



Styresak 108-2016

Organisering av stedlig ledelse i Nordlandssykehuset

Saksbehandler: Tony Bakkejord, Gro Ankill, Liss Eberg, Paul Martin Strand
Dato dok: 06.12.2016
Møtedato: 13.12.2016
Vår ref: 2016/3182

Vedlegg (t): Helse Nord RHF - Styresak 60-2016 Nasjonal helse- og sykehusplan – mandat for det videre arbeidet
NLSH HF - Styresak 10-2014 Evaluering av NLSHs organisasjonsmodell
NLSH HF - Styresak 97-2015 Opphør av koordineringsfunksjonen i Lofoten og Vesterålen
Lederansvaret i sykehus, rundskriv fra HOD 28.05.2013

Innstilling til vedtak:

1. Styret vedtar redegjørelsen i denne sak og oversender denne til Helse Nord RHF som besvarelse av oppdraget utledet fra Nasjonal Helse og sykehusplan om å avgi en utredning/beskrive organiseringen av helseforetaket og hvordan stedlig ledelse ivaretas.

Bakgrunn

I forbindelse med Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan i mars 2016, ba Helse Nord RHF i brev av 5.7.2016 helseforetakene gjennomføre arbeidet med oppfølging av planen. I brevet var vedlagt mandat for arbeidet, med frister for gjennomføring og styrebehandling i helseforetakene.

Helse Nord har bedt helseforetakene levere to utredninger; en utredning som omfatter kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi (frist 01.04.2017), og en utredning som beskriver organiseringen av helseforetaket og hvordan stedlig ledelse ivaretas (frist 25.11.2016, utsatt til 01.01.2017). Utredningene skal styrebehandles i det enkelte helseforetak, før oversendelse til Helse Nord RHF. I denne saken får styret forelagt utredning om organisering av stedlig ledelse.

For utredningen/beskrivelsen av organiseringen av helseforetaket og hvordan stedlig ledelse ivaretas, vises det til foretaksmøtets rammer og kravet om en leder på alle nivå, jf spesialisthelsetjenestelovens paragraf 3.9 og videre 'Forvaltningen av foretaket hører under styret. Det har ansvaret for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet. Administrerende direktør har ansvaret for å ha en organisasjon som kan løse oppgavene og er ansvarlig for all virksomhet ovenfor styret'.

Og om 'organisering av arbeidet med stedlig ledelse' heter det i mandat fra Helse Nord. 'I arbeidet skal medbestemmelse for arbeidstakerne ivaretas i tråd med bestemmelsene i hovedavtalen og arbeidsmiljøloven. Det forutsettes at medarbeidere fra lokalsykehusene medvirker i

utredningsarbeidet. Kommunene skal informeres om arbeidet og medvirke gjennom etablerte samarbeidsorgan'.

Direktørens vurdering

Styret i Nordlandssykehuset vedtok i sak 13/2008 å endre organiseringen av Nordlandssykehuset. Klinikkmodellen ble implementert i 2009 som ny organisasjonsstruktur i foretaket. 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 ledelse, og derved lik praksis i foretaket. I tråd med vedtaket i sak 13/2008 ble det i 2013 gjennomført en evaluering av klinikkmodellen med særlig vekt på i hvilken grad målsetningene som opprinnelig lå til grunn for etablering av modellen (styresak 44/2007) var oppnådd. Evalueringen ble gjennomført med ekstern bistand. Styret i Nordlandssykehuset fikk forelagt evalueringsrapporten i styresak 10-2014 *Evaluering av NLSHs organisasjonsmodell*.

Det er i denne sak ikke gjennomført en tilsvarende evaluering, men det er gjennomført en rimelig bred involverende prosess for å svare opp oppdraget med å utrede/beskrive organiseringen av den stedlige ledelse ved de to lokalsykehusene, Lofoten og Vesterålen. Direktøren er av den oppfatning at saksfremstillingen her er dekkende i forhold til bestillingen.

Direktøren mener klinikkorganiseringen har sin tilslutning i lederlinjene uavhengig av lokasjoner. Det vektlegges styrken i å ha en ledelseslinje som følger de faglige linjer. Den faglig gjennomgående ledelse og styring av ressurser, både de faglige, menneskelige og økonomiske ressursene, har bidratt til å gi et mer likeverdig behandlingstilbud til pasientene i Nordlandssykehusets opptaksområde. Dette oppnås både gjennom økt grad av ambulerende av fagfolk fra Bodø til Lofoten og Vesterålen, og gjennom lik prioriteringspraksis og koordinering av ventetid, fristbrudd og støttetjenester til den pasientnære virksomheten.

Samtidig har denne organiseringen også sine utfordringer, særlig knyttet til opplevd nærhet til klinikkledelse og til understøttelse av lokal samhandlingsaktivitet mellom klinikker. Disse utfordringer vil foretakets ledelse og klinikkledelsene arbeide videre med som forbedringspunkter.

Innledning

Premissene for utredning av spørsmålet om stedlig ledelse i helseforetakene i Helse Nord framgår av protokoll fra foretaksmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Helse Nord RHF den 4. mai 2016, samt av mandatet for det videre arbeidet i Helse Nord RHF.

I protokollen fra foretaksmøtet heter det:

Foretaksmøtet viste til at hensiktsmessig oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid og faglige og organisatoriske nettverksfunksjoner mellom sykehus, og at organiseringen bør understøtte dette. Foretaksmøtet viste til at Stortinget ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan gjorde følgende anmodningsvedtak: «Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus». Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen jfm Stortingets vedtak. Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Foretaksmøtet minnet samtidig om at helseforetakene må organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Dette innebærer blant annet at alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder, ref. rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Uavhengig av organisering skal det sikres god kommunikasjon og nærhet til nærmeste

leder. Omstillingsprosesser og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte og deres organisasjoner.

Om organisering av arbeidet med stedlig ledelse i Helse Nord, sier mandatet at medbestemmelse for arbeidstakerne skal ivaretas i tråd med bestemmelsen i Hovedavtalen og arbeidsmiljøloven. Det forutsettes at medarbeidere fra lokalsykehusene medvirker i utredningsarbeidet. Kommunene skal informeres om arbeidet og medvirke gjennom etablerte samarbeidsorgan.

Historikk

Styret i Nordlandssykehuset vedtok i sak 13/2008 å endre organiseringen av Nordlandssykehuset, og i 2009 ble derfor «klinikkmodellen» implementert som ny organisasjonsstruktur i foretaket. 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. I tråd med vedtaket i sak 13/2008 ble det i 2013 gjennomført en evaluering av klinikkmodellen, med særlig vekt på i hvilken grad målsetningene som opprinnelig lå til grunn for etablering av modellen (styresak 44/2007) var oppnådd. Evalueringen ble gjennomført med ekstern bistand.

Styret i Nordlandssykehuset fikk forelagt evalueringsrapporten i styresak 10-2014 *Evaluering av NLSHs organisasjonsmodell*. Rapporten redegjorde for de funn og vurderinger som ble 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 la hovedvekt på utfordringer og forbedringspotensial ved klinikkmodellen, og rapporten pekte på områder der organisasjonsmessige justeringer burde vurderes for å sikre enhetlig klinisk ledelse. Øvrige forbedringsområder var i hovedsak knyttet til økt tilstedeværelse og samhandling i og mellom klinikker innenfor dagens modell.

Konklusjonen i evalueringen ble oppsummert 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

Resultatet av evalueringen ble oppfattet slik at de forbedringspunktene som ble avdekket gjennom prosessen i hovedsak omfattet svakheter knyttet til organisering av gjennomgående faglig ledelse og fysisk tilstedeværelse av klinikksejere i Lofoten og Vesterålen, og ikke svakheter med klinikkmodellen som sådan. Ernst & Young mente Nordlandssykehuset HF i all hovedsak hadde lyktes med sin organisasjonsmodell, og at denne på mange måter var en suksess, selv om det også var forbedringspotensial. Det ble fremhevet som en styrke, og mulig suksessfaktor, at foretaket, til tross for endringer underveis, tilpasninger i strukturen og utenforliggende forhold som har påvirket Nordlandssykehuset, holdt fast ved modellen og lot den leve og utvikles over tid.

Ut fra konklusjonene i rapporten mente direktøren at dagens klinikkmodell var et riktig valg for å nå målsetningene for virksomheten, og støttet argumentasjonen om at forbedring av modellen burde løses gjennom mer rendyrket klinikkorganisering, og ikke mindre. Rapporten understreket 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 anbefalte styret på bakgrunn av dette at klinikkmodellen ble opprettholdt, samt at den ble styrket gjennom etablering av gjennomgående faglig ledelse i samtlige klinikker. Videre ble økt tilstedeværelse fra klinikksejere,

på samtlige geografiske lokasjoner, pekt på som viktig både mht tilhørighet, tydelighet i ledelsen og samhandling.

Styret gjorde følgende vedtak i sak 10-2014:

1. *Styret mener foretaksledelsen på en god måte har fulgt opp, og i riktig og nødvendig grad, justert foretakets klinikkorganisering i tråd med intensjonene i tidligere styrevedtak, og ber foretaksledelsen følge anbefalingene i evalueringsrapporten.*
2. *Det er viktig for den videre utviklingen av klinikkorganiseringen 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.*
3. *Styret ber foretaksledelsen sikre lokalsykehustilbudet og den desentraliserte spesialisthelsetjenesten i Lofoten og Vesterålen i tråd med oppdragsdokumentet.*

Koordineringsfunksjonen i Lofoten og Vesterålen

Siden etableringen av klinikkmodellen (se styresak 08.2008) hadde det vist seg vanskelig å forene en funksjonell klinikkmodell og enhetlig ledelse med en lokal koordinatorfunksjon. Det ble derfor, i samråd med de lokale ledere, iverksatt et forsøk med lokale koordineringsgrupper av administrativ karakter og med direktørens tilstedeværelse fra høsten 2010.

I perioden 2010-2014 ble det forsøkt gjennomføring av koordineringsmøter i Lofoten og Vesterålen med fornuftig innhold, regelmessig frekvens og deltakelse fra lokal og sentral ledelse. Initiert av henvendelser fra de lokale ledere som deltok i disse koordineringsmøtene og som fant de 'overflødige' ba Direktøren også klinikkjefene vurdere om det var hensiktsmessig å videreføre koordineringsmøtene. Tilbakemeldingen var at funksjonen kunne opphøre, uten at det ville få negative konsekvenser klinikkene imellom. Det ble videre anbefalt å videreføre det horisontale samarbeidet klinikkene imellom gjennom en modell for felles driftsmøte.

På bakgrunn av dette vedtok styret i oktober 2015 i sak 97-2015 opphør av koordineringsfunksjonen:

1. *Styret vedtar opphør av koordineringsfunksjonen/koordineringsgruppene i Lofoten og Vesterålen.*
2. *Styret forutsetter at horisontalt samarbeid klinikkene imellom utvikles og forsterkes, jfr. konsept for felles driftsmøte av mai 2015.*

Driftsmøteforum med halvårlige felles møter hvor de lokale stedlige ledere og alle klinikkjefer møter er etablert både i Lofoten og i Vesterålen. Innhold og frekvens vil bli løpende vurdert.

Utover disse driftsmøtene er det på begge lokasjoner, mellom klinikkene, ukentlige produksjonsplanleggingsmøter for de operative fag og støttefunksjoner.

Prosess - organisering og gjennomføring av utredningsarbeidet i NLSH

I tråd med mandat fra Helse Nord er det høsten 2016 igangsatt ny utredningsprosess knyttet til stedlig ledelse. I brev av 26.09.2016 inviterte direktøren lokale kliniske ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste til dialogmøter i Lofoten og Vesterålen knyttet til lokal ledelse. Disse møtene ble avviklet den 21. oktober i Lofoten og den 25. oktober i Vesterålen. Direktøren etablerte en egen arbeidsgruppe for ivaretagelse av møtene og etterfølgende refleksjon. Saken har også vært behandlet i klinikkjefgruppen.

Saken ble behandlet i Overordnet Samarbeidsorgan (OSO) den 23.11.2016, De kommunale representantene uttrykte ikke ønske om å mene noe om foretakets interne organisering og tok saken til orientering.

Saken behandles i Nordlandssykehusets brukerutvalg den 09.12, og drøftes med tillitsvalgte 09.12 og i Arbeidsmiljøutvalget 12.12.2016.

Nåsituasjonen

Klinikkene i Nordlandssykehuset varierer med hensyn til størrelse og organisering. Herav følger at rammene for stedlig ledelse også vil variere mellom klinikkene. Alle klinikkene har halvårslige eller årlige ledersamlinger hvor alle de her nevnte stedlige ledere er forutsatt å delta.

Kirurgisk/ortopedisk klinikk (KIRORT) har egne, stedlige avdelingsledere og avdelingsoverleger i både Vesterålen og Lofoten. Avdelingslederne representerer klinikkens øverste stedlige ledelse på lokasjonene, og de inngår i klinikkens ledergruppe.

Medisinsk klinikk (MED) har pågående ansettelsesprosesser, og forventes å ha stedlige avdelingsledere i Vesterålen og Lofoten i løpet av første kvartal av 2016. Avdelingslederne representerer klinikkens øverste stedlige ledelse på lokasjonene, og de inngår i klinikkens ledergruppe.

Kvinne-/barn klinikk (K/BARN) har flat struktur med seks enheter, hvorav én i Vesterålen og én i Lofoten, med stedlige enhetsledere som representerer klinikkens øverste stedlige ledelse på lokasjonen. Alle enhetsledere deltar i klinikkens ledergruppe.

I Psykisk helse- og rusklinikken (PHR), er det én felles Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) for hele foretaket med avdelingslederen og tre seksjonsledere i Bodø. BUPA Lofoten og BUPA Vesterålen tilhører seksjonen 'Poliklinikk' og har egne stedlige enhetsledere i Lofoten og Vesterålen. Disse sitter i ledergruppen for BUPA seksjon 'Poliklinikk'. Hvis det er saker som har særlig aktualitet for Lofoten og/eller Vesterålen deltar de også i BUPA ledergruppens behandling. I voksenpsykiatrien er det konstituert felles avdelingsleder for Lofoten og Vesterålen DPS (LoVe). Denne sitter i klinikkens ledergruppe og representerer også den stedlige ledelse for voksenpsykiatri Lofoten. Denne avdelingsleder har under seg fire enhetsledere i Lofoten, og to i Vesterålen. Avdelingsleder har sin base i Lofoten, og ambulerer til Vesterålen 1-2 dager pr uke. En av enhetslederne i Vesterålen har stedfortrederfunksjon for avdelingsleder, denne har også myndighet som stedlig leder for Voksenpsykiatrien i Vesterålen.

Hode- og bevegelsesklinikken (HBEV) er også i en omorganiseringsprosess. Når denne fullføres, vil det være tre avdelingsledere med arbeidssted i Bodø. I Vesterålen (15 ansatte) og Lofoten (12 ansatte) i enheter med lokal stedlig enhetsledere for KSF (kliniske service funksjoner), habilitering og rehabilitering. Det er i sum for begge lokasjoner fire ansatte med særskilte funksjoner som har arbeidssted Lofoten eller Vesterålen, med leder i Bodø.

Klinikkensjef har hver 14 dag felles avdelingsleder og enhetsleder møter. Enhetslederne i Lofoten og Vesterålen deltar en gang pr månedlig fysisk på enhetsleder-/avdelingsledermøte i Bodø, månedlig møte nummer to er deltakelsen på video/skype. De har også deltatt på 2 årlige klinikkledersamlinger i Bodø. Klinikksjef gjennomfører halvårslige ansattmøter i Lofoten og Vesterålen.

Diagnostisk klinikk (DIAG) er organisert med avdelingsledere for hhv patologi, lab og bildediagnostikk, med arbeidssted i Bodø. Det er to enheter for lab og bildediagnostikk ved alle tre lokasjoner, med stedlige enhetsledere. Bilde har 13 stillinger i Vesterålen og 10 stillinger i Lofoten.

Lab har 13 stillinger i Vesterålen og 11 stillinger i Lofoten. De stedlige enhetsledere for henholdsvis avdeling lab og avdeling bilde, ved begge lokasjoner, inngår i avdelingenes ledergruppe. Klinikksjef deltar rimelig hyppig både i møtene i avdelingenes ledergrupper og i personalmøter for de ansatte i avdelingene.

Alle ledere i diagnostisk klinikk, også enhetslederne i Lofoten og Vesterålen, deltar i klinikkens eget lederutviklingsprogrammet hvor alle ledere i DIAG jobber med å forme og fronte et felles lederskap.

Ved Akuttmedisinsk klinikk (AKUM) er det stedlige avdelingsledere for AKUM Vesterålen og AKUM Lofoten. Avdelingsleder Lofoten representerer klinikkens øverste stedlige ledelse på lokasjonen og deltar i klinikksjefens ledergruppe.

I Vesterålen har AKUM stedlig avdelingsleder for akuttmottak, overvåkning, DKI og postoperativt. Denne sitter i klinikkens ledergruppe. I tillegg er AKUM Vesterålen organisert med egen stedlig leder, for anestesi/operasjon/sterilsentralen under avdeling for operasjon og anestesi, med avdelingsleder i Bodø. Denne enhetsleder deltar i avdelingsleders ledergruppe.

I Bodø har Prehospital klinikk (PREH) ansvar for akuttmottaket, i Lofoten og Vesterålen ivaretas dette av AKUM. Klinikken har tre avdelingsledere, med arbeidssted i Bodø. Under avdelingsleder for ambulansetjenesten vil det fra års skiftet 2016/2017 være 5 ambulansenheter/soner med stedlig leder, hvorav én i Lofoten og én i Vesterålen. Disse inngår i avdelingsleder ambulans sin ledergruppe.

Ved Senter for Drift og eiendom er det etablert seksjoner med ledere som følger fag og leveranseområde for Lofoten og Vesterålen, mao innenfor teknisk drift, renhold/tøy og kjøkken/kantine. Seksjonslederne har egne budsjetter, samt faglig og ledelsesmessig oppfølging av eget personell. Det er lagt vekt på tydelig delegering av fullmakt gjennom budsjetter for å redusere løpende koordineringsbehov. Seksjonslederne rapporterer til avdelingsledere for respektive ansvarsområder (avdeling for Drift og vedlikehold og Driftsservice) lokalisert i Bodø, og inngår i deres ledergrupper. For personellet tilknyttet Avdeling for Forvaltning og utvikling utøves faglig oppfølging i Lofoten og Vesterålen av seksjonsleder Bolig lokalisert i Bodø.

Oppsummering av innspill - forbedringspunkter

Inntrykket fra dialogmøtene er at erfaringene med klinikkmodellen og lokal ledelse er ulik i klinikkene. Flertallet mener klinikkmodellen har bidratt til god bredde i kompetansen og til faglig styrking av virksomheten i Lofoten og Vesterålen. Å ha tilhørighet til en ledelse i den faglige linjen i en større organisasjon enn lokalsykehusene alene ble trukket frem som nyttig, særlig for fagområdene med høy grad av spesialisering. Med ny spesialiststruktur for legene forsterkes dette forhold de kommende år.

Det ble i dialogmøtene i Lofoten og Vesterålen gitt åpning for å diskutere eventuell stedlig direktør, men det ble ikke i noen av møtene uttrykt ønske om stedlige direktører eller etablering av en lokal lederfunksjon som foretakets stedlige leder plassert over de som er klinikkens stedlige ledere. Det var også en uttrykt lokal motstand, særlig i de minste klinikkene med høy spesialisering (lab/rgt i diagnostisk mfl) mot å etablere som fast regel at hver klinikk skal ha én, og bare en, øverste stedlige leder for klinikken. Det blir vist til at det i protokoll fra foretaksmøtene heter *'I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse'*. Merk flertallsformen 'ledere' i klinikk. Og fortsettelsen *'Foretaksmøtet minnet samtidig om at helseforetakene må organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt'*. Det var formulert at det er ikke ønskelig med så 'generaliserte stedlige ledere at denne må ha flere faglige rådgivere for de ulike spesialiteter', dette blir ressursløsning i lederlinjen o.a.

Dette må imidlertid ikke forstås som om klinikkorganiseringen ikke har sine utfordringer og utøvelsen av den har klare forbedringsområder. Slike ble drøftet i møtene. Et gjennomgående tema var hvordan oppnå en noe større oppmerksomhet rundt de horisontale prosessene mellom klinikkene (sømløse pasientforløp o.a.). Dette er imidlertid et utfordringsområde som er like aktuelt for Bodø som for Lofoten og Vesterålen. Og det er, og vil fortsatt være, i fokus for ledelse i Nordlandssykehuset. Forbedringspunktene ved modellen er i hovedsak knyttet til den lokale og sentrale samhandlingen mellom klinikkene, delvis samhandlingen mellom lokale enheter/avdelinger og sentral ledelse, samt beslutningsprosesser som oppleves unødvendig tidkrevende. Når det gjelder samhandlingen er særlig kommunikasjon og informasjon trukket frem som utfordringer. Beslutningsprosesser oppleves ofte å ta unødvendig lang tid når beslutningsmyndighet ligger sentralt, spesielt når flere klinikker er involvert, men det framkom også uklarheter når det gjelder hvilke fullmakter som gjelder lokalt og mellom ledernivåene i egen klinikk og mellom klinikkene. Og, ikke minst, det etterlyses lokale HR/rekrutterings ressurser.

Forbedringsområder og tiltak

Som tidligere redegjort for, er det betydelig variasjon klinikkenes størrelse og organisering. Det er også variasjoner i erfaringene med klinikkmodellen og lokal ledelse og myndighets- og ansvarslinjer. Herav følger at forbedringsområder og eventuelle tiltak knyttet til ivaretagelse av stedlig ledelse varierer mellom klinikkene.

Hvilke tiltak eller justeringer som vurderes å være formålstjenlige for å sikre stedlig ledelse, vil også variere mellom klinikker og avdelinger. I det følgende vil vi derfor reflektere rundt mekanismer og tiltak som kan være aktuelle, uten å konkludere med et sett av spesifikke tiltak som skal implementeres i alle klinikker.

Organisasjonsendringer

Krav, forventninger og rammebetingelser for helsetjenesten endres fra år til år, og Nordlandssykehuset vurderer fortløpende om den organisering man til enhver tid har, er egnet til å løse oppgavene. Man skal derfor ikke utelukke at endringer i organisasjonsstruktur i enkelte klinikker kan være gunstig, både med hensyn til drift, pasientflyt, samhandling og ledelse. Slike vurderinger vil også i fortsettelsen bli foretatt og styret gitt informasjon om.

Fortsatt økt oppmerksomhet fra klinikkjefene rundt de horisontale prosesser ved lokalsykehusene.

God lokal samhandlingen mellom klinikkene er av vesentlig betydning for god ressursutnyttelse, god pasientsikkerhet og godt arbeidsmiljø. Denne samhandlingen ivaretas i halvårlige driftsmøter hvor alle klinikkledelsene er representert. Utover dette er det for de operative fag i ukentlige operasjonsplanleggingsmøter, for de øvrige er det i mer sporadisk lokal dialog. Flere av de lokale lederne ønsker at klinikkjefene i felleskap involverer seg noe sterkere på/med lokale arenaer mellom flere klinikker.

Fortsatt økt oppmerksomhet fra klinikkjefene rundt samhandlingsarenaer med kommunene

Kommunene er viktige interessenter i vår virksomhet og samhandlingen mellom kommunene og foretaket foregår på mange plan, alt fra møter mellom foretaksledelsen og politisk- og administrativt toppledelse i kommunene til møter mellom fagfolk hvor det samhandles rundt pasientforløp og enkeltpasienter. Klinikkjefene alternerer på, sammen med administrerende direktør, å være deltakere i Overordnet Samarbeids Organ (OSO) mellom Helseforetaket og de 21 kommuner som sogner til foretaket. De øvrige møter på aktuelle saker.

Nordlandssykehuset avvikler årlig en Samhandlingskonferanse (årlig deltakelse 130 – 150) hvor foretaksledelse inklusive klinikkledelsene vektlegger tilstedeværelse. Nordlandssykehusets

samhandlingsavdeling har også omfattende kontakt med kommuneoverlegene og pleiepersonell i våre tre regioner gjennom halvårlige legedager og erfaringsmøter. De stedlige ledere møter her på sak. Ved saker av potensielt større offentlig interesse og/eller med potensiale for vesentlig uenighet møter også klinikksjefene.

Som ledd i en vanlig klinisk hverdag praktiseres god samhandling mellom Nordlandssykehusets ledere og klinikere, og fastleger, ledere og helsepersonell i kommunene.

Fullmaktstruktur

Med unntak noen svært få ansatte i særskilt selvstendige stillinger, har alle ansatte – som ikke er leder selv - en leder med arbeidssted på samme lokasjon. I lederlinjen mellom administrerende direktør og enhetsledere, vil man før eller siden «krysse fjorden», hvilket innebærer at avdelings- eller enhetsledere i Lofoten og Vesterålen har sin nærmeste leder på annen lokasjon.

For avdelingsledere med arbeidssted i Vesterålen eller Lofoten, synes dagens organisering ikke å være til hinder for god, stedlig ledelse. Mulige forklaringer på dette kan være at de er tilknyttet et større fagmiljø lokalt, deltar i klinikksjefens ledergruppe og har fullmakter på avdelingsledernivå. Enhetsledere har ikke de samme myndighet og fullmakter som avdelingslederne. Det kan begrense deres mulighet til å ta beslutninger lokalt, både med hensyn til forhold i egen enhet, og i samhandling med andre enheter.

Nordlandssykehuset vil gjennomgå sine fullmaktstrukturer, med tanke på å sikre at øverste lokale leder kan ivareta lokale lederoppgaver, og ha myndighet til å gjøre avtaler med andre ledere for å sikre god samhandling lokalt.

Kommunikasjon og representasjon

Enkelte enhetsledere i Lofoten og Vesterålen, med avdelingsleder i Bodø, kan oppleve at det er vanskelig å bli hørt, og få informasjon fra klinikkledelsen. I enkelte klinikker kan enhetslederne delta i klinikksjefens ledergruppe, enten på sak eller på permanent basis. I større klinikker er det vanskelig å se at enhetslederne har en naturlig plass i klinikksjefens ledermøte. Klinikksjef og avdelingsledere må i slike tilfeller sikre god kommunikasjon med sine enhetsledere, og tilse at lokale ledere blir hørt ved behandling av saker av lokal betydning. Og, som tidligere nevnt, alle klinikkene gjennomfører ledersamlinger for enhetsledere, avdelingsledere og klinikkledelse tentativt hvert halvår.

HR-rådgiver

Det har vært et uttalt ønske fra Lofoten og Vesterålen at disse lokasjonene sikres dedikert, stedlig HR-ressurs til å ivareta oppgaver som det over tid har vært vanskelig å løse i klinikkene. Nordlandssykehuset ønsker derfor å ansette HR-rådgiver i Lofoten og i Vesterålen, organisert under HR-sjef. HR-rådgiveren er tenkt å være en lokal støttefunksjon og koordinator for ledere, med følgende arbeidsoppgaver;

- Sekretariat for lederforum/administrativt forum
- Bistå ledere i arbeidet med rekruttering og kunnskapsbygging, herunder mottak av studenter og nyansatte
- Bistå ledere i arbeidet med HMS og IA
- Inneha en vertsfunksjon ved arrangementer
- Kontaktpunkt for tillitsvalgte og vernetjeneste
- Være et kontaktpunkt mot HR i Bodø

Lederprogram

Introduksjonsprogram for nye avdelingsledere starter opp i februar 2017. Hensikten med programmet er å bidra til at nye ledere får en felles forståelse av lederrollen og en god start i sin lederjobb. Programmet skal bidra til at lederne får en forståelse av hva det vil si å være leder i Nordlandssykehuset. Videre til at de blir kjent med helseforetaket og med forventningene til lederne og at de derved kan føle seg trygge i lederrollen og komme raskt inn i jobben.

Programmet vil gi dem grunnleggende innføring i administrative fellessystemer, grunnleggende innføring i lederrollen, styring, fagledelse og forbedringsarbeid, personalledelse og arbeidsgiverpolitikk.

Introduksjonsprogrammet vil gjennomføres over tre samlinger a to dager og innebærer hjemmearbeid mellom samlingene. I tillegg vil det bli gjennomført opplæring i de ulike administrative fellessystemer mellom samlingene.

Etter programmet vil de få lederveiledning i seks måneder.

Evaluering

Nordlandssykehuset foreslår at det innen utgangen av 2018 gjennomføres en evaluering for å undersøke om justeringer og tiltak som omtalt over har bidratt til å sikre god, stedlig ledelse.

Møtedato: 18. - 19. mai 2016
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:
Kristian Fanghol/Geir Tollåli

Sted/Dato:
Bodø, 13.5.2016

Styresak 60-2016

Nasjonal helse- og sykehusplan - mandat for det videre arbeidet

Saksdokumentene var ettersendt.

Formål

Stortinget behandlet Innst. 206 S (2015-2016), jf. Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), den 17. mars 2016 (se her: [Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan \(2016-2019\)](#)). Stortingets behandling ble fulgt opp med foretaksmøte i Helse Nord RHF, den 4. mai 2016. Det vises til vedlagte (foreløpige) protokoll.

Stortingsmeldingen behandlet flere viktige tema for utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Det legges opp til at det hvert fjerde år skal utarbeides en Nasjonal helse- og sykehusplan. Den umiddelbare oppfølgingen av Stortingets behandling og foretaksmøtets vedtak er:

- Organisering av kirurgisk akuttberedskap
- Stedlig ledelse
- Alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner, og tilknyttet til disse er det laget en veileder for arbeidet som skal benyttes.
- Gjennomgang av basestruktur for luftambulanser i Norge
- Flytting av elektiv kirurgi til akutt sykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene.
- Avklaring av akutfunksjoner skal skje innen 1. april 2017.

Spørsmålene om organisering av kirurgisk akuttberedskap og stedlig ledelse har vært gjengangere i den offentlige debatten over lang tid. Helse Nord RHF's oppfølging av foretaksmøtets vedtak vil legge vekt på å finne løsninger som kan være bærekraftige over tid for begge disse temaene, og da særlig kirurgisk akuttberedskap. Fagmiljøer, befolkning og lokalsamfunn skal slippe å ha disse sakene som tilbakevendende tema som skaper usikkerhet om fremtiden.

Helse Nord RHF's ambisjon er å forsøke å få avklart disse spørsmålene med styrebehandling i løpet av 2016. Frist for tilbakemelding fra helseforetakene, inkludert lokale høringer og styrebehandling foreslås satt til 25. november 2016. Det forutsettes at det er bred medvirkning fra lokalsamfunn, medarbeidere og brukere i prosessene, jf. veileder til utviklingsplanarbeidet som trekker opp prinsipper for arbeidet.

Styret i Helse Nord RHF bes i denne saken om å ta stilling til de foreslåtte tiltakene for å følge opp organisering av stedlig ledelse og å utrede organisering av kirurgisk akuttberedskap slik det er omtalt i foretaksmøtets protokoll.

Styret oppfordres gjennom denne styrebehandlingen til å gi helseforetakene et mandat for det videre arbeidet. Dette innebærer også en avklaring av hvilket forberedende arbeid Helse Nord RHF skal gjøre, før helseforetakene setter i gang sitt arbeid med utredning av kirurgisk akuttberedskap

Gjennomgang av basestruktur for luftambulanser i Norge forutsettes ivaretatt gjennom en egen utredning i samarbeid med de respektive helseregioner og luftambulansetjenesten ANS.

Bakgrunn

I Nasjonal helse- og sykehusplan var det utviklet noen scenarier med eksempler på sykehus hvor organisering av og nivå på kirurgisk akuttberedskap burde vurderes. I behandlingen av planen og i foretaksmøtets vedtak skal ikke konklusjonen i scenariene være førende. Følgende er protokollført fra foretaksmøte: *Som oppfølging av Stortingets vedtak ved behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan presiserte foretaksmøtet følgende føringer for arbeidet med utviklingsplanene: «Konklusjonene i scenariene beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan skal ikke være førende for lokale og regionale utviklingsprosesser.»*

Alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner i tråd med veileder for utviklingsplaner. Arbeidet skal skje i tett dialog med kommunene og andre aktuelle aktører. Utviklingsplanene for de ulike helseforetak må ses samlet og sikre det totale helsetilbudet i regionen. Som et ledd i dette arbeidet skal det utarbeides kommunikasjonsplaner.

Organisering av kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord

Finnmarkssykehuset HF

På grunn av lange avstander og andre forhold som påvirker tilgjengelighet og mulighet for transport av pasienter skal det være kirurgisk akuttberedskap både ved Finnmarkssykehuset Kirkenes og Finnmarkssykehuset Hammerfest.

Innholdet i beredskapen skal basere seg på gjeldende arbeidsfordeling som bl. a. omfatter nivå på intensivtilbudet, ortopedi, traumeorganisering og kreftkirurgi. Finnmarkssykehuset vil derfor ikke ha noe spesielt utredningsoppdrag knyttet til endringer i det akuttkirurgiske tilbudet, men de skal likevel beskrive fremtidig organisering av akuttkirurgisk beredskap, og utrede behov for kompetansestøtte fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF på fagområdene akutt kirurgi og gynekologi/obstetrikk.

Det vil utvikles et datasett også for virksomheten i Finnmarkssykehuset. I arbeidet med utviklingsplanen må spørsmål om framtidig rekruttering av spesialister for å ha en tilfredsstillende bemanning til å dekke vaktordninger, utredes. Et samarbeid med Universitetssykehuset Nord-Norge HF vil kunne være en del av løsningen.

Universitetssykehusets Nord-Norge HF (UNN)

Organisering av og nivå på kirurgisk akuttberedskap ved UNN Narvik og aksene Narvik-Harstad, som del av UNNs kirurgiske akuttberedskap, skal avklares i det kommende arbeidet.

Det forutsettes at UNN også utreder sitt fødetilbud gjennom dette arbeidet. Eventuelle endringer i sykehustilbudet må ikke svekke det samlede fødetilbudet.

I framtidig dekning av vaktordninger ved Finnmarkssykehuset vil UNN kunne få en rolle. Dette skal avklares gjennom utviklingsplanen for Finnmarkssykehuset HF.

Nordlandssykehuset HF

Organisering av og nivå på kirurgisk akuttberedskap ved Nordlandssykehuset Lofoten og aksene Lofoten-Vesterålen, som del av Nordlandssykehusets kirurgiske akuttberedskap, skal avklares i det kommende arbeidet.

Det forutsettes at Nordlandssykehuset også utreder sitt fødetilbud gjennom dette arbeidet. Eventuelle endringer i sykehustilbudet må ikke svekke det samlede fødetilbudet.

Helgelandssykehuset HF

Helgelandssykehuset er i gang med sitt utviklingsarbeid for framtidig organisering av sykehustilbudet til befolkningen på Helgeland. Flere alternativer skal utredes videre. Det primære alternativ, så langt, er ett sykehus for den inneliggende virksomhet.

Helseforetaket får ikke noe særskilt oppdrag som følge av denne saken, men framtidig organisering av akuttkirurgisk beredskap skal beskrives. Det vil utvikles et datasett også for virksomheten i Helgelandssykehuset.

Premisser for utredning av kirurgisk akuttberedskap i Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Følgende er protokollført fra foretaksmøte:

Det følger av Stortingets behandling at planens forslag til definisjon av fire ulike typer sykehus er gjeldende. Dette er regionsykehus, stort akutt sykehus, akutt sykehus og sykehus uten akutfunksjoner. I tillegg skal det legges til grunn følgende presiseringer:

- *De fire regionsykehusene vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i en helseregion. Dette utelukker ikke at store akutt sykehus og universitetssykehus kan ha regionsfunksjoner.*
- *Akutt sykehus skal ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Foretaksmøtet presiserte at det blir lagt til grunn at dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet.*
- *Akutt sykehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbud når bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.*
- *Akutt sykehusene vil ettersom lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Flere av sykehusene vil fortsatt måtte ha fullt akuttkirurgisk tilbud på grunn av lange avstander.*

- *Eventuell endringer i sykehusstilbudet må ikke svekke det samlede fødetilbudet. Foretaksmøtet la til grunn at i den videre utvikling av sykehusstilbudet i hele landet, må alle sykehus samarbeide tettere enn i dag. Det skal være team av sykehus akkurat som det skal være team av helsepersonell. Små og store sykehus er gjensidig avhengige av hverandre. Store sykehus må for eksempel overlate oppgaver til mindre sykehus, for å utnytte felles kapasitet og kompetanse».*

I tillegg til dette skal utredningsarbeidet basere seg på bl.a.:

- Nåværende oppgavefordeling mellom sykehus på relevante fagområder (intensiv, kreftekirurgi, ortopedi, traume m. m.).
- En beskrivelse av planlagt elektiv virksomhet ved de to sykehusenhetene.
- En beskrivelse av forholdet til øvrig akuttberedskap/virksomhet i sykehuset.
- En vurdering av framtidig rekrutterings- og bemanningssituasjon for relevante fagområder ved ulike løsninger, evt. via permanent bistand eksempelvis fra Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø til Finnmarkssykehuset.
- Tilgjengelige data om aktivitet og innhold i aktivitet
- Oversikt over pasientstrømmer
- Data om tilgjengelighet via vei, sjø og luft
- Andre relevante data

Om oppdrag og prosess for arbeidet knyttet til kirurgisk akuttberedskap

Utredningene skal munne ut i en plan for kirurgisk akuttberedskap i helseforetakene med vekt på lokasjonene i Narvik og Lofoten som viser hvordan befolkningen får ivaretatt sitt behov for slike tjenester døgkontinuerlig, og hvordan den interne beredskapen i sykehuset sikrer planlagt virksomhet for andre fagområder.

Helse Nord RHF skal, før utredningsarbeidet starter i helseforetakene, legge til rette for at felles metodikk kan brukes i utrednings- og analysearbeidet. Det skal, i samarbeid med helseforetakene, utvikles et felles sett av variabler som helseforetakene skal bruke i helseforetakenes analyser og som grunnlag for å utvikle en framtidig løsning.

Prosessene skal baseres på åpenhet, medvirkning og involvering. Vedlagte veileder (behandlet i AD-møte¹ 25. april 2016) skal legges til grunn i arbeidet. Høringer skal ivaretas i det utredningsarbeid som helseforetakene gjør.

Etter at helseforetakene har utredet saken og truffet sin beslutning i styret, vil saken bli fremmet for styret i Helse Nord RHF.

¹ AD-møte: Forum for adm. direktører i RHF-ene

Stedlig ledelse

I Helse Nord er det, som i øvrige regioner, ulike organisasjonsmodeller. Her følger en kort framstilling:

Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset HF har organisert seg slik at de har en klinikk-sjef med overordnet ansvar for den kliniske virksomheten ved hvert av sykehusene i Kirkenes og Hammerfest. Unntaket er prehospital klinikk, klinikk for psykisk helsevern og rus og drift- og eiendom som har gjennomgående ledelse.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

I UNN er det klinikker/enheter med gjennomgående ledelse av alle områder på tvers av lokasjoner, men med stedlige ledere på lavere nivå i organisasjonsstrukturen. Ingen av disse har et samlet ansvar for all virksomhet ut over eget område ved den enkelte lokasjon. Enkelte av stabsmedarbeiderne har ikke stedlig leder ved den enkelte lokasjon. Det er etablert koordinerende driftsorgan ved UNN Harstad og UNN Narvik.

Nordlandssykehuset HF

I Nordlandssykehuset HF er det klinikker/enheter med gjennomgående ledelse av alle områder på tvers av lokasjoner, men med stedlige ledere på lavere nivå i organisasjonsstrukturen. Ingen av disse har et samlet ansvar for all virksomhet ut over eget område ved den enkelte lokasjon. Det er etablert koordinerende driftsorgan ved Nordlandssykehuset Lofoten og Nordlandssykehuset Vesterålen.

Helgelandssykehuset HF

Helgelandssykehuset HF har en adm. direktør som har ansvar for den totale virksomheten i helseforetaket. Enhetsdirektører ved sykehusene i Mo i Rana, Sandnessjøen og Mosjøen har ansvar for den samlede virksomheten ved disse lokasjonene for de fagområder, der det ikke er etablert gjennomgående klinikker, eksempelvis prehospitaltjenester og pasienttransport i Helgelandssykehuset.

Premisser for utredning av spørsmålet om stedlig ledelse i helseforetakene i Helse Nord

Følgende er protokollført fra foretaksmøte:

Foretaksmøtet viste til at hensiktsmessig oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid og faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehus, og at organiseringen bør understøtte dette.

Foretaksmøtet viste til at Stortinget ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan gjorde følgende anmodningsvedtak: "Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse bli hovedregelen ved norske sykehus." Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen jf. Stortingets vedtak. Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker.

I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Foretaksmøtet minnet samtidig om at helseforetakene må organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Dette innebærer blant annet at alle

ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder, ref. rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Uavhengig av organisering skal det sikres god kommunikasjon og nærhet til nærmeste leder. Omstillingsprosesser og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte og deres organisasjoner.

Om oppdrag og prosess for arbeidet knyttet til stedlig ledelse

Forvaltningen av helseforetaket hører under styret som har ansvar for en tilfredsstillende organisering av helseforetakets samlede virksomhet. Adm. direktør har ansvaret for å ha en organisasjon som kan løse oppgavene og er ansvarlig for all virksomhet overfor styret. Prinsippet om enhetlig ledelse skal ligge til grunn på alle nivå.

Oppfølgingen av spørsmålet om stedlig ledelse i helseforetakene skal munne ut i en beskrivelse av organiseringen som oppfyller de forutsetninger som ligger i foretaksmøtet vedtak.

Etter at helseforetakene har utredet og styrebehandlet spørsmålet om stedlig ledelse vil saken bli fremmet for styret i Helse Nord RHF.

Proessen skal baseres på åpenhet, medvirkning og involvering, jf. Hovedtariffavtalens og Arbeidsmiljølovens bestemmelser. Lokale samarbeidsparter involveres i arbeidet gjennom egnede organ, eksempelvis Overordnet samarbeidsorgan

Medbestemmelse

Nasjonal helse- og sykehusplan - mandat for det videre arbeidet vil bli drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 18. mai 2016. Protokoll fra drøftingsmøtet legges frem ved møtestart.

Brukermedvirkning

Nasjonal helse- og sykehusplan - mandat for det videre arbeidet vil bli behandlet i det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF, den 18. mai 2016, jf. RBU-sak 31-2016. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg legges frem ved møtestart.

Adm. direktørs vurdering

Nasjonal helse- og sykehusplan har satt på dagsorden en rekke temaer. For Helse Nord vil arbeidet med utviklingsplaner for sykehusene bli spesielt viktig framover. Dette har særlig sammenheng med rekruttering, samarbeid mellom sykehus og arbeidsdeling.

På kort sikt er det spørsmålene om organisering av og nivå på kirurgisk akuttberedskap og stedlig ledelse som både har fått mest oppmerksomhet og som det foreslås prioritert først. Dette er temaer som det over tid har vært mye diskusjon om, og denne anledningen vil Helse Nord benytte til å utvikle løsninger som er bærekraftige over tid og som gir folk god tilgjengelighet til nødvendige tjenester.

Det foreslås derfor at Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF utreder organisering av og nivå på kirurgisk akuttberedskap ved Nordlandssykehuset Lofoten og Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik. Utredningen skal vise hvordan beredskapen ivaretas innen helseforetakets samlede organisering, jf. premissene i foretaksmøtets protokoll og saksutredningen.

Helgelandssykehuset HF skal legge de samme premissene til grunn for sitt videre arbeid med utviklingsplanen, jf. også det arbeidet som allerede er gjort. Helgelandssykehuset HF og Finnmarkssykehuset HF skal beskrive hvordan de videre fremover skal organisere det akuttmedisinske tilbudet.

Alle helseforetakene bes utrede organisering av stedlig ledelse slik det er omtalt i foretaksmøtets protokoll.

I begge prosessene skal det være god involvering og medvirkning slik det er beskrevet i saksutredningen.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om å legge til rette for at felles metodikk kan brukes i utrednings- og analysearbeidet, før utredningsarbeidet starter i helseforetakene. Videre ber styret om at det i samarbeid med helseforetakene utvikles et felles sett av variabler som helseforetakene bruker i analyser og som grunnlag for å utvikle en framtidig løsning.
2. Styret ber adm. direktør om å starte en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i helseforetakene til akuttstusykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene.
3. Styret ber adm. direktør sørge for at Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF utreder organisering av og nivå på kirurgisk akuttberedskap ved Nordlandssykehuset Lofoten og Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik. Dette inkluderer utredning av fødetilbudet.
4. Styret ber adm. direktør videre om å sørge for at alle helseforetak utreder/beskriver organisering av stedlig ledelse som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Det forutsettes at medbestemmelse ivaretas i tråd med hovedtariffavtalens bestemmelser. Etter at helseforetakene har utredet og styrebehandlet spørsmålet om stedlig ledelse, fremmes saken for styret i Helse Nord RHF.
5. Styret forutsetter at medbestemmelse/medvirkning i arbeidet med utviklingsplanene i helseforetakene sikres i tråd med prinsippene i veilederen for arbeidet med utviklingsplaner.
6. Frist for første tilbakemelding fra helseforetakene til Helse Nord RHF på status for det pågående utredningsarbeidet settes til 30. september 2016.

7. Endelig frist for tilbakemelding fra helseforetakene, inkludert lokale høringer og styrebehandling settes til 25. november 2016. Det forutsettes at det er bred medvirkning fra lokalsamfunn, medarbeidere og brukere i prosessene, jf. veileder for arbeidet med utviklingsplaner.

Bodø, den 13. mai 2016

Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg: Foreløpig protokoll fra foretaksmøte 4. mai 2016
Veileder for arbeidet med utviklingsplaner (godkjent i AD-møte 25. april 2016)

Foretaksmøte 4. mai 2016

www.helse-nord.no

Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord RHF

**Behandling av årlig melding 2015,
godkjenning av årsregnskap og årsberetning
2015, oppfølging av Nasjonal helse- og
sykehusplan m.m.**

Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord RHF



PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE I HELSE NORD RHF

Onsdag 4. mai 2016 kl. 09.00 ble det avholdt felles foretaksmøte i de regionale helseforetakene i R5, Akersgata 59, Oslo.

Dagsorden

- Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres
- Sak 2 Dagsorden
- Sak 3 Årlig melding 2015, jf. lov om helseforetak § 34, vedtektene §§ 7 og 15
- Sak 4 Godkjenning av årsregnskap og årsberetning 2015, jf. lov om helseforetak § 43, vedtektene § 7
- Sak 5 Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44
- Sak 6 Valg av revisor, jf. lov om helseforetak § 44
- Sak 7 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan

Fra Helse- og omsorgsdepartementet møte

Helse- og omsorgsminister Bent Høie

Fra styret møte

Styreleder Marianne Telle
Svenn Are Jenssen
Kari B. Sandnes
Sissel Alterskjær
Ann Mari Jenssen (vara for Eirik S. Holand)

Fra administrasjonen møte

Kvalitets- og forskningsdirektør Rune Sundset (etter fullmakt fra administrerende direktør)
Fagdirektør Geir Tollåli
Direktør Kristian Fanghol

Også til stede

Statssekretær Anne Grethe Erlandsen
Ekspedisjonssjef Frode Myrvold
Ekspedisjonssjef Cathrine Meland

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med lov om Riksrevisjonen § 13 og møte ved Eivor Hovde Hoff og Frode Linna.

Revisor for Helse Nord RHF, KPMG, var varslet i samsvar med lov om helseforetak § 18 og møte, representert ved statsautorisert revisor Ingar Andreassen.

Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Helse- og omsorgsminister Bent Høie ønsket, som øverste eiermyndighet og møteleder, velkommen. Han spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen er godkjent. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Styreleder Marianne Telle og helse- og omsorgsminister Bent Høie ble valgt til å skrive under protokollen.

Sak 2 Dagsorden

Helse- og omsorgsminister Bent Høie spurte om det var merknader til dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden er godkjent.

Sak 3 Årlig melding 2015, jf. lov om helseforetak § 34, vedtektene §§ 7 og 15

Lov om helseforetak § 34 pålegger de regionale helseforetakene å utarbeide en årlig melding om virksomheten. I vedtektene § 15 slås det fast at det skal framgå av den årlige meldingen etter § 34 i lov om helseforetak, hvorvidt pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår knyttet til bevilgningen, er oppfylt. Vilkår knyttet til bevilgningen fremgår av oppdragsdokumentet til Helse Nord RHF for 2015.

Helse Nord RHF redegjorde for årlig melding 2015 og for styrets videre arbeid på utvalgte områder i 2016. Foretaksmøtet viste til årlig melding fra Helse Nord RHF av 15. mars 2016 og supplerende informasjon av 20. april 2016. Foretaksmøtet la til grunn at Helse Nord RHF har oppfylt sørge for-ansvaret. Foretaksmøtet merket seg styrets konklusjon om at styringskrav gitt i oppdragsdokument og foretaksmøte for 2015 er ivaretatt og at sørge for-ansvaret som Helse Nord RHF er pålagt gjennom lovverket samlet sett er oppfylt for 2015.

I oppdragsdokument 2015 er det stilt krav om at gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være under 65 dager. Samlet for alle tjenesteområder var ventetiden i Helse Nord 75 dager i 2015. Dette er en økning på én dag sammenlignet med 2014. Foretaksmøtet viste til at det gjennom flere år har vært et mål for spesialisthelsetjenesten at ventetidene skal reduseres. Siden 2011 har målet vært å få ned ventetidene mot 65 dager uten at det er nådd. Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord RHF innretter driften slik at målet om 65 dager i 2016 nås.

Foretaksmøtet merket seg at andel fristbrudd i Helse Nord var 5,4 pst. i 2015. Tilsvarende tall i 2014 var 6,8 pst. Foretaksmøtet viste til endringene i pasient- og brukerrettighetsloven fra 1. november 2015 der alle pasienter som har behov for spesialisthelsetjeneste blir rettighetspasienter. Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord RHF innretter driften slik at målet om null fristbrudd nås.

Foretaksmøtet viste til målet om at veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn for somatikk, og at DPS og BUP skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten måles på regionnivå, blant annet gjennom endringer i kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet. Foretaksmøtet merket seg at det var høyere vekst i aktivitet innen psykisk helse og TSB enn i somatikk, men at det var lavere vekst i antall årsverk og kostnader innen psykisk helsevern og TSB enn i somatikk. Videre merket foretaksmøte seg at ventetidene i Helse Nord har utviklet seg negativt for psykisk helsevern og somatikk siste år, mens ventetidene

i TSB var redusert. Det var en svak nedgang i aktivitet, ingen endring i antall ansatte og økt ventetid innen psykisk helsevern barn og unge i 2015 sammenlignet med året før. Videre merket foretaksmøtet seg at kostnadsnivået økte mindre for psykisk helsevern for barn og unge enn for somatikk. Foretaksmøtet viste til at målet har ført til en dreining i sykehusenes oppmerksomhet og aktivitet mot psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, men at det er rom for forbedringer i 2016.

I 2015 er det innført 28 pakkeforløp for kreft. Andelen pasienter i et definert kreftforløp var samlet for regionen 74,2 pst. i 2. tertial. Andelen pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp var 70,3 pst i 2. tertial 2015. Dette betyr at målene for pakkeforløp for kreft er nådd i 2015.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet tar årlig melding med supplerende opplysninger fra Helse Nord RHF til etterretning.

Sak 4 Godkjenning av årsregnskap og årsberetning 2015, jf. lov om helseforetak § 43, vedtektene § 7

I samsvar med lov om helseforetak § 43 og vedtektene § 7 ble styrets årsregnskap og årsberetning for 2015 fremlagt til godkjenning i foretaksmøtet. Helse Nord RHF redegjorde for årsregnskap og årsberetning for 2015 og for styrets videre arbeid. Statsautorisert revisor Ingar Andreassen redegjorde for revisjonsberetningen for 2015.

I foretaksmøtet 7. januar 2015 ble det fastsatt følgende resultatkrav for foretaksgruppen i Helse Nord for 2015:

- *Foretaksmøtet forutsatte at foretaksgruppen i Helse Nord innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av Prop. 1 S (2014–2015), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2015, slik at sørge-for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.*

Regnskapsført årsresultat for 2015 for foretaksgruppen Helse Nord viser et positivt resultat på 616,7 mill. kroner. I resultatet inngår nedskrivninger av eiendeler med 1,3 mill. kroner, samtidig som det er resultatført netto tap ved salg av anleggsmidler på 0,8 mill. kroner. Helse Nord har investert for 1 807,3 mill. kroner i 2015 og holdt seg innenfor vedtatt ramme for driftskreditt. Den samlede ressursbruken til drift og investeringer er gjennomført innenfor vedtatte rammer og resultatkrav for 2015. Foretaksmøtet var tilfreds med at resultatkravet som ble stilt for 2015 dermed er oppfylt.

Foretaksmøtet har merket seg at Helse Nord RHF står overfor store investeringsoppgaver i årene fremover og at Helse Nord RHF derfor har lagt til grunn effektivisering innen alle tjenestoområder i foretaksgruppen. Foretaksmøtet viste til at det er positivt at Helse Nord RHF legger opp til en styring og kontroll som sikrer nødvendig grunnlag for en bærekraftig utvikling av tilbudet i foretaksgruppen.

Det ble vist til protokoll fra foretaksmøtet 1. juni 2015, Sak 7 Endring i vedtektene, ny § 16 a Om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte. Foretaksmøtet merket seg at Helse Nord RHF har utarbeidet en erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte i tråd med allmennaksjeloven § 6-16 a og vedtektene § 16 a, med unntak av en redegjørelse for hvordan statens retningslinjer er fulgt opp i underliggende virksomheter. Foretaksmøtet forventet at det heretter også redegjøres for hvordan statens retningslinjer er fulgt opp i underliggende virksomheter. Foretaksmøtet merket

seg at Helse Nord RHF har angitt at de følger de statlige retningslinjene om lederens ansettelsesvilkår.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet godkjenner styrets fremlagte årsregnskap og årsberetning for 2015.

Sak 5 Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44

Lovpålagt revisjonshonorar omfatter honorar for nødvendig arbeid i forbindelse med avgivelse av revisjonsberetning for 2015. Av foretaksgruppens samlede revisjonshonorar på kr 2 408 000 inkl. mva. utgjør honoraret for revisjon av Helse Nord RHF kr 953 000 inkl. mva. Dette innebærer en økning på kr 62 000 fra 2014 for foretaksgruppen samlet sett og forklares hovedsakelig med utvidet revisjon av tilgangsstyring på IKT-området.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet godkjenner godtgjørelse på kr 2 408 000 inkl. mva. til ekstern revisor for lovpålagt revisjon av foretaksgruppen for 2015, herunder godtgjørelse på kr 953 000 inkl. mva. for revisjon av Helse Nord RHF.

Sak 6 Valg av revisor, jf. lov om helseforetak § 44

Etter gjennomført anskaffelsesprosedyre ble BDO AS valgt til revisor for Helse Nord RHF og de helseforetakene Helse Nord RHF eier med virkning fra regnskapsåret 2016.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet velger BDO AS som revisor for Helse Nord RHF og de helseforetakene Helse Nord RHF eier med virkning fra regnskapsåret 2016.

Sak 7 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan

Foretaksmøtet viste til Innst. 206 S (2015–2016), jf. Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan, som ble behandlet i Stortinget 17. mars 2016.

Det følger av Stortingets behandling at planens forslag til definisjon av fire ulike typer sykehus er gjeldende. Dette er regionsykehus, stort akuttisykehus, akuttisykehus og sykehus uten akuttfunksjoner. I tillegg skal det legges til grunn følgende presiseringer:

- De fire regionsykehusene vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i en helseregion. Dette utelukker ikke at store akuttisykehus og universitetssykehus kan ha regionsfunksjoner.
- Akuttisykehus skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Foretaksmøtet presiserte at det blir lagt til grunn at dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet.
- Akuttisykehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbud når bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.
- Akuttisykehusene vil ettersom lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Flere av sykehusene vil fortsatt måtte ha fullt akuttkirurgisk tilbud på grunn av lange avstander.
- Eventuell endringer i sykehusstilbudet må ikke svekke det samlede fødetilbudet.

Foretaksmøtet la til grunn at i den videre utvikling av sykehus tilbudet i hele landet, må alle sykehus samarbeide tettere enn i dag. Det skal være team av sykehus akkurat som det skal være team av helsepersonell. Små og store sykehus er gjensidig avhengige av hverandre. Store sykehus må for eksempel overlate oppgaver til mindre sykehus, for å utnytte felles kapasitet og kompetanse.

Foretaksmøtet la i tillegg til grunn følgende føringer fra Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan:

- Alle barne- og ungdomsmedisinske avdelinger knyttet til somatisk sengepost og poliklinikk skal ha tilknyttet psykologkompetanse.
- Store akutt sykehus skal ha geriatrisk kompetanse.

Om akuttmedisinsk beredskap:

Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 stiller krav til innhold i samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner. Et av punktene er at avtalene skal omfatte omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.

I merknad til Akuttmedisinforskriftens § 4 - Samhandling og samarbeid mellom virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester heter det: *"Samarbeidsavtalene må bygge på en samlet gjennomgang av den akuttmedisinske beredskapen i helseforetakenes og kommunenes ansvarsområder. Lokalisering og dimensjonering av legevaktstjenesten og ambulansestasjoner må sikre befolkningen et helhetlig og forsvarlig akutttilbud. Samarbeidsavtalene må derfor konkretiseres slik at de kan fungere som et felles planleggingsverktøy. Dette innebærer også at det må være dialog mellom helseforetak og kommuner om eventuelle endringer i tilbudet."*

Foretaksmøtet merket seg at Stortinget har presisert at avtalene mellom helseforetak og kommuner om akuttmedisinske tjenester skal være en del av ordningen med tvisteutvalg opprettet i samband med samhandlingsreformen.

Foretaksmøtet viste til at det nå foreligger en første versjon av veileder for helseforetakenes utviklingsplan. Veilederen inneholder anbefalinger om prosess i forhold til ulike interessenter og om risiko-, sårbarhets- og mulighetsanalyse som skal legges til grunn.

Foretaksmøtet la til grunn at alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner i tråd med utviklingsplanen. Arbeidet skal skje i tett dialog med kommunene og andre aktuelle aktører. Utviklingsplanene for de ulike helseforetak må ses samlet og sikre det totale helsetilbudet i regionen. Som ledd i arbeidet med utviklingsplaner skal helseforetakene utarbeide en kommunikasjonsplan. Som oppfølging av Stortingets vedtak ved behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan presiserte foretaksmøtet følgende føringer for arbeidet med utviklingsplanene:

- Konklusjonene i scenariene beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan skal ikke være førende for lokale og regionale utviklingsprosesser.
- Sykehus som i dag har akuttkirurgisk tilbud, skal fortsatt ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig og kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt.
- I forbindelse med helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner skal de regionale helseforetakene gjennomgå basestrukturen for luftambulanser i Norge.
- Det skal startes en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretakene til akutt sykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene.
- Arbeidet med avklaring av akuttfunksjoner skal være gjennomført innen 1. april 2017.

Foretaksmøtet viste til at hensiktsmessig oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid og faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehus, og at organiseringen bør understøtte dette. Foretaksmøtet viste til at Stortinget ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan gjorde følgende anmodningsvedtak: *"Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse bli hovedregelen ved norske*

sykehus." Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen jf. Stortingets vedtak. Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Foretaksmøtet minnet samtidig om at helseforetakene må organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Dette innebærer blant annet at alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder, ref. rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Uavhengig av organisering skal det sikres god kommunikasjon og nærhet til nærmeste leder. Omstillingsprosesser og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte og deres organisasjoner.

Det ble videre vist til kravet om å legge til rette for samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester om ledelse og lederutvikling stilt i foretaksmøtet i januar 2016. Dette er et krav som er stilt både med bakgrunn i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet) og i Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan. Det er nødvendig med helhetstenkning og samhandlingskompetanse både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten for å lykkes med å skape pasientens helsetjeneste. Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene setter av ressurser for å kunne tilrettelegge for slikt samarbeid med kommunesektoren og KS.

Nasjonal helse- og sykehusplan skal for øvrig legges til grunn for videre utviklingsarbeid i helseforetakene. Det kan bli gitt ytterligere føringer i tillegg til oppdragsdokument 2016 og i det samlede oppdraget for 2017.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene legge til grunn Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan, med presiseringer fra departementet, i sitt arbeid med planer og drift av spesialisthelsetjenesten.

Møtet ble hevet kl. 10.25.

Oslo, 4. mai 2016

Bent Høie

Marianne Telle



Veileder for arbeidet med utviklingsplaner

I) Om arbeidet med utviklingsplan

Hva er en utviklingsplan?

En utviklingsplan er en plan for hvordan et helseforetak vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidig behov for helsetjenester. Den er en samlet plan som skal sørge for at underliggende planer støtter opp om et overordnet felles formål.

En utviklingsplan skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehusene i helseforetaket og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer.

Formålet er å skape pasientens helsetjeneste gjennom riktig kompetanse, nye arbeidsformer og riktige bygg og utstyr.

Om «sørge for»-ansvar og lovmessig forankring

Alle helseforetakene skal ha utviklingsplaner.

Utviklingsplanene må ses som del av de regionale helseforetakenes samlede planansvar.

De regionale helseforetakene skal i henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 2-1a sørge for at personer med bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon.

De regionale helseforetakenes ansvar innebærer bl.a. en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Helseforetakene er de regionale helseforetakenes viktigste virkemidler for å oppfylle «sørge for»-ansvaret og står for hoveddelen av helsetjenestene.

Utviklingsplanene i helseforetakene må således avspeile de regionale helseforetakenes samlede ansvar for spesialisthelsetjenester i regionen og understøtte «sørge for»-ansvaret.

Arbeidet med utviklingsplanene i helseforetakene må ta utgangspunkt i de regionale helseforetakenes lovpålagte ansvar, nasjonale og regionale føringer og understøtte en tjenesteutvikling i regionene i tråd med framtidig behov for helsetjenester, god kvalitet og effektiv utnyttelse av samlede ressurser.

Utviklingsplanen skal beskrive dagens situasjon, virksomhetens profil sammenlignet med andre helseforetak og hvilke strategiske og overordnede føringer som er gjeldende. Deretter beskrives hvilke trender som åpner for endringer før det gjøres en framskriving.

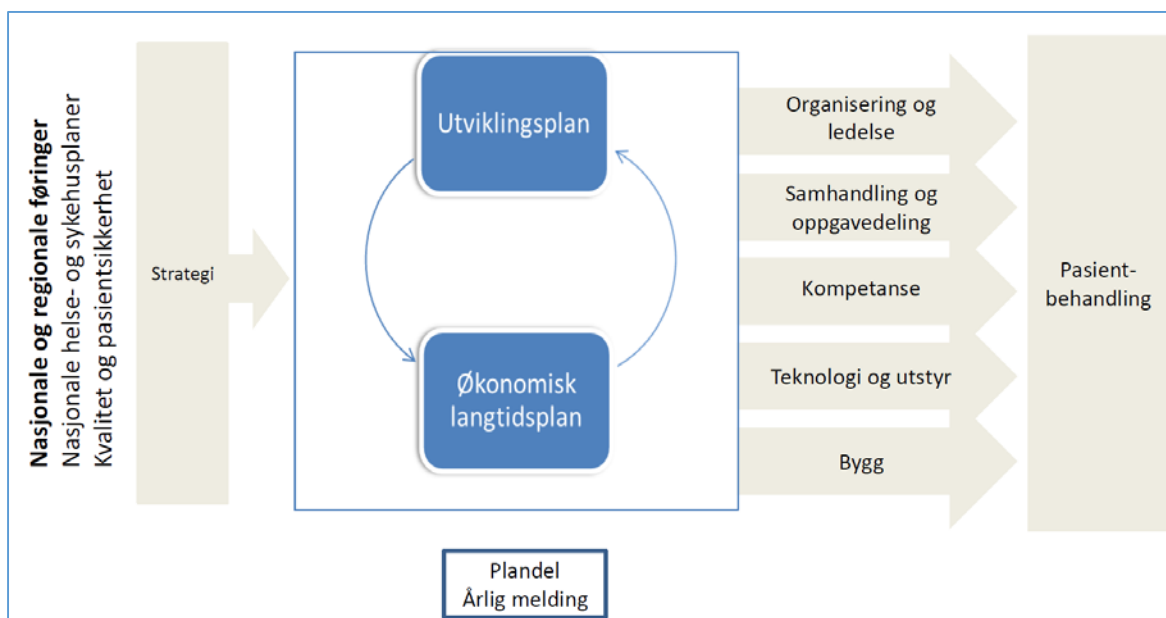
Dette er grunnlaget for å velge utviklingsretning for virksomheten, og for å prioritere nødvendige tiltak.

Samhandling, oppgavedeling og sykehus som virker sammen i nettverk er basis for utviklingsplanene.

Det overordnede målet er å legge til rette for god og framtidsrettet pasientbehandling og god bruk av ressurser.

Utviklingsplanen vil typisk ha en planhorisont på 10-15 år. Økonomisk langtidsplan oppdateres hvert år, og denne prosessen starter alltid med en vurdering av virksomheten som bør baseres på utviklingsplanen.

Langsiktige satsninger som krever investeringer vil innarbeides og prioriteres gjennom økonomisk langtidsplan.



Figur 1. Utviklingsplanen baserer seg på nasjonale og regionale føringer og overordnet strategi. Den virker sammen med økonomisk langtidsplan og skal gi samlet utviklingsretning for de viktigste innsatsfaktorene. Målet er god og framtidsrettet pasientbehandling

Prinsipper som legges til grunn i arbeidet med utviklingsplan

Målet for denne veilederen er å beskrive en prosess som er åpen, involverende og forutsigbar.

Om åpenhet

Arbeidet skal foregå i åpenhet.

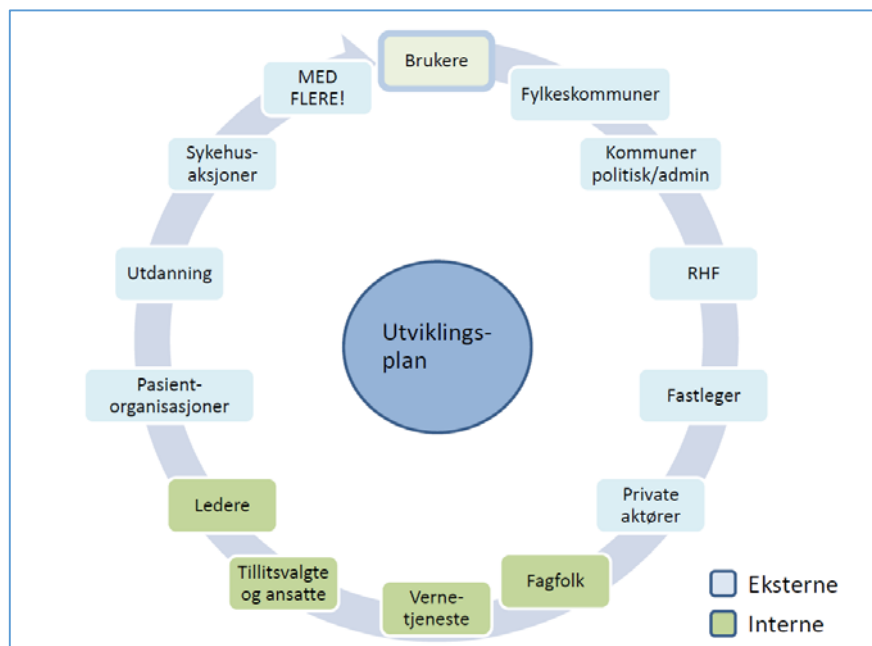
Det skal være mulig å følge prosessen for alle som ønsker innsyn.

Det betyr for eksempel at mandat, prosjektsammensetning, delutredninger, utkast til utviklingsplan, tidslinje og milepæler med mer skal være tilgjengelig for alle.

I praksis forutsetter dette en åpen og oppdatert nettside som er tilgjengelig for alle.

Om interessenter og involvering

Ved arbeidets oppstart skal det gjøres en interessentanalyse som omfatter både interne og eksterne interessenter.



Figur 2. En utviklingsplan vil ha både interne og eksterne interessenter

Som hovedregel skal interessentene selv avgjøre om de vil involveres eller informeres.

Kommunene skal gjennom eksisterende samarbeidsorgan alltid involveres, ikke bare informeres.

Brukermedvirkning og medvirkning fra tillitsvalgte er en selvfølge. Arbeidets omfang tilsier at man bør vurdere å oppnevne to brukerrepresentanter. Involvering betyr for eksempel deltagelse i prosjekt- og/eller styringsgrupper.

Det skal vurderes hvordan hver enkelt gruppe av interessenter informeres. Det kan eksempelvis skje gjennom aktive tiltak som informasjonsbrev eller lignende, eller bare passivt via tilgang til nettside.

Administrerende direktør i helseforetaket vil være (prosjekt)eier for utviklingsplanen.

Om forutsigbarhet

Alle interessenter skal kunne forstå hva som skjer, når det skjer og hvor beslutningspunktene er.

II) Vesentlige endringer krever risiko- og mulighetsanalyse

Framtidens kapasitetsutfordringer må i større grad løses ved at pasientene behandles utenfor sykehus. Det betyr forebygging, nye pasientforløp, innovasjon, bruk av ny teknologi og ikke minst samarbeid i og om helse på tvers av nivåer.

Den største risikoen kan være at en ikke gjør endringer. Det betyr at analyse av både risiko og muligheter vil være viktige.

Det er et overordnet mål å flytte oppgaver slik at de løses nærmest mulig pasienten, på første tilstrekkelige kompetansenivå (LEON/BEON-prinsippet, ikke løfte oppgaver til høyere grad av spesialisert kompetanse enn nødvendig) og slik at ressursene samlet sett utnyttes best.

Rett og tilstrekkelig kompetanse på rett sted vil være en av morgendagens største utfordringer innen helse. Det krever spesiell oppmerksomhet på kompetanseoverføring mellom nivåer og profesjoner.

Endringer i samhandling og oppgavedeling krever involvering fra alle berørte parter. Oppgaver kan ikke overføres uten at dette skjer i forståelse mellom avgivende og mottagende part.

Risiko- og mulighetsanalyser

Det skal gjøres risiko- og mulighetsanalyser av alle vesentlige endringer i oppgaver.

Vesentlig kan bety at endringene har betydning for flere enn de som er direkte involverte.

Endringer i akuttfunksjoner vil for eksempel alltid være vesentlige.

Risikoanalysen må som minimum inneholde en beskrivelse av hva som kan gå galt, sannsynligheten for at det inntreffer og hvilke konsekvenser det kan medføre.

Analysen må involvere de som omfattes av tiltaket, for eksempel kan ikke risikoanalysen av endring i akuttfunksjoner gjøres internt i foretaket uten at kommunene med flere er involvert.

Mulighetsanalysen skal som minimum beskrive muligheter som oppstår og hvordan disse kan brukes.

Spesielt om endring i akuttfunksjoner

Alle vesentlige endringer i oppgaver krever risiko- og mulighetsanalyser enten det gjelder planlagt virksomhet eller akuttfunksjoner. Ivaretagelsen av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, som følge av for eksempel hjerneslag, hjerteinfarkt, akuttpsykiatri, ulykker med flere har betydning for hele helseforetakets utvikling, og utviklingsplanene må gjennomgås når endringer planlegges.

Nasjonal helse- og sykehusplan forutsetter at sykehus skal samarbeide i nettverk, også om hvordan man best løser øyeblikkelig hjelp-tilbudet.

Dette samarbeidet må involvere berørte kommuner, og hele akuttberedskapen må ses og planlegges i helhet. Det betyr at fastleger, legevakt, distriktpspsykiatriske og lokalmedisinske sentre, prehospital kapasitet, utstyr og kompetanse må ses som en helhet og planlegges sammen med sykehusenes akuttfunksjoner.

Helseforetaket skal beskrive sykehusene utfra de definisjoner av sykehustyper som er gitt i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Risiko- og mulighetsanalysen må beskrive både dagens situasjon og de ulike alternative løsninger knyttet til akutfunksjoner, og må dekke pasientenes, fastlegenes, kommunenes og helseforetakets perspektiv.

III) Om planprosessen og kvalitetssikring

Arbeidet med utviklingsplan starter med en forberedende fase der man har en formalisert dialog med det regionale helseforetaket knyttet til premisser og føringer. Disse gis gjennom en regional utviklingsplan eller andre styrende dokumenter.

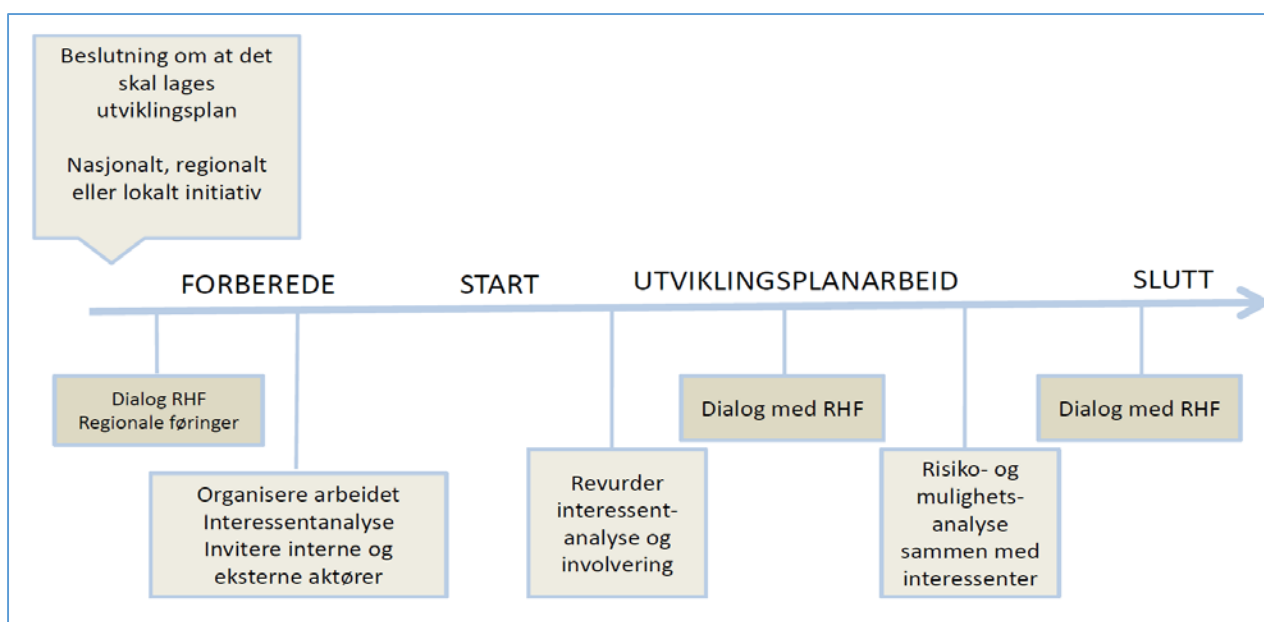
En interessentanalyse skal gjøres før arbeidet starter, og revurderes etter at arbeidet har startet slik at man sikrer at alle interessenter er involvert på riktig måte.

Det skal være ny formalisert dialog med det regionale helseforetaket underveis, for eksempel når første utkast foreligger eller når særskilte forhold tilsier det.

Risiko- og mulighetsanalyse gjøres sammen med dem som endringene involverer.

Det skal videre være ny formalisert dialog med det regionale helseforetaket før endelig behandling i helseforetaket.

Utviklingsplanen vedtas av helseforetakets styre og godkjennes av det regionale helseforetaket.



Figur 3. Arbeidet med utviklingsplan.

Kvalitetssikring av utviklingsplaner

Hensikten med kvalitetssikring er å sikre at prosessen som beskrives i veilederen er fulgt og at det er sikret tilstrekkelig åpenhet og involvering, samt gjort tilstrekkelige risiko- og mulighetsanalyser. For gjennomføring av kvalitetssikringen foreslås det å etablere en gruppe bestående av regionenes planansvarlige. Ved behov kan ekstern kvalitetssikring benyttes.

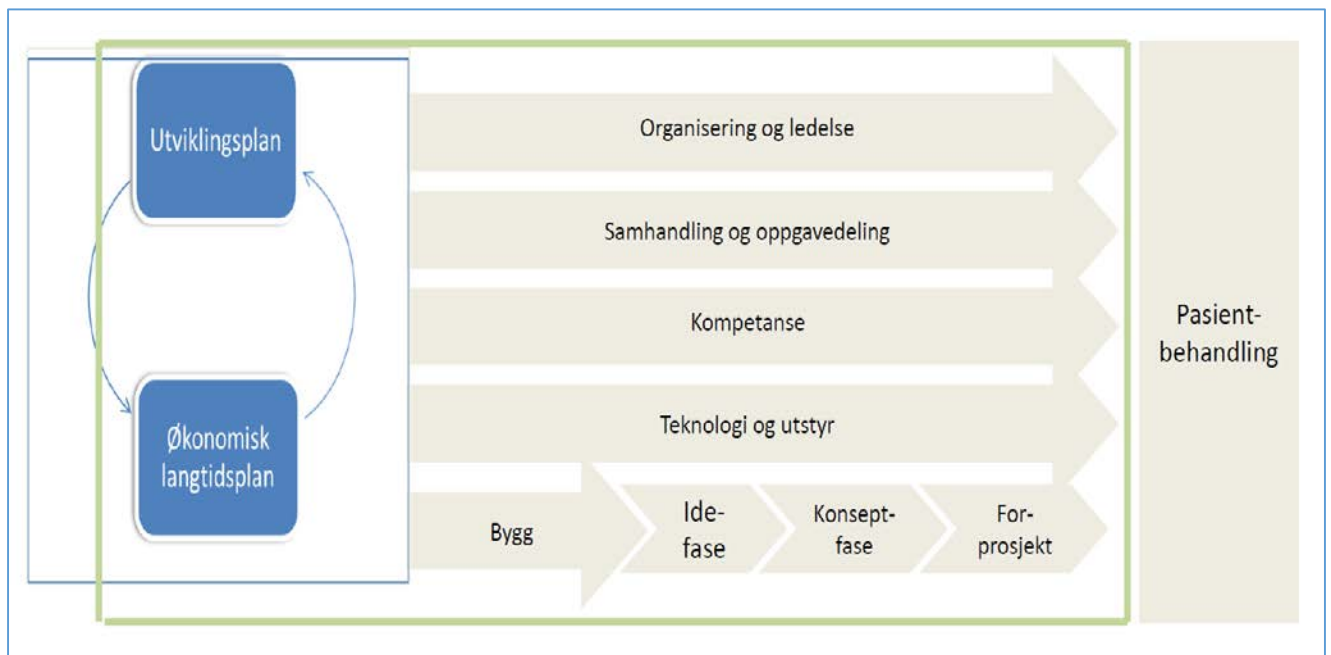
Videre bruk av utviklingsplanen

Etter gjennomførte risiko- og mulighetsanalyser og ferdigstilling av utviklingsplanen, må helseforetaket vurdere behov for oppretting/justering av mer detaljerte planer innen følgende områder:

- Organisasjon og ledelse
- Samhandling og oppgavedeling
- Kompetanse
- Teknologi og utstyr
- Bygg

Planlegging av sykehusbygg følger veileder for tidligfaseplanlegging som før (denne er under revisjon).

Utviklingsplanen vil danne grunnlag for årlige vurderinger i langtidsbudsjett.



Figur 4. Sammenhengen mellom utviklingsplan og tidligfaseplanlegging for sykehusbygg

IV)Veiledende format for utviklingsplan

Helseforetakenes utviklingsplaner bør gradvis gis en likere form og en harmonisert planhorisont. Under vises et veiledende format for utviklingsplaner. Det presiseres at formatet er anbefalt og ikke obligatorisk.

Veiledende innholdsfortegnelse for utviklingsplaner

Sammendrag

1. Bakgrunn og historikk (Hvordan kom vi hit?)

- 1.1 Historikk for helseforetaket.....
- 1.2 Gjennomføring av prosjektet (Slik har vi gjort det)

2. Nåsituasjon (Hvem er vi i dag?)

- 2.1 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet
- 2.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring.....
- 2.3 Oppgavedeling og samhandling.....
- 2.5 Organisering og ledelse.....
- 2.4 Bemanning og kompetanse
- 2.7 Forskning og innovasjon
- 2.8 Økonomi
- 2.9 Teknologi og utstyr
- 2.10 Dagens bygg – tilstand og muligheter.....

3. Overordnede strategier og føringer (Hva må vi ta hensyn til?)

4. Utviklingstrekk og framskriving (Hvordan vil trender påvirke oss?)

- 4.1 Demografi og sykdomsutvikling
- 4.2 Endringsfaktorer.....
- 4.3 Kapasitetsberegning.....

5. Analyse og veivalg (Hvilke muligheter har vi, hvordan velger vi og hva velger vi?)

- 5.1 Alternative veivalg for helseforetaket
- 5.2 Risiko- og mulighetsanalyser
- 5.3 Kriterier for valg mellom alternativene
- 5.4 Valgt hovedløsning

6. Målbilde, tiltak og organisering for pasientens helsetjeneste (Hvordan vil vi ha det og hva må vi gjøre?)

- 6.1 Pasientens helsetjeneste - brukertilfredshet
- 6.2 Pasientbehandling - faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring.....
- 6.3 Oppgavedeling og samhandling.....
- 6.4 Bemanning og kompetanse
- 6.5 Forskning og innovasjon
- 6.6 Økonomi
- 6.7 Teknologi og utstyr
- 6.8 Bygg

Stikkord til de ulike kapitlene i anbefalt format for utviklingsplan

Denne innholdsfortegnelsen og stikkordene er veiledende, ikke obligatoriske eller nødvendigvis komplette. De er ment å gi navigasjonshjelp i det praktiske arbeidet med utviklingsplanen

Sammendrag

Sammendraget skal være kort (maks to sider), skal kunne leses for seg selv, med hovedtyngde på kapitlene 5 og 6.

1. Bakgrunn og historikk (Hvordan kom vi hit?)

1.1 Historikk for helseforetaket

- Kort om tidligere vesentlige endringer (flytting, nedlegging, funksjonsendringer)
- Ved revisjon: hva har skjedd siden siste versjon av utviklingsplan
- Hva er utløsende årsak til ny plan (oppdrag fra RHF, planlagt revisjon eller lignende)

1.2 Gjennomføring av prosjektet (Slik har vi gjort det)

1.2.1 Mandat og organisering

- Mandat (føringer)
- Slik ble utviklingsplanarbeidet organisert

1.2.2 Interessenter

- Hvilke interessenter har vært involvert og hvordan

1.2.3 Medvirkning og aktiviteter

- Hvordan har man ivaretatt en åpen og gjennomiktig prosess der alle som ønsker det har hatt mulighet for å komme til orde/gi innspill?
- Hvilke aktiviteter og delprosjekter gjennomføres for å involvere/informere

2. Nåsituasjon (Hvem er vi i dag?)

- *Her beskrives nå-situasjonen for helseforetaket, og det gjøres en enkel (ikke omfattende) vurdering og sammenligning med andre helseforetak. Skal bygge på regionale analyser/standardiserte metoder.*

2.1 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet

- Pasientforløp
- Brukertilfredshet

2.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

- Aktivitet, kapasitet og pasientstrømmer – faglig prioritering
- Helseatlas og forbruksrater
- Kvalitet og pasientsikkerhet
- Pasientopplæring

2.3 Oppgavedeling og samhandling

- Innen eget helseforetak
- Med andre helseforetak
- Med kommuner og fastleger (hvordan er samhandling/samarbeid organisert, hva har man fått til og hva er utfordringene i dag)
- Med private (samarbeid med private, både kommersielle og ideelle)
- Bruk av og samarbeid med avtalespesialister

2.4 Organisering og ledelse

- Dagens organisering
- Ledelse (struktur)
- Hva viser medarbeiderundersøkelsene om ledelse og arbeidsmiljø

2.5 Bemanning og kompetanse

- Analyse baseres på RHF-enes nasjonale bemanningsmodell
- Utdanning – og kompetanseplaner, samarbeid med utdanningsinstitusjoner

2.6 Forskning og innovasjon

- Strategier og planer innen forskning og innovasjon (kun beskrivelse av type og omfang av aktiviteter, forskningsmessige prioriteringer/profil, satsning på innovasjon)

2.7 Økonomi

- Dagens økonomiske situasjon (foretaket økonomiske bærekraft og handlingsrom)

2.8 Teknologi og utstyr

- Status for standardisering og utvikling (grad av plattformlikhet, grad av felles applikasjoner, telemedisin, etc.) innen IKT
- Pågående arbeid som vil åpne for nye arbeidsformer (internt eller eksternt)
- Gjennomsnittsalder medisinsk teknisk utstyr, fornyingsplaner, større satsninger
- Spesielle utfordringer/muligheter

2.9 Dagens bygg – tilstand og muligheter

2.9.1 Areal

- Areal og kapasitet i forhold til kjernevirksomhet

2.9.2 Tilstandsvurdering

- Teknisk tilstand
- Egnethet (egnethet for dagens virksomhet)
- Tilpasningsdyktighet (fleksibilitet, generalitet og elastisitet)

2.9.3 Tomt og eiendomsforhold

3. Overordnede strategier og føringer (Hva må vi ta hensyn til?)

Det regionale helseforetaket vil gi forutsetninger for arbeidet og dette vil inkludere nasjonale helse- og sykehusplaner, krav fra foretaksmøtene og regionale prioriteringer og føringer. Det samme gjelder faglig utviklingsretning og regionale kapasitetsberegninger. Her kan det også legges forutsetninger for pasientstrømmer, opptaksområder, kvantifisering av endringsfaktorer (effektivisering, forventet endring i oppgaveoverføring mm), og oppdrag til enkelte foretak (for eksempel om endring i akutfunksjoner eller andre former for oppgavedeling). Disse føringene vil foreligge før foretakene starter sitt arbeid.

4. Utviklingstrekk og framskriving (Hvordan vil trender påvirke oss?)

Hvilke faktorer vil påvirke framtidig aktivitet i spesialisthelsetjenesten?

4.1 Demografi og sykdomsutvikling

- Befolkningsutvikling (SSB-prognoser)
- Sykdomsutvikling

4.2 Endringsfaktorer

- Effekt av primær og sekundær forebygging, effekt av nye behandlingsmetoder, nye legemidler, ny teknologi i behandling, nye screeningprogram mm
- Endring i oppgavedeling (internt i helseforetak, mellom helseforetak, mellom offentlige og private sykehus/avtalespesialister og mellom helseforetak og kommunehelsetjeneste)
- Endring i organisering av tjenestetilbudet (f.eks. fra døgnopphold til dagopphold og polikliniske konsultasjoner, bruk av observasjonsenheter, pasienthotell, etc.)
- Generell effektivisering, reduksjon i interne ventetider
- Befolkningens etterspørsel og atferd
- Organisering og nye arbeidsformer
- Ny teknologi
- Andre

4.3 Kapasitetsberegning

- Framskrivning skal bygge på regionale analyser/standardiserte metoder

5. Analyse og veivalg (Hvilke muligheter har vi, hvordan velger vi og hva velger vi?)

Kapitel 5 og 6 må sees i sammenheng. Punktene kan grupperes ulikt, og omtales i ulike rekkefølger.

5.1 Alternative veivalg for helseforetaket

- Her beskrives de ulike alternativene vedrørende sykehusstruktur og overordnet oppgavedeling

5.2 Risiko- og mulighetsanalyser

- De alternative veivalgene må vurderes for både risiko og mulighet før man velger

5.2.1 Spesielle vurderinger ved endring i øyeblikkelig hjelp-tilbud

- Organisering og samarbeid med andre foretak og primærhelsetjenesten
- Aktivitet i aktuelt sykehus inkludert fødetilbud og skadepoliklinikk
- Bemanning og kompetanse
- Prehospitale tjenester (organisering, kapasitet, utstyrspark og kompetanse, endringer i transportforutsetninger (nye veier, tunneler, flyplasser), framkommelighet og regularitet (vei, sjø og luft))

5.3 Kriterier for valg mellom alternativene

- Her beskrives hvilke kriterier helseforetaket har valgt å vektlegge (her er det mulig å definere felles evalueringskriterier som skal gjelde virksomhetsalternativene)

5.4 Valgt hovedløsning

- Sykehusstruktur og overordnet oppgavedeling

6. Målbilde, tiltak og organisering for pasientens helsetjeneste (Hvordan vil vi ha det og hva må vi gjøre?)

Her beskrives målbildet med tilhørende tiltak, gjerne beskrevet som skisser til prosjektprogrammer eller prosjekter. Tiltak innen alle innsatsområdene skal peke mot formålet som er pasientens helsetjeneste og god pasientbehandling. Målbildet og tiltakene bør ha en kort og en mellomlang tidshorisont (f.eks. 4 og 10-15 år).

Organiseringen av både løpende driftsaktiviteter og tiltak beskrives.

6.1 Pasientens helsetjeneste - brukertilfredshet

- Mål og tiltak for bedre pasientforløp
- Mål og tiltak for brukertilfredshet

6.2 Pasientbehandling - faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

- Mål og tiltak for bedre pasientsikkerhet, kvalitet og brukeropplæring
- Faglige prioriteringer
- Framtidens aktivitet, kapasitet og pasientstrømmer

6.3 Oppgavedeling og samhandling

- Overordnet målbilde for oppgavedeling er beskrevet i 5.4. Her beskrives eventuelle tiltak for å nå målbildet og hvordan disse tiltakene skal organiseres.
- Her beskrives målbildet for samhandling mellom ulike enheter, eventuelle tiltak for å nå målbildet og hvordan disse tiltakene skal organiseres.

6.4 Bemanning og kompetanse

- Hvordan påvirker framtidig aktivitet behovet for bemanning og kompetanse?
- Hvordan påvirker det behov for kompetanseoverføring og samhandling mellom sykehus i et helseforetak og mellom sykehus og kommunehelsetjeneste?

6.5 Forskning og innovasjon

- Målbilde, eventuelle tiltak og organisering av driftsaktiviteter og tiltak.

6.6 Økonomi

- Målbilde, eventuelle tiltak og organisering av driftsaktiviteter og tiltak.

6.7 Teknologi og utstyr

- Målbilde, eventuelle tiltak og organisering av driftsaktiviteter og tiltak.

6.8 Bygg

- Målbilde, eventuelle tiltak og organisering av driftsaktiviteter og tiltak.



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 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 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 konsultentselskapet 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:



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:



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Rundskriv

Nr.
I - 2/2013

Vår ref
13/1641

Dato
28.05.2013

LEDERANSVARET I SYKEHUS

1. INNLEDNING

Sykehusets hovedoppgaver er å yte god pasientbehandling, utdanne helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-8. Det er ledelsens ansvar å sørge for at alle deler av virksomheten er rettet inn mot å ivareta disse oppgavene på en god måte innenfor de rammer som er gitt. Det er avgjørende at ledere på alle nivåer - fra førstelinjeleder til øverste leder - tar dette ansvaret.

Førstelinjelederen vil i praksis utøve lederoppgaver som er sentrale for å sikre god pasientbehandling. Det er derfor viktig at virksomheten organiseres slik at denne lederen får rammebetingelser som gjør det mulig å ivareta sine oppgaver på en god måte.

Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er et ansvar for ledere på alle nivåer i tjenesten. Arbeidet skal forankres hos og etterspørres av toppledelsen, men spesielt ledere som arbeider nær pasienten har en nøkkelrolle. Dette er tydeliggjort i Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester.

Hensikten med dette rundskrivet er særlig å tydeliggjøre ansvaret ledere på alle nivåer har for den helsefaglige virksomheten i sykehuset. Dette rundskrivet erstatter rundskriv I-9/2002.

2. LEDERANSVAR I SYKEHUS

Som i annen virksomhet vil ledere i sykehus inneha arbeidsgiverrollen med de rettigheter og plikter som følger av dette. Arbeidsgiver har styringsrett som gir vedkommende rett til å organisere, lede, kontrollere og fordele arbeidet, og arbeidstaker har lojalitetsplikt overfor sin arbeidsgiver. Det følger av styringsretten at arbeidsgiver også må kunne gi nødvendige instruksjoner innen arbeidsforholdet. En arbeidstaker vil imidlertid ikke være forpliktet til å utføre noe som er ulovlig. På den annen side vil arbeidsgiver kunne holdes ansvarlig for skade oppstått som følge av ansattes uaktsomhet, selv om arbeidsgiver ikke selv kan bebreides.

Helseforetaksloven § 4 pålegger staten å organisere den offentlige spesialisthelsetjenesten etter bestemmelsene i helseforetaksloven. Et helseforetak vil ofte tilsvare et sykehus, men i mange tilfeller vil flere sykehus være organisert i ett helseforetak. Det følger av helseforetaksloven § 20 at foretaket skal ledes av et styre og en daglig leder. Daglig leder forestår etter § 37 den daglige ledelsen av foretaket og skal følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt. Helseforetaksloven regulerer organiseringen og ansvarsforholdet mellom staten som eier, det regionale helseforetaket og helseforetaket. Loven regulerer imidlertid ikke organiseringen og ansvarsforholdene innad i helseforetaket.

Når ledelsens ansvar omtales generelt i dette rundskrivet, menes ansvaret for ledere på alle nivåer i virksomheten. Med begrepet ”sykehusets øverste leder” menes den lederen som er øverst i linjeledelsen i virksomheten. I de offentlige sykehusene vil dette være daglig leder i helseforetaket.

I utgangspunktet står sykehusets øverste leder relativt fritt når det gjelder den interne organiseringen i sykehuset. Organiseringen av virksomheten må ivareta kravet til forsvarlig virksomhet etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og øvrige krav fastsatt i lov eller forskrift. Dette innebærer at virksomheten også må organiseres slik at helsepersonellet kan yte faglig forsvarlig helsehjelp og overholde sine plikter etter lov og forskrift, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 16. Videre er det en forutsetning at sykehusene er organisert slik at de kan ivareta sine oppgaver på en effektiv og kvalitativt god måte i samsvar med god faglig praksis, herunder nasjonale faglige retningslinjer.

I spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 er det gitt en særregel om organiseringen av sykehusvirksomhet som lyder slik:

”Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner.

Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.”

Formålet med bestemmelsen er å sørge for at sykehusene etablerer klare ansvarslinjer og ansvarsforhold for ledere på alle nivåer i sykehusorganisasjonen.

For hver organisatoriske enhet i sykehuset skal det etter bestemmelsen være én leder som har det overordnede og helhetlige ansvaret for virksomheten i enheten, både administrativt og faglig. En organisatorisk enhet vil være en enhet som er tillagt forvaltning av nærmere angitte ressurser, herunder personalressurser. Typiske enheter vil være klinikk (divisjon eller lignende), avdeling eller tilsvarende, og seksjoner. Kravet til klare ansvarlinjer og ansvarsforhold innebærer blant annet at alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder.

Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det etter bestemmelsens andre ledd utpekes medisinskfaglige rådgivere. Ledelsen må vurdere om kravet til forsvarlighet er ivaretatt på hvert nivå i organisasjonen gjennom det styringssystemet som er etablert, eller om det er nødvendig å utpeke slik(e) rådgiver(e). Dersom det utpekes en medisinskfaglige rådgiver, skal rådgiveren bidra til å gi lederen et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag i saker som gjelder medisinskfaglige spørsmål. Rådgiveren har ingen beslutningsmyndighet i egenskap av å være utpekt som rådgiver. Det er lederen som tar den endelige beslutningen, også i disse sakene, og som har ansvaret for den beslutningen som er tatt.

Det er etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 ikke anledning til å organisere sykehuset slik at det formelle ansvaret for en organisatorisk enhet er delt mellom flere ledere. Bestemmelsen er imidlertid ikke til hinder for at ledere på alle nivåer kan delegerer oppgaver og beslutningsmyndighet til andre. Dette kan for eksempel være oppgaver knyttet til oppfølgingsrutiner, rapportering, håndtering av personalsaker m.v.

Lederen beholder full instruksjonsmyndighet når det gjelder de oppgavene som er delegert, og delegeringen kan når som helst trekkes helt eller delvis tilbake. Lederen beholder ansvaret for at oppgavene som delegeres blir utført på en tilfredsstillende og forsvarlig måte. Dette gjelder også når det oppstår avvik eller svikt ved utføringen av oppgavene. Sykehus er store og komplekse virksomheter med ledere på flere nivåer. Oppgavene og utfordringene vil være forskjellige på de ulike nivåene. Hver leder vil ha det faglige og administrative ansvaret for virksomheten i den enheten vedkommende er satt til å lede.

Den øverste lederen i sykehuset vil ha det overordnede administrative og faglige ansvaret for sykehusets virksomhet. Dette omfatter ansvaret for det helsefaglige arbeidet i virksomheten, herunder det overordnede ansvaret for at enheten yter forsvarlige tjenester til den enkelte pasient og ansvaret for sykehusets organisasjon, økonomi og personalforvaltning.

3. INTERNKONTROLL SOM VIRKEMIDDEL FOR Å SIKRE FORSVARLIG VIRKSOMHET

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 stiller krav om at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. Virksomheten skal videre tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a har ledelsen ansvar for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedringer og pasientsikkerhet. Dette krever at ledelsen også etterspør resultater når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet. I tillegg må ledelsen ha kunnskap om risikofaktorer og om risikonivået i virksomheten. Ansvarer innebærer også å etablere systemer for å sikre prioritering av pasientene i samsvar med forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b og prioriteringsforskriften.

Internkontrollen skal bidra til at virksomheten overholder lovpålagte plikter og er et virkemiddel for at ledelsen skal kunne ivareta pasientsikkerheten og sørge for at krav til forsvarlighet og kvalitet blir ivaretatt i hele virksomheten. God internkontroll og systemer for risikostyring er viktige for å forebygge, forhindre og avdekke uønskede hendelser.

Etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. § 3 skal ledelsen etablere internkontrollsystem for virksomheten. De nærmere kravene til internkontrollsystemet følger av § 4 i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Internkontrollsystemet er en sentral del av ledelsens styringssystem for sykehuset. Det er sentralt for et godt styringssystem at det ikke er tvil om hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt i en virksomhet. Ansvars- og oppgavefordeling må forankres tydelig i organisasjonen, slik at alle er kjent med hvilke oppgaver de selv og andre har, og hvem som har myndighet til å ta beslutninger.

Ledelsen skal etter internkontrollforskriften blant annet sørge for at medarbeiderne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor sitt aktuelle fagfelt for å kunne gi pasientene forsvarlig helsehjelp. Det er også viktig at ledelsen sørger for nødvendig kompetanse, kulturbygging og holdningsskapende arbeid for å skape god kvalitet i behandlingen og gode pasientforløp med utgangspunkt i pasientens behov. Ledelsen skal videre sørge for at virksomheten identifiserer områder hvor det er fare for svikt eller mangel som kan medføre uønskede hendelser i pasientbehandlingen, og at det utarbeides gode rutiner på områder med særlig fare for svikt. Den praktiske gjennomføringen av dette vil i de aller fleste tilfeller påligge førstelinjelederen, men den øverste lederen har ansvaret for, og må forsikre seg om at internkontrollen fungerer på alle nivåer i virksomheten.

Virksomheten må dessuten ha rutiner for gjennomgang av uønskede hendelser, slik at årsaker til og konsekvenser av hendelsen klargjøres. For uønskede hendelser som kan gjenta seg og som er av en viss betydning, skal det iverksettes tiltak for å forhindre gjentakelse.

De regionale helseforetakene er i helseforetaksloven § 37 a videre pålagt å etablere en uavhengig og objektiv internrevisjon. Formålet med internrevisjon er blant annet å sikre at virksomhetene driver systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Virksomhetenes kvalitetsarbeid skal bidra til en god og trygg tjeneste for pasientene, herunder at det ikke gjøres feil som er til skade eller ulempe for

pasienten. Internrevisjonen skal også omfatte helseforetakene som det regionale helseforetaket eier og inngåelse og oppfølging av avtaler med andre tjenesteytere. Internrevisjon vil dessuten kunne omfatte revisjon av om organiseringen av og lederstrukturen i et helseforetak er i samsvar med gjeldende lovgivning.

Det følger av helseforetaksloven § 37 a fjerde ledd at internrevisjonen, uten hinder av taushetsplikt, kan kreve enhver opplysning, redegjørelse eller dokument og foreta de undersøkelser som den finner nødvendig for å utføre en revisjon. Helsepersonell kan således uten hinder av taushetsplikt gi pasientopplysninger til internrevisjonen, jf. helsepersonelloven § 23 nr. 6.

4. FORHOLDET TIL HELSEPERSONELLETS PLIKT TIL FORSVARLIG YRKESUTØVELSE

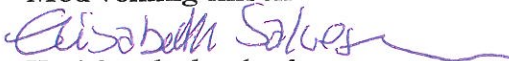
Det er i lov og forskrift stilt krav til helsepersonellens yrkesutøvelse. Sentralt blant helsepersonellens plikter er kravet til faglig forsvarlig yrkesutøvelse, jf. helsepersonelloven § 4. Plikten gjelder uavhengig av hvorvidt helsepersonellet utøver sitt yrke som selvstendig næringsdrivende eller som ansatt i sykehus eller annen virksomhet. Det enkelte helsepersonell ansatt i sykehus har således et selvstendig ansvar for sin yrkesutøvelse.

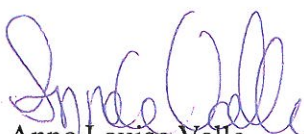
Det at helsepersonellet har et ansvar for sin yrkesutøvelse, fritar ikke helsepersonellet fra plikten til å innrette seg etter sykehusledelsens instruksjoner. Et offentlig sykehus drives innenfor gitte økonomiske rammer. Ledelsen har ansvar for å sikre at sykehusets ressurser brukes riktig og ivaretar alle pasienter og pasientgrupper på en god måte. Sykehusets øverste ledelse har et særlig ansvar for å sikre god prioritering av ressurser på tvers av sykehusets avdelinger og klinikker. Også helsepersonellet må derfor i sitt arbeid prioritere sykehusets ressurser i samsvar med de instruksjoner som ledelsen har gitt.

Dersom helsepersonellet mener instruksjonen medfører uforsvarlig virksomhet, plikter helsepersonellet å gjøre ledelsen oppmerksom på forholdene. Foreligger det forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet skal helsepersonellet gi informasjon til tilsynsmyndighetene om dette, jf. helsepersonelloven § 17.

At det enkelte helsepersonellet har et ansvar for forsvarlig yrkesutøvelse innebærer at både helsepersonellet og ledelsen kan holdes ansvarlig for uforsvarlig pasientbehandling. Ledelsesansvaret utelukker med andre ord ikke at det enkelte helsepersonell også holdes ansvarlig for uforsvarlig pasientbehandling.

Med vennlig hilsen


Kari Sønderland e.f.
ekspedisjonssjef


Anne Louise Valle
avdelingsdirektør