

Sykehuset Innlandet HF
Styremøte 27.02.2025

SAK 015 - 2025

**ENDRET LEDELSES- OG ORGANISASJONSMODELL FOR DE SOMATISKE
DIVISJONENE I SYKEHUSET INNLANDET**

Forslag til vedtak

1. Styret vedtar at ledelses- og organisasjonsmodellen for divisjon Gjøvik-Lillehammer og divisjon Elverum-Hamar på nivå to endres til fagorganisering på vei mot ny struktur.
2. Styret vedtar at organisasjonsendringen også skal omfatte divisjon Habilitering og rehabilitering og divisjon Medisinsk service.
3. Styret støtter at implementering av fagorganisering av divisjon Gjøvik-Lillehammer og divisjon Elverum-Hamar gjennomføres senest september 2026 eller tidligere dersom det underveis i planleggingen vurderes som formålstjenlig.
4. Styret støtter at tidspunkt for når endringen skal gjennomføres i divisjon Habilitering og rehabilitering og divisjon Medisinsk service avklares nærmere.
5. Styret støtter at divisjon Tynset videreføres foreløpig. Det gjøres en fornyet vurdering ett år etter implementering av fagorganiseringen.
6. Administrerende direktør vil framlegge endelig modell for styret juni 2025.
7. Styret vil senest i styremøte i juni 2025 få fremlagt en orienteringssak om videre fremdriftsplan for prosessen.
8. Styret vektlegger at det legges til rette for god medvirkning i tråd med de 12 prinsipper for medvirkning og Hovedavtalens bestemmelser.

Brumunddal 20. februar 2025

Alice Beathe Andersgaard
administrerende direktør

SAKSFRAMSTILLING

Bakgrunn

I styresak 005-2019 «Målbilde for videreutvikling av Sykehuset Innlandet», vedtok styret i Helse Sør Øst RHF i punkt 6:

«Styret forutsetter at Sykehuset Innlandet HF etablerer bærekraft på helseforetaksnivå. Dette vil være avgjørende for den videre utviklingen av helseforetaket. Fagområder og funksjoner som kan og bør samles, skal, så langt det er mulig, samles i forkant av en framtidig innflytting i et nytt bygg. Den regionale omstillingsavtalen legges til grunn for de endringer som Sykehuset Innlandet vil gjennomføre.»

I teksten i foretaksprotokollen i foretaksmøte med Helse Sør-Øst 8. mars 2019, ble dette gjentatt.

Tilsvarende vedtok styret i Sykehuset Innlandet i styresak 042-2021 om videreutvikling av Sykehuset Innlandet og konkretisering av framtidig målbilde:

«Styret ber administrerende direktør følge opp vedtaket om at fagområder og funksjoner som kan og bør samles, så langt det er mulig, samles i forkant av en framtidig innflytting i et nytt bygg.»

Økonomisk langtidsplan 2025-2028 viser at Sykehuset Innlandet står i en krevende økonomisk situasjon, både nå og i årene framover. Det er behov for å gjøre tiltak på tvers av de somatiske divisjonene, gjennom økt samarbeid og større omstillinger, i kombinasjon med å fortsette arbeidet med å utvikle driften innad på hvert av sykehusene.

Organisering er et virkemiddel for å nå fastsatte mål. Sykehuset Innlandet har, som det framgår av virksomhetsstrategien, som mål for planperioden 2025 til 2028 å etablere framtidsrettet organisering i interimperioden. Ledelses- og organisasjonsmodellen må legge til rette for en bærekraftig faglig og økonomisk drift og utvikling mot framtidig sykehusstruktur.

Alle modeller innehar både fordeler og ulemper. På bakgrunn av utfordringsbildet, ble det våren 2024 besluttet å gjennomføre en utredning av fordeler og ulemper ved dagens ledelses- og organisasjonsmodell sammenlignet med fagorganisering, opp mot fastsatte vurderingskriterier.

Rapporten «Ledelses- og organisasjonsmodell for de somatiske divisjonene» ble overlevert 9. desember 2024 og ble forelagt for styret i sak 005-2025 «Vurdering av endret ledelses- og organisasjonsmodell for de somatiske divisjonene i Sykehuset Innlandet». Rapporten gir innsikt i de forhold som må vurderes for å kunne ta stilling til en overgang til fagorganisering i interimperioden.

Formålet med denne saken er å redegjøre for:

- Hvilke vurderinger som legges til grunn for å endre ledelses- og organisasjonsmodell til fagorganisering
- Tidspunkt for implementering med tilhørende risikovurderinger

I saksframstillingen blir hovedelementene i rapporten gjengitt.

Saksframstilling

Oppdrag og medvirkning

Rapporten «Ledelses- og organisasjonsmodell for de somatiske divisjonene» belyser følgende punkter:

- Fordeler og ulemper ved dagens ledelses- og organisasjonsmodell sammenlignet med fagorganisering opp mot fastsatte vurderingskriterier
- Alternative tiltak til fagorganisering, herunder endret organisering av stabene

«Alternative tiltak» innebærer andre endringer enn fagorganisering av somatikken.

Dagens organisering og fagorganisering, samt effekten av tiltak i dagens organisering, vurderes opp mot følgende vurderingskriterier:

- Redusere sårbarhet som følge av mangel på tilgang til kvalifisert personell
- Frigjøre midler til investering gjennom å redusere driftskostnader og/eller øke inntekter
- Øke implementering og gjennomføringskraft til å gjennomføre nødvendige omstillinger mellom de somatiske divisjonene
- Legge til rette for å utvikle organisasjonen mot ny struktur i tråd med det framtidige målbildet

Vurderingskriteriene er fastsatt på bakgrunn av utfordringsbildet som er beskrevet i virksomhetsstrategien og økonomisk langtidsplan.

For å sikre et godt beslutningsgrunnlag gjennom god medvirkning, ble det nedsatt en arbeidsgruppe, ledet av HR-direktør Cecilie Dobloug Nyland. Arbeidsgruppen har bestått av:

- Kari Mette Vika, divisjonsdirektør divisjon Gjøvik-Lillehammer
- Trine Fleischer Eng, divisjonsdirektør divisjon Elverum-Hamar
- Oddbjørn Øien, divisjonsdirektør divisjon Tynset
- Ellen Pettersen, direktør Medisin og helsefag
- Ole Andreas Skogsrud Haukåsen, HR-sjef divisjon Elverum-Hamar
- Øystein Høisveen, HR-sjef divisjon Gjøvik-Lillehammer
- Trond Viberg, divisjonscontroller divisjon Gjøvik-Lillehammer
- Rita Hafnor, divisjonscontroller divisjon Elverum-Hamar
- Tone Kristine Amundgaard, foretakstillitsvalgt (NSF)
- Stein Helge Tingvoll, foretakstillitsvalgt (Dnlf)
- Elin Seierstad, foretakshovedverneombud

HR-sjef divisjon Tynset Morten B. Often og rådgiver HR Bente Solbakk har vært prosessstøtte i utredningsarbeidet.

Deltakerne i arbeidsgruppa har hatt som oppdrag å gi innspill til mandatet, gi råd i gjennomføringen av prosessen, herunder identifisere risikoområder, og delta i utarbeidelsen av rapporten.

Det har vært gjennomført to heldagssamlinger og én halvdagssamling for samtlige nivå 3-ledere fra divisjon Elverum-Hamar, divisjon Gjøvik-Lillehammer, divisjon Tynset og Medisin og helsefag, samt foretakstillitsvalgt for Den norske legeforening (Dnlf), Norsk sykepleierforbund (NSF) og foretaksverneombud (FHVO). På samlingene har deltakerne i gruppearbeid og plenum gitt innspill på modell, vurdert fordeler og ulemper ved dagens modell og fagorganisering, samt alternative tiltak i dagens organisering.

Fordelene, ulempene og tiltak som er beskrevet i rapporten, oppsummerer synspunkter som har framkommet i samlinger med avdelingssjefene. Mellom samlingene er det gjennomført møter med arbeidsgruppen for å drøfte videre tilnærming og framdrift i utredningsarbeidet. Foretakstillitsvalgte er jevnlig blitt orienterte om status i arbeidet i ordinært kontaktmøte med ledelsen.

Oppdraget har vært å belyse fordeler og ulemper ved ulike organisasjonsformer. Rapporten gir derfor ingen anbefaling. Rapporten har vært ute på høring til deltakerne i prosessen fra 9. til 23. desember 2024.

Beskrivelse av mulig modell for fagorganisering

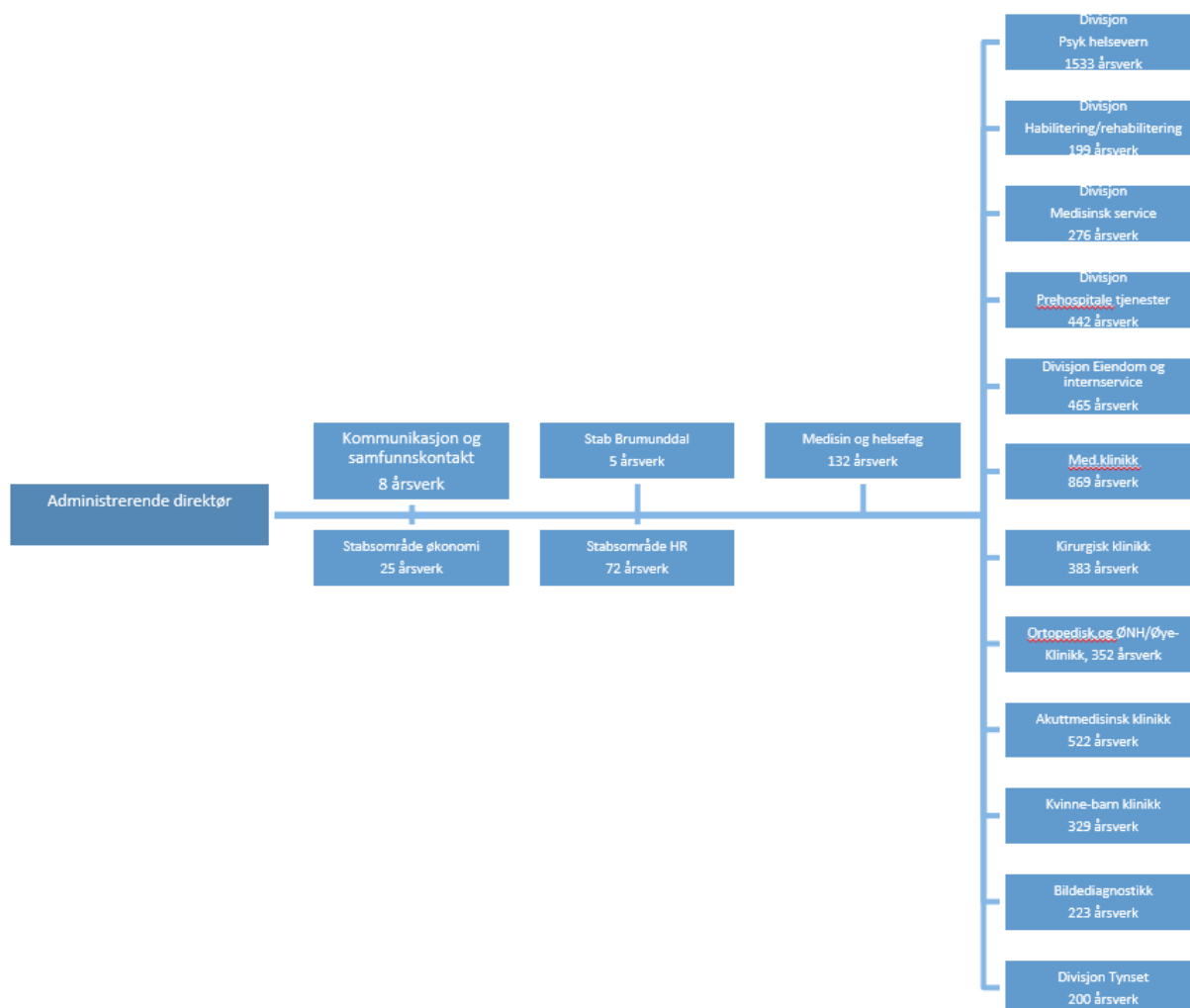
Sykehuset Innlandet var fagorganisert fra 2004 til 2006. Da ble de somatiske fagene i Sykehuset Innlandet organisert etter geografi. I dagens ledelses- og organisasjonsmodell for Sykehuset Innlandet er divisjon Psykisk helsevern, divisjon Habilitering og rehabilitering, divisjon Medisinsk service, divisjon Prehospitale tjenester og divisjon Eiendom og internservice fagorganisert. Divisjon Elverum-Hamar og divisjon Gjøvik-Lillehammer er organisert på geografi, men er fagorganisert innad i divisjonene. Det innebærer eksempelvis at nivå tre leder for indremedisin i divisjon Gjøvik-Lillehammer er ansvarlig for driften både på Gjøvik og Lillehammer.

Det er i prosessen utarbeidet en overordnet modell for fagorganisering av de to store somatiske divisjonene i interimperioden. Modellen er utarbeidet på bakgrunn av tidligere erfaringer med fagorganisering, kjennskap til organisering ved andre foretak og utkast til modell for fagorganisering i framtidig struktur («C3-modellen»).

Den foreløpige modellen for fagorganisering tar utgangspunkt i syv klinikker:

- Medisinsk klinikk (inklusive kreft, stråle, palliasjon og nevrologi)
- Kirurgisk klinikk
- Ortopedisk, øre/nese/hals og øyeklinikk
- Akuttmedisinsk klinikk (inklusive mottak, intensiv og anestesi)
- Kvinne-barn-klinikk
- Bildediagnostikk
- Divisjon Tynset

I figur under vises en foreløpig modell for fagorganiseringen.



Ved en eventuell beslutning om fagorganisering vil det være behov for å arbeide videre med denne modellen.

Det vil, ved en overgang til en fagorganisering, være naturlig å vurdere behovet for å etablere funksjonen «huskoordinator». Koordinatorrollen vil ha som primær oppgave å koordinere driften innad på hvert av de geografiske sykehusene. Hvordan en eventuell rolle som «huskoordinator» bør utformes må vurderes nærmere etter en beslutning om fagorganisering.

Som det framgår av rapporten, har det kommet flere innspill til modellen, klinikkenes størrelse, fagsammensetning og fordeling av stabsressurser. Disse innspillene må vurderes nærmere ved en overgang til fagorganisering.

De to somatiske divisjonene Habilitering og Rehabilitering og divisjon Medisinsk service er i dag fagorganisert. Som ledd i en endring av organisasjons- og ledelsesmodell, bør disse divisjonene inkluderes. Det samme vil gjelde for stabene og stabsfunksjonene.

Det kan på sikt være naturlig å innlemme divisjon Prehospitale tjenester i modellen, slik det er beskrevet i utkast til modell for ledelses- og organisasjonsmodell i framtidig sykehusstruktur.

Som det framgår av modellen, er ikke Tynset innlemmet. Bakgrunnen for valget er omtalt senere i dokumentet. Det må legges til rette for formelle samarbeidsflater mellom divisjon Tynset og de ulike klinikkene for å sikre felles faglig utvikling.

Det er viktig at framtidige klinikkdirektører får en sentral rolle i detaljeringen av klinikkene. Utformingen av rollen som «huskoordinatør», samt ivaretagelse av beredskap og partssamarbeidet, vil bli detaljert i samarbeid med administrerende direktør for å sikre felles tilnærming. Som det framgår av modellen, vil antall nivå 2-ledere øke med fem, dersom divisjon Habilitering og rehabilitering og divisjon Medisinsk service videreføres i sin nåværende form. Etter beslutning vil det gjøres en endelig vurdering av antall klinikker og direktører på nivå 2. Foretaket går inn i en tid hvor det må gjennomføres mange endringer. I denne perioden kan det være en fordel å ha mindre lederspenn for klinikkdirektørene. Det vil gi mulighet for å komme tettere på fagene. Dette behovet må vurderes opp mot størrelsen på ledergruppen.

Vurdering av fagorganisering

Rapporten gir et godt bilde av fordeler og ulemper ved dagens organisering med tilhørende tiltak og fagorganisering.

Som det framgår av rapporten, er fordeler og ulemper ved endret ledelses- og organisasjonsmodell til fagorganisering vurdert opp mot vurderingskriteriene. Vurderingene er et resultat av arbeidet i samlingene med nivå 3-ledere i de tre somatiske divisjonene og stabsområdet Medisin og helsefag.

Under følger en gjengivelse av oppsummeringene i rapporten mot hvert av vurderingskriteriene.

1. Redusere sårbarhet som følge av mangel på tilgang til kvalifisert personell

Vurderingskriteriet *reduere sårbarhet som følge av mangel på tilgang til kvalifisert personell*, beskriver fordeler ved fagorganisering som:

- Bidra til mer robuste klinikker. Dette gjelder særskilt innenfor små fagmiljø, men også innen større fagområder med rekrutteringsutfordringer. Økt robusthet forutsetter at en fagorganisering bidrar til økt samarbeid mellom sykehusene, og på sikt samlokalisering av små fagmiljøer.
- Gjør det enklere å forflytte personell og pasienter mellom avdelinger på tvers av geografi, med bakgrunn i felles ledelse og økonomi. Det vil likevel være krevende grunnet geografiske avstander, og vil ikke nødvendigvis anses attraktivt for de ansatte. I hvilken grad det anses som attraktivt, vil trolig variere mellom yrkesgrupper og ulike faser i yrkeslivet.
- Større mulighet til rotasjon mellom enheter/avdelinger innen samme fagområde.
- Lette arbeidet med å utarbeide felles prosedyrer og organisering av arbeidet, samt innkjøp av likt utstyr. Det vil trolig være enklere å benytte personale på tvers av enheter/avdelinger, eksempelvis ved ferieavvikling eller i perioder med rekrutteringsutfordringer.

- Legge til rette for en mer helhetlig tenkning rundt utdanning av helsepersonell innenfor hvert fagområde.

Fagorganisering kan bidra til å øke sårbarhet som følge av mangel på tilgang til kvalifisert personell, ved å:

- redusere tverrfaglighet og samarbeid mellom samarbeidende fag, eksempelvis kirurgi og medisin. Modellen kan derigjennom bli mer ressurskrevende.
- øke sannsynligheten for samarbeidsutfordringer mellom fagområder og avdelinger innad på husene.
- svekke følelsen av tilhørighet til «eget» hus, noe som kan øke utfordringene med å beholde og rekruttere.
- i større grad bruke personell på tvers av geografi kan virke derekrutterende. Det antas at legegruppen trolig vil stille seg mer positive til en rotasjonsordning enn andre yrkesgrupper, men dette vil kunne påvirkes av ulike faser i livet.
- Modellen vil føre til redusere tilstedeværelse av nivå 2-leder. Det vil trolig være behov for en «koordinator» på hvert hus for å ivareta den daglige driften, slik som tidligere beskrevet.

2. Frigjøre midler til investering gjennom å redusere driftskostnader og/eller øke inntekter

Vurderingskriteriet *frigjøre midler til investering gjennom å redusere driftskostnader og/eller øke inntekter* beskriver fordeler ved fagorganisering som:

- Bidra til bedre kapasitetsutnyttelse innad i fagene, som følge av felles ledelse og økonomi.
- Redusere kostnader til innkjøp av utstyr ved å gjennomføre større innkjøp.
- Legge til rette for større grad av vaksamarbeid, eksempelvis innen bildediagnostikk.
- I større grad bidra til felles kapasitetsutnyttelse på ventende pasienter.
- En eventuell overgang til fagorganisering vil gi størst økonomisk effekt dersom det, i større grad enn i dagens organisering, legges til rette for fysisk samling av døgndrift og vaktordninger. Det vil også gi reduserte kostnader til utstyr.

Fagorganisering kan bidra til å redusere midler til investeringer gjennom å øke driftskostnader og/eller redusere inntekter, ved å:

- redusere samarbeidet og koordinering mellom avdelinger innad på husene. Lederkraften kan bli redusert ved å jobbe spesifikt på fag. Risiko for silotenkning.
- øke antall ledere på nivå to og eventuelt innføre rollen som «huskoordinator».
- De mest produktive kan miste eierskap til egne lister og det kan medføre redusert produktivitet.
- komplisere samarbeidet med kommunen grunnet endret lederstruktur. Den enkelte kommune vil få flere ledere å samarbeide med, noe som kan svekke samarbeidet.
- De mest produktive kan miste eierskap til egne lister og det kan medføre redusert produktivitet.

- Større omstillinger har menneskelige og økonomiske merkostnader. Det vil ta tid å tilpasse drift ved endring, og det vil ta tid å oppnå økonomisk effekt.

3. Øke implementering og gjennomføringskraft til å gjennomføre nødvendige omstillinger mellom de somatiske divisjonene

Vurderingskriteriet *øke implementering og gjennomføringskraft til å gjennomføre nødvendige omstillinger mellom de somatiske sykehusene* beskriver fordeler ved fagorganisering som:

- Lette arbeidet med å gjøre omstillinger og endringer innenfor fagene på grunn av felles ledelse og økonomi. Felles ledelse medfører at avdelingssjefer og avdelingsoverleger med ansvar for samme fagområde og drift kobles tettere sammen.
- Kan lette arbeidet med å samle spesialiserte tilbud ett sted, slik at tilbudet blir mer tilgjengelig for hele befolkningen i Innlandet.
- I større grad legge til rette for at pasienter med spesielle behov møter rett behandler uavhengig av geografi.

Fagorganisering kan bidra til å redusere implementering og gjennomføringskraft til å gjennomføre nødvendige omstillinger mellom de somatiske sykehusene, ved å:

- Større omstillinger innen somatikken kan bli mer komplisert, med flere klinikkdirektører, versus dagens organisering med tre divisjonsdirektører.
- miste ledelse over «huset», med henblikk på den daglige drift og prioriteringer.

4. Legge til rette for å utvikle organisasjonen mot ny struktur i tråd med det framtidige målbildet

Vurderingskriteriet *legge til rette for å utvikle organisasjonen mot ny struktur i tråd med det framtidige målbildet* beskriver fordeler ved fagorganisering som:

- Tilstrebe å etablere framtidig organisering før innflytting i Mjøssykehuset, for å redusere omstillingsrisikoen ved overgang til ny struktur.
- Legge bedre til rette for samkjøring av prosedyrer og arbeidsprosesser fram mot overgang til ny struktur. Dette er særlig viktig for de enhetene som skal samles i Mjøssykehuset, men det er også et behov å få samkjørt prosedyrer og arbeidsprosesser for foretaket som helhet, for å unngå uønsket variasjon, samt legge bedre til rette for økt samarbeid mellom enheter.
- Skape felles kultur ved å bli mer like; få like retningslinjer, enhetlig personalpolitikk og administrasjon.
- Lette arbeidet med å gjennomføre omstillinger på vei mot implementering av ny struktur, ved å samle fagene under felles ledelse.

Som det framgår av rapporten, er det fordeler og ulemper ved enhver ledelses- og organisasjonsmodell. Det må derfor gjøres en avveining om hvilken modell som i størst grad bidrar til å løse utfordringsbilde i årene fremover. Det vil uansett valg av modell være behov for å iverksette kompenserende og avbøtende tiltak.

Dagens organisering og vurderinger

Det ble på tilsvarende måte gjennomført en vurdering av dagens organisering av de somatiske divisjonene opp mot fastsatte vurderingskriterier.

Under følger en gjengivelse av oppsummeringene i rapporten mot hvert av vurderingskriteriene.

1. Redusere sårbarhet som følge av mangel på tilgang til kvalifisert personell

En geografisk organisering bidrar til å redusere sårbarhet som følge av mangel på tilgang til kvalifisert personell, ved å:

- legge til rette for ressursutnyttelse og samarbeid innad på husene.
- bygge kultur, trygghet og tilhørighet lokalt. Dette bygger eierskap, som kan redusere turnover og virke rekrutterende.
- gi større grad av tilstedeværelse av nivå 2-leder. Dette gir ledere kortere vei til beslutninger og avklaringer både innen eget fag og beslutninger på tvers av fag.
- forenkle muligheten for kombinasjonsstillinger på tvers av enheter lokalt.

En geografisk organisering bidrar til økt sårbarhet som følge av mangel på tilgang til kvalifisert personell, ved å:

- bidra til konkurranse mellom divisjonene om de samme fagfolkene.
- i mindre grad legge til rette for helhetlig tenkning rundt ressursbruk og utvikling av fagene på tvers av dagens geografiske organisering.
- opprettholde små fagmiljøer, som gjør det mer sårbart ved ferieavvikling, rekrutteringsutfordringer, avvikling av permisjoner og annet fravær. Det vil, uavhengig av organisering, trolig være krevende å forflytte personell på tvers av geografi. Holdningen til arbeid på flere steder vil trolig variere mellom yrkesgrupper og ulike faser i yrkeslivet.
- i mindre grad legge til rette for store akademiske fagmiljøer, som virker rekrutterende for stipendiater til forskning.

2. Frigjøre midler til investering gjennom å redusere driftskostnader og/eller øke inntekter

Dagens organisering bidrar til å frigjøre midler til investering gjennom å redusere driftskostnader og/eller øke inntekter, ved å:

- bidra til å optimalisere driften internt på husene gjennom samarbeid mellom avdelingene på tvers av fagområder. Lettere å se lokale løsninger som kan effektivisere drift.
- bidra til ro og psykologisk trygghet ved å bygge videre på eksisterende linjer. Det kan gjøre det enklere å drøfte og gjennomføre tiltak som gir økonomisk effekt.
- gi kort vei mellom klinikk og ledelse på nivå to, som følge av høyere tilstedeværelse.

Dagens organisering bidrar til å redusere midler til investering gjennom å redusere driftskostnader og/eller øke inntekter, ved:

- å i mindre grad legge til rette for helhetlig ressursstyring, samarbeid og omstilling innad i like fagområder som i dag er organisert i ulike divisjoner.
- økte kostnader til medisinskteknisk utstyr grunnet doble/triple funksjoner og manglende samkjøring av innkjøp av nytt utstyr. Antall driftssteder vil videreføres dersom en fagorganisering ikke bidrar til samling av fag og funksjoner.

3. Øke implementering og gjennomføringskraft til å gjennomføre nødvendige omstillinger mellom de somatiske divisjonene

Dagens organisering bidrar til å øke implementering og gjennomføringskraft til å gjennomføre nødvendige omstillinger mellom de somatiske divisjonene, ved å:

- legge til rette for høyere tilstedeværelse av nivå 2-leder, som gir nivå 2-leder god kjennskap til egen virksomhet.

Dagens organisering bidrar til svakere implementering og gjennomføringskraft til å gjennomføre nødvendige omstillinger mellom de somatiske divisjonene, ved å:

- i mindre grad bidra til felles lederkultur og lik organisering innenfor de samme fagområdene som er organisert i ulike divisjoner.
- i mindre grad legge til rette for felles situasjonsforståelse innad i fagene, fordi de i liten grad har naturlige felles møtearenaer.
- i mindre grad bidra til felles faglig retning innad i fagene.
- styrke lojaliteten til sykehuset man er på, vil det kunne svekke lojaliteten til omstilling på tvers av geografi.

4. Legge til rette for å utvikle organisasjonen mot ny struktur i tråd med det framtidige målbildet

Dagens organisering bidrar til å legge til rette for å utvikle organisasjonen mot ny struktur i tråd med det framtidige målbildet, ved:

- høyere tilstedeværelse av nivå 2-leder, som gir god kjennskap til muligheter og utfordringer lokalt, og som vil være en fordel ved gjennomføring av nødvendige omstillinger.

Dagens organisering bidrar til å redusere muligheten til å utvikle organisasjonen mot ny struktur i tråd med det framtidige målbildet, ved å:

- videreføre dagens kultur og historikk, som er sterkt forankret i geografi.
- i mindre grad legge til rette for samarbeid på tvers av geografi innenfor samme fagområder på grunn av ulike lederlinjer.
- i mindre grad legge til rett for utvikling av felles prosedyrer, rutiner og personalpolitikk gjennom en naturlig lederlinje. Under følger en oppsummering av synspunkter på tiltak som kan gjøres i dagens organisering, vurdert av nivå 3

lederne i de tre somatiske divisjonene og Medisin og helsefag, sett opp mot følgende, fastsatte vurderingskriterier:

Vurdering av tiltak innenfor dagens organisering

1. Redusere sårbarhet som følge av mangel på tilgang til kvalifisert personell

Tiltak som kan gjøres innenfor dagens organisering for å redusere sårbarhet som følge av mangel på tilgang til kvalifisert personell:

- Divisjonene bør se på hvordan mottak av henvisninger kan gjøres likt, og vurdere felles inntakskontor som fordeler pasienter dit det er kapasitet. Dette kan fordele belastningen på personalet.
- Øke sommerferiesamarbeid mellom divisjonene og vurdere sommerstenging.
- Tilstrebe en enhetlig personalpolitikk med likhet i arbeidstidsordninger. Arbeidsgiverpolitiske prosedyrer og rutiner bør i større grad samkjøres for å møte våre felles utfordringer med rekruttering, og behov for å håndtere en situasjon hvor det er mangel på kvalifisert personell.
- Lage en overordnet felles plan for utdanning av helsepersonell, og gjennomføre felles opplæring for å redusere ulikhet på tvers av divisjoner.
- Intensivere arbeidet med kunstig intelligens.
- Divisjonene bør få et tydelig oppdrag som beskriver hva de skal gjøre sammen. Avklare hvilke beslutninger som kan tas på nivå 2 og 3. Endringer og omstillinger innenfor dagens organisering krever forpliktelse mellom divisjoner og ledere i divisjonene.
- Avklare hvilke fag som skal samordne vaktlinjene. Gir forutsigbarhet for bemanning og behov, og kan redusere sårbarheten.
- Avklare fordeling av sjeldne diagnoser, slik at disse kan samles på ett sted. Spesialiserte prosedyrer kan gjøres på en lokalisasjon. Dette kan effektivisere personellbehovet.
- Divisjonene bør se på fag som samarbeider godt i dag, og vurdere overføringsverdien til andre deler av organisasjonen.
- Det er behov for økt støtte fra stab i omstillingsprosesser.

2. Frigjøre midler til investering gjennom å redusere driftskostnader og/eller øke inntekter

Tiltak som kan gjøres innenfor dagens organisering for å frigjøre midler til investering gjennom å redusere driftskostnader og/eller øke inntekter:

- Vurdere om pasientflyten mellom sykehusene er optimal. God pasientflyt gir bedre kapasitetsutnyttelse på tvers av divisjonene. Fagmiljøene må engasjeres i hva som er god pasientflyt og evaluere dette jevnlig.
- Sørge for at det er handlingsrom, slik at det kan gjøres raske tiltak. For eksempel kan en samling av sjeldne diagnoser gi redusert behov for personell, utstyr og spesialiseringsopplegg.
- Arbeide mer med oppgavedeling, for eksempel i forhold til sykepleiepoliklinikk. Videre intensivere arbeidet med å gjennomføre brukerstyrt poliklinikk og redusere antall kontroller. Planlagte kveldspoliklinikker i turnus kan gi økt inntekt, og redusere behovet for utstyr og rom.

- Behov for tydelige prioriteringer og plan for større omstillinger fra ledergruppa i Sykehuset Innlandet.
- Legge til rette for å lære på tvers av divisjoner og utnytte teknologi og digitale løsninger, slik organisasjonen gjorde under pandemien.

3. Øke implementering og gjennomføringskraft til å gjennomføre nødvendige omstillinger mellom de somatiske divisjonene

Tiltak som kan gjøres innenfor dagens organisering for å øke implementering og gjennomføringskraft til å gjennomføre nødvendige omstillinger mellom de somatiske divisjonene:

- Arbeide for at lederne får felles forståelse for utfordringsbildet og et tydelig eierskap til omstillingsbehovet. Dette vil øke muligheten for å lykkes. Det er viktig at alle har lik forståelse for hva som er målet med omstillingene og hvilke prosesser som bør gjennomføres. Dette kan gi større motivasjon for å innlede og holde tak i et samarbeid mellom divisjoner, og gir mulighet for gode og åpne prosesser.
- Etablere et felles møte mellom administrerende direktør, divisjonsdirektørene og avdelingssjef innen somatikk, slik at det blir enklere å kommunisere tydelige bestillinger og beslutninger, med henblikk på hva divisjonene kan jobbe sammen om.
- Mer samarbeid mellom avdelingssjefene innen samme fag, muliggjør bedre ressursutnyttelse. Felles rutiner der hvor dette er hensiktsmessig kan forenkle dette. Divisjonene kan ha behov for mer stabsstøtte for å muliggjøre samarbeidet.
- Gi fagrådene tydelige oppdrag og mandat, og samarbeide med fagrådene om prosesser og endringer. Nivå 3-ledere bør ha fast plass i fagråd. Dette kan styrke fagrådene og fagutviklingen samt identifisere fagområder som kan samles.

4. Legge til rette for å utvikle organisasjonen mot ny struktur i tråd med det framtidige målbildet

Tiltak som kan gjøres innenfor dagens organisering for å legge til rette for å utvikle organisasjonen mot ny struktur i tråd med det framtidige målbildet:

- Arbeide målrettet med kulturbygging. Målet med dette vil være å sette fokus på hva divisjonene kan løse sammen, og legge til rette for tydeligere kommunikasjon mellom avdelinger i de ulike divisjonene. Dette innebærer også samarbeid mellom seksjoner på nivå 4. Samarbeid på tvers av geografi, slik at pasientene opplever lik behandling. Gjennomføre felles avdelingssjefsmøter innen somatikken. Dette vil gi bedre kjennskap og forståelse for de ulike avdelingenes situasjon. Møtene vil være godt egnet til å tenke utvikling.
- Gjennomføre felles undervisninger, øvelser og utarbeidelse av rutiner på tvers av geografi, og arrangere felles fagdager for enkelte spesialiteter. Videre må man legge til rette for hospitering mellom de ulike divisjonene.

Vurdering av tidspunkt for implementering

Tidspunkt for en eventuell overgang til fagorganisering, er diskutert i prosessen. Det er ulike vurderinger knyttet til tidspunkt for implementering, avhengig av hvilket vurderingskriterium som vektlegges. Dersom det legges til grunn at en overgang til fagorganisering vil gi positiv effekt på vurderingskriteriene nevnt under, vil det være naturlig å implementere en fagorganisering så tidlig som mulig.

- Redusert sårbarhet som følge av mangel på helsepersonell.
- Frigjøre midler til investering gjennom å redusere driftskostnader og/eller øke inntekter.
- Øke implementering og gjennomføringskraft til å gjennomføre nødvendige omstillinger mellom de somatiske divisjonene.

Dersom det legges til grunn at en eventuell overgang til fagorganisering kun har positiv effekt på vurderingskriteriet under, kan eventuell implementering skyves fram i tid:

- Legge til rette for å utvikle organisasjonen mot ny struktur i tråd med det framtidige målbildet.

Erfaringer fra Sykehuset Østfold, Kalnes og Nytt sykehus i Drammen tilsier at det er viktig å starte prosessen tre til fem år før innflytting. Kompleksiteten i prosessen i Sykehuset Innlandet er trolig større enn ved Sykehuset Østfold, Kalnes, grunnet drift ved flere geografiske steder som skal samles og endres. Det vil, som det framgår av rapporten, i Sykehuset Innlandet trolig være ulike behov for samkjøring av fagene mellom de enkelte sykehusene, avhengig av størrelsen på faget, antall driftssteder i dag, type fagområde og grad av samarbeid/samkjøring i dagens struktur. Det har i prosessen kommet innspill om at trinnvis innføring av fagorganisering bør vurderes av hensyn til ulike behov i fagene og kompleksiteten i prosessen.

Det er i etterkant av styremøtet den 23. januar gjennomført en risikovurdering av tidspunkt for overgang med formål om å ytterligere belyse hvordan tidspunktet for overgang til fagorganisering kan:

- påvirke driften og organisasjonen i perioden frem til implementering og
- implementeringen

Risikovurderingen skal følges av en beskrivelse avbøtende tiltak og forventet effekt av disse (vedlegg 2).

Det er benyttet en tilpasset modell for risikovurdering, fordi akseptkriteriene i risikomodulen i kvalitetssystemet er lite egnet for å vurdere risikoen i denne type prosesser. Vurderingene baserer seg på erfaringer fra tidligere prosesser og forskning.

Følgende risikoområder er identifisert og vurdert;

1. Kort tid for planlegging av prosess og medvirkning
2. Ledelseskraft
3. Kapasitet i lederlinja
4. Kapasitet i støttefunksjoner
5. Kapasitet for tillitsvalgte og vernetjeneste

6. Negativ innvirkning for pågående prosesser
7. Omfang av divisjoner og staber som omfattes av prosess
8. Økonomisk effekt
9. Gjennomføring av nødvendige endringer i støttesystemer
10. Tap av kompetanse
11. Realisering av effekter av fagorganisering

1. januar 2026 og 1. januar 2027 er benyttet som alternative datoer for implementering i risikovurderingen. Risikovurderingen gir et bilde av hvordan risikobilde vil utvikle seg dersom dato for implementering flyttes lengre fram i tid.

Implementering av fagorganisering er en omfattende prosess. Det krever god planlegging, medvirkning herunder ferdigstillelse av modellen og risikohåndtering. For kort tid fra beslutning til implementering øker prosessrisikoen. Dersom man ikke gjennomfører nødvendig medvirkning i planleggingen av overgang til fagorganisering, vil det kunne få direkte konsekvenser for resultatet av omorganiseringen. Det må avsettes tid i lederlinja, støttefunksjoner, tillitsvalgte og vernetjenesten, til å planlegge og gjennomføre prosessen. Arbeidet som skal utføres i forbindelse med implementering, kan påvirke pågående prosesser negativt. Det er viktig at tidspunktet for implementering i størst mulig grad tilpasses arbeidet med oppfølging av tiltakene i budsjett 2025 og implementeringen av områdene som er beskrevet i masterplan ved divisjon Gjøvik-Lillehammer. Tiltakene som er beskrevet i budsjett og masterplan, skal gjennomføres. Implementeringen av tiltakene som er beskrevet i masterplan divisjon Gjøvik-Lillehammer er planlagt ferdigstilt i løpet av første halvår 2026.

En beslutning om og innføring av endret ledelses- og organisasjonsmodell vil svekke lederkraften i divisjonene som blir berørt. Hvis det tar tid fra beslutning til implementering, vil det få negative konsekvenser for faglig og økonomisk bærekraft. Overgangen til fagorganisering har til hensikt å legge bedre til rette for forberedelse mot ny struktur. Omstillinger og endringer som må gjennomføres i Sykehuset Innlandet vil være komplekse, og det vil sannsynligvis være behov for tid til forberedelse. En forskyvning av tidspunktet for implementering vil kunne påvirke arbeidet fram mot ny struktur.

Hensynet knyttet til planlegging, gjennomføring, og effekten av pågående prosesser, må vektes opp mot effekten av redusert lederkraft over tid og forsinkelser i realiseringen av de positive effektene av en overgang til fagorganisering.

Vurdering av om og når divisjon Tynset bør inkluderes i en fagorganisering

I forrige periode med fagorganisering i Sykehuset Innlandet, var somatiske fag på sykehuset på Tynset geografisk organisert. Det bør vurderes særskilt hva som er mest hensiktsmessig for foretaket og divisjonen for å opprettholde en god faglig standard og drift av sykehuset. Som det framgår av rapporten, er det beskrevet fordeler og ulemper ved å innlemme divisjon Tynset i en fagorganisering.

Administrerende direktørs vurdering

Medarbeidere, ledere, tillitsvalgte, vernetjenesten, styret og eier har over år påpekt behovet for å gjennomføre større endringer for å sikre nødvendig faglig og økonomisk bærekraft. Utviklingen de siste årene og framskrivninger viser at knapphet på helsepersonell krever større grad av samling av fag for å skape mer robuste fagmiljøer og legge til rette for økt samarbeid. Felles tilnærming til prosedyrer og arbeidsprosesser er viktig i dagens struktur for å redusere sårbarhet, men det blir enda viktigere ved overgang til ny sykehusstruktur.

Rapporten gir god innsikt i mange forhold ved dagens ledelses- og organisasjonsmodell sammenlignet med en endring til fagorganisering for de somatiske fagområdene. Disse må tas i betraktning for å kunne ta stilling til en overgang til fagorganisering i perioden på vei mot ny struktur er etablert. Fordeler og ulemper er vurdert opp mot gitte vurderingskriterier.

God medvirkning, også i det videre arbeidet, er viktig for å sikre at omstillingsprosessen blir tilstrekkelig belyst og får nødvendig forankring.

Oppsummert vil en fagorganisering legge bedre til rette for utvikling av mer robuste klinikker, felles prosedyrer, bedre kapasitetsutnyttelse og samkjøring av prosedyrer og arbeidsprosesser på vei mot ny struktur. Det er viktig for å sikre nødvendig faglig og økonomisk bærekraft og legge til rette for utvikling mot framtidig struktur.

Fagorganisering vil være et viktig virkemiddel for å styrke samhandling og utvikling av fagområdene, som i dag er organisert i to ulike divisjoner. Divisjon Gjøvik-Lillehammer har de to siste årene endret til fagorganisering innad i divisjonen, mens divisjon Elverum-Hamar ferdigstilte implementering av fagorganisering på nivå 3 i 2023. Forholdene ligger således godt til rette for å implementere fagorganisering på nivå 2.

Administrerende direktør finner at det er viktig at foretaket endrer ledelses- og organisasjonsmodell for å nå målene i de kommende årene. Det betyr at det for divisjon Gjøvik-Lillehammer og divisjon Elverum-Hamar innføres fagorganisering på nivå to. Divisjon Habilitering og rehabilitering og divisjon Medisinsk service, som er en del av de somatiske fagområdene, skal inkluderes i prosessen. Det er også på sikt naturlig å innlemme divisjon Prehospitale tjenester. Som følge av disse endringene må det gjøres hensiktsmessige endringer i stabsfunksjonene på divisjons- og foretaksnivå.

Divisjon Tynset videreføres. Det gjøres en fornyet vurdering om og når divisjon Tynset skal inkluderes i fagorganisering ett år etter implementering av fagorganiseringen.

Ulemper ved fagorganisering er at det kan redusere tverrfaglighet, svekke samarbeid mellom fagområder og avdelinger i samme sykehus, redusere tilhørighet til eget hus og øke antall ledere. Det kan derfor føre til «siloe» mellom fagområdene. Det vil være behov for å iverksette tiltak for å fremme tverrfaglighet og samarbeid mellom fagene. For å sikre koordinering innad på husene vil det være behov for å vurdere nærmere rollen som «huskoordinator». Det må tydelig beskrives ansvarsfordelingen mellom klinikkdirektør og huskoordinator.

I rapporten foreslås det en rekke tiltak som bør gjennomføres i dagens organisering for å redusere utfordringsbilde. Hovedvekten av tiltakene som foreslås, er viktige og må gjennomføres og følges opp, uavhengig av ledelses- og organisasjonsmodell.

Det er i prosessen utarbeidet en overordnet modell for fagorganisering av de to store somatiske divisjonene i interimperioden. Denne er lagt til grunn for en vurdering av fordeler og ulemper. Modellen er utarbeidet på bakgrunn av tidligere erfaringer med fagorganisering, kjennskap til organisering ved andre foretak, og utkast til modell for fagorganisering i framtidig struktur («C3-modellen»). Det er på bakgrunn av innspillene som framgår av rapporten, behov for å arbeide videre med modellen for fagorganisering på nivå to for de somatiske divisjonene som berøres av prosessen og stabsområde Medisin og helsefag. I arbeidet med å konkretisere modellen vil det være behov for å gjennomgå og beskrive hvordan partssamarbeidet skal ivaretas i ny modell. Styret vil få framlagt endelig modell senest i juni 2025.

Nivå 2- og 3-ledere i de somatiske divisjonene anerkjenner behovet for å endre ledelses- og organisasjonsmodell til fagorganisering på veien mot ny struktur, men det er ulik vurdering av hva som er riktig tidspunkt. Risikovurderingen av tidspunkt for innføring gir et bilde av risikoområdene og risikoreduserende tiltak. Det må settes av tilstrekkelig tid til planlegging og ferdigstilling av modell, tilrettelegging av støttesystemer og medvirkning. Det er viktig at tidspunktet for implementering i størst mulig grad tilpasses arbeidet med oppfølging av tiltakene i budsjett 2025 og implementeringen av områdene som er beskrevet i masterplan ved divisjon Gjøvik-Lillehammer. Tiltakene som er beskrevet i budsjett og masterplan skal gjennomføres. Implementeringen av tiltakene som er beskrevet i masterplan divisjon Gjøvik-Lillehammer, er planlagt ferdigstilt i løpet av første halvår 2026.

Det forventes at beslutningen om endret ledelses- og organisasjonsmodell vil svekke lederkraften i berørte divisjoner. Hvis det vedvarer over tid, vil det få negative konsekvenser for faglig og økonomisk bærekraft. Overgangen til fagorganisering har til hensikt å legge bedre til rette for forberedelsene mot ny struktur. Prosessen i Sykehuset Innlandet vil være kompleks, og det vil være behov for tid til forberedelse. En forskyvning av tidspunktet for implementering vil kunne påvirke arbeidet fram mot ny struktur.

På bakgrunn av risikovurderingen vurderer administrerende direktør det som riktig å implementere fagorganisering på nivå 2 for de to store somatiske divisjonene gjennomføres senest september 2026 eller tidligere dersom det underveis i planleggingen vurderes som formålstjenlig. For å redusere prosessrisikoen vil tidspunktet for endring av ledelses- og organisasjonsmodell på nivå 2 for divisjon Habilitering og rehabilitering og divisjon Medisinsk service avklares på et senere tidspunkt.

Det vil bli utarbeidet en detaljert framdriftsplan. Styret vil bli orientert om videre framdrift senest i styremøte i juni.

Vedlegg

1. Rapport «Ledelses- og organisasjonsmodell for de somatiske divisjonene» med tilhørende vedlegg
2. Risikovurdering av tidspunkt for implementering