

Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Dato:	21.11.2024
Saksansvarlig:	Lena Nymo Helli, styreleder
Saksbehandler:	Beate Juliussen Administrasjonssjef
Møtedato:	25. november 2024
Saksnr i Elements:	2023/452

Saksgang

Saksnummer	Møtedato	Utvalg
97/24	25.11.2024	Styret i Finnmarkssykehuset HF

Referatsaker ekstraordinært styremøte 25. november 2024

Styret i Finnmarkssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Styret i Finnmarkssykehuset tar referatsakene til orientering:

1. Protokoll ekstraordinært drøftingsmøte 15. og 18. november 2024
2. Referat ekstraordinært FAMU møte 18. november 2024

Ole Hope
Administrerende direktør

Vedlegg:

- 1 Referat FAMU 18. november 2024
- 2 Protokoll informasjons- og drøftingsmøte 15.11.24 og 18.11.24



Referat FAMU 18.11.24

Arbeidstakerrepresentant	Organisasjon	Til stede
Julia Thomassen	FTV Fagforbundet	x
Evy Fjellstad	FTV NSF	x
Åshild Nordbotten	FTV YLF	x
Christel Eriksen	FTV DNLF	x
Oda Solheim	FVO	Forfall
Kanthan Poopalasingam	Vara for FVO	x

Arbeidsgiverrepresentant	Stilling	Til stede
Ole Hope	Adm. Dir.	x
Kenneth Grav	HR-sjef	Forfall
Sigrid Skalle	Vara for Kenneth Grav	x
Tonje Hansen	Klinikksjef Hammerfest	x
Trond Ivar Carlson	Klinikksjef prehospital	x
Bjørn Bech-Hanssen	Fung. Drift- og eiendomssjef	Forfall

Andre	Stilling	Til stede
Ida Sundby	Medco DinHMS	Forfall
Andreas Ertesvåg	Seniorrådgiver	Forfall
Veronica Jensen	HMS-rådgiver (referent)	x

Saksnr:	Sakens navn	Ansvarlig
72/24	Innkalling og sakliste Vedtak: FAMU godkjenner innkalling og sakliste.	OH
73/24	Styresaker FAMU behandler styresakene i et HMS-perspektiv. Innspill på møtet: <ul style="list-style-type: none"> Sak 96: FAMU ber om orientering og tilbakemelding på ROS arbeidet som er satt i gang av HR vedrørende reorganiseringen. Vedtak: FAMU tar styresakene til orientering, med de innspillene som kom på møtet.	OH



Møteprotokoll

Utvalg: Informasjons- og drøftingsmøte - Foretaksnivå

Møtested: Teams

Dato: 15.11.2024 og 18.11.24

Tidspunkt: 08.00 – 16.35 og 08.00 – 09.00

Arbeidstaker	FTV organisasjon / Vernetjenesten	Forkorting	Til stede 15.11.24	Til stede 18.11.24
Christel B. Eriksen	Den norske legeforening - overleger	DNLF/O	X	X
Christin Olaussen	Fellesorganisasjonen	FO	X	X
Ellen M Storrusten	Norsk Fysioterapeutforbund	NFF	X	-
Else-Lill Utstrand	Norsk Radiograf forbund	NRF	X	Meldt forfall
Evy Fjellstad	Norsk sykepleierforbund	NSF	X	X
Julia Thomassen	Fagforbundet	FagF	X	X
Judith Fjeldberg	Utdanningsforbundet	UF	X - Deler av møtet	X
Karen Lorentzen	Akademikerforbundet/Forskerforbundet/Presteforeningen	AF/FF/PF	X	X
Mihkkal Oskal	Norsk psykologforening	NPF	X	Forfall
Jeyakanthan Poopalasingam	Foretakshovedverneombud - vara	FHVO	X	Forfall
Odd Torbjørnsen	Norges Ingeniør- og Teknologorganisasjon	NITO	X	X
Silje Dagslott	Den norske jordmorforening	DNJF	X	X
Silje Eliseussen Nilsen	Norsk Ergoterapeut forbund	NEF	X	X
Stian Johnsen	Delta	D	X	X til 08.30
Åshild Nordbotten	Den norske legeforening – yngre leger	DNLF/Y	X	X
Vakant	Rest Akademikerne	RA		

Arbeidsgiver	Stilling	Til stede 18.11.24	Til stede 18.11.24
Kenneth Grav	HR-sjef - Møteleder	X	X
Ole Hope	Administrerende direktør	X	X
Vivi Brenden Bech	Assisterende direktør	X	X
Eystein Johannes Hauge	Medisinsk direktør	X	-
Rune Mauno	Konst. Økonomisjef	X	-
Beate Juliussen	Administrasjonssjef	X	X
Eirik Palm	Kommunikasjonssjef	X	-
Violet Karoliussen	Prosjektsjef nye Hammerfest sykehus	X	-
Gaute Opdahl Hansen	Juridiskrådgiver	X	-
Ellen Kalstad	Rådgiver / Referent	X	-
Sigrid Skalle Jensen	Forhandlingsleder / Referent	X	-
Astrid Balto Olsen	Administrasjonssjef / Referent	X	X
Tonje E. Hansen	Klinikkssjef Hammerfest sykehus	X	X
Trond Carlsson	Klinikkssjef Klinikk Prehospitale tjenester	X	X
Renate Jakobsson	Klinikkssjef Klinikk Alta	X	-
Bjørn Bech-Hanssen	Fung. Drifts- og eiendomssjef	X (deler av møtet)	-
Michael Strehle	Klinikkssjef Kirkenes sykehus	X	X
Amund Peder Teigmo	Klinikkssjef Sámi Klinikk	X	-
Jonas Valle Paulsen	Klinikkssjef Teknologi og innovasjon	x	x

Øvrige	Stilling	Til stede 18.11.24	Til stede 18.11.24
Eli Glambek	Ekstern HR-rådgiver	x	x
Eirik Tennfjord	Ekstern rådgiver	-	x



Saksliste

Utvalgs- saksnr.	Tittel	UOFF (Lukket)
132/24	Godkjenning av innkalling og saksliste	
133/24	Valg protokollsignering	
134/24	Målbilde for organisering av medisinske spesialiteter i Finnmarkssykehuset HF - Drøftingssak ID-møte 15.11.24	
135/24	Fremtidig organisering av spesialitetene Psykiatri (psykisk helsevern for voksne), Barne- og ungdomspsykiatri samt Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser og avhengighet i Finnmarkssykehuset HF - Drøftingssak ID-møte 15.11.24	
136/24	Prosjekt oppgavedeling Finnmarkssykehuset HF - Drøftingssak ID- møte 15.11.24	
137/24	Prinsipper for ressursplanlegging i Finnmarkssykehuset HF - Drøftingssak ID-møte 15.11.24	
138/24	Plan for reorganisering av Finnmarkssykehuset HF - Drøftingssak ID- møte 15.11.24	
139/24	Eventuelt	



132/24 Godkjenning av innkalling og saksliste

Informasjons- og drøftingsmøte - Foretaksnivås behandling av sak 132/2024 i møte den 15.11.2024:

Behandling

Ingen merknader til innkalling og saksliste, men det kom forslag til at i saksfremlegget til informasjons- og drøftingsmøte må det komme bedre frem hva som er informasjon og hva som skal drøftes.

I tillegg er det ønskelig at det sendes ut enkeltsaker i tillegg til samlesaken slik at foretakstillitsvalgte skal kunne dele sakene med sine medlemmer.

Vedtak

1. Innkalling og saksliste ble godkjent.
2. Det blir innkalt til eget møte mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte og vernetjenesten hvor samarbeidsform skal diskuteres og hvordan sakene blir presentert i ID-møtet.
3. Det blir innkalt til ny opplæring i risikovurdering.



133/24 Valg protokollsignering

Informasjons- og drøftingsmøte - Foretaksnivås behandling av sak 133/2024 i møte den 15.11.2024:

Behandling

FTV Norsk sykepleierforbund Evy Fjellstad og FTV Den norske legeforening / overleger Christel B. Eriksen meldte seg for å signere protokollen.

Vedtak

Fra arbeidstakersiden ble Evy Fjellstad og Christel B. Eriksen valgt til signering av protokollen. HR-sjef Kenneth Grav signerer fra arbeidsgiversiden.



134/24 Målbilde for organisering av medisinske spesialiteter i Finnmarkssykehuset HF - Drøftings sak ID-møte 15.11.24

Informasjons- og drøftingsmøte - Foretaksnivås behandling av sak 134/2024 i møte den 15.11.2024:

Behandling

Administrerende direktør Ole Hope innledet og redegjorde for innholdet i drøftingsnotatet slik den ble sendt 8. november 2024.

Spørsmål, kommentarer og svar

Den norske legeforening/overleger:

Dere snakker om at dersom det tynnes ut fagfolk og bærekraften på faget reduseres så må man vurdere å flytte faget. Men man bør se på årsak til at miljøet tynnes ut, arbeidsmiljø, annet. Hva mener deres med at miljøet tynnes ut?

Arbeidsgiver svarer:

Kan svare med et eksempel, øyesykdommer: Det kan være gode grunner å samle øye på et sykehus, men volumet og avstander tilsier at det bør være på begge sykehusene. Det kan være mange aspekter som må vurderes.

Arbeidsmiljø, flyruter, samt tilfanget av kandidater vil kunne være årsaker til at miljøene tynnes ut. Den enkelte klinikk og enhetsleder har ansvar for arbeidsmiljøet. Det vi er herre over kan vi håndtere selv. Vi kan ikke håndtere makro årsakene. Vi skal vurdere fag som ikke nødvendigvis må være på begge lokalsykehusene.

Den norske legeforening/Yngre leger:

Planene er relativt uspesifikk med mange varianter av målbilde som ikke er konkret. Foreslår å spisse vedtakspunkt 2 (endringsforslag sendes). Dagens forslag er ikke konkret nok, og det er mange ting framover man må ta med ansatte i. I tillegg var vi i dialogmøte om fagene, men var ikke informert om at dette skulle inn i ROS-analysen. Har skjønt at det ikke er krav til at ansatte og tillitsvalgte skal delta i ROS, men det burde vært gjort uansett. Det hadde sikret at det ble bedre beslutningsgrunnlag og man får inn gode momenter fra ansatte. Eksempel var involvering i ROS-analysearbeidet med radiologivakt god, hvor det kom fram relevante punkter som fikk en direkte konsekvens med at utfallet av saken ble annerledes enn hva ledelsen initialt tenkte. Dette arbeidet oppleves ikke godt nok i denne saken.

Arbeidsgiver svarer:

Det er viktig å forstå hva en ROS er. Det er et ansvar for ledelsen å gjøre dette. Alt vi får av skriftlige tilbakemeldinger kan benyttes i en slik analyse. Ledelsen tegner med bakgrunn av tilbakemeldinger opp et bilde som benyttes til beslutning. Vi kan drøfte momentene. Vi mener at det er en fornuftig måte å gjøre dette på fordi vi har hatt mange møter om denne prosessen på



forhånd og vi kan diskutere prosessene. All informasjon man får må ledelsen kunne anvende i prosessen. Det er ikke nødvendig å alltid opplyse at argumentene blir tatt med i analysene, men man må tenke at all informasjon kan bli tatt med. Vi kan godt ta en diskusjon om hvordan vi skal gjøre dette fremover. Vi tar ikke den diskusjonen i dag, men senere når vi diskuterer møteform. Vi forholder oss til lov og regelverk. Vi må ha en tung involvering fra tillitsvalgte og vernetjenesten når vi tar analyser på den enkelte klinikk.

Norsk sykepleierforbund:

Støtter YLF sine betraktninger. Ønsker å påminne ledelsen at i styresak 69/24 hva Helse Nord RHF i vedtakspunkt 5 har besluttet. Det er et vedtakspunkt som ber om det regionale foretaket og helseforetakene om å involvere tillitsvalgte og vernetjenesten, samt bred medvirkning fra ansatte. Det kommer en protokolltilførsel om manglende medvirkning i risikovurderinger fra NSF.

Arbeidsgiver svarer:

All deltakelse i prosesser er for å diskutere for og imot. Det er rikelig med vurderinger underveis som gjort. Det har vært mer enn 40 medvirkningsmøter. Det er informasjonsgrunlaget som benyttes i risikovurderingene. Vi mener at det med det grunnlaget har vært tung medvirkning og det er ledelsens jobb å analysere risiko. Vi skal bli enige om hvordan vi gjøre det hos oss.

Norsk sykepleierforbund:

Det er viktig å gjøre møtedeltakerne oppmerksom på hva man deltar i. Kommunikasjon fra arbeidsgiver har ikke vært god og tydelig nok.

Arbeidsgiver svarer:

Vi tar disse innspillene og vi skal være tydeligere på kommunikasjon. Vi er enige om at vi kunne vært tydeligere. I ny ISO standard, så er ROS-analyse byttet ut med risikovurdering. Det er ledelsens plikt å gjøre risikovurdering og ta med alle innspill som danner grunnlag for vurdering og beslutning. Og det å ha en bred medvirkning gir en god beslutnings prosess.

Den norske legeforening/overleger:

Vil minne om at det i samarbeidsavtalen står i punkt 2 (referer denne). Ansatte må skjønne hvilke prosesser de er med i.

Hva betyr ordet Målbilde? Hvor er Målbilde hentet fra? Hvordan er Målbilde kommet i stand?

Arbeidsgiver svarer:

Målbilde er hentet fra klinikklederne gjennomgang av fagområdene og deres vurdering av fagene skal utvikles ut ifra deres ståsted. Deretter tok vi dette opp med FTV og FVO i Karasjok i april og ba om supplering. Vi har deretter kjørt dette ut via linjen og bedt om å få tilbakemelding fra linjen om hva fagområdene tenker. Dette er prosessen som ligger bak.

Fellesorganisasjon:

Støtter YLF sitt innspill. Vi har spørsmål om det som står om HABU og BUP. Tenker man at HABU skal ta over hele autismentredningen? Vi vil minne om at vi har god kompetanse i BUP for slike vurderinger. Samme spørsmål om BUP. Det står at vi er sårbare i barnepsykiatertilbudet. Vi opplever at vi nå er godt staffa i Kirkenes og Hammerfest nå og det bør komme frem. Det står også at psykologer og psykologspesialister er viktig, men det står ikke noe om de sosialfaglige. Vi jobber tverrfaglige og de sosialfaglige som vi utdanner selv er også viktige.



Arbeidsgiver svarer:

Nå beskrivelsen er fra april til september, og må leses i den sammenheng. Det står i målbilde HABU at det KAN diskuteres for sammenslåing/sentralisering. Dette må diskuteres videre i faglinja.

Norsk ergoterapeutforbund:

Vi har tidligere kommet med innspill om fagene som nevrologi, revmatologi og rehabilitering. Det er ganske mange fakta feil i papirene. Skal vi sende innspill om feilene på nytt?

Arbeidsgiver svarer:

Det som ligger i saken er et nå bilde. Dersom det er noe som er direkte fakta feil så ber vi om at det sendes oss.

Fagforbundet:

Synes at innspill fra NSF og DNLF/Y er bra at og vi ønsker å støtte disse.

Den norske legeforening/overleger

Takker for mulighet til å påvirke feil i målbilde. Har fått tilbakemelding fra flere som sier at de ikke har fått vært med i prosessen og har ikke fått sine kommentarer inn og det gjør at de ikke har tillit til ledelsens forståelse av hele bildet. Den kunnskapen de som har jobbet lenge har, er ekstremt viktig.

Arbeidsgiver svarer:

Alle kan ikke spørres under medvirkning, det er et representativt system. TV og en del ledere vil være primærkildene. Medvirkning er at det er representasjon. Vi har tatt med på systemnivå. Det enkelte fagmiljø må passe på at informasjon kommer frem. Dersom det er fakta feil så vil vi ta det med å rette det opp.

Vi har hatt en lang prosess for å korrigere fakta feil. Vi retter opp det som er feil. Det har gått både til faglinjene og ledelsen for innspill. Dette er et overordnet dokument. Det er ikke detaljene som er sentralt i dette. Det er retningen som er viktig.

Den norske legeforening/yngre leger

Enig med NSF og DNLF/O, ledelsen har hentet innspill, men ikke korrigert med det som faktisk er feil, så da får man en følelse av man kanskje ikke har blitt hørt og at målbilde er bygget på feil grunnlag. Det bør stå noe om hvorfor man ikke er blitt hørt.

Fagmiljøene mener at hud, revmatologi og nevrologi, bør være sykehusfag som bør ligge på akuttsykehusene. Særlig revmatologi og nevrologi, det er viktig for tilsyn av inneliggende pasienter, samt også motsatt vei da det ikke helt sjelden er flere av disse pasientene som har behov for akuttvurderinger i sykehuset.

På øye er et av målene at kronikerne skal få tilbud desentralisert. Her er det gjentatte ganger påpekt av fagfeltet at et fundus fotoapparat for screening av diabetespasienter vil være langt mer nyttig enn OCT-skanning, men det ses ikke tatt med i sakspapirene, tross at dette ville oppfylle et av de viktige kriteriene for målbilde. Hva har man tenkt om det? Dette, og lignende andre tilfeller, medfører mange spørsmål fra ansatte og usikkerhet om man virkelig blir hørt. Tverrfaglig spesialisert rehabilitering: HAVO og ART driver med tjenester som ikke er kommunale oppgaver, de er en del av spesialisthelsetjenesten. Så hva er det det siktes til i saksframlegget her når det skrives at vi må vurdere innretning av ambulante tjenester og at det er store grenseflater mot kommunenes ansvar?



Hva betyr det som står om onkologi, skal man kutte stillingene vi har i dag på Hammerfest og Kirkenes sykehus? Eller skal man beholde dagens ordning?

Arbeidsgiver svarer:

Når det gjelder innspills prosesser; det vi er pålagt er at vi begrunner hvorfor vi ikke følger forslag til vedtakspunkt. Vi kan ikke begrunne alle detaljer. Deltakerne har fått referater til gjennomsyn, så vi ber om å få tilbakemelding dersom feil. Det er medisinsk direktør som tar beslutning basert på tilbakemelding. Målbilde er en retning man beveger seg i. Detaljer kommer i neste runde.

Den norske legeforening/yngre leger:

Når det står at retninger for FMR kan være både Kirkenes og Alta, så bør det diskuteres nå. Dersom vi mener at fagfelt bør ligge i sykehus så vil vi ha svar på begrunnelsen på dette i dette møtet.

Arbeidsgiver svarer:

Vi har mottatt innspillene og de er vurdert og forstått.

Den norske legeforening/yngre leger

Når skal vi få svar på de de vurderingene som er gjort?

Arbeidsgiver svarer:

Vi tar det fag for fag, dersom vi gjør endringer.

Den norske legeforening/yngre leger

DNLF-Y mener det er relevant å diskutere faktagrunnlaget og bakgrunnen da dette er grunnlaget for det målbilde som presenteres i saken. Det er i hvert fall viktig å kunne diskutere målbildene for hvert fagfelt. Når det står at retninger for FMR kan være både Kirkenes og Alta, så bør dette diskuteres nå, da vi ikke er enig i den retningen og ønsker en begrunnelse for hvorfor Alta er en del av retningen for FMR. Og der vi mener at fagfelt bør ligge i sykehus så vil vi ha en begrunnelse på hvorfor annet målbilde likevel velges i dette møtet.

Norsk sykepleierforbund:

Vi er bekymret for rene fakta feil i styrepapirene, og ber om at det blir korrigert i papirene slik at styret ikke fatter beslutning på feil grunnlag.

Enige med DNLF/Y på at vi ikke kan støtte en retning som sier at FMR kan flyttes til Alta. Liten henstilling om sakspapirene; ordet «bjellesau» sender ut uheldige signaler, bør språkvaskes. De ansatte reagerer på ordlyden.

Arbeidsgiver svarer:

Det er ansatte i Alta som jobber i FMR. Det er en diskusjon om driften og kostnadsbildet av FMR. Det ble ikke diskutert flytting til Alta da det ble snakket om å kjøpe tjenester. Bjellesau er de som går foran og leder veien.



Fagforbundet:

Det står at det ikke er felles psyk vakt 24/7 og det må på plass. Er det ment telefon eller fysisk tilstedevakt for å kunne legge inn pasienter

Arbeidsgiver svarer:

Det er opp til fagmiljøet å detaljere. En ting er en plass å henvende seg for fastleger og for egne inneliggende pasienter. Ambisjonen er et eget fysisk vaktteam for Finnmark. Men det må fagmiljøene si noe om.

Norsk fysioterapeutforbund:

Hva menes med HUB? Det er noen fagfolk i Alta mens fagmiljøet ligger i Kirkenes. Kan det bety at vi flytter FMR til Alta? Støtter NSF og YLF

Arbeidsgiver svarer:

HUB er et senter. Vi må diskutere hvor tilbudet skal være.

Den norske legeforening/overleger:

Det blir satt frem påstander og fakta som ikke er dokumentert særlig. Hvor er det dokumentert, hvordan kan man bruke dette som et målbilde videre? Alt skal skje innenfor de samme økonomiske rammene. Har fått tilbakemelding på at det er lite realistisk. DPS bør ha en lokalpsykiatrisk funksjon. Skal vi kunne ta imot pasienter på tvang så betyr det flere ressurser. Det er vagt og lite tydelig hva som menes av bildet på voksen psykiatri.

Arbeidsgiver svarer:

Kostnadene ved å bygge opp vakt vil overstige det vi har av midler. Vi må hente penger slik at vi kan legge det på området, det står i saken. Vi viser til oppdragsdokumentet. Vi må klare å hente inn tilstrekkelig kostnadsbesparelser så vi kan bygge opp dette.

Vi har hatt diskusjoner om begrepsbruket i dialogmøter tidligere. Vi er avhengig av hva psykiaterne mener er det beste for disse pasientene. Det er ikke snakk om å legge inn pas med tvang i dag.

I neste styresak står det noe om lederstruktur og dialoger med fagmiljøene som ligger til grunn samlet vurdering

Den norske legeforening/ynge leger:

Ønsker fortsatt svar på onkologstillinger om det som står i målbilde er en endring av dagens praksis.

Arbeidsgiver svarer:

Vi må avstemme med UNN og regional kreftplan. Overordnet bilde må være hvordan vi bygger opp det som er best for pasientene i Finnmark. Må ta arbeidet vider der. Kan ikke si hva det betyr for antall et onkologer i FIN.

Den norske legeforening/ynge leger:

Det kommer en protokolltilførsel på dette.



Norges Ingeniør- og Teknologorganisasjon:

Uhyre viktig at vi diskuterer fagene både onkologi og rehabilitering. Erfaringen er dessverre at siden dokumentet er så stort når vi forsøker å komme tilbake senere, så får vi beskjed om at det er drøftet og vi er ferdig med saken. Derfor viktig at det diskuteres på detaljnivå.

Arbeidsgiver svarer:

Alle endringer som får konsekvenser skal det gjøres egne prosesser på.

Den norske legeforening/overleger:

Vi er en interessant, og dere er ledelse. Forholdet må bygges på tillit, vi må være omforent om målbilde og ikke oppleve at vi ikke har en reell innvirkning. Det inngir ikke tillitt. Vi må sørge for positiv energi, så det viktig å få med ansatte i aktiv deltakelse.

Den norske legeforening/ynge leger:

Radiologi er nevnt som et non-beredskapskritisk fag i denne saken, og i annen sak som støttefunksjon til beredskapskritiske fag. Hvorfor er radiologi nevnt begge steder? Lurer også på hvilken undersøkelse det er snakk om når det står "vurdere å styre visse andre undersøkelser til der det er best kapasitet"?

Når det gjelder TSB, er det forsvarlig med å ha en avrusningsenhet to timer unna et akuttsykehus? Avrusning kan være kompleks og noen ganger må man ha fullverdig intensiv beredskap for dette. Hva er retningslinjene for dette?

Arbeidsgiver svarer:

Det er ikke den type avrusning som vil kreve akuttmedisinsk støtte som det er snakk om i TSB. Vi må vurdere forsvarlighet for ulike typer avrusning. Vi må komme tilbake til nyansene.

Radiologi er i grenselandet og det har vært i en egen prosess. Radiologene selv må komme tilbake til hva de mener er fornuftig. Vi må se behovet og tilpasse tilbudet på tvers.

Norsk Psykologforening:

Konsekvenser for samisk språk og tjenestetilbud. Det at man ønsker å styrke det i hele foretaket, kan ikke gå på bekostning av de tjenestetilbud som allerede finnes i Sámi klinihkka.

Arbeidsgiver svarer:

Vi har vært tydelig på at det med Sámi klinihkka og rettigheter som følge av ILO konvensjonens bestemmelser om urfolks rettigheter og at regjering setter ned et utvalg som skal se på samisk helsetilbud, så gjør vi ikke noe med tilbudet i Sámi klinihkka før nasjonal utredning foreligger. Men klinikken må delta i det og samlet sett ivareta pasientene i Finnmark. Vi skal ikke skape unødige konflikter. Men samlet tilbudet skal tas vare på.,

Norsk Psykologforening:

Vi ønsker å få protokollført at det er stilt spørsmål om dette.

Den norske legeforening/ynge leger:

Det kommer egen protokolltilførsel på det som er fakta feil. Hva betyr det med finansiering av vaktordning i psykiatrien og at det vil kunne redusere driften andre steder i foretaket? Vil det være en del av dagens omstilling eller er dette snakk om en ytterligere kostnadsbesparelse i så tilfelle?



Arbeidsgiver svarer:

Vi får de rammene vi får. Dersom vi skal prioritere opp noe, så må de midlene hentes fra andre steder i foretaket. Det er innenfor der rammene vi får tildelt hvert år. Innspill til detaljerte risikoer, ber vi om få tilsendt. Dersom det går på overordnet nivå, kan vi ta innspill. Spesifikke tiltak får egne prosesser.

Norsk sykepleierforbund:

Overordnet så var det en diskusjon om FMR og fag med bærekraft. Det er et robust miljø med bygg i Kirkenes. RHF sier at man skal styrke FMR ved Kirkenes sykehus. Det er viktig å ha med i målbilde.

Arbeidsgiver svarer:

Foretaksmøtet har gitt pålegg om å øke antall senger til 9 i Kirkenes. Det er en del av rammeverket. Det er beslutning på RHF nivå. Dersom ting skal endres skal man gjøre en riktig prosess. Vi kan ikke frata oss mulighet til å gjøre noe på lang sikt. Det står omtalt under kommentarer og begrunnelser.

Den norske legeforening/yngre leger:

Lurer på overordnet risikoreduserende tiltak i denne, synes det er tynt. Sender skriftlig kommentarer på enkeltpunkter.

Arbeidsgiver svarer:

Med en gang mang man vurderer høy konsekvens så vil man få en gul farge. Risikoreduserende tiltak må ses i sammenheng med dagens bilde. Hva er dagens risiko og hvordan vil det se ut om man gjør noe med dette. Vi må alltid se på hvordan vi skal gjøre tjenestene bedre. Fargene er ikke trafikklys det betyr at man må vurdere aktsomhet.

Den norske legeforening/yngre leger:

Vil søke å finne tiltak for også å få ned konsekvens, selv om det kun er konsekvens som trekker opp til gul betyr jo dette fortsatt at det er noe man bør se på og forsøke å motvirke. Er risikovurderingen basert på det foreslåtte alternative eller dagens nå situasjon?

Arbeidsgiver svarer:

Det ligger to analyser, en av målbilde og en av dagens situasjon.

Følgende innspill kom fra foretakstillitsvalgte:

1. DNLF/Y foreslår endringsforslag til vedtakspunkt 2:

Styret ber om at det ved implementering av endringer og/eller avvikling av et tjenestetilbud på en gitt lokalisasjon gjøres en separat risikovurdering knyttet til det fagområdet som påvirkes av endringen, at ansatte involveres og at aktuelle endringer drøftes med tillitsvalgte i forkant.

2. NSF foreslår også en endring i vedtakspunkt 2:

Styret ber om at ved implementering av endringer og/eller avvikling av et tjenestetilbud på en gitt lokalisasjon gjøres en separat risikovurdering knyttet til det fagområdet som påvirkes av endringen. Medvirkning ivaretas gjennom at tillitsvalgte og vernetjenesten deltar i risikovurderingene, at ansatte involveres og at aktuelle endringer drøftes med tillitsvalgte i forkant.



Arbeidsgiver svarer på innkomne innspill:

1. Arbeidsgiver tar DNLF/Y sitt innspill til endring i vedtakspunkt 2.
2. Til NSF sitt forslag svarer arbeidsgiver slik:

Arbeidsgiver holder fast ved DNLF/Y sitt forslag. Vi planlegger å gjennomføre en dialog med tillitsvalgte om hvordan vi gjennomfører risikoanalyser. Her legger vi til grunn medvirkning fra ansatte. Vi mener det ikke er riktig å legge til styret å detaljstyre hvordan ledelsen gjennomfører sine interne prosesser. Styret angir rammer og retning og ledelsen styrer detaljene.

Protokolltilførsel fra Norsk sykepleierforbund:

NSF Finnmarkssykehuset påpeker manglende medvirkning i risikovurdering i ovennevnte saker.

NSF Finnmarkssykehuset viser til vedtakspunkt 5 i styresak 69/2024 Helse Nord RHF, vurdering av risiko i Helse Nord:

Styret vil oppfordre Helse Nord RHF og helseforetakene til også å involvere konserntillitsvalgte og -verneombudet, foretakstillitsvalgte og -verneombudene og brukermedvirkere i opplæring på metodikk samt å sikre at medvirkning i helseforetakene ivaretas i risikostyringen.

Foretakstillitsvalgte har ikke fått mulighet til å medvirke gjennomgående i risikovurderingene. Foretakstillitsvalgte har ikke medvirket i risikoanalyser og risikoevalueringer, og påpeker at medvirkning gjennom dialogmøter, arbeidsgruppemøter og drøftingsmøter er ikke tilstrekkelig i forhold til utarbeidelse av risikovurderingene.

Støtteerklæringer til protokolltilførsel fra Norsk sykepleierforbund:

- Støttes av FO.
- Norsk Fysioterapeutforbund støtter NSF's protokolltilførsel.
- NITO støtter denne protokolltilførselen.
- Ergoterapeutene støtter NSF's protokolltilførsel.
- AF, FF og PF støtter også protokolltilførselen.
- Protokolltilførsel fra sykepleierforbundet støttes av Utdanningsforbundet.
- Støttes av DNLF-O og Y.
- Støttes av Delta
- Støttes av NRF
- Støttes av NPF



Protokolltilførsel nr. 1 i sak 134/24 frå DNLF/Y og DNLF/O etter ID møtet mellom arbeidsgivar og føretakstillitsvalde 15.11.24 og 18.11.24.

Påpeiking av feil i saksgrunnlaget

Auge: her står det at man ynskjer OCD-scanning i Alta og Karasjok. Det heiter OCT-scanning. Nyttan av dette er avhengig av kva for ein aktivitet det vert planlagt for. Til informasjon, dog ikkje faktafeil, vert det påpeikt at fundusfotoapparat i Alta for screening av diabetespasientar vil være langt meir nyttig enn ein OCT-scanning.

Nefrologi: I Kirkenes er det fast ansatt nefrolog som styrer dialysen når tilstade. Nefrologi dekkes altså ikkje via avtale med UNN i Kirkenes kor det er fast ansatt nefrolog. For Hammerfest er det som vert beskrive i saksframlegget riktig.

Bekymring rundt saksgrunnlaget og målbilete

DNLF er bekymra for det me oppfattar som tilbakemeldingar om faktafeil innanfor dei ulike fagområda, både frå tillitsvalte og fagfolk gjennom møter og skriftlege innspel i vår og i haust, som ikkje er korrigert. Dette gjer bekymring rundt saksgrunnlaget som desse målbileta bygger på.

Det bekymrar og at fagmiljøas eigne innspel til saken, gitt 31.05.24, og tillitsvaltes innspel i dialogmøte 24.09.24, ikkje er gjenspegla betre i målbilete.

Det vert og opplevd som lite rom og tid for diskusjon og konkrete spørsmål rundt målbilete og saksgrunnlaget i ID-møte 15.11.24.

DNLFs standpunkt om målbilete innanfor enkelte fagområda

DNLF meiner revmatologi og nevrologi, men også dermatologi, er sjukehusfag og at «huben» til desse faga må ligge i eitt av våre to akuttsjukehus. Dette vil sikre eit breiare fagmiljø, felles bruk av fagkompetanse til nytte for pasientane, og sikre nødvendige ressursar for faga. Særleg nevrolog og revmatolog er i dag svært viktig for hhv samarbeidet med rehabiliteringsavdelinga i Kirkenes, og tilsyn på indremedisinske inneliggande pasientar.

DNLF meiner at innretninga me har i dag innanfor onkologi er ein god måte å organisere dette faget på for framtida, og at dagens onkologistillingar ved hhv Kirkenes og Hammerfest sjukehus må bestå.

DNLF meiner at rehabiliteringa må ha sin «hub» i Kirkenes, og er sterkt ueinig i og bekymra for at det opnes opp for eit målbilete kor ein «hub» og kan ligge i Alta.

Mvh.

Christel B. Eriksen og Åshild Nordbotten

Protokolltilførsel nr. 2 i sak 134/24 – om psykiatrien, fra DNLF/Y og DNLF/O etter ID møtet mellom arbeidsgiver og foretakstillitsvalgte 15.11.24 og 18.11.24.

Psykiatri:

DNLF er enig i at dagens vaktordning i psykisk helsevern (voksne) i Finnmarkssykehuset med kun telefonvakt mellom kl. 1500- 2200 og uten at en legespesialist eller LIS har mulighet til å fysisk møte pasienten og gjøre en klinisk vurdering, ikke er tilfredsstillende, verken for fagutøvelsen for



spesialistlegene, pasientene, avdelingen eller samarbeidet med legevaktsleger og UNN. Ordningen ble innført i 2016 og var ment som en midlertidig ordning da det ikke var økonomiske eller faglige ressurser til noe annet. Ordningen var også ment å basere seg på digitale konsultasjoner der annet helsepersonell/FACT- team/legevaktslege satt sammen med pasienten og kunne gi en klinisk vurdering, men dette har vist seg å ikke være gjennomført av ulike årsaker som kunne vært sett nærmere på.

Psykisk helsevern, sammen med barne- og ungdomspsykiatri og tverrfaglig rus og avhengighetsbehandling vurderes av DNLF å være medisinske fag med pasienter som også har behov for øyeblikkelig hjelp. Til forskjell fra de somatiske fagene, er det imidlertid den kommunale legevaksordningen som ivaretar denne beredskapen.

Øyeblikkelig hjelp (definert som hjelp innen 0-2 timer) innen psykisk helsevern ivaretas i dag av UNN- Åsgård for pasienter fra Finnmark, inkludert vurdering av og etablering av tvungent psykisk helsevern. kapittel 3; <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer>. De institusjonene som har dette sørge- for ansvaret pekes ut av Helse Nord, og har egne bygningsmessige og kompetanse- og personellmessige krav med høy kostnadsinvestering.

DNLF støtter dagens ordning med at UNN ivaretar ø-hjelp for pasienter fra Finnmark, inkludert tvungent psykisk helsevern på spesialisthelsetjeneste - nivå

Akutt- hjelp innen psykisk helsevern defineres som «hjelp innen 24 timer» og omhandler etablering av frivillig psykisk helsevern for pasienter med behov for akutt hjelp. Alle poliklinikker og døgnenheter har plikt til å yte dette innenfor sine åpningstider. Dersom FIN etablerer en vaktordning som er døgnkontinuerlig for å ivareta akutt- hjelp, ville det være hensiktsmessig å definere en døgnenhet/seksjon med et akutt- ansvar i FIN der denne vaktordningen skal gjelde.

Det vil måtte være et minimum av legespesialister fysisk tilgjengelig som enten jobber dagtid i poliklinikk eller i døgnavdelingen, og som kan inngå i dette vaktlaget mellom kl. 1700 – 0700 neste dag. Vaktlegene vil måtte kunne møte opp fysisk ved døgnenheten for å gjøre en vurdering av pasientens tilstand, og iverksette en behandlingsplan. Vernebestemmelsene om arbeidstid utover Arbeidsmiljølovens bestemmelser, beskrevet i overenskomsten A2 §§3.6.1 og 3.6.3 mellom Legeforeningen og Spekter, skal ivaretas ved etableringen av en slik vakt-tjeneste, <https://www.legeforeningen.no/contentassets/fae42a37ea07413aaa874287ad3b84bc/overensk-omsten-del-a-a1-og-a2-omrade-10-helseforetak.pdf>

Vaktarbeid på ettermiddag og natt, vil medføre redusert tilstedeværelse av legespesialistene i poliklinikk og døgnavdeling på dagtid for å ivareta vernebestemmelsene da leger i vakttjeneste skal ha hviletid mellom arbeidsperiodene jmf. A2 § 3- 6-3. I tillegg skal vakttjeneste ved ferie- avvikling, utdanningspermisjoner og sykefravær ivaretas. Et minimum av ansatte spesialistleger på en fysisk lokasjon for å etablere en aktiv tilstedevakt- ordning vil da måtte være 6-7 stykker i full stilling. I dag har for eksempel Klinikk Alta 5 legespesialister fast ansatt fordelt på poliklinikk og døgnavdeling, der 2 av disse har 50 % krav om tilstedeværelse og forøvrig hjemmekontor med digital arbeidsplass.

DNLF stiller seg positiv til å utrede og risikovurdere en mulig fysisk vakttjeneste ved DPS i Finnmarkssykehuset, og peker på at dette reelt ikke kan skje innenfor dagens økonomiske rammer.



En hjemmevaktordning med plikt til å yte spesialist-legearbeid pr telefon eller digitale løsninger (som fungerer) i møte med pasienten mellom kl. 1500-0800 vil også være en stor forbedring.

Hjemmevaktlegen ville da kunne gjøre en klinisk vurdering etter beste skjønn og vurdere behov for behandlingsnivå: akutt-innleggelse ved døgnenhet i FIN eller ø- hjelp ved UNN- Åsgård. Hjemmevaktlegen måtte da også ha oversikt over tilgjengelig sengekapasitet ved alle døgnenhetene i FIN, samt myndighet til å iverksette innleggelse og evt. behandlingsplan utfra foreliggende klinisk informasjon om pasienten. Potensielt alle legespesialister i psykisk helsevern, uansett geografisk tilstedeværelse, ville kunne delta i denne ordningen. Dagarbeidene og fysisk tilstedeværende legespesialist ved aktuelle døgnenhet ville dagen etter kunne gjøre en ny klinisk vurdering av innlagt pasient og fortsette behandlingen.

En økning av kapasitet og en planmessig styrking av kvaliteten av det elektive behandlingstilbudet på dagtid/poliklinikk og dagavdeling til denne pasientgruppen vil også kunne forebygge akutte forverringer hos pasienter og redusere ø-hjelps innleggelser ved UNN- Åsgård. Rekruttering og stabilisering og en reell vurdering av behovet for antall spesialistleger utfra arbeidsoppgaver etter dagens behov, nasjonale retningslinjer og veiledere, og tydelig rollebeskrivelse med ansvars plassering vil være nødvendig og et naturlig arbeid for å oppnå en fortsatt ønsket kvalitetsheving.

DNLF mener forøvrig at fagene barne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling burde være en egen sak separat fra de øvrige somatiske fagene i sak om "faglig innretning av non-beredskapskritiske fag". Dette fordi disse fagene er så ulike de somatiske fagene når det gjelder innhold, organisering og kompleksitet, og fokus på fagenes egenart mener vi blir dårligere ivaretatt slik prosessen har vært inntil nå i reorganiserings-/omstillingsprosessen. Vi oppfordrer derfor til å i videre saksgang om faglig innretning se på disse tre fagområdene separat fra somatikken. Sak 135/24 omhandler forslag om ny klinikkstruktur og ikke faglig innretning.

BUP/psykisk helsevern for voksne/TSB:

FIN må ha et likeverdig tilbud for pasientene med samisk som morsmål med Sami Klinihkka som behandlingssted da pasienter med denne type tilstander har et særdeles behov for å kunne kommunisere på eget morsmål om sine tilstander.

Mvh.

Christel B. Eriksen og Åshild Nordbotten

Støtteerklæring:

- Norsk psykologforening støtter YLF/DNLF-O sin protokolltilførsel i sak 134/24 nr. 2 «om psykiatrien». På sikt kan man også se på å inkludere psykologspesialister som ønsker det i en vaktordning gjennom en særavtale.
- NSF Finnmarkssykehuset støtter DNLF-Y og O protokolltilførsler i alle sakene.
- FO slutter seg til og støtter YLF/DNLF-O sin protokolltilførsel i sak 134/24 som omhandler psykiatrien, sak 137 knyttet til turnuspyramiden og sak 138 som beskriver lederstruktur.



- AF, FF og PF slutter seg til og støtter YLF/DNLF-O sin protokolltilførsel i sak 134/24 som omhandler psykiatrien, sak 137 knyttet til turnuspyramiden og sak 138 som beskriver lederstruktur.
- Norsk Fysioterapeutforbund støtter YLF/DNLF-O sin protokolltilførsel i sak 134/24 nr. 1.

Tilbakemelding fra Utdanningsforbundet:

Utdanningsforbundet var ikke tilstede under drøfting av hele sak 134/24, men har vært delaktig i tilbakemeldingen på korrigerende av faktafeil ang nevrologi og spesialisert rehabilitering. Det er viktig at den informasjonen som kommer til styret er korrekt slik at det ikke blir gjort vedtak på feil fakta.

Utdanningsforbundet har tidligere påpekt viktigheten av å bygge opp tilbudet på øyefaget både i Hammerfest og Kirkenes på grunn av lange ventelister og sårbare fagmiljø. Det er ikke endret noe siden forrige gang dette ble tatt opp. Det er foreslått LIS 3 i Hammerfest, men ingen endring i Kirkenes. Sårbarheten i faget har tydelig kommet fram i Kirkenes siste året når nåværende øyelege har hatt. Det har ikke vært mulig å dekke alle ukene med vikar, noe som har ført til økte ventelister og pasienter har fått varige øyeskader. Utdanningsforbundet mener det også bør tilføres en LIS3 i Kirkenes.

Med vennlig hilsen

Judith Fjeldberg, Foretakstillitsvalgt for Utdanningsforbundet

Vedtak

Partene er enige om følgende:

Partene tar sak 134/2024 Målbilde for organisering av medisinske spesialiteter i Finnmarkssykehuset HF til orientering og er enig i at saken er drøftet med de innspillene som kom i møtet.



135/24 Fremtidig organisering av spesialitetene Psykiatri (psykisk helsevern for voksne), Barne- og ungdomspsykiatri samt Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser og avhengighet i Finnmarkssykehuset HF - Drøftings sak ID-møte 15. november 2024

Informasjons- og drøftingsmøte - Foretaksnivås behandling av sak 135/2024 i møte den 15.11.2024:

Behandling

Medisinsk direktør Eystein Hauge innledet og redegjorde for innholdet i drøftingsnotatet slik den ble sendt 8. november 2024.

Saken ble tatt til drøfting.

Spørsmål, kommentarer og svar

Norsk sykepleierforbund:

Foreslår at det legges inn et nytt vedtakspunkt lik den vi la til i forrige sak om risikovurdering. Vi har fått tilbakemelding om at det vil være fornuftig med en tverrgående klinikk. For å styrke fagmiljøene og også sett fra et økonomisk perspektiv bør man samle lik kompetanse på en lokalitet. Samtidig bør reisevei for pasientene ses på; mye av arbeidet skjer i kommunene når pasientene er hjemme, godt samarbeid med hjemkommune er viktig for god pasientbehandling. Samarbeid på tvers vil kunne være med å styrke de eksisterende fagmiljøene vi har i dag.

Arbeidsgiver svarer:

Uproblematisk med deres forslag til vedtakspunkt 4 og vi vil legge til en justering i vedtakspunkt 3.

Den Norske legeforening/overleger:

Enig med administrerende direktør. Vi viser til 6. avsnitt direktørens vurdering. Kan få gevinst etter forslag C. Geografisk ledelse vil kunne styrke fagene best. Vi går for modell B og det er det medlemmene vil prioritere. Man får en klinikkssjef fra fagfeltet i direktørens ledergruppe som gir et økt fokus. Hvordan blir det med ass. klinikkssjefer i sak senere? Hvordan blir denne organiseringen satt opp mot reorganiseringsprosessen? Modell B ser også ut til å ta godt hensyn til Sámi klinikkas autonomi. Barne- og ungdomspsykiatrien har to store og viktige enheter i Sámi klinikk som det bør samarbeides godt med i forhold til samdrift.

Arbeidsgiver svarer:

Struktur med klinikkssjefer er vedtatt tidligere. Hvordan den enkelte klinikk behøver lederstøtte må være en jobb som gjøres i den enkelte klinikk. Klinikkssjef bør ha en leder lokalt også. Rollene i denne klinikken til ass. klinikkssjefer vil kunne avvike noe fra de andre. Vi må ta detaljene senere. Det er bra det anerkjennes til at vi tar hensyn til det samiske. Det forutsettes likevel et tett samarbeid. Så like prosedyrer som mulig, men som tar hensyn til samisk kultur.



Fellesorganisasjonen:

Støtter oss til DNLFO. Vil gi tilbakemelding på at vi føler at vi har blitt hørt. Vi tror at modell B er den beste. Den hensyntar Sámi klinikk, men det er viktig at samarbeidet med UPA og familieavdelingen blir videreført. Viktig at vi får vår egen person som vi skal forholde oss til. Viktig med stedlig ledelse, og lokalkunnskap har mye å si. Undring om valg av tittel ass. klinikkssjef, burde de heller hete DPS ledere

Norsk psykologforening:

Det er viktig at det også drøftes med tillitsvalgte og gjøres en ROS-analyse før adm. direktør vurderer om den tverrgående organiseringen også kan inkludere Sámi Klinikk. Hvilke fullmakter og ansvar vil ass. klinikkssjefer ha? Det vil ha mye å si for Sámi klinikk dersom Sámi klinikk innordnes under modell B på sikt, grunnet særfunksjonene til Sámi klinikk.

Arbeidsgiver svarer:

Det med fullmaktene kan vi ikke si noe om nå. Det som gjelder Sámi klinikk må vi komme tilbake til. Ledelsen av klinikken ligger på toppsjef, så delegeres fullmaktene ned av klinikkssjef. Det må tas under implementering. Intensjonen skal være at det alltid vil være en leder til stede.

Den Norske legeforening/Yngre leger:

Et vedtakspunkt om å evaluere, det er bra, men hvilke kriterier er det som skal ligge til grunn for evalueringen? Hva er det vi ønsker å oppnå? Skal dagens enhetsledere opprettholdes slik det er i dag, eller rammes disse også av reorganiseringen? Bekymring fra øst, de har bedre samarbeid med somatikken i dagens organisering, hvordan skal dette samarbeidet opprettholdes?

Arbeidsgiver svarer:

Lederstruktur er besluttet for hele foretaket. Hvilke antall enheter og organisering av dette vil bli diskutert. Organiseringen vil også treffe Sámi klinikk. Vi har vedtatt strukturen, men vi diskuterer implementeringen senere. Antall nivå er diskutert. Det er viktig både med samarbeid innen fagområdene og med somatikk og vi må se på hva vi venter best.

Den Norske legeforening/Yngre leger:

Vi må ha en plan for ivaretagelse av alt samarbeid, uavhengig av organisering

Arbeidsgiver svarer:

Saksgrunnlaget må være utgangspunkt på evalueringen.

Den Norske legeforening/Overleger:

Her har arbeidsgiver fulgt en god kutyme. Punktene som kom frem, har blitt tatt til følge. Dette er et godt eksempel med gode prosesser. Støtter NSF sitt forslag om punkt 4. Ønsker at vi som TV hadde vært mer inkludert i risikovurderingen.

Fellesorganisasjon:

Inntrykket er at de i øst har vært positivt med dagens organisering. Viktig å ta med seg det som har fungert der videre.



Arbeidsgiver svarer:

Vi tar en generell kommentar til det med deres synspunkt om involvering av tillitsvalgte for risikovurderingen i protokollen.

Norsk psykologforening:

Det står ikke noe om merbelastning for den enkelte ansatte av eventuell ambulering og bistand til klinikkene på tvers. Vi savner det

Arbeidsgiver svarer:

Det er nede på detaljnivå av operasjonaliseringen. Vi vil måtte se nærmere på dette når vi skal operasjonalisere dette, så vil dette bli en del av neste runde.

Følgende innspill kom fra foretakstillitsvalgte:

1. Norsk sykepleierforbund foreslår å ta nytt vedtakspunkt i styresaken:
Styret ber om at det ved implementering av endringer og/eller avvikling av et tjenestetilbud på en gitt lokalisasjon gjøres en separat risikovurdering knyttet til det fagområdet som påvirkes av endringen, at ansatte involveres og at aktuelle endringer drøftes med tillitsvalgte i forkant.
2. Støtter forslaget på modell B for organisering. Denne organisering setter søkelyset på psykisk helsevern og TSB som også hensyntar Sámi klinihkka.

Arbeidsgiver svarer på innspillene:

1. Det blir nytt vedtakspunkt 4 som lyder:
Styret ber om at det ved implementering av endringer og/eller avvikling av et tjenestetilbud på en gitt lokalisasjon gjøres en separat risikovurdering knyttet til det fagområdet som påvirkes av endringen, at ansatte innoveres og at aktuelle endringer drøftes med tillitsvalgte i forkant
2. I tillegg foreslår arbeidsgiver endring i vedtakspunkt 3 som fikk tilslutning:
Styret ber AD komme tilbake til styret med vurderingene før en eventuell justering implementeres.

Betraktninger fra NSF-sine medlemmer i Sámi klinihkka:

SANKS- Sami klinihkka er en organisasjon i seg selv med et særskilt samisk mandat, der oppdraget for de samiske pasientene strekker seg over 3 land, Norge, Sverige og Finland. SANKS har bygd opp et godt renommé som nasjonalt kompetansesenter. SANKS har et sterkt fagmiljø, er en viktig utdanningsinstitusjon, og frykter nå at tilbudet som er bygd opp over 40 år skal pulveriseres gjennom omorganisering i klinikken. SANKS har i dag gode tall, stabilitet, bra rekruttering og gode fagfolk.

Det nevnes flere steder i saksfremlegget at samisk språk og kulturkompetanse skal styrkes i hele klinikken, og at SANKS mandat skal bestå- det er bra at man har fokus på dette. Språktilllegg vil gi anerkjennelse for kompetansen til samisk språklige ansatte.



SANKS skal være en organisasjon i seg selv med egen stednær klinikkleder som dagens modell A viser- med raske og korte beslutningsveier der det samiske perspektivet har prioritet og fokus. Videre bør Karasjok holdes som en selvstendig enhet innen TSB og det kan være hensiktsmessig at TSB døgnet og poliklinikk er i samme enhet der fagressursene kan brukes på tvers.

SANKS- Sami klinikk anbefales holdt utenfor reorganiseringen inntil regjeringens kommende utredningsarbeid som gjelder samisk spesialisthelsetjeneste er ferdigstilt.

Protokolltilførsel fra Norsk sykepleierforbund:

NSF Finnmarkssykehuset påpeker manglende medvirkning i risikovurdering i ovennevnte saker.

NSF Finnmarkssykehuset viser til vedtakspunkt 5 i styresak 69/2024 Helse Nord RHF, vurdering av risiko i Helse Nord:

Styret vil oppfordre Helse Nord RHF og helseforetakene til også å involvere konserntillitsvalgte og -verneombudet, foretakstillitsvalgte og -verneombudene og brukermedvirkere i opplæring på metodikk samt å sikre at medvirkning i helseforetakene ivaretas i risikostyringen.

Foretakstillitsvalgte har ikke fått mulighet til å medvirke gjennomgående i risikovurderingene. Foretakstillitsvalgte har ikke medvirket i risikoanalyser og risikoevalueringer, og påpeker at medvirkning gjennom dialogmøter, arbeidsgruppemøter og drøftingsmøter er ikke tilstrekkelig i forhold til utarbeidelse av risikovurderingene.

Støtteerklæringer til protokolltilførsel fra Norsk sykepleierforbund:

- Støttes av FO.
- Norsk Fysioterapeutforbund støtter NSF's protokolltilførsel.
- NITO støtter denne protokolltilførselen.
- Ergoterapeutene støtter NSF's protokolltilførsel.
- AF, FF og PF støtter også protokolltilførselen.
- Protokolltilførsel fra sykepleierforbundet støttes av Utdanningsforbundet.
- Støttes av DNLF-O og Y.
- Støttes av Delta
- Støttes av NRF
- Støttes av NPF

Vedtak

Partene er enige om følgende:

Partene tar saken om fremtidig organisering av spesialitetene Psykiatri (psykisk helsevern for voksne), Barne- og ungdomspsykiatri samt Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser og avhengighet i Finnmarkssykehuset HF til orientering og er enig i at saken er drøftet med de innspillene som kom i saken.



136/24 Prosjekt oppgavedeling Finnmarkssykehuset HF - drøftings sak i ID-møtet 15. november 2024

Informasjons- og drøftingsmøte - Foretaksnivås behandling av sak 136/2024 i møte den 15.11.2024:

Behandling

Assisterende direktør Vivi Brenden Bech innledet og redegjorde for innholdet i drøftingsnotatet slik den ble sendt 8. november 2024.

Spørsmål, kommentarer og svar

Norsk sykepleierforbund: Kan du utdype tilbakemeldinger for pilotering. Estimerte effektiviseringsgevinster, hvordan skal vi kunne kontrollere disse? Fornøyd med at ansvar og begrensinger har kommet inn som eget punkt.

Arbeidsgiver svarer:

Opplæring ble gjort av alle helsefagarbeider samtidig og de fikk innsikt i de ulike avdelinger. Det som ble meldt var at det ble for mye på kort tid. Så vi må organisere det på en annen måte. Det finnes ingen måte å detaljere estimat av effektivisering på. Det må ned på de enkelte enheter. Det er indikasjon og blir ikke brukt som faktum. Vi skal gjøre det metodisk riktig. Vi har nok dårlige beregninger.

Fagforbundet:

Når man hever kompetansen og får flere oppgaver. Er det snakk om å heve lønna til de som skal lære seg nye ting?

Arbeidsgiver svarer:

Det å gi folk kompetanseheving er i utgangspunktet ikke utgangspunkt for økt lønn. Det er et forhandlingsspørsmål. Vi ønsker å benytte helsefagarbeider på så høyt nivå som mulig. Det kan være spørsmål i sentrale og lokale forhandlinger. Når det gjelder tillegg for samisk kompetanse så har noen fag gjort det. Vi må ha en ensartet praksis på dette. Vi har valgt å følge de lokale forhandlingene for dette.

Den Norske legeforening/Overleger:

Legeforeningen har frontet samisk språk og kulturkompetanse for å løfte denne kompetansen. Viser til s 78, lovverket regulerer i liten grad hvilke oppgaver som inngår i hvilken profesjon. Spesialist forskriften er et godt utgangspunkt for hvilke ansvar som skal være for de ulike gruppene.



Den Norske legeforening/Yngre leger:

Ansvarsforhold, bør foreligge før man igangsetter kurs, kompetanse og oppgavedeling. Viktig med rekkefølge. Nye oppgaver som skal implementeres må drøftes på riktig nivå.

Den norske jordmorforening:

Savner konkretisering for hva den har å si for hver enkelt profesjon og yrkesgruppe. Viktig for arbeidsflyt og rekruttering til yrket. Hva er ønsket mål oppnåelse av prosjektet, og hvilke konsekvenser har det for praksis. Viser til retningslinjer for bemanning i fødselsomsorgen og ivaretagelse av akuttfunksjonen.

Arbeidsgiver svarer:

Vi har ikke vært på detaljnivå. Vi må ivareta forsvarlighet. Videre i arbeidet må vi gå ned på detaljeringsnivå. Vi tar det med videre.

Den Norske legeforening/Overleger:

Dersom man tar spesial sykepleier oppgaver og gir det til sykepleier uten spesial kompetanse så kan det være anti rekrutterende og kan skape negativ rekruttering og omdømme.

Arbeidsgiver svarer:

Vi må tilpasse til den enkeltes kompetanse og utvikle den og ivareta spesial miljøene. Vi må balansere dette. Anvende kompetanse på riktig sted. Det er ikke noen intensjon om å undergrave spesialkompetanse. Vi har sendt 40 stykker på spesialutdanning i år som er mer enn vanlig. Vi må bygge kompetansen nedenfra og ha lokale til å drive sykehuset. Vi må søke å vær selvrekrutterende.

Den Norske legeforening/Yngre leger:

Når skal Kirkenes involveres?

Arbeidsgiver svarer:

De har vært med i arbeidsgruppene og i møtene. I det videre arbeidet er det viktig at de sitter i ressursgruppa.

Norsk sykepleierforbund:

Ansvars og oppgavedeling: Oppgavedeling uten klarhet i hvem som har ansvaret må unngås. Masse eksempler på hvordan vi kaster bort verdifull kompetanse og tid. Har vi ressurser til implementering? Skal klinikkene klare dette selv i tillegg til all annen omstilling? Vi har mange eldre pasienter med komplekse helsetilstander. Hva med volum og mengde på oppgaver i forhold til å kunne fordele oppgaver?

Arbeidsgiver svarer:

Når det gjelder implementering, så er det et element av mange. Alt er i det samme fundamentet og vi må se det i sammenheng med helheten. Det krever ressurser. Endring er ingen kollektiv øvelse, den enkelte må være i fokus fordi enkelte responderes ulikt. Vi må ha et tungt korps med ressurser, og vi har lagt et lengre løp for dette. Har pålagt klinikkjefene å se hvor mange som har forbedringsutdanning, kan noen av disse fristilles for å være med i et team når arbeidet skal gjøres for å gi riktig støtte og oppfølging? Det er kompetansegivende. Vi har satt av 2 millioner til oppgavedeling neste år. Volum og mengde må vurderes i arbeidet, men må for eksempel ikke gå på bekostning av utdanning. Vi må vurdere og evaluere underveis.



Følgende innspill kom fra foretakstillitsvalgte:

1. Norsk sykepleierforbund foreslår å ta nytt vedtakspunkt i styresaken:
Styret ber om at det ved implementering av endringer og/eller avvikling av et tjenestetilbud på en gitt lokalisasjon gjøres en separat risikovurdering knyttet til det fagområdet som påvirkes av endringen, at ansatte involveres og at aktuelle endringer drøftes med tillitsvalgte i forkant.

Protokolltilførsel fra Norsk sykepleierforbund:

NSF Finnmarkssykehuset påpeker manglende medvirkning i risikovurdering i ovennevnte saker.

NSF Finnmarkssykehuset viser til vedtakspunkt 5 i styresak 69/2024 Helse Nord RHF, vurdering av risiko i Helse Nord:

Styret vil oppfordre Helse Nord RHF og helseforetakene til også å involvere konserntillitsvalgte og -verneombudet, foretakstillitsvalgte og -verneombudene og brukermedvirkere i opplæring på metodikk samt å sikre at medvirkning i helseforetakene ivaretas i risikostyringen.

Foretakstillitsvalgte har ikke fått mulighet til å medvirke gjennomgående i risikovurderingene. Foretakstillitsvalgte har ikke medvirket i risikoanalyser og risikoevalueringer, og påpeker at medvirkning gjennom dialogmøter, arbeidsgruppemøter og drøftingsmøter er ikke tilstrekkelig i forhold til utarbeidelse av risikovurderingene.

Støtteerklæringer til protokolltilførsel fra Norsk sykepleierforbund:

- Støttes av FO.
- Norsk Fysioterapeutforbund støtter NSF's protokolltilførsel.
- NITO støtter denne protokolltilførselen.
- Ergoterapeutene støtter NSF's protokolltilførsel.
- AF, FF og PF støtter også protokolltilførselen.
- Protokolltilførsel fra sykepleierforbundet støttes av Utdanningsforbundet.
- Støttes av DNLF-O og Y.
- Støttes av Delta
- Støttes av NRF
- Støttes av NPF

Vedtak

Partene er enige om følgende:

Partene tar sak 136/2024 prosjekt oppgavedeling til orientering og er enige i at saken er drøftet med de innspill som kom i møtet.



137/24 Prinsipper for ressursplanlegging i Finnmarkssykehuset HF - Drøftings sak i ID-møtet 15. november 2024

Informasjons- og drøftingsmøte - Foretaksnivås behandling av sak 137/2024 i møte den 15.11.2024:

Behandling

HR-sjef Kennet Grav innledet og redegjorde for innholdet i drøftingsnotatet slik den ble sendt 8. november 2024.

Spørsmål, kommentarer og svar

Norsk sykepleierforbund:

Denne saken burde vært behandlet gjennom dialogmøter og arbeidsgruppemøte med medvirkning fra enhetsledere. Det etterlyses felles rutiner. Hva med den spisskompetansen den enkelte enhetsleder har om egne ansatte for å sette sammen et godt team i enheten? Når skal dette startes opp? Hvor mange flere bemanningsrådgivere må ansettes?

Arbeidsgiver svarer:

Ser ikke noen motforestillinger mot kompetansen til lederne. Noen leder tar ansatt ut av drift. Vi kommer til å se lederne i kortene i forhold til turnus og vi vil tilby bistand fra HR i stedet for at leder skal ta ansatte ut av drift. HR -rådgiver skal ikke erstatte ledere. Vi har en bemanningsrådgiver nå og det ansettes en til. Det blir 2 og vi har i tillegg Gat support. I tillegg har vi bistand fra Synplan. Vi får inn ny teknologi som kan gi tidsbesparelse. Vi har planer for backup. Kompetansen lederne sitter med vil bli brukt, og lederen vil ha siste ordet.

Norsk sykepleierforbund:

Turnus er et lederverktøy. Det oppfattes at HR skal gjøre dette og og skal skrive alle turnuser og arbeidsplaner. Tanken er god, men saken har vært utarbeidet på en dårlig måte.

Arbeidsgiver svarer:

Mottatt, vi skal omformulere vedtakspunkt 2 slik at lederlinjen blir synlig i arbeidet. Vi tar kritikk på at prosessen går fort. Vi skal bruke lang tid på implementering. Vi hører hva som blir sagt. Vi skal se på vedtakspunkt 4.

Den Norske legeforening/Overleger:

Deler oppfatningen til NSF. HR skal sentralstyre planlegging langt unna lokal kunnskap. Vi er en kompetansebedrift. Det er viktig å kjenne ansatte for å få gode planer, og planene skal drøftes. Turnuspyramiden, vi er ikke enige i sortering. Vi kommer med nytt forslag til fordeling. Har mange som gjennom år har klart å tilrettelegg for ønsketurnus, som medisinsk avdeling i Kirkenes og andre avdelinger som har bidratt til stabilisering. Det kommer tilførsel om pyramiden.



Den Norske legeforening/Yngre leger:

En generell betraktning om turnusplanleggingen. Denne saken gjør at turnusplanleggingen fremstår rigid. At det skal være rigide styring og ikke rom for individualitet og ønsker. Fleksibilitet løses best på enhet av leder som kjenner avdeling. Det skal være styrende rammer, men det må ikke bety at man blir så rigid at man ikke kan tilpasse internt. Dette må heller ikke bli så store endringer at folk mistrives i arbeid eller ikke får hverdagen til å gå opp. Om turnuspyramiden: forsvarlighet og helsefremmende turnus er lovfesta i AML (se egen betraktning rundt dette nederst i denne saken som også er bakgrunn protokolltilførsel med forslag til nytt oppsett av turnuspyramide fra DNLF-Y og O). Forsvarlighet for den enkelte ligger i grunnprinsippet nederst, i kraft av loven. Forsvarlighet utover dette må fremkommet i saksgrunnlaget. Det samme gjelder helsefremmende turnus. Det som står under punktet helsefremmende turnus, er allerede et krav i AML. Så hva mener man egentlig med helsefremmende turnus og forsvarlighet i denne saken?

Arbeidsgiver svarer:

Vi skal ta hensyn til AML først og vi må også ta hensyn til forsvarlighet for drift av Finnmarkssykehuset. Vi kan gå utover bestemmelsene enn lovpålagte krav og åpne for mere helsefremmende.

Den Norske legeforening/Yngre leger:

Det kommer ikke frem i saken. Det må komme frem i teksten at det er snakk om ekstra tilpasninger utover det som gjelder i loven. Kunne ha løst dette på et tidligere tidspunkt. Vi fikser teksten.

Den Norske legeforening/Yngre leger:

Pendlere og fast ansatte bør sidestilles og rettferdighet bør skilles ut. En rettferdig turnus skal komme før individuelle ønsker. Se egen betraktning om dette nederst i denne saken.

Norges Ingeniør- og Teknologorganisasjon:

Medlemmene ønsker HR- mer inn i turnusplanlegging. Veldig bra. Helsefremmende og forsvarlighet henger sammen. Dette er to sider av samme sak. Helsefremmende turnus og forsvarlighet må være sammen. Har HR nok kapasitet når dette skal effektueres?

Arbeidsgiver svarer:

Vi mener at det nok kapasitet i dag. Det kan være enkelte perioden vi må styrkes litt. Vi må vurdere det. Dette vil styrke profesjonaliteten.

Fagforbundet:

Sakspapirene kan være vanskelig å forstå for hva vil skal drøfte. Vi stiller oss bak NSF og DNLF i forhold til pyramiden. Ønsker er en del av det som er helsefremmende. Katastrofalt om HR tar over alt, men bra om HR er et supplement.

Arbeidsgiver svarer:

Pending må tas hensyn til, men det er betyr ikke at vi ikke setter pris på faste. Flyruter kan komme i veien. Vi må endre ordlyden i saken. Vi har ikke vært presise nok i saksfremlegget. Vi skal se om vi får justert noe på teksten. Vi skal kommentere innspill i saken. Saksdokumentet bør være bedre opplyst.



Vi må åpne opp for en ny diskusjon om pyramiden, men ikke en ny diskusjon om hvordan vi skal organisere arbeidet.

Norsk sykepleierforbund:

Enig med det de øvrige har sagt om pyramiden. Vi ønsker også velkommen tanken om felles prinsipper. Styrking av prosessene og støtten rundt turnusplanlegging i foretaket tenker vi er positivt, og vi ønsker overordnende prinsipper for hvordan ting skal løses. Altså at premissene like i hele foretaket. Det er det å se den enkelte ansatte som er vanskelig med turnus. Kompetanse og dynamikk mellom de enkelte ansatte er viktig faktor for den daglige driften. Hvem skal definerer riktig bemanningsnivå, hvem analyserer disse?

Arbeidsgiver svarer:

Klinikksjef og enhetsleder, det ligger ikke hos HR.

Norsk sykepleierforbund:

Hva legges i aktivitetsstyrt bemanning og daglig ressursstyring og skal alle kunne jobbe over alt?

Arbeidsgiver svarer:

Alle skal ikke jobbe over alt. Det må være klare avtaler på det. Man kan se på aktiviteten ut fra historiske data. For å kunne spre belastning der vi må være riktig bemannet i forhold til aktivitet.

Norsk sykepleierforbund:

HN-LIS sier ikke noe om pleietyngde og vi må få det inn i dataene.

Arbeidsgiver svarer:

Vi må tenke at vi skal ha data inn som kan hjelpe oss og gir et mønster, slik at vi kan være mer korrekt bemannet. Vi må ha et dashboard som leder kant styre etter.

Den Norske legeforening/Overleger:

Ba om konkret forslag, som ligger i chatten. Livsfase må inn i denne også under helsefremmende turnus.

Den norske jordmorforening: Aktivitet i fødeavdelingen er ikke forutsigbart. Det må presiseres at det skal være en forsvarlig bemanning for å ivareta akuttberedskap i forhold til å ivareta fødebemanning.

Arbeidsgiver svarer:

Gode innspill, men vanskelig å legg inn. Forvarlighet ligger i bunnen som en grunnmur.

Forsvarlighet lenger opp handler om utvidet forsvarlighet. Vi forutsetter at klinikksjefene tar dette med seg.

Den Norske legeforening/Yngre leger:

Vi ønsker å få inn noe om utdanning. Det burde lagt inn som et eget punkt i pyramiden. Vi har fokus på utdanning for alle yrkesgrupper. Vi skal være gode utover minimumskrav. Usikker hvor dette eventuelt bør plasseres, tar gjerne imot innspill/tanker på det.

Arbeidsgiver svarer:

Det kommer mange gode innspill. Vi må videre utviklet den før vi iverksetter den. Vi drøfter det



premisset. Vi ser at det er en prinsippføring, men og tilpasser styresaken. Vi må justere pyramiden og lager en egen runde på det.

Norsk sykepleierforbund:

Skulle ønske god fordeling av ubekvemme vakter. Er allerede skjevfordeling og tenker arbeidsgiver å rette opp dette slik at alle går likt antall helger? Krav for forsvarlighet skal dokumenteres. Hvor skal vi dokumentere dette. Hvor er forsvarlighetsvurderingen? Har sendt forslag til hva andre foretak bruker.

Arbeidsgiver svarer:

Vi har behov for å profesjonalisere og systematisere dette. Slik at vi i større grad kan gjennomføre dette.

Norsk sykepleierforbund:

Har vi mulighet til å fjerne hinkehelger?

Arbeidsgiver svarer:

Hovedoppgave er å få ting til å gå opp. Vi skal forsøke å få ting likere. Men kan ikke garantere at det blir likt. Vi skal ha så like løsninger så mulig. Vi må se hvordan vi kan løse dette på de enkelte enhetene. Det skal være likt overordnet. Vi må ha en praktisk tilnærming.

Norsk sykepleierforbund:

En god fordeling av ubekvemme vakter, helger og helge og høytidsdager er viktig for at medarbeidere skal oppleve at en turnusplan er rettferdig og fordeler belastningen på en god måte. (saksfremlegg s. 118). Forslag: Fordeling av vaktbelastning inn i prosedyre for turnus for den enkelte enhet.

Arbeidsgiver svarer:

Vi må ha prosesser på plass for å få like rutiner og rammeverk og rutiner som mulig for å få alt på plass. og legge til rette for at vi skal klare å gjøre jobben.

Den Norske legeforening/Overleger:

Punktet om forsvarlighet i teksten. Det skal årlig gjøres en forsvarlighetsvurdering av legenes arbeidstids ordning i A2 overenskomsten.

Arbeidsgiver svarer:

Vi skal følge det opp

Den Norske legeforening/Yngre leger:

Ekstremt viktig at HR sikres opplæring på de ulike tariffavtalene. Tillitsvalgte må i dag gjøre opplæring for HR, arbeidsgiver kan ikke regelverket. Det må legges en god og tydelig plan for de rette ressursene.

Arbeidsgiver svarer:

Vi må profesjonalisere. Vi skal bygge opp kompetanse i HR. Alle må bli profesjonalisert.



Norsk sykepleierforbund:

Vi må ha en tydeligere avtale for kalenderplan, den har ikke vært revidert siden den ble innført. Årsplan for sykehusene må kunne planlegges i god tid helst før turnusene skal lages. Turnusene burde ha samme start og sluttdato, i alle fall for enheter der man samarbeider. Vi har ønske om dialog om 12 timers vakter hver 4. helg.

Nye vedtakspunkt som det ble enighet om i møtet:

Nytt punkt 2: Styret tar til orientering at administrerende direktør ønsker at HR avdelingen skal være ledernes hovedkontaktpunkt ved utarbeidelse av turnus- og bemanningsplaner. Styret ber samtidig at administrerende direktør påser at det er god kompetanse på turnus- og bemanningsplanlegging hos den enkelte leder.

Nytt punkt 3: Styret understreker behovet for god medvirkning fra tillitsvalgte i turnus- og bemanningsplanlegging.

Gammelt punkt 3 blir nytt punkt 4.

Betraktninger rundt pyramiden – bakgrunn for endringsforslag fra DNLF/Y:

Forsvarlegheit: kva meines med forsvarlegheit i dette punktet? Forsvarlegheit er nemleg del av AML, altså lovverket vårt som skal ligge til grunn for turnusplanlegging. Ref § 4-1:

«Arbeidsmiljøet i virksomheten skal være fullt forsvarlig ut fra en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd». Det er altså ikkje berre snakk om fagleg forsvarlegheit (som nemnt under punkt om drift), men forsvarlegheit for den enkelte ansatte. Dette kjem i tillegg til at det i legenes tariffavtale A2 er egne krav om å vurdere forsvarlegheita i arbeidsplanane våre. Dette ligg altså i både AML og tariffavtaler allereie. Om dette er tenkt som supplement ut over krava i dei allereie eksisterande avtalane, så er det fint, men då må det kome tydelegare fram i sakspapira.

Helsefremmande turnus: dette punktet er og integrert i AML ref lovens formål § 1-1 a) «å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet». Slik eg les dette punktet er det strengt tatt allereie dekket av AML. Er det derimot meint som eit supplement på toppen av krava i AML så er det fint, men for meg framstår det som står under dette punktet både som dekket av AML og tariffavtaler. Så då er det fint om tekst vert endra slik at dette vert betre presisert. Dette punktet meiner eg og må og kome framfor pendlartilpassing. I tillegg må me diskutere kva me faktisk skal gjere på vakt, altså innhaldet. Dette har stor betydning for kvile og belastning og burde være ein del av dette punktet.

Pendlare: dette burde, som eit minimum, være sidestilt med ynskjer/prioritering av fast ansatte og rettferdigheit, kor sistnemnte burde eventuelt kome aller fyrst av dei tre prioriteringane då enkeltindivids ynskjer ikkje kan gå på bekostning av fellesskapet. Rettferdigheit for fleirtalet må kome fyrst. Ift å prioritere pendlarane over fast ansatte vil dette kunne være svært uheldig for faste ansatte å sjå at pendlare «får det som dei vil» medan dei sjølv, som gjerne sitt med ein



større byrde av arbeidsmengden over tid får mindre gunstige ordningar fordi pendlarane vert prioritert. Det må være eit mål at flest mogleg skal bo og arbeide her fast, sjølv om me veit at det ikkje vil være mogleg i absolutt alle tilfeller. Har man dog gode leiare som kjenner drifta og dei ansatte godt vil det være mogleg å klare å tilpasse alle desse tre svært viktige områda, som igjen bidrar til rekruttering. Ref. at fleire enheiter har klart å knytte til seg vikarer i faste stillingar pga. ynskjeturnus og god planlegging, i tillegg til at dei faste ansatte er tilfreds.

NSF har sendt forslag til forbedring:

- En tydeligere avtale for kalenderplan. I dag flere skriv, samt spørsmål svar, revidere dette etter dagens praksis
- Årsplan for sykehusene, hva skjer når? Når er det lavdrift og høydrift, dette må kunne planlegges i god tid. Les før turnusene skrives, når dette ikke er på plass får man suboptimale turnuser.
- Turnusene burde ha samme start og slutt dato, særlig viktig for avdelinger som har ansatte i delte stillinger.
- Dialog rundt 12-timersvakter 4. hver helg

Protokolltilførsel i sak 137/24 fra DNLF/Y og DNLF/O etter ID møtet mellom arbeidsgiver og foretakstillitsvalgte 15.11.24 og 18.11.24.

DNLF vil komme med følgende protokoll-tilførsel vedrørende Turnuspyramiden, og foreslå en alternativ modell for prioritering og ressursplanlegging:

5. Ønsker og pendlertilpassing
4. Driftshensyn, utdanning og bemanningsnivå
3. Helsefremmende turnus, rettferdighet og livsfasepolitikk
2. Forsvarlighet (arbeidsmiljø, pasientsikkerhet, utdanning)
1. Arbeidsmiljøloven, HA og tariffavtaler/overenskomster

Denne prioriteringen vil også ivareta en av grunnprinsippene ved reorganiseringen/omstillingen av Finnmarkssykehuset sak 138/24, vedlegg 1, s. 137 under Bærekraftsprinsipper, punkt 1: «De ansatte er vår viktigste ressurs».

Mvh.

Christel B. Eriksen og Åshild Nordbotten

Støtteerklæring:

- NSF Finnmarkssykehuset støtter DNLF-Y og O protokolltilførsler i alle sakene.
- FO slutter seg til og støtter YLF/DNLF-O sin protokolltilførsel i sak 134/24 som omhandler psykiatrien, sak 137 knyttet til turnuspyramiden og sak 138 som beskriver lederstruktur.
- AF, FF og PF slutter seg til og støtter YLF/DNLF-O sin protokolltilførsel i sak 134/24 som omhandler psykiatrien, sak 137 knyttet til turnuspyramiden og sak 138 som beskriver lederstruktur.



Vedtak

Partene er enige om følgende:

Partene tar sak 137/2024 prinsipper for ressursplanlegging i Finnmarkssykehuset HF til orientering og er enige i at saken er drøftet med de innspill som kom i saken.



138/24 Plan for reorganisering av Finnmarkssykehuset HF – Drøftings sak ID- møte 15.11.24

Informasjons- og drøftingsmøte - Foretaksnivås behandling av sak 138/2024 i møte den 15.11.2024 og 18.11.24:

Behandling

Administrerende direktør Ole Hope og redegjorde for innholdet i drøftingsnotatet slik den ble sendt 8. november 2024.

Spørsmål, kommentarer og svar

Den norske jordmorforening:

Kan dere presisere hva som ligger tanken bak det med fagutviklingssykepleier? Hvordan kan man kombinere rollene dersom man er organisert på ulike steder?

Arbeidsgiver svarer:

Vi ønsker å ha et todelt lederskap der tjenesten går først, så må vi jobber fag når vi ikke trenger den kompetansen i drift.

Vi må jobbe sammen for å vinne en god måte å jobbe på. Vi må jobbe for å få fagutviklingstjenesten under fagsjef for å få en helhetlig utvikling

Norges Ingeniør- og Teknologorganisasjon:

Det står medisinsk direktør. Det skal være en midlertidig ordning. Skal dette likevel bli en fast ordning? Det en ganske stor pasientgruppe som ikke har vært nevnt. De som serves av BHM og behandles hjemme. Er det naturlig at BHM skal ligge organisasjonsmessig der den ligger nå?

Arbeidsgiver svarer:

Vi har leid inn medisinsk direktør midlertidig for 2 år med mulighet for forlengelse. Den skal ikke være permanent. Vi må se hvordan vi skal gjøre dette når vi er ferdige med omstillingsprosjektet. Når driften er stabilisert, så må vi se på hvordan vi skal organisere når det blir aktuelt. BHM, vi er åpne for å ta en diskusjon om hvor det skal plasseres dersom det bedrer kvaliteten.

Norsk sykepleierforbund:

Takk for en god gjennomgang. Det bør være en stilling som skal ivareta videreutdanning av bachelorene. De må kunne følges opp på en god måte. Vi må ta det ut av HR og legges under medisinsk fagsjef slik at det opprettes en stilling som favnet utdanningskoordinering for videre og etterutdanning.

Arbeidsgiver svarer:

Vi skal vurdere det. Vi kan ikke si at vi skal gjøre det, men vurdere.



Den Norske legeforening/Yngre leger:

Er medisinsk direktør - kvalitetssjef og medisinsk direktør - fagsjef to ulike stillinger? Eller skal vi ha både kvalitetssjef og medisinsk fagsjef under en medisinsk direktør, altså tre stillinger? Skal det ikke være en egen stilling som skal ha utdanningsansvar for leger, altså UKO?

Arbeidsgiver svarer:

Vi har slitt med å rekruttere. Derfor legger vi utdanningskoordinerende overlege inn i fagsjef stillingen i tiden der vi har medisinsk direktør til stede.

Den Norske legeforening/Yngre leger:

Det er viktig å fortsette å jobbe med å få på plass en egen stilling som utdanningskoordinerende overlege.

Arbeidsgiver svarer:

Dagens fordeling er bra på tidspunktet vi har nå med medisinsk direktør og med fagsjef. Når medisinsk direktør går ut, så må vi se på organiseringen. Vi må tydeliggjøre hva som ligger hvor under hvilket ansvar i dag.

Den Norske legeforening/Yngre leger:

Vil prokollføre at vi vil ha utdanningskoordinerende overlege som egen stilling.

Den Norske legeforening/Overleger

Støtter det med utdanningskoordinerende overlege. Det er mye arbeid å rigge utdanninga. Utdanning er en spesiell oppgave som foretaket har. Det er viktig å synliggjøre satsing på utdanning og lage et knutepunkt der man synliggjør utdanning for alle faggrupper.

Arbeidsgiver svarer:

Det er en god ide og vi tar det med i videre utvikling av organiseringen. Vi vil ha en best mulig utdanning. Vi har behov for en god kvalitet på utdanningen. Vi har en ambisjon at vi ønsker å finne en som ønsker å jobbe med dette.

Den Norske legeforening/Yngre leger:

Lurer på med ny lederstruktur, hvordan skal LIS-utdanningen ivaretas? Hvordan blir det når det ikke er leger som er leder for legene? Hvordan skal LIS-utdanningen ivaretas i større enheter?

Arbeidsgiver svarer:

Det er et lederansvar å sørge for uansett hva slags utdanning man har. Den enkelte klinikk må bestemme hvordan dette blir. Det er en del av arbeidet som må gjøres i klinikkene, men ønsker helst så like ordninger som mulig.

Norsk sykepleierforbund:

Lederspenn. Hva menes med antall ansatte. Er det budsjettere stillinger eller faktisk ansatte man har ansvar for. Hva er maksimalt lederspenn, når det nå refereres til 15, 15-30 og over 30?

Arbeidsgiver svarer:

Vi styrer virksomheten etter behov. Og pragmatisme for dette. Vi må ta det i prosessene. Vi setter ikke absolutte grenser. Vi ønsker ikke veldig store enheter, men må være pragmatisk for å se hva som er mulig.



Norsk Fysioterapeutforbund:

Hva mener koordinerende enhet? Skal tverrfaglig rehabilitering være under Kirkene sykehus?

Arbeidsgiver svarer:

Koordinerende enhet er ivaretatt i Rehabilitering i Kirkenes. Det er ikke en egen enhet, men ligger under avdeling for rehabilitering. Avdelingsbegrep er på vei ut og må knyttes til en enhet. Det er meningen den skal ligge under rehabiliteringsmiljøet i Kirkenes sykehus.

Den Norske legeforening/Yngre leger:

Lederspennet, og det som framstår som ønske om 100% lederstillinger, har gitt bekymring blant våre medlemmer. Dersom ledere med færre enn 15 ansatte ikke skal ha lederstøtte vil det fort kreve 100% stilling, og det å være både kliniker og leder kan forsvinne. Dette mener vi er en svært uheldig utvikling. DNLF-Y mener det er bedre med ledere med en fot i ledelse og en fot i klinikken. Det sikrer bedre LIS utdanning, god kunnskap om drifta og innsikt i egen avdeling og hvordan egne ansatte har det på en annen måte enn uten klinisk arbeid og en del oppgaver tror vi vil kunne bli gjort bedre og mer effektivt dersom man jobber klinisk i tillegg til å være leder. Det vil også bidra til bedre rekruttering fordi lederen treffer andre fagfolk på kliniske kurs. I tillegg sikrer det at vi ikke mister enda flere klinikere ut i administrative stillinger, men faktisk beholder klinikerne også i poliklinikken, på vakt og som supervisorer for LIS. En som leder 15 stykker må ha en lederstøtte for å kunne være leder og jobbe klinisk.

Arbeidsgiver svarer:

Poenget er at dette er veiledende. Vi tar detaljene når vi kommer nedover.

Den Norske legeforening/Yngre leger:

Vi ønsker mer spesifisering av at dersom man er leder og kliniker så bør man få støtte dersom man har færre en 15 ansatte, og at dersom arbeidsgiver er enig i at vi bør beholde ledere som også arbeider klinisk, at dette synliggjøres i saksfremlegget til styret.

Der man i dag tar beslutning på avdelingsledernivå for enheter med sammenfallende interesser, hvordan struktur i den nye lederorganisasjonen skal man ha for å ivareta samarbeid og beslutningsmyndighet som i dag ligger i en avdeling (sammenfallende fag)? Skal uenighet løftes til klinikk og skal klinikk sjef forventes å ha detaljkunnskap som skal kunne løse dette? Eksempel ved uenighet mellom samarbeidende enheter om «banale» driftsmessige ting.

Arbeidsgiver svarer:

Klinikksjef skal være den som tar beslutning ved uenighet mellom enheter. Klinikksjef må se på det som er best for pasienten og foretaket.

Den Norske legeforening/Yngre leger:

Bekymret for at klinikksjef ikke har god nok detaljkunnskap for å kunne beslutte ved uenighet.

Arbeidsgiver svarer:

Klinikksjef skal nærmere pasient og må kunne løse dette.



Den Norske legeforening/Yngre leger:

Lurer også på hvordan medvirkning fra tillitsvalgte skal ivaretas på riktig nivå, i dag har man avdelingstillitsvalgte. Hva skjer med medvirkning på avdelingsnivå? Skal det opp til klinikknivå? Her må man gå i dialog med fagforeningen for å få dette på plass slik at medvirkning skjer på lavest mulig nivå også i den nye lederstrukturen.

Den Norske legeforening/Overleger

Bekymret for at klinikkjef ikke har god nok detaljkunnskap for å kunne beslutte ved uenighet.

Arbeidsgiver svarer:

Det er derfor klinikkjef får lederstøtte.

Den Norske legeforening/Overleger

Når man profesjonaliserer en lederlinje, så øker avstanden til gulvet. Hvor stor tenker man enheten skal være? Medisinsk faglig ansvarlig hvordan blir det der ledere ikke er leger? Hva er den økonomiske gevinsten?

Arbeidsgiver svarer:

Profesjonalisere lederlinjen, vi ønsker ledere som kommer ut blant folk. Vet at mange steder blir ledelse sett på som utøvelse av administrasjon, det er ikke ledelse. Har svar på størrelse på enhetene tidligere. Medisinsk faglig ansvar skal organiseres med enhetligledelse. Dere det er nødvendig skal det være en medisinskfaglig rådgiver.

Den Norske legeforening/Overleger:

Skal en leder uten medisinsk faglige bakgrunn kunne ha det medisinsk faglige ansvaret?

Arbeidsgiver svarer:

Ja ifølge loven. Men for å kunne utøve rollen så må man vurdere i hver særskilt sak om hvem og når man er medisinsk faglige ansvaret.

Norsk sykepleierforbund:

Program for reorganisering av Finnmarkssykehuset HF: Kan administrerende direktør utdype hvem han ser for seg skal være deltakende i et slikt program? Hvem bestemmer hva som skal ligge i denne porteføljen? (Med tanke på at AD har styringsrett over porteføljen) Vil det da si at det som legges inn der ikke trenger å drøftes med tillitsvalgte?

Arbeidsgiver svarer:

Ønsker å videre føret prosjekt med ansvarlig hver klinikk og med at klinikkjefene støttes i prosjektet. Det skal være støtte ut i klinikkene med interne prosesser.

Norsk sykepleierforbund:

De to som benyttes i dag fra KPMG/NEO Consulting vil de jobbe videre?

Arbeidsgiver svarer:

Dette er utlyst på nytt fordi kontrakten går ut.



Den Norske legeforening/Yngre leger:

Reduksjon av senger? Er det besluttet eller skal det reduseres ytterligere?
Vedtaks punkt, savner også her et vedtaks punkt om at konkretisering av videre tiltak skal drøftes og risikovurderes før endelig beslutninger tas.

Arbeidsgiver svarer:

Vi omformulerer vedtaks punktet.

Det gjøres fortløpende vurdering på innspill. Vi gjør vurderer av alle innspill, vi jobber interaktiv, vi kan ikke har arbeidsgrupper på 700 tiltak. Sengetallet er aldri fiksert. Vi gjør vurdering på fremskrevet behov. Vi ønsker at vi gjennom 2025 får dialog med kommunene for utskrivningsklare pasienter. Vi har ambisjon om å ta ned sengeantallet frem til reelt fremskrevet behov. Det blir lagt frem når det eventuelt blir endring i dette. Kostnadsbeparelser; de kommer ikke her, kommer per tiltak lengre ned i linjen.

Den Norske legeforening/Yngre leger:

Det er upresist i saksfremlegget. Det er fremdeles en misvisende tekst.

Arbeidsgiver svarer:

Vi mener det er presist. Vi garanterer ikke for sengeantallet, men blir vurdert utfra fremskrevet behov. Og vi bruker de nasjonale normene.

Fagforbundet:

Vi er redd for at veien fra bunn og oppover kan bli lang i en slik organisasjon med en klinikk sjef som har mye å gjøre.

Arbeidsgiver svarer:

Er ikke redd for det, tror det er like kort begge veier

Den Norske legeforening/Yngre leger:

ROS analysen som ligger vedlagt ved sakspapirene er ikke fullstendig. Vi kan ikke vurdere risikovurderingen ut fra dette? Føler at vi ikke har en risikovurdering i denne saken. Det må spesifiseres at vi ikke har drøftet risikovurderingen siden vi ikke har fått den.

Arbeidsgiver svarer:

Når Excel overføres til PDF i elements så kan det skje feil og dette har vi ikke oppdaget. Arbeidsgiver beklager, og vi tar nytt møte på mandag hvor vi drøfter risikovurderingen.

Den Norske legeforening/Yngre leger:

Må kommentere prosess og medvirkning. Tillitsvalgte fikk ikke komme med innspill til arbeidsgruppens sammensetning, som de skal i henhold til Hovedavtalen §29. Dette er brudd på Hovedavtalen. Det kan ha forringet medvirkning. Det er også varierende tilbakemeldinger om hva våre medlemmer synes om medvirkningen i omstillingsprosessen. At endringer er diskutert med store deler av virksomheten oppleves direkte feil ut fra tilbakemeldinger vi får fra medlemmer. Prosessen bærer preg av forhastelse og dårlig tid. Det har av mange, inkludert DNLF-Y, blitt opplevd som et veldig styrt arbeid i arbeidsgruppemøtene og med lite mulighet for kommentering, diskusjon og refleksjon rundt foreslåtte tiltak, då særlig i de digitale arbeidsgruppemøtene. Å svare på questbacks om man er uenig eller enig i enkeltpåstander utvalgt av arbeidsgiver, som ikke er gitt ut til deltakerne i forkant for forberedelse, oppleves



ikke som reell eller tilstrekkelig medvirkning. Det var også lite til ingen tid for diskusjon rundt disse enkeltpåstandene vi skulle ta stilling til, slik større endringer som den vi skal gjennom nå, krever. Total sett kan vi ikke stille oss bak virkelighetsbilde om at det har hver tilstrekkelig og god medvirkning i denne prosessen.

Norsk sykepleierforbund:

Støtter DNLF/Y. Vi har fått samme tilbakemelding.

Arbeidsgiver svarer:

Vi er ikke enige. Tar det til etterretning og skal forsøke å ta det inn i protokollen

Den Norske legeforening/Yngre leger:

Finner ikke samsvar mellom deltakere i digitale møter og fysiske møter.

Arbeidsgiver svarer:

Husker ikke detaljene. Det skal være klare navnelister på hvem som deltok. Alle skal være blitt invitert.

Protokolltilførsel fra Norsk sykepleierforbund:

NSF Finnmarkssykehuset påpeker manglende medvirkning i risikovurdering i ovennevnte saker.

NSF Finnmarkssykehuset viser til vedtakspunkt 5 i styresak 69/2024 Helse Nord RHF, vurdering av risiko i Helse Nord:

Styret vil oppfordre Helse Nord RHF og helseforetakene til også å involvere konserntillitsvalgte og -verneombudet, foretakstillitsvalgte og -verneombudene og brukermedvirkere i opplæring på metodikk samt å sikre at medvirkning i helseforetakene ivaretas i risikostyringen.

Foretakstillitsvalgte har ikke fått mulighet til å medvirke gjennomgående i risikovurderingene. Foretakstillitsvalgte har ikke medvirket i risikoanalyser og risikoevalueringer, og påpeker at medvirkning gjennom dialogmøter, arbeidsgruppemøter og drøftingsmøter er ikke tilstrekkelig i forhold til utarbeidelse av risikovurderingene.

Støtteerklæringer til protokolltilførsel fra Norsk sykepleierforbund:

- Støttes av FO.
- Norsk Fysioterapeutforbund støtter NSF's protokolltilførsel.
- NITO støtter denne protokolltilførselen.
- Ergoterapeutene støtter NSF's protokolltilførsel.
- AF, FF og PF støtter også protokolltilførselen.
- Protokolltilførsel fra sykepleierforbundet støttes av Utdanningsforbundet.
- Støttes av DNLF-O og Y.
- Støttes av Delta
- Støttes av NRF
- Støttes av NPF



Informasjons- og drøftingsmøte startet 15.11.24 og fortsatte 18.11.24 med risikovurdering av sak 138/24

Arbeidsgiver hadde gjennomgang av risikovurderingen som er gjennomført i reorganiseringsprosjektet.

Den Norske legeforening/Yngre leger:

Er dette en risikovurdering av 0-alternativet eller er det risikovurdering etter foreslåtte endringer i omstillingen?

Arbeidsgiver svarer:

Har tatt utgangspunkt i dagens situasjon og utgangspunkt i ROS-analyse som ble gjennomført i forbindelse med Helse Nord RHF sin prosess som ble gjort i april 2024. Risikoområdene R2 – R16 er nå situasjonen, og R17 og nedover er nye identifiserte risikoer, og det vil legges inn flere etter hvert som de blir identifisert. Nye risikoområdet vil bli presentert for styret etter hvert som de blir identifisert.

Norges Ingeniør- og Teknologorganisasjon (NITO):

I risikovurderingen står det vakante stillinger flere ganger under eksisterende tiltak. Rart at det er tiltak, er ikke det en hendelse? Hvor mange vakante stillinger har vi? I styremøtene som ble sendt ut på fredag, skulle det ikke stå at pyramiden er en prinsippskisse?

Arbeidsgiver svarer:

Finnmarkssykehuset skal ikke operere med vakante stillinger, men stillinger vi har ut fra behov. Vi skal ha behovsstyrt bemanning. Det står i sakspapirene at behovspyramiden er en veiledende skisse, så det er tatt med. Og vakante stillinger står i forhold til opprinnelig ROS som ble behandlet i april.

Den norske legeforening/Overleger

Kan administrasjonen ta oss gjennom denne risikovurderingen? Har jeg forstått det rett at styret vil få oppdaterte risikovurderinger?

Arbeidsgiver svarer:

Gjennomgang av punktene. Administrasjonen vil følge opp med et til kurs i risikovurderingsverktøyet på fire timer. Her vil det også inviteres inn noen fra Helse Nord RHF og Andreas Ertesvåg. Ansvar: HR-sjef.

Den norske legeforening/Yngre leger

Sliter med å forstå. Hvordan skal vi sammenligne 0-alternativet med en dynamisk risikovurdering?

Arbeidsgiver svarer:

Rad 2-16 er nullalternativet som er gjort tidligere, sak i april 2024 og det er ikke gjort noe med disse. Fra rad 17 og ned er det identifiserte risikoer som har kommet som innspill. Definerte risikofaktorer, beskrevet hendelsene og har begynt å liste opp tiltak. All informasjon foreligger



ikke, så derfor er ikke alle merket med risiko. Nye tiltak vil føres inn etter hvert som de blir indentifisert.

Den norske legeforening/Overleger:

Dette er komplisert, men begynner å skjønne dette. Kan vi i det hele tatt si at det gjøres en risikovurdering når det ikke er et reelt nullalternativ, og hvordan ting kan bli i en reorganisering. Blandet data fordi nye måter å tenke risiko. Ikke reelt 0-alternativ og hvordan det kan bli en ny organisering.

Arbeidsgiver svarer:

Vi kan alltid si at risikovurdering kan bli bedre, det har også riksrevisjonen sagt. Vi har så mye data at det er rimelig greit å oppdatere eksisterende null alternativ.

0-alternativ til og med R16 og det som kommet etter det er nytt og ikke iverksatt. Det skal gjennomføres interne workshop i klinikkene. Det foreligger ikke eksplisitte tiltak i klinikkene og det er vanskelig å vurdere konsekvens. Dette er en del av løpende vurdering og risikostyring. Vi må ha kunnskap om hva som skal gjøres i den enkelte klinikk og oppdatere risiko. Har tiltakene hatt effekt eller ikke. Vi legger nå rammeverket, så skal klinikkjefene gjennomføre tiltakene innenfor dette rammeverket.

Den norske legeforening/Overleger:

Vi vet ikke hvor vi er på vei, fordi detaljene ikke er på plass. Og det må gjøres i klinikkene. Gjør en prosess ovenfra og ned, i stedet for nedenfra og opp.

Arbeidsgiver svarer:

Akkurat nå blir det ovenfra og ned for å legge premissene ut fra rammeverk. Det legges frem for styret og når rammeverket er på plass skal det gjøres en nedenfra og opp prosess.

Den norske legeforening/Overleger:

Top Down prosess først, hvordan blir det reell mulighet for å gjøre endringsprosess nedenfra og opp.

Arbeidsgiver svarer:

Slik situasjonen er, kan vi ikke slippe alt løst. Vi er ett selskap, ett sykehus og må identifisere problemstillinger og måter å løse ting på. Vi får ikke strategisk styring hvis frislipp. Styret må legge retning for hvor vi skal, og hvilke rammer vi har. Bottom up hindrer ikke mulighet til å komme med løsningsforslag, men vi kan ikke slippe dette løs og vi må dra i samme retning.

Den norske legeforening/Yngre leger:

I risikoanalysen i høyre kolonne under kommentar står det forskjellige uttrykk – middels og moderat går om hverandre. R13: hvor kommer det punktet fra?

Arbeidsgiver svarer:

Fremstilling av risikovurdering i excel ark er forenklet fremstilling. Risikovurdering er en hendelse, en hendelse har ikke bare en konsekvens, men den kan ha flere konsekvenser. R13: Denne raden er knyttet til økonomi og innkjøp. Noen har trodd at alt løser seg ved å få alt inn i ClockWork, den økonomiske gevinsten er begrenset. Finnmarkssykehuset er flinkest i regionen til å bruke ClockWork og har god kontroll på pengene i markedet. Men det er på lønn og investeringer vi har de største kostnader. Legges store krav om rapportering på ClockWork.



Arbeidsgiver informerer:

Vi skal ha ny runde om hvordan jobbe med risikovurdering for å heve forståelse og kompetanse. Vi kan ta dette i opplæringssekvens og sette av fire timer til digital opplæring. Kaller inn innleid konsulent Eirik Tennfjord, innleid konsulent Jens Riis, samt foretakets representant inn i det regionale fora seniorrådgiver Andreas Ertesvåg, samt noen fra Helse Nord RHF.

Protokolltilførsel i sak 138/24 frå DNLF/Y og DNLF/O etter ID møtet mellom arbeidsgivar og føretakstillitsvalde 15.11.24 og 18.11.24.

Ny leiarstruktur

DNLF meiner det er viktig å sikre fortsatt hensiktsmessig samarbeid mellom dei enheitane som i dag samarbeider tett om drift i den nye leiarstrukturen. I tillegg er det viktig å ha gode beslutningsfora ved ueinigheit mellom enheiter, og fora for medverknad av tillitsvalte på riktig nivå.

DNLF meiner at det for leiare med mindre enn 15 ansatte bør være tilgong på leiarstøtte for å sikre moglegheit til å bruke tia på leiaroppgåver og ikkje administrative oppgåver. Dette vil og bidra til å bevare dagens moglegheit med å være både leiar og klinikar, som DNLF meiner er god ressursbruk og sikrar god fagleg forankring hos leiarane. I tillegg er dette viktig og for å behalde klinikarane våre i eit mindre føretak som vårt. For mange legar vil dette være ein viktig føresetnad for å være leiar, og DNLF meiner det er viktig at det vert tilrettelagt for dette.

Vidare vil reorganiseringa/omstillinga sannsynleg også krevje auka ressursar på leiarsia, slik at auka leiarstøtte vil være heilt nødvendig i ein omstillingsperiode/-prosess.

DNLF vil og påpeike at reorganiseringa/omstillinga av leiarstrukturen i Finnmarksjukehuset ikkje synast å være risikovurdert.

Risikovurderinga

Risikovurderinga for heile reorganiseringsprosessen synast etter DNLFs meining ikkje å svare på konsekvensane av reorganiseringa/omstillinga opp mot risikovurderinga av 0-alternativet.

Risikovurderinga framstår og med manglar. Dei overordna prinsippa framsatt av administrasjonen, og som er framsatt som hovudanleggande for det alvorlege negative økonomiske resultatet synast ikkje å være risikovurdert. Herunder bl.a. for høgt vikarbruk, for mykje overtid blant ansatte, for få pasientar pr behandlar og for høg pleiefaktor er nokre av punkta som det for oss framstår som at ikkje er tatt med i risikovurderinga som eit nullalternativ. Det er kun risikovurdert reduksjon i innleie og overtid, som er eit mål satt av leiinga, ikkje risikoen med dagens situasjon.

UKO

Mht utdanningskoordinerande lege (UKO), er dette meint å være ei overordna stilling med rådgivande ansvar for kvalitet og tilrettelegging for LIS utdanninga i helseføretaket, og med nettverk i mot andre UKO i Helse Nord og resten av landet. Denne stillinga meiner DNLF det er svært viktig at er skilt ut frå medisinsk fagsjef-stillinga med ei eiga stilling. Det bør kun være ved manglande søkare på stillinga at denne kan iveretas midlertidig av fagsjef, men det må då leggast til grunn at det aktivt vert drive med rekruttering for å fylle ei eiga UKO-stilling.



Føretaket kan og med fordel samle overordna arbeid med utdanningsfunksjonar for alle faggrupper i et knytestpunkt/"hub" som ein kompetanseheit for leiarlinjene i klinikken, og dermed avlaste HR. Utdanning er nemnt som ei av fire særskilte oppgåver sjukehusa har i Lov om Spesialisthelsetenester §3-8, og det er særdeles viktig for stabilisering og rekruttering. Det må difor prioriterast deretter i leiarstrukturane våre.

Mvh.

Christel B. Eriksen og Åshild Nordbotten

Støtteerklæring:

- Norsk psykologforening støtter YLF/DNLF-O sin protokolltilførsel i sak 138/24.
- NSF Finnmarkssykehuset støtter DNLF-Y og O protokolltilførsler i alle sakene.
- FO slutter seg til og støtter YLF/DNLF-O sin protokolltilførsel i sak 134/24 som omhandler psykiatrien, sak 137 knyttet til turnuspyramiden og sak 138 som beskriver lederstruktur.
- AF, FF og PF slutter seg til og støtter YLF/DNLF-O sin protokolltilførsel i sak 134/24 som omhandler psykiatrien, sak 137 knyttet til turnuspyramiden og sak 138 som beskriver lederstruktur.
- Norsk Fysioterapeutforbund støtter YLF/DNLF-O sin protokolltilførsel i sak 138/24.

Vedtak

Partene er enige om følgende:

Partene tar sak 138/2024 plan for reorganisering av Finnmarkssykehuset HF til orientering, og er enige i at saken er drøftet med de innspill som kom i saken.



139/24 Eventuelt

Informasjons- og drøftingsmøte - Foretaksnivås behandling av sak 139/2024 i møte den 15.11.2024:

Behandling

Det forelå ikke saker til eventuelt.