



Direktøren

Styresak 10-2014

Evaluering av Nordlandssykehuset HF's organisasjonsmodell

Saksbehandler:

Gro Ankill, Paul M Strand

Saksnr.:

2014/315

Dato:

06.02.2014

Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg: Evaluering av Nordlandssykehuset HF sin organisasjonsmodell, rapport fra Ernst & Young av 30. desember 2013

Ikke trykt vedlegg: Styresak 44-2007 *Budsjett 2008*
Styresak 13-2008 *Organisering av Nordlandssykehuset HF*
Styresak 52-2008 *Organisasjon og ledelse av Nordlandssykehuset – forslag til ny overordnet modell*

Bakgrunn - tidligere styrevedtak

I styremøte 17. desember 2007 behandlet Nordlandssykehusets styre budsjettet for 2008 i sak 44/07 og fattet blant annet følgende vedtak:

Styret ber derfor administrasjonen om at følgende tiltak gjennomføres:

- *Ny organisasjonsstruktur utarbeides med vekt på å lage robuste og funksjonelle enheter. En avklart og definert arbeidsdeling mellom de tre sykehusene er en forutsetning i en ny organisasjonsmodell.*

Arbeidet med ny organisasjonsstruktur ble deretter behandlet i styremøte 14. april 2008, i saksframlegget til sak 13/08 ble følgende målsetting for ny organisasjonsstruktur lagt frem:

Med bakgrunn i styrevedtak i sak 44/07 skal foretaket gjennomføre en prosess som skal føre frem til endret organisasjon som særlig ivaretar en del målsettinger:

- *Gode og sammenhengende pasientforløp internt og i forhold til eksterne aktører*
- *Oppnå økonomisk handlingsrom*
- *Optimal ressursutnyttelse*
- *Enhetene skal være robuste og funksjonelle, og færre i antall enn dagens avdelinger*
- *Toppledelsen skal ha god forankring i den kliniske virksomheten*
- *Fremme et godt arbeidsmiljø*
- *Den nye modellen skal synliggjøre foretaket som ett virksomhetsområde.*

Etter innstilling fra en bredt sammensatt prosjektgruppe besluttet styret i sak 28/08 rammene for arbeidet med ny organisasjonsstruktur. Endelig behandling av saken kom i sak 52/08 hvor følgende vedtak ble fattet:

1. *Styret viser til den fremlagte rapporten om ny organisasjons- og ledelsesmodell for NLSH HF, uttalelser knyttet til denne internt, og uttalelser fra regionrådene og andre eksterne interessenter. Styret er av den oppfatning at NLSH HF klart har et forbedringspotensiale når det gjelder gode og sikre pasientforløp, god faglig utvikling og kvalitetssikring, kulturbygging og økonomisk bærekraftig utvikling. Det er et mål at pasientbehandlingen skal skje nærmest mulig pasientene, og med den høyeste kvalitet som både organisatoriske, faglige, bygningsmessige og økonomiske ramme gir grunnlag for. Skal dette sikres avdekker rapporten forbedringsmuligheter som krever stort fokus i tiden framover. Ikke minst sett i forhold til de utfordringene vi står overfor når det gjelder den faglige utviklingen med økende spesialisering, nye behandlingsmetoder, utviklingen av medisinsk teknologisk utstyr, samt betydelige investeringer i ny bygningsmasse. De omstillingene NLSH HF må igjennom i årene som kommer krever en organisering som sikrer et faglig fokus og en faglig forsvarlig vurdering av tiltakene.*

I tillegg vil endret befolkningssammensetning i det primære nedslagsfeltet også få konsekvenser for dimensjonering og faglig utvikling av ulike tilbud, blant annet geriatri og sammensatte lidelser.

For å sikre at vi kan møte disse utfordringene på en offensiv og framtidsrettet måte må arbeidet med en endret organisering gis prioritet, og forankres slik at direktøren løpende kan sikre at de målsetningene som framkommer i rapporten faktisk etableres som resultat i årene som kommer.

2. *De innvendingene som har framkommet i siste fase av prosessen har i det alt vesentlige vært knyttet til mangelen på lokal ledelse av samhandlingen mellom foretaket og primærkommunen og manglende mulighet til å kunne påvirke driften av hele foretaket ved at en ikke har direkte representasjon til direktørens ledergruppe. Styret ser at ledelse på distanse, med de utfordringene vi står overfor, kan være svært krevende og at det er viktig å sikre lokal representasjon i ledelsen. Styret vil vise til sitt vedtak i juni om at den nye modellen skulle avveies mot hensynet til stedlig ledelse. Etter styrets mening vil ikke organiseringen av en samhandlingsenhet i fagavdelingen være den optimale løsningen når en avviker avdelingsdirektørfunksjonen.*

Styret ber derfor direktøren som et ledd i arbeidet med å sikre gjennomføring av ny organisering, samt etablere tillitskapende forutsetninger for prosessen, etablere en lederfunksjon lokalt i Vesterålen og Lofoten som inngår i direktørens ledergruppe. Den lokale lederens hovedoppgaver er koordinering mellom klinikkene/fagene lokalt, videreutvikle samhandlingen internt i helseforetaket, og videreutvikle samhandlingen mellom foretaket og primærhelsetjenesten. I tillegg skal det legges til rette for innføring av felles standarder, kvalitetssikringssystemer. IKT-løsninger osv. Oppgaver og ansvar defineres nærmere av direktøren. Styret ber om en tilbakemelding om hvordan arbeidet går ved utløpet av 2009 og at det legges opp til en evaluering av organiseringen etter tre år.

3. *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.

3.1 Som ledelsesmodell legges til grunn prinsippet om enhetlig gjennomgående ledelse for den enkelte klinikk. Funksjonene som avdelingsdirektører i Lofoten og Vesterålen, samt stillingene som avdelingssjefer 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.

3.2 Modellen etableres med følgende ledernivåer:

- Klinikk
- Avdeling
- Seksjon
- Enhet

Seksjonsnivået skal bare benyttes i særskilte tilfelle.

4. I ny fullmaksstruktur må det legges til rette for desentralisering av ansvar og myndighet. Det legges til grunn at merkbare endringer av pasienttilbudene ikke kan gjøres uten at dette er forelagt styre eller 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
- 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. *I det videre arbeid med organisering av den enkelte klinikk skal følgende prioriteres:*

- *Tilsetting av klinikkjefer*
- *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 organisasjons- og samhandlingsenhet*
- *Gevinstrealisering*
- *Vurdering av hvordan samorganiserte funksjoner i Lofoten skal inngå i ny modell*
- *Informasjon*
- *Tiltak for å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø*

8. *Det forutsettes at videre arbeid med klargjøring og implementering av modellen skjer i samsvar med gjeldende lov og avtaleverk, og etter drøftinger med tillitsvalgte og vernetjenesten.*

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

Ny organisasjonsstruktur ble implementert i Nordlandssykehuset i løpet av 2009.

Intensjonen med klinikkmodellen var å skape atferdsendringer og resultater ved å endre den formelle struktur i helseforetaket blant annet for å oppnå gjennomgående faglig styring og derved lik praksis i foretaket. Det kan være mange årsaker til at man ikke når målene med en slik organisasjonsendring. Dette kan være trekk ved den formelle strukturen, trekk ved den institusjonelle og profesjonelle kultur eller trekk ved samhandlingen mellom aktørene både i og utenfor helseforetaket.

Med bakgrunn i vedtakspunkt 2¹ (sak 52/08) ble det våren 2013 igangsatt prosess for evaluering av den nye organisasjonsstrukturen, heretter kalt klinikkmodellen. Evalueringen skulle legge vekt på i hvilken grad Nordlandssykehuset har oppnådd sine mål fra styresak 13/08. Dette omfatter:

1. *Gode og sammenhengende pasientforløp internt og i forhold til eksterne aktører*
2. *Oppnå økonomisk handlingsrom*
3. *Optimal ressursutnyttelse*
4. *Enhetene skal være robuste og funksjonelle, og færre i antall enn dagens avdelinger*
5. *Toppledelsen skal ha god forankring i den kliniske virksomheten*
6. *Fremme et godt arbeidsmiljø*
7. *Den nye modellen skal synliggjøre foretaket som ett virksomhetsområde.*

Evalueringen skulle ta hensyn til og adressere slike forskjellige årsakssammenhenger.

Etter forutgående anbudskonkurranse ble det eksterne konsulentselskapet Ernst & Young engasjert til å gjennomføre evalueringoppdraget.

¹ Styret ber om at det legges opp til en evaluering av organiseringen etter tre år.

Ernst & Young har basert sin evaluering på gjennomføring av intervju med 40 personer på tvers av klinikker og geografi. Representantene er valgt ut i samarbeid mellom klinikker, ledelse og tillitsvalgte. I tillegg er dokumentasjon vedrørende opprettelse av klinikkmodellen (styresaker og utredninger), årsrapporter, personelltall, regnskapstall, referater og rapporter gjennomgått. Evalueringen har lagt hovedvekt på utfordringer og forbedringspotensial ved klinikkmodellen. Valg av metode og gjennomføring fremgår av kapittel 3 i rapporten.

Evaluering av hvert enkelt av de 7 ulike målområdene beskrives nærmere i kapittel 4 i rapporten.

Oppsummering fra evalueringen

Ernst & Young mener Nordlandssykehuset HF i all hovedsak har lyktes med sin organisasjonsmodell, og at denne på mange måter er en suksess, selv om det alltid er forbedringspotensial. Det fremheves som en styrke, og mulig suksessfaktor, at foretaket, til tross for endringer underveis, tilpasninger i strukturen og utenforliggende forhold som har påvirket Nordlandssykehuset, har holdt fast ved modellen og latt den leve og utvikles over tid. Endringer i sykehus og helseforetak tar erfaringsmessig lang tid.

Konklusjonen i evalueringen kan oppsummeres i tre hovedpunkter:

1. Klinikkmodellen anbefales opprettholdt og utvikles videre i tråd med intensjonene ved opprettelsen
2. Den gjennomgående faglige ledelsen må på plass i alle klinikker og om nødvendig styrkes ved omorganiseringer
3. Klinikklederne må være tilstede jevnlig på alle geografiske lokasjoner

Ernst & Young mener at modellen har forbedringspotensial, men understreker samtidig at det kan være mange årsaker til at man ikke når alle målene ved en slik organisasjonsendring som det Nordlandssykehuset HF har vært igjennom. Ofte er det trekk ved kultur, historie og lokale forhold som gjør at man ikke ønsker seg nye driftsmodeller.

En oppfatning fra evalueringen er at man er mer fornøyd i Lofoten enn i Vesterålen, mens man i Bodø er mer nøytrale i forhold til modellen. Noe av forklaringen på hvorfor motstanden mot modellen er sterkere i Vesterålen mener Ernst & Young kan knyttes til forhold tilbake i tid, og den opprivende prosessen som pågikk den gangen sykehusene Stokmarknes, Narvik og Harstad skulle fusjoneres til Hålogalandssykehuset HF. Det vises i denne sammenheng til Elsa Solstads doktoravhandling fra 2007, "Tre sykehus, to verdener, en fusjon". Det som skulle være en fusjonsprosess endte opp som en endringsprosess i revers. Denne historien er trukket frem fra enkelte av intervjuobjektene, som påpeker at "man fortsatt ikke vil la seg diktere av andre".

Ernst & Young mener at man totalt sett, med bakgrunn i historikk og forskningsarbeider, kan si at sammenslåingen til Nordlandssykehuset HF og deretter til felles klinikker på tvers av geografi har gått over all forventning, og at de fleste spådommene fra sykehusaksjoner og lokal ledelse fra den gangen modellen skulle innføres, ikke kan sies å ha slått til. Ut fra de faglige og politiske endringene underveis mener Ernst & Young at det er sannsynlig at Lofoten og Vesterålen faktisk ville stått svakere uten et større fagmiljø i ryggen.

Noen av de intervjuede mener at klinikkorganiseringen har ført til redusert handlingsrom og lengre beslutningslinjer. Disse forhold ble imidlertid også nevnt i "God Vakt"-rapporten fra Arbeidstilsynet fra 2008. Dette indikerer at man hadde denne oppfatningen også før klinikkmodellen trådte i kraft. Ernst & Young mener oppfatning om endring i økonomisk handlefrihet også kan være en konsekvens av felles prioritering og beslutning på tvers av geografi

og avdelinger, og utelukker derfor ikke at modellen har gitt en bedre totaløkonomi helhetlig sett i forhold til drift med mindre enheter.

Når det gjelder pasientbehandling er det PasOpp-undersøkelsene som best kan beskrive pasientenes oppfatning av pasientforløpsarbeidet i Nordlandssykehuset HF. Nordlandssykehuset HF oppnår relativt gode resultater i undersøkelsen og har enten stabilitet eller fremgang i svarene fra pasientene ved sammenligning av resultatene i perioden 2011-2013. Innenfor svangerskaps-, fødsel- og barselomsorg utmerker Vesterålen seg med en score bedre enn gjennomsnitt på alle spørsmålene i undersøkelsen (ikke signifikant bedre), og i PasOpp nr 3-2013 fremkommer at Vesterålen har den mest positive utviklingen i pasienterfaringer fra 2011-2012 i hele landet. Pasientenes opplevelser er altså mye bedre enn det inntrykket Ernst & Young har fått gjennom intervjuene av ansatte. Videre viser overlevelsesratene på samtlige av de tre sykehusene i foretaket stabil eller økende kvalitet i perioden 2010-2012.

Ernst & Young viser til Elsa Solstads beskrivelse i sin doktorgradsavhandling av hvordan lokal ledelse etablerer en "vi" og "de" kultur når man ikke finner eierskap i endringsprosessene og hvordan dette kan etablere interne sub-kulturer dersom man får lov å holde på. Underveis i evalueringen er det kommet innspill på at enkelte nye krefter ønsker seg flere endringer i denne kulturen, men blir holdt tilbake av de mer "erfarne" lederne. Det understrekes at det er nødvendig å opprettholde og tydeliggjøre styringen innenfor eksisterende rammer for å bringe organisasjonen videre, selv om det ikke er enkelt for klinikkledere som kommer utenfra å få grep om slike miljøer. Sterk og tydelig ledelse fremheves som "det som skulle på plass" for å se resultatene av klinikkmodellen innenfor psykiatri.

Når det gjelder forbedringsområder anbefales det også at det ses nærmere på legeorganiseringen innad i klinikkene for å sikre enhetlig klinisk ledelse. Særlig gjelder dette innenfor kirurgi og psykiatri. Økt tilstedeværelse av faglig ledelse fremheves som suksessfaktor for større faglig tilhørighet. I tillegg er det potensiale for flere faglige samhandlingsområder på tvers av sykehusene.

Ernst & Young sier i sin oppsummering at "man i mange henseende trenger mer rendyrket klinikkorganisering, og ikke mindre, for å få en best mulig ledelsesmodell", og at det er viktig for den videre utviklingen av klinikkorganiseringen at ledelse foregår gjennom linjen i organisasjonen, og ikke gjennom roller og stillinger som går på tvers av både ledelses- og faglinjer.

Etablering av samhandlingsavdelingen som har gjennomført en rekke tiltak og avtaler med kommunene, og den øvrige forbedringen i ledelsesmodellen, vurderes av Ernst & Young som en god løsning i forhold til foretaksområdet som helhet.

Direktørens vurdering

Formålet med evaluering av klinikkmodellen har vært å vurdere oppnåelse av de målsetningene som opprinnelig lå til grunn for etablering av ny organisasjonsstruktur i Nordlandssykehuset HF, jamfør styresak 44-2007.

Intensjonen med klinikkmodellen var å skape atferdsendringer og resultater ved å endre den formelle struktur i helseforetaket blant annet for å oppnå gjennomgående faglig styring og derved lik praksis i foretaket. Det kan være mange årsaker til at man ikke når målene med en slik organisasjonsendring. Dette kan være trekk ved den formelle strukturen, trekk ved den institusjonelle og profesjonelle kultur eller trekk ved samhandlingen mellom aktørene både i og utenfor helseforetaket.

Ernst & Young redegjør i sin rapport for de funn og vurderinger som er gjort knyttet til hvert enkelt målområde, basert på intervjuer med personer utvalgt på tvers av klinikker og geografi, samt skriftlig dokumentasjon vedrørende opprettelse av klinikkmodellen, årsrapporter, regnskaps- og personelldata, referater og rapporter.

Evalueringen har lagt hovedvekt på utfordringer og forbedringspotensial ved klinikkmodellen, og rapporten peker på områder der organisasjonsmessige justeringer bør vurderes for å sikre enhetlig

klinisk ledelse. Øvrige forbedringsområder er i hovedsak knyttet til økt tilstedeværelse og samhandling i og mellom klinikker innenfor dagens modell.

Ernst & Young oppsummerer sin konklusjon i disse tre hovedpunktene:

1. Klinikkmодellen anbefales opprettholdt og utvikles videre i tråd med intensjonene ved opprettelsen
2. Den gjennomgående faglige ledelsen må på plass i alle klinikker og om nødvendig styrkes ved omorganiseringer
3. Klinikklederne må være tilstede jevnlig på alle geografiske lokasjoner

Direktøren oppfatter resultatet av evalueringen slik at de forbedringspunktene som er avdekket gjennom prosessen i hovedsak omfatter svakheter knyttet til organisering av gjennomgående faglig ledelse og fysisk tilstedeværelse av klinikksjefer i Lofoten og Vesterålen, og ikke svakheter med klinikkmодellen som sådan. Ernst & Young mener Nordlandssykehuset HF i all hovedsak har lykkes med sin organisasjonsmodell, og at denne på mange måter er en suksess, selv om det alltid er forbedringspotensial. Det fremheves som en styrke, og mulig suksessfaktor, at foretaket, til tross for endringer underveis, tilpasninger i strukturen og utenforliggende forhold som har påvirket Nordlandssykehuset, har holdt fast ved modellen og latt den leve og utvikles over tid.

Direktøren er tilfreds med at pasientenes opplevelse av tjenestetilbudet, slik denne beskrives gjennom PasOpp undersøkelsene, har hatt en positiv utvikling i perioden. Det gir imidlertid indikasjon for at den motstand, som særlig kommer til uttrykk fra personer intervjuet i Vesterålen, kan ha andre årsaker enn endring i organisasjonsmodell. I analysen som Ernst & Young har gjort oppgis "vi" og "de" kultur som en mulig forklaring på hvorfor enkelte ansatte er negative til klinikkmодellen. Ernst & Young understreker i denne sammenheng nødvendigheten av å opprettholde og tydeliggjøre styringen innenfor eksisterende rammer for å bringe organisasjonen videre, selv om det ikke er enkelt for klinikkledere som kommer utenfra å få grep om slike miljøer. Sterk og tydelig ledelse fremheves som suksessfaktor for de gode resultatene av klinikkmодellen innenfor psykiatri.

Ut fra konklusjonene i rapporten mener direktøren at dagens klinikkmодell er et riktig valg for å nå målsetningene for virksomheten, og støtter argumentasjonen om at forbedring av modellen bør løses gjennom mer rendyrket klinikkgorganisering, og ikke mindre. Rapporten fra Ernst & Young understreker også viktigheten av at ledelse foregår gjennom linjen i organisasjonen, og ikke gjennom roller og stillinger som går på tvers av både ledelses- og faglinjer.

Direktøren anbefaler at klinikkmодellen opprettholdes, samt at den styrkes gjennom etablering av gjennomgående faglig ledelse i samtlige klinikker. Videre er økt tilstedeværelse fra klinikksjefene, på samtlige geografiske lokasjoner, viktig både mht tilhørighet, tydelighet i ledelsen og samhandling.

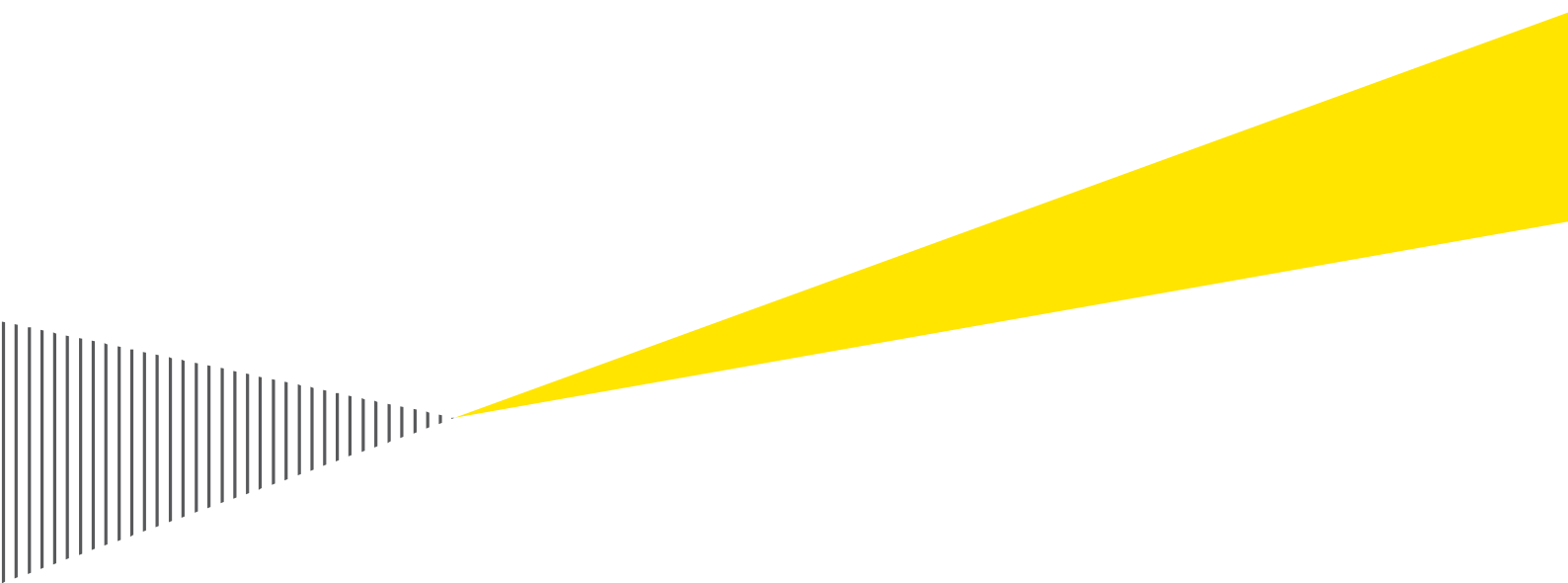
Innstilling til vedtak:

1. Styret mener foretaksledelsen på en god måte har fulgt opp, og i riktig og nødvendig grad, justert foretakets klinikkgorganisering i tråd med intensjonene i tidligere styrevedtak.
2. Det er viktig for den videre utviklingen av klinikkgorganiseringen og samhandlingsreformen at ledelse foregår gjennom linjen i organisasjonen og samhandlingsavdelingen, og ikke gjennom roller og stillinger som går på tvers av både ledelses- og faglinjer. Styret ber likevel om at den operative tilpasningen av koordinatorfunksjonen, som har vært ivaretatt gjennom et koordineringsmøte og ikke egen stilling, videreføres inntil videre.

Avstemming:

Vedtak:

Evaluering av Nordlandssykehuset HF sin organisasjonsmodell



Building a better
working world

Innhold

Forord	3
1. Sammendrag.....	4
2. Bakgrunn og formål med evalueringen.....	5
3. Metode og gjennomføring	6
3.1 Valg av metode	6
4. Evaluering	8
4.1 Gode og sammenhengende pasientforløp internt og i forhold til eksterne aktører	9
4.2 Oppnå økonomisk handlingsrom	12
4.3 Optimal ressursutnyttelse	14
4.4 Robuste og funksjonelle enheter, og færre avdelinger enn dagens situasjon.....	16
4.5 Toppledelsen skal ha god forankring i den kliniske virksomheten	18
4.6 Fremme et godt arbeidsmiljø.....	19
4.7 Klinikkmodellen skal synliggjøre foretaket som ett virksomhetsområde.....	20
5. Konklusjon.....	21

Vedlegg

Vedlegg 1 Dokumentoversikt

Vedlegg 2 Møtereferat Faglig fellesskap og arbeidsfordeling i Kirurgisk ortopedisk klinikk

Forord

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag for Nordlandssykehuset HF og inneholder en evaluering av organisasjonsmodellen (klinikk- organisering).

Nordlandssykehuset HF startet arbeidet med ny organisering etter vedtak i styremøte sak nr. 44/07 hvor man ble bedt om å utarbeide en ny organisasjonsstruktur med vekt på å lage robuste og funksjonelle enheter.

Deretter ble saken behandlet i en rekke styremøter hvor den endelige behandlingen fant sted i styremøte sak nr. 52/08.

Evalueringen har tatt utgangspunkt i de målsettingene som ble beskrevet i saksfremlegget til sak i styremøte sak nr. 13/08 (se neste side).

Evalueringen er gjennomført i perioden oktober - desember 2013.

Vi vil benytte anledningen til å takke alle som velvillig har medvirket i intervjuene og bidratt til informasjonsinnhenting som er grunnlaget for denne rapporten.

EY
Oslo, 30. desember 2013



Finn Holm
Director
Prosjektleder



Willy Eidissen
Partner

1. Sammendrag

Våren 2013 ble det besluttet at det skulle gjennomføres en evaluering av klinikkorganiseringen ved Nordlandssykehuset HF. Evalueringen skulle ha utgangspunkt i målene for omorganiseringen slik disse kommer til uttrykk i styrets protokoll, Sak nr. 13/08, Sak nr. 28/08 og Sak nr. 52/08, samt komme med konkrete forslag til forbedringer. Mer konkret er mandatet for evalueringen å belyse følgende områder med bakgrunn i saksunderlaget til styrevedtak i Sak nr. 44/07:

Foretaket skal gjennomføre en prosess som skal føre frem til endret organisering som særlig ivaretar følgende målsetninger:

1. Gode og sammenhengende pasientforløp internt og i forhold til eksterne aktører
2. Oppnå økonomisk handlingsrom
3. Optimal ressursutnyttelse
4. Enhetene skal være robuste og funksjonelle, og færre i antall enn dagens avdelinger
5. Toppledelsen skal ha god forankring i den kliniske virksomheten
6. Fremme et godt arbeidsmiljø
7. Den nye modellen skal synliggjøre foretaket som ett virksomhetsområde.

Evalueringen er basert på gjennomføring av intervju med 40 personer på tvers av klinikker og geografi. Representantene er valgt ut i samarbeid mellom klinikker, ledelse og tillitsvalgte. I tillegg er dokumentasjon vedrørende opprettelse av klinikkmodellen (styresaker og utredninger), årsrapporter, personelltall, regnskapstall, referater og rapporter gjennomgått.

2. Bakgrunn og formål med evalueringen

Med bakgrunn i klinikkorganiseringsprosjektet, som dannet utgangspunkt for en ny organisering, som ble implementert i 2009 skal EY gjennomføre en evaluering av i hvilken grad den nye organiseringen har bidratt til å oppnå målene som ble satt.

Intensjonen med klinikkmodellen var å skape atferdsendringer og resultater ved å endre den formelle struktur i helseforetaket blant annet for å oppnå gjennomgående faglig styring og derved lik praksis i foretaket. Omorganiseringen til ny klinikkmodell hadde syv overordnede målsettinger:

- Gode og sammenhengende pasientforløp internt og i forhold til eksterne aktører
- Oppnå økonomisk handlingsrom
- Optimal ressursutnyttelse
- Enhetene skal være robuste og funksjonelle, og færre i antall enn dagens avdelinger
- Toppledelsen skal ha god forankring i den kliniske virksomheten
- Fremme et godt arbeidsmiljø
- Den nye modellen skal synliggjøre foretaket som ett virksomhetsområde.

For å kartlegge i hvilken grad Nordlandssykehuset HF har klart å oppfylle disse målene gjennomføres det en evaluering for å vurdere hvordan disse leveransekravene er i dag.

I denne sammenhengen er det verdt å merke seg at det er en rekke andre endringer som også har skjedd i løpet av disse årene hvor man har arbeidet med en ny organisering.

For å dekke områdene på en best mulig måte innenfor de rammene som er stilt til disposisjon er det lagt opp til å:

- studere utviklingen i datamateriale (produksjon og ressursforbruk) over tid
- gjennomgå grunnlagsdokumenter (i hovedsak styresaker og utredninger)
- gjennomføre intervjuer og samtaler med nøkkelpersonell

Evalueringen legger hovedvekt på utfordringer og forbedringspotensial ved klinikkmodellen.

3. Metode og gjennomføring

I dette kapitlet beskrives prinsippene som er lagt til grunn for evalueringen og hvordan den praktiske gjennomføringen har foregått.

Det har vært dialog med kontaktpersoner i Nordlandssykehuset HF gjennom hele evalueringen.

3.1 Valg av metode

Ettersom evalueringen er gjennomført innenfor en relativt begrenset tidsperiode er den utført på et overordnet nivå. Evalueringen er basert på gjennomgang av dokumenter vedrørende omorganiseringen og gjennomføring av intervju med 40 personer. I tillegg til at vi har fått 40 tilbakemeldinger på e-post.

Gjennomføringsmetodikken og omfanget av intervjuer ble tilpasset den tidsperioden og -rammen som var satt.

En slik evaluering vil være beheftet med en del usikkerhet og begrensninger. Den viktigste usikkerheten er at man ikke alltid kan vite om enkelte synspunkter er gjeldende for enkeltpersoner som blir intervjuet eller om det er en allmenn oppfatning hos flere eller alle medarbeiderne.

Alle utsagn og påstander fra enkeltpersoner er så langt det lar seg gjøre etterprøvd med fakta fra foretakets offisielle statistikker eller dokumenter. Dette gjøres for å unngå risikoen ved at en slik rapport skal kunne fungere som et «talerør» for spesielle synspunkter som ikke er tilstrekkelig forankret og dokumentert.

Det betyr at enkeltpersoner kan oppleve at deres innspill ikke er belyst i rapporten.

En annen risiko er at intervjuobjektene løfter frem utfordringer som ikke nødvendigvis er korrelert med selve organiseringen, men har sin årsak i andre endringer eller forhold som indirekte påvirker organisasjonen. Disse forholdene vil bli beskrevet der dette anses nødvendig.

Intervjuene ble gjennomført ved bruk av en strukturert intervjuguide for å sikre at de samme temaene ble diskutert med alle intervjuobjektene. Intervjuobjektene ble valgt ut i samråd med klinikk, ledelse og tillitsvalgte. Hensikten var å sikre så bred involvering som mulig og sikre at det var et representativt utvalg fra ulike klinikker og en geografisk fordeling på respondentene fordelt mellom Bodø, Lofoten og Vesterålen.

I tillegg til de som ble intervjuet ble det lagt ut følgende tekst på Pulsen (se under) for å sikre at alle ansatte skulle bli gitt muligheten til å gi sine innspill til evalueringen. Etter en uke ble det purret gjennom en e-post til klinikkene og totalt sett var det 40 personer som benyttet anledningen til å gi tilbakemelding på e-post.

Denne teksten ble lagt ut på intranettet (Pulsen)

Evaluering av klinikkmodell.

Styret har vedtatt at det skal gjøres en evaluering av klinikkmodellen:

Med bakgrunn i klinikkorganiseringsprosjektet som har foregått på sykehuset siden 2008 og beslutningen om implementering av ny klinikkmodell, skal EY gjennomføre en evaluering av i hvilken grad den nye organiseringen har vært tilfredsstillende ift de mål som ble satt.

Intensjonen med klinikkmodellen var å skape atferdsendringer og resultater ved å endre den formelle struktur i helseforetaket blant annet for å oppnå gjennomgående faglig styring og derved lik praksis i foretaket. Omorganiseringen til ny klinikkmodell hadde sju målsetninger:

- Gode og sammenhengende pasientforløp internt og i forhold til eksterne aktører
- Oppnå økonomisk handlingsrom
- Optimal ressursutnyttelse
- Enhetene skal være robuste og funksjonelle, og færre i antall enn dagens avdelinger
- Toppledelsen skal ha god forankring i den kliniske virksomheten
- Fremme et godt arbeidsmiljø
- Den nye modellen skal synliggjøre foretaket som ett virksomhetsområde.

Etter en anbudsrunde, har EY fått i oppdrag å gjennomføre evalueringen.

Som en del av evalueringen vil det bli foretatt intervjuer av tillitsvalgte og representanter for de forskjellige ledernivåene ca. 30 stk.

Alle ansatte gis gjennom denne eposten en mulighet til fritt å gi tilbakemelding til EY.

Overordnet måloppnåelse:

I hvilken grad opplever du at man så langt har nådd (er på vei mot) hovedmålene for ny klinikkmodell?

4. Evaluering

I dette kapitlet presenteres observasjonene fra intervjuene, dokumentgjennomgang og analyser og oppsummeringer.

Vi har valgt å dele inn observasjonene og forslag til tiltak ut fra områdene slik de er gitt i mandatet for evalueringen:

- Gode og sammenhengende pasientforløp internt og i forhold til eksterne aktører
- Oppnå økonomisk handlingsrom
- Optimal ressursutnyttelse
- Enhetene skal være robuste og funksjonelle, og færre i antall enn dagens avdelinger
- Toppledelsen skal ha god forankring i den kliniske virksomheten
- Fremme et godt arbeidsmiljø
- Den nye modellen skal synliggjøre foretaket som ett virksomhetsområde.

4.1 Gode og sammenhengende pasientforløp internt og i forhold til eksterne aktører

Gode og sammenhengende pasientforløp handler om kvaliteten og kontinuiteten som gis i pasientbehandlingen. Nordlandssykehuset HFs visjon er å skape et sykehus preget av samarbeid, læring og trivsel, som står for kvalitet i prosess og resultat. Det skal være trygghet for tilgjengelighet og omsorg, og respekt i møte med pasienten. Nordlandssykehuset HF har i tillegg jobbet aktivt med pasientsikkerhet de seneste år og dette fokuset har også ført til økt fokus på bedret kvaliteten i pasientforløpene.

I hovedsak handler dette avsnittet om de somatiske pasientene. Innenfor psykiatri i Nordlandssykehuset HF er det ikke gjort pasienttilfredshetsundersøkelser i regi av Kunnskapscenteret etter at klinikkmodellen trådte i kraft. De subjektive oppfatningene til de som ble intervjuet er at pasientforløpsarbeidet innenfor psykiatri er i positiv utvikling, og et større moderniseringsprogram er fortsatt pågående i klinikken. Derfor er ikke psykiatri videre analysert i dette avsnittet.

Gjennom intervjuene får vi noe blandede tilbakemeldinger på hvordan pasientforløpene oppfattes. De fleste intervjuobjektene opplever at pasientforløpene har forbedret seg, men at det fortsatt er en vei å gå før det blir helt sømløst.

De mest oppdaterte resultatene som best kan beskrive pasientenes oppfatning av hvor langt man er kommet med pasientforløpsarbeidet i Nordlandssykehuset HF er dataene fra PasOpp Nr 3-2013 (Resultater fra Nordlandssykehuset HF, med underliggende rapporter fra sykehusene i Bodø, Vesterålen og Lofoten). Denne PasOpp undersøkelsen dekker pasienter med besøk ved en somatisk sengepost i 2012.

Nordlandssykehuset HF oppnår relativt sett gode resultater på PasOpp undersøkelsen og har enten stabilitet eller fremgang i svarene fra sine pasienter hvis man sammenligner med 2011 (ingen områder viser tilbakegang).

PasOpp Nr 6-2013 som tar for seg brukererfaringer med svangerskapsfødsel- og barselomsorgen viser noe varierende resultater for Nordlandssykehuset HF som helhet, men Vesterålen utmerker seg med en score bedre enn gjennomsnitt på alle spørsmål i undersøkelsen (ikke signifikant bedre). Dette tyder likevel på at det jobbes godt med pasientforløpene og at utviklingen er positiv sett med pasientens øyne.

Hvis man ser på øvrige parametere rundt pasientsikkerhet og den medisinske utviklingen generelt så er det ingen tvil om at pasientbehandlingen stadig blir bedre og bedre.

Flertallet av de spurte opplever likevel at det ikke er et tett og godt nok samarbeid på tvers av sykehusene, mens de øvrige av de intervjuede sier at klinikkmodellen har bidratt positivt til samarbeidet på tvers av sykehusene.

Når det gjelder Vesterålen hevder noen at klinikkmodellen ikke har hatt noen innvirkning på pasientforløpene og at det fortsatt er en del utfordringene med samhandlingen i pasientforløpene.

I PasOpp Nr 3-2013 fremkommer det imidlertid at Vesterålen har den mest positive utviklingen i pasienterfaringer fra 2011-2012, i hele landet. Det vises også i svarene på undersøkelsen i svangerskap-, føde-, og barselomsorgen med bedre enn landsgjennomsnitt på alle spørsmål.

Pasientenes opplevelse er således mye bedre enn det inntrykket vi har fått gjennom de gjennomførte intervjuene av ansatte. Slik vi opplever dette så er det den interne uenigheten om organiseringen av hele foretaket som gir slike utslag.

De aller fleste pasientene opplever uansett at sitt pasientforløp i stor grad vil skje innenfor et av de geografiske stedene Bodø, Lofoten eller Vesterålen. Det som imidlertid er verdt å merke seg er at Vesterålen ikke har merkbart større andel av pasienter som behandles på eget sykehus enn Lofoten, selv om tilbudet er mye bredere. Vesterålen har også en dobbelt så høy frekvens (prosentandel) av henvisninger til Tromsø enn hva Lofoten har, og Lofoten benytter seg således i større grad av Bodø enn det Vesterålen gjør.

Det kan av og til være litt vanskelig å tolke om svarene på spørsmålet om pasientforløpene handler om noe annet enn selve forløpene. Det kan for eksempel være at de reflekterer andre forhold som påvirker samhandlingen på tvers av geografi. Det kan være trekk ved den formelle strukturen, trekk ved den institusjonelle og profesjonelle kultur eller trekk ved samhandlingen mellom aktørene både i og utenfor helseforetaket som påvirker dette. Vi oppfatter at det har vært relativt stor motstand mot sammenslåing av Nordlandssykehuset HF til et foretaksområde, og senere også en del motstand i tilknytning til overgang til klinikkmodellen. Flere av intervjuobjektene fremhever ofte forhold rundt selve organiseringen av foretaket i svarene på sine spørsmål fremfor å fokusere på pasientopplevelsen.

Det fremheves av noen av respondentene at det er utfordringer rent datateknisk i forhold til at de tre sykehusene i dag har forskjellige databaser for sine pasientjournaler og dermed ikke automatisk kan overføre pasienter(elektronisk) mellom sykehusene. Dette er en administrativ byrde som ikke pasientene merker direkte, og en utfordring som er godt kjent. Disse utfordringene forventes å bli løst i FIKS - prosjektet (Felles Innføring av Kliniske Systemer) og effektene er blant annet beskrevet i Helse Nord RHF styresak 81-2013.

I forhold til eksterne aktører så er den viktigste endringen som har skjedd i perioden at Samhandlingsreformen har trådt i kraft (1.1.2012). Det er mange gode eksempler i Nordlandssykehuset HF på at dette har gitt effekter for pasientforløpet ut mot kommunene, men det har ikke blitt studert nærmere i denne undersøkelsen.

Det er imidlertid verdt å merke seg at opprettelsen av en egen samhandlingsavdeling og et grundig og omfattende arbeid ut mot kommunene har sikret avtaler og et oppfølgingsopplegg som ikke har vært mulig tidligere.

Totalt sett har antall liggedøgn i Nordlandssykehuset HF blitt redusert med over 10,000 i løpet av de 4 siste årene (Årsrapporter Nordlandssykehuset HF i perioden 2008-2012).

Det anslås av administrasjonen at Samhandlingsreformen utgjør ca. 7-8000 av disse liggedøgnene. Resten har skjedd gjennom kvalitetsforbedring i pasientforløpene og gjennom den medisinske utviklingen som har funnet sted i perioden.

4.2 Oppnå økonomisk handlingsrom

Den neste målsettingen som det ble fokusert på ved opprettelsen av klinikkmodellen var det å oppnå et «økonomisk handlingsrom». Med utgangspunkt i opptaksområde, ny teknologi og investeringer i nye bygg er det viktig for Nordlandssykehuset HF å være et bærekraftig sykehus med god økonomi. Når klinikkmodellen ble innført var det en målsetning at det skulle hentes ut gevinster gjennom stordrift og bedre organisering. I tillegg hadde man en langsiktig målsetting om å skape en god økonomi slik at det ble gitt rom for å investere i vedlikehold og bygging av nye sykehusbygg.

De aller fleste intervjuobjektene har gitt uttrykk for at det ikke er oppnådd et større økonomisk handlingsrom i perioden. Dette gjelder også de tilbakemeldingene vi har fått per e-post.

Økonomiutviklingen i sykehus påvirkes av en rekke forhold (f.eks. endret pasientvolum, lønns- og kostnadsutvikling, endring i finansieringsmodeller etc.). Mange av disse forholdene vil også være upåvirket av hvilken organisering som velges.

Hensikten med sammenslåinger og endrede modeller er ofte delvis begrunnet med et rasjonale om å spare penger og oppnå en totalt sett mer bærekraftig økonomi. Hvordan økonomien hadde blitt om man ikke hadde gjort disse valgene er ikke alltid like lett å si.

At man ute i organisasjonen av og til opplever et redusert handlingsrom er jo nettopp fordi man forsøker å stramme inn på fullmaktene og se økonomien i en helhet i stedet for i små deler som geografi eller avdeling.

Det er derfor vanskelig å si noe om hva som har påvirket hva i det store bildet. Noen opplever mer styring med ny klinikkmodell i forhold til økonomi mens andre opplever det motsatte.

I enkelte tilfeller fremheves det at man opplever at beslutningslinjene har blitt lengre og at det for eksempel har blitt vanskeligere med innkjøp av utstyr. Dette tilfellet ble også nevnt allerede i arbeidstilsynet sin rapport fra 19.12.2008 hvor man i perioden 21.10.2008 til 6.11.2008 gjennomførte tilsynet «God vakt!» i Nordlandssykehuset HF. Dette indikerer at en del hadde denne oppfatningen også før klinikkmodellen trådte i kraft. Denne oppfatningen kan således også være en konsekvens av tidligere endringer.

Oppfatning om endringer i økonomisk handlefrihet kan også være en mulig konsekvens av felles prioritering og beslutning på tvers av geografi og avdelinger. Det kan ikke utelukkes at modellen har gitt en bedre totaløkonomi helhetlig sett i forhold til om man skulle fortsatt i mindre enheter.

Årsresultatet har variert en god del siden 2008. I 2012 hadde Nordlandssykehuset HF et årsresultat på minus 36 millioner kroner, samtidig som investeringene er økt betraktelig i perioden. Ut fra disse årsresultatene kan man ikke isolert sett trekke noen konklusjoner om det totale økonomiske handlingsrommet er styrket.

	2008	2009	2010	2011	2012
Driftsinntekter i kr	2 769 385 532	2 995 010 165	2 985 178 867	3 322 130 433	3 481 478 231
Driftsutgifter i kr	2 842 733 511	2 966 769 020	2 809 137 310	3 307 147 461	3 497 210 119
Årsresultat i kr	-110 162 520	2 531 198	156 744 222	-4 378 819	-36 811 280
Investeringer i kr	188 323 740	268 414 726	359 678 334	437 250 931	614 529 543

Tabell 1: Driftsinntekter, driftskostnader, årsresultat og investeringer 2008-2012
 Nordlandssykehuset HF. Kilde: Årsrapport Nordlandssykehuset HF 2008-2012

4.3 Optimal ressursutnyttelse

En ønsket gevinst ved innføringen av klinikkmodellen var at flere oppgaver kunne løses uten tilsvarende økning i ressurser. Det var også et mål om at gjennomgående ledelse ville bedre ressursutnyttelsen innenfor fagområdene, med mindre sårbarhet på geografiske steder.

I beskrivelsen av klinikkmodellen i Nordlandssykehuset HF styresak 52/08 står det spesifisert at Klinikksjefene i den nye modellen ikke vil 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.

Oppfatningen om hva som er en optimal ressursutnyttelse vil nok avhenge av hvor i organisasjonen man har sitt virke. Enhetene vil alltid ha et visst konkurranseelement i forhold til budsjett og tildelinger på tvers av sykehuset.

Intervjuobjektene opplever ikke nødvendigvis at klinikkmodellen har ført til en optimal ressursutnyttelse, men at ressursutnyttelsen kan være en utfordring på tvers av sykehusene og klinikkene. Dette henspiller seg til en opplevelse blant noen av de som er intervjuet om at det ikke er nok samarbeid mellom klinikkene og sykehusene, samt at noen opplever en skjev fordeling av ressursene.

Enkelte av de intervjuede opplever at det av og til kan stå tomme senger ett sted og at det samtidig er fullt andre steder. Om dette alltid har en sammenheng med klinikkmodellen er det ikke noen klare indikasjoner om. Samhandling og samarbeid er en krevende øvelse som krever innsats fra minst to parter.

Balansering av senger og utnyttelse av disse er et stadig pågående arbeid, og Sintef sine analyser for prognoser og framskrivning av aktivitet benyttes. At man ikke alltid treffer 100 % på disse vurderingene er nok riktig, men det faktum at sengetallet er gått ned i perioden, samtidig som aktiviteten har økt, indikerer en positiv utvikling. I Bodø har man for eksempel gått fra 266 senger i 2008 til 224 i 2011 (ytterligere senger er tatt ut etter dette), mens Sintef sin framskrivning for 2020 indikerer 241 senger.

Det lånes også ut ressurser på tvers av geografi, selv om dette kan være krevende gitt de tariffavtaler som finnes pr dags dato. Slike utlån, spesielt av leger, må hittil i stor grad være basert på frivillighet.

Mange av klinikkene må leie inn vikarer for å dekke behovet sitt. Dette gjelder i alle geografiske steder.

Spesielt i Vesterålen (og til dels Lofoten) har man over tid vært avhengig av vikarer for å fylle tjenesteplanene og ofte vil dette styre ukeprogrammene, og derved styre tjenesteproduksjonen. Dermed kan man også bli mer avhengig av innleieressursene.

Vikarbruken har imidlertid gått betydelig ned de siste tre årene. Totalt sett var kostnaden 71,9 MNOK i 2011. Den ble redusert til 59,4 MNOK i 2012 og prognosene for 2013 viser at denne kostnaden vil synke ytterligere. Resultatet for 2013 vil sannsynligvis ende under 50 MNOK. Nedgangen vises både i Bodø, Lofoten og Vesterålen.

Det kan tyde på at det oppnås en mer stabil drift med egne ansatte.

Når det gjelder antall ansatte, så har gjennomsnittlig antall årsverk økt i perioden fra 2008 – 2012.

	2008	2009	2010	2011	2012
Gjennomsnittlig antall årsverk	3 211	3 166	3 190	3 284	3 384

Tabell 2: Gjennomsnittlig antall årsverk 2008-2012. Kilde: Årsrapport Nordlandssykehuset HF 2008-2012

Den totale økningen skyldes i hovedsak følgende forhold:

- Høyere andel fast ansatte sykepleiere og leger
- Helseforetakene overtok ansvaret for Pasientreiser fra NAV i 2009 (13 årsverk)
- Omlegging av renholdstjeneste fra ekstern til intern virksomhet (23 årsverk)

4.4 Robuste og funksjonelle enheter, og færre avdelinger enn dagens situasjon

Ny organisasjonsstruktur skulle utarbeides med vekt på å lage robuste og funksjonelle enheter, med avklart og definert arbeidsfordeling mellom de tre sykehusene. Færre avdelinger fikk man gjennom klinikkorganiseringen.

Mange opplever at kompetansen er god, men at man kan bli bedre til å dele kompetanse på tvers av klinikkene og tenke helhet fremfor enhet.

Noen gir uttrykk for at det er vanskelig å komme til enighet om beslutninger på tvers av klinikker.

Hovedinntrykket fra intervjuobjektene respons og tilbakemeldinger på e-post er at det generelt er et ønske om større fagmiljøer og robuste enheter. Dette var også noe av grunnlaget for modellen når den ble introdusert og som fagfolkene var opptatt av at man skulle lykkes med.

Basert på intervjuene så synes det imidlertid likevel som det er motstand mot klinikkmodellen enkelte steder. Dette gjelder spesielt i Vesterålen. Noe av bakgrunnen for dette finner man nok i at mange av intervjuobjektene og tilbakemeldingene på e-post henviser til innspillet om en koordinatorfunksjon som kom opp i styremøtet under behandling av styrevedtaket i sak 52-2008.

Styresak 52-2008:

«Styret ber derfor direktøren som et ledd i arbeidet med å sikre gjennomføring av ny organisering, samt etablere tillitsskapende forutsetninger for prosessen, etablere en lederfunksjon lokalt i Vesterålen og Lofoten som inngår i direktørens ledergruppe. Den lokale lederens hovedoppgaver er koordinering mellom klinikkene /fagene lokalt, videreutvikle samhandlingen internt i helseforetaket, og videreutvikle samhandlingen mellom foretaket og primærhelsetjenesten»

Koordinatorfunksjonen er beskrevet i styresaken, og av saksfremlegget kan man lese at koordinatorrollen kom inn som vedtakspunkt ved behandling av saken i styremøtet. Den valgte løsningen var i første omgang at koordinatorfunksjonen skulle ivaretas gjennom koordineringsmøter i Lofoten og Vesterålen. Funksjonen er senere styrket gjennom at ledelsen av koordineringsmøtene roteres mellom klinikksjefene.

Noen av intervjuobjektene i Lofoten og Vesterålen opplever fortsatt at dagens løsning ikke oppfyller de kravene man mente ble stilt i styrevedtaket.

Et av elementene i klinikkmodellen var at det ikke skulle være lokale direktører og at avdelingene skulle styres gjennom klinikkmodellen. Dette skulle sikre riktige beslutninger for hele befolkningen basert på at man er en del av en helhet i Nordlandssykehuset HF og Helse Nord. En del gir likevel uttrykk for at det burde være lokale direktører på de ulike geografiske stedene.

Per i dag så opplever vi gjennom intervjuer og via tilbakemeldinger på e-post at dette bildet er nyansert og avhengig av hvor respondentene står i forhold til fag, klinikk og geografi.

Vi oppfatter at man mer fornøyd i Lofoten enn i Vesterålen, og i Bodø er man mer nøytrale i forhold til modellen (det er også her endringene oppleves å være minst).

4.5 Toppledelsen skal ha god forankring i den kliniske virksomheten

En av hovedhensiktene med klinikkmodellen var å implementere gjennomgående klinisk ledelse, der man blant annet ville oppnå klarere rolle og ansvarsfordeling.

Når man i prosjektarbeidet forut for implementeringen av klinikkmodellen snakket om «toppledelsen» så forstår vi prosjektgruppen slik at dette var kliniksjefer og sykehusets øvrige ledergruppe.

I saksfremlegget i styrevedtak 52/08 fremheves viktigheten av å ha en gjennomgående ledelse på tvers av geografi, men dette var også den saken det var mest uenighet om. Miljøene i Lofoten og Vesterålen ønsket primært å ha en modell der man beholdt sine lokale direktører gjennom at geografien ble beholdt som to egne klinikker.

Blant intervjuobjektene så er det fortsatt ulike holdninger til modellen i Lofoten og Vesterålen, men hvor vi oppfatter at man i Vesterålen er mest negativ til modellen. Det er også her det reises sterkest kritikk mot sykehusets ledelse. Noen mener at kliniksjefer og andre i toppledelsen ikke er tilsted i Lofoten og Vesterålen i tilstrekkelig grad. Vi har fått opplyst at direktøren er tilstede på møtene i Lofoten og Vesterålen ca. en gang annenhver måned.

4.6 Fremme et godt arbeidsmiljø

Et godt arbeidsmiljø er viktig for å opprettholde et godt tjenestetilbud til pasientene. I perioden som klinikkmodellen har virket har det vært noen parallelle utfordringer blant annet innenfor kirurgi i Bodø («kirurgisaken»). Slike hendelser vil kunne påvirke ansattes holdning til organiseringen, men årsakssammenhengene er mer uklare.

De aller fleste av intervjuobjektene sier at arbeidsmiljøet på Nordlandssykehuset HF er bra. Intervjuobjektene tror ikke dette skyldes klinikkmodellen i seg selv, men at arbeidsmiljøet allerede var bra når de gikk i gang med ny organisering. Før innføringen av klinikkmodellen var det mange forslag til hvordan arbeidsmiljøet skulle beholdes og hva som måtte gjøres for å unngå støy. Mange av disse ble godt ivaretatt.

	2008	2009	2010	2011	2012
Sykefravær	9,5 %	9,1 %	8,5 %	8,4 %	8,4 %

Tabell 1: Sykefravær i Nordlandssykehuset HF 2008-2012. Kilde. Årsrapport Nordlandssykehuset HF 2008-2012

Nordlandssykehuset HF hadde i 2012 et samlet sykefravær på 8,4 %. Målet om samlet sykefravær på 7,5 % eller lavere er ikke nådd, men det må ses på som positiv utvikling at sykefraværet har gått ned med hele 12 % i perioden.

En del av intervjuobjektene fremhever likevel at det fortsatt er en del irritasjon og frustrasjon over mangel på stedlig ledelse og liten kontakt mellom de geografiske lokasjonene innen hver klinikk. Mange opplever at det ikke er en «vi» kultur for hele sykehuset, men at denne kulturen fremheves i geografien og fagmiljøene.

4.7 Klinikkmodellen skal synliggjøre foretaket som ett virksomhetsområde

En overordnet målsetting med innføring av klinikkmodellen var at den også skulle bidra til at foretaket Nordlandssykehuset HF ble synliggjort som ett foretak.

Kun et fåtall av intervjuobjektene mener at klinikkmodellen har synliggjort foretaket som ett virksomhetsområde, og alle disse intervjuobjektene sitter i Bodø. De fleste har en oppfatning om at det både utenifra og innenfra fortsatt ses på som tre sykehus. Det er fortsatt «sykehuset i Bodø», «Gravdal» og «Stokmarknes» som er de levende betegnelsene.

Mange opplever at det å være del av et stort sykehus gir fordeler, men det er mye som skal på plass før man føler at foretaket er ett virksomhetsområde. Spesielt så fremheves det av intervjuobjektene at man ønsker et mye tettere faglig samarbeid på tvers av geografien.

AKUM fremheves som den klinikken som er mest til stede og synlige på alle geografiske lokasjonene med sine ledere, og at de har et godt faglig samarbeid på tvers av klinikken. Medisin og kirurgi får tilbakemeldinger om et relativt godt faglig samarbeid i klinikken fra de intervjuede i Lofoten, men ikke så mye i Vesterålen. Ledelsen her opplever ikke å være synlige i geografien. Kvinne- barn klinikken får gode tilbakemeldinger for godt samarbeid på faglig samhandling på begge de geografiske lokasjonene.

Psykatri har samme modell som somatikk og intervjuobjektene fremhever at de fra starten av ikke merket så stor forskjell på organiseringen, men at dette har blitt mye tydeligere og tatt mer tak ifra og med høsten 2012.

5. Konklusjon

Hvordan har man så lykkes med klinikkmodellen gitt de kriteriene som man er bedt om å evaluere etter?

I all hovedsak så har Nordlandssykehuset HF lykkes med sin modell. På mange måter er det en suksess, selv om man alltid har forbedringspotensial. I motsetning til andre foretak som har gått tilbake til sin gamle organisering etter opprettelsen av nye organisasjonsmodeller, så har man her stått ved modellen og forsøkt å la den leve og utvikles over litt tid.

Det har vært endringer underveis, tilpasninger i strukturen og utenforliggende forhold som har påvirket sykehusene i Nordlandssykehuset HF, men man har valgt å holde fast ved modellen over tid. Det kan være en suksessfaktor i seg selv. Endringer i sykehus og helseforetak tar erfaringsmessig lang tid. At man i samme periode har hatt utfordringer med «Kirurgisaken» og skifte av ledere på flere nivåer har tilført ekstra utfordringer som man må løse.

Det er nok også slik at den opplevde motstanden av og til er større enn den reelle motstanden. Vi har ikke observert noe som tyder på at det ikke er slik at de aller fleste av de som arbeider i Nordlandssykehuset HF opplever at de har en bra arbeidsplass. Hadde motstanden vært massiv så hadde nok innspillene på e-post blitt adskillig større og de tillitsvalgte betraktelig mer bekymret for dagens drift.

Det er ikke slik at modellen ikke har forbedringspotensial, men i hovedsak kan man oppsummere konklusjonen i evalueringen i tre hovedpunkter:

- 1) Klinikkmodellen anbefales opprettholdt og utvikles videre i tråd med intensjonene ved opprettelsen
- 2) Den gjennomgående faglige ledelsen må på plass i alle klinikker og om nødvendig styrkes ved omorganiseringer
- 3) Klinikklederne må være tilstede jevnlig på alle geografiske lokasjoner

Skal man forstå de reaksjonene som er kommet gjennom intervjuer og via tilbakemeldinger på e-post må man imidlertid gå lengre tilbake i tidslinjen til sykehusene i Bodø, Lofoten og Vesterålen. Det kan være mange årsaker til at man ikke når alle målene ved en slik organisasjonsendring som det Nordlandssykehuset HF har vært igjennom. Ofte er det trekk ved kultur, historie og lokale forhold som gjør at man ikke ønsker seg nye driftsmodeller. Dette er ikke spesielt for Nordlandssykehuset.

Elsa Solstad har i sin doktorgradsavhandling fra 2007, «Tre sykehus, to verdener – en fusjon» fulgt fusjonsprosessen mellom Stokmarknes, Narvik og Harstad sykehus i perioden fra 2002-2005. Det som den gang ble til Hålogalandsykehuset HF. Vi skal ikke gjenta den historien her, men resultatet er velkjent. Det som skulle være en fusjonsprosess endte opp som en endringsprosess i revers.

Enkelte av våre intervjuobjekter i Vesterålen trekker frem denne historien og påpeker at man fortsatt ikke vil la seg diktere av andre.

Det var en opprivende prosess som pågikk den gangen de tre sykehusene skulle fusjoneres, og fakkeltog og skarpe avisinnlegg var daglig kost i disse tre geografiske områdene. Den daværende styrelederen gikk langt i å karakterisere prosessen som et «sykehushavari». Tilbake som tre sykehus som tilsynelatende «vinnere», mens Helse Nord måtte reversere prosessen.

Sykehuset i Narvik og Harstad ble som kjent en del av Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), mens Stokmarknes ble en del av Nordlandssykehuset HF.

Sykehuset i Lofoten hadde også mange kampanjer gående når man kom til 2008 i forhold til å beholde fagtilbud og lokal ledelse. De hadde imidlertid ikke den samme historikken som Vesterålen med en fersk fusjonsprosess med seg.

Det er grunn til å tro at noe av dette kan forklare hvorfor motstanden mot modellen er sterkere i Vesterålen enn Lofoten.

De fleste av spådommene fra sykehusaksjoner og lokal ledelse fra den gangen man skulle innføre en modell med tverrgående ledelse kan vel ikke sies å ha slått til. Fortsatt er tilbudene innenfor føde- og akutt til stede både i Lofoten og Vesterålen. Det har imidlertid skjedd faglige og politiske endringer underveis som påvirker disse forholdene, men sannsynligvis hadde sykehusene i Lofoten og Vesterålen stått svakere uten et større fagmiljø i ryggen. Totalt sett, med bakgrunn i både historikk og forskningsarbeidet som ble gjort, kan man si at både sammenslåingen til Nordlandssykehuset HF og deretter til felles klinikker på tvers av geografi har gått over all forventning.

Ser man på overlevelsesratene på alle tre geografiene så er det stabilt eller svakt økende kvalitet i perioden fra 2010 – 2012.

30 dagers overlevelse etter innleggelse	2010	2011	2012
Lofoten	94,6 %	94,9 %	94,5 %
Vesterålen	94,3 %	94,1 %	94 %
Bodø	94,8 %	94,7 %	95,4 %

Tabell 5: 30 dagers overlevelse etter innleggelse; Helsenorge.no (Forside / Helsetjenester / Kvalitet i helsetjenesten / Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus)

Elsa Solstad beskriver i sin avhandling hvordan den lokale ledelsen etablerer en «vi» og «de» kultur når man ikke finner eierskap i endringsprosessene og hvordan dette kan danne interne sub-kulturer hvis man får lov til å holde på.

Det er helt tydelig å se at de samme innspillene går igjen i forbindelse med fusjonsprosessen med Hålogalandssykehuset, God Vakt! fra 2008, i arbeidet med ny organisasjonsmodell blir det ytterligere forsterket, og de samme tingene kommer igjen nå i evalueringen i 2013. De forholdene som tas opp i alle disse rapportene er:

- Opplevelsen av lange beslutningsveier
- Fravær av stedlig ledelse
- Beslutninger som blir overprøvd
- «Vi» og «de» kultur

Vi har fått noen innspill på at enkelte nye krefter ønsker seg flere endringer i denne kulturen, men blir holdt litt tilbake av de mer «erfarne» lederne.

Det er ikke enkelt for klinikkledere som kommer utenfra å få grep om slike miljøer, men skal man bringe organisasjonen videre må man opprettholde og tydeliggjøre styringen innenfor eksisterende rammer. De som kommer utenfra og prøver å påvirke slike kulturer må være sterke i sin utøvelse og tørre å stå i motstanden.

Innenfor psykiatri fremheves det at en sterk og tydelig ledelse var det som skulle på plass før man virkelig kunne se resultatene av klinikkmodellen. Uten denne organiseringen så hadde det kanskje ikke vært DPS hverken i Lofoten eller Vesterålen i dag.

For det videre arbeidet bør man også se spesielt på legeorganiseringen innad i klinikkene. Her er det en jobb å gjøre i forhold til å sikre en enhetlig klinisk ledelse. Spesielt innenfor kirurgisk- og psykiatrisk klinikk er dette en utfordring i dag. Gjennom en økt tilstedeværelse av faglig ledelse vil det også bidra til en større faglig tilhørighet. AKUM er et godt eksempel i så måte.

Det er nok også et potensial for flere faglige samhandlingsområder på tvers av sykehusene som f.eks. mer felles internundervisning og felles fagutvikling.

Oppsummert så kan det også sies at man i mange henseende trenger mer rendyrket klinikkorganisering, og ikke mindre, for å få en best mulig ledelsesmodell. Et eksempel på dette er «koordinatorrollen» som ble foreslått innført som et tillegg til klinikkorganiseringen i 2008 (styremøte 52/08). Det er viktig for den videre utviklingen av klinikkorganiseringen at ledelse foregår gjennom linjen i organisasjonen. Ikke gjennom roller og stillinger som går på tvers av både ledelses- og faglinjer. Det er etablert en samhandlingsavdeling med en leder som har gjennomført en rekke tiltak/avtaler sammen med kommunene, og ledelsesmodellen for øvrig blir stadig bedre. Slik vi ser det er dette en god løsning i forhold til foretaksområdet som helhet.

I løpet av slutføringen av denne evalueringen er det jobbet konkret med en oppdatering av organisasjonsplanen for Kirurgisk ortopedisk klinikk med gyldighet fra 1. desember 2013. Man har blant annet iverksatt en rekke tiltak for å styrke klinikkmodellen og den enhetlige ledelsen (se vedlegg).

Det er i tillegg krevende å rekruttere fast personell og det er behov for å satse mer strategisk og målrettet på rekruttering. Det jobbes allerede med tiltak for å styrke rekrutteringen.

Vedlegg 1: Dokumentoversikt

Årsrapport 2008 - Nordlandssykehuset HF

Årsrapport 2009 - Nordlandssykehuset HF

Årsrapport 2010 - Nordlandssykehuset HF

Årsrapport 2011 - Nordlandssykehuset HF

Årsrapport 2012 - Nordlandssykehuset HF

Endring personell JF Budsjett – Perioden 2009-2013

Gammelt organiseringskart:

- *NLSH 2008 Bodø-somatikk*
- *NLSH adm -2007*
- *NLSH Lofoten 2008*
- *NLSH, Bodø, Psykiatri 2008*
- *NLSH-Vesterålen 2008*

Organisasjonskart klinikkmodell

Felles innføring i kliniske systemer – Overordnet mandat

Styresak 44/07

Styresak 13/08

Styresak 28/08

Styresak 52/08

PasOpp Rapport Nr. 3-2013:

- Helse Nord RHF
- Nordlandssykehuset HF Bodø
- Nordlandssykehuset HF
- Nordlandssykehuset HF Lofoten
- Nordlandssykehuset HF Vesterålen

PasOpp Rapport Nr. 6-2013, resultater for Nordlandssykehuset HF

Organisasjonsplan for kirurgisk ortopedisk klinikk

Prosjektrapport – etablering av kirurgisk og ortopedisk klinikk

RAPPORT ETTER TILSYN – VARSEL OM PÅLEGG - GOD VAKT!, 2008

«Tre sykehus – to verdener – en fusjon», Phd serie No. 10-2007, Handelshøgskolen i Bodø

Vedlegg 2

Møtereferat	Faglig fellesskap og arbeidsfordeling i Kirurgisk ortopedisk klinikk	
	Tid: 5 desember 2013	Sted: Gravdal
Innkalt av:	Ass klinikkssjef	
Ordstyrer:	Klinikkoverlege	Referent: Klinikkssjef
Deltakere:	Lars Hoem, Sissel Juliussen, Geir Jeremiassen, Øystein Johansen, Geir Brokstad, Kristjan Valdimarsson, Torunn Nestvold, Gunn-Hege Valøy, Edle Elstad, Benno Røper, Peter Glesk, Cato Kjærvik.	
Forfall:		

Sak	Diskusjon og Konklusjon	Ansvarlig	Tidsfrist
1.	Hensikten med møtet er at de ledende legene i klinikken skal bli bedre kjent med hverandre, utveksle erfaring, legge til rette for bedret faglig samarbeid samt å starte arbeidet med å beskrive klinikkens arbeidsfordeling nå og i framtiden.		
2.	Funksjonsfordeling/arbeidsfordeling i klinikken. Dagens arbeidsfordeling beskrives. Områder for utvikling utpekes. Det innhentes uttalelse fra medisinsk direktør. Områder som <u>kan</u> være aktuelle for etablering/videreutvikling av ambuleringsordninger: <ul style="list-style-type: none"> • Ortopedi • Gastrokirurgi, herunder f eks bariatrisk kirurgi • Urologi (her gjennomføres allerede fast ambulering til LO) • Karkirurgi • Plastikkirurgi • Behandling av kreftpasienter. 	ØJ LH Avd ol	Våren 2014
3.	Etablering av medisinsk-faglig råd. Skal bestå av klinikkoverlege og avdelingsoverleger. Skal møtes 1 g pr halvår – bruk av telestudio kan mnd kan vurderes. Møtene ledes av klinikkoverlege. Klinikkenes ledergruppe kan delta i møtene. Aktuelle temaer: <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid • Rekrutteringsstrategier (leger) • Utstyrsanskaffelser • Ambulering • Arbeidsfordeling/funksjonsfordeling i klinikken • Prosedyrearbeid, harmonisering. Beskrives i klinikkens organisasjonsplan.	ØJ	Ultimo feb 2014

Sak	Diskusjon og Konklusjon	Ansvarlig	Tidsfrist
4.	Produksjon i forhold til plantall. Avdelingsoverlegene i LO og VE holder fram at støtten fra AKUM ift antall operasjonsteam og deres bemanningsplanlegging gir begrensninger i produksjon. Dette sees opp mot aktuelle ventelister. Det tas initiativ til nærmere dialog om saken med AKUM, f eks gjennom de månedlige oppfølingsmøtene.	ØJ	Våren 2014
5.	Det er behov for å etablere ordninger for faglig fellesskap også på sykepleiersiden. Dagens ordninger beskrives og det arbeides videre med å utvikle dette. Foreløpig har vi kartlagt følgende: <ul style="list-style-type: none"> • Nettverk for urosykepleiere i klinikken • Årlig klinikkseminar • Utvidet ledergruppemøte • Kvalitets og arbeidsmiljøgruppe(KVAM) • Medisinsk-faglig-forum (for avdelingsoverleger). Videre planlegges etablert: <ul style="list-style-type: none"> • Forum for opplæringsansvarlige blir etablert første halvår 2014 (ansv GHV) • Forum for kreftsykepleiere etableres første halvår 2014 (ansv ER). • Det tas videre sikte på å etablere forum for sårbehandling 1. halvår 2014 (ansv ER, SJ, GB). 	Ledergrp	2014
6.	Det bør arbeides med sikte på å involvere alle LIS-leger i klinikken mht utdanning, BOMS, kurs, karriereutvikling. Det settes opp videokonferanse av tirsdagsundervisningen. Telestudioundervisning i ortopedi på onsdager tilrettelegges også for LO og VE.	LH	Fortl
7.	Det tas sikte på å etablere en faggruppe i klinikken på tvers av profesjoner og lokaliteter i første omgang innen ortopedi. Det utarbeides mandat som framlegges i ledergruppen.	ØJ GB	Ultimo jan 2014
8.	Det skal legges til rette for involvering på tvers av lokalitetene når klinikkovergripende prosedyrer skal utarbeides. Dette innebærer at arbeidsbyrdene spres noe og involvering på tvers vil forhåpentligvis også medføre bedre prosedyrer.	Ledergrp	Fortl

Neste møte:	18 desember 2013 på Stokmarknes 19 desember 2013 på Gravidal
Sted og dato:	Bodø, 9 desember 2013
Signaturer:	Ø Johansen

EY | Assurance | Tax | Transactions | Advisory

Om EY

EY er en ledende global aktør innen revisjon, skatt og avgift, transaksjoner og rådgivning. Gjennom kontinuerlig fokus på kvalitet bygger vi tillit i kapitalmarkedene og i økonomier over hele verden. Gjennom å utvikle gode ledere som forplikter seg til å levere det vi lover bidrar vi til å bygge et bedre arbeidsliv for våre ansatte, kunder og lokalsamfunn.

Ernst & Young AS inngår i det globale nettverket til Ernst & Young, og kan referere til en eller flere av medlemmene av Ernst & Young Global Limited, der hvert medlem er en egen juridisk enhet. Ernst og Young Global Limited, er et britisk selskap med begrenset ansvar og leverer ingen tjenester til kunder. For mer informasjon, se www.ey.com/no

© 2014 Ernst & Young AS
All Rights Reserved