



Styresak 97-2015

Opphør av koordineringsfunksjonen i Lofoten og Vesterålen

Saksbehandler:
Steinar Pleym Pedersen

Saksnr.:
2010/1857

Dato:
28.09.2015

Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg: Styresakene 28 og 52/2008,
Mandat for koordineringsfunksjonen i Lofoten og Vesterålen,
Konsept for felles driftsmøte i Lofoten og Vesterålen

Historikk

I forbindelse med behandlingen av styresak 52/08 «Organisasjon og ledelse av Nordlandssykehuset – forslag til ny overordnet modell» var det mye oppmerksomhet knyttet til mangel på lokal ledelse i den nye foreslåtte modellen. Det ble i styremøtet fremmet endringsforslag i forhold til daværende administrerende direktørs forslag, og styrevedtaket i forhold til lokal ledelse/koordinering ble slik:

«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 avvikler avdelingsdirektørfunksjonen.

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. 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.

Det viste seg raskt at lokal ledelse ikke var forenlig med en rendyrket og funksjonell klinikkmodell. Iverksettingen ble av den grunn skjøvet ut i tid. Ulike nivå i Lofoten og Vesterålen etterlyste iverksetting.

I forbindelse med gjennomføring av styrevedtak 58/2008 gjorde daværende adm.dir i 2010 slik presisering av oppdraget:

- *Ansvar for koordinering defineres som en tilleggsfunksjon som knyttes til øverste linjeleder lokalt i en rotasjonsordning mellom de største klinikkene: Medisinsk klinikk, Kirurgisk og ortopedisk klinikk og Psykisk helse- og rus klinikken. Varigheten på ansvaret foreslås til ett kalenderår. Dette for å bidra til kontinuitet i arbeidet, samtidig som det skjer en forutsigbar fordeling av den tilleggsbelastning ansvaret medfører.*
- *Ansvarlig linjeleder forbereder, gjennomfører og følger opp saker fra det enkelte møte på en forpliktende måte.*
- *Koordinatorfunksjonen konkretiseres ved at den knyttes til en fast møtestruktur med en minimumsfrekvens på ett møte pr mnd. I dette møtet stiller øverste leder for alle klinikker lokalt.*

Utover dette ble det ikke utarbeidet noe særskilt mandat for denne aktiviteten. Det ble som en konsekvens av dette etablert lokale koordineringsgrupper i Lofoten og Vesterålen. Konstituerende møter ble avholdt sommer/høst 2010.

Det var som nevnt over ikke utarbeidet konkret mandat/ramme for arbeidet i koordineringsgruppene, men oppsummert var forventningene til innhold slik:

- Bidra til å bevare og videreutvikle lokal kultur og fellesskap samtidig som man i de nye klinikkene skal bygge en ny felles kultur. Den tversgående lokalkulturen vurderes som svært viktig for å hindre at klinikkene blir stående som inntil 8 parallelle søyler.
Kultur kan her blant annet forstås som fellesskapsfølelse/samhørighet, tilhørighetsopplevelse, samarbeidsånd, felles serviceholdning og handling på disse områdene. Det ble ansett viktig at kulturbygging innad i de enkelte klinikkene og lokalt på tvers av klinikkene forsterket hverandre.
- Skape lokale møtearenaer på tvers av klinikker og støtteapparat, for optimal støtte til klinikk både mht. til bruk av felleslokaliteter, felles støttefunksjoner, utvikling av hensiktsmessige fellesfunksjoner i sykehuset etc. Bidra til ivaretagelse av klinikkovergrepene funksjoner. Delta ved endringer/utvikling av samarbeidsrutiner mellom klinikker med tanke på å ivareta hensynet til helhet og lokale behov. Møteplasser for lokale ledere som sentralt punkt. Bidra til å unngå økt unødvendig "byråkrati" og tap av produksjonstid.
- Bidra i utviklingsarbeid som gjelder mer enn én klinikk.
- Bidra til å bygge opp robusthet knyttet til arbeidsforhold, arbeidsoppgaver, ansvarsforhold og arbeidsmiljø i endring i tett samarbeid med klinikkene (lokale og sentrale ledere).
- Bidra til lokal utvikling av nærhet, kontakt, oversikt og innflytelse.
- Bidra til å skape møteplasser for lokale tillitsvalgte, verneombud og klinikk, samt støttefunksjoner.
- Være rådgiver med lokal innsikt for direktør, klinikkjefer og lokale ledere, både i forhold til viktige enkeltsaker

Møtene ble avviklet med varierende frekvens, deltakelse og ulike saker til behandling. Det utviklet seg rimelig raskt en gryende lokal misnøye med møtene idet deltakerne ikke fant dem hensiktsmessige.

Etter drøfting i direktørens ledergruppe, ble det utarbeidet nytt mandat for koordineringsfunksjonen, jfr. vedlegg. Mandatet ble oversendt 28.08.12. I det nye mandatet var det forutsatt deltakelse fra adm.direktør/ass.direktør i koordineringsmøtene.

Nytt mandat bidro i liten grad til vitalisering av koordineringsgruppene i Lofoten og Vesterålen. Møtene ble gjennomført, men deltakerne opplevde fortsatt ikke møtene som hensiktsmessige. Det siste møtet i Lofoten ble avholdt 13.10.14, og det ble gjort slikt vedtak:

- Koordineringsutvalget ber direktøren drøfte med sin ledergruppe måten de framtidige koordineringsmøtene i NLSH Lofoten skal organiseres.
- Koordineringsutvalget ber i tillegg direktøren vurdere hvilken rolle klinikkssjefer og stabssjefer skal ha i et framtidig koordineringsutvalg.
- Inntil en avklaring fra direktøren/direktørens ledergruppe er foretatt vil koordineringsutvalget i NLSH Lofoten ikke ha noe nytt møte.

Siste møte i Vesterålen ble avviklet 27.02.14.

Drøftingene er gjort, og klinikkssjefene er enig i at koordineringsmøtene opphører og at intern dialog, samarbeid og samhandling i Lofoten og Vesterålen følger ordinær klinikkstruktur.

Erfaringer

Etablering av koordinatorfunksjon/koordinatorgrupper i Lofoten og Vesterålen med de oppgaver og begrunnelser som styret gav i vedtak i sak 58/2008, var ikke forenlig med samme vedtak om etablering av enhetlig ledelse og klinikkstruktur.

På grunn av store vansker med å få til et fornuftig innhold og struktur i disse møtene, tok det nærmere 2 år fra vedtak til oppstart.

I perioden 2010 – 2014 ble møtene gjennomført, men som nevnt over, måtte direktøren i 2012 endre mandat for funksjonen. Det nye mandatet forutsatte direktørens deltakelse i koordineringsmøtene. Dette viste seg imidlertid raskt å gi utfordringer i form av forventninger om at direktøren i disse møtene skulle fatte beslutninger utenom klinikkssjefene i linjen.

Oppsummert fra *medlemmene* i koordineringsgruppen i *Lofoten* er erfaringene slik:

- Utvalget er dårlig egnet til å ta avgjørelser og bli enige på tvers av klinikker/stabsavdelinger.
- Saker som meldes inn til direktør og øvrige toppledere ”forsvinner” uten at avgjørelser tas eller at sakene løses.
- Sakene blir gjenganger over mange møter og i lang tid uten at vi får tatt en beslutning.
- Sakene som meldes inn fra lederne blir færre og færre ettersom sjansen for å få en avgjørelse erfaringsmessig er liten.
- Møtene prioriteres bort da møtet oppleves av flere som bortkastet tid.
- Møtet er ikke egnet for å skape ny energi og ”drive” hos den enkelte leder. Tvert i mot melder ledere om stor frustrasjon og bortkastet tid etter slike møter.
- Møtene behandler i stor grad utfordringer knyttet til stab og støttefunksjoner i sykehuset, noe som sannsynligvis gjør det problematisk for direktør og klinikkssjefer å kunne finne gode løsninger.
- Det stilles for store forhåpninger hos ledere i utvalget til at direktør og hans ledere skal løse de problem som fremmes via sakene.

Horisontal samhandling i klinikker og staber er nødvendig for å lykkes i gode og fremtidsrettede pasientforløp. For å få dette til på en adekvat måte, må ansvaret ligge i klinikkene. Det er ikke mulig med god klinikkstruktur å lede/gi anvisning uten å gå gjennom formell linje.

Det kan ikke herske tvil om at erfaringene med koordineringsgrupper/koordineringsfunksjonen i Lofoten og Vesterålen, tilsier at de bør opphøre. Imidlertid er det viktig å videreføre det horisontale samarbeidet klinikkene imellom. Dette arbeidet må være en naturlig del av klinikkledelsens oppgaver, og kan således ikke «plasseres ut». Direktøren vil i ulike fora se til at denne aktiviteten ivaretas, gjerne gjennom en modell for felles driftsmøte som Kvinne barn klinikken, Akuttmedisinsk klinikk og Kirurgisk ortopedisk klinikk har utarbeidet.

Direktørens vurdering

Koordineringsgrupper/koordineringsfunksjonen i Lofoten og Vesterålen ble vedtatt i styresak 58/2008, men ikke etablert før høsten 2010. Årsaken til forsinket etablering var enkelt sagt at det var vanskelig å forene klinikkmodellen og enhetlig ledelse med en lokal ledelsesfunksjon.

Det har i perioden 2010 – 2014 vært forsøkt med fornuftig innhold, regelmessig frekvens og deltakelse fra lokal og sentral ledelse i koordineringsmøtene. De har i overveiende grad ikke fungert etter styrets intensjon.

Direktøren har bedt klinikksjefene vurdere om det er hensiktsmessig å videreføre koordineringsmøtene. Klinikkene melder tilbake at funksjonen kan opphøre, uten at det vil få negative konsekvenser klinikkene imellom.

Innstilling til vedtak:

1. Styret vedtar opphør av koordineringsfunksjonen/koordineringsgruppene i Lofoten og Vesterålen.
2. Styret forutsetter at horisontalt samarbeid klinikkene imellom utvikles og forsterkes, jfr. modell for felles driftsmøte som Kvinne barn klinikken, Akuttmedisinsk klinikk og Kirurgisk ortopedisk klinikk har utarbeidet.

Avstemming:

Vedtak:



Styresak. 28/08

Mandat OU-prosessen

Saksbehandler:
Olaf Havdall

Saksnr.: Dato:
2008/1159 06.06.2008

Dokumenter i saken :

Trykt vedlegg:

Ikke trykt vedlegg: Styrevedtak 17.12.2007, Styrevedtak 14.04.2008,
notat av 23.01.2008 fra direktøren.

Saksbehandlers kommentar :

Bakgrunn

Omorganisering av Nordlandssykehuset er behandlet i to styresaker:

- 1) Styrevedtak 17.12.2007 ber om at den nye strukturen skal ha "robuste og funksjonelle enheter" og videre at en "avklart og definert arbeidsdeling mellom de tre sykehusene er en forutsetning i en ny organisasjonsmodell".
- 2) Styrevedtak 14.04.2008 slår fast at "arbeidet med organisasjonsmodellen skal ha en fremdrift som bidrar til at også kortsiktige resultatforbedringer realiseres" og at arbeidet sluttføres i 2008. Videre krever et annet styrevedtak fra samme møte at den løpende driften skal være innenfor økonomisk ramme innen utgangen av september 2008, og at organisasjonen skal nedbemannes med 120 årsverk i tillegg til en reduksjon i kostnader på 30 mill. kr.

Premiss: Direktøren gav i notat av 23.01.2008 føringer for prosessen og nedsatte en forprosjektgruppe for å utforme prosjektets målsettinger, mandat, organisering, ressursbehov og tidsplan. I notatet beskrives at den fremtidige organisasjon skal ha færre og større enheter og en toppledelse med god forankring i den kliniske virksomheten, videre at gjennomgående faglig ledelse skal diskuteres og avklares.

Forprosjektgruppen var bredt sammensatt med tillitsvalgte, verneombud, avdelingssjefer og ass. direktør, og var ledet av organisasjonsavdelingen. I notatet fra organisasjonssjefen som ble lagt frem for styret 14.04.2008 tilrås at den nye modellen skal bygge på basisdokumentet og synliggjøre at Nordlandssykehuset (NLSH) er ett virksomhetsområde. Videre at modellen måtte bære i seg bidrag til å realisere kortsiktige resultatforbedringer. Man la opp til at avdelingsvise prosessgrupper skulle beskrive modeller med større og færre enheter, hvordan avdelinger kunne samorganiseres med hverandre, og konsekvenser av prinsippet om gjennomgående faglig ledelse. Der beskrives behov for ekstern konsulentbistand og en prosess som strekker seg ut 2008 med en forlengelse inn i januar 2009 for tilsetting av de nye lederstillingene nær direktøren.

I møte 17.04.2008 ble avdelingssjefene forelagt en skisse med konsekvensvurdering av styrets vedtak om drift innenfor økonomisk ramme innen utgangen av september 2008. Denne innebar en reduksjon etter osthøvelprinsippet for å imøtekomme "restkravet" på ca. 82 mill. kr. Tilbakemeldingen fra et samlet avdelingssjefkollegium var at man ikke anså dette som mulig, og at man mente at strukturelle grep vil være nødvendig, mest hensiktsmessig i form av en forsert OU-prosess. Prosessen skal altså da ha i seg et betydelig element av innsparing.

Et nytt avdelingssjefmøte 24.04.2008 fastholdt denne konklusjon, og organisasjonssjefen skisserte da mulige måter å forsere OU-prosessen på, i form av innsnevring av tematikk for bred drøfting og endret måte å involvere organisasjonen på. Avdelingssjefkollegiet gav sin tilslutning til disse betraktninger.

Etter disse prosesser foreslås at følgende forutsetninger legges til grunn for det videre arbeidet:

- 1) Organisasjonen skal ha færre og større enheter, klinikker.
- 2) Prinsippet om gjennomgående klinisk ledelse avklares tidlig og gjøres ikke til gjenstand for behandling i arbeidsgruppene.
- 3) Antall klinikker estimeres som et utgangspunkt for arbeidet i prosjektet.

Videre revurderes måten å involvere organisasjonen på slik at denne blir forenlig med målsettingen om å gjennomføre prosessen innenfor et tidsrom som ikke utretter organisasjonen, og som ivaretar styrets vedtak om at kortsiktige resultatmål skal oppnås.

1) Færre og større enheter, "klinikker"

Fordeler med klinikker:

- har stordriftsfordeler og mulig gevinst ved at oppgaver løses for større områder uten tilsvarende økning i ressursforbruk
- gir økt fleksibilitet,
- effektivisering og standardisering av systemer og prosesser innenfor større områder
- grunnlag for mer effektiv utnyttelse av støttesystemer
- større og mer integrerte fagmiljø
- færre "sømmer" i pasientlogistikken
- legger til rette for økt samhandling på tvers av avdelingsgrenser,
- legger til rette for at klinikkledelsen tar et klarere ansvar for helheten i organisasjonen inklusive et økonomisk helhetsansvar
- gir et tettere og mer håndterlig kontrollspenn mellom klinikk og direktør
- en mer oppdatert organisasjon til å møte de store byggeprosjektene i foretaket

Ulemper:

- store enheter med lange beslutningslinjer og fremmedgjøring
- transaksjonskostnader ved overgang fra en organisasjonskontekst til en ny
- usikkerhet heftet ved rasjonaliseringspotensial
- utfordringer i koblingspunktene mellom virksomheten i Bodø – og virksomhetene i Lofoten og Vesterålen

2) Gjennomgående klinisk ledelse

Store enheter (klinikker) i Bodø organisert etter ett prinsipp og samtidig små enheter i Lofoten og Vesterålen organisert etter et annet prinsipp vil innebære en rotete organisasjon som ikke er forenlig med helhetlig ledelse. Eventuelle stordriftsfordeler må utnyttes både i lengde og bredde. En konklusjon om klinikkstruktur innebærer derfor at man samtidig innfører gjennomgående ledelse. Utfordringen blir ikke å diskutere om dette skal gjennomføres, men hvordan man samtidig kan opprettholde nødvendig ivaretagelse av lokale behov.

Fordeler med en gjennomgående ledelsesmodell vil kunne være:

- bedre ressursutnyttelse innenfor hele fagområdet – med mindre sårbarhet på geografisk sted
- lettere samkjøring av pasientlogistikk
- klarere rolle – og ansvarsfordeling
- felles rekrutterings – og personalpolitikk
- mer variasjon/attraktivitet som arbeidsplass
- standardisering av prosesser, prosedyrer og utstyr
- felles opplæring
- ett grensesnitt mellom sykehus og omverden på aktuelt fagområde
- bedre grunnlag for forskning og utviklingsarbeid

Modellen vil også kunne ha ulemper som:

- opplevd stor avstand mellom geografiske områder som sorterer inn under samme lederskap
- manglende mulighet til lokal forankring og samordning
- manglende mulighet for lokal tilpasning og fleksibilitet
- problemer med å finne gode knutepunkter mellom lokale modeller med godt potensiale (Lofoten) og rasjonaliteten ved den valgte helhetlige modellen
- skepsis blant folk som påvirker motivasjon og arbeidsmiljø
- forringelse av lokal lydhørhet i forhold til samhandling med nærmiljø
- ulike aspekter ved sentrum/periferi – problematikk (opplevelse av at man lokalt ikke blir hørt eller sett; forståelsesgrunnlaget blir ensrettet.
- motstand sentralt i forhold til å bistå/støtte lokale enheter

3) Antall klinikker og organisasjonsprinsipp for nivåer i klinikken

Diskusjonen i arbeidsgrupper må ta utgangspunkt i et tentativt antall klinikker for at denne skal bli meningsfylt og håndterlig. Et totalt antall på 6-8 klinikker inklusive psykiatri vil kunne legge til rette for en god ressursutnyttelse av lokalt stab-/støtteapparat og vil være et hensiktsmessig antall for å ivareta det ovenfor nevnte helhetsansvar for organisasjonen.

4) Involvering av organisasjonen

En prosess med en rekke avdelingsvise arbeids-/prosessgrupper vil ha noen ulemper:

- vi kan få mange innbyrdes uforenlige forslag
- dette kan gi tapsopplevelser for de som ikke får realisert sine forslag
- vi risikerer en resignasjon; ”der ser man - man blir spurt, men ingen bryr seg om svaret”
- arbeidet tar svært mye tid og ressurser.

En sentralt oppnevnt representativ gruppe på anslagsvis 25 personer vil kunne arbeide langt mer konsentrert og målrettet, profitere på utvikling av teamfølelse, og vil eventuelt kunne reise og ”se på” et par andre modeller ved andre foretak. Man kan tenke seg en arbeidsform der gruppa møtes to hele dager pr uke i en måned og i løpet av denne tiden kommer frem til et omforent forslag. I en slik gruppe vil representativiteten være helt sentral; involvering av tillitsvalgte og vernetjenesten, psykiatri og somatikk, alle tre lokale sykehus, profesjoner, kjønn etc.

På bakgrunn av ovenstående foreslås følgende presiserte mandat for prosessen:

- 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 navsette 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.
- 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.

- 5) Arbeidet organiseres gjennom en bredt sammensatt arbeidsgruppe på ca. 25 personer der følgende tas hensyn til ved oppnevningen av representanter:
- geografisk fordeling
 - faglig spredning
 - kjønn
 - ulike stillingskategorier
 - organisatorisk plassering
 - motivasjon og kompetanse for prosjektets oppdrag
 - tillitsvalgte avtalefestede representasjon
 - vernetjenestens representanter
- 6) Styret ber om at saken kommer til endelig behandling i møte 13.11.2008.

Organisering av arbeidet

Arbeidet organiseres med direktør, ass.direktører, avdelingsdirektører og fagdirektør som styringsgruppe. Organisasjonsavdelingen, informasjonssjef samt ekstern konsulent fungerer som prosesshjelpere og prosjektsekretariat. Prosjektgruppen forventes å strukturere og delorganisere sitt eget arbeid slik de finner det formålstjenlig i forhold til oppgaven.

Ved behov kan gruppen vurdere å søke råd/bistand utenfra. Pasientorganisasjonene informeres om prosessen, og det hentes inn råd derifra underveis, tilsvarende vil også være aktuelt i relasjon til andre eksterne aktører. Prosjektet ledes av informasjonssjef som rapporterer til styringsgruppen.

Det understrekes at denne fasen i arbeidet avgrenses til å gjelde frem til stillinger som klinikksjefer utlyses, og at gruppens arbeid opphører ved dette punkt. Neste fase som i større grad innebærer operasjonalisering av modellen ledes i linje av den enkelte klinikksjef.

Styringsgruppens anbefaling legges til slutt frem for helseforetaksstyret for vedtak.

Prinsipper for sammensetting av prosjektgruppe:

Det er en forutsetning at gruppen settes sammen tverrfaglig med tanke på best mulig representasjon. Dette innebærer å ta hensyn til:

- geografisk fordeling av representanter
- faglig spredning
- kjønn
- ulike stillingskategorier
- organisatorisk plassering
- motivasjon og kompetanse for prosjektets oppdrag
- tillitsvalgte avtalefestede representasjon
- vernetjenestens representanter

Budsjett:

Det er avsatt kr 900.000 til å dekke direkte kostnader til gjennomføring av prosjektet frem til neste fase med utlysning av klinikksjefstillinger. Den tyngste posten i dette budsjettet vil være honorar til ekstern konsulent. Andre vesentlige poster er reiser til møter i prosjektgruppen.

Informasjon:

Det er etablert et eget informasjonssted for prosjektet på Pulsen, i tillegg deltar informasjonsavdelingen i prosjektsekretariatet. Informasjonsavdelingen vil ha en sentral rolle i forhold til å produsere og formidle innhold i prosessen. I tillegg vil informasjon om prosjektet skje gjennom ulike møtepunkter og gjennom linjeledelsen.

Saken skal drøftes og behandles i AMU før styrebehandling.

Det vises for øvrig til styrevedtak 14.04.2008 hvor premisser for saken er utdypet. Med unntak av de endringer som er gjort i mandat og organisering av prosjektet, står sakens premisser ved lag.

Innstilling til vedtak :

Styret inviteres på bakgrunn av foranstående å fatte følgende vedtak:

Styret ber om at Direktøren fortsetter arbeidet med ny organisasjonsstruktur ("OU-prosjektet") ved Nordlandssykehuset etter følgende punkter :

- 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 navnsette 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.
- 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.
- 5) Arbeidet organiseres gjennom en bredt sammensatt arbeidsgruppe på ca. 25 personer der følgende tas hensyn til ved oppnevningen av representanter:
 - geografisk fordeling
 - faglig spredning
 - kjønn
 - ulike stillingskategorier
 - organisatorisk plassering
 - motivasjon og kompetanse for prosjektets oppdrag
 - tillitsvalgtes avtalefestede representasjon
 - vernetjenestens representanter
- 6) Styret ber om at saken kommer til endelig behandling i møte 13.11.2008.

Avstemming :

Vedtak :



Styresak 52/08

ORGANISASJON OG LEDELSE AV NORDLANDSSYKEHUSET – FORSLAG TIL NY OVERORDNET MODELL

Saksbehandler:
Eivind Solheiml

Saksnr.: Dato:
2008/1159 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 ekstern 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 klinikksjefenes 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 klinikksjefens 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:

Nivåbetegnelse	Lederbetegnelse
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

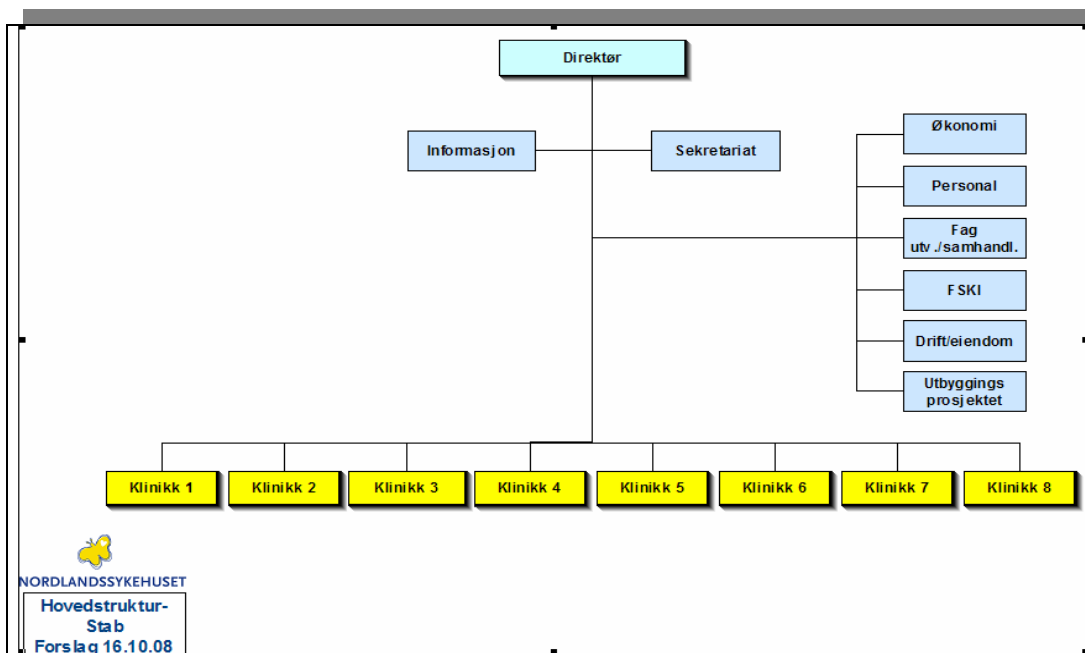
Det har vært oppnevnt 3 delprosjekter som har hatt som oppgave å komme med innspill til prosjektgruppen:

- 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 tilrås 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 :



Styresak 52/08

ORGANISASJON OG LEDELSE AV NORDLANDSSYKEHUSET – FORSLAG TIL NY OVERORDNET MODELL

Saksbehandler:
Eivind Solheim

Saksnr.: Dato:
2008/1159 06.11.2008

Tilråding

Styret tilrås 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 fullmaksstruktur 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 kliniksjefer
 - Etablering av råd og utvalgsstruktur
 - Etablering av fullmaksstruktur
 - 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.

Alternativt forslag til vedtak fra styremedlem Berit Pettersen :

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.
3. Styret ber om at forslag til praktisk korrigerende jfr punktene 1-8 i direktørens innstilling i denne sak, tilpasses overnevnte og forelegges styret i neste styremøte.

Alternativt forslag til vedtak fra styremedlem Astid Bjørgås :

På bakgrunn av det store engasjement blant befolkningen i Lofoten og Vesterålen, utsettes endelig vedtak i saken til neste møte i desember. Administrasjonen bes ta initiativ til informasjonsmøter/folkemøter for å presentere saken og bakgrunnen for forslaget til vedtak.

Alternativt forslag til vedtak fra styreleder :

1. Styret viser til den framlagte 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 avdekket 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 avvikler avdelingsdirektørfunksjonen.

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. 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 utdannelse på minimum høyskolenivå.

3.2. Modellen etableres med følgende ledernivåer:

- Klinikk
- Avdeling
- Seksjon
- Enhet

Seksjonsnivået skal bare benyttes i særskilte tilfelle.

4. I ny fullmaktsstruktur 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 lederrmodellen
 - 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.

Avstemming :

Astrid Bjørgås forslag falt mot 1 stemme.

Direktøren trekker sitt forslag til vedtak

Berit Pettersens forslag 4 for og 7 for styreleders forslag.

Vedtak :

1. Styret viser til den framlagte 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 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. 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 utvikles. 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 fullmaktstruktur 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 lederrmodellen
- 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.

Konsept for felles driftsmøte – LO VE

Det er enighet om at driftsmøtene er tjenlig og bidrar til bedret koordinering og informasjonsutveksling mellom de aktuelle klinikkene på lokalitetene Lofoten og Vesterålen. Et stort antall klinikker gir driftsutfordringer og økt koordineringsbehov på de relativt sett små lokalitetene som vi her snakker om.

Fram til nå har driftsmøtene blitt gjennomført halvårlig på hver lokalitet. Deltakere har vært AKUM, Kir ort og KKbarn. En har brukt om lag 2 t totalt pr møte. Innkalling og agenda har vanligvis blitt håndtert av Kir ort, mens AKUM har stått for møteledelse. Referat er blitt skrevet av AKUM og Kir ort på omgang. Temaer for møtene har i hovedsak vært:

- Gjennomgang av aktivitetstill
- Operasjonsstuerelement
- Budsjettarbeid og økonomi
- Driftsplanlegging, lavdrift, ferieavvikling.

En mulig vei videre er å utvide driftsmøtene til også å omfatte andre klinikker. En kan videre se for seg en todeling av møtet der del I i hovedsak ligner dagens ordning, mens del II tar inn støttefunksjoner. Denne ordningen vil – i større eller mindre grad – kunne erstatte de tidligere koordineringsmøtene. Deltakelse fra klinikkjefene/tilsv vil kunne bidra til forpliktende drøftelser om forhold som er av betydning for planlegging og drift ved den aktuelle lokaliteten. Det årlige informasjonsmøtet som sykehusets ledelse gjennomfører i BO, LO og VE vil da kunne utfylle disse driftsmøtene.

Slik sett kan vi se for oss et opplegg som følger:

1. Innkalling. Kir ort. Sendes ut i januar og august.
2. Saksforberedelse og agenda. AKUM. Saker skal meldes inn skriftlig minimum 2 uker før gjennomføring.
3. Møteledelse. Håndteres av AKUM.
4. Referat. Skrives av Kir ort.
5. Hyppighet. Halvårlig; mars og ultimo oktober.
6. Tidsbruk. Del I: 1,5 t. Del II: 1t.
7. En todeling av møtet:
 - a. Del I: AKUM, Kir ort, KKbarn, Hbev, Medisin, Diagnostikk. Deltakelse fra klinikksjefer, stedlige avdelingsledere, driftssykepleier Kir ort, enhetsleder overvåkning, enhetsleder operasjon, avdelingsoverlege AKUM, avdelingsoverlege Kir ort.
 - b. Del II: Utvides med Drift og eiendom, PHR, Prehosp. Deltakelse som over i tillegg til sjef drift og eiendom, klinikksjefer PHR, Prehosp og stedlige avdelingsledere/tilsv. HR og Plan og analyse innkalles ved behov.
8. Aktuelle temaer i del I:
 - a. Ferieplanlegging
 - b. Driftsplanlegging
 - c. Felles prosedyrer og rutiner
 - d. Overvåkningskapasitet.
9. Aktuelle temaer i del II:
 - a. Bygningsmessige forhold
 - b. Felles prosedyrer og rutiner
 - c. Beredskapsarbeid
 - d. Gjensidig informasjon.
10. Tilbakeføring til sykehusets ledergruppe. Sjef AKUM orienterer sykehusets ledergruppe om diskusjoner og beslutninger fra driftsmøtet.
11. Det anbefales at direktørens informasjonsmøte legges til samme dag som oktobermøtet gjennomføres. På denne måten kan direktøren også delta på driftsmøtet.

MANDAT FOR KOORDINERINGSFUNKSJONEN I LOFOTEN OG VESTERÅLEN

Vedtatt av direktøren etter gjennomgang og innspill fra ledergruppen 28.08.12

Generelt.

1. Koordineringsfunksjonen i Lofoten og Vesterålen videreføres og videreutvikles som en robust ressurs for understøtting av helseforetakets klinikkmodell.
2. Koordineringsmøtet har ikke besluttende myndighet utover det den enkelte deltaker er gitt i sine funksjoner.
3. Koordineringsmøtet kan på selvstendig grunnlag ta oppsaker til drøfting eller være høringsorgan for adm.direktør i saker hvor dette er formålstjenlig for helseforetaket.
4. Koordineringsfunksjonen har som hovedoppgave å bidra til god kommunikasjon mellom klinikkene slik at viktige beslutninger som tas i en klinikk er:
 - Kjent og forstått i andre klinikker
 - At konsekvenser i andre klinikker blir vurdert
 - At pasientforløp optimaliseres gjennom god dialog og planlegging
 - Ordinære driftsmøter avvikles uavhengig av koordineringsmøtene

Driftsmøter

5. Ordinære driftsmøter avvikles etter behov og uavhengig av koordineringsmøtene.

Sammensetning – møtedeltakelse

6. Adm. direktør eller ass.adm. direktør – en klinikk sjef (roterer) – personalsjef/HR-sjef – 1 lokal leder fra hver klinikk/stabsområder deltar. Der klinikker har flere ledere, utpeker klinikk sjefen hvem som skal delta.
 - Det er pliktig møtedeltakelse og møtene skal prioriteres.

Møtefrekvens – møteledelse.

7. Det avholdes 4 møter hvert år – ved behov kan adm.direktør eller minst 4 av de faste medlemmene be om ekstraordinært møte. Medisinsk klinikk, Kirurgisk/ortopedisk klinikk, Akuttmedisinsk klinikk og Rus/psykiatriklinikken deler på møteinnkalling og møteledelse. For å bedre ivareta kontinuitet har vært klinikk ansvar for 2 påfølgende møter.

Saksbehandling – møteledelse - møtegjennomføring

8. Det skal være ordinær saksbehandling med skriftlig innkalling og referat fra møtene.
 - Møteinnkalling sendes deltakerne senest en uke før møtetidspunktet. Forut skal sakliste være forelagt direktørens ledergruppe.
 - Klinikken som har møteledelsen har også "sekretariatsansvar".
 - Den som spiller inn saker – lager også en kort saksframstilling med forslag til konklusjon/vedtak
 - Møteinnkalling og referat sendes klinikkssjefene. Referatene gjennomgås i direktørens ledergruppe
 - Møtene er å betrakte som interne ledermøter og følgelig ikke åpne for publikum/presse

Paul Martin Strand
Adm.direktør