



## Direktørens beslutning – ny overordnet organisering av Universitetssykehuset Nord-Norge HF

### 1. Bakgrunn

Behovet for organisatoriske endringer i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har over flere år vært tematisert fra ulike hold, også internt i ledergruppen. UNN har med dagens overordnede organisasjonsstruktur ikke oppnådd ønskete mål i forhold til hverken tilgjengelighet eller økonomi.

Dagens overordnede organisering av UNN har i store trekk vært lik i mange år. Rammevilkår som strammere økonomiske rammer, demografisk utvikling i samfunnet og knapphet på helsepersonell understreker behovet for å vurdere hvordan UNN organiserer, styrer og leder virksomheten. En organisatorisk endring på overordnet nivå vil ikke i seg selv løse de utfordringer UNN står overfor, men vil etter direktørens syn kunne legge til rette for at virksomhetens strategiske retning og valg blir mer synlig. Direktøren anser også at en endret organisering av UNN på overordnet nivå kan bidra til bedret måloppnåelse gjennom at viktige pasientforløp i større grad er godt koordinerte og i mindre grad går på tvers av klinikker. Kapasitetsutnyttelse som er bedre koordinert på tvers av organisatoriske enheter kan bidra til bedret tilgjengelighet og ressursutnyttelse. Endret organisasjonsstruktur vil også kunne støtte opp om like prosedyrer og samme behandlingsvalg på tvers av geografiske enheter i UNN. Bedret sammenheng mellom aktivitet, inntekter og kostnader i klinikkene er også viktig.

Direktøren og ledergruppas viktigste oppdrag er på kort og mellomlang sikt å sikre gjennomføringen av omstillingsprogrammet «Vi fornyer UNN». Endret overordnet organisering av UNN vil etter direktørens syn kunne legge bedre til rette for god implementering av tiltakene som utarbeides i omstillingsprogrammet. Direktøren besluttet derfor i juni 2024 å igangsette en prosess for å justere og tilpasse UNNs overordnede organisering for å møte dette oppdraget, og for å oppnå de forhold som er omtalt over.

### 2. Mandat

Mandatet for omorganiseringsarbeidet ble drøftet med de ansattes organisasjoner 27.6.24, og deretter besluttet av direktøren. Mandatet ble i oktober justert med tillegg for å presisere nærmere føringer for organisering av stab- og støttefunksjoner. I mandatet beskrives følgende føringer for arbeidet:

- UNNs visjon Med pasienten – for pasienten skal ligge til grunn for arbeidet og for fremtidig overordnet organisering av UNN
- Klinikken skal organiseres i større grad ut fra pasientforløp og hva som er de viktigste samarbeidspartnere i den kliniske virksomheten enn i dag
- Klinikstrukturen skal legge til rette for mer fleksibel bruk av bemanning og for mer bærekraftige enheter enn i dag, og understøtte at klinikkene er i stand til å gjennomføre tiltak som vedtas i omstillingsprogrammet «Vi fornyer UNN»
- Klinikken skal organiseres slik at de i størst mulig grad har samlet kontroll over og ansvar for aktivitet, inntekter og kostnader



- Stabs- og støttefunksjonene skal organiseres slik at de på best mulig måte understøtter klinikkens måloppnåelse og utvikling, samtidig som det skal legges til rette for bedret strategisk styring og utvikling av virksomheten. I forslag til ny organisering av stab- og støttefunksjoner skal komme frem:
  - fordeling av ansvar for tjenester/oppgaver/leveranser, og
  - plassering av eierskap for virksomhetens styrings- og tjenesteprosesser. Herunder skal prosjektet foreslå eierskap til styringsprosesser inkludert hvordan porteføljestyringen ved UNN bør legges opp og fungere.
- Stabs- og senterfunksjonenes oppgave med å understøtte klinikkens virksomhet skal gjenspeiles i ledergruppens sammensetning
- Ledergruppen skal ha færre medlemmer enn i dag

Tidsrammen skulle legge til rette for endelig beslutning innen 31.12.24, med mål om implementering i første tertial 2025. Denne ble senere endret til at endelig beslutning skal skje innen utgangen av januar 2025, med implementering fra 1.4.25.

### 3. Prosess

Proessen eies av administrerende direktør. Et sekretariat, ledet av prosjektleder, viseadministrerende direktør med støtte fra to eksterne konsulenter (Deloitte), har koordinert arbeidet. Sekretariatet har, i tillegg til prosjektleder, bestått av foretakscontroller, konsulent fra direktørens stab, avdelingsleder for Kontinuerlig forbedring, avdelingsleder fra Personal- og organisasjonssenteret samt kommunikasjonsrådgiver. Det ble etablert en arbeidsgruppe på 37 representanter på tvers av klinikker og sentre, og som også inkluderer tillitsvalgte, verneombud og brukerrepresentant. Arbeidsgruppen har bidratt vesentlig til utforming av forslag av alternative modeller, som er utviklet videre til endelig form i høringsforslaget av sekretariatet basert på en rekke ulike prosesser og innspill. I tillegg til syv heldagsmøter med arbeidsgruppen, er det gjennomført fem gruppeintervjuer med ledere på lavere nivåer fra både klinikker og staber, og det er gjennomført SWOT-analyser med alle klinikk- og senterlederteam, samt med lokale lederteam i UNN Narvik og UNN Harstad. Totalt har prosjektet involvert mer enn 250 medarbeidere ved UNN.

I prosessen ble nåsituasjonen beskrevet, der UNNs resultater og utfordringer på viktige områder er grundig beskrevet. Deretter ble det utarbeidet mer konkrete mål for den nye organiseringen, kalt designkriterier, basert på føringer i mandatet:

- Klinikkerne skal organiseres slik at de i størst mulig grad har samlet kontroll over og ansvar for aktivitet, inntekter og kostnader.
  - Klinikstrukturen skal legge til rette for mer fleksibel bruk av bemanning og for mer bærekraftige enheter enn i dag.
  - Klinikkerne skal i større grad organiseres ut fra pasientforløp og hva som er de viktigste samarbeidspartnerne i den kliniske virksomheten.
  - UNNs evne til å gjennomføre oppdrag og beslutninger skal styrkes.
  - Stabs- og støttefunksjonene skal organiseres slik at de på best mulig måte understøtter klinikkens måloppnåelse og utvikling, samtidig som det skal legges til rette for bedret strategisk styring og utvikling av virksomheten.
-



Direktørens ledergruppe har diskutert og gitt innspill i alle ledd i prosessen, og direktøren har vært holdt løpende orientert. På bakgrunn av dialog med leder for prosessen har direktøren gitt noen føringer underveis:

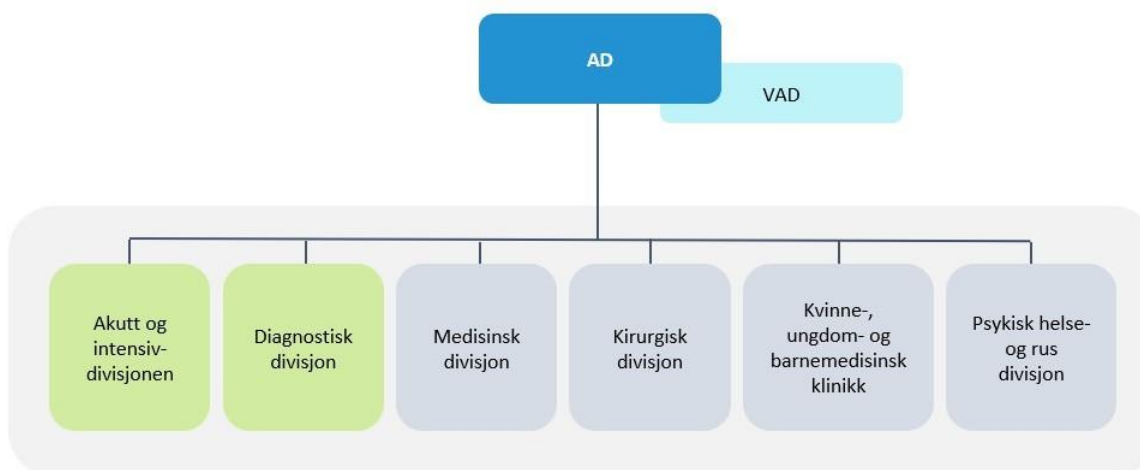
- Ønsker større klinikker/divisjoner.
- De diagnostiske funksjonene skal ikke deles.
- UNN Harstad og UNN Narvik bør vurderes i prosessen og kan foreslås som egne klinikker.
- Forskning, innovasjon og utdanning bør synliggjøres på strategisk nivå.
- Viktige støttefunksjoner innen forbedringsarbeid og teknologi samles.
- Tydelig organisering av strategiske personaloppgaver og HMS.
- Beredskap og sikkerhet organiseres nærmere direktøren.
- Rollen som samfunnskontakt styrkes.
- Personal- og økonomirådgivere skal ikke desentraliseres til klinikkene

Målene sammen med direktørens føringer har dannet grunnlag for å utforme, vurdere og anbefale organisasjonsmodeller. Prosjektet har utformet to alternative organisasjonsmodeller for henholdsvis klinikkstruktur og for stab- og støttevirksomheten. Disse ble satt sammen til to samlede alternativer for overordnet organisering av UNN, som ble sendt på høring internt i UNN. Modellene som ble sendt på høring er omtalt i det følgende.

#### 4. Modeller utarbeidet

##### a. Alternative klinikkmodeller utarbeidet

### Klinikkmodell 1

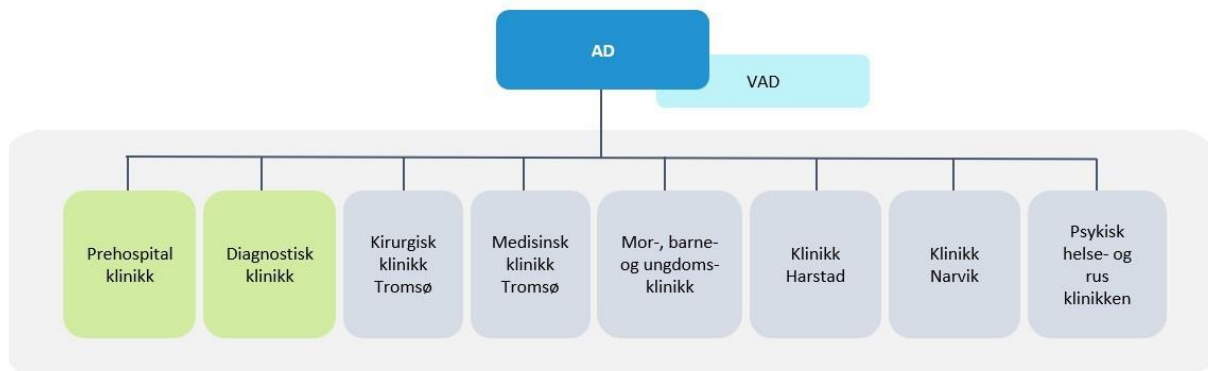


I klinikkmodell 1 samles medisinske og kirurgiske fag i en medisinsk og kirurgisk divisjon, med gjennomgående ledelse, på tvers av geografiske enheter. I Medisinsk divisjon samles alle indremedisinske avdelinger, kreft, nevrologi og hud, i tillegg til rehabilitering og arbeids- og miljømedisin. I Kirurgisk divisjon samles alle kirurgiske avdelinger (med unntak av gynekologi) samt operasjons- og anestesiresursene. Det legges til rette for å ivareta både det høyspesialiserte og understøtte utviklingen av generell indremedisinsk og kirurgisk kompetanse. Prosjektet anbefaler å samle laboratoriefag, billediagnostiske fag samt medisinsk genetikk i en diagnostisk divisjon. Kvinne, ungdom og barnemedisinsk divisjon samler fagområder for barn og ungdom, inkludert Barne- og ungdomspsykiatri og kvinneklinikken, inkludert gynekologi, i en felles organisatorisk enhet. Klinikkmodell 1 legger opp til å etablere



en Akutt og intensivdivisjon som inkluderer prehospitaler tjenester, akutt- og mottaksmedisin, obs-post, intensiv, MIHO og anestesi. UNN Harstad og UNN Narvik organiseres som i dag, med gjennomgående ledelse.

### Klinikkmodell 2



Organisasjonsstrukturen i Klinikkmodell 2 bygger med enkelte unntak på hovedgrepene i Klinikkmodell 1. Akuttmedisinsk klinikk rendyrkes i denne modellen som prehospital klinikk, med pasientreiser. Akutt- og mottaksmedisin og MIHO legges til Medisinsk klinikk Tromsø, mens Anestesilegeavdelingen og Intensiv legges til Kirurgisk klinikk Tromsø.. UNN Harstad og UNN Narvik synliggjøres på organisasjonskartet som to klinikker, men innenfor rammen av gjennomgående faglig ledelse. Føde-, barne- og ungdomsklinikken etableres. I Klinikkmodell 2 foreslås en tredeling av Kvinneklinikken, der fødevirksomheten legges sammen med barne- og ungdomsklinikken. Generell gynekologi legges til kirurgisk klinikk og gynekologisk ikke-kirurgisk kreftbehandling legges til Medisinsk klinikk.

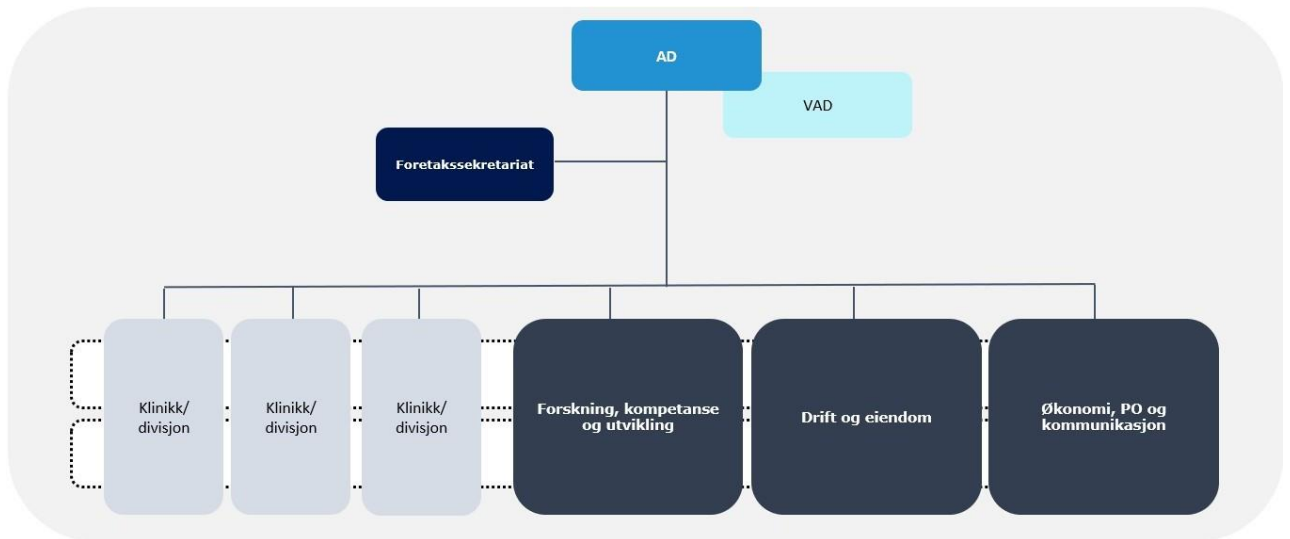
#### b. Alternative stabsmodeller

Det er utformet to overordnede modeller for organisering av stab- og støttevirksomheten. Følgende hovedgrep legges til grunn for begge stabsmodellene:

- Antall senterenheter reduseres fra dagens sju enheter til fire enheter.
- Utviklings- og utdannings/opplæringsvirksomhet samles. Dette tilrettelegger for mer koordinert ressursbruk og bedre støtte til gjennomføring av endringer.
- Overordnet ansvar for virksomhetsstyring sentraliseres.
- Det etableres en sekretariatsfunksjon i staben til støtte for AD.



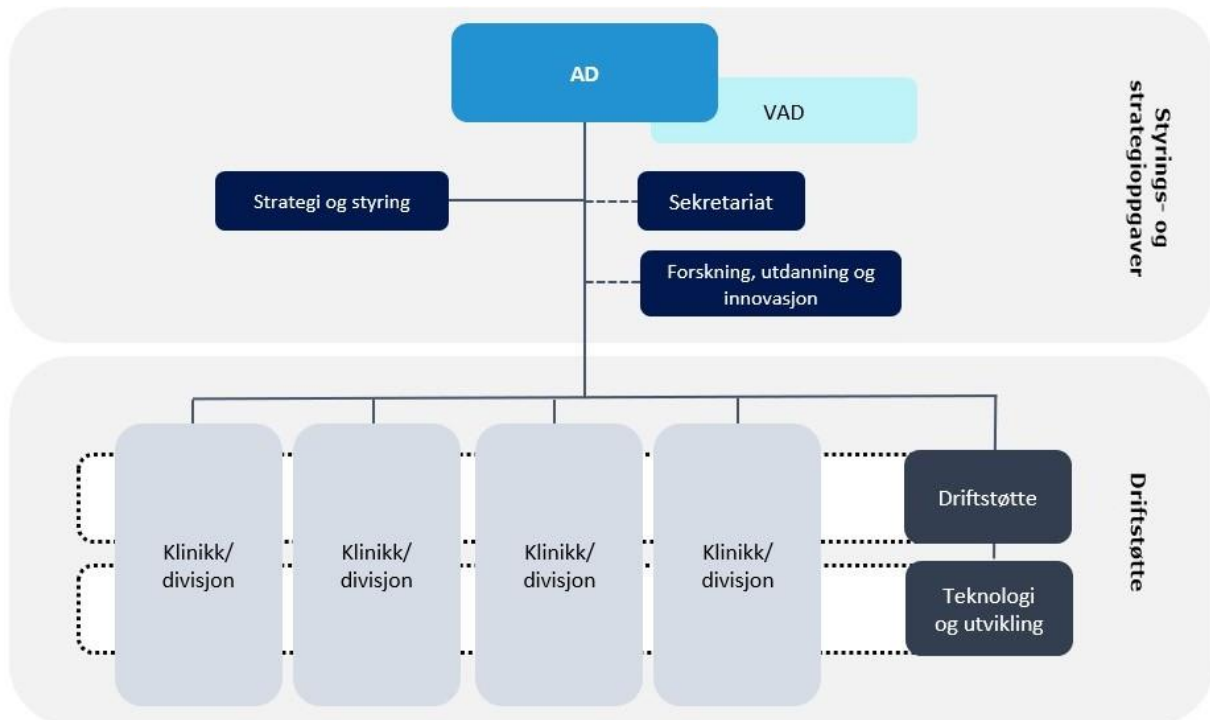
## Stabsmodell A



I stabsmodell A konsoliderer dagens fagområder i færre antall stabsenheter, på nivå 2. Det etableres et foretakssekretariat med sentrale oppgaver innen strategi og virksomhetsstyring. Økonomi, PO og Kommunikasjon samles i en felles organisatorisk enhet. Drift og eiendom beholdes med enkelte unntak i sin nåværende form. Det legges opp til å etablere en organisatorisk enhet som samler fagmiljøer innenfor utvikling og utdanning, teknologi, fag- og kvalitet og forskning.



## Stabsmodell B



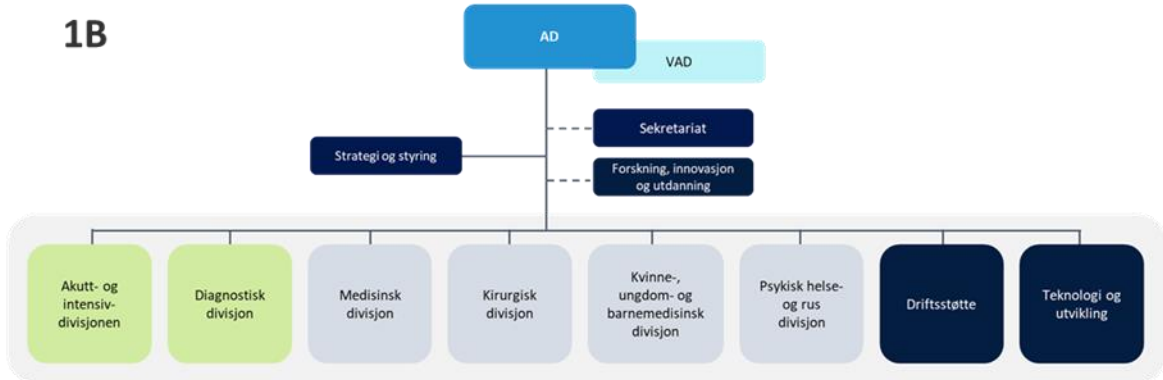
Stabsmodell B skiller organisatorisk mellom oppgaver som leveres til AD (Strategi, retningslinjer og policyutvikling, overordnet styring og oppfølging og kontroll av virksomheten) og oppgaver som leveres til støtte for klinikkene/divisjonene (administrativ og teknisk driftstøtte, utvikling og innovasjon). Stabsmodell B legger opp til å konsolidere styringsmiljøene ved UNN i én enhet, Strategi og styring. Forskning, utdanning og innovasjon synliggjøres som en viktig strategisk oppgave. Stabsmodell B samler driftstøtte til klinikker i en felles divisjon. Klinikkerne får «en dør inn». Teknologi- og utviklingsmiljøene ved UNN konsolideres i en felles organisatorisk enhet som sikrer gjennomføringskraft og som ivaretar virksomhetens evne til innovasjon og modernisering. Det etableres et sekretariat og et system for porteføljestyling revitaliseres.



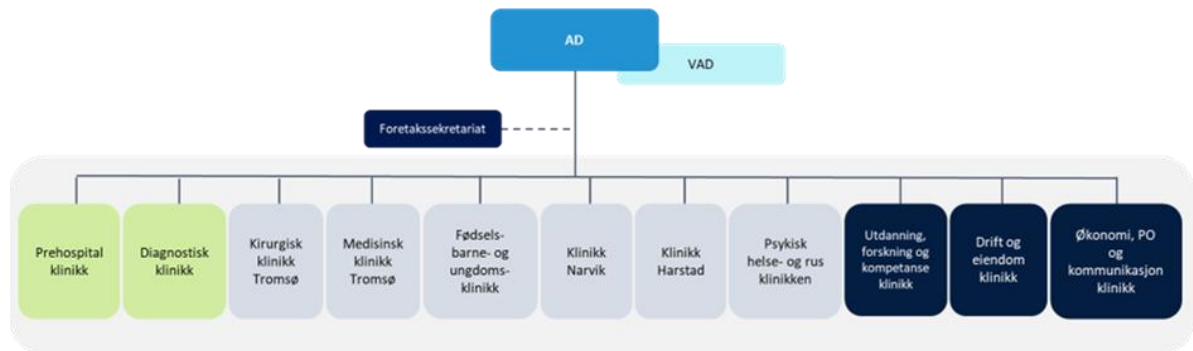
Etter vurdering av de ulike modellene i arbeidsgruppen og i sekretariatet I høringsforslaget ble to helhetlige modeller foreslått:

1. Klinikmodell 1 koblet med stabsmodell B (1B)
2. Klinikmodell 2 koblet med stabsmodell A (2A)

### 1B



### 2A





## 5. Høringsprosess

De to forslagene til ny, overordnet organisering av UNN ble sendt på intern høring i UNN 13.12.24, med høringsfrist 14.1.25. Høringsinstanser var KVAM-strukturen og lederteam med oppsamling pr klinikk/senter, lokale lederteam i UNN Narvik og UNN Harstad, de ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt UNNs brukerutvalg og ungdomsråd.

Høringsinstansene ble bedt om å vurdere de alternative modellene opp mot mål direktøren har satt for ny organisering i forhold til både klinikker og staber, og de ble i tillegg bedt spesifikt om å gi innspill på forslaget om lokale klinikker i Harstad og Narvik, organisatorisk innplassering av akuttmottak, observasjonspost og akutt- og mottaksmedisin, av intensivenehetene i Breivika og av dagens KK. Det ble i høringsbrevet presisert at det kunne gis innspill på alternative modeller utover de som var sendt på høring, eller kombinasjoner med elementer fra de to modellene.

## 6. Høringsinnspill

Det inkom noe over 60 høringsinnspill i tillegg til noen mindre innspill på enkeltområder. Alle klinikker og sentre leverte innspill, mange med vedlegg av høringsinnspill fra underliggende KVAM-utvalg og avdelinger/enheter. Likeledes innga lokale lederteam i UNN Harstad og UNN Narvik høringsinnspill, i tillegg til UNNs brukerutvalg og ungdomsråd. Vernetjenesten og flere av de ansattes organisasjoner har også inngitt høringsinnspill. Høringsinnspillene er lagt ut på UNNs intranettsider og kan leses der. De oppsummeres overordnet kort i det følgende:

Overordnet støtter et lite flertall av klinikker/sentre og øvrige høringsinstanser modell 1 B, dvs. en overordnet struktur i UNN med større divisjoner, gjennomgående ledelse og en stabs-/støttestruktur med tydeligere skille mellom strategiske/styringsmessige oppgaver og drifts- og utviklingsstøtte til virksomheten. Dette begrunnes med at en slik organisering av den kliniske virksomheten med gjennomgående ledelse i størst grad sikrer at klinikkene har helhetlig ansvar aktivitet, kostnader og inntekter og for pasientforløp, sikrer bærekraftige enheter og mulighet for fleksibel bruk av bemanning samt legger til rette for bedret tilgjengelighet og for gjennomføring av omstillingsprogrammet. Likeledes fremhever et lite flertall av høringsinstansene overordnet at en stabsmodell med tydeligere skille mellom strategiske/styringsmessige oppgaver og støttefunksjoner for virksomheten i størst grad vil kunne understøtte de kriterier som er satt, samt særlig at en slik modell synes å legge til rette for mer samordnet og bedret støtte til klinikkene.

Det er også et betydelig antall enheter som uttrykker støtte til stabsmodell A, som anses som en mer tradisjonell organisering av stab- og støttefunksjonene. Flere av dagens stabsenheter støtter denne modellen, i likhet med flere av klinikkene. Begrunnelsene er blant annet at denne modellen er mer gjenkjennelig, at det er vanskelig å forstå stabsmodell B godt, og særlig at risikoen ved å etablere og gjennomføre modell B oppfattes som vesentlig større enn for modell A. Det fremheves at en krevende prosess med helt ny og endret organisering av stab- og støttefunksjonene som i stor grad går på tvers av dagens organisering vil kunne ha vesentlige negative konsekvenser for driften i UNN og ikke minst for gjennomføring av det pågående omstillingsprogrammet.





## **a. Nærmere om utvalgte høringsinnspill på enkelte områder**

### **i. UNN Narvik og UNN Harstad som egne klinikker**

Det er ulike syn på om det vil være riktig å etablere egne klinikker i Harstad og Narvik som beskrevet i klinikkmodell 2. Et flertall av dagens klinikker og sentre støtter ikke en slik løsning, herunder NOR-klinikken (unntatt ortopedisk seksjon i Harstad), OPIN, Diagnostisk klinikk, Akuttmedisinsk klinikk, Psykisk helse- og rusklinikken, BUK, PO, ØAS og Fag- og kvalitetssenteret. I Medisinsk klinikk og i K3K er det ulike syn, der kliniksjevene og lokale enheter i Harstad samt Fordøyelse- nyre støtter en modell med lokale klinikker i Narvik og Harstad i tråd med klinikkmodell 2, mens andre enheter i disse klinikkene ikke støtter en slik modell. Både Medisinsk avdeling Narvik og medisinsk avdeling Harstad foretrekker fortsatt gjennomgående ledelse. I Hjerne- og lungeklinikken er det også ulike oppfatninger, der klinikkchef foreslår en alternativ modell som sitt primære forslag, men samtidig foretrekker klinikkmodell 2 over klinikkmodell 1. Hjertemedisinsk avdeling foretrekker modell 2, mens lungemedisinsk avdeling foretrekker modell 1.

Lokalt lederteam i UNN Narvik er enstemmig i at de ønsker fortsatt gjennomgående ledelse i UNN, i tråd med modell 1. En tydelig forutsetning fra lederteamet i UNN Narvik for fortsatt gjennomgående ledelse er at Narvik organiseres med ledere på nivå 3 (avdelingsledere) som inngår i nivå 2 ledernes lederteam, samt at det er lokal driftsleder som inngår i direktørens ledergruppe. Lokalt lederteam i UNN Harstad anfører at flertallet ønsker egen klinikk i Harstad, men beskriver ikke hva et mindretall mener og hvor stort dette mindretallet er. En nær samlet overlegegruppe i UNN Harstad, som formelt ikke er høringsinstans, har avgitt høringsuttalelse der de sterkt argumenterer for egen klinikk UNN Harstad, og med flere funksjoner under lokal klinikkledelse og sterkere lokal styring enn foreslått i klinikkmodell 2 uavhengig av valgt modell for UNN Narvik.

UNNs brukerutvalg støtter ikke en modell med egne klinikker i Narvik og Harstad, men ønsker fortsatt gjennomgående ledelse. Dette ut fra blant annet behovet for å sikre et likt tilbud til pasientene i hele UNNs område, behovet for å sikre helhetlig kapasitetsutnyttelse og hensiktsmessig fordeling av funksjoner mellom UNNs lokalisasjoner. Ungdomsrådet peker på klinikkmodell 1 ut fra at denne modellen best legger til rette for gode pasientforløp og hensiktsmessig struktur for samarbeid utenfor sykehuset.

### **ii. Organisatorisk løsning for akuttmottak/observasjonspost og akutt- og mottaksmedisin**

Også for dette spørsmålet er det ulike syn i organisasjonen. Akuttmedisinsk klinikk fremholder at akuttmottak og observasjonspost er en del av den akuttmedisinske kjeden, og akutt- og mottaksmedisin (AMM) bør i tråd med nasjonal retningslinje for somatiske akuttmottak organiseres sammen med akuttmottakene. Klinikken mener dette hører hjemme i Akuttmedisinsk klinikk. Dette støttes av OPIN. Medisinsk klinikk mener derimot at akuttmottak, observasjonspost og AMM helst bør organiseres i Medisinsk klinikk, som også støttes av BUK. I K3K og NOR er det ulike oppfatninger om dette.

### **iii. Organisering av intensivenhetene og anestesileger i UNN Breivika**

Det er ulike oppfatninger om også dette. OPIN støtter forslaget i modell 1, med samlet organisering i en akuttmedisinsk divisjon. Akuttmedisinsk klinikk mener disse kan organiseres samlet som i modell 1, men er åpne også for annen organisering. Medisinsk klinikk, NOR, K3K,



HLK og BUK mener alle at løsningen i modell 2 er den riktige, med MiHO i Medisinsk klinikk og Intensiv i Kirurgisk klinikk. Disse mener også at anestesilegene må organiseres sammen med kirurgi og de øvrige operasjonsressursene i kirurgisk klinikk, ikke i akuttmedisinsk klinikk. Flere høringsinstanser presiserer at det vil være galt å organisere anestesileger og anestesisykepleiere, som jobber i team i henhold til nasjonal standard, i ulike klinikker.

#### **iv. Organisering av dagens Kvinneklinikk**

Nær samtlige høringsinstanser advarer mot oppdeling av dagens KK som foreslått i modell 2. Det er også få høringsinstanser som støtter forslaget om å organisere KK sammen med BUK. Et stort flertall fremhever at gynekologi og fødselshjelp i stor grad er et kirurgisk fag, og derfor bør organiseres i kirurgisk klinikk/divisjon.

#### **v. Kort om høringsinnspill fra ansattes organisasjoner og vernetjenesten**

Legeforeningen i UNN overordnet støtter klinikkmodell 1, med faglig gjennomgående ledelse. Legeforeningen fremholder at krav om stedlig ledelse er oppfylt med ledere på nivå 3 (avdelingsledere) på lokalsykehusene. Legeforeningen i UNN Harstad er entydig tilhenger av klinikkmodell 2, med egen klinikk Harstad. Legeforeningen støtter også stabsmodell B, da denne synes å gi mest fokus på strategi og styring, samt legge best til rette for god og samlet støtte til virksomheten.

NSF har avgitt en begrenset høringsuttalelse som fokuserer på organisering av anestesivirksomheten og tilgrensende funksjoner. De poengterer betydningen av at anestesivirksomheten med anestesisykepleiere og anestesileger og smerteavdeling ikke organiseres i ulike klinikker. De bør heller organiseres i samme avdeling.

NITO støtter modell 1B, som gir en mindre ledergruppe, større klinikker med mer helhetlige pasientforløp og større fleksibilitet for utnyttelse av ressurser på tvers. Stabsmodell B mer rendyrket med å skille ut strategi og styring, og mer tydelig organisering av støttefunksjonene med «en dør inn» for klinikkene. NITO oppfordrer til blant annet synliggjøring av det utadvendte sykehus/et hjemmesykehus, synliggjøring av samarbeid med eksterne aktører (kommuner primært) og til etablering av et «servicetorg» for pasienten med fokus på pasientens medvirkning, én inngang for pasienten/et organisert mottaksapparat.

Vernetjenesten ved FVO har i sin høringsuttalelse ikke tatt stilling til valg av overordnet modell. FVO fremhever viktigheten av en større og tydeligere satsing på HMS-arbeidet i UNN, og ønsker at det opprettes en egen HMS-avdeling for å styrke det systematiske HMS-arbeidet.

BHT i UNN gir sin støtte til klinikkmodell 1 og stabsmodell A, som de mener gir en tettere kobling mellom strategi/styring og støttefunksjonene, riktigere kontrollspenn for stabslederne og er mer realistisk å gjennomføre enn modell B.

### **7. Direktørens vurdering og beslutning**

Direktøren er fornøyd med at det er gjennomført en omfattende og grundig prosess, med god medvirkning fra både ledere, fagfolk fra mange kliniske og ikke-kliniske disipliner, ansattes organisasjoner, vernetjenesten og brukere. Endret organisering skaper stort engasjement og tar mye oppmerksomhet i organisasjonen, og det er etter direktørens syn viktig å få landet ny organisasjonsmodell. Direktøren er derfor glad for at en så omfattende og krevende prosess er gjennomført innenfor den gitte tidsrammen.

---



Både prosessen med å utarbeide begrunnede modeller som ble sendt på høring og høringssvarene viser med stor tydelighet at det ikke finnes én løsning for overordnet organisering av UNN som tilfredsstillende både direktørens og hele organisasjonens behov og ønsker. Det må gjøres større og mindre valg for å få landet den organiseringen som direktøren anser som mest hensiktsmessig. Direktøren ser at det er gjort et grundig arbeid med å frembringe en stor mengde informasjon, og anser at saken etter høringsrunden er tilstrekkelig opplyst til at det foreligger et godt grunnlag for beslutning.

#### **b. Organisering av den kliniske virksomheten**

Før innholdet i de ulike klinikkene direktøren vil etablere beskrives er det flere større og mindre delbeslutninger som må avklares.

##### **i. Organisering av virksomheten i UNN Harstad og UNN Narvik**

Helt fra sykehusene i Harstad og Narvik ble innlemmet som en del av UNN i 2007 og den etterfølgende prosessen med etablering av klinikkstruktur i UNN fra 2008 har det vært tilbakevendende diskusjoner om UNN skal ha en modell med gjennomgående ledelse eller om foretaket skal være organisert med egne klinikker i Harstad og Narvik. Dette er grundig utredet og belyst også i den aktuelle prosessen, og som forventet er det ulike syn i organisasjonen. Som det fremgår over, er det også ulike syn på dette spørsmålet i UNN Narvik og UNN Harstad.

For direktøren er det helt avgjørende at vi i UNN har et likeverdig og mest mulig likt tilbud i hele vårt opptaksområde, at faglige standarder og prosedyrer er like ved våre sykehus og at kapasitetsutnyttelsen skjer samlet og koordinert. Dette kan være viktige argumenter for å beholde en struktur med gjennomgående ledelse i UNN. Tilsvarende kan betydningen av god lokal koordinering, fleksibel utnyttelse av ressurser som sengeposter, dagenheter og poliklinikker, lokalt rekrutterings- og stabiliseringsarbeid og koordinering på andre områder være viktige argumenter for mer samlet lokal ledelse.

UNN har, med gjennomgående ledelse til UNN Harstad og UNN Narvik, oppnådd mye i forhold til å sikre et mer likt tilbud til befolkningen i hele opptaksområdet. Det er likevel slik at det på viktige områder fortsatt er ulike ventetider innen samme fag mellom UNNs lokalisasjoner, og det er variasjoner i metoder, prosedyrer og utstyrvalg. Kapasitetsutnyttelsen skjer bare delvis samlet og koordinert.

Et flertall av høringsinstansene som har uttalt seg, ønsker fortsatt gjennomgående ledelse i UNN. Det er likevel flere kliniksjefer og avdelinger også i UNN Tromsø som støtter en modell med UNN Harstad og UNN Narvik som egne klinikker. Det er få av de ansattes organisasjoner som har uttalt seg om dette. Legeforeningen oppfattes å ha et nyansert syn, NiTO støtter ikke egne klinikker. Brukerutvalget støtter heller ikke egne klinikker, begrunnet særlig med betydningen av likt tilbud og samlet og koordinert kapasitetsutnyttelse.

Med egne klinikker menes felles, lokal leder for personell og drift på poliklinikker, sengeposter, operasjonsvirksomheten mm, mens det i høringsforslaget presiseres betydningen av faglig gjennomgående struktur, felles kapasitetsutnyttelse og gjennomgående funksjoner innen diagnostikk, prehospitale tjenester, psykisk helse og rus, og eiendomsdrift. En organisering i tråd med klinikkmodell 1 i høringsforslaget vil skape to svært store divisjoner, der lederspennet for nivå 2-leder vil bli meget stort. Direktøren anser det også som uaktuelt å etablere en struktur med ulike modeller for UNN Narvik og UNN Harstad.



Direktøren vektlegger i sin vurdering særlig at egne klinikker i Narvik og Harstad vil gi styrket lokal ledelse og legge til rette for godt koordinert og effektiv drift i disse lokalsykehusene, med god sammenheng mellom inntekter, kostnader og drift. Denne organisatoriske løsningen legger etter direktørens syn best til rette for motiverte ansatte, godt lokalt koordinert rekrutteringsarbeid og mer fleksibilitet i forhold til utvikling og endringer i driften med eksempelvis drift av felles dagenheter. Løsningen vil også gi et mer overkommelig lederspenn for nivå 2-lederne for medisin og kirurgi. Totalt sett er direktørens vurdering, til tross for de nevnte innsigelsene, derfor at det er riktig å etablere en struktur med egne klinikker for UNN Harstad og UNN Narvik for deler av virksomheten ved lokalsykehusene. Diagnostiske, prehospitalt og drift- og eiendomsfunksjonene samt psykisk helse og rusbehandling og habilitering skal fortsatt være gjennomgående. Dagens spesialistpoliklinikk i UNN Harstad og enkeltspesialister i fagområder tilhørende NOR-klinikken i UNN Narvik vil det være naturlig at inngår i de lokale klinikkene, med nær faglig tilknytning til fagmiljøene i Tromsø.

Det legges svært tydelige føringer på at det skal sikres et mest mulig likt og likeverdig tilbud til hele befolkningen i UNNs opptaksområde, med like ventetider innen de enkelte fagene, like standarder og prosedyrer, likt utstyrsvalg og samlet kapasitetsstyring av operasjonsressursene. Direktøren anser at dette kan sikres i like stor grad med egne klinikkjefer med ansvar for store deler av virksomheten ved sykehusene i Narvik og Harstad som rapporterer til direktøren, som dagens organisering med gjennomgående ledelse og mange nivå 2-ledere med ansvar for virksomheten der. For direktøren er det også svært viktig at det sikres en likeverdig utvikling av sykehusene i Narvik og Harstad. Nærmere føringer i forhold til organiseringen med lokale klinikker er beskrevet under.

## **ii. Organisering av akuttmottak, observasjonspost og akutt- og mottaksmedisin**

Også i forhold til akuttmottakene i UNN, observasjonsposten og akutt- og mottaksmedisin (AMM) i Breivika har det over tid vært diskutert hvorvidt disse funksjonene bør være organisert sammen med de prehospitalt tjenestene som i dag, eller sammen med intrahospitalt funksjoner. Saken er godt belyst i den aktuelle prosessen, og høringssvarene spriker som forventet. Direktøren vektlegger at AMM er en ung og relativt umoden spesialitet i UNN, og en del av indremedisinen. Nasjonal retningslinje for somatiske akuttmottak tilsier at leger og annen bemanning i akuttmottakene skal organiseres sammen. Majoriteten av pasientene i akuttmottakene vil med en samling av alle indremedisinske fag inkludert også nevrologi i en klinikk tilhøre Medisinsk klinikk. For spesialistutdanningen og planlagte og sannsynligvis kommende endringer i vaktordninger for leger i UNN Tromsø vil det være riktig å ha disse funksjonene sammen med de indremedisinske fagene. Direktørens vurdering er at akuttmottaket og observasjonsposten og AMM i Breivika skal inngå i Medisinsk klinikk Tromsø, og akuttmottakene i Harstad og Narvik inngå i henholdsvis klinikk Harstad og Narvik.

## **iii. Organisering av MiHO, intensiv, anestesileger**

Det fremkommer ulike syn også på organisering av disse viktige funksjonene i UNN. Medisinsk klinikk, K3K, HLK, NOR og BUK er enstemmige i at MiHO bør være i Medisinsk klinikk og intensiv i Kirurgisk klinikk. Svært mange høringsinstanser uttaler seg mot å organisere anestesilegene i en annen klinikk enn de øvrige ressursene tilknyttet operasjonsvirksomheten, og at det særlig vil være galt å organisere anestesileger i en annen klinikk enn anestesisykepleierne. Direktørens



vurdering er at det ikke er naturlig å organisere disse ressursene sammen med de prehospitaltjenestene når heller ikke akuttmottakene og observasjonsposten er organisert slik. Direktørens beslutning er derfor at MiHO organiseres i Medisinsk klinikk Tromsø, og intensiv og anestesilegeavdelingen organiseres i Kirurgisk klinikk Tromsø.

#### **iv. Organisering av KK**

Nær samtlige høringsinstanser advarer mot å splitte opp KK med fødevirksomheten sammen med BUK, gynekologi sammen med øvrige kirurgiske fag og gyn-kreft sammen med ikke-kirurgisk kreftbehandling ellers i Medisinsk klinikk. Flere høringsinstanser har påpekt at eventuell organisering av KK sammen med BUK har vært utredet tidligere, uten at man identifiserte gevinster av en slik organisering, men påpekte flere mulige uheldige effekter. Direktøren ser derfor at det er godt grunnlag for å beslutte at KK i Tromsø samlet skal inngå i Kirurgisk klinikk Tromsø. Føde/gyn i Harstad og Narvik vil inngå i de lokale klinikkene der.

#### **v. Oppsummert organisering av den kliniske virksomheten**

I tråd med føringer i mandatet og de føringer direktøren har gitt underveis i prosessen ønsker direktøren færre og større klinikker i UNN. De kirurgiske fagene er beslektet, og det er store avhengigheter mellom disse fagene og operasjonsressursene med drift av operasjonsstuer og anestesi. I tråd med begge forslagene som ble sendt på høring vil direktøren derfor samle kirurgiske fag inkludert KK og operasjonsvirksomheten ellers i kirurgisk klinikk, der også intensivavdelingen skal inngå. Tilsvarende samles indremedisinske fag inkludert nevrologi, hud, reumatologi og rehabilitering og også inkludert MiHO i medisinsk klinikk. Strukturen med samlede medisinske og kirurgiske klinikker vil legge godt til rette for å innfri nasjonale føringer innen generalistkompetanse. Selv om dette medfører at pasientforløp for blant annet hjerte- og lungekirurgiske pasienter i større grad enn i dag vil innebære forløp mellom to klinikker, er det av hensyn til blant annet pasientforløp for mange indremedisinske pasienter med flere sykdommer, spesialistutdanning og vaktordninger riktig å samle de indremedisinske fagene i en klinikk. Det vil i oppfølgingen med bestillinger fra direktøren til de nye klinikklederne bli lagt vekt på at selv om viktige ressurser som akuttmottak, intensiv, MiHO og anestesi organiseres i disse klinikkene, skal de fortsatt utvikles som felles ressurser for virksomheten. Det er i dag tett samarbeid mellom flere av fagene i NOR-klinikken og terapeutene/rehabiliteringsavdelingen, med blant annet viktig oppgavedeling mellom ortopedier og fysioterapeuter. Det vil være viktig å sikre at slikt samarbeid også kan videreføres og utvikles i en ny klinikkstruktur, selv om de kirurgiske fagene i NOR og rehabiliteringsavdelingen organiseres i ulike klinikker. Det vil bli gitt nærmere føringer for å sikre slike løsninger i det oppdraget direktøren vil gi lederne for de nye klinikkene. Habilitering for voksne, der virksomheten i dag i stor grad foregår teambasert på tvers av lokalisasjoner, skal inngå i Medisinsk klinikk Tromsø, som en gjennomgående funksjon i UNN.

Barne- og ungdomsklinikken (BUK) skal bestå, men Medisinsk genetikk flyttes til Diagnostisk klinikk. BUK vil dermed bestå av barne- og ungdomsmedisin, psykisk helsevern for barn og unge samt barnehabilitering. Klinikken vil bli vesentlig mindre enn de øvrige klinikkene. Barne- og ungdomsmedisin er omfattende, og direktøren mener det er riktig at tjenestene for barn og unge i UNN har en dedikert leder som inngår i direktørens lederteam.



UNNs prehospital funksjoner med AMK, ambulansestasjoner, koordinering og medisinsk bemanning av ambulanshelikoptre og -fly er en stor og vesentlig virksomhet, og organiseres i en dedikert prehospital klinikk. Longyearbyen sykehus og Pasientreiser organiseres som en del av denne klinikken.

All diagnostisk virksomhet samles i Diagnostisk klinikk (DK), inkludert medisinsk genetikk (fra BUK) og mikrobiologi og smittevern (fra Medisinsk klinikk). Ingen høringsinstanser har uttalt seg mot en slik løsning for Medisinsk genetikk. Avdeling for Mikrobiologi og smittevern (AMS) har i sin høringsuttalelse fremsatt et begrunnet ønske om å fortsatt være i Medisinsk klinikk. Direktørens vurdering er at det er gode argumenter for å organisere alle laboratoriefunksjoner i samme klinikk, inkludert samlet prioritering og utvikling av utstyrspark, mulig mer fleksibel bruk av bioingeniører som det forventes økende knapphet på, og omfattende systemer for kvalitetssikring. Kontrollspennet i en ny Medisinsk klinikk Tromsø der flere store fag skal inngå enn i dagens klinikk taler også for at AMS flyttes til DK. Det har fra røntgen vært fremholdt ønske om en egen bildediagnostikk klinikk. Dette vil resultere i to relativt små diagnostiske klinikker, noe som etter direktørens syn ikke er i tråd med de føringer som er gitt for prosessen. Diagnostisk klinikk skal være gjennomgående på tvers av UNNs lokalisasjoner.

Psykisk helse- og rusklinikken organisering har i tråd med mandatet ikke vært gjenstand for vurdering i denne prosessen.

UNN vil med denne beslutning få følgende klinikker:

- Prehospital klinikk
- Medisinsk klinikk Tromsø
- Kirurgisk klinikk Tromsø
- Barne- og ungdomsklinikken
- Klinikk UNN Narvik
- Klinikk UNN Harstad
- Diagnostisk klinikk
- Psykisk helse- og rusklinikken

#### **vi. Mer om føringer for lokale klinikker i UNN Harstad og UNN Narvik**

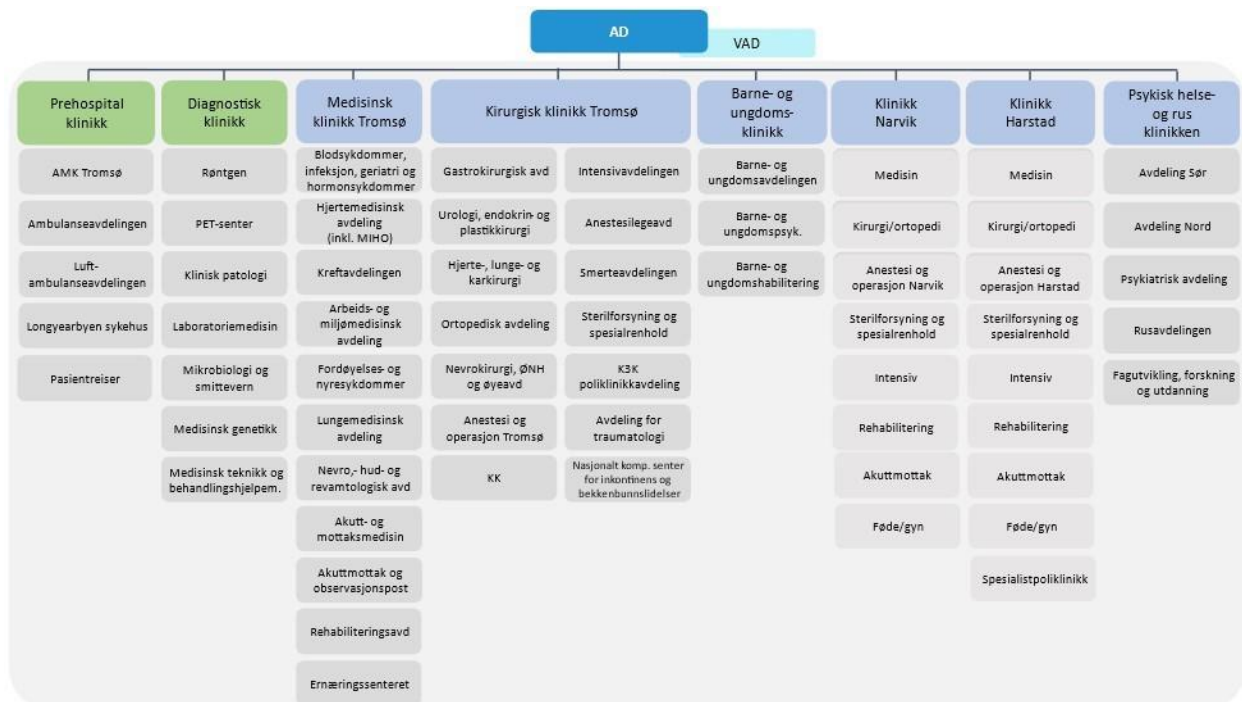
Som anført over er det for direktøren av avgjørende betydning at UNN også med etablering av lokale klinikker i Narvik og Harstad sikrer et mest mulig likt og likeverdig tilbud til befolkningen i hele UNNs opptaksområde med like ventetider og mest mulig likt faglig tilbud, at kapasitet og ressurser utnyttes koordinert og godt og at en mer geografisk organisering ikke medfører ulik utvikling i UNN. Selv om det etableres lokal ledelse med ansvar for mye av den daglige drift, rekruttering, personaloppfølging, etterlevelse av UNNs prosedyrer og mye annet, vil disse lokale klinikkene ikke være som «egne sykehus». Direktøren vil gi tydelige føringer for virksomheten, som vil bli utdypet i videre prosess med intern organisering i de klinikker som nå etableres. Blant annet er samlet kapasitetsstyring og felles systemer på tvers av UNNs lokalisasjoner et sentralt element i handlingsplan 1 for omstillingsprogrammet i «Vi fornyer UNN». Omorganiseringen skal bidra til implementering av disse tiltakene, og ikke være til hinder for dem. Sentrale føringer vil være:

- For å sikre samlet kapasitetsstyring og -utnyttelse skal det være nært samarbeid mellom klinikkene i Harstad, Narvik og Tromsø innen de ulike fagområdene for UNNs somatiske sykehus, som sikrer like ventetider i hele UNN innen det enkelte fagområde.
-



- For å sikre lik faglig praksis, standardisering av prosedyrer og utstysbruk skal det etableres fagutvalg i aktuelle fag, med representanter for UNNs lokalisasjoner. Fagutvalgene skal jobbe for konsensus. Nærmere føringer vil bli gitt.
- Operasjonskapasiteten i Tromsø, Harstad og Narvik skal styres koordinert. Det skal være felles ventelister til operasjoner på tvers av lokalisasjonene. Kirurgisk klinikk Tromsø tillegges denne funksjonen og skal eie ventelistene for operasjon.
- Det må etableres relevante samarbeidsfora mellom lokal ledelse i UNN Harstad og UNN Narvik, og ledelse for de gjennomgående diagnostiske, prehospital og drift- og eiendomsfunksjonene.
- Det må sikres gode ordninger for mest mulig sømløs spesialistutdanning på tvers av sykehuslokalisasjonene
- Organiseringen må ikke medføre at det blir mer komplisert å inkludere pasienter i kliniske studier på tvers av geografiske enheter

Driftslederne i Narvik og Harstad har i dag viktige oppgaver knyttet til lokal koordinering, samhandling med kommunene og i de lokale beredskapsorganisasjonene. Det er naturlig at det er klinikklederne for de to lokalsykehusene som overtar ansvaret for disse oppgavene i den nye organiseringen.



Figuren viser den nye klinikkstrukturen i UNN. Det presiseres at avdelingsstruktur i de nye klinikkene skal vurderes og besluttes i kommende interne prosesser i hver av klinikkene, og at figuren ikke legger føringer for dette.



### c. Organisering av stab- og støttefunksjoner

Nåsituasjonsanalysen viser at det er et stort behov i organisasjonen for mer koordinert og bedret samarbeid mellom stabsenhetene og den kliniske virksomheten. De kliniske enhetene er opptatt av å få bedret støtte fra stabene, men har liten kjennskap til stabenes til dels omfattende oppgaver rettet mer mot strategi og styring av virksomheten. Dette kan tale for å organisere stabsfunksjonene i UNN i tråd med modell B, med et tydeligere skille mellom strategi- og styringsoppgavene i en egen enhet, og dedikerte enheter for støtte til drift og utvikling av virksomheten. Imidlertid vil en slik organisering innebære store og sannsynligvis krevende endringer i stabsorganiseringen. I UNNs nåværende situasjon med gjennomføring av omstillingsprogrammet og kommende endringer i klinikkenes organisering er det av avgjørende betydning at stabsfunksjonene bruker minst mulig kapasitet på interne prosesser, og kan dedikere ressursene til å bistå i klinikkenes omstillings- og endringsprosesser. Direktøren anser derfor risikoen ved å nå skulle innføre stabsmodell B som svært stor, i tråd med mange av høringsinnspillene.

Samtidig ser direktøren det som nødvendig at et mer helhetlig ansvar for viktige styringsoppgaver er entydig plassert i organisasjonen. Fravær av en slik tydelighet er en svakhet ved dagens organisering av UNN. I stabsmodell A er dette løst bedre enn i dagens modell, med et foretakssekretariat. Leder for foretakssekretariatet er her ikke beskrevet som medlem i direktørens ledergruppe.

Fagfunksjonen er overordnet viktig i et regions- og universitetssykehus, og direktøren mener at det også er viktig å synliggjøre fagfunksjonen tydeligere i UNNs organisering enn det som er foreslått i de to forslagene til organisering av stab- og støttefunksjonene. Fagfunksjonen vil også være viktig for å bidra til at den faglige styringen er godt koordinert i en organisering med mer geografisk inndeling som nå etableres i UNN. Det vil slik direktøren ser det være hensiktsmessig å kombinere en overordnet fagfunksjon med viktige styringsoppgaver nevnt over.

Direktøren beslutter derfor at stab- og støttefunksjonene i UNN skal organiseres delvis i tråd med stabsmodell A, men der det som er beskrevet som et foretakssekretariat blir et eget stabssenter, kalt Fag-, analyse- og styringssenteret. I dette inngår funksjonene beskrevet i foretakssekretariatet i modell A (herunder styringsdokumenthåndtering og -rapportering, koordinering av månedlig rapportering til direktør og styre, koordinering av høringer, ledelsens gjennomgang, foretakskontroller, overordnet risikostyring, internrevisjon, administrasjons- og styresekretariat og analyseenhet). Det vil være nødvendig at personellressurser fra dagens Fag- og kvalitetssenter inngår i Fag-, analyse- og styringssenteret, sammen med blant annet foretakskontroller og administrasjonssekretariatet. Ved oppstart av ny organisering anser direktøren det som naturlig at hele Kvalitetsavdelingen i Fag- og kvalitetssenteret flyttes til Fag-analyse og styringssenteret. I videre interne OU-prosesser i senterne kan det være naturlig at deler av funksjonene i Kvalitetsavdelingen flyttes til Forsknings-, utvikling- og kompetansesenteret. Direktøren ser behov for å utvikle analysemiljøet i UNN til å blant annet bli enda sterkere på å identifisere viktige indikatorer for virksomhetsstyringen, på å se indikatorer mer i sammenheng og bidra med prediksjoner og simuleringer. Analysemiljøet i dagens Økonomi- og analysesenter vil da naturlig inngå i det nye senteret som her er beskrevet. I UNN pågår til enhver tid et stort antall prosjekter på en rekke områder. For å i større grad å sikre en helhetlig prioritering og oppfølging av prosjekter som pågår og nye prosjekter som ønskes igangsatt, er det behov for at UNN får på plass en mer helhetlig porteføljestyling. Det er naturlig at også denne funksjonen legges til Fag-, analyse- og styringsstaben.





I forsknings-, kompetanse og utviklingscenteret samles dagens støttefunksjoner for forskning, utdanning, innovasjon, digitale tjenester og teknologi, digital læring og samvalg, samhandling, tjenesteutvikling, de deler av kvalitetsarbeidet som ikke inngår i Fag-, analyse og styring, Kontinuerlig forbedring, Senter for pasientnær kunstig intelligens (SPKI), Personvernombudet og Klinisk journalservice.

I nytt Drift- og eiendomssenter inngår i tillegg til de funksjoner som er i senteret i dag også innkjøpsfunksjonen, som direktøren mener det er riktig å organisere i samme senter som forsyningsfunksjonen. Pasienthotellet, som i dagens organisering er i K3K, hører etter direktørens syn også naturlig inn i Drift- og eiendom heller enn i en klinikk.

Det nye økonomi, personal og organisasjon og kommunikasjonssenteret vil inkludere kommunikasjon, kultur og frivillighet, dagens Personal- og organisasjonssenter og dagens Økonomi- og analysesenter uten pasientreiser, innkjøpsfunksjonene og analysestaben.

I tråd med forslagene som har vært på høring, som også er i tråd med de føringer direktøren har gitt i prosessen, ønsker direktøren at sikkerhet og beredskap er nær knyttet til direktørfunksjonen. Sikkerhets- og beredskapssjefen med de medarbeidere som inngår i hans stab organiseres derfor under viseadministrerende direktør, sammen med Foretaksadvokatene. UNN er, som Nord-Norges største virksomhet en svært viktig aktør i samfunnet. Direktøren ønsker at UNNs kapasitet i forhold til samfunnskontaktoppgaver styrkes, og vil når ressursituasjonen er avklart etablere en funksjon som samfunnskontakt som også innplasseres i stab til viseadministrerende direktør. Samfunnskontaktfunksjonen må samarbeide nært med direktør og kommunikasjonssjefen, og det vil være regelmessige møter mellom direktør, samfunnskontakt og kommunikasjonssjef.

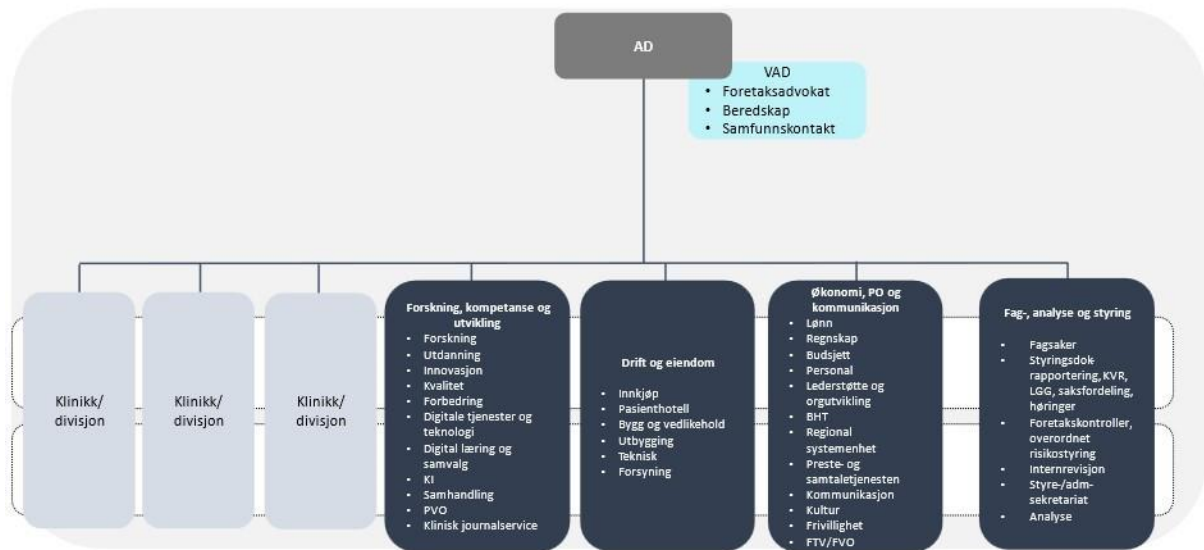
Oppsummert beslutter direktøren at UNN skal ha følgende fire stabsenheter fra 1.4. i år:

- Fag-, analyse- og styringssenteret
- Forsknings-, kompetanse- og utdanningscenteret
- Økonomi-, Personal-, organisasjons og kommunikasjonssenteret
- Drift- og eiendomssenteret

For å redusere risikoen for at omorganiseringen av stab- og støttefunksjonene svekker disse funksjonenes kapasitet og mulighet til å understøtte klinikkens OU-prosesser og arbeidet med gjennomføring av omstillingsprogrammet i UNN vil direktøren vurdere nærmere når det er hensiktsmessig at prosessene med ny, intern organisering i de fire nye stabsenheter skal gjennomføres. Direktøren vil i sitt oppdrag til senter sjefene stille tydelige forventninger til at både den interne organisering i hvert senter og samarbeidsstrukturene mellom disse samt måten det arbeides på bidrar til at klinikkene opplever støttefunksjonene som styrket og vesentlig mer koordinert enn i dag. Direktøren har merket seg innspillene fra vernetjenesten og BHT, og vil også stille krav om en tydelig organisering av et forsterket HMS-arbeid. Sentrene vil bli gitt anledning til å foreslå nye navn dersom de anser det som hensiktsmessig.



## Organisering av stab/støtte



Figuren viser de nye senterne som etableres i UNN. Som for klinikkene legger figuren ikke føringer for intern organisering i hver av senterne.

UNNs ledergruppe har i dag 20 medlemmer, inkludert driftslederne for UNN Narvik og UNN Harstad. UNNs nye ledergruppe vil med den nye organiseringen bestå av direktør og viseadministrerende direktør, 8 klinikkledere og 4 ledere for stabs-/driftssentre, totalt 14 personer. Ved valg av klinikkmodell 1, med større divisjoner og gjennomgående ledelse ville det vært to færre klinikker/divisjoner, men i en slik løsning vil det fortsatt være driftsledere for Narvik og Harstad som nødvendigvis vil inngå i ledergruppen. Dermed er det i realiteten ikke forskjell på antall medlemmer i ledergruppen mellom klinikkmodell 1 og klinikkmodell 2.



#### d. Risikovurdering

Det er gjennomført en overordnet risikovurdering av den organiseringen direktøren her beslutter. Risikovurderingen er gjennomført av deler av sekretariatet for prosessen, og med deltakelse fra vernetjenesten og ansattes organisasjoner. Risikovurderingen er vedlagt. Risikoen ved den nye organiseringen ble vurdert opp mot de mål som er satt for organisasjonsendringen, der sannsynlighet og konsekvens ble vurdert for:

1. Organisasjonsendringen bidrar til svekket kvalitet og/eller kapasitet i tjenestetilbudet
2. Organisasjonsendringen reduserer tilgangen på nødvendig personell og kompetanse
3. Organisasjonsendringen gjør det vanskelig å samhandle internt og/eller eksternt
4. Organisasjonsendringen reduserer evnen til å drive utdanning, forskning eller innovasjon
5. Organisasjonsendringen reduserer muligheten for å skape et økonomisk handlingsrom
6. Utfordringer i omorganiseringsprosessen reduserer måloppnåelsen for ny organisering

Risikovurderingen før risikoreduserende tiltak tilsier at på lang sikt (>1,5 år) forventes det at modellen vil kunne styrke UNNs viktigste funksjoner og hensikten med endringen vil kunne oppnås. Forventet negativ risiko er i hovedsak knyttet til at opprettelse av egne klinikker i Harstad og Narvik kan utfordre deler av måloppnåelsen. I en overgangsfase (<1,5 år), er risikoen høy for at det oppstår negative konsekvenser knyttet til gjennomføringen av endringen – både som et resultat av valgt modell, men mest på bakgrunn av at en stor omorganisering vil påvirke mange områder.

Ved å gjennomføre identifiserte tiltak forventes risikoen å reduseres - både med en lavere sannsynlighet for at disse kan inntreffe og med mindre omfang/konsekvens hvis det skulle skje. Det blir ansett å være en sammenheng mellom risiko for gjennomføringen av endringene (6) og for de øvrige områdene (1-5). Det vil si at størrelsen på utfordringene på kort sikt (<1,5 år) vil kunne påvirke viktige måloppnåelser på lengre sikt (>1,5 år).

Viktige risikoreduserende tiltak er foreslått, og ved å ha høy oppmerksomhet mot disse reduseres risikoen for manglende måloppnåelse og uheldige effekter på både kort og lengre sikt. Et viktig risikoreduserende tiltak er kommunikasjon med tydelig begrunnelse for valgt modell inkludert hvilke føringer og viktige forutsetninger som ligger i dette. Andre risikoreduserende tiltak inkluderer god lederstøtte til nivå 2-lederne, god lederoppfølging i den nye organisasjonen og fokus på kontinuerlig forbedring med definering av tydelige, kvantitative mål for omorganiseringen slik at det er mulighet for å løpende kunne evaluere om endringen fører til ønskede effekter, eventuelt om korrigerende må gjøres. Også prosesser som sikrer god medvirkning og involvering fra vernetjeneste og tillitsvalgte og avsatte ressurser til teknisk støtte fra HN IKT for å få endret UNNs organisasjon i IKT-systemene trekkes frem. Direktøren vil i oppfølgingen legge stor vekt på oppfølging av risikoreduserende tiltak.



## **e. Kort om videre prosesser**

Etablering av UNNs nye, overordnede organisering er første skritt på veien mot en ny organisasjon for foretaket. Ledere for de nye klinikkene og sentrene vil så snart de er tilsatt få i oppdrag å gjennomføre interne OU-prosesser i egne virksomheter, der ny avdelings-, seksjons- og eventuelt enhetsstruktur skal utarbeides. Som beskrevet over mener direktøren det kan være riktig at disse prosessene gjennomføres i klinikkene før stabene. Det er i arbeidet med å utarbeide ny organisering kommet opp en rekke forslag til samorganisering eller deling av ulike funksjoner, herunder i flere omganger forslag om å dele anestesi- og operasjonsressursene organisatorisk mellom de kirurgiske fagene. Andre har påpekt at det vil være riktig å se nærmere på organisatorisk plassering av terapeuter, som i den nye organiseringen vil inngå i Medisinsk klinikk. Slike spørsmål må avklares i klinikkens interne OU-prosesser.

Direktøren vil i sine føringer til nivå 2-lederne vektlegge de samme føringer som er gitt i mandatet for den overordnede prosessen, tilpasset klinikkene og senterne. Særlig vekt vil det bli lagt på at det sikres en organisering og etableres fora som understøtter at UNN skal ha felles kapasitetsstyring på mange viktige områder, likt faglig tilbud og lik ventetid i de ulike fagene uavhengig av geografi, at spesialistutdanningen kan skje mest mulig koordinert og sømløst og at det sikres en likeverdig utvikling for lokalsykehusene i Narvik og Harstad. Fag-, analyse- og styringssenteret vil også få en rolle i oppfølging av dette. Gode samarbeidsstrukturer mellom de funksjonene som er lokalt organisert og de som er gjennomgående lokalisert vil vektlegges.

Forskning, utdanning og fagutvikling er svært viktige oppgaver for klinikkene, og det vil være viktig at klinikkene vektlegger dette i sin organisering. Det må sikres tiltak som gjør at inkludering av pasienter i kliniske studier på tvers av geografiske lokalisasjoner ikke blir vanskeliggjort. Det må også sikres system som legger til rette for mest mulig sømløs spesialistutdanning i hele foretaket.

Direktøren vil åpne for at det gjøres mindre justeringer i den her vedtatte organisering som et resultat av fase 2 i klinikkene og sentrene.

Når nye klinikker og sentre etableres vil stillingene for klinikk-/senterrådgivere, kvalitetsrådgivere og andre funksjoner klinikk- og senterlederne i dag har i sine staber også bli endret. Planlegging av prosesser for å håndtere dette i tråd med UNNs prosedyrer for omstilling og endring pågår, og vil bli drøftet og besluttet snarlig.

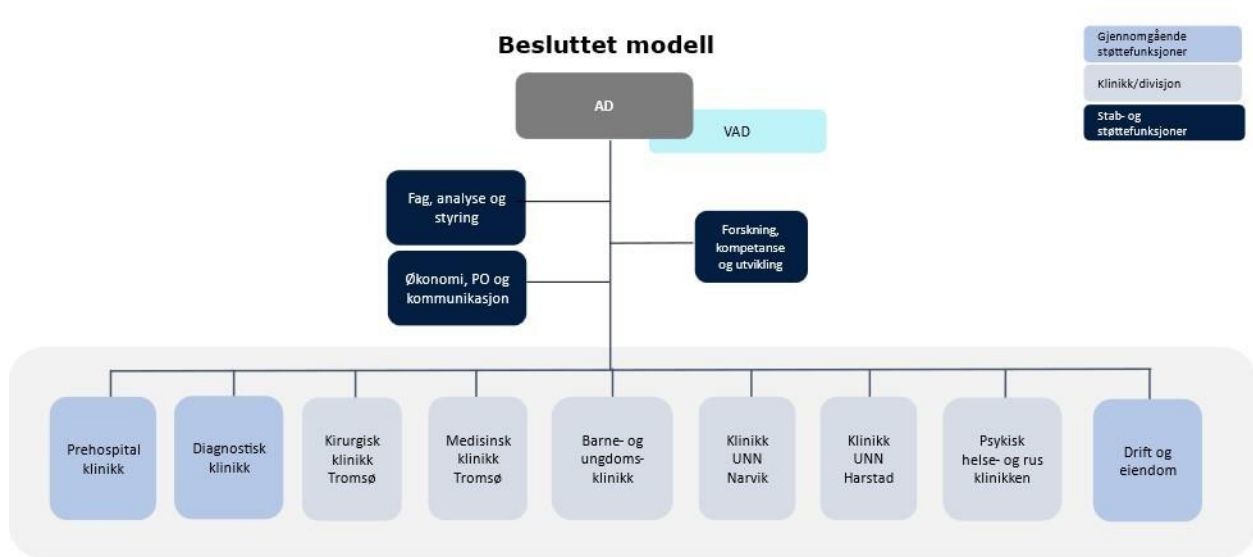
### **i. Evaluering**

Direktøren mener den her besluttede overordnede organisering av UNN sikrer en hensiktsmessig organisering av foretaket, der ulike hensyn er godt avveid. Den ideelle organisering av komplekse, store helseforetak finnes nok ikke. Den overordnede risikovurderingen som er gjort peker på at fortløpende evaluering og korrigerende tiltak er viktig for å fange opp manglende måloppnåelse og uheldige effekter tidlig. Direktøren vil i oppdraget til ledere for de nye klinikkene og senterne beskrive konkrete mål og indikatorer, og sikre fortløpende oppfølging av dette.

I tråd med kontinuerlig forbedring skal den nye overordnede organiseringen av UNN evalueres ca. to år etter at den er etablert, det vil si siste halvår 2027. I tillegg til evaluering opp mot de føringer og mål som er beskrevet i mandatet for omorganiseringen, vil særlig eventuelle uheldige effekter av organiseringen, herunder større ulikhet i tilbudet til våre pasienter, bli evaluert. Evalueringen vil bli fulgt opp med eventuelle justeringer av både klinikk- og



stabsstruktur dersom de mål som er satt ikke er oppnådd, eller det avdekkes vesentlige uheldige effekter.



Figuren viser ny, overordnet organisering av UNN slik den nå er besluttet av direktøren.

Tromsø, 31. januar 2025

David Johansen  
Adm. dir.