

# HELGELANDSSYKEHUSET HF

---

## Organisasjon og ledelse i Helgelandssykehuset

*Foretaksprosjekt høsten 2012*

## Prosjektbeskrivelse

1. Bakgrunn for prosjektet
2. Prosjektets problemstilling, formål og mål
  - 2.1 Problemstilling
  - 2.1 Formål
  - 2.2 Mål
3. Prosjektets organisering
  - 3.1 Styringsgruppe
  - 3.2 Prosjektgruppe
  - 3.3 Referansegruppe
4. Prosjektgjennomføring
  - 4.1 Fremdrift – milepælplan
  - 4.2 Etablering og oppstart
5. Prosjektets tiltaksplan
  - 5.1 Fokusområde 1: Enhetlig ledelse
  - 5.2 Fokusområde 2: Medisinsk faglig ansvar
  - 5.3 Fokusområde 3: Inndeling i ledelsesnivå
  - 5.4 Fokusområde 4: Stillingsbenevnelser
  - 5.5 Fokusområde 5: Lederstøtte fra lokale og sentrale staver (PO og økonomi)
  - 5.6 Fokusområde 6: Prinsipiell inndeling i "klinikker / områder" på enhetene
  - 5.7 Fokusområde 7: Gjennomgående eller stedlige "klinikker / områder"
  - 5.8 Fokusområde 8: ???
6. Økonomi
7. Prosjektets avslutning og eventuell fase 2
8. Oppfølging av prosjektet

Referanser

## 1. Bakgrunn for prosjektet

Administrerende direktør ved Helgelandssykehuset HF (HSYK) har bestilt oppdraget. Det har tidligere vært et krav fra RHF Helse Nord om gjennomgående klinisk ledelse ved HF-ene. Imidlertid har administrerende direktør ved HSYK sett styrken ved stedlig ledelse som i dag praktiseres, og har fått aksept for dette fra styre i HSYK og RHFet.

Utgangspunktet for den daværende foretaksledelsens beslutning om å organisere foretaket med stedlig ledelse, var å ivareta noe av sykehusenhetenes autonomi og dermed mulighet for selvstendig styring. Dette for å forhindre strid som kunne gjøre samhandling vanskelig. Bakgrunnen for denne beslutningen finner man i sykehushistorien på Helgeland. Tiden både før og etter foretaksetableringen har vært preget av stort engasjement med sterke følelser fra en rekke lokale krefter i Rana, Vefsn og Sandnessjøen.

Innad var sykehusenhetene i 2002 organisert nokså likt. I foretaksperioden har enhetene utviklet seg forskjellig og det er i dag stor forskjell på organiseringen innad ved de tre sykehusenhetene i Helgelandssykehuset. Antall områder og hva som ligger i områdene, avdelinger, seksjoner, avdelingssjefer, avdelingsledere og ikke minst benevnelser knyttet til stillinger varierer i stor grad. Denne forskjellen gir utfordringer mht ledelse, samarbeid, pasientbehandling og sykehusets evne til å tilby likeverdige helsetjenester.

Den mest vanlige organisasjonsformen ved helseforetakene i dag gjennomgående klinisk ledelse, men også denne har sine utfordringer. Det kan blant annet være vanskelig for en klinikk sjef å ha tilstrekkelig god oversikt dersom vedkommende har ansvar for flere lokasjoner. Det kan gi konsekvenser for kvalitet, økonomi og nærhet til personale. En annen utfordring er at dagens datasystemer som for eksempel EPJ ikke understøtter en gjennomgående klinikk i hele foretaket.

Administrerende direktør ønsker derfor å legge til rette for en organisasjonsstruktur som kombinerer stedlig ledelse med en lokal sjef på hver sykehusenhet og en klinikkstruktur som er tilnærmet lik på sykehusenhetene. På denne måten kan en utnytte fordelene ved begge organisasjonsformene ved at en stedlig leder sikrer nærhet, lokalkunnskap og tett oppfølging samtidig som Helgelandssykehuset som helhet har hensiktsmessige klinikker på hver lokasjon. Det vil gi et bedre grunnlag for samarbeid om pasienttilbud og kvalitet, men også styring, implementering og resultatmåling.

Fra tilsvarende prosjekt, i for eksempel Finnmarkssykehuset, har det vært et mål at antall mellomledere skal reduseres. For Helgelandssykehuset blir ikke dette definert som et eget mål, selv om en reduksjon er sannsynlig.

På ett tidspunkt i prosessen vil berørte ledere bli sagt opp (endringsoppsigelse) og man må søke på ny lederstilling dersom det er aktuelt. For lederne er en slik prosess særlig krevende. Selv om omstilling og endring er en naturlig del av arbeidslivet må en være spesielt

oppmerksom på også disse sidene av en slik prosess. Helgelandssykehuset har en oppdatert veileder for omstilling og nedbemanning som vil danne grunnlag for denne delen av prosjektet.

## **2. Problemstilling, formål og mål**

### **2.1 Problemstilling**

Den indre organiseringen på de tre enhetene skal gjennomgås og evalueres. På bakgrunn av dette skal det foreslås en mer ensartet organisasjonsstruktur på de tre enhetene.

### **2.2 Formål (effektmål)**

Danne grunnlag for en mer ensartet organisasjonsstruktur ved de tre enhetene i Helgelandssykehuset slik at sykehuset fremstår som ett sykehus.

### **2.3 Mål (resultatmål)**

- Gjennomgå dagens struktur.
- Skape forståelse for endringsbehov.
- Beskrive prosess for hvordan endringene kan gjennomføres.
- Gjennomføre prosjektets tiltaksplan (se punkt fem).

## **3. Prosjektets organisering**

### **3.1 Styringsgruppe**

- Per Martin Knutsen, administrerende direktør, leder og prosjekteier
- Fred A. Mürer, medisinsk direktør
- Randi Erlandsen, kommunikasjonssjef
- Thomas Skonseng, avdelingsdirektør Mo i Rana
- Venche Abel, avdelingsdirektør Mosjøen
- Knut Gullesen, avdelingsdirektør Sandnessjøen
- Tore Enga, personal- og organisasjonssjef
- Tove Lyngved, økonomisjef
- Foretakstillitsvalgt fra DNLF eller NSF
- Ekstern, prosjektleder

## 3.2 Prosjektgruppe

- Prosjektleder (ekstern, sekretær)
- Avdelingsdirektør
- Avdelingssjef klinisk
- Avdelingssjef / avdelingsleder stab / teknisk / pasientreiser / ambulanse
- Avdelingsleder somatikk
- Avdelingsleder psykiatri
- Avdelingsoverlege / medisinskfaglig rådgiver
- Foretakstillitsvalgt
- En fra sentral PO
- En fra vernetjenesten

Prosjektgruppen settes sammen slik at hver sykehusenhet har tre representanter.

## 3.3 Referansegruppe

Brukerutvalget HSYK konsulteres underveis i prosessen.

# 4. Prosjektets gjennomføring

## 4.1 Fremdrift – milepælplan

Aktivitet	Start	Ferdig
Møte FTV	22. august	
Etablere prosjektgruppe med prosjektleder.	September 2012	
Prosjektleder leverer rapport i forhold til tiltaksplan.	September 2012	Desember 2012
Administrerende direktør presenterer forslag til ny organisasjonsmodell.	Januar 2013.	
Vedta ny organisasjonsmodell.	Februar 2013.	
Utlysning og tilsetting av ledere (endringsoppsigelser).	Februar 2013.	Mars 2013
Ny organisasjonsmodell tas i bruk.		Juni 2013.

## 4.2 Etablering og oppstart

Fysiske møte med følgende agenda:

- Presentasjon av prosjektdeltakerne
- Gjennomgang av prosjektet.
- Prosess knyttet til arbeidsform i prosjektet. Hvordan skal vi jobbe, hva vil det kreve av deltakerne, avklaringer osv.
- Innføring i organisasjonsteori. Hensikten med dette er at prosjektgruppa skal få et felles begrepsapparat som er relevant i forhold prosjektet. Følgende "pensum" bør gjennomgås.
  - Bolman & Deal "Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse".
    - Bruker begrepet "fortolkningsrammer". En fortolkningsramme er en mental modell – et sett av ideer eller antakelser – som du bærer med deg i hodet som hjelp til å forstå og finne fram i et bestemt "terreng". En god fortolkningsramme gjør det lettere å forstå hva du står overfor, og i siste instans hva du kan gjøre med det. (Bolman og Deal, 2009, s.35)
    - De fire fortolkningsrammene:
      - Den strukturelle rammen.
      - HR-rammen.
      - Den politiske rammen.
      - Den symbolske rammen.

- Mintzberg "Structures i fives".

Mintzberg har utarbeidet et begrepsapparat for å strukturere organisasjoner. Kort oppsummert deler han organisasjonen inn i fem elementer: kjerneaktiviteten, mellomledelsen, toppledelsen, støttestab og teknostrukturen. Han mener at det finnes fem hovedtyper organisasjonsstrukturer: den enkle strukturen, maskinbyråkratiet, profesjonsbyråkratiet, den divisjonaliserte organisasjonen og adhokratiet. Et sykehus er et profesjonsbyråkrati eller fagbyråkrati som noen kaller det. Mintzbergs teori hører hjemme i den strukturelle rammen til Bolman & Deal.

## 5. Prosjektets tiltaksplan

### 5.1 Fokusområde 1: Enhetlig ledelse

#### Spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 sier:

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

Rundskriv I-9/2002 gir følgende føringer:

#### *3.2 Kravet om én ansvarlig leder*

*Lovbestemmelsen innebærer at det på et hvert organisatorisk nivå i sykehuset skal være én leder som har det overordnede ansvaret. For eksempel må det være én avdelingsleder; ansvaret for å lede en avdeling kan ikke deles mellom to sidestilte ledere. Derimot kan det etableres flere ledelsesnivåer i en avdeling for blant annet å sikre det systemmessige lederansvaret.*

*Bestemmelsen gjelder organisatoriske enheter som i henhold til sykehusets struktur og beslutningssystem er tillagt forvaltning av nærmere angitte ressurser, herunder personalressurser. Typiske enheter vil være klinikk (divisjon eller lignende), avdeling eller tilsvarende, og seksjoner. Bestemmelsen gjelder også for andre utskilte organisatoriske enheter som er gitt den administrative forvaltningen av personell og andre ressurser.*

*Det står sykehusets eier og ledelse fritt å vurdere hvilke kvalifikasjoner de mener er nødvendige eller ønskelige hos ledere på de ulike nivåer og i de ulike avdelinger m.v., og gi uttrykk for dette for eksempel ved utlysning av stillinger. Kravene bør utformes med tanke på innholdet i den enkelte lederstilling og virksomhetens art. Det vil være relevant å stille krav om lederegenskaper og lederkunnskaper samt kvalifikasjoner innen det fagområdet som enheten ivaretar. Det er ikke gitt at lederstillinger i sykehus skal besettes av leger.*

*Lederen vil ha et helhetlig ansvar, eller totalansvar, for den enheten vedkommende er satt til å lede. Lederen kan delegerer oppgaver og myndighet til å ta beslutninger til andre. Slik delegering innebærer imidlertid ikke at lederen "fraskriver seg" ansvaret for det aktuelle området. Lederen vil ha det overordnede ansvaret og må påse at de som utfører oppgaver og treffer beslutninger gjør dette på en tilfredsstillende og forsvarlig måte. Lederen beholder full instruksjonsmyndighet over de oppgaver som er delegert, og delegeringen kan helt eller delvis trekkes tilbake.*

*Lederens totalansvar innebærer at vedkommende skal forvalte ressursene enheten er tildelt og tilrettelegge for den virksomheten enheten skal utøve. Lederen må blant annet sørge for at virksomheten i enheten er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift og at de helsetjenester som tilbys eller ytes er forsvarlige. Herunder må lederen legge til rette for at alt helsepersonell i enheten kan overholde sine lovpålagte plikter.*

*Lederen må være varsom med å fatte beslutninger som kan innebære instruksjon i faglige spørsmål som vedkommende ikke har tilstrekkelig kompetanse på. Slike beslutninger må eventuelt fattes i samråd med en medisinsk faglig rådgiver, jf. punkt 3.3 nedenfor, eller andre*

*med kompetanse på det aktuelle fagområdet. Der avdelinger som i hovedsak driver medisinsk diagnostikk og behandling ledes av en annen enn en lege som er spesialist på feltet, kan det under avdelingslederen ansettes en leder som har et samlet medisinskfaglig systemansvar.*

*I NOU 1997: 2 Pasienten først! Punkt 10.1.5.2 heter det: "... Ivaretagelsen av dette systemmessige ansvaret er et faglig ledelsesansvar, og krever kompetanse innen faget. Den som skal ha den faglige ledelsesfunksjonen må nødvendigvis ha faglig innsikt som er på høyde med de medarbeidere som vedkommende har faglig lederansvar for. ..." Departementet har fått opplyst at denne praksis er vanlig. Organiseringen må imidlertid være slik at det er klart at dette er en mellomleder i linjen, slik at det ikke i realiteten blir en todelt avdelingsledelse. På samme måte kan det vurderes om det er behov for å ansette systemfaglig(e) leder(e) innenfor ett eller flere andre fagområder når avdelingslederen mangler den nødvendige kompetansen.*

*I NOU 1997:2 heter vedt også: Enhetlig ledelse vil kreve en lederadferd som klart får fram at lederen er likeverdig leder for alle medarbeidere som inngår i enheten, slik at også de som her annen yrkesbakgrunn enn lederen fullt ut opplever lederen som "sin sjef". Lederen må ha kontinuerlig oppmerksomhet rettet mot at enheten er etablert med ressurser, kompetanse og strukturer som er tilpasset oppgavene. De som går inn i lederstillinger må ha lyst evne og vilje til å påta seg dette ansvaret, og til å arbeide med de virkemidler som er nødvendig for å bære ansvaret.*

Disse føringene må danne utgangspunkt for prosjektgruppas arbeid.

## **5.2 Fokusområde 2: Medisinsk faglig ansvar**

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 andre ledd skal det utpekes medisinskfaglige rådgivere dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig.

I rundskriv I-9/2002 heter det følgende:

*Eier og ledelse av sykehus må vurdere om kravet til forsvarlighet ivaretas gjennom det styringssystem som er etablert, eller om det er nødvendig med medisinskfaglige rådgivere på ulike nivåer.*

*Det er naturligvis ikke nødvendig å utpeke medisinskfaglig(e) rådgiver(e) for en leder dersom lederen selv innehar tilstrekkelig medisinskfaglig kompetanse på de aktuelle områder. Selv om lederen ikke har tilstrekkelig medisinskfaglig kompetanse på alle de aktuelle områder, er det heller ikke alltid nødvendig å utpeke en spesiell person som medisinskfaglig rådgiver. Lederen kan etter behov rådføre seg med sine underordnede eller andre personer med slik kompetanse uten at det formaliseres i en rådgiverrolle. For en avdelingsleder vil det ofte være naturlig å rådføre seg med lederne av seksjonene i avdelingen dersom disse innehar den aktuelle kompetanse.*

*Dersom det utpekes en medisinskfaglig rådgiver for lederen, skal rådgiveren bidra til å gi lederen et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag i saker som gjelder medisinskfaglige spørsmål.*



*Rådgiveren har ingen beslutningsmyndighet i egenskap av å være utpekt som rådgiver. Ofte vil det være hensiktsmessig at rådgiveren har en "stabsfunksjon", jf. for eksempel sjeflegens funksjon.*

Disse føringene må danne utgangspunkt for prosjektgruppens arbeid. Det må fremgå når det er behov for medisinskfaglig rådgiver og om medisinskfaglig rådgiver bør være medlem av ledergruppen på enhetene. Prosjektgruppa må også ta stilling til hvordan spesialistenes kompetanse, på generell basis, skal gjøres tilgjengelig for ledelsen av sykehuset.

### **5.3 Fokusområde 3: Inndeling i ledelsesnivå**

I dag er Helgelandssykehuset organisert med følgende ledelsesnivå: foretak, sykehusenhet, område, avdeling, seksjon, samt muligens noen andre varianter. Prosjektgruppa må legge fram forslag på en inndeling i ledelsesnivåer som kan være felles for foretaket. Forslaget må ivareta de kravene som innføres som en konsekvens av ny HR-portal.

### **5.4 Fokusområde 4: Stillingsbenevnelser**

Nivåene som beskrives i punkt 5.3 tydeliggjøres med faste benevnelser som er felles for foretaket. Det må beskrives ansvarsområder og arbeidsoppgaver for hver av stillingskategoriene. Det er et mål at Helgelandssykehuset skal være en organisasjon med samme betegnelser på samme nivå i hele organisasjonen (på alle sykehusenhetene). Benevnelserne skal være i henhold til nasjonale og regionale standarder for inndeling og benevnelse. Bruk av assisterende lederstillinger skal utredes særskilt.

### **5.5 Fokusområde 5: Lederstøtte fra lokale og sentrale staber (PO og økonomi)**

Hver sykehusenhet har lokale støttefunksjoner som personalrådgiver, økonomirådgiver og noen andre ansatte. Målet er å ha en organisering av støttefunksjoner som er tilpasset dagens og framtidige krav. Det er dilemma mellom å ha stabsressurser på hver enkelt enhet som har en nærhet til miljøet de er til for og det å etablere mer robuste, men sentraliserte fagmiljø innenfor de administrative oppgavene. Prosjektgruppa må komme med forslag til om det bør være lokale støttefunksjoner eller ikke, og hvordan de i så fall bør organiseres.

## **5.6 Fokusområde 6: Prinsipiell inndeling i "klinikker / områder" på enhetene**

Den indre organiseringen på sykehusenhetene varierer i dag sterkt. Helgelandssykehuset skal være en organisasjon som er mest mulig likt inndelt i avdelinger og områder (eller andre benevnelser). Lik organisering på enhetene vil være en viktig faktor for å lykkes i arbeidet med faglig samarbeid på tvers av enhetene, noe som vil være gunstig for utvikling av mer robuste fagmiljø. Dette vil også gi et bedre grunnlag for samarbeid generelt og dermed bedre pasientbehandling og vår evne til å tilby likeverdige helsetjenester på Helgeland. Prosjektgruppa får i oppdrag å legge fram forslag på en prinsipiell inndeling i "klinikker / områder" på enhetene.

## **5.7 Fokusområde 7: Gjennomgående eller stedlige "klinikker / områder"**

Prosjektgruppa skal ha som utgangspunkt at ny organisasjonsplan skal en stedlig leder på hver sykehusenhet, jfr. administrerende direktørs "bestilling" som nevnt i del 1. Bakgrunn.

Det er ikke til hinder for at enkelte funksjoner kan være gjennomgående. I dag gjelder det for ambulansetjenesten og pasientreiser, men en kan også tenke seg andre som for eksempel bygg, MTU og FoU. Prosjektgruppa får i oppdrag å foreslå hvilke oppgaver / funksjoner som bør organiseres gjennomgående og hvilke som bør organiseres på hver sykehusenhet. Dette må fremgå i ny organisasjonsplan.

## **5.8 Fokusområde 8: Legge fram inntil tre alternative organisasjonsstrukturer**

Prosjektgruppa skal legge fram inntil tre organisasjonsstrukturer som ivaretar fokusområdene nevnt ovenfor.

## **6. Økonomi**

Det vil ikke bli laget et eget budsjett til prosjektet. Kostnader posteres driftsbudsjettet til PO. Eventuell avtale om å leie ekstern bistand vurderes fortløpende.

## 7. Prosjektavslutning

Prosjektet avsluttes ved at rapport leveres administrerende direktør innen utgangen av desember 2012. Prosjektleder kan da legge frem forslag om en eventuell fase 2 dersom særlige forhold tilsier det. Følgende tema kan være aktuelle:

- Prosjektets konsekvenser for fullmaksstruktur, katastrofeplaner og lignende.
- Leder som har ansvar for flere ledernivå.
- Faggruppens plass i organisasjonen.
- Tilrettelegging for ledere som ønsker å utføre klinisk virksomhet.
- Om ledergrupper og det å arbeide i team.
- Prosjektstillinger og forholdet til linjeorganisasjonen.
- Annet

## 8. Oppfølging av prosjektet

Prosjektleder legger fram plan for oppfølging av prosjektet. Planen skal godkjennes av styringsgruppen.

## 9. Referanser

Bolman & Deal. *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. Gyldendal akademisk. 2009.

Erlandsen. *Økonomi og ledelse. En fordypning i etterkant av omstilling i Helgelandssykehuset HF*. MBA I helseledelse. Handelshøgskolen i Bodø. 2007.

Mintzberg. *Structures in fives*. Prentice-Hall. 1983

Finmarkssykehuset. *Prosjektrapport Fase 1*. 2012.