



Organisasjonsutvikling 2016

Beslutningsgrunnlag, del 2

4. oktober 2016

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning.....	4
2.	Høringsprosessen	5
3.	Navn på klinikker og stabsavdelinger	6
4.	Prinsipper for organisering på nivå 3 og 4	11
5.	Organisasjonsendringer på nivå 3 og 4	15
6.	Prinsipper for organisering av råd og utvalg	20
7.	Stedlig ledelse.....	21
8.	Organisasjonsutvikling i stab	23
9.	Veien videre i OU-arbeidet.....	24

1. Innledning

Beslutningsgrunnlaget er utarbeidet av OU-prosjektet for ledergruppen og administrerende direktør. Dokumentet er behandlet og godkjent av ledergruppen 4. oktober 2016.

Beslutningsgrunnlaget inneholder en beskrivelse av hvilke organisasjons- og ledelsesprinsipper som skal gjelde i Helse Møre og Romsdal fra 1. januar 2017. Vedtatte prinsipper fremgår av de blå boksene. Prinsippene skal legges til grunn for videre organisering av klinikker og stabsavdelinger.

Klinikkjefer og stabsdirektører har ansvar for å beslutte organisering av egen enhet innen 1. november 2016. Klinikk for kirurgi og Klinikk for akuttbehandling vil ha en forskyving i 12 uker i tidsplanen på grunn av kompleksiteten i organiseringen av disse to klinikkene.

Hovedoppgaven i OU-arbeidet fremover er å sikre at helseforetaket iverksetter og i praksis jobber etter den nye organisasjonsmodellen. Endringer og justeringer vil likevel komme til å fortsette i og med at Helse Møre og Romsdal fremover skal utvikle organisasjonen som en naturlig tilpasning til endringer internt og i omgivelsene.

I den videre prosessen er ledernes innstilling og innsats avgjørende. 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 umiddelbart og det bør vinnes tilstrekkelige erfaringer før det trekkes konklusjoner om hva i ny modell som fungerer og hva som eventuelt bør justeres.

2. Høringsprosessen

Ledergruppen ønsker å takke alle som har satt av tid og gitt verdifulle innspill i høringen. Samtlige hørings svar er gjennomgått og høringsinnspillene har vært viktige i vurderingene og i utarbeidelsen av beslutningsgrunnlaget.

Siden fusjonen i 2011 har behovet for å vurdere og videreutvikle organisasjonsmodellen i Helse Møre og Romsdal vært på dagsorden. Arbeidet med organisasjonsutvikling kom i gang etter en intern evaluering som ble gjennomført blant ansatte i helseforetaket høsten 2015. I mars 2016 ble en tverrgående organisasjonsstruktur på nivå 2 besluttet, og ny ledergruppe ble dannet den 1.mai som følge av dette. På bakgrunn av evalueringen ble det bestemt å opprette et OU-prosjekt med fire delprosjekt. Deltakerne i arbeidsgruppene i delprosjektene har vært tillitsvalgte, verneombud, ledere og fagfolk. Gjennom våren og sommeren har prosjektet hatt ansvar for å utrede og utarbeide konkrete forslag til ny organisasjonsmodell på følgende områder:

- Forslag til navn på klinikker og stabsavdelinger
- Forslag til prinsipper for organisering på nivå 3 og 4
- Forslag til organisasjonsendringer på nivå 3 og 4
- Prinsipper for organisering av råd og utvalg
- Generelle krav til ledere i Helse Møre og Romsdal
- Stedlig ledelse

Den 18. august sendte styringsgruppen forslaget ut på intern høring, med svarfrist den 15. september. I høringsbrevet ble det satt opp tema og konkrete spørsmål som styringsgruppen ønsket innspill på.

Ved utløp av høringsfristen var det registrert 76 svar og innspill. Mange av høringsinstansene har levert gjennomarbeidede og felles omforente svar, og har valgt å gå detaljert inn i flere av hørings spørsmålene. Noen velger kun å svare på enkelte av spørsmålene.

Avsender	Antall
Klinikker	8
Avdelinger	26
Seksjoner	20
Enkeltledere	9
Tillitsvalgte	5
Vernetjeneste/-ombud	3
Fagforbund	5
Sum	76

Hørings svarene har vært viktige bidrag i OU-arbeidet og beslutningen om ny organisasjonsmodell som skal tre i kraft 1. januar 2017.

3. Navn på klinikker og stabsavdelinger

Følgende forslag til navn på klinikker og stabsavdelinger har vært på høring:

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

Et stort antall høringsinnspill kommenterer ikke navneforslagene, og mange støtter forslagene slik disse er presentert. Generelle innspill går bl.a. på at navnene bør holdes korte, enkle og folkelige. Flere sier at det bør være en konsekvent bruk av benevnelse «klinikk for» eller «-klinikk». Enkelte hørings svar trekker frem at klinikkens medisinske fagområder bør fremkomme som en del av navnet.

Det blir påpekt en forskjell i bruken av avdelingsbegrepet for stab og klinikkene, der avdeling i stab benyttes på nivå to og avdeling i klinikkene benyttes på nivå tre. Bakgrunnen for denne ulikheten er at det i klinikkene er tre ledernivåer (klinikk sjef, avdelingssjef og seksjonsleder), mens det i stab kun er to ledernivåer (stabsdirektør og seksjonsleder). Det vises også her til kapittel 4 og prinsippet om antall formelle ledernivåer i organisasjonen. Denne ulikheten gjør det krevende å samkjøre benevnelser slik at dette er likt for klinikk og stab. Ved å opprettholde benevnelsen «avdeling» på nivå to i stab, så benyttes et allerede innarbeidet begrep i organisasjonen. Det anbefales derfor å opprettholde bruken av avdelingsnavn for øverste stabsnivå.

I høringen har flere også pekt på behovet for å harmonisere titler for klinikker og stabsavdelinger. I dag heter det klinikk sjef og stabsdirektør, noe som oppleves som en unødvendig forskjell i bruk av titler. Innspillet er ikke vurdert av OU-prosjektet, men gjengis her for å synliggjøre opplevde skiller mellom klinikk og stab.

Klinikk for psykisk helse, rus og avhengighet

Navneforslaget får generell støtte i organisasjonen. Ved en feil står avhengighet på bokmål i høringsforslaget, benevnelsen må være på nynorsk. Enkelte foreslår også å inkludere habilitering i navnet. Vurderingen er at navnet bør endres til psykisk helse og rus for å harmonisere klinikknavnene og at det er nødvendig å holde navnene enkle.

Beslutning:

- Klinikk for psykisk helse og rus

Klinikk for kirurgi

Navneforslaget kommenteres i svært liten grad i høringen.

Beslutning:

- Klinikk for kirurgi

Klinikk for akuttmedisin

Flere kommenterer at «Klinikk for akuttmedisin» og «Klinikk for medisin» kan skape forvirring fordi navneforslagene fremstår som relativt like, spesielt mht. den nye spesialiteten i akutt- og mottaksmedisin. Enkelte foreslår at fagfelt som anestesi, intensiv og operasjon bør inkluderes i navnet. «Akuttklinikken» er også foreslått og flere mener dette navnet vil bli brukt i dagligtale. OU-prosjektet vektlegger likevel forslaget om konsekvent bruk av benevnelsen «klinikk for». For å unngå forveksling med Klinikk for medisin blir det i høringen foreslått «Klinikk for akuttfunksjonar» eller «Klinikk for akuttbehandling».

Beslutning:

- Klinikk for akuttbehandling

Klinikk for diagnostikk

Navneforslaget får generelt bred støtte i uttalelser fra klinikken. Noen svært få kommenterer at andre navn som «radiologi og laboratoriefag» bør vurderes innarbeidet. Vurderingen er at det ikke er endringer i innholdet i klinikken som tilsier at navnet bør endres.

Beslutning:

- Klinikk for diagnostikk

Klinikk for medisin

Flere kommenterer at «rehabilitering» bør inkluderes i navnet siden to klinikker slås sammen, eller at det bør hete «Klinikk for medisinske fag» for å inkludere alle fagfelt. I høringsuttalelsene vektlegges også behovet for å synliggjøre fagfeltet som tidligere ble dekket i «Klinikk for rehabilitering».

Beslutning:

- Klinikk for medisin og rehabilitering

Barne- og familieklinikken

«Barne- og familieklinikken» er det eneste navneforslaget som ender med «-klinikken», noe mange påpeker. Selv om det ofte er inkonsistens i flere helseforetak på bruken av gjennomgående begrep, oppfordres det til konsekvent bruk i høringen. Flere kommenterer at «kvinne» bør fremgå av klinikknavnet og at begrepet «familie» kan være fremmedgjørende. Deler av klinikken ønsker å endre «unge» til «ungdom» fordi unge kan være et vidt begrep. Vurderingen er at «kvinne» og «ungdom» bør inn i navnet i stedet for «familie».

Beslutning:

- Klinikk for kvinner, barn og ungdom

Klinikk for drift og eidegom

Navnet «Klinikk for drift og eidegom» har ikke vært en del av høringen og det vises i denne sammenheng til kapittel 7 om organisasjonsutviklingsarbeid i stab. Vurderingen er at dette navnet allerede er godt innarbeidet i organisasjonen og det anbefales derfor en videreføring.

Beslutning:

- Klinikk for drift og eidegom

Administrasjonsavdeling

Ett høringsinnspill foreslår «Stabsavdeling» i stedet for Administrasjonsavdeling.

Beslutning:

- Administrasjonsavdeling

Fagavdeling

Forslaget får generelt støtte i organisasjonen.

Beslutning:

- Fagavdeling

HR-avdeling

Noen kommenterer at norske betegnelser bør benyttes i navngivningen og at «personal» er mer velegnet enn «HR». Vurderingen er at begrepet «personal» har tradisjonelt vært mer rettet mot personaladministrasjon og lønn, enn utvikling og analyse. Personalavdelingen har tidligere arbeidet mer driftsrettet enn inn mot en strategisk utvikling av fagområdet. Innføring av begrepet Human Relations, gir en samkjøring med regionen og presiserer nye ansvarsområder.

Beslutning:

- HR-avdeling

Økonomiavdeling

Navneforslaget kommenteres i svært liten grad og anbefales videreført.

Beslutning:

- Økonomiavdeling

4. Prinsipper for organisering på nivå 3 og 4

Følgende prinsipper for organisering på nivå 3 og 4 har vært på høring:

- Enhetlig ledelse
- Fire formelle ledernivåer i organisasjonen
- Stedlig organiserte seksjoner
- Nedre grense for seksjonsstørrelse
- Flere seksjoner i hver avdeling og ingen seksjon med direkte linje til klinikk sjef /direktør
- Avdelingsorganisering i klinikkene som understøtter gode pasientforløp
- Sentralt organisert stab – men kan sitte geografisk spredt

Et generelt inntrykk fra høringsinnspillene er at organisasjonen mener de fleste prinsipper er av det gode. Formålet med prinsippene for organisering er å legge grunnlaget for en tydeligere organisasjonsmodell, større likhet og organisatorisk likeverd mellom de ulike enhetene i helseforetaket. Det er 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. På bakgrunn av høringsinnspillene er noen av prinsippene for organisering reviderte og justerte. I den følgende teksten beskrives prinsippene for organisering nærmere og den samlede vurderingen av prinsippene sett i lys av høringsinnspillene.

Enhetlig ledelse

Prinsippet om enhetlig ledelse får generelt bred støtte i organisasjonen og det at ledere har tydelige ansvarsområder og roller understrekes som viktig. Prinsippet om enhetlig ledelse fremgår av spesialisthelsetjenesteloven og legges til grunn for organisering.

Beslutning:

- Krav om enhetlig ledelse legges til grunn for organisering

Fire formelle ledernivåer i organisasjonen

Det ble foreslått at Helse Møre og Romsdal skal ha fire formelle ledernivåer:

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

Prinsippet om fire formelle ledernivåer får generelt bred støtte i organisasjonen og det anbefales at prinsippet legges til grunn for videre organisering. Det anbefales at klinikkene skal ha tre ledernivåer (klinikk sjef, avdelingssjef og seksjonsleder). I stab anbefales to ledernivåer (stabsdirektør og seksjonsleder), gitt denne enhetens størrelse.

Beslutning:

- Prinsippet om fire formelle ledernivåer legges til grunn for organisering
- Klinikkene skal ha tre ledernivåer (klinikk sjef, avdelingssjef og seksjonsleder)
- Staben skal ha to ledernivåer (stabsdirektør, seksjonsleder)

Stedlig organiserte seksjoner

Det er stor oppslutning om prinsippet om stedlige seksjonsledere og det anbefales at prinsippet legges til grunn for videre organisering. I høringen beskrives stedlige seksjonsledere som en forutsetning og en nøkkelfaktor for god og effektiv drift. Seksjonslederne skal være synlige i hverdagen og dette vurderes som nødvendig for å sikre den daglige driften, pasientbehandling, personalledelse og et godt arbeidsmiljø.

Enkelte åpner i høringen for å avvike prinsippet om stedlige organiserte seksjoner dersom dette fremmes som et ønske fra fagmiljøet selv. Vurderingen er at prinsippet slik det er beskrevet ligger fast og at eventuelle avvik må behandles i henhold til gjeldende regler for avvik fra prinsippene.

For staben anbefales det at seksjonsnivået *fortrinnsvis* er stedlig. Enkelte stabsressurser sitter geografisk spredt og jobber relativt selvstendig innenfor ulike klinikker. I disse tilfellene vil det verken være ressursmessig bærekraftig eller faglig hensiktsmessig å ha stedlige seksjoner.

Beslutning:

- Seksjonene i klinikkene skal være stedlig organiserte
- Seksjonene i stab skal fortrinnsvis være stedlig organiserte

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. Det ble i høringsrapporten foreslått en nedre grense på 15 netto årsverk for seksjonene i klinikkene og en nedre grense på 10 netto årsverk for seksjonene i stab.

Prinsippet om en nedre grense for seksjonsstørrelse får både støtte og motstand i organisasjonen. Flere påpeker viktigheten av prinsippet og viser til at det er ønskelig å unngå mange små og fragmenterte seksjoner. Andre påpeker risikoen for en faglig utvanningseffekt dersom flere spesialiserte fagområder vil måtte samorganiseres i én felles enhet kun på bakgrunn av størrelse. Det at prinsippet om en nedre grense for seksjonsstørrelse kan medføre at til dels ulike fagområder, profesjoner, etc. må samorganiseres ble også belyst i høringsrapporten. Det vurderes allikevel som nødvendig med større seksjoner, blant annet fordi:

- 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

Den anbefalte nedre grensen på 15 netto årsverk i klinikkene opprettholdes på bakgrunn av dette og det må i den videre prosessen tilstrebes å samorganisere seksjoner som har en faglig tilhørighet. Det understrekes at prinsippet kan slå ulikt ut for dagens seksjoner i klinikkene og for de ulike sykehusene. Dette betyr at det må være rom for å benytte noe skjønn i operasjonaliseringen av prinsippet. Spørsmål om avvik skal likevel håndteres i henhold til foreslått hovedregel.

Flere stiller i høringen også spørsmål til begrunnelsen for ulike krav til seksjonsstørrelse mellom klinikk- og stabsenheter. Nettopp for å kunne oppnå de skisserte effektene ved større seksjoner anbefales det derfor en tilsvarende nedre grense på 15 netto årsverk i stabsseksjonene.

Det er ikke satt en øvre grense for seksjonsstørrelse. Noen mener dette er ønskelig for å unngå uhensiktsmessig store enheter, samt jevnere og likere kontrollspenn for ledere. Vurderingen er at det bør tilstrebes å ha seksjoner som ikke er for store og av en håndterlig størrelse¹. I noen tilfeller hvor det ikke er praktisk eller driftsmessig mulig å splitte opp store og/eller komplekse enheter bør det iverksettes kompenserende tiltak som for eksempel bruk av en assistent-/støttefunksjon. En slik funksjon må ikke bryte med prinsippet om enhetlig ledelse og fire formelle ledernivåer i organisasjonen.

Beslutning:

- En nedre grense på 15 netto årsverk i klinikkene og stab legges til grunn for videre organisering
- Det skal tilstrebes å ha seksjoner som ikke er for store og av en håndterlig størrelse

¹ De største seksjonene har 35-40 netto årsverk og oppover

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

Prinsippet får generelt støtte i høringen. For stab betyr dette at ingen seksjoner skal ha direkte linje til administrerende direktør. Det vises i denne sammenheng til prinsippet om antall formelle ledernivåer.

Noen høringssvar viser til at man må kunne fravike prinsippet om flere seksjoner i én avdeling dersom fagfunksjonen er fylkesdekkende. Prinsippet anbefales slik det er beskrevet og eventuelle avvik må behandles i henhold til gjeldene regler for avvik fra prinsippene.

Beslutning:

- Avdelinger skal bestå av flere seksjoner og ingen seksjon skal ha direkte linje til klinikkjef/ administrerende direktør

Avdelingsorganisering i klinikkene som understøtter gode pasientforløp

Prinsippet kommenteres i mindre grad i høringen, men får generelt støtte der det kommenteres. Det anbefales at prinsippet legges til grunn for videre organisering. Avdelingenes organisering bør videre tilrettelegges for ressursdeling mellom seksjoner og en samlet sett effektiv drift, samt organiseres på en måte som gir gode pasientverdiprosessen.

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. Mange høringssvar kommenterer spørsmålet om hvorvidt avdelingen skal være stedlig eller tverrgående. De som mener avdelinger bør organiseres på tvers begrunner dette med behovet for en felles kultur, samarbeid, samordning av faglige tilbud og likeverdige tjenester i fylket. De som argumenterer for at avdelingene fortrinnsvis bør være stedlige argumenterer for viktigheten av at avdelingssjefene kjenner til lokale forhold. Det argumenteres også med viktigheten av lokale pasientforløp og lokalt forankrede beslutninger. Det fremmes gode og velbegrunnede argumenter både for tverrgående og stedlige avdelinger. Det anbefales å åpne for begge alternativer ut i fra en vurdering av hva som er mest formålstjenlig for den enkelte avdeling og klinikk.

Beslutning:

- Avdelingenes organisering i klinikkene skal understøtte gode pasientforløp

Sentralt organisert stab – men kan sitte geografisk spredt

De fleste som kommenterer stabens organisering støtter forslaget om en sentral organisert stab, men som kan sitte geografisk spredt ut i fra hva som er praktisk mulig og hensiktsmessig. Det anbefales at prinsippet legges til grunn for videre organisering.

Det er forslag om unntak fra prinsippet ved at klinikkene fortsatt kan disponere egne ansatte som jobber med fag og kvalitet. Disse kvalitetsrådgiverne 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. Dette prinsippet får også støtte i høringen og det anbefales at prinsippet legges til grunn for videre organisering.

Beslutning:

- Staben (funksjonene innen personal, økonomi og fag) skal organiseres sentralt, unntak er:
 - Ansatte som jobber med fagspesifikke IT-systemer som ikke går på tvers av klinikker
 - Kvalitetsrådgivere i klinikkene
- Staben kan sitte geografisk spredt

Avvik fra prinsippene for organisering

Prinsippene for organisering er forsøkt begrenset til et håndterlig antall for å gjøre dem enkle og praktisk mulig å følge. Det kommenteres at prinsippene ikke må avvikes for ofte da dette vil undergrave intensjonen med å utforme prinsipper, og hindrer samstemming av organiseringen av Helse Møre og Romsdal som et felles helseforetak. OU-prosjektet deler denne vurderingen. Det kan likevel komme til å oppstå behov i organisasjonen for å kunne avvike fra et eller flere prinsipper. Eventuelle avvik gjøres ut i fra en helhetsvurdering der dimensjoner som faglighet, kompleksitet, geografi og størrelse vektlegges.

Spørsmål om mindre avvik fra prinsippene for organisering var foreslått behandlet og besluttet av OU-funksjonen, mens vesentlige avvik fra prinsippene skulle løftes til ledergruppen. Flere høringsinnspill foreslår at beslutningsmyndighet om unntak fra prinsippene skal ligge i ledergruppen og at OU-funksjonen kun skal ha en rådgivende rolle. På denne bakgrunn anbefales det en justering av dette prinsippet der beslutningsmyndigheten legges til ledergruppen.

Beslutning:

- Beslutningsmyndighet om unntak fra prinsippene for organisering skal ligge i ledergruppen og OU-funksjonen har en rådgivende rolle
- I vurderingen av et eventuelt avvik skal dimensjoner som faglighet, kompleksitet, geografi og størrelse vektlegges

5. Organisasjonsendringer på nivå 3 og 4

OU-prosjektet har hatt i oppdrag å utrede og vurdere enkelte grensesnitt og områders plassering i klinikker og stab. Utover dette overlates videre arbeid med organisasjonsløsningene til klinikksefene og stabsdirektørene, som også må se anbefalingene i sammenheng med prinsippene for organisering.

Organisasjonsendringene som har vært gjenstand for høring er:

- Samle medisinske støttefunksjoner som ikke inngår i tverrfaglige team i én felles enhet
- Flytte arkivtjenesten og postmottak fra sekretariatet til drift og eiendom
- Flytte medisinsk teknisk avdeling fra drift og eiendom til Fagavdelingen
- Flytte pasientreiser fra stab (Samhandlingsavdelingen) til akuttklinikken
- Flytte pasientadministrative tjenester fra dokumentasjonssenteret i drift og eiendom til klinikkene
- Barneansvarlig flyttes fra samhandling til klinikk for barn, unge og kvinne
- Fritt behandlingsvalg til Fagavdelingen
- LMS/kompetansesenter for pasientinformasjon til Fagavdelingen
- Innovasjon etableres som eget fagområde i Fagavdelingen
- Samling og systematisering av prosjektstyring som fagområde
- Innkjøp og logistikk videreføres som i dag
- OU etableres som ny funksjon i stab
- Virksomhetsstyring etableres som ny funksjon i stab

I det følgende kommenteres hvert punkt basert på høringsuttalelsene.

Kliniske støttefunksjoner

Flere høringsinnspill kommenterer at støttefunksjonene bør omtales som kliniske støttefunksjoner, ikke medisinske støttefunksjoner. Flertallet av høringsinnspillene støtter forslaget om at kliniske støttefunksjoner som inngår i tverrfaglige team bør videreføres i dagens organisering. OU-prosjektet legger derfor dette til grunn for sin anbefaling.

Organisasjonen har generelt delte meninger om hvordan de kliniske støttefunksjonene som ikke inngår i tverrfaglige team skal organiseres. Noen har stilt spørsmål om hva en samling betyr i praksis, der dette er presisert at de som ikke er organiserte i tverrfaglige team, organiseres i stedlige seksjoner i én felles tverrgående avdeling.

Flere vurderer det som en fordel at støttefunksjonene er ansatt i den enheten der de har sitt daglige virke, og det kommenteres at dette er naturlig i og med at støttetjenestene inngår som en del av klinikkens helhetlige tilbud. I tillegg vurderer noen det som positivt å være tverrfaglig organisert med tanke på at pasientens behov gjerne er tverrfaglige. Andre ser det som positivt å være organisert i én felles enhet, blant annet med hensyn til fagutvikling, vakt- og beredskapsplaner.

Etter en samlet vurdering anbefales det at fysioterapitjenesten i hovedsak fordeles ut på klinikkene. Det argumenteres for at tjenesten bør organiseres i den enheten der de har sitt daglige virke. For øvrig kan det synes hensiktsmessig at klinisk ledelse selv får styringen over fysioterapitjenesten. Fysioterapitjenesten fordeles i hovedsak ut på klinikkene etter en fordelingsnøkkel som gjenspeiler dagens forbruk. Den klinikken som etter omorganisering får flest antall fysioterapiressurser, tillegges overordnet ansvar for koordinering av vaktordninger, samordning av ferieavvikling etc. Nærmere detaljer om fordeling og organiseringen av fysioterapitjenesten må håndteres i det videre OU-arbeidet.

I høringen kommenteres det for øvrig at mindre faggrupper som yter tjenester til flere avdelinger også bør vurderes nærmere, blant annet ergoterapeuter, kliniske ernæringsfysiologer, sosionomer, logopeder, prest/diakon mv. Det anbefales at mindre faggrupper organiseres i klinikken der tjenestene har sterkest tilknytning.

Beslutning:

- Organiseringen av kliniske støttefunksjoner som inngår i tverrfaglige team videreføres som i dag
- Fysioterapitjenesten fordeles i hovedsak ut på klinikkene etter en fordelingsnøkkel som gjenspeiler dagens forbruk. Den klinikken som etter omorganisering får flest antall fysioterapiressurser, tillegges overordnet ansvar for koordinering av vaktordninger, samordning av ferieavvikling etc.
- Mindre faggrupper som ergoterapeuter, kliniske ernæringsfysiologer, sosionomer, logopeder, prestetjeneste mv. organiseres i klinikken der tjenestene har sterkest tilknytning

Arkivtjeneste og postmottak

Det er gjennomført et eget prosjekt for å utrede felles postmottak i Helse Møre og Romsdal. Prosjektet anbefaler å opprette en felles arkivtjeneste der saks- og pasientarkiv er samlet i én seksjon. Det er ikke mange tilbakemeldinger knyttet til forslaget om å flytte arkivtjenesten og postmottaket til drift og eiendom i høringsuttalelsene. Klinikkk for drift og eiendom, v/klinikkrådet, støtter anbefalingen under forutsetning av at ansvar, oppgaver og ressurser som i dag ligger til sekretariatet følger med. Arkivfagligleder i Helse Møre og Romsdal anbefaler at rollen som arkivfaglig leder fortsetter å ha et rent arkivfaglig ansvar og legges til Fagavdelingen, og at personalansvaret legges til egen leder i postmottak/arkivtjeneste. Inntrykket er at forslaget om å flytte arkivtjenesten og postmottaket til Klinikkk for drift og eiendom støttes og det anbefales at dette legges til grunn for videre organisering.

Beslutning:

- Arkivtjeneste og postmottak flyttes til Klinikkk for drift og eiendom

Avdeling for medisinsk teknikk

Arbeidsoppgavene i Avdeling for medisinsk teknikk har endret seg og er i endring med tanke på tilknytningen til IKT-området. De senere årene har arbeidet dreiet mer mot integrasjon mellom medisinsk teknisk utstyr og IT. Høringsuttalelsene fra de som eventuelt selv vil berøres av en slik flytting belyser både fordeler og ulemper ved en slik løsning. Avdeling for medisinsk teknikk, allmennteknikk og eiendomsforvaltningsseksjonen har et nært, godt og nødvendig samarbeid, og Klinikkk for drift og eiendom ser det som uheldig å flytte avdelingen basert på siste års resultater. Samtidig ser man at det vil kunne være et fremtidsrettet organisatorisk grep å samordne Avdeling for medisinsk teknikk og IKT-seksjonen/Fagavdelingen i større grad for å legge til rette for videre utvikling, opplæring og strategisk arbeid.

Avdeling for medisinsk teknikk har i tillegg til en strategisk funksjon, også en driftsfunksjon som det er nødvendig å opprettholde for å sikre oppetid og kvalitet på medisinsk teknisk utstyr. Denne funksjonen må ivaretas uavhengig av organisering, og ved flytting må det planlegges for nye samarbeidsarenaer/former mellom medisinsk teknikk og klinisk virksomhet. Klinikkk for drift og eiendom stiller spørsmål ved om det kan være hensiktsmessig å samle seksjoner/avdelinger i helseforetaket som har IT-teknologi som fellesnevner, men klinikken er ikke samstemt i denne vurderingen. Samarbeidsrådet for medisinsk teknikk belyser endringene i arbeidsoppgavene senere år og integrasjonen mot IT-systemer. Avdeling for medisinsk teknikk fremhever samarbeidet mot klinikkene og mot IKT-seksjonen i Fagavdelingen som viktig. Videre nevnes det at det må sørges for gode samarbeidsarenaer/former for fremtiden, uavhengig av organisering.

Vurderingen er at Avdeling for medisinsk teknikk's økende integrasjon mot blant annet IT, gjør det nødvendig å knytte en funksjon for strategi og utvikling for dette området mot Fagavdelingen. Håndteringen av dette løses i den videre prosessen.

Beslutning:

- Avdeling for medisinsk teknikk organiseres i Klinikkk for drift og eiendom
- Den strategiske og utviklende funksjonen integreres i Fagavdelingen

Pasientreiser

Pasientreiser ser flere potensielle gevinster ved en bedre samordning av de prehospitalene fagene. De påpeker allikevel at det ikke fremstår videre klart hvilke synergier som vil ligge i en samorganisering med de akuttmedisinske fagene utover de som driver pasientlogistikk, men pasientreiser er ikke avvisende til at slike synergier finnes. Pasientreiser understreker at kostnadene som knytter seg til pasienttransport i hovedsak genereres av primærhelsetjenesten, og at det derfor er viktig å sørge for en organisering som ivaretar dette på en best mulig måte. De fremhever også at det ikke fremstår som klart hvor denne nærheten best blir ivaretatt. Noen av de kliniske fagmiljøene støtter ikke en flytting av pasientreiser, da denne funksjonen ikke ses på som fagfelt innenfor akuttmedisin. Det kommenteres at pasientreisens oppgaver først og fremst knytter seg mot kommuner og fastleger, og at dette gjør at seksjonen naturlig tilhører Samhandlingsavdelingen. AMK ser på sin side nytten av å være organisert i en felles klinikk med pasientreiser, men er også opptatt av at pasientreiser ikke må bli en del av AMK, da AMKs fokus er på det akutte. Prehospitalene tjenester ser positivt på et tettere samarbeid med pasientreiser og skisserer også mulige synergier i pasientlogistikken.

OU-prosjektet ser det som ønskelig å styrke samarbeidet mellom prehospitalene tjenester og pasientreiser, og vurderingen er at en samorganisering kan skape større synergier mellom tjenestene. Med bakgrunn i dette anbefales det å flytte pasientreiser fra Samhandlingsavdelingen til Klinik for akuttbehandling.

Beslutning:

- Pasientreiser flyttes til Klinik for akuttbehandling

Pasientadministrative tjenester

Flertallet av klinikkene ønsker seg skrivertjenesten klinikknært, og det vises til at dette i større grad kan avlaste kliniske ressurser som benyttes sekretærarbeid. Noen klinikker påpeker samtidig gode erfaringer med dagens organisering. Flere ser på det som en fordel at helseforetaket får en lik organisering av disse tjenestene, men oppfatningen av om sentralisering eller desentralisering er veien å gå, er delt.

Sentraliseringen på Sunnmøre ble i sin tid gjort for å minske sårbarheten ved sykdom, ferie etc. Dokumentasjonssenteret på Sunnmøre argumenterer for flere positive sider ved å videreføre dagens organisering. De som selv berøres av en eventuell endring, er urolige for at dette vil føre til mindre fleksibilitet og at faget svekkes, og det gjøres oppmerksom på at de sekretærene som flyttes, vil ha med seg andre arbeidsoppgaver som også må ivaretas i fremtiden. Videre uttrykkes det bekymring for at det ikke finnes nok ressurser for tilbakeføring til klinikkene og det stilles spørsmål om det er tilstrekkelig med arealer. Videre fremheves dagens gode arbeidsmiljø, kvalitet i tjenestene og økt grad av standardisering. Dokumentasjonssenteret uttrykker også bekymring for hvordan skrivefunksjonen skal ivaretas utenfor ordinær arbeidstid, da det kun er dokumentasjonssenteret på Sunnmøre som utfører arbeid på kveld/natt.

OU-prosjektet registrerer at mange av klinikkene ønsker skrivertjenesten klinikknært. Helsesekretærene er nøkkelpersonell i utviklingsarbeidet knyttet til pasientadministrative tjenester, og det vurderes som hensiktsmessig at klinisk ledelse selv får styringen over denne ressursen. Dessuten ansees det som ønskelig med en lik organisering av skrivertjenesten i hele helseforetaket. På bakgrunn av dette anbefales det at skrivertjenesten tilbakeføres til klinikkene i Ålesund og Volda. Tilbakeføringen vil kunne ha konsekvenser for beredskap/vaktordning, og dette må sikres for hele helseforetaket i den videre prosessen.

Beslutning:

- Skrivertjenesten tilbakeføres til klinikkene i Ålesund og Volda
- Tilbakeføringen vil kunne ha konsekvenser for beredskap/vaktordning, og dette må sikres for hele helseforetaket i den videre prosessen

Barnekoordinator

Flere av høringssvarene viser til at barneansvarlig i stedet burde vært barnekoordinator, og det stilles fra mange spørsmål om denne funksjonen skal legges til en klinikk. Flere kommenterer at barn som pårørende skal følges opp i hele helseforetaket, og det argumenteres for at denne funksjonen fremdeles må ligge i staben da barnekoordinator er et bindeledd mellom barneansvarlige i hele helseforetaket og ledelse.

OU-prosjektet vurderer synspunktene som fremkommer av høringen dit hen at det anbefales barnekoordinator organiseres i stab, slik som i dag.

Beslutning:

- Barnekoordinator organiseres i stab, slik som i dag

Fritt behandlingsvalg

Dette området kommenteres i svært liten grad, men får generelt støtte der det kommenteres. OU-prosjektet anbefaler derfor at fritt behandlingsvalg legges til Fagavdelingen.

Beslutning:

- Fritt behandlingsvalg legges til Fagavdelingen

LMS/kompetansesenter for pasientinformasjon

Dette området kommenteres i svært liten grad, men får generelt støtte der det kommenteres. OU-prosjektet anbefaler derfor at LMS/kompetansesenter legges til Fagavdelingen.

Beslutning:

- LMS/kompetansesenter legges til Fagavdelingen

Innovasjon

Dette området kommenteres i svært liten grad, men får generelt støtte der det kommenteres. OU-prosjektet anbefaler derfor at innovasjon etableres som eget fagområde i Fagavdelingen.

Beslutning:

- Innovasjon etableres som satsningsområde i Fagavdelingen

Prosjektstyring

Dette området kommenteres i svært liten grad, men får generelt støtte der det kommenteres. Noen presiserer at dette ikke må organiseres slik at det blir ytterligere byråkratisering, men at funksjonen skal være rådgivende og støttende til linjeledelse og fagmiljø. OU-prosjektet anbefaler derfor at prosjektstyring samles og systematiseres som eget fagområde.

Beslutning:

- Prosjektstyring samles og systematiseres som eget fagområde

Innkjøp og logistikk

Dette området kommenteres i svært liten grad, men får generelt støtte der det kommenteres. OU-prosjektet anbefaler derfor at innkjøp tilpasses regionale og nasjonale planer og at logistikk videreføres i Klinikk for drift og eigedom.

Beslutning:

- Innkjøp tilpasses regionale og nasjonale planer
- Logistikk videreføres i Klinikk for drift og eigedom

Organisasjonsutvikling (OU)

Dette området kommenteres i liten grad, men får generelt støtte der det kommenteres. Enkelte ser allikevel ikke hensikten med å etablere denne funksjonen, og ser organisasjonsutvikling mer som en integrert del av daglig drift i klinikkene. OU-prosjektet vurderer det som nødvendig med en egen funksjon som legger til rette for og fungerer som en pådriver for organisasjonsutvikling. Det anbefales derfor at denne funksjonen etableres som en ny funksjon i HR-avdelinga

Beslutning:

- OU etableres som en ny funksjon i HR-avdelinga
- Funksjonen skal understøtte OU-arbeidet i alle ledd i organisasjonen

Virksomhetsstyring

Dette området kommenteres i liten grad, men får generelt støtte der det kommenteres. Enkelte ser allikevel ikke behovet for en slik funksjon og kommenterer at dette må foregå internt i hver klinikk. OU-prosjektet anbefaler at virksomhetsstyring etableres som en ny funksjon i stab.

I styresak 2016/46 ble det vedtatt en videreutvikling av foretakets styringssystem. Som bakgrunn for dette arbeidet legges anbefalinger fra NS-EN ISO 9001-standard, og endringene som er forslått i den nye internkontrollforskriften («*Styringssystem i helse- og omsorgstjenesten*».)

Beslutning:

- Virksomhetsstyring videreutvikles i tråd med styrevedtaket i sak 2016/46 «*Styringssystem for Helse Møre og Romsdal HF ...*»

6. Prinsipper for organisering av råd og utvalg

I høringsnotatet foreslås det å etablere følgende råd og utvalg i klinikkene:

- **Ledergruppe** på klinikknivå og på avdelingsnivå
- **Samarbeidsråd** på klinikknivå og på avdelingsnivå. Behovet for et eget samarbeidsråd på seksjonsnivå vurderes i hvert enkelt tilfelle.
- **Kvalitetsråd** på klinikknivå og på avdelingsnivå
- **Internrevisjonsutvalg** på klinikknivå
- Faglige arenaer og strukturer i klinikkene, f.eks. fagråd, fagnettverk etc.
- Strukturer i klinikkene som ivaretar forskning, samhandling, brukermedvirkning mv.

Høringsuttalelsene peker tydelig på at det må finnes en ledergruppe på klinikk- og avdelingsnivå. Det er delte syn på hvilke nivå det skal være samarbeidsråd, kvalitetsråd og internrevisjonsutvalg. Svarene spriker ut ifra størrelsen på seksjonene. Vurderingen er at samarbeidsråd og kvalitetsråd skal finnes i hver klinikk og på hver avdeling. Videre er det opp til avdelingsledelsen å bestemme hvorvidt det er behov for slike råd på seksjonsnivå, blant annet på bakgrunn av en vurdering av seksjonens størrelse og kompleksitet.

Det er enighet om at det må være faglige arenaer/strukturer i klinikkene, og at også forskning, samhandling og brukermedvirkning skal ivaretas gjennom egnede fora. Dette legges derfor til grunn i beslutningen.

Beslutning:

- Prinsippene for organisering av råd og utvalg gjelder både klinikker og stab
- Alle klinikker og avdelinger skal ha en ledergruppe
- Samarbeidsråd og kvalitetsråd skal finnes i hver klinikk og i hver avdeling
- Det skal alltid være et formalisert samarbeid mellom ledelse, tillitsvalgte og vernetjeneste på seksjonsnivå. Ut over dette skal avdelingsledelsen vurdere hvorvidt det også er behov for å opprette et eget samarbeidsråd på seksjonsnivå.
- Det skal finnes et internrevisjonsutvalg i hver klinikk og i stab
- 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.

Plassering av et antall sentrale råd og utvalg

Følgende råd og utvalg har vært til høring:

- HLR-utvalg (voksne)
- MTU-komité
- Traumeutvalg

Flertallet i høringen støtter forslaget om å flytte HLR (voksne) til Klinikk for akuttbehandling. Forslaget om å flytte MTU-komitéen til Fagavdelingen støttes også i stor grad. Flertallet gir videre sin støtte til å flytte traumeutvalget til Klinikk for kirurgi, da hovedansvaret for traumebehandling i mottak ligger hos de kirurgiske legene, og at ansvaret for trening og prosedyrer dermed også bør ligge i den kirurgiske klinikken. Disse forslagene legges derfor til grunn for beslutningen.

Beslutning:

- HLR-utvalget (voksne) legges til Klinikk for akuttbehandling
- MTU-komitéen legges til Fagavdelingen
- Traumeutvalget legges til Klinikk for kirurgi

7. Stedlig ledelse

For å styrke pasientverdiprosessen og imøtekomme identifiserte behov for stedlig ledelse innenfor en tverrgående klinikkstruktur ble følgende løsningsforslag utarbeidet og sendt på høring:

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

46 av totalt 76 hørings svar kommenterte løsningsforslaget for stedlig ledelse, og samtlige klinikker har gitt tilbakemeldinger på forslaget. Hovedinntrykket fra høringen er at det er stor oppslutning om å finne en løsning for stedlig ledelse innenfor en tverrgående klinikkstruktur. De konkrete tiltakene blir relativt godt mottatt, men noen av tiltakene oppfattes ulikt, som uklare og delvis vanskelige å ta stilling til. Mange kommenterer for øvrig prinsippet om stedlige organiserte seksjoner som både viktig og nødvendig.

I det følgende vil gjennomgående synspunkter for hvert enkelt tiltak beskrives i korte trekk. Beskrivelsen følges av anbefalte beslutninger for videre fremdrift knyttet til tiltaket.

1. Opprettelse av stedlig driftsledelse og lokale koordineringsmøter

Høringsinstansene er opptatt av hva som vil skje i grensesnittet mellom linjeledelsen i klinikkene og stedlig ledelse og trekker frem følgende risikofaktorer knyttet til det foreslåtte driftskonseptet:

- Den stedlige driftsledelsen kan bli et unødvendig organ uten en reell funksjon eller nytteverdi, som bare stjeler tid og ressurser fra øvrige funksjoner
- Driftsledelsen kan få for stor makt og beslutningskraft som utfordrer og/eller kommer i konflikt med den ordinære linjen
- Driftsledelsen kan komme til å mangle kompetanse, legitimitet eller beslutningskraft til å reelt kunne møte de stedlige ledelsesbehovene

Videre er det mange som peker på at det er vanskelig å få tak på innholdet i dette tiltaket. Det pekes på at det vil være behov for ytterligere utredning og detaljering før tiltaket implementeres i organisasjonen.

Beslutning:

- For å styrke pasientverdiprosessen skal det opprettes en stedlig driftsledelses-/koordineringsfunksjon ved hvert av sykehusene i helseforetaket
- Tiltaket skal først tydeliggjøres, utredes og detaljeres nærmere blant annet ut fra påpekte risikofaktorer, og avstemmes mot valgt linjestruktur og nye lederroller i helseforetaket
- Tiltaket skal prøves ut i form av et pilotprosjekt ved ett av sykehusene. Prosjektet skal organiseres, planlegges og bemannes primo 2017, og starte opp medio 2017
- Basert på erfaringer fra piloten skal det skje en påfølgende evaluering/justering av tiltaket, før gradvis utrulling i løpet av 2017 og første halvdel av 2018
- Lederne på de enkelte lokasjonene skal involveres i detaljering og tilpasning av tiltaket, f.eks. på stedlige ledersamlinger
- Daglige koordineringsmøter iverksettes så snart som mulig dersom det oppleves som hensiktsmessig på de enkelte lokasjonene i og utenfor sykehuskroppen

2. Tydeliggjøring av en hus-ansvarlig

Det ser ut til å være en del usikkerhet knyttet til oppfatninger av dette tiltaket og av hvilket mandat og oppgaver som foreslås lagt til en slik rolle.

Det har kommet flere kommentarer på at behovene som er tenkt ivaretatt gjennom denne funksjonen må sees i sammenheng med Klinikk for drift og eigedom sine øvrige ansvarsområder og mandat. Tydeliggjøring av en «hus-ansvarlig» bør således koordineres med den øvrige OU-prosessen i stab, herunder prosessen i Klinikk for drift og eigedom.

Beslutning:

- Klinikk for drift og eigedom får ansvaret for det videre arbeidet med å tydeliggjøre rollen som hus-ansvarlig, evt. med støtte fra OU-prosjektet. Klinikken skal vurdere egen organisering med henblikk på å finne en hensiktsmessig måte å ivareta de stedlige behovene knyttet til fysisk/geografisk miljø

3. Stedlige ledermøter på nivå 2

Det er stor oppslutning om stedlige ledermøter på nivå 2.

Beslutning:

- Tiltaket skal besluttes og implementeres så snart som mulig. Ledergruppen skal «eie» møtene, og står fritt til å utforme agenda og bestemme møtefrekvens etter behov

4. Stedlige ledersamlinger på nivå 2

Det er stor oppslutning om stedlige ledersamlinger.

Beslutning:

- Tiltaket skal besluttes og implementeres så snart som mulig. Møtearena, agenda og prosess på samlingene skal utvikles i tråd med helseforetakets felles ambisjoner for ledelse og lederutvikling.

8. Organisasjonsutvikling i stab

Organisasjonsevalueringen pekte på uklarheter rundt stabens organisering i lys av dens oppgaver, rolle og funksjon. Evalueringsrapporten anbefalte opprettelsen av et eget organisasjonsutviklingsprosjekt i stab med formål om å legge til rette for økt samhandling, bedre samordning og koordinering av prosesser internt og eksternt. Det ble understreket at grensesnittene mellom de ulike stabsfunksjonene burde vurderes og at organiseringen i større grad burde strømlinjeformes. I forlengelsen av OU-prosjektet er det derfor igangsatt et eget organisasjonsutviklingsarbeid i stab.

Som en del av dette arbeidet er plasseringen av drift og eiendom diskutert nærmere. Denne enheten ble midlertidig lagt under assisterende direktør i mars. Arbeidet for å kunne utvikle klinikken videre krever at endelig plassering avklares. På den ene siden skal drift og eiendom gi støtte til klinikkene og på den andre siden har drift og eiendom en klinikkliknende organisering ved at enheten er stor, den har fire ledernivåer (stab har kun tre nivåer) og behovet for geografisk nærhet står sterkt. Etter en helhetlig vurdering anbefales det at drift og eiendom etableres som en egen klinikk.

Beslutning:

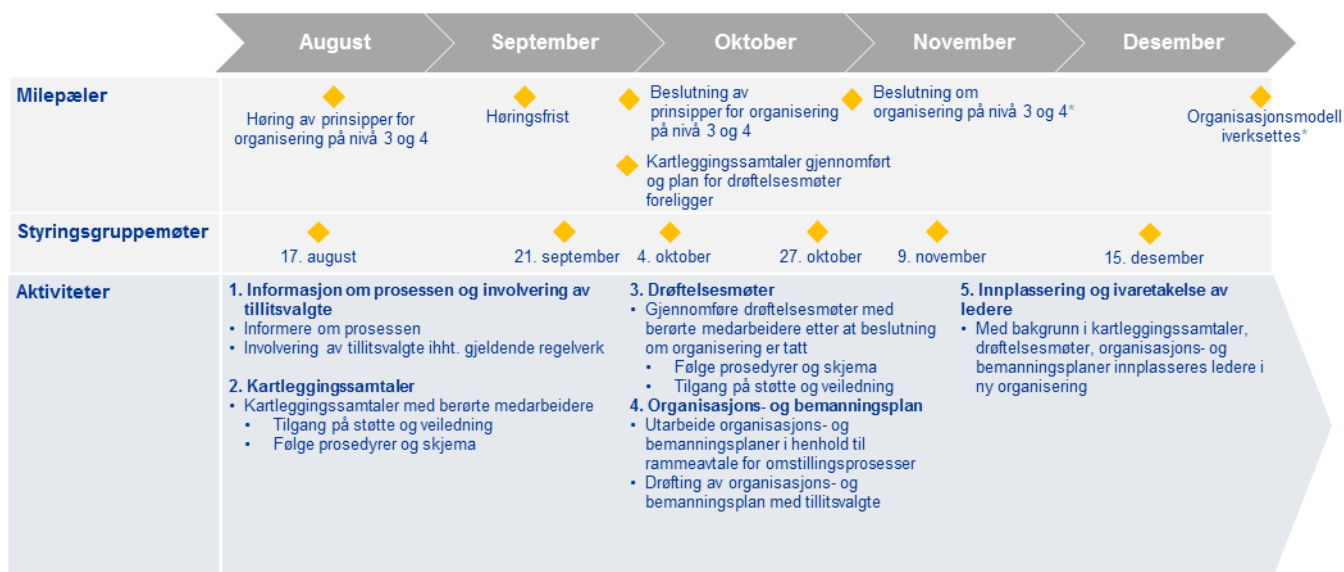
- Det settes i gang et organisasjonsutviklingsarbeid i stab
- Drift og eiendom etableres som en egen klinikk

9. Veien videre i OU-arbeidet

9.1 Prosessen frem mot iverksetting av ny organisasjonsmodell

Det vil være opp til klinikk sjefene 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 kartleggingsamtaler 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.



*Klinikk for kirurgi og Klinikk for akuttbehandling vil ha en forskyving på 12 uker i tidsplanen på grunn av kompleksiteten i organiseringen av disse klinikkene

Figur 1: Overordnet tids- og aktivitetsplan

9.2 Omstillingsprosessen for ledere på nivå 3 og 4

Det å innføre en ny organisasjonsmodell fra 1. januar 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. Omstillingen medfører heller **ikke** at det tilkommer nye stillinger i organisasjonen. For avdelingssjefer og seksjonsledere som ser sin stilling forsvinne, vil det bli arbeidet med å kunne tilby hver enkelt leder en annen passende stilling. Utlysning av nye stillinger og innplassering av nye ledere vil tidsmessig kunne skje noe ulikt, blant annet fordi klinikkens fremdrift vil avhenge av klinikkens samlede størrelse og kompleksitet. Personer oppfordres til og kan fritt søke på stillinger på tvers av klinikker. Det bes imidlertid om forståelse for at det ikke er mulig å tidsmessig samkjøre utlysningene mellom klinikkene. 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.