



STORTINGET

Representantforslag 121 S

(2017–2018)

fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Emilie Enger Mehl, Steinar Ness og Siv Mossleth

Dokument 8:121 S (2017–2018)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Emilie Enger Mehl, Steinar Ness og Siv Mossleth om en demokrati- og ledelsesreform i offentlige sykehus med innføring av tillitsbasert, stedlig ledelse

Til Stortinget

Bakgrunn

Offentlige virksomheter har de siste tiårene utviklet en ledelseskultur som baserer seg på styring gjennom rapportering. Helseforetakene er blant virksomhetene som har gått lengst i denne retningen. Resultatet er topptunge organisasjoner med svært mange lederlag, ingen stedlig ledelse eller fagfolk med beslutningsmyndighet og ansvar på sitt fagområde. Dette gir rutiner som er kostbare og arbeidskrevende og som pulveriserer ansvaret. Forslagsstillerne mener det er behov for en tillitsreform i offentlig sektor, herunder helse- og omsorgssektoren.

Forslagsstillerne mener dagens ledelse av sykehusernes fagmiljøer virker hemmende for nyutvikling, effektivitet og fleksibilitet. Norske sykehus trenger en demokrati- og ledelsesreform. God ledelse betyr at det er møtet mellom pasient og behandler som hele tiden skal ha oppmerksomheten. Organisering og ledelse av sykehus skal understøtte dette slik at pasientarbeidet blir kvalitetsmessig godt og økonomisk effektivt. For å gjennomføre dette er innføring av tillitsbasert, stedlig ledelse i sykehusene en viktig start.

Mindre medbestemmelse, mer autoritært arbeidsliv

De senere årene er det rapportert om økende avstand mellom ansatte og ledelse i sykehusene. Arbeidskonflikten mellom Legeforeningen og Spekter som startet i 2016 og først fikk en endelig avslutning januar 2018, har mye av sin årsak i en tillitskrise mellom de ansatte og staten som arbeidsgiver.

Medbestemmelsesbarometeret (Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) 2017:05) og arbeidstidsundersøkelser (f.eks. Legeforeningens survey 2016) viser at ansatte i helseforetakene mener at de har for lite innflytelse på egen arbeidsplass og bruker for lite av tiden sin på pasientrettet arbeid og for mye på rapportering. Ansattes rett til medbestemmelse på arbeidsplassen påvirker kvaliteten på arbeidet som utføres, og den faglige utviklingen. I Medbestemmelsesbarometeret 2017 ble det funnet en sammenheng mellom medbestemmelse og medvirkning og tilliten mellom ledere og ansatte, toppledelse og eiere. Av alle arbeidstakere i Norge var det de ansatte i staten som i minst grad oppfattet å ha innflytelse på kvalitet i eget arbeid og på kvalitet og arbeidsmetoder i virksomheten. Innenfor statlig sektor er det de ansatte i helseforetakene og i statlige aksjeselskaper som i minst grad oppgir å kunne påvirke kvaliteten i arbeidet. 47 pst. av de ansatte i helseforetakene svarte også at arbeidslivet har blitt mer autoritært.

Forslagsstillerne mener det er særlig alvorlig at ansatte i helseforetakene i større grad enn ved de fleste andre arbeidsplasser i Norge oppfatter at arbeidslivet har blitt mer autoritært. Dette er også en fare for pasientsikkerhetsarbeidet. Forslagsstillerne viser til at pasientsikkerhetsundersøkelsen 2014 viste at 44 pst. av behandlingseenhetene på landsbasis hadde en forhøyet risiko for uønskede hendelser grunnet umodent sikker-

hets- og/eller teamarbeidsklima. Sikkerhetsklima handler om hvor lett medarbeidere synes det er å snakke om risiko og uønskede hendelser ved sitt arbeidssted. Teamarbeidsklima handler om medarbeideres opplevelse av støtte fra sitt team for å prioritere trygg pasientbehandling.

Mindre tid til pasientarbeid, mer rapportering

Sykehusleger rapporterer om en betydelig nedgang i tid til direkte pasientarbeid. Nå bruker en sykehuslege under halvparten av sin arbeidstid på pasienttrettet virksomhet, det vil si direkte kontakt med enkeltpasienter eller deres pårørende. I perioden 1994–2014 var ukearbeidstiden uendret for de fleste leger i Norge, mens sykehusleger rapporterte i samme tidsrom en markant nedgang i tid til direkte pasientarbeid. For overleger og leger i spesialisering var nedgangen fra 61 pst. til 43 pst. Nedgangen var størst i perioden 2000–2014. Papirarbeid, møtevirksomhet, epikriser, attester og annet dokumentasjonsarbeid tar altså mer og mer tid, jf. artikkelen Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid i perioden 1994–2014 i Tidsskrift for Den Norske Legeforening 2016, 136:1355–9. Lignende undersøkelser er også gjort for sykepleiere.

Det blir oppgitt flere årsaker til nedgangen i legers tid til direkte pasientarbeid, blant annet store helsereformer, svakhet i tekniske løsninger, innføring av elektroniske journalsystemer, økt krav om rapportering av og dokumentasjon for å sikre god kvalitet og reduksjon i merkantil personell. Forslagsstillerne viser til at behovet for mer tid med pasientene er det som hyppigst tas opp av personellgrupper som driver pasienttrettet virksomhet. Det er etter forslagsstillerne syn bekymringsfullt dersom det offentlige helsevesenet er organisert og ledet på en måte som bidrar til en utvikling der leger får mindre og mindre tid til det viktige pasientmøtet.

Ledelsesnivåer i norske sykehus

Forslagsstillerne viser til at antallet ledelsesnivåer i norske sykehus har vært sterkt økende siden helseforetaksreformen ble innført i 2002. I 2012 var det vanligste fire ledernivåer. Det vil si at under administrerende direktør er det klinikkleder, avdelingsleder og seksjons- eller enhetsleder. 22 pst. hadde hele fem ledernivåer og 6 pst. hadde seks ledernivåer, dette ifølge Kvinnsland-utvalget, NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Det har blitt færre sykehus med stedlig leder, og organisering av helseforetakene i en klinikkmodell har blitt vanligere. I en klinikkmodell er klinikkjef leder av samme klinikk ved flere eller alle sykehus i foretaket (se vedlegg).

I forbindelse med behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019, jf. Meld. St. 11 (2015–2016) og Innst. 206 S (2015–2016), vedtok Stortinget (vedtak 542):

«Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus.»

Helse- og omsorgskomiteen skrev blant annet:

«Komiteen mener stedlig ledelse er et viktig prinsipp, blant annet fordi lange beslutningslinjer resulterer i utydelige ansvarslinjer, usikkerhet og at målformuleringer og strategier ikke forankres helt ut i sykehusene. Stedlig ledelse er et nødvendig grep for bedre samspill mellom sykehusene.»

Men i oppdragsdokumentet 2016 til helseforetakene sa Helse- og omsorgsdepartementet at dette vedtaket i Stortinget ikke var til hinder for tverrgående klinikker. For eksempel vedtok Helse Møre og Romsdal HF, samme dag som Stortinget vedtok at stedlig ledelse skal være hovedregelen, ikke å innføre stedlig ledelse, men ha tverrgående klinikker og felles ledelse for sykehusene Ålesund, Molde, Kristiansund og Volda. Forslagsstillerne viser i den forbindelse til at Dagens Medisin 30. mars 2016 refererte Høyres helsepolitiske talsperson og saksordfører for Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019, Kristin Ørmen Johnsen, med følgende overskrift:

«– Ber sykehusdirektørene lese Sykehusplanen»,

og videre:

«I Nasjonal sykehusplan er det et eget punkt om ledelse (...). Den bør sykehusdirektørene lese, for der er det mye fornuftig, i alle fall fra flertallet. Det viktigste er at lederen må kjenne sine ansatte – det er viktig for utviklingen av fagmiljøet. Lederen må være fysisk til stede – sykehus kan ikke fjernstyres.»

Forslagsstillerne viser til at Stortingets vedtak om stedlig ledelse ikke er fulgt opp på tross av tydelige uttalelser fra saksordfører. Forslagsstillerne merker seg at regjeringen i forslag til statsbudsjett for 2018, Prop. 1 S (2017–2018), varsler at den vil følge opp Kvinnsland-utvalgets forslag «om å sette i gang et evalueringsarbeid for å gjennomgå erfaringer med ulike organisasjons- og ledelsesmodeller i sykehus».

Hvorfor tillitsbasert, stedlig ledelse?

I NOU 2016:25, Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten, skriver Kvinnsland-utvalget at tverrgående ledelse kan fremme hensiktsmessig bruk av ressurser og fordeling av arbeidsoppgaver og funksjoner på tvers av sykehus. Svakheten er at lederen er mindre tilgjengelig på de enkelte institusjonene. Utvalget viser til at fravær av stedlig ledelse har blitt kritisert fra flere hold, blant annet fra Norsk Sykepleierforbund og Legeforeningen. Det vises også til stortingsbehandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan, der stedlig ledelse ble løftet fram som et viktig begrep.

Kvinnsland-utvalget refererte også Legeforeningens surveyundersøkelse 2016 blant sykehusleger, hvor tema

var ulike sider ved foretaksmodellen. På spørsmål om hvilke sider ved organiseringen som oppleves som problematiske, framheves spesielt «lange beslutningslinjer» og «fravær av stedlig ledelse».

Forslagsstillerne mener mangel på stedlig ledelse bidrar til svakere tillit mellom fagutøverne og ledelsenivåene i norske sykehus. Dette tilspisset seg i legestreiken i 2016. Rekruttering blir vanskeligere uten stedlig ledelse, mens sentralisering av behandlingstilbud blir enklere å gjennomføre. Lederen har ikke tilstrekkelig nærhet til sykehuset, og lojaliteten vil derfor hyppigere gå oppover i systemet enn ut mot egne ansatte.

Forslagsstillerne mener også at en ledelse som ikke oppfattes som autoritær og fjern, men nær og åpen, har større mulighet for å utvikle en åpenhetskultur. En tydelig, lyttende og tilstedeværende leder vil bidra til et arbeidsmiljø der varsling og læring av feil er ønsket. Det vil være viktig for pasientsikkerhetsarbeidet. En ledelse på stedet vil også være viktig for å redusere sykefraværet.

Forslagsstillerne mener kortere beslutningslinjer og økt grad av lokal selvbestemmelse vil gi mindre rigiditet i organisasjonene. Fagpersoners vurderinger vil på en helt annen måte kunne bli avgjørende når beslutninger tas, dersom disse beslutningene tas på stedet. Dette vil sikre mer medbestemmelse, bedre trepartssamarbeidet og bidra til at mer av leger og annet helsepersonells tid kan brukes på direkte pasientkontakt.

Helhetlig demokrati- og ledelsesreform

Forslagsstillerne mener norske sykehus trenger en demokrati- og ledelsesreform. En slik helhetlig demokrati- og ledelsesreform av norske sykehus krever end-

ring både av ledelse, organisering og finansiering. Forslagsstillerne mener man bør starte en slik tillitsreform med innføring av reell stedlig ledelse på alle sykehus. I dag er det stor variasjon i i hvilken grad stedlig ledelse er innført, og hvilket ansvar stedlig leder har (se vedlegg). Med innføring av reell stedlig ledelse mener forslagsstillerne at hvert sykehus skal ha en leder med ansvar for hele sykehusdriften og som har sin daglige arbeidsplass på sykehuset. Stedlig leder vil dermed ha personalan- svar for alle foretaksansatte på sykehuset, for kvaliteten på behandlingen og ha budsjettansvar. Slik kan stedlig leder være synlig i sykehusmiljøet og tilgjengelig for de ansatte og derved til enhver tid fornemme hva som rører seg i organisasjonen. Den daglige driften av sykehusene må være tillitsbasert gjennom sterke faglige felleskap mellom alle sykehusansatte og mellom sykehus i foretaket. Ledelses- og støttefunksjoner må utvikles for å fremme formålet: møtet mellom pasient og behandler.

Forslag

På denne bakgrunn følgende

f o r s l a g :

1. Stortinget ber regjeringen innføre stedlig ledelse ved alle norske sykehus.
2. Stortinget ber regjeringen påse at alle helseforetak har en stedlig leder på sine sykehus med ansvar for hele sykehusets drift, inkludert personalet/personalpolitikk, kvalitet og budsjettet.

30. januar 2018

Kjersti Toppe

Siv Mossleth

Steinar Ness

Emilie Enger Mehl

Årlig melding inkl tilleggssrapp. for 2016 fra RHFene 15. mars 2107 – status stedlig ledelse

Oversikt Helse Nord

Helseforetak	Sykehus	Status stedlig ledelse
Finnmarkssykehuset HF	Kirkenes	Klinikksjef har ansvar for den samlede virksomhet ved disse lokasjonene for de fagområder der det ikke er etablert gjennomgående klinikker, eksempelvis prehospitale tjenester i begge helseforetak og psykisk helsevern i Finnmarkssykehuset HF.
	Hammerfest	Klinikksjef har ansvar for den samlede virksomhet ved disse lokasjonene.
UNN HF		Klinikker/enheter med gjennomgående ledelse av alle områder på tvers av lokasjoner, men med stedlige ledere på lavere nivå i organisasjonsstrukturen uten at noen av disse har et samlet ansvar for all virksomhet, ut over eget område, ved den enkelte lokasjon
	Tromsø	Gjennomgående ledelse med adm dir som ansvarlig øverste leder
	Åsgård	Gjennomgående ledelse som del av UNN med klinikkssjef som øverste stedlig leder
	Harstad	I UNN HF er det etablerte koordinerende organ i Harstad og Narvik. Disse har fungert/fungerer på ulikt vis.
	Narvik	I UNN HF er det etablerte koordinerende organ i Harstad og Narvik. Disse har fungert/fungerer på ulikt vis.
	Longyearbyen	Egen enhet som rapporterer til adm dir, med avdelingsleder på nivå med klinikkssjefer ved UNN
Nordlandssykehuset HF		Klinikker/enheter med gjennomgående ledelse av alle områder på tvers av lokasjoner, men med stedlige ledere på lavere nivå i organisasjonsstrukturen uten at noen av disse har et samlet ansvar for all virksomhet, ut over eget område, ved den enkelte lokasjon
	Bodø	Gjennomgående ledelse med adm dir som ansvarlig øverste leder
	Lofoten	Gjennomgående klinikkledelse med et koordinerende driftsorgan
	Vesterålen	Gjennomgående klinikkledelse med et koordinerende driftsorgan
Helgelandssykehuset HF	Rana	Enhetsdirektører har ansvar for den samlede virksomhet ved disse lokasjonene.
	Sandnessjøen	Enhetsdirektører har ansvar for den samlede virksomhet ved disse lokasjonene.

Helseforetak	Sykehus	Status stedlig ledelse
	Mosjøen	Enhetsdirektører har ansvar for den samlede virksomhet ved disse lokasjonene.

Oversikt Helse Midt-Norge

Helseforetak	Sykehus	Status stedlig ledelse
Helse Nord-Trøndelag HF		Helse Nord-Trøndelag HF har i 2016 startet OU- prosess «Pasientorientert organisering». I 2016 har dermed dialogen om stedlig ledelse og hvilket nivå dette skal ligge på, vært en viktig del av valgene en har gjort og videre arbeider med i OU- prosessen. I den utgående modellen som foretaket har hatt, har det vært en hybrid- modell med både tverrgående klinikker med klinikkleder som ikke har vært stedlig, og stedlige klinikker. I ny organisasjonsmodell er valg tatt på krav om stedlig ledelse på nivå 3, i en ren, gjennomgående klinikkstruktur. Klargjøring av kravet til enhetlig ledelse på alle nivå, gjennomgås også i samme OU- prosess. Helse Nord-Trøndelag HF ser at variasjonen i måten ulike ledernivå og roller og tilhørende fullmakter er løst på i dag, medfører behov for en gjennomgang i forbindelse med pågående OU- prosess. <u>Status i dag i HNT:</u> Regionalt senter for spiseforstyrrelser er organisert som en avdeling med avdelingsleder som har en fast dag i uka ved seksjonen i Stjørdal – seksjonen har stedlig seksjonsleder. (Avdelingen samles på Sykehuset Levanger i 2018 når nybygget er ferdig) Avdeling for rus og avhengighet har en seksjon med egen seksjonsleder på Sykehuset Namsos. Avdelingsleder har en fast dag i uka ved seksjonen. <u>Videre planer</u> – HNT er per i dag er under omorganisering. – Ny klinikk-/senterstruktur med gjennomgående klinikker/sentere ble iverksatt fra 01.01.17. (Fase 1) – Ny organisering av klinikkene/sentrene skal være å på plass 01.09.17. (Fase 2)

Helseforetak	Sykehus	Status stedlig ledelse
St Olav Hospital HF		<u>Kravet fra direktøren er satt som følgende i mandatet for fase 2:</u> Stedlig ledelse – Det skal være stedlig ledelse på nivå 3 og 4 i Helse Nord-Trøndelag. Om det ikke vurderes hensiktsmessig med stedlig ledelse på nivå 3, kan dette i helt spesielle tilfeller tas opp til diskusjon / vurdering i klinikken. Ulemper skal vurderes og det skal søkes gjort kompenserende tiltak om det ikke er stedlig ledelse på avdelingsnivå / nivå 3. – Kontrollspenn må tas hensyn til når det skal gjøres vurderinger av organisering og ansvar for ledere på nivå 3. Flere beslutninger skal gjennom omstillingen tas nærmere pasienten, gjerne på nivå 4. Det vil være nødvendig med en helhetlig tilnærming til endringer i fullmaktsreglementet, og faktiske endringer vil gjøres av Senter for virksomhetsstøtte og utvikling, etter initiativ fra klinikkene. Ledernivå i Helse Nord-Trøndelag Følgende lederstruktur og benevnelser skal være gjeldende i HNT: – Nivå 1: Administrerende direktør – Nivå 2: Klinikkleder – Nivå 3: Avdelingsleder – Nivå 4: Seksjonsleder Den faglige aktiviteten på alle lokasjoner har gjennomgående klinikkleddelse inklusive Brekstad, Røros og Orkdal. Klinikksjef for eksempelvis kirurgi, ortopedi og medisin har ansvar for den faglige aktiviteten innenfor St. Olavs Hospital uavhengig av lokasjon av aktiviteten.
		St.Olavs har stedlig ledelse på alle DPS og rusinstitusjoner etter samme modell
	Trondheim	Den faglige aktiviteten på alle lokasjoner har gjennomgående klinikkleddelse inklusive Brekstad, Røros og Orkdal. Klinikksjef for eksempelvis kirurgi, ortopedi og medisin har ansvar for den faglige aktiviteten innenfor St. Olavs Hospital uavhengig av lokasjon av aktiviteten.
		Klinikkleddelsen for alle klinikker er lokalisert til Trondheim der hovedvekten av aktiviteten foregår.

Helseforetak	Sykehus	Status stedlig ledelse
	Brekstad	Den faglige aktiviteten på alle lokasjoner har gjennomgående klinikkledelse inklusive Brekstad, Røros og Orkdal. Klinikksjef for eksempelvis kirurgi, ortopedi og medisin har ansvar for den faglige aktiviteten innenfor St. Olavs Hospital uavhengig av lokasjon av aktiviteten. Helseforetaket ser nytten av at kirurgi, medisin mv. lar sine leger jobbe i perioder på Øya og i andre perioder på Orkdal/Brekstad/Røros slik at de sikrer lik kvalitet og god kjennskap til hvordan ting gjøres. Virksomheten på alle lokasjoner er en del av foretakets samlede virksomhet. Samtidig er erfaringen at det trengs lokal ledelse med hensyn til koordinering av en del funksjoner mellom klinikkområdene. Slik koordinering mellom klinikkene ligger i prinsippet til administrerende direktør. Helseforetaket har stedlig ledelse på nivå 3 på samtlige lokasjoner. Samtidig ivaretas stedlig ledelse/ koordinering på nivå 1 på følgende vis:
	Røros	Den faglige aktiviteten på alle lokasjoner har gjennomgående klinikkledelse inklusive Brekstad, Røros og Orkdal. Klinikksjef for eksempelvis kirurgi, ortopedi og medisin har ansvar for den faglige aktiviteten innenfor St. Olavs Hospital uavhengig av lokasjon av aktiviteten. Helseforetaket ser nytten av at kirurgi, medisin mv. lar sine leger jobbe i perioder på Øya og i andre perioder på Orkdal/Brekstad/ Røros slik at de sikrer lik kvalitet og god kjennskap til hvordan ting gjøres. Virksomheten på alle lokasjoner er en del av foretakets samlede virksomhet. Samtidig er erfaringen at det trengs lokal ledelse med hensyn til koordinering av en del funksjoner mellom klinikkområdene. Slik koordinering mellom klinikkene ligger i prinsippet til administrerende direktør. Helseforetaket har stedlig ledelse på nivå 3 på samtlige lokasjoner. Samtidig ivaretas stedlig ledelse/ koordinering på nivå 1 på følgende vis: På Røros er Klinikksjef for Ortopedi stedlig leder med støtte fra en lokal koordinator. Her er det også gjennomgående klinikkvis ledelse. Men der har Ortopedisk klinikk mesteparten av aktiviteten (elektiv virksomhet) og har dermed også det overordnede stedlige lederansvaret sammen med en lokal koordinator

Helseforetak	Sykehus	Status stedlig ledelse
Møre og Romsdal HF	Orkanger	Den faglige aktiviteten på alle lokasjoner har gjennomgående klinikkledelse inklusive Brekstad, Røros og Orkdal. Klinikksjef for eksempelvis kirurgi, ortopedi og medisin har ansvar for den faglige aktiviteten innenfor St. Olavs Hospital uavhengig av lokasjon av aktiviteten. For St. Olavs Hospitals aktivitet på Orkanger er Samhandlingsdirektøren stedlig leder med støtte fra en lokal koordinator. Samhandlingsdirektøren har jevnlig kontakt med lokal koordinator og møter på Husråd på Orkdal omlag 1 gang pr måned. I disse Husrådsmøtene møter lokale tillitsvalgte, avdelingslederne og de legene som har tid og lyst. Her orienteres det om det som skjer for St. Olavs Hospital og man tar opp saker av lokal interesse. I mars 2016 ble det besluttet å innføre en tverrgående organisasjonsstruktur på nivå 2 (klinikker), og ny ledergruppe kom på plass 1. mai. Som et ledd i den nye organisasjonsstrukturen er det fastsett prinsipper for organisering på nivå 3 (avdeling) og nivå 4 (seksjoner). Ett av de vedtatte prinsippene er at seksjonene skal være stedlig organisert. Det innebærer at de aller fleste seksjonene i helse møre og romsdal har stedlige seksjonsledere på sykehusene. Dette er stedlige ledere. I etterkant av beslutningen har det vært gjennomført et arbeid for å finne en løsning på hvordan helseforetaket skal sikre stedlig helhetlig ledelse på det enkelte sykehus innenfor en slik tverrgående organisasjonsmodell. det er utarbeidet en egen rapport som beskriver løsningen (se vedlegg). Løsningen er under pilotering ved volda sjukehus (sjå under). HMR har lagt mykje arbeid i å utarbeide ein eigen rapport om stadleg leiing. Denne rapporten er utarbeidd gjennom omfattande involvering frå tilsette med sjukehusvise møter. Gjennom denne prosessen har vi analysert kva behov som skal løysast gjennom tiltaket. Det vart utarbeidd eigen rapport som var ute på høyring i organisasjonen. Rapporten vart justert etter denne høyringsrunden, og endeleg rapport sendes over som vedlegg. Det sentrale i rapporten er Kap. 5, som gjer greie for den endelege løysinga som vi no testar ut ved Volda sjukehus (pilot). Piloten vert tett følgt opp (kvar 14. dag) av ei operativ styringsgruppe, som gjer kontinuerlege vurderingar og evt. justeringar. Piloten i Volda vert avslutta til sommaren, og den endelege løysinga vert bredde til dei tre andre sjukehusa rett over ferien. Det er stedlig leiing på alle DPS og rusinstitusjoner.
	Ålesund	Innføring av løsningen som er under pilotering ved volda sjukehus høsten 2017
	Kristiansund	Innføring av løsningen som er under pilotering ved volda sjukehus høsten 2017

Helseforetak	Sykehus	Status stedlig ledelse
	Molde	Innføring av løsningen som er under pilotering ved volda sjukehus høsten 2017
	Volda	Pilotprosjekt ved Volda sjukehus. Forslaget som blir testet ut i Volda inneholder fem ulike tiltak: – Opprette en koordinatorfunksjon ved hvert enkelt sjukehus, som organiserer felles møter der ledere fra de ulike klinikkene diskuterer og behandler felles interesser og prosesser som går på tvers av klinikkenes organisering. – Gjennomføre enkle, lokale koordineringsmøter etter behov – Tydeliggjøre ansvarsområder knyttet til drift og eiendom – Stedlige ledermøter sammen med ledergruppa – Stedlige ledersamlinger ved sjukehuset Formålet med å ha en koordinator ved hvert sjukehus er å håndtere problemstillinger, utfordringer eller uenigheter ved sjukehuset som går på tvers av klinikkene. Koordinatoren kan ikke overprøve avgjørelser som blir tatt i den ordinære linja, men har mandat til å identifisere, ta opp og prioritere saker, samt koordinere oppmøte. Om partene ikke kommer til enighet kan koordinatoren løfte saken til ledergruppa.

Oversikt Helse Vest

Helseforetak	Sykehus	Status stedlig ledelse
Helse Førde	Førde sjukehus	Helse Førde har gjennomgåande klinikkstruktur, med klinikkdirektørar som er ansvarleg for sine respektive områder.
Helse Førde	Nordfjord sjukehus	Helse Førde har gjennomgåande klinikkstruktur, men ved Nordfjord sjukehus har ein stadleg leiar som rapporterer til Administrerende direktør. Den stadlege leiaren har i hovudsak ansvar og myndighet knytt til kommunikasjon, samhandling og beredskap lokalt.
Helse Førde	Lærdal sjukehus	Helse Førde har gjennomgåande klinikkstruktur, men ved Lærdal sjukehus har man stadleg leiar som rapporterer til Administrerende direktør. Den stadlege leiaren har i hovudsak ansvar og myndighet knytt til kommunikasjon, samhandling og beredskap lokalt.
Helse Fonna	Haugesund Sjukehus	Haugesund sjukehus har fleire klinikkdirektørar som er ansvarleg leiar for sine respektive fagområder.
Helse Fonna	Stord Sjukehus	Stord sjukehus har eigen klinikkdirektør for somatikken.
Helse Fonna	Odda Sjukehus	Odda sjukehus har lokal stadleg leining for somatikken.
Helse Fonna	Valen sjukehus	Innan psykisk helsevern er det lokal stadleg leining både ved DPS og ved spesialiserte tenester ved Valen sjukehus.

Helseforetak	Sykehus	Status stedlig ledelse
Helse Bergen	Haukeland universitets-sjukehus	Helse Bergen har gjennomgåande klinikkstruktur, med klinikkdirektørar/ avdelingsdirektørar som er ansvarleg for sine respektive områder.
Helse Bergen	Voss sjukehus	Har eigen klinikkleiar på Voss sjukehus
Helse Bergen	Sandviken sjukehus	Har eigen stadleg leiar på Sandviken sjukehus
Helse Stavanger	Stavanger universitets-sjukehus	Helse Stavanger har gjennomgåande klinikkstruktur, med klinikksef som er ansvarleg for sine respektive områder.

Oversikt Helse Sør-Øst

I Helse Sør-Øst er stedlig ledelse ved alle foretak normen på utøvende nivå (nivå 3-4, 5). Når det gjelder sykehus- og klinikknivået (nivå 1-2) varierer situasjonen noe, blant annet avhengig av geografiske avstander internt i det enkelte foretak. I hovedsak har foretakene likevel stedlig ledelse ved de enkelte underliggende sykehus og somatiske klinikker.

Helseforetak	Sykehus	Status stedlig ledelse
Akershus Universitetssykehus HF	Ahus	Helseforetaket mangler stedlig ledelse på Ski sykehus. Det pågår imidlertid prosess for å se på driftsmodeller der fremover. Følgende løsning er foreløpig lagt til grunn: «Det er viktig å ha en stedlig koordinator/leder på Ski sykehus i en videre prosess mot et dagsykehus».
	Ski sykehus	Lokasjonen i Ski har vært og er i stadig endring knyttet til oppgaver og funksjoner. Det jobbes med å lage en beskrivelse av rolle og funksjon som «stedlig leder» for det tilbudet som skal være på lokasjonen fremover. Stedlig ledelse etableres således så snart prosessen er ferdig og en får rekruttert til funksjonen.

Helseforetak	Sykehus	Status stedlig ledelse
Oslo universitetssykehus HF		OUS er ikke organisert som fire (eller flere) fullverdige sykehus med en stedlig direktør på hvert sykehus som har ansvar for alle tjenester på vedkommende sykehus. Vår organisasjonsmodell innebærer 15 geografisk tverrgående klinikker (nivå 2) med en klinikkleder som rapporterer til adm.dir. På avdelingsnivå (nivå 3) er det om lag 30 av 80 avdelinger som dekker kun ett av våre sykehus, de resterende ca. 50 avdelingene er geografisk tverrgående. Det er primært på de lavere organisasjonsnivåene, seksjon og enhet, at det er et 1:1-forhold mellom organisasjon/ledelse og geografi. <u>Nærmere redegjørelse:</u> Fra og med 1. januar 2016 ble fem klinikker delt. Antallet klinikker i helseforetaket ble dermed økt fra 9 til 15. Alle 15 klinikker har virksomhet på mer enn ett sted/sykehus. Det samme gjelder om lag 50 av avdelingene. I disse tilfellene er det en stedsovergrepende ledelse, dvs. på nivå 2 og nivå 3. I fire av de nyetablerte klinikkene har det i 2016 vært gjennomført en organisasjonsgjennomgang, som har resultert i forslag til ny organisering av klinikken. Ny organisering ventes iverksatt i 2017. Viktige formål med organisasjonsendringene har vært innføring av stedlig ledelse der det ikke forekommer i dag, og redusert bruk av koordinatorfunksjoner, redusert kontrollspenn for ledere, kortere lederlinjer internt i klinikkene og mer flerfaglig organisering, dvs. organisering ut fra oppgaveløsning framfor fagspesialitet/yrkesbakgrunn. Gjennom disse omorganiseringene vil innslaget av stedlig ledelse øke ytterligere, først og fremst på seksjons- og enhetsnivå (nivå 4 og 5), men i noen tilfeller også på avdelingsnivå (nivå 3). Eksempelvis vil Ortopedisk klinikk bli organisert med en ortopedisk avdeling på hhv. Ullevål, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Skadelegevakten. Antall organisasjonsenheter uten stedlig ledelse ventes følgelig å bli ytterligere redusert fra dagens om lag 80 av rundt 1000 organisasjonsenheter.
	Ullevål	Se ovenfor
	Rikshospitalet	Se ovenfor
	Radiumhospitalet	Se ovenfor
	Skadelegevakten	Se ovenfor
	Aker	Se ovenfor

Helseforetak	Sykehus	Status stedlig ledelse
Sunnaas sykehus HF	Nesodden	Helseforetaket har organisert all sin virksomhet på Nesodden med gjennomgående stedlig ledelse, med unntak av to enheter som driftes på Aker helsearena (poliklinisk virksomhet). Der er det stedlig ledelse på nivå 3.
	Aker	Helseforetaket har organisert all sin virksomhet på Nesodden med gjennomgående stedlig ledelse, med unntak av to enheter som driftes på Aker helsearena (poliklinisk virksomhet). Der er det stedlig ledelse på nivå 3.
Sykehuset i Vestfold HF		Helseforetaket har stedlig ledelse som gjennomgående organisatorisk prinsipp. Dette er gjennomført med enkelte unntak ved Larvik.
	Tønsberg	Se ovenfor
	Larvik	Se ovenfor (enkelte unntak)
	Klinikker for psykiatri og rusbehandling.	Se ovenfor
Sykehuset Innlandet HF		Helseforetaket har stedlig ledelse som gjennomgående organisatorisk prinsipp. Dette er gjennomført med enkelte unntak ved nærliggende lokasjoner.
	Røros	
	Elverum	
	Hamar	
	Lillehammer	
	Gjøvik	
	Kongsvinger	
Sykehuset Telemark HF		
	Skien	Administrerende direktør, alle klinikkssjefer og stabsdirektører har sine kontorer i Skien og utgjør stedlig ledelse der. I tillegg er nivå 3- og 4- lederne for områdene som er representert i Skien også til stede i Skien.

Helseforetak	Sykehus	Status stedlig ledelse
	Notodden	Sykehuset har stedlig ledelse på nivå 3 og 4 på Notodden. Det er gjennomgående klinikker og felles nivå 2-ledere mellom Skien og Notodden
Sykehuset Østfold HF		
		Helseforetaket har ikke stedlig ledelse ved alle enheter på sykehus- og klinikknivå (nivå 1-2). På utøvende nivå (nivå 3-4) er det stedlig ledelse ved alle enheter.
	Kalnes	Se ovenfor
	Moss	Se ovenfor
	Askim	Se ovenfor
	Halden	Se ovenfor
Sørlandet sykehus HF		
		Helseforetaket manglet tidligere stedlig ledelse i Arendal og Flekkefjord. Foretaket endret klinikkstruktur 1. januar 2016 og innførte stedlig ledelse for somatiske klinikker i Arendal, Flekkefjord og Kristiansand. Det ble samtidig etablert en egen klinikk for prehospitale tjenester. Klinikk for psykisk helse, rus og avhengighetsbehandling og klinikk for medisinsk service ble videreført som tverrgående klinikker, men har stedlige avdelingssjefer og ledere på enhetsledernivå.
	Kristiansand	Foretaket endret klinikkstruktur 1. januar 2016 og innførte stedlig ledelse for somatiske klinikker i Arendal, Flekkefjord og Kristiansand. Det ble samtidig etablert en egen klinikk for prehospitale tjenester. Klinikk for psykisk helse, rus og avhengighetsbehandling og klinikk for medisinsk service ble videreført som tverrgående klinikker, men har stedlige avdelingssjefer og ledere på enhetsledernivå.
	Flekkefjord	Foretaket endret klinikkstruktur 1. januar 2016 og innførte stedlig ledelse for somatiske klinikker i Arendal, Flekkefjord og Kristiansand. Det ble samtidig etablert en egen klinikk for prehospitale tjenester. Klinikk for psykisk helse, rus og avhengighetsbehandling og klinikk for medisinsk service ble videreført som tverrgående klinikker, men har stedlige avdelingssjefer og ledere på enhetsledernivå.
	Arendal	Foretaket endret klinikkstruktur 1. januar 2016 og innførte stedlig ledelse for somatiske klinikker i Arendal, Flekkefjord og Kristiansand. Det ble samtidig etablert en egen klinikk for prehospitale tjenester. Klinikk for psykisk helse, rus og avhengighetsbehandling og klinikk for medisinsk service ble videreført som tverrgående klinikker, men har stedlige avdelingssjefer og ledere på enhetsledernivå.

Helseforetak	Sykehus	Status stedlig ledelse
Vestre Viken HF		Helseforetaket har fire stedlige somatiske klinikker og fire tverrgående klinikker. De somatiske klinikkene- Drammen sykehus, Bærum sykehus, Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus - har stedlig ledelse på nivå 2, 3 og 4. De fire tverrgående klinikkene- Klinikk for Psykisk helse og rus, Klinikk for medisinsk diagnostikk, Klinikk for intern service og Klinikk for prehospitale tjenester- er organisert som følger: – Klinikk for psykisk helse og rus har ikke stedlig ledelse på nivå 2, men har det på nivå 3 og 4 – Klinikk for medisinsk diagnostikk har ikke stedlig ledelse på nivå 2 og 3, men har det på nivå 4 – Klinikk for intern service har ikke stedlig ledelse på nivå 2 og 3, men har det på nivå 4 – Klinikk for prehospitale tjenester(dekker kun Buskerud, Asker)
	Drammen sykehus	Helseforetaket har fire stedlige somatiske klinikker og fire tverrgående klinikker. De somatiske klinikkene- Drammen sykehus, Bærum sykehus, Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus - har stedlig ledelse på nivå 2, 3 og 4.
	Bærum sykehus	Helseforetaket har fire stedlige somatiske klinikker og fire tverrgående klinikker. De somatiske klinikkene- Drammen sykehus, Bærum sykehus, Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus - har stedlig ledelse på nivå 2, 3 og 4.
	Ringerike sykehus	Helseforetaket har fire stedlige somatiske klinikker og fire tverrgående klinikker. De somatiske klinikkene- Drammen sykehus, Bærum sykehus, Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus - har stedlig ledelse på nivå 2, 3 og 4.
	Kongsberg sykehus	Helseforetaket har fire stedlige somatiske klinikker og fire tverrgående klinikker. De somatiske klinikkene- Drammen sykehus, Bærum sykehus, Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus - har stedlig ledelse på nivå 2, 3 og 4.

