



## Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr.:  
2021/3755

Saksbehandler:  
Lill-Gunn Kivijervi

Sted/Dato:  
Hammerfest, 07.12.2021

### Saksnummer 86/2021

Saksansvarlig: Økonomisjef Lill-Gunn Kivijervi  
Møtedato: 14. og 15. desember 2021

---

## Sak: Handlingsplan med tiltak kostnadseffektivisering 2022

*Saken er oppfølging av styresak 61/2021 rapport fra KPMG vedørende aktivitet og økonomi i Finnmarkssykehuset. I saken legger administrerende direktør frem en handlingsplan for kostnadseffektivisering basert på anbefalinger i rapporten.*

Styret i Finnmarkssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF vedtar handlingsplan kostnadseffektiviserende tiltak 2022.
2. Styret ber om status på arbeidet med implementering og gjennomføring av tiltak i styremøtet i april 2022.

Siri Tau Ursin  
Administrerende direktør

### Vedlegg:

1. Saksfremlegg
2. Handlingsplan kostnadseffektivisering 2022
3. Beleggsprosent pr. sengeavdeling
4. Handlingsplan analyseteam



## Sak: Handlingsplan med tiltak kostnadseffektivisering 2022

Saksbehandler: Lill-Gunn Kivijervi  
Møtedato: 14. og 15. desember 2021

---

### 1. Formål/Sammendrag

I vedtak i styresak 61/2021 rapport fra KPMG vedørende aktivitet og økonomi i Finnmarkssykehuset HF vedtok styret;

Pkt.1) Styret i Finnmarkssykehuset HF tar rapporten til etterretning og ber administrerende direktør følge opp funn og anbefalinger i rapporten

Pkt. 5) Styret ber om at det legges frem en plan for oppfølging av rapporten på styremøtet i desember 2021.

### 2. Bakgrunn

Analysen av aktivitet og økonomi i Finnmarkssykehuset HF ble gjennomført av eksterne ressurser på bestilling fra styret i Finnmarkssykehuset HF. Analysen ble lagt fram for styret i september 2021, med anbefalinger til videre arbeid. I styresak 61/2021 ba styret om en oppfølging av anbefalingene til styremøtet i desember.

Analysen er sendt ut til alle klinikkene, og den er gjennomgått med foretaksledelsen, klinikkledelse, fagfolk og tillitsvalgte i de 3 største klinikkene som i hovedsak er innbefattet i analysen.

I disse møtene inviterte klinikkjefene til å gi innspill til tiltak for å følge opp anbefalingene. Målsettingen var å få innspill fra ansatte på alle nivå i organisasjonen som skal tas inn i det videre arbeidet. Innspill er sendt inn fra Hammerfest sykehus/klinikk Alta og Kirkenes sykehus.

### 3. Saksvurdering/analyse

Analysene, heretter omtalt som KPMG-rapport og Logex-rapporten danner grunnlag for handlingsplanen. I tillegg ligger beleggprosenten for alle sengeposter vedlagt rapporten.

Handlingsplanen er utarbeidet gjennom innspill fra klinikker og staber, og er drøftet på foretaksnivå. Det er på det nåværende tidspunkt en føring for det videre arbeidet at en driftseffektivisering ikke vil medføre oppsigelser, men effektiviseringen skal sikre at tildelte rammer ikke overskrides. Det er nødvendig å gå gjennom organiseringen og bruk av ressurser. Ved manglende resultater av handlingsplanen må disse føringene revurderes.



Planen skal føre til tiltak med tilhørende økonomisk effekt. Frist for operasjonalisering av tiltakene på klinikknivå er 1. kvartal 2022. Administrerende direktør er ansvarlig for det overordnede arbeidet, og tildeler ansvar for gjennomføring til klinikk- og stabssjef.

#### **4. Risikovurdering**

Risikoen i oppdragene ligger i fristen for levering av operasjonaliserte tiltak i løpet av første kvartal. Det er stor usikkerhet knyttet til utviklingen i covid-19 pandemien, noe som kan medføre forsinket levering.

#### **5. Budsjett/finansiering**

I/A

#### **6. Medbestemmelse og brukermedvirkning**

Saken er drøftet i informasjons- og drøftingsmøtet 6. desember 2021, og behandlet i FAMU samme dag.

Det fremkom spørsmål og kommentarer i informasjons- og drøftingsmøtet. Saken har ikke blitt endret som følge av disse.

#### **7. Direktørens vurdering**

Administrerende direktør vurderer at det er nødvendig å gjennomføre kostnadseffektivisering i henhold til anbefalinger fra KPMG for å oppnå balanse i driften, og vil sammen med klinikk- og stabssjefer sørge for å prioritere ressurser til dette arbeidet på klinikk og stabsnivå i første kvartal 2022.

##### **Vedlegg**

1. Handlingsplan kostnadseffektivisering 2022
2. Beleggsprosent pr. sengeavdeling
3. Handlingsplan analyseteam



## Handlingsplan med tiltak kostnadseffektivisering 2022

Vurdering	Anbefaling	Tiltak	Ansvar	Frist
<p><b>Kap 4.1 Senger pr. innbygger og pleiefaktor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Det kan se ut som om medisinsk avdeling både i Kirkenes og i Hammerfest/Alta er dimensjonert med et relativt høyt antall senger per 1000 innbyggere sammenlignet med et utvalg sykehus andre steder i landet, i hvert fall om en ser Hammerfest/Alta under ett</li> <li>● Historisk beleggsprosent kan i tillegg også indikere at presset på sengene ikke har vært spesielt høyt.</li> <li>● Den normerte pleiefaktoren fremstår som noe høy holdt opp mot de utvalgte avdelingene ved SI HF. Det mest slående funnet er dog den faktiske pleiefaktoren som, også etter korreksjon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Produktet av et relativt høyt antall senger multiplisert med en høy, faktisk pleiefaktor vil løfte kostnadsnivået i foretaket. Må arbeidskraften i tillegg leies inn forverres kostnadsbildet.</li> <li>● For enhetene vi har sett på kan det virke som om det er rom for å vurdere sengeantall og/eller pleiefaktor.</li> <li>● Vi presiserer at moderne bygg (enerom), små avdelinger og en kultur for heltidstillinger kan være med og dra den normerte pleiefaktoren opp (<i>kommetar– enerom er pleiefaktor ca.1,3-1,4</i>)</li> </ul>	<p>Målsetting for arbeidet;</p> <p>Konkrete tiltak med økonomiske beregninger</p> <p>Vurdere behov for antall senger pr. 1000 innbyggere for alle sengeposter. Vurderingen skal innbefatte beleggsprosent og normert vs. faktisk liggetid.</p> <p>Forslag fra ansatte til oppgaveglidning mellom leger/ sykepleiere/ helsefagarbeidere/ merkantil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Questback til ansatte på sengepost, poliklinikk</li> <li>- Brainstormingsmøte med FTV</li> </ul> <p>Gjennomgå bemanningsplaner med mål om å redusere faktisk bemanningsfaktor med konkret plan for å redusere overtid og innleie. Herunder se sengepost/ poliklinikk under ett og oppgaveglidning.</p> <p><u>Medisinske senger (?);</u></p> <p>Øke belegget i Alta til 85% av kapasitet 14 senger, normert liggetid skal ligge til grunn. Herunder vurdere å redusere</p>	<p>Klinikksjef Alta</p>	


**Handlingsplan med tiltak kostnadseffektivisering 2022**

<p>for sykefravær, konsekvent ser ut til å være markant høyere enn en allerede noe høy normert bemanning.</p>		<p>liggetid og vurdere antall senger (med/kir).</p> <p><u>Kirurgi</u></p> <p>Revurdere behovet for sengekapasitet kirurgisk enhet Kirkenes, reetablere hotellsenger i Kirkenes.</p> <p>Finnmarkssykehuset skal øke andel DKI på sykehusene, konkretisere fagområder og omprioritering av ressurser.</p> <p>Vurdere å samlokalisere og samorganisere sengeposter sengeenheter ved sykehusene, herunder vurdere logistikk</p> <p>Vurdere arbeidstrening i samarbeid med NAV, oppgaveglidning fra sykepleiere/helsefagarbeidere til assistenter.</p> <p>Ved ledige spesialsykepleier stillinger over lang tid, vurdere omgjøring til helsefagarbeider – fast eller midlertidig</p>		
<p><b>Kap 4.2 bruk av spesialsykepleiere</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Innleie knyttet til operasjonssykepleiere er ingen stor kostnadspost sammenlignet med innleie av andre spesialsykepleiere. Det kan dog være penger å spare på å dreie fra to til en</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vurdere om det er hensiktsmessig å øremerke intensivsykepleiere til arbeid med intensivpasienter i større grad enn i dag</li> <li>Sikre videre opplæring av sykepleiere (uten spesialutdanning ) i de aktuelle turnusene med tanke på å</li> </ul>	<p>Målsetting for arbeidet;</p> <p>Konkrete tiltak med økonomiske beregninger</p> <p>Få inn forslag fra ansatte til oppgaveglidning mellom leger/spesialsykepleier/ sykepleiere/</p>	<p>Klinikksjef HS</p>	



## Handlingsplan med tiltak kostnadseffektivisering 2022

<p>operasjonssykepleier per stue på sikt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innleie av intensivsykepleiere er en betydelig kostnadspost.</li> <li>• Det ser ut til at intensivsykepleierne på begge hus deltar i arbeid i felles organisatoriske enheter (postop, koordinator-roller, legevakt, telemetri-vakt, akuttmottak etc) hvor det utvilsomt er nyttig med slik spesialkompetanse, men i en situasjon der innleiekostnadene knyttet til intensivsykepleiere er svært høye bør organiseringen vurderes.</li> </ul>	<p>redusere behovet for intensivsykepleiere. Per i dag ser det ut til at antall (ordinære) sykepleiere i turnusen ved Intensivavdelingen i har økt jevnt og trutt uten at vi ser et tilsvarende fall i bruk av intensivsykepleiere</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vurdere om flere merkantilt ansatte kan redusere behovet for intensivsykepleiere, jf. omtalte delutredning (slide 25).</li> </ul>	<p>helsefagarbeidere/merkantil. Etablere operasjonskoordinator.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Questback til ansatte på sengepost, poliklinikk</li> <li>- Brainstormingsmøte med FTV</li> </ul> <p>Vurdere intensivbemanning basert på 5 intensivsenger i Kirkenes og 7 intensivsenger i Hammerfest, hensynta oppgaveglidning. Ny bemanningsplan</p> <p>Reforhandle legevakts avtaler, definere ressursbehov med og uten samarbeid, og besparelse for begge parter.</p> <p>Sikre god nok etter- og videreutdanning på intensivavdeling, god og konkret opplæringsplan. Herunder kurs, hospitering, kvote på utdanning etc.</p> <p>Samarbeid med luftambulansen</p>		
<p><b>Kap 4.3 kostnad pr. DRG (nb-2018 og 2019 tall)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kostnad per DRG vurdert på hoveddiagnosegruppe-nivå gir en indikasjon kostnadene forbundet med ulike pasientforløp ligger.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det ser ut til at behandlingen av sykdommer i åndedretsorganene og sirkulasjonsorganene skiller seg negativt ut kostnadmessig, både holdt opp mot landsgjennomsnittet og mot Helgelandssykehuset HF. Dette er behandling av tilstander som</li> </ul>	<p>Sees i sammenheng med pkt. 4.1</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Målsetting for arbeidet; Konkrete tiltak med økonomiske beregninger</p> </div> <p>Vurdere å redusere antall senger for å redusere kostnader pr. DRG Gjennomgå</p>	<p>Klinikksjef Alta</p>	



## Handlingsplan med tiltak kostnadseffektivisering 2022

<p>Dataene må benyttes med varsomhet ettersom det kan forekomme at sykehus eller helseforetak har en ulik tilnærming til allokering av kostnader i sine KPP-data. Ved å aggregere datamaterialet til gjennomsnittlig kostnad pr. hoveddiagnosegruppe (HDG) og fjerne DRG-grupper med mindre enn ti behandlinger per år reduseres noe av denne usikkerheten.</p>	<p>lungeemboli, lungebetennelse, KOLS, hjertesvikt, hypertensjon, angina og hjertearrytmier. Funnet indikerer et behov for mer detaljert analyse av disse pasientforløpene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fellesnevneren for disse diagnosene er at behandles ved medisinske avdelinger, som vi allerede har fått en indikasjon på at kan ha en noe høy senge- og pleiefaktor. Det kan dog også være andre faktorer som drar opp kostander per DRG (svak koding, mange legeårsværk per pasientkontakt)</li> </ul>	<p>bemanningsplaner med mål om å redusere faktisk bemanningsfaktor med konkret plan for å unngå overtid og innleie.</p> <p>Dedikere kodekontrollere i hht. intern prosedyre og funksjonsbeskrivelse for kodekontroller og kodeansvarlig lege.</p> <p>Effektiv bruk av inn/utsjekk etter innføring av DipsArena og ny skilting i Kirkenes.</p> <p>Talegjenkjenning rulles ut for alle legeenheter, måle kvartalsvis.</p> <p>Checkware rulles ut i somatikk</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1 pilot ved hvert sykehus/klinikk i 2022</li> <li>✓ Måle kvartalsvis.</li> </ul> <p>KOLS-skole</p> <p>Involvere LMS</p> <p>Hjertesviktpoliklinikk (Pilot?)</p>		
<p><b>4.4 Lønnsmidler knyttet opp mot innleie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kronesommene som brukes på innleie sier indirekte noe om hvilke midler man kan disponere til "recruit &amp; retain" og likevel bedre driftsøkonomien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vurdere om foretaket i større grad skal bruke økt fastlønn og økte spesifikke tillegg som virkemiddel, i tillegg til eksisterende tiltak, dersom dette kan bidra til fast og varig rekruttering.</li> <li>Grovt estimert koster en innleietime dobbelt så mye som en "fast" time. Summene som i dag brukes på innleie</li> </ul>	<p>Sees i sammenheng med pkt 4.8</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Målsetting for arbeidet; Konkrete tiltak med økonomiske beregninger</p> </div> <p>Bemanningsplaner i GAT for både leger og sykepleiere.</p>	<p>HR-sjef</p>	



## Handlingsplan med tiltak kostnadseffektivisering 2022

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Grunnet Covid, endrede flyruter, svekket kronekurs etc. har Finnmarkssykehuset HF mistet en rekke, faste vikarer. Dette kan forklare en del av de sterkt økende innleiekostnadene.</li> <li>● Det ser ikke ut til at det brukes store summer på innleie utenfor de etablerte rammeavtalene</li> </ul>	<p>tilsier at det er et visst handlingsrom for å endre eksisterende honoreringsmodeller og likevel forbedre driftsøkonomien betraktelig.</p>	<p>Vurdere rutine «krav til godkjenning av innleie fra byrå»</p> <p>Planleggingshorisont 9 mnd</p> <p>Vurdere etablering av stillinger i stedet for innleie, f. eks flere vikarer kan dele en stilling.</p>		
<p><b>Kap 4.5 Pasientkontakter per legeårverk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gjennomgående vurderes antall pasientkontakter per legeårverk i Finnmarkssykehuset ikke til å være spesielt høyt eller spesielt lavt sammenlignet med sykehusene i SI HF.</li> <li>● I den grad det kan trekkes generelle slutninger kan det virke som om det er rom for noen flere konsultasjoner per legeårverk på medisin i Kirkenes, mens PHR i Hammerfest ser ut til å ha</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Variasjonen i antall polikliniske kontakter per legeårverk innen PHR på de fire lokasjonene kan indikere at det er rom for en viss økning i antall konsultasjoner på de lokasjonene med lavere aktivitet enn Hammerfest. I så måte kan et tettere samarbeid om ventelister muligens bidra til å redusere ventetiden for pasientene. Det tas forbehold om særlige tidkrevende arbeid knyttet til samisk-språklig befolkning (tolk)</li> <li>● Tilsvarende virker det til å kunne være rom for flere polikliniske pasienter per legeårverk på medisinsk avdeling i Kirkenes (med forbehold om at</li> </ul>	<p>Målsetting for arbeidet;</p> <p>Konkrete tiltak med økonomiske beregninger</p> <p><u>Psykisk helsevern og rus:</u></p> <p>Effektivisere og strukturere pasientinnkallingen på tvers av klinikkene, se punkt 4,6.</p> <p>Vurdere mulig andel digitale konsultasjoner innen fagområdene VPP, BUP og TSB. Måltall settes og måles kvartalsvis.</p> <p>Vurdere samdrift VPP Tana og VPP Kirkenes og døgn Tana.</p> <p>Fokusere på samarbeid med SANKS for å få en bedre utnyttelse av ambulant team fra Karasjok.</p>	<p>Klinikksjef KS</p>	




**Handlingsplan med tiltak kostnadseffektivisering 2022**

<p>en høyere aktivitet per legeårsverk enn forventet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er en markant variasjon i antall polikliniske konsultasjoner per legeårsverk for PHR når Karasjok, Alta, Hammerfest og Kirkenes holdes opp mot hverandre</li> </ul>	<p>pasientgrunnet faktisk er til stede)</p>	<p>Ansette rusbehandler kirkenes, jfr. budsjett.</p> <p><u>Somatikk:</u></p> <p>Effektivisere og strukturere pasientinnkallingen på tvers av klinikkene, se punkt 4,6.</p> <p>Sikre at antallet polikliniske konsultasjoner pr. overlege/LIS for alle legeavdelinger er i hht. norm/sammenlignbare sykehus.</p> <p>Se på tiltak innenfor merkantil innkalling og støttepersonell poliklinikk. Målsetting «Null hull i timebøker».</p> <p>Bruk av spesialister på tvers</p>		
<p><b>Kap 4.6 Samarbeid på tvers av klinikkene</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi har forsøkt å innhente tall for kostnader forbundet med fristbrudd uten å lykkes med dette. Det er altså ikke kostnadene knyttet til de pasientene som benytter sin rett til fritt behandlingsvalg det er snakk om, men de behandlingene som faktureres Finnmarkssykehuset direkte</li> </ul>	<p><b>Kap 4.6 Samarbeid på tvers av klinikkene</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sikre oversikt over fristbruddkostnader, identifisere fagområder som er beheftet med de største fristbruddkostnadene og sikre kapasitets-utnyttelse på tvers av de ulike klinikkene for å forebygge fristbrudd</li> <li>• Beregne hvilke investeringer som er nødvendig for å øke andelen av kontroller som tilbys avstandsoppfølging fra lokalsykehuset</li> </ul>	<p>Målsetting for arbeidet;</p> <p>Konkrete tiltak med økonomiske beregninger</p> <p>Venteliste, fristbrudd; Fortsette arbeidet i lokalt innsatsteam i 2022. Sørge for en plan for reduksjon ventelister/fristbrudd.</p> <p>Arbeidsgruppe «effektiv pasientinnkalling». Nedsettes, se på mulighet for å ta imot pasienter via lyd – bilde fra andre klinikker. Prioritet i 2022;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ kirurgisk fagområde</li> <li>✓ Kardiolog, ØNH og Raumatolog i Sami Klinihkka.</li> </ul>	<p>Klinikksjef SK</p>	



## Handlingsplan med tiltak kostnadseffektivisering 2022

<p>som konsekvens av fristbrudd</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I følge rapporten "Styrket økonomisk bærekraft" gjennomførte UNN HF 4501 polikliniske timer definert som "kontroll" på pasienter bosatt i Finnmark i løpet av 2018. Ved en reisekostnad på NOK 10.000 per tur vil besparelsen være NOK 4,5 mill. kr/år om bare 10% av kontrollene skjer digitalt</li> <li>Voss sykehus (opptak 40.000) rapporterte akkurat 5% kort- og langtidsfravær så langt i 2021 (HB HF samlet har 8%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tatt i betraktning de høye innleiekostnadene er det særdeles viktig å arbeide med å senke sykefraværet, og derved bidra til å redusere innleiebehovet i foretaket</li> <li>Fortsette det pågående arbeidet med kodeforbedring (vi får opplyst at opp mot 20% av de polikliniske kontaktene avvises for refusjon grunnet feil/mangelfull koding)</li> </ul>	<p>Definere pasientgrupper for e-poliklinikk: Nevrologi, hud, reuma</p> <p>Samarbeid med UNN om å snu pasientstrøm til FIN.</p> <p>Foreslå regionalt kodeprosjekt</p> <p>Ønske om digitalt kodekurs</p> <p>Foreslått koding inn i grunnutdanning</p> <p>Sette av tid i tjenesteplaner til koding</p>		
<p><b>4.7 Elektiv kirurgi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kirkenes og Hammerfest har en markant høyere andel av elektiv kirurgi som gjøres dagkirurgisk enn det som er tilfelle ved Lillehammer og Gjøvik sykehus i perioden vi har sammenlignet. Vi har ikke</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kirurgisk aktivitet skal som all annen sykehusaktivitet innrettes etter hva som er medisinskfaglig korrekt, ikke etter den til enhver tid gjeldende DRG-vekt. Det er grunn til å tro at DRG-vektene vil fortsette å endre seg i favør av dagkirurgi i årene som kommer, og at dette dette vil kunne bidra</li> </ul>	<p>Målsetting for arbeidet;</p> <p>Konkrete tiltak med økonomiske beregninger</p> <p>En analyse av elektiv kirurgi i Vest-Finnmark, både Alta og Hammerfest gjøres, med det mål om å øke elektiv DKI.</p> <p>Samarbeid på tvers for å definere pasienter som kunne vært konvertert fra inneliggende til DKI.</p>	<p>Klinikksjef KS</p>	



## Handlingsplan med tiltak kostnadseffektivisering 2022

<p>sett på type elektiv kirurgi, men legger til grunn at alle de sammenlignede enhetene er akuttstusykehus uten regionsykehus-funksjoner</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kirkenes har i tillegg en høyere andel kirurgi som gjøres dagkirurgisk enn Alta/Hammerfest</li> <li>• Selv om det som regel er medisinsk-faglig fornuftig å dreie døgn til dag kan dette paradoksalt lede til en ekstra økonomisk belastning for Finnmarkssykehuset HF</li> </ul>	<p>til en positiv utvikling for Finnmarkssykehuset på sikt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det grunn til å tro at mange pasienter ved Finnmarkssykehuset HF kan ha lang reisevei, og derved ha en saklig grunn til overnatte ved behandlingsstedet før eller etter kirurgi</li> <li>• Det kan være hensiktsmessig å gjøre en nærmere analyse av elektive strykninger, men da må datagrunnlaget forbedres først.</li> </ul>	<p>Vurdere felles ventelister for operative inngrep</p> <p>Analyse årsak stryk fra operasjon ved sykehusene – oppgave for operasjonskoordinator å forbedre registrering</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Etablere en felles rutine for hva som skal registreres som stryk– Nasjonal prosedyre</li> <li>✓ Registrere stryk korrekt i dips</li> <li>✓ Følge opp årsak til stryk kvartalsvis</li> <li>✓ Bruke DIPS OP planlegging</li> </ul>		
<p><b>4.8 Handlingsplan for rekruttering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det virker til å være konsistens mellom strategiene som omtales i den regionale handlingsplanen for Helse Nord RHF og de mer operativt innrettede handlingsplanene på lokalt nivå.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basert på de innspill vi har fått er vårt inntrykk at pengene sitter noe løsere ved ny-rekruttering enn ved stabilisering, altså at nyansatte får goder andre kan ha brukt mange år på å opparbeide. Det kan være fornuftig å vurdere om langvarige relasjoner bør premieres ekstra, feks gjennom en kontinuerlig stige</li> </ul>	<p>Målsetting for arbeidet;</p> <p>Konkrete tiltak med økonomiske beregninger</p> <p>Etablere stilling rekruttering og stabilisering</p> <p>Sette av 7,0 mill. til rekruttering og stabilisering</p>	<p>HR-sjef</p>	



## Handlingsplan med tiltak kostnadseffektivisering 2022

<ul style="list-style-type: none"> <li>• De operative tiltakene slik de beskrives i lokale handlingsplaner er satt opp systematisk. NEO/KPMG har ikke grunnlag for å vurdere om planverket og tiltakene faktisk etterleves.</li> <li>• HR-avdelingens sentrale arbeid virker til å supplere de lokale tiltakene på en god måte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunene overbyr i enkelte tilfeller foretaket hva gjelder tillegg. Foretaket bør ha en klar plan for hvordan dette eventuelt skal møtes</li> <li>• En enda tydeligere allokering av midler til kurs/videreutdanning og utstyr for å bygge fagmiljø kan være et supplement til eksisterende tiltak.</li> </ul>	<p>Utarbeid handlingsplan for rekruttering og stabilisering, basert på handlingsplan fra klinikkene.</p> <p>Sami Klinihkka leder regional arbeidsgruppe «spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen», rekruttering og stabilise</p> <p>Vektlegge kompetanse og kompetanseutvikling for alle</p> <p>Etablere «Vi-følelse»</p> <p>Samarbeid med Finnmark Fotballkrets</p>		
--	--	--	--	--

### Vedlegg

1. Belegg og beleggs% pr. sengeavdeling
2. Handlingsplan 2022 analyseteam

### Andre relevante dokumenter

- 1 KPMG-rapport, se styresak 61/2021
- 2 Aktivitetsanalyse 2018-2021, se styresak 72/2021
- 3 Virksomhetsrapport 9/2021 (oktober styremøte) med analyse av månedsverk
- 4 Virksomhetsrapport 10/2021 (desember styremøte) med analyse pasientstrøm

## Gjennomsnittlig pasientbelegg Hammerfest sykehus 2017 - 2021

Barnepost Hammerfest					
	2017	2018	2019	2020	2021
Senger normert	8	8	8	8	8
Senger i bruk (sommer/ helg/ høytid i parentes)	8 (6)	8 (6)	8	8	8
Januar	80,2 %	58,5 %	57,7 %	48,8 %	42,2 %
Februar	82,6 %	66,1 %	96,4 %	37,1 %	67,9 %
Mars	62,1 %	39,9 %	85,9 %	64,9 %	43,8 %
April	48,8 %	70,0 %	47,1 %	30,2 %	52,5 %
Mai	64,9 %	60,1 %	78,2 %	46,4 %	43,5 %
Juni	63,0 %	42,5 %	56,3 %	55,0 %	40,0 %
Juli	45,6 %	32,3 %	38,7 %	37,1 %	25,8 %
August	79,8 %	34,8 %	43,1 %	53,6 %	64,2 %
September	36,7 %	69,6 %	58,8 %	40,0 %	61,2 %
Oktober	63,3 %	41,9 %	46,0 %	27,1 %	56,5 %
November	30,8 %	48,8 %	60,4 %	39,6 %	
Desember	59,3 %	50,4 %	49,6 %	29,6 %	
<b>Snitt pr. år</b>	<b>59,8 %</b>	<b>51,2 %</b>	<b>59,9 %</b>	<b>42,5 %</b>	<b>49,8 %</b>

Kirurgisk post Hammerfest					
	2017	2018	2019	2020	2021
Senger normert	22	22	22	22	22
Senger i bruk (sommer/ helg/ høytid i parentes)	22 (17)	22 (17)	22 (17)	22	22 (17)
Januar	116,0 %	91,7 %	78,4 %	101,6 %	76,5 %
Februar	95,9 %	101,6 %	88,5 %	93,9 %	89,9 %
Mars	99,6 %	91,3 %	79,2 %	85,6 %	97,5 %
April	99,1 %	92,0 %	63,6 %	68,6 %	76,9 %
Mai	85,3 %	86,8 %	79,3 %	78,7 %	72,9 %
Juni	74,8 %	91,2 %	84,0 %	79,1 %	81,8 %
Juli	67,2 %	69,6 %	90,3 %	71,7 %	89,4 %
August	71,6 %	91,9 %	74,7 %	78,0 %	82,5 %
September	93,3 %	90,8 %	85,5 %	95,3 %	79,8 %
Oktober	76,4 %	86,8 %	80,4 %	54,7 %	79,9 %
November	95,0 %	94,7 %	89,4 %	45,7 %	
Desember	83,6 %	86,9 %	63,3 %	71,0 %	
<b>Snitt pr. år</b>	<b>88,2 %</b>	<b>89,6 %</b>	<b>79,7 %</b>	<b>77,0 %</b>	<b>82,7 %</b>

Kvinne/fødepost Hammerfest					
	2017	2018	2019	2020	2021
Senger normert	14	14	14	14	14
Senger i bruk (sommer/ helg/ høytid i parentes)	14	14	14	14	14
Januar	76,3 %	64,1 %	71,4 %	68,4 %	45,4 %
Februar	78,8 %	67,9 %	60,7 %	53,7 %	73,5 %
Mars	73,5 %	78,1 %	67,3 %	50,9 %	52,8 %
April	69,3 %	77,6 %	64,0 %	47,4 %	55,2 %
Mai	73,7 %	54,8 %	68,2 %	77,2 %	52,1 %
Juni	71,9 %	70,7 %	75,5 %	64,0 %	49,0 %
Juli	61,1 %	61,3 %	69,4 %	58,8 %	55,3 %
August	53,2 %	55,5 %	63,8 %	53,9 %	65,4 %
September	73,3 %	75,5 %	74,5 %	61,4 %	66,9 %
Oktober	87,3 %	71,0 %	77,2 %	39,6 %	87,8 %
November	81,2 %	60,0 %	61,7 %	30,9 %	
Desember	60,8 %	65,2 %	49,3 %	61,1 %	
<b>Snitt pr. år</b>	<b>71,7 %</b>	<b>66,8 %</b>	<b>66,9 %</b>	<b>55,6 %</b>	<b>60,3 %</b>

## Gjennomsnittlig pasientbelegg Kirkenes sykehus 2018 - 2021

FMR post Kirkenes					
	2017	2018	2019	2020	2021
Senger normert		12 første halvår, 6 og 9 andre halvår	9	9	6
Senger i bruk (sommer/ helg/ høytid i parentes)		Varierende 10, 8 og 6 (4)	6 (4)	6	6
Januar		58,1 %	85,1 %	73,9 %	91,4 %
Februar		58,5 %	121,4 %	72,4 %	88,1 %
Mars		58,7 %	121,0 %	58,3 %	94,2 %
April		43,5 %	78,1 %	29,6 %	79,2 %
Mai		43,9 %	73,7 %	12,5 %	84,9 %
Juni		52,7 %	98,8 %	8,3 %	68,9 %
Juli		91,7 %	128,4 %	12,9 %	34,4 %
August		82,5 %	95,4 %	34,9 %	44,2 %
September		72,2 %	96,1 %	97,4 %	77,8 %
Oktober		71,0 %	86,0 %	44,0 %	45,7 %
November		55,0 %	62,8 %	57,9 %	
Desember		76,9 %	111,7 %	50,6 %	
<b>Snitt pr. år</b>		<b>63,7 %</b>	<b>96,5 %</b>	<b>46,1 %</b>	<b>70,9 %</b>

## Kommentar

Årene 2018 og 2019 har noe varierende registrerte antall normerte og antall senger i bruk gjennom årene. Beleggsprosenten blir påvirket av dette.

År 2017 er ikke tilgjengelig i HN LIS

Kirurgisk post Kirkenes					
	2017	2018	2019	2020	2021
Senger normert		15	16	16	16
Senger i bruk (sommer/ helg/ høytid i parentes)		15	8	16	16
Januar		80,0 %	96,1 %	81,2 %	78,0 %
Februar		75,3 %	114,4 %	81,5 %	68,0 %
Mars		86,1 %	120,1 %	71,2 %	67,7 %
April		68,4 %	107,5 %	56,5 %	74,5 %
Mai		54,4 %	99,7 %	58,4 %	67,3 %
Juni		66,9 %	101,4 %	60,6 %	72,7 %
Juli		59,4 %	95,9 %	55,5 %	59,5 %
August		57,2 %	99,2 %	65,4 %	64,0 %
September		69,8 %	101,1 %	76,9 %	76,9 %
Oktober		60,0 %	101,6 %	75,5 %	68,0 %
November		54,4 %	99,6 %	81,5 %	
Desember		89,9 %	93,1 %	67,7 %	
<b>Snitt pr. år</b>		<b>68,5</b>	<b>102,5</b>	<b>69,3</b>	<b>69,7</b>

## Kommentar

År 2019 har fått endringer på normert og antall senger i bruk. Sengetilbud er redusert fra 15 i 2018 til 8 i 2019, noe som slår ut på beleggsprosentene. Disse fremstår for høye.

År 2017 er ikke tilgjengelig i HN LIS

Kvinne/fødepost Kirkenes					
	2017	2018	2019	2020	2021
Senger normert		5	6	6	6
Senger i bruk (sommer/ helg/ høytid i parentes)		5	6	6	6
Januar		104,5 %	71,0 %	74,7 %	51,2 %
Februar		72,1 %	90,5 %	92,0 %	58,3 %
Mars		50,7 %	79,4 %	67,8 %	73,1 %
April		96,0 %	64,2 %	69,1 %	69,5 %
Mai		75,7 %	88,5 %	68,8 %	57,0 %
Juni		83,3 %	70,6 %	62,8 %	88,9 %
Juli		90,3 %	49,4 %	82,7 %	63,9 %
August		86,7 %	101,6 %	74,2 %	61,3 %
September		76,7 %	101,7 %	63,3 %	91,1 %
Oktober		90,0 %	111,8 %	73,6 %	71,1 %
November		77,8 %	75,6 %	67,9 %	
Desember		55,9 %	89,8 %	48,3 %	
<b>Snitt pr. år</b>		<b>80,0 %</b>	<b>82,8 %</b>	<b>70,4 %</b>	<b>68,5 %</b>

## Kommentar

Tidligere kontroller med EPJ-konsulent har vist at det tidvis registreres partnere (menn) innlagt på sengepost sammen med den fødende, noe som er feil og vil gi for høy beleggsprosent. Hvilke måneder gjennom årene dette konkret gjelder er ikke gjort rede for.

År 2017 er ikke tilgjengelig i HN LIS

Medisinsk post Hammerfest					
	2017	2018	2019	2020	2021
Senger normert	41	41	41	41	33
Senger i bruk (sommer/ helg/ høytid i parentes)	41 (33)	33	33	33	33 (29)
Januar	85,3 %	90,8 %	93,0 %	99,2 %	85,5 %
Februar	72,2 %	116,5 %	90,8 %	95,4 %	94,8 %
Mars	99,3 %	93,4 %	93,6 %	65,9 %	93,9 %
April	96,0 %	84,5 %	75,4 %	53,4 %	70,1 %
Mai	81,2 %	82,9 %	87,6 %	59,1 %	62,5 %
Juni	78,7 %	96,3 %	87,4 %	76,1 %	71,4 %
Juli	59,0 %	86,1 %	72,4 %	71,9 %	68,9 %
August	58,1 %	83,6 %	90,1 %	69,2 %	66,1 %
September	70,8 %	85,3 %	88,5 %	83,2 %	73,1 %
Oktober	78,3 %	91,8 %	93,5 %	56,6 %	87,0 %
November	82,6 %	99,2 %	85,5 %	90,8 %	
Desember	76,7 %	92,2 %	78,9 %	79,1 %	
<b>Snitt pr. år</b>	<b>78,2 %</b>	<b>91,9 %</b>	<b>86,4 %</b>	<b>75,0 %</b>	<b>77,3 %</b>

Medisinsk post Kirkenes					
	2017	2018	2019	2020	2021
Senger normert		22			
Senger i bruk (sommer/ helg/ høytid i parentes)		22	24	24	24
Januar		119,6 %	90,9 %	86,2 %	82,3 %
Februar		96,3 %	99,4 %	76,3 %	59,1 %
Mars		91,1 %	111,0 %	70,6 %	62,0 %
April		100,5 %	100,6 %	55,3 %	76,4 %
Mai		88,0 %	87,1 %	64,0 %	66,9 %
Juni		92,0 %	86,8 %	64,0 %	69,9 %
Juli		89,4 %	93,0 %	56,0 %	65,3 %
August		96,9 %	87,4 %	71,4 %	68,4 %
September		81,7 %	89,9 %	82,8 %	66,8 %
Oktober		80,6 %	89,8 %	75,9 %	68,5 %
November		59,6 %	91,9 %	88,3 %	
Desember		74,6 %	80,4 %	67,1 %	
<b>Snitt pr. år</b>		<b>89,2 %</b>	<b>92,4 %</b>	<b>71,5 %</b>	<b>68,6 %</b>

Kommentar  
År 2017 er ikke tilgjengelig i HN LIS

Føde-barselstue Alta					
	2017	2018	2019	2020	2021
Senger normert		4	4	4 (3 i des.)	3
Senger i bruk (sommer/ helg/ høytid i parentes)		4	4	4 (3 i des.)	3
Januar		43,2 %	43,8 %	51,5	54,2 %
Februar		43,4 %	47,7 %	42,9	65,3 %
Mars		47,8 %	43,5 %	42,0	76,4 %
April		50,0 %	29,5 %	37,5	40,4 %
Mai		46,3 %	42,9 %	44,6	50,0 %
Juni		58,0 %	33,8 %	63,7	48,1 %
Juli		66,3 %	50,0 %	41,1	62,7 %
August		42,4 %	52,1 %	57,4	72,5 %
September		52,6 %	48,9 %	40,6	48,5 %
Oktober		34,4 %	37,5 %	61,1	63,5 %
November		35,7 %	43,3 %	57,7	
Desember		52,6 %	33,3 %	57,1	
<b>Snitt pr. år</b>		<b>47,7 %</b>	<b>42,2 %</b>	<b>49,8</b>	<b>58,2 %</b>

Somatisk post Alta					
	2017	2018	2019	2020	2021
Senger normert			14	14	14
Senger i bruk (sommer/ helg/ høytid i parentes)			4	4 (14 fra 26.okt til 14.nov. og 8 fra 15.nov. og ut året)	10 (8 fra 28.juni til 22.aug, 10 fra 23.aug.)
Januar				165,3 %	54,3 %
Februar				145,7 %	55,7 %
Mars				109,7 %	49,4 %
April				94,2 %	62,8 %
Mai				81,5 %	50,0 %
Juni				99,2 %	50,7 %
Juli				77,4 %	75,0 %
August				57,3 %	62,8 %
September			74,2 %	85,0 %	64,0 %
Oktober			70,2 %	73,3 %	60,0 %
November			89,2 %	59,6 %	
Desember			153,2 %	69,8 %	
<b>Snitt pr. år</b>			<b>96,7 %</b>	<b>93,2 %</b>	<b>58,5 %</b>

Kommentar  
År 2017 er ikke tilgjengelig i HN LIS  
For somatisk post Alta er det kun data tilbake til september 2019.  
Det er varierende antall senger i bruk i 2020 og noe i 2021, og beleggs prosentene er dermed influert av dette.

#### Kilde. HN LIS (DIPS)

**Beregning beleggsprosent:** Dette er en kalkulert verdi som følger: Antall liggedøgn / Antall senger i bruk.  
**Antall Liggedøgn:** Måltallet er speilet som det er registrert i DIPS.  
**Antall senger i bruk:** Måltallet er speilet som det er registrert i DIPS.

Dersom noe er registrert feil i DIPS vil dette gjengis i HN LIS.  
Dersom det er meldt inn feil sengetall, eller at det eventuelt ikke er meldt inn endringer av sengetall (normerte eller senger i bruk), så vil dette gi grunnlag for feil beleggsprosent for innlagte pasienter.  
De oppstilte tabellene er på bakgrunn av det datamaterialet som er tilgjengelig fra DIPS.

For noen av disse postene er det stabile sengetall for normerte og senger i bruk.  
For andre av disse postene er det relative endringer gjennom årene for normerte senger og senger i bruk, gjeldende for sommerdrift, helger og høytider.  
Det vil være svært tidkrevende å bryte dette ned på neste detaljnivå som er pr. dag, i den hensikt å se om sengetallet virker harmonisk i forhold til antall pasienter.





## Handlingsplan 2021- 2022 Analyseteam

### Målsetning for analyseteamet

*Analyseteamet skal bistå klinikkene med å analysere og forså egen praksis. Med analyseteamet som ett ledd i langsiktig, kontinuerlig og systematisk arbeid, er målsettingen å oppnå det gode pasientforløp på bakgrunn av gjeldende rammebetingelser, herunder budsjetter, frister, bemanning, benchmarking og annet som naturlig kan ses i lys av dette, jfr. arbeidsbeskrivelse analyseteamet.*

Mål 2021	Forslag til tiltak	Ansvar	Frist
Konstituere analyseteamet	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Møteplan</li> <li>2. Handlingsplan</li> <li>3. Hvordan jobbe videre for struktur</li> </ol>	Leder analyse-team	
Mål 2022	Forslag til tiltak	Ansvar	Frist
<b>Hovedmålsetting</b>	<b>Utvikle styringsverktøyene og god styringsinformasjon, i hht. bestillingen under.</b>		
God virksomhetsstyring gjennom bruk av HN LIS	Utvikling av HN som styringsverktøy, herunder rydding <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Strukturert oversiktlig plan for utvikling rydding, prioritere</li> <li>✓ Avklare behov styringsinformasjon i hht. prioritering ovenfor dialog med avdelingsledere</li> <li>✓ Rydde og utvikle rapporter i HN LIS – målsetting minske antall «klikk»               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Foretaksnivå</li> <li>- Klinikknivå</li> <li>- Avdelingsnivå</li> <li>- Enhetsnivå</li> </ul> </li> <li>✓ Opplæring avdelingsledere</li> </ul>	Analyseteam	30.06
God virksomhetsstyring gjennom aktivitets- og inntektsanalyser	Utvikling av styringsverktøy i NIMES (rapporter)	Analyseteam øk	30.06.2022


**Handlingsplan 2021- 2022 Analyseteam**

	<p>Avklare grensesnitt mot HN LIS, evt annen strukturert rapportering til avdelingsledere.</p> <p>Strukturert rapportering i HN LIS (eller opplæring av ledere i NIMES)</p> <p>Inntektsanalyser</p>		
God virksomhetsstyring gjennom bruk av HR-data	<p>Utvikling av styringsinformasjon, grensesnitt personalportalen (evt. GAT) – HN LIS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Innleie må registreres i GAT, også innleie fra byrå (lederansvar)</li> <li>✓ Utvikle måleparametre for rekruttering og stabilisering, herunder vurdere grensenitt mot GAT</li> </ul>	<p>Analyseteam</p> <p>HR</p>	
Kostnadseffektivisering 2022	<p>Bidra med tallgrunnlag til klinikkens «kostnadseffektivisering 2022»</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Strukturere og fordele evt. bestillinger fra kliniksjefer</li> <li>✓ Innarbeide bestillinger i handlingsplan</li> </ul>	<p>Analyseteam</p>	
Utvidet analyse variasjon	<p>Analyse av uønsket variasjon, årsaksforhold.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ventetid</li> <li>• Fristbrudd</li> <li>• Passert planlagt tid</li> <li>• Epikrisetid</li> <li>• Opr.kapasitet</li> <li>• Andre Kvalitetsindikatorer</li> </ul>	<p>Analyseteam</p> <p>FFS</p>	<p>Plan fremlegges, innarbeides i VR</p>
Utvidet analyse månedsverk, HR-data	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sikre at reelle bemanningsplaner ligger i GAT</li> <li>➤ Sikre at innleie fra byrå og over lønn registreres i GAT, grunnlag for god virksomhetsstyring</li> <li>➤ Sikre ressurser til ressursteam innleie, jfr. rutinen. grunnlag for god virksomhetsstyring</li> </ul>	<p>Kliniksjefer</p>	<p>01.01.2022</p>




**Handlingsplan 2021- 2022 Analyseteam**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Utvikling i gjennomsnittlige månedsverk per juli i perioden 2019-2022 for utvalgte stillingsgrupper.           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ leger</li> <li>○ sykepleiere</li> <li>○ psykologer</li> <li>○ pasientrettede stillinger</li> <li>○ adm. og ledere</li> </ul> </li> <li>➤ Utvikling i innleiekostnader fra byrå i perioden 2019-2022 per juli, spesifisert for leger, sykepleiere og annet helsepersonell</li> <li>➤ Årsaker til økningen i månedsverk og lønns- og innleiekostnader, jfr. ny mal fra UNN. herunder hva som er ○ andre forhold</li> <li>➤ Analysen sendes til klinikksjefer for redegjørelse og evt. iverksettelse av tiltak.</li> </ul>	Analyseteam HR         Klinikksjefer	01.09.2022
Utvidet analyse pasientstrøm	Analyse pr. august 2019-2022, utvikling i pasientstrøm fra UNN til FINN		
Utvidet analyse – kostnadsutvikling pr. juli 2022	Oppdatere analysen kostnadsutvikling Status handlingsplan		
Utvidet analyse PHR, jfr. internrevisjonsrapport 04-2021 (RHF)	Utvikle datavarehusløsningen (HN LIS) som grunnlag for økt bruk av styringsindikatorer og analyser i forbedringsarbeid, samt i den løpende ledelsesoppfølgingen. <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dialog med ledere i PHR om hvilke styringsindikatorer som er viktige i den daglige driften</li> <li>✓ Overordnede rapporter for PHR, samt klinikktilhørighet utvikles</li> <li>✓ Utvikle rapporter i HN LIS</li> <li>✓ Opplæring i bruk av HN LIS</li> </ul>		



**Handlingsplan 2021- 2022 Analyseteam**

Andre analyser	Bestilling av andre analyser skjer i hht. oppdragsbeskrivelsen for analyseteamet	Foretaksledelsen beslutter	
----------------	--	----------------------------	--