vil få for Lofoten og Vesterålen. Det er under gruppearbeid og i plenum

pekt på en rekke ulemper som vil følge av omorganiseringen, men den arbeidsmetoden som har vært valgt i prosessen har stengt for en reell konsekvensvurdering.

De administrative og faglige miljøene i Lofoten og Vesterålen er små. Hvis endringene gjøres for fort, vil man risikere å miste kompetanse som ikke lett vil kunne hentes inn igjen.

Under prosjektgruppens arbeid kom det frem at samhandlingen med primærhelsetjenesten og kommunene vil bli vanskeligere uten lokal stedlig ledelse. For å kompensere for dette har man foreslått å legge inn en samhandlingsenhet under den sentrale stabsfunksjonen.

Den nye helseministeren har skissert at han vil legge frem en samhandlingsplan for helsevesenet der samhandlingen mellom de ulike nivåene i Helse-Norge vil bli vektlagt spesielt. Under gruppens arbeid har vi drøftet samhandlingsproblematikken på flere plan. Vi mener at diskusjonen avdekket at samhandlingen mellom kommunene i Lofoten og Vesterålen vil bli betydelig dårligere uten lokal direktør etter dagens modell.

Den foreslåtte klinikkorganiseringen vil gi økt styringsmulighet for foretaksdirektør. Muligheten for å se potensialet som ligger i lokalsykehusene i Lofoten og Vesterålen vil imidlertid være svekket uten representanter fra disse stedene i direktørens lederteam. Så lenge de politiske signaler sier at lokalsykehusene skal være en hjørnestein i sykehus-Norge, vil våre to minste lokalsykehus ha mindre handlingsrom og utviklingsmuligheter uten lokal ledelse.

En rekke sykehus har hatt tilsvarende omorganisering med valg av ulike løsninger for stedlig ledelse, klinikker etc. Erfaringene fra omorganiseringene er ennå ikke evaluert. Man burde med fordel avvente resultatet av de endringene som er gjort både i Finnmark, UNN og Helgelandssykehuset.

Det er i løpet av prosessarbeidet gjort endringer i forhold til det opprinnelige mandatet. Kravet til økonomisk gevinst ved innsparinger har man gått bort fra. Tidsfristene er forskjøvet. Vi gikk til prosessen med et ønske om å kunne få et best mulig sluttresultat for hele Nordlandssykehuset. Den muligheten ble vi avskåret fra.

**På bakgrunn av dette vil prosjektgruppens medlemmer fra NLSH Vesterålen fremme følgende forslag til anbefaling:**

- 1. Nordlandssykehuset Bodø organiseres etter klinikkmodell i samsvar med forslag fra prosjektgruppen.**
- 2. Virksomheten i Nordlandssykehuset Vesterålen og Lofoten organiseres som egne geografiske klinikker, med stedlig ledelse som nå.**

Med hilsen OU-prosessmedlemmene i Vesterålen:

Britt-Aina Sundbø  
Sign:

Synnøve Orvik  
Sign:

Reiulf Ruud  
Sign:

Per Kristian Skorpen  
Sign:

Unni Roland  
Sign:

Trine P Haugen  
Sign:

Til Foretaksdirektør Eivind Solheim.

Uttalelse til presisering fra OU-gruppas medlemmer fra Vesterålen.

**Vesterålsgruppa stiller seg ikke bak OU-gruppas ferdigstilte rapport fremlagt 27/10 – 08.**

Rapporten inneholder flere faktafeil.

Rapporten omtaler på side 20, Vesterålsgruppas alternative forslag.

Dette forslaget ble fremmet fra flere av Vesterålsgruppas medlemmer på OU-prosessens 1. samling, men ble allerede der avvist uten diskusjon.

På OU-prosessens siste dag ble det tidlig gjort klart at Vesterålsgruppa ønsket å fremlegge et eget forslag.

Dette ble i første omgang avvist.

Forslaget ble gitt 5 minutter til opplesning på slutten av dagen.

Det ble ikke gitt rom for diskusjon eller meningsutveksling i etterkant.

Det ble også gitt beskjed om at gruppas forslag ikke ville bli tatt inn i rapporten.

28/10 - 08

OU-gruppas medlemmer fra Vesterålen.



Til:  
Direktøren

Her

Sted/Dato:  
Bodø, 4. november 2008

## **Prosjekt ny organisasjons- og ledelsesmodell for Nordlandssykehuset HF - høringsuttalelse**

Det er beklagelig at Barneavdelingen ikke var representert i prosjektgruppen som har utarbeidet forslag til ny organisasjons- og ledelsesmodell for Nordlandssykehuset. Barn utgjør en forholdsvis stor andel av innleggelse og behandling i sykehuset og burde vært inkludert i prosessen.

Vi vil benytte anledningen til å gjenta og beklage at den nye klinikkorganiseringen ikke anbefaler en mor/barn klinikk som inkluderer alle barn i sykehuset. Barn har spesielle rettigheter i sykehus og vi mener at disse best kan innfris ved at barna er samlet i en klinikk.

Vi er klar over at vår anbefaling i så måte ikke er tatt høyde for i utbyggingen av det nye sykehuset, men vi vil likevel benytte denne muligheten til å gjenta anbefalingen.

Når det gjelder plasseringen av Barneavdelingen i klinikk med Kvinneklubben, har vi ingen motforestillinger til dette, alternativet kunne være en klinikk sammen med Barne- og ungdomspsykiatrien. Slik organisering ville også vært et spennende alternativ på bakgrunn av at vi har mange pasienter og pasientgrupper som kunne profitert på et tettere og nærmere samarbeid med psykiatrien.

Vi er uansett innstilt på å bidra til at barna i Nordlandssykehuset fortsatt skal få et godt tilbud uavhengig av fremtidig organisering.

Med vennlig hilsen

Ingunn Lie Mosti  
Avdelingssjef  
Barneavdelingen

2008/1159

Direktør Eivind Solheim  
NLSH Hf

Styreleder Stig Fossum  
NLSH Hf

## **VEDRØRENDE FORSLAG TIL FRAMTIDIG KLINIKKSTRUKTUR VED NLSH HF**

Leger ved Akuttmedisinsk avdeling (AKUM), NLSH vil knytte følgende kommentarer til forslaget om å dele dagens AKUM i to klinikker: AKUM og Prehospital klinikk.

Med bakgrunn i fagelementene tilknyttet anestesifaget -intensivmedisin, anestesi, akuttmedisin og smertebehandling - vil legene i AKUM understreke at i den nye klinikkmodellen må:

- det sikres at man tar organisatoriske hensyn med større og mer integrerte fagmiljø som kan legge tilrette for utvikling av felles kvalitetssystemer, økt samhandling, etc.
- personalet må gis mulighet for kompetanseutvikling og tverrfaglighet – utvikling av felles kultur og miljø, noe som blant annet vil gjøre klinikken mer attraktiv i rekrutteringssammenheng.
- ledelsen må ha et helhetlig syn på oppgaver/problemer som kan ha faglige, organisatoriske og økonomiske konsekvenser.
- pasientforløpet må i større grad oppleves sømløst for pasient/pårørende og primærhelsetjenesten.

AKUM i dag:

- Legene i AKUM tjenestegjør på ambulansefly, redningshelikopter, smerteklinikk, dagkirurgi, operasjonssentral og intensiv.
- Flysykepleierne er ansatt i delstilling ved anesthesiavdelingen og intensivavdelingen. Ambulanseflytjenesten har sin aktivitet innen spesialisthelsetjenesten med hovedvekt på sekundær oppdrag. Personalansvaret og oppgaveansvar er delt mellom anesthesiavdeling, intensiv og ambulansefly.
- AMK personell er ansatt i akuttmottaket. Ledelsen i akuttmottak har i dag personalansvar for sykepleierne i AMK, mens oppgaveansvar ligger hos AMK leder.
- Alle disse gruppene er eksempel på at det er mulig å organisere en tjeneste med delt ansvar så lenge det er gode formaliserte avtaler. Dette vil være avgjørende uansett hvilken klinikk modell vi ender opp med, men kan være mer utfordrende å organisere mellom to klinikker.

En egen prehospital klinikk kan være et organisatorisk grep for å:

- 1) Øke fokus på denne tjenesten
- 2) Sørge for at de prehospitaltjenestene får de organisatoriske ressurser de har behov for.

I dag har prehospital seksjon for mye ansvar fordelt på og forvaltet av få personer i forhold til



ansvarsområdet. Vi ser behovet for en organisasjonsmodell som sikrer de prehospitale tjenester stillinger

og tilgang på ressurser som står i forhold til omfanget av tjenesten. Det er per i dag en rekke oppgaver lagt til denne seksjonen, i tillegg til de formelle krav som stilles til virksomheten.

Dette ser vi best løst i en felles klinikk med avdeling for prehospitale tjenester seksjonert i de forskjellige ansvarsfelt som bil- og båtambulanse, luftambulanse, syke transport (Lofoten), nødmeldetjeneste mm.

Vi deler ikke prosjektgruppas bekymring for at en felles klinikk blir "uhåndterlig stor". Andre foreslåtte klinikker vil være større, med utstrakt geografisk spredning på aktiviteten.

Vi støtter prosjektgruppens ønske om å gjøre prehospital aktivitet mer faglig robust, men vi kan ikke se at dette oppnåes ved at ett lite fagmiljø fordeles på to klinikker.


Vi er ikke tjent med to separate klinikkledelser som krever flere klinikere til ledelse og administrasjon.

Vi vil til slutt peke på sammenhengen mellom oppgaver og personell på tvers av de foreslåtte klinikkene. Utfordringen ligger i å knytte sammen alle enhetene slik at man fremmer en sømløs samhandling og faglig samholdighet fra det prehospitale til sykehus og mellom våre sykehus.

En prehospital avdeling innen en klinikk tillagt nødvendige faglige og økonomiske ressurser, myndighet og resultatansvar vil løse dette problemet samtidig som man bevarer de fordelene én klinikk og én ledelse vil gi.

Vi ber derfor direktør/styringsgruppa vurdere hensiktsmessighet av å splitte dagens AKUM i to klinikker.

Bodø 101108



Sven Håkon Urving  
OLF



Jan Andre Westlie  
YLF

Kopi:

Ass direktør Rolf Salvesen

Ass direktør Jørn Stemland

Avd direktør Steinar Pleym Pedersen

Avd direktør Jan Steffensen

Fagdirektør Otto Mathisen

Prosjektleder Olaf Havdal

Kopi:  
Direktør Eivind Solheim  
Avd.direktør Steinar Pleym Pedersen  
Foretakstillitsvalgte  
Hovedvernombud

Gravdal 03.11.08

## **FORSLAG TIL NY ORGANISASJONSMODELL FOR NLSH HF**

Uttalelse fra **allmøte** NLSH Lofoten avholdt 30.10.08 og oppfølgingsmøte 03.11.08 til styret for Nordlandssykehuset HF.

Bakgrunn for møtet er OU-rapporten som er sendt ut til høring.

Allmøtet er ikke høringsinstans, men de ansatte håper styret i NLSH er interessert i de ansattes synspunkter i en så viktig sak som dette.

Nordlandssykehuset Lofoten ble en del av Nordlandssykehuset HF ved innføringen av helseforetaksreformen i 2002. Fra dette tidspunktet har vår avdelingsdirektør vært medlem av foretaksdirektørens ledergruppe. Gjennom regelmessige møter med de tillitsvalgte, vernetjenesten og sykehusets ledere har vi blitt løpende informert om ulike forhold knyttet til drift, utvikling og andre sentrale forhold. Vi har også hatt mulighet til å gi vår direktør innspill og ideer som er blitt tatt videre.

Vi har samlet sett gode erfaringer med foretaksmodellen, men vi mener at ambuleringer for helsepersonell mellom Lofoten og Bodø kunne fungert bedre. Vi vet at det koster mer å hente leger fra Bodø enn fra Sverige/Danmark. Slik burde det ikke være i samme bedrift.

Nordlandssykehuset Lofoten ble av foretaksdirektør Jan Erik Furunes på en stor konferanse i Tromsø i vinter betegnet som et av de mest innovative sykehus han kjente til. I uke 42/08 var det en delegasjon fra Kirkenes sykehus og hele ledergruppa i Helgelandssykehuset på besøk her. De ville se nærmere vår på organisering, de mål vi har nådd og ikke minst den bedriftskulturen som er her. De var fornøyde og Sandnessjøen sykehus sender pånytt en gruppe hit for å se nærmere på deler av vår virksomhet.

Direktør Eivind Solheim har ved flere ganger gitt sykehusets ansatte ros for nytenking og velfungerende drift. Opp gjennom årene har NLSH Lofoten utviklet nye løsninger på flere områder. Var først i Norge med digitalisert røntgensystem. Videre ny fødselsomsorg (modifisert fødestue), samarbeid mellom psykiatri og somatikk ved bl.a psykiatriske pasienter i somatisk sengepost, omfattende dagkirurgi og felles medisinsk og kirurgisk poliklinikk. Sykehuset har også over mange år bygget et svært godt samarbeid med primærhelsetjenesten gjennom aktiv lokal ledelse.

I de siste årene har sykehusets ansatte lagt ned et omfattende arbeid knyttet til økt intern samhandling, sammenslåing av enheter og funksjoner, effektivisering av drift og systematisk forbedring av pasientforløp og andre prosesser. Dette er komplisert og en arbeider fortsatt med implementering og justering. Eksempelvis er det etablert nye mottaksrutiner, felles somatisk avdeling, felles sengepost, felles ledelse og koordinering av legevirksomheten, felles enhet for rehabilitering, habilitering, fysioterapi og lærings- og mestringstilbud, felles enhet for anestesi og operasjon, tettere samarbeid mellom psykiatriske og somatiske behandlere, mellom kirurger og indremedisinere og mellom rehabilitering, psykiatri og geriatri. Indremedisinere og kirurger samarbeider om felles pasientforløp og indremedisiner deltar på røntgenmøter til kirurger og psykiater deltar på morgenmøter hos indremedisinere. Det har altså skjedd en betydelig utvikling med hensyn til samhandling, felles koordinering av ressurser og fleksibilitet mellom ulike faggrupper.

NLSH Lofoten arbeider systematisk og målrettet med forbedring av pasientforløp og andre prosesser i tråd med nasjonal føringer. Dette innebærer bred involvering av om samarbeid mellom de ansatte og systematisk kvalitetsarbeid.

Nordlandssykehuset Lofoten har i denne perioden i hovedsak levert resultater i tråd med økonomi- og aktivitetskrav. I så måte har sykehuset vært et positivt bidrag til fellesskapet. Dette understrekes ved at direktøren ikke pålegger sykehuset ytterligere innsparinger i 2009. Felles avdeling for kirurgi og indremedisin ble etablert i mai 2008 og ansatte ved NLSH Rapporten som foreligger er omfattende, men allmøtet mener likevel den ikke svarer godt nok på de "bestillinger" styret gjorde i sitt vedtak sak 28/08. Blant annet omtales ikke hvor 30 årsverk skal bort, og alt for mye av vesentlige organisatoriske forhold overlates til fase II og de framtidige klinikksjefene. Vi opplever at NLSH Lofotens innsats over mange år i forhold til å møte eiers, lovgiveres og pasienters krav og behov har ført til en fremtidsrettet virksomhet og at NLSH Lofotens organisering i det videre arbeidet må vurderes særskilt før klinikkene er etablert, slik at man kan foreta en samlet vurdering fremfor å overlate til den enkelte klinikksjef å organisere de ulike enhetene i Lofoten uavhengig av hverandre. I Kap. 4 om ledelse på side 17 sies det at "lofotgruppa" anbefaler bruk av lokal koordinator. Dette er ikke riktig, og det er i ettertid blitt bedt om korleksjon på dette.

Røntgen og laboratorievirksomheten fremheves som gode eksempler på gjennomgående ledelse i en klinikkstruktur. Det er riktig at her fungerer mye bra, men samhandlingen med laboratorieleger i Bodø og lokale leger har sviktet. Tilgangen på vikarer, som ble sett på som et aktivum, har heller ikke fungert slik ønskene og behovene har vært.

På bakgrunn av arbeidet som er lagt ned i Lofoten i forhold til samhandling, både internt og eksternt, økonomisk tilpasning, effektivisering og forbedring av kvalitet i pasientforløp slutter vi oss til Vesterålgruppens forslag om:

**Nordlandssykehuset Bodø organiseres etter klinikkmodell i samsvar med forslag fra prosjektgruppen, men at virksomheten i Nordlandssykehuset Vesterålen og Lofoten organiseres som egne geografiske klinikker, med stedlig ledelse som nå.**

Allmøte ved Nordlandssykehuset Lofoten slutter seg enstemmig til dette.

#### **Råd til styret:**

Allmøtet ved Nordlandssykehuset Lofoten rår styret til å fatte beslutning i tråd med forslaget fra Vesterålen. Allmøtet mener at klinikkmodellen som foreligger i rapporten ikke er å anse som noen umulighet, men risikoen ved å innføre den direkte i stedet for først i Bodø er alt for stor sett i relasjon til de argumenter og motstand som nå er i bevegelse både innad i sykehuset og i regionen. Allmøtet anbefaler en prøveperiode på 3-5 år med klinikkmodell i Bodø, og deretter ny evaluering og styrebehandling.

På vegne av allmøte i Lofoten

Fagforbundet v/HTV  
Theresa Torgersen (sign)

Norsk sykepleierforbund v/HTV  
Bjørnar Grav (sign)

Kopi: Konserntillitsvalgte  
Styreleder v/NLSH  
Helse Nord v/direktør Lars Vorland  
Avd. direktør NLSH Vesterålen Jan Steffensen  
Lofotrådet  
Ordførerne i Vestvågøy, Vågan, Flakstad og Moskenes  
Fagforeningene i NLSH Vesterålen

## **Brukerutvalgets uttalelse vedrørende ny organisasjons- og ledelsesmodell for Nordlandssykehuset**

9.sept

Leder av prosjektsekretariatet Olaf Havdal ga od orientering om mandat, tidsbruk, forutsetninger, involvering, prosessarbeid og foreløpig målsetting 6. – 8. klinikker, (hvem skal være sammen med hvem), og gjennomgående ledelse (tenke mer fag enn geografi)

12. sept.

Medlem av brukerutvalget deltok på konferansedag for fagfolk og fagledere vedrørende tema.

27. okt:

Utvalget fikk presentert innholdet i heftet ” ny organisasjons- og ledelsesmodell for Nordlandssykehuset.

Olaf Havdal orienterte om prosessen og arbeid, og svarte på spørsmål fra brukerutvalget.

Brukerutvalget gir ros for god informasjon og for anledningen til innspill i prosessen.

Utvalget har anledning til å utgjøre en forskjell til beste for den helt sentrale i prosessen – pasienten!

Brukerutvalget vedtok å konsentrere seg om klinikkmodellen i den forstand at vi vektlegger geriatri og gerontologi.

Det er ellers å bemerke at smittevern avd. og isolat ikke kommer frem i modellen.

Geriatrici er et spesialfelt. En egen geriatricisk avdelign er i tråd med befolknings- og samfunnsutviklingen og med statlige vedtak!!

Brukerutvalget ber om mer fokus på geriatri i prosessen. Dette begrunnes med:

- Helse Nord sin styresak 79 – 2004; styrking av tilbudet til eldre og pasienter med kroniske lidelser i Helse Nord,
- Og sitat:  
”innen geriatri og rekruttering sentralt”, og ”det er behov for 16 – 20 geriatere og like mange sykepleiere med videreutdanning innen dette faget”.
- Handlingsplanen for geriatri 2004 – 10
- Utfordringer fra NPS sine uttalelser på konferansen den 12. sept sitat ” generell psykitari og alderspsykiatri blir salderingsposter ved sykehuset”
- Regjeringens forslag om kompetanseløfte 2015
- Befolkingsutviklingen

I de 8 klinikk forslagene finner vi ikke de eldre og eldste spesielt nevnt!

Disse ble fremhevet av UNNs og andre enheters redegjørelser på konferansen den 12. sept.

Det som for knapt 2 år siden ble betegnet som et fyrtårn ved sykehuset, en avd. med 6 – 8 senger og fundament for spesialutdanning både for leger og sykepleiere. En spesialutdanning landsdelen og landet trenger, er borte!!

Det var et stortingsvedtak som førte til opprettelse av geriatrisk avdeling, og med dette vedtaket fulgte det penger.

Det er slik at med økt alder følger økt tilfang av sammensatte og nye sykdommer, underdiagnosering er et problem. Rekruttering av fagpersoner som kan takle både dagens og fremtidens behov for kvalisert hjelp er et ansvar. Det haster med å rekruttere til både sykehus, kommunehelsetjensten og aldershjem. I papirene finner vi at Lofoten har geriatri i 50 % stilling og samme ved avd Sentrum ( nss). Disse tall alene tilsier økt fokus på området bør gjøres.

På side 5 (styresak 28/08) Mandat OU-prosessen ser vi at arbeidet er organisert gjennom en bredt sammensatt arbeidsgruppe på ca 25 personer. Umiddelbart er det vanskelig å lese seg til at noen er tillagt ansvar for å fremme de eldre og eldste sak!! Vi minner om at 15 % prosent av befolkningen er over 65 år.

Hvis planene er at eldre og utdanning/opplæring, i et stort og sammensatt fagfelt, skal legges til et eller flere klinikker som egen spesialitet, så ber brukerutvalget om tidpunktet for slik iverksettelse.

Brukerutvalget vil også poengtere samarbeid med primærhelsetjensten.

I 20 – 25 år har utskrivningsklare pasienter som blir værende vært et problem for sykehuset fordi det går utover annen virksomhet, for kommunene som må betale for sine, og for pasienten (flere eldre) som ligger på nåde/tar opp plasser for andre. Fullgod legedekning på syke- og aldershjem, og økt tilgang på spesialisttjenste på lokalsykehus vil hjelpe. Vi har tro på brobygging, diskusjonsmøter og avtaler mellom sykehus og primærhelsetjensten, og tro på det bør stilles krav til at pasientens fastlege er part ved både innleggelse og utskrivning ved sykehuset der det er behov for dette.

For brukerutvalget ved Nordlandssykehuset :

Laila Aslaksen, FFO

Karl Johan Henriksen, FFO

Turid Heyersten Holm, Pensjonistforeningen

Bodø 5.november 2008

Uttalelse til drøftingsmøte den 4.november 2008

Med bakgrunn i de store ulikheter når det gjelder størrelse på sykehus i NLSH HF, geografi og kultur, så er det også naturlig at det vil være ulike syn på den foreslåtte omorganisering innad i arbeidstakerorganisasjonene, som også er geografisk spredt. Dette fordi den foreslåtte modellen vil få ulike konsekvenser. Konsekvensene vil bli større for Lofoten og Vesterålen enn for Bodø/Salten. Ikke fordi Lofoten og Vesterålen mister en direktør, men fordi vi får en ledelse på distanse, tjenestevei i organisasjonen vil bli lenger og ingen vil ha ansvar for samhandlingen mellom alle yrkesgrupper/fag og tjenester internt og eksternt lokalt.

Det var tydelig gjennom hele OU-prosessen at tillitsvalgte og ledere fra Bodø ønsket klinikkmodellen velkommen. Alle uttalelser fra både Vesterålen og Lofoten viser hva det er uenighet om og hvorfor.

I referatet fra styringsgruppemøtet den 17.09.08 finner man allerede under første strekpunkt hvordan styringsgruppa foretar en innstramming av styrevedtaket. "- å beskrive en modell med 6-8 klinikker der en klinikk beskriver en faglig medisinsk virksomhet **og ikke en geografisk enhet**"

I styrevedtak sak 28/08, heter det: ".....I tillegg skal gruppen spesielt vurdere konsekvensene av ny modell ....., når det gjelder kvalitet på pasienttilbud og stedlig ledelse i Vesterålen og Lofoten".

De konsekvensutredninger som ble gjort i OU-prosjektet er ikke gjennomarbeidet og dokumenter, men baserer seg på meningsutvekslinger i arbeidsgrupper.

Vi finner ingen grunn til å tro at en klinikkmodell som skal omfatte hele NLSH HF, vil resultere i den økonomiske gevinst som styret krever.

De ansatte i Vesterålen og Lofoten er bekymret for arbeidsmiljøet, for at terskelen blir lavere for sykemelding/egenmelding, og frykter at dette kan gå ut over pasientservicen. Utrygghet, og dessverre også resignasjon, er registrert. Noen sier at arbeidsgleden ikke er den samme og at de frykter for utarming gjennom vanskeligere rekruttering.

Med vennlig hilsen

Karina A. Hjerde  
Foretakstillitsvalgt Fagforbundet  
Nordlandssykehuset HF

Nordlandssykehuset HF  
v/styreleder Stig Fossum  
Administrasjonen  
8000 Bodø

## Uttalelse ang. ny Organisasjonsmodell ved Nordlandssykehuset HF

Oversender herved kopi av vårt åpne brev sendt til Lofotposten og lofottidende.

Leknes 31.10.08  
Harald Sivertsen

  
Bøstad Legekontor  
8360 Bøstad

**Dagmar**

---

**Fra:** "Harald Sivertsen" <eisivert@online.no>  
**Til:** "lofotposten" <red@lofotposten.no>  
**Kopi:** <redaksjon@lofot-tidende.no>  
**Sendt:** 31. oktober 2008 17:31  
**Emne:** Ny Organisasjonsmodell Nordlandssykehuset HF

Til  
Styret i Nordlandssykehuset  
v/leder Stig Fossum

## ÅPENT BREV ANGÅENDE NY ORGANISASJONSMODELL FOR NORDLANDSSYKEHUSET HF

- 1: Forslag til ny Organisasjonsmodell for Nordlandssykehuset HF er lagt fram med en høringsfrist på 1 uke. Dette oppleves som et forsøk på å avgrense og binde for lokalt engasjement og innflytelse på den videre prosess.
- 2: Forslaget innebærer at det opprettes 8 separate klinikker med egne kliniksjefer. Den lokale ledelsen ved sykehusene i Lofoten og Vesterålen vil forvinne, uten at det framkommer hvordan lokal beslutningsmyndighet skal ivaretakes.
- 3: Samarbeid med primærhelsetjenesten har hatt prioritet og fokus fra ledelsen ved lokalsykehusene i Lofoten og Vesterålen i en årrekke. Det er ikke klarlagt hvordan dette skal ivaretakes og utvikles i den nye organisasjonsmodellen.
- 4: Helseministeren har startet arbeidet med en ny Samhandlingsreform, hvor samarbeid mellom sykehus og fastlegene skal utformes. Desentralisering av spesialisthelsetjenesten er et satsingsområde. En klinikk-modell, med sentralisert ledelse synes ikke forenlig med de nasjonale føringer Helseministeren har lagt.

### Konklusjon

Høringsutkastet er overfladisk og lite bearbeidet både i forhold til lokal faglig ledelse og samarbeid med fastlegene. Vi støtter derfor "Vesterålsforslaget" om at Nordlandssykehuset Lofoten og Vesterålen organiseres i egne geografiske klinikker med stedlig ledelse.

Leknes 31.10.08  
For alle fastleger og kommuneoverlegen i Lofoten  
v/Harald Sivertsen



## PROTOKOLL / REFERAT

Fra drøftingsmøte tirsdag den 4.november 2008 mellom Nordlandssykehuset HF, tillitsvalgte og verneombud vedrørende sak: **Ny organisasjons- og ledelsesmodell for Nordlandssykehuset HF.**

### **For Nordlandssykehuset:**

Eivind Solheim  
Per-Ingve Norheim  
Gry Dahl  
Randi Angelsen  
Wigdis Korsvik  
Anita F. Mentzoni

### **For verneombudstjenesten:**

Reidun Skindlo

Hovedverneombud

### **For fagforeningene:**

Merete Lian  
Bjørnar Grav  
May Edel Lund  
Karina Hjerde  
Theresa Torgersen  
May-Britt Allstrin  
Ann-Mari Jensen  
Torstein Foss  
Beate Sørslett  
Marthe Eggesvik  
Tove Bjørnstrøm  
Raymond Bertheussen

FTV NSF  
HTV NSF Lofoten  
HTV NSF Vesterålen  
FTV Fagforbundet  
HTV Fagforbundet Lofoten  
FTV Delta  
HTV Delta Vesterålen  
FTV DNLF  
FTV YLF  
FTV Norsk Fysioterapeutforbund  
FTV Norsk Ergoterapeutforbund  
FTV NITO

### ***INNSPILL TIL SAKEN:***

#### ***1. Uttalelse fra Hovedverneombudet NLSH:***

**Innspill til HF direktøren vedrørende sak som skal fremmes for styret 13.november angående Ny organisasjons- og ledelsesmodell for NLSH.**

Hovedverneombudet finner det vanskelig og komme med en samlet uttalelse på vegne av en samlet vernetjeneste da det også i denne gruppen er stor uenighet om forslaget som ligger i rapporten.

Hovedverneombudet slutter seg til prosjektgruppens forslag til organisering av NLSH med de 8 klinikkene og den ledelsesmodellen med de nivåer som er beskrevet i forslaget.

I presiseringen av mandatet la direktøren vekt på at samling av like fag i felles klinikker vil kunne bedre pasientforløpene, øke fagutviklingen og styrke rekrutteringen. Det vil bli mer helhetlig perspektiv på ledelse og en sterkere formalisering av ledelsen. Det er også presisert at utførelsen av ledelse skal bli tydeligere gjennom klar ansvars og fullmaktsstruktur.

Hovedverneombudet ser i dette perspektivet en mulighet for å øke trivselen og bedre arbeidsmiljøet så vel for de ansatte som for ledere på alle nivå.

Ut fra forhåpningene til denne modellen vil man kunne styrke styringen av ressursene og redusere kostnader av driften uten at det går ut over pasienttilbud og arbeidsmiljø.

Det er vel ingen tvil om at en implementering av en slik modell vil medføre en del støy som, spesielt innenfor enkelte deler av organisasjon, vil medføre negative konsekvenser for arbeidsmiljøet. Dette vil i høyeste grad stille krav til Direktøren og de nye klinikkjefene. Her er det snakk om god endringsledelse og avsatte ressurser til dette. Behovet for medvirkning fra ansatte og deres representanter er også viktig.

På bakgrunn av dette vil jeg utfordre direktøren til å be styret om en økonomisk omstillingspakke som kan sikre en god implementering av den nye organisasjonsmodellen.

Med vennlig hilsen.  
Reidun Skindlo  
HVO NLSH

## **2. Uttalelse fra HTV og koordinerende verneombud i Vesterålen:**

### **Uttalelse ny organisasjons- og ledelsesmodell for Nordlandssykehuset HF**

Hovedtillitsvalgte/koordinerende verneombud i Nordlandssykehuset Vesterålen har fulgt prosessen om ny organisasjons- og ledelsesmodell i foretaket med stor interesse og forventning. Selv om fagforeningene har vært representert i prosjektgruppen, ønsker vi likevel å komme med en samlet uttalelse til rapporten hvor vi påpeker forhold som, etter vår mening, vil gi betydelige konsekvenser for lokalsykehuset.

Rapporten er mottatt 27.10.08. med høringsfrist frem til 4.november, altså en ukes frist. Vi mener det er svært uheldig at det gis en så kort høringsfrist og er på grensen til avdemokratisering av prosessen.

Prosjektgruppen har arbeidet ut fra et mandat som er en kopi av styrevedtak i sak 28/08. Et styrevedtak som ble fattet på bakgrunn av foretakets vanskelige økonomiske situasjon. Mandatet inneholder 7 punkter, der punkt 1 til 4 omhandler bestillingen til prosjektgruppen.

Vi er positive til en organisasjons- og ledelsesmodell dersom forslaget hadde ledet til bedre økonomi, pasienttilbud og ledelse, men det er det ikke grunn til å tro at den vil gjøre. Vi tror ikke at en klinikkorganisering er det beste for hele foretaket. Vi mener også at rekruttering og mulighet for å beholde kvalifisert personell ved lokalsykehusene i Lofoten og Vesterålen kan svekkes i denne modellen. Vi har et ønske om en best mulig løsning for hele foretaket. En organisasjonsmodell forankret ned i organisasjonen og som hele organisasjonen kan stå bak er avgjørende.

Bakerst i rapporten finner vi at man har valgt å dele opp prosjektet i 2 faser, der man skal finne løsningen med reduksjon av 30 årsverk. Vi stiller oss undrende til at man ikke har hatt fokus på økonomi og stedlig ledelse i Lofoten og Vesterålen, og mener dette ikke er i samsvar med mandatet.

## Organisasjonsmodell

Rapporten fremmer kun ett organisasjonsforslag. Opprettelse av 8 klinikker med følgende ledernivåer under disse – Avdelingsleder, Seksjonsleder og Enhetsledere.

Den foreslåtte modellen legger opp til at alle fullmakter og beslutninger lokaliseres til Bodø. Vi leser av rapporten at den endelige utforming av klinikkene ikke vil komme før i fase 2, og dette gir på nåværende tidspunkt grunn til bekymring for hvilket nivå fullmakter og beslutninger legges og hvilken betydning det vil få for Lofoten og Vesterålen.

Det er ikke vist til hvordan den foreslåtte modell skal bidra til at foretakets økonomi skal styrkes, den viser heller ikke hvordan den skal bidra til en løsning som er til beste for hele foretaket. Vi mener det er viktig å få en modell der alle ansatte føler et eierforhold og dermed bidrar til at modellen lar seg gjennomføre.

Vi ser at det er hensiktsmessig at Direktøren får færre ledere å forholde seg til. Imidlertid er det vår oppfatning at i en så stor organisasjon som Nordlandssykehuset HF med dertil omfattende funksjonsområder, er det fare for å miste fokus dersom Direktørens ledergruppe ikke også omfatter representanter fra Lofoten og Vesterålen.

Det foreslås klinikkmodell med klinikk-sjef, et udefinert antall avdelinger, seksjoner og enheter. Dette mener vi vil resultere i økt ressursbehov, økt byråkrati og lenger avstand til lokalsykehusene i Lofoten og Vesterålen enn den som allerede er i dag.

## Konsekvensvurderinger

De konsekvensvurderinger som er gjort finner vi svært tynne og mangelfulle. Mangelfullt utredede konsekvenser for ansatte, tjenestetilbud og beslutningsnivåer for lokalsykehusene i Lofoten og Vesterålen bidrar til å skape stor utrygghet og frykt.

Konsekvenser, både positive og negative, bør bære preg av bedre kvalitetssikring enn det som fremkommer i rapporten. Det må også kunne dokumenteres.

Kvaliteten på arbeidet henger nøye sammen med et godt arbeidsmiljø og trivsel i arbeidet. Vi mener det er spesielt viktig å få konsekvensutredet forhold som angår arbeidsmiljø og sykefravær ved en stor omorganisering som denne.

- Vil de ansatte bli sett, hørt, tatt hensyn til i en ny organisasjons- og ledelsesmodell?
- Hvor løses for eksempel konfliktsaker som kan oppstå mellom ansatte og en enhetsleder?
- Konsekvenser/risiko ved at ansatte føler resignasjon, oppgitthet, vantrivsel pga stadige omorganiseringer – som kommer i tillegg til nødvendige omstillinger?
- Hva er risikoen for at terskelen for sykefravær kan bli lavere?

Vi vil minne om styrevedtak i sak 13/08 om samme sak (organisering av NLSH), som også er tydelig i kravet om konsekvensvurderinger av modell, og der det kreves at prosjektet skal være avsluttet innen utgangen av 2008.

## Samhandling internt og eksternt

Hvordan lokalsykehusene i Lofoten og Vesterålen skal kunne samhandle internt innenfor lokalsykehusene, innen foretaket og eksternt mot 1.linjetjenesten er knapt berørt i rapporten. Det er foreslått opprettet en samhandlingsenhet lokalisert til Bodø. Denne samhandlingsenheten skal erstatte den koordinerende funksjonen som avdelingsdirektørene i Lofoten og Vesterålen har hatt.

Det er vår oppfatning at dette er en svekkelse, og ikke styrking av samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i Nordlandssykehuset HF. Ivaretar dette Helseministerens samhandlingsreform hvor utfallet av denne ennå ikke er kjent?

Innsparingsgevinsten gjennom en sentralisert samhandlingsenhet vil bli redusert. En sentralisering vil svekke samhandlingen mellom 1. og 2.linjetjenesten i Lofoten og Vesterålen.

God samhandling mellom de tillitsvalgte, vernetjenesten og arbeidsgiver i hele foretaket er en viktig betingelse. Den belyste mangel på teknologi for inkludering i foretaket må snarest mulig på plass dersom samarbeidet skal fungere.

#### Tjenestetilbud

Styrking av funksjoner/tjenestetilbud gjennom en mer forpliktende ambulering av helsepersonell kan kun skje frivillig og gjennom utlysning, og denne funksjonsforbedring kan faktisk gjennomføres uansett organisasjonsmodell. Dette gjelder også de øvrige fordeler av organiseringen som rapporten viser til.

#### Beslutningsnivåer og lokal ledelse

Viktige deler av mandatet, som siste setning i pkt. 2 *"I tillegg skal gruppen spesielt vurdere konsekvensene av ny modell opp mot dagens modell når det gjelder kvalitet på pasienttilbud og stedlig ledelse i Lofoten og Vesterålen"*, (vår understreking) er kun berørt av representanter fra disse lokasjoner.

Organisasjonsforslaget legger opp til at det vil være den enkelte av de 8 klinikkjefene, lokalisert til Bodø, som skal avgjøre hvilket nivå fullmakter og beslutninger skal legges på. Hvilken betydning dette vil få for Lofoten og Vesterålen, sier rapporten ingenting om.

Forslaget om å fjerne nåværende lokalsykehudirektører skaper stor uro og frykt for fremtiden både for ansatte, befolkning og politikere. Den stedlige direktøren er selve limet i lokalsykehuset. Han har bidratt til å skape trygghet og tillit internt og mot lokalbefolkningen i Vesterålen, i tillegg til å ha vært de ansattes og tillitsvalgtes talerør til foretaksledelsen.

Her er noen viktige oppgaver for stedlig leder som vi vil bemerke:

- Intern samhandling, som har vært avgjørende viktig både for rekruttering, tjenestetilbud og en økonomisk bevissthet.
- Samhandling med primærhelsetjenesten, politikerne og ikke minst brukerne. Brukerutvalget i Vesterålen ble nedlagt da vi gikk over til Nordlandssykehuset, da utvalget her var sentralisert. Det sentrale utvalget er nå uten representant fra Vesterålen.
- Samhandling med tillitsvalgte og vernetjenesten.
- Bidra til lojalitet blant ansatte i forhold til overordnede beslutninger.
- Opprettholde tillit og engasjement under byggeprosjektet for nytt sykehus i Vesterålen, gjennom alle "motbakker" vi har møtt.
- Bidra til å opprettholde motivasjon og engasjement gjennom alle de omorganiseringer vi har stått overfor fra dag 1 etter helsereformen.

Viktigst av alt er at en stedlig leder ikke bare må ha ansvarsområder, men at det også må være gitt nødvendige fullmakter for å kunne fatte beslutninger i lokale saker.

#### Konklusjon

Dersom vi skal lykkes med en ny organisasjonsmodell er det viktig med engasjement i hele organisasjonen. De ansatte må føle at de har et eierforhold til modellen. Det må være vilje til å møte utfordringene gjennom omorganisering og en ubetinget lojalitet i forhold til felles avtale- og regelverk samt de overordnede beslutninger. Det må være tillit til at lokalsykehusets tjenestetilbud opprettholdes og utvikles til pasientenes beste. De ansatte må føle trygghet for et godt arbeidsmiljø både faglig og i forhold til hele foretaket.

For å lykkes i en omstillingsprosess må ansatte gis mulighet til å fremme sine meninger og bli hørt. I Vesterålen opplever de ansatte at deres meninger ikke blir tatt til følge. Hovedtillitsvalgte/koordinerende verneombud i NLSH Vesterålen mener at foretaksledelsen må ta dette på alvor og seriøst vurdere om man vil gjennomføre en så omfattende omstillingsprosess, når store deler av organisasjonen gir uttrykk for sin skepsis til resultatet og konsekvensene det får for de ansatte.

Med bakgrunn i overstående, kan ikke hovedtillitsvalgte og koordinerende verneombud støtte rapportens forslag til organisasjonsmodell. Vi vil vise til det alternative forslaget til organisering fra Vesterålens representanter i prosjektet – som vi støtter - og anmoder Direktøren å følge denne:

Nordlandssykehuset Bodø/Salten organiseres etter klinikkmodellen i samsvar med rapporten. Nordlandssykehuset Vesterålen og Lofoten organiseres som egne geografiske klinikker med stedlig ledelse som nå.

May-Edel Lund, HTV Norsk Sykepleierforbund (sign.)  
Ann-Mari Jenssen, HTV Delta (sign.)  
Tine Nordrum, HTV NITO(sign.)  
Per Kristian Skorpen, HTV Den Norske Lægeforening (sign.)  
Anne-Berith Olsen, HTV FO (sign.)  
Anne Notø, HTV Norsk Fysioterapiforbund (sign.)  
Unni Roland, HTV Fagforbundet avd.200 (sign.)  
Merethe Fredriksen, HTV Norsk radiografforbund (sign.)  
Catrine Bakkejord, HTV Norsk ergoterapeutforbund (sign.)  
Siv Pedersen, HTV Den Norske Jordmorforening (sign.)  
Hege Huse, HTV Norsk Psykologforening (sign.)  
Gisle Myrseth, HTV Tekna (sign.)  
Finn Nyheim, Koordinerende verneombud (sign.)

### **3. Uttalelse fra FTV NSF:**

#### **Prosjekt ny organisasjons- og ledelsesmodell for Nordlandssykehuset HF. Drøftingsnotat fra Norsk Sykepleierforbund til drøftingsmøte 04.11.2008.**

Norsk Sykepleierforbund(NSF) viser til prosjektgruppens rapport om organisasjons - og ledelsesmodell og vil drøfte den på bakgrunn av styrevedtaket 19.juni 2008.

- Punkt 1 i vedtaket: Beskrive en modell med 6-8 klinikker. Foreslå klinikk struktur.

NSF slutter seg til prosjektgruppens forslag om organisering av Nordlandssykehusets medisinske virksomhet i 8 klinikker med de navn som er foreslått på klinikkene. Den foreslåtte Psykisk helse- og rusklinikk mener NSF vil bedre samarbeidet mellom faggruppene i denne klinikken og gi grunnlag for et sammenhengende pasienttilbud.Synliggjøring av rusfeltet i denne klinikken mener NSF også vil bidra til bedring av pasienttilbudet for denne gruppen pasienter. Slik det foreslås organisert vil denne klinikken ha mulighet til å gi et likeverdig pasienttilbud innefor det geografiske området som Nordlandssykehuset skal dekke. Lofoten DPS, Vesterålen DPS og Salten DPS organiseres i en klinikk. Den foreslåtte

Kirurgisk og ortopedisk klinikk vil også innbefatte Lofoten og Vesterålen og gi grunnlag for et likeverdig pasienttilbud for denne pasientgruppen.

Ressursene i klinikken må fordeles etter pasientens behov. For NSF er det også viktig at ambuleringsavtaler inngås på en ryddig måte i henhold til avtaler.

Medisinsk klinikk vil bestå av medisinsk avdeling Bodø, Lofoten og Vesterålen. I det videre arbeid er det en spesiell utfordring å ivareta organisering av sengeområdet i Lofoten og implementere det i medisinsk klinikk på en slik måte at man ivaretar det positive arbeidet som er gjort i Lofoten når det gjelder organisering.

NSF mener at opprettelse av den 8. klinikken med navn Prehospital klinikk er nødvendig for å ivareta ansatte og pasienttilbud i denne klinikken på en god måte. Tjenester som samles i denne vil foregå prehospitalt og vil kunne utvikles på en likeverdig måte. Prehospitaltjenester utgjør ca. 10 % av Nordlandssykehuset driftsbudsjett og kan synliggjøres bedre i en egen klinikk.

Det vil i denne klinikken foregå utstrakt samarbeid med andre etater og kommuner.

I Akuttmedisinsk klinikk er deler av portørtjenesten fremdels foreslått organisert. NSF mener at portørtjenesten må organiseres i sin helhet under drift og eiendom. Portørene i Akuttmedisinsk klinikk utgjør en liten gruppe som har krevende fysisk arbeid. I drift og eiendom vil det være mulig å rullere mellom oppgaver og derved få et bedre arbeidsmiljø.

- Punkt 2 i vedtaket: Prinsippet om gjennomgående ledelse legges til grunn. Navn og nivåer i organisasjonsmodellen skal fastsettes, ansvar og myndighet på de ulike nivåer skal forelås og begrunnes. Kontrollspenn skal vurderes og det skal vurderes konsekvenser av ny modell opp mot dagens modell når det gjelder stedlig ledelse og pasienttilbud i Lofoten og Vesterålen.

NSF mener at den mest effektive organiseringen av Nordlandssykehuset er en direktør og åtte klinikksjefer slik flertallet av prosjektgruppen foreslår. Dette vil gi mulighet for bedre samarbeid og en tettere ledergruppe som arbeider med en helhetsforståelse av Nordlandssykehuset. Utfordringen for ledelsen vil være kulturbygging: Hvordan bli ett sykehus?

Direktøren beskriver at nåværende organisering med avdelingsdirektører og samhandling på tvers ikke har gitt ønsket effekt. For pasientene er det viktig at organisering av helsetjenesten er slik at tilbudet blir kvalitetsmessig bra og at tjenesten er tilgjengelig.

NSF slutter seg til gruppens anbefaling når det gjelder navn og nivåer på ledere. NSF mener imidlertid at avdelingssykepleiertittel må brukes der enhetsleder er sykepleier. Dette er en godt innarbeidet tittel som sier noe om hva som foregår innenfor den enkelte enhet. Slik det er i dag er benevnelsen sykepleie usynliggjort på organisasjonskart og i ledertitler. Sykepleiere er på kart "skjult" i sengeområder/poliklinikker.

NSF slutter seg til gruppens anbefaling når det gjelder kontrollspenn. NSF mener at for å kunne løse de oppgaver som er pålagt oss er det viktig at sykepleieledere får mulighet gjennom organisering å legge til rette for og utvikle og heve kompetansen til sykepleiere. For samhandling internt i sykehuset er dette avgjørende.

”I direktørens presisering av mandatet 25.september ble det presisert at ledelse skal foregå gjennom klare ansvars- og fullmaktstrukturer. Det skal ikke være noe uklart i hva man lokalt har anledning til å foreta seg. Graden av å måtte spørre oppover skal reduseres. Dette kan kun skje gjennom tydelighet på hva ens oppdrag er.”

NSF mener at prosjektgruppen ikke har svart godt nok på dette. Prosjektgruppen har foreslått at fullmakter legges på nivå over enhetsnivå samtidig som den foreslår personalansvar, personalledelse, fagansvar og budsjettansvar til enhetsleder. NSF viser til Hovedavtalens § 29 tredje ledd:

*Utvikling av former for medbestemmelse og et bedre arbeidsmiljø i virksomheten vil forutsette en utstrakt desentralisering og delegering av beslutningsmyndighet innen virksomheten, slik at de som arbeider innenfor den enkelte enhet gis større adgang til selv å treffe beslutninger i det daglige arbeid.*

NSF mener at enhetsleder må ha fullmakt til å benytte budsjettmidler innenfor eget ansvarsområde og vedtatt budsjett. NSF mener at det i styresaken må utformes slik at dette sikres og at det ikke kan vente til fase 2.

NSF viser til styresak 49/08 Internrevisjonsrapport 08/08

Internrevisjonen påpeker viktigheten av sammenheng mellom det å ha en rettighet og det å ha et ansvar. Internrevisjonen anbefaler også risikovurdering av fullmaktstrukturen i foretaket i forbindelse med ny organisering. Det bør vurderes om budsjettansvaret ligger på riktig nivå og om den budsjettansvarlige har tilstrekkelig mulighet til å påvirke kostnad og aktivitet.

Prosjektgruppen har ikke arbeidet med dette og for NSF er det viktig at dette ikke skyves til fase 2 med risiko for at enhetsleder blir fratatt myndighet, men beholder ansvaret. Da har ny organisering ikke løst et vesentlig funn gjennom ”God Vakt”: Mellomledernes arbeidssituasjon.

NSF mener også at det må sikres myndighet og fullmakter for ledere i Lofoten og Vesterålen slik at man innenfor ordinær drift ikke må henvende seg til Bodø.

Prosjektgruppen har foreslått bakgrunn/kompetanse og erfaring for ledere.

NSF mener at klinikkssjef må ha helsefaglig utdanning på høyskole/universitetsnivå av minimum tre år og lederutdanning/eventuelt forplikte seg til å ta slik utdanning. Klinikksjef bør ha ledererfaring/kompetanse fra helsevesenet og det er viktig at klinikkssjef kjenner kulturen i sykehus. Når det gjelder egenskaper mener NSF at personlig egnethet er dekkende for mange av de egenskaper som er beskrevet. Begrepet ”folkeskikk” må tas ut.

Det er viktig at klinikkssjef har evne til samarbeid, er handlekraftig/evne til å ta avgjørelser/beslutningsdyktig. Disse egenskaper er viktig på alle ledernivåer. Det å ikke være konfliktsky er også viktig på alle nivåer. For klinikkssjef vil evne til å være helhetstenkende være avgjørende. Klinikksjefen må ha samfunnsforståelse/systemforståelse og lojalitet mot direktør og styret. For ledernivåer under er dette også viktig for å få gjennomført de oppgaver som er pålagt oss. Faglig innsikt er viktig på alle ledernivåer og vil være avgjørende for om Nordlandssykehuset lykkes med omstilling.

Enhetsledere/avdelingssykepleiere må ha god faglig forståelse og evne til å motivere, være synlig, tydelig og ikke være konfliktsky. Lojalitet må gå både oppover til ledernivåer over og nedover mot de en er satt til å lede. Det å kunne utvikle og bevare et godt arbeidsmiljø er viktig. Enhetsleder bør ha en forståelse som sikrer kvalitet i tjenesten slik at pasientene blir ivaretatt på en trygg måte. Enhetsleder må sikres ansvar og myndighet innenfor sitt område slik at dette kan gjennomføres uten å måtte spørre oppover. Enhetsleder må ha helsefaglig utdanning på høyskole/universitetsnivå av minimum tre år og bør ha formell lederutdanning, eventuelt forpliktes til å ta slik utdanning. Seksjonsnivået bør ha en koordinerende rolle og må ha helsefaglig utdanning på høyskole/universitetsnivå av minimum tre år og bør ha formell lederutdanning/erfaring. Seksjonsleder må ha gode samarbeidsevner, helhetsforståelse og faginnsikt.

- Punkt 3 i vedtaket: Stab/støttestruktur på foretaks - og klinikknivå. Fordeling av oppgaver etc.

NSF tilslutter seg gruppens anbefalinger på dette punktet. Det må i fase 2 sikres støttefunksjoner på enhetsnivå.

- Punkt 4 i vedtaket: Ny organisasjonsmodell forutsettes å gi reduserte kostnader gjennom stordrift og effektivisering. Gevinsten av ny organisasjonsmodell skal være minst 30 årsverk på foretaksnivå.

NSF mener at den eventuelle gevinsten av ny organisasjonsmodell må omsettes til kvalitetsheving for sykepleiere. Spesialisthelsetjenesten er en kunnskapsbedrift hvor de ansattes kunnskaper og kompetanse er avgjørende for kvalitet i pasienttilbudet. Sykepleiere utgjør mange av de ansatte i Nordlandssykehuset og pasienten møter sykepleiere i mange faser av sitt pasientforløp. For NSF er det viktig at pasienten møter den kunnskapsrike, kompetente og empatiske sykepleieren.

#### Proessen

Ansatte og tillitsvalgte har deltatt i arbeidet med ny organisasjonsmodell. Det har vært en hurtig og krevende prosess. I det videre arbeid fram mot styrebehandling er det for NSF viktig å involvere medlemmer i dette arbeidet.

#### Veien videre

Etter ansettelse av kliniksjefer må det hurtig på plass ny organisering av tillitsvalgtordningen for NSF slik at medbestemmelse og samarbeid kan ivaretas i den videre prosess.

Med vennlig hilsen

Merete Lian

Foretakstillitsvalgt Norsk Sykepleierforbund

Nordlandssykehuset



#### 4. Uttalelse fra HTV NSF Vesterålen:

**Etter å ha vært i drøftingsmøtet i Bodø 04.11.08 med direktør, adm. og HTV-representanter fra Bodø og Lofoten ble vi bedt om å komme med skriftlige innspill.**

Det er også uenighet innad i egen organisasjon i forhold til denne prosessen, noe som jeg helt klart mener har sammenheng med at vi har ulike ståsted.

Mitt inntrykk er at dette har vært en prosess som har hatt som mål å skulle være hurtig gjennomført, med hovedmål et betydelig element av innsparing. dette står også å lese i historikken i rapporten, bedre samhandling mellom enhetene, spesielt i forhold til fag.

Rapporten er på flere områder mangelfull i forhold til konsekvensvurderinger, prosjektgruppen skulle spesielt se på, **og vurdere konsekvensene** av en ny modell opp mot dagens modell, når det gjelder kvalitet på tjenestetilbud **og stedlig ledelse i Lofoten og Vesterålen. Dette har man i rapporten valgt å utsette/ forskyve til fase 2, bortsett fra stedlig ledelse i Lofoten og Vesterålen allerede har tatt ett standpunkt til!!**

Etter min mening skulle dette ha vært sett på og vurdert **før** man tok en avgjørelse, spesielt om man ser på at det er kostnadene ved omstillingen som skal reduseres i forhold til dagens nivå, NSF's medlemmer i Vesterålen er svært skeptisk til at en klinikkmodell vil redusere kostnadsnivået i forhold til dagens drift, hvor er dokumentasjonene på dette?

Det ligger heller ingen forslag på alternativ til klinikkmodell, dette er den eneste modellen det har vært fokus på.

Det underskuddet som Vesterålen hele tida får presentert er utenfor administrasjonens og avdelingsledernes kontroll, da det i stor grad handler om pasienttransport, ett punkt som forøvrig vil øke betraktelig når pasientene skal fraktes ennå mer over fjorden.

Vi hadde med oss ett underskudd inn i NLSH, og det opplever vi å bli straffet for hele tiden, selv om også det underskuddet var utenfor vår kontroll.

Samhandling med kommunene er en annen utfordring, som ikke er nevnt i rapporten, er det sett på og vurdert?

En annen faktor er at det ikke foreligger dokumentasjon på at det har vært forsøkt tilstrekkelig å få en samhandlingsarena på de ulike arenaene, tror man at dette blir bedre når det blir 8 ledere å forholde seg til?

Medlemmene i Vesterålen er preget av mye uro og usikkerhet i forhold til at det ser ut til at vi må forholde oss til en ledelse i Bodø, det er heller ikke nevnt hvor man har tenkt å ta inn de 30 årsverkene som er nevnt i rapporten.

Erfaringer fra andre foretak som har gjennomført klinikkmodellen viser den økonomiske effekten ikke er slik man ønsker.

Helseminister Bjarne- Håkon Hanssen varsler også at det vil komme en ny reform iløpet av våren, som spesielt skal ha fokus på samhandling. Samtidig som Helse-Nord har satt ned en gruppe som spesielt skal se på lokalsykehusfunksjonen. Vil dette ha betydning for det arbeidet, tiden og kostnadene med den prosessen NLSH er inne i i forhold til OU-prosessen?

Det er heller ingen ansatterepresentanter i styringsgruppa, noe som er kommentert og er meget beklagelig.

Jeg mener styret bør utsette denne saken til det forligger konsekvensvurderinger av de punkter som er kommet frem i møtet i dag, dette er en stor og vanskelig prosess, som slik jeg ser det skal utføres på altfor kort tid, i forhold til de store omstillingene som skal gjøres. Det vil også berøre mange ansatte og deres arbeidsmiljø.

May Edel Lund  
HTV Norsk Sykepleierforbund  
NLSH Vesterålen

## **5. Uttalelse fra HTV NSF Lofoten og HTV Fagforbundet Lofoten:**

### **Forslag til ny organisasjonsmodell for NLSH HF**

Uttalelse fra **allmøte** NLSH Lofoten avholdt 30.10.08 og oppfølgingsmøte 03.11.08 til styret for Nordlandssykehuset HF. Bakgrunn for møtet er OU-rapporten som er sendt ut til høring.

Allmøtet er ikke høringsinstans, men de ansatte håper styret i NLSH er interessert i de ansattes synspunkter i en så viktig sak som dette.

Nordlandssykehuset Lofoten ble en del av Nordlandssykehuset HF ved innføringen av helseforetaksreformen i 2002. Fra dette tidspunktet har vår avdelingsdirektør vært medlem av foretaksdirektørens ledergruppe. Gjennom regelmessige møter med de tillitsvalgte, vernetjenesten og sykehusets ledere har vi blitt løpende informert om ulike forhold knyttet til drift, utvikling og andre sentrale forhold. Vi har også hatt mulighet til å gi vår direktør innspill og ideer som er blitt tatt videre.

Vi har samlet sett gode erfaringer med foretaksmodellen, men vi mener at ambuleringer for helsepersonell mellom Lofoten og Bodø kunne fungert bedre. Vi vet at det koster mer å hente leger fra Bodø enn fra Sverige/Danmark. Slik burde det ikke være i samme bedrift. Nordlandssykehuset Lofoten ble av foretaksdirektør Jan Erik Furunes på en stor konferanse i Tromsø i vinter betegnet som et av de mest innovative sykehus han kjente til. I uke 42/08 var det en delegasjon fra Kirkenes sykehus og hele ledergruppa i Helgelandssykehuset på besøk her. De ville se nærmere vår på organisering, de mål vi har nådd og ikke minst den bedriftskulturen som er her. De var fornøyde og Sandnessjøen sykehus sender pånytt en gruppe hit for å se nærmere på deler av vår virksomhet.

Direktør Eivind Solheim har ved flere ganger gitt sykehusets ansatte ros for nytenking og velfungerende drift. Opp gjennom årene har NLSH Lofoten utviklet nye løsninger på flere områder. Var først i Norge med digitalisert røntgensystem. Videre ny fødselsomsorg (modifisert fødestue), samarbeid mellom psykiatri og somatikk ved bl.a psykiatriske pasienter i somatisk sengepost, omfattende dagkirurgi og felles medisinsk og kirurgisk poliklinikk. Sykehuset har også over mange år bygget et svært godt samarbeid med primærhelsetjenesten gjennom aktiv lokal ledelse.

I de siste årene har sykehusets ansatte lagt ned et omfattende arbeid knyttet til økt intern samhandling, sammenslåing av enheter og funksjoner, effektivisering av drift og systematisk

forbedring av pasientforløp og andre prosesser. Dette er komplisert og en arbeider fortsatt med implementering og justering. Eksempelvis er det etablert nye mottaksrutiner, felles somatisk avdeling, felles sengepost, felles ledelse og koordinering av legevirkosomheten, felles enhet for rehabilitering, habilitering, fysioterapi og lærings- og mestringstilbud, felles enhet for anestesi og operasjon, tettere samarbeid mellom psykiatriske og somatiske behandlere, mellom kirurger og indremedisinere og mellom rehabilitering, psykiatri og geriatri.

Indremedisinere og kirurger samarbeider om felles pasientforløp og indremedisiner deltar på røntgenmøter til kirurger og psykiater deltar på morgenmøter hos indremedisinere. Det har altså skjedd en betydelig utvikling med hensyn til samhandling, felles koordinering av ressurser og fleksibilitet mellom ulike faggrupper.

NLSH Lofoten arbeider systematisk og målrettet med forbedring av pasientforløp og andre prosesser i tråd med nasjonal føringer. Dette innebærer bred involvering av om samarbeid mellom de ansatte og systematisk kvalitetsarbeid.

Nordlandssykehuset Lofoten har i denne perioden i hovedsak levert resultater i tråd med økonomi- og aktivitetskrav. I så måte har sykehuset vært et positivt bidrag til fellesskapet. Dette understrekes ved at direktøren ikke pålegger sykehuset ytterligere innsparinger i 2009. Felles avdeling for kirurgi og indremedisin ble etablert i mai 2008 og ansatte ved NLSH

Rapporten som foreligger er omfattende, men allmøtet mener likevel den ikke svarer godt nok på de "bestillinger" styret gjorde i sitt vedtak sak 28/08. Blant annet omtales ikke hvor 30 årsverk skal bort, og alt for mye av vesentlige organisatoriske forhold overlates til fase II og de framtidige klinikksefene. Vi opplever at NLSH Lofotens innsats over mange år i forhold til å møte eiers, lovgiveres og pasienters krav og behov har ført til en fremtidsrettet virksomhet og at NLSH Lofotens organisering i det videre arbeidet må vurderes særskilt før klinikkene er etablert, slik at man kan foreta en samlet vurdering fremfor å overlate til den enkelte klinikksef å organisere de ulike enhetene i Lofoten uavhengig av hverandre. I Kap. 4 om ledelse på side 17 sies det at "lofotgruppa" anbefaler bruk av lokal koordinator. Dette er ikke riktig, og det er i ettertid blitt bedt om korreksjon på dette.

Røntgen og laboratorievirkosomheten fremheves som gode eksempler på gjennomgående ledelse i en klinikkstruktur. Det er riktig at her fungerer mye bra, men samhandlingen med laboratorieleger i Bodø og lokale leger har sviktet. Tilgangen på vikarer, som ble sett på som et aktivum, har heller ikke fungert slik ønskene og behovene har vært.

På bakgrunn av arbeidet som er lagt ned i Lofoten i forhold til samhandling, både internt og eksternt, økonomisk tilpasning, effektivisering og forbedring av kvalitet i pasientforløp slutter vi oss til Vesterålgruppens forslag om:

**Nordlandssykehuset Bodø organiseres etter klinikkmodell i samsvar med forslag fra prosjektgruppen, men at virksomheten i Nordlandssykehuset Vesterålen og Lofoten organiseres som egne geografiske klinikker, med stedlig ledelse som nå.**

Allmøte ved Nordlandssykehuset Lofoten slutter seg enstemmig til dette.

#### **Råd til styret:**

Allmøtet ved Nordlandssykehuset Lofoten rår styret til å fatte beslutning i tråd med forslaget fra Vesterålen. Allmøtet mener at klinikkmodellen som foreligger i rapporten ikke er å anse

som noen umulighet, men risikoen ved å innføre den direkte i stedet for først i Bodø er alt for stor sett i relasjon til de argumenter og motstand som nå er i bevegelse både innad i sykehuset og i regionen. Allmøtet anbefaler en prøveperiode på 3-5 år med klinikkmodell i Bodø, og deretter ny evaluering og styrebehandling.

På vegne av allmøte i Lofoten

Fagforbundet v/HTV  
Theresa Torgersen (sign)

Norsk sykepleierforbund v/HTV  
Bjørnar Grav (sign)

## **6. Uttalelse fra FTV Fagforbundet:**

### **Uttalelse til drøftingsmøte den 4.november 2008**

Med bakgrunn i de store ulikheter når det gjelder størrelse på sykehus i NLSH HF, geografi og kultur, så er det også naturlig at det vil være ulike syn på den foreslåtte omorganisering innad i arbeidstakerorganisasjonene, som også er geografisk spredt. Dette fordi den foreslåtte modellen vil få ulike konsekvenser. Konsekvensene vil bli større for Lofoten og Vesterålen enn for Bodø/Salten. Ikke fordi Lofoten og Vesterålen mister en direktør, men fordi vi får en ledelse på distanse, tjenestevei i organisasjonen vil bli lenger og ingen vil ha ansvar for samhandlingen mellom alle yrkesgrupper/fag og tjenester internt og eksternt lokalt.

Det var tydelig gjennom hele OU-prosessen at tillitsvalgte og ledere fra Bodø ønsket klinikkmodellen velkommen. Alle uttalelser fra både Vesterålen og Lofoten viser hva det er uenighet om og hvorfor.

I referatet fra styringsgruppemøtet den 17.09.08 finner man allerede under første strekpunkt hvordan styringsgruppa foretar en innstramming av styrevedtaket. "- å beskrive en modell med 6-8 klinikker der en klinikk beskriver en faglig medisinsk virksomhet **og ikke en geografisk enhet**".

I styrevedtak sak 28/08, heter det: "... i tillegg skal gruppen spesielt vurdere konsekvensene av ny modell ....., når det gjelder kvalitet på pasienttilbud og stedlig ledelse i Vesterålen og Lofoten".

De konsekvensutredninger som ble gjort i OU-prosjektet er ikke gjennomarbeidet og dokumenter, men baserer seg på meningsutvekslinger i arbeidsgrupper. Vi finner ingen grunn til å tro at en klinikkmodell som skal omfatte hele NLSH HF, vil resultere i den økonomiske gevinst som styret krever.

De ansatte i Vesterålen og Lofoten er bekymret for arbeidsmiljøet, for at terskelen blir lavere for sykemelding/egenmelding, og frykter at dette kan gå ut over pasientservicen. Utrygghet, og dessverre også resignasjon, er registrert. Noen sier at arbeidsgleden ikke er den samme og at de frykter for utarming gjennom vanskeligere rekruttering.

Med vennlig hilsen  
Karina A. Hjerde  
Foretakstillitsvalgt Fagforbundet  
Nordlandssykehuset HF

## **7. Uttalelse fra FTV Delta:**

### **Innspill fra Delta vedr. Prosjekt ny organisasjon - og ledelsesmodell for NLSH.**

Delta finner det vanskelig å komme med en samlet uttalelse på vegne av en samlet medlemsmasse da det er uenighet om forslaget som ligger i rapporten.

Foretakstillitsvalgt stiller seg bak rapporten, men ser med bekymring på arbeidsmiljøet hvis en ikke klarer å få alle ansatte med på denne prosessen.

Det må være klare ansvars og fullmaktstrukturer i alle ledd av organisasjonen.

Delta vil også bemerke at styringsgruppen ikke har hatt representasjon av tillitsvalgte. Dette strider mot en demokratisk prosess og reell medinnflytelse fra de ansatte. Delta viser til drøftingsprotokoll av 8. april-08 hvor vi krevde deltagelse i styringsgruppen.

Delta mener at pasientrettet portørtjeneste fortsatt skal ligge organisert under AKUM.

Delta mener at det er positivt med en prehospital klinikk hvor en ivaretar all prehospital tjeneste.

Delta mener at kliniske støttefag (fysio, ergo, sos, prest og ernæring) skal ligge i diagnostisk klinikk. Dette for at disse yrkesgrupper er en tjeneste som skal ivareta hele NLSH.

Delta mener at rapporten ikke fullt ut gir svar på bestillingen fra helseforetakets styre ang. vedtakspunkt 2 og 4 i styresak 28/08.

Med vennlig hilsen  
May Britt Allstrin  
Foretakstillitsvalgt Delta

## **8. Uttalelse fra HTV Delta Vesterålen:**

### **Innspill fra HTV for Delta NLSH Vesterålen vedr. Prosjekt ny organisasjons- og ledelsesmodell for Nordlandssykehuset HF**

Delta Vesterålen mener at prosjektgruppen ikke har utført oppdraget i forhold til mandatets pkt. 2 med tanke på å vurdere konsekvensene av ny modell opp mot dagens modell, når det gjelder kvalitet på pasienttilbud og stedlig ledelse i Vesterålen og Lofoten.

Dette er sentrale momenter som har vært viktig for oss i Vesterålen, og som vi har forventet et svar på når rapporten var ferdig. At det nå konkluderes med klinikkorganisering og bortfall av stedlig leder, og at vi må vente til fase 2 før vi får svar på hvordan dette vil slå ut, bidrar til stor usikkerhet og frykt for konsekvensene.

Det er heller ikke gitt svar i forhold til mandatets pkt. 4; økonomisk gevinst skal være minst 30 årsverk, men også her er oppdraget skjøvet ut til fase 2. Dette er bl.a. begrunnet med at det ikke har vært tid til rådighet og manglende datagrunnlag. Delta Vesterålen stiller spørsmål ved om man kan ta beslutning om omorganisering av en stor bedrift som Nordlandssykehuset, basert på grunnlag som dette.

Delta vil bemerke at tillitsvalgte ikke har hatt representasjon i styringsgruppen. Delta finner det merkelig at de ansattes stemmer ikke har vært ønsket der. Dette strider i mot en demokratisk prosess hvor reell medinnflytelse ikke blir vektlagt.

Delta har merket seg at det nevnes i rapporten at direktøren mener at dagens modell, hvor enhetene har hatt ansvar for å kjøre prosesser for egen utvikling med tanke på å ivareta samhandling på tvers ikke har gitt ønsket effekt, hverken på fagsamhandling eller økonomi. Hvor er dokumentasjon på at dette har vært prøvd fullt ut i foretaket og begrunnelse på hvorfor det ikke har gitt resultater? Er det kanskje sånn at det er økonomien som har satt begrensninger for fagsamhandlingen og at den evige fokus på å spare penger har ført til at alle verner om sitt istedenfor å samhandle, i redsel for å miste det de har? Eller handler dette om kultur og miljø?

I begge fall har man ikke tro på at en omorganisering til klinikker ved et trylleslag vil gjøre alt så mye enklere og bedre. Det er nødvendigvis ikke organisasjonsmodell som er avgjørende for en vellykket drift av et helseforetak, verken faglig eller økonomisk.

Delta Vesterålen har mer tro på at god kommunikasjon og kulturbygging over tid gir resultater. Det må gis handlingsrom for dette, også økonomisk. De ansatte må få føle at de er med på å bidra og at deres meninger blir lyttet til. Dette er ikke minst viktig helt ned på golvplanet. Å gjennomføre en omorganisering uten å ha de ansatte med seg, er dødfødt i forhold til eierforhold til resultatet, trivsel og arbeidsmiljø. Den foreslåtte modellen gir bekymring for at arbeidsformen vil gjøre det vanskelig å løse arbeidsmiljøspørsmål. Det vil stille store krav til lederskap, hvor ikke bare lojalitet oppover i organisasjonen er viktig, men vel så viktig er ivaretagelse av de ansatte under seg.

Av rapporten ser man at prosjektgruppen ikke er samstemt i konklusjonen om modell. Representantene fra Vesterålen har uttrykt sin mening i eget skriv, Lofoten har også fremmet forslag til alternativ organisering. I gruppa som har jobbet med stab/støtte har det vært uenighet, og representantene fra Vesterålen og Lofoten i FSKI-gruppa mener at medisinsk kontortjeneste organisert i klinikk overhodet ikke vil passe inn i deres respektive avdelinger fordi de er så små.

I tillegg har man ca 700 ansatte i Vesterålen og Lofoten, + brukerne av sykehusene; befolkningen, som nå tar til orde for ikke å gjennomføre gjennomgående klinikkledelse og fjerne lokal leder. Dette er signaler som absolutt må tas alvorlig og vurderes nøye med tanke på fremtidig tillit både hos ansatte og brukere.

Etter Deltas mening vil man vinne mye ved å gi prosessen den nødvendige tid for både konsekvensutredning av forhold som har betydning helt ut i organisasjonen, og kulturbygging i foretaket og mellom fagmiljøene. Delta Vesterålen mener at å organisere Bodø i klinikk og Lofoten og Vesterålen i dagens modell er veien å gå for å lykkes på nåværende tidspunkt.

Med vennlig hilsen  
Ann-Mari Jenssen  
HTV for Delta NLSH Vesterålen

## **9. Uttalelse fra FTV DNLF:**

### **Innspill fra Overlegeforeningen til drøftingsmøtet den 04.11.08.**

Innledningsvis vil jeg imøtegå uttalelsen fra de tillitsvalgte ved Nordlandssykehuset Vesterålen. Som foretakstillitsvalgt for overlegeforeningen kan jeg ikke støtte synspunktene og konklusjonen som fremkommer i uttalelsen.

Videre ønsker jeg å kommentere enkelte av påstandene i uttalelsen. Blant annet finner ansatterepresentantene i Vesterålen konsekvensutredningen i OU-rapporten svært tynn og mangelfull. OU-gruppa arbeidet ved flere anledninger med problematikken rundt mulige konsekvenser, og det gav gode muligheter for ansattrepresentantene i Lofoten og Vesterålen å komme med sinne betenknninger. Innholdet i rapporten er derfor et direkte produkt av de ansattes innspill. Når man finner innholdet tynt og mangelfullt, bærer ansatterepresentantene selv et betydelig ansvar.

I tillegg ønsker jeg å vise til foredraget til UNNs direktør Tor Ingebrigtsen på fagseminaret den 12.09.08, hvor han redegjorde for UNNS utredning i forhold mulighetene for konsekvensutredning av innføring av klinikkmodell. De fikk tilbakemeldinger fra profesjonelle aktører at så stor endring, som innføring av klinikkmodell er, ikke lar seg konsekvensutrede godt. Men det er viktig å huske at innføring av klinikkmodell i NLSH ikke er noen revolusjon. Det er et velprøvd konsept, som man vet fungerer andre steder. Derfor er jeg ikke bekymret for effektene. I stede ønsker jeg å fokusere på mulighetene det gir de ansatte.

Det jeg er bekymret for, er hvordan vi som ansatte håndterer omorganiseringen. Et vellykket resultat er helt avhengig av at de ansatte ønsker å være med og få det til. Med andre ord er det opp til de ansatte å velge om man vil få dette til å lykkes eller ikke. Dette ansvaret hviler på alles skuldre, men det gir oss også muligheter og privilegier til å forme arbeidsdagen vår. Jeg mener vi er ansvarlig til å delta på en konstruktiv måte.

Jeg ønsker også å vise til intervjuet med helseminister Bjarne Håkon Hansen i siste "Sykepleieren". På spørsmålet fra journalisten om når vil de ansatte få fred fra endringsprosesser, gjør han det helt klart av det vil aldri skje. Siden de medisinske fagene, teknikken og samfunnet for øvrig, er i en stadig raskere utvikling, må sykehusvesenet tilpasse seg de nye forutsetningene, ved å gjennomgå stadige endringer. De som får fred vil stagnere, og det ønsker ingen. Dette mener jeg viktig å ta med seg, og at det er viktig å huske endringer gir muligheter for de ansatte.

Jeg er totalt uenig i påstanden om at de ansattes meninger i Vesterålen ikke er blitt hørt og ikke tatt til følge. OU-gruppen var sammensatt med klar overvekt av representanter fra Vesterålen og Lofoten, i forhold til antall ansatte. De fikk mye taletid og var klare premissleverandører for innholdet det som ble presentert fra gruppearbeidene, som igjen er implementert i OU-rapporten.

Jeg stiller meg bak prosjektgruppas OU-rapport. Under de rådene forutsetningene mener jeg at Olaf Havdal, med hans besetning, har gjort en fremragende jobb. De klarte å lede en heterogen gruppe, med mange ulike interesser, til å prestere godt. Og de har klart å presentere dette arbeidet i en innholdsrik rapport.

Jeg vil også berømme uttalelsen fra NSF, men ønsker å kommentere to momenter. Det ene er at NSF ønsker å opprettholde bruken av avdelingssykepleiertittelen hvor enhetsleder er sykepleiere. Dette er jeg uenig i. Jeg mener at man konsekvent skal kalle lederen på dette nivået for enhetsleder. For det første skal enhetslederne være ledere for flere faggrupper, og ikke bare sykepleiere. I tillegg mener jeg at enhetslederstillingen skal ha et nøytral i navn, for å vise at det er åpent for alle faggrupper å påta seg denne lederoppgaven.

Det andre jeg ønsker å kommentere er ønsket om at gevinsten av ny organisasjonsmodell må omsettes til kvalitetsheving for sykepleiere. Jeg mener at denne gevinsten må tilkomme alle faggruppene i NLSH, og ikke bare sykepleierne.

Min konklusjon er at innføring av klinikkmodell gir mange spennende muligheter for de ansatte. Vi må velge å se på det som en mulighet og ikke en trussel, og vi må velge å bruke denne muligheten til å bedre pasientbehandlingen og arbeidsdagen vår ytterligere.

Torstein Foss (sign)  
FTV OF

#### **10. Uttalelse fra FVT Norsk Fysioterapeutforbund:**

##### **Ad drøftingsmøte 04.11.08 om OU rapporten: NFF har følgende synspunkter på rapporten:**

Medlemmer i Lofoten stiller spørsmålstegn ved at de (hvis forslaget vedtas) går fra en relativt ny organisasjonsmodell som har pasientfokusert design til en klinikkfokusert design som muligens gjør at fagene kommer mer i fokus enn pasientens helhetlige behov.

De tror at det å ta vare på helhet og sammenheng i en organisasjon med 8 klinikker må gjøres mer på tross av strukturene enn på grunn av dem. De ønsker å høste fruktene av sitt nylige omleggings arbeid, og tenker at det for mange ansatte kan bli vanskelig å etablere et engasjement for en ny omlegging så raskt. De føler ikke at de har fått tilstrekkelig begrunnelse/ klar forståelse av hva ”gevinsten” vil være.

De ønsker Lofoten og Vesterålen organisert som egne klinikker. Dersom forslaget likevel blir vedtatt, mener de at for å få faglig engasjement og løsninger som fungerer lokalt er det viktig at Lofoten og Vesterålen blir representert i klinikkledelsen.

Flertallet av NFFs medlemmer jobber i Bodø somatikk og psykiatri og her er det ikke klare motforestillinger mot klinikk organiseringen. Fysioterapeutene i KSF jobber ut mot hele somatikken, og vi synes det er bra at rapporten presiserer at det ikke må bli noen forfordeling av ressursene på grunn av at KSF organiseres i en ”Hode og bevegelsesklinikk”. Muligens kan et bedre navn finnes, slik FTV for ergoterapeutene Tove Bjørnstrøm nevnte på møtet.

NFF ser at det står på s. 21 at det bør være et kontrollspenn på enhetsledernivå på mellom 25 og 30 (som en føring). Videre står det at ”gode praktiske tilnærminger må vektlegges” – vi ønsker litt mer klargjøring av hva dette kan bestå i. (Er det f.eks tenkt mulighet for assisterende enhetsledere i tilfeller det enheten er stor og kompleks – slik som KSF?).



Vi ser det som viktig at de enkelte ansatte kan føle seg trygg på at de blir godt ivaretatt, og sett av leder, og at enhetsleder har en overkommelig arbeidsmengde samt stedfortreder ved fravær.

Med hilsen     Marthe Eggesvik  
Foretakstillitsvalgt NFF

### **11. Uttalelse fra FTV NITO:**

#### **Innspill vedrørende ny organisasjons- og ledelsesmodell for NLSH (OU-prosjektet).**

Som foretakstillitsvalgt gir jeg min tilslutning til det forslaget som fremkommer i OU-rapporten. Etter mitt syn har hele foretaket vært sikret god medvirkning i prosessen gjennom bred deltakelse fra alle deler av Nordlandssykehuset HF. For de fleste av NITO's medlemmer vil en implementering av foreslått modell ikke føre til store endringer i forhold til dagens situasjon. Avdeling for laboratoriemedisin og radiologisk avdeling har allerede gjennomført store deler av de endringer som foreslås i prosjektet.

Når det gjelder innspillet som er skrevet på vegne av alle tillitsvalgte i Vesterålen kan det synes som at NITOs tillitsvalgte i NLSH fremstår med en viss divergens. Jeg ønsker likevel å fastholde mitt standpunkt for god prosess som nevnt i innledningen og mener det ikke er grunnlag for å si at noen i Nordlandssykehuset HF har vært fratatt muligheten til deltakelse i OU-prosessen. Rapporten som er skrevet viser klart hva divergensen går ut på og er i så måte svært ryddig. Det syn som Vesterålen har vil dermed komme klart frem gjennom rapporten og styret har derved mulighet å ta dette med seg i sin behandling av saken. I fremtidig organisasjon vil dette sette store krav til lederskapet for å gjøre de ansatte i Vesterålen spesielt, men også i Lofoten, trygge på at de har ledere som ivaretar lokale interesser.

I rapportens pkt 5.2 står beskrevet delprosjektet FSKI. Jeg har forståelse for at man ser på nye og mer effektive måter å organisere kontortjenesten på og som prosjektleder forklarte i informasjonsmøte 28. oktober så krever den nye organisasjonsmodellen at man gjør noen grep for merkantilt personell. Jeg ønsker likevel å presisere at vi ved avd. for laboratorie-medisin har merkantilt personell som utfører spesialiserte oppgaver i avdelingen og at man er helt avhengig av at denne kompetansen forblir i avdelingen. Derfor vil jeg tilråde at det ikke etableres rulleringsordninger for merkantilt personell som gjør at avdelingen mister denne kompetansen helt eller delvis.

Med vennlig hilsen  
Raymond Bertheussen  
Foretakstillitsvalgt NITO – Nordlandssykehuset HF

*Referent Anita Falch Mentzoni*