



Sykehuset Innlandet HF

HELSE



SØR-ØST

# ***Framtidig, helhetlig organisasjonsmodell for Sykehuset Innlandet***

01.06.22

# Sammendrag

For å møte framtidens utfordringer har Sykehuset Innlandet utviklet et framtidig mål bilde for egen virksomhet med en ny sykehusstruktur. Høsten 2020 ble et organisasjonsutviklingsprogram (OU-programmet) etablert for å kunne koordinere, styre og følge opp implementeringen av prosjekter og aktiviteter i videreutviklingen av organisasjonen på kort og lang sikt, i tråd med målbildet. Sykehuset Innlandet har siden sommeren 2021 utarbeidet en modell som skal legges til grunn for det videre arbeidet med en framtidig, helhetlig organisasjonsmodell for Sykehuset Innlandet. Denne rapporten går gjennom delprogrammets arbeid og presenterer et forslag til framtidig organisering av Sykehuset Innlandet.

I forbindelse med arbeidet med framtidig organisering undersøkte delprogrammet både hvilke behov SI har, hvilke problemstillinger en framtidig organisering skal løse og hvilke erfaringer andre sykehus har gjort seg i deres omorganiseringer. Erfaringer fra andre sykehus ble hentet inn gjennom rapporter, sekundærkilder og virtuelle møter med sykehusene. I tillegg er det gjennomført totalt syv workshoper (heldags arbeidsmøter) i perioden september 2021 – mai 2022. Deltakerne i workshopene var en tverrfaglig ekspertgruppe som dekket bredden av SI-organisasjonen. Disse workshopene kom i tillegg til møter med ledergruppen.

Workshopene med ekspertgruppen utforsket gradvis mulighetsrommet for en framtidig

organisering av Sykehuset Innlandet og jobbet seg fram til en organisering som legges til grunn for videre arbeid. Gjennom workshopene ble grunnprinsipper for framtidig organisering valgt og ulike modeller for framtidig organisering ble utforsket. Ulike modeller ble evaluert og fagorganisering skåret best mot grunnprinsippene.

Arbeidet hadde i utgangspunktet fokus på alternativet med Mjøssykehuset og ble etter hvert utvidet til å i tillegg beskrive en prosess for nødvendige justeringer ved et null-pluss alternativ med erstatningssykehuset på Hamar.

Organiseringen som legges til grunn for videre arbeid vil bestå av syv klinikker og tre tverrfaglige sentere som skal levere tjenester til klinikkene. Organiseringen samler fagmiljøene, noe som vil underbygge en sterkere faglig tilhørighet, mer robuste fagmiljøer og bidra til likeverdige helsetjenester av høy kvalitet i hele Innlandet.

De siste workshopene ble brukt til å utforske risikoer og avbøtende tiltak knyttet til organiseringen som legges til grunn for videre arbeid for begge alternativer. Erfaringene fra disse workshopene tilsier at organiseringen også kan benyttes for et null-pluss alternativ, men at det må gjøres enda nærmere utredninger dersom null-pluss alternativet blir valgt.

# Innhold

---

- Sammendrag
- 4 Grunnprinsipper
- 5 Organisasjonsmodell
- 7 Organisering som legges til grunn for videre arbeid
- 9 Risikovurdering
- 11 Forslag til implementering
- 13 Vedlegg

# Grunnprinsipper for framtidig organisasjonsmodell

Det er utarbeidet grunnprinsipper som beskriver egenskaper framtidig organisasjonsmodell skal kjennetegnes og evalueres ved. Disse tar utgangspunkt i vurderingskriteriene i konseptfasearbeidet



## 1. Brukertilpasset og kunnskapsbasert pasientbehandling

- ✓ Moderne og brukertilpasset pasientbehandling, basert på forskning og innovasjon.
- ✓ Opplæring hvor pasienter og pårørende øker sin helsekompetanse og er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar.
- ✓ Lik mulighet for riktig behandling i hele Innlandet og likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted.
- ✓ En sterk vektlegging av desentraliserte tjenester nær der pasienten bor, og gi muligheter for å videreutvikle denne i tråd med faglig og teknologisk utvikling.



## 4. Sammenhengende behandlingkjeder

- ✓ Pasientene opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner.
- ✓ Pasienter opplever en sammenhengende akuttmedisinsk kjede der innsats settes tidlig inn, og informasjonen følger pasienten hele veien.



## 7. Økonomisk bærekraft

- ✓ Økonomisk balanse med evne til å foreta nødvendige investeringer.



## 2. Robuste fagmiljøer med sterk akademisk tilknytning

- ✓ Spesialiserte funksjoner av høy kvalitet, et pasientvolum som sikrer god kvalitet i behandlingen og liten variasjon i kvalitet.
- ✓ Legge tilrette for forskning, utvikling og innovasjon som integrert del av den kliniske hverdag.
- ✓ Fagmiljø og vaktordninger som ikke er avhengige av kontinuerlig innleie.



## 5. Attraktiv arbeidsplass

- ✓ God rekrutteringsevne og evne til å beholde medarbeidere i gode arbeidsmiljø og med gode arbeidstidsordninger.
- ✓ Gir medarbeidere mulighet for medvirkning og glede ved å lykkes i jobben.
- ✓ Medarbeiderne opplever SI som en attraktiv arbeidsplass som legger til rette for kontinuerlig kompetanseutvikling.



## 8. Helhetlig ledelse

- ✓ En organisasjonsstruktur som tilrettelegger for et håndterlig lederspenn.
- ✓ Ledere settes i stand til å ta et helhetlige lederansvar for fag/kvalitet, personal og økonomi, og tilstrekkelig stedlig ledelse.



## 3. Tverrfaglig samhandling

- ✓ Pasienter med sammensatte behov opplever at tjenestene opptrer i team rundt dem, som også innbefatter samhandling mellom psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), somatikk og hab-/rehabilitering.
- ✓ Den akutte pasient møtes av personale med riktig kompetanse hele døgnet for rask avklaring av videre behandlingsnivå.



## 6. Fleksibilitet og effektivitet

- ✓ Fleksible tverrfaglige team som endres i takt med endringer i pasientbehov og endringer i nye arbeidsmåter understøttet av ny teknologi.
- ✓ Optimal bruk av kompetanse og ressurser.
- ✓ Tilgjengelige personellressurser for desentraliserte tjenester.

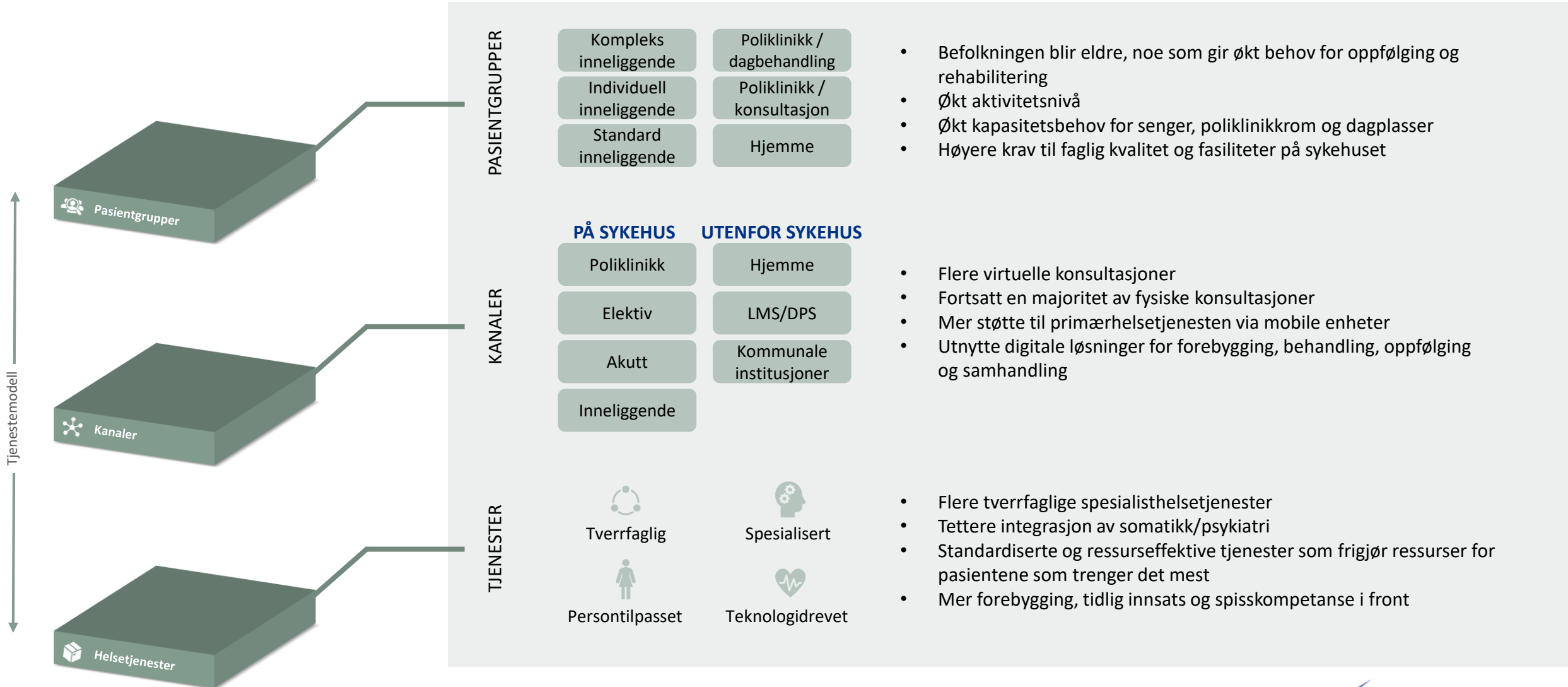


## 9. Tydelighet i roller, ansvar, oppgaver og beslutningsmyndighet

- ✓ God virksomhetsstyring.

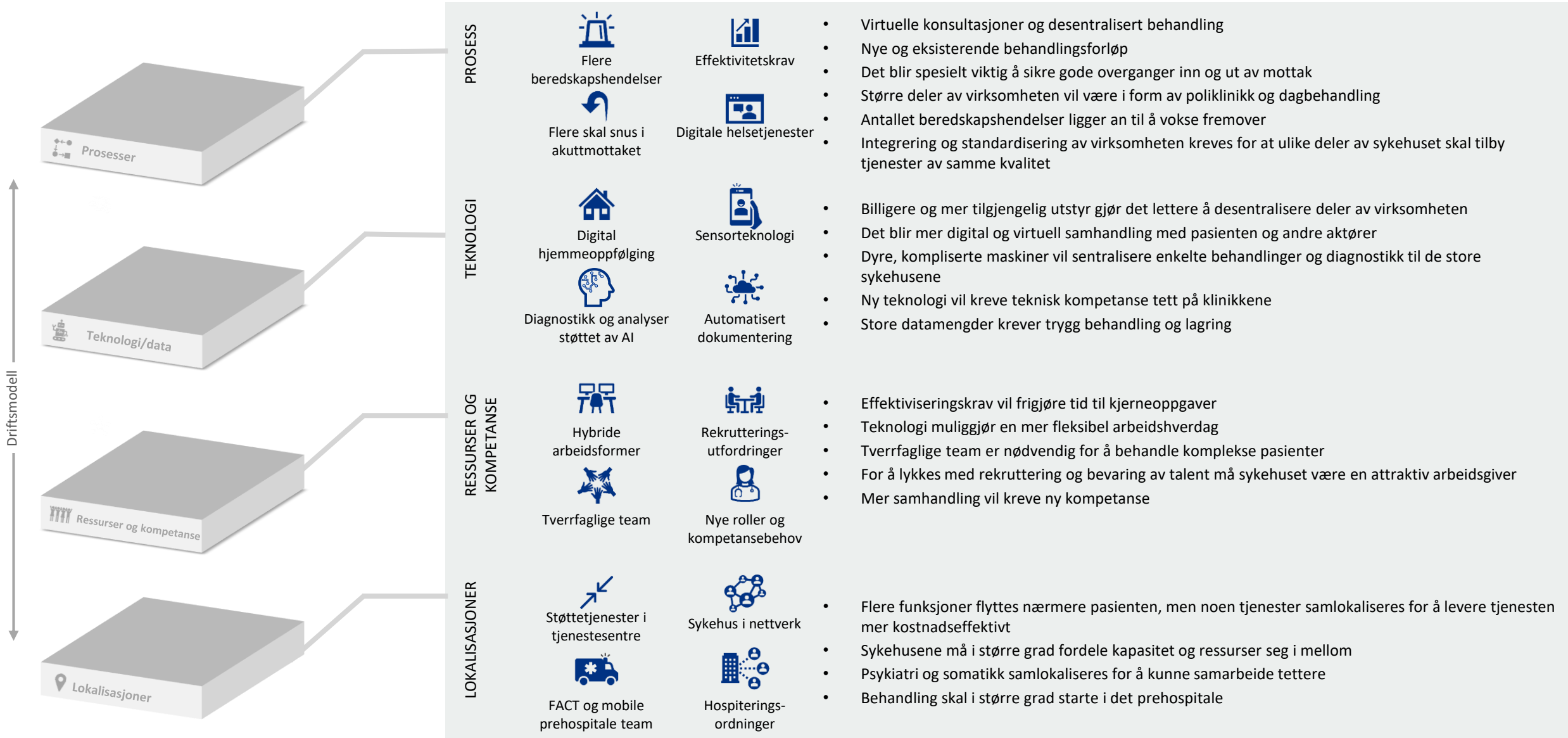
# Tjenestemodellen oppsummerer utviklingstrekk som påvirker fremtidige helsetjenester

Framtidig organisering må hensynta hvordan fremtiden pasientgrupper vil se ut, hvilke helsetjenester de vil ha behov for og gjennom hvilke kanaler de ønsker å motta disse tjenestene



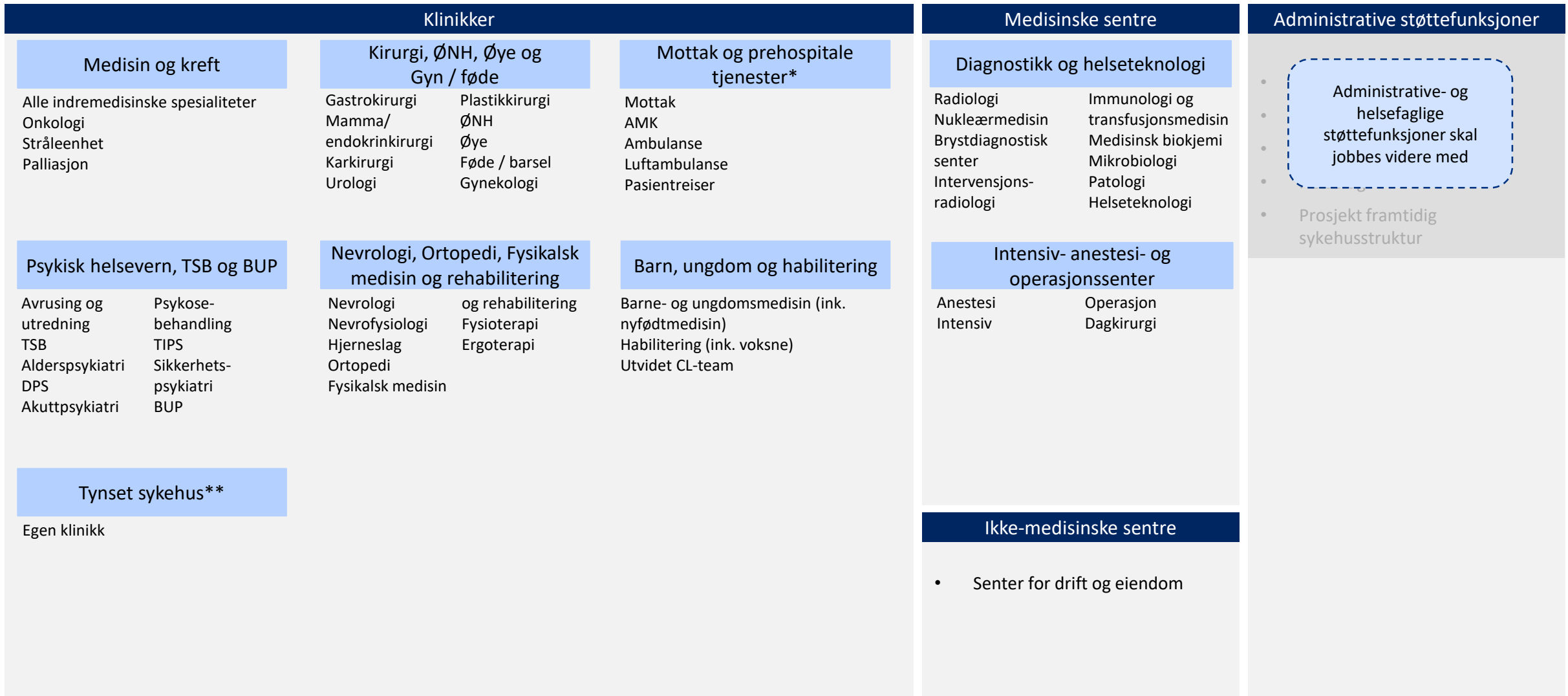
# Utvikling som påvirker fremtidig drift av helsetjenesten er oppsummert i driftsmodellen

For å levere effektive tjenester må framtidig organisering sees i sammenheng med utvikling innen kjerneprosesser, teknologi, kompetansekrav og virksomhet på nye (og eksisterende) lokalisasjoner



# Organisering som legges til grunn for videre arbeid

Organiseringen er en fagorganisering bestående av syv klinikker og tre tverrfaglige sentere

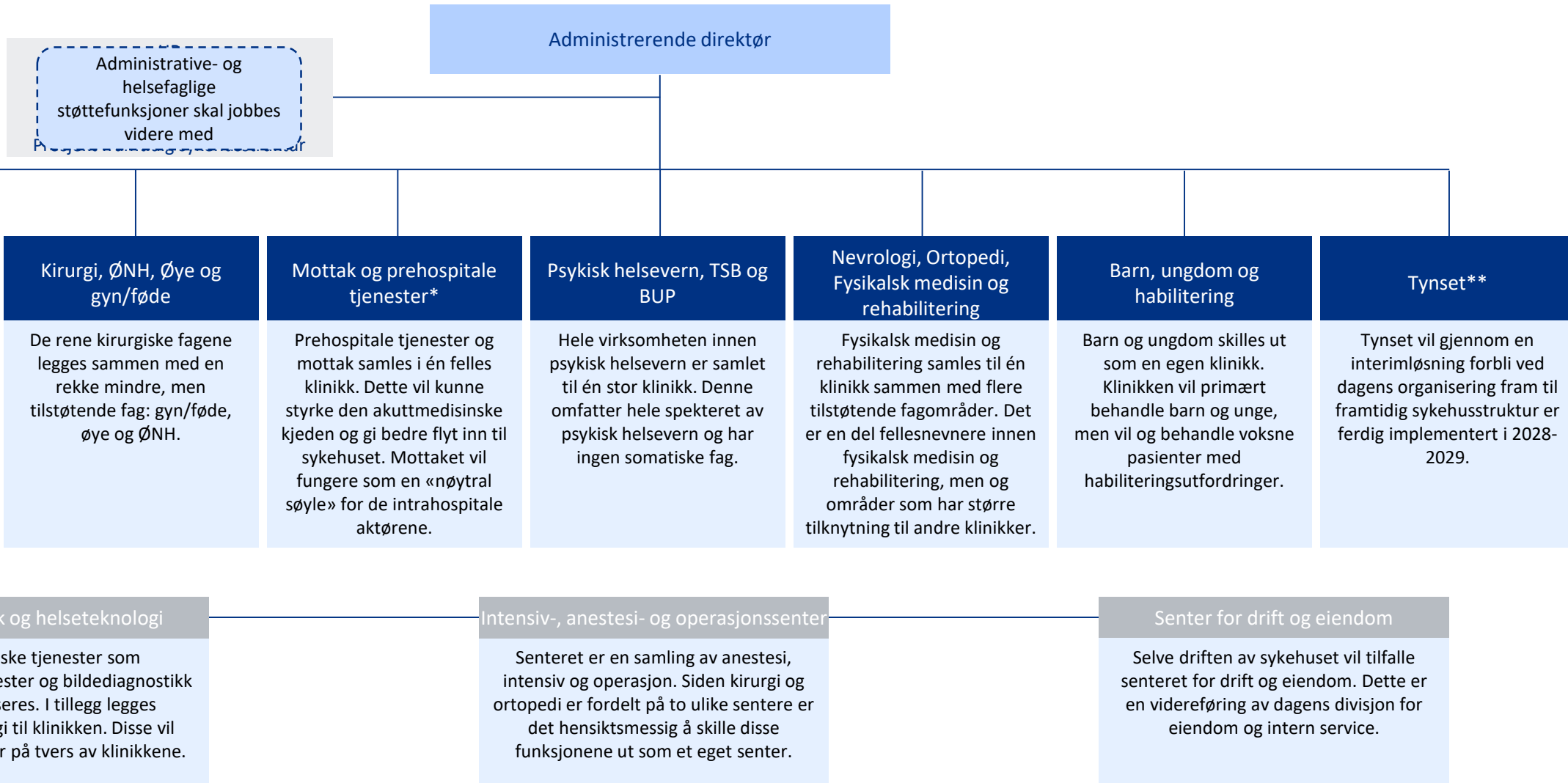


\* Mottaket kan være organisert for seg selv innledningsvis og samorganiseres med prehospitaltjenester på sikt

\*\* Analyseres i henhold til ADs beslutning

# Organisasjonskart for organisering som legges til grunn for videre arbeid

Organiseringen samler tilstøtende fag i større klinikker for å tilrettelegge for robuste fagmiljøer med sterk faglig tilhørighet



\* Mottaket kan være organisert for seg selv innledningsvis og samorganiseres med prehospitaltjenester på sikt

\*\* Analyseres i henhold til ADs beslutning



# Risikovurdering av organiseringen for alternativet med Mjøssykehuset

Med utgangspunkt i grunnprinsippene er potensielle risikoer og avbøtende tiltak ved organisering som legges til grunn for videre arbeid identifisert

#	Tema	Risiko Beskrivelse av risikomomentet	Tiltak Beskrivelse av tiltaket
1	Kvalitet i pasientbehandlingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risiko for at det oppstår siloer mellom klinikker</li> <li>Risiko for at Tynset faller utenfor den faglige utviklingen</li> <li>Store klinikker/sykehus mister fokus på desentraliserte tjenester</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tillitsbasert ledelse og tydelig ledelse på nivå 2</li> <li>Tydelige føringer for faglig tilbud og utvikling for de ulike fagmiljøene</li> <li>Fokusgruppe på desentraliserte tjenester og teknologiske løsninger</li> </ul>
2	Robuste fagmiljøer	<ul style="list-style-type: none"> <li>«Små» fagmiljø kan nedprioriteres i store klinikker</li> <li>Noen fagområder kan bli veldig små ved de minste lokalisasjonene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvert fagområde må ha sin nivå 3-leder med et helhetlig ansvar</li> </ul>
3	Tverrfaglig samhandling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sterke fagklinikker gjør det vanskeligere med samarbeid på tvers</li> <li>Noen fag som samarbeider mye er plassert i ulike klinikker, eks. nevrologi og indremedisin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Systematisert samhandling gjennom flere formaliserte samhandlingsarenaer</li> <li>Ha tverrkliniske utredningsteam og liaisontjenester</li> </ul>
4	Sammenhengende behandlingsskjeder	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risiko for at man ikke ser pasienten i et helhetsperspektiv</li> <li>Mer markante skiller mellom klinikker kan skape risiko ved overganger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tilrettelegge for samhandling på tvers av klinikker, men og med kommunen og helsefelleskapet. Dette bør operasjonaliseres</li> <li>Helhetlig fagansvar på nivå 3</li> </ul>
5	Attraktiv arbeidsplass	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mindre attraktiv arbeidsplass hvis noen fag er «nedprioriterte»</li> <li>Lang avstand mellom klinisk personell og ledelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lokal ledelse på laveste ledernivå. Avdelingssjef som er tilgjengelig og tilstede</li> </ul>
6	Fleksibilitet og effektivitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kan oppstå kamp om bistand fra senter for intensiv, anestesi og operasjon mellom klinikkene</li> </ul>	
7	Økonomisk bærekraft	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skjevfordeling mellom fag internt i klinikkene. Små fag kan bli nedprioritert</li> <li>Kan bli feil i budsjettering innledningsvis ved overgang til ny organisering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Store uforutsette kostnader behandles på strategisk nivå (i ledergruppen)</li> <li>En andel av budsjettet burde holdes tilbake for å kunne deles ut av ledelsen ved behov</li> </ul>
8	Helhetlig ledelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tynset kan ikke stå alene i organisasjonen</li> <li>Kan bli for svak stedlig ledelse ved flere lokasjoner</li> <li>Nivå 2-ledere med stort kontrollspenn kan bli «tåkefyrster» med liten forståelse av faget de skal lede</li> <li>Risiko for at små fagmiljøer som er samlet med store ikke får tilstrekkelig oppmerksomhet fra nivå 2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sterk stedlig ledelse som kan sikre lik kvalitet i behandling på tvers av lokalisasjoner</li> <li>Ha fokus på god lederutdanning og lederutvikling. Lederne må kunne lede komplekse klinikker</li> </ul>
9	Roller, ansvar og myndighet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uklare ansvarsforhold ved pasienter med tverrfaglige samhandlingsbehov</li> <li>Nivå 3-ledere fortsetter å være i klinisk drift</li> <li>Risiko for at det oppstår uklare lederlinjer internt i klinikkene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ledere på nivå 3 skal først og fremst være ledere. Dette gjelder til en viss grad og på nivå 4</li> <li>Tydelige lederlinjer som alle må forholde seg til. Nyansatte må ha opplæring i hvordan man skal forholde seg til lederlinjene</li> </ul>

# Risikovurdering av organiseringen i et null-pluss alternativ

Med utgangspunkt i grunnprinsippene er potensielle risikoer og avbøtende tiltak ved organiseringen for alternativet med erstatningssykehus på Hamar identifisert

#	Tema	Risiko Beskrivelse av risikomomentet	Tiltak Beskrivelse av tiltaket
1	Kvalitet i pasientbehandlingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisering av akuttmottaket med prehospitale tjenester kan gjøre at mottaksklinikkene ved flere av lokalisasjonene blir veldig små i alternativet med erstatningssykehuset</li> <li>Noen av klinikkene (som for eksempel mottak) er avhengige av et tyngdepunkt for å drive faglig utvikling og sikre kvalitet i behandlingen. Dette kan være vanskelig uten et hovedsete</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisere Akuttmottak med Medisin eventuelt med AIO</li> <li>Tettere lokal koordinering, mer stedlig ledelse og styrking av fagrådene</li> </ul>
2	Robuste fagmiljøer	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utfordrende å skape robuste fagmiljø ved flere og små miljø på ulike hus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Det som bør samlokaliseres skal samlokaliseres</li> </ul>
3	Tverrfaglig samhandling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Flere av sykehusene vil ha mer komplekst virksomhetsinnhold enn ved alternativet med Mjøssykehuset. Dette kan gjøre det mer utfordrende å etablere gode tverrfaglige samarbeid på mindre lokalisasjoner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etablere gode rutiner for tverrfaglig samhold om pasientforløpene på alle lokalisasjoner</li> <li>Ha en driftsleder/plasskoordinator som ivaretar geografi</li> </ul>
4	Sammenhengende behandlingsskjeder	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utfordrende å samhandle med fagmiljø på flere hus. Særlig utfordrende for «små fag»</li> <li>Psykatri og somatikk blir ikke sammenkoblet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisere kreft i egen klinikk</li> <li>Mer robuste CL-team</li> <li>Vurdere å endre noen klinikker, som mottaksklinikken og nevro, orto og fys.med</li> </ul>
5	Attraktiv arbeidsplass	<ul style="list-style-type: none"> <li>Små fagklinikker kan gjøre det vanskeligere å rekruttere siden fagmiljøene blir så fragmenterte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Samlokalisere det som kan samlokaliseres og vurdere større og mer tverrfaglige klinikker</li> </ul>
6	Fleksibilitet og effektivitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>C+-klinikkerne fordelt på enda flere hus vil kunne gi manglende fleksibilitet / effektivitet</li> <li>Nevrologi, ortopedi og fysikalsk medisin og rehabilitering blir spredt på veldig ulike lokasjoner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gode strukturer for samhandling og endring i arbeidsmetoder</li> <li>Videreføre stedlig ledelse, gjerne i form av en slags plasskoordinator</li> <li>Flytte nevrologi til medisin, ortopedi til kirurgi og ha fysikalsk medisin og rehabilitering som egen klinikk</li> </ul>
7	Økonomisk bærekraft		
8	Helhetlig ledelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stort lederspenn og mer større geografisk avstand mellom ledere i samme klinikk</li> <li>Ledere på nivå tre vil få et større spenn å forholde seg til (gitt at nivå 4 er stedlig ledelse)</li> <li>Den stedlige ledelsen kommer helt nede på nivå fire, og man risikerer siloer internt i husene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Man kan innføre to regioner slik man har i dag for å sikre tydeligere stedlig ledelse</li> <li>Stedlig ledelse på hvert hus som kan koordinere samhandling og pasientflyt</li> <li>Gode rutiner for samhandling internt i klinikkene, gjennom både fysiske og digitale møter</li> </ul>
9	Roller, ansvar og myndighet	<ul style="list-style-type: none"> <li>En fagorganisering som C+ kan føre til uklarheter rundt hvem som skal løse problemer på huset</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gode rutiner for å løfte problemstillinger til riktig nivå og en sterk stedlig ledelse som kan koordinere</li> </ul>

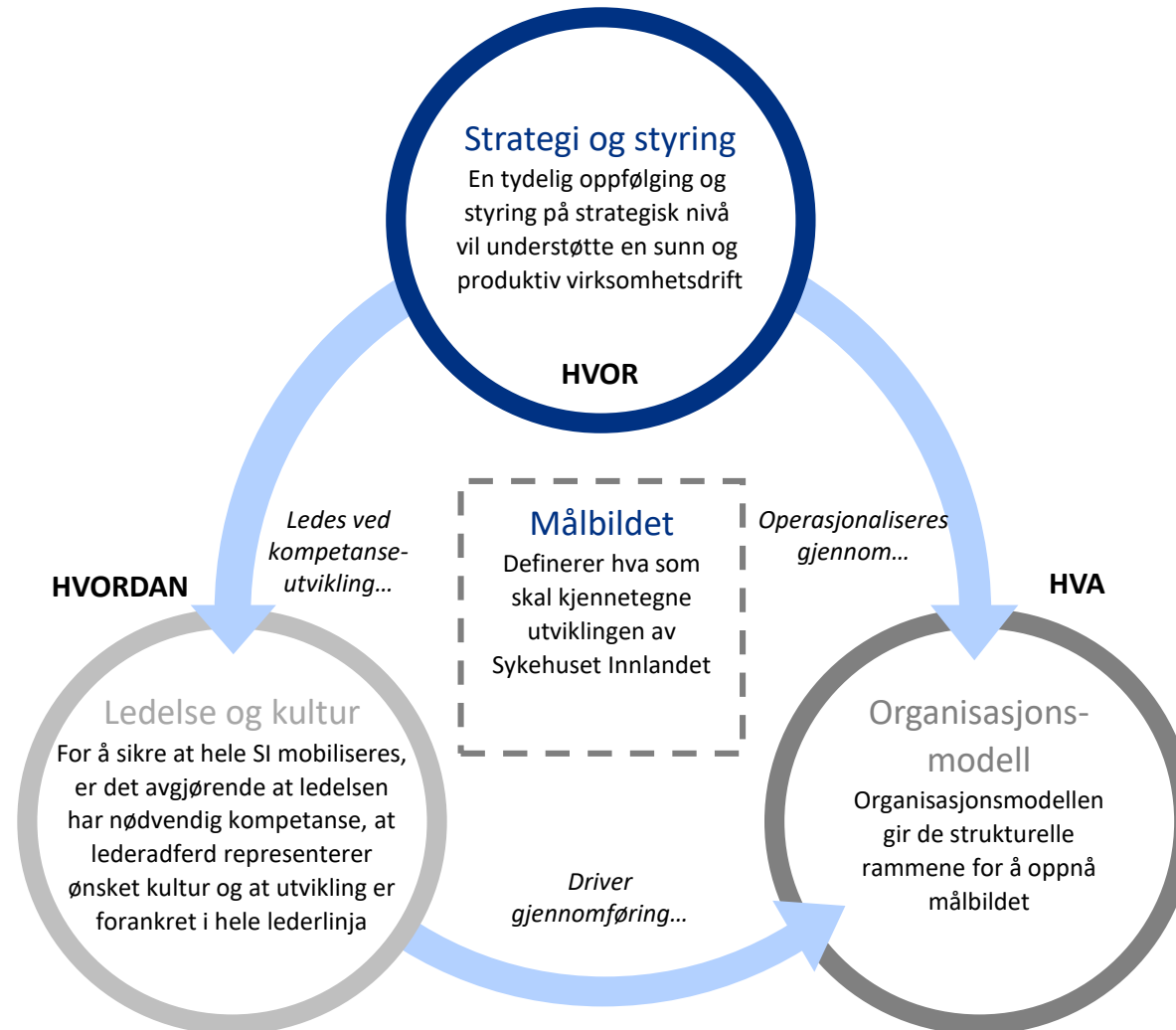
# Forslag til implementering av framtidig organisasjonsmodell

Etter strukturvalget høsten 2022 må organisasjonsmodellen detaljeres fullt ut og plan for implementering utarbeides. For å levere på hele målbildet anbefales det at SI ser dette arbeidet i sammenheng med *strategi og styring, ledelse og kultur*

## INPUT



- Nasjonale og regionale planer
- Teknologiske trender
- Utvikling av pasientbehov



## OUTPUT

Sykehuset Innlandet er et framtidsrettet helseforetak som leverer tjenester med pasienten i sentrum.

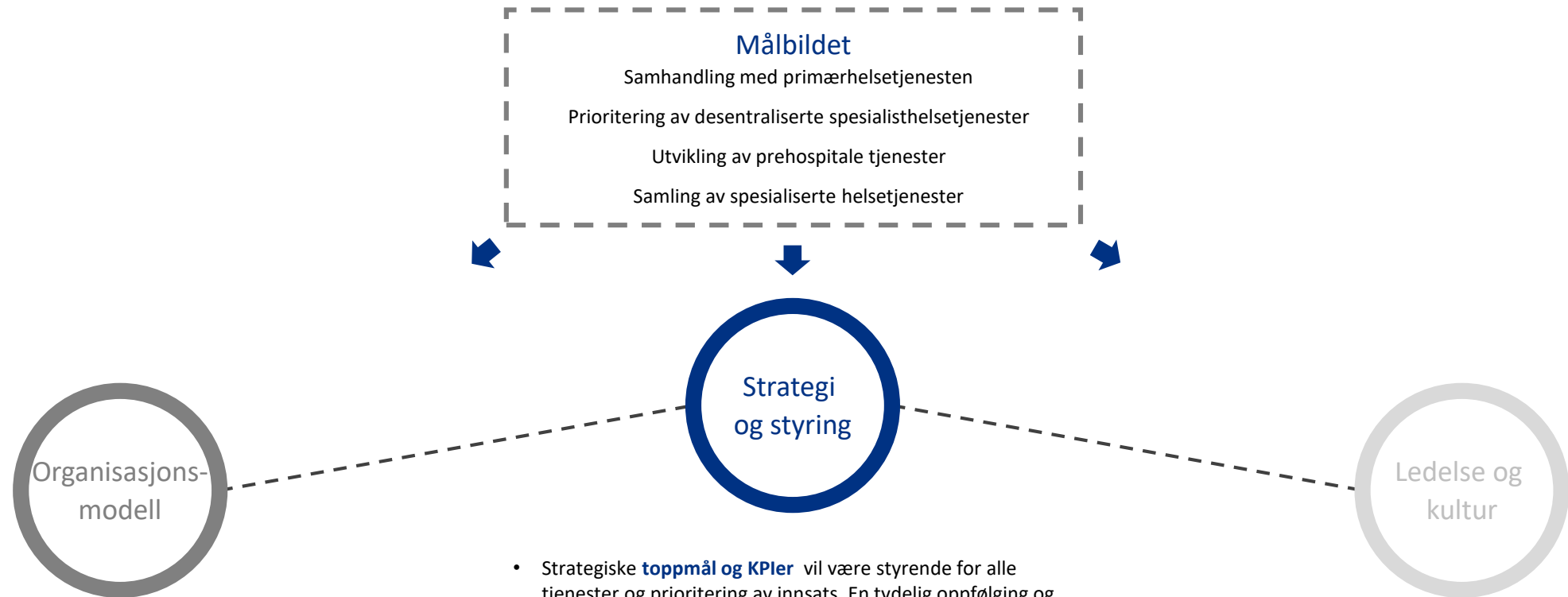
For å levere på målbildet må SI etablere en effektiv og fokusert organisasjon der kontinuerlig forbedring og bærekraftig drift står sentralt.

Dette krever at det jobbes med kompetanseutvikling innenfor sentrale områder og at det utvikles en felles ledelseskultur i foretaket.

Virksomhetsstyring vil bidra til å implementere og følge opp arbeidet med å etablere framtidig organisasjonsmodell.

# Tilnærming til implementering av framtidig organisasjonsmodell

Strategien er styrende, mens arbeid med ledelse og kultur sikrer at alle drar i samme retning. Organisasjonsmodellen sørger for at de strategiske målene operasjonaliseres.



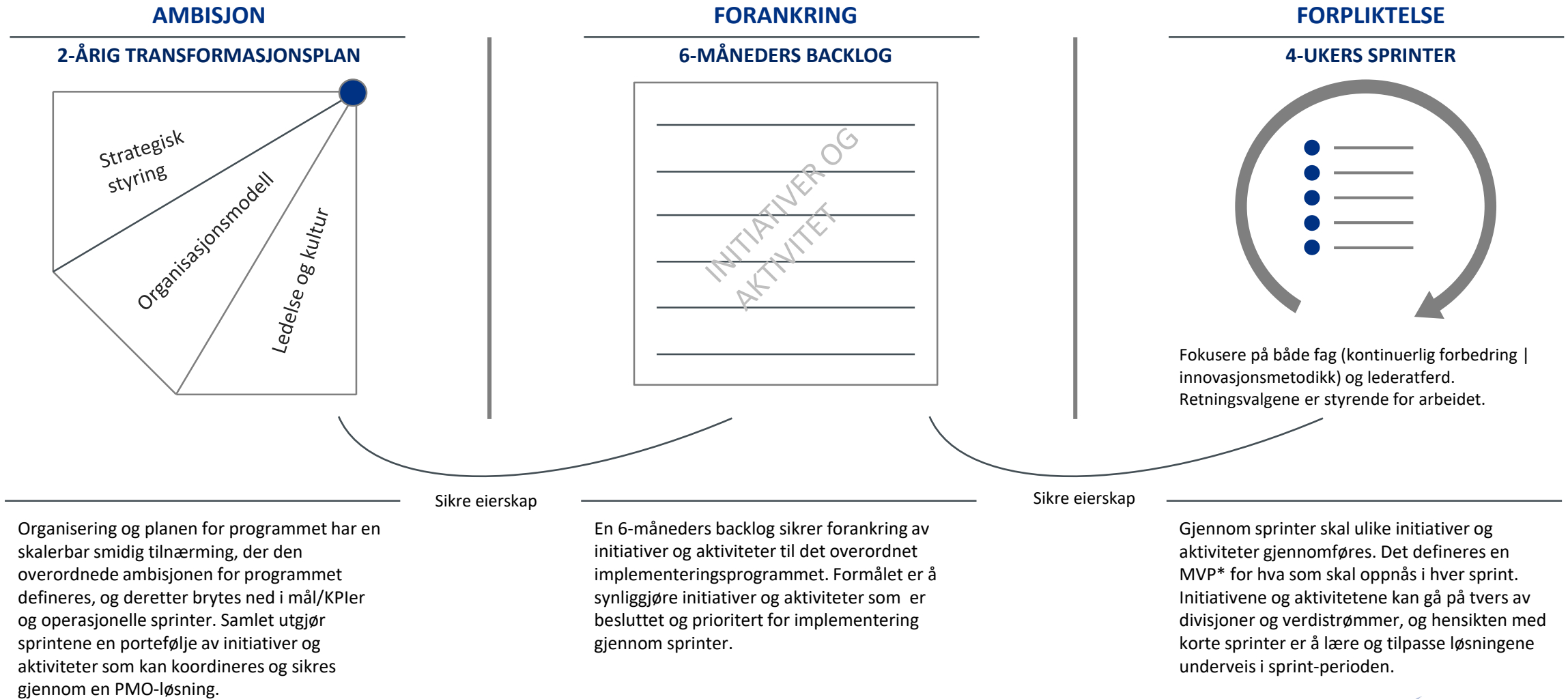
- Organisasjonsmodellen **operasjonaliserer** etablert strategisk retning. Dette blir ivaretatt ved at alle tjenester, pasienter, prosesser, organisering, teknologi og lokalisering er tydelig forstått og implementert i hele organisasjonen
- Organisasjonsmodellen brukes til å svare ut **hva** man leverer (hvilke tjenester) til **hvem**, **hvordan** disse tjenestene leveres, og hvilke **kapabiliteter** som trengs for å levere tjenestene. Organisasjonsmodellen gir de **strukturelle rammene** for å realisere målbildet

- Strategiske **toppmål og KPIer** vil være styrende for alle tjenester og prioritering av innsats. En tydelig oppfølging og styring på strategisk nivå vil understøtte en sunn og produktiv drift
- Mål- og resultatstyring anvendes systematisk i implementering, oppfølging og resultatsikringsarbeidet
- Strategien handler om de **valgene** Sykehuset Innlandet tar rundt hva man skal gjøre og hva man *ikke* skal gjøre
- Strategien **setter retning** for alle ansatte i Sykehuset Innlandet
- Strategien følger noen enkle prinsipper: den bør være (1) **målbar**, (2) **implementerbar** og (3) **kommuniserbar**

- For å sikre at hele virksomheten blir mobilisert og **styrt** i **strategisk retning**, er det avgjørende at alle ledere har nødvendig **kompetanse**, og at **lederadferd** er i tråd med ønsket kultur
- Ledelse** må være drivende og sentralt for **etablering**, **kontinuerlig forbedring** og **innovasjon** knyttet til organisasjonsmodellen. Aktiviteter knyttet til utvikling av lederkompetanse vil derfor være **helt integrert** med utvikling av organisasjonsmodellen

# Ramme for implementeringsplan

Implementeringsplanen operasjonaliseres ved hjelp av 6-måneders aktivitetsoversikter og 4-ukers sprinter med tydelige mål og ansvarsområder for hver klinikk



\*MVP – Minimum Viable Product (det minste vi må gjøre for skape verdi)

## Vedlegg



**01 – Bakgrunn og tilnærming for delprogram overordnet konsept**

Dette kapitlet tar for seg bakgrunnen for rapporten. En ny sykehusstruktur er vedtatt i Innlandet. Dagens organisering har enkelte utfordringer og det er behov for å utrede en ny organisering knyttet til denne strukturen.

Dette kapitlet tar for seg bakgrunnen for delprogrammet for overordnet konsept og hvilke målsettinger dette delprogrammet har jobbet mot.



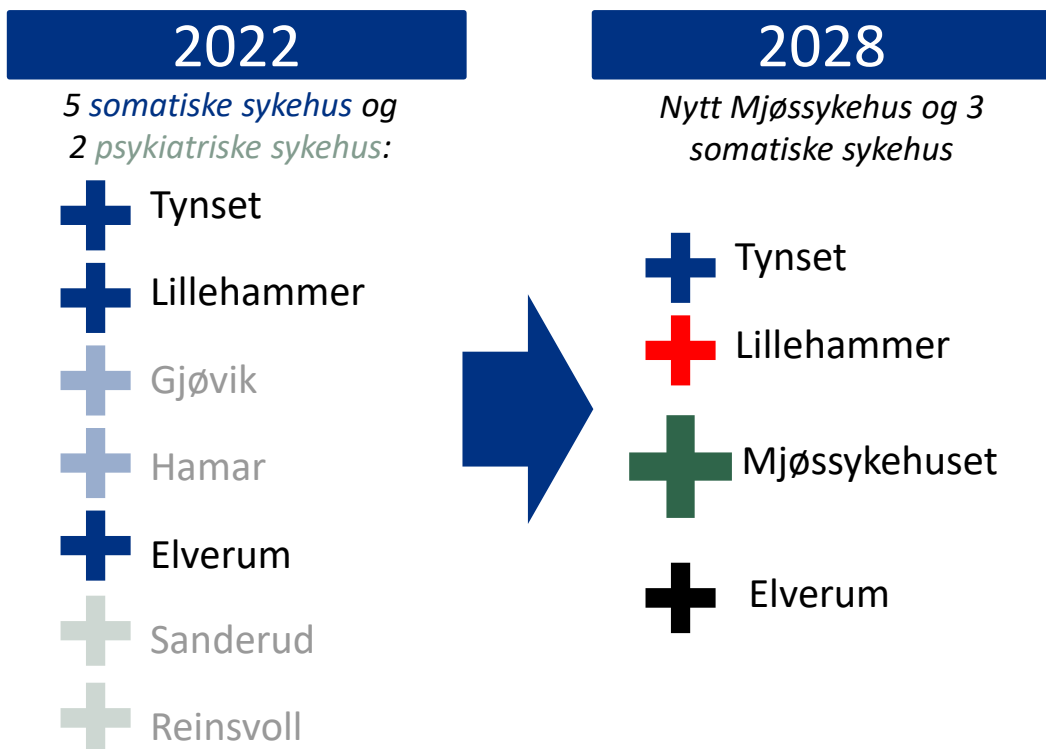


# Ny sykehusstruktur for alternativet med Mjøssykehuset

Det skal utredes to alternative sykehusstrukturer. Her vises alternativet med Mjøssykehuset, organisering for den andre sykehusstrukturen (null-pluss alternativet) vises i kapittel 08 i vedlegget. I alternativet med Mjøssykehuset er det vedtatt at virksomheten på sykehusene i Gjøvik og Hamar, samt de psykiatriske sykehusene i Sanderud og Reinsvoll skal flyttes til Mjøssykehuset når det står ferdig i 2028

VEDTAK:

Arbeidet med videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF skal videreføres i en konseptfase der følgende sykehusstruktur legges til grunn:



**Mjøssykehus** med en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, lokalisert til Moelv



**Stort akutt sykehus** med gastrokirurgi, ortopedisk kirurgi, fødetilbud og akutt indremedisin lokalisert i Lillehammer



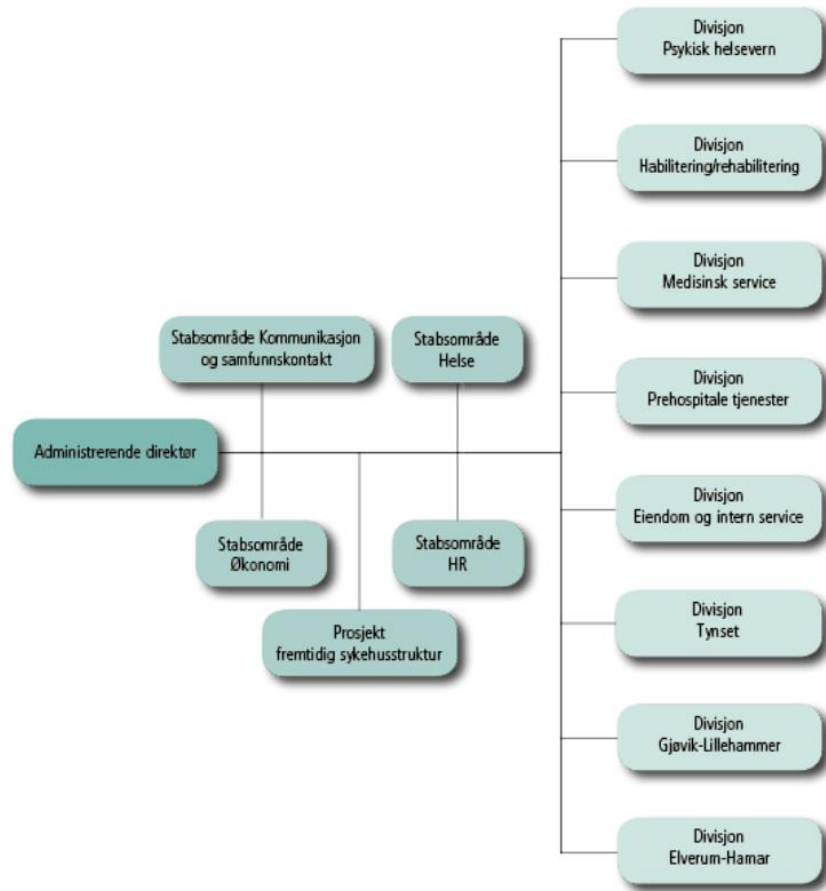
**Elektivt sykehus** med indremedisinsk profil, dagkirurgi og skadepoliklinikk lokalisert i Elverum sammen med ny luftambulansbase



**Akutt sykehus på Tynset** med dagens virksomhetsinnhold, styrket med mer elektiv kirurgi

- **Lokalmedisinske sentra** lokalisert til Nord-Gudbrandsdal, Valdres og Hadeland
- **Distriktpsikiatriske sentra** og polikliniske tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge lokalisert til Elverum, Hamar, Gjøvik, Lillehammer, Tynset, Otta, Valdres og Hadeland

# Vurdering av dagens organisering av Sykehuset Innlandet



Organisasjonsmodellen vurderes per i dag som egnet for å ivareta stedlig ledelse for somatiske sykehus, lokalt initiativ og engasjement samt økonomisk styring på sykehusnivå.



Foretakets geografiske divisjonsstruktur og ledelsesmodell innen somatikk gjør det utfordrende å oppnå helhetlig styring og ledelse, samt faglig fokus på tvers av sykehusene.

Det er nærliggende å anta at dokumenterte utfordringer innen kvalitet først og fremst er knyttet til Sykehuset Innlandets struktur. Det er på flere områder ikke lagt godt nok til rette for god:

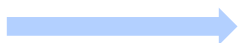
- Pasientflyt
- Pasientutredning og -behandling
- Samhandling mellom aktører

# Bakgrunn og målsetting

## Delprogrammet for overordnet konsept

Det er etablert et organisasjonsutviklingsprogram (OU-program) som skal koordinere, styre og følge opp omstillinger mot det nye målbildet

Denne rapporten er utformet av delprogrammet for overordnet konsept. Beskrivelse av delprogrammet finnes til høyre



Hva?



Utvikle organisasjons- og ledelsesmodell med pasienten i sentrum som understøtter en bærekraftig sykehusstruktur, desentraliserte tjenester, god samhandling med primærhelsetjenesten, kvalitet i pasientbehandlingen, likeverdige tjenester og innovasjon.



Hvorfor?



- Videreutvikle organisasjonen i tråd med det framtidige målbildet
- Levere innspill til byggeprosjektet (konseptfasen) iht. mandat fra Helse Sør-Øst RHF
- Oppdatere Sykehuset Innlandets utviklingsplan 2022-2039



Hvordan?



- Gjennom beskrivelse av pasientforløp i framtidig perspektiv, utvikle framtidens organisasjonsmodell
- Workshops med tverrfaglig ekspertgruppe
- Gjennom ulike møtefora, slik som helsefellesskapet, brukerrådet, TV20/HAMU, delprogrammet og andre
- Ledergruppen gir anbefaling / administrerende direktør og styret beslutter (ref. fullmakts struktur)
- Medvirkningsprosesser i konseptfasen



## 02 - Rammer, føringer og trender for utvikling av spesialisthelsetjenesten

Utviklingen av en framtidig organisering for Sykehuset Innlandet påvirkes både av trender og regulatoriske krav. Dette kapitlet vil løfte fram noen av trendene og kravene som har lagt føringer for utviklingen av framtidig organisering.



# Utviklingstrekk som kan påvirke organiseringen



## Utviklingstrekk innen medisin

- Rask utvikling av ny kunnskap og behandlingsmetoder vil fortsette
- Nye behandlingsmetoder skaper økt aktivitet
- Forskning og utdanning har større integrasjon mot klinisk virksomhet
- Forebygging, diagnostikk, behandling og oppfølging tilpasset biologiske forhold hos den enkelte
- Faglig utvikling fører til økt grad av spesialisering



## Utviklingstrekk i helsevesenet

- Fokus på pasientforløp vil tilrettelegge for tverrfaglig samarbeid, utvikling og samlokalisering av faglige avhengigheter
- Flere tilbud flyttes fra sykehus til kommune
- Endring av pasientforløpene fra døgnopphold til dagopphold/poliklinikk
- Effektivisering fører til kortere vente- og liggetider
- Behovet for helsepersonell vil øke
- Økt krav til dokumentering
- Økonomisk vekst reduseres for spesialisthelsetjenesten
- Flere private aktører tilbyr helsetjenester



## Pasientrollen utvikles

- Økt fokus på pasientsikkerhet og pasientmedvirkning
- Økt kunnskap om ulike behandlingstilbud blant pasientene vil stille høyere krav til faglig kvalitet og fasiliteter på sykehuset
- Pasientene har mer innsikt i egen helse gjennom bruk av mobil- og sensorteknologi



## Demografisk utvikling

- 4 % befolkningsvekst i Innlandet mot 2040
- 40 % vekst i gruppen 65 år eller eldre
- 12 % økning i antall pasienter med spiseforstyrrelser
- Eldre rammes av hjerte- og karlidelse, kreft, angst, depresjon og demens
- Pasienter med kroniske sykdommer og skader lever lenger
- Sykdomsbildet blir ofte mer komplekst
- Yngre aldersgrupper vil ha økt behov for rusbehandling, psykisk helsehjelp og oppfølging av diabetes og sykkelig overvekt

### Kilder:

Konkretisering av virksomhetsinnhold Sykehuset Innlandet HF, Idéfaserapport fremtidig sykehusstruktur, Utviklingsplan for Sykehuset Innlandet 2022 - 2039

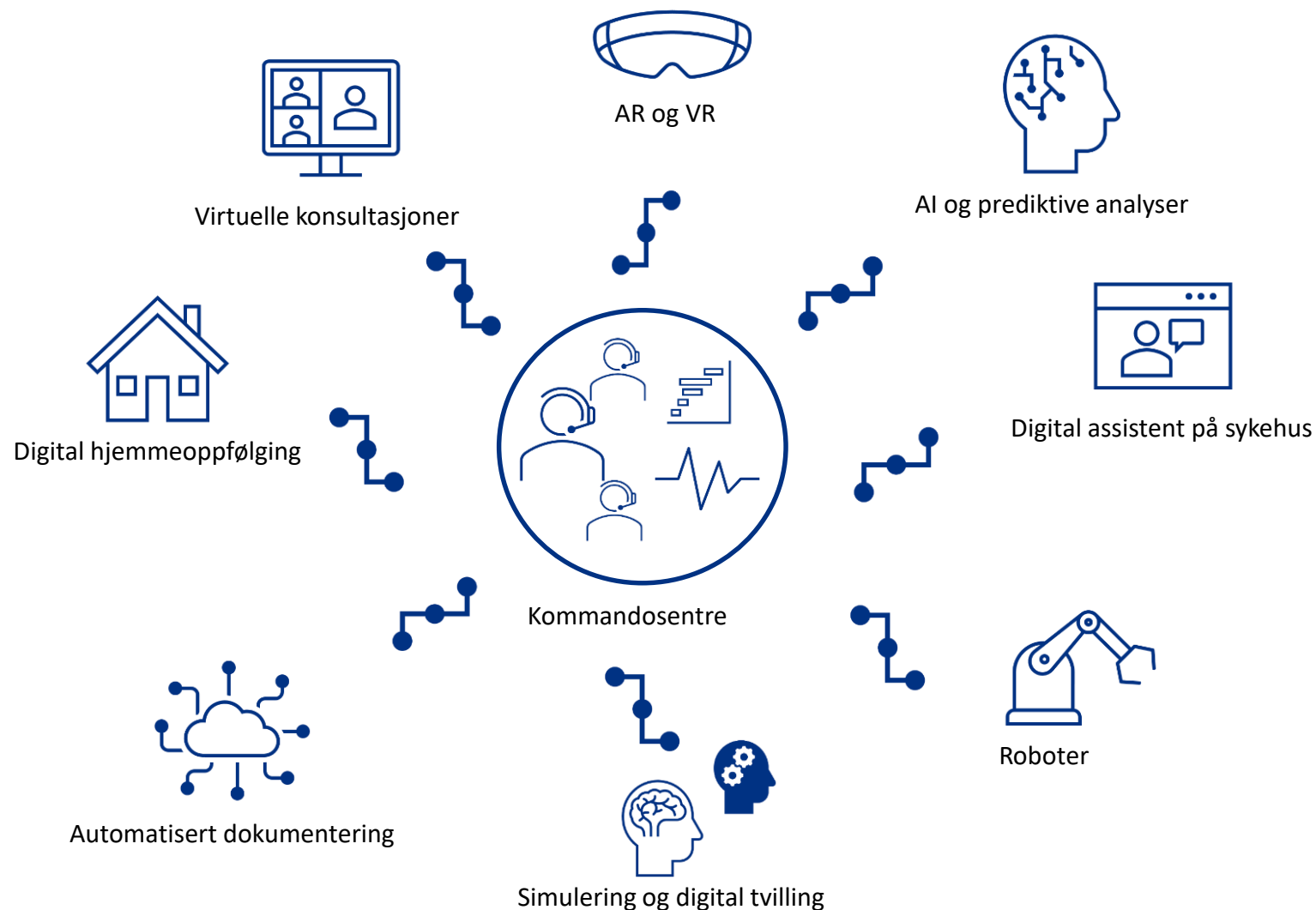
# Teknologiske trender skaper nye muligheter

Teknologisk utvikling skaper mulighet for nye arbeidsmetoder som kan bedre kvalitet i utredning, behandling og observasjon, bedre evaluering og oppfølging av resultater, informasjon og kommunikasjon mellom pasient/pårørende og aktørene i helsetjenestene, samt føre til økt pasientsikkerhet.

Teknologiutviklingen vil i et 2040-perspektiv sannsynligvis underbygge to hovedtrender:

1. Samling av behandling som er komplisert, kompetanse- og utstyrskrevene
2. Desentralisering av enklere behandling, dagbehandling, poliklinikk og hjemmebehandling

Til høyre ses noen av trendene som påvirker og vil påvirke helsesektoren i framtiden.



## Kilder:

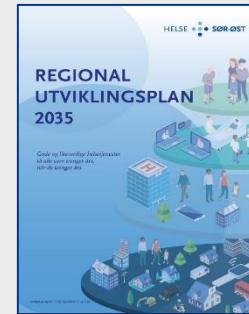
Konkretisering av virksomhetsinnhold Sykehuset Innlandet HF, Idéfaserapport fremtidig sykehusstruktur, Utviklingsplan for Sykehuset Innlandet 2022 - 2039, Deloitte: «The hospital of the Future»

# Føringer fra nasjonale og regionale planer



## Nasjonale rammer for helse- og sykehusutvikling

- Pasienten er aktiv deltager
- Helhetlige og sammenhengende tjenester
- Sårbare pasienter møtes med team
- En sammenhengende akuttmedisinsk kjede
- Spesialisthelsetjenester i hjemmet
- Bruk av helsedata til det beste for fellesskapet
- Livslang læring og vi lærer av hverandre
- Ledelse bidrar til endring



## Grunnlaget for utvikling i Helse Sør-Øst RHF

- Bedre helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester
- Kvalitet i pasientbehandlingen og gode brukererfaringer
- Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer til pasientbehandling
- Bærekraftige helsetjenester for samfunnet



## Utviklingsplan 2022-2039

- Pasienten skal motta helhetlig behandling av høy kvalitet, tilpasset pasientens behov og helsekompetanse, der pasienten er
- Medarbeidere skal ha rom for utvikling og kompetanseheving i hverdagen, og oppleve arbeidsglede og fellesskap på arbeidsplassen
- Helsetjenesten skal kontinuerlig utvikles gjennom samarbeid internt og eksternt, nyttiggjøring av ny teknologi, og med en fleksibilitet som tilrettelegger for gode pasientopplevelser og god ressursutnyttelse



## Hovedmål Sykehuset Innlandet 2022 - 2025

1. Utvikle bærekraft for en endret sykehusstruktur
2. Integreert behandling av samtidige somatiske og psykiske helseutfordringer
3. Videreutvikle pasientbehandling, kvalitet og brukermedvirkning
4. Desentralisere tjenester og god samhandling med primærhelsetjenesten
5. Ivareta likeverdige tjenester, akuttmedisinsk hjelp og transport
6. Være et ledende innovasjonssykehus med gode og integrerte forskningsmiljøer

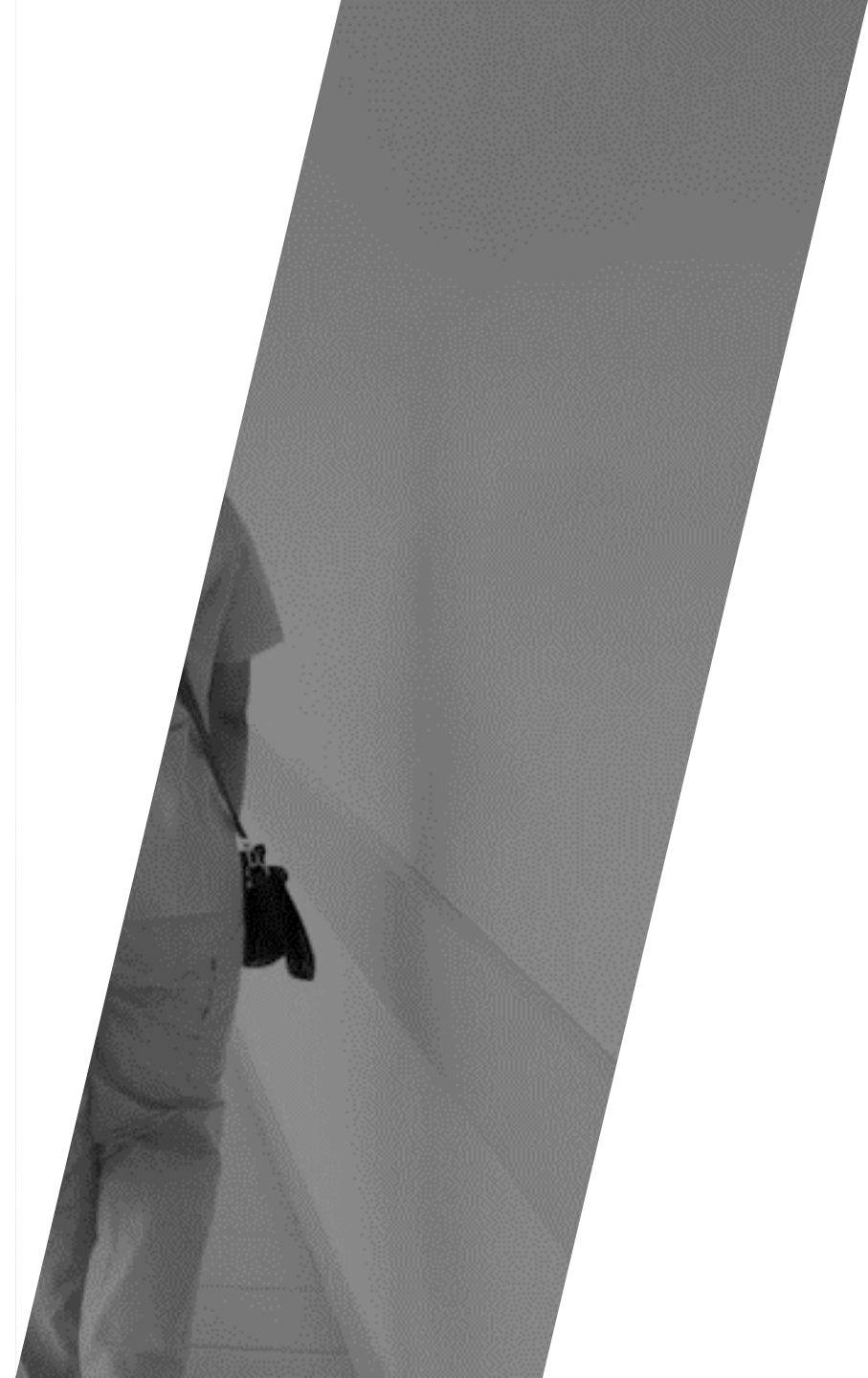




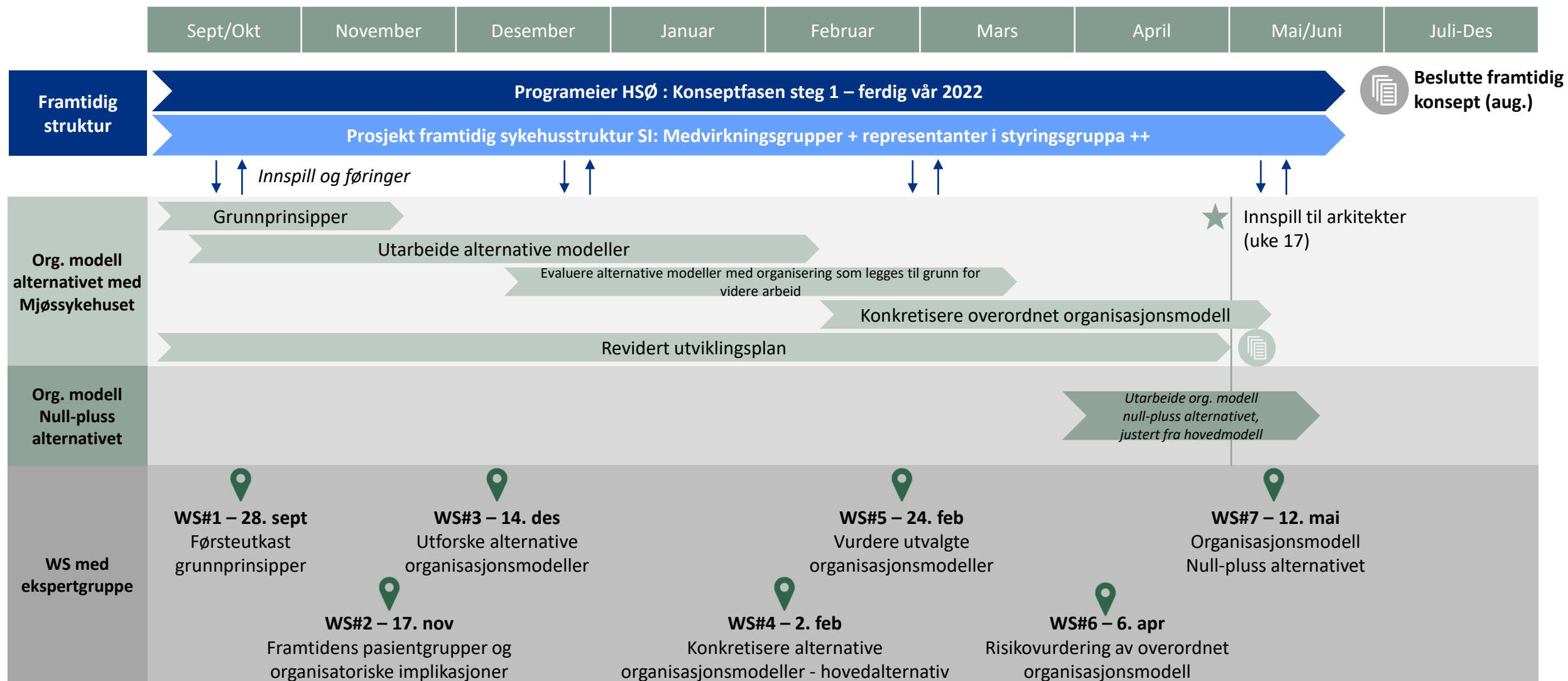
**03 - Delprogrammet  
sitt arbeid**

De følgende sidene viser hvordan delprogrammet har arbeidet. Først beskrives overordnet plan, hvem som har vært involvert og hvordan delprogrammet har jobbet.

Siste delen av kapittelet beskriver den metodiske gjennomføringen av arbeidet, fra workshop én tidlig på høsten 2021, til utarbeidelse, konkretisering og kritisering av organisering som legges til grunn for videre arbeid.



# Overordnet framdriftsplan for delprogrammet



# Organisering, involvering og beslutningsstruktur

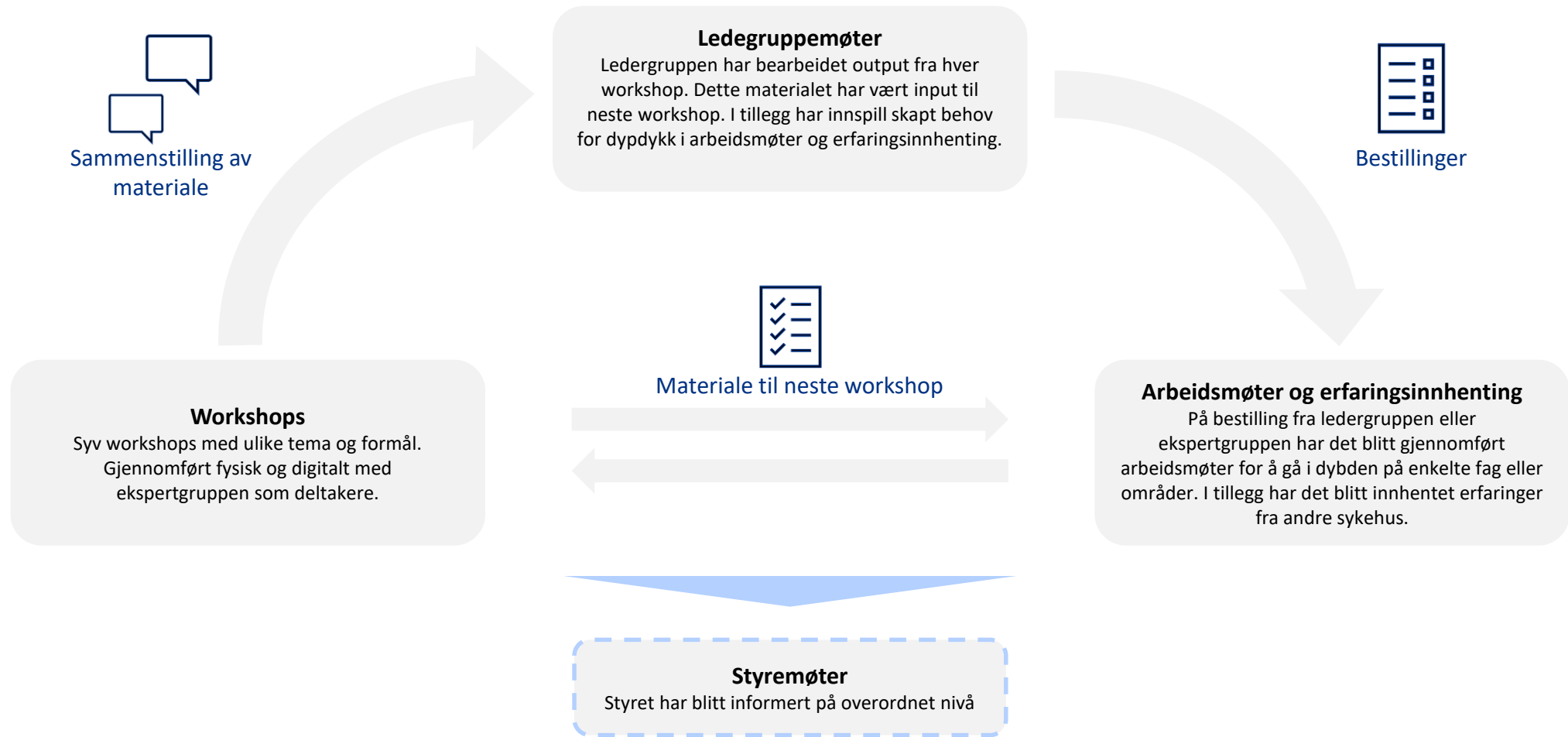
Rolle	Hva	Hvem
Styret i Sykehuset Innlandet HF	Beslutte framtidig organisasjonsstruktur og involveres i sentrale beslutninger i utarbeidelsesprosessen	
Programeier	Løpende involvere, etter behov, henholdsvis ledergruppen og styret i sentrale beslutninger knyttet til endring av organisasjonsstruktur	
Programleder (Programdirektør)	Framlegger innstillinger for beslutninger i delprogrammet til programeier	
OU-delprogram	Planlegging, fasilitering og dokumentering av organisasjonsmodell	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jens S. Døllør</li> <li>• Jannicke Storm</li> <li>• Randi L. Beitdokken</li> <li>• Randi N. Mølmen</li> <li>• Ida T. Sørlunden</li> <li>• Jon Petter Blixt</li> <li>• Anette Løberg</li> <li>• Deloitte</li> </ul>
Ledergruppen	Involveres i sentrale beslutninger i utarbeidelsesprosessen	
Ekspertgruppen (Tverrfaglig prosjektgruppe)	Delta på workshoper for å utarbeide overordnet organisasjonsstruktur/konsept for SI og sikre forankring i egen linje	Prosjektsekretariat og representanter fra de ulike områdene i SI
Ledere og medarbeidere på tvers av SI	Delta på enkelte relevante workshoper, mini-workshoper og/eller arbeidsmøter. Formål er å bli involvert, samt komme med innspill og tilbakemeldinger på løsningsforslag og lignende	

# Deltakere i ekspertgruppen (Tverrfaglig prosjektgruppe)

Navn	Divisjon/Avdeling	Stilling
Aage Willy Jonassen	Brukerutvalg	
Gunn Rauken	Brukerutvalg	
Morten Endresen	EIS	Avdelingssjef forsyning og transport
Oddvar Henriksen	EIS	Avdelingssjef kjøkken
Hans Iver Børresen	Elverum-Hamar	Seksjonsoverlege nyre Elverum
Trine Fleischer Eng	Elverum-Hamar	Avdelingssjef bildediagnostikk Elverum/Hamar (kst. ass div. dir)
Helge Wangen	Elverum-Hamar	Avdelingssjef kirurgi / ortopedi Elverum
Lars Martin Rekkedal	Elverum-Hamar	Avdelingssjef kirurgi Hamar
Jon Grøtta	Elverum-Hamar	Barneavdelingen
Elin Margareth Seierstad	Foretakshovedvernombud	
Stein Helge Tingvoll	Foretakstillitsvalgt Dnlf	
Marianne Nielsen	Foretakstillitsvalgt NSF	
Wenche Hansen	Foretakstillitsvalgt Fagforbundet	
Svein Ove Huse	Gjøvik-Lillehammer	Avdelingssjef onkologi Gjøvik-Lillehammer
Hilde Rogndokken	Gjøvik-Lillehammer	Avdelingssykepleier nevrologi Lillehammer
Are Tvinnerheim	Gjøvik-Lillehammer	Avdelingssjef / avd. overlege akuttmedisin – spesialist i anestesi
Anne K Fagerheim Skaug	Gjøvik-Lillehammer	Avdelingssjef / avd. overlege-spesialist i indremedisin og nyresykdommer
Anja Holstad	Gjøvik-Lillehammer	Avdelingssjef / avd. overlege gyn / føde-spesialist i gynekologi
Roy Halvard Otterholt Bekkeseth	Gjøvik-Lillehammer	Seksjonsoverlege akuttmottak / medisin
Else Marie Grønnerud	Habilitering / Rehabilitering	Seksjonsleder oppfølging Lillehammer
Anders Ledsaak Nordlund	Habilitering / Rehabilitering	Avdelingssjef fysikalsk medisin og rehabilitering
Kristin Østlie	Habilitering / Rehabilitering	Avdelingsoverlege fysikalsk medisin og rehabilitering
Isak Syverhuset	HR – Stab	Rådgiver Arbeidsgiverpolitikk og ressursstyring
Merete Holth	Medisinsk Service	Avd. sjef i Avd. for med. mikrobiologi
Lene Bjøntegaard	Medisinsk Service	Konst. Avd. sjef i Avd. for blodbank og medisinsk biokjemi
Arne Stokke	Prehospitale tjenester	Avdelingssjef AMK-Innlandet

Navn	Divisjon/Avdeling	Stilling
Ingvild Grønnerud	Prehospitale tjenester	Avdelingssjef Ambulanseavdelingen
Dag Frode Kjernlie	Prehospitale tjenester	Avdelingssjef Luftambulanseavdelingen
Harald Aasen	Psykisk Helsevern	Avdelingssjef akutt psykose Sanderud
Thobias Strømberg	Psykisk Helsevern	Avdelingssjef akutt psykose Reinsvoll
Eivind Aakhus	Psykisk Helsevern	Avdelingsoverlege alderspsykiatri Sanderud
Erik Szabo	Psykisk Helsevern	Avdelingssjef TSB
Ola Homb	Psykisk Helsevern	Ass. avdelingssjef BUP Innlandet
Jorunn Ødegård Brekke	Psykisk Helsevern	Avdelingssjef DPS Gjøvik
Marianne Lundgård	Psykisk Helsevern	Divisjonens Fagsjef
Anders Gaasland	Psykisk helsevern, programstab	Prosjektmedarbeider, psykisk helsevern
Benedikt Philipp Wetzel	Revmatismesykehuset	Administrerende direktør
Elise Kolås	Stabsområde – Helse	Innovasjonsrådgiver, programstab
Ingeborg Hartz	Stabsområde – Helse	Forskningsdirektør
Glenn-Erik Wold	Stabsområde – Helse	Fagansvarlig ingeniør helseteknologi, programstab
Sverre Sætre	Stabsområde – Helse	Rådgiver samhandling og brukermedvirkning, programstab
Roar Halvorsen	Stabsområde – Helse	Avdelingssjef helseteknologi
Rita Finstuen	Stabsområde Økonomi	Controller, programstab
Morten Resell	Tynset	Avdelingssjef bildediagnostikk og beredskap
Ingeborg Kirkbakk	Tynset	Avdelingssjef akutt og kirurgi
Liv Iren Kletten Svee	Tynset	Seksjonsleder operasjon
Margit K. Silnes	Ungdomsrådet	
Marit Strandbakke Ringstad	Ungdomsrådet	
Ine Skaaden	Ungdomsrådet	
Mie Strand	Ungdomsrådet	

# Delprogrammets arbeid for å komme fram til valgt løsning



De neste sidene beskriver prosessen



# Erfaringsinnhenting fra andre sykehus

I tillegg til workshoper har delprogrammet hentet innspill fra andre sykehus på tre måter:



## Sekundærkilder

Erfaringer fra sykehus med ulike organisasjonsmodeller i Norge, Sverige og Danmark. Sekundærkildene beskriver hovedsakelig ansattes erfaringer og omfatter blant annet aviser og fagtidsskrifter.



## Offentlige rapporter

Offentlige rapporter fra norske sykehus som deler erfaringer knyttet til organisering, omorganisering og daglig drift er gjennomgått.

Delprogrammet for overordnet konsept har i tillegg gjennomgått rapporter og høringsnotater om spesifikke områder.



## Møter

Det har blitt holdt møter med andre norske sykehus for erfaringsoverføring innen generell organisering og for spesifikke fag. Sykehusene det har vært holdt møter med er:

- St.Olavs Hospital
- Haukeland Helse Bergen
- Akershus universitetssykehus
- Sykehuset i Østfold

Særlig har det vært fokus på organisering av mottaket i samtaler med Haukeland, Ahus og Sykehuset i Østfold. Hovedfokus i møtet med St.Olavs Hospital var erfaringer knyttet til å organiseres som en sentermodell og overgangen tilbake til fagorganisering.



# Forberedelser til WS#4

Innspillene fra forrige workshop ble bearbeidet



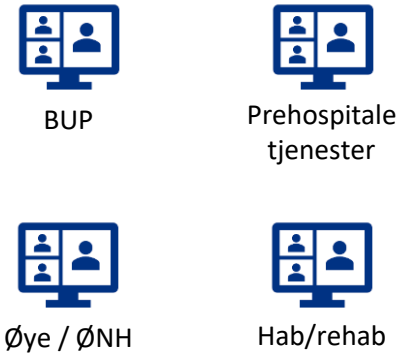
Innspillene fra WS#3 ble brukt til å utvikle fem overordnede modellforslag



Gjennom tre møter med tverrfaglig ekspertgruppe ble modellforslagene konkretisert og gjennomførbarheten vurdert



Arbeidsmøter med faggrupper



Inspirasjon fra andre sykehus



Fire modellforslag ble utviklet til WS#4

1		2		3		4	
<b>Modell 1: Tradisjonell hybrid</b>	<b>Modell 2: Hybrid A</b>	<b>Modell 3: Hybrid B</b>	<b>Modell 4: Idefasemodell</b>	<b>Modell 5: Faglige avhengigheter</b>	<b>Modell 1: Tradisjonell hybrid</b>	<b>Modell 2: Hybrid A</b>	<b>Modell 3: Hybrid B</b>
...	...	...	...	...	...	...	...

1		2		3		4	
<b>Modell 1: Tradisjonell hybrid</b>	<b>Modell 2: Hybrid A</b>	<b>Modell 3: Hybrid B</b>	<b>Modell 4: Idefasemodell</b>	<b>Modell 5: Faglige avhengigheter</b>	<b>Modell 1: Tradisjonell hybrid</b>	<b>Modell 2: Hybrid A</b>	<b>Modell 3: Hybrid B</b>
...	...	...	...	...	...	...	...

1		2		3		4	
<b>Modell 1: Tradisjonell hybrid</b>	<b>Modell 2: Hybrid A</b>	<b>Modell 3: Hybrid B</b>	<b>Modell 4: Idefasemodell</b>	<b>Modell 5: Faglige avhengigheter</b>	<b>Modell 1: Tradisjonell hybrid</b>	<b>Modell 2: Hybrid A</b>	<b>Modell 3: Hybrid B</b>
...	...	...	...	...	...	...	...

1		2		3		4	
<b>Modell 1: Tradisjonell hybrid</b>	<b>Modell 2: Hybrid A</b>	<b>Modell 3: Hybrid B</b>	<b>Modell 4: Idefasemodell</b>	<b>Modell 5: Faglige avhengigheter</b>	<b>Modell 1: Tradisjonell hybrid</b>	<b>Modell 2: Hybrid A</b>	<b>Modell 3: Hybrid B</b>
...	...	...	...	...	...	...	...







I denne workshopen tok deltakerne utgangspunkt i en av fem kasuistikker og jobbet med driftsmodellen til modellalternativ C.

De fikk gi tilbakemeldinger på styrker og svakheter ved alle de tre modellalternativene.

Avslutningsvis ble det gjennomført en innledende vurdering av modellalternativene opp mot grunnprinsippene.

## Mal for workshopen

### Lokasjoner – Modell C

**Klinikk**

1. Akuttstasjon og sykehus
2. Kirurgi, ØNH, Øye og Øre
3. Prehospital tjenester og ambulansetjeneste
4. Psykiatrihelsetjenester, TMS og BLP
5. Øttopped, Fysisk medisin og rehabilitering
6. Barn, ungdom og egen / felles

**Sentre**

1. Akuttstasjon
2. Lokalmedisinske sentre

**For dette modellalternativet, beskriv hvordan denne modellen vil bidra til å:**

1. Sikre lik tilgang på helsetjenester i hele Innlandet?
2. Sikre lik kvalitet på helsetilbudet uavhengig av lokasjon?
3. Utnytte kapasiteten ved de ulike lokasjonene best mulig gjennom å tilby riktig behandling på riktig tjenestebasis?

### Kasuistikk 3

**Navn:** Peder  
**Ålder:** 84  
**Bosted:** Egen bolig  
**Tilke/utdanning:** pensjonert lærer

**Familie/situasjon:** Bor med kone i egen bolig, ingen barn

**Diagnoser/symptomer/rykdomsbilde:** Innkommer akutt fra fastlege med forverring av hypertensivt. I følgekriv fra hjemmesykepleie bedømmes mannen som tilleggsdiagnose dement, og til tider forvirret og sint. Skrevet bedømmes også lona som svært forvirret over situasjonen, at mannen over noen år har forfalt fysisk og nå også er glemsk og sint.

**Livsstil(aktivet/forhold):** Tidligere svært aktiv, ingen røyk eller alkohol

**Informasjonsbehov:** Lite, stort til pårørende

**Engasjement i egen helse:** Kona opplever nå at mannen har «gitt opp» helsefremmende adferd

**Teknologisk kompetanse:** Iten – har ikke digital tid på Helseorge.no

**Interesser:** Går små turer

**Mottar helsetjenester fra kommunen:** ja – hjemmesykepleie 3 ganger i uka

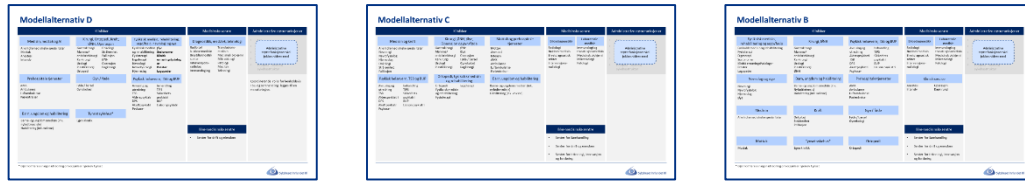
Ettens		Medisinske sentre	Administrative støttefunksjoner
<b>Medisin og kraft</b> alle spesialistene spesialiteter Nevrologi Nevrokirurgi Øre, nese og hals Øktolog Tumor Fysikk Psykiatrihelsetjenester, TMS og BLP Anestesi Fysisk medisin og rehabilitering TMS Akuttstasjon BLP	<b>Kirurgi, ØNH, Øye, Øre, Operasjon og gynekologi</b> Kirurgi ØNH Øye Øre, nese og hals Øktolog Tumor Fysikk Psykiatrihelsetjenester, TMS og BLP	<b>Øktologiske tjenester og Matisk</b> Akuttstasjon Øktolog Øre, nese og hals Øktolog Tumor Fysikk Psykiatrihelsetjenester, TMS og BLP	<b>Øktologiske sentre</b> Akuttstasjon Øktolog Øre, nese og hals Øktolog Tumor Fysikk Psykiatrihelsetjenester, TMS og BLP

# Etterarbeid etter WS#5

Innspillene fra forrige workshop ble bearbeidet



Basert på innspillene fra WS#5 ble ett modellforslag fjernet og ett lagt til



Ledergruppen arbeidet med framtidens mottak og modellalternativer

15.03

Det ble gjennomført gruppearbeid med ledergruppen for å komme fram til endelig modell. Særlig ble alternativene rundt mottak og sammensetningen til AD sin framtidige ledergruppe diskutert.



Erfaringer fra andre sykehus

Erfaringsoverføring om mottak fra Sykehuset Østfold

Erfaringsoverføring om mottak fra Haukeland sykehus

Erfaringsoverføring om mottak fra Ahus

En revidert modell C ble utviklet med utgangspunkt i innspillene fra ledergruppen

C+

Modellalternativ C+	Modellalternativ C	Modellalternativ B	Modellalternativ A
<p><b>Modellalternativ C+</b></p> <p>Struktur og innhold</p> <p>Personell</p> <p>Utstyr</p> <p>IT</p> <p>Andre</p>	<p><b>Modellalternativ C</b></p> <p>Struktur og innhold</p> <p>Personell</p> <p>Utstyr</p> <p>IT</p> <p>Andre</p>	<p><b>Modellalternativ B</b></p> <p>Struktur og innhold</p> <p>Personell</p> <p>Utstyr</p> <p>IT</p> <p>Andre</p>	<p><b>Modellalternativ A</b></p> <p>Struktur og innhold</p> <p>Personell</p> <p>Utstyr</p> <p>IT</p> <p>Andre</p>



I denne workshopen tok deltakerne utgangspunkt i grunnprinsippene for å definere risikoer tilknyttet modellalternativ C+. I tillegg ble det oppfordret til å komme med forslag til avbøtende tiltak for de identifiserte risikoene.

## Mal for workshopen

### Grunnprinsipper for fremtidig organisasjonsmodell

- 1. Identifisering av fremtidsrettet lederutfordring**
  - Identifiser de viktigste utfordringene som lederne vil møte i fremtiden.
  - Spørsmål: Hvorfor er disse utfordringene viktige for organisasjonen?
  - Identifiser de viktigste utfordringene som lederne vil møte i fremtiden.
  - Spørsmål: Hvorfor er disse utfordringene viktige for organisasjonen?
- 2. Risikoanalyse og prioritering**
  - Identifiser de viktigste utfordringene som lederne vil møte i fremtiden.
  - Spørsmål: Hvorfor er disse utfordringene viktige for organisasjonen?
- 3. Tverrfaglig samhandling**
  - Identifiser de viktigste utfordringene som lederne vil møte i fremtiden.
  - Spørsmål: Hvorfor er disse utfordringene viktige for organisasjonen?
- 4. Attraktiv arbeidsplass**
  - Identifiser de viktigste utfordringene som lederne vil møte i fremtiden.
  - Spørsmål: Hvorfor er disse utfordringene viktige for organisasjonen?
- 5. Økonomisk bærekraft**
  - Identifiser de viktigste utfordringene som lederne vil møte i fremtiden.
  - Spørsmål: Hvorfor er disse utfordringene viktige for organisasjonen?
- 6. Helhetlig ledelse**
  - Identifiser de viktigste utfordringene som lederne vil møte i fremtiden.
  - Spørsmål: Hvorfor er disse utfordringene viktige for organisasjonen?
- 7. Tydelighet i roller og ansvar**
  - Identifiser de viktigste utfordringene som lederne vil møte i fremtiden.
  - Spørsmål: Hvorfor er disse utfordringene viktige for organisasjonen?
- 8. Rollen, ansvar og myndighet**
  - Identifiser de viktigste utfordringene som lederne vil møte i fremtiden.
  - Spørsmål: Hvorfor er disse utfordringene viktige for organisasjonen?

### Modellalternativ C+

Modellalternativ C+	Utvikler	Metode/verktøy	Identifiserte risikofaktorer
Modellalternativ C+	Identifisering av utfordringene som lederne vil møte i fremtiden.	Identifisering av utfordringene som lederne vil møte i fremtiden.	Identifisering av utfordringene som lederne vil møte i fremtiden.
Modellalternativ C+	Identifisering av utfordringene som lederne vil møte i fremtiden.	Identifisering av utfordringene som lederne vil møte i fremtiden.	Identifisering av utfordringene som lederne vil møte i fremtiden.

### Risiko og tiltak

Detaljer risikomenter for valgt løsning i 2028

#	Temu	Risiko Beskrivelse av risikomomentet	Tiltak Beskrivelse av tiltaket
1	Kvalitet i pasientbehandlingen		
2	Robuste fagmiljøer		
3	Tverrfaglig samhandling		
4	Sammenhengende behandlingsskjeder		
5	Attraktiv arbeidsplass		
6	Flexibilitet og effektivitet		
7	Økonomisk bærekraft		
8	Helhetlig ledelse		
9	Roller, ansvar og myndighet		



## 04 - Organisering i sykehussektoren og erfaringer

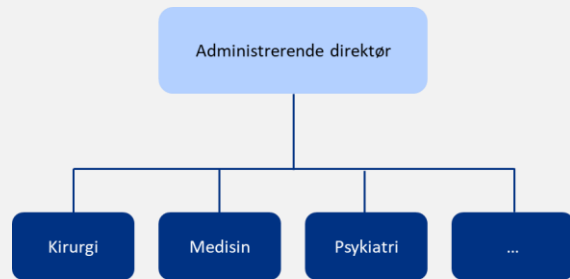
I lys av arbeidet med å utvikle framtidig organisering for Sykehuset har delprogrammet gjennomgått ulike organisatoriske modeller i sykehussektoren (presenteres i kapitlet).

I tillegg har delprogrammet gjennomført virtuelle møter med flere sykehus og vurdert rapporter og evalueringer. Innspillene og erfaringene herfra var med på å utforme endelig organisering.

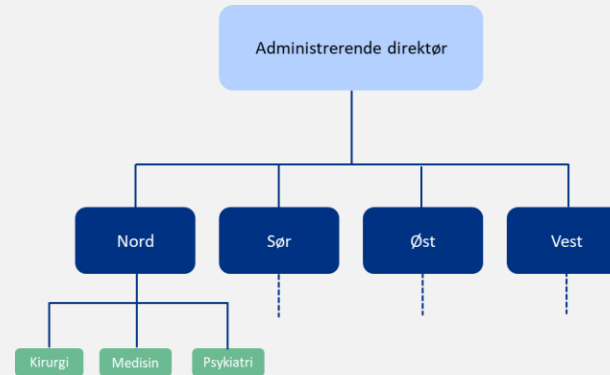


# Ulike organisatoriske modeller ofte brukt i helseforetak

## Fagstruktur



## Geografisk struktur



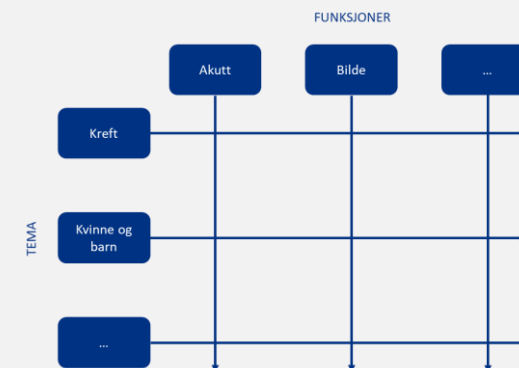
## Organisering etter hastegrad



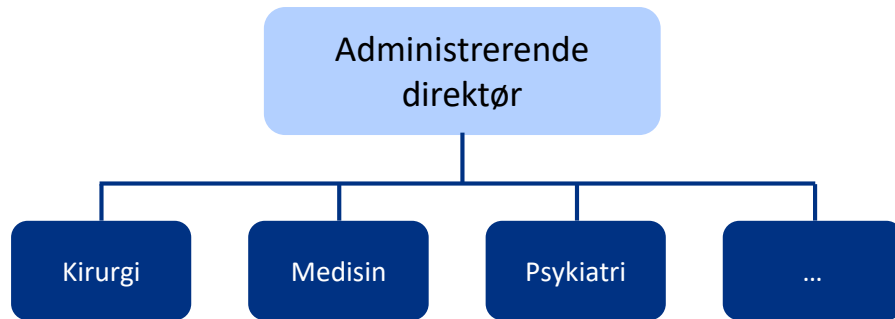
## Organisering i senter



## Matriseorganisering



# Fagstruktur



En fagorganisering er tradisjonelt den vanligste måten å organisere sykehus på. Strukturen baserer seg på en organisering etter profesjon og funksjon, der hver enhet operer relativt uavhengig av andre enheter.

Enhetene er fagsøyler der ressurser med kompetanse innen ett fagområde, eller en gruppe tilstøtende fagområder, samles. Dette gir høy grad av faglig spesialisering, men kan gå på bekostning av integrasjon på tvers av enheter.

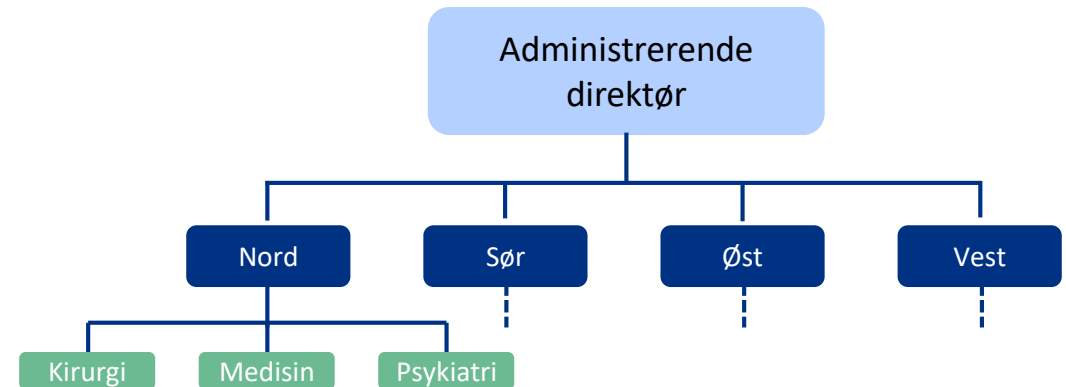
## ⊕ STYRKER

- Sikrer spesialisering og kompetanseutvikling innenfor fagdisiplinene
- Optimaliserer ressursbruk (personale, utstyr)
- Robuste fagmiljøer

## ⊖ SVAKHETER

- Kompliserte pasientforløp utløser et stort koordineringsbehov på tvers av enhetene
- En rendyrket funksjonell struktur vil ikke møte alle behovene som en finner i helsetjenesten

# Geografisk struktur



I en geografisk struktur er det funksjoner/fagenheter innenfor hver av de geografiske enhetene. Sykehuset Innlandet har i dag en slik modell med divisjoner for de ulike geografiske plasseringene, i tillegg til noen divisjoner som går på tvers av lokalisering.

## ⊕ STYRKER

- Sikrer geografisk nærhet for pasientene
- Sikrer lokalt eierskap og styring av sykehuset

## ⊖ SVAKHETER

- Kan føre til mange små og sårbare avdelinger
- Vanskelig å optimalisere ressursbruk på tvers av lokalisasjonene
- Kvalitet vil kunne variere avhengig av lokalisasjon

# Organisering etter hastegrad



En inndeling som er basert på i hvilken grad behandling kan planlegges eller ikke, samt tiden det tar å utføre behandlingen.

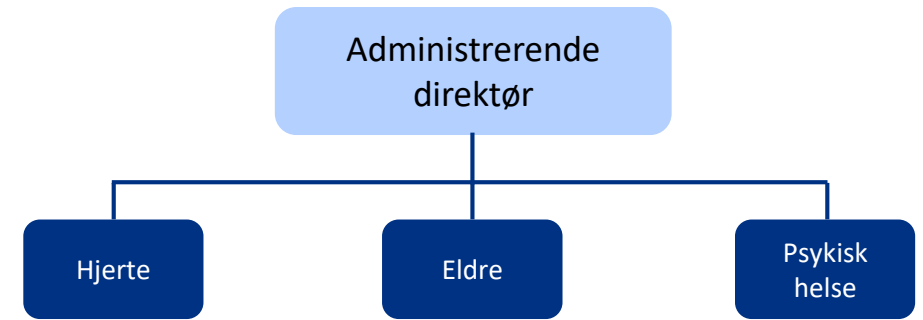
## ⊕ STYRKER

- Sikrer at det er dedikert kapasitet og dedikerte ressurser til hver form for behandling (reduserer behovet for å kansellere planlagt behandling)

## ⊖ SVAKHETER

- Krever en viss størrelse på enhetene hvis kapasiteten skal utnyttes effektivt
- Krever riktig estimering av volum på akutttilfeller

# Organisering i senter



I senterorganisering/temaorganisering består hvert program av nøkkelpersonell fra ulike profesjoner og disipliner som er nødvendig for å levere den behandlingen og tjenester til de pasientene som er i fokus. I store sykehus finner man at sentrene blir «mini-sykehus» som har alt det personellet en trenger for å levere tjenester til den bestemte pasientgruppen.

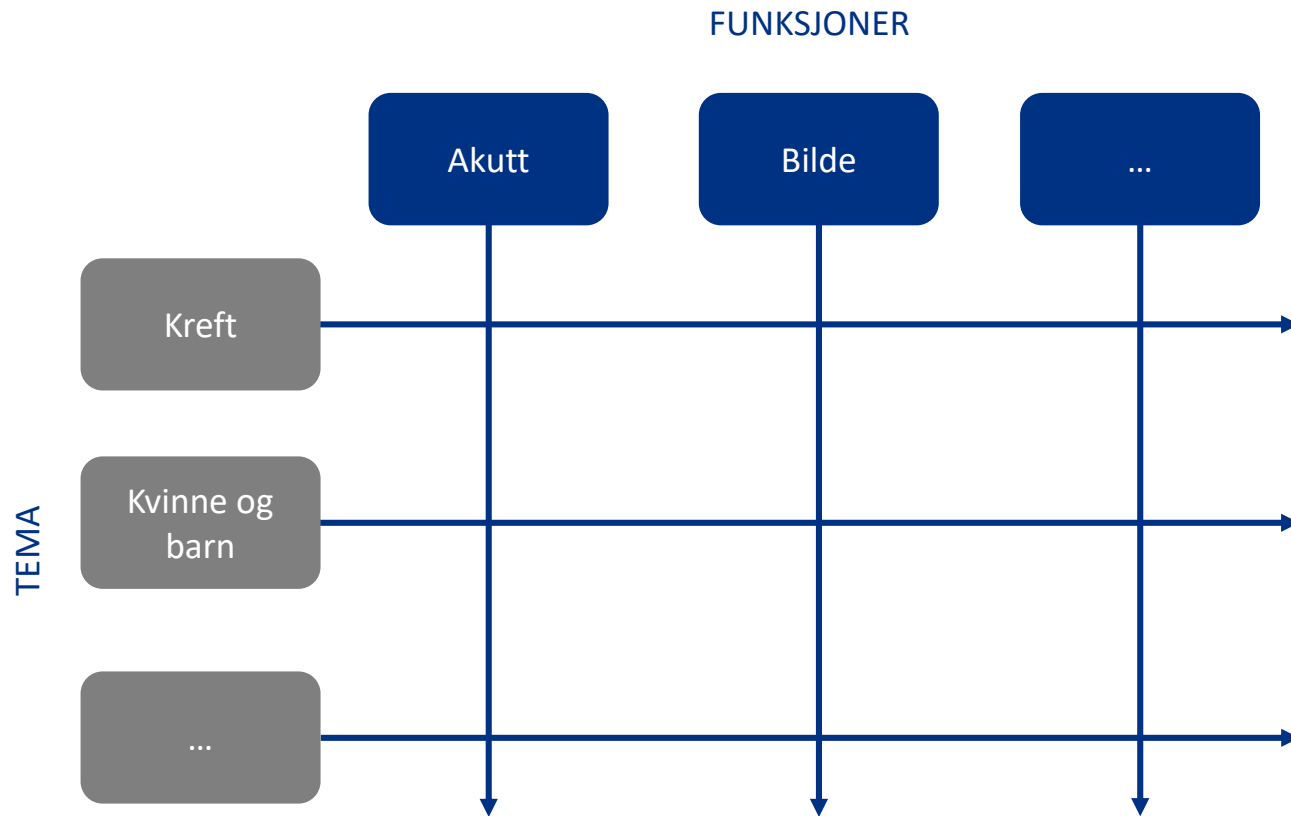
## ⊕ STYRKER

- Oppmuntrer til tverrfaglig samarbeid
- Tydelig ansvar for pasientens forløp
- Kan bidra til bedre pasientforløp

## ⊖ SVAKHETER

- Enheter basert på pasientgrupper vil ikke kunne inkludere samtlige relevante fagspesialiteter; det vil fortsatt være behov for henvisning til andre enheter ved kompliserte tilfeller
- Kan være utfordrende å oppnå kritisk pasientmasse på noen lokalisasjoner

# Matriseorganisering



En matriseorganisering består av å kombinere to organisatoriske modeller, som er lagt «over» hverandre. Denne modellen representerer en balanse mellom funksjon- og programstruktur. I matriseorganisering er det i tillegg til fagleder en forløpsleder. Forløpsledere har ansvaret for en eller flere definerte pasientforløp som går på tvers av ulike fag/funksjoner. De ansatte i denne strukturen vil typisk ha to ledere som har lik autoritet.



## STYRKER

- Sikrer både ledelse og koordinering av funksjoner og programmer samtidig



## SVAKHETER

- Den mest komplekse formen for organisasjonsstruktur
- Kostbar organisering å drifte
- Kan oppstå konflikter i grensesnittene

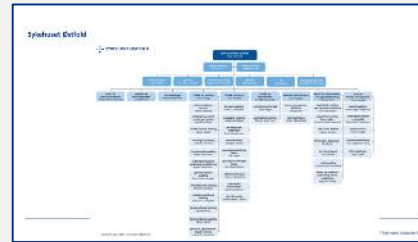
# Hvilke erfaringer har andre helseforetak gjort seg?

## Erfaringer fra drift og organisering av hele sykehus

### ST.OLAVS HOSPITAL



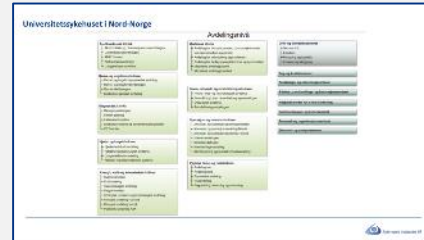
### SYKEHUSET I ØSTFOLD



### KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Tjenestekategori	Tjenestekategori	Tjenestekategori
<ul style="list-style-type: none"> <li>Medisinske klinikk</li> <li>Ortopedi</li> <li>Urologi</li> <li>Plastikkirurgi</li> <li>Neurologi</li> <li>Diagnostikk</li> <li>Rehabilitering</li> <li>Utdanning</li> <li>Administrasjon</li> <li>IT</li> <li>Finans</li> <li>Markedsføring</li> <li>Legemiddel</li> <li>Infeksjonskontroll</li> <li>Arbeidsmiljø</li> <li>Trykkesaker</li> <li>Utdanning</li> <li>Legemiddel</li> <li>Infeksjonskontroll</li> <li>Arbeidsmiljø</li> <li>Trykkesaker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medisinske klinikk</li> <li>Ortopedi</li> <li>Urologi</li> <li>Plastikkirurgi</li> <li>Neurologi</li> <li>Diagnostikk</li> <li>Rehabilitering</li> <li>Utdanning</li> <li>Administrasjon</li> <li>IT</li> <li>Finans</li> <li>Markedsføring</li> <li>Legemiddel</li> <li>Infeksjonskontroll</li> <li>Arbeidsmiljø</li> <li>Trykkesaker</li> <li>Utdanning</li> <li>Legemiddel</li> <li>Infeksjonskontroll</li> <li>Arbeidsmiljø</li> <li>Trykkesaker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medisinske klinikk</li> <li>Ortopedi</li> <li>Urologi</li> <li>Plastikkirurgi</li> <li>Neurologi</li> <li>Diagnostikk</li> <li>Rehabilitering</li> <li>Utdanning</li> <li>Administrasjon</li> <li>IT</li> <li>Finans</li> <li>Markedsføring</li> <li>Legemiddel</li> <li>Infeksjonskontroll</li> <li>Arbeidsmiljø</li> <li>Trykkesaker</li> <li>Utdanning</li> <li>Legemiddel</li> <li>Infeksjonskontroll</li> <li>Arbeidsmiljø</li> <li>Trykkesaker</li> </ul>

### UNIVERSITETSSYKEHUSET I NORD-NORGE

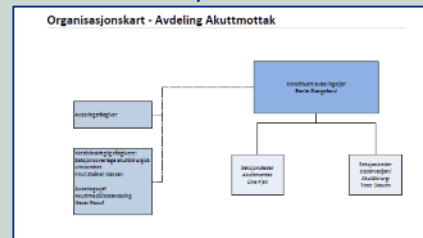


### HELSE BERGEN



## Erfaringer fra drift og organisering av mottak

### SYKEHUSET ØSTFOLD KALNES



### HAUKELAND HELSE BERGEN

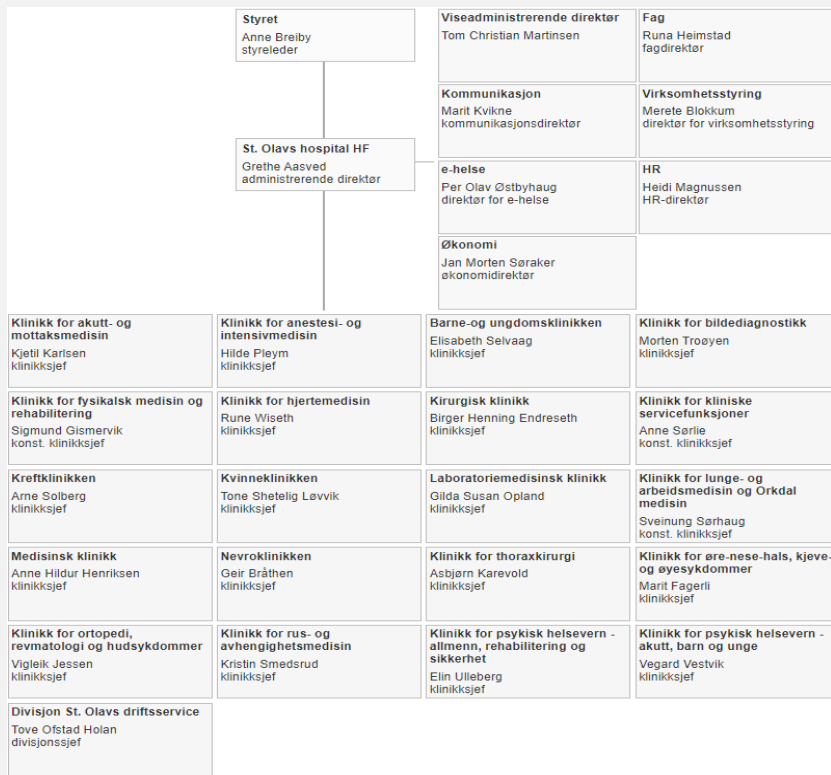


### AHUS



# Organiseringen til St.Olavs Hospital

Fokus: erfaringer med forsøk på organisering i en sentermodell



- Dagens sykehus ble planlagt bygget og organisert som en sentermodell og ble bygget i to faser i 2006 og 2013
- Det var mye motstand mot sentermodellen i planleggings- og byggefasen:
  - Ikke tilpasset arbeidsvolumet på kveld/natt
  - Akutfunksjoner i ulike sentre ville utfordre pasientsikkerheten
  - Etablerte medisinske miljø skulle bli så spesialiserte at det ville gå på bekostning av generell behandling
- Mye motstand førte til at sentermodellen aldri ble realisert full ut. Sykehuset er i dag fagorganisert med 21 klinikker, men de er i stor grad samlokalisert i sentrene som var tiltenkt i starten av 2000-tallet
  - De ulike klinikkene er for det meste lokalisert i sentrene de opprinnelig var planlagt å tilhøre
  - Flere pasienter er innoom ulike klinikker, men sykehuset opplever ingen store konflikter rundt DRG
- Alle klinikkisjefene og stabssjefene er i ledergruppen noe som fører til god tilgang på driftsinformasjon
- Felles koordinator for Røros og Orkdal som rapporterer til viseadministrerende direktør
- De fleste stabene er ute på klinikkene og har ukentlige møter med administrerende direktør
- Tilbakemeldinger fra ansatte og tillitsvalgte om organisering i klinikker og lokalisering i sentre:
  - Fører til et samlet fagmiljø og god kommunikasjon. Lettere å skape tilhørighet og kultur
  - Fungerer godt på dagtid med planlagte behandlinger/vurderinger. Mer krevende med sammensatte uavklarte tilstander
  - Største utfordring knyttet til akutfunksjon ved ulike sentre. Vakthavende leger må iblant ta imot pasienter et stykke unna klinikken de arbeider i

## Kilder:

[https://www.legeforeningen.no/contentassets/b601e43a4b534ce0a3b60a222232a347/overlegen\\_3\\_2019.pdf](https://www.legeforeningen.no/contentassets/b601e43a4b534ce0a3b60a222232a347/overlegen_3_2019.pdf)

Møte med Heidi Magnussen 28.01.22



# Organiseringen til Karolinska Universitetssjukehuset

## Fokus: sentermodell og temaområder

Temaområder	Funksjonsområder	Administrative staber
<b>Akutt og reparativ medisin</b> med følgende medisinske enheter: <ul style="list-style-type: none"><li>Akutt</li><li>Infeksjonssykdommer</li><li>Plastikkirurgi og kraniofacialkirurgi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Transplantasjon</li><li>Traumer, akuttkirurgi og ortopedi</li><li>Øre Nase Hals og balanse</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Radiologi</li><li>Karolinska Universitetslaboratorium</li><li>Perioperativ medisin og intensivbehandling</li></ul>
<b>Barn</b> med følgende medisinske enheter: <ul style="list-style-type: none"><li>Barn perioperativ medisin og intensivbehandling</li><li>Pediatrisk akuttmottak</li><li>Nasjonalt kursskaps- og ressursenter for barn og ungdom med Barnekirurgi</li><li>Child Respiratory Center</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ECMO center</li><li>HIV-infeksjoner</li><li>Høyspesialisert barnemedisin 1</li><li>Høyspesialisert barnemedisin 2</li><li>Høyspesialisert barneortopedi og barnemedisin</li><li>Neonatologi</li><li>Stockholm CF center</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Facility Management</li><li>Økonomiavdeling</li><li>HR-avdeling</li><li>Karolinska Universitetssjukehuset IT</li><li>Kvalitet og pasientsikkerhet</li><li>Lokal- og byggplanlegging</li><li>Miljøavdeling</li><li>Service og logistikk</li><li>Stab forskning og utdanning</li><li>Stab kommunikasjon</li><li>Sikkerhet</li></ul>
<b>Kreft</b> med følgende medisinske enheter: <ul style="list-style-type: none"><li>Bryst, endokrine svulster og sarkomer</li><li>Bekkenkreft</li><li>Cellulerpål og allogene stamcelletransplantasjon</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Senter for kliniske kreftstudier</li><li>Hematologi</li><li>Hode-, nakke-, lunge- og hudkreft</li><li>Strålebehandling</li><li>Øvre buk</li></ul>	
<b>Hjerte, kar og nevro</b> med følgende medisinske enheter: <ul style="list-style-type: none"><li>Kardiologi</li><li>Karkirurgi</li><li>Thoraxkirurgi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Nevrologi</li><li>Nevrokirurgi</li><li>Klinisk fysiologi</li><li>Nevrofysiologi</li><li>Omsorgsområde hjerte, kar og nevro</li></ul>	
<b>Inflammasjon og alderdom</b> med følgende medisinske enheter: <ul style="list-style-type: none"><li>ANOVA</li><li>Den multisynke eldre</li><li>Den aldrende hjerne</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Endokrinologi, diabetes, osteoporose</li><li>Gastro, hud og revmatisme</li><li>Lunge- og allergisykdommer</li><li>Nyremedisin</li><li>Alderdom</li></ul>	
<b>Kvinnehelse og helseprofesjoner</b> med følgende medisinske enheter: <ul style="list-style-type: none"><li>Ergoterapi og fysioterapi</li><li>Senter for fetal medisin</li><li>Graviditet og fødsel</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Gynekologi og reproduktiv medisin</li><li>Klinisk ernæring</li><li>Logopedi</li><li>Medisinsk psykologi</li><li>Sosialt arbeid i helsevesenet</li><li>Eldre helse og funksjon</li></ul>	

- Begynte å implementere en sentermodell i 2016 som skulle ha økt fokus på pasienten og pasientforløp
- Planen var at så mange helsetjenester som mulig skulle ut av akuttstusjukehuset og at det nye sykehuset kun skulle ta imot pasienter med behov for høyspesialisert behandling. Dermed skulle organisasjonen krympe, men primærhelsetjenesten var ikke klar til å ta imot pasientene
- Samling av fag førte til at spesialiserte sykepleiere måtte jobbe med oppgaver utenfor sitt kompetanseområde. Dette har gjort det vanskeligere å rekruttere spesialister
- Karolinska har fått kritikk for å ha introdusert en rekke nye lederstillinger som var uten medisinsk utdanning. I ettertid har Legeforeningen satt et krav om at medisinske spesialiteter skal samles og ha en faglig leder
- Hovedkritikken mot Karolinska har vært rettet mot problemer med kapasitet og økonomi som har ført til oppsigelser og problemer med rekruttering. Tillitsvalgte mener budsjettene har blitt flyttet feil. De har blitt flyttet med pasientene uten å ta hensyn til blant annet opprettholdelse av vakter og undervisning. Dette gjør at høyspesialisert behandling lider
- Organiseringen har vært uoversiktlig for pasienter med flere diagnoser. Det oppleves som vanskelig å vite hvilken funksjon som har ansvaret

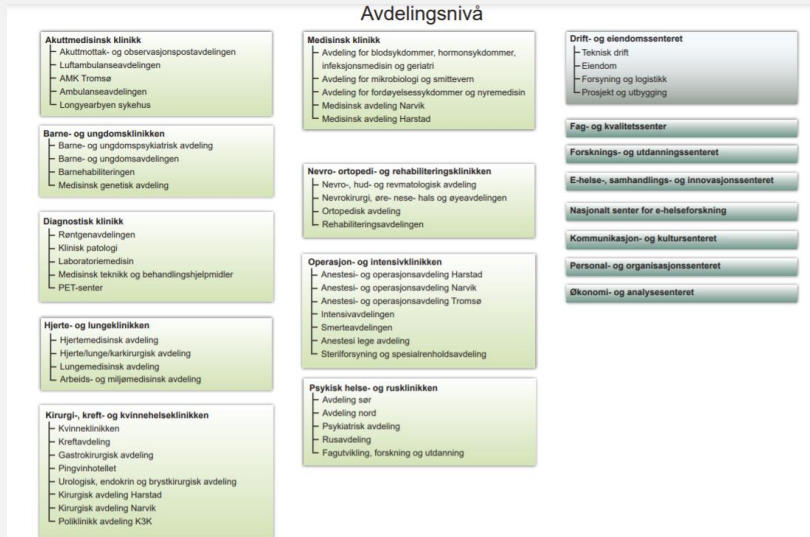
### Kilder:

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/11/27/-sykehuset-vart-havarerer/>  
<https://www.dagenssamhalle.se/opinion/debatt/forslag-till-ny-organisation-pa-karolinska-forvarrar/>  
<https://www.uniforum.uio.no/leserbrev/2018/gigantonomi-og-sykehuskorrupsjon.htm>



# Organiseringen til Universitetssykehuset i Nord-Norge

## Fokus: fagorganisering og tverrgående sentre



- Gjennomførte i 2008 en omorganisering der sykehuset gikk fra å ha 56 selvstendige avdelinger til 10 klinikker, 2 driftssentre og 4 stabsenheter. Hensikten var å få en mer dynamisk organisasjon
  - Det har blitt gjort flere endringer. I dag har de 9 klinikker og 3 sentre. Siste endring er at Barne- og ungdomsklinikken har overtatt ansvaret for barn og unge ved DPS
- Sykehuset har en egen rehabiliteringsklinikk som har ansvar for å betjene resten av sykehuset med fysioterapi, ergoterapi og sosionomtjenester. Det er utfordrende å lede denne klinikken fordi det i praksis oppleves som at terapeutene i fysioterapiseksjonen og seksjonen for øvrige terapeuttjenester ledes hver for seg
- Generelt liker de ansatte dagens struktur dårligere enn den gamle. Klinisk og teknisk personell liker organiseringen dårligere enn ansatte i Administrasjon og ledelse
- Ulike organiseringer i klinikkene gjør det vanskelig å finne fram i organisasjonen og vite hvem sin leder er
- Klinikstrukturen gir rom for bedre samarbeid mellom de ulike avdelingene innad i hver klinikk og mellom klinikkene. Men det er vanskelig å koordinere med lokalsykehusene
- Flere mener det er for mange klinikker, men det er variasjoner i oppfatninger om strukturen er funksjonell og om hva som er en god klinikkstørrelse. Det har blitt ytret at det er for mange klinikkssjefer å følge opp og at det er bedre fleksibilitet med færre sengeposter

### Kilder:

Evaluering av LUO-prosjektet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF

# Organiseringen til Haukeland Helse Bergen

Fokus: fagorganisering med mange klinikker og erfaringer med driften av Voss

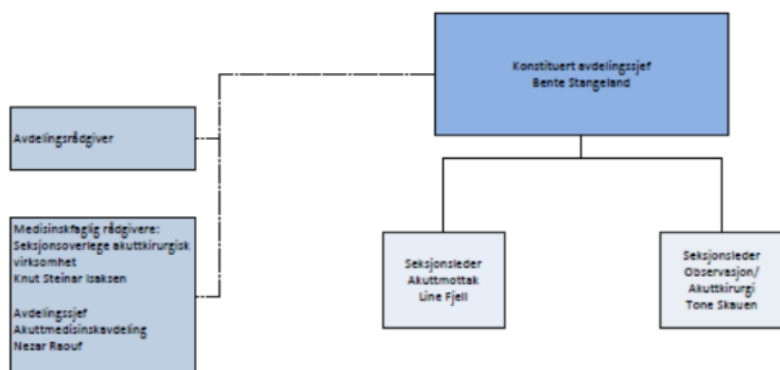


- Dagens organisering er ca. 17 år gammel og har blitt justert flere ganger. Den består av 24 klinikker / avdelinger og oppleves ikke som feilfri, men foreløpig har man ikke kommet fram til noe bedre alternativ
- Den tidligere organiseringen hadde færre, men større «blokker». Dette førte til siloer og mange lag som skulle formidle budskap opp og ned. Ledelsen bestod av både leger og administrative ansatte
- I dag sitter lederne for alle klinikker og avdelinger i ledergruppen. Målet er at ledelsen skal være mer enhetlig enn tidligere og bestå av leger, sykepleiere, fysioterapeuter osv. Likevel er ca. 80% av lederne leger
  - Det oppleves ikke som et problem med for mange direktører. Overleger tjener gjerne mer enn direktørene
  - Lederne har to roller: lede sin avdeling og sitte ved direktørens bord for å lede hele sykehuset
  - Ledergruppen har ulike typer møter som er definert i et eget årshjul
  - Helse Vest har to viseadministrerende direktører der én fokuserer innover og én utover
- Har en egen kirurgisk service-avdeling som består av alle støttetjenester. Avdelingen betjener alle kirurger med anestesi og sykepleiere. Alle operatørene er på «besøk». Det lages rammeavtaler mellom klinikker, den opererende enheten og serviceklinikken
  - Dette skaper stordriftsfordeler, men fører og til utfordringer fordi kirurgisk service kun er rammefinansiert, noe som påvirker insitamentet for å jobbe godt.
  - Samarbeidet mellom opererende klinikk og kirurgisk service varierer veldig. En utfordring er at operatørklinikken alltid kriger om ressurser, noe som krever at klinikkdirektøren for kirurgisk service opptrer rettfærdig
- Voss har en viktig lokalsykehusfunksjon og har stedlig leder som de ansatte rapporterer til. Det har blitt jobbet mye med at Voss skal bli en del av Haukeland. De føler seg integrert samtidig som de har en sterk lokal identitet og stort sett er selvforsynte

# Mottaksmøte – Sykehuset Østfold

Fokus: mottak samorganisert med prehospitaltjenester

Organisasjonskart - Avdeling Akuttmottak



- Mottaket på Sykehuset Østfold har en lang historie med å være samorganisert med prehospitaltjenester. Fordelene de ser med denne riggen er at man har:
  - Felles ledermøter. Utfordringer tas opp på dette nivået og håndteres internt i klinikken
  - Gode leveringer og mottak inn til sykehuset. God dialog og samhandling på lavere nivåer, inkludert felles trening og øvelser
  - Bedre hendelsehåndtering og triagering. Klinikken utnevner blant annet en egen innsatsleder ved store hendelser for å forenkle kommunikasjonen internt
- På Sykehuset Østfold skiller de mellom de som kan sitte og de liggende. Ca. 70% av innkommende pasienter er gående, 30% er liggende. Mange av de gående pasientene har de for lite areal for og de sliter med å ivareta dem på en god måte. De som kommer med ambulanse og som er ferdig triagert, har de gode forløp for. De gående blir det oftere opphopninger og utfordringer med. De har i tillegg litt utfordringer og flaskehals på bildediagnostikk, og utfordringer med flyt og å finne plass til alle pasientene
- Mottaket genererer en del poliklinikk. De evner å snu ca. 30% av de innkommende
- Fokus for utbyggingen av mottaket:  
Når mottaket nå skal bygges ut er det for å forbedre mottaket av gående pasienter. De skal utbedre dagens resepsjon til å doble kapasiteten for å motta gående pasienter (og derav redusere køen). De bygger og en ny blodprøvetakingsstasjon, noe som er viktig for pasientflyten. De har i dag ofte kø på triage, så de bygger en triagesal slik at det ikke gjøres på enerom slik som i dag. Det skal og komme flere undersøkelsesrom og en ventesone i midten som man kan sitte i dersom man venter på svar, der man er under oppsyn fra arbeidsstasjonene. De har i tillegg planer om å få et pårørenderom.
- Sykehuset har et eget mottak for psykisk helsevern og et for somatikk. De ligger adskilt, men de kan bestille tilsyn fra spesialister fra hverandres avdelinger. De ulike mottakene har egne ledergrupper og egne sykepleiere, og de ser hverandre sjeldent. Det hender de har pasienter som kommer inn til somatisk avklaring før de går videre inn til psykiatri, men ellers lite felles vurdering og/eller behandling.

# Mottaksmøte – Haukeland Helse Bergen

Fokus: mottak organisert for seg selv



- På Haukeland er mottaket en nivå 2-enhet. Den er relativt ny og ble etablert formelt i 2014, selv om arbeidet med klinikken startet flere år før. Organiseringen av mottaket finnes i bildet til venstre. De blå underavdelingene har alle ledere som sitter i mottakets ledergruppe.
- Grunnen til at denne organiseringen oppstod var at man registrerte en økning av innkommende pasienter, og man ville ikke klare å møte denne økningen med den daværende organiseringen. I tillegg hadde sykehuset unødig lang liggetid, man ønsket å effektivisere og optimalisere ØH-utredning og behandling, og sikre at pasienter kom på rett sted til rett tid.
- I tillegg til å være mer hensiktsmessig organisert ønsket man seg diagnostikk (og kompetanse om diagnostikk) helt framme. Man ønsket en tverrfaglighet til å gi bedre tilbud til pasienter som tidligere var vanskelige å plassere i sykehuset. Kostnadseffektivitet var viktig, litt for mange pasienter endte opp med å motta behandling på høyspesialiserte avdelinger. Mange pasienter kunne gå på fast-track og man måtte sikre en god logistikk for dette.
- Mottaket har et mantra om at de er «bedre sammen». De er en organisasjon som samhandler mye med mange. De har aldri vurdert noen samorganisering med prehospitale tjenester.
- De har i stor grad lyktes med alle målene for omorganiseringen. De kan skrive ut mange flere pasienter enn de trodde. Dette har gjort at liggetiden og antall korridorpatienter har blitt mye mindre. De har lyktes med å få folk over på dagbehandling. De «løper» ikke så mye raskere, men de har kuttet ned ventetiden og har kompetanse tettere på pasienten. De skriver ut pasienter helt fram til klokken 9 på kvelden.
- Mottaksklinikken er navet i mottaksmodellen. Alle de omkringliggende klinikkene har egne vaktlag som går i akuttmottaket, som jobber sammen med mottakets ansatte og som har tilgang til alt av utstyr og personell.
- Mottaksklinikken er mye involvert i fordeling til de ulike vaktlagene og har en styrende rolle rundt fordeling av ressurser og pasienter. Totalt er det 200-300 leger som er innom akuttmottaket månedlig. De innser at Mottaket er i ferd med å bli et slags «lokalsykehus inne i sykehuset».

# Mottaksmøte – Ahus

Fokus: mottak organisert i en medisinsk klinikk



- Medisinsk divisjon har 17 avdelinger under seg og ca. 2000 ansatte. Størrelsesforskjellen på klinikkene er relativt stor. Her er det klinikker med alt fra 300 ansatte til 20. Det er akuttmedisinsk avdeling som eier mottaket.
- På mottaket har de tre seksjoner. Mottak som seksjon, akutt 24 som seksjon, så har de leger i en egen seksjon. De opererer med en hybridvariant der de har ansatt ca. 8 leger i akuttmottaket. Så har de en enhetsleder knyttet til mottaket som skal følge opp det indremedisinske vaktlaget. Det er til enhver tid mange LIS i mottaket, men disse er ansatt på sine respektive fagavdelinger, men de har en viktig del av tjenesten sin i felles vaktlag på mottaket.
- Fra i fjor så har Kongsvinger sykehus vært delt i fagavdelinger som er lagt under divisjonene. Målet har vært at Kongsvinger skal speile resten av organiseringen på Ahus. Kongsvinger har et eget mottak som er litt mindre i størrelse enn mottaket på Ahus, men de har et godt samarbeid.
- Inntrykket er at Kongsvinger trives med å være med Ahus. Da de startet opp var den somatiske virksomheten organisert som en «divisjon Kongsvinger». Etter hvert ble de flyttet over som egne avdelinger inn i Ahusstrukturen. Årsaken til dette var at man skulle vektlegge likeverdige tjenester og koordinering på fagnivå (og lik ressursutnyttelse).
- Ahus har lyktes svært godt i samarbeidet med de prehospitale tjenestene. De har arbeidet svært tett sammen, og særlig i pandemien har de klart å ha god kommunikasjon. De har og jobbet med prehospitale tjenester for å få flyten inn til mottaket til å fungere. Tilbakemeldingen fra prehospitale tjenester nå er at Ahus har vært det beste stedet å levere pasienter på gjennom pandemien. Strukturen og organisasjonen har vært tilpasset dem.
- Mottaket på Ahus har over tid vært et krevende område i Ahussystemet. Det har blitt bedre, men de strever med oppholdstiden i mottaket. Den er for høy på ca. 4,5 timer i snitt, og som konsekvens har de opphopning av pasienter på ettermiddager og kveld. Det blir en belastning når mottaket tar pasienter som burde vært et annet sted. Overføringer fra mottak til fagavdelinger er noe de jobber med, særlig til medisinsk divisjon. I forlengelse av dette arbeidet har de lyktes med å øke snuprosenten. Den er nå på rundt 30%, inkludert for indremedisinske fag. De snur mange i mottaksområdet.



## 05 - Grunnprinsipper

Dette kapitlet redegjør for hvordan de ulike modellforslagene kan vektes mot hverandre. Totalt ni grunnprinsipper ble utarbeidet gjennom flere iterasjoner. Disse prinsippene reflekterer egenskapene ved framtidens SI.

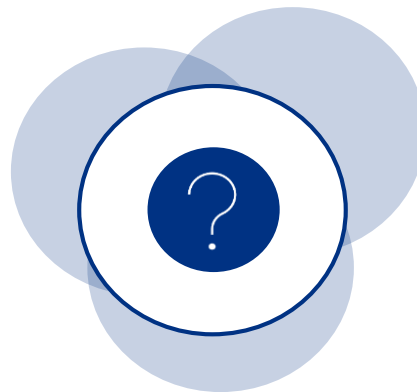


# Bakgrunnen for grunnprinsippene til framtidens SI



## Hva?

- Egenskaper en ønsker at en framtidig organisasjonsmodell skal kunne kjennetegnes ved
- Grunnprinsippene står seg over tid
- Grunnprinsippene tar utgangspunkt i vurderingskriteriene til konseptfasearbeidet



## Hvorfor?

- Anvendes til å identifisere og utvikle organisasjonsmodeller for deretter å evaluere og prioritere mellom ulike løsninger for organisasjonsmodeller



## Hvordan?

- Utarbeidet et råutkast på første workshop med ekspertgruppen 28.september 2021
- Var tema med mulighet for innspill på ledermøtet 5.oktober og ledersamling 19.oktober 2021
- I workshop 2, 17.november, tok man utgangspunkt i et utkast på 12 grunnprinsipper for framtidig organisasjonsmodell
- Forslaget til grunnprinsipper som er behandlet i ledermøte 4. og 11.januar 2022 er utarbeidet på bakgrunn av disse innspillene



# Grunnprinsipper for framtidig organisasjonsmodell



## 1. Brukertilpasset og kunnskapsbasert pasientbehandling

- ✓ Moderne og brukertilpasset pasientbehandling, basert på forskning og innovasjon.
- ✓ Opplæring hvor pasienter og pårørende øker sin helsekompetanse og er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar.
- ✓ Lik mulighet for riktig behandling i hele Innlandet og likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted.
- ✓ En sterk vektlegging av desentraliserte tjenester nær der pasienten bor, og gi muligheter for å videreutvikle denne i tråd med faglig og teknologisk utvikling.



## 4. Sammenhengende behandlingkjeder

- ✓ Pasientene opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner.
- ✓ Pasienter opplever en sammenhengende akuttmedisinsk kjede der innsats settes tidlig inn, og informasjonen følger pasienten hele veien.



## 7. Økonomisk bærekraft

- ✓ Økonomisk balanse med evne til å foreta nødvendige investeringer.



## 2. Robuste fagmiljøer med sterk akademisk tilknytning

- ✓ Spesialiserte funksjoner av høy kvalitet, et pasientvolum som sikrer god kvalitet i behandlingen og liten variasjon i kvalitet.
- ✓ Legge tilrette for forskning, utvikling og innovasjon som integrert del av den kliniske hverdag.
- ✓ Fagmiljø og vaktordninger som ikke er avhengige av kontinuerlig innleie.



## 5. Attraktiv arbeidsplass

- ✓ God rekrutteringsevne og evne til å beholde medarbeidere i gode arbeidsmiljø og med gode arbeidstidsordninger.
- ✓ Gir medarbeidere mulighet for medvirkning og glede ved å lykkes i jobben.
- ✓ Medarbeiderne opplever SI som en attraktiv arbeidsplass som legger til rette for kontinuerlig kompetanseutvikling.



## 8. Helhetlig ledelse

- ✓ En organisasjonsstruktur som tilrettelegger for et håndterlig lederspenn.
- ✓ Ledere settes i stand til å ta et helhetlige lederansvar for fag/kvalitet, personal og økonomi, og tilstrekkelig stedlig ledelse.



## 3. Tverrfaglig samhandling

- ✓ Pasienter med sammensatte behov opplever at tjenestene opptrer i team rundt dem, som også innbefatter samhandling mellom psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), somatikk og hab-/rehabilitering.
- ✓ Den akutte pasient møtes av personale med riktig kompetanse hele døgnet for rask avklaring av videre behandlingsnivå.



## 6. Fleksibilitet og effektivitet

- ✓ Fleksible tverrfaglige team som endres i takt med endringer i pasientbehov og endringer i nye arbeidsmåter understøttet av ny teknologi.
- ✓ Optimal bruk av kompetanse og ressurser.
- ✓ Tilgjengelige personellressurser for desentraliserte tjenester.



## 9. Tydelighet i roller, ansvar, oppgaver og beslutningsmyndighet

- ✓ God virksomhetsstyring.



**06 - Framtidens  
organisasjonsmodell**

Organisering av SI er en konsekvens av framtidens pasientbehov, ny teknologi, regulatoriske krav med mer. Utviklingen av det nye organisasjonsdesignet må hensynta disse utviklingstrekkene og samtidig tilpasses dagens virksomhet.

Dette kapitlet beskriver hvordan trender innenfor pasientbehov og sykehusdrift kan påvirke en framtidig modell for organisering av Sykehuset Innlandet.



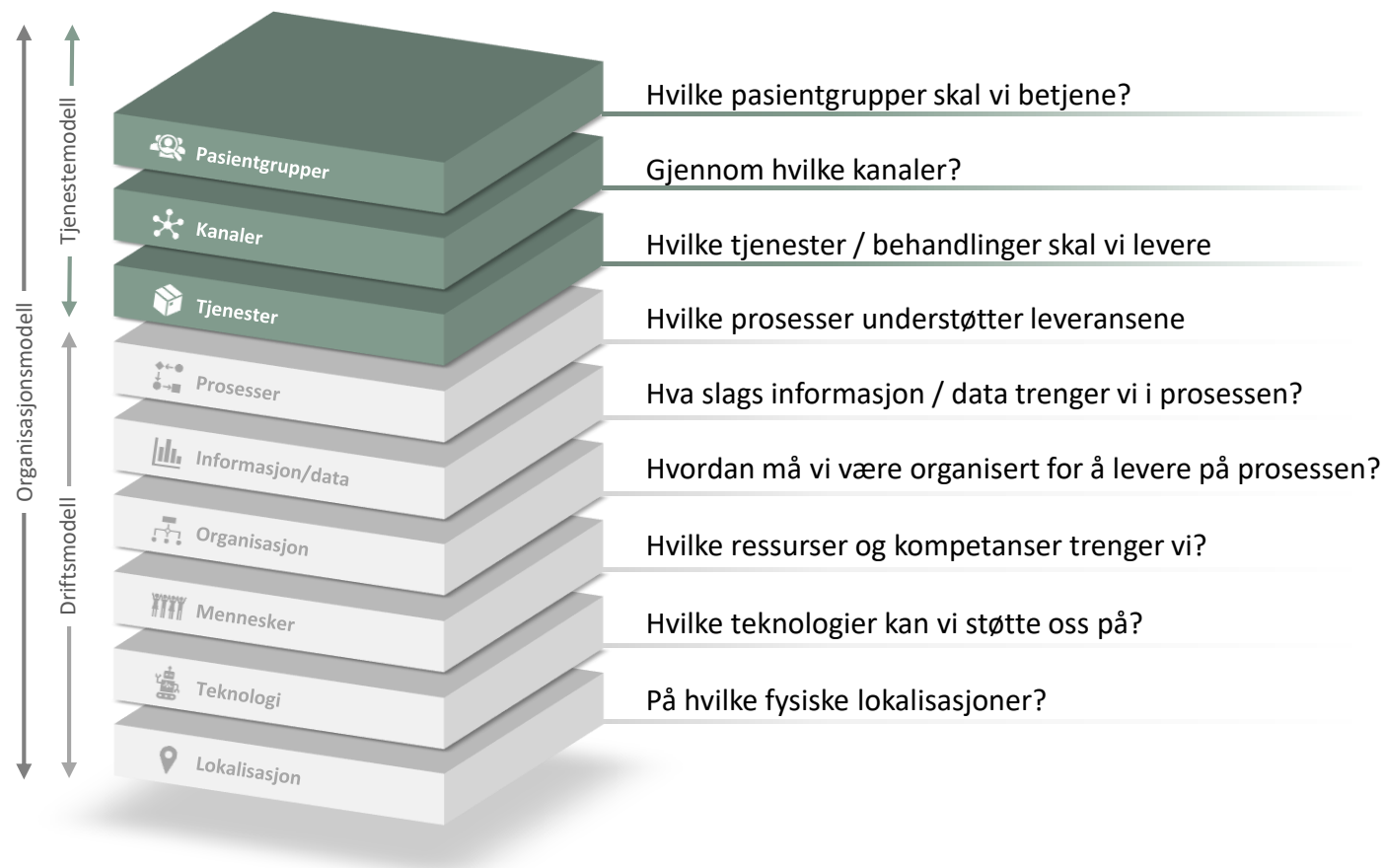
# Organisasjonsmodellen består av tjeneste- og driftsmodellen

## Tjenestemodellen

Dette er den delen av organisasjonen som er orientert ut mot brukerne. Hva slags verdi leverer vi til brukerne/pasientene våre og hvordan leverer vi det?

## Driftsmodellen

Den andre delen av organisasjonsmodellen er internt orientert. Hvordan er organisasjonen rigget for å levere helsetjenester til pasientene på Sykehuset Innlandet?



# Oppsummering av implikasjoner for framtidens organisasjonsmodell



## Pasientgrupper

- Styrket fokus på oppfølging og rehabilitering
- Enklere behandling desentraliseres
- Mer dagbehandling og poliklinikk
- Økt aktivitetsnivå på sykehusene
- Krav om kvalitet og konkurranse fra det private
- Økt fokus på forebygging



## Kanaler

- Flere virtuelle konsultasjoner
- Mer samhandling og forebygging
- Desentralisering støttet av teknologi
- Mer digital behandling



## Helsetjenester

- Tverrfaglige spesialisthelsetjenester
- Tettere integrasjon av somatikk/psykisk helsevern
- Forskning og utvikling tett på klinikk
- Standardiserte og ressurseffektive tjenester
- Tidlig innsats og spisskompetanse i front



## Prosess

- Virtuelle konsultasjoner og desentralisert behandling
- Nye og eksisterende behandlingsforløp
- Tverrfaglig samarbeid
- Styrke helsefelleskapet
- Effektive mottak
- Mer poliklinikk og dagbehandling
- Flere beredskapshendelser
- Kvalitet i behandlingen



## Teknologi og data

- Desentralisering av virksomhet
- Virtuelle konsultasjoner
- Mer poliklinikk og dagbehandling
- Sentralisering av enkelte behandlingsformer
- Teknologikompetanse tett på klinikkene
- Behandling, lagring og deling av data



## Ressurser og kompetanse

- Mer tid til pasientbehandling
- Større fleksibilitet for den enkelte medarbeider
- Styrket teknologisk kompetanse
- Tverrfaglige team
- SI som attraktiv arbeidsgiver
- Styrket samhandlingskompetanse
- Endret utdanningsmodell for LIS
- Forskning og utdanning tett på klinikk



## Lokalisasjoner

- Desentralisering og sentralisering
- Fordeling av kapasitet mellom lokalisasjoner
- Sammenhengende tjenester
- Styrket samspill mellom somatikk og psykisk helsevern
- Tettere integrasjon av prehospitaltjenester

# Pasientgrupper



Kompleks inneliggende



Individuell inneliggende



Standard inneliggende



Poliklinikk / dagbehandling



Poliklinikk konsultasjon



Hjemme

## Utviklingstrekk

- 4%** befolkningsvekst i Innlandet mot 2040
- 40%** vekst i gruppen 65 år eller eldre
- 12%** økning i antall pasienter med spiseforstyrrelser
  - Eldre rammes oftere av hjerte- og karlidelse, kreft, angst, depresjon og demens
  - Pasienter med kroniske sykdommer og skader lever lenger
  - Sykdomsbildet blir ofte mer komplekst og sammensatt
  - Yngre aldersgrupper vil ha økt behov for rusbehandling, psykisk helsehjelp og oppfølging av diabetes og sykkelig overvekt

**Kilder:** Konkretisering av virksomhetsinnhold Sykehuset Innlandet HF, Idéfaserapport fremtidig sykehusstruktur, Utviklingsplan for Sykehuset Innlandet 2022 - 2039, Nasjonale framskrivninger psykisk helsevern, Pasientgrupper basert på boken «The Better Hospital» skrevet av Daniel Walker (2015)

# Implikasjoner for driftsmodellen

## Styrket fokus på oppfølging og rehabilitering

Befolkningen blir eldre, noe som vil kreve styrking av fag som geriatri, alderspsykiatri og nevrologi, samt andre områder som oppfølging, habilitering og rehabilitering

## Enklere behandling desentraliseres

De aller sykeste, eldre og mest komplekse pasientene vil i større grad motta behandling på sykehus. Enklere behandlingsformer vil desentraliseres og flyttes ut av sykehusene til primærhelsetjenesten og/eller hjemmet

## Mer dagbehandling og poliklinikk

Mer effektive behandlingsmåter og desentraliserte tjenester vil føre til at store deler av tilbudet til spesialisthelsetjenesten går fra å være døgnopphold til poliklinisk og dagopphold

## Økt aktivitetsnivå på sykehusene

Selv om det blir relativt færre døgnopphold, viser trendene at aktiviteten vil øke ved sykehusene pga. mer komplekse sykdomsbilder og aldrende populasjon. Det vil dermed være et behov for å øke kapasiteten gjennom senger, poliklinikkrom og dagplasser

## Krav om kvalitet og konkurranse fra det private

Pasienter har økt kompetanse om alternative behandlingstilbud, og fritt sykehusvalg og flere private aktører vil utfordre framtidens tjenester. Sykehusene må jobbe aktivt for å heve kvaliteten og levere gode pasientforløp

## Økt fokus på forebygging

SI må i framtiden rette mer innsats over mot forebyggende arbeid, og ta eierskap til samhandling for å sikre helsekompetansen til pasienter og pårørende

# Hvordan leveres tjenester i framtiden?

## PÅ SYKEHUS

Poliklinikk

Elektiv

Akutt

Inneliggende

## UTENFOR SYKEHUS

Hjemme

LMS/DPS

Kommunale  
institusjoner

## Utviklingstrekk

- Flere desentraliserte spesialisthelsetjenester
- Økt samhandling med primærhelsetjenesten
- Videreutvikling av prehospitaltjenester og mottak
- Flere tjenester leveres gjennom poliklinikk og dagbehandling

# Implikasjoner for driftsmodellen

## Flere virtuelle konsultasjoner

For å tilby spesialisthelsetjenester nærmere pasienten vil flere konsultasjoner foregå over video og telefon. Særlig innen psykisk helsevern ser man et stort potensiale for dette

## Mer samhandling og forebygging

SI må samarbeide tettere med primærhelsetjenesten og andre desentraliserte tjenester. Samhandling mellom aktører i Innlandet vil bli viktig for å forebygge nye innleggelse og følge opp pasienter etter behandling. Hovedtyngden av aktiviteten til klinikerne vil likevel foregå på sykehuset.

## Desentralisering støttet av teknologi

Ved hjelp av teknologiske løsninger vil spesialisthelsetjenester i større grad kunne tilbys hjemme hos pasienten. Virtuelt samhandling medfører at pasienten kan unngå å dra til sykehuset for konsultasjoner

## Mer digital behandling

Mer behandling vil digitaliseres. Dette kan ha implikasjoner for at mer diagnostikk og behandling kan skje utenfor sykehuset.

# Hvilke helsetjenester skal tilbys?

## Trender



Flere integrerte pasientforløp



Mer personilpasset behandling



Mer spesialisering



Nye behandlingsmetoder



Samarbeid med forsknings- og utdanningsinstitusjoner

## Utviklingstrekk

- Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Styrke forskning, innovasjon og kompetanse
- Forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Raskere tilgang til helsetjenester
- Flere og bedre sammenhengende pasientforløp

# Implikasjoner for driftsmodellen

## Tverrfaglige spesialisthelsetjenester

Mer sammensatte sykdomsbilder øker behovet for samarbeid på tvers av fagområder for visse pasientgrupper. Dette vil være særlig viktig i mottaket

## Tettere integrasjon av somatikk/psykisk helsevern

Framtidens helsevesen skal tilby et integrert pasientforløp og en behandling som ser hele pasienten. Å lykkes med dette vil kreve samarbeid og samlokalisering av somatikk og psykisk helsevern, derav også nye måter å jobbe på

## Forskning og utvikling tett på klinikk

For å være et ledende innovasjonssykehus må Sykehuset Innlandet samarbeide tett med forskningsmiljøer og utdanningsinstitusjoner. Dette vil styrke sykehusets arbeid med rekruttering og framstille sykehuset som en attraktiv arbeidsplass

## Standardiserte og ressurseffektive tjenester

Flere pasienter med sammensatte sykdomsbilder vil trekke stadig mer ressurser mot denne pasientgruppen. For flere enklere pasientforløp vil man måtte definere generelle, standardiserte tjenester og forløp

## Tidlig innsats og spisskompetanse i front

Utvikling i teknologi og økt samarbeid med primærhelsetjenesten tilrettelegger for at man tidligere kan oppdage og forebygge alvorlige sykdomsforløp. Dette vil og gjelde for mottak, der man i større grad ønsker å poliklinisere



# Prosess

## Trender



Flere skal snus i akuttmottaket



Flere beredskaps- hendelser



Nye behandlings- former → nye behov



Strengere effektivitetskrav



Digitale helse- tjenester og selvhjelp



Flere definerte pasientforløp



Fritt behandlingsvalg



Styrkede pasientrettigheter

## Krav

- 75%** av alle enheter i SI skal ha et godt sikkerhetsklime innen 2023
- <50** dager ventetid på somatisk behandling
- 95%** overholdelse av pasientavtaler
- 70%** av pakkeforløp innen kreftbehandling gjennomføres innenfor standard forløpstid
- <40** dager gjennomsnittlig ventetid for psykisk helsevern for voksne
- <35** dager for barn og unge
- <30** dager for TSB

**Kilder:** Nasjonal helse og sykehusplan (2021), Oppdragsdokument HSØ 2022 og 2021, Idéfaserapport fremtidig sykehusstruktur, Utviklingsplan 2022-2039, 2022 Global Health Care Sector Outlook | Deloitte

# Implikasjoner for driftsmodellen

## Virtuelle konsultasjoner og desentralisert behandling

Mer behandling skal flyttes ut av sykehuset og over på LMS, DPS og hjem til pasienten. Dette vil støttes av virtuelle konsultasjoner

## Nye og eksisterende behandlingsforløp

Ny teknologi vil muliggjøre nye behandlingsforløp, samtidig som eksisterende forløp må strømlinjeformes for å oppfylle krav til kostnadseffektivitet og reduksjon i ventetid

## Tverrfaglig samarbeid

Pasienter med sammensatte sykdomsbilder vil kreve bred klinisk kompetanse. Klinikere kan ikke jobbe i siloer, men i tverrfaglige team. Samhandling må formaliseres

## Styrke helsefellesskapet

For å løse flere av kravene stilt til SI kreves det tettere og mer forpliktende samarbeid med primærhelsetjenesten

## Effektive mottak

Mottaket spiller en viktig rolle i framtidens driftsmodell, her står SI overfor en rekke utfordringer. Særlig viktig blir det å sikre gode overganger inn og ut av mottaket

## Mer poliklinikk og dagbehandling

Stadig mer av virksomheten vil være i form av poliklinikk og dagbehandling. Særlig på mottaket vil dette være en utfordring der man må jobbe aktivt for å snu innkommende pasienter som kan møte opp dagen etter med en poliklinikkavtale

## Flere beredskapshendelser

Antall beredskapshendelser vil øke. SI må ha rutiner og planverk for å møte disse

## Kvalitet i behandlingen

Det er et krav at ulike deler av sykehuset skal tilby tjenester av samme kvalitet. Å lykkes med dette vil kreve økt grad av integrering og standardisering av virksomheten

# Teknologi og data

## Trender



Digital hjemmeoppfølging



Virtuelle konsultasjoner



Diagnostikk og analyser støttet av AI



Helsesdata direkte fra sensorer på pasienten



Automatisert dokumentering



Kommandosentre



Simulering og digital tvilling



Roboter

## Krav

**20%** av alle konsultasjoner skal foregå virtuelle i framtiden

**15%** av alle konsultasjoner skal være virtuelle i år

- Data skal deles oftere mellom sykehus, primærhelsetjeneste, kommune og pasient
- GDPR må overholdes uten brudd
- Bemanning skal reduseres til fordel for teknologi

# Implikasjoner for driftsmodellen

## Desentralisering av virksomhet

Når utstyr blir billigere, enklere, mindre og mer tilgjengelig kan mer prehospital behandling gjennomføres nærmere pasienten. Små roboter kan levere enkle behandlingsformer automatisk, uten direkte inngripen fra klinisk personell

## Virtuelle konsultasjoner

Sykehuset blir et kompetansesenter der stadig mer av virksomheten foregår gjennom digital og virtuell samhandling både direkte med pasienten og med andre aktører i helsetjenesten

## Mer poliklinikk og dagbehandling

Når virksomhet blir flyttet ut av sykehusene og nærmere pasientene vil sykehusenes virksomhet innebære mer poliklinikk og dagbehandling. Det vil være mindre behov for sengeplasser

## Sentralisering av enkelte behandlingsformer

Nye, store og kompliserte maskiner og teknologi vil muliggjøre avansert diagnostikk og behandling på de store sykehusene. Disse sykehusene vil i større grad gjennomføre komplekse behandlinger av de sykeste pasientene

## Teknologikompetanse tett på klinikkene

Den nye teknologien vil kreve at teknologikompetansen er tett på klinikkene, og at klinikerne selv behersker teknologien. Konsekvensen kan være at de store sykehusene må skaffe seg kompetansen til å drifte og vedlikeholde omfattende maskinpark

## Behandling, lagring og deling av data

Gjennom ny teknologi vil sykehusene være mottakere av store mengder sensitiv pasientdata. Dette åpner for nye behandlingsformer og diagnostikk, men dataene må behandles, lagres og deles på en trygg måte

# Ressurser og kompetanse

## Trender



Well-being og work-life-balance



Behov for økt teknologisk kompetanse



Mer bruk av tverrfaglige team



Høy turnover



Nye roller og kompetansebehov



Hybride arbeidsformer og hjemmekontor











Rekrutteringsutfordringer



Sykepleier- og fastlegemangel

## Krav

-  Forskning og innovasjon er blitt et nasjonalt satsingsområde og skal styrkes
-  Heltidskulturen skal styrkes
-  Rekrutteringen og evnen til å beholde og utvikle helsepersonell skal styrkes
-  Antall utdanningsstillinger for sykepleiere og jordmødre skal økes
-  Øke kvalitet og pasientsikkerhet i behandlingen
-  Krav til likeverdige helsetjenester på alle lokalisasjoner
-  Etterleve krav til ny LIS-utdanningsmodell
-  Mengden innleie skal reduseres

**Kilder:** Nasjonal helse og sykehusplan (2021), Oppdragsdokument HSØ 2022 og 2021, Idéfaserapport fremtidig sykehusstruktur, Utviklingsplan 2022-2039, 2022 Global Health Care Sector Outlook | Deloitte

# Implikasjoner for driftsmodellen

## Mer tid til pasientbehandling

I framtiden vil ansatte på SI bruke mindre tid på «enkle» oppgaver som dokumentering og administrasjon, og mer tid på oppgaver som krever spesialkompetanse

## Større fleksibilitet for den enkelte medarbeider

Framtidens arbeidstaker vil stille større krav til fleksibilitet og tilrettelegging. Teknologi vil muliggjøre konsultasjoner og oppfølging digitalt, noe som kan gjøres hjemmefra

## Styrke teknologikompetanse

Mer arbeid vil foregå digitalt og virtuelt. De ansattes teknologikompetanse må styrkes og teknologistøtte må være tett på avdelingene

## Tverrfaglige team

Andelen komplekse pasienter vil øke framover. Behandling av disse vil kreve tverrfaglige team. Arbeid i tverrfaglige team vil medføre en kulturendring for flere ansattgrupper

## SI som attraktiv arbeidsgiver

Å være en attraktiv arbeidsplass er avgjørende for å lykkes med å tiltrekke og beholde kompetanse. Sykehuset må sikre robuste fagmiljøer som støtter opp under kompetanseheving og trivsel for de ansatte

## Styrket samhandlingskompetanse

I framtiden vil SI møte pasienten på nye måter. Dette vil kreve mer samhandling internt og ut mot helsefelleskapet, samt nye interne roller (som blant annet akutt- og mottaksmedisin)

## Endret utdanningsmodell for LIS

Utdanningsmodellen for leger i spesialisering har blitt endret, noe som legger ansvar på SI som arbeidsgiver som må sikre at læringsmålene oppnås

## Forskning og utdanning tett på klinikk

Forskning skal inkluderes som en sentral del av den kliniske virksomheten. Innovasjon og forskningskompetanse skal være tett på det kliniske

# Lokalisasjoner

## Trender



Samle støttetjenester i tjenestесentre



Samlokalisering av somatikk og psykiatri



Datadeling mellom lokalisasjoner



Hjemmebehandling



FACT og mobile prehospital team



Hospiteringsordninger



Pasientmedbestemmelse



Sykehus i nettverk

## Krav

- Lik tilgang på helsetjenester for alle
- Krav til likeverdige helsetjenester på alle lokalisasjoner
- Nærhetsbehov mellom samarbeidende fag skal ivaretas
- Pasienter skal oppleve sammenhengende tjenester på tvers av lokalisasjoner
- Skal arbeide for at akuttmedisinsk behandling starter så tidlig som mulig
- Aktivitet som kan desentraliseres skal utføres på LMS, DPS eller i hjemmet
- SI skal arbeide for bedre ressursutnyttelse

# Implikasjoner for driftsmodellen

## Desentralisering og sentralisering

Ulike funksjoner samlokaliseres for å levere tjenester mer kostnadseffektivt og med høyere kvalitet. Andre funksjoner flyttes ut av sykehusene og nærmere pasienten

## Fordeling av kapasitet mellom lokalisasjoner

Sykehusene må i større grad operere i nettverk og fordele kapasitet og ressurser seg i mellom

## Lokalisering internt i sykehusbygg

Som en del av sykehusplanleggingen må man gjennomføre en bevisst lokalisering av funksjoner internt i sykehusbygget. Funksjoner med høyt behov for samhandling må grupperes sammen i klynger for å gi bedre tilgang til pasienter, ansatte og materiell

## Sammenhengende tjenester

Kravet om lik kvalitet i behandlingen fordrer tettere integrering mellom sykehusene og mer faglig samarbeid. Spesialiserte tjenester og kompetanse må samles på ett sted og derav unngå unødige overføringer mellom lokalisasjoner

## Styrket samspill mellom somatikk og psykisk helsevern

Sykdomsbildene vil i framtiden bli mer sammensatte og somatiske klinikker og klinikk for psykisk helsevern må samarbeide tettere. Akuttmottak må i større grad innrettes for å motta pasienter med både somatiske og psykiske lidelser

## Tettere integrasjon av prehospitaler tjenester

Integrering mellom prehospitaler tjenester og resten av sykehuset må bli bedre. Behandling skal i større grad starte i det prehospitaler og videreføres sømløst inn i sykehuset



**07 – Veien fram til framtidig organisering**

I løpet av vinteren og våren 2022 ble en lang rekke modellforslag utviklet og forkastet. Innledningsvis var det stor forskjell mellom forslagene, men etter hvert ble variasjonen mellom dem mindre.

Dette kapitlet viser arbeidet med modellforslagene og ledergruppens innspill til modellforslagene.



# Modellforslag etter WS#5

Ressurstall i parentes avrundet til nærmeste 50

## B (12 klinikker, 6 sentere)

### Klinikker

❖ Medisin	(550)
❖ Kirurgi + ØNH	(350)
❖ Psykisk helsevern og TSB, ink. BUP	(1450)
❖ Barn, ungdom og habilitering	(200)
❖ Prehospitale tjenester	(400)
❖ Mottak	(100)
❖ Ortopedi	(200)
❖ Fysikalsk medisin + Rehabilitering + Ergoterapi + Fysioterapi	(150)
❖ Nevrologi og Øye	(150)
❖ Kreft	(50)
❖ Føde / gyn	(150)
❖ Tynset*	(150)

### Sentere

▪ Laboratorietjenester	(250)	▪ Senter for drift og eiendom
▪ Bildediagnostikk	(200)	▪ Senter for teknologi, innovasjon og forskning
▪ Intensiv-, anestesio- og operasjonssenter	(500)	▪ Senter for samhandling

## C (6 klinikker, 5 sentere)

### Klinikker

❖ Medisin ink. Nevrologi og kreft	(700)
❖ Kirurgi + ØNH + Øye + Operasjon + føde/gyn	(700)
❖ Psykisk helsevern og TSB, ink. BUP	(1450)
❖ Barn, ungdom og habilitering	(200)
❖ Mottak + Prehospitale tjenester + AI	(900)
❖ Ortopedi + Fysikalsk medisin + Rehab + Ergoterapi + Fysioterapi	(400)

### Sentere

▪ Laboratorietjenester	(250)
▪ Bildediagnostikk	(200)
▪ Senter for drift og eiendom	
▪ Senter for Samhandling	
▪ Senter for teknologi, innovasjon og forskning	

## D (8 klinikker, 2 senter)

### Klinikker

❖ Medisin + Mottak + AI	(1050)
❖ Kirurgi + ortopedi + kreft + ØNH + Operasjon	(750)
❖ Psykisk helsevern og TSB, ink. BUP	(1450)
❖ Barn, ungdom og habilitering	(200)
❖ Prehospitale tjenester	(400)
❖ Fysikalsk medisin + Rehabilitering + Ergoterapi + Fysioterapi + Nevrologi + Øye	(300)
❖ Føde / gyn	(150)
❖ Tynset*	

### Sentere

▪ Diagnostikk, ink. Bilde + Lab + Med.tek + teknologi	(550)
▪ Senter for drift og eiendom	

# Modellforslag B

Klinikker			Medisinske sentre		Administrative støttefunksjoner
<b>Fysikalsk medisin, rehabilitering og ergo/fysio</b> Fysikalsk medisin og rehabilitering Fysioterapi Ergoterapi Sosionomer Klinisk ernæringsfysiologer Prester Logopeder	<b>Kirurgi, ØNH</b> Gastrokirurgi Mamma/endokrinkirurgi Karkirurgi Urologi Plastikkirurgi ØNH	<b>Psykisk helsevern, TSB og BUP</b> Avrusing og utredning Alderspsykiatri TSB DPS Akuttpsykiatri Psykose-	<b>Bilddiagnostikk</b> Radiologi Nukleærmedisin Brystdiagnostisk senter Intervensjonsradiologi	<b>Laboratoriemedisin</b> Immunologi og transfusjonsmedisin Medisinsk biokjemi Mikrobiologi Patologi	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul> <div style="border: 1px dashed blue; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;">                         Administrative- og helsefaglige støttefunksjoner skal jobbes videre med                     </div> <p>Prosjekttransisjon sykehusstruktur</p>
<b>Nevrologi og øye</b> Nevrologi Nevrofysiologi Hjerneslag Øye	<b>Barn, ungdom og habilitering</b> Barne- og ungdomsmedisin (ink. Nyfødtintensiv) Habilitering (ink. voksne) Utvidet CL-team	<b>Prehospitaler tjenester</b> AMK Ambulanse Luftambulanse Pasientreiser	<b>Intensiv- anestesi- og operasjonssenter</b> Anestesi Intensiv Operasjon Dagkirurgi		
<b>Medisin</b> Alle indremedisinske spesialiteter	<b>Kreft</b> Onkologi Stråleenhet Palliasjon	<b>Gyn / føde</b> Føde / barsel Gynekologi	<b>Ikke-medisinske sentre</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Senter for Samhandling</li> <li>• Senter for drift og eiendom</li> <li>• Senter for teknologi, innovasjon og forskning</li> </ul>		
<b>Mottak</b> Mottak	<b>Tynset sykehus*</b> Egen klinikk	<b>Ortopedi</b> Ortopedi			

\* Analyseres i henhold til ADs beslutning



# Modellforslag C

## Klinikker

### Medisin og kreft

Alle indremedisinske spesialiteter  
 Nevrologi  
 Nevrofysiologi  
 Hjerneslag  
 Onkologi  
 Stråleenhet  
 Palliasjon

### Psykisk helsevern, TSB og BUP

Avrusing og behandling  
 utredning TIPS  
 TSB Sikkerhets-  
 Alderspsykiatri psykiatri  
 DPS BUP  
 Akuttpsykiatri  
 Psykose-

### Kirurgi, ØNH, Øye, Operasjon og gyn/føde

Gastrokirurgi ØNH  
 Mamma/ Øye  
 endokrinkirurgi Operasjon  
 Karkirurgi Føde / barsel  
 Urologi Gynekologi  
 Plastikkirurgi Dagkirurgi

### Ortopedi, Fysikalsk medisin og rehabilitering

Ortopedi Ergoterapi  
 Fysikalsk medisin  
 og rehabilitering  
 Fysioterapi

### Mottak og prehospitaltjenester

Mottak  
 Anestesi  
 Intensiv  
 AMK  
 Ambulanse  
 Luftambulanse  
 Pasientreiser

### Barn, ungdom og habilitering

Barne- og ungdomsmedisin (ink. nyfødtsmedisin)  
 Habilitering (ink. voksne)  
 Utvidet CL-team

## Medisinske sentre

### Bilddiagnostikk

Radiologi  
 Nukleærmedisin  
 Brystdiagnostisk senter  
 Intervensjonsradiologi

### Laboratoriemedisin

Immunologi og transfusjonsmedisin  
 Medisinsk biokjemi  
 Mikrobiologi  
 Patologi

## Ikke-medisinske sentre

- Senter for Samhandling
- Senter for drift og eiendom
- Senter for teknologi, innovasjon og forskning

## Administrative støttefunksjoner

- - 
  - 
  - 
  - 
  -
- Administrative- og helsefaglige støttefunksjoner skal jobbes videre med
- Prosjekttransisjon sykehusstruktur

# Modellforslag D

## Klinikker

### Medisin, mottak og AI

Alle indremedisinske spesialiteter  
Mottak  
Anestesi  
Intensiv

### Kirurgi, Ortopedi, Kreft, ØNH, Operasjon

Gastrokirurgi	Onkologi
Mamma/endokrinkirurgi	Stråleenhet
Karkirurgi	Palliasjon
Urologi	ØNH
Plastikkirurgi	Operasjon
Ortopedi	Dagkirurgi

### Fysikalsk medisin, rehabilitering, ergo/fysio, nevrologi og øye

Fysikalsk medisin og rehabilitering	Øye
Fysioterapi	Sosionomer
Ergoterapi	Klinisk ernæringsfysiolog
Nevrologi	er
Nevrofysiologi	Prester
Hjerneslag	Logopeder

### Prehospitale tjenester

AMK  
Ambulanse  
Luftambulanser  
Pasientreiser

### Gyn / føde

Føde / barsel  
Gynekologi

### Psykisk helsevern, TSB og BUP

Avrusing og utredning	behandling
TSB	TIPS
Alderspsykiatri	Sikkerhetspsykiatri
DPS	BUP
Akuttpsykiatri	
Psykose-	

### Barn, ungdom og habilitering

Barne- og ungdomsmedisin (ink. nyfødtdmedisin)  
Habilitering (ink. voksne)  
Utvidet CL-team

### Tynset sykehus\*

Egen klinikk

## Medisinske sentre

### Diagnostikk, med.tek, teknologi

Radiologi	Transfusjonsmedisin
Nukleærmedisin	Medisinsk biokjemi
Brystdiagnostisk senter	Mikrobiologi
Intervensjonsradiologi	Patologi
Immunologi og	Med.tek
	Teknologi

### Ikke-medisinske sentre

- Senter for drift og eiendom

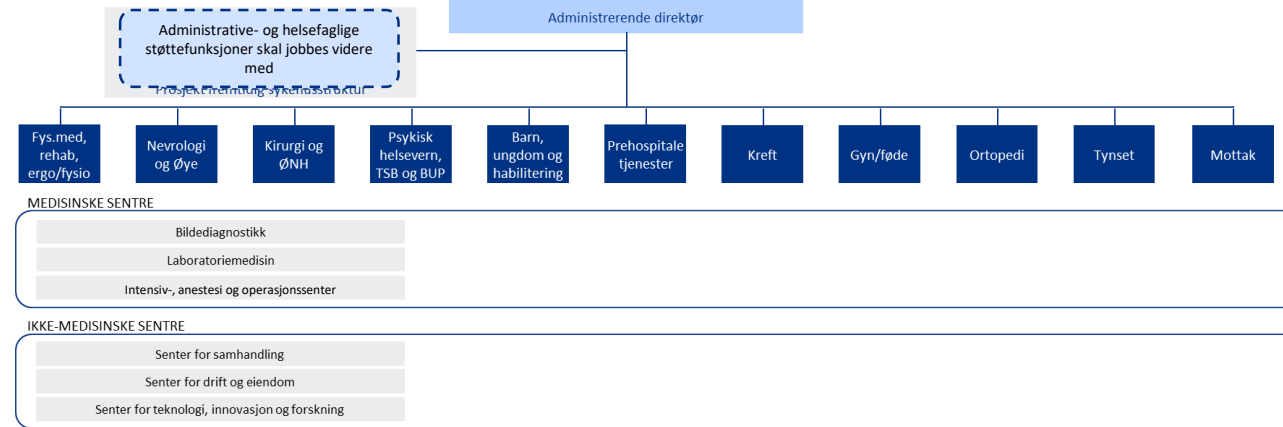
## Administrative støttefunksjoner

- **Administrative- og helsefaglige støttefunksjoner skal jobbes videre med**
- **Prosjekttransisjon sykehusstruktur**

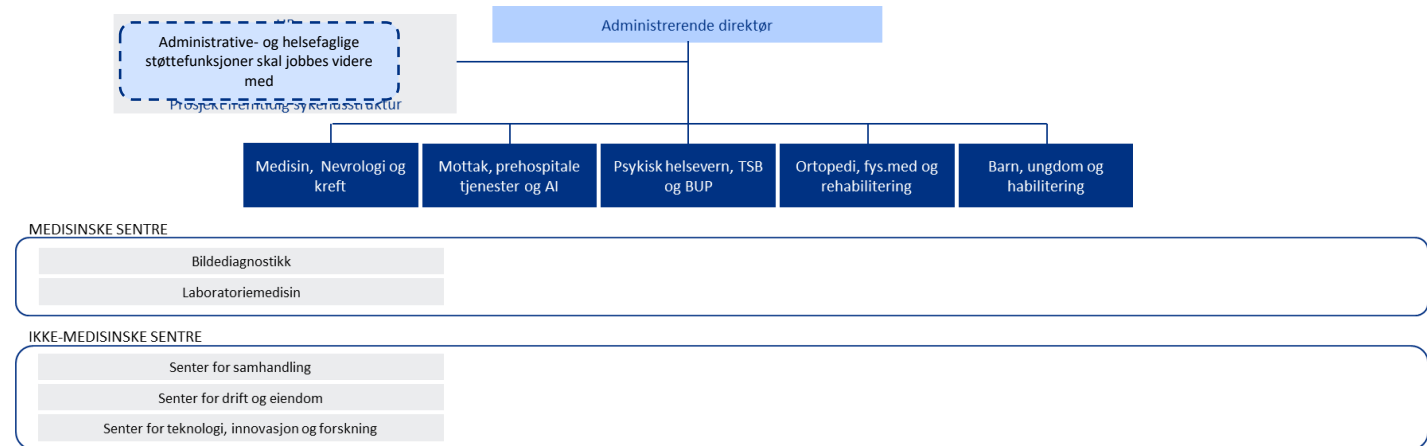
Koordinerende rolle for henholdsvis FoU og samhandling legges til en stabsfunksjon.

\* Analyseres i henhold til ADs beslutning

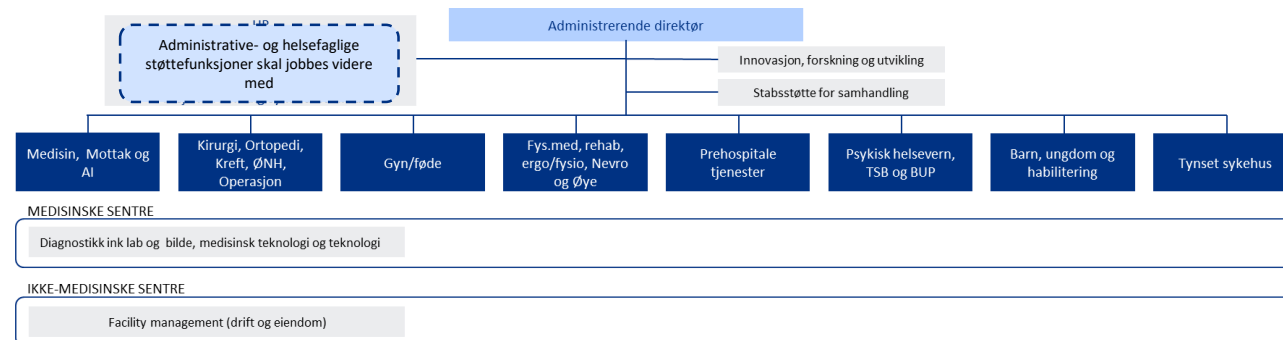
## Organisasjonskart modellforslag B



## Organisasjonskart modellforslag C



## Organisasjonskart modellforslag D



# Ledergruppen ga sine innspill til muligheter og trusler ved forslagene

## B

### Muligheter

- Modellen er en hensiktsmessig innledende organisering for SI. Den er nærmere dagens modell
- Åpner for en stabil overgang til ny drift, som vil gi mindre motstand mot en slik organisering
- Det er en styrke med flere klinikker med sterk fagkunnskap
- Mye klinisk kompetanse rundt AD sitt bord
- Lederspennet blir størst i AD sin ledergruppe, mindre på nivå 3
- En stor ledergruppe er ikke nødvendigvis en ulempe
- Bra at bilde og kreft er en egen klinikk

### Trusler

- Denne modellen kan kreve at organisasjonen gjør endringer underveis
- Veldig seksjonert, med små fagsiloer
- Klinikkene får faglig ansvar for mange hus

## C

### Muligheter

- Får en ledelse som kan løfte blikket og tenke mer strategisk
- Bedre dynamikk internt i ledergruppen, bedre for AD
- Faglige og operative problemstillinger kan håndteres i større klinikker på nivå 3
- Færre og bedre sentere
- Bra at bilde er et eget senter

### Trusler

- Kan bli for stort faglig spenn
- For stor avstand til Administrerende direktør for mange fag
- Klinikkene får ansvar for mange fag i mange hus
- Modellen er ikke i tråd med flere fagmiljø sine egne ønsker

## D

### Muligheter

- Bedre med få sentere
- Mer spisset og strategisk ledelse enn B, men mer faglig spisset enn C

### Trusler

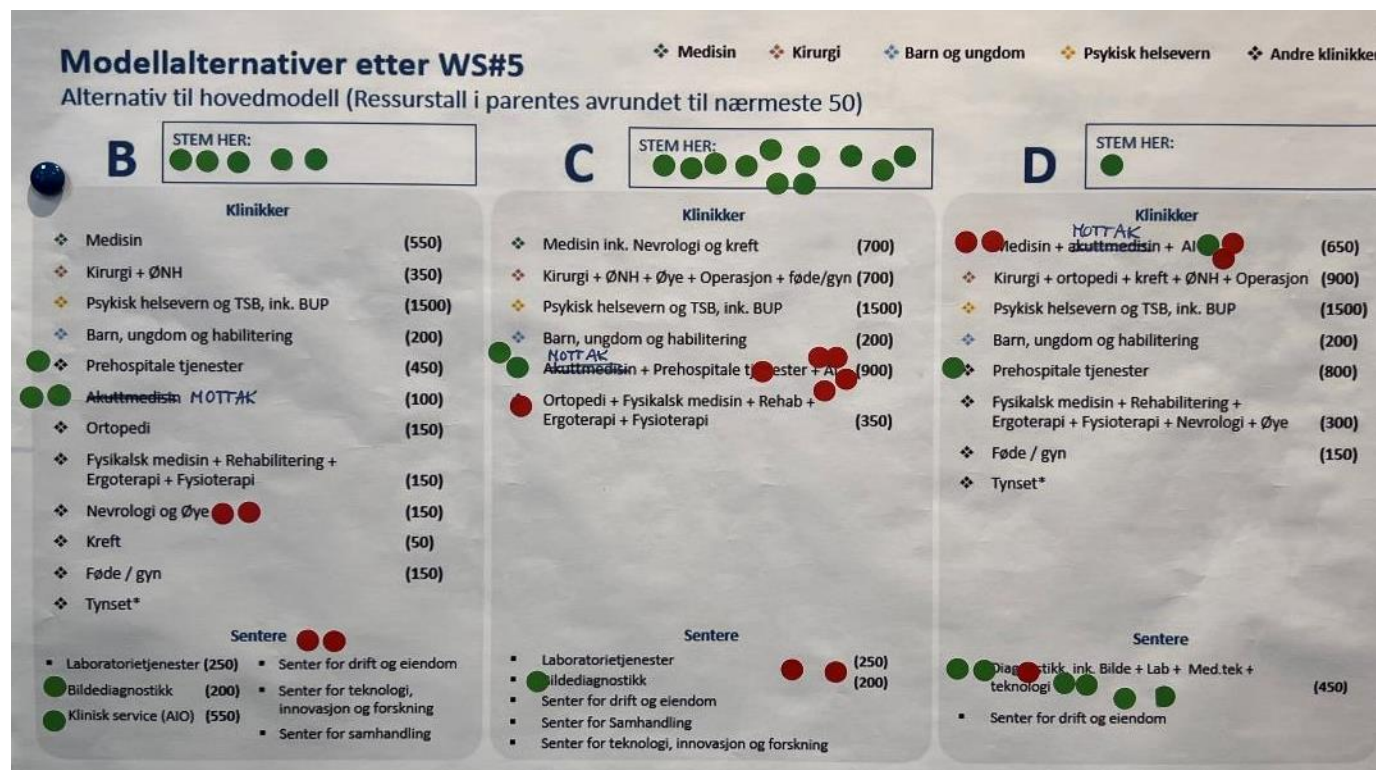
- Kan bli for stort faglig spenn
- Stor avstand til AD
- Modellen er ikke i tråd med flere fagmiljø sine egne ønsker
- For stor avstand til Administrerende direktør for mange fag
- Klinikkene får ansvar for mange fag i mange hus
- Bilde bør organiseres for seg selv

# Totalvurdering av modellforslagene

- Positiv til klinikken / modellen
- Negativ til klinikken / modellen

Denne øvelsen ble gjennomført med ledergruppen på slutten av ledermøtet 15.03. Tidligere i møtet hadde det vært grundige diskusjoner og gruppeoppgaver om de ulike mottaks- og modellforslagene. Øvelsen var en temperaturmåling på modellforslagene og klinikkene. Det skulle få fram helhetsinntrykket til ledergruppen. Hver deltaker fikk mulighet til å plassere prikker på både den modellen de foretrakk, samt klinikkene de likte godt/dårlig.

Resultatet av øvelsen sees i bildet til høyre (øverst), og ble brukt til å velge det endelige løsningsforslaget. En tilsvarende øvelse ble gjennomført med tverrfaglig ekspertgruppe under WS#5 (før utarbeidelsen av modell D og før modell A ble forkastet). Resultatet av øvelsen framkommer i tabellen til høyre (nederst) og det er tydelig at dette samsvarer med innspillene til ledergruppen.



Innspill fra ledergruppen

Grunnprinsipp	Modell A				Modell B				Modell C				
	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<b>Totalt</b>	<b>50</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>50</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>34</b>	<b>56</b>	

Innspill fra tverrfaglig ekspertgruppe i WS#5

# Et revidert modellalternativ C ble utarbeidet som organisering som legges til grunn for videre arbeid

**C** (6 klinikker, 5 sentere)

**C+** (6 klinikker, 3 sentere)

På bakgrunn av innspillene i ledergruppen ble modellforslag C+ utviklet. Dette er en revidert versjon av modellforslag C

Endringene:

- Intensiv-, anestesi og operasjonssenter er opprettet
  - Anestesi og intensiv hentes ut fra mottaksklinikken
  - Operasjon hentes ut fra kirurgisk klinikk
- Nevrologi flyttes sammen med ortopedi og fysikalsk medisin
- Diagnostikk, med.tek og teknologi samles i et senter
- Sentrene for samhandling, og innovasjon og forskning flyttes til et stabsområde
- La til Tynset som klinikk (dette vil utredes senere)

## Klinikker

- ❖ Medisin ink. Nevrologi og kreft (700)
- ❖ Kirurgi + ØNH + Øye + Operasjon + føde/gyn (700)
- ❖ Psykisk helsevern og TSB, ink. BUP (1450)
- ❖ Barn, ungdom og habilitering (200)
- ❖ Mottak + Prehospitale tjenester + AI (900)
- ❖ Ortopedi + Fysikalsk medisin + Rehab + Ergoterapi + Fysioterapi (400)

## Sentere

- Laboratorietjenester (250)
- Bildediagnostikk (200)
- Senter for drift og eiendom
- Senter for Samhandling
- Senter for teknologi, innovasjon og forskning

## Klinikker

- ❖ Medisin og kreft (600)
- ❖ Kirurgi + ØNH + Øye + føde/gyn (550)
- ❖ Psykisk helsevern og TSB, ink. BUP (1450)
- ❖ Barn, ungdom og habilitering (200)
- ❖ Mottak + Prehospitale tjenester\* (550)
- ❖ Nevrologi + Ortopedi + Fysikalsk medisin + Rehab + Ergoterapi + Fysioterapi (450)
- ❖ Tynset\*\* (150)

## Sentere

- Diagnostikk, ink. Bilde + Lab + Med.tek + teknologi (550)
- Intensiv-, anestesi- og operasjonssenter (500)
- Senter for drift og eiendom

## Stab/støtte

- Fagområde Forskning, utdanning og innovasjon
- Administrative- og helsefaglige støttefunksjoner skal jobbes videre med.
- Fagområde Samhandling
- Øvrige stabsfunksjoner

\* Mottaket kan være organisert for seg selv innledningsvis og samorganiseres med prehospitale tjenester på sikt

\*\* Analyseres i henhold til ADs beslutning



**08 – Modellforslag som legges  
til grunn for videre arbeid**

Dette kapitlet viser i detalj hvordan modellforslag C+ er bygget opp, med tilhørende organisasjonskart og beskrivelse av størrelsesforholdet mellom klinikkene og sentrene. Avslutningsvis beskrives roller for SI sin øverste ledelse.





# Organisering som legges til grunn for videre arbeid

Klinikker			Medisinske sentre	Administrative støttefunksjoner
<b>Medisin og kreft</b> Alle indremedisinske spesialiteter Onkologi Stråleenhet Palliasjon	<b>Kirurgi, ØNH, Øye og Gyn / føde</b> Gastrokirurgi Mamma/endokrinkirurgi Karkirurgi Urologi Plastikkirurgi ØNH Øye Føde / barsel Gynekologi	<b>Mottak og prehospitaltjenester*</b> Mottak AMK Ambulanse Luftambulanse Pasientreiser	<b>Diagnostikk og helseteknologi</b> Radiologi Nukleærmedisin Brystdiagnostisk senter Intervensjonsradiologi Immunologi og transfusjonsmedisin Medisinsk biokjemi Mikrobiologi Patologi Helseteknologi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Administrative- og helsefaglige støttefunksjoner skal jobbes videre med</li> <li>Prosjekt framtidig sykehusstruktur</li> </ul>
<b>Psykisk helsevern, TSB og BUP</b> Avrusing og utredning TSB Alderspsykiatri DPS Akuttpsykiatri Psykosebehandling TIPS Sikkerhetspsykiatri BUP	<b>Nevrologi, Ortopedi, Fysikalsk medisin og rehabilitering</b> Nevrologi og rehabilitering Nevrofysiologi Hjerneslag Ortopedi Fysikalsk medisin Fysioterapi Ergoterapi	<b>Barn, ungdom og habilitering</b> Barne- og ungdomsmedisin (ink. nyfødtmedisin) Habilitering (ink. voksne) Utvidet CL-team	<b>Intensiv- anestesi- og operasjons-senter</b> Anestesi Intensiv Operasjon Dagkirurgi	
<b>Tynset sykehus**</b> Egen klinikk			<b>Ikke-medisinske sentre</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Senter for drift og eiendom</li> </ul>	

\* Mottaket kan være organisert for seg selv innledningsvis og samorganiseres med prehospitaltjenester på sikt

\*\* Analyseres i henhold til ADs beslutning

# Organisasjonskart for organisering som legges til grunn for videre arbeid

Administrerende direktør

Administrative- og helsefaglige støttefunksjoner skal jobbes videre med

## Medisin og kreft

Alle de indremedisinske fagene og de ikke-kirurgiske delene av onkologien samles i én klinikk. Det er betydelig overlapp mellom disse fagene i dag. I tillegg forventes kreft å vokse i årene framover.

## Kirurgi, ØNH, Øye og gyn/føde

De rene kirurgiske fagene legges sammen med en rekke mindre, men tilstøtende fag: gyn/føde, øye og ØNH.

## Mottak og prehospitaler tjenester\*

Prehospitaler tjenester og mottak samles i én felles klinikk. Dette vil kunne styrke den akuttmedisinske kjeden og gi bedre flyt inn til sykehuset. Mottaket vil fungere som en «nøytral søyle» for de intrahospitaler aktørene.

## Psykisk helsevern, TSB og BUP

Hele virksomheten innen psykisk helsevern er samlet til én stor klinikk. Denne omfatter hele spekteret av psykisk helsevern og har ingen somatiske fag.

## Nevrologi, Ortopedi, Fysikalsk medisin og rehabilitering

Fysikalsk medisin og rehabilitering samles til én klinikk sammen med flere tilstøtende fagområder. Det er en del fellesnevne innen fysikalsk medisin og rehabilitering, men og områder som har større tilknytning til andre klinikker.

## Barn, ungdom og habilitering

Barn og ungdom skilles ut som en egen klinikk. Klinikken vil primært behandle barn og unge, men vil og behandle voksne pasienter med habiliteringsutfordringer.

## Tynset\*\*

Tynset vil gjennom en interimløsning forbli ved dagens organisering fram til framtidig sykehusstruktur er ferdig implementert i 2028-2029.

## Diagnostikk og helseteknologi

Diagnostiske tjenester som laboratorietjenester og bildediagnostikk samorganiseres. I tillegg legges helseteknologi til klinikken. Disse vil levere tjenester på tvers av klinikkene.

## Intensiv-, anestesi- og operasjonssenter

Senteret er en samling av anestesi, intensiv og operasjon. Siden kirurgi og ortopedi er fordelt på to ulike sentere er det hensiktsmessig å skille disse funksjonene ut som et eget senter.

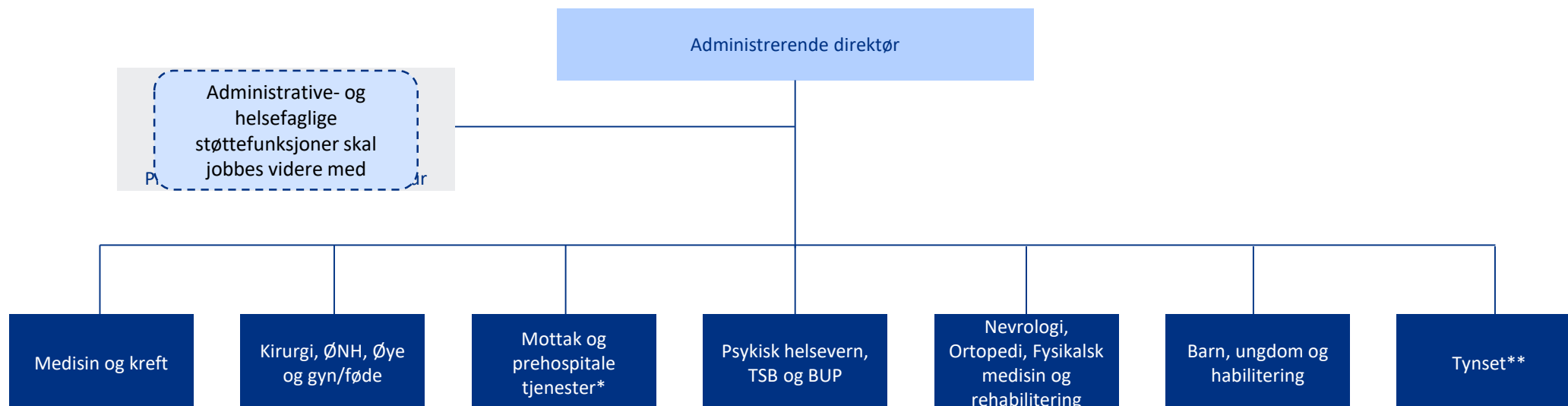
## Senter for drift og eiendom

Selve driften av sykehuset vil tilfalle senteret for drift og eiendom. Dette er en videreføring av dagens divisjon for eiendom og intern service.

\* Mottaket kan være organisert for seg selv innledningsvis og samorganiseres med prehospitaler tjenester på sikt

\*\* Analyseres i henhold til ADs beslutning

# Organisasjonskart for organisering som legges til grunn for videre arbeid



Diagnostikk og helseteknologi

Intensiv- anestesi- og operasjonssenter

Senter for drift og eiendom

IKKE-MEDISINSKE MEDISINSKE SENTRE

SENTRE

\* Mottaket kan være organisert for seg selv innledningsvis og samorganiseres med prehospitaltjenester på sikt

\*\* Analyseres i henhold til ADs beslutning

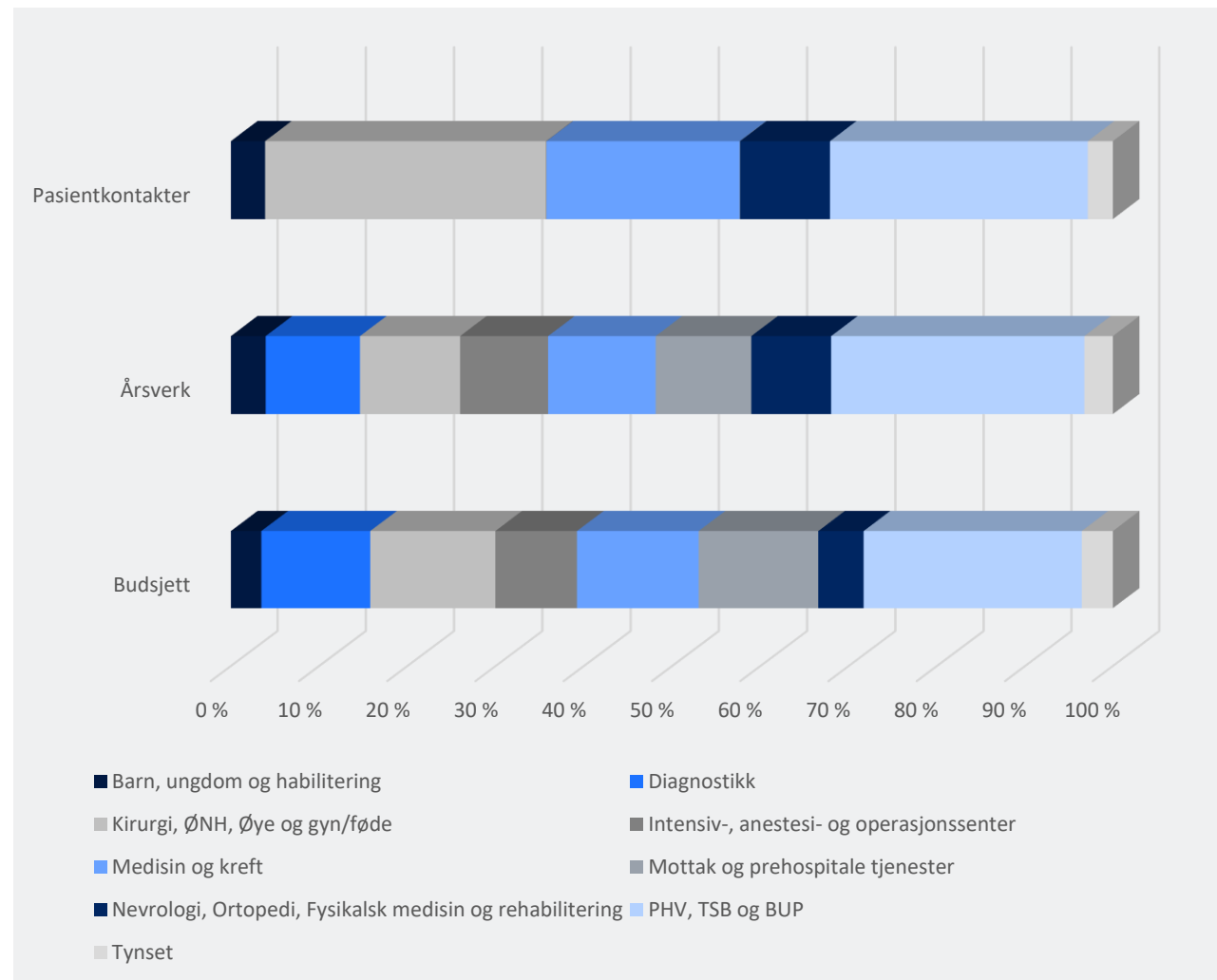
# Størrelse på klinikkene med utgangspunkt i klinisk budsjett for 2022

Her er det tatt utgangspunkt i årets kliniske budsjett. Det vil si at utgifter knyttet til stabsområder og administrative tjenester er utelatt.

Klinikk / Senter	Ressurser (ÅV Klinikere, nærmeste 50)	Antall pasientkontakter (nærmeste 1000)	Budsjett (NOK, nærmeste mil.)
Medisin og Kreft	600	138 000	839 000 000
Kirurgi, ØNH, Øye og Gyn / Føde	550	237 000	863 000 000
Mottak og prehospitale tjenester	550	0	825 000 000
PHV, TSB og BUP	1450	185 000*	1 507 000 000
Nevrologi, Ortopedi, Fysikalsk medisin og rehabilitering	450	28 000	313 000 000
Barn, ungdom og habilitering	200	24 000	210 000 000
Diagnostikk	550	0	751 000 000
Intensiv-, anestesi- og operasjonssenter	500	0	563 000 000
Tynset	150	18 000**	216 000 000**

\* Ekskludert døgnopphold fordi disse er rammefinansiering

\*\* Pasientkontakter hentet fra stabsfunksjon og ISF-inntekter tilknyttet disse er inkludert i budsjett



# Roller og ansvar til øverste ledelse



## Hovedoppgaver

- Sikre at SI utfører sine hovedoppgaver slik de står i foretakets vedtekter og andre styrende dokumenter.
- Se til at arbeidet gjennomføres innenfor vedtatte budsjetter og styrende dokumenter.
- Gjennomføring av den daglige virksomheten, herunder å følge opp styrets beslutninger.
- Sikre styrt videreutvikling av Sykehuset Innlandet. Herunder ivareta utvikling av medisinsk og helsefaglig kompetanse og kvalitet i Sykehuset Innlandet.
- Forøvrig tilkommer oppgaver som følger naturlig av helseforetaksloven § 37.



## Sentrale roller

- 1 Administrerende direktør
- 7 Klinikkdirktører
- 3 Senterdirektører
- Stabsdirektør(er)

## Sentrale ansvarsområder

- Strategiimplementering og målsetting
- Resultatoppfølging
- Administrere partnerskap
- Taktiske beslutninger og problemløsning
- Kontinuerlig forbedring og prosjekt-/programstyring
- Risikooppsyn

## Formelle møtepunkter

### Ledergruppemøter

Møtene i ledergruppen skal være av strategisk natur. De vil ta for seg den langsiktige utviklingen til SI.

Deltakerne i ledergruppen sitter der i regi av å være i ledere på strategisk nivå i SI, ikke som ledere for si respektive fagklinikk, senter eller stabsfunksjon.

Arbeidet i ledergruppen skal derfor unngå operative og taktiske spørsmål, og fokusere på langsiktig måloppnåelse og strategirealisering



### Møtefrekvens:

Til beslutning



**Administrerende direktør**  
Nivå 1

**Rollen**

Administrerende direktør har ansvar for strategisk utvikling og daglig ledelse av foretaket. Direktøren styrer ledergruppens arbeid og har ansvar for at virksomheten drives i samsvar med foretakets formål, vedtekter, årsbudsjett, foretaksmøtets avgjørelser, instruksjer, retningslinjer, lover og forskrifter. Administrerende direktør tilsettes av styret som og skal gi instruksjer og føre tilsyn med administrerende direktørs arbeid.

**Rapporterer til** Styret

**Hovedoppgaver**

Sikre at SI utfører sine hovedoppgaver slik de står i foretakets vedtekter og andre styrende dokumenter.

Se til at arbeidet gjennomføres innenfor vedtatte budsjetter.

Gjennomføring av den daglige virksomheten, herunder å følge opp styrets beslutninger.

Sikre videreutvikling av medisinsk og helsefaglig kompetanse og kvalitet i Sykehuset Innlandet.

Forøvrig tilkommer oppgaver som følger naturlig av helseforetaksloven § 37.

- Ansvar**
- Virksomhetsstyring
  - Informere styret
  - Kontroll og regnskap
  - Rapportering
    - Årlig melding
    - Årsberetning og årsregnskap
  - Saksforberedelse – styremøter
  - Foretaksmøtet
  - Representasjon
  - Lederfora og lederkompetanse
  - Samarbeid med andre
  - Informasjon og samfunnskontakt
  - Helse, miljø og sikkerhet
  - Organisering og lederkompetanse
  - Fullmakter

- Grensesnitt og samhandling**
- Styret
  - Ledergruppen
  - Helse Sør-Øst
  - Helsefelleskapet i Innlandet
  - Kommuner
  - Fylkeskommuner
  - Statsforvalteren



**Klinikkdirektør**  
Nivå 2

### Rollen

Klinikkdirektøren er en strategisk leder på nest høyeste nivå i Sykehuset Innlandet. Direktøren støtter AD og er medansvarlig for SI sin strategiske utvikling og resultatoppnåelse, og sitter derfor fast i administrerende direktør sin ledergruppe. Direktøren er i tillegg øverste leder for en klinikk med overordnet ansvar for pasientsikkerhet og kvalitet i egen divisjon. Dette medfører ansvar for å sikre utvikling og kvalitetsheving innen eget fagområde, samt å tilrettelegge for samarbeid med andre fagområder for å sikre kvalitet i pasientbehandling

### Rapporterer til

Administrerende direktør

### Hovedoppgaver

Klinikkdirektøren har et overordnet og helhetlig faglig, strategisk og driftsmessig ansvar for sin klinikk.

Lederen er ansvarlig for at klinikkens virksomhet foregår i overensstemmelse med foretakets overordnede mål.

Klinikkdirektøren er ansvarlig for å gi støtte og veiledning til ledere på nivå 3, samt inkludere dem i beslutninger innen deres ansvarsområde.

Klinikkdirektøren skal styre klinikkens ressurser slik at SI sine mål nås, både i dag og i framtiden.

Det påligger Klinikkdirektøren å holde administrerende direktør orientert om forhold som må antas å være av interesse for administrerende direktør og/eller styret.

Som medlem av foretakets ledergruppe er klinikkdirektøren medansvarlig for å belyse ulike perspektiver i ledergruppens saker for å sikre at beslutninger fattes på best mulig grunnlag.

Det forventes at klinikkdirektøren leder på et selvstendig og aktivt grunnlag.

### Ansvar

#### Fag og kvalitet:

- Sørge for at all kontakt med pasienter og pårørende er god, aktiv og basert på behovet til pasienten
- Sørge for og bidra til utarbeidelse av mål og handlingsplaner basert på overordnede styringsdokumenter og kvalitetsmål
- Sikre resultatoppnåelse innen ansvarsområdet
- Legge til rette for faglig utvikling
- Legge til rette for tverrfaglig samarbeid mellom ulike faggrupper internt, på tvers av divisjoner og med øvrige samarbeidspartnere
- Sikre tilfredsstillende pasientadministrative rutiner, pasientsikkerhet, kvalitet og internkontroll
- Rapportere i henhold til etterspurte indikatorer
- Sørge for og bidra til ledelsens gjennomgang, herunder løpende risikovurdering og -styring.

#### Økonomi:

- Bidra aktivt i utarbeidelse og oppfølging av divisjonens budsjett
- Sikre økonomisk resultatoppnåelse
- Forankre og sikre god ledelse av endringsprosesser basert på faglige og økonomiske føringer
- Rapportere i henhold til etterspurte indikatorer

#### Personalansvar:

- HMS-arbeid, HMS-/vernerunder samt oppfølging av medarbeiderundersøkelsen
- Rekruttering og oppfølging av nye nivå 3 ledere
- Oppfølging av egne medarbeidere, herunder medarbeidersamtaler og inngåelse av lederavtaler
- Sikre at alle medarbeidere har tilgang til nødvendig informasjon
- Bidra til et godt samarbeid med tillitsvalgte og verneombud
- Utvikle en effektiv ledergruppe hvor det produseres viktige saksresultater, utvikles gode samarbeidsrelasjoner og hvor det oppleves meningsfylt og utviklende å være

### Grensesnitt og samhandling

- Sentere
- Andre klinikker
- Stabsfunksjoner
- Primærhelsetjenesten
- LMS
- DPS
- Elektive sykehus (Tynset, Elverum, ...)
- Kommunen



**Senterdirektør**  
Nivå 2

<b>Rollen</b>	Senterdirektøren er en strategisk leder på nest høyeste nivå i Sykehuset Innlandet. Direktøren støtter AD og er medansvarlig for SI sin strategiske utvikling og resultatoppnåelse, og sitter derfor fast i administrerende direktør sin ledergruppe. I tillegg er direktøren øverste leder for senteret, med ansvar for utvikling og kvalitetsheving innen senterets fagområder. Senterdirektøren har et særskilt ansvar for å sikre at senteret leverer tjenester og oppgaver som understøtter pasientbehandlinger, samt samhandler med den kliniske virksomheten på SI på en god måte.
<b>Rapporterer til</b>	Administrerende direktør

**Hovedoppgaver**

Senterdirektøren har et overordnet og helhetlig faglig, strategisk og driftsmessig ansvar for sitt senter.

Lederen er ansvarlig for at senterets virksomhet foregår i overensstemmelse med foretakets overordnede mål.

Senterdirektøren er ansvarlig for å gi støtte og veiledning til ledere på nivå 3, samt inkludere dem i beslutninger innen deres ansvarsområde.

Senterdirektøren skal styre senterets ressurser slik at SI sine mål nås, både i dag og i framtiden.

Det påligger senterdirektøren å holde administrerende direktør orientert om forhold som må antas å være av interesse for administrerende direktør og/eller styret.

Som medlem av foretakets ledergruppe er senterdirektøren medansvarlig for å belyse ulike perspektiver i ledergruppens saker for å sikre at beslutninger fattes på best mulig grunnlag.

Det forventes at senterdirektøren leder på et selvstendig og aktivt grunnlag.

**Senterdirektøren er ansvarlig for å tilgjengeliggjøre senterets ressurser for å understøtte den kliniske virksomheten på SI**

**Ansvar**

**Fag og kvalitet:**

- Sørge for at all kontakt med pasienter og pårørende er god, aktiv og basert på behovet til pasienten
- Sørge for og bidra til utarbeidelse av mål og handlingsplaner basert på overordnede styringsdokumenter og kvalitetsmål
- Sikre resultatoppnåelse innen ansvarsområdet
- Legge til rette for faglig utvikling
- Legge til rette for tverrfaglig samarbeid mellom ulike faggrupper internt, på tvers av divisjoner og med øvrige samarbeidspartnere
- Sikre tilfredsstillende pasientadministrative rutiner, pasientsikkerhet, kvalitet og internkontroll
- Rapportere i henhold til etterspurte indikatorer
- Sørge for og bidra til ledelsens gjennomgang, herunder løpende risikovurdering og -styring.

**Økonomi:**

- Bidra aktivt i utarbeidelse og oppfølging av divisjonens budsjett
- Sikre økonomisk resultatoppnåelse
- Forankre og sikre god ledelse av endringsprosesser basert på faglige og økonomiske føringer
- Rapportere i henhold til etterspurte indikatorer

**Personalansvar:**

- HMS-arbeid, HMS-/vernerunder samt oppfølging av medarbeiderundersøkelsen
- Rekruttering og oppfølging av nye nivå 3-ledere
- Oppfølging av egne medarbeidere, herunder medarbeidersamtaler og inngåelse av lederavtaler
- Sikre at alle medarbeidere har tilgang til nødvendig informasjon
- Bidra til et godt samarbeid med tillitsvalgte og verneombud
- Utvikle en effektiv ledergruppe hvor det produseres viktige saksresultater, utvikles gode samarbeidsrelasjoner og hvor det oppleves meningsfylt og utviklende å være

**Grensesnitt og samhandling**

- Klinikker
- Andre sentere
- Stabsfunksjoner
- Primærhelse-tjenesten
- LMS
- DPS
- Elektive sykehus (Tynset, Elverum, ...)
- Kommunen





**Stabsdirektør**  
Nivå 2

**Rollen**

Stabsdirektøren er en strategisk leder på nest høyeste nivå i Sykehuset Innlandet. Direktøren støtter AD og er medansvarlig for SI sin strategiske utvikling og resultatoppnåelse, og sitter derfor fast i administrerende direktør sin ledergruppe. I tillegg er direktøren øverste leder for en stabsfunksjon og som skal levere tjenester til hele SI. Direktøren har det faglige ansvaret for stabsfunksjonens virksomhet og skal sikre at tjenestene som leveres er av høy kvalitet og at de leveres på en kostnadseffektiv måte

**Rapporterer til**

Administrerende direktør

**Hovedoppgaver**

Stabsdirektøren har et overordnet og helhetlig faglig, strategisk og driftsmessig ansvar for sitt senter.

Lederen er ansvarlig for at stabsfunksjonens virksomhet foregår i overensstemmelse med foretakets overordnede mål.

Stabsdirektøren er ansvarlig for å gi støtte og veiledning til ledere på nivå 3, samt inkludere dem i beslutninger innen deres ansvarsområde.

Stabsdirektøren skal styre stabsfunksjonens ressurser slik at SI sine mål nås, både i dag og i framtiden.

Det påligger stabsdirektøren å holde administrerende direktør orientert om forhold som må antas å være av interesse for administrerende direktør og/eller styret.

Som medlem av foretakets ledergruppe er stabsdirektøren medansvarlig for å belyse ulike perspektiver i ledergruppens saker for å sikre at beslutninger fattes på best mulig grunnlag.

Det forventes at stabsdirektøren leder på et selvstendig og aktivt grunnlag.

**Stabsdirektøren er ansvarlig for tjenesteporteføljen til funksjonsområdet, samt utviklingen og kvaliteten på tjenestene som leveres**

**Stabsdirektøren skal sikre at tjenesteporteføljen til enhver tid er tilpasset SI sine behov**

**Drifts- og resultatansvar**

**Fag og kvalitet:**

- Sørge for at **stabsfunksjonen er tett på resten av virksomheten, og leverer tjenester tilpasset SI sine behov**
- Sørge for og bidra til utarbeidelse av mål og handlingsplaner basert på overordnede styringsdokumenter og kvalitetsmål
- Sikre resultatoppnåelse innen ansvarsområdet
- Legge til rette for faglig utvikling
- **Bidra inn i ulike tverrfaglige samarbeid internt**
- Sikre tilfredsstillende **oppetid på tjenestene, samt kvalitet og internkontroll**
- Rapportere i henhold til etterspurte indikatorer
- Sørge for og bidra til ledelsens gjennomgang, herunder løpende risikovurdering og -styring.

**Økonomi:**

- Bidra aktivt i utarbeidelse og oppfølging av divisjonens budsjett
- Sikre økonomisk resultatoppnåelse
- Forankre og sikre god ledelse av endringsprosesser basert på faglige og økonomiske føringer
- Rapportere i henhold til etterspurte indikatorer

**Personalansvar:**

- HMS-arbeid, HMS-/vernerunder samt oppfølging av medarbeiderundersøkelsen
- Rekruttering og oppfølging av nye nivå 3-ledere
- Oppfølging av egne medarbeidere, herunder medarbeidersamtaler og inngåelse av lederavtaler
- Sikre at alle medarbeidere har tilgang til nødvendig informasjon
- Bidra til et godt samarbeid med tillitsvalgte og verneombud
- Utvikle en effektiv ledergruppe hvor det produseres viktige saksresultater, utvikles gode samarbeidsrelasjoner og hvor det oppleves meningsfylt og utviklende å være

**Grensesnitt og samhandling**

- Kjernevirksomheten
  - Klinikker
  - Sentere
  - Desentraliserte tjenester (LMS/DPS)
- Andre stabsfunksjoner
- Ledergruppen



**09 - Vurdering av modellforslag og  
risikoer for alternativet med  
Mjøssykehuset**

I dette kapitlet skisseres særskilte karakteristika ved driftsmodellen for organiseringen som legges til grunn for videre arbeid.

Videre gis det en vurdering av modellforslaget opp mot grunnprinsippene, samt en risikovurdering med avbøtende tiltak for foreslått organisasjonsmodell.

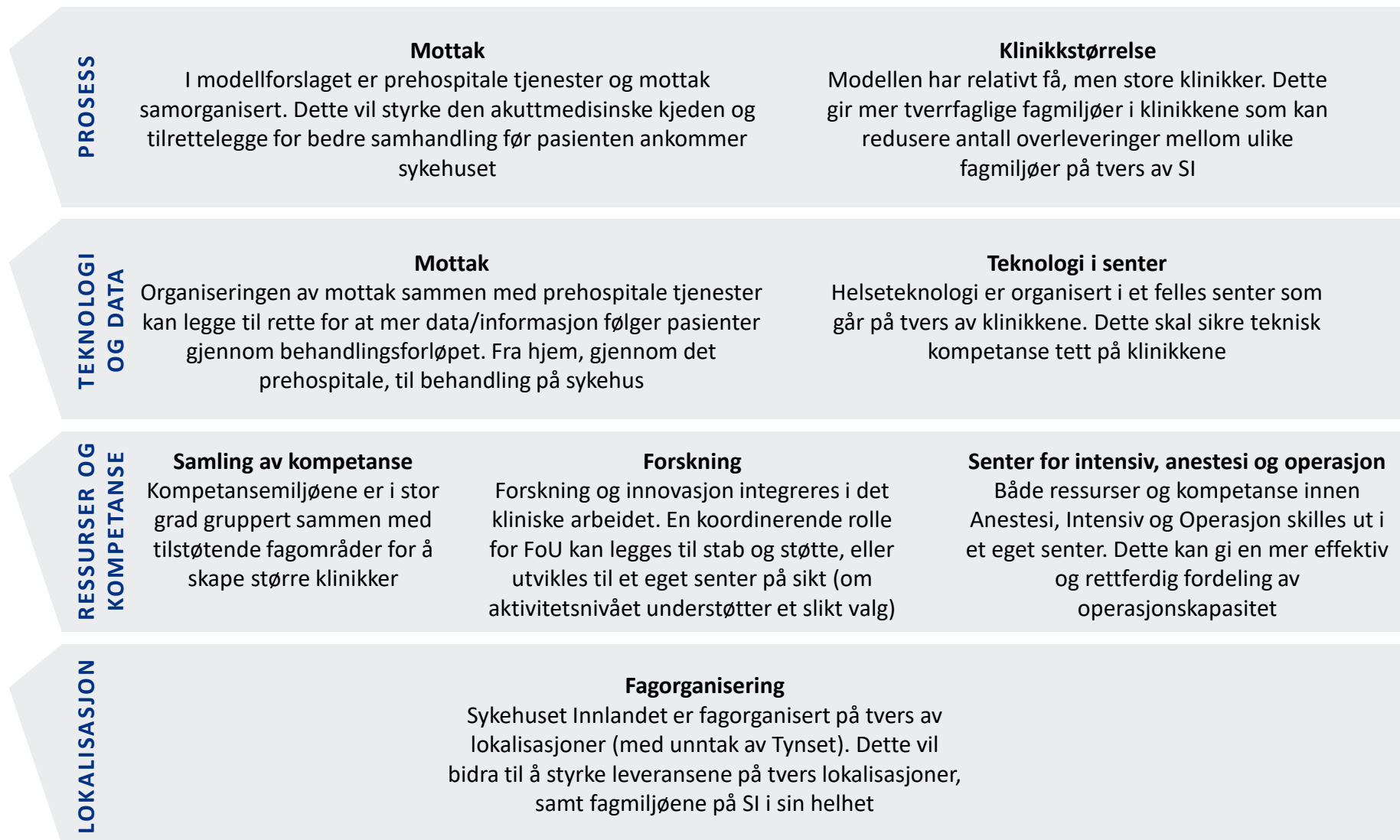
# Sentrale karakteristika ved driftsmodellen til organiseringen



Modellforslaget har flere likhetstrekk med andre modellforslag som har blitt utviklet (og forkastet). Deriblant:

- Alle er fagorganiseringer
- Hele PHV er samlet som en stor klinikk
- Modellene har en blanding av fagklinikker og sentere som leverer tjenester på tvers

C+ har i tillegg flere særtrekk. Dette er noe av det som karakteriserer driftsmodellen til C+



# Vurdering av organiseringen opp mot grunnprinsipper

Grunnprinsipper	Vurdering
<p><b>1. Brukertilpasset og kunnskapsbasert pasientbehandling</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ <i>Moderne og brukertilpasset pasientbehandling, basert på forskning og innovasjon.</i></li><li>✓ <i>Opplæring hvor pasienter og pårørnede øker sin helsekompetanse og er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar.</i></li><li>✓ <i>Lik mulighet for riktig behandling i hele Innlandet og likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted.</i></li><li>✓ <i>En sterk vektlegging av desentraliserte tjenester nær der pasienten bor, og gi muligheter for å videreutvikle denne i tråd med faglig og teknologisk utvikling.</i></li></ul>	<p>En fagorganisering med få og til dels store tverrfaglige klinikker vil bedre legge til rette for å styrke den framtidige pasientbehandlingen ved at flere funksjoner og fag er samlet i én klinikk. Én klinikk kan i større grad behandle sammensatte og komplekse sykdomstilfeller uten for stor deling av ansvarsforhold mellom ulike klinikker, som ville vært tilfellet der man hadde organisert virksomheten i flere og mindre klinikker.</p> <p>Å samle de fagområdene som har de største gjensidige avhengigheter seg i mellom, ut fra et pasientperspektiv vil understøtte brukertilpasset pasientbehandling. Større fagmiljø vil ha bedre kapasitet, ressurser og samlet faglighet til å ivareta brukertilpasset og kunnskapsbasert pasientbehandling på tvers av lokalisasjoner i SI, herunder at spesialistkompetanse veileder og støtter de mindre lokalisasjonene og/eller at man har kapasitet til å fysisk bidra der det vil være behov.</p> <p>En samling av fagmiljøer, både innen det enkelte fagområdet og på tvers av fagområder, legger til rette for at forskning og utdanning får et bredere nedslagsfelt og for muligheten til tverrfaglige forskningsgrupper.</p>
<p><b>2. Robuste fagmiljøer med sterk akademisk tilknytning</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ <i>Spesialiserte funksjoner av høy kvalitet, et pasientvolum som sikrer god kvalitet i behandlingen og liten variasjon i kvalitet.</i></li><li>✓ <i>Legge tilrette for forskning, utvikling og innovasjon som integrert del av den kliniske hverdag.</i></li><li>✓ <i>Fagmiljø og vaktordninger som ikke er avhengige av kontinuerlig innleie</i></li></ul>	<p>Fagmiljøene er gruppert sammen til store og tverrfaglige klinikker hvor forskning og utdanning er tett integrert i den daglige drift og utvikling av klinikkene.</p> <p>En samling av fagmiljøene til større klinikker vil bidra til å sikre mer robuste fagmiljøer</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• en samling av like fagområder vil bidra til at den enkelte får et økte muligheter for utvikling og kompetanseheving</li><li>• en samling av flere fag i en tverrfaglig klinikk vil og bidra til mer robust samhandling på tvers av fagdisipliner</li><li>• en større del av LIS-forløpet kan foregå innenfor én klinikk</li></ul>
<p><b>3. Tverrfaglig samhandling</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ <i>Pasienter med sammensatte behov opplever at tjenestene opptrer i team rundt dem, som også innbefatter samhandling mellom psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), somatikk og hab-/rehabilitering.</i></li><li>✓ <i>Den akutte pasient møtes av personale med riktig kompetanse hele døgnet for rask avklaring av videre behandlingsnivå</i></li></ul>	<p>En fagorganisering kan potensielt føre til svak samhandling på tvers av enhetene (klinikkene). I valgte organisasjonsmodell vil dette kunne unngås da flere fagmiljøer er samlet i en og samme klinikk. Dette vil bidra til å sikre tverrfaglig samarbeid på tvers av ulike fagmiljøer og hvor pasienten opplever at helsepersonell opptrer i team for å gi riktig og nødvendig behandling, og at pasienten får tilbud om behandling på rett behandlingsnivå. Der tverrfaglig samhandling må skje på tvers av klinikker så må det tilrettelegges ved nærhet, gode prosesser og rutiner for samhandling.</p>
<p><b>4. Sammenhengende behandlingkjeder</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ <i>Pasientene opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner</i></li><li>✓ <i>Pasienter opplever en sammenhengende akuttmedisinsk kjede der innsats settes tidlig inn, og informasjonen følger pasienten hele veien.</i></li></ul>	<p>Store og relativt få tverrfaglige klinikker vil bidra til å sikre sammenhengende behandlingkjeder i SI, både internt i det nye Mjøssykehuset og på tvers av lokalisasjoner. I denne modellen er det en samling av fag som har tydelige grensesnitt og avhengigheter til hverandre som bidrar til å sikre at det er sammenhengende pasientkjeder. Prehospitale tjenester samorganisert med mottak vil styrke den sammenhengende akuttmedisinske kjeden.</p> <p>Denne modellen vil og bidra positivt til å sikre sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner ved at samhandling daglig ivaretas som en integrert del av driften på de tverrfaglige klinikken. Større og tverrfaglige klinikker kan forenkle kommunikasjonen mellom sykehus og kommunene.</p>

# Vurdering av organiseringen opp mot grunnprinsipper (forts.)

## 5. Attraktiv arbeidsplass

- ✓ *God rekrutteringsevne og evne til å beholde medarbeidere i gode arbeidsmiljø og med gode arbeidstidsordninger.*
- ✓ *Gir medarbeidere mulighet for medvirkning og glede ved å lykkes i jobben.*
- ✓ *Medarbeiderne opplever SI som en attraktiv arbeidsplass som legger til rette for kontinuerlig kompetanseutvikling.*

## 6. Fleksibilitet og effektivitet

- ✓ *Fleksible tverrfaglige team som endres i takt med endringer i pasientbehov og endringer i nye arbeidsmåter understøttet av ny teknologi.*
- ✓ *Optimal bruk av kompetanse og ressurser.*
- ✓ *Tilgjengelige personellressurser for desentraliserte tjenester.*

## 7. Økonomisk bærekraft

- ✓ *Økonomisk balanse med evne til å foreta nødvendige investeringer.*

## 8. Helhetlig ledelse

- ✓ *En organisasjonsstruktur som tilrettelegger for et håndterlig lederspenn.*
- ✓ *Ledere settes i stand til å ta et helhetlige lederansvar for fag/kvalitet, personal og økonomi, og tilstrekkelig stedlig ledelse.*

## 9. Tydelighet i roller, ansvar, oppgaver og beslutningsmyndighet

- ✓ *God virksomhetsstyring*

Større og tverrfaglige klinikker og sentre tilrettelegger for mer mangfold i arbeidsoppgavene og mulighet for faglig utvikling. En mer sammensatt klinikk vil og kunne bidra til ansvar for mer omfattende prosesser, drift og dynamikk mellom ulike fag hvor avklaringer tas internt i klinikken framfor å løfte avklaringer til AD sitt bord.

Større og mer robuste fagmiljøer kan i tillegg bidra til at arbeidsforholdene blir mer harmonisert med forutsigbare vaktordninger og gode arbeidstidsordninger for den enkelte medarbeider.

Større klinikker og sentre kan og legge til rette for mer kontinuerlig kompetanseutvikling.

Økt tverrfaglighet i klinikker og sentre vil gi økt fleksibilitet og effektivitet i pasientbehandlingen gjennom at det i større grad tilrettelegges for;

- helsepersonell etter behov inngår i behandlingsteam for å sikre sammenhengende og brukertilpassede pasienttjenester
- færre grensesnitt mellom klinikkene og mellom klinikker og sentrene
- fleksibilitet og effektivitet i samhandling på tvers av sykehus og kommuner med både færre grensesnitt, men og større kapasitet til å tilpasse rett faglig kompetanse i samhandlingen
- optimal bruk av kompetanse og ressurser da dette styres og ledes i større grad innad i en enhet (mindre grensesnittsproblematikk)
- samling av medisinske sentre vil bidra til bedre utnyttelse av kapasitet og sikre effektivitet i tjenestene til klinikkene

Med relativt få klinikker og sentre vil dette tilrettelegge for en mer effektiv drift som igjen vil bidra positivt til økonomien i form av samordningsgevinster og lavere driftskostnader. Færre klinikk- og senterdirektører vil og medføre et mindre behov for stabsressurser totalt sett for SI. Frigjorte driftsmidler vil da kunne omdisponeres til investeringer.

Organisasjonsmodellen tilrettelegger for et håndterlig lederspenn som vil bestå av relativt få ledere som vil ivareta den helhetlige ledelsen og utviklingen av SI. Med færre ledere i toppledergruppen vil dette gi rom for en mer strategisk og utviklingsorientert ledergruppe, i motsetning til en stor ledergruppe som preges av relativt mer fokus på drift og saksorientering. I tillegg vil ledergruppen være faglig komplementære (lederne representerer ulike fag- og funksjonsområder) som igjen vil bidra til å styrke det helhetlige strategiske og utviklingsorienterte fokuset til ledelsen.

Store komplementære fagklinikker og sentre vil tilrettelegge for mer strategisk og utviklingsorientert ledelse av den enkelte enhet som vil bidra til å styrke ledelsen og på nivå 3 i organisasjonen.

Relativt få klinikker og sentre tilrettelegger for økt tydelighet i roller, ansvar og oppgaver da det er færre ledere ansvaret skal fordeles på. Det vil være færre grensesnitt på tvers av organisasjonen noe som vil understøtte en tydelighet i styring og ledelse av SI. Potensielle utfordringer i grenseoppgangen mellom klinikker og sentre vil avbøtes ved en samling av funksjoner på få sentre.

# Risikovurdering av organisering som legges til grunn for videre arbeid

#	Tema	Risiko Beskrivelse av risikomomentet	Tiltak Beskrivelse av tiltaket
1	Kvalitet i pasientbehandlingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risiko for at det oppstår siloer mellom klinikker</li> <li>Risiko for at Tynset faller utenfor den faglige utviklingen</li> <li>Store klinikker/sykehus mister fokus på desentraliserte tjenester</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tillitsbasert ledelse og tydelig ledelse på nivå 2</li> <li>Tydelige føringer for faglig tilbud og utvikling for de ulike fagmiljøene</li> <li>Fokusgruppe på desentraliserte tjenester og teknologiske løsninger</li> </ul>
2	Robuste fagmiljøer	<ul style="list-style-type: none"> <li>«Små» fagmiljø kan nedprioriteres i store klinikker</li> <li>Noen fagområder kan bli veldig små ved de minste lokalisasjonene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvert fagområde må ha sin nivå 3-leder med et helhetlig ansvar</li> </ul>
3	Tverrfaglig samhandling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sterke fagklinikker gjør det vanskeligere med samarbeid på tvers</li> <li>Noen fag som samarbeider mye er plassert i ulike klinikker, eks. nevrologi og indremedisin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Systematisert samhandling gjennom flere formaliserte samhandlingsarenaer</li> <li>Ha tverrkliniske utredningsteam og liaisontjenester</li> </ul>
4	Sammenhengende behandlingsskjeder	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risiko for at man ikke ser pasienten i et helhetsperspektiv</li> <li>Mer markante skiller mellom klinikker kan skape risiko ved overganger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tilrettelegge for samhandling på tvers av klinikker, men og med kommunen og helsefellesskapet. Dette bør operasjonaliseres</li> <li>Helhetlig fagansvar på nivå 3</li> </ul>
5	Attraktiv arbeidsplass	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mindre attraktiv arbeidsplass hvis noen fag er «nedprioriterte»</li> <li>Lang avstand mellom klinisk personell og ledelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lokal ledelse på laveste ledernivå. Avdelingssjef som er tilgjengelig og tilstede</li> </ul>
6	Fleksibilitet og effektivitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kan oppstå kamp om bistand fra senter for intensiv, anestesi og operasjon mellom klinikkene</li> </ul>	
7	Økonomisk bærekraft	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skjevfordeling mellom fag internt i klinikkene. Små fag kan bli nedprioritert</li> <li>Kan bli feil i budsjettering innledningsvis ved overgang til ny organisering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Store uforutsette kostnader behandles på strategisk nivå (i ledergruppen)</li> <li>En andel av budsjettet burde holdes tilbake for å kunne deles ut av ledelsen ved behov</li> </ul>
8	Helhetlig ledelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tynset kan ikke stå alene i organisasjonen</li> <li>Kan bli for svak stedlig ledelse ved flere lokasjoner</li> <li>Nivå 2-ledere med stort kontrollspenn kan bli «tåkefyrster» med liten forståelse av faget de skal lede</li> <li>Risiko for at små fagmiljøer som er samlet med store ikke får tilstrekkelig oppmerksomhet fra nivå 2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sterk stedlig ledelse som kan sikre lik kvalitet i behandling på tvers av lokalisasjoner</li> <li>Ha fokus på god lederutdanning og lederutvikling. Lederne må kunne lede komplekse klinikker</li> </ul>
9	Roller, ansvar og myndighet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uklare ansvarsforhold ved pasienter med tverrfaglige samhandlingsbehov</li> <li>Nivå 3-ledere fortsetter å være i klinisk drift</li> <li>Risiko for at det oppstår uklare lederlinjer internt i klinikkene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ledere på nivå 3 skal først og fremst være ledere. Dette gjelder til en viss grad og på nivå 4</li> <li>Tydelige lederlinjer som alle må forholde seg til. Nyansatte må ha opplæring i hvordan man skal forholde seg til lederlinjene</li> </ul>

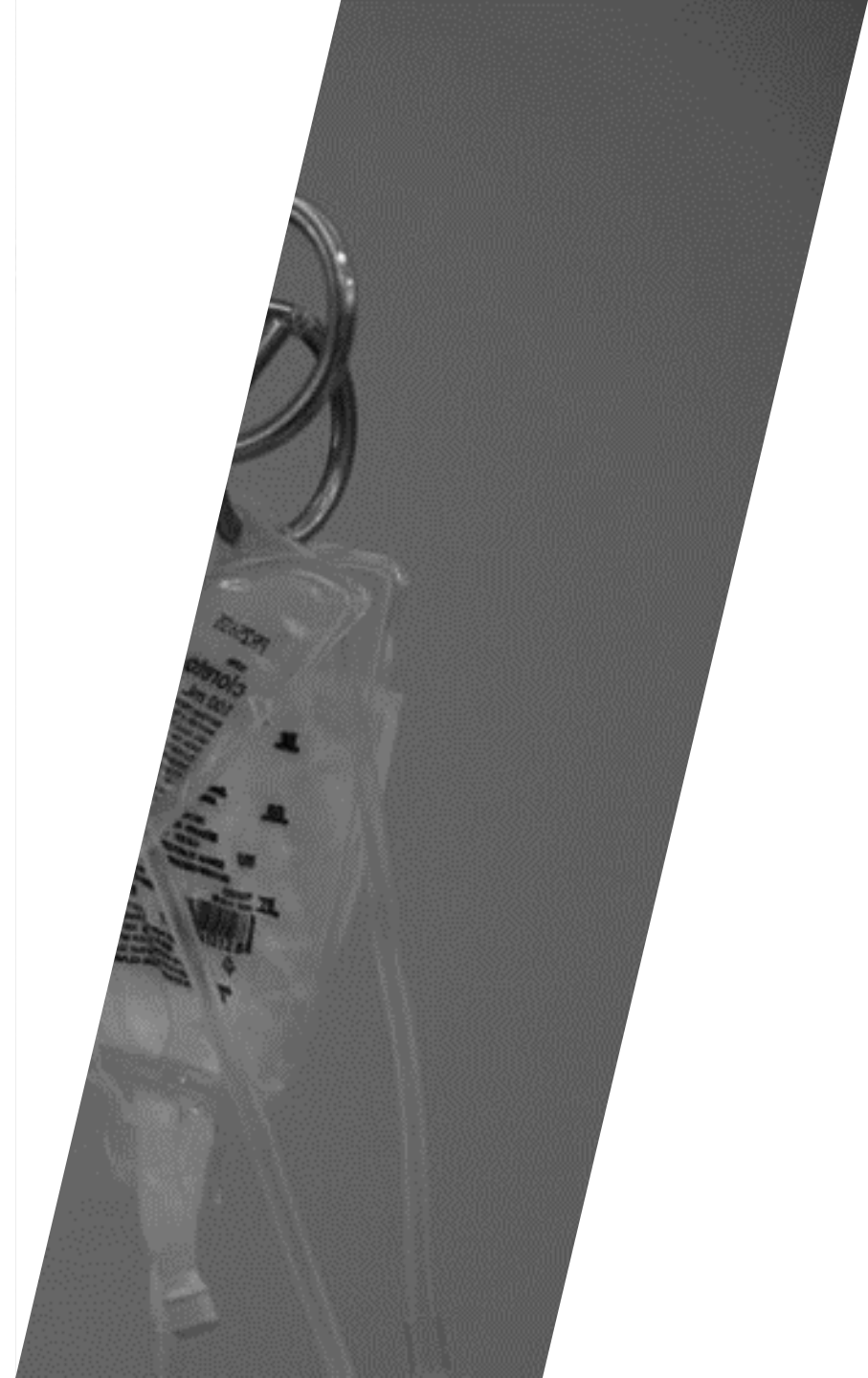


## 10 – Organisering ved null-pluss alternativet



I forlengelse av at null-pluss alternativet skal utredes fikk delprogrammet et tilleggsoppdrag om å vurdere organisering også for dette alternativet. Arbeidet har tatt utgangspunkt i organiseringen for alternativet med Mjøssykehuset (C+) og sett på tilpasninger til en struktur med null-pluss alternativet.

Denne delen beskriver et innledende arbeid med å tilpasse C+ til null-pluss alternativet. Arbeidet ble avsluttet med en egen risikovurdering av C+ for dette alternativet.

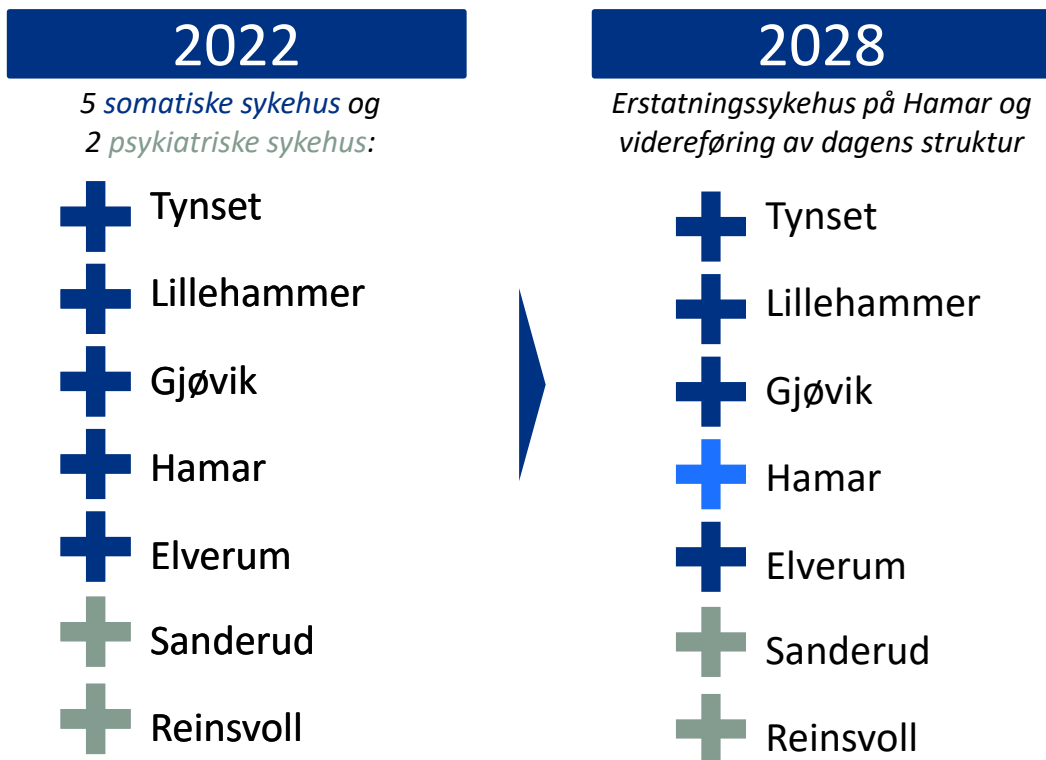


# Ny sykehusstruktur: null-pluss alternativet

Null-pluss alternativet medfører at store deler av dagens sykehusstruktur videreføres, med noen justeringer. Tilbudet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling videreføres, fagområdene som er samlet ett sted forblir samlet og Elverum og Hamar beholder akutfunksjonen.

Innstilling:

Sykehuset Innlandet HF anbefaler en videre utredning av null-pluss alternativ 2 der følgende funksjonsfordeling mellom sykehusene legges til grunn:



+ **Hamar (erstatningssykehus)** bygges nytt sykehus for å erstatte gammelt bygg, med noe endring i funksjonsfordeling med Elverum sammenlignet med i dag. Sykehuset vil tilby akutt indremedisin for lokalsykehusområdet Hamar, fødselshjelp og kvinnesykdommer, barne- og ungdomsmedisin og akutte kirurgiske fag.

+ **Tynset/Lillehammer/Gjøvik** fortsetter dagens virksomhet i ny sykehusstruktur

+ **Elverum** fortsetter driften i dagens sykehus og vil tilby akutt indremedisin for lokalsykehusområdet Elverum og elektive funksjoner legges til sykehuset Elverum.

+ **Sanderud /Reinsvoll** med dagens virksomhetsinnhold

**Lokalmedisinske sentra** lokalisert til Nord-Gudbrandsdal, Valdres og Hadeland.

**Distriktpsikiatriske sentra** og polikliniske tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge lokalisert til Elverum, Hamar, Gjøvik, Lillehammer, Tynset, Otta, Valdres og Hadeland.





I denne workshopen tok deltakerne utgangspunkt i grunnprinsippene for å definere risikoer og avbøtende tiltak tilknyttet modellalternativ C+ for null-plus alternativet.

## Mal for workshopen

### Grunnprinsipper for fremtidig organisasjonsmodell

- 1. Enkeltstruktur og fremtidsrettet lederansvar**
  - Redusere leders ansvar på arbeidsplassen
  - Spørsmål: Hvor skal det være og hvem skal det være?
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
- 2. Risiko- og kompetanse**
  - Sammensatt kompetanse i alle nivåer
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
- 3. Tverrfaglig samarbeid**
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
- 4. Samarbeid og samarbeid**
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
- 5. Attraktiv arbeidsplass**
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
- 6. Risiko- og kompetanse**
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
- 7. Økonomisk bærekraft**
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
- 8. Heltlig ledelse**
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
- 9. Tverrfaglig samarbeid og kompetanse**
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig
  - Ikke endre struktur før det er nødvendig

### Arbeidsmodell 0+

Medisin, kirurgi og senertologi	Medisinske sentre	Administrative støttefunksjoner
<ul style="list-style-type: none"> <li>Medisin, kirurgi og senertologi</li> <li>Medisinske sentre</li> <li>Administrative støttefunksjoner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medisinske sentre</li> <li>Administrative støttefunksjoner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Administrative støttefunksjoner</li> </ul>

### Risiko og tiltak

Detaljer risikomomentet og tiltak for modellen i 0+

#	Tema	Risiko Beskrivelse av risikomomentet	Tiltak Beskrivelse av tiltaket
1	Kvalitet i pasientbehandlingen		
2	Robuste fagmiljøer		
3	Tverrfaglig samarbeid		
4	Sammenhengende behandlingsskjeder		
5	Attraktiv arbeidsplass		
6	Fleksibilitet og effektivitet		
7	Økonomisk bærekraft		
8	Heltlig ledelse		
9	Roller, ansvar og myndighet		

# Oppsummering av risikoer og tiltak identifisert i WS#7

#	Tema	Risiko Beskrivelse av risikomomentet	Tiltak Beskrivelse av tiltaket
1	Kvalitet i pasientbehandlingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisering av akuttmottaket med prehospitaltjenester kan gjøre at mottaksklinikkene ved flere av lokalisasjonene blir veldig små i alternativet med erstatningssykehuset</li> <li>Noen av klinikkene (som for eksempel mottak) er avhengige av et tyngdepunkt for å drive faglig utvikling og sikre kvalitet i behandlingen. Dette kan være vanskelig uten et hovedsete</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisere Akuttmottak med Medisin eventuelt med AIO</li> <li>Tettere lokal koordinering, mer stedlig ledelse og styrking av fagrådene</li> </ul>
2	Robuste fagmiljøer	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utfordrende å skape robuste fagmiljøer ved flere og små miljøer på ulike hus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Det som bør samlokaliseres skal samlokaliseres</li> </ul>
3	Tverrfaglig samhandling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Flere av sykehusene vil ha mer komplekst virksomhetsinnhold enn ved alternativet med Mjøssykehuset. Dette kan gjøre det mer utfordrende å etablere gode tverrfaglige samarbeid på mindre lokalisasjoner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etablere gode rutiner for tverrfaglig samhold om pasientforløpene på alle lokalisasjoner</li> <li>Ha en driftsleder/plasskoordinator som ivaretar geografi</li> </ul>
4	Sammenhengende behandlingsskjeder	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utfordrende å samhandle med fagmiljøer på flere hus. Særlig utfordrende for «små fag»</li> <li>Psykatri og somatikk blir ikke sammenkoblet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisere kreft i egen klinikk</li> <li>Mer robuste CL-team</li> <li>Vurdere å endre noen klinikker, som mottaksklinikken og nevro, orto og fys.med</li> </ul>
5	Attraktiv arbeidsplass	<ul style="list-style-type: none"> <li>Små fagklinikker kan gjøre det vanskeligere å rekruttere siden fagmiljøene blir så fragmenterte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Samlokalisere det som kan samlokaliseres og vurdere større og mer tverrfaglige klinikker</li> </ul>
6	Fleksibilitet og effektivitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>C+-klinikker fordelt på enda flere hus vil kunne gi manglende fleksibilitet / effektivitet</li> <li>Nevrologi, ortopedi og fysikalsk medisin og rehabilitering blir spredt på veldig ulike lokasjoner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gode strukturer for samhandling og endring i arbeidsmetoder</li> <li>Videreføre stedlig ledelse, gjerne i form av en slags plasskoordinator</li> <li>Flytte nevrologi til medisin, ortopedi til kirurgi og ha fysikalsk medisin og rehabilitering som egen klinikk</li> </ul>
7	Økonomisk bærekraft		
8	Helhetlig ledelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stort lederspenn og mer større geografisk avstand mellom ledere i samme klinikk</li> <li>Ledere på nivå tre vil få et større spenn å forholde seg til (gitt at nivå 4 er stedlig ledelse)</li> <li>Den stedlige ledelsen kommer helt nede på nivå fire, og man risikerer siloer internt i husene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Man kan innføre to regioner slik man har i dag for å sikre tydeligere stedlig ledelse</li> <li>Stedlig ledelse på hvert hus som kan koordinere samhandling og pasientflyt</li> <li>Gode rutiner for samhandling internt i klinikkene, gjennom både fysiske og digitale møter</li> </ul>
9	Roller, ansvar og myndighet	<ul style="list-style-type: none"> <li>En fagorganisering som C+ kan føre til uklarheter rundt hvem som skal løse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gode rutiner for å løfte problemstillinger til riktig nivå og en sterk stedlig ledelse som</li> </ul>

# Veien videre

Under Workshop 7 kom det fram mange gode innspill, men det vil være behov for mer arbeid før man lander på en endelig organisering for null-pluss alternativet

Alternativet med erstatningssykehuset vil medføre betydelige endringer i driftsmodellen som må utredes nærmere, eksempelvis innen pasientflyt, lokasjoner og samhandling

Det må presiseres at C+ modellen kan fungere i alternativet med erstatningssykehuset, men at dette i så fall må forankres gjennom en grundigere prosess

Selv om det ikke ble enighet om et nytt modellforslag i workshop 7 ble likevel framhevet flere områder man må se nærmere på, som vist til høyre:



## Mottaksklinikken

Uten et stort mottak på Mjøssykehuset kan det bli vanskelig å lykkes med mottak. En mulighet er da å:

- Legge mottaket sammen med medisinsk klinikk
- Kreft og prehospitaltjenester står igjen som to selvstendige klinikker



## Driftsordinator

For så sikre samhandling og pasientflyt kan det være nødvendig med en driftsordinator på hver lokasjon



## Nevrologi, ortopedi og fys.med og rehab

Denne klinikken blir veldig fragmentert. Det kan være hensiktsmessig å dele opp klinikken



## Vurdere geografisk organisering

Alternativet med erstatningssykehuset kan gjøre det nødvendig å vurdere ulike varianter av geografisk organisering, ikke bare fagorganisering

Driftsmodellen må utredes nærmere før det kan utarbeides et konkret modellforslag som presenteres for ledergruppa