

Utviklingsprosjekt

Fungerer avdelingens
ledelsesmodell optimalt både
for lederne og legene ?

Nasjonalt topplederprogram

Siren Hoven
Avdelingsleder
Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn
Universitetssykehuset Nord-Norge
2015

Bakgrunn og organisatorisk forankring for prosjektet

Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn (PSTO), er et distriktpsikiatrisk senter for Tromsø kommune og fire nabokommuner. PSTO er en av syv avdelinger i *Psykiisk helse- og rusklinikken* (PHRK)(1,2) ved *Universitetssykehuset Nord-Norge*.

Psykiisk helse og rusklinikken ble etablert 01.09.2014 ved sammenslåing av to tidligere klinikker som hadde relativt ulik struktur og organisering. Sammenslåingen innebar ikke endring av eksisterende organisering eller ledelsesstrukturer i den enkelte avdeling. Nåværende struktur og organisering i klinikken er under vurdering med tanke på å tilpasse seg fremtidige oppgaver og funksjoner.

Fra samme dato, 01.09.2014, etablerte *Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn* en revidert organisatorisk struktur, (3), inkludert en endret *ledelsesstruktur*, med etablering av et fjerde ledernivå under direktør (4). Endringen i ledelsesstrukturen bestod i en formalisering av laveste ledernivå, *enhetsnivået*. (5) Tidligere hadde oppgaver vært delegert fra seksjonsledelse til enhetsnivå, fortrinnsvis personaloppfølging og faglig ansvar.

Prosjektet er forankret hos klinikkens sjef, hvor gjennomgang av ledelsesstruktur er av interesse også i tilknytning til utvikling av den nylig etablerte klinikken.

Problemstilling og målsetting

Det er ønskelig å evaluere om den vedtatte ledelsesstrukturen etterleves og hvordan denne erfares for lederne, samt for legene.

I forlengelsen av slik evaluering vil erfaringene kunne brukes til videreutvikling av ledelsen i avdelingen, og i tilknytning til utvikling i andre deler av klinikken.

Effekt mål:

Ha klarlagt om den nye organisasjonsformen fungerer etter hensikten, i forhold til ledelse og med tanke på optimal utnyttelse av legeressursene.

Resultat mål:

1. Lederes erfaringer med endret ledelsesstruktur kartlegges.
2. Legers erfaringer med en endret ledelsesstruktur kartlegges.
3. Gjennomføre en samlet vurdering av hvordan aktuell organisering virker, med identifisering av eventuell endringsbehov.

Analyse og argumentasjon rundt problemstilling

Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn ble etablert i 1998, og har siden etableringen flere ganger fått utvidelse av oppgaver og funksjoner, og dermed også avdelingens størrelse. Utvidelsen gjelder både opptaksområdets størrelse og oppgavene avdelingen har ansvar for.

Utover de funksjoner og oppgaver som ordinært er tillagt DPS, ivaretar avdelingen også ansvar for det totale akuttpsikiatriske tilbudet til opptaksområdet inklusive ivaretagelse av øyeblikkelig hjelp. Avdelingen har ca 190 ansatte, fordelt på fire sengeposter og polikliniske stillinger. Tre av

sengepostene er godkjent for tvungent psykisk helsevern. I tillegg har avdelingen omfattende universitetsklinikkfunksjoner for Universitetet i Tromsø, med undervisning, forskning og veiledning. (6)

Målsettingen med endringen av organisatorisk struktur og ledelse (iverksatt september 2014), var å videreutvikle tilbudet med særlig vekt på å kunne tilby et koordinert og helhetlig allmennpsykiatrisk tilbud. Vi ønsket spesielt å legge til rette for kontinuitet i de ulike behandlingsrelasjoner, noe som innebærer at behandlere vil ha arbeidsoppgaver i flere ulike enheter og seksjoner. Dette gjelder i særlig grad for legene, hvor de fleste har arbeidsoppgaver knyttet til flere enheter og til dels også i flere seksjoner. Denne arbeidssituasjonen for legene er bakgrunnen for ønsket om å undersøke hvordan den aktuelle endringen har påvirket legenes arbeidssituasjon og ledelse av legegruppen.

Avdelingens ledelse var de første årene forankret i en ledergruppe bestående av fire fagpersoner ansatt som ledere. Disse var fra ulike profesjoner, (sjefpsykolog, oversykepleier, klinisk sosionom, avdelingsoverlege), hvorav avdelingsoverlegen var leder. Ledelsen tilstrebet i betydelig grad å være et samlet lederteam som representerte ulike kompetanse som var komplementerende, og som samlet representerte en felles ledelse. Etter hvert ble praksis slik at de i økende grad fordelte ledelse av avdelingens ulike virksomheter seg imellom. Etter endringen høsten 2014 består avdelingsledelsen av avdelingsleder, seksjonslederne, kontorleder og rådgiver. Ingen av lederne fra den opprinnelige ledelsen er med i den nåværende ledergruppen.

Generelt har ledelse i sykehus gjennomgått betydelig endring. Helseforetaksreformen i 2002 var blant flere ting også en ledelsesreform. Tenkningen knyttet til New Public Management (8) har endret og påvirket ledelsestenkningen og -strukturene i offentlig virksomhet generelt. Innføring av enhetlig ledelse i sykehus, med gjeldende rundskriv om ledelse i sykehus (7) er eksempler på hvordan dette er kommet til uttrykk i helsesektoren. Samtidig har mange sykehus strevd med å finne løsninger for ledelse, som mest hensiktsmessig ivaretar totalansvaret i form av økonomi-, personal-, - og fagansvar. Ikke minst har ledelse av de mest pasientnære virksomheter i ulike grad klart å lage gode strukturer som både ivaretar generelle krav og føringer, og samtidig erfares som en god fordeling av ansvar og oppaver, ut fra mer lokale vurderinger.

I de valg vi har gjort har vi tatt noe større hensyn enn tidligere til ikke å ha for stort lederspenn hva gjelder antall ansatte i enheten. Videre er totalansvaret i resultatenheten tydeliggjort, mens ulempen kan være at dette har ført til relativt mange (klinikk/avdeling/seksjon/enhet-) ledernivå under foretaksdirektør.

Det er i dag tre *seksjoner* i avdelingen. En av seksjonene har kun poliklinisk aktivitet, og er ikke delt inn i ulike enheter, mens de to andre seksjonene består hver av tre enheter, (to sengeposter og et tilknyttet poliklinisk team i hver av seksjonene).

Det er i dag en leder på hvert nivå, (avdeling-/seksjon-/enhetsnivå), med fag-, personal- og økonomiansvar. Hver enhetsleder har knyttet et team omkring seg, som regel overlege og fagutvikler. Teammedlemmene har ikke stedfortrederoppgaver, disse ivaretas av seksjonsleder. Ved den polikliniske seksjonen er seksjonsleder laveste formelle og reelle ledernivå. Enkelte oppgaver er dog delegert til andre fagpersoner, blant annet deler av personaloppfølgingen.

Legene i avdelingen rapporterer til den seksjonsleder hvor de har sin hovedtilknytning.

Det er ønskelig at alle nivå i ledelsen av avdelingen har en arbeidsmetodikk, samarbeidsform og organisering preget av åpenhet og kvalitet, samtidig som den fremstår tydelig for medarbeiderne.

Det er videre ønskelig at det brukes riktig mengde ressurser til ledelse. Det er ikke angitt prosentandeler for forholdet mellom klinisk arbeid og ledelse, og heller ikke for leger med medisinsk faglig rådgiver-oppgaver, (seksjonsoverlegene)

Det er ønskelig med en evaluering etter 9-12 måneder. På grunnlag av evalueringen vil tiltak kunne identifiseres og iverksettes i avdelingen.

Evalueringen fra avdelingen vil også være nyttig som element for utvikling og valg av ledelsesstrukturer for fremtidig organisering av Psykisk helse og rusklinikken. Denne prosessen foregår parallelt.

Min lederutfordring i dette prosjektet er å få avdelingens lederteam og særlig seksjonslederne til å se behovet for evalueringen, og at disse støtter opp om denne. Seksjonslederne er særlig sentrale for at evalueringen gjennomføres så bredt som mulig, samt for at eventuelle tiltak identifiseres og iverksettes. Det er kort tid siden iverksetting av ny struktur og en mulighet for at seksjonslederne opplever at de fremdeles er i en oppstartsfase. Selv tror jeg det er hensiktsmessig med evaluering nå, slik at man tidlig kan identifisere og iverksettes ønskede justeringer både med hensyn til funksjon, tilfredshet og ressursbruk til ledelsesoppgaver.

Fremdriftsplan med milepæler

Introduksjon av prosjektet til alle ledere i avdelingen: Mai-15

Gjennomføre samtaler med de ulike lederne: Mai-august-15

Oppsummere og presentere resultat og mulige tiltak: September-15

Budsjett - nøkkeltall

Innen ordinært budsjett.

Risikoanalyse

1. Manglende mulighet for gjennomføring på grunn av at endringer pålegges avdelingen fra overordnet ledelse (klinikkledelse) i forbindelse med klinikkens arbeid med klinisk struktur, (avdelingssammenslåing, endrede oppgaver eller annet).
 2. Andre pålagte oppgaver gjør at arbeidet ikke prioriteres.
 3. Deltakerne stiller ikke opp.
 4. Mangel på struktur i gjennomføringen.
 5. For krevende å iverksette eventuelle nye tiltak kort tid etter forrige endring.
- Se også vedlegg.

Konklusjoner og anbefalinger

Etter en lengre prosess vedtok avdelingen våren 2014 endring i avdelingens organisering og ledelse, med iverksetting 010914. Det planlegges nå evaluering av endringen, med fokus på lederes erfaring med ny ledelsesstruktur og om denne bidrar til best mulig utnyttelse av legeressursene. Evalueringen vil kunne føre til endringer i egen avdeling og/eller benyttes i tilknytning til pågående endringsprosesser i den større klinikken avdelingen er en del av. Evalueringen anbefales gjennomført i henhold til ovenstående.

Vedlegg

1. Psykisk helse- og rusklinikken, prosesskisse pr 10.02.15
2. Psykisk helse og rusklinikken, organisasjonskart
3. Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn, oppgaver, funksjon og organisering, 01.09.14
4. Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn, organisasjonskart
5. UNN-vedtak om ledelse oktober 2013
6. Hald og Hoven, Tidsskrift for psykisk helsearbeid vol 6, nr 3, 2009, *Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn, et forsøk på organisering av et helhetlig brukernært spesialisttilbud*
7. I-2 2013 Rundskriv: Lederansvaret i sykehus
8. Nordiske organisasjonsstudier, Nr 2 2005- Årgang 7, ISSN 1501-8237
9. Risikoanalyse
10. Tiltaksplan
11. Interessentanalyse
12. Kommunikasjonsplan