



Rapport tilleggsoppdrag, deloppdrag 2, konseptfasen steg 1

“Mulige risikoreduserende tiltak knyttet til bibehold av medarbeidere i fasen fram til byggestart”

Innholdsfortegnelse

1. Innledning og bakgrunn.....	5
2. Oppdragsforståelse, metodisk tilnærming og medvirkning	6
2.1 Oppdragsforståelse	6
2.2 Metodisk tilnærming og medvirkning.....	7
2.2.1 Metodisk tilnærming	7
2.2.2 Medvirkning.....	7
3. Faktorer som påvirker turnover og kartlegging av disse.....	8
4. Dagens utfordringsbilde.....	10
4.1 Kartlegging av turnover og sluttårsaker.....	11
4.2 Status sykepleiere.....	12
4.3 Status spesialsykepleiere og jordmødre.....	12
4.4 Status leger i utdanning og overleger	13
4.5 Andre yrkesgrupper	13
5. Beholde medarbeidere – et strategisk satsningsområde	13
5.1 Strategisk satsningsområde	13
5.2 Pågående tiltak i foretaket	14
5.2.1 Oppgavedeling og attraktive arbeidsplasser.....	14
5.2.2 Ledelsesutvikling og ledermobilisering.....	15
5.2.3 Økt nærvær	16
5.2.4 Kompetanseutvikling og forskning.....	16
5.2.5 Prosjekt med å hensikt styrke heltidskulturen.....	16
5.2.6 Gjennomføre nødvendig omstilling	17
6. Risikoreduserende tiltak i omstilling- og endringsprosesser	17
6.1 Tiltak som redusere risikoen for turnover som følge av usikkerhet grunnet framtidig omstillingsarbeid	18
6.1.1 Inngåelse av omstillingsavtale og gjennomføre opplæring.....	18
6.1.2 God informasjon.....	18
6.1.3 God medvirkning i konseptfasen steg to	19
6.1.4 Systematisk arbeid med organisasjonsutvikling.....	19
6.1.5 Tiltak for å redusere bekymring knyttet til framtidig økt reisevei	20
6.1.6 Tiltak for å redusere bekymring for manglende faglig samling og økonomisk bærekraft	20

7. Divisjonsvise risikovurderinger og tiltaksplaner.....	21
7.1 Divisjon Psykisk helsevern	21
7.1.1 Beskrivelse av divisjonene.....	21
7.1.2 Risiko og tiltak for perioden uavhengig av struktur	22
7.1.3 Risiko og tiltak for perioden ved beslutning om Mjøssykehus-alternativet.....	22
7.1.4 Risiko og tiltak for perioden ved beslutning om null-pluss alternativet	22
7.2 Divisjon Gjøvik-Lillehammer.....	23
7.2.1 Beskrivelse av divisjonen	23
7.2.2 Risiko og tiltak i perioden uavhengig av struktur.....	23
7.2.3 Risiko og tiltak i perioden ved beslutning om Mjøssykehus alternativet.....	23
7.2.4 Risiko og tiltak i perioden ved beslutning om null pluss-alternativet	24
7.3 Divisjon Elverum-Hamar	25
7.3.1 Beskrivelse av divisjonen	25
7.3.2 Risiko og tiltak i perioden uavhengig av struktur.....	25
7.3.3 Risiko og tiltak i perioden ved beslutning om Mjøssykehus alternativet.....	26
7.3.4 Risiko og tiltak ved beslutning om null-pluss alternativet.....	27
7.4 Divisjon Eiendom og intern service.....	28
7.4.1 Beskrivelse av divisjonen	28
7.4.2 Risiko og tiltak i perioden uavhengig av struktur.....	28
7.4.3 Risiko og tiltak ved beslutning om Mjøssykehus alternativet	29
7.4.4 Risiko og tiltak i perioden ved beslutning om null-pluss alternativet	29
7.5 Divisjon Prehospitale tjenester	29
7.5.1 Beskrivelse av divisjonen	29
7.5.2 Risiko og tiltak i perioden uavhengig av struktur.....	30
7.6 Divisjon Tynset.....	30
7.6.1 Beskrivelse av divisjonen	30
7.6.2 Risiko og tiltak i perioden.....	30
7.7 Divisjon Habilitering og rehabilitering.....	32
7.7.1 Beskrivelse av divisjonen	32
7.7.2 Risiko og tiltak i perioden uavhengig av struktur.....	32
7.7.3 Risiko og tiltak i perioden ved beslutning om Mjøssykehus-alternativet.....	32
7.7.4 Risiko og tiltak i perioden ved beslutning om null-pluss alternativet	33
7.8 Divisjon Medisinsk service.....	33
7.8.1 Beskrivelse av divisjonen	33

7.8.2 Risiko og tiltak i perioden uavhengig av struktur.....	33
7.8.3 Risiko og tiltak i perioden ved beslutning om Mjøssykehus-alternativet.....	34
7.8.4 Risiko og tiltak i perioden ved beslutning om null-pluss alternativet	35
7.9 Stabsområde Helse.....	35
7.9.1 Beskrivelse	35
7.9.2 Risiko og tiltak i perioden uavhengig av struktur.....	35
7.9.3 Risiko og tiltak i perioden ved beslutning om Mjøssykehus alternativet.....	36
7.9.4 Risiko og tiltak i perioden ved beslutning om null pluss-alternativet	36
8. Avslutning.....	37
VEDLEGG:	38
LITTERATURLISTE:	38

1. Innledning og bakgrunn

Planleggingen av ny sykehusstruktur pågår i en konseptfase, som ledes av Helse Sør-Øst RHF. I steg 1 av konseptfasen er det utredet to alternativer: alternativet med Mjøssykehuset og et null-pluss alternativ. Helse Sør-Øst RHF vedtok 22. september 2022 at det anbefales at alternativet med Mjøssykehuset utredes videre i konseptfasens steg 2. I foretaksmøte 21. november ble Helse Sør-Øst RHF gitt i oppdrag å belyse to områder for videreutvikling av Sykehuset Innlandet.

Av protokollen framgår det følgende:

«Helse Sør-Øst RHF har oversendt styrets vedtak og sak 102-2022 til Helse- og omsorgsdepartementet med bakgrunn i at foretaksmøtet 10. januar 2022 ba Helse Sør-Øst RHF sørge for at «null-pluss»-alternativet for videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF ble utredet fullt ut.

Styret godkjente at Mjøssykehus-alternativet skal legges til grunn for steg 2 av konseptfasen og at muligheten for trinnvis utbygging skal vurderes. Styret mener de har fattet et vedtak i sak 102-2022 basert på gode utredninger og at det forelå et godt beslutningsgrunnlag, men påpekte samtidig at det i det videre må arbeides inngående med risiko og planer for omstilling. Styret påpekte at tidspunkt for når Sykehuset Innlandet HF kan være klar for byggestart må vurderes i lys av utviklingen i driftsøkonomien i Sykehuset Innlandet HF og veksten i bevilgningene til spesialisthelsetjenesten.

Foretaksmøtet viste til at styret vurderer at de omstillings- og utviklingsprosessene organisasjonen må igjennom ved etablering av et nytt stort Mjøssykehus medfører risiko og at tiltak for å redusere risiko må iverksettes. Etablering av Mjøssykehuset innebærer å flytte hele virksomheten i fire sykehus og deler av virksomheten ved ytterligere to sykehus, samt flere mindre enheter inn i et stort, samlet sykehus. Dette innebærer en stor omstilling for mange ansatte. Fagmiljøer skal reetableres og finne nye samarbeidsformer.

Foretaksmøtet viste videre til at styret vurderer at utfordringer knyttet til rekruttering og bibehold av medarbeidere vil være en risiko forut for og etter endring av struktur. Evnen til å rekruttere og beholde personell er identifisert som en betydelig risiko i Sykehuset Innlandet HF. Bemanning er en utfordring i dag, og både Mjøssykehus-alternativet og null pluss-alternativet vil kunne påvirke evnen til nyrekruttering og å beholde personell. Dette gjelder også perioden fra vedtak til byggestart og videre til ferdigstilling av nytt sykehusbygg, hvor det må forventes at personell vil søke å tilpasse seg til den fremtidige strukturen. Styret peker i vedtakspunkt 7 på behovet for å utarbeide en plan for å styrke rekrutteringen og å gjennomføre de fremtidige endringene i organisasjonen.

Det er forbundet risiko med begge alternativene styret har vurdert i steg 1 av konseptfasen. Styret i Helse Sør-Øst RHF har tidligere vedtatt at en trinnvis utvikling av ny sykehusstruktur skal utredes, og i sak 102-2022 ble det vedtatt at det i steg 2 av konseptfasen skal vurderes om trinnvis utbygging er et egnet tiltak for å redusere risikoen ved omstillingen. En mulig trinnvis utvikling kan være en måte å unngå omfattende og risikofylte endringer i organisasjonen over kort tid. Det kan også være en måte å oppnå mer vellykkede endringsprosesser, da det kan bli enklere å kanalisere ressurser og oppmerksomhet til de delene av organisasjonen som er under omstilling. Foretaksmøtet ønsket å få belyst en mulig trinnvis utbygging i Mjøssykehus-alternativet før det tas stilling til alternativ for videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF.

Videre ønsket foretaksmøtet å få belyst hvilke risikoreduserende tiltak som vil kunne bidra til å beholde medarbeidere fram til byggestart. Dette vil gjelde for begge alternativer.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet ber Helse Sør-Øst RHF innen 10.03.23 belyse:

- hvordan en mulig trinnvis utbygging i Mjøssykehus-alternativet kan bidra til å redusere risiko i omstillings- og utviklingsprosessene organisasjonen må igjennom*
- mulige risikoreduserende tiltak knyttet til bibehold av medarbeidere i fasen fram til byggestart»*

Helse Sør-Øst RHF har bedt Sykehuset Innlandet om å bistå arbeidet med tilleggsoppdraget. Helseforetakets ansvar framgår av protokoll fra foretaksmøte i Sykehuset Innlandet 1. desember 2022.

Foretaksmøtet viste til vedtak i sak 3 i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 21. november 2022 og ba Sykehuset Innlandet HF om å bistå i arbeidet.

Foretaksmøtet ba Sykehuset Innlandet HF om å utrede mulige risikoreduserende tiltak knyttet til bibehold av medarbeidere i fasen fram til byggestart. Dette skal oppsummeres i en egen rapport innen 1. februar 2023.

Denne rapporten har til hensikt å besvare oppdrag to som nevnt ovenfor: belyse mulige risikoreduserende tiltak knyttet til bibehold av medarbeidere i fasen fram til byggestart, og omtales som «Deloppdrag 2» i den videre i prosessen.

2. Oppdragsforståelse, metodisk tilnærming og medvirkning

2.1 Oppdragsforståelse

Sykehuset Innlandet har lagt følgende oppdragsforståelse til grunn for arbeidet:

- Ved beslutning om null-pluss alternativet: Identifisere hvilke tiltak som bør iverksettes i perioden fra beslutning, og fram til byggestart, for å redusere risikoen for at medarbeidere slutter i perioden.
- Ved beslutning om alternativet med Mjøssykehuset: Identifisere hvilke tiltak som bør iverksettes i perioden fra beslutning og fram til byggestart, for å redusere risikoen for at medarbeidere slutter i perioden.

Det er kun evnen til å beholde medarbeidere som er inkludert i oppdraget.

Vurderinger om hvordan en eventuell beslutning om trinnvis utbygging av Mjøssykehuset kan påvirke risikobildet i deloppdrag 2, er ikke vurdert. Det er kun alternativet med Mjøssykehuset og null-pluss alternativet, slik de er beskrevet i konseptfaser rapporten, som er inkludert i dette oppdraget.

For å kunne vurdere hvordan de to alternativene påvirker risikobildet, har divisjonene som del av en skriftlig innspillsrunde fått i oppdrag å utarbeide en risikovurdering for egen divisjon, som beskriver risikoer for at medarbeidere slutter i perioden, uavhengig av arbeidet med framtidig sykehusstruktur, med tilhørende tiltak.

2.2 Metodisk tilnærming og medvirkning

2.2.1 Metodisk tilnærming

Null-pluss alternativet og Mjøssykehus alternativet vil påvirke divisjonene på ulike måter. Det har derfor vært viktig å sikre en representativ framstilling av hvordan divisjonene vurderer sitt utfordringsbilde knyttet til å beholde medarbeidere fram til byggestart for begge alternativene, og hva som vurderes å være relevante tiltak. Det ble gjennomført skriftlig innspillrunde for deloppdrag 2. Divisjonene fikk i oppdrag å utarbeide en risiko- og sårbarhetsanalyse som beskriver risikoer for at medarbeidere slutter i perioden og tilhørende tiltak.

Innspillene ble utarbeidet på bakgrunn av en felles mal (vedlegg 1). Eksisterende system for risikovurdering i Sykehuset Innlandet ble anvendt som verktøy for prosessen for å sikre mest mulig lik tilnærming til arbeidet i divisjonene. Tilhørende akseptkriterier er av samme årsak lagt til grunn for vurdering av sannsynlighet og konsekvens. Alle interne innspill er publisert på Sykehuset Innlandets intranettside «minSide», og på Sykehuset Innlandets nettside. Innspillene er også lagt ved denne rapporten i sin helhet. I tillegg inkluderer rapporten et avsnitt som er utarbeidet av hver divisjon, der de gir en overordnet oppsummering av de viktigste risikoene. Det vil si de risikoene som det er mest sannsynlig at vil inntreffe og som har høyest konsekvens om de inntreffer, med tilhørende tiltak knyttet til å beholde ansatte uavhengig av struktur, i Mjøssykehus-alternativet og i null-pluss alternativet for divisjonen.

Det er besluttet å gjennomføre en spørreundersøkelse, som sendes til alle ansatte med mer enn null prosent stilling i Sykehuset Innlandet. Spørreundersøkelsens hensikt er å kartlegge faktorer som påvirker foretakets evne til å beholde medarbeidere i perioden fra beslutning og fram til byggestart. Undersøkelsen er utarbeidet av en ekstern aktør, EY, som er faglig ansvarlig for utformingen og gjennomføringen samt utarbeidelse og fremstilling av analyser. Det er etablert en faglig referansegruppe bestående av organisasjonspsykolog Christer Mortensen fra Helse Sør-Øst RHF og professor ved BI, Anders Dysvik. Resultatene fra undersøkelsen vil foreligge innen 10. mars.

Fortrinnsvis burde undersøkelsen blitt slutført i forkant av arbeidet med risikovurdering og tiltak, men dette var ikke mulig innen gitt tidsramme. Spørreundersøkelsen vil være et viktig verktøy for å analysere effekten av pågående og planlagte tiltak, og som grunnlag for å vurdere behovet for tiltak utover de som er beskrevet i dokumentet. Foretaket har som intensjon å gjennomføre en tilsvarende spørreundersøkelse årlig framover, for å kartlegge effekten av igangsatte tiltak og vurdere nye tiltak for å beholde ansatte.

2.2.2 Medvirkning

Sykehuset Innlandet har utviklet en medvirkningsplan for dette deloppdraget som legger til rette for involvering av ansatte, ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste i samtlige divisjoner.

I tråd med prosjektmandatet for konseptfasen har Sykehuset Innlandet ansvar for den interne medvirkningsprosessen. Det innebærer involvering av brukere, ansatte og deres organisasjoner og vernetjenesten. Sykehuset Innlandet har i steg 1 av konseptfasen

gjennomført medvirkningstiltak innenfor ulike tema på ulike nivå i organisasjonen. Medvirkningsprosessen har vært organisert innenfor fire temaer i forbindelse med konseptrapport steg 1 og to temaer i forbindelse med tilleggsoppdraget som ble gitt i foretaksmøte i Sykehuset Innlandet 1. desember 2022.

	Avgrensning av alternativer	Oppdatering av vurderingskriterier	Faglig vurdering av alternativer	Utvikling av hovedprogram	Vurdering av trinnvis utbygging	Bibehold av medarbeidere
SI ledergruppe						
Divisjonenes ledergrupper						
Tverrfaglig ekspertgruppe						
TV20						
Hovedarbeidsmiljøutvalget (HAMU)						
Brukerutvalget						
Fagrådsledermøte						
Fagråd og faggrupper						
Tillitsvalgte og vernetjeneste på divisjonsnivå						
Strategisk medvirkningsgruppe						
Gruppelederforum						
Funksjonsgrupper og temagrupper						

Tabellen viser medvirkningsarenaer innenfor aktuelle temaer i konseptfasens steg 1 og tilleggsoppdraget.

Det er etablert en arbeidsgruppe, som har deltatt i operasjonaliseringen av oppdraget og utarbeidelse av sluttrapport. Arbeidsgruppen har inkludert representanter fra divisjonsledelsen i de divisjonene som i størst grad vil bli berørt av strukturendringen, HR-medarbeidere, vernetjenesten og tillitsvalgte fra Den norske legeforening, Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet. Arbeidsgruppen er ledet av HR-direktør i Sykehuset Innlandet, Cecilie Dobloug Nyland.

Divisjonstillitsvalgte og hovedverneombud har samarbeidet med ledergruppene i divisjonene i gjennomføring av risikovurderingene og formulering av skriftlige innspill fra divisjonene. Divisjonen har så langt det har latt seg gjøre innenfor tidsrammen, også involvert nivå fire ledere i arbeidet.

Det er gjennomført dialogmøter med tillitsvalgte og hovedverneombud på foretaks- og divisjonsnivå. Foretakets ledergruppe har vært involvert i prosessen med å operasjonalisere oppdraget og i utarbeidelsen av denne sluttrapporten.

3. Faktorer som påvirker turnover og kartlegging av disse

Begrepet turnover beskriver andelen ansatte som slutter fra ett år til et annet. Det skilles gjerne mellom ufrivillig og frivillig turnover. Sistnevnte innebærer at ansatte selv bestemmer seg for å søke nye utfordringer (Holtom & Burch, 2016), og det er dette som er i fokus i denne rapporten. Frivillig turnover kan være enten internt eller eksternt til andre virksomheter. I Sykehuset Innlandet er en stor andel av turnover intern. Til tross for at intern turnover også kan være ressurskrevende i form av tap av verdifull kompetanse, ny rekruttering og opplæring av ansatte, er den største bekymringen relatert til eksternt turnover. Turnoverintensjon defineres som det å ha tanker eller planer om å forlate jobben sin eller å søke etter en ny jobb (Fazio et al., 2017).

Turnoverintensjon anses som en viktig forløper til det å faktisk forlate jobben (Griffeth et al., 2000), og kunnskap om faktorer knyttet til turnoverintensjon er viktige, fordi disse kan bidra til å identifisere tiltak som gjør det mulig å forhindre faktisk turnover (Madden et al., 2015). Ut fra kjent forskning er det flere faktorer som påvirker turnover blant ansatte. Noen av de beste prediktorene for turnover inkluderer jobbtilfredshet, organisasjonsforpliktelse, jobbsøking, en sammenligning av tilgjengelige jobbalternativer og at den ansatte melder seg ut rent psykologisk på arbeidsplassen, i tillegg til turnoverintensjon som er nevnt ovenfor. Karakteristikk ved arbeidsmiljøet slik som jobbinnhold, stress, samarbeid, autonomi og ledelse, kan påvirke muligheten til å forutsi turnover (Griffeth et al., 2000).

Ledelse blir ofte framhevet som en viktig faktor for turnover. Ansatte som opplever høy grad av lederstøtte, har en lavere turnoverintensjon. Hvis mange medarbeidere opplever at de har en dårlig relasjon til sine nærmeste ledere eller manglende tillit til toppledelsen, vil det øke sannsynligheten for at ansatte er skeptiske til tiltak som blir iverksatt (Kuvaas og Dysvik, 2016). Forskning viser at medvirkning og forutsigbarhet i endringsprosesser også har betydning for arbeidsmiljø, organisasjonstilhørighet, tillit til overordnet ledelse, strategisk retning og framtidsutsikter. Hvis endringer ledes på en dårlig måte, kan det føre til at ansatte slutter (Jackofsky et al., 1986). Hendelser eller faktorer som kommer som en overraskelse på de ansatte, kan spille inn på foretakets evne til å beholde medarbeidere. Virksomheter som implementerer endring, må planlegge med at dette kan føre til økt turnover, delvis fordi det å endre arbeidsmønsteret ofte fører til hyppigere overraskelser som kan tolkes negativt av de ansatte (Lee et al., 1999). Analyse og målrettet intervensjon er derfor nødvendig for å forstå og eventuelt forebygge turnover som følge av endring (Campion, 1991 i Lee et al., 1999).

Formålet med spørreundersøkelsen som gjennomføres, vil være både å kartlegge turnoverintensjonen i ulike deler av foretaket, analysert etter yrkesgrupper, organisatorisk tilhørighet, fysisk lokalisasjoner, og å kartlegge hvilke faktorer som kan påvirke foretakets evne til å beholde medarbeidere i foretaket. Det tilstrebes å ha en forskningsbasert tilnærming gjennom å benytte et pre-definert spørsmålsbatteri med høy validitet og reliabilitet. I tillegg noen tilpassede spørsmål som fanger opp hvilke faktorer de ansatte vektlegger i situasjonen og konteksten Sykehuset Innlandet står i. Dette er viktig for at tiltak som iverksettes, skal være treffsikre. Intensjonen er at spørreundersøkelsen vil gi et bredt kunnskapsgrunnlag, som vil bidra til å verifisere de risikovurderingen som er gjort i divisjonene.

Forhold som påvirker de ulike faktorene ovenfor, reflekteres også i en viss grad i sluttundersøkelsen, som benyttes i Helse Sør-Øst RHF. Undersøkelsen sendes til alle ansatte som slutter i Sykehuset Innlandet. Den kan besvares via telefon og pc. Følgende mulige sluttårsaker kartlegges i sluttundersøkelsen:

- søker nye utfordringer
- uklarhet i arbeids- og ansvarsforhold
- høy arbeidsbelastning
- bedre karrieremuligheter
- omorganisering
- bedre lønn andre steder
- flytting, reisetid eller reisevei
- ønsker bedre lederskap

- turnus/ubekvemme arbeidstider
- ønsker bedre arbeidsmiljø
- familiære årsaker
- annet

Sykehuset Innlandet har lagt til årsakskoden;

- usikkerhet/uforutsigbarhet med hensyn til framtidig sykehusstruktur

Denne kartleggingen har, i tillegg til medarbeiderundersøkelsen ForBedring som gjennomføres årlig, også blitt benyttet for å iverksette tiltak. Utover dette gjennomføres det sluttsamtaler med ansatte på enkelte enheter som har for stor uønsket turnover eller spesifikke utfordringer med å rekruttere.

4. Dagens utfordringsbilde

Framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå indikerer at behovet for helse- og omsorgspersonell vil øke sterkt i årene som kommer. I Sykehuset Innlandets opptaksområde ventes behovet å øke med sju prosent i spesialisthelsetjenesten og 20 prosent i kommunal helse- og omsorgstjeneste fram mot 2035. Framskrivningene viser at det særlig vil bli underdekning på sykepleiere og helsefagarbeidere.

Samfunnsanalysen utført av COWI AS og Vista Analyse, som ble gjennomført på oppdrag av Helse Sør-Øst RHF i 2020, henviser til befolkningsframskrivninger fra SSB som viser at de aktuelle kommunene i Innlandet vil ha en aldrende befolkning, og at befolkningen i arbeidsfør alder (22-66 år) forventes å falle fra rundt 2030 i alle kommuner unntatt Hamar.

Sykehuset Innlandet opplever, i likhet med andre helseforetak, økende utfordringer med å rekruttere og beholde kvalifisert personell i deler av virksomheten. Tilgangen til helsepersonell med riktig kompetanse kommer sannsynligvis til å være en utfordring for Sykehuset Innlandet i årene som kommer. Dette gjelder uavhengig av hvilken struktur som blir valgt.

Det er godt dokumentert gjennom forbedringsundersøkelser, ledelsens gjennomgang og sluttundersøkelser, at en av de største utfordringene med å beholde medarbeidere er relatert til arbeidsbelastning. Årsaker til det er økt sykefravær over tid, sårbart bemanningsnivå i noen enheter, høy vaktbelastning, få spesialister i noen fagområder og små, sårbare fagmiljø.

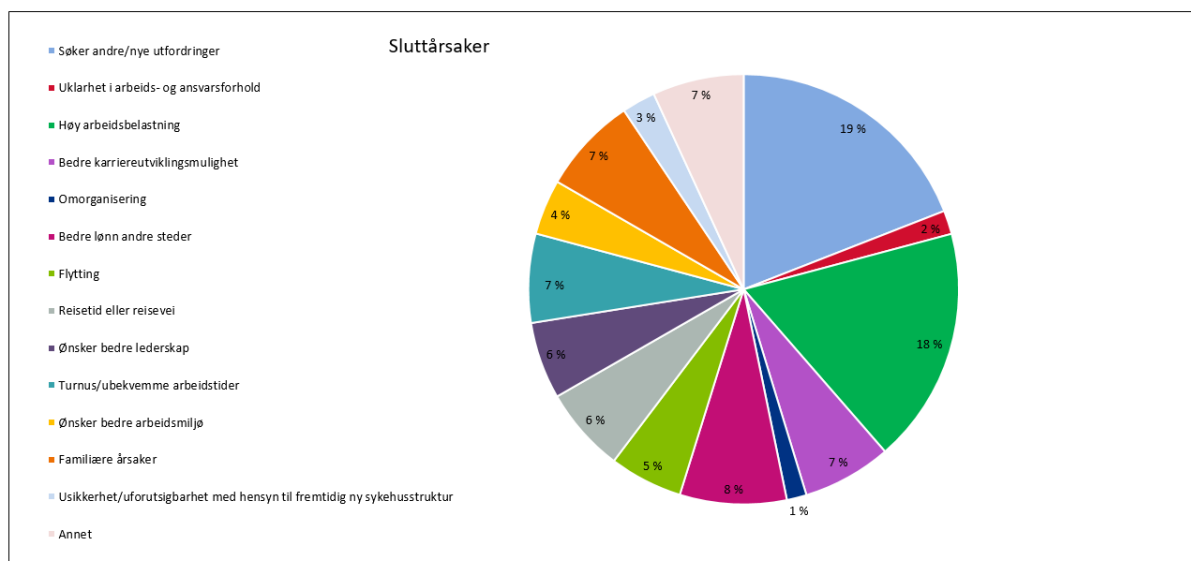
Det ble i starten av 2022 gjennomført en omfattende kartlegging og analyse av utfordringsbildet i Sykehuset Innlandet relatert til rekruttering og kompetanse innenfor de store yrkesgruppene. Formålet med analysen var å beskrive utfordringsbildet for å kunne iverksette målrettede tiltak. Datagrunnlaget som foreligger, er hentet fra rekrutteringssystemer, sluttundersøkelser, aldersframskrivninger og ulike HR-systemer. Hovedtrekkene i kartleggingen er gjengitt i teksten under.

4.1 Kartlegging av turnover og sluttårsaker

Det totale turnovernivået i foretaket har vært relativt stabilt over år, men det er økning innenfor noen enheter, som over tid har hatt høy arbeidsbelastning.

Sykehuset Innlandet gjennomfører løpende kartlegging av sluttårsaker. I perioden 1.10.21 til 30.12.22 har totalt 450 personer mottatt sluttundersøkelsen. Det er 41 prosent som har svart. Av disse har 69 respondenter oppgitt at de slutter på grunn av pensjon.

Figuren under viser hvordan tilbakemeldingene fra tidligere medarbeidere fordeler seg mellom de ulike sluttårsakene.



Figuren er hentet fra sluttundersøkelsesrapporten for perioden 1.10.21 til 30.12.22.

De tre høyest rangerte sluttårsakene er:

1. Søker andre/nye utfordringer
2. Høy arbeidsbelastning
3. Bedre lønn andre steder

Deretter fordeler det seg relativt jevnt mellom ønske om bedre lederskap, familiære årsaker, turnus/ubekvemme arbeidstider, flytting, reisetid eller reisevei og annet. Omorganisering og usikkerhet/uforutsigbarhet med hensyn til framtidig sykehusstruktur skårer lavest, med henholdsvis tre prosent og en prosent.

Medarbeiderundersøkelsen ForBedring har to spørsmål som kan gi en viss indikasjon på en overordnet turnoverintensjon. Det er 50-60 enheter som har relativt lav score (under 75) på spørsmål som: «Jeg sier til mine venner at dette er et godt sted å jobbe» og «Samlet sett er jeg godt fornøyd med å jobbe her». Samlet score for Sykehuset Innlandet for de to spørsmålene, er på henholdsvis 83 og 85. Helse Sør-Øst RHF har til sammenligning en samlet score på 85 og 87. Medarbeiderundersøkelsen viser også at flere enheter har store utfordringer knyttet til arbeidsbelastning. Det er viktig for foretaket å identifisere tiltak for å redusere arbeidsbelastningen.

4.2 Status sykepleiere

Overordnet turnover for fast ansatte sykepleiere i Sykehuset Innlandet var i 2021 på 16,8 prosent hvorav 4,2 prosent er den eksterne turnover og 12,6 prosent er den interne turnover. Dette nivået har vært relativt stabilt over tid. Det er i dag for høy uønsket turnover blant sykepleiere på enkelte enheter, og da spesielt de medisinske sengepostene, hvor turnover samlet sett i 2021 var på 22,3 prosent (omlag halvparten av disse gikk over til andre stillinger i foretaket). Dette er en økning sammenlignet med tallene fra 2019 og 2016. Situasjonen og utviklingen på sengeposter må ses i sammenheng med pandemien og generell arbeidsbelastning de siste tre årene.

Det er forskjeller mellom divisjonene når de som slutter blir spurt om hvor de skal når de slutter, og det er antatt at dette er basert på både geografi og det eksterne arbeidsmarkedet. Over halvparten av de forespurte fra divisjon Gjøvik-Lillehammer og divisjon Psykisk helsevern svarer at de skal til kommune eller fylkeskommune, mens det tilsvarende tallet for divisjon Elverum-Hamar er 29 prosent. I divisjon Elverum-Hamar svarer imidlertid 38 prosent at de skal over til privat sektor, mens dette tallet er 12 prosent for divisjon Gjøvik-Lillehammer og 31 prosent for divisjon Psykisk helsevern. 33 prosent av de som slutter i divisjon Gjøvik-Lillehammer og 21 prosent i Elverum-Hamar, oppgir at de skal til et annet helseforetak, mens dette kun gjelder fire prosent i divisjon Psykisk helsevern.

Økende turnover blant sykepleiere medfører at det er utlyst et høyere antall faste stillinger, en økning på 41 prosent de siste fem årene. Det er imidlertid bekymringsfullt at antall søkere i gjennomsnitt per utlyste faste sykepleierstilling har gått ned med 18 prosent i samme periode.

4.3 Status spesialsykepleiere og jordmødre

Blant spesialsykepleiere har det i kartleggingen vært fokus på anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleiere (AIO), fordi dette er stillinger det har vært utfordrende å rekruttere til. Det gjelder også jordmødre. Det er ikke stort nok tallgrunnlag i sluttundersøkelsen til å få et sikkert kunnskapsgrunnlag for sluttårsaker blant spesialsykepleiere eller jordmødre som gruppe. Det er imidlertid noen områder som går igjen som ønske om bedre lederskap, familiære årsaker og turnus/ubekvemme arbeidstider.

Det har vært et relativt stabilt antall søkere til faste stillinger for spesialsykepleiere innenfor anestesi, intensiv og operasjon fra 2017 til 2021. Det har vært en nedgang på 25 prosent i antall søkere til jordmorstillinger.

For spesialsykepleierne som gruppe, er det aldersframskrivninger som utgjør den største bekymringen for foretaket. Blant de som har fast stilling, er det 25 prosent av anestesisykepleierne, 38 prosent av intensivsykepleierne, 24 prosent av operasjonssykepleierne og 33 prosent av jordmødrene som er 55 år eller eldre blant de som har fast stilling.

4.4 Status leger i utdanning og overleger

Dagens struktur medfører at noen fagmiljøer er samlet, mens mange er små og derfor sårbare ved fravær eller turnover. Dette er en situasjon som påvirker, tilbudet til pasienter, de ansattes arbeidsbelastning og økonomi. Den siste perioden har det også vært vanskelig å rekruttere leger i spesialisering (LIS), blant annet til de medisinske avdelingene og psykisk helsevern.

Turnover blant fast ansatte leger var på 15,3 prosent i 2021, hvor om lag halvparten av disse sluttet i foretaket. Den andre halvparten byttet stilling internt i foretaket. Tallene inkluderer leger i spesialisering. Det vil være et stort behov for å rekruttere overleger i årene som kommer, både på grunn av turnover, og fordi gjennomsnittsalderen for fast ansatte leger i Sykehuset Innlandet er høy. Det er 37,5 prosent av legene i Sykehuset Innlandet som er 55 år eller eldre.

Basert på uttrekk fra foretakets rekrutteringssystem, Webcruiter, vises en nedgang på 62 prosent i antall søkere til faste legestillinger i løpet av de siste fem årene.

I en utvikling med nasjonalt underskudd innenfor flere yrkesgrupper, er det viktig at Sykehuset Innlandet oppleves som en attraktiv arbeidsplass og iverksetter tiltak for å beholde sine ansatte og rekruttere nye. Det må parallelt arbeides med tiltak for å redusere behovet for helsepersonell gjennom endret oppgavedeling, fordi det vil også være store behov i kommunene.

4.5 Andre yrkesgrupper

Det er også andre yrkesgrupper i Sykehuset Innlandet hvor det er utfordringer med å beholde og tiltrekke kompetanse, som psykologspesialister og bioingeniører. Mangelen på bioingeniører er en nasjonal utfordring, som er omtalt i rapporten «Bioingeniørene – bærebjelke og mangelvare», fra NITO/Bioingeniørfaglig institutt.

I de senere år har det vært en reduksjon i søkere til lederstillinger i Sykehuset Innlandet. Per i dag er 27 prosent av alle ledere i Sykehuset Innlandet over 60 år.

5. Beholde medarbeidere – et strategisk satsningsområde

5.1 Strategisk satsningsområde

Beholde, utvikle og rekruttere medarbeidere er definert som et strategisk satsningsområde i Sykehuset Innlandet. Behovet for å arbeide langsiktig med problemstillingen er synliggjort i Utviklingsplan 2022-2039 for Sykehuset Innlandet og i foretakets virksomhetsstrategi for perioden 2023 til 2026. I utviklingsplanen framgår det.

Sykehuset Innlandet skal arbeide strategisk med kompetanse- og bemanningsplanlegging langs tre parallelle løp.

- *Redusere turnover og beholde medarbeidere med riktig kompetanse gjennom å være en god arbeidsgiver*
- *Arbeide målrettet med identifiserte sårbare områder hvor det er krevende å rekruttere*

- *Planlegge for den varslede framtidige mangelen på helsepersonell*

Sykehuset Innlandet har i flere år vært i en krevende økonomisk situasjon. Det har også vært et begrenset handlingsrom til å gjennomføre større omstillingsprosesser.

Kombinasjonen av tidligere krav til redusert bemanning og økt aktivitet, eller endret pasientsammensetning, har medført økt arbeidsbelastning i deler av virksomheten som igjen har påvirket turnoverivået. Det gjelder særskilt de medisinske sengepostene og psykisk helsevern barn og unge. Pandemien har forsterket dette utfordringsbildet.

Det framgår av virksomhetsplan og budsjettnotat for 2023 at Sykehuset Innlandet planlegger å gjennomføre større omstillinger i løpet av de neste årene. Under følger en modell som viser den metodiske tilnærmingen til utfordringsbildet.

Område 1. God drift	Område 2. Fokusområder	Område 3. Større omstillinger
<p>Tiltaksområder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økt nærvær • Redusert turnover og bedre rekrutteringsevne • Økt aktivitet • Bedre oppgavedeling og arbeidsflyt • Økt fokus på ledelse • Bemanningskontroll • Ressursstyring 	<p>Tiltaksområder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Høykostmedisiner • Pasientreiser • Øking av andel digitale konsultasjoner • Rett antall kontroller • Bruk av privat rehabilitering 	<p>Vurderingskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faglige konsekvenser • Økonomisk effekt • Gjennomførbarhet

5.2 Pågående tiltak i foretaket

Sykehuset Innlandet har, uavhengig av arbeidet med framtidig sykehusstruktur, igangsatt flere tiltak for å sikre at medarbeidere ønsker å bli i organisasjonen. Resultatene fra ForBedring, sluttundersøkelsen, og kartlegging av turnover, viser at utfordringene er størst i enheter med høy arbeidsbelastning, samt i enheter som er sårbare på grunn av små fagmiljøer.

Under følger noen eksempler på pågående tiltak i foretaket for å beholde ansatte og redusere risikoen for at ansatte slutter. Bakgrunnen for at disse tiltakene inkluderes i sluttrapporten, er den usikkerheten som oppstår som følge av arbeidet med framtidig sykehusstruktur. Dette forsterker viktigheten av å arbeide med disse tiltakene. Divisjonene arbeider i tillegg med ytterligere tiltak for å beholde medarbeidere. Noen av disse står beskrevet i de vedlagte risikovurderingene.

5.2.1 Oppgavedeling og attraktive arbeidsplasser

I likhet med mange andre helseforetak ser Sykehuset Innlandet behovet for å utnytte ressursene bedre blant annet gjennom ny oppgavedeling. Det er flere faggrupper dette kan være aktuelt for, men så langt har fokus vært på medisinske sengeposter, på grunn av økning i turnover, hovedsakelig knyttet til økt arbeidsbelastning. Oppgavedelingen her har som mål å avlaste sykepleiere for å imøtekomme rekrutteringsutfordringer og framtidens behov. Ved overføring av oppgaver fra sykepleiere til helsefagarbeidere og andre yrkesgrupper, er målet at sykepleiere kan oppleve å få avlastning og jevnere

arbeidsbelastning. Dette kan videre bidra til bedre arbeidsflyt, mer tid til pasientrettet arbeid og bedre samarbeid med andre yrkesgrupper. Ved å benytte tilgjengelig kompetanse og ressurser på rett oppgave, kan oppgavedeling også redusere overtidsarbeid. Oppgavedeling på sengepost skal med dette bidra til en mer framtidrettet, hensiktsmessig og effektiv drift av sengepostene i Sykehuset Innlandet. Arbeidet er i startfasen med et pilotprosjekt i en av de somatiske divisjonene, men tilsvarende arbeid vil i 2023 igangsettes flere steder i foretaket. Det vil også etter hvert bli aktuelt å inkludere arbeidsoppgaver for legene, da divisjonene opplever en økende utfordring knyttet til å beholde leger grunnet opplevd arbeidsbelastning. Tilsvarende tilnærming vil kunne brukes innenfor psykisk helsevern barn og unge, som har økt turnover blant spesialister og enkelte behandlergrupper på grunn av høy arbeidsbelastning i poliklinikk.

Helse Sør-Øst RHF arbeider med å etablere en felles database hvor foretakene kan dele erfaringer fra arbeidet med oppgavedeling, og derigjennom sikre læring mellom foretakene.

Et annet pilotprosjekt som ble igangsatt i 2021 på bakgrunn av økt turnover, færre søkere til ledige stillinger, økt arbeidsbelastning og lav score på flere områder i medarbeiderundersøkelsen, kalles «Attraktiv arbeidsplass». Målet med prosjektet er å redusere turnover, og forsterke de ansattes tilhørighet til spesialisthelsetjenesten og avdelingen de arbeider i, styrke fellesskapet, læring og samarbeidet mellom sykehusene. Gjennom prosjektet ble det kartlagt en rekke forhold med hovedvekt på rekrutterings- og ansettelsesprosesser, opplæring av nye medarbeidere og fagutvikling.

Med bakgrunn i funn i kartleggingen er det satt inn tiltak i introduksjon og opplæring av nyansatte, systematisk kompetanseutvikling, veiledning av praksisstudenter og gjennomføring av fagdager. Prosjektet er gjennomført med bred involvering av tillitsvalgte, vernetjeneste og ansatte som har deltatt i ressursgrupper. Tiltakene som ble identifisert i prosjektet, vil bli vurdert implementert i andre enheter i Sykehuset Innlandet med tilsvarende utfordringer.

5.2.2 Ledelsesutvikling og ledermobilisering

Sykehuset Innlandet har i mange år arbeidet målrettet med ledelsesutvikling og lederopplæring på alle ledernivå. Foretaket utviklet i 2022 et nytt konsept for ledelsesutvikling og lederopplæring som implementeres i 2023. Målet er å styrke ledelseskompetansen og derigjennom bidra til redusert turnover. Som tidligere nevnt har ledelse stor betydning for medarbeideres organisasjonstilhørighet, og resultatene fra sluttundersøkelsen viser at ønske om bedre ledelse er en av årsakene til at medarbeidere bytter arbeidsgiver. Planlagt omstillings- og utviklingsarbeid stiller også ytterligere krav til våre ledere de neste årene. Programmet har derfor økt oppmerksomhet mot ledelse av endringsprosesser.

Ledermobilisering er et viktig tiltak for å gi medarbeiderne utviklingsmuligheter innad i organisasjonen og sikre at vi har tilgang på ledere i framtiden.

5.2.3 Økt nærvær

Gjennomsnittlig fravær i 2022 var 8,4 prosent, gjennomsnittlig om lag et prosentpoeng høyere enn i 2018 og 2019. Hovedvekten av økningen knytter seg til korttidsfravær. Dette er krevende for driften, og medfører økt arbeidsbelastning for de ansatte som er på arbeid grunnet manglende tilgang på kvalifiserte vikarer. Økt fravær påvirker arbeidsmiljøet i en enhet. Dette er igjen noe som kan medføre at medarbeidere velger å slutte.

Sykehuset Innlandets interne bedriftshelsetjeneste er styrket med kompetanse innen psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø, og tilbyr sammen med lokal HR og NAV Arbeidslivssenter, faglig og prosessuell støtte til å jobbe systematisk med nærværarbeid i enheter med høyt sykefravær. Dette arbeidet intensiveres i 2023. Sykehuset Innlandet styrker også opplæringen i oppfølging av sykefraværarbeid for lederne i Sykehuset Innlandet.

5.2.4 Kompetanseutvikling og forskning

Forskning og resultatene fra sluttundersøkelsen viser at mulighet for faglig utvikling er viktig for å beholde personell. Sykehuset Innlandet har i budsjettet for 2023 avsatt ekstra midler til kompetanseutvikling. Flere avdelinger har gjeninnført fagdager som et viktig tiltak for å ivareta faglig utvikling av ansatte. Veiledning som metode skal systematiseres innenfor flere yrkesgrupper og nivåer. Veiledningen skal være praksisnær, bidra til refleksjon, og til at den ansatte selv finner egne svar og løsninger. Dette er viktig for å sikre en kontinuerlig kompetanseutvikling hos medarbeidere, og for å benytte erfaring og kompetanse hos ansatte. Det satses i økende grad på simulering som metode i kompetanseutvikling og det er etablert et nettverk i foretaket. Bruk av Kompetanseportalen skal sikre systematisk oppfølging av den enkelte medarbeiders kompetanseplan og gjennomføring av tiltak.

Forskning og innovasjon er en sentral premiss for helsetjenestens kvalitet og utvikling, herunder utvikling av framtidig sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet. Noen av de som skal bidra til overordnede målene for forskning er blant annet økt kompetanse, utvikling av en kvalitetsforbedringskultur og attraktive og rekrutterende kliniske arbeidsmiljø. Det har vært en opptrapping og satsing på øremerkede midler til forskning over tid, som anvendes til sentrale støttefunksjoner for forskning og innovasjon, utvikling av forskningsaktivitet og gjennomføring av forskningsprosjekter. Det oppleves som positivt for ansatte at foretaket kan tilby kombinasjonsstilling er muligheter for å søke midler til forskning som en del av den kliniske hverdagen.

5.2.5 Prosjekt med å hensikt styrke heltidskulturen

Sykehuset Innlandet er et av foretakene som har høyest deltidsandel i Helse Sør-Øst. Tidligere kartleggingsarbeid viser at antall søkere til heltidsstillinger er høyere enn til deltidsstillinger. Sykehuset Innlandet gjennomførte i 2022 en omfattende kartlegging av årsakene til deltidsarbeid. Det er etablert en arbeidsgruppe med deltakelse fra tillitsvalgte og vernetjenesten. Kartleggingen vil bidra til å styrke heltidskulturen i Sykehuset Innlandet gjennom relevante oppfølgingstiltak.

5.2.6 Gjennomføre nødvendig omstilling

Det er viktig at foretaket får gjennomført nødvendige omstillingsprosesser, for å kunne redusere sårbarheten i små fagmiljøer, redusere vaktbelastning, styrke bemanningen ved enheter med høy arbeidsbelastning, og sikre innkjøp av nødvendig medisinsk teknisk utstyr.

Alternativet med Mjøssykehuset innebærer en samlet strukturendring for hele foretaket, mens null-pluss alternativet representerer en avgrenset strukturendring. Null-pluss vil derfor ikke være retningsgivende for omstillingsarbeidet i mellomperioden for foretaket i sin helhet.

En tydelig retning skaper forutsigbarhet for ledere og ansatte. Ved valg av null-pluss vil dette måtte lede til nye utredninger for å ivareta helheten i Innlandet før det kan igangsettes omstillinger.

6. Risikoreduserende tiltak i omstilling- og endringsprosesser

Sykehuset Innlandet har gjennom større og mindre omstillinger erfart viktigheten av å gi god informasjon, tydelig rammer, tidlig planlegging, medvirkning og godt partssamarbeid. Dette bidrar til forutsigbarhet og redusert usikkerhet og er sentralt i framtidig omstilling for å forebygge at ansatte slutter.

Kompleksiteten i de to retningsvalgene er svært ulik. Etableringen av Mjøssykehuset vil medføre at ansatte svarende til om lag 4 000 personer må bytte arbeidssted ved avvikling av to somatiske sykehus og to psykiatriske sykehus, samt vesentlige endringer i drift ved sykehusene i Elverum og Lillehammer. Fagmiljøer må reetableres i Mjøssykehuset i Moelv. De gjenværende fagmiljøene må tilpasse seg endringer som medfølger i denne modellen. Det må, på grunn av funksjonsfordelingen mellom Mjøssykehuset og akuttsykehuset på Lillehammer og elektivt sykehus i Elverum, påregnes ambulerende. Omstillingen vil kreve etablering av felles prosedyrer, arbeidsflyt, logistikk og kultur, og mange ansatte vil få lengre reisevei. Reiseavstand fra Hamar til Moelv er 32 kilometer, fra Sanderud til Moelv 34 kilometer, fra Elverum til Moelv er 59 kilometer, fra Gjøvik til Moelv er 22 kilometer og fra Lillehammer til Moelv 28 kilometer og fra Reinsvoll til Moelv 37 kilometer. Faktisk reisetid vil være avhengig av flere ulike faktorer i tillegg til kilometer, slik som for eksempel bosted, livsfase, veistandard og parkeringsmuligheter.

I null-pluss alternativet vil det være om lag 1 000 ansatte som berøres, hvorav om lag 700 ansatte må flytte arbeidssted innad i Hamar-området og etablere nye rutiner i nytt bygg, mens om lag 300 ansatte vil flytte arbeidssted mellom Elverum og Hamar. Omstillingen knyttet til null-pluss vil berøre mindre deler av organisasjonen. Avstanden mellom dagens sykehus i Hamar og nytt sykehus i Hamar-området er mindre enn avstanden til Moelv fra Hamar og Elverum. Ansatte fra Elverum som er bosatt i Elverum og skal flytte til Hamar, vil få lengre reisevei. Reiseavstand fra Elverum til Hamar er 31 kilometer. Det må på grunn av funksjonsfordelingen mellom det store akuttsykehuset i Hamar-området og det elektive sykehuset i Elverum, påregnes ambulerende. Null-pluss innebærer ikke en faglig samling for divisjon Psykisk helsevern, divisjon Gjøvik-Lillehammer, divisjon Habilitering og rehabilitering eller divisjon Medisinske service.

Ved beregning av antall ansatte er det tatt utgangspunkt i fordeling av fagområder og behandlingstilbud i alternativet med Mjøssykehuset. For null-pluss alternativet er det tatt utgangspunkt i hvilke enheter som berøres i divisjon Elverum-Hamar, ved flytting til nytt sykehus i Hamar-området.

Ved beregning av antall årsverk er det tatt utgangspunkt i fordeling av fagområder og behandlingstilbud i alternativet med Mjøssykehuset. For null-pluss alternativet er det tatt utgangspunkt i hvilke enheter som berøres i divisjon Elverum-Hamar ved overføring av funksjoner til nytt sykehus i Hamar området. Det gjøres oppmerksom på at det er beheftet noe usikkerhet vedrørende bemanningsframskrivningene og de må derfor betraktes som anslag.

Under følger en oversikt over tiltak som kan bidra til å redusere risikoen for økt turnover, som følge av usikkerhet på bakgrunn av framtidig omstillingsarbeid eller i form av redusert motivasjon som følge av valgt modell.

6.1 Tiltak som redusere risikoen for turnover som følge av usikkerhet grunnet framtidig omstillingsarbeid

6.1.1 Inngåelse av omstillingsavtale og gjennomføre opplæring

Sykehuset Innlandet har, etter drøfting med de foretakstillitsvalgte, etablert en retningslinje for arbeidet med omstilling og bemanningstilpasning. Omstillingsavtalen i Helse Sør-Øst er lagt til grunn for utarbeidelsen av retningslinjen som ble sist revidert våren 2020. De 12 prinsippene for medvirkning som gjelder i Helse Sør-Øst, har vært retningsgivende for utformingen av dokumentet. Det er i tillegg utarbeidet egne prosedyrer for vurdering av risiko ved omstilling og bemanningstilpasning, som har til hensikt å redusere risikoen for blant annet økt turnover som følge av gjennomføring av omstilling.

Retningslinjen beskriver ulike virkemidler som kan tas i bruk etter drøfting med tillitsvalgte. Sykehuset Innlandet har tidligere gjennomført både større og mindre omstillingsprosesser. Erfaring tilsier at god kunnskap om og oppfølging av retningslinjen ved omstilling, er viktig for å redusere usikkerhet. Foretaket vil gjennomføre en revisjon av retningslinjen og vurdere behovet for å inngå en omstillingsavtale når retningsvalget foreligger, slik at retningslinjen i størst mulig grad ivaretar det utfordringsbildet organisasjonen står ovenfor. Det vil også være viktig å gjennomføre opplæringstiltak.

6.1.2 God informasjon

God informasjon er viktig for å skape eierskap, vise retning, bygge tillit til ledelsen og sikre forutsigbarhet for ansatte, og derigjennom bidra til redusert turnover.

Arbeidet med videreutvikling av Sykehuset Innlandet er et prosjekt som er omfattet av stor interesse internt i helseforetaket, blant pasienter og pårørende, i kommunene, fylkeskommunen og i mediene. Prosjektarbeidet har så langt fulgt en kommunikasjonsplan som beskriver rammer, roller og prinsipper for kommunikasjonsarbeidet. Den er utarbeidet i samråd med Helse Sør-Øst RHF, som er

ansvarlig for konseptfasearbeidet. Kommunikasjonsplanen for konseptfasen steg 1 ble vedtatt i styringsgruppen 14. desember 2021. Det vil bli utarbeidet en plan for kommunikasjonsarbeidet i steg 2.

Sykehuset Innlandets ansvar omfatter kommunikasjon med egne ansatte og å ivareta involvering av brukere, ansatte og deres organisasjoner gjennom den interne medvirkningsprosessen. Det legges til rette for regelmessig dialog med brukere, ledere, tillitsvalgte, vernetjenesten og fagmiljøer gjennom etablerte møteserier, samt løpende informasjon til ansatte på Sykehuset Innlandets intranett, «minSide». Det gjennomføres særskilte interne kommunikasjonstiltak i forbindelse med milepæler, der det legges til rette for at ansatte kan få informasjon fra sin nærmeste leder.

Kravet til kommunikasjonsarbeidet i konseptfase steg 2 vil være noe annerledes enn i steg 1. Bakgrunnen for dette er at steg 2 innebærer en ytterligere konkretisering av virksomhetsinnholdet. Når beslutning om endelig retningsvalg er tatt, vil det bli arbeidet videre med kommunikasjonstiltak som skal bidra til å sikre forutsigbarhet og eierskap hos våre medarbeidere i årene fremover. I arbeidet med planer og tiltak vil det være viktig med innspill fra blant annet tillitsvalgte og vernetjenesten.

6.1.3 God medvirkning i konseptfasen steg to

Det vil bli utviklet en medvirkningsplan for konseptfasen steg 2 som legger til rette for involvering av relevante medvirkningsorganer innenfor aktuelle temaer. Fokuset i medvirkningsprosessen i denne fasen, vil være avklaring av funksjon, funksjonalitet, grunnleggende utstyr og skisseprosjekt. Medvirkningsarbeidet i steg 2 vil i større grad involvere ansatte med detaljkunnskap om aktivitet, rom og utstyr innenfor definerte funksjonsgrupper og temagrupper.

6.1.4 Systematisk arbeid med organisasjonsutvikling

Etter beslutning om framtidig struktur, må utviklingsarbeidet intensiveres i perioden fram til byggestart. Dette gjelder særlig ved valg av alternativet med Mjøssykehuset. Da vil det være viktig å iverksette tiltak som bidrar til at medarbeidere som skal flytte til Mjøssykehuset, blir kjent på tvers av lokalisasjoner, utvikler felles prosedyrer og arbeidsflyt og en felles kultur, samtidig med videreutvikling av sykehusene i Elverum og Lillehammer. Dette er tiltak som kan bidra til å sikre felles eierskap i organisasjonen, retning og forutsigbarhet, som igjen vil redusere risikoen for økt turnover.

Tilsvarende utviklingsarbeid vil i mindre grad være nødvendig som direkte følge av en beslutning om null-pluss alternativet, da sykehusene i Elverum og Hamar allerede i dag er en felles divisjon. Det vil likevel være nødvendig med gjennomgang og planlegging av hvordan Sykehuset Innlandet som helhet kan videreutvikles og gjennomføre omstillinger i de øvrige divisjonene for å samle små og sårbare fagmiljøer, samt tiltak for økonomisk bærekraft.

Styret i Sykehuset Innlandet godkjente i styresak 076-2020 etableringen av organisasjonsutviklingsprogrammet. Programskissen som ble lagt til grunn for etableringen av organisasjonsutviklingsprogrammet, ble utarbeidet av ledergruppen i Sykehuset Innlandet høsten 2020, som et ledd i forberedelsene til realiseringen av en framtidig sykehusstruktur.

Overordnet mål med programmet er å utvikle Sykehuset Innlandet i tråd med målsettingene som er lagt til grunn for det framtidige målbildet.

Organisasjonsutviklingsprogrammet skal bidra til å realisere det fremtidige målbildet ved å:

- utvikle overordnede pasientforløp for store diagnosegrupper
- videreutvikle samarbeidet med kommunene og primærhelsetjenesten
- gjennom tjenesteinnovasjon utvikle, teste og legge til rette for implementering av nye arbeidsmetoder
- utvikle kompetanse til å ta i bruk nye arbeidsmetoder, oppgraderte arealer, ny teknologi og ny logistikk
- utvikle organisasjons- og ledelsesmodell
- synliggjøre innovative bygningsmessige og teknologiske løsninger
- videreutvikle organisasjonskulturen

Det vil være behov for å evaluere, reorganisere og tilføre organisasjonsutviklingsprogrammet kompetanse og kapasitet når beslutningen foreligger.

6.1.5 Tiltak for å redusere bekymring knyttet til framtidig økt reisevei

Datagrunnlaget fra samfunnsanalysen utført av COWI AS og Vista analyse i 2020, viser at de aller fleste ansatte vil ha lengere reisevei til Mjøssykehuset i Moelv enn de har til dagens sykehus. I følge den samme rapporten tyder dagens bosettingsmønster på at de aller fleste velger bosted og arbeidsplass slik at de har kort reisevei. Dette gjelder ifølge rapporten også sykehusansatte med spesialistutdanning. I Sykehuset Innlandet viser analysen at to tredjedeler av de ansatte i Sykehuset Innlandet bruker mindre enn 15 minutter til jobb, og 80 prosent mindre enn 25 minutter.

I 2022, i konseptfasens steg 1, utviklet også Asplan Viak en tilleggsanalyse som tar utgangspunkt i samfunnsanalysen til COWI AS og Vista Analyse fra 2020 som ble kalt «Notat regional utvikling og rekruttering ved alternativer for sykehusstruktur i Innlandet». Vurderingen i denne rapporten er at den relativt korte arbeidsreisen de ansatte har i dag, er et fortrinn i konkurransen om arbeidstakere. Analysen viste også at man ved å plassere et sykehus på Moelv vil øke reisetiden for ansatte til jobb, sammenlignet med i dag.

Det er viktig at relevante tiltak knyttet til økt reisevei konkretiseres så tidlig som mulig i prosessen for å skape forutsigbarhet for ansatte som bekymrer seg for økt reisevei. Eksempler på tiltak kan være kompensasjonsordninger, gode kollektiv transport løsninger, tilpasset arbeidstidsordning og gode parkeringsmuligheter. Det vil være naturlig å inkludere spørsmål relatert til reisevei i den planlagte spørreundersøkelsen.

6.1.6 Tiltak for å redusere bekymring for manglende faglig samling og økonomisk bærekraft

Alternativet med Mjøssykehuset innebærer en større samling av fagmiljøer enn dagens struktur, samt en forventning om en mer bærekraftig drift. En beslutning om alternativet med Mjøssykehuset vil kunne ha en motiverende virkning for ansatte som ønsker dette alternativet.

Helheten for Sykehuset Innlandet samlet, for både somatikk og psykisk helsevern, er på bakgrunn av mandatet for konseptfasen steg 1 ikke utredet i steg 1 av konseptfasen for null-pluss alternativet, som bygger på en videreføring av dagens struktur med et erstatningssykehus i Hamar området. En beslutning om null-pluss alternativet innebærer at en ny periode med usikkerhet og videre utredninger for å samle små i sårbare fagmiljøer i de ulike divisjonene og sikre økonomisk bærekraft.

7. Divisjonsvise risikovurderinger og tiltaksplaner

Divisjonene har gjennomført risikovurderinger og identifisert mulige tilhørende tiltak for å bibeholde medarbeidere i sin divisjon, i perioden fra en beslutning og fram til byggestart.

I bestillingen ble divisjonene bedt om å gjøre vurderingene både uavhengig av struktur, for alternativet med Mjøssykehuset og for null-pluss alternativet. Tiltakene skulle som minimum berøre områder som organisatoriske tiltak, informasjons- og kommunikasjonstiltak og kompetansehevende tiltak og opplevde goder for ansatte. I tillegg ble divisjonene bedt om å vurdere tiltakenes mulige effekt og gjennomførbarhet i perioden fram til byggestart.

Besvarelsene er utarbeidet av ledergruppene i divisjonen i samarbeid med tillitsvalgte, vernetjenesten og HR. Tilbakemeldingene fra divisjonene ligger vedlagt denne rapporten i sin helhet. I de neste avsnittene gir divisjonene sine overordnede oppsummeringer fra arbeidet.

Eksisterende system for risikovurdering i Sykehuset Innlandet ble anvendt som verktøy for prosessen for å sikre mest mulig lik tilnærming til arbeidet i divisjonene.

Besvarelsene fra divisjonene viser likevel en ulik tilnærming relatert til detaljeringsnivå og bruk av akseptkriterier. Det gir likevel et grunnlag for å synliggjøre mulig tiltak for å bibeholde medarbeidere i perioden fra beslutning til byggestart.

Antall ansatte som er oppgitt per divisjon er basert på de ansatte som mottok lønnsutbetaling i januar 2023. Denne fremgangsmåten er benyttet for å sikre en lik tilnærming for å oppgi antall ansatte i alle divisjoner.

7.1 Divisjon Psykisk helsevern

7.1.1 Beskrivelse av divisjonene

Divisjon Psykisk helsevern er den største tverrgående fagdivisjonen i Sykehuset Innlandet. Divisjonen består av sykehusene Reinsvoll og Sanderud, fire distriktpsikiatriske sentre (DPS), to barne- og ungdomspsikiatriske poliklinikker (BUP) og en barne- og ungdomspsikiatrisk døgnavdeling. Innen sykehuspsikiatrien ivaretas døgntilbud TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling), alderspsikiatri, tidlig intervensjon ved psykoser, sikkerhetspsikiatri, spiseforstyrrelser og barne- og ungdomspsikiatri i egne døgnenheter. I tillegg har divisjonen to tilnærmet like avdelinger for akutt- og psykose på henholdsvis Reinsvoll og Sanderud.

Divisjonen har klinisk virksomhet på 16 geografiske lokasjoner, spredt i hele innlandet. Divisjonen har med totalt om lag 2 100 ansatte. Divisjonen har klinisk virksomhet på 16 geografiske lokasjoner, spredt i hele innlandet. Divisjonen behandler 16 000 pasienter i

poliklinikk og gjennomfører over 180 000 polikliniske konsultasjoner. I tillegg har divisjonen om lag 3 500 innleggelser, i alt 80 000 liggedøgn.

7.1.2 Risiko og tiltak for perioden uavhengig av struktur

Turnover i divisjon Psykisk helsevern har over tid vært noe høyere enn snittet i Sykehuset Innlandet. Det er over tid jobbet med tiltak for å beholde og rekruttere personell. Divisjon Psykisk helsevern vil uavhengig av struktur måtte utarbeide en målrettet utviklingsstrategi da det er behov for endringer i organisering og funksjonsfordeling for å sikre et godt og likeverdig tilbud. Divisjonen ser i økende grad utfordring med å sikre full drift, også ved enkelte, små elektive sykehusenheter, på grunn av mangel på spesialister i kortere eller lengre perioder. Det må sikres hensiktsmessig organisering og videre tjenesteutvikling for optimal bruk av personalressurser i forhold til oppgavefordeling og oppgaveforskyvning. Arbeidet har til hensikt å sikre hensiktsmessig bruk av ressurser og redusere arbeidsbelastningen på den enkelte medarbeider. Det må tilrettelegges for spesialisering (gjelder flere faggrupper) og kompetanseutvikling for den enkelte ansatte for å beholde medarbeidere. En ser stort behov for å etablere tredelt LIS 1-stillinger. Livsfasepolitikk med fokus på seniortiltak for å beholde kompetent personell lengst mulig, vurderes viktig.

7.1.3 Risiko og tiltak for perioden ved beslutning om Mjøssykehus-alternativet

Divisjon Psykisk helsevern har stor geografisk spredning med mange lokasjoner, og flere av disse skal samles i Mjøssykehuset. Utfordringsbildet blir å lage en god plan for mulig samling av funksjoner og tjenestetilbud i eksisterende bygningsmasse før flytting. Divisjonen har ingen aktuelle bygg til slik samlokalisering. I tillegg til klinisk drift skal divisjonen samtidig utvikle felles faglig grunnlag og kulturbygging før flytting. Dette vil kreve gode strategiske planer, medvirkning og involvering av alle ansatte på tvers av profesjoner. Ansatte kan oppleve usikkerhet knyttet til framtidig organisering og bytte av arbeidssted, og dette kan medføre at ansatte slutter. Relevante tiltak som adresserer dette må settes inn og det blir viktig å bruke resultater av spørreundersøkelsene for å målrette tiltakene. På tross av tiltak vedrørende informasjon til ansatte, vilkår ved endring av arbeidssted, gode strategiske planer og fokus på kulturbygging står divisjonen i risiko for at ansatte slutter.

7.1.4 Risiko og tiltak for perioden ved beslutning om null-pluss alternativet

Divisjon Psykisk helsevern har mange små og sårbare enheter hvor det er utfordringer når det gjelder å beholde personell. Dette gjelder også i sykehusstilbudet som i dag er fordelt mellom de to sykehusene Reinsvoll og Sanderud samt spredte enheter på Gjøvik og Lillehammer. Manglende faglig samling er spesielt utfordrende for de små fagmiljøene og kan utgjøre en risiko for at ansatte slutter. Dersom null-pluss alternativet blir vedtatt, må divisjonen starte et omfattende arbeid med å se på ulike muligheter for en framtidig mer hensiktsmessig og robust organisering. Det ligger i framskrivningene for psykisk helsevern og rus et behov for utvidet kapasitet og endret sammensetning i kapasitet på sykehusplasser. Dette er svært krevende innenfor eksisterende bygningsmasse. Divisjonen må starte et arbeid med å legge en plan og finne løsninger innenfor eksisterende bygningsmasse. Usikkerhet rundt framtidig organisering kan

medføre at ansatte slutter. En risiko i null-pluss alternativet er at omfattende investeringer i deler av somatikken, medfører at det blir vanskelig å få til nødvendige prioriteringer i psykisk helsevern investeringsmessig på blant annet endringer i bygg. Divisjonen må utarbeide en fasespesifikk plan for organisering av funksjoner og tjenestetilbud. I den prosessen blir medvirkning og involvering av ansatte viktig.

Se vedlegg 2.1 Divisjon Psykisk helsevern for mer informasjon om vurdering av risiko og mulig tiltak i divisjonen.

7.2 Divisjon Gjøvik-Lillehammer

7.2.1 Beskrivelse av divisjonen

Divisjon Gjøvik-Lillehammer består av 13 avdelinger innen somatikk og bildediagnostikk og er den største somatiske divisjonen i Innlandet med om lag 2 050 ansatte. Med ansvaret for et opptaksområde på cirka 200 000 innbyggere utfører divisjonen i overkant av 200 000 pasientbehandlinger i året.

Det er tre avdelinger (Kreftavdeling og senter for lindrende behandling. Bildediagnostikk og Nevrologi) som er etablert på tvers av geografi. Divisjonen har en barne- og ungdomsavdelingen, en ØNH avdeling og to fødetilbud (fødeavdeling på Gjøvik og Kvinneklinikk på Lillehammer). Øvrige tilbud (akuttmedisin, kirurgi, medisin) er likt på de to sykehusene. Divisjonen ivaretar følgende områdefunksjoner: hematologi, stråleterapi, nevrologi og fedmekirurgi og har ansvaret for det faglige innholdet på Nord Gudbrandsdal LMS, Valdres LMS og Spesialisthelsesenteret på Hadeland.

7.2.2 Risiko og tiltak i perioden uavhengig av struktur

Divisjon Gjøvik-Lillehammer mener at den største risikoen i uendret struktur er å miste ansatte på grunn av nye utsettelse og mangel på beslutning om fremtidig sykehusstruktur. En videreføring av dagens struktur vil ikke gi faglig eller økonomisk bærekraft på verken kort eller lang sikt, uten at det tilføres investeringsmidler til oppgradering av bygg, nye teknologiske løsninger og nytt fremtidsrettet medisinsk teknisk utstyr. Det er høy risiko for at ansatte ikke ønsker å fortsette å arbeide innen små og sårbare fagområder med få spesialister og i enheter med høy vaktbelastning. Dagens vaktbelastning i enkelte fagmiljø gir utfordringer med å beholde ansatte. Det er behov for samling av fagmiljøer og videreutvikle fagområder, bedre teknologiske løsninger og nytt fremtidsrettet medisinsk teknisk utstyr. Utfordringene i dagens struktur sliter i stor grad både på ansatte og ledere i divisjonen. Uhensiktsmessige arealer og bygg gir utfordringer med logistikk og effektive pasientforløp. Mangel på enerom på sengeposter og fasiliteter i akuttmottak er en utfordring som gir høy arbeidsbelastning da ansatte bruker mye tid på å finne løsninger. En videreføring av dagens struktur innebærer behov for betydelige omstillinger i divisjonen.

7.2.3 Risiko og tiltak i perioden ved beslutning om Mjøssykehus alternativet

Divisjon Gjøvik-Lillehammer mener at det samlet sett er minst risiko for å miste ansatte i beslutningen om et nytt Mjøssykehus. Dette er forankret i høringsinnspill fra fagmiljø, ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten. En slik beslutning forventes å gi de ansatte stor motivasjon om en fremtidig samling av det som i dag er små, sårbare fagmiljøer. Ansatte

er tydelige i sitt ønske om være en del av et samlet fagmiljø, med mulighet for faglig utvikling og det å kunne bidra til stadig mer avansert pasientbehandling. En beslutning om bygging av Mjøssykehuset vil gi de ansatte motivasjon til å holde på dagens arbeidssituasjon frem til et nytt sykehus står klart. Det er viktig at alle ansatte gis mulighet til å arbeide der selv om det skal opprettholdes tilbud for deler eller hele tilbud andre steder enn i Mjøssykehuset.

En reduksjon i vaktbelastning og opplevd arbeidsbelastning, med mer hensiktsmessige sykehusbygg vil oppleves positivt og gi større muligheter for å beholde ansatte. Vaktbelastningen oppleves krevende for mange av våre ansatte, og skal vi beholde denne kompetansen i fremtiden må arbeidsbelastningen reduseres og arbeidstider bli mer tilrettelagt for å kunne kombineres med familie og fritid. Skal vi beholde medarbeidere og kompetanse for å ivareta fremtidens behov er det av vesentlig betydning at vi endrer måten vi drifter på i dag. Dette fordrer bedre tilrettelagte bygg, bedre muligheter til forskning og utdanning av helsepersonell, bedre teknologiske løsninger og nytt fremtidsrettet medisinsk-teknisk utstyr.

7.2.4 Risiko og tiltak i perioden ved beslutning om null pluss-alternativet

Divisjon Gjøvik-Lillehammer knytter stor bekymring til å beholde ansatte i null-pluss alternativet. Dette vil ikke svare opp målbildet til Sykehuset Innlandet, da dette alternativet vil være en mer eller mindre videreføring av dagens struktur og utfordringer. Null-pluss vil ikke gi faglig eller økonomisk bærekraft på verken kort eller lang sikt for divisjonen. Dette gir høy risiko for at ansatte slutter innenfor små og sårbare fagområder med få spesialister, og i enheter med høy vaktbelastning. Det vil fortsatt være stor arbeidsbelastning på ansatte og ledere da det er vanskelig å finne løsninger på utfordringene uten betydelige omstillinger. Null-pluss vil innebære betydelige omstillinger for samling av fagmiljøer og fagutvikling, reduksjon av høy vaktbelastning og arbeidsbelastning. Behovet for kompetanse vil fremdeles være stort og spesialisthelsetjenesten i Innlandet vil få en uløst utfordring med å imøtekomme kompetanse – og helsepersonellbehovet.

I null-pluss alternativet vil det fremdeles være uhensiktsmessige arealer og bygg som gir utfordringer med logistikk og effektive pasientforløp. Mangel på enerom på sengeposter, fasiliteter i akuttmottakene, uhensiktsmessige poliklinikkarealer mm vil være en utfordring for alle andre steder enn der det etableres nybygg. Dette vil gi uønsket variasjon i opplevd arbeidsvilkår og arbeidsbelastning, og vil kunne gi uønsket variasjon i pasienttilbudet i Innlandet. Risikoen for at ansatte slutter er stor da de vil søke seg til større fagmiljø og bedre arbeidsvilkår andre steder. I null-pluss alternativet er det færre ansatte som blir direkte berørt av omstilling med etablering av nybygg på Hamar enn i Mjøssykehus alternativet. Det er likevel en betydelig risiko for å miste ansatte som følge av påfølgende behov for omstilling i divisjon Gjøvik- Lillehammer som en direkte konsekvens av valg om null-pluss. Det vil oppleves som krevende at ansatte i divisjonen skal bidra til effektivisering av drift for å finansiere et nybygg de ikke vil oppleve nytten av. Eget arbeidssted vil sannsynligvis bli nedprioritert når det gjelder bygningsmessige oppgraderinger, nye teknologiske løsninger og nytt fremtidsrettet medisinsk teknisk utstyr.

Når det gjelder risikoreduserende tiltak har divisjonen over tid arbeidet med å rekruttere og beholde medarbeidere. Det er iverksatt en rekke tiltak som skal videreføres og det er utarbeidet nye tiltak. Tiltakene er innen syv hovedområder, og vil kunne ha effekt innen alle alternativene, men i ulik grad. Tiltakene er innen: Ledelse, organisering, kommunikasjon og informasjon, kompetanse, styrke psykososialt arbeidsmiljø, styrke arbeidsvilkår og prioriteringer i foretakets økonomiske rammer. Tiltakene er rettet mot utvikling av ledelse, lederrollen og ledergrupper. Det er skissert en rekke tiltak innen kommunikasjon og informasjon i relevante fora. Det er beskrevet konkrete tiltak for å redusere arbeidsbelastning gjennom arbeidsflyt og oppgavedeling, samorganisering og samlokalisering av fagområder. For område kompetanse er det tiltak som kompetanseplaner, introduksjonsdager for nyansatte, fagdager, simulering og teamøvelser og utdanning av helsepersonell inkludert LIS. Innen forbedring av arbeidsmiljø er det konkrete tiltak for å bedre pasientlogistikk og arbeidsprosesser, arbeid med nærvær gjennom «Pakkeforløp medarbeider» og tiltak innen «utvikle felles kultur». Noen av tiltakene vil være krevende å gjennomføre, men det er en overvekt av tiltak som er iverksatt og som trenger videre oppfølging.

Se vedlegg 2.2 Divisjon Gjøvik-Lillehammer for mer informasjon om vurdering av risiko og mulig tiltak i divisjonen.

7.3 Divisjon Elverum-Hamar

7.3.1 Beskrivelse av divisjonen

Divisjon Elverum-Hamar har cirka 1640 ansatte, og behandler årlig om lag 200 000 pasienter. Divisjonen har områdefunksjon, som innebærer en samling av fagmiljøet for karkirurgi, urologi, robotkirurgi og mammae-endokrin kirurgi, på Hamar for hele Innlandets opptaksområde. Divisjonen har også områdefunksjon for nukleærmedisin og øye på Elverum, for hele Innlandet. Divisjonen har avdelinger i indremedisin, onkologi, akuttmedisin, ortopedi, gastrokirurgi, øre-nese-hals, bildediagnostikk, barn og ungdom, gynekologi og føde-barsel for opptaksområdet til Elverum-Hamar. Akuttmedisinsk avdeling og avdeling for bildediagnostikk er organisert som felles avdelinger på tvers av geografi og har samarbeid om legebemanning. Det er også felles vaktordning for LIS i bildediagnostikk. Godt samarbeid om drift og utvikling som ett felles akutt sykehus med to hus har utviklet seg stegvis over de siste 25 årene, siden vedtaket i fylkestinget i 1996, der det ble besluttet at sykehusene i Elverum og Hamar skulle organiseres som én felles enhet (sak 96/0002).

7.3.2 Risiko og tiltak i perioden uavhengig av struktur

Divisjonen har identifisert følgende som de viktigste risikoene knyttet til å beholde ansatte i perioden fra beslutning til byggestart, uavhengig av struktur:

- Manglende legitimitet for beslutning (kombinasjon Moelv-Lillehammer-Elverum) og lav tiltro til prosessen for ny sykehusstruktur.
- Høy arbeidsbelastning.
- Bekymring for store organisatoriske endringer i mellomperioden med manglende helhetlig stedlig ledelse.

- Ulikheter i lønn, forutsetninger og goder forsterker turnoverintensjonen i mellomperioden.

Divisjonen identifiserte følgende tiltak:

- Divisjon Elverum-Hamar deltar i styringsgruppen med en representant.
- Forankret medvirknings- og kommunikasjonsplan.
- Oppgavedeling, bibehold av medarbeidere, adekvat bemanning og tilstrekkelige støttefunksjoner.
- Sikre helhetlig stedlig ledelse og lederutvikling.
- Fremtidige endringer tuftet på økonomisk gevinst og reelle behov i klinikken.
- Konkurransedyktige lønns- og arbeidsvilkår.

7.3.3 Risiko og tiltak i perioden ved beslutning om Mjøssykehus alternativet

Divisjonens vurdering av de viktigste risikoene knyttet til å beholde ansatte i perioden fra beslutning til byggestart i Mjøssykehus alternativet, ligger tett opp til funnene i samfunnsanalysene fra COWI og Vista Analyse (2020) og Asplan Viak (2022), samt sluttundersøkelsen:

- Bekymring for store omstillinger kan medføre at ansatte slutter. Den omfattende omstillingen omfatter over 4000 ansatte, som må skifte arbeidssted til Moelv.
- Bekymring for framtidig pendleravstand og ambulering, kombinert med balanse jobb-fritid, ubekvem arbeidstid og logistikk hjem-arbeid kan medføre at ansatte slutter.
- Tap av ansatte til privat virksomhet ved vedtak om nedleggelse av sykehuset i Hamar og bygging av sykehus i Moelv. I Sykehuset Innlandet er divisjon Elverum-Hamar allerede i dag den divisjonen, som mister flest arbeidstakere til private helsetilbydere og bemanningsbyråer.
- Manglende legitimitet for beslutningen om Mjøssykehusmodellen (Lillehammer-Moelv-Elverum). En modell med liten forankring i en så stor del av virksomheten, kan få den konsekvens at ansatte i mellomperioden velger å søke seg til andre arbeidsgivere i andre helseforetak, i det private eller i kommunehelsetjenesten.
- Usikkerhet og bekymringer for ytterligere endringer i modellen i steg 2 av konseptfasen. Det er bekymring i divisjonen for ytterligere nedskalering av Mjøssykehuset og trinnvis utbygging, som vil kunne medføre at effekten egentlig i stor grad er nedleggelse av Hamar sykehus med flytting av Hamar til Moelv, mens det også bibeholdes aktivitet på sykehuset i Gjøvik (stråleenheten og kreftpoliklinikk), i tillegg til det store akutt sykehuset på Lillehammer. Det er bekymring for at resultatet etter steg 2, er at pasientene i Hamar - og Elverums- området i realiteten får et fragmentert eller svekket tilbud, sammenlignet med dagens struktur. Dette kan forsterke turnoverintensjonen i mellomperioden ytterligere.

Divisjonen har identifisert følgende tiltak:

- Tydelig, trygg og forutsigbar, helhetlig stedlig ledelse kombinert med et omstillingsprogram.

- Tidlig og god informasjon om grad av ambulering, arbeidstidsordninger og forutsigbarhet i arbeidssted/arbeidstid. Informasjon om reise i arbeidstid og økonomisk kompensasjon for reisevirksomhet. Ikke ambulering eller frivillig bestemt i steg 2.
- Tidlig informasjon om tiltak som iverksettes ved flytting (parkering, arbeidstider tilpasses, overnattingsmuligheter).
- Konkurransedyktige lønns- og arbeidsvilkår.
- Lokalisering av Mjøssykehuset revurderes.
- Divisjon Elverum-Hamar deltar i prosjektgruppen og styringsgruppen med en representant.

7.3.4 Risiko og tiltak ved beslutning om null-pluss alternativet

Divisjon Elverum-Hamar har konkludert med at det er lavere risiko for at ansatte slutter ved vedtak om et null-pluss alternativ. Divisjonens vurdering av de viktigste risikoene knyttet til å bibeholde ansatte i perioden fra beslutning til byggestart i null-pluss alternativet:

- Forskjell i attraktivitet mellom sykehusene i Elverum og Hamar.
- Bekymring for manglende evne til å behandle hele pasienten på ett sted.
- Tap av kompetanse i den mest spesialiserte virksomheten.

Divisjonen har identifisert følgende tiltak:

- Egen handlingsplan for Elverum-Hamar iverksettes med beskrivelse av fagutvikling, kursvirksomhet, satsing på faget lokalt inntil flytting for å beholde personell.
- Utrede null-pluss fullt ut for helheten i Innlandet og videreutvikle konseptet i steg 2.
- Fokus på fagutvikling, forskning, teknologi og utstyr. Se muligheter i den vedtatte modellen.

Risikovurderingen i divisjonen ligger tett opp til funnene i samfunnsanalysene fra COWI AS og Vista Analyse (2020) og Asplan Viak (2022), samt sluttundersøkelsen. Høy arbeidsbelastning og bekymring for mindre bemanning gjennom effektivisering, er hovedutfordringer i dag og framover. En omfattende omstilling i Mjøssykehusmodellen, som omfatter over 4000 ansatte vil, på toppen av dette, utgjøre en alvorlig risiko og kreve svært omfattende tiltak og med usikker effekt. Faktorer som reisevei og ambulering, konkurranse om arbeidskraft fra private tilbydere og andre helseforetak, sammen med manglende legitimitet for Mjøssykehusmodellen, vil forsterke utfordringene ytterligere. Vedrørende oppgaven i tilleggsoppdraget er divisjonens konklusjon at det er lavere risiko for at ansatte slutter ved et null-pluss alternativ, som berører 1000 ansatte hvorav 700 omstilles internt innenfor Hamar. Et vedtak om null-pluss, som innebærer en videreføring av dagens desentraliserte sykehusstruktur, kan etter vår vurdering være retningsgivende for hele foretaket, dersom null-pluss utredes fullt ut for helheten i Innlandet.

Se vedlegg 2.3 Divisjon Elverum-Hamar for mer informasjon om vurdering av risiko og mulig tiltak i divisjonen.

7.4 Divisjon Eiendom og intern service

7.4.1 Beskrivelse av divisjonen

Divisjon Eiendom og intern service forvalter helseforetakets eide og leide eiendommer og leverer service- og støttetjenester til de kliniske divisjonene innenfor renhold og tekstil, matforsyning, forsyning og transport, servicetorg, innkjøp og kontrakt, eiendomsforvaltning, eiendomsdrift og utvikling. Divisjonen har om lag 640 ansatte fordelt rundt på de fleste lokasjonene i Sykehuset Innlandet.

Divisjon Eiendom og internservice har vært organisert med tversgående faglig ledelse innenfor hvert tjenestoområde siden 2004. Faglig samordning og standardisering har vært godt etablert i mange år, og ledere og medarbeidere vil derfor kunne ha et annet perspektiv på framtidig strukturvalg enn de kliniske divisjonene – hvor geografisk tilhørighet kan bety mer enn samling av fag og funksjoner. Generelt vil en videreføring av dagens situasjon eller et null-pluss alternativ representere en slags «status quo» for de fleste ledere og medarbeidere i divisjonen.

Det er identifisert sju risikomomenter i hvert av alternativene. Ingen momenter er vurdert med høy risiko, og det er kun risikomomenter hvor det planlegges med tiltak som er beskrevet. Tidsperspektivet, fra beslutning til byggestart som vurderingene er gjort i forhold til, kan være en forklaring på at sannsynligheten for at risikoene inntreffer er lav for de alle fleste risikomomentene. Det er en generell vurdering at flere risikomomenter i divisjonen først vil inntreffe når tidspunktet for flytting inn i en ny struktur nærmer seg.

7.4.2 Risiko og tiltak i perioden uavhengig av struktur

Dette alternativet er i realiteten en videreføring av dagens situasjon. Mange medarbeidere vil oppleve det som en god løsning ettersom alternativet ikke medfører store endringer i arbeidssituasjonen for den enkelte.

Det første risikomomentet hvor det planlegges tiltak henger sammen med manglende beslutning om framtidig sykehusstruktur. Dette sliter på ledere og til en viss grad på medarbeidere for øvrig, og bidrar til usikkerhet. Mye negativ medieomtale i kjølevannet av usikkerheten rundt retningsvalget vil kunne påvirke arbeidsmiljøet og motivasjonen for å jobbe i organisasjonen. Tiltak som planlegges for å motvirke noe av dette, er intern omdømmebygging, formidling av faktabasert informasjon og fremme de gode historiene om alt det gode arbeidet som foregår i divisjonen og i helseforetaket.

Det andre risikomomentet er at 20 prosent av divisjonens ansatte er over 60 år og kan velge å gå av med AFP. Dette kan medføre tap av mye erfaring og viktig kompetanse, i tillegg til at det er en økonomisk utfordring. Tiltak som planlegges er god dialog med ansatte i målgruppen rundt pensjonsavgang, og ulike seniortiltak som målrettet bruk av virkemidler for å stå lenger i jobb og avtaler om pensjonistavlønning.

7.4.3 Risiko og tiltak ved beslutning om Mjøssykehus alternativet

Dette alternativet har størst konsekvens for ledere og medarbeidere i divisjon Eiendom og internservice. Mange medarbeidere vil bli berørt og vil få nytt arbeidssted.

Det første risikomomentet hvor det planlegges tiltak henger sammen med de mange overordnede prosessene fram til byggestart som vil kunne virke uoversiktlige for ledere og medarbeidere i divisjonen, og som kan føre til en opplevelse av manglende forutsigbarhet og usikkerhet rundt videre rolle i organisasjonen. En viktig suksessfaktor blir å redusere denne usikkerheten og skape mest mulig forutsigbarhet. Tiltak som planlegges er etablering av gode arenaer for kommunikasjons- og informasjonsformidling, arrangere allmøter, utvikle lederne til å bli bedre kommunikatorer, åpenhet og medvirkning rundt alle prosesser – alt i tett dialog og samarbeid med divisjonens tillitsvalgte og vernetjenesten.

Det andre risikoområdet er usikkerhet knyttet til kompetansebehov og organisering i Mjøssykehuset. Tiltak som planlegges er kartlegging av framtidig kompetansebehov og gjennomføring av nødvendig kompetanseutvikling. Det vil også være viktig med tidlig avklaring av ny organisering for å skape forutsigbarhet.

7.4.4 Risiko og tiltak i perioden ved beslutning om null-pluss alternativet

Dette alternativet har mange likhetstrekk og risikomomenter som dagens situasjon. Alternativet vil i første omgang ikke berøre veldig mange ledere og medarbeidere i divisjonen.

Det første risikomomenter hvor det planlegges tiltak henger sammen med en bekymring for at den krevende økonomiske situasjonen i helseforetaket vedvarer og at det vil påvirke mulighetene for kunne gjennomføre nødvendig vedlikehold og investeringer. Tiltakene her vil være å bidra til god drift, og økt bevissthet og forståelse for god styring med økonomien blant ledere og medarbeidere.

Det andre risikoområdet er usikkerhet knyttet til kompetansebehov og organisering i erstatningssykehuset. Tiltakene her vil være de samme som under alternativet med Mjøssykehuset.

Se vedlegg 2.4 Divisjon Eiendom og internservice for mer informasjon om vurdering av risiko og mulig tiltak i divisjonen.

7.5 Divisjon Prehospitale tjenester

7.5.1 Beskrivelse av divisjonen

Divisjon Prehospitale tjenester har rundt 620 ansatte. Divisjonen består av fem avdelinger: AMK, Ambulanse, Luftambulans, Pasientreiser og Kompetanse-avdeling. Ambulanseavdelingen har årlig om lag 65 000 ambulansetransporter og kjører 4,26 millioner kilometer. Pasientreiser Innlandet betjener omkring 300 000 oppdrag i året. Antall 113-hendelser til AMK –Innlandet er rundt 48 000 i året. Kompetanseavdeling følger opp kompetansekrav knyttet til virksomheten og lærlinger og studenter i klinisk praksis, samt forskningsaktivitet gjennom doktorgrads- og masterprogrammer.

Luftambulansen på Dombås dekker luftambulansebehovet for fjellregionen i Innlandet og tilhørende områder.

7.5.2 Risiko og tiltak i perioden uavhengig av struktur

Divisjonen risikovurderer kun «uavhengig av struktur» da divisjonens utfordringer med å beholde personell er universelle og ikke vil påvirkes i særlig grad av valgt struktur.

Divisjonen har identifisert følgende risikoområder og tiltak:

- Risikomoment 1: Ulik avlønning for samme kompetanse mellom helseforetak og mellom divisjoner internt i eget foretak.
 - Tiltak: Konsekvent og lojal lønnspolitikk iht til kompetanse internt og eksternt
- Risikomoment 2: Høy arbeidsbelastning på grunn av oppdragsmengde/aktivitet
 - Tiltak: Begrense aktivitet eller økonomiske som harmoniserer med aktivitetsnivået
- Risikomoment 3: Stramme økonomiske rammer – ingen aktivitetsfinansiering
 - Tiltak: Begrense aktivitet eller økonomiske som harmoniserer med aktivitetsnivået
- Risikomoment 4: Faglig utvikling i distrikt
 - Tiltak: Rullerende turnusordninger mellom geografiske enheter

Se vedlegg 2.5 Divisjon Prehospitale tjenester for mer informasjon om vurdering av risiko og mulig tiltak i divisjonen.

7.6 Divisjon Tynset

7.6.1 Beskrivelse av divisjonen

Divisjon Tynset har rundt 280 ansatte og behandler årlig ca. 20 000 pasienter. Divisjonen er akuttstusykehus i Fjellregionen, og har et opptaksområde på ca. 25 000 innbyggere. Opptaksområdet inkluderer kommunene i Nord-Østerdalen, samt kommunene Holtålen og Røros i Helse Midt. Det medisinske tilbudet omfatter flere spesialiteter i indremedisin, kirurgi og ortopedi, samt jordmorstyrt fødestue. Sykehuset har også områdefunksjon for postbariatrisk plastikkirurgi. Bildediagnostikk består av konvensjonell røntgen, ultralyd, CT og MR. Det er et bredt tilbud innen klinisk-kjemisk virksomhet, inkludert blodbank.

Overlegene arbeider i en tilpasset arbeidstidsmodell som sikrer god rekruttering av erfarne spesialister med tilknytning til større eksterne fagmiljøer. I tillegg er det faglig samarbeid med øvrige divisjoner i Sykehuset Innlandet og St. Olavs Hospital.

7.6.2 Risiko og tiltak i perioden

Divisjon Tynset har risikovurdert hvordan beholde medarbeidere i perioden fra vedtak til byggestart. Divisjonen mener at for egen divisjon vil de ulike alternativene ikke bety vesentlige forskjeller med tanke på å beholde medarbeidere i denne perioden. Av denne grunn er det kun alternativet «Uavhengig av struktur» som er vurdert, og seks risikoområder er særlig aktuelle.

Endring av ledelsesstruktur i helseforetaket kan medføre tap av stedlig sykehusdirektør. Medarbeidere opplever usikkerhet vedrørende sykehusets framtid og utvikling dersom lokal sykehusdirektør ikke opprettholdes. Det blir viktig å sikre medvirkning og god kommunikasjon rundt prosesser som medfører endring av ledelsesstruktur samt skape forståelse gjennom kommunikasjon og samarbeid for særskilte behov knyttet til organisering og ledelse ved Tynset sykehus.

Foretakets økonomi har over tid vært svak, dette forhindrer mulighetene til investering i nødvendig utstyr og bygg. Medarbeidere påvirkes av at de ikke har tilgang til nytt og oppdatert medisinsk utstyr som er nødvendig for pasientbehandling, og usikker økonomi kan være en direkte årsak som påvirker medarbeideres holdning til jobben. Divisjonen må arbeide for å få økonomisk handlingsrom for investering i medisinsk teknisk utstyr og bygningsmasse. Medarbeiderne er opptatt av den økonomiske utviklingen og divisjonen må sørge for å formidle økonomiske resultater og utfordringer til medarbeidere på en forståelig måte.

Gjennom omstillingsprosessene i foretaket er det viktig å sikre et godt arbeidsmiljø lokalt. Godt samarbeid og det å bli sett i hverdagen er viktig. Arbeidsoppgaver og ressurser må samsvare. Divisjonen må jobbe for å gjøre arbeidsdagen og arbeidstiden mer forutsigbar og sikre et godt fellesskap på tvers av avdelinger, «vi-følelsen» er viktig for å lykkes med dette.

Uavhengig av strukturvalg er det naturlig at de kommende endringsprosessene vil ha fokus på potensialet i de store fagmiljøene i Mjøsområdet. Små og gode fagmiljøer må også utvikles for å møte bredden av pasienttilstander på en god måte. Det er videre viktig at det gis mulighet til å dra nytte av den enkelte medarbeiders spesialkompetanse og akseptere at tjenestetilbudet derfor vil være i endring. Dette er viktig for å beholde medarbeidere og gir faglig utvikling selv på små lokale sykehus. Divisjonen må fortsette å tilrettelegge for hospitering, videreutdanning, kurs og fagdager, på tvers av divisjoner og helseforetak.

Uavklart bredde på elektivt innhold ved sykehuset på Tynset kan føre til utfordringer knyttet til rekruttering og bibehold av legespesialister. Legespesialister ønsker å jobbe med sine fagområder i tillegg til den generelle beredskapen. Uavhengig av strukturvalg er det naturlig at de kommende endringsprosessene vil ha fokus på potensialet i de store fagmiljøene i Mjøsområdet. Divisjonen må tilpasse aktivitet og volum til aktuell kompetanse og besluttet funksjon på SI Tynset, sett i lys av behovet i SI. Kommunikasjon og samarbeid med fagmiljøene i resten av Sykehuset Innlandet er avgjørende for å sikre at total kapasitet benyttes hensiktsmessig. Arbeidstidsmodellen for overleger må bevares.

For å styrke tilliten mellom overordnet ledelse og medarbeidere er det viktig at fagmiljøer verdsettes og ses som en ressurs med utviklingsmuligheter. For fagmiljøene og utviklingen er det viktig med godt forankrede prosesser og at beslutningene gjennomføres. Divisjonen må ha bevissthet rundt omdømme, de langvarige prosessene er utmattende. Man må sikre gjennomføringsevnen og sørge for god kommunikasjon og dermed økt forståelse for endringer. Det er viktig å kommunisere og synliggjøre det arbeidet ledelsen gjør til alle medarbeidere, og ha fortsatt fokus på medvirkning i omstilling.

Se vedlegg 2.6 Divisjon Tynset for mer informasjon om vurdering av risiko og mulig tiltak i divisjonen.

7.7 Divisjon Habilitering og rehabilitering

7.7.1 Beskrivelse av divisjonen

Divisjon Habilitering og rehabilitering har cirka 270 ansatte og gjennomfører rundt 12 000 pasientkontakter årlig. Divisjonen har områdefunksjoner for habilitering og fysikalsk medisin og rehabilitering, og i tillegg regionfunksjoner innen fysikalsk medisin og rehabilitering.

Fagområdene er preget av mange ulike faggrupper og med fokus på tverrfaglig samarbeid. Divisjonen er avhengig av alle de ulike faggruppene og deres kompetanse for å kunne gi et godt og individtilpasset tilbud. Divisjonens enheter er fordelt på fem lokasjoner i kommunene Gausdal, Lillehammer, Gjøvik og Stange. Alle lokasjoner har bred tverrfaglig personalsammensetning med seks til åtte ulike faggrupper.

Divisjonen har døgnenheter på tre lokasjoner samt polikliniske virksomhet inkludert ambulant virksomhet fra alle lokasjoner. Flere av faggruppene er spesialiserte og få i antall på hvert sted.

7.7.2 Risiko og tiltak i perioden uavhengig av struktur

Sykehuset Innlandet har en uavklart retning for framtidig utvikling. Ansatte er slitne av å vente på avklaring og stadig nye faser hvor beslutninger blir gjenstand for nye prosesser og ytterligere utsettelse. Det oppstår en form for endringstretthet. Dette kan medføre at andre arbeidsgivere med mer avklart utviklingsretning blir interessante og risikoen øker for at for ansatte ønsker seg annen jobb.

Divisjonen er liten med få ansatte. Samtidig er god kvalitet i tilbudet avhengig av tett og bred tverrfaglighet med mange faggrupper rundt den enkelte pasient. Tilbudet er lokalisert på fem forskjellige lokasjoner og i egne hus i avstand fra annen virksomhet i Sykehuset Innlandet. Kontinuiteten henger i stor grad på enkeltpersoner i faggruppene. Dette innebærer små og sårbare fagmiljøer med risiko for vedvarende høyt sykefravær og økt arbeidsbelastning for de som er på jobb. Det blir vanskeligere å opprettholde god fagutvikling, noe som er viktig for at de ansatte trives på jobb og ønsker å bli værende.

Viktige tiltak vil være oppgavedeling mellom faggrupper for å avlaste kapasitetsutfordringer. Digitale løsninger bør utnyttes i enda større grad der dette er hensiktsmessig. Jevnlig og felles informasjon om endringsprosesser er sentralt for å fremme tilhørighet til virksomheten. Kompetanse og fagutvikling må prioriteres også innenfor stramme økonomiske rammer.

7.7.3 Risiko og tiltak i perioden ved beslutning om Mjøssykehus-alternativet

Mjøssykehuset vil være et godt svar på divisjonens utfordringer med å samle fagområdene til større og mer robuste fagmiljøer samt få nærhet til viktige samarbeidspartnere innen andre fagområder. Divisjonen har i mange år ønsket dette alternativet.

Mjøssykehuset innebærer store endringer for organisering samt flytting til nye lokaliteter. Det vil være utfordrende å være leder for endringsprosessene. Det vil være

risiko for at ledelsen ikke evner å lede prosessene på en god nok måte, og at ansatte derfor søker mot andre arbeidsforhold.

I slike store og lange endringsprosesser vil jevnlig informasjon være helt sentralt, både om status i pågående prosesser og om hvordan de ansatte skal ivaretas gjennom rettigheter og muligheter knyttet til endring og omstilling. Nødvendige endringer må planlegges godt og igangsettes i god tid før flytting, slik at de ansatte har blitt kjent med hverandre og har samarbeidet om nye rutiner og arbeidsmåter inn i det nye sykehuset.

7.7.4 Risiko og tiltak i perioden ved beslutning om null-pluss alternativet

Divisjon Habilitering og rehabilitering er i utgangspunktet ikke direkte berørt av endringene som ligger i null-pluss alternativet. Imidlertid øker utfordringene med små og sårbare fagmiljøer som er spredt på flere lokasjoner. Det vil bli nødvendig med endringer, men det er usikkert hva det vil innebære. Det skaper enda større usikkerhet og utrygghet å vite at endringer og omstillinger vil komme, men man vet ikke hva eller når eller hvor. Med betydelige investeringer andre steder i foretaket, vil bekymring øke knyttet til økonomisk handlingsrom for både bemanning, bygg og utstyr.

Med stort behov for og ønske om samling, kan det være lite motiverende å fortsette i små og spredte fagmiljøer uten gode vilkår for fagutvikling og samarbeid. Det øker risikoen for at ansatte ser til andre arbeidssteder hvor utviklingsretning er mer avklart i en ønsket retning.

Samling og samlokalisering av tilbud vil bli nødvendig selv om fysisk samling ikke blir gjennomført. Det betyr flytting til andre lokasjoner i en avstand som mange vurderer som uakseptabel for sin situasjon. God lederkompetanse og tilstrekkelig lederstøtte i prosessene vil være sentrale for å kunne gjennomføre endringene og omstillingene som må komme, slik at ansatte ivaretas på en god måte og velger å fortsette i jobben.

Se vedlegg 2.7 Divisjon Habilitering og rehabilitering informasjon om vurdering av risiko og mulig tiltak i divisjonen.

7.8 Divisjon Medisinsk service

7.8.1 Beskrivelse av divisjonen

Divisjon Medisinsk service har cirka 340 ansatte fordelt på tre avdelinger; avdeling for Blodbank og medisinsk biokjemi (ca. 210 ansatte), avdeling for medisinsk Mikrobiologi (ca. 65 ansatte) og avdeling for Patologi (ca. 65 ansatte). Avdeling for medisinsk Mikrobiologi og avdeling for Patologi er lokalisert på Lillehammer, mens avdeling for Blodbank og medisinsk biokjemi har laboratorievirksomhet med døgndrift 24/7- 365 dager i året på alle somatiske akutt sykehus – Elverum, Gjøvik, Hamar, Lillehammer og Tynset, i tillegg til dagtilbud på Reinsvoll og Sanderud psykiatriske sykehus.

7.8.2 Risiko og tiltak i perioden uavhengig av struktur

Den største risikoen for å miste ansatte, slik divisjonen ser det, er nye utsettelse og mangel på beslutning om ny sykehusstruktur. På flere av fagområdene i Avdeling for blodbank og medisinsk biokjemi er driften spredt på alle hus, noe som medfører små, sårbare og fragmenterte fagmiljø, og driften blir derfor svært krevende. Mange

vaktlinjer og små enheter blir ekstra sårbare for fravær. Et høyt sykefravær gir økt arbeidsbelastning, i tillegg til at god kompetanseutvikling også blir krevende. Det er nasjonal mangel på bioingeniører og legespesialister innen alle laboratoriefag. Stor arbeidsbelastning og høyt sykefravær preger seksjonene i Avdeling for blodbank og medisinsk biokjemi, og det er helt nødvendig med endringer for å sikre en mer robust drift. De andre laboratoriefagene, mikrobiologi og patologi, er samlet på Lillehammer. Dette er utfordrende, blant annet fordi det gir en uønsket variasjon i laboratorietilbud og svartid til pasienter internt i Sykehuset Innlandet.

Divisjonen har medarbeidere med høy gjennomsnittsalder for noen stillingsgrupper, spesielt ledere og legespesialister. Det vil være naturlig avgang i de nærmeste sju til ti årene og det forsterker utfordringene. Krevende driftssituasjon, opplevd stor arbeidsbelastning og stor usikkerhet vedrørende ny sykehusstruktur gjør at laboratoriene i noen grad kan oppleves som ikke attraktive arbeidsplasser.

Det jobbes allerede med tiltak i divisjonen. Disse er beskrevet i LGG og i virksomhetsplanene. Når det gjelder manglende beslutning og usikkerhet knyttet til ny sykehusstruktur, er det viktig med god informasjon til alle ansatte. Videre er det viktig at tilleggsoppdrag besvares innenfor tidsfrist, slik at vi gjør vårt for å unngå ytterligere forsinkelser.

Av andre viktige tiltak nevnes lederutvikling – god og tydelig ledelse, fokus på arbeidsmiljø og godt nærværarbeid, god oppfølging av sykmeldte og et godt fungerende trepartssamarbeid på alle enheter. Spørreundersøkelsen til alle ansatte mener vi er et viktig tiltak, i tillegg til medarbeiderundersøkelsen ForBedring. Oppgavedeling og arbeidsflyt er tiltak vi må jobbe mer med. Strategiske kompetanseplaner i alle avdelinger, innføring av Kompetanseportalen, internundervisning, god seniorpolitikk, god «on-boarding» av nye medarbeidere, gode arbeidsvilkår og konkurransedyktige betingelser, drift med overskudd for å sikre investeringsmidler (stort behov for MTU/IKT i divisjonen), godt samarbeid med HINN (om bioingeniørutdanningen), praksisveiledere i alle avdelinger, søknad om akkreditering for alle laboratoriefagene og god omdømmebygging er også gode tiltak det arbeides med.

7.8.3 Risiko og tiltak i perioden ved beslutning om Mjøssykehus-alternativet

Når det gjelder å beholde ansatte mener divisjonen at den største risikoen i dette alternativet er store endringer. Samtidig må vi gjennom store endringer, omstillinger og organisasjonsutvikling for å sikre en mer robust og god drift. Mjøssykehuset vil gi en mer robust drift med likeverdige laboratorietilbud, tettere og bedre samarbeid med klinikken og et bedre samarbeid mellom avdelinger i divisjonen (både Når det gjelder personell, utstyr/instrumenter og metoder).

En annen beskrevet risiko er usikkerhet om hva Mjøssykehuset innebærer. Viktige tiltak for å redusere usikkerhet er god informasjon og medvirkning, Omstillingsrutinene i foretaket bør oppdateres og god informasjon til alle ansatte blir viktig og nødvendig. Lederutvikling, god og tydelig ledelse med kompetanse i å lede omstillingsprosesser er gode tiltak med god gjennomførbarhet og høy effekt. Gode arbeidsvilkår og konkurransedyktige betingelser, gode muligheter for kompetanseutvikling, gode seniortiltak/livsfasepolitikk, styrket trepartssamarbeid i alle enheter og et kontinuerlig fokus på arbeidsmiljø og omdømmebygging blir viktig.

Momenter som nevnes er ansatte som ikke ønsker lengre reisevei og at byen Moelv er liten og lite egnet for å ta imot mange nye innbyggere/pendlere. Dette er mer bekymringer enn risikomomenter for å beholde ansatte i perioden fra vedtak til byggestart. Godt samarbeid med kommunen om blant annet god infrastruktur, gode muligheter for faglig utvikling, gode arbeidsvilkår, konkurransedyktige betingelser og gode seniortiltak/livsfasepolitikk kan være gode risikoreduserende tiltak.

7.8.4 Risiko og tiltak i perioden ved beslutning om null-pluss alternativet

Den største risikoen for å miste ansatte i dette alternativet mener divisjonen vil være små, sårbare og fragmenterte fagmiljø. I all hovedsak er null-pluss en videreføring av dagens struktur, med de utfordringene dette innebærer, som beskrevet i A), uavhengig av struktur. Det vil være behov for mye MTU og mange vaktlinjer. I en situasjon med mangel på bioingeniører og legespesialister vil dette være svært krevende.

Usikkerhet om hva null-pluss alternativet innebærer kan være en risiko for at ansatte velger å slutte.

Tiltak vil være tilsvarende som nevnt over; god informasjon om status for ny sykehusstruktur, medvirkning, oppdaterte omstillingsrutiner i foretaket med god informasjon ut til alle ansatte, organisasjonsutvikling, oppgavedeling, drift med overskudd for å sikre investeringsmidler, arbeidsflytprosesser, godt nærværarbeid, styrket trepartssamarbeid i alle enheter, gode arbeidsvilkår og konkurransedyktige betingelser, gode muligheter for kompetanseutvikling, gode seniortiltak/livsfasepolitikk, lederutvikling – god og tydelig ledelse med god kompetanse i å lede omstillingsprosesser, fokus på arbeidsmiljø og omdømmebygging.

Se vedlegg 2.8 Divisjon Medisinske service for informasjon om vurdering av risiko og mulig tiltak i divisjonen.

7.9 Stabsområde Helse

7.9.1 Beskrivelse

Stabsområde helse har seks avdelinger og mange rådgivere som arbeider med rene stabsoppgaver og bistand til klinikk. I tillegg ligger det flere funksjoner i stabsområdet hvor de ansatte har tilnærmet hele sitt virke i klinikk fordelt på alle sykehusene i foretaket. Dette gjelder i all hovedsak ansatte i seksjon Medisinsk teknisk, seksjon Behandlingshjelpemidler, enhet for smittevern, prester og medisinske fysikere. Deler av staben er derfor inkludert i kartleggingen.

7.9.2 Risiko og tiltak i perioden uavhengig av struktur

Usikkerhet og uforutsigbarhet i situasjonen med manglende beslutning, vurderes som den aller største risikoen for at ansatte slutter. Så lenge det ikke tas et retningsvalg, er det også vanskelig å gjennomføre nødvendige omstillinger for å møte framtidens utfordringer med en aldrende befolkning og utilstrekkelig tilgang på helsepersonell. Dette oppleves som beslutningsvegring og fører til betydelig svekket tillit til- og omdømme overfor ledelse og myndigheter. Motivasjonen til å arbeide med

forbedringsprosesser faller, og det er mindre fristende å bygge opp ny kompetanse. I perioden er det mindre vilje og evne til å iverksette vedlikehold og forbedringer av fysiske forhold på de sykehusene med uviss framtidig drift. Risikoen for at ansatte slutter, øker i takt med at beslutningen forskyves i tid.

De viktigste tiltakene vil være å bruke tid på de områdene hvor vi faktisk har et handlingsrom for endring og ledere må få muligheten til å bruke mer tid på å lede og mindre tid på operativ drift. I dette blir det viktig å styrke lederes evne til å håndtere omstillinger og endringer. Jevnlig informasjon til ansatte i ulike kanaler og avdelingsmøter vil bidra til mindre usikkerhet om prosesser og kan bidra til å oppdage muligheter for endring og utvikling.

7.9.3 Risiko og tiltak i perioden ved beslutning om Mjøssykehus alternativet

Høy arbeidsbelastning på grunn av medvirkningsarbeid vurderes som den største risikoen for at ansatte slutter etter en beslutning om Mjøssykehus-alternativet. I perioden fram til byggestart skal det foregå mye omstillingsarbeid parallelt med vanlig drift og utvikling. Risikoen øker hvis det ikke tilføres eller prioriteres ressurser. Den alvorligste konsekvensen av at ansatte slutter er negativt omdømme.

For å redusere risikoen må ledere bli flinkere til å prioritere og koordinere oppgaver, inkludert medvirkning. Gjennom samarbeid med de ulike avdelingene vil vi kunne oppnå større effekt enn hver avdeling for seg. Bistand til ledergruppeutvikling kan styrke denne evnen samt gjøre oss bedre til å stå i endringene vi skal gjennomføre.

To andre risikoområder med relativt høy sannsynlighet er usikkerhet om framtidig struktur når det gjelder rolle og oppgaver og manglende motivasjon hos de som har arbeidssted på sykehusene som skal avvikles. Det er samme konsekvens av at ansatte slutter, som for foregående risikoområde. Tiltakene for de to risikoområdene er omtrent sammenfallende. Oppdatert og jevnlig informasjon til ansatte og tid til refleksjon og diskusjon i avdelingsmøter kan ha god effekt. Kartlegging av ansattes behov i og frem mot omstilling og bruk av verktøy som ligger i livsfasepolitikk kan bidra til å beholde ansatte. I tillegg bør vi tilby utviklingsmuligheter gjennom individuelle kompetanseplaner. Gjennom å synliggjøre resultater og bygge stolthet kan vi øke anerkjennelsen av ansattes arbeid og bidra til «Vi i SI».

7.9.4 Risiko og tiltak i perioden ved beslutning om null pluss-alternativet

Risikoområdene i null pluss-alternativet er til dels sammenfallende med Mjøssykehus alternativet og for en del områder er det like høy sannsynlighet for at risikoen inntreffer. Konsekvensene vurderes likt. Forskjellen ligger i gjennomførbarhet og effekt av planlagte tiltak. Det vurderes at tiltakene generelt vil ha mindre effekt for null pluss-alternativet. Andre tiltak vurderes som nødvendige for å beholde medarbeidere.

Et nytt risikoområde er likegyldighet og resignasjon, som vil kunne prege arbeidsmiljøet og føre til manglende motivasjon. I tillegg til tiltakene for manglende motivasjon i alternativet over, vil det ha effekt at ledere opptrer løsningsorienterte og klarer å snu dette til noe positivt med mulighet for utvikling. For å lykkes må de ansatte få forklart bakgrunnen for valg av retning og prosesser bak politiske beslutninger samt fremheve løsningsorientering. Arbeidet vil gå lettere om ledere får økt kompetanse i endringsledelse og lederstøtte i omstillingsarbeid.

Se vedlegg 2.9 Stabsområde helse for informasjon om vurdering av risiko og mulig tiltak i divisjonen.

8. Avslutning

Denne rapporten besvarer deloppdrag 2 ved å belyse mulige risikoreducerende tiltak knyttet til bibehold av medarbeidere i fasen fram til byggestart.

Det er en beskrivelse av den kunnskap Sykehuset Innlandet har om dagens utfordringsbilde og metoder for å styrke denne innsikten ytterligere. Det er viktig å måle effekten av pågående tiltak for å identifisere nye målrettede tiltak. Videre er det presentert risikoreducerende tiltak som er sentrale i omstillings- og endringsprosesser.

Det er i løpet av kort tid gjennomført et omfattende arbeid som har inkludert ledere, tillitsvalgte og hovedverneombud på foretaks og divisjonsnivå. Gjennom dette arbeidet er det kommet fram ulike vinklinger og syn på hvilke risikoreducerende tiltak som må gjennomføres fra beslutning og til byggestart for å bibeholde ansatte.

Etableringen av Mjøssykehuset vil, som tidligere beskrevet, medføre at om lag 4000 personer må bytte arbeidssted ved avvikling av to somatiske sykehus og to psykiatriske sykehus, og vesentlige endringer i drift ved sykehusene i Elverum og Lillehammer. Det vil være en krevende omstillingsprosess grunnet antallet medarbeidere som berøres, økt reisevei og kompleksiteten i sammenslåingen. Som det fremgår av dokumentet vil tiltak som ledelsesutvikling, inngåelse av omstillingsavtale, god informasjon og medvirkning og systematisk organisasjonsutvikling i kombinasjon med tiltak for å møte utfordringene knyttet til bekymring for økt reisevei være avgjørende for å lykkes i perioden.

I null-pluss alternativet vil det, som tidligere beskrevet, være om lag 1000 ansatte som berøres, hvorav cirka 700 ansatte må flytte arbeidssted innad i Hamar-området og etablere nye rutiner i nytt bygg, mens om lag 300 ansatte vil også flytte arbeidssted mellom Elverum og Hamar. En beslutning om null-pluss innebærer ikke en helhetlig løsning for foretaket og derfor en mindre kompleks omstilling. Alternativet innebærer imidlertid at det vil være behov for videre utredninger for å sikre faglig bærekraft. Det er nødvendig for å kunne gjennomføre risikoreducerende tiltak i perioden for å redusere sårbarheten med små fagmiljøer og vaktbelastning, styrke bemanningen ved enheter med høy arbeidsbelastning og sikre innkjøp av nødvendig medisinsk utstyr, som er identifisert som noen de viktigste risikoområdene i perioden knyttet til bibehold av medarbeidere.

Sykehuset Innlandet har arbeidet med framtidig struktur gjennom mange år. Det er viktig å få en beslutning om framtidig struktur og retningsvalg, slik at organisasjonen kan arbeide videre med relevante tiltak for å beholde og rekruttere medarbeidere for å sikre økonomisk og faglig bærekraft.

Arbeidet med å beholde, utvikle og rekruttere medarbeidere er derfor framhevet som et strategisk satsningsområde for Sykehuset Innlandet, uavhengig av framtidig struktur – og det er allerede igangsatt flere tiltak. Det har de siste årene vært viktig å sikre en god innsikt i utfordringsbildet gjennom å gjennomføre kartlegginger samt å etablere gode måleinstrumenter. Dette vil, sammen med risikovurderingene fra divisjonene og

resultatet fra spørreundersøkelsen, forhåpentligvis legge forholdene til rette for det videre arbeidet med å måle effekt av eksisterende tiltak og etablere nye tiltak på en målrettet og kunnskapsbasert måte.

VEDLEGG:

1. Innspillsnotat for deloppdrag 2 og mal for risikovurdering
2. Vedlegg 2.1.-2.9. Divisjonenes risikovurderinger med tilhørende tiltak
 - Vedlegg 2.1. Divisjon Psykisk helsevern
 - Vedlegg 2.2. Divisjon Gjøvik-Lillehammer
 - Vedlegg 2.3. Divisjon Elverum-Hamar
 - Vedlegg 2.4. Divisjon Eiendom og intern service
 - Vedlegg 2.5. Divisjon Prehospitale tjenester
 - Vedlegg 2.6. Divisjon Tynset
 - Vedlegg 2.7. Divisjon Habilitering og rehabilitering
 - Vedlegg 2.8. Divisjon Medisinsk service
 - Vedlegg 2.9. Stabsområde Helse

LITTERATURLISTE:

Fazio, J., Gong, B., Sims, R. & Yurova, Y. (2017). *The role of affective commitment in the relationship between social support and turnover intention*. Management Decision.

Felps, W., Mitchell, T. R., Hekman, D. R., Lee, T. W., Holtom, B. C. & Harman, W. S. (2009). *Turnover contagion: How coworkers' job embeddedness and job search behaviors influence quitting*. Academy of management journal.

Griffeth, R. W., Hom, P. W. & Gaertner, S. (2000). *A meta-analysis of antecedents and correlates of employee turnover: Update, moderator tests, and research implications for the next millennium*. Journal of management.

Holtom, B. C. & Burch, T. C. (2016). *A model of turnover-based disruption in customer services*. Human Resource Management Review.

Jackofsky, E. F., Ferris, K. R. and Breckenridge, B. G. 1986. *Evidence for a curvilinear relationship between job performance and turnover*. Journal of Management.

Kuvaas, B. & Dysvik, A. (2016). *Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser: evidensbasert HRM* (3. utg.). Fagbokforlaget.

Lee, T.W., Mitchell, T.R., Holtom, B.C., McDaneil, L.S. og Hill, J.W. *The Unfolding Model of Voluntary Turnover: A Replication and Extension*. 1999. Academy of Management Journal.

Madden, L., Mathias, B. D. & Madden, T. M. (2015). *In good company: The impact of perceived organizational support and positive relationships at work on turnover intentions*. Management Research Review.