



Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr.:

Saksbehandler:

Lill-Gunn Kivijervi

Sted/Dato:

Hammerfest, 21.09.2021

Saksnummer 61/2021

Saksansvarlig: Lill-Gunn Kivijervi, økonomisjef

Møtedato: 28. og 29. september 2021

Rapport fra KPMG vedrørende aktivitet og økonomi i Finnmarkssykehuset HF

Ingress: Styret i Finnmarkssykehuset HF ba i styremøte 26. mai 2021, sak 36/2021 om en årsaksanalyse av resultatutvikling og manglende overholdelse av budsjetttrammer til styremøtet i september. Styret ba også administrerende direktør vurdere behovet for ekstern støtte til videre dybdeanalyser både på kort og lang sikt. På bakgrunn av styrevedtaket ba Finnmarkssykehuset HF om ekstern bistand til en vurdering av status knyttet til aktivitet og økonomi for fremleggelse i styremøte i september 2021. Dette ble gjort som et avrop på "Rammeavtale om kjøp av Konsulenttenester - innkjøp, logistikk og økonomi" med tilbudsfrist 05.07.2021. KPMG og NEO Consulting AS ble i fellesskap tildelt oppdraget.

I oppdragsbeskrivelsen til KPMG står følgende: "Vurderingen skal baseres på tilgjengelig dokumentasjon gjennom virksomhetsrapporter og data som kan gjøres tilgjengelig fra administrasjonen. Hensikten er dermed ikke å foreta dyptgående analyser, men å gi en vurdering av hvordan ekstern aktør leser status på økonomi og tiltakene som er iverksatt og planlagt. Vurderingen bes supplert med forslag til videre analyse og konkrete tiltak."

I et felles innledende møte mellom KPMG, NEO Consulting AS, Finnmarkssykehuset HF og representanter fra styret ble en enighet om at bemanning, kapasitetsutnyttelse og ressursplanlegging skulle være sentralt i oppdraget.

Vedlagt er rapporten fra KPMG med analyser, vurderinger og anbefalinger.

Medvirkning

Rapporten ble drøftet i informasjons- og drøftingsmøte 20. september 2021, og i FAMU samme dag.



Styret i Finnmarkssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF tar rapporten til etterretning og ber administrerende direktør følge opp funn og anbefalinger i rapporten.
2. Styret ber administrerende direktør se nærmere på mulighetene for å dreie midler fra innleie til tiltak rettet mot stabilisering og rekruttering.
3. Styret ber spesielt om at rapportens funn vedrørende bemanningsnormer ved de somatiske avdelingene gjennomgås og at nødvendige tiltak iverksettes.
4. Styret ber administrerende direktør vurdere riktig bruk av kompetanse og ressurser særlig knyttet opp mot poliklinisk virksomhet. Det bes også om at det ses på optimalisering av den samlede ressursbruken på tvers av Finnmarkssykehuset HFs driftsenheter.
5. Styret ber om at det legges frem en plan for oppfølging av rapporten innen xxx.

Siri Tau Ursin
Administrerende direktør

Vedlegg:

1. Rapport fra KPMG – Vurdering av aktivitet og økonomi i Finnmarkssykehuset HF



NEO Consulting AS

Vurdering av aktivitet og økonomi

Rapport til ledelsen og styret i Finnmarkssykehuset HF

September 2021

Innholdsfortegnelse

1.	Oppsummering	4.5	Pasientkontakter per legeårsverk
2.	Bakgrunn og mandat	4.5.1	Analyser
3.	Prosjektorganisering og involvering	4.5.2	Vurderinger
4.	Vurderingsområder	4.5.3	Anbefalinger
4.1	Senger per innbygger og pleiefaktor	4.6	Samarbeid på tvers av klinikkene
4.1.1	Analyser	4.6.1	Analyser
4.1.2	Vurderinger	4.6.2	Vurderinger
4.1.3	Anbefalinger	4.6.3	Anbefalinger
4.2	Bruk av spesialsykepleiere	4.7	Elektiv kirurgi
4.2.1	Analyser	4.7.1	Analyser
4.2.2	Vurderinger	4.7.2	Vurderinger
4.2.3	Anbefalinger	4.7.3	Anbefalinger
4.3	Kostnad per DRG	4.8	Handlingsplan for rekruttering
4.3.1	Analyser	4.8.1	Evaluerer
4.3.2	Vurderinger	4.8.2	Vurderinger
4.3.3	Anbefalinger	4.8.3	Anbefalinger
4.4	Lønnsmidler knyttet opp mot innleie	5.	Forbehold
4.4.1	Analyser		
4.4.2	Vurderinger		
4.4.3	Anbefalinger		



NEO Consulting AS

1. Oppsummering

1. Oppsummering

- Antall senger per innbygger multiplisert med en gitt pleiefaktor danner grunnlaget for en av de viktigste kostnadsdriverne i sykehus. Medisinske avdelinger dimensjoneres i hovedsak ut fra et ØH-behov for et gitt opptaksområde. 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 Hammerfest/Alta sees under ett. Den normerte pleiefaktoren fremstår også som noe høy holdt opp mot de andre sykehusene vi har sammenlignet med. Den faktiske pleiefaktoren, også etter korleksjon for sykefravær, ser konsekvent ut til å være markant høyere enn den allerede noe høye normerte bemanningen.
- Hva gjelder fornuftig bruk av knapp spesialsykepleierkompetanse er det ingen tradisjon for å benytte bare en operasjonssykepleier på stuene i Finnmarkssykehuset HF slik det er vanlig på private sykehus. Kostnadene forbundet med innleie av operasjonssykepleiere er imidlertid marginale. Derimot er det svært høye kostnader knyttet til innleie av intensivsykepleiere. Det er mellom tyve og tredve slike årsverk både i Hammerfest og i Kirkenes. Vi oppfatter at intensivsykepleierne på begge hus deltar i arbeid i felles organisatoriske enheter (postop, koordinator-roller, legevakt, telemetri-vakt, akuttmottak) hvor det utvilsomt er nyttig med slik spesialkompetanse, men i en situasjon der innleiekostnadene knyttet til intensivsykepleiere er svært høye bør organiseringen vurderes.

1. Oppsummering (forts.)

- En generell måte å tilnærme seg kostnadsnivået ved sykehusdrift på er å sammenligne kostnad per DRG for ulike fagområder ved sammenlignbare sykehus og helseforetak. Aggregering til gjennomsnittskostnad per hoveddiagnosegruppe (HDG) gjør dataene mer robuste. Vi har i tillegg filtrert bort DRG med mindre enn ti behandlinger per år ved hver klinikk.

Det ser ut til at sykdommer i hoveddiagnosegruppene åndedrettsorganene og sirkulasjonsorganer skiller seg negativt ut kostnadmessig for Finnmarkssykehuset, både holdt opp mot landsgjennomsnittet og mot Helgelandssykehuset HF. Dette er behandling av tilstander som lungeemboli, lungebetennelse, KOLS, hjertesvikt, hypertensjon, angina og hjertearrytmier. 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. Vi gjør dog oppmerksom på at også andre faktorer kan dra opp kostnadene per DRG (svak koding, få pasientkontakter per legeårsverk og annet)

- Kronesummene som brukes på innleie sier indirekte noe om hvilke midler man kan disponere til “recruit & retain” og likevel bedre driftsøkonomien. Summene som i dag brukes på innleie tilsier at det er et visst handlingsrom for å endre eksisterende honoreringsmodeller og likevel forbedre driftsøkonomien betraktelig. Det ser ikke ut til at det brukes store summer på innleie utenfor de etablerte rammeavtalene.

1. Oppsummering (forts.)

- Pasientkontakter per legeårsverk er relevant fordi det sier noe om et sykehus planlegger legebemanning utfra antall hoder nødvendig for å få et vaksjikt til å gå opp, eller om det bemannes utfra pasientpågang og opptaksområde. Legeårsverk er i sykehus relativt sett kostbare, og samtidig er det i hovedsak legeårsverkene som genererer inntekter. Sett fra et rent økonomisk ståsted er det derfor ønskelig med flest mulig pasientkontakter per legeårsverk. Dette gjelder i særdeleshet dersom legeårsverkene leies inn.

Vi har gjort en sammenligning av et utvalg avdelinger i Finnmarkssykehuset HF med flere av sykehusene i SI HF. På et overordnet plan vurderes antall pasientkontakter per legeårsverk ikke til å være spesielt høyt eller spesielt lavt i denne sammenligningen.

Mer detaljert ser det ut til at antall pasientkontakter per legeårsverk ved medisinsk poliklinikk i Kirkenes er nesten halvparten av det som er tilfelle i Hammerfest og lavere enn ved noen av de fire sykehusene i SI HF. Det kan representere et forbedringsområde. Omvendt er det verd å merke seg at antall polikliniske kontakter per legeårsverk innen fagområdet PHR til forveksling er ganske lik aktiviteten innen somatikk både i Kirkenes og Hammerfest, noe klinikkene fortjener honnør for

1. Oppsummering (forts.)

- Vi oppfatter at klinikklederne i Finnmarkssykehuset HF peker på de følgende utfordringene som de viktigste områdene der foretaket bør jobbe tettere sammen for å forbedre det økonomiske resultatet:
 - jobbe for å redusere kostnadene forbundet med fristbrudd hvor Finnmarkssykehuset HF må betale for behandling som blir gitt andre steder
 - jobbe for å redusere kostnadene forbundet med pasientreiser, først og fremst gjennom flytrafikk til Tromsø. Det betyr å investere i nødvendige digitale løsninger som gjør det mulig at pasienten kan møte på lokalsykehuset til en gitt tid, eventuelt flankert av lokale sykeleiere eller leger, og så gjennomføre en virtuell konsultasjon/kontroll ved spesialavdelinger på UNN
 - redusere sykefraværet som vi oppfatter kan være opp mot 15-16% i enkelte enheter.

1. Oppsummering (forts.)

- Kirkenes og Hammerfest har en markant høyere andel av elektiv kirurgi som gjøres dagkirurgisk enn det som er tilfelle ved Lillehammer og Gjøvik sykehus i perioden vi har sammenlignet. Vi har ikke sett på type elektiv kirurgi, men legger til grunn at alle de sammenlignede enhetene er akuttsykehus uten regionsykehus-funksjoner. En slik positiv faglig utvikling ved Finnmarkssykehuset HF kan paradoksalt straffe sykehuset økonomisk gjennom tapte inntekter, men trendene er at de kirurgiske DRG-vektene gradvis endrer seg i favør av dagkirurgi.
- Det virker til å være konsistens mellom strategiene som omtales i den regionale handlingsplanen for rekruttering og stabilisering fra 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. HR-avdelingens sentrale arbeid virker til å supplere de lokale tiltakene på en god måte.

Basert på de innspill vi har fått er vårt inntrykk at pengene kanskje sitter noe løsere ved ny-rekruttering enn ved stabilisering, altså at nyansatte får goder andre kan ha brukt mange år på å opparbeide. Det kan være fornuftig å vurdere om langvarige relasjoner bør premieres ekstra, f.eks. gjennom en kontinuerlig stige. En enda tydeligere allokering av midler til kurs/videreutdanning og utstyr for å bygge fagmiljø kan være et supplement til eksisterende tiltak.



NEO Consulting AS

2. Bakgrunn og mandat

2. Bakgrunn og mandat

Bakgrunn

Finnmarkssykehuset HF befinner seg i en krevende situasjon knyttet til omstilling og økonomisk resultat.

Helseforetaket ba om ekstern bistand til en vurdering av status knyttet til aktivitet og økonomi for fremleggelse i styremøte i september 2021. Dette ble gjort som et avrop på "Rammeavtale om kjøp av Konsulentttjenester - innkjøp, logistikk og økonomi" med tilbudsfrist 05.07.2021. KPMG og NEO Consulting AS ble i fellesskap tildelt oppdraget.

Mandat

I oppdragsbeskrivelsen er det beskrevet at

"Vurderingen skal baseres på tilgjengelig dokumentasjon gjennom virksomhetsrapporter og data som kan gjøres tilgjengelig fra administrasjonen. Hensikten er dermed ikke å foreta dyptgående analyser, men å gi en vurdering av hvordan ekstern aktør leser status på økonomi og tiltakene som er iverksatt og planlagt. Vurderingen bes supplert med forslag til videre analyse og konkrete tiltak."

I møtet med representanter for foretakets styre den 15.7.2021 ble vi enig om at stikkordene bemanning, kapasitetsutnyttelse og ressursplanlegging står sentralt i oppdraget.

3. Prosjektorganisering og involvering

3. Prosjektorganisering og involvering

Prosjektorganisering

Eystein J. Hauge, partner i NEO Consulting AS, har vært prosjektleder for oppdraget. Petter Dahl fra KPMG har vært ansvarlig for analyse av virksomhetsdata. Vilhelm Hoel har vært ansvarlig partner for KPMG. Administrerende direktør Siri Tau Ursin ved Finnmarkssykehuset HF har vært oppdragsansvarlig for helseforetaket.

Prosjektteamet ønsker å takke økonomisjef Lill-Gunn Kivijervi og hennes stab ved Finnmarkssykehuset HF for et utmerket samarbeid og bistand til å innhente virksomhetsdata.

Involvering

Prosjektteamet hadde 12.7.21 et innledende møte med økonomiavdelingen og deretter et avklarende møte med styreleder, et styremedlem, administrerende direktør og økonomisjef den 15.7.21. Det ble i dette møte satt nødvendige avgrensninger i oppdraget den korte prosjektperioden tatt i betraktning.

Prosjektteamet har i prosjektperioden hatt to statusmøter (19.8 og 1.9) med økonomiavdelingen. Vi har også intervjuet klinikksefene ved de tre klinikkene Hammerfest/Alta, Kirkenes og Sami Klinikk samt foretakets HR-direktør. Et utkast til rapport er fremlagt for de tillitsvalgte i foretaket samt ledergruppen i foretaket for kommentarer før presentasjon i helseforetakets styre.

4. Vurderingsområder



NEO Consulting AS

4.1 Senger per innbygger og pleiefaktor

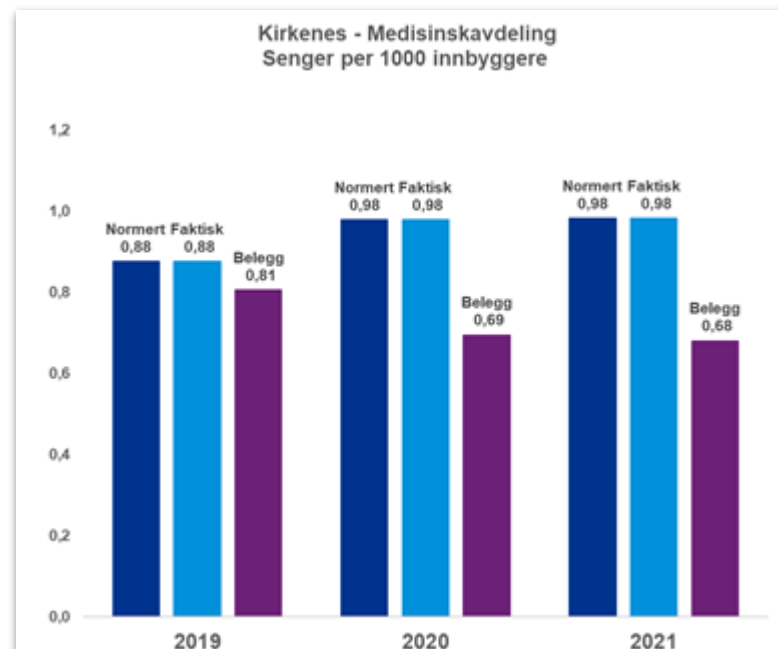
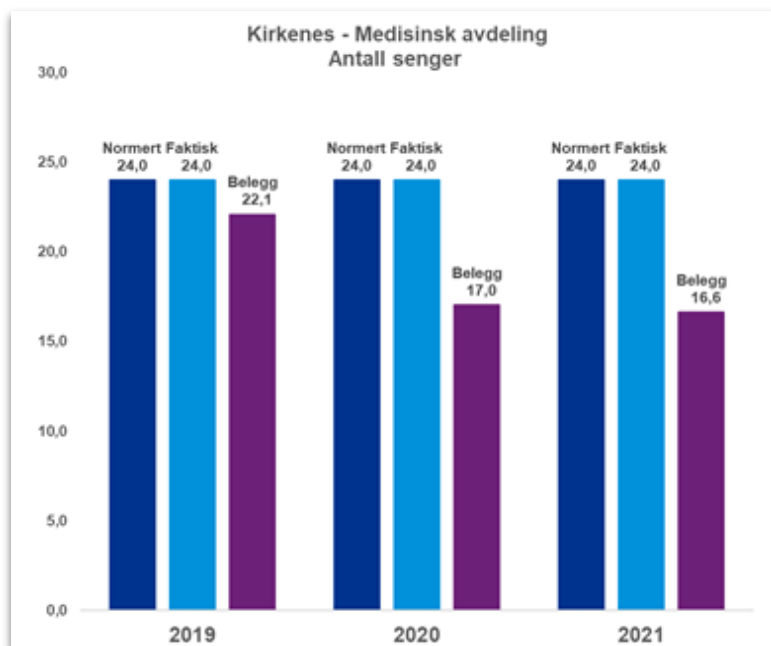
4.1 Senger per innbygger og pleiefaktor

4.1.1 Analyser

- Senger per innbygger er sammen med pleiestillinger per seng (pleiefaktor) to faktorer som er viktige kostnadsdrivere i sykehus. Gitt en konstant pleiefaktor vil personalkostnadene på en sengeavdeling øke proporsjonalt med antall senger ved avdelingen, men kostnadene vil også øke dersom pleiefaktoren per seng økes ved et konstant antall senger.
- Små sengeavdelinger har gjerne høyere pleiefaktor enn store avdelinger fordi bemanningsbehovet typisk ikke er lineært, men følger trappetrinn. Det kan eksempelvis være behov for å ha to sykepleiere på vakt på natten uavhengig av om det er ti eller tyve senger ved avdelingen. Avdelinger med mange enerom (infeksjonsavdelinger, moderne bygg) vil typisk trenge en høyere pleiefaktor enn avdelinger med mange flersengsrom.
- Medisinske avdelinger ved små og store akutt sykehus har generelt et pasientbelegg som i all hovedsak er knyttet til øyeblikkelig hjelp innleggelser. Disse avdelingene dimensjoneres derfor ut fra en beredskapstankegang, noe som skiller seg fra avdelinger som i større grad kan styre bemanningen i takt med elektiv aktivitet. Vi har derfor hatt et spesielt fokus på de medisinske avdelingene i foretaket.

4.1 Senger per innbygger og pleiefaktor

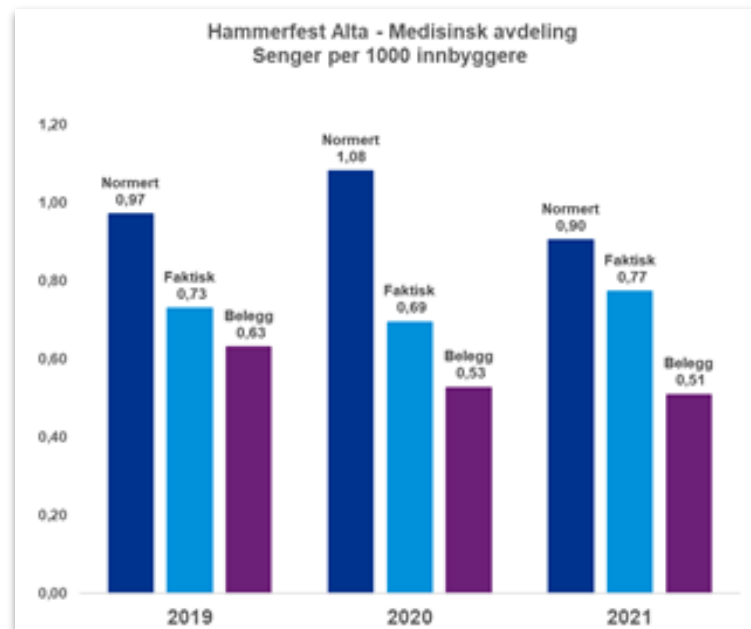
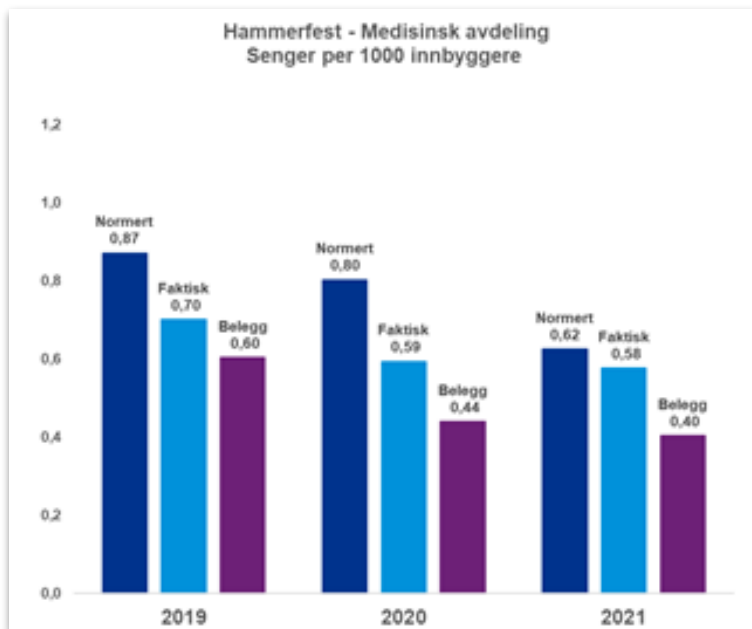
4.1.1 Analyser



Finnmarkssykehuset HF oppgir at normerte senger er antallet senger en avdeling «skal» ha og det antallet avdelingen planlegger turnus/bemannings etter. Senget i bruk er det antallet som faktisk er i bruk/er tilgjengelig og kan være ulik normerte senger fordi man kan ha lavdrift en periode eller tar ned sengeantallet en periode av en annen grunn. I grafen over er "Senger i bruk" omtalt som "Faktisk". Belegg svarer til det hvor mange senger som det retrospektivt vurdert har ligget pasienter i.

4.1 Senger per innbygger og pleiefaktor

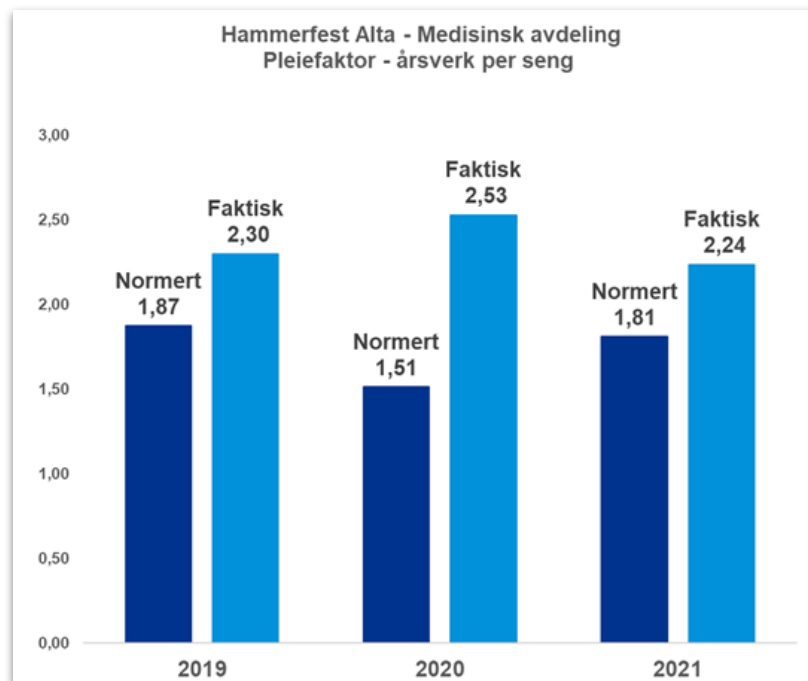
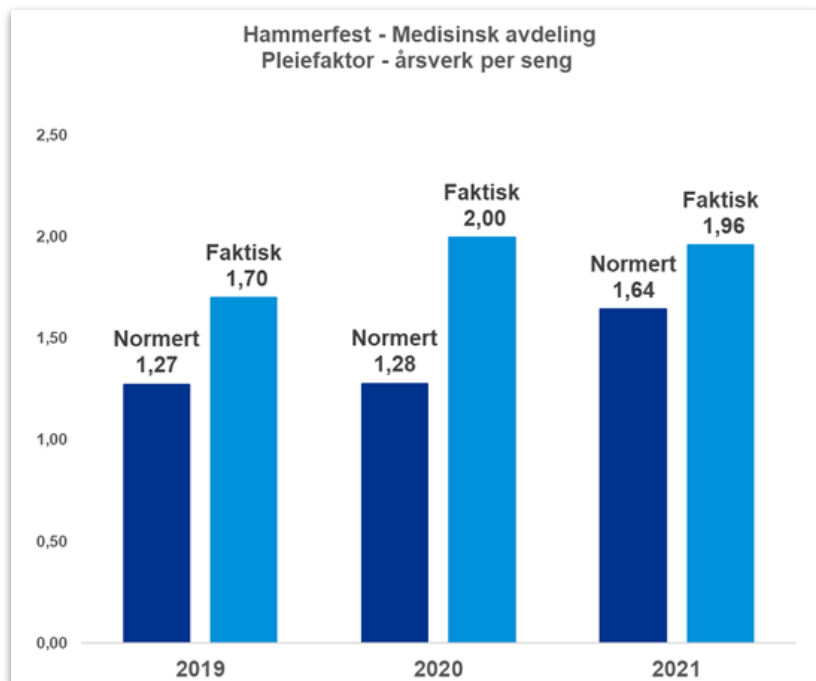
4.1.1 Analyser



Figurene viser sengeantall for Vest-Finnmark med og uten medisinske senger i Alta. Sengene i Alta er å regne som DMS-senger med et noe lavere omsorgsnivå enn ordinære medisinske senger, men inngår på sett og vis i sengekapasiteten i opptaksområde vest. Merk: Faktisk bruk lavt i 2020 og -21, sannsynligvis grunnet Covid-stegning

4.1 Senger per innbygger og pleiefaktor

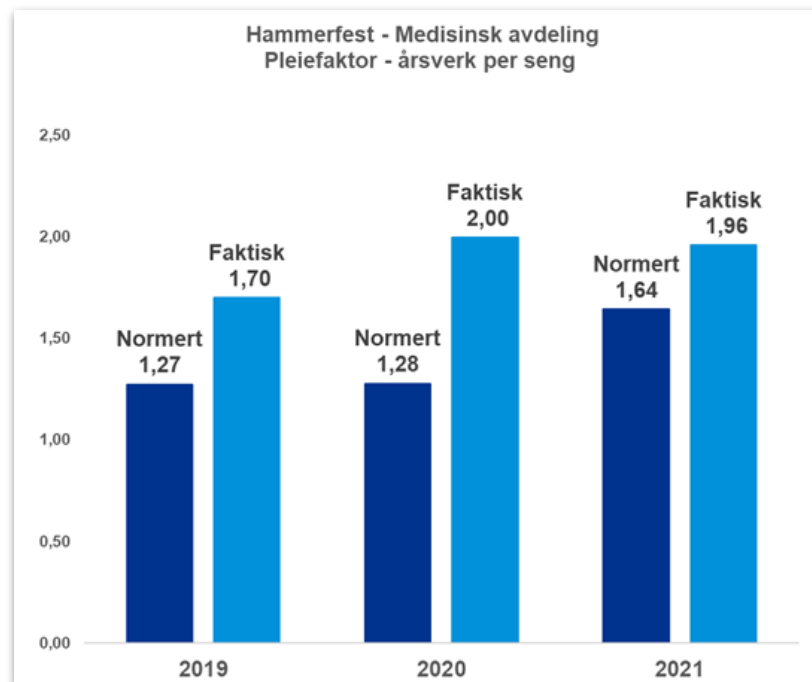
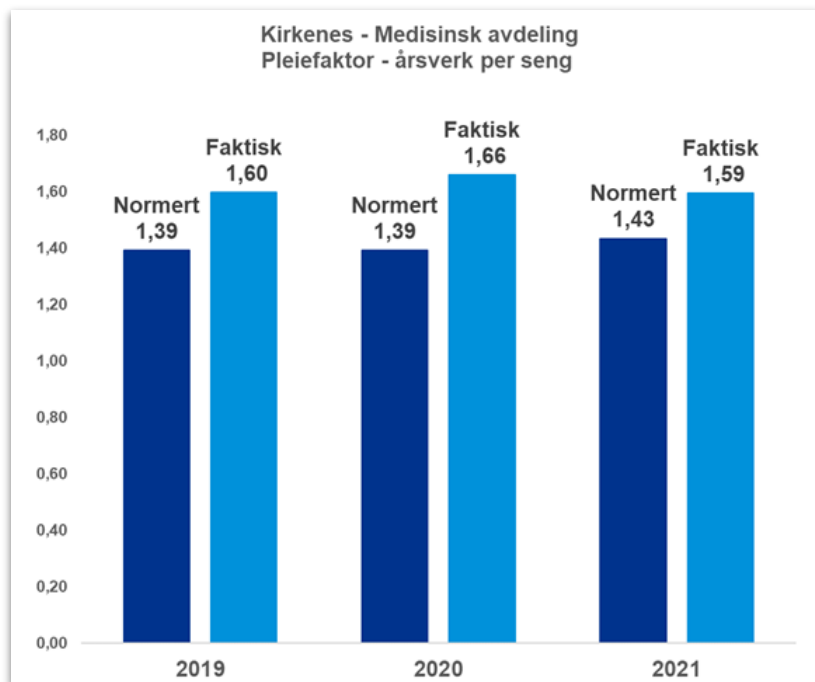
4.1.1 Analyser



Pleiefaktor er korrigert for sykefravær. En isolert høy bemanning i Alta trekker den samlede pleiefaktoren opp. Vi har ikke tatt høyde for eventuelt kryss-bruk av sykepleiere på sengepost og poliklinikk

4.1 Senger per innbygger og pleiefaktor

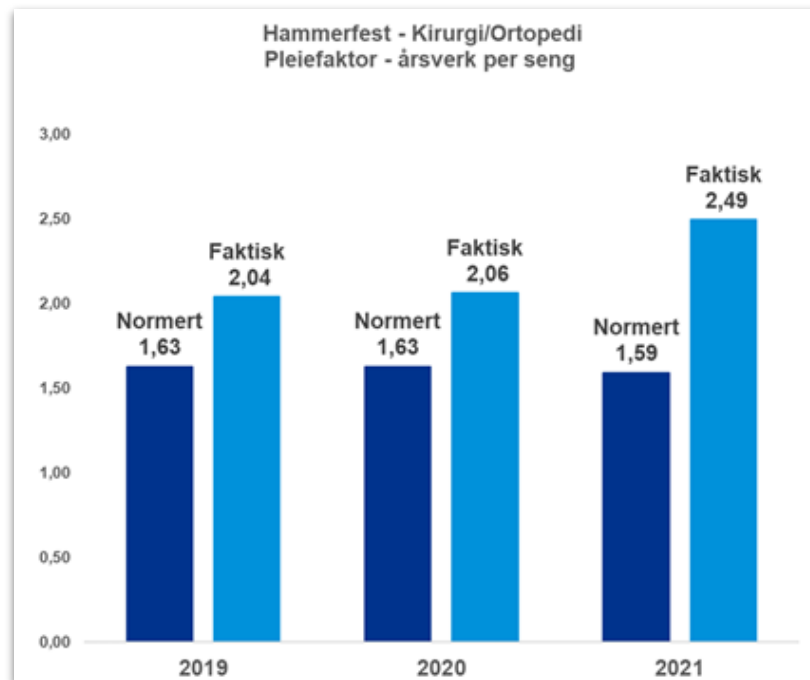
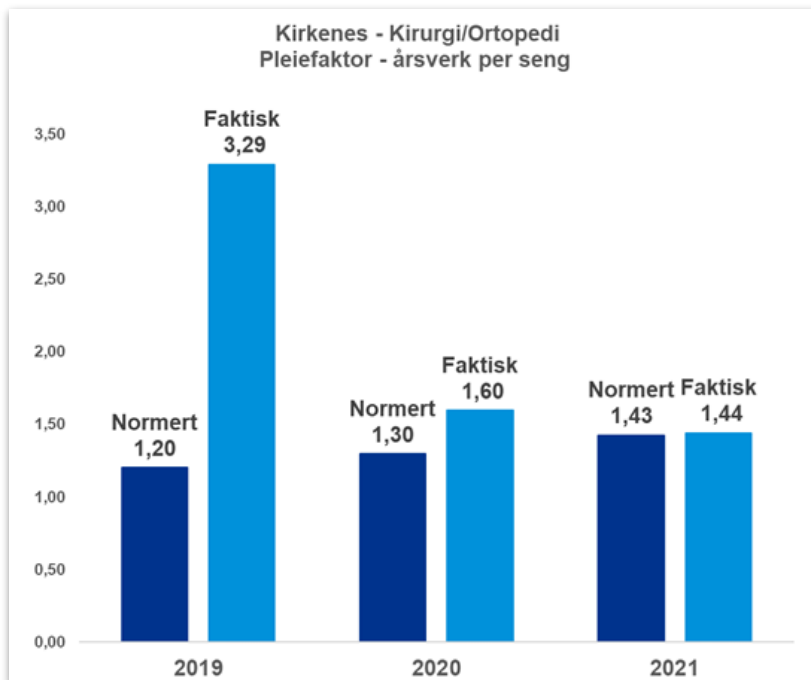
4.1.1 Analyser



Medisin Kirkenes ser ut til å drive med lavere pleiefaktor enn Medisin Hammerfest - også før bemanningen for sengene i Alta er hensyntatt

4.1 Senger per innbygger og pleiefaktor

4.1.1 Analyser



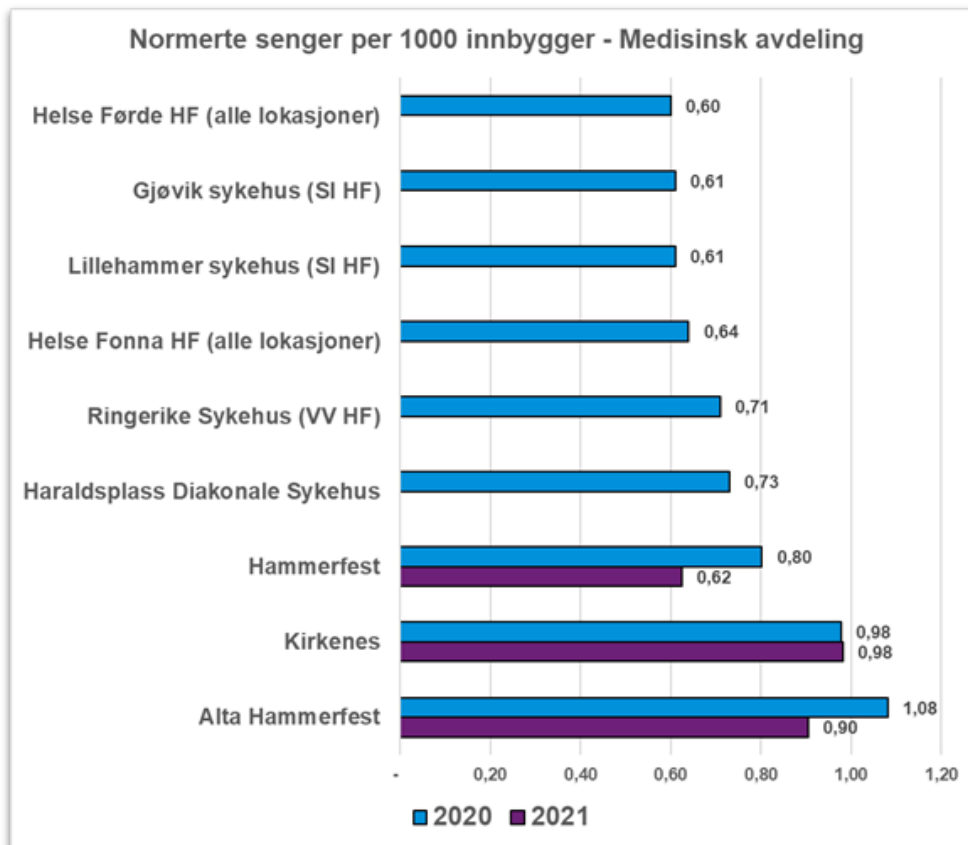
Også innen kirurgi/ortopedi ser Kirkenes ut til å drive med en lavere pleiefaktor enn Hammerfest

4.1 Senger per innbygger og pleiefaktor

4.1.1 Analyser

Vi har for sammenligningens del innhentet noen grove benchmark-data knyttet til senger per 1000 innbygger i opptaksområdet. Disse er hentet fra en kombinasjon av intervjuer, utviklingsplaner og annet prosjektarbeid.

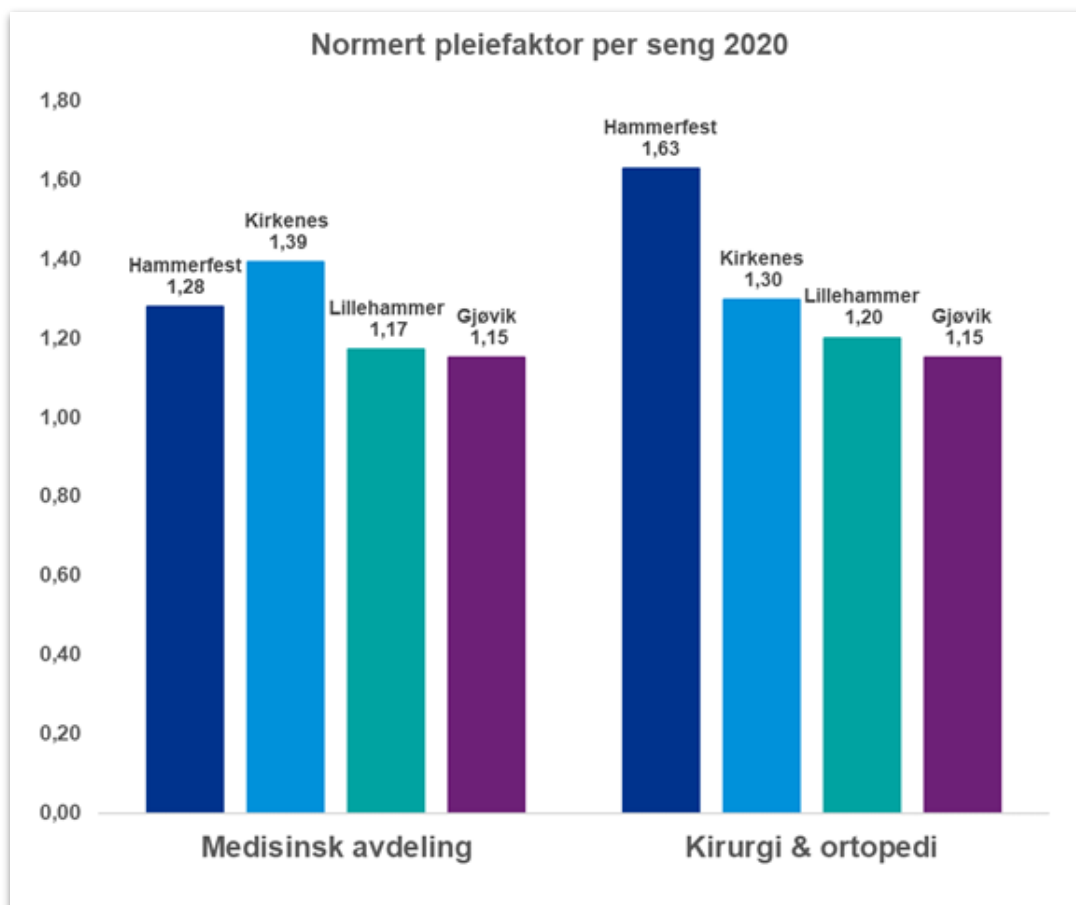
Vi gjør oppmerksom på at det kan være underliggende grunner til at avdelingene ikke er direkte sammenlignbare, og benchmarkingen må derfor brukes med forsiktighet.



4.1 Senger per innbygger og pleiefaktor

4.1.1 Analyser

Vi har på tilsvarende vis benyttet data fra Finnmarkssykehuset HF til å gjøre en sammenligning av pleiefaktor for fagområdene medisin og kirurgi/ortopedi mot Lillehammer og Gjøvik sykehus (SI HF). Data er hentet fra annet prosjektarbeid i regi av NEO/KPMG.



4.1 Senger per innbygger og pleiefaktor

4.1.2 Vurderinger

- 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.

4.1.3 Anbefalinger

- 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.

4.2 Bruk av spesialsykepleiere

4.2 Bruk av spesialsykepleiere

4.2.1 Analyser

- Spesialsykepleiere er generelt et knapphetsgode, og det er derfor viktig å benytte slike ressurser på en best mulig måte. Utfra et kostnadsperspektiv er det meget viktig ettersom knapphet på slik kompetanse fort kan lede til betydelige innleiekostnader.
- Vi har avgrenset vår gjennomgang til å se på hvordan Finnmarkssykehuset HF benytter operasjons- og intensivsykepleiere:
 - Fra privat sykehusdrift vet vi at det gjennomgående benyttes en operasjonssykepleier på hver stue, også ved større kirurgiske inngrep, mens det på offentlige sykehus er en kultur for å benytte to. Dersom man da leier inn slik kompetanse for å være to på hver stue vil det drive kostnadene opp i en situasjon der det kunne vært tilstrekkelig med en.
 - Finnmarkssykehuset har relativt små intensivavdelinger. I følge rapporten “Intensiv – Finnmarkssykehuset Kirkenes, delutredning” fra slutten av 2020 hadde Intensivavdelingen ved Kirkenes et pasientbelegg varierende mellom 1 og 3,5 pasienter per dag i uke 1-41 2020 (snitt ca 2 pasienter per dag), mens tilsvarende tall for Hammerfest var mellom 1 og 6 pasienter (snitt på ca 3 pasienter per dag), jf. figur 3 og 6 i overnevnte rapport.
 - Intensivsykepleiere ved felles akuttmottak, legevakt og intensivenhet i Kirkenes ivaretar både sykepleiefaglige og merkantile oppgaver i følge delutredningen.

4.2 Bruk av spesialsykepleiere

4.2.1 Analyser

Bruk av operasjonssykepleiere:

Hammerfest:

- Alle operasjoner, enten det er inneliggende eller dagkirurgiske pasienter. Der det håndteres sterilt utstyr er det bestandig to operasjonssykepleiere.
- Ved colonskopier, gastroskopier, ERCP'er, reponeringer, gipsing o.l. kan det være bare en.

Alta:

- Alltid to på alle operasjoner.

Kirkenes:

- Det er svært sjelden at det benyttes kun en operasjonssykepleier inne på en opr.stue. Kan forekomme ved de enkleste operasjonene med Øre-Nese-Hals.

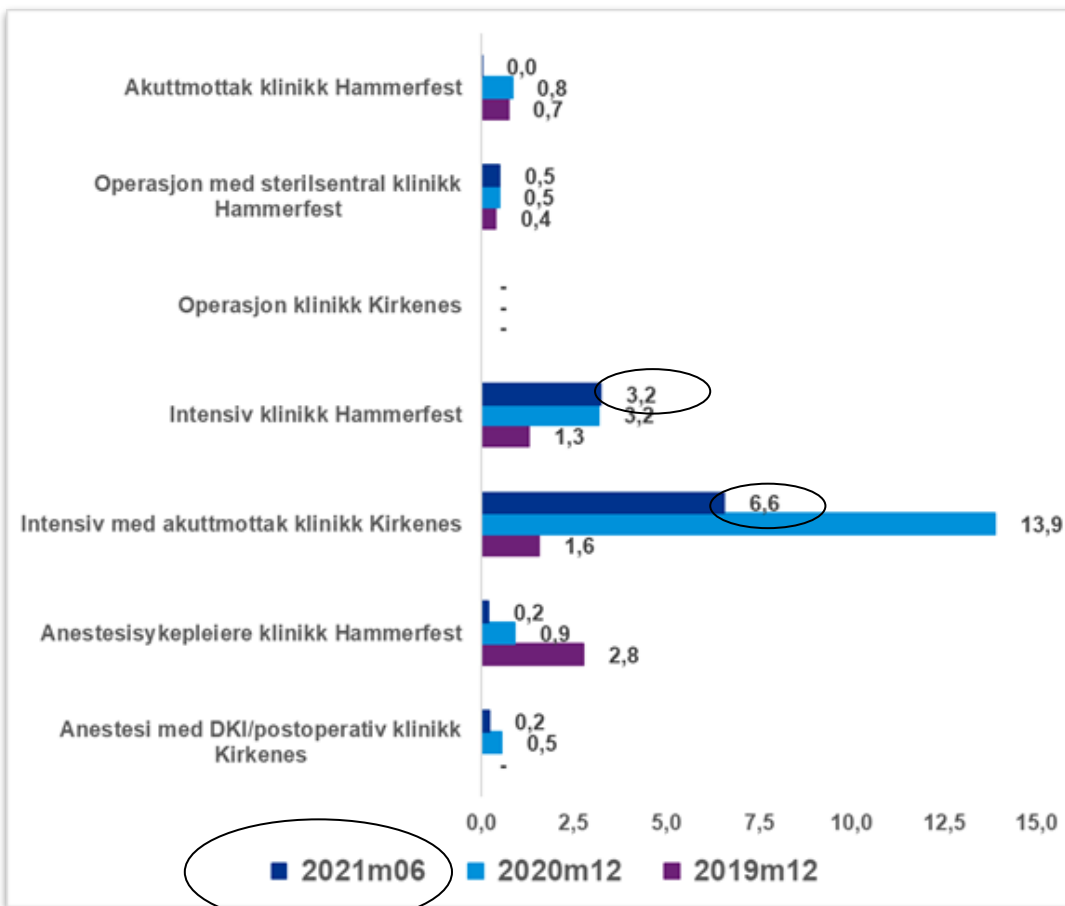
4.2 Bruk av spesialsykepleiere

4.2.1 Analyser

Figuren viser innleie i MNOK (2019m12 – 2021m06) fordelt per sykepleiergruppe

Det ser ikke ut til at det er nevneverdig høye kostnader forbundet med innleie av opr.sykepleiere, men innleiekostnadene knyttet til intensivsykepleiere har økt markant de siste årene

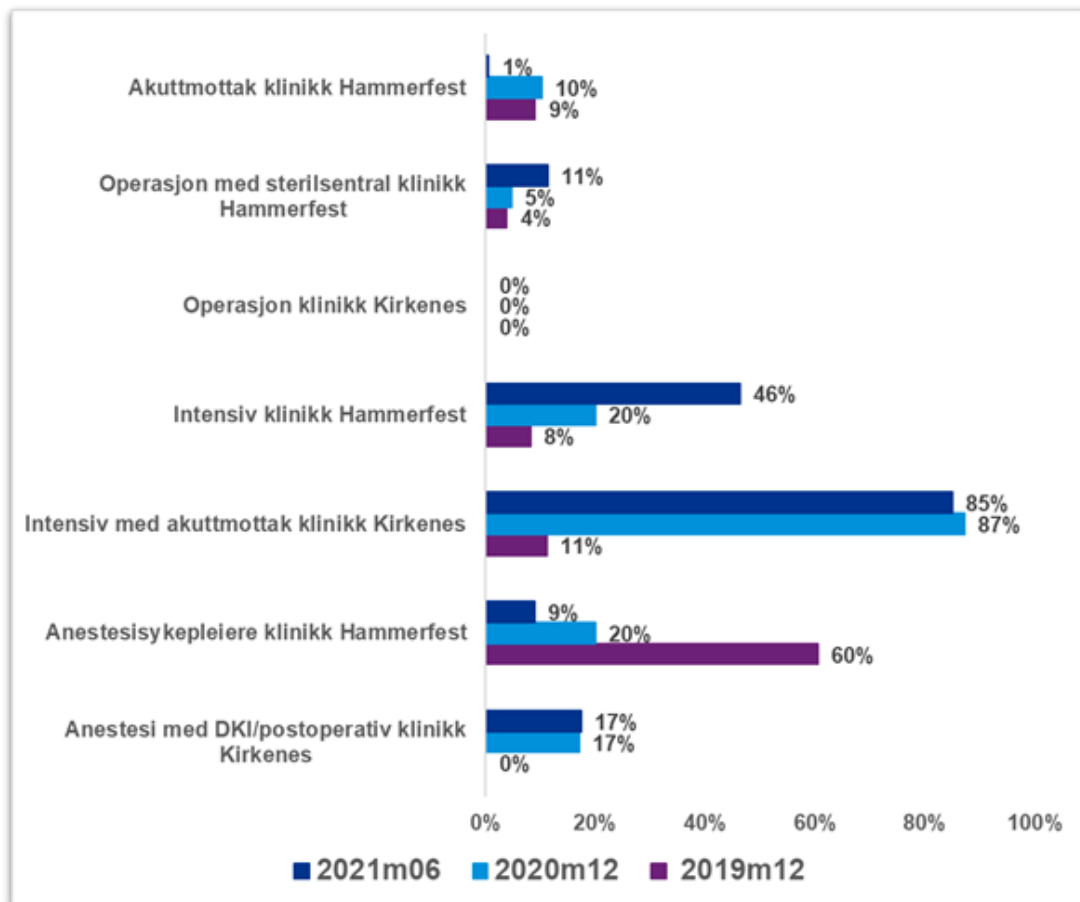
Merk at 2021-kostnader er for årets første seks måneder



4.2 Bruk av spesialsykepleiere

4.2.1 Analyser

Figuren viser kostnader forbundet med innleie som andel av fast lønn (uten tillegg) fordelt per sykepleiergruppe



4.2 Bruk av spesialsykepleiere

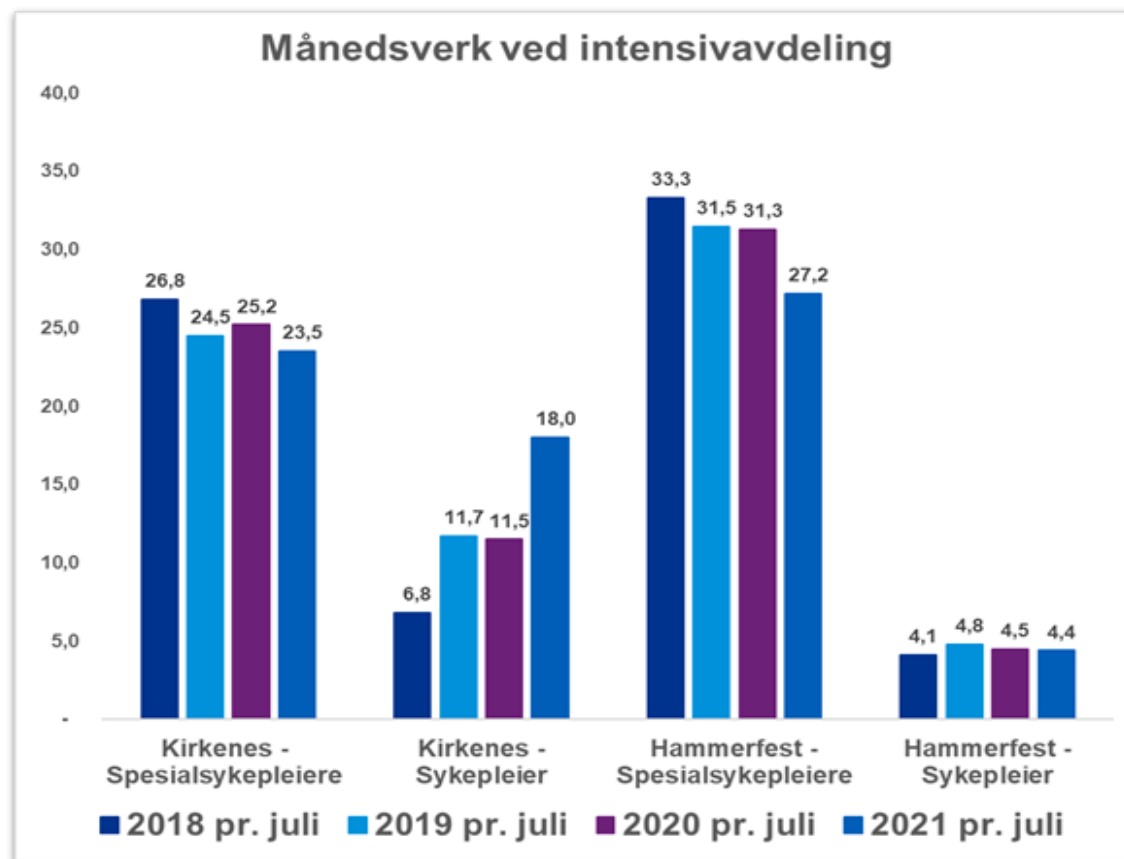
4.2.1 Analyser

Intensivsykepleiere inngår etter det vi skjønner i bemanningen til følgende enheter i tillegg til intensiv- og intermediærsengene:

Kirkenes:

Akuttmottak, telemetri/overvåkning, postop dagkirurgi, overgrepsmottak, innleggelse/koordinering og legevakt

Hammerfest: Postop. døgn og dag. (Akuttmottak med legevakt ligger på et annet plan i bygget)



4.2 Bruk av spesialsykepleiere

4.2.2 Vurderinger

- 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.

4.2.3 Anbefalinger

- Vurdere om det er hensiktsmessig å øremerke intensivsykepleiere til arbeid med rene intensivpasienter i større grad enn i dag.
- Sikre videre opplæring av ordinære sykepleiere i de aktuelle turnusene med tanke på å redusere behovet for intensivsykepleiere. Per i dag ser det ut til at antall ordinære sykepleiere i turnusen ved intensivavdelingen i Kirkenes har økt jevnt og trutt uten at vi ser et tilsvarende fall i bruk av intensivsykepleiere.
- Vurdere om flere merkantilt ansatte kan redusere behovet for intensivsykepleiere, jf. omtalte delutredning (slide 25).

4.3 Kostnad per DRG

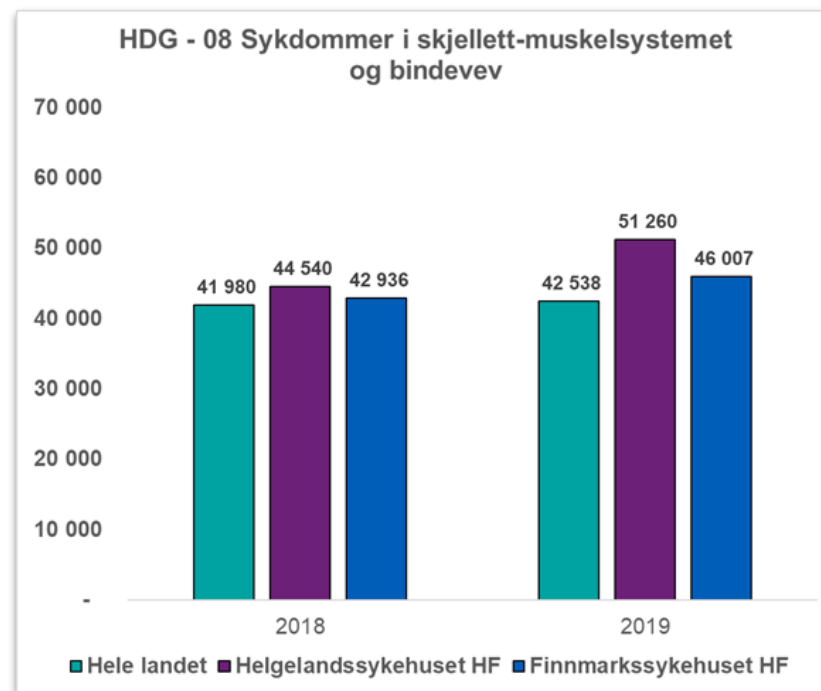
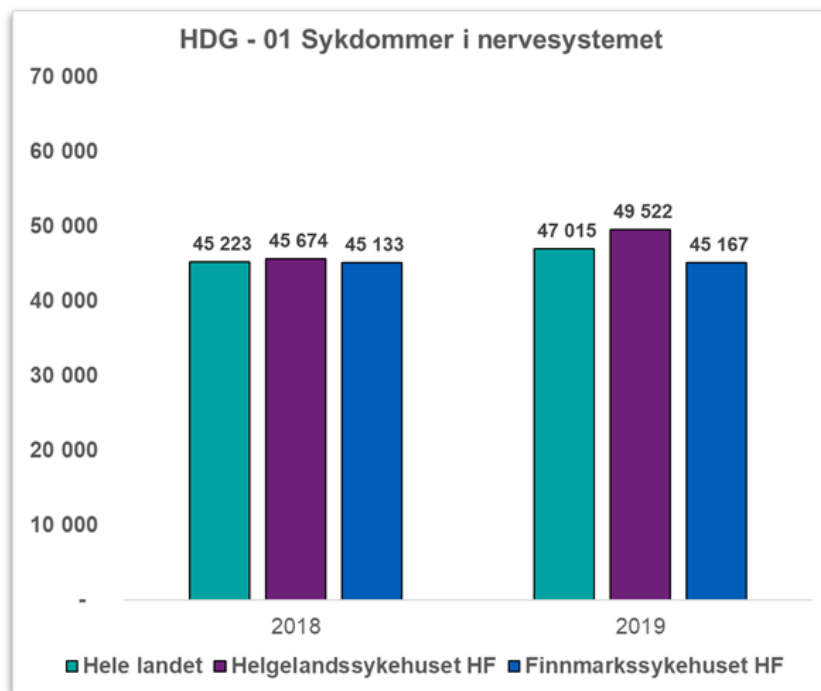
4.3 Kostnad per DRG

4.3.1 Analyser

- En generell måte å tilnærme seg kostnader ved sykehusdrift er å sammenligne kostnad per DRG på ulike fagområder for sammenlignbare sykehus og helseforetak. Aggregering til gjennomsnittskostnad per hoveddiagnosegruppe (HDG) gjør dataene mer robuste ettersom det kan forekomme at sykehus eller helseforetak har en ulik tilnærming til allokering av kostnader i sine KPP-data.
- Gjennomsnittlig kostnad per DRG er ca 120% høyere enn landsgjennomsnittet for Helse Nord samlet, mens den er ca. 140% høyere for Finnmarkssykehuset HF
- Rapporten «Styrket økonomisk bærekraft» (Helse Nord RHF, 2019) peker på ulike hoveddiagnosegrupper med store variasjoner i kostnad per DRG, fordelt på «lokalsykehus» og «region-/sentralsykehus». Vi har tatt utgangspunkt i seks av disse gruppene med størst variasjon i Helse Nord RHF, da det er her det sannsynligvis vil være størst sannsynlighet for å finne et innsparingspotensiale. Vi har så sammenlignet kostnadene knyttet til disse hoveddiagnosegruppene i Finnmarkssykehuset HF mot Helgelandssykehuset HF og mot det nasjonale gjennomsnittet.
- Vi har vasket analysene for kostnader knyttet til behandlinger som utføres sjeldnere enn ti ganger per år for å unngå at sjeldne og kostbare opphold bidrar til en uforholdsmessig stor innvirkning på gjennomsnittskostnadene.

4.3 Kostnad per DRG

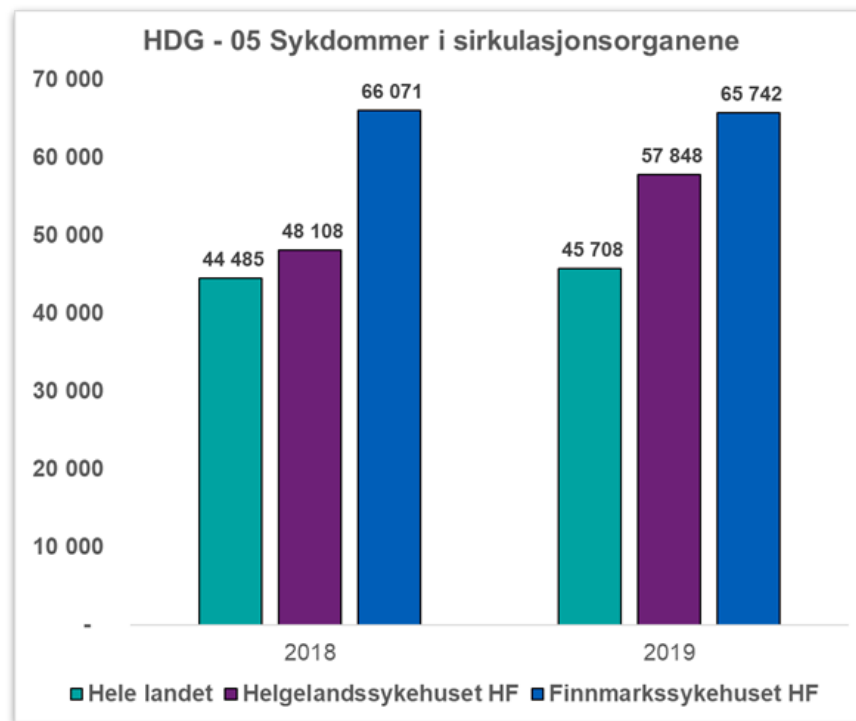
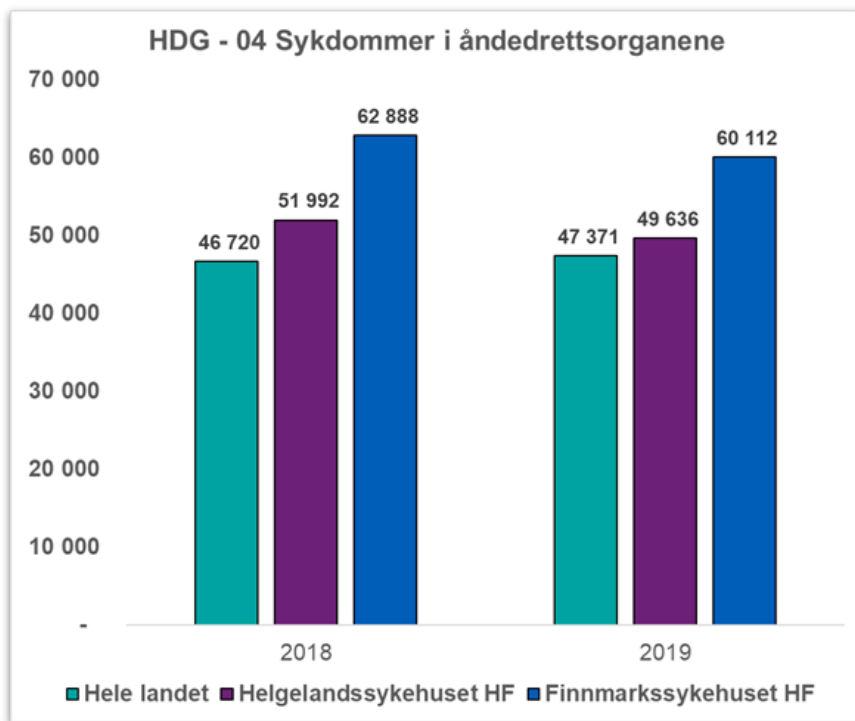
4.3.1 Analyser



For HDG - 01 og - 08 er forskjellene i kostnad per DRG mellom de to helseforetakene og landsgjennomsnittet relativt marginale

4.3 Kostnad per DRG

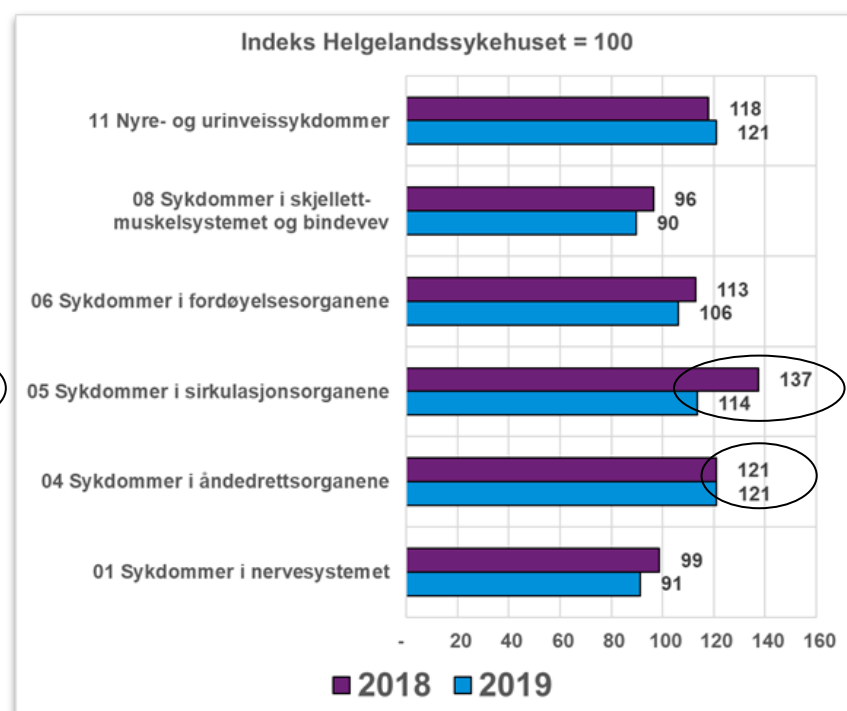
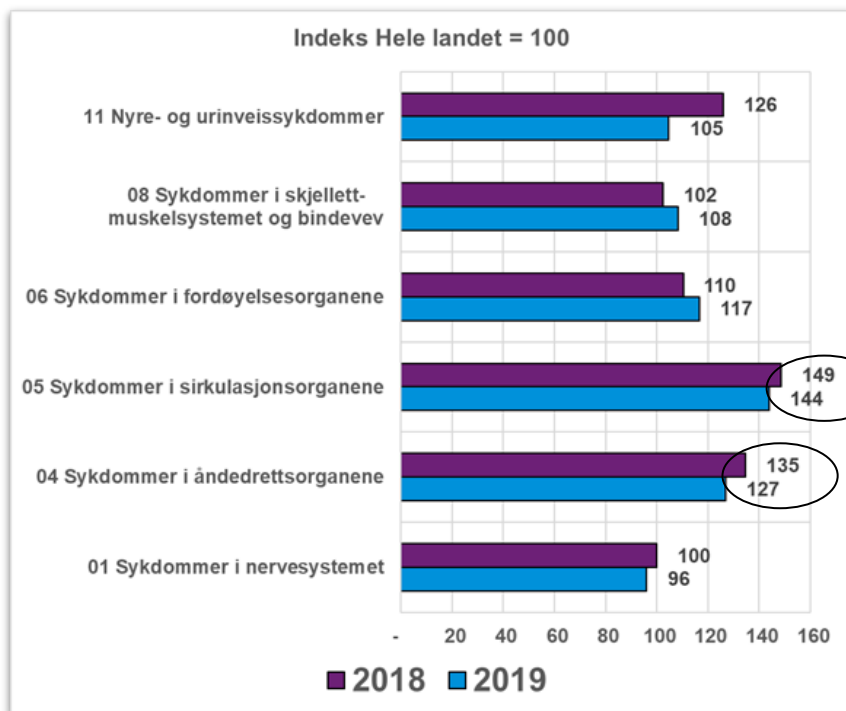
4.3.1 Analyser



For HDG - 04 og - 05 er forskjellene i kostnad per DRG mellom de to helseforetakene mer uttalte. En videre detaljert analyse av kostnadene, for eksempel ved hjelp av Time-Driven Activity-Based Costing, kan avdekke forbedringsområder.

4.3 Kostnad per DRG

4.3.1 Analyser



Holdt opp mot landsgjennomsnittet skiller kostnadene for HDG -04 og -05 seg mest negativt ut. Det samme gjelder når kostnadene for disse hoveddiagnosegruppene holdes opp mot Helgelandssykehuset HF

4.3 Kostnad per DRG

4.3.2 Vurderinger

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

4.3.3 Anbefalinger

- For Finnmarkssykehuset HF ser det ut til at behandlingen av sykdommer i åndedrettsorganene 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 indikerer et behov for detaljert analyse av disse pasientforløpene.
- 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 kostnader per DRG (svak koding, mange legeårsverk per pasientkontakt)



NEO Consulting AS

4.4 Lønnsmidler knyttet opp mot innleie

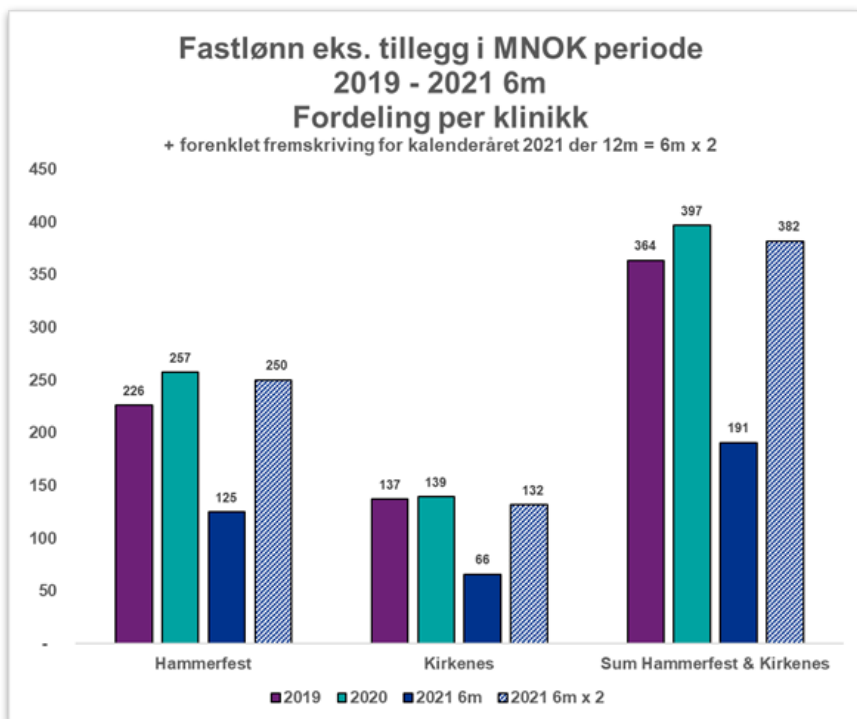
4.4 Lønnsmidler knyttet opp mot innleie

4.4.1 Analyser

- Vi har sett på hvilket omfang innleie av helsepersonell ved Finnmarkssykehuset har i dag. Dersom en høy andel av personalet må lønnes via innleie stiger lønnskostnadene markant ettersom innleietimer er langt dyrere enn faste timer.
- 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.

4.4 Lønnsmidler knyttet opp mot innleie

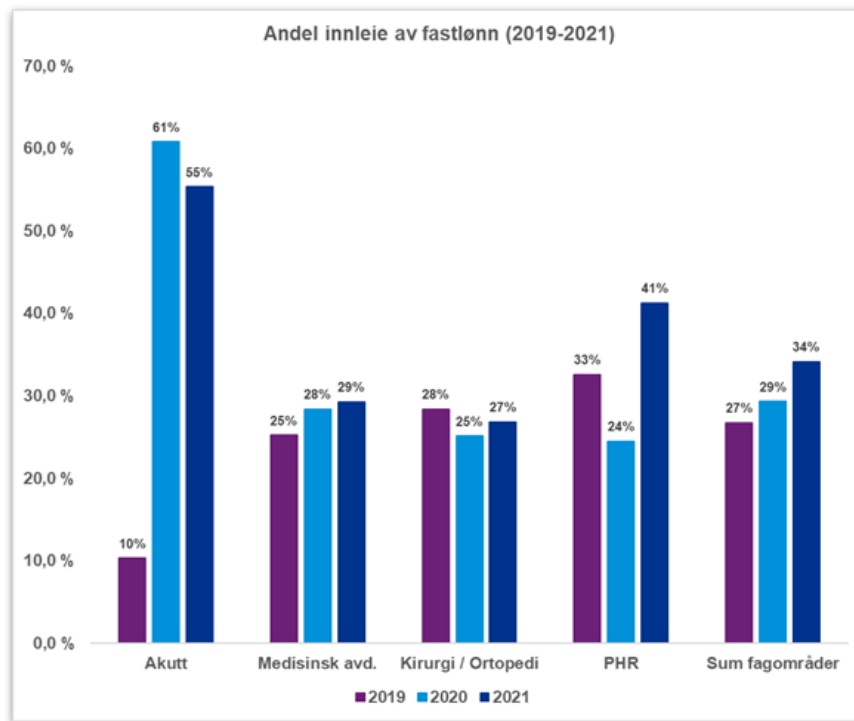
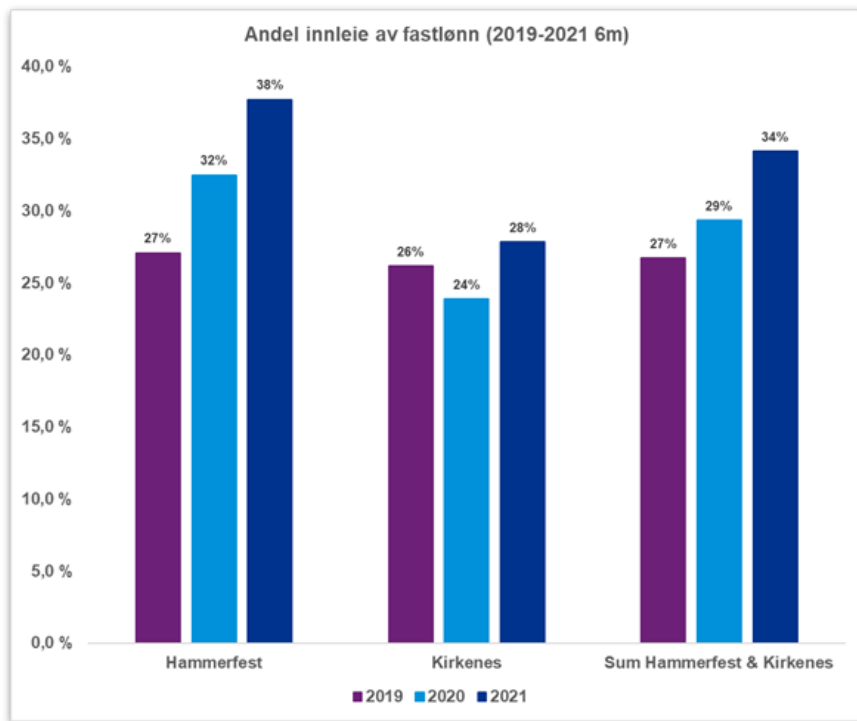
4.4.1 Analyser



Vi ser en utflating av faste lønnskostnader som korresponderer med de økende innleiekostnadene for foretaket som helhet. Hammerfest står for det største innleieomfanget målt i kroner

4.4 Lønnsmidler knyttet opp mot innleie

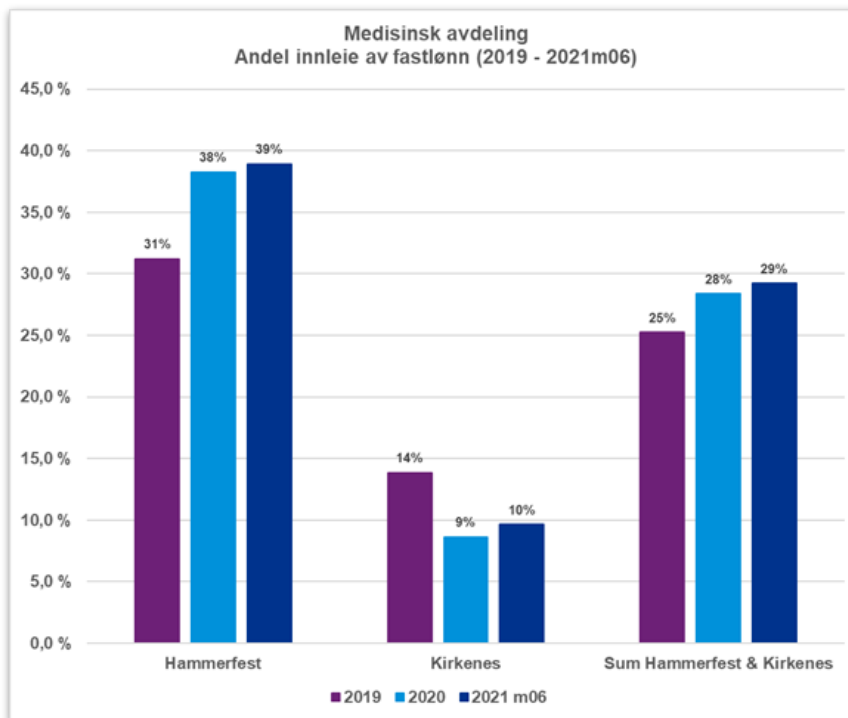
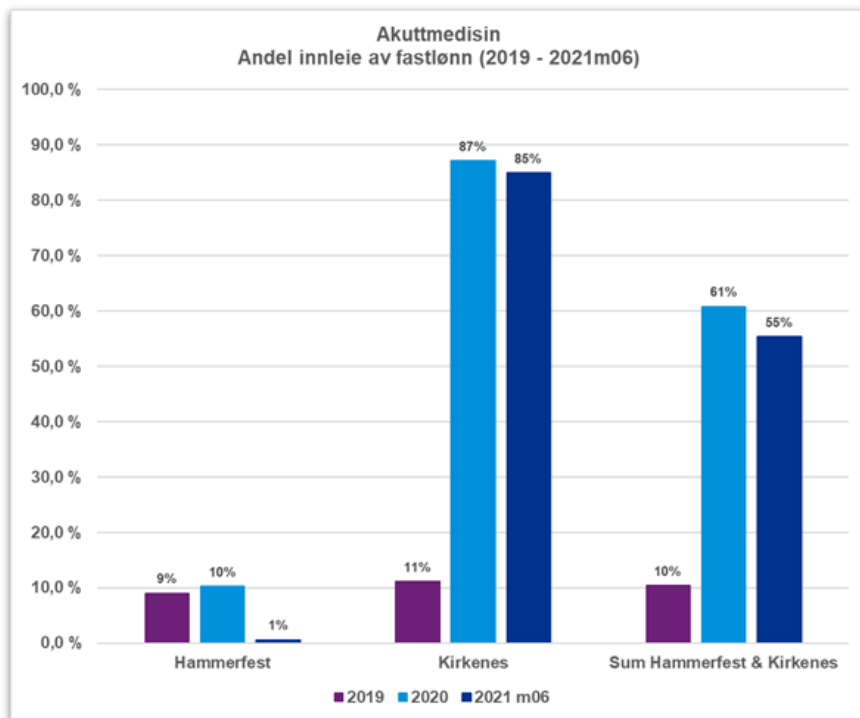
4.4.1 Analyser



Hammerfest står også for den største delen av innleiekostnadene målt som andel av fastlønn. Det er akuttmedisin som er det fagområdet med størst andel innleiekostnader uavhengig av lokasjon.

4.4 Lønnsmidler knyttet opp mot innleie

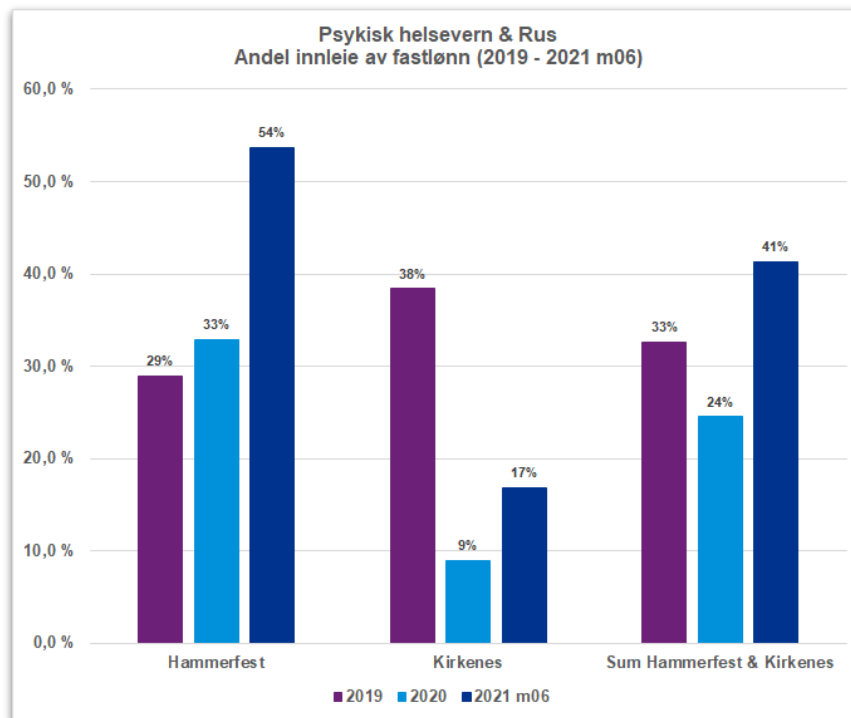
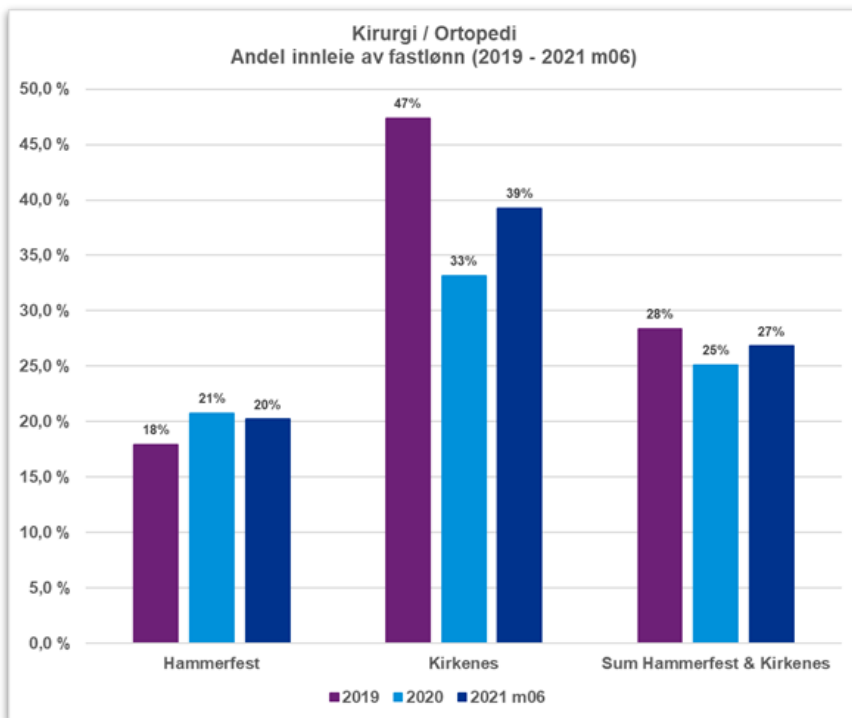
4.4.1 Analyser



Andel innleiekostnader målt mot fastlønn uten tillegg er høyest for akuttmedisin i Kirkenes, mens det er Hammerfest som har den høyeste andelen når vi ser på de medisinske avdelingene. Datagrunnlaget inneholder tall fra underliggende enheter.

4.4 Lønnsmidler knyttet opp mot innleie

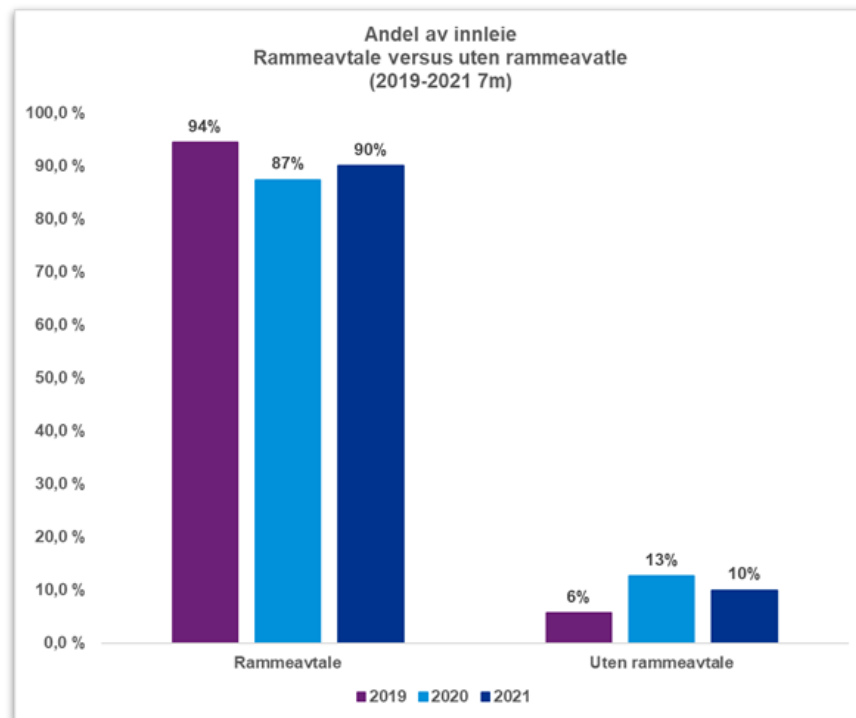
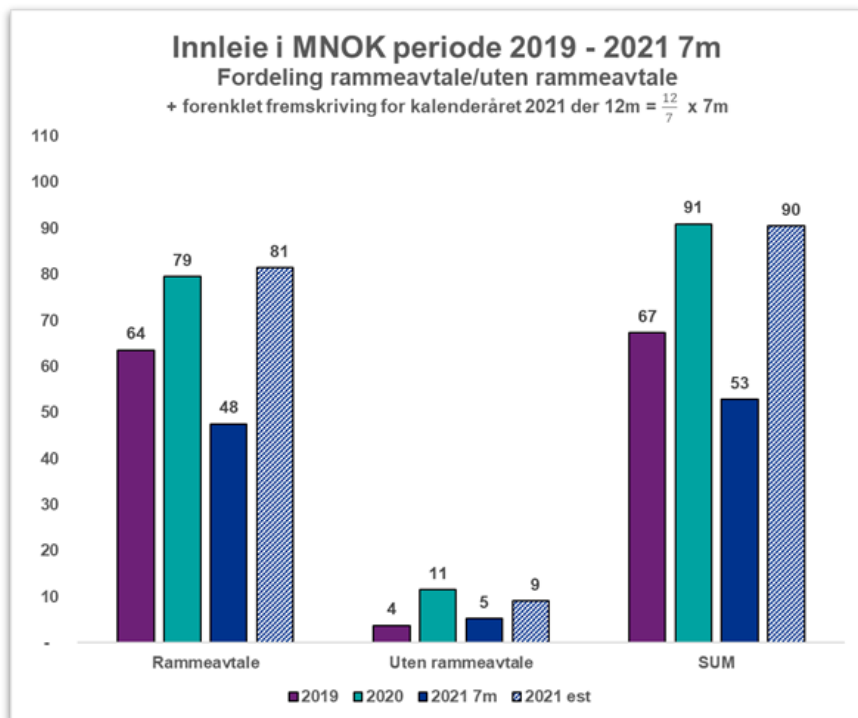
4.4.1 Analyser



Kirkenes har høyest andel innleiekostnader av fastlønn for kirurgi/ortopedi, mens Hammerfest har høyest andel for PHR

4.4 Lønnsmidler knyttet opp mot innleie

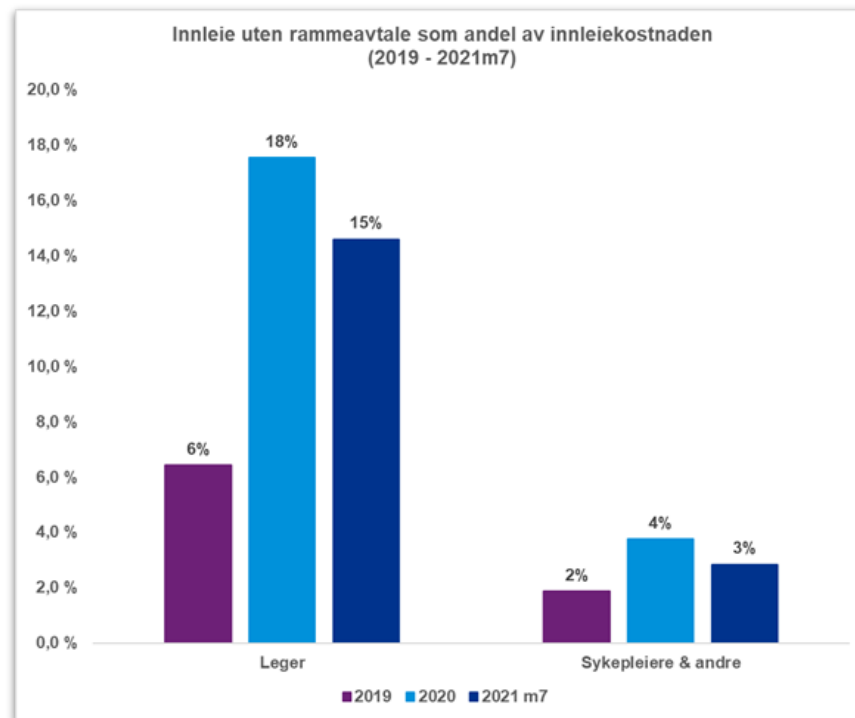
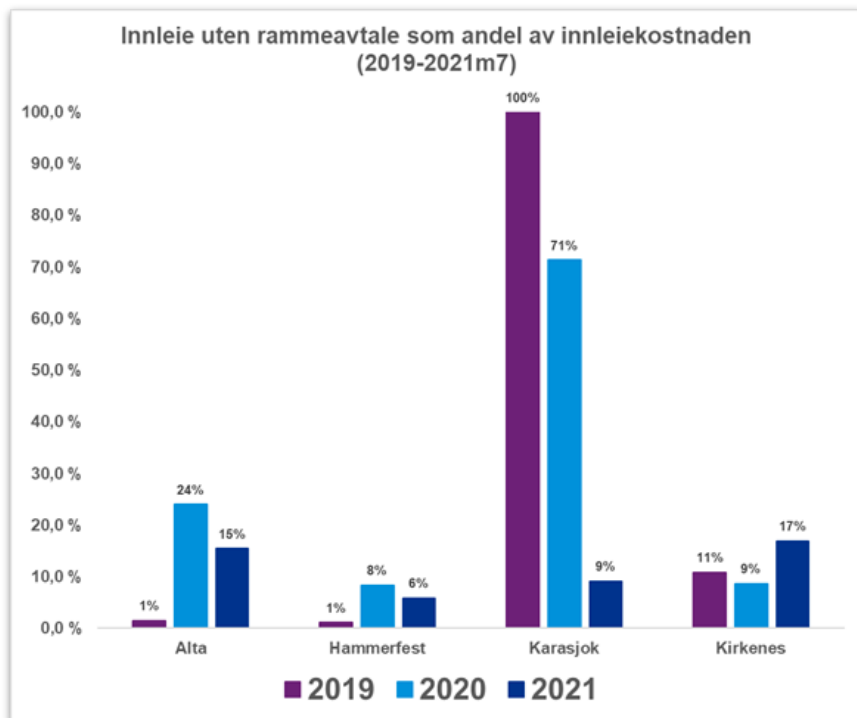
4.4.1 Analyser



Det er en relativt liten del av innleien som skjer utenfor rammeavtaler. (Merk: Det er en forskjell på ca 10 mill i innleiekostnader for 2019 på denne sliden sammeholdt med slide 39. Slide 39 bygger på kostnadsted/enhet, mens denne sliden bygger på data hentet ut per leverandør av innleie)

4.4 Lønnsmidler knyttet opp mot innleie

4.4.1 Analyser



Trenden er hovedsakelig redusjon av innleie utenfor rammeavtaler. Det er innleie av leger som står for den største andelen av innleien utenfor rammeavtalene, sannsynligvis grunnet en høy grad av spesialisering på etterspurt kompetanse (vanskelig å levere).

4.4 Lønnsmidler knyttet opp mot innleie

4.4.2 Vurderinger

- 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

4.4.3 Anbefalinger

- Vurdere om foretaket i enda større grad skal bruke økonomiske virkemidler, i tillegg til eksisterende tiltak, dersom dette kan bidra til fast og varig rekruttering.
- 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.



NEO Consulting AS

4.5 Pasientkontakter per legeårsverk

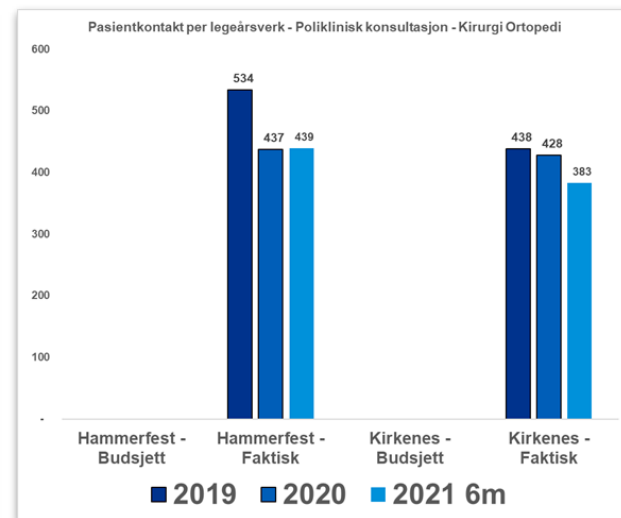
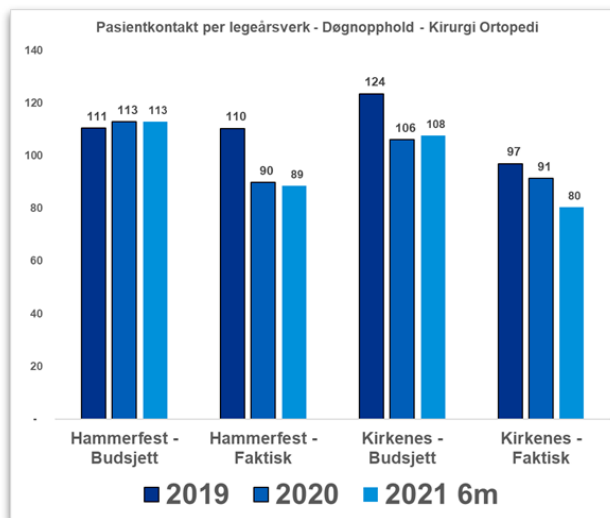
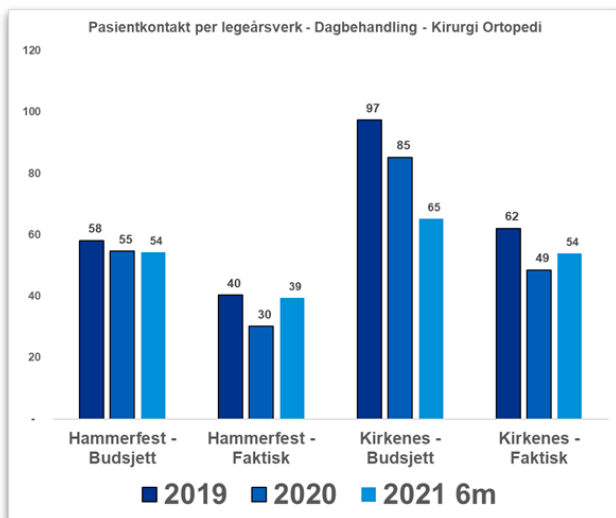
4.5 Pasientkontakter per legeårsverk

4.5.1 Analyser

- Pasientkontakter per legeårsverk er relevant fordi det sier noe om et sykehus planlegger legebemanningen utfra antall hoder nødvendig for å få et vaksjikt til å gå opp, eller om det bemannes utfra pasientpågang og opptaksområde.
- Legeårsverk er i sykehus relativt sett kostbare, samtidig er det i hovedsak legeårsverkene som genererer inntekter. Sett fra et rent økonomisk ståsted er det derfor ønskelig med flest mulig pasientkontakter per legeårsverk. Dette gjelder i særdeleshet dersom legeårsverkene leies inn.
- Vi har for medisin og kirurgi sett hen til de fire ulike sykehusene i SI HF for å ha et visst sammenligningsgrunnlag.
- Tallmaterialet er vasket for konsultasjoner utført av andre yrkesgrupper. LIS1 leger er ikke medregnet i legeårsverkene for de aktuelle kalkulasjonene.

4.5 Pasientkontakter per legeårsverk

4.5.1 Analyser



Datagrunnlaget er fratrullet LIS1-leger. I tallmaterialet er Hammerfest og Alta rapportert sammen for fagområdene kirurgi/ortopedi og medisin. Vi har bedt om registrerte faktiske kontakter (inkludert dem som ikke er refusjonsberettiget)

4.5 Pasientkontakter per legeårsverk

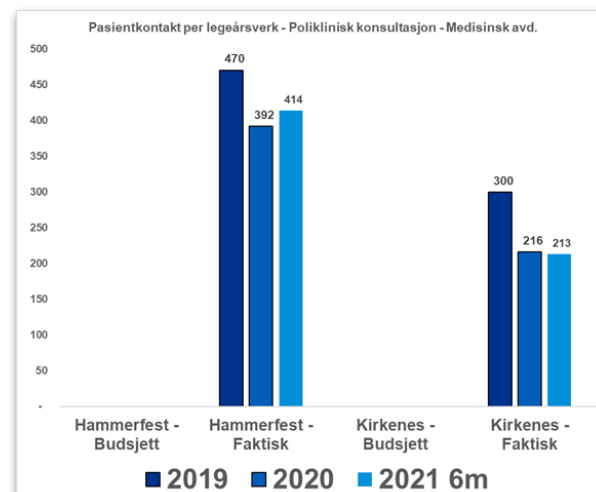
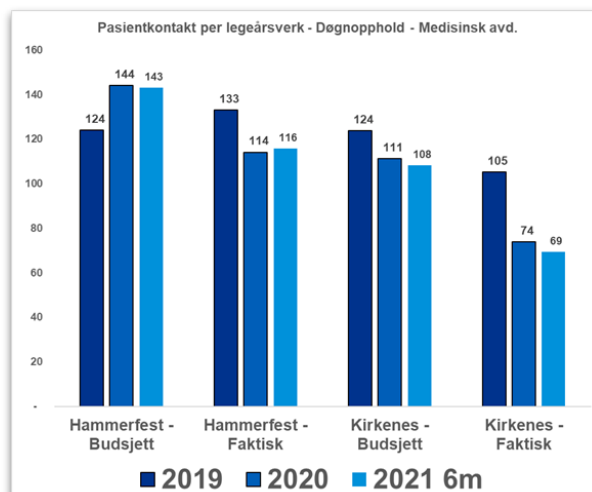
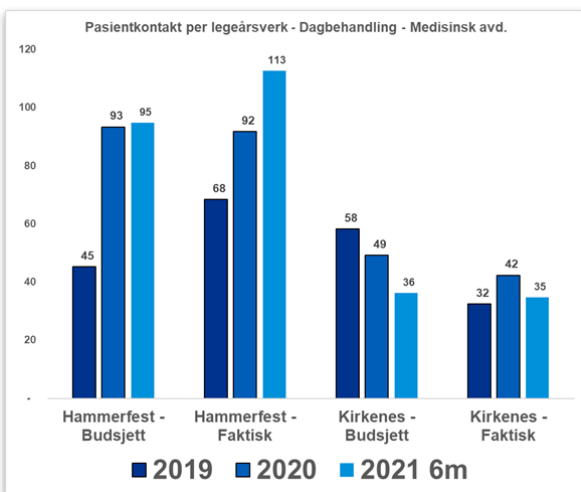
4.5.1 Analyser

For sykehusene på Lillehammer og Gjøvik er tallene inkludert konsultasjoner utført av sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og ernæringsfysiologer (som trekker opp tallverdiene i forhold til Hammerfest/Kirkenes), men også inkludert LIS1-årsverk (som trekker tallverdiene ned i forhold til Hammerfest/Kirkenes. Kontakter per legeårsverk for kirurgi i Finnmarkssykehuset HF virker rimelig likt sammenlignet med det vi ser i SI HF

Antall kontakter per legeårsverk				
	2018	2019	2020	2021m6
Kirurgi / Ortopedi				
Hammerfest				
Døgnopphold		110	90	89
Dagbehandling		40	30	39
Poliklinisk kontakt		534	437	439
Kirkenes				
Døgnopphold		97	91	80
Dagbehandling		62	49	54
Poliklinisk kontakt		438	428	383
Kirurgi				
Gjøvik				
Døgnopphold	94	94		
Dagbehandling	71	69		
Poliklinisk kontakt	611	596		
Lillehammer				
Døgnopphold	85	80		
Dagbehandling	46	43		
Poliklinisk kontakt	474	439		

4.5 Pasientkontakter per legeårsverk

4.5.1 Analyser



Datagrunnlaget er fratrasket LIS1-leger. I tallmaterialet er Hammerfest og Alta rapportert sammen for fagområdene kirurgi/ortopedi og medisin. Vi har bedt om registrert faktiske kontakter (inkludert dem som ikke er refusjonsberettiget)

4.5 Pasientkontakter per legeårsverk

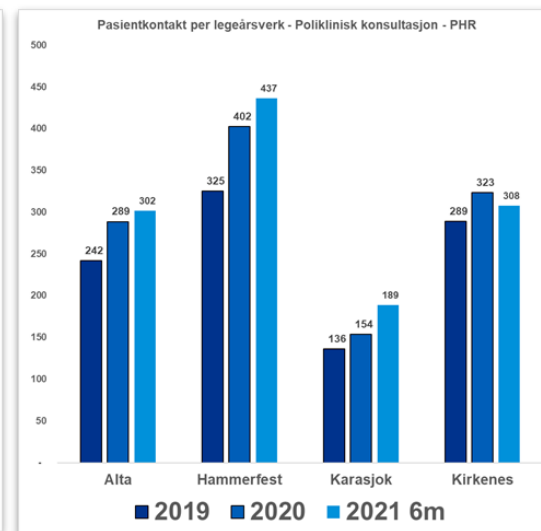
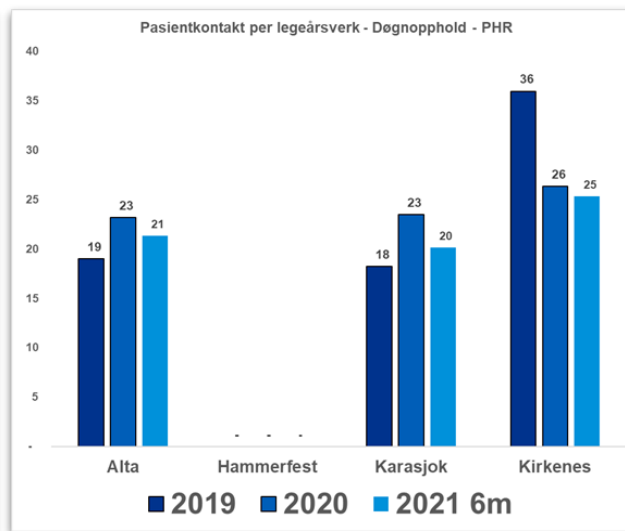
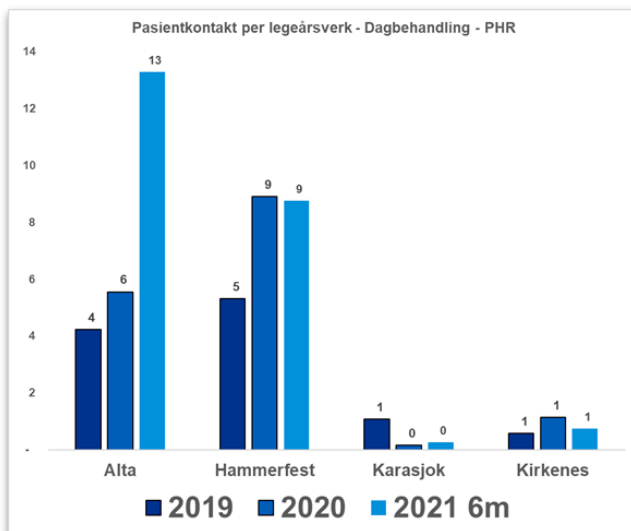
4.5.1 Analyser

Sted	Antall døgnopphold per legeårsverk				Antall polikliniske kontakter per legeårsverk			
	2018	2019	2020	2021m6	2018	2019	2020	2021m6
Indremedisin								
Gjøvik	103	117			377	384		
Lillehammer	87	81			267	242		
Elverum	139	124			522	446		
Hamar	95	95			426	438		
Medisinsk avdeling								
Hammerfest		133	114	116		470	392	414
Kirkenes		105	74	69		300	216	213

For sykehusene i SI HF er tallene inkludert LIS1-årsverk (som trekker tallverdiene ned i forhold til Hammerfest/Kirkenes). Det kan se ut som om antall pasientkontakter ved poliklinikken i Kirkenes er noe lavt per legeårsverk sammenlignet med SI HF. Tilsvarende kan det se ut at gjelder for døgnopphold.

4.5 Pasientkontakter per legeårsverk

4.5.1 Analyser



Datagrunnlaget er fratrasket LIS1-leger (dersom relevant). Vi har bedt om faktiske kontakter (inkludert dem som ikke er refusjonsberettiget). Det er verd å merke seg et lavere konsultasjonstall i Karasjok, men dette kan muligens forklares utfra behov for tolk. Sammenlignet med de somatiske poliklinikkene fremstår aktiviteten ved poliklinikkene innen PHR generelt som høy.

4.5 Pasientkontakter per legeårsverk

4.5.2 Vurderinger

- 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

4.5.3 Anbefalinger

- 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)



NEO Consulting AS

4.6 Samarbeid på tvers av klinikkene

4.6 Samarbeid på tvers av klinikkene

4.6.1 Analyser

- I prosjektperioden har vi (NEO/KPMG) hatt individuelle samtaler med klinikkssjefene for Hammerfest/Alta, Kirkenes og Sami Klinihkka
- Utover at vi har fått verdifull informasjon om driften ved de ulike klinikkene har vi utfordret klinikklederne på hva som utgjør de største økonomiske forbedringsmulighetene i foretaket, og hvordan klinikkene i så fall bør samarbeide for å løse disse
- Vi har oppfattet at klinikklederne ser på følgende områder som de tre viktigste hva gjelder det å forbedre det økonomiske resultatet:
 - Jobbe for å redusere kostnadene forbundet med fristbrudd hvor Finnmarkssykehuset HF må betale for behandlingen gitt andre steder
 - Jobbe systematisk for å redusere kostnadene forbundet med pasientreiser, først og fremst gjennom flytrafikk til Tromsø. Det betyr å investere i nødvendige digitale løsninger som gjør det mulig at pasienten kan møte på lokalsykehuset til en gitt tid, eventuelt flankert av lokale sykepleiere eller leger, og så gjennomføre en virtuell konsultasjon/kontroll ved spesialavdelinger på UNN
 - Redusere sykefraværet som vi noterer er opp mot 15%-16% i enkelte enheter.
- Vi oppfatter også et klart kodeforbedringspotensial. Vi har fått indikasjoner på at opptil 20% av pasientkontaktene i foretaket ikke kodes slik at de blir ISF-berettiget.

4.6 Samarbeid på tvers av klinikkene

4.6.2 Vurderinger

- Vi har forsøkt å innhente tall for kostnader forbundet med fristbrudd uten å lykkes med dette. Det er altså ikke kostnadene knyttet til de pasientene som benytter sin rett til fritt behandlingsvalg det er snakk om, men de behandlingene som faktureres Finnmarkssykehuset direkte 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 nylig 5% kort- og langtidsfravær så langt i 2021 (HB HF samlet har 8%)

4.6.3 Anbefalinger

- Sikre oversikt over fristbrudd-kostnader, identifisere fagområder som er beheftet med de største fristbrudd-kostnadene og sikre kapasitets-utnyttelse på tvers av de ulike klinikkene for å forebygge fristbrudd
- Beregne hvilke investeringer som er nødvendig for å øke andelen av kontroller som tilbys avstandsoppfølging fra lokalsykehuset
- Tatt i betraktning de høye innleie-kostnadene er det særdeles viktig å arbeide med å senke sykefraværet, og derved bidra til å redusere innleie-behovet, 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)

4.7 Elektiv kirurgi

4.7 Elektiv kirurgi

4.7.1 Analyser

- Vi har vurdert om Finnmarkssykehuset HF kan ha blitt “for flink” til å dreie fra døgn-til dagaktivitet innen kirurgi. Selv om det er høyere kostnader forbundet med å ha pasienter innlagt kontra det å behandle dem ambulant, “straffes” sykehusene i realiteten ofte økonomisk ved å dreie døgn til dag. Dette fordi inntektstapet (ISF-andelen av DRG-vekten) svært ofte er større enn den korresponderende kostnadsreduksjonen ved en slik dreining. Av samme grunn vurderte vi å kartlegge andel pasienter som ferdigbehandles ambulant i akuttmottak (av andel ØH innleggelser innen indremedisin), men avgrenset analysen til å se på andel av elektiv kirurgi som gjøres dagkirurgisk/poliklinisk etter avtale med oppdragsgiver.
- Vi har gjort en enkel sammenligning mot Lillehammer og Gjøvik sykehus (SI HF), men har ikke regnet på hvilken inntektsøkning Finnmarkssykehuset HF ville hatt dersom andelen døgnkirurgi ble økt til samme nivå som ved SI HF.
- Vi tar forbehold om at vi ikke har sett nærmere på hvilken type elektiv kirurgi som utføres ved sykehusene som her er sammenlignet med.
- Tilgjengelig datakvalitet knyttet til strykninger har vært for lav til å kunne gjøre ytterligere analyser i denne omgang.

4.7 Elektiv kirurgi

4.7.1 Analyser

Elektiv - Antall operasjoner startet

	2017m12		2018m12		2019m12		2020m12		2021m07	
Alta	123		157		158		147		168	
Dagkirurgi	123	100 %	157	100 %	158	100 %	147	100 %	168	100 %
Heldøgn		0 %		0 %		0 %		0 %		0 %
Hammerfest	2 160		2 330		2 040		1 575		1 070	
Dagkirurgi	1 373	64 %	1 432	61 %	1 262	62 %	896	57 %	645	60 %
Heldøgn	787	36 %	898	39 %	778	38 %	679	43 %	425	40 %
Kirkenes	1 224		860		1 326		995		680	
Dagkirurgi	837	68 %	582	68 %	990	75 %	735	74 %	515	76 %
Heldøgn	387	32 %	278	32 %	336	25 %	260	26 %	165	24 %
Alta & Hammerfest	2 283		2 487		2 198		1 722		1 238	
Dagkirurgi	1 496	66 %	1 589	64 %	1 420	65 %	1 043	61 %	813	66 %
Heldøgn	787	34 %	898	36 %	778	35 %	679	39 %	425	34 %

Det ser ut til at rundt to tredjedeler av den elektive kirurgien i Alta/Hammerfest gjøres dagkirurgisk, mens Kirkenes gjør rundt tre fjerdedeler som dagkirurgi. Vi har ikke sett nærmere på eventuelle forskjeller knyttet til type kirurgiske inngrep på de to klinikkene.

4.7 Elektiv kirurgi

4.7.1 Analyser

Elektiv - Antall operasjoner startet										
	2017m12		2018m12		2019m12		2020m12		2021m07	
Alta	123		157		158		147		168	
Dagkirurgi	123	100 %	157	100 %	158	100 %	147	100 %	168	100 %
Heldøgn		0 %		0 %		0 %		0 %		0 %
Hammerfest	2 160		2 330		2 040		1 575		1 070	
Dagkirurgi	1 373	64 %	1 432	61 %	1 262	62 %	896	57 %	645	60 %
Heldøgn	787	36 %	898	39 %	778	38 %	679	43 %	425	40 %
Kirkenes	1 224		860		1 326		995		680	
Dagkirurgi	837	68 %	582	68 %	990	75 %	735	74 %	515	76 %
Heldøgn	387	32 %	278	32 %	336	25 %	260	26 %	165	24 %
Alta & Hammerfest	2 283		2 487		2 198		1 722		1 238	
Dagkirurgi	1 496	66 %	1 589	64 %	1 420	65 %	1 043	61 %	813	66 %
Heldøgn	787	34 %	898	36 %	778	35 %	679	39 %	425	34 %
Kirurgi Gjøvik - ØH korr.			3 007		2 919					
Dagkirurgi			1 518	50 %	1 469	50 %				
Heldøgn			1 489	50 %	1 450	50 %				
Kirurgi Lillehammer - ØH korr.			3 284		2 900					
Dagkirurgi			1 795	55 %	1 472	51 %				
Heldøgn			1 489	45 %	1 428	49 %				

Dagkirurgi og polikliniske operasjoner kodes ulikt på de to sykehusene, og er i denne oversikten slått sammen til dag/pol. Elektiv døgnkirurgi er korrigert (estimert) basert på faktisk ØH-andel av døgnkirurgi på Lillehammer i 2018 (38%)

4.7 Elektiv kirurgi

4.7.2 Vurderinger

- Kirkenes og Hammerfest har en markant høyere andel av elektiv kirurgi som gjøres dagkirurgisk enn det som er tilfelle ved Lillehammer og Gjøvik sykehus i perioden vi har sammenlignet. Vi har ikke sett på type elektiv kirurgi, men legger til grunn at alle de sammenlignede enhetene er akutt sykehus uten regionsykehusfunksjoner
- 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

4.7.3 Anbefalinger

- Kirurgisk aktivitet skal som all annen sykehusaktivitet innrettes etter hva som er medisinsk-faglig korrekt, ikke etter den til enhver tid gjeldende DRG-vekt. Det er grunn til å tro at DRG-vektene vil fortsette å endre seg i favør av dagkirurgi i årene som kommer, og at dette vil kunne bidra til en positiv utvikling for Finnmarkssykehuset HF på sikt.
- 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.



NEO Consulting AS

4.8 Handlingsplan for rekruttering

4.8 Handlingsplan for rekruttering

4.8.1 Analyser

- Det foreligger en regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering (Helse Nord RHF). Finnmarkssykehuset HF har ikke en egen handlingsplan for rekruttering og stabilisering, men klinikkene i HF'et har derimot hver sin. Disse er dog utformet over sammen lest.
- Handlingsplanene for klinikkene inneholder konkrete tiltak som rekrutteringstillegg og rekrutterings-premiering, "sign-on/stay-on fees", stipendordninger for spesialisering mot bindingstid og språktillegg.
- Det er en egen ansatt under HR-sjefen i foretaket som har ansvar for å jobbe strategisk med rekruttering for hele virksomheten, og følger da et eget årshjul for faste aktiviteter.
- HR-avdelingen har egne aksjonslister som følger opp klinikkene på tvers knyttet til tema som arbeidsmiljø, sykefraværsoppfølging og oppgaveglidning. I tillegg jobber HR-avdelingen systematisk med ikke-monetære virkemidler som omdømmebygging i sosiale medier og smart digital annonsering.
- I tillegg til tiltak som spesifikt iverksettes av foretaket bidrar nasjonalt forankrede ordninger til rekruttering og stabilisering, herunder nedbetaling av studielån, "Finnmarksskatt" og den såkalte "Finnmarksavtalen" for legespesialister.

4.8 Handlingsplan for rekruttering

4.8.2 Vurderinger

- 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.

4.8.3 Anbefalinger

- Basert på de innspill vi har fått er vårt inntrykk at pengene sitter noe løsere ved ny-rekruttering enn ved stabilisering, altså at nyansatte får goder andre kan ha brukt mange år på å opparbeide. Det kan være fornuftig å vurdere om langvarige relasjoner bør premieres ekstra, feks gjennom en kontinuerlig stige.
- 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.

5. Forbehold

5. Forbehold

- Rapporten er basert på tilsendte opplysninger fra Finnmarkssykehuset HF og samtaler med nøkkelpersoner i foretaket. NEO/KPMG har ikke gjort en uavhengig validering av tilsendte virksomhetstall utover å gjøre en grov rimelighetsvurdering av disse.
- Rapporten har blitt til i en prosjektperiode på tre måneder. Perioden har i realiteten vært forkortet av fellesferien og en tidlig skrivefrist slik at reell prosjektperiode har vært rundt en måned. Dette har gitt begrensede muligheter til å gjøre dybdeanalyser av de aktuelle temaene samt validere data med klinisk personell.
- Rapporten er ment å øke treffsikkerheten for det videre arbeidet med kostnadsreducerende tiltak i Finnmarkssykehuset HF. Rapporten tar ikke stilling til spesifikke vurderinger knyttet til medisinsk kvalitet mot kostnad innen det enkelte område som vi har vurdert. Vi presiserer at enkelte enheter kan ha saklige grunner til å drive med et kostnadsnivå som sett utenfra virker høyt.
- Rapporten tar ikke stilling til risiko forbundet med eventuelle kostnadsreducerende tiltak.



kpmg.com/socialmedia



kpmg.com/app

The information contained herein is of a general nature and is not intended to address the circumstances of any particular individual or entity. Although we endeavour to provide accurate and timely information, there can be no guarantee that such information is accurate as of the date it is received or that it will continue to be accurate in the future. No one should act on such information without appropriate professional advice after a thorough examination of the particular situation.

© KPMG AS, a Norwegian limited liability company and a member firm of the KPMG global organization of independent member firms affiliated with KPMG International Limited, a private English company limited by guarantee. All rights reserved.

The KPMG name, logo are registered trademarks or trademarks of KPMG International.