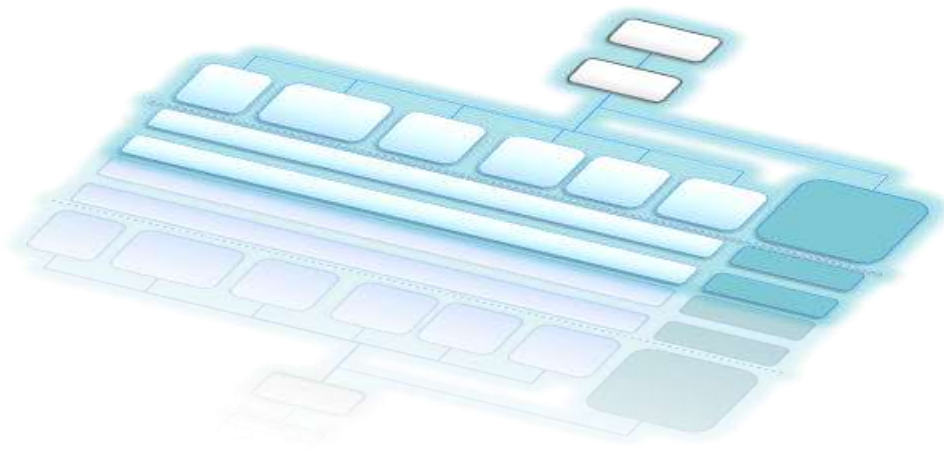


Avgjerdsgrunnlag

Organisasjonsutvikling HMR HF - del 1.



*Avgjerd av organisasjonsmodell HMR nivå 1 og 2-
17. mars 2016.*

Innleiing

Det føreliggande dokumentet er adm. dir. i Helse Møre og Romsdal si avgjerd kring organisasjonsutvikling nivå 1 og 2.

Basert på grunnlaget frå organisasjonsevalueringa, kriterium for organisering av føretaket, høyringsinnspela, konsekvensvurderinga, signal i Nasjonal helse og sykehusplan og samtalar med medlemar i leiargruppa, har adm. dir. bestemt at Helse Møre og Romsdal skal legge til grunn ein:

Tverrgåande organisering etter modell 1 i høyringsnotatet, som byggjer på likeverd, fag, kvalitet og pasientforløp, der ein også skal sikre stadleg leiing ved det enkelte sjukehus og institusjon.

Ei tverrgåande organisering vert vurdert som betre for å legge til rette for kunnskapsdeling og innretting mot beste praksis, noko som reduserer variasjon og som dermed styrkar kvaliteten i tilboda våre. Ei sterkare standardisering og einsretting av tilboda er viktig for å betre pasienttryggleik og utvikle og oppretthalde likeverdige tilbod. Eit samla ansvar pr. fagområde oppfattast som eit betre utgangspunkt for å disponere og fordele fagressursar uavhengig av lokalisering.

Den tverrgåande organiseringa byggjer også betre den fellesskapen som føretaket treng for å utvikle seg i tråd med samfunnsoppdraget. Erfaringane frå dei som har jobba slik over fleire år i føretaket er stort sett positive. Ein ser at det tar tid å få resultat, men gevinstane er merkbare både når det gjeld felles prosedyrar og fagutvikling, kvalitetsheving, utveksling av kompetanse og læring. Dette er element som er naudsynte for å skape eit likeverdig tilbod og ein felles kultur.

Eg vil takke alle som har teke seg tid til å sette seg inn i høyringsnotatet og engasjert seg i å utarbeide innspel til prosessen. Eg rettar også ein takk til dei som deltok i konsekvensvurderingane av klinikk og stabsorganiseringa. Dialogen med tillitsvalte og vernetenesta er avgjerande for å lukkast og der har det kome gode og konstruktive innspel.

I rammeavtalen for omstilling som gjeld for HMR, vert det slått fast at for å lukkast med omstillingsarbeid må leiarar og tillitsvalte på alle nivå stille opp. Det er avgjerande viktige no når det kritiske gjennomføringsarbeidet skal skje.

Eg ønskjer oss alle lukke til!

17. mars 2016.



Espen Remme
Adm. dir.

1 Bakgrunn for OU arbeidet

Helse Møre og Romsdal gjorde hausten 2015 ei organisasjonsevaluering mellom anna med utgangspunkt i målsetjingane frå fusjonen mellom Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF i 2011. Evalueringa viste at føretaket har behov for ein organisatorisk gjennomgang og plan for utvikling, og administrerande direktør sette i gang eit organisasjonsutviklingsprosjekt frå januar 2016. Arbeidet mot ei framtidig organisering ber i seg mål og vurderingskriterium som ulike organisasjonsdesign kan vurderast opp mot, slik at ein kan konkludere med kva for ei organisering som kjem best ut i høve til desse.

Følgjande målsetjingar er definerte for organisasjonsmodellen i arbeidet med organisasjonsutvikling:

Strategiske ambisjonar

- *Sette helseføretaket i posisjon til å lukkast med samfunnsoppdraget*
- *Fokus på pasienten og pasientverdiprosessen, der sentralt verkemiddel er kontinuerleg forbetring gjennom fornying, forenkling og forbetring*

Fag og kvalitet

- *Likeverdig tilbod – redusere ulikskap*
- *Faglig forbetring og samordning*
- *Levere kvalitet – felles standard*
- *Gode fagtilbod gjennom solide fagmiljø*

Heilskap og samarbeid

- *Samarbeid mellom sjukehus, klinikkar og administrative einingar*
- *Samarbeid og nettverksbygging*

Leiing

- *Ei leiargruppa som kontinuerleg forbetrar seg og som har tydelege mål innanfor «pasienten først» og «rammene er gitt»*
- *Sterk og samla leiargruppe - konsistens gjennom hele linja og som dreg i same retning*
- *Eit leiarskap som er tydelige på strategisk retning og mål*
- *Gode avgjerdsprosessar og gjennomføringskraft*

Økonomi

- *Økonomisk berekraft og sikre handlingsrom*
- *Optimalisere daglig drift innanfor tildelte rammer*

I første runde skal det avgjerast korleis organisasjonen skal sjå ut på nivå 1 og nivå 2, dvs. administrerande direktør og klinikkjef og stabsdirektør/-sjef nivået. Det vart utarbeida eit høyringsnotat med direktøren sitt forslag til to ulike overordna modellar/prinsipp for framtidig organisering. Organiseringa er eit av fleire verkemiddel som skal bidra til å skape pasienten si helseteneste i Møre og Romsdal, og bygge ein naudsynt felles føretakskultur i HMR. Høyringsfristen var 29.02.16, der ein inviterte organisasjonen sjølv, brukarutvalet, tillitsvalte og vernetenesta, bedriftshelsetenesta og arbeidsmiljøutvalet til å kome med innspel. I tillegg er det gjennomført konsekvensvurderingar av OU arbeidet både for klinikkar og stab.

Målsetjingane saman med høyringssvara og konsekvensvurderingane utgjør ein viktig del av administrerande direktør sitt grunnlag for avgjerse.

2 Alternative modellar – prinsipp

I høringsnotatet vert det introdusert to ulike modellar for organisering på overordna nivå.

2.1 Den tverrgående modellen 1

Denne seier ikkje noko om geografisk lokalisasjon på overordna nivå. Klinikane er gjennomgåande i dei fire sjukehusa, dei fem distriktpsikiatriske sentra, dei to rehabiliteringsinstitusjonane og ambulante team og funksjonar. Styrkane og svakheitene med ein slik modell vart frå Deloitte-rapporten skildra slik:

Tverrgående klinikkstruktur	
Styrkar	Svakheiter
Auka fokus på fagleg retning, standardar og synergiar	Geografiske avstandar er krevjande for utøving av leiarskap
Lukkast i større grad med utvikling mot større og sterkare fagmiljø, felles tanke, utvikling og prioritering av felles pasienttilbod	Utfordrande å sikre effektivitet og koordinering ved del enkelte sjukehus
Sikrar fagkompetanse og breidde i fagmiljø	Samarbeid eksternt kan vere utfordrande, t.d. med kommunane
	Vanskelegare å sikre gode arbeidsmiljø ved det enkelte sjukehus

2.2 Den hybride modellen 2

Den hybride modellen er meir innretta mot dei geografiske lokalisasjonane i fylket i hovudsak, sett bort frå prehospital, diagnostikk og psykisk helsevern/rus- og avhengigheitsmedisin (TSB). Styrkane og svakheitene med ein slik modell vart frå Deloitte-rapporten skildra slik:

Hybrid/geografisk klinikkstruktur	
Styrkar	Svakheiter
God intern koordinering ved den enkelte lokalisasjon, og dermed lokal effektivitet der lokalsjukehuset fungerer som heilskapleg system	Kan skape rivalisering og utfordringar for samarbeid mellom sjukehusa
Gode arbeidsmiljø ved det enkelte sjukehus	Redusert mogelegheit for styring frå sentral leiing
Godt samarbeid med kommune og lokalsamfunn	Dei administrative linjene skaper utfordringar med felles utvikling av fagmiljøa i helseføretaket
	Små fagmiljø kan gi vanskar med å rekruttere og halde på fagfolk

3 Nasjonal helse- og sykehusplan

Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) vart overlevert Stortinget i november 2015. Eit sentralt mål er at alle pasientar skal få gode og likeverdige helsetenester uavhengig av kvar dei bur i landet. Eit viktig element som støttar under dette er at sjukehusa må samarbeide tettare, der ein større del av pasientbehandlinga bør gjerast i forpliktande, faglege nettverk organiserte av helseføretaka.

NHSP stiller også nye krav til leiing, der god og tydeleg leiing er viktig både for pasientar og medarbeidarar. Ei helseteneste for pasienten fordrar leiarar som sørgjer for heilskaplege

pasientforløp på tvers av profesjonar, avdelingar, institusjonar og nivå i helsetenesta, og som viser stor merksemd for kvalitet, pasienttryggleik og kontinuerleg forbetring.

3. mars 2016 inngjekk Høyre, Venstre og Fremskrittspartiet ein avtale som sikrar fleirtal for sjukehusplanen. Fleire element er forsterka og presiserte. Dette gjeld mellom anna eit tettare samarbeid mellom sjukehus. Regjeringspartia støttar også behovet om «stedlig ledelse», men påpeikar at det samstundes må takast omsyn til at sjukehusa i Norge har ulik kompleksitet og storleik. I avtaleteksten mellom dei tre partia står det:

«Innspill fra høringer i Nasjonal helse- og sykehusplan og ellers, viser at det er behov for stedlig ledelse ved sykehusene. Det er argumentert for viktigheten av god kommunikasjon og behov for nærhet til leder. Lovens krav til ledelse i helseforetakene er at det skal være enhetlig ledelse på alle nivåer for å ivareta klare ansvarsforhold. Vi støtter prinsippet om stedlig ledelse, slik det for eksempel er på Ringerike Sykehus i Vestre Viken. Det må tas hensyn til at sykehusene i Norge har ulik kompleksitet og størrelse.»

Stortinget handsamar i desse dagar Nasjonal helse og sykehusplan. I politiske forhandlinger om denne er «stedlig ledelse» blitt gjort til viktig poeng. I Sosialkomiteen si fleirtalsinnstilling til Stortinget (Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) Innst. 206 S (2015–2016)) kan ein lese:

«Komiteen mener det må stilles høyere og nye krav til ledelse i fremtidens helsetjeneste. Komiteen mener ledere må ha større oppmerksomhet på kvalitet og pasientsikkerhet, men også på å sikre helhetlige og gode pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten.

Komiteen viser til at innspill til komiteens høring i denne saken, og øvrige innspill, viser at det er behov for stedlig ledelse ved sykehusene. Det er argumentert for viktigheten av god kommunikasjon og behov for nærhet til leder. Lovens krav til ledelse i helseforetakene er at det skal være enhetlig ledelse på alle nivåer for å ivareta klare ansvarsforhold.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, støtter prinsippet om stedlig ledelse, slik det for eksempel er på Ringerike sykehus i Vestre Viken. Det må tas hensyn til at sykehusene i Norge har ulik kompleksitet og størrelse.

[.....]

På denne bakgrunn fremmer komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksrådet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus.»

Komiteen vil fremheve at førstelinjeledere i sykehus på mange måter er nøkkelen til bedre arbeidsmiljø, kultur og ledelse. Førstelinjeledere leder møtet mellom pasient og behandler, har ansvaret for å omsette det politiske budskapet til praksis, og styrer på mange måter økonomi og kvaliteten som leveres. Komiteen mener dette ledernivået bør løftes frem.

Komiteen mener det bør tilstrebes å etablere en lederkultur der forskning og systematisk kvalitetsarbeid er verdsatt, samtidig som resultater og oppfølging etterspørres. Komiteen mener gode sykehusledere er opptatt av å dele kunnskap og resultater med andre, og av samhandling med kommunene. Videre understrekes viktigheten av åpenhet om sykehusets resultater (kvalitet, pasientsikkerhet og økonomi) som en del av godt lederskap. Større åpenhet for å vurdere hvordan arbeidsoppgaver fordeles og løses, fordrer ledelse med bred kunnskap om de ulike yrkesgruppenes faglige utvikling og interesse for aktiv deltagelse basert på framtidig behov i utviklingen av alle utdanninger. Et slikt fokus kan bidra til en helt nødvendig utnyttelse av tilgjengelige ressurser.»

Det står igjen å sjå kva som vert endeleg vedtakstekst frå handsaming i Stortinget, og kva styringssignal som kjem frå Helse Midt-Norge i styringsdialogen.

4 Høyrings svar

Høyringsnotatet vart 20. januar 2016 sendt ut i verksemda, til brukarutval, tillitsvalte og verneteneste, bedriftshelseteneste og arbeidsmiljøutvalet. Ein fekk attende 49 høyrings svar frå ulike klinikkar, avdelingar, seksjonar og grupperingar innan organisasjonen, i tillegg til ein skilde tilsette, og også dei andre høyringsinstansane kom med uttalar. Høyrings svara er viktige bidrag inn i administrerande direktør si avgjerd om organisasjonsmodell.

I høyrings svara skildrar ein både fordelar og ulemper med begge organisasjonsmodellane. Mange legg vekt på at ingen organisasjonsmodell er perfekt, og at det er naudsynt med kompenserande mekanismar uavhengig av modellval. Fleirtalet av høyrings svara støttar opp om ein tverrgående modell 1 for organisering, men mange støttar også den hybride modellen 2. Nokre har ikkje tilrådd noko organisasjonsmodell, men drøftar fordelar og ulemper med begge modellane.

Ein kan sjå noko ulike preferansar for modell avhengig av geografisk plassering, samt dei ulike miljø si erfaring med tversgåande vs. lokal klinikkstruktur.

Det er særskilt påpeika høve kring organisering av Klinikk for born og unge og Kvinneklubben, anesthesi og akutt, prehospitalet og AMK. Klinikk for rehabilitering vert også kommentert særskilt på, der ein er uroa for at denne klubben ikkje er nemnt som sjølvstendig klinikk i nokon av modellane. Ein har også omtalt psykiatri og rusbehandling. Det er verdt å merke seg at det i nokre høve er ulike meiningar om kva som er ei føremålstenleg organisering innan ein og same klinikk eller avdeling. Særskilt gjeld dette fagområda anesthesi, operasjon og akutt. Fleire meiner også at det er utfordrande å skulle sjå på organisering av nivå 2 uavhengig av nivå 3 og 4, då ein ikkje veit kva for avdelingar som vil verte inkluderte i dei ulike klinikkane.

Høyrings svara vektlegg vidare følgjande utfordringar:

- Koordinering og samarbeid lokalt på sjukehusa og på tvers av klinikkane
- Motivasjon mellom dei tilsette med klinikksefjar som ikkje er geografisk tilstades
- At intern samhandling i sjukehusa må oppretthaldast og vidareutviklast
- Auka posisjonering og hemma fagleg samarbeid ved ein hybrid modell
- Avstand mellom klinikkleiar og sjukehus (tilsette og leiing) ved ein tverrgående modell
- Storleiken på kirurgisk klinikk ved ein tverrgående modell

- Risikoen for ei ein-sided geografisk representert toppleiargruppe
- Namn på enkelte av klinikkane (særskilt viss Kvinneklubben vert slått saman med Klinik for born og unge)

Utover dette forklarar ein modellvalet i hovudsak med argumenta presenterte i Deloitte-rapporten.

Fleirtalet av dei som omtalar stadleg tilstadevering påpeikar i hovudsak at denne må sikrast, og at det vil vere naudsynt med ein koordinerande funksjon på kvart sjukehus ved ein tverrgåande modell. Ein har ulike forslag til korleis ein kan løyse dette.

Leiargruppa sin storleik vert kommentert i fleire samanhengar, og dei fleste støttar tanken om at det skal sitje færre personar i denne. Vidare er det eit ønske om seksjonar/avdelingar som er på eit handterleg nivå for kvar leiar, og ein uttrykker uro for at kontrollspenn kan verte for store.

Enkelte høyringssvar påpeikar at det er naudsynt med klinikkleiarar som samlar og forsterkar fagmiljøet, og ei sterk, fungerande fagavdeling som støttar prosessane nære pasientane. Fleire er også opptatt av ei god leiing som kjenner lokale høve, og som sikrar utvikling i lokale avdelingar. Organiseringa må vidare støtte opp om det nye sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR).

Høyringssvara som omtalar stab, ønskjer i hovudsak tettare tilknytning mellom klinikk- og stabsfunksjonar, slik at enkelte stabsfunksjonar flyttast nærare kjerneverksemda. Det vert påpeikt at ein treng ei tydeleggjering av grensegangen mellom stab og klinikk.

5 Konsekvensvurderingar

Det er gjort konsekvensvurdering/-analyse både for organisering av klinikkane og staben. Dette er ein systematisk framgangsmåte etter Norsk Standard for å skildre eller rekne ut konsekvens. I dette høvet er vurderinga kvalitativ, og skildrar fordelar og ulemper av ulike modellval vurderte mot målsetjingane frå høyringsnotatet og samarbeidsmøte. Føreskrift om organisering, leiing og medverking krev også ein analyse av konsekvensar før ein tek endeleg avgjerd.

5.1 Klinikkar

Modellane (tverrgåande og hybrid) er vurderte ut frå målsetjingane definerte i høyringsnotatet, og dreiar seg om strategiske ambisjonar, fag og kvalitet, heilskap og samarbeid, leiing og økonomi. Generelt ser ein det utfordrande å skulle vurdere berre nivå 2 utan å kunne sjå til nivå 3 og 4.

Den tverrgåande modellen er vurdert slik at han betre legg til rette for eit likeverdig tilbod gjennom at det er lettare å få til felles, tverrgåande prosedyrar og samarbeid og einsretting av tilbod i heile føretaket. Modellen styrkar heilskapstenkinga og legg betre til rette for å skape ein felles kultur gjennom læring på tvers og enklare overordna samhandling mellom fagområde, og skaper på denne måten lettare eigarskap til HMR som eit heile. Ein meiner at større fagmiljø gir større mogelegheiter for utvikling, og at ein slik modell betre legg til rette for forskingsmiljø.

Ulempene som er peika på, er i særskild den geografiske avstanden for klinikkleiarar som vil kunne få negative konsekvensar for oversikt over dei lokale behova, oppleving av nærleik til leiinga og

mogelegheta for einingane utanfor sjukehusa å vere synlege for leiinga. I tillegg kan ein oppleve utfordringar i stadleg samarbeid, risiko for store og uoversiktlege einingar og at avgjerder tek tid.

Frå Deloitte-rapporten er det vist til at dei klinikkane som har vore organiserte på tvers sidan fusjonen no ser positive resultat av dette i høve til samhandling og samarbeid, kvalitetsheving, utveksling av kompetanse og læring mm. Utfordringane som vert nemnde er store geografiske avstandar, knappheit på tid for leiarane og kompleks og tidkrevjande kommunikasjon. Ulempene vert derimot oppfatta som mindre tungtvegande enn fordelane med tverrgåande organisering.

Den hybride modellen gjer det lettare å samhandle og organisere internt i sjukehusa mellom fag, og mellom sjukehusa eksterne aktørar og det er lettare å få eigarskap til lokale prosedyrar og eigen arbeidsplass. Ein har fordelar med få til ei heilskapleg koordinering kring pasienten, og det er kortare veg til leiarskapet.

Ulempene med ein hybrid modell er at det opplevast vanskelegare å gi eit likeverdig tilbod, fagmiljøa kan risikere å verte for små til å vere «robuste», klinikkleiaren kan opplevast å ha ulik distanse til ulike fagområde han eller ho har ansvar for, og ein kan risikere å «verte seg sjølv nærast» og såleis få ein kamp om ressursar, arbeidsplassar og pasientar.

5.2 Stab

Alternativa mange/få stabsfunksjonar og sentral/desentral stabsorganisering for nivå 1 og nivå 2 er vurderte etter analysekriterier om koordinering og samordning, effektivitet og kvalitet, tydelege roller, rett bruk og utvikling av kompetanse, tilbodet ut i organisasjonen, frigjort tid til strategisk arbeid og effektive prosessar for avgjerder, teamarbeid og tilgjenge. For mange av analysekriteria artar det seg slik at det som er fordelar med ein modell, er ulemper med den andre.

Ein modell med få stabsfunksjonar vert sagt å ha fordelar mtp. koordinering, tydlegare roller, samordning av kommunikasjon og einsretting av innhald i denne, raskare og meir effektive diskusjonar, breiare kompetanse i ei eining for å møte aukane grad av komplekse problemstillingar, og lettare å drive teamarbeid og å få til effektive prosessar for avgjerder.

Ulempene er at kommunikasjonen kan verte krevjande mtp. at ei rolle femnar om mange/fleire fagområde, ein kan få store variasjonar/spenn innan eit område («sekkepostar»), kravet om breiddekompetanse til aktuell stabsdirektør vert stort og kan føre til behov for eit koordinatornivå, ved færre vert det meir sårbart og ein har færre å spele på og ein kan gå glipp av viktig spisskompetanse.

Modellen med sentral kontra desentral stab viste seg vanskeleg å vurdere. Hovudkonklusjonen frå arbeidet var at ein sentral stab på nivå 2 vil ha vesentleg fleire fordelar på dei fleste av kriteria ein skulle vurdere opp mot. Andre moment som er omtalte, er at leiargruppa bør ha ei samansetjing der talet på stabsdirektørar står i stil til talet klinikksefjar på den måten at det er størst tyngde frå operativ drift. Driftsmessig er det stabsområda personal, økonomi og fag som må tilleggast mest vekt.

6 Drøfting

Føremålet med organisasjonsutviklinga i HMR er å nytte organisasjonen som eit av fleire viktig verkemiddel til å skape pasienten si helseteneste i Møre og Romsdal. I forslaget til Nasjonal helse- og sjukehusplan heiter det at:

«Å skape pasientens helsetjeneste betyr at helsetjenesten må endre kultur, holdningar, organisering og ledelse»

HMR har ambisjonar både for pasientane og på egne vegne. Alle innbyggjarar i fylket er viktige for oss, og organiseringa av helseføretaket er eit viktig reiskap vi har for å kome behova for spesialisthelsetenester i møte. Det er viktig å presisere at ingen organisasjonsmodell er perfekt. Dei ulike løysingane har styrkar og svakheiter og ber i seg konsekvensar av ulik art. Slik vert det uansett behov for å gjere kompenserande og kompletterande tiltak for å få ut det beste av ein kvar modell.

Geografi og historikk er element som påverkar evna HMR har til å framstå som ei heilskapleg verksemd. Likeverdet og heilskapen er sentrale element i samfunnsoppdraget vårt, og ein treng ein «base» av felles verdiar, haldningar og normer for å ta steget vidare mot ein meir samla og framtidsretta organisasjon. Det strukturelle rammeverket for utviklinga av HMR ligg i organiseringa, men skal ein lukkast i å utvikle HMR til ein framtidsretta organisasjon treng ein å skape ein felles leiarskap og kultur. Dette initierast og vidareutviklast av eit medvite og dedikert leiarskap som legg pasientverdiprosessen til grunn for alt dei gjer og set pasienten i sentrum.

Ut frå vurderingskriteria vil ein nok kunne seie at begge modellar/ prinsipp støttar opp under desse. Det er ein stor pågåande nasjonal diskusjon om ei strategisk og kvalitativt vil få best resultat gjennom ei «sjukehusorganisering» eller ei «føretaksorganisering». Ingen føretak i Norge har ein rein lokal (sjukehus) eller tverrgåande (føretak) modell, sjølv om det blir av enkelte framstilt slik. Alle føretak har element av lokal og tverrgåande leiing. Det er også slik at basert på erfaringshentinga som er gjort i samband med OU arbeidet i HMR, så har ulike føretak ulike erfaringar med desse modellane. Det synes likevill viktig både for føretaket strategiske ambisjonar og fagleg utvikling at ein klarar å kombinere utvikling på tvers av fag, einingar og institusjonar, samstundes med at ein legg opp til lokal leiing av fag, pasientforløp og samarbeid i det enkelte sjukehus.

I nasjonale føringar vert det stadig referert til behovet for å sjå fag og pasienttilbod i samanheng over organisatoriske grenser. Dette representerer eit heilskapsperspektiv som også er grunngeve i samfunnsoppdraget til spesialisthelsetenesta. Det er og vil vere viktig dei komande åra at Helse Møre og Romsdal står meir samla, og kan samarbeide og samhandle enno meir på tvers for å bygge heilskap og felleskultur, samstundes med at ein skal vidareutvikle fag, pasientflyt og tenestetilboda i våre respektive institusjonar.

Organisering og leiing er avgjerande for å lukkast. Leiarskap må utøvast både på overordna strategisk nivå, på mellomnivå og ikkje minst i førstelinja der pasientarbeidet faktisk skjer. Både avdelingssjefar og seksjonsleiarar bør visast meir merksemd. Det er her den store leiarkrafta i form av antall og leiarpåverknad er i organisasjonen. Ein snakkar om «change from the middle» i forbetningsarbeidet. Dette rettar merksemda mot mellomleiarnivået i utviklingsarbeid, og at det er avgjerande å få med dette nivået for å kunne utvikle verksemdar. Dette må det strategiske leiarnivået som ligg over forstå. Derfor vil ei helt sentral oppgåve for leiarnivå 2 i HMR, vere å få med seg leiarnivå 3 og 4 på

strategisk retning og operasjonalisering av tiltak. Dette vert også trekt opp som sentralt i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Helse Møre og Romsdal har hatt økonomiske utfordringar over for lang tid. Dette tærer på organisasjon og leiing. Det er avgjerande for føretaket at ein no klarar å innføre ein konsekvenskultur som ikkje opnar for at det er greitt å ikkje levere på økonomi. Ein sentral motivasjon i ein organisasjon er at det som er satt som reglar, gjeld for alle. Dersom det då over tid er greitt å ikkje levere, så blir den «oppfatta regelen» - at det er greitt å ikkje levere. Dette kan ikkje halde fram. Evna til å levere på økonomi handlar om å utvikle organisasjonen i forhold til fag, kvalitet, pasientforløp og pasientverdi. Det er derfor forbetnings og utviklingsarbeidet kjem først – som så gjev det økonomisk resultat. Dette føreset at leiingar og tilsette trur på at dette er samanhengen og vegen å gå.

Høyringssvara er mange og gode og syner kor oppteken dei ulike delar av verksemda er av organisasjonsspørsmålet. Høyringa synleggjer også ein del av dei argumenta som er kjent frå diskusjonar både innad i HMR og i media den seinare tid. Det er argumentasjon som går på fag, geografi, funksjonar, tilhøyrighet, nivå – argumenta spring ofte ut frå fagleg og geografisk identitet. Det er viktig å presisere at ein klinikk eller eit sjukehus ikkje skal vere utgangspunkt for overordna leiarskap i føretaket. Det er tvert imot slik at leiinga på nivå 2 skal løfte seg over sjukehus og sjå det samla tilbodet føretaket gir til ei pasientgruppe, diagnosegruppe, aldersgruppe med vidare, for så å drøfte ulike utviklingsalternativ og prioritere tiltak – til beste for ei samla befolkning. Dette perspektivet er vanskeleg, spesielt når det medfører endring i tilbod eller ressurs.

Konsekvensvurdering trekker på ein metodisk måte opp dei vurderingar av konsekvensar som ligg i OU arbeidet. Det er særskilt viktig å vektlegge dei forholda som kan påverke HMR si evne til å utføre oppgåvene sine. Manglande leiarskap og ansvar til leveransar i ein periode vil vere uheldig. Det er viktig at konsekvensar og risiko er eit sentralt diskusjonstema både i leiargruppa og i prosjektorganisasjonen som skal leie arbeidet.

Nasjonal helse og sykehusplan legg viktige føringar for utviklings av spesialisthelsetenesta i åra som kjem. Det vert ikkje referert mykje til dette her, men både organisering, leiarskap, kultur, standardisering, samarbeid, kvalitet m.v. er løfta opp som viktig framover. I tillegg er det i forliket lagt opp til at stadleg leiing får ein posisjon, utan at det er mogeleg å tolke alle sider av dette enno. Det skal også utformast som styringssignal i føretaksmøte, og ein vil sjå meir av operasjonaliseringa av dette der.

Strategi 2030 er Helse Midt-Norge sin utviklingsplan. Ein har ikkje kome så langt i konkretiseringa av dette arbeidet, men det er viktig at regionale føringar med konsekvensar for organisering og leiarskap blir inkludert i vidare OU arbeid. Dette leiar vidare inn på HMR si revidering av utviklingsplanen. Vedtaket om SNR står fast, men HMR har eit samla ansvar for å utvikle og tilpasse tenestetilbodet i heile føretaket. Ein må derfor i utviklingsplanarbeidet ta diskusjonar om pasienttilbod, tenester, funksjonar, pasientstraumar, utvikling innan medisinsk og teknologi, osv. Leiargruppa nivå 2 er direktøren sitt viktigaste rådgjevande organ for utviklinga av føretaket. Då må ein klare å kombinere perspektiva på tenestebhov/ sjukdomsutvikling i befolkninga, nasjonale og regionale styringssignal, utviklingsdrivarar, relasjonar til samarbeidsaktørar, og styringa av eiga verksemd.

Leiarskap og organisasjonsutvikling heng tett saman. Administrerande direktør er tydeleg på at leiargruppa skal ha og vere forplikta av føretaksperspektivet – altså det samla spesialisthelsetenestetilbodet i Møre og Romsdal – i si leiargjeringa.

I drøftingar som dagens leiargruppe har gjennomført, har ein trekt opp følgjande hovudretningar.

Sentrale element som har kome fram er behovet for leiarar som:

- Ser og forstår heilskapen
- Fokuserer på pasientopplevd kvalitet, systemkvalitet og god ressursutnytting
- Er handlekraftige
- Er konsistent og utøver konsekvent leiarskap

Administrerande direktør legg følgjande til grunn for framtidig leiargruppe:

- Gruppa forbetrar seg kontinuerleg, og har tydelege mål innanfor «pasienten først» og «rammene er gitt»
- Gruppa framstår sterk og samla - konsistens gjennom heile linja og dreg i same retning
- Gruppa er tydeleg på strategisk retning og mål
- Gruppa har gode avgjerdsprosessar og stor gjennomføringskraft

Toppleiinga skal jobbe strategisk og vise vegen inn i framtida, også innanfor organisasjonsutviklinga. Alle underliggjande organisasjonsutviklingsprosessar skal forankrast og koordinerast her.

Leiargruppa si første felles oppgåve knytt til organisasjonsutvikling vil være å utforme struktur og leiarskap på nivå 3 og 4 og finne ei organisatorisk løysing på behovet for kompenserande mekanismar knytt til val av organisasjonsmodell. Administrerande direktør er tydeleg på at eit forpliktande samarbeid i leiargruppa, skal være eit føredøme for vidare arbeid med utvikling og utforming av helseføretaket.

Ny organisasjonsmodell vil krevje utvikling av leiarskap på alle nivå. I organisasjonsutviklinga del 2 vil ein sjå på inndeling og plassering av avdelingar og seksjonar, og – i samband med det – måtte gjere ei vurdering av rolle og ansvar for stillingane som avdelingssjef og seksjonsleiar.

Ein av grunnane til at organisasjonsutviklinga vert delt i 2, er at den framtidige leiargruppa skal vere med å forme og ta ansvar for organisering på nivå 3 og 4 i HMR. Adm. dir. ønskjer å inkludere og ansvarleggjere leiarane i forhold til den løysinga som vert foreslått og valt hausten 2016.

Stadleg leiing er og vil vere heilt sentralt for å få sjukehus som har mange, samansette og gjensidig avhengige funksjonar. Det er i stor grad fagfolk i seksjonar og avdelingar som samarbeider i kvardagen – det er altså ikkje klinikkar som samarbeidar. Det er viktig at Helse Møre og Romsdal legg vekt på å utvikle lokalt leiarskap for å sikre god personaloppfølging, god flyt og pasientforløpsprosessar i sjukehusa.

Det står også i St. prop. for Nasjonal helse- og sykehusplan «...men også på å sikre helhetlige og gode pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten.». Dette

underbygger også det andre organisatoriske prinsippet med samarbeid og samordning på tvers av sjukehus.

Det blir heilt sentralt å arbeide vidare med korleis ein kan sikre tilsette opplevinga av god og nær leiing i arbeidskvardagen, og dette vil auke vektlegginga av stadleg leiing og koordinering for å sikre ein god pasientflyt ved kvart av sjukehusa. På kva nivå denne funksjonen skal plasserast og kva mandat som ligg til denne bør snarleg utgreiast og konkluderast på. Leiarskap handlar også om at problema og utfordringane som tilsette opplever blir teke på alvor og gjort noko med. Ein syretest for oppleving av leiarskap er i kva grad ein tilsett i eit av sjukehusa våre opplever leiargruppa som si leiargruppe. Ei toppleiargruppa må framstå samla for organisasjonen sine tilsette.

7 Val av organisasjonsmodell nivå 1 og 2 i HMR

Basert på grunnlaget frå organisasjonsevalueringa, kriterium for organisering av føretaket, høyringsinnspela, konsekvensvurderinga, signal i Nasjonal helse og sykehusplan og samtalar med medlemar i leiargruppa, har adm. dir. bestemt at Helse Møre og Romsdal skal legge til grunn ein:

Tverrgående organisering etter modell 1 i høyringsnotatet, som byggjer på likeverd, fag, kvalitet og pasientforløp, der ein også skal sikre stadleg leiing ved det enkelte sjukehus og institusjon.

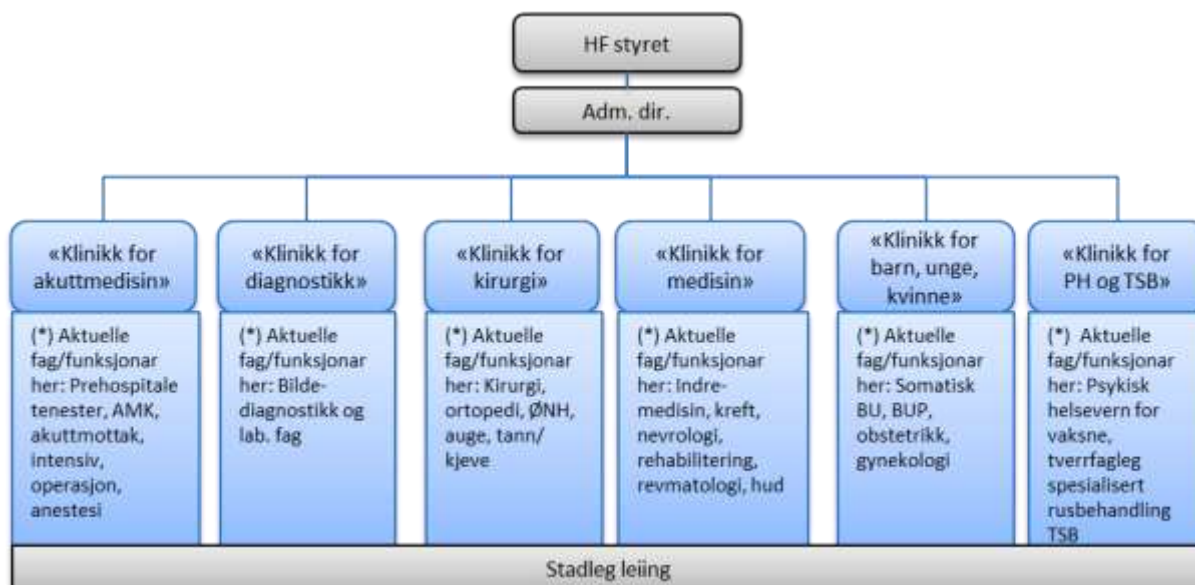
Ei tverrgående organisering vert vurdert som betre for å legge til rette for kunnskapsdeling og innretting mot beste praksis, noko som reduserer variasjon og som dermed styrkar kvaliteten i tilboda våre. Ei sterkare standardisering og einsretting av tilboda er viktig for å betre pasienttryggleik og utvikle og oppretthalde likeverdige tilbod. Eit samla ansvar pr. fagområde oppfattast som eit betre utgangspunkt for å disponere og fordele fagressursar uavhengig av lokalisering.

Den tverrgående organiseringa byggjer også betre den fellesskapen som føretaket treng for å utvikle seg i tråd med samfunnsoppdraget. Erfaringane frå dei som har jobba slik over fleire år i føretaket er stort sett positive. Ein ser at det tar tid å få resultat, men gevinstane er merkbare både når det gjeld felles prosedyrar og fagutvikling, kvalitetsheving, utveksling av kompetanse og læring. Dette er element som er naudsynte for å skape eit likeverdig tilbod og ein felles kultur.

Samstundes påkviler det adm. dir. og leiargruppa å sikre god stadleg leiing ved sjukehusa, på ein måte som gjev nærleik og opplevd lokal kunnskap.

7.1 Klinikkorganisering nivå 2 HMR

Val av overordna organisering nivå 2 er ei viktig avgjerd i HMR sitt arbeid med å levere og utvikle framtidens spesialisthelsetenester i HMR.



FIGUR: Klinikkorganisering HMR (NB! «Klinikknamn» er arbeidstitlar. (*)) Fag og funksjonsinnhald i klinikkane skal avgjerast som del 2 av OU arbeidet.)

I tverrgående modell er kirurgisk klinikk den desidert største klinikken. Fleire høyringsinstansar har peika på behovet for å redusere storleiken på denne. Klinikken inneheld ikkje berre dei kirurgiske fagområda, men også fag og funksjonar som anestesi og intensiv, som i stor grad også gir service til andre kliniske spesialitetar.

Ein legg til grunn at kirurgisk klinikk i modellen vert delt i ein kirurgisk klinikk og en akuttklinikk, der akuttklinikken inneheld fleire av dei fag/funksjonar som også servar andre kliniske fagområde. Detaljane i denne vert utforma i ny leiargruppe i neste fase i organisasjonsutviklingsprosjektet. Det vil vere viktig å leggje opp til eit innhald som hentar ut dei potensielle faglege synergiane som vil vere mellom einingane i akuttklinikken.

Akuttklinikken vil innehalde fleire personellgrupper som det i dag er særskilt stor mangel på, t.d. spesialsjukepleiarar. Gjennom etablering av klinikken legg ein til rette for ei fleksibel og effektiv utnytting av slike avgrensa ressursar.

Prehospital klinikk var i framlegget til tverrgående modell mellom dei minste klinikkane. Gjennom etablering av akuttklinikken vil det vere hensiktsmessig at dette miljøet vert integrert med det akuttmedisinske fagmiljøet elles i akuttklinikken. Administrerande direktør legg derfor til grunn at prehospital klinikk vert ein del av akuttklinikken.

7.2 Kompenserande tiltak

Det er viktig å skilje mellom kompenserande tiltak på kort og lang sikt. Føremålet med kompenserande tiltak på kort sikt er å dempe dei uønska effektane ved omstillinga, medan føremålet med kompenserande tiltak på lang sikt er å kompensere for styringssvakheitene i den organisasjonsmodellen som vert valt.

7.2.1 På kort sikt

Ei omstilling vil uansett føre med seg ulike mellomfasar som ein må demme opp for på ein god måte, både strukturelt og relasjonelt. Slike fasar er av natur prega av uvisse og ein treng gjere prosessar og utfall i etterkant så føreseielege som mogeleg. Viktigheita av god informasjon og kommunikasjon i desse fasane er stor. Å sikre ei god handtering av mellomfasane er viktig for å kome godt av stad i det vidare arbeidet med organisasjonsutviklinga.

For å sikre ein god prosess fram til implementering av ny organisasjonsmodell, har administrerende direktør avgjort at ein skal opprette eit eige organisasjonsutviklingsprosjekt, som vil vere eit viktig bidrag til å halde framdrift og sikre gjennomføring, handtere interessentar og informere. Administrerende direktør er også opptatt av å ha god dialog med tillitsvalte og verneteneste i alle fasar av organisasjonsutviklinga for å sørge for eit godt grunnlag for gjennomføring av arbeidet.

7.2.2 På lang sikt

For den tverrgåande modellen, er den største svakheita skildra som mangelen på stadleg leiing og «lange» leiariinjer/avstand til klinikkleiinga. Behovet for stadleg leiing kjem fram som eit sentralt moment også i Nasjonal helse- og sjukehusplan. Administrerende direktør vurderer det som heilt naudsynt handtere spørsmålet og behovet for stadleg leiing på ein god måte. Sjølv om helseføretaket riggar seg for overordna organisering på tvers av sjukehus, så vil det vere auka vekt på stadleg leiing og koordinering for å sikre ein god pasientflyt ved kvart av sjukehusa. På kva nivå denne funksjonen skal plasserast og kva mandat som ligg til denne, skal snarleg utgreiast som eige tema i OU-arbeidet.

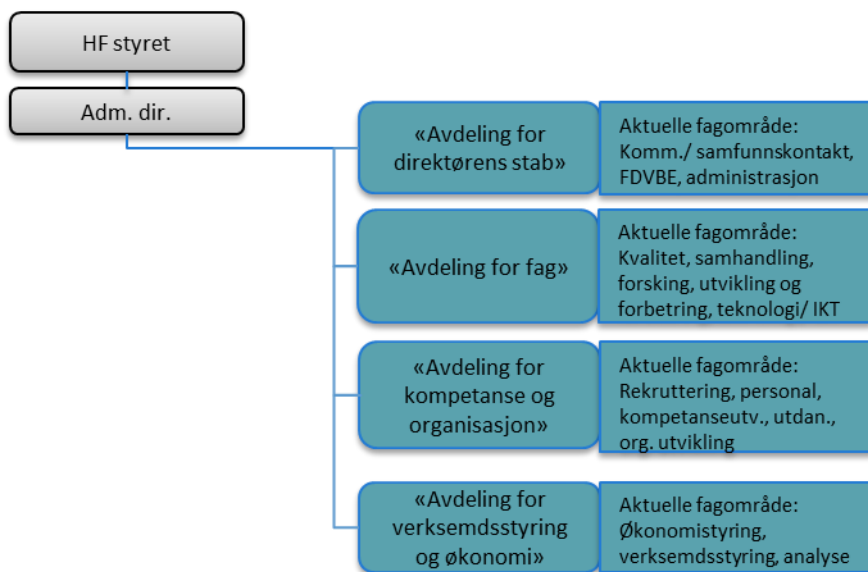
Administrerende direktør gjer ei førebels vurdering på at stadleg leiing kan skje gjennom fordeling av lokalt sjukehusansvar ved at nokon av klinikksefane får dette ansvaret. Alternativet er at ein legg til rette for eigen leiargrupper på dei respektive sjukehusa. Ein må uansett klare å handtere prinsippa om tverrgåande, lokal og einskapleg leiing i den vidare organisasjonsmodellen.

Det må også sjølvstakt takast omsyn til det endelege signalet som kjem frå Stortinget gjennom våre styringsdokument.

7.3 Stabsorganisering nivå 2 HMR

Med omsyn til å tilpasse leiargruppa og balansere denne ut mot helseføretaket si kjerneverksemd, ser ein føre seg ei organisering med færre sjølvstendige stabsavdelingar med eit nivå 2 enn det ein har i dag. Føremålet er også å sikre betre koordinering og disponering av ressursane i stabsavdelingane.

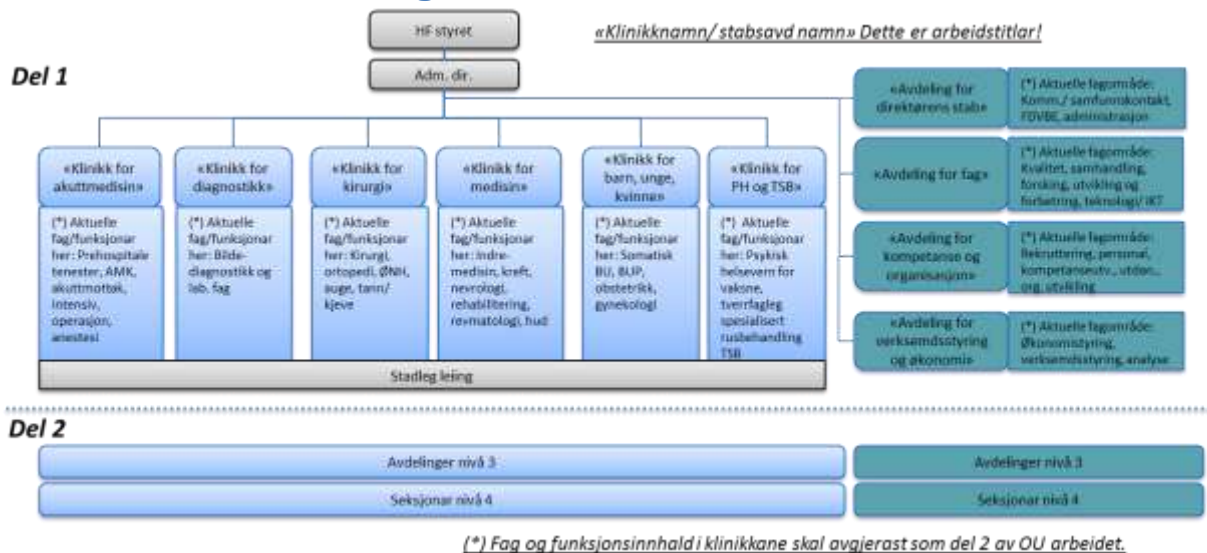
I utgangspunktet ser ein føre seg stabsavdelingar innan direktøren stab, fag, kompetanse og organisasjon, verksemdsstyring og økonomi. Samhandling og Strategi og utvikling ser ein føre seg lagt under fag. Organisasjonsutvikling skal leggest til avdeling for Kompetanse og organisasjon. Forvaltning, drift, vedlikehald, bygg og eigedom (FDVBE) og kommunikasjon/ samfunnskontakt ser ein føre seg lagt til direktørens stab.



FIGUR: Stabsorganisering HMR (NB! «Stabsavdelingsnamn» er arbeidstitlar. (*) Fag og funksjonsinnhald i klinikkane skal avgjerast som del 2 av OU arbeidet.)

Når det gjeld sentralisering/desentralisering av nivå 2, ser ein det naudsynt å halde dette nivået samla. Ei desentralisering av stabsfunksjonane vil vere meir sannsynleg på nivåa under, og ein må følgjeleg drøfte dette vidare i del 2 av prosessen.

7.4 Samla modell nivå 1 og 2 HMR



FIGUR: Samla organisasjonsmodell nivå 1 og 2 (NB! «klinikk og stabsavdelingsnamn» er arbeidstitlar. (*) Fag og funksjonsinnhald i klinikkane/stab skal avgjerast som del 2 av OU arbeidet.)

7.5 Vidare prosess

7.5.1 Juridiske og formelle høve

Omstillingsprosessen må bli gjennomført innanfor dei bestemmingar arbeidsmiljølova (lov av 17. juni 2005 nr. 62) og gjeldande tariffavtalar gjev. I tillegg er HMR bunden av ei rammeavtale for omstillingsprosessar datert 12. september 2008 inngått mellom Helse Midt-Norge RHF og arbeidstakarorganisasjonane. Sist er det utarbeida retningslinjer for nedbemanning ved Helse Midt-Norge, revidert og styrehandsama 25. september 2008. Desse bestemmingane og retningslinjer er førande for korleis omstillingsprosessen vert gjennomført i Helse Møre og Romsdal HF.

Valt organisasjonsmodell leiarnivå 1 og 2, medfører at det i hovudsak vert oppretta nye og færre leiarstillingar på nivå 2, med større ansvarsområde og leiaransvar samanlikna med i dag. Dette inneber at eit fleirtal av dagens leiarstillingar er vesentleg endra og ikkje å gjenfinne i valt modell. Omorganiseringa betyr at dei aktuelle leiarstillingane fell bort og at det vil verte gjennomført ordinære tilsettingsprosessar for å tilsette i dei nye leiarstillingane. På denne måten vil kvar enkelt få høve til å søkje på dei stillingane som no vert oppretta og bli vurdert på lik linje med andre søkjarar.

Der ei ny leiarstilling liknar på noverande leiarstilling, vil føretaket kunne bli møtt med at denne stillinga ikkje har vore gjenstand for omorganisering og at den tilsette som har stillinga i dag har rett til å halde fram i den. Det må derfor på eit tidleg stadium bli gjort ei konkret vurdering av kvar enkelt leiarstilling på nivå 2 for å sjå om stillinga kvalitativt er annleis. På noverande tidspunkt føreligg det ei vurdering på at ingen av dei noverande leiarstillingane på nivå 2 er å finne igjen i ny struktur.

Det blir arbeid aktivt med å kunne tilby den enkelte leiar ei anna passende stilling i verksemda i tråd med arbeidsmiljølova sine bestemmingar der det er mogeleg. Ei anna passende stilling vil i utgangspunktet seie ei stilling som innhalds- og lønsmessige vil vere mest mogeleg lik den noverande stillinga. Dersom dei leiarane dette gjeld ikkje ønskjer å akseptere overgangen til ei anna passende stilling eller ein ikkje finn å kunne tilby ei slik stilling, vil dei bli vurdert sagt opp frå si noverande stilling i verksemda. Ei slik oppseiing vil vere ei ordinær oppseiing grunngjeva i verksemdsmessige forhold. Føretaket vil også kunne gå til ein sokalla endringsoppseiing. Ei endringsoppseiing vil seie at ein seier opp den tilsette frå si noverande stilling på vanleg måte og samstundes tilbyr vedkomande ei ny stilling i føretaket, sjølv om den stilling ikkje fult ut passar til å bli karakterisert som ei passende stilling.

I tråd med rammeavtala for omstillingsprosessar er det gjennomført innleiande kartleggingssamtalar med den enkelte leiar på nivå 2 og det vil bli gjennomført nye kartleggingssamtalar/ drøftingsmøter i etterkant av at ny modell er valt. I denne prosessen vil adm. dir. informere om kva omorganiseringa har å seie for den enkelte leiar si stilling om det føreligg andre stillingar å tilby den tilsette i ny organisasjon. Adm. dir. ønskjer å gå i dialog med den enkelte leiar med sikte på å kome til ei sameint og hensiktsmessig løysing. Den enkelte leiar vil få høve til å kome med ønskjer og tankar om eiga rolle i ny verksemdsmodell. Desse innspela er viktige for den endelege vurderinga av deira plassering i ny modell og om det skal gjennomførast eventuelle oppseiingar.

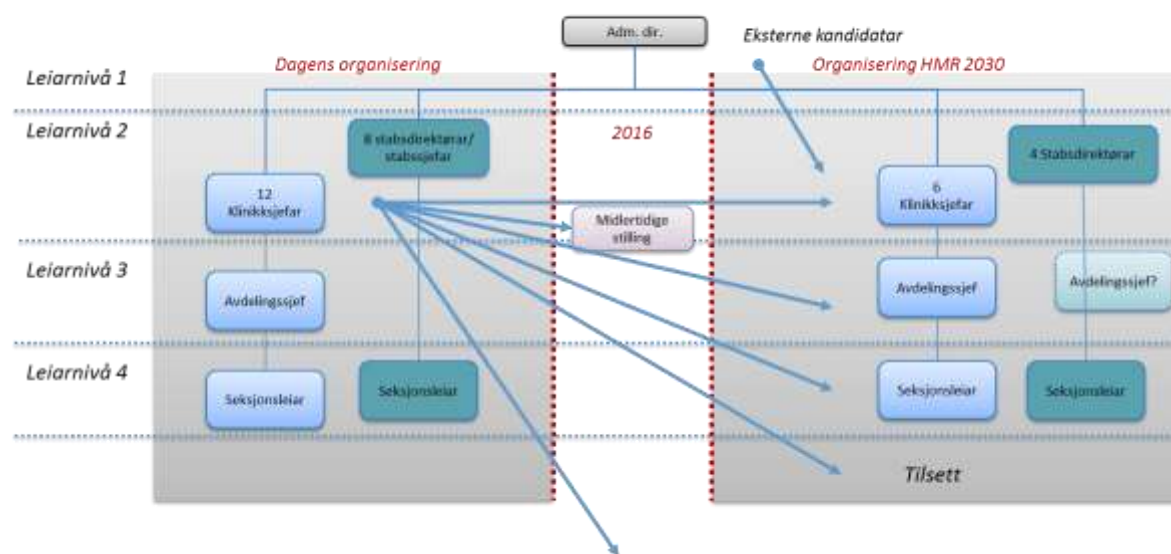
Administrerande direktør har i samsvar med gjeldande lover og avtaleverk løpande drøfta omstillingsprosessen med dei tillitsvalte. Slik samtalar er også viktige og naudsynte for vidare arbeid

med å implementere vald modell. Administrerende direktør vil halde fram med eit løpande samarbeid med dei tillitsvalte, og drøfte høve av betydning for den tilsette sitt vidare arbeidsforhold. Mellom anna vil det verte utarbeida nye organisasjons- og bemanningsplanar som skal leggst fram for arbeidstakarane sine tillitsvalte. Dei tillitsvalte sine synspunkt takast med vidare i vurderingar og avgjerder.

7.5.2 Midlertidige stillingar/ overgang

Det vert vist til tidlegare kommentar på tilbod om anna passende stilling i føretaket. Adm. dir. ser at leiarane i verksemda har mykje verdifull kunnskap og erfaring. Det er derfor ønskeleg å nytte seg av denne kompetansen i ein overgangsperiode til ny leiargruppe og struktur fungerer føremålstenleg. Dette behovet er tidsavgrensa og av midlertidig karakter. Aktuelle leiarar vil derfor kunne få tilbod om midlertidig stilling ut 2016 for å sikre gode leiar og strukturovergangar. Dei midlertidige stillingane vil ikkje ligge på nivå 2, men som eit ledd under. Ein legg til grunn at tilbodet føreset aksept frå den enkelte leiar, men at tilbodet vil kunne gje tid til å finne andre stillingar i organisasjonen som gjev verdi for den tilsette og verksemda for øvrig. I figuren under framstiller ein utviklinga frå dagens organisering gjennom 2016 som er overgangsåret og inn mot ny og framtidig organisering. Den viser også med piler kva utviklingsløp som kan tenkjast for dagens nivå 2 leiarar.

Alternative innplasseringar for nivå 2 leiarar



FIGUR: Alternative innplasseringar for nivå 2 leiarar i omstillingsprosessen

7.5.3 Bemanningsplan nivå 2 - HMR

Følgjande bemanningsplan følgjer av organisasjonsmodellen presentert over.

	Klinikk/ stabsavdeling (Arbeidstitlar)	Stillingsnamn (arbeidstitlar)
1	Klinikk for akuttmedisin	Klinikkssjef akuttmedisin
2	Klinikk for diagnostikk	Klinikkssjef diagnostikk
3	Klinikk for kirurgi	Klinikkssjef kirurgi
4	Klinikk for medisin	Klinikkssjef medisin
5	Klinikk for barn, unge, kvinne	Klinikkssjef barn, unge og kvinne
6	Klinikk for PH og TSB	Klinikkssjef PH og TSB
7	Avdeling for direktørens stab	Ass. dir./ stabsdirektør
8	Avdeling for fag	Fagdirektør
9	Avdeling for kompetanse og organisasjon	Kompetanse og organisasjonsdirektør
10	Avdeling for verksemdsstyring og økonomi	Verksemds og økonomidirektør

TABELL: Bemanningsplan nivå 2 - HMR

Det er viktig å merke seg at leiarar i leiargruppa nivå 2 kan kome frå heile føretaket. Sjølv om ein har ei tverrgående sentral leiargruppa, vil representasjon frå dei ulike institusjonar og sjukehus vere å føretrekke. Det må derfor ikkje forståast slik at deltaking i leiargruppa berre skal skje frå ei geografisk lokalisering.

7.5.4 Intern/ ekstern utlysing

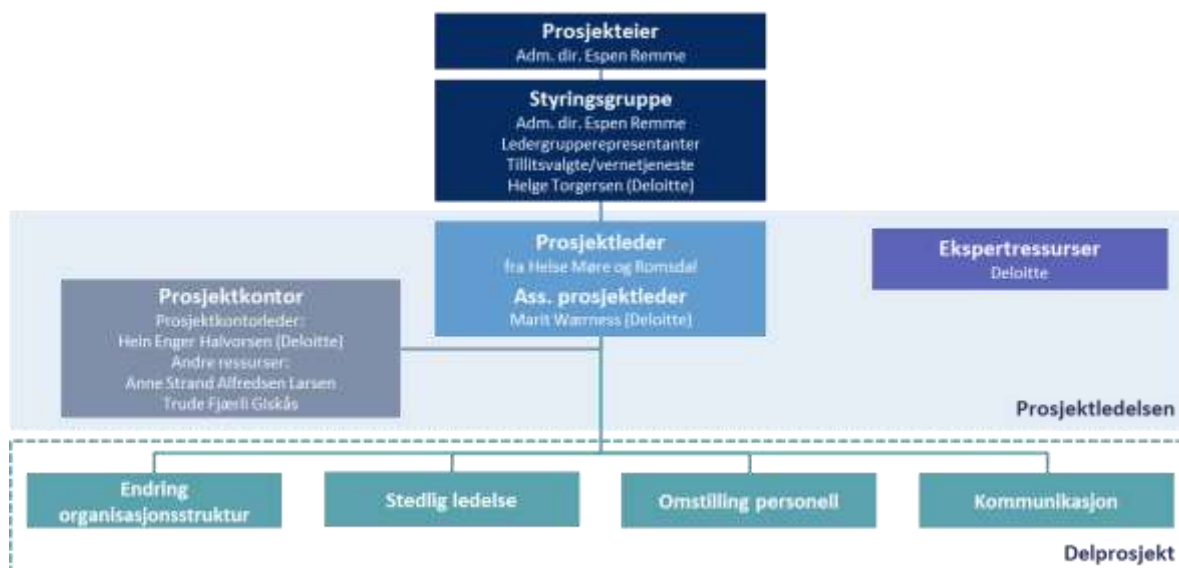
Adm. dir. vil avgjere om nivå 2 leiarstillingane skal utlysast kun internt, eller både internt og eksternt, etter kartleggingsamtalane/ drøftingsmøta med dagens nivå 2 leiarar i månadsските mars/april.

7.5.5 Verkemidlar

Det vert vist til rammeavtale for omstillingsprosessar – gjeldande for Helse Møre og Romsdal. Her står det i «Del V Virkemidler» om kva som er aktuelle tiltak i dialogen mellom den enkelte medarbeider og verksemda i samband med endringsprosessen. Adm. dir. har som mål å finne løysingar for alle innanfor ei minnelege og samstemt ordning.

7.5.6 Prosjektsekretariat

I samband med organisasjonsutviklingsprosjektet har ein oppretta ei prosjektsekretariat som skal ha ei koordinerande rolle mellom dei ulike delementa som går inn i prosjektet og styringsgruppe/prosjekteigar. Prosjektsekretariatet skal sørge for framdrifta i prosjektet saman med prosjektleiar, og vere med på å førebu organisasjonen for implementering av den nye organisasjonsmodellen. Det vil blir tilført meir ressurspersonar internt frå HMR i løpet av kort tid.



FIGUR: Prosjektorganisering OU prosessen HMR

7.5.7 Sentrale milepæler i OU prosjektet

Prosjektsekretariatet med intern bistand har utarbeids følgjande milepælsplan for OU arbeidet i 2016. Ein må ta atterhald om behov for justeringar i milepælane etterkvar som ein får meir oversikt over prosessen på nivå 3 og 4.

Sentrale milepæler	2016												2017
	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan		
	◆ Beslutning struktur nivå 2	◆ Ny ledergruppe på plass		◆ Forslag organisering nivå 3 og 4	◆ Høring nivå 3 og 4	◆ Høringsfrist	◆ Beslutning nivå 3 og 4, inkl. stedlig ledelse	◆ Oppstart OU-funksjon					◆ Organisasjonsmodell iverksettes

Nr.	Hovedmilepæl	Dato
1	Beslutning om organisasjonsstruktur på nivå 2	14.03.2016
2	Ny ledergruppe på plass	01.05.2016
3	Forslag til organisering på nivå 3 og 4	27.06.2016
4	Høring av organisering på nivå 3 og 4	01.08.2016
5	Høringsfrist	29.08.2016
6	Beslutning om organisering på nivå 3 og 4, inkl. stedlig ledelse	01.10.2016
7	Oppstart OU-funksjon	01.11.2016
8	Iverksettelse organisasjonsmodell	02.01.2017

FIGUR: Sentrale milepæler OU prosjektet