

Pasientorientert organisering

«På lag med deg
for din helse»



Framtidig organisering

Organisasjonsutvikling Helse Nord-Trøndelag HF (Fase 1)

25. november 2016

Torbjørn Aas
Administrerende direktør

Innhold:

1.	Innledning	3
1.1.	Bakgrunn	3
1.2.	Vår ambisjon.....	4
1.3.	Gjennomføring	5
1.4.	Høringsprosessen.....	5
	Ny organisasjonsmodell	7
2.	Klinikkorganisering.....	8
2.1.	Hvorfor gjennomgående klinikker?	9
2.2.	Hva blir endringen for de enkelte klinikkene?	11
2.2.1.	<i>Klinikk for psykisk helsevern og rus</i>	11
2.2.2.	<i>Klinikk for kvinne, barn og familie</i>	11
2.2.3.	<i>Klinikk for prehospitale tjenester</i>	11
2.2.4.	<i>Klinikk for medisinsk service</i>	12
2.2.5.	<i>Klinikk for kirurgi</i>	12
2.2.6.	<i>Klinikk for medisin og rehabilitering</i>	13
3.	Senterorganisering	13
3.1.	Senter for intern service	14
3.1.1.	<i>Kontortjenesten, Servicesenteret</i>	14
3.1.2.	<i>Arkiv</i>	15
3.1.3.	<i>Medisinsk teknisk avdeling</i>	16
3.2.	Senter for virksomhetsstøtte og utvikling.....	16
3.2.1.	<i>Støtte til klinikkene</i>	17
3.2.2.	<i>Utviklingskraft</i>	17
4.	Fagstøtte direktør	17
5.	Foretaksledelsen	18
6.	Tiltak utover det å omorganisere	19
7.	Hva skjer fra 1. januar 2017?	20
7.1.	Ny foretaksledelse	20
7.2.	Endringer i IT-systemer.....	20
7.3.	Organisering og struktur på nivå 3 og 4	20
8.	Evaluering.....	20

1. Innledning

1.1. Bakgrunn

Helse Nord-Trøndelag (HNT) har over lang tid gitt innbyggerne sykehustjenester av høy kvalitet. Tiltroen til oss er høy blant brukere og befolkning i vår region. I nasjonale målinger kommer vi godt ut, og på flere områder leverer vi kvalitet helt i norgestoppen. Oppfattelsen av opplevd kvalitet er viktig å videreføre i åra som kommer. Det er gjennom kvalitet vi skal vise vår pasientorientering.

For å bevare og videreutvikle Helse Nord-Trøndelag, må vi tilrettelegge for innovasjon, utvikling og kontinuerlige forbedringer av sykehusstilbudet. Måten vi organiserer oss på et av flere virkemidler vi må benytte og utvikle for å tilpasse oss pasientens framtidige helsetjeneste.

Med bakgrunn i dette ble prosessen «Pasientorientert organisering» iverksatt våren 2016.

Pasientorientert organisering handler om at vi må ruste oss for framtida. Organiseringen av HNT har på overordnet nivå ikke vært vesentlig endret siden 2005. I seinere år har samfunnsutviklingen gått i en retning som påvirker helsetjenesten generelt og Helse Nord-Trøndelag spesielt. Noen av utviklingstrekkene som påvirker oss er:

- Medisinskfaglig og teknologisk utvikling
- Samhandlingsreformen
- Nye pasient- og brukerrettigheter
- Nasjonal helse- og sykehusplan
- Strategi 2030 (Helse Midt-Norge)
- Ytterligere faglig spesialisering
- Ny ordning for legespesialisering
- Befolkningas forventninger til spesialisthelsetjenesten

I tillegg vet vi at innføring av Helseplattformen ("En pasient, en journal") kommer, og vil utfordre oss - ikke bare internt i og mellom helseforetakene, men også betydelig i samhandling med primærhelsetjenesten. En stor del av denne utfordringen vil ligge i at det vil kreves langt større grad av standardisering og enhetlig praksis, for å få utnyttet mulighetene som vil ligge i Helseplattformen.

Vi må derfor utvikle oss i en retning som gjør oss klar for å takle utfordringene som vil komme. Drift av sykehus har aldri vært en statisk øvelse. Mye tyder på at endringstakten vil øke i åra som kommer. Det vil igjen utfordre vår endringsvilje og evne. Samtidig må vi bygge videre på pasientbehandling av fremragende kvalitet. For å greie å håndtere utfordringene som vil komme, må vi videreutvikle struktur, prosesser og ikke minst ledelse, der målet er å flytte flest mulig beslutninger nærmest pasienten.

Parallelt med prosessen «Pasientorientert organisering» er Strategi 2030 nylig vedtatt. Gjennom strategien blir vi utfordret til å dyktiggjøre oss innen fire hovedområder:

- **Vi skal skape pasientenes helsetjeneste**
 - *Befolkningens behvo skal være styrende for hvordan vi utvikler oss. Pasienter og pårørende skal delta aktivt i beslutninger om egen behandling og utvikling av helsetjenesten.*

- **Vi skal ta i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse**
 - *Ansatte og organisasjonen skal utvikle og ta i bruk ny kunnskap og teknologi. Kort vei fra kunnskap til forbedret praksis.*
- **Vi skal rekruttere, utvikle og beholde kompetent personell**
 - *Ansattes kompetanse er pasientenes trygghet for god kvalitet. Rett kompetanse skal møte pasienten i hele forløpet. Vi skal ta vår del av ansvaret for utdanning.*
- **Vi skal være gode lagspillere**
 - *Vi skal tenke helhet og samhandling. Laget skal bestå av alle aktører som bidrar i helsetjenesten. Vi skal spille hverandre gode og utnytte hverandres fortrinn.*

Med Strategi 2030 som grunnmur skal vi fra 2017 revidere våre utviklingsplaner hvert fjerde år. Det innebærer at vi kommende år skal lage Strategisk utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag. Dette arbeidet vil pågå fra nyttår og fram til høsten, og vil involvere alle klinikker og enheter. Gjennom planverk skal vi hele tiden ha pasientfokus og tenke på hva som er best for pasienten.

Gjennom pasientorientert organisering skal vi nå beslutte organisering av klinikkstruktur og utvelgelse av ny foretaksledelse. Over nyttår starter Fase 2, da er det nivå 3 og 4 som blir gjenstand for omstilling og utvikling.

I de påfølgende kapitlene blir det redegjort for hvordan vi mener Helse Nord-Trøndelag bør organisere seg for at vi skal være best mulig rustet for å møte framtida - til beste for pasientene.

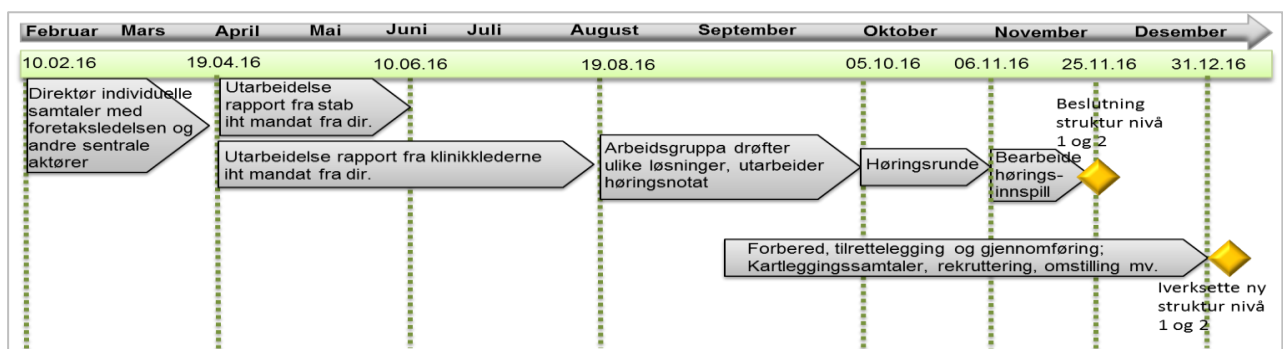
1.2. Vår ambisjon

Pasientorientert organisering skal innfri «Pasientens helsetjeneste», og har følgende ambisjon:

- God og **likeverdig pasientbehandling**. Kvaliteten på helsetjenesten og kompetansen hos ansatte skal være høy. Alle innbyggere i vårt opptaksområde skal ha likeverdig tilgang til behandling med samme kvalitet. Uønsket variasjon skal unngås.
- **Faglig samarbeid** skal foregå på tvers av geografi, klinikker og fagområder. Det må legges til rette for forpliktende samarbeid med fagnettverk og samarbeidsarenaer.
- Det må sørges for at vi har **bærekraftige fagmiljø** som «står seg over tid». Rekruttering av nødvendig kompetanse skal være et prioritert område.
- Vi må ha en **struktur** som utvikler og ivaretar gode og standardiserte pasientforløp, og som også muliggjør individuell tilpasning bygd på pasients behov og medvirkning.
- Utvikle en kultur som preges av likeverd og felles mål. Vi skal holde avtaler vi har med pasientene, og vi skal vise respekt. Pasienten skal være **en sentral aktør i eget pasientforløp**. Pasienten skal oppleve: «Ingen beslutning om meg – uten meg».
- En organisering som klargjør oppgavefordeling og samarbeid mellom enhetene i eget helseforetak og mot andre helseforetak.
- Det jobbes mot bedre **samhandling med kommunene**. I fellesskap sørge for at behandling kan skje på laveste mulige nivå. Helsetjenesten må sammen ta ansvar for helhet, sammenheng og gjennomføring av behandlingen. Medisinsk og teknologisk utvikling tilsier at flere tilstander også kan behandles i pasientens hjemkommune eller i pasientens hjem.

- **Styrket utviklingskraft.** En organisasjon med medarbeidere som både har mulighet til å ta inn over seg innovasjoner og som også kan utvikle seg selv, faget og organisasjonen. En organisasjon som bedre kan levere god kvalitet på helsetjenestene, fokuserer på pasientsikkerhet og systemer som sikrer kontinuerlig forbedring. Vi må utvikle arbeidsprosesser som understøttes av IT, teknologi og logistikk og annen nødvendig kompetanse - slik at pasienten både mottar og opplever god kvalitet og effektive pasientforløp.

1.3. Gjennomføring



Figur 1 – aktiviteter og milepæler i «Pasientorientert organisering»

Orienteringer og drøftinger

Styret og Brukerutvalget har vært løpende orientert i hele perioden. Videre har det vært gjennomført møter med Fylkesmannen i Nord-Trøndelag v/fylkeslegen, Pasient- og brukerombudet og Fylkesrådet der det ble orientert kort om arbeidet med pasientorientert organisering, og tillegg til rom for dialog og diskusjon med de nevnte aktører. Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) og Politisk samarbeidsutvalg (PSU) har fått tilsvarende orienteringer.

I prosessen har det også blitt avholdt orienteringsmøter med foretakstillitsvalgte og hovedverneombud den 4. april og 7. juni. Tre drøftingsmøter med fagforeningene er gjennomført 24. juni, 6. september og 9. november. Siste drøftingsmøte ble avholdt 24. november. I Arbeidsmiljøutvalget har saken vært tema i to møter, 28. september og 14. november.

1.4. Høringsprosessen

Høringsperioden

5. oktober ble prosessens høringsnotatet offentliggjort, og notat og invitasjon til høring ble sendt til fylkets seks kommuneregioner, Kommunenes Sentralforbund Nord-Trøndelag, ASU, PSU, Brukerutvalget, Nord-Trøndelag Fylkeskommune, Fylkesmannen i Nord Trøndelag, Pasient- og brukerombudet, medier, fagforeningene og vernetjenesten. I tillegg ble høringsnotatet lagt ut internt på Innblikk og eksternt på vårt hjemmeside - der det ble informert om at både inviterte og andre kunne delta i høringen.

På vår hjemmeside (hnt.no) ble det opprettet en egen høringsside med tilgang på høringsnotat, og informasjon om hvordan hørings svar kunne leveres. I tillegg har vi publisert hørings svarene på hjemmesiden. Samlet mener vi det er gjennomført en åpen høringsprosess.

Det har i høringsperioden vært gjennomført allmøter med mulighet for direkte dialog med direktøren. I møtene har det vært engasjement, meningsutvekslinger og det har kommet mange innspill. Det har vært gjennomført fem informasjonsmøter; et utvidet legemøte på Steinkjer, møte for ledere på nivå 3 og 4 på henholdsvis Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger, samt to åpne allmøter for alle ansatte (et på hvert sykehus).

Bearbeidelse av høringssvar – prosessen frem mot beslutning

Det har kommet inn 100 høringssvar. Høringssvarene er fra både eksterne og interne, enkeltpersoner, avdelinger, klinikker, organisasjoner og kommuner. Antallet høringssvar er svært gledelig. Vi tar det som et tydelig signal på at sykehus tilbudet i Nord-Trøndelag engasjerer - også når det gjelder organisering.

Innholdet i høringssvarene er mangfoldige. Mange har kommentert klinikkstruktur, andre har fokus på stabsorganisering. I tillegg er det framlagt en god del tiltak som foreslås iverksatt uavhengig av organisasjonsmodell. Det framkommer ulike meninger, og argumentasjonen er forskjellig. Høringssvarene samlet sett har vært et godt og viktig grunnlag for direktøren i prosessen fram mot innstilling til beslutning.

HNT har behov for å gjøre tydeliggjøre foretaksledelsens strategiske rolle. Tydeligere delegering av ansvar og myndighet på nivå 3 og 4. Direktøren ønsker tillitsbasert ledelse med minst mulig kontroll og styring. Det innebærer også behov for å rigge og utvikle stab for bedre å ta vare på den strategiske stabsrollen og støtten til klinikkene.

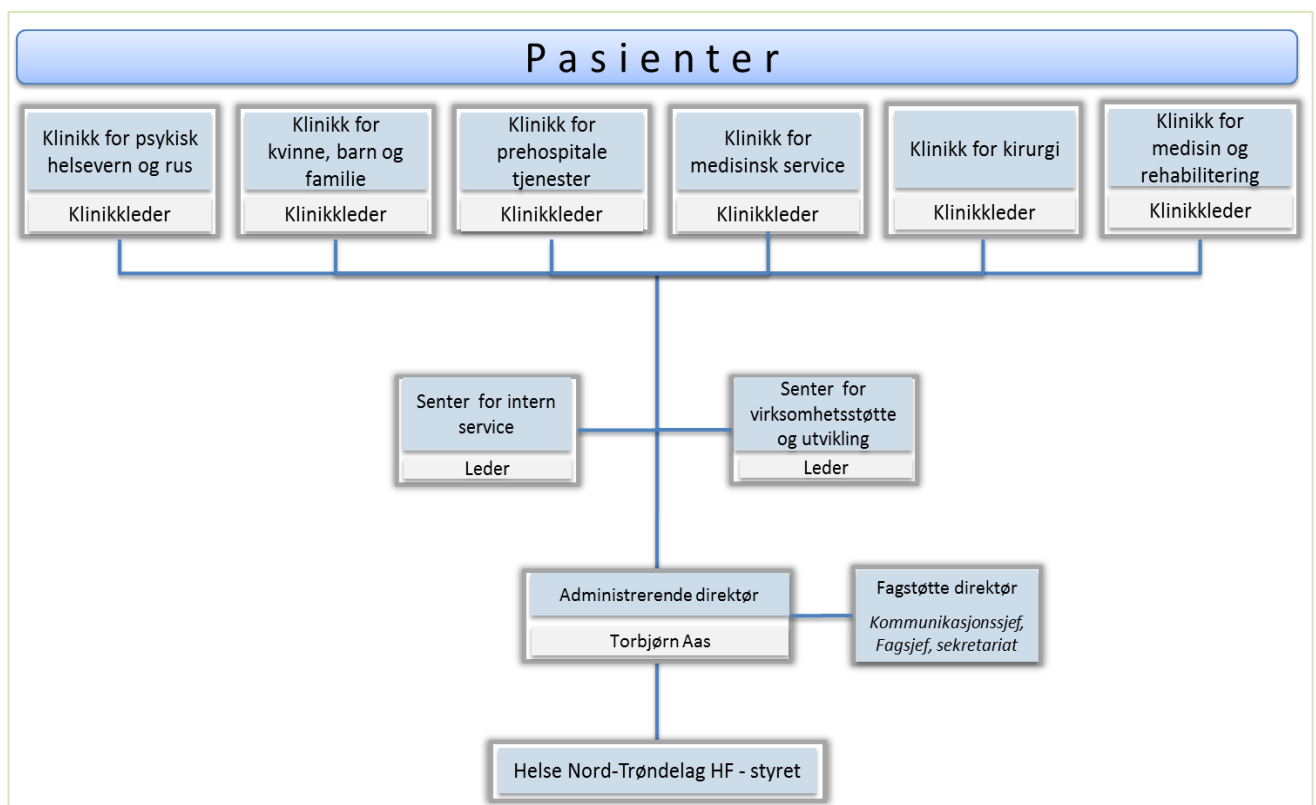
Det er en målsetting å flytte makt slik at beslutninger tas nærmere pasienten. Vi må utvikle en kultur og et handlingsmønster som er tydelig på at vi i Nord Trøndelag har ett sykehus, som gir pasientene et godt tilbud flere steder. For pasienten er det faglig kvalitet som teller, ikke hvor tilbudet gis, slik det også framkommer i høringsuttalelsen fra brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag.

Til slutt; Verdiene til Helse Nord-Trøndelag er **respekt, trygghet** og **kvalitet**. Det er svært viktig at disse verdiene også skal være førende i arbeidet med pasientorientert organisering. Det er forståelig at endringer kan være krevende for ansatte, og at enkelte kan oppleve usikkerhet om egen stilling og egen arbeidsplass. I utviklings- og omstillingsprosessen skal ansatte være trygg på at det pågående arbeidet gjennomføres med respekt, trygghet og kvalitet!

Ny organisasjonsmodell

Det er besluttet en klinikkstruktur som bygger på en gjennomgående organisering. Det vil si at fagområdene er organisert i felles klinikk på tvers av sykehusene med felles ledelse.

Organisasjonskartet skal symbolisere at alt foretaket utfører av oppgaver, skal ha pasienten i sentrum. Kartet er også en tydeliggjøring av at klinikkene har hovedansvaret for pasientrettet aktivitet, og at foretakets øvrige enheter har som hovedoppgave å understøtte denne aktiviteten.



Figur 2 –nytt organisasjonskart for Helse Nord-Trøndelag HF

Den valgte modellen tilsvarer en variant av *alternativ 2* i høringsnotatet – en organisering med gjennomgående klinikker. Senterorganiseringen er sammenfallende med det som ble foreslått i høringsnotatet. Opprettelse av en enhet for fagstøtte direktør var ikke med i høringsnotatet.

Dagens modell		Ny modell; Gjennomgående klinikkstruktur	
Klinikker	Kirurgisk klinikk Levanger	Klinikk for kirurgi	Klinikker
	Kirurgisk klinikk Namsos		
	Medisinsk klinikk Levanger	Klinikk for medisin og rehabilitering	
	Medisinsk klinikk Namsos		
	Rehabiliteringsklinikken		
	Barn- og familieklubben	Klinikk for kvinne, barn og familie	
	Psykiatrisk klinikk	Klinikk for psykisk helsevern og rus	
	Medisinsk serviceklinikk	Klinikk for medisinsk service	
	Prehospital klinikk	Klinikk for prehospitaltjenester	
Serviceklubben	Senter for intern service		
Stabsavdelinger	Arkivavdeling	Senter for virksomhetsstøtte og utvikling	Stabsavdelinger
	Data- og analyseavdeling		
	Fag- og forskningsavdelingen	<i>I tillegg til de syv stabsavdelingene organiseres også Prestetjenesten, Frisklivskonsulenter og Lærings- og mestringssenteret her.</i>	
	HR-avdelingen		
	IT og anvendelsesavdelingen		
	Kommunikasjonsavdelingen		
	Samhandlingsavdelingen		
	Økonomiavdelingen		

Tabell 1 viser skjematisk dagens organisering og ny organisering

Ny klinikkorganisering beskrives og begrunnes mer detaljert i kapittel 2. Ny senterorganisering beskrives nærmere i kapittel 3. I kapittel 4 gis det en begrunnelsen for opprettelse av enheten «Fagstøtte direktør», og i kapittel 5 oppsummeres hvilke lederfunksjoner som vil utgjøre den nye foretaksledelsen fra 1. januar 2017.

2. Klinikkorganisering

Beslutning

- De kliniske fagområdene i Helse Nord-Trøndelag HF organiseres i seks gjennomgående klinikker.
 - Klinikk for psykisk helsevern og rus (tidligere Psykiatrisk klinikk)
 - Klinikk for prehospitaltjenester (tidligere Prehospital klinikk)
 - Klinikk for kvinne, barn og familie (tidligere Barn- og familieklubben)
 - Klinikk for medisin og rehabilitering
 - Klinikk for kirurgi
 - Klinikk for medisinsk service (tidligere Medisinsk serviceklinikk)

Nytt organisasjonskart innebærer at fire klinikker i sitt faglige innhold og ansvar vil bestå som i dag.

Gjennom høringsprosessen har det kommet innspill på at navn på klinikkene bør starte med «Klinikk for...». Dette er vurdert som en fornuftig «standardisering», og er inntatt i beslutningen.

Videre kom det innspill på at klinikkleder er en bedre benevnelse enn klinikkssjef. Disse signalene i høringsssvarene er også tatt inn i direktørens beslutning.

2.1. Hvorfor gjennomgående klinikker?

Helse Nord-Trøndelag HF – ett sykehus med flere lokaliteter

Det skal ikke underslås at det ligger en underliggende geografisk konfliktlinje mellom de to sykehusene, hvor det tidvis er spenninger mellom miljøene som ikke alltid bidrar positivt med å bygge en kultur- og lagfølelse vi trenger for å utvikle «ett lag». En lagfølelse som i praksis arbeider for å «spille hverandre gode». Vi kan ikke fortsette med at fagmiljøer i våre sykehus er i konkurranse med hverandre. Dersom vi lar interne kamper (stilletiende eller uttalte) viderføres, vil befolkningen i vår region tape på det. Vi må ta oppgjør med, og unngå, en kultur som ikke er til beste for pasienten.

Det er et oppriktig ønske å bidra til at vi opprettholder to bærekraftige sykehus i denne delen av Trøndelag. Vi er best rustet til å greie det gjennom aktivt samarbeid og samhandling mellom sykehusene. Vi må ha en kultur der begge sykehus har et helhetlig HNT-perspektiv, og vi må «ville hverandre vel». Målet er å få til best mulig behandling for befolkningen i Nord-Trøndelag med de ressursene og den kompetansen vi har til rådighet. Vi må ha fagmiljøer og ledere som evner å se sammenhengene mellom de ulike nivåer totalt sett.

Pasientorientering vil si at pasienten settes i sentrum. Våre beslutninger og våre valg skal alltid være til beste for pasienten. Et viktig spørsmål i alt vi foretar oss skal være: **Hva er best for pasientene?** Dette har vært førende i valg av organisasjonsmodell.

Vi skal innfri ambisjonene om «pasientens helsetjeneste», beskrevet i kapitel 1.2. Oppsummert betyr det at vi skal gi likeverdig pasientbehandling, ha faglig godt samarbeid, bærekraftige fagmiljø og jobbe med standardiserte pasientforløp. Pasienten skal være sentral aktør i eget pasientforløp, vi må ha en klargjøring av oppgavefordeling og samarbeid mellom sykehusene og opp mot andre helseforetak, vi må ha god samhandling med kommunene og styrket utviklingskraft.

Sentrale spørsmålet i prosessen har derfor vært: Hvordan kan ny organisering bidra til positiv endring? Og; Hvilken organsering vil være best for å nå ambisjonene?

Gjennomgående klinikkorganisering er valgt. Dette baserer seg på troen på at en slik organisering best vil fremme samarbeid, læring og forståelse mellom fagmiljøene våre. I et framtidsperspektiv vil gjennomgående klinikker bidra positivt til å bevare og videreutvikle et sykehus tilbud som er av en slik kvalitet at vi blir pasientenes førstevalg. Vi skal gi likeverdig behandling til alle våre pasienter, forbedret faglig samarbeid og sørge for bærekraftige fagmiljø som virker rekrutteringsfremmende. I fellesskap skal vi jobbe med standardiserte pasientforløp, gode prosesser, ha kontinuerlig fokus på oppgavefordeling og samarbeid mellom sykehusene. **Alt med hensikt å utvikle best mulig kvalitet på tilbudet til pasientene.**

Det er viktig at vi i Helse Nord-Trøndelag står sammen, der vi opptrer som en enhet med alle små og store fagmiljø. Vi må bli bedre på samhandling mellom enheter og fagmiljøer, og alle må evne å ha helhetsperspektivet for HNT. Vi har en del små fag lokalisert på begge sykehus. Det er viktig å ivareta enkelt personer rent personmessig. Men vi må også sørge for å ivareta faglig utvikling.

Dette kan løses ved faglig samarbeid på tvers av geografi gjennom valget av gjennomgående organisering.

Vi rekrutterer best ved å ha gode og stabile fagmiljø. Vi må tilby givende og interessante arbeidsoppgaver, og tydeliggjøre hva HNT tilbyr som arbeidsgiver. Ved gjennomgående klinikker forventes det at det jobbes aktivt med samarbeid på tvers - slik at vi får større fagmiljø, og har en kontinuerlig og helheltlig vurdering av fagtilbud som gis.

Det kan være hensiktsmessig at likelydende tilbud tilbys på flere steder i foretaket, men om det velges så skal det først være etter en totalvurdering av kompetanse, pasientgrunnlag, utstyr og ressurser som finnes hos oss. Gjennomgående klinikker gir bedre mulighet for samordning når det gjelder blant annet medisinske arbeidsprosesser og prosedyrer, enhetlig oppfølging av pasientrettighetene og ventelister, organisatorisk læring, samt samordning når det gjelder drift, innkjøp og utnyttelse av utstyr. Dette anses som viktig for å styrke HNT for framtida.

Gjennomgående organiseringen vil for eksempel legge godt til rette for samordning ved anskaffelse av medisinteknisk utstyr, og som gir positiv effekt i forhold til service og ressursutnyttelse. En gjennomgående organisering vil også bidra til lederkraft for å greie å få til etablering av fagnettverk mellom sykehusene, felles inntak for fagområdene, sørge for overordnede strategier med helhetsperspektiv og redusere uønska variasjon.

Selv om det er valgt gjennomgående klinikker, må det presiseres at det er viktig å unngå for mye deltallstyring i retning av fullstendig likhet. Det må heller vurderes mulighet for fellesløsninger der det er hensiktsmessig. Framtidig funksjonsfordeling må komme som et resultat av faglige diskusjoner, der den beste løsningen for pasientene i Nord-Trøndelag velges.

En del av de som har ytret seg om modellene gjennom allmøter eller høringssvarene, mener at det er en svært krevende lederoppgave å være klinikkleder for gjennomgående klinikker. Vi ser utfordringer i det å lede en stor klinikk med lokaliteter med 120 km reisevei mellom sykehusene. Vurderingene at praktiske utfordringer bør vektlegges mindre enn muligheten til å kunne gi mer likeverdig helsetilbud, samt styrke våre to sykehus. I denne sammenhengen kan dagens teknologi være til stor hjelp, og må tas i bruk i mye større grad enn i dag. Det er i denne sammenheng også viktig å se hen til at det i Fase 2 av organiseringsarbeidet er et mål å operasjonalisere målsetningen om at flere beslutninger skal tas på nivå 3 og 4.

En gjennomgående organisering tilrettelegger for samarbeid på tvers av geografi innenfor de enkelte fagområdene. Den er ikke organisatorisk like god på tilrettelegging for samhandling mellom fagområdene internt ved hvert sykehus. De individuelle pasientforløpene foregår ofte på tvers av fagområder, og de fleste pasientforløp foregår internt ved det enkelte sykehus. Det vil i denne sammenhengen være behov for at hvert sykehus samarbeider tettere på tvers av fagområdene enn hva som er tilfelle i dag. Det må tilrettelegges med strukturer og formaliserte ordninger for å få til dette. Team-orientering, spesialisering og pasientflyt vil kreve at vi evner å jobbe godt på tvers av organisatoriske grenser. Vi må bli bedre på matriseorganisering og samarbeid i både uformelle og formelle settinger. Samhandlingen med kommunene kan også med fordel samordnes bedre ved det enkelte sykehus.

Den nye foretaksledelsen må ha fokus på, og å tilrettelegge for at det jobbes med tettere samordning og samarbeid på tvers av fagområdene internt i sykehusene. Dette må være et prioritert område som følges opp jevnlig.

2.2. Hva blir endringen for de enkelte klinikkene?

Det er satt inn eksempel på organisasjonskart for klinikker der ny organisasjonsmodell medfører endringer på avdelings- og seksjonsnivå. Det presiseres at dette er en illustrasjon som viser eksisterende avdelinger satt inn i ny klinikkstruktur. Det er denne strukturen som ligger til grunn fra 1. januar 2017, og som må påregnes endret gjennom arbeidet i Fase 2. Det kan i tillegg være behov for justeringer, for eksempel at en avdeling eller en seksjon bør være organisert i en annen klinikk. Dette blir også en del av Fase 2.

2.2.1. Klinikk for psykisk helsevern og rus

Dagens organisering av psykiatrisk klinikk videreføres som den er i dag, og får navnet **Klinikk for psykisk helsevern og rus**. Selv om det ikke blir endringer for klinikken i denne omgang, forventes det at organisering av nivå 3 og 4 gjennomgås og vurderes i Fase 2. Klinikken må se på framtidens utfordringer i psykiatrifeltet.

I tillegg til at klinikken må vurdere framtidig organisering av avdelingene og seksjonene, så forventes det også at klinikken jobber systematisk med å styrke og formalisere samarbeid med somatikken og barne- og ungdomspsykiatrien.

En god del av høringsvarene kommenterer noen av dilemmaene knyttet til psykiatri, somatikk og barne- og ungdomspsykiatrien.

Det kom konkrete innspill i høringsrunden om at vi må ha ordninger for støtte og utveksling av personell, og utveksling av tjenester mellom barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien i Namsos, slik at en kan få dempet rekrutterings- og kvalitetsproblemer vi for tida har i barne- og ungdomspsykiatrien, Namsos. Det må også stimuleres til nærmere samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien i Levanger.

Klinikk for psykisk helsevern og rus og **Klinikk for kvinne, barn og familie** har betydelige risikogrupper felles, særlig hvis en ser på familiperspektivet i stedet for enkeltindivider. Lovgivningen har i økende grad beveget seg i retning av å se familiemedlemmers helse i sammenheng med hverandre.

2.2.2. Klinikk for kvinne, barn og familie

En stor del av høringsvarene gir sin tilslutning til at Barn- og familieklubben bør bestå. Det foreslås å gi den navnet **Klinikk for kvinne, barn og familie**. Det er viktig å bevare og styrke familieperspektivet. Det besluttet at klinikken videreføres som i dag, dette på bakgrunn av hørings svar og en vurdering av at klinikken har fungert godt. Den gjennomgående organiseringen samsvarer også godt med at det blir gjennomgående organisering for alle klinikkene.

Det forventes at klinikken gjennomfører interne prosesser i Fase 2 der organisering av avdelinger og seksjoner vurderes. Videre forventes det at klinikken sørger for at barne- og ungdomspsykiatrien bidrar til mer samarbeid med voksenpsykiatrien.

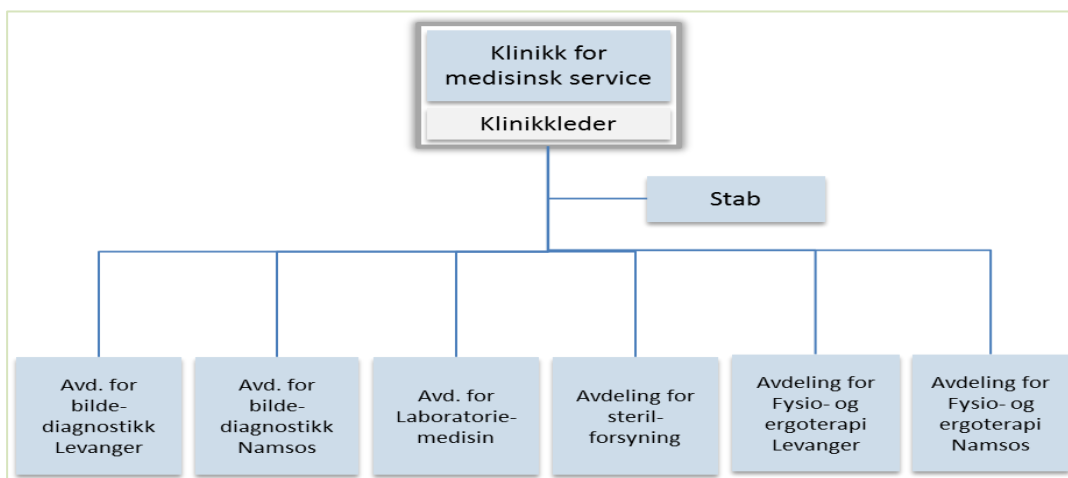
2.2.3. Klinikk for prehospitaltjenester

Klinikken videreføres som i dag. Det foregår et pågående arbeid med å se på struktur og samarbeid. Dette forutsettes videreført som en del av Fase 2.

2.2.4. Klinikk for medisinsk service

Dagens organisering av Medisinsk serviceklinikk vurderes som vesentlig for å opprettholde akkrediterte metoder og teknologi. Stadige nye diagnostiske metoder innføres og krever et robust og samordnet fagområde. Klinikken har en sentral rolle opp mot alle klinikker og pasientforløp. Det besluttet på bakgrunn av dette en videreføring av dagens klinikk med navnet **Klinikk for medisinsk service**.

Fysio- og ergoterapiavdelingene besluttet organisert i denne klinikken. Begrunnelsen for dette er at avdelingen leverer tjenester til alle klinikker på lik linje med for eksempel laboratoriet og Avdeling for bildediagnostikk. Det er fremholdt at spesialiteter med rehabiliteringstankegang bør i samme klinikk, mens avdelingslederne for Fysio- og ergoterapi mener avdelingene bør legges til Klinikk for medisinsk Service. Det er valgt å vektlegge uttalselsene fra avdelingslederne.

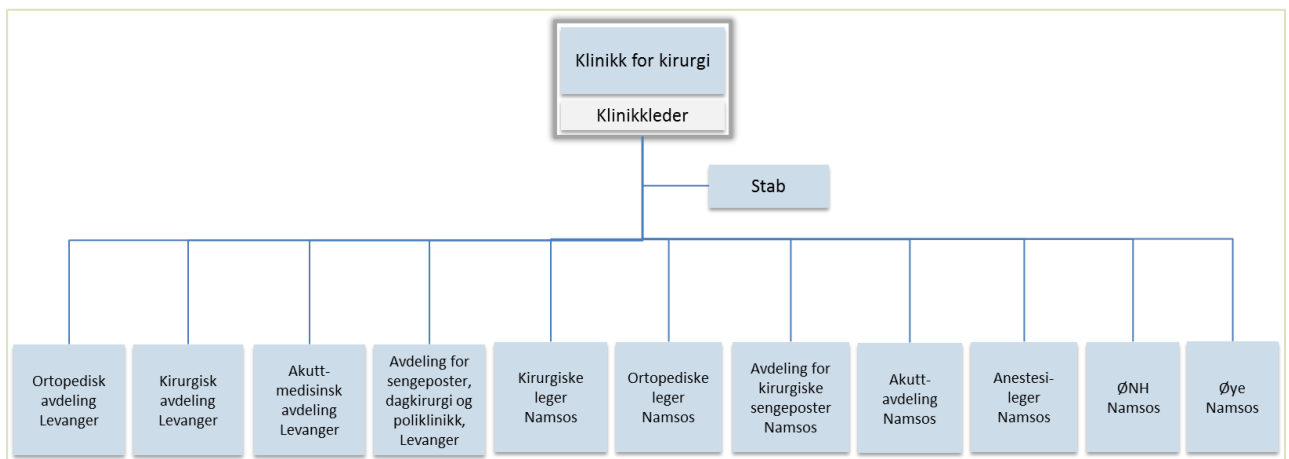


Figur 3 –organisering av Klinikk for medisinsk service med tilhørende avdelinger

Selv om klinikken stort sett blir bestående som i dag, så er den ikke fritatt for å ha en utviklingsprosess i 2017. Det er forventninger om engasjement og deltakelse i Fase 2.

2.2.5. Klinikk for kirurgi

Det opprettes en ny **Klinikk for kirurgi** med gjennomgående organisering bestående av avdelingene som i dag ligger i Kirurgisk klinikk Levanger og Kirurgisk klinikk Namsos.

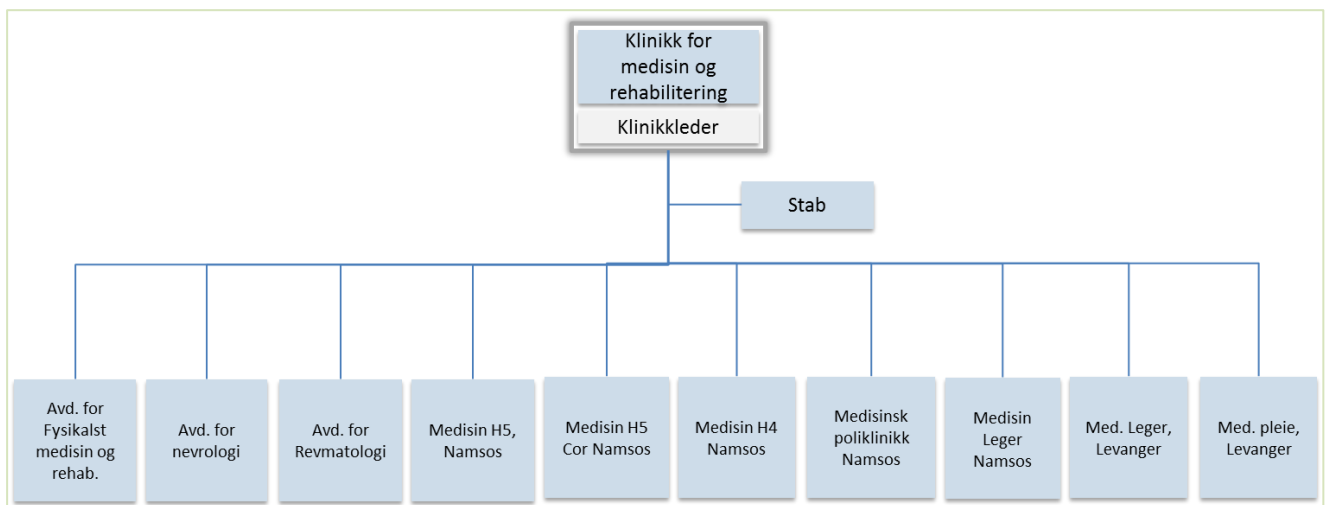


Figur 4 –organisering av Klinikk for kirurgi med tilhørende avdelinger

2.2.6. Klinikk for medisin og rehabilitering

Det besluttet en gjennomgående organisert klinikk for fagområdene medisin og rehabilitering; **Klinikk for medisin og rehabilitering**.

Klinikken skal bestå av avdelingene som i dag er i de to medisinske klinikkene i henholdsvis Levanger og Namsos. I tillegg er det valgt at avdelingene som i dag er organisert i Rehabiliteringsklinikken legges til denne klinikken, med unntak av Fysio- og ergoterapiavdelingene som organiseres i Klinikk for medisinsk service, se kapittel 2.2.4.



Figur 5 –organisering av Klinikk for medisin og rehabilitering med tilhørende avdelinger

Noen av hørings svarene indikerte frykt for at rehabiliteringsfaget drukner når det blir en del av en større klinikk, og at rehabiliteringsfaget blir usynlig og nedprioritert. Det er forståelig at det kan oppleves usikkerhet rundt dette. Det er viktig å være oppmerksom på at den nye organisasjonsmodell ikke skal svekke rehabiliteringsperspektivet, og heller ikke svekke fysiskalstmedisin og rehabilitering som eget fagfelt.

Det er nasjonale føringer som underbygger behovet for det motsatte, nemlig å styrke spesialisert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Det legges en klar forventning og føring til ny klinikkleder om at dette ivaretas.

3. Senterorganisering

Ny senterorganisering er som skissert i høringsnotatet. Dette betyr at dagens Serviceklinikk er opprettet som **Senter for intern service** (se kapittel 3.1). I dag består Direktørens staben av åtte stabsavdelinger. Syv av disse blir underlagt **Senter for virksomhetsstøtte og utvikling** (se nærmere redegjørelse i kapittel 3.2). Den åttende stabsavdelingen er arkivavdelingen. Denne legges til **Senter for intern service** (se kapittel 3.1.2).

Videre organisering på nivå 3 og 4 i de to sentrene vil være en del av Fase 2.

3.1. Senter for intern service

Serviceklinikken overføres til **Senter for intern service** med de avdelinger klinikken har i dag. I tillegg vil arkivavdelingen overføres til dette senteret.

For de fleste avdelingen i Serviceklinikken vil ikke ny organisering medføre merkbare endringer. Avdelingene blir overført som de består i dag. Imidlertid er det to avdelinger i det nye **Senter for intern service**, der det blir endringer som antagelig vil oppleves som betydelige. Dette gjelder Servicesenteret (kontortjenesten) og Arkivavdelingen. Endringene for disse to avdelingene blir nærmere beskrevet i henholdsvis kapittel 3.1.1 og kapittel 3.1.2. Beslutningen om at Medisinsk teknisk avdeling følger med som en avdeling i det nye **Senter for intern service** kommenteres i kapittel 3.1.3.

Beslutning

- Serviceklinikken oppløses og blir etablert som **Senter for intern service** med de avdelinger som klinikken består av i dag.
- Kontortjenesten som arbeider nært klinikkene skal overføres til de respektive klinikkene. Arbeidet med overføringen startes 1. januar 2017, og skal være gjennomført i løpet av første halvår 2017.
- Fellestjenester som for eksempel ISS/sentralbord, skrivejeneste, ressursenheten, arkiv og post organiseres i en avdeling i **Senter for intern service**. Det må kartlegges hvilke tjenester som skal være fellestjenester i forbindelse med arbeidet med tilbakeføring av merkantile tjenester til klinikkene.
- Arkivavdelingen legges til **Senter for intern service**. Det skal være en arkivfaglig leder for dette fagområdet.

3.1.1. Kontortjenesten, Servicesenteret

Bakgrunn for forslag om tilbakeføring

Servicesenteret ble etablert i 2006 ved at kontortjenestene til de somatiske klinikkene ble samorganisert i en felles avdeling i Serviceklinikken. Kontortjenesten til Psykiatrisk klinikk ble innlemmet i Servicesenteret i januar 2008. Samorganiseringen handlet blant annet om å utjevne skrivekapasitet, økonomisk effektivisering og samorganisering. Gjennom 10 år har det blitt utført mye godt arbeid. Det er blant annet tatt ut effektiviseringsgevinster gjennom talejenkjenning. Videre er det foretatt arealbesparelser, effektivisering og kvalitetsheving ved samlokalisering av skrivejenesten og ekspedisjoner.

Det har gjennom de siste årene vært ytret fra foretaksledelsen at det er behov for at deler av kontortjenesten tilbakeføres til klinikkene. Det er ønskelig å knytte kontortjenesten nærmere pasientforløpene for å tilrettelegge for tverrfaglige arbeid omkring pasientbehandlingen. Kortere tidsfrister og nye rettigheter stiller enda større krav til god logistikk og tettere samarbeid mellom klinisk personell og merkantilt personale. Arbeidsprosesser og pasientforløp kan svekkes på grunn av uklare ansvarsforhold med dagens organisering av kontortjenesten.

Det er en utfordring at merkantil tjeneste som er en del av de tverrfaglige teamene - organisasjons- og ledelsesmessig er underlagt en annen klinikk. Et eksempel på dette er av oppfølging av arbeidsmiljøet (jfr. AMUS) når det er ansatte fra to klinikker som jobber tett sammen daglig, men følges opp av ulike ledere. Det er behov for at sekretærene kjenner det fagområdet/klinikken som skal betjenes. Man må kjenne lokale rutiner og tilpasse seg de behovene som den enkelte klinikk har. Det er også av betydning at klinikkleder har tilgang på de ressurser som trengs for å nå målene.

De fleste høringsvar som har kommentert organisering av kontortjenesten, støtter at sekretærene tilbakeføres til de respektive klinikkene. Motargumentet for tilbakeføring er at dagens organisering har gitt gevinster i form av fokus på kompetanseheving og utvikling av kontorlaget, samt at man har fått til bruk av ressurser på tvers av klinikkene.

Det er stor forståelse for at enhver faggruppe har behov for kompetansepåfyll og faglig utvikling, enten det er sekretærer, ergoterapeuter, sykepleiere, fysioterapeuter eller andre faggrupper. Dette behovet må det finnes løsninger for, for eksempel gjennom nettverk, felles fagforum for sekretærer i HNT eller andre tiltak. I en helhetlig vurdering av hvordan kontortjenesten skal organiseres i fremtiden, må pasientperspektivet tillegges størst vekt. Behovet for å få til god og effektiv samhandling rundt pasientforløpene må vektlegges.

Tilbakeføring av deler av kontortjenesten blir den løsningen som er best for pasienten, og er følgelig direktørens beslutning.

Konkret gjennomføring av tilbakeføringen av deler av kontortjenesten må planlegges og tas i Fase 2. Det må være en involvering av Servicesenterets ansatte, og den nye foretaksledelsen må være medvirkende. Det må kartlegges hvem som skal over til hvilken klinikk.

Det ble gjennomført en grundig vurdering av helseforetakets organisering av kontortjenesten i 2010. Grunnlagsmateriale og rapporten fra arbeidsgruppa som foretok evalueringen må legges til grunn i arbeidet med tilbakeføring av kontortjenesten.

Det må også gjennomføres en prosess for hvordan fellestjenester som ISS/sentralbord, ressursenheten, arkiv, post og skrivetjeneste konkret skal organiseres. Det er nærliggende å anta at disse kan være en felles avdeling i Senter for intern service.

3.1.2. Arkiv

I 2009 pågikk et prosjekt «Ny post og arkivtjeneste i Helse Nord-Trøndelag». Fra å ha et «ikke-arkiv» ble det, etter anbefalinger fra prosjektet, opprettet egen Arkivavdeling som omfatter både pasientarkiv og saksarkiv. Avdelingen ble opprettet med virkning fra 1. mai 2010. Avdelingen ble direkte underlagt direktøren med daværende assisterende direktør som nærmeste leder.

HNT må sørge for å ha en arkivtjeneste i tråd med arkivlov og forskrifter, herunder arkivplan, bevarings- og kassasjonsplan m.m. For at en skal få etablert helhet, plan og styring av arkivarbeidet i tråd med lover og bestemmelser, må det utpekes en overordnet koordinator/fagansvarlig for disse. Det er defor foreslått at man har en funksjon som arkivfaglig leder. Denne vil ha det faglige ansvaret for arkivdanningen i hele helseforetaket.

Samorganisering av saks- og pasientarkiv er besluttet videreført som i dag. I tillegg er det valgt å samorganisere arkivtjenesten med postmottak med bakgrunn i at post og arkiv kan ha en felles utnyttelse av ressurser.

Arkiv og post organiseres i **Senter for intern service**. Dette senteret skal håndtere «organets fellessaker», og senteret er direkte underlagt direktøren. Det vurderes derfor dithet at en slik organisering er i tråd med arkivforskriften § 2-1.

Det forutsettes at de arkivansatte opprettholder de nødvendige samarbeidsrelasjoner de har i dag, og at arkivfaglig leder må være utadrettet mot både klinikkene og sentrene for å sikre at helseforetaket har en forskriftsmessig arkiveringspraksis.

3.1.3. Medisinsk teknisk avdeling

Høringsnotatet foreslo at Medisinsk teknisk avdeling (MTA) skulle legges til **Senter for virksomhetsstøtte og utvikling**, nært knyttet til IT og Anvendelse. Begrunnelsen var å sikre en helhetlig teknologiutvikling som understøtter pasientforløpene. Høringssvarene har vært noe delt når det gjelder plassering av MTA. Det er valgt å legge vekt på avdelingsleder for MTA sine vurderinger, og det besluttes at MTA overføres som en avdeling til **Senter for intern service**.

IT og Anvendelse berører MTAs virkeområde, så her kan et nærmere samarbeid gi en positiv effekt for pasientbehandlingen. Vurderingen er at MTA sin økende integrasjon mot blant annet IT, gjør det nødvendig å få til samarbeid rundt strategi og utvikling på dette området med **Senter for virksomhetsstøtte og utvikling**. Håndteringen av dette må løses i den videre prosessen.

3.2. Senter for virksomhetsstøtte og utvikling

Beslutning

- Det opprettes **Senter for virksomhetsstøtte og utvikling**.
- Følgende funksjoner legges til dette sentret:
 - Dagens stabsavdelinger: Økonomiavdelingen, HR-avdelingen, Data- og analyseavdelingen, Fag- og forskningsavdelingen, IT og Anvendelse, Kommunikasjonsavdelingen og Samhandlingsavdelingen.
 - I tillegg vil Frisklivskonsulenter, Prestetjenesten og Lærings- og mestringssenteret legges til senteret.

Ved å samle dagens stabsfunksjoner til et felles senter med en felles leder ønsker man å skape et felles fokus på både hvilke tjenester staben skal levere og hvordan de skal leveres. Dette gir mer helhetlig prioritering, tverrfaglighet og mer felles arbeidsmetodikk som er nødvendig for å kunne yte god støtte til klinikkene. I høringsprosessen har det vært stort fokus på at man trenger bedre samhandling både innad i og mellom klinikkene, og dette gjelder også for dagens stabsavdelinger.

Stabsoppgaver organisert i klinikk eller stab?

Det nye senteret må ha en full gjennomgang av klinikknære oppgaver, og sørge for at disse blir løst på en effektiv måte som tilfredsstiller klinikkens behov og foretakets samlede behov. Etter en slik gjennomgang må det besluttes endelig fordeling av ressurser mellom klinikkene og senteret.

3.2.1. Støtte til klinikkene

For området virksomhetsstøtte så er det viktig at staben på en mer helhetlig måte forholder seg til klinikkene sine behov. For å kunne yte god støtte inn mot de tjenester som klinikkene leverer, så trenger staben mer samlet kunnskap om hvordan klinikken arbeider.

Oppgaver knyttet til virksomhetsstøtte vil i hovedsak kunne deles inn i områdene klinikkstøtte og systemstøtte. Det nye senteret må harmonisere og prosessorientere hvordan det jobbes med disse oppgavene slik at det ovenfor klinikkene blir enkelt og forutsigbart. Vi trenger en dynamisk organisering som gjør at fokus flyttes fra ansvarsområder og siloer til oppgaveløsning. En felles ledelse av stabsoppgavene vil gi et godt grunnlag for å få til dette. Det vil også være et mål at dette skal føre til effektivisering og kvalitetsheving av oppgavene.

3.2.2. Utviklingskraft

Utviklingskraften i HNT skal styrkes. Derfor må virksomhetsutvikling defineres som et sentralt ansvarsområde i det nye senteret. Det må tilstrebes økt fokus på utnyttelsen av teknologi, digitalisering, prosessorientering, prosjektutvelgelse og prosjektgjennomføring.

Den faglige kompetansen på disse områdene må styrkes. Foretaket driver i dag også mye utviklingsarbeid, men dette er ikke i stor nok grad koordinert. Eksempler på dette er pasientforløpsarbeid, ISO-sertifisering, byggeprosjekter og IKT-prosjekter, forskning, kvalitetsforbedringsarbeid og diverse organisasjonsutviklingsprosjekter. Utviklingsarbeidet i foretaket må koordineres slik at strategier og ambisjoner nås. HNT må sørge for gode utviklingsprosesser som sikrer at vi gjør de riktige prosjektene og har en effektiv gjennomføring. Senter for virksomhetsstøtte og utvikling vil være en sentral bidragsyter i dette arbeidet. Utviklingsaktivitetene skal ha eierskap hos en klinikkleder, senterleder eller hos direktør.

I mange av hørings svarene pekes det på behovet for samhandling mellom enheter, fag og nivå både innad i HNT og mot andre HF og kommunene. Uansett organisering så vil en ikke fjerne behovet for en slik samhandling. For å oppnå dette må det utvikles prosesser og samhandlingsløsninger. HNT må derfor bli bedre til å beskrive, innføre og videreutvikle sine prosesser. Senteret må ha høy kompetanse, tilgjengelig kapasitet og metode som bidrar i dette arbeidet.

Teknologisk forståelse, evne til digitalisering og prosessorientering må være sentrale kompetanseområder for den nye foretaksledelsen og øvrige ledere. Dette er nødvendig for at HNT skal utvikle seg og kunne hente ut ønskede effekter av endringer. **Senter for virksomhetsstøtte og utvikling** må bidra med å legge til rette for å utvikle denne kompetansen.

4. Fagstøtte direktør

Direktøren vil ha behov for bistand i en del prosesser, samt støtte i styrearbeidet og administrering av råd og utvalg. Disse funksjonene er valgt synliggjort som en enhet underlagt direktør.

Beslutning

- Det opprettes en enhet direkte underlagt direktør. **Fagstøtte direktør** skal bidra til at direktørfunksjonen i foretaket er tilstrekkelig understøttet innenfor det medisinskfaglige feltet, kommunikasjon- og samfunnskompetanse.
- Fagsjef og kommunikasjonssjef legges til denne enheten, samt de personer som direktøren til enhver tid vurderer viktig å ha organisert her.
- Som hovedregel skal sentrale stabsfunksjoner som yter service til klinikkene ligge i et av sentrene.

5. Foretaksledelsen

Foretaksledelsen vil fra 1. januar 2017 bestå av administrerende direktør og følgende ledere; Klinikklederne for de seks gjennomgående klinikkene, kommunikasjonssjef, fagsjef og leder for Senter for virksomhetsstøtte og utvikling og Senter for intern service. Utover dette vil ulike fagpersoner, både fra stab og linje, møte i foretaksledelsen når det er aktuelle saker som krever dette.

Det vil bli endring i hvordan foretaksledelsen skal arbeide som ledergruppe. Dette er i tråd med de tilbakemeldingene foretaksledelsen ga i individuelle samtaler med direktøren i februar/mars i år. Tilbakemeldingene tilsa at foretakets mål kan forstås og forankres bedre, og foretaksledelsens rolle, funksjon og praksis kan forbedres. I den nye foretaksledelsen vil det bli strategiske diskusjoner. Det vil være fokus på å komme tidlig inn i prosessene for å legge føringer, og mindre av saker som bærer preg av å være ren orientering.

Det forventes at foretaksledelsen vektlegger åpenhet, gode relasjoner og tillit. Dette vil bidra til å fremme samhold og fellesskap, evne til samarbeid, kunnskapsdeling og økt utviklingskraft. Foretaksledelsen skal se og forstå helheten i foretaket, og ta ansvar også utover egen klinikk eller ansvarsområde.

Foretaksledelsen skal bestå av kommuniserende og inspirerende ledere som forstår betydningen av teknologi og digitale verktøy som framtidens sykehus vil ha. Rollen som klinikkleder vil være en krevende og omfattende lederoppgave, og skal utføres i 100% stilling.

Prinsippet om enhetlig ledelse skal være førende i HNT. Det vil si at hver organisatorisk enhet i sykehuset skal ha en leder som har det overordnede ansvaret for virksomheten i enheten, både administrativt og faglig. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut en medisinskfaglig rådgiver. Etterlevelse av dette prinsippet ligger som et premiss for gjennomføring av Fase 2.

Administrerende direktør vil velge løsning for stedfortreder blant de fremtidige klinikklederene.

Beslutning

- Foretaksledelsen skal bestå av disse lederne: Administrerende direktør, klinikkleder, kommunikasjonssjef, fagsjef og leder for Senter for virksomhetsstøtte og utvikling og leder for Senter for intern service.
- Rollen som klinikkleder er en fulltids lederjobb.
- Prinsippet om enhetlig ledelse skal være førende i HNT.

6. Tiltak utover det å omorganisere

I høringssvarene har det kommet mange gode tiltak som vil fremme pasientorienteringen i helseforetaket. Innspillene omhandler blant annet forbedringsforslag når det gjelder det «interne livet» i HNT, i tillegg til blant annet forbedringsforslag knyttet til samarbeidet og samhandlingen med kommunene.

Når det gjelder samhandling med kommunene så nevnes det blant annet at erfarings- og kompetanseflyt mellom sykehus og kommuner kan bli bedre. Pasienter med behov for sammensatte tjenester (f.eks. alvorlig funksjonshemmede) må sikres god og helhetlig behandling på tvers av tjenestenivå, og det må det sørges for god samhandling, kommunikasjon og likeverdige tjenester rundt denne pasientgruppen. Det er forslag om at Helseforetaket bør jobbe for å etablere ett kontaktpunkt som kommunene kan bruke inn til Helseforetaket på lik linje med at hver kommune har etablert ett kontaktpunkt hvor Helseforetaket kan nå den enkelte kommune.

Det har også kommet innspill om at HNT bør utvide samhandlingsperspektivet. Nå er samhandlingsperspektivet rettet mot samhandlingen som foregår mellom foretak og kommune, men perspektivet bør også omfatte samhandling mellom sykehus og sykehusavdelinger. Det gis tydelige signal om at HNT må bygge ned terskler og barrierer mellom sykehus og avdelinger slik at pasientene ikke må være sine egne forløpskoordinatorer.

Dette er noen av forslagene i høringssvarene som vil bidra til ytterligere pasientorientering:

- HNT må ha gode rutiner for ivaretagelse av pasientenes rett til fritt sykehusvalg
- Likeverdig behandling av migranter gjennom fokus på brukermedvirkning og bruk av tolk
- HNT må legge til rette for læring på tvers
- Samordnet og helhetlig vurdering av satsning på, og gjennomføring, av pasientforløpene
- Samordne prosjekter
- Etablere forslagskasse for både pasienter og ansatte
- Tydeligere ansvar og myndighet til den pasientnære virksomheten
- Utvikling av satsning på en matrisestruktur i den pasientnære kliniske virksomhet
- Tettere samarbeid mellom somatikk og psykiatri, for eksempel opprette medical psychiatric units; Psykiatri og somatikk
- Forbedre innkallingsbrev, og sørg for sms-påminnelser
- Gjennomgå pakker med lab-rekvisisjoner med jevne mellomrom
- Forbedringspotensiale når det gjelder operasjonslogistikk
- Prosedyrearbeid må forenkles og basere seg på nasjonale prosedyrer
- Kulturelle tiltak er like viktige som strukturelle

Internfakturering er et av områdene som ble nevnt i høringsnotatet. Et mer korrekt benevnelse på denne ordningen foreslås i høringen å være *internbelastning*. De fleste som har kommentert dette, mener dette er en uhensiktsmessig ordning. Noen av høringssvarene har også gode forklaringer på hvorfor dette ble innført. Enkelte har innspill om at man må finne gode alternative måter å løse dette på - før man evt. vurderer å avvikle ordningen.

7. Hva skjer fra 1. januar 2017?

7.1. Ny foretaksledelse

Etter at beslutning om ny organisering på nivå 1 og 2 nå er tatt, vil utlysning av evt. stillinger bli sendt ut umiddelbart. Det tas sikte på en rask ansettelsesprosess for de stillinger som ikke dagens foretaksledelse vil bekle. Ny foretaksledelse basert på besluttet klinikk- og senterstruktur vil være operativ fra 1. januar 2017. Målet er at de fleste stillinger skal være besatt. Der det ikke er mulig innenfor dette tidsrommet, vil det være konstituering i stillinger frem til ordinær tilsetting er gjennomført.

7.2. Endringer i IT-systemer

Endringer i organisasjonen gir behov for endringer i flere IKT-systemer. Det er nedsatt en arbeidsgruppe bestående av deltagere fra HR, data- og analyse, IKT, økonomi og fag. De skal kartlegge hvilke systemer som blir berørt når klinikker, avdelinger og seksjoner endres. Videre må de avklare hvem som må utføre endringene og til hvilke tidspunkt.

7.3. Organisering og struktur på nivå 3 og 4

Uavhengig av hvilken struktur man velger, vil det være i møtene med pasienter og pårørende, som avgjør om vi lykkes eller ikke med å bli mer pasientorientert. Derfor blir organiseringen av ledernivå 3 og 4 kanskje det viktigste nivået for å nå målet med omorganiseringen.

Ikke alle konsekvenser for nivå 3 og 4 er identifisert gjennom Fase 1. Mange av avdelingene og seksjonene i helseforetaket er logisk og naturlig organisert. Andre kan være mindre logisk og hensiktsmessig organisert. Dette er forhold det må sees på i Fase 2. Det er igangsatt forberedelser for fasilitiering av Fase 2.

Den nye foretaksledelsen vil være sentral i den videre prosess. Det må blant annet besluttes hvilke overordnede prinsipper som skal være gjeldende for organisering av nivå 3 og 4. Videre må det diskuteres prinsipper rundt stedlig og enhetlig ledelse. Det må tas en gjennomgang av fagnettverk, råd og utvalg. Som en konsekvens av organisasjonsendringen må også vernetjenesten sees på.

Klinikklederne vil få ansvar for å gjennomføre gode prosesser i sine klinikker med vurderinger om hvordan klinikken skal være organisert. Fokus må være på hvordan HNT i fellesskap skal møte framtidens utfordringer. Det må legges opp til bred involvering i klinikkene.

Som nevnt i kapittel 4 har mange av høringssvarene gode innspill for de videre prosessene, og konstruktive forslag til tiltak. Disse må tas med i forbindelse med det arbeidet som skal gjøres i Fase 2.

8. Evaluering

Det kan ikke utelukkes at det vil bli nødvendig med justeringer av den valgte organsiasjonsmodellen, når man har fått noe erfaring med hvordan den fungerer. Samtidig må ikke justeringer foretas før man har gitt ny organisasjon anledning til å finne sin form.

Det legges opp til en evaluering av Helse Nord-Trøndelags nye organsiasjonsmodell innen juli 2018.