



Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Dato:	18.11.2024
Saksansvarlig:	Ole Hope
Saksbehandler:	Ole Hope, administrerende direktør
Møtedato:	25. november 2024
Saksnr i Elements:	2024/4823

Saksgang

Saksnummer	Møtedato	Utvalg
96/24	25.11.2024	Styret i Finnmarkssykehuset HF

Plan for reorganisering av Finnmarkssykehuset HF

Ingress

I styresak [100/2023](#) om budsjett for 2024 ga styret rammer og føringer for den videre utviklingen av Finnmarkssykehuset HF. Disse føringene inkluderte blant annet reduksjon av sengetall, pleiefaktorer, jobbglidning og foretaksovergripende tiltak som bruk av stabsressurser på tvers.

I styresak [9/2024](#) fattet styret videre beslutningen om en overordnet prioritering av tilbudene i Finnmarkssykehuset HF, og i styresak [63/2024](#) ba styret administrerende direktør om å komme tilbake 25. september 2024 med en informasjonssak knyttet til plan for reorganisering av Finnmarkssykehuset HF. Planen legges nå frem, som en oppfølging av de nevnte sakene.

Styret i Finnmarkssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF gir sin tilslutning til forslag om overordnet organisering samt prinsipper for dimensjonering som kommer fram i saksgrunnlaget.
2. Styret slutter seg til den planen for reorganisering som legges fram i denne saken.
3. Styret ber administrasjonen løpende vurdere tempo i prosessene med tanke på at ansattes usikkerhet blir avklart så tidlig som mulig, samtidig som prosessene ikke går for fort fram og med det øker risikoen i prosjektet.
4. Styret ber om å bli underrettet om progresjon gjennom egne orienteringssaker til styret i iverksettelsesperioden. I disse orienteringssakene legges det også fram en oppdatert overordnet risikovurdering.
5. Styret ber om at administrerende direktør påser at medvirknings- og medbestemmelsesprosessene ivaretas i de forestående endringene.

Ole Hope
Administrerende direktør



Vedlegg:

- 1 Prinsipper som vektlegges ved reorganiseringen av Finnmarkssykehuset
- 2 Generisk prinsippskisse for organisering
- 3 Stabs- og støttefunksjoner med grenseflater mot klinisk drift
- 4 Nærmere om stabs og støttefunksjoner
- 5 Foreløpig tematisk oversikt for den dynamiske delen programmet
- 6 Stab og støttefunksjoner
- 7 Risikovurdering gjennomført i reorganiseringsprosjektet Finnmarkssykehuset



Formål/Sammendrag

Etter oppstart av reorganiseringsprosjektet av Finnmarkssykehuset HF i august 2024, har det foregått en rekke aktiviteter. En prosjektorganisasjon med koordinerende funksjoner mot store deler av foretaket har kommet på plass, og det er gjennomført et omfattende arbeid med å involvere virksomheten. Innspillene fra organisasjonen er supplert med analyser, sammenligninger, simuleringer og dokumentgjennomganger. Dette har resultert i et stort data- og informasjonstilfang, som utgjør grunnlaget for et program for reorganisering av Finnmarkssykehuset i 2025.

Bakgrunn

Bakgrunn for reorganiseringsprosjektet

Finnmarkssykehuset HF står overfor store utfordringer på flere områder. Utfordringene har tiltatt over tid, og forventes å øke i tiden som kommer. Tidligere planer og tiltak har ikke gitt tilstrekkelig positiv effekt. Det gjelder særlig utfordringer knyttet til bemanning, noe som blant annet gir for liten tilgjengelighet på kompetanse og hindrer oppbyggingen av robuste fagmiljø. Dette gir også negative økonomiske konsekvenser, og foretaket må gjennom en vesentlig endringsprosess de kommende årene. Driften alene krever en økonomisk forbedring i størrelsesorden 200 MNOK – noe som tilsier i underkant av 10 prosent av bruttobudsjettet. I tillegg kommer nedbetalingen av en kassakreditt på rundt 600 MNOK, som er opparbeidet over flere år.

Kort oppsummert er det meget utfordrende å sikre nødvendig kompetanse, samtidig med at foretakets organisasjon er for stor og dyr å drive sett opp mot oppdraget, pasientgrunnlaget og de økonomiske rammebetingelsene.

For å adressere utfordringene, må foretaket ta betydelige grep på både strategisk og operasjonelt nivå. Med dette som utgangspunkt, er flere satsinger nå satt i gang. Både foretaksovergrepene, fagspesifikke og pr. klinikk. Disse vil bli videreført og foreslås koordinert og samkjørt. En reorganisering av Finnmarkssykehuset HF skal sikre at foretaket er organisert og dimensjonert riktig, sett opp mot oppdraget og behovet. Dette må skje innenfor de til enhver tid gjeldende kvalitative og økonomiske rammebetingelsene.

I styresak 100/2023 om budsjett for 2024, ga styret rammer og føringer for den videre utviklingen av sykehuset. Disse føringene inkluderte blant annet:

- Sengetall er redusert, og bemanningsplaner skal tilpasses med en pleiefaktor på maksimalt 1,4.
- Jobbglidning (mellom)spesialsykepleiere (sykepleiere og annet helsepersonell). Jobbglidning implementeres i bemanningsplaner.
- Innleie fra byrå skal reduseres til et minimum gjennom effektiv bruk av spesialister på tvers. Godkjenningsordning av innleie videreføres.
- Langtidsplanlegging systematiseres og implementeres for alle legeavdelinger.
- Foretaksovergrepene tiltaksplaner implementeres i budsjett 2024:
 - Effektiv bruk av stabsressurser på tvers

I styresak 9/2024 fattet styret videre beslutningen om en overordnet prioritering av tilbudene i Finnmarkssykehuset HF, og i styresak 63/2024 ba styret administrerende direktør om å komme tilbake 25. september 2024 med en informasjonssak med en plan



for reorganisering av Finnmarkssykehuset HF. Dette er en oppfølging av de nevnte sakene, med en oppsummering av prosjektets arbeid og forslag til videre arbeid.

Prosess

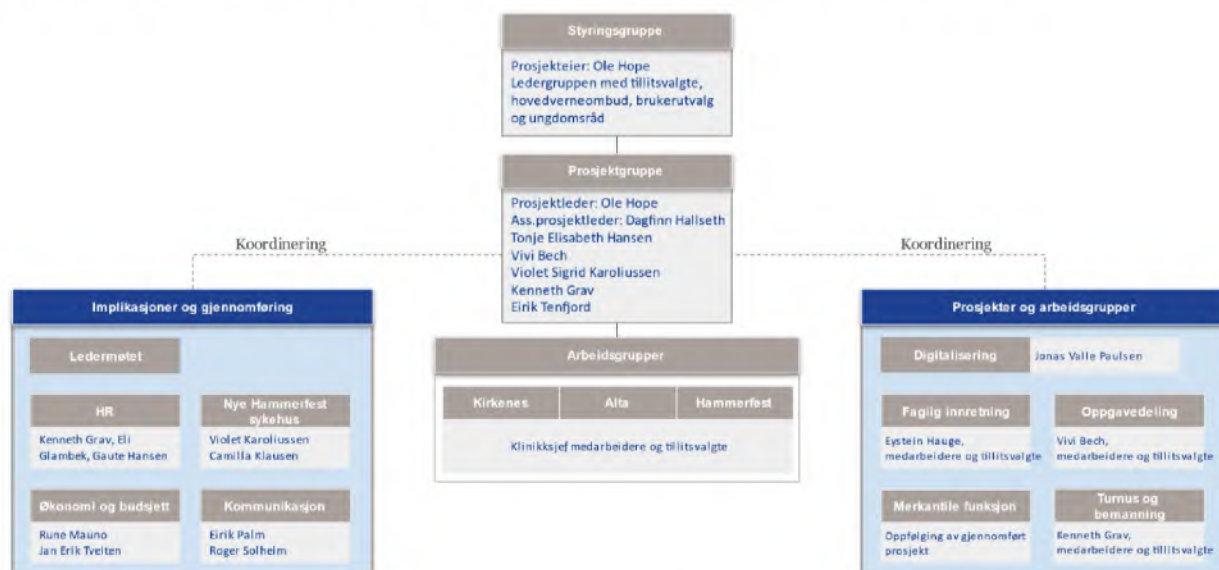
Over lengre tid har Finnmarkssykehuset HF hatt utfordringer knyttet til bemanning og ressursbruk. Gjennom sommeren 2024 utviklet resultatene seg ytterligere i negativ retning. Med dette som bakteppe, og basert på bestillinger fra styret, ble arbeidet med reorganiseringsprosjektet igangsatt.

På styremøtet 25. september 2024 la administrerende direktør frem en informasjonssak, med en plan for arbeidet med reorganiseringen av Finnmarkssykehuset HF. Det overordnede målet med prosjektet og relaterte satsinger er å tilpasse driften og pasienttilbudet til rammebetingelsene. Det skal skje gjennom organisatoriske endringer og flere andre grep. Prosjektet tar primært utgangspunkt i virksomhetene i Hammerfest, Kirkenes og Alta, men både prinsipper og grep får innvirkning på hele helseforetaket.

Leveransene fra prosjektet inkluderte å

- etablere en prosjektorganisasjon og styringsstruktur
- samle og strukturere innspill og forslag til mulige endringer
- foreslå mulige organisatoriske grep
- utarbeide planer for prosjekt og gjennomføring
- utarbeide risikoanalyser
- koordinere arbeidet mot andre pågående prosesser
- bidra til saksbehandling og utarbeidelsen av beslutningsgrunnlag

Prosjektet har vært organisert med en styringsgruppe bestående av foretaksledelsen, tillitsvalgte, hovedverneombud og representanter fra brukerutvalg og ungdomsråd. Prosjektet har også hatt en prosjektgruppe, med ansvar for koordinering og prosjektgjennomføring. Denne har vært ledet av administrerende direktør.



Figur 1: Prosjektorganisasjon

Prosjektet har gjennomført til sammen fem store arbeidsmøter i løpet av september og oktober 2024, hvorav tre har vært fysiske mens to har vært digitale.



De fysiske arbeidsmøtene ble gjennomført over to dager i både Hammerfest og Kirkenes, mens det i Alta var en heldagssamling. Tillitsvalgte, verneombud, medarbeidere og ledere fra alle nivåer deltok. Til arbeidssamlingene i Hammerfest, Kirkenes og Alta var henholdsvis 34, 32 og 28 invitert. Til de to digitale arbeidssamlingene ble over 50 invitert og 46 deltok. Arbeidssamlingene handlet om å dele kunnskap og skape en felles forståelse for utfordringene i Finnmarkssykehuset, identifisere rotårsakene til utfordringene og spille inn mulige løsninger på disse. Arbeidssamlingene var lagt opp med en veksling mellom presentasjoner og faktabeskrivelse, arbeid i grupper, presentasjoner av funn og innspill, og diskusjoner i grupper og plenum.

De to digitale arbeidsmøtene ble gjennomført med knapt 50 deltakere fra Hammerfest, Kirkenes, Alta og Sámi klinihkka. Temaet i den første arbeidssamlingen handlet om vurderinger av innspillene fra de fysiske arbeidsmøtene, samt kommunikasjon og kommunikasjonsbehov i prosjektet. Det siste arbeidsmøtet omhandlet risikovurderinger både som tema og praktisk øvelse. Arbeidsformen var en kombinasjon av orientering og presentasjon av sakene, og arbeid i digitale grupperom. Gjennom bruk av digitale skjema fikk prosjektet både strukturerte og kvalitative data fra deltakerne. Prosjektets innhold og utvikling har også vært løpende forankret og orientert om i en rekke fora. Det har gitt informasjon om det som skjer, og samtidig involvert store deler av organisasjonen. Møtearenaene inkluderer

- allmøter på foretaksnivå og lokalt
- informasjons- og drøftingsmøter med tillitsvalgte
- møte med brukerutvalg og ungdomsråd
- klinikkledermøter
- møter med foretaksledelsen
- møter på klinikk-, avdelings- og enhetsnivå
- styringsgruppemøter
- styremøter og styreseminar

I tillegg til prosjektinterne aktiviteter, har prosjektet også sørget for ekstern kommunikasjon og arbeidet tett sammen med både linjeorganisasjonen og andre pågående prosjekter og satsinger.

Overfor eksterne har det vært dialog og orienteringer i en rekke kanaler, herunder

- orientering til helseministeren i forbindelse med ministerens besøk.
- orientering til innbyggere i Finnmark gjennom kronikker, dialog med media og informasjon på Finnmarkssykehuset HF's nettsider. Her finner vi blant annet orientering om prosessen, ofte stilte spørsmål og kontaktinformasjon.
- orientering til og dialog med ulike samhandlingspartnere, herunder kommuner, helsefelleskap og regionråd.

I linjeorganisasjonen har prosjektet samarbeidet spesielt tett med

- HR-avdelingen
- Kommunikasjonsavdelingen
- Økonomiavdelingen
- Prosjektet for nye Hammerfest sykehus



Gjennom andre pågående prosjekter og satsinger har reorganiseringsprosjektet innhentet informasjon, bidratt i arbeidet og fordelt arbeidsoppgaver og prosjektleveranser. Dette inkluderer

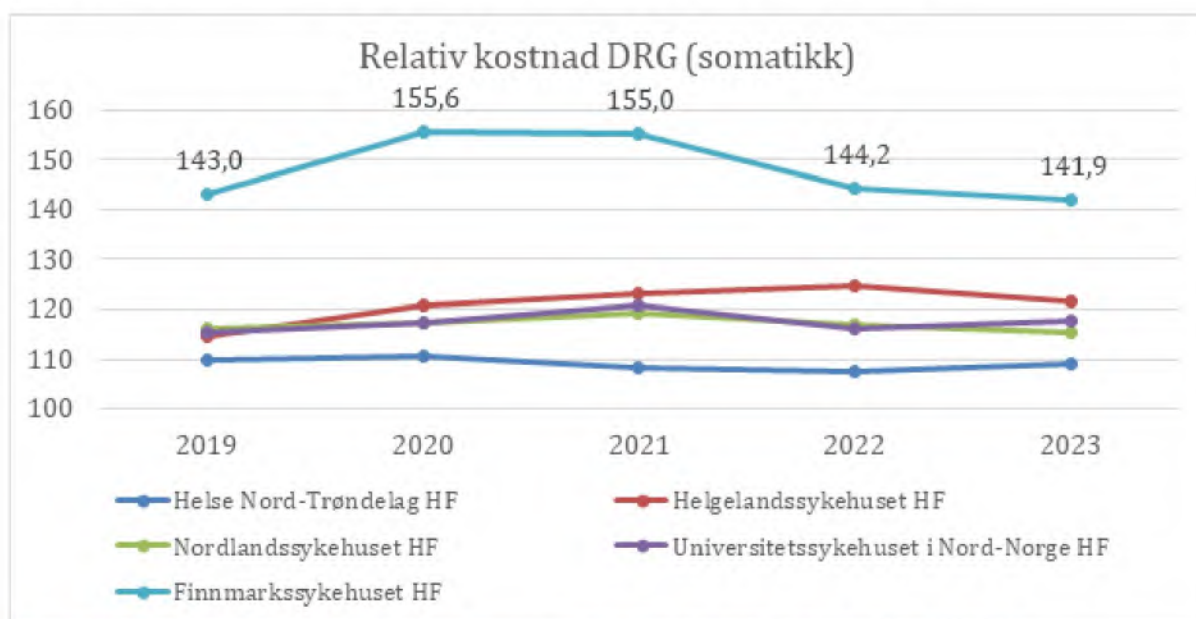
- faglig innretning, herunder PHV/BUP/TSB og ikke-beredskapskritiske fag
- oppgavedeling
- merkantile funksjoner
- digitalisering
- turnus og bemanning

Denne måten å arbeide på har bidratt til et stort idétilfang og mye medvirkning. Gjennom hele prosessen har det kommet en rekke innspill fra medarbeidere, tillitsvalgte, ledere, vernetjenesten og brukerrepresentant. Det er innspill knyttet til utfordringer, muligheter og risiko. Til sammen har det kommet inn over 700 innspill. Disse har blitt kategorisert og systematisert, og danner grunnlaget for utarbeiding av de overordnede prinsippene, forslagene og grepene som dette prosjektet legger frem.

Tall og fakta

I 2023 hadde Finnmarkssykehuset HF det høyeste relative kostandnivå i landet for de somatiske tjenestene, sett bort fra Sunnaas sykehus HF, som driver med høyspesialisert rehabilitering. Et DRG-poeng kostet 41,9 prosent mer enn gjennomsnittet for alle foretak i landet. Tilsvarende tall for Helgelandssykehuset og UNN var henholdsvis 21,5 og 17,5 prosent. I tillegg ser vi at kostnaden for utskrivningsklare pasienter pr. DRG-poeng nesten er tre ganger så høy i Finnmarkssykehuset HF (748 kroner) som gjennomsnittet for landet (267 kroner). Selv om kostnaden for utskrivningsklare pasienter ikke er medregnet i DRG-kostnaden, viser tallet at Finnmarkssykehuset HF bruker relativt mye av kapasiteten på disse pasientene.

Til tross for at den relative kostnaden pr. DRG-poeng (kostnaden sammenlignet med de andre foretakene) i 2023 er på samme nivå som i 2019, har den absolutte kostnaden likevel økt fra 83 094 kroner til 87 519 (justert for prisindeks). Med lik produktivitet som i 2019, ville Finnmarkssykehuset HF spart rundt 72,5 MNOK i 2023.



Figur 2: Relativt kostnadsnivå for DRG-poeng. Gjennomsnittet for alle foretak = 100. Kilde: SAMDATA

Resultatavviket pr. september 2024 er på -92,7 MNOK. Selv om bruk av innleie er redusert fra 2023, relateres avviket i stor grad til overtid, ekstrahjelp, vikarer og innleie. Vakante stillinger er utfordrende innenfor enkelte fagområder, og dekkes opp av kostbar overtid og innleie. Samtidig er totalt månedsverkforbruk i perioden januar til og med september rundt 10 prosent høyere enn samme periode i 2019. Andre punkter som tynger resultatet er negative avvik for ISF-inntektene, og høye kostnader for gjestepasienter. Framskrivningene tyder på et resultatavvik på -140 MNOK for 2024.

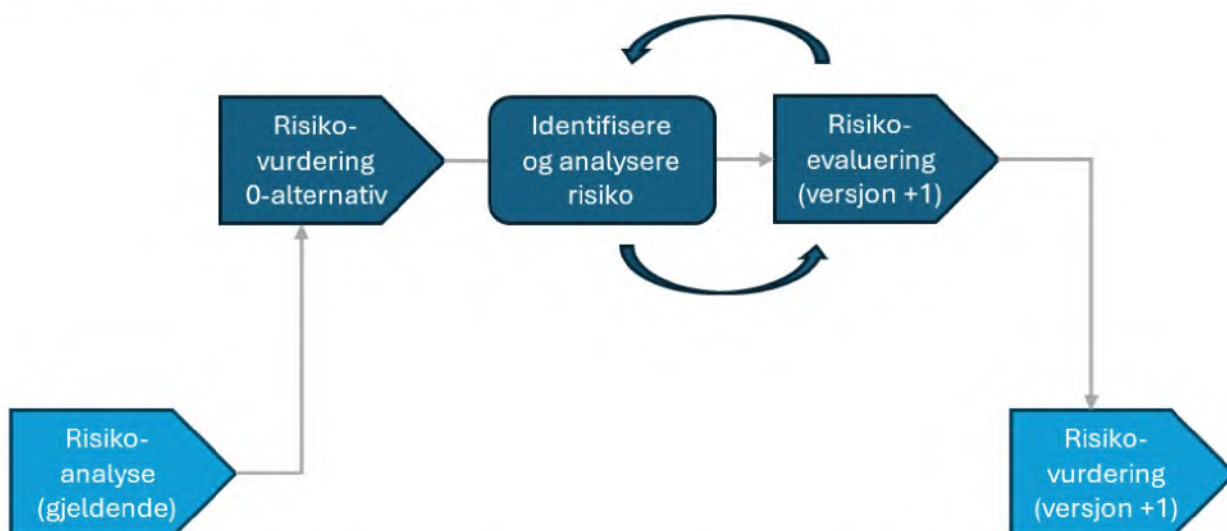
Et bemanningsnivå som ligger høyere enn resten av landet, i kombinasjon med høye kostnader knyttet til innleie og overtid, indikerer at Finnmarkssykehuset HF har potensial til å redusere kostnadene vesentlig, uten å forringe tilbudet til innbyggerne.

Risikovurdering

[Tekst] Helse Nord RHF har i løpet av 2023 revidert retningslinjer for risikostyring i regionen. En vesentlig endring er at all risiko skal klassifiseres i definerte konsekvensområder med felles skala for sannsynlighet og konsekvens, slik at risiko kan sammenlignes på tvers av foretakene. I tillegg er det gitt en presisering av styrets og administrerende direktørs ansvar innenfor RHF-et og lokale helseforetak.

I påvente av et nytt verktøy for risikovurdering, har prosjektet utviklet en mal for Finnmarkssykehuset HF som ivaretar de nye retningslinjene. Malen er en Excel-arbeidsbok som inneholder veiledning, informasjon, risikoanalyse, risikomatrix, tiltaksoversikt samt felles skala for sannsynlighet og konsekvens. På denne måten har arbeidet med risiko fått et vesentlig løft gjennom prosjektet.

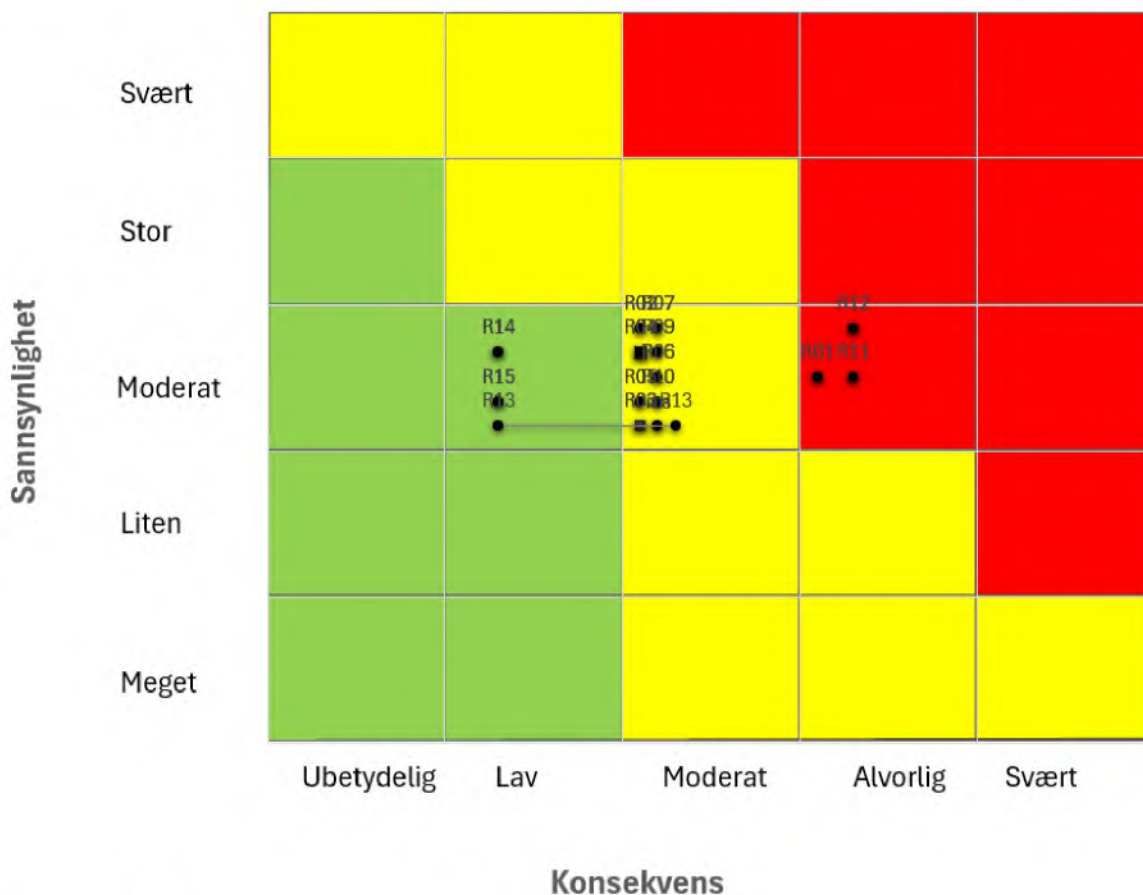
Prosjektet vil bruke risikovurderinger som grunnlag for å vurdere tiltak for å sikre kontroll på driften ved Finnmarkssykehuset HF gjennom prosjektperioden. Risikovurdering er del av internkontrollen, og gjeldene risikovurdering vil være utgangspunktet for 0-alternativet (dagens situasjon uten tiltak). Senere risikovurderinger blir vurdert mot denne. Risikovurdering vil bli gjennomført ved større endringer. Når prosjektet avsluttes, vil risikovurderinger fortsette som del av internkontrollen.



Risikovurdering av 0-alternativet er klassifisert og analysert i henhold til reviderte retningslinjer. Risikomatrixen med totalt 15 risikoer er vist i figuren under.

Finnmarkssykehuset HF

Risikovurdering



Figur 3: Risikomatrix 0-alternativet (ingen endring)

Risikofaktorer med høyt (rødt) risikonivå i matrisen er:

- R01 - Utvalgte kvalitetsindikatorer – oversikt fra SKDE
- R11 - Oppnå økonomisk resultatkrav
- R12 - Gjennomføring tiltaksplan for omstilling

Tiltak for å redusere risikonivå for R01 er iverksatt ved klinikkene. Risiko R11 og R12 følges opp med tiltak i prosjektet.

I arbeidsmøtene har det kommet mange innspill til prosjektet gruppert etter tema som digitalisering, effektiv drift, turnus, pasientkontakt, mfl. Innspillene er gjennomgått, konsolidert og omformet til risiko. Dette har ført til 14 nye risikopunkter. I tillegg har HR startet arbeidet med å se på konsekvenser for arbeidsmiljø, hvor det er identifisert 4 risikoer. Samlet har prosjektet en risikoliste med totalt 33 risikoer; 15 risikoer fra 0-alternativet, 14 risikoer fra arbeidsmøtene og 4 risikoer fra arbeidsmiljø.

Prosjektet jobber videre med risikovurderingen ved å analysere og evaluere identifiserte risikoer. Tabellen under gir en kort beskrivelse av identifisert risiko innenfor de forskjellige konsekvensområdene.



Konsekvensområde	Risiko
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	<ul style="list-style-type: none">• Mangel på behandlere• Manglende utnyttelse av spesialister og ressurser på jobb• Manglende bruk av digitale tjenester gir økte kostnader og ressursbruk• Redusert pleiefaktor øker risiko for feilbehandling
Personell, utdanning og kompetanse	<ul style="list-style-type: none">• Manglende rekruttering• Manglende ressursplanlegging gir overforbruk og mangel på ressurser• Ledelsen setter ikke av tid til rekruttering• Manglende faglig videreutdanning gjør det vanskelig å beholde gode fagmiljø
Helse-Miljø-Sikkerhet (arbeidsmiljø)	<ul style="list-style-type: none">• Høyt arbeidspress gjør at nyansatte og studenter slutter, gir høy turnover og høyt sykefravær• Ansatte blir ikke orientert om prosess og beslutning• Lav grad av medvirkning• Manglende ledelse• Omstillingstrøtthet blant ansatte
Drift/tjenesteproduksjon/beredskap	<ul style="list-style-type: none">• Manglende opplæring gir dårlig utnyttelse av systemer og tekniske hjelpemidler• Manglende oversikt over ressurser og utstyr gjør at pasienter blir for lenge på sykehuset• Manglende standardisering på tvers og rutiner gir mye unødvendig merarbeid• Krevende reiseruter for pasientene gir høye kostnader og avlysninger• Forsinkelser gjør pasientopplevelsen uforutsigbar
Klima og miljø	Ingen risiko identifisert
Økonomi	<ul style="list-style-type: none">• Manglende gjennomføringskraft av endringer• Manglende fullmakter gir lang behandlingstid
Forskning og innovasjon	<ul style="list-style-type: none">• Få kliniske studier• Få pasienter med i kliniske studier
Informasjonssikkerhet og personvern	Ingen risiko identifisert
Tillitt og omdømme	<ul style="list-style-type: none">• Ved mangel på ressurser og kompetanse blant ansatte i en avdeling, vil tillit og omdømme til avdelingen og/eller foretaket falle.
Konsekvensområde	Risiko



Samhandling	<ul style="list-style-type: none">• Manglende avtaler mellom foretakene, gjør det vanskelig å fordele oppgaver til andre sykehus og kommuner• Lite digital samhandling mellom foretakene gir økt bruk av ressurser til kommunale oppgaver og unødige innleggelse og utredninger• Manglende standardisering på tvers hindrer deling og effektiv ressursutnyttelse mellom foretak og enheter
-------------	--

Metode og verktøy for risikovurdering kan benyttes i arbeid med beredskap. Med utgangspunkt i liste over forskjellige scenarier (hendelser) kan en vurdere sannsynlighet og konsekvens. Med dette som grunnlag, må Finnmarkssykehuset HF vurdere om risikonivået er tilfredsstillende eller om tiltak må iverksettes. Eksempler på scenarier som grunnlag for risikovurdering av beredskap kan være:

- Store ulykker og naturhendelser
- Langvarige kriser
- Kritiske hendelser som rammer viktige informasjonssystemer
- Svikt i viktige forutsetninger for effektiv drift og beredskap

Saksvurdering/analyse

Prinsipper for og organisering av Finnmarkssykehuset HF

Styret i Finnmarkssykehuset HF vedtok i sak 09/24 en overordnet oppgaveprioritet for foretaket:

1. *Finnmarkssykehuset HF er en beredskapsorganisasjon for hverdagsberedskap knytte til spesialisthelsetjenester i Finnmark.*
2. *Finnmarkssykehuset HF støtter primærhelsetjenesten ved å levere spesialisthelsetjenester til lokalbefolkningen (diagnostikk, behandling og kronikeroppfølging).*
3. *Finnmarkssykehuset HF søker å legge meningsfull elektiv aktivitet til vår tunge infrastruktur (som foretaket primært har av beredskapsgrunner)*

Videre en rekke operasjonelle prinsipper for å kunne ivareta en slik oppgaveprioritet, deriblant følgende:

- *Finnmarkssykehuset HF desentraliserer det vi kan og sentraliserer det vi må*
- *Det Finnmarkssykehuset HF må sentralisere er:*
 - *det som krever dyr og tung infrastruktur (slik som operasjonsstuer med tilhørende overvåkningsutstyr og intensivsenger)*
 - *de vaktlinjer foretaket må bygge robuste av beredskapshensyn rundt vår tunge infrastruktur. Med dette menes de medisinske spesialitetene kirurgi (gastrokirurgi), indremedisin, ortopedi og obstetrikk/gynekologi, støttet av anestesi og radiologi. Disse spesialitetene er heretter kalt beredskapskritiske vaktlinjer.*

- *Samlet sett tilsvare Finnmarks befolkning bare opptaksgrunnlaget for ett stort akutt sykehus. Da må foretaket i så liten grad som mulig spre beredskapsorganisasjon og de ansatte som inngår i de beredskapskritiske vaktlinjene på mer enn de to stedene vi har akutt sykehus*

Styresak 92/94 omhandler det faglige målbildet for utviklingen av de øvrige medisinske spesialitetene i foretaket som ikke er omtalt som beredskapskritiske spesialiteter i avsnittet over.

For å kunne lede foretaket på en effektiv måte vil administrerende direktør foreta endringer i organisasjonsstrukturen. Kort oppsummert vil foretaket få færre ledere i en flatere og smalere organisasjonsstruktur, der dagens avdelingsledere fjernes fra organisasjonskartet. Samtidig vil flere små enheter samles til færre og større enheter. (Se styresak 83/2024).

Detaljene for hvilke enheter som slås sammen er ikke klart per i dag, og vil bli gjenstand for egne prosesser i foretaket fremover. De samme prosessene vil avdekke og ivareta behovet for eventuelt kompensierende tiltak når avdelingsledernivået fjernes. Noen prinsipper er imidlertid tegnet ut for den nye organisasjonsmodellen, og vil bli gjenstand for ytterligere justering i tiden frem mot implementering:

- Innretning av nivå 1 og nivå 2 i organisasjonen, herunder assisterende og stedfortredende roller
- Støtteressurser til enhetsledere varierende med størrelsen på enhetene. Som en veiledende regel legges det opp til at enheter under 15 ansatte ikke har lederstøtte, enheter med 15 til 30 ansatte har lederstøtte svarende til en fulltidsekvivalent, mens enheter med over 30 ansatte vurderes individuelt
- En sentralisering og profesjonalisering av en rekke fellesfunksjoner som i dag er spredt tynt ut i foretaket. Disse funksjonene samles i stor grad under medisinsk direktør og assisterende direktør i foretaket, men også HR-avdelingen (turnusplanlegging) og Klinikk for teknologi og innovasjon (oppfølging av kliniske systemer) vil få tillagt nye oppgaver.

Vedlegg 2, 3 og 4 beskriver og illustrerer dette nærmere.

Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-9.

Foretaket vil utarbeide en egen risikovurdering i forbindelse med implementering av de organisatoriske endringene. Hensikten med en slik gjennomgang vil først og fremst være å sikre at viktige arbeidsoppgaver ikke forblir uløst, og at beredskapsevnen ikke reduseres. Konkret vil eksempelvis kriseledelsen ved hver klinikk måtte defineres på nytt.

Administrerende direktør vil søke å styre mot at en detaljert plan for implementering, etter forutgående prosess og beslutning, foreligger innen utgangen av første kvartal 2025.

Program for reorganisering



Gjennom tiltak og satsinger som har pågått over tid, og aktivitetene som er gjennomført enten direkte i reorganiseringsprosjektet eller i et av de relaterte prosjektene, er det sammenstilt et omfattende materiale med grunnlag for og innspill til mulige grep. På bakgrunn av dette, og risikovurderinger knyttet til dagens situasjon, anbefales det å opprette et program for reorganisering av Finnmarkssykehuset HF.

Programmet vil inneholde en portefølje av grep. Formålet er å balansere og styre virksomhetens samlede aktivitet på en slik måte at virksomhetens ressurser utnyttes best mulig. De fremlagte grepene vil gjennomføres som linjeaktiviteter eller egne prosjekter, i tråd med prinsippene for reorganiseringen.

Vurderinger rundt særlig gevinst, tid, omfang og risiko vil være førende for hva som prioriteres. Vedvarende kostnadsreduksjoner må realiseres innen kort tid, men det samlede omfanget av grep og endringer må samtidig planlegges ut fra gjennomføringskapasiteten Finnmarkssykehuset HF disponerer. Grepene skal også bidra til å håndtere identifiserte risikoer i dagens virksomhet.

Deler av det samlede programmet legges frem som egne saker i styremøtet. Dette gjelder følgende:

1. **Målbilde for organisering av medisinske spesialiteter i Finnmarkssykehuset HF.** En beskrivelse av målbildet for utviklingen av de medisinske spesialitetene i foretaket som ikke tidligere er definert som beredskapskritiske, jf. styresak 09/24.
2. **Fremtidig organisering av spesialitetene psykiatri (psykisk helsevern for voksne), barne- og ungdomspsykiatri samt tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser og avhengighet.** Saken omhandler foreslåtte organisatoriske endringer knyttet til disse tre spesialitetene.
3. **Oppgavedeling og kompetanse** handler om riktig oppgavedeling som en faktor for både god samhandling og bærekraftig bemanning i Finnmarkssykehuset HF. Oppgavedelingen påvirker kompetansen og personellet som etterspørres, og gjennom standardiserte kompetansepakker vil foretaket muliggjøre fleksibel bruk av ressurser. En modell for karrierevei vil også kunne fremme Finnmarkssykehuset HF som en attraktiv arbeidsplass.
4. **Prinsipper for ressursplanlegging**, som peker på utfordringer med hvordan bemanningen planlegges i dag, og som foreslår et sett av felles prinsipper for ressursplanlegging. Turnusplanlegging vil også legges som en sentralisert funksjon under HR-avdelingen. Prinsippene skal bidra til å sikre forsvarlig drift, redusere uønskede variasjoner i ressursplanleggingen, og redusere de samlede kostnadene for bemanning i Finnmarkssykehuset HF.

Hoveddelen av programmet inngår i sakene ovenfor, mens den øvrige delen av programmet vil være dynamisk, og bestå av en rekke mulige grep som samlet sett skal bidra til at Finnmarkssykehuset HF driftes innenfor rammene gitt av eierne og styret. Det er gjort en overordnet initiell vurdering av innspillene reorganiseringsprosjektet har mottatt, basert på de følgende kriteriene:

- Gevinst/verdi
- Omfang
- Kostnad
- Risiko



- Tid
- 0/1-kriterium

Det siste kriteriet er ment for å skille ut innspill som er utenfor programmets myndighet eller omfang, eller som av andre grunner er vurdert som ikke mulig å gjennomføre. Hvert foreslåtte grep vil beskrives gjennom en egen prosjektbegrunnelse, før en ny vurdering vil bli gjort. Deretter vil grepet detaljeres, og det vil bli gjort en risikovurdering i forbindelse med gjennomføringen. Den foreløpige oversikten over den dynamiske delen av programmet er vedlagt i form av tematiske overskrifter (vedlegg 5).

Styring og gjennomføring

Prosjektet har i løpet av høsten 2024 fått på plass rammer for det videre arbeidet med reorganisering av Finnmarkssykehuset HF, og en styringsstruktur som kan videreføres. Dette inkluderer foretaksovergrepene prinsipper, prosesser for koordinering av pågående initiativer og samkjøring av aktiviteter i linjen.

Med utgangspunkt i strukturen for reorganiseringsprosjektet, foreslås det å opprette en koordinerende enhet i form av et programkontor, under styringsgruppen. Programkontoret skal stå for oppfølgingen av porteføljen. Samtidig har administrerende direktør ansvaret for og styringsrett over porteføljen. Styringsgruppen er innstillende organ til administrerende direktør. I tillegg vil programkontoret bidra med koordinering overfor linjen, og med støtte til klinikkene på utvalgte områder som forankringsarbeid og risikovurderinger. Det er samtidig viktig å påpeke at klinikklederne og linjen har ansvar for å implementere grepene og realisere de planlagte gevinstene i klinikkene.

Den overordnede planen er å konkretisere og gjennomføre programmet gradvis og koordinert, i løpet av årets første tre kvartaler i 2025. Ut over dette foreslås det å legge inn en tidsbuffer på tre måneder, gjennom å ha 4. kvartal som en mulig tidsreserve dersom det viser seg at det blir behov for det. Reorganiseringen må være gjennomført senest ved årsskiftet 2025/2026.

Programmet vil samarbeidet med linjen om involvering, kommunikasjon, forankring og risikostyring. Dette inkluderer forvaltning og gjennomføring av en kommunikasjonsplan, risikovurderinger ved større endringer og involvering av medarbeidere, tillitsvalgte, vernetjeneste, brukerutvalg og ungdomsråd. Dialog med eksterne interessenter, som kommuner, helsefelleskap og regionråd, står også sentralt i arbeidet.

Konsekvenser for samisk språk, kultur og tjenestetilbud

Kompetansen rundt samisk språk, kultur og behov skal styrkes. Flere av innspillene i prosessen har omfattet nettopp dette, og det er lagt til som et eget prinsipp for reorganiseringen. Samisk språk, kultur og behov kan også fremmes gjennom de organisatoriske grepene.

Medbestemmelse og brukermedvirkning

Prosjektet har lagt opp til bred medbestemmelse, involvering og brukermedvirkning. Det har skjedd gjennom deltakelse i en rekke aktiviteter i hele prosessen, og gjennom representasjon i prosjektets styringsstruktur. Brukerutvalget, ungdomsrådet, tillitsvalgte og hovedverneombud har vært representert i styringsgruppen.

Prosjektet har gjennomført rundt 45 ulike møter i september og oktober, utelukkende i tilknytning til reorganiseringen. Til arbeidssamlingene som gikk over to dager i Hammerfest og Kirkenes, og én dag Alta, var det henholdsvis 34, 32 og 28 inviterte. Over 50 personer ble invitert til de to påfølgende digitale arbeidssamlingene, hvorav 46 personer deltok. I tillegg har det vært gjennomført samlinger knyttet til arbeidet med organiseringen av fagområdene PHV, TSB og BUP i Alta, og arbeidsmøter knyttet til oppgavedeling. Gjennom styresaker og tre styreseminar har styret og tillitsvalgte blitt informert og involvert underveis.

Det har vært avholdt faste ukentlige allmøter i forbindelse med reorganisering, på fredager kl. 12.00–13.00. Her har det også vært mulig å stille spørsmål og komme med innspill. Møtene blir tatt opp, slik at de som ikke kan delta har mulighet til å få samme informasjon.

Dagen etter styremøtene, har det vært avholdt allmøter der styrets ledelse stiller. Hensikten er å gå gjennom styrets vurderinger, konklusjoner og vedtak, og er et direkte kontaktpunkt med styreledelsen. Dette er også en arena for å stille spørsmål eller komme med innspill. Møtene tas opp og, er tilgjengelig i en måned, med mindre annet er avtalt.

Det har i perioden også vært gjennomført fysiske allmøter på fire av lokasjonene til Finnmarkssykehuset. Ansvarlig for gjennomføringen har vært administrerende direktør og klinikkjefene. Møtene har dels inneholdt informasjon fra arbeidsgiver og dels vært åpne, der møtedeltakerne kan stille spørsmål og komme med innspill. I tillegg har det vært allmøter på de ulike klinikkene. I disse møtene deles informasjon, og det er mulighet til å komme med innspill.

På foretaksnivå har det blitt gjennomført 5 ordinære informasjons- og drøftingsmøter. I tillegg har det vært gjennomført 6 ekstra informasjons- og drøftingsmøter, i forbindelse med reorganiseringen.

Gjennom arenaene nevnt ovenfor har mange fått anledning til å gi innspill. Prosjektet har registrert over 700 innspill fra medarbeidere, tillitsvalgte, vernetjenesten og ledere, knyttet til blant annet forbedringsområder, muligheter og risiko.

Reorganiseringsprosjektet bygger videre på arbeidet til prosjektarbeidene rundt turnus, oppgavedeling, ikke-beredskapskritiske fag med videre, som har hatt egne og omfattende aktiviteter med dialog og medvirkning.

Denne saken ble drøftet i informasjons- og drøftingsmøte 15. november 2024. Risikovurderingen ble ettersendt og drøftes 18. november 2024. Det framkom spørsmål i saken som har ført til justering av vedtaks punkt.

Direktørens vurdering

Administrerende direktør legger her fram en gjennomarbeidet sak som har til hensikt å legge fundament for den detaljerte reorganiseringen i Finnmarkssykehuset HF. For å kunne gjennomføre en kvalitativt god prosess knyttet til detaljutforming av framtidens Finnmarkssykehus må de fundamentale prinsipper og rammer for organisasjonsutviklingsarbeidet være på plass.

Administrerende direktør understreker nytten og viktigheten av gode medvirknings- og medbestemmelsesprosesser. Medvirkning og medbestemmelse betyr ikke nødvendigvis at alle vil kjenne seg helt igjen i løsningene eller at alle bidragsytere får de løsninger de selv har foreslått. Imidlertid betyr det at alle som har tatt del i prosessene er blitt hørt, og forslagene deres har blitt grundig vurdert. I saksunderlaget kommer omfanget og bredden i medvirkningen fram, med mer enn 40 medvirknings- og medbestemmelsesmøteplasser og et tresifret antall bidragsytere. Dette har gitt et godt tilfang av innspill og ideer som foretaket vil dra stor nytte av.

Arbeidet fram til denne milepælen i reorganiseringen gir ikke alle svar på hvordan reorganiseringen får innvirkning på enkeltmedarbeideren, men den legger et godt fundament for den videre prosessen og ikke minst arbeidet med risikovurderinger. Det er administrerende direktørs oppfatning at prosessen isolert sett har høynet internkontrollkompetansen i foretaket gjennom å ha arbeidet så grundig med risiko vurderinger. Risikovurderinger vil framover være en integrert del av den løpende styring av foretaket i et helt annet omfang enn det som har vært omfanget til nå.

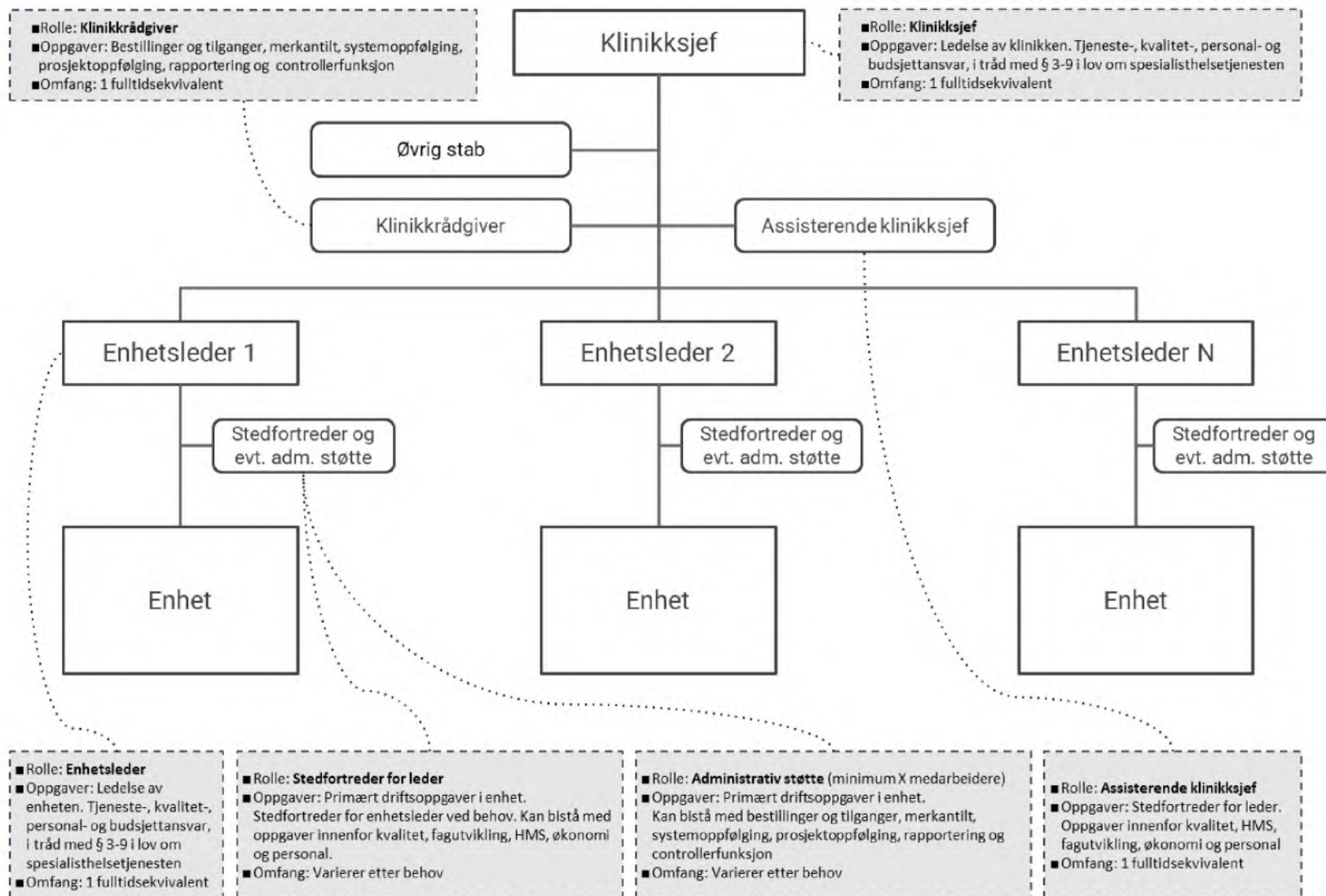

Vedlegg 1: Prinsipper som vektlegges ved reorganiseringen av Finnmarkssykehuset

Prinsipp		Forklaring og utdypning
Grunnleggende prinsipper	Pasientbehov og virksomme tjenester som utgangspunkt for virksomheten	<ul style="list-style-type: none"> ● Pasientgrunnlaget og pasientens behov er utgangspunktet for hvordan vi yter tjenestene ● Vi unngår overbehandling og yter virksomme tjenester som gir helsegevinst
	Vi tenker og arbeider som <u>ett</u> sykehus	<ul style="list-style-type: none"> ● Vi organiserer oss som ett sykehus ● Vi løser utfordringer gjennom å samarbeide og bruke vår felles kapasitet best mulig ● Vi har felles løsninger, systemer, prosesser og prosedyrer
	Vi samarbeider godt med andre aktører	<ul style="list-style-type: none"> ● Vi legger til rette for klok bruk av samfunnets ressurser ● Vi sikrer verdi og verdighet for pasientene
Bærekrafts-prinsipper	Ansatte som vår viktigste ressurs	<ul style="list-style-type: none"> ● De ansatte er vår viktigste ressurs. Reorganiseringen skal legge til rette for best mulig bruk av deres kompetanse og kapasitet
	Driftsøkonomisk rasjonell organisering	<ul style="list-style-type: none"> ● Organiseringen skal bidra til bærekraftig økonomi
	Samisk språk og kultur vektlegges	<ul style="list-style-type: none"> ● Kompetansen på samisk språk, kultur og behov skal styrkes i hele organisasjonen
	Riktig nivå på og bruk av ressurser	<ul style="list-style-type: none"> ● Ressursbruk og bemanning skal tilpasses aktivitet og volum
Strukturelle prinsipper	Dagens fysiske lokasjoner består	<ul style="list-style-type: none"> ● Overordnet struktur ligger fast, men organiseringen kan endres ● Hver geografisk lokalisasjon har en stedlig leder
	Desentralisert tjenester når det er mulig og formålstjenlig	
	Tverrgående HF-oppgaver samordnes	<ul style="list-style-type: none"> ● Samordning, profesjonalisering og standardisering av fellesfunksjoner
	Flatere organisasjonsstruktur	<ul style="list-style-type: none"> ● Klinikkene skal ha en flatere organisasjonsstruktur med kortere linjer og færre ledere
Kliniske prinsipper	Beredskapskritiske spesialiteter prioriteres	<ul style="list-style-type: none"> ● Beredskapskritiske spesialiteter skal prioriteres i Kirkenes og Hammerfest ● Fagområdene omfatter (gastro)kirurgi, ortopedi, indremedisin, obstetikk og gynekologi, støttet av radiologi og anestesi
	Vi skaper robuste fagmiljø	<ul style="list-style-type: none"> ● Redusere avhengigheten til enkeltpersoner ● Styrke den faglige utviklingen og bidra til å skape en attraktiv arbeidsplass
	Vi legger til rette for spesial- og spesialistutdanninger	<ul style="list-style-type: none"> ● LIS2 og LIS3 ● Andre spesial- og spesialistutdanninger



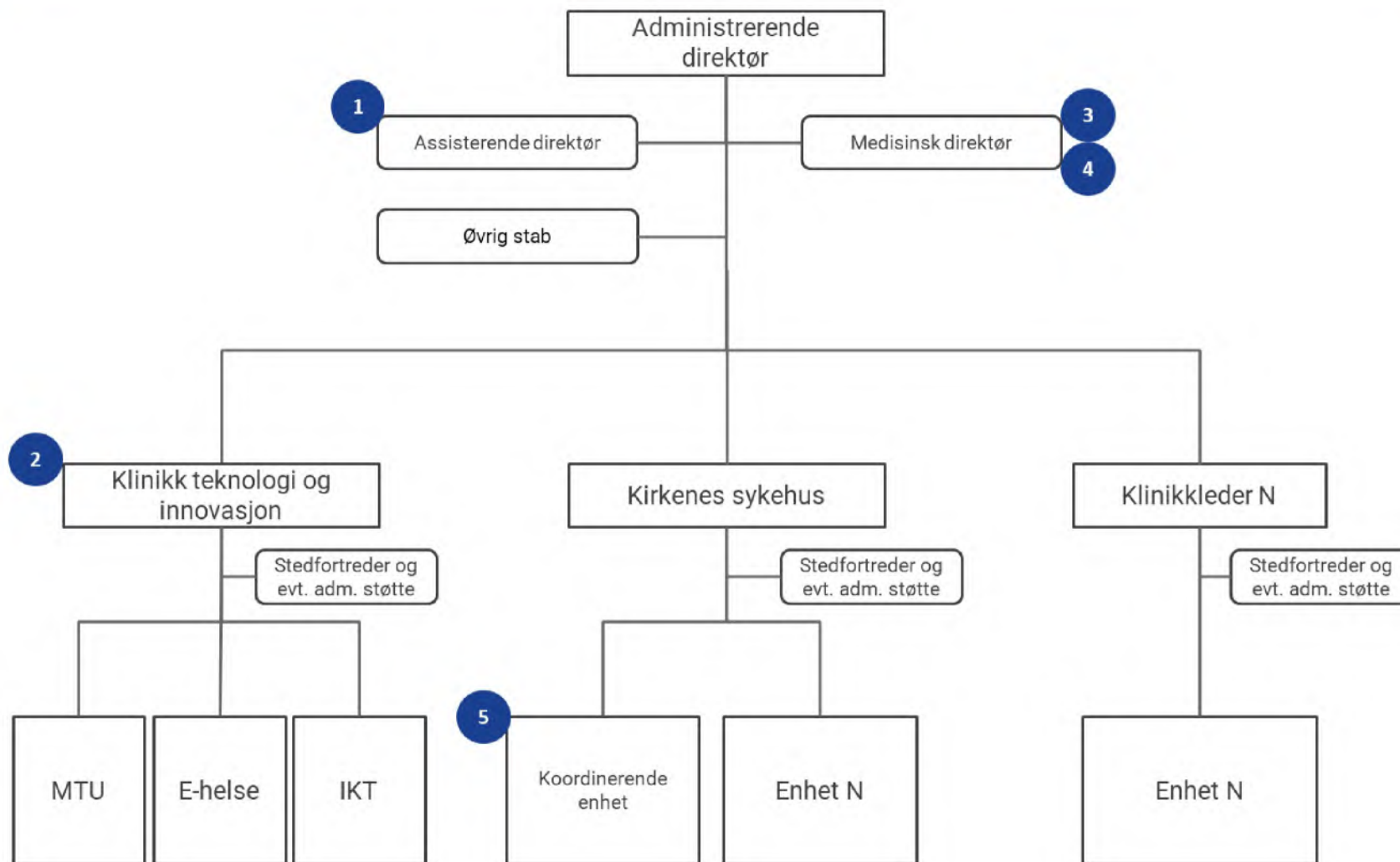
Vedlegg 2: Generisk prinsippskisse for organisering

Hovedprinsipper for generell modell





Stabs- og støttefunksjoner og grenseflater mot klinisk drift





Nærmere om stabs- og støttefunksjoner og grenseflater mot klinisk drift

1 Assisterende direktør

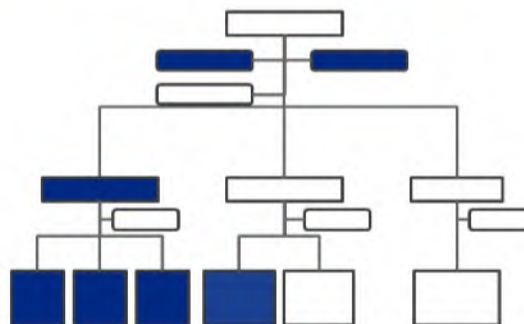
- Beredskapsplanlegging
 - Beredskapskoordinatorer
- Samhandling; kommuner, HF, RHF, event. andre tjenesteytere
- Samhandling; universitet og høyskoler
 - Samhandlingskoordinatorer
- Informasjonssikkerhet og personvern
 - Personvernombud

2 Klinikk teknologi og innovasjon

- E-helse
- Klinisk systemer
 - DIPS, MetaVision
 - EPJ konsulenter
 - Ventelisteoversikt
 - Følges opp av EPJ konsulenter

- MTU
- Med. tek utstyr

- IKT
- Annen digitalisering
 - Grenseflater mot HN IKT



3 Medisinsk direktør - Kvalitetssjef

- Traumekoordinator og -simulering
- Forløpskoordinatorer
 - Samarbeid med event. kreftkoordinator i kommunene
- Barn som pasienter
- Pårørendeansvarlig
- Barn som pårørende
- Samvalgskoordinator
- Smittevern
 - Hygienesykepleiere
 - Felles smittevernoverlege (jf. Helse Nord RHF vedtak)
- Klinisk etikk-komite (KEK)
- Kvalitet/rutiner/metodebøker (kvalitetssystem som DocMap, EK, m.v.)
 - Internrevisjoner
 - Bidrag til ledelsens gjennomgang

4 Medisinsk direktør - Fagsjef

- LIS-utdanning
 - UKO (utdanningskoordinerende overlege, del av fagsjefrollen)
 - Utdanningsansvarlige per fagområde
 - Utdanningsutvalg
- Annen fagutvikling
 - Fagutviklingssykepleiere
- Øvrig videre-/etterutdanning under HR
- Kvalitetsutvalg
 - Kvalitetssjef er sekretær
 - Kvalitetsrådgivere/ -koordinatorer (følge opp kvalitetsindikatorer og andre kvalitetsmål)
 - Forbedringsagenter
- Forskning, forskningskoordinator
- Sykehusfarmasøyer (kontaktpunkt mot SANO)

5 Tverrfaglig spesialisert rehab - per nå Kirkenes sykehus

- Koordinerende enhet
 - tilhørende koordinatore
 - sikre individuell plan
 - samarbeid med kommunens barnekoordinator
 - oversikt over pasienter med kontaktlege / kontaktpsykolog
- Læring- og mestring



Foreløpig tematisk oversikt for den dynamiske delen av programmet

- Profesjonalisere lederrollen, inkludert mer utdanning og kurs i ledelse
- Tydeligere definisjoner av roller og ansvar
- Bedre dialog med kommunehelsetjenesten og fastlegene for å unngå unødvendige innleggelser
- Mer bruk av pasienthotell
- Bedre planlegging av timer og tettere oppfølging av pasienter
- Spissing av operasjonsteam for å øke antall operasjoner
- Bedre opplæring i og utnyttelse av eksisterende digitale løsninger og tekniske hjelpemidler
- Mer bruk av digitale konsultasjoner
- Utvide og utvikle bruk av skjema for kartlegging, dialog og oppfølging
- Økt bruk av talegjenkjenning
- Bruk av kunstig intelligens i bildediagnostikk
- Økt bruk av digitalt tilsyn og overvåkning
- Innføring og bruk av turnusgenerator (KI)
- Mer bruk av langvakter
- Økt bruk av passive vakter

Vedlegg 6: Stabs- og støttefunksjoner



Hvem	Funksjon	Merknad
Assisterende direktør	<ul style="list-style-type: none"> Beredskapsplanlegging <ul style="list-style-type: none"> - Beredskapskoordinatorer 	shtl. § 2-1 b
Assisterende direktør	<ul style="list-style-type: none"> Samhandling; kommuner, HF, RHF, event. Andre tjenesteytere Samhandling; universitet og høyskoler <ul style="list-style-type: none"> - Samhandlingskoordinatorer 	shtl. §§ 2-1 e, 3-5, 3-8
Assisterende direktør	<ul style="list-style-type: none"> Informasjonssikkerhet og personvern <ul style="list-style-type: none"> - Personvernombud 	Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren
Medisinsk direktør	Enheter Fagsjef og Kvalitetssjef	
Medisinsk direktør (under kvalitetssjef)	<ul style="list-style-type: none"> Traumekoordinator og -simulering Forløpskoordinatorer (somatikk, PHV, TSB, BUP) <ul style="list-style-type: none"> - Samarbeid med event. kreftkoordinator i kommunene Barn som pasienter Pårørendeansvarlig Barn som pårørende Samvalgskoordinator 	Nasjonal traumeplan Pakkeforløp - nasjonalt standardisert pasientforløp shtl. § 3-6 shtl. § 3-7 a shtl. § 3-8 Pårørendeveileder (Hdir)
Medisinsk direktør (under fagsjef)	<ul style="list-style-type: none"> Forskning, forskningskoordinator Sykehusfarmasøyer (kontaktpunkt mot SANO) 	shtl. § 3-8
Medisinsk direktør (under fagsjef)	<ul style="list-style-type: none"> LIS-utdanning <ul style="list-style-type: none"> - UKO (utdanningskoordinerende overlege, del av fagsjefrollen) - Utdanningsansvarlige per fagområde - Utdanningsutvalg Annen fagutvikling <ul style="list-style-type: none"> - Fagutviklingssykepleiere <p>Øvrig videre-/etterutdanning under HR</p>	shtl. § 3-8

Vedlegg 6: Stabs- og støttefunksjoner



Medisinsk direktør (under fagsjef)	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsutvalg <ul style="list-style-type: none"> - Kvalitetssjef er sekretær - Kvalitetsrådgivere/ -koordinatorer (følge opp kvalitetsindikatorer og andre kvalitetsmål) - Forbedringsagenter 	shtl. §§ 3-4, 3-4 a
Medisinsk direktør (under kvalitetssjef)	<ul style="list-style-type: none"> • Smittevern <ul style="list-style-type: none"> - Hygienesykepleiere - Felles smittevernoverlege (jf. Helse Nord RHF vedtak) 	smvl. §§ 1-5 m.fl.
Medisinsk direktør (under kvalitetssjef)	<ul style="list-style-type: none"> • Klinisk etikk-komite (KEK) 	shtl. § 2-4 a
Medisinsk direktør (under kvalitetssjef)	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitet/rutiner/metodebøker (Kvalitetssystem som DocMap, EK m.v.) <ul style="list-style-type: none"> - Internrevisjoner - Bidrag til «Ledelsens gjennomgang» 	shtl. § 3-4 a
Rehab. avd.	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinerende enhet <ul style="list-style-type: none"> - Tilhørende koordinatore - sikre individuell plan - samarbeid med kommunens barnekoordinator - oversikt over pasienter med kontaktlege / kontaktpsykolog • Læring og mestring 	shtl. §§ 2-5, 2-5 a, 2-5 b, 2-5 c
Teknologi og innovasjon	Enheter for MTU, IKT og e-helse	
Teknologi og innovasjon (e-helse)	<ul style="list-style-type: none"> • Klinisk systemer <ul style="list-style-type: none"> - DIPS, MetaVision - EPJ konsulenter • Innovasjon 	
Teknologi og innovasjon (e-helse)	<ul style="list-style-type: none"> • Ventelisteoversikt <ul style="list-style-type: none"> - Følges opp av EPJ konsulenter 	shtl. § 2-4

Vedlegg 6: Stabs- og støttefunksjoner



Teknologi og innovasjon (MTU)	<ul style="list-style-type: none">• Med. tek utstyr	
Teknologi og innovasjon (IKT)	<ul style="list-style-type: none">• Annen digitalisering• Grenseflater mot HN IKT	

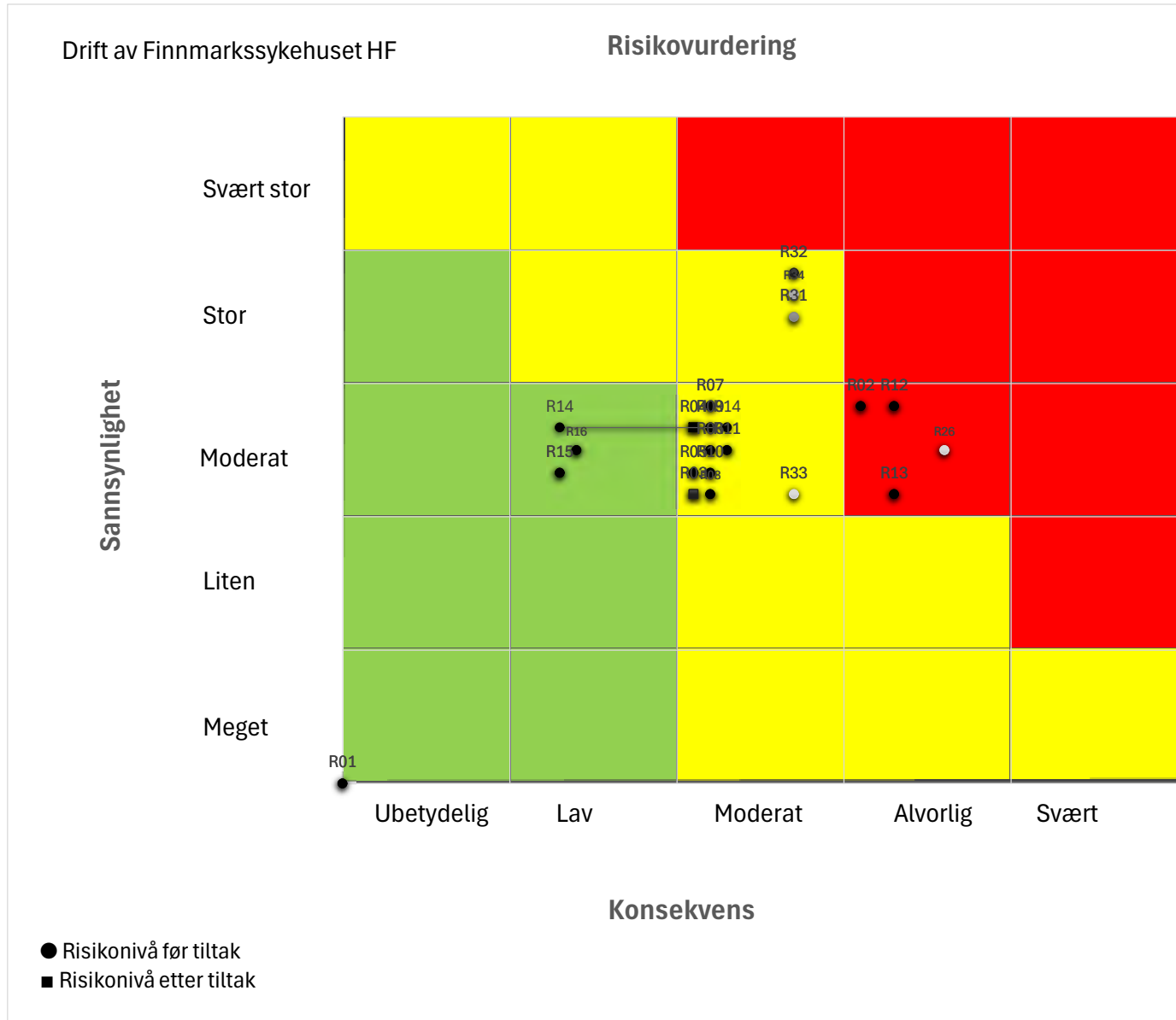
Risikovurdering gjennomført i reorganiseringsprosjektet

Risikovurdering for:	Drift av Finnmarkssykehuset HF
Deltakere:	Risikovurderingen er en sammenstilling og konsolidering av innspill prosjektet har samlet fra risikovurdering før prosjektstart (null-alternativet), arbeidsmøter høsten 2024 og arbeid innenfor arbeidsmiljø (helse, miljø og sikkerhet).
Dato:	08.11.2024
Tilrettelegger:	
Målsetning:	Kontroll på drift av Finnmarkssykehuset HF ved gjennomføring av reorganiseringsprosjektet.
Bakgrunn:	
Organisatorisk enhet:	Foretaksnivå
Tidshorisont:	2-3 år
Metode og prosess:	Risikovurderingen er en samling av identifiserte risikoer som skal analyseres og evalueres. Analysen vil bli gjennomført periodisk eller ved større hendelser og /eller endringer
Ansvarlig:	

Risikovurdering gjennomført i reorganiseringsprosjektet

Konsekvensområde	Risikofaktor	Risiko-ID	Hendelse	Eksisterende tiltak	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikonivå	Risiko	Risikoer	Nye tiltak	S etter tiltak	K etter tiltak	R etter tiltak	Kommentar
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Utvalgte kvalitetsindikatorer – oversikt fra SKDE	R01		Hammerfest og Kirkenes sykehus har lav måloppnåelse på de indikatorene som er valgt ut. God systemtikk i forbedringsarbeid. Avhengig av samarbeid med kommunehelsetjensten og UNN for å forbedre resultat for noen av indikatorene.	3	4	Høy	12		Iversatt oppfølging i klinikkene.	3	4	Høy	Kvalitet og pasientsikkerhet - Alvorlig Tillit/Omdømme - Middels
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Redusere fristbrudd	R02	Mangel på behandlere	Mangel på behandlere Har god oversikt, det er særlig ØNH som trekker opp	3	3	Middels	9		Mangel på behandlere Har god oversikt, det er særlig ØNH som trekker opp	3	3	Middels	Kvalitet og pasientsikkerhet - Lav Tillit/Omdømme - Lav Økonomi - Middels
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2023 for somatikk, psykisk helsevern for barn og unge, psykiske helsevern for voksne og TSB. Målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 50 dager for somatikk, 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og 30 dager for TSB.	R03	Mangel på behandlere	Mangel på behandlere Har god oversikt, det er særlig allergologi, øyesykdommer ØNH som trekker opp	3	3	Middels	9		Mangel på behandlere Har god oversikt, det er særlig allergologi, øyesykdommer ØNH som trekker opp	3	3	Middels	Kvalitet og pasientsikkerhet - Lav Tillit/Omdømme - Lav Økonomi - Middels
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Andel pakkeforløp innenfor frister	R04		God kontroll innenfor enkelte kreftformer. Kreftformer med lav måloppnåelse er: Prostata og lunge	3	3	Middels	9		God kontroll innenfor enkelte kreftformer. Det er en positiv trend i andel pakkeforløp innen frister. Kreftformer med lav måloppnåelse er: Prostata og lunge	3	3	Middels	Kvalitet og pasientsikkerhet - Alvorlig Tillit/Omdømme - Alvorlig Økonomi - Middels
Personell, kompetanse og utdanning	Redusert innleie	R05		Vakante stillinger Utfordrende å avgi personell mellom klinikkene	3	3	Middels	9		Vakante stillinger Utfordrende å avgi personell mellom klinikkene. Innleie fra byrå er halvert siden fjoråret. Det utarbeides nye rutiner for tettere oppfølging av innleie.	3	3	Middels	Kvalitet og pasientsikkerhet - Middels HMS - Middels Mål - Alvorlig Kapasitet - Lav Robusthet - Middels Økonomi - Alvorlig
Personell, kompetanse og utdanning	Redusert overtid	R06	Manglende rekruttering	Vakante stillinger Utfordrende å avgi personell mellom klinikkene	3	3	Middels	9		Vakante stillinger Utfordrende å avgi personell mellom klinikkene	3	3	Middels	Kvalitet og pasientsikkerhet - Middels HMS - Middels Mål - Alvorlig Kapasitet - Lav Robusthet - Middels Økonomi - Alvorlig
Personell, kompetanse og utdanning	6 måneders planleggingshorisont i arbeidsplanlegging	R07	Manglende rekruttering	Vakante stillinger	3	3	Middels	9		Vakante stillinger. Jobber systematisk med stabilisering og rekruttering. Finmarkssykehuset deltar i prosjektet Godt-planlagt.	3	3	Middels	Kvalitet og pasientsikkerhet - Middels HMS - Middels Mål - Alvorlig Kapasitet - Lav Robusthet - Middels Økonomi - Alvorlig
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Reduksjon i sykefravær	R08		Sykefravær gikk ned ca. 5% fra 2022 til 2023 Sykefravær påvirkes i stor grad av ytre faktorer.	3	3	Middels	9		Sykefravær har gått ned sammenliknet med 2023. Sykefravær påvirkes i stor grad av ytre faktorer.	3	3	Middels	Kvalitet og pasientsikkerhet - Lav HMS/arbeidsmiljø - Middels Kapasitet - Lav Ressurser - Lav Økonomi - Moderat
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Redusere vold, trusler og seksuell trakassering	R09		Gode rutiner. Utdannet instruktører i klinikkene som gir intern opplæring. Få melder fra.	3	3	Middels	9		Gode rutiner. Utdannet instruktører i klinikkene som gir intern opplæring. Få melder fra.	3	3	Middels	HMS/arbeidsmiljø - Middels
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Helse Nord skal ha motstandsdyktighet mot, kunne avdekke og håndtere uønskede hendelser (graden av sikkerhet kan ikke måles direkte, men kan måles indirekte ved å vurdere kvaliteten i prosessene rundt styring)	R10		Kontroll og gode rutiner for mange av beredskapshendelsene Knyttet usikkerhet rundt mange områder	3	3	Middels	9		Utskiftning blant nøkkelpersonell gir utfordringer i forhold til kontinuitet. Ikke tilstrekkelig oversikt over risiko i forbindelse med beredskapsområdet, utfordringsbildet er i rask endring.	3	3	Middels	Kvalitet og pasientsikkerhet - Lav Informasjonsikkerhet /personvern - Middels Kapasitet - Lav Robusthet - Middels Ressurser - Middels Ytre miljø - Lav Tillit/omdømme - Lav Økonomi - Lav
Økonomi	Oppnå økonomisk resultatkrav	R11	Manglende gjennomføringskraft av endringer	Omstillingsutfordringen er på 144 mill. Historisk lav gjennomføringsgrad Mange vakante stillinger Høy bruk av overtid og innleie fra byrå	3	4	Høy	12		Store omstillingsutfordringen. Historisk lav gjennomføringsgrad Mange vakante stillinger. Høy bruk av overtid og innleie. Det pågår et større omstillingsarbeid i foretaket.	3	4	Høy	Kvalitet og pasientsikkerhet - Lav HMS/arbeidsmiljø - Middels Robusthet - Middels Ressurser - Middels Tillit/omdømme - Middels Økonomi - Alvorlig
Økonomi	Gjennomføring tiltaksplan for omstilling	R12	Manglende gjennomføringskraft av endringer	Ledelse og gjennomføringskraft Umoden organisasjon	3	4	Høy	12		Store omstillingsutfordringen. Historisk lav gjennomføringsgrad Mange vakante stillinger. Høy bruk av overtid og innleie. Det pågår et større omstillingsarbeid i foretaket.	3	4	Høy	Kvalitet og pasientsikkerhet - Lav HMS/arbeidsmiljø - Middels Robusthet - Middels Ressurser - Middels Tillit/omdømme - Middels Økonomi - Alvorlig
Økonomi	Økt andel kjøp på rammeavtaler fra Sykehusinnkjøp	R13	Manglende fullmakter gir lang behandlingstid	Jobbet systematisk over tid Kultur for bruk av Clockwork Mulig å synliggjøre brudd på bruk av rammeavtaler Begrensninger i fullmaktsstrukturen Utfordring med å få fagorganisasjonen mer involvert i anskaffelsene - få god avtaledekning Kapasitetsutfordringer i SHI ift avtaleforvaltning og opprettelse av nye avtaler.	3	3	Middels	9		Jobbet systematisk over tid Kultur for bruk av Clockwork Mulig å synliggjøre brudd på bruk av rammeavtaler Begrensninger i fullmaktsstrukturen Utfordring med å få fagorganisasjonen mer involvert i anskaffelsene - få god avtaledekning Kapasitetsutfordringer i SHI ift avtaleforvaltning og opprettelse av nye avtaler.	3	2	Lav	Kapasitet: Moderat Robusthet: Moderat Økonomi: Moderat Straff, sanksjoner, erstatningsansvar: Moderat
Forskning og innovasjon	Økt antall kliniske studier	R14	Få kliniske studier	Med etablerte tiltak mener vi å kunne sikre måloppnåelse	3	2	Lav	6		Med etablerte tiltak mener vi å kunne sikre måloppnåelse	3	2	Lav	Kvalitet i pasientbehandling - Lav Omdømme - Middels Ressurser - Middels Økonomi - Lav

Forskning og innovasjon	Økt antall pasienter i kliniske studier	R15	Få pasienter med i kliniske studier	Med etablerte tiltak mener vi å kunne sikre måloppnåelse	3	2	Lav	6		Med etablerte tiltak mener vi å kunne sikre måloppnåelse	3	2	Lav	Kvalitet og pasientbehandling - Lav Omdømme - Middels Ressurser - Middels Økonomi - Lav
Samhandling	Effektiv drift	R16	Manglende avtaler mellom foretakene, gjør det vanskelig å fordele oppgaver til andre sykehus og kommuner					0						
Personell, kompetanse og utdanning	Turnus	R17	Manglende ressursplanlegging gir overforbruk og mangel på ressurser					0						
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Pasientkontakt	R18	Manglende utnyttelse av spesialister og ressurser på jobb					0						
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Digitalisering	R19	Manglende opplæring gir dårlig utnyttelse av systemer og tekniske hjelpemidler					0						
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Digitalisering	R20	Manglende bruk av digitale tjenester gir økte kostnader og ressursbruk					0						
Personell, kompetanse og utdanning	Effektiv drift	R21	Ledelsen setter ikke av tid til rekruttering					0						
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Effektiv drift	R22	Manglende oversikt over ressurser og utstyr gjør at pasienter blir for lenge på sykehuset					0						
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Effektiv drift	R23	Manglende standardisering på tvers gir mye unødvendig merarbeid					0						
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Effektiv drift	R24	Krevende reiseruter for pasientene gir høye kostnader og avlysninger					0						
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Effektiv drift	R25	Høyt arbeidspress gjør at nyansatte og studenter slutter, gir høy turnover og høyt sykefravær	Økt lederstøtte på IA/HMS Bruk etablerte fora som Kvamråd og -grupper for å følge opp situasjonen	3	4	Høy	12	HR					
Personell, kompetanse og utdanning	Effektiv drift	R26	Manglende faglig videreutdanning gjør det vanskelig å beholde gode fagmiljø					0						
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Pasientkontakt	R27	Forsinkelser gjør pasientopplevelsen uforutsigbar					0						
Samhandling	Innovasjon	R28	Lite digital samhandling mellom foretakene gir økt bruk av ressurser til kommunale oppgaver og unødige inntegninger og utredninger					0						
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Pasientkontakt	R29	Redusert pleiefaktor øker risiko for feilbehandling					0						
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Informasjon og kommunikasjon	R30	Ansatte blir ikke orientert om prosess og beslutning	Ukentlige allmøter Informasjonsside på intranett med fast plass på forsiden Hyppige informasjons- og drøftingsmøter Klinikkvise allmøter	4	3	Middels	12	HR					
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Medvirkning	R31	Lav grad av medvirkning	Hyppige informasjons- og drøftingsmøter Fokus på å skape mest mulig forutsigbarhet i møteplan og hva som skal informeres og drøftes når TV/VO medlem i styringsgruppen Tillitsvalgte og verneombud deltar i arbeidsgrupper	4	3	Middels	12	HR					
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Ledelse	R32	Manglende ledelse	Ledere deltar i prosessene og holdes informert via lederlinjen og andre kanaler Klinikkjefer og avdelingsledere har et særlig ansvar for å støtte ledere under seg Økt lederstøtte på IA/HMS	3	3	Middels	9	HR					
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Arbeidsbelastning	R33	Omstillingstrøtthet blant ansatte	Innleid prosjektstøtte Fokus på å holde tidsplan for å sikre framdrift etter plan	4	3	Middels	12	HR					
Tillit og omdømme	Tillit	R34	Ved mangel på ressurser og kompetanse blant ansatte i en avdeling, vil tillit og omdømme til avdelingen falle.					0						
Samhandling	Ledelse	R35	Manglende standardisering på tvers hindrer deling og effektiv ressursutnyttelse mellom foretak og enheter					0						



Introduksjon til mal for risikoanalyse, versjon 1.0

Retningslinjer for risikostyring Helse Nord (RL1602) ble i 2024 revidert som del av årlig evaluering. Riksrevisjonens rapport om risikostyring i spesialisthelsetjenesten av 14. mars 2024, pekte på mangler i retningslinjene som styrket behovet for å gjennomføre en revisjon. Denne malen ivaretar de nye retningslinjene og anbefales benyttes i påvente av nytt system for utarbeidelse av risikoanalyser. Malen er utviklet i prosjektet Reorganisering Finnmarkssykehuset.

Referanser:

- Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord, versjon 8 (RL1602)
- Regionale føringer for risikostyring i virksomhetene i Helse Nord, versjon 1.1 (RL11117)

Sannsynlighet og konsekvens

Helse Nord har etablert felles anbefalte kriterier for vurdering av sannsynlighet, konsekvens og beskrivelse av risiko på tvers av virksomhetene i foretaksgruppen. Kriteriene kan fravikes, forutsatt at begrunnelse for valg av alternative kriterier er redegjort for. Valg av metode og relevante sannsynlighets- og konsekvenskriterier gjøres som en del av forberedelsene til risikovurderingen.

Sannsynlighetsskala er differensiert ut fra om risikovurderingen omfatter strategiske mål, styringsmål, prosjekt eller ordinær drift, og er beskrevet i arket sannsynlighetsskala Helse Nord (arkfane "Sannsynlighetsskala").

Konsekvensskala beskriver akseptkriterier med tilhørende forslag til skalaer for 11 konsekvensområder (arkfane "Konsekvensskala"). I tillegg er det for noen konsekvensområder en arkfane med utfyllende informasjon og/eller eksempler. Dette skal utvikles videre og etterhvert dekke alle konsekvensområdene. Det kan ved behov vurderes konsekvenser for andre områder. I slike tilfeller må konsekvenskriteriene fastsettes spesifikt, og i forkant av risikovurderingen.

Hva som regnes som ubetydelig eller svært alvorlige konsekvenser vil avhenge av type virksomhet, iboende risiko og omfanget av vurderingen (eksempelvis hvilket nivå i virksomheten vurderingen gjøres). Det er derfor svært viktig at det dokumenteres hva som er lagt til grunn for valgt konsekvens. Bruk gjerne kommentarkolonnene til dette.

Malens innhold og bruk

Her er en kort beskrivelse av hva du finner bak hver arkfane.

Infoside

Informasjon om risikoanalysen som grunnlag for arbeidsbokens innhold. Viktig å få med hvilken metode og prosess som er brukt, f.eks. om det har vært gruppearbeid sammen med brukere, eller om ledelsen har kartlagt sannsynlighet og risiko innenfor hendelser som jevnlig vurderes.

Analyse

Her utføres selve analysen ved å beskrive risiko og sette grad av sannsynlighet og konsekvens. De nye retningslinjene har standard akseptanseskriterier som bør benyttes. Merk at det for noen konsekvensområder er detaljert beskrivelse av konsekvens i eget ark. Bruk kommentarfeltet til å angi hva som er lagt til grunn for valgt konsekvensnivå.

Risikomatrise

Grafisk fremstilling av risiko basert på analysen som er gjennomført. Den grafiske visningen kan parameterstyres til å vise risiko, risiko og konsekvensområde eller bare konsekvensområde ved å endre verdi for "etikett" i først rad. I tillegg til et automatisk generert diagram er det under lagt til en mulighet for manuell registrering av et diagram. Dette kan være hensiktsmessig om en ønsker å vise noen utvalgte risikoer i diagrammet. Risikomatrisen er vanlig å bruke ved presentasjon av analysen i form av en rapport eller presentasjon.

Tiltak

Alle tiltak skal følges opp med ansvarlig og frist for gjennomføring. Dette arket kan benyttes for å lage en liste over tiltak som kan benyttes i analysen. En kan da referer til TiltakId for å beskrive tiltak i analysen.

Lister

Dette er en oversikt over hjelpetabeller som er brukt i arbeidsboken.

Sannsynlighetsskala

Dette er standard akseptansekriterer for sannsynlighet som bør benyttes ved vurdering av sannsynlighet.

Konsekvensskala

Dette er standard akseptansekriterer for konsekvens som bør benyttes ved vurdering av konsekvens. For noen konsekvensområder (understreket) finnes det mer informasjon i eget ark.

drift tjenesteprod. beredskap

Detaljert beskrivelse av akseptansekriterier for drift, tjenesteproduksjon og beredskap.

klima og miljø

Detaljert beskrivelse av akseptansekriterier for klima og miljø.

økonomi

Detaljert beskrivelse av akseptansekriterier for økonomi.

informasjonssikkerhet personver

Detaljert beskrivelse av akseptansekriterier for informasjonssikkerhet og personvern

versjonshistorikk

Versjon	Kommentar	Dato	Ansvarlig
V.1.0	Første versjon med ny mal	06.11.2024	Jens Riis

Sannsynlighetsskala for Helse Nord

Type	1 Svært liten	2 Liten	3 Middels	4 Stor	5 Svært stor
Tidsavgrensede mål (strategiske mål, styringsmål, prosjekt)*	Estimert 0-10 % sannsynlig i perioden	Estimert 10-35 % sannsynlig i perioden	Estimert 35-65 % sannsynlig i perioden	Estimert 65-90 % sannsynlig i perioden	Estimert 90-100 % sannsynlig i perioden
Drift**	Sjeldnere enn 1 hendelser per X (tidsperiode)	1-4 hendelser per X per X (tidsperiode)	5-10 hendelser per X per X (tidsperiode)	11-50 hendelser per X per X (tidsperiode)	Flere enn 50 hendelser per X per X (tidsperiode)
Hjelpetekst/ kvalitativ vurdering	Bli svært overrasket om det skjer	Antar at det ikke vil skje	Kan skje (like sannsynlig at det skjer som at det ikke skjer)	Antar at det vil skje	Bli svært overrasket om det ikke skjer

* Benyttes for å vurdere sannsynlighet innenfor en bestemt tidsperiode

** Benyttes for å vurdere sannsynlighet i et kontinuerlig driftsperspektiv. Risikovurdering av hendelser i ordinær drift vil kunne variere med tanke på tidsperspektivet på vurdering. Det anbefales derfor å inkludere dette tidsperspektivet i valget av sannsynlighetskriterier

Overordnet konsekvenskala for Helse Nord

Konsekvensområdet med understrekning har mer detaljert beskrivelse i eget ark

Konsekvensområde	1 Ubetydelig	2 Lav	3 Middels	4 Alvorlig	5 Svært alvorlig/kritisk
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Ingen eller ubetydelig kvalitetssvekkelse, skader og/eller prognosetap for pasienter	Mindre kvalitetssvekkelse, skade og/eller prognosetap for et lite antall pasienter	Moderate kvalitetssvekkelse, skader og/eller prognosetap for et betydelig antall pasienter	Alvorlig kvalitetssvekkelse, skade og/eller prognosetap for et betydelig antall pasienter	Alvorlig kvalitetssvekkelse, skade og/ eller prognosetap og/eller tap av liv for et stort antall pasienter
Personell, kompetanse og utdanning	Ingen eller minimal svekkelse av tilgangen på personell og kompetanse eller evnen til å drive utdanning	Liten og kortvarig svekkelse av tilgangen til personell og kompetanse eller evnen til å drive utdanning	Moderat svekkelse av tilgangen til personell og kompetanse eller evnen til å drive utdanning, av betydelig varighet	Alvorlig svekkelse av tilgangen til personell og kompetanse eller evnen til å drive utdanning, av betydelig varighet	Alvorlig og langvarig/permanent svekkelse av tilgangen til personell og kompetanse eller evnen til å drive utdanning
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Ubetydelig helseplage, personskade, emosjonell belastning. Ikke fravær. Antall ansatte utsatt for belastning kan ha betydning for alvorlighetsgraden	Mindre skade, helseplage, emosjonell belastning. Kan gi fravær. Antall ansatte utsatt for belastning kan ha betydning for alvorlighetsgraden	Moderat skade, sykdom, emosjonell belastning. Kan gi langvarige følger evt. fravær. Antall ansatte utsatt for belastning vil ha betydning for alvorlighetsgraden	Alvorlig skade, sykdom, emosjonell belastning. Kan føre til fravær, varige mén og/eller arbeidsuførhet. Antall ansatte utsatt for belastning vil ha betydning for alvorlighetsgraden	Alvorlig skade, sykdom, emosjonell belastning som kan medføre varig arbeidsuførhet og/eller tap av liv
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Ubetydelig innvirkning, tilnærmet normal drift	Mindre og kortvarig reduksjon i tjenesteleveranse	Moderat reduksjon i tjenesteleveranse, av betydelig varighet	Alvorlig reduksjon i tjenesteleveranse, av betydelig varighet	Alvorlig og langvarig reduksjon i tjenesteleveranse
Klima og miljø	Ingen eller uvesentlig virkning.	Noe konsekvens for klima og miljø.	Middels konsekvens for klima og miljø. Effektene kan være merkbare, men ikke alvorlige.	Alvorlig konsekvens for klima og miljø, av betydelig varighet.	Alvorlig og langvarig/ permanent konsekvens for klima og miljø.
Økonomi	Ingen eller ubetydelig påvirkning på verdier, inntekter eller utgifter	Mindre påvirkning på verdier, inntekter eller utgifter	Moderat tap av verdier, inntekter eller påførte utgifter med betydelige konsekvenser for økonomisk handlingsrom	Alvorlige tap av verdier, inntekter eller påførte utgifter med store konsekvenser for økonomisk handlingsrom	Alvorlig tap av verdier, inntekter eller påførte utgifter med ødeleggende konsekvenser for økonomisk handlingsrom
Forskning og innovasjon	Ingen eller minimal svekkelse av evnen til å drive forskning eller innovasjon	Liten og kortvarig svekkelse av evnen til å drive forskning eller innovasjon	Moderat svekkelse av evnen til å drive forskning eller innovasjon, av betydelig varighet	Alvorlig svekkelse av evnen til å drive forskning eller innovasjon av betydelig varighet	Alvorlig og langvarig/permanent svekkelse av evnen til å drive forskning eller innovasjon
Informasjonssikkerhet og Personvern	Ingen/ubetydelig påvirkning på evne til å levere helsetjenester, og å fortsette daglig drift. Ingen opplysninger på avveie, alle opplysninger er korrekte, tilgang til opplysninger er opprettholdt (ingen personvernbrudd).	Mindre påvirkning av evne til å levere helsetjenester, og å fortsette daglig drift. Enkelte opplysninger er på avvie, ikke oppdatert eller ikke tilgjengelig.	Middels påvirkning på levering av helsetjenester. Enkelte opplysninger om ansatte, eller pasienter er lekket eller tilgjengelige for uvedkommende. Enkelte opplysninger er endret uautorisert. Ett system som har betydning for å kunne levere helsetjenester er ikke tilgjengelig.	Stor påvirkning på evne til å levere helsetjenester. Opplysninger om flere ansatte eller pasienter med høyt konfidensialitetskrav, eller driftsrelatert sikkerhetsinformasjon er tilgjengelig for uvedkommende (internt), og/ eller er endret uautorisert. Flere system(er) som har betydning for å kunne levere helsetjenester er ikke tilgjengelig.	Omfattende bortfall av evne til å levere helsetjenester. Opplysninger om store mengder ansatte eller pasienter, eller driftsrelatert sikkerhetsinformasjon er tilgjengelig for uvedkommende (internt og/ eller eksternt), og/ eller er endret uautorisert. Svært liten/ingen tilgang til nødvendige opplysninger for å kunne levere helsetjenester.
Tillit og omdømme	Ubetydelig svekkelse av tillit/omdømme	Liten og kortvarig svekkelse av tillit / omdømme	Moderat svekkelse av tillit/omdømme, av betydelig varighet	Alvorlig svekkelse av tillit/omdømme, av betydelig varighet	Alvorlig og langvarig/permanent svekkelse av tillit/omdømme
Samhandling	Ingen eller minimal svekkelse av evnen til samhandling internt og/eller eksternt	Liten og kortvarig svekkelse av evnen til samhandling internt og/eller eksternt	Moderat svekkelse av evnen til samhandling av betydelig varighet, internt og/eller eksternt	Alvorlig svekkelse av evnen til samhandling av betydelig varighet, internt og/eller eksternt	Alvorlig og langvarig/permanent svekkelse av evnen til samhandling internt og/eller eksternt
Mål	Ingen eller ubetydelig påvirkning på fastsatte mål (innen frist)	Liten påvirkning på fastsatte mål (innen frist)	Usikkerhet om fastsatte mål kan oppnås (innen frist)	Fastsatte mål kan trolig ikke oppnås (innen frist)	Fastsatte mål kan ikke oppnås (innen frist)