

RAPPORT

Ledelses- og organisasjonsmodell for de somatiske divisjonene i Sykehuset Innlandet



1	Bakgrunn.....	4
1.1	Innledning.....	4
1.2	Oppdrag.....	5
2	Beskrivelse av utredningsprosess.....	6
2.1	Organisering av arbeidet.....	6
2.2	Risikoområder.....	8
3	Erfaringsinnhenting.....	9
3.1	Bakgrunn.....	9
3.2	Referanseintervjuer.....	9
3.3	Erfaringer fra andre foretak.....	9
3.4	Erfaringer fra eget foretak.....	10
4	Vurdering av dagens ledelse- og organisasjonsmodell for de somatiske divisjonene..	11
4.1	Organisasjonshistorikk.....	11
4.2	Beskrivelse av dagens modell.....	11
4.3	Vurdering av dagens organisering av de somatiske divisjonene opp mot fastsatte vurderingskriterier.....	14
4.3.1	Redusere sårbarhet som følge av mangel på tilgang til kvalifisert personell.....	14
4.3.2	Frigjøre midler til investering gjennom å redusere driftskostnader og/eller øke inntekter.	15
4.3.3	Øke implementering og gjennomføringskraft til å gjennomføre nødvendige omstillinger mellom de somatiske divisjonene.....	15
4.3.4	Legge til rette for å utvikle organisasjonen mot ny struktur i tråd med det framtidige målbildet.....	16
5	Vurdering av fagorganisering av de somatiske divisjonene.....	16
5.1	Beskrivelse av modell for fagorganisering i interimperioden.....	17
5.1.1	Lederstruktur (herunder stedlig ledelse, ansvarsområde og lederspenn og ledergruppe)..	20
5.1.2	Stabsfunksjoner og fellestjenester.....	20
5.2	Vurdering av fagorganisering opp mot fastsatte vurderingskriterier.....	20
5.2.1.	Redusere sårbarhet som følge av mangel på tilgang til kvalifisert personell.....	21
5.2.2	Frigjøre midler til investering gjennom å redusere driftskostnader og/eller øke inntekter.	21
5.2.3	Øke implementering og gjennomføringskraft til å gjennomføre nødvendige omstillinger mellom de somatiske sykehusene.....	22
5.2.4	Legge til rette for å utvikle organisasjonen mot ny struktur i tråd med det framtidige målbildet.....	23
5.3	Fordeler og ulemper med plassering av divisjon Tynset i en fagorganisert modell.....	23
5.3.1	Fordeler med inkludering av Tynset sykehus i fagorganisering.....	23
5.3.2	Ulemper med inkludering av Tynset sykehus i fagorganisering.....	23

6	Vurdering av tidspunkt for eventuell implementering av fagorganisering	24
7	Vurdering av fordeler, ulemper og tidspunkt fra et teoretisk perspektiv	25
8	Tiltak i dagens organisering	26
8.1	Forslag til tiltak i dagens organisering	26
8.1.1	Redusere sårbarhet som følge av mangel på tilgang til kvalifisert personell	26
8.1.2	Frigjøre midler til investering gjennom å redusere driftskostnader og/eller øke inntekter.	27
8.1.3	Øke implementering og gjennomføringskraft til å gjennomføre nødvendige omstillinger mellom de somatiske divisjonene	27
8.1.4	Legge til rette for å utvikle organisasjonen mot ny struktur i tråd med det framtidige målbildet.....	28
8.2	Tiltak i dagens organisering av Medisin og helsefag	28
9	Implementering.....	29
9.1	Omstillingsprosess.....	29
9.2	Økte kostnader i implementeringsperioden	30
9.3	Endringer i støttesystemer	31
9.4	Kapasitet i lederlinja og hos støttefunksjoner	31
10	Oppsummering	32

1 Bakgrunn

1.1 Innledning

Styret i Sykehuset Innlandet vedtok 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*».

I «Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027» peker regjeringen på at «*den største utfordringen for vår felles helsetjeneste er tilgang på nok personell*». Sykehuset Innlandet HF erfarer allerede dette innenfor flere fagområder.

Økonomisk langtidsplan 2025-2028 viser at Sykehuset Innlandet står i en krevende økonomisk situasjon, både nå og i årene framover. Arbeidet med budsjett 2025 viser at det er krevende å redusere kostnadene og/eller øke inntektene innenfor dagens strukturer. Det er behov for å gjøre tiltak på tvers av de somatiske divisjonene, gjennom økt samarbeid og større omstillinger, i kombinasjon med å utvikle driften innad på husene.

Ettersom hovedtrekkene i framtidig struktur nå er vedtatt, er det naturlig å starte prosessen med å planlegge samling av fagområder og funksjoner som kan og bør samles. Dette er også nødvendig for sikre nødvendig faglig og økonomisk bærekraft på veien mot framtidig struktur. Samling av fagområder og funksjoner vil innebære sammenslåing av avdelinger, flytting av virksomhet, endring av opptaksområde samt også avvikling av pasienttilbud og tjenester, jf. Økonomisk langtidsplan 2025-2028.

Sykehuset Innlandet må, som beskrevet i virksomhetsstrategien og økonomisk langtidsplan, gjennomføre nødvendige omstillinger og driftstilpasninger i årene framover, for å:

- Redusere sårbarhet som følge av mangel på tilgang til kvalifisert personell.
- Frigjøre midler til investering gjennom å redusere driftskostnader og/eller øke inntekter.
- Redusere variasjon i kvalitet og tilgjengelighet.
- Legge til rette for å utvikle organisasjonen mot ny struktur i tråd med det framtidige målbildet.

Dette vil kreve en mer helhetlig tilnærming til utviklingen av fagområdene som er organisert i ulike divisjoner, og større grad av samarbeid innad på husene.

Innen utgangen av 2025 skal det fremlegges en *overordnet plan for samling av fag og funksjoner* i perioden 2026 til 2032. Utarbeidelsen av planen skal skje i dialog med berørte fagmiljøer, ledere, tillitsvalgte, vernetjenesten, eksterne samarbeidspartnere og politiske miljøer.

Det arbeides parallelt med en *helhetlig plan* som overordnet beskriver de utfordringer og oppgaver Sykehuset Innlandet må løse fram mot 2030, for å realisere det framtidige målbildet. Avklaringene knyttet til eventuell overgang til fagorganisering og tidslinje, samt plan for samling av fag og funksjoner, vil være viktige innspill til denne helhetlige

planen. Planen skal være et styringsverktøy og bidra til forutsigbarhet i organisasjonen. Den skal oppdateres årlig i tilknytning til arbeidet med virksomhetsstrategi og virksomhetsplan.

Som det framgår av virksomhetsstrategien, har Sykehuset Innlandet som mål for planperioden 2025 til 2028 å etablere en organisering som legger til rette for en bærekraftig faglig og økonomisk drift tilpasset ny sykehusstruktur og det framtidige målbildet. Organisasjonsstrukturen skal danne et solid fundament og en hensiktsmessig ramme for ivaretagelse av sykehusets kjerneoppgaver. Den skal sørge for en god anvendelse av tilgjengelige ressurser samt at roller og ansvar er tydelige, jf. Virksomhetsstrategien for Sykehuset Innlandet HF 2024 -2027, kapittel 4 og 9.

Administrerende direktør har, på bakgrunn av forholdene som er beskrevet ovenfor, besluttet å utrede en eventuell endret organisering av somatikken fra geografisk til fagorganisering i interimperioden. Fagorganisering er en organisasjonsmodell som bygges på enkelte, eller grupper, av fag, i stedet for geografisk enhet (sykehus). Interimperioden defineres som perioden fra i dag og fram til nytt Mjøssykehus står klart for drift.

I 2022 ble det utarbeidet forslag til ledelses- og organisasjonsmodell for fremtidig sykehusstruktur. Utvalgte ledere og representanter fra TV20 deltok i prosessen. Modellen som ble utarbeidet er omtalt som «C3 modellen». Prosessen stoppet opp før det ble tatt beslutning, fordi det kom oppdrag om utredning av null pluss alternativet. Kunnskapsgrunnlaget fra arbeidet med C3-modellen har blitt brukt som referansepunkt i arbeidet med ledelses- og organisasjonsmodell for interimperioden, for å ivareta at en eventuell endret organisering fører foretaket i retning av framtidig modell.

1.2 Oppdrag

Rapporten skal, på bakgrunn av oppdraget fra administrerende direktør, belyse følgende punkter:

1. Fordeler og ulemper ved dagens ledelses- og organisasjonsmodellmodell sammenlignet med fagorganisering opp mot fastsatte vurderingskriterier.
2. 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, skal 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. I sum er disse områdene viktig for å kunne ivareta visjonen til Sykehuset Innlandet HF om å gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det.

Fordelene og ulempene som fremgår av dokumentet baserer seg på skjønnsmessige vurderinger fra deltakerne i prosessen. Hvordan deltakerne vektet fordeler og ulemper ved de ulike modellene, er påvirket av hvilket fagområde de representerer, størrelse på avdeling samt erfaring med samarbeid internt på huset og mellom divisjonene.

Det er i arbeidet brukt en overordnet modell for fagorganisering for somatikk i interimperioden. Modellen er lagt til grunn for vurderinger av fordeler og ulemper.

Prosjektet har ikke hatt som oppdrag å ta stilling til valg av organisasjons- og ledelsesmodell, men kun beskrive fordeler og ulemper ved en eventuell overgang til fagorganisering i interimperioden.

Ved en eventuell beslutning om fagorganisering må modell beskrives nærmere. Det vil også i forkant av en eventuell implementering være nødvendig å vurdere hvordan organiseringen av de øvrige divisjonene påvirkes.

Etablering av ny ledelses- og organisasjonsmodell vil være ressurskrevende, i tillegg til at arbeidet vil kreve god involvering og planlegging. Arbeidet skal derfor også belyse risikoområder knyttet til en eventuell implementeringsprosess.

Tidligste tidspunkt for implementering er 01.01.2026.

Mandatet som ligger til grunn for oppdragsbeskrivelsen er utarbeidet i samarbeid med ledergruppene i de berørte divisjonene samt Medisin og helsefag, er framlagt for HAMU for innspill, og er drøftet med TV20 27.06.24.

2 Beskrivelse av utredningsprosess

2.1 Organisering av arbeidet

Administrerende direktør satte ned en arbeidsgruppe, og HR-direktør Cecilie Dobloug Nyland har ledet arbeidet. Arbeidsgruppen har rapportert til administrerende direktør.

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 prosesstøtte i utredningsarbeidet.

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 vurdert fordeler og ulemper ved

- dagens organisering
- en eventuell fagorganisering
- samt tiltak som kan gjøres innenfor dagens organisering

Fordelene, ulempene og tiltak som beskrives i rapporten oppsummerer synspunkter som har fremkommet i samlinger med avdelingsjefene.

Mellom samlingene er det gjennomført møter med arbeidsgruppen for å drøfte videre tilnærming og fremdrift i utredningsarbeidet. Møtene er gjennomført i henhold til plan.

TV20 (foretakstillitsvalgte) er jevnlig blitt orientert om status i arbeidet i ordinært kontaktmøte med ledelsen, i henhold til godkjent framdriftsplan, og rapporten er drøftet med TV20.

Divisjonsdirektørene/stabsdirektørene har sørget for formidling av utsendt informasjon fra ansvarlig for prosessen. Det er lagt til grunn at foretakstillitsvalgte har innhentet innspill fra respektive divisjonstillitsvalgte i prosessen. Det vil bli lagt til rette for medvirkningsarenaer for nivå 4 ledere, divisjonstillitsvalgte og hovedverneombud i de berørte divisjonene og stabene, dersom det blir besluttet en overgang til fagorganisering.

Ledergruppen til administrerende direktør har, i henhold til framdriftsplan, fått fremlagt saken for innspill.

For å sikre informasjon til ledere og ansatte i Sykehuset Innlandet, er det publisert to informasjonsaker på intranett samt orientert om arbeidet i avdelingsjefssamling.

Se vedlagt plan for gjennomføring av medvirkning og informasjonstiltak. Planen er godkjent av arbeidsgruppa og drøftet med TV20.

2.2 Risikoområder

Det ble i dialog med arbeidsgruppen og avdelingssjefene i starten av prosessen identifisert syv risikoområder.:

1. Uklarhet knyttet til valg av modell i framtidig sykehusstruktur – status C3 modell.
 - Risikoreduserende tiltak:
 - Tydeliggjort status til C3 modellen i mandatet og møter med avdelingssjefene innen somatikk. Modellen er ikke vedtatt. Den er benyttet som et referansepunkt i arbeidet med å vurdere endret ledelses- og organisasjonsmodell for de somatiske divisjonene i interimperioden. Det framgår av mandatet at valgt modell for interimperioden kan videreføres i framtidig sykehusstruktur, dersom den vurderes som egnet for å ivareta driften i framtidig sykehusstruktur.
2. Tilstrekkelig tid til forankring av vurderingene i utredningen i organisasjonen.
 - Risikoreduserende tiltak:
 - Tidsrammen for arbeidet med å vurdere endret ledelses- og organisasjonsmodell ble forlenget med en måned på bakgrunn av innspill fra avdelingssjefene, tillitsvalgte og vernetjenesten.
 - Det ble tidlig i prosessen utarbeidet framdriftsplan, for å skape forutsigbarhet og legge til rette for medvirkning.
3. Tilstrekkelig tid til å prioritere arbeidet i lederlinja.
 - Risikoreduserende tiltak:
 - Benytter eksisterende planlagte møtearenaer til å gjennomføre prosessen.
4. Utydelig sammenheng mellom ulike prosesser nå og fremover i foretaket.
 - Risikoreduserende tiltak:
 - Tydeliggjort sammenhengen mellom arbeidet med helhetlig plan, plan for større omstillinger og arbeidet med å vurdere endret ledelses- og organisasjonsmodell for de somatiske divisjonene.
5. Utsettelse av innsending av lånesøknad påvirker motivasjonen til å prioritere arbeidet. (Det er i etterkant av gjennomføringen av risikovurderingen besluttet at innsending av lånesøknaden skal framskyndes.)
 - Risikoreduserende tiltak:
 - Tydeliggjort at behovet for å vurdere endret ledelses- og organisasjonsmodell er relevant for arbeidet med å beholde og rekruttere og utvikle faglig og økonomisk bærekraft. Prosessen er således relevant uavhengig av arbeidet med framtidig sykehusstruktur.
6. Mangel på informasjon.
 - Risikoreduserende tiltak:
 - Tidlig i prosessen utarbeidet informasjons- og fremdriftsplan
 - Utarbeidet informasjonssaker for publisering på intranett.
 - Informasjon i HAMU, TV20 og ledergruppen til AD.

7. Involvering av nivå 4 ledere

- Risikoreduserende tiltak:
 - Det vil ved en eventuell beslutning om fagorganisering bli lagt til rette for medvirkning fra nivå 4 ledere ved konkretisering av modellen. Videre må det utarbeides en plan for implementering.

3 Erfaringsinnhenting

3.1 Bakgrunn

Som et ledd i prosessen, er det gjennomført intervjuer med sentrale personer ved utvalgte sykehus i landet, for å innhente erfaringer fra andre helseforetak:

- Sørlandet Sykehus HF
- Akershus Universitetssykehus HF
- Sykehuset i Østfold HF
- Helse Møre og Romsdal HF
- Nordlandssykehuset HF
- Vestre Viken HF
- Universitetssykehuset i Nord-Norge HF

Valg av helseforetak er gjort på bakgrunn av sammenlignbarhet, ønske om bredde i kunnskapsgrunnlaget samt utfordringsbildet.

Det er også gjennomført samtale med divisjonsdirektør for divisjon Psykisk helsevern, som i dag er fagorganisert.

3.2 Referanseintervjuer

Intervjuene ble gjennomført som semistrukturerte intervjuer. De som ble intervjuet fikk tilsendt følgende spørsmål i forkant av samtalen:

- Hva er de viktigste utfordringene foretaket står ovenfor?
- Dagens organisasjons- og ledelsesmodell og bakgrunnen for valgt modell?
- Fungerer organisasjons- og ledelsesmodellen etter hensikten?
- Ved fagorganisering: Benyttes det en koordinatorrolle?
- Ved geografisk organisering: Benyttes fagråd?
- Er det gjort supplerende tiltak for å gjøre valgt modell bedre?
- Hva er den organisatoriske erfaringen og historikken til foretaket?

3.3 Erfaringer fra andre foretak

I hovedsak er helseforetakene som er intervjuet organisert enten geografisk eller etter fag. En geografisk organisering innebærer at det er én resultatansvarlig direktør for ett eller flere sykehus. Ved fagorganisering er det én resultatansvarlig (klinikk-)direktør for ett fag, eller en gruppe av fag, på tvers av geografisk lokalisering.

For å få mer innsikt i de ulike helseforetakenes utfordringer og situasjon, er intervjuene gjennomført med personer som fortrinnsvis sitter i foretaksledelsen, eller som har nær tilknytning til foretaksledelsen.

Foretakene beskriver utfordringer som handler om økonomi, rekrutteringsutfordringer, særskilt med hensyn til spesialiststillinger, gammel bygningsmasse og en demografisk utvikling som øker trykket både på spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Begrunnelsene for valgt organisering varierer. Ved inngangen til fagorganisering har vurderingene blant annet vært at det er behov for mer koordinering innenfor de ulike fagene på tvers av geografi. For en geografisk organisering har vurderingene vært behovet for bedre koordinering på det enkelte sykehus. De to hovedmodellene for organisering kan fungere godt i perioder, men likevel kan det over tid være nyttig med endring. De fleste nevner at endring i seg selv kan være positivt, for å "løse opp i fastgrodde strukturer". Generelt ser man at helseforetakene har store ledergrupper, og at dette kan medføre utfordringer med hensyn til lederspennet.

De som er fagorganiserte, har i noen grad benyttet koordinatorrolle eller driftsråd for å understøtte samhandlingen i det enkelte sykehus. Ved de tilfellene hvor det ikke benyttes koordinatorrolle, er ansvaret for koordinering av driften ved det enkelte sykehus lagt på nivå 3. For helseforetakene som har fagråd, er disse blitt utviklet over tid, for å finne rett form. Fagrådernes oppgaver for ledergruppen i foretakene er tydelig definert.

Økonomien er utfordrende, uavhengig av organisasjonsform. Viljen til å samhandle er avgjørende, uavhengig av organisasjonsform. Et klart definert hovedsykehus gir en kraft som forenkler samhandlingen.

Overordnet synes det å være både fordeler og ulemper ved enhver modell. Flere forhold påvirker hvordan modellene fungerer; som geografi, foretakets opptaksområde, fordelingen av funksjoner mellom sykehusene, om foretaket har et definert hovedsykehus, kultur samt hvordan ledelsen arbeider. Fordelene og ulempene som finnes i enhver modell er kompensert og tilpasset. Sannsynligvis er prosessen som kompenserer og korrigerer organisasjonsmodellen minst like viktig som selve modellen.

3.4 Erfaringer fra eget foretak

Det er innhentet informasjon fra divisjon Psykisk helsevern, som er fagorganisert. Divisjonen har mange geografiske lokalisasjoner, ni kliniske avdelinger, og alle rapporterer til en resultatansvarlig divisjonsdirektør. Det er over tid arbeidet med kultur for samhandling, samarbeid og utvikling. Til tross for at det er relativt stor forskjell på avdelingene er det blitt en delingskultur på tvers av avdelingene. Divisjonen har en egen fag- og kvalitetsstab, med 12 stillinger som gir divisjonen en sterk faglig driver. Fagrådet til divisjonen mottar oppdrag fra ledergruppa, og ledergruppa kan få oppdrag fra fagrådet. Stedlig ledelse er avklart på alle lokalisasjoner. Divisjonen har gjennomført flere større omstillinger i perioden den har vært fagorganisert. Den største omstillingen var i 2013, men det har også blitt gjennomført noen større omstillinger de senere årene i form av flytting og/eller avvikling av virksomhet. Å beholde og rekruttere leger er utfordrende, det gjelder både leger i spesialisering og overleger. Utfordringen er noe ujevnt fordelt, men gjelder alle avdelinger og alle tre legespesialiteter som divisjonen har ansatt. Endringer i tjenestetilbud som innebærer geografisk endring gir utfordringer, også i en fagdivisjon. Divisjonsdirektøren påpeker at det internt i

divisjonen er ulike oppfatninger om hva som til enhver tid er den beste organiseringen av tjenestetilbudet i divisjonen. Det er ikke innhentet erfaringer fra ansattes perspektiv.

4 Vurdering av dagens ledelse- og organisasjonsmodell for de somatiske divisjonene

Som det framgår av mandatet fra administrerende direktør, skal rapporten inneholde en beskrivelse av fordeler og ulemper ved dagens organisering, opp mot fastsatte vurderingskriterier. Under følger en beskrivelse av tidligere modell, dagens modell samt fordeler og ulemper ved dagens organisering.

4.1 Organisasjonshistorikk

I perioden 2003-2006 var de somatiske sykehusene, unntatt Kongsvinger og Tynset, fagorganisert. Basert på strategisk plan 2006-2020 vedtok styret i Sykehuset Innlandet 21. september 2006 at de geografiske sykehusene innenfor somatikk skulle etableres som resultatenheter fra 1. januar 2007. Samarbeidet mellom disse sykehusenheter skulle videreutvikles i henhold til plan med vekt på optimal samhandling og fortsatt integrasjon.

I forkant av styrets vedtak 21. september 2006 ble det satt ned en arbeidsgruppe som utarbeidet en rapport som vurderte organisasjons- og ledelsesmodellen. Arbeidsgruppen fikk mange ulike signaler fra de ulike divisjonene og interessentene i foretaket. Ut fra en totalvurdering, anbefalte arbeidsgruppen at det skulle etableres geografisk ledelse. Anbefalingen tok utgangspunkt i en SWOT-analyse, som viste at daværende fagorganisering hadde som svakhet at organisasjonen var komplisert og at ansvarsforholdene ble oppfattet som kompliserte. Det var utfordrende å kompensere for behovet for samordning internt på det enkelte sykehus og mellom sykehusene.

Hovedbegrunnelsen for å innføre fagorganiseringen hadde vært å gi trekkraft til å gjennomføre strukturelle endringer, og utnytte mulighetene for funksjons- og oppgavefordeling. Modellen ga også mulighet for styrking og spissing av fagfunksjoner.

Arbeidsgruppen var av den oppfatning at det ikke var mulig å utvikle én modell som den eneste rette for alle fagområdene i Sykehuset Innlandet.

4.2 Beskrivelse av dagens modell

Siden 2006 har de somatiske fagene i Sykehuset Innlandet vært 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 interservice fagorganisert. De somatiske sykehusene er i dagens modell organisert i en hybridmodell, der de fleste fag er geografisk organisert, mens noen fag og funksjoner er fagorganisert på tvers av geografi. Det innebærer at det enkelte sykehus styres av en resultatansvarlig divisjonsdirektør, som er ansvarlig for de fleste av de somatiske fagene på sykehuset.

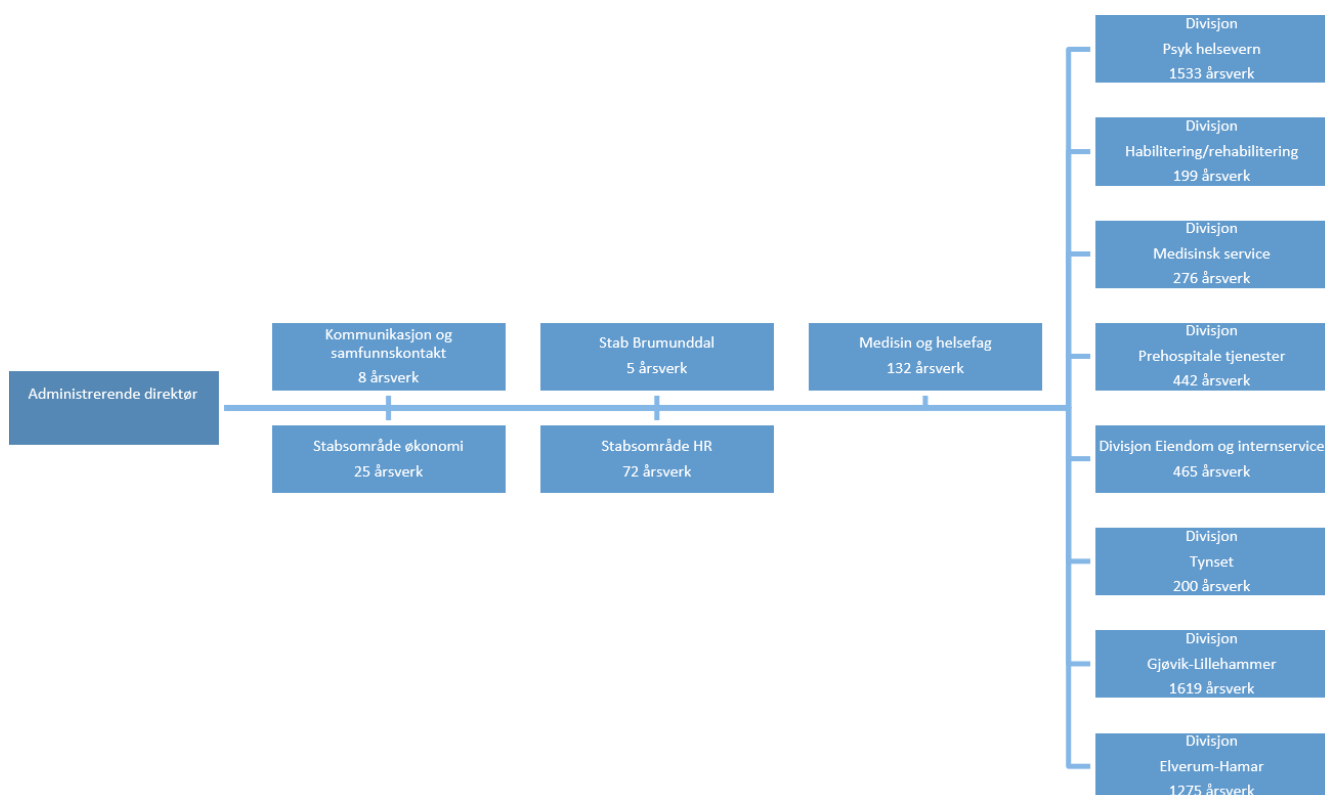
Divisjonsdirektør ved divisjon Elverum-Hamar er således ansvarlig for avdelingene lokalisert ved Hamar og Elverum sykehus, divisjonsdirektør ved divisjon Gjøvik-Lillehammer er ansvarlig for Lillehammer og Gjøvik sykehus og divisjonsdirektør ved divisjon Tynset er ansvarlig for Tynset sykehus. Internt i divisjonene er det

fagorganisering på nivå 3, det vil si at for eksempel avdelingssjef for indremedisinsk avdeling ved divisjon Elverum-Hamar har ansvar for driften av indremedisin både på Hamar og Elverum.

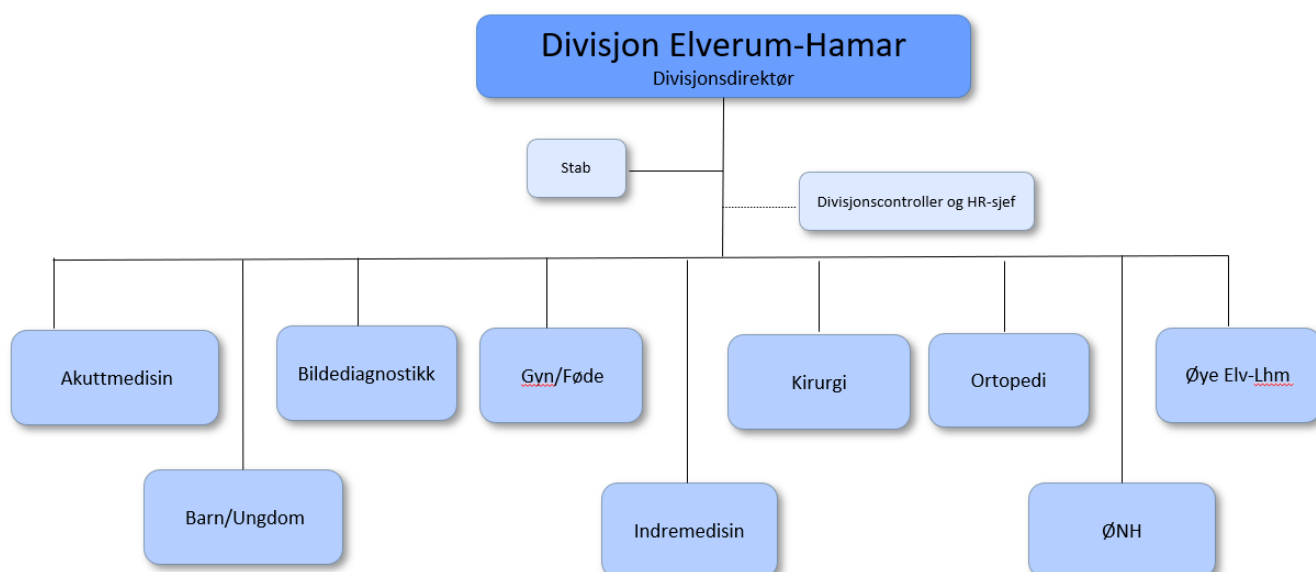
Det er etablert fagråd for alle fagområdene, som skal ivareta en helhetlig utvikling av fagene på tvers av divisjoner/geografi. Fagrådene rapporterer til direktør Medisin og helsefag.

Divisjon Elverum-Hamar og divisjon Gjøvik-Lillehammer har for første gang i 2024 avholdt felles ledermøter. Det første ble avholdt i mars 2024. Møtene, og det økte samarbeidet mellom divisjonsdirektørene, har avdekket at det er et stort potensial i, og vilje til, å jobbe videre sammen. Det lenge etablerte sommerferiesamarbeidet mellom barneavdelingene i de to divisjonene ble også utvidet sommeren 2024. Den siste tiden er det etablert felles møtearenaer mellom nivå 3 ledere innenfor enkelte fagområder. Det gis tilbakemelding fra ledere og tillitsvalgte om at det er en positiv utvikling i samarbeidet.

Under vises dagens organisasjonsmodell for Sykehuset Innlandet og modell for de tre somatiske divisjonene med tilhørende avdelinger.



Figur x Dagens ledelses- og organisasjonsmodell i Sykehuset Innlandet HF



Figur x. Dagens ledelses- og organisasjonsmodell divisjon Elverum-Hamar.

Divisjon Elverum-Hamar har i 2024 samorganisert Indremedisin Elverum og Indremedisin Hamar i en avdeling. Divisjonen er i større grad funksjonsfordelt på geografi enn divisjon Gjøvik-Lillehammer. Ortopedi er samlet på Elverum, kirurgi på Hamar og gynekologi/føde på Elverum.

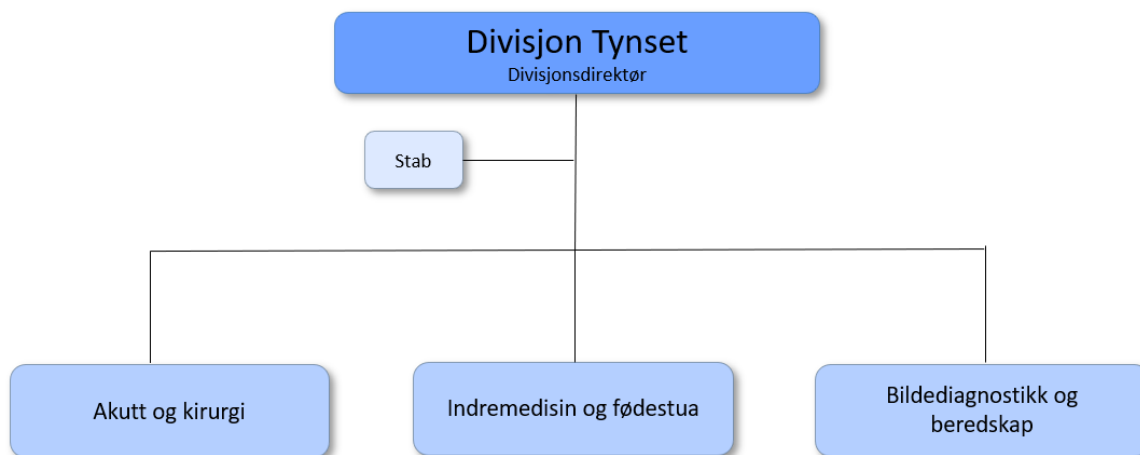


Figur x. Dagens ledelses- og organisasjonsmodell divisjon Gjøvik-Lillehammer

Divisjon Gjøvik-Lillehammer har drift av ortopedi, kirurgi og gynekologi/føde både på Lillehammer og Gjøvik.

Divisjon Gjøvik-Lillehammer har gjennomført en større omorganisering i 2024. Det er etablert felles ledelse for hvert av fagområdene indremedisin, kirurgi, ortopedi og øre-

nese-hals, gynekologi/føde og akuttmedisin i divisjonen. Arbeidet fortsetter i planperioden, og i henhold til divisjonens «Masterplan for omstilling».



Figur x. Dagens ledelses- og organisasjonsmodell divisjon Tynset

4.3 Vurdering av dagens organisering av de somatiske divisjonene opp mot fastsatte vurderingskriterier

Under følger en oppsummering av innspill på fordeler og ulemper ved dagens organisering fra nivå 3 ledere i de tre somatiske divisjonene og Medisin og helsefag, sett opp mot fastsatte vurderingskriterier.

4.3.1 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.

4.3.2 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.

4.3.3 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.

4.3.4 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.

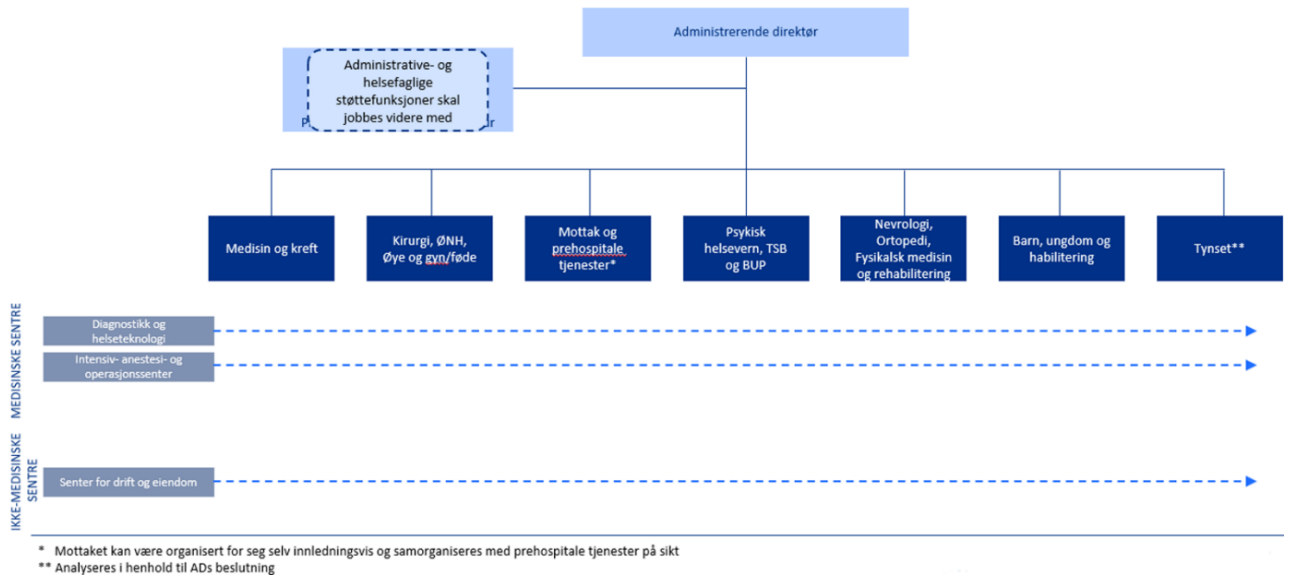
Dagens organisering bidrar til å redusere muligheten til å utvikle organisasjonen mot ny struktur i tråd med det framtidige målbildet, ved å:

- 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.

5 Vurdering av fagorganisering av de somatiske divisjonene

Kunnskapsgrunnlaget fra arbeidet med C3-modellen har blitt brukt som referansepunkt i arbeidet med ledelses- og organisasjonsmodell for interimperioden, for å ivareta at en eventuell endret organisering fører foretaket i riktig retning.

Bildet under illustrerer modellen som ble utarbeidet i 2022:

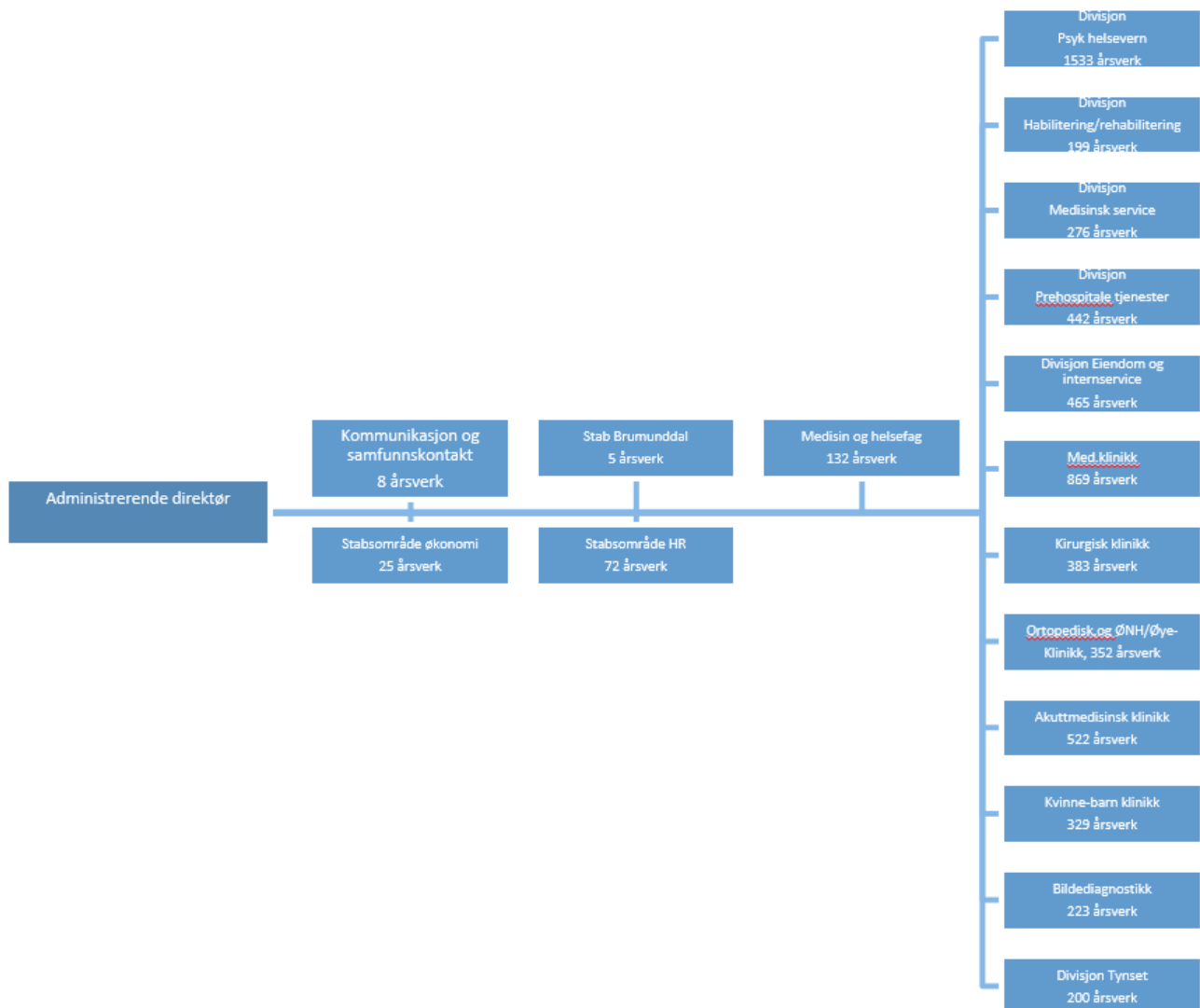


Se også vedlegg.

5.1 Beskrivelse av modell for fagorganisering i interimperioden

Det har i prosessen blitt utarbeidet en overordnet modell for fagorganisering i interimperioden, som 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»).



Modellen tar utgangspunkt i syv klinikker:

- Medisinsk klinikk (inklusive kreft, stråle, palliasjon og nevrologi)
- Kirurgisk klinikk (inklusive operasjon på Hamar)
- Ortopedisk, øre-nese-hals og øye-klinikk (inklusive operasjon)
- Akuttmedisinsk klinikk (inklusive mottak, intensiv og anestesi)
- Kvinne-barn klinikk
- Bilediagnostikk
- Divisjon Tynset

Det vil, ved en eventuell overgang til en fagorganisering, være naturlig å vurdere behovet for å etablere funksjonene som “huskoordinator” alternativt “husråd”. Rollen/rådet vil ha som primæroppgave å koordinere driften innad på huset. Hvordan en eventuell rolle som huskoordinator eller et husråd bør utformes, må vurderes nærmere ved en eventuell beslutning om fagorganisering.

Divisjon Tynset er i den beskrevne modellen videreført som geografisk organisert enhet. Det ble i 2022 utarbeidet et notat, hvor det framgår at organiseringen av divisjon Tynset skulle evalueres i 2026/2027. Beslutning om tidspunkt for evaluering ble gjort for å skape forutsigbarhet og ro.

På bakgrunn av dialog med divisjonsdirektør og administrerende direktør, ble det besluttet å belyse fordeler og ulemper ved en eventuell innføring av fagorganisering i dette arbeidet. Fordeler og ulemper ved å videreføre Tynset som egen divisjon blir belyst nærmere senere i rapporten.

Det vil være behov for å jobbe videre med en detaljering av modellen ved en eventuell beslutning om overgang til fagorganisering, men den gir et tilstrekkelig grunnlag til å kunne ta stilling til de overordnede effektene av en endret organisering.

Gjennom arbeidet med å utarbeide modell, er det kommet flere innspill fra deltakere i arbeidsgruppen, samt nivå 3 ledere i de somatiske divisjonene, som må vurderes ved en fagorganisering:

- Størrelse på klinikkene: Slik modellen er beskrevet, er det stor forskjell på størrelsen på klinikkene, samtidig som de er vesentlig mindre enn dagens to store somatiske divisjoner. Denne ulikheten må man ha et bevisst forhold til når man skal se på organiseringen i detalj. Den medisinske klinikken blir stor, og det er gitt tilbakemelding på at man må vurdere innplassering av fagene kreft og palliasjon.
- I denne prosessen, og i prosessen i 2022, har det kommet innspill om at kreft bør være en egen klinikk.
- Det er løftet frem et behov for å se nærmere på ivaretagelse av palliasjon og noen pasientgrupper innen smertebehandling.
- Utover de somatiske fagene er det særskilt to divisjoner i dagens organisering av Sykehuset Innlandet som blir nevnt som aktuelle å vurdere inn i den somatiske strukturen. Det gjelder divisjon Habilitering-rehabilitering og divisjon Medisinsk service. Ved en eventuell innføring av fagorganisering, er tilbakemeldingene at disse to divisjonene bør være representert i det videre arbeidet med mål om å innlemme dem.
- For fagene kvinne/barn er det nevnt at gynekologi alternativt kunne vært organisert sammen med kirurgi, men at det også vil kunne fungere slik modellen viser – sammen med kvinne/barn.
- Antall medlemmer i administrerende direktørs ledergruppe. En økning i antall klinikker vil gi økt lederspenn i administrerende direktørs ledergruppe. Det er videre påpekt at en økning i antall ledere er uheldig ressursbruk i en tid med krevende økonomi, men dette må vurderes opp mot effektene av en mulig overgang til fagorganisering. Dette kommenteres kort under rapportens kapittel 8 Implementering.
- Ved en beslutning om fagorganisering, vil det være behov for en samlet gjennomgang av sentral stab og stabene i klinikken med hensyn til ivaretagelse av lovpålagte oppgaver, styringskrav og støtte til klinikk i ny organisering.

Som det framgår av mandatet, vil det være naturlig å videreføre valgt modell for interimperioden inn i ny struktur, dersom modellen legger til rette for ønsket utvikling.

5.1.1 Lederstruktur (herunder stedlig ledelse, ansvarsområde og lederspenn og ledergruppe)

Modellen vil medføre en økning i lederspenn for administrerende direktør. Antall nivå 2 ledere vil øke med fem, dersom man velger å videreføre divisjon Habilitering og rehabilitering og divisjon Medisinsk service i sin nåværende form. 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.

Lederspennet for nivå 2 vil bli redusert gjennom en overgang til fagorganisering, men vedkommende vil være ansvarlig for drift på flere geografiske steder. Det vil føre til redusert tilstedeværelse.

Videreføring av lokal ledelse på nivå 4, er en forutsetning for å ivareta den daglige driften og oppfylle kravet om stedlig ledelse. Kravet til stedlig ledelse er beskrevet i NOU 2023-8, Felleskapets sykehus – Styling, finansering, samhandling og ledelse. Det er i det videre arbeidet viktig å se nærmere på hvordan en eventuell overgang til fagorganisering vil påvirke rollen til nivå tre og fire.

Ved en eventuell innføring av rollen som huskoordinator vil det være behov for å tydelig definere ansvarsfordeling mellom huskoordinator og klinikkdirektør. Roller og ansvar i daglig drift og omstilling må være tydelig definert. Uklart mandat for huskoordinator i forhold til drift og beslutninger vil kunne påvirke partsamarbeid. Fra tillitsvalgtes perspektiv er behovet for tydelig geografisk ledelse hvor roller og ansvar er tydeliggjort meldt inn. Det bør ved en eventuell implementering ses nærmere på hvordan sikre et godt partssamarbeid. Erfaringer fra andre foretak tilsier at dette kan være utfordrende.

Dersom rollen som huskoordinator skal tillegges en egen stilling, vil det medføre økte lønnskostnader. Sykehuset Innlandet har ved tidligere fagorganisering valgt å tillegge rollen som huskoordinator til en klinikkdirektør, som er lokalisert på det aktuelle sykehus.

5.1.2 Stabsfunksjoner og fellestjenester

Organiseringen av stabene må tilpasses øvrig organisering ved en eventuell overgang til fagorganisering.

Det er i dagens organisering ulikt hvordan stabene i divisjonene er organisert og dimensjonert. Divisjon Psykisk helsevern har en egen fagstab, mens de somatiske divisjonene har mindre tilgang til stabsressurser. Ved en eventuell innføring av fagorganisering, bør det gjøres en vurdering av dimensjoneringen av fagstabene i divisjonene.

5.2 Vurdering av fagorganisering opp mot fastsatte vurderingskriterier

Under følger en oppsummering av synspunkter på fordeler og ulemper ved fagorganisering fra nivå 3 lederne i de tre somatiske divisjonene og Medisin og helsefag, sett opp mot fastsatte vurderingskriterier:

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

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

- bidra til mer robuste klinikker. Dette gjelder særsilt innenfor små fagmiljø, men også innen større fagområder med rekrutteringsutfordringer. Økt robusthet forutsetter at en fagorganisering bidrar til økt samarbeid på tvers av geografi 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:

- Redusert tverrfaglighet og samarbeid mellom samarbeidende fag, eksempelvis kirurgi og medisin. Modellen kan derigjennom bli mer ressurskrevende.
- øke sannsynligheten for samarbeidsutfordringer på tvers av fag 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 det 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 redusert 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.

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

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

- bidra til bedre kapasitetsutnyttelse innad i fagene, som følge av felles ledelse og økonomi.
- redusere kostnader til innkjøp av utstyr ved å gjennomføre større anbud.

- 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.
- 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.

5.2.3 Øke implementering og gjennomføringskraft til å gjennomføre nødvendige omstillinger mellom de somatiske sykehusene

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

- 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 type 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.

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

Fagorganisering kan bidra til å legge til rette for å utvikle organisasjonen mot ny struktur i tråd med det framtidige målbildet, ved å:

- tilstrebe å etablere fremtidig 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.

5.3 Fordeler og ulemper med plassering av divisjon Tynset i en fagorganisert modell

I modellen for en eventuell fagorganisering er divisjon Tynset lagt inn som egen divisjon.

Under følger en oppsummering av synspunkter på fordeler og ulemper med å innlemme Tynset sykehus i fagorganisering, vurdert av nivå 3 lederne i de tre somatiske divisjonene og Medisin og helsefag.

5.3.1 Fordeler med inkludering av Tynset sykehus i fagorganisering

- Flyt og fordeling av pasienter mellom Tynset og de andre sykehusene kan bli bedre, dersom Tynset er med i fagorganiseringen.
- Samme organisering i samtlige somatiske divisjoner kan sikre likhet i utdanning av LIS og annet helsepersonell.
- Fagorganisering vil legge til rette for at alle fag på Tynset kan dra nytte av et større fagmiljø. I dag ligger den faglige rådgivningen for fødestua på Tynset hos kvinneklinikken.
- Legger i større grad til rette for utvikling av felles prosedyrer og rutiner og reduserer variasjon.

5.3.2 Ulemper med inkludering av Tynset sykehus i fagorganisering

- Dersom en fagorganisering innebærer endring av arbeidstidsmodellen for legene på Tynset, er det en risiko for at de slutter. Dersom arbeidstidsmodellen videreføres, vil det kunne være krevende for den nye organiseringen, fordi det blir ulike arbeidstidsmodeller mellom legene i samme klinikk.
- Det kan bli vanskeligere å kompensere for smådriftsulemper når ansvaret for sykehuset blir delt i fag. Den lokale koordineringen kan bli mer utfordrende enn i dag. Dette kan gjelde flere lokalisasjoner.

- Det er usikkert om felles inntakskontor vil fange opp det som er fordelene for Tynset i dag. Det er ikke gitt at gjestepasientene som i dag kommer til Tynset vil ønske seg til andre sykehus i Sykehuset Innlandet.
- Utvikling av nye pasienttilbud lokalt (for eksempel plastikkirurgi) på Tynset, vil trolig ikke prioriteres. Nye pasienttilbud og gjestepasienter utnytter kapasitet, kompetanse og bemanning. Dette bidrar til midler til lokal beredskap og reduserer kostnader for foretaket.
- Divisjon Tynset fungerer i dag godt innen fag, drift og rekruttering. Det er bekymring for at helheten kan bli utfordret ved en fagorganisering.
- Risikoen for å miste stedlig ledelse på nivå 2 kan skape uro i organisasjonen. Lange avstander vil forbruke ledertid for klinikkdirektørene, for å ivareta en rekke små miljøer.
- Divisjon Tynset har et utstrakt samarbeid med St Olavs Hospital. Ved en fagorganisering må flere ledere koordinere dette, noe som kan gjøre samarbeidet utfordrende.

6 Vurdering av tidspunkt for eventuell implementering av fagorganisering

Tidspunkt for en eventuell overgang til fagorganisering, er blitt drøftet i prosessen. Det vil være 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:

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

kan eventuell implementering skyves fram i tid. Erfaringer fra Kalnes og Drammen tilsier imidlertid at det er viktig å starte prosessen tidlig. Erfaringene fra Kalnes tilsier at prosessen bør starte tre til fem år før innflytting. Kompleksiteten i prosessen i Sykehuset Innlandet er trolig større enn ved Kalnes, grunnet drift ved flere geografiske steder. Det vil i Innlandet trolig være ulike behov for samkjøring av fagene på tvers av geografi, avhengig av størrelsen på faget, antall driftssteder i dag, type fagområde og grad av samarbeid/samkjøring i dagens struktur. Trinnvis innføring av fagorganisering bør vurderes av hensyn til ulike behov i fagene og kompleksiteten i prosessen.

Eventuelle positive effekter av en implementering av fagorganisering i nær fremtid, må vurderes opp mot hvordan implementeringen vil påvirke pågående prosesser i foretaket. Dette gjelder for eksempel gjennomføringen av «Masterplan for omstilling»

ved divisjon Gjøvik-Lillehammer, innføring av DIPS Arena, pågående arbeid med tiltak som er beskrevet i budsjett 2025, samt nyutviklet samarbeid mellom divisjonene Elverum-Hamar og Gjøvik-Lillehammer.

7 Vurdering av fordeler, ulemper og tidspunkt fra et teoretisk perspektiv

Denne redegjørelsen vil fra et ledelsesperspektiv belyse fordeler og ulemper med en fagorganisering av somatikken i Sykehuset Innlandet. Drøftingen tar utgangspunkt i tilgjengelige kilder og erfaringer fra tidligere omorganiseringer innen helsevesenet og etablerte ledelsesteorier.

En av de største fordelene med fagorganisering, er at den kan styrke fagmiljøene ved å samle spesialisert kompetanse og ressurser innenfor bestemte fagområder (Overlegen Digital, 2023). Dette gir muligheter for bedre samarbeid, kunnskapsdeling og utvikling av nye behandlingsmetoder. Når spesialister innenfor samme fagområde jobber tettere sammen, kan det også legge til rette for faglig innovasjon, noe som kan komme pasientene til gode gjennom mer effektive og oppdaterte behandlingstilbud (Haukåsen, 2023). For Sykehuset Innlandet kan dette bidra til å bygge sterke fagmiljøer som tiltrekker seg høyt kvalifiserte spesialister og hever kvaliteten på helsetjenestene (NHO Service, 2017; Samfunn og Økonomi, 2022).

Samtidig vil en fagorganisering kunne øke risikoen for koordineringsutfordringer. Når spesialiserte fagenheter er avhengig av samarbeid på tvers av fagområder, viser forskning at partene har utfordringer med kommunikasjon, koordinasjon og informasjonsflyt (Haukåsen, 2020; Slettli og Grønhaug, 2016). Dette kan føre til uklare ansvarsforhold, hvor det helhetlige ansvaret for pasientens totale behandlingstilbud kan bli uklart. Ledelsen må derfor sikre at det finnes effektive systemer for kommunikasjon og samarbeid mellom fagene, noe som krever betydelige administrative ressurser og kompetanse (Samfunn og Økonomi, 2022). Hvis dette ikke er sikret vil dette kunne gi et forsinket behandlingstilbud og et økonomisk tap (Overlegen Digital, 2023).

Et annet viktig aspekt i diskusjonen om fagorganisering er fjernledelse, som ofte blir en nødvendig praksis i Sykehuset Innlandet, med ulike geografiske lokalisasjoner. Ledere må med andre ord forholde seg til ansatte og avdelinger på ulike geografiske lokalisasjoner. Ved innføring av fagorganisering vil det i økende grad bli fjernledelse på nivå 2. Felles ledelse på tvers av geografi, kan på én side gi fordeler som økt fleksibilitet, mulighet for standardisering av praksiser, og bedre ressursutnyttelse på tvers av avdelinger. Gjennom digitale løsninger kan ledere opprettholde kommunikasjon med ulike enheter uten å være fysisk til stede, noe som kan redusere tid og kostnader knyttet til reise (Gibson et al., 2014).

På en annen side kan ledelsens reduserte fysiske tilstedeværelse svekke den personlige relasjonen mellom ledernivåene, som igjen kan påvirke tillit og arbeidsmiljø negativt (Morrison-Smith og Ruiz, 2020). Ansatte kan oppleve en følelse av avstand eller at deres utfordringer ikke blir tilstrekkelig forstått av ledelsen. Fra et ledelsesperspektiv kan det også være krevende å sikre jevn kommunikasjon og oppfølging på tvers av lokalisasjoner, spesielt i situasjoner som krever umiddelbar beslutningstaking eller konflikthåndtering (Liao, 2017).

Dersom fagorganisering gjennomføres for sent, kan dette skape et vakuum i organisasjonen, der integrering av kultur, systemer og rutiner forsinkes. Dette kan hemme både samarbeid og driftseffektivitet i en periode hvor det er behov for sterk tilpasningsevne og målrettet ledelse. For sent gjennomførte omstillinger kan også føre til økt frustrasjon blant ansatte som savner klare retningslinjer og som kan oppleve at organisasjonen mangler fremdrift og besluttsomhet (Beer & Nohria, 2000).

Fra et ledelsesperspektiv er det derfor avgjørende å finne riktig balanse og sørge for at omorganiseringen ikke bare er godt planlagt, men også skjer på et tidspunkt som tillater tilstrekkelig forankring i organisasjonens strategi og kultur. En robust kommunikasjon av hvorfor og hvordan fagorganiseringen skal gjennomføres, kan minimere risikoen for feilslått timing. I tillegg er det viktig med tydelig ledelse som sikrer at både mål og ressurser er klart definert før omstillingen settes i gang, og at de ansatte har nødvendig støtte gjennom hele prosessen (Kotter, 2012).

8 Tiltak i dagens organisering

Del to av oppdraget har vært å identifisere alternative tiltak til fagorganisering, herunder endret organisering av stabene. Alternative tiltak betyr andre endringer enn fagorganisering av somatikken. I to av møtene med avdelingssjefene, arbeidet gruppene med hvilke tiltak som kan gjøres innenfor dagens organisering, for å:

- 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.

8.1 Forslag til tiltak i dagens organisering

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:

8.1.1 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.

8.1.2 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.

8.1.3 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 klare og 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.

8.1.4 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.

8.2 Tiltak i dagens organisering av Medisin og helsefag

Som det framgår av oppdraget, skal rapporten også inneholde en beskrivelse av tiltak i dagens organisering som kan bidra til at stabene i større grad bidrar til å løse utfordringsbildet i de somatiske divisjonene. Tiltakene under oppsummerer innspillene fra samling 3 med avdelingssjefene i de somatiske divisjonene og Medisin og helsefag.

De somatiske divisjonene ønsker et dedikert kontaktpunkt i Medisin og helsefag innenfor området kvalitets- og forbedringsarbeid og virksomhetsstyring. Det er ønskelig at vedkommende, på like linje som HR-sjef og controller, deltar i divisjonens ledermøter. Ressursmessig er dette krevende i dagens organisering.

Dagens organisering av Medisin og helsefag består av avdelingene Forskning og innovasjon, Helseteknologi, Kompetanse og utdanning, Kvalitet og pasientsikkerhet, Samhandling og brukermedvirkning og Virksomhetsstyring.

Det bør i det videre arbeidet også ses nærmere på eksempelvis:

- Organisering av kvalitetsrådgivere i Medisin og helsefag og divisjonene må vurderes samlet.
- Organisering av virksomhetsstyring i forhold til ansvar og oppgavedeling mellom stabsområde Økonomi, Medisin og helsefag og stabsområde HR, for å få en mer helhetlig virksomhetsstyringsmodell.
- Organisering av Helseteknologi. Det kan vurderes om helseteknologi bør være et eget stabsområde.
- Organisering av Kompetanse og utdanning i forhold til ansvar og oppgavedeling mot HR.
- Organisering av smittevern.

Tiltakene som er beskrevet vil være naturlig å utvide til å gjelde flere funksjoner ved en eventuell overgang til fagorganisering. Slike funksjoner kan for eksempel være Tuberkulosekoordinator til medisinsk klinikk og Medisinske fysikere til Bildediagnostikk.

Det ble gjennomført en detaljert kartlegging i 2024 av dagens arbeidsoppgaver for ansatte i Medisin og helsefag. Det bør på bakgrunn av tidligere kartlegging og denne prosessen legges en plan for det videre arbeidet med framtidig oppgavedeling og samarbeid mellom divisjonene og Medisin og helsefag.

9 Implementering

En eventuell overgang til fagorganisering vil være ressurskrevende og skape en ustabilitet i organisasjonen. Det vil kreve god planlegging for å skape forutsigbarhet for ansatte og ledere og tilstrekkelig med ressurser og tid til å gjennomføre prosessen.

På bakgrunn av innspill fra avdelingssjefene, og tidligere erfaringer, er det særskilt seks forhold ved selve implementeringen som bør få særskilt oppmerksomhet i planleggingsfasen:

- Vurdere hvordan implementeringsprosessen kan påvirke pasienttilbudet.
- Skape forutsigbarhet for medarbeidere og ledere for å unngå økt turnover.
- Legge til rette for god medvirkning for medarbeidere, ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten.
- Økte kostnader i implementeringsperioden.
- Gjennomføring av nødvendige endringer i støttesystemer.
- Tilstrekkelig kapasitet i lederlinja og hos støttefunksjoner til å gjennomføre prosessen.

Det er innhentet faglig vurdering/råd fra systemeierne innen kliniske systemer samt økonomi- og personalsystemer.

9.1 Omstillingsprosess

I endringer er det viktig å skille mellom omstillingens innhold og omstillingens prosess.

Omstillingens innhold handler om hva som skal endres, i dette tilfelle en implementering av fagorganisering. Hvordan prosessen gjennomføres, er av stor betydning for måloppnåelse. Det er viktig å legge til rette for en prosess som bidrar til forutsigbarhet for medarbeidere, ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten. Dette er avgjørende både for å oppnå målsetningen med endringen, opprettholde aktiviteten i omstillingsperioden samt for å unngå fysiske og psykiske helsebelastninger som en følge av omstilling. Det å stå i omstilling er krevende for både ledere, medarbeidere, tillitsvalgte og vernetjenesten, og kan føre til økt sykefravær og økt turnover.

Forskning viser at følgende punkter er viktige for å forbygge uro, økt fravær og turnover, som følge av omstilling;

- Det er helt avgjørende å ha et klart mål for endringen, og det må være en klar plan for å nå målene. I denne prosessen er målene tydelig definert gjennom vurderingskriteriene. Det er viktig å understreke at valg av organisasjonsmodell kun er et virkemiddel for å nå fastsatte mål. Ved en eventuell beslutning om fagorganisering, må det utarbeides en tydelig framdrifts- og informasjonsplan i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten.
- Det er viktig at ledelsen kommuniserer målene og planen til organisasjonen på en god måte. Det er avgjørende at både medarbeidere, ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten har forståelse for hva, hvorfor og hvordan. Involveringen av nivå 3 ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten i arbeidet med mandat og vurderingen av endret ledelsesmodell har vært viktig for å øke forståelsen for prosessen, men det vil ved en eventuell beslutning om fagorganisering være av stor betydning å jobbe videre med forankring. Det er avgjørende å legge til rette for god medvirkning i berørte divisjoner. 12 prinsipper for medvirkning i omstilling og reguleringen i hovedavtalen legges til grunn for arbeidet med medvirkning. Sett i lys av tidligere beskrevet risiko, er det særskilt viktig å legge til rette for god medvirkning for nivå 4 ledere, divisjonstillitsvalgte og divisjonsverneombud i en eventuell implementeringsfase i tillegg til nivå 2 ledere, nivå 3 ledere, foretakstillitsvalgte og hovedverneombud.

9.2 Økte kostnader i implementeringsperioden

Eventuelle endringer i organisasjonsform kan gi økte kostnader innen ulike områder. Der samhandlingsrutiner og arbeidsmønstre endres, kan økt ressursbruk over en periode forekomme. I implementeringsperioden kan det i perioder være behov for å sette av ressurser som arbeider med systemintegrasjoner. Det vil være behov for at eksterne ressurser benyttes til dette arbeidet, spesielt Sykehuspartner. Størrelsen i kostnad avhenger av hvor mange avdelinger det gjelder og hvor inngripende endringen er. I kapittel 9.3 beskrives kort hvilke endringer som må gjøres på systemnivå i ulike omorganiseringer.

Endring av arbeidsmåter og organisering kan i løpet av implementeringsperioden føre til redusert aktivitet. Redusert aktivitet kan medføre reduserte inntekter. Dette vil

sannsynligvis avhenge av hvor omfattende endringen er og hva som er tidsperspektivet på implementeringsperioden.

Divisjon Gjøvik-Lillehammer har gjennomført flere organisasjonsendringer det siste året som en del av divisjonens Masterplan for omstilling for perioden 2023-2025.

Endringene innebærer blant annet en overgang til fagorganisering internt i divisjonen i stedet for en geografisk organisering. Samorganisering av avdelinger er omfattende og ressurskrevende. Dette arbeidet tar mye tid og ressurser, og har bidratt til noe høyere arbeidsbelastning. Det er først i 2025 at man kan forvente å hente ut vesentlige gevinster av omstillingene. Selv om de økonomiske effektene av omstillingen så langt ikke er fremtredende, er det ikke noe som tyder på at omstillingene har medført merkostnader av vesentlig omfang i implementeringsperioden.

9.3 Endringer i støttesystemer

Organiseringen av de somatiske divisjonene har konsekvenser for alle former for systemer som brukes for å understøtte pasientbehandling, personaladministrasjon og internkontroll. Påvirkningen på systemene avgjøres av hvor inngripende endringen er. Ved en videreføring av dagens modell, vil endringene bli færre og mindre inngripende, enn en endring til en fagorganisert modell. Av dette følger at det viktigste å vurdere med hensyn til systemer i denne rapporten, er konsekvenser av en mulig fagorganisering.

Erfaringene med sammenslåingen av nivå 3 avdelinger på Gjøvik-Lillehammer siste år, viser at slike prosesser krever involvering av de aktuelle avdelingene, og at det må settes av tid til denne prosessen. Endringene på systemnivå fører som regel til nye arbeidsprosesser som må innføres i avdelingene. Det tekniske arbeidet med systemendringer innebærer at Sykehuspartner må involveres tidlig, slik at nødvendige ressurser prioriteres.

Dersom det forutsettes at en mulig fagorganisering skal ha som krav at alle nye klinikker skal ha felles ventelister, må det tas høyde for at de aller fleste systemer vil bli påvirket. Dette vil bli dimensjonerende for arbeidsinnsats og kostnader. Endringer i de kliniske systemene vil ha de største konsekvensene. Hovedgrunnen til dette er endringer som medfører bruk av både eksterne og interne ressurser samt endring av prosedyrer. Internt i foretaket kan arbeidet med Dips Arena innebære at de nødvendige arbeidsressursene for å gjennomføre en endring ikke er tilgjengelige før fra sommeren 2025. Gitt disse forutsetningene, kan man vurdere at de nye fagorganiserte klinikkene er fullt ut operative med alle systemer fra 01.01.2027. Gjennom en fasedelt innføring av fagorganiseringen, bør man kunne starte sammenslåingen i løpet av 2026, men være klar over at de nye enhetene ikke kan rapportere samlet som ny enhet før 01.01.2027.

9.4 Kapasitet i lederlinja og hos støttefunksjoner

Det er viktig at støttefunksjonene som skal bistå i endringsprosessen, har tilgjengelig kompetanse og er klare til å håndtere arbeidsmengden som følger med omstillingen. HR-avdelingen, økonomiavdelingen, Medisin og helsefag og andre støttefunksjoner i Sykehuset Innlandet HF må være rigget og forberedt for å støtte både ledelse og ansatte gjennom prosessen. Andre oppgaver må kunne prioriteres ned. Det vil være behov for å gå gjennom roller og ansvar, herunder også fullmaktsstruktur, ved en eventuell endring av modell.

10 Oppsummering

Som det fremgår av dokumentet, er det fordeler og ulemper ved enhver organisering. Spørsmålet er således hvilken modell i interimperioden som i størst grad understøtter arbeidet med å:

- 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.

Ved vurderingene av overgang til fagorganisering, har vurderingene i hovedtrekk vært at det er behov for mer koordinering og samarbeid innenfor de ulike fagene på tvers av geografi. For en geografisk organisering har vurderingene vært behovet for bedre koordinering og samarbeid på det enkelte sykehus. Dette er også noen av hovedtrekkene i innspillene fra avdelingssjefene i de berørte divisjonene og stabene samt den teoretiske vurderingen. Uansett valg av modell, vil det være behov for å kompensere for ulempene i modellen, i form av avbøtende tiltak.

Hvordan ledere på ulike nivåer vurderer spørsmålet om organisering, vil trolig påvirkes av størrelse på egen enhet, fagområde, erfaring med samarbeid på tvers av geografi og personlige preferanser.

Ved en eventuell innføring av fagorganisering formidles det at:

- Det er viktig at endringen bringer foretaket i retning av framtidig modell.
- Det er viktig at man i det videre arbeidet med ledelses- og organisasjonsmodell inkluderer divisjon Habilitering-rehabilitering og divisjon Medisinsk service i prosessen.
- Det er viktig at timingen av prosessen vurderes opp mot det samlede utfordringsbilde i Sykehuset Innlandet, eventuelle pågående prosesser samt kapasitet.
- Systematisk oppfølging av mulige risikoområder.

Fra et ledelsesperspektiv, er det, med tanke på ovennevnte presiseringer, avgjørende å finne riktig balanse og sørge for at en eventuell endring av organisering ikke bare er godt planlagt, men også skjer på et tidspunkt som tar høyde for tilstrekkelig forankring i organisasjonen. En tydelig kommunikasjon om hvorfor og hvordan en eventuell endring skal gjennomføres, kan minimere risikoen for feilslått timing. I tillegg er det viktig med god og tydelig ledelse, som sikrer at både mål og ressurser er klart definert, før endringen iverksettes, samt at det legges til rette for god medvirkning i tråd med 12 prinsipper for medvirkning og Hovedavtalens bestemmelser. Det vil uavhengig av valg av modell være behov for å gjennomgå og videreutvikle rammeverket som beskriver roller og ansvar i omstilling og ivaretagelsen av et godt partsamarbeid, for å lykkes med nødvendig omstillinger i årene fremover.

Vedlegg:

Vedlegg 1 Framtidig, helhetlig organisasjonsmodell for Sykehuset Innlandet, datert 01.06.22

Vedlegg 2 Rapport fra arbeidsgruppe organisasjons- og ledelsesmodell, september 2006