



## Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr.:  
2019/11

Saksbehandler:  
Torstein Ibrekk og Kristine Brevik

Sted/Dato:  
Hammerfest, 19.02.2019

### Saksnummer 10/2018

Saksansvarlig: Kristine Brevik, kvalitets- og utviklingssjef  
Møtedato: 27. februar 2019

---

## Oppdragsdokument 2019 for Finnmarkssykehuset HF med overordnet risikostyring

***Ingress:** Denne saken oppsummerer Oppdragsdokumentet for 2019 med spesielle områder for Finnmarkssykehuset HF. Saken belyser også overordnet risikostyring ved oppdraget.*

Styret i Finnmarkssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF tar Oppdragsdokumentet 2019 til etterretning.
2. Styret vurderer overordnet risiko knyttet til gjennomføring av oppdraget som moderat med moderat til liten sannsynlighet for manglende måloppnåelse og moderat konsekvens for foretaket ved manglende måloppnåelse.
3. Styret ber om at Oppdragsdokumentet 2019 med overordnet risikostyring følges opp gjennom tertialvis rapportering til styret.

Eva Håheim Pedersen  
Administrerende direktør

### Vedlegg:

1. Saksfremlegg
2. Oppdragsdokument Finnmarkssykehuset HF 2019



# Oppdragsdokument 2019 for Finnmarkssykehuset HF med overordnet risikostyring

Saksbehandler: Kristine Brevik/Torstein Ibrek  
Møtedato: 27. februar 2019

---

## 1. Formål/Sammendrag

Oppdragsdokumentet for 2019 er Helse Nord RHF sine prioriteringer for å innfri nasjonale krav fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og fra Helse Nord RHF's styre. Oppdragsdokument 2019 inneholder premissene fra Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument og premisser gitt av styret i Helse Nord RHF gjennom styrevedtak. Overordnet risikovurdering av gjennomføring av oppdraget er utført i henhold til Helse Nord RHF sine prosedyrer for risikostyring.

## 2. Bakgrunn

De tre nasjonale hovedområdene som skal ha stor oppmerksomhet er:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Regional utviklingsplan 2035 og følgende 5 regionale styringsmål fra Helse Nord RHF skal bidra til å innfri de nasjonale styringsmålene:

- Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen
- Sikre god pasient- og brukermidvirkning
- Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell
- Innfri de økonomiske mål i perioden
- Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp

Finnmarkssykehuset HF har vurdert følgende 18 målområder som er kritiske for å innfri de regionale og nasjonale målene:

- a) Gjennomsnittlig ventetid i somatikken skal reduseres sammenlignet med 2018 og være < 50 dager innen 2021. Tiltaksplan skal utarbeides innen utgangen av 2. tertial 2019.
- b) Gjennomsnittlig ventetid psykisk helsevern og rus skal være <45 dager for psykisk helsevern voksne i 2019. Innen 2021 < 40 dager.
- c) Gjennomsnittlig ventetid psykisk helsevern og rus skal i 2019 være <40 dager for psykisk helsevern barn og unge. Innen 2021 < 30 dager.
- d) Gjennomsnittlig ventetid psykisk helsevern og rus skal i 2019 være < 35 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Innen 2021 < 30 dager.
- e) Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå.



- f) Minimum 150 nye behandlingsbeskrivelser skal publiseres på HF-enes nettsider.
- g) Sykefraværet samlet innen 2021 < 7,5%.
- h) Øke andelen faste heltidsansatte sykepleiere med 1 prosentpoeng sammenlignet med 2018.
- i) Andel helsefagarbeidere skal innen 2021 være > 5 %.
- j) Innfri økonomisk mål for perioden på 24 millioner (resultatkrav Helse Nord RHF).
- k) Investeringer gjennomføres i henhold til vedtatte rammer (tid, kost, innhold).
- l) Antall ad-hoc anskaffelser skal reduseres i 2019 og være < 25 innen 2019.
- m) Andel legemiddellister som er samstemt inn etter ny prosedyre (i DIPS medikamentmodul) skal være > 90 %.
- n) Minst 70% av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.
- o) Reduksjon i AML brudd på 15% fra resultat 2018.
- p) 80% av innkjøp skal gå igjennom Clockwork.
- q) Minst 50% av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne.
- r) Minst 50% av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

### 3. Saksvurdering

Nedenfor gis en oppsummering av innholdet i oppdraget knyttet til de sentrale fokusområdene. Risikovurdering knyttet til de 18 utvalgte kritiske målepunktene fremkommer under pkt. 4, Overordnet risikovurdering.

#### Spesielle krav til Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset HF skal videreutvikle et godt lokalsykehusstilbud og en desentralisert spesialisthelsetjeneste i Finnmark i samarbeid med kommunene og styrke forskning, kompetanseutvikling og utdanning. Sykestuene skal inngå som viktige ledd i behandlingskjeden, og arbeidet med faglig videreutvikling av innholdet i denne funksjonen skal videreføres i samarbeid med kommunene og Helse Nord RHF.

Finnmarkssykehuset HF skal bidra spesielt til helsesamarbeidet i nordområdene og til spesialisthelsetjenester for den samiske befolkning. Tre foretaksspesifikke krav:

- Tilbudet om samisk tolketjeneste skal utvides til hele Helse Nord i løpet av 2019 og i samarbeid med de andre foretakene styrke informasjon om ordningen. Det skal rapporteres på antall henvendelser og hvilket helseforetaksområde som etterspør tolketjeneste.
- På bakgrunn av erfaringer fra blant annet Helgelandssykehuset HF skal det utarbeides en handlingsplan for å redusere sykefraværet til under 7,5% innen 2021.
- Det skal engasjeres ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til Alta Næringsmiddelkontroll og Samisk helsepark i tråd med brev av 10.juli 2018.



## **Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen**

En større andel av pasientavtalene skal overholdes i 2019 enn i 2017. Det rapporteres på iverksatte tiltak for å innfri at 95% av avtalene overholdes i 2021.

Finnmarkssykehuset HF skal samarbeide med UNN HF om tiltak i transport av psykisk syke. Foretaket skal sette egne mål for økt antall e-helsekonsultasjoner.

Somatisk ventetid skal reduseres sammenliknet med 2018 og være < 50 dager innen 2021. Foretaket skal delta i utarbeidelse av sjekklister for prosedyrer, kvalitetsmål og utstyr i akuttmottak for akutt syke pasienter under ledelse av Helgelandssykehuset HF og ha kompetanse for utredning og diagnostikk av utmattelsessyndrom.

Finnmarkssykehuset HF skal med bakgrunn i atlas for dagkirurgi iverksette tiltak for å unngå uønsket reduksjon innenfor skulder- og meniskoperasjoner for personer over 50 år og fjerning av mandler. Tilsvarende skal det iverksettes tiltak for å redusere uønsket variasjon med utgangspunkt i egne resultater fra gynekologiatlasen, der også avtalespesialistene involveres.

70% av pakkeforløpet for hver av de 26 kreftformene skal være gjennomført innen standard forløpstid. Minst 60% av trombolysede pasienter med hjerneinfarkt skal ha fått denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelsen.

Det skal ikke forekomme korridorpasienter. Minst 70% av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.

Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk. Gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern voksne skal være < 45 dager, for barn og unge <35 dager og for TSB <35 dager i 2019. Tilsvarende tall skal for 2021 være henholdsvis 40 og 30. Minst 50% av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivningen fra psykisk helsevern for voksne og TSB. Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak skal reduseres i psykisk helsevern.

Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnet skal være minst 60%. Følgende gjennomførte pakkeforløp skal være på minst 80% i psykisk helsevern: utredning av barn og unge, evaluering av behandling i poliklinikk for barn og unge, utredning av voksne, evaluering av behandling i poliklinikk for voksne. Evaluering av behandling i poliklinikk for TSB skal også være minst 80%. Det skal oppnevnes forløpskoordinatorer.

Foretaket skal identifisere områder med både gode og svake resultater basert på analyser av uønsket variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk på tvers av helseforetakene. Beskrivelse av påvirkende faktorer skal kunne benyttes til bedre måloppnåelse på andre områder. I en samlet risikoanalyse skal det identifiseres både



gode og svake områder/resultater og foretas beskrivelse av påvirkende faktorer som skal kunne benyttes til bedre måloppnåelse på andre områder. GTT-data (Global Trigger Tool) og nasjonale og lokale kvalitets- og pasientsikkerhetsindikatorer skal benyttes.

Andel samstemte legemiddellister skal være >90%. Andel somatiske pasientopphold med pasientskade i 2019 skal være redusert sammenliknet med 2017 målt med GTT metoden. Pasientforløp med dyp postoperativ sårinfeksjon skal utføres systematisk og tverrfaglig og tiltak skal eventuelt iverksettes. I 2020 skal det være oppnådd 30% reduksjon i forbruk av bredspektret antibiotika sammenliknet med 2012.

I samarbeid med personvernombudet skal alle verktøy som benyttes til å registrere og oppbevare forskningsdata risiko vurderes. Status på sårbarhet om informasjonssikkerhet skal styrebehandles innen 1. juni.

## **2. Sikre god pasient- og brukervedvirkning.**

Minst 150 nye behandlingsbeskrivelser skal publiseres på foretakets nettside og samarbeid med ungdomsrådene i regionen skal tilrettelegges.

## **3. Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell.**

Det skal styrebehandles en plan for reduksjon av innleie av personell, og Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes bruk av legeressurs skal følges opp. Videre skal andel fast heltidsansatte sykepleiere økes med 1% sammenliknet med 2018. Andel helsefagarbeidere skal innen 2021 være > 5%. Ny ordning for legenes spesialutdanning skal iverksettes i henhold til kravene.

## **4. Innfri de økonomiske mål i perioden.**

Foretakets resultatkrav skal være 24 mill. Sykehusinnkjøp skal involveres i alle anskaffelser.

## **5. Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp**

Foretaket skal delta i oppfølgingen av Helsedirektoratets plan for nasjonal tilrettelegging og bruk av teknologi for å levere helsetjenester på nye måter. Videre skal Finnmarkssykehuset HF delta i utvikling av en tiltaksplan i tråd med regional utviklingsplan i samarbeid med overordnet samarbeidsorgan (OSO), innen 15. september. Med bakgrunn i erfaringene fra Pasientsentrert helseteam skal foretaket etablere samarbeid med kommunene om tjenestetilbudet til personer med kroniske sykdommer og stormottakere av helsetjenester og forbedre samordning av tjenestene til disse pasientene.



## 6. Samlet risikovurdering av måloppnåelsen i Oppdragsdokumentet 2019

<b>Samlet risikovurdering - målnivå</b>				
<b>Enhet:</b> Finnmarkssykehuset HF - overordnet risikoanalyse				
<b>Dato:</b> 22.01.2019				
<b>Risiko før tiltak</b>				
<b>Mål / krav:</b>	<b>Målnr</b>	<b>Samsynlighet</b>	<b>Konsekvens</b>	<b>Risiko-nivå</b>
Gjennomsnittlig ventetid i somatikken skal reduseres sammenlignet med 2018 og være < 50 dager innen 2021. Tiltaksplan skal utarbeides innen utgangen av 2. tertial 2019.	M 1	2	3	Middels
Gjennomsnittlig ventetid PHR skal være < 45 dager i 2019 for psykisk helsevern voksne. Innen 2021 < 40 dager.	M 2	2	3	Middels
Gjennomsnittlig ventetid i PHR 2019 skal være < 40 dager for psykisk helsevern barn og unge. Innen 2021 < 30 dager.	M 3	2	3	Middels
Gjennomsnittlig ventetid PHR skal i 2019 være < 35 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Innen 2021 < 30 dager.	M 4	2	3	Middels
Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå.	M 5	4	4	Høy
Minimum 150 nye behandlingsbeskrivelser skal publiseres på HF-enes nettsider.	M 6	2	2	Lav
Sykefraværet samlet innen 2021 < 7,5%.	M 7	3	3	Middels
Øke andelen faste heltidsansatte sykepleiere med 1 prosentpoeng sammenlignet med 2018.	M 8	2	2	Lav
Andel helsefagarbeidere skal innen 2021 være > 5%.	M 9	3	2	Lav
Innfri økonomisk mål for perioden på 24 millioner (resultatkrav HN RHF)	M 10	3	4	Høy
Investeringer gjennomføres i hht. vedtatte rammer (tid, kost, innhold)	M 11	2	3	Middels
Antall ad-hoc anskaffelser skal reduseres i 2019 og være < 25 innen 2019.	M 12	2	2	Lav
Andel legemiddellister som er samstemt inn etter ny prosedyre (i DIPS medikamentmodul) skal være > 90%.	M 13	5	2	Middels
Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.	M 14	2	3	Middels
Reduksjon i AML brudd på 15% fra resultat 2018.	M 15	3	2	Lav
80% av innkjøp skal gå igjennom Clockwork	M 16	4	2	Middels
Minst 50% av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning innenfor psykisk helsevern for voksne.	M 17	2	3	Middels
Minst 50% av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning innenfor TSB.	M 18	2	3	Middels



## 4. Overordnet risikovurdering

### Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Tabellen ovenfor viser en samlet risikovurdering av måloppnåelsen i oppdragsdokumentet, utført i januar. Risiko for ikke å innfri ventetidene innenfor somatikk og psykisk helsevern og rus i mål M1 til M4 er vurdert til middels. God kontroll med ventelister og god tilgang på helsepersonell er viktige suksesskriterier. Risikodempende tiltak er klinikkjefenes oppfølging av ventelistene, utarbeiding og oppfølging av strukturerte årsplaner, samt risikovurdering av ferieavviklingen.

### Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

En høyere aktivitetsvekst innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) innenfor rus i M5 er vurdert til høyt risikonivå. Innfrielse av målet skjer når antall behandlinger i klinikken i snitt har økt med 15,5 hver dag i forhold til antall behandlinger i 2018. Iverksetting av omforent måling av aktivitet og tett oppfølging fra linjeledelsen vil bidra til økt måloppnåelse.

### Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Foretaksledelsen har vurdert risikoen som lav for ikke å oppnå kravene ved 5 områder. Det gjelder å publisere minst 150 nye behandlingsbeskrivelser på foretakets nettsider, 1 % poeng økning i andel fast, heltidsansatte sykepleiere samt økning av andel heltids helsefagarbeidere > 5% og en 15% reduksjon i AML brudd sammenliknet med 2018.

Av de resterende målte kravene er det størst risiko knyttet til økonomisk innfrielse av resultatkravet til Helse Nord RHF på 24 mill. Klinikkene har utarbeidet tiltaksplaner for å innfri økonomiske mål, disse følges opp månedlig. Nye tiltak vil bli utarbeidet ved behov.

## 5. Medbestemmelse og brukermedvirkning

Saken har vært drøftet med de tillitsvalgte i informasjons- og drøftingsmøte mandag 18. februar, og i FAMU samme dag.

## 6. Direktørens vurdering

Foretaket har etablert rutiner som sikrer at oppdraget implementeres i organisasjonen gjennom blant annet driftsavtaler for ledere i nivå 1-3. I tillegg er det etablert en plan for gjennomføring av oppdraget, og det er utarbeidet handlingsplaner innenfor alle hovedområdene som følges opp og justeres halvårlig. Særlig vises det til handlingsplaner innenfor arbeidsgiverpolitikk som inkluderer lederopplæring, HMS inkludert klima og miljø og handlingsplaner innenfor kvalitet, samhandling og e-helse. Risiko i forhold til den økonomiske tiltakspakken vil bli fulgt opp med supplerende tiltak dersom ikke forventet effekt oppnås.

Med bakgrunn i overordnet risikostyring vurderes oppdraget som akseptabelt for foretaket.



# Oppdragsdokument 2019

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene



 HELSE NORD IKT

Vedtatt av styret i Helse Nord RHF 7. februar 2019



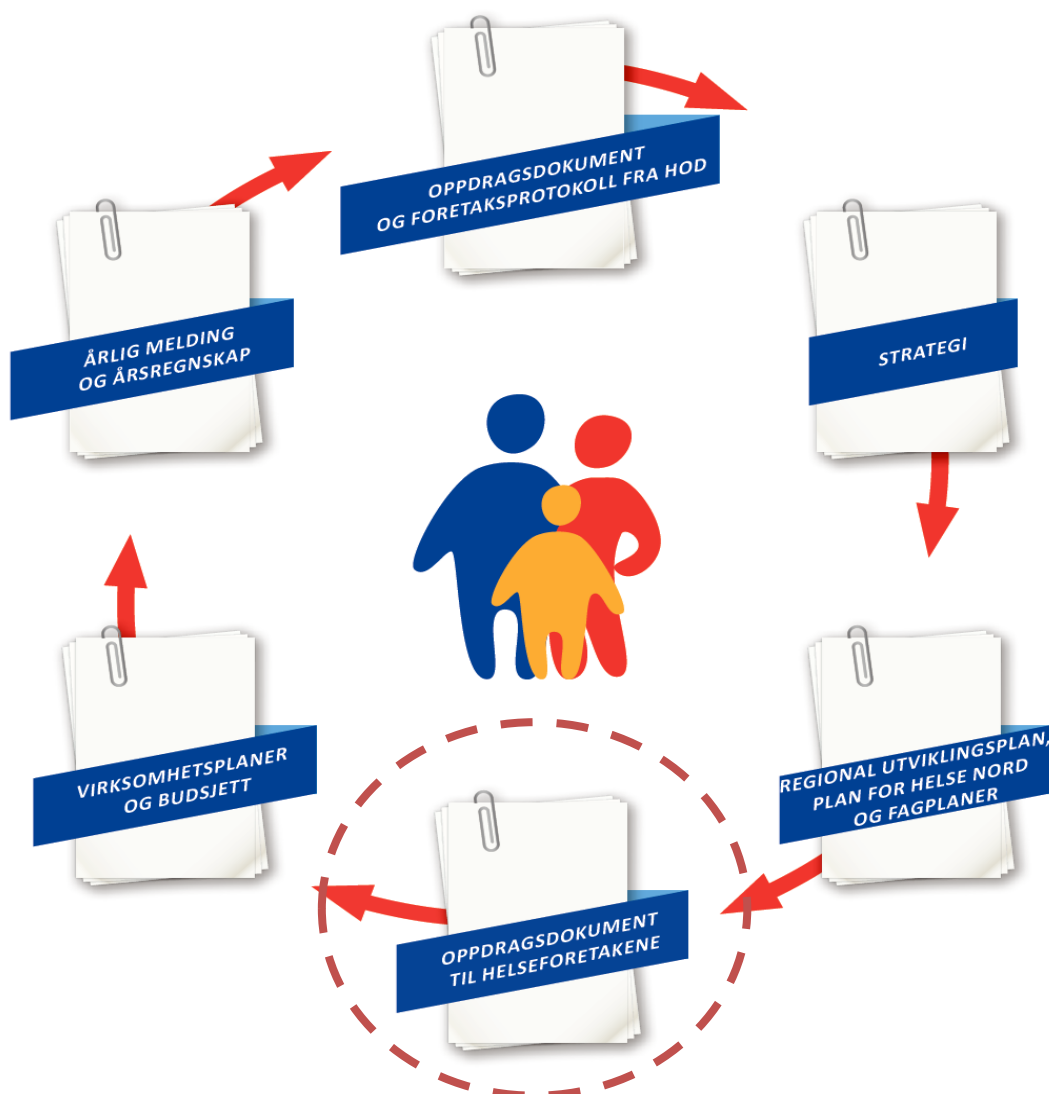
## Innhold

1	Innledning.....	3
2	Mål og føringer .....	4
3	Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.....	6
3.1	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder .....	6
3.2	Somatikk.....	7
3.3	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	8
3.4	Samhandling med leverandører av private helsetjenester .....	9
3.5	Kvalitetsutvikling.....	9
3.6	Pasientsikkerhet .....	10
3.7	Smittevern .....	10
3.8	Forskning og innovasjon.....	10
4	Øvrige områder .....	11
4.1	Klima- og miljøtiltak.....	11
4.2	Personvern og informasjonssikkerhet.....	11
4.3	Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet .....	12
4.4	Beredskap .....	12
5	Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp.....	13
6	Sikre god pasient- og brukermedvirkning.....	14
7	Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell .....	14
7.1	Sikre gode arbeidsforhold.....	14
7.2	Tilstrekkelig kvalifisert personell.....	15
7.3	Utdanning av legespesialister.....	15
7.4	Helse, miljø og sikkerhet (HMS) .....	15
8	Innfri økonomiske mål i perioden .....	16
8.1	Resultatkrav.....	16
8.2	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	16
8.3	Anskaffelsesområdet.....	16
9	Styringsparametere 2019 .....	17
10	Oppfølging og rapportering.....	19
11	Vedlegg.....	20
11.1	Vedlegg 1 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering .....	20

# 1 Innledning

Helse Nord RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Oppdragsdokumentet inneholder de prioriterte kravene for 2019 og er viktig for å utvikle helsetjenesten til befolkningen.

Helse Nord RHF sin virksomhetsstyring skal være sammenhengende, forutsigbar og tydelig på kort og lang sikt. Våre planer skal oppfylle de lovpålagte hovedoppgaver: pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell, forskning, og utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling.



Figur 1 Helse Nord planlegger og styrer helhetlig og forutsigbart. Sammenhengende virksomhetsstyring

## 2 Mål og føringer

Oppdragsdokumentet skal bidra til å nå Helse Nords regionale styringsmål:

1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.
2. Sikre god pasient- og brukervedvirkning.
3. Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell.
4. Innfri de økonomiske mål i perioden.
5. Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp

Oppdragsdokumentet er bygd opp rundt disse målene.

Vår eier, Helse- og omsorgsdepartementet, har prioritert og krever at vi oppfyller følgende nasjonale styringsmål:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Andre overordnede føringer er Helse Nords regionale utviklingsplan, økonomisk langtidsplan og investeringsplan (Plan for Helse Nord), jf. figur 1. Disse planene beskriver utfordringene på lang sikt og hvordan målene skal nås.

Dagens struktur på spesialisthelsetjenesten i Helse Nord, som kombinerer desentrale tilbud med høyspesialiserte tilbud i hovedsak ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF og et bredt tilbud ved Nordlandssykehuset, er tjenlig for landsdel og befolkning. En slik strategi forutsetter at foretaksgruppen evner å utvikle seg, styrke samarbeidet i forpliktende faglige nettverk mellom enheter og fagmiljø og endre seg for å sikre kvaliteten på tilbudet.

Det viktigste arbeidet for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet skjer lokalt. Med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring har ledere fått et verktøy som skal ligge til grunn for lederes og styrenes oppfølging av arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Det skjer endringer i måten helsetjenestene kan ytes på. Det gir store muligheter i nord og Helse Nords ambisjon er å være i front når det gjelder medisinsk avstandsoppfølging. Dette gjøres ved å ta i bruk teknologi som kan kompensere for våre store avstander og bedre samhandlingen mellom helsetjeneste og pasient og mellom ulike nivå i helsetjenesten.

For å utvikle gode helhetlige pasientforløp til pasientene, styrke kvaliteten og bruke ressursene på en god måte må samhandlingen med den kommunale helsetjenesten forbedres.

Det skal legges til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. Dette betyr bruk av tolketjenester ved behov. Samiske pasienters rett til og behov for

tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen og når beslutninger tas.

Helseforetakene er store samfunnsaktører som det forventes tar samfunnsansvar. Det gjelder fire kjerneområder: klima og miljø, menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter og antikorrupsjon.

Prinsippene for prioritering<sup>1</sup> skal ligge til grunn for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder nye legemidler, teknologi og endring i arbeidsprosesser. Der beslutningssituasjonens tema/karakter tilsier det, skal prioriteringskriteriene inngå i grunnlaget for beslutninger sammen med andre relevante hensyn.

Helse Nord RHF og helseforetak har samarbeidsavtaler med regioner i Nordvest-Russland, Finland og Sverige. Helseforetakene skal bidra til å følge opp regjeringens mål for utviklingen i nordområdene og legge til rette for god beredskap, øvelser og helse-samarbeid mellom helseforetak i regionen og samarbeidspartnere i Barentsregionen.

Følgende nye dokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- Nasjonal kreftstrategi (2018–2022) «Leve med kreft»
- Meld. St. 15 (2017–2018) «Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre»
- Nasjonal strategi mot hepatitter 2018–2023
- Meld. St. 11 (2018–2019) «Kvalitet og pasientsikkerhet 2017»
- Lov om nasjonal sikkerhet (sikkerhetsloven). Endret fra 01.01.2019 med utvidet anvendelsesområde.
- NOU 2018:14 «IKT sikkerhet i alle ledd - Organisering og regulering av nasjonal IKT sikkerhet»

Det kan komme supplerende eller nye krav fra HOD. Disse vil bli gitt i foretaksmøter eller i form av egne brev, men vil ikke medføre at dette dokumentet blir revidert.

Krav gitt i tidligere oppdragsdokument gjelder fortsatt selv om de ikke gjentas årlig.

Helseforetakene skal bidra med faglige ressurser i regionale og nasjonale prosjekter og arbeidsgrupper. Utgiftene dekkes av det enkelte helseforetak.

Det legges til grunn at foretakene iverksetter nødvendige tiltak for å innfri kravene i oppdragsdokumentet innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder for helseforetaket.

Alle helseforetakene får samme oppdragsdokument, og det er spesifisert hvilke foretak kravene gjelder for.

---

<sup>1</sup> Spesialisthelsetjenesteloven og prioriteringsforskriften

### **3 Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen**

#### **3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder**

Krav til alle helseforetak:

1. Redegjøre for hvorvidt IKT prosjekter/program er kvalitetssikret i tråd med regional arkitekturstyring samt er i tråd med den nasjonale samhandlingsarkitekturen/nasjonale standarder og prinsipper.

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

2. Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid), og rapportere på hvilke tiltak som er iverksatt for å nå målsetningen om å overholde minst 95 pst. av avtalene innen 2021.
3. Median tid til tjenestestart skal reduseres sammenlignet med 2018.
4. Gjennomføre tiltakene fra prosjekt Transport psykisk syke i samarbeid mellom psykisk helsevern og prehospitale tjenester. Finnmarkssykehuset skal samarbeide med UNN og Helgelandssykehuset skal samarbeide med Nordlandssykehuset.
5. Sette egne mål for vesentlig økt antall e-helsekonsultasjoner.
6. Håndtere prisinformasjon på legemidler slik de er vedtatt av de regionale helseforetakene. Det må sørges for tilstrekkelig kommunikasjon og opplæring for de ansatte dette gjelder.
7. Sikre god overføring fra barne- til voksenorientert helsetjeneste.
8. Tilrettelegge for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, som også innebærer bruk av tolketjenester når det er behov for det, er en forutsetning for å ivareta reell medvirkning. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen og når beslutninger tas.

Krav til sykehusforetakene og HN IKT:

9. Øke bruken av digital kommunikasjon med allmennleger, avtalespesialister, pasienter og pårørende og ta i bruk andre ferdigutviklede tjenester på helsenorge.no. Innføringen gjennomføres i Helse Nords prosjekt Digitale Innbyggertjenester.
10. Delta i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet og dele erfaringer med bruk av digitale pasientrettede tjenester (selvtester, o.l.) mellom helseregionene.

Foretaksspesifikke krav:

**Finnmarkssykehuset:**

11. Utvide samisk tolketjeneste til hele Helse Nord i løpet av 2019 og i samarbeid med de andre helseforetakene styrke informasjonen om ordningen. Det skal rapporteres på antall henvendelser og hvilket helseforetaksområde som etterspør tolketjeneste.

**Sykehusapotek Nord:**

12. Legge til grunn prinsipper for håndtering av prisinformasjon på legemidler slik de er vedtatt av de regionale helseforetakene. I samarbeid med de regionale

helseforetakene og Sykehusinnkjøp HF følge opp tiltaksplanen for rapport om enhetspriser. Vurdere om webløsningen Sykehusapotekenes legemiddelkostnader (SLMK) kan være elektronisk informasjonskanal for å gi alle helseforetak den samme nødvendige prisinformasjon på legemidler.

## 3.2 Somatikk

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2018 og være under 50 dager innen 2021. Tiltaksplan skal utarbeides innen utgangen av 2. tertial 2019.
2. Utarbeide forslag til sjekklister for prosedyrer, kvalitetsmål og utstyr i akuttmottak for mottak av akutt syke pasienter. Helgelandssykehuset skal lede arbeidet.
3. Ha kompetanse for utredning og diagnostikk av kronisk utmattelsessyndrom.
4. Med utgangspunkt i egne resultater i dagkirurgiatlaset, iverksette tiltak for å redusere uønsket variasjon innen skulderoperasjoner, meniskoperasjoner for pasienter over 50 år og fjerning av mandler.
5. Med utgangspunkt i egne resultater i gynekologiatlaset, iverksette tiltak for å redusere uønsket variasjon. Avtalespesialistene skal involveres i arbeidet.
6. Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst.
7. Minst 60 pst. av pasienter med hjerneinfarkt, som er trombolysbehandlet, skal ha fått denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.
8. Ikke ha korridorpasienter.
9. Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.
10. Rapportere hvordan nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen er implementert, og hvordan anbefalingen om utreisevurdering er fulgt opp.
11. Ha det økonomiske ansvaret for hormonpreparater når kvinner i fertil alder får tilbud om å ta ut egg hvis behandling av alvorlig sykdom kan gå utover fertiliteten.
12. Det skal innføres måltall for registrering av skadedata i Norsk pasientregister fra 2020. Helseforetakene skal arbeide målrettet for å øke registreringsandelen.

### Krav til sykehusforetakene og HN IKT:

13. Planlegge å ta i bruk ny melding om dødsfall og dødsårsak i samarbeid med Folkehelseinstituttet og Direktoratet for e- Helse.

### Foretaksspesifikke krav:

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge:**

14. Etablere regionalt kompetansesenter for senvirkninger av kreftbehandling.
15. Etablere metode for peptid reseptor radionukleotid behandling av maligne lidelser.
16. Ivareta sekretariatsfunksjonen for lokal perinatalkomite for Troms og Finnmark.

#### **Nordlandssykehuset:**

17. Ivareta sekretariatsfunksjonen for lokal perinatalkomite for Nordland.

### 3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

#### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Dette måles ved gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).
2. Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 45 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 35 dager for TSB i 2019. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 30 dager for psykisk helsevern barn og unge og TSB.
3. Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge skal være minst 80 pst.
4. Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge skal være minst 80 pst.
5. Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.
6. Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.
7. Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for TSB skal være minst 80 pst.
8. Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet skal være minst 60 pst.
9. Minst 50 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.
10. Redusere antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling).
11. Oppnevne forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter innenfor psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne og TSB.

#### Foretaksspesifikke krav:

##### **Universitetssykehuset Nord-Norge:**

12. Etablere fire akutt plasser som beskrevet i fagplan TSB.

##### **Helgelandssykehuset:**

13. Innen 1. juni 2019 etablere døgnkontinuerlige akuttjenester.



### 3.4 Samhandling med leverandører av private helsetjenester

#### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Delta i gjennomgang av samarbeidsrutinene med rehabiliteringsinstitusjoner.
2. Delta med relevant kompetanse i pilotprosjekter knyttet til avtalespesialistordningen, jf. at det tas sikte på å gi avtalespesialistene rett og plikt til tildeling av pasientrettigheter.

### 3.5 Kvalitetsutvikling

#### Krav til alle helseforetak:

1. Informerer styre om ansvaret for oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
2. Sørge for at styremedlemmene får nødvendig opplæring i internkontroll og risikostyring.

#### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

3. Basert på analyser av uønsket variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk på tvers av helseforetakene, identifiserer minst ett område der foretaket har gode resultater eller stor framgang, hvilke faktorer som har bidratt til denne måloppnåelsen og hvordan denne kunnskapen kan brukes til å bedre måloppnåelsen på andre områder.
4. Basert på analyser av uønsket variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk på tvers av helseforetakene, identifiserer minst to områder der foretaket har svake resultater/høy risiko, og utarbeider en tiltaksplan for å bedre måloppnåelsen på disse områdene. I utarbeidelsen av tiltaksplanen skal det eksplisitt vurderes hva man kan lære av andre helseforetak som har bedre måloppnåelse.
5. Delta i de nasjonale brukerundersøkelsene i regi av Folkehelseinstituttet, og bruke resultatene i forbedringsarbeid. Dette omfatter også løpende brukererfaringsundersøkelser innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som vil bli utviklet og implementert i løpet av 2019.
6. I en samlet risikoanalyse basert bl.a. på GTT-data og nasjonale og lokale kvalitets- og pasientsikkerhetsindikatorer, identifiserer minst ett område der foretaket har gode resultater eller stor framgang, hvilke faktorer som har bidratt til denne måloppnåelsen og hvordan denne kunnskapen kan brukes til å bedre måloppnåelsen på andre områder.
7. Med utgangspunkt i analyser av samlet risikoanalyse basert bl.a. på GTT-data og nasjonale og lokale kvalitetsindikatorer, identifiserer minst to områder der foretaket har svake resultater/høy risiko, og utarbeider en tiltaksplan for å bedre måloppnåelsen på disse områdene. Det skal eksplisitt vurderes hva man kan lære av andre helseforetak som har bedre måloppnåelse.

Foretaksspesifikke krav:

**Helse Nord IKT:**

8. Planlegge nødvendige tiltak for å ta bruk modernisert folkeregister innen 31.12.2021.

### 3.6 Pasientsikkerhet

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Andel legemiddellister som er samstemt inn etter ny prosedyre (i DIPS medikamentmodul) skal være mer enn 90 pst.
2. Andel somatiske pasientopphold med pasientskade i 2019, målt med metoden GTT, skal reduseres sammenliknet med 2017.

Krav til sykehusforetakene og SANO:

3. Videreføre arbeidet med innsatsområdene fra pasientsikkerhetsprogrammet i samarbeid med Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet.

Foretaksspesifikke krav:

**Nordlandssykehuset:**

4. Iverksette tiltak i handlingsplanen for regional kompetansetjeneste for pasientsikkerhet.

**Helse Nord IKT:**

5. Innføre tjenestebasert adressering del tre så raskt som mulig og senest innen utgangen av 2019, for å sikre korrekt adressering av meldinger<sup>2</sup>.

### 3.7 Smittevern

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Utføre tverrfaglig og systematisk gjennomgang av pasientforløpet ved dyp postoperativ sårinfeksjon (NOIS-POSI), og eventuelt iverksette tiltak. Dette skal rapporteres sammen med den ordinære NOIS-POSI rapporteringen.
2. 30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enymhemmer og kinoloner).

### 3.8 Forskning og innovasjon

Krav til alle helseforetak:

1. Risikovurdere alle verktøy som brukes til å registrere og oppbevare forskningsdata, i samarbeid med personvernombud (PVO).
2. Utarbeide datahåndteringsplaner for lagring og deling av forskningsdata.

---

<sup>2</sup> Denne standarden er begrenset til å dekke forhold som er direkte knyttet til adressering av elektroniske meldinger som sendes over Helsenettet. Dette omfatter bruk av identifikatorer, hvilke tjenestetyper som skal benyttes til adressering og hvor opplysninger om avsender og mottakere vedlikeholdes (Dokumentreferanse: HIS 1153-3:2017).

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

3. Øke antall nye kliniske behandlingsstudier med 5 pst. sammenliknet med 2017. UNN skal ha en pådriverrolle i regionen.
4. Helseforetakene skal rapportere på kliniske behandlingsstudier i helseforetakene for 2017, 2018 og 2019, i tråd med anbefalinger i rapport fra arbeidsgruppe for utvikling av en indikator for kliniske behandlingsstudier.

Krav til sykehusforetakene og SANO:

5. Organisere foretakets redelighetsutvalg på en hensiktsmessig måte, og utarbeide retningslinjer for behandling av saker om mulige brudd på anerkjente forskningsetiske normer.
6. I samarbeid med Helse Nord RHF legge til rette for at alle vitenskapelige artikler som utgår fra forskning i de regionale helseforetakene skal være åpent tilgjengelige etter 1. januar 2020, jf. veileder fra Norges forskningsråd.
7. Foretakene skal sikre at de rettmessig adresseres ved publikasjoner som utgår fra eller finansieres av foretaksgruppen.

Foretaksspesifikke krav:

**Universitetssykehuset Nord-Norge:**

8. Rapportere på indikatorer for innovasjonsaktivitet og -nytte i helseforetakene for 2018.

## 4 Øvrige områder

### 4.1 Klima- og miljøtiltak

Helse Nord's miljøpolitikk er førende for miljøarbeidet i foretakene som skal være i fremste rekke i arbeidet med klima- og miljøtiltak, bl.a. gjennom ledelsessystemet for miljø.

Krav til alle helseforetak:

1. Sette mål og lage handlingsplaner for de nasjonale miljøindikatorne og registrere disse i den nasjonale databasen innen 1. mars 2019.

### 4.2 Personvern og informasjonssikkerhet

I helseforetakene skal det være tilfredsstillende informasjonssikkerhet basert på vurdering av risiko og sårbarhet, og oppfølging gjennom internkontroll. Helseforetakene skal gjennom systematiske tiltak sørge for at nasjonale krav til informasjonssikkerhet blir ivaretatt.

Krav til alle helseforetak:

1. Sikre at HN LIS har tilfredsstillende informasjonssikkerhet. Prosessen gjennomføres i samarbeid med lokal forvaltningsansvarlig for HN LIS, forankres i eget foretak og involverer relevante ressurser (for eksempel personvernombud og jurist).

2. Styrebehandle status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet innen 1. juni.
3. Rapportere avvik som ikke er lukket etter riksrevisjonsrapport, innen 1. mars. Avvikene skal beskrives i en tiltaksplan, med ansvarlig og forventet tidspunkt for lukking.
4. Revidere driftsavtale (SLA) og databehandleravtaler mellom helseforetakene og Helse Nord IKT for å sikre at endringene innarbeides i avtalene. Databehandleravtalen skal oppdateres innen 1. mars.
5. Implementere revidert felles styringssystem for informasjonssikkerhet i Helse Nord.
6. I samarbeid med Helse Nord IKT utarbeide analyse av å heve sikkerhetsnivået for pålogging til Helse Nord sine systemer og infrastruktur. Analysen skal beskrive:
  - a. Alternative løsninger, og anbefaling av hvilken løsning som bør innføres
  - b. Økonomiske konsekvenser
  - c. Konkret beskrivelse av gjennomføring

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

7. Starte innlevering av fysisk pasientarkivmateriale innen april 2019. Helseforetakene skal utarbeide plan for ressurser og volum for avleveringsprosessen, jf. tilsendt mal, innen 1. mars. 2019.

### **4.3 Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet**

Krav til sykehusforetakene og HN IKT:

1. I samarbeid med Norsk Helsenett SF iverksette tiltak for redusere feil bruk av standardiserte meldingsformater.

Krav til sykehusforetakene og SANO:

2. Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser for MTU med tilhørende handlingsplaner innen 2. tertial.

### **4.4 Beredskap**

Krav til alle helseforetak:

1. Samordne sine beredskapsplaner med HN IKT for å sikre likeartet håndtering, kompetanse, oversikt, og interne rutiner for informasjon, varsling og håndtering av kritiske hendelser.

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

2. Ha oppdatert oversikt over antall pasientsenger, enerom med eget bad/WC og kontakt- og luftsmitteisolater.

## 5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp

### Krav til alle helseforetak:

1. Delta i oppfølgingen av Helsedirektoratets felles plan for nasjonal tilrettelegging og bruk av teknologi for å levere helsetjenester på nye måter.

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

2. Ved utskrivning skal alle pasienter som har behov for kommunal oppfølging ha med seg nødvendig og forståelig informasjon og medikamenter (epikrise ved utskrivelse og legemiddelliste, jf. tjenesteavtale 5).
3. Følge opp Riksrevisjonens anbefalinger om praksis for utskrivning av pasienter, og ha interne systemer og kontroller som sikrer at ansatte kjenner til regelverk og benytter prosedyrer og rutiner ved utskrivning av pasienter.
4. Delta i utvikling av egnede prosess- og resultatmål for samhandlingsfeltet i samarbeid med Helse Nord RHF.
5. Utvikle en tiltaksplan i tråd med regional utviklingsplan i samarbeid med OSO, innen 15. september.
6. Etablere samarbeid med kommuner om tjenestetilbudet til kronikere og stormottakere av helsetjenester og forbedre samordningen av tjenestene til disse pasientene. Bruke erfaringene fra Pasientsentrert helseteam.
7. Etablere lavterskeltilbud for diagnostikk og behandling av Hepatitt C i samarbeid med kommunene.
8. Registrere antall samhandlingsavvik meldt fra kommunene og fra helseforetakene.

### Foretaksspesifikke krav:

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge:**

9. Utvikle en veileder for samarbeid med fastleger, som kan tas i bruk av øvrige helseforetak.

#### **Sykehusapotek Nord:**

10. Sette egne mål og øke antall gjennomførte utskrivningssamtaler med farmasøyt.

## 6 Sikre god pasient- og brukervedvirkning

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Minimum 150 nye behandlingsbeskrivelser skal publiseres på foretakets nettside.
2. Legge til rette for samarbeid mellom ungdomsrådene i regionen.

### Krav til sykehusforetakene og SANO:

3. Ta i bruk RHFenes felles veileder for brukervedvirkning i forskning, publisert juni 2018.

### Foretaksspesifikke krav:

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge:**

4. Videreføre arbeidet med utvikling og bruk av samvalg og samvalgsverktøy for å involvere pasienter i valg av behandlingsform.

## 7 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

Medarbeiderne er vår viktigste ressurs. Vi må gi muligheter for kompetanseutvikling, og legge forholdene til rette for trivsel og et inkluderende arbeidsmiljø. Vi må jobbe langsiktig og i lag for å dekke fremtidig kompetansebehov. Nye krav til opplæring innenfor IKT-system, sammen med et strammere marked for vikarer, gjør at foretakene i større grad enn tidligere må basere sin virksomhet på egne ressurser.

### 7.1 Sikre gode arbeidsforhold

#### Krav til alle helseforetak:

1. Innføre meldeplikt for ansatt helsepersonell etter helsepersonelloven § 19 andre ledd i løpet av 2019. Meldeplikt etter bestemmelsen omfatter "all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l."

#### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

2. Plan for reduksjon av innleie av personell skal styrebehandles innen 1. juli.
3. Følge opp Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes bruk av legeressursene.

#### Foretaksspesifikke krav:

#### **Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset:**

4. På bakgrunn av erfaringer bl.a. fra Helgelandssykehuset utarbeide handlingsplan for å redusere sykefravær til under 7,5 pst. innen 2021.

## 7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Følge opp regional handlingsplan for rekruttering, med særskilt fokus på tiltak for økt kapasitet for utdanning og rekruttering av sykepleiere og spesialsykepleiere. Planen skal også vise prognose for endring i antall helsefagarbeidere.
2. Øke andelen faste heltidsansatte sykepleiere med 1 prosentpoeng sammenlignet med 2018.
3. Andel helsefagarbeidere skal innen 2021 være over 5 pst.

### Krav til sykehusforetakene og SANO:

4. Gjennomføre tiltak for å forbedre praksisundervisning for de som utdannes i helseyrkene innenfor rammene av helseforetakenes ansvar for praksisundervisning og opplæring.

## 7.3 Utdanning av legespesialister

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Iverksette ny ordning for legenes spesialistutdanning i henhold til kravene i spesialistforskriften. Det skal påses at leger i spesialisering del 2 og 3 får gjennomført Helsedirektoratets anbefalte minimumstall for gjennomførte praktiske kliniske ferdigheter, sammenstilt i prosedyrelistene.
2. Stille med nødvendige leger til kursporteføljen i legespesialistutdanningen. Det gjelder kurskomiteer og lærerkrefter på kursene som i ny ordning koordineres av de regionale utdanningssettene. Veilederkurs er omfattet av kravet.
3. I søknad om godkjenning som utdanningsvirksomhet skal det for alle spesialiteter utarbeides minst én utdanningsplan hvor alle læringsmål oppnås i eget foretak eller ved hjelp av avtaler inngått mellom foretakene i regionen. Dette gjelder ikke de for spesialiteter der læringsmålene ikke tilbys i regionen.
4. Etablere rutiner som sikrer at LIS i allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin sikres nødvendig tjeneste i helseforetaket for å gjennomføre sin utdanning.

### Foretaksspesifikke krav:

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset:**

5. Etablere rutiner som sikrer at LIS fra andre helseforetak i Helse Nord gis likeverdig og forutsigbar tilgang på nødvendig tjeneste for å oppnå læringsmål som foretaket LIS er ansatt ved, selv ikke kan tilby.

## 7.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

### Krav til alle helseforetak:

1. Arbeidet med HMS og pasientsikkerhet må sees i sammenheng. Andel "enheter med modent sikkerhetsklima" (jf. definisjon i pasientsikkerhetsprogrammet) ved hvert helseforetak skal være minst 60 pst.



## 8 Innfri økonomiske mål i perioden

### 8.1 Resultatkrav

Helseforetakene skal i 2019 basere sin virksomhet på de tildelte midler med følgende resultatkrav:

Finnmarkssykehuset	Overskudd 24 mill
UNN	Overskudd 40 mill
Nordlandssykehuset	Overskudd 0 mill
Helgelandssykehuset	Overskudd 20 mill
Sykehusapotek Nord	Overskudd 4 mill <sup>3</sup>
Helse Nord IKT	Overskudd 10 mill

### 8.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

Foretaksspesifikke krav:

#### **Finnmarkssykehuset:**

1. Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til Alta Nærsykehus og Samisk helsepark i tråd med brev av 10.7.18.

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge:**

2. Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til Nye Narvik sykehus i tråd med brev av 10.7.18.

#### **Nordlandssykehuset:**

3. Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til Ny-, på- og ombygging Bodø i tråd med brev av 10.7.18.

#### **Helgelandssykehuset:**

4. Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til ombygging operasjonsstuer Mo i Rana i tråd med brev av 10.7.18.

### 8.3 Anskaffelsesområdet

Krav til alle helseforetak:

1. I alle lokale anskaffelser skal Sykehusinnkjøp HF være involvert, og anskaffelsene skal være koordinert mellom helseforetakene og med Sykehusinnkjøp HF i forkant. Brukermedvirkning skal gjennomføres der det er relevant.
2. Gjennomføre kontraktsoppfølgingsmøter med leverandører i henhold til inngåtte kontrakter. Oppfølgingsmøtene skal ta utgangspunkt i kravspesifikasjon, kontrakt og faktiske leveranser.
3. Legge økt vekt på klima og miljø ved innkjøp og ved bygge- og vedlikeholdsprosjekter.
4. I alle anskaffelser skal inngåtte rammeavtaler følges.

Krav til sykehusforetakene og HN IKT:

5. Redusere antall ad-hoc anskaffelser.

---

<sup>3</sup> Overskudd i publikumsavdelingen

## 9 Styringsparametere 2019

Helse Nord RHF vil i oppfølgingsmøtene med helseforetakene følge opp de valgte styringsparametere samt andre kvalitetsindikatorer ved behov.

Styret og ledelsen i foretakene har et ansvar for oppfølging av kvalitetsindikatorerne som Helsedirektoratet publiserer og iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene.

Indikatorerne i tabellen under rapporteres som beskrevet i tabellen og i mal for tertialrapport og årlig melding.

**Tabell 1 Mål 2019. Datakilder og publiseringsfrekvens.**

Mål 2019	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
<b>1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen</b>			
Gjennomsnittlig ventetid.	Redusert i regionen sammenliknet med 2018. Skal være under 50 dager i regionen innen 2021. Måles som årlig gjennomsnitt.	Helsedirektoratet	Månedlig
Median tid til tjenestestart. Tiden mellom tidspunktet henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og tjenestestartdato (dato for når prosedyre er utført) for spesifikke sykdomsgrupper. Målet gjelder for sykdomsgrupper der tid til tjenestestart er tilgjengelig som nasjonale tall fra NPR.	Redusert i regionen sammenliknet med 2018.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter. Må måles med samme uttrekksdato som året før.	Redusert i regionen sammenliknet med 2018. Skal overholde minst 95 % av avtalene innen 2021.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid <sup>4</sup> .	Minst 70 % Variasjonen i måloppnåelse på helseforetaksnivå skal reduseres.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Minst 60 pst. av pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysbehandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.	Minst 60 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
<b>2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling</b>			
Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold).	Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 45 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 35 dager	Gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet Kostnader: de regionale helseforetakenes regnskap	

<sup>4</sup> Andel pakkeforløp som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk, medikamentell- eller strålebehandling, som er innenfor standard forløpstid, for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, nevroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.

Oppdragsdokument 2019

Mål 2019	Mål	Datakilde	Publiserings frekvens
	for TSB i 2019. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB. Gjennomsnittlig ventetid måles som årlig gjennomsnitt. Prosentvis større økning i kostnader og aktivitet.	Polikliniske opphold: Helsedirektoratet (ISF)	
Forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge	Minst 80 %.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk, psykisk helsevern barn og unge	Minst 80 %.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Forløpstid for utredning i psykisk helsevern voksne	Minst 80 %.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk, psykisk helsevern voksne	Minst 80 %.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Forløpstid for evaluering av TSB i poliklinikk	Minst 80 %.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt TSB i døgnenhet	Minst 60 %.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne. Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling.	Minst 50 %.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern med minst ett tvangsmiddelvedtak	Redusert sammenliknet med 2018.	Helsedirektoratet	Årlig
<b>3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet</b>			
Andel somatiske pasientopphold med pasientskade i 2019, målt med metoden GTT, skal reduseres på regionalt nivå sammenliknet med 2017.	Redusert i 2019 sammenliknet med 2017.	GTT-undersøkelsene Helsedirektoratet	Årlig
Andel "enheter med modent sikkerhetsklime" (jf. definisjon i pasientsikkerhetsprogrammet) ved hvert helseforetak skal være minst 60 pst.	Minst 60 % av medarbeiderne i enheten skårer 75 eller høyere. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.	ForBedring	Årlig
Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner).	30 % reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenliknet med 2012.	Sykehusenes legemiddelstatistikk	Tertialvis
Andel korridorpatienter på sykehus.	0 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Antall nye kliniske behandlingsstudier er økt.	Økt med 5 % i 2019 sammenliknet med 2017.	CRIStin	Årlig

## 10 Oppfølging og rapportering

Alle krav for 2019 skal rapporteres i tråd med egen mal for tertialrapport og årlig melding. Styringsparametere rapporteres som beskrevet i tabell 1.

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2019, foretaksspesifikke mål 2019 og styringsparametere 2019.

Der det er mulig skal data til rapportering hentes fra virksomhetsportalen Helse Nord LIS.

Enkelte krav i oppdragsdokumentet inngår i Helse Nord's risikostyring. Disse kravene skal følge metodikk og oppfølging i risikostyringen. Det blir sendt ut egen informasjon til helseforetakene om dette.

Viser til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgssektoren, og det forutsettes at «Ledelsens gjennomgang» følger som en del av tertialrapportering nr. 2-2019.

**Tabell 2 Oversikt over rapporteringsrutiner og frister:**

Rapportering	Innhold	Frister
Månedlig	Måned rapport i tråd med mal.	Månedssregnskap skal være avsluttet innen fem virkedager i påfølgende måned. ØBAK og virksomhetsrapport skal oversendes RHF senest fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Tertialrapport	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes.	Styrebehandlet tertialrapport (styrevedtak): 6. juni 2019 8. oktober 2019  Administrativt utarbeidet tertialrapport: 16. mai 2019 27. september 2019 NB: Fullstendig ØBAK og virksomhetsrapport sendes fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Årlig melding	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes.  Økonomidelen tas ut av årlig melding, leveres som ordinær virksomhetsrapport.	<b>Administrativt</b> behandlet årlig melding: Februar 2019.  <b>Styrebehandlet</b> årlig melding (styrevedtak): Mars 2019.
Årsregnskap	Minst 5 dager før utsending av saksfremlegg for styrebehandling av årsregnskap, sendes fullstendig årsregnskap med noter og styrets årsberetning (ikke ordinær årsmelding) til Helse Nord RHF for gjennomgang.	Styrebehandling av årsregnskap for 2018: Mars 2019.

## 11 Vedlegg

### 11.1 Vedlegg 1 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

**Grunnutdanning** omfatter studier ved videregående skoler, høgskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommunene har ansvar for de videregående skolene. Fylkenes opplæringskontor skal i samarbeid med praksisarenaene sikre læreplasser i de yrkesfaglige utdanningene.

**Videreutdanning** omfatter bl.a. ulike studier ved fagskoler, høgskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena (og arbeidsplass). Høgskoler og universiteter som tilbyr videreutdanning skal i forkant inngå avtaler med helseforetakene om praksisplasser. Eventuell uenighet skal søkes løst i samarbeidsorganet. Spesialistutdanning for leger skal ivaretas i samsvar med den nye spesialistforskriften.

Nedenfor gjengis Kunnskapsdepartementets forslag til kandidatmåltall for 2019 som er hentet fra Kunnskapsdepartementets foreløpige tildelingsbrev for 2019 til utdanningsinstitusjonene. Endelige tall kan også formidles fra institusjonene i de regionale samarbeidsorganene. Kandidatmåltallet er et minstekrav for den enkelte institusjons kandidatproduksjon. På de ulike utdanningene vil derfor opptakstallene være noe høyere.

**Tabell 3 Kunnskapsdepartementets forslag til kandidatmåltall for 2019:**

Høgskole Universitet	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK- sykepleie	Jordmor
	Syke- pleie	Radio- grafi	Bio- ingeniør	Fysio- terapi	Ergo- terapi	Verne- pleie		
Univ. i Tromsø	261	24	20	33	20	64	50	20
Nord universitet	352					30	26	

**Tabell 4 Kandidatmåltall fastsatt for medisin, psykologi og farmasi MA ved universitetene:**

	Medisin	Psykologi profesjonsutd.	Farmasi MA
Universitet i Tromsø	84	39	25

#### Turnustjeneste

Helsedirektoratet har det overordnede ansvaret og fastsetter hvor mange turnusplasser fysioterapeuter det skal legges til rette for. Regionansvarlige fylkesmenn er delegert myndighet til å skaffe turnusplasser for fysioterapeutkandidater, de informerer de regionale helseforetakene om forventet behov kommende år. Antallet turnusplasser for fysioterapeuter videreføres i tråd med økningen i 2013.

### LIS1-stillinger for leger

Turnustjenesten for leger opphørte høsten 2017 og er erstattet av LIS1-stillinger som også utgjør første del av legers spesialistutdanning. LIS1-stillingene har læringsmål og består av 12 måneder i sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten. Antallet LIS1-stillinger videreføres i 2019 på samme nivå som i 2018. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å gjøre fornyet vurdering av om dimensjoneringen av antallet stillinger er i tråd med behovene i tjenesten.

### Fordeling av nye legestillinger

Oppretting av legestillinger skal fortsatt skje i tråd med behovene i henhold til de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar, det helsepolitiske styringsbudskapet og de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon. Gode lokale, regionale og nasjonale analyser av kompetansebehov framover skal legges til grunn for de regionale helseforetakenes fordeling av leger til helseforetakene og mellom spesialiteter. De regionale helseforetakene skal særlig vurdere behovet for legestillinger til spesialiteter der utdanningskapasiteten i dag anses å være for lav og spesialiteter der behovet for legespesialister vil endre seg i årene fremover som en følge av befolkningsutvikling, sykdomsutvikling og organisatoriske endringer i helsetjenesten.

De regionale helseforetakene skal bidra til at Legestillingsregisteret i Helsedirektoratet til enhver tid er oppdatert.

### Inntakstall til oppdragsdokumentet (OD)

Foretakenes inntak av helsefagarbeiderlæringer skal for 2019 være i samsvar med tabell 5. Foretakene skal i tillegg gjøre egne kartlegginger av behov for helsefagarbeidere og helsefaglæringer og hvis nødvendig øke inntaket av læringer på lengre sikt tilpasset dette.

**Tabell 5 Helseforetakenes inntak av helsefagarbeiderlæringer:**

Foretak	Kull 2018-2020	Kull 2019-2021
Finnmarkssykehuset HF	6	8
Nordlandssykehuset HF	11	12
UNN HF	6	8
Helgelandssykehuset HF	6	8
Sum	29	36

