



Organisasjonsutvikling 2016 Høringsrapport

18. august 2016

Innholdsfortegnelse

1.	Om høringsrapporten	4
2.	Hensikten med å innføre en ny organisasjonsmodell i Helse Møre og Romsdal	5
3.	Allerede vedtatte beslutninger i OU-arbeidet	7
3.1	Beslutning om tverrgående klinikkstruktur 17. mars 2016	7
3.2	Beslutning om ny ledergruppe fra 1. mai	8
3.3	Nærmere vurderinger av innhold og grensesnitt på nivå 2	9
4.	Om OU-prosjektet	10
5.	Forslag og høringspunkter	12
5.1	Forslag til navn på klinikker og stabsavdelinger	12
5.2	Forslag til prinsipper for organisering på nivå 3 og 4	12
5.3	Forslag til organisasjonsendringer på nivå 3 og 4	17
5.4	Prinsipper for organisering av råd og utvalg	20
5.5	Generelle krav til ledere i Helse Møre og Romsdal	22
5.6	Stedlig ledelse	25
6.	Veien videre i OU-arbeidet	30
6.1	Prosessen frem mot iverksetting av ny organisasjonsmodell	30
6.2	Omstillingsprosessen for ledere på nivå 3 og 4	30
6.3	Felles ansvar for å få organisasjonsmodellen til å fungere i praksis	31
7.	Vedlegg	33
7.1	Begrepsavklaringer	33
7.2	Nærmere om OU-prosjektet	34

1. Om høringsrapporten

Denne rapporten inneholder en beskrivelse av høringspunktene i organisasjonsutviklingsarbeidet (OU-arbeidet) våren 2016 i Helse Møre og Romsdal. Rapporten inneholder de viktigste vurderingene som er gjort i arbeidet og presenterer konkrete forslag til ny organisasjons- og ledelsesstruktur innenfor en tverrgående organisasjonsmodell¹.

Forslagene i rapporten er utarbeidet av OU-prosjektet og dets fire underliggende delprosjekt:

- DP1: Endring organisasjonsstruktur
- DP2: Stedlig ledelse
- DP3: Omstilling personell
- DP4: Plattform for ledelse

Forslagene har vært til behandling og er godkjent for høring av prosjektets styringsgruppe.

Denne rapporten utgjør høringsgrunnlaget, og sammen med rapporten sendes det ut et brev som angir høringstemaene og hvilke konkrete spørsmål som ønskes besvart i høringen, samt høringsfrist og svarmåte.

Høringssvarene vil være viktige bidrag i det videre OU-arbeidet og beslutningen om ny organisasjonsmodell som skal tre i kraft 1. januar 2017.

¹ Helseforetakets organisering på nivå 2 ble hørt i februar 2016 og i mars 2016 besluttet administrerende direktør en tverrgående klinikk- og stabsstruktur. Det vises for øvrig til "Avgjøringsgrunnlag OU del 1 HMR HF 17. mars 2016" for mer informasjon og nærmere grunnlegging for valg av en tverrgående organisasjonsmodell.

2. Hensikten med å innføre en ny organisasjonsmodell i Helse Møre og Romsdal

Behovet for å vurdere og videreutvikle organisasjonsmodellen i Helse Møre og Romsdal har vært på dagsorden siden fusjonen i 2011. Høsten 2015 ble det gjennomført en organisasjonsevaluering. På bakgrunn av evalueringen ble det bestemt å starte et organisasjonsutviklingsarbeid og det ble opprettet et prosjekt for formålet.

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 har utfordringer knyttet til organisasjonsstruktur, ledelse og håndtering av stedlige lederutfordringer.

OU-prosjektet våren 2016 har hatt som oppdrag å utrede og foreslå:

1. Ny organisasjonsstruktur
2. Felles krav og rammeverk for ledelse
3. Løsning for stedlig ledelse

OU-prosjektet har også vært opptatt av å forberede organisasjonen på en ny modell og ivareta berørte ledere og ansatte i omstillingsprosessen.

1. Ny organisasjonsstruktur

Organisasjonsevalueringen viste at stabens og klinikkens størrelse, innhold og/eller grensesnitt i mange tilfeller fremstod som ulogiske, uklare eller uhensiktsmessige. Dagens organisasjonsmodell ble av flere beskrevet som uryddig, blant annet på grunn av ulike prinsipper for organisering. Den ble også beskrevet som uferdig, med midlertidige organisatoriske strukturer i påvente av en større organisasjonsgjennomgang. Flere oppfattet også modellen som skjevfordelt og urettferdig. Dette knyttet seg blant annet til klinikkens, avdelingens og seksjonens ulike størrelser og sammensetning.

Administrerende direktør besluttet i mars 2016 at Helse Møre og Romsdal skal ha en tverrgående klinikkorganisering og mer homogene klinikker i betydningen et likere kontrollspenn for ledere og jevnere klinikkstørrelse. Sentralt for beslutningen er behovet for faglig utvikling, samordning og standardisering av tilbud på tvers av sykehusene, men viktigst av alt nødvendigheten av å skape én felles kultur og ett Helse Møre og Romsdal (mer om beslutningen om en tverrgående organisering i kapittel 3.1). En ny organisering skal også tydeliggjøre de øverste ledernes ansvar og strategiske rolle i helseforetaket og legge til rette for å utvikle en effektiv og samlet gruppe av ledere² på nivå 2 i helseforetaket (mer om ledergruppen i kapittel 3.2).

OU-prosjektet har utarbeidet og presenterer i denne rapporten anbefalte generelle prinsipper for organisering på nivå 3 og 4 for klinikker og stab. Prinsippene skal bidra til en tydeligere organisasjonsmodell, større likhet og organisatorisk likeverd mellom ulike enheter i helseforetaket. I utarbeidelsen av prinsippene har OU-prosjektet etter beste evne forsøkt å finne en hensiktsmessig balanse mellom geografiske, størrelsesmessige og faglige hensyn. Det ligger ingen stringent vitenskap til grunn for prinsippene, men de er utarbeidet på basis av erfaringer og faglig skjønn i et forsøk på å imøtekomme behovet for en tydeligere organisasjonsmodell (mer om prinsipper for organisering i kapittel 5.2).

Organisasjonsevalueringen pekte på uklarheter rundt stabens organisering og plassering i lys av oppgaver, rolle og funksjon, og manglende forventningsavklaring knyttet til stabens tjenester. OU-prosjektet har sett nærmere på stabens rolle og oppgaver i ny organisasjonsmodell, og har flere anbefalinger og forslag som gjelder stabens interne organisering og arbeidsdeling mellom klinikker og stab (mer om organisering på nivå 3 og 4 i kapittel 5.3).

² Heretter kalt ledergruppen.

2. Felles krav og rammeverk for ledelse

Organisasjonsevalueringen løftet frem flere områder og forhold i organisasjonen som har endringsbehov, ikke minst innen ledelse og ledelseskultur. Det er manglende tydelighet på oppgaver, kompetanse, krav og forventninger til ulike lederroller i helseforetaket og det er behov for å bygge en felles ledelseskultur. I mange tilfeller utøves ikke tilstrekkelig ledelse som viser retning, setter mål, avklarer behov og sikrer koordinering, verken i den faglige eller geografiske aksen.

OU-prosjektet har på denne bakgrunn fått i oppdrag å utarbeide en felles plattform for ledelse i Helse Møre og Romsdal. Plattformen bygger på tidligere arbeid med lederstrategi for foretaket og tar for seg innhold, oppgaver, krav og forventninger til ledere på ulike nivåer. Den løfter også frem ambisjonene for fremtidens ledere i Helse Møre og Romsdal. Hensikten med plattformen er å tydeliggjøre, styrke og mobilisere organisasjonens samlede ledelseskraft.

I beslutningen om en tverrgående klinikkstruktur er det også gitt uttrykk for en strategisk satsing på styring og ledelse, samarbeid og utvikling innenfor fagområdene på tvers av de geografiske lokasjonene i helseforetaket.

I denne rapporten beskrives noen av hovedpunktene i Plattform for ledelse i Helse Møre og Romsdal, som informasjon og kunnskapsgrunnlag for høringsprosessen (mer om generelle krav til ledere i kapittel 5.5).

3. Løsning for stedlig ledelse

Det har, både i organisasjonsevalueringen og i andre prosesser, vært et uttalt ønske i helseforetaket om å styrke samhandling og samarbeid om pasientforløp og pasientbehandling på tvers mellom ulike klinikker, avdelinger og seksjoner ved sykehusene.

OU-prosjektet har fått i oppdrag å utrede og foreslå en løsning for stedlig ledelse innenfor rammen av en tverrgående klinikkstruktur. Stedlig ledelse vil være viktig ikke bare som et kompenserende tiltak knyttet til risikoen for faglig silotenkning og manglende samarbeid mellom ulike klinikker og fagområder, men et sentralt element i den nye organisasjonsmodellen for Helse Møre og Romsdal. Stedlig ledelse har betydning for en velfungerende og effektiv sykehusdrift, og vil over tid være med på å bygge tillit og felles kultur i helseforetaket.

OU-prosjektet har vært opptatt av å identifisere og kartlegge behovene for stedlig ledelse slik de kommer til uttrykk i Helse Møre og Romsdal, og deretter utrede en mulig organisatorisk løsning. Løsningen for stedlig ledelse skal være hensiktsmessig, relevant og praktisk gjennomførbar, og den skal både fremme intensjonene og ambisjonene i den valgte tverrgående modellen og ivareta behovene for stedlig ledelse i helseforetaket (mer om stedlig ledelse og forslag til løsning i kapittel 5.6).

3. Allerede vedtatte beslutninger i OU-arbeidet

Det er allerede tatt noen overordnede beslutninger i OU-arbeidet, blant annet beslutningen om en tverrgående klinikkstruktur, som legger premisser for forslagene i denne rapporten og for videre prosess. Organisasjonsstrukturen på nivå 2 er derfor ikke en del av denne høringen.

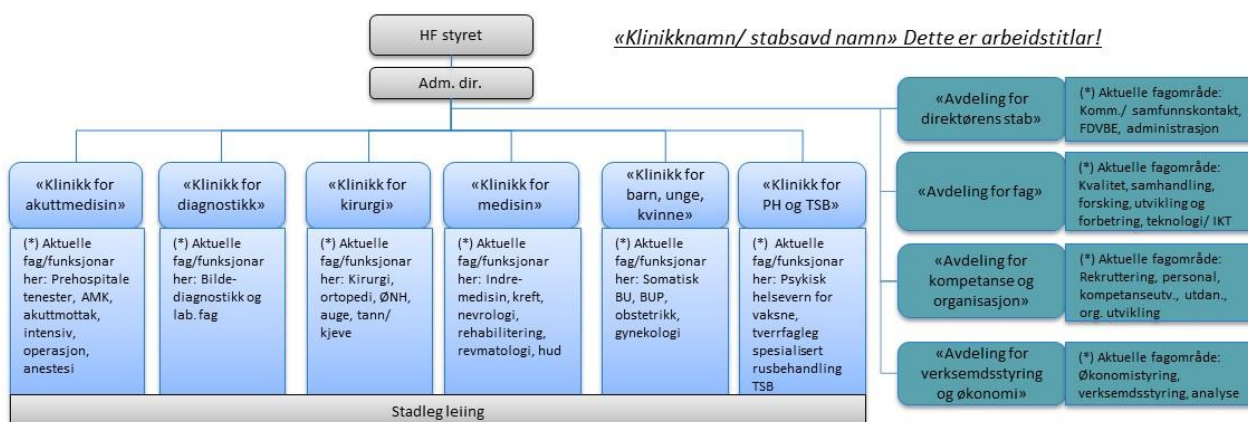
3.1 Beslutning om tverrgående klinikkstruktur 17. mars 2016

Følgende mål og ambisjoner er satt for organisasjonsmodellen i Helse Møre og Romsdal:

- Strategiske ambisjoner
 - Sette helseforetaket i posisjon til å lykkes med samfunnsoppdraget
 - Fokus på pasienten og pasientverdiprosessen, der sentrale virkemidler er kontinuerlig forbedring gjennom fornying, forenkling og forbedring
- Fag og kvalitet
 - Likeverdig tilbud – redusere ulikhet
 - Faglig forbedring og samordning
 - Leverer kvalitet – felles standard
 - Gode fagtilbud gjennom solide fagmiljø
- Helhet og samarbeid
 - Samarbeid mellom sykehus, klinikker og administrative enheter
 - Samarbeid og nettverksbygging
- Ledelse
 - En ledergruppe som kontinuerlig forbedrer seg og som har tydelige mål innenfor «pasienten først» og «rammene er gitt»
 - Sterk og samlet ledergruppe - konsistens gjennom hele linja og som drar i samme retning
 - Et lederskap som er tydelige på strategisk retning og mål
 - Gode beslutningsprosesser og gjennomføringskraft
- Økonomi
 - Økonomisk bærekraft og sikre handlingsrom
 - Optimalisere daglig drift innenfor tildelte rammer

Med utgangspunkt i målene og ambisjonene 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*.

En tverrgående struktur ble vurdert som best egnet til å oppnå målene og ambisjonene som er skissert ovenfor. Det legger til rette for kunnskaps-, kompetanse- og ressursdeling på tvers av lokasjoner, samt for utvikling av beste faglige praksis. En tverrgående struktur gir gode muligheter til å fordele og bruke ressurser på en effektiv måte, for å redusere variasjon og skape jevnere kvalitet på pasienttilbudet. Samlet vil dette bedre pasientsikkerheten og opprettholde og utvikle et likeverdig pasienttilbud i Helse Møre og Romsdal.



Figur 1: Samlet organisasjonsmodell nivå 1 og 2. Stabsavdelingsnavnene er arbeidstitler. Kilde: Avgjerdsgrunnlag OU Del 1 HMR HF.

Det vises for øvrig til "Avgjerdsgrunnlag OU del 1 HMR HF 17. mars 2016" for mer informasjon om og nærmere grunngivning for valg av en tverrgående organisasjonsmodell.

3.2 Beslutning om ny ledergruppe fra 1. mai

I utgangspunktet besto administrerende direktørs ledergruppe av 20 klinikkjefer og stabsdirektører. I ny organisasjonsmodell er denne gruppen konsolidert til ti personer. Omstillingen og overgangen for berørte ledere på nivå 2 ble håndtert gjennom flere tiltak:

- Noen nivå 2-ledere fikk videreført sine stillinger
- Noen stillinger ble lagt under andre, i klinikk eller i stab, og utgreies som en del 2 av OU-arbeidet
- Noen nivå 2-ledere ble konstituert i lederstillinger i påvente av en intern/ekstern utlysning
- Det ble opprettet midlertidige konstituerte assisterende lederstillinger for å sikre kunnskapsoverføring og lederovergang

I tråd med rammeavtalen for omstillingsarbeid i Helse Midt-Norge la administrerende direktør frem følgende bemanningsplan for den nye organiseringen (basert på foreløpige navn på klinikker og stabsavdelinger):

- Klinikksjef akuttmedisin
- Klinikksjef diagnostikk
- Klinikksjef kirurgi
- Klinikksjef medisin
- Klinikksjef barn, unge og kvinne
- Klinikksjef PH og TSB
- Assisterende direktør/stabsdirektør
- Fagdirektør
- Kompetanse- og organisasjonsdirektør
- Virksomhets- og økonomidirektør

Stillingsbetegnelsene på ledergruppens medlemmer har vært benyttet i påvente av endelig navnssetting på klinikker og stabsavdelinger. Det vises til kapittel 5.1 for mer om navnssetting.

3.3 Nærmere vurderinger av innhold og grensesnitt på nivå 2

Ledergruppen hadde i begynnelsen av juni 2016 en gjennomgang av innholdet og grensesnittene i klinikkene slik dette ble presentert av administrerende direktør i mars 2016.

Diskusjonen omhandlet i all hovedsak plassering av intensiv, anestesi, operasjon og akuttmottaket. Dette er områder som også opptar og engasjerer organisasjonen og fagmiljøene. Det ble besluttet å gjennomføre en prosess i de aktuelle klinikkene for å vurdere styrker, svakheter, muligheter og trusler ved ulike organisatoriske løsninger og grensesnitt.

Ledergruppen har i etterkant diskutert og vurdert resultatene av de gjennomførte prosessene og besluttet at organisasjonsmodellen, herunder inndeling i fag/funksjoner slik dette ble presentert 17. mars (ref. figur 1 side 7), ligger fast. Den samlede vurderingen er at det ikke har tilkommet ny informasjon som tilsier at det er behov for å gjøre justeringer i innhold og grensesnitt for disse områdene. Det betyr at intensiv, anestesi, operasjon og akuttmottak samles i klinikk for akuttmedisin.

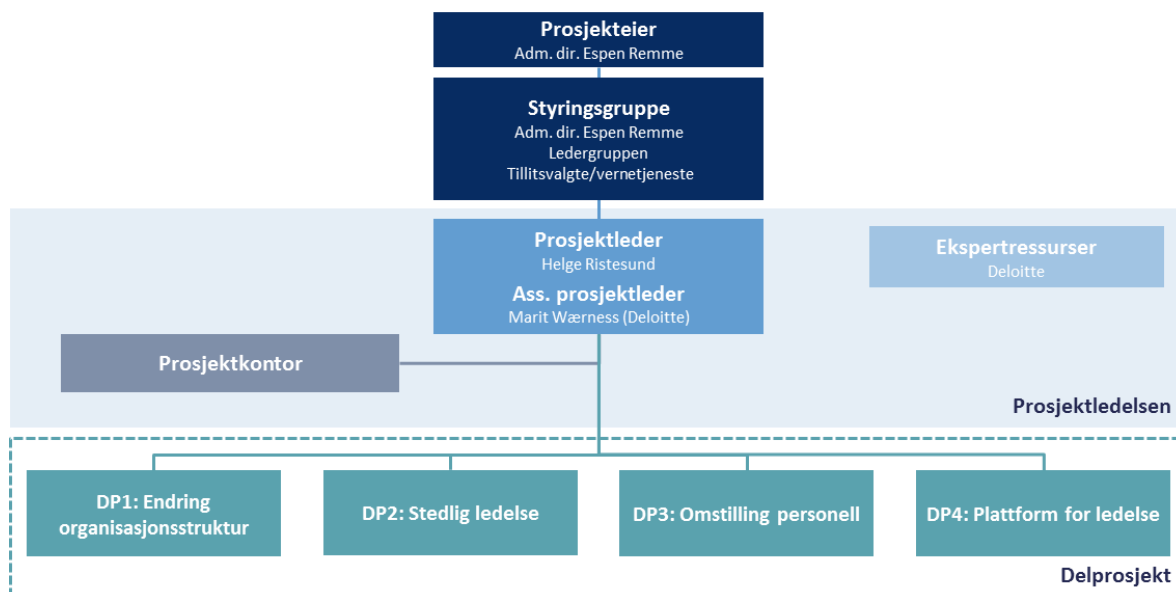
Ledergruppen ser behovet for å gjøre en nærmere vurdering av hvordan Helse Møre og Romsdal kan sikre en fremtidsrettet organisering av akuttmottaket i tilknytning til arbeidet med SNR.

Det har også vært diskusjoner om plassering og grensesnitt for enkelte andre områder på nivå 2, for eksempel drift og eiendom. Vurderingen er at det heller ikke for disse områdene har kommet frem ny informasjon som tilsier en justering av valgt organisering på nivå 2.

Organisasjonsmodellen på nivå 2, slik den ble presentert 17. mars 2016, ligger fast. Det videre arbeidet med organisering på nivå 3 og 4 gjennomføres i den enkelte klinikk og stabsenhet og i henhold til gjeldene fremdrifts- og milepælsplan. Det vurderes at klinikk for kirurgi og klinikk for akuttmedisin kan ha behov for noe lengre tid til å utforme nivå 3 og 4 på grunn av kompleksitet og omfang av endringene som følger av vedtatte modell. Fremdriften for OU-prosessen i disse klinikkene skal likevel ikke avvike vesentlig fra fremdriften i prosjektet for øvrig.

4. Om OU-prosjektet

Figuren nedenfor illustrerer hvordan OU-prosjektet er organisert:



Figur 2: OU-prosjektets organisering. Kilde: Styringsdokument for OU-prosjektet.

Prosjektet eies av administrerende direktør og har en styringsgruppe. Det ledes av assisterende direktør i rollen som prosjektleder og støttes av assisterende prosjektleder og et prosjektkontor.

Styringsgruppen ledes av administrerende direktør og øvrige medlemmer i styringsgruppen er den nye ledergruppen (nivå 2), representanter fra foretakstillitsvalgte og vernetjeneste. Tabellen nedenfor gir en oversikt over styringsgruppens medlemmer:

Rolle	Navn	Stilling
Leder	Espen Remme	Adm. dir.
Medlem	Ledergruppen (nivå 2)	Samtlige klinikk- og stabsdirektører
Medlem	Charles Austnes	Hovedtillitsvalgt, NSF
Medlem	Hilde Furnes Johannessen	Hovedtillitsvalgt, Fagforbundet
Medlem	Anita Høgstøyl	Verneombud

Styringsgruppen ivaretar den operative styringen av prosjektet, herunder godkjenning av styrende dokumenter, planverk, konklusjoner og beslutningspunkter. Videre gir gruppen styringssignaler og tilbakemeldinger på prosjektarbeidet. Styringsgruppen har ønsket å være tett på det løpende arbeidet i OU-prosjektet og har i løpet av våren hatt flere OU-møter i tilknytning til de ordinære ledermøtene.

Prosjektarbeidet foregår i fire ulike delprosjekt. Delprosjektene jobber tett sammen og forslag fra delprosjektene presenteres samlet som OU-prosjektets forslag (mer om delprosjektene og medlemmene i vedlegg).

Prosjektkontoret er bindeleddet mellom styringsgruppen, prosjektledelsen og de fire delprosjektene. Kontorets oppgaver er å støtte prosjektarbeidet, sikre fremdrift og sørge for god kommunikasjon med organisasjonen.

OU-prosjektets hovedoppgaver

OU-prosjektet skal legge grunnlaget for beslutning om og implementering av en fremtidig organisasjonsmodell i Helse Møre og Romsdal fra 2017.

Prosjektet har som mål at:

- Ny organisasjonsstruktur på nivå 1-4 er beskrevet og besluttet senest 31. desember 2016
- Lederfunksjoner og lederstillinger på nivå 1-4 er beskrevet og besluttet senest 31. desember 2016
- Ledere er innplassert i ny organisasjonsstruktur senest 31. desember 2016
- Andre endringer i organisasjonsstruktur og nye stillinger som har oppstått som en direkte konsekvens av ny organisasjonsmodell er beskrevet og besluttet senest 31. desember 2016

Prosjektet skal sørge for løpende kommunikasjon og involvering av organisasjonen i prosessen, blant annet gjennom denne høringen.

OU-prosjektet skal som en del av sitt arbeid også foreslå innhold i og organisering av en OU-funksjon i helseforetaket som på kontinuerlig basis har ansvar for organisasjonsutvikling i Helse Møre og Romsdal.

Tabellen nedenfor gir en oversikt over sentrale milepæler i OU-arbeidet 2016:

Nr.	Hovedmilepæl	Dato
1	Beslutning om organisasjonsstruktur på nivå 2	17.03.2016
2	Ny ledergruppe på plass	01.05.2016
3	Høring av prinsipper for organisering på nivå 3 og 4	18.08.2016
4	Høringsfrist	15.09.2016
5	Beslutning om prinsipper for organisering på nivå 3 og 4	01.10.2016
6	Kartleggingssamtaler gjennomført og plan for drøftelsesmøter foreligger	01.10.2016
7	Beslutning om organisering på nivå 3 og 4	01.11.2016
8	Iverksetting av ny organisasjonsmodell	01.01.2017

5. Forslag og høringspunkter

5.1 Forslag til navn på klinikker og stabsavdelinger

Administrerende direktørs beslutning om organisering på nivå 2 var basert på foreløpige navn («arbeidstitler») på enhetene. Etter diskusjoner i ledergruppen, klinikker og stabsavdelinger presenteres følgende navneforslag for de vedtatte organisatoriske enhetene:

- Klinikk for akuttmedisin
- Klinikk for diagnostikk
- Klinikk for kirurgi
- Klinikk for medisin
- Barne- og familieklinikken
- Klinikk for psykisk helse, rus og avhengighet
- Administrasjonsavdeling
- Fagavdeling
- HR-avdeling
- Økonomiavdeling

Anbefalinger og forslag:

- Det ønskes tilbakemeldinger på navneforslagene som er listet ovenfor

5.2 Forslag til prinsipper for organisering på nivå 3 og 4

I det følgende kapitlet fremmes forslag til et antall prinsipper for organisering på nivå 3 og 4, innenfor valgt hovedstruktur.

I utarbeidelsen av prinsippene har OU-prosjektet etter beste evne forsøkt å finne en hensiktsmessig balanse mellom geografiske, størrelsesmessige og faglige hensyn. Det ligger ingen stringent vitenskap til grunn for prinsippene, men de er utarbeidet på basis av erfaringer og faglig skjønn i et forsøk på å imøtekomme behovet om en tydeligere organisasjonsmodell.

Klinikkssjefer og stabsdirektører har ansvar for å utforme egen organisasjonsenhet i henhold til disse prinsippene. Det er imidlertid, som en del av OU-arbeidet, utredet og vurdert enkelte grensesnitt internt i klinikker og stab, som det fremmes forslag om i kapittel 5.3.

Følgende figur oppsummerer forslag til prinsipper for organisering av stab og klinikker på nivå 3 og 4. For nærmere detaljer, begrunnelser og drøftelser vises det til de kommende sidene.

Anbefalinger og forslag: Prinsipper for organisering			
Side	Tema	Klinikker	Stab
13	Enhettlig ledelse	Krav om enhettlig ledelse legges til grunn for organisering	Krav om enhettlig ledelse legges til grunn for organisering
13	Fire formelle ledernivå i organisasjonen	Tre formelle ledernivåer i klinikkene (klinikkssjef, avdelingssjef, seksjonsleder)	Opptil tre formelle ledernivåer i stab (stabsdirektør, avdelingssjef, seksjonsleder)
14	Stedlig organiserte seksjoner	Seksjonsnivået skal være stedlig/lokalt	Seksjonsnivået skal fortrinnsvis være stedlig/lokalt, men det åpnes opp for andre løsninger der dette vurderes som hensiktsmessig
14	Nedre grense for seksjonsstørrelse	Seksjonene skal ha en størrelse som legger til rette for effektiv utnyttelse av personell, fra minimum 15 netto årsverk (ingen øvre grense)	Seksjonene skal ha en hensiktsmessig størrelse, fra minimum 10 netto årsverk (ingen øvre grense)

Anbefalinger og forslag: Prinsipper for organisering			
Side	Tema	Klinikker	Stab
15	Antall seksjoner i en avdeling	Avdelinger må bestå av flere seksjoner og ingen seksjoner skal ha direkte linje til klinikk-sjef	Avdelinger må bestå av flere seksjoner og ingen seksjoner skal ha direkte linje til adm. dir.
15	Understøtte pasientforløp	Avdelingenes organisering skal understøtte gode pasientforløp som sikrer pasientverdi og legger til rette for høy faglig kvalitet, samarbeid, deling av ressurser og effektiv drift	<i>Ikke relevant som prinsipp for organisering av stab</i>
15	Sentral stab	<i>Ikke relevant som prinsipp for organisering av klinikk</i>	Staben skal i hovedsak være sentralt organisert, unntak er: <ul style="list-style-type: none"> - Ansatte som jobber med fagspesifikke system som ikke går på tvers av klinikker - Kvalitetsrådgivere i klinikkene Spørsmålet om staben skal være geografisk samlet eller spredt, baseres på arbeidsoppgaver og praktiske hensyn

OU-prosjektet har forsøkt å begrense antallet prinsipper til et minimum, for å gjøre det enkelt og praktisk mulig å følge prinsippene. Det kan likevel komme til å oppstå behov i organisasjonen for å kunne avvike fra et eller flere prinsipper. Spørsmål om avvik foreslås, behandles og besluttes av OU-funksjonen som hovedregel, mens vesentlige avvik løftes til ledergruppen. Frem til OU-funksjonen er etablert, behandles og godkjennes alle avvik i ledergruppen.

Enhetlig ledelse

Spesialisthelsetjenesteloven krever at sykehus skal organiseres slik at det tydelig finnes én ansvarlig leder på alle nivåer. Formålet med bestemmelsen er å etablere klare styringslinjer og ansvarsforhold på alle nivåer i organisasjonen. Det er ikke anledning til å dele opp det formelle lederansvaret på flere ulike ledere. Dette utelukker imidlertid ikke at den enkelte leder kan delegerer oppgaver og beslutningsmyndighet til andre, såfremt delegasjonen er tydeliggjort og ikke bidrar til uklarhet rundt faktiske ansvarsforhold.

Bestemmelsen om enhetlig ledelse gjelder for enhver organisatorisk enhet som i henhold til sykehusets struktur og beslutningssystem er tillagt forvaltning av nærmere angitte ressurser, herunder personalressurser. Prinsippet om enhetlig ledelse legges til grunn for organisering av nivå 3 og 4 i klinikker og stab.

Fire formelle ledernivåer i organisasjonen

Helse Møre og Romsdal har bestemt at det skal være fire ledernivåer i helseforetaket:

- Nivå 1: Administrerende direktør
- Nivå 2: Klinikksjefer/stabsdirektører
- Nivå 3: Avdelingsjefer
- Nivå 4: Seksjonsledere

OU-prosjektet foreslår å videreføre prinsippet om at det i klinikkene skal være tre ledernivåer (klinikk-sjef, avdelingssjef og seksjonsleder). For staben legges det til grunn en viss oppmykning og prinsippet formuleres som opptil tre ledernivåer (stabsdirektør, avdelingssjef og seksjonsleder), gitt at staben har en noe mindre samlet størrelse. Oppmykingen innebærer for stab en videreføring av dagens praksis.

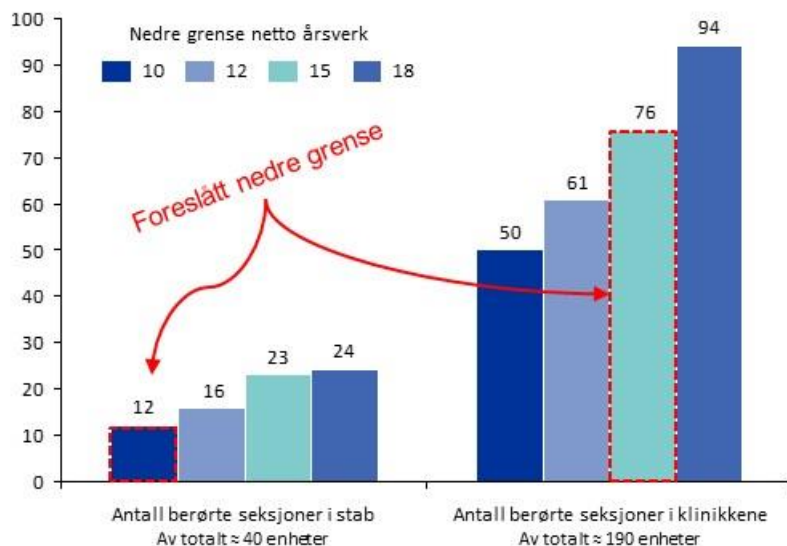
Stedlig organiserte seksjoner

OU-prosjektet foreslår et prinsipp om stedlige seksjoner, som i stor grad vil være en videreføring av dagens praksis. Sykehusets daglige drift skjer i de minste organisatoriske enhetene, dvs. i seksjonene. Seksjonslederne har der en nøkkelrolle å spille, som en synlig og tydelig leder i hverdagen med stor betydning for daglig drift, pasientbehandling, personalledelse og arbeidsmiljø. OU-prosjektet har gjennom sykehusvise møter om stedlig ledelse fått bekreftet at prinsippet om stedlige seksjoner og seksjonsledere får støtte i organisasjonen.

For staben formuleres prinsippet som at seksjonsnivået *fortrinnsvis* skal være stedlig, og det åpnes for andre løsninger. Bakgrunnen for oppmykningen i stab er at enkelte stabsressurser sitter geografisk spredt og jobber relativt selvstendig innenfor ulike klinikker. Det vil verken være ressursmessig bærekraftig eller faglig hensiktsmessig for alle tilfeller å ha egne stedlige stabsseksjoner.

Nedre grense for seksjonsstørrelse

I organisasjonsevalueringen kom det tydelig frem et behov for å vurdere størrelsen på ulike organisatoriske enheter og undersøke muligheten for å skape en mer homogen organisering og et jevnere kontrollspenn for lederne i helseforetaket. OU-prosjektet har med utgangspunkt i dette gjennomført en simulering for å se på konsekvensene av å fastsette en nedre grense (netto årsverk) for hva som skal utgjøre en seksjon i foretaket. Den følgende figuren illustrerer hvor mange seksjoner som vil berøres av å sette ulike nedre grenser for seksjonsstørrelse³.



Figur 3: Simuleringen viser antall berørte seksjoner i stab og klinikkene ved fastsettelse av en nedre grense for størrelse (netto årsverk). NB: Antall ansatte kan være større enn antall netto årsverk i seksjonen.

OU-prosjektet foreslår å sette en *nedre grense på 15 netto årsverk*⁴ i seksjonene i klinikkene. Prinsippet vil kunne medføre at til dels ulike fagområder, profesjoner, osv. må samorganiseres, men det vurderes likevel som fordelaktig med større seksjoner:

- Større seksjoner er i tråd med ønsket om økt lederkraft og tydelig fokus på ledelse
- Større seksjoner gir økt fleksibilitet i bruk av ressurser, og mer robuste enheter
- Større seksjoner legger til rette for samhandling og samarbeid mellom spesialiserte fag
- Større seksjoner gir større rom for kompetanseutvikling
- Helseforetakets organisering blir mindre fragmentert og mer oversiktlig, noe som tilrettelegger for et mer enhetlig og gjennomgående ledelsesbudskap i organisasjonen

³ Dataene har vært fordelt på seksjonenes kostnadssted og ikke på seksjonene som fysiske enheter. Noen seksjoner har flere kostnadssteder og disse er forsøkt gruppert i dagens seksjoner som fysiske enheter. Noen avvik kan forekomme og konsekvensene ved fastsettelse av en nedre grense for størrelse må derfor sees på som et estimat.

⁴ Prinsippet om nedre grense for seksjonsstørrelse kan slå ulikt ut for dagens seksjoner i klinikkene og for de ulike sykehusene. Dette betyr at det må være rom for å benytte skjønn i tolkning og operasjonalisering. Spørsmålet om avvik skal likevel håndteres i henhold til foreslått hovedregel.

For staben foreslås en *nedre grense på 10 netto årsverk* for å utgjøre en seksjon. Stabsressursene skal være nære og tilgjengelige for kjernevirksomheten og understøtte driften i klinikkene og på de ulike lokasjonene. Med bakgrunn i dette vurderes det som hensiktsmessig å sette en noe lavere grense for netto årsverk i stab. En nedre grense på 15 netto årsverk ville vanskeliggjort prinsippet om stedlig seksjonsnivå, samt medført betydelige endringer sammenlignet med dagens organisering.

OU-prosjektet har vurdert behovet for å fastsette også en øvre størrelsesgrense på seksjonene, men har konkludert med at dette ikke anbefales. Hovedargumentet er at en øvre grense ville medføre en oppsplitting av store seksjoner som i dag er faglig samnhørende og driftsmessig effektive enheter.

For de største⁵ seksjonene åpnes det for å imøtekomme utfordringer knyttet til ledernes store kontrollspenn gjennom å utnevne *assisterende ledere*. En assisterende leder skal først og fremst fungere som støtte til leder. I tråd med prinsippene om enhetlig ledelse, oversiktlig og forutsigbar lederstruktur og generelle krav til ledere i Helse Møre og Romsdal, bør rolle- og ansvarsfordeling mellom leder og assisterende leder tydelig fremgå og kommuniseres til organisasjonen. På sikt bør erfaringer fra ordningen legges til grunn for vurdering og eventuelt utvikling av *felles retningslinjer for bruk av assisterende ledere i helseforetaket*.

Flere seksjoner i hver avdeling og ingen seksjon med direkte linje til klinikkssjef/direktør

Et mål for ny organisasjonsmodell er å gi en mer oversiktlig struktur for helseforetaket og derigjennom bidra til mindre fragmentering. Som et ledd i dette foreslås et prinsipp om at avdelinger må bestå av flere seksjoner og at ingen seksjon skal ha direkte linje til klinikkssjef/direktør.

Det har vært diskutert hvorvidt det bør settes en nedre grense for antall seksjoner i avdelingene. I og med at klinikkene varierer etter innhold, fag, størrelse, geografi, etc. har konklusjonen blitt at dette må løses pragmatisk og tilpasses den enkelte klinikk og avdeling. Det er imidlertid et ønske at avdelingssjefene får et likere kontrollspenn, og det anbefales å ha mer enn to seksjoner i hver avdeling.

Prinsippet om at ingen seksjon skal ha direkte linje til direktør bygger på hensynet til klinikkssjefenes/stabsdirektørens kontrollspenn og behov for å kunne holde et strategisk og helhetlig fokus. I og med at staben i de fleste tilfellene kun har tre organisatoriske nivåer tolkes prinsippet her som at ingen seksjoner skal ha direkte linje til administrerende direktør.

Avdelingsorganisering i klinikkene som understøtter gode pasientforløp

I organisasjonsevalueringen kom det frem at enkelte avdelinger fremstår som å ha en uklar eller ulogisk inndeling. For å sikre en mer forstått og tydeligere struktur anbefaler OU-prosjektet at avdelingsinndelingen understøtter pasientforløpene, og at avdelingene også på andre måter legger til rette for samarbeid på tvers mellom seksjoner på en måte som gagnar pasientverdiprosessen. Avdelingenes organisering bør også tilrettelegge for ressursdeling mellom seksjoner og en samlet sett effektiv drift.

Prinsippet om at avdelingenes organisering skal understøtte gode pasientforløp kan innebære at en og samme avdeling omfatter flere fag. Prinsippet er også nøytralt for om avdelingen skal være stedlig eller organisert på tvers av geografi.

Sentralt organisert stab – men kan sitte geografisk spredt

Spørsmålet om sentral eller desentral stabsorganisering opptar organisasjonen. Det er ulike syn på hva som tjener helheten best, og OU-prosjektet har vurdert både styrker og svakheter ved en sentral/desentral stabsorganisering. Følgende figur oppsummerer vurderingene:

⁵ De største seksjonene har fra 35-40 netto årsverk og oppover



Figur 4: Styrker og svakheter ved en sentral/desentral stab

Basert på en helhetsvurdering mener OU-prosjektet at fordelene med en sentralt organisert stab veier tyngre enn fordelene med en desentral stab. Det legges særlig vekt på verdien av å sikre større fagmiljø, standardiserte tjenester og fleksible enheter som legger til rette for bruk av personell på tvers.

Det foreslås et unntak fra prinsippet om sentral stab, nemlig at klinikkene kan fortsette å disponere egne ansatte som jobber med fag og kvalitet. Grunnen for dette er at kvalitetsarbeidet krever en relativt dyp, fagspesifikk kompetanse. Kvalitetsrådgiverne i klinikkene skal likevel inngå i et felles nettverk av kvalitetsrådgivere tilknyttet sentral stab.

Det åpnes også for muligheten for at klinikkene, som i dag, kan disponere ressurser som jobber med fagspesifikke IT-systemer som ikke går på tvers av klinikker.

Selv om staben skal være organisert sentralt, foreslår OU-prosjektet at ansatte kan være plassert og ha sitt daglige virke ved ulike geografiske lokasjoner. Det er fordeler og ulemper med en geografisk spredt løsning, jfr. den følgende figuren.



Figur 5: Styrker og svakheter ved en geografisk samlet/spredt stab

Basert på en helhetlig vurdering foreslår OU-prosjektet at ulike fagområder i stab kan velge å sitte geografisk samlet eller geografisk spredt ut fra hva som er praktisk mulig og hensiktsmessig, også med hensyn til øvrige generelle prinsipper for organisering og ledelse. For eksempel kan ulik stedlig plassering av stabsmedarbeidere gi lydhørhet og tilpasning til lokale prosesser, selv om staben er sentralt organisert.

Uansett organisering og plassering skal staben sørge for et tydelig og tilgjengelig tjenestetilbud med høy kvalitet for hele helseforetaket.

5.3 Forslag til organisasjonsendringer på nivå 3 og 4

Klinikker og stabsenheter på nivå 3 og 4 skal organiseres med utgangspunkt i anbefalte prinsipper for organisering når disse er endelig vedtatt. Det er klinikksefene og stabsdirektørene som har ansvar for organisering av egen enhet, og de vil spille en helt sentral rolle i videre OU-arbeid og gjennomføring av ny organisasjonsmodell.

OU-prosjektet har likevel hatt i oppdrag å utrede og vurdere enkelte grensesnitt og områders plassering i klinikker og stab. Konkrete forslag for disse områdene beskrives i det følgende kapitlet. Utover dette overlates videre arbeid med organisasjonsløsningene til klinikksefene og stabsdirektørene.

Samle medisinske støttefunksjoner som ikke inngår i tverrfaglige team i én felles enhet:

- OU-prosjektet har vurdert hva som vil være en hensiktsmessig organisering av medisinske støttefunksjoner som fysioterapi-, ergoterapi- og sosionomtjenesten. Støttefunksjonene kan enten organiseres samlet i klinikk for medisin eller fordeles ut på ulike brukere/klinikker ut fra bruk og behov. Støttefunksjoner som inngår i tverrfaglige team vil i mange tilfeller allerede ha en naturlig tilhørighet i en klinikk. I andre tilfeller kan det være hensiktsmessig å samle ulike støttefunksjoner for å legge til rette for faglig samarbeid mellom dem og sikre utvikling på tvers av klinikker.
- Det finnes per i dag ikke et felles prinsipp for organisering av medisinske støttefunksjoner i Helse Møre og Romsdal. Det foreslås å samle medisinske støttefunksjoner som ikke inngår i tverrfaglige team i én felles organisatorisk enhet.

Flytte medisinsk teknisk avdeling fra drift og eiendom til fagavdelingen:

- Medisinsk teknisk utstyr (MTU) har tradisjonelt vært knyttet til allmenteknikk, og er derfor organisert i drift og eiendom i dag.
- Den teknologiske utviklingen går i retning av at MTU og IKT blir tettere integrert. En stadig større del av MTU-parken blir koblet mot de elektroniske journal- og kurvesystemene og leverer data inn i de kliniske IKT-systemene. De fleste IKT-systemene i helseforetaket og i Hemit-porteføljen er innrettet for pasientinformasjon, dokumentasjon av utredning og behandling av pasienter. Innholdet er underlagt taushetsplikt, noe som stiller særlige systemkrav og tilgangsstyring. Fagdirektør er systemeier for EPJ og fagavdelingen forvalter tilganger til pasientsystemene.
- OU-prosjektet ser behov for en tettere integrering og samordning mellom medisinsk teknisk utstyr og IKT, og mener at dette er avgjørende argument for å samorganisere funksjonene i fagavdelingen. Samtidig er det viktig å understreke at det er ulike synspunkter knyttet til denne anbefalingen.

Flytte pasientadministrative tjenester fra dokumentasjonssenteret i drift og eiendom til klinikkene:

- Det pasientadministrative arbeidet er ulikt organisert på Sunnmøre og i Nordmøre og Romsdal. På Sunnmøre er det samlet i et dokumentasjonssenter, mens tjenestene i Nordmøre og Romsdal er organisert klinikknært og løses innenfor ordinær arbeidstid. På kveld, natt og helg tar dokumentasjonssenteret på Sunnmøre over ved behov. Det er også ulike løsninger for psykiatri og somatikk på Sunnmøre, der psykiatri har det pasientadministrative arbeidet klinikknært.
- Tjenestene inngår som et viktig element i det helhetlige kliniske arbeidet og er viktig med tanke på pasientsikkerhet og krav til dokumentasjon.
- OU-prosjektet foreslår derfor å legge de pasientadministrative tjenestene inn i klinikkene. Det har for øvrig kommet frem ulike syn knyttet til hva som er den beste organisatoriske plasseringen av disse tjenestene, både blant klinikkene og de ansatte i dokumentasjonssenteret.

Flytte arkivtjenesten og postmottak fra sekretariatet til drift og eiendom:

- Sekretariatet skal i hovedsak legge til rette for administrerende direktør og direktørs stab. Sentralt i dette arbeidet er sekretærfunksjonen i møter og utvalg (styre, ledergruppe, brukerutvalg etc.).
- Drift og eiendom har en allerede etablert arkivtjeneste for pasientarkiv inkl. scanningsentral. I tillegg er posthåndtering («postkontor») en del av drift og eiendom.
- Det foreslås at det etableres en felles arkivtjeneste for hele helseforetaket som tilfredsstillende kravene i arkivlov og arkivforskrift.
- Dette innebærer at postmottak og sakarkiv, som i dag ligger i sekretariatet, blir flyttet til drift og eiendom.

Flytte pasientreiser fra stab (samhandlingsavdelingen) til akuttklinikken:

- Pasientreiser kan enten organiseres i akuttklinikken eller i staben.
- Det kan være flere fordeler ved å organisere pasientreiser i tilknytning til prehospitaltjenester. Begge enheter transporterer pasienter og en samorganisering kan skape synergier på tvers, spesielt ved at pasienttransport i ambulans og drosje kan ses under ett. Dette legger bedre til rette for at drosjer kan utnyttes som alternativ til ambulansetransport, for på den måten å unngå redusert ambulanseredskap.
- På en annen side har pasientreiser en opplærende rolle ovenfor kommuner, leger etc., og pasientreiser tilhører et annet fagområde enn det som omhandler akuttransport. Det pågår for øvrig en regional utredning omkring temaet, men konklusjonene fra dette prosjektet foreligger trolig lengre frem i tid.
- OU-prosjektet foreslår at pasientreiser organiseres i akuttklinikken. Delprosjektet som har utredet dette har ikke vært omforent om anbefalingen, og et fåtall mener pasientreiser fortsatt bør ligge i tilknytning til stab.

Videre anbefaler OU-prosjektet følgende endringer i fagavdelingen:

- Barneansvarlig flyttes fra samhandling til klinikk for barn, unge og kvinne
- Fritt behandlingsvalg legges til fagavdelingen
- LMS/kompetansesenter for pasientinformasjon legges til fagavdelingen
- Innovasjon etableres som eget fagområde i fagavdelingen

Samle og systematisere prosjektstyring som fagområde:

- OU-prosjektet vurderer at det er behov for å samle prosjektkompetansen i organisasjonen. I dag er ikke dette samlet på ett sted og prosjekter gjennomføres ulikt. Det er blant annet behov for å fremskaffe en oversikt over pågående prosjekter og en tydeliggjøring av hvilke prosjekter som gjennomføres sentralt og i linja. Det er også behov for felles maler, rammeverk og en prosjekthåndbok.
- Videre utviklingsarbeid på dette området vil skje i OU-prosessen i stabsavdelingene.

Innkjøp og logistikk foreslås inntil videre å fortsette som i dag:

- I dag ligger innkjøp i økonomiavdelingen og det pågår både et regionalt og nasjonalt prosjekt omkring dette. Innkjøpsfunksjonen er derfor ikke drøftet i denne fasen av OU-prosessen. Plassering vil avklares gjennom regionalt og nasjonalt prosjekt for organisering av innkjøpsfunksjonen og gjennom lokalt innføringsprosjekt for nytt økonomi- og logistikk-system. Logistikkfunksjonen er foreslått videreført i drift og eiendom.

Etablere organisasjonsutvikling som ny funksjon i stab:

Organisasjonsevalueringen anbefalte Helse Møre og Romsdal å opprette en egen OU-funksjon, og det har ligget som en forutsetning for OU-arbeidet 2016 at innføring og videre utvikling av ny organisasjonsmodell skal overføres fra prosjekt til linje.

Organisasjonsutvikling som permanent oppgave involverer flere funksjoner, krever et helhetsperspektiv og kontinuerlig oppmerksomhet. I fremtiden vil det kreves kompetanse, kapasitet og beredskap til kontinuerlig å gjøre evalueringer og justeringer i helseforetaket. Samtidig er det nødvendig å utvikle en mer enhetlig og felles organisasjonskultur.

OU-prosjektet foreslår at det i løpet av høsten 2016 settes i gang en utredning og en involverende prosess for å lage et forslag til opprettelse av en egen OU-funksjon i helseforetaket. Oppgaven vil innebære:

- Å involvere sentrale aktører i samtaler om behov og forventninger til innhold i en OU-funksjon
- Å kartlegge erfaringer med å ha en egen OU-funksjon i andre helseforetak og organisasjoner
- Å gjennomføre en SWOT-analyse knyttet til innplassering, organisering, bemanning og omfang av OU-funksjonen sett i forhold til andre stabsfunksjoner

Det anbefales at arbeidet igangsettes i august, samkjøres tidsmessig med øvrige endringer i stab og inngår i øvrige beslutninger om ny organisering.

OU-prosjektet og OU-funksjonen bør arbeide tett sammen i en overgangsfase der målet er at OU-funksjonen overtar de fleste av OU-prosjektets oppgaver. Dette bør skje ultimo 2016.

Etablere virksomhetsstyring som ny funksjon i stab:

- Virksomhetsstyring er et begrep som er benyttet i flere sammenhenger i helseforetakene. Begrepet har ikke et entydig og definert innhold slik det blir brukt, men bringer oppmerksomheten mot styringen av den virksomheten som drives. Forhold som bringes fram i diskusjoner der virksomhetsstyring nevnes er faglig ambisjoner og kvalitetsstyring, ressursstyring, risiko og sårbarhet, økonomiske resultat og målstyring for å nevne noe.
- Det er i Helse Møre og Romsdal behov for en tydeligere plassering av virksomhetsstyringen når det gjelder alle disse elementene. Ikke fordi det ikke jobbes med dette i dag, men fordi overordnet styring av helseforetaket som system og prosess ikke er tydelig nok. I dag er de nevnte forhold spredt på ulike kliniske enheter og stabsenheter som leverer sine bidrag. Internkontrollforskriften har som formål «å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene». Internkontrollforskriften er under revidering. Forslag til navn på ny forskrift er «Forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten». I innledningen til ny forskrift heter det: «Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i dette høringsrapporten en forskrift som stiller krav til styring og ledelse i helse- og omsorgstjenesten. Det foreslås at dagens forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten videreføres og erstattes av ny forskrift, men at det skal gå tydeligere frem at internkontroll er en integrert og naturlig del av virksomhetenes styringssystem. Lovbestemte krav til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring- og pasient- og brukersikkerhet utdypes også. Forskriften skal legge til rette for at virksomheter i helse- og omsorgstjenesten har styringssystem som bidrar til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og at helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Det nærmere innholdet i hvilke krav som omfattes av styringssystemet og hvor ansvaret for å oppfylle plikten ligger, utdypes nærmere i forskriften.»
- Som en del av OU arbeidet må det derfor tydeliggjøres innhold og ansvar for styringssystemet til Helse Møre og Romsdal. Adm. dir. vil høsten 2016 legge frem en styresak som går på styringssystem for helseforetaket.

Samlede anbefalinger og forslag:

De foreslåtte endringene i stab og mellom klinikker og stab vil sammen med de endelig vedtatte hovedprinsippene for organisering danne grunnlag for den videre OU-prosessen.

Anbefalinger og forslag:

- Samle medisinske støttefunksjoner som ikke inngår i tverrfaglige team i én felles enhet
- Flytte medisinsk teknisk avdeling fra drift og eiendom til fagavdelingen
- Flytte pasientadministrative tjenester fra dokumentasjonssenteret i drift og eiendom til klinikkene
- Flytte arkivtjenesten og postmottak fra sekretariatet til drift og eiendom
- Flytte pasientreiser fra stab (samhandlingsavdelingen) til akutt klinikken
- Samle og systematisere prosjektstyring som fagområde
- Etablere organisasjonsutvikling som ny funksjon i stab
- Etablere virksomhetsstyring som ny funksjon i stab

5.4 Prinsipper for organisering av råd og utvalg

Klinikkens organisering, sammensetning og bruk av råd og utvalg fremstår i dag som å følge ulik praksis. For å få en tydeligere, mer oversiktlig og homogen råds- og utvalgsstruktur i helseforetaket foreslås følgende prinsipper for organisering:

- Det skal finnes en ledergruppe på klinikknivå og på avdelingsnivå
- Det skal finnes et samarbeidsråd bestående av ledergruppe, tillitsvalgte og vernetjeneste på klinikknivå og på avdelingsnivå. Behovet for et eget samarbeidsråd på seksjonsnivå vurderes i hvert enkelt tilfelle.⁶
- Det skal finnes et kvalitetsråd på klinikknivå og på avdelingsnivå
- Det skal finnes et internrevisjonsutvalg på klinikknivå
- Det skal etableres faglige arenaer og strukturer i klinikkene, f.eks. fagråd, fagnettverk etc.
- Det skal etableres strukturer i klinikkene som ivaretar forskning, samhandling, brukermedvirkning mv.

Anbefalinger og forslag:

- Samtlige råd og utvalg som fremkommer av oversikten ovenfor etableres i klinikkene
- Klinikkene står fritt til å etablere ytterligere råd eller utvalg ved behov

Forslag til plassering av et antall sentrale råd og utvalg

Det er gjort en kartlegging av sentrale råd og utvalg i helseforetaket og deres plassering i stab eller klinikk. Listen nedenfor viser hvilke råd og utvalg som er kartlagt og vurdert:

- Arbeidsmiljøutvalg (AMU) (med AKA og HMS)
- Kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU)
- Strålevernsutvalg
- Samhandlingsutvalg (1+4)
- Klinisk-etikk komité (KEK)
- Traumeutvalg
- Brukerutvalg
- Ungdomsråd
- Transfusjonsutvalg
- Forskningsutvalg
- Legemiddelkomité
- Journalkomité
- Beredskapsutvalg
- Arealutvalg
- MTU-komité
- HLR (voksne)
- Samarbeidsmøte FTV/VO
- Organdonorutvalg

De fleste råd og utvalg foreslås videreført med samme plassering som i dag, med unntak av MTU-komité, traumeutvalg og HLR (voksne) som foreslås flyttet. Forslag og begrunnelser beskrives nærmere i følgende avsnitt.

MTU-komitéen foreslås flyttet til og ledet fra fagavdelingen. Det må understrekes at det er sekretariats- og lederfunksjonen som foreslås flyttet. Administrerende direktørs ledergruppe vil fortsatt ta de strategiske beslutningene innenfor området. Det vises ellers til punktet om flytting av medisinsk teknisk avdeling fra drift og eiendom til fagavdelingen i kapittel 5.3.

HLR (voksne) er foreslått lagt til akuttklinikken eller medisinsk klinikk. Det har også blitt fremført som et mulig alternativ å legge det til fagavdelingen. OU-prosjektet går inn for å organisere HLR (voksne) i akuttklinikken, men delprosjektet som har diskutert dette er ikke omforent om anbefalingen.

⁶ Uansett spørsmålet om organisering av samarbeidsråd på seksjonsnivå er formålet løpende deling av informasjon, medvirkning og dialog mellom ledere og ansatte

Traumeutvalget har tidligere vært tilknyttet de fire kirurgiske klinikkene. Utvalget er foreslått flyttet og lagt til akuttklinikken eller kirurgisk klinikk.

Anbefalinger og forslag:

- MTU-komiteén flyttes til fagavdelingen
- HLR (voksne) flyttes til akuttklinikken eller medisinsk klinikk
- Traumeutvalget flyttes til akuttklinikken eller kirurgisk klinikk

5.5 Generelle krav til ledere i Helse Møre og Romsdal

Lederrollen i helseforetaket vil være i endring i og med organisasjonsutviklingen og innføring av nye strukturer, fullmakter, oppgaver og ansvar i klinikker og stab. Som en del av OU-arbeidet gjør helseforetaket en gjennomgang av innhold og krav knyttet til lederrollen på ulike nivå. En ser på det som allerede finnes i helseforetaket, innhenter erfaringer fra andre helseforetak og sammenligner med nasjonale retningslinjer og ambisjoner for moderne sykehusledelse. I løpet av 2016 skal det utvikles et felles rammeverk for ledelse i helseforetaket – en Plattform for leiing i Helse Møre og Romsdal.

Den følgende teksten beskriver foreløpige hovedpunkter i Plattform for leiing:

Fire ledernivå og to ulike roller for ledelse

Helse Møre og Romsdal har vedtatt at det skal være fire ledernivåer i helseforetaket, der administrerende direktør er på nivå 1, klinikkssjefer/stabsdirektører er på nivå 2, avdelingssjefer på nivå 3 og seksjonsledere på nivå 4 (jfr. også kapittel 5.2 med forslag til prinsipper for organisering).

Grunnleggende og generelle lederoppgaver, krav til lederegenskaper og verdier og holdninger vil kunne ligge til alle ledernivåene. En må likevel også kunne differensiere mellom oppgaver og ansvarsområder for ledere på ulike nivå. Etter modell fra «Rammeverk for ledelse» i Helse Bergen⁷, defineres to ulike roller for ledelse:

- Ledere som leder ledere
- Ledere som leder medarbeidere

Innholdet og kravene i lederrollen vil bli ulikt formulert for disse to rollene.

Generelle ansvarsområder for ledere i sykehus

Ledere er ansvarlige både for daglig drift og for utvikling av virksomheten. I Nasjonal helse- og sjukehusplan er det definert fire ansvarsområder for ledere i sykehus. Dersom de fire ansvarsområdene settes sammen med sykehusets kjerneoppgaver, kan en illustrere det helhetlige lederansvaret ved hjelp av følgende modell:



Kilde: Nasjonal helse- og sykehusplan, Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak og arbeid med lederstrategi i Helse Møre og Romsdal

Figur 6: Ansvarsområder for ledere i Helse Møre og Romsdal

⁷ Rammeverket for Helse Bergen bygger på Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak.

Framtidens leder slik lederne i Helse Møre og Romsdal ser det

Gjennom flere ledersamlinger fra høsten 2015 og frem til februar 2016 har ledere (på alle nivå) hatt gruppearbeid og i fellesskap gitt innspill på hvordan en ser for seg framtidens leder i Helse Møre og Romsdal. Utgangspunktet har vært de generelle lederegenskapene som er definert i *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak*, og lederne har jobbet med å tolke og konkretisere hva egenskapene betyr for Helse Møre og Romsdal. Følgende liste oppsummerer lederens forståelse av lederegenskapene:

- Ansvarlig: Lojalitet, myndighet og konsekvenser. Være rollemodell.
- Helhetstenkende: Være samarbeidsorientert, bygge felles kultur og identitet.
- Endringsvillig: Kontinuerlig forbedring og kompetanseheving.
- Handlekraftig: Gjennomføringsdyktig, mål- og resultatrettet.
- Kommuniserende: Synlig, tydelig, evne til involvering.
- Inspirerende: Skape engasjement for en positiv prestasjonskultur.

For å skape framtidens leder i Helse Møre og Romsdal er det viktig å «dyrke» egenskapene som beskrives ovenfor.

Et lederskap med disse egenskapene antas å være avgjørende for pasientverdiprosessen og for å kunne skape pasientens helsetjeneste.

Oppgaver, ansvar og krav for de to lederrollene

Basert på hovedoppgavene og ansvarsområdene i figur 8 er det forsøkt å konkretisere hvilket ansvar som ligger til de to ulike lederrollene.

En kan skille mellom at ledere har:

- *Ansvar for beslutninger*: Leder har hovedansvar for oppgaven og eier beslutningen som tas med hensyn til vurderinger og valg av løsningsalternativ. Denne type ansvar ligger ofte på den øverste ledelsen.
- *Ansvar for utføring/koordinering*: Leder gjør jobben, har ansvar for gjennomføring av oppgaven
- *Tar del/blir involvert*: Leder bidrar med innhold og støtte til oppgaven

Ledere som leder ledere (nivå 2 og nivå 3)

Det er særlig viktig at nivå 2-ledere tar vare på det strategiske perspektivet og fungerer som en gruppe som både samlet og hver for seg kan tre inn som nivå 1-leder (administrerende direktør). Det er også grunn til å presisere det særskilte ansvaret toppledergruppens medlemmer har for å vise retning og være rollemodeller.

Nivå 3-ledere har også en viktig rolle for helheten, for strategi og retning i helseforetaket og de har et særlig ansvar for utvikling, gjennomføring og etterlevelse av felles beslutninger og prosesser.

Ledere som leder medarbeidere (nivå 4)

Nivå 4-ledere, eller seksjonsledere, har fått særskilt oppmerksomhet gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan. I det tidligere rundskrivet fra Helse- og omsorgsdepartementet fra 2013 heter det at:

«Førstelinjeføringen 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»

I Nasjonal helse- og sykehusplan fremholdes det at rollen til ledere som er nærmest det pasientrettede arbeidet er særlig viktig for å skape pasientens helsetjeneste. Nivå 4-lederen har ansvar for å lede medarbeidere i utførelsen av oppgavene og driften av helseforetaket.

I Plattform for leiing for Helse Møre og Romsdal vil det inngå en oversikt over de to lederrollene og konkretisering av de generelle oppgavene, ansvaret og kravene som ligger til disse rollene.

I løpet av 2016 skal det utvikles et felles rammeverk for ledelse i helseforetaket – en Plattform for leiing i Helse Møre og Romsdal.

5.6 Stedlig ledelse

OU-prosjektet har utredet mulige løsninger for å kunne imøtekomme uttrykte behov for stedlig ledelse og koordinering i Helse Møre og Romsdal. Løsningsforslaget er utformet etter beste evne basert på kartlagte behov og hva som er gjennomførbart innenfor rammene av vedtatte strukturer og ledelsesprinsipper i helseforetaket. Løsningsforslaget må sees på som et utgangspunkt for innspill og tilbakemeldinger i høringen, og ytterligere konkretisering er nødvendig før beslutning og iverksettelse.

5.6.1 Kartlegging av behov for stedlig ledelse og koordinering i Helse Møre og Romsdal

Det er valgt en kvalitativ og involverende prosess for å kartlegge behov for stedlig ledelse. OU-prosjektet har gjennomført åpne informasjonsmøter for alle ansatte ved alle de fire sykehusene, der det ble informert om prosjektet generelt og mer spesifikt om arbeidet med stedlig ledelse. Møtedeltakerne fikk mulighet til å stille spørsmål og komme med innspill som har blitt vurdert i tilknytning til utarbeidelse av løsningsforslaget.




Direkte etter informasjonsmøtene ble det gjennomført en idédugnad med inviterte deltakere fra sykehuset og omkringliggende lokasjoner. Her ble det kartlagt behov for stedlig ledelse gjennom en cafedialog-metodikk. Deltakerne jobbet i skiftende grupper som vurderte og diskuterte følgende oppgave: «Innenfor rammen av en gjennomgående klinikkstruktur: Hvilke koordinerende og ledelsesmessige oppgaver er det behov for å løse lokalt knyttet til *pasientforløp, fysisk geografisk miljø og arbeidsmiljø*». Alle deltakerne fikk gi innspill på behov knyttet alle temaene.

For å unngå å påvirke eller legge føringer på innspill ble det tatt et bevisst valg om å ikke gi en definisjon av stedlig ledelse i forkant av prosessen. Målet har vært å få frem konkrete eksempler på behov og nødvendige stedlige ledelsesoppgaver. Dette betyr at det er ansatte i Helse Møre Romsdal som har gjort jobben med å beskrive hva stedlig ledelse innebærer for organisasjonen.

Innspill og resultater fra informasjonsmøtene og idédugnadene danner grunnlaget for beskrivelse av et felles behovsbilde i helseforetaket, som løsning for stedlig ledelse skal imøtekomme.

5.6.2 Identifiserte behov for stedlig ledelse

Følgende tabell oppsummerer identifiserte behov for stedlig ledelse. En del av behovene er uttalt ved alle lokasjoner, mens andre behov har kommet frem ved enkelte lokasjoner. Det er denne samlede behovslisten som ligger til grunn for utformingen av løsningen (se kapittel 5.6.3).

Tema fra idedugnad	Identifiserte behov for stedlig ledelse
 Pasientforløp	<ul style="list-style-type: none"> Ivareta samhandling mellom enheter (innad i sykehuset, på tvers av sykehus og med eksterne aktører) 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 på tvers og innad i sykehuset
 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, garderober, 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 på sykehuset på tvers av seksjonene Avklare rykter

OU-prosjektet har vurdert at behovene som har kommet frem stort sett kan henføres til en av tre følgende overordnede ledelsesfunksjoner i helseforetaket:

1. Løpende drift av sykehuset/lokasjonen
2. Strategi og utvikling av virksomheten på sykehuset/lokasjonen
3. Personalledelse

Løpende drift av sykehuset/lokasjonen handler om behovet for å håndtere løpende ressurs-, samhandlings- og beslutningsutfordringer knyttet til 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, spørsmål og problem som trenger en løsning forsvinner i et «sort hull».

Den andre hovedkategorien, strategi og utvikling av virksomheten på sykehuset/lokasjonen, kommer frem som beskrivelser av behov for å utveksle informasjon og ha en dialog mellom ledernivåene om den enkelte lokasjons utviklingsmuligheter, utfordringer og framtidsutsikter.

Den tredje hovedkategorien, personalledelse, handler om behov for å – fra et medarbeiderperspektiv – kunne bli «sett og hørt» i hverdagen, og – fra et ledelsesperspektiv – kunne «se og høre» den enkelte.

Behovene knyttet til personalledelse gir uttrykk for generelle krav og forventninger til ledelse og ledere i linjen. Som det fremgår av denne rapporten utreder og foreslår OU-prosjektet flere tiltak for å tydeliggjøre lederrollene i helseforetaket. Det gis forslag til prinsipper for organisering på nivå 3 og 4, herunder utarbeidelse av ny fullmaktsmatrise for ledelse, og det formuleres generelle krav til ledere og innhold i lederrollene. OU-prosjektet vurderer at de uttrykte behovene knyttet til personalledelse i stor grad vil imøtekommes gjennom utvikling og styrking av ledelseslinjen i helseforetaket.

I tillegg til de tre hovedkategoriene av behov har det kommet innspill på behov for stedlig beredskapsledelse ved kriser. OU-prosjektet vurderer det slik at beredskapsledelse skal løses gjennom en beredskapsorganisering ifølge beredskapsplanverket og ikke gjennom løsningsforslaget for stedlig ledelse. Det vil likevel være grenseflater og grenseoppganger mellom stedlig ledelse og den lokale beredskapsorganisasjonen som må håndteres.

Ut over beskrivelser av ledelsesbehov og eksempler på lederoppgaver har det kommet mange innspill på at det må være knyttet reell myndighet og ansvar og tydelige mandater og fullmakter knyttet til eventuelle stedlige ledelsesfunksjoner. Dette gjelder uavhengig av om oppgaven er å lede problemstillinger og prosesser knyttet til pasientforløp, fysisk/geografisk miljø eller arbeidsmiljø.

Mange har fremsatt behov for å etablere bestemte stedlige lederroller. På de mindre sykehusene har det kommet frem ønsker om og blitt konkretisert behov for en stedlig sykehusdirektør. De mindre sykehusene har også pekt på behovet for stedlige avdelingssjefer. Disse løsningsforslagene er registrert og diskutert, og anerkjennes som viktige innspill som stammer fra reelle behov på det enkelte sykehus.

OU-prosjektet vil likevel ikke foreslå en organisasjonsmodell med sykehusdirektører. En slik løsning bryter med valgt overordnet prinsipp om tverrgående klinikker og klinikkledelse. OU-prosjektet foreslår i stedet et *driftskonsept for stedlig ledelse*. Konseptet vurderes å kunne møte identifiserte behov for stedlig ledelse innenfor ny organisasjonsmodell.

5.6.3 Forslag til driftskonsept for stedlig ledelse

På basis av identifiserte behov foreslås en overordnet løsning for stedlig ledelse i Helse Møre og Romsdal som består av fire ulike tiltak:

1. Opprettelse av stedlig driftsledelse og innføring av koordineringsmøter etter behov
2. Tydeliggjøring av en hus-ansvarlig
3. Stedlige ledermøter
4. Stedlige ledersamlinger

Det første tiltaket (stedlig driftsledelse) vil medføre at det opprettes en ny funksjon i dagens organisasjonsmodell. De tre andre tiltakene innebærer en tydeliggjøring og videreutvikling av eksisterende lederroller og -arenaer.

Tiltakene forutsetter hverandre gjensidig som løsning for stedlig ledelse. Løsningen skal i utgangspunktet iverksettes på samme måte ved hver lokasjon, men det må gjøres skjønnsmessige lokale tilpasninger.

Anbefalinger og forslag:

1. Det opprettes en stedlig driftsledelse og det innføres koordineringsmøter etter behov på sykehusene
2. Rollen som hus-ansvarlig tydeliggjøres (bygger på en eksisterende rolle)
3. Det gjennomføres stedlige ledermøter på nivå 2 (utvikling av eksisterende arena)
4. Det gjennomføres stedlige ledersamlinger på hvert sykehus (utvikling av eksisterende arena)

Forslagene er gjensidig avhengig av hverandre som en helhetlig løsning for stedlig ledelse.

I det følgende vil hvert enkelt tiltak, samt hvilke behov tiltaket skal imøtekomme, beskrives.

1. Opprettelse av stedlig driftsledelse, samt lokale koordineringsmøter etter behov

Stedlig driftsledelse ved hvert sykehus (ny funksjon)

Det foreslås at det opprettes en stedlig driftsledelsesfunksjon ved hvert av sykehusene i helseforetaket. Funksjonen skal utøves gjennom en felles møtearena med representanter fra alle klinikkene på sykehuset. Driftsledelsesfunksjonen skal være en fast, bredt representert og transparent arena som medarbeidere og ledere på sykehuset og omkringliggende lokasjoner kan henvende seg til ved problemstillinger, utfordringer og forslag av lokal karakter. Møtene i driftsledelsen bør være regelmessige og med en åpen sakliste basert på forslag fra deltakerne og organisasjonen på lokale aktuelle saker. Eksempler på saker kan være løpende avklaringer knyttet til arealbruk, pasientflyt mellom avdelinger og seksjoner, håndtering av ulikt belegg, personalressurser, opplæring, kompetanse og rekruttering, samhandling med kommuner og lokalmiljøet for øvrig.

Hensikten med en felles funksjon er å samle ansvaret for koordinering, løpende informasjon og prosesser knyttet til driften av sykehuset/lokasjonen på ett sted, samt å ha en felles arena for å diskutere og finne løsninger for hvordan overordnede beslutninger, standardiserte løsninger, prosedyrer, retningslinjer e.l. best mulig kan operasjonaliseres og iverksettes lokalt.

For å sikre effektivitet, samhandling og raske lokale prosesser foreslås det å ha en ansvarlig driftsleder med ansvar for drifte funksjonen ved hvert sykehus. Driftslederne bør møtes for å utveksle erfaringer, kunnskap og kompetanse knyttet til egen rolle, drift og utvikling av funksjonen. Driftsleder skal opptre mest mulig nøytralt i forhold til klinikk og fag og kunne ta et helhetsperspektiv med hensyn til diskusjoner, avklaringer og beslutninger. En foreløpig anbefaling er at driftslederne personalmessig plasseres under assisterende direktør i administrasjonsavdelingen.

Det er også viktig at driftsledelsesfunksjonen får et tydelig mandat og klare fullmakter, samt at det lages spilleregler og prosedyrer for hvordan driftsledelsen skal jobbe og avgjørelser skal tas. Nærmere detaljer rundt driftslederrollen vil utarbeides i den videre OU-prosessen.

Lokale koordineringsmøter etter behov (ny møtearena)

I tillegg til de regelmessige møtene i driftsledelsen foreslås det å innføre ulike lokale koordineringsmøter etter behov. Hensikten med disse møtene er å håndtere enklere daglige koordineringsspørsmål, for eksempel fordeling og prioritering av personalressurser ved sykdom/fravær, utstyr, samt håndtering av pasientflyt ved overbelegg og lignende. Deltakelse og frekvens for disse møtene må tilpasses behov og praktiske forhold ved den enkelte lokasjon. Møtene bør ha en kort og enkel dagsorden.

Det må tydelig fremgå hvilke saker som skal tas opp i koordineringsmøtet og hvilke saker som bør behandles i driftsledelsen.

Behov som kan imøtekommes gjennom stedlig driftsledelse og koordineringsmøter etter behov

- Ivareta samhandling mellom enheter (innad i sykehuset, på tvers av sykehus og med eksterne aktører) 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 på tvers og innad i sykehuset
- Planlegge, koordinere, prioritere og fordele ressurser/midler knyttet til bygg
- Være tilgjengelig og ansvarlig
- Skape godt arbeidsmiljø på sykehuset på tvers av seksjonene
- Avklare rykter

2. Tydeliggjøring av en hus-ansvarlig (bygger på eksisterende rolle)

I seksjon for allmenteknikk i drift og eiendom finnes det allerede i dag en slags hus-ansvarlig-rolle (en seksjonsleder ved hvert av de fire sykehusene). Det foreslås at denne rollen tydeliggjøres som en del av løsningen for stedlig ledelse.

Arbeidsoppgavene til en hus-ansvarlig kan være å vurdere behov og innspill knyttet til vedlikehold, bygg og eiendom, samt å ta avgjørelser vedr. eiendomsdrift, HMS, fysisk, funksjonelt og estetisk miljø. Hus-ansvarlig foreslås også å få ansvar for et meldesystem som medarbeidere og ledere i organisasjonen kan bruke for å melde fra om behov og utfordringer. OU-prosjektet anbefaler at hus-ansvarlig deltar i driftsledelsen ved sykehuset.

Viktige forutsetninger for at hus-ansvarlig kan fylle rollen på en god måte er at det er tydelig avsatt budsjett, fullmakter og ansvar knyttet til oppgavene, samt at funksjonalitet og effektivitet i pasientprosessene og trivsel blant pasienter og ansatte er grunnlaget for den hus-ansvarliges fokus og avgjørelser. De fire hus-ansvarlige bør også ha regelmessige møter for kunnskapsdeling og erfaringsutveksling på tvers av lokasjoner.

Behov som kan imøtekommes gjennom tydeliggjøring av hus-ansvarlig

- Planlegge, koordinere, prioritere og fordele ressurser/midler knyttet til bygg
- Sørgje for lokasjonens "ansikt utad" (åpningstider, skilting, kiosk, pasientverter, sykehusverter, parkering, garderobes, informasjon, bibliotek, transport m.m.)
- Være tilgjengelig og ansvarlig

3. Stedlige ledermøter på nivå 2 (utvikling av eksisterende arena)

Administrerende direktørs ledergruppe gjennomfører allerede i dag stedlige ledermøter. Det foreslås at denne arenaen tydeliggjøres og utnyttes bedre til å formidle synspunkter fra ledergruppen på stedlige problemstillinger. Stedlige ledermøter vil også kunne tilrettelegge for bedre kunnskap og dialog om lokale forhold.

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

Behov som kan imøtekommes ved stedlige ledermøter på nivå 2 med tydeligere «stedlig fokus»

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

4. Stedlige ledersamlinger (utvikling av eksisterende arena)

Det foreslås at enkelte ledersamlinger gjennomføres lokalt. Forslaget innebærer at alle ledere på nivå 3 og 4 fra sykehuset/lokasjonene i området deltar på samlingen sammen med ledergruppen. Hensikten er bl.a. at lederne på tvers av nivåer over litt lengre sammenhengende tid får diskutert og jobbet 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. Samlingene kan benyttes for å bygge tillit på tvers av fag og nivåer og øke forståelsen for hverandres perspektiver og kulturer, som grunnlag for å bygge en ny felles ledelseskultur i helseforetaket.

Av praktiske årsaker og ressursmessige hensyn kan de stedlige ledersamlingene med fordel koordineres med stedlige ledermøter eller andre sammenfallende møtetidspunkter.

Behov som kan imøtekommes ved stedlige ledersamlinger

- Samhandle og samarbeide lokalt
- Informere og kommunisere på tvers og innad i sykehuset
- Inkludere
- Sikre tillit til videre utvikling av sykehuset – forutsigbarhet
- Ivareta sykehusets profil
- Skape godt arbeidsmiljø på sykehuset på tvers av seksjonene
- Avklare rykter

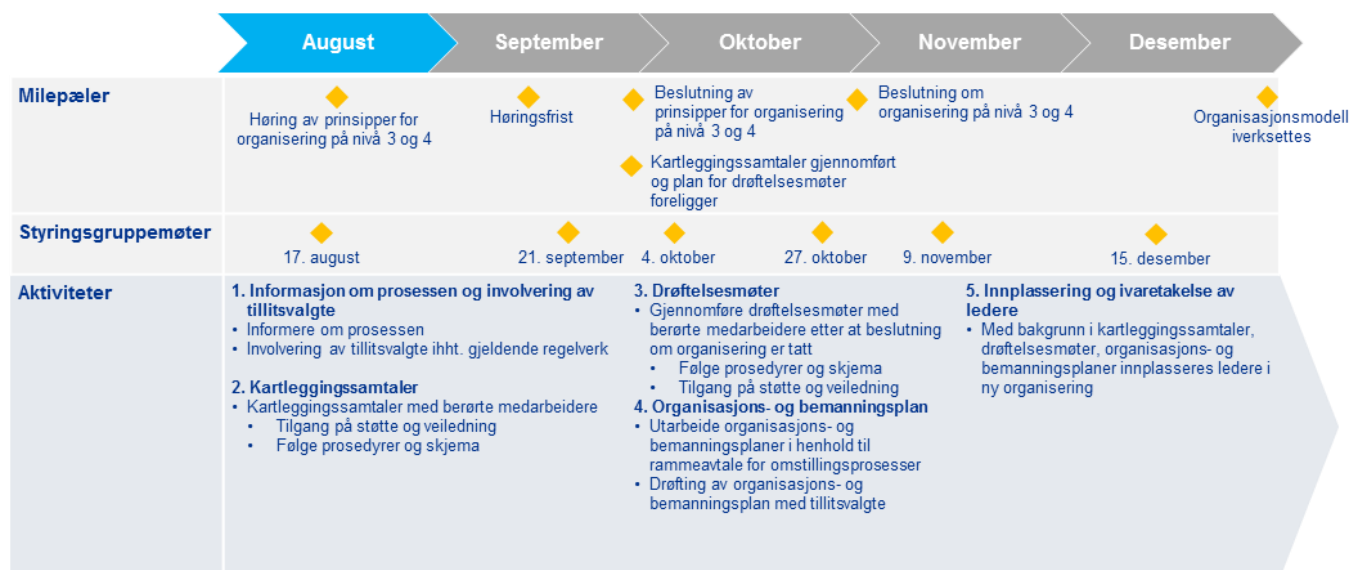
6. Veien videre i OU-arbeidet

6.1 Prosessen frem mot iverksetting av ny organisasjonsmodell

Frem mot at ny organisasjonsmodell trer i kraft 1. januar 2017 gjenstår en rekke aktiviteter og milepæler. Høringsrapporten sendes ut på intern høring i medio august og høringsfristen for organisasjonen er 15. september. Høringsinnspillene vil deretter bearbeides, sammenfattes og oppsummeres av OU-prosjektet. Innspillene vil tas med i betraktning når prinsipper for organisering på nivå 3 og 4 besluttes i starten av oktober. De blir også tatt med i betraktning ved beslutning om innhold og grensesnitt i klinikker og stab, og beslutning om driftskonsept for stedlig ledelse.

Det vil være opp til klinikkjefene og stabsdirektørene å utforme de organisatoriske løsningene for sine enheter med utgangspunkt i de besluttede prinsippene for organisering. Styringsgruppen vil fortsatt være tett på prosessen, og det vil avholdes styringsgruppemøter i forlengelsen av høstens ledergruppemøter. Det vil bli gjennomført kartleggingssamtaler og drøftelsesmøter med alle avdelingssjefer og seksjonsledere som berøres i arbeidet. Målet er at ledere på nivå 3 og 4 er innplassert i den nye organisasjonsmodellen 1. januar 2017.

Figuren nedenfor gir en oversikt over den videre prosessen frem til starten av 2017. Det vises for øvrig til kapittel 4 for mer informasjon om milepælene i prosjektet.



Figur 7: Overordnet tids- og aktivitetsplan

6.2 Omstillingsprosessen for ledere på nivå 3 og 4

Det å innføre en ny organisasjonsmodell fra 1.1. 2017 vil medføre en omstillingsprosess i helseforetaket. Omstillingen vil først og fremst ramme ledere i helseforetaket dersom organisatoriske strukturendringer medfører at egen lederstilling endres eller forsvinner.

Omstillingsprosessen vil bli gjennomført i henhold til arbeidsmiljølovens bestemmelser (lov av 17. juni 2005 nr. 62), hovedavtalen og gjeldende overenskomster. Helse Møre og Romsdal er i tillegg bundet av en rammeavtale for omstillingsprosesser datert 12. september 2008 inngått mellom Helse Midt-Norge RHF og arbeidstakerorganisasjonene. Videre er det utarbeidet retningslinjer for nedbemanning i Helse Midt-Norge, revidert og styrebehandlet 25. september 2008. Disse bestemmelsene og retningslinjene legger føringer for den videre omstillingsprosessen.

Det må understrekes at formålet med omstillingsprosessen ikke er nedbemanning. For avdelingssjefer og seksjonsledere som ser sin stilling forsvinne, vil det bli arbeidet med å kunne tilby hver enkelt leder en annen passende stilling. Ut over dette opprettes tiltak og virkemidler i tråd med bestemmelsene.

I tråd med rammeavtalen for omstillingsprosesser vil det gjennomføres innledende kartleggingsamtaler med den enkelte leder som kan bli berørt av omstillingen. Det blir også gjennomført nye kartleggingsamtaler/drøftingsmøter med berørte avdelingssjefer og seksjonsledere etter at klinikker og stab har valgt organisasjonsløsning på nivå 3 og 4. I denne prosessen vil det informeres om hva omorganiseringen har å si for den enkelte leder sin stilling. Den enkelte leder vil få mulighet til å komme med ønsker og tanker om egen rolle i ny virksomhet. Disse innspillene er viktige for den endelige vurderingen av den enkeltes plassering i ny modell.

I samsvar med gjeldende lov- og avtaleverk vil omstillingsprosessen løpende bli diskutert med de tillitsvalgte. Disse samtalerne er viktige og nødvendige for videre arbeid med iverksetting av valgt organisasjonsmodell. Blant annet vil det bli utarbeidet nye organisasjons- og bemanningsplaner som legges frem for tillitsvalgte.

6.3 Felles ansvar for å få organisasjonsmodellen til å fungere i praksis

Den nye organisasjonsmodellen som skal iverksettes fra 1. januar 2017 vil bygge på gjennomtenkte og veloverveide vurderinger og forslag, og komme som resultat av en beslutningsprosess der organisasjonen har vært involvert, blant annet gjennom denne høringsrunden.

For å få en ny organisasjonsmodell til å virke etter hensikten er det uansett helt nødvendig at menneskene i organisasjonen har informasjon og kunnskap om bakgrunn og hensikt med modellen, at de aktivt slutter opp den og at de gjør en felles innsats for å få den til å fungere i praksis. Det bør minnes om hvorfor helseforetaket gjør disse endringene, og at behovet har utviklet seg fra fusjonen i 2011 frem til evalueringen som ble gjort høsten 2015.

Ledernes innstilling og innsats er avgjørende. Ledere må være gode rollemodeller i endring, samt tydelig anerkjenne og etterleve implikasjoner av ny struktur, nye roller og krav. Lederne i Helse Møre og Romsdal er de som i størst grad vil kunne berøres personlig av endringene som følger av ny organisasjonsmodell. Dette kan oppleves som krevende. Samtidig er organisasjonen helt avhengig av at lederne går foran i prosessen.

Medarbeidere i alle funksjoner og på alle nivåer i organisasjonen må også støtte opp om ny struktur og etterleve nye krav og løsninger. Ledere og medarbeidere bør snakke sammen om hvordan de kan ivareta og utvikle en hensiktsmessig og fornuftig ansvarsfordeling og hjelpe hverandre med å innarbeide det som kreves av ny adferd i ny organisasjonsmodell.

Før, under og etter overgangen til ny organisasjonsmodell må både ledere og medarbeidere utvise raushet og tålmodighet. Det er ikke sikkert at alt ved ny modell fungerer tilfredsstillende med en gang. 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.

7. Vedlegg

7.1 Begrepsavklaringer

Avgjerdsgrunnlag OU Del 1 HMR	Administrerende direktør sin grunngivning for valg av organisasjonsmodell på nivå 1 og 2. Dokumentet er datert 17. mars 2016.
Delprosjekt	Det er nedsatt fire delprosjekter i OU-arbeidet. Disse delprosjektene har ulike ansvarsområder samtidig som det er mange avhengigheter mellom prosjektene. Nærmere detaljer om delprosjektene finnes i styringsdokumentet for OU-prosjektet.
Lokasjon	Lokasjon defineres her som sykehus eller en annen geografisk lokasjon med tilbud om spesialisthelsetjenester i Helse Møre og Romsdal.
Organisasjonsmodell	Organisasjonsmodell defineres her både som organisasjons- og ledelsesstruktur.
Ledergruppen	Administrerende direktørs ledergruppe – bestående av kliniksjefer og stabsdirektører
OU-funksjon	Det skal etableres en egen OU-funksjon i Helse Møre og Romsdal. Bakgrunnen for dette er at organisasjonsutvikling involverer flere funksjoner, krever et helhetsperspektiv og kontinuerlig oppmerksomhet. OU-funksjonens endelige rolle, form og oppgaver defineres høsten 2016.
Styringsdokument	Styringsdokumentet beskriver bakgrunnen for iverksettelsen av OU-prosjektet, prosjektets mandat, organisering, milepæler, m.m. Styringsdokumentet ligger på helseforetakets intranettsider og er datert 19. april 2016.

7.2 Nærmere om OU-prosjektet⁸

7.2.1 Delprosjektene

OU-prosjektet består av fire ulike delprosjekter. Delprosjektene skal gjennomføre oppgavene slik de er beskrevet i styringsdokumentet, og i henhold til overordnet fremdrifts- og milepælsplan. Hvert delprosjekt skal også utarbeide egne aktivitets- og milepælsplaner basert på felles maler og verktøy som utarbeides i prosjektet.

Delprosjektene aktiviteter slik de er beskrevet i styringsdokumentet er ikke uttømmende. Delprosjektet skal til enhver tid ta tak i forhold som er avgjørende for en vellykket gjennomføring av delprosjektets oppgaver og mandat og i henhold til fastsatte mål og for OU-prosjektet som helhet.

DP1: Endring organisasjonsstruktur

Formål: Delprosjektet skal fremme alternative forslag til organisering på nivå 3 og 4. I dette ligger kartlegging av dagens organisering, forslag til prinsipper for organisering, samt beskrive styrker og svakheter i de ulike modellene.

Delprosjektet omhandler organisasjonsstruktur i både klinikker og stab. Delprosjektet har to arbeidsgrupper; arbeidsgruppe for klinikkstruktur og arbeidsgruppe for stabsstruktur. Det er en forutsetning at de to arbeidsgruppene jobber tett sammen og foretar nødvendige avklaringer seg imellom.

Nedenfor følger en nærmere beskrivelse av aktivitetene i arbeidsgruppene.

Arbeidsgruppen for klinikkstruktur skal:

1. Kartlegge dagens organisering, herunder:
 - a. Enheter (klinikk, avdeling, seksjon, andre)
 - b. Årsverk
 - c. Fagledernetverk, grupper, råd og utvalg
 - d. Eventuelle stedstilsatte støttefunksjoner
2. Utarbeide og vurdere felles prinsipper for organisering
3. På bakgrunn av punkt 1 og 2 utarbeides noen alternative modeller for organisering, samt behov for supplerende strukturer (eks. fagledernetverk, grupper, råd og utvalg)⁹. Modellene bearbeides videre i ledergruppen før høring.
4. Utarbeide forslag til ny fullmaktsmatrise og identifisere behov for styringsinformasjon på ulike nivå

Arbeidsgruppen for stabsstruktur skal:

1. Kartlegge dagens organisering, herunder:
 - a. Enheter (avdeling, seksjon, andre) og tjenesteområder
 - b. Årsverk
 - c. Grupper, råd og utvalg
2. Utarbeide og vurdere felles prinsipper for organisering og dimensjonering, herunder må prinsippet om desentral/sentral stab omtales
3. På bakgrunn av punkt 1 og 2 utarbeides noen alternative modeller for organisering og dimensjonering i staben, inkludert vurderinger om organisering og innhold i en OU-funksjon. Modellene bearbeides videre i ledergruppen før høring.
4. Utarbeide forslag til ny fullmaktsmatrise og identifisere behov for styringsinformasjon på ulike nivå
5. Utarbeide en felles beskrivelse av stabens tjenester, ansvarsområder og kontaktpunkter

⁸ Hentet fra styringsdokumentet

⁹ Det må i arbeidet med prinsipper for organisering i klinikkene tas hensyn til de beskrevne styrker og svakheter ved tverrgående klinikkstruktur. Stedlig ledelse utredes i eget delprosjekt og delprosjektene skal jobbe tett sammen.

DP2: Stedlig ledelse

Formål: Delprosjektet skal utrede og beskrive alternative forslag til organisering av stedlig ledelse i Helse Møre og Romsdal

Følgende oppgaver er definert for delprosjektet:

1. Innhente erfaringer fra andre helseforetak knyttet til organisering av og innhold i stedlig ledelse
2. Utrede innhold og oppgaver knyttet til behov for stedlig koordinering og ledelse
3. På bakgrunn av dette beskrive alternative forslag til organisering av stedlig ledelse

De alternative forslagene til organisering av stedlig ledelse må 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).

DP3: Omstilling personell

Formål: Delprosjektet skal ivareta omstillingsprosessen med innplassering av ledere og tilsatte i ny struktur

Følgende oppgaver er definert for delprosjektet:

- Kartlegge hvilke ledere og ansatte som direkte berøres av omstilling grunnet ny struktur i helseforetaket
- Konkretisere og formidle prosessbeskrivelse for omstilling til ledere på nivå 2
- Foreslå overordnet innhold i stillingsbeskrivelser for lederne i organisasjonen
- Bistå ledelsen (nivå 2 og 3) i utarbeidelse av organisasjons- og bemanningsplaner basert på nye strukturer og stillinger

DP4: Plattform for ledelse

Formål: Delprosjektet skal utarbeide en felles Plattform for leiing i Helse Møre og Romsdal.

Helse Møre og Romsdal har en egen arbeidsgruppe for "Leiarstrategi HMR 2015-2018". Det er besluttet at denne arbeidsgruppen skal videreføres som et eget delprosjekt i OU-prosjektet. Oppdraget arbeidsgruppen fikk i 2015 var å utarbeide forslag til lederstrategi og handlingsplan for lederopplæring, lederutvikling og lederskap.

Følgende oppgaver er definert for delprosjektet:

- Beskrive fremtidens leder i Helse Møre og Romsdal, og definere innholdet i lederrollene på ulike nivå
- Utarbeide forslag til kompetansekrav og lederavtaler¹⁰
- Utarbeide forslag til hvordan helseforetaket kan evaluere sine ledere
- Utarbeide forslag til organisering av og innhold i lederutviklingsprosessen i Helse Møre og Romsdal

¹⁰ Må sees i sammenheng med fullmaktsmatrise som utarbeides i DP1: Endring organisasjonsstruktur og stillingsbeskrivelser i DP3: Omstilling personell

7.2.2 Deltakere i OU-prosjektet

DP1: Endring organisasjonsstruktur (klinikk)

Navn	Rolle	Delprosjekt/gruppe
Helge Ristesund	Delprosjektleder	DP1: Endring organisasjonsstruktur (klinikk)
Ove Økland	Deltaker	DP1: Endring organisasjonsstruktur (klinikk)
Åse Hagen Morsund	Deltaker	DP1: Endring organisasjonsstruktur (klinikk)
Knut Nautvik	Deltaker	DP1: Endring organisasjonsstruktur (klinikk)
Ketil L. Gaupset	Deltaker	DP1: Endring organisasjonsstruktur (klinikk)
Odd Vedding	Deltaker	DP1: Endring organisasjonsstruktur (klinikk)
Heidi A. Nilsen	Deltaker	DP1: Endring organisasjonsstruktur (klinikk)
Olav Finnøy	Deltaker	DP1: Endring organisasjonsstruktur (klinikk)
Kristen Rasmussen	Deltaker	DP1: Endring organisasjonsstruktur (klinikk)
Hein Enger Halvorsen	Deltaker	DP1: Endring organisasjonsstruktur (klinikk)

DP1: Endring organisasjonsstruktur (stab)

Navn	Rolle	Delprosjekt/gruppe
Helge Ristesund	Delprosjektleder	DP1: Endring organisasjonsstruktur (stab)
Anne Strand Alfredsen Larsen	Deltaker	DP1: Endring organisasjonsstruktur (stab)
Berit Lund	Deltaker	DP1: Endring organisasjonsstruktur (stab)
Per-Henning Valderhaug	Deltaker	DP1: Endring organisasjonsstruktur (stab)
Trude F. Giskås	Deltaker	DP1: Endring organisasjonsstruktur (stab)
Hilde Amundsen Flø	Deltaker	DP1: Endring organisasjonsstruktur (stab)
Svanhild Tranvåg	Deltaker	DP1: Endring organisasjonsstruktur (stab)
Mona Aagaard-Nilsen	Deltaker	DP1: Endring organisasjonsstruktur (stab)
Ingrid Vasdal	Deltaker	DP1: Endring organisasjonsstruktur (stab)
Beate Stock	Deltaker	DP1: Endring organisasjonsstruktur (stab)
Torstein Hole	Deltaker	DP1: Endring organisasjonsstruktur (stab)
Tor Rune Aarø	Deltaker	DP1: Endring organisasjonsstruktur (stab)
Hein Enger Halvorsen	Deltaker	DP1: Endring organisasjonsstruktur (stab)

DP2: Stedlig ledelse

Navn	Rolle	Delprosjekt/gruppe
Marit Stadler Wærness	Delprosjektleder	DP2: Stedlig ledelse
Mona Ryste	Deltaker	DP2: Stedlig ledelse
Manuela Strauss	Deltaker	DP2: Stedlig ledelse
Lars Duwe	Deltaker	DP2: Stedlig ledelse
Hanne Stenseth	Deltaker	DP2: Stedlig ledelse
Mona Aagaard-Nilsen	Deltaker	DP2: Stedlig ledelse

Navn	Rolle	Delprosjekt/gruppe
Britt Valderhaug Tyrholm	Deltaker	DP2: Stedlig ledelse
Vidar Hagerup	Deltaker	DP2: Stedlig ledelse
Karl-Arne Remvik	Deltaker	DP2: Stedlig ledelse
Berit Kalgraff	Deltaker	DP2: Stedlig ledelse
Anette Lekve	Deltaker	DP2: Stedlig ledelse
Julie Helset	Deltaker	DP2: Stedlig ledelse

DP3: Omstilling personell

Navn	Rolle	Delprosjekt/gruppe
Arild J. Iversen	Delprosjektleder	DP3: Omstilling personell
Else Rørstad	Deltaker	DP3: Omstilling personell
Birgitte E. Sætre	Deltaker	DP3: Omstilling personell
Emma Vindal	Deltaker	DP3: Omstilling personell
Oddbjørn Tomren	Deltaker	DP3: Omstilling personell
Elise Vegsund	Deltaker	DP3: Omstilling personell

DP4: Plattform for ledelse

Navn	Rolle	Delprosjekt/gruppe
Jorun Bøyum	Delprosjektleder	DP4: Plattform for ledelse
Henrik Erdal	Deltaker	DP4: Plattform for ledelse
Oda Vederhus	Deltaker	DP4: Plattform for ledelse
Birgitte E. Sætre	Deltaker	DP4: Plattform for ledelse
Siv Kvamme	Deltaker	DP4: Plattform for ledelse
Elisabeth S. Kleive	Deltaker	DP4: Plattform for ledelse
Anne Strand Alfredsen Larsen	Deltaker	DP4: Plattform for ledelse
Shruti Sharma	Deltaker	DP4: Plattform for ledelse
Marit S. Wærness	Deltaker	DP4: Plattform for ledelse

Prosjektkontoret

Navn	Rolle	Delprosjekt/gruppe
Hein Enger Halvorsen	Prosjektkontorleder	Prosjektkontoret
Trine Kvalheim	Deltaker	Prosjektkontoret
Anne Strand Alfredsen Larsen	Deltaker	Prosjektkontoret
Trude Fjærli Giskås	Deltaker	Prosjektkontoret