

Ny organisasjonsmodell

NÅR VI LYTTAR TIL FRAMTIDA



20.10.09

INNHALD

1. BAKGRUNN	s 3
2. MÅL MED NY ORGANISERING	s 6
3. SENTRALE TEMA	s 8
4. PROSESSEN - UTARBEIDING AV NY ORGANISASJONSMODELL	s 10
5. NY ORGANISASJONSMODELL FOR HELSE SUNNMØRE HF	s 12
6. ØKONOMI	s 16
7. PRINSIPP OG FØRINGAR FOR INTERN ORGANISERING	s 16
8. VURDERING NY ORGANISASJONSMODELL –RISIKOVURDERING	s 17

1. Bakgrunn

1.1 Dagens organisering

Helse Sunnmøre har i dag 22 avdelingssjefar, 19 i Ålesund og 3 i Volda. I tillegg har vi leiarar for sentrale stab- og støttefunksjonar. Nokre av avdelingssjefane har ansvar for einingar både i Volda og Ålesund – i tillegg har vi institusjonar som ligg utanfor sjukehusa. Det er stor variasjon i tal tilsette i dei ulike avdelingane. Oversikta nedanfor viser tal stillingar i dei ulike avdelingane.

Avdelingar	Stillingar (ca)
Vaksenpsykiatrisk avdeling	308
Psykisk helsevern for barn og unge	84
Serviceavdelinga – kontortenesta	154 - 130
Kirurgisk avdeling Ålesund	87
Ortopedisk avdeling Ålesund	59
Kirurgisk avdeling Volda	44
Øre Nase Hals	25
Auge	15
Kvinneklubben	107
Medisinsk avdeling Ålesund	217
Kreftavdelinga	69
Medisinsk avdeling Volda - Mork rehabiliteringssenter	72 - 36
Hud	6
Barneavdelinga inklusiv habilitering	122
Revmatologisk avdeling	9
Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering - Nevrologisk avdeling	65 - 29
Pasienthotell (lagt til ass direktør)	10
Operasjon Ålesund	54
Anestesi Ålesund	155
Laboratoria	85
Patologi	14
Radiologisk avdeling	83
Akuttavdeling Volda	78

Det er felles sengepostar for ein del avdelingar. Dette betyr at avdelingane ikkje kan samanliknast direkte då tal tilsette i tabellen ikkje gir tilstrekkeleg informasjon om kor mange som arbeider innanfor eit fagområde.

1.2 Vurdering av dagens organisering – behovet for endring

Helse Sunnmøre har sidan reforma i 2002 hatt ein svært flat organisasjonsmodell prega av mange avdelingar - og avdelingar med svært ulik storleik. I 2002 var dette eit bevisst val ved etableringa av Helse Sunnmøre. I ettertid er det berre gjort små endringar i organisasjonsmodellen. Evalueringar har vist at modellen har mange gode sider, men kritiske røyster har også tala for

endringar i modellen ut frå synet om at det har vore mange i direkte linje til direktør og dermed vanskeleg å få til eit leiarforum med stor påverknadskraft.

I samband med erfaringane vi mellom anna har gjort gjennom pasientflytprosjektet ser vi at det er behov for å gjere organisatoriske endringar i Helse Sunnmøre. For å kunne gjennomføre flytprosjekta og for å sikre god kvalitet i alle ledd i pasientbehandlinga, ser vi at vi i dag ikkje har ei optimal organisering av verksemda vår som i tilstrekkeleg grad bidreg til å nå sentrale mål. Det arbeidet Helse Sunnmøre har gjennomført i pasientflytprosjekta har analysert og forbetra pasientforløpet til viktige pasientgrupper. Dette har ført til betydeleg redusert ventetid, betra kvalitet og betra tilfredsheit for både pasientar og tilsette utan at det har vore behov for ressursauke. Dette arbeidet har til fulle dokumentert at store forbetringar kan oppnåast gjennom nytenking og løysningar som delvis kan etablerast internt i eksisterande organisasjonsstruktur og delvis utfordrar noverande organisasjonsstruktur. Prosjekta vi har i gong så langt har vist flaskehalsar både internt i dei einskilde avdelingane og på tvers av avdelingar. Samarbeidet mellom avdelingar på tvers av sjukehusa og innanfor kvart av sjukehusa fungerer ikkje godt nok, og det er problem med å byggje felles kultur. Eit av argumenta for å revidere organisasjonsstrukturen er derfor å finne ei løysning som på ein enklare måte legg til rette for slike god pasientflyt.

I ulike tilsyn, mellom anna ”God vakt”, er det også avdekt svakheiter som kan knytast til måten vi er organisert på.

I arbeidsmiljøundersøkinga er det vidare avdekt sider ved leiarfunksjonane våre som kan betrast. Eit av verkemidla for å kunne få til til dømes meir fokus på endringsarbeid og kvalitetsarbeid, er å setje søkelyset nettopp på måten vi er organisert på.

Nokre av dei tidlegare avdelingane vart endra gjennom samanslåing på tvers av sjukehusa i 2002. Vi har tatt ut nokre gevinstar av dette som felles prosedyrar og bakvakt. Det kan vere ulike årsaker til at ein ikkje klarer å ta ut alle forventa gevinstar, til dømes kompleksiteten i avdelinga, leiinga, legane sin autonomi (med sine fordelar og ulemper) osv.. Vi må lære av desse erfaringane. Å teikne nye organisasjonskart løysar ikkje problem aleine. Det er innanfor modellen vi har i dag mogleg å gjere forbetringar, men organisatoriske verkemiddel er også nødvendig.

Dagens modell har hatt ein del positive sider. Dette gjeld mellom anna:

- det har positive sider at leiarar både jobbar i klinikken og har leiarfunksjonar og nærleik til og direkte kontakt med direktør
- vi har korte beslutningslinjer
- vi har hatt eit lavt konfliktnivå knytt til val av organisasjonsmodell

I dagens struktur er det ofte eit problem at enkle problemstillingar ikkje blir løyst fordi ein ikkje får til koordinering og samarbeid på tvers av avdelingar. Vi manglar kultur for dette. Direktør i tillegg til stab og avdelingssjefane har hovudansvaret for koordineringsfunksjonen i dag. Dette er ikkje ei løysing ein kan ha i framtida. Dei daglege problema med drifta må kunne handsamast lenger ut i organisasjonen.

1.3 Drivkrefter og utvikling – sentrale utfordringar

Helsetenesta har gjennomgått ei enorm utvikling dei siste 10-20 åra. Auka innslag av dagbehandling, meir poliklinikk, nye og meir skånsame metodar som gir mulegheit for å behandle stadig eldre og sjukare pasientgrupper, og auka tal pasientar med kroniske og multifunksjonelle behov, set aukande krav til koordinering, fleksibel ressursutnytting og samarbeid på tvers av tradisjonelle skiljelinjer.

Den nye samhandlingsreforma vil innan kort tid stille nye krav til føretaket si evne til samarbeid på tvers av 1. og 2. linetenesta, og også utløyse auka krav til innsats utanfor føretaket sine tradisjonelle behandlingsarena.

I tilegg til at vi må forvente at kostnadsveksten i spesialisthelsetenesta vil flate ut dei komande åra, vil utviklinga av arbeidskraft i nasjonalt perspektiv dei neste 10-20 åra sette sterke avgrensingar for personellveksten. Denne vil heilt klart ikkje kunne auke dei neste 10-15 åra i same grad som dei siste 10-15 åra då det ikkje vil vere nok arbeidskraft totalt sett. Dette vil framover krevje meir fleksibel oppgåve- og rollefordeling. Å sikre adekvat fagutvikling og god rekruttering av dyktige medarbeidarar vil bli ei sentral utfordring dei neste 10-15 åra.

Pasientane har høge forventningar og finn seg til dømes ikkje i lang ventetid. Det er krav om og ønske om medverknad frå brukarar og tilsette i omstillings- og forbetningsarbeidet.

Det er ei rekkje tilbakemeldingar frå ulike nivå i helseføretaket som viser at dagens organisasjonsløyning verken er optimal eller gjer føretaket i stand til å møte dei ovanfor nemnte utfordringane på ein god nok måte. For å styrke føretakets evne til tilpassing må vi mellom anna flytte fleire avgjersle frå ein sentral administrasjon til leiarnivå lenger ned i organisasjonen.

1.4 Sentrale argument for ny organisasjonsmodell - oppsummert

Dagens organisasjonsmodell har vore eit bevisst val, då ein i samband med helsereforma i 2001/2002 valte å unngå interne organisasjonsprosessar som kunne innebere ei tilleggsbelastning i forhold til å tilpasse seg den nye reforma. Sentrale argument for at dagens organisasjonsløyning bør reviderast:

- Setje oss betre i stand til å møte framtidige utfordringar m.a. fleire eldre i befolkninga og auka samhandling med kommunane.
- Auka forventningar frå pasientane, og krav om brukarfokus, effektive pasientforløp og kvalitet.
- Utfordringar knytt til koordinering og samhandling både innad i Ålesund sjukehus og Volda sjukehus og på tvers av sjukehusa.
- Aukande behov for ressurstilpassing mellom fagområde, avdelingar etc. som gir behov for beslutningar på tvers av einingar i dagens leiarstruktur.
- Mange sjølvstendige avdelingar, og mange små avdelingar som kan vere sårbar i visse situasjonar. For stort kontrollspenn for administrerande direktør.
- Mange leiarar på avdelingsnivå er i ein skvis mellom leiaroppgåver og klinisk arbeid.
- Auke behov for vektlegging av medarbeidarutvikling, medverknad og utvikling av eit godt arbeidsmiljø.

2. Mål med ny organisering

2.1 Oppgåvene vi skal løyse og sentrale mål

Våre sentrale oppgåver er pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring av pasient og pårørende og førebygging. Organisasjonsmodellen skal bidra til at vi løyser desse oppgåvene på ein god måte. Vi ønskjer ein framtidig organisasjonsstruktur som legg vekt på pasientane sine behov og føretaket sine mål i forhold til pasientbehandling.

Arbeidet med ny organisasjonsmodell er del av arbeidet med strategi for Helse Sunnmøre. I strategiarbeidet tek vi utgangspunkt i følgjande mål:

Overordna mål

Helse Sunnmøre skal yte gode og likeverdige spesialisthelsetenester til alle som treng det, uavhengig av diagnose, alder, kjønn, bustad, økonomi (personlig), etnisk bakgrunn, tilpassa den einskilde sin livssituasjon, samt leggje til rette for forskning og undervisning.

Sentrale mål

- *Fremme folkehelse og motverke sjukdom, skade, liding og funksjonshemming.*
- *Tenestetilbod med god kvalitet – tenestene skal vere verknadsfulle (føre til helsegevinst) og vere trygge og sikre (unngå utilsikta hendingar) – følgje nasjonal standard. Kultur for læring og utvikling.*
- *Tenestetilbod tilpassa pasientens behov – respekt for den enkelte pasient sitt liv, integritet og menneskeverd – brukarar og pårørende skal ha innverknad på utforminga av tenestetilbodet og skal møtast med omsorg og respekt – sterkare brukarrolle.*
- *Tenestetilbod som er likeverdig tilgjengeleg for pasientane – lik tilgang til helsehjelp - rettferdig fordelt – prioritere dei pasientgrupper som treng det mest.*
- *Utnytte ressursane best mogleg - tilpassing til økonomiske rammevilkår – effektiv drift. God økonomistyring og kontroll med ressursbruken er ein føresetnad for rette faglege prioriteringar, og for å få det handlingsrom som trengs for å vidareutvikle tenestene.*
- *Nærleik og tryggleik - lågast effektive omsorgsnivå.*
- *Heilskaplege, samanhengande og effektive tenestetilbod (gjennom heile pasientforløpet), tilpassa den einskilde brukar. Tenester som er samordna og prega av kontinuitet. God samhandling mellom tenestenivåa.*
- *Forskning, utdanning og opplæring av pasientar og pårørende skal ivaretakast på ein god måte. Dokumentere høg fagleg standard.*
- *Ved hjelp av kompetente medarbeidarar utvikle effektive og resultatorienterte organisasjonar. Målretta fagleg utdanningsarena for studentar og eigne medarbeidarar. Ivareta felles verdigrunnlag, etiske retningslinjer og medverknad frå tilsette.*

2.2 Sentrale mål som skal nåast gjennom ny organisering

Målformuleringane ovanfor kan konkretiserast og forenklast på følgjande måte.

Sentrale mål i høve til pasientane

- All behandling skal ha høg fagleg kvalitet.
- Pasientane skal føle tryggleik og bli godt ivareteke.
- Pasientane skal oppleve god samhandling og faste og færrest moglege kontaktpunkt.
- Det skal vere god kontinuitet i behandlinga og unødvendig flytting skal unngåast.
- Tilbod til prioriterte pasientar skal leverast innan ei veke etter at sjukehuset har fått tilvising om ikkje medisinske eller individuelle forhold tilseier noko anna.
- All behandling skal gå føre seg som planlagt utan unødige avlysningar eller forsinkingar.
- Pasientane skal få heilskaplege og samanhengande tenester – også med vekt på førebygging, rehabilitering, opplæring og brukarmedverknad

For å nå desse måla, er det fleire tilhøve som må stettast:

Sentrale mål i høve til medarbeidarar

- Eit attraktivt arbeidsmiljø der dei tilsette trivast, blir verdsett og synleggjort.
- Robuste fagmiljø og klar strategi for å halde på medarbeidarar og rekruttere nye.
- Medarbeidarane skal oppleve samhandling internt og eksternt og felles mål om å sikre fleksibilitet og samordning på tvers av fag og organisatoriske einingar.
- Arena for læring og utvikling.
- Tilrettelegging for medverknad, engasjement, medarbeidarinitierte forbetnings- og omstillingstiltak og god kommunikasjon.

Sentrale mål i høve til organisering, styring og leiing

- God samhandling internt og eksternt – styrke overgripande funksjonar.
- Robuste einingar som kan levere komplekse tenester og løyse sentrale oppgåver og krav.
- Handlingsrom for leiing og utvikling.
- Sikre dialog mellom leiarar på ulike nivå og medverknad frå brukarar, tilsette og sentrale samarbeidspartar som kommunane.
- Ein lærande organisasjon som også lærer av feil og avvik.
- Utvikle ein felleskultur som pregar helseføretaket på tvers av fag, einingar og sjukehus.
- God ressursutnytting og effektiv drift gjennom større fleksibilitet og kontinuerleg tilpassing.
- Leggje til rette for at vedtak knytt til drift kan skje på eit lågast mogleg nivå.
- Leggje til rette for at øvste leiing (administrerande direktør og leiarforum) i større grad kan prioritere strategi, policy og utviklingsoppgåver.

3. Sentrale tema

3.1 Samhandling - samordning

Det er auka krav til samhandling og samarbeid over tradisjonelle grensesnitt. Dette gjeld både mellom ulike faggrupper, mellom tradisjonelle avdelingsgrenser og ikkje minst mellom sjukehus og eksterne tenester som førstelinjetenesta.

Eksempel:

- Samhandling og samordning mellom ulike einingar internt i sjukehuset , mellom anna kor godt ulike einingar er dimensjonert i forhold til kvarandre og korleis ein får til samarbeidet, her er mellom anna dei klassiske flaskehalsane mellom anestesi og operasjonskapasitet.
- Pasientforløp, sett frå pasientens ståstad, her må ein innoe heile løpet for pasienten frå kommune og førebygging til rehabilitering og pasient og pårørande opplæring osv. og tilbodet til pasientar med samansette lidningar.
- Samhandling mellom sjukehusa - for å sikre robuste fagmiljø og god fagleg kvalitet, lik praksis, lik ventetid, lette flyten av pasientar og personell mellom sjukehus.

Det vil vere fleire årsaker til mangel på samhandling. Det kan vere ressursar (personell/økonomi), manglande planlegging, augeblikkeleg hjelp osv..

Løysingane eller verkemidlane for å få til betre samhandling og samordning kan vere endra organisering. Samanslåing med felles leiding gir rammer som lettar samarbeid og koordinering, sjølv om ein også vil kunne oppnå mykje gjennom ulike samarbeidsløysingar, og det i nokre tilfelle vil vere meir teneleg.

Vi kan velje å slå saman avdelingar der samordningsbehovet eller gevinsten er størst. Det kan bety i mindre grad tradisjonell inndeling etter spesialitet som grunnlag for gruppering og samling av verksemd, men heller samling av verksemd rundt større grupper av pasientar i organisatoriske einingar. Men uavhengig av avdelingsstruktur vil ein få utfordringar med samhandling. Det er umogleg å trekkje avdelingsgrenser slik at dette *ikkje* går på tvers av samarbeidslinjer og pasientforløp.

Andre *organisatoriske* verkemiddel som kan bidra til koordinering og ressursutnytting på tvers, er ulike tverrgåande grupper (matriseorganisering), nettverks- eller teamorganisering og prosjektorganisering, til dømes prosessorganisering med prosessteam med prosessansvarleg (rådgivarfunksjon) og fagpersonar som representerer heile behandlingsprosessen, der også brukarrepresentantar og representantar frå primærhelsetenesta er med. Vi kan også ha fagnettverk på tvers av einingar som får tillagt oppgåver.

Vidare kan koordineringsansvaret leggjast til spesielle stillingar/personar i kvar avdeling eller ansvaret for samordning kan leggjast eksplisitt til ei eining eller person utanfor avdelingane.

Andre koordinerende mekanismer er bedre styring og leiing, bruk av plan- og styringssystemet, større fleksibilitet, standardisering av atferd og oppgaveløysing via regelverk og prosedyrar, betre planlegging av forløp, felles normer og kultur, avtalar/kontraktar etc

Det å sikre samhandling og betre samordning er viktig. I tillegg til å vurdere kva vi kan oppnå gjennom samanslåing av avdelingar, må vi i det vidare arbeidet vurdere andre verkemiddel.

3.2 Kultur

Kultur omfattar kunnskap, forståing, verdiar, haldningar, normer, veremåte og vanar.

Føretaka i Helse Midt-Norge skal ha følgjande verdiar:

respekt, kvalitet, tryggleik

I tillegg bør Helse Sunnmøre leggje vekt på å ha ein sikkerheitskultur og ein kultur som er prega av openheit, medverknad, samarbeid, lojalitet og læring.

Vi ønskjer i større grad å utvikle ein felleskultur og ein kultur som kan bidra til at vi når måla våre. Ein felleskultur på tvers av ulike einingar blir gjerne utvikla over tid og gjennom samarbeid. Vi må møtast og kjenne kvarandre for å skape ein felles kultur.

Sjuehusidentiteten er sterk i Helse Sunnmøre, og det har mange positive sider. Identiteten til helseføretaket er mindre. Helse Sunnmøre har få konflikter samanlikna med andre helseføretak, men vi har element av mistillit mellom sjukehusa. Det er kamp om ressursar, og dette kan skape grunnlag for mistillit. Møteplassar, gode prosessar og god leiing er m.a. nøkkel for å skape større tillit i organisasjonen. Gjensidig støtte der ein talar godt om kvarandre og har fokus på utvikling av dei faglege ressursane er viktig. Vi må og ta opp forhold som ikkje fungerer godt. Å ytre seg negativt om kvaliteten på andre sjukehus på eit tynt fagleg grunnlag er lite ønskeleg.

Det er utviklingspotensiale ved begge sjukehusa, og sjukehusa har ulike område der dei er gode. Gjensidig læring må stå sentralt. Kultur er eit område det er viktig å arbeide vidare med.

Utvikling av felleskultur prega av likeverd, tillit og gjensidig læring er også viktig i relasjon til kommunane. (jf samhandlingsavtalane og samhandlingsreforma).

3.3 Leiarfunksjonar og andre sentrale funksjonar

Vi ser på følgjande som viktig:

- Det skal leggjast vekt på gode leiareigenskapar ved rekruttering av leiarar, og leiarar må vere villig til å trene kontinuerlig på å utvikle seg som leiar.
- Leiarar på nivå 2 skal som hovudregel ha leiing som einaste oppgåve, og ha som overordna mål god pasientbehandling.
- Leiarar på nivå 2 skal ha eit samla ansvar for klinikken sin og må derfor ha mest mogleg kontroll over dei ressursane som inngår i klinikken sitt ansvarsområde.
- Leiarar må ha evne til omstilling og utvikling der ein trekkjer med tilsette og brukarar.
- Leiarar skal arbeide for utvikling av eiga eining, og samstundes bidra til å løyse dei samla utfordringane for Helse Sunnmøre og iverksette overordna føringar og krav.

- Leiar på nivå 2 skal utvikle leiarar på nivå 3 på ein motiverande og forpliktande måte.
- Leiarar skal utvikle og stimulere medarbeidarane sine til å bli fagleg attraktive på nasjonalt nivå.

Det går fram av lovverket (spesialisthelsetenestelova § 3-9) at det skal vere ein ansvarleg leiar på alle nivå. Det skal peikast ut medisinskfaglege rådgjevarar dersom kravet til forsvarlegheit gjer det nødvendig. Korleis dette skal ivaretakast i dei klinikkane som blir sett saman av ulike avdelingar/spesialistetar vil vi kome attende til. Det vil uansett vere ønskeleg å sikre ivaretaking av dei ulike spesialitetane innanfor klinikken. Helse Sunnmøre er ein kunnskapsorganisasjon og må også legge vekt på fagleg karriere og tilrettelegging for at viktige faglege funksjonar kan utviklast.

3.4 Leiarforum

Eit nytt leiarforum for føretaket vil bestå av administrerande direktør og leiarar på nivå 2. Kven av stabsdirektørane som også bør delta i leiarforum vil ein kome attende til.

Leiarforum skal ha ei sentral rolle i styringa av Helse Sunnmøre og skal leggje vekt på arbeidet med framtidige strategiar, felles policy og utviklingsoppgåver.

3.5 Fleksibilitet og omstillingsevne

Både den medisinske utviklinga, auka krav til effektivitet og rasjonell ressursutnytting og ikkje minst fleire eksterne utviklingstrekk (samhandlingsreforma, rekruttering etc) vil gi eit kraftig auka behov for omstilling og fornying. Fleksibel bruk av personell, senger og andre ressursar vil mellom anna stå i sentrum. Leiarar og medarbeidarar må til dømes vere fleksible når det er behov for å stille opp for andre einingar i føretaket. Fleksibiliteten må gå begge vegar; så langt råd er må arbeidsgivar også leggje til rette for individuelle behov og ønske. Dette er viktig både med tanke på sjukefråver og framtidig rekruttering. I tillegg må endringane vere målretta og godt grunngeve, og dei tilsette og andre sentrale aktørar som brukarane, må takast med i endringsprosessane.

4. Prosessen - utarbeiding av ny organisasjonsmodell

Ny organisasjonsstruktur skal etablerast i to fasar:

- Fase 1: Ein organisasjonsstruktur på overordna nivå eller makronivå med klinikkar/avdeling; og utarbeiding av føringar og overordna prinsipp for intern organisering av klinikkane/avdelingane.
- Fase 2: Intern organisering av dei nye klinikkane/avdelingane og organisering av sentrale stab- og støttefunksjonar.

Denne rapporten omfattar fase 1. Det vart sett ned ei prosjektgruppe med eit ansvar for fase 1.

Følgjande var med i prosjektgruppa:

Astrid Eidsvik, administrerande direktør, leiar
Helge Ristesund, ass direktør
Odd Veddeng, fagdirektør
Olav Finnøy, personaldirektør
Bjarte Jensen Hovudvernombod
Torunn Michaelsen Hoel, Fagforbundet
Dagny Botn Brautaset, Norsk Sjukepleierforbund
Marit Halonen Christiansen, Den Norske legeförening
Karl Roth, avdelingssjef, radiologi
Odd Arvid Lange, avdelingssjef, ØNH
Rune Heggedal, avdelingssjef, akuttavdelinga, Volda
Anny Sønderland, seniorrådgivar, sekretær
Karl-Arne Johannessen, spesialrådgivar, Arbeidsgiverforeningen Spekter

Prosjektgruppa fekk slikt mandat:

- Gi ei vurdering av dagens organisering og sentrale utfordringar av betydning for framtidig organisering.
- Med utgangspunkt i sentrale oppgåver og overordna mål skissere kva sentrale mål som skal leggjast til grunn for framtidig organisering.
- Foreslå alternative modellar for framtidig organisering. (i eit første høyringsutkast)
- Foreslå aktuell modell for framtidig organisering. (etter innspel frå første høyringsrunde)
- Foreslå prinsipp og overordna føringar for intern organisering i ny klinikk-/avdelingsstruktur.

Organisering av dei sentrale stab og støttefunksjonane vil bli vurdert etter at ny modell er valt.

Prosjektgruppa utarbeidde eit første høyringsutkast med sentrale mål og prinsipp for ny struktur, og alternative løysingar for framtidig organisering. Etter ei første høyringsrunde la prosjektgruppa både vekt på felles pasientgrupper/felles fagleg utvikling på tvers av sjukehusa og pasientforløp, fagleg fellesskap på tvers av fag og behovet for intern samordning. Prosjektgruppa prioriterte dei endringane eller modellane der ein trudde gevinsten var størst på desse områda. For fleire avdelingar ville ikkje fagleg fellesskap/fagleg utvikling eller koordinering mot andre avdelingar vere sentrale argument for samanslåing med andre avdelingar. Prosjektgruppa peika på døme på andre argument for samanslåing med andre avdelingar:

- *behovet for ein gjennomgåande struktur (klinikkstruktur med om lag lik storleik på klinikkane) - lik "aksess" til direktør/overordna nivå*
- *Meir robuste einingar med felles støttefunksjonar som kan sikre betre ivaretaking av oppgåver knytt til personalet, kvalitetsarbeid etc*
- *Felles utfordringar som grunnlag for inndeling/samanslåing; same type aktivitet (som mykje poliklinikk), felles pasientgruppe (som kronikarar, pasientar med samansette lidingar), same aldersgruppe (eldre, barn/unge) og samling av funksjonar/fag som er sjukehusovergripande eller føretaksovergripande.*

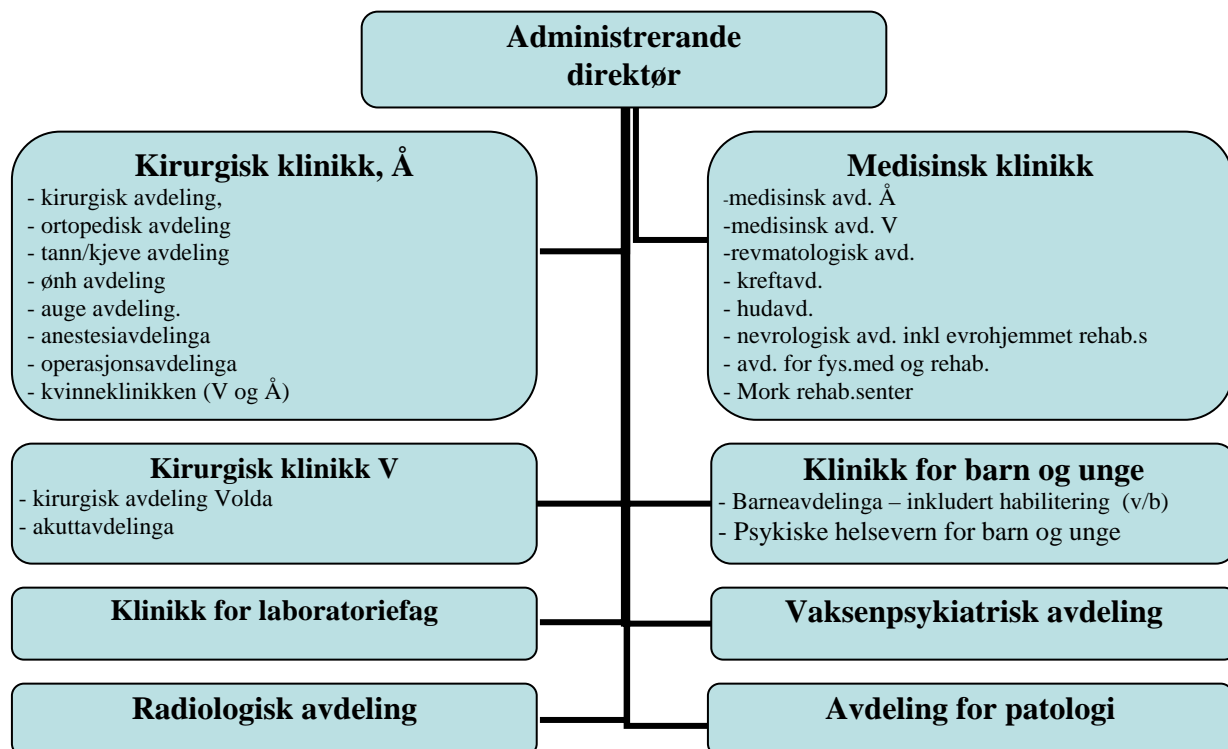
Prosjektgruppa (eit fleirtal) foreslo i eit andre høyringsutkastet å etablere nokre få større klinikkar og ville halde på mange av dei avdelingane vi har i dag, sjølv om det var argument for ytterlegare omorganiseringar.

Det kom fram ulike og sprikande syn etter begge høyringsrundane. Dette gjorde arbeidet i prosjektgruppa krevjande.

Prosjektgruppa kom etter andre høyringsrunde med innspel til direktør som så på bakgrunn av høyringane og innspela frå prosjektgruppa i denne rapporten foreslår ny organisasjonsmodell for Helse Sunnmøre.

Styret skal vedta ny organisasjonsmodell for Helse Sunnmøre med utgangspunkt i denne innstillinga frå administrerande direktør.

5. Ny organisasjonsmodell for Helse Sunnmøre HF



Grunngjeving for val av dei ulike klinikkane/avdelingane

5.1 Kirurgisk klinikk, Ålesund

Totalt tal stillingar: 502

Det er eit stort koordineringsbehov mellom dei operative faga og dei medisinske serviceavdelingane -anestesi og operasjon. Det er stor ressursbruk innan desse faga, og det er felles sengerressursar mellom dei kliniske avdelingane i dag. Ved slik samanslåing vil vi få eit koordinerande ansvar på nivå under adm.direktør, noko som i dag manglar. På denne måten vil vi lettare få fokus på pasientforløp/flyt, samstundes som vi betre kan sikre utnytting av dei felles ressursane omkring operasjonsaktiviteten. Dette er ikkje godt nok i dag, og er derfor eit viktig argument for slik samanslåing internt ved Ålesund sjukehus.

Både operasjonsavdelinga og anesthesiavdelinga samarbeidar med andre klinikkar/avdelingar. Vi vel likevel å leggje desse avdelingane til denne klinikken, fordi desse avdelingane samarbeidar mest. Potensialet er dermed er størst for å hente ut dei gevinstane vi har lagt vekt på i arbeidet.

Vi har også samordningsutfordringar på tvers av sjukehusa innan dei kirurgiske avdelingane og innan dei medisinske servicefunksjonane. Dette har blitt problematisert undervegs i arbeidet. Konklusjonen er likevel at vi først må rydde opp i dei utfordringane vi har internt i det einkilde sjukehus, før vi kan slå saman på tvers av sjukehusa. Dette ser eg føre meg må kome i neste fase og er m.a. avhengig av dei vedtak som eventuelt kan kome i strategiarbeidet 2020 i Helse Midt-Norge.

Vi går likevel inn for å gjere nokre små endringar som omfattar samanslåingar på tvers av sjukehusa. Dette gjeld sterilsentralane og ambulanseseksjonane. Vi går inn for at dei to sterilsentralane blir lagt til operasjonsavdelinga i Ålesund og at ambulanseseksjonane blir lagt til anesthesiavdelinga i Ålesund. Bakgrunn for samorganisering av sterilsentralane er eit behov for felles rutinar, prosedyrar og innkjøp av utstyr. Det faglege ansvaret for ambulansedrifta er allereie lagt til anesthesiavdelinga, og det er derfor teneleg at det administrative og økonomiske ansvaret også blir tillagt denne avdelinga.

Kvinneklinikken blir verande som ei avdelinga på tvers av sjukehusa og blir lagt til kirurgisk klinikk Ålesund. Gynekologifaget er også eit kirurgisk fag der det er samordningsbehov rundt den operative verksemda. Vi vil for kvinneklinikken halde på ei organisering på tvers av sjukehusa, fordi det framleis er eit potensialet for forbetring av felles fagleg samordning, rutinar og prosedyrar. Vi føreset at koordineringa rundt den operative aktiviteten godt kan ivaretakast mellom dei to kirurgisk klinikkane.

5.2 Kirurgisk klinikk Volda

Totalt tal stillingar: 122

Argumenta er dei same som for Ålesund, sjølv om koordineringsutfordringar er mindre i Volda då det er færre og mindre avdelingar. Vi vil på denne måten få same struktur i Volda og i Ålesund med unntak av kvinneklinikken.

5.3 Medisinsk klinikk

Totalt tal stillingar: 503

Ein felles medisinsk klinikk vil leggje betre til rette for felles fagleg utvikling og kan bidra til å vidareutvikle det gode samarbeidet vi har i dag på tvers av dei medisinske faga. Utfordringa i framtida med stadig fleire eldre vil skape eit stort trykk mot dei indremedisinske avdelingane. Det er nødvendig å ha ei tett samhandling med kommunehelsetenesta for å kunne takle utfordringane. Her må det arbeidast aktivt mot kommunane i eit fellesskap på tvers av sjukehusa. På denne måten kan vi lykkast i å få til gode samordna felles pasientforløp med kommunane. Begge dei to indremedisinske avdelingane må utviklast i ei felles fagleg retning og samordne verksemda si i enda større grad i dag.

Nevrologisk poliklinikk har fagleg fellesskap med indremedisin. Dei nyttar også senger i medisinsk avdeling ved behov.

Revmatologisk avdeling har også eit fagleg fellesskap og felles sengepost med medisinsk avdeling og blir derfor foreslått lagt til medisinsk klinikk.

Hudavdelinga er den minste avdelinga i føretaket. Avdelinga har få faglege tilknytningar til andre avdelingar i Helse Sunnmøre. Ut frå dei klinikkane som det her blir lagt opp til, er det likevel mest naturleg fagleg sett å leggje hudavdelinga til medisinsk klinikk.

Kreftavdelinga er også lagt til medisinsk klinikk. Det er i dag eit tett samarbeid mellom kreftavdelinga og fleire avdelingar i føretaket. Dette gjeld både kirurgiske avdelingar og dei medisinske avdelingane. Når ein har valt å leggje kreftavdelinga til medisinsk klinikk, skuldast dette at mellom anna hematologifaget ved dei medisinske avdelingane har eit nært samarbeid med kreftavdelinga, m.a. med delte legeressursar og senger til disposisjon i kreftavdelinga. Det er også eit tett samarbeid mellom dei medisinske avdelingane og dei palliative teama.

Vi har også valt å leggje rehabiliteringseiningane til medisinsk klinikk. Rehabilitering er eit nasjonalt satsingsområde og er ein sentral del av pasientforløpa våre og då spesielt opp mot dei medisinske avdelingane. Fysikalsk medisin og rehabilitering har felles sengepost med medisinsk avdeling i Ålesund. Mork rehabiliteringssenter og medisinsk avdeling i Volda har utvikla eit tett samarbeid om mellom anna slagbehandling og nyttar felles personellressursar. Dette samla tilseier at desse einingane; avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Nervrohjemmet Rehabiliteringssenter og Mork Rehabiliteringssenter bør leggjast til denne klinikken.

Samanslåing av desse avdelingane vil leggje betre tilrette for å utnytte den samla kapasiteten, dagleg samarbeid, arbeid på tvers av sjukehusa og felles utviklings- og fornyingsarbeid m.a. knytt til samhandlingsreforma. Dette kan styrke begge sjukehusa.

5.4 Klinikk for barn og unge

Totalt tal stillingar: 176

”Ei dør inn til behandling av barn og unge under 18 år” er utgangspunktet for å samle barneavdelinga og psykisk helsevern for barn og unge i ein klinikk. I høyringsutkast til handlingsplan for habilitering tilrår Helsedirektoratet eigne barne- og ungdomsklinikkar i

helseføretaka for å få ei meir heilskapleg og betre koordinert spesialisthelsetenestetilbod til barn og unge, og større integrasjon av psykisk helse og dei somatiske spesialisthelsetenestene.

Eit felles tilbod til barn og ungdom kan handtere felles pasientgrupper og gråsoner lettare, gir lite stigmatisering av pasientar og er i samsvar med overordna føringar. Det har ikkje kome inn argument som tilseier ei deling av habiliteringstenesta slik ho er organisert i dag med både vaksnehabilitering og barnehabilitering samla i ein felles seksjon. Vi rår derfor til at denne organiseringa blir oppretthalden.

Etablering av ny barneavdeling vil ta tid og ressursar framover. Samstundes er psykisk helsevern for barn og unge under opptrapping som også krev merksemd og ressursar. Vi vil derfor utsette samanslåinga av dei to avdelingane til januar 2012. Prosessen må likevel starte i god tid før dette tidspunktet. Inn til vidare vil både barneavdelinga og psykisk helsevern for barn og unge vere eigne avdelingar og representert i leiarforum.

5.5 Vaksenpsykiatrisk avdeling

Totalt tal stillingar: 308

Vaksenpsykiatrisk avdeling var gjennom ei samling av funksjonane sine til ei avdeling for få år sidan. Det er ikkje argument for å gjere endringar i denne avdelinga.

5.6 Radiologisk avdeling

Totalt tal stillingar: 83

Radiologisk avdeling organiserer i dag det bilettdiagnostiske tilbodet ved dei to sjukehusa. Radiologisk avdeling arbeider på tvers av alle avdelingar i føretaket. Vi ser få gode argument for å leggje avdelinga til ein av klinikkane. Det er m.a. ikkje eit naturleg fagleg fellesskap knytt til nokon av klinikkane. Dette betyr at radiologisk avdeling må ha eit tett fagleg samarbeid på tvers av klinikkane for å få til gode pasientforløp internt i dei to sjukehusa.

5.7 Klinikk for laboratoriefag

Totalt tal stillingar: 85

Avdelinga har i dag ei felles organisering av klinisk kjemi, nukleærmedisin og mikrobiologi. Avdelinga er organisert på tvers av sjukehusa. På same måte som for radiologisk avdeling, har laboratorieavdelinga eit samarbeid med alle avdelingar i føretaket og må bidra til god pasientflyt i dei forløpa som går internt i sjukehusa. Vi ser heller ikkje for denne avdelinga gode nok argument for å leggje avdelinga til ein av klinikkane.

5.8 Avdeling for patologi

Totalt tal stillingar: 14

Avdelinga har i dag eit fellesskap med fleire av dei kliniske avdelingane. Spesielt gjeld dette kirurgisk avdeling og medisinsk avdeling. Avdelinga har også eit tett samarbeid med radiologisk avdeling gjennom brystdiagnostisk senter. Det er ingen naturleg fagleg fellesskap for avdelinga, og vi vel derfor å organisere avdelinga som ei sjølvstendig avdeling.

5.9 Serviceavdelinga

Serviceavdelinga er i dag organisert i linje på same måten som dei kliniske avdelingane. I ny organisasjonsmodell blir serviceavdelinga plassert i stab. Årsaka til dette er at serviceavdelinga på mange måtar er ein støttefunksjon ut mot alle avdelingane på like linje med andre støttefunksjonar/fellesfunksjonar. Pasienthotellet blir lagt til denne avdelinga.

6. Økonomi

For å få fullt utbytte av dei organisatoriske endringane bør det setjast av ressursar i ei etableringsfase. Dette gjeld særleg for medisinsk klinikk og kirurgisk klinikk i Ålesund.

Det er behov for støttefunksjonar. Korleis desse skal organiserast må ein sjå nærare på i fase 2. Når det gjeld gevinstar av dei foreslåtte modellane, vil dei vere meir langsiktige og vanskeleg å kostnadsrekna, men vi legg til grunn at dette skal gi betre og meir effektiv drift. Det kan bli ein del samarbeidskostnader knytt til reising, men her må vi leggje til rette for videokonferansar/telefonmøte. Vi har ikkje klart å vurdere dei økonomiske konsekvensane i tilstrekkeleg grad så langt i prosessen. Det vil vi derfor kome attende til m.a. i budsjett for 2010.

Det må setjast av ressursar til nye kliniksjefer på budsjettet for 2010 – kirurgisk klinikk Ålesund og medisinsk klinikk. Vidare må det gjerast ein gjennomgang av behovet for støttefunksjonar. Dette må sjåast i samanheng med gjennomgangen av staben.

7. Prinsipp og føringar for intern organisering

Vi fekk ikkje nok tid til å diskutere dette, men vi ser det som viktig å utarbeide nokre felles prinsipp og føringar som skal gjelde for klinikkane/avdelingane. Dette gjeld mellom anna behovet for å sikre ivaretaking av dei ulike spesialitetane innanfor klinikken. Noverande leiarar må ivaretakast på ein god måte ved innføring av ny organisasjonsmodell. Avdelingssjefane får ved overgang til ny organisasjonsmodell halde fram i stillingane sine. Ved gjennomgang av intern organisering av klinikkane kan det kome endringar. Intern organisering av klinikkane skal behandlast på vanleg måte mellom anna med behandling i AMU. Nokre eksempel på aktuelle føringar:

- Tre leiarnivå er ønskeleg, men det er neppe realistisk over alt i dei store klinikkane.
- Vi må primært bruke same tittel for leiarar, namn på ulike einingar etc på same organisatorisk nivå på tvers av avdelingar/klinikkar.
- Det må leggjast til rett for brukarmedverknad, FOU-aktivitet og pasient og pårørande opplæring.

8. Vurdering av ny organisasjonsmodell – risikovurdering

	Negative konsekvensar – truslar	Forslag til tiltak for å redusere truslar
Leiing/styring/utvikling	Ikkje får rett person på rett plass. Mangel på støttefunksjonar. Mangelfullt styringssystem og dialog mellom nivå.	Rekruttering av dyktige leiarar. Dialogmøte mellom nivå Leiinga si gjennomgang. Samordna plan- og styringssystem.
Pasient, fag, kvalitet	Mangel på fagleg samarbeid mellom avdelingane internt i klinikken og mellom klinikkane. Prioritering av nokre pasientgrupper og fag framfor andre (akutt/elektive/kronikarar).	Leiarane må ha fokus på fagleg kvalitet. Arena for kommunikasjon på tvers. Brukarmedverknad. Vi må vere tydeleg på prioriteringar i strategi/budsjett. Rapportering i styringsdokument m.m. Klinikkjefar med ”direktør” rolle. Leiarsamlingar for leiarar på ulike nivå. Dialogmøte med leiarteam i klinikkane.
God ressursutnytting – økonomi/personell	Får ikkje tatt ut forventa effektiviseringsgevinstar. Mangel på fleksibilitet og omstillingsevne blant tilsette.	God leiing og styring. Årsplanlegging – auka fleksibilitet. Ressursar og tid sett av til omstilling og fornying. Medverknad.
Kultur, miljø, medarbeidar, HMS	Konfliktar mellom sjukehusa. Lykkast ikkje med å styrke leiarfunksjonane. Mangel på fleksibilitet og omstillingsevne.	Gode prosessar. Likeverd. Samarbeid/kulturbygging. Utvikling av tillit. God kommunikasjon mellom ulike leiar nivå og mellom leiarar og tillitsvalte/vernetenesta. God kommunikasjon med alle tilsette.
Samhandling – gode pasientforløp	Mangel på heilskapstenking og samordning mellom klinikkar og avdelingar etc. (seg sjølv nok)	Vidare oppfølging av pasientflyttenking. Brukarmedverknad. God dialog med kommunane og andre samarbeidspartnarar.

	Positive konsekvensar – mulegheiter	Forslag til tiltak for å auke mulegheitene
Leiing/styring/utvikling	Færre leiarar som rapporterar direkte til direktør og dermed lettare å få til langsiktig og strategisk fokus på øvste leiarnivå. Meir fokus og oppfølging av leiarar på nivå 2. Nivå 2 leiarane får ei meir sentral rolle i helseføretaket.	Leiarsamlingar med fokus på nye roller – felles retning/utvikling/strategi. Fullmaktstruktur tilpassa ny organisering – delegering av oppgåver.
Pasient, fag, kvalitet	Likeverdig tilbod – god kvalitet. God koordinering av tilbodet for pasientane.	Brukarmedverknad. Målretta kvalitetsarbeid. Erfaringsutveksling – gjensidig læring på tvers.
God ressursutnytting – økonomi/personell	Betre koordinering av ressursar mellom fag som er gjensidig avhengig av kvarandre.	Gode møteplassar og god styring av totalressursane.
Kultur, miljø, medarbeidar, HMS	Betre arbeidsmiljø. Fokus på felles kultur og felles strategi for medarbeidarutvikling.	Godt samarbeid med tillitsvalte og vernetenesta. God kommunikasjon - møteplassar for tilsette.
Samhandling – gode pasientforløp	Kvalitetsmessig gode og heilskaplege pasientforløp på tvers av einingar og nivå.	Vidare pasientforløpstenking. Systematisk forbetningsarbeid.

