



Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr.:
2021/3755

Saksbehandler:
Lill-Gunn Kivijervi

Sted/Dato:
Hammerfest, 20.04.2022

Saksnummer 36/2022

Saksansvarlig: Økonomisjef Lill-Gunn Kivijervi
Møtedato: 27.-28. april 2022

Sak: Kostnadseffektivisering 2022, oppfølging av styresak 61/2021 rapport fra KPMG vedørende aktivitet og økonomi i Finnmarkssykehuset HF, og styresak 86/2021 Handlingsplan med tiltak kostnadseffektivisering 2022

Saken er oppfølging av styresak 61/2021 rapport fra KPMG vedørende aktivitet og økonomi i Finnmarkssykehuset HF, og sak 86/2021 handlingsplan med tiltak kostnadseffektivisering 2022. I saken fremmes konkrete tiltak for kostnadseffektivisering i 2022-2024.

Styret i Finnmarkssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF legger forslag til vedtak i foretaksmøtet 06.04.2022 til grunn for det videre arbeidet.
2. Styret vedtar den økonomiske tiltaksplan for kostnadseffektivisering 2022, og ber administrerende direktør vurdere ekstern bistand for å ivareta det omfattende omstillingsarbeidet.

Beregnet effekt av tiltak	2022	2023	2024
Redusere senger	6 700	20 000	
Redusere innleie fra byrå, intensivsykepleiere		12 000	12 000
Redusere innleie fra byrå, PHR		21 500	
Øke antall konsultasjoner VPP	2 900		
Øke antall konsultasjoner BUP	2 200		
Sykepleierpoliklinikk		965	
Økt aktivitet generell kirurgi	1 300	3 854	
Økt aktivitet ortopedi	1 200	3 644	
Redusere innleie fra byrå, leger		12 488	
Totalt	14 300	74 451	12 000

3. Styret i Finnmarkssykehuset HF vedtar at senger tas ned i to steg, først 15 senger innen 01.10.2022, deretter ytterligere 7 senger innen 01.04.2023 slik at totalt



sengetall blir 114 i 2023. Før iverksettelse av steg 2 gjøres en vurdering av effekt av steg 1.

Avdeling	Normerte senger 2022	Behov med 85% utnyttelse (basert på 2021)			
		tall	Potensial for reduksjon	Forslag steg 1	Forslag steg 2
Somatisk post Alta	14	10	4	4	
Med.sengepost Hammerfest	33	30	3	2	1
Kir-ort sengepost Hammerfest	22	21	1	0	1
Kvinne/føde Hammerfest	14	10	4	4	1
Barnepost Hammerfest	8	5	3	2	1
Med.sengepost Kirkenes	24	20	4	2	2
Kir-ort sengepost Kirkenes	16	11	2	1	1
føde-gyn Kirkenes	5	5	0	0	
Sum	136	111	22	15	7

4. Styret ber om at bemanningsplaner tilpasses vedtakspunkt tre, og styret ber å bli informert om den forpliktende fremdriftsplan som oversendes til Helse Nord RHF, i styremøtet i mai.
5. Styret ber administrerende direktør sikre oppfølging og implementering innenfor eksisterende budsjetttrammer av forbedringsarbeidet knyttet til delprosjekt 4.2-4.8.
6. Styret tar handlingsplaner digitale konsultasjoner til orientering, og forventer at måltall om 15% digitale konsultasjoner nås for hver klinikk/sykehus innen utgangen av 2022.

Vivi Brenden Bech

Konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

1. Saksfremlegg kostnadseffektivisering 2022
2. Innkalling og saksdokumenter foretaksmøtet med Helse Nord 06.04.2022
3. Handlingsplan kostnadseffektivisering 2022
4. Sluttrapport 4.1-4.8
5. Forpliktende fremdriftsplan «kostnadseffektivisering 2022»
6. Tiltaksplan kostnadseffektivisering 2022
7. Handlingsplaner digitalisering fra hver klinikk



Sak: Kostnadseffektivisering 2022, oppfølging av styresak 61/2021 rapport fra KPMG vedørende aktivitet og økonomi i Finnmarkssykehuset HF, og styresak 86/2021 Handlingsplan med tiltak kostnadseffektivisering 2022

Saksbehandler: Lill-Gunn Kivijervi

Møtedato: 27.-28. april 2022

1. Formål/Sammendrag

I vedtak i styresak 86/2021 handlingsplan med kostnadseffektivisering 20 vedtok styret:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF vedtar handlingsplan kostnadseffektiverende tiltak 2022.
2. Styret ber om status på arbeidet med implementering og gjennomføring av tiltak i styremøtet i april 2022.
3. Styret i Finnmarkssykehuset HF vedtar handlingsplan kostnadseffektiverende tiltak 2022.
4. Styret presiserer at prioriterte områder i handlingsplanen må operasjonaliseres og iverksettes så snart som mulig. Dette inkluderer digitalisering med mål om minimum 15% og oppgavedeling med økt bruk av assistenter og helsefagarbeidere.
5. Styret ber om at det settes konkrete mål for dreining fra innleie til faste ansettelser både for 2022 og påfølgende år, for å ta ned årsverk i hht. budsjett.
6. Styret ber om status på arbeidet med implementering og gjennomføring av tiltak, samt en vurdering av økonomiske konsekvenser med mål om å bidra til et budsjett i balanse for 2022, i styremøtet i april 2022.
7. Styret ber om en status på pandemiplaner for intensiv inkludert status på opplært personell og kompetanseplaner for å møte en ny pandemi, til styremøtet i april.

2. Bakgrunn

Analysen av aktivitet og økonomi i Finnmarkssykehuset HF ble gjennomført av eksterne ressurser på bestilling fra styret i Finnmarkssykehuset HF, kjent som KPMG-rapporten. Analysen ble lagt fram for styret i september 2021, med anbefalinger til videre arbeid. I styresak 86/2021 vedtok styret en handlingsplan for kostnadseffektivisering 2022.

KPMG-analysen ble sendt ut til alle klinikkene, og den er gjennomgått med foretaksledelsen, klinikkledelse, fagfolk og tillitsvalgte i de 3 største klinikkene som i hovedsak er omfattet av analysen. I disse møtene inviterte klinikksjefene 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 ble sendt inn fra Hammerfest sykehus/klinikk Alta og Kirkenes sykehus.



I strategisk ledermøte 2. desember 2021 ble arbeidet med å konkretisere handlingsplanen igangsatt, og klikksjefene fikk ansvar for å lede arbeidet som gikk på tvers av klinikkene/sykehusene.

I prosessessen leverte økonomiavdelingen ytterligere analyser for å kvalitetssikre at leveransen til KPMG- rapporten stemte. Det er ingen diskrepans mellom det materialet KPMG baserte sin analyse på, og det som foreligger ved utgangen av 2021.

3. Saksvurdering/analyse

I analysen gjennomført av KPMG, med tall fra Finnmarkssykehuset HF, var rapporten delt inn i 8 punkter, fra 4.1 til 4.8 med vurdering og anbefaling. Klinikksjefene satte ned arbeidsgrupper på tvers av klinikkene med ledere og fagfolk for å jobbe med disse delrapportene. Tillitsvalgte ble invitert til dialog knyttet til punkt 4.1 og 4.2 som vil berøre ansatte.

I det videre arbeid vil prosessen drøftes med foretakstillitsvalgte og hovedverneombud og det legges frem en forpliktende fremdriftsplan som også skal behandles i styret i Finnmarkssykehuset HF og i styret i Helse Nord RHF. Den forpliktende handlingsplanen skal ta høyde for at kostnadseffektivisering 2022 skal gi effekt fra 2022.

Pkt 4.1 Senger pr. innbygger og pleiefaktor

Fra KPMG-rapporten

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.

Historisk beleggsprosent kan i tillegg også indikere at presset på sengene ikke har vært spesielt høyt.

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 korleksjon for sykefravær, konsekvent ser ut til å være markant høyere enn en allerede noe høy normert bemanning.

Til grunn for arbeidet ligger en utvidet analyse av både beleggs-% og budsjettet pleiefaktor ned på avdelingsnivå. I dette arbeidet har arbeidsgruppen ikke sett på faktisk forbruk eller faktisk pleiefaktor, slik KPMG-rapporten gjorde, men tatt utgangspunkt i budsjett.

Kapasitetsutnyttelsen av sengekapasitet viser at det er et potensial for å redusere med 22 senger. Klinikksjefene foreslår et nedtak av sengekapasiteten i Finnmarkssykehuset HF med 15 senger etter en gjennomgang med både arbeidsgruppen og tilbakemelding fra medisinskfaglige rådgivere.



Avdeling	Normerte senger 2022	2019	2020	2021	Behov med 85% utnyttelse (basert på 2021)				
					2022 tall)	Potensial for reduksjon	Forslag steg 1	Forslag steg 2	
Somatisk post Alta	14	97 %	87 %	58 %	62 %	10	4	4	
Med.sengepost Hammerfest	33	86 %	74 %	77 %	79 %	30	3	2	1
Kir-ort sengepost Hammerfest	22	80 %	78 %	82 %	82 %	21	1	0	1
Kvinne/føde Hammerfest	14	67 %	56 %	60 %	72 %	10	4	4	1
Barnepost Hammerfest	8	60 %	43 %	51 %	58 %	5	3	2	1
Med.sengepost Kirkenes	24	92 %	71 %	70 %	77 %	20	4	2	2
Kir-ort sengepost Kirkenes	16	131 %	58 %	61 %	59 %	11	2	1	1
føde-gyn Kirkenes	5	100 %	84 %	83 %	76 %	5	0	0	
Sum	136	86 %	69 %	70 %	73 %	111	22	15	7

Klinikkjefene foreslår følgende pleiefaktor, etter gjennomgang med arbeidsgruppen og innspill fra medisinskfaglige rådgivere:

Pleiefaktor:

- Alternativ 1 en pleiefaktor på 1,4 på ensengsrom og 1,2 på flersengsrom.
- Ved Hammerfest sykehus kan en pleiefaktor på 1,2 være aktuelt før innflytting i nytt sykehus med ensengsrom.
- Alternativ 2 en pleiefaktor på 1,4 alle enheter.
- Kirkenes sykehus og Alta har ensengsrom. Hammerfest sykehus vil tilpasse pleiefaktoren til nytt sykehus nå.
- Alternativ 3 en pleiefaktor på 1,4 med unntak av Alta med en pleiefaktor på 1,2.
- Alta skal ha mer avklarte pasienter innlagt og det kan vurderes at enheten skal ha en lavere pleiefaktor.

Lavere sengetall og pleiefaktor gir et teoretisk potensial for omstilling av 50 stillinger. Sengepostene som er berørt har overtidskostnader på 25 mill. Det gjøres derfor et anslag på at det er mulig å ta ned kostnadene med 20 mill. for sengeposter ved å redusere antallet senger og pleiefaktor, dette utgjør grovt regnet 28 årsverk.

Kap 4.2 bruk av spesialsykepleiere

Fra KPMG-rapporten

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 operasjonssykepleier per stue på sikt.

Innleie av intensivsykepleiere er en betydelig kostnadspost.

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.

Innleiekostnaden for spesialsykepleiere er betydelig Finnmarkssykehuset HF. Arbeidsgruppen har ikke konkretisert økonomisk effekt av tiltakene. Det er imidlertid



ikke tvil om at det er et potensial i å bruke offentlig godkjente sykepleiere og helsefagarbeidere i bemanningsplanen.

Arbeidsgruppen har utarbeidet handlingsplaner på avdelingsnivå, og aktivitetene er satt inn i den forpliktende handlingsplanen. Enkelte av handlingsplanene synliggjør økte stillinger og økt bemanningsfaktor. Dersom slike tiltak gjennomføres må det skje innenfor klinikkens budsjetterte rammer. Alle nye stillinger skal godkjennes av administrerende direktør på ordinær måte. Tiltaksgjennomføringen settes opp i den forpliktende fremdriftsplanen som skal være klar senest 5. mai 2022.

Rapporten synliggjør ulike tiltak som kan få ned innleie av spesialsykepleiere og jordmødre fra vikarbyrå, med særlig fokus på intensivsykepleiere. Tiltakene i handlingsplanene vil gjøre Finnmarkssykehuset HF mer robust med å komplimentere kompetanse rundt spesialsykepleierne og jordmødre. Siden dette gjøres innenfor enhetenes økonomiske og faglige rammer vil dette bidra til å sikre nødvendig behandling av de pasientene som har behov for spesialfagkompetanse. Målet med tiltakene er både å sikre nødvendig kompetanse i et krevende arbeidsmarked og redusere innleiebehovet for spesialsykepleiere og jordmødre de neste årene. Dette kan føre til en estimert besparelse på kr 24 mill. Innfasing av sykepleiere på spesialavdelingene vil kunne gi en effekt på innleiebehovet allerede i 2022, med ytterligere effekt de kommende årene.

Kap 4.3 kostnad pr. DRG

Fra KPMG-rapport

Kostnad per DRG vurdert på hoveddiagnosegruppe-nivå gir en indikasjon på hvor kostnadene forbundet med ulike pasientforløp ligger. 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.

Basert på detaljerte analyser av tallmaterialet kommer arbeidsgruppen med følgende anbefalinger:

- Fullfinansiering av nødvendige stillinger og fast ansettelse av intensivsykepleiere ved intensiv avdeling ved Kirkenes sykehus.
- Gjennomgang av sengeplasser/bemanningsplan ved Klinikk Alta, Hammerfest sykehus og Kirkenes sykehus. Denne prosessen er blitt ivaretatt parallelt av arbeidsgruppe 4.1 og konkrete forslag til tiltak vil bli fremmet av denne arbeidsgruppen.
- Etablering av en kostnadseffektiviseringsgruppe på tvers av alle klinikker på permanent basis. Kontinuerlig monitorering og analyse med kjennskap til underliggende klinisk drift gir en kostnadsforståelse på tvers av klinikkene og mulighet til å iverksette tiltak tidlig.
- Utskrivningsklare pasienter forlenger liggetiden og kostnader pr. opphold. Her vil samarbeid med kommunene sikre raskere utskrivning.
- Behov for strukturert klinisk gjennomgang av liggetid på pasientnivå innenfor DRG gruppene som er blitt analysert med mål om liggetid likt landsgjennomsnittet.



Tiltakene som foreslås her kan ikke beregnes alene, men tiltakene i de øvrige punktene bidrar til å redusere kostnad pr. pasient (KPP).

4.4 Lønnsmidler knyttet opp mot innleie/4.8 handlingsplan for rekruttering

Fra KPMG-rapporten

Kronesummene som brukes på innleie sier indirekte noe om hvilke midler man kan disponere til "recruit & retain" og likevel bedre driftsøkonomien.

Grunnet covid-19, endrede fly-ruter, svekket kronekurs etc. har Finnmarkssykehuset HF mistet en rekke, faste vikarer. Dette kan forklare en del av de sterkt økende innleiekostnadene.

Det ser ikke ut til at det brukes store summer på innleie utenfor de etablerte rammeavtalene.

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.

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.

HR-avdelingens sentrale arbeid virker til å supplere de lokale tiltakene på en god måte.

Styret vedtok i september 2022 å avsette 7,0 mill. til et arbeid knyttet til rekruttering og stabilisering. Arbeidet startet opp i slutten av 2021, og i februar 2022 var prosjektleder for arbeidet på plass. I mellomtiden har det vært utarbeidet flere rekrutteringskampanjer, samt at det er utarbeidet en handlingsplan for prosjektet. I denne ligger det at det skal gjøres et grundig kartleggingsarbeid som skal brukes for å utarbeide handlingsplan for resten av prosjektperioden. Arbeidet er godt i gang.

HR-avdelingen har innarbeidet flere tiltak i ordinær drift:

Bemanningsplanlegging

- Bemanningsplanlegger jobber målrettet med klinikkene for å sikre god og effektiv bruk av GAT som planleggingsverktøy. Det er innleid ekstra kompetanse til arbeidet i 2021 og 2022.
- Det er særlig fokus på bemanningsplaner for leger og sykepleiere i GAT.

God og langsiktig planlegging bidrar til forutsigbarhet. Dette er en fordel for ansatte, for planlegging av aktivitet og planlegging av innleie.

Rutine for innleie

Rutine for innleie er revidert. Gode rutiner bidrar til god kontroll over innleie, og bruk av kapasitet og andre ressurser i foretaket på en optimal måte. Det er satt inn et ekstra punkt i rutinen om at før innleie avtales skal det avklares om ledig kapasitet finnes i annet sykehus/klinikk (gjelder elektiv virksomhet).



Vurdere etablering av stillinger i stedet for innleie, f. eks. kan flere vikarer dele en stilling. Arbeidsgruppen mener det ikke kan konkluderes om det skal etableres stilling i stedet for innleie på nåværende tidspunkt. Dette må sees i sammenheng med arbeidet og konklusjoner fra de andre delgruppene, samt egen vurdering av bemanningscenter eller lignende som skal gjøres i 2022.

Prosjekt stabilisering og rekruttering

Det er etablert prosjekt med fokus på stabilisering og rekruttering. Prosjektleder ble ansatt med oppstart februar. Prosjektet skal jobbe bredt med stabilisering og rekruttering. Dette inkluderer også å se på oppgaveglidning, kompetanseheving og utvikling som tiltak.

Prosjektplan for 2022 er utarbeidet, med informasjon til styret i februar. Hovedaktivitet i 2022 er kartlegging og informasjonsinnsamling fra medarbeidere, tillitsvalgte, ledere og andre. Dette arbeidet brukes som grunnlag for utarbeidelse av handlingsplan for resten av prosjektperioden.

Prosjekt «Lys mellom husan» - Samarbeid med Finnmark fotballkrets

Det er etablert et 3-årig prosjekt i samarbeid med Finnmark fotballkrets, «lys mellom husan». Det er satt av 500.000,- pr. år til prosjektet i 3 år.

Kap 4.5 Pasientkontakter per legeårsverk

Fra KPMG-rapport

Gjennomgående vurderes antall pasientkontakter per legeårsverk i Finnmarkssykehuset HF ikke til å være spesielt høyt eller spesielt lavt sammenlignet med sykehusene i SI HF.

I den grad det kan trekkes generelle slutninger kan det virke som om det er rom for noen flere konsultasjoner per legeårsverk på medisin i Kirkenes, mens PHR i Hammerfest ser ut til å ha en høyere aktivitet per legeårsverk enn forventet.

Det er en markant variasjon i antall polikliniske konsultasjoner per legeårsverk for PHR når Karasjok, Alta, Hammerfest og Kirkenes holdes opp mot hverandre.

Arbeidsgruppen har definert disse tiltakene til å kunne gi økonomisk effekt i 2022 og fremover.

- Basert på sammenligningen som arbeidsgruppen har gjort i Finnmarkssykehuset HF i forhold til antall konsultasjoner pr overlege ser det se ut som Hammerfest sykehus inkl. klinikk Alta har et potensiale å øke antall konsultasjoner med ca. 1700 pr år sammenlignet med faktiske gjennomførte konsultasjoner i 2021.
- Basert på sammenligningen som arbeidsgruppen har gjort i Finnmarkssykehuset HF i forhold til antall konsultasjoner pr overlege ser det ut som Hammerfest sykehus inkl. klinikk Alta har et potensiale å øke antall ortopediske konsultasjoner med ca. 4000 pr år sammenlignet med faktiske gjennomførte konsultasjoner i 2021.



- Dersom Kirkenes sykehus ansetter ortoped i ledig stilling bør plantallene justeres opp med ca. 1130 i 2023.
- Økonomiavdelingen har beregnet at dersom en sykepleier gjennomfører en poliklinikk som tidligere har vært gjennomført av kardiolog vil dette kunne gi en mer inntekt på kr. 965 401. Dette forutsetter at sykepleier har 6 poliklinikker/dag, 4 dager/uke i 42 uker/ år samt at kardiologen har annen poliklinikk.
- Ansette i vakante stillinger i alle poliklinikker i Finnmarkssykehuset HF for å redusere behovet for innleie.
 - I VPP var det totalt leid inn spesialister fra vikarbyrå for kr. 23 716 766. VPPene må ha som mål å halvere innleie fra 1. september 2022. Dersom Finnmarkssykehuset HF klarer å halvere innleie fra byrå fra 1. september og ut året vil det gi en besparelse for foretaket på ca. kr. 3 500 000.
- I BUP var det totalt leid inn spesialister fra vikarbyrå i for totalt 9 445 463.
 - BUPene må ha som mål å halvere innleie fra 1. september 2022. Dersom Finnmarkssykehuset HF klarer å halvere innleie fra byrå fra 1. september og ut året vil det gi en besparelse for foretaket på ca. kr. 2 500 000 i 2022.
- Øke aktivitet i VPP på enheter med lavt gjennomsnittlig tiltak pr behandler. Dersom alle stillingene er besatt eller det leies inn for ledige stillinger vil potensiale for økt aktivitet være en økning på 17 088 tiltak i Finnmarkssykehuset HF noe som vil gi en inntektsøkning på kr. 8 719 507. Arbeidsgruppen tror ikke det er realistisk å klare hele økningen fordi det er vanskelig å rekruttere personell.
- Hvis det forutsettes at normtallet på 440 tiltak pr behandler pr år er mulig i Finnmarkssykehuset HF bør alle enheter øke plantallene og faktisk aktivitet. Dersom alle stillingene er besatt eller det leies inn for ledige stillinger vil potensiale for økt aktivitet være en økning på 8 121 tiltak i Finnmarkssykehuset HF som vil gi en inntektsøkning på kr. 6 490 082. Arbeidsgruppen tror ikke det er realistisk å klare hele økningen fordi det er vanskelig å rekruttere personell.
- Ansatt rusbehandler på VPP i Tana vil medføre en økning i antall polikliniske konsultasjoner på 660 pr år. I 2022 medfører det en økning på 385 tiltak.

Arbeidsgruppen 4.5 anbefaler at antall konsultasjoner pr behandler økes innenfor fagområdene BUP og VPP samt at VPP og BUP reduserer innleie fra vikarbyrå med 30% fra 2019 nivå. I tillegg anbefaler arbeidsgruppen å øke antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdene generell kirurgi og ortopedi ved Hammerfest sykehus. Dersom Kirkenes sykehus får ansatte ytterligere en ortoped anbefaler arbeidsgruppen at plantall for ortoped økes fra 2023. Arbeidsgruppen anbefaler også at Kirkenes sykehus omprioriterer en sykepleier stilling som i dag benyttes scopi enheten til sykepleiepoliklinikk/hjertesvikt. Det anbefales også at somatikk gjennomgår behovet for innleie av spesialister i somatikk og reduserer innleie med 30% fra 2019 nivå.



Kap 4.6 Samarbeid på tvers av klinikkene

KPMG-rapporten

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 HF direkte som konsekvens av fristbrudd.

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

Voss sykehus (opptak 40.000) rapporterte akkurat 5% kort- og langtidsfravær så langt i 2021 (HB HF samlet har 8%)

Arbeidsgruppen har kommet frem til flere forslag til tiltak for å forbedre bruken av spesialistressurser for å få redusert ventelistene og optimalisere kapasiteten. De trekker frem spesielt tre tiltak som er felles for alle fagområdene:

1. Det er behov for felles henvisningsmottak og felles tilgang til ventelister for alle klinikkene. Ventelister og henvisninger bør være transparente, slik at man kan styre pasientstrømmen til der det er ledig kapasitet. Det vil føre til en mer effektiv bruk av spesialistressursene og bedre tilbud til pasienter.
2. Mer bruk av digitale løsninger i behandling og oppfølging. Det er viktig at man på hvert fagområde identifiserer hvor det er mulig i et pasientforløp å erstatte fysiske konsultasjoner med digitale konsultasjoner. For fagområder som allerede har implementert digitale konsultasjoner i behandlingsforløp anbefales det at det utarbeides prosedyrer.
3. Finnmarkssykehuset HF må ha fokus på å rekruttere og stabilisere spesialistressurser. De fagområdene som har god dekning på spesialister ser vi muligheten til å tilby flere behandlingstilbud, øke kvaliteten. Til sist vil man kunne hente «hjem» pasienter som nå får behandling andre steder.

Samarbeidet på tvers mellom klinikkene, dvs. gi pasienter tilbud der det er kapasitet vil gi foretaket en bedre ressursutnyttelse samt betydelig lavere innleiekostnader. Arbeidet som forslås her vil gi både økt aktivitet, redusert innleie fra byrå og medføre lavere ventetid og fristbrudd. Kostnader til pasientreiser vil muligens øke, men sannsynligvis mindre enn innleiekostnad fra byrå pr. uke.

Tiltak – beregnet økonomisk effekt

Tabellen viser beregning ut fra nedtak av 15 senger. Dersom det gjennomføres ytterligere nedtak av 7 senger, vil den økonomiske effekten bli større fra 2023. Dette ligger ikke inne i beregningen.



Beregnet effekt av tiltak	2022	2023	2024
Redusere senger	6 700	20 000	
Redusere innleie fra byrå, intensivsykepleiere		12 000	12 000
Redusere innleie fra byrå, PHR		21 500	
Øke antall konsultasjoner VPP	2 900		
Øke antall konsultasjoner BUP	2 200		
Sykepleierpoliklinikk		965	
Økt aktivitet generell kirurgi	1 300	3 854	
Økt aktivitet ortopedi	1 200	3 644	
Redusere innleie fra byrå, leger		12 488	
Totalt	14 300	74 451	12 000

4. Risikovurdering

Risikoen i oppdragene ligger i gjennomføringsviljen og -evnen i klinisk virksomhet samtidig som klinisk drift skal gjennomføres. For å lykkes i arbeidet er det absolutt nødvendig å frigi ressurser til å arbeide med de ulike tiltakene, og klinikksjefene må sammen med sin ledergruppe lede arbeidet. Sammen med foretaksledelsen vil administrerende direktør vurdere innleie av ekstern bistand, eller å avsette interne ressurser til å lede omstillingsarbeidet. Dette vil redusere risikoen for en vellykket gjennomføring.

Det utarbeides en forpliktende fremdriftsplan som drøftes og behandles administrativt i Finnmarkssykehuset HF før den oversendes til styret i Finnmarkssykehuset HF og til styrebehandling i Helse Nord RHF.

5. Budsjett/finansiering

Finnmarkssykehuset HF har et stort potensial for å redusere innleie og overtid. Det må være et mål å overholde budsjett og budsjetterte stillinger. Det å ta ned overtid og innleie vil gi et potensial i forhold til å nå målet som også er satt i Oppdragsdokumentet for 2022, hvor målet er å komme ned på 2019 nivå i årsverksforbruk. For Finnmarkssykehuset HF sin del betyr dette en reduksjon på ca. 100 årsverk (inkludert korona).

6. Medbestemmelse og brukervedvirkning

Denne saken er drøftet i informasjons- og drøftingsmøtet 19. april 2022, og behandlet i FAMU samme dag. Dette arbeidet er en oppfølging og operasjonalisering av handlingsplanen som ble drøftet og vedtatt i desember 2021, jfr. styresak 86/2021 *handlingsplan kostnadseffektivisering 2022*.

Det fremkom spørsmål og kommentarer i informasjons- og drøftingsmøtet. Saken er ikke endret etter informasjons- og drøftingsmøtet.



7. Direktørens vurdering

Finnmarkssykehuset HF har gjennom flere år hatt utfordringer med å få tilstrekkelig effekt av vedtatte tiltak. Etter pandemien har resultatavviket blitt betydelig verre, og antallet årsverk og personalkostnader har økt betydelig. Det er administrerende direktør sin vurdering at når ekstra bemanning knyttet til korona fases ut, vil økonomien bedres betydelig. Pr. februar har klinikkene vurdert at ca. 100 årsverk er forårsaket av korona.

Analyser som er gjennomført viser at foretaket i snitt har hatt et lavt belegg på sengeposter gjennom flere år. Dette ble bekreftet i KPMG-rapporten, og er ytterligere bekreftet gjennom egne analyser helt ned på sengeavdelinger. Ved å gjøre faktiske omstillinger vil foretaket kunne komme i balanse uten å gå til oppsigelser av ansatte. Det er derfor administrerende direktør sitt forslag å redusere antallet senger med 15 senger innen 01.10.2022. Som en fase 2 vurderes ytterligere nedtak av senger dersom tiltaket ikke har tilstrekkelig effekt innen 1. kvartal 2023.

I tillegg viser arbeidet som er gjort at det er et stort potensial i å samarbeide på tvers av avdelinger og foretaket som helhet. I prosessen er det avdekket kapasitet som kunne vært utnyttet bedre gjennom samarbeid på tvers. Sentralt i dette arbeidet er tilgjengelige timebøker, oppgaveglidning og stabile merkantile ressurser.

Arbeidet som arbeidsgruppene har gjort betinger at tiltakene gjennomføres som planlagt. Det utarbeides forpliktende fremdriftsplaner som følges opp og det avsettes ressurs til oppfølging av arbeidet sammen med klinikkens/sykehusenes ledergrupper.

Vedlegg

1. Innkalling og saksdokumenter foretaksmøtet med Helse Nord 06.04.2022
2. Handlingsplan kostnadseffektivisering 2022
3. Sluttrapport 4.1-4.8
4. Forpliktende fremdriftsplan «*kostnadseffektivisering 2022*»
5. Tiltaksplan kostnadseffektivisering 2022
6. Handlingsplaner digitalisering fra hver klinikk

Styret i Finnmarkssykehuset HF
Adm. direktør i Finnmarkssykehuset HF
Revisor i Finnmarkssykehuset HF

Deres ref: Vår ref: Saksbehandler Dato:
 2021/1913 Tina Mari Eitran/ 30.3.2022

Foretaksmøte, den 6. april 2022 - innkalling, Finnmarkssykehuset HF

Under henvisning til bestemmelsene i Lov om helseforetak m. m. (helseforetaksloven) kapittel 5 *Foretaksmøtet* §§ 16, 17, 18 og 19, samt stiftelsesprotokoll for Finnmarkssykehuset HF § 10, innkalles til foretaksmøte i Finnmarkssykehuset HF på **onsdag, den 6. april 2022 - kl. 14.00.**

Møtet avvikles som et felles foretaksmøte for helseforetakene i Helse Nord. Møtet gjennomføres pr. **Teams**. Oppkoblingsinformasjon sendes i egen e-post.

Til behandling foreligger følgende saker:

- Sak 11-2022 Godkjenning av innkalling
- Sak 12-2022 Godkjenning av saksliste
- Sak 13-2022 Valg av representant til å underskrive protokollen sammen med møteleder
- Sak 14-2022 Omstillingsplaner i helseforetakene – status og tiltak i forbindelse med ankomst av flyktninger fra Ukraina

Med henvisning til helseforetakslovens § 17 gjøres spesielt oppmerksom på at styreleder og daglig leder skal være til stede i foretaksmøtet. Ved forfall skal det utpekes stedfortreder. Fullmakt legges frem ved møtestart.

Vennlig hilsen

Renate Larsen /s/
styreleder

Cecilie Daae /s/
adm. direktør

Vedlegg: Sak 14-2022 Omstillingsplaner i helseforetakene – status og tiltak i forbindelse med ankomst av flyktninger fra Ukraina

Kopi: Riksrevisjonen, Postboks 8130 Dep, 0032 Oslo

Postadresse
Helse Nord RHF
Postboks 1445
8038 Bodø

Besøksadresse
Helse Nord RHF
Moloveien 16, 6 etg
8003 Bodø

Telefon sentralbord: 75 51 29 00

postmottak@helse-nord.no
www.helse-nord.no

Org nr: MVA 883 658 752

Møtedato: 6. april 2022
Vår ref.:

Saksbehandler:
Hansen/Rolandsen/Tollåli

Dato:
30.3.2022

Foretaksmøtesak 14-2022 Omstillingsplaner i helseforetakene – status og tiltak i forbindelse med ankomst av flyktninger fra Ukraina

Omstillingsplaner i helseforetakene - status

Status pr. mars er at ingen av sykehusforetakene har tilstrekkelige tiltak til å sikre balanse i 2022. De økonomiske resultatene i starten av året har økt omstillingsbehovet

Det fremstår som krevende for helseforetakene raskt nok å implementere nødvendige tiltak som gir kontroll med den underliggende driften sett bort fra effekten av korona.

I Helse Nord RHF's styresak 27-2022 *Omstillingsplaner helseforetakene – status, oppfølging av sak oppfølging av styresak 5-2022 og 147-2022* (styremøte 24. mars 2022) fremgår det følgende:

Helseforetakene jobber fortløpende med å identifisere nødvendige omstillingstiltak som må iverksettes umiddelbart for å få tilstrekkelig effekt. Hovedutfordringen er det høye volumet av innleie og betydelige antallet økte årsverk, uten tilsvarende økt aktivitet. Helseforetakene har erkjent behovet for mer inngripende tiltak og arbeider med å vurdere og implementere slike.

Øvrige regioner har også større negative budsjettavvik i starten av 2022. Samtidig har øvrige regioner samtidig ubrukte bevilgninger fra tidligere år som inntektsføres og demper de negative resultatene en stund videre, fordi de raskere kom i en normalsituasjon i 2021.

Som følge av den økonomiske situasjonen kan det bli nødvendig å redusere resultatkravene for 2022, med tilsvarende konsekvens at vi må vurdere investeringsnivået slik det nå ligger i økonomisk langtidsplan.

Styret i Helse Nord RHF vedtok følgende i styresak 27-2022:

- 1. Styret i Helse Nord RHF er ikke fornøyd med fremdrift i helseforetakenes omstillingsarbeid og ser behov for en forpliktende fremdriftsplan for regionens omstillingsarbeid, med månedlig rapportering og prognoser for helseforetakenes bemanning, innleie av personell og kapasitetsutnyttelse.*

2. *Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør i neste styremøte legge frem forpliktende fremdriftsplan for omstillingsarbeidet, herunder arbeidet med aktivitetsstyrt oppgaveplanlegging.*
3. *Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør planlegge redusert og/eller utsatt investeringsnivå i rullering av økonomisk langtidsplan.*
4. *Styret i Helse Nord RHF ber om at det rettes full oppmerksomhet mot konsolidering og stabilisering av ordinær drift for å oppnå økonomisk kontroll så raskt som mulig, herunder eventuell utsettelse av regionale prosjekter.*
5. *Styret forutsetter at forslag til tiltak og aktiviteter knyttet til omstillingsarbeidet, utarbeides og gjennomføres i nært samarbeid med tillitsvalgte, vernetjenesten og brukerne.*
6. *Styret forutsetter at omstillingsarbeidet ikke skal gå på bekostning av de overordnede målsetningene.*

Tiltak i forbindelse med ankomst av flyktninger fra Ukraina

Krigen i Ukraina har ført til at Norge må være forberedt på en stor tilstrømming av flykninger. Den store flykningetilstrømmingen vil få betydning for spesialisthelsetjenesten, som må ta høyde for økt tilstrømming til tjenesten både i ankomstfasen og senere når flykningene er bosatt i en kommune.

Det bes om at kapasiteten til å gjennomføre tuberkulosekontroll oppjusteres, jf. forskrift om tuberkulosekontroll. Tuberkuloseundersøkelsen er pålagt for alle flykninger og asylsøkere. Det vurderes endringer i forskriften.

Tjenesten vil møte en rekke utfordringer i forbindelse med flykningetilstrømmingen, bl.a. knyttet til manglende dokumentasjon om sykdom og tidligere behandling, behov for ekstraordinære smitteverntiltak, særlige behov for tjenester innenfor psykisk helse og veiledning av kommunehelsetjenesten innen traume- og krisehåndtering.

Spesialisthelsetjenesten blir bedt om å ta imot medisinsk evakuerte pasienter fra Ukraina (Medevac), som evakueres fra Ukrainas naboland eller andre europeiske land som trenger avlastning for slike pasienter. Dette vil være alvorlig syke pasienter, hvorav noen vil følges av pårørende.

Helseforetakene bes etablere mottak av pasienter fra Ukraina. Det må etableres løsninger både for mulighet til å bistå i de konkrete tilfellene og transporten til endelig destinasjon i Norge.

Foretaksmøtet inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. For å oppnå resultatkravet i 2022 skal Finnmarkssykehuset HF:
 - a) Innen 10. mai 2022 utarbeide en forpliktende fremdriftsplan for omstillingsarbeidet i 2022. Planen skal ha månedlig prognose for bemanning, innleie av personell og kapasitetsutnyttelse pr. klinikk. Planen skal være konkret på hvilke tiltak som skal gjennomføres hvor ansvar, tidsfrister og milepeler fremkommer. Planen skal være drøftet med foretakstillitsvalgt og foretaksverneombud.
 - b) Rapportere månedlig status for fremdriftsplanen i virksomhetsrapportene f.o.m. periode 4-2022.
 - c) Rette full oppmerksomhet mot konsolidering og stabilisering av ordinær drift for å oppnå økonomisk kontroll, i tråd med forpliktelser i bærekraftanalysene, så raskt som mulig.
 - d) Sikre at forslag til tiltak og aktiviteter knyttet til omstillingsarbeidet, utarbeides og gjennomføres i nært samarbeid med tillitsvalgte, vernetjenesten og brukerne.
 - e) Sikre at omstillingsarbeidet ikke går på bekostning av de overordnede målsetningene.
2. Omstillingsplanen skal godkjennes av styret i Helse Nord RHF.
3. Finnmarkssykehuset HF bes om å:
 - a) forberede seg på en stor flyktningetilstrømming fra Ukraina, og i den forbindelse blant annet sikre stor nok kapasitet til tuberkulosescreening.
 - b) etablere mottak av medisinsk evakuerte pasienter fra Ukraina og sørge for behandling og oppfølging av disse pasientene.

Bodø, 30. mars 2022

Cecilie Daae
adm. direktør



Handlingsplan med tiltak kostnadseffektivisering 2022

Vurdering	Anbefaling	Tiltak	Ansvar	Frist
<p>Kap 4.1 Senger pr. innbygger og pleiefaktor</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 ● Historisk beleggsprosent kan i tillegg også indikere at presset på sengene ikke har vært spesielt høyt. ● 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 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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. ● For enhetene vi har sett på kan det virke som om det er rom for å vurdere sengeantall og/eller pleiefaktor. ● 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>) 	<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"> - Innspill innhentes av HR - Evt. Questback til ansatte på sengepost, poliklinikk - Brainstormingsmøte med FTV <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>Klinikk sjef Alta</p> <p>HR</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>Kap 4.2 bruk av spesialsykepleiere</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> Vurdere om det er hensiktsmessig å øremerke intensivsykepleiere til arbeid med intensivpasienter i større grad enn i dag Sikre videre opplæring av sykepleiere (uten spesialutdanning) i de aktuelle turnusene med tanke på å 	<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"> • Innleie av intensivsykepleiere er en betydelig kostnadspost. • 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. 	<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"> • Vurdere om flere merkantilt ansatte kan redusere behovet for intensivsykepleiere, jf. omtalte delutredning (slide 25). 	<p>helsefagarbeidere/merkantil. Etablere operasjonskoordinator.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Innspill innhentes av HR. - Evt. Questback til ansatte - Brainstormingsmøte med FTV <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 på tvers av klinikker (inkl.prehospital)</p>	<p>HR</p>	
<p>Kap 4.3 kostnad pr. DRG (nb-2018 og 2019 tall)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kostnad per DRG vurdert på hoveddiagnosegruppe-nivå gir en indikasjon kostnadene forbundet med ulike pasientforløp ligger. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<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"> 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) 	<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>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>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"> ✓ 1 pilot ved hvert sykehus/klinikk i 2022 ✓ Måle kvartalsvis. 	<p>Flyttet fra 4.6</p>	
<p>4.4 Lønnsmidler knyttet opp mot innleie</p> <ul style="list-style-type: none"> Kronesommene som brukes på innleie sier indirekte noe om hvilke midler man kan disponere til "recruit & retain" 	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Sees i sammenheng med pkt 4.8</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Målsetting for arbeidet;</p> <p>Konkrete tiltak med økonomiske beregninger</p> </div>	<p>HR-sjef</p>	



Handlingsplan med tiltak kostnadseffektivisering 2022

<p>og likevel bedre driftsøkonomien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grunnet Covid, endrede fly-ruter, svekket kronekurs etc. har Finnmarkssykehuset HF mistet en rekke, faste vikarer. Dette kan forklare en del av de sterkt økende innleiekostnadene. • Det ser ikke ut til at det brukes store summer på innleie utenfor de etablerte rammeavtalene 	<ul style="list-style-type: none"> • Grovt estimert koster en innleietime dobbelt så mye som en "fast" time. Summene som i dag brukes på innleie tilsier at det er et visst handlingsrom for å endre eksisterende honoreringsmodeller og likevel forbedre driftsøkonomien betraktelig. 	<p>Bemanningsplaner i GAT for både leger og sykepleiere.</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>Kap 4.5 Pasientkontakter per legeårsverk</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gjennomgående vurderes antall pasientkontakter per legeårsverk i Finnmarkssykehuset ikke til å være spesielt høyt eller spesielt lavt sammenlignet med sykehusene i SI HF. • I den grad det kan trekkes generelle slutninger kan det virke som om det er rom for noen flere konsultasjoner per legeårsverk på medisin i 	<ul style="list-style-type: none"> • Variasjonen i antall polikliniske kontakter per legeårsverk 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) • Tilsvarende virker det til å kunne være rom for flere polikliniske 	<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>Klinikksjef KS</p>	



Handlingsplan med tiltak kostnadseffektivisering 2022

<p>Kirkenes, mens PHR i Hammerfest ser ut til å ha en høyere aktivitet per legeårsverk enn forventet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er en markant variasjon i antall polikliniske konsultasjoner per legeårsverk for PHR når Karasjok, Alta, Hammerfest og Kirkenes holdes opp mot hverandre 	<p>pasienter per legeårsverk på medisinsk avdeling i Kirkenes (med forbehold om at pasientgrunnlaget faktisk er til stede)</p>	<p>Fokusere på samarbeid med SANKS for å få en bedre utnyttelse av ambulant team fra Karasjok.</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>Bruk av annet personell</p>		
<p>Kap 4.6 Samarbeid på tvers av klinikkene</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Kap 4.6 Samarbeid på tvers av klinikkene</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<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</p>	<p>Klinikk sjef SK</p>	



Handlingsplan med tiltak kostnadseffektivisering 2022

<p>snakk om, men de behandlingene som faktureres Finnmarkssykehuset direkte som konsekvens av fristbrudd</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 Voss sykehus (opptak 40.000) rapporterte akkurat 5% kort- og langtidsfravær så langt i 2021 (HB HF samlet har 8%) 	<ul style="list-style-type: none"> Beregne hvilke investeringer som er nødvendig for å øke andelen av kontroller som tilbys avstandsoppfølging fra lokalsykehuset 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 Fortsette det pågående arbeidet med kodeforbedring (vi får opplyst at opp mot 20% av de polikliniske kontaktene avvises for refusjon grunnet feil/mangelfull koding) 	<p>mulighet for å ta imot pasienter via lyd – bilde fra andre klinikker. Prioritet i 2022;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ kirurgisk fagområde ✓ Kardiolog, ØNH og Raumatolog i Sami Klinihkka. <p>Definere pasientgrupper for e-poliklinikk: Nevrologi, hud, reuma</p> <p>Samarbeid med UNN om å snu pasientstrøm til FIN.</p> <p>KOLS-skole (samarbeid på tvers)</p> <p>Involvere LMS</p> <p>Hjertesviktpoliklinikk (Pilot?)</p>	<p>Flyttet fra 4.3</p>	
<p>4.7 Elektiv kirurgi</p> <ul style="list-style-type: none"> Kirkenes og Hammerfest har en markant høyere andel av elektiv kirurgi som gjøres dagkirurgisk enn det 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>Målsetting for arbeidet;</p> <p>Konkrete tiltak med økonomiske beregninger</p>	<p>Klinikksjef KS</p> <p>(utsettes i påvente av HN)</p>	



Handlingsplan med tiltak kostnadseffektivisering 2022

<p>som er tilfelle ved Lillehammer og Gjøvik sykehus i perioden vi har sammenlignet. Vi har ikke sett på type elektiv kirurgi, men legger til grunn at alle de sammenlignede enhetene er akuttisykehus uten regionsykehus-funksjoner</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kirkenes har i tillegg en høyere andel kirurgi som gjøres dagkirurgisk enn Alta/Hammerfest • 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 	<p>fortsette å endre seg i favør av dagkirurgi i årene som kommer, og at dette vil kunne bidra til en positiv utvikling for Finnmarkssykehuset på sikt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Det kan være hensiktsmessig å gjøre en nærmere analyse av elektive strykninger, men da må datagrunnlaget forbedres først. 	<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>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"> ✓ Etablere en felles rutine for hva som skal registreres som stryk– Nasjonal prosedyre ✓ Registrere stryk korrekt i dips ✓ Følge opp årsak til stryk kvartalsvis ✓ Bruke DIPS OP planlegging 		
<p>4.8 Handlingsplan for rekruttering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det virker til å være konsistens mellom strategiene som omtales i den regionale handlingsplanen for Helse 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Målsetting for arbeidet;</p> <p>Konkrete tiltak med økonomiske beregninger</p> <p>Etablere stilling rekruttering og stabilisering</p>	<p>HR-sjef</p>	



Handlingsplan med tiltak kostnadseffektivisering 2022

<p>Nord RHF og de mer operativt innrettede handlingsplanene på lokalt nivå.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. HR-avdelingens sentrale arbeid virker til å supplere de lokale tiltakene på en god måte. 	<p>om langvarige relasjoner bør premieres ekstra, feks gjennom en kontinuerlig stige</p> <ul style="list-style-type: none"> Kommunene overbyr i enkelte tilfeller foretaket hva gjelder tillegg. Foretaket bør ha en klar plan for hvordan dette eventuelt skal møtes En enda tydeligere allokering av midler til kurs/videreutdanning og utstyr for å bygge fagmiljø kan være et supplement til eksisterende tiltak. 	<p>Sette av 7,0 mill. til rekruttering og stabilisering</p> <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 stabilisering.</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

Handlingsplan kostnadseffektivisering 2022

Delprosjektrapport 4.1 Senger pr innbygger og pleiefaktor

Innledende situasjonsbeskrivelse

Klinikksjefene i Kirkenes, Hammerfest, og Alta er delprosjektets arbeidsgruppe. Det er vi som har hovedansvaret for å sikre god pasientbehandling, forsvarlig drift, god ledelse, godt arbeidsmiljø gjennom høyt nærvær og gode resultater fra årlige forbedringsrapporter, og budsjett i balanse.

Vi foreslår et nedtak av sengekapasiteten i Finnmarkssykehuset med 15 senger.

Pleiefaktor:

- Alternativ 1 en pleiefaktor på 1,4 på ensengsrom og 1,2 på flersengsrom
Ved Hammerfest sykehus kan en pleiefaktor på 1,2 være aktuelt før innflytting i nytt sykehus med ensengsrom.
- Alternativ 2 en pleiefaktor på 1,4 alle enheter
Kirkenes sykehus og Alta har ensengsrom. Hammerfest sykehus vil tilpasse pleiefaktoren til nytt sykehus nå.
- Alternativ 3 en pleiefaktor på 1,4 med unntak av Alta med en pleiefaktor på 1,2
Alta skal ha mer avklarte pasienter innlagt og det kan vurderes at enheten skal ha en lavere pleiefaktor.

Dette er en stor omstilling også sett i lys av følgende: Finnmarkssykehuset har de to siste årene stått overfor utfordringer som totalt sett har gitt klinikkene utfordringer ut over det normalt.

Her følger klinikkvise kommentarer, samt kommentarer som gjelder alle.

Kirkenes

Beleggsprosent: Tallene som KPMG har brukt er hentet fra 2019 som var første driftsåret i nytt sykehus. I tillegg har antall innleggelser gått ned i hele foretaket under pandemien noe som gir en usikkerhet om antall innleggelser i pandemiårene vil være representativ etter pandemien. Kirkenes sykehus har hatt utfordringer i innkjøringsfasen i nytt bygg etter innflytting i 2018. I forhold til sengetall var NKS planlagt med 54 senger. Tre senger på FMR ble aldri åpnet for normal drift fordi sykehuset ikke har hatt økonomi til å bemanne de tre sengene i henhold til bemanningsnormen som er for anbefalt for rehabiliteringsenheter. I en kort periode har sengene vært brukt som hotellsenger og for ut lokaliserte pasienter fra medisinsk sengeenhet. Den siste tiden har rommene vært brukt som kontor og behandlingsrom. I evalueringsrapporten av det nye sykehuset som er gjort av Sykehusbygg er det laget en framskriving av behov for antall senger i Kirkenes(kap. 6,5 i evalueringsrapporten). I henhold til den rapporten vil det i fremtiden være behov for å øke sengetallet til 60-62 inkl. 5 sengene på intensiv. Dersom Kirkenes sykehus tar ned antall senger i dag, må sykehuset dersom framskrivningen slår til øke antall senger igjen.

Grense-utfordringer: Erfaringer med flyktningstrømmen via Storskog i 2015 viser at sykehusets grensenære beliggenhet kan bety store svingninger i pasienttilstrømming. Flyktningssituasjonen vurderes imidlertid som en unntakssituasjon som krever særskilt mobilisering av pasientarealer, og som ikke kan danne grunnlag for dimensjonering av ordinære sykehussenger. Med

flyktningestrømmen over Storskog og pandemien som begge er to store hendelsene på relativt kort tid, og med dagens usikre situasjon i verden og sykehuset sin nære plassering til Russland er det belegg for at Finnmarkssykehuset kanskje må våge å tenke annerledes når det kommer til Kirkenes sykehus. Pandemien og flyktningestrømmen har vist oss at Kirkenes sykehuset ligger langt fra andre sykehus, og langt fra annet tilgjengelig helsepersonell. Vi kan ikke sette oss i en posisjon der sykehuset i krisesituasjoner ikke kan levere tilfredsstillende helsetjenester.

Hammerfest

Nye Hammerfest sykehus er under oppføring. Det stilles krav til gevinstrealisering på 38 mnok i driften både på sykehuset og service, drift og eiendom. Dette kravet kommer i tillegg til budsjettavviket som nå foreligger. I arbeidet med OU NHS er det forventet et nedtak av antall senger som nå vil komme tidligere enn til innflyttingen.

Legesituasjonen på medisinsk avdeling ved Hammerfest sykehus har siden 2018 vært utfordrende og generert kostnader til innleie som den største enkeltårsaken til innleie i foretaket. Det må være et prioritert område for alle i styringslinjen å bidra til å få en løsning på.

Alta og Sámi Klinihkka

Ny klinikkstruktur ble vedtatt i 2019 og iverksatt fra 1.1.20. Etableringen av Sámi Klinihkka og Klinikk Alta har bidratt til vekst i klinikkenes utvikling. Det er en villet strategi å utvikle Samiske helsetjenester for befolkningen og sikre Altas befolkning desentraliserte spesialisthelsetjenester der det er faglig forsvarlig. En evaluering av hva dette har kostet foretaket og hva som er finansiert er etter klinikkjefenes mening viktig for å få det hele bildet.

Alle klinikkene

Pandemi

Pandemien har påvirket vår måte å drifte sykehusene på. Det har vært lange perioder med smitteutbrudd i Hammerfest der både poliklinisk drift og operasjoner har vært satt på vent. Mellom smitteutbruddene har fokus vært på å ta igjen lange ventelister og sørge for å minimere fristbruddene som naturlig har kommet. Hammerfest sykehus har med dette hatt inntektstap i perioder med utbrudd og høye innleiekostnader i mellomfasene både i 2020 og 2021. Kirkenes sykehus og Klinikk Alta har vært i beredskap underveis for å både bidra med personell til Hammerfest og overta akuttfunksjoner. En evaluering av hva dette har kostet foretaket er etter klinikkjefenes mening viktig for å få det hele bildet.

Reduksjon av sengekapasitet i helg

I Kirkenes reduseres antall senger med et sengetun tilsvarende 8 senger, dvs en reduksjon fra 16 til 8. I Hammerfest reduseres antallet senger fra 22 til 17 i helgene. Det har ikke vært mulig for oss i denne fasen å vurdere om dette er gode løsninger både for drift og pasientbehandling, og fordi det i turnusarbeid er behovet i helgene som ofte er førende da vi har som mål å sikre helhetskultur i regionen.

Smittevern

Smittevern: Man ser en generell utvikling med økt forekomst av MRSA, VRE og ESBL hos innlagte pasienter. Dette gir behov for enerom, økt isolatkapasitet og god smittevernkompetanse hos personalet, og det skaper en mer bemanningskrevende situasjon.

Dagens sykehus bygg er ikke tilrettelagt for at det skal ligge pasienter på korridor dersom det skulle oppstå en topp i forhold til antall innleggelser. Det er blant annet ikke tilgang til toalett for pasientene som ligger på korridor. Det er heller ikke godkjent å ha pasienter i korridor i forhold til brannvern.

HN LIS og statistikkunderlag

I tilbakemeldingene fra enhetene i denne prosessen vises det til at tallene som brukes og faktiske forhold avviker. Når vi skal ta ut statistikk må vi vite at tallene gjenspeiler slik det faktisk er. Når medisinsk sengeenhet i Hammerfest drifter med kohort og færre senger som følger av smitteutbrudd, så har ikke det blitt endret i systemet. Det samme gjelder når sengeenheter tar ned sengeantallet ved lavdrift i helgene. Vi foreslår et tiltak at alle enheter skal sørge for å oppdatere HN LIS til enhver tid. Utfordringen er at det ikke kan gjøres ved hver enkelt enhet, men må bestilles i hver enkelt tilfelle hos systemeier.

Stillinger utover budsjettamme

Det er godkjent stillinger både i Kirkenes, Hammerfest og Alta som det ikke er budsjettmessig inndekning til. Flere stillinger har vært besluttet opprettet der vedtaket er at det skal tas innenfor rammen av klinikkens budsjetter. Når det ikke har hatt en ønsket effekt har det medført et overforbruk som kan forklares selv om det ikke i økonomisk forstand kan forsvares. Forsterking av driften som følger av pandemien er midlertidige stillinger som nå skal avvikles.

Utskrivningsklare pasienter

Det er et mål at utskrivningsklare pasienter skal overføres til kommunene. Ved nedtak av senger og ved full kapasitetsutnyttelse er denne samhandlingen viktig. I Vest Finnmark kan utskrivningsklare pasienter vurderes overflyttet Alta fra alle fag/avdelinger. Spørsmål er om sengene i øst bør opprettholdes slik at en unngår å sende pasienter fra øst til Alta for deretter å returnere tilbake til hjemmet når hjem kommunen er klar til å ta imot pasienter.

Når kan tiltakene ha effekt fra?

Finnmarkssykehuset planlegger turnuser i all hovedsak etter rammeavtale for årsturnus (kalenderplan). Mange har kalenderplan ut 2022, noen har ikke planlagt høst/vinter 2022 enda. De enhetene som nå skal ta ned sengeantallet foreslår vi med noen unntak av det skal skje 1. juni. Konsekvensen er at det ikke harmonerer med et mulig nedtak før forsvarlige omstillingsprosesser at det vil være overtallighet på sengeenhetene som vil bidra til at enhetene ikke skal leie inn ekstra i en mellomperiode.

Prosess; inkludering av ledergrupper og ansatte

I 2021 kom KPMG rapporten og den er behandlet i sykehusenes og klinikkens ledergrupper høsten 2021. Det er et varierende engasjement og vilje til å gjennomføre nødvendige tiltak. 1. november kom det tredje og største smitteutbruddet i Hammerfest som også hadde konsekvenser for resten av foretaket. Arbeidet med analyser og tiltak har dessverre ikke kommet i gang før i starten av 2022. I januar og februar viser regnskapstallene en ytterligere negativ utvikling. Utålmodigheten for å snu trenden er like stor i klinikkene som i styrende organer. Vi har imidlertid hatt en periode med høyt

Endelig versjon 10. april

sykefravær på sengeenheterne, de samme som denne rapporten skal omhandle, opp i 30%. Vi håper og tror vi nå er klare til å iverksette tiltak. Vi har troen på lagspill på tvers og at vi sammen skal vise at dette får vi til.

Ledergruppene i sykehusene og klinikkene opplever at der er flere motsetninger i organisasjonen i prosessen rundt nedtak av senger og etablering av en norm for pleiefaktor som vil påvirke bemanningen på sengeenheterne. Disse kommer i aksene: Vest Finnmark / Øst Finnmark, Hammerfest / Alta, og mellom fagområdene på sykehusene

I analysen som foreligger på potensialet er ingen avdelinger, ingen lokasjoner, og ingen fagområder prioritert foran andre. Analysen tar utgangspunkt i en objektiv faktor som legges til grunn i planleggingen av nye sykehus; vi skal planlegge antall senger der gjennomsnittets beleggsprosent skal være 85%.

Vi vil også presisere at vi er spesielt oppmerksom på at ledere på sengeenheterne og deres ledere rapporterer om en slitasje over tid, og at resultatet av analysene som foreligger i forbindelse med dette arbeidet er noe flere enheter ikke kjenner igjen. Opplevelsen av å ofte ha fulle avdelinger, mange utskrivningsklare pasienter til kommunene, og fravær som fordrer innleie må vi i prosessen rundt den omstillingen som nå kommer ta på alvor. Dette støttes av fagforeningene og da særlig NSF og DNLF. Det vi nå skal gjennom må vi gjøre sammen. Vi må være åpen for å jobbe smartere, omfordele ressurser og høre på de ansatte. Det er ledelse og det ansvaret tar vi på alvor.

Finnmarkssykehuset har potensiale til å tenke nytt både innenfor digital avstandsoppfølging, økt samhandling med kommunene og arbeidsmetodene vi tar i bruk i pasientbehandlingen. Klinikkerne har de senere årene utdannet forebedringsagenter/instruktører gjennom Helse Nords forbedringsutdanning Q1 Nord. Forbedringsagentene er ønsket inn i forbedringsarbeidet vi nå skal ta fatt på. Analysen som foreligger viser blant annet at vi skriver pasienter sent ut.

Sengeenheterne i Hammerfest hadde i 2021 et prosjekt med Pasientreiser der ny rutine for utskrivning ble laget for å sikre at overforbruket på transportkostnadene som følger av sen utskrivning kunne tas ned. Slike forbedringsprosjekt er til beste for pasienten, avdelingene og økonomien. Et slikt lagspill vil vi se mer av i fortsettelsen.

Vi støtter styrets forslag til å ta i bruk tjenstedesign jf [Hvis pasienten fikk bestemme on Vimeo](#). Dette er en metodikk som er lite kjent i våre enheter. Det er vårt ansvar å sikre at en metode som i andre sykehus har gitt så god effekt både på pasientbehandlingen, og for ansatte blir implementert.

Beslutningsprosessen er todelt. Denne rapporten skal foreslå tiltak. Etter at saken er drøftet og saken er behandlet i styret i Finnmarkssykehuset vil foretaket starte et omstillingsprosjekt i Finnmarkssykehuset der beslutningene også om nedtak av senger og optimalisere pleiefaktor, og iverksette oppgaveglidning skal iverksettes.

Finnmark 5. april

Jørgen Nilsen
Hammerfest sykehus

Rita Jørgensen
Kirkenes sykehus

Lena E. Nielsen
Klinikk Alta

Endelig versjon 10. april

Bakgrunn og forutsetninger

Oppdraget

KPMG rapportens funn:

- 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.
- Historisk beleggsprosent kan i tillegg også indikere at presset på sengene ikke har vært spesielt høyt.
- 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 for sykefravær, konsekvent ser ut til å være markant høyere enn en allerede noe høy normert bemanning.

Delprosjektet er gitt i mandat å:

1. Vurdere behovet for antallet senger i somatikk med unntak av akutt og rehabilitering i Finnmark. Presisering som er gjort underveis i arbeidet: Medisinske senger, kirurgi/ortopediske senger, fødesenger og senger på barneavdelingen.
2. Foreslå nedtak av antallet senger basert på vurderinger.
3. Foreslå forsterkede tiltak som bidrar til å redusere overforbruket på de nevnte sengeenheter herunder tiltak for reduksjon av overforbruk ved fravær og vakanser, oppgaveglidning og samarbeid på tvers av sengeenheter på sykehusene.
4. Foreslå en norm for pleiefaktor og legge føringer for hvordan arbeidet med å nå den normen kan gjennomføres.

Viser til handlingsplanen for ytterligere detaljering. [Vedlegg 1.](#)

Det foreligger en analyse av hver sengeenhet i Alta, Hammerfest og Kirkenes. [Vedlegg 2 Analyse pr enhet.](#) Finnmarkssykehuset har heltidskultur som mål og har rammeavtale for årsturnus for de fleste enheter. Det er 6 måneders planleggingshorisont av driften. Den vedlagte analysen ligger til grunn for enhetenes tilbakemeldinger [vedlegg 5.](#)

Mål og avgrensninger

Resultatmål for oppdraget

- Antallet senger reduseres
- Optimalisere pleiefaktor ihht nasjonal norm

Avgrensninger

Ved døgnenheter i Psykisk helsevern og avhengighet er det gjort en overordnet analyse av antallet innleggelser, gjennomsnittsbelegg og beleggsprosent. I denne rapporten vil vi ikke gå inn på dette, men anbefaler det videre arbeidet etter styremøtet i april å gjøre samme analyse og vurdere tiltak.

Organisering og gjennomføring

Tidsplan: Dette delprosjektet har krevd omfattende analyser og innsamling av data fra enhetene om bemanningsplaner. Analysene som skal danne grunnlaget for arbeidet foreligger naturlig nok sent i prosessen.

Prosjektdeltakelse, involvering og forankring, medvirkning: Klinikksjefene er prosjektdeltakere i delprosjektet. Det er naturlig at alle diskusjoner om dette temaet som er så viktig for så mange går i lederlinjen.

Viktige milepæler:

14.03 Analysen er klar [vedlegg 2](#). Sendes ut til klinikksjefene som i linjen gir avdelingsledere/enhetsledere i oppdrag å melde tilbake på en notatmal frist 18.03. Alle enheter har meldt skriftlig tilbake. [Jf vedlegg 5](#).

22.03 Potensiale for nedtak av senger og pleiefaktor fremlegges strategisk foretaksledelse for diskusjon og tilbakemelding.

22.03 Fagforeninger er invitert for å presentere analysen om potensiale for nedtak av senger og pleiefaktor. [Logg vedlagt vedlegg 3](#).

24.03 Styreseminar i Finnmarkssykehuset: Temaet ble presentert og signaler fra styret medtas i prosjektgruppens arbeid.

25.03-30.03 Klinikksjefene skriver forslag til sluttrapport.

30.03.22 Fagforeninger er invitert for en gjennomgang av utkast til sluttrapport. [Logg vedlagt vedlegg 4](#).

30.03 Forslaget oversendes klinikksjefenes medisinskfaglige rådgivere. [Vedlegg 6 Uttalelse fra medisinskfaglige rådgivere Kirkenes, Hammerfest og Alta](#).

30.03-1.04 NSF, Legeforeningen og Fagforbundet inviteres til å gi tilbakemelding på utkastet til rapport.

04.04-05.04 Sluttrapporten ferdigstilles.

05.04 Sluttrapporten oversendes AD.

Medvirkning

Det er reaksjoner fra fagforeninger på at de ikke har kommet inn i prosessen på et tidligere tidspunkt. Det har ikke vært mulig å gjøre før analysene foreligger i mars. Se [vedlegg logg fra dialog/informasjonsmøte med fagforeninger 22. mars \(vedlegg 3\)](#). I perioden fra 24. mars og frem til endelig rapport har de berørte fagforeningene NSF, Legeforeningen og Fagforbundet fått ta del i det som skrives underveis og fått gitt sine synspunkter til klinikksjefene. Klinikksjefene er kjent med felles brev som er sendt AD i forbindelse med hele handlingsplanen der synspunktene som også fremkom i informasjon og dialogmøter er fremmet.

Endelig versjon 10. april

Koordinering mellom klinikker og andre prosjekter

Delprosjekt 4.2: Bruk av spesialsykepleiere. I denne fasen av arbeidet er der ikke noen avhengighet, den vil komme i omstillingsprosjektet.

Delprosjekt 4.3: Funn i delprosjektet underbygger behovet for å ta ned antallet senger i Finnmark. Se tabell nedenfor. Det er særlig kostnadene pr opphold som avviker samt andelen utskrivningsklare pasienter er høy innen enkelte diagnoseområder. Kostnadene kan i hovedsak forklares med innleie av leger.

Helseforetak	Aar	DRGkode	DRG kode/navn	HGD	Akutt pr. opph.	Intensiv pr opph.	Post pr. opph.	Ant. Opphold	SNITT KPO	Liggedøgn	Liggetid Pr. døgn	
Hele landet	2020	88	88 Kroniske obstruktive	4	4,502	929	34,408	5184	46,086	19,994	3,7	9 % av liggedøgn er utskrivningsklare pasienter
FIN	2020	88		4	4,041	1,892	54,566	117	63,174	456	3,9	FIN har felles intensiv og overvåking
HLSH	2020	88	lungesykdommer (KOLS)	4	3,839	1,602	33,953	105	43,402	377	3,6	Finnmark har høyere andel forekomst av pasienter med hjerte og kar sykdommer, pasientene er gjerne sykere i Finnmark ifht statistikk
Hele landet	2020	89	89 Lungebetennelse & pleuritt > 17 år m/bk	4	5,370	2,425	53,711	15154	71,926	81,255	5,2	6 % av liggedøgn er utskrivningsklare pasienter, gjelder postkostnader
FIN	2020	89		4	5,598	8,173	82,621	142	101,119	1,003	7,0	FIN har felles intensiv og overvåking
HLSH	2020	89		4	4,748	4,532	62,395	190	78,276	1,245	6,6	Covid kom inn de siste månedene i FIN
Hele landet	2020	122	122 Hjerteinfarkt	5	4,302	2,214	21,201	4661	30,903	12,001	2,5	4 % av liggedøgn er utskrivningsklare pasienter, gjelder postkostnader
FIN	2020	122		5	3,152	20,933	18,733	116	45,086	277	2,3	FIN har felles intensiv og overvåking
HLSH	2020	122		5	5,423	9,414	15,826	113	32,670	235	2,1	Finnmark har høyere andel forekomst av pasienter med hjerte og kar sykdommer, pasientene er gjerne sykere i Finnmark ifht statistikk
Hele landet	2020	127	127 Hjertesvikt & ikke-traumatiske sjokk	5	4,929	5,619	54,025	9280	72,808	50,408	5,3	2 % av liggedøgn er utskrivningsklare pasienter, gjelder postkostnader
FIN	2020	127		5	4,087	14,546	90,508	140	115,847	951	6,8	FIN har felles intensiv og overvåking
HLSH	2020	127		5	3,972	14,290	41,082	216	64,155	1,358	6,3	Finnmark har høyere andel forekomst av pasienter med hjerte og kar sykdommer, pasientene er gjerne sykere i Finnmark ifht statistikk
Hele landet	2020	143	143 Brystsmertner	5	5,380	324	12,947	8877	22,233	13,037	1,4	2 % av liggedøgn er utskrivningsklare pasienter, gjelder postkostnader
FIN	2020	143		5	3,663	1,513	22,027	331	28,614	542	1,6	FIN har felles intensiv og overvåking
HLSH	2020	143		5	4,607	1,447	10,083	202	18,592	310	1,5	
Hele landet	2020	475A	475A Sykdommer i åndedrettsorganer med ventilasjonstøtte	4	5,770	318,068	116,689	1158	488,783		13,2	
FIN	2020	475A		4	2,505	193,963	37,973	18	257,861		7,5	
HLSH	2020	475A		4	1,421	24,456	14,753	13	47,780		10,0	
Hele landet	2020	475B	475B Sykdommer i åndedrettsorganer med PEEP support, maskeventilert	4	4,811	41,334	97,547	5728	161,425		7,9	
FIN	2020	475B		4	2,953	111,400	68,816	91	194,487		8,3	FIN har felles intensiv og overvåking
HLSH	2020	475B		4	3,075	57,169	62,566	84	138,390		10,0	
Hele landet	2020	139	139 Hjertearytmier & ledningsforstyrrelser u/bk	5	4,969	1,396	16,701	7601	26,448		1,7	
FIN	2020	139		5	3,202	5,881	30,741	166	41,393		2,3	FIN har felles intensiv og overvåking
HLSH	2020	139		5	4,679	2,959	14,564	151	24,871		1,7	
Hele landet	2020	140	140 Angina pectoris	5	5,521	707	20,500	3855	30,238		2,4	Telemetri, pasienter overvåkes
FIN	2020	140		5	3,389	2,580	33,133	122	40,374		2,4	FIN har felles intensiv og overvåking
HLSH	2020	140		5	4,405	3,915	18,323	125	28,866		2,2	
												Sjette med UNN om de har medisinsk overvåkningsenhet inne i intensiv sin MQA
												FIN har kanskje har flere Tmt apparater enn Helgeland, det blir da lavere kostnader på intensiv.
												Finnmark har hovedsakelig heltidsstillinger sykepleiere på intensiv
												Har høye innleiekostnader
												Har kanskje for høyt sengeantall
												Kan ikke ta ned sengetall fra 2020 og 2021 data, må være før dette.
												Har vært lavere pasientbehandling "vanlig" i 2020 og 2021, pasienter turte ikke å komme inn grunnet pandemien.
												Tror vi er på normal drift høsten 2022.
												Høsten 2019 NKS var i noenlunde normal drift

4.8 Handlingsplan rekruttering. Det er særlig behovet for bistand til å intensivere stabilisering av overlege bemanningen på medisinsk avdeling i Hammerfest som har fellesnevner til dette prosjektet.

Analysegrunnlag

Følgende utfordringsrom foreligger oppsummert fra analysefasen:

Mulighetsrommet (tall)

KPMG rapporten viste at FIN sannsynligvis har et for høyt sengetall. En intern analyse av kapasitetsutnyttelsen viser at kapasitetsutnyttelsen de siste årene har vært under 80%. Dette viser et potensial for å redusere senger. Nye sykehus planlegges med 85% kapasitetsutnyttelse. Vi må presisere at målingene er gjort under pandemien (2020 og 2021) der avdelingene har lavere drift i flere perioder etter beslutninger foretatt i kriseledelsen.

Pleiefaktoren i FIN er høy, både planlagt (budsjettet) og faktisk. KPMG-rapporten viser at pleiefaktoren ved andre sykehus er under 1, men ved en slik pleiefaktor er det en forutsetning at støttepersonell finnes tilgjengelig i enhetene. Pleiefaktoren på en-sengs-rom er gjerne høyere. FIN har ensengsrom ved Kirkenes sykehus og klinikk Alta, i Hammerfest er det flere-sengsrom.

Dette er en synliggjøring av mulighetsrommet (tallvurdert).

Økonomisk situasjon

Den økonomiske situasjonen i FIN er så krevende at det må gjennomføres grep som gir effekt. I første rekke er fokus å ta ned innleie og overtid og benytte fagressurser på en bedre måte for pasientene. Det skjer en vridning fradøgn/dag, og ved å ta ned senger og jobbglidning vil sykepleierressurser kunne benyttes på en mer formålstjenlig måte.

Potensial for å redusere senger

Dersom man antar at beleggsprosenten blir den samme i 2022 som i 2021, viser en beregning at sengetallet kan tas ned med 22 senger dersom man forutsetter at antall inneliggende er lik 2021 og beleggs% skal være 100%. Med 85% belegg kan antall senger tas ned med 22.

Avdeling	Normerte senger 2022	antall senger 85% kaputnyttelse	Faktisk forbruk hittil i 2021	Behov for senger med belegg som 2021	Mulig reduksjon til faktisk bruk utgjør 85%
Somatisk post Alta	14	10	8,1	8,1	4
Med.sengepost Hammerfest	33	30	25,4	25,4	3
Kir-ort sengepost Hammerfest	22	21	18,1	18,1	1
Kvinne/føde Hammerfest	14	10	8,4	8,5	4
Barnepost Hammerfest	8	5	4,0	4,3	3
Med.sengepost Kirkenes	24	20	16,8	17,0	4
Kir-ort sengepost Kirkenes	16	11	9,7	12,0	2
føde-gyn Kirkenes	5	5	4,2	3,6	0
Sum	136	111	95	97	22

Nedtak av senger vil også gi rom for å redusere antallet stillinger på sengeenheter og omprioritere sykepleierstillinger. Frigjøre senger til hotellsenger og dermed beholde fleksibilitet mht. antall senger i fht. «topper».

Simulering av redusert sengetall og pleiefaktor

- Gjennomsnittlig pleiefaktor i FIN er budsjettert med 1,6 pr. seng i 2022.
- Normtall som har vært benyttet i mange år er 1,2.
- Det anslås at pleiefaktor på en-sengsrom er 1,3-1,4 pr. seng.
- Det er spørsmål om intermedisærseenger skal ha lavere pleiefaktor.

Simuleringen har som formål å vise potensial for stillingsendringer primært for sykepleiere eller bare for sykepleiere, hvordan vurdere vi andre yrkesgrupper på sengetun. Det er en føring i oppdragsdokumenter at foretakene skal øke andelen helsefagarbeidere og vårt arbeid her vil bidra til at vi når målene bedre enn det foretaket gjør pr i dag.

Nå situasjon i snitt

Det er pr i dag en bemanning i snitt på 1,6 i pleiefaktor på sengeenheter. Det er 136 senger totalt i FIN og 217,2 stillinger i budsjett

Pleiefaktor Finnmarkssykehuset	
	Bemanningsplaner
Antall senger	136
Stillinger pleie (budsjettert)	217,2
Pleiefaktor	1,6

Opprettholde dagens senger, redusere pleiefaktor til 1,4

En simulering viser at det et potensial for å redusere med 26,8 stillinger på sengeposter ved å kun redusere bemanningsfaktoren til 1,4, og opprettholde 136 senger

Simulering med 136 senger (som i dag) og pleiefaktor 1,4	
	Bemanningsplaner
Antall senger	136
Stillinger pleie (budsjettert)	190,4
Pleiefaktor	1,4

Redusere senger til 116(-20) og redusere pleiefaktor til 1,4

Dersom man reduserer sengetallet til 116 (-20) og pleiefaktor til 1,4 vil det være mulig å redusere med 54,8 stillinger på sengeposter

Simulering med 116 senger og pleiefaktor 1,4	
	Bemanningsplaner
Antall senger	116
Stillinger pleie (budsjettert)	162,4
Pleiefaktor	1,4

Tiltak

Notat fra enhetene som er berørt her [vedlegg 5](#).

I det videre går vi gjennom forslag til tiltak pr sengeenhet.

Alta

Somatisk post Alta

- Antallet senger reduseres fra 14 til 10 senger. Pleiefaktor 1,4 ensengsrom.
- Fortsette godt samarbeid mellom medisinske leger ved Hammerfest sykehus og sengeenheten i Alta for å sikre at pasientflytskjema blir fulgt og at pasienter som medisinskfaglig kan ligge i Alta, legges inn / flyttes over til sengeenhet. Mål: øke beleggsprosenten.
- Gjennomsnittlig liggetid ved sengeenheten gjennomgås og harmoniseres med gjennomsnittlig liggetid i Hammerfest og Kirkenes.

Omstilling:

- Behov for 1 allmennlegespesialist på sengeenheten. Dette medfører at legestilling indremedisiner stilling nr 2 kan ansettes på poliklinikk. Etablering av hjertepoliklinikk er en hovedprioritet. Videreutdanning av sykepleiere kreves.
- Det er en villet strategi å styrke poliklinikk og operasjonsaktivitet i Alta. Overforbruk i 2021 som følger av veksten og mangel på budsjettdekning (infusjoner, operasjonsaktivitet i hovedsak). Sykepleiere fra sengeenheten overføres til poliklinikk. Opprette tilbud om bruddkontroller ved poliklinikken med ledig kapasitet forutsatt opprettelse av gipsrom og øyeblikkelig hjelp blir avsatt i ortopedenes timebok når de er i Alta. Vurdere at sykepleiere kan ha helge-stillinger ved sengeenheten selv om de blir overført poliklinikk forutsatt at det er driftsmessig forsvarlig på poliklinikken.
- Ledig sengekapasitet i Alta kan stilles til disposisjon for utskrivningsklare pasienter på lokalsykehusene. Se eget punkt ovenfor om dette prinsippet.

Hammerfest

Medisinsk sengeenhet Hammerfest

Viser til enhetsledernes uttalelse. Medisinsk sengeenhet har de siste to årene hatt hovedansvar for covid19 kohort med tilhørende mange isolasjonsdøgn som har krevd bemanning utover grunnbemanningen. Samtidig har ikke full sengekapasitet vært mulig å utnytte, da ikke alle sengene på kohorten har vært belagt til enhver tid (HN LIS er ikke oppdatert). Det forventes at situasjonen normaliseres nå.

1. Antallet senger reduseres fra 33 til 31 senger fra 1. juni, og ytterligere reduksjon til 30 senger 1.januar 2023.
 - De faste stillingene som ikke inngår i ny turnus benyttes til å redusere innleie ved fravær til det minimale.
 - Det er ønskelig fra kliniksjeff å harmonisere pleiefaktor i ny turnus til fremtidig ensengsrom i Nye Hammerfest sykehus på 1,4.
 - Vurdere pleiefaktor på slagenheten, sjekke normtall for nasjonale anbefalinger på slagenheter som ved Kirkenes sykehus.
2. Foretaket skal iverksette et forsterket arbeid med å sikre tilgang til overleger på medisinsk avdeling i Hammerfest i påvente av utdanning av egne LIS2 i forløp. Bør det sies noe om viktigheten av kontinuitet i legebemanningen for å sikre en god pasientflyt på sengeenheten som igjen påvirker antall liggedager for den enkelte pasient? Forslaget er at

Endelig versjon 10. april

Finnmarkssykehuset søker samarbeid med et sykehus der rekrutteringen til fagområdet er god og kan med komprimert arbeid i Finnmark bidra inn med overleger i perioden 2022-2028. Skal vi si noe om det arbeidet som har vært gjort tidligere for å rekruttere nye leger før vi sier noe om hvorfor vi nå velger denne strategien? Det er behov for x overleger for å sikre en god forsvarlig drift og veiledning i utdanningsløpene for LIS2.

3. Nærværarbeid: Prosjektet som har vært utsatt i flere omganger som følger av pandemi forsterkes i tiden fremover slik at avdelingen får kontroll på faktorer som høy turnover, høyt sykefravær. Bidra inn i arbeidet i handlingsplanen 4.8 stabilisering av bemanning med forslag til stabiliseringstiltak som vil få effekt.
4. Igangsette to forbedringsprosjekt ved avdelingen:
 - Tjenestedesign for å sikre tidlig og trygg utskrivning av pasienter. Skal bygge videre på prosjektet fra 2021 med pasientreiser. Viser til enhetslederens uttalelse om innleggelse hele døgnet, samt beskrivelsen av logistikkutfordringene vedrørende sen utskrivelse.
 - Oppgaveglidning for å sikre stabil sykepleierbemanning over tid ved enheten: Bemanningssammensetningen gjennomgås med det mål at sykepleierne skal gjøre sykepleieroppgaver med bistand fra andre fagområder som helsefagarbeidere, portører, merkantilt personell mm. Ta utgangspunkt i erfaringene kir-ort har fra oppgaveglidningsprosjektet.
5. Etablering av sykepleierstyrt hjertesviktpoliklinikk etableres høsten 2022 når kardiolog ansettes ved sykehuset. Videreutdanning av sykepleier kreves.

Kir-ort sengepost Hammerfest

1. Antallet senger opprettholdes til 22 i ukedagene, 17 i helgene og i lavdrift.
 - De faste stillingene som ikke inngår i ny turnus benyttes til å redusere innleie ved fravær til det minimale.
 - Det er ønskelig fra klinikkens sjef at pleiefaktor i ny turnus harmoniseres til fremtidig ensengsrom i Nye Hammerfest sykehus på 1,4.
2. Pasienter som skal opereres skrives ikke inn i en seng dagen før. Bruk av pasienthotell i forkant av innleggelse til operasjoner iverksettes. Med pasienthotell menes enten rommene stilt til disposisjon inne på sykehuset eller hotell i byen.
3. Gjennomgang av elektiv kirurgi og hva som gjennomføres som DKI og innleggelse i FIN
4. Igangsette to forbedringsprosjekt ved avdelingen:
 - a. Tjenestedesign på temaet om åpningstidene på DKI og forlengelse for å sikre at pasientene skal unngå å bli overliggere i sengeenheten.
 - b. Oppgaveglidning for å sikre stabil sykepleierbemanning over tid ved enheten: Bemanningssammensetningen gjennomgås med det mål at sykepleierne skal gjøre sykepleieroppgaver med bistand fra andre fagområder som helsefagarbeidere, portører, merkantilt personell mm. Ta utgangspunkt i erfaringene avdelingen har fra oppgaveglidningsprosjektet.
5. Flere av kontrollene etter proteseoperasjoner utføres av fysioterapeut.

Kvinne-føde Hammerfest

1. Antallet senger reduseres fra 14 til 12 fra 1. juni. 1. juni 2023 evalueres beleggsprosent med 12 senger. Vurdere reduksjon til 10 senger etter evalueringen.
2. Ny turnus er under utarbeidelse. Pleiefaktor harmoneres mellom Hammerfest og Kirkenes.
3. Handlingsplan jobbglidning føde/gyn (delarbeid i delprosjekt 4.2) gjennomgås med klinikkssjef og drøftes i ledergruppen før endelig beslutning.
4. Nærværarbeid: Prosjektet som har vært utsatt i flere omganger som følger av pandemi forsterkes i tiden framover, slik at enheten får kontroll på faktorer som høyt sykefravær og høy turnover.

Barne- og ungdomspost Hammerfest

1. Antallet senger reduseres fra 8 til 5 i følgende trinn: Fra 8 til 6 senger fra 1. juni. Fra 6 til 5 senger 1. januar 2023. Dette med mål om nedtak av senger til innflytting i Nye Hammerfest sykehus.
 - a. De faste stillingene som ikke inngår i ny turnus benyttes til å redusere innleie ved fravær til det minimale.
 - b. Det er ønskelig fra klinikkssjef at pleiefaktor i ny turnus harmoniseres til fremtidig ensenssrom i Nye Hammerfest sykehus.
2. Nærværarbeid: Bidra inn i arbeidet i handlingsplanen 4.8 stabilisering av bemanning med forslag til stabiliseringstiltak som vil få effekt.
3. Igangsette Forbedringsprosjekt ved avdelingen?? Se på arbeidsprosesser gjennom tjenestedesign med bakgrunn i notatet fra enhetslederne og 4.2 oppgaveglidning:
 - Poliklinikk (personalet jobber både i avd og i poliklinikk, vi har ikke rene poliklinikkstillinger)
 - Dagbehandlinger, både medisinske, kir/ort og ØNH pasienter
 - Akuttenhet, vi tar imot pasientene selv uten hjelp av mottaksenheten i 1. etg
 - Beredskap (akuttalarm) for store barn og syke nyfødte. Innebærer at en barnesykepleier/erfaren sykepleier går med akuttalarm og er ansvarlig for klargjøring til, samt mottak og stabilisering av kritisk/alvorlig sykt barn i samarbeid med bla barnelege, anestesilege, anestesisykepleier). Vi er tilknyttet alarm for asfyksi, akutt sectio, nyfødte team, barneteam og traume hvor barn inngår.
 - Nyfødt enhet med syke nyfødte og premature barn

Kirkenes

Medisinsk sengeenhet Kirkenes

1. Antallet senger reduseres fra 24 til 22 senger fra 1. juni. 1. januar 2023 evalueres beleggsprosent med 22 senger.
 - De faste stillingene som ikke inngår i ny turnus benyttes til å redusere innleie ved fravær til det minimale. Pleiefaktor i dagens turnus på 24 senger er i tråd med norm.
 - Vurdere effekten basert på innspill fra fagforeninger om at turnusen ikke vil endres som følger av minimumsbemanning. Se om effekten vil komme på å redusere overforbruk.
 - Vurdere pleiefaktor på slagenheten, sjekke normtall for nasjonale anbefalinger på slagenheter som ved Hammerfest sykehus.
2. Igangsette forbedringsprosjekt ved avdelingen?? Notatet fra lederne tar opp
 - Fagutvikling

- Stabiliserende og rekrutterende tiltak
- Utbedring av bygningsmessige utfordringer jmf rapport fra Sykehusbygg
- Allerede stor andel fast ansatte spesialister. Kompetansen til disse vil gi store muligheter for utvikling.

Kir-ort sengeenhet Kirkenes

1. Antallet senger reduseres fra 16 til 15 senger fra 1. juni.
 - De faste stillingene som ikke inngår i ny turnus benyttes til å redusere innleie ved fravær til det minimale. Pleiefaktor i dagens turnus er i tråd med norm.
 - Vurdere effekten basert på innspill fra fagforeninger om at turnusen ikke vil endres som følger av minimumsbemanning. Se om effekten vil komme på å redusere overforbruk.

2. Igangsette forbedringsprosjekt ved avdelingen?? Notatet fra lederne tar opp
 - Fagutvikling
 - Stabiliserende og rekrutterende tiltak
 - Utbedring av bygningsmessige utfordringer jmf rapport fra Sykehusbygg
 - Allerede stor andel fast ansatte spesialister. Kompetansen til disse vil gi store muligheter for utvikling.

Føde-gyn Kirkenes

Bemanningen oppleves i dag for lav, jordmødrene går 12 t. vakter i helgene. Helgene og netter bemannes med to jordmødre. Det betyr at gynekologiske pasienter og barsel pasientene ligger uten tilsyn dersom begge jordmødrene blir stående i fødsel.

Risikovurdering

Å innføre en handlingsregel om planlegging av sengeantall med 85% vil gi effekt. Et signal fra flere sengeenheter, særlig medisinsk sengeenhet i Hammerfest og Kirkenes at det ofte er fullt med dagens antall senger. Å ta ned antallet senger og bemanning samtidig som opplevelsen i linjen er et behov for det motsatte er en utfordring klinikksjefene står i sammen med sin ledergruppe. Det å se på variasjon rundt hvor ofte og hvor mange dager det for eksempel i perioden var over 85% kapasitet på sengeenheten, og bli enig om hvilke tiltak som skal iverksettes (åpne flere senger, bruk av overtid, mm) må tas i organisasjonen. Hvis vi ser Alta og Hammerfest under ett er det slik at pasientflyten mellom sykehus og klinikk (medisinskfaglige vurderinger) må jobbes med. Vi ser av analysen at når det er fullt i Hammerfest så går beleggsprosenten opp i Alta, ellers stabilt lav.

Det er på bakgrunn av dette en viss risiko ved reduksjon av senger, til tross for at beleggsprosenten har vært og fortsatt totalt sett er relativt lav. Risikoen for overbelegg visse tider av året, døgnet og uken er tilstede. Derfor er det nødvendig å gjennomføre en risikoanalyse med tiltak. Dette bør gjennomføres før styremøtet i april.

Medisinskfaglig vurdering og tilrådning

Vedlegg 6.

Klinikksjefene vurderer innspillene som viktige og relevante og vil i implementeringsfasen/omstillingsfasen ta hensyn til de momenter som tas opp både i Kirkenes, Hammerfest og Alta. Oppdraget er å redusere sengeantallet og pleiefaktoren. Omstillingen er vi ansvarlig for å gjøre sammen både med ledere i sykehusene/klinikken og de ansatte. Da er våre medisinskfaglige ressurser særlig viktig å lytte til.

Økonomi – simulering av forslagene

Vi foreslår et nedtak av sengekapasiteten i Finnmarkssykehuset med 15 senger.

Pleiefaktor:

- Alternativ 1 en pleiefaktor på 1,4 på ensengsrom og 1,2 på flersengsrom. Ved Hammerfest sykehus kan en pleiefaktor på 1,2 være aktuelt før innflytting i nytt sykehus med ensengsrom.
- Alternativ 2 en pleiefaktor på 1,4 alle enheter. Kirkenes sykehus og Alta har ensengsrom. Hammerfest sykehus vil tilpasse pleiefaktoren til nytt sykehus nå.
- Alternativ 3 en pleiefaktor på 1,4 med unntak av Alta med en pleiefaktor på 1,2. Alta skal ha mer avklarte pasienter innlagt og det kan vurderes at enheten skal ha en lavere pleiefaktor.

Vedlegg 7 viser simuleringer for ulike alternativer. Vi antar at ved nedtak av 15 senger og endret pleiefaktor vil kunne gi et mulighetsrom for omprioritere stillinger fra sengeenheter til poliklinikker som foreslått.

Endelig versjon 10. april



Handlingsplan med tiltak kostnadseffektivisering 2022

Vurdering	Anbefaling	Tiltak	Ansvar	Frist
<p>Kap 4.1 Senger pr. innbygger og pleiefaktor</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 ● Historisk beleggsprosent kan i tillegg også indikere at presset på sengene ikke har vært spesielt høyt. ● 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 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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. ● For enhetene vi har sett på kan det virke som om det er rom for å vurdere sengeantall og/eller pleiefaktor. ● 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>) 	<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"> - Innspill innhentes av HR - Evt. Questback til ansatte på sengepost, poliklinikk - Brainstormingsmøte med FTV <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> <p>HR</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>		
---	--	---	--	--

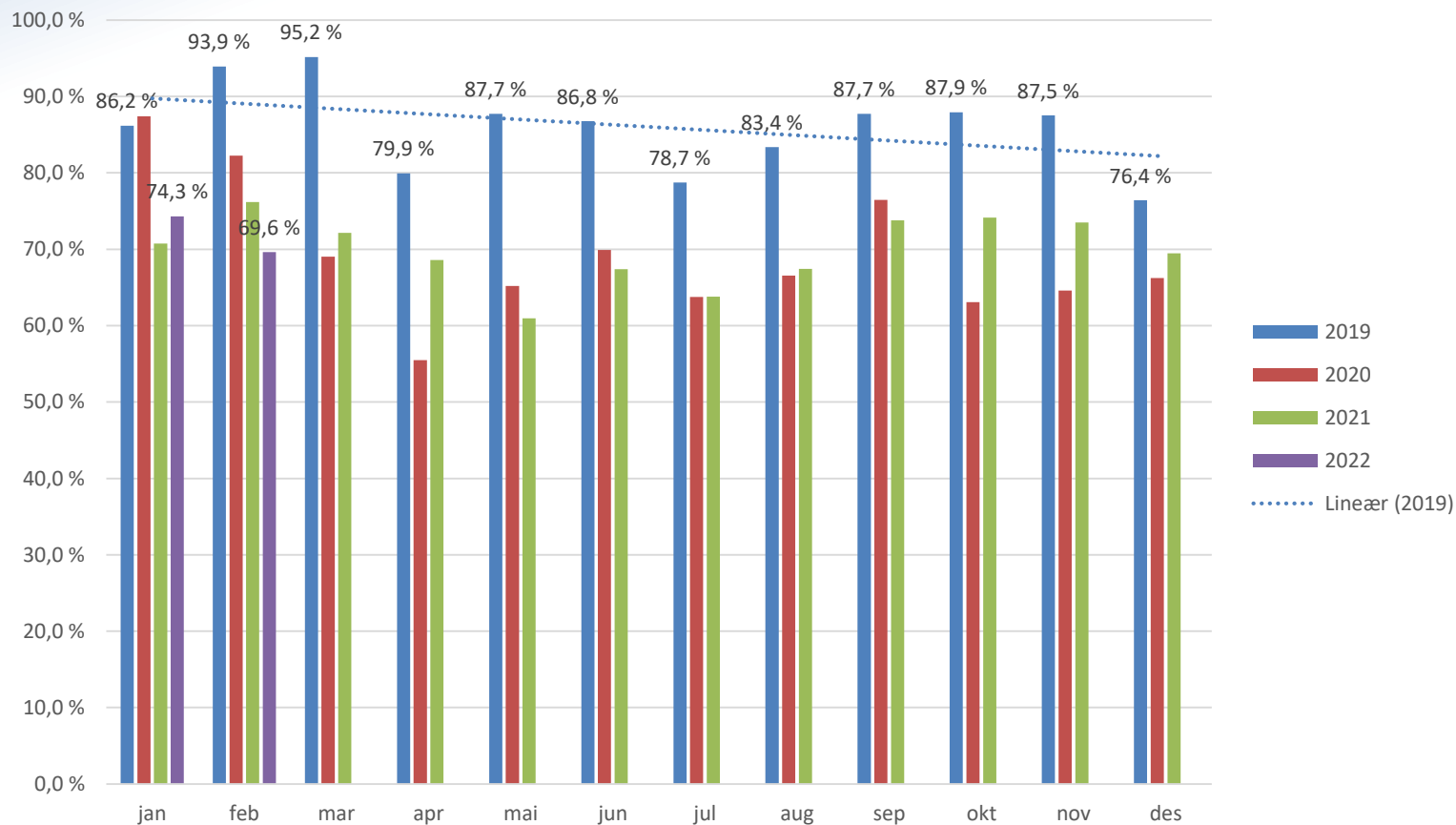


Finnmarkssykehuset HF

- kapasitetsutnyttelse sengepostene**
- bemanningsplaner og pleiefaktor**

Inger Marie Kongsbak
Budsjett & Analyse
Finnmarkssykehuset HF

Beleggsprosent somatikk u/akutt og rehab



Belegg pr. sengepost, siste 3 år og pr. 2 mars 2022

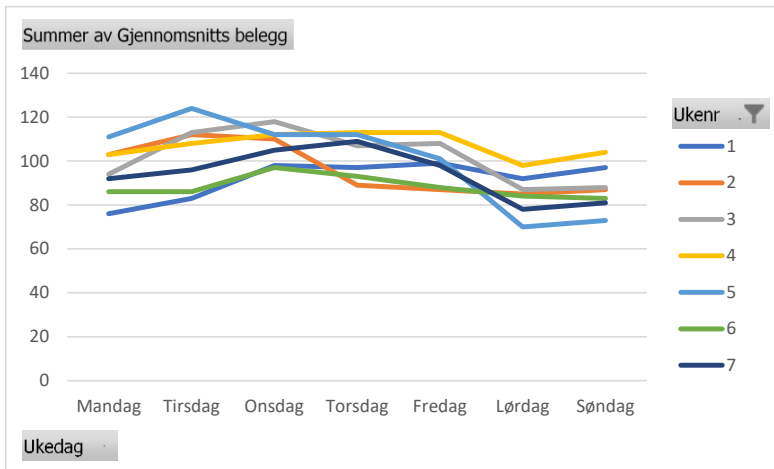
Avdeling	Dagens antall	Gj.snittlig beleggsprosent			Hittil (2.mars)	
		2019	2020	2021	2022	
Somatisk post Alta	14	97 %	87 %	58 %	62 %	
Med.sengepost Hammerfest	33	86 %	74 %	77 %	79 %	
Kir-ort sengepost Hammerfest	22	80 %	78 %	82 %	82 %	
Kvinne/føde Hammerfest	14	67 %	56 %	60 %	72 %	
Barnepost Hammerfest	8	60 %	43 %	51 %	58 %	
Med.sengepost Kirkenes	24	92 %	71 %	70 %	77 %	
Kir-ort-sengepost	16	131 %	58 %	61 %	59 %	
føde-gyn Kirkenes	5	100 %	84 %	83 %	76 %	
Sum	136	86 %	69 %	70 %	73 %	



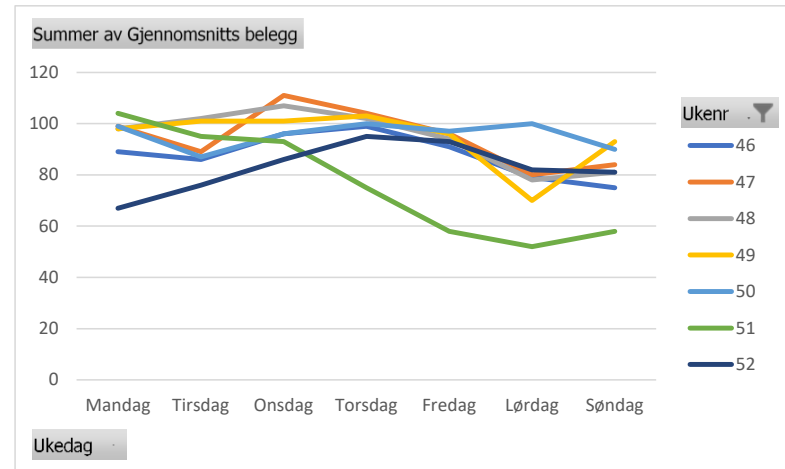
Somatikk u/akutt og rehab – belegg siste periode

Summen av alle avdelingene i denne rapporten

Uke 1-7 2022



Uke 46-52 2021



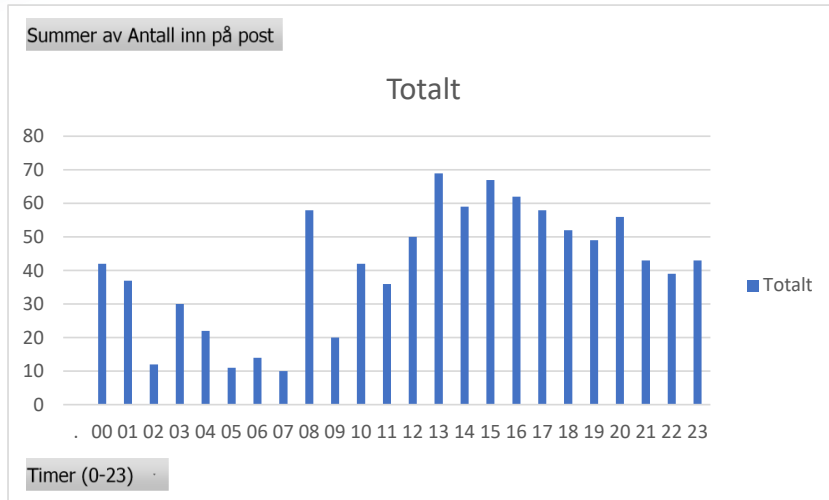
Dato (Year)	Dato (Month)	Antall inn på post	Antall pasienter ut av Post	Antall liggedogn	Senger normert	Beleggsprosent	Gjennomsnitts belegg	Gjennomsnitt tilgjengelige senger	Antall senger i bruk	Gjennomsnittlig liggetid per opphold
< 2022	mars 2022	313	280	1064	1360	79,2 %	106,4	134,4	1344	2,80
	februar 2022	863	889	2604	3803	69,6 %	93,0	133,5	3739	3,01
	januar 2022	981	941	3055	4203	74,3 %	98,5	132,6	4111	2,99
	desember 2021	875	890	2745	4193	69,5 %	88,5	127,5	3951	3,00
	november 2021	995	997	2834	4080	73,5 %	94,5	128,5	3856	2,85
	oktober 2021	948	946	2934	4211	74,1 %	94,6	127,6	3957	3,02
	september 2021	1037	1023	2839	4072	73,8 %	94,6	128,3	3848	2,67

Beleggsprosent og liggetid siste 6 mnd

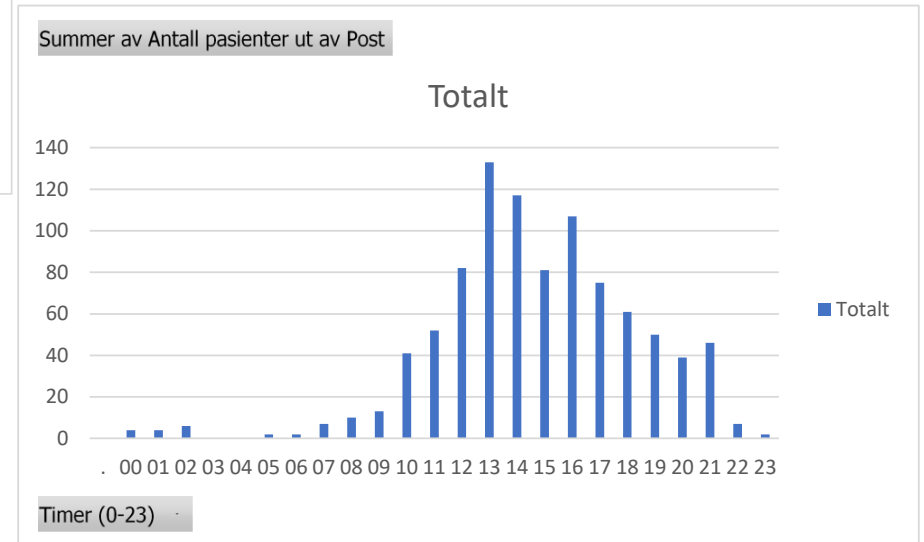


Inn-utskrivningstidspunkt Somatikk u/akutt og rehab

Tidspunkt inn på post Januar 2022



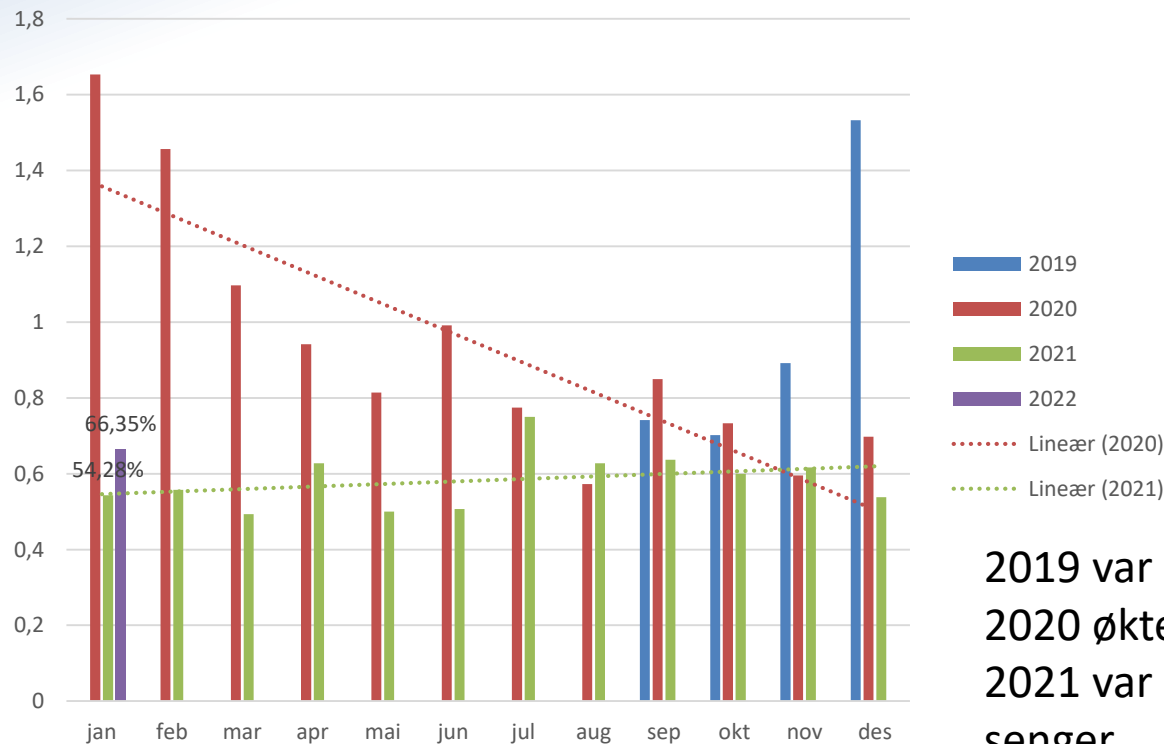
Tidspunkt ut av post Januar 2022



Alta



Somatisk post Alta – beleggsprosent 2019-2022



Dato (Year)	Antall inn på post	Antall pasienter ut av Post	Antall liggedogn	Senger normert	Beleggsprosent	Gjennomsnitts belegg	Gjennomsnitt tilgjengelige senger	Antall senger i bruk	Gjennomsnittlig liggetid per opphold
2019	> 96	90	473	1708	96,9 %	3,9	4,0	488	4,67
2020	> 289	291	1610	5110	87,1 %	4,4	5,1	1848	5,56
2021	> 340	338	2028	5110	58,0 %	5,6	9,6	3496	5,86

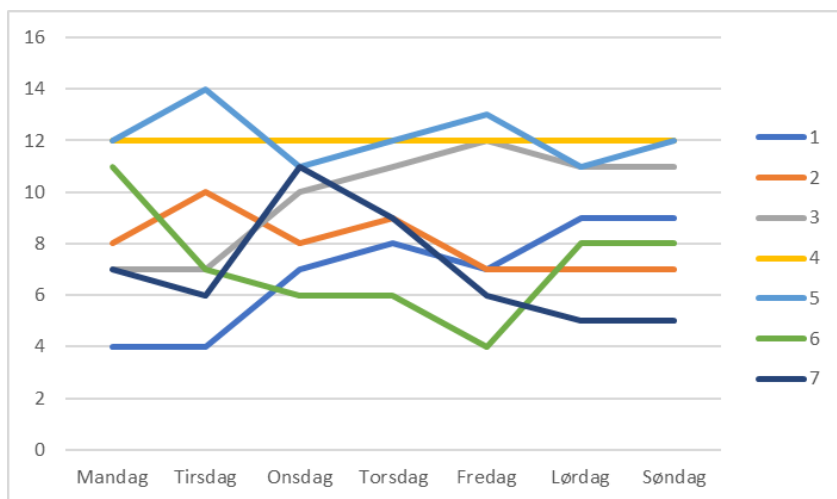


Somatisk Post Alta – belegg siste periode

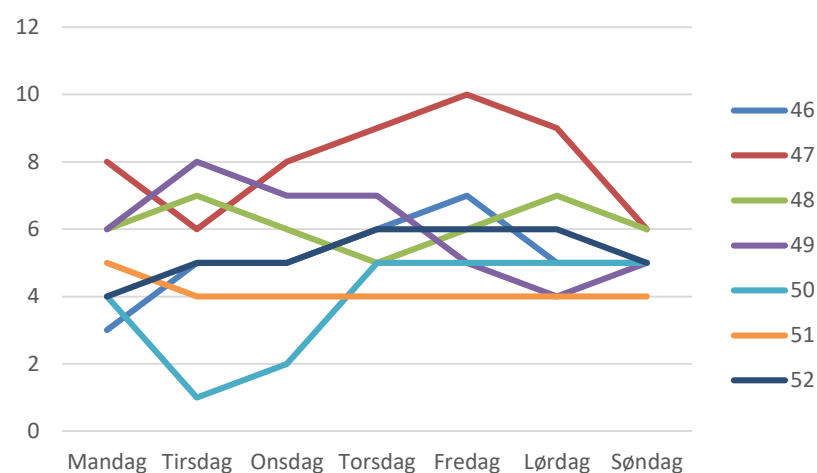
Antall senger:

- 3.jan – d.d. (23.feb) 14 senger
- 20.des – 2.jan 8 senger
- 23.aug – 19.des 10 senger

Uke 1-7 2022



Uke 46-52 2021



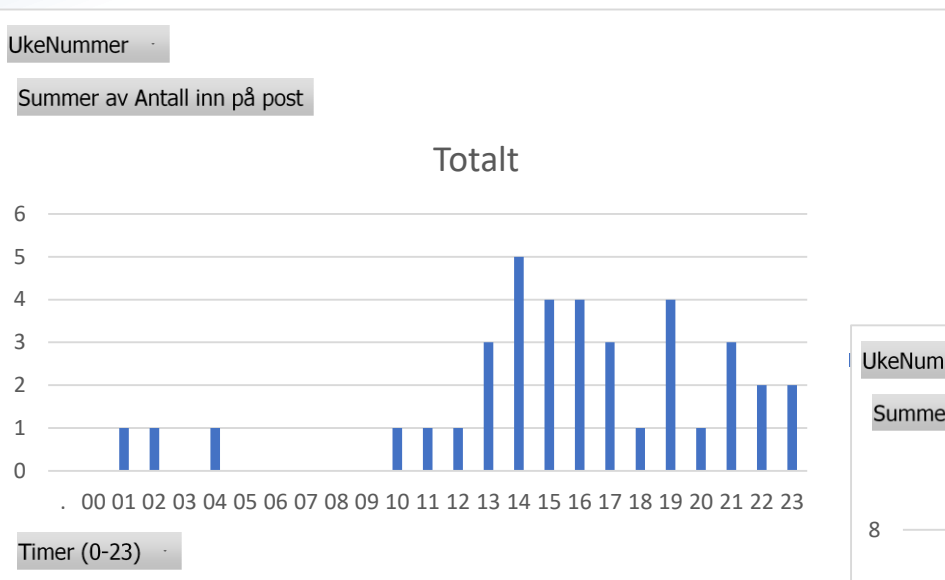
Dato (Month) (1) ▾	Antall inn på post	Antall pasienter ut av Post	Antall liggedogn	Senger normert	Beleggsprosent	Gjennomsnitts belegg	Gjennomsnitt tilgjengelige senger	Antall senger i bruk	Gjennomsnittlig liggetid per opphold
februar 2022 >	28	33	191	322	59,3 %	8,3	14,0	322	8,60
januar 2022 >	38	31	280	434	66,4 %	9,0	13,6	422	5,42
desember 2021 >	31	31	154	434	53,8 %	5,0	9,2	286	5,37
november 2021 >	42	42	185	420	61,7 %	6,2	10,0	300	4,12
oktober 2021 >	36	33	186	434	60,0 %	6,0	10,0	310	4,99
september 2021 >	27	30	191	420	63,7 %	6,4	10,0	300	6,74

Beleggsprosent og liggetid siste 6 mnd

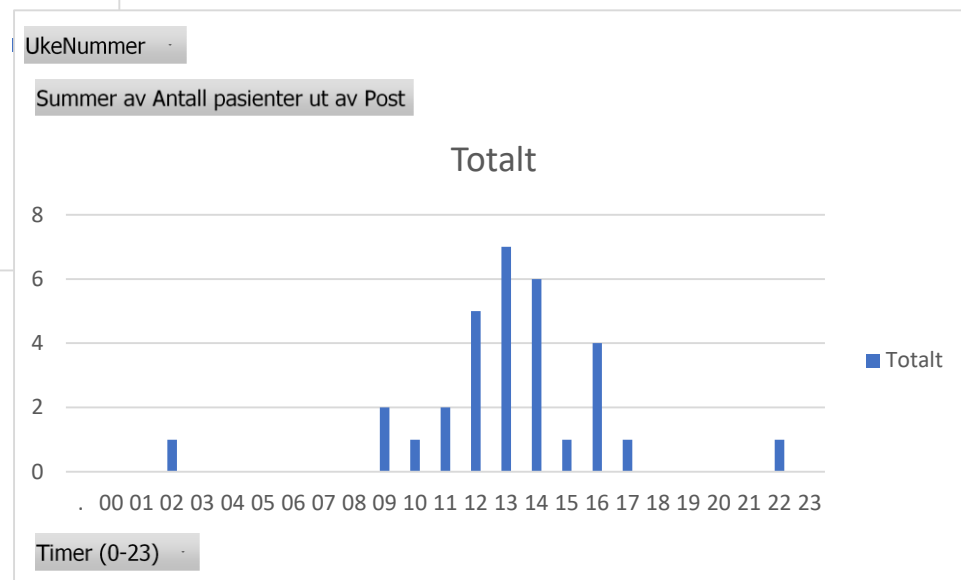


Inn-utskrivningstidspunkt somatisk post Alta

Tidspunkt inn på
post Januar 2022



Tidspunkt ut av
post Januar 2022



Alta somatisk sengepost, bemanningsplan og pleiefaktor

3 delt vakt, samme antall. Ikke tilpasset svingninger i løpet av dagen, eller uken?

Ass enhetsleder og fagsykepleier går ikke i turnus

Bemanningsplan pleie:

0730-500	7,5			7,50	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	2,0	2,0
0730-1500	7,5			7,50		2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
1430-2230	8,00			8,00	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
1430-2230	8			8,00	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
2215-0730	9,25			9,25	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
											10,0

	behov med dagens Budsjett helgebemanning	
Antall senger	14	14
Assistenter utenom turnus	2,5	2,56
hjelpepl/sykepl	17,99	17,99
sum	20,5	20,55
I pleie	20,5	30,00
antall senger	14	14
Pleiefaktor	1,46	2,14

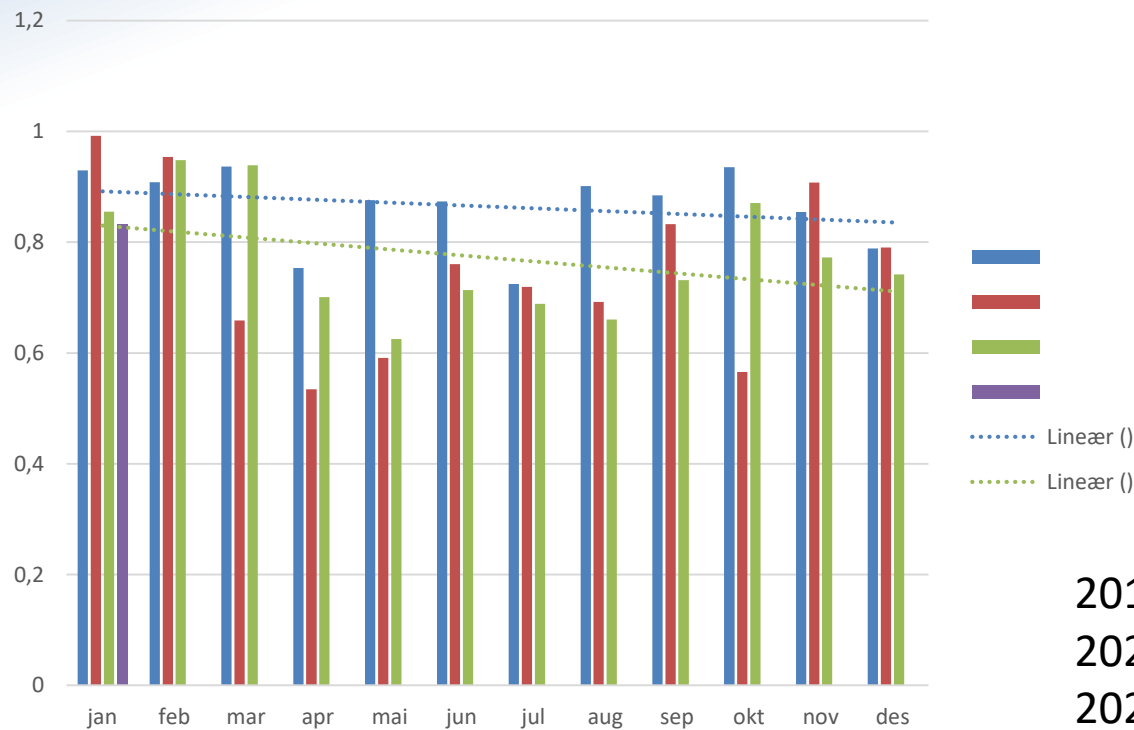
Norm for pleiefaktor er 1,2 pr. seng, ensengsrom 1,4



Hammerfest



Med sengepost Hammerfest – beleggsprosent 2019-2022



Dato (Year)	Antall inn på post	Antall pasienter ut av Post	Antall liggedogn	Senger normert	Beleggsprosent	Gjennomsnitts belegg	Gjennomsnitt tilgjengelige senger	Antall senger i bruk	Gjennomsnittlig liggetid per opphold
2019	2912	2895	10404	14965	86,4 %	28,5	33,0	12045	3,53
2020	2478	2500	8080	14723	74,2 %	22,3	30,0	10894	3,24
2021	2787	2776	8528	12045	77,0 %	23,4	30,3	11073	3,01

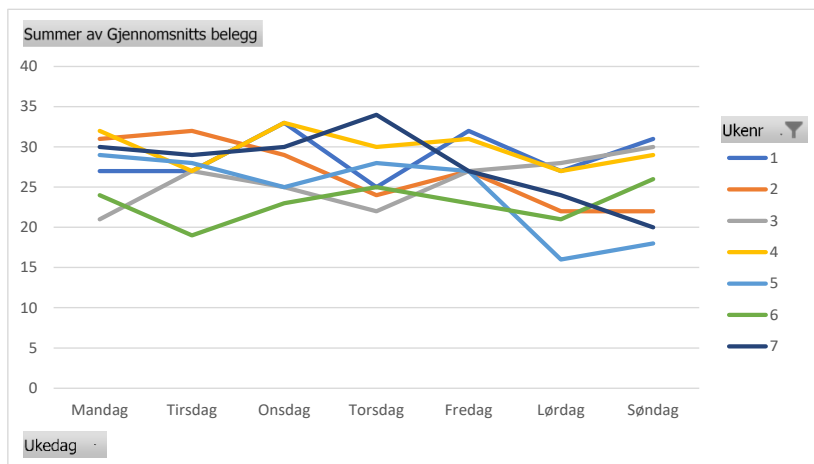


Med sengepost Hammerfest – belegg siste periode

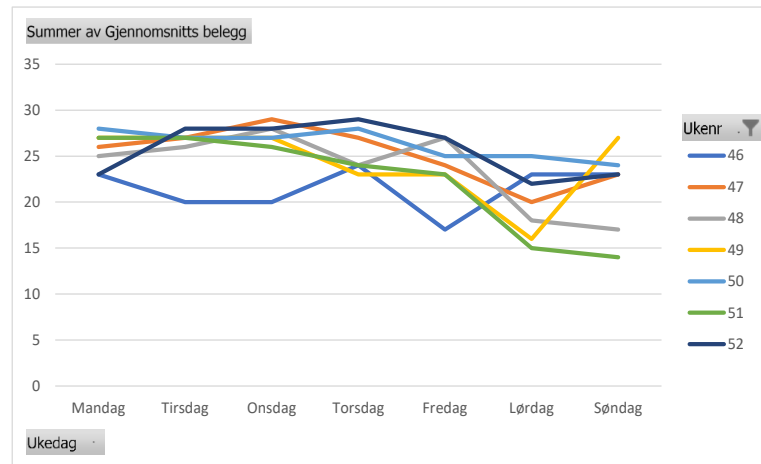
Antall senger:

33 senger

Uke 1-7 2022



Uke 46-52 2021



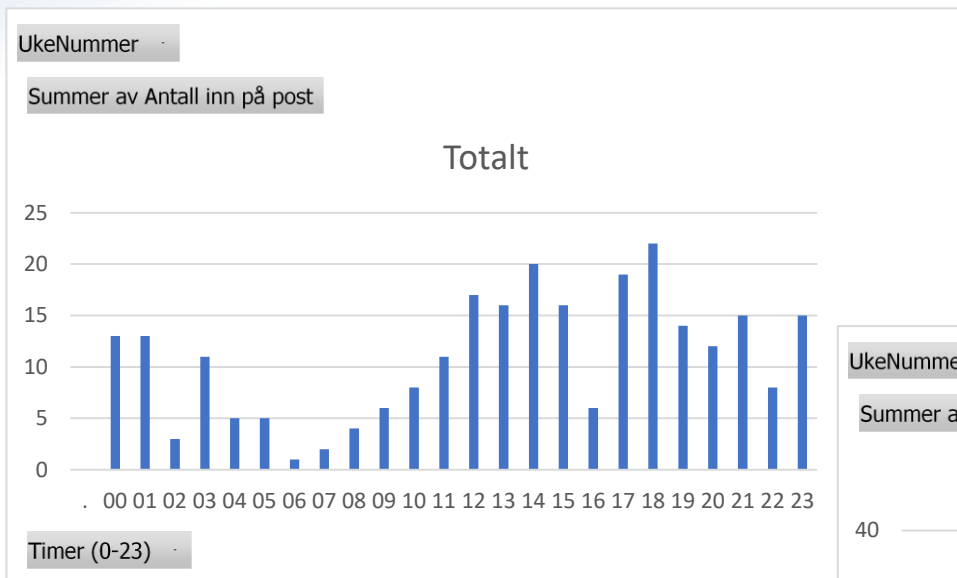
Dato (Month)(1) ▼	Antall inn på post	Antall pasienter ut av Post	Antall liggedogn	Senger normert	Beleggsprosent	Gjennomsnitts belegg	Gjennomsnitt tilgjengelige senger	Antall senger i bruk	Gjennomsnittlig liggetid per opphold
februar 2022 >	202	209	562	759	74,0 %	24,4	33,0	759	2,98
januar 2022 >	262	258	852	1023	83,3 %	27,5	33,0	1023	3,07
desember 2021 >	242	243	759	1023	74,2 %	24,5	33,0	1023	3,09
november 2021 >	248	255	765	990	77,3 %	25,5	33,0	990	3,27
oktober 2021 >	247	239	891	1023	87,1 %	28,7	33,0	1023	3,46
september 2021 >	262	255	724	990	73,1 %	24,1	33,0	990	2,62

Beleggsprosent og liggetid siste 6 mnd

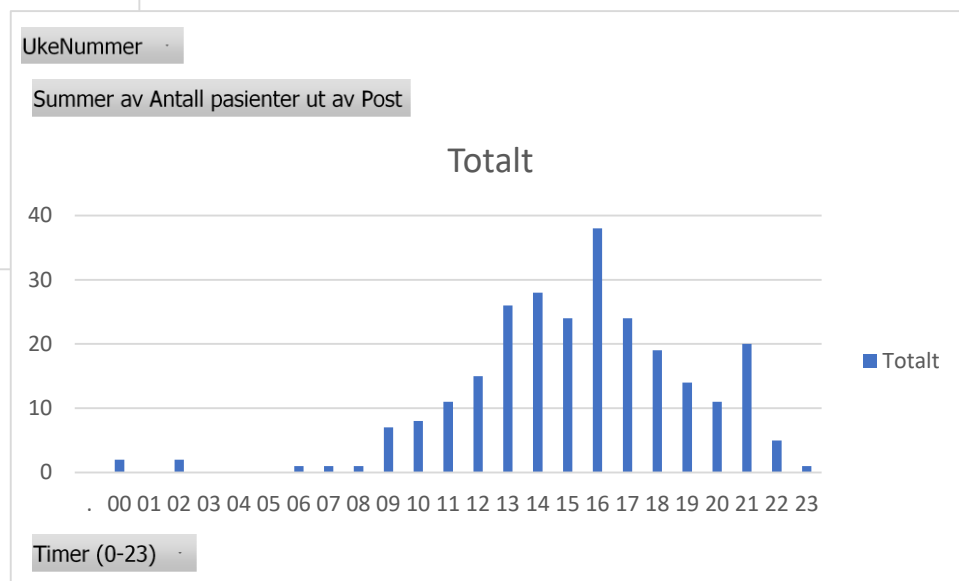


Inn-utskrivningstidspunkt medisin Hammerfest

Tidspunkt inn på
post Januar 2022



Tidspunkt ut av
post Januar 2022



Hammerfest med.sengepost, bemanningsplan og pleiefaktor

3 delt vakt, samme antall. Ikke tilpasset svingninger i løpet av dagen, eller uken?

Ass enhetsleder og fagsykepleier går ikke i turnus

Bemanningsplan pleie:

32112	Medisinsk sengeenhet	D	0700-1500	8,0			8,00	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	5,0	5,0
32112	Medisinsk sengeenhet	A	1430-2230	8,0			8,00	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	4,0	4,0
32112	Medisinsk sengeenhet	N1	2200-0715	9,25			9,25	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Sum timer turnus, SPL														11,0
Antall timer pr. uke, turnus SPL														
Sum stillinger turnus SPL														
32112	Medisinsk sengeenhet	D	0700-1500	8,0			8,00	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	3,0	3,0
32112	Medisinsk sengeenhet	A	1430-2230	8,0			8,00	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
32112	Medisinsk sengeenhet	N1	2200-0715	9,25			9,25	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Sum timer helsefagarbeider/assistenter														9,0

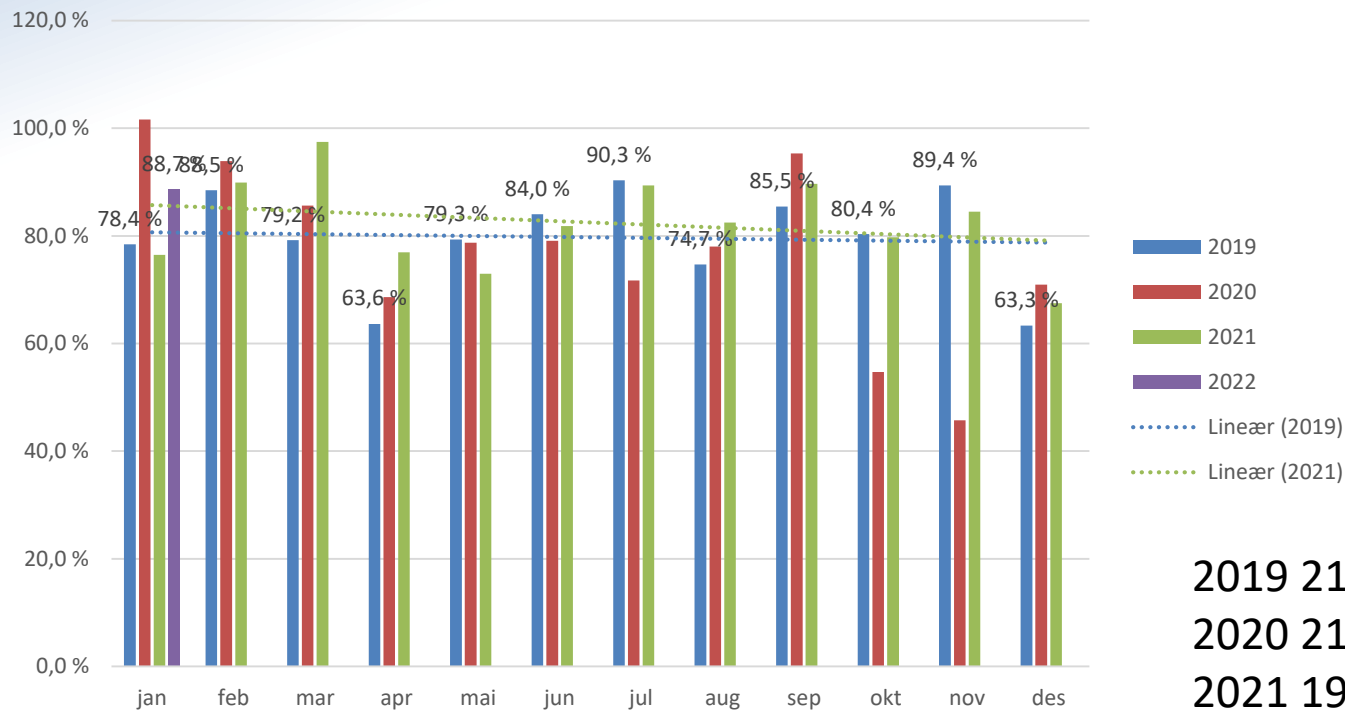
	Budsjett	Behov med dagens helgebemanning
Antall senger	33	33
Assistenter utenom turnus hjelpepl/sykepl	2	1,99
sum	44,95	63,00
I pleie	47,0	63,00
antall senger	33	33
Pleiefaktor	1,36	1,91

Har flere stillinger ansatt enn budsjett

Norm for pleiefaktor er 1,2 pr. seng



Kir/ort sengepost Hammerfest – beleggsprosent 2019-2022



2019 21,2 senger
 2020 21,5 senger
 2021 19,7 senger

Dato (Year)	Antall inn på post	Antall pasienter ut av Post	Antall liggedogn	Senger normert	Beleggsprosent	Gjennomsnitts belegg	Gjennomsnitt tilgjengelige senger	Antall senger i bruk	Gjennomsnittlig liggetid per opphold
2019	> 2207	2208	6154	8030	79,5 %	16,9	21,2	7745	2,77
2020	> 2003	2011	6005	7876	77,9 %	16,8	21,5	7709	2,94
2021	> 2157	2155	5910	8030	82,1 %	16,2	19,7	7195	2,68

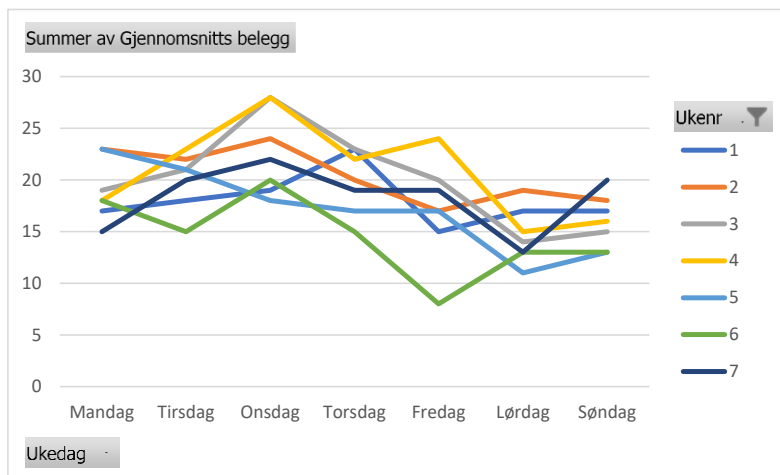
Norm for pleiefaktor er 1,2 pr. seng



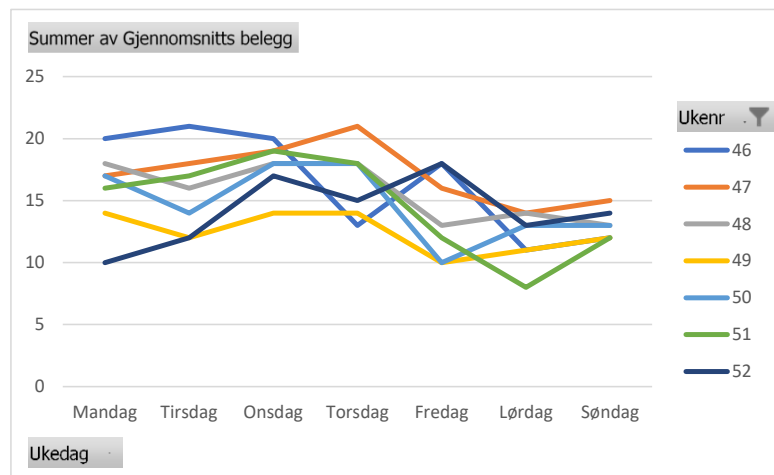
Kir/ort sengepost Hammerfest – belegg siste periode

- Antall senger: 22 senger, i ukene 46-50 reduserte man til 17 senger i helg (lør-søn)

Uke 1-7 2022



Uke 46-52 2021



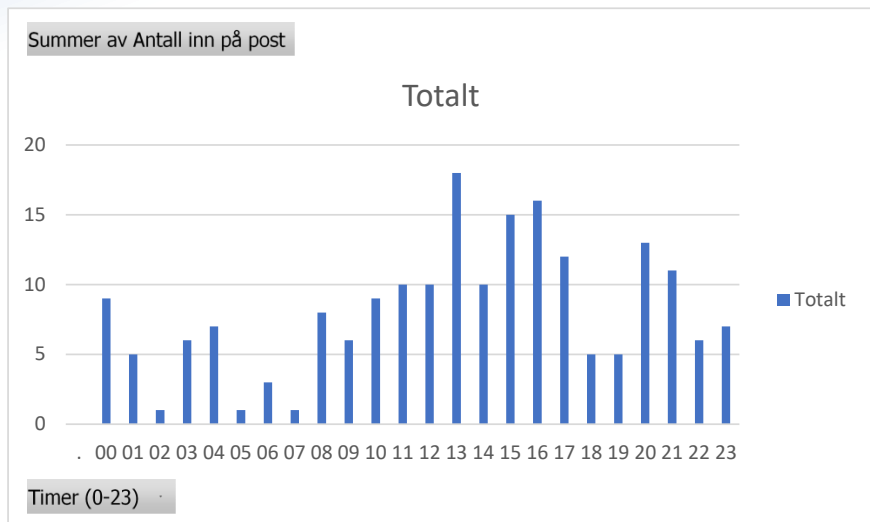
Dato (Month) (1)	Antall inn på post	Antall pasienter ut av Post	Antall liggedogn	Senger normert	Beleggsprosent	Gjennomsnittlig belegg	Gjennomsnitt tilgjengelige senger	Antall senger i bruk	Gjennomsnittlig liggetid per opphold
februar 2022 >	128	131	384	506	75,9 %	16,7	22,0	506	2,50
januar 2022 >	194	184	605	682	88,7 %	19,5	22,0	682	2,87
desember 2021 >	156	161	440	682	67,5 %	14,2	21,0	652	2,36
november 2021 >	205	205	524	660	84,5 %	17,5	20,7	620	2,58
oktober 2021 >	202	200	504	682	79,7 %	16,3	20,4	632	2,43
september 2021 >	205	210	556	660	89,7 %	18,5	20,7	620	2,56

Beleggsprosent og liggetid siste 6 mnd

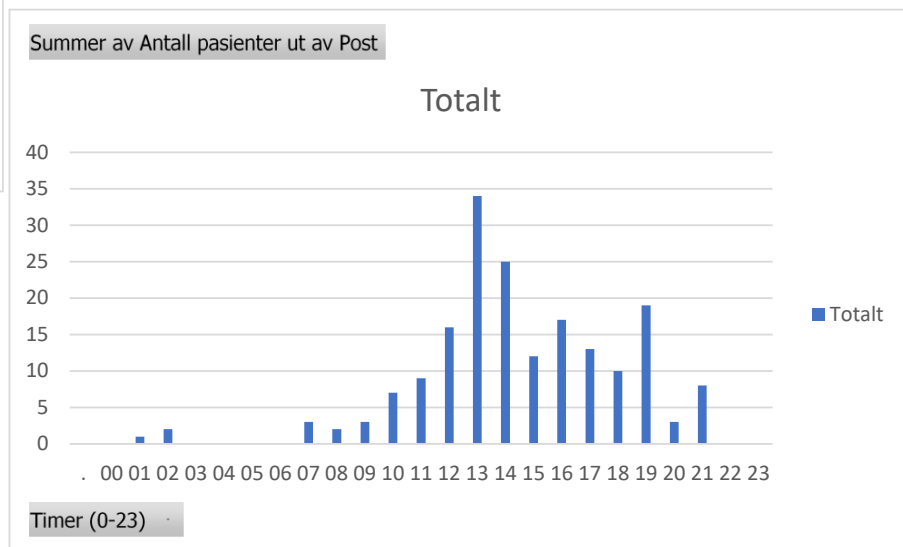


Inn-utskrivningstidspunkt kir-ort Hammerfest

Tidspunkt inn på
post Januar 2022



Tidspunkt ut av
post Januar 2022



Hammerfest kir/ort.sengepost, bemanningsplan og pleiefaktor

3 delt vakt, samme antall. Ikke tilpasset svingninger i løpet av dagen, eller uken?

Ass enhetsleder og fagsykepleier går ikke i turnus

Bemanningsplan pleie:

42211	Kir/ort, sengep. A	D1	0700-1500	8,0		8,00	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	4,0
42211	Kir/ort, sengep. A	A1	1430-2230	8,0		8,00	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	3,0	3,0
42211	Kir/ort, sengep. A	N1	2200-0700	9,00		9,00	3,0	3,0	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0
42211	Kir/ort, sengep. A	L3	0730-1500	7,5		7,50	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	0,0	0,0
42231	Kir/ort, sengep. A	KPL	0800-1530	7,5		7,50	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	0,0	0,0
42211	Kir/ort, sengep. A	FKO-2	0730-1500	7,5		7,50	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	0,0	0,0
42211	Kir/ort, sengep. A	FAGSPL	0730-1500	7,5		7,50	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
32133	Kir/ort, sengep. A	CYT	0730-1530	8		8,00	2,0	2,0	2,0	2,0	0,0	0,0	0,0
Sum timer turnus, SPL													9,0
Antall timer pr. uke, turnus SPL													
Sum stillinger turnus SPL													
42211	Kir/ort, sengep. A	D1	0700-1500	8		8,00	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	2,0	2,0
42211	Kir/ort, sengep. A	A1	1430-2230	8		8,00	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
42211	Kir/ort, sengep. A	N1	2200-0700	9		9,00				1,0	1,0		

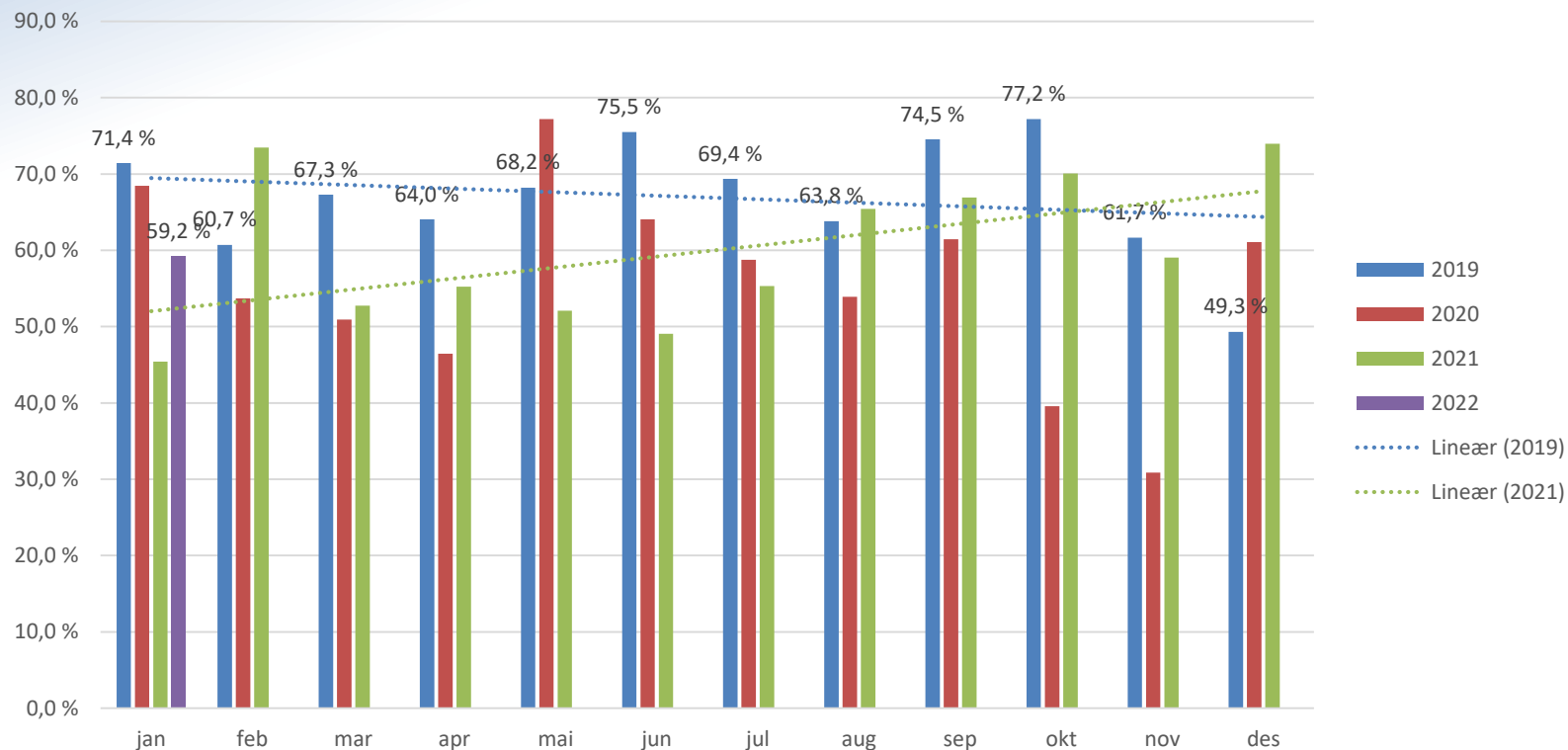
	Budsjett g	behov ved dagens helgebemannin
Antall senger normert	22	22
Assistenter utenom turnus	1,7	1,7
hjelpepl/sykepl	32,02	39,00
sum	33,7	40,70
I pleie	32,0	39,00
antall senger	22	22
Pleiefaktor	1,46	1,77

Har flere stillinger ansatt enn budsjett
KPL, FKO-2, fagsykepl og cyt er dagstillinger

Norm for pleiefaktor er 1,2 pr. seng



Kvinne/føde Hammerfest– beleggsprosent 2019-2022



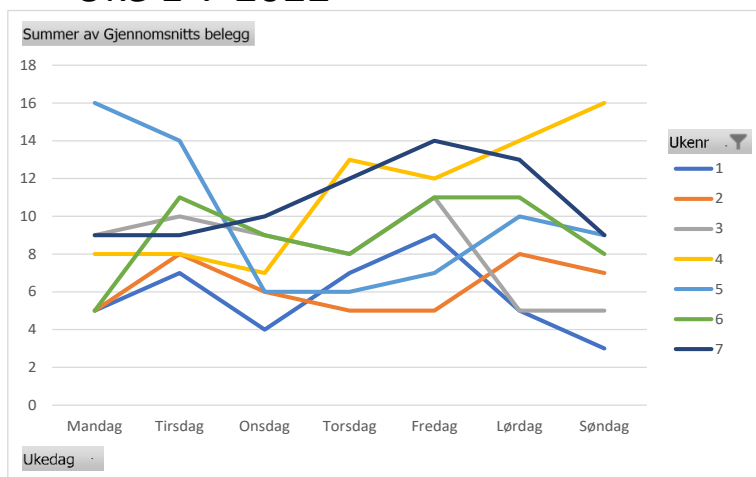
Dato (Year)	Antall inn på post	Antall pasienter ut av Post	Antall liggedogn	Senger normert	Beleggsprosent	Gjennomsnitts belegg	Gjennomsnitt tilgjengelige senger	Antall senger i bruk	Gjennomsnittlig liggetid per opphold
2019	1241	1241	3421	5110	66,9 %	9,4	14,0	5110	2,75
2020	1073	1077	2812	5026	55,9 %	7,8	14,0	5026	2,63
2021	1218	1211	3056	5110	59,8 %	8,4	14,0	5110	2,54



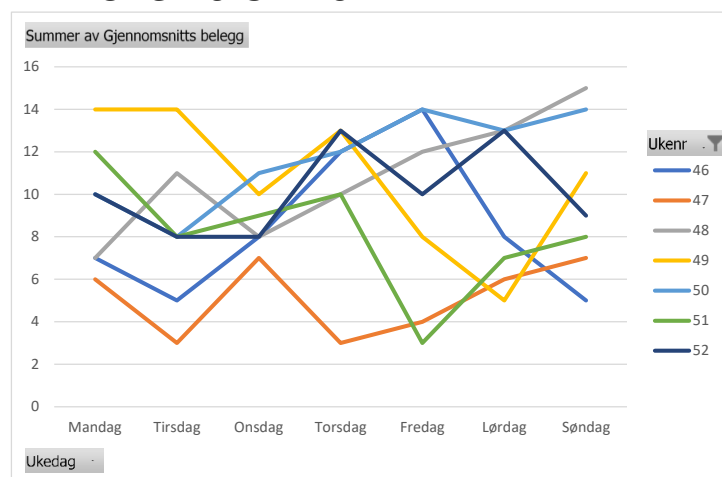
Kvinne/føde Hammerfest– belegg siste periode

- Antall senger: 14 senger

Uke 1-7 2022



Uke 46-52 2021



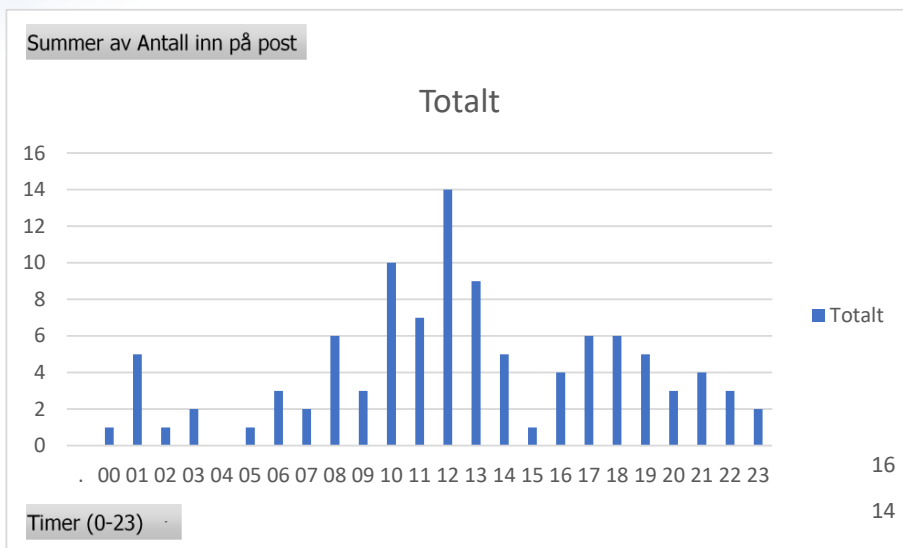
Dato (Month) (1) ▾	Antall inn på post	Antall pasienter ut av Post	Antall liggedogn	Senger normert	Beleggsprosent	Gjennomsnitt belegg	Gjennomsnitt tilgjengelige senger	Antall senger i bruk	Gjennomsnittlig liggetid per opphold
februar 2022 >	71	70	235	322	73,0 %	10,2	14,0	322	2,77
januar 2022 >	103	101	257	434	59,2 %	8,3	14,0	434	2,58
desember 2021 >	107	101	321	434	74,0 %	10,4	14,0	434	3,03
november 2021 >	96	101	248	420	59,0 %	8,3	14,0	420	2,48
oktober 2021 >	108	108	304	434	70,0 %	9,8	14,0	434	2,96
september 2021 >	122	113	281	420	66,9 %	9,4	14,0	420	2,36

Beleggsprosent og liggetid siste 6 mnd

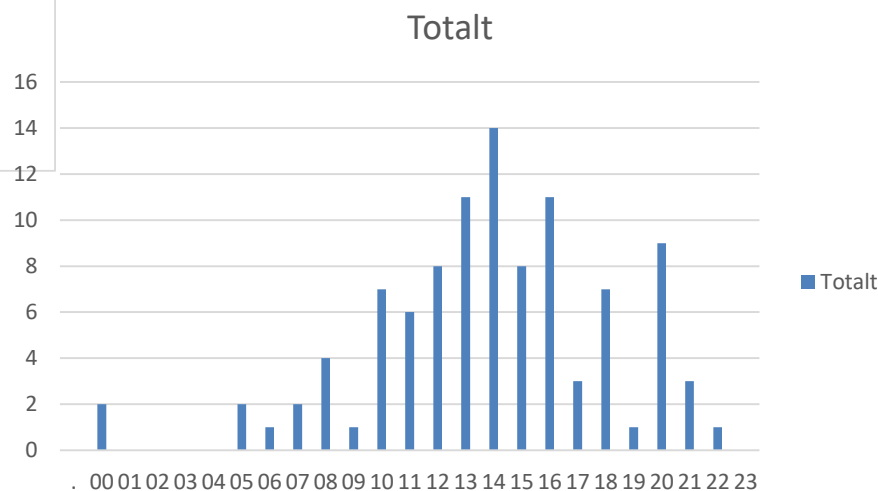


Inn-utskrivningstidspunkt kvinne-føde Hammerfest

Tidspunkt inn på post Januar 2022



Tidspunkt ut av post Januar 2022



Hammerfest kvinne/føde sengepost, bemanningsplan og pleiefaktor

Enhetsleder og fagsykepleier er tatt inn i budsjetterte turnusstillinger. Går de turnus?
Bemanningsplan sengepost og gyn.pol:

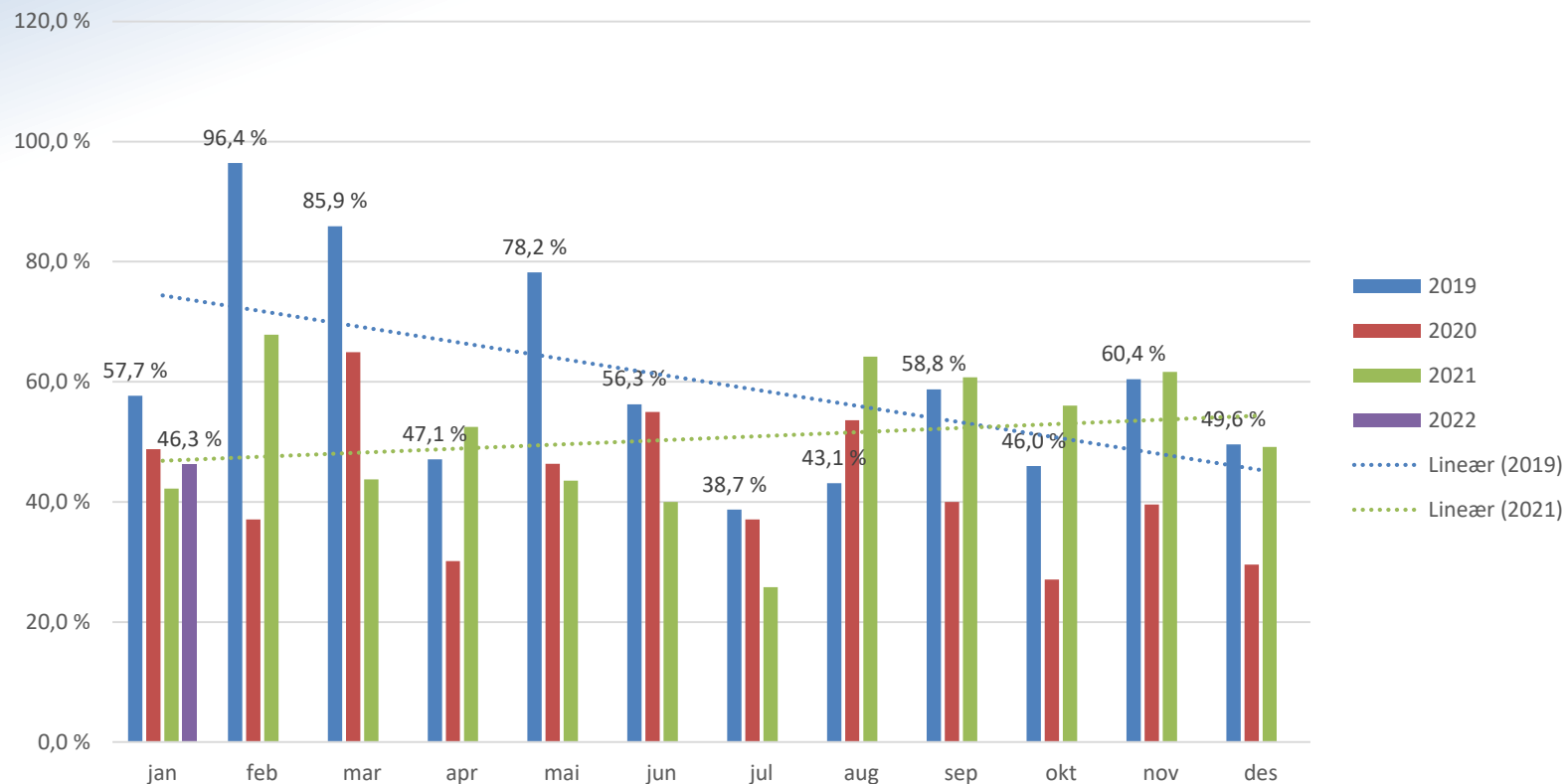
42311	Sengepost føde/gyn Hfest	D	0700-1500	8	8,00	6,0	6,0	6,0	6,0	5,0	3,0	3,0	35,0	280,00
42311	Sengepost føde/gyn Hfest	DH	0700-1900	12,25	12,25					1,0	1,0	1,0	3,0	36,75
42311	Sengepost føde/gyn Hfest	HD	0700-2000	13	13,00			0,3					0,3	3,25
42311	Sengepost føde/gyn Hfest	TUL	0730-1530	7,5	7,50				1,0				1,0	7,50
42311	Sengepost føde/gyn Hfest	GP	0730-1530	7,5	7,50	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0			5,0	37,50
42311	Sengepost føde/gyn Hfest	GPK	0730-1530	7,5	7,50	1,0	1,0	0,5					2,5	18,75
42311	Sengepost føde/gyn Hfest	G8	0730-1530	8	8,00	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0			5,0	40,00
42311	Sengepost føde/gyn Hfest	HAM	0730-1530	8	8,00	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0			5,0	40,00
42311	Sengepost føde/gyn Hfest	HK	0730-2130	14	14,00		0,3						0,3	3,50
42311	Sengepost føde/gyn Hfest	FU	0800-1500	7,5	7,50	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0			5,0	37,50
42311	Sengepost føde/gyn Hfest	NAU	0800-1600	8	8,00		1,0						1,0	8,00
42311	Sengepost føde/gyn Hfest	A6	1330-2230	9	9,00	4,0							4,0	36,00
42311	Sengepost føde/gyn Hfest	A	1430-2230	8	8,00		4,0	4,0	4,0	3,0	3,0	3,0	21,0	168,00
42311	Sengepost føde/gyn Hfest	NH	1900-0700	12,25	12,25					1,0	1,0	1,0	3,0	36,75
42311	Sengepost føde/gyn Hfest	N	2200-0700	9,5	9,50	3,0	3,0	3,0	3,0	2,0	2,0	2,0	18,0	171,00
													0	
													0	
	Sum timer turnus, SPL											10,0		924,50
	Antall timer pr. uke, turnus SPL													35,50
	Sum stillinger turnus SPL													26,04

	behov med dagens helgebemann	
Antall senger	14	14
Assistenter utenom turnus		
hjelpel/sykepl	28,56	30,00
sum	28,6	30,00
I pleie	28,6	30,00
antall senger	14	14
Pleiefaktor	2,04	2,14

Norm for pleiefaktor er 1,2 pr. seng



Barnepost Hammerfest– beleggsprosent 2019-2022



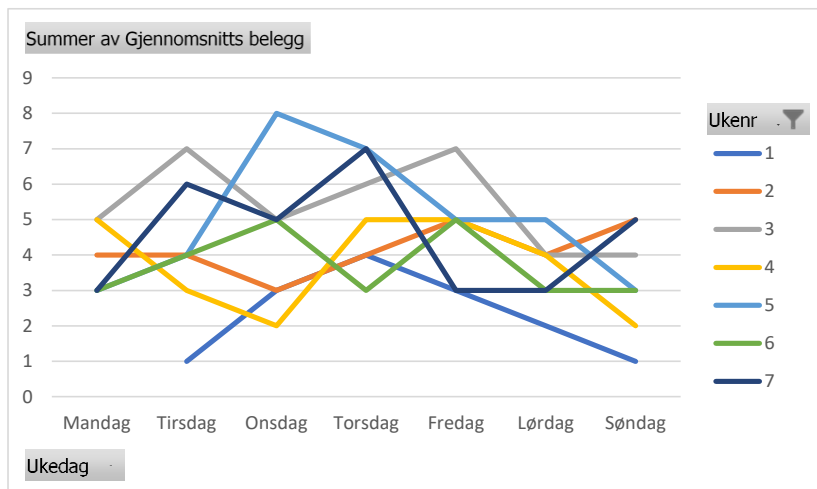
Dato (Year)	Antall inn på post	Antall pasienter ut av Post	Antall liggedogn	Senger normert	Beleggsprosent	Gjennomsnitts belegg	Gjennomsnitt tilgjengelige senger	Antall senger i bruk	Gjennomsnittlig liggetid per opphold
2019	640	641	1740	2920	59,6 %	4,8	8,0	2920	2,59
2020	544	549	1199	2792	42,9 %	3,4	8,0	2792	2,12
2021	609	610	1449	2872	50,5 %	4,0	8,0	2872	2,25



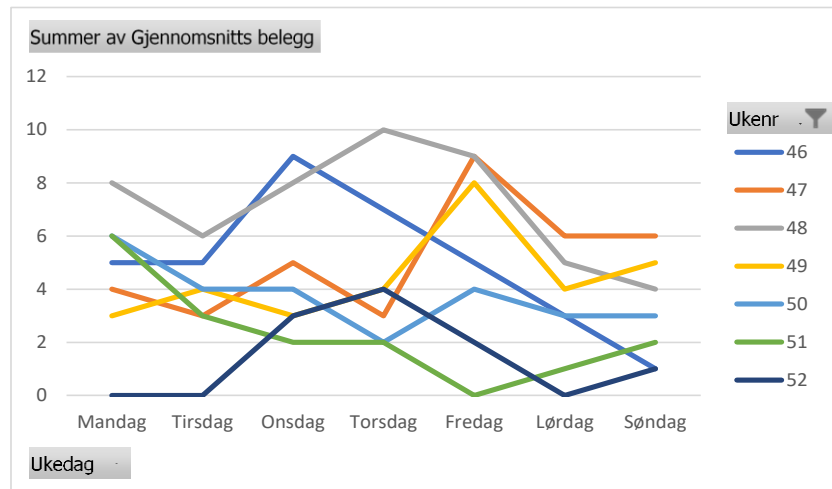
Barnepost Hammerfest– belegg siste periode

- Antall senger: 8 senger

Uke 1-7 2022



Uke 46-52 2021



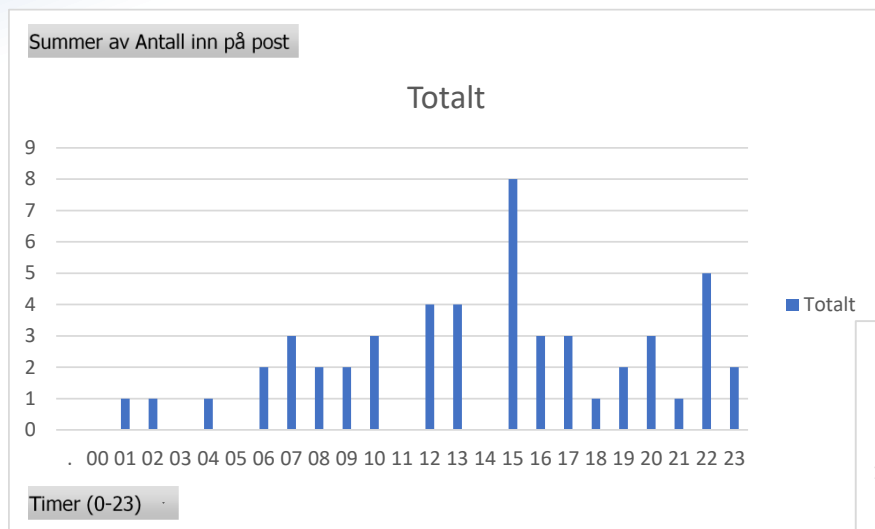
Dato (Month) (1)	Antall inn på post	Antall pasienter ut av Post	Antall liggedogn	Senger normert	Beleggsprosent	Gjennomsnitts belegg	Gjennomsnitt tilgjengelige senger	Antall senger i bruk	Gjennomsnittlig liggetid per opphold
februar 2022 >	48	45	111	184	60,3 %	4,8	8,0	184	1,61
januar 2022 >	51	47	111	240	46,3 %	3,7	8,0	240	2,15
desember 2021 >	43	50	118	240	49,2 %	3,9	8,0	240	2,72
november 2021 >	73	70	148	240	61,7 %	4,9	8,0	240	1,71
oktober 2021 >	49	52	139	248	56,0 %	4,5	8,0	248	3,06
september 2021 >	69	66	141	232	60,8 %	4,9	8,0	232	1,62

Beleggsprosent og liggetid siste 6 mnd

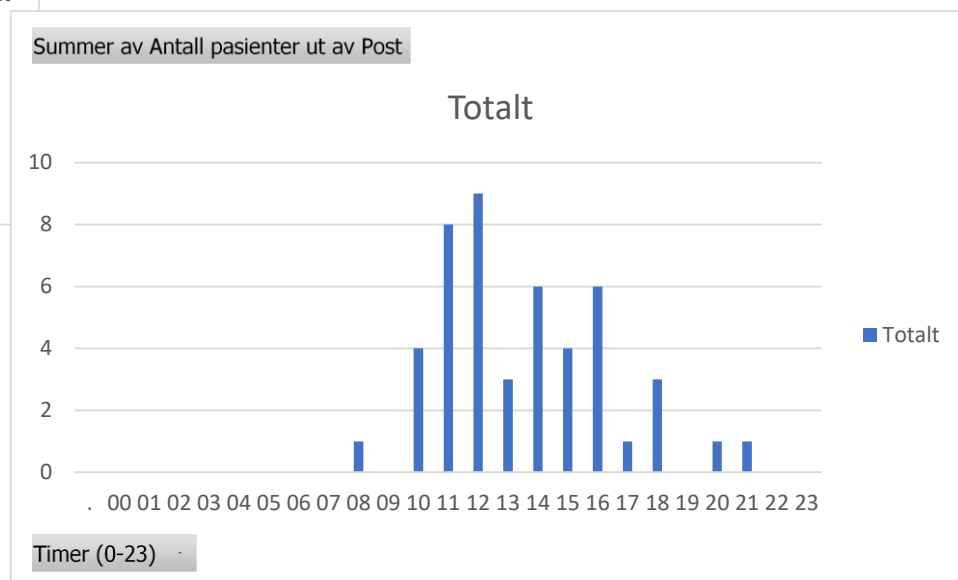


Inn-utskrivningstidspunkt barn Hammerfest

Tidspunkt inn på post Januar 2022



Tidspunkt ut av post Januar 2022



Hammerfest barneavd., bemanningsplan og pleiefaktor

3 delt vakt, samme antall. Ikke tilpasset svingninger i løpet av dagen, eller uken?

fagsykepleier går ikke i turnus

Bemanningsplan pleie:

32611 Blå sykepleier	Sengepost barn Hfest	D1	0700-1500	8,0		8,00	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0
32611 Blå sykepleier	Sengepost barn Hfest	A1	1430-2230	8,0		8,00	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0
32611 Blå sykepleier	Sengepost barn Hfest	N1	2200-0715	9,3		9,25	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
32611 Rosa sykepleier	Sengepost barn Hfest	D1	0700-1500	8,0		8,00	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0
32611 Rosa sykepleier	Sengepost barn Hfest	A1	1430-2230	8,0		8,00	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0
32611 Rosa sykepleier	Sengepost barn Hfest	N1	2200-0715	9,3		9,25	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
32611 Grønn sykepleier	Sengepost barn Hfest	D1	0700-1500	8,0		8,00	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
32611 Grønn sykepleier	Sengepost barn Hfest	A1	1430-2230	8,0		8,00	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
32611 Grønn sykepleier	Sengepost barn Hfest	N1	2200-0715	9,3		9,25	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
32611 Blå sykepleier poliklinikk	Sengepost barn Hfest	p	0730-1530	8,00		8,00	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0		
32611 Grønn sykepleier poliklinikk	Sengepost barn Hfest	P	0730-1530	8		8,00	1,0	1,0	1,0	1,0			
Sum timer turnus, SPL													9,0

behov i fht.
dagens
Budsjett helgebemanning

Antall senger	8	8
Assistenter utenom turnus		
hjelpepl/sykepl	20,90	27,00
sum	20,9	27,00
I pleie	20,9	27,00
antall senger	8	8
Pleiefaktor	2,61	3,38

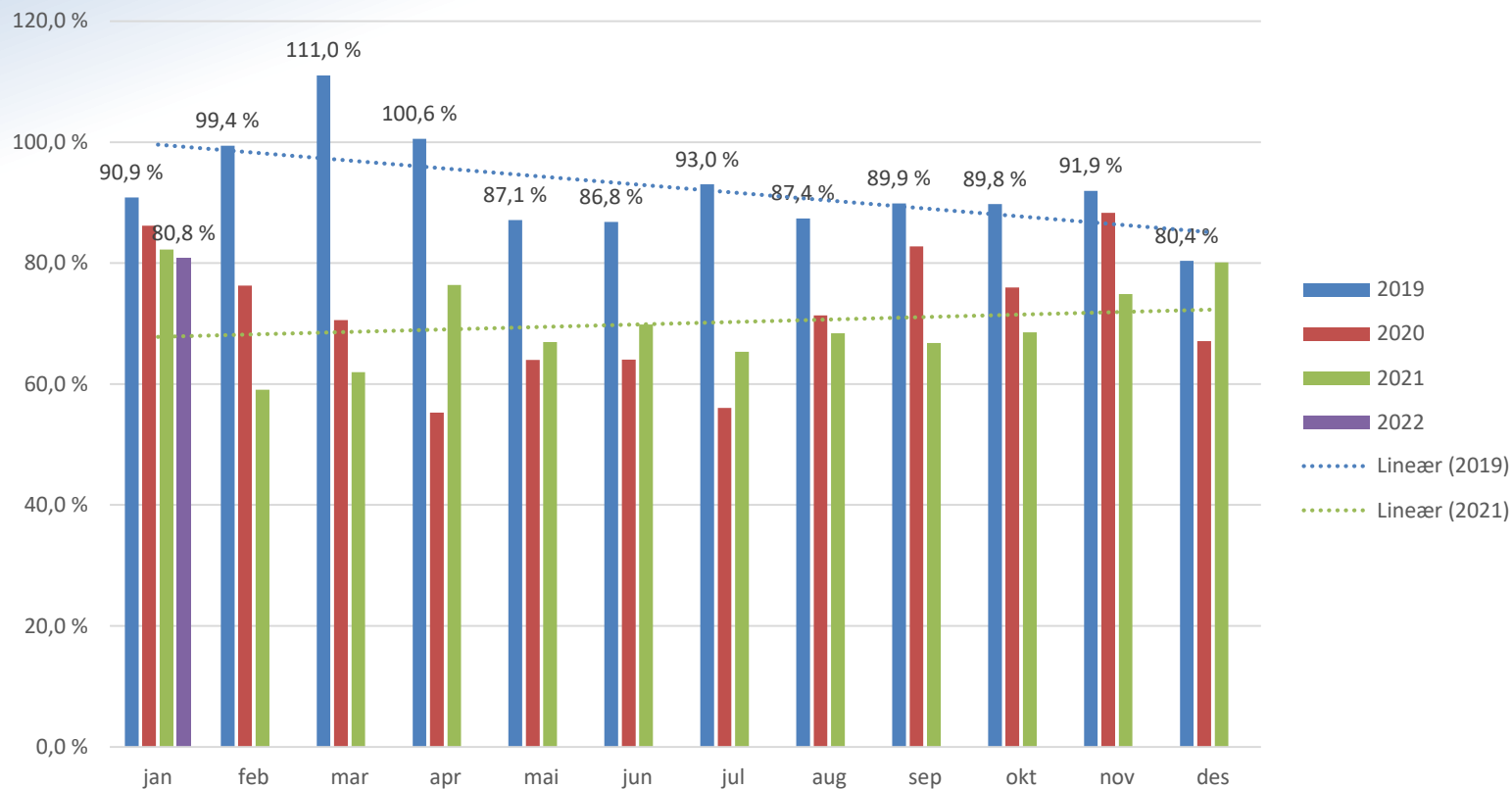
Norm for pleiefaktor er??



Kirkenes



Med sengepost Kirkenes – beleggsprosent 2019-2022



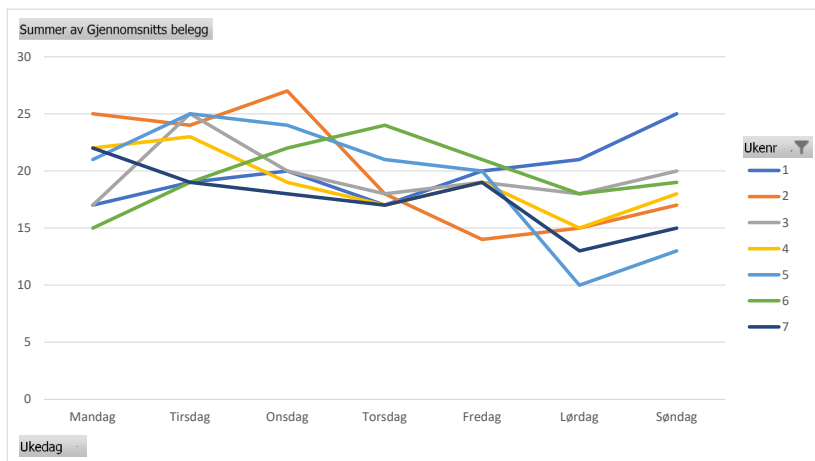
Dato (Year)	Antall inn på post	Antall pasienter ut av Post	Antall liggedogn	Senger normert	Beleggsprosent	Gjennomsnitts belegg	Gjennomsnitt tilgjengelige senger	Antall senger i bruk	Gjennomsnittlig liggetid per opphold
2019	> 2159	2165	8084	8760	92,3 %	22,1	24,0	8760	3,69
2020	> 1862	1861	6276	8784	71,4 %	17,1	24,0	8784	3,35
2021	> 1793	1796	6142	8760	70,1 %	16,8	24,0	8760	3,34



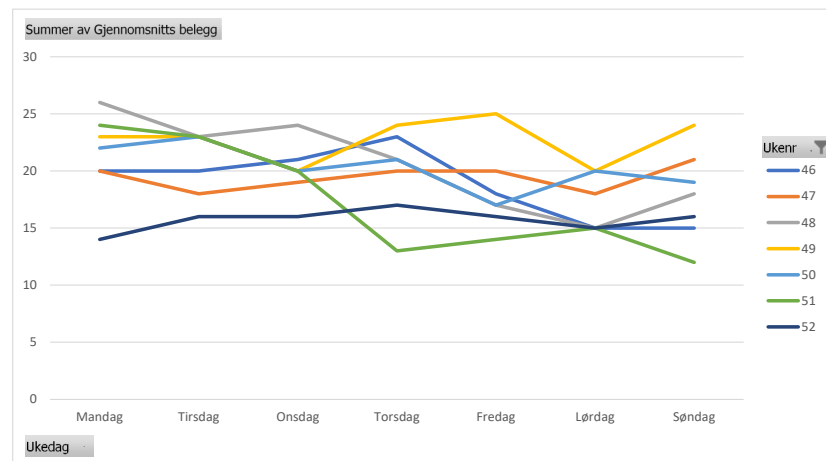
Med sengepost Kirkenes – belegg siste periode

- Antall senger: 24 senger

Uke 1-7 2022



Uke 46-52 2021



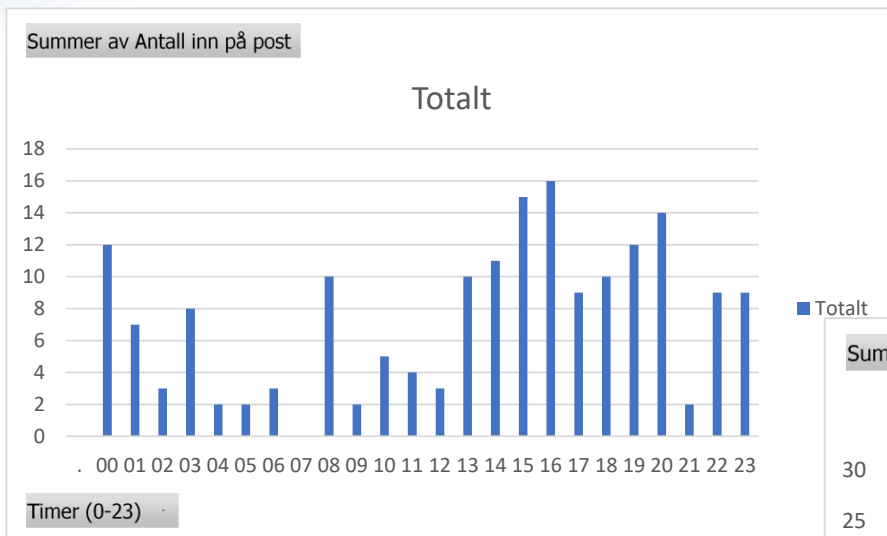
Dato (Month) (1) ▾	Antall inn på post	Antall pasienter ut av Post	Antall liggedogn	Senger normert	Beleggsprosent	Gjennomsnitts belegg	Gjennomsnitt tilgjengelige senger	Antall senger i bruk	Gjennomsnittlig liggetid per opphold
februar 2022 >	117	120	429	552	77,7 %	18,7	24,0	552	3,70
januar 2022 >	178	170	601	744	80,8 %	19,4	24,0	744	3,64
desember 2021 >	166	171	596	744	80,1 %	19,2	24,0	744	3,36
november 2021 >	158	154	539	720	74,9 %	18,0	24,0	720	3,24
oktober 2021 >	149	151	510	744	68,5 %	16,5	24,0	744	3,39
september 2021 >	165	166	481	720	66,8 %	16,0	24,0	720	3,02

Beleggsprosent og liggetid siste 6 mnd

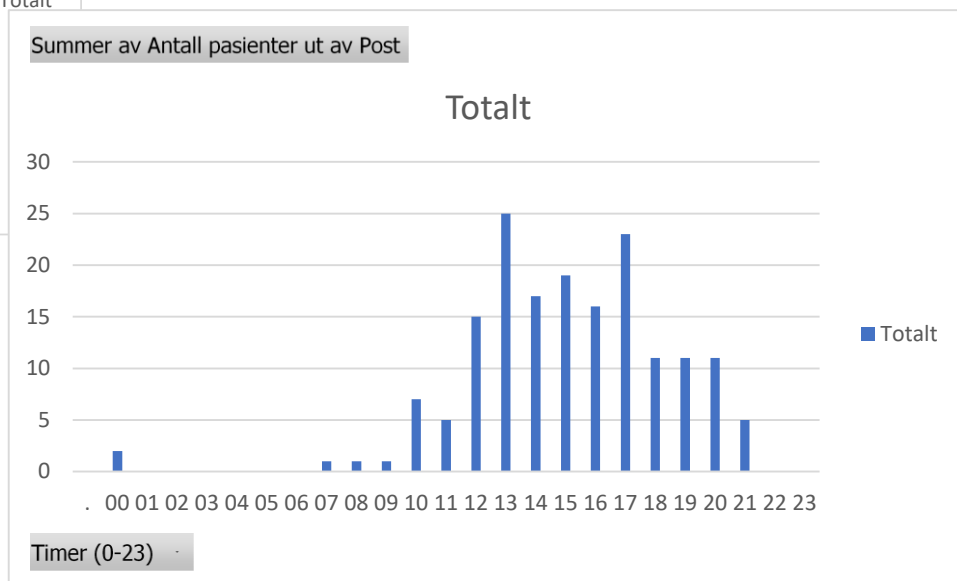


Inn-utskrivningstidspunkt medisin Kirkenes

Tidspunkt inn på post Januar 2022



Tidspunkt ut av post Januar 2022



Kirkenes med.sengepost, bemanningsplan og pleiefaktor

3 delt vakt, samme antall. Ikke tilpasset svingninger i løpet av dagen, eller uken?

Ass enhetsleder og fagsykepleier går ikke i turnus

Bemanningsplan pleie:

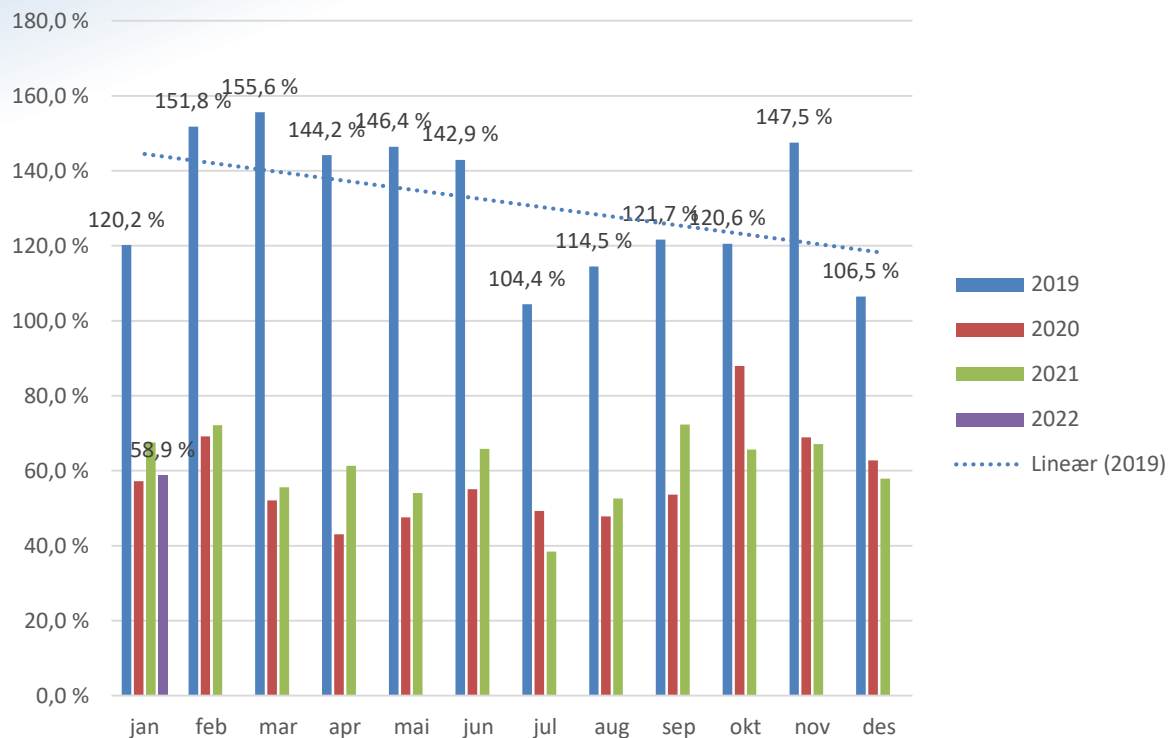
31111	Medisinsk sengep. Knes	D1	0715-1500	7,8	7,75	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	3,0	3,0
31111	Medisinsk sengep. Knes	A	1430-2200	7,5	7,50	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
31111	Medisinsk sengep. Knes	N	2130-0730	10,00	10,00	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Sum timer turnus, SPL												8,0
Antall timer pr. uke, turnus SPL												
Sum stillinger turnus SPL												
31111	Medisinsk sengep. Knes	D1	0715-1500	7,8	7,75	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	3,0	3,0
31111	Medisinsk sengep. Knes	A	1430-2200	7,5	7,50	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
31111	Medisinsk sengep. Knes	N	2130-0730	10,0	10,00	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Sum timer helsefagarbeider												7,0

	Budsjett	behov med dagens helgebemannings
Antall senger	24	24
Assistenter utenom turnus hjelpepl/sykepl	33,40	45,00
sum	33,4	45,00
I pleie	33,4	45,00
antall senger	24	24
Pleiefaktor	1,39	1,88

Norm for pleiefaktor er 1,2 pr. seng, ensengsrom 1,4



Kir-ort Kirkenes – beleggsprosent 2019-2022



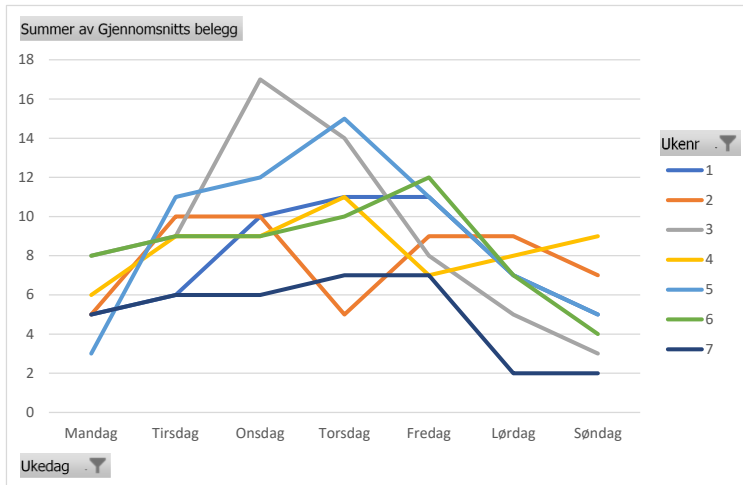
2019 8 senger
 2020 13,7 senger
 2021 13,7 senger
 Helg tar ned til 8 senger

Dato (Year)	Antall inn på post	Antall pasienter ut av Post	Antall liggedogn	Senger normert	Beleggsprosent	Gjennomsnitts belegg	Gjennomsnitt tilgjengelige senger	Antall senger i bruk	Gjennomsnittlig liggetid per opphold
2019	1384	1389	3828	5840	131,1 %	10,5	8,0	2920	2,68
2020	1235	1236	2905	5856	57,8 %	7,9	13,7	5024	2,29
2021	1220	1225	3041	5840	60,7 %	8,3	13,7	5008	2,44

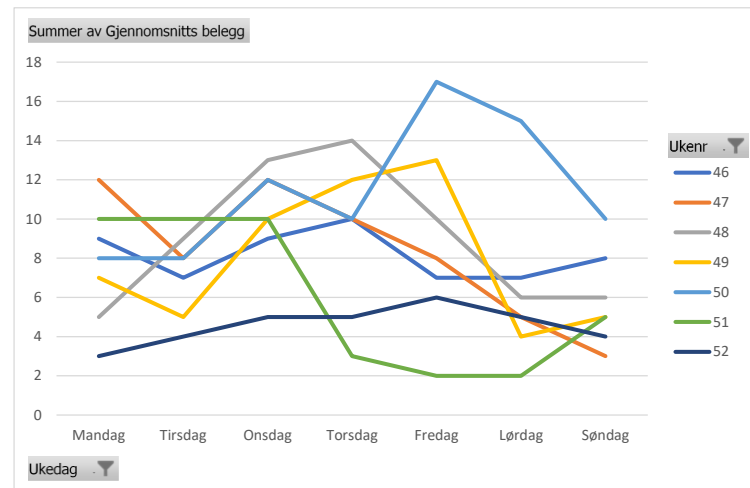
Kir-ort Kirkenes – belegg siste periode

- Antall senger: 16 senger i ukedagene og 13 i helg (lør-søn)

Uke 1-7 2022



Uke 46-52 2021



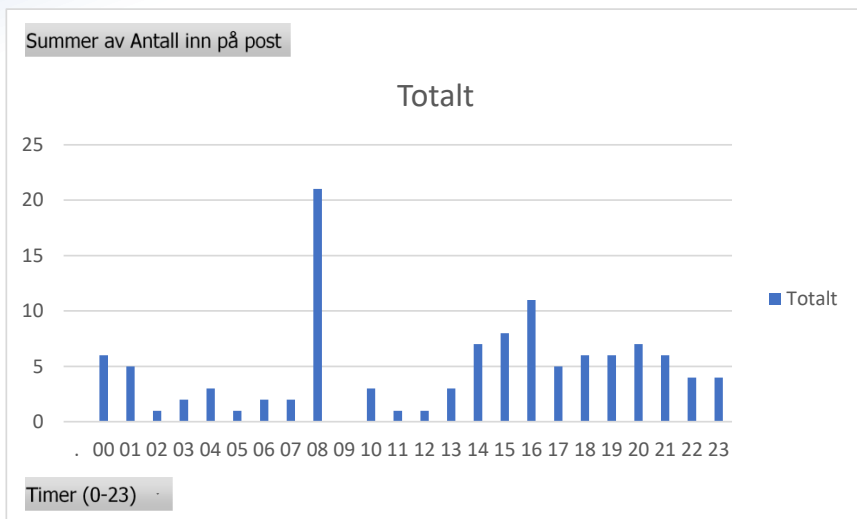
Dato (Year)	Dato (Month) (1)	Antall inn på post	Antall pasienter ut av Post	Antall liggedogn	Senger normert	Beleggsprosent	Gjennomsnitts belegg	Gjennomsnitt tilgjengelige senger	Antall senger i bruk	Gjennomsnittlig liggetid per opphold
< 2022	mars 2022	21	18	55	112	57,3 %	7,9	13,7	96	2,11
	februar 2022	79	85	219	448	57,0 %	7,8	13,7	384	2,51
	januar 2022	115	108	245	496	58,9 %	7,9	13,4	416	2,18
.....	desember 2021	88	97	250	496	57,9 %	8,1	13,9	432	2,57
	november 2021	118	112	279	480	67,1 %	9,3	13,9	416	2,59
	oktober 2021	104	107	273	496	65,6 %	8,8	13,4	416	2,40
	september 2021	126	121	301	480	72,4 %	10,0	13,9	416	2,43

Beleggsprosent og liggetid siste 6 mnd

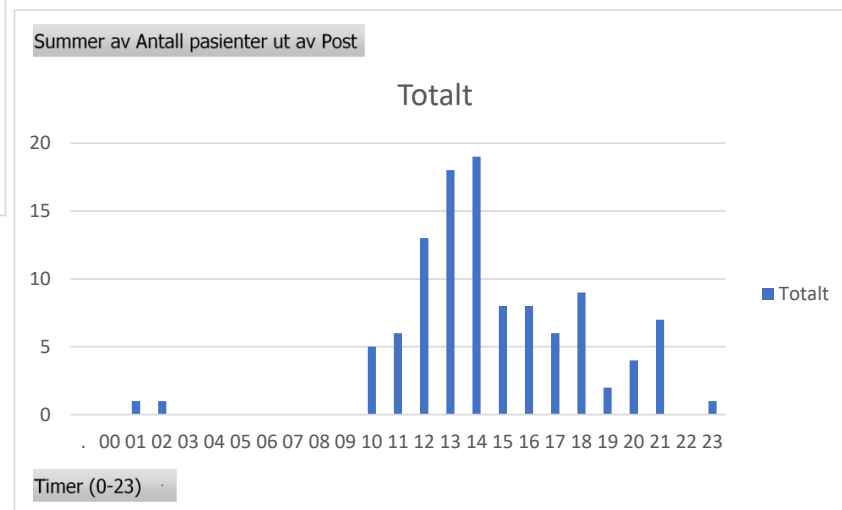


Inn-utskrivningstidspunkt kir-ort Kirkenes

Tidspunkt inn på post Januar 2022



Tidspunkt ut av post Januar 2022



Kirkenes, kir/ort sengepost, bemanningsplan og pleiefaktor

41211	Sengepost Kir/ort/føde/gyn Knes	D1	0715-1500	7,8		7,75	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	2,0	2,0
41211	Sengepost Kir/ort/føde/gyn Knes	A	1430-2200	7,5		7,50	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	2,0	2,0
41211	Sengepost Kir/ort/føde/gyn Knes	N	2130-0730	10,00		10,00	3,0	3,0	3,0	3,0	2,0	2,0	2,0
													6,0
Sum timer turnus, SPL													
Antall timer pr. uke, turnus SPL													
Sum stillinger turnus SPL													
	Sengepost Kir/ort/føde/gyn Knes	D1	0715-1500	7,8		7,75	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0
	Sengepost Kir/ort/føde/gyn Knes	A	1430-2200	7,5		7,50	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

behov med dagens
Budsjetthelgebemanning

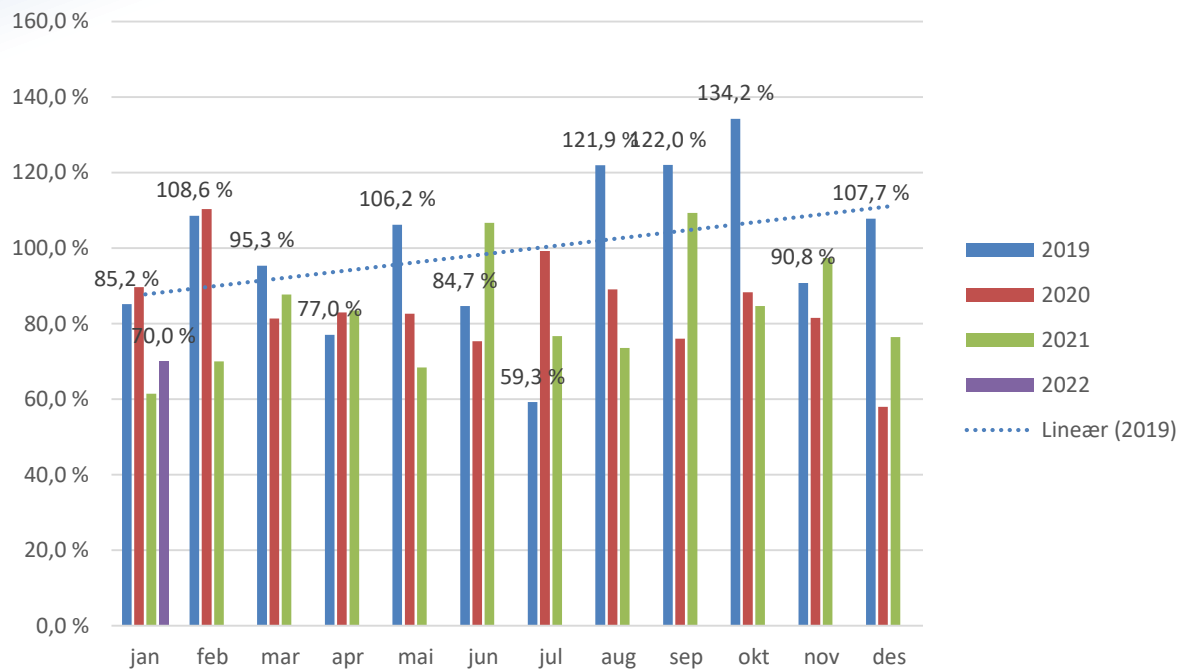
Antall senger	16	16
Assistenten utenom turnus	0	0
hjelpepl/sykepl	21,80	24,00
sum	21,8	24,00
I pleie	21,8	24,00
antall senger	16	16
Pleiefaktor	1,36	1,50

Har flere stillinger enn
budsjet, 3 stillinger

Normert pleiefaktor 1,2, ensengsrom 1,4



Føde-gyn Kirkenes – beleggsprosent 2019-2022



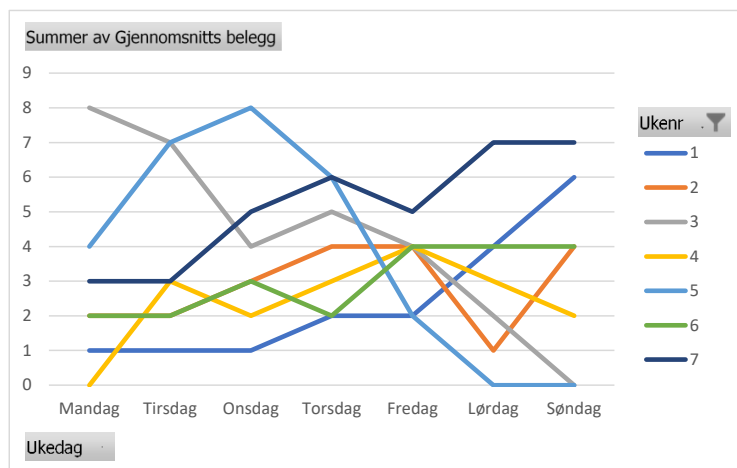
Dato (Year)	Antall inn på post	Antall pasienter ut av Post	Antall liggedogn	Senger normert	Beleggsprosent	Gjennomsnitts belegg	Gjennomsnitt tilgjengelige senger	Antall senger i bruk	Gjennomsnittlig liggetid per opphold
2019	641	636	1757	1755	100,1 %	5,0	5,0	1755	2,75
2020	575	582	1481	1755	84,4 %	4,2	5,0	1755	2,58
2021	558	550	1462	1755	83,3 %	4,2	5,0	1755	2,64



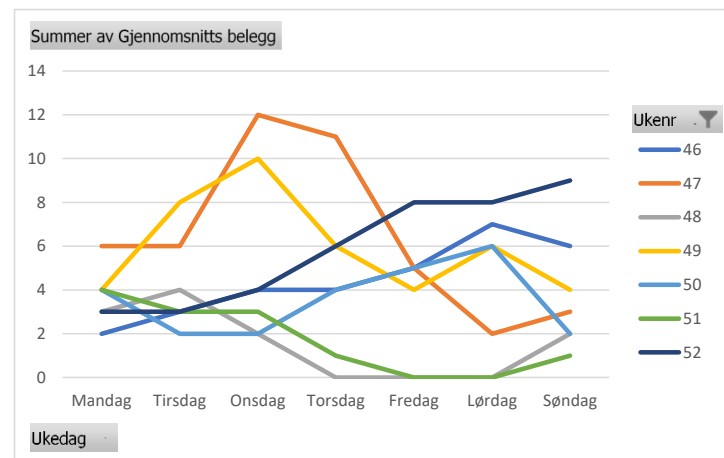
Føde-gyn Kirkenes – belegg siste periode

- Antall senger: 5 senger

Uke 1-7 2022



Uke 46-52 2021



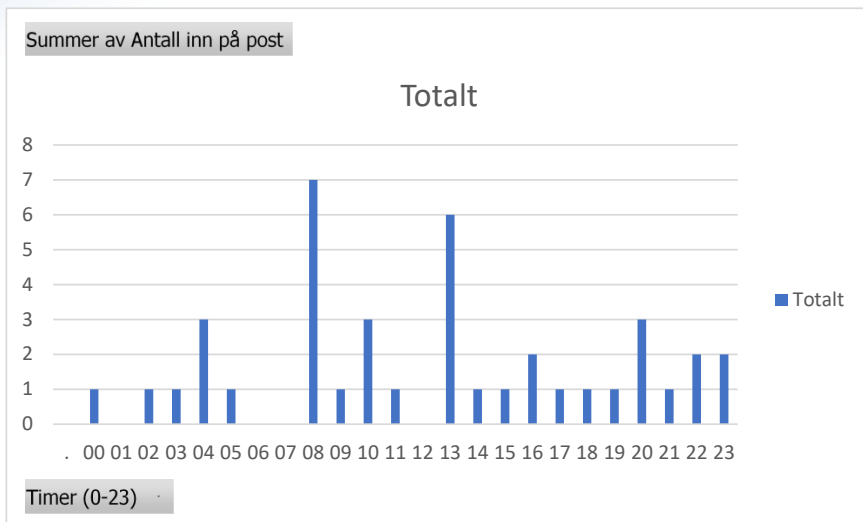
Dato (Year)	Dato (Month)	Antall inn på post	Antall pasienter ut av Post	Antall liggedogn	Senger normert	Beleggsprosent	Gjennomsnitts belegg	Gjennomsnitt tilgjengelige senger	Antall senger i bruk	Gjennomsnittlig liggetid per opphold
< 2022	mars 2022	15	11	39	35	111,4 %	5,6	5,0	35	2,69
	februar 2022	37	40	99	135	73,3 %	3,7	5,0	135	2,33
	januar 2022	40	42	105	150	70,0 %	3,5	5,0	150	2,62
2021	desember 2021	42	36	107	140	76,4 %	3,8	5,0	140	2,99
	november 2021	55	58	146	150	97,3 %	4,9	5,0	150	2,56
	oktober 2021	53	56	127	150	84,7 %	4,2	5,0	150	2,39
	september 2021	61	62	164	150	109,3 %	5,5	5,0	150	2,55

Beleggsprosent og liggetid siste 6 mnd

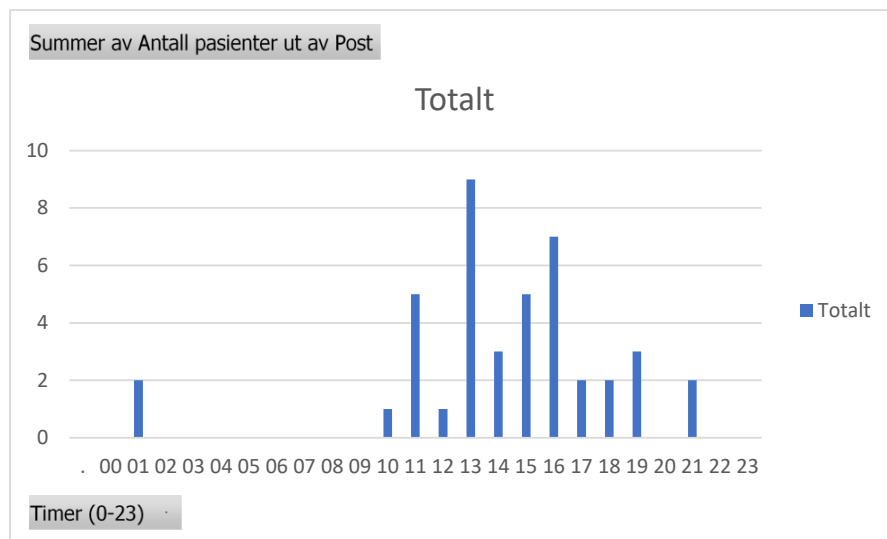


Inn-utskrivningstidspunkt føde-gyn Kirkenes

Tidspunkt inn på post Januar 2022



Tidspunkt ut av post Januar 2022



Kirkenes, føde/gyn sengepost, bemanningsplan og pleiefaktor

3 delt vakt, samme antall. Ikke tilpasset svingninger i løpet av dagen, eller uken?

12 timersvakt i helg

Bemanningsplan pleie:

41311	Sengep. og polikl. føde/gyn Knes	D2	0715-1500	7,8		7,75	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0		
41311	Sengep. og polikl. føde/gyn Knes	DH	0715-1930	12,3		12,25						2,0	2,0
41311	Sengep. og polikl. føde/gyn Knes	PS	0730-1500	7,5		7,50	1,0	1,0	1,0				
41311	Sengep. og polikl. føde/gyn Knes	PU	0800-1530	7,5		7,50	1,0		1,0				
41311	Sengep. og polikl. føde/gyn Knes	A	1430-2200	7,5		7,50	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0		
41311	Sengep. og polikl. føde/gyn Knes	NH	1915-0730	12,25		12,25						2,0	2,0
41311	Sengep. og polikl. føde/gyn Knes	N	2130-0730	10,00		10,00	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0		
	Sum timer turnus, SPL												4,0
	Antall timer pr. uke, turnus SPL												
	Sum stillinger turnus SPL												
41311	Sengep. og polikl. føde/gyn Knes	D	0730-1500	7,5		7,50	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0		
41311	Sengep. og polikl. føde/gyn Knes	A	1430-2200	7,5		7,50	1,0	1,0	1,0	1,0			

	behov ut fra dagens Budsjett helgebemanning	
Antall senger	5	5
Assistenter utenom turnus	0	0
hjelpepl/sykepl	15,00	12,00
sum	15,0	12,00
I pleie	15,0	12,00
antall senger	5	5
Pleiefaktor	3,00	2,40

Normert pleiefaktor 1,2, små avdelinger 1,5





Logg Informasjons og dialogmøte 22.03.2022

Møtested: Teams

Tidsrom: 22.03.2022 kl 18:00 – 20:00

Deltakere:	Initialer
Tillitsvalgte og verneombud	
FTV NSF Aud Mariana Bergman	MB
FTV NSF Kicki Nytnun	KN
FTV Den norske legeforening- Tone Hagerup, overlegene	TH

Arbeidsgiver

Lena Elisabeth Nielsen, klinikk sjef Klinikk Alta	LN
Rita Jørgensen; klinikk sjef Klinikk Kirkenes og Sámi Klinikk	RJ
Jørgen Nilsen, klinikk sjef Klinikk Hammerfest	JN
Trond Stensholt, avdelingsleder Akuttmedisin, Klinikk Hammerfest	TS
Sigrd Skalle Jensen, rådgiver Personal og organisasjon (loggfører)	SSJ

Kapittel 4.1

Lena Nielsen, klinikk sjef Alta og delprosjektleder innledet og redegjorde for bakgrunn og hva som er gjort så langt.

Arbeidet har tatt utgangspunkt i rapport fra KPMG fremlagt i informasjons- og drøftingsmøte 20. september 2021.

Handlingsplan er vedlagt møteinnkalling. Handlingsplanen var også vedlagt virksomhetsrapporten i informasjons- drøftingsmøte 16. mars, men ble ikke behandlet i det møtet. Dette møtet dreier seg om handlingsplanens punkt 4.1 *Senger pr. innbygger og pleiefaktor* og 4.2. *bruk av spesialsykepleiere*.

Klinikk sjefene for Hammerfest sykehus, Klinikk Alta, Kirkenes sykehus og Sámi Klinikk har jobbet sammen om handlingsplanens punkt 4.1, og skal skrive denne, mens avdelingsleder for Akuttmedisin ved Hammerfest sykehus, Trond Stensholt har ledet arbeidet med handlingsplanens punkt 4.2 Det er brukt mye tid for å innhente fakta. Det er en krevende sak å jobbe med. Analysene ble forelagt klinikkene i forrige uke. Alle enhetsledere/avdelingsledere som er berørt av analysene har sendt inn sine kommentarer til analysene, sterke/svake sider, trusler/muligheter. Saken ble tatt opp i ledergruppa 22. mars der vi diskuterte innretningen til rapporten. Saken skal behandles i styremøte i april. Det blir tema i kommende styreseminar. I styremøte i april skal det leveres tiltak med økonomisk effekt. Klinikk sjefene utgjør arbeidsgruppen og skal nå i gang med å skrive sin vurdering og anbefaling til AD. Klinikk sjefene vil bruke klinikk sjefenes medisinskfaglige rådgivere være med i vurderingen. Det er ønskelig med dialog med fagforeninger i det videre. Hvordan vi skal gjøre dette før og etter beslutning må vi bli enige om.

Vi ønsker å jobbe med handlingsplanene sammen med fagforeningene som et lag.

Klinikk lederne står i et enormt krysspress. Har store underskudd.

Analysen viser at der er et potensiale for å ta ned 22 senger i somatikk (ikke rehab/akutt) i Finnmark og antall stillinger som kan omdisponeres til annen jobb på sykehuset/klinikk vil kunne være mellom 25-50 avhengig av hvilken pleiefaktor vi legger turnusene på.

TH: Lurer på hvor tallene kommer fra, samsvarer ikke med opplevelsen på sengepostene.

LN: Tallene kommer fra KPNG rapporten. Lederne kommuniserer at det ofte er fullt, og travelt. Det vi også ser er at når det er fullt i Hammerfest går belegget opp i Alta.

Foretaksledelsen diskutert i dag om går an å finne en pleiefaktor som vi kan gå for. Det må tas ned en del senger.

JN: Vi må øke aktiviteten, samtidig som vi må ta ned kostnader. Hvordan kan vi håndtere dette sammen?

KN: Dette oppleves ikke som lagspill. Vi er plutselig i slutfasen og første gangen vi så dette var for en uke siden. Ledergruppa har holdt på i 3 mnd og tillitsvalgte er tatt med i først nå.

Kan man tenke nedtak av senger fra torsdager i stedet for bare i helgen?
Hva med FMR, er det 9 senger eller er det 6 som man benytter i rapporten?
Kir har tatt ned 1 seng til pauserom er dette hensyntatt?
Vi må ta ned rekruttering og stabilisering og samtidig kaste ut pasientene.

LN: Sengene på FMR er ikke med i analysen heller ikke PHR. Prosessen har kun vært å få frem analysegrunnlaget. Enhetslederne har bidratt med faktiske bemanningsplaner.

TH: Pas. kommer jo likevel. Vi må ta inn pasientene selv om vi ikke har bemanning til å behandle de. Hvor mye innleie vil det føre til, ved overbelegg?
Vi kommer til å miste mange ansatte ved å ta ned sengeantallet, som vil medføre mange pasienter og stort arb.press for den bemanningen som er igjen.
Hvorfor er brukt benyttet for sammenlikning Innlandet. Vi kjenner til at de mister sykepleiere fordi det er stort arbeidspress og må bruke mye innleie.

LN: KPMG som har valgt å bruke Innlandet og det forholder vi oss til.

MB: Det tas jo ned senger i helg, er det tatt hensyn til ved analysen? Innlandet har veldig mange deltidsstillinger. Vi kan ikke sammenlikne oss med innlandet. Det er et attraktivt strøk med stort nedslagsfelt av mange helsearbeider og godt rekrutteringsgrunnlag til stillinger. De har få fulltidsstillinger som lyses ut, og har en annen bemanning enn det vi baseres oss på fordi vi ønsker å ha heltidsstillinger.
Vi må ha en utvidet konsekvensanalyse. Hva har enhetslederne meldt tilbake som risiko?
Er det andre ting som kan gjøres mer effektivt som evt utskrivning av pasienter tidligere på dagen for å få en bedre samkjøring og samordning av pasienter? Endring av utskrivning krever økt legekapasitet.

TH: Det lar seg ikke gjøre å skrive ut pasientene tidligere. Det foregår mye behandling på dagtid og vi er avhengig at de får utført behandlingen de har behov for før de skrives ut. Det er også mye papirarbeid og pasientene må vente på transport uansett.

JN: Enhetslederne er enige med synspunktene som kommer frem fra tillitsvalgte. Vi tror at man har beregnet feil beleggsprosent ved at de ikke har tatt med nedtak av senger i helg ved kir ort Hammerfest.

I Finnmark må vi utlyse heltidsstillinger og ikke deltid for å rekruttere, men det medfører utfordringer med å dekke helger.
Det ses på mulighet for oppgaveglidning. Det har vært vanskelig å ta inn helsefaglæringer for det har ikke vært stillinger til dem etter lærlingperioden.
Vi har en høy turnover for det kommer ansatte fra mange deler av landet som reiser hjem igjen etter en stund.

Vi også før pandemien hatt relativt mange isolasjonsdøgn. Det må også tas hensyn til i forhold til pleiefaktor. Det oppleves ikke at pleiefaktoren er for høy på sengepostene. Det kreves ressurser for å skrive ut pas. også. Komplisert og sammensatt problem.

RJ: Har ikke snakket direkte med enhetslederne, men vet at det er mange bekymringsmeldinger med bemanning på kir/ort. Har fått lov å ta inn ekstra stillinger. Medisinsk avdeling – har økt pleiefaktoren etter pasientsikkerhet tilsyn. Etter tilsyn måtte man øke pleiefaktor på slagenhet for å opprettholde denne. Ved medisinsk sengepost er hoved tyngden akuttinnleggelser.

Det blir tøft å gå ut i organisasjonen å si at man skal ta ned senger. Og ta ned overforbruk på ressursene. Utfordrerne når man samtidig skal rekruttere. Kirkenes sykehus går med mye

underskudd, og det er et underskudd som styret ikke kan akseptere. Vi kan ikke drive med en slik økonomi. Alle ser fornuften i å ta ned forbruket, men ingen ser hvordan vi skal gjøre det.

MB: Dersom man skal ta ned senger og bemanning, blir vondt verre. Størsteparten er pasienter som kommer inn som øyeblikkelig hjelp. Hvor skal vi eventuelt sende de pasientene når vi ikke har plass? Det blir et større forbruk på overtid og innleie. Ved Harstad sykehus har de tatt opp bemanningen med et strålende resultat i forhold til overtid og innleie. Økt grunnbemanning har medført at man kunne spare penger.

KN: Pasientene i Finnmark blir eldre og har et mer sammensatt sykdomsbilde og krever mere. Vi må kanskje ha mere senger i Finnmarkssykehuset enn i Innlandet i forhold til befolkningstallet. Vi kan ikke sende hjem pasient til Berlevåg når veien er stengt og pasienten må ha pleie. Dersom våre politikere mener at vi skal ha likeverdige helsetjenester så kan ikke politikerne ta ned ramma når vi blir færre folk. Har vi råd til å være desentralisert. Beredskapen vil ofte være den samme og vi kan ikke ta ned dette. Eventuelt så må politikerne si hva vi ikke skal levere. Gruppene av ansatte settes opp mot hverandre grunnet ulike vilkår. Vi må sette rekruttering på pause når vi må ta ned.

LN: I diskusjonen er det flere akser å ta hensyn til; øst/vest, Alta/Hammerfest, og mellom de ulike fagene på sykehuset. Det er den situasjonen vi står i og det er klinikksjefenes ansvar å balansere dette sammen med den beskrivelsen enhetslederne og ansatte har om at det er veldig travelt.

TS: Det er krevende å omstille. Det tar lang tid å sette organisasjonen etter en omstilling. Man må tørre å tenke nye tanker og vurder om det er mulig å drive på en annen måte. Hvordan kan vi samarbeide med kommunene i forhold til pasient logistikk, samarbeide på ivers av lokasjonene, samarbeide på tvers internt? Klarer vi å ta ned skottene og se om det er mulig å gjøre noe på tvers. Det kan være vanskelig å se hele bildet når man står midt i pleien nede på «gulvet».

MB: Når det gjelder jobbglidning etc så har forsøk med å få inn mer støttepersonell vist seg å være suksessfullt. Vi har forsøkt å få til samarbeid mellom poliklinikk og sengepost. Vanskelig å få til at ansatte skal ha kunne jobbe slik. Ansatte har kvalitetskrav som man skal forholde seg til og det er vanskelig. Må ha stor kontinuitet (som delte stillinger) for å kunne være både på poliklinikk og sengepost. Det krever en viss kompetanse å jobbe på sengepost i helg og det er de sykestee pasientene som er igjen. Ved å jobbe 50/50 poliklinikk sengepost kan man få flere å spille på.

TH: Sykepleierne er også veldig spesialiserte og det er derfor vanskelig å være flere steder. Vanskelig å ta over jobbene for hverandre.

LN: Må tenkte både kortsiktig og langsiktig. Det eneste som vil ha varig effekt er å stabilisere personalet og ansette i de vakante stillingene. Har vi råd til å gjøre det rette? Å ta ned senger vil skape stor uro og får en kortvarig effekt.

Vi har heltid, geografi, vær og mottakskapasitet og kompetanse i kommunene som vi må ta hensyn til. Kan vi se om vi kan gjøre dette med en helt annen lederkultur? Det er vesentlig med en god konsekvensanalyse. Vi ser for eksempel at det kan gjøres noe i Alta. Hvilke anbefalinger kan det gis til styret?

MB: Hva med å ta inn overforbruket i budsjettet? Det vil si vise hva vi er underbudsjettet med.

TH: Finnes det oversikt over stillinger som er frikjøpt til prosjekter og utvalg som kan tas inn i pasientarbeid. Kan man spare noe der?

KN: Håper vi blir å fortsette med heltidskultur. Hva betyr for eksempel pasientrettede stillinger i ansatt oversikten? Hvar gjør de menneskene?

Vet at vi har en del ting der vi taper ganske mye penger. Leier inne en del vikarer som egentlig har ganske gode dager. Kan man spare noen uker ved litt mer samkjøring og koding? Er det ikke bedre å få inn de pengene vi kan få inn, før vi skal kutte ned.

Hva gjør vi når pasientene ikke «gidder» å møte opp?

SSJ/JN: Pasientrettede stillinger kan være støttepersonell som koordinatorene, radiografer, bioingeniører etc. Vi må gå nærmere inn i tallene og analysere disse.

LN: Vi tar kontakt senere når vi har besluttet hvordan vi går videre i 4.1. Det er en frist 5. april, og vi må finne ut hvordan vi skal ha samarbeid frem til da for at vi skal få innspill, og eventuelt at vi vet hvor vi står fra hverandre.

Vi er tilgjengelig for dere.

4.2 bruk av spesialsykepleiere - jobbglidning

Presentasjon av Trond.

Gruppen brukte en del tid på å bearbeide frustrasjon ved starten av arbeidet.

Det har vært jobbet med følgende punkter:

- Tverrfaglig team og sammensetning.
- Sikre riktig kompetanse
- Minimumskrav og det beste
- Stabilisere
- Rekruttere
- Organisering av enhet for å nå mål

JN: Et forslag kan være å etablere intermediepost mellom medisinsk sengepost og intensiv for å redusere belastning av intensivsykepleiere.

RJ: Fått en del ut av at vi har jobbet sammen på tvers. Fått mer innblikk i hvordan de andre jobber.

LN: Går det an å lage en karriereplan for de som ønsker (må være motiverte) allerede når de starter for hvordan de kan gå videre til spesialisering.

MB: Mange gode planer og ideer. Trainee fungerer dersom det er godt fulgt opp. Det må være et helt klart løp. Dersom det er ikke er det mister folk fort motivasjon. Skeptisk til intermediepost. Vi er for små til å få effekt av dette.

KN: Enig i å ta tak i sykepleierstudentene tidlig. Kommunen er tidlig på for å binde sykepleierne til kommunene. Burde vi kunne tenke som kommunen og gi penger for å binde studentene. Ta tak i dem før de starter på utdanningen.

MB: Få inn tidlig er viktig for å få inn studentene i helger, ferie etc.

TS: Selge at det er mye mer spennende å jobbe i spesialisthelstjenesten.

TH: Desentraliserte studenter. Mange tar dette senere i livet. Har forpliktelser til familie og andre.

KN: Vi er dårlig på å ha sykepleierpoliklinikk.

MB: Paramedic (bachelor) studenter i akutt mottak – har vært vellykket.

TS: Gruppen har også sett på samarbeid på tvers. Vi ser at vi kunne fått en del ut av om vi hadde jobbet på tvers

Oppsummert: Det har vært en god prosess i gruppen og klinikkjefene ser at det også bygger kultur på tvers av sykehus og klinikk. Det er positivt.



Logg Informasjons og dialogmøte 30.03.2022

Møtested: Teams

Tidsrom: 30.03.2022 kl 08.30-10.30

Deltakere:	Initialer
Tillitsvalgte og verneombud	
FTV Fagforbundet Ole I Hansen	
HTV NSF Aud Mariana Bergman	MB
FTV NSF Kicki Nytnun	KN
FTV Den norske legeforening- Tone Hagerup, overlegene	TH
Forfall:	
HTV NSF Evy Fjeldstad	EF

Arbeidsgiver

Lena Elisabeth Nielsen, klinikk sjef Klinikk Alta	LN
Jørgen Nilsen, klinikk sjef Klinikk Hammerfest	JN
Forfall:	
Rita Jørgensen; klinikk sjef Klinikk Kirkenes og Sámi Klinikk	RJ

Kapittel 4.1

Innledning

Tillitsvalgte presiserte at innkallingen har vært utydelig på hvem som skulle delta og hvem ikke. Forventet at de som var med på siste møtet fikk en innkalling.

Svar: Beklager det. Det var en god tanke at vi gjorde det slik vi gjorde. Det er sensitive vedlegg som skal sendes ut så vi vil være noe mer varsom. Tar det til etterretning.

Siden møtet 22. mars har vi hatt styremøte og styremøte og drøftet videre i klinikk sjefgruppen. Utkastet Versjon 2 29.03.22 skal vi gå igjennom i dette møtet så har dere muligheten den neste uken til å lese utkastet og komme med innspill, spørsmål til formuleringer som ikke er gode eller kan misforstås mm.

Klinikk sjefene har et oppdrag om å ta ned senger og pleiefaktor på nevnte sengeenheter. Det som drøftes i forslaget er antallet og pleiefaktor.

Kicki:

Er kir- ort HSYK beleggsprosent endret?

Svar:

- Ja derfor har vi ikke foreslått nedtak av senger der.
- Medisinsk sengepost har hatt kohorter. Det har heller ikke kommet godt nok frem i HN LIS.
- Vi har i rapporten presisert at alle enheter må sørge for et faktisk antall senger i HN LIS slik at vi kan forholde oss til disse tallene i fortsettelsen og oppfølgingen i årene fremover.

Sparer på ørene og kaster ut 1000-lappene. Hvordan få tak i inntektene? Husleie på kontorleie som brukes er en stor kostnad. Mange administrative stillinger – disse bør også vurderes.

Ole:

- Har ikke lest utkastet som ble sendt ut for 30 minutter side, men har lest KPMG rapporten. Mer lønnsomt med inneliggende pasienter enn med dagbehandling i følge KPMG.
- Er det gjort vurderinger rundt pleiefaktor medisinsk sengeenhet og kir/ort sengeenhet, at disse er lik? Forstår at det er gjennomgående høyt trykk på medisin.
- Ikke oppsigelser, men må vi anta at noen sier opp selv, og hvordan unngår man det?
- Beleggsprosent: Hvordan regner vi? Bra med jobbglidning.
- Leie av kontorer: Bedre å eie enn å leie.

Tone:

- Pleiefaktorer: Forskjell hvilken type medisin og hvilken type kir-ort. Der er nasjonal standard for slag. Selv ikke etter at vi hadde tilsyn i Kirkenes er vi i nærheten antallet senger og personell. Oppgaveglidning betyr at noen som kunne gjort jobben bedre, raskere og billigere enn legene men ofte blir det det motsatte. Dette har det vært snakk i mange år.

Mariana:

- Alle de pålagte oppgavene vi har fått fra Helse Nord, PSHT team for eksempel som ikke har finansiering med. Det er sikkert mange andre ting som det ikke følger midler med. Det er utfordrende.
- Jeg får ikke tallene til å gå opp, for eksempel to kirurgiske tun i Kirkenes der det ene stenger i helgene. Bemanningen der er 18 personer inkludert leder og fagsykepleier, heltidsstillinger og hver tredje helg. Vi vinner ingenting med forslaget i Kirkenes. Enten må du redusere stillingsprosenten eller du må jobbe flere helger. Det er ikke ønsket. Vi lager ris til egen bak.
- Bemanningsplanleggerne burde heller støtte opp om GAT istedenfor at det er to forskjellige funksjoner.

Kapittel 4.1

Jørgen Nilsen gikk gjennom utkastet:

Pleiefaktor

Er pleiefaktoren annerledes på slag? Det bør vi vurdere. Det er bare anbefalinger fra nasjonalt hold, men viktig å ta hensyn til.

Indremedisin Hammerfest sykehus

Legebemanningen på medisinsk avdeling har i mange år vært utfordrende og isolert sett er det slik at ved å sørge for stabil bemanning, gjerne med leger fra andre sykehus, vil redusere innleiekostnaden på foretaksnivå. Sykehuset har lyktes i å få en rimelig stabil LIS bemanning og vi har flere i utdanning. I den fasen fra nå frem til vi har utdannet egne spesialister er det et behov for å få til avtaler med andre sykehus som ikke har rekrutteringsutfordringer til å bistå. Vi har lyktes med slike tiltak på barneavdelingen. Det ligger i rapporten. Vi ser det på analysene fra delprosjekt 4.3 at kostnad pr døgnopphold er dobbelt så stor i Hammerfest som andre sykehus vi sammenligner oss med. Sammen med situasjonen på intensiv i Kirkenes er dette etter klinikksjefenes de to viktigste tiltakene for vår driftsøkonomi.

Nye Hammerfest sykehus

Planen er å ta ned stillinger inn mot NHS. Denne prosessen forskutterer denne planen. Det er viktig at vi ikke teller effekten to ganger.

Nye stillinger

Ca 50 stillinger som vi ikke har budsjettdekning for pr nå. Det skriver vi noe om i rapporten. Stillinger innenfor budsjetttramme som viser avviket. Opprettelse av Klinikk Alta og Sàmi Klinikk har medført økt antall stillinger. Somatikk i Alta har overforbruk.

Kommentarer:

Kicki: Presisering fra OD: OD 2022 ut fra 2019 redusere innleie med 30%, det står ikke at vi skal ned på 2019 bemanningsnivå.

Mariana: Intensiv Kirkenes er 15 stillinger.

Ole: Pålegg uten finansiering eller innenfor egen ramme er utfordrende. Kan vi få en liste over de pålegg vi har fått som ikke har finansiering eller delfinansiering? Vi jobber i våre systemer.

Klarer vi dette?

Jørgen: Analogi fra prosesser der vi har sagt at vi ikke klarer det og så har vi klart det allikevel.

Kicki: Hvordan skal vi kommunisere til de ansatte at vi skal gjøre dette? Koding er et tema som vi har et forklaringsproblem- vi må få inn pengene før vi reduserer pasientbehandling.

Mariana: Har vi sett på hvordan Harstad har jobbet? Oppbemannet avdelingene for å unngå overtid og innleiekostnadene. Svar: Det vil vi ta med oss å kontakte Harstad. Godt innspill.

TILTAK

Gjennomgang av forslagene slik de foreligger pr nå. Kommentarene nedenfor.

Alta:

- Flytskjema hvordan Kirkenes kan bruke Alta bør komme med. Kirkenes har pasienter som flyttes over til Alta. Bør være foretaksovergrepene.
- Skrive om teksten om indremedisin (skal ikke omprioriteres til for eksempel sykepleie men til poliklinikk).
- Hjertesviktpoliklinikk fordrer utdanning kardiologisk sykepleier i Alta.
- Tror ikke vi kan starte uten kardiolog. Det krever kardiolog.
- Stavanger og Egersund, kanskje de kan gi oss noe nyttig der.

Hammerfest

- Sjekk pleiefaktor i slagenheten og om den differensierer fra normen dere foreslår.
- Bemanningsressurs i HR må forholde seg til rammeavtalen for årsturnus. Vi har bedt om en evaluering av kalenderplan. Kalenderplan fordrer stabil bemanning og mange vakanser. Det er diskusjon om klinikkssjefene mener at vi ikke skal ha kalenderplan/årstunus. Klinikksjefene forholder seg til at det er en beslutning om at vi skal planlegge etter årsturnus i FIN. Det er en diskusjon som bør tas på de ulike enhetene. Vi tenker at en evaluering er rett å gjøre. Med kalenderplan vet vi hvordan kostnadene vil være ut 2022 allerede nå.
- Definere hva vi mener med pasienthotell, det er et hotell som ikke er bemannet med helsepersonell. Vi har noen rom inne på HSYK, bruker hotell der ved behov og over hele fylket.
- Pleiefaktor på kvinne/føde må vi finne. Vi tenker at det er 2.
- Jørgen skal legge til et nytt punkt til rekrutteringsstilling som et punkt 3 under kvinne-føde.

Kirkenes

- Det er ikke fysisk mulig å ha korridorpasienter, det er ikke toaletter og ikke forskriftmessig brann.
- Medisinsk sengeenhet: Bemanningsplanlegging: 2 senger vil ikke redusere noe på personell i Kirkenes. Man må ha et visst antall personer på vakt. I realiteten vinner man ikke noe på dette. Vi lager bemanningsplaner utfra helgene.
- Kirurgisk sengeenhet: De to personene som vi har pr vakt må vi ha uansett.
- Det kan bli et tallspill. Klarer man å redusere innleie så vil det være en innsparing.
- Det må være en faglig forsvarlighet.
- I Hammerfest er det hinkehelg. Dit skal Kirkenes ikke! Det vil velte lasset hvis vi innfører tvungen hinkehelg. Det må være frivillig og en kompensasjon for det.
- Intensiv: Vi har fått ok for 15 stillinger på Kirkenes. Det er der vi er underbudsjettet. Vi har vært kjempeflink og er på vei til ansettelse, har brukt

offentlig godkjente, brukt paramedics. Finansieringen er ikke på plass. Svar: Det er ikke en del av dette delprosjektet, men det er signaler på at vi skal jobbe som i dag.

Prosessen videre/oppsummering

- Hvordan skal vi jobbe videre. NSF kan ikke støtte et nedtak av senger eller pleiefaktor. Det har NSF sagt hele veien.
- Alta ok det er villet å styrke ressursene på poliklinikk når beleggprosenten er så vidt lav. Vi ser på samarbeid på tvers. Hammerfest og Kirkenes dette er kjempevanskelig og det vil det være. Det viktige er at vi står sammen som ett lag på tvers av klinikkene og tenker at dette skal vi få til.
- Hammerfest: Vi skal inn i et nytt sykehus og det er et mulighetsrom særlig på avd kvinne/barn.
- Vi må ha en kanongod plan for hva vi gjør når det er fullt. Det krever denne løsningen.
- Ole: Pålegg uten finansiering eller innenfor egen ramme er utfordrende. Kan vi få en liste over de pålegg vi har fått som ikke har finansiering eller delfinansiering? Vi jobber også politisk med dette i våre systemer.
- Kicki: Vi må ikke glemme prehospital også.
- Mariana: Det som er viktig for folk er at vi ikke ensrettet ser på de som jobber pasientnært. Det er et viktig signal til saken. Svar: Oppfordrer fagforeningene til evt å være i forkant av at AD skriver saken til styremøte å sier noe om de faktorene som ikke gjelder sengeantall og pleiefaktor. Kan sendes til AD.

De som har innspill til utkastet, både innhold, fag eller ren tekst sender det til klinikkssjefene i løpet av uka.

Jørgen tar kontakt med HTV NSF tidlig neste uke for dialog da hun er på ferie denne uka.



Til: Delprosjekt 4.1 Kostnadseffektivisering

Fra: Klinikk Alta

1. Overordnet - Tilbakemelding fra enheten på analysen som foreligger

Klinikk Alta somatisk sengeenhet har gjennomgått analysen som foreligger og har følgende tilbakemelding på situasjonsbeskrivelsen:

Generell tilbakemelding:

- Sengeenheten hadde oppstart høsten 2019 og har variert pga legedekning, sykepleier/hjelpepleierrekruttering og pandemi.
- Når Alta tar ned pleiefaktor til det nivået vi er pr nå (1,28) gjør det enheten sårbar i forhold til helgedrift og dialyse fordi det er ingen stordriftsfordeler i klinikken. Normen på ensengsrom er 1,4. I dag har vi en turnus på 1,28.
- Når Hammerfest sykehus har hatt smitteutbrudd i 2021 så har Alta hatt topper.
- Hammerfest sykehus kan ha overbelegg og Alta har kapasitet, det er et forbedringsfokus som er iverksatt.
- Pasientflytprosedyre: Det er pasientens behov for medisinskfaglig oppfølging som skal legges til grunn for om og når pasienten kan overflyttes Alta. Det er et forbedringsfokus.

Oppsummering:

- Trenden er at beleggsprosenten har ligget på ca 60% historisk sett. Det er to tiltak som kan gjennomføres
 - 1) At pasientene innenfor kategorien som skal ligge i Alta overføres til Alta, eller
 - 2) At vi tar ned antallet senger med 4.

Denne problemstillingen må være en kontinuerlig dialog med Hammerfest sykehus.

Konsekvensen er i all hovedsak at det da er behov for kun en lege på sengeposten. Sårbarheten fravær høye vakanskostnader.

Utvikling av tilbudet i Alta vil stoppe opp med tanke på å bygge et kompetansemiljø. Legespesialister på poliklinikk er så det videre satsingsområde som for eksempel ØNH og indremedisin.

2. SWOT analyse

Sterke sider

Hva er avdelingen/enhetens viktigste sterke sider som vi må bygge på i det videre gitt den analysen som foreligger?

- Når en eventuell finansiering foreligger bruke de 10 rommene til behandling av pasienter innen fagområder vi i dag ikke har et lokalt tilbud til for eksempel geratri og slagutredning.

Svake sider

Hva er avdelingen/enhetens svake sider som gjør situasjonen vanskeligere i den situasjonen vi står overfor?

- Målet i Alta er å bygge opp et sengetilbud med kompetanse for behandling av pasienter der det er medisinsk faglig forsvarlig. Å ta ned 4 senger gjør at vi reverserer dette målet noe. Klinikledelsen forholder seg til beleggsprosent og pleiefaktor og i det ser vi at det er behov for 10 i senger i Alta pr nå gitt kompetanse og prosedyre for overføring av pasienter.

Trusler

Hvilke forhold i og rundt avdelingen/enheten er viktig å ta hensyn til for å nå de forslag som analysen påpeker?

- Der er en annen forventning hos vertskommune og politikere i Alta. Det må utarbeides en plan for dialog og medvirkning for dette. Denne dialogen må komme på plass før styrebehandling.

Muligheter

Hvilke tiltak/muligheter ser avdelingen/enheten at vil være riktig å iverksette?

- 10 ledige sengerom i Alta vi kan fylle med tilbud som det er behov for i dag som pasientene i dag må reise for å få utredning på, ofte kronikere og eldre etter prinsippet: Finne nisje som Alta kan være god på i Finnmark som krever innleggelse og som kan gjøres uten akuttlinjen:

For eksempel:

- Kols (nå sendes disse pasientene).
- Mulighet for videreutvikling av klinikken jf OD 2022 for eksempel geratri (i relasjon til omsorgssenteret) og slagutredning (5 dagers HAVO Kirkenes).
- Dagkirurgisk senter (15 mnok): Sengerom kan benyttes i relasjon til denne utviklingen.

Avsluttende kommentarer

Er det noe dere ikke har fått gitt innspill på gitt den strukturerte malen som burde være kommunisert?

- Normen for ensengsrom må kvalitetssikre og brukes av alle i prosessen. Vi mener den er 1,4.
- Prosessen må evalueres fortløpende.
- Beredningskapasiteten i Finnmark må vurderes gitt totalt sengeantall.



Notat

Til: Delprosjekt 4.1 Kostnadseffektivisering

Fra: Avdeling/enhet.

Barne og ungdomsenheten

Bakgrunn

I forbindelse med foretakets handlingsplan for kostnadseffektivisering er det gitt et oppdrag til klinikkene å vurdere antallet senger, pleiefaktor og bemanning på sengeenhetene. Se oppdrag vedlegg 1. Sengeenhetene i psykisk helsevern og avhengighet er ikke tatt med i denne analysen. Det vil være naturlig å se på dette i etterkant av vårt arbeide.

Det foreligger nå en foreløpig analyse for sengeenhetene ved Kirkenes sykehus, Hammerfest sykehus og sengeenheten i Klinikk Alta. Se analyse vedlegg 2.

Oppdrag

Neste steg i prosessen vil være at alle berørte avdelingsledere og enhetsledere får tilgang til analysen, går gjennom tallene og utviklingen, og gir en tilbakemelding på analysen. Dette gjøres i denne malen og har frist fredag 18. mars kl 12.

Tilbakemeldingen må nødvendigvis gjøres strukturert slik at vi kan få inn punktene i en felles struktur.

1. Den første del av tilbakemeldingen vil være kommentarer i tekst på analysen.
2. Den andre del av tilbakemeldingen er å fylle inn de viktigste punktene enheten mener er viktig i det videre arbeidet med dette. Analyseverktøyet som er valgt er SWOT analyse. En slik analyse skal påpeke sterke og svake sider ved analyseresultatene, truslene og mulighetene enheten har gitt de tallene som foreligger. Det er nok i denne omgang å påpeke i stikkordsform.

Medvirkning

Foretakstillitsvalgte og vernetjenesten informeres om prosessen onsdag 16. mars i Informasjon og drøftingsmøter. Det er viktig å se at både tillitsvalgte og verneombud vil være viktige bidragsytere i prosessen også på avdelings- og enhetsnivå.

1. Overordnet - Tilbakemelding fra enheten på analysen som foreligger

Barne og ungdomsavdelingen er ikke en del av KPMG rapporten, vi kan derfor ikke gi tilbakemelding på denne.

Bemanningsplanen som er angitt i vedlegget er ikke korrekt, ei heller stillingshjemler i budsjett. Vi kommer gjerne med korrekt bemanningsplan om dette er ønskelig.

*Det er viktig å få frem at vi **ikke er en ren sengepost**, vi har mange funksjoner, vi har ansvar for:*

- *Poliklinikk (personalet jobber både i avd og i poliklinikk, vi har ikke rene poliklinikkstillinger)*
- *Dagbehandlinger, både medisinske, kir/ort og ØNH pasienter*
- *Akuttenthet, vi tar imot pasientene selv uten hjelp av mottaksenheten i 1. etg*
- *Beredsskap (akuttalarm) for store barn og syke nyfødte. Innebærer at en barnespl/erfaren spl går med akuttalarm og er ansvarlig for klargjøring til, samt mottak og stabilisering av kritisk/alvorlig sykt barn i samarbeid med bla barnelege, anestesilege, anestesipl oa). Vi er tilknyttet alarm for asfyksi, akutt sectio, nyfødteam, barneteam og traume hvor barn inngår.*
- *Nyfødt enhet med syke nyfødte og premature barn*

I dag jobber ansatte 3 av 8 helger/hinkehelger, på tross av økt helgejobb mangler vi over 3 ansatte for å dekke alle helger pr år og ytterligere 3 for at personalet skal kunne jobbe hver 3 helg. Helgebemanningen består av 3 ansatte på hver vakt, fordelt på ulik kompetanse.

Vi er en spesialavdeling og det er vanskelig å få tak i vikarer, både privatvikarer, men også vikarer fra byrå. Innleie på vakter som ikke er dekket, må ofte dekkes av ansatte som allerede jobber i 100% stilling, dette medfører økt overtidsbruk, allerede før vi får inn sykefravær.

2. SWOT analyse

Sterke sider

Hva er avdelingen/enhetens viktigste sterke sider som vi må bygge på i det videre gitt den analysen som foreligger?

Barne og ungdomsavdelingen er ikke en del av KPMG rapporten

Svake sider

Hva er avdelingen/enhetens svake sider som gjør situasjonen vanskeligere i den situasjonen vi står overfor?

Barne og ungdomsavdelingen er ikke en del av KPMG rapporten

Trusler

Hvilke forhold i og rundt avdelingen/enheten er viktig å ta hensyn til for å nå de forslag som analysen påpeker?

Barne og ungdomsavdelingen er ikke en del av KPMG rapporten

Muligheter

Barne og ungdomsavdelingen er ikke en del av KPMG rapporten

Hvilke tiltak/muligheter ser avdelingen/enheten at vil være riktig å iverksette?

Avsluttende kommentarer

Er det noe dere ikke har fått gitt innspill på gitt den strukturerte malen som burde være kommunisert?

Det vil være fornuftig å styrke bemanningen i barne og ungdomsavdelingen. Vi har behov for å dekke grunnbemanningen slik at vi unngår «hull i turnus».



be

Notat

Til: Delprosjekt 4.1 Kostnadseffektivisering

Fra: Avdeling/enhet.

Bakgrunn

I forbindelse med foretakets handlingsplan for kostnadseffektivisering er det gitt et oppdrag til klinikkene å vurdere antallet senger, pleiefaktor og bemanning på sengeenhetene. Se oppdrag vedlegg 1. Sengeenhetene i psykisk helsevern og avhengighet er ikke tatt med i denne analysen. Det vil være naturlig å se på dette i etterkant av vårt arbeide.

Det foreligger nå en foreløpig analyse for sengeenhetene ved Kirkenes sykehus, Hammerfest sykehus og sengeenheten i Klinikk Alta. Se analyse vedlegg 2.

Oppdrag

Neste steg i prosessen vil være at alle berørte avdelingsledere og enhetsledere får tilgang til analysen, går gjennom tallene og utviklingen, og gir en tilbakemelding på analysen. Dette gjøres i denne malen og har frist fredag 18. mars kl 12.

Tilbakemeldingen må nødvendigvis gjøres strukturert slik at vi kan få inn punktene i en felles struktur.

1. Den første del av tilbakemeldingen vil være kommentarer i tekst på analysen.
2. Den andre del av tilbakemeldingen er å fylle inn de viktigste punktene enheten mener er viktig i det videre arbeidet med dette. Analyseverktøyet som er valgt er SWOT analyse. En slik analyse skal påpeke sterke og svake sider ved analyseresultatene, truslene og mulighetene enheten har gitt de tallene som foreligger. Det er nok i denne omgang å påpeke i stikkordsform.

Medvirkning

Foretakstillitsvalgte og vernetjenesten informeres om prosessen onsdag 16. mars i Informasjon og drøftingsmøter. Det er viktig å se at både tillitsvalgte og verneombud vil være viktige bidragsytere i prosessen også på avdelings- og enhetsnivå.

1. Overordnet - Tilbakemelding fra enheten på analysen som foreligger

Føde/gyn. Sengepost og poliklinikk har gjennomgått analysen som foreligger og har følgende tilbakemelding på situasjonsbeskrivelsen:

Vår enhet er ikke med i analysen (hvis dere refererer til KPMG rapporten).

Bemanningsplanen som er vedlagt har ikke vi kjennskap til, den er også for lite detaljert til å si noe om hva som er rett/feil i denne. Vi skal skrive ny bemanningsplan så snart som mulig. (De neste ukene går til turnusskriving.) Som nye ledere ved enheten trenger vi tid til å sette oss inn i dette for å få gjort en grundig jobb.

Når ny bemanningsplan skrives må rapportene «*Et trygt fødetilbud*» (Helsedir., 2010), spesielt kap. 8.3 «*Krav til bemanning og kompetanse*» samt «*Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem*» (Helsedir., 2020) hensyntas.

En bemanningsplan må ta høyde for at fødepopulasjonen har endret seg, pasientene trenger mer oppfølging før, under og etter fødsel. Selv om fødetallene har gått ned, har de altså blitt mer kompliserte, noe som gjør at de krever tettere oppfølging.

Ukjent for oss om pasientbelegget det vises til har med den nyfødte i regnskapet. Hvis ikke er det en kommentar at når bemanningsplaner lages må en ta høyde for at den nyfødte også krever oppfølging av personalet. Bemanningsplanen må også ta høyde for at det kreves personal til å dekke vår akutfunksjon, polikliniske konsultasjoner inne på sengeposten av den gravide samt barselkvinnen. Det går også med ressurser til telefonrådgivning av gravide, barselkvinner samt gyn.kvinner. Vi er også pålagt å drive kurs i obstetriske akutte hendelser, nyfødt BEST, kurs til ambulansetjenesten/kommunejordmødre og -leger, samt HLR. For å yte kvalitet på barseloppfølgingen kreves det også ekstra ressurser. I tillegg har vi jordmødre som blir tatt ut av sengepost for å gjøre ultralyd, samt jordmødre som ambulerer til svangerskapsomsorgen i Havøysund og Hasvik. Dette må det tas hensyn til i bemanningsplaner.

Det kan ikke styres tidspunkt for når fødsler oppstår, trykket har store svingninger. Vi må være bemannet til å håndtere flere fødsler samtidig hele døgnet.

Vi har flest innleggelser på formiddagen, dette er det de elektive pasientene som trekker opp. Utskriving mellom kl 12-16 er vanlig fordi da er legevisittene samt diverse undersøkelser av mor/barn, utreisesamtaler og jordmorepikriser ferdigstilt. Derfor er det nødvendig å være bedre bemannet på dagtid.

Enhetsleder og fagutvikler jobber ikke turnus.

Vi kan altså ikke stå inne for vedlagte bemanningsplan, ny skal lages.

Legger ved «*Handlingsplan,, Arbeidsgruppe 4.2 spesialsykepleiere – jobbglidning Føde/gyn*» som beskriver våre utfordringer og planer.

2. SWOT analyse

Sterke sider

Hva er avdelingen/enhetens viktigste sterke sider som vi må bygge på i det videre gitt den analysen som foreligger?

- Vår enhet er ikke med i analysen/KPMG

Svake sider

Hva er avdelingen/enhetens svake sider som gjør situasjonen vanskeligere i den situasjonen vi står overfor?

- Vår enhet er ikke med i analysen/KPMG

Trusler

Hvilke forhold i og rundt avdelingen/enheten er viktig å ta hensyn til for å nå de forslag som analysen påpeker?

- Vår enhet er ikke med i analysen/KPMG

Muligheter

Hvilke tiltak/muligheter ser avdelingen/enheten at vil være riktig å iverksette?

- Vi har gjort en vurdering av enhetens forbedringspotensiale vedrørende jobbglidning. Legger ved «*Handlingsplan,, Arbeidsgruppe 4.2 spesialsykepleiere – jobbglidning Føde/gyn*»

Avsluttende kommentarer

Er det noe dere ikke har fått gitt innspill på gitt den strukturerte malen som burde være kommunisert?



Notat

Til: Delprosjekt 4.1 Kostnadseffektivisering

Fra: Avdeling/enhet.

Kirurgisk/Ortopedisk

Bakgrunn

I forbindelse med foretakets handlingsplan for kostnadseffektivisering er det gitt et oppdrag til klinikkene å vurdere antallet senger, pleiefaktor og bemanning på sengeenhetene. Se oppdrag vedlegg 1. Sengeenhetene i psykisk helsevern og avhengighet er ikke tatt med i denne analysen. Det vil være naturlig å se på dette i etterkant av vårt arbeide.

Det foreligger nå en foreløpig analyse for sengeenhetene ved Kirkenes sykehus, Hammerfest sykehus og sengeenheten i Klinikk Alta. Se analyse vedlegg 2.

Oppdrag

Neste steg i prosessen vil være at alle berørte avdelingsledere og enhetsledere får tilgang til analysen, går gjennom tallene og utviklingen, og gir en tilbakemelding på analysen. Dette gjøres i denne malen og har frist fredag 18. mars kl 12.

Tilbakemeldingen må nødvendigvis gjøres strukturert slik at vi kan få inn punktene i en felles struktur.

1. Den første del av tilbakemeldingen vil være kommentarer i tekst på analysen.
2. Den andre del av tilbakemeldingen er å fylle inn de viktigste punktene enheten mener er viktig i det videre arbeidet med dette. Analyseverktøyet som er valgt er SWOT analyse. En slik analyse skal påpeke sterke og svake sider ved analyseresultatene, truslene og mulighetene enheten har gitt de tallene som foreligger. Det er nok i denne omgang å påpeke i stikkordsform.

Medvirkning

Foretakstillitsvalgte og vernetjenesten informeres om prosessen onsdag 16. mars i Informasjon og drøftingsmøter. Det er viktig å se at både tillitsvalgte og verneombud vil være viktige bidragsytere i prosessen også på avdelings- og enhetsnivå.

1. Overordnet - Tilbakemelding fra enheten på analysen som foreligger

Kirurgisk/Ortopedisk avdeling har gjennomgått analysen som foreligger og har følgende tilbakemelding på situasjonsbeskrivelsen:

Vi har gjennomgått analysen, og mener det blir vanskelig å svare da det i regnestykket er beregnet 22 senger hele året.

Vi går ned til 17 senger fra kl. 14.30 fredag til og med mandag kl. 07.00. I tillegg går vi ned til 17 senger 9 uker på sommeren og helligdager (ca. 10 per år, 13 hvis vi inkluderer halve helligdager).

Derfor er belegningsprosenten i rapporten feil. Vi vil være nærmere en belegningsprosent på ca. 90 % enn 82 %.

2. SWOT analyse

Sterke sider

Hva er avdelingen/enhetens viktigste sterke sider som vi må bygge på i det videre gitt den analysen som foreligger?

- *Kirurgisk/Ortopedisk avdeling er en stor produserende avdeling som genererer høy DRG inntekt til klinikken.
Vi er flere forskjellige fagfelt, og dermed et bredt spekter. Blant annet ortopedi, generell kirurgi, gastro generell kirurgi, karkirurgi, ØNH, urologi, øye, onkologi og plastikk.
Vi har også stor poliklinisk aktivitet. Vi bruker de ansatte på tvers av enhetene, både sykepleiere og leger jobber både på sengepost og poliklinikk.*

Svake sider

Hva er avdelingen/enhetens svake sider som gjør situasjonen vanskeligere i den situasjonen vi står overfor?

- *Liten mulighet for oppgaveglidning. Det er ikke budsjettert med flere assistent stillinger enn 1,7. Dermed må sykepleiere brukes til å frakte pasienter, servere mat, vaske senger o.l.
Lav grunnbemanning grunnet vansker med rekruttering og stabilisering. Må leie inn mye på overtid på grunn av det. Svært få søkere til stillinger. Høy turnover grunnet mange ansatte fra andre deler av landet.
Svært sårbar ved sykefravær grunnet lav grunnbemanning.*

Trusler

Hvilke forhold i og rundt avdelingen/enheten er viktig å ta hensyn til for å nå de forslag som analysen påpeker?

- *Et evt. nedtak av personell vil medføre lavere elektiv drift. Med lengre ventelister og mindre inntekt til foretaket. Flere pasienter vil også måtte opereres ved andre sykehus. Større utgifter med vikardekning/overtidsinnleie ifbm sykefravær.*

Muligheter

Hvilke tiltak/muligheter ser avdelingen/enheten at vil være riktig å iverksette?

- *Ansatte flere assistenter for å kunne iverksette oppgaveglidning, **men dette må ikke gå på bekostning av dagens sykepleierdekning.** Åpningstidene på DKI burde forlenges slik at pasientene skal unngå å bli overliggere i sengeposten.*

Avsluttende kommentarer

Er det noe dere ikke har fått gitt innspill på gitt den strukturerte malen som burde være kommunisert?

Det poengteres at tallene brukt i rapporten er feil. Vi har 22 senger på vanlige ukedager og 17 senger i helg/helligdager/sommertid.



Notat

Til: Delprosjekt 4.1 Kostnadseffektivisering

Fra: Avdeling/enhet.

Bakgrunn

I forbindelse med foretakets handlingsplan for kostnadseffektivisering er det gitt et oppdrag til klinikkene å vurdere antallet senger, pleiefaktor og bemanning på sengeenhetene. Se oppdrag vedlegg 1. Sengeenhetene i psykisk helsevern og avhengighet er ikke tatt med i denne analysen. Det vil være naturlig å se på dette i etterkant av vårt arbeide.

Det foreligger nå en foreløpig analyse for sengeenhetene ved Kirkenes sykehus, Hammerfest sykehus og sengeenheten i Klinikk Alta. Se analyse vedlegg 2.

Oppdrag

Neste steg i prosessen vil være at alle berørte avdelingsledere og enhetsledere får tilgang til analysen, går gjennom tallene og utviklingen, og gir en tilbakemelding på analysen. Dette gjøres i denne malen og har frist fredag 18. mars kl 12.

Tilbakemeldingen må nødvendigvis gjøres strukturert slik at vi kan få inn punktene i en felles struktur.

1. Den første del av tilbakemeldingen vil være kommentarer i tekst på analysen.
2. Den andre del av tilbakemeldingen er å fylle inn de viktigste punktene enheten mener er viktig i det videre arbeidet med dette. Analyseverktøyet som er valgt er SWOT analyse. En slik analyse skal påpeke sterke og svake sider ved analyseresultatene, truslene og mulighetene enheten har gitt de tallene som foreligger. Det er nok i denne omgang å påpeke i stikkordsform.

Medvirkning

Foretakstillitsvalgte og vernetjenesten informeres om prosessen onsdag 16. mars i Informasjon og drøftingsmøter. Det er viktig å se at både tillitsvalgte og verneombud vil være viktige bidragsytere i prosessen også på avdelings- og enhetsnivå.

1. Overordnet - Tilbakemelding fra enheten på analysen som foreligger

Med.sengeenhet har gjennomgått analysen som foreligger og har følgende tilbakemelding på situasjonsbeskrivelsen:

Inn og utskrivningstidspunkt: Vi påpeker at det legges inn pasienter gjennom hele døgnet (slide nr 14). Fra ca kl 10 når elektive pasienter ankommer, samt ø- hjelp, og pasienter som er forespeilet utskrevet fortsatt er i avdelingen, er det et høyt pasientantall som er fysisk tilstede i avdelingen. Dette krever mye av personalressurser, i form av oppfølging av den enkelte pasienten, men også logistikk i fht plassering, innkomst, utskrivelse osv.

Rapporten påpeker at vi har et for høyt sengetall og for mange pleiere og for høy pleiefaktor pr seng. Vi vil påpeke at det ikke bare er antall senger som er avgjørende for hvor mange pleiere det er behov for. Vi ser at pasientene er mer pleiekrevende enn tidligere, og det har de siste årene vært behov for ekstra ressurser utover grunnbemanning i stor grad.

Vi teller daglig (Manuelt), antall pasienter i avdelingen kl 07. Samtidig telles korridorpasienter, isolasjonspasienter, utskrivningsklare pasienter, antall mors mm.

Vi har sett på tall for de siste 3 årene for å synliggjøre behovet for ekstra ressurser:

*2019: 484 utskrivningsklare døgn (vi har ikke tall for november, så det antas å være flere).
36 dødsfall
739 isolasjonsdøgn*

*2020: 355 utskrivningsklare døgn (noe mindre pga oppstart pandemi, der det var fokus på å få ut pasienter til kommune snarlig).
21 dødsfall
1255 isolasjonsdøgn*

*2021: 490 utskrivningsklare døgn
32 dødsfall
816 isolasjonsdøgn (sannsynligvis et mye høyere tall. Det antas at personell som har skrevet inn tall kan ha skrevet antall rom og ikke pasienter i kohort).*

2. SWOT analyse

Sterke sider

Hva er avdelingen/enhetens viktigste sterke sider som vi må bygge på i det videre gitt den analysen som foreligger?

- Faglig kompetanse og ønske om muligheter for faglig utvikling.
- Engasjement
- Stabil ledelse, med høy tilstedeværelse

Svake sider

Hva er avdelingen/enhetens svake sider som gjør situasjonen vanskeligere i den situasjonen vi står overfor?

- *Høy turnover*
- *Høyt sykefravær*
- *Logistikkutfordringer vedr utskrivelser (avgjørelse om utskrivelser sent)*

Trusler

Hvilke forhold i og rundt avdelingen/enheten er viktig å ta hensyn til for å nå de forslag som analysen påpeker?

- *Høy turnover*
- *Høyt sykefravær*

Muligheter

Hvilke tiltak/muligheter ser avdelingen/enheten at vil være riktig å iverksette?

- *Stabiliseringstiltak, og rekrutteringstiltak.*
- *Mulighet for å tilby lærlinger jobb etter endt lærlingetid.*
- *Bedre rammer for støtte til videreutdanning som ikke utdanner ansatte bort fra sengeenhet, men høyner fagkompetanse og kvalitet.*

Avsluttende kommentarer

Er det noe dere ikke har fått gitt innspill på gitt den strukturerte malen som burde være kommunisert?



Notat

Til: Delprosjekt 4.1 Kostnadseffektivisering

Fra: Avdeling/enhet.

Bakgrunn

I forbindelse med foretakets handlingsplan for kostnadseffektivisering er det gitt et oppdrag til klinikkene å vurdere antallet senger, pleiefaktor og bemanning på sengeenhetene. Se oppdrag vedlegg 1. Sengeenhetene i psykisk helsevern og avhengighet er ikke tatt med i denne analysen. Det vil være naturlig å se på dette i etterkant av vårt arbeide.

Det foreligger nå en foreløpig analyse for sengeenhetene ved Kirkenes sykehus, Hammerfest sykehus og sengeenheten i Klinikk Alta. Se analyse vedlegg 2.

Oppdrag

Neste steg i prosessen vil være at alle berørte avdelingsledere og enhetsledere får tilgang til analysen, går gjennom tallene og utviklingen, og gir en tilbakemelding på analysen. Dette gjøres i denne malen og har frist fredag 18. mars kl 12.

Tilbakemeldingen må nødvendigvis gjøres strukturert slik at vi kan få inn punktene i en felles struktur.

1. Den første del av tilbakemeldingen vil være kommentarer i tekst på analysen.
2. Den andre del av tilbakemeldingen er å fylle inn de viktigste punktene enheten mener er viktig i det videre arbeidet med dette. Analyseverktøyet som er valgt er SWOT analyse. En slik analyse skal påpeke sterke og svake sider ved analyseresultatene, truslene og mulighetene enheten har gitt de tallene som foreligger. Det er nok i denne omgang å påpeke i stikkordsform.

Medvirkning

Foretakstillitsvalgte og vernetjenesten informeres om prosessen onsdag 16. mars i Informasjon og drøftingsmøter. Det er viktig å se at både tillitsvalgte og verneombud vil være viktige bidragsytere i prosessen også på avdelings- og enhetsnivå.

1. Overordnet - Tilbakemelding fra enheten på analysen som foreligger

Kirkenes sykehus har gjennomgått analysen som foreligger og har følgende tilbakemelding på situasjonsbeskrivelsen:

KPMG rapporten og data fra HN-LIS oppfattes til å være noe på siden ut av andre tidligere grundige arbeider som er gjennomgått på samme områder tidligere. Disse grundige arbeidene som viser andre funn er OU prosessen for NKS og evalueringen av NKS gjennomført av Sykehusbygg. Det er i tillegg i andre arbeidsgrupper for KPMG oppdaget svakheter i tallmateriale benyttet i KPMG rapporten, der det blant annet er avdekket feil i data fra Helgelandssykehuset og KPP modell for Finnmarkssykehuset. Dette gir bakgrunn for at vi må se til data på nytt, og vi har blant annet gjort uttrekk fra Dips og sett til data fra tidligere grundige gjennomganger.

Det er benyttet feil bemanningsplan i PowerPoint fra budsjett og analyse for medisinsk sengeenhet og kir/ort sengeenhet. Det er vanskelig å forstå oppsettet med budsjetterte stillinger og behov med dagens bemanning. Vi benytter på alle enheter fag/ass og deltidsstillinger for å få bemanningsplanen til å gå opp. Behovet som fremkommer i tabellen er rent matematisk fremstilt, uten hensyn til at deltids og fag/ass stillinger benyttes for å dekke opp for helger. Det er benyttet feil tallgrunnlag på antall ansatte budsjettert til dekning av bemanningsplan for kir/ort, korrekt budsjett-tall er 18,8 (15spl og 2,8 hj.pl+ lærling). Lærlinger vil variere annet hvert år, ut fra om det er 1. eller 2.års lærling. Det er kun andreårs lærling som er i produksjonsåret. Korrekt pleiefaktor ut fra budsjetterte stillinger blir 1,175. Dette er uten fratrukk for nedtak på senger i helg. Reduksjon fra 16 senger i uken til 8 senger lørdag og søndag. Vi vet ikke hvordan de tre godkjente stillingene uten budsjett skal beregnes, pluss 0,2 helsefagarbeider som er godkjent uten budsjett. Med de 3,2 stillingene uten budsjett blir sum 22 på slide 36 i PowerPoint. For medisin stemmer ikke tallene for beregning av bemanning på helg, og det er vanskelig å forstå oppsettet i tabellen på slide 32.

I KPMG rapporten er det benyttet tall på belegg fra perioder der vi av ulike grunner har lavere belegg enn normalt. I perioden før flytting til nytt sykehus var belegget lavere grunnet lavdrift i mange perioder. Under pandemien har vi manglet pasienter grunnet pandemien, likt som nasjonalt. I tillegg vil kir/ort fra 1.april redusere til 15 senger i ukedager, og fortsette med 8 senger i helg.

Det er ikke samsvar mellom oppgitt beleggprosent i PowerPoint og uttrekk fra Dips rapport d-5845. Dette gjelder alle enhetene.

Medisinsk sengeenhet:

Pr 2.mars 2022 = 82,2% prosent.

2021 = 75,9% (snitt liggedager 3,7)

2020 = 77,9% (snitt liggedager 3,7)

2019 = 98,3% (snitt liggedager 4)

2018 = 96,1% (snitt liggedager 3,9)

2017 = 98,6% (obs 22 senger) (snitt liggedager 4)

Kir/ort sengeenhet:

Pr 2.mars = 62,3% (2,5)

2021 = 64,5% (2,7)

2020 = 62,7% (2,6)

2019 = 68,9% (2,9)

2018 = 71,2% (2,9)

2017 = 79,3 % (3) (15senger)

Føde/gyn sengeenhet:

Pr 2.mars 2022: 70,8% (2,6)

2021 = 82% (2,7)

2020 = 82,1% (2,6)

2019 = 98,3% (2,8)

2018 = 79,8% (2,7)

2017 = 92,8% (2,7)

I PowerPoint slide 33 er det benyttet feil uttrekk i tabellen for å beregne belegg.

Vi ser tilsvarende variasjoner i belegg på kir/ort målt fra Dips og tall fra PowerPoint.

Når det gjelder liggetid kan vi ikke sammenlignes med sykehus i sentrale strøk. Bakgrunn for dette er samordnet utreise og samordnet innleggelse. Den andre delen der vi skiller oss fra øvrige steder i landet handler om avstand. Vi har en tradisjon for å behandle flere tilstander enn det pasienter er henvist til oss for. I tillegg har vi lang reisevei til og fra sykehus som gjør at spesialistene må sikre seg at pasienter er i form til transport, og at det ikke er en hurtig reinnleggelse som konsekvens av slitasje på pasient med lang transporttid.

Erfaringstall fra periode ikke preget av pandemi eller flytting til nytt sykehus (data fra OU DP 15-02):

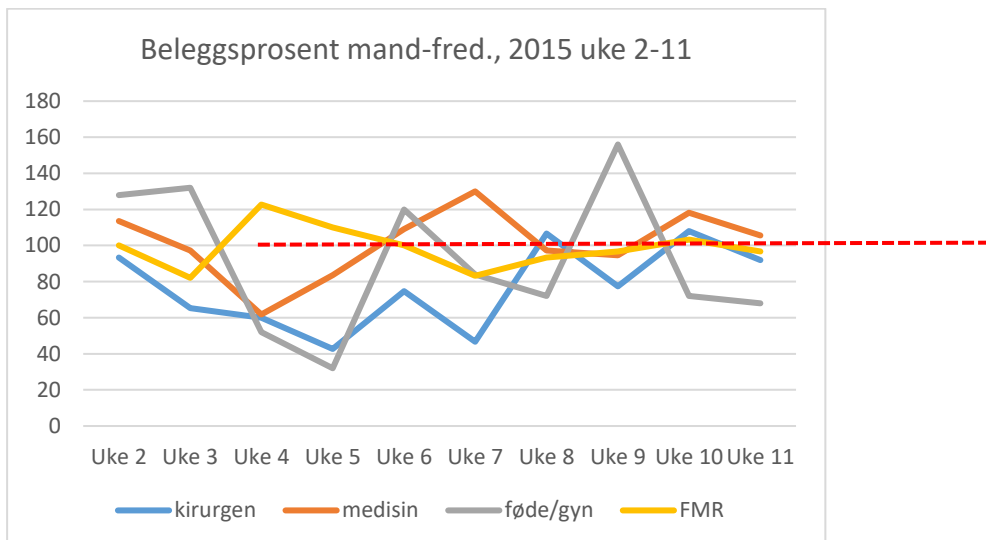
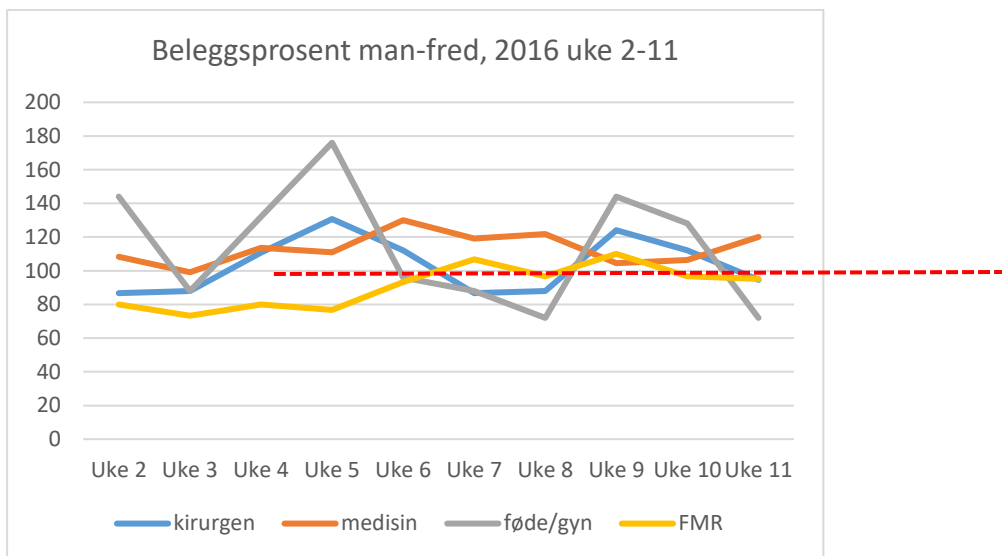
Nedenfor vises en grafisk fremstilling av beleggsprosjenter i 2016, 2015 og 2014, for kirurgisk avd., medisinsk avd., føde/gyn og FMR, samlet og inndelt i intervallene mandag-fredag, og lørdag søndag.

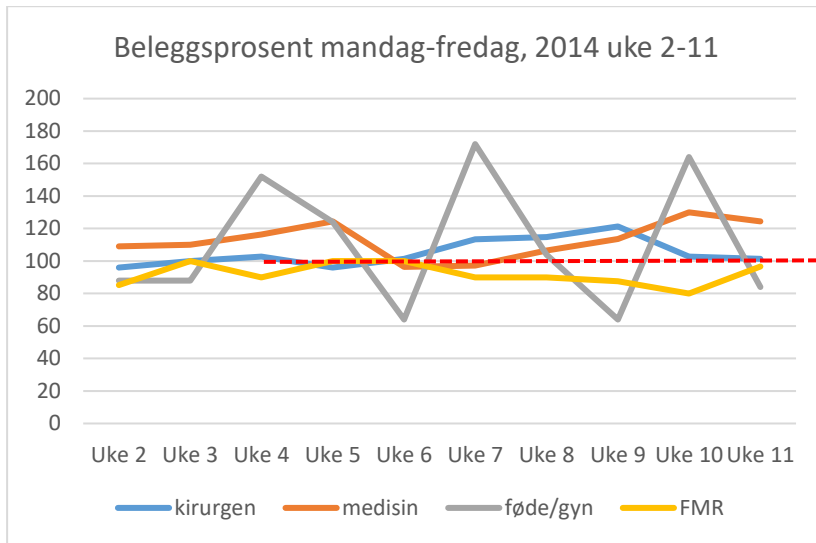
Merk at de grafiske fremstillingene nedenfor er beregnet med utgangspunkt i 48 senger (22 medisinske, 15 kirurgiske, 5 føde/gyn og 6 FMR), Dersom man relaterer fremstillingen av dagens beleggspresenter til dagens 50 senger, så vil beleggspresenteren bli uforholdsmessig høy.

Merk også at nyfødte inngår i beleggspresenteren for føde/gyn, hvilket også gjør beleggspresenteren uforholdsmessig høy.

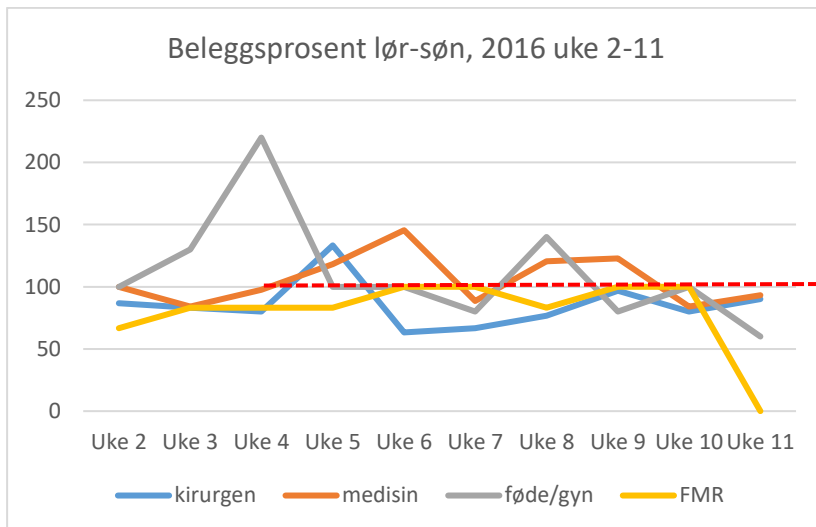
Det er viktig å skille på belegg på ukedager og helg da bemanningen er helt forskjellig på disse tidene. I den totale beleggspresenteren vil helg være med, men når det gjelder belastningen for ansatte er det et viktig bilde at man ser på belastningen som ligger midt i uken slik som grafene under viser.

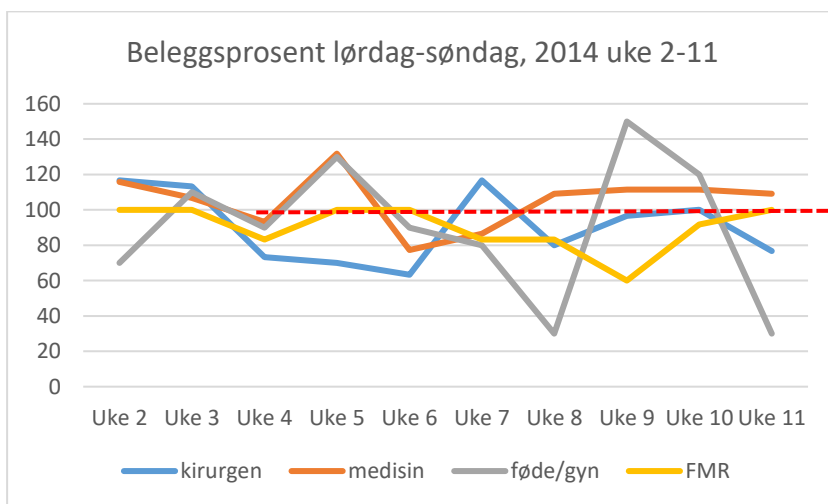
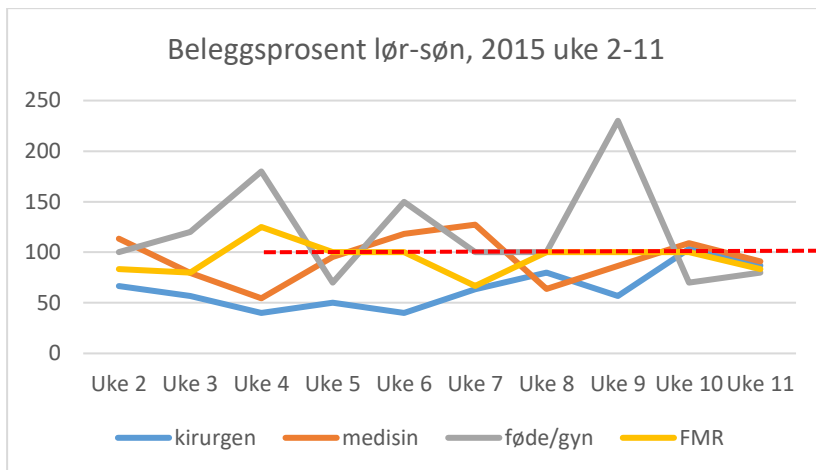
Beleggspresenter per avdeling mandag –fredag:



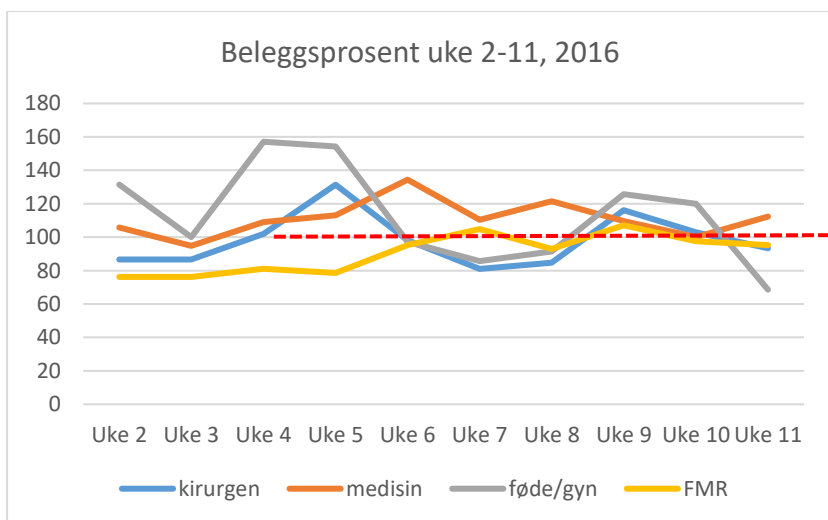


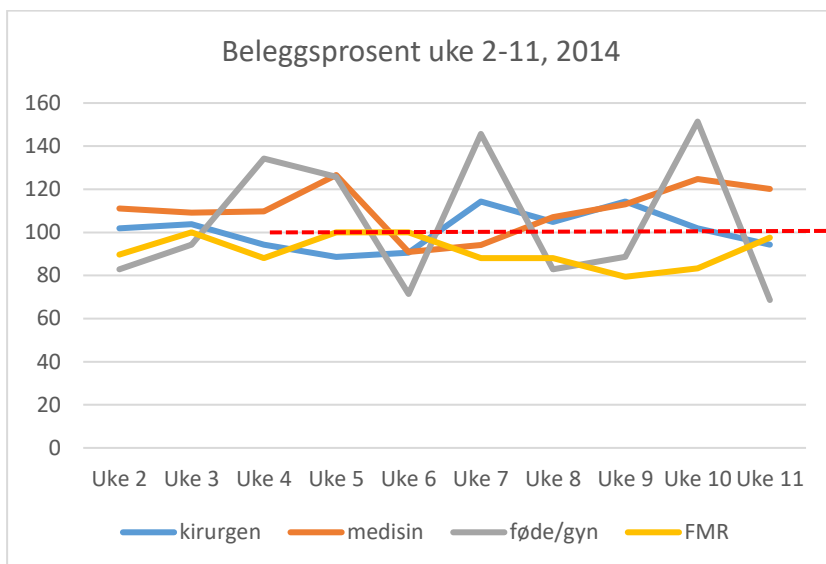
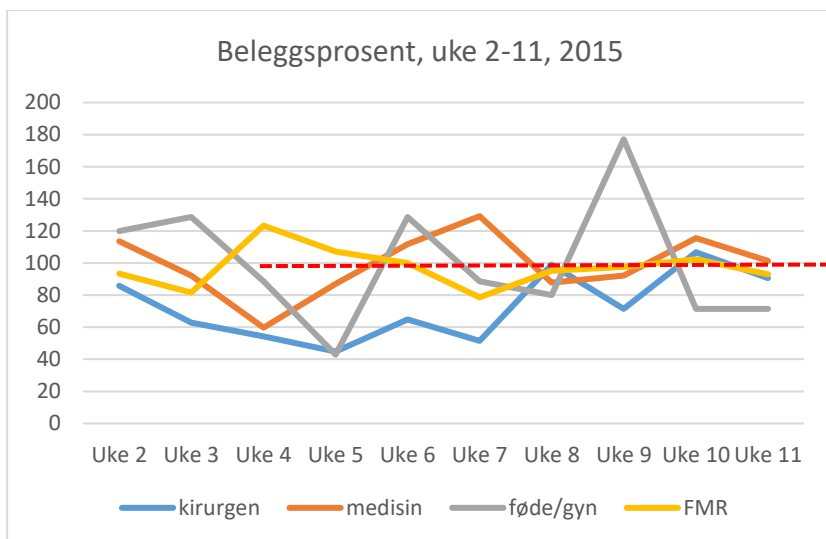
Beleggsprosent per avdeling lørdag-søndag:



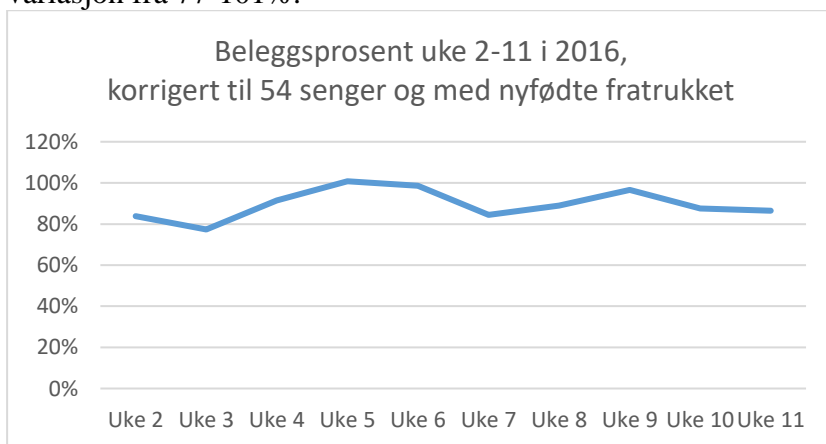


Beleggsprosent samlet per avdeling:





Ved korrigering til 54 senger og med fratrek av nyfødte, viser beleggsprosent i uke 2-11 en variasjon fra 77-101%.



Grense-utfordringer:

Erfaringer med flyktningstrømmen via Storskog i 2015 viser at sykehusets grensenære beliggenhet kan bety store svingninger i pasienttilstrømming. Flyktningssituasjonen i vurderes imidlertid som en unntakssituasjon som krever særskilt mobilisering av pasientarealer, og som ikke kan danne grunnlag for dimensjonering av ordinære sykehussenger.

Smittevern:

En følgekonsklusjon av asylsituasjon i Kirkenes, er økt antall isolasjonskrevende pasienter. Smittevernsituasjonen har påvirket sengekapasiteten i dagens sykehus idet bruk av flermannsrom til isolering har blokkert senger. Man ser også en generell utvikling med økt forekomst av MRSA, VRE og ESBL hos innlagte pasienter. Dette gir behov for enerom, økt isolatkapasitet og god smittevernkompetanse hos personalet, og det skaper en mer bemanningskrevende situasjon.

Med disse to store hendelsene på relativt kort tid, og med dagens usikre situasjon i verden og vår nære plassering til Russland er det belegg for at vi kanskje må våge å tenke annerledes når det kommer til Kirkenes sykehus sin lokalisering. Pandemien har vist oss at vi ligger langt fra andre sykehus, og vi er langt fra annet tilgjengelig helsepersonell. Vi kan ikke sette oss i en posisjon der vi i krisesituasjoner ikke kan levere tilfredsstillende helsetjenester.

2. SWOT analyse

Sterke sider

Hva er avdelingen/enhetens viktigste sterke sider som vi må bygge på i det videre gitt den analysen som foreligger?

- *All behandling på medisin foregår på sengeenheten (man kan si at sengeenheten er medisinerens operasjonsstue). Etter krav fra helsedirektoratet etter stedlig tilsyn er visittgangen omlagt slik at vi har mer ressurser knyttet til visittgang på de enkelte tunene og intensiv, jmf anbefaling/pålegg fra HDIR.*
- *Vi har allerede lav pleiefaktor til enerom.*
- *Fag/ass er en del av helgebemanningen.*
- *Vi benytter deltidsstillinger for å sikre forsvarlig helgebemanning.*
- *Stor andel fast ansatte spesialister.*
- *Føde/gyn følger nasjonale retningslinjer i forhold til fødselsomsorgen i Norge hvor det er krav om to jordmødre ved aktiv fødsel.*
- *Når det gjelder DKI i Kirkenes er omleggingen gjennomført. Det er kun protesekirurgi, TUR-P og hysterectomier som gjennomføres inneliggende, dersom det ikke er medisinske årsaker til at DKI konverteres til innleggelse.*

Svake sider

Hva er avdelingen/enhetens svake sider som gjør situasjonen vanskeligere i den situasjonen vi står overfor?

- *Sviktende stabilisering og rekruttering*
- *Klima og geografi*
- *Demografisk befolkningsutvikling*

- *Sykdomsutvikling i befolkningen vist i studier der blant annet vår befolkning er mer utsatt for hjerte, kar og lungesykdommer.*

Trusler

Hvilke forhold i og rundt avdelingen/enheten er viktig å ta hensyn til for å nå de forslag som analysen påpeker?

- *Sviktende stabilisering og rekruttering*
- *Klima og geografi*
- *Demografisk befolkningsutvikling*
- *Sykdomsutvikling i befolkningen*
- *Trusselbildet i verden (krig, migrasjon, CBRNE, pandemier)*

Muligheter

Hvilke tiltak/muligheter ser avdelingen/enheten at vil være riktig å iverksette?

- *Fagutvikling*
- *Stabiliserende og rekrutterende tiltak*
- *Utbedring av bygningsmessige utfordringer jmf rapport fra Sykehusbygg*
- *Allerede stor andel fast ansatte spesialister. Kompetansen til disse vil gi store muligheter for utvikling.*

Avsluttende kommentarer

Er det noe dere ikke har fått gitt innspill på gitt den strukturerte malen som burde være kommunisert?

Kommentarer til handlingsplan kostnadseffektivisering

Jeg viser til dokument vedr mulighetsrom for nedtak av senger og personell, samt rapportutkast fra involverte kliniksjefer.

Fristene er korte, men etter gjennomlesing har jeg følgende bemerkninger (alt er kanskje ikke direkte medisinskfaglig begrunnet):

Utskrivningsklare pasienter:

Kommunalt ansvar, men de eksisterer, og medfører i praksis en belastning på sengekapasiteten. De må derfor nevnes i rapporten som en utfordring som kan forsterkes ved reduksjon av sengetallet.

Det må foreligge rutiner (FFS/samhandling) for å opprettholde vedvarende trykk mot kommunene slik at pasientene kan overføres fortløpende.

Pleiefaktor:

Nasjonal norm tar ikke høyde for lokale forhold.

Enheter med høy turnover og stor andel uerfarne/nyutdannede ansatte må forventes å ha behov for høyere bemanningsfaktor for å kunne ivareta forsvarlig kvalitet (ressurser til introduksjon, opplæring, supervisjon ...) enn enheter med stabil og erfaren pleierstab. Dette er forhold som er gjeldende for flere enheter i FIN.

Flere enheter har også spesialfunksjoner (f.eks slagenheter) som tilsier høyere bemanning enn grunn-normen, eller driftsmodeller (samme personell skal ivareta både sengeenhet, poliklinikk og spesialberedskap, f.eks barneavd) som vanskeliggjør beregning av riktig bemanningsnivå.

I Hammerfest vil det i tillegg være behov for uttak ressurser ifb med OU-prosesser vedr NHS. Frikjøp av alt personell vil ikke være mulig, slik at bemanningsressursene vil bli ytterligere presset.

Reduksjon av pleiefaktor kan medføre at personell slutter eller flytter pga usikkerhet og/eller økt arbeidsbelastning, noe som vil være svært ugunstig når bemanningen må økes igjen ved innflytting i nytt sykehus om relativt kort tid; det vil da være svært viktig å ha mest mulig erfarent personell tilgjengelig.

Økt arbeidsbelastning, uro og negativ stemning vil også kunne medføre større utfordringer ift rekruttering og stabilisering, og dermed komme i direkte motsetning til foretakets beslutning om at dette skal være prioriterte satsningsområder.

Ut fra min vurdering foreligger det forhold som tilsier at det kan være grunnlag for at pleiefaktoren ved flere enheter i FIN bør være noe høyere enn nasjonal norm, og jeg vil derfor advare mot å redusere denne.

Hvis en reduksjon vedtas, bør verdien i Hammerfest (av årsaker nevnt ovenfor) ikke settes lavere enn 1,4, selv om sykehuset per d.d. hovedsakelig har flersengsrom.

Redusert grunnbemanning vil også medføre økt behov for innleie, noe som igjen kan medføre økte utgifter. Det vil i så fall være viktig at overskytende personell (ved alle enheter) benyttes til i størst mulig grad å redusere innleie. I en slik situasjon vil det også være nødvendig å etablere en fullmaktsordning ift godkjenning av innleie ut over grunnbemanning, slik at unødvendig innleie unngås (ut fra erfaring er det dessverre en del av dette per d.d.).

Sengetall:

Generelt:

Enheter med høy andel ø.hjelpsinleggelse bør ikke ha en beleggsprosent som overstiger 80-85. Det er dokumentert at høyere belegg medfører dårligere behandlingskvalitet og økt dødelighet. Å planlegge med 85% er innenfor denne anbefalingen, selv tallet er satt så høyt som mulig (minimal reservekapasitet).

Før nedtak av senger besluttes, er det svært viktig at tallgrunnlaget er kvalitetssikret. I mulighetsvurderingen er det lagt til grunn tall fra 2021. Dette var et år som på flere områder avvok fra en normalsituasjon. Som følge av nasjonale pandemiltak var forekomsten av andre innleggelseskrevede infeksjonssykdommer lavere enn normalt, samt at det ble sett en nedgang i antall innleggelse også av andre årsaker. I tillegg var den reelle sengekapasiteten i perioder lavere enn normalt bl.a. pga inntaksbegrensinger/stengte enheter og behov for isolasjonsrom (noe som i Hammerfest medførte at enkeltpasienter opptok flersengsrom).

For å ha et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag er det derfor helt nødvendig å innhente tall også fra årene før pandemien (2018-2019).

På bakgrunn av at flere enheter ikke kjenner seg igjen i tallgrunnlaget som er fremlagt (lange perioder med overbelegg), er det også nødvendig å kvalitetssikre hvordan beleggsprosenten beregnes (konf. oversikt fra Kirkenes/Kåre Hansen).

Det er også verdt å ta med andre erfaringer fra pandemien før vedtak fattes. En vesentlig begrunnelse for omfang/varighet av de omfattende nasjonale tiltakene var kapasitetsutfordringer i helsevesenet. Sengetallet ved norske sykehus har over flere tiår gradvis blitt redusert, slik at reservekapasiteten. Det viste seg i perioder også vanskelig å yte bistand mellom ulike foretak (både

personell og sengekapasitet), slik at alle måtte klare seg best mulig selv. Dette forsterker sårbarheten FIN har i utgangspunktet pga geografisk beliggenhet (det er i så hensende ikke noen stor forskjell mellom Kirkenes og Hammerfest).

Hvis sengetallet til tross for faglige anbefalinger reduseres, vil det medføre flere perioder med overbelegg, og det vil være behov for gode interne rutiner og samarbeidsavtaler med andre foretak for å håndtere dette.

Bufferkapasiteten ved andre enheter i eget sykehus vil bli mindre, det samme vil gjelde i enheter ved andre klinikker/sykehus . Basert på erfaringer fra de siste årene, er det også begrensede muligheter ved andre foretak i regionen, samt svært begrenset forståelse for at FIN ikke har kapasitet il å ivareta egne pasienter.

KPMG-rapporten angir et (for) høyt sengetall ift andre «sammenlignbare» sykehus/foretak. For å evaluere om dette er riktig ift reelt behov må lokale forhold vurderes. Geografi, klima/værforhold, befolknings sammensetning/sykdomspanorama betyr mye, men også kompetanse og ressurser i kommunene spiller inn (selv om dette ikke primært er vårt ansvar).

Jeg savner vurderinger av disse forholdene, og mener derfor beslutningsgrunnlaget ikke er tilstrekkelig til å gjøre et forsvarlig vedtak.

Redusert sengetall vil som nevnt få konsekvenser i form av økt antall dager med overbelegg, noe som er svært uheldig ut fra smittevern hensyn. Korridorpasienter medfører i tillegg brudd på brannforskriftene, og kan i ytterste konsekvens medføre stenging av sengeposter.

For å redusere periodene med overbelegg må antall liggedøgn/innleggelser tas ned. Bedre samhandling med primærhelsetjenesten er mulig, men utfordrende, bl.a. pga høy andel av vikarer/uerfarne leger både i mange kommuner og ved flere sykehusavdelinger.

Pasientforløpene ved innleggelser må optimaliseres. Mye godt arbeid er alt gjort, men det vil være rom for forbedringer. Dette vil imidlertid være krevende både når det gjelder personell og tidsbruk, og det vil ta tid å få målbare effekter.

Utskrivningsklare pasienter må tas imot umiddelbart i kommunene, og det må etableres ordninger som sikrer kontinuerlig oppfølging av at dette skjer.

Oppsummert:

Nedtak av senger vil for de fleste fagområdene få uheldige konsekvenser. Noen av disse kan reduseres ved optimalisering av pasientflyten (kommune-FIN, internt i FIN og FIN-kommune), men dette vil være tid- og personellkrevende slik at effekt ikke kan forventes på kort sikt.

Vedrørende Hammerfest:

Sykehuset har per d.d. i all hovedsak flersengsrom. Over tid har utviklingen gått i retning av at flere pasienter har behov for enerom (smitteisolat, terminal pleie ...). Hvis slike pasienter må legges i flersengsrom reduseres den faktiske sengekapasiteten (det er vanskelig å melde dette inn da situasjonen kan endre seg flere ganger i løp av samme døgn), slik at risikoen for korridorpasienter forsterkes ytterligere ved redusert sengetall.

Arbeidspresset ved Hammerfest sykehus vurderes generelt som stort for både leger og pleiepersonell (også sammenlignet med andre enheter i FIN). Redusert sengetall vil medføre ytterligere press (høyere pasientturnover) hvis perioder med overbelegg skal reduseres. Flere avdelinger har alt rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer. Disse kan ikke forventes å bli mindre hvis det oppleves at arbeidsforholdene forverres som følge av en beslutning om å redusere sengekapasiteten.

Med avd:

I KPMG-rapporten er senger i Alta omtalt som indremedisinske senger, og dermed tatt med når den indremedisinske sengekapasiteten i Vest-Finnmark vurderes som (for) høy.

Det er viktig å presisere at somatisk sengepost i Alta ikke er en enhet på nivå med et fullverdig sykehus. Det er flere begrensninger ift pasienter som ikke kan legges inn i Alta (utstyr, kompetanse (ikke tilknyttet spesialist i indremedisin 24/7)). I tillegg benyttes sengeposten også til pasienter tilhørende andre fagområder (selv om de fleste pas er indremedisinske), slik at senger i Alta + senger med sengepost Hammerfest ikke er det samme som indremedisinsk kapasitet. Dette vil forsterkes hvis Alta i økende grad skal motta pasienter fra andre fagområder pga redusert sengekapasitet i moderavdelingene.

Avslutningsvis:

FIN er i en nærmest desperat økonomisk situasjon, og det er forståelse for at «noe må gjøres». Utfordringen er å finne riktig medisin. Jeg tror det er stor enighet om at hovedårsakene til den økonomiske situasjonen er ubesatte stillinger/innleie, infrastrukturinvesteringer som er nødvendige, men uforholdsmessig store ift størrelsen på foretaket, samt politiske føringer som på mange områder går imot det som er bærekraftig drift (både faglig og økonomisk). Derfor er jeg redd for at tiltakene som nå (trolig) iverksettes på sikt ikke vil forbedre situasjonen, men i stedet vil medføre ytterligere utfordringer.

Bjørn Wembstad

Medisinskfaglig rådgiver Hammerfest sykehus

Klinikksjefene v/Finnmarkssykehuset

Rita Jørgensen

Jørgen Nilsen

Lena Elisabeth Nielsen

Kostnadseffektivisering – Sengetall og pleiefaktor – medisinskfaglig vurdering

Viser til klinikksjefenes utredning som konkluderer med nedtak av den totale sengekapasiteten i Finnmarkssykehuset med inntil 16 senger, hvorav 2 på medisinsk avdeling i Kirkenes.

Jeg er som medisinskfaglig rådgiver for klinikksjefen bedt om en uttalelse sammen med Bjørn Wembstad Hammerfest sykehus og Marit Heger klinikk Alta. Jeg velger å sende en egen uttalelse.

Utredningen er gjennomført med utgangspunkt i rapporten fra KPMG som i hovedsak bruker beleggstall fra unormale år og lavdriftsperioder. Jeg har lest gjennom rapporten og kjenner meg ikke igjen i beskrivelsen av beleggstall eller aktivitet ved Kirkenes sykehus.

2019 var første år i nytt sykehus og 2020 og 2021 var preget av en pandemi med Covid-19. Under pandemien var beleggstallene over hele Norge historisk lave på de medisinske avdelinger. Store nasjonale restriksjoner med nedstengninger, økte hygienetiltak og liten aktivitet i befolkningen førte til en generell nedgang for flere sykdomsgrupper og en stor nedgang i antall innleggelser på medisinsk avdeling. Disse årene kan ikke være representative for vurdering av belegg med tanke på å redusere sengetallet eller personell.

Svært mye av vårt fokus i 2019, 2020 og 2021 ble brukt i forhold til innflytting i nytt sykehus og utarbeidelse av planer for beredskap og planer med tanke på forventede scenario i pandemien. I denne prosessen var alt personell i sykehuset involvert. Dette arbeidet har gitt oss en plattform med tanke på beredskap, som vi vil dra nytte av i mange år fremover og disse 2 årene var et eksempel på hvordan gode fagmiljøer kan spille hverandre enda bedre. Heldigvis var pasientbelegget noe lavere og personellressursene relativt gode.

Rapporten tar utgangspunkt i et befolkningstall i vårt nedslagsfelt i Øst-Finnmark. Vi sammenlignes med sykehus i andre deler av Norge, hvor det så konkluderes med at vi har for høyt antall senger og for høy pleiefaktor.

Kirkenes sykehus ligger i en kommune med grense til Russland og Finland. Dette har ved flere anledninger vært en utfordring med både flyktingestrøm over grensen ved Storskog og innleggelser fra nære områder i Finland. Vi har stor aktivitet med fiskeri og båthavn for russiske fartøy, og stor tilstrømning av turister gjennom hele året. Disse tingene synes ikke vurdert i rapporten når en ser på sengebehov opp mot befolkning. Vi har også økning av

asylanter i vårt område: Dette gir flere utfordringer innenfor det infeksjonsmedisinske fagområde med økt andel tuberkulose og økt resistensproblematikk med MRSA, ESBL og VRE, noe som krever høyere beredskap og behov av personell i forhold til isolasjon av pasienter og lengre liggetid.

Kirkenes sykehus ligger i tillegg svært langt fra nærmeste sykehus og dette krever økt beredskap med tanke på sengekapasitet. Det er ikke mulig å flytte pasienter til andre sykehus ved sprengt kapasitet hos oss, noe som vi erfarer hver gang vi har overbelegg.

Vi har allerede i mange år fokusert på samordning og effektivisering, noe som betyr at når pasienten først kommer inn på Kirkenes sykehus så forsøker vi å gjøre utredning og behandling for alle tilstanden som pasientene er henvist for. Samtidig har sykehuset også hatt fokus på å unngå reinnleggelser med prosjekt innenfor stormottakere og pasientsentrert helsetjenesteteam.

Flere av kommunene i Øst-Finnmark preges av forgubbing med en aldrende og sykere befolkning sammenlignet med sentrale strøk. Dette vil bety både lengre liggetid og flere reinnleggelser. Liggetiden er allikevel ikke spesielt høy, og det vil ikke være mulig å redusere denne med de befolkningsgrupper, samordning, avstander, klimatiske forhold og generelle logistikkutfordringer som vi har.

I forslaget til reduksjon av sengetallet vises det til fremstilling av belegg fra «budsjett og analyse», men ved gjennomgang av beleggstall hentet ut fra DIPS i samme perioder så fremkommer det mye høyere beleggstall. Det er også viktig å omregne beleggspersent fra 24 senger til 22 senger for å kunne vurdere hvordan fremtiden kan se ut med tanke på belegg ved en reduksjon av senger. Jeg har også valgt å hente ut tall fra siste mnd., mars -22, da dette er første «normale» mnd. på flere år:

HN-LIS 24 senger/22 senger:

2022 **hele** mars: 83,2%/90,7%

2022 til 2. mars: 77%/ **84%**

2021: 70%/76,3%

2020: 71%/77,3%

2019: 92%/100%

DIPS 24 senger/22 senger:

2022 **hele** mars: 87,9%/95,9%

2022 til 2. mars: 82,2%/89,6%

2021: 75,9%/82,8%

2020: 77,9%/85%

2019: 98,3%/107,2%

2018: **96,1%** på 22 senger

2017: **98,6%** på 22 senger

Dette viser at vi ved medisinsk avdeling i «normalår» ligger langt over nasjonal anbefalt beleggspersent på 85%, og en beleggspersent over 85% øker dødeligheten for innlagte pasienter. Ref: <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2013.1303>

Vi har ved Kirkenes sykehus over mange år drevet kvalitetsarbeid med sikte på å bygge gode fagmiljøer og sikre en faglig forsvarlig drift. Signalene om reduksjon i sengetall og reduksjon av personell ved medisinsk avdeling bekymrer meg, og resultatet av et slikt tiltak vil kunne gi en negativ utvikling hvor fagmiljøer smuldrer og den faglige kvaliteten synker.

Sykehuset har opplevd flere tilfeller med fall og alvorlige skader hos inneliggende pasienter. En ytterligere reduksjon i bemanningen vil øke faren for at pasientsikkerheten går ned og slike uheldige hendelser vil kunne øke.

I 2019 hadde vi en alvorlig 3-3a hendelse der helsetilsynet gjorde et stedlig tilsyn. Helsetilsynet ga oss en rekke føringer etter sine funn der samtidighetskonflikter, organisering og bemanning ble problematisert. Som et ledd i kvalitetsarbeidet etter tilsynet ble organisering av visittgang endret, og dette er mer ressurskrevende. Et av resultatene etter dette er en varig nedgang i liggetid, med nedgang på 0,3 liggedøgn i snitt på medisinsk avdeling. I tillegg er det gjennomført en rekke kvalitetsforbedrende tiltak slik som tidlig oppdagelse av forverret tilstand blant pleie og legegruppene. Slike tiltak må forankres i den kliniske driften, og det må være tilstrekkelige ressurser for å gjennomføre tiltak som gir økt faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet

Vi har også hatt en større prosess hvor statsforvalteren var involvert ved gjennomgang og styrking av slagenheten. Denne enheten ble da styrket etter anbefaling i nasjonale faglige normer, og er i dag en viktig ressurs i sykehuset. Enheten har stor faglig tyngde hvor vi gir våre slagpasienter utredning og behandling med høy faglig standard.

Disse prosessene har også ført til faglig og ressursmessig styrking av flere avdelinger i sykehuset

Jeg stiller spørsmål ved om denne rapporten fra KPMG skal vektlegges høyere enn tidligere rapporter og arbeid som ble gjort i forbindelse med prosessen rundt Nye Kirkenes Sykehus. Allerede ved innflyttingen ble et sengetall med 24 senger på medisinsk avdeling ansett som et marginalt sengetall og framskrivninger fra sykehusbygg i evalueringen av sykehuset viser behov av økt sengekapasitet i fremtiden.

Vi ser en klar trend i økning på antall ø-hjelps innleggelser i sykehuset, noe som også er problematisert flere ganger med et mottak som ikke er optimalt i forhold til pasientstrømmen vi har. Dette skyldes både økt andel eldre og en befolkning med høyere sykkelighet.

Reduksjon i antall senger og personell på medisinsk avdeling vil over natten gi manglende kapasitet ved Kirkenes sykehus. Dette kan i neste omgang bety økt press på mottaket, økt press på senger i intensiv-/overvåkingsenheten, og vi vil igjen måtte vurdere å ha 2 pasienter på ensengsrom, slik vi hadde en kort periode før pandemien. Dette har vi tidligere vurdert

som faglig helt på grensen av det forsvarlige med økt risiko for infeksjoner og redusert faglig kvalitet.

Jeg vil advare mot hvilke signaler en reduksjon av antall senger og personell vil gi til en allerede prøvet og til dels sliten personalgruppe. Det er de som jobber nærmest pasientene som skal sikre den trygge og gode faglige kvaliteten som vi til enhver tid skal gi våre pasienter. En redusert bemanning og lavere sengetall gir økt stress på pleiepersonell noe som i neste omgang gir økt ustabilitet og gjennomstrømming av personell. Samtidig gir dette økt behov av vikarer som igjen gir økte kostnader. Dette er en spiral som vi allerede jobber for å komme ut av.

Slik jeg vurderer det er sengetallet ved Kirkenes sykehus allerede marginalt og vi har allerede en beleggprosent som utfordrer nasjonale myndigheters anbefaling på inntil 85% gjennomsnittlig belegg på medisinsk avdeling. Jeg vil derfor ikke anbefale å redusere sengetallet eller personell på medisinsk avdeling.

Med vennlig hilsen

Kåre Arild Hansen

Overlege/Medisinskfaglig rådgiver

Klinikk Alta - Kommentarer til handlingsplan kostnadseffektivisering

Sengepost:

Mtp sengepost Klinikk Alta er det, likt som Klinikk Hammerfest og Kirkenes, ikke mulig å vurdere de tallene hele tatt.

Klinikk Alta startet med sengeenhet i 2019 og hadde inntil desember 2021 6 kommunale senger. Det var lenge stor utfordring å få stillinger og vakter bemannet og med dette svingende antall åpne sengeplasser. I tillegg er det samme problematikk med at de tallene fra 2020 og 2021 er pga pandemien ikke sammenliknbar med vanlig drift.

Sengeenhet Alta har den «fordel» at det finnes ikke overbelegg. Alta har bare begrenset akutfunksjon og derfor ble det ikke tatt inn flere pasienter enn ledig avtalt sengeplasser – det betyr dog også at det i lite grad trengs «reserve» kapasitet i Alta per i dag. I tillegg er der store begrensninger hvilken type pasienter som er egnet til innleggelsen. Det er ingen tilstedevakt 24/7, ikke lab tjeneste om kvelden og helg. Med dette er det som nevnt også fra Bjørn Wembstad helt feil å regne sengeplassene som fullverdige indremedisinske plasser. En del av sengeplasser er tatt opp av kir/ort pasienter.

Alta sengepost sliter i stor grad med at kommunene ikke tar imot utskrivningsklare pasienter og ofte ikke har kommunal tilbud. Dette øker betydelig på liggetid. Det er viktig å stadig vekk søker dialog og forbedre sammen arbeid.

Det ble oftest de mest pleietrengende pasienter liggende lengst som utskrivningsklar. De må jo for forsvarlig pleie og tilsyn selv om de egentlig ikke er med i statistikken.

Generell:

Det er svært viktig å få opp god fungerende plan for prevensjon og kroniske sykdommer. Hjertesviktpoliklinikk har i mange områder i hele Europa ført til mindre (re)innleggelse og bedre livskvalitet av hjertesviktpasienter. Sannsynlig stemmer dette også for KOLS skole osv. Altså viktig å starte systematisk oppbygning av slik tilbud.

Å redusere sengeplasser i Alta vil gi også politisk stor uro med medieoppslag og stygge kommentarer– noe som i mer og mer grad irritere de ansatte. Det er ikke hyggelig å lese stadig vek negative oppslag om arbeidsgiver i avisa og dette føre ikke til positiv effekter på rekrutering heller.

Ellers har jeg ikke mere nye tanker som ikke er formulert i B. Wembstad eller K.A. Hansen sine uttalelser allerede.

Marit Heger



Delrapport 4.2 Spesialsykepleiere

Innledning

Med arbeidsgruppens sammensetning omfavner vi hele foretaket med spesialsykepleiere og jordmødre fra Kirkenes, Hammerfest og Alta. Gruppen har bestått av:

- Prosjektleder Trond Stensholt, avdelingsleder akuttavdelingen Hammerfest
- Prosjektstøtte Hege Torp Mathisen, samhandlingsrådgiver, klinikkjefens stab Hammerfest
- Operasjonssykepleier Ina Johansen, enhetsleder operasjon Hammerfest
- Intensivsykepleier Tonje Havngjerde Andersen, enhetsleder intensiv Hammerfest
- Jordmor Line Olufsen-Mehus, enhetsleder føde/gyn Hammerfest
- Trond Eliassen, enhetsleder akuttmedisinsk avdeling Kirkenes
- Sykepleier Lene Thomassen, enhetsleder somatisk enhet Klinikk Alta
- Jordmor Gunn Olsen, enhetsleder fødestua Klinikk Alta

De første møtene ble brukt for å få alle til å være omforent om oppdraget og ha samme forståelse for oppdraget gruppen vil forsøke å besvare. Gruppemedlemmene har fått ulike oppgaver som er tatt med tilbake til sine enheter. Dette for å samle forslag og tiltak fra sine ansatte, og deres representanter. Hvert medlem har også utarbeidet gode handlingsplaner mot sine egne yrkesgrupper. Vi har brukt møtepunktene våre for å sammenfatte forslag og diskusjon for deretter at prosjektleder og prosjektstøtte har sammenfattet alle ideene. Kicki Nytun, foretaks tillitsvalgt NSF, har deltatt på et gruppemøte i slutten av prosjektperioden.

Bakgrunn og forutsetninger

Oppdraget

Innleie av spesialsykepleiere er en betydelig kostnad for Finnmarkssykehuset, dette fremkommer både i KPMG rapporten og i den økonomiske situasjonen. Innleie knyttet til operasjonssykepleiere er ingen stor kostnadspost sammenlignet med innleie av andre spesialsykepleiere som intensivsykepleiere og jordmødre. KPMG rapporten antar en mulighet til å spare penger ved å foreslå dreining fra to til en operasjonssykepleier per stue på sikt, gruppen kommenterer dette punktet senere i rapporten.

Finnmarkssykehuset har mange gode medarbeidere som jobber egen turnsplan i tillegg til ekstravakter som måtte bli ledige. Dette gjør dem fordi de vil pasientene det beste. Samtidig leies vikarer inn fra vikarbyrå, og det er særskilt intensivenhetene som skiller seg ut pga høy andel ubesatte stillinger. Foretaket har 2 sykehus og 3 klinikker, der 1 klinikk er prehospitale tjenester og vil ikke sees på i denne sammenheng utenom luftambulanse.

Sykehusene har hver sin akuttavdeling i tillegg til kvinne/barn avdeling som også er en akuttavdeling. Hammerfest besitter foretakets barneavdeling og mer avansert fødetilbud for å ivareta Finnmarks risikofødsler.

Oppdraget som er gitt til arbeidsgruppen er jobbglidning mellom forskjellige profesjoner. Kan oppgaver som høyere kompetanse overføres til lavere kompetanse? Arbeidsgruppen er blitt utfordret til å se om det vil være signifikant besparelse for sykehuset å kunne drive med jobbglidning. Svaret på det spørsmålet er ja, det kan det. Økonomisk vil det være svært besparende kun å fylle opp de ledige stillingene som pr dags dato er ledige, og i tillegg kunne øke noe støtte og stillinger. Rekrutteres og ansettes det i dagens ledige stillinger med ulike kompetanse, kan man allerede se nytteeffekt av jobbglidning i løpet av kort tid. Med kort tid menes her innen foreslått dato som er 31.12.2024.

Problemstilling arbeidsgruppen har fremkommet i gruppearbeidet er følgende,

«Tiltrebe at akuttavdelingene i Finnmarkssykehuset besitter riktig kompetanse fordelt på riktig antall spesialsykepleiere, sykepleiere og annet helsepersonell, for å drifte med fokus på god kvalitet og pasientsikkerhet, der oppgaveglidning er en suksessfaktor for å nå gitte mål.»

Fra oppdragsdokumentet til Helse Nord RHF 2022 står det følgende:

«Intensivkapasiteten i norsk spesialisthelsetjeneste skal økes. De regionale helseforetakene skal i samarbeid, og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, jf. pågående arbeid, ta stilling til behovet for økning i hver region og nasjonalt, og vurdere tiltak på kort og lang sikt. Spesielt skal helseforetak med lav ordinær kapasitet (per 100 000) og/eller som har hatt høy beleggprosent over tid prioriteres, samtidig som hensynet til regionale funksjonsfordelinger ivaretas. De regionale helseforetakene skal særlig vurdere personellbehov og kompetansehevende tiltak for å skape fleksibilitet i behandlingsskapasiteten og for å avlaste intensivavdelingene. Dette kan for eksempel innebære etablering av opplæringstilbud for andre sykepleiere og spesialsykepleiere enn intensivsykepleiere, samt for andre helsepersonellgrupper. De regionale helseforetakene skal innhente kunnskap og erfaringer om organisering av intensivkapasitet fra andre land. Det skal leveres en felles statusrapport for arbeidet innen 15. juni 2022, med vekt på tiltak på kort sikt.» (Kjerkol, 2022, s. 7).

Sammendrag og anbefaling – konsekvens og analyse

Finnmarkssykehuset har et overforbruk økonomisk der deler av overforbruket fremkommer fra innleie av spesialsykepleiere og høy vaktbelastning på faste ansatte med overtid i tillegg til sine egne vakter. Intensivsykepleierne er helt klart den fagdisiplin det leies mest fra vikarbyrå. Oppdraget har vært å se muligheter ved å bruke lavere kompetanse der det er mulig som støttefunksjon til spesialsykepleierne og jordmødre.

Intensivhetene er ulikt organisert på de 2 sykehusene som foretaket har, der Hammerfest er det største sykehuset og mest ressurskrevende. En analyse avdeling for analyse og budsjett har utarbeidet, viser det en klar økning av innleid andel intensivsykepleiere i perioden 2020 og 2021. Både Kirkenes- og

Versjon 1. 4/4-22

Hammerfest sykehus har hatt økende forbruk av å innleie fra vikarbyrå med intensivsykepleiere. Arbeidsgruppen antar årsaken er koronapandemien som Norge, og resten av verden, har stått i de siste 2 år. Sammenfallende for begge sykehus er nedgang i faste lønnskostnader, der vi ikke tar høyde for overtid er medberegnert. Samtidig som faste lønnskostnader er redusert er kostnader i forbindelse med innleie av spesialsykepleiere økt signifikant i samme periode. Vi viser til vedlagt analyse for lønns- og innleiekostnader. Perioden fra 2019 til utgang 2021 er det redusert antall årsverk ved intensiv Hammerfest med 6 årsverk; 5,2 spesialsykepleiere og 0,9 sykepleiere, tabell 1. Samme periode, tabell 2, viser økning med 4 årsverk i Kirkenes totalt for intensiv og akuttmottak, fra totalt 37 til 41 årsverk; reduksjon spesialsykepleierårsverk 1,5 og en økning av sykepleieårsverk med 5,2.

Hammerfest Sykehus	2019			2020			2021		
	Spes.sykepl	Sykepl	Totalt	Spes.sykepl	Sykepl	Totalt	Spes.sykepl	Sykepl	Totalt
Intensiv sengepost og dagkir	32,6	4,7	37	31,5	4,3	36	27,3	3,8	31

Tabell 1 viser årsverk intensiv sengepost og dagkirurgi inkludert postoperativ.

Kirkenes Sykehus	2019			2020			2021		
	Spes.sykepl	Sykepl	Totalt	Spes.sykepl	Sykepl	Totalt	Spes.sykepl	Sykepl	Totalt
Intensiv med akuttmottak	25,1	12,0	37	24,8	13,3	38	23,6	17,2	41

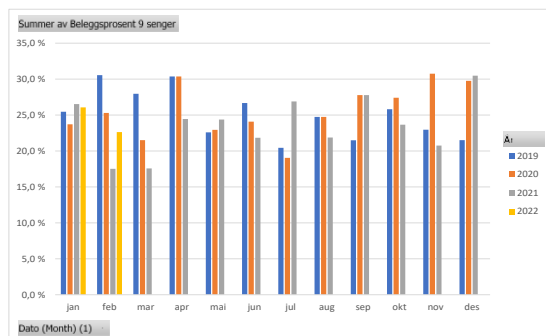
Tabell 2 viser årsverk akuttmottak, intensiv sengepost og dagkirurgi inkludert postoperativ.

Kirkenes har hatt den største økning med > 13 millioner kroner i både 2020 og 2021, sett opp mot 2019 med cirka kroner 153.000,-. Arbeidsgruppens deltaker fra Kirkenes viser til svært få svært dårlige covid-19 pasienter innlagt ved intensiv, som har hatt behov for tungt intensivpleie ved bruk av mekanisk ventilasjonsstøtte. Oppskalert på grunn av pandemien og mulighet for å håndtere anslått antall respiratorpasienter med covid-19.

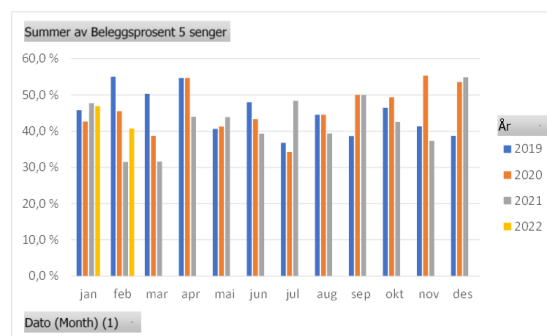
Hammerfest har i samme periode økt forbruk av å leie intensivsykepleiere fra vikarbyrå med henholdsvis 2.9 millioner kroner i 2020 og nærmere 10 millioner kroner 2021, sett opp mot cirka 1.6 millioner kroner i 2019. Intensiv enhet ved Hammerfest sykehus har i 2021 hatt et betydelig antall svært dårlige covid-19 pasienter ved intensiv som har mottatt tung intensivmedisinsk behandling inkludert mekanisk ventilasjonsstøtte som respiratorbehandling, og i tillegg opprettholdt akuttberedskap for sykehuset. I samme periode har antall ledige stillinger økt fra 7.4 til 9.4.

Periodevis i samme periode har elektiv virksomhet vært kraftig redusert, ved Hammerfest sykehus. Under pandemien har det vokst frem et tettere samarbeid mellom enhetslederne akuttavdelingen ved Hammerfest sykehus. Ved aktuelle perioder har 1-2 anestesisykepleiere fungert som støttepersonell til intensivsykepleieren.

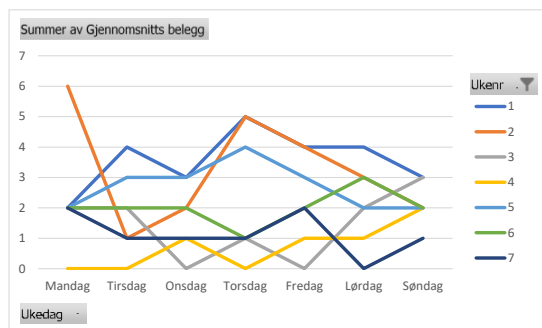
Grafer nedenfor viser belegg på intensiv både i Hammerfest og Kirkenes. Graf 1-4 viser Kirkenes. Graf 5-8 viser Hammerfest. For begge sykehus viser de to siste grafer belegg uavhengig type seng (oppvåkning eller intermedial/intensiv) pr dag i oppgitt tidsrom. Grafene viser kun antall senger og ikke hvor krevende eller ikke krevende pasienten er. Vi anbefaler ikke å bruke kun grafene som underlag i videre arbeid med jobbgledning i forhold til spesialsykepleiere, sykepleiere, helsefagarbeidere og annet støttepersonell. For å få til en tydeligere adekvat bilde av jobbgledning for intensivene, anbefaler arbeidsgruppen tydeliggjøre dimensjonering av enhetene og sykdomsbilde til den enkelte pasient. Vi viser til vedlagt handlingsplan og organiseringsforslag som er utarbeidet fra intensivene ved Hammerfest sykehus.



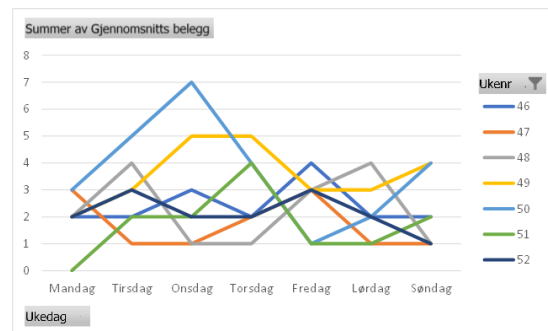
Graf 1; Antall pasienter årsbasis Kirkenes, 5 av sengene er betegnet som tekniske.



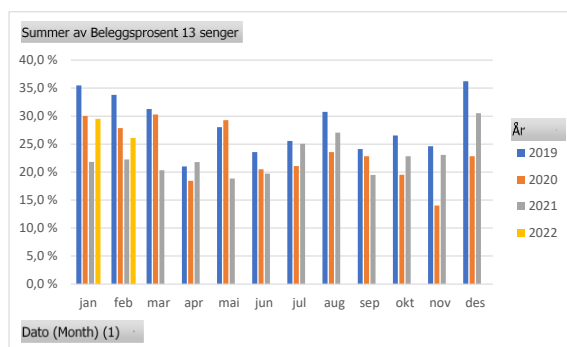
Graf 2; Tekniske senger Kirkenes årsbasis.



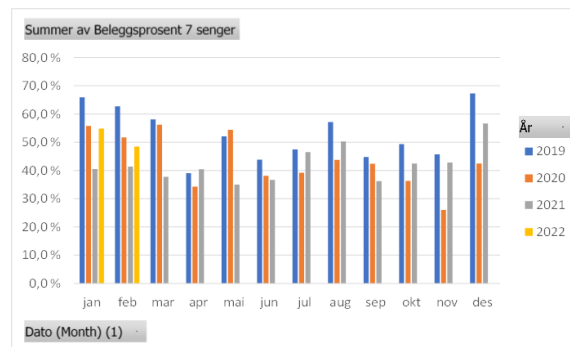
Graf 3; Antall belegg gjennomsnitt alle senger, uavhengig type, for perioden uke, uke 1-7 2022



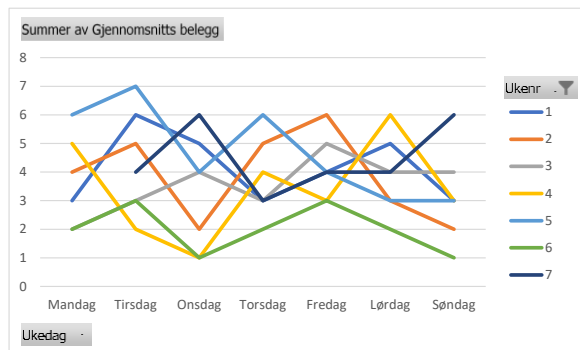
Graf 4; Antall belegg gjennomsnitt alle senger, uavhengig type, for perioden uke, uke 46-52 2021



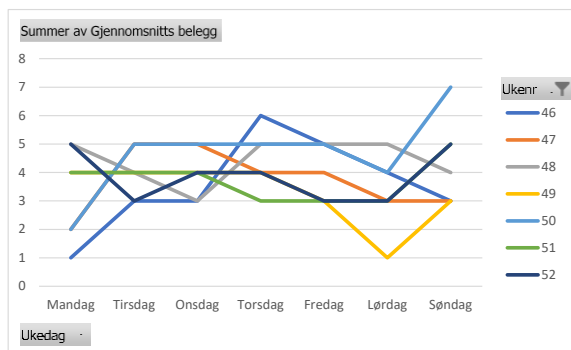
Bilde 5; Antall pasienter årsbasis Hammerfest, 5 av sengene er betegnet som tekniske



Graf 6; Tekniske senger Hammerfest årsbasis.



Graf 7; Antall belegg gjennomsnitt alle senger, uavhengig type, for perioden uke 1-7 2022



Graf 8; Antall belegg gjennomsnitt alle senger, uavhengig type, for perioden uke 46-52 2021

Tiltak som er igangsatt og forslag

Ved operasjonsenhet ved Hammerfest sykehus er det innarbeidet gode rutiner for jobblidning, der helsefagarbeidere er operasjonsassistenter. Disse bestiller varer, holder lageret i orden, sørger for at operasjonsstuene er klare med diverse utstyr til både pasient, operasjonsteam, 4 egne renholdere som både rydder og vasker før og etter operasjoner. Ved sterilsentral er det en operasjonssykepleier som er fagansvarlig med støttepersonell med helsefagarbeidere som vasker og klargjør nødvendig sterilt utstyr.

Både operasjon, intensiv- og fødeenheter foreslår i sine handlingsplaner, som er utarbeidet i forbindelse med gruppen, å gjøre noe lignende med å bygge opp helseressurser rundt fagspesialiteten. Vi anbefaler å ikke erstatte fagspesialiteten som helhet, men tilføre annen kompetanse for å komplimentere spesialsykepleier fagspesialist.

Rekruttering

Rekruttering for å ansette til ledige stillinger og de fremtidige behov for spesialsykepleiere og jordmødre er en viktig faktor til suksess. En egen arbeidsgruppe i arbeidet med KPMG rapporten arbeider med temaet, men 4.2 gruppen kommer ikke utenom og både nevne og beskrive kort om emnet.

Vi har også sterk tro på at tidlig rekruttering av sykepleiere inn mot Finnmarkssykehuset kan være en god gevinst. Vi tror det beste vil være å sikre lokal arbeidskraft i form av mennesker som allerede bor i nærrområde hvor behovet er. Handlingsplanene som er vedlagt fremkommer det gode forslag til hvordan vi kan rekruttere. Vi tror på ved å sikre plass på UIT, i form av kvoteplass for finnmarkinger, ved utdanningene bachelor sykepleie og ABIKJ utdanningene vil det vokse frem en god del sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre som vil arbeide lokalt ved Finnmarkssykehuset.

Ved å jobbe mer aktivt inn mot UIT vil dette være med på å styrke interessen for spesialutdanningene og de øvrige avdelingene generelt. I tillegg anbefaler vi å se på mulighet for å tilby trainee stillinger da øvrige helseforetak har gode resultater med denne metoden for tidlig rekruttering. Vi tror på denne endrende måten å jobbe på vil kunne bli en suksess for Finnmarkssykehuset. Vi anbefaler også denne løsningen for helsefag- og ambulansesarbeidere. Helsefagarbeiderne vil videreutdanne seg innen mye av samme feltene som ABIKJ fagspesialiteter, der de vil kunne komplimentere fagspesialistene ytterligere. Endringen er såpass stor at vi har satt et forslag til konkret dato for når stillinger og gitte endringer bør være fullsatte og klare. For å nå målet vil det kreve en del fra den enkelte enhetsleder og ansatte, i tillegg til fagutviklere, HR avdelingen.

Tabell nedenfor viser kompetanseregnskap for fagområdene med utdanningsstart.

Hammerfest	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Anestesi, 3 semestre		0	2	0	1	0	2	0	2	0
Operasjon, 3 semestre		0	4	0	3	0	3	0	2	0
Intensiv, 3 semestre	4	0	5	0	5	0	5	0	5	0
Barn, 3 semestre	2	0	3	0	3	0	2	0	2	0
Jordmor*, 4 semestre	3	2	0	0	0	1	0	0	0	0
Kreft, 2-3 semestre	4	0	2	0	1	0	1	0	0	0
Antall	13	2	16	0	13	1	13	0	11	0
Kirkenes										
Anestesi, 3 semestre	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0
Operasjon, 3 semestre	3	0	4	0	0	1	0	1	0	2
Intensiv, 3 semestre	3	0	1	0	5	0	3	0	3	0
Jordmor, 4 semestre	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1
Kreft, 2-3 semestre	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Antall	9	2	9	2	8	2	7	2	6	3
Totalt antall HF	22	4	25	2	21	3	20	2	17	3
Årsverk	11,5	1	10,5	9	0,5	4,5	6,5	2	5,5	5,5
Overheng	4,6									
Totalt årsverk med overheng	16,1	1	10,5	9	0,5	4,5	6,5	2	5,5	5,5

Behovet er satt ut fra dagens bemanningsplan og antall besatte stillinger. Videre er det tatt høyde for alderssammensetning, antatte aktivitetsendringer samt erfaringsmessig turnover.

Konkretisere tiltak

Tiltak	Beskrivelse	Gevinst
Tverrfaglig team og sammensetning		
Omdisponering av arbeidsoppgaver	<ul style="list-style-type: none"> I. Merkantil ressurs - kan sende jordmor epikriser og gjøre innmelding i ulike register i stedet for jordmor II. Operasjonskoordinator- frigi spesialsykepleier og sette inn sykepleier eller helsefagarbeider i denne rollen. III. Sykepleier inn på dagkirurgen i stedet for intensivsykepleier IV. Pre-Operativ-Poliklinikk (POP) Hammerfest: Sykepleier ta imot ASA 1 og 2 og anestesi 3 og 4? Bør det være anestesisykepleier som gjør denne oppgaven eller kan en sykepleier utføre den? V. Avdelingsassistenter på samtlige avdelinger for å avlaste. Kompetanse helsefagarbeider VI. Pasientportør- frigir mye tid for pleiepersonell 	<p>Avlaster i form av oppgaveglidning for å frigjøre spesialsykepleier- ressurser til andre oppgaver</p> <p>Portørtjeneste følger pasient til avdeling, røngten eller annen undersøkelse.</p>

		Anbefaler i tillegg denne funksjon på natt for sykehus med høy aktivitet.
Sikre riktig kompetanse		
Øke kompetanse ØNH	Endre behovet til en opr spl og en spl- fortrinnsvis spl i rekrutteringsstilling	
Hospitering	Kursing lokalt- hospitering regionalt. Alltid lik eller høyere behandlingsnivå for å styrke kompetanse	Fagutvikling
Fagutvikler	100% eller 80% differensier str på enheten/avdelingen	Lederstøtte
Økt fokus på helsefagarbeidere	Videreutdanne helsefagarbeidere innen barnepleier. Oppgaveglidning gyn/føde innen helsefagarbeider/barnepleier/sykepleier. Ansette flere helsefagarbeidere og lærlinger	Nå målet om helsefagarbeidere i OD
Implementere sykepleiere i spesialavdelinger i større grad enn i dag	<ul style="list-style-type: none"> I. Postoperativ (intensiv) II. Diverse akuttfunksjoner III. Koordinator operasjonsavdeling IV. Intermediær enhet med 2 senger drevet i hovedsak av sykepleiere på Intensiv Hammerfest. På sikt vil sykepleieren være en del av et team rundt intensivpasienten, der intensivsykepleiere er teamleder. Sykepleierne får også på sikt være i post operativ oppvåkning under opplæring. De vil få et utvalg oppgaver som er jobbglidende. V. POP VI. Dagkirurgisk enhet 	
Fagansvar	Fagansvar til spesialsykepleierne ved klinikkene legges til sykehusene	Fagmiljø

Økt fokus på koding	Kodeansvarlige sykepleiekoding. Sikre at koding blir gjort i større grad. Opplæring i koding til sykepleiere	Bedre dokumentasjon og kvalitet
Endring av drift Klinikk Alta	Gruppen anbefaler endring i drift og ansvar for klinikk Alta. Vi foreslår enhetsleder operasjonsavdeling Hammerfest har det faglige ansvaret for operasjonssykepleier og drift ved Klinikk Alta. Gruppen har en oppfattelse om økt faglig kvalitet hos operasjonssykepleier /drift der det faglige ansvaret er plassert hos enhetsleder for en større operasjon. Dette vil kunne gi positiv bieffekt med økt mulighet for samarbeid og ambulering klinikker mellom. Samarbeid vil også kunne gi positiv effekt ifht kompetanse- og kunnskapsheving på tvers.	
Stabilisere		
Fordelingsnøkkel	Gruppen anbefaler prosjekt over tid. For eksempel 2 år, hvor det sees sammenheng med bruk av sykepleiere ved for eksempel intensiv avd. Hammerfest. Vil deretter være mulig å konkretisere mer fordelingsnøkkel.	
Bedre velferdstilbud i FIN	<ol style="list-style-type: none"> I. Treningstilbud/svømmetilbud II. Bedriftshytte III. Bedriftsavtale med sommerhus på Sør/Østlandet IV. Bedriftsidrettslag V. Sikre barnehageplass 	Økt trivsel

	VI. Subsidere bolig VII. Øke standard, samt godt vedlikehold av sykehusboliger	
Seniorpolitikk	Innføre «Stay on fee». Ekstra honorar til de som vurderer å pensjonere seg. For eksempel; jobbe 80% og få betalt for 100%.	Bevare faglig kompetanse
Trappetrinns -modell for lønnsøkning	I. Ansvarsområder gis et funksjonstillegg løpende II. Økt kompetanseheving gi et trappetrinn for økt kunnskap løpende	Lettere for ansatte å si ja til ytterligere tilleggsfunksjoner når lønnet for det
Finnmarksmodell for spesialsykepleiere	Etter for eksempel 2 år gis 2 uker permisjon (kan tas ut tidligst etter 4 år).	Gode betingelser
Fagdager	Kurs og hospitering om er planlagt inn i turnus	Faglig utvikling som er sikret/ godt planlagt inn i drift slik at alle kan delta
Revidere bemanningsplanene på intensiv og føde/barsel	Strukturet gjennomgang av bemanningsplanene. I forhold til bemanning føde/barsel: Fødepopulasjon er forandret – dette bør hensyn tas.	Mindre unødvendig innleie
Rekruttere		
Utdanne egne lokalt	Samarbeid med UIT for å få kvoteordninger på sykepleierutdanningen, samt innføre lokal videreutdanning innen ABIKOJ. Prøveprosjekt i en faggruppe, f.eks. intensivsykepleie.	Stabilisering og rekruttering. Flere lokale som får spesialutdanning som er fast

		boende i Finnmark. Økt kompetanse
Trainee-stillinger	<p>Gruppen foreslår å samarbeide med UIT Hammerfest om å starte rekrutteringsprosess i 2/3. året på spl utdanningen for å rekruttere trainee sykepleier. Det betales et årlig beløp for skolepenger. Løpet til ferdigutdanning trainee vil innebære at sykepleieren er innom alle sykehusets avdelinger. Der mål bør være å få opplæring til å fungere som sykepleier ved en av akuttavdelingene, der ikke anestesi ikke inkluderes. Her forventes det en bindingstid med xx antall år.</p> <p>Gruppen foreslår følgende forløp:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 3 måneder medisinsk sengepost 2. 3 måneder kirurgisk ortopedisk sengepost 3. 3 måneder akutt mottak 4. 2 uker hospitering kvinne/barn og opr/anestesi 5. 2 måneder intensiv avdeling <p>https://helse-bergen.no/avdelinger/personal-og-organisasjonsavdelinga/bemanningscenteret/traineeprogram-for-nyutdanna-sykepleiarar</p> <p>https://helse-stavanger.no/om-oss/nyheter/traineestillinger-pa-sus-sykepleiere-med-kunnskap-kontakter-og-fast-jobb-etter-to-ar</p>	Tidlig rekruttering

Rekrutteringsstillinger	Bør forbeholdes sykehusene fremfor klinikk, for å sikre godt nok faglig innhold i første linje	Styrke akuttberedskapen
4-part samarbeid mot Nye Hammerfest Sykehus	OU- prosjekt som går på samarbeid på tvers/ressursdeling er planlagt. Hvordan skal vi utnytte at så mye fagkunnskap er samlet under «samme tak».	Mindre innleie. Jobbe på tvers av avdelinger. Bredere kunnskap. Samhandling på tvers av kommune/foretak
Utdanningsstillinger	Bedre lønn til utdanningsstillinger. Kost/losji er kostbart. Færre vil ta videreutdanning for egenkostnaden blir for stor.	Flere søkere
Økt samarbeid med UIT	I. Åpen dag der studenter fra UIT og videregående skole kan komme II. Besøke UIT- workshop med fagspesialitetene	Rekruttere flere søkere til FIN
Hospitering	Hospitering dekket av FIN	Faglig utvikling
Revidere bemanningsplanene på intensiv og føde/barsel	Strukturert gjennomgang av bemanningsplanene. Hva har vi dag, noe som kan endres? I forhold til bemanning føde/barsel: Fødepopulasjon er forandret – dette bør hensyn tas.	Mindre unødvendig innleie

Operasjonalisering av tiltak (konkretisere handlinger)

Antall vakante stillinger kan vurderes å brukes til å fylles med offentlige godkjente spl og helsefagarbeidere opp mot bemanningsplaner. Offentlig godkjente sykepleiere som blir ansatt bør få tilbud om utdanningsstilling av kvoten, eller i tillegg til kvoten.

	Intensiv KKN	Intensiv HFT	Anestesi HFT
Vakante stillinger	8	9,5	2
Antall forventet avgang innen 2-5 år	5	8	4 (40% av totalen)
Påfyll av spes. spl innen 10 år	5?	10	8
Utdanningsstillinger 2022	1+1 int/anestesi	5	2

Risikovurdering

- Rapporten kan leses som den undergraver behovet for spesialsykepleiere i Finnmarkssykehuset.
- Gjøres raske beslutninger før enn reelle risikovurderinger og analyser. Vi er bekymret for det vil kunne føre til uheldige kapasitetsutfordringer i forhold til kompetanseflukt og manglende tiltak til stabilisering og rekruttering. Vi foreslår å bruke både handlingsplan fra begge sykehus og forslag til organisering intensiv Hammerfest som grunnlag for videre arbeid med organisering av intensivenehetene.
- Rapporten sammenligner privatdrevet sykehus med offentlige sykehus med akutt- og traumefunksjoner som ikke er hensyntatt
- Pasientene får ikke et likeverdig helsetilbud uavhengig hvor de bor. Skal de som bor i Finnmark tilbys dårligere tilbud enn andre landsdeler.
- Kostnad i form av innleie av vikarer vil være høye frem til stillinger er besatt og ansatte organisasjonen har lært seg å jobbe på en ny måte
- Det er ikke tatt med erfaringer fra andre landsdeler eller velger å ikke lytte til dem
- Færre søkere fra Finnmark på grunn- og videreutdanningen til sykepleie
- Andre land og Helse Sør-Øst har reversert teamrolle og drastisk nedtaking av fagspesialisten intensivsykepleier.

Kommentert [MT1]: Ufullstendig setning, hva vil vi her?

Kommentert [MT2]: Litt utydelig

- Innleie knyttet til operasjonssykepleiere er ingen stor kostnadspost sammenlignet med innleie av andre spesialsykepleiere. KPMG rapporten foreslår muligheter å spare penger på å dreie fra to til en operasjonssykepleier per stue på sikt. Gruppen er unisont uenig dette forslaget. Årsaken er akutt- og traumeberedskap ved sykehusene i foretaket. Dog så anbefaler vi å se nærmere og utrede muligheter for endring av teamoppsett rundt operasjonsteamet der det er enkle inngrep som f. eks øre-nese-hals inngrep.
- Kvinne og barneavdelingen, inkludert føde/gyn, er plassert i Hammerfest for hele foretaket. Spesialkompetanse knyttet til føde og gynekologi tilbud i forbindelse med krevende og utfordrende fødsler i Finnmark befinner seg ved Hammerfest sykehus. Enhetsleder ved Hammerfest sykehus har utarbeidet en handlingsplan. Vi anbefaler å bruke denne som grunnlag for videre organisering av føde/gyn tilbud i foretak, herunder begge sykehus og klinikk Alta.
- Vil tidligere reduksjon av årsverk spesialsykepleiere for fagspesialitene intensiv, operasjon og jordmor være årsak for økning av innleie fra vikarbyrå?

Anbefaling og implementering

Gruppen anbefaler Finnmarkssykehuset å se en omstilling over lengere sikt. Ikke nødvendigvis omgjøre spesialsykepleier- og jordmorstillinger til annen lavere kompetanse, for å sikre nok ressurser. Vi anbefaler å beholde stillinger, men åpne opp for sykepleiere som velger å ta videreutdanning beholder stillingene sine etter endt utdanning. Enhetene er levende, og høy snittalder hos ansatte på noen av enhetene gjør at det vil være en fordel å la nyutdannet spesialsykepleier og jordmødre kunne bli værende i stillingen sin etter endt utdanning. Dette vil være med å holde kontinuerlig tilgang til spesialsykepleiere og jordmødre på grunn av høy alder hos flere ansatte.

I samarbeid med både rekruttering, stabilisering, operasjonell drift mener gruppen det bør være realistisk og nå mål innen 31.12.2024 med å besette dagens ledige stilling ved akuttavdelingene.

Implementering av ny teknologi som for eksempel Metavision, DIPS Visitt vil også kunne avhjelpe personalet ved akuttavdelingene.

Akuttmottaket i Hammerfest og Kirkenes er ulikt organisert. Akuttmottaket i Kirkenes er organisert sammen med intensiv, post operativt, dagkirurgisk og kommunal legevakt. Kirkenes er et mindre sykehus der dette vil være bra. Hammerfest er et større sykehus og enhetene er fysisk adskilt til hver etasje, noe som også vil være i nytt sykehus. Vil derfor være en forskjell på organisering av enhetene og personell. Gruppen mener det bør vurderes spesialsykepleiere i akuttmottak som akuttsykepleiere

Prehospitale tjenester vil kunne ha nytte av å ha erfaringer med hvordan et akuttmottak fungerer og hvordan det ellers fungerer intrahospitalt. Videre anbefaler gruppen bruk annet helsepersonell som paramedisinere i akuttmottak. Bemanningsplaner operasjon, intensiv og kvinne/barn (føde/gyn) – sistnevnte bør vurderes å kunne tilpasses for føden ved klinikk Alta.

Gode erfaringer

- Helse Sør Øst og Helse Midt-Norge ved St Olavs hospital refereres det til en fordeling av spesialsykepleiere og sykepleiere med fordeling 80/20.
- For regionene Helse Nord er det gode erfaringer med å ta i bruk annen kompetanse ved intensivavdelingene.
- Helgelandssykehuset har god erfaring med 12 timers vakter på helgene. Kanskje lignende løsning bør sees på ved akuttavdelingene i samråd med de tillitsvalgte. Vil vi kunne få fordelt ressursene bedre og kan det resultere i færre helger og mer ressurser til andre tider på døgnet ellers i uken hvor det er mer kritisk og aktivitet? Skal det gjelde for alle spesialsykepleiere og jordmødre?
- Helse Nord har nedsatt arbeidsgruppen for å arbeide frem strategi intensivmedisin i regionen for perioden.
- Helse Sør-Øst leder arbeidet med nasjonal intensivmedisin. Delrapport vil foreligge Q2/3 2022

Oppsummering

Arbeidsgruppen har gjennom ukentlige møter hatt fokus på å løse oppdraget så godt det kan la seg gjøre på den tiden. Fokus som prosjektet har hatt er gode løsninger i samarbeid med de ansatte, de som står i dette daglig. De første møtene gikk med til å få en felles forståelse av oppdraget.

Hvordan kan vi sikre god nok dekning av spesialsykepleiere og jordmødre i en presset hverdag som innebærer for enhetslederne å ha fokus på nok kvalifisert personell på jobb til enhver tid. For å kunne hjelpe dem med både reduksjon av både innleie og overtid anbefaler arbeidsgruppen fokus over tid for å sikre nok og riktig kompetanse samtidig som det søkes løsninger for støttefunksjoner inn mot fagspesialistene. Støttefunksjoner kan være annen type helsearbeidere med lavere kompetanse som gis riktig og motiverende opplæring og oppgaver. UNN Tromsø intensiv, som intensiv Hammerfest foreslår i handlingsplanen sin, trappetrinnsmodell for kunnskapsservering og kompetanseheving. Vi er tydelige på for å lykkes må det være tilstrekkelige fagspesialister innen den enkelte spesialitet og midler på utløses for å gi den trygghet og mestring av oppgaver.

Andre støttefunksjoner kan være farmasøyt, faste fysio- og ergoterapeuter, sosionomer tilhørende enheten, ernæringsfysiolog, portørtjeneste for enhetene døgntbasert og merkantilt personell.

Videre vil Klinikk Alta ha behov for økt ambulering av fagspesialister som anbefales sterkt å ha tilknytning til nærmeste sykehus i Vest Finnmark, Hammerfest sykehus.

Vi anbefaler videre arbeid med å sikre god fordelingsnøkkel og bruke data som kan vise til både avansert og tyngden av intensivmedisinsk pleie den enkelte pasient har behov for.

For å kunne avhjelpe intensivsykepleierne bør det fremkomme tydelig dimensjonering av de to sykehusene for å organisere seg riktig i forhold til nedslagsfelt og pasientgrunnlag. Arbeidsgruppen anbefaler deltakere fra begge akuttavdelingene ved både Kirkenes og Hammerfest sykehus for videre arbeid.

Tidsmessig mener vi nevnte dato for å forsøke å sikre nok bemanning og fordeling i bemanningsplan, vil være kritisk for å ha en suksess.

Finnmark, Hammerfest 04.04.22

Vedlegg: Handlingsplaner enkelt spesialavdeling, og forslag til organisering operasjon med sterilsentral og intensiv med dagkirurgisk og post operativ overvåkning, analyse lønnsutbetalinger og innleie av fagspesialister fra vikarbyrå.

Vedlegg 1: Føde/gyn

Vedlegg 2: Int HFT

Vedlegg 3: Int KKN

Vedlegg 4: Opr Alta

Vedlegg 5: Opr HFT

Vedlegg 6: Møtelogg

Vedlegg 7: Excel-fil tiltak

Vedlegg 8: Analyse spesialspl FIN 2019-2022

Versjon 1. 4/4-22

20 av 20

Arbeidsgruppe 4.3 - Kostnad pr. DRG

1. Sammendrag og anbefaling

Arbeidsgruppen har fått i oppdrag å analysere kostnader pr. DRG basert på funn og anbefalinger i KPMG rapporten. Åndedretsorganene og sirkulasjonsorganene skiller seg negativt ut kostnadmessig, både holdt opp mot landsgjennomsnittet og mot Helgelandssykehuset HF. Basert på detaljerte analyser av tallmaterialet kommer arbeidsgruppen med følgende anbefalinger:

- Fullfinansiering av nødvendige stillinger og fast ansettelse av intensiv sykepleiere ved intensiv avdeling ved Kirkenes sykehus.
- Gjennomgang av sengeplasser/bemanning ved Klinikk Alta, Hammerfest sykehus og Kirkenes sykehus. Denne prosessen er blitt ivaretatt parallelt av arbeidsgruppe 4.1 og konkrete forslag til tiltak vil bli fremmet av denne arbeidsgruppen.
- Etablering av en kostnadseffektiviseringsgruppe på tvers av alle klinikker på permanent basis. Kontinuerlig monitorering og analyse med kjennskap til underliggende klinisk drift gir en kostnadsforståelse på tvers av klinikkene og mulighet til å iverksette tiltak tidlig.
- Utskrivningsklare pasienter forlenger liggetiden og kostnader pr. opphold. Her vil samarbeid med kommunene sikre raskere utskrivning.
- Behov for strukturert klinisk gjennomgang av liggetid på pasientnivå innenfor DRG gruppene som er blitt analysert med mål om liggetid likt landsgjennomsnittet.

2. Bakgrunn og forutsetninger

a. Oppdraget

Arbeidsgruppen har fått i oppdrag å analysere kostnader pr. DRG basert på funn og anbefalinger i KPMG rapporten. Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene.

KPMG rapporten oppsummerer med at 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 lungeemboli, lungebetennelse, KOLS, hjertesvikt, hypertensjon, angina og hjertearrytmier.

Funnet i KPMG rapporten indikerer et behov for mer detaljert analyse av disse pasientforløpene.

Fellesnevneren for disse diagnosene er at de 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 kostnader per DRG (svak koding, mange legeårsverk per pasientkontakt). Arbeidsgruppen har fått i oppdrag å analysere årsaken til høye kostnader pr. DRG og komme med anbefalinger til tiltak.

b. Nåsituasjon

Arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i egne KPP tall (Kostnad Pr. Pasient). Disse er rapportert nasjonalt og legges til grunn også i KPMG analysen. En detaljert oversikt over kostnader for årene 2018 til 2020 innenfor ovennevnte diagnosegruppene er sammenstilt i vedlegg "Kopi av Utvalg DRG". Dette er grunnlagsmaterialet for analysearbeidet.

c. Nasjonale føringer og/eller tall fra sammenlignbare sykehus

I analysearbeidet har arbeidsgruppen brukt nasjonale tall og/eller tall fra Helgelandssykehuset. En sammenligning av tallene framkommer under funn av analysearbeidet.

3. Mål og avgrensninger

a. Resultatmål for oppdraget

Mål for arbeidet har vært å finne eventuelle årsaker til forhøyede kostnader pr. DRG gruppe og komme med forslag til tiltak.

b. Avgrensninger

For å sikre høyest mulig validitet i tallmaterialet har arbeidsgruppen valgt ut diagnosegrupper med høyest antall enkeltepisoder og nærmest likt antall episoder i Helgelandssykehuset.

Et lavt antall episoder vil kunne gi store naturlige variasjoner. For eksempel hvis en av 12 pasienter har vært i respirator i 4 uker så vil kostnaden bli høy sammenlignet med Helgeland. 1 av 300 vil ikke gi like stor variasjon. På bakgrunn av disse kriteriene har vi valgt ut DRG innenfor disse områdene:

Utvalg

- 5 hjerte diagnosegrupper
- 4 lunge diagnosegrupper

Arbeidsgruppen har gått gjennom tall i KPP modellen mellom Helgeland og Finnmarkssykehuset. Tallene er ikke sammenlignbare når det gjelder intensiv kostnader. Våre tall er rett mens tallene til Helgelandssykehuset for 2020 er ikke korrekte for intensiv. Tallene viser en lavere kostnad pr. episode enn det de faktisk er. I disse tilfelle har vi valgt å se på utvalgte DRG på landsgjennomsnittet i stedet.

For å sikre et mest mulig likt sammenligningsgrunnlag ble driftsåret 2020 valgt ut da dette året var minst påvirket av spesielle forhold i Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset. Følgende forhold ble identifisert:

Spesielle forhold i FIN og HSYK i 2018,2019,2020 som må hensyn tas

- Kirkenes sykehus: lavdrift og ø-hjelp i forkant av flytting fra juni 2018 til november 2018. Lavdrift pga prøvedrift i nytt sykehus fra november 2018 til høsten 2019.
- 2 mnd lavdrift på Hammerfest sykehus høsten 2020 pga covid 19. Pasienter ble sendt til Alta og Kirkenes med tilhørende økte kostnader.
- Sykestua i Alta ble virksomhetsoverdratt høsten 2019. Sengeplassene økte gradvis i løpet av 2020. Dette øker kostnaden da bemanning var på plass uten aktivitet i alle sengene.
- Kirkenes måtte bemanne opp for å kompensere for Hammerfest under smitteutbrudd.
- Intensiv avdeling i Kirkenes hadde dyr innleie i stedet for budsjetterte/finansierte stillinger for å oppnå krav til bemanning på nivå 1.

Kostnader som er ekskludert fra KPP modellen:

- Alt av inntekter
- Kapital- og husleiekostnader (rentekostnader, avskrivninger)
- Kjøp av pasientbehandling/gjestepasienter
- Eksternt salg
- Leiekostnader
- Forskning, kompetanseutvikling og eksterne prosjekter, investeringer, bygg, OU
- Lærings- og mestringsentre
- H-reseptor
- AMK og nødmeldetjeneste
- Behandlingshjelpemidler
- Sykestueplasser
- Pasientskadeerstatning
- Ambulanse
- Pasienttransport

4. Organisering og gjennomføring

a. Tidsplan

Analysearbeidet har vært gjennomført i perioden uke 9 til 13

b. Prosjektdeltakelse, involvering og forankring, medvirkning

Prosjektgruppen har bestått av:

- Robert Kechter, rådgiver Klinikk Alta, leder av arbeidsgruppen
- Carlo Markus Mortensen, avd. leder klinikk Kirkenes
- Lena Wennberg, konsulent Klinikk Hammerfest
- Anne Helen Nilsen, ass. enhetsleder Klinikk Kirkenes
- Nancy Ananiassen, controller budsjett og analyse

Arbeidsgruppen har hovedsakelig framskaffet tall og analysert tall opp mot klinisk praksis og regnskapstall for å finne kostnadsdrivere pr. DRG. Arbeidsgruppens anbefalinger vil bli drøftet med foretakstillitsvalgte før saken sendes til behandling i styret.

c. Koordinering mellom klinikker og andre prosjekter

Arbeidsgruppens sammensetning har representert aktuelle klinikker som har somatiske døgnavdelinger i Finnmarkssykehuset. Dette har bidratt til å kunne analysere pasientflyten innad i en klinikk og på tvers av klinikker for å kunne avdekke kostnadsdrivere pr. DRG. Leder for arbeidsgruppen har holdt løpende kontakt til andre arbeidsgrupper for å samkjøre framdriften, funn og tiltak.

5. Konkretisere tiltak

Analysearbeidet for 9 diagnosegrupper gir følgende hovedfunn som igjen danner forslag til tiltak.

Oppstilling av hovedfunn

Helseforetak	År	DRGkode	DRG kode/navn	HDG	Akutt pr. opph. i kr.	Intensiv pr. opph. i kr.	Post pr. opph. i kr.	Ant. Opphold	SNITT KPO i kr.	Liggedøgn	Liggetid Pr. døgn
Hele landet	2020	88	88 Kroniske obstruktive lungesykdommer (KOLS)	4	4,502	929	34,408	5184	46,086	19,994	3.7
FIN	2020	88		4	4,041	1,892	54,566	117	63,174	456	3.9
HLSH	2020	88		4	3,839	1,602	33,953	105	43,402	377	3.6
<ul style="list-style-type: none">• 9 % av liggedøgn er utskrivningsklare pasienter• FIN har felles intensiv og overvåkning• Finnmark har høyere andel forekomst av pasienter med hjerte og kar sykdommer, pasientene er gjerne sykere i Finnmark ifht statistikk											

Helseforetak	År	DRGkode	DRG kode/navn	HDG	Akutt pr. opph. i kr.	Intensiv pr. opph. i kr.	Post pr. opph. i kr.	Ant. Opphold	SNITT KPO i kr.	Liggedøgn	Liggetid Pr. døgn
Hele landet	2020	89	89 Lungebetennelse & pleuritt > 17 år m/bk	4	5,370	2,429	53,711	15154	71,926	81,255	5.2
FIN	2020	89		4	5,598	8,173	82,621	143	101,119	1,003	7.0
HLSH	2020	89		4	4,748	4,932	62,395	190	78,276	1,245	6.6

- 6 % av liggedøgn er utskrivningsklare pasienter, gjelder postkostnader
- FIN har felles intensiv og overvåkning
- Covid kom inn de siste månedene i FIN

Hele landet	2020	122	122 Hjerteinfarkt	5	4,302	2,214	21,201	4661	30,903	12,001	2.5
FIN	2020	122		5	3,152	20,933	18,733	116	45,086	277	2.3
HLSH	2020	122		5	5,423	9,414	15,826	113	32,670	235	2.1

- 4 % av liggedøgn er utskrivningsklare pasienter, gjelder postkostnader
- FIN har felles intensiv og overvåkning
- Finnmark har høyere andel forekomst av pasienter med hjerte og kar sykdommer, pasientene er gjerne sykere i Finnmark ifht statistikk

Hele landet	2020	127	127 Hjertesvikt & ikke-traumatisk sjokk	5	4,929	5,619	54,025	9280	72,808	50,408	5.3
FIN	2020	127		5	4,067	14,546	90,506	140	115,647	951	6.8
HLSH	2020	127		5	3,972	14,290	41,082	216	64,155	1,358	6.3

- 2 % av liggedøgn er utskrivningsklare pasienter, gjelder postkostnader
- FIN har felles intensiv og overvåkning
- Finnmark har høyere andel forekomst av pasienter med hjerte og kar sykdommer, pasientene er gjerne sykere i Finnmark ifht statistikk

Hele landet	2020	143	143 Brystmerter	5	5,380	324	12,947	8877	22,233	13,037	1.4
FIN	2020	143		5	3,663	1,513	22,027	331	28,614	542	1.6
HLSH	2020	143		5	4,607	1,447	10,083	202	18,592	310	1.5

- 2 % av liggedøgn er utskrivningsklare pasienter, gjelder postkostnader
- FIN har felles intensiv og overvåkning

Hele landet	2020	475A	475A Sykdommer i åndedrettsorganer med ventilasjonsstøtte	4	5,770	318,068	116,689	1158	488,783		13.2
FIN	2020	475A		4	2,505	193,963	37,973	18	257,861		7.5
HLSH	2020	475A		4	1,421	24,456	14,753	13	47,780		10.0

Helseforetak	År	DRGkode	DRG kode/navn	HDG	Akutt pr. opph. i kr.	Intensiv pr. opph. i kr.	Post pr. opph. i kr.	Ant. Opphold	SNITT KPO i kr.	Liggedøgn	Liggetid Pr. døgn
Hele landet	2020	475B	475B Sykdommer i åndedrettsorga- ner med PEEP support, maskeventilert	4	4,811	41,334	97,547	5728	161,425		7.9
FIN	2020	475B		4	2,953	111,400	68,816	91	194,487		8.3
HLSH	2020	475B		4	3,075	57,169	62,566	84	138,390		10.0
<ul style="list-style-type: none"> FIN har felles intensiv og overvåkning 											
Hele landet	2020	139	139 Hjerterytmier & ledningsforstyr- relser u/bk	5	4,969	1,396	16,701	7601	26,448		1.7
FIN	2020	139		5	3,202	5,881	30,741	166	41,353		2.3
HLSH	2020	139		5	4,679	2,959	14,564	151	24,871		1.7
<ul style="list-style-type: none"> FIN har felles intensiv og overvåkning 											
Hele landet	2020	140	140 Angina pectoris	5	5,521	707	20,500	3855	30,238		2.4
FIN	2020	140		5	3,369	2,580	33,133	122	40,374		2.4
HLSH	2020	140		5	4,405	3,915	18,323	125	28,866		2.2
<ul style="list-style-type: none"> Telemetri, pasienter overvåkes FIN har felles intensiv og overvåkning 											

Oppsummering av hovedfunn basert på KPP tall og kjennskap til klinisk drift i uprioritert rekkefølge

- FIN har lave akuttkostnader i nesten alle diagnosegrupper
- FIN har stor variasjon i liggetid pr. diagnosegruppe. Fra liggetid som ligger under landssnittet til liggetid som ligger over. Innenfor enkelte diagnosegrupper er lengere liggetid påvirket av en større andel utskrivningsklare pasienter.
- FIN har en feil i KPP modellen som viser for høye materiell kostnader i poliklinikk. Dette fører til at våre kostnader i noen DRG-grupper er for høye. Dette vil rettes opp i 2021 tallene. Feilen i modellen er årsaken til at polikliniske konsultasjoner innenfor de utvalgte diagnosegruppene ikke er tatt med i oppsummeringen.
- Funnet feil i Helgeland sine intensiv DRG kostnader. Intensivkostnader er for lav. Direkte sammenligning er derfor ikke mulig på denne variabelen. Andre variabler er sammenlignbare.
- Det er mulig å sammenligne seg med nasjonale tall. Her ligger FIN både på linje, over og under landsgjennomsnittet.

- Kirkenes sykehus sine intensiv kostnader er høyere enn Hammerfest sine. Dette skyldes hovedsakelig dyr innleie kontra fast bemanning/budsjetterte stillinger for å oppfylle bemanningskravet til en intensivavdeling på nivå 1.
- Tallene for 2020 er på enkelt områder valide og sammenlignbare. Nye KPP tall for 2021 vil derimot inneholde enda mer korrekte tall enn 2020.
- FIN har gjennomgående i de fleste DRG gruppene for høye postkostnader. Både ift Helgelandssykehuset og landsgjennomsnittet.
- Denne type gjennomgang som vi har gjort i forbindelse med arbeidsgruppe 4.3 burde være et fast tiltak hvert år. Mye læring på tvers av organisasjonen.
- Helgeland har ikke hatt samme trykk med Covid som FIN i 2020. Dette gir utslag i høyere postkostnader for FIN i 2020.
- FIN har en kultur for heltidsstillinger. Dette gir høy tilfredshet blant ansatte, men medfører også fort overtidsbetaling ved vakanse. Ved deltidsstillinger oppnås ikke overtidsbetaling før oppnådd 100% stilling.
- Pandemi-perioden gir forskjellig grunnlag grunnet ulikt innslag av innleie og aktivitet.
- HN LIS gir ikke et korrekt bilde av aktivitet og belegg på intensiv senger.
- Intensivavdelinger i FIN har både intensiv funksjon og overvåking. Dette gir usikkerhet om sammenligningsgrunnlaget mellom foretak er likt.

a. Beskrivelse av endringstiltak som vil gi økonomisk effekt

- Fullfinansiering av nødvendige stillinger og fast ansettelse av intensiv sykepleiere ved intensiv avdeling ved Kirkenes sykehus.
- Gjennomgang av sengeplasser/bemanning ved Klinikk Alta, Hammerfest sykehus og Kirkenes sykehus. Denne prosessen er blitt ivaretatt parallelt av arbeidsgruppe 4.1 og konkrete forslag til tiltak vil bli fremmet av denne arbeidsgruppen.
- Etablering av en kostnadseffektiviseringsgruppe på tvers av alle klinikker på permanent basis. Kontinuerlig monitorering og analyse med kjennskap til underliggende klinisk drift gir en kostnadsforståelse på tvers av klinikkene og mulighet til å iverksette tiltak tidlig.
- Utskrivningsklare pasienter forlenger liggetiden og kostnader pr. opphold. Her vil samarbeid med kommunene sikre raskere utskrivning.
- Behov for strukturert klinisk gjennomgang av liggetid på pasientnivå innenfor DRG gruppene som er blitt analysert med mål om liggetid likt landsgjennomsnittet.

6. Risikovurdering

Arbeidsgruppens hovedfunn – høye postkostnader – er i tråd med tidligere antakelser og funn. Hovedfunnet er underveis i prosessen blitt kommunisert til arbeidsgruppen som ser på sengeantall og bemanning. En risikoanalyse av eventuell endring i sengeantall/bemanning utføres av denne arbeidsgruppen.

7. Anbefaling og implementering

Arbeidsgruppen anbefaler å implementere tiltak foreslått i punkt 5 for å sikre en økonomisk og langsiktig effekt. Kostnader knyttet til vedtatt sykehusstruktur må synliggjøres for å sikre lik nasjonal sammenligning av kostnader pr. diagnosegruppe.

Vedlegg: Utvalg DRG

Sluttrapport 4.4. Innleie og 4.8. Stabilisering og rekruttering

Sammendrag og anbefaling

Delrapporten dekker kapittel 4.4 «Lønnsmidler knyttet opp mot innleie» og kapittel 4.8 «Handlingsplan for rekruttering». Det er etablert gode prosesser for arbeid med bemanningsplanlegging og et eget prosjekt for stabilisering og rekruttering. Delprosjektet støtter seg i stor grad til disse prosessene, og anbefaler at dette arbeidet videreføres.

Delprosjektet anbefaler:

- Viderefør arbeid med bemanningsplanlegging i henhold til plan.
- Viderefør prosjekt stabilisering og rekruttering i henhold til plan.
- Følg opp arbeid med vurdering av etablering av bemanningscenter eller lignende.

Bakgrunn og forutsetninger

Oppdraget

Delrapporten dekker kapittel 4.4 «Lønnsmidler knyttet opp mot innleie» og kapittel 4.8 «Handlingsplan for rekruttering». På bakgrunn av rapporten fra KPMG, og foretaks handlingsplan som oppfølging av denne, arbeidsgruppen fokusert på å svare på følgende oppdrag:

- Bemanningsplaner i GAT for både leger og sykepleiere.
- Vurdere rutine «krav til godkjenning av innleie fra byrå»
- Planleggingshorisont 9 mnd.
- Vurdere etablering av stillinger i stedet for innleie, f. eks flere vikarer kan dele en stilling.
- Etablere prosjekt med egen prosjektleder og dedikert budsjett på stabilisering og rekruttering.
- Utarbeide handlingsplan for prosjekt stabilisering og rekruttering.
- Samarbeid med Finnmark fotballkrets.

Nåsituasjon

KPMG-rapporten trekker blant annet fram følgende i beskrivelse av nåsituasjonen:

- Kronesummene som brukes på innleie sier indirekte noe om hvilke midler man kan disponere til "recruit & retain" og likevel bedre driftsøkonomien.
- Grunnet Covid, endrede fly-ruter, svekket kronekurs etc. har Finnmarkssykehuset HF mistet en rekke, faste vikarer. Dette kan forklare en del av de sterkt økende innleiekostnadene.
- Det ser ikke ut til at det brukes store summer på innleie utenfor de etablerte rammeavtalene
- 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.
- 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.
- HR-avdelingens sentrale arbeid virker til å supplere de lokale tiltakene på en god måte.

Nasjonale føringer og/eller tall fra sammenlignbare sykehus

KPMG-rapporten trekker blant annet fram:

- Det er velkjent at Finnmarkssykehuset HF har høye innleiekostnader, og at disse har vært stigende de siste årene. Covid-pandemien med reiserestriksjoner og svakere kronekurs har bidratt til å gjøre det mindre attraktivt for etablerte, faste vikarer å komme tilbake til Finnmark

- Generelt har etterspørselen etter helsepersonell økt under pandemien, noe som igjen har bidratt til å drive innleieprisene opp
- Finnmarkssykehuset jobber systematisk med å redusere avhengigheten av innleie.
- Rammeavtaler for innleie skal generelt gi rimeligere innleiepriser enn innleie utenfor rammeavtalene. Utover å redusere omfanget av innleie er det viktig å sikre at prisen på innleietimene blir lavest mulig, altså at rammeavtalene benyttes.

Innleie, rekruttering og stabilisering påvirkes i stor grad av samfunnet rundt Finnmarkssykehuset. Dette er utfordringer som i større eller mindre grad gjelder for helsetjenesten over hele Norge.

Mål og avgrensninger

Resultatmål for oppdraget

Overordnet resultatmål er å bidra god stabilisering og rekruttering innenfor foretakets budsjett, som igjen bidrar til å redusere innleie.

Avgrensninger

Det er igangsatt større arbeid i Finnmarkssykehuset innenfor bemanningsplanlegging, med nyansatt rådgiver fra høsten 2021, og eget prosjekt på stabilisering og rekruttering med oppstart februar 2022. Dette er arbeid som er i en tidlig fase, og skal pågå over tid. Denne delrapporten kan derfor ikke gi uttømmende svar på alle deler av oppdraget, men informerer om prosesser som er igangsatt.

Organisering og gjennomføring

Tidsplan

Delprosjektgruppen startet sitt arbeid i mars, med sluttrapport klar starten av april. Sentrale deler av arbeidet er knytte til uavhengige prosesser som allerede er igangsatt innen innleie, bemanningsplanlegging, stabilisering og rekruttering. Delprosjektgruppen bygger på dette arbeidet.

Prosjektdeltakelse, involvering og forankring, medvirkning

HR-sjef Kenneth Grav har ledet arbeidet. Fra klinikkene har følgende deltatt: Avdelingsleder Lise Beate Dalsaunet, Avdelingsleder Jørn-Tore Stakkevold Karlsen, Avdelingsleder Vegard Fossmo, Assisterende enhetsleder Trine Strand Pedersen og enhetsleder Tove-Merethe Korsnes.

Personal og organisasjon (PO) har bistått med støtte i arbeidet. Følgende har deltatt fra PO: Sigrid Jensen (forhandlingsleder), Øivind Monsen (rådgiver analyse), Tone Dagsvold (bemanningsrådgiver), Gunn Hågensen (prosjektleder stabilisering/rekruttering) og seniorrådgiver Andreas Ertesvåg.

Koordinering mellom klinikker og andre prosjekter

Delprosjektet har fulgt med arbeidet i de andre delprosjektene. Klinikkerne er representert i delprosjektet.

Konkretisere tiltak

Beskrivelse av endringstiltak som vil gi økonomisk effekt

På bakgrunn av oppdraget trekker delprosjektgruppen fram følgende tiltak:

Bemanningsplanlegging

- Bemanningsplanlegger jobber målrettet med klinikkene for å sikre god og effektiv bruk av GAT som planleggingsverktøy.

- Det er særlig fokus på bemanningsplaner for leger og sykepleiere i GAT.

God og langsiktig planlegging bidrar til forutsigbarhet. Dette er en fordel for ansatte, for planlegging av aktivitet og planlegging av innleie.

Rutine for innleie

Rutine for innleie (PR51477 og PR50907) er revidert og behandlet i foretaksledelsen. Gode rutiner bidrar til god kontroll over innleie, og bruk av kapasitet og andre ressurser i foretaket på en optimal måte.

Merk at det kan være forskjeller mellom behov for innleie i somatikk og psykisk helsevern og rus. Psykisk helsevern og rus er avhengig av lengre sammenhengende innleie som følge av krav til oppfølging i pakkeforløp. Dette kan også være aktuelt innenfor somatikken.

Vurdere etablering av stillinger i stedet for innleie, f. eks flere vikarer kan dele en stilling
Arbeidsgruppen mener det ikke kan konkluderes om det skal etableres stilling i stedet for innleie på nåværende tidspunkt. Dette må sees i sammenheng med arbeidet og konklusjoner fra de andre delgruppene, samt egen vurdering av bemanningssenter eller lignende som skal gjøres i 2022.

Prosjekt stabilisering og rekruttering

Det er etablert prosjekt med fokus på stabilisering og rekruttering. Prosjektleder ble ansatt med oppstart februar. Prosjektet skal jobbe bredt med stabilisering og rekruttering. Dette inkluderer også å se på oppgaveglidning, kompetanseheving og -utvikling som tiltak.

Prosjektplan for 2022 er utarbeidet, med informasjon til styret i februar. Hovedaktivitet i 2022 er kartlegging og informasjonsinnsamling fra medarbeidere, tillitsvalgte, ledere og andre. Dette arbeidet brukes som grunnlag for utarbeidelse av handlingsplan for resten av prosjektperioden.

Samarbeid med Finnmark fotballkrets

Det er etablert et 3-årig prosjekt i samarbeid med Finnmark fotballkrets, «lys mellom husan».

Operasjonalisering av tiltak

Se forrige delkapittel.

Tiltaksplan

Delprosjektet har ikke utarbeidet en egen tiltaksplan. Det er utarbeidet en handlingsplan for prosjekt stabilisering og rekruttering for 2022. I denne ligger det at det skal gjøres et grundig kartleggingsarbeid som skal brukes for å utarbeide handlingsplan for resten av prosjektperioden.

Bemanningsrådgiver er godt i gang med oppfølging, støtte og veiledning til klinikkene. Dette arbeidet videreføres.

Risikovurdering

Stabilisering, rekruttering og innleie komplekst og sammensatte problemstillinger. Mye påvirkes av forhold utenfor foretakets kontroll. Dette gjør det nødvendig å jobbe langsiktig, med støtte i gode datainnsamlinger og evidensbasert forskning, samt løpende evaluering av tiltak. Dette er metodikken det er lagt opp til i prosjekt for stabilisering og rekruttering. Arbeidet må vurderes ut fra måloppnåelse for det som er innenfor foretakets kontroll.

Anbefaling og implementering

Delprosjektet anbefaler:

- Viderefør arbeid med bemanningsplanlegging i henhold til plan.
- Viderefør prosjekt stabilisering og rekruttering i henhold til plan.
- Følg opp arbeid med vurdering av etablering av bemanningscenter eller lignende.



Rapport 4.5

PASIENTKONTAKTER PR. LEGEÅRSVERK

VERSJON 31032022

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledende situasjonsbeskrivelse	3
2.0	Sammendrag og anbefalinger	3
2.1	Anbefalinger fra arbeidsgruppen	3
2.1.1	Generell kirurgi	3
2.1.2	Ortopedi	4
2.1.3	Gynekologi	4
2.1.4	Medisin	4
2.1.5	PHVR	4
2.1.6	Merkantil tjeneste:	5
3.0	Bakgrunn og forutsetninger	5
3.1	Oppdraget	5
3.1.1	Vurderinger KPMG rapport	6
3.1.2	Anbefalinger KPMG rapport	6
3.2	Følgende tiltak foreslås av KPMG	6
3.2.1	Psykisk helsevern og rus	6
3.2.2	Somatikk	6
4.0	Nåsituasjon	7
4.1	Generell Kirurgi	7
4.1.1	Generell kirurgi Kirkenes sykehus	7
4.1.2	Generell kirurgi Hammerfest sykehus	8
4.1.3	Generell kirurgi klinikk Alta	8
4.1.4	Generell kirurgi Sàmi klinihkka	8
4.1.5	Vurdering av funn innen fagområde generell Kirurgi i FIN	9
4.2	Ortopedi	10
4.2.1	Ortopedi Kirkenes sykehus	10
4.2.2	Ortopedi Hammerfest sykehus	10
4.2.3	Ortopedi klinikk Alta	11
4.2.4	Ortopedi Sàmi klinihkka	11
4.2.5	Vurdering av funn innen fagområde ortopedi i FIN	11
4.3	Gynekologi	12
4.3.1	Gynekologi Kirkenes sykehus	12
4.3.2	Gynekologi Hammerfest sykehus	12
4.3.3	Gynekologi klinikk Alta	12
4.3.4	Gynekologi Sàmi klinihkka	12
4.3.5	Vurdering av funn innen fagområde generell gynekologi i FIN	13

4.4	Medisin	14
4.4.1	Medisin Kirkenes sykehus	14
4.4.2	Medisin Hammerfest Sykehus	14
4.4.3	Medisin klinikk Alta	15
4.4.4	Medisin Sàmi klinihkka	15
4.4.5	Vurdering av funn innen fagområde medisin i FIN	16
4.5	Merkantile tjenester	17
4.5.1	Merkantil innkalling alle klinikker	17
4.5.2	Følgende tiltak er foreslått av arbeidsgruppen:	17
4.6	Støttepersonell /utstyr til behandler alle klinikker	17
4.7	Psykisk helse	18
4.7.1	Voksen psykiatrisk poliklinikk VPP	18
4.7.2	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk	20
4.7.3	Vurdering av funn innen fagområde PHVR	22
4.7.4	Vurdere samdrift VPP Tana og VPP Kirkenes og døgn Tana	22
4.7.5	Ambulant team	23
4.7.6	Vurdering av funn innen fagområde Ambulant team	23
4.8	Ansette rusbehandler på Kirkenes sykehus, jfr. Budsjett	24
4.9	Nasjonale føringer og/eller tall fra sammenliknbare sykehus	24
5.0	Mål og avgrensninger	24
5.1	Resultatmål for oppdraget	24
5.2	Avgrensninger	24
6.0	Organisering og gjennomføring	24
6.1	Fremdriftsplan	24
6.2	Prosjektdeltakelse, involvering og forankring, medvirkning	25
6.3	Arbeidsgruppen består av	25
6.4	Koordinering mellom klinikker og andre prosjekter	25
7.0	Konkretisere tiltak	25
7.1	Operasjonalisering av tiltak (konkretisere handlinger)	26
8.0	Risikovurdering	26
9.0	Anbefaling og implementering	26

1.0 Innledende situasjonsbeskrivelse

Arbeidsgruppen er satt ned av klinikkjefene i foretaket. Arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i funn i KPMG sin analyse og gjennomgått de punktene som KPMG anbefalte at Finnmarkssykehuset (heretter FIN) så nærmere på. Arbeidsgruppen har innenfor somatikk gjennomgått aktivitetstall og plantall for 2021. Innenfor Psykiske helsevern og rus/avhengighet (heretter PHVR) har arbeidsgruppen også sett på aktivitetstall og plantall for perioden 2019-2021. I tall materialet fra PHVR som er benyttet er det faktisk gjennomførte konsultasjoner og tiltak som er brukt.

Arbeidsgruppen har ikke hensyntatt at mange pasienter er strøket fra timen enten av pasienten selv eller av sykehusene/klinikkene. Arbeidsgruppen mener derfor at alle lokalisasjonene i utgangspunktet har satt opp flere konsultasjoner/tiltak enn det som er beskrevet. Arbeidsgruppen har ikke hatt anledning til å sjekke ut antall strykninger fra timebok.

Arbeidsgruppen har heller ikke hensyntatt at alle lokalisasjonene og spesielt Hammerfest sykehus hadde redusert drift i deler av 2021 grunnet pandemien. Omfanget av reduserte poliklinikker grunnet pandemien har ikke vært mulig å fremskaffe slik at anbefalingene som arbeidsgruppen har lagt frem bør vurderes grundigere på hver lokalisasjon.

2.0 Sammendrag og anbefalinger

Arbeidsgruppen har gjennom dette arbeidet sammenlignet tall internt i FIN. Ut fra den sammenligningen er arbeidsgruppen kommet frem til noen forslag til tiltak som kan vurderes om skal iverksettes. Om ikke arbeidsgruppen har kommet til så mange konkrete økonomiske tiltak så har arbeidsgruppen belyst flere forbedringsområder i foretaket.

2.1 Anbefalinger fra arbeidsgruppen

I forbindelse med budsjettprosessen 2023 bes klinikkjefene:

- Om å definere et tilnærmet likt antall konsultasjoner pr budsjetterte stillinger innenfor alle fagområdene.
- Vurdere om det er mulig å harmonisere tiden som er satt av til hver konsultasjon.
- Vurdere oppstart og avslutningstidspunkt for alle poliklinikkene.
- Vurdere om kontrollene kan gjennomføres som digital konsultasjon hvis det ikke skal gjennomføres noen fysiske undersøkelser under konsultasjonen.
- Gjennomgå behovet for støttepersonell på poliklinikken hos alle behandlerne for å vurdere om det er mulighet for ytterligere harmonisering samt vurdere om støttepersonellet kan være helsefagarbeider eller helsesekretær i stedet for sykepleier.
- Vurdere om det kan etableres flere sykepleierpoliklinikker for å friggi tid til leger til nyhenviste.

2.1.1 Generell kirurgi

- Basert på sammenligningen som arbeidsgruppen har gjort i FIN i forhold til antall konsultasjoner pr overlege ser det se ut som Hammerfest sykehus inkl. klinikk Alta har et potensiale å øke antall konsultasjoner med ca. 1700 pr år sammenlignet med faktiske gjennomførte konsultasjoner i 2021.
- I budsjett 2023 bør det vurderes om plantallene skal økes ved Hammerfest sykehus inkl. klinikk Alta.

2.1.2 Ortopedi

- Basert på sammenligningen som arbeidsgruppen har gjort i FIN i forhold til antall konsultasjoner pr overlege ser det se ut som Hammerfest sykehus inkl. klinikk Alta har et potensiale å øke antall ortopediske konsultasjoner med ca. 4000 pr år sammenlignet med faktiske gjennomførte konsultasjoner i 2021.
- I budsjett 2023 bør det vurderes om plantallene skal økes ved Hammerfest sykehus inkl. klinikk Alta.
- Dersom Kirkenes sykehus ansetter ortoped i ledig stilling bør plantallene justeres opp med ca. 1130 i 2023.
- Vurdere om kontrollene hos overlege kan justeres til 15 minutter.
- Vurdere om kontrollene kan gjennomføres av fysioterapeut eller fastlege.

2.1.3 Gynekologi

- Basert på sammenligningen som arbeidsgruppen har gjort i FIN i forhold til antall konsultasjoner pr overlege ser det se ut som antall konsultasjoner pr overlege er nogen lunde lik i foretaket.

2.1.4 Medisin

- Basert på funnene i dette arbeidet kan det se ut som antall konsultasjoner pr behandler er nogen lunde lik i foretaket.
- Økonomiavdelingen har beregnet at dersom en sykepleier gjennomfører en poliklinikk som tidligere har vært gjennomført av kardiolog vil dette kunne gi en mer inntekt på kr. 965 401. Dette forutsetter at sykepleier har 6 poliklinikker/dag, 4 dager/uke i 42 uker/ år samt at kardiologen har annen poliklinikk.

2.1.5 PHVR

Arbeidsgruppen har vurdert at det er noe å hente på å harmonisere aktivitetstallene på de ulike poliklinikkene. Nasjonalt er normen for antall behandlere i BUP to tiltak pr behandler (440 tiltak pr år pr behandler) og tre tiltak pr dag behandler i VPP (660 tiltak pr år pr behandler). FIN må beslutte om disse normtallene skal gjelde i foretaket. Dersom de skal det må det iverksettes tiltak for de poliklinikkene som ikke oppnår normtallet pr behandler.

På lik linje med foretaket for øvrig er det viktig å sikre at alle stillingene er besatt til enhver tid.

Det er i tillegg viktig å sikre at nærværet øker på de poliklinikkene som har et høyt sykefravær i dag.

Arbeidsgruppen har skissert områder som det bør jobbes videre med som samlet vil kunne gi økonomisk effekt for foretaket.

2.1.5.1 Konsultasjon pr behandler og samdrift

- FIN må vurdere modell for beregning av plantall for alle behandlere (se vedlegg: Felles definisjon av fravær jmf. plantall). Det må hensyntas om antall konsultasjoner i Sámi klinihkka skal reduseres basert på den samiske pasient og behov for lenger tid til konsultasjonen og etterarbeidet.
- Ansette i vakante stillinger i alle poliklinikker i FIN for å redusere behovet for innleie.
- Øke aktivitet på enheter med lavt gjennomsnittlig tiltak pr behandler.
- Øke kvalitet på koding og registrering av tiltak gjennom å øke kunnskapen hos behandlere og den merkantile tjenesten.

- Øke digital pasient konsultasjoner, sette måltall og måle resultatet kvartalsvis. Basert på antall digitale konsultasjoner under pandemien bør måltallet være ca. 20% på digitale konsultasjoner.
- Vurdere om enheter med enespesialister bør øke til to for å sikre forsvarlig drift spesielt under ferieavvikling, permisjoner og sykdom.
- Redusere ventetiden ved å bruke poliklinikker på tvers i FIN.
- Iverksette tiltak for å effektivisere driften på enheten i FIN.
 - Administrasjon
 - Antall møter
 - Sekretærstyrte bøker
 - Vurdere bruk av merkantile for å frigjøre ressurser til behandling
- Vurdere bruk av spesialisert på tvers mellom døgnenhet og poliklinikkene i FIN for å redusere behovet for innleie.

2.1.5.2 Ambulant team

- Vurdere strukturen på ambulante tjenester i barne- og ungdomspsykiatrien.
- Vurdere om stillinger som tidligere var ambulantteam i vest skal inngå i poliklinisk virksomhet og ikke jobbe ambulant.
- Vurdere dagens samarbeid mellom det ene ambulante teamet som fortsatt eksisterer og poliklinikkene.
- Ved en eventuell opprettelse av FACT-ung bør en se på om ambulante tjenester kan benyttes.
- Vurdere å gi rusbehandling gjennom ambulante tjenester.

2.1.6 Merkantil tjeneste:

- Iverksette planleggingshorisont for behandlere på minimum 6 måneder.
- Integre timeboka i Dips med GAT slik at merkantil til enhver tid har oversikt over hvilke behandlere som er tilgjengelig.
- Ta i bruk digital innkalling så snart den er klar til bruk.
- Utvide arbeidstid for noen i merkantil tjeneste til kl. 17 og mulig lørdager for å klare å fylle opp timebøker etter avbestillinger.
- Vurdere om helsesekretærer kan bistå behandler slik at behandler får frigjort tid til flere pasientkonsultasjoner.
- Iverksette flere tiltak for å redusere fraværet i merkantil tjeneste.
 - Kompetanseheving
 - Der skoen trykker
 - Oppfølging via NAV
 - Mulighetssamtale

3.0 Bakgrunn og forutsetninger

3.1 Oppdraget

Finnmarkssykehuset HF befinner seg i en krevende situasjon knyttet til omstilling og økonomisk resultat. Den 25. mai 2021 (sak 36/2021) ba styret i Finnmarkssykehuset HF om en årsaksanalyse av resultatutviklingen og manglende overholdelse av budsjetttrammer med frist til september 2021.

Finnmarkssykehuset ba om ekstern bistand til vurderingen av status knyttet til aktivitet og økonomi. KPMG og NEO Consult AS ble tildelt oppgaven med å benyttes seg av tilgjengelig

virksomhetsrapporter og data, for å gi en vurdering på foretakets økonomi samt iverksette og planlagte tiltak. Vurderingen skulle også suppleres med forslag til videre analyse og tiltak.

Oppdraget ble senere konkretisert til at man skulle se på foretakets bemanning, kapasitetsutnyttelse og ressursplanlegging (Styremøtet i Finnmarkssykehuset HF 28. og 29. sept. 2021, sak 61/2021).

Rapporten fra KPMG og NEO Consult AS (KPMG-rapporten) ble fremlagt styremøte i Finnmarkssykehuset HF i september 2021.

Styret til Finnmarkssykehuset HF gav administrerende direktør (AD) i oppgave å vurdere riktig bruk av kompetanse, ressurser og optimaliseringen av den samlede ressursbruken i foretaket.

3.1.1 Vurderinger KPMG rapport

- Gjennomgående vurderes antall pasientkontakter per legeårsverk i Finnmarkssykehuset ikke til å være spesielt høyt eller spesielt lavt sammenlignet med sykehusene i SI HF.
- I den grad det kan trekkes generelle slutninger kan det virke som om det er rom for noen flere konsultasjoner per legeårsverk på medisin i Kirkenes, mens PHR i Hammerfest ser ut til å ha en høyere aktivitet per legeårsverk enn forventet.
- Det er en markant variasjon i antall polikliniske konsultasjoner per legeårsverk for PHR når Karasjok, Alta, Hammerfest og Kirkenes holdes opp mot hverandre.

3.1.2 Anbefalinger KPMG rapport

- Variasjonen i antall polikliniske kontakter per legeårsverk 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).
- Tilsvarende virker det til å kunne være rom for flere polikliniske pasienter per legeårsverk på medisinsk avdeling i Kirkenes (med forbehold om at pasientgrunnet faktisk er til stede).

3.2 Følgende tiltak foreslås av KPMG

3.2.1 Psykisk helsevern og rus

- Effektivisere og strukturere pasientinnkallingen på tvers av klinikkene, se punkt 4,6.
- Vurdere mulig andel digitale konsultasjoner innen fagområdene VPP, BUP og TSB. Måltall settes og måles kvartalsvis.
- Vurdere samdrift VPP Tana og VPP Kirkenes og døgn Tana.
- Fokuserer på samarbeid med SANKS for å få en bedre utnyttelse av ambulant team fra Karasjok.
- Ansette rusbehandler Kirkenes, jfr. Budsjett.

3.2.2 Somatikk

- Effektivisere og strukturere pasientinnkallingen på tvers av klinikkene, se punkt 4,6.
- Sikre at antallet polikliniske konsultasjoner pr. overlege/LIS for alle legeavdelinger er i hht. norm/sammenlignbare sykehus.
- Se på tiltak innenfor merkantil innkalling og støttepersonell poliklinikk. Målsetting «Null hull i timebøker», se punkt 4,6
- Bruk av spesialister på tvers, se punkt 4,6 Samarbeid på tvers av klinikkene.
- Bruk av annet personell

4.0 Nåsituasjon

For å beskrive nå situasjonen innen somatikk har arbeidsgruppen valgt å benytte tallmaterieell fra 2021 både med hensyn til antall stillinger og antall konsultasjoner. Innenfor fagområdene i PHVR har arbeidsgruppen valgt å benytte tall fra 2019, 2020 og 2021. Generell kirurgi inkluderer all kirurgi unntatt ØNH og Øye. Medisin inkluderer alle medisinske fagområder unntatt revmatologi og nevrologi.

Arbeidsgruppen har innenfor somatikk valgt å dele antall konsultasjoner pr. budsjetterte overlege stilling, altså ikke tatt med LIS2 som også har poliklinikk. Innen ortopedi i Kirkenes har klinikken ikke ansatt i de siste 1,2 stillingene som sykehuset fikk i 2020, aktivitetstallene er derfor fordelt på 1.3 ortopedi stillinger. Innenfor PHVR er antall konsultasjoner fordelt både mellom budsjetterte stillinger og faktiske stillinger samt at her er alle behandler stillingene tatt med, ikke bare legestillinger. Hammerfest sykehus har 20 operasjonsuker i Alta pr år der ortoped i gjennomsnitt dekker 13 uker pr år. På poliklinikk varierer antall dager i Alta fra mnd. til mnd. Eksempelvis så har ortoped fra Hammerfest sykehus hatt 19 dager poliklinikk de tre siste månedene. Det er et høyt antall poliklinikk dager i Alta i disse månedene, dette grunnet kurs og lignende som har blitt avlyst i siste liten, legene er derfor disponert der det har vært mulighet. Oppsettet for ukene i Alta varierer fra gang til gang om det er fulle uker med poliklinikk eller enkelt dager. Eksempelvis om ortoped opererer i Alta mandag- onsdag er det som regel poliklinikk torsdag-fredag. Arbeidsgruppen har både innen generell kirurgi, ortopedi og gynekologi slått sammen aktivitetstallene for alle lokalisasjonene som har ambulerer fra Hammerfest sykehus.

I tillegg til ordinære pasientkonsultasjoner har alle overlege veiledning av LIS2 og LIS1. I tillegg har de ansvaret for å veilede 5. og 6. års studenter. Kirkenes sykehus har kun 5. års studenter. Hammerfest sykehus har 6. års studenter som i all hovedsak er tilstede ved Hammerfest sykehus, men har også deler av studiet på klinikk Alta og ved Sámi klinihkka.

Det er variasjoner i arbeid mellom klinikkene som gjør at antall polikliniske konsultasjoner pr lege ikke vil være lik. Hammerfest har ikke hatt onkolog i 2021 som gjør at all kreftbehandling på kreft poliklinikken er administrert av kirurg/medisiner/gynekolog.

For hver ambuleringsstur til Alta får legene 6 timer avspasering som skal avvikles i Hammerfest, dette medfører mye fravær.

Plantall og faktisk aktivitet i 2021, tall fått fra økonomiavdelingen. Plantall for ØNH, øye, urologi, revmatologi og nevrologi er tatt ut.

Plantall poliklinikk 2021	Kirkenes plantall	Kirkenes aktivitet	Diff aktivitet-plantall	Hammerfest plantall	Hammerfest aktivitet	Diff aktivitet-plantall	Alta plantall	Alta aktivitet	Diff aktivitet-plantall	Såmi klinihkka plantall	Såmi klinihkka aktivitet	Diff aktivitet-plantall
Generell kirurgi	2 865	2 724	-141	3 204	2 904	-300	435	350	-85			0
Ortopedi	4 270	2 807	-1 463	6 020	5 152	-868	899	1 467	568			
Gynekologi	3 356	3 177	-179	4 245	3 985	-260	548	774	226	100	87	-13
Medisin	8 319	7 028	-1 291	7 032	6 686	-346	5 926	5 465	-461	2 564	2 610	46

4.1 Generell Kirurgi

4.1.1 Generell kirurgi Kirkenes sykehus

Kirkenes sykehus har 2.75% stilling som generell kirurg. Sykehuset har fast ansatt generell kirurg i 1,80% stilling og har pr. i dag 0,95% stilling ledig som dekkes inn over eget lønssystem. Disse stillingene har ansvaret for alle inneliggende pasienter 24/7. De ivaretar også den polikliniske og operative driften på sykehuset innenfor generell kirurgi. På grunn av det lave antall stillinger går de i to-delt vakt, med hjemmevakt på ettermiddag/kveld/natt helg og høytid.

Kirurgisk avdeling har 5 LIS2 stillinger, der den ene er på ortopedi. LIS2 har tilsvarende hjemmevakts ordning som overlegene bare ulik tilstedetid. Kirkenes sykehus er ikke godkjent som læringsarena innen ortopedi derav ruller alle LIS 2 til ortopedi.

4.1.2 Generell kirurgi Hammerfest sykehus

Hammerfest sykehus har 5 overlegestillinger innenfor generell kirurgi/gastrokirurgi. Pr i dag er 1 stilling vakant som leies inn over lønn. Overlegene går i en 5 delt vaktteneste med passiv vakt på kveld/natt/helg og høytid. De fem overlegene har ansvaret for alle inneliggende pasienter hele døgnet og ivaretar poliklinisk aktivitet i Hammerfest og ved klinikk Alta, samt operasjoner i Hammerfest og Alta.

Kirurgisk avdeling har 4 LIS2 stillinger. LIS2 har tilsvarende hjemmevaks ordning som overlegene, men med noe ulik tilstedetid.

Det har over en lang periode nå vært tynne timebøker. Merkantil har ikke klart å fylle opp timebøkene til tross for lange ventelister. Om timebøkene blir fylt opp vil aktiviteten øke. F.eks. i går, 22/3 skulle en kirurg ha poliklinikk der det skulle vært 15 pasienter, er 5 pasienter i timeboka, 4 har avbestilt. Det vil si at kun 9 av 15 pasienter har vært innkalt til denne dagen. Om timebøkene blir fylt tilstrekkelig opp og merkantil er «på» ved avbestillinger i siste liten grunnet dårlig vær/stengte veier o.l. vil aktiviteten bli betraktelig høyere og plantall vil nås. Målet er null hull i timebøker.

4.1.3 Generell kirurgi klinikk Alta

Generell kirurgi i Alta er drevet av ambulering av kirurg fra Hammerfest sykehus.

4.1.4 Generell kirurgi Såmi klinikk

Såmi klinikk har ikke et tilbud innen generell kirurgi i dag.

Overlege KIR:

Undersøkelse	Kirkenes	Støttepersonell	Hammerfest	Støttepersonell	Alta	Støttepersonell	Såmi klinikk	Støttepersonell
Plantall/faktisk aktivitet -21	2865/2724		3204/2904		435/350			
Ant. Overleger /antall pol. pr uke	2,75/3		5/5		Amb. Fra Hammerfest		-	
Antall kons. pr overlege	990		640 /650 inkl. tall fra Alta		87/70			
Første pas kl.	09:00 / 10:00		08:00/09:00/10:00		08:00			
Anorecto	30 min	1 spl.	30 min	1 Spl.	30 min	1 spl.	-	-
Lyskebrokk	30 min		20 min	-	20 min		-	-
Klinisk us. m/CT	30 min		20 min	-	20 min		-	-
Klinisk us.	30 min		20 min	-	20 min		-	-
Koloskopi	60 min	2 spl + 1 hjpl	60 min	1 Spl.	70 min	1 spl.+ 1 vask	-	-
Gastroskopi	30 min	2 spl + 1 hjpl	30 min	1 Spl.	40 min	1 spl.+ 1 vask	-	-
Pol. Opr.	45 min	1 spl	60 min**	1 Spl.	60 min	1 spl.	-	-
Siste pasient inn kl.	14:00		15:00/16:00		16:00			

LIS2 KIR/Ort:

Undersøkelse	Kirkenes	Støttepersonell	Hammerfest	Støttepersonell	Alta	Støttepersonell	Såmi klinikk	Støttepersonell
Ant. LIS2/antall pol. Pr uke	5/3*		4/4		Amb. Fra Hammerfest			
Første pas kl.	09:00		09:00/10:00					
Anorecto	45 min	1 spl	40 min	1 spl.	-	-	-	-
Lyskebrokk	30 min		30 min	-	-	-	-	-
Klinisk us. m/CT	30 min		30 min	-	-	-	-	-
Klinisk us.	30 min		30 min	-	-	-	-	-
Koloskopi	-		-	-	-	-	-	-

Gastroskopi	-	-	-	-	-	-	-	-
Pol. Opr.	45 – 60 min	1 spl	60 min	1 spl.	-	-	-	-
Siste pas. Inn kl.	14:30		14:30					

Sykepleier KIR pol.:

Undersøkelse	Kirkenes	Støttepersonell	Hammerfest	Støttepersonell	Alta	Støttepersonell	Såmi klinikk	Støttepersonell
BCG skylling	120 min**		30 min		30 min		-	-
Laluril installasjon	90 min							
Laluril kontroll	60 min							

4.1.5 Vurdering av funn innen fagområde generell Kirurgi i FIN

4.1.5.1 Antall konsultasjoner pr overlege

Antall konsultasjoner pr overlege er noe lavere ved Hammerfest sykehus sammenlignet med antallet for overleger i Kirkenes. Det samme ser en også hvis tallene fra Alta inkluderes i tallene til Hammerfest.

Dersom en tar utgangspunkt i tallene fra Kirkenes bør hver overlege ha 990 konsultasjoner pr år. For Hammerfest sykehus inkludert Alta betyr det at antall konsultasjoner kan økes med 340 konsultasjoner pr behandler. For fem overlege stillinger betyr det en økning fra faktiske konsultasjoner med 1700 pr år.

For Kirkenes sykehus viser aktiviteten i 2021 at sykehuset ikke klarte plantallene, sykehuset manglet 141 konsultasjoner i 2021 for å oppnå plantall.

4.1.5.2 Oppstart og avslutning på poliklinikk

Arbeidsgruppen ser at det er ulike oppstart på alle poliklinikkene. Ved sykehusene går overlegene visitt på sengeenhetene og intensiv før de har første pasient på poliklinikk. I Hammerfest er det flere overleger enn i Kirkenes slik at der bør minimum en overlege ha anledning til å starte poliklinikk fra kl. 08.00. I Alta hvor det ikke er sengeenhet for kirurgiske pasienter starter overlege poliklinikken kl. 08.00. Den som har colonscopi starter poliklinikken kl. 08.00.

Arbeidsgruppen mener at det er mulig å vurdere om starttidspunkt på poliklinikken kan være tidligere både på Kirkenes sykehus og ved Hammerfest sykehus. Hvis alle startet 30 minutter tidligere ville det være mulig å ha en ekstra poliklinikk hver gang generell kirurg har poliklinikk. Dvs. tre pasienter mer pr uke i Kirkenes og fem pasienter mer pr uke i Hammerfest. Totalt åtte pasienter mer pr uke.

På Kirkenes sykehus avsluttes poliklinikken kl. 14.00 fordi overlege skal kunne være tilstede på operasjonsplanleggingsmøtet som starter 14.30. Ved Hammerfest sykehus avsluttes poliklinikken mellom 15.00 og 16.00, dette avhenger av når legens arbeidsdag avsluttes. I Alta har de poliklinikk frem til kl. 16.00.

4.1.5.3 Tid satt opp til de ulike konsultasjonene

Arbeidsgruppen har vurdert om tiden som har satt av til hver konsultasjon kan reduseres. Det er noen variasjoner og arbeidsgruppen anbefaler at hver klinikk/sykehus gjennomgår oppsettet en gang til basert på hvordan øvrige lokalisasjoner har satt opp timeboka. Arbeidsgruppen har ikke beregnet om en justering av timeboka vil gi mulighet for flere konsultasjoner, fordi det vil også variere på hvor mange av hver type konsultasjoner den enkelte lokalisasjon gjennomfører.

4.1.5.4 Støttepersonell til behandler

Støttepersonell for overleger på poliklinikk er sykepleiere. Det som skiller seg ut er at Kirkenes sykehus benytter to sykepleiere og en helsefagarbeider som støttepersonell når det gjennomføres gastro- og colonskopi. Klinikk Alta benytter en sykepleier og en som bistår til vask av scopene, mens Hammerfest sykehus benytter en sykepleier.

Som et konstadsreducerende tiltak foreslår arbeidsgruppen at Kirkenes sykehus endrer sin praksis til at det er en sykepleier som bistår lege under scopiene. Sykepleier som frigis kan benyttes hos andre overleger som har behov for bistand evt. gjennomføre egen sykepleierpoliklinikk eksempelvis hjertesvikt poliklinikk.

Poliklinikkene på sykehusene bør gjennomgå arbeidstiden for personell som bistår legene. Dersom legene ikke starter poliklinikk før kl. 10.00 kan det vurderes om sykepleier skal ha egen poliklinikk frem til legen starter, evt. begynne på jobb senere for å bistå legene som evt. jobber lenge utover dagen. Arbeidsgruppen har ikke beregnet hva flere sykepleierkonsultasjoner evt. flere lege konsultasjoner ut over dagen vil gi i mere inntekter til poliklinikken. Ved Hammerfest sykehus har sykepleierne selvstendig poliklinikk før legen starter, de er også leger som starter 08.00 som trenger assistanse fra sykepleier.

Arbeidsgruppen foreslår at alle enheter gjennomgår behovet for støttepersonell hos alle behandlerne for å vurdere om det er mulighet for ytterligere harmonisering samt vurdere om støttepersonellet kan være helsefagarbeider eller helsesekretær i stedet for sykepleier.

4.1.5.5 Sykepleierpoliklinikk eller poliklinikk med annet helsepersonell

På Kirkenes sykehus gjennomfører urosykepleier egen poliklinikken når ikke urolog er tilstede. Det samme gjør urosykepleier ved Hammerfest sykehus. Det bør vurderes om klinikk Alta bør ha en egen urosykepleier for å gjennomføre egen sykepleierpoliklinikk.

4.1.5.6 Digitale konsultasjoner

Andel digitale konsultasjoner innen fagområde generell kirurgi i FIN er hittil i år (pr. 4/4-22) 3,7 %. Det må vurderes om kontrollene kan gjennomføres som en digital konsultasjon.

4.2 Ortopedi

4.2.1 Ortopedi Kirkenes sykehus

Kirkenes sykehus har 2,5 stillinger som ortoped og 1 LIS2. Kirkenes sykehus fikk økt fra 1.3 til 2.5 stilling ortoped i 2020. Dessverre har sykehuset ikke lyktes med å få ansatt en ortoped i den ledige stillingen. Det har kun vært leid inn vikar i enkelte uker når det har vært mulig å få inn vikar over eget lønssystem.

Kirkenes sykehus har 1 ortoped tilstede hver uke. Ortopeden har vakt hver dag mellom kl. 08.00-21.00. Ortopeden har ansvar for alle inneliggende pasienter samt den ortopediske poliklinikk og operative virksomhet på sykehuset. Ortoped har poliklinikk tre dager pr uke fra kl. 09.30-15.30. Fra kl. 08.00-09.30 er ortoped på sengeenheten og går visitt. Ortoped har to operasjonsdager pr uke.

Kirkenes sykehus har 1 LIS2 tilknyttet ortopedi, vedkommende går visitt sammen med ortoped og har en poliklinikk pr uke.

4.2.2 Ortopedi Hammerfest sykehus

Hammerfest sykehus har 5 overlegestillinger innenfor ortopedi. Pr. i dag er 1 stilling vakant som leies inn over lønn og noe annet langtidsfravær som gjør at det er dårlig bemannet for tiden. De går i en 5

delt vaktjeneste med passiv vakt på kveld/natt. Disse har ansvaret for alle inneliggende pasienter innenfor ortopedi hele døgnet og ivaretar poliklinisk aktivitet i Hammerfest og ved klinikk Alta, samt operasjoner i Hammerfest og Alta. Ortopedene er også på Opptreningscenteret i Finnmark ca. 2 dager pr. mnd.

Ortopedisk avdeling har 4 LIS2 stillinger. LIS2 har tilsvarende hjemmevaks ordning som overlegene, men med noe ulik tilstedetid. For tiden er 1 stilling vakant. Med vakante stillinger og øvrig fravær på både overlege og LIS 2 er den polikliniske aktiviteten for tiden lav.

Det er realistisk at ortoped i Hammerfest kan nå samme tall som Kirkenes, men dette fordrer full bemanning og at man slår sammen aktivitetstall i Hammerfest og Alta da det er samme leger begge plassene.

4.2.3 Ortopedi klinikk Alta

Ortoped fra Hammerfest sykehus har 20 operasjonsuker i Alta pr år. En ortoped dekker 13 uker, øvrige uker dekkes av annen ortoped. Antall poliklinikker varierer fra måned til måned. Reisetid for ambulering avspaseres slik at det blir færre timer ortoped tilgjengelig for Hammerfest sykehus (ca. 80 t pr år)

4.2.4 Ortopedi Såmi klinihkka

Såmi klinihkka har ikke et tilbud innen ortopedi i dag.

Overlege ortopedi:

Undersøkelse	Kirkenes	Støttepersonell	Hammerfest	Støttepersonell	Alta	Støttepersonell	Såmi klinihkka	Støttepersonell
Plantall/faktisk aktivitet -21	4270 / 2807		6020 / 5152		899 / 1467			
Ant. Overleger /antall pol. Pr uke	2,5*/3		5/5		Amb. Fra Hammerfest			
Antall kons. pr overlege	2159		1030 / 1323 inkl. Alta		293			
Første pas kl.	09:00 / 10:00		09:00/10:00		08:00			
Nyhenviste	30 min		30 min		30 min			
Kontroll	30 min		30 min		30 min			
Siste pas. Inn kl.	15:30		14:30/15:30		15:00			

LIS2 Ort:

Undersøkelse	Kirkenes	Støttepersonell	Hammerfest	Støttepersonell	Alta	Støttepersonell	Såmi klinihkka	Støttepersonell
Antall LIS2 / antall pol pr uke	1		4/3					
Første pas kl.	-		09:00					
Nyhenviste	30 min		30 min					
Kontroll	30 min		30 min					
Siste pas. Inn kl.	-		14:30					

4.2.5 Vurdering av funn innen fagområde ortopedi i FIN

4.2.5.1 Antall konsultasjoner pr overlege

Antall konsultasjoner pr overlege er lavere ved Hammerfest sykehus sammenlignet med antallet konsultasjoner pr overlege i Kirkenes. Det samme ser en også hvis tallene fra Alta inkluderes i tallene til Hammerfest sykehus.

Dersom en tar utgangspunkt i tallene fra Kirkenes bør hver overlege ha 2159 konsultasjoner pr år. For Hammerfest sykehus inkludert Alta betyr det at antall konsultasjoner kan økes med 836 konsultasjoner pr behandler. For fem overlege stillinger betyr det en økning fra faktiske konsultasjoner med 4180 pr år. Når en beregner aktivitetstallene må en hensynta avspaseringstiden ortopedene opparbeider seg i forbindelse med ambulering til Alta, 6 t. pr gang de er i Alta.

For Kirkenes sykehus viser aktiviteten i 2021 at sykehuset ikke klarte plantallene. Sykehuset manglet 1463 konsultasjoner i 2021 for å oppnå plantall, årsak er at sykehuset ikke har fått ansatt ledig ortopedstilling.

4.2.5.2 Oppstart og avslutning på poliklinikk

På Kirkenes sykehus er det kun en ortoped til stede hver dag, det betyr at vedkommende går legevisitt på sengeenhet og intensiv før poliklinikken starter, det er derfor ikke mulig å starte poliklinikken tidligere for ortoped.

På Hammerfest sykehus er det flere ortopeder tilstede hver uke slik at det bør vurderes om ytterligere en ortoped kan starte poliklinikk kl. 08.00

4.2.5.3 Tid satt opp til de ulike konsultasjonene

Tiden satt opp i timebøkene er likt i foretaket. Arbeidsgruppen mener likevel det bør vurderes om kontrollene hos overlege kan justeres til 15 minutters. Dette anbefaler arbeidsgruppen at sykehusene følger opp i det videre arbeidet.

4.2.5.4 Støttepersonell til behandler

Ingen av lokalisasjonene har støttepersonell tilknyttet behandler.

4.2.5.5 Sykepleierpoliklinikk eller poliklinikk med annet helsepersonell

Arbeidsgruppen mener sykehusene må vurdere om kontrollene kan gjennomføres av fysioterapeut alternativt av fastlege.

4.2.5.6 Digitale konsultasjoner

Andel digitale konsultasjoner innen fagområde ortopedi i FIN er hittil i år (pr. 4/4-22) 3,3 %. Det må vurderes om kontrollene kan gjennomføres som en digital konsultasjon.

4.3 Gynekologi

4.3.1 Gynekologi Kirkenes sykehus

Kirkenes sykehus har 3.75 stillinger som gynekologer og 1 LIS3 stilling. Alle stillingene er besatt fra 01.04.2022. Gynekologene har ansvar for pasienter som behandles på føde /gyn. enheten og all poliklinikk og operativ virksomhet innenfor fagområde. Gynekologene har hjemnevakt kveld/natt/helg og høytid. Det samme har LIS3.

4.3.2 Gynekologi Hammerfest sykehus

Hammerfest sykehus har 5,6 overlegestillinger hvorav 1,5 er vakant som det jobbes med å rekruttere. Det er 2 LIS3 stillinger som begge er besatt. Gynekologene har alt ansvar for føde/gyn pasienter både innlagte, operative og polikliniske i tillegg til at de har undervisning og oppfølging av 6. års studenter samt noe ambulerer til Alta og Karasjok. Legene har hjemnevakt kveld/natt men har noe tilstedetid dag i helg og høytid.

4.3.3 Gynekologi klinikk Alta

Gynekologene fra Hammerfest sykehus ambulerer til klinikk Alta. I Alta har de poliklinikk for å se på risikosvangerskap, ikke ordinær poliklinikk. De har det medisinsk faglige ansvaret på fødestuen i Alta.

4.3.4 Gynekologi Sàmi klinihkka

Gynekolog fra Hammerfest sykehus ambulerer til Sàmi klinihkka 2 dager annen hver måned.

Overlege gynekologi:

Undersøkelse	Kirkenes	Støttepersonell	Hammerfest	Støttepersonell	Alta	Støttepersonell	Såmi klinikk	Støttepersonell
Plantall/faktisk aktivitet -21	3356/3177		4245/3985		548/774		100/87	
Ant. Overleger /antall pol. Pr uke	3,75/7		5,6/2?		Amb. Fra Hammerfest	-	Amb fra Hammerfest	
Antall kons. pr overlege	847		711/864 inkl. Alta og Såmi klinikk		138	-	15	
Første pas kl.	09:00 / 09:30				08:00		?	
Konisering	45 min	1 spl	45 min	1 spl.	-			
Uro.pol	45 min**	1 spl	30 min hos sykepleier* 30 min hos lege	1 spl.	-			
Generell gyn undersøkelse med ultralyd	30 min	1 spl	30 min	1 spl.	-		30 min	1 spl
Biopsi + Kolposkopi	45 min**	1 spl	30 min	1 spl.	-		30 min	1 spl
Infertilitetsutredning nyhenviste	60 min	1 spl	60 min	1 spl.	-			
Aborter	30 min sykepleier 30 min hos lege	1 spl	30 min hos sykepleier 30 min hos lege	1 spl.	-			
Tidlig ultralyd hos lege	30 min	1 spl	30 min	1 spl.	30 min	-		
Svangerskapskontroll hos lege	30 – 60 min	1 spl	30-60 min		30-60 min	-		
Siste pas. Inn kl.	14:30		15:00 /15:30		14:30/ 15:00			

LIS3 gynekologi:

Undersøkelse	Kirkenes	Støttepersonell	Hammerfest	Støttepersonell	Alta	Støttepersonell	Såmi klinikk	Støttepersonell
Antall LIS3/antall pol pr uke	1/2		2/2		-			
Første pas kl.	09:00		08:00		-			
Nyhenviste	30 min		30-60 min	-	-	-	-	-
Kontroll	45 min		30-60 min	-	-	-	-	-
Siste pas. Inn kl.	14:30				-			

Jordmor/sykepleier gynekologi:

Undersøkelse	Kirkenes	Støttepersonell	Hammerfest	Støttepersonell	Alta	Støttepersonell	Såmi klinikk	Støttepersonell
Første pas kl.	09:00		08:00		08.30			
Svangerskapskontroll	45 min	1 jordmor	60 min	-	30- 60 min			
UL (12 og 18 uker)	45- 60 min	1 jordmor	60 min	-	45- 60 min			
Siste pas. Inn kl.	14:30		14:30-15:00		14:30			

4.3.5 Vurdering av funn innen fagområde generell gynekologi i FIN

4.3.5.1 Antall konsultasjoner pr overlege

Antall konsultasjoner pr overlege er marginalt lavere på Kirkenes sykehus sammenlignet med antallet konsultasjoner pr overlege i Hammerfest når tallene fra klinikk Alta og Såmi klinikk er inkludert i tallene til Hammerfest sykehus.

Dersom en tar utgangspunkt i tallene fra Hammerfest bør hver overlege ha 864 konsultasjoner pr år. For Kirkenes sykehus betyr det at antall konsultasjoner kan økes med 17 konsultasjoner pr behandler. For 3,75 overlege stillinger betyr det en økning fra faktiske konsultasjoner med 64 pr år.

4.3.5.2 Oppstart og avslutning på poliklinikk

Kirkenes sykehus må vurdere om det er mulig at en gynekolog starter poliklinikk kl. 08.30 og har siste pasient kl. 15.00 eller 15.30. Det vil medføre en økning på 1-3 pasienter pr. poliklinikkdag, dvs. 3-21 pr uke. Dersom det ikke er mulig å starte tidligere må det vurderes om sykepleier kan starte arbeidsdagen senere evt. gjennomføre en sykepleierpoliklinikk i påvente av lege.

4.3.5.3 Tid satt opp til de ulike konsultasjonene

Tiden satt opp til de ulike konsultasjonene er i all hovedsak det samme i foretaket. Arbeidsgruppen ber sykehusene om å vurdere om det er mulig å justere alle konsultasjonene til samme lengde.

4.3.5.4 Støttepersonell til behandler

Støttepersonell til behandler er lik i foretaket. Arbeidsgruppen foreslår at alle enheter gjennomgår behovet for støttepersonell hos alle behandlerne for å vurdere om det er mulighet for ytterligere harmonisering samt vurdere om støttepersonellet kan være helsefagarbeider eller helsesekretær i stedet for sykepleier.

4.3.5.5 Sykepleierpoliklinikk eller poliklinikk med annet helsepersonell

Jordmødrene på alle lokalisasjonene gjennomfører egne poliklinikker. De gynekologiske poliklinikkene må vurdere om det er noen av konsultasjonene som i dag gjennomføres av gynekolog som kan gjennomføres av sykepleier.

4.3.5.6 Digitale konsultasjoner

Andel digitale konsultasjoner innen fagområde gynekologi hittil i år (pr. 4/4-22) er 1,5%. Det må vurderes om kontrollene kan gjennomføres som en digital konsultasjon.

4.4 Medisin

4.4.1 Medisin Kirkenes sykehus

Kirkenes har 7 overlege stillinger og 12 LIS2 stillinger. Alle overlegestillingene er besatt, men etter pandemien har avdelingen hatt utfordringer med å rekruttere LIS2. Overlegene har hjemmevakt kveld/natt/helg og høytider. LIS2 har tilstedevakt 24/7. Avdelingen har dekket de fleste fagområder innen medisin. Har fast ansatte overleger innenfor følgende fagområder: kardiologi, lunge, nefrologi, geriatri, generell indremedisin og onkologi. Akkurat nå mangler avdelingen gastroenterolog, vedkommende som er ferdig spesialist og som har fått stipendmidler fra FIN ventes tilbake i 2023. Inntil da må avdelingen leie inn denne spesialiteten.

Etter en avvikshendelse i 2019 med påfølgende tilsyn fra Helsetilsynet ble avdelingen blant annet nødt til å gjøre om på visitt rutinene på avdelingen for å sikre en bedre kontinuitet for inneliggende pasienter både på sengeenheten og på intensiv. Dette har medført at antall polikliniske konsultasjoner for medisinske leger nå er lavere enn det var før 2019.

4.4.2 Medisin Hammerfest Sykehus

Hammerfest sykehus har 8 overlegestillinger, 12 LIS2 og 10 LIS1 stillinger. Det er ca. 3 overlege stillinger som er besatt inklusive enhetsleder som jobber en del klinisk, 9 LIS2 stillinger er besatt og samtlige LIS1. Overlegene har hjemmevakt kveld/natt men har noe tilstedetid dag i helg og høytid. LIS1 og LIS2 har tilstedevakt 24/7.

Hammerfest har over år hatt utfordringer med å få ansatt overleger og LIS2 i faste stillinger så turnoveren er stor. Det har vært leid inn overleger fra byrå som i hovedsak har vært brukt på sengepost grunnet uerfarne LIS2 leger. Hammerfest har hatt tilsyn og avviksmeldinger som har ført til styrkning av lege nivå i akuttmottak, sengepost og på intensiv for å kunne ivareta pasienter på best mulig måte.

4.4.3 Medisin klinikk Alta

I Alta er det en fast stilling indremedisiner som gjør blandet poliklinikk, gastrokopier, hjerteundersøkelser og ekko. Den ene stillingen klarer ikke å dekke behovet, derfor er det en del innleie.

4.4.4 Medisin Såmi klinikk

Såmi klinikk har ansatt 1 kardiolog i 100% stilling. Kardiologen har permisjon uten lønn ca. hver 5. uke for å jobbe ved et større sykehus i Finland. Spesialistpoliklinikken har i tillegg 1 100% stilling som geriater, denne stillingen er pr i dag ledig og klinikken har 1 ubesatt 100% indremedisinstilling. Det leies inn gastroenterolog 1 uke pr måned.

Overlege medisin:

Undersøkelse	Kirkenes	Støttepersonell	Hammerfest	Støttepersonell	Alta	Støttepersonell	Såmi klinikk	Støttepersonell
Plantall/faktisk aktivitet -21	8319/7028		7032/6686		5926/5465		2564/2610	
Ant. overleger/antall pol. Pr uke	7/12-14		8 /12		1/ innleie		-	
Antall kons. pr overlege	1004		835				-	
Første pas kl.	09:00-10:00		08:00-09:00		08:00			
Ekko	45 min		60 min**		45 min		45 min	1spl(ekg,bt)
A-EKG	60 min*	1 spl	45 min	1 spl.	45 min	1 spl.	45 min	1 spl
A-EKG og Ekko	90 min*	1 spl	90 min**	1 spl.	60 min***	1 spl.	60 min***	1spl
Pacemaker	45 / 60 min		45-60 min		45 min			
Pacemaker og Ekko	90 min		90 min		90 min			
Lunge	Kontroller 30 min / utredning 60 min		45 min**		-		30-45 min	1spl
Koloskopi	60 min	2 spl + 1 hjpl	60 min	1 spl.	60- 75 min	1 spl.	60 min	1 spl
Gastrokopi	30 min	2 spl + 1 hjpl	30 min	1 spl.	30- 45 min	1 spl.	45 min	1spl
Gastro+koloskopi	90 min	2 spl + 1 hjpl	90 min	1 spl.	-	-	90 min	1 spl
Ultralyd abdomen		1 spl v/kontrast	RTG		-	-	30-45 min	
Gastro+ultralyd			RTG		-	-	60 min	1 spl
Samtale	30 min		30-45 min		30 min	-	30-45 min	
Hud	20 - 30 min	1 spl*	30 min	-	30 min	1 sykepleier	30 min	1.spl v/behov
Revma	30 – 60 min	1 spl	30-60 min	-	30- 60 min	-	45 min	1 spl v/behov
Siste pas. Inn kl.	14:15 – 15:00		15:00-15:15		14:30- 15:00			

LIS2 medisin:

Undersøkelse	Kirkenes	Støttepersonell	Hammerfest	Støttepersonell	Alta	Støttepersonell	Såmi klinikk	Støttepersonell
Antall LIS2/antall pol pr uke	10/		12/4		-			
Første pas kl.	09:00		09:00-09:30		-			
Nyhenviste	30 min		30 min	-	-	-	-	-
Kontroll	30 min		30 min	-	-	-	-	-
Siste pas. Inn kl.	14:00		14:45-15:00		-			

Sykepleier med. pol.:

Undersøkelse	Kirkenes	Støttepersonell	Hammerfest	Støttepersonell	Alta	Støttepersonell	Såmi klinikk	Støttepersonell
Første pas kl.	08:30		08:00		08:00			
Lunge undersøkelse	15 – 60 min	1 spl	30- 2t 15 (spiro, rev, gas) min** Spiro 30 min Revtest 90 min Gass dif 30 min		-	-	30-60min*	1
Lysbehandling	15 min	1 spl	15 min		15 min	1 sykepleier	30-45 min***	1

Infusjon	60 – 420 min	3,5 spl. 4 fra 1/6			60- 420 min	4 sykepleiere til infusjon og cytostatika	45-300 min	1-2
R-Test/24 t bt	30 min***	1 spl	15 min		30 min	1 sykepleier	30 min***	1
Prikktest/epikutantest	30 min	1 spl	30 min		30 min	1 sykepleier	1	
Overvekt	60 – 120 min	0.5 spl	1,5-2t		-			
Diabetes	60 min	0.5 spl			-			
Sår	30 min	1 spl			-			
Reuma	30 – 90 min	1 spl			-			
EEG	90 – 150 min	1 hj.pl			-			
Dietist / KEF	45 – 60 min		45-60 min		45-60 min	-		
Siste pas. Inn kl.	14:30				14:30			

4.4.5 Vurdering av funn innen fagområde medisin i FIN

4.4.5.1 Antall konsultasjoner pr overlege

Når vi sammenligner faktiske gjennomførte konsultasjoner på Kirkenes sykehus og Hammerfest sykehus i 2021 finner arbeidsgruppen ikke ut at antall konsultasjoner pr overleger er lavere på Kirkenes sykehus enn på Hammerfest sykehus jmf. KPMG rapporten. Det arbeidsgruppen finner er at antall konsultasjoner pr overlege er noe lavere ved Hammerfest sykehus sammenlignet med antallet for overleger på Kirkenes sykehus.

Dersom en tar utgangspunkt i tallene fra Kirkenes sykehus bør hver overlege ha 1004 konsultasjoner pr år. For Hammerfest sykehus betyr det at antall konsultasjoner kan økes med 169 konsultasjoner pr behandler. For åtte overlege stillinger betyr det en økning fra faktiske konsultasjoner med 1352 pr år.

4.4.5.2 Oppstart og avslutning på poliklinikk

Sammenligner en oppstarts tiden for overleger på poliklinikk må Kirkenes sykehus vurdere om noen av overlegene kan starte poliklinikken kl. 08.00. Dersom det er mulig vil antall konsultasjoner øke med en til to alt avhengig av hvilke konsultasjoner som settes opp.

Avslutningstidspunktet er tilnærmet lik i foretaket.

4.4.5.3 Tid satt opp til de ulike konsultasjonene

Tiden satt opp til de ulike konsultasjonene er i all hovedsak det samme i foretaket. Det som skiller seg mest ut er tiden satt av til A-EKG og ekko. Etter nærmere undersøkelser er årsaken til at Kirkenes sykehus og klinikk Alta har satt opp lenger tid at undersøkelsene tas på to ulike behandlingsrom mens i Sámi klinihkka er utstyret på samme rom. Arbeidsgruppen ber sykehusene om å vurdere om det er mulig å justere alle konsultasjonene til samme lengde.

4.4.5.4 Støttepersonell til behandler

Støttepersonell til behandler er i all hovedsak lik. Det som skiller seg markant ut er støttepersonell ved colon og gastrokopi (se tiltakene som er foreslått under generell kirurgi). Arbeidsgruppen foreslår at alle enheter gjennomgår behovet for støttepersonell hos alle behandlerne for å vurdere om det er mulighet for ytterligere harmonisering samt vurdere om støttepersonellet kan være helsefagarbeider eller helsesekretær i stedet for sykepleier.

4.4.5.5 Sykepleierpoliklinikk eller poliklinikk med annet helsepersonell

Basert på informasjonen som arbeidsgruppen har innhentet kan det se ut som det gjennomføres flere sykepleier-poliklinikk på Kirkenes sykehus enn på de øvrige lokalisasjonene. Øvrige poliklinikker i FIN må vurdere om det er noen av konsultasjonene som i dag gjennomføres av leger som kan gjennomføres av sykepleier. Økonomiavdelingen har beregnet at dersom en sykepleier gjennomfører en poliklinikk som tidligere har vært gjennomført av kardiolog vil dette kunne gi en mer inntekt på kr.

965 401. Dette forutsetter at sykepleier har 6 poliklinikker/dag, 4 dager/uke i 42 uker/ år samt at kardiologen har annen poliklinikk.

4.4.5.6 Digitale konsultasjoner

Andel digitale konsultasjoner innen fagområde medisin hittil i år (pr. 4/4-22) er 4,2 %. Det må vurderes om kontrollene kan gjennomføres som en digital konsultasjon.

4.5 Merkantile tjenester

4.5.1 Merkantil innkalling alle klinikker

Begge sykehusene og begge klinikkene i FIN viser til at det er hull i timebøkene. Arbeidsgruppen mener derfor det er helt nødvendig å se på tiltak for å sikre timebøker uten ledige timer. Arbeidsgruppen mener at dersom timebøkene blir fylt opp maksimalt ut fra det som er avtalt vil aktiviteten i FIN øke. Et eksempel fra Hammerfest sykehus der en overlege skulle ha poliklinikk der det var satt av tid i timebok til 15 pasienter. Totalt var det satt opp 9 pasienter i timeboka, 4 pasienter avbestilte timen sin. Det vil si at kun 9 av 15 pasienter har vært innkalt til denne dagen og bare 5 av 15 timer ble benyttet den dagen. Om timebøkene blir fylt tilstrekkelig opp og merkantil er «på» ved avbestillinger i siste liten grunnet dårlig vær/stengte veier o.l. vil aktiviteten bli betraktelig høyere og plantall vil nås. Målet er null hull i timebøker.

4.5.2 Følgende tiltak er foreslått av arbeidsgruppen:

- Oversikt over hvilke behandlere som er tilgjengelig for poliklinisk drift må foreligge med minimum 6 måneders horisont.
- Timeboka i Dips må oppdateres kontinuerlig. Arbeidsgruppen er kjent med at det pågår et arbeid i FIN der alle ansatte skal inn i GAT samt at GAT skal integreres med DIPS. Dette vil kunne bidra til at de som innkaller har oversikt over hvem som er tilgjengelig for poliklinikk langt tidligere enn det de har i dag via intranett (lenke til oppgavevaktbok intranett <https://intranett.helsenord.no/bygg-og-drift-felles/oppgavevaktbok-og-vaktplaner-fin/>).
- Ta i bruk digital innkalling så snart den er klar til bruk. I dag er det opptil tre ukers postgang når innkallingen sendes pr. brev.
- Utvide arbeidstid for noen i merkantil tjeneste til kl. 17 og mulig lørdager for å klare å fylle opp timebøker etter avbestillinger. Spesielt avbestillinger fredager er sårbare da de ofte medfører hull i timebøker de første dagene i påfølgende uke.
- Vurdere om helsesekretærer kan bistå behandler slik at behandler får frigjort tid til flere pasientkonsultasjoner.
- Iverksette flere tiltak for å redusere fraværet i merkantil tjeneste.
 - Kompetanseheving
 - Der skoen trykker
 - Oppfølging via NAV
 - Mulighetssamtale

4.6 Støttepersonell /utstyr til behandler alle klinikker

- Oppgaver som annet personell kan utføre for at spesialist skal kunne ha flere konsultasjoner.
- Vurdere om det er mulig at behandler bruker to konsultasjonsrom slik at behandler kan gå mellom to konsultasjonsrom der støttepersonell klargjøre neste pasient for behandler. Har vi en ØNH-lege og to stuer kan støttepersonell klargjøre pasient og behandler kan gå imellom stuene for å få utnyttet tiden til behandler best mulig.
- Mangel på utstyr for effektiv tidsbruk, f. eks. har det ene sykehus kun ett arbeids-EKG.

- Mangel på undersøkelses rom som medfører at det er begrensninger på hvor mange behandlere som kan være på poliklinikken til enhver tid.
- Vurdere om det finnes et enkelt bookings system for bruk av rom på poliklinikken slik at alle rommene kan benyttes optimalt.

4.7 Psykisk helse

Dette er et møysommelig arbeid. Vanskelig å få frem hvem som er innleie leger m.m. Slik det kan se ut så er den differansen på antall tiltak som fremkommer i KPMG rapporten ikke differensiert på hva som er innleie og hva som er fast ansatte. Om arbeidsgruppen har forstått rett, er det mye innleie i FIN og meget ulikt mellom lokalisasjoner. Totalt er det flest innleie i Hammerfest og Alta i VPP. På BUP er det Alta som har mest innleie, deretter Hammerfest og Kirkenes. BUP Karasjok har ingen rapporter innleie. Vår vurdering er at det er naturlig at innleie har flere konsultasjoner enn fast ansatte. Faste ansatte har ofte flere oppgaver samtidig og står ikke bare i elektiv drift.

Arbeidsgruppen har sett videre på denne oversikten og synes det vil være hensiktsmessig å ta med alle behandlere, da det i psykiatrien ikke bare er leger som har tiltak/konsultasjoner. I dette arbeidet har vi brukt DIPS rapport 6817. I denne rapporten kommer alle tiltak registrert i Dips. I tabellene nedenfor vil vi prøve å synliggjøre antall tiltak pr terapeut pr seksjon i 2019, 2020, og 2021. Det totale antall tiltak pr år dividert antall budsjetterte stillinger

Det er ikke korrigeret for permisjoner eller sykemeldinger i våre tall. Vi har lagt til grunn at enhetsledere har 50% behandler ressurs.

Det er mange usikkerhets momenter med tanke på tall materialet. I dialog med Karasjok og Alta blir det stilt spørsmål om stillingene og hvordan vi har regnet ut. Vi har dermed besluttet å ta ut faktiske tall og legge til grunn budsjetterte stillinger for utregning av gjennomsnitts tiltak pr behandler. Karasjok kommenterer også at tallmaterialet vi fremlegger ikke stemmer med tall hentet fra HN-Lis . Vi har i vårt arbeid hentet ut tallgrunnlaget fra DIPS rapport 6817, dette er en rapport som kan differensiere pr ansatt og er den rapporten ledere kan bruke i oppfølging av sine ansatte. I vår gjennomgang har vi brukt samme fremgangsmåte på alle enheter. Vi har fått informasjon fra kontrollere om budsjetterte stillinger.

4.7.1 Voksen psykiatrisk poliklinikk VPP

I PHVR har arbeidsgruppen valgt å legge inn data direkte i tabell. Der er det beskrevet antall budsjetterte stillinger på de ulike poliklinikkene.

Tabellen beskriver antall tiltak pr behandler. Nasjonal norm for antall tiltak pr behandler på VPP er tre tiltak pr behandler pr dag. Totalt 660 tiltak pr behandler pr år.

I BUP er normtallet to tiltak pr behandler pr dag og 440 tiltak pr år pr behandler.

4.7.1.1 VPP Kirkenes sykehus

VPP Tana	Totale tiltak	Stillingshjemer (uten merkantil)	Ant. tiltak pr terapeut	Innleie leger	Psykolog spesialist	Ventetider
2019	2562	9	284	1	0	42
2020	2965	9	329	0	0	42
2021	3205	9	356	6	0	48

VPP Kirkenes	Totale tiltak	Stillingshjemer (uten merkantil)	Ant. tiltak pr budsjettert terapeut	Innleie leger	Psykolog spesialist	Ventetider
2019	4433	12 *	369	4	9	47

2020	4486	12 *	374	5	0	42
2021	4888	12 *	407	10	3	52

*Inkl. en rus stilling

4.7.1.2 VPP Hammerfest sykehus

VPP Hammerfest	Totale tiltak	Stillingshjempler (uten merkantil)	Ant.tiltak pr terapeut	Innleie leger	Innleie Psykolog spesialist	Ventetider
2019	4845	13 *	372	22	27	59
2020	6092	13 *	468	22	40	68
2021	6680	13 *	514	12	51	70

*Inkl. to rus stillinger

4.7.1.3 VPP klinikk Alta

VPP Alta	Totale tiltak	Stillingshjempler (uten merkantil)	Ant.tiltak pr terapeut	Innleie leger uker	Innleie Psykolog spesialist	Ventetider
2019	7101	21,05 *	337	46	0	61
2020	7657	21,05 *	363	41	0	75
2021	8483	21,05 *	403	54	0	62

*inkl. to rus stillinger

4.7.1.4 VPP Sámi klinikk

VPP DPS Psyk.pol Karasjok	Totale tiltak. Inkludert Lakselv	Stillingshjempler (uten merkantil)	Ant. tiltak pr terapeut	Innleie leger	Innleie Psykolog spesialist	Ventetider
2019	3754	11	341	9	0	55
2020	3634	11	330	11	0	57
2021	3813	11	346	24	0	60

4.7.1.5 Antall konsultasjoner pr behandler pr år

Hvis vi forutsetter at normtallet på 660 tiltak pr behandler pr år er mulig i FIN bør alle enheter øke plantallene og faktisk aktivitet. Dersom alle stillingene er besatt eller det leies inn for ledige stillinger vil potensiale for økt aktivitet være en økning på 17088 tiltak i FIN noe som vil gi en inntektsøkning på kr. 8 719 507. Arbeidsgruppen tror ikke det er realistisk å klare hele økningen fordi det er vanskelig å rekruttere personell.

VPP	Plantall (660 pr budsjetterte stillinger)	Antall 2021	Mulig økning	DRG-indeks 2022	ISF inntekt
Tana	5 940	3 205	2 735	0,16	1 414 427,13
Kirkenes	7 920	4 888	3 032	0,16	1 558 035,65
Hammerfest	8 580	6 680	1 900	0,16	1 007 634,60
Alta	13 893	8 483	5 410	0,15	2 744 363,16
Sámi klinikk	7 260	3 249	4 011	0,15	1 995 047,33
Totalt			17088		8 719 507,87

4.7.1.6 Innleie av spesialister fra byrå

I VPP FIN var det totalt leid inn spesialister fra vikarbyrå totalt for kr. 23 716 766. VPPene må ha som mål å halvere innleie fra 1. september 2022. Dersom FIN klarer å halvere innleie fra byrå fra 1. september og ut året vil det gi en besparelse for foretaket på ca. kr. 3 500 000.

Funksjon	Funksjon (T)	Periode	2021	2022
64200	VPP dir.pasientr.virksomhet	202101	1 531 006	2 061 103
64200	VPP dir.pasientr.virksomhet	202102	1 624 435	2 567 108
64200	VPP dir.pasientr.virksomhet	202103	1 799 427	2 091 256
64200	VPP dir.pasientr.virksomhet	202104	1 494 441	1 494 441
64200	VPP dir.pasientr.virksomhet	202105	1 620 163	1 620 163
64200	VPP dir.pasientr.virksomhet	202106	1 872 355	1 872 355

64200	VPP dir.pasientr.virksomhet	202107	3 107 390	3 107 390
64200	VPP dir.pasientr.virksomhet	202108	84 461	84 461
64200	VPP dir.pasientr.virksomhet	202109	2 368 249	1 184 124
64200	VPP dir.pasientr.virksomhet	202110	2 581 290	1 290 645
64200	VPP dir.pasientr.virksomhet	202111	3 038 961	1 519 481
64200	VPP dir.pasientr.virksomhet	202112	2 594 589	1 297 294
			23 716 766	20 189 820

4.7.1.7 Digitale konsultasjoner

Vurdere mulig andel digitale konsultasjoner innen fagområdene VPP, BUP og TSB. Måltall settes og måles kvartalsvis.

De ulike poliklinikkene hadde følgende digitale konsultasjoner i 2021 (tall hentet fra HN lis):

VPP Kirkenes	11,69 %
VPP Tana	22,42 %
VPP Hammerfest	24,69 %
VPP Sámi klinikk	27,05 %
VPP Alta	19,26 %

Arbeidsgruppen anbefaler at måltallet blir satt til 20 %. Det vil si at VPP Kirkenes må ha spesielt fokus på digitale konsultasjoner fremover for å nå 20 % digitale konsultasjoner. Arbeidsgruppen har ikke beregnet besparelsen på pasientreiser som vil være en konsekvens av flere digitale konsultasjoner.

4.7.2 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

I PHUB har arbeidsgruppen valgt å legge inn data direkte i tabell. Der er det beskrevet antall budsjetterte stillinger på de ulike poliklinikkene.

Tabellen beskriver antall tiltak pr behandler. Nasjonal norm for antall tiltak pr behandler på BUP er to tiltak pr behandler pr dag og 440 tiltak pr år pr behandler.

4.7.2.1 BUP Kirkenes sykehus

BUP Kirkenes	Totale tiltak	Stillingshjempler (uten merkantil)	Ant.tiltak pr terapeut	Innleie leger	Psykolog spesialist	Ventetider
2019	3331	12	277	2	0	61
2020	3038	12	253	0	0	71
2021	3073	12	256	15	9	61

4.7.2.2 BUP Hammerfest sykehus

BUP Hammerfest	Totale tiltak	Stillingshjempler (uten merkantil)	Ant.tiltak pr terapeut	Innleie leger	Innleie Psykolog spesialist	Ventetider
2019	2360	11	214	0	22	47
2020	2506	11	228	0	19	38
2021	3074	11	279	0	31	49

4.7.2.3 BUP klinikk Alta

BUP Alta	Totale tiltak	Stillingshjempler	Ant.tiltak pr terapeut	Innleie leger	Innleie Psykolog spesialist	Ventetider
2019	4432	16,6	267	4	7	54
2020	3510	16,6	211	8	6	56

2021	4648	16,6	280	25	21	57
------	------	------	-----	----	----	----

4.7.2.4 BUP Såmi klinikk

BUP pol Karasjok	Totale tiltak	Stillingshjemler (uten merkantil)	Ant. tiltak pr terapeut	Innleie leger	Innleie Psykolog spesialist	Ventetider
2019	2733	12,7	215			28
2020	2840	13,7	207			29
2021	2858	10,5	272			41

4.7.2.5 Antall konsultasjoner pr behandler pr år

Hvis vi forutsetter at normtallet på 440 tiltak pr behandler pr år er mulig i FIN bør alle enheter øke plantallene og faktisk aktivitet. Dersom alle stillingene er besatt eller det leies inn for ledige stillinger vil potensiale for økt aktivitet være en økning på 8121 tiltak i FIN som vil gi en inntektsøkning på kr. 6 490 082. Arbeidsgruppen tror ikke det er realistisk å klare hele økningen fordi det er vanskelig å rekruttere personell.

BUP	Plantall (440 pr. budsjetterte stillinger)	Antall 2021	Mulig økning	DRG-indeks 2022	ISF inntekt
Kirkenes	5 280	3 073	2 207	0,26	1 861 083,65
Hammerfest	4 840	3 073	1 767	0,24	1 402 740,02
Alta	7 304	4 648	2 656	0,22	1 924 750,08
Såmi klinikk	4 620	3 129	1 491	0,27	1 301 508,81
Totalt			8 121		6 490 082,56

4.7.2.6 Innleie av spesialister fra byrå

I BUP FIN var det totalt leid inn spesialister fra vikarbyrå i for totalt 9 445 463. BUPene må ha som mål å halvere innleie fra 1. september 2022. Dersom FIN klarer å halvere innleie fra byrå fra 1. september og ut året vil det gi en besparelse for foretaket på ca. kr. 2 500 000 i 2022.

BUP Funksjon	Funksjon (T)	Periode	2021	2022
65100	BUP dir pasientr virksomhet	202101	528 440	719 547
65100	BUP dir pasientr virksomhet	202102	945 243	298 464
65100	BUP dir pasientr virksomhet	202103	793 685	823 531
65100	BUP dir pasientr virksomhet	202104	609 134	609 134
65100	BUP dir pasientr virksomhet	202105	543 268	543 268
65100	BUP dir pasientr virksomhet	202106	577 165	577 165
65100	BUP dir pasientr virksomhet	202107	710 295	710 295
65100	BUP dir pasientr virksomhet	202108	509 511	509 511
65100	BUP dir pasientr virksomhet	202109	955 894	477 947
65100	BUP dir pasientr virksomhet	202110	1 271 582	635 791
65100	BUP dir pasientr virksomhet	202111	1 269 064	634 532
65100	BUP dir pasientr virksomhet	202112	732 182	366 091
			9 445 463	6 905 276

4.7.2.7 Digitale konsultasjoner

Vurderer mulig andel digitale konsultasjoner innen fagområdene VPP, BUP og TSB. Måltall settes og måles kvartalsvis.

De ulike poliklinikkene hadde følgende digitale konsultasjoner i 2021 (tall hentet fra HN lis):

BUP Alta	11,05 %
BUP Karasjok	18,55 %
BUP Hammerfest	14,18 %
BUP Kirkenes	13,57 %

Arbeidsgruppen sin anbefaling er 20 % digitale konsultasjoner. BUP Karasjok har oppimot måltallet på 20 %. De andre poliklinikkene må jobbe med å øke antall digitale konsultasjonene. Arbeidsgruppen har ikke beregnet besparelsen på pasientreiser som vil være en konsekvens av flere digitale konsultasjoner.

4.7.3 Vurdering av funn innen fagområde PHVR

Vår gjennomgang av tallmaterialet og sammenligning mellom enheter pr behandler er forskjeller ved de ulike poliklinikkene. Både med tanke på antall tiltak pr behandler og på innleie. Det er mest innleie i Hammerfest og i Alta. I forhold til måltallet 440 på BUP og 660 på VPP har ingen enheter oppnådd måltallet. Noe kan forklares med sykefravær og ledige stillinger der det ikke er tatt inn vikar.

Det vi må ta høyde for er at mange av de ansatte har andre oppgaver. De sitter i arbeidsgrupper, har veiledningsoppgaver og er under spesialisering innenfor sitt fagfelt, eventuelt videreutdanning. I psykiatri blir det ofte nevnt minimums tiltak. Etter vår vurdering kan dette gjøres i rene spesialiserte poliklinikker. Ved FIN har vi ingen spesialiserte poliklinikker, alle er allmenne poliklinikk og må gjøre alle spesialiserte oppgaver som er tidkrevende. Mye arbeid er administrativt, som til oppfølging med 1. linje, journalnedtegninger og pakkeforløp. Alle poliklinikker har behandlingsmøter der pasienter skal få en tverrfaglig vurdering. Vi har ikke fått differensiert på tiltak/konsultasjoner pr innleie spesialist. Vi har forsøkt, men tatt det ut av rapporten, da vi ikke har fått eksakte besatte og vakante stillinger på hver enhet. I HN-LIS fant vi ikke bare behandlerstillinger uten administrasjon og merkantile. Vi forsøkte å regne oss frem via en arbeidsliste sendt fra personal. Når vi gjennomgår dette med to avdelingsledere kommer det frem at de som er ute i langvarige permisjoner m.m ikke er tatt ut av denne listen. Da var det ikke tid til flere runder med å skaffe den informasjon vi hadde behov for.

Vi har noen tanker om at innleie spesialister har noe høyere inntjening enn fastansatte. Våre antakelse bør utredes videre, om det er av betydning forskjellen mellom enheter. I tallmaterialet er det gjort en utregning for en mulig økning pr ansatt pr enhet. Vi tenker at det særlig er ved Alta og Hammerfest, der innleie av vikarer er vesentlig høyere.

Arbeidsgruppen anbefaler at måltallet blir satt til 20 %. Det vil si at VPP Kirkenes må ha spesielt fokus på digitale konsultasjoner fremover for å nå 20 % digitale konsultasjoner. BUP Karasjok har oppimot måltallet på 20 %. De andre poliklinikkene må jobbe med å øke antall digitale konsultasjonene. Arbeidsgruppen har ikke beregnet besparelsen på pasientreiser som vil være en konsekvens av flere digitale konsultasjoner.

4.7.4 Vurdere samdrift VPP Tana og VPP Kirkenes og døgn Tana

Når forslaget om samdrift ble lagt frem var det i all hovedsak med tanke på å redusere innleie ved spesialistpermisjoner og akutt fravær. Innleie i DPS ØST har i all hovedsak de siste årene vært knyttet opp mot spesialistpermisjon på VPP og ved ferieavvikling på døgnheten. Det vil etter vår vurdering være en gevinst å ansette en ekstra spesialist som dekning for uttak av ferie og permisjon. Dette vil kunne gi en stabiliserende effekt for døgnheten.

Arbeidsgruppen ser at det kan være et potensial i FIN at døgnheter og poliklinikker samarbeider om spesialistene for å redusere sårbarhet ved fravær tilsvarende som praktiseres på i den

somatikken i FIN. Dessverre har ikke arbeidsgruppen hatt kapasitet til å se nærmere på denne problemstillingen, men mener at FIN må vurdere det i det videre arbeidet.

4.7.5 Ambulant team

Fokusere på samarbeid med SANKS for å få en bedre utnyttelse av ambulant team fra Karasjok. Arbeidsgruppen har valgt å utvide mandatet der vi ser på erfaringer fra tidligere ambulante team. Hva var årsaken til at det ambulante teamet ble delt mellom lokalisasjonene og hvordan har det fungert etter delingen. For å sjekke ut dette er det sendt ut et spørreskjema til alle som jobber i poliklinikken og til ambulantteam.

Svar på Questback: 28 respondenter, jevnt fordelt mellom de 4 lokalisasjonene, Kirkenes, Alta Hammerfest og Karasjok.

4.7.5.1 Tilbakemeldinger etter spørreundersøkelsen

Av de spurte har 53,6 % et ambulantteam i dag. På spørsmålet om bruk av teamet oppgir 33,33 % i stor eller svært stor grad å bruke teamet. 29,6 % svarer i liten grad eller i noen grad. Resterende av de spurte bruker ikke ambulantteam i dag.

34,7 % av de spurte opplever at ambulantteam er tilgjengelig for pasientene.

65 % opplever i noen eller ingen grad at ambulantteam er tilgjengelig for pasienter som har behov for det. Her må også nevnes at halvparten av de som svarer ikke har ambulantteam i dag.

46 % av de spurte opplever å må løse den ambulante virksomheten selv. Mens 46,2 % svarer i noen eller liten grad at ambulantteam bidrar inn til den ambulante tjenesten.

Opplevelsen av at pasienter får et ambulant tilbud der pasienten bor er lav. 53,8 % svarer ingen eller i liten grad. 19,2 % oppgir i noen grad, mens 25,9 % opplever at pasienter får ambulante tjenester der de bor.

Det ble stilt spørsmål vedrørende samarbeid. De tre spørsmålene som omhandler samarbeid er skårene nesten identiske. Overveiende opplevelse av godt samarbeid. 47 % opplever godt samarbeid mellom poliklinikk, pasienter/foreldre, andre instanser og ambulant team. 12 av respondentene oppgir samarbeidet som godt. 30 % opplever ikke samarbeid og 23 % i noen grad.

I undersøkelsen har vi stilt noen åpne spørsmål. Vi har tatt utgangspunkt i oppdragsdokumentet der oppdraget er at FIN skal sikre ambulante tilbud til barn og unge innen psykisk helse.

På spørsmålet om opprettelse av ambulantteam under hver poliklinikk svarer 85,2 % at de ønsker eget ambulantteam under hver poliklinikk.

På de åpne spørsmålene går dette igjen: opprettet eget team, samarbeid, samhandling, kompetanse ressurser, kapasitet og kunnskap.

Det å innarbeide ambulantteam i FACT- ung har stor oppslutning. Når en ser på svarene så kan det tenkes at ambulantteam både bør være selvstendig og inngå i FACT om vi skal se på hva respondentene har svart. Vi la til et ekstra spørsmål om rusbehandling for unge. 37,5 % svarer at tilbudet kan gis i et ambulantteam. 45,8 % svarer i noen grad.

4.7.6 Vurdering av funn innen fagområde Ambulant team

Her er arbeidsgruppens anbefaling at poliklinikkene bør se på løsninger til det beste for hver klinikk og den enkelte pasient. Det kommer tydelig frem i spørreundersøkelsen at ønsket er at den ambulante tjenesten bør ligge under hver enhet. Se på mulighet for å opprette egne ambulerende tjenester.

Arbeidsgruppens vurdering er å se på det ambulante teamet som en naturlig del av et FACT-team ung dersom det blir besluttet å opprette teamet i FIN.

Arbeidsgruppen anbefaler også å vurdere om rusbehandling bør være et av oppdragene til ambulantteam med tanke på kompleksiteten og fleksibilitet slike pasienter fordrer.

Arbeidsgruppen anbefaler at de fire poliklinikkene bør se på løsninger sammen.

4.8 Ansette rusbehandler på Kirkenes sykehus, jfr. Budsjett

Kirkenes sykehus har ansatt en psykiater i russtillingen i Tana fra 1.4.2022. Denne stillingen har vært ledig grunnet sykemelding/permisjon i 2020 og 2021. Vedkommende som nå er tilsatt vil bidra til å nå plantallene. Kirkenes sykehus har søkt Helse Nord om midler i budsjett 2023 til å opprette et komplett rusteam jmf. Nasjonale retningslinjer for rusteam.

4.9 Nasjonale føringer og/eller tall fra sammenliknbare sykehus

Arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i funn av KPMG. Arbeidsgruppen har ikke innhentet informasjon fra andre sammenliknbare sykehus, men sammenlignet aktivitet internt i FIN. I PHVR er antall tiltak pr behandler vurdert i forhold til nasjonal norm på to tiltak pr behandler pr dag i BUP og tilsvarende tre tiltak for VPP.

5.0 Mål og avgrensninger

5.1 Resultatmål for oppdraget

Målet med rapporten er at den skal gi noen konkrete anbefalinger på antall konsultasjoner hver behandler skal ha innenfor de fagområdene arbeidsgruppen har vurdert. Rapporten skal også peke på områder som bør sees nærmere på for å sikre en mer optimal bruk av ressursene som er tilgjengelig i FIN samt at FIN gjør en gjennomgang for å sikre rett person til rett arbeidsoppgave.

5.2 Avgrensninger

Arbeidsgruppen har valgt å se på fagområder innen somatikk som har virksomhet på de fleste av våre lokalisasjoner. Arbeidsgruppen har valgt bort fagområder som øye og ØNH fordi disse er vurdert av innsatsteamet i FIN. Arbeidsgruppen har også tatt ut revmatologi og nevrologi fordi det er et tilbud som varierer på de ulike lokalisasjonene i FIN.

6.0 Organisering og gjennomføring

6.1 Fremdriftsplan

Dato	Milepæl	Ansvar	Merknader
24/1	Arbeidsgruppen etableres	Somatisk samarbeidsutvalg FIN	
11/1	Oppstartsmøte arbeidsgruppen	Klinikksjef Kirkenes	
2/2	Arbeidsgruppemøte	Klinikksjef Kirkenes	Fordelt arbeidsoppgaver i gruppen
23/2	Arbeidsgruppemøte	Klinikksjef Kirkenes	Alle følger opp egne ansvarsområder til neste møte

2/3	Arbeidsgruppemøte	Klinikkjef Kirkenes	Alle følger opp egne ansvarsområder til neste møte
23/3	Arbeidsgruppemøte	Klinikkjef Kirkenes	Alle følger opp egne ansvarsområder til neste møte
30/3	Arbeidsgruppemøte	Klinikkjef Kirkenes	Viktig frist 1/4 ferdigstilling av tabeller og kommentarer i rapportutkast
1/4	Alt i tabell skal være satt inn og kommentert i rapportutkast.	Klinikkjef Kirkenes	Alle må ha lest igjennom rapport og korrigert innen 4/4 kl. 12
4/4	Sluttrapport ferdigbehandles og oversendes innen 5/4	Klinikkjef Kirkenes	Rapport ferdigstilles og sendes innen frist 5/4
6/4	Sluttrapport oversendt økonomisjef	Klinikkjef Kirkenes	Gjennomført 6/4

6.2 Prosjektdeltakelse, involvering og forankring, medvirkning

Alle medlemmer i arbeidsgruppen har fått i oppdrag å holde egen organisasjon informert om arbeidet.

6.3 Arbeidsgruppen består av

Navn	Stilling
Rita Jørgensen	Klinikkjef Kirkenes sykehus(leder)
Kåre Hansen	Enhetsleder medisinsk leger, Kirkenes Sykehus
Siv Anita Carlsen	Avdelingsleder DPS øst, Kirkenes sykehus
Hansen Helge	Avdelingsleder somatisk avdeling, Alta
Nilsen Ragnhild H	Avdelingsleder avhengighetsbehandling, Alta
Somby Bernt	Enhetsleder somatisk avd. Såmi Klinikk
Wennberg Lena	Konsulent stab, Hammerfest sykehus
Wembstad Bjørn	Avdelingsleder medisin, Hammerfest sykehus
Grøsnes Camilla	Ass. avd. leder kir/ort, Hammerfest sykehus

6.4 Koordinering mellom klinikker og andre prosjekter

Arbeidsgruppen har ikke koordinert oppdraget med andre arbeidsgrupper grunnet mangel på tid.

7.0 Konkretisere tiltak

Arbeidsgruppen har definert disse tiltakene til å kunne gi økonomisk effekt i 2022 og fremover.

- Basert på sammenligningen som arbeidsgruppen har gjort i FIN i forhold til antall konsultasjoner pr overlege ser det se ut som Hammerfest sykehus inkl. klinikk Alta har et potensiale å øke antall konsultasjoner med ca. 1700 pr år sammenlignet med faktiske gjennomførte konsultasjoner i 2021.
- Basert på sammenligningen som arbeidsgruppen har gjort i FIN i forhold til antall konsultasjoner pr overlege ser det se ut som Hammerfest sykehus inkl. klinikk Alta har et potensiale å øke antall ortopediske konsultasjoner med ca. 4000 pr år sammenlignet med faktiske gjennomførte konsultasjoner i 2021.
- Dersom Kirkenes sykehus ansetter ortoped i ledig stilling bør plantallene justeres opp med ca. 1130 i 2023.
- Økonomiavdelingen har beregnet at dersom en sykepleier gjennomfører en poliklinikk som tidligere har vært gjennomført av kardiolog vil dette kunne gi en mer inntekt på kr. 965 401.

Dette forutsetter at sykepleier har 6 poliklinikker/dag, 4 dager/uke i 42 uker/ år samt at kardiologen har annen poliklinikk.

- Ansette i vakante stillinger i alle poliklinikker i FIN for å redusere behovet for innleie. I VPP FIN var det totalt leid inn spesialister fra vikarbyrå totalt for kr. 23 716 766. VPPene må ha som mål å halvere innleie fra 1. september 2022. Dersom FIN klarer å halvere innleie fra byrå fra 1. september og ut året vil det gi en besparelse for foretaket på ca. kr. 3 500 000.
- I BUP FIN var det totalt leid inn spesialister fra vikarbyrå i for totalt 9 445 463. BUPene må ha som mål å halvere innleie fra 1. september 2022. Dersom FIN klarer å halvere innleie fra byrå fra 1. september og ut året vil det gi en besparelse for foretaket på ca. kr. 2 500 000 i 2022.
- Øke aktivitet i VPP på enheter med lavt gjennomsnittlig tiltak pr behandler. Dersom alle stillingene er besatt eller det leies inn for ledige stillinger vil potensiale for økt aktivitet være en økning på 17088 tiltak i FIN noe som vil gi en inntektsøkning på kr. 8 719 507. Arbeidsgruppen tror ikke det er realistisk å klare hele økningen fordi det er vanskelig å rekruttere personell.
- Hvis vi forutsetter at normtallet på 440 tiltak pr behandler pr år er mulig i FIN bør alle enheter øke plantallene og faktisk aktivitet. Dersom alle stillingene er besatt eller det leies inn for ledige stillinger vil potensiale for økt aktivitet være en økning på 8121 tiltak i FIN som vil gi en inntektsøkning på kr. 6 490 082. Arbeidsgruppen tror ikke det er realistisk å klare hele økningen fordi det er vanskelig å rekruttere personell.
- Ansatt rusbehandler på VPP i Tana vil medføre en økning i antall polikliniske konsultasjoner på 660 pr år. I 2022 medfører det en økning på 385 tiltak.

7.1 Operasjonalisering av tiltak (konkretisere handlinger)

Arbeidsgruppen har ikke operasjonalisert tiltakene grunnet mangel på tid.

8.0 Risikovurdering

Det er ikke gjort en risikovurdering om foreslåtte tiltak er mulig å gjennomføre. Det er mange usikkerhetsfaktorer som kan bidra til at det ikke er mulig å øke aktivitet pr behandler slik det er foreslått i rapporten under anbefalingene.

Det er en risiko å planlegge en økning i antall konsultasjoner på poliklinikk, spesielt på medisinsk avdeling da både Kirkenes og Hammerfest har omgjort driften til at flere leger går vitsett på sengeenheten for å øke kvaliteten på tilbudet til inneliggende pasienter samt redusere liggetiden.

Arbeidsgruppen har innhentet tall fra HN LIS. Når en sammenligner tall mellom lokalisasjonene er det alltid en usikkerhet om tallene stemmer og er sammenlignbare.

Hammerfest sykehus har ansvaret for å ivareta 6. årsstudenter. Det er derfor en risiko å sette plantallene på nivå med Kirkenes sykehus da det kan medføre at det forringer kvaliteten på utdanningen.

Som avbøtende tiltak er det viktig at alle klinikker/sykehus gjennomgår aktiviteten i egen organisasjon med mål om å ha en så effektiv drift som mulig.

9.0 Anbefaling og implementering

Arbeidsgruppen anbefaler at hver klinikk/sykehus gjennomfører tiltakene som kan iverksettes umiddelbart. Arbeidsgruppen er kommet med anbefalinger som klinikksjefene bør vurdere iverksatt.

Vedlegg:

Vedlegg 1: Ambulantteam-4691805



Vedlegg 1-
Ambulantteam-4691

Vedlegg 3: Felles definisjon av fravær ifm plantall



Felles definisjon av
fravær ifm plantall.xl

Vedlegg 4: Økonomirapport innleie PHVR



Kopi av Innleie PHR
2019-2022.xlsx

UTKAST



BRUK AV SPESIALISTER PÅ TVERS I FINNMARKSSYKEHUSET HF

Delrapport til handlingsplan med tiltak
kostnadseffektivisering 2022.

Punkt: 4.6 Samarbeid på tvers av klinikkene



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



Innhold

1.	Sammendrag og anbefaling	2
2.	Bakgrunn og forutsetninger	3
2.1	Oppdraget	3
3.	Mål og avgrensninger	3
3.2	Avgrensninger	4
4.	Organisering og gjennomføring	4
4.1	Tidsplan	4
4.2	Prosjektdeltakelse, involvering og forankring, medvirkning	4
5.	Fagområder som skal beskrives	5
5.1	Psykisk helse – samarbeid innen barn og unge	5
5.1.1	Samarbeidet mellom BUP Kirkenes og BUP Karasjok	5
5.1.2	Konklusjon	6
5.1.3	Forslag på tiltak	6
5.2	Samarbeid om skopi mellom klinikkene	6
5.2.1	Tiltaksoversikt	7
5.2.2	Konklusjon	7
5.3	Samarbeid om hudspesialist mellom klinikkene	8
5.3.1	Forslag på tiltak	8
5.4	Samarbeid innen nevrologi mellom klinikkene	8
5.4.1	Forslag på tiltak	9
5.5	Samarbeid innen revmatologi mellom klinikkene	9
5.5.1	Forslag på tiltak:	9
5.6	Samarbeid om Øre/Nese/Hals mellom klinikkene	10
5.6.1	Forslag på tiltak	10
5.7	Samarbeid om generell kirurgi mellom Hammerfest og Kirkenes Sykehus	10
5.7.1	Forslag på tiltak	11
5.8	Samarbeid om LMS mellom klinikkene	11
5.8.1	Forslag på tiltak	11
5.9	Effektiv pasientinnkalling	11
5.9.1	Forslag på tiltak	12
5.10	Beskrivelse av økonomisk effekt	12
6.	Tiltaksplan	13
6.1	Psykisk helse – samarbeid barn og unge	13
6.2	Skopi – gastro- og koloskopi	13
6.3	Hud	14

6.4	Nevrologi og Revmatologi.....	14
6.5	Øre-, nese-, hals.....	15
6.6	Samarbeid om generell kirurgi i Finnmarkssykehuset HF.....	15
6.7	LMS	15
6.8	Effektiv pasientinnkalling.....	15
7.	Vedlegg:	17
	Vedlegg 1: Prosedyre Effektiv innkalling	17

1. Sammendrag og anbefaling

Finnmarkssykehuset HF befinner seg i en krevende situasjon knyttet til omstilling og økonomisk resultat. På bakgrunn av den krevende situasjonen ble KPMG og NEO Consult AS gitt i oppdrag å se på foretakets økonomi, og om de tiltak som var iverksatt og under planlegging kunne føre til et bedre resultat (KPMG-rapporten).

Denne rapporten er utarbeidet av arbeidsgruppen som skal se på bruken av spesialister på tvers av klinikkene i Finnmarkssykehuset HF (jf.punkt 4.6 i Handlingsplan med tiltak for kostnadseffektivisering 2022)

Gruppen har sett på mulige samarbeid for fagområdene; psykisk helse (barn og unge), gastro/kolon (skopi), hud, ØNH, generell kirurgi, LMS, revmatologi og nevrologi. Det samarbeides godt på flere områder. På tross av godt samarbeid er å ta med seg faktoren med at det er store mangler på spesialistressurser på flere områder. Gruppen ser store muligheter for et tettere og bedre samarbeid på tvers i foretaket dersom man hadde bedre spesialistdekning.

Gruppen har kommet frem til flere forslag til tiltak for å forbedre bruken av spesialistressurser for å få redusert ventelistene og optimalisere kapasiteten. Vi trekker frem spesielt tre tiltak som er felles for alle fagområdene:

1. Det er behov for felles henvisningsmottak og felles tilgang til ventelister for alle klinikkene. Ventelister og henvisninger bør være transparente, slik at man kan styre pasientstrømmen til der det er ledig kapasitet. Det vil føre til en mer effektiv bruk av spesialistressursene og bedre tilbud til pasienter.
2. Mer bruk av digitale løsninger i behandling og oppfølging. Det er viktig at man på hvert fagområde identifiserer hvor det er mulig i et pasientforløp å erstatte fysiske konsultasjoner med digitale konsultasjoner. For fagområder som allerede har implementert digitale konsultasjoner i behandlingsforløp anbefales det at det utarbeider prosedyrer.
3. Finnmarkssykehuset må ha fokus på å rekruttere og stabilisere spesialistressurser. De fagområdene som har god dekning på spesialister ser vi muligheten til å tilby flere behandlingstilbud, øke kvaliteten. Til sist vil man kunne hente «hjem» pasienter som nå får behandling andre steder.

Arbeidsgruppen har ikke hatt muligheter til å få økonomiske analyser på de tiltakene som er foreslått. Det anbefales imidlertid at gjøres en økonomisk analyse på tiltakene for å se om de har en positiv effekt.

2. Bakgrunn og forutsetninger

Finnmarkssykehuset HF befinner seg i en krevende situasjon knyttet til omstilling og økonomisk resultat. Den 25. mai 2021 (sak 36/2021) ba styret i Finnmarkssykehuset HF om en årsaksanalyse av resultatutviklingen og manglende overholdelse av budsjetttrammer med frist til september 2021.

Finnmarkssykehuset ba om ekstern bistand til vurderingen av status knyttet til aktivitet og økonomi. KPMG og NEO Consult AS ble tildelt oppgaven med å benyttes seg av tilgjengelig virksomhetsrapporter og data, for å gi en vurdering på foretakets økonomi samt iverksatte og planlagte tiltak. Vurderingen skulle også suppleres med forslag til videre analyse og tiltak.

Oppdraget ble senere konkretisert til at man skulle se på foretakets bemanning, kapasitetsutnyttelse og ressursplanlegging. (Styremøtet i Finnmarkssykehuset HF 28. og 29. sept. 2021, sak 61/2021).

Rapporten fra KPMG og NEO Consult AS (KPMG-rapporten) ble fremlagt styremøte i Finnmarkssykehuset HF i september 2021.

Anbefalingene i KPMG-rapporten er blant annet å;

- skaffe seg oversikt over kostnader på fristbrudd,
- identifisere fagområdene med de største fristbruddkostnader,
- og se på kapasitetsutnyttelsen på tvers av alle klinikker for å forebygge fristbrudd.

Styret til Finnmarkssykehuset HF gav administrerende direktør (AD) i oppgave å vurdere riktig bruk av kompetanse, ressurser og optimalisering av den samlede ressursbruken i foretaket.

2.1 Oppdraget

På bakgrunn av KPMG-rapporten anbefalinger er det utarbeidet en «handlingsplan med tiltak for kostnadseffektivisering 2022». Det ble satt i gang arbeidsgrupper fordelt på de ulike områdene i handlingsplanen.

Denne rapporten er utarbeidet av arbeidsgruppen som skal se på bruken av spesialister på tvers av klinikkene i Finnmarkssykehuset HF (jf.punkt 4.6 i Handlingsplan med tiltak for kostnadseffektivisering 2022). Oppdraget går ut på å se på kapasitetsutnyttelsen på tvers av alle klinikker for å forebygge fristbrudd. En skal se på tiltak som kan styre samarbeid på tvers i foretaket for å effektivisere bruken av spesialistressursene for å redusere fristbrudd. Utover dette skal man se på mulighetene for i større grad kan benytte digitale løsninger for behandling og oppfølging.

3. Mål og avgrensninger

Målsetningen for oppdraget er å foreslå tiltak for som skal reduserer ventelister og kostnader tilknyttet fristbrudd. Det er nødvendig å se på ulike fagområder å komme frem til samarbeidmuligheter som kan sikre bedre og mer effektiv bruk av spesialistressursene i foretaket.

Felles for alle fagområdene er at man skal vurdere muligheten for økt andel av digitale konsultasjoner for behandling og oppfølging.

Det må også se på tiltak for å forbedre og effektivisere pasientinnkallingen i foretaket. Formålet er å sikre at man utnytter ledig kapasitet i klinikkene.

3.2 Avgrensninger

Fagområdet psykisk helse har arbeidsgruppen begrenset seg til å se nærmere på barn og unge sitt tilbud. En har gjort en vurdering på samarbeidet mellom BUPene i Finnmarkssykehuset HF. Man har ikke tatt med psykisk helse for voksne på grunn av tidsperspektivet for arbeidet. Gruppen anser likeledes at forslag på tiltak og videre samarbeid kan overføres til voksenpsykiatrien.

Det foreligger ikke konkrete forslag på hvor i behandlingsforløpet og oppfølging som kan gjøres ved hjelp av digitale løsninger. På den ene siden har man ikke hatt tid til å gjøre detaljerte undersøkelser. På den andre siden mangler gruppen inngående teknologisk kompetanse for å kunne vurdere tiltak utover konsultasjoner via lyd/bilde.

Det har ikke latt seg gjøre å få kostnadsberegning på foreslåtte tiltak på bakgrunn av tidsperspektivet. Man anser imidlertid at det er viktig at tiltakene blir økonomisk beregnet for å få et tydelig bilde av eventuelle kostnadsgevinster.

4. Organisering og gjennomføring

Arbeidsgruppen består av deltakere fra Hammerfest sykehus, Kirkenes Sykehus, Sámi Klinihkka, og Klinikk Alta. Gruppens sammensetning består både av ledere og spesialister innen ulike fagområder.

Møtene har blitt arrangert på Teams, og man har hatt totalt 7 Teams-møter. Det første møtet ble arrangert den 10. februar.

4.1 Tidsplan

Oppdraget ble gitt av AD den 7. desember 2021. Arbeidsgruppens sammensetting og organisering kom på plass slutten av januar 2022.

Det ble sendt ut innkalling til et oppstartsmøte den 10. februar og arbeidsgruppen har hatt jevnlig Teams-møter frem til 4. april. Rapporten skal leveres 5. april 2022.

4.2 Prosjektdeltakelse, involvering og forankring, medvirkning

Arbeidsgruppen medlemmer består av;

- Amund Peder Teigmo, Klinikksjef Sámi Klinihkka (*leder for arbeidsgruppen*)
- Renathe Aspeli Simonsen, Avdelingsleder SANKS FoU, Sámi Klinihkka (*Sekretær*)
- Katri Somby, Avdelingsleder Samisk spesialistlegesenter, Sámi Klinihkka
- Anne Njuguna, Økonomi og administrasjonskonsulent, Sámi Klinihkka
- Siv Anita Carlsen, Avdelingsleder DPS-øst Finnmark, Kirkenes sykehus
- Oddvar Kvalsvik, Medisinsk fagansvarlig overlege, Akuttavdelingen, Kirkenes sykehus
- Bjørn Wembstad, Avdelingsleder Medisin, Hammerfest sykehus
- Camilla A. Grøsnes, Ass. Avdelingsleder Kirurgisk/Ortopedisk, Hammerfest sykehus
- Lena E. Nielsen, Klinikksjef Klinikk Alta

- Helge Hansen, Avdelingsleder somatisk avdeling, Klinikk Alta

5. Fagområder som skal beskrives

Arbeidsgruppen skal se på samarbeid og komme med forslag til tiltak innen følgende fagområder;

- Psykisk helse samarbeid barn og unge
- Gastro/Kolon (skopi)
- Hud
- Øre/Nese/Hals
- Generell Kirurgi
- LMS tilbud
- Revmatologi
- Nevrologi

5.1 Psykisk helse – samarbeid innen barn og unge

For fagområdet psykisk helse for barn og unge har man sett nærmere på samarbeidet mellom BUPene Kirkenes, Alta, Hammerfest og Karasjok. I Vest- og Øst Finnmark er det mangel på god spesialistdekning innen barnepsykiatri, og bedt om bistand fra BUP, Karasjok. Ved BUP i Karasjok er spesialistdekningen innen barn- og ungdomspsykiatri god. BUP, Karasjok har de siste år vært hjelpelig med å redusere ventelister i Alta og Kirkenes.

Oversikt over sekundære henvisninger til BUP i Karasjok fra BUP Alta og Kirkenes:

Årstall	Fra BUP Alta	Fra BUP Kirkenes
2020	4	2
2021	17	3
01.01.22-30.03.22	12	9

5.1.1 Samarbeidet mellom BUP Kirkenes og BUP Karasjok

BUP Kirkenes og Karasjok v/ambulant team har hatt noe samarbeid tidligere om pasientbehandling og oppfølging. I de siste par årene har man styrket samarbeidet for å gi tilbud til pasienter som har stått lenge på ventelisten i Øst-Finnmark.

BUP Karasjok har i 2021 og 2022, bistått med spesialistressurs for medikamentell behandling og oppfølging av pasienter i øst og i vest. På tross av at Karasjok har god dekning på spesialistressurser måtte man likevel gjøre interne endringer for å kunne imøtese behovet til Kirkenes og Alta. Blant annet har man måtte redusere behandlingstilbudet til egne pasienter i Karasjok.

Ved medikamentell behandling og oppfølging må det utføres somatiske undersøkelser underveis. Det betyr at første konsultasjon bør være fysisk, men videre oppfølging kan delvis være digitalt. Det understrekes at ikke all type medikamentell behandling og oppfølging egner seg til å kunne gjennomføres delvis digitalt.

Det er pasienter i Øst-Finnmarks som har takket nei til å få et tilbud i Karasjok fordi det er lang reisevei. Likevel er det mange som takker ja til tilbudet fremfor å stå på ventelisten for å få tilbudet lokalt.

5.1.2 Konklusjon

Selv om en pasient er sekundært henvist for en spesifikk oppgave, medfører det likevel merarbeid utover dette. Man har i mange tilfeller fått forespørsler om behov for å bistå på flere områder av behandlingen til pasienten. Dette fører til økt tidsbruk som igjen går utover daglig drift og tilbudet til egne pasienter.

Når spesialister må hjelpe til med medikamentell behandling og oppfølging ved flere klinikker, vil en ikke ha kapasitet til å gjøre oppgaver innen utredning og behandling. En slik utnyttelse av kapasiteten vil ikke være i tråd med pakkeforløpet krav om å ha spesialist og lege i all utredning. Praksisen som gjøres handler om manglende spesialistressurser i foretaket. Om situasjonen ikke blir bedre kan det føre til at eksisterende søker seg til andre steder.

5.1.3 Forslag på tiltak

- Det må arbeides med rekruttering og stabilisering for å sikre oss nok tilgang til spesialistressurser. Man er svært positive til å samarbeide og bistå andre ved behov, men det kan ikke erstatte foretakets ansvar for å få ansatt nok spesialister.
- Der det er hensiktsmessig å gi digitale konsultasjoner og oppfølging, bør det utarbeides egne prosedyrer som implementeres inn i behandlingsforløpene.
- Styrke samarbeidet mellom BUP Kirkenes og Ambulant team, BUP Karasjok.
- Ha felles ventelister for å kunne fordele pasientene der det er ledig kapasitet. Det er viktig at pasienter som står på en venteliste kan få tilbud et annet sted dersom det finnes ledig kapasitet.

5.2 Samarbeid om skopi mellom klinikkene

Dagens venteliste på skopier er lange og de eldste på ventelisten skulle vært inne til time for over 1 år siden. Ventelistene har økt betraktelig grunnet pandemi og lav aktivitet.

I Hammerfest har man satt i gang to tiltak for å redusere ventelisten. Det første tiltaket er å ha kveldspoliklinikk over en periode. Det andre er å starte opp poliklinikken når det er koloskopier kl 08.00 fremfor kl 09.00 som er vanlig praksis. Ved å starte opp en time tidligere med koloskopier har man kunne tatt en pasient ekstra. Imidlertid ser vi at tiltakene har ikke ført til ønsket effekt. Det er ikke mulig å øke aktiviteten på dagtid ytterligere siden det ikke finnes flere koloskopirom.

Venteliste ut mars 2022:

	15.02.22	09.03.22	11.03.22	23.03.22	30.03.22	
Kirurgisk						
Koloskopi	199	152	97	92	86	
Gastroskopi	55	23	0	2	4	
Medisinsk						
Koloskopi	112	95	89	83	66	
Gastroskopi	21	17	15	15	15	
Totalt						
Koloskopi	311	247	186	175	152	
Gastroskopi	76	40	15	17	19	
Differanse						
Koloskopi	0	- 64	- 61	- 11	- 23	- 159
Gastroskopi	0	- 36	- 25	+ 2	+ 2	- 57

5.2.1 Tiltaksoversikt

Februar 2022 år satte man i gang et samarbeidsprosjekt mellom Hammerfest sykehus, Klinikk Alta og Sámi Klinihkka. Hensikten med samarbeidsprosjektet var å se på mulige tiltak for å ta unna ventelistene på skopi.

Nedenfor er oversikten på de tiltak som ble igangsatt for å øke aktiviteten i Karasjok, Hammerfest og Alta.

Tiltak:

Øke aktiviteten i Karasjok

Spesialisten tar kveldspoliklinikk i Karasjok for å få unna både kirurgiske og medisinske koloskopier i uke 10 og 14.

Øke aktiviteten i Hammerfest

En ekstra pasient hver tirsdag, poliklinikk starter 08.00 fremfor 09.00.

Gi opplæring til ny kirurg på koloskopi fra uke 16 – 22. Fra uke 22 blir det tre ekstra kirurgiske koloskopier hver fredag.

Kveldspoliklinikk ved kapasitet hos kirurg/medisiner og sykepleier med.pol.

Øke aktiviteten i Alta

Kveldspoliklinikk 2 dager i uke 14 når spesialisten er i Alta. Totalt 6 pasienter ekstra.

Alta leier inn gastroenterolog og låner scoop fra Karasjok slik at de kan ha fulle dager med koloskopi i uke 13. Det kan vurderes om det er behov for å låne utstyr i andre uker også

Avbestillinger

Mye avbestilling i siste liten. Merkantiltjeneste ringe koloskopi og gastroskopi pasienter for å sikre at de har fått innkalling og møter på planlagt time.

Skop

Alta har få skop som gjør at de ikke kan ha fulle dager med skopier. I uke 13 når Alta får gastroenterolog får de låne skop fra Karasjok og Hammerfest som gjør at de kan kjøre fulle dager med skopier.

Sende pasienter til avtalespesialist?

Kartlegge hvor mange pasienter som må sendes til avtalespesialister for å redusere ventelister?

5.2.2 Konklusjon

Samarbeidet og fokuset på skopi-ventelistene har gitt god effekt. Forutsatt at samarbeidet fortsetter, antar man at etterslepet etter pandemien vil reduseres kraftig.

Med de tiltakene som ble igangsatt har man samlet sett gitt totalt 159 koloskopier og 57 gastrokopier. Det er en betydelig høyere aktivitet enn tidligere. Det er mulig å øke aktiviteten ytterligere ved å sørge for at alle timebøker fylles opp.

Å sette sammen nøkkelpersoner hva hver klinikk med et samlet fokus på faget og med felles mål om å redusere ventelistene, gir gode resultater.

5.3 Samarbeid om hudspesialist mellom klinikkene

Spesialistlegesenteret i Sámi Klinihkka tilbyr poliklinisk behandling innen hudlidelser. Hudlegespesialisten har over flere år ambulerert til Hammerfest og Alta. Spesialisten ambulerer 3 uker pr måned, mandag til torsdag.

Tilbakemeldinger fra spesialisten er at mange pasienter bl.a. i Alta og Hammerfest kan følges opp digitalt (lyd/bilde). Det er igangsatt et arbeid der man på fysiske konsultasjoner, vurderer om neste oppfølging kan gjøres digitalt. Med mer erfaring vil en i større grad kunne forhåndsvurdere muligheten for digitale konsultasjon i behandlingsforløpet. Imidlertid bør hovedregelen være at den første konsultasjon er fysisk

Når det gjelder å opprette rutinemessige digitale konsultasjoner er det to ting vi ønsker å fremheve. Det en er at vi ser at en del digitale konsultasjoner kan gjøres ved at pasienten er hjemme hos seg selv. Det andre er dersom pasienten må møte opp på en helseinstitusjon for kontroll.

Ved at pasienten er hjemme hos seg selv, vil være en kostnadsbesparelse knyttet til reise. I tillegg vil dette være enklere for pasienten som da slipper å bruke tid på å komme fysisk til hudlegen.

Dersom en pasient skal følges opp digitalt på en helseinstitusjon bør det være i tilknytning til et lokale i en e-helsepoliklinikk. Oppfølging på en e-helsepoliklinikk vil mest sannsynlig ha behov for støttepersonell som kan hjelpe pasienten under konsultasjonen. For enklere oppfølging vil det utføres av en helsefagarbeider. Ved mer kompliserte oppfølginger så må det vurderes om det er behov for en sykepleier.

Utarbeidelse av prosedyrer og implementere digitale konsultasjoner som en del av behandlingen, vil ta tid. I mellomtiden mener gruppen at det bør sees på ambuleringspraksisen til hudspesialisten. Videre om det vil være hensiktsmessig for pasientene kan reise dit spesialisten er lokalisert? På den ene siden kan det bidra til reduserte ambuleringskostnader, men på den andre siden økte pasientreisekostnader.

Måler er derfor å implementere en praksis med delvis digitale behandling og oppfølgingsforløp, med tanke på å redusere både ambuleringskostnader og pasientreisekostnader.

5.3.1 Forslag på tiltak

- Det må utarbeides gode prosedyrer og beskrivelser på bruken av e-helsepoliklinikk. Det må sikres at man ivaretar behovet for utstyr, støttepersonell for fagområder som kan benytte seg av e-helsepoliklinikk.
- Man må sørge for god opplæring av spesialist og annet personell på digitale konsultasjoner. Opplæringen gjelder både oppfølging av pasient hjemme hos pasienten selv, og om pasienten skal gjennomføre en konsultasjon på en e-helsepoliklinikk.

5.4 Samarbeid innen nevrologi mellom klinikkene

Man har en tilsatt en nevrolog i en 100% stilling på Kirkenes sykehus. Det har ikke lyktes å rekruttere en egen nevrolog til Hammerfest sykehus. Ved Hammerfest sykehus har man derfor inngått samarbeid med nevrologisk avdeling på UNN for å ivareta nevrologitilbudet i Vest-Finnmark. Avtalen innebærer at Finnmarkssykehuset finansierer en nevrologstilling ved UNN, Tromsø. UNN ivaretar henvisninger, ventelister og pasientbehandlingen.

Nevrologen fra UNN ambulerer til Alta men ikke til Hammerfest. Man har forsøkt å internt i Finnmarkssykehuset å få til en intern ambuleringsordning fra Kirkenes til Hammerfest. Av ulike

årsaker har ambuleringen mellom Hammerfest og Kirkenes måtte avvike. Det betyr at pasienter som har behov for fysisk konsultasjon må reise til Kirkenes, Tromsø eller Alta. Der det anses som hensiktsmessig blir konsultasjoner gjennomført digitalt (lyd/bilde)

For å bedre dagens situasjon er det beste være om nevrologstillingen i Hammerfest blir besatt. Når stillingene er besatt bør det være mulig å få til et bedre internt samarbeid for å utnytte den totale kapasiteten optimalt. Det bør opprettes felles henvisningsmottak som pasientene henvises til. Pasientene får tildelt timer ut fra geografi og kapasitet der det er behov for fysisk konsultasjon. Det vil være mulig at en betydelig andel av konsultasjonen kan skje digitalt via lyd/bilde. Ved å øke den digitale oppfølgingen av pasienter, vil det kunne bidra til kostnadsreduksjoner på pasientreiser og ambulering. I tillegg vil det være mulig å etablere ambulering til lokasjoner uten nevrolog, basert på pasientgrunnlaget.

Et bedre samarbeid på tvers i foretaket vil være optimalt med hensyn til å sikre ivaretagelse av henvisninger, venteliste og lignende ved fravær, ferieplanlegging m.m.

Det vil alltid være noen pasienter som må av medisinskfaglige grunner fortsatt behandles og følges opp ved regionsykehuset, men det bør være et relativt stort potensial for å redusere utgiftene til pasientreiser.

5.4.1 Forslag på tiltak

- Rekruttere nevrolog til stillingen i Hammerfest.
- Utarbeide prosedyrer på hvilke områder for behandling og oppfølging kan gjøres digitalt (lyd/bilde)
- Ha et felles henvisningsmottak for å sikre at kapasiteten benyttes optimalt. Det betyr at pasientene for time utfra geografi og ledig kapasitet.
- Sørge for å ha felles samarbeidsfora i foretaket for å sikre ivaretagelse av henvisninger, ventelister m.m.
- Det må vurderes om det bør etablere ambulering til steder som mangler nevrolog dersom pasientgrunnlaget tilsier det.
- Etablere faglige samarbeidsfora for spesialistene i foretaket, kan være positivt for rekruttering.

5.5 Samarbeid innen revmatologi mellom klinikkene

Det er en revmatolog i 100% i Hammerfest. I Sámi Klinikk leier man inn en revmatolog for 12-16 uker pr år. Ved klinikk Alta er det ikke tilsatt revmatolog, de leier inn revmatolog ved behov.

Gitt at det fantes flere faste revmatologer i Finnmarkssykehuset, ville sannsynligheten for et godt samarbeid være tilsvarende som blir beskrevet for nevrologi være tilstede (se. Kap. 5.4).

En forutsetning for godt samarbeid og faglig utvikling er at man etablere et tett faglig samarbeid mellom spesialistene i foretaket. Det bør i tillegg være mulig å knytte seg opp til eventuelle regionale fagnettverk. Et faglig samarbeid vil være nyttig for alle faggruppene på tvers i Finnmarkssykehuset.

5.5.1 Forlag på tiltak:

- Rekruttere revmatologer til ledige stillinger.
- Etablere faglige samarbeidsfora for spesialistene i foretaket, kan være positivt for rekruttering.

- Utarbeide prosedyrer på hvilke områder for behandling og oppfølging kan gjøres digitalt (lyd/bilde)
- Ha et felles henvisningsmottak for å sikre at kapasiteten benyttes optimalt. Det betyr at pasientene for time utfra geografi og ledig kapasitet.
- Sørge for å ha felles samarbeidsfora i foretaket for å sikre ivaretagelse av henvisninger, ventelister m.m.
- Det må vurderes om det bør etableres ambuleringssteder som mangler revmatolog dersom pasientgrunnetilsier det.

5.6 Samarbeid om Øre/Nese/Hals mellom klinikkene

I Finnmarkssykehuset er det per nå ansatt en øre-, nese- og halsspesialist (ØNH) ved klinikk Alta i 100% stilling, en ØNH spesialist i 70% stilling på Kirkenes sykehus. I Hammerfest er det ansatt en ØNH-spesialist i 100% stilling. Sámi Klinihkka leier inn ØNH-spesialist deler av året. I Sámi Klinihkka og Kirkenes sykehus har begge ansatt en audiograf i 100% stilling.

Kapasiteten på ØNH vil løpet av kort tid, økes i hele foretaket. Ved Klinikk Alta skal det tilsettes en ny ØNH-spesialist løpet av året. 1. januar 2023 blir det tilsatt en ØNH-spesialist i 100% stilling på Kirkenes sykehus. Det betyr at det på sikt vil være tre spesialister i Vest-Finnmark og 1,5 i Øst-Finnmark.

Med økt kapasitet i vest planlegges det å etablere et ambuleringsstilbud til Karasjok. Ambuleringen vil erstatte dagens innleiepraksis, og dermed også reduserte kostnader tilknyttet tilbudet. Når tjenesten forsterkes i hele Finnmarks vil det også være mulig å tilby flere tjenester som for eksempel søvnregistrering. Når kapasiteten økes betyr det også at man kan hente tilbake pasienter som i dag sendes til andre behandlingssteder utenfor Finnmark. Når flere pasienter kan behandles lokalt vil det medføre reduserte kostnader tilknyttet pasientreiser og lignende.

Når kapasiteten øker i Vest-Finnmark skal det etableres ambuleringsstilbud til Karasjok. Ved å etablere ambuleringsstilbud til Karasjok, vil det bidra til reduserte kostnader tilknyttet innleie. Ved at kapasiteten i hele Finnmarkssykehuset økes vil det være mulig å hente tilbake pasienter som i dag sendes til andre behandlingssteder utenfor Finnmark. Å behandle pasienten lokalt vil redusere kostnader på pasientreiser m.m.

Når kapasiteten på ØNH økes vil blant annet Hammerfest kunne utvide tilbudet til også å gjelde søvnregistrering.

5.6.1 Forslag på tiltak

- Igangsette ambuleringsstilbud til Karasjok når kapasiteten økes i Alta.
- Vurdere muligheten for digitale konsultasjoner og oppfølging på ulike områder innen ØNH.
- Vurdere muligheten for å tilby flere behandlingstilbud når kapasiteten er økt. Som for eksempel søvnregistrering.

5.7 Samarbeid om generell kirurgi mellom Hammerfest og Kirkenes Sykehus

For fagområdet generell kirurgi ser man et behov for en felles venteliste for å kunne styre pasientstrømmen ut fra kapasiteten på de ulike klinikker. Målet er å kunne forebygge lange ventelister ved å styre pasientstrømmene dit der er ledig kapasitet. Primært bør dette være et tilbud til pasienter som må reise uansett slik at man ikke øker reisekostnaden mer enn nødvendig.

Man vurderer det til at tiltaket har potensiale på flere områder.

Fordeler med tiltaket kan være:

- Bedre utnyttelse av den totale kapasiteten i Finnmarkssykehuset
- Kan vil gi en økonomisk gevinst
- Redusert ventetid for pasientene, økt helsegevinst og økt pasienttilfredshet
- Dette kan igjen føre til mindre lekkasje ut av HN og til det private markedet
- Stabiliserende effekt. Ingen ønsker perioder der man går «på tomgang»

5.7.1 Forslag på tiltak

- Sette i gang en prosess for å komme frem til praktiske retningslinjer for en felles venteliste.
- Det lages en arbeidsgruppe bestående av avdelingsleder kirurgi og fagansvarlig overlege i Kirkenes, Hammerfest og evt. Alta. Arbeidsgruppen utarbeider retningslinjer og prosedyrer for felles venteliste innen kirurgi i Finnmarkssykehuset HF.

5.8 Samarbeid om LMS mellom klinikkene

Det er tilsatt en LMS-koordinator i 50% stilling på Hammerfest sykehus, og tilsvarende ved Kirkenes sykehus. I Sámi Klinihkka er det tilsatt en 100% LMS-koordinator som skal sikre at lærings og mestringstilbudene tilpasse språklig og kulturelt for samiske pasienter, brukere og pårørende.

LMS-koordinatorene i foretaket har allerede igangsatt samarbeid når man planlegger lærings- og mestringkurs. I 2021 ble det arrangert «Nyreskole» for pasienter i Finnmarks. Kurset ble arrangert fysisk i Karasjok, der deltakere satt på møterom i Hammerfest og Kirkenes sammen med de lokale LMS-koordinatorene. Det vil bli satt opp flere slik «hybride» LMS kurs fremover, for å kunne redusere ventelistene.

LMS tilbudet vil i fremtiden arrangere flere hybrid- og digitale kurs for å gjøre LMS tilbudet mer tilgjengelig for pasienter. Å gjøre tilbudet mer tilgjengelig kan bidra til reduserte ventelister og kostnadsreduksjon på pasientreiser.

Det er også en mulighet for å vurdere om det lar seg gjøre å invitere spesialister å holde digitale foredrag på ulike LMS-kurs. Det vil bidra til reduserte reisekostnader, samt bedre og mer effektiv bruk av spesialistressurs.

5.8.1 Forslag på tiltak

- Å vurdere om det er mulig å filme foredrag på ulike tema til bruk i lærings og mestringstilbud
- Å øke bruken av digitale foredrag for å redusere reisekostnader til spesialister.
- Vurdere muligheten for å gjennomføre flere LMS kurs som en hybrid løsning, utarbeide prosedyrer.
- Implementere nasjonale strategier og å øke virksomhetenes kompetanse i helsepedagogikk.

5.9 Effektiv pasientinnkalling

I tillegg til å se på mulighetene for samarbeid om spesialister på tvers av klinikkene, skulle det også utredes muligheten for bedre og mer effektiv pasientinnkalling. Man har valgt å slå sammen begge utredningene og beskrive muligheten for effektiv pasientinnkalling i et eget punkt i rapporten.

Det er en felles oppslutning om å tenke Finnmarkssykehuset HF som ett, som er et godt utgangspunkt for å styrke samarbeidet. Det er behov for å sette inn tiltak for å håndtere fristbrudd og lange ventelister ved de ulike lokasjonene.

Et tiltak for fristbruddhåndtering er å tilby pasienter time på lokasjoner som har ledig kapasitet, fremfor lokalt. Tiltaket vil føre til økt pasientreiser for å få time til behandling. Det bør også se på om det er spesialisten som bør ambulere, der det er hensiktsmessig ut fra ventelister. Begge tiltakene vil føre til økte pasientreisekostnader og/eller ambuleringskostnader. På sikt vurderer man at tiltakene, kan føre til mindre fristbrudd, kortere ventelister og mer effektiv bruk av spesialistressurser.

Et viktig ledd i å benytte spesialistkapasitet på tvers av klinikkene, er at det gis tilgang til ventelister. Når flere klinikker har tilgang til ventelister kan man i større grad få satt opp timer der det er ledig kapasitet. Dagens ordning i Vest-Finnmark bidrar til at Sámi klinikk sin kapasitet ikke utnyttes optimalt, nå klinikken ikke selv kan sette opp timer til egne pasienter. Manglende tilgang kan gi økte ventelister som følge av å ikke fylle opp timebøkene der det er ledig kapasitet.

Med felles tilgang til ventelister antar man at det med stor sannsynlighet kan forenkle samarbeidet mellom de som legger inn pasienttimer på de ulike lokasjoner.

5.9.1 Forslag på tiltak

- Gi Sámi Klinikk tilgang til ventelisten i Vest-Finnmark. Tiltaket vil kunne bidra til å redusere ventelister, forebygge fristbrudd og mer effektiv bruk av spesialistressurser.
- Sikre at ventelister i Finnmarkssykehuset er tilgjengelig på tvers i foretaket. Det kan forenkle muligheten til å styre pasientstrømmen til der de er ledig kapasitet.
- Når det utarbeides prosedyrer for felles ventelister, anbefales det at behandlingsstedet skal ha ansvar for den totale oppfølgingen av pasienten (behandlingsforløp, administrativ oppfølging, signeringsavtaler m.m.). Dette gjelder særlig der pasienten overføres fra den lokale behandlingseenheten til en annen.

5.10 Beskrivelse av økonomisk effekt

Det er blitt sendt forespørsel til økonomiavdelingen på å gjøre økonomiske beregninger på gruppens forslag på tiltak. Økonomiavdelingen har ikke hatt muligheten til å betjene bestillingen innen fristen for å levere rapporten den 5. april.

Her følger en oversikt over de spørsmålene gruppen sendte til økonomiavdelingen for å beregne kostnader.

Spørsmål	Svar fra økonomiavdelingen
Hva koster et fristbrudd?	Det er flere ting som spiller inn når man gjør beregninger på kostnader tilknyttet fristbrudd; Om pasienten behandles i Finnmarkssykehuset vil det ikke føre til ekstra kostnader. Får pasienten behandling utenfor Finnmarkssykehuset HF, forløpet kostnader utfra behandling sin institusjon, hva slags type behandling, reisekostnader. I tillegg mister man inntekten på behandlingen.
Hva koster innleie?	Det er svært variabel hva angår hvilket byrå som benyttes, eller om man leier inn over lønn og hva slags fagområde det gjelder. Ved økonomiavdelingen benytter man et snitt på innleie av leger på ca kr 90 000,- per uke.
Hva koster kveldspoliklinikk?	Kostnaden beror på hvem som arbeider der, turnusordninger for personell som er tilstede (normal lønn med kveldstillegg).

	Må man betale overtid, hvor mange ansatte må være på jobb. Videre er det kostnader tilknyttet selve behandleren og hvor mye støttepersonell som må være tilstede.
Hva koster ambulerings?	Her varierer det veldig utfra fag, tillegg, reisekostnader og tidsperiode m.m.
Hva kan man spare på digitale konsultasjoner?	Hovedsakelig sparer man på reisekostnader. Det vil ikke være like stort behov for støttepersonell til pasienten. Uansett vil man ha lønnskostnadene til behandleren.

Helt overordnet fremkommer de at;

- Innleie og ambulerings kan ofte være mer kostbart enn å sende pasienter mellom klinikkene i foretaket.
- Lønnskostnader på dagtid er mindre kostbart enn kveldstid
- Digitale kostnader mer mindre kostbart med tanke på reisekostnader for pasient og/eller spesialist.

Foruten økonomi må man også vurdere tilbudet ut fra kvalitet og hva som er best for pasienten. Man må vurdere om det er hensiktsmessig at pasienten må reise til andre lokasjoner for behandling. Vi er alle omforent om at fristbrudd ikke er god kvalitet. Det vil kunne være nødvendig å ta kostnaden med å ha kveldspoliklinikk for å gi et godt pasienttilbud.

6. Tiltaksplan

Her følger en samlet oversikt over forslag på tiltak på de ulike fagområdene som arbeidsgruppen har sett på.

6.1 Psykisk helse – samarbeid barn og unge

Tiltak:
Prosedyrer digitale konsultasjoner Utarbeide prosedyrer for digitale konsultasjoner under et behandlingsforløp. (for eks; første konsultasjon fysisk, andre konsultasjon digitalt osv)
Rekruttering Å øke fokus på rekruttering av barnepsykiater i Øst- og Vest-Finnmark.
Stabilisering Å øke fokus på stabiliseringstiltak av barnepsykiatere i Finnmarkssykehuset for å sikre at spesialistressurser blir i foretaket.
Samarbeid Styrke samarbeidet mellom BUP Kirkenes og ambulant team, BUP Karasjok
Felles venteliste Etablere felles ventelister for å kunne gi pasienter et tilbud der det er ledig kapasitet.

6.2 Skopi – gastro- og koloskopi

Tiltak:
Øke aktiviteten i Karasjok Spesialisten gjennomfører kveldspoliklinikk i uke 10 og 14, for å redusere ventelisten til kirurgiske og medisinske koloskopier.
Øke aktiviteten i Hammerfest Åpne poliklinikk kl 08.00 hver tirsdag, fremfor kl 09.00 som ordinær praksis. Med en time ekstra poliklinikk kan man ta inn en ekstra pasient til kolo- og gastrokopi.

<p>Gi opplæring til ny kirurg på koloskopi fra uke 16 – 22. Fra uke 22 blir det tre ekstra kirurgiske koloskopier hver fredag.</p> <p>Kveldspoliklinikk ved kapasitet hos kirurg/medisiner og sykepleier med.pol.</p>
<p>Øke aktiviteten i Alta</p> <p>Kveldspoliklinikk 2 dager i uke 14 når spesialisten er i Alta. Med kveldspoliklinikk er det mulig å ta inn 6 ekstra pasienter.</p> <p>Alta leier inn gastroenterolog og låner skop fra Karasjok slik at de kan ha fulle dager med koloskopi i uke 13. Det kan vurderes om det er behov for å låne utstyr i andre uker også.</p>
<p>Avbestillinger</p> <p>Det har vært mye avbestillinger i en periode. Merkantiltjenester ringer pasienter til kolo- og gastroskopi på forhånd, for å sikre seg at de har mottatt innkalling og vil møte til planlagt time.</p>
<p>Skop</p> <p>Alta mangler skop for å utnytte mulig kapasitet. I uke 13 når det befinner seg en gastroenterolog ved Klinikk Alta, vil Sámi Klinikk og Hammerfest sykehus låne ut skop. Når Alta får låne utstyr vil man kunne kjøre fulle dager med skopier.</p>
<p>Sende pasienter til avtalespesialist?</p> <p>Kartlegge hvor mange pasienter som må sendes til avtalespesialister for å redusere ventelister.</p>

6.3 Hud

<p>Tiltak</p>
<p>Prosedyrer bruk av e-helsepoliklinikk</p> <p>Ved digitale konsultasjoner der pasienten er på en e-helsepoliklinikk og spesialisten deltar på lyd/bilde, bør det utarbeide prosedyrer for; Gjennomføring av konsultasjonen, behov for utstyr til konsultasjoner samt beskrivelse av behov for støttepersonell ved e-helsekonsultasjon.</p>
<p>Digitale konsultasjoner utenfor e-helsepoliklinikk</p> <p>Utarbeide prosedyrer for når det er hensiktsmessig å kunne følge opp pasienter via digitale konsultasjoner gjennom et behandlingsforløp.</p>
<p>Opplæring</p> <p>Sikre at det finnes opplæringsmuligheter for spesialist og ev. støttepersonell for gjennomføring av digitale konsultasjoner, og digitale konsultasjoner som gjøres på en e-helsepoliklinikk</p>

6.4 Nevrologi og Revmatologi

<p>Tiltak:</p>
<p>Rekruttering</p> <p>Rekruttere spesialister til ledige stilling i Finnmarkssykehuset HF</p>
<p>Digitale konsultasjoner</p> <p>Utarbeide prosedyrer for når det er hensiktsmessig å kunne følge opp pasienter via digitale konsultasjoner gjennom et behandlingsforløp.</p>
<p>Henvisning</p> <p>Ha et felles henvisningsmottak i hele foretaket. Med felles henvisningsmottak vil det kunne bidra til å benytte kapasiteten i foretaket mer effektivt. Pasientene for time utfra geografi, men også ledig kapasitet.</p> <p>Felles henvisningsmottak kan bidra til økt samarbeid på tvers for å ivareta henvisninger, ventelister ved fravær som for eksempel ferieavvikling.</p>
<p>Fagnettverk</p> <p>Etablere og/eller knytte seg til eksisterende regionale fagnettverk. Ved å være tilknyttet et fagnettverk antar man kan virke stabiliserende og rekrutterende.</p>
<p>Ambulering</p>

Når foretaket har oppnådd god dekning av nevrolog/revmatolog bør det vurderes å opprette ambuleringsordninger til steder som mangler spesialist basert på et pasientgrunnlag

6.5 Øre-, nese-, hals

Tiltak
Ambulering Oppstart av ambulering til Karasjok når kapasiteten på ØNH er økt i Vest-Finnmark
Digitale konsultasjoner Vurdere hvor det er hensiktsmessig å kunne etablere digitale konsultasjoner i et behandlingsforløp
Utvidelse av tilbud Ved økt kapasitet på spesialister innen ØNH- bør det vurderes å se på muligheten for å utvide tilbudene. Det foreligger en plan om å etablere tilbud om søvnregister i Hammerfest.

6.6 Samarbeid om generell kirurgi i Finnmarkssykehuset HF

Tiltak
Prosedyrer for felles venteliste Sette i gang en prosess for å komme frem til praktiske retningslinjer for en felles venteliste. Gruppen anbefaler at det etableres en arbeidsgruppe bestående av avdelingsleder kirurgi og fagansvarlig overlege i Kirkenes, Hammerfest og evt. Alta. Arbeidsgruppen utarbeider retningslinjer og prosedyrer for felles venteliste innen kirurgi i Finnmarkssykehuset HF.

6.7 LMS

Tiltak
Foredrag på film Vurdere muligheten for å filme foredrag på tema for bruk i lærings- og mestringstilbud
Foredrag på lyd/bilde Øke bruken av å få foredrag fra spesialist ol via lyd/bilde. Det kan bidra til å redusere reisekostnader for spesialist. Mindre reisedager betyr at spesialisten kan få økt kapasitet for annen pasientvirksomhet.
LMS Hybrid-kurs Tilby flere lærings og mestringstilbud som hybridløsning. Det kan på sikt bidra til å redusere ventelister til ulike pasientgrupper
Nasjonale strategier – Helsepedagogisk kompetanse Økt fokus på å øke kompetansen til virksomhetene på helsepedagogikk. For å sikre oss av alle pasienter får nødvendig informasjon og opplæring anbefales det å øke virksomhetens kompetanse i helsepedagogikk. LMS tjenestene har ansvar for å arrangere kurs i helsepedagogikk.

6.8 Effektiv pasientinnkalling

Tiltak
Tilgang til ventelister Vest-Finnmark Det må gis tilgang til Sámi Klinihkka på felles ventelister som administreres i dag av Hammerfest. Tilgangen vil bidra til sikre at ledig kapasitet blir utnyttet mer effektivt enn i dag. Det vil i tillegg være forebyggende for fristbrudd og lange ventelister
Felles ventelister

Det anbefales at man gir tilgang til ventelister på tvers i foretaket. Kan bidra til at man forebygger fristbrudd og utnytte ledig kapasitet.

Oppfølging av pasient ved felles venteliste

Det anbefales at behandlingsstedet skal ha ansvar for den totale oppfølgingen av pasienten (behandlingsforløp, administrativ oppfølging, signeringsavtaler m.m.). Dette gjelder særlig der pasienten overføres fra den lokale behandlingseenheten til en annen.

7. Vedlegg:

Vedlegg 1: Prosedyre Effektiv innkalling

Prosedyre Effektiv innkalling

1 Hensikt

Sikre at kapasitet i den planlagte pasientflyten i Finnmarkssykehuset HFT/KIRK/Alta/Kara til utredning/ behandling og kontroll utnyttes optimalt gjennom effektive rutiner for pasientinnkalling. Sikre at Finnmarkssykehuset unngår fristbrudd jf. "frist for start helsehjelp"

Sikre at pasienter som ønsker/har behov for helsehjelp med samisk språk/kultur kompetanse bør få tilbud om timer ved Sámi Klinihkka. Der Sámi klinihkka mangler den riktige fagkompetansen kalles pasienten inn til nærmeste lokasjon med riktig fagkompetanse tilgjengelig. Tolketjeneste benyttes ved behov.

Sikre at pasientene innkalles til klinikken nærmest mulig bostedsadresse for å minimere kostnader til pasientreiser.

Sikre at ventetiden ved klinikkene i Finnmarkssykehuset ligger på et jevnt nivå uten store ulikheter mellom de ulike klinikkene, slik at pasientene som ikke ønsker å vente på time ved nærmeste klinikk får tilbud ved annen klinikk med kortere ventetid. Ved store ulikheter i ventetid skal pasienter tilbys time ved annen klinikk der ventetiden er kortere i dialog med pasienten.

2 Omfang

Gjelder for alle som innkaller pasienter som skal til utredning/ behandling/ kontroll i Finnmarkssykehuset.

3.Grunnlagsinformasjon

Pasientinnkalling er organisert ulikt mellom de ulike klinikkene i Finnmarkssykehuset. Gjennom å påse at registreringer av informasjon i DIPS "Henvising" er riktig, vil pasienten komme på venteliste til nærmeste klinikk/avdeling som tilbyr utredningen/behandlingen/kontrollen. Enkelte diagnoser kan ikke fordeles etter bosted, men må innkalles der fagkompetansen / riktig behandler finnes.

4.Arbeidsbeskrivelse

4.1. Organisering i DIPS

- Det utarbeides egne brukerroller med egen mappestruktur i arbeidsflyt for de merkantile i den enkelte klinikk, i denne ligger det at de merkantile skal ha tilgang til de fagområdene de skal innkalle til og til den lokaliteten de innkaller fra.
- Merkantile skal ikke ha private arbeidsgrupper
- Legevikarer og ambulerende leger som ikke har hjemmekontor skal ikke ha private arbeidsmapper. Tilgang til personlige arbeidsgrupper gis til avtalt stedfortreder ved fravær, slik at signering gjøres på tvers mellom klinikkene etter avtale (avtale utarbeides)

4.2. Mottak av henvisninger.

- Henvisninger kommer inn til felles mappe f.eks «ORT henvisninger FIN» der henvisninger fordeles dit fagkompetansen er. De fordeles av merkantile i de ulike avdelingene i Finnmarkssykehuset (fast fordeling/rullering)
- Det skal være de samme geografiske opptaksområdene som tidligere med tilføyelse av at pasienter, hvor det spesifikt framkommer i henvisning at de skal til Sámi klinihkka, skal fordeles dit (ved spesifikke samiske språk – og kulturbehov)

- Adressen inntil foretaket er for medisinsk: MED henvisning/mottak FIN, ØNH: ØNH henvisning/mottak FIN (... ifølge HOS prosjekt 2016 skal fordelingen av innkommende henvisninger rulleres mellom klinikkene (på samme måte som det er pr i dag i psykiatri)
- Ved mottak av henvisning skal det sikres at henvisningsbildet er ryddet, påse at det ikke foreligger "doble henvisninger"/finnes eksisterende henvisninger for aktuell problemstilling til avdelingen og at det registreres riktig lokalisering Alta/Hammerfest/Karasjok/Kirkenes. (Pasienter skilles ut i ventelisten via klinikk).
- Der det fremkommer at pasienten ønsker samisk eller et annet språk som foretrukket fremfor norsk skal det merkes av i pasientopplysningsbildet.

4.3. Innkalling av pasienter.

- Det er ønskelig at hver klinikk kaller inn egne pasienter når det er lagt til rette for dette.
- Samisktalende pasienter skal først og fremst kalles inn dit hvor samiske spesialister er lokalisert. NB: Disse pasientene skal også ha skriftlig informasjon på samisk og det skal bestilles samisk tolk ved behov eventuelt styring til samisktalende spesialist. *
- Ved truende fristbrudd skal de som innkaller sjekke om det er ledig kapasitet ved alle lokalisasjoner i Finnmarkssykehuset og pasienten skal få tilbud om time der ventetiden er kortest.
- Ved bruk av riktig diagnosegruppe vil fraser legge seg automatisk inn i innkallingsbrev slik at riktig informasjon kommer med.

4.4. Øvrig arbeidsfordeling som påvirker innkalling

- Merkantil tjeneste kontrollerer alle polikliniske notater og epikriser før utlevering og sørger for at pasienter er satt opp til videre behandling/kontroll på riktig lokalisasjon/klinikk. Behandlere benytter talegjenkjenning eller skriver selv, hvis ikke skrives notater/epikriser av merkantilt personale.

4.5. Samarbeidsforum

- Det utarbeides rutiner for samarbeid mellom innkallingssenhetene ved de ulike klinikkene, slik at det er mulig å ha oversikt over rettighetspasienter og behovet for overføring mellom klinikkene. Hensikten er å overvåke ventelistene
- Det opprettes merkantiltfaglige forum for å sikre samarbeid og at ventelistene ved de ulike klinikkene holdes på omtrent samme nivå.
- Behov for tilgang til ventelister for andre lokalisasjoner gis via tilgangsstyring av brukerroller og ikke gjennom å gjøre ventelister for hele foretaket tilgjengelig for samtlige merkantile med avdelingstilgang. Ansatte kan ha tilgang til flere brukerroller som gir andre ventelistetilganger.

*Strategidokumentet 3.1.1: «Styret i Finnmarkssykehuset vedtok i april 2019 å opprette en egen samisk klinikk. Dette gjorde de for å tydeliggjøre sitt ansvar for samiske helsetjenester. Klinikken har fått navnet Sámi Klinihkka». Klinikken skal være med å tilby likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen.

I 3.1.1.1.2 er Hovednedslagsfeltet for SDG/SLS definert med de samiske kjernekommunene i Finnmark: Nesseby, Tana, Karasjok, Kautokeino, Porsanger og Lebesby, men senteret tar også imot pasienter fra hele fylket.

Kostnadseffektivisering 2022

Reduksjon av senger og pleiefaktor somalikk (ikke akutt)		Fremdrift	Start	Slutt	Merknader
Alta	Reduksjon av 4 senger fra 1. juni	0 %			
Alta	Øke beleggspersent til 95% i Alta.	0 %			
Alta	Redusere gjennomsnittlig liggetid til norm i FIN.	0 %			
Alta	Pleiefaktor ny turnus 1,4 eller lavere.	0 %			
Alta	Overføring av stillinger til poliklinikken som kombistillinger	0 %			
Alta	Etablere tilbud brudkontroller	0 %			
HSYK MED	Reduksjon av 2 senger fra 1. juni	0 %			
HSYK MED	Reduksjon av 1 seng fra 1. januar 2023	0 %			
HSYK MED	Pleiefaktor ny turnus 1,4	0 %			
HSYK MED	Ny turnus med oppgaveglidning	0 %			
HSYK MED	Overføring av stillinger til poliklinikken som kombistillinger	0 %			
HSYK MED	Øke nærværet ved enheten, mål 92,5	0 %			
HSYK MED	Tidlig og trygg utskrivning (tjenestedesign)	0 %			
HSYK MED	Etablere sykepleierstyrt hjertesvikt poliklinikk	0 %			
HSYK MED	Rekruttering overleger fra andre sykehus i påvente av egne LIS	0 %			
HSYK KIR/ORT	Pleiefaktor ny turnus 1,4	0 %			
HSYK KIR/ORT	Ny turnus med oppgaveglidning	0 %			
HSYK KIR/ORT	Økt bruk av pasienthotell	0 %			
HSYK KIR/ORT	Åpningstider DK1 og forlengelse (tjenestedesign)	0 %			
HSYK KIR/ORT	Kontroller etter proteseoperasjoner utføres av fysioterapeut	0 %			
HSYK KV/FØDE	Reduksjon av 2 senger fra 1. juni	0 %			
HSYK KV/FØDE	Evaluerer av beleggspersent, og vurderer red av 2 senger 1. juni 2023	0 %			
HSYK KV/FØDE	Iverksette handlingsplan jobbglidning (oppgaveglidning)	0 %			
HSYK KV/FØDE	Øke nærværet ved enheten, mål 92,5	0 %			
HSYK Barn/ung	Reduksjon av 2 senger fra 1. juni	0 %			
HSYK Barn/ung	Reduksjon av 1 seng fra 1. januar 2023	0 %			
HSYK Barn/ung	Harmonere pleiefaktor til ensengsrom	0 %			
HSYK Barn/ung	Øke nærværet ved enheten, mål 92,5	0 %			
HSYK Barn/ung	Optimalisere arbeidsprosesser (tjenestedesign)	0 %			
KSYK Med	Reduksjon av 2 senger fra 1. juni	0 %			
KSYK Med	Evaluerer av beleggspersent 1. januar 2023	0 %			
KSYK Med	Pleiefaktor ny turnus 1,4	0 %			
KSYK Med	Ny turnus med oppgaveglidning	0 %			
KSYK Med	Stabilisering og rekruttering, kompetanse (tjenestedesign)	0 %			
KSYK Kir ort	Reduksjon av 1 seng fra 1. juni	0 %			
KSYK Kir ort	Pleiefaktor ny turnus 1,4	0 %			
KSYK Kir ort	Ny turnus med oppgaveglidning	0 %			
KSYK Kir ort	Stabilisering og rekruttering, kompetanse (tjenestedesign)	0 %			
Bruk av spesialsykepleiere		Fremdrift	Start	Slutt	Merknader
HSYK/KSYK	Oppgaveglidning: Etablering av tverrfaglige team i akuttavdelingene	0 %			
HSYK/KSYK	Implementere sykepleiere i spesialavdelinger - implementere planen.	0 %			

Reduksjon av senger og pleiefaktor somalikk (ikke akutt)		Fremdrift	Start	Slutt	Merknader
HSYK/KSYK	Oppgaveglidning : Endre kompetansetrapp og utdanne sykepleiere	0 %			
HSYK/KSYK	Oppgaveglidning : Endre kompetansetrapp og utdanne helsefagarbeidere på barn	0 %			
HSYK/KSYK	Kodeansvarlig sykepleiere i akuttavdelingene for å sikre riktig koding.	0 %			
HSYK/KSYK	Strukturert gjennomgang av bemanningsplanene på intensiv	0 %			
HSYK/KSYK	Vakante stillinger vurderes fortløpende til off godkjente og helsefagarbeidere i bem.planer	0 %			
HR/Klinikk	Stabilisere intensivsykepleiere (tjenestedesign)	0 %			
HR/Klinikk	Stabiliseringsiltak fra prosjekt stabilisering og rekruttering ihht rapport 4.2	0 %			
HR/Klinikk	Stabilisere: Seniorpolitikk - stay on fee	0 %			
HR/Klinikk	Stabilisere: Vurdere trappetrinnsmodell lønnsøkning	0 %			
HR/Klinikk	Stabilisere: Vurdere Finnmarksavtale for spesialsykepleiere	0 %			
HR/Klinikk	Stabilisere: Kurs og hospitering inn i turnus	0 %			
HR/Klinikk	Rekruttere: Nye tall for behov fremover tas med i prioritering av utdanningsstillingene	0 %			
HR/Klinikk	Rekruttere: Utdanne egne lokalt med kvoteordninger på sykepleierutd	0 %			
HR/Klinikk	Rekruttere: Utdanne egne spes sykepleiere med lokal videreutdanning ABIKOJ	0 %			
HR/Klinikk	Rekruttere: Traineesstillinger ihht prosjektbeskrivelse (tjenestedesign)	0 %			
HR/Klinikk	Rekruttere: Øke filskudd til utdanningsstilling så ansatte får dekt kostnadene	0 %			
Kostnad pr DRG (nb 2018-2019 tall)		Fremdrift	Start	Slutt	Merknader
KSYK	Fullfinansiering av nødvendige stillinger og fast ansettelse av intensiv sykepleiere	0 %			
Alle	Kontinuerlig monitorering og analyse: kostnadseffektiveringsgruppe på tvers etableres	0 %			
FFS	Samhandling: Utskrivningsklare pasienter forlenger liggetiden og kostnader pr opphold	0 %			
	Strukturert klinisk gjennomgang av liggetid på pasientnivå innenfor DRG gruppene	0 %			
Lønnsmidler knyttet til innleie og handlingsplan rekruttering		Fremdrift	Start	Slutt	Merknader
FFS/HR	Planleggingshorisont i innkalling og bemanningsplaner 6 mnd (koordineres)	0 %			
HR/Klinikk	Bemanningsplanlegging med oppgaveglidning (konsekvens av tiltak ovenfor)	0 %			
ØK/klinikk	Koordinering av innleie på tvers av klinikk - ingen innleie på poliklinikk før alle spesialistene internt er brukt opt	0 %			
ØK/klinikk	Kontroll av utnyttelsesgraden av innleie på poliklinikk - innleie / antall konsultasjoner/ventelistesituasjon	0 %			
HR/klinikk	Bemanningsplanlegging - videreføre arbeidet som startet i 2021 (ihht plan) leger/sykepleiere	0 %			
HR/klinikk	Stabilisering og rekruttering - videreføre arbeidet som startet i febru 2022 (ihht plan) utarb handlingsplan	0 %			
HR/klinikk	Vurdere etablering av bemanningscenter eller koordinator på sykehusene	0 %			
Pasientkontakter per legeårverk		Fremdrift	Start	Slutt	Merknader
Klinikk	Definere tilnærmet likt antall konsultasjoner pr budsjetterte stilling innenfor alle fagområder (bud 2023)	0 %			
Klinikk	Vurdere om det er mulig å harmonisere tuden som er satt av til hver konsultasjon (bud 2023)	0 %			
Klinikk	Vurdere oppstart og avslutningstidspunkt felles for alle poliklinikker (bud 2023)	0 %			
Klinikk	Digitale kontroller: Vurdere hvilke kontroller som kan gjennomføres som digital konsultasjon (bud 2023)	0 %			
Klinikk	Vurdere felles norm for støttepersonell på poliklinikk og krav til fag (sykepleier, helsefagarbeider, helsesekr)	0 %			
Klinikk	Vurdere flere sykepleierpoliklinikker for frigi tid til leger til nyhenviste.	0 %			
Klinikk	Generell kirurgi: Planlegge for og følge opp indikasjonene i analysen fra 4.5.	0 %			
Klinikk	Ortopedi: Planlegge for og følge opp indikasjonene i analysen fra 4.5.	0 %			
Klinikk	Psykisk helsevern og rus: Planlegge for og følge opp indikasjonene i analysen fra 4.5	0 %			
BUP	Vurdere strukturen på ambulante tjenester i BUP i FIN	0 %			
Klinikk	Iverksette planleggingshorisont for behandlere på minimum 6 mnd.	0 %			

Reduksjon av senger og pleiefaktor somatisk (ikke akutt)		Fremdrift	Start	Slutt	Merknader
Klinikk	Integrere timeboka i Dips med GAT slik at merkantil til enhver tid har oversikt over hvilke behandlere som er tilgjengelige	0 %			
Klinikk	Ta i bruk digital innkalling så snart den er klar til bruk.	0 %			
Klinikk	Utvidet arbeidstid for merkantile for å håndtere avbestillinger/innkallinger utenfor ord åpningstid	0 %			
Klinikk	Øke nærværet i merkantile tjenester ved gjennomgang av arbeidsprosesser og kompetanseheving (tjeneste	0 %			

Samarbeid på tvers av klinikkene		Fremdrift	Start	Slutt	Merknader
FFS/Klinikk	Ingen innleie av spesialister når det er ledighet internt (står også på 4.4-4.8)	0 %			
FFS/Klinikk	Styre pasientstrømmen: Vurdere felles henvisningsmottak og felles tilgang til ventelister for alle klinikker	0 %			
FFS/Klinikk	Digital avstandsoppfølging: Definere arbeidsprosesser/prosedyrer for å sikre måloppnåelse pr fagområde	0 %			
Klinikk	Følge opp og evaluere det gode samarbeidet Barne og ungdomspsykiatri	0 %			
Klinikk	Følge opp og evaluere det gode samarbeidet Gastro/Kolon	0 %			
Klinikk	Følge opp og evaluere det gode samarbeidet Hud	0 %			
Klinikk	Følge opp og evaluere det gode samarbeidet Øre nese hals (ØNH)	0 %			
Klinikk	Forbedre samarbeidet Generell kirurgi	0 %			
Klinikk	Forbedre samarbeidet LMS tilbud	0 %			
Klinikk	Forbedre samarbeidet Revmatologi	0 %			
Klinikk	Forbedre samarbeidet Nevrologi	0 %			

Klinikk

Tiltaksplan kostnadseffektivisering 2022						
Klinikk nr	Tiltakets "navn"	Beskrivelse av tiltak	2022	Potensiale årseffekt 2023	Potensiale effekt 2024	Total effektivisering
4.1	Senger og pleiefaktor	Se konklusjoner i rapport 4.1	6 667	20 000	-	20 000
	Redusere antall senger med 15	Redusert overtid, innleie og vikarkostnader. Lønnskostnader utgjør 30,9 mill. for disse stillingene. Overtid alene utgjorde i 2021 25 mill. Overforbruk på lønn (fast, vikar, engasjement osv) var 5,7 mill.	6 667	20 000		
		Redusere overtid og innleie lønssystem				
		Bemanningsplaner skal styre innleie				
4.2	Spesialsykepleiere	Se konklusjoner i rapport 4.2	0	12 000	12 000	24 000
	Rekruttere intensivsykepleiere, redusere innleie fra byrå	Handlingsplaner ligger til grunn for det videre arbeidet.		12 000	12 000	
		Tydelige og forpliktene planer fra avdelingsledere for økt rekruttering gjennom utlysning allerede nå				
4.5	Pasientkontakter pr. legeårverk	Se konklusjoner i rapport 4.5	7 569	42 461	-	42 461
	Redusere innleie PHR VPP og BUP	30% reduksjon fra 2019 nivå (16,7 mill i 2019 33,2 mill i 2020)		21 510		
	Øke antall konsultasjoner VPP	660 konsultasjoner pr. år 66 behandlere, potensiale for å øke med 17000 konsultasjoner. Mulighet til å redusere innleie betydelig.	2 906			
	Digitale konsultasjoner 15	Herunder digitale konsultasjoner PHR måltall 20%				
	Øke antall konsultasjoner BUP	440 konsultasjoner pr. år 50 behandlere, gir potensial for å øke med 8000 konsultasjoner. Mulighet til å redusere innleie betydelig.	2 163			
		herunder øke digitale konsultasjoner måltall 20%				
	Sykepleierpoliklinikk	Frigi ressurser til sykepleierpoliklinikk		965		
	Økt aktivitet generell kirurgi	Netto økt aktivitet, leier ikke inn i dag. 850 konsultasjoner	1 285	3 854		
	Økt aktivitet generell ortopedi	Netto økt aktivitet, leier ikke inn i da. 2000 konsultasjoner	1 215	3 644		
	Redusere innleie Somatikk, leger	30% reduksjon fra 2019 nivå		12 488		
4.6	Effektivi bruk av spesialister på tvers	Se konklusjoner i rapport 4.6	0	0	-	-
	Øke aktivitet pr. behandler og redusere innleiekostnader (inngår i bergening 4.5)					
		Digitale løsninger i behandling og oppfølging.				
	Øke antallet digitale konsultasjoner	Klinikkene har identifisert hvor det er mulig i et pasientforløp å erstatte fysiske konsultasjoner med digitale konsultasjoner, måltall er satt og innarbeides i tiltaksplan				
		For fagområder som allerede har implementer digitale konsultasjoner i behandlingsforløp utarbeides prosedyrer.				
	SUM tiltak 2022		14 236	74 461	12 000	86 461

HANDLINGSPLAN FOR DIGITAL AVSTANDSOPPFØLGING (E-HELSE) – SÀMI KLINIHKKA

Sámi klinihkka har pr 28/2 2022 20,53% digitale konsultasjoner. Klinikken har som mål og minimum ha 20% digitale konsultasjoner innen PHVR. Innenfor somatikken har klinikken som mål å øke til andelen til 15% digitale konsultasjoner.

MÅL	TILTAK:	Framdrift	ANSVAR	FRIST	RESULTAT
Etablere et e-helserom i klinikken som skal understøtte e-helse, PSHT og Digital FACT	<p>Klinikken og SDE ser på arealbehovet.</p> <p>E-helserommet vurderes å lokaliseres til Avjuvargeaidnu paviljong C (bygg 164).</p> <p>Rommet må oppgraderes.</p> <p>Kartlegging av behov for nødvendig utstyr til e-helserommet (jf. Strategisk ledermøte sak 211/2021)</p> <p>Rommet skal bl.a. benyttes Digital FACT og PSHT-team og være en base der team på hhv. 4-6 personer og 6-10 personer til både fysiske og digital oppfølging.</p> <p>Rommet bør ha følgende fasaliteter:</p> <ul style="list-style-type: none">• Smartbord• 2 PC tilkoblet Finnmarkssykehuset og DIPS m/ Whereby og Teams• 2 skjermer• Bord og stoler• 2 nettbrett	Klinikken og SDE er i gang med å vurdere lokaler. Det er satt ned arbeidsgruppe, med prosjektleder fra SDS som skal jobbe videre med dette.	Klinikksjef/SDE	311222	

<p>Avstandsoppfølging psykisk helsevern og rus.</p> <p>20 % av oppfølgingen skal utføres som telefon/videokonsultasjoner.</p>	<p>Pr i dag gjennomføres 30 % av konsultasjonene/oppfølgingene digitalt på barn/unge og voksne.</p> <p>Avdelingen vil fortsatt ha fokus på mulighetene innen digital oppfølging.</p>	<p>Gjennomgang av konsultasjoner i 2020 viser at på barn/unge siden har vi hatt 4266 konsultasjoner, hvorav 1413 var digitale, dvs. ca 30 prosent av konsultasjonene var digitale.</p> <p>På voksen siden har vi hatt 2955 konsultasjoner, hvorav 1245 var digitale, dette tilsvarer også ca 30% digitalt.</p> <p>Fram til i år ut juli 2021 har barn/unge siden hatt 2237 konsultasjoner, hvorav 811 var digitale. Voksen siden har hatt 3361 konsultasjoner hvorav 1267 var digitale.</p> <p>Pga Covid-19 har økningen i avstandsoppfølging vært betraktelig større enn planlagt. Økning av avstandsoppfølging kan ikke gå på bekostning av fysiske konsultasjoner, dette i forhold til faglig forsvarlighet.</p> <p>02/22: Andel Digitalekonsultasjoner for hele klinikken pr. februar 2022: 27,26%</p>	<p>Avdelingsleder Psykisk helsevern og rus</p>	<p>311222</p>	
--	--	--	--	---------------	--

<p>Avstandsoppfølging somatikken</p> <p>Øke andelen av oppfølging som skal utføres som telefon/videokonsultasjoner.</p> <p>Mål 2022:</p> <p>15%</p>	<p>Hud:</p> <p>Oppfølging pr telefon når prøvesvar foreligger.</p> <p>Gjennomføre kontroller så langt som mulig via digitale konsultasjoner.</p> <p>ØNH:</p> <p>Oppfølging pr telefon når prøvesvar foreligger.</p> <p>Gjennomføre kontroller så langt som mulig via digitale konsultasjoner.</p> <p>Audiologi:</p> <p>Det utvikles systemer slik at audiograf kan stille/sjekke høreapparat mens pasienten er hjemme. Det jobbes med å lage takster for slike konsultasjoner.</p> <p>Revmatolog:</p> <p>Oppfølging av revmatiske pasienter er i mange tilfeller godt egnet til videokonsultasjoner</p> <p>Digitalt spørreskjema (GoTreatIt) brukes ved oppfølging av kronisk syke pasienter</p> <p>Gjennomføre kontroller så langt som mulig via digitale konsultasjoner.</p>	<p>2020 viser at det er gjennomført 4900 konsultasjoner, hvorav 400 er telefonkonsultasjoner; dvs. i underkant av 10 %.</p> <p>02/22: Andel Digitalekonsultasjoner for hele klinikken pr. februar 2022: 4,58%</p>	<p>Avdelingsleder Spesialistleges enteret</p>	<p>311222</p>	
--	--	---	---	---------------	--

	<p>Gastro:</p> <p>Oppfølging pr telefon når prøvesvar foreligger.</p> <p>LMS</p> <p>Bidra til å utvikle LMS kurs som kan gjennomføres digitalt</p> <p>Registrering av telefon/videokonsultasjoner:</p> <p>Systematisering av rutiner i forhold til telefon konsultasjoner slik at det registreres.</p> <p>Avdelingen vil fortsatt ha fokus på mulighetene som ligger innenfor avstandsoppfølging.</p>				
<p>Tolketjenesten</p>	<p>Den samiske tolketjenesten vil kunne tilby tolking under e-helse konsultasjoner, dette for å sikre at behandler forstår pasienten og er sikret at pasienten forstår hva som blir formidlet. Samt at pasienten alltid skal ha mulighet til å snakke på samisk under e-helse konsultasjoner.</p>	<p>Pr i dag tilbys det tolking på nordsamisk i Helse Nord RHF's nedslagsfelt.</p> <p>E-helse tjenester er framtiden og at tolking naturlig da skal inngå.</p>		<p>311222</p>	



Handlingsplan e-helse Hammerfest sykehus 2022

Handlingsplanen skal revideres hvert år og tar utgangspunktet i de overordnede målene i hht det årlige oppdragsdokumentet for Hele Nord. Hammerfest Sykehus understøtter dette målet med en egen handlingsplan hvor målet er operasjonalisert med konkrete tiltak på fagområder og ulike enhetsnivå, samt egne tiltak på klinikknivå.

MÅL: «Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst.».

DELMÅL: «Tilrettelegge for god opplæring og informasjon ut tillegg og behandlere om videokonsultasjon, samt jobbe for å få p plass et E-rom i sykehuset som kan brukes på tvers av avdelinger til digitale konsultasjoner».

OVERORDNET-NIVÅ

Enhet	Beskrivelse/tiltak	Frist	Gjennomført
Samhandlings- og e-helserådgiver	Undersøke mulighetene for å lage en e-læringsvideo om hvordan opprette videokonsultasjon i Arena og opprette videolink i Whereby	April 2022	
Samhandlings- og e-helserådgiver	Kartlegging av utstyr. Å kartlegge om vi har optimalt utstyr for å gjennomføre videokonsultasjoner på legekontorene.	April 2022	
Stab/ Samhandlings og e-helserådgiver	Informasjon ut til avdelingsledere om hvordan opprette brukertilganger i Whereby. Innlegg i ledermøtet?	Mai 2022	
Klinikkssjef og ledergruppe	Enighet i hvilke faggrupper som skal ha fokus på videokonsultasjoner	April 2022	
Stab/ Samhandlings og e-helserådgiver?	Finne målepunkter for videokonsultasjoner i sykehuset I HN LIS og lage en statistisk oversikt. Fremstilles i runddiagram pr avdeling	Kontinuerlig	
Stab/ samhandlings og e-helserådgiver?	Kartlegge mulighetene for å kode sykepleiediagnoser og den økonomiske gevinsten med dette. Planlegge implementering av dette på sengeposter i 2023.	November 2022	



Samhandlings og e-helserådgiver og kvalitetsrådgiver.	Undersøke muligheter for DIPS Visitt på mobil til leger/spl på sengepostene	Under arbeid	
Stab/ kvalitetsrådgiver og samhandlings og e-helserådgiver	Evaluering av DIPS Wall på kir avd og fremstilling av en rapport for å vurdere å implementere DIPS Wall på øvrige sengeposter?		
Stab/klinikkjef	Tilstrebe å få etablert E-helse-poliklinikk/digitalt rom	Under arbeid	

SOMATIKK/PSYKIATRI

Enhet	Fagområde	Beskrivelse/tiltak	Frist	Gjennomført
Barne-og ungdomsenheten	Barn poliklinikk og habilitering	Doble andel digitale konsultasjoner ved å tilby digitale kontroller etter første fysiske konsultasjon/oppmøte. Fra 12,6% pr 1.4.22 til 25% i utgangen av 22. Av tall fra Gjennomsnittlig andel video og telefonkonsultasjoner for 2021 var 25,9%.		
Medisinsk avdeling	Hjerte	Oppfølging av pasienter med søvnapne som bruker CPAP	Oppstart når kardiolog er på plass høst 2022	
	Hjerte	Oppfølging av pasienter som bruker pacemaker/ICP	Oppstart når kardiolog er på plass høst 2022	
	Diabetes	Veiledning av ny-henviste pasienter i distrikt i forhold til kostregime		
	PSHT	Samarbeid og oppfølgingsaktivitet med parter utenfor spesialisthelsetjenesten i form av VK. Oppstart under prosjektfasen der det er mulig.	Kontinuerlig	



Psykisk Helsevern	VPP	Mange har mulighet til fysisk oppmøte. Dette gir høy behandlingskvalitet. Likevel er det mulig, og av og til nødvendig, å kunne tilby og gjennomføre VK konsultasjoner ved bruk av Whereby.		
-------------------	-----	---	--	--



Innledning

Finnmarkssykehuset HF har som mål i 2022 at andelen digitale konsultasjoner (telefon- og video) skal være på 15 % i forhold til antall polikliniske konsultasjoner. Kirkenes sykehus understøtter dette målet med en egen handlingsplan hvor målet er operasjonalisert med konkrete tiltak på fagområder og enhetsnivå.

Oppfølging februar 2022:

Sak 98/22 i strategisk ledermøtet Digitale konsultasjoner

Vedtak

Klinikkens handlingsplaner for økning av digitale konsultasjoner oppdateres og hver avdeling skal sette seg realistisk mål for økning.
Frist 25. mars 2022

Kirkenes sykehus har prioritert noen fagområder i 2022. Handlingsplanen følges opp på klinikk møte og utvides etter hvert som andre fagområder tar i bruk digitale konsultasjoner.

Delområde/kapittel	Tiltak	Ansvar	Oppfølging	Frist/status
Definere hvilke områder klinikken skal øke antall telefon eller video konsultasjoner	Klinikken har definert følgende fagområder som i større grad skal benytte video/telefon konsultasjoner: VPP, BUP, HAVO, hud, revma, diabetes, klinisk ernæring og indremedisin	klinikkledelsen	Avdelingsledere følger opp at disse fagområdene starter med video/telefon konsultasjoner så snart det praktiske rundt dette er på plass.	Ferdig
Definere hvilket utstyr som må være på plass før oppstart	Kartlegge hvilke utstyr som må være på plass i samarbeid med SP Tilbakemelding fra e-helse: Alle ansatte har fått tilgang til Whereby og det skal være tilstrekkelig med kamera men hodetelefoner.		Rita sendt mail til SP 20/7	Ferdig
	Bestille inn kamera og headsett til de som skal bruke whereby	Avdelingsledere	Alle rapporterer i rapporten etter hvert som kamera er på plass	Ferdig
Definerer hvilken opplæring som må gjennomføres før telefon og videokonsultasjoner kan starte opp	Utarbeide en opplæringsplan for aktuelle behandlere og merkantile: Prosedyrer: Er oppdatert i docmap PR47299 e-læringskurs er oppdatert på Solsiden Forsiden, Fagsider , Wherebye/ videokonsultasjoner EPJ-konsulene skal bistå ved behov		Rita forespurt e-helseleder om det er utarbeidet en opplæringsplan for behandlere 20/7-21.	Ferdig



E-helse konsultasjoner i pasientens hjem

Fagområde	Enhet	Beskrivelse / Tiltak	Frist	Gjennomført
Nevrologi	Avd. fysikalsk medisin og rehabilitering	FIN har 5,1 % digitale konsultasjoner pr 12/4. Kirkenes sykehus har som mål nevrologen på sykehuset skal gjennomføre 7,5% av konsultasjonene digitalt i hele 2022.	311222	
Habiliteringstjenesten for voksne	Avd. fysikalsk medisin og rehabilitering	FIN har 49,3 % digitale konsultasjoner pr 12/4. Mål om å opprettholde minimum 30% digitale konsultasjoner i hele 2022.	311222	
Hud	Medisin	FIN har 1,5 % digitale konsultasjoner pr 12/4. Mål om å klare 10% digitale konsultasjoner i hele 2022	311222	
Revmatologi	Medisin	FIN har 20,9 % digitale konsultasjoner pr 12/4. Mål om å opprettholde minimum 15% digitale konsultasjoner i hele 2022.	311222	
Diabetes	Medisin	Mål om å opprettholde minimum 15% digitale konsultasjoner i hele 2022	311222	
Klinisk ernæringsfysiolog	Avd. fysikalsk medisin og rehabilitering	Mål om å gjennomføre 15% digitale konsultasjoner i 2022	311222	
Indremedisin	Medisin	FIN har 7,6 % digitale konsultasjoner pr 12/4. Mål om å øke til 10% digitale konsultasjoner i hele 2022	311222	
VPP	DPS øst	FIN har 28,4 % digitale konsultasjoner pr 12/4. Mål om å opprettholde minimum 25% digitale konsultasjoner i hele 2022.	311222	
BUP	DPS øst	FIN har 18,2 % digitale konsultasjoner pr 12/4. Mål om å oppnå minimum 20% digitale konsultasjoner i hele 2022.	311222	



Innledning

Finnmarkssykehuset HF har som mål i 2022 at andelen digitale konsultasjoner (telefon- og video) skal være på 15 % i forhold til antall polikliniske konsultasjoner. Klinikk Alta understøtter dette målet med en egen handlingsplan hvor målet er operasjonalisert med konkrete tiltak på fagområder og enhetsnivå.

Handlingsplanen er delt i fagområdene somatikk, psykisk helse og avhengighetsbehandling.

Hvert fagområde er videre delt inn i disse oppfølgingsvariantene:

1. E-helse konsultasjoner på Klinikk Alta.

Definisjon: Denne type e-helsekonsultasjoner krever ofte at helsepersonell er til stede eller at konsultasjoner krever god videokvalitet som ikke kan ivaretas på en mobiltelefon i eget hjem. Videre skal det kunne utføres enkelte tilleggsundersøkelser som f.eks. EKG, vektkontroll, blodtrykksmåling m.m). Denne type konsultasjoner skal bidra til færre pasientreiser f.eks fra Alta til Tromsø.

2. E-helse konsultasjoner i pasientens hjem

Definisjon: Dette er konsultasjoner hvor det er faglig forsvarlig at spesialisten kontakter pasienter hjemme ved bruk av telefon eller videosamtale.

3. Pasientoppfølging ved bruk av skjema på pasientens mobiltelefon ved bruk av CheckWare.

Helsetjenesten har behov for å innhente informasjon før behandling eller ønske om tilbakemelding fra pasienter etter behandling. Definisjon: Tiltaket i denne kategorien ved bruk av elektroniske skjema sikrer raskt og dokumentert kommunikasjon mellom Finnmarkssykehuset og pasienten.



Avdeling somatikk

E-helse konsultasjoner på Klinikk Alta

Fagområde	Enhet	Beskrivelse / Tiltak	Frist	Gjennomført
Kreft	Spesialistpoliklinikk	<p>Kreftpasienter er en særlig sårbar gruppe som det er viktig å redusere unødvendige reiser for.</p> <p>Alta gjennomfører rund 550 cytostatikakurer per. år. Det ble utført 738 kontroller på UNN for pasienter tilhørende kommunene Alta, Kautokeino og Loppa i 2020. Det tas prøver av pasienten som sendes til UNN for vurdering. Legen innkaller pasienten til UNN for å formidle resultatet, drøfte effekt av behandling og evt. endring av behandlingsopplegg. Det blir også utført enkelte tilleggsundersøkelser som f.eks. EKG, vektkontroll, blodtrykksmåling m.m.</p> <p>Disse samtalene kan gjennomføres ved bruk av VK og antall kontroller på UNN dermed reduseres ved bruk av e-helse konsultasjoner på Klinikk Alta. E-helse konsultasjoner på Klinikk Alta gir også mulighet for pårørende å være tilstede.</p> <p>Konsultasjonen krever at kreftsykepleier er tilstede i rommet.</p> <p>Tiltak: Gjennomføring av 200 konsultasjoner i 2022.</p>		
Nevrologi	Spesialistpoliklinikk	<p>UNN ambulerer regelmessig til Alta og dette bidrar til kontinuitet i behandlingen. Det antas at økt avstandsoppfølging vil kunne bidra til økt ressursutnyttelse og tettere oppfølging.</p> <p>Imellom ambuleringen fra UNN kan noe oppfølging tilbys via VK på E-poliklinikkrom. Nevrolog må velge ut passende pasienter. Konsultasjonen er avhengig av at helsepersonell ser tilstede på E-poliklinikk rommet.</p> <p>Tiltak: Gjennomføring av 2 konsultasjonsdager pr. mnd</p>		



Alle fagfelt	Spesialistpoliklinikk	Klinikk Alta kan bidra til og legge til rette for at andre klinikker i FIN kan oppnå kravet om økt andel e-helse konsultasjoner. Dette krever at andre klinikker/sykehus i FIN gjennomfører konsultasjoner i gruppe 1 for pasienter med bosted Alta.		
--------------	-----------------------	--	--	--

E-helse konsultasjoner i pasientens hjem

Fagområde	Enhet	Beskrivelse / Tiltak	Frist	Gjennomført
Nevrologi	Spesialistpoliklinikk	Nevrologen på UNN har ansvar for å vurdere hvilke pasienter som kan få oppfølging av UNN på egen mobiltelefon i eget hjem. Denne aktiviteten er utenfor FIN sin kontroll men bidrar samtidig til reduksjon i antall reise til enten UNN eller Klinikk Alta. Tiltak: Klinikk Alta innkaller til regelmessige nettverksmøter for å sikre fokus på denne type tiltak og innhenter regelmessig aktivitetstall fra UNN		

Pasientoppfølging ved bruk av skjema på pasientens mobiltelefon ved bruk av CheckWare

Fagområde	Enhet	Beskrivelse / Tiltak	Frist	Gjennomført
Generell somatisk aktivitet	Spesialistpoliklinikk	Bruk av skjema PasOpp somatisk poliklinikk. Skjemaet kartlegger pasientens brukertilfredshet med behandlingstilbudet. Tiltak: utsendelse av skjemaet for alle fagfelt for hver pasient etter hver konsultasjon		
Kirurgi	Spesialistpoliklinikk	Bruk av skjema PasOpp kirurgi. Skjemaet kartlegger pasientens brukertilfredshet med behandlingstilbudet. Tiltak: utsendelse av skjemaet for hver pasient etter hvert inngrep.		



Kirurgi	Spesialistpoliklinikk	Bruk av skjema Egenerklæring operasjon. Skjemaet kartlegger nødvendig pasientinformasjon i forkant av en operasjon. Tiltak: utsendelse av skjemaet for hver pasient og før hver operasjon.		
---------	-----------------------	--	--	--

Avdeling psykisk helsevern og rus

E-helse konsultasjoner på Klinikk Alta

Fagområde	Enhet	Beskrivelse / Tiltak	Frist	Gjennomført
Psykisk helsevern	BUP og VPP	Digital tilstedeværelse av spesialist som ikke er tilgjengelig fysisk ved klinikken. Tilstedeværelse av helsepersonell er mulig der det er hensiktsmessig. Pr. definisjon er det ikke en ren videokonsultasjon da Klinikk Alta bruker VK for å sikre spesialist tilstedeværelse. Tiltak: Bruk av denne konsultasjonstypen ved behov.		

E-helse konsultasjoner i pasientens hjem

Fagområde	Enhet	Beskrivelse / Tiltak	Frist	Gjennomført
Psykisk helsevern	BUP og VPP	De fleste pasientene i Klinikk Alta sitt opptaksområde bor nært Klinikk Alta og har mulighet til fysisk oppmøte. Dette gir høyest behandlingskvalitet. Likevel er det mulig og av og til nødvendig å kunne tilby og gjennomføre VK konsultasjoner ved bruk av Whereby.		



		Tiltak: tilstrebe at en andel på 15 % av konsultasjonene tilbys via VK		
Psykisk helsevern	Digital FACT	Tiltak: Telefon- og videokonsultasjon i hjemmet med tanke for vurdering av helsetilstand og videre oppfølging framover.		

Pasientoppfølging ved bruk av skjema på pasientens mobiltelefon ved bruk av CheckWare

Fagområde	Enhet	Beskrivelse / Tiltak	Frist	Gjennomført
Psykisk helsevern	VPP	Tiltak: Ta i bruk PasOpp skjema. Brukertilfredshet VPP poliklinikk		
Psykisk helsevern	BUP	Tiltak: Ta i bruk PasOpp skjema. Brukertilfredshet BUP poliklinikk		
Psykisk helsevern	Døgn PHV	Tiltak: Undersøke om eget skjema for innleggelse i Døgn TSB er tilgjengelig		
Psykisk helsevern	VPP	Tiltak: Bruk av diverse utredningsskjema i CheckWare		
Psykisk helsevern	BUP	Tiltak: Bruk av diverse utredningsskjema i CheckWare		
Psykisk helsevern	Døgn PHV	Tiltak: Bruk av diverse utredningsskjema i CheckWare		



Avdeling avhengighetsbehandling

E-helse konsultasjoner på Klinikk Alta

Fagområde	Enhet	Beskrivelse / Tiltak	Frist	Gjennomført
Avhengighetsbehandling	Døgn TSB	Digital tilstedeværelse av spesialist som ikke er tilgjengelig fysisk ved klinikken. Tilstedeværelse av helsepersonell er mulig der det er hensiktsmessig. Tiltak: Bruk av denne konsultasjonstypen ved behov.		
Avhengighetsbehandling	Ruspoliklinikk	Digital tilstedeværelse av spesialist som ikke er tilgjengelig fysisk ved klinikken. Tilstedeværelse av helsepersonell er mulig der det er hensiktsmessig. Pr. definisjon er det ikke en ren videokonsultasjon da Klinikk Alta bruker VK for å sikre spesialist tilstedeværelse. Tiltak: Bruk av denne konsultasjonstypen ved behov.		

E-helse konsultasjoner i pasientens hjem

Fagområde	Enhet	Beskrivelse / Tiltak	Frist	Gjennomført
Avhengighetsbehandling	BUP og VPP	De fleste pasientene i Klinikk Alta sitt opptaksområde bor nært Klinikk Alta og har mulighet til fysisk oppmøte. Dette gir høyet behandlingskvalitet. Likevel er det mulig og av og til nødvendig å kunne tilby og gjennomføre VK konsultasjoner ved bruk av Whereby. Tiltak: tilstrebe at en andel på 15 % av konsultasjonene tilbys via VK		



Pasientoppfølging ved bruk av skjema på pasientens mobiltelefon ved bruk av CheckWare

Fagområde	Enhet	Beskrivelse / Tiltak	Frist	Gjennomført
Avhengighetsbehandling	Rusteam	Tiltak: Undersøke om eget skjema for TSB poliklinikk er tilgjengelig		
Avhengighetsbehandling	Døgn TSB	Tiltak: Undersøke om eget skjema for innleggelse i Døgn TSB er tilgjengelig		
Avhengighetsbehandling	Rusteam	Tiltak: Bruk av diverse utredningsskjema i CheckWare		
Avhengighetsbehandling	Døgn TSB	Tiltak: Bruk av diverse utredningsskjema i CheckWare		