



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
6/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	8.2.2017
Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen		Saksbehandler: Marit Lind

### Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan - stedlig ledelse

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er fornøyd med at det er gjennomført en grundig og inkluderende prosess som omhandler dagens organisering av UNN og ivaretagelsen av stedlig ledelse i arbeidet med oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan.
2. Styret ved UNN viser til den interne utredningen som er gjort og rapporten *Dagens organisering av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og ivaretagelse av stedlig ledelse* og støtter vurderingen av at det er mulig å ivareta stedlig ledelse på en god måte innenfor dagens klinikkmodell.
3. Styret erkjenner at behovet for lokal koordinering av driften på lokalsykehusene UNN Harstad og UNN Narvik ikke har vært håndtert godt nok.
4. Styret viser til arbeidsgruppens forslag til forbedringer for å ivareta stedlig ledelse på en bedre måte enn i dag og anbefaler at direktøren iverksetter nødvendige tiltak med utgangspunkt i anbefalingene. Enkelte forslag, som omgjøring av tre seksjoner ved UNN Harstad og én seksjon ved UNN Narvik til avdelinger, bes utredet nærmere før eventuell iverksetting.
5. Styret ber om at de tiltak som iverksettes evalueres etter ett års drift, samtidig som det legges til grunn at organisasjonsmodellen håndteres dynamisk ved at direktøren fortløpende gjennomfører forbedringstiltak ved behov.
6. Styret ber om at arbeidsgruppens rapport oversendes Helse Nord RHF sammen med vedtakspunktene i denne saken.

#### Bakgrunn

Helse Nord RHF har i forbindelse med oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan i eget mandat (vedlegg 2) bedt Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) om to utredninger, én som omhandler kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi og én som utreder organiseringen av helseforetaket og hvordan stedlig ledelse ivaretas. Denne saken gjelder siste del av oppdraget.

Ved Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan i 2016 ble det vedtatt at stedlig ledelse skal være hovedregelen ved norske sykehus. Det presiseres i mandatet fra Helse Nord RHF at organiseringen må være innenfor lovens krav om enhetlig ledelse, jf. protokoll fra foretaksmøtet i Helse Nord RHF 4.5.2016, hvor rammer og kravet om én leder på alle nivå, jf. spesialisthelsetjenestelovens § 3.9. fremgår. Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker.

Helseforetaket fikk selv ansvar for å organisere utredningsarbeidet, men det ble presisert at prosessene skulle baseres på åpenhet, kommunikasjon, medvirkning og involvering av brukere/pårørende, tillitsvalgte og samarbeidsaktører. Det ble videre forutsatt at medarbeidere fra lokalsykehusene skulle få medvirke i utredningsarbeidet, og at det skulle gjennomføres høringsprosesser hvor berørte interessenter skulle få delta, før helseforetaket gjorde sine anbefalinger. Kommunene skulle informeres om arbeidet og medvirke gjennom etablerte samarbeidsorgan. Det ble stilt krav om at rapporten som utreder og beskriver organiseringen av helseforetaket, og hvordan stedlig ledelse ivaretas, skal behandles i helseforetakets styre før den oversendes Helse Nord RHF. Frist for oversendelse til Helse Nord RHF ble først satt til 25.11.2016, men senere utvidet til 10.2.2017.

## **Formål**

Formålet med saken er å styrebehandle beskrivelsen av dagens organisering og ivaretagelse av stedlig ledelse, samt forslag til forbedringer i måten stedlig ledelse ivaretas på, før oversending til Helse Nord RHF slik det er stilt krav om i oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan.

## **Saksutredning**

### **Organisering av utredningsarbeidet og gjennomføringsprosess**

Utredningsarbeidet har vært ledet av viseadministrerende direktør. Det ble nedsatt en tverrfaglig arbeidsgruppe med ledere fra alle nivåer i organisasjonen, representanter for de tillitsvalgte, vernetjenesten og Brukerutvalget. Lokalisasjonene UNN Harstad og UNN Narvik har vært godt representert.

Arbeidsgruppen fikk i oppdrag å gjennomføre utredningen og legge frem sine vurderinger i en sluttrapport til direktøren. Rapporten ligger i sin helhet ved denne saken (vedlegg 1). Oppdraget ble gjennomført i en tredelt prosess. I første del ble dagens overordnede organisasjonsmodell i UNN, og hvordan denne ivaretar stedlig ledelse, beskrevet. Del to var en innspillsrunde der eksterne og interne interessenter ble invitert til å komme med sine synspunkter på om stedlig ledelse er ivaretatt på en god måte i dagens struktur. I siste del av arbeidet gikk arbeidsgruppen systematisk gjennom alle innspill, vurderte disse og jobbet frem anbefalinger til hvordan dagens organisering og ivaretagelsen av stedlig ledelse kan bedres.

Utredningen er gjennomført som en åpen prosess med bred involvering. Det ble etablert egen kommunikasjonsplan med interessentanalyse. Beskrivelsen av hvordan UNN er organisert, hvordan stedlig ledelse ivaretas samt invitasjon til å komme med innspill, lå åpent på UNNs inter- og intranettsider. I tillegg ble det sendt ut invitasjon til utvalgte eksterne og interne interessenter.

### **Dagens organisering av UNN**

#### *Overordnet organisasjonsmodell*

Beskrivelsen av foretakets organisering, og hvordan denne ivaretar stedlig ledelse, fremkommer i vedlagte rapporters kapittel 2. Her beskrives grunnprinsipper og hovedstrukturer i overordnet

organisasjonsmodell med klinikkstruktur på tvers av geografiske lokalisasjoner. Det beskrives også på hvilken måte modellen ivaretar stedlig ledelse.

UNN er i dag organisert i en klinikkmodell med gjennomgående faglig ledelse. Den formelle organiseringen teller i alt fem nivåer under styret: Direktør, klinikk, avdeling, seksjon og enhet.

Antall nivåer avhenger av klinikkenes og sentrenes størrelse og kompleksitet. Ledelsesstrukturen følger organisasjonsstrukturen med fem ledernivåer i linjen: Direktør, klinikk sjef/sentersjef, avdelingsleder, seksjonsleder og eventuelt enhetsleder. Administrerende direktør er daglig leder og ansvarlig overfor styret. Klinikksjefene/sentersjefene leder klinikkene/sentrene og har totalansvar for sin enhet.

I tråd med prinsippet om enhetlig, teambasert ledelse, er det etablert et klinikklederteam som består av klinikk sjefen og avdelingslederne. Det samme gjelder i sentrene. Klinikksjefen/sentersjefen leder lederteamet, og har den endelige beslutningsmyndigheten i teamet. Prinsippet om enhetlig teambasert ledelse er et gjennomgående prinsipp, og gjelder for alle ledernivåer. Det er utpekt medisinskfaglige rådgivere der forsvarlighetskravet krever det.

#### *Stedlig ledelse med fokus på lokalsykehusene i Harstad og Narvik*

Alle klinikk sjefer har hovedarbeidssted i Tromsø, og det er stedlige avdelingsledere eller seksjonsledere i Harstad og Narvik som rapporterer til klinikk sjef eller avdelingsleder i Tromsø.

Drift- og eiendomssenteret er ledet av drift- og eiendomssjefen, som har hovedarbeidssted i Harstad, med to avdelingsledere der og én i Tromsø. I Narvik er seksjonsleder stedlig leder.

Stabssentrene ledes av senterledere i Tromsø. Alle enheter på laveste nivå har, med noen få unntak, lokal (stedlig) linjeleder.

Prinsippet om enhetlig, teambasert ledelse skal sikre deltakelse i lederteam i direkte hierarkisk ledelseslinje til sykehusledelsen. Det ble etter LUO-evalueringen i 2012 gjort strukturell harmonisering av de største kliniske enhetene ved virksomhetene i Harstad og Narvik, for å gjøre organisasjons- og lederstruktur konsistent og oversiktlig, og for å lette samarbeid på tvers av klinikkstrukturen lokalt.

For å understøtte og tilrettelegge for utøvelse av stedlig ledelse, er det etablert lokale driftsråd både i Harstad og i Narvik. Driftsrådene skal være en arena for samhandling, samarbeid og informasjonsutveksling mellom ulike enheter og klinikker som har virksomhet ved disse lokalisasjonene, slik at man samlet kan beslutte i klinikkovergripende driftssaker.

Deltakere i driftsrådet er avdelings- og seksjonsledere fra klinikker/sentra som har avdelinger eller seksjoner i Harstad og i Narvik. I tillegg deltar klinikk sjef fra Operasjons- og intensivklinikken, Medisinsk klinikk eller Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken. Disse ruller for ett år om gangen, én som fast representant i rådet og én som vara. Driftsrådet kan innkalle andre ledere eller medisinskfaglige rådgivere på sak.

UNNs fullmaktstruktur beskriver hvilke fullmakter som er gitt hvem, og skal understøtte modellen slik at lokale ledere kan ha mulighet til å utøve stedlig ledelse.

#### **Utredning av stedlig ledelse i UNN**

I del to av arbeidet kom det i alt 25 innspill fra eksterne og interne interessenter. Disse kom fra kommuner og regionråd (6), ledere og medarbeidere i UNN (16), fra Harstad eldreråd, fra

allmennleger i Harstad (1) og Brukerutvalget. Antall innspill og innholdet i disse, viser at temaet stedlig ledelse engasjerer, både i og utenfor organisasjonen.

Innspillene viste ulike oppfatninger av hvordan stedlig ledelse ivaretas i dagens modell. Noen pekte på at UNN ikke ivaretar stedlig ledelse på en god måte. Andre igjen mente at dagens modell sikrer stedlig ledelse samtidig som den ivaretar god og lik pasientbehandling på tvers av geografiske lokalisasjoner. Organiseringen av Psykisk helse- og rusklinikken med sine mange mindre lokalisasjoner, har en struktur som det synes å være enighet om at fungerer godt med hensyn til ivaretagelse av stedlig ledelse.

Svært mange av innspillene pekte på en rekke større og mindre forbedringsforslag som kan være med på å bedre dagens organisering og ivaretagelse av stedlig ledelse.

Grovt sett kan man dele innspill og vurderingen av tiltak i tre hovedkategorier:

1. Forslag om å opprette lokale klinikkjefer med totalansvar for geografisk baserte klinikker i Narvik og Harstad
2. Forslag om mindre justeringer innenfor dagens struktur uten at det etableres en overordnet stedlig leder
3. Forslag om en modell med stedlig lokal driftsleder for Narvik og Harstad innenfor dagens klinikkstruktur

I tillegg kom det en del generelle innspill som kan vurderes uavhengig av organisasjonsmodell.

### **Arbeidsgruppens vurdering og anbefaling**

#### *Forslag 1 Lokale klinikkjefer ved UNN Narvik og UNN Harstad*

Arbeidsgruppens vurdering av en slik løsning er at den klart vil styrke stedlig ledelse ved UNN Narvik og UNN Harstad, ved at den gir en tydelig og tilstedeværende overordnet leder for lokalisasjonene. Løsningen vil imidlertid utfordre den gjennomgående klinikkstrukturen, og kanskje rokke ved, eller bryte med den. Konsekvensene vil kunne bli store for de øvrige klinikkene med hensyn til størrelse og faglig innhold.

Arbeidsgruppen vurderer dette tiltaket som en betydelig og omfattende endring, som vil kreve et stort, gjennomgående organisasjonsutviklingsarbeid i hele UNN. En slik OU-prosess vil legge beslag på store ressurser, i en tid hvor UNN allerede er hardt presset som følge av mange pågående IKT- og byggeprosjekter. Tiltaket vurderes derfor av arbeidsgruppen som ikke tilrådelig.

#### *Forslag 2 Mindre justeringer innenfor dagens struktur*

Arbeidsgruppen mener at mange av tiltakene som kom opp i denne kategorien er viktige og gode, men vurderer at det må gjøres enda tydeligere grep for å ivareta stedlig ledelse ved UNN Harstad og UNN Narvik på en tilfredsstillende måte.

#### *Forslag 3 Stedlig lokal driftsleder for UNN Narvik og UNN Harstad innenfor dagens klinikkstruktur*

Flere av innspillene peker på behovet for en tydelig, overordnet stedlig lederrolle, uten å konkretisere om dette er en lokal klinikkjef som i forslag 1. Det fremkom imidlertid som vesentlig at UNN etablerer roller og strukturer på en slik måte at disse oppleves å gi reell stedlig ledelse.



Det er arbeidsgruppens vurdering at det både er ønskelig og mulig å etablere en modell med en tydelig, stedlige lederrolle, og et styrket lokalt driftsråd som ivaretar stedlig ledelse, uten at modellen kommer i konflikt med UNNs overordnede organisasjonsmodell og kravet om enhetlig ledelse.

### *Anbefaling*

En samlet arbeidsgruppe foreslår at det opprettes stillinger som *teamledere* ved UNN Harstad og UNN Narvik, innenfor dagens klinikkstruktur. Dette skal ikke være lederstillinger i tradisjonell forstand, med totalansvar for driften på lokalisasjonen, men stillingene gis en overordnet, koordinerende rolle samt ansvar for representasjon utad på saker som gjelder hele lokalisasjonen. Det foreslås videre at det etableres et styrket, stedlige beslutningsorgan, med benevnelse *Lederteam UNN Harstad* og *Lederteam UNN Narvik*, og at teamleder gis ansvar for å lede lokalt *lederteamsmøte*. Videre mener arbeidsgruppen at de lokale lederteamene bør møtes oftere enn i dag, og at møtene bør samordnes med UNNs øvrige møtestruktur og årshjul. For å sikre oppfølging og kontinuitet i saker som må behandles sentralt, foreslås det at teamlederne blir faste medlemmer i direktørens stabsmøte samt møter i direktørens ledergruppe på sak.

Arbeidsgruppen foreslår i tillegg at det gjøres en ytterligere harmonisering av organisasjonsnivåene ved UNN Harstad og UNN Narvik, der alle organisatoriske, somatiske enheter som har inneliggende pasienter, blir avdelinger med avdelingsleder lokalt. Dette vil i Harstad gjelde Fysikalsk- og rehabiliteringsmedisinsk seksjon, Ortopedisk dag/døgn/poliklinikk seksjon i Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken og Føde/gyn-seksjonen i Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K). I Narvik vil det omfatte Føde/gyn-seksjonen i K3K. For å forsterke forbedringsarbeidet lokalt, knyttet til både pasient- og ansatt saker, foreslås det å etableres lokale KVAM-utvalg ved UNN Harstad og UNN Narvik, som kan behandle saker som berører flere klinikker og avdelinger lokalt. De lokale utvalgene foreslås i tillegg til den eksisterende KVAM-strukturen i linjen.

## **Medvirkning**

Det har som beskrevet i saksutredningen vært bred medvirkning i denne utredningen, både internt og eksternt. Saken er i tillegg forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, arbeidsmiljøutvalget samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne innspills- og drøftingsmøter i forkant av denne styresaken. Referat/ protokoller fra disse møtene blir behandlet som egne referatsaker i styremøtet 8.2.2017.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg støttet hovedretningen i forslaget, og var spesielt opptatt av behovet for likeverdige tilbud og lokal koordinering, og vektla at likeverdige tilbud må sikres i den foreslåtte modellen.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ba om at det må sikres et nødvendig handlingsrom til organisatoriske tilpasninger lokalt. Videre mente de at det må åpnes for en risikovurdering av de organisatoriske tilpasningene som er foreslått i saken, med aktiv deltakelse fra miljøene i Harstad og Narvik.

Arbeidsmiljøutvalget sluttet seg til saken slik den ble presentert, men vektla viktigheten av at de lokale aktørene fortsatt inviteres til god medvirkning i oppfølgingen av saken.

## Vurdering

Direktøren erkjenner at behovet for lokal koordinering av driften ved lokalsykehusene ved UNN Harstad og UNN Narvik ikke har vært god nok. Direktøren støtter vurderingen av at det er behov for og mulig å bedre ivaretagelsen av stedlig ledelse innenfor dagens klinikkstruktur med forbedringstiltak av den typen arbeidsgruppen foreslår. De anbefalinger som foreslås, vurderes i hovedsak å være fornuftige og mulige å iverksette, uten at disse rokker ved, eller bryter med dagens klinikkstruktur, som er basert på gjennomgående faglig ledelse. Forslagene vurderes å være godt innenfor rammene som er gitt i foretaksmøtets vedtak.

Direktøren vurderer etablering av koordinatorstillinger ved UNN Harstad og UNN Narvik som et nødvendig tiltak. Det understrekes at disse stillingene vil ha tverrgående koordinering mellom klinikkens aktiviteter, inklusive drift og ledelse av et koordinerende møte, som sitt hovedansvar. Det blir viktig at stillingens endelige tittel gjenspeiler dette. Slike stillinger representerer innføring av et matriseelement i organisasjonen. Det er en forutsetning for at dette skal bli vellykket at det utarbeides tydelige mandater og stillingsbeskrivelser for både koordinatoren og de lokale linjelederne slik at det ikke er tvil om ansvar og beslutningsmyndighet. Direktøren mener at opprettelse av koordinatorfunksjonen vil frigi verdifull lederkapasitet hos lokale avdelingsledere og hos klinikksefene. Arbeidsgruppen har ikke utarbeidet forslag til organisatorisk innplassering av koordinatorstillingen. Dette må besluttes senere.

Det er videre direktøren vurdering at tiltaket som anbefaler omgjøring av tre seksjoner ved UNN Harstad og én seksjon ved UNN Narvik til avdelinger, som en relativt stor endring som bør risikovurderes før endelig beslutning.

I tillegg til hovedretningene i de forbedringstiltak som arbeidsgruppen foreslår, vil direktøren vurdere å i invitere de nye koordineringsfunksjonene ved UNN Harstad og UNN Narvik inn i de ukentlige tavlemøtene som direktøren har i ledergruppen. Dette vil etter direktørens mening gi en ytterligere mulighet for å fange opp lokale forbedringsbehov i Harstad og Narvik på en rask og effektiv måte, og for å sikre implementering av satsingen på kontinuerlig forbedring ved samtlige lokalisasjoner.

Tromsø, 27.1.2017

Tor Ingebrigtsen  
administrerende direktør

## Vedlegg

1. Sluttrapporten *Dagens organisering av Universitetssykehuset Nord-Norge og ivaretagelse av stedlig ledelse.*
2. Mandat fra Helse Nord RHF for oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan, datert 5.7.2016.

12.1.2017

Sluttrapport fra arbeidsgruppen for stedlig ledelse

# Dagens organisering av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og ivaretagelse av stedlig ledelse

Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan i Helse Nord:

*«Utrede og beskrive organisering av helseforetaket, og hvordan stedlig ledelse ivaretas»*



## Innhold

Sammendrag.....	3
1 Bakgrunn og oppdrag for arbeidet .....	4
1.1 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan .....	4
1.2 Mandat fra Helse Nord RHF – Stedlig ledelse .....	4
1.3 Organiseringen av utredningsarbeidet .....	5
1.3.1 Arbeidsgruppen for utredning av stedlig ledelse ved UNN .....	5
1.3.2 Utredningsarbeid ble organisert som en tredelt prosess .....	6
1.4 Et likeverdig tilbud til alle og kvalitet i pasientbehandlingen .....	6
2 Organisering av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og hvordan stedlig ledelse ivaretas	7
2.1 Formål med notatet .....	7
2.2 Oppbygging av notatet.....	7
2.3 Begrepsavklaring .....	7
2.3.1 Enhetlig ledelse .....	7
2.3.2 Enhetlig teambasert ledelsen .....	8
2.3.3 Gjennomgående faglig ledelse .....	8
2.3.4 Stedlig ledelse .....	8
2.4 Overordnet organisasjonsmodell i UNN HF .....	9
2.4.1 Universitetssykehuset i Nord Norge HF (UNN) .....	10
2.4.2 Overordnet organisasjonsprinsipp i UNN .....	10
2.4.3 Hierarkiske nivå i organisasjonen .....	10
2.4.4 Overordnet lederstruktur .....	11
2.4.5 Sykehusledelsen .....	11
2.4.6 Ledelse i klinikkene - avdelingene – seksjonene – enhetene .....	11
2.5 Stedlig ledelse og faglig tilbud i UNN med fokus på lokalsykehusene .....	12
2.5.1 Historikk-Bakgrunn.....	12
2.5.2 Lokalsykehusene .....	12
2.5.3 LUO-evalueringen og lokalsykehusfunksjonen .....	12
2.5.4 Strukturell harmonisering av organisasjons- og ledernivåene ved UNN Narvik og UNN Harstad.....	12
2.5.5 Stedlig ledelse på seksjonsnivå .....	16
2.5.6 Etablering av lokale driftsråd for UNN Narvik og UNN Harstad.....	16
2.5.7 Evaluering av lokalrådene i 2015 .....	16
2.5.8 Revidert mandat for lokale driftsrådene i UNN Harstad og UNN Narvik.....	17
2.5.9 Fullmaktstruktur .....	19
2.5.10 Budsjettmidler til driftsrådene.....	19





2.5.11	Kvalitets- og utviklingscenteret (KVALUT), Stabscenteret og Drifts- og eiendomssenteret .....	19
3	Utredning av stedlig ledelse i UNN .....	19
3.1	Innspill på stedlig ledelse innenfor dagens modell.....	19
3.2	Forslag til tiltak for å ivareta stedlig ledelse bedre.....	20
3.3	Lokal klinikkisjef med totalansvar for geografiske klinikker i Narvik og Harstad (forslag 1) .....	20
3.4	Mindre justeringer innenfor dagens struktur (forslag 2) .....	21
3.5	Etablere stedlig driftsledelse ved UNN Narvik og UNN Harstad (forslag 3) .....	21
3.5.1	En tydelig stedlig lederrolle og et styrket lokalt lederteam.....	22
3.6	Andre forbedringstiltak.....	24
4	Oppsummering med anbefaling .....	25
	Vedlegg .....	27
	Bakgrunnsdokumenter i utredningsarbeidet – Stedlig ledelse .....	27



## Sammendrag

Ved behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan har Stortinget vedtatt at stedlig ledelse skal være hovedregelen ved norske sykehus. I forbindelse med oppfølging av planen ba Helse Nord RHF helseforetakene om å gjennomføre et arbeid med å utrede/beskrive organiseringen av helseforetaket og hvordan stedlig ledelse blir ivaretatt.

For å følge opp utredningsarbeidet nedsatte Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) en tverrfaglig gruppe med ledere fra alle nivå i organisasjonen. Lokalisasjonene UNN Harstad og UNN Narvik var sterkt representert. I tillegg besto arbeidsgruppen av representanter for de tillitsvalgte, vernetjenesten og Brukerutvalget ved UNN.

Mandatets oppdrag om å beskrive foretakets organisering, og hvordan denne ivaretar stedlig ledelse, ble besvart i et eget notat. Notatet beskriver grunnprinsipper og hovedstrukturer i overordnet organisasjonsmodell med klinikkstruktur på tvers av geografiske lokalisasjoner. Det beskriver også på hvilken måte modellen ivaretar stedlig ledelse. Notatet med beskrivelsen er i sin helhet gjengitt i denne rapporten.

I det videre arbeidet dannet notatet grunnlag for en innspillsrunde der eksterne og interne interessenter ble bedt om å vurdere i hvilken grad de opplevde at UNNs overordnet organisasjonsmodell ivaretar stedlig ledelse og hva som eventuelt kan være hensiktsmessige tiltak for å ivareta stedlig på en bedre måte.

Innspillene viste at man har ulike oppfatninger om hvordan stedlig ledelse blir ivaretatt i dagens organisasjonsmodell. Noen pekte på at UNN ikke ivaretar stedlig ledelse på en god måte. Andre igjen mente at dagens modell sikrer stedlig ledelse samtidig som den ivaretar god og lik pasientbehandling på tvers av geografiske lokalisasjoner. Felles for innspillene var at alle pekte på en rekke større og mindre forbedringsforslag som kunne være med på å bedre dagens organisering og ivaretagelse av stedlig ledelse.

Arbeidsgruppen gikk systematisk gjennom alle innspill som grupperte seg i tre kategorier for hvordan sikre og bedre stedlig ledelse på lokalsykehusene i Harstad og Narvik:

1. Etablere en lokal klinikkjef med totalansvar for virksomheten lokalisert ved henholdsvis UNN Harstad og UNN Narvik.
2. Mindre justeringer innenfor dagens organisering.
3. Et forslag med lokale lederteam, lederteam Harstad og lederteam Narvik, bestående av lokale linjeledere. Løsningen understøttes ved at det etableres stillinger som lokale teamledere på hver lokalisasjon, som får i oppdrag å lede lederteamsmøtene (tidligere driftsråd), koordinere lokale beslutningsprosesser og følge større saker for videre behandling i UNN på foretaksnivå.

Arbeidsgruppen har vurdert at sistnevnte løsning, på en reell måte, vil møte mange av de utfordringen man ser i dag. Ved å være tydelig på roller, og forankre de lokale lederteamene i klinikkens linjestruktur, vil man imøtekomme kravet om én ansvarlig leder på alle nivå.



## 1 Bakgrunn og oppdrag for arbeidet

### 1.1 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan

Arbeidet med å beskrive/utrede organiseringen av UNN, og hvordan stedlig ledelse blir ivaretatt, er en del av foretakets oppfølging av Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan (Bakgrunnsdokument 8).

Stortinget har besluttet at stedlig ledelse skal være hovedregelen ved alle norske sykehus:

*Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus (Bakgrunnsdokument 9).*

Foretaksmøtets fulgte opp med å presiserer oppfølgingen av stedlig ledelse med følgende vedtak:

*Foretaksmøtet viste til at hensiktsmessig oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid og faglige og organisatoriske nettverksfunksjoner mellom sykehus, og at organiseringen bør understøtte dette. Foretaksmøtet viste til at Stortinget ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan gjorde følgende anmodningsvedtak: «Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus». Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen jf. Stortingets vedtak. Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Foretaksmøtet minnet samtidig om at helseforetakene må organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Dette innebærer blant annet at alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder, ref. rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Uavhengig av organisering skal det sikres god kommunikasjon og nærhet til nærmeste leder. Omstillingsprosesser og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte og deres organisasjoner (Bakgrunnsdokument 10).*

Vedtaket i foretaksmøte gir rom for en viss fleksibilitet når man skal utforme konkrete ledelsesmodeller og lokale løsninger, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen. Tverrgående klinikker er imidlertid ikke til hinder for å tilfredsstille kravet om stedlig ledelse. Alle medarbeidere skal ha en stedlige leder samtidig som at kravet om enhetlig ledelse skal være oppfylt.

Definisjon av stedlig ledelse tar ikke stilling til organisatorisk nivå.

### 1.2 Mandat fra Helse Nord RHF – Stedlig ledelse

I mandat fra Helse Nord RHF heter det:

*Alle helseforetak skal utrede/beskrive organiseringen av helseforetaket og hvordan stedlig ledelse ivaretas, jf. krav om en leder på alle nivå, jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-9.*

Helseforetakene har selv ansvaret for å organisere utredningsarbeidet innenfor de rammer som er trukket opp.

*Arbeidet har stor betydning for befolkningen og vil ha stor offentlig oppmerksomhet. Prosessene skal baseres på åpenhet, kommunikasjon, medvirkning og involvering av brukere/pårørende, tillitsvalgte og samarbeidsaktører. Berørte interesser skal kunne delta i høringsprosesser før helseforetakene gir sine anbefalinger (Bakgrunnsdokument 11).*

Mandatet forutsetter at medarbeidere fra lokalsykehusene skal medvirke i utredningsarbeidet.



Frist for å slutføre arbeidet med å utrede stedlig ledelse, og oversende styrebehandlet rapport til Helse Nord RHF, ble opprinnelig satt til 25.11 2016. På grunn av behovet for å få med eksterne interessenter i en høringsprosess, og gi disse reell mulighet til å behandle innspill i sine organ, ble fristen utsatt til 10.2.2017.

### 1.3 Organiseringen av utredningsarbeidet

Ved UNN ble arbeidet med utredningen av stedlig ledelse ledet av viseadministrerende direktør Marit Lind. Det ble gjennomført en prosess med bred involvering av interne og eksterne interessenter. Endelig rapport med arbeidsgruppens anbefalinger overleveres administrerende direktør før intern styrebehandling i UNN. I forkant av styremøtet følger vanlig saksgang for styresaker med drøftinger, behandling i Brukerutvalg og AMU før endelig styrebehandling 8.2. 2017. Saken oversendes til Helse Nord RHF den 10.2. 2017.

#### 1.3.1 Arbeidsgruppen for utredning av stedlig ledelse ved UNN

For å ivareta utredningsarbeidet ble det nedsatt en arbeidsgruppe for stedlig ledelse ved UNN. Det ble vektlagt at sammensetningen av arbeidsgruppen skulle ha god representasjon fra begge lokalsykehusene. Arbeidsgruppen skulle videre ha representasjon fra alle de ulike ledernivåene i UNN og fra ulike fagmiljøer. I tillegg skulle Brukerutvalget, tillitsvalgte og vernetjenesten være representert. Etter innspill i planleggingsmøte med Brukerutvalget, tillitsvalgte og vernetjenesten 3.10.2016, og møter med driftsrådene i Harstad og Narvik (5.10.2016 og 6.10.2016) ble følgende arbeidsgruppe foreslått og konstituert 19.10.2016:

Navn	Rolle i arbeidsgruppen	Stilling
Marit Lind	Leder av arbeidsgruppen	Viseadministrerende direktør
Markus Rumpsfeld	Arbeidsgiversiden – Klinikknivå	Klinikk sjef, Medisinsk klinikk
Niels-Erik Krum-Hansen	Arbeidsgiversiden –Avdelingsnivå, Harstad	Konstituert avdelingsleder, Kirurgisk avdeling Harstad
Hanne Sommersel Ulstein	Arbeidsgiversiden –Seksjonsnivå, Narvik	Seksjonsleder, Røntgenavdelingen, Seksjon Narvik
Geir Hugo Bolle	Arbeidsgiversiden – Enhetsnivå, Narvik	Enhetsleder, Russeksjonen Narvik
Rita Vang	Vernetjenesten	Foretakshovedverneombud
Vibeke Haukland	Tillitsvalgt	Hovedtillitsvalgt NSF, Narvik
(Vara, Kyrre Johansen)		(Fagforbundet, Narvik)
Ulla Dorte Mathisen	Tillitsvalgt	Hovedtillitsvalgt DNLF
(Vara, Astrid Lunde)		(DNLF, Harstad)
Cathrin Carlyle	Brukerutvalget	Leder av Brukerutvalget
Ole-Martin Andersen	Sekretariat	Rådgiver, Lederstøtte og organisasjonsutvikling

I løpet av arbeidet er Geir Hugo Bolle erstattet av Beathe Fridfeldt, enhetsleder ved Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten, Døgnenhet. Hanne Frøyshov har deltatt på tre møter for DNLF som vara (19.10.2016, 9.12.2016 og 20.12.2016).





### 1.3.2 Utredningsarbeid ble organisert som en tredelt prosess

I første del av arbeidet ble det utarbeidet en deskriptiv organisasjonsbeskrivelse av dagens organisering ved UNN og hvordan denne ivaretar stedlig ledelse. I notatet blir det særlig fokusert på hvordan stedlig ledelse blir ivare tatt ved UNN Harstad og UNN Narvik.

Andre del av prosessen var en innspillsrunde. Organisasjonsbeskrivelsen utgjorde et innspillsnotat som dannet et utgangspunkt der både eksterne og interne interessenter ble gitt mulighet til å komme med sine vurderinger og synspunkter. Det ble lagt opp til en bred og åpen prosess med involvering. Invitasjon og innspillsnotat lå åpent på våre Internett- og intranettsider, og alle som måtte ønske å gi innspill kunne gjøre det via en egen høringsportal (**sykehusplan@unn.no**).

Kommunene ble informert og gitt muligheten til å medvirke gjennom etablert samarbeidskanal, Overordnet samarbeidsorgan (OSO). I tillegg ble vertskommunene for lokalsykehusene, Harstad, Narvik og Tromsø, tilskrevet med invitasjon til innspillsrunden. Før endelig sluttbehandling av saken ønsket OSO at regionrådene også skulle inviteres til å gi innspill. Ofoten regionråd, Midt-Troms regionråd og Sør-Troms regionråd ble tilskrevet.

Innspillsperioden ble opprinnelig satt fra 7.11 - 22.11.2016. Underveis i arbeidet ble UNN kjent med at flere kommuner ønsket å komme med egne innspill. UNN ønsket å tilrettelegge for en så åpen og bred prosess som mulig, der alle med interesser opp mot våre tjenester skulle kunne medvirke i det pågående utredningsarbeidet. Samtlige kommuner i UNNs nedslagsfelt fikk derfor invitasjon til å delta i innspillsrunden den 23.11.2016. Samtidig ble fristen for innspill utsatt med to uker for å gi alle reell mulighet til å behandle saken. Ny frist for å levere innspill ble satt til 7.12.2016.

I siste del av arbeidet har arbeidsgruppen behandlet innspillene som kom inn. Arbeidsgruppen har sett på hvordan innspillene vurderer dagens organisering og ivaretagelsen av stedlig ledelse, samt utfordringsbilde som tegnes. På bakgrunn av dette arbeidet har man forsøkt å fange opp og diskutert hva som kan være kompenserende tiltak og konkrete løsninger for å ivare og styrke stedlig ledelse.

Dette arbeidet danner grunnlaget for de vurdering og løsninger som foreslås i rapporten. Vurderingene som er gjort i utredningen ligger til grunn for arbeidsgruppens anbefalinger.

### 1.4 Et likeverdig tilbud til alle og kvalitet i pasientbehandlingen

Arbeidsgruppen ønsker å fremheve noen viktige premisser for utredningsarbeidet.

Helseforetakenes formål og hovedoppgave ligger som grunnlag for arbeidet:

*Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning. (Helseforetaksloven 2001§ 1.Lovens og helseforetakenes formål)*

I UNN følges dette opp med:

*Vi skal gi et likeverdig tilbud til alle (Bakgrunnsdokument 7).*

Alle helseforetak har forskjellige rammer med hensyn til geografi, demografi og utbredelse, og de varierer i størrelse. Det er derfor viktig å få tak i og hensynta hva som er viktig for at UNN skal levere et likeverdig helsetilbud til befolkningen.



UNNs visjon: *Det er resultatene for pasienten som teller! Vi gir den beste behandling* knytter dette sammen og har vært viktig i utredningsarbeidet. Arbeidsgruppen har hatt fokus på å holde frem løsninger som bygger opp under pasientens helsevesen og kvaliteten i pasientbehandlingen som til enhver tid leveres.

## 2 Organisering av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og hvordan stedlig ledelse ivaretas

Arbeidsgruppen har valgt å svare ut første del av oppdraget i mandatet ved å lage et notat som beskriver organiseringen av UNN og hvordan denne organisasjonsmodellen ivaretar stedlig ledelse. Notatet ble laget i forkant av innspillrunden og dannet grunnlag for denne, og er i sin helhet gjengitt i kapittel 2.

### 2.1 Formål med notatet

Notatet søker å beskrive overordnet organiseringen av UNN og hvordan denne organisasjonsmodellen ivaretar stedlig ledelse. Det er satt fokus på stedlig ledelse ved lokalsykehusene.

Notatet dannet utgangspunkt for det videre arbeidet i arbeidsgruppen.

### 2.2 Oppbygging av notatet

Notatet er tredelt der de ulike delene tar for seg:

1. Begrepsavklaring av sentrale begrep
2. Overordnet beskrivelse av hvordan UNN er organisert
3. Hvordan stedlig ledelse er ivaretatt, med fokus på lokalsykehusene

### 2.3 Begrepsavklaring

#### 2.3.1 Enhetlig ledelse

Prinsippet om enhetlig ledelse er forankret i Spesialisthelsetjenestelovens § 3-9 Ledelse i sykehus:

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

*Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.*

Hva som ligger i enhetlig ledelse og hva det innebærer er tydeliggjort av Helse og omsorgsdepartementet i rundskrivet *Lederansvar i sykehuset*. Her heter det:

*Formålet med bestemmelsen er å sørge for at sykehusene etablerer klare ansvarslinjer og ansvarsforhold for ledere på alle nivå i sykehusorganisasjonen ((Bakgrunnsdokument 3).*

Én leder skal ha det overordnede og helhetlige ansvaret for virksomheten i enheten, både administrativt og faglig. Typiske enheter vil være klinikk, avdeling og seksjon. Som avdelingsleder har en et helhetlig ansvar for virksomheten i avdelingen, både administrativt og faglig. Det samme har seksjonsleder for egen seksjon. Alle ansatte skal vite hvem som er deres nærmeste leder. Ledere på alle nivå kan delegerer oppgaver og beslutningsmyndighet til andre, men leder beholder ansvaret for oppgavene som delegeres ((Bakgrunnsdokument 3). I praksis betyr dette at man ikke kan dele opp lederansvaret innenfor én avgrenset enhet. Med avgrenset



enhet menes en formell organisasjonsenhet. Eksempel på organiseringer som bryter med prinsippet om enhetlig ledelse vil være når en stor seksjon ledes av to seksjonsledere (på samme ledernivå) som deler en personalgruppen likt mellom seg (en form for delt lederskap), eller at man etablerer én enhet med to yrkesgrupper der det er to ledere i en organisasjonsintern hierarkisk struktur, som leder samme enhet (form for todelt ledelse).

Verken loven eller rundskrivnet sier noe om hvor mange nivå det skal være i et foretak eller i sykehus. Foretakene står i så måte fritt til å definere antall nivå ut fra hva som vurderes som hensiktsmessig. I UNN kan man etablere inntil fire organisatoriske nivå under administrerende direktør. Klinikk, avdeling, seksjon og enhet. Antall nivå vil imidlertid variere fra klinikk til klinikk ut fra størrelse og virksomhetens karakter (jf. vedlegg 5).

### 2.3.2 Enhetlig teambasert ledelsen

Alle klinikker, avdelinger, seksjoner og enheter har en ansvarlig linjeleder slik spesialisthelsetjenesteloven krever. Vi praktiserer i tillegg enhetlig teambasert ledelse. Lederteamet består av den ansvarlige linjelederen (for eksempel avdelingsleder), linjelederne på neste nivå (seksjonsledere) og eventuelle rådgivere. Medlemmene i lederteamet er gjensidig ansvarlige overfor hverandre, samtidig som den øverste linjelederen har det endelige helhetlige ansvaret. Dette innebærer totalansvar for hele virksomheten (Bakgrunnsdokument 7 side 34).

I klinikker, avdelinger og seksjoner med ansvar for pasientbehandling, skal linjeledere uten legebakgrunn utpeke medisinskfaglig rådgiver. Denne skal gi råd som sikrer at linjelederen er i stand til å ivareta sitt ansvar. Det er likevel linjelederen som sitter med ansvaret for medisinskfaglige forhold (Bakgrunnsdokument 7 side 34).

### 2.3.3 Gjennomgående faglig ledelse

Gjennomgående faglig ledelse innebærer linjeansvar til flere geografiske lokalisasjoner. Dette betyr at mange linjeledere vil ha virksomhet på flere steder, og totalansvar for virksomhetsstyringen på flere geografiske lokalisasjoner. Alle enheter på laveste nivå skal ha en lokal linjeleder (Bakgrunnsdokument 7 side 35).

UNN har valgt gjennomgående faglig ledelse for å sikre god kvalitet på tjenestene og at pasienten møter likeverdige, faglige tilbud uavhengig av geografisk behandlingssted i UNN.

Noen lokale linjeledere sitter med ansvar for faglig virksomhet på flere områder. I slike situasjoner plikter linjelederne å implementere de faglige prosedyrer og retningslinjer som gjelder i den enheten som har hovedansvaret for det aktuelle fagområdet i UNN. Gjennomgående faglig ledelse kan dermed også medføre et rådgivningsansvar til enheter utenfor egen linje. Som eksempel kan nevnes at ansvaret for hjertemedisin på lokalsykehusene ligger hos linjelederne for avdelingene i Medisinsk klinikk, mens Hjertemedisinsk avdeling i Hjerte- og lungeklinikken har hovedansvaret for fagområdet. Dette betyr at linjelederne i Medisinsk klinikk har ansvar for å implementere de prosedyrer og retningslinjer som gjelder i Hjerte- og lungeklinikken, og at linjelederne i sistnevnte klinikk har ansvar for å bistå i dette arbeidet (Bakgrunnsdokument 7 side 35).

### 2.3.4 Stedlig ledelse

Stortinget har besluttet at stedlig ledelse skal være hovedregelen ved alle norske sykehus.

Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus (Bakgrunnsdokument 9 side 72).



Det gis rom for en viss fleksibilitet når man skal utforme konkrete ledelsesmodeller og lokale løsninger.

Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen jf. Stortingets vedtak (Bakgrunnsdokument 10 side 6).

Tverrgående klinikker er ikke til hinder for å tilfredsstille kravet om stedlig ledelse.

Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse (Bakgrunnsdokument 10 side 6).

Stedlige ledere for alle medarbeidere.

I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse (Bakgrunnsdokument 10 side 6).

Foretaksmøte fremhever samtidig at krav om enhetlig ledelse skal være oppfylt.

Definisjon av stedlig ledelse tar ikke stilling til organisatorisk nivå.

## 2.4 Overordnet organisasjonsmodell i UNN HF

Frem til 2008 hadde UNN en flat organisasjonsstruktur med 56 selvstendige avdelinger.<sup>1</sup>

Organisasjonsmodellen syntes imidlertid uhensiktsmessig i møte med de krav som ble stilt til en spesialisthelsetjeneste i fortløpende endring (Bakgrunnsdokument 1).

Det ble derfor satt i gang et langsiktig utviklings- og omstillings prosjekt (LUO) som i to faser skulle utvikle og implementere en ny organisasjonsmodell for UNN. 17.12 vedtok Styret ved UNN å etablere en ny overordnet organisasjonsmodell for UNN med klinikkstruktur, tilhørende stabsenheter og driftssentra. Den nye organisasjonsmodellen organiserte UNN i ti klinikker, to driftssentra og fire stabsenheter. (Bakgrunnsdokument 1).

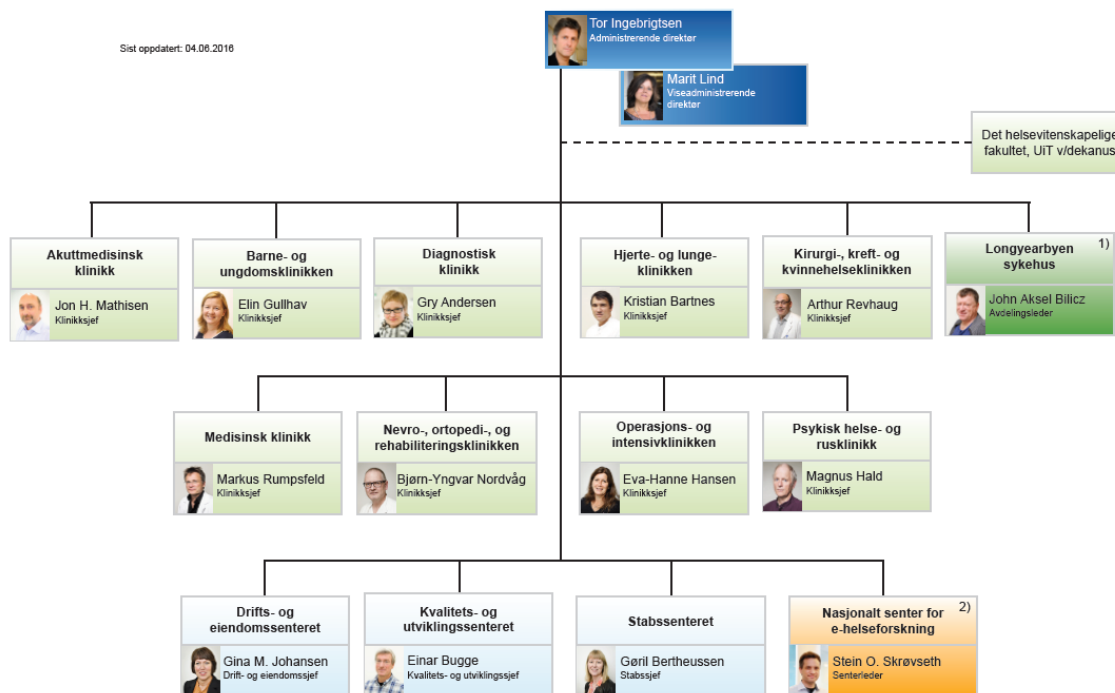
Styret la til grunn at organisasjonsmodellen skulle være dynamisk slik at direktøren til enhver tid skulle kunne gjøre endringer i antall organisatoriske enheter, samt innholdet i disse, når dette ble vurdert hensiktsmessig. Frem til d.d. har en rekke større og mindre organisasjonsutviklingsprosjekt medført endringer i strukturen slik at vi dag har en organisasjon som består av ni klinikker og tre senter (jf. fig 1).<sup>2</sup> Den siste større endringen er at Barne- og ungdomsklinikken har overtatt ansvaret for tilbudet til barn og unge ved de distriktpsykiatriske sentrene.

---

<sup>1</sup> Per 14.9.2007

<sup>2</sup> Longyearbyen sykehus og Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) er opprettet som egne enheter som rapporterer til direktøren uten å være medlem av direktørsensledergruppe.





1 og 2 er organisert i direkte linje til administrerende direktør uten å være medlem av direktørens lederteam.

#### 2.4.1 Universitetssykehuset i Nord Norge HF (UNN)

UNN har i dag 6300 medarbeidere og har sin virksomhet spredt på flere steder i Nord-Norge. I tillegg til sykehuset i Breivika i Tromsø, har vi virksomhet på følgende steder:

- Psykisk helse- og rusklinikk: Åsgård i Tromsø, Silsand, Sjøvegan, Storslett, Storsteinnes, Håkvik og Harstad
- UNN Harstad, Harstad
- UNN Narvik, Narvik
- Longyearbyen sykehus, Svalbard
- To distriktsmedisinske senter: Finnsnes og Storslett

#### 2.4.2 Overordnet organisasjonsprinsipp i UNN

UNN er organisert i en klinikkmodell med gjennomgående faglig ledelse. Det innebærer at medisinske disipliner, funksjoner og fagmiljø, i hovedregelen, organiseres og samles i egne enheter med tydelig og avklart ansvar for sine/sitt fagområde. Enhetene organiseres inn i en klinikk (senter) som skal sikre tydelige ansvarsområder i en klar og uavbrutt linje fra den enkelte enhet og opp til sykehusledelsen.

Alle enheter på laveste nivå skal ha lokal (stedlig) linjeleder. Alle medarbeidere skal vite hvem som er sin nærmeste leder.

#### 2.4.3 Hierarkiske nivå i organisasjonen

Kjerneaktiviteten i sykehuset foregår i klinikkens avdelinger, seksjoner og i enheter.

I hver klinikk opprettes et antall avdelinger som har et helhetlig resultatansvar for sine fagområder. I avdelingene kan det være flere spesialiteter. Det skal utpekes medisinskfaglig(e) rådgiver(e) dersom forsvarlighetskravet krever. På avdelingsnivå i organisasjonen skal en søke å utnytte det faglige og ressursmessige potensialet som ligger i å etablere større enheter.



Hvorvidt det er hensiktsmessig med et enhetsnivå, vil variere fra seksjon til seksjon, og er avhengig av seksjonens størrelse og sammensetning. Enhetene inngår i modellen hierarkisk linjestruktur. Den formelle organiseringen av UNN teller i alt fem nivå under styret.



#### 2.4.4 Overordnet lederstruktur

Ledelsesstrukturen følger oppbyggingen til organisasjonsstrukturen. Modellen teller fem ledernivå i linjen: Direktøren, klinikkssjef, avdelingsleder, seksjonsleder og eventuelt enhetsleder.

#### 2.4.5 Sykehusledelsen

Administrerende direktør er daglig leder og ansvarlig overfor styret. Viseadministrerende direktør har noen direktørfunksjoner og er stedfortreder for administrerende direktør. Sykehusledelsen består av direktørene, klinikkssjefene og senterlederne (Bakgrunnsdokument 7).

Ledergruppens sammensetning, med klinikkssjefer samt ledere for sentrene, skal styrke kjernevirksomhetens representasjon i ledergruppen, og bidrar til tettere bånd mellom kjernevirksomheten og strategisk ledelse. Strukturen skal legge til rette for strategisk og helhetlig virksomhetsstyring.

#### 2.4.6 Ledelse i klinikkene - avdelingene – seksjonene – enhetene

Klinikkene ledes av klinikkssjefen som har det overordnede ansvaret for sin enhet. I tråd med prinsippet om enhetlig teambasert ledelse etableres det et klinikklederteam som består av klinikkssjefen og avdelingslederne. Klinikkssjefen leder lederteamet og har den endelige beslutningsmyndigheten. Møte- og beslutningsarena for klinikklederteamet er klinikkledermøte. Klinikklederteamet skal knytte til seg medisinskfaglige rådgivere der forsvarlighetskravet krever det. Klinikklederteamet kan knytte til seg eventuelle andre rådgivere utover dette etter behov. Alle medlemmene av klinikklederteamet har et gjensidig ansvar overfor hverandre i teamet.

Prinsippet om enhetlig teambasert ledelse er et gjennomgående prinsipp i UNN og gjelder derfor for alle ledernivå. Det skal således etableres avdelingslederteam, eventuelt seksjonslederteam om hensiktsmessig etter samme modell som for klinikklederteamet. Det skal utpekes medisinskfaglig(e) rådgiver(e) dersom forsvarlighetskravet krever det.



Linjeledelsen har forrang ved uenighet.

## 2.5 Stedlig ledelse og faglig tilbud i UNN med fokus på lokalsykehusene

### 2.5.1 Historikk-Bakgrunn

Ved nedleggelsen av Hålogalandssykehuset HF i 2007 ble lokalsykehusene i Harstad og Narvik en del av UNN. UNN ble med dette en betydelig større organisasjon spredt over et stort geografisk område. Sammen med Longyearbyen sykehus, lokalisasjoner knyttet til sentre for psykisk helse- og rusbehandling og ambulansestasjonene, setter det svært store krav til å håndtere organisasjons- og ledelses utfordringer som følger geografisk spredning.

### 2.5.2 Lokalsykehusene

Tilbudene som gis ved UNN Harstad og UNN Narvik er i hovedsak lokalsykehusfunksjoner, men flere tilbud kan også være regionsfunksjoner. Tilsvarende ivaretar sykehuset i Breivika lokalsykehusfunksjoner.

### 2.5.3 LUO-evalueringen og lokalsykehusfunksjonen

I 2012 ble UNNs organisasjonsstruktur evaluert. Rapporten konkluderer med at:

Det bør ikke gjøres endringer i dagens klinikkstruktur nå, men det iverksettes tiltak i UNN Harstad og UNN Narvik for å tilpasse strukturen deres behandlings-hverdag (Bakgrunnsdokument 4 side 50).

Tilbakemeldingene fra medarbeiderne, da særlig fra medarbeidere lokalisert ved UNN Harstad og UNN Narvik, pekte i LUO-evalueringen særlig på tre forhold som opplevdes utfordrende:

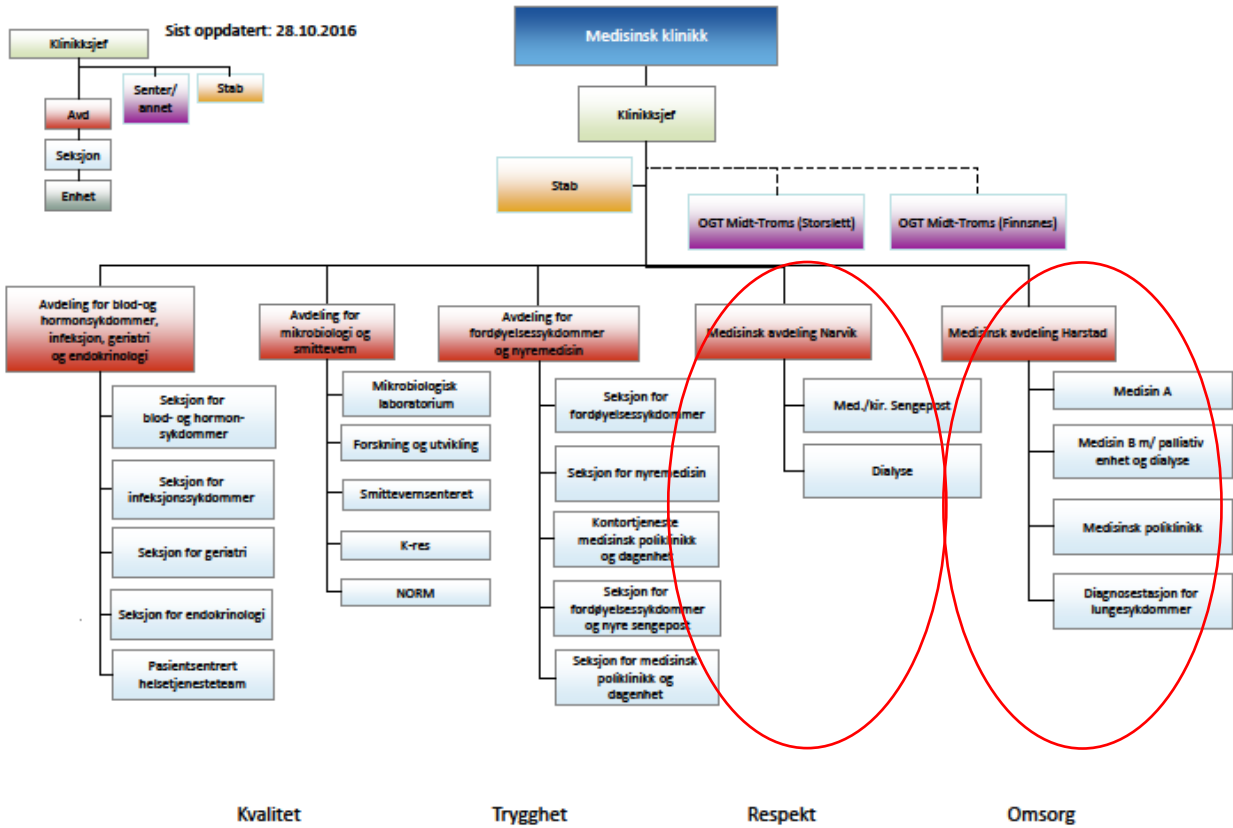
- Det er vanskelig å forstå at de største avdelingene ikke ledes av ledere på samme nivå i leder-strukturen. Lederne har formelt ulik delegert myndighet, ansvars- og myndighetsområde.
- Samhandlingen på tvers mellom klinikkene preges av relasjoner og ikke formelle strukturer. Det oppleves behov for et koordinerende organ med formell beslutningsmyndighet. Smådriftsfordelene hentes ikke ut.
- Lange beslutningsveier gjør hverdagen tungvint (Bakgrunnsdokument 4 side 48-49)

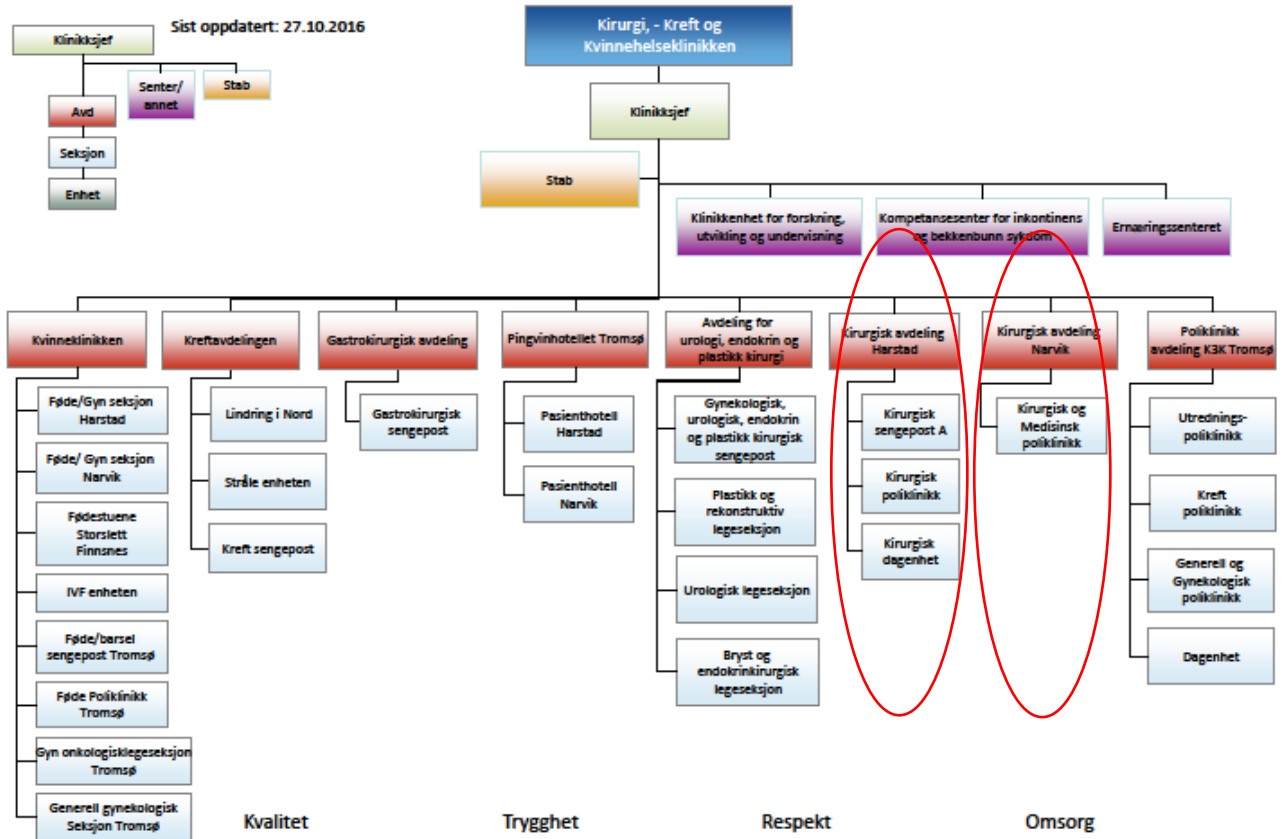
Det ble besluttet at det skulle gjøres en strukturell harmonisering slik at man fikk samme ledernivå på de største enhetene (Bakgrunnsdokument 5).

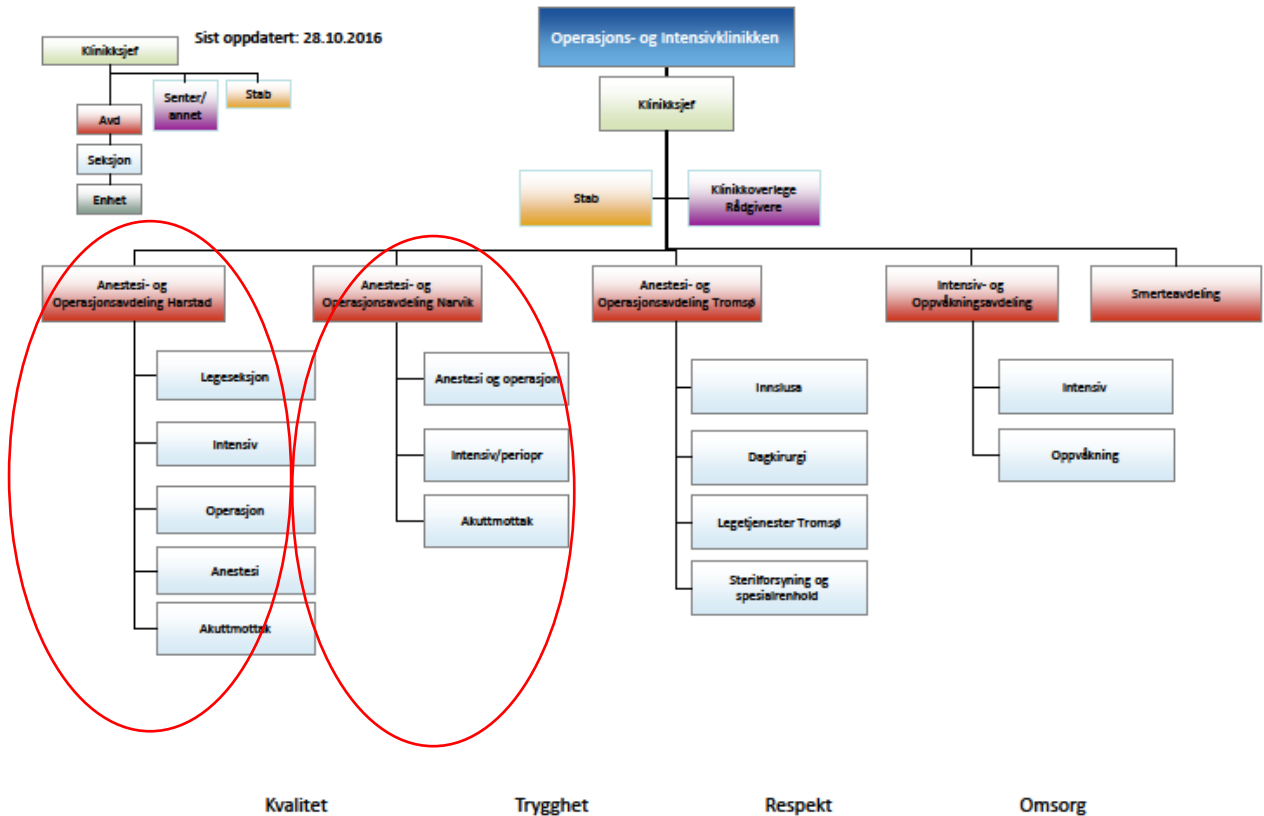
Videre ble det besluttet å etablere lokale driftsråd ved UNN Harstad og UNN Narvik (Bakgrunnsdokument 6).

### 2.5.4 Strukturell harmonisering av organisasjons- og ledernivåene ved UNN Narvik og UNN Harstad

Strukturforskjellen mellom klinikkene (lokalt avdelingsnivå i Medisinsk klinikk og seksjonsnivå i de andre klinikkene) ble beskrevet som vanskelig å forstå og som et hinder for effektiv koordinering mellom faggruppene ved lokalsykehusene. En strukturell harmonisering ble gjort slik at de største virksomhetene ved lokalsykehusene ble organisert på avdelingsnivå ledet av avdelingsleder som rapporterer til klinikksjef og inngår i klinikklederteamene. Dette gjaldt Medisinsk avdeling, Kirurgisk avdeling og Anestesi- og operasjonsavdelingen (se fig 2-4).





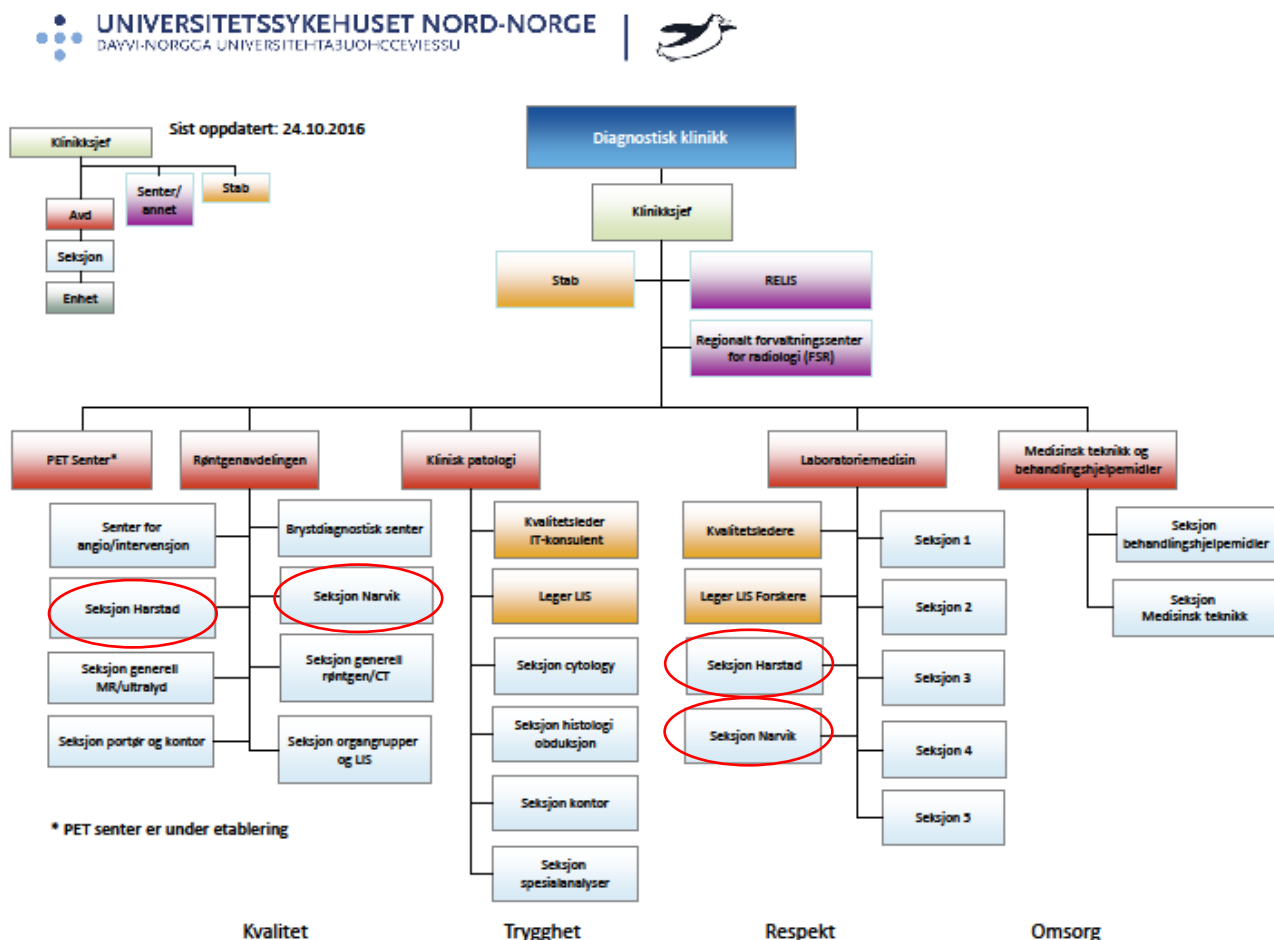






### 2.5.5 Stedlig ledelse på seksjonsnivå

Figuren under viser eksempler på seksjoner organisert med stedlig ledelse i UNN Harstad og UNN Narvik (jf. fig. 5).



### 2.5.6 Etablering av lokale driftsråd for UNN Narvik og UNN Harstad

I LUO- evalueringen i 2012 kom det frem at klinikkmodellen, slik den fungerte, kunne oppleves som utfordrende med hensyn til å få til en tydelig og avklart kommunikasjon helt ut langs linjestrukturen. Argumentet ble også trukket fram av Harstad- og Narvikmiljøene. Avstanden til Tromsø og sykehusledelsen syntes lang, og lokale ledere savnet en arena for å samhandle og koordinere aktiviteter internt lokalt, og mellom lokalisasjoner.

Høsten 2014 ble det derfor etablert lokale driftsråd for Harstad og Narvik med likelydende mandat. Mandatet beskriver rådernes formål, deltakere, møtestruktur, beslutningsstruktur og hvilke saker som skal behandles. Det presiseres i mandatet at driftsrådene skal gjennomføre en enkel evaluering av sin virksomhet etter ett år, dvs innen sommeren 2015 (jf. Mandat lokale driftsråd ved UNN Harstad og UNN Narvik 23.3.2014.)

### 2.5.7 Evaluering av lokalrådene i 2015

Driftsrådene i UNN Harstad og UNN Narvik evaluerte sin egen virksomhet i juni 2015. Her kom det frem at de månedlige møtene, på 1,5 til 2 timers varighet, har blitt gjennomført i henhold til faste møtekalendere. I alt 8 ordinære møter samt 2 i forbindelse med Direktørens halvårslige



møter i 2015. Møtefrekvens og lengde vurderes å være tilstrekkelig. Ved UNN Harstad har de opprettet et arbeidsutvalg for driftsrådet bestående av klinikkssjef, leder for driftsrådet og sekretær. Disse møtes en uke før driftsrådsmøtet. Ordningen anbefales etablert i Narvik.

Begge driftsrådene har vært satt opp med en leder og en sekretær i henhold til opprinnelig mandat. Evaluering anbefaler at lederrollen fortsatt bør opprettes for ett år av gangen og at sekretærfunksjonen ivaretas av samme person over flere perioder/år. Det foreslås at det utarbeides en funksjonsbeskrivelse for lederfunksjonen.

Deltakelsen på møtene har vært god med noen få unntak. At den gode deltakelsen ikke har vært gjennomgående oppleves imidlertid som uheldig i lys av driftsrådets mandat. Evaluering konkluderer også med at Psykisk helse- og rusklinikken bør være fast representert i rådet.

Klinikkssjefens fysiske tilstedeværelse oppleves som svært viktig og det anbefales at det etableres en stedfortreder funksjon.

Driftsrådene i UNN Harstad og UNN Narvik har behandlet et bredt spekter av saker til informasjon, drøfting, oppfølging og beslutning. I begge driftsrådene har det vært tilstrebet tydelig behandling av sakene, og med vedtak der ansvar og tidsfrister har vært definert.

Evaluering konkluderte med at:

*Driftsrådene ved UNN Narvik og UNN Harstad har tjent sin hensikt og oppfylt intensjon og målsetting i gitt mandat. Evalueringen konkluderer imidlertid med noen enkle justeringer som er begrunnet i forbedring av arbeidet.*

*Evalueringen foreslår at mandatet justeres med hensyn til representasjon fra psykiatrisk virksomhet samt tilstedeværelse og ansvarsforhold for deltakere i driftsrådene. Videre foreslås det også hvem som bør oppnevnes til rådene nå i høst.*

(Bakgrunnsdokument 12)

### 2.5.8 Revidert mandat for lokale driftsrådene i UNN Harstad og UNN Narvik

Revidert mandat for lokale driftsråd ved UNN Harstad og UNN Narvik i henhold til vedtak i direktørens ledermøte i ledermøtesak 115.5 Evaluering av lokalt driftsråd UNN Harstad og UNN Narvik:

#### **Formål**

Driftsrådets formål er tredelt:

- Avklare og veilede saksgang i driftsmessige forhold hvor flere enheter og fagfolk er involvert, samt i saker hvor det kan være behov for avklaringer rundt gjeldende rutiner og bakenforliggende beslutninger.
- Være en arena for samhandling, samarbeid og informasjonsutveksling mellom ulike enheter /klinikker som har virksomhet ved UNN Harstad og UNN Narvik.
- Være en arena hvor man samlet kan beslutte klinikkovergripende driftssaker ved UNN Harstad og UNN Narvik.

#### **Deltakere**

- Deltakere i driftsrådet er følgende ledere:
- Klinikkssjef ved Operasjons- og intensivklinikken, Medisinsk klinikk eller Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (*rullerer for ett år om gangen, en fast representant i rådet og en*



vara). Klinikksjef skal være fysisk tilstede i driffrådsmøtene ved UNN Harstad og UNN Narvik. Det sikres samordning mellom saksbehandlingen på foretaksnivå og i driftsrådene ved at deltagende klinikksjef også deltar i direktørens stabsmøte.

- Avdelings- og seksjonsledere fra klinikker som har avdelinger eller seksjoner ved UNN Harstad og UNN Narvik.
- Aktuelle klinikksjef har et overordnet ansvar for at klinikken oppnevner representanter til driftsrådet, at disse er kjent med rådets mandat og deltar i møtene.

Driftsrådets medlemmer er ansvarlige for å forankre egne standpunkter gjennom tilstrekkelige medvirkningsprosesser i egen avdeling/seksjon før møtene. Driftsrådet kan gjennomføre drøftinger med tillitsvalgte/vernetjeneste i avdelings-/seksjonsovergrepene saker, men tillitsvalgte og verneombud deltar ikke i rådets sluttbehandling av sakene.

Driftsrådet kan innkalle andre lokale ledere, medisinsk faglige rådgivere eller medarbeidere på sak når det er relevant, men disse skal ikke møte fast og er ikke medlemmer i rådet.

### **Møtestruktur**

Møtet i driftsrådet har en varighet på om lag to timer og gjennomføres minst månedlig.

Dagsorden består av:

- Saker til informasjon
- Saker til diskusjon
- Saker til beslutning

Alle innmeldte saker skal ha en navngitt avdelings- eller seksjonsleder som saksansvarlig.

### **Beslutningsmyndighet**

Driftsrådet har beslutningsmyndighet tilsvarende de respektive medlemmenes myndighetsområde.

Beslutninger som medfører endret funksjonsfordeling mellom sykehusene i UNN skal behandles i direktørens ledergruppe.

### **Ledelse og sekretærfunksjon**

Deltagende klinikksjef besørger konstituering av driftsrådet med oppnevning av leder for ett år av gangen. Avtroppende klinikksjef oppnevnes som stedfortreder for klinikksjef i driftsrådet. Leder skal være avdelingsleder og ikke komme fra samme klinikk som klinikksjef som er deltaker i rådet.

Leder har ansvar for å:

- Innkalle til møter og utarbeide saksliste
- Lede møtene
- Bringe saker videre til klinikkledernivå ved behov

Drifts- og eiendomssenteret har ansvaret for sekretariatsfunksjonen. Driftsrådets sekretær skal bistå lederen med å innkalle til møter, sette opp saksliste, skrive referat og arkivere disse i *ePhorte*. Saker skal meldes til sekretariat i forkant av møtet av saksansvarlig seksjons- eller avdelingsleder.



Klinikkssjef som deltar i driftsrådet skal orientere direktørens ledermøte om aktuelle saker ved behov og være ansvarlig for å fordele eventuelle oppfølgingssaker til aktuelle klinikk- og senterledere.

### **Saker**

Driftsrådet skal senest i juni hvert år utarbeide og vedta årshjul (møtetidspunkter og kjente saker som skal behandles) for påfølgende år.

Saker som fremmes i rådet skal hovedsakelig omhandle driftsmessige områder der det er behov for koordinering mellom lokale avdelinger og seksjoner.

Eksempler på andre aktuelle saker kan være høringer i saker som senere skal besluttes i direktørens ledergruppe eller styret.

Saker som bare omhandler enheter i en klinikk må være relevant for enheter tilhørende andre klinikker for at den skal tas opp i driftsrådet.

(Bakgrunnsdokument 13)

#### 2.5.9 Fullmaktstruktur

UNNs fullmaktstruktur beskriver hvilke fullmakter som er gitt hvem. Fullmaktstrukturen revideres i disse dager.

#### 2.5.10 Budsjettmidler til driftsrådene

I forbindelse med evaluering av de lokale driftsrådene kom det frem at det savnes et budsjett for fellestiltak. Det ble derfor besluttet at hvert driftsråd skulle tilføres eget budsjett for særskilte formål til driftsrådets disposisjon.

#### 2.5.11 Kvalitets- og utviklingssenteret (KVALUT), Stabssenteret og Drifts- og eiendomssenteret

Organiseringen av Drifts- og eiendomssenteret og de sentrale stabene følger de samme prinsippene som for klinikkstrukturen. Små miljøer, kombinert med et uttrykt ønske om stedlige ressurser ved lokalsykehusene, gjør de imidlertid sårbare for at enkeltmedarbeidere kan organiseres uten stedlig lokal leder.

### 3 Utredning av stedlig ledelse i UNN

Mandatets andre oppdrag var å utrede hvordan stedlig ledelse blir ivaretatt.

Til formålet utarbeidet arbeidsgruppen tre spørsmål til innspillsrunden for å få innspill fra eksterne samarbeidspartnere, samt ledere og medarbeidere i UNN, på hvordan de opplever dette (vedlegg 2).

Innspillsrunden ga i alt 25 innspill fra eksterne og interne interessenter. I hovedsak kom disse fra kommuner og regionråd (6) og ledere og medarbeidere i UNN (16), men det kom også innspill fra andre aktører ved Harstad eldreråd, fra allmennleger i Harstad og Brukerutvalget i UNN (vedlegg 3). Antall innspill og innholdet i disse viser at tema stedlig ledelse engasjerer, både i og utenfor organisasjonen.

#### 3.1 Innspill på stedlig ledelse innenfor dagens modell

I første del av innspillsbrevet ble man bedt om å gjøre en vurdering av hvordan dagens modell ivaretar stedlig ledelse og hvordan den oppleves å fungere i praksis. Svarene på dette spørsmålet deler seg i to hovedkategorier, de som mener at UNN ikke ivaretar stedlig ledelse med dagens



organisering og de som mener at vi gjør det. Innspillene varierer mye med hensyn til hva det fokuseres på og detaljeringsgraden i begrunnelsen for standpunktet. Dette gjør det utfordrende å trekke for bastante slutninger om ulike sider ved stedlig ledelse og utøvelsen av denne.

Samtlige innspill vurderer at dagens modell, i større eller mindre grad, har utfordringer med hensyn til å ivareta stedlig ledelse på en tilfredsstillende måte uten at man iverksetter tiltak. Innspillene varierer i forhold til hva man vurderer som utfordrende og ikke minst hva som vil være riktige tiltak. Arbeidsgruppen har derfor vært opptatt av å fange opp hovedessensen i det som oppleves utfordrende i dag og vurdere tiltak i lys av disse. Alle innspill er gjennomgått systematisk av arbeidsgruppen og forbedrende tiltak er vurdert til hver konkrete utfordring.

Eksterne innspill er særlig opptatt av at de som samarbeidende institusjoner mangler ett lokalt kontaktpunkt og at det kan være vanskelig å vite hvem man skal henvende seg til. Det savnes en lokal ansvarlig leder som kan fatte beslutninger og på en måte som oppleves å være tuftet på lokalkjennskap. Det vises til eksempler der saker tar for lang tid før det fattes en beslutning og at samarbeidet med lokal, kommunal helsetjeneste oppleves vanskelig. Saker som engasjer og sees på som viktig lokalt, oppleves å bli nedprioritert og stopper opp i det øvrige UNN systemet. Avstanden til Tromsø føles lang. De ønsker en struktur som legger til rette for bedre og tettere samarbeid med UNN.

Interne innspill er opptatt av mye av det samme, men er i tillegg gjennomgående opptatt av at man mangler beslutningsmyndighet på tvers lokalt og at lederansvaret blir oppstykket. Det mangler en ansvarlig leder som har et helhetlig koordineringsansvar for hver av de to lokalisasjonene. Det påpekes videre at driftsrådet ved driftsrådsleder ikke er representert i sykehusledelsen og at driftsrådenes øvrige medlemmer i varierende grad er knyttet til klinikkledelsen.

### 3.2 Forslag til tiltak for å ivareta stedlig ledelse bedre

Grovt sett kan man dele innspillene og vurderingene av tiltak i tre hovedkategorier: Lokale kliniksjefer med totalansvar for geografiske klinikker i Narvik og Harstad, mindre justeringer innenfor dagens struktur uten at det etableres stedlig leder og en modell med stedlig lokal driftsleder for Narvik og Harstad innenfor dagens klinikkstruktur. I tillegg kom det en del generelle innspill som kan vurderes uavhengig av organisasjonsmodell.

### 3.3 Lokal kliniksjeff med totalansvar for geografiske klinikker i Narvik og Harstad (forslag 1)

Flere innspill som vurderer at UNN ikke har en organisasjons- og lederstruktur som ivaretar kravet om stedlig ledelse, retter fokuset mot en løsning der man etablerer én stedlig leder (kliniksjeff). I innspillene konkretiseres dette med at den stedlige lederen må ha totalansvar for- og beslutningsmyndighet innenfor økonomi- (budsjett), fag- og personalansvar og rapportere direkte til direktøren. I ett av disse innspillene trekkes Ringerike sykehus frem som et eksempel der dette er gjort på en måte som samtidig sikrer gjennomgående faglig ledelse.

Arbeidsgruppen tolker hovedbudskapet eller retningen i disse innspillene dithen at man i praksis foreslår en lokal kliniksjeff for virksomheten lokalisert henholdsvis ved UNN Harstad og UNN Narvik, og med en Klinikk UNN Harstad og Klinikk UNN Narvik.

Arbeidsgruppens vurdering av en slik løsning er at det klart vil styrke stedlig ledelse ved UNN Narvik og UNN Harstad ved å gi en tydelig og tilstedeværende leder for lokalisasjon. En lokal kliniksjeff, i en geografisk avgrenset klinikk, vil på en bedre måte enn i dag ha mulighet til å



kunne håndtere tverrgående oppgaver lokalt gjennom nærhet/kjennskap til problemstillingene og ved at ansvaret kan knyttes konkret til rollen. Det vil være naturlig at en lokal klinikksjef har godt kjennskap til lokale forhold eller ha mulighet til å tilegne seg dette raskt. For eksterne samarbeidspartnere, og på lokale samhandlingsarenaer, vil en lokal klinikksjef være et naturlig og tydelig kontaktpunkt med formell beslutningsmyndighet.

En slik løsning vil imidlertid utfordre den tverrgående klinikkstrukturen og kanskje rokke ved eller bryte med den. Konsekvensene blir store for de øvrige klinikker, men hensyn til størrelse og faglig innhold.

Arbeidsgruppen vurderer dette tiltaket som en betydelig og omfattende endring som vil kreve et stort, gjennomgående organisasjonsutviklingsarbeid i hele UNN.

En slik OU-prosess vil legge beslag på store ressursers i organisasjonen, i en tid hvor UNN allerede er hardt presset som følge av mange pågående IKT- og byggeprosjekter. Tiltaket vurderes av arbeidsgruppen som ikke tilrådelig.

### 3.4 Mindre justeringer innenfor dagens struktur (forslag 2)

Innspillene som vurderer at UNN har en overordnet organisasjonsmodell som ivaretar kravet om stedlig ledelse retter samtidig fokuset mot justerende tiltak for forbedringer innenfor eksisterende organisasjonsstruktur. Enkelte innspill peker på at det vil være nødvendig med konkrete tiltak for at dagen organisasjonsmodell i praksis skal fungere på en måte som ivaretar kravet om stedlig ledelse.

Innspillene foreslår at driftsrådslederens rolle bør styrkes ved at funksjonsbeskrivelse for rollen tydeliggjøres. Mandatet for driftsrådet må også klargjøres med hensyn til ansvar og myndighet.

Arbeidsgruppen mener at mange av tiltakene som kommer opp her er viktige og gode, men vurderer at det må gjøres enda tydeligere grep for å ivareta stedlig ledelse ved UNN Harstad og UNN Narvik på en tilfredsstillende måte.

Flere av de foreslåtte tiltakene i denne kategorien vurderes som gode og vil direkte eller indirekte kunne styrke UNNs mulighet til å ivareta stedlig ledelse på en bedre måte enn i dag uten at de kan knyttes direkte til arbeidsgruppens mandat. Disse tiltakene er derfor tatt med i rapporten (jf. avsnitt 3.6) som generelle innspill til direktøren for videre oppfølging.

### 3.5 Etablere stedlig driftsledelse ved UNN Narvik og UNN Harstad (forslag 3)

Flere av innspillene som peker på behovet for en tydelig stedlig lederrolle, gjør dette uten å konkretisere om de mener dette er en lokal klinikksjef som beskrevet i 3.3 eller om det foreslås en stedlig leder innenfor dagens organisasjonsmodell med klinikkgjennomgående struktur på tvers i organisasjonen. Arbeidsgruppen opplever at innspillene mest av alt er opptatt av at UNN etablerer roller og strukturer på en slik måte at det oppleves å gi reell stedlig ledelse som kan imøtekomme utfordringsbilde som tegnes.

For å få dette til er det nødvendig med et styrket lokalt driftsråd som er i stand til å utnytte den samlede beslutningsmyndigheten som allerede ligger i rådet i kraft av dets medlemmer, og gjøre rådet til et effektivt beslutningsorgan innenfor sitt handlingsrom. Det er også nødvendig å tydeliggjøre hvordan klinikkovergrepene, med et lokalt utspring som ligger utenfor handlingsrommet, skal behandles i UNN.





Det er arbeidsgruppens vurdering at det både er ønskelig og mulig å etablere en modell med en tydelig stedlige lederrolle, og et styrket lokalt driftsrådet som ivaretar stedlig ledelse, uten at modellen kommer i konflikt med UNNs overordnede organisasjonsmodell og kravet om enhetlig ledelse.

### 3.5.1 En tydelig stedlig lederrolle og et styrket lokalt lederteam

En av utfordringene ved dagens driftsråd er at medlemmene ikke ser, eller får utnyttet, den faktiske beslutningsmyndighet som allerede ligger i deres linjelederrolle.

For å tydeliggjøre driftsrådernes funksjon som besluttende organ og myndighetsområde knyttet til lokalisasjon, bør rådet endre status og navn til noe som viser til funksjonen som et *tverrfaglig lokalt lederteam*. Det tverrfaglige lederteamet har, på sin lokalisasjon, ansvar og beslutningsmyndighet tilsvarende summen av de enkelte medlemmenes linjeledelsesansvar og myndighet. Navnet skal også vise til det koordinerende ansvar som ligger i å være linjeleder på samme lokalisasjon. Det foreslås å benevne de tverrfaglige lokale lederteamene for *Lederteam UNN Harstad* og *Lederteam UNN Narvik*. Mandatet bør gjennomgås og tydeliggjøres.

For å sikre lik representasjon med hensyn til ledernivå i de lokale lederteamene foreslås å gjøre alle kliniske seksjoner med inneliggende pasienter om til avdelinger og lederne av disse til avdelingsledere. I praksis vil dette for Harstad være Fysikalsk- og rehabiliteringsmedisinsk seksjon og Ortopedisk Dag/døgn/poliklinisk seksjon i NOR- klinikken, og Føde/Gyn seksjon i K3K. I Narvik vil det omfatte Føde/Gyn seksjon i K3K. Etableringen av avdelingene skal rydde i uklarheter og skjevheter knyttet til organisatorisk plassering og beslutningsmyndighet lokalt, og sikre representasjon i klinikkledelsen i respektive klinikker. For å styrke modellen foreslås det også at seksjonsledere for kliniske seksjoner, som ikke allerede er representert ved en avdelingsleder, møter i lokalt lederteam. Det vil sikre tverrfaglig representasjon fra ledere på alle sentrale kliniske fagområder. Representasjon av øvrige lokale ledere i lokalt lederteam vil måtte sees på ut fra hva som vurderes som hensiktsmessig lokalt. Arbeidsgruppen foreslår at leder av lokalt lederteammøte, innenfor ovennevnte rammer, får fullmakt til å sette sammen et funksjonelt team med øvrige lokale ledere.

For å knytte de lokale lederteamene og dets medlemmer til overordnet organisasjonsmodell i UNN, er det en forutsetning at enhetlig teambasert ledelse etableres og praktiseres slik det er beskrevet i UNN-boka. I dette ligger det at stedlige avdelingsledere deltar i klinikkledelsens møter og at stedlige seksjonsledere deltar i avdelingsledermøter.

Organiseringen av Psykiske helse- og rusklinikken har en struktur som virker å fungere godt med hensyn til å ivareta stedlig ledelse. Klinikken har en særlig utfordring med mange mindre lokalisasjoner og er avhengig av at man har en linje og lederteamstruktur som fungerer godt og etter intensjonen. Utredningsarbeidet har avdekket at psykisk helse og rus bør komme fast og systematisk inn i de nye, lokale lederteamene. I dag er deltagelsen i driftsrådene for sporadisk.

Driftsrådene møtes i dag ca. en gang i måneden og uavhengig av eller frakoblet UNNs øvrige møtестruktur på foretaksnivå. Dette oppleves å være for sjelden og gir ikke tilstrekkelig kontinuitet i arbeidet. Arbeidsgruppen foreslår at lokalt lederteam møtes oftere, og at møtene tilordnes UNNs årshjul slik at de kommer med riktig innhold, til rett tid, i forhold til øvrige foretaksovergrepene møteaktiviteter. Dette vil sikre aktualitet i arbeidet og at saker ikke blir liggende for lenge. I tillegg vil det gi god saksflyt i saker som bør inn i UNNs beslutningsstruktur på foretaksnivå. Det bør vurderes om det skal være faste, obligatoriske saker på sakslisten til lederteammøtene i Harstad og Narvik.



Videre foreslår arbeidsgruppen at det etableres en ny stilling som lokal teamleder for hver lokalisasjon. Stillingen foreslås å ha en overordnet koordinerende rolle, samt ansvaret for å lede lokalt lederteam. Det foreslås at stillingene benevnes *teamleder UNN Harstad* og *teamleder UNN Narvik*. Dagens ordning med at en av avdelingslederne, på rulling, har ansvaret for å lede lokalt driftsråd en gang pr måned, er krevende på toppen av egen lederstilling. Rollen som lokal teamleder bør etableres som full stilling. Dette vil tilføre nødvendig kapasitet til å fylle rollen som bindeledd og representant for lokalisasjonen på en god måte. Samtidig oppnår man at stillingen blir klinikkavhengig. Det siste er viktig for at man skal oppnå legitimitet innad i organisasjonen og fremstå som nøytral utad. Personen som innehar rollen må med andre ord representere hele lokalisasjonen. Etableringen av en lokal teamleder foreslås å erstatte dagens ordning i driftsrådene med representasjon av en klinikk sjef på rulling som bindeledd mellom foretaksledelsen og lokalt driftsråd. Dette vil frigjøre lederkapasitet hos klinikk sjef. Den lokale teamlederen vil følgelig også avlaste avdelingslederne som nå ruller på å inneha rollen som driftsrådsleder.

Lokal teamleder bør gis ansvar for at teamet fungerer etter formålet og at teamet fatter beslutninger innenfor teamets myndighets- og ansvarsområde. For større saker, eller saker som brer seg på tvers av klinikkstrukturen, og som lokalt lederteam selvstendig ikke kan fatte en endelig beslutning i, har lokal teamleder ansvar for å bringe videre i UNNs beslutningsstruktur. For å kunne ivareta denne delen av rollen på en handlekraftig måte foreslås det at de lokale teamlederne i Harstad og Narvik blir faste medlemmer i direktørens stabsmøte. Deltagelsen kan være via skype. Deltagelse i stabsmøtet vil sikre at saker som ikke kan besluttet lokalt blir ivaretatt, enten ved at stabsmøte behandler og finner løsning på saken, eller at den går videre til direktørens ledergruppe som beslutningssak. Arbeidsgruppen foreslår at lokal teamleder møter i direktørens ledergruppe på saker som angår lokalisasjonen spesielt. Det bør i tillegg vurderes om de lokale teamlederne bør delta i andre fora/møter på foretaksnivå som Kvalitetsutvalget, AMU og lignende.

I forlengelsen av diskusjonen rundt representasjon inn mot sykehusets toppledelse ønsker arbeidsgruppen å fremheve viktigheten av å løse saker på enklest mulig vis. Lokal teamleder bør derfor søke å finne løsninger på utfordringer ved å kontakte en eller flere klinikk sjef direkte der dette vurderes å være tilstrekkelig for å fatte formålstjenlige beslutninger.

Teamlederstillingen skal ikke være en lederrolle i tradisjonell forstand med totalansvar for driften på lokalisasjonen. Teamleder skal ikke «trække i bedet» til klinikk sjefene og de oppgaver som tillegges funksjonen må derfor beskrives tydelig i en stillingsbeskrivelse. Det må sikres at rollen ikke bryter med kravet om enhetlig ledelse eller skaper uklarheter ute i organisasjonen om innholdet i funksjon.

To viktige ansvarsområder vil være koordinering på tvers og representasjon utad på saker som gjelder hele lokalisasjonen. Andre ansvarsområder vil være å inneha kontaktpunktansvar, være lokalisasjonens bindeledd opp mot klinikk sjefene i saker som angår flere klinikker, være ansvarlig for å følge opp og koordinere saker som angår flere eller alle enheter lokalt og delta i samarbeidsmøter med vertskommunen. Dette er eksempler på oppgaver og områder som bør legges til stillingen, men eksemplene er ikke uttømmende.

Det vil knytte seg utfordringer til rollen som lokal teamleder. Både i form av å få ut ledelsespotensiale som ligger i summen av lokale ledes samlede beslutningsmyndighet, men også opp mot forventinger til rollen om å representere større lokale behov på tvers og balansere disse som medlem i direktørens stabsmøte. Arbeidsgruppen vurderer at personen som skal ikle



rollen bør ha særlig gode lederegenskaper der helsefaglig bakgrunn er en fordel, men ikke påkrevd. Det vil imidlertid være viktig å ha god kjennskap til spesialisthelsetjenesten og lokale forhold. Det vil i tillegg være nødvendig at personen har tilstrekkelig kompetanse, erfaring og de egenskaper som kreves for å kunne styrke arbeidet i sykehusets toppledelse. Arbeidsgruppen har ikke tatt stilling hvor stillingene som teamledere skal forankres organisatorisk.

De lokale driftsrådene disponerer i dag kr 100 000, i tillegg til de midler som ligger i de ulike enheters budsjett. Det bør vurderes om lokalt lederteam skal disponere egne budsjettmidler ut over de 100 000 som allerede er til disposisjon, til definerte, lokalspesifikke tiltak slik at mindre tverrgående saker kan løses raskt og smidig på lavest mulig nivå. Beslutninger eller ønsker som er tverrgående og krever økonomisk dekning ut over det som kan løses lokalt, legges frem for sykehusledelsen og behandles lik tilsvarende saker i foretaket forøvrig.

For å forsterke forbedringsarbeidet lokalt, knyttet til både pasient- og ansattesaker, foreslås det å etablere lokale KVAM-utvalg for UNN Harstad og UNN Narvik som kan behandle saker som berører flere klinikker og avdelinger lokalt. Det må defineres tydelig hvilke saker som skal behandles i klinikkens KVAM-struktur og hvilke som skal behandles i de lokale KVAM-utvalg. Det bør i tillegg vurderes om det er hensiktsmessig at teamleder har egne møter med hovedtillitsvalgte og verneombud.

Arbeidsgruppen foreslår at de lokale lederteamene brukes som høringsinstans i saker som er aktuelle lokalt.

Arbeidsgruppens forslag til modell foreslås evaluert etter ett års drift. Samtidig bør det gjøres nødvendige forbedringer/korrigeringer fortløpende ved behov.

### 3.6 Andre forbedringstiltak

Som nevnt er det kommet frem forslag på tiltak som ikke direkte kan knyttes til arbeidsgruppens mandat, men som direkte eller indirekte kan styrke UNNs drift lokalt i Harstad og Narvik. Disse er listet opp her:

- En totaloversikt over lokalisasjonene Harstad og Narvik hvor det fremkommer hvilke enheter som er der, deres kontaktinformasjon og hvem som er leder for disse.
- Evaluere og vurdere om dagens organisering av sengeposten ved UNN Narvik er hensiktsmessig jf krav om enhetlig ledelse. Det beskrives mange lokale driftsutfordringer knyttet til dagens organisering. Sengeposten er stor og kompleks med en lederstruktur der man har samlet både medisinske og kirurgiske pasienter innenfor linjestrukturen i Medisinsk klinikk. Sengepostens størrelse, og den store spredning i fagområder, er i seg selv en ledelsesmessig utfordring. Det er også utfordringer knyttet til organiseringen ved at én seksjon ledes av to seksjonssykepleiere på samme ledernivå som i praksis har delt personalgruppen likt mellom seg.
- Stille krav om jevnlig og systematisk direkte kontakt / tilstedeværelse av aktuelle kliniksjefer ved alle UNNs lokalisasjoner.
- Vurdere om stabsfunksjoner kan sikres bedre med fast, lokal lederstøtte spesielt i Narvik. Manglende lederstøtte lokalt i dag. Det beskrives i tillegg å være utfordrende å få tilgang på lederstøtte fra sentrale stabsenheter når en henvender seg til Tromsø.
- En gjennomgang i klinikkene av hvordan prinsippet om enhetlig teambasert ledelse praktiseres. Det påpekes som svært uheldig og problematiske at ikke alle avdelingsledere



gjennomfører jevnlig avdelingslederteammøter. Dette gjør at linjestrukturen med teambasert ledelse ikke fungerer etter intensjonen.

- En organisasjonsgjennomgang der de ulike klinikkene gjennomgås (jf ledermøtesak 143/16). utfordringer knyttet til stedlig ledelse bør bli en dimensjon i dette arbeidet.

#### 4 Oppsummering med anbefaling

Arbeidsgruppens har med utgangspunkt i mandatet beskrevet og utredet UNNs organisering og hvordan stedlig ledelse ivaretas.

I arbeidets første del ble UNNs organisering beskrevet med en systematisk gjennomgang av overordnet organisasjonsmodell og hvordan denne konkret ivaretar stedlig ledelse. Ut fra forståelse av mandatet ble det lagt særlig fokus på hvordan stedlig ledelse ivaretas ved UNN Harstad og UNN Narvik. Beskrivelsen dannet grunnlaget for et innspillsnotat, som i all hovedsak er gjengitt i kapittel 2, og en innspillsrunde der eksterne og interne interessenter ble invitert til å gi innspill på dagens organisering. Innspillsrunden avdekket ulike synspunkter og vurderinger av hvor vidt UNN ivaretar stedlig ledelsen (jf vedlegg 3 og 4). Flere mente at UNN i dag ikke tilfredsstillt kravet om stedlig ledelse ved lokalisasjonene i Harstad og Narvik, mens andre igjen mente at dagens modell ivaretar dette på en måte som også sikrer like tjenester og lik kvalitet i hele foretaket. Felles for innspillene var at alle mente å ha forslag til forbedringer som vil styrke og forbedre stedlig ledelse ved UNN.

Arbeidsgruppen har i sitt arbeid tatt utgangspunkt i utfordringsbildet som tegnes og forbedringsforslagene som er kommet, og på det grunnlag lagt frem en modell som gruppen mener vil ivareta stedlig ledelse ved UNN Harstad og UNN Narvik på en bedre måte enn i dag.

En samlet arbeidsgruppe anbefaler at man etablerer en modell med en stedlig driftsledelse ved UNN Narvik og UNN Harstad som beskrevet i 3.5.

Hovedprinsippene i forslaget er:

- Det opprettes stillinger som teamledere i UNN Harstad og UNN Narvik innenfor dagens klinikkstruktur
- Teamlederstillingen skal ikke være lederstillinger i tradisjonell forstand med totalansvar for driften på lokalisasjonen, men gis en overordnet koordinerende rolle samt ansvar for representasjon utad på saker som gjelder hele lokalisasjonen
- Etablering av styrkede, stedlige beslutningsorgan, med benevnelse Lederteam UNN Harstad og Lederteam UNN Narvik
- Ytterligere harmonisering av organisasjonsnivåene ved UNN Harstad og UNN Narvik hvor alle organisatoriske enheter som har inneliggende pasienter blir avdelinger med avdelingsleder lokalt
- Teamleder gis ansvar for å lede lokalt lederteamsmøte
- Lokalt lederteam møtes oftere, og møtene tilordnes UNNs årshjul slik at de kommer med riktig innhold, til rett tid, i forhold til øvrige foretaksovergrepene møteaktiviteter
- Teamlederne blir faste medlemmer i direktørens stabsmøte
- Teamlederne møter i direktørens ledergruppe på saker som angår lokalisasjonen spesielt
- For å forsterke forbedringsarbeidet lokalt, knyttet til både pasient- og ansatt saker, foreslås det å etableres lokale KVAM-utvalg for UNN Harstad og UNN Narvik som kan behandle saker som berører flere klinikker og avdelinger lokalt



Arbeidsgruppen mener at forbedringene som foreslås er svært viktig for å få til en styrking av stedlig ledelse i UNN Harstad og UNN Narvik og anbefaler at tiltakene iverksettes så raskt som mulig etter styrebehandling i Helse Nord RHF.

Tiltak under punkt 3.6 bør følges opp så raskt som mulig, uavhengig av styrevedtaket.



## Vedlegg

Vedlegg 1: Innspillbrev. 7.11.2016 (ettersendt 23.11.2016)

Vedlegg 2: Liste over interne og eksterne interessenter

Vedlegg 3: Samledokument med samtlige 25 innspill i sin helhet

Vedlegg 4: Oversikt over innspillssvar

Vedlegg 5: Organisasjonskart: UNN HF, Klinikker, senter og staber

## Bakgrunnsdokumenter i utredningsarbeidet – Stedlig ledelse

Lov om spesialisthelsetjenesten §3-9 Ledelse i sykehus

Helseforetaksloven § 1. Lovens og helseforetakenes formål

1. Universitetssykehuset i Nord-Norge. Styresak 84/2007. Ny organisasjonsmodell for UNN HF. 17.12.2007
2. Universitetssykehuset i Nord Norge. Styresak 84/2007. Protokoll styremøte. 17.12.2007
3. Helse og omsorgsdepartementet. Rundskriv I-2/2013. Lederansvar i sykehus. Oslo 28.5.2013
4. Oxford Research AS. Evaluering av LUO-prosjektet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF. 14.12.12
5. Universitetssykehuset i Nord Norge. Beslutningsnotat v/direktøren. Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken og Operasjons- og intensivklinikken seksjoner i Harstad og Narvik vurderes omgjort til avdelinger (pkt 1). 4.3.2014
6. Universitetssykehuset i Nord Norge. Beslutningsnotat v/direktøren. Arbeid med å etablere lokale driftsråd ved UNN Harstad og UNN Narvik effektueres (pkt 2). 1.4.2014
7. Universitetssykehuset i Nord Norge. UNN-boka. Juni 2015
8. Helse og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 11. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019). Oslo 2015
9. Helse- og omsorgskomiteen, Stortinget, Innst. 206 S 2015-2016. Oslo 10.3.2016
10. Helse Nord RHF. Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord RHF. Bodø 4.5.2016
11. Helse Nord RHF. Styresak 60-2016. Nasjonal helse- og sykehusplan – mandat for det videre arbeidet. Helse Nord RHF. Bodø. 5.7.2016
12. Universitetssykehuset i Nord Norge. Ledermøtesak 115.15. Evaluering av lokalt driftsråd UNN Narvik og UNN Harstad. 25.8.2015
13. Universitetssykehuset i Nord Norge. Mandat for lokale driftsråd ved UNN Harstad og UNN Narvik. Revidert i henhold til vedtak i direktørens ledermøte 25.8.2015 sak 115.15
14. Universitetssykehuset i Nord Norge. Beslutningsnotat fra direktøren. Budsjettmidler til driftsrådene m.m. 20.9.2016





## Vedlegg 1

Adressater ifølge liste

Deres ref.:

Vår ref.:  
2016/5422-1

Saksbehandler/dir.tff.:  
Marit Lind, 77626071

Dato:  
07.11.2016

## Nasjonal helse- og sykehusplan - stedlig ledelse. Invitasjon til innspillsrunde

### Bakgrunn

I oppfølgingen av nasjonal helse- og sykehusplan er helseforetakene bedt om å gjennomføre et arbeid som skal utrede/beskrive organiseringen av helseforetaket og hvordan stedlig ledelse ivaretas, jf. krav om en leder på alle nivå, jf. Specialisthelsetjenesteloven § 3-9.

Arbeidet skal baseres på åpenhet, kommunikasjon, medvirkning og involvering av brukere/pårørende, tillitsvalgte og samarbeidsaktører. Berørte interesser skal kunne delta i høringsprosesser før helseforetakene gjør sine anbefalinger.

### Invitasjon til innspillsrunde

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) inviterer til en innspillsrunde, i perioden **7.11.2016 t.o.m. 22.11.2016**, der det bes om innspill og vurderinger på konkrete punkter. Innspillpunktene er ikke ekskluderende for andre tema eller vinklinger, men skal sikre at vi får synspunkter og vurderinger som er viktige for det videre utredningsarbeidet. Ønsker dere å gi innspill utover det som oppleves etterspurt i innspillpunktene imøteses disse.

### Prosess

I UNN er det etablert et prosjekt med en arbeidsgruppe som skal ivareta arbeidet med å beskrive og utrede stedlig ledelse.

Det er lagt opp til en tredelt prosess:

1. Utarbeiding av innspillsnotatet som beskriver dagens organisering av Universitetssykehuset i Nord-Norge HF og hvordan stedlig ledelse ivaretas. Innspillsnotatet danner utgangspunktet for den eksterne og interne innspillsrunden og ligger vedlagt.
2. Innspillsrunde der eksterne interessenter og medarbeidere i UNN inviteres til å kommentere og vurdere dagens organisering av UNN, og hvordan stedlig ledelse ivaretas.
3. Arbeidsgruppen går igjennom innspill som kommer inn og gir sin samlede vurdering av hvordan stedlig ledelse ivaretas i UNN med en endelig rapport til direktøren.



**Leseveiledning til innspillsnotatet «Dagens organisering av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og hvordan stedlig ledelse ivaretas»**

UNN har i dag en gjennomgående klinikkstruktur med stedlig ledelse på lavere nivå i organisasjonen. Innspillsnotatet beskriver hvordan organisasjonsmodellen er operasjonalisert med vekt på hvordan stedlig ledelse ivaretas ved lokalsykehusene. Innledningsvis i notatet gjøres en begrepsavklaring på sentrale begrep i diskusjonen rundt stedlig ledelse av sykehusene.

For referanser, bakgrunnsdokumenter og annen relevant informasjon vises det til egen internettside. Her finner dere også en tidslinje som viser UNN i utvikling og hvor de ulike dokumentene hører hjemme i tid. Tidslinjen har også sidereferanser til de ulike dokumentene som er sentrale for arbeidet.

Internettside: <https://unn.no/om-oss/nasjonal-helse-og-sykehusplan>

Ansatte ved UNN vil komme til samme informasjon via forsiden på vårt intranett.

**Innspillpunkter**

I innspillsrunden ønsker vi at dere særlig vurderer og kommenterer:

- I hvilken grad vurderes den beskrevne organisasjonsmodellen ved UNN å ivareta stedlig ledelse slik det er omtalt i st.meld 11 (jf. dok. 8) og i protokollen fra foretaksmøte (jf. dok. 10)?
- I hvilken grad og/eller på hvilke måte opplever man at dagens organisasjonsmodell fungerer i praksis?
- Hva vil kunne være eventuelle tiltak for å ivareta stedlig ledelse bedre?

Frist for innspill er satt til og med **22.11.2016**.

Innspill sendes til:  
[sykehusplan@unn.no](mailto:sykehusplan@unn.no)

**Videre prosess**

Arbeidsgruppen vil, på bakgrunn av organisasjonsbeskrivelsen og innspillsrunden, ferdigstille en rapport som beskriver og utreder organiseringen av UNN og hvordan stedlig ledelse ivaretas. På bakgrunn av vurderingene som gjøres i utredningen vil rapporten fremme eventuelle forslag til forbedringer.

Rapporten oversendes administrerende direktør som legger saken frem for UNNs styre 8.2.2017.

Endelig sak oversendes Helse Nord RHF 10.2.2017.

Vi imøteser innspill til det videre arbeidet.

Med vennlig hilsen



Marit Lind

visadministrerende direktør

Universitetssykehuset Nord-Norge HF



## Vedlegg 2

## NASJONAL HELSE OG SYKEHUSPLAN – STEDLIG LEDELSE

Liste over interessenter som inviteres til innspillrunden ved Universitetssykehuset i Nord-Norge

Interne interessenter		
Navn	Kontakt	Elektronisk kontaktinfo
Brukerutvalget i UNN	Cathrin Carlyle	Cathrin.carlyle@unn.no
Driftsrådet i Harstad	Ved sekretær	Anne-Jorun.Smaback@unn.no
Driftsrådet i Narvik	Ved sekretær	Eva.Ann.Farstad@unn.no
Klinikkene i UNN	Ved klinikk sjef og klinikk rådgiver	klinikkraadgivere@unn.no
Foretakstillitvalgte/ Foretakshovedverneombud		ftv@unn.no
Alle medarbeidere i UNN	Gir innspill via Internett/intranettportal	sykehusplan@unn.no

Ekstern interessenter			
Navn	Adresse 1	Adresse 2	Elektronisk
Overordnet samarbeidsorgan (OSO) – Universitetssykehuset Nord-Norge	v/Magne Nicolaisen og Beate Nyheim		Oso.sekretariat@unn.no
Narvik kommune	Narvik kommune, postboks 64	8501 Narvik	postmottak@narvik.kommune.no
Harstad kommune	Harstad kommune c/o Postmottak, Postboks 1000	9479 Harstad	postmottak@harstad.kommune.no
Tromsø kommune	Tromsø kommune Rådhuset, Postboks 6900	9299 Tromsø	postmottak@tromso.kommune.no
Midt-Troms regionråd	Midt-Troms regionråd, Postboks 602	9305 Finnsnes	lse@midt-troms.no
Ofoten regionråd	Ofoten regionråd, v/ Narvik kommune	8512 Narvik	post@ofotraadet.no
Sør-Troms regionråd	Harstad kommune c/o postmottak, pb 1000, (NB! Merk konvolutt med Sør-Troms regionråd)	9479 Harstad	post@strr.no
Finnmarkssykehuset HF	Finnmarkssykehuset HF, Sykehusveien 35	9601 Hammerfest	postmottak@finnmarkssykehuset.no
Nordlandssykehuset HF	Nordlandssykehuset HF Postboks 1480	8092 Bodø	postmottak@nlsh.no
Helgelandssykehuset HF	Helgelandssykehuset HF Postboks 601	8607 Mo i Rana	postmottak@helgelandssykehuset.no



Sykehusapoteket Nord HF	Sykehusapotek Nord HF Postboks 6147, Langnes	9291 Tromsø	Foretak@sykehusapotek-nord.no
Helse Nord IKT	Helse Nord IKT, Postboks 6444,	9294 Tromsø	post@hnikt.no

## Merknad:

Alle kommuner i UNN nedslagsområde ble føyet til i listen 23.11.2016.



Vedlegg 3

Viseadministrerende direktør Marit Lind

Deres ref.:  
2016/5422

Vår ref.:

Saksbehandler/dir.tlf.:

Dato:  
16.11.16

### HØRINGSUTTALELSE – Nasjonal helse- og sykehusplan – stedlig ledelse

Lokalt driftsråd UNN Harstad har i ekstraordinært møte 15.11.16 behandlet saken om nasjonal helse- og sykehusplan – stedlig ledelse og avgir følgende høringsuttalelse:

*«Lokalt driftsråd UNN Harstad anser seg som et samarbeidsorgan for lokale ledere ved UNN Harstad. Vi er en høringsinstans og et rådgivende organ, og fungerer ikke som stedlig ledelse.*

*Driftsrådets beslutningsmyndighet er ifølge mandatet begrenset til de respektive medlemmenes myndighetsområde. Vi vil således ikke kunne foreta klinikkovergripende beslutninger.*

*Driftsrådet mener organiseringen i UNN ikke oppfyller Stortingets intensjon i vedtaket om stedlig ledelse.*

*For å få lik representasjon i besluttende organer, uavhengig av klinikkstruktur, må seksjonene omgjøres til avdelinger.*

*Det eneste ledernivået som kan ta reelle tverrgående beslutninger for lokalsykehuset UNN Harstad, og dermed utøve stedlig ledelse, er klinikkledernivået.*

*UNN Harstad bør derfor utredes for en lokal leder på klinikkledernivå.»*

I tråd med anbefaling fra viseadministrerende direktør var tillitsvalgte og vernetjenesten invitert til møtet. Geir Magne Johnsen, hovedtillitsvalgt NSF deltok.

Driftsrådet fikk seg forelagt et opprop fra legekollegiet og dette følger som vedlegg.

Med vennlig hilsen

På vegne av - div Fingjord,

Lokalt driftsråd UNN Harstad

Vedlegg: Opprop fra legekollegiet

## Uttalelse vedrørende behov for stedlig ledelse ved UNN Harstad

Stedlig ledelse er en sak vi oppfatter som svært viktig for UNN Harstad. Ansatte ved sykehuset rapporterer om truende svikt i kvalitet og effektivitet som tilskrives mangel på stedlig ledelse. Det er mange eksempler på dette, bl.a. utbedringer etter katastrofeøvelser, portørtjenester og sikkerhet for ansatte og pasienter.

Vi mener organiseringen i UNN ikke oppfyller Stortingets klare intensjon i sitt vedtak om stedlig ledelse i behandlingen av Nasjonal sykehusplan for Harstad sykehus. Det ble presisert også i foretaksmøtet at det ved tverrgående klinikkstruktur skal påseses ... «at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse»..

Driftsrådet kan fungere som et koordinerende organ, men har ingen beslutningsmyndighet ut over den de lokale seksjons- og avdelingsledere allerede har. Det eneste ledernivå som kan ta reelle tverrgående beslutninger for sykehuset i Harstad, og dermed utøve reell stedlig ledelse, er klinikkledernivået. Ingen av de lokale lederne ved Harstad sykehus er på dette nivået.

**Vi mener derfor at UNN Harstad MÅ utredes for en lokal ledelse på klinikkledernivå tilsvarende f.eks Ringerike sykehus samtidig som man sikrer gjennomgående faglig ledelse i pasientbehandlingen. Vi oppfordrer Driftsrådet til å fremme et slikt forslag opp mot ledelsen ved UNN.**

Leger ved Røntgenavdeling UNN Harstad

Therese B. Iversen

Trude Mortensen

For rehabiliteringsavdelingen

Yvonne Heiberg  
Jan Helge Fosgerau  
Anita Gjerdme



## Uttalelse vedrørende behov for stedlig ledelse ved UNN Harstad

Stedlig ledelse er en sak vi oppfatter som svært viktig for UNN Harstad. Ansatte ved sykehuset rapporterer om truende svikt i kvalitet og effektivitet som tilskrives mangel på stedlig ledelse. Det er mange eksempler på dette, bl.a. utbedringer etter katastrofeøvelser, portørtjenester og sikkerhet for ansatte og pasienter.

Vi mener organiseringen i UNN ikke oppfyller Stortingets klare intensjon i sitt vedtak om stedlig ledelse i behandlingen av Nasjonal sykehusplan for Harstad sykehus. Det ble presisert også i foretaksmøtet at det ved tverrgående klinikkstruktur skal påses ... «at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse»..

Driftsrådet kan fungere som et koordinerende organ, men har ingen beslutningsmyndighet ut over den de lokale seksjons- og avdelingsledere allerede har. Det eneste ledernivå som kan ta reelle tverrgående beslutninger for sykehuset i Harstad, og dermed utøve reell stedlig ledelse, er klinikkledernivået. Ingen av de lokale lederne ved Harstad sykehus er på dette nivået.

**Vi mener derfor at UNN Harstad MÅ utredes for en lokal ledelse på klinikkledernivå tilsvarende f.eks Ringerike sykehus samtidig som man sikrer gjennomgående faglig ledelse i pasientbehandlingen. Vi oppfordrer Driftsrådet til å fremme et slikt forslag opp mot ledelsen ved UNN.**

Leger ved Medisinsk avdeling UNN Harstad

Karamjit K Singh  
Mara Seafic Fjellstad  
Helle Eitelsen  
Pyrim Andre  
Odd Vidar Andreassen  
Luca Schwenke  
Liv Byggenes  
Linn Oftens lie  
Robert Jan  
Tinne M Caspersen

P. Nyman  
JMM  
Gellu

Karoline Hensrud Sundsvold  
Kristine Hestegjindberg  
Srdel F Karsela  
Oda Schiager Witt.  
Marie Drageth  
Tore Kolbeins  
Stian Hallén  
Bionan Sm  
Leve S Nu  
Peder John  
Jan Jansen



## Uttalelse vedrørende behov for stedlig ledelse ved UNN Harstad

Stedlig ledelse er en sak vi oppfatter som svært viktig for UNN Harstad. Ansatte ved sykehuset rapporterer om truende svikt i kvalitet og effektivitet som tilskrives mangel på stedlig ledelse. Det er mange eksempler på dette, bl.a. utbedringer etter katastrofeøvelser, portørtjenester og sikkerhet for ansatte og pasienter.

Vi mener organiseringen i UNN ikke oppfyller Stortingets klare intensjon i sitt vedtak om stedlig ledelse i behandlingen av Nasjonal sykehusplan for Harstad sykehus. Det ble presisert også i foretaksmøtet at det ved tverrgående klinikkstruktur skal påses ... «at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse»..

Driftsrådet kan fungere som et koordinerende organ, men har ingen beslutningsmyndighet ut over den de lokale seksjons- og avdelingsledere allerede har. Det eneste ledernivå som kan ta reelle tverrgående beslutninger for sykehuset i Harstad, og dermed utøve reell stedlig ledelse, er klinikkledernivået. Ingen av de lokale lederne ved Harstad sykehus er på dette nivået.

**Vi mener derfor at UNN Harstad MÅ utredes for en lokal ledelse på klinikkledernivå tilsvarende f.eks Ringerike sykehus samtidig som man sikrer gjennomgående faglig ledelse i pasientbehandlingen. Vi oppfordrer Driftsrådet til å fremme et slikt forslag opp mot ledelsen ved UNN.**

Leger ved Gynekologisk avdeling UNN Harstad

Camilla Rossett Kleveland  
Katharina Kleveland  
Hans Kvepstad  
Hallvard Fjellum  
Ronnveig E. Løkke

## Uttalelse vedrørende behov for stedlig ledelse ved UNN Harstad

Stedlig ledelse er en sak vi oppfatter som svært viktig for UNN Harstad . Ansatte ved sykehuset rapporterer om truende svikt i kvalitet og effektivitet som tilskrives mangel på stedlig ledelse. Det er mange eksempler på dette, bl.a. utbedringer etter katastrofeøvelser, portørtjenester og sikkerhet for ansatte og pasienter.

Vi mener organiseringen i UNN ikke oppfyller Stortingets klare intensjon i sitt vedtak om stedlig ledelse i behandlingen av Nasjonal sykehusplan for UNN Harstad. Det ble presisert også i foretaksmøtet at det ved tverrgående klinikkstruktur skal påsees ... «*at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse*»..

Driftsrådet kan fungere som et koordinerende organ, men har ingen beslutningsmyndighet ut over den de lokale seksjons- og avdelingsledere allerede har. Det eneste ledernivå som kan ta reelle tverrgående beslutninger for sykehuset i Harstad, og dermed utøve reell stedlig ledelse, er klinikkledernivået. Ingen av de lokale lederne ved UNN Harstad er på dette nivået.

**Vi mener derfor at UNN Harstad MÅ utredes for en lokal ledelse på klinikkledernivå tilsvarende f.eks Ringerike sykehus samtidig som man sikrer gjennomgående faglig ledelse i pasientbehandlingen. Vi oppfordrer Driftsrådet til å fremme et slikt forslag opp mot ledelsen ved UNN.**

Leger ved kirurgisk avdeling UNN Harstad

Buttveien

FID

Anders

Ligning

Anders

Anders

Anders Nambart

Anders

## Uttalelse vedrørende behov for stedlig ledelse ved UNN Harstad

Stedlig ledelse er en sak vi oppfatter som svært viktig for UNN Harstad. Ansatte ved sykehuset rapporterer om truende svikt i kvalitet og effektivitet som tilskrives mangel på stedlig ledelse. Det er mange eksempler på dette, bl.a. utbedringer etter katastrofeøvelser, portørtjenester og sikkerhet for ansatte og pasienter.

Vi mener organiseringen i UNN ikke oppfyller Stortingets klare intensjon i sitt vedtak om stedlig ledelse i behandlingen av Nasjonal sykehusplan for Harstad sykehus. Det ble presisert også i foretaksmøtet at det ved tverrgående klinikkstruktur skal påses ... «at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse»..

Driftsrådet kan fungere som et koordinerende organ, men har ingen beslutningsmyndighet ut over den de lokale seksjons- og avdelingsledere allerede har. Det eneste ledernivå som kan ta reelle tverrgående beslutninger for sykehuset i Harstad, og dermed utøve reell stedlig ledelse, er klinikkledernivået. Ingen av de lokale lederne ved Harstad sykehus er på dette nivået.

**Vi mener derfor at UNN Harstad MÅ utredes for en lokal ledelse på klinikkledernivå tilsvarende f.eks Ringerike sykehus samtidig som man sikrer gjennomgående faglig ledelse i pasientbehandlingen. Vi oppfordrer Driftsrådet til å fremme et slikt forslag opp mot ledelsen ved UNN.**

Leger ved Anestesi avdeling UNN Harstad

Beate B. Hensen

Bjørn Farbu

Vincent Carpendo

Rebecca Floer

Rognerud

## **Innspillsrunde til UNN HF vedrørende utredningsarbeidet om stedlig ledelse.**

Det er kommet invitasjon til allmennlegene i Harstad om uttalelse i forhold til stedlig ledelse ved UNN Harstad.

Da sykehuset i Harstad ble innlemmet i helseforetaket i 2007, og ble en del av UNN HF, følte mange at den gode kommunikasjonen med lokalsykehuset ble fragmentert og forringet. Man hadde problemer med å skjønne hvor pasientene skulle henvises, hvem som bestemte hva som skulle prioriteres, og hvem man skulle kontakte for hjelp til gode pasientforløp.

Etter hvert har det gått seg noe til, men det gode samarbeidet med sykehuset er fortsatt forringet sammenliknet med hva det var.

Grunnen til dette sees i sammenheng med manglende lokal ledelse i Harstad. Det er ikke lenger mulig å ha et tett samarbeide mellom Harstad sykehus og lokal kommunal helsetjeneste ettersom ingen viktige avgjørelser kan tas i Harstad. Alt må bringes videre til høyere ledd i bestemmelsesstigen. Saker som for oss er viktige, blir nedprioritert på veien mot ledelsen og de som sitter med vedtaksmyndighet.

I dag som samhandlingsreformen er en realitet, og vi ser konsekvensene av politikernes ønsker, er tett samarbeide mellom sykehus og kommune ekstremt viktig for å få til best mulig pasientoppfølging og best mulig utnyttelse av de eksisterende ressursene.

For fastleger er det viktig å kunne ha nære bånd til sykehusets ledelse for å kunne samarbeide om de tunge pasientgruppene. Dette opplever vi som vanskelig i dag. Det samsnakkes om mange gode tiltak, men fastlegene kan ikke bruke tid på dette når man av erfaring vet at det stopper på vei til ledelsen som sitter i en helt annen by uten kjennskap til lokale behov.

PKO- praksiskonsulent- er et viktig bindeledd mellom sykehus og allmennlegetjenesten. En PKO er allmennlegens talerør inn til sykehuset, og kan i samråd med sykehusledelsen bli enig om hvordan man kan administrere retningslinjer, oppgavefordeling og ansvar på en fornuftig og faglig sikker måte mellom 1. og 2. linjetjenesten. I mange byer har PKO en svært sentral rolle og er en selvsagt samarbeidspart. I Harstad har vi ikke hatt PKO på mange år. For hvem skal en PKO samarbeide med når det ikke finnes noen enhetlig ledelse?

Som fastleger er vi som et ledd i spesialistutdannelsen avhengig av å få ett års praksis på sykehuset. Frem til 2007 sørget sykehuset for at det var en slik stilling tilgjengelig for allmennlegene. Dette har i prinsippet forsvunnet, og fastlegene får stort sett utdanningsstilling der det er stor mangel på leger, som for eksempel psykiatrisk poliklinikk. Dette er ikke ønskelig fordi det ikke styres ut fra fastlegenes behov for fordypning og interesse.



Allmennlegeforeningen ser det derfor som svært viktig at det blir stedlig ledelse ved alle lokalsykehus. Dette fordi det er viktig for å sikre god samhandling med gode pasientforløp. I tillegg vil dette gi bedre faglig kvalitet på tvers og forskning viser at ressursstyringen blir bedre.

Legeforeningen har derfor uttalt at Stortingets vedtak om stedlig ledelse må følges opp i praksis og er klar på dagens ledelsesstruktur ved UNN HF ikke gir UNN Harstad stedlig ledelse. Det er svært viktig at denne utredningen fører til endring i dette.

Med vennlig hilsen

Inger Ingemann,  
Tillitsvalgt for  
allmennlegene i Harstad

Sidsel M. Andreassen,  
Styremedlem i Allmennlegeforeningen



Gratangen



Harstad



Ibestad



Kvæfjord



Lavangen



Salangen



Skånland

## Sør-Troms regionråd

Deres ref.: Deres dato: Saksbehandler: Telefon: 770 26008 Vår dato: Vår ref. 2016/7203 /  
**STURLA BANGSTAD** **24.11.2016** 026

Universitetssykehuset Nord-Norge

### UTTALELSE OM NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN-STEDLIG LEDELSE

Sør-Troms regionråd viser til referanse 2016/5422-1, invitasjon til innspill til nasjonal helse- og sykehusplan-stedlig ledelse.

Innledningsvis ønsker rådet å presisere at kommunene er det lovmessige/lovpålagte forvaltningsnivået, mens regionrådene er et konsensusråd. Vi mener derfor at UNN har tatt en god beslutning om å utsette fristen og involvere alle kommuner i denne saken, og anbefaler at dette blir innført som praksis i fremtidige innspills- og høringsaker.

Innspillet gjelder for både Harstad og Narvik sykehus, som begge er regionens lokalsykehus.

#### Grunnlag

I henhold til ref., fungerer dagens modell på den måten at sykehusene sine avdelinger og seksjoner er underlagt, og rapporterer til et totalt antall av 9 klinikksjefer i Tromsø. Koordinering, prioritering og samhandling må således skje mellom klinikksjefene før iverksettning på sykehusene.

Ifølge LOU-rapporten fra 2012 fører dette til mangelfull koordinering og samhandling, samt lange og tunge beslutningsveier. Dette understrekes også av innspillet fra Harstad kommune i denne saken.

#### Drøfting

Det er vanskelig å se for seg at man kan oppnå bedre koordinering og samhandling, med enklere og smidigere beslutningsveier, uten at sykehusene har en lokal ledelse med helhetlig ansvar og beslutningsmyndighet.

Samtidig er det vesentlig at det faglige blir ivaretatt på en måte som er betryggende, og som ivaretar likhet i pasientbehandlingen. Det trenger imidlertid ikke være et motsetningsforhold mellom helhetlig, stedlig ledelse og behovet for faglig forsvarlig pasientbehandling, da dette kan reguleres med fornuftig delegering/avstemming av ansvar og roller.

#### Anbefaling

Sør-Troms regionråd anbefaler at det etableres en stedlig ledelse både på Harstad og Narvik sykehus, med helhetlig ansvar og beslutningsmyndighet. Leder bør plasseres på nivå med klinikksjefene og rapportere direkte til direktøren ved UNN.

Med hilsen

Dag Sigurd Brustind  
Leder

Sturla Bangstad  
Daglig leder

*Dokumentet er godkjent elektronisk og krever ikke signatur.*



Fagstab

Deres ref.: Deres dato: Saksbehandler:  
07.11.2016 Roger Rasmussen

Telefon: Vår dato: Vår ref.:  
77026000 29.11.2016 2016/6889 / H00

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Postboks 100  
9038 TROMSØ

## INNSPILLSRUNDE - NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN - STEDLIG LEDELSE

Viser til brev av 7. november 2016 om invitasjon til innspill på høringsprosess om stedlig ledelse av sykehus.

Harstad kommune ønsker å gi slikt innspill som er politisk behandlet og vedtatt av kommunestyret 24. november 2016:

1. Vurdering av organisasjonsmodell: Harstad kommune mener at det bør være en stedlig enhetlig ledelse lokalisert i Harstad som koordinerer aktivitet og er kontaktledd ut mot kommuner og andre samarbeidspartnere.
2. Kommunens erfaringer med dagens organisasjonsmodell: Harstad kommune erfarer at det i enkelte saker kan være utfordrende å forstå hvor henvendelser skal adresseres, og at det til tider tar lang tid før svar/tilbakemelding foreligger.
3. Forslag til tiltak for å ivareta stedlig ledelse bedre: Harstad kommunestyre mener at det bør være en stedlig enhetlig ledelse lokalisert i Harstad som koordinerer aktivitet og er kontaktledd ut mot kommuner og andre samarbeidspartnere. Ledelsen forutsettes å ha nødvendige fullmakter til å utøve ledelse, det være seg faglig ansvar, budsjettansvar og personalansvar.

Med hilsen

Roger Rasmussen  
Rådgiver

*Dokumentet er godkjent elektronisk og krever ikke signatur.*





## **INNSPILLSRUNDE – NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN – STEDLIG LEDELSE**

Harstad Eldreråd har ved flere anledninger gitt uttrykk for ønske om en stedlig ledelse ved Harstad sykehus / UNN Harstad, og frustrasjon over manglende stedlig ledelse.

Harstad Eldreråd har drøftet saken under sak PS 16/49 i møte 21.11.2016 og vil komme med følgende innspill:

### **1. Organisasjonsmodell:**

Harstad Eldreråd mener det er av avgjørende betydning for en effektiv og pasient sikker organisasjon, at det er en stedlig ledelse i Harstad. En stedlig ledelse kan på en langt bedre og mindre byråkratisk måte følge behov for utbedringer etter for eksempel katastrofeøvelser, sikkerhet for ansatte og pasienter og kontakt med samarbeidspartnere og kommuner i nedslagsfeltet.

#### **Erfaringer med dagens modell:**

Harstad Eldreråd finner at det med dagens modell kan by på store problemer å vite hvor en skal henvende seg, og det kan ta lang tid før rette vedkommende kan gi et svar. Harstad Eldreråd har vært opptatt av mammografi til eldre kvinner, og det tok urimelig og unødvendig lang tid før svar forelå. Det hadde vært mye enklere og mindre byråkratisk å kunne henvende seg til en stedlig ledelse ved UNN Harstad.

### **2. Forslag til bedre ivaretagelse av stedlig ledelse:**

Harstad Eldreråd mener at organiseringen av UNN ikke oppfyller Stortingets intensjon i vedtaket om stedlig ledelse i behandlingen av nasjonal sykehusplan for Harstad sykehus. Harstad Eldreråd er kjent med at foretaksmøtet sier at det skal påses ...”at det finnes ledere på de ulike geografiske lokalisasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse”... Foretaksmøtet understreket at arbeidet skal skje i dialog med kommunene og andre aktører.

**UNN Harstad bør derfor utredes for en lokal stedlig ledelse på klinikkledernivå, samtidig som man sikrer gjennomgående faglig ledelse i pasientbehandlingen. Ledelsen forutsettes å ha nødvendige fullmakter til å utøve ledelse, det være seg faglig ansvar, budsjettansvar og personalansvar.**

For Harstad Eldreråd

Ivar Østberg

leder Harstad Eldreråd

## Stedlig ledelse ved Harstad sykehus

Saken om stedlig ledelse er svært viktig for UNN Harstad. Ansatte ved sykehuset rapporterer om truende svikt i kvalitet og effektivitet ved sykehuset som tilskrives mangel på stedlig ledelse. Det er mange eksempler på dette, bl.a. manglende utbedringer etter katastrofeøvelser, fraværende portørtjenester og sikkerhet for ansatte og pasienter, eksempel på dette er innbrudd i august 2016.

Det ble presisert i foretaksmøtet (mai 2016) at det ved tverrgående klinikkstruktur skal påses ... «at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse»

**I innstillingen fra Stortingets helse og sosial komiteen vises det til noen uttalelser:** «Behovet for at lederne må kjenne sine ansatte for å kunne utvikle fagmiljøer best mulig. Verken daglig drift eller arbeid med ønsket endring, kan fungere uten en leder som er fysisk tilstede på arbeidsplassen». **Komiteen videre:** «sykehus lar seg ikke fjernstyre. Kompleksiteten i sykehusene er stor, og kravene til lik behandling av like problemstillinger og reduksjon av variasjon, øker lederutfordringene».

«Ledelse er sterkt medvirkende til å bygge en god kultur og sterke fagmiljøer. God kultur og godt arbeidsmiljø skapes ved å ha en stedlig leder som kan bidra med nødvendige avklaringer i daglig drift og minimere usikkerhet, sørge for tydelig oppgavefordeling og som kjenner de ansattes omgivelser og rammevilkår ved å delta nært i pasientbehandlingen».

Lokalt driftsråd som er beskrevet i rapporten fra UNN kan fungere som et koordinerende organ, men har ingen beslutningsmyndighet ut over den de lokale seksjons- og avdelingsledere allerede har. Vi viser til Harstad driftsråds egen høringsuttalelse som konkluderer med at: "driftsrådet er et rådgivende organ og ikke fungerer som stedlig ledelse".

Det eneste ledernivå som kan ta reelle tverrgående beslutninger for sykehuset i Harstad, og dermed utøve stedlig ledelse, er klinikkledernivået. Avdelingsledere på UNN Harstad har ingen myndighet til tverrgående avgjørelser.

Det må aldri være tvil om hvem som sitter med ansvar og myndighet. Dette bør det være mulig å få til under en klinikkmodell som ivaretar det faglige og medisinske ansvaret. Stedlig ledelse skal være en ledelse som har ansvar for at avgjørelser blir tatt, og at vedtak blir iverksatt.

**De tillitsvalgte og vernetjenesten ved UNN Harstad mener organiseringen i UNN ikke oppfyller stortingets intensjon i vedtaket om stedlig ledelse i behandlingen av nasjonal sykehusplan.**

**UNN Harstad bør derfor utredes for en lokal ledelse på klinikkledernivå eksempelvis tilsvarende det som Helse og Sosialkomiteen viser til har skjedd på Ringerike sykehus.**

### På vegne av

Randi Stenli Pedersen  
Fagforbundet

Heid Solheim  
KlinikkTV FO

Geir Magne Johnsen  
Hovedtillitsvalgt NSF

Rita Vang  
Hovedverneombud  
UNN

Kjell-Inge Jakobsen  
Tillitsvalgt DNMF

Katrine Holm Lamo  
Tillitsvalgt i Dnj

Tone J Glefjell  
TV, ergoterapeutene

## Innspill vedrørende stedelig ledelsen ved Harstad sykehus

Det er til enhver tid 22 turnusleger på UNN Harstad; hvert halvår skiftes 11 stykker ut. Som turnuslege er man 6 måneder på kirurgisk avdeling og 6 måneder på medisinsk avdeling. Tilhørende tjeneste jobber vi som primærvakter i akuttmottaket for våre respektive avdelinger.

Gjennom tjenesten så langt har vi støtt på enkelte utfordringer knyttet til tjenesten som har blitt håndtert lokalt. Avdelingsleder har løst dette på beste mulig vis, men når problemstillingene går på tvers av avdelinger blir det en langvarig prosess, og ikke alltid like produktiv, da ingen på UNN Harstad har beslutningsmyndighet på tvers av avdelingene.

En stedelig ledelse vil også kunne legge tydelige føringer når det kommer til forhold som for eksempel overtid og ferie og hvordan dette skal praktiseres på hele UNN Harstad. Frem til nå løses dette ulikt på de forskjellige avdelingene, noe som blir tydelig for oss turnusleger som i løpet av ett år jobber på både medisinsk og kirurgisk avdeling.

Ved å ha en synlig, lokal leder tror vi at identitetsfølelsen for Harstad sykehus vil øke, som kan spille positivt inn på rekruttering. Det vil også sikre turnusleger en overordnet leder som kan sikre at hele aspektet av tjenesten blir ivaretatt, og som samtidig enklere kan lage rom for videre undervisning og utvikling av tjenesten på tvers av sykehusets avdelinger.

Fra samtlige turnusleger ved Harstad sykehus:

Stian Hallén  
Kjetil Iversen  
Kiranjit Singh  
Marie Dragseth  
Trine Caspersen  
Tore Kolbeinsen  
Sidsel Karlsen  
Karoline Sundsvold  
Kjersti Nordpoll  
Linn Lie  
Oda Witt  
Tobais Storhaug  
Lydia Mariadasan  
Lena Melanie Steinhoff  
Eirik Bruun  
Camilla Helander  
Berit Snekvik  
Martine Sletteberg  
Lena Tangen  
Haagen Johnsen  
Ole Petter Grebstad  
Kristine Mørk Kindberg



# Kvæfjord kommune

Ordføreren

Universitetssykehuset Nord-Norge  
Postboks 100  
9038 TROMSØ

Sendes kun pr epost til: sykehusplan@unn.no

Vår dato: 06.12.2016  
Vår ref: 2016/17

Deres dato:  
Deres ref:

Saksbeh: Torbjørn Larsen  
Saksbeh. tlf: 77023004

## Innspill fra Kvæfjord kommune: Nasjonal helse- og sykehusplan - stedlig ledelse

Det vises til brev av 23. november 2016 med invitasjon til å komme med innspill til Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) sitt arbeid med oppfølgingen av nasjonal helse- og sykehusplan.

### Kvæfjord kommune gir følgende innspill:

1. **Vurdering av organisasjonsmodell:** Kvæfjord kommune mener at det bør være en stedlig enhetlig ledelse lokalisert i Harstad som koordinerer aktivitet og er kontaktledd ut mot kommuner og andre samarbeidspartnere.
2. **Kommunens erfaringer med dagens organisasjonsmodell:** Kvæfjord kommune erfarer at det i enkelte saker kan være utfordrende å forstå hvor henvendelser skal adresseres, og at det til tider tar lang tid før svar/tilbakemelding foreligger.
3. **Forslag til tiltak for å ivareta stedlig ledelse bedre:** Kvæfjord kommune mener at det bør være en stedlig enhetlig ledelse på klinikkledernivå, lokalisert i Harstad, som koordinerer aktivitet og er kontaktledd ut mot kommuner og andre samarbeidspartnere. Ledelsen forutsettes å ha nødvendige fullmakter til å utøve ledelse, det være seg faglig ansvar, budsjettansvar og personalansvar.

Med hilsen

Torbjørn Larsen  
Ordfører



Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
Postboks 100 Langnes

9038 TROMSØ

Vår ref. (oppgi ved henvendelse)  
15/3138-4/HEE

Deres ref.  
2016/5422-1

Narvik, 06.12.2016

## Innspillsrunde - Nasjonal helse- og sykehusplan - Stedlig ledelse

Narvik kommune viser til brev av 7. november 2016 der UNN HF inviterer til innspill Nasjonal helse- og sykehusplan vedrørende stedlig ledelse. Det bees om innspill på a) om hvorvidt organisasjonsmodellen til UNN HF ivaretar stedlig ledelse slik det er beskrevet i st.mld 11 (jmf dok 8) og i protokollen fra foretaksmøtet (jmf dok 10), b) våre erfaringer med dagens organisasjonsmodell og c) mulige tiltak for å bedre/styrke stedlig ledelse.

Innledningsvis vil vi rette oppmerksomheten til helse- og omsorgskomiteens merknader i behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan i mars 2016. *“Komiteen vil påpeke at både samhandlingsreformen og de endringene i sykehusstrukturen som nasjonal helse- og sykehusplan medfører, forutsetter et nært samarbeid med den kommunale primærhelsetjenesten, med de ansatte på sykehusene og mellom de ulike sykehusene. For å sikre nødvendige koordinering, forankring og involvering i driften og den videre utviklingen av lokalsykehusene, må hvert lokalsykehus ha en stedlig leder.”* Videre sier komiteen: *“Endringsprosesser krever god ledelse. Erfaringer viser at det er ytterst krevende å sikre nødvendig koordinering, lokal forankring samt gjennomføre gode endringsprosesser med ledelsesmodell uten stedlig ledelse på lokalsykehusene. Hvert lokalsykehus bør ha en toppleder, en ansvarlig tilrettelegger, som inngår i "storsykehusets" lederteam. Dette er fullt mulig å gjennomføre selv om lokalsykehuset inngår i et større sykehus med vertikale faglige ledelseslinjer som i dag er et ledelsesprinsipp i mange av helseforetakene.”* Vi regner med at dette lå til grunn når det i Mld. St 11 (2015-2016) og vedtaket i Stortinget fra 17. Mars 2016 er formulert: *“Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumentene sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus”*.

Vedrørende spørsmål om organisasjonsmodellen til UNN HF ivaretar stedlig ledelse slik det er beskrevet i Mld.st 11 (2015-2016) og protokollen fra foretaksmøtet gjør vi oss noen refleksjoner. Vi vurderer at det i en klinikkstruktur lett oppstår en situasjon der hver klinikk er seg selv nærmest, noe som innebærer at man ikke klarer å hente ut smådriftsfordelene ved lokalsykehusene. Det kan stilles spørsmål ved om UNN HF har etablert tilstrekkelig strukturer som ivaretar behovet for å jobbe på tvers, noe som er særlig viktig i små fagmiljøer. Vi er kjent med etableringen av driftsråd ved UNN Narvik og UNN Harstad, men er usikker på om disse klarer å ivareta reell stedlig ledelse.

Det er ønskelig med kommunenes erfaringer med dagens organisasjonsmodell. Samhandlingsreformen har som formål å sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende



tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Vi vurderer at dette krever tett kommunikasjon og ledere med beslutningsmyndighet. I punktene under finner dere noen av våre erfaringer:

- vi erfarer at klinikkledelsen ikke alltid har oversikt over samhandlingsmønsteret lokalt og dermed ikke klarer å forutse lokale konsekvenser av beslutninger på klinikknivå
- lang beslutningsvei fra klinikkledelsen i Tromsø til lokal miljø ved UNN Narvik og omvendt for synliggjøring av konsekvenser
- utfordrende for kommunen når vi har behov for avklaringer på/mellom klinikkstjefnivå
- små fagmiljø ved UNN Narvik gjør at selv beskjedne reduksjoner/endringer i stillinger kan gi store konsekvenser for tilbudet til befolkningen
- små fagmiljø ved UNN Narvik gjør at flytting av en funksjon fra Narvik til Harstad/Tromsø kan få store ringvirkninger lokalt pga avhengighet på tvers av klinikker som ikke blir godt nok belyst
- vakanser/vikariater ved UNN Narvik pga det vi oppfatter som lang tid fra ledighet oppstår til rekruttering er gjennomført (eksempel gynekologi)
- vanskelig å få synliggjort og gjennomslag for lokale behov (feks behov for LIS stilling gynekologi)
- gode erfaringer med KSU Somatikk og KSU rus/psykiatri, kan styrkes ytterligere gjennom deltakelse av klinikkstjefer 1 gang pr. år
- gode erfaringer med dialogmøtene vi som vertskommune har med direktør m.fl
- gode erfaringer med at vi som vertskommunen er representert i OSO

Vedrørende mulige tiltak for å bedre/styrke stedlig ledelse vurderer vi at det først og fremst er opp til UNN HF selv å identifisere mulige løsninger. Vi ser behov for lokal leder med ansvar for å koordinere og være en ansvarlig kontaktperson mot kommunene. Denne må kjenne lokale forhold og ha sterk forankring i UNN HF sin ledergruppe. I LUO rapporten fra 2012 kom det fram forslag om en stedlig leder med et koordinerende ansvar, og som må være med i direktørens ledergruppe. Dette mener vi samsvarer med helse- og omsorgskomiteens merknader. Om en ser til Forsvaret så har de etablert en lokal funksjon som plassmajor som skal ivareta lokale forhold og sikre kommunikasjon med øverste ledergruppe. Vi imøteser konkrete tiltak fra UNN HF for å styrke stedlig ledelse.

Med vennlig hilsen

Heidi Eriksen Laksaa  
Kommunalsjef

*Dokumentet er godkjent elektronisk i Narvik kommune og har derfor ingen signatur*

**Kopi til:**

Rune Edvardsen  
Geir-Ketil Hansen  
Wenche Folberg

## INNSPILL FRA SEKSJONER I FORSYNINGSAVDELINGEN

### Organisatoriske endringer vedr lederstrukturen ved Harstad og Narvik/ forsyningstjenesten

Det foreslås en ny organisatorisk endring ved lokasjonene ved Harstad og Narvik. Disse to lokasjonene preges av små enheter som vil nyte godt av et tettere samarbeid og hverandres ressurser. De to lokasjonene er preget av å ha få ansatte pr seksjon og har ikke hatt stedlig ledelse etter omorganisering. Det foreslås i grove trekk at:

- Det etableres en seksjon pr geografisk lokasjon som underlegges avdelingsleder som favner alle fagområdene i forsyningen.
- Personalledelse plasseres på lokasjon i Harstad og Narvik
- Overordnet faglig ledelse ligger hos seksjonsledere på de berørte fagområdene.
- Seksjonsledere for forsyning, Harstad og Narvik, deltar på ledersamlinger og møter.
- Disse får overordnet ansvar for bl.a. kontrakts overholdelse, bestillinger og budsjett for de ulike lokasjonene.
- Drive fram en strategiplan for forsyningstjenestene på disse to lokasjonene.

Gode synergier for en endring er:

- Redusere behovet for innleie av vikarer ved ferieavvikling og kortere sykemeldinger
- Fremme forsyningstjenestens behov ved ombygginger i Harstad og ved nybygget i Narvik
- Tettere oppfølging av ansatte med hensyn til sykefravær, nyansettelse, seniorpolitikk og budsjett.
- Økonomisk innsparing for UNN da man reduserer behovet for mye reising for alle seksjonslederne i Tromsø mot Harstad og Narvik. Dette mener vi er i tråd med UNN som Grønt Sykehus; man sparer miljøet ved å redusere reisevirksomheten mellom enhetene

Ved å etablere en egen forsyningsseksjon Harstad og – Narvik, reduseres sårbarheten i driften. Man nyter godt av å spille på hverandre. Ved å bli en større enhet blir man mer synlig og får større gjennomslagskraft i møte med blant annet utbygginger og endret drift. Det blir større fleksibilitet og ved å utfylle hverandre bedre kan man få en bedre ressursutnyttelse av personell. Som større enhet kan man yte mer og bedre service. Det bør tas hensyn til de som har bosted på de geografiske lokasjonene at det får virke på sykehuset knyttet mot sitt hjemsted.

Andre momenter er:

- Større læringsmiljø og økt kompetanse som kan gi bedre og mer interessante arbeidsmiljø
- Forbedret struktur
- Samhold
- Bedre kvalitetssikring



- Innkjøpsseksjonen være en del av dette
- Mindre bruk av sykevikarer
- Rekruttering lettere

Innenfor DES har teknisk avdeling i sin organiseringsplan Teknisk Harstad og Teknisk Narvik, som egne seksjoner. Diagnostikk Klinikk: Seksjon Harstad og Seksjon Narvik. Forslaget til nyetableringer for Forsyningsavdelingen; Forsyning Harstad og Forsyning Narvik.

Med vennlig hilsen

Seksjonsledere ved Tøyforsyningen, Renholdsseksjonen, Sentralforsyningen, Matforsyningen og Sentralbord



post@ofotraadet.no  
Saksbehandler: Elisabeth Størjord  
Narvik 06.12.16  
Vår refr: 16/21

Til Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
sykehusplan@unn.no

## **Innspillsrunde- Nasjonal helse- og sykehusplan- Stedlig ledelse**

Ofoten regionråd viser til brev av 7. november 2016 der UNN HF inviterer til innspill Nasjonal helse- og sykehusplan vedrørende stedlig ledelse. Det bes om innspill på a) om hvorvidt organisasjonsmodellen til UNN HF ivaretar stedlig ledelse slik det er beskrevet i st.mld 11 (jmf dok 8) og i protokollen fra foretaksmøtet (jmf dok 10), b) våre erfaringer med dagens organisasjonsmodell og c) mulige tiltak for å bedre/styrke stedlig ledelse.

Innledningsvis vil vi rette oppmerksomheten til helse- og omsorgskomiteens merknader i behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan i mars 2016. *“Komiteen vil påpeke at både samhandlingsreformen og de endringene i sykehusstrukturen som nasjonal helse- og sykehusplan medfører, forutsetter et nært samarbeid med den kommunale primærhelsetjenesten, med de ansatte på sykehusene og mellom de ulike sykehusene. For å sikre nødvendige koordinering, forankring og involvering i driften og den videre utviklingen av lokalsykehusene, må hvert lokalsykehus ha en stedlig leder.”* Videre sier komiteen: *“Endringsprosesser krever god ledelse. Erfaringer viser at det er ytterst krevende å sikre nødvendig koordinering, lokal forankring samt gjennomføre gode endringsprosesser med ledelsesmodell uten stedlig ledelse på lokalsykehusene. Hvert lokalsykehus bør ha en toppleder, en ansvarlig tilrettelegger, som inngår i "storsykehusets" lederteam. Dette er fullt mulig å gjennomføre selv om lokalsykehuset inngår i et større sykehus med vertikale faglige ledelseslinjer som i dag er et ledelsesprinsipp i mange av helseforetakene.”* Vi regner med at dette lå til grunn når det i Mld. St 11 (2015-2016) og vedtaket i Stortinget fra 17. Mars 2016 er formulert: *“Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumentene sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus”.*

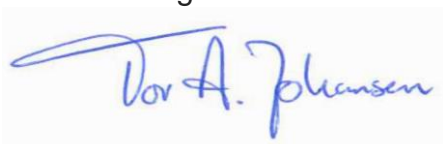
Vedrørende spørsmål om organisasjonsmodellen til UNN HF ivaretar stedlig ledelse slik det er beskrevet i Mld.st 11 (2015-2016) og protokollen fra foretaksmøtet gjør vi oss noen refleksjoner. Vi vurderer at det i en klinikkstruktur lett oppstår en situasjon der hver klinikk er seg selv nærmest, noe som innebærer at man ikke klarer å hente ut smådriftsfordelene ved lokalsykehusene. Det kan stilles spørsmål ved om UNN HF har etablert tilstrekkelig strukturer som ivaretar behovet for å jobbe på tvers, noe som er særlig viktig i små fagmiljøer. Vi er kjent med etableringen av driftsråd ved UNN Narvik og UNN Harstad, men er usikker på om disse klarer å ivareta reell stedlig ledelse.

Det er ønskelig med kommunenes erfaringer med dagens organisasjonsmodell. Samhandlingsreformen har som formål å sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinntilflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Vi vurderer at dette krever tett kommunikasjon og ledere med beslutningsmyndighet. I punktene under finner dere noen av våre erfaringer:

- vi erfarer at klinikkledelsen ikke alltid har oversikt over samhandlingsmønsteret lokalt og dermed ikke klarer å forutse lokale konsekvenser av beslutninger på klinikknivå
- lang beslutningsvei fra klinikkledelsen i Tromsø til lokal miljø ved UNN Narvik til og omvendt for synliggjøring av konsekvenser
- utfordrende for kommunene når vi har behov for avklaringer på/mellom klinikk- og sjukehusnivå
- små fagmiljø ved UNN Narvik gjør at selv beskjedne reduksjoner/endringer i stillinger kan gi store konsekvenser for tilbudet til befolkningen
- små fagmiljø ved UNN Narvik gjør at flytting av en funksjon fra Narvik til Harstad/Tromsø kan få store ringvirkninger lokalt pga avhengighet på tvers av klinikker som ikke blir godt nok belyst
- vakanser/vikariater ved UNN Narvik pga det vi oppfatter som lang tid fra ledighet oppstår til rekruttering er gjennomført (eksempel gynekologi)
- vanskelig å få synliggjort og gjennomslag for lokale behov (feks behov for LIS stilling gynekologi)
- gode erfaringer med KSU Somatikk og KSU rus/psykiatri kan styrkes ytterligere gjennom deltakelse av klinikkjefer 1 gang pr år
- gode erfaringer med dialogmøtene vi som vertskommune har med direktør m.fl
- gode erfaringer med at vi som vertskommunen er representert i OSO

Vedrørende mulige tiltak for å bedre/styrke stedlig ledelse vurderer vi at det først og fremst er opp til UNN HF selv å identifisere mulige løsninger. Vi ser behov for lokal leder med ansvar for å koordinere og være en ansvarlig kontaktperson mot kommunene. Denne må kjenne lokale forhold og ha en sterk forankring i UNN HF sin ledergruppe. I LUO rapporten fra 2012 kom det fram forslag om en stedlig leder med et koordinerende ansvar, og som må være med i direktørens ledergruppe. Dette mener vi samsvarer med helse- og omsorgskomiteens merknader. Om en ser til Forsvaret så har de etablert en lokal funksjon som plassmajor som skal ivareta lokale forhold og sikre kommunikasjon med øverste ledergruppe. Vi imøteser konkrete tiltak fra UNN HF for å styrke stedlig ledelse.

Vennlig hilsen



Tor Asgeir Johansen  
leder Ofoten regionråd



### **Innspillpunkt 1**

Arbeidsgruppe – Oppfølging av nasjonal helse- og sykehusplan – Stedlig ledelse

V/Viseadministrerende direktør

Marit Lind

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Deres ref:  
2016/5422-1

Vår ref:

Saksbehandler/dir.tlf.:

Dato:  
05.12.2016

### **Innspill fra Driftsråd UNN Narvik – Nasjonal helse- og sykehusplan - stedlig ledelse**

Driftsråd ved UNN Narvik takker for invitasjonen fra arbeidsgruppen – oppfølging av nasjonal helse- og sykehusplan – stedlig ledelse, til innspillsrunden om stedlig ledelse. Driftsråd UNN Narvik behandlet saken i ekstraordinært driftsrådsmøte avholdt 09.11.2016. I vår tilbakemelding i forhold til de tre punktene det bes om innspill på har vi hatt fokus på UNN Narvik og om dagens organisasjonsmodell oppfylder kravene til stedlig- og enhetlig ledelse, hvordan dagens organisasjonsmodell fungerer i praksis og forslag på tiltak som kan bedre stedlig ledelse.

Tillitsvalgte fra NSF og DNLF, samt vernetjenesten ble invitert og hovedtillitsvalgt fra NSF og DNLF deltok. Dessverre uteble vernetjenesten, da det ikke ble opplyst fra driftsrådets side om IP.nr til videokonferanserom. Vernetjenesten er i etterkant kontaktet og det er blitt gitt beklagelser. Vernetjenesten vil også få tilsendt dette notatet.

### **I hvilken grad vurderes den beskrevne organisasjonsmodellen ved UNN å ivareta stedlig ledelse slik det er omtalt i st.meld 11 (jf. dok. 8) og i protokollen fra foretaksmøte (jf. dok. 10)?**

#### **Ad 1:**

Driftsråd UNN Narvik vurderer at organisasjonsmodellen ved UNN, ikke oppfylder kravet om *stedlig* ledelse, eller stedlig *enhetlig* ledelse på alle nivåer ved UNN Narvik.

«I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse.» Lokalt driftsråd har gjennomgått alle avdelinger/seksjoner/enheter og vi finner flere enheter og medarbeidere som ikke har sin leder fysisk tilstede i Narvik. Se vedlegg (1).

Når vi tar for oss spørsmålet om stedlig enhetlig ledelse, vises det til beskrivelsen i Spesialisthelsetjenesten § 3 – 9: Ledelse i sykehus:

«Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer.»

Eksempler på organisering som bryter med prinsippet om enhetlig ledelse finner vi ved seksjonene Medisinsk-Kirurgisk sengepost og Kirurgisk-Medisinsk poliklinikk. Se vedlegg med beskrivelse og organisasjonskart (2).

Driftsråd UNN Narvik har derfor konkludert med at organiseringen ved UNN Narvik verken oppfyller kravet til stedlig ledelse eller stedlig enhetlig ledelse.

Verken loven eller rundskrivet sier noe om hvor mange nivå det skal være i et foretak eller i sykehus. Foretakene står i så måte fritt til å definere antall nivå ut fra hva som vurderes som hensiktsmessig. I UNN er det definert fire organisatoriske nivå under administrerende direktør. Klinikk, avdeling, seksjon og enhet. Driftsrådet konkluderer derfor med at stedlig ledelse på alle nivå ikke er ivaretatt ved UNN Narvik.

Videre vil vi også påpeke at man ved UNN heller ikke følger vedtatt overordnet lederstruktur med direktør, klinikk sjef, avdelingsleder, seksjonsleder og enhetsleder, da det er ledere ansatt i ulike titler som seksjonssykepleiere, oversykepleier og seksjonsoverlege, noe som er med på å gjøre lederstrukturen, organiseringen og ansvarsområder uoversiktlig.

## **Innspillpunkt 2**

### **I hvilken grad og/eller på hvilken måte opplever man at dagens organisasjonsmodell fungerer i praksis?**

#### **Ad 2:**

Driftsrådet opplever dagens organisasjonsmodell med klinikkstruktur som positiv da organiseringen samler fagmiljø, faglig kompetanse og felles standarder som resulterer i likeverdig pasienttilbud i hele regionen. Likevel ser vi også at organiseringen gir utfordringer med samarbeid på tvers av klinikkene, forskjellige kulturer, geografiske store avstander og lange administrative linjer da man ikke er representert med lokal stedlig leder på det øverste ledernivået i UNN.

Dagens organisering gjør noe i forhold til lederansvaret for helheten til lokalsykehuset UNN Narvik, da vi ikke har lokal leder på nivået som har ansvar for å lede hele «UNN Narvik og alle avdelingene». Lokalt er lederansvaret oppstykket, og det er der vi ser utfordringen med organisasjonsmodellen og med et driftsråd.

Det oppleves også at klinikkene med stedlig virksomhet ved UNN Narvik i varierende grad lykkes med å få dagens organisasjonsmodellen til å fungere godt. Dette kan handle om flere forhold, som tilgang til nødvendige personalressurser, organisering og måten avstandsledelsen utøves på.

Vi ser også en del utfordringer med hensyn til hvorledes stedlig ledelse ivaretas. Det er flere ansatte som ikke har stedlig ledelse. Hvilke konsekvenser dette har for ivaretagelse av ledelse, vil variere i den enkeltes tilfelle. Utfordringer kan oppstå både for den som leder og for den som blir ledet – på avstand. Alle ansatte ved UNN Narvik vet hvem som er deres nærmeste leder, men det er i varierende grad hvordan den enkelte føler seg ivaretatt. Personaloppgaver som tilhører leder, kan være vanskelig å gjennomføre – på avstand. Dette er oppgaver som er knyttet til det å se den ansatte, personaloppfølging, å kunne gi konstruktive tilbakemeldinger og å veilede.

Vi har også valgt å komme med noen synspunkt i forhold driftsrådet, selv om driftsrådet ikke har en formell organisatorisk plassering i UNN sin organisasjonsmodell, men er et samarbeidsorgan som ble opprettet «for å skape en arena for å samhandle og koordinere aktiviteter internt lokalt». Hvis Driftsrådet skal fungere som klinikkovergripende stedlig ledelse, bør driftsrådets lederfunksjon styrkes og tydeliggjøres.

Driftsrådet UNN Narvik opplever utfordringer i forhold til faktisk beslutningsmyndighet da denne er tilsvarende de respektive medlemmers myndighetsområde, jfr. mandatet. Dette medfører at klinikkleder-medlemmet alltid har større beslutningsmyndighet enn rådets øvrige medlemmer.

Opplevelsen er også at engasjementet til klinikkleder-medlemmet i driftsrådet er personavhengig, og ikke oppdragsavhengig, da både avstandsledelse og den personlige faktoren hos hver klinikkleder nødvendigvis vil være forskjellig. Det er i tillegg klinikkleder-medlemmet som deltar i direktørens ledermøte og bringer videre saker, ikke den stedlige lederen av driftsrådet.

Driftsrådet er avhengig av at alle bidrar til viktige saker, er løsningsorientert og at alle medlemmer møter. Det bør gjøres enkelte justeringer i forhold til sammensetning av rådet. Driftsrådet opplever per nå å ikke fungere optimalt og vi har fortsatt store utfordringer knyttet til det å klare å løse klinikkovergripende saker.

Avdelingsleder med lederfunksjon av driftsrådet har stor arbeidsmengde i sin ordinære stilling og skal i tillegg ivareta funksjonen som leder for driftsrådet. Utfordringen ligger i å ha kapasitet til å ivareta begge funksjoner optimalt.

### **Innspillpunkt 3**

#### **Hva vil kunne være eventuelle tiltak for å ivareta stedlig ledelse bedre?**

##### **Ad 3:**

For å kunne si at Driftsrådet utgjør stedlig ledelse lokalt i Narvik, bør det synliggjøres på UNN sitt organisasjonskart på lik linje med Longyearbyen sykehus. Rådet bør ha en tydeligere struktur og oppmøteplikt bør innføres, samt et mer tydelig mandat for utøvelse av ledelse.

Vi mener at leder av Driftsrådet bør være en frikjøpt stilling (%) for god ivaretagelse av funksjonen. Leder av Driftsrådet bør også ha lengre virketid minst 3 år for å sikre nødvendig kontinuitet. Klinikksjef -medlemmet i driftsrådet bør ha like lang virketid.

Leder av driftsrådet må, for å vareta stedlig ledelse opp imot foretaksnivå, delta i direktørens stabsmøte. Begrunnelsen for forslaget er at driftsrådsleder er den som har best innsikt i saker vedrørende aktuelle lokalisasjon – og vil mest sannsynlig ha et engasjement som kan være avgjørende i enkelte tilfeller for hvorledes saken blir belyst, og ikke minst, som vil være avgjørende for hvordan beslutninger implementeres lokalt.

Driftsrådet må også selv være med å ta ansvar for å bedre samarbeid lokalt og på tvers av klinikker. Vi må i fellesskap evne å ta avgjørelser – og da med fokus på hva som er til det beste for pasienten og sykehuset.



Videre er det flere nivå ved UNN Narvik som ikke har stedlig ledelse. Muligheter for å ivareta stedlig ledelse må utredes videre.

Når det gjelder Medisinsk-kirurgisk sengepost og Kirurgisk- Medisinsk poliklinikk ved UNN Narvik, må man se på organiseringen. Dersom man skal følge det overordnede organisasjonsprinsippet i UNN, om organisering etter klinikkmodellen med gjennomgående faglig ledelse, er det naturlig at disse to seksjonene er organisert under hver sin klinikk med enhetlig ledelse, slik at den faglige tilhørigheten gjenspeiles.

Til slutt vil vi komme med en anbefaling om at det bør utredes hvordan andre sykehus er organisert og hvordan man ivaretar stedlig ledelse der men er ett foretak med lokalisasjoner flere plasser.

Med vennlig hilsen

Driftsrådet UNN Narvik

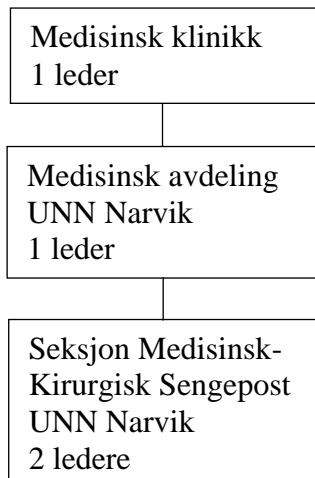
## Vedlegg 1.

Driftsråd UNN Narvik har gjennomgått alle avdelinger/seksjoner/enheter og følgende enheter og medarbeidere har ikke sin leder fysisk tilstede i Narvik:

- Sentralbordet – leder i Tromsø
- Sentrallageret – leder i Tromsø
- Smittevernsykepleier – leder i Harstad
- BHT – leder i Tromsø
- HR – leder i Tromsø
- Fag og forskningsykepleier – leder i Tromsø
- Kulturmedarbeider – leder i Tromsø
- Boligkontoret – leder i Tromsø
- Audiografer – leder i Tromsø.
- MTU seksjonen – leder i Tromsø

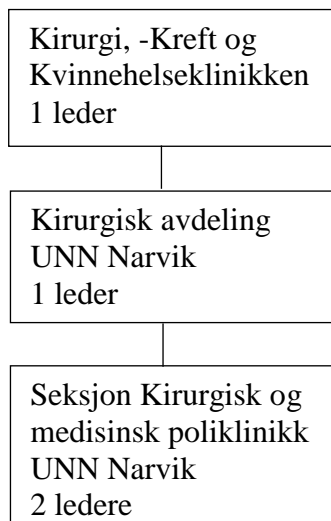
## Vedlegg 2.

### Organisasjonskart seksjon Medisinsk- kirurgisk sengepost:



Medisinsk-kirurgisk sengepost ved UNN Narvik er et eksempel på organiseringer som bryter med prinsippet om enhetlig ledelse da det er en stor seksjon som ledes av to seksjonssykepleiere (på samme ledernivå) som deler en personalgruppen likt mellom seg (en form for delt lederskap). Det samme gjelder for drift og fag i seksjonen. Medisinsk-kirurgisk sengepost er faglig delt mellom medisin og kirurgi, men er organisatorisk ikke inndelt i tilsvarende to seksjoner. Altså det er etablert én enhet med to faggrupper der det er to ledere som leder samme enhet (form for todelt ledelse).

### Organisasjonskart Seksjon Kirurgisk og medisinsk Sengepost:



Seksjon Kirurgisk og medisinsk poliklinikk ved UNN Narvik er en seksjon som er ledet av 2 ledere, hvor man har matriseorganisering av kontor- og sykepleiertjenesten.

## Andersen Ole-Martin

---

Emne: SV: Innspill om stedlig ledelse

**Fra:** Martinsen Mai-Britt <[Mai-Britt.Martinsen@unn.no](mailto:Mai-Britt.Martinsen@unn.no)>  
**Dato:** 6. desember 2016 kl. 14.52.54 CET  
**Til:** UNN-STAB-Sykehusplan <[Sykehusplan@hn.helsenord.no](mailto:Sykehusplan@hn.helsenord.no)>  
**Kopi:** Frøyum Rigmor <[Rigmor.Froyum@unn.no](mailto:Rigmor.Froyum@unn.no)>  
**Emne:** Innspill om stedlig ledelse

Hei

Innspill om stedlig ledelse:

NSF og Fagforbundet i UNN ser at stedlig ledelse i dag ikke fungerer i UNN Harstad og UNN Narvik. Driftsrådet er et rådgivende organ, men mangler en leder med myndighet og ansvar.

Vi ser poenget med faglige klinikker på tvers av geografi. I vanskelige saker der avdelingsledere i ulike klinikker skal samarbeide på tvers i lokalsykehuset, holder det ikke bare med gode råd, da må det beslutninger til. I dag ser vi at det tar tid og at endelige beslutninger kommer fra Tromsø. UNN Harstad og UNN Narvik trenger hvert sitt driftsråd med egen leder som har myndighet og som taler lokalsykehusenes sak i ledergruppa til direktøren.

Rigmor Frøyum FTV Fagforbundet( sign)  
Mai-Britt Martinsen, FTV NSF(sign)

Med vennlig hilsen

**Mai-Britt Martinsen**  
Spesialsykepleier/Foretakstillitsvalgt  
Tlf: +47 77755890  
[Mai-britt.martinsen@unn.no](mailto:Mai-britt.martinsen@unn.no)

Universitetssykehuset Nord-Nor  
NSF UNN HF

Det er resultatene for pasienten som teller!  
Vi gir den beste behandling.



**NORSK  
SYKEPLEIERFORBUND**

---

Tenk miljø – ikke skriv ut denne om det ikke er absolutt nødvendig



<b>Sak:</b>	Nasjonal helse- og sykehusplan- stedlig ledelse. Invitasjon til innspillsrunde		
<b>Klinikk:</b>	Diagnostisk klinikk		
<b>Til:</b>	<a href="mailto:sykehusplan@unn.no">sykehusplan@unn.no</a> ved Marit Lind		
<b>Saksbeh.:</b>	Gry Andersen		
		06.12.16	

Saken har vært sendt ut til lederteam i klinikken. Laboratoriemedisin har utarbeidet innspill (vedlegg). I tillegg har klinikkens lederteam behandlet saken. I møtet deltok også seksjonsledere Røntgenavdelingen seksjon Harstad og seksjon Narvik, samt seksjonsleder Laboratoriemedisin, seksjon Narvik. Flere av de som deltok i utvidet lederteammøte Diagnostisk klinikk har også deltatt i arbeidet med å utarbeide høringssvar fra hhv driftsrådet i Narvik og driftsrådet i Harstad. I møtet ble det tatt opp at man hadde flere "hatter" på når man gir innspill – en hatt når man er medlem i driftsrådet og skal gi innspill på hvordan ledelse fungerer på tvers innad mellom enhetene i f.eks UNN Harstad, og en annen hatt når man er medlem i avdelingens lederteam eller i lederlinje innad i klinikken.

#### **I hvilken grad vurderes den beskrevne organisasjonsmodellen ved UNN å ivareta stedlig ledelse slik den er omtalt i st.meld 11 (jf. Dok 8) og i protokollen fra foretaksmøtet (jf. Dok.10)?**

- Innspillene fra lederne i Narvik og Harstad er at driftsrådene ikke fungerer som erstatning for stedlig ledelse, det er ikke et lederorgan. Driftsrådene må jobbe for helheten og ved disse to lokalisasjonene mangler en ansvarlig leder som har helhetlig koordineringsansvar for hver av de to lokalisasjonene, og som kan beslutte på vegne av enhetene. Det etterlyses representasjon i direktørens ledergruppe fra hhv Narvik og Harstad.
- I Diagnostisk klinikk er det etablert stedlig ledelse ved UNN Narvik, UNN Harstad og UNN Tromsø, med unntak av Medisinsk teknikk i Narvik som har to medarbeidere og har seksjonsleder i Tromsø og avdelingsleder i Harstad. Det er muntlig avtalt at en av de to ved Medisinsk teknikk Narvik skal ha et koordinatoransvar, men dette er ikke formalisert gjennom funksjonsbeskrivelse. Lederne ved de ulike lokalisasjonene har helhetlig lederansvar for sine seksjoner. Klinikken har også to medarbeidere ved DMS Finnsnes som inngår i seksjon ved Røntgenavdelingen, Tromsø.

#### **I hvilken grad og/eller på hvilken måte opplever man at dagen organisasjonsmodell fungerer i praksis?**

- Det er uavklart hvilken myndighet driftsrådene har til å beslutte og i hvilke saker. Det er ofte manglende oppmøte i driftsrådene og det gjør prosessene vanskelige eller de forsinkes. Det er deltakere i møtet som ikke har en formalisert rolle i driftsrådet og dette kan også bidra til at ting oppleves som mer uavklart.
- Inntrykket er at det blant medlemmer i driftsrådet er store forskjeller i autonomien til lederne i UNN Harstad og UNN Narvik, og at dette er avhenging av tilhørighet til senter og klinikk
- Tilbakemeldingene på intern organisering i klinikken er at seksjonslederne i Harstad og Narvik opplever at de har stor grad av selvstendighet, godt handlingsrom til å utøve ledelse, blir inkludert i prosesser og er en av flere enheter i de avdelingene de inngår i.
- Fra Narvik etterlyses det bedre lederstøtte, dvs stabsfunksjoner som har sin fysiske arbeidsplass i UNN Narvik. Oppfatningen er at hvis det er stabsfunksjoner tilstede vil det kunne bidra til bedre, tryggere og muligens kjappere prosesser i de saker hvor ledelsen trenger hjelp og støtte.

- Det ble problematisert at det ved Røntgenavdelingen lenge har vært uavklart mht avdelingsleder, og at det har vært mange ledere innom som så har sluttet innen kort tid. Dette har bidratt til mangelfull tilstedeværelse av avdelingsledere spesielt i Harstad og dette svekker informasjonsflyt og oppfølging. Vært bedring fordi seksjonslederne deltar i regelmessige lederteam og driftsmøter.
- Det ble tatt opp fra seksjon Harstad, Røntgenavdelingen at det er ønske om en direkte linje til klinikkledelsen for seksjonen, f.eks at seksjonsledere ved UNN Narvik og UNN Harstad deltar i klinikkens lederteam med jevne mellomrom, evt. på sak.
- Det ble uttalt fra seksjonene at de ønsker å være en del av Røntgenavdelingen og Laboratoriemedisin slik som i dag som seksjoner. Begrunnelsen for dette er at det er viktig ift fag, drift, ressurs personell og utstyr å være en del av en større avdeling.

#### **Hva kunne være eventuelle tiltak for å ivareta stedlig ledelse bedre**

- **Internt i klinikken**
  - Leder er ansatt fast i Røntgenavdelingen og det bidrar til stabilitet og det legges opp til mer jevnlig tilstedeværelse i Harstad og Narvik
  - Radiologer ved UNN Harstad og UNN Narvik inngår i organgrupper i Røntgenavdelingen
  - Legge to-fire lederteamsmøter til UNN Harstad og UNN Narvik årlig og hvor seksjonslederne ved de to lokalisasjonene deltar
  - Utarbeide funksjonsbeskrivelse for koordinator Medisinsk teknikk, UNN Narvik
  - Vurdere om seksjonsledere ved Laboratoriemedisin Narvik og Harstad skal bli faste medlemmer av avdelingens lederteam, i dag deltar de i lederteam på sak, eller i driftsmøtene og avviksmøtene
  - Invitere seksjonsledere til å delta i klinikkens lederteam på sak
  - Etablere ordning med faste stedsfortredere for seksjonsledere lokalt
- **Ved lokalisasjonene**
  - Enkelte uttrykker at de ikke har behov for en stedlig leder, mens andre uttrykker at det er behov for en som kan ha helhetlig koordineringsansvar for lokalisasjonen og som deltar i direktørens lederteam
  - Det bør vurderes om to av klinikkjefene skal ha sine arbeidsplasser i Narvik og Harstad
  - Deltakelse i driftsrådene må være obligatorisk for linjeledere, de samme gjelder de medisinsk faglige rådgiverne som er oppnevnt til rådet. Andre kan delta på sak, men funksjon er det som bestemmer fast deltakelse
  - Mandatet for driftsrådet må klargjøres mht ansvar og myndighet
  - Revisjon av klinikkene mht selvstendighet og handlingsrom slik at lederne opplever at det er lik praksis
  - Rekruttere personell ved Stabscenteret som har sitt daglige arbeidssted i UNN Narvik

Vennlig hilsen

Klinikkjef  
Gry Andersen



Vedlegg

Innspill fra Laboratoriemedisin Diagnostisk klinikk

18.11.2016

**Svar på innspillsrunde: «Dagens organisering av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og hvordan stedlig ledelse ivaretas»**

Laboratoriemedisin har syv seksjoner; fem i Tromsø, en i Harstad og en i Narvik. Hver av seksjonene har egen seksjonsleder. Avdelingsleder er lokalisert i Tromsø.

Saken er behandlet i Laboratoriemedisin sitt lederteam og i driftsmøte for seksjonsledere, kvalitetsledere og IKT-ansvarlige og i møte med verneombud og tillitsvalgte.

Laboratoriemedisin ønsker å komme med følgende innspill:

Det er behov for lokal stedfortreder for våre seksjonsledere i Harstad og Narvik. Ordningen der avdelingsleder trer inn i seksjonsleders fravær, fungerer ikke optimalt over distanse. Nærhet og god kjennskap til seksjonen er av betydning og gir bedre ressursutnyttelse. I tillegg får seksjonsleder formalisert en medarbeider for samarbeid og planlegging av drift.

Det ses også behov for personlig vara til de lokale driftsråd i Harstad og Narvik.

Organisasjonsmodellen forøvrig ivaretar stedlig ledelse for våre seksjoner i Harstad og Narvik. Begge seksjonslederne deltar i de respektive lokale driftsrådene og kan gis fullmakter på sak fra avdelingsleder hvis nødvendig.

Med hilsen

Lisbeth Hansen  
Konst. avdelingsleder  
Laboratoriemedisin

## Andersen Ole-Martin

---

**Fra:** Westgren Carl-Erik  
**Sendt:** 7. desember 2016 11:27  
**Til:** UNN-STAB-Sykehusplan  
**Kopi:** Andersen Ole-Martin; Hoven Siren  
**Emne:** Innspillsrunde - Nasjonal helse- og sykehusplan - Stedlig ledelse

### Innspill fra Psykisk helse- og rusklinikken ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF:

Psykisk helse- og rusklinikken har siden etableringen hatt en desentralisert struktur med flere virksomheter utenfor Tromsø - i Narvik, Harstad, Sjøvegan, Silsand, Storsteinnes og Storslett. Gjennom klinikkens arbeid med klinisk struktur og organisering har det stått sentralt å samle fagområdene (psykisk helse og TSB) med det potensiale dette gir for ansvars- og oppgavefordeling, pasientforløp, tilbudsutvikling og faglig utvikling.

Virksomheten har, i ulike utforminger, vært organisert slik at gjennomgående faglig ledelse og lokal ledelse har vært ivaretatt. I dag er avdelingsnivået f.eks. organisert med en Avdeling sør som favner lokale seksjoner (sentre for psykisk helse og rusbehandling/DPS) i Narvik, Harstad og Midt-Troms (Sjøvegan og Silsand). Avdelingsleder er p.t. lokalisert i Harstad. Tilsvarende organiserer Avdeling nord seksjoner (sentre for psykisk helse og rusbehandling/DPS) i Tromsø (inkludert Storsteinnes) og på Storslett. Avdelingsleder er p.t. lokalisert i Tromsø. Avdelingenes møtестrukturer mv. er tilpasset virksomhetens lokalisering. Det enkelte Senter for psykisk helse og rusbehandling har stedlig ledelse, i dagens organisering er dette seksjonsnivå, med seksjonsleder på det enkelte senter.

Ledere på alle nivåer har personal-, økonomi- og fagansvar, og det praktiseres enhetlig ledelse som inkluderer alle yrkesgrupper. For vår del av virksomheten, mener vi derfor at UNN ivaretar stedlig ledelse slik det beskrives i førende dokumenter. I en klinikk av vår størrelse og kompleksitet vil det selvsagt være utfordringer knyttet til f.eks. beslutningsveier – dette krever en kontinuerlig oppmerksomhet i alle deler av virksomheten hva angår tiltak (f.eks. å sikre hensiktsmessige støttefunksjoner).

Gjennom den offentlige debatten har det fremkommet tydelige oppfatninger om at stedlig ledelse kan bety en direktør på hvert lokalsykehus. En slik løsning kan selvfølgelig tenkes å ha effekter m.h.t. lokal samordning. Vi ser imidlertid ikke at en slik løsning vil styrke vår mulighet til å få til likeverdige tjenester for våre pasienter i hele UNN sitt opptaksområde eller bedrer vår mulighet til å få til gode og helhetlige pasientforløp mellom lokalsykehusnivå/DPS og sykehusnivået (spesialiserte funksjoner).

Vi opplever at ordningen med driftsråd kan være med på å ivareta vårt behov for en bedre samordning på lokalsykehusene. For at dette skal fungere, bør driftsrådene gis en ressursmessig portefølje for iverksettelse av lokale tiltak for bedre koordinering og intern drift på det enkelte sykehus. Driftsrådene kan med fordel gis et tydeligere mandat m.h.t. å koordinere og tilrettelegge for gode pasientforløp på tvers av avdelinger.

Opplevelse av manglende stedlig ledelse på lokalsykehusene, har i liten grad vært tematisert i Psykisk helse- og rusklinikken. Klinikken kliniske struktur og organisering ble senest gjennomgått og vedtatt endret i medio 2015 (med implementering fra 01.01.16) uten at tematikken knyttet til stedlig ledelse ble problematisert fra virksomhetene utenfor Tromsø. Klinikken mener at en gjennom dagens organisering har maktet å ivareta gjennomgående faglig ledelse, enhetlig stedlig ledelse, helhetlige pasientforløp og en lederstruktur som kan sørge for faglig forsvarlig drift. Vi opplever at dagens organisering er hensiktsmessig for den videre utvikling av våre fagområder. Dagens organisasjonsløsning ønskes således videreført.

Med vennlig hilsen

**Carl-Erik Westgren**  
Leder Stabsenheten  
Tlf: +47 77 62 75 97

Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
Psykisk helse- og rusklinikken  
Mob: +47 91 16 99 04

Det er resultatene for pasienten som teller!  
Vi gir den beste behandling.

## Innspill til dagens organisering av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og hvordan stedlig ledelse ivaretas.

1) Vedtatt lederstruktur i UNN (fra 2013) er ikke implementert i organisasjonen

I dokumentet:

**I UNN kan man etablere inntil fire organisatoriske nivå under administrerende direktør. Klinikkk, avdeling, seksjon og enhet**

Kommentar:

I UNN i dag er det fortsatt mange avdelinger som har oversykepleiere. Disse fungerer verken som avdelingsledere eller seksjonsledere – men et udefinert sted midt imellom. Oversykepleier inngår i lederteam og man har da eksempler på at seksjonssykepleiere (2 stk som deler ansvaret for en seksjon) ikke får delta i lederteamet.

2) Stedlig ledelse ikke ivaretatt

I dokumentet:

**Stedlige ledere for alle medarbeidere. I en tverrgående klinikkkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse.**

Kommentar:

Denne definisjonen er ikke oppfylt i Narvik og Harstad som geografisk lokalisasjon med tverrgående klinikkkstruktur. Det er ingen stedlig leder for NOR-klinikken i Narvik.

Det er en stor utfordring at øverste felles beslutningsmyndighet for saker i Narvik er direktøren.

3) Driftsrådene fungerer ikke optimalt som en arena hvor man samlet kan beslutte klinikkovertgripende driftssaker

I dokumentet

**Driftsrådene ved UNN Narvik og UNN Harstad har tjent sin hensikt og oppfylt intensjon og målsetting i gitt mandat. Evalueringen konkluderer imidlertid med noen enkle justeringer som er begrunnet i forbedring av arbeidet.**

Kommentar:

Mandatet til driftsrådet er utydelig, man bør utdype hva som menes med «driftsmessige forhold» og «klinikkovertgripende driftssaker». I møtet 12. mai 2016 ble dette tatt opp av Hanne U. Sommersel: «Driftsråd/stedlig ledelse. Hvilke oppgaver har utvalget og hvilket ansvar og myndighet ligger til rådet.»

I referatene fra Driftsrådet i Narvik fremkommer det ikke om sakene er til informasjon, diskusjon eller beslutning. I sakene fremkommer en slags konklusjon, men ikke om det er en beslutning.

Sakene som drøftes i Driftsrådet er svært ofte av praktisk eller administrativ karakter (utsmykning, skilting, parkering, pasientarmbånd med kode osv.)

Et eksempel på en sak er:

*«Sak fra tøyforsyningen/renhold: møblering foran vinduer. Får ikke gjort sine arbeidsoppgaver.....  
**Konklusjon:** Ansatte ved tøyforsyningen og renhold skal få mulighet til å gjøre sin jobb.....» (sak 40/2016)*

Antallet saker knyttet til klinikkovergripende driftssaker er færre og har dårlig fremdrift:

Et annet eksempel på en sak som ble tatt opp våren 16 var:

*«Traumeøvelser lokalt og om Narvik burde ha en dedikert person som har en funksjon til å koordinere, planlegge og gjennomføre øvelser, opplæring, registrering» (Sak 14/2016)*

Saken ble ikke konkludert (virket ikke forberedt). Den skulle tas opp senere. Ble igjen satt opp som sak på sommeren (09.06.16), med informasjon om kurs. For øvrig ble saken utsatt igjen til høsten. Pr 07.12.16 er den ikke å finne i noe referat.

Driftsrådet har selv gitt innspill til forbedringer, ett av dem er at endring i drift som berører flere klinikker bør forankres i lokalt driftsråd i en tidlig fase. Saken om fast track hofteprotese brukes som et eksempel på sak som burde vært forankret lokalt. (Sak 28/2016). Det finnes flere eksempler på saker der endring i drift, ambulering, flytting av pasientgrupper og behandlinger som mellom lokalisasjoner, prioritering av kapasitet på operasjonsstuer gjøres uten av sakene settes på sakskartet til driftsrådet. Det er paradoksalt siden svært mange av de daglige utfordringene knyttet til samdrift og felles utfordringer nettopp handler om denne type endringer. Driftsrådet ønsker også å være høringsinstans. Det bærer heller ikke referatene preg av å vise.

På generell basis vil jeg tenke at lederne for driftsrådene trenger mer hjelp, støtte og kompetanse til å utøve sin rolle. Ansatte fra Personal- organisasjonsutviklingsenheten bør gå inn å analysere driftsrådenes funksjon (være til stede og observere møtene), finne årsakene til at møtene ikke fungerer etter intensjonene og gi innspill til endringer som gjør at driftsrådene får en bedre og riktigere rolle. Mandatet bør justeres deretter.

07.12.16

Merete Postmyr



Høringssvar vedrørende stedlig ledelse.

Narvik 05.12.16

UNN HF's strukturelle oppbygging.

UNN HF har valgt å opprette driftsråd som kompensasjon for manglende stedlig ledelse. Driftsrådet består av ulike avdelings- og seksjonsledere på sykehuset. Driftsrådet har ingen formell plass i organisasjonskartet, og har ingen formell makt. Driftsrådet må ses på som et rådgivende organ. Om driftsrådet i fremtiden skal være UNNs svar på lokal ledelse, bør det i mandatet til driftsrådet stå hvem som har myndighet til å fatte vedtak i saker der driftsrådet og respektive klinikkledere ikke er enige.

Pr i dag er driftsrådet organisert slik at klinikkjefer fra UNN Tromsø rullerer på møtene og rapporterer til direktørens ledergruppe. Ingen av lederne som jobber lokalt i UNN Narvik er med i direktørens ledergruppe.

**Fra Narvik's ståsted ønsker vi at leder av vårt driftsråd møter i direktørens ledergruppe.**

**God ledelse krever tilstedeværelse og nærhet.**

Vi ser flere uheldige konsekvenser av fjernledelse slik UNN pr idag er organisert. Samtlige klinikkledere har sitt hovedarbeidssted i Tromsø. Siden mye av UNN's virksomhet er i Tromsø er det naturlig at det meste av fokus vil være rettet mot Tromsø. Vi har inntrykk av at et godt eierforhold og engasjement for drift på annen lokasjon er utfordrende.

Enhver problematikk/ forslag til forbedring som omfatter flere klinikker må løftes opp til klinikkledernivå. Manglende daglig tilstedeværelse medfører dårligere innsikt og engasjement i problemstillinger som kunne vært løst lokalt.

Vi mener organiseringen i UNN ikke oppfyller stortingsets intensjon i vedtaket om stedlig ledelse i behandlingen av nasjonal sykehusplan for lokalsykehusene, og at UNN Narvik bør utredes for lokal ledelse.

Foretaksmøtet understreket at arbeidet skal skje i dialog med kommunene og andre aktører. Vi ønsker endringer som kommer befolkningen som brukere av UNN Narvik og vår region til gode.

Uten reell stedlig ledelse med makt til å utøve ledelse på strategisk, driftsmessig, personell og kommunikativt nivå går virksomheten under. En leder uten lokalt ansvar kan ikke sikre stedlig, faglig gjennomgående ledelse.

Leger ved medisinsk avdeling UNN Narvik

*M. Harek 2017*  
*Rune Henne*  
*Asm-T over*  
*Stålberg*  
*Anne Kaar*  
*Johanne S. Harang*  
*Skuller*  
*Elise Ubro*

Hørings svar vedrørende stedlig ledelse.

Narvik 05.12.16

UNN HF's strukturelle oppbygging.

UNN HF har valgt å opprette driftsråd som kompensasjon for manglende stedlig ledelse. Driftsrådet består av ulike avdelings- og seksjonsledere på sykehuset. Driftsrådet har ingen formell plass i organisasjonskartet, og har ingen formell makt. Driftsrådet må ses på som et rådgivende organ. Om driftsrådet i fremtiden skal være UNNs svar på lokal ledelse, bør det i mandatet til driftsrådet stå hvem som har myndighet til å fatte vedtak i saker der driftsrådet og respektive klinikkledere ikke er enige.

Pr i dag er driftsrådet organisert slik at kliniksjefer fra UNN Tromsø rullerer på møtene og rapporterer til direktørens ledergruppe. Ingen av lederne som jobber lokalt i UNN Narvik er med i direktørens ledergruppe.

**Fra Narvik's ståsted ønsker vi at leder av vårt driftsråd møter i direktørens ledergruppe.**

**God ledelse krever tilstedeværelse og nærhet.**

Vi ser flere uheldige konsekvenser av fjernledelse slik UNN pr idag er organisert. Samtlige klinikkledere har sitt hovedarbeidssted i Tromsø. Siden mye av UNN's virksomhet er i Tromsø er det naturlig at det meste av fokus vil være rettet mot Tromsø. Vi har inntrykk av at et godt eierforhold og engasjement for drift på annen lokasjon er utfordrende.

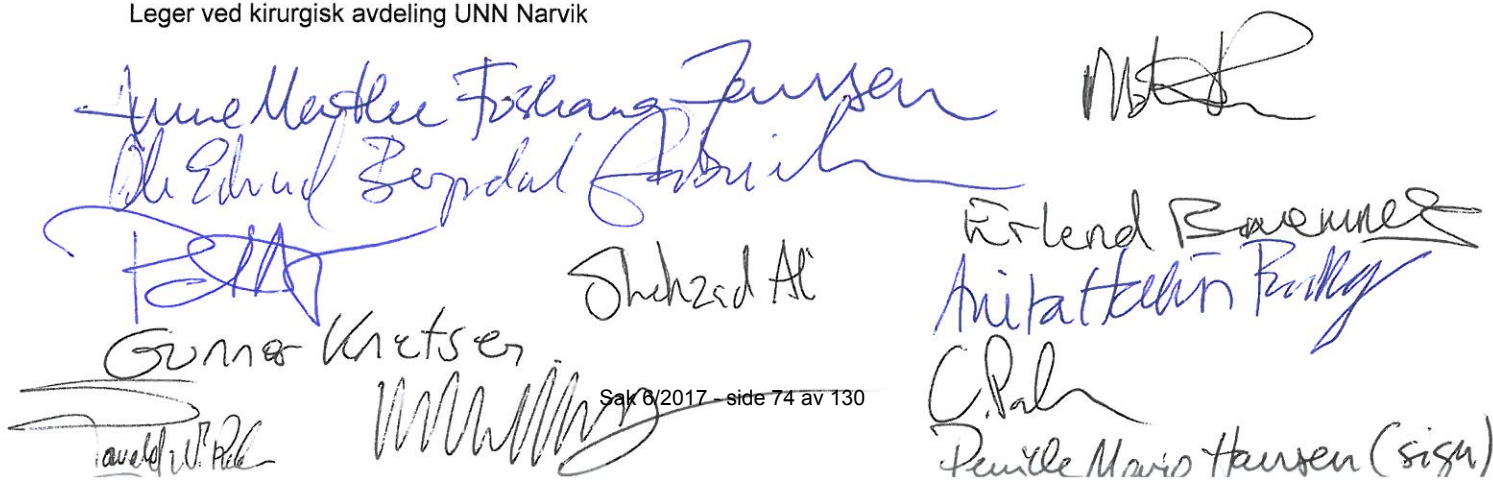
Enhver problematik/ forslag til forbedring som omfatter flere klinikker må løftes opp til klinikkledernivå. Manglende daglig tilstedeværelse medfører dårligere innsikt og engasjement i problemstillinger som kunne vært løst lokalt.

Vi mener organiseringen i UNN ikke oppfylder stortingets intensjon i vedtaket om stedlig ledelse i behandlingen av nasjonal sykehusplan for lokalsykehusene, og at UNN Narvik bør utredes for lokal ledelse.

Foretaksrådet understreket at arbeidet skal skje i dialog med kommunene og andre aktører. Vi ønsker endringer som kommer befolkningen som brukere av UNN Narvik og vår region til gode.

Uten reell stedlig ledelse med makt til å utøve ledelse på strategisk, driftsmessig, personell og kommunikativt nivå går virksomheten under. En leder uten lokalt ansvar kan ikke sikre stedlig, faglig gjennomgående ledelse.

Leger ved kirurgisk avdeling UNN Narvik


  
 Inge-Mette Fjellanger Jensen
   
 Ole Eirik Bergdal
   
 Shihzed Al
   
 Erlend Børnø
   
 Anitattelin Paulsen
   
 Gunnar Krutser
   
 C. Pal
   
 Pernille Maria Hansen (sigsu)
   
 Saken er behandlet i sak 6/2017 - side 74 av 130



Høringssvar vedrørende stedlig ledelse.

Narvik 05.12.16

UNN HF's strukturelle oppbygging.

UNN HF har valgt å opprette driftsråd som kompensasjon for manglende stedlig ledelse. Driftsrådet består av ulike avdelings -og seksjonsledere på sykehuset. Driftsrådet har ingen formell plass i organisasjonskartet, og har ingen formell makt. Driftsrådet må ses på som et rådgivende organ. Om driftsrådet i fremtiden skal være UNNs svar på lokal ledelse, bør det i mandatet til driftsrådet stå hvem som har myndighet til å fatte vedtak i saker der driftsrådet og respektive klinikkledere ikke er enige.

Pr i dag er driftsrådet organisert slik at klinikkjefer fra UNN Tromsø rullerer på møtene og rapporterer til direktørens ledergruppe. Ingen av lederne som jobber lokalt i UNN Narvik er med i direktørens ledergruppe.

**Fra Narvik's ståsted ønsker vi at leder av vårt driftsråd møter i direktørens ledergruppe.**

#### **God ledelse krever tilstedeværelse og nærhet.**

Vi ser flere uheldige konsekvenser av fjernledelse slik UNN pr idag er organisert. Samtlige klinikkledere har sitt hovedarbeidssted i Tromsø. Siden mye av UNN's virksomhet er i Tromsø er det naturlig at det meste av fokus vil være rettet mot Tromsø. Vi har inntrykk av at et godt eierforhold og engasjement for drift på annen lokasjon er utfordrende.

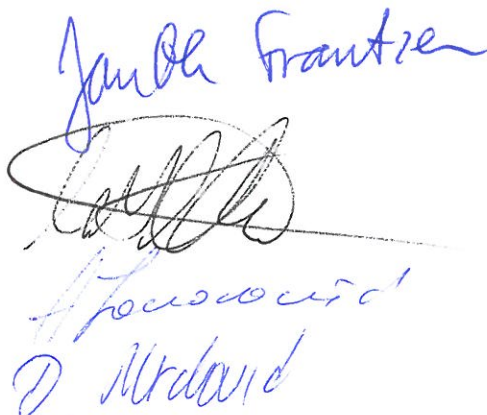
Enhver problematikk/ forslag til forbedring som omfatter flere klinikker må løftes opp til klinikkledernivå. Manglende daglig tilstedeværelse medfører dårligere innsikt og engasjement i problemstillinger som kunne vært løst lokalt.

Vi mener organiseringen i UNN ikke oppfyller stortingsets intensjon i vedtaket om stedlig ledelse i behandlingen av nasjonal sykehusplan for lokalsykehusene, og at UNN Narvik bør utredes for lokal ledelse.

Foretaksmøtet understreket at arbeidet skal skje i dialog med kommunene og andre aktører. Vi ønsker endringer som kommer befolkningen som brukere av UNN Narvik og vår region til gode.

Uten reell stedlig ledelse med makt til å utøve ledelse på strategisk, driftsmessig, personell og kommunikativt nivå går virksomheten under. En leder uten lokalt ansvar kan ikke sikre stedlig, faglig gjennomgående ledelse.

Leger ved Røntgen avdelingen UNN Narvik



Høringssvar vedrørende stedlig ledelse.

Narvik 05.12.16

UNN HF's strukturelle oppbygging.

UNN HF har valgt å opprette driftsråd som kompensasjon for manglende stedlig ledelse. Driftsrådet består av ulike avdelings- og seksjonsledere på sykehuset. Driftsrådet har ingen formell plass i organisasjonskartet, og har ingen formell makt. Driftsrådet må ses på som et rådgivende organ. Om driftsrådet i fremtiden skal være UNNs svar på lokal ledelse, bør det i mandatet til driftsrådet stå hvem som har myndighet til å fatte vedtak i saker der driftsrådet og respektive klinikkledere ikke er enige.

Pr i dag er driftsrådet organisert slik at klinikkjefer fra UNN Tromsø rullerer på møtene og rapporterer til direktørens ledergruppe. Ingen av lederne som jobber lokalt i UNN Narvik er med i direktørens ledergruppe.

**Fra Narvik's ståsted ønsker vi at leder av vårt driftsråd møter i direktørens ledergruppe.**

#### **God ledelse krever tilstedeværelse og nærhet.**

Vi ser flere uheldige konsekvenser av fjernledelse slik UNN pr idag er organisert. Samtlige klinikkledere har sitt hovedarbeidssted i Tromsø. Siden mye av UNN's virksomhet er i Tromsø er det naturlig at det meste av fokus vil være rettet mot Tromsø. Vi har inntrykk av at et godt eierforhold og engasjement for drift på annen lokasjon er utfordrende.


Enhver problematik/ forslag til forbedring som omfatter flere klinikker må løftes opp til klinikkledernivå. Manglende daglig tilstedeværelse medfører dårligere innsikt og engasjement i problemstillinger som kunne vært løst lokalt.

Vi mener organiseringen i UNN ikke oppfyller stortingsets intensjon i vedtaket om stedlig ledelse i behandlingen av nasjonal sykehusplan for lokalsykehusene, og at UNN Narvik bør utredes for lokal ledelse.


Foretaksmøtet understreket at arbeidet skal skje i dialog med kommunene og andre aktører. Vi ønsker endringer som kommer befolkningen som brukere av UNN Narvik og vår region til gode.

Uten reell stedlig ledelse med makt til å utøve ledelse på strategisk, driftsmessig, personell og kommunikativt nivå går virksomheten under. En leder uten lokalt ansvar kan ikke sikre stedlig, faglig gjennomgående ledelse.

Leger ved anestesivdelingen UNN Narvik



Pernille Haraldsen  
(sign)



David Nystad  
(Sign)



Jon Matt  
(Sign)

Hørings svar vedrørende stedlig ledelse.

Narvik 05.12.16

UNN HF's strukturelle oppbygging.

UNN HF har valgt å opprette driftsråd som kompensasjon for manglende stedlig ledelse. Driftsrådet består av ulike avdelings -og seksjonsledere på sykehuset. Driftsrådet har ingen formell plass i organisasjonskartet, og har ingen formell makt. Driftsrådet må ses på som et rådgivende organ. Om driftsrådet i fremtiden skal være UNNs svar på lokal ledelse, bør det i mandatet til driftsrådet stå hvem som har myndighet til å fatte vedtak i saker der driftsrådet og respektive klinikkledere ikke er enige.

Pr i dag er driftsrådet organisert slik at klinikkjefer fra UNN Tromsø rullerer på møtene og rapporterer til direktørens ledergruppe. Ingen av lederne som jobber lokalt i UNN Narvik er med i direktørens ledergruppe.

**Fra Narvik`s ståsted ønsker vi at leder av vårt driftsråd møter i direktørens ledergruppe.**

**God ledelse krever tilstedeværelse og nærhet.**

Vi ser flere uheldige konsekvenser av fjernledelse slik UNN pr idag er organisert. Samtlige klinikkledere har sitt hovedarbeidssted i Tromsø. Siden mye av UNN`s virksomhet er i Tromsø er det naturlig at det meste av fokus vil være rettet mot Tromsø. Vi har inntrykk av at et godt eierforhold og engasjement for drift på annen lokasjon er utfordrende.

Enhver problematikk/ forslag til forbedring som omfatter flere klinikker må løftes opp til klinikkledernivå. Manglende daglig tilstedeværelse medfører dårligere innsikt og engasjement i problemstillinger som kunne vært løst lokalt.


Vi mener organiseringen i UNN ikke oppfyller stortingets intensjon i vedtaket om stedlig ledelse i behandlingen av nasjonal sykehusplan for lokalsykehusene, og at UNN Narvik bør utredes for lokal ledelse.

Foretaksmøtet understreket at arbeidet skal skje i dialog med kommunene og andre aktører. Vi ønsker endringer som kommer befolkningen som brukere av UNN Narvik og vår region til gode.

Uten reell stedlig ledelse med makt til å utøve ledelse på strategisk, driftsmessig, personell og kommunikativt nivå går virksomheten under. En leder uten lokalt ansvar kan ikke sikre stedlig, faglig gjennomgående ledelse.

Leger ved gyn/ føde avdelingen UNN Narvik

Lars Dahle  
(sign)

  
Mario Rexer  
(Sign)





[Sykehusplan@unn.no](mailto:Sykehusplan@unn.no)

7.desember 2016

### Nasjonal helse- og sykehusplan – stedlig ledelse. Innspill fra Barne- og ungdomsklinikken

Det vises til invitasjon til innspill i forbindelse med utredning av stedlig ledelse ved UNN. Vi har diskutert saken i klinikkens lederteam og har følgende innspill for egen klinikk på de temaene vi spesielt er bedt om å kommentere:

- *I hvilken grad vurderes den beskrevne organisasjonsmodellen ved UNN å ivareta stedlig ledelse slik det er omtalt i st. melding 11 og i protokollen fra foretaksmøtet*

Barne- og ungdomsklinikken er fra og med 1.9 spredt og lokalisert i 10 bygninger og 6 geografiske lokalisasjoner. Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling er lokalisert på 6 forskjellige geografiske steder, med stedlige ledere som har totalansvar sin enhet. Barne- og ungdomsavdelingen i Tromsø fungerer som et barnesenter hvor spesialistene kommer til pasientene «sine». De ulike spesialistene har det faglige ansvar for sine pasienter mens de får sin behandling i Barne- og ungdomsavdelingens sengeposter av personell som er ansatt i Barne- og ungdomsavdelingen. Dette er en modell hvor pasienten er i fokus. Barne- og ungdomsavdelingen har systemansvar for barn- og unge opp til 18 år, som er innlagt i Harstad og Narvik. Barneleger ambulerer til Harstad og Narvik og har poliklinikk. Medisinsk genetisk avdeling og Barnehabiliteringen er kun lokalisert i Tromsø. Kravet om gjennomgående faglig ledelse og stedlig ledelse er ivaretatt i hele klinikken, bortsett fra at det i Harstad er en kontormedarbeider som er organisert i Barnepoliklinikken i BUK. Stillingen ledes av kontorleder i Barne- og ungdomsavdelingen i Tromsø.

I Stortingsmelding 11 kap. 6.3 om ledelse beskrives vårt oppdrag som ledere å rette mer oppmerksomhet mot hvordan pasientene opplever behandlingen og hvordan vi får til helhetlige pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i UNN. Videre påpekes det at fokus må i større grad rettes mot de pasientnære lederne. Dette ivaretas ved at våre leder på de ulike geografiske lokalisasjonene og i de ulike enhetene er gitt fullmakt til å utøve stedlig ledelse. Det ligger derved til rette for lokal samhandling om pasientbehandlingen på tvers i UNN.

Som skissert ovenfor er klinikkens avdelinger spredt over flere bygninger, også i Tromsø. Dette stiller de samme kravene til velfungerende ledelse på «distanse» som om avdelingene hadde vært lokalisert utenfor Tromsø. Med dagens teknologiske muligheter ligger det til rette for god oppfølging og samhandling på distanse mellom alle klinikkens enheter og ledernivåer.



Slik det fremgår av organisasjonskartet i *Innspillsnotat til utredning av stedlig ledelse*, og med bakgrunn i beskrivelsen av klinikken ovenfor, vurderer vi at stedlig ledelse er ivaretatt jfr. beskrivelse i Stortingsmelding 11 og i protokollen fra foretaksmøtet.

- *I hvilken grad og/eller på hvilken måte opplever man at dagens organisasjonsmodell fungerer i praksis?*

Ledere på de ulike geografiske lokalisasjonene er gitt fullmakt til å utøve stedlig ledelse, med seksjonsnivå som det «ytterste beslutningsnivå». I tider med økonomiske utfordringer kan delegasjonen på enkelte områder sentraliseres for perioder, men beslutningene tas alltid i samarbeid med det aktuelle ledernivå. Dette for å ivareta beslutninger som ikke fører til uheldige konsekvenser.

Barne- og ungdomspoliklinikkene som ble organisert under felles faglig ledelse i BUK f.o.m. september har fått økt myndighet ved at de nå befinner seg på seksjonsnivå i Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Avdelingen skal starte på en organisasjonsutviklingsprosess i januar 2017, hvor man skal beslutte organisasjonsmodellen. Stedlig ledelse og gjennomgående faglig ledelse vil være en premiss i arbeidet.

Når det gjelder kontormedarbeideren i Harstad fungerer dette tilfredsstillende både for arbeidstaker og arbeidsgiver. Vedkommende føler seg meget godt ivaretatt og opplever at kommunikasjonen mellom de geografiske lokalisasjonene fungerer utmerket ved hjelp av moderne teknologi og god ledelse. I tillegg vektlegges gjennomgående faglige ledelse som viktig av begge parter.

Organisasjonsmodellen fungerer etter vår mening tilfredsstillende.

- *Hva vil kunne være eventuelle tiltak for å ivareta stedlig ledelse bedre*

I samarbeid med Psykisk helse – og rusklinikken vil nå BUK inngå i driftsrådene i henholdsvis Harstad og Narvik. Dette er en viktig arena for å få til et godt samarbeid der man deler ressurser og er avhengige av hverandre for å få til en god drift, som kommer pasienter og medarbeidere til gode. Driftsrådene må fatte viktige lokale beslutninger og det må være helt klart for driftsrådets medlemmer hvilken beslutningsmyndighet man har. Dette bør gjøres mer konkret i mandatet. I saker hvor det ikke kan fattes lokal beslutning, bør saken løftes med en formell henvendelse/saksutredning til direktørens stabsmøte og/eller direktørens ledergruppe. Leder av driftsrådet inviteres til å fremme saken i de nevnte fora før endelig beslutning fattes.

Psykisk helse og rusklinikken og Barne- og ungdomsklinikken utarbeider lokale samarbeidsavtaler når det gjelder driften på de distriktspsykiatriske sentrene.

Elin Gullhav  
Klinikkssjef



Tromsø, 07.12.16

## INNSPILL VEDR. UTREDNING AV STEDLIG LEDELSE I UNN

NOR-klinikken har formidlet høringsnotatet til alle avdelingslederteam, samt behandlet saken i klinikkledermettet 7.12.16. Følgende innspill er i all hovedsak fremkommet i klinikkledermettet.

### 1. I hvilken grad vurderes den beskrevne organisasjonsmodellen ved UNN å ivareta stedlig ledelse slik det er omtalt i St.melding 11 og i protokollen fra foretaksmøtet?

NOR-klinikken opplever at den beskrevne modellen ivaretar stedlig ledelse på en tilfredsstillende måte. Mest utfordrende ift NOR-klinikkens område er organiseringen i Narvik. Dette er utdypet nærmere i spørsmål 2. Vi tror funksjonen med lokale driftsråd er god, om enn noe krevende. Den utfordres også ved at avdelings- og seksjonsledere med ansvarsområder i Narvik og Harstad må være seg bevisst sin funksjon ift flere lokalisasjoner og bidra aktivt også utenfor Breivika (Tromsø) dersom modellen skal virke godt nok.

### 2. I hvilken grad og/eller på hvilke måte opplever en at dagens organisasjonsmodell fungerer i praksis?

NOR-klinikken hadde en stor gjennomgang av sin organisering i 2015 da NO og Rehabiliteringsklinikken ble slått sammen. Ny organisering for NOR-klinikken ble bygd på prinsippene i UNN om faglig gjennomgående ledelse. Det ble også ivaretatt at ansatte har en stedlig leder enten på seksjonsnivå eller enhetsnivå.

I Harstad har klinikken velfungerende seksjoner og enheter innen ortopedi, NKØØ og Rehabilitering / habilitering. Det mangler imidlertid en overbyggende struktur for klinikkens virksomhet i Harstad. Imidlertid har klinikken ikke noen egentlig organisatorisk enhet i Narvik ut over en enhet for rehabilitering og for habilitering. Disse er organisert under tilhørende seksjoner i Tromsø. Ift ortopedi og ØNH har klinikken ikke egen lokal stedlig ledelse, men virksomheten er så liten at den i stor grad blir ivaretatt gjennom K3K (poliklinikk og sekretærtjenester) og medisinsk klinikk (sengepost), mens AnOp Narvik organiserer operasjonsvirksomheten. Leger og audiografer er organisert under respektive fagseksjoner i Tromsø. Dette oppfatter vi ikke som noe egentlig problem, men forutsetter at det er god kontakt mellom avdelingenes seksjoner på tvers av lokalisasjoner.

NOR-klinikken er representert i driftsrådene i Harstad og Narvik. Dette er viktig for å kunne samordne den totale driften i sykehuset. Vi opplever at den overordnede modellen som vi har i dag er den som er mest riktig under dagens rammer. Å løse opp disse og etablere egne klinikker basert på sykehusstrukturen, vil bidra til at nåværende klinikkstruktur mest sannsynlig ikke blir mulig å opprettholde.

Noen utfordringer med den eksisterende modellen må vi jobbe med for å forbedre.

UNN HF NO og rehab	Besøksadresse: 9038 Tromsø	Kontonr: 4700.04.02008 www.unn.no	Org nr: 983 974 899	Avd tlf: Avd fax: Avd e-post:	Internett:
-----------------------	-------------------------------	---	------------------------	-------------------------------------	------------



- Vi ser at det kan være krevende å få til god kommunikasjon mellom lokasjonene om de faglige utfordringer mv. Denne utfordringen er særlig merkbar i fht Narvik innen ortopedi og ØNH fagene. Det har også vært noe sprik mellom faglig ledelse og linjeledelse ved spesialistpoliklinikken i Harstad.
- Mangel på stedlig leder har ført til at fagpersoner ikke er blitt tatt med i prosesser som foregår lokalt, for eksempel pasientforløpsprosjekt (protesekirurgi) eller deltakelse i relevante fora som operasjonsplanleggingsmøtene i Narvik. Dette kan ha vært uheldig, og er et forhold som det bør arbeides med andre løsninger for i fremtiden.

**3. Hva vil kunne være eventuelle tiltak for å ivareta stedlig ledelse bedre?**

NOR-klinikken har vurdert hvorvidt klinikkens virksomhet i Harstad skulle hatt en med en leder som i klinikkledelsen, for forbedre kommunikasjon og samarbeid på tvers av lokalisasjoner. En NOR-avdeling i Harstad vil bli kompleks og utgjøre et administrativt mellomstykke som oppfattes som unødvendig og fordyrende. En slik ordning ville også bryte med prinsippet om faglig gjennomgående ledelse og gjøre dette langt mer tunvint. I Narvik er virksomheten så liten at det under nåværende forhold ikke synes relevant å endre organiseringen lokalt, men heller styrke båndene mot de faglige seksjoner og avdelinger i UNN Tromsø

Vi tror at økt tilstedeværelse fra de respektive faglige ansvarlige i Tromsø vil bedre kommunikasjonen om faglige utfordringer, faglig utvikling og prioriteringer. Vi ser at utfordringene i Harstad og Narvik er noe forskjellige og er åpne for at det vil kunne være behov for litt ulike tiltak. Dette er noe vi ønsker å jobbe med fremover. Det pågår nå et organisasjonsforbedringsprosjekt i spesialistpoliklinikken i Harstad som klinikken kan høste erfaringer fra i dette arbeidet.

Med vennlig hilsen

Bjørn Yngvar Nordvåg,  
klinikksjef NOR-klinikken



Sykehusplan@unn.no

Tromsø 07.12.2016

## Innspill - Nasjonal helse og sykehusplan- stedlig ledelse

Jeg ønsker som klinikkjef ved Operasjons- og intensivklinikken(OpIn) å gi følgende tilbakemelding i forhold de tre følgende punktene:

- *I hvilken grad vurderes den beskrevne organisasjonsmodellen ved UNN å ivareta stedlig ledelse slik den er omtalt i st. melding 11 og i protokollen fra foretaksmøte?*

Når det gjelder OpIn –klinikken mener jeg organisering ivaretar stedlig ledelse. Vår virksomhet ved henholdsvis UNN Narvik og UNN Tromsø organisert som egne avdelinger. Hver avdeling har ansvarlig leder på alle nivåer og alle ansatte vet hvem som er deres nærmeste leder. Avdelingsleder er med klinikkledelsen.

- *I hvilken grad og/eller på hvilken måte opplever man at dagens organisasjonsmodell fungerer i praksis.*

Min vurdering ifht dagens organisasjonsmodell er at modellen i seg selv ikke er hovedutfordringen, men at utfordringen er at vi både på klinikk-, avdelings- og seksjonsnivå kan og bør bli bedre på å samarbeide/jobbe på tvers av organisasjonsenhetene.

- *Hva vil kunne være eventuelle tiltak for å ivareta stedlig ledelse bedre.*
  1. Organiseringen av de ulike klinikken bør gjennomgås og evt justere hvis stedlig ledelse ikke ivaretas eller hvis lederstrukturen er uklar.
  2. Jevnlig tilstedeværelse av aktuelle klinikks klinikkjefen på alle lokalisasjonene bør systemiseres.
  3. Økt fokus på å videreutvikle samarbeid mellom de ulike klinikker, mellom avdelinger og seksjoner i ulike klinikker.
  4. Tydeligere struktur på driftsrådene som for eksempel møteplikt, ha fokus på hvilke saker som tas opp, saksforberedelsen samt oppfølging av sakene i etterkant av møtene. Det kan også være et

alternativ å invitere driftsrådleder inn i direktørens ledermøte et fast antall ganger per år.

Med vennlig hilsen

Eva-Hanne Hansen  
kliniksjeff

Innspill fra klinikkjef Medisinsk klinikk: Stedlig ledelse

07.12.2016

Undertegnede har vært medlem av driftsrådene i Harstad og Narvik fra sommeren 2015-2016 og er klinikkjef siden 2008.

1. Basert på omtalelsen i Meld. St. 11 og protokollen fra foretaksmøte mener man at organisasjonsmodellen på UNN er i tråd med stortingsmeldingen og at UNN modellen ivareta stedlig ledelse.
2. Medisinsk klinikk praktiserer enhetlig teambasert ledelse og har gjennom 8 år god erfaring med en avdelingsstruktur som representerer virksomhet i Harstad og Narvik (medisinsk avdeling). Stedlig ledelse praktiseres gjennom en avdelingsleder med sitt team som har helhetlig ansvar.

Avdelingsledere fra de medisinske avdelingene i Harstad og Narvik er også medlem av driftsråd og ivaretar driftsrådslederfunksjon på rundgang. Avdelingsovergrepene spørsmål blir i all hovedsak handtert lokalt i direkte dialog med berørt avdeling(er) eller blir tatt opp i driftsråd. Hvis nødvendig, løfter avdelingsleder opp til klinikkjef, som tar det linjeveien videre. Gjennom denne modellen ble funksjonsfordeling enklere muliggjort.

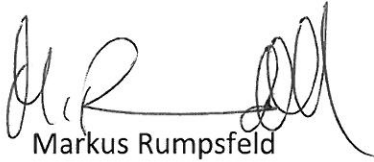
For eksempel har Medisinsk avdeling i Harstad gjennom sin oppbygde kompetanse muliggjort en funksjonsfordeling fra andre klinikker i Tromsø til Harstad. Harstad sykehus har dermed en høy egendekningsgrad. Det vil si at pasientene kan utredes og behandles der de bor i en mye høyere grad enn ved andre lokalsykehus i Helse Nord. I tråd med Nasjonal helse og sykehusplan er det således lagt opp til at lokalisasjonene i Medisinsk klinikk kan samarbeide i team og gi pasientene tilbud nært hjemmet. Avdelingene i Harstad og Narvik bidrar med dette til å avlaste noen regionsykehusfunksjoner i Tromsø.

Dette eksempel skal illustrere hvordan UNNs organisasjonsmodell ivaretar gode pasientforløp til beste for pasientene på tvers av geografien: Stedlig ledelse blir ivaretatt gjennom avdelingsledere; samarbeid foregår på tvers av geografien, på tvers av avdelingene og klinikkene.

En klinikkmodell Harstad og Narvik står i kontrast til det komplekse klinikkovergrepene samarbeid som trengs for å få til dagens høyspesialiserte pasientforløp. En geografisk basert klinikkmodell kan tenkes å ha som positiv effekt at eksterne og interne aktører har en synlig adressat ved henvendelser. Imidlertid kan en organisasjonsmodell med stedlig leder på klinikkjefnivå støtte opp under silotenkning og gjør samarbeid som beskrevet ovenfor mer vanskelig. Utover det vil etablering av geografiske klinikker bryter med faglig gjennom gående linjer og vil tvinge fram nødvendighet å restrukturere UNNs organisasjonsstruktur på alle lokalisasjoner. En slik prosess er krevende for en organisasjon og vil ta bort fokus på nødvendig videreutvikling av pasientforløpsarbeid på tvers av enhetene, klinikker og organisasjoner (samhandling med eksterne aktører) over mange år.

3. Dagens driftsrådsmodell kan og bør forbedres. Driftsråd og særlig driftsrådsleder kan gjennom tydeligere framheving av dens rolle i offentligheten blir en tydelig adressat for eksterne aktører. Driftsrådslederens rolle kan gjennom en funksjonsbeskrivelse tydeliggjøres bedre både internt og eksternt. Det kan diskuteres om driftsrådsledere bør være medlem/deltar på sak i direktørens stabsmøte for å sikre god kommunikasjon til foretakets ledelse.

Mvh



Markus Rumpsfeld

Klinikkjef Medisinsk klinikk, UNN HF



# Stedlig ledelse, hørings svar fra klinikkledelsen Kirurgi,- kreft og kvinnehelseklinikken

---

Tromsø, 7.12.2016

Klinikkledelsen har behandlet spørsmålene fra arbeidsgruppen og ønsker å avgi følgende uttalelse:

*Jf. punkt 1: I hvilken grad vurderes dagens organisasjonsmodell ved UNN å ivareta stedlig ledelse slik det er omtalt i st. meld 11 og i protokollen fra foretaksmøtet?*

Klinikkledelsen mener at det er stedlig ledelse ved alle klinikkens enheter i Harstad og Narvik hvor vi har avdelinger og seksjoner. Alle ansatte har en leder med totalt ledelsesansvar ved de to lokalisasjonene. Dette innebærer både personal og faglig ledelse. Men, det etterspørres fra Harstad om det er lovmessig forskjell mellom det å være avdelingsleder eller seksjonsleder i denne sammenhengen.

*Jf. punkt 2: Hvordan fungerer dagens organisasjonsmodell i K3K klinikken i praksis?*

Begrepsavklaring for enhetlig ledelse, teambasert ledelse, gjennomgående faglig ledelse samt stedlig ledelse og en beskrivelse av hvordan den stedlige ledelsen er ivaretatt i K3K er allerede beskrevet i innspillnotatet datert 4.11.2016.

K3K klinikken er organisert med kirurgiske avdelinger med stedlige avdelingsledelser i Harstad og Narvik, og med Føde og gynekologiske seksjoner med stedlige seksjonsledelser i Harstad og Narvik. Avdelingsledere ved Kirurgisk avdeling Harstad og Narvik rapporterer direkte til klinikkssjef, mens seksjonsleder ved Føde/gyn seksjonen i Harstad og Narvik rapporterer til avdelingsleder i Kvinneklinikken.

*Klinikkssjefen* har et totalansvar for K3K klinikkens virksomhet i Harstad, Narvik og Tromsø.

*Klinikkledelsen* er representert med avdelingsledere fra alle avdelinger i klinikken, herunder avdelingsledere i Harstad og Narvik. Fra 2017 vil klinikken avholde *utvidet* klinikkledermøter med ledere fra seksjonene ved alle de tre lokalisasjonene, samt avdelingsoverleger og andre fagledere.

UNN HF

Kirurgi, - kreft og  
Kvinnehelseklinikken

Postboks 100  
9038 Tromsø

Besøksadresse:

Sykehusveien 38  
9038 Tromsø

Kontonr:

4700.04.02008  
www.unn.no

Org nr:

983 974 899

Avd tlf: 07766

Avd

Avd e-post:

Internett:



*Avdelingsledere og seksjonsledere i K3K klinikken er gitt nødvendige fullmakter til å utøve stedlig ledelse.*

Klinikkledelsen i K3K mener det er en forutsetning med en tverrgående klinikkstruktur for at man sammen skal kunne planlegge, iverksette og følge opp de strategiske hovedretningene og hovedansvarsområdene som klinikken er involvert i og har ansvar for. Med en tverrgående klinikkstruktur ivaretas alle aktører og fagområder samt de ulike arenaer på alle lokalisasjonene, og det kan fattes overordnede beslutninger som er til *det beste for alle pasientene* i UNNs hovedopptaksområder og oppgaver som K3K klinikken har ansvar for.

*Dette gjelder særlig for områder som håndtering av felles ventelister på tvers av lokalisasjoner, pasientforløpene, rotasjon og ambulering av leger, utdanning av LIS leger og utnyttelse av operasjonskapasitet på tvers av lokalisasjoner.*

Videre er ledere fra K3Ks avdelinger og seksjoner i Harstad og Narvik faste medlemmer i klinikkens overordnede Kvam utvalg. Dette er en viktig og nyttig arena for å sikre en *gjennomgående koordinering* og ivaretagelse samt *ledelse* av kvalitets- og HMS arbeidet i hele klinikken, som skal være *lik uavhengig av lokalisasjon og geografi*.

Det er etablert gode kommunikasjonskanaler innad i klinikken, på tvers av lokalisasjoner.

#### *Jf. punkt 3: Tiltak for å ivareta stedlig ledelse bedre?*

Det er en forutsetning at stedlige avdelingsledere deltar i klinikkledelsens møter samt at stedlige seksjonsledere deltar i avdelingsledermøter. Det er nødvendig å ivareta seksjonsledernes behov for deltakelse inn mot klinikkledelsen bedre enn det har vært til nå. Dette gjelder seksjonene i hele klinikken, men avstandsproblemet tydeliggjør dette spesielt ovenfor seksjonene i Harstad og Narvik. Ved en aktiv tilstedeværelse i klinikkens ulike fora vil involvering og forankring av beslutninger ivaretas på en god måte, uavhengig av lokalisasjonene.

De lokale driftsrådene har myndighet til å beslutte, og driftsrådene bør tydeliggjøre sitt mandat som et *besluttende organ*. Alle stedlige ledere har delegert myndighet til å beslutte lokale tiltak i driftsrådene.

Klinikkledelsen mener det vil være et tilbakeskritt for den totale drift og personalivaretagelse for pasientenes beste hvis man skulle innføre en stedlig direktør eller klinikkorganisering ved lokalsykehusene.

Vedlegg: kommentar fra avdelingsleder Kirurgisk avdeling, Narvik

*Kommentarer fra avdelingsleder kirurgi Narvik*

Avdelingsleder ved Kirurgisk avdeling Narvik, John Martin Pedersen:

*» Jeg har sagt det før, i flere sammenheng, men det gjentas herved formelt, at vi ikke kan se at organisasjonsmodellen som vi har, ivaretar stedlig ledelse verken i Narvik eller i Harstad, da klinikkmodellen går til topps, og det er ingen myndighet som ” samler trådene ” og kan beslutte klinikkovergripende tiltak lokalt, såfremt det ikke er enighet om det de lokale lederne imellom, ev. via driftsrådet. Men selv da har vi ingen formell myndighet, jfr. enigheten mellom de lokale lederne på med. og kir. avd. om å dele sengeposten, hvilket vi ikke kom noen vei med».*

Fra: Dag Sigurd Brustind[Dag.Sigurd.Brustind@ibestad.kommune.no]  
Dato: 07.12.2016 16:03:59  
Til: Postmottak UNN  
Kopi: Anita Dahl Solbakken  
Tittel: Høringsuttalelse - stedlig ledelse

---

Til Universitetssykehuset i Nord Norge

**Vedlagt følger høringsuttalelse fra Ibestad kommune på stedlig ledelse UNN.**

Uttalelsen har arkivreferanse: 15/00366

Vi takker for invitasjon til å avgi uttalelse.

Ibestad kommune ønsker å fremheve at det er kommunene som i dag er forvaltningsnivå for innbyggerne. Det er viktig at kommuner utenfor byene også kan avgi uttalelser.

Vi har spesielle utfordringer som stort sett er fraværende i vertskommunene (byene).

Ibestad har en meget skjev befolkningssammensetning. Dette innebærer en stor andel eldre i Ibestads befolkning.

Vi ser at dette medfører at vår befolkning besøker sykehus mindre enn det som forventes statistisk sett. Dette er bekymringsfullt. En stedlig ledelse vil etter vår oppfatning ha mer fokus på innbyggerne utenfor Harstad.

Sykehusene har mange sterke profesjoner. Vi oppfatter det ikke som effektivt at avdelingsledere i fellesskap skal fremme viktige saker som angår Harstad sykehus til direktørens ledergruppe.

Et driftsråd har kun en koordinerende funksjon. Vi ser det som sterkt ønskelig at den ledelsen vi skal samarbeide kan treffe beslutninger på riktig nivå.

Vi ønsker en enhetlig stedlig ledelse som kan være samlende for sykehus og region og se helhetlige utfordringer med tilhørende tiltak og løsninger. En stedlig ledelse vil tidligere kunne ta tak i utfordringer og komme med løsninger.

Vår oppfatning er at en stedlig ledelse vil være bedre i stand til å kommunisere med helse og omsorgstjenesten i kommunen. Dette vil gi en bedre sammenheng mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

En stedlig ledelse vil også være et tydelig ansikt utad for sykehuset.

Vi ber om at fordelene ved stedlig ledelse blir vurdert og at effektiv kommunikasjon med kommunehelsetjenesten blir sterkere vektlagt.

Beste hilsen

**Dag Sigurd Brustind**

**Ordfører Ibestad**

Mobil: 95 33 25 00

[Dag.sigurd.brustind@ibestad.kommune.no](mailto:Dag.sigurd.brustind@ibestad.kommune.no)

cid:image001.png@01D18E5D  
.05146360

**Andersen Ole-Martin**

---

**Emne:** Stedlig ledelse - oversendelse av innspill fra BU  
**Vedlegg:** VS: SV: SV: Møte i arbeidsgruppen - Stedlig ledelse

**Fra:** Hovden Leif  
**Sendt:** 21. desember 2016 09:51  
**Til:** Andersen Ole-Martin <Ole-Martin.Andersen@unn.no>  
**Kopi:** Carlyle Cathrin <Cathrin.Carlyle@unn.no>; Johannessen Hilde Anne <Hilde.Anne.Johannessen@unn.no>  
**Emne:** Stedlig ledelse - oversendelse av innspill fra BU

BU konkluderte i sitt møte 8.12.2016 med følgende:

- Brukerutvalget er klar på at man ved valg av modell for stedlig ledelse, må vektlegge *kvaliteten i pasientbehandlingen* som den vesentligste forutsetningen.

Med vennlig hilsen

**Leif Hovden**  
administrasjonssjef  
**Tlf:** +47 77 62 60 12

---

Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
Stabssenteret  
**Mob:** +47 952 64 390

Det er resultatene for pasienten som teller!  
Vi gir den beste behandling.

---

Tenk miljø – ikke skriv ut denne om det ikke er absolutt nødvendig

## Nasjonal helse- og sykehusplan – Stedlig ledelse - Sortering av innspill

Utredningen av hvordan stedlig ledelse ivaretas i UNN gjennomføres i en tredelt prosess.

I første del utarbeides det et innspillsnotat som beskriver organiseringen av UNN og hvordan stedlig ledelse ivaretas i denne organisasjonsmodellen. I andre del innhentes det innspill på denne fra eksterne og interne interessenter. Dette notatet fremstiller en oversikt og kategoriserer alle innspill som er kommet.

Kategorier:

- A. Dagens organisasjonsmodell vurderes å ikke ivareta stedlig ledelse
- B. Dagens organisasjonsmodell vurderes å kunne ivareta stedlig ledelse, men har behov for justeringer/kompenserende tiltak for å fungere tilfredsstillende

Innsp. nr.	Mottatt	Avsender	Innspilletts vurdering av dagens organisering og stedlig ledelse	Begrunnelse for standpunkt (hvilke utfordringer ser man, eventuelle fordeler)	
1	17.11.16	Lokalt driftsrådet UNN Harstad	Dagens organisasjonsmodell vurderes å ikke fungerer tilfredsstillende slik det er i dag  Dagens organisasjonsmodell vurderes å ikke være stedlig ledelse  Dagens modell oppleves <b>ikke forenelig</b> med Stortinget intensjon om «stedlig ledelse»	<b>Utfordringer</b> Lokalt driftsråd anser seg som et samarbeidsorgan som har ikke beslutningsmyndighet på tvers  Mangler beslutningsmyndighet på tvers lokalt  Koblingen mot øvrige klinikker med samme fag  Ulikt hierarkisk ledernivå på medlem av driftsrådene gjør at ikke alle er med i klinikkledelsen.  Det rapporteres om truende svikt i kvalitet og effektivitet	A
2	17.11.16	Opprop v/Legekollegiet ved UNN Harstad	<b>Løsning/tiltak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seksjoner gjøres om til avdelinger</li> </ul>		

		(vedlegg til innspillet fra Lokalt driftsrådet UNN Harstad)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utreides for en lokal leder på klinikknivå (leder av «klinikk UNN Harstad»)</li> </ul>		
3	19.11.16	<p>Allmennleger i Harstad</p> <p>v/ Inger Ingemann, tillitsvalgt for allmennlegene i Harstad</p> <p>Sidsel M. Andreassen, Styremedlem i Allmennlegeforeningen</p>	<p>Dagens organisasjonsmodell vurderes å ikke fungerer tilfredsstillende slik det er i dag</p> <p>Stedlig ledelse ikke mulig innenfor dagens organisasjonsmodell</p> <p><b>Løsning/tiltak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stedlig ledelse ved alle lokalsykehus</li> </ul>	<p>Manglende lokal ledelse ved UNN Harstad vurderes å gjøre det vanskelig å samarbeide tett mellom UNN Harstad og lokal kommunal helsetjeneste</p> <p>Fragmentert og forringet ledelse i forhold til samarbeid med kommune helsetjenesten</p> <p>Vanskelig å samarbeide om tunge pasientgrupper</p> <p>Utfordrende å innfri tjenesteavtalen</p> <p>Initiativ til samarbeid stopper opp på veien til ledelsen som sitter i en annen by (Tromsø)</p> <p>Vanskelig å opprettholde funksjonen til PKO (praksiskonsulenten)</p>	A
4	24.11.16	Sør-Troms regionråd	<p>Dagens organisasjonsmodell vurderes å ikke fungerer tilfredsstillende slik det er i dag</p> <p><b>Løsning/tiltak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stedlig ledelse ved lokalsykehusene i Harstad og Narvik en lokal leder på klinikknivå som rapporterer til direktøren i UNN</li> </ul>	<p><b>Utfordringer</b></p> <p>Mangelfull koordinering og samhandling lar seg vanskelig løse innfor dagens struktur</p> <p>Vektlegger viktigheten av en modell som ivaretar det faglige på betryggende måte og likhet i pasientbehandlingen, men at dette ikke trenger komme i et motsetningsforhold mellom helhetlig, stedlig ledelse</p>	A
5	29.11.16	Harstad kommune	Dagens organisasjonsmodell vurderes i enkelte saker å ikke fungerer tilfredsstillende	<p><b>Utfordringer</b></p> <p>Tar lang tid før svar foreligger</p>	A



			<p><b>Løsning/tiltak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stedlig ledelse lokalisert i Harstad med nødvendige fullmakter til å utøve ledelse (fag, økonomi og personal)</li> </ul>	Vektlegger behovet for å kunne koordinere aktiviteter og kontaktledd ut mot kommuner og andre samarbeidspartnere	
6	30.11.16	Harstad eldreråd	<p>Mener at dagens organisering av UNN <b>ikke oppfyller</b> Stortingets intensjon i vedtaket om «stedlig ledelse»</p> <p>Opplever dagens modell ved UNN som mangelfull</p> <p><b>Løsning/tiltak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• UNN Harstad bør derfor utredes for en lokal stedlig ledelse på klinikkledernivå, samtidig som man sikrer gjennomgående faglig ledelse i pasientbehandlingen. Ledelsen forutsettes å ha nødvendige fullmakter til å utøve ledelse, det være seg faglig ansvar, budsjettansvar og personalansvar</li> </ul>	<p><b>Utfordringer</b></p> <p>Store problemer med å vite hvem man skal henvende seg til</p> <p>Tar forlang tid før man får svar</p> <p>Man vi få bedre pasientsikkerhet med lokal ledelse</p>	A
7	3.12.16	Tillitsvalgte og vernetjenesten ved Harstad sykehus	<p>De tillitsvalgte og vernetjenesten ved UNN Harstad mener organiseringen i UNN <b>ikke oppfyller</b> stortingets intensjon i vedtaket om stedlig ledelse i behandlingen av nasjonal sykehusplan</p> <p><b>Løsning/tiltak:</b></p>	<p><b>Utfordringer</b></p> <p>Manglende utbedringer etter katastrofeøvelser avdekket problem som ikke følges opp av øverste ledelse</p> <p>Fravær av portørtjenester, hvem skal følge opp denne problemstillingen</p>	A

			UNN Harstad bør derfor utredes for en lokal ledelse på klinikkledernivå eksempelvis tilsvarende det som Helse og Sosialkomiteen viser til har skjedd på Ringerike sykehus	Saker på tvers av klinikkene er vanskelig å løse  Uklare ansvars og myndighetsforhold	
8	5.12.16	Turnusleger ved Harstad sykehus	<b>Løsning/tiltak:</b> Lokal leder for Harstad sykehus	<b>Utfordringer</b> Når problemstillingene går på tvers av avdelinger blir det en langvarig prosess  Ulike tolkninger av personalhåndboka (ferie, overtid, hvem betaler for hva). I dag blir dette løst forskjellig  Manglende enhetlig ansvar for turnusleger  Manglende identitetsfølelse med negativ innvirkning for rekruttering	A
9	6.12.16	Kvæfjord kommune	<b>Løsning/tiltak:</b> En stedlig enhetlig ledelse lokalisert i Harstad som koordinerer aktivitet og er kontaktledd ut mot kommuner og andre samarbeidspartnere  Ledelsen forutsettes å ha nødvendige fullmakter til å utøve ledelse, det være seg faglig ansvar, budsjettansvar og personalansvar	<b>Utfordringer</b> Erfarer at det i enkelte saker kan være utfordrende å forstå hvor henvendelser skal adresseres  Det til tider tar lang tid før svar/tilbakemelding foreligger	A
10	6.12.16	Narvik kommune	<b>Løsning/tiltak:</b> Ser behovet for en lokal leder med ansvar for å koordinere og være en ansvarlig kontaktperson mot kommunene	<b>Utfordringer</b> Erfarer at klinikkledelsen har ikke alltid har oversikt over samhandlingsmønsteret lokalt	A

			<p>Denne må kjenne lokale forhold og ha sterk forankring i UNN HF sin ledergruppe</p>	<p>Lang beslutningsvei fra klinikkledelsen i Tromsø til lokale miljø ved UNN Narvik</p> <p>Utfordrende når det er behov for avklaringer på/mellom klinikksjefnivå</p> <p>Små fagmiljø er sårbare. Små endringer får store konsekvenser/ringvirkninger lokalt</p> <p>Det tar forlang tid fra vakans/ledighet oppstår til rekruttering</p> <p><b>Fordeler med dagens modell</b> Gode erfaringer med KSU Somatikk og KSU rus/psykiatri, dialogmøtene og OSO</p>	
11	6.12.16	Seksjonsledere ved Tøyforsyningen, Renholdsseksjonen, Sentralforsyningen, Matforsyningen og Sentralbord	<p><b>Løsning/tiltak:</b> Det etableres en seksjon pr geografisk lokasjon som underlegges avdelingsleder som favner alle fagområdene i forsyningen</p> <p>Personalledelse plasseres på lokasjon i Harstad og Narvik</p> <p>Overordnet faglig ledelse ligger hos seksjonsledere på de berørte fagområdene</p> <p>Seksjonsledere for forsyning, Harstad og Narvik, deltar på ledersamlinger og møter</p>	<p><b>Utfordringer</b> Harstad og Narvik er preget av å ha få ansatte pr seksjon og har ikke hatt stedlig ledelsene etter omorganisering</p>	B

			Disse får overordnet ansvar for bl.a. kontrakts overholdelse, bestillinger og budsjett for de ulike lokasjonene		
			Drive fram en strategiplan for forsyningstjenestene på disse to lokasjonene		
12	6.12.16	Ofoten regionråd	Lik Narvik kommunes innspill		A
13	6.12.16	Lokalt driftsrådet UNN Narvik	<p>Driftsråd UNN Narvik vurderer at organisasjonsmodellen ved UNN, ikke oppfyller kravet om <i>stedlig</i> ledelse, eller stedlig <i>enhetlig</i> ledelse på alle nivåer ved UNN Narvik</p> <p>Videre vil vi også påpeke at man ved UNN heller ikke følger vedtatt overordnet lederstruktur med direktør, kliniksjeff, avdelingsleder, seksjonsleder og enhetsleder, da det er ledere ansatt i ulike titler som seksjonssykepleiere, oversykepleier og seksjonsoverlege, noe som er med på å gjøre lederstrukturen, organiseringen og ansvarsområder uoversiktlig</p> <p>Lokalt lederansvar er oppstykket</p> <p>Det oppleves også at klinikkene med stedlig virksomhet ved UNN Narvik i varierende grad lykkes med å få dagens organisasjonsmodellen til å fungere godt. Dette kan handle om flere forhold, som tilgang til nødvendige personalressurser,</p>	<p><b>Utfordringer</b></p> <p>Lokalt lederansvar er oppstykket</p> <p>Der er medarbeidere som ikke har stedlig ledelse i det hele tatt</p> <p>Organisering på tvers av loven (manglende stedlig ledelse)</p> <p>Vedtatt org struktur og oppfølging med titler fungerer ikke</p> <p>Samarbeid på tvers er vanskelig grunnet lange ledelseslinjer</p> <p>Lokal lederansvar er oppstykket. Ingen som har helhetlig ansvar</p> <p>Oppfølging av den enkelte ansatte ivaretas ikke der hvor det ikke er stedlige ledelse</p> <p>Manglende org plassering av driftsrådet i UNN's org struktur</p>	A

			<p>organisering og måten avstandsledelsen utøves på</p> <p><b>Løsning/tiltak:</b> For å kunne si at Driftsrådet utgjør stedlig ledelse lokalt i Narvik, bør det synliggjøres på UNN sitt organisasjonskart på lik linje med Longyearbyen sykehus. Rådet bør ha en tydeligere struktur og oppmøteplikt bør innføres, samt et mer tydelig mandat for utøvelse av ledelse</p> <p>Hvis Driftsrådet skal fungere som klinikkovergripende stedlig ledelse, bør driftsrådets lederfunksjon styrkes og tydeliggjøres</p>	<p>Driftsrådet mandat ivaretar ikke behovet for lokal beslutningsmyndighet</p> <p>Driftsrådsleder er ikke representert i sykehusledelse</p>	
14	6.12.16	Rigmor Frøyum, FTV Fagforbundet Mai-Britt Martinsen, FTV NSF	<p>Ser at stedlig ledelse ikke fungerer i dag i UNN Harstad og UNN Narvik</p> <p><b>Løsning/tiltak:</b> UNN Harstad og UNN Narvik trenger hvert sitt driftsråd med egen leder som har myndighet og som taler lokalsykehusets sak i ledergruppa til direktøren</p>	<p><b>Utfordringer</b> I vanskelige saker der avdelingsledere i ulike klinikker skal samarbeide på tvers i lokalsykehuset holder det ikke bare med gode råd, da må det beslutninger til. I dag ser vi at det tar tid og at endelig beslutninger kommer fra Tromsø</p> <p>Det mangler noen som taler UNN Harstad og UNN Narviks sak i ledergruppa til direktøren</p>	B
15	7.12.16	Diagnostisk klinikk	<p><b>Løsning/tiltak:</b> Det bør vurderes om to av klinikkjefene skal ha sine arbeidsplasser i Narvik og Harstad</p>	<p><b>Utfordringer</b> Det mangler en ansvarlig leder som har helhetlig koordineringsansvar for hver av de to lokalisasjonene, og som kan beslutte på vegne av enhetene</p>	B

			<p>Deltakelse i driftsrådene må være obligatorisk for linjeledere, de samme gjelder de medisinsk faglige rådgiverne som er oppnevnt til rådet</p> <p>Mandatet for driftsrådet må klargjøres mht ansvar og myndighet</p> <p>Revisjon av klinikkene mht selvstendighet og handlingsrom slik at lederne opplever at det er lik praksis</p> <p>Rekruttere personell ved Stabssenteret som har sitt daglige arbeidssted i UNN Narvik</p> <p>Foreslår også en rekke klinikk interne tiltak</p> <p>Det etterlyses representasjon i direktørens ledergruppe fra hhv Narvik og Harstad</p> <p>Lokale stedfortredere for seksjonsledere (i DK) ved UNN Harstad og UNN Narvik</p>		
16	7.12.16	Psykisk helse og rusklinikken	<p>For vår del av virksomheten, mener vi at UNN ivaretar stedlig ledelse slik det beskrives i førende dokumenter</p> <p>Dagens organisasjonsløsning ønskes således videreført</p> <p><b>Løsning/tiltak:</b> Vi opplever at ordningen med driftsråd kan være med på å ivareta vårt behov for en bedre</p>	<p><b>Fordeler med dagens modell</b> Ser ikke at en løsning (med en direktør på hver lokalsykehus) vil styrke vår mulighet til å få til likeverdige tjenester for våre pasienter i hele UNN sitt opptaksområde eller bedrer vår mulighet til å få til gode og helhetlige pasientforløp mellom lokalsykehusnivå/DPS og sykehusnivået</p> <p>Klinikken mener at en gjennom dagens organisering har maktet å ivareta gjennomgående faglig ledelse, enhetlig stedlig ledelse, helhetlige</p>	B



			<p>samordning på lokalsykehusene. For at dette skal fungere, bør driftsrådene gis en ressursmessig portefølje for iverksettelse av lokale tiltak for bedre koordinering og intern drift på det enkelte sykehus</p> <p>Driftsrådene kan med fordel gis et tydeligere mandat m.h.t. å koordinere og tilrettelegge for gode pasientforløp på tvers av avdelinger</p>	<p>pasientforløp og en lederstruktur som kan sørge for faglig forsvarlig drift. Vi opplever at dagens organisering er hensiktsmessig for den videre utvikling av våre fagområder</p>	
17	7.12.16	Merete Postmyr	<p>Det er fortsatt mange avdelinger som har oversykepleiere. Disse fungerer verken som avdelingsledere eller seksjonsledere – men et udefinert sted midt imellom. Oversykepleier inngår i lederteam og man har da eksempler på at seksjonssykepleiere (2 stk som deler ansvaret for en seksjon) ikke får delta i lederteamet.</p> <p>Stedlig er ikke oppfylt i Narvik og Harstad som geografisk lokalisasjon med tverrgående klinikkstruktur. Det er ingen stedlig leder for NOR-klinikken i Narvik</p> <p>Sakene som drøftes i Driftsrådet er svært ofte av praktisk eller administrativ karakter (utsmykning, skilting, parkering, pasientarmbånd med kode osv.)</p> <p>I sakene fremkommer en slags konklusjon, men ikke om det er en beslutning</p> <p><b>Løsning/tiltak:</b></p>	<p><b>Utfordringer</b></p> <p>Vedtatt lederstruktur ikke er implementert i hele organisasjonen</p> <p>Stedlig ledelse ikke er ivaretatt</p> <p>Driftsrådene fungerer ikke optimalt. Saker som er klinikkovergripende er færre og har dårligere fremdrift en andre saker</p> <p>Mandatet til driftsrådet er utydelig</p>	B

			<p>Tydeliggjøre driftsrådets mandat. Hva menes med «driftsmessige forhold» og «klinikkovergripende driftssaker»</p> <p>«Driftsråd/stedlig ledelse. Hvilke oppgaver har utvalget og hvilket ansvar og myndighet ligger til rådet.»</p> <p>lederne for driftsrådene trenger mer hjelp, støtte og kompetanse til å utøve sin rolle</p> <p>Ansatte fra Personal-organisasjonsutviklingsenheten bør gå inn å analysere driftsrådernes funksjon (være til stede og observere møtene), finne årsakene til at møtene ikke fungerer etter intensjonene og gi innspill til endringer som gjør at driftsrådene får en bedre og riktigere rolle</p>		
18	7.12.16	Leger ved UNN Narvik	<p>Vi mener organiseringen av UNN ikke oppfyller Stortingets intensjon i vedtaket om stedlig ledelse i behandlingen av nasjonal helse- og sykehusplan for lokalsykehusene</p> <p>Vedtatt lederstruktur ikke er implementert i hele organisasjonen</p> <p>Stedlig ledelse ikke er ivaretatt</p> <p><b>Løsning/tiltak:</b> Driftsrådene fungerer ikke optimalt. Om driftsrådet skal være UNNs svar på lokal ledelse, bør det i mandatet til driftsrådet stå hvem som har myndighet til å fatte vedtak i</p>	<p><b>Utfordringer</b> Driftsrådet er har ingen formell makt og må ses på som et rådgivende organ</p> <p>Ser flere uheldige konsekvenser av fjernledelse slik UNN er organisert i dag. Manglende daglig stedlig tilstedeværelse gir dårligere innsikt i problemstillinger som kunne ha blitt løst lokalt</p> <p>Siden mye av mye av UNNs virksomhet er i Tromsø er det naturlig at det meste av fokuset vil være rettet mot Tromsø. Vi har inntrykk av at et godt eierforhold og engasjement for drift på annen lokasjon er utfordrende</p>	A

			<p>saker der driftsrådet og reseptive klinikkledere ikke er enige</p> <p>Ønsker at leder av driftsrådet møter i direktørens ledergruppe</p> <p>UNN Narvik bør utredes for lokal ledelse</p>		
19	7.12.16	Barne- og ungdomsklinikken	<p>Slik det fremgår av organisasjonskartet i <i>Innspillsnotat til utredning av stedlig ledelse</i>, og med bakgrunn i beskrivelsen av klinikken ovenfor, vurderer vi at stedlig ledelse er ivaretatt jfr. beskrivelse i Stortingsmelding 11 og i protokollen fra foretaksmøtet</p> <p>Organisasjonsmodellen fungerer etter vår mening tilfredsstillende</p> <p><b>Løsning/tiltak:</b> Driftsrådene må fatte viktige lokale beslutninger og det må være helt klart for driftsrådets medlemmer hvilken beslutningsmyndighet man har. Dette bør gjøres mer konkret i mandatet</p> <p>I saker hvor det ikke kan fattes lokal beslutning, bør saken løftes med en formell henvendelse/saksutredning til direktørens stabsmøte og/eller direktørens ledergruppe. Leder av driftsrådet inviteres til å fremme saken i de nevnte fora før endelig beslutning fattes</p>	<p>Barne- og ungdomsklinikken er fra og med 1.9 spredt og lokalisert i 10 bygninger og 6 geografiske lokalisasjoner. Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling er lokalisert på 6 forskjellige geografiske steder, med stedlige ledere som har totalansvar sin enhet</p> <p>En del av problemene er "fjernledelse" og forsinket beslutningstaking</p>	B

20	7.12.16	Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	<p>NOR-klinikken opplever at den beskrevne modellen ivaretar stedlig ledelse på en tilfredsstillende måte</p> <p>NOR-klinikken er representert i driftsrådene i Harstad og Narvik. Dette er viktig for å kunne samordne den totale driften i sykehuset. Vi opplever at den overordnede modellen som vi har i dag er den som er mest riktig under dagens rammer.</p> <p><b>Løsning/tiltak:</b> Vi tror at økt tilstedeværelse fra de respektive faglig ansvarlige i Tromsø vil bedre kommunikasjonen om faglige utfordringer, faglig utvikling og prioriteringer</p>	<p><b>Utfordringer</b> Vi ser at det kan være krevende å få til god kommunikasjon mellom lokasjonene om de faglige utfordringer mv.</p> <p>Mangel på stedlig leder har ført til at fagpersoner ikke er blitt tatt med i prosesser som foregår lokalt</p> <p>Ny organisering for NOR-klinikken ble bygd på prinsippene i UNN om faglig gjennomgående ledelse. Det ble også ivaretatt at ansatte har en stedlig leder enten på seksjonsnivå eller enhetsnivå</p>	B
21	7.12.16	Operasjons- og intensiv klinikken	<p>Når det gjelder Opln –klinikken mener jeg organisering ivaretar stedlig ledelse. Vår virksomhet ved henholdsvis UNN Narvik og UNN Tromsø organisert som egne avdelinger.</p> <p>Hver avdeling har ansvarlig leder på alle nivåer og alle ansatte vet hvem som er deres nærmeste leder. Avdelingsleder er med klinikkledelsen.</p> <p><b>Løsning/tiltak:</b> Organiseringen av de ulike klinikken bør gjennomgås.</p>	<p><b>Utfordringer</b> Utfordringen er at vi både på klinikk-, avdelings- og seksjonsnivå kan og bør bli bedre på å samarbeide/jobbe på tvers av organisasjonsenhetene.</p>	B

			<p>Jevnlig tilstedeværelse av aktuelle klinikks klinikkjefen på alle lokalisasjonene bør systematiseres.</p> <p>Jevnlig tilstedeværelse av aktuelle klinikks klinikkjefen på alle lokalisasjonene bør systematiseres.</p> <p>Tydeligere struktur på driftsrådene.</p>		
22	7.12.16	Medisinsk klinikk	<p>Vurderingen er at organisasjonsmodellen i UNN er i tråd med stortingsmeldingen og at UNN modellen ivaretar stedlig ledelse.</p> <p>Stedlig ledelse praktiseres gjennom en avdelingsleder med sitt team som har helhetlig ansvar.</p> <p>Samarbeid foregår på tvers av geografien, på tvers av avdelingene og klinikkene</p> <p><b>Løsning/tiltak:</b> Dagens driftsrådsmodell kan og bør forbedres.</p> <p>Driftsråd og særlig driftsrådsleder kan gjennom tydeligere framheving av dens rolle i offentligheten blir en tydelig adressat for eksterne aktører.</p> <p>Driftsrådslederens rolle kan gjennom en funksjonsbeskrivelse tydeliggjøres bedre både internt og eksternt</p>	<p><b>Fordeler og utfordringer</b> En klinikkmodell Harstad og Narvik står i kontrast til det komplekse klinikkovergripende samarbeid som trengs for å få til dagens høyspesialiserte pasientforløp. En geografisk basert klinikkmodell kan tenkes å ha som positiv effekt at eksterne og interne aktører har en synlig adressat ved henvendelser. Imidlertid kan en organisasjonsmodell med stedlig leder på klinikkjefnivå støtte opp under silotenkning og gjør samarbeid som beskrevet ovenfor mer vanskelig.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det mangler en synlig adresse</li> <li>• Tilhørighet</li> <li>• Etableringer av egne klinikker i Harstad /Narvik vil binde oss org kapasitet fordi det vil kreve mye ledelseskapasitet</li> <li>• Eventuelle nyetablering vil ha konsekvenser for hele foretak og vil føre bort fokus på pasientforløpsarbeid</li> <li>• Utfordringer er å få gode pasientforløp uansett organisasjonsstruktur</li> </ul>	B

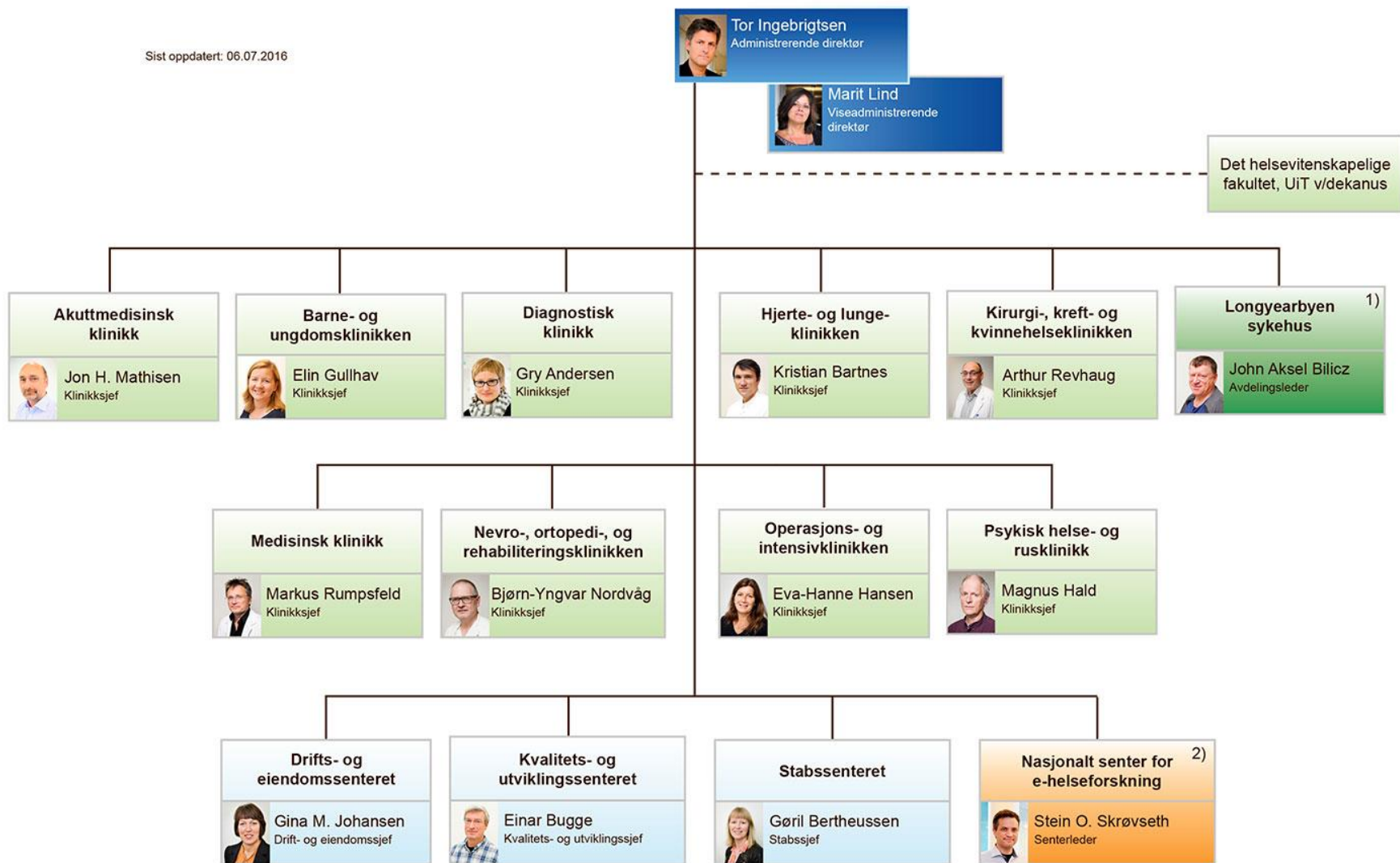
				Kapasitetsproblemer vil oppstå når man omorganiserer som bør brukes til pasientforløpsarbeid	
23 a	7.12.16	Kirurgi-, kreft og kvinneklinikken	<p>Klinikkledelsen mener at det er stedlig ledelse ved alle klinikkens enheter i Harstad og Narvik hvor vi har avdelinger og seksjoner.</p> <p>Alle ansatte har en leder med totalt ledelsesansvar ved de to lokalisasjonene. Dette innebærer både personal og faglig ledelse.</p> <p>Alle stedlige ledere har delegert myndighet til å beslutte lokale tiltak i driftsrådene.</p> <p><b>Løsning/tiltak:</b> Det er en forutsetning at stedlige avdelingsledere deltar i klinikkledelsens møter samt at stedlige seksjonsledere deltar i avdelingsledermøter.</p> <p>De lokale driftsrådene har myndighet til å beslutte, og driftsrådene bør tydeliggjøre sitt mandat som et <i>besluttende organ</i>.</p>	<p><b>Utfordringer</b> Det etterspørres fra Harstad om det er lovmessig forskjell mellom det å være avdelingsleder eller seksjonsleder i denne sammenhengen.</p> <p>Utfordringer ved forskjellige nivå ved UNN Harstad og UNN Narvik som da ikke er representert i klinikkledelsen</p> <p>Manglende samarbeid internt i K3K. Avstandsproblemer</p> <p>Avstandsproblemer</p>	B
23 b	7.12.16	John Martin Pedersen, Avdelingsleder ved Kirurgisk avdeling Narvik	Kan ikke se at organisasjonsmodellen som vi har, ivaretar stedlig ledelse verken i Narvik eller i Harstad	<p><b>Utfordring</b> Klinikkmodellen går til topps, og det er ingen myndighet som "samler trådene" og kan beslutte klinikkovergripende tiltak lokalt, såfremt det ikke er enighet om det de lokale lederne i mellom, ev. via driftsrådet</p>	A
24	7.12.16	Ibestad Kommune	Vi ønsker en enhetlig stedlig ledelse som kan være samlende for sykehus og region og se	En stedlig ledelse vil etter vår oppfatning ha mer fokus på innbyggerne utenfor Harstad	A



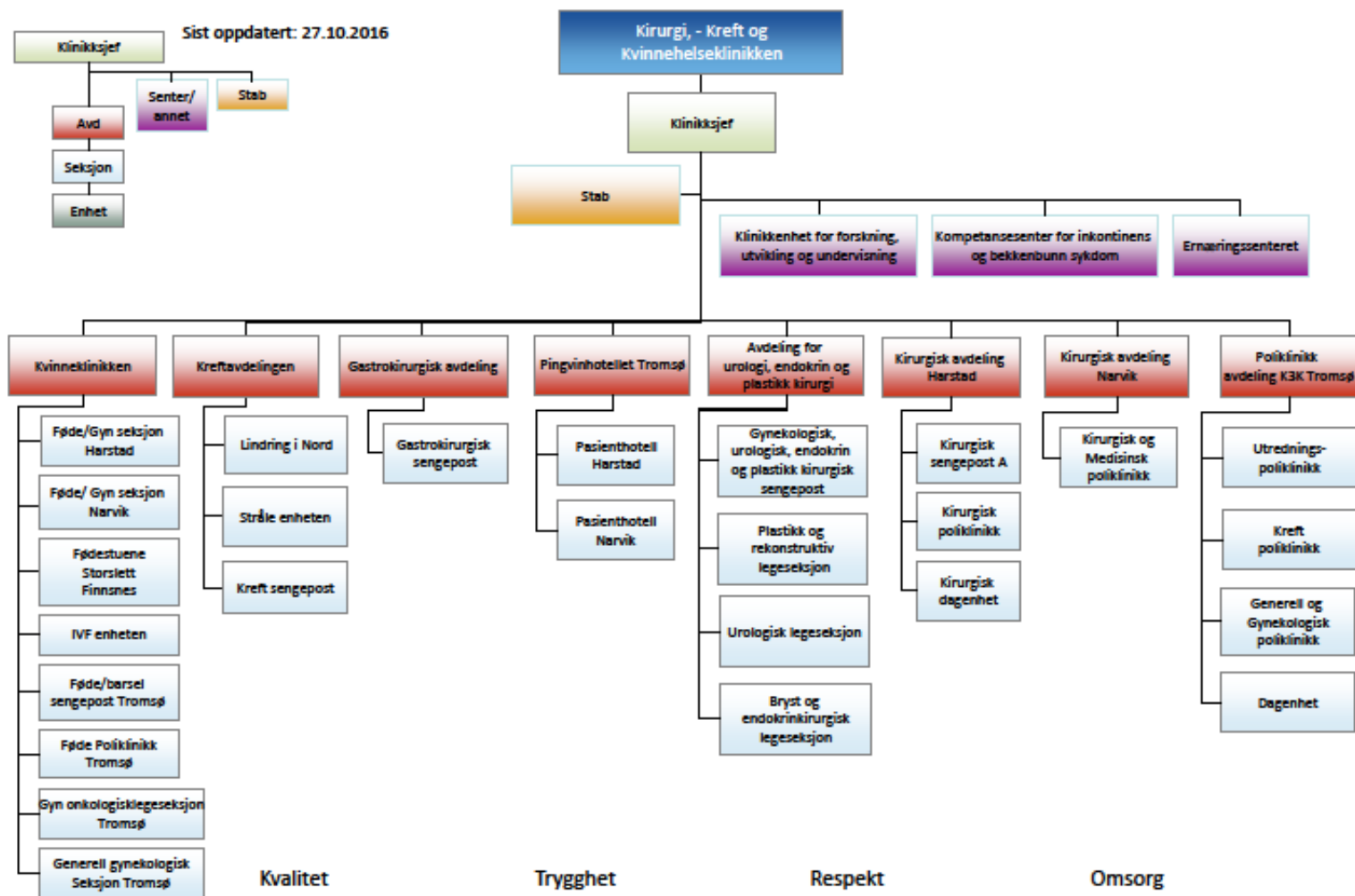
			<p>helhetlige utfordringer med tilhørende tiltak og løsninger</p> <p><b>Løsning/tiltak:</b></p> <p>Vi ber om at fordelene ved stedlig ledelse blir vurdert og at effektiv kommunikasjon med kommunehelsetjenesten blir sterkere vektlagt</p>	<p>Vi oppfatter det ikke som effektivt at avdelingsledere i fellesskap skal fremme viktige saker som angår Harstad sykehus til direktørens ledergruppe</p> <p>Mangelfullt stedlig ledelse gir mangelfullt fokus på innbyggere lokalt</p> <p>Et driftsråd har kun en koordinerende funksjon. Vi ser det som sterkt ønskelig at den ledelsen vi skal samarbeide kan treffe beslutninger på riktig nivå</p> <p>Vår oppfatning er at en stedlig ledelse vil være bedre i stand til å kommunisere med helse og omsorgstjenesten i kommunen</p>	
25	8.12.16	Brukerutvalget	<p>BU konkluderte i sitt møte 8.12.2016 med følgende:</p> <p>Brukerutvalget er klar på at man ved valg av modell for stedlig ledelse, må vektlegge <i>kvaliteten i pasientbehandlingen</i> som den vesentligste forutsetningen</p>		

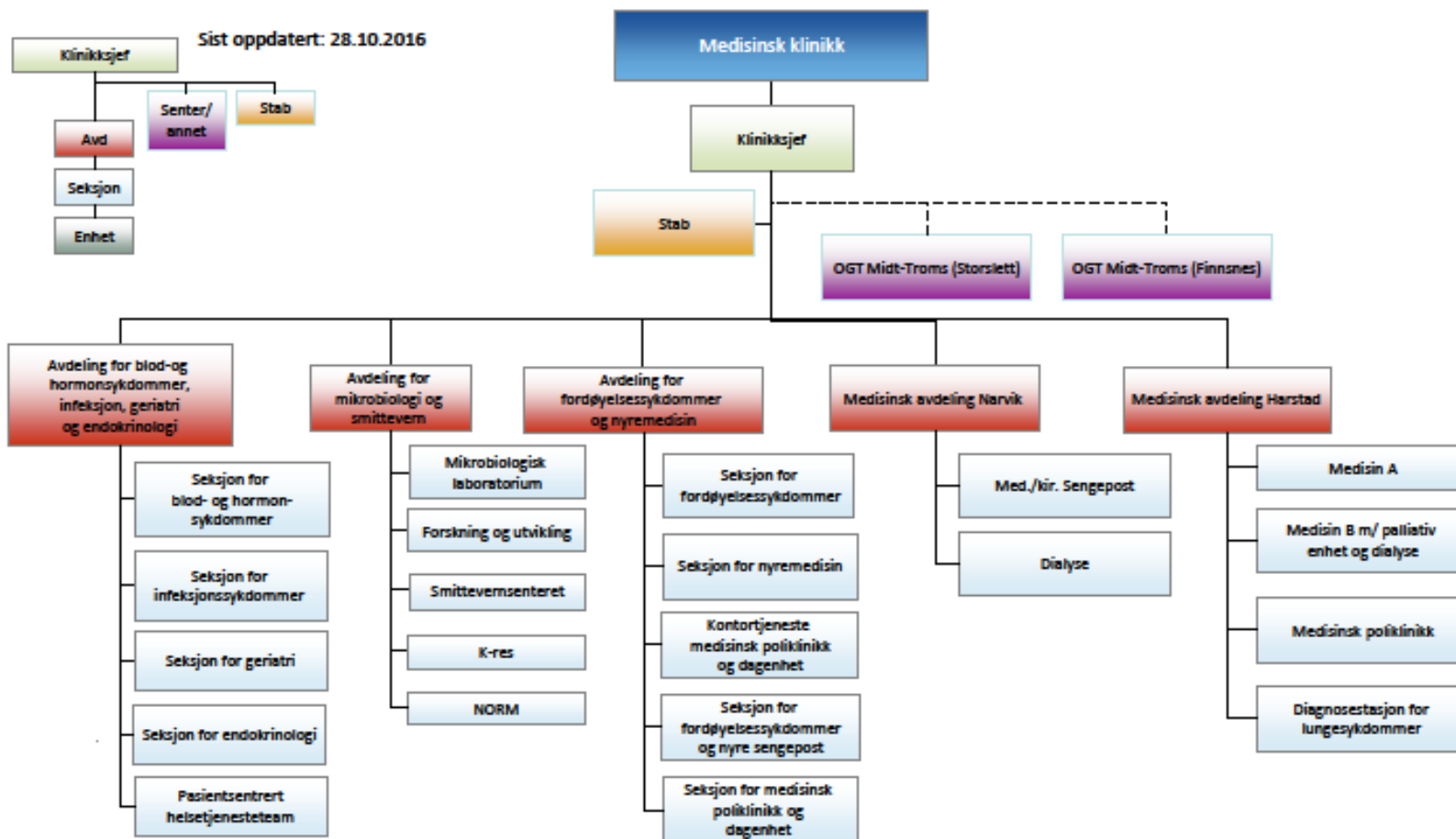
# Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Sist oppdatert: 06.07.2016



1 og 2 er organisert i direkte linje til administrerende direktør uten å være medlem av direktørens lederteam.



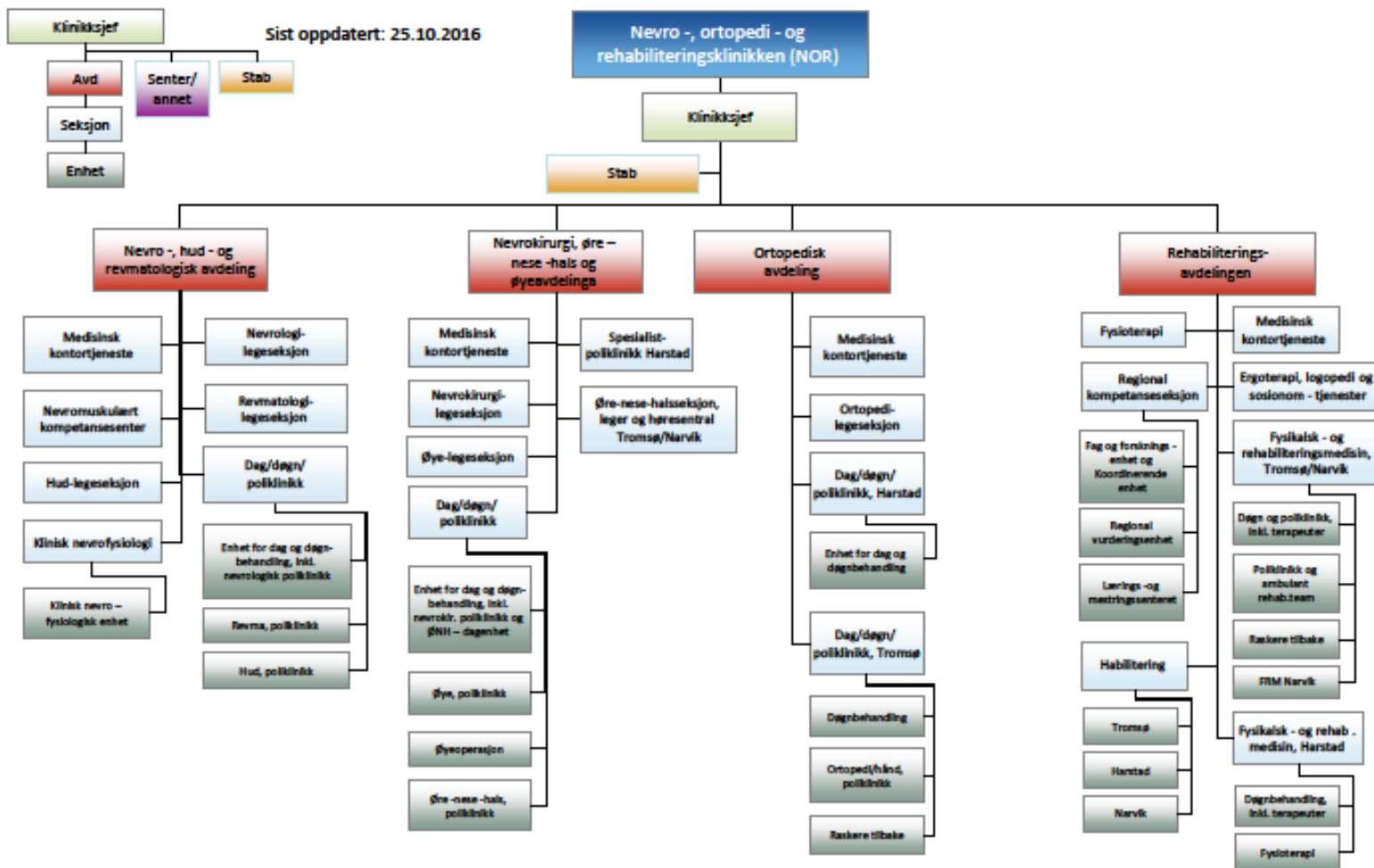


Kvalitet

Trygghet

Respekt

Omsorg

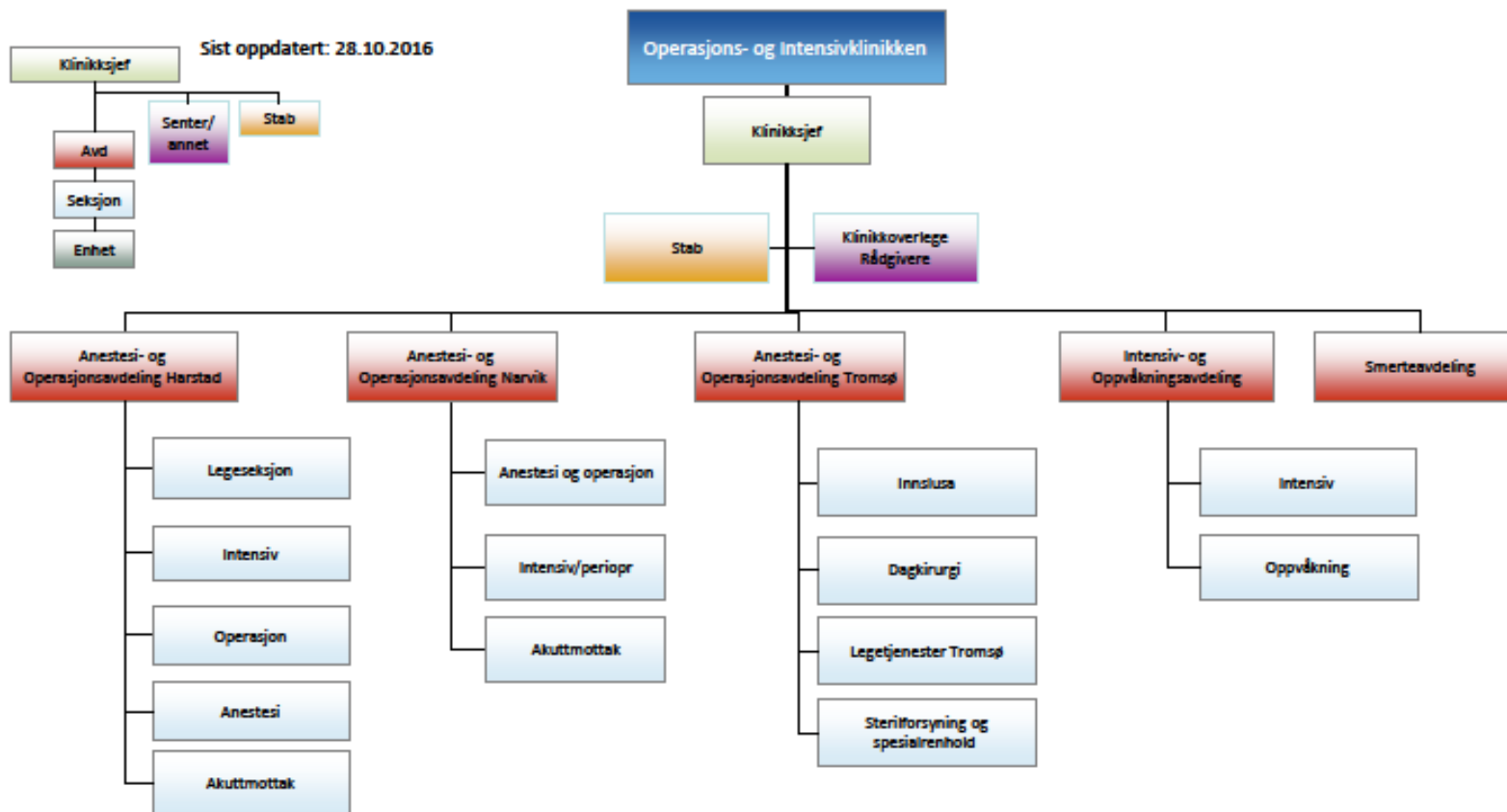


Kvalitet

Trygghet

Respekt

Omsorg



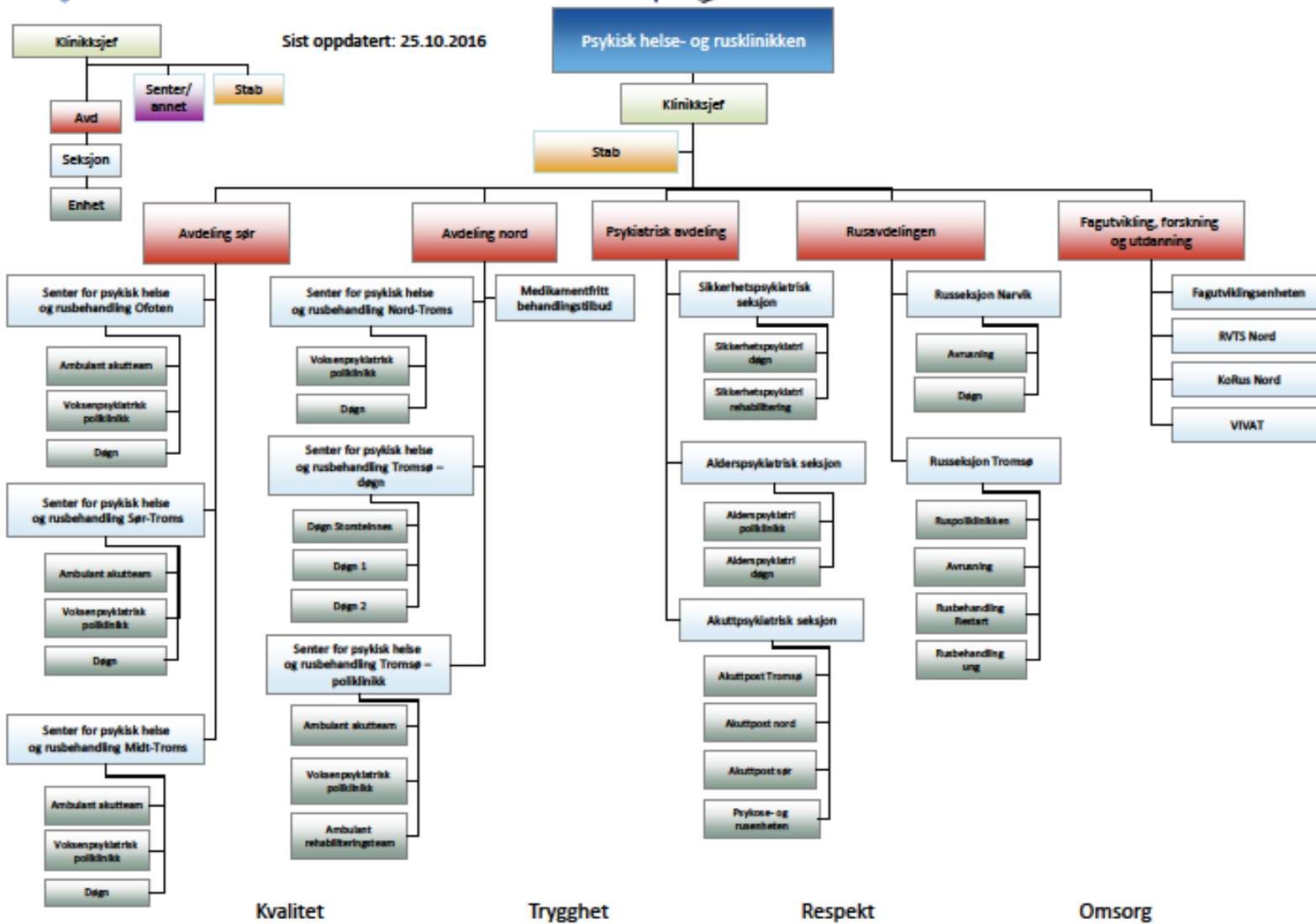
Kvalitet

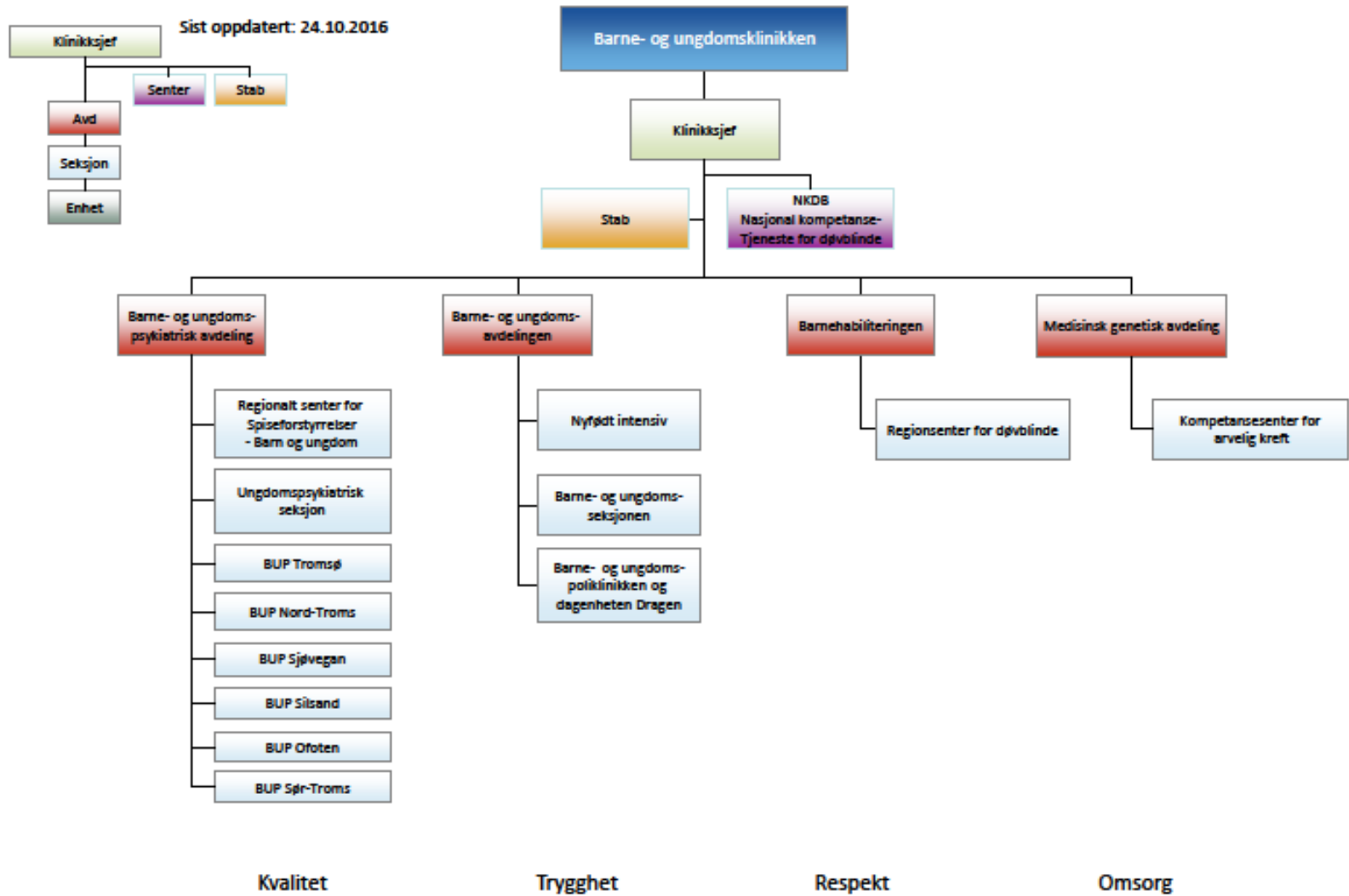
Trygghet

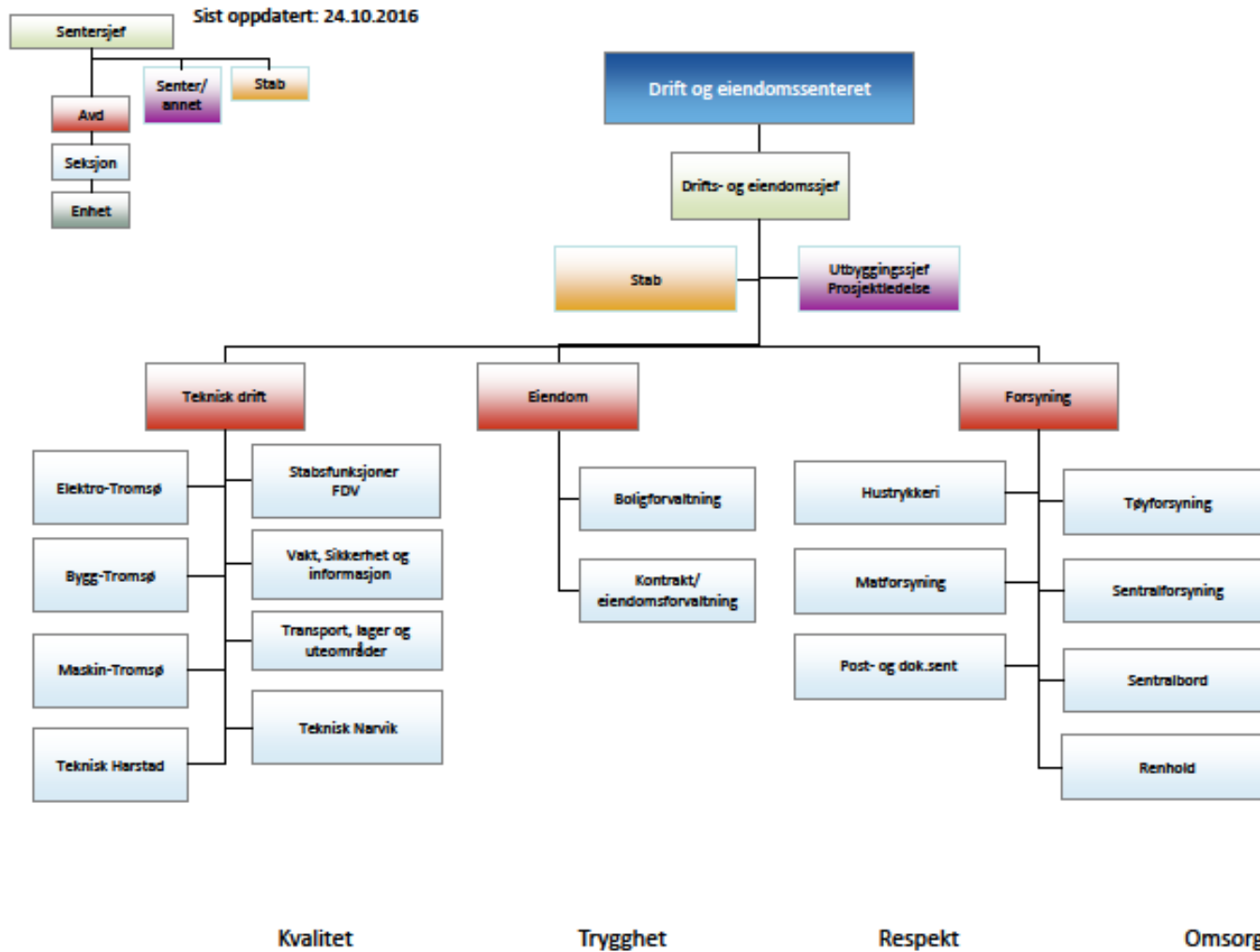
Respekt

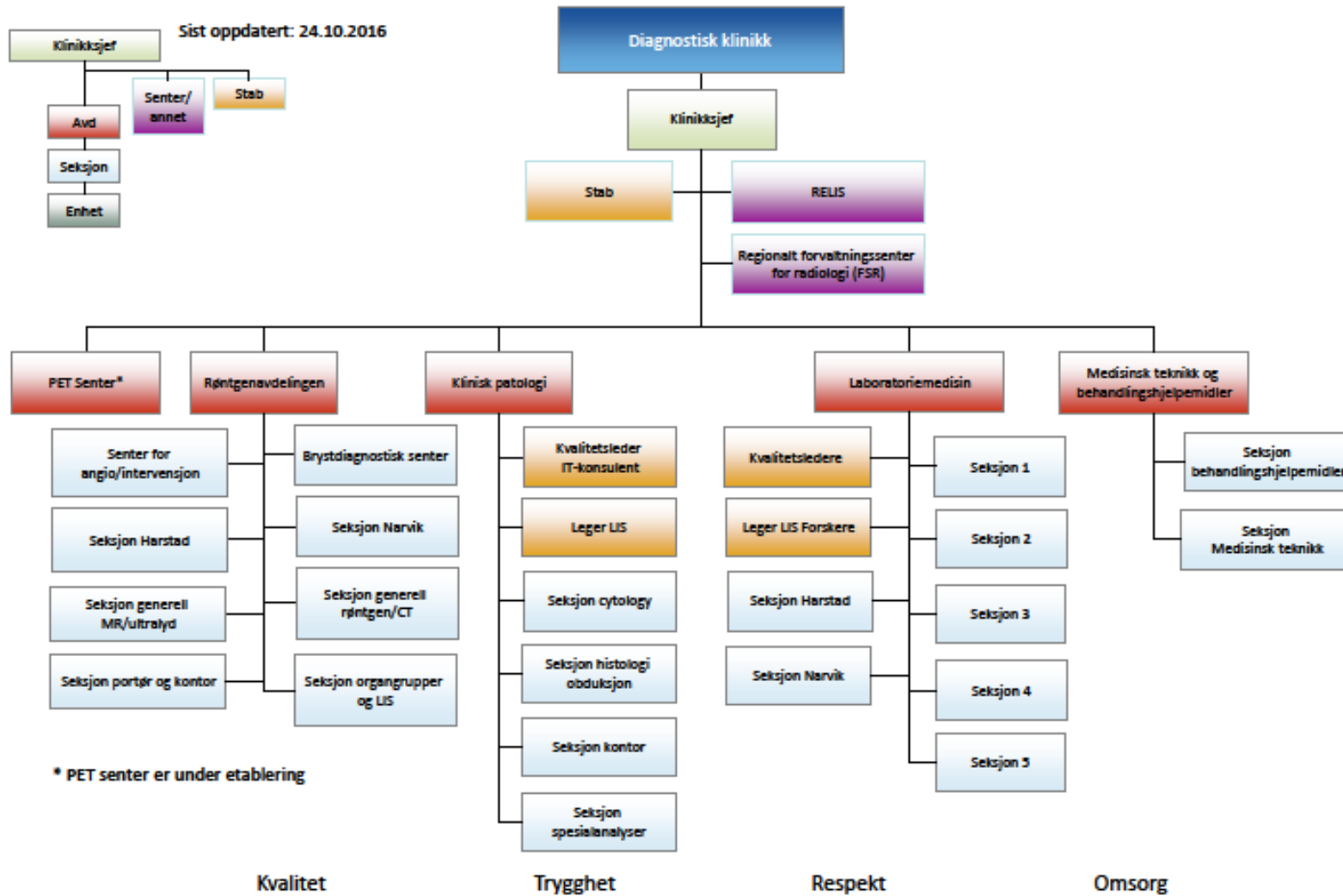
Omsorg





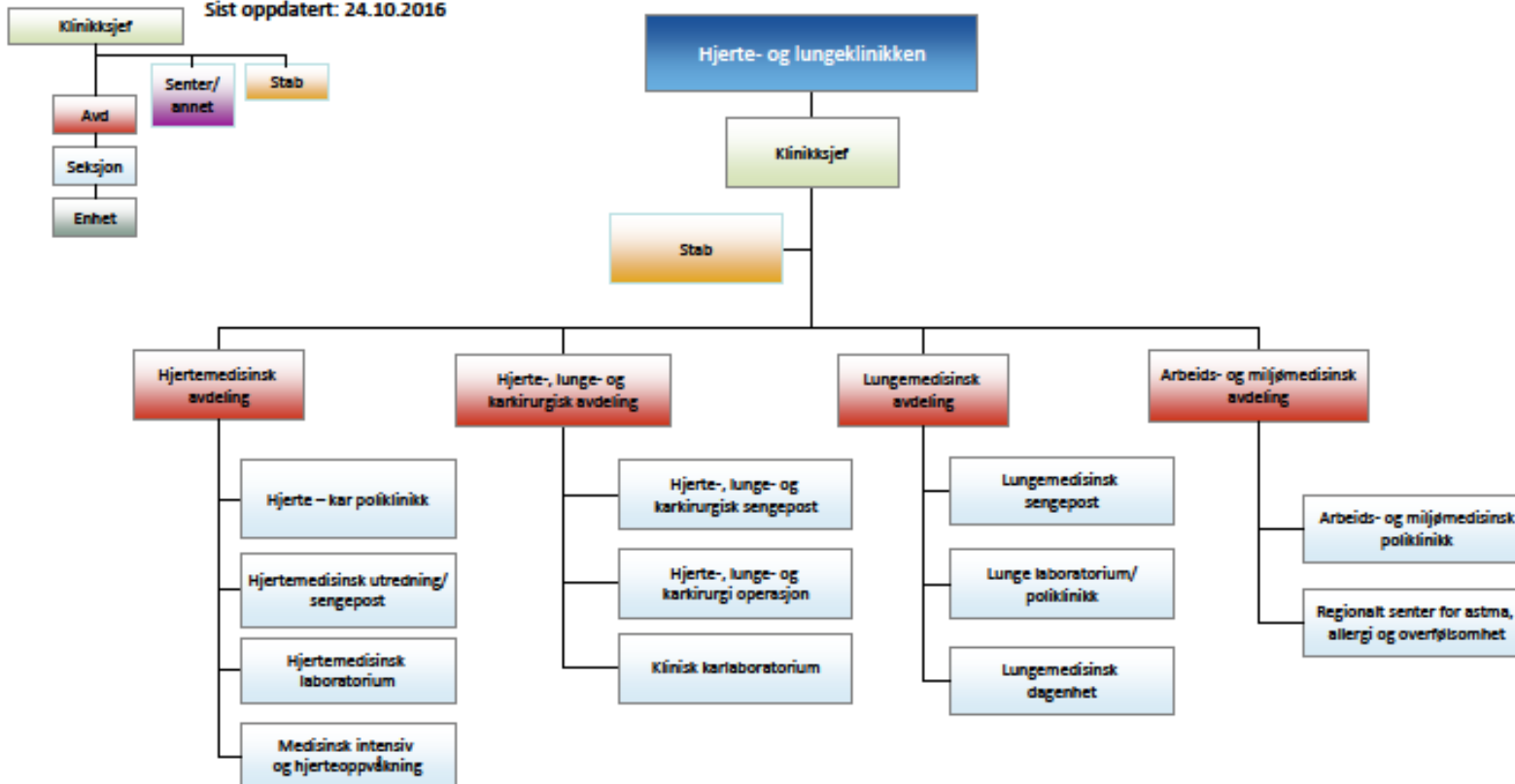








Sist oppdatert: 24.10.2016

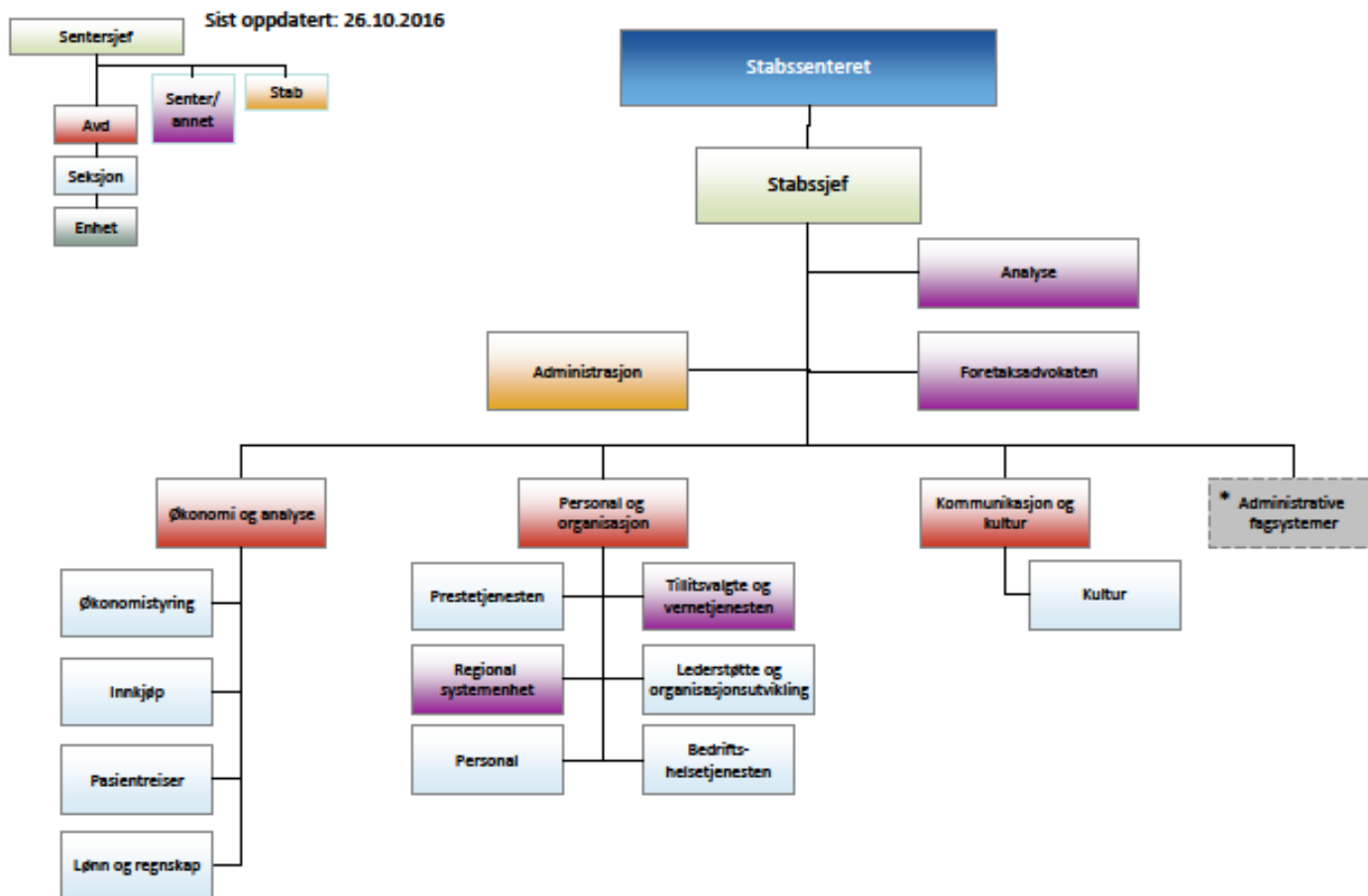


Kvalitet

Trygghet

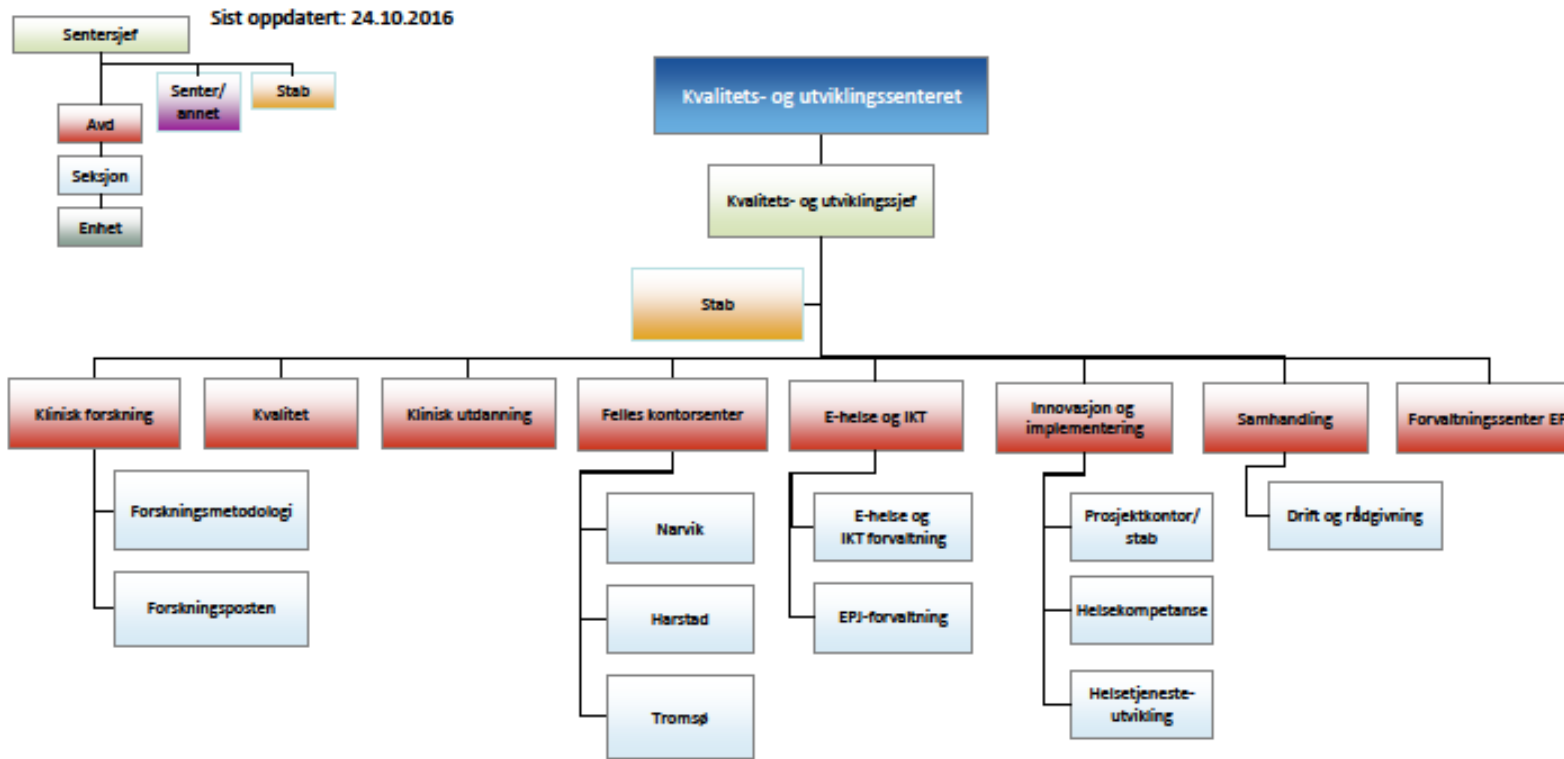
Respekt

Omsorg



\* Etablering av en avdeling for Administrative fagsystemer utredes i 2016



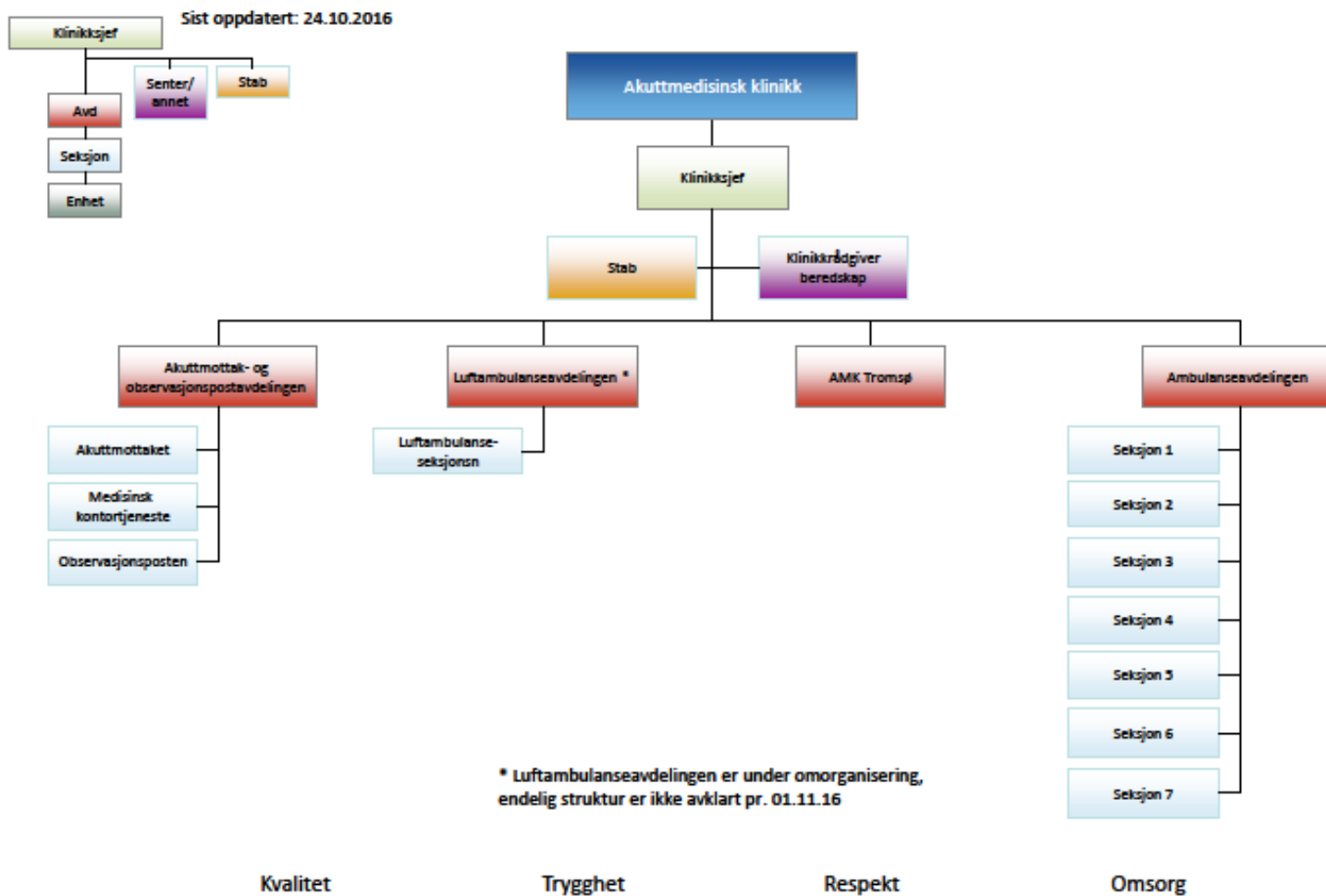


Kvalitet

Trygghet

Respekt

Omsorg



Helseforetakene i Helse Nord

Deres ref.:

Vår ref.:  
2014/309-30

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Kristian Iversen Fanghol, 950 76 075

Sted/Dato:  
Bodø, 05.07.2016

## Nasjonal helse- og sykehusplan - Mandat for oppfølging

Det vises til Helse Nord RHF styresak 60-2016 Nasjonal helse- og sykehusplan – mandat for det videre arbeidet og styrets vedtak i saken (1).

Helseforetakene bes gjennomføre arbeidet med oppfølging av nasjonal helse- og sykehusplan innen rammen av dette mandatet.


Organisering av stedlig ledelse skal være ferdig utredet, styrebehandlet og oversendt Helse Nord RHF innen 25.11.2016.

Rapport om framtidig organisering av kirurgisk akuttberedskap, fødevirksomheten og elektiv kirurgi skal være ferdig utredet, styrebehandlet og oversendt Helse Nord RHF innen 01.04.2017.

Helse Nord RHF vil understreke behovet for at vi utvikler framtidsrettede og gode løsninger. Arbeidet må gjennomføres med god medvirkning fra berørte interesser, jf. beskrivelse i prosjektmandatet.

Lykke til med arbeidet!

Vennlig hilsen



Lars Vorland  
Adm.direktør



Randi Spørck  
Seksjonsleder somatikk

Kopi: Vertskommunene for sykehusene  
KS Finnmark, Troms og Nordland  
KVT/KVO  
Regionalt brukerutvalg

# Nasjonal helse- og sykehusplan

Prosjektmandat for oppfølging av styresak 60–2016 i Helse Nord RHF



Versjon		Utarbeidet av	Godkjent av	Dato
1.0	Oppfølging nasjonal helse- og sykehusplan	RS/KIF/JN	Adm.dir. LV	21.06.2016
2.0	Oppfølging nasjonal helse- og sykehusplan			28.06.2016
3.0	Oppfølging nasjonal helse- og sykehusplan	RS/KIF/JN	Adm.dir LV	05.07.2016

## OPPFØLGING NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN - PROSJEKTMANDAT

### Innholdsfortegnelse

---

1. Innledning og bakgrunn .....	3
2. Oppdraget .....	3
3. Kirurgisk akuttberedskap.....	4
4. Organisering av fødetilbudet .....	6
5. Elektiv virksomhet.....	7
6. Effekter/konsekvenser for helheten i foretaket og Helse Nord av foreslåtte tiltak. ....	7
7. Vurdere konsekvensene for andre tjenester. ....	7
8. Stedlig ledelse .....	8
9. Organisering, roller og rammer for gjennomføringen .....	8
9.1 Organisering kirurgisk akuttberedskap.....	8
9.2 Organisering stedlig ledelse.....	9
9.3 Prosesser .....	9
10. Milepæler.....	10
11. Budsjett og rammer .....	10
Litteratur.....	11



## 1. Innledning og bakgrunn

---

Bakgrunnen for mandatet er Helse Nord RHF styresak 60-2016 Nasjonal helse- og sykehusplan- mandat for det videre arbeidet og styrets vedtak i saken (1).

Spørsmålene om organisering av kirurgisk akuttberedskap og stedlig ledelse har vært gjengangere i den offentlige debatt over lang tid. Helse Nord RHF's oppfølging av foretaksmøtets vedtak vil legge vekt på å utrede og finne løsninger som kan være bærekraftige over tid for begge disse tema. Dette gjelder særlig kirurgisk akuttberedskap. Alle aktører (befolkning, lokalsamfunn, fagpersoner og helsetjenesten) skal sikres en grundig og god gjennomgang av problemstillingene.

Videre i dette dokumentet konkretiseres oppfølging av Helse Nord RHF styrets vedtak punkt 1.

*«Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om å legge til rette for at felles metodikk kan brukes i utrednings- og analysearbeidet, før utredningsarbeidet starter i helseforetakene».*

Forlag til utforming av tjenestetilbudene ved sykehusene i Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal gjøres innenfor rammene av føringer gitt i dette mandatet. Arbeidet skal bidra til at utformingen av tjenestetilbudet blir framtidsrettet og at løsningene som foreslås ivaretar faglig kvalitet og utvikling, pasientsikkerhet og økonomiske rammer.

Temaet om stedlig ledelse skal utredes innen de rammer som lov og forskrifter setter og foretaksmøtets oppfølging av stortingets behandling av nasjonal helse- og sykehusplan.

## 2. Oppdraget

---

I dette mandatet beskrives en generell og felles metodikk i utredning og analyse av området kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder (se pkt1).

Helse Nord RHF ber helseforetaket levere to utredninger:

1. Kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder
  - a) innhold og organisering av kirurgisk akuttberedskap og traumeberedskap
  - b) innhold og organisering av fødetilbudet
  - c) innhold og organisering av elektiv kirurgi



## OPPFØLGING NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN - PROSJEKTMANDAT

## 2. Stedlig ledelse

Alle helseforetak skal utrede/ beskrive organiseringen av helseforetaket og hvordan stedlig ledelse ivaretas, jf. foretaksmøtets rammer og kravet om en leder på alle nivå, jf. spesialisthelsetjenestelovens §3,9.

Etter at helseforetakene har utredet og styrebehandlet begge utredningene skal styret i Helse Nord RHF sluttbehandle sakene.

Helseforetaket har selv ansvar for å organisere utredningsarbeidet innenfor de rammer som her er trukket opp.

## 3. Kirurgisk akuttberedskap

I foretaksmøtets protokoll heter det:

*«Det følger av Stortingets behandling at planens forslag til definisjon av fire ulike typer sykehus er gjeldende. Dette er regionsykehus, stort akuttisykehus, akuttisykehus og sykehus uten akutfunksjoner. I tillegg skal det legges til grunn følgende presiseringer:*

- *De fire regionsykehusene vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i en helseregion. Dette utelukker ikke at store akuttisykehus og universitetssykehus kan ha regionsfunksjoner.*
- *Akuttisykehus skal ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Foretaksmøtet presiserte at det blir lagt til grunn at dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet.*
- *Akuttisykehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbud når bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.*
- *Akuttisykehusene vil ettersom lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Flere av sykehusene vil fortsatt måtte ha fullt akuttkirurgisk tilbud på grunn av lange avstander.*
- *Eventuell endringer i sykehusstilbudet må ikke svekke det samlede fjødetilbudet.*

Foretaksmøtet la til grunn at i den videre utvikling av sykehusstilbudet i hele landet, må alle sykehus samarbeide tettere enn i dag. Dette er også den modell som ligger til grunn for organiseringen av spesialisthelsetjenesten i Helse Nord med en vel utviklet arbeidsdeling mellom ulike sykehus.

## OPPFØLGING NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN - PROSJEKTMANDAT

Helse Nord RHF ber Nordlandssykehuset og UNN utrede alternative løsninger for framtidig kirurgisk akuttberedskap ved UNN Narvik og NLSH Lofoten:

Helse Nord RHF ber Nordlandssykehuset og UNN utrede løsninger for framtidig kirurgisk akuttberedskap ved NLSH Lofoten og UNN Narvik:

- Et døgnkontinuerlig generelt akuttkirurgisk tilbud (på nivå med dagens).
- Et døgnkontinuerlig akutt kirurgisk tilbud som minimum har vurderings- og stabiliseringskompetanse og kompetanse til å håndtere komplikasjoner etter egen planlagt kirurgi.

UNN HF og Nordlandssykehuset HF skal anbefale en løsning til Helse Nord RHF.

Utredningene skal vise hvordan befolkningen får ivaretatt sitt behov for slike tjenester, inkludert traumeberedskap, Eventuelle konsekvenser for andre fagområder og for foretakets øvrige sykehus bør også kort beskrives.

Utredningsarbeidet skal basere seg på bl.a.:

- Nåværende oppgavefordeling (nåsituasjonen) mellom sykehus på relevante fagområder (intensiv, kreftkirurgi, ortopedi, traume mv.) (24-7).
- En beskrivelse av forholdet til øvrig akuttberedskap/virksomhet i sykehuset.
- En vurdering av framtidig behov for kompetanseheving, rekrutterings- og bemanningssituasjon for relevante fagområder ved ulike løsninger.
- En framskriving av fremtidige behov og forventet faglig og teknisk utvikling innen fagområdet.
- Tilgjengelige data om aktivitet og innhold i aktivitet.
- Oversikt over pasientstrømmer.
- Data om tilgjengelighet via vei, sjø og luft.
- Andre relevante data.

De viktigste dataene som skal legges til grunn for kartleggingen er levert av Sykehusbygg. Pasientdata er hentet fra Norsk Pasientregister (NPR) for 2014. Vi gjør oppmerksom på at datakvaliteten kan være varierende, og avhenger blant annet av kodepraksis, grad av feil koding og/eller systemfeil i innrapporteringen til /fra spesialisthelsetjenesten til NPR. Datakvalitet knyttet til kirurgiske inngrep er, etter erfaring, gjennomgående bedre enn på



## OPPFØLGING NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN - PROSJEKTMANDAT

andre områder. Mulige feilkilder i grunnlagsdata bør vurderes og beskrives. Dette gjelder også hvordan de er håndtert.

Den felles tilnærmingen til arbeidet med tolking og analyse av datagrunnlaget skal baseres på blant annet:

- prosedyrekoder
- å kartlegge omfanget av kirurgisk øyeblikkelig hjelp fordelt på ortopedi og bløtdelskirurgi
- å kartlegge hva som er øyeblikkelig hjelp – hva haster – prosedyrekoder
- behov for vurderingskompetanse
- indremedisinens behov for kirurgisk vurderingskompetanse
- å belyse teknologiske muligheter for tilgang til spesialisert bistand/vurderingskompetanse
- en risikovurdering av ulike alternativ

Tilgjengelighet til sykehus/mulighet til transport vurderes ut fra:

- Data om tilgjengelighet via vei, sjø og luft. Evt. tillagt egne data fra ambulansetjenesten (AMIS) og fra luftambulansetjenesten (LABAS).
- Tidligere erfaringer fra andre sykehus (2).

Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset skal ikke utrede endringer i sitt akuttkirurgiske tilbud, men beskrive framtidig organisering av akuttkirurgisk beredskap og gjøre en vurdering av hvordan krav til kompetanse kan ivaretas inkludert ev behov for bistand fra andre helseforetak.

#### 4. Organisering av fødetilbudet

Helse Nord RHF har fulgt opp nasjonale føringer (8,9) og iverksatt en Regional plan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Nord (10). Denne planen er fulgt opp med seleksjonskriterier tilpasset vår landsdel (11) og videre oppfølging av blant annet kvalitet og risiko (12-15). Målet for Helse Nord er å ivareta og videreutvikle et helhetlig, godt og trygt fødetilbud.

Fødetilbudet inngår i det akuttkirurgiske tilbudet og skal vurderes. De nevnte nasjonale føringer/standarder (8,9) og regionale tilpasninger/oppfølginger (11-15) skal legges til grunn.

Følgende datakilder bør inkluderes i utredningen.

- NPR data.
- Medisinsk fødselsregister (16).
- Evt. egne data i foretaket fra f.eks DIPS, PARTUS, AMIS, DocMap etc.
- Evt. aktuelle data fra tilsynssaker (Statens helsetilsyn etc.).

## OPPFØLGING NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN - PROSJEKTMANDAT

I tillegg skal utredningsarbeidet basere seg på og inkludere bl.a.:

- En framskriving av forventet utvikling innen fagområdet, herunder beskrive den tekniske utvikling.
- Nåværende oppgavefordeling (nåsituasjonen) mellom sykehusene og oversikt over pasientstrømmer.
- En beskrivelse av forholdet til øvrig akuttberedskap/virksomhet i sykehuset.
- En vurdering av framtidig rekrutterings- og bemanningsbehov og et særlig fokus på konsekvenser ved ulike løsninger (17, 18).
- Data om tilgjengelighet via vei, sjø og luft
- Andre relevante data.
- En risikovurdering av ulike alternativ

### 5. Elektiv virksomhet

---

Helse Nord RHF ber om at følgende punkter beskrives for sykehusene i Narvik og Lofoten:

- Dagens elektive kirurgiske virksomhet ved lokalsykehusene
- Foretakets forslag til framtidig elektive virksomhet, inkludert hva som kan overføres fra andre sykehus
- Evt. andre forhold.

### 6. Effekter/konsekvenser for helheten i foretaket og Helse Nord av foreslåtte tiltak.

---

Helseforetakene er kompliserte organisasjoner preget av stor grad av samvirke mellom de ulike tjenestene. Interne endringer i et sykehus kan derfor medføre konsekvenser for andre deler av sykehusets virksomhet, andre sykehus i foretaket og andre foretak i regionen.

I utredningen skal konsekvensene av ev foreslåtte endringer i akuttkirurgi med traumeberedskap, fødetilbudet og elektiv virksomhet vurderes.

### 7. Vurdere konsekvensene for andre tjenester.

---

RHFet ber om at det spesifikt beskrives konsekvenser for følgende aktører, herunder eventuelle behov for kompetansehevede tiltak:

- *Prehospitaltjenester:* Det bes spesifikt beskrevet eventuelle konsekvenser i forhold til bil og luftambulansetjenester (19, 20).
- *Kommunehelsetjeneste:* Eventuelle konsekvenser for kommunale akuttfunksjoner og samhandling med disse bes beskrevet (eks. legevakt).
- Evt. andre aktører



## 8. Stedlig ledelse

---

I protokollen fra foretaksmøtet heter det:

*«Foretaksmøtet viste til at hensiktsmessig oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid og faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehus, og at organiseringen bør understøtte dette. Foretaksmøtet viste til at Stortinget ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan gjorde følgende anmodningsvedtak:*

*"Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse bli hovedregelen ved norske sykehus." Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen jf. Stortingets vedtak. Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker.*

*I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Foretaksmøtet minnet samtidig om at helseforetakene må organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Dette innebærer blant annet at alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder, ref. rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Uavhengig av organisering skal det sikres god kommunikasjon og nærhet til nærmeste leder. Omstillingsprosesser og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte og deres organisasjoner».*

Alle helseforetak skal utrede/ beskrive organiseringen av helseforetaket og hvordan stedlig ledelse ivaretas, jf foretaksmøtets rammer og kravet om en leder på alle nivå, jf. spesialisthelsetjenestelovens §3,9.

Forvaltningen av foretaket hører under styret. Det har ansvaret for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet. Administrerende direktør har ansvaret for å ha en organisasjon som kan løse oppgavene og er ansvarlig for all virksomhet overfor styret.

## 9. Organisering, roller og rammer for gjennomføringen

---

### 9.1 Generelt

Arbeidet har stor betydning for befolkningen og vil ha stor offentlig oppmerksomhet. Prosessene skal baseres på åpenhet, kommunikasjon, medvirkning og involvering av brukere/pårørende, tillitsvalgte og samarbeidsaktører. Berørte interesser skal kunne delta i høringsprosesser før helseforetakene gjør sine anbefalinger. Aktuelle dokumenter og styresaker i Helse Nord RHF og nasjonale føringer bør inkluderes i arbeidet (1-24).

## 9.2 Organisering av arbeidet med kirurgisk akuttberedskap, elektiv kirurgi og føde

Organisasjonen for prosjektet i hvert helseforetak skal sikre faglighet i utredninger og beslutningsprosesser kombinert med informasjon og medvirkning fra berørte aktører.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF ber om at minimum følgende deltakere er representert i prosjektarbeidet:

- 2 repr. fra NLSH Lofoten/UNN Narvik
- 1 repr. fra NLSH Vesterålen/UNN Harstad
- 3 repr. fra kommunene i nedslagsområdene
- 1 repr. KTV/KVO i hvert HF's utredning
- 1 brukerrepresentant

## 9.3 Organisering av arbeidet med stedlig ledelse

I arbeidet skal medbestemmelse for arbeidstakerne ivaretas i tråd med bestemmelsene i hovedavtalen og arbeidsmiljøloven. Det forutsettes at medarbeidere fra lokalsykehusene medvirker i utredningsarbeidet.

Kommunene skal informeres om arbeidet og medvirke gjennom etablerte samarbeidsorgan.

## 9.4 Prosesser

Underveis i arbeidet kan det dukke opp behov for avklaringer, for eksempel i forhold til problemstillinger som går på tvers av flere helseforetak i regionen. Slike behov meldes inn til Helse Nord RHF underveis i arbeidet. Helse Nord RHF vil også følge opp arbeidet gjennom de regelmessige oppfølgingsmøter med helseforetakene.

Etter at helseforetakene har gjennomført sin utredning, og styrebehandlet denne i egne helseforetak, vil en samlet sak bli fremmet for styret i Helse Nord RHF.



## OPPFØLGING NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN - PROSJEKTMANDAT

### 10. Milepæler

---

Milepæler		Dato
M1	Prosjekt godkjent av AD.	30.06.2016
M2	Prosjektarbeidet i hvert HF er organisert og arbeidet er initiert. Oppstartsmøte er gjennomført med deltakelse fra RHF.	10.09.2016
M3	Statusrapportering er gjort til Helse Nord RHF	15.10. og 01.12. 2016
M4	Ferdigstilling og styrebehandling av rapport om stedlig ledelse med oversending til Helse Nord RHF innen	25.11.2016
M5	Prosjektrapport er skrevet, høringer gjennomført og rapporten er styrebehandlet i eget HF samt oversendt til Helse Nord RHF.	01.04.2017
M6	Endelig styrebehandling i Helse Nord RHF styret.	April 2017

### 11. Budsjett og rammer

---

Prosjektet skal gjennomføres innenfor den ordinære driften og de rammer som foretakene er tildelt for 2016.

## OPPFØLGING NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN - PROSJEKTMANDAT

## Litteratur

1. Helse Nord RHF. Styresak 60 – 2016. Nasjonal helse- og sykehusplan – mandat for det videre arbeidet. Helse Nord RHF, Bodø, mai 2016.
2. Helsedirektoratet. Sentralisering av akuttkirurgi. Sykehusopphold og ambulanseaktivitet berørt. IS-2424. Helsedirektoratet, Oslo, 03/2015.
3. Helse Nord RHF. Regionalt traumesystem. Helse Nord RHF, Bodø, 23.04.2010.
4. Helse Nord RHF. Styresak 133-2010. Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – regional traumesystem, oppfølging av styresak 7-2009, 57-2010 og 65-2010. Helse Nord RHF, Bodø, 2010.
5. Helse Nord RHF. Styresak 135-2010. Funksjonsfordeling av kirurgi for kreft i tykk og endetarm. Helse Nord RHF, Bodø, 2010.
6. Helse Nord RHF. Styresak 147-2013. Regional Kreftplan 2014-2021. Helse Nord RHF, Bodø, 2013.
7. Helse Nord RHF. Regional kreftplan. Helse Nord RHF, Bodø, 2.september, 2013.
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009). En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps- fødsels- og barselomsorg. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2009.
9. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. IS-1847. Helsedirektoratet, Oslo, 12/2010.
10. Helse Nord RHF. Regional plan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Nord. Konsekvenser av foreslåtte kvalitetskrav. Helse Nord RHF, Bodø, november 2010.
11. Helse Nord RHF. Seleksjonskriterier for fødselsomsorg i Helse Nord – Fagråd i gynekologi og fødselshjelp. Helse Nord RHF, Bodø, 13. februar 2012.
12. Helse Nord RHF. Styresak 31-2011. Desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord – videre arbeid.
13. Helse Nord RHF. Styresak 117-2015. Fødselsomsorgen i Helse Nord RHF – En analyse av kvalitet og vurdering av risiko, oppfølging av styresak 121-2012.
14. Helse Nord RHF. Fødselsomsorgen i Helse Nord. En analyse av kvalitet og vurdering av risiko. Helse Nord RHF, 20. okt. 2015.
15. Helse Nord RHF. Styresak 117-2015. Fødselsomsorgen i Helse Nord – en analyse av kvalitet og vurdering av risiko, oppfølging av styresak 121-2012, tilleggsopplysninger og nytt forslag til vedtak. Helse Nord RHF, Bodø, 2015.
16. Medisinsk fødselsregister. Medisinsk fødselsregister. Folkehelseinstituttet, Oslo, 2016. (Tilgjengelig fra [www.fhi.no/helseregistre/medisinsk-fodselsregister/statistikk](http://www.fhi.no/helseregistre/medisinsk-fodselsregister/statistikk))
17. Helse Nord RHF. Styresak 20-2014. Strategisk kompetanseplan fase 2. Helse Nord RHF, Bodø, 2014.
18. Helse Nord RHF. Strategisk kompetanseplan fase 2. Rapport fra regional prosjektgruppe. Helse Nord RHF, Bodø, 2014.
19. Helse Nord RHF. Ambulanshelikopter mellom Bodø og Tromsø – utredning av kapasitet og dekning. Helse Nord RHF, Bodø, 2013.
20. Helse Nord RHF. Styresak 102-2013. Ambulanshelikopterbase i Midtre Hålogaland (Sør-Troms/Nordre Nordland), utredning og lokalisering. Helse Nord RHF, Bodø, 2013.
21. Finnmarkssykehuset HF. Alta nærsykehus. Forprosjekt. Finnmarkssykehuset HF, Hammerfest, 22.01.2016.
22. Norsk pasientskadeerstatning. Statistikk for regionale helseforetak 2014. Norsk pasientskadeerstatning, Oslo, 2015.
23. Helse Nord RHF. Dagkirurgi i Norge 201-2013- utvalgte inngrep (SKDE)
24. Lov om spesialisthelsetjenesten §3-9.