



## Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr.:  
2014/67

Saksbeh/tlf:  
Anders Kleppe, 78 46 95 53

Sted/Dato:  
Hammerfest, 28.5.2014

### Saksnummer 48/2014

Saksansvarlig: Administrasjonssjef, Ole Martin Olsen  
Møtedato: 5. juni 2014

---

## Rapportering oppdragsdokument 1. tertial 2014 til Helse Nord RHF

### Administrerende direktørs forslag til vedtak:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF godkjenner rapport for 1. tertial på oppdragsdokumentet. Tertialrapporten oversendes Helse Nord RHF.
2. Risiko knyttet til gjennomføring av oppdraget vurderes som middels, og avbøtende tiltak etablert på dette anses som tilfredsstillende.

Administrerende direktør  
Torbjørn Aas

### Vedlegg:

1. Saksfremlegg
2. Rapportering 1. tertial Oppdragsdokument 2014



## Rapportering oppdragsdokument 1. tertial 2014 til Helse Nord RHF

Saksbehandler: Foretakscontroller Anders Kleppe  
Dato: 15. mai 2014

---

### 1. Sammendrag

Styret har behandlet oppdragsdokumentet som egen sak i sitt møte i februar 2014. Sak om overordnet risikostyring relatert til oppdragsdokumentet ble også behandlet av styret i februar 2014. Foretaket har kontinuerlig fokus på oppdragsdokumentet gjennom hele året både i forhold til styrearbeid, arbeid i foretaksledergruppen og ute i klinikkene.

### 2. Bakgrunn

Styret har behandlet oppdragsdokumentet som egen sak i sitt møte i februar 2014. Oppdragsdokumentet er fulgt opp gjennom hele 2014 i styret gjennom behandling av sak knyttet til overordnet risikostyring og gjennom tertialrapporteringen.

### 3. Vurdering

Foretaket har kontinuerlig fokus på oppdragsdokumentet gjennom hele året både i forhold til styrearbeid, arbeid i foretaksledergruppen og ute i klinikkene. Helse Nord har satt opp 4 målområder som foretakene bes risikostyre i forhold til i 2014 sammen med flere delmål/KSF knyttet til hvert enkel målområde:

- a. Pasientbehandlingen
- b. Organisasjon og personell
- c. Investeringsplan
- d. Økonomi

Felles for dette arbeidet er at det jobbes godt på veldig mange områder. Risikoen ble i april 2014 gjennomgått i ledergruppen for alle tiltak/mål i dokumentet. 20 % av tiltakene ble vurdert til å ha lav risiko. 80 % av tiltakene ble vurdert med middels risiko. Noen få tiltak ble fortsatt vurdert til å ha høy risiko. Størst utfordring var det knyttet til investeringsplan og økonomi.

Foretaket har en positiv utvikling i somatikken med lavere budsjettavvik enn tidligere år. Særlig gjelder dette for Hammerfest. Pasientreisekostnadene er betydelig høyere enn budsjettet. Prognosen justeres nå ned i første tertial fra 15. mill til 10. mill i overskudd. Det jobbes godt med tiltak og det forventes at effekten på disse vil øke i andre tertial. Nye tiltak utvikles nå innenfor pasientreiser og innenfor administrasjonene. I tillegg jobbes det med tiltak som skal sikre bærekraft framover.



Det jobbes kontinuerlig med å få ned ventetider og fristbrudd. Som helhet viser tallene betydelig bedring sammenlignet med tall for 2013. Ventetidene ligger noe over kravet på 65 dager. Fristbruddene er lavest i regionen og nesten nede på målet.

Vi har tall innenfor kreftbehandlingen som ligger på landsgjennomsnittet eller bedre. Vi gjennomfører nå også aktivitetsendring innenfor psykiatri og rus i tråd med oppdraget hva gjelder etablering av Rusteam og det legges til rette for økt aktivitet både innenfor rus og psykiatri.

Samlet sett vurderes oppdraget for 1. tertial 2014 som gjennomført iht. plan på de fleste områder og risikoen for manglende måloppnåelse for hele året er middels til lav.

#### **4. Risikovurdering**

Saken vurdert opp mot våre kjerneverdier kvalitet, trygghet og respekt:

Gjennomføring av prosess og vedtak rundt tertialrapporteringen bidrar positivt til utvikling av våre kjerneverdier kvalitet, trygghet og respekt.

Saken vurdert opp mot beslutningshensyn i navigasjonshjulet:

Gjennomføring av prosess og vedtak rundt tertialrapporteringen er vurdert i forhold til navigasjonshjulet. Det er ikke registrert negative konsekvenser ved prosess og vedtaket relatert til noen av faktorene som jus, etikk, identitet, moral, omdømme, eller økonomi som vurderes som negativt for foretaket.

Hvem blir berørt og hvilke konsekvenser får det for de berørte?:  
Hel foretaket berøres av oppdraget satt i oppdragsdokumentet. Sak om Rapportering med forslag til vedtakspunkt berører likevel et fåtall personer i foretaket.

Saken vurdert generelt knyttet til risiko relatert til måloppnåelse:

Risiko knyttet til måloppnåelse vurderes som middels til liten da foretaket har stor fokus på risikostyring generelt og risikostyring opp mot oppdragsdokumentet spesielt.

#### **5. Medbestemmelse**

Sak vedrørende rapportering 1. tertial er drøftet med de tillitsvalgte i møte 26. mai.

#### **Vedlegg:**

- Rapportering 1. tertial oppdragsdokument 2014



**FINNMARKSSYKEHUSET**  
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



# Rapportering 1. kvartal Oppdragsdokument 2014

Hammerfest 15.mai 2014

# Innhold

1	Felles økonomiske krav og rammebetingelser .....	3
1.1	Risikostyring og internkontroll .....	3
1.2	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning .....	5
1.3	Innkjøp .....	5
2	Tilgjengelighet og brukerorientering .....	6
3	Kvalitet, pasientsikkerhet og smittevern .....	8
3.1	Pasientbehandling .....	8
3.1.1	Psykisk helsevern og rus .....	8
3.1.2	Somatikk .....	9
4	Personell, utdanning og kompetanse .....	10
4.1	Helse, miljø og sikkerhet .....	10

# 1. Felles økonomiske krav og rammebetingelser

## Mål 2014:

- Helseforetakene skal realisere følgende resultatmål i 2014 jf. styresak 111-2013 Budsjett 2014 foretaksgruppen, rammer og føringer, styresak 138-2013 Budsjett 2014 - endringer i finansiering og konsekvenser for helseforetakene og styresak 72-2013 Plan 2014–2017 inkl. rullering av investeringsplan. Helseforetakene skal i 2014 basere sin virksomhet på de tildelte midler.

Foretaket har et akkumulert resultat på minus 5,2 MNOK, pr. april, som er 10,2 MNOK etter budsjett. Pasientreiser har langt høyere kostnader enn budsjett og fjoråret, som forklarer mye av resultatet. Høy aktivitet innenfor somatikken har skapt høyere inntekter enn budsjett, men aktiviteten har medvirket til høyere personalkostander. Prognosen til foretaket etter 1.terital er et estimert resultat på 10 MNOK, som er 5 MNOK lavere enn budsjett.

- Helseforetakene skal utarbeide og styrebehandle komplette og reelle tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i 2014 og i planperioden (2014–2017).

Det er i vedtatt budsjett for 2013 til foretaket beskrevet tiltak for at de økonomiske kravene for 2014 skal oppnås. Tiltakene har ikke hatt så stor effekt enda, men det forventes at effekten vil øke ut over året. Når det gjelder tiltak for perioden 2015 -2017 er det laget plan for denne perioden også, men denne er ikke tilstrekkelig for å oppnå økonomisk bærekraft i perioden. Ytterligere tiltak i denne perioden for å kunne oppnå økonomisk bærekraft skal presenteres i budsjettet for 2015 som skal styrebehandles i desember 2014.

## 1.1 Risikostyring og internkontroll

### Mål 2014:

- Gjennomføre risikostyring i henhold til vedtatte retningslinjer og rapportere til Helse Nord RHF i samsvar med disse.

Målområde 1:  
Pasientbehandlingen

Delmål/KSF

Ansvar i de ulike trinn i pasientforløp er definert

Flere forløp er standardisert. Flere nasjonale retningslinjer/forløp følges. Koordinator overfor kommunehelsetjenesten er etablert. Kreftkoordinator er etablert. Pasientansvarlig behandler er under etablering etc. Kvalitetsmedarbeidere i klinikkene med fokus på LEAN er under ansettelse. Fortsatt utfordringer knyttet til å utarbeide systemer og rutiner for involvering av pasienten i behandlingen og få på plass rutiner for koordinering av pasienter med langvarige og komplekse lidelser. Middels risiko.

Virksomhetsstyringen er i tråd med pasientsikkerhetsprogrammet

Vi har iverksatt GTT, Trygg kirurgi, samstemming av medikamentlister etc. Ansvarlig for programmet er på plass og det rapporteres månedlig på resultater i ledergruppene. Resultater behandles også kvartalsvis i KVAM råd. Foretaket har et potensial for å spre resultatene ut i organisasjonen. Resultater må også brukes i enda større grad ute i organisasjonen. Middels risiko.

Gjennomsnittlig ventetid skal være under 65 dager

Foretaket arbeider godt både med fristbrudd og ventetider. En rekke tiltak er etablert. Fristbruddene er nå betydelig lavere første tertial i år sammenlignet med i fjor. Dette gir rom for å sette fokus på ventetider. Opplæring gjennomføres nå i hele foretaket blant sekretærer. Foretaket har ansatt egen fristbruddkoordinator som også har fokus på ventelister. En rekke nye felles rutiner i Helse Nord er nå på plass og vil bli rullet ut i DIPS. Fokus på fagområder med lang ventetid er etablert og pasienter får nå tilbud andre steder der ventetiden er lavere. Det forventes en lavere ventetid utover året som en følge av iverksatte tiltak. Middels risiko.

Målområde 2:  
Organisasjon og personell

Delmål/KSF

Rekruttere, utdanne og beholde riktig kompetanse i alle ledd

e-læringsplattform er tatt i bruk for enkelte grupper. Legerekrutteringsprosjektet går videre. Rekrutteringsstillinger er etablert flere steder i foretaket. Foretaket deltar i RHF prosjekt knyttet til lederopplæring og har gjennomført kompetansekartlegging. Det gjenstår fortsatt å etablere tiltak etter kompetansekartleggingen og det må jobbes videre med å etablere systemer og rutiner for jobbglidning. Fokus på rekrutteringsstillinger, stipendordninger osv må også prioriteres videre framover. Middels risiko.

Samhandlings- og endringskompetanse i alle ledd

OSO er etablert. En rekke samarbeidsavtaler med kommunene er etablert. Arbeid med meldetjeneste mot kommunene er igangsatt. Foretaket arbeider med fordeling av arbeidsoppgaver internt i forhold til inngåtte samarbeidsavtaler. Samhandlingskoordinatorer er på plass mot kommunene. Det gjenstår fortsatt et betydelig arbeid knyttet til å utvikle felles samhandlingsprosedyrer mot kommunene. Det må også arbeides videre med å etablere kliniske samhandlingsfora, og vår rolle knyttet til opplæring og veiledning ute i kommunene må utvikles. Middels til høy risiko.

Målområde 3:  
Investeringsplan

Delmål/KSF

Felles innføring av kliniske system (FIKS)

Arbeidet i HOS er kommet godt i gang. Vi har satt av midler til arbeidet i FIKS i 2014. Prosjektleder FIKS er ansatt. Superbrukerforum er etablert. Foretaket er en aktiv del av det regionale prosjektet. Det er satt av godt med ressurser til prosjektet, men foretaket sliter med å involvere klinikere i prosessene. Middels risiko.

Kontroll på store parallelle byggeprosjekter

Prosjektleder/byggeleder for nye Kirkenes er på plass. Entreprisemråde 1 er antatt i prosjektet. To områder gjenstår. Økonomirutiner er under utvikling fra Økonomiavdelingens side. Foretakets største utfordring er å etablere en overordnet plan for gjennomføring av prosjektene med fokus på samtidighetskonflikter både hva gjelder budsjettmidler og menneskelige ressurser. I tillegg ligger det en utfordring knyttet til håndtering av bærekraften de nærmeste årene med tanke på å kunne legge til rette for alle planlagte investeringer. Middels risiko.

Målområde 4:  
Økonomi

Delmål/KSF

Rekke aktiviteten inn mot prioriterte områder

Innholdet i aktiviteten er i dag godt innrettet mot prioriterte områder, men det er fortsatt behov for bedre styring og organisering. Kort ventetid på de fleste operasjoner. Lengre ventetid på enkelte behandlinger. Få fristbrudd. Gode tall på ventetider knyttet til kreftbehandling. Prosedyrer for årsplanlegging og ledelsesstyrt poliklinikk er rullet ut i stort sett hele foretaket. Framdriftsplan knyttet til etablering av nye tilbud iht styrevedtak om ny organisering av Psykisk helsevern og rus skjer i henhold til plan. Det er fortsatt et stort potensial i å øke antallet nyhenvisninger. Middels risiko.

Omstille virksomheten for å møte de fremtidige kapitalkostnadene

Foretaket har hatt 4 år med budsjettbalanse/overskudd. Behov for 40. mill i årlig effektivisering for å håndtere alle investeringsbehov. Dette behovet er betydelig større dersom vedtak knyttet til satsing i Alta gjennomføres iht det som framkommer i konklusjoner fra arbeidet. Tiltaksplan er etablert for 2014 og omstilling for bærekraft er fokus i alt tiltaksarbeid ute i klinikkene. Antallet senger reduseres både innen somatikken og innenfor psykiatri. Prognosen for årsresultat er uendret 1. tertial. Middels risiko.

## 1.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

### Mål 2014:

- Rapportere tertialvis fremdrift, kostnadsoppfølging og organisasjonsutvikling på store pågående byggeprosjekter, samt i utbyggingsfasen rapportere månedlig status til virksomhetsrapporten.

Dette gjelder ennå bare Nye Kirkenes Sykehus. Vi følger oppsatt plan og har ingen avvik verken på tid, kostnad eller kvalitet. Gravearbeid blir startet 5. Mai og fra juni blir denne rapporteringen mer konkret.

## 1.3 Innkjøp

### Mål 2014:

- I løpet av 2014 ha nådd delmål om totalt 1 mrd i omsetning gjennom innkjøps- og logistikksystemer. Hvert HF utarbeider innen 31. mars plan for hvordan dette målet skal nås for sin andel av omsetningen av denne milliarder, der anslagsvis nøkkel er: UNN HF (50 %), NLSH HF (30 %), Helgelandssykehuset HF (10 %) og Finnmarkssykehuset HF(10 %).

Det er i vedtatt budsjett for 2013 til foretaket beskrevet tiltak for at de økonomiske kravene for 2014 skal oppnås. Tiltakene har ikke hatt så stor effekt enda, men det forventes at effekten vil øke ut over året. Når det gjelder tiltak for perioden 2015 -2017 er det laget plan for denne perioden også, men denne er ikke tilstrekkelig for å oppnå økonomisk bærekraft i perioden. Ytterligere tiltak i denne perioden for å kunne oppnå økonomisk bærekraft skal presenteres i budsjettet for 2015 som skal styrebehandles i desember 2014.



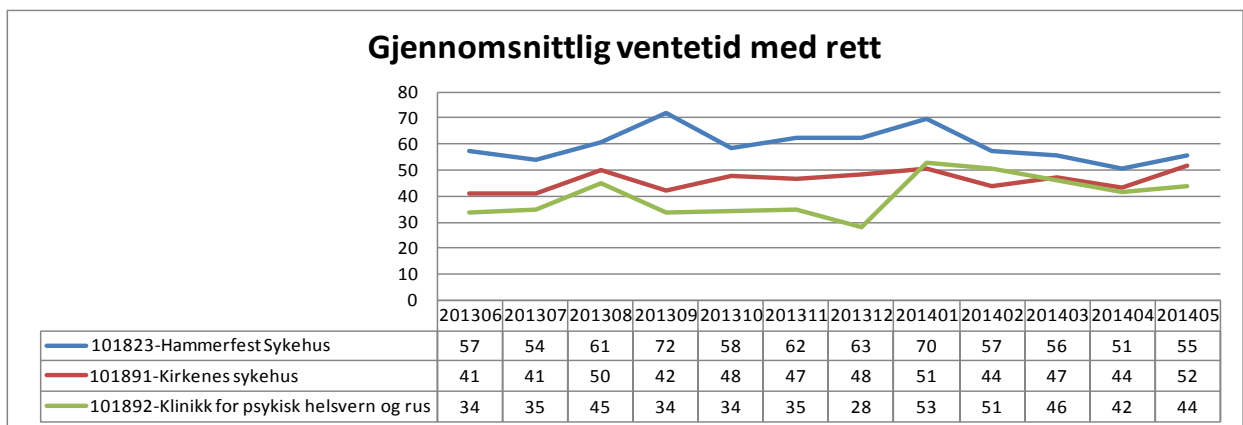
## 2 Tilgjengelighet og brukerorientering

### Mål 2014:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.

For pasienter med rett har Finnmarkssykehuset pr. mars 2014 gjennomsnittlig ventetid på 53 dager, for pasienter uten rett er gjennomsnittlig ventetid 87. Totalt er gjennomsnittet i mars på 72 dager. Fra desember 2013 har foretaket gjennomsnittlig ventetid på ca 70 dager.

Det jobbes med å sikre korrekte registreringsrutiner, hva angår ventetider. Videre prioriteres å etablere gode rutiner for overføring av pasienter internt i Finnmarkssykehuset og eksternt i Helse Nord.



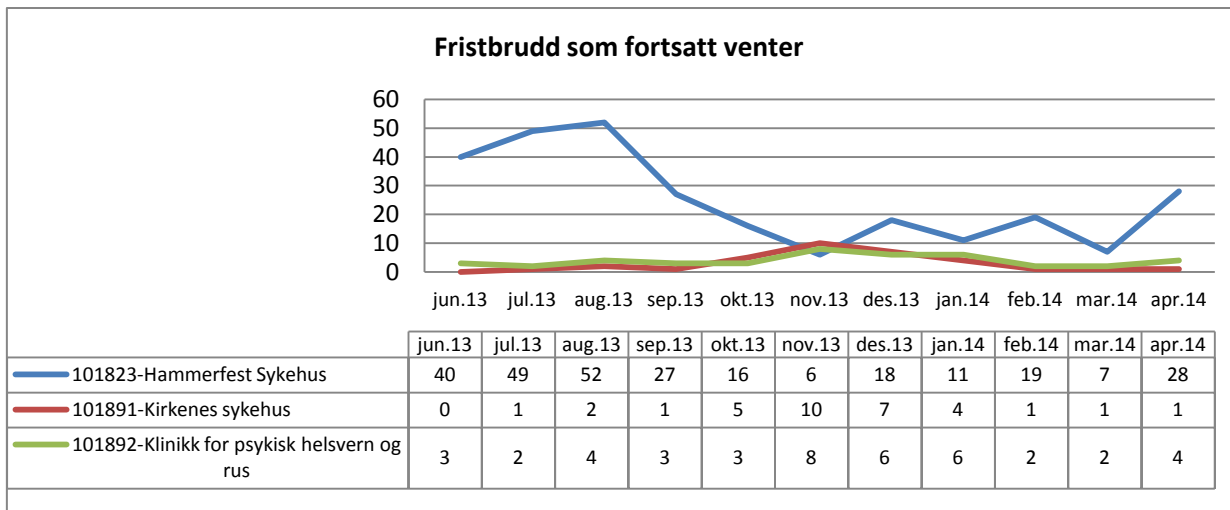
Kilde SAS –LIS

- Ingen fristbrudd.

Finnmarkssykehuset har vist en betydelig reduksjon av fristbrudd, og har hatt færrest fristbrudd i Helse Nord de siste 5 måneder. Mål om ingen fristbrudd er innen rekkevidde, og bør være realistisk innen utgang av 2014. Både Klinikk Kirkenes og Klinikk for Psykisk helsevern og Rus har ved flere anledninger hatt ingen ventende fristbrudd – og kun 1 % avviklede fristbrudd. Klinikk Hammerfest har hatt størst reduksjon av fristbrudd, men foretaket har fortsatt utfordringer knyttet til denne klinikken.

Foretaket har iverksatt flere tiltak, og har hatt økt fokus på å unngå fristbrudd. Tiltak som kan nevnes er opplæring av sekretærtjeneste, ukentlig gjennomgang av kommende fristbrudd, gjennomgang av NPR -meldinger, ansettelse av "Fristbruddkoordinator", fristbruddprosjektet og månedlige kvalitetsrapporter.

Foretaket jobber videre med å etablere gode rutiner for intern overføring av pasienter eller fagpersonell, for å unngå fristbrudd. I tillegg ønsker foretaket å redusere antall ventelister innen Klinikk Hammerfest.



Kilde SAS –LIS

- Alle ventetider på frittsykehusvalg.no er oppdatert månedlig.

I februar ble det avdekket manglende og ukorrekt informasjon angående Finnmarkssykehuset på Frittsykehusvalg.no. Foretaket har nå iverksatt flere tiltak som skal sikre korrekt informasjon for alle diagnosetyper/tilbud. Det er avdekket at utarbeidet prosedyre (fra RHF) for å unngå truende fristbrudd ikke blir benyttet av Finnmarkssykehuset. Ifølge leder for Frittsykehusvalg i Helse Nord, er det for øvrig ingen av foretakene som benytter seg av denne prosedyren. Finnmarkssykehuset har testet denne prosedyren, som viser seg å fungere utmerket, og denne skal i større grad implementeres i foretaket.

- Saksbehandle reiseoppgjør for pasientreiser innen to uker.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid har vært 15,3 dager Pr. uke 18 i foretaket. Det jobbes med å overholde målkravet og det settes på ekstra resurser hvis det er store avvik fra målkravet.

## 3 Kvalitet, pasientsikkerhet og smittevern

### 3.1 Pasientbehandling

#### 3.1.1 Psykisk helsevern og rus

- Sikre at det er høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Det legges til grunn at veksten innen psykisk helsevern skjer ved distriktpspsykiatriske sentre (DPS) og innenfor psykisk helsevern for barn og unge. DPS skal bygges ut og utrustes til å ta ansvar for gode akuttjenester gjennom døgnet, ambulante tjenester, poliklinikk og døgnbehandling, slik at befolkningens behov for vanlige spesialisthelsetjenester er dekket. Veksten måles blant annet gjennom endring av kostnader, ventetid og aktivitet.

Klinikk psykisk helsevern og rus er i gang med omorganisering for å gjennomføre en utbygging av DPS`ene i tråd med krav om gode akuttjenester gjennom døgnet, ambulante tjenester, poliklinikk og døgnbehandling. Det er laget en plan for omorganiseringen som skal drøftes og vurderes av klinikkens lederteam mandag 28. april. Deler av omorganiseringen har allerede startet med at døgnpast Jansnes legges ned, samtidig med at APATeam bygges opp i DPS Vest

- Registrere og rapportere månedlig på Helse Nords egne aktivitets- og kvalitetsindikatorer innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Rapporteres hver måned i henhold til krav.

- Følge opp prosessen med funksjons- og arbeidsdeling mellom sykehus og DPS.<sup>1</sup>

Det er laget en plan for omorganisering av klinikk psykisk helsevern og rus. Deler av planen er allerede iverksatt, se første punkt. I tillegg til å bygge opp tre APATeam vil klinikken innføre bakvaksordning hvor lyd/bilde brukes, jfr Devavi

- Iverksette tiltak i Helse Nords regionale tiltaksplan for redusert og riktig bruk av tvang. Helseforetakene skal utarbeide lokale planer for voksne, barn og unge innen 01.06. 2012. (Oppdrag fra 2012 som ikke er gjennomført).

Lokal plan er utarbeidet og oversendt Helse Nord RHF 24.4.14.

- Opprette rusteam ved samtlige DPS, og styrke kompetansen innen rusbehandling. Rusbehandling skal integreres i psykisk helsevern. (Tidligere krav som ikke er gjennomført).

Opprettelse av rusteam ved samtlige DPS`er er en del av plan for omorganisering av Klinikk psykisk helsevern og rus. DPS Vest-Finnmark har allerede et rusteam i Alta. SANKS/DPS Midt-Finnmark har et Psykiatrisk ungdomsteam. Dette skal organiseres sammen med ruspoliklinikken ved Finnmarksklinikken. Alle tre APATeam skal ha rusfaglig kompetanse. Det vil bli opprettet to rusteam. Et i Hammerfest og et i Kirkenes, men det vil ikke skje innværende år.

---

<sup>1</sup> Jf. krav i OD 2012, med bakgrunn i tilrådninger fra Nasjonal strategigruppe 2

### 3.1.2 Somatikk

#### Mål 2014:

- 80 % av kreftpasienter skal ha startet behandling innen 20 dager fra mottatt henvisning.

Tallene her viser gjennomsnitt antall arbeidsdager fra mottatt henvisning til behandlingsoppstart for 2013. Tallene viser at vi stort sett ligger på nasjonalt/regionalt nivå. For prosentandeler, se de neste rammene.

	Nasjonale tall:	Regionale tall:	Finnmarkssykehuset: For små tall (inngår i HN's tall)
Brystkreft	17	15	
Lungekreft	26	20	24
Tykkttarmskreft	18	20	18

- Andel pasienter med tykkttarmskreft som får behandling innen 20 virkedager.

Statistikk 2013:	
Nasjonale tall 2013:	55,8 %
Helse Nord:	51,0 %
Finnmarkssykehuset:	73,3 %

- Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager

Statistikk 2013:	
Nasjonale tall:	39,5 %
Helse Nord:	50,8 %
Finnmarkssykehuset	43,0 %

- Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager

Statistikk 2013:	
Nasjonale tall:	62,9 %
Helse Nord:	69,7 %
Finnmarkssykehuset:	For små tall til å kunne si noe, men Finnmarkssykehusets tall inngår i helse Nord's tall.

- Andel pasienter 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse

Statistikk for de tre siste år:	
2011:	0 %.
2012:	3,5 % (3 av 85)
2013:	6,8 % (5 av 74); siste tertial 27 % (3 av 11)

Det pågår nå et arbeid for å belyse dette fagområdet, rapporten er ikke ferdig skrevet, men vil bli referert til i neste rapport.

## 4 Personell, utdanning og kompetanse

### 4.1 Helse, miljø og sikkerhet

#### Mål 2014:

- Utarbeide mål og handlingsplaner for reduksjon av sykefravær innen 01.04.14

Finmarkssykehuset har mål og handlingsplaner for IA arbeid.

Vårt overordnede mål er: 7 %.

I 2013 oppnådde vi et sykefravær på: 8,6 % (noe usikkert i forhold til innføring av Personalportalen).

Klinikk Hammerfest og Klinikk Psykisk Helsevern og Rus lå på 10 %.

Klinikk for Prehospitale tjenester og Senter for Drift og Eiendom lå på 7,5 %.

Klinikk Kirkenes lå på 6,8 %.

Vi ser en positiv trend i 2014 og er forventningsfulle.

Våre delmål:

Redusere sykefraværet i Klinikk Hammerfest og Klinikk Psykisk Helsevern og Rus fra 10 % til 8 % i løpet av 2014.

Her kommer en kort oppsummering over tiltak som gjennomføres:

1. Styresak 19.6.2013.
2. Erfaringslæring fra Klinikk Kirkenes hvor sykefraværet har gått ned med 4-5% og holdt seg i hele 2013 og hittili i år.
3. Igangsette tiltak lik Klinikk Hammerfest med stor involvering av NAV iverksatt 2014. Fokus på opplæring av ledere og tillitsvalgte/vernetjenesten. Arbeidstilsynets satsing i sykehusene. Vi forventer at tilsynet som gjennomføres i mai/juni vil medføre konkretisering av ytterligere gode tiltak for reduksjon av fravær med et godt fokus på nærvær.
4. Iverksatt Mulighetssamtalen hvor ressurser fra HR og NAV bistår Enhetsleder i kompliserte saker. Innføring av Jobbank for muligheter for arbeidsavklaring internt i foretaket. Kr 500.000 avsatt i budsjettet til Jobbank.
5. IA møter med Tillitsvalgte/Vernetjeneste. Fokuserer på partssamarbeid mellom Foretakstillitsvalgte og Foretaksledelsen, første møte 19. juni.
6. Lederutvikling. Fokus på Masterprogram, Lederprogram for Førstelinjeledere i regi av UiTØ, interne kurs fra HR på den administrative delen av lederrollen. Mål: Å gjøre lederne trygg og gi bistand og støtte gjennom dialog med kontaktpersoner i HR.
7. Styring av vernetjenesten. Fokus på opplæring og samarbeid på tvers av klinikkene. Felles verneombudsamling uke 40 der Direktør og HR sjef deltar.