

**Rapport
fra
arbeidsgruppe**

ORGANISASJONS- OG LEDELSESMODELL

September 2006



Innhold

1. Oppdraget	3
1.1. Styresak nr 045-2006 – Tilpasning av organisasjons- og ledelsesmodellen	3
1.2. Mandat	3
1.3. Arbeidsgruppens sammensetning	4
1.4. Arbeidsgruppens arbeidsform	4
2. Bakgrunn	5
2.1. Sykehuset Innlandet – hensikt, mål og oppgaver	5
2.2. Nåværende organisasjons- og ledelsesmodell	6
2.3. Utviklingsplan 2004-2010 (2006)	8
2.4. Krevende prosesser 2003 – 2006	9
3. Erfaringer med gjeldende organisasjons- og ledelsesmodell	9
3.1. SWOT-analyse	9
3.2. Oppsummering av SWOT-analysen	13
4. Organisasjons- og ledelsesmodeller ved andre helseforetak	14
5. Vurdering av alternative modeller	14
5.1. Tre hovedmodeller	14
5.2. Innspillmøter	21
5.3. Drøfting	21
6. Anbefalt organisasjons- og ledelsesmodell	23
6.1. Konklusjon	23
6.2. Beskrivelse av anbefalt modell	23
6.3. Utfordringer ved anbefalt modell	26

1. Oppdraget

1.1. Styresak nr 045-2006 – Tilpasning av organisasjons- og ledelsesmodellen

Administrerende direktør varslet allerede på avdelingssjefsamlingen i januar 2006 at det kunne være aktuelt å tilpasse organisasjons- og ledelsesmodellen på bakgrunn av de vedtak som ville bli fattet i "Prosjekt 2020" (Strategisk plan 2006-2020). Administrerende direktør valgte derfor i styremøtet 27. juni 2006 å legge fram en sak om tilpasning av organisasjons- og ledelsesmodellen parallelt med den strategiske planen. Det vises til sak nr 045-2006 "Tilpasning av organisasjons- og ledelsesmodellen".

Styret gjorde følgende vedtak:

1. *Styret slutter seg til at det gjennomføres en prosess med henblikk på etablering av en ledelsesmodell for Sykehuset Innlandet hvor det særlig skal ses på behovet for styrking av lokal helhetlig ledelsesfunksjon ved de enkelte sykehusene. Ledermodellen skal være et virkemiddel for å nå organisasjonens mål, og det er naturlig å evaluere dagens modell samt foreta justeringer som følge av vedtak i Strategisk plan 2006-2020.*
2. *Styret tar planene for arbeidet med tilpasninger av organisasjons- og ledelsesmodellen til orientering og ber om å få saken forelagt på styremøtet ultimo september.*

Protokollen fra styremøtet presiserer også:

For best mulig å legge til rette for en god prosess i forbindelse med budsjett 2007, er det viktig at arbeidet med vurdering av nåværende og utarbeidelse av forslag til ny modell starter umiddelbart og gis høy prioritet. Administrerende direktør tar sikte på å innføre en tilpasset organisasjons- og ledelsesmodell så raskt som mulig etter arbeidsgruppens utredning og styrets behandling av saken.

1.2. Mandat

Arbeidsgruppens mandat er beskrevet slik:

- Beskrive erfaringene med gjeldende organisasjons- og ledelsesmodell for den samlede organisasjonen (psykisk helsevern, somatikk, SI Tynset, SI Kongsvinger, støttefunksjoner)
- Undersøke organisasjons- og ledelsesmodeller ved helseforetak med tilsvarende struktur og vurdere overføringsverdiene til Sykehuset Innlandet
- Beskrive alternative organisasjons- og ledelsesmodeller som ivaretar behovet for styrking av lokal ledelse og samtidig bidrar til faglig utvikling og utvikling av felles verdier i helseforetaket som helhet
- Ta hensyn til de overordnede mål, strategier og utfordringer som følge av prosjekt 2020 og andre viktige beslutninger
- Anbefale en tilpasset overordnet organisasjons- og ledelsesmodell som kan innføres fra senest 1. januar 2007

1.3. Arbeidsgruppens sammensetning

Administrerende direktør nedsatte en arbeidsgruppe som etter gitt mandat skal komme med forslag om tilpasning av organisasjons- og ledelsesmodellen til helseforetakets nye utfordringer. Arbeidsgruppen fikk frist til 15. september for avlevering av rapport.

Arbeidsgruppen har vært sammensatt slik:

Divisjonsrådgiver Aage Westlie (leder)

Divisjonsrådgiver Ingerlise Ski

Avdelingssjef Alf Skar

Avdelingssjef Astrid Skotte

Foretakstillitsvalgt Liv Haugli

Foretakstillitsvalgt Terje Holt

1.4. Arbeidsgruppens arbeidsform

Arbeidsgruppen har vært opptatt av å gjennomføre oppdraget på en best mulig måte innenfor den tidsfristen som er gitt. Gruppen har derfor lagt vekt på å definere og avgrense oppdraget i henhold til de føringer som følger av mandatet og styrets vedtak i sak nr 045-2006.

Arbeidet med tilpasninger av organisasjons- og ledelsesmodellen har skjedd i nært samarbeid med prosjekt IMS30. Prosjektet skal utarbeide forslag til tiltak for tilpasning av kapasitet og kompetanse i virksomhetsområdet ikke-medisinsk service (IMS). IMS er pålagt et krav om å redusere utgiftsnivået med 30 millioner kroner. Reduksjonen må hovedsakelig tas gjennom nedbemanning av ca 70 årsverk. Arbeidsgruppen og prosjekt IMS30 har samarbeidet ved innhenting av innspill fra divisjonene og de lokale koordineringsforaene. Arbeidsgruppen erkjenner at Sykehuset Innlandet må utnytte stordriftsfordelene innenfor IMS og vil derfor kun avklare kjernefunksjonens forventninger til stabs-/støttefunksjonene.

Arbeidsgruppen har valgt følgende arbeidsform:

- Arbeidsgruppen skal ”beskrive erfaringene med gjeldende organisasjons- og ledelsesmodell”. Arbeidsgruppen har valgt å be divisjonene ved divisjonsdirektørene, de foretakstillitsvalgte og vernetjenesten om å gjennomføre en SWOT-analyse av gjeldende organisasjons- og ledelsesmodell. I samråd med administrerende direktør er det bestemt at denne vurderingen tilfredsstiller punkt 3 i styrets vedtak i sak nr 064-2003 om ny organisasjons- og ledelsesmodell i Sykehuset Innlandet fra 1. januar 2004. Dette krever at erfaringene fra SI Kongsvinger og SI Tynset må tydeliggjøres særskilt i SWOT-analysen. Arbeidsgruppen har bygget sin beskrivelse av erfaringene med gjeldende modell på tilbakemeldingene fra divisjonene og de tillitsvalgte/vernetjenesten.
- Arbeidsgruppen har gjennom helseforetakenes hjemmesider på internett innhentet informasjon om organisasjons- og ledelsesmodeller. Arbeidsgruppens leder har i tillegg hatt muntlig kontakt med foretak som har tilsvarende sammensatte utfordringer, og fått utfyllende informasjon om modeller og erfaringer. Innhenting av informasjon og muntlige drøftinger danner bakgrunn for arbeidsgruppens vurderinger av mulige overføringsverdier fra andre helseforetak til Sykehuset Innlandet.
- Arbeidsgruppen slår fast at Sykehuset Innlandet med tre allsidige akuttsykehus, to lokalsykehus med akuttfunksjoner og sentralsykehusfunksjoner innenfor psykisk

helsevern på to sykehus, i alt åtte sykehus fordelt over et stort geografisk område, uansett vil ha en komplisert organisasjons- og ledelsesmodell. Gjeldende modell har hatt fag på tvers av geografi som dominerende dimensjon. Styrets vedtak av Strategisk plan 2006-2020 vektlegger i større grad den geografiske og lokale dimensjonen. Arbeidsgruppens fokus har vært å utvikle en modell som på den ene siden ivaretar ønsket om styrking av lokal ledelsesfunksjon og på den andre siden sikrer den faglige utviklingen og utviklingen av felles verdier i helseforetaket som helhet. Arbeidsgruppen har gjennomført innspillmøter med divisjonenes ledergrupper, de lokale koordineringsforaene, de foretakstillitsvalgte/hovedverneombudet og de hovedtillitsvalgte for Overlegeforeningen.

- Arbeidsgruppen har gjort en grundig vurdering av styrets vedtak i sak nr 043-2006 om Strategisk plan 2006-2020 for å finne den modellen som gir best ledelseskraft til å gjennomføre Strategisk plan.

Arbeidsgruppen har hatt fire møter og kontakt via e-post og telefonmøter der ulike problemstillinger og utkast til sluttrapport har blitt drøftet. Arbeidsgruppens leder Aage Westlie og medlem Ingerlise Ski har hatt drøftinger med administrerende direktør og deltatt på møter i foretakets ledergruppe. Disse to har også representert arbeidsgruppen i møter med divisjonenes ledergrupper og de lokale koordineringsforaene ved sykehusene på Elverum, Gjøvik, Hamar og Lillehammer.

2. Bakgrunn

2.1. Sykehuset Innlandet – hensikt, mål og oppgaver

Styret i Helse Øst vedtok i oktober 2002 ny helseforetakstruktur (sak nr 145-2002). Sykehuset Innlandet HF ble opprettet som følge av dette vedtaket.

I styresaken fra 2002 i Helse Øst gis det følgende begrunnelse for å samle de fem helseforetakene i Hedmark og Oppland til ett felles innlandsforetak:

- *Somatikk og psykiatri blir integrert og tilbudet vil framstå som helhetlig for befolkningen i de to fylkene. Oppgavedeling og spesialisering mellom dagens psykiatritjenester kan videreføres og forsterkes*
- *Det er behov for å skape en større og robust enhet med en overordnet lokal ledelse som kan utnytte potensialet for bedre ressursutnyttelse i spesialisttjenestene i innlandet, bl.a. gjennom oppgavedeling*
- *Et innlandsforetak vil gi større fagmiljøer med økte muligheter til spesialisering og forskning og dermed bedre rekruttering*
- *Det ligger betydelige gevinster i at de fire sykehusene i Elverum, Hamar, Lillehammer og Gjøvik, som har sentralsykehusfunksjon, hører inn under ett og samme helseforetak. Dette vil gjøre det lettere for disse sykehusene å framstå som ett sykehus rent funksjonelt, noe som vil tjene pasientene, fagmiljøene og fremme rasjonell drift*
- *Rekrutteringen vil bedres ved samling av små miljøer og dagens spesialisttilbud med nærhet til befolkningen trykkes i et større foretak*
- *Innlandsforetaket blir i størrelse på linje med regionens øvrige foretak. Ved å resultatsette de ulike funksjoner og/eller enheter kan det stimuleres til positiv konkurranse til beste for behandlingskvaliteten og kostnadsutviklingen*

Det presiseres i vedtaket at:

Det er et mål at det snarest utvikles systemer for gjennomgående ledelse av de enkelte kliniske avdelinger på tvers av de geografiske enhetene. Sammenslåing av helseforetak forutsetter at de støttefunksjoner som kan gjøres felles slås sammen.

Arbeidsgruppen erkjenner at styret i Helse Øst gjennom denne saken ga føring om at helseforetakene skulle utvikle ”systemer for gjennomgående ledelse på tvers av geografiske enheter”. Arbeidsgruppen oppfatter at Sykehuset Innlandets styre gjennom sak nr 045-2006 ”Tilpasning av organisasjons- og ledelsesmodellen” ber om en åpen vurdering av hva som vil være beste modell ut fra foretakets utfordringer.

2.2. Nåværende organisasjons- og ledelsesmodell

Gjeldende organisasjons- og ledelsesmodell i Sykehuset Innlandet ble vedtatt av styret 25. juni 2003 og innført fra 1. januar 2004 (jf styresak nr 064-2003). Modellen som ble valgt, la vekt på fagdivisjoner på tvers av geografi. I styresaken ble valg av overordnet ledelsesmodell begrunnet med:

- Trekkraft i forhold til å gjennomføre strukturelle endringer og endringer i oppgaveorganiseringen i mjøsområdet. Denne modellen ble antatt å ha bedre forutsetninger for å identifisere og implementere strukturelle og organisatoriske grep som omfattet flere av sykehusene
- Faglig utvikling ved at den gjennomgående ledelsesmodellen ville skape større og tettere fagmiljøer på tvers av geografi. Dette ble sett på som et viktig argument i arbeidet med å skape konkurransedyktige miljøer som kunne tiltrekke seg de beste fagressursene. Det ble antatt at dette ville øke mulighetene for å kunne utnytte Sykehuset Innlandets størrelse på tross av at virksomheten er lokalisert som den er

Det ble opprettet åtte divisjoner på tvers av geografi:

Divisjon Akuttmedisin og prehospitale tjenester

Divisjon Rehabilitering/rehabilitering

Divisjon Indremedisin

Divisjon Kirurgi

Divisjon Kvinne/barn

Divisjon Medisinsk service

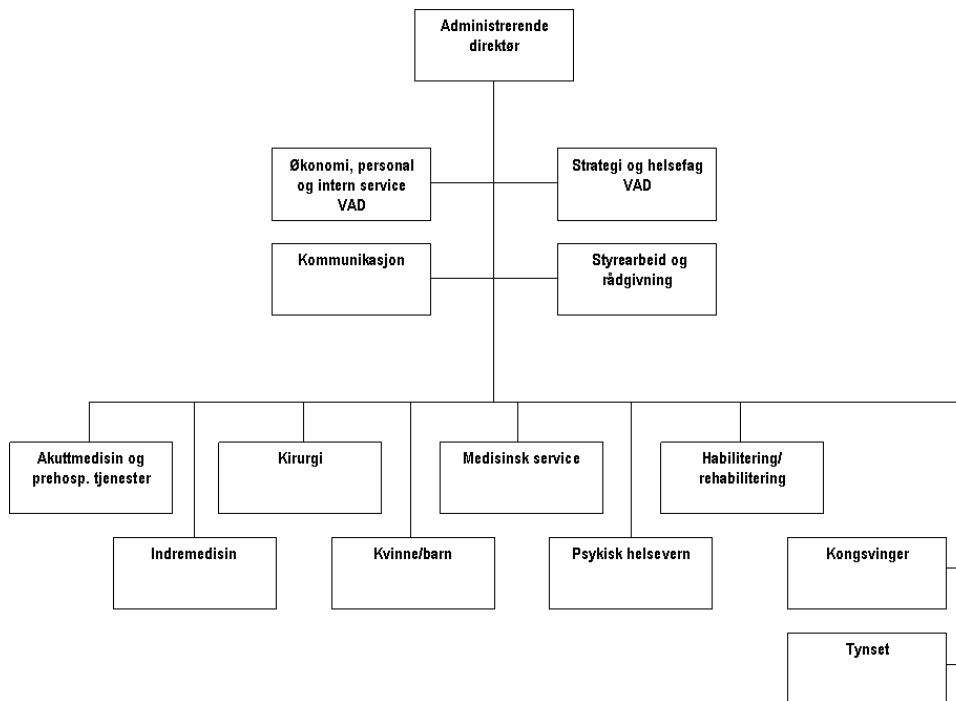
Divisjon Psykisk helsevern

Divisjon Eiendom og intern service

SI Kongsvinger og SI Tynset skulle beholdes som egne divisjoner i perioden 2004-2006 (med unntak av psykiatrien). Ordningen skulle evalueres senest høsten 2006.

Lederne for stabs-/støttefunksjonene økonomi, personal, organisasjon, kommunikasjon samt strategi og helsefag ble lagt i stab til administrerende direktør og ble definert som en del av foretakets ledergruppe. Stillingen som direktør for avdeling Strategi og helsefag ble høsten 2004 omgjort til viseadministrerende direktør.

Fra 1. januar 2006 ble divisjon Eiendom og intern service (innkjøp og logistikk, it-avdelingen, medisinsk teknikk og behandlingshjelpemidler, tekstil og renhold, eiendomsforvaltning, eiendomsdrift, matforsyning samt servicetorg) lagt til en nyopprettet stilling som viseadministrerende direktør for Ikke-medisinske service (IMS). Ansvarsområdet IMS omfatter i tillegg personal, lønn, økonomi og regnskap.



Under administrerende direktørs vurdering i styresak nr 045-2006 står det at gjeldende organisasjons- og ledelsesmodell på mange måter har svart til forventningene. Divisjonsledelse på tvers av geografi har muliggjort sterkere helhetlig tenkning, og det har vært mulig å gjennomføre tunge utviklingsprosjekter mellom sykehusene i helseforetaket. Dette gjelder både innenfor somatikk og psykisk helsevern og ikke minst innenfor ulike støtte- og servicefunksjoner.

Administrerende direktør uttaler videre i saken at det likevel er behov for gjennomgang av nåværende modell med sikte på tilpasninger som følge av vedtak av Strategisk plan 2006-2020 og de erfaringer som er gjort så langt. Sykehuset Innlandet har også ønsket å ta på alvor interne og eksterne signaler om behov for styrking av den helhetlige ledelsesfunksjonen ved det enkelte sykehus.

2.3. Utviklingsplan 2004-2010 (2006)

Arbeidsgruppen har valgt å referere til deler av det omfattende mål- og planverket som ligger til grunn for Sykehuset Innlandets virksomhet. Målet er å synliggjøre helseforetakets sammensatte og kompliserte organisasjon og formål. Organisasjons- og ledelsesmodell skal være et av mange virkemidler til å nå helseforetakets mål og bidra til en effektiv drift i tråd med mål og ressurser.

Styret for Sykehuset Innlandet vedtok i juni 2003 Utviklingsplan 2004-2010 (2006) (sak nr 065-2003). Planen definerer blant annet helseforetakets virksomhetsidé og hovedmål:

Virksomhetsidé

Våre oppgaver er

- Pasientbehandling
- Utdanning
- Forskning
- Opplæring av pasienter og pårørende

Oppgavene skal vi utføre i et effektivt nettverk av kompetente fagmiljøer.

Vår virksomhet skal gi befolkningen i innlandet sikkerhet for rask tilgang på gode spesialisthelsetjenester når de har bruk for det.

Hovedmål

- Sykehuset Innlandet skal videreutvikle sine tilbud til pasientene og befolkningen slik at tjenestene oppleves som enda bedre enn i dag. Tjenestene skal preges av tilgjengelighet, kvalitet og service. Sykehusene vil bygge sin virksomhet på anvendelse av tidsriktig kunnskap, teknologi og infrastruktur.
- Sykehuset Innlandet skal videreutvikle sine fagmiljøer slik at de blir sterkere og mer robuste enn i dag. Miljøene skal oppleves som attraktive ved rekruttering av medarbeidere og være i stand til å påta seg oppgaver innen FoU.
- Sykehuset Innlandet skal drive sin virksomhet innenfor en sunn og bærekraftig økonomi. Foretaket skal øke produktiviteten og senke det relative kostnadsnivået for å skaffe seg rom for å realisere sine faglige mål.

Planen skisserte tre hovedgrupper for strategiske retninger som bygget på erkjennelsen av at Sykehuset Innlandet er ett helseforetak med en felles utviklingsplan:

- Samling av de tjenester og miljøer som bør samles, og enda mer desentralisering av tjenester som kan desentraliseres
- Etablering av en enklere og ”tettere” organisasjon som vektlegger faglighet og samhandling
- Gjennomføring av prosess for kostnadseffektivisering og produktivitetsforbedring

Utviklingsplanen omfatter også en operasjonalisert plan for psykisk helsevern, somatikk, medisinsk service, forskning og ikke-medisinske funksjoner. Utviklingsplanen ligger til grunn for alt utviklingsarbeid som er gjennomført siden 2003.

På bakgrunn av Utviklingsplan 2004-2010 (2006) er det utarbeidet årlige planer med resultatmål på foretaks- og divisjonsnivå; Strategisk fokus 2005 (styresak nr 098-2004) og Strategisk fokus 2006 (styresak nr 083-2005). Strategisk fokus 2007 utarbeides og styrebehandles parallelt med budsjettet for neste år.

2.4. Krevende prosesser 2003 – 2006

Sykehuset Innlandet ble opprettet 1. januar 2003 og er således en ung organisasjon. De tre og et halvt årene siden etableringen har vært preget av krevende interne prosesser.

Styret i Sykehuset Innlandet vedtok i juni 2003 å innføre en organisasjons- og ledelsesmodell med fagdivisjoner på tvers av geografi med unntak for SI Kongsvinger og SI Tynset. Vedtaket ble gjort med styreleders dobbeltstemme.

Høsten 2003 gjorde styret flere vedtak om opprettelse av hovedsentra for enkelte fag og funksjonsfordeling for andre fag, særlig innenfor de kirurgiske fagene. Disse prosessene skapte engasjement i fagmiljøene på sykehusene rundt Mjøsa. Den nye fag- og funksjonsfordelingen ble implementert våren 2004.

Styrets vedtak av budsjett 2004 krevde omstilling og nedbemanning. Nedbemanningen medførte ingen oppsigelser; overtalligheten ble løst ved overflytting til andre poster og avdelinger innenfor samme sykehus. Budsjettet for 2006 krevde reduksjon av antall senger og påfølgende nedbemanning i de kliniske enhetene.

Styret vedtok i mai 2004 å starte arbeidet med en langsiktig plan for utvikling av Sykehuset Innlandet, det såkalte ”Prosjekt 2020”. Fagfolk, ledere og tillitsvalgte ble engasjert i prosjektet.. Samfunnspanelets arbeid med saken utløste lokalpolitisk engasjement i begge fylkene, og media fulgte prosjektet tett. Siste halvår ble det dannet aksjoner ved flere av sykehusene i allianse med grupper i lokalmiljøet. Uenigheten og de ulike alliansene internt og eksternt skapte uro blant foretakets ansatte.

Arbeidsgruppen mener at fordi alle disse prosessene har gått parallelt, er det vanskelig å vite om uroen og usikkerheten skyldes funksjonsfordelingen, sterkt fokus på foretakets vanskelige økonomi som har krevd omstilling og nedbemanning, ”Prosjekt 2020” eller gjeldende organisasjons- og ledelsesmodell. Det eneste sikre er at disse parallelle prosessene ikke har gjort ledelse – uansett ledernivå 1, 2, 3 eller 4 – til en enkel sak.

3. Erfaringer med gjeldende organisasjons- og ledelsesmodell

3.1. SWOT-analyse

Arbeidsgruppen har drøftet ulike måter å innfri mandatets punkt om å ”beskrive erfaringene med gjeldende organisasjons- og ledelsesmodell for den samlede organisasjonen” innenfor gruppens kompetanse og den tidsrammen gruppen har hatt til rådighet. Arbeidsgruppen har i samråd med

foretakets ledergruppe valgt å be divisjonene ved divisjonsdirektørene og arbeidstakerorganisasjonene ved de foretakstillitsvalgte fylle ut SWOT-skjemaer (styrker, svakheter, muligheter og trusler). Gruppen erkjenner at SWOT-analyse har svakheter som metode, bl.a. fordi den ikke tilkjenner vektningen av de ulike synspunktene som framkommer. Arbeidsgruppen mener likevel at tilbakemeldingene har gitt godt nok grunnlag til å kunne beskrive erfaringene med gjeldende modell.

Tilbakemeldingene er systematisert slik det framkommer nedenfor:

Sterke sider med dagens modell

- **Felles identitet** gjør at SI fremstår som én organisatorisk enhet, noe som også gir større tyngde ved uttalelser utad.
- **Kompetanseheving** gjennom større fagmiljø som gir mulighet til nettverkssamarbeid og faglig utvikling. Lære av hverandre. Dette sikrer også små og sårbare fagmiljø i større grad. Det fremheves også at det er blitt lettere å samle fagmiljøene ved dagens modell. Tilhørighet til faget på tvers av geografi. Dagens modell gir økt mulighet til å styrke og spisse fagfunksjoner.
- **Bedre ressursutnyttelse** ved samhandling og prioritering på tvers av geografi, felles avtaler med kommunene, felles nytte av knappe spesialistressurser, felles pasientsystem, rutiner, faglig praksis og retningslinjer. Felles kvalitetssystem og lettere å utføre ”benchmarking”.

Stryker fremhevet av divisjon Tynset og divisjon Kongsvinger med samlet lokal geografisk ledelse:

- **Lojalitet til sykehuset**, identitet i forhold til den lokale arbeidsplassen, setter sin ære i å gjøre en god jobb. God kjennskap til medarbeidere. Lokal forankring gir større engasjement og god rekruttering.
- **Nærhet til ledelsen** fremheves som svært viktig fordi det gir raskere beslutninger når nødvendig og oppfølging av beslutninger oppleves lettere siden veien er kortere. Nærhet til ledelsen skaper også trygghet blant de ansatte som igjen gir økt trivsel. At ressurser og fullmakter ligger lokalt oppleves også som en styrke.
- **Bedre ressursfordeling** på tvers av fagområder siden lokal direktør har totalansvaret for samlet drift. Lokal samordning av drift, eks i ferieperioder, gir stor fleksibilitet og tilpasningsdyktighet.

Svake sider med dagens modell

- **Fravær av lokal leder** oppleves som en svakhet på flere områder. Det gir først og fremst en opplevelse av manglende lokal koordinering. Videre distanserer de ansatte seg fra ledelsen, det er ingen lokal leder til å ta avgjørelser som berører ulike fagområder og det er mindre fleksibilitet siden beslutningsveien er lang. Avdelingssjef er ikke tilstede når det trengs siden han/hun må på flere geografiske steder samtidig. Mye reising medfører mindre tilgjengelighet og stjeler ressurser i form av tid.
- **Geografisk lang avstand til støttefunksjoner** gjør at lønn og personal oppleves som upersonlig og distansert, saksbehandlingstiden i forhold til personalsaker oppleves lengre og informasjonsflyten ansees som vanskelig. Også avstanden mellom ansatte og nivå 4 ledere til nivå 3 og 2 ledere ansees som en svakhet.
- **Komplisert organisasjon.** En av svakhetene ved dagens modell oppgis å være den kompliserte strukturen. Det menes å være uoversiktlig for samarbeidspartnere og føre til problemer på flere områder ved uklare ansvarsforhold, mangel på delegert myndighet,

ved postgang og i klagesaker. Videre kan dagens struktur virke fremmedgjørende og svekke tilhørighet til den lokale arbeidsplassen.

Svakheter fremhevet av divisjon Tynset og divisjon Kongsvinger med samlet lokal geografisk ledelse:

- **Sentralisering av funksjoner** – at stabsfunksjoner, økonomifunksjonen og IT er sentralisert oppleves som en svakhet.
- **Personavhengighet** - siden det er så få i ledelsen blir den enkelte leder viktig og dette oppleves som en svakhet ved dagens modell. Også det å få frem gode samhandlingsfora blir personavhengig.
- **Lite miljø** – opplever at miljøet kan bli for gjennomsliktig i forhold til enkelte saker, føler seg glemt i enkelte sammenhenger i forhold til fag i SI. Usikkerhet om hvorvidt divisjonen blir respektert.

Muligheter med dagens modell

- **Bedre samordning** av utviklingen innen fag og utdanningsløp for spesialister, kompetanseutvikling og spissing av funksjoner, overordnet kvalitetssystem og felles forskningsverktøy, inngåelse av overordnede avtaler mellom ulike divisjoner og etablering av felles avtaler med primærhelsetjenesten
- **Bedre ressursfordeling** mellom ”like” enheter på tvers av geografi – bruk av ”bench marking”

Divisjon psykisk helsevern fremhever følgende mulighet:

- **Videreutvikling av dagens modell** – mener effekten av dagens modell ennå ikke er kjent fullt ut. Det har vært mange forstyrrende ”elementer”, sånn som prosjekt 2020. Nå som Strategisk plan er vedtatt bidrar dette forhåpentligvis til at det blir ro i divisjonen.

Muligheter fremhevet av divisjon Tynset og divisjon Kongsvinger med samlet lokal geografisk ledelse:

- **Lokale felles ledere** også andre steder kan gi større muligheter for fleksibilitet og tilpasning/samordning av pasientflyten
- **Bedre faglig utvikling** gjennom faglige nettverk (forpliktende nettverkssamarbeid)
- **Større slagkraft** i forhold til utviklingen av spesialisthelsetjenesten i hele Fjellregionen og et enda bedre samarbeid med primærhelsetjenesten.
- **Bedre markedsføring** av pasienttilbud og korte ventelister i større grad innad i SI.

Trusler med dagens modell

- **Manglende tillit** til sentrale ledere. Avstanden til toppledelse og divisjonsledelse fører til manglende synlighet og det er en fare for fremmedgjøring i forhold til ledelsen. Ledesspenningen oppleves som for stort, noe som forsterkes av store geografiske avstander (ledelse på avstand).

- **Sentralisering av avgjørelser** som ikke har nødvendig forankring lokalt. Avgjørelser/fordelinger skjer av sentral stab som har liten kunnskap om enhetene ute lokalt
- **Redusert felles ansvarsfølelse** for problemløsning lokalt, lite engasjement og manglende lojalitet. Etablering av uformelle kommunikasjonskanaler som undergraver formell ledelse
- **Mangelfull tilstedeværelse fra egen divisjonsledelse lokalt.** Det må stilles større krav til ledernes helhetstenkning og de må ikke kun ha fokus rettet mot egen avdeling eller enhet, men også være opptatt av de andre.

Trusler fremhevet av divisjon Tynset og divisjon Kongsvinger med samlet lokal geografisk ledelse:

- **Dårlig faglig samarbeid** innad i SI kan få større konsekvenser.
- **Enda mer sentralisering** av diverse funksjoner. Sentralisering kan utarme oss og begrense fleksibiliteten
- **Stadige endringer** og endringsforslag virker demotiverende og tar krefter fra alle i divisjonen

3.2. Oppsummering av SWOT-analysen

Den ene hovedbegrunnelsen for innføring av en gjennomgående ledelsesmodell på tvers av geografi var at modellen ville gi trekkraft til å gjennomføre strukturelle endringer og utnytte mulighetene for funksjons- og oppgavefordeling. Det er et faktum at det ble gjennomført strukturelle endringer og fag- og funksjonsfordeling i 2004, jf evaluering av funksjonsfordelingen i SINTEF rapporten av 18. mai 2006. Gjennom SWOT-analysen er kompetanseheving gjennom større fagmiljø, nettverkssamarbeid og faglig utvikling framhevet som en styrke ved gjeldende modell. Det er også påpekt at dagens modell gir mulighet for styrking og spissing av fagfunksjoner. Analysen beskriver som en svakhet at organisasjonen er komplisert og ansvarsforholdene oppfattes som kompliserte. Lokalt koordineringsforum har ikke klart å kompensere for behovet for samordning internt på det enkelte sykehus eller mellom sykehusene.

Den andre hovedbegrunnelsen var at den gjennomgående ledelsesmodellen skulle skape større og mer konkurransekraftige miljøer som ville virke rekrutterende på de beste fagressursene. SWOT-analysen gir ingen tilbakemeldinger om dagens modell virker rekrutterende eller derekrutterende. Unntaket er SI Kongsvinger og SI Tynset som framhever lokal ledelse som en styrke i forhold til rekruttering.

Arbeidsgruppen mener at styrker, svakheter, muligheter og trusler slik de er beskrevet ovenfor, gir en troverdig beskrivelse av lederes og tillitsvalgte erfaringer med gjeldende organisasjons- og ledelsesmodell. Gruppen mener også at vurderingene tilfredsstillende punkt 3 i vedtak i styresak nr 064-2003.

4. Organisasjons- og ledelsesmodeller ved andre helseforetak

Arbeidsgruppen har i henhold til mandatet undersøkt organisasjons- og ledelsesmodeller ved helseforetak med tilsvarende struktur og vurdere overføringsverdien til Sykehuset Innlandet. Arbeidsgruppen har innhentet informasjon om ledelsesstrukturen ved i alt 15 foretak i Norge.

Hovedformålet med en slik gjennomgang av ledelsesmodellene ved andre foretak har vært å avklare om de ulike helseforetakene har en egen lokal ledelse (direktøransvar på den enkelte sykehusenhet). Det har ikke vært arbeidsgruppens mål å kartlegge hvilke erfaringer foretakene har med de ulike modellene. Dersom gruppen skulle ha undersøkt dette, måtte en ha foretatt intervjuer både med ledelsen ved de enkelte foretak, ansatte og aktuelle samarbeidspartnere. Arbeidsgruppens begrunnelse er at det vil være vanskelig å få en faglig tilfredsstillende vurdering innenfor den tidsrammen arbeidsgruppen har hatt til rådighet.

Hovedmodellene som er i bruk ved alle foretakene er enten en divisjonsstruktur med et faglig linjeansvar på tvers av geografi eller en struktur med lokal direktør. Det betyr at alle helseforetakene i Norge er bygd opp omkring de samme modellene som arbeidsgruppen har vurdert.

I alt vesentlig grad er ansvaret for stabs- og støttefunksjoner som økonomi, personal, teknisk drift og forskning organisert under ledelsen av foretakene.

Etter en samlet gjennomgang av ledelsesmodeller ved et stort antall norske foretak konkluderer arbeidsgruppen med at det er lite nytt å hente ut over de vurderinger gruppen selv har gjort. I denne sammenheng er det nødvendig å peke på at det er få, om noen andre foretak i Norge som kan sammenlignes med Sykehuset Innlandet på grunn av foretakets størrelse med flere større og likeverdige sykehus. I andre foretak er det ofte et naturlig hovedsykehus (sentralsykehus) og flere mindre lokal sykehus.

Arbeidsgruppen mener det er aktuelt å ta med to løsninger fra andre helseforetak i de videre vurderingene av alternative modeller:

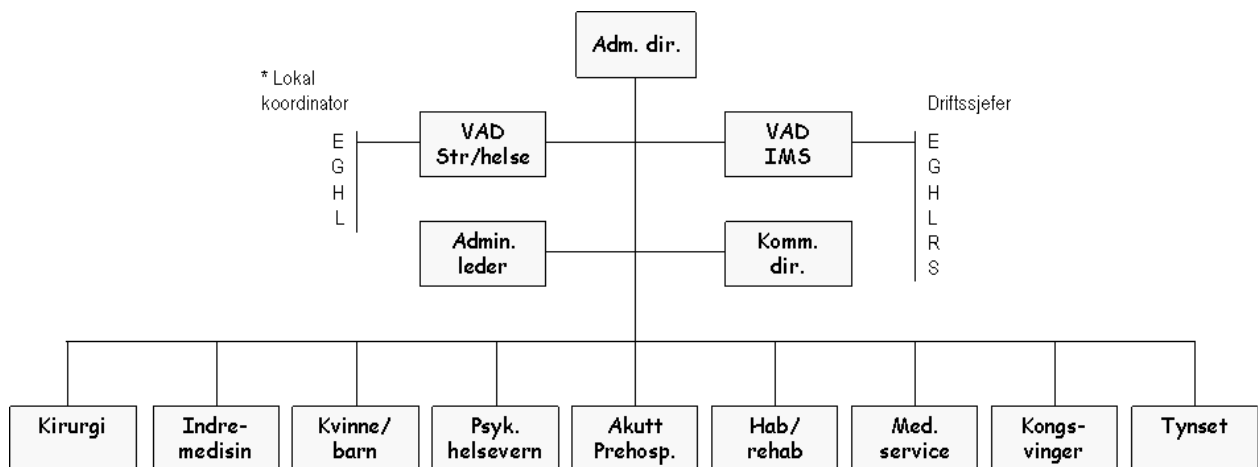
- erfaringer som er gjort ved Helgelandssykehuset HF med medisinskfaglige grupper for ulike fagfelt på tvers av sykehusenhetene
- lokale ledere/avdelingsdirektører som har ansvar for utvalgte fagområder/funksjoner på tvers av geografi i tillegg til lokalt lederansvar for en sykehusenhet

5. Vurdering av alternative modeller

5.1. Tre hovedmodeller

På bakgrunn av mandatet, Strategisk plan 2006-2020 og innspillmøtene har arbeidsgruppen vurdert tre hovedmodeller:

Hovedmodell 1 – tilpasset modell innenfor gjeldende divisjonsstruktur (fagdivisjoner)



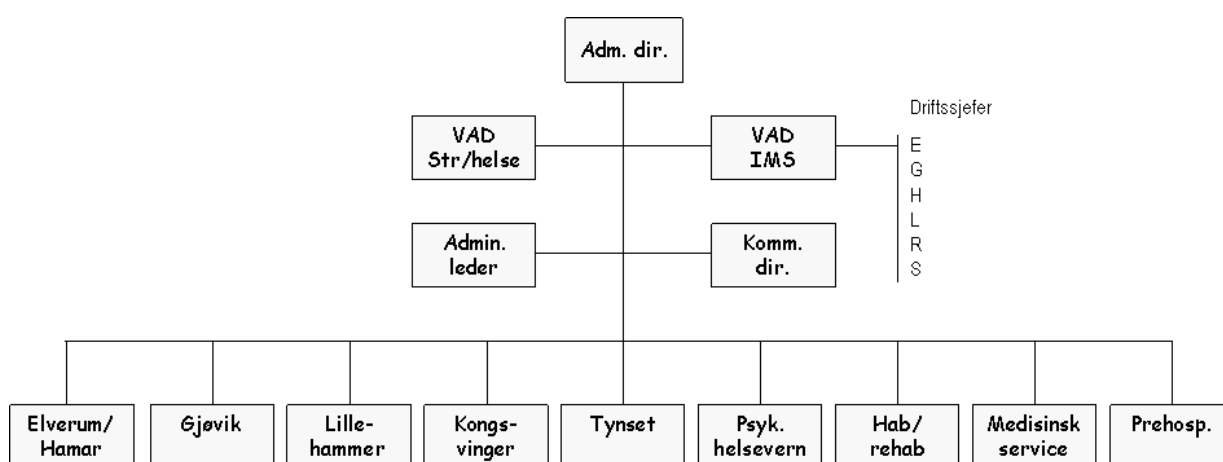
* Lokal prosessdriver
samordne klinisk virksomhet
repr. sykehuset utad

Hovedmodell 1 beskrives slik:

- Dagens sju fagdivisjoner (somatikk og psykisk helsevern) beholdes og videreføres som de er organisert i dag
- Divisjonene Kongsvinger og Tynset videreføres som de er organisert i dag.
 - ikke-medisinske servicefunksjoner rapporterer til lokal divisjonsdirektør, alternativt kan noen av funksjonene sentraliseres og legges under viseadministrerende direktør ikke-medisinsk service (ref. prosjekt IMS30)
 - IT funksjonen videreføres som enhet under sentral IT-avdeling
 - divisjonsråd på SI Kongsvinger og divisjonsstyre på SI Tynset videreføres
- Det etableres ny funksjon som lokal koordinator for klinisk virksomhet ved SI Elverum, SI Gjøvik, SI Hamar og SI Lillehammer
 - må ha helsefaglig utdanning
 - skal være prosessdriver og samordne klinisk virksomhet ved behov
 - skal avholde regelmessige møter med avdelingssjefer og driftssjef IMS
 - skal lede lokalt koordineringsforum som gis et forsterket mandat
 - skal representere sykehuset utad i saker uten tydelig faglig innhold
 - skal rapportere til viseadministrerende direktør strategi og helsefag
- Det etableres funksjon som lokal driftssjef IMS ved sykehusene på Elverum, Gjøvik, Hamar, Lillehammer, Reinsvoll og Sanderud (avklares spesielt for SI Kongsvinger og SI Tynset)
 - skal rapportere til viseadministrerende direktør IMS

- skal ha budsjettansvar og myndighet for lokal drift innenfor renhold, matforsyning, vedlikehold, teknisk drift, andre fellestiltak
- skal utarbeide prioritert oversikt over bruk av tildelte budsjettmidler i samråd med koordineringsforum
- skal være koordinator for alle funksjoner innen IMS og sørge for beslutninger og oppfølging av saker i henhold til serviceavtale med lokal divisjonsdirektør

Hovedmodell 2 – blandingsmodell av geografisk ledelse og ledelse via fagdivisjoner



Hovedmodell 2 beskrives slik:

- Dagens divisjonsstruktur for kirurgi, indremedisin, kvinne/barn og akuttmedisin og prehospitale tjenester avvikles
- Det etableres en funksjon som lokal divisjonsdirektør ved hhv SI Elverum-SI Hamar, SI Gjøvik og SI Lillehammer med ansvar for de fag som i dag er lokalisert ved sykehusene: kirurgi, ortopedi, ØNH, øye, indremedisin, nevrologi, kvinne/barn og akuttmedisin (anestesi/intensiv/akuttmottak).

Funksjonen som felles divisjonsdirektør for SI Elverum og SI Hamar etableres på bakgrunn av vedtaket i Strategisk plan om at disse sykehusene skal utgjøre én funksjonell enhet. Funksjonen som assisterende divisjonsdirektør med oppfølgingsansvar for daglig drift etableres på det av sykehusene der divisjonsdirektøren ikke har hovedbase.

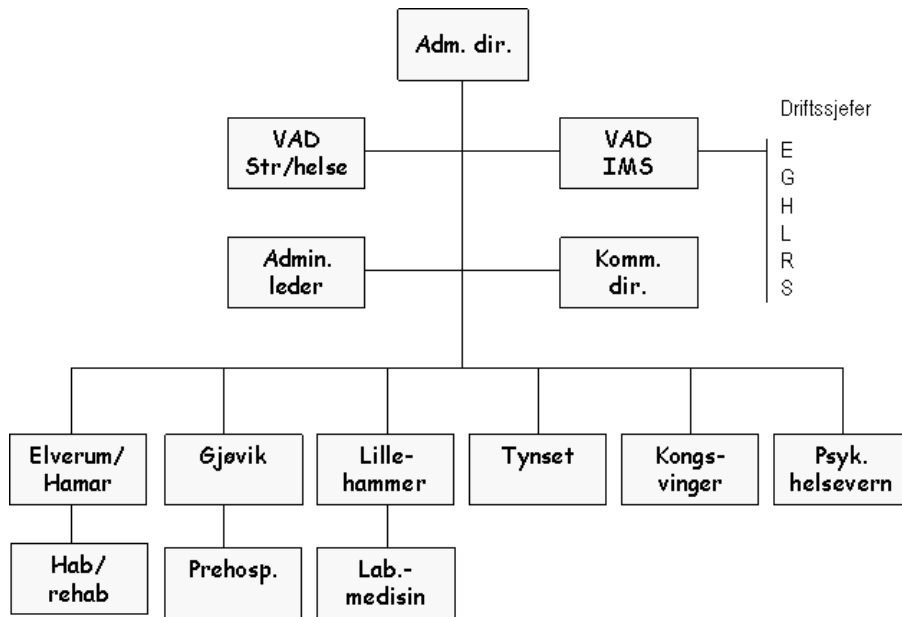
For ØNH, øye og nevrologi bør en vurdere felles avdelingssjef med ansvar på tvers av geografi (avdelingssjefen rapporterer til to lokale divisjonsdirektører), alternativt dele opp avdelingene under to avdelingssjefer som rapporterer til lokal direktør

- Divisjonsdirektørene tildeles et SI-ansvar for definerte fagområder/fagråd og/eller andre oppgaver på foretaksnivå (eks. prosjekter). Områdene skal defineres av administrerende direktør i samråd med ledergruppen. Det forutsettes at divisjonsdirektørene setter av tid til denne type oppgaver.

Divisjonene Kongsvinger og Tynset videreføres som de er organisert i dag.

- ikke-medisinske servicefunksjoner rapporterer til lokal divisjonsdirektør, alternativt kan noen av funksjonene sentraliseres og legges under viseadministrerende direktør ikke-medisinsk service (ref. prosjekt IMS30)
- IT funksjonen videreføres som enhet under sentral IT avdeling
- divisjonsråd ved SI Kongsvinger og divisjonsstyre ved SI Tynset videreføres
- Divisjon Psykisk helsevern videreføres som egen divisjon. Divisjonsdirektør gis ansvar for å finne løsninger som styrker lokal ledelsesfunksjon ved SI Sanderud og SI Reinsvoll
- Divisjon Medisinsk service videreføres som egen divisjon
- Divisjon Habilitering/rehabilitering videreføres som egen divisjon. Granheim lungesykehus organiseres som avdeling under divisjon Habilitering og rehabilitering
- Avdeling for prehospitale tjenester opprettholdes som samlet enhet og organiseres som egen divisjon
- Det etableres funksjon som lokal driftssjef IMS ved sykehusene på Elverum, Gjøvik, Hamar, Lillehammer, Reinsvoll og Sanderud (avklares spesielt for SI Kongsvinger og SI Tynset)
 - skal rapportere til viseadministrerende direktør IMS
 - skal ha budsjettansvar og myndighet for lokal drift innenfor renhold, matforsyning, vedlikehold, teknisk drift, andre fellestiltak
 - skal være koordinator for alle funksjoner innen IMS og sørge for beslutninger og oppfølging av saker i henhold til serviceavtale med lokal divisjonsdirektør

Modell 3 – lokal geografisk ledelse



Hovedmodell 3 beskrives slik:

- Dagens divisjonsstruktur for kirurgi, indremedisin, kvinne/barn, akuttmedisin og prehospitaltjenester og medisinsk service avvikles
- Det etableres funksjoner som lokale divisjonsdirektører ved SI Elverum-SI Hamar, SI Gjøvik og SI Lillehammer.
- Funksjonen assisterende divisjonsdirektør med oppfølgingsansvar for daglig drift etableres på det av sykehusene der divisjonsdirektøren for SI Elverum-SI Hamar ikke har hovedbase.
- Divisjonsdirektørene gis ansvar for de fag/funksjoner som i dag er lokalisert ved enhetene: kirurgi, ortopedi, indremedisin, nevrologi, ØNH, øye, anestesi, intensiv, akuttmottak, kvinne/barn, radiologi, fysioterapi og ergoterapi
- For ØNH, øye og nevrologi bør en vurdere felles avdelingssjef med ansvar på tvers av geografi (avdelingssjefen rapporterer til to lokale divisjonsdirektører), alternativt dele opp avdelingene under to avdelingssjefer som rapporterer til lokal direktør
- Divisjon Psykisk helsevern videreføres som egen divisjon. Divisjonsdirektør gis ansvar for å finne løsninger som styrker lokal ledelsesfunksjon ved SI Sanderud og SI Reinsvoll
- Seksjon for smittevern og hygiene legges i sentral foretaksstab under viseadministrerende direktør strategi og helsefag
- Følgende fagområder organiseres under lokale divisjonsdirektører:
 - Divisjonsdirektør ved SI Gjøvik gis ansvar for prehospitaltjenester.
 - Divisjonsdirektør ved SI Lillehammer gis ansvar for laboratoriemedisin
 - Divisjonsdirektør ved SI Elverum/SI Hamar gis ansvar for habilitering/rehabilitering, inklusiv Granheim lungesykehus

I tillegg kan det være aktuelt å gi divisjonsdirektørene SI-ansvar for andre definerte fagområder/oppgaver, som nevnt under modell 2

- Divisjonene Kongsvinger og Tynset videreføres som de er organisert i dag.
 - ikke-medisinske servicefunksjoner rapporterer til lokal divisjonsdirektør, alternativt kan noen av funksjonene sentraliseres og legges under viseadministrerende direktør ikke-medisinsk service (ref prosjekt IMS30)
 - IT funksjonen videreføres som enhet under sentral IT avdeling
 - divisjonsråd ved SI Kongsvinger og divisjonsstyre ved SI Tynset videreføres
- Det etableres funksjon som lokal driftssjef IMS ved sykehusene på Elverum, Gjøvik, Hamar, Lillehammer, Reinsvoll og Sanderud (avklares spesielt for SI Kongsvinger og SI Tynset)
 - skal rapportere til viseadministrerende direktør IMS
 - skal ha budsjettansvar og myndighet for lokal drift innenfor renhold, matforsyning, vedlikehold, teknisk drift, andre fellestiltak
 - skal være koordinator for alle funksjoner innen IMS og sørge for beslutninger og oppfølging av saker i henhold til serviceavtale med lokal divisjonsdirektør

5.2. Innspillmøter

Et hovedpunkt i arbeidsgruppens mandat er å beskrive alternative organisasjons- og ledelsesmodeller som ivaretar behovet for styrking av lokal ledelsesfunksjon og samtidig bidrar til faglig utvikling og utvikling av felles verdier i helseforetaket som helhet. Arbeidsgruppen har valgt å søke innspill fra ledere og tillitsvalgte og har avholdt 16 såkalte innspillmøter. Det er utarbeidet referater fra møtene som er bekreftet av hhv. divisjonsdirektør og leder av lokalt koordineringsforum. Møtene ga nyttige innspill til arbeidsgruppens vurderinger.

Innspillmøtene viser at ledergruppene kan deles i to grupper. Den ene delen av ledergruppene er samstemte i sine anbefalinger. Avdelingssjefene i divisjonene psykisk helsevern, habilitering og rehabilitering og medisinsk service var enstemmig i sitt syn på at egen divisjon må videreføres i ny organisasjons- og ledelsesmodell. Avdelingssjefene ved sykehusene på Kongsvinger og Tynset var også enstemmige i sin anbefaling av videreføring av lokal ledelse ved de to lokalsykehusene.

Den andre delen av ledergruppene var *ikke* samstemte i sine anbefalinger. Avdelingssjefene i divisjonene akuttmedisin og prehospitale tjenester, kirurgi, kvinne/barn og indremedisin var delt i synet på om foretaket skal videreføre fagdivisjonene eller etablere lokal ledelse ved de somatiske sykehusene på Elverum, Gjøvik, Hamar og Lillehammer.

De lokale koordineringsforaene delte seg også i synet på hvilken organisasjons- og ledelsesmodell som best vil bidra til å løse foretakets utfordringer. Koordineringsforaene ved sykehusene på Gjøvik og Lillehammer var tydelige i sin anbefaling om etablering av en modell basert på lokal ledelse. Koordineringsforumet ved sykehuset på Hamar ga anbefaling om videreføring av en modell basert på fagdivisjoner. Koordineringsforumet ved sykehuset på Elverum anbefalte å videreføre fagdivisjonene samtidig som det ble opprettet en funksjon som koordinator/prosessedriver på hvert av sykehusene. Forumet mener at denne funksjonen kan overta ledelsen av lokalt koordineringsforum og rapportere til administrerende direktør, men ikke ha budsjett- eller driftsansvar.

5.3. Drøfting

På bakgrunn av divisjonenes og arbeidstakerorganisasjonenes SWOT-analyser, innspillmøter og arbeidsgruppens egne vurderinger, har gruppen lagt vekt på at den tilpassede organisasjons- og ledelsesmodellen må bidra til å løse følgende hovedutfordringer:

- Tydelig og synlig ledelse
- Klare ansvarsforhold – oversiktlig organisasjon
- Økonomistyring og ressursutnyttelse
- Koordinering av virksomheten lokalt
- Samhandling mellom sykehusene
- Faglig integrasjon og utvikling på foretaksnivå
- Engasjement og motivasjons blant ansatte
- Rekruttering av fagpersonell

Arbeidsgruppen har valgt å vurdere hvilken evne de to alternative hovedretningene i gjeldende organisasjons- og ledelsesmodell har til å løse foretakets hovedutfordringer. Vurderingen gjøres ved hjelp av et enkelt skjema med score i + (pluss) og – (minus):

Hovedutfordringer	Ledelse i fagdivisjoner	Lokal ledelse
Tydelig og synlig ledelse	-	+
Klare ansvarsforhold – oversiktlig organisasjon	+	++
Økonomistyring og ressursutnyttelse	+	++
Koordinering av virksomheten lokalt	-	+
Samhandling mellom sykehusene	+	-
Faglig integrasjon og utvikling på foretaksnivå	++	+
Engasjement og motivasjon blant ansatte	+	++
Rekruttering av fagpersonell	?	+

Arbeidsgruppen understreker at denne vurderingen ikke kan oppfattes som objektiv korrekt. Gruppen mener likevel at den gir et bilde av hvordan de to alternative hovedretningene oppfattes å kunne møte noen av de hovedutfordringer som foretaket har. Arbeidsgruppen vil i tillegg til SWOT-analysen og vurderingen ovenfor vektlegge andre føringer i begrunnelsen for anbefalt modell, se kapittel 6.

Arbeidsgruppen har vurdert ulike modeller som alle har sine fordeler og ulemper. Det er ikke mulig å utvikle én modell som den eneste rette for alle fagområder i Sykehuset Innlandet.

Strategisk plan 2006 – 2020

Styret knytter arbeidet med tilpasning av organisasjons- og ledelsesmodellen til vedtaket av Strategisk plan 2006 – 2020. Arbeidsgruppen har drøftet de ulike punktene i styrets vedtak, ref styresak nr 043-2006, og vurdert hvilke justeringer som bør gjøres for at foretaket skal ha ledelsesmessig trekkraft til å gjennomføre den strategiske planen på best mulig måte.

Arbeidsgruppen mener at styrets vedtak gir følgende organisatoriske utfordringer:

- Planen bygger på tre allsidige akutt sykehus og to lokalsykehus med akuttfunksjoner, alle somatiske. Det må vurderes om drift og utvikling av disse sykehusene vil være best tjent med større vektlegging av lokal ledelse enn det som er tilfelle i dagens organisasjons- og ledelsesmodell.
- Planen slår fast at SI Elverum og SI Hamar skal være én funksjonell enhet og danne ett allsidig akutt sykehus. Organisasjons- og ledelsesmodellen må legges til rette for et best mulig samarbeid mellom de to sykehusene.

- Planen understreker at samarbeid og funksjonsfordeling skal skje på tre nivåer; internt på det enkelte sykehus, mellom sykehusene og da med særlig vekt på samarbeidet mellom hhv. SI Gjøvik og SI Lillehammer og SI Elverum og SI Hamar, samt på foretaksnivå. Det vil være en utfordring for enhver organisasjons- og ledelsesmodell å ivareta alle nivåene i samarbeidsstrukturen slik den er beskrevet i Strategisk plan.
- Planen gir ingen tydelige føringer for organisasjons- og ledelsesmodellen i psykisk helsevern. Planen legger likevel stor vekt på at gjennomføring av opptrappingsplanen skal gis høyeste prioritet. Det må da vurderes om gjennomføringen av opptrappingsplanen er best tjent med en videreføring av fagdivisjonen eller om arbeidet kan gjennomføres på minst like god måte innenfor alternative modeller.

6. Anbefalt organisasjons- og ledelsesmodell

6.1. Konklusjon

Arbeidsgruppen har i denne prosessen fått svært ulike signaler fra divisjonene, de lokale koordineringsforaene og arbeidstakerorganisasjonene. Gruppens utfordring har vært å vurdere hvordan foretakets behov kan løses innenfor de ulike miljøenes innspill.

Arbeidsgruppen har ut fra en totalvurdering basert på oppdraget, SWOT-analysen, innspillmøtene, føringer i strategisk plan og egne vurderinger kommet fram til at den organisasjons- og ledelsesmodellen som best vil bidra til å løse foretakets utfordringer må bygge på lokal ledelse. Gruppens konklusjon er enstemmig.

6.2. Beskrivelse av anbefalt modell

Arbeidsgruppen anbefaler at det etableres geografisk ledelse ved hvert av de tre allsidige akuttsykehusene:

Divisjonene Elverum – Hamar, Gjøvik og Lillehammer

- Sykehusene benevnes som divisjoner og det etableres funksjon som lokal divisjonsdirektør med ansvar for de fag som til enhver tid er på de respektive sykehusene (indremedisin, kirurgi, ortopedi, gynekologi/føde, barn, nevrologi, øre-nese-hals, øye, anestesi og intensiv)

Det etableres felles divisjonsdirektør for SI Hamar og SI Elverum. Det etableres funksjon som assisterende divisjonsdirektør med ansvar for daglig drift på det sykehuset hvor divisjonsdirektør ikke har hovedbase.

- Ledelsesmodell for fagene øre-nese-hals, øye og nevrologi avgjøres etter styrets behandling av saken om evaluering av disse fagenes funksjonsfordeling. Ledelsesmodellen for de tre fagene må være avklart innen 31. desember 2006
- Ledelsesmodell for nivå 3 (avdelingssjefnivå) for divisjon Elverum – Hamar avklares etter intern prosess på de to sykehusene innen 31. desember 2007
- Divisjonsdirektørene må påregne å påta seg samlet SI ansvar for nærmere definerte fagområder/fagråd og/eller andre oppgaver på foretaksnivå (prosjekter m.m.). Aktuelle områder defineres av administrerende direktør i samråd med ledergruppen.

Gruppen anbefaler videre at de to geografiske divisjonene som har hatt lokal ledelse innenfor gjeldende organisasjons- og ledelsesmodell, bør videreføres:

Divisjonene Tynset og Kongsvinger

- Divisjonene videreføres som følge av at det etableres geografiske divisjoner for kliniske fag ved de somatiske sykehusene
- Fagområdene radiologi, laboratoriemedisin, fysioterapi/ergoterapi samt smittevern og hygiene videreføres som del av ansvarsområdet til lokal divisjonsdirektør. Dette avviket fra hovedmodellen begrunnes med den lange avstanden fra de tre allsidige akuttsykehusene i Mjøsområdet. Disse fagområdene forpliktet til å delta i et faglig nettverkssamarbeid ledet av divisjonsdirektør for Medisinsk service.
- Organisering av de ikke-medisinske servicefunksjonene blir avgjort som følge av Prosjekt IMS 30.
- Divisjonsråd ved SI Kongsvinger og divisjonsstyre ved SI Tynset anbefales videreført.

Arbeidsgruppen finner det nødvendig ut fra en samlet vurdering å gjøre unntak fra hovedmodellen ved å anbefale at følgende fagområder organiseres som fagdivisjoner:

Divisjon habilitering og rehabilitering

- Entydig støtte blant ledere og ansatte til dagens organisering
- Samling av relativt små fagmiljøer i en fagdivisjon har ført til en styrking av samlet fagmiljø
- Virksomheten, som utøver spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester med hele Hedmark og Oppland som nedslagsfelt, er spredt på flere geografiske lokalisasjoner og har ikke naturlig tilhørighet til noen av de somatiske sykehusene
- Fagfeltet er et prioritert helsepolitisk område som vil få økt fokus som egen divisjon
- Granheim lungesykehus organiseres som avdeling i divisjonen

Divisjon psykisk helsevern

- Opptappingsplanen innen psykisk helsevern medfører at det skal være en vekst i behandlingsskapasiteten innenfor fagfeltet samt at de ulike nivåene i behandlingsskjeden skal ha en noe endret/spisset funksjon. Dette må koordineres både i forhold til økonomiske prioriteringer, samordning av faglige ressurser og i forhold til funksjonsfordeling mellom de ulike nivåer. For å lykkes med dette er en overbyggende helhetstenkning for Innlandet nødvendig.
- Divisjonen er med på å sikre en forpliktende samhandling og koordinering mellom ulike nivåer i behandlingsskjeden. Sentralsykehus - DPS, BUP - VOP.
- Divisjonen er den beste måten å videre utvikle et faglig fellesskap/nettverk innenfor psykisk helsevern i Innlandet. Dette er spesielt viktig for en Divisjon som består av tildels små enheter som er geografisk spredt på mange ulike steder.

- Samordning mellom psykiatri og somatikk fungerer i dag tilfredsstillende ved at de ulike DPS er lokalisert sammen med et somatisk sykehus. Ved opprettelsen av ny lokal ledelsesstruktur på de somatiske sykehusene kan denne samordningen ivaretas som i dag.
- Divisjonsdirektør gis ansvar for å finne løsninger som styrker lokal ledelsesfunksjon ved hhv SI Reinsvoll og SI Sanderud. Den interne prosessen i divisjonen bør være avsluttet innen 31. desember 2006.

Divisjon medisinsk service

- Nettverksledelsen i Helse Øst anbefaler at Sykehuset Innlandet opprettholder fagdivisjonen innen laboratoriemedisin og radiologi
- Medisinske støttefunksjoner kan opptre samlet ovenfor de kliniske fagfelt
- Helhetlig oversikt over status og investeringsbehov for medisinsk teknisk utstyr
- Innføring av lik utstyrspark
- Fagområdene har gjennom dagens ledelsesmodell utviklet felles kvalitetssystem, felles prosedyrer og rutiner arbeidet mot sertifisering og akkreditering
- Legetjenesten innen laboratoriemedisin har ansvar på tvers av geografi
- Fagområdene står ovenfor store utviklingsprosjekter
- Enklere å gjennomføre tiltak for bedre ressursutnyttelse ved bruk av felles databaser, PACS/RIS m.m.
- Utviklingsarbeid på tvers av geografi enklere med denne ledelsesmodellen
- Divisjonsdirektør gis ansvar for å vurdere organisatorisk plassering for fysioterapeuter og ergoterapeuter innen 31. desember 2006

Divisjon prehospitaltjenester

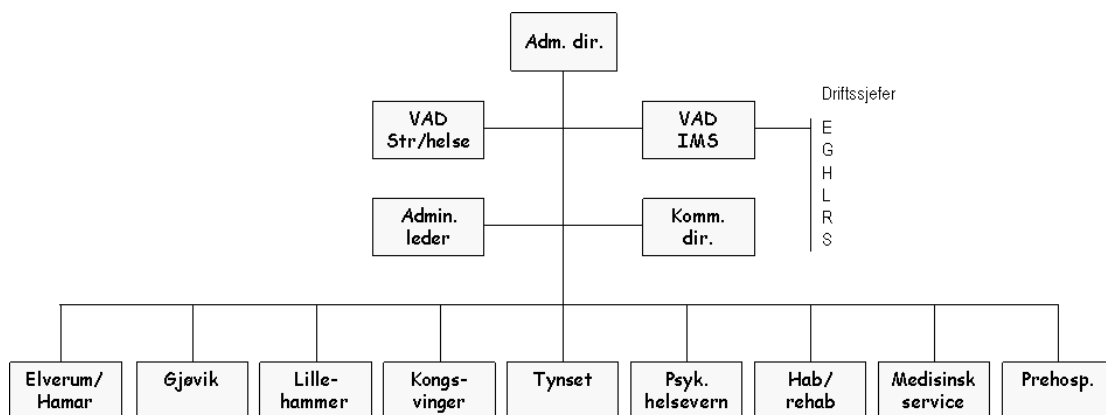
- Fagfeltet er svært annerledes en ordinær sykehusdrift og kan med fordel organiseres som egen divisjon
- Tjenesten står ovenfor store utfordringer innen oppfølging av området pasienttransport og implementering av nytt nødnett
- Samling i en egen divisjon vil i større grad sikre felles faglig utvikling og ensartet krav til kompetanse
- Organisering i egen divisjon vil gjøre det enklere å gjennomføre endringer
- Ledere og ansatte er entydige på at de bør organiseres inn under egen divisjon
- Fagfeltet er et prioritert satsingsområde og vil få større fokus som egen divisjon

Lokal driftssjef

Arbeidsgruppen anbefaler ovenfor prosjekt IMS30 at det etableres rolle som lokal driftssjef for området ikke-medisinske servicefunksjoner (IMS) ved sykehusene på Elverum, Hamar, Lillehammer, Gjøvik og divisjon Psykisk helsevern (det må avklares nærmere for SI Kongsvinger og SI Tynset).

Arbeidsgruppen ber prosjekt IMS30 avklare etablering av en slik funksjon

Organisasjonskart – ny modell



6.3. utfordringer ved anbefalt modell

Hvordan sikre videre integrasjon av virksomheten i SI?

En sær viktig utfordring videre blir å utforme og gi den nye ledelsesmodellen et innhold slik at den i tillegg til å styrke lokal ledelse også bidrar til å sikre en god integrasjon av den samlede virksomheten i Sykehuset Innlandet. Dette som forutsetning for at SI også i fremtiden skal kunne tilby befolkningen i Innlandet de spesialisthelsetjenestefunksjoner som forventes å finnes på lokal- og sentralsykehusnivå.

For å lykkes med dette, er det helt nødvendig at SI som foretak klarer å stå samlet i det videre arbeid.

I dette ligger:

Å sikre en så god utnyttelse av de tilgjengelige ressurser som mulig innebærer at vi må ha fokus på å:

- videreutvikle gode arbeidsprosesser lokalt, men samtidig ha vilje til å lære av hverandre på tvers

- samordne virksomheten gjennom tverrfaglig samarbeid
- videreutvikle data som kan brukes for sammenligne virksomhet innen de ulike fagfelt på tvers av geografi med som mål å få likt tilbud til lik ressursbruk
- se investeringsbehov på tvers av geografi

Å sikre lik faglig praksis, noe som innebærer at vi må ha fokus på å:

- videreutvikle like standarder, prosedyrer og behandlingsprotokoller
- lære av hverandre – ”best practice”
- videreutvikle felles kvalitetssystem

Hvordan kan dette samarbeidet utvikles?

- Forpliktende fagfora/fagråd innenfor nærmere definerte fagområder på tvers av geografi
- Faglig nettverkssamarbeid der det ikke er naturlig å etablere fagforum/fagråd

Arbeidsgruppen ser at ansvaret for å følge opp dette arbeidet kan legges på ulike nivåer. Ett alternativ er å legge et overordnet ansvar for de ulike spesialiteter til viseadministrerende direktør strategi- og helsefag, et annet alternativ er å fordele et slikt overordnet ansvar til de lokale divisjonsdirektørene.

Arbeidsgruppen ser det som viktig at disse spørsmålene diskuteres nærmere med fagmiljøene før en tar endelig beslutning om hvordan dette bør organiseres.