



Stedlig ledelse i Helse Møre og Romsdal

Rapport fra delprosjektet
for stedlig ledelse

8. desember 2016

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning.....	4
2.	Organisasjonsutvikling i Helse Møre og Romsdal	5
3.	Tilnærming i arbeidet med å kartlegge behov og utvikle løsning	7
4.	Uttrykte behov for stedlig ledelse i Helse Møre og Romsdal	9
5.	Løsning for stedlig ledelse	11
6.	Iverksetting av stedlig ledelse	14
7.	Avsluttende betraktninger	15
8.	Vedlegg	16

1. Innledning

Siden fusjonen mellom Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF i 2011 har det vokst frem et behov for å vurdere og videreutvikle organisasjonsmodellen i Helse Møre og Romsdal. Organisasjonsutviklingsprosjektet kom i gang etter organisasjonsevalueringen høsten 2015 som hadde konkludert med at helseforetaket har utfordringer og endringsbehov knyttet til både organisasjonsstruktur og ledelse¹.

I mars 2016 ble det besluttet å innføre en tverrgående organisasjonsstruktur på nivå 2, og ny ledergruppe kom på plass 1.mai. I etterkant av beslutningen har det vært gjennomført et arbeid for å finne en løsning på hvordan helseforetaket skal sikre stedlig ledelse innenfor en slik tverrgående organisasjonsmodell. Det har blitt utviklet og hørt et forslag til løsning, som nå er foreslått utprøvd som et pilotprosjekt ved ett av sykehusene. Pilotprosjektet har oppstart i begynnelsen av 2017, og det planlegges for iverksetting av løsningen på alle sykehusene mot slutten av 2017. Forslag til mandat for pilotprosjektet er vedlagt.

Hensikten med denne rapporten er å beskrive prosessen med å finne frem til en løsning for stedlig ledelse i Helse Møre og Romsdal, gå nærmere inn på de ulike elementene i løsningen og skissere hvordan løsningen kan prøves ut og gradvis iverksettes i løpet av 2017.

Spørsmålet om stedlig ledelse har i lengre tid vært gjenstand for en profesjonsfaglig og politisk debatt. Samtidig har det vært en mangelfull definisjon av selve begrepet, som har åpnet for ulike fortolkninger og synspunkter. Således kan denne rapporten også være et bidrag til diskusjonen om stedlig ledelse i norske sykehus.

I foretaksrådet i Helse Midt Norge RHF onsdag 4.mai 2016 under sak 7 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan, ble det presisert at stedlig ledelse skal være hovedregelen jfr. Stortingets vedtak. Samtidig sies det i foretaksprotokollen at «kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker», men at «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». Etter foretaksrådet ble det fremsatt en interpellasjon til helse- og omsorgsministeren, som svarte ut denne 18. mai 2016. Det fremgår at det er ulike tolkninger av hvorvidt prinsippet om stedlig ledelse står i et motsetningsforhold til utvidet klinikkorganisering og klinikkledelse. Helseministeren henviser til foretaksprotokollen og peker på det generelle prinsippet om at hvert enkelt ledernivå skal ha fullmakter og handlingsrom, samt at helseforetakene selv må finne sine organisatoriske løsninger på stedlig ledelse.

Med dette som utgangspunkt har Helse Møre Romsdal valgt å gjennomføre en kvalitativ og involverende prosess der medarbeiderne i helseforetaket har deltatt i arbeidet med å kartlegge behovene for stedlig ledelse og hva dette innebærer. De ansattes beskrivelser og innspill har dannet grunnlaget for et felles behovsbilde som den skisserte løsningen skal forsøke å imøtekomme.

¹ Ref. Styresak 2015/68. Organisasjonsevaluering.

2. Organisasjonsutvikling i Helse Møre og Romsdal

Proessen med å utarbeide en løsning for å ivareta behovet for stedlig ledelse innenfor en tverrgående organisasjonsstruktur er en del av et større organisasjonsutviklingsarbeid i Helse Møre og Romsdal.

Høsten 2015 ble det gjennomført en organisasjonsevaluering. Evalueringen bygget på tilbakemeldinger fra intervjuer og samtaler med ansatte, ledere, tillitsvalgte, vernetjeneste, brukere og andre nøkkelpersoner på alle nivåer i organisasjonen, innenfor ulike klinikker og på tvers av geografiske lokasjoner. Konklusjonen var at helseforetaket hadde utfordringer og endringsbehov knyttet til organisasjonsstruktur, ledelse og håndtering av stedlige lederutfordringer.

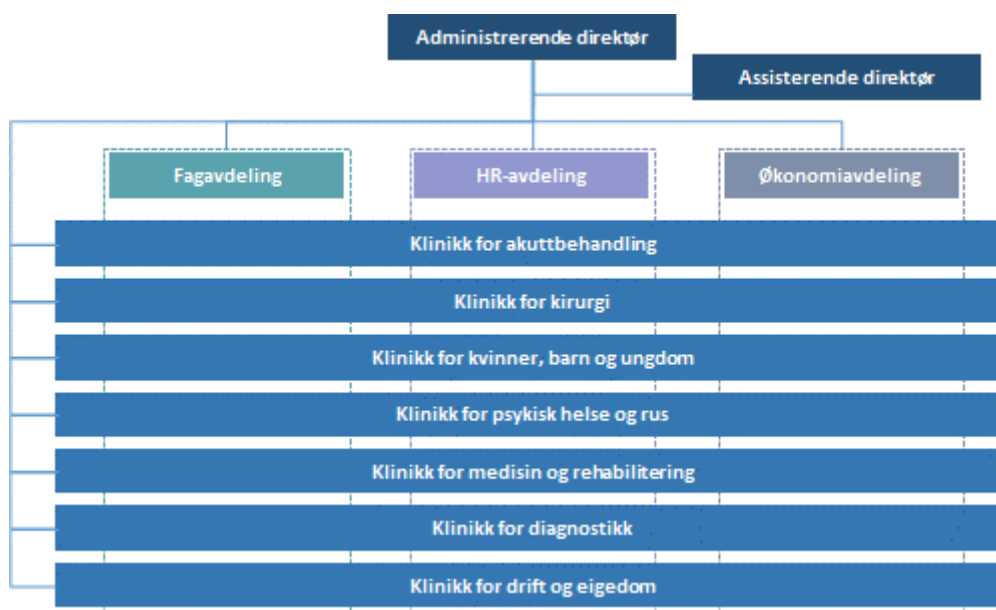
På bakgrunn av evalueringen ble det iverksatt et organisasjonsutviklingsarbeid og det ble opprettet et prosjekt for formålet. OU-prosjektet har blant annet hatt i oppdrag å utrede og foreslå:

- Ny organisasjonsstruktur
- Felles krav og rammeverk for ledelse
- Løsning for stedlig ledelse

Prosjektet har vært organisert i fire delprosjekt som har hatt ulike mandat og oppgaver. Et av delprosjektene har hatt ansvar for å utvikle en løsning for stedlig ledelse innenfor en tverrgående organisering.

Beslutning om en tverrgående organisering i mars 2016

Med utgangspunkt i et sett mål og ambisjoner for organisasjonsmodellen, organisasjonsevalueringen høsten 2015, høringsinnspill, konsekvensvurderinger og samtaler med ledergruppen, bestemte administrerende direktør i mars 2016 at Helse Møre og Romsdal skal ha en tverrgående klinikkstruktur. Følgende organisasjonsmodell er vedtatt på overordnet nivå:



Figur 1: Organisasjonsmodell i Helse Møre og Romsdal

En tverrgående struktur blir vurdert som best egnet til å legge til rette for utvikling av kunnskaps-, kompetanse- og ressursdeling på tvers av lokasjoner, samt for utvikling av beste faglige praksis. En tverrgående struktur gir også gode muligheter til å omfordele og utnytte ressurser på en effektiv måte, redusere variasjon og skape jevnere kvalitet på pasienttilbudet. Dette vil bedre pasientsikkerheten og opprettholde og utvikle et likeverdig pasienttilbud i hele fylket.

Beslutningen om en tverrgående struktur har lagt premissene for arbeidet med å finne en organisatorisk løsning på behovet for stedlig ledelse. Det har vært viktig å søke en løsning som kompletterer, og ikke oppfattes som å konkurrere med, vedtatte strukturer, roller og lederlinjer.

Delprosjekt for stedlig ledelse

Delprosjekt for stedlig ledelse fikk i oppdrag å utrede behov, utforme innhold og beskrive et løsningsforslag for stedlig ledelse i Helse Møre og Romsdal. Fra mandatet fremgår det at delprosjektet skal utrede forslaget blant annet gjennom å:

- Innhente erfaringer fra andre helseforetak knyttet til organisering av, og innhold i, stedlig ledelse
- Utrede innhold og oppgaver knyttet til behov for stedlig koordinering og ledelse
- På bakgrunn av dette beskrive forslag til organisering av stedlig ledelse

Forslaget til stedlig ledelse skal være gjennomførbart innenfor en tverrgående klinikkstruktur og samtidig være i overensstemmelse med overordnede nasjonale og regionale retningslinjer og føringer, inkludert føringer gitt i Nasjonal helse- og sykehusplan og Innst. 206 S (2015–2016).

Delprosjektet har hatt en arbeidsgruppe bestående av tolv medlemmer som representerer ulike geografiske lokasjoner, fagfelt og ledernivåer. Medlemmene har lagt ned en betydelig innsats i arbeidet for å sikre at samtlige synspunkter og innspill fra organisasjonen har blitt diskutert og vurdert. I tillegg har medlemmene bidratt med gode og kreative innspill som etter felles bearbeiding, modning og videreutvikling ligger til grunn for foreslått løsning.

Delprosjektet har bestått av følgende medlemmer.

Navn	Rolle	Stilling/Avdeling
Marit Stadler Wærness	Delprosjektleder	Deloitte
Anette Lekve	Deltaker	Tillitsvalgt, NSF
Berit Kalgraff	Deltaker	Avdelingssjef, Klinikk for psykisk helse og rus
Britt Valderhaug Tyrholm	Deltaker	Samhandlingssjef, Fagavdelingen
Hanne Stenseth	Deltaker	Seksjonsleder, Klinikk for kvinner, barn og ungdom
Karl-Arne Remvik	Deltaker	Assisterende klinikkssjef, Klinikk for medisin og rehabilitering
Lars Duwe	Deltaker	Avdelingssjef, Klinikk for kirurgi
Manuela Strauss	Deltaker	Avdelingssjef, Klinikk for kvinner, barn og ungdom
Mona Aagaard-Nilsen	Deltaker	Klinikkssjef, Klinikk for drift og eigedom
Mona Ryste	Deltaker	Avdelingssjef, Klinikk for medisin og rehabilitering
Vidar Hagerup	Deltaker	Kvalitetssjef, Fagavdelingen
Julie Helset	Deltaker	Deloitte

3. Tilnærming i arbeidet med å kartlegge behov og utvikle løsning

I dette kapitlet beskrives arbeidet med å komme frem til en løsning på behovet for stedlige ledelse. Det er gjennomført en grundig prosess som startet med kartlegging av erfaringer fra andre helseforetak og organisasjoner. Deretter er det gjennomført sykehusvise møter på alle sykehusene i helseforetaket med åpne informasjonsmøter for alle ansatte og påfølgende idédugnader med et utvalg ansatte. Møtene har vært hovedtiltaket for å kartlegge behovene for stedlig ledelse i helseforetaket. På bakgrunn av behovsbildet ble det utviklet et organisatorisk løsningsforslag som ble sendt på høring i august 2016. Høringen gav nyttige innspill som har bidratt til en videreutvikling, justering og detaljering av den endelige foreslåtte løsningen som beskrives nærmere i denne rapporten.

3.1 Erfaringer fra andre helseforetak og organisasjoner

Delprosjektet begynte arbeidet med å innhente erfaringer fra andre helseforetak og organisasjoner. Innsikten gav en innledende forståelse av muligheter og fallgruver knyttet til ulike løsninger på stedlig ledelse.

På bakgrunn av andres erfaringer har delprosjektet identifisert og diskutert risikofaktorer ved ulike løsningsforslag underveis i prosessen. Spesielt har utfordringene knyttet til stedlige råd blitt grundig overveid. Det har vært viktig å identifisere stedlige funksjoner, roller og møtearenaer som oppfattes som relevante og nyttige for ansatte og ledere i sykehusene, samtidig som løsningene skal passe inn og gi mening innenfor helseforetakets struktur og styringslinjer.

Det har også vært en grunnleggende forutsetning for prosessen at det skal gjennomføres en kartlegging av behovene for stedlig ledelse i egen organisasjon slik at helseforetaket kan utvikle en egnet løsning tilpasset lokale forhold.

3.2 Involverende prosess med sykehusvise møter

Det ble gjennomført en kvalitativ og involverende kartleggingsprosess med formål å lytte til organisasjonen. Samtlige ansatte ble invitert til å delta på åpne informasjonsmøter der det ble informert om organisasjonsutviklingsprosjektet generelt og mer spesifikt om arbeidet med stedlig ledelse. De ansatte fikk mulighet til å stille spørsmål og komme med innspill på behov for stedlig ledelse, og disse har blitt tatt inn og vurdert i prosessen med å utarbeide løsningsforslaget.

I etterkant av informasjonsmøtene ble det gjennomført en idédugnad med deltakere fra sykehuset og omkringliggende lokasjoner. Deltakerne jobbet i skiftende grupper og diskuterte hvilke koordinerende og ledelsesmessige oppgaver det er behov for å løse lokalt i helseforetaket innenfor følgende tre områder: pasientforløp, fysisk og/eller geografisk miljø og arbeidsmiljø. Alle deltakerne fikk gi innspill på behov for stedlig ledelse på alle tre områder.

For ikke å påvirke eller legge føringer på tilbakemeldinger fra organisasjonen, ble det, verken før eller under møtene, gitt noen definisjon av begrepet stedlig ledelse. I stedet ble det oppfordret til å komme med konkrete eksempler på stedlige oppgaver og behov. Således fikk organisasjonen beskrive hva som legges i begrepet, og innspillene fra møtene dannet grunnlaget for en samlet beskrivelse av felles behov for stedlig ledelse i Helse Møre og Romsdal. Behovene beskrives nærmere i kapittel 4 i denne rapporten.

3.3 Syntetisering av kartlagte behov

Delprosjektet har samarbeidet om å oppsummere, gruppere og syntetisere innspillene fra de sykehusvise møtene. Hensikten har vært å finne mønster i kartlagte behov og vurdere hvorvidt behovene kan relateres til enten pasientforløp, fysisk og/eller geografisk miljø eller arbeidsmiljø.

Basert på dette har arbeidsgruppen diskutert og vurdert om ledelsesbehovene best kan møtes gjennom:

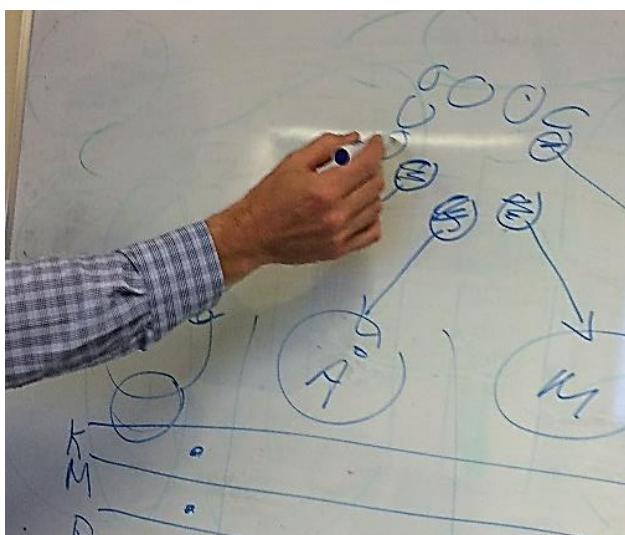
- De ordinære lederrollene i linjen
- Opprettelse av nye stedlige roller/funksjoner i eller på tvers av linjen
- Opprettelse av nye stedlige møteplasser

Denne måten å bearbeide og oppsummere behovene på gav en god oversikt over hvilke behov som handler om ledelse generelt og hvilke oppgaver, problemstillinger eller utfordringer som ikke ivaretas fullt ut i dagens organisering. Det ble viktig å foreslå en løsning som legger til rette for samhandling og koordinering mellom de lokale lederrollene i linjen.

3.4 Utvikling av forslag til organisatorisk løsning

Etter hvert som behovsbildet ble tydelig, ble det diskutert ulike organisatoriske løsninger som kunne imøtekomme behovene. Fordi arbeidsgruppen besto av deltakere på tvers av lokasjoner, fagfelt og nivåer, ble ulike ståsted og innfallsvinkler diskutert og analysert før det ble enighet om et løsningsforslag bestående av fem ulike tiltak. Disse tiltakene ble sendt på høring i august 2016,

Bildet nedenfor er fra et av arbeidsmøtene der ulike løsningsforslag ble analysert og diskutert.



3.5 Justering av løsningsforslag etter høring




Delprosjektets løsningsforslag ble beskrevet i rapporten for OU-prosjektet som ble sendt på høring i organisasjonen den 18. august 2016.

I høringen kom det frem flere kritiske spørsmål, samt velfunderte og gode innspill på den skisserte løsningen for stedlig ledelse. Forslaget om å opprette en «stedlig driftsledelse» ble oppfattet som å kunne føre til at en enkeltperson, i kraft av sin stedlige rolle, skulle kunne overprøve beslutningsmyndighet og vedtak i den ordinære lederlinjen.

Delprosjektet har på denne bakgrunn valgt å endre både navn på, og beskrivelse av, løsningen for stedlig ledelse, for å tydeliggjøre hva som ligger i en stedlig ledelsesfunksjon. Den oppdaterte beskrivelsen, som fremstilles i denne rapporten, skal tydeliggjøre at løsningen ikke innebærer at det skapes en alternativ ledelse til klinikkledelsen eller noen form for sykehusdirektør. Det som foreslås er opprettelse av en ny funksjon som har som oppgave å sørge for god koordinering av prosesser og aktiviteter mellom de eksisterende lederne på lokasjonen.

4. Uttrykte behov for stedlig ledelse i Helse Møre og Romsdal

Følgende tabell oppsummerer de identifiserte behovene for stedlig ledelse slik de har fremkommet på de sykehusvise møtene. En del av behovene er uttalt ved alle lokasjoner, mens andre behov kun har kommet frem ved enkelte lokasjoner. Det er denne samlede behovslisten som ligger til grunn for utformingen av den skisserte løsningen for stedlig ledelse.

Tema fra idedugnad	Identifiserte behov for stedlig ledelse
 Pasientforløp	<ul style="list-style-type: none"> Ivareta samhandling mellom enheter, f.eks. knyttet til utstyr, kapasitets- og arealoptimalisering, støttefunksjoner og personalressurser Sikre god pasientflyt Ta overordnede beslutninger Skjære igjennom ved uenigheter/konflikter Samhandle og samarbeide lokalt Informere og kommunisere
 Fysisk/geografisk miljø	<ul style="list-style-type: none"> Planlegge, koordinere, prioritere og fordele ressurser/midler knyttet til bygg Sørge for lokasjonens "ansikt utad" (åpningstider, skilting, kiosk, pasientverter, sykehusverter, parkering, garderobes, informasjon, bibliotek, transport m.m.)
 Arbeidsmiljø	<ul style="list-style-type: none"> Være tilgjengelig og ansvarlig Inkludere Sikre tillit til videre utvikling av sykehuset – forutsigbarhet Ivareta sykehusets profil Skape godt arbeidsmiljø internt på sykehuset Avklare rykter

Det ble vurdert at behovene som kom frem stort sett kan henføres til en av tre følgende overordnede ledelsesfunksjonene i helseforetaket:

- Løpende drift av sykehuset/lokasjonen
- Strategi og utvikling av virksomheten på sykehuset/lokasjonen
- Personalledelse

Løpende drift av sykehuset/lokasjonen handler om behovet for å håndtere løpende ressurs-, samhandlings- og beslutningsutfordringer knyttet til prosess- og pasientflyt internt i sykehuset og i samarbeid med kommunene. Løpende drift handler også om teknisk og administrativ drift og oppgaver knyttet til bygg og eiendom. Mange opplever i dag at det tar lang tid å få nødvendige avklaringer og at henvendelser og spørsmål ikke håndteres i tilstrekkelig grad.

Strategi og utvikling av virksomheten på sykehuset/lokasjonen handler om behovet for å utveksle informasjon og ha en dialog mellom ledernivåene om den enkelte lokasjons utviklingsmuligheter, utfordringer og framtidsutsikter.

Personalledelse handler om behovet for å – fra et medarbeiderperspektiv – kunne bli «sett og hørt» i hverdagen, og – fra et ledersperspektiv – kunne «se og høre» den enkelte.

Behovene knyttet til personalledelse gir uttrykk for generelle krav og forventninger til ledelse og ledere i den ordinære lederlinjen. Det er etablert et eget delprosjekt i organisasjonsutviklingsprosjektet som jobber med å tydeliggjøre lederrollene i helseforetaket. Det legges til grunn at de uttrykte behovene knyttet til personalledelse i stor grad vil imøtekommes gjennom utvikling og styrking av den ordinære ledelseslinjen. Det er også utviklet et sett med prinsipper for organisering av helseforetaket og et viktig prinsipp er at seksjonene i klinikkene skal være stedlig organiserte.

Utover dette har det gjennom prosessen kommet innspill på behov for stedlig beredskapsledelse ved kriser. Beredskapsledelse skal ifølge beredskapsplanverket løses gjennom en beredskapsorganisering. Det vil likevel være enkelte grenseflater og grenseoppganger mellom løsningen for stedlig ledelse og den lokale beredskapsorganisasjonen som må håndteres.

Flere fremsatte også behov for at det opprettes egne bestemte stedlige lederroller, og på de mindre sykehusene har det kommet frem ønsker om en stedlig sykehusdirektør. Disse innspillene er registrert, diskutert og anerkjennes som viktige tilbakemeldinger, men de er ikke tatt inn i løsningsforslaget siden dette bryter med valgt overordnet prinsipp om en tverrgående klinikkstruktur.

En tydelig og gjennomgående tilbakemelding fra organisasjonen har vært at ledere på den enkelte lokasjon må ha tilstrekkelige fullmakter og beslutningsmyndighet for at stedlig ledelse skal kunne fungere.

5. Løsning for stedlig ledelse

Dette kapitlet beskriver hvordan stedlig ledelse kan organiseres for å svare ut de kartlagte behovene for stedlig ledelse i helseforetaket. Det er foreslått fem ulike, men komplementære tiltak:

1. Opprettelse av en koordinerende funksjon ved hvert av sykehusene, som organiserer felles møter der ledere fra ulike klinikker diskuterer og behandler felles anliggende og prosesser som går på tvers av valgt organisering
2. Gjennomføring av enkle, lokale koordineringsmøter etter behov
3. Tydeliggjøring av ansvarsområder knyttet til drift og eiendom
4. Stedlige ledermøter på nivå 2
5. Stedlige ledersamlinger

1. Opprettelse av koordinerende funksjon ved hvert av sykehusene

Det foreslås å opprette en koordinerende funksjon ved hvert av sykehusene i helseforetaket. Funksjonen ledes av en koordinator som organiserer felles møter der ledere fra ulike klinikker diskuterer og behandler felles anliggende og prosesser som går på tvers av valgt organisering.

Stedlige behov som kan imøtekommes gjennom dette tiltaket:

- Styrke samhandling mellom enheter, f.eks. knyttet til utstyr, kapasitets- og arealoptimalisering, støttefunksjoner og personalressurser
- Tilrettelegge for pasientflyt
- Bidra til helhetlige og overordnede beslutninger
- Forebygge og løse opp i uenigheter og konflikter
- Samhandle og samarbeide lokalt
- Informere og kommunisere internt i sykehuset og omkringliggende lokasjoner
- Avklare rykter
- Bidra til godt arbeidsmiljø internt i sykehuset

Hensikten med den koordinerende funksjonen er å håndtere problemstillinger, utfordringer eller uenigheter ved lokasjonen som går på tvers av klinikkens organisering. Eksempler på denne type saker kan være spørsmål om effektiv arealfordeling, prioritering av vedlikehold- og oppussingsaker, planlegging av operasjonsstuekapasitet, samhandling om pasientens vei igjennom sykehuset, samt informasjons- og kunnskapsdeling som kan fremme samarbeid og samhandling på tvers. Koordinator er ansvarlig for å identifisere slike saker, samt å innkalle til dialogbaserte møter for involverte parter der dette behandles. Koordinatoren skal ha god kjennskap til sykehuset, og til utfordringer og muligheter i de lokale arbeidsprosessene som går på tvers av organisering. Koordinatoren må evne å se og behandle saker fra et stedlig helhetsperspektiv.

Opprettelsen av en koordinerende funksjon og koordinatorrolle kan ses som å være i samsvar med prosessorienteringen som beskrives i styresak 2016/46 om en ny styringsmodell for Helse Møre og Romsdal. I styresaken står det at forståelse for og ledelse av ulike prosesser som virker sammen som et system kan bidra til at helseforetaket oppnår sine resultater på en virkningsfull og effektiv måte. Samordning og koordinering av tjenester på tvers av enheter og i samhandling med primærhelsetjenesten kan bidra til å understøtte pasienters behov for helhetlige pasientforløp som er trygge og forutsigbare og som er av god kvalitet. Dette krever en prosessuell tilnærming og ledelse som evner å se helhet fremfor deler slik at helseforetaket kan styre de ulike prosessene og vekselvirkningene mellom dem på en slik måte at den samlede prestasjonen økes.

Stedlig koordinator har ikke egne økonomiske fullmakter² og kan ikke overprøve beslutninger som tas i den ordinære linjen, men koordinator skal tilføre dialogen og beslutningsprosessene innsikt og vurderinger fra et helhetlig perspektiv på lokale forhold og prosesser. Koordinator har mandat til å identifisere, ta opp og

² Det bør vurderes om det er hensiktsmessig at koordinator for å kunne utøve sin rolle får tilgang på et mindre beløp som fungerer som en slags «koordineringspott»

prioritere saker, samt koordinere oppmøte. Hvis involverte parter ikke kommer til enighet i dialogen, står koordinator også fritt til å eskalere spørsmål til ledergruppen hvis dette anses som nødvendig for å sikre at saken konkluderes og/eller at det prosessuelle og helhetlige perspektivet ivaretas.

Oppmøte og format på møtene og saksbehandlingen i møtene styres av koordinator ut fra sakens karakter. Det kan for eksempel være behov for faste møter for spesifikke gjentakende saker, mens andre saker kan håndteres ad hoc.

Den koordinerende funksjonen ved sykehuset skal bidra til at problem, spørsmål og dilemmaer som oppstår på tvers av linjene forsøkes løst på beste effektive ledernivå og at involverte parter trekkes inn tidlig i felles dialog om den aktuelle saken.

Hva koordinator forventes gjøre	Hva koordinator ikke skal gjøre
Fasilitere diskusjoner, ivareta prosessperspektiv som går på tvers av linjer, tydeliggjøre synspunkter, konkludere, komme med anbefalinger, involvere personer med beslutningsmyndighet, eskalere saker til ledergruppen, opplyse og koordinere beslutninger	Ta eller overprøve beslutninger
Involvere beslutningstakere med fullmakter og økonomiske midler	Styre økonomiske midler
Gi innspill til OU-funksjonen, kommunikasjonsavdeling, ledergruppe o.l. knyttet til tematikk som bør håndteres	Sitere enkeltpersoner fra dialog om saker

Avslutningsvis i beskrivelsen av den nye koordineringsfunksjonen er det verdt å understreke at dette vil innebære en ny type koordinering av aktiviteter på tvers av enheter gjennom felles dialog mellom ledere i sykehuset. Den stedlige koordineringsfunksjonen har ingen egen styringsrett eller økonomiske fullmakter, og koordinatorrollen er ikke en lederrolle. Derimot er koordinator avhengig av at lederne har tydelige og reelle fullmakter til å utøve ledelse på sitt nivå.

2. Enkle, lokale koordineringsmøter etter behov

I tillegg til koordineringsfunksjonen og det systematiske arbeidet med felles stedlige saker, foreslås det som en del av løsningen for stedlig ledelse å sørge for gjennomføring av enkle, lokale koordineringsmøter av kort varighet ut fra daglige behov. Hensikten med disse møtene er å håndtere enklere koordineringsspørsmål, for eksempel bruk av personalressurser på tvers av enheter ved sykdom eller fravær, bruk av utstyr, praktisk håndtering av pasientflyt mellom enheter, spesielt ved overbelegg osv. Møtedeltakelse og frekvens tilpasses behov og praktiske forhold ved den enkelte lokasjon, og det er de lokale lederne i klinikkene som er ansvarlige for møtene.

Etter at en koordinerende funksjon (tiltak 1) og lokale koordineringsmøter (tiltak 2) er nærmere prøvd ut og utviklet videre, bør det utarbeides en oversikt som gir en beskrivelse av hvor saker som havner i grensesnittet mellom disse tiltakene bør håndteres og diskuteres.

3. Tydeliggjøre ansvarsområder knyttet til bygg og eiendom

I kartleggingsrunden kom det frem flere behov for stedlig ledelse og koordinering som er knyttet til utnyttelse og bruk av bygg og eiendom. Ansvaret for mange av disse oppgavene ligger til Klinikk for drift og eieendom. Som en del av OU-prosessen vurderer denne klinikken sin interne organisering, også med formål å finne hensiktsmessige måter å ivareta stedlige behov knyttet til det fysiske og geografiske miljøet.

Behov som kan imøtekommes gjennom å tydeliggjøre ansvarsområder knyttet til bygg og eiendom er:

- Det finnes en instans på stedet som har ansvar for oppfølging av prioriterte tiltak som knytter seg til bygg og eiendom
- Bidra til utvikling av lokasjonens «ansikt», herunder generelt vedlikehold, ute- og inneareal, skilting, parkering, med mer

4. Stedlige ledermøter på nivå 2

Det foreslås at ledergruppens møter på de ulike sykehusene i helseforetaket tydeliggjøres og utnyttes bedre med henblikk på å formidle ledergruppens synspunkter på stedlige problemstillinger og muligheter. Hensikten er å tilrettelegge for bedre kunnskap og dialog om lokale forhold.

Ledermøtene skal fortsatt være av helhetlig, strategisk og utviklingsmessig art. Koordinator³ vil kunne fange opp og formidle denne type lokale saker til ledermøtet, og lokale ledere og ansatte vil kunne delta i møtet på sak.

Behov som kan imøtekommes gjennom tiltaket:

- Bygge tillit til videre utvikling av sykehuset og økt forutsigbarhet
- Utvikle sykehusets profil
- Avklare rykter
- Ta overordnede beslutninger
- Skjære igjennom ved uenigheter/konflikter
- Være tilgjengelig og ansvarlig
- Inkludere

5. Stedlige ledersamlinger

Det foreslås at enkelte ledersamlinger i helseforetaket gjennomføres lokalt. Dette innebærer at alle ledere på nivå 3 og 4 fra sykehuset/lokasjonene i området deltar på samlingen sammen med ledergruppen. Hensikten er blant annet at lederne møtes på tvers nivåer og enheter, over litt lengre sammenhengende tid, for å diskutere og jobbe med felles utfordringer knyttet til lokasjon og arbeidshverdag. En positiv bieffekt er at ledergruppen vil få god innsikt i lokale forhold gjennom å delta i diskusjoner på samlingen.

Ledergruppen setter agendaen for de stedlige ledersamlingene og sørger for at helhetsblikket og det overordnede ledelsesperspektivet ivaretas. Her kan ledergruppen samarbeide med OU-funksjonen, koordinator, kommunikasjonsavdelingen, HR-avdelingen eller andre.

Behov som kan imøtekommes gjennom tiltaket:

- Samhandle og samarbeide lokalt
- Informere og kommunisere
- Inkludere
- Bygge tillit til videre utvikling av sykehuset og økt forutsigbarhet
- Utvikle sykehusets profil
- Bidra til godt arbeidsmiljø internt
- Avklare rykter

³ Jfr. tiltak om opprettelse av koordinerende funksjon ved hvert av sykehusene

6. Iverksetting av stedlig ledelse

Ledergruppen besluttet den 4. oktober at den skisserte overordnede løsningen for stedlig ledelse skal iverksettes i Helse Møre og Romsdal, men med ulik fremdrift og organisering.⁴ Beslutningen om å tydeliggjøre ansvarsområder for bygg og eiendom skjer igjennom en intern OU-prosess i Klinikk for drift og eigedom. Beslutningen om å gjennomføre stedlige ledermøter og stedlige ledersamlinger skal gjennomføres omgående og er ledergruppens ansvar.

Når det gjelder forslaget om å opprette en koordinerende funksjon ved hvert av sykehusene i helseforetaket er det besluttet at det skal gjennomføres en pilot ved ett av sykehusene, inkludert omkringliggende lokasjoner, før løsningen også iverksettes på de andre sykehusene. For dette opprettes et pilotprosjekt som trer i kraft tidlig 2017. Pilotprosjektet skal gi konseptet tid til å finne sin form og til å utvikle, tydeliggjøre og detaljere rollen og oppgavene som koordinator. Det skal vinnes erfaringer med løsningen og det skal foretas justeringer før konseptet iverksettes i hele organisasjonen. Viktige elementer i piloten blir blant annet å kartlegge hva slags kompetanse som kreves av koordinator, hvilke faktiske koordineringsbehov som eksisterer, hvorvidt saker meldes inn, om personer møter opp, samt grenseflater mot øvrige tiltak. Dialog og samarbeid med interessenter i de øvrige tiltakene for stedlig ledelse blir således en vesentlig del av arbeidet.

De enkle, daglige koordineringsmøtene skal også prøves ut som en del av piloten. Rent praktisk vil det i piloten være slik at det er stedlig koordinator som initierer og er en pådriver for disse møtene.

Det foreslås å organisere piloten som et prosjekt med utnevning av en prosjektleder og en prosjekteier. En sentral oppgave i pilotprosjektet vil være å utnevne en fungerende koordinator, en kvalifisert person som går inn i den nye rollen og driver pilotprosjektet. Koordinator må få tilstrekkelig prosess-, metode- og kommunikasjonsstøtte.

For en vellykket implementering av løsningsforslaget for stedlig ledelse er det flere hensyn som må ivaretas. Det må for eksempel gis rom for å tilpasse og justere løsningen underveis – også etter at løsningen rulles ut på alle sykehusene. Det kan være nødvendig med større lokale tilpasninger, eller det kan være elementer ved tiltakene som viser seg å fungere dårlig i praksis. Samtidig må ledere og medarbeidere før, under og etter innføring av tiltakene for stedlig ledelse utvise raushet og tålmodighet. Det er ikke sikkert at alt ved løsningen fungerer tilfredsstillende umiddelbart. Det betyr også at man bør vente og vinne tilstrekkelig erfaring før man trekker konklusjoner om hva som fungerer og hva som eventuelt bør gjøres av justeringer.

Videre er det viktig å huske på at det ikke finnes noen form for organisering som er perfekt. Det vil være styrker og svakheter ved enhver organisatorisk modell, og når alt kommer til alt er det ofte organisasjonskulturen, og grad av etterlevelse knyttet til nye arbeidsformer, som vil være avgjørende for om løsningen fungerer og således imøtekommer organisasjonens behov. Hvorvidt løsningene gjør organisasjonen bedre rustet til å ivareta samhandling mellom enheter og sikre gode prosesser og pasientflyt lokalt avhenger for eksempel av følgende forhold:

- Oppmøte og bruk av koordinerende funksjon – møter aktuelle ledere og medarbeidere opp, til avtalt tid og sted, og fremmes relevante saker?
- Holdning og innstilling – er involverte parter genuint interessert i å komme til enighet? Prøver partene å gjøre en helhetlig og objektiv vurdering av situasjonen, dvs. å betrakte situasjonen fra flere perspektiver før beslutning nås?
- Raushet – klarer involverte parter å vise raushet og tålmodighet med hverandre? Klarer de å bytte på hvem som får gjennomslag og hvem som må vike – sett ut fra et prinsipp om det felles beste? Klarer beslutningstakere å gi seg i noen situasjoner selv om de for egen del egentlig mener at saker burde vært avgjort på en annen måte?

Håndteringen av slike spørsmål er avgjørende for hvorvidt behovene for stedlig ledelse vil kunne imøtekommes i praksis.

⁴ Jfr. Beslutningsgrunnlag for OU-prosjektet den 4. oktober 2016

7. Avsluttende betraktninger

Den skisserte løsningen for stedlig ledelse innebærer ikke at det utnevnes nye lederroller i helseforetaket. Mange av ledelsesbehovene som har kommet frem i arbeidet med stedlig ledelse handler om å styrke og utvikle generelle lederegenskaper som det å ta personalledelse på alvor, bygge tillit og å bruke eget handlingsrom. Behov for stedlig ledelse handler også om å tydeliggjøre ansvarsområder og forventninger knyttet til eksisterende lederroller i linja. Dette er viktige tilbakemeldinger fra organisasjonen som må tas inn i arbeidet med ledelsesutvikling.

Lederplattformen forventer ledere som er ansvarlige, helhetstenkende, endringsvillige, handlekraftige, kommuniserende og inspirerende. I den nye organisasjonsmodellen er det fastsatt et prinsipp om stedlige seksjoner. Dette skal understøtte seksjonsledernes oppfølging av daglig drift og ledelse av det pasientnære arbeidet. Den foreslåtte løsningen for stedlig ledelse skal understøtte god ledelse gjennom å bidra til koordinering på tvers av linjene og et prosessuelt og helhetlig ledesperspektiv på lokasjonene.

På sikt, og uavhengig av ledernes organisering og geografiske plassering, er kanskje utvikling av og oppslutning om en felles ledelseskultur den viktigste nøkkelen til god ledelse i Helse Møre og Romsdal.

8. Vedlegg

8.1 Informasjonskilder i arbeidet

- Helse Fonna HF. Odda og Stord sjukehus i lys av føringene i Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016-2019)
- Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan (206 S (2015–2016))
- Interpellasjon fra Kjersti Toppe (Sp) til helse- og omsorgsministeren. Interpellasjon nr. 31 (2015-2016)
- Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019). Stortingsvedtak 542
- Nordfjord sjukehus. Stadleg leiing sluttrapport
- Nordlandssykehuset HF. Styresak 10-2014. Evaluering av Nordlandssykehuset HFs organisasjonsmodell. Sak 10-2014. Opphør av koordineringsfunksjon i Vesterålen og Lofoten
- NTNU. Organisering av NTNUs ledelse
- Orkdal sjukehus. Mandat Husråd og Stillingsbeskrivelse for koordinator
- Protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF. 4. mai 2016
- Stortinget - Møte onsdag den 18. mai 2016 kl. 12. Sak nr. 5
- Sørlandet sykehus. Styresak 079-2015. Endret organisasjonsstruktur
- UNN. Evaluering av LUO-prosjektet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF og Notat ledelsesstruktur og mandat for lokale driftsråd ved UNN Harstad og Narvik
- Vestre Viken HF. Stedlig koordinering i Vestre Viken. Sak 142/2010 og Endring i organisasjonsmodell. Sak 084/2011

8.2 Mandat for pilotprosjekt

Det skal igangsettes et pilotprosjekt ved ett av sykehusene i Helse Møre og Romsdal, inkludert omkringliggende lokasjoner, for å prøve ut og videreutvikle tiltaket om opprettelsen av en stedlig koordinerende funksjon. Pilotprosjektet skal også være en pådriver for at klinikkene prøver ut enkle lokale koordineringsmøter i prosjektperioden.

Formål

Pilotprosjektet skal konkretisere, tydeliggjøre og videreutvikle den stedlige koordineringsfunksjonen for å sikre relevans og kvalitet på løsningen før iverksetting slik at løsningen understøtter pasientverdiprosessen best mulig.

Metode

- Det opprettes et målsatt og tidsavgrenset prosjekt for formålet, med egne styrings- og rapporteringslinjer
- Det utnevnes en person i rollen som koordinator i prosjektperioden, med ansvar for å gjennomføre og utvikle piloten
- Pilotprosjektet følger en iterativ prosess som veksler mellom operasjonalisering, planlegging, testing, evaluering og justering av den foreslåtte funksjonen
- Utvikling av løsningene skal i tillegg til erfaringene fra sykehuset også bygge på erfaringer fra andre helseforetak, spesielt gjelder dette de enklere, daglige koordineringsmøtene som blant annet er utprøvd ved Akershus universitetssykehus og Stavanger universitetssykehus
- Erfaringer og vunnet innsikt i pilotprosjektet skal ligge til grunn for løsningen som iverksettes i helseforetaket

Resultatmål

- Piloten har fungert i tre måneder og gitt kunnskap som ligger til grunn for videre utvikling og implementering av stedlige koordineringsfunksjoner i Helse Møre og Romsdal
- Det foreligger devalueringer av løsningen:
 - Hva fungerer godt? Hvorfor?
 - Hva fungerer mindre godt/dårlig? Hvorfor?
 - Hvordan kan vi justere måten vi jobber på?
- Det foreligger sluttevaluering av løsningen
 - Hva fungerte godt? Hvorfor?
 - Hva fungerte mindre godt/dårlig? Hvorfor?
 - Hvilke justeringer av funksjonen behøver gjøres før iverksetting andre steder?
- Det foreligger anbefalt løsning inkl.:
 - Rollebeskrivelse koordinator
 - Prinsipper og føringer for gjennomføring
 - Eksempler på relevante saker, tema, beslutningsprosesser og beste praksis for bruk av funksjonen

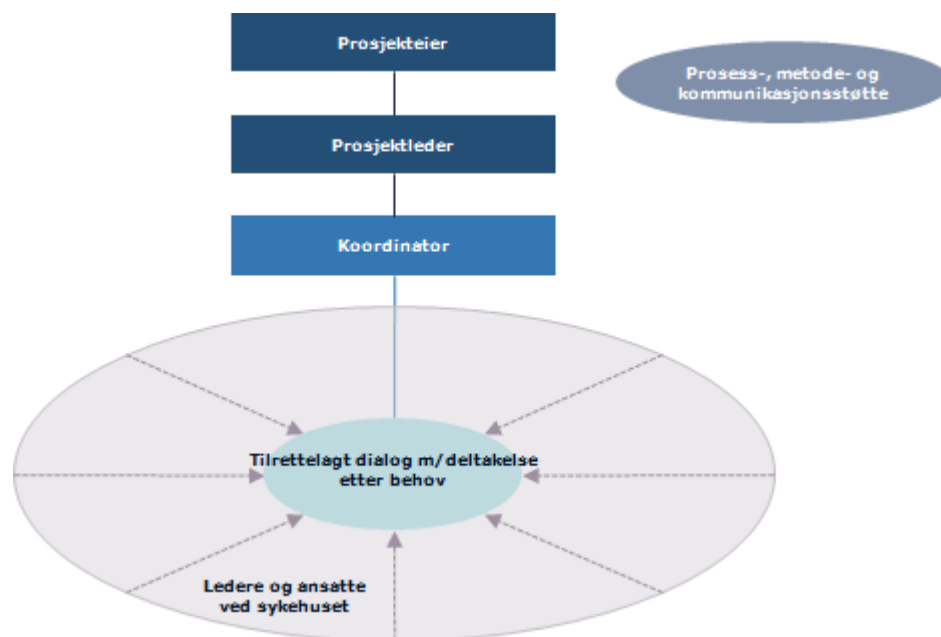
Suksesskriterier

- Piloten ses og vurderes i sammenheng med øvrige tiltak for stedlig ledelse, herunder enklere lokale koordineringsmøter i klinikkene
- Det finnes lokale ambassadører for stedlig ledelse løsningen som deltar, bidrar, mobiliserer og synliggjør for organisasjonen hva tiltakene innebærer
- Prosjektet jobber effektivt og målrettet i perioden, herunder god prosjektorganisering, -styring og -ledelse
- Prosjektet involverer organisasjonen og oppfattes som transparent og inkluderende
- Prosjektet sørger for at organisasjonen og sentrale interessenter får løpende informasjon om prosjektet og prosessen, og at organisasjonen har fått god informasjon om de praktiske implikasjonene knyttet til implementeringsoppstart i 2017

Organisering

- Det utnevnes en prosjekteier for pilotprosjektet
- Det utnevnes en prosjektleder for pilotprosjektet
- Det utnevnes en koordinator som skal gjennomføre og utvikle piloten
- Det etableres prosess-, metode- og kommunikasjonsstøtte for prosjektet
- Ledere og ansatte ved sykehuset og omkringliggende lokasjoner er prosjektdeltakere i piloten

Det foreslås å organisere piloten som skissert i figuren nedenfor:



Figur 2: Organisering av pilotprosjekt

Avhengigheter mot andre initiativ og prosjekter

Pilotprosjektet må ses i sammenheng og best mulig koordineres med andre pågående utviklingsprosjekter og aktiviteter i Helse Møre og Romsdal og på pilotlokasjonen.

Deltakerne i pilotprosjektet må gis klare roller, oppgaver og ha tydelige ressursbidrag inn i prosjektet, og det må frigjøres tilsvarende tid fra ordinær virksomhet. Det er en forutsetning at prosjektdeltakerne jobber for prosjektets beste og følger felles planer, spilleregler og mål.

Det må informeres, oppmuntres og gis tid til at ledere og medarbeidere i linjen får testet ut den stedlige koordineringsfunksjonen og gi tilbakemeldinger.

Fase- og fremdriftsplan

Det er utarbeidet en fase- og fremdriftsplan for pilotprosjektet og utrulling av løsningen på alle sykehusene i helseforetaket. Det foreslås at pilotprosjektet initieres og bemannes mot slutten av 2016. Planlegging, detaljering, gjennomføring og tilpasning av piloten foreslås gjennomført i første halvdel av 2017. Revidering, anbefaling, utrulling og implementering av konseptet foreslås gjennomført i siste halvdel av 2017.



Figur 3: Fase- og fremdriftsplan for koordinerende enhet