

## Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr.:  
2020/106

Saksbehandler:  
Harald Sunde og  
Vivi Brenden Bech

Sted/Dato:  
Hammerfest, 22.09.2020

### Saksnummer 78/2020

Saksansvarlig: Vivi B. Bech, konstituert kvalitets- og utviklingsjef  
Møtedato: 29. september 2020

---

## Tertialrapport 2/2020 – Oppdragsdokument 2020 Finnmarkssykehuset HF med overordnet risikostyring

***Ingress:** Denne saken oppsummerer de punkter i Oppdragsdokumentet for 2020 som Finnmarkssykehuset HF skal rapportere på etter 2. tertial. Saken omhandler også overordnet risikovurdering knyttet til utvalgte, viktige målkrav som akkurat nå krever oppmerksomhet.*

Styret i Finnmarkssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF tar Tertialrapport 2 på Oppdragsdokumentet 2020 til etterretning.
2. Styret konstaterer at koronapandemien har påvirkning på foretakets evne til måloppnåelse og vurderer overordnet risiko knyttet til gjennomføring av oppdraget som middels.
3. Styret vurderer at det fortsatt er høy risiko for at foretaket ikke når de økonomiske målene i tråd med plan. Styret ber om at det rettes et fokus på tiltakene som retter seg mot rekruttering.

Siri Tau Ursin  
Administrerende direktør

### Vedlegg:

1. Saksfremlegg
2. Tertialrapport 2 på Oppdragsdokument Finnmarkssykehuset HF 2020
3. Oppdragsdokument 2020, reviderte krav og oppdrag

# Tertialrapport 2/2020 – Oppdragsdokument 2020

## Finnmarkssykehuset HF med overordnet risikostyring

Saksbehandlere: Vivi Brenden Bech og Harald G. Sunde  
Møtedato: 29. september 2020

---

### 1. Sammendrag

Oppdragsdokumentet 2020 for Finnmarkssykehuset HF inneholder kravene fra Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument og målkrav gitt av styret i Helse Nord RHF gjennom styrevedtak. Overordnet risikovurdering av oppdraget per 2. tertial er utført i henhold til Helse Nord RHF sine prosedyrer for risikostyring. Det er valgt ut 12 målkrav det er nødvendig å ha særskilt oppmerksomhet på etter 2. tertial.

Ved 2. tertial vurderes overordnet risiko til å ha moderat sannsynlighet og moderat konsekvens for manglende måloppnåelse. Avbøtende tiltak for å redusere risiko ble etablert i januar. Covid-19 pandemien har påvirket måloppnåelsen ved at planlagte konsultasjoner og innleggelse er blitt utsatt. Foretaket har nå økt driften igjen og påbegynt innhenting av etterslep fra våren 2020.

### 2. Bakgrunn

I oppdragsdokument for 2020 har Helse Nord RHF satt opp overordnede mål for risikostyringen inneværende år. Målene understøtter føringer i oppdragsdokumentet.

Det forventes at foretaksledergruppen gjennomgår målene og utarbeider avbøtende tiltak der det ansees risiko. Det er ved inngangen av året utarbeidet egen oversikt over mål med tilhørende delmål og gjennomført arbeid med gjennomgang av risiko og utvikling av avbøtende tiltak der man hadde behov for dette. Risiko er igjen vurdert pr. 1. og 2. tertial. Informasjon om dette fremkommer under pkt. 4, Overordnet risikovurdering.

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

Bærekraftig økonomi skal betraktes som en forutsetning for virksomheten på lik linje med styringsmålene.

Nasjonal helse- og sykehusplan vektlegger viktige områder og drivere som er vesentlige for å lykkes med utvikling og forbedring av helsetjenesten:

- A. Sikre nok helsepersonell med riktig kompetanse
- B. Forbedre systemer, strukturer og arbeidsprosesser som understøtter mål om bedre kvalitet
- C. Forbedre samhandling
- D. Styrke pasient, pårørende og brukere
- E. Styrke og utvikle en ledelseskultur som lykkes med åpenhet og forbedring
- F. Mer tjenesteutviklende forskning og innovasjon av høy kvalitet og nytte

Som følge av covid-19 pandemien har Helse Nord RHF endret enkelte av kravene i oppdragsdokument for 2020 og utsatt fristen for enkelte av oppdragene. Endringer fremkommer i oppdragsdokument 2020, reviderte krav og oppdrag.

Følgende 12 målkrav er valgt ut som viktige områder som må følges opp for å innfri de regionale og nasjonale målene:

- a) Gjennomsnittlig ventetid i somatikken skal være < 50 dager innen 2021
- b) Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk.
- c) Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne.
- d) Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge.
- e) Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 30 dager for TSB.
- f) Minimum 100 nye behandlingsbeskrivelser skal publiseres på helseforetakets nettsider.
- g) Innen utgangen av 2020 skal andelen omsetning av definerte varegrupper gjennom Clocwork være 90% for varekjøp.
- h) Overholde minst 95 pst. av pasientavtalene (passert planlagt tid) innen utgangen av 2021.
- i) Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.
- j) Minst 50 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.
- k) Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres. Fokus på 3 forløp - Tykktarm, prostata, lunge.
- l) Innfri økonomisk mål for perioden på 24 millioner (resultatkrav Helse Nord RHF).

### 3. Saksvurdering

Nedenfor gis en oppsummering av status i oppdraget knyttet til de sentrale fokusområdene som skal rapporteres ved utgangen av dette tertial, unntatt de 12 utvalgte områdene nevnt ovenfor, de fremkommer under punkt 4.0.

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

Vedrørende utvikling innenfor behandlingshjelpemidler er utlån av behandlingshjelpemidler fra Finnmarkssykehuset HF på tilnærmet samme nivå som hos sammenlignbare foretak og foretaksgruppen i Helse Nord. Den nye avtalen fristiller legene (rekvirentene) av utstyr i større grad enn tidligere.

Det er hittil i år 0,8 % korridorpasienter og krav om 0 innfris dermed ikke. Indikatoren måler korridorpasienter og ikke det totale pasientbelegget.

Foretaket har inngått avtale med seks av syv avtalespesialister. Avtalene inneholder tema om å tilstrebe faglig og administrativt samarbeid. Ved kapasitetssvikt kan den ene parten ta kontakt med den andre med anmodning om bistand. Det pågår dialog med

fagmiljøene om å arrangere dialogmøter med avtalespesialistene for å styrke samarbeidet framover.

### **Personvern og informasjonssikkerhet**

Det er et krav om å utarbeide en tiltaksplan, og iverksette nødvendig tiltak, som sikrer at helseforetakenes IKT-systemer og teknologiske sikkerhetstiltak bidrar til å forebygge og avdekke dataangrep. Planen er utarbeidet og det jobbes med å komplementere denne. De fleste avvik påpekt av Riksrevisjonen og Helse Nord IKT er lukket. Tiltak blir også iverksatt i samarbeid med regionalt ledede prosjekter (HIS/MODI). Dette er det nærmere informert om i styresak 51/2020.

### **Tilstrekkelig kvalifisert personell**

Det er et krav å utarbeide en handlingsplan for oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse; «Utfordringer med bemanningen av sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere i sykehus». Foretaket har utarbeidet handlingsplan for rekruttering og stabilisering innenfor de nevnte profesjoner.

### **Anskaffelsesområdet**

Foretaket skal delta med klinisk, teknisk eller merkantilt personell i alle relevante nasjonale og regionale anskaffelsesprosjekt, eller aktivt gi fullmakt til andre foretak å ivareta deres interesser. Foretaket deltar i alle relevante anskaffelsesprosjekt, noe som det er utfordrende å prioritere ressurser til. Det gjøres derfor avtaler med andre foretak om å representere Finnmarkssykehuset HF der det er hensiktsmessig.

Mottak og implementering av alle nasjonale og regionale avtaler pågår i samarbeid med Sykehusinnkjøp HF og under ledelse av Helse Nord. Innkjøpsavdelingen blir styrket med en prosjektressurs som vil bidra inn i arbeidet med å implementere avtaler.

Foretaket skal i samarbeid med Sykehusinnkjøp HF utarbeide en oversikt over foretakets samlede avtaleportefølje. Oversikten er utarbeidet.

### **Bygg og kapasitet**

Foretaket skal oppdatere tilstand på hele bygningsmassen ved bruk av Multimap. Arbeidet er forsinket som følge av covid-19, men vil være gjennomført innen årets utgang.

## **4. Overordnet risikovurdering**

### **Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen**

Tabellen nedenfor viser en samlet risikovurdering av måloppnåelsen i oppdragsdokumentet vurdert etter 2.tertial for de nevnte 12 målkravene.

For august var gjennomsnittlig avviklet ventetid 72 dager innen somatikk. Det er en økning i ventetid og dette angir en negativ retning for måloppnåelse. Det jobbes kontinuerlig med rekruttering og med månedlig gjennomgang av ventelistene på ledernivå. Årsplaner for aktivitet gir forutsigbar tilgang på behandlingsressurser, mens det er utfordrende å skaffe vikarer ved planlagt og ikke planlagt fravær. Rekrutterings-

og stabiliseringsplaner er utarbeidet i samarbeid med HR og følges opp. Dette og tett oppfølging av nærværplaner forventes å bidra til måloppnåelse. Eksisterende risikodempende tiltak som oppfølging av ventelister, utarbeiding og oppfølging av strukturerte årsplaner, samt risikovurdering av ferieavviklingen videreføres. Videre er det etablert elektroniske kurs og startet opplæring i korrekt registrering i pasientjournalen. Bruk av elektroniske verktøy er blitt mer innarbeidet i fagmiljøene og innenfor somatikk legges forholdens til rette for bruk av videobaserte pasientkonsultasjoner. Klinikkerne har utarbeidet plan for innhenting av etterslep som følge av covid-19 pandemien. Det er igangsatt tiltak med kveldspoliklinikk og helgepoliklinikk for å bedre situasjonen.

Det forventes at covid-19 pandemien kan bli en uforutsigbar tilleggsrisiko som vil påvirke alle indikatorene for ventetider i negativ retning. Samlet sett er det vurdert en middels risiko for å oppnå målet om under 50 dager ventetid fra 2021. Avbøtende igangsatte tiltak fra mai videreføres og risikoen vurderes.

Samlet risikovurdering - målnivå							
Enhet: Finnmarkssykehuset HF - overordnet risikostyring							
Dato: 09.09.2020							
Mål / krav:	Målnr	Risiko før tiltak			Risiko etter tiltak		
		Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå
Gjennomsnittlig ventetid i somatikken skal være < 50 dager innen 2021. 56-61-57-50 75-80-67-72	M 1	3	3	Middels	2	3	Middels
Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Mars og april viste høyere vekst.	M 2	4	3	Middels	2	3	Middels
Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne. 58-57-53-66- 71-45-54-49	M 3	3	3	Middels	2	3	Middels
Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge. 49-46-38-58 -63-42-57-48	M 4	3	3	Middels	2	3	Middels
Gjennomsnittlig ventetid PHR skal være < 30 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) innen 2021. 36-33-47-56 -31-54-34-34	M 5	3	3	Middels	2	3	Middels
Minimum 100 nye behandlingsbeskrivelser skal publiseres på foretakets nettsider. Per august publisert	M 6	2	2	Lav	2	2	Lav
Innen utgangen av 2020 skal andelen omsetning av definerte varegrupper gjennom Cloework være 90% for varekjøp. For mars 58,6%, snitt 2019 var 48,7 til nå 57,8%.	M 7	2	3	Middels	2	3	Middels
Overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021. 82,3	M 8	3	3	Middels	2	3	Middels
Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste. 41-44-51-47-?-49-52	M 9	3	3	Middels	2	3	Middels
Minst 50 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB. 21-35-31-20.	M 10	3	3	Middels	2	3	Middels
Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres. 3 forløp - Tykktarm, prostata, lunge.	M 11	3	3	Middels	3	3	Middels
Innfri økonomisk mål for perioden på 24 millioner (resultatkrav HN RHF).	M 12	5	4	Høy	3	4	Høy

### Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

En høyere aktivitetsvekst innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) innenfor rus i mål M2 er vurdert til samme middels risikonivå som i mai. Hittil i år var økningen i poliklinisk aktivitet på 15,0%. Det er TSB som har størst positiv endring fra samme periode i 2019, med 29,2% mens BUP har positiv økning på 17,4% og VPP har positiv endring på 13%. Fagområdet psykisk helsevern og rus har økt bruken av telefon og videokonsultasjoner i pasientbehandlingen og på den måten lykkes med å opprettholde mye av sin aktivitet under covid-19 pandemien. Oppsummert øker dermed aktiviteten mer innenfor psykisk helsevern og rus enn i somatikken, og denne parameteren i den gylne regel viser større aktivitetsvekst enn i somatikken. Aktivitetsvekst er en av tre komponenter som måles i den gylne regel. De to andre er ventetider og kostnader. Disse tre er omtalt samlet i virksomhetsrapporten. Eksisterende risikodempende tiltak videreføres.

Innenfor psykisk helsevern og rus benyttes hovedsakelig første konsultasjon som et fysisk møte. Video- eller telefonkonsultasjoner benyttes hovedsakelig med pasienter som er utredet og har gjennomført sitt første fysiske møte. Tabellen ovenfor viser i målene M3, M4 og M5 at ventetidene for voksne, barn og unge samt TSB for august var henholdsvis 49 dager, 35 dager og 34 dager. Tallene i tabellen viser at det er stor månedlig variasjon særlig innenfor psykisk helsevern voksne, samt barn og unge. Som angitt for somatikken jobbes det med tilsvarende risikodempende tiltak vedrørende ventetider innenfor psykisk helsevern og rus. Det vurderes at samlet risiko for manglende måloppnåelse av kravene til ventetidene er moderat både før og etter at tiltak iverksettes.

### **Pasientens helsetjeneste**

Mål M6 er vurdert å ha samme risikovurdering som i mai. Kravet om å publisere minst 100 nye behandlingsbeskrivelser på foretakets nettsider er innfridd. Det er publisert 136 behandlingsbeskrivelser hittil i år og foretaket oppholder sitt interne mål om 150.

Indikatoren *Passert planlagt tid* i M8 benyttes som et av flere virkemiddel for å jobbe strukturert med forbedring av ventetider. Målet er at 95% av pasientkontaktene skal være innenfor planlagt behandlingstid. Før Covid-19 pandemien hadde Finnmarkssykehuset økt andel avtaler som var overholdt fra 85% til nesten 89%. Som følge av pandemien ble flere timer utsatt noe som reduserte andel overholdte timer. Pr august har vi 82% overholdte timer.

Et pågående tiltak er innenfor fagområde øye. Det gjøres et systematisk forbedringsarbeid som forventes å bidra med avbøtende effekt på indikatoren, slik det tidligere i sak 92/2019 er redegjort for innenfor fagområdene barn og BUP. Metodikken som benyttes bidrar til å avdekke viktige funn for det videre forbedringsarbeidet i klinikkene. Det vurderes at samlet risiko for manglende måloppnåelse av kravene til overholdelse av pasientavtalene er moderat både før og etter at tiltak iverksettes.

Det er i M9 vurdert middels risiko for å oppnå kravet om at minst 70% av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste. Risikoen er vurdert som lik både før og etter iverksetting av tiltak. Dette har sammenheng med covid-19 pandemien. Det er fra januar iverksatt en tett oppfølging i klinikkene og det vises til en positiv utvikling av denne indikatoren sett mot snitt 2019.



Det er i M10 vurdert middels risiko for å oppnå kravet om at minst 50% av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB. Risikoen er vurdert som lik både før og etter iverksetting av tiltak. Dette har sammenheng med covid-19 pandemien. Det pågår en tett oppfølging i klinikkene og det vises til en positiv utvikling de to første månedene før virkningene fra pandemien gir negativt utslag.

Det gis i M11 orientering om foretakets arbeid med å overholde kravet om at andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70%. Variasjon mellom helseforetakene skal reduseres. Kritiske suksessfaktorer for måloppnåelse er hovedsakelig tilstrekkelig operasjonskapasitet i UNN for pasienter fra Finnmark med tarmkreft, prostatakreft og lungekreft. I tillegg vil enkelte tiltak fra foretakets side bidra til å redusere forsinkelser i gjennomføringen av forløpet. Kreftpasienter som Finnmarkssykehuset HF behandler selv oppnår forløpstider innenfor nasjonale målkrav. Det vurderes at iverksatte tiltak og pågående dialog med UNN vil medvirke til å redusere risikoen for manglende måloppnåelse.

### **Anskaffelsesområdet**

Mål 8 viser at det har vært en positiv utvikling av andel omsetning av definerte varegrupper gjennom Clockwork fra gjennomsnitt i 2019 på 48,7% til snitt i 1. tertial på 57,8%. Dette er fortsatt under det nasjonale målkravet på 90%, men viser en positiv utvikling. På grunn av covid-19 pandemien er det blitt noe utsettelse på iverksetting av enkelte tiltak. Det vurderes at samlet risiko for manglende måloppnåelse av kravene til overholdelse av målkravet er moderat både før og etter at tiltak iverksettes.

### **Resultatkrav**

Kravet om 24 mill. i årsresultat vurderes som rødt. I løsningsstrategien for å oppnå dette målet inngår det å konsolidere driften med fokus på økonomisk balanse i kjernevirksomheten. Den største utfordringen er i stor grad knyttet til innleie fra byrå. Det er derfor utarbeidet handlingsplaner for reduksjon av innleie og overtid. Rekrutteringsplaner er utarbeidet på klinikknivå og innsatsteam er etablert for å bistå rekrutteringssvake områder. I handlingsplanene inngår blant annet årsplaner og årsturnus, bemanningsanalyser i utvalgte avdelinger og at innleiebehov kartlegges i lys av langtidspanene. Strukturert nærværarbeid for alle enheter er utarbeidet. I tillegg vil etablert støttetteam fra Personal og organisasjon bistå i kompliserte saker.

## **5. Medbestemmelse og brukermedvirkning**

Saken har vært drøftet med tillitsvalgte i informasjons- og drøftingsmøte 21.09.2020, og i FAMU samme dag.

## **6. Direktørens vurdering**

Finnmarkssykehuset HF arbeider kontinuerlig med å gjennomføre oppdraget som er gitt gjennom Oppdragsdokumentet 2020.

Utviklingen innenfor flere av de vurderte målkravene var positiv de første månedene av året. Covid-19 pandemien har påvirket negativt på de fleste av målkravene. Tendensen hittil i år viser høyere aktivitetsvekst i psykisk helsevern og rus enn i somatikken. Det er

også en positiv utvikling vedrørende utsending av epikrise etter en dag sammenliknet med 2019.

I foretaksmøte i april fikk foretaket i oppdrag om å trappe opp driften til normal drift, samtidig som det tas smittevern hensyn. Arbeidet med å videreføre vedtatte tiltak og følge opp vedtatte løsningsstrategier i budsjett 2020 pågår. Planen for månedlige oppfølgingsmøter er blitt fulgt uavhengig av covid-19 pandemien og klinikkene har et høyt fokus på oppfølgingen av de økonomiske tiltakene.

Administrerende direktør vil beskrive den overordnede økonomiske situasjon i Finnmarkssykehuset HF som svært krevende. Det er fortsatt høy risiko for at foretaket ikke når de økonomiske målene for 2020. Hovedfokus på tiltak i tiden fremover vil være rekruttering.

Overordnet risiko knyttet til gjennomføring av oppdraget vurderes som moderat, med moderat sannsynlighet for manglende måloppnåelse og med moderat konsekvens for foretaket ved manglende måloppnåelse.

**Vedlegg:**

1. Tertialrapport 2 på Oppdragsdokument Finnmarkssykehuset HF 2020
2. Oppdragsdokument 2020, reviderte krav og oppdrag



Vedlegg 1 - styresak 78/2020 - Tertialrapport 2/2020

Kilde [velg verdi]	Kap i OD-RHF [velg verdi]	Kap i OD-RHF nr kort (for å sortere)	Krav nr i OD-RHF [sett inn verdi]	Kravtekst [fritekst]	Gjelder foretak [velg verdi]	Rapporterings-frekvens [velg verdi]	Rapporteringstekst 1. tertial (frist 15.05)	Rapporteringstekst 2. tertial (frist 25.09)
OD HoD	3.0 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	6	Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2019 Utgår. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager innen utgangen av 2021.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport, tertialrapport og Årlig melding	I 2019 hadde FIN HF en gjennomsnittlig ventetid på 56 dager. Pr 1. tertial 2020 er ventetiden økt til 57 dager. Innen somatikk har den vært stabil på 56 dager siden 2019. Innen voksenpsykiatri har den økt fra 49 til 60 dager, mens for barn og ungdomspsykiatri har den vært stabil på 48 dager. Innen rus er ventetiden redusert fra 45 til 41 dager.	Som følge av covid-19-pandemien har ventetida økt i FIN. De psykiatriske fagene var raskt på banen tidlig i pandemien og tok i bruk telefon- og videokonsultasjoner, mens dette i mindre grad ble tatt i bruk av somatikken. Ventetid somatikk har derfor økt til 71 dager i august, mens innen PHR er ventetidene hhv VOP 50, BUP 48 og Rus 34 dager. Det gjøres et stort arbeid i klinikkene med blant annet kveldspoliklinikk og lørdagspoliklinikk for å bedre situasjonen.
RHF	3.0 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	8	Vurdere utvikling i bruk av behandlingshjelpemidler for å korrigere uønsket variasjon og definere ønsket utvikling med økt hjemmebehandling. Vurdere behov for kompetanse og eventuelle organisatoriske endringer.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	Utlån av behandlingshjelpemidler i Finnmarkssykehuset er omtrent på linje med sammenlignbare foretak og foretaksgruppen i Helse Nord. Den nye avtalen fristiller legene (rekvirentene) av utstyr i større grad enn tidligere. BHM har i dag et ansvar for å sjekke at bestillinger er hjemlet, hvoretter produktet leveres ut. Det er gjort en vurdering om dagens organisering av BMI i FIN er fornuftig; konklusjonen trukket våren 2020 tilsier at dagens organisasjon er hensiktsmessig ut fra dagens behov.	Utlån av behandlingshjelpemidler i Finnmarkssykehuset er omtrent på linje med sammenlignbare foretak og foretaksgruppen i Helse Nord. Kostnadaene er lavere sammenliknet med andre foretak. Den nye avtalen fristiller legene (rekvirentene) av utstyr i større grad enn tidligere. BHM har i dag et ansvar for å sjekke at bestillinger er hjemlet, hvoretter produktet leveres ut. Det er gjort en vurdering om dagens organisering av BMI i FIN er fornuftig; konklusjonen trukket våren 2020 tilsier at dagens organisasjon er hensiktsmessig ut fra dagens behov.

OD HoD	3.0 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	9	Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). - utgår . Overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	I juni 2019 overholdt FIN HF 85 % av alle avtaler. Det ble iverksatt to forbedringsprosjekter rettet mot "passert planlagt tid", som ga gode resultater for aktuelle fagområder (BUP og barn). Begge disse fagområdene opprettholder fortsatt krav om å overholde minst 95% av alle avtaler. I første tertial viser foretaket en god trend ut februar, hvor 88,7 % av avtaler overholdes. Fra mars 20 er tallene påvirket av covid-19-pandemien, og vi har fått en reduksjon til 80 %..	Før covid-19-pandemien slo til hadde FIN økt andel avtaler som var overholdt fra 85% til nesten 89%. Pga covid-19 ble mange avtaler utsatt, noe som reduserte andel overholdte timer til ca 78% i april. Kurven peker nå rett vei og per august har vi ca 82% overholdte timer. Det gjøres et stort arbeid i kveldspoliklinikk og lørdagspoliklinikk for å bedre situasjonen.
OD HoD	3.0 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	11	Det skal være høyere vekst i aktivitet og kostnader innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. 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.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport, tertialrapport og Årlig melding	Oppsummert er det aktivitetsvekst i psykiatrien med 6,0 %, samt at der er nedgang i somatikken. Dermed er den gyldne regel om 2,5 % større aktivitetsvekst innen psykiatri enn for somatikken oppnådd. Kostnadsveksten i phr er 8,2% og i somatikk 7,9%. FIN når dermed 2 av kravene i den gyldne regel pr. april 2020. Gjennomsnittlig ventetid i PHR er 55 dager, i Somatikk 56 dager. Økning i ventetid er 12,2% i phr og 5,6% i somatikk pr. april sammenliknet med 2019.	Pr juli: Oppsummert er det aktivitetsvekst i psykiatrien med 15,8 %, samt at der er nedgang i somatikken. Dermed er den gyldne regel om 2,5 % større aktivitetsvekst innen psykiatri enn for somatikken oppnådd. Kostnadsøkningen er også høyere i psykiatrien enn for somatikken. Avviklet ventetid er økt i psykiatrien sammenliknet med samme periode i 2019, men økningen er vesentlig lavere innen psykiatri enn i somatikken. Dette betyr at 3 av 3 mål for den gyldne regel er oppnådd.
OD HoD	3.0 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3,0	12	Ikke ha korridorpasienter.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport, tertialrapport og Årlig melding	Klinikk Kirkenes har ingen korridorpasienter 1. tertial 2020. Klinikk Hammerfest hadde i 2019 et snitt på 16 korridorpasienter pr mnd. I 1. tertial 2020 er snittet økt til 36 pasienter pr mnd. FIN HF har pr 1 tertial 2020 en andel på 1,2 % korridorpasienter.	Klinikk Kirkenes har ingen korridorpasienter i 2. tertial 2020. Klinikk Hammerfest har 9 pasienter i perioden. Snitt i 2019 var 16 korridorpasienter pr måned. I 2. tertial 2020 er snittet redusert til 2 pasienter pr mnd. FIN HF har pr 2. tertial 2020 en andel korridorpasienter på 0,08%

RHF	3.4 Samhandling med leverandører av private helsetjenester	3,4	1	Rapportere på innhold og samhandling med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister tertialvis.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	FIN har inngått avtale med 5 av 7 avtalespesialister. Vi er i prosess med å inngå avtale nr 6, mens den syvende avtalespesialisten har nektet å signere. FIN sjekker nå internt om noen av fagmiljøene ønsker at vi avtaler møter med avtalespesialistene. Slike møter har hittil ikke vært avholdt.	FIN har inngått avtale med 6 av 7 avtalespesialister. Den syvende avtalespesialisten har nektet å signere. FIN sjekker nå internt om noen av fagmiljøene ønsker at vi avtaler møter med avtalespesialistene. Slike møter har hittil ikke vært avholdt.
RHF	4.5 Personvern og informasjonssikkerhet	4,5	1	Utarbeide en tiltaksplan, og iverksette nødvendig tiltak, som sikrer at helseforetakenes IKT-systemene og teknologiske sikkerhetstiltak bidrar til å forebygge og avdekke dataangrep.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding	Tiltaksplan er utarbeidet. Det jobbes med å komplementere denne, samt lukke kjente sårbarheter påpekt av Riksrevisjonen og HN IKT. Tiltak blir også iverksatt via regionale prosjekter (HIS/MODI).	De fleste sårbarhetene påpekt av Riksrevisjonen og HN IKT er lukket. Resterende under prosess. Tiltak blir også iverksatt via regionale prosjekter (HIS/MODI).
RHF	7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell	7,2	9	Lage en handlingsplan for oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse "Utfordringer med bemanningen av sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere i sykehus".	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial	0	Finnmarkssykehuset har utarbeidet en handlingsplan for rekruttering og stabilisering innenfor profesjoner som det er knyttet utfordringer mht rekruttering og stabilisering, herunder sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre. Tiltak er rettet mot rekruttering og stabilisering og innebærer både muligheter til faglig kompetanseheving igjennom utdanningsstillinger og lønnsmessig tillegg i forbindelse med rekruttering og stabilisering av spesialsykepleiere. Foretaket øker fra 2021 budsjettet for utdanningsstillinger for å kunne møte fremtidig behov. Tildeling av stillinger baserer seg på framskrivning av kompetansebehov som årlig revideres.



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

Deres ref.:

Vår ref.:  
2020/141-21

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Tina Eitran, 915 79 783

Sted/Dato:  
Bodø, 20.6.2020

## Foretaksmøte, den 25. juni 2020 - innkalling, Finnmarkssykehuset HF

Under henvisning til bestemmelsene i Lov om helseforetak m. m. (helseforetaksloven) kapittel 5 *Foretaksmøtet* §§ 16, 17, 18 og 19, samt stiftelsesprotokoll for Finnmarkssykehuset HF § 10, innkalles til foretaksmøte i Finnmarkssykehuset HF på **torsdag, den 25. juni 2020 - kl. 16.00.**

Møtet avvikles som telefonmøte. Informasjon om oppkobling oversendes pr. e-post sammen med denne innkallingen.

Til behandling foreligger følgende saker:

Sak 27-2020	Godkjenning av innkalling
Sak 28-2020	Godkjenning av sakliste
Sak 29-2020	Valg av representant til å underskrive protokollen sammen med møteleder
Sak 30-2020	Oppdragsdokument 2020 – reviderte krav og oppdrag

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

Vennlig hilsen

Renate Larsen /s/  
styreleder

Cecilie Daae /s/  
adm. direktør

Vedlegg: Sak 30-2020 Oppdragsdokument 2020 – reviderte oppdrag og krav

Kopi: Riksrevisjonen, Postboks 8130 Dep, 0032 Oslo

Møtedato: 25. juni 2020  
Arkivnr.:

Saksbeh.  
Rolandsen, Hansen, Dokmo

Sted/Dato:  
Bodø, 20.6.2020

## **Foretaksmøtesak 30-2020 Oppdragsdokument 2020, reviderte krav og oppdrag**

Bakgrunn for saken er endringer i krav og oppdrag for 2020 i foretaksprotokoll mellom Helse Nord RHF og Helse- og omsorgsdepartementet 10. juni 2020.

### **Justert oppdragsdokument for 2020**

På grunn av utbruddet av covid-19 har helseforetakene vært nødt til å prioritere beredskap og håndtering av den aktuelle situasjonen. Krav og rammer for 2020 fastsatt i foretaksmøtet i Helse Nord RHF 14. januar 2020, og oppdrag gitt i oppdragsdokumentet av samme dato, vil ikke være mulig å gjennomføre slik de er planlagt.

Selv om situasjonen nå er under kontroll, og alle helseforetakene har planer for å håndterere utbruddet av covid-19 videre, er helseforetakene fortsatt i en beredskapssituasjon. Aktiviteten vil være lavere enn tidligere planlagt og en rekke oppdrag vil derfor bli forsinket og måloppnåelsen vil bli lavere enn forventet.

Foretaksmøtet viser til justert oppdragsdokument for 2020, som vedlegges saken. Enkelte av målene og frister er endret, og det er gitt enkelte nye oppdrag for 2020. De overordnede målene for spesialisthelsetjenesten gitt i oppdragsdokumentet i januar 2020 gjelder fremdeles. Målet om å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen er særlig viktig i en situasjon der aktiviteten har gått ned grunnet covid-19 utbruddet.

Helse Nord RHF legger til grunn at håndteringen av covid-19 utbruddet vil påvirke helseforetakene sin evne til å nå mål og gjennomføre oppdrag for 2020. Helse Nord RHF endrer derfor enkelte av målene i oppdragsdokumentet for 2020 og utsetter fristen for enkelte av oppdragene. Endringene framkommer i vedlagte dokument. Det gis også enkelte nye oppdrag for 2020. Øvrige oppdrag og mål i oppdragsdokumentet 2020 videreføres. Krav som er endret (utsatt frist eller endret av annen årsak) er merket med gult. Nye krav er merket med grønt.

Helse Nord RHF anerkjenner at håndteringen av covid-19 utbruddet vil kunne påvirke måloppnåelse og gjennomføring også for disse målene og oppdragene.

Vi viser til *foretaksmøtesak xx-2020 Overordnede rammer for aktiviteten i 2020 i lys av utbruddet av covid-19* (ulikt saksnummer for de ulike HF-ene) i felles foretaksmøte med helseforetakene 21. april 2020 ble det henvist til protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord RHF 17. april 2020:

*Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:*

- *fortsette arbeidet med å planlegge og forberede for et høyt antall intensivpasienter, i tråd med analyser gjennomført av Folkehelseinstituttet.*
- *starte opptrapping til mer normalt drift i helseforetakene.*

På bakgrunn av føringer i foretaksmøtet 10. juni 2020 mellom Helse Nord RHF og Helse- og omsorgsdepartementet, der revidert Oppdragsdokument 2020 ble vedtatt, ber Helse Nord RHF helseforetakene om å fortsette å forberede seg på at det kan komme en større bølge med covid-19 pasienter. Forberedelse til eventuell ny bølge må inkludere tilgang til smittevernutstyr, legemidler og testutstyr.

Samtidig skal det sikres gode helsetjenester til befolkningen, og at behandlingsskapasitet ikke blir stående ubrukt i påvente av en ny bølge.

Med forbehold om vedtak i styresak 90-2020 Revidert oppdragsdokument 2020 til helseforetakene, som behandles i styremøte, den 25. juni 2020, inviteres foretaksmøtet til å fatte følgende vedtak:

1. Foretaksmøtet vedtar vedlagte dokument som revidert oppdragsdokument 2020 for Finnmarkssykehuset HF.
2. På vegne av styret i Helse Nord RHF har adm. direktør i Helse Nord RHF ansvar for å følge opp helseforetakets gjennomføring av kravene som er stilt i revidert oppdragsdokumentet 2020.

Bodø, den 20. juni 2020

Cecilie Daae  
adm. direktør

Vedlegg: Oppdragsdokument 2020, reviderte krav og oppdrag til helseforetakene.



# Revidert Oppdragsdokument 2020

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene

 **HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÄTIE



 **FINNMARKSSYKEHUSET**  
FINNMÄRKKU BUOHCCIVIESSU



 **NORDLANDSSYKEHUSET**  
NORDLÁNDA SKIPIJVIESSO



 **SYKEHUSAPOTEK NORD**  
DAVVI BUOHCCEVIESSOAPOTEHKA



 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**  
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU



 **HELSE NORD IKT**

Vedtatt i styret i Helse Nord RHF 25. juni 2020

## Innhold

Innledning .....	3
Mål og føringer .....	4
3.0 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder .....	7
3.1 Sikre god pasient- og brukervedvirkning .....	8
3.2 Somatikk .....	8
3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) .....	9
3.4 Samhandling med leverandører av private helsetjenester .....	9
4.0 Kvalitet i pasientbehandlingen .....	10
4.1 Kvalitetsutvikling .....	10
4.3 Pasientsikkerhet .....	11
4.4 Smittevern .....	11
4.5 Personvern og informasjonssikkerhet .....	12
4.8 Beredskap .....	12
5.0 Samhandling med primærhelsetjenesten .....	12
7.0 Bemanning og kompetanse .....	13
7.1 Sikre gode arbeidsforhold .....	13
7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell .....	13
7.4 Helse- miljø og sikkerhet .....	14
8.0 Forskning og innovasjon .....	14
9.0 Økonomi - behov for kontinuerlig forbedring og omstilling .....	16
9.1 Resultatkrav .....	16
9.2 Anskaffelsesområdet .....	16
10.0 Teknologi .....	16
11.0 Bygg og kapasitet .....	17
12 Styringsparametere 2020 .....	18
13 Oppfølging og rapportering .....	20
14 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering .....	20

## Innledning

Helse Nord RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester. Oppdragsdokumentet inneholder de prioriterte kravene for 2020 og er viktig for å utvikle helsetjenesten til befolkningen.

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



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

## Mål og føringer

For å innfri de nasjonale styringsmålene fra Helse- og omsorgsdepartementet, og fortsette oppfølgingen av regional utviklingsplan 2035, innretter vi de regionale styringsmålene i samsvar med nasjonale:

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

Oppdragsdokumentet er bygd opp rundt områdene i regional utviklingsplan 2035.

Bærekraftig økonomi skal betraktes som en forutsetning for virksomheten på lik linje med styringsmålene. Det forutsettes at målene innfris innenfor rammen av tildelte midler.

Nasjonal helse- og sykehusplan vektlegger viktige områder og drivere som er vesentlige for å lykkes med utvikling og forbedring av helsetjenesten:

- A. Sikre nok helsepersonell med riktig kompetanse
- B. Forbedre systemer, strukturer og arbeidsprosesser som understøtter mål om bedre kvalitet
- C. Forbedre samhandling
- D. Styrke pasient, pårørende og brukere
- E. Styrke og utvikle en ledelseskultur som lykkes med åpenhet og forbedring
- F. Mer tjenesteutviklende forskning og innovasjon av høy kvalitet og nytte

Andre overordnede føringer er Helse Nords regionale utviklingsplan, økonomisk langtidsplan og investeringsplan, 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 og et bredt tilbud ved Nordlandssykehuset, er tjenlig for landsdel og befolkning. Vår 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. Et systematisk og målrettet arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til beste for pasientene, skal være målet for virksomhetenes arbeid. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er et viktig verktøy og skal implementeres på alle nivåer.

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 skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- Meld. St. 7 (2019 -2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 -2023
- Meld. St. 9 (2019 -2020) Kvalitet og pasientsikkerhet 2018
- Meld. St. 18 (2018 -2019) Helsenæringen – Sammen om verdiskaping og bedre tjenester
- Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019 -2022
- Handlingsplan for bedre smittevern 2019 -2023
- Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019 -2023
- Utprøvende behandling – nasjonale prinsipper. Nasjonal veileder (Helsedirektoratet, 2019)
- Overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering for IKT i helse- og omsorgssektoren
- NSM grunnprinsipper for IKT- sikkerhet
- HelseCERTs anbefalte sikkerhetstiltak
- Nasjonal strategi for digital sikkerhet

Helse Nord RHF legger til grunn at håndteringen av covid-19 utbruddet vil påvirke helseforetakene sin evne til å nå mål og gjennomføre oppdrag for 2020. Helse Nord RHF endrer derfor enkelte av kravene i oppdragsdokumentet for 2020 og utsetter fristen for enkelte av oppdragene. Disse endringene framkommer i dette dokumentet.<sup>2</sup> Det gis også enkelte nye

---

<sup>1</sup> Spesialisthelsetjenesteloven og prioriteringsforskriften

<sup>2</sup> Nye krav er merket med **grønn** tekst, krav som er endret er merket med **gul** tekst

oppdrag for 2020. Øvrige oppdrag og mål i oppdragsdokumentet 2020 videreføres. Helse Nord RHF anerkjenner samtidig at håndteringen av covid-19 utbruddet vil kunne påvirke måloppnåelse og gjennomføring også for disse kravene og oppdragene.

Helse Nord RHF understreker at de overordnede målene for spesialisthelsetjenesten gjelder, selv om enkelte konkrete krav for 2020 utgår. Målet om å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen er særlig viktig i en situasjon der aktiviteten har gått ned grunnet covid-19 utbruddet.

Sykehusene bør fortsette å forberede seg på at det kan komme en større bølge med covid-19 pasienter. Samtidig bør det sikres gode helsetjenester til befolkningen, og at behandlingsskapasitet ikke blir stående ubrukt i påvente av en ny bølge. Forberedelse til en ny bølge bør inkludere tilgang til smittevernutstyr, legemidler og testutstyr.

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

Vedtatt styringsmodell innenfor IKT- området, jf. styresak 70-2002, vedtakspunkt 2 -5 gjelder. Helse Nord IKT og helseforetakene skal innen 1.12.2020 i fellesskap utrede en hensiktsmessig modell for tjenestepriking der eventuelt prinsippene for avkortning (styresak 97-2015), som eneste sanksjonsmiddel ved sviktende leveranser, skal gå frem. Det skal for 2020 ikke brukes økonomiske sanksjoner mellom Helse Nord IKT og andre helseforetak i regionen.

Helseforetakene skal aktivt arbeide for å redusere risikoen på informasjonssikkerhetsområdet, jf. tidligere års oppdragsdokument. Ved ulike vurderinger av nivået for akseptabel risiko i regionale fellesløsninger kan Helse Nord RHF gjennom eierstyringen, pålegge helseforetakene til å legge høyeste nivå til grunn.

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.

### 3.0 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

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

1. Pasientene må gis god informasjon om kontaktlegeordningen, med særlig fokus på fagområder hvor behovet for kontaktlege er særlig stort, for eksempel kreft og habilitering.
2. Gjennomføre tiltak med mål om å styrke helsepersonells kompetanse i involvering og opplæring av voksne pårørende.
3. Gjennomføre tiltak med mål om å styrke helsepersonells kompetanse i samisk språk og kulturforståelse.
4. Utvikle rutiner for gode overganger fra barn til voksen i sykehus innenfor minst tre fagområder. Ungdomsrådene skal involveres i dette arbeidet. «Prinsipper for gode overganger» utviklet av ungdomsrådene i Helse Nord, bør tas hensyn til i utarbeidelsen av rutinene.
5. Ta i bruk samvalgsverktøyene som er publisert på helsenorge.no i klinisk praksis. UNN skal lede arbeidet med å utvikle en mal for evaluering av samvalgsverktøy i samarbeid med de andre helseforetakene.
6. **Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2019. Utgår.** Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager innen utgangen av 2021.
7. Frem mot publisering av nasjonal, faglig retningslinje i april 2020 etablere et helhetlig behandlingstilbud for personer med kjønnsinkongruens. Helsedirektoratets foreslåtte anbefalinger (sendt på høring 27. november 2019) skal legges til grunn ved etableringen, sammen med internasjonal fagkunnskap og erfaringer fra andre lands tjenester på området. Når endelig retningslinje er publisert må det regionale helseforetaket vurdere om det er behov for justeringer i tilbudet. Det skal etableres en regional arbeidsgruppe for å lage et forslag til behandlingstilbud. UNN skal lede arbeidsgruppen. Frist for å ferdigstille en beskrivelse av det regionale behandlingstilbudet for personer med kjønnsinkongruens er 1. september 2020.
8. Vurdere utvikling i bruk av behandlingshjelpemidler for å korrigere uønsket variasjon og definere ønsket utvikling med økt hjemmebehandling. Vurdere behov for kompetanse og eventuelle organisatoriske endringer.
9. **Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid) utgår.** Overholde minst 95 pst. av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid) innen utgangen av 2021.
10. Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder **i andre halvår 2020** sammenliknet med **andre halvår 2019**, målt ved indikatoren planleggingshorisont, tidligere stilt krav om at det skal være en planleggingshorisont for bemanning og timetildeling ved poliklinikkene på minst 6 måneder gjelder fortsatt.
11. Det skal være høyere vekst i aktivitet og kostnader innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. 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.
12. Ikke ha korridorpasienter.



13. Innføre, i samarbeid med kommunene, bedre rutiner for avklaring av hjelpebehov hos barn og unge. Disse rutinene skal innrettes i tråd med anbefalinger fra Helsedirektoratet, som tentativt vil foreligge våren 2020 (utsettes hvis anbefaling ikke kommer).
14. Gjennomføre tiltak som har dokumentert effekt på kapasitetsutnyttelse og unødvendig venting innen poliklinisk behandling. Det legges til grunn at disse tiltakene gjennomføres for all poliklinisk behandling, med mindre særskilte forhold tilsier noe annet. Det tas et generelt forbehold om at beredskapsarbeidet kan forsinke eller forstyrre gjennomføringen av tiltakene. Tiltakene skal bl.a. inkludere:
- Innføring og bruk av digitale skjemaer og verktøy for å innhente nødvendig informasjon fra pasientene før oppmøte til time.
  - Ta i bruk video- og telefonkonsultasjoner med sikte på opprettholde omfanget av slike konsultasjoner etter hvert som aktiviteten normaliseres.
  - Bruke digitale skjemaer, video- og telefonkonsultasjon og digital hjemmeoppfølging for minst 30% av alle polikliniske konsultasjoner i 3. tertial.

Krav til NLSH og UNN:

15. Utarbeide en plan for å innføre ParkinsonNet innen utgangen av året, med sikte på innføring innen 30. juni 2021.

Krav til SANO og HSYK:

16. Planlegge oppstart av legemiddelleveranser til Helgelandssykehuset.

Foretaksspesifikke krav:

**Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN):**

17. Utvikle mal for å evaluere bruk av samvalgsverktøy i samarbeid med de andre helseforetakene.
18. Utvikle en informasjonsstrategi for å formidle hvilke tjenester som ytes til befolkningen og tilreisende ved Longyearbyen sykehus, herunder også betalingsordningene for de ulike tjenestemottakerne innen 31.12.2021.

### 3.1 Sikre god pasient- og brukervedvirkning

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

1. Minimum 100 nye behandlingsbeskrivelser skal publiseres på foretakets nettside.

### 3.2 Somatikk

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

1. Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.
2. Innføre pakkeforløp for hjerneslag del 2.
3. Registrere fødselsnummer på alle nyfødte før utskrivelse.
4. Forberede innføring av screening for tarmkreft i henhold til føringer i regionalt prosjekt.

5. Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.
6. Følge opp kompetanse- og ressursbehov dokumentert i rapporten "Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem" i utvikling av fødeinstitusjonene.

Krav til FIN, UNN og HSYK:

7. Andel av meniskopererte over 50 år ved skal være lavere enn 35%.

Krav til NLSH og FIN:

8. Antall acromionreseksjoner i 2020 skal være lavere enn 50 per 100 000 innbyggere i opptaksområdet.

Krav til FIN og UNN:

9. Delta i ny vurdering av intensivtilbudet ved Kirkenes sykehus, for å sikre at klinikken har ressurser og kompetanse til å behandle respiratorpasienter som ikke kan sendes videre. Frist for vurderingen er 1. oktober.

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

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

1. Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.
2. Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.
3. Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet skal være minst 60 pst.
4. Minst 50 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.
5. Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2020.
6. Implementere tverrfaglige oppsøkende behandlingsteam innen psykisk helsevern der det er befolkningsmessig grunnlag for det.
7. Legge til rette for at flere metoder innen psykisk helsevern og TSB blir vurdert i systemet for Nye metoder.
8. Legge funnene i SINTEFs første rapport for evaluering av pakkeforløpene i psykisk helse og rus til grunn for videreutvikling av arbeidet med registrering og tekniske løsninger knyttet til pakkeforløpene, samt sørge for at brukerrepresentanter og erfaringskonsulenter involveres i forbedringsarbeidet og implementeringen av pakkeforløpene.

### 3.4 Samhandling med leverandører av private helsetjenester

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

1. Rapportere på innhold og samhandling på inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister tertialvis.

## 4.0 Kvalitet i pasientbehandlingen

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

1. Sørge for at eldre pasienter og pasienter med hjelpebehov sikres ambulansetjeneste/pasienttransport på dag- og ettermiddagstid slik at de ikke sendes hjem om natten. Dette kan innebære å øke transportkapasitet på dag- og ettermiddagstid. Unntak kan gjøres hvis pasienten selv ønsker å reise hjem, et slikt ønske skal dokumenteres.
2. Påse at sykehusene ikke bruker fastlegene til administrativt arbeid som naturlig bør tilligge sykehusene. Dette gjelder blant annet følgende administrative oppgaver:
  - Videre henvisning til undersøkelser og kontroller basert på funn og vurderinger gjort av spesialisthelsetjenesten.
  - Rekvisisjoner på bildediagnostikk eller laboratorieanalyser som ledd i sykehusets vurderinger.
  - Rekvirering av pasientreiser til og fra undersøkelser i sykehus. Sykemeldinger for sykehusopphold og den første tiden etterpå, frem til neste kontroll hos fastlege eller ny vurdering hos spesialist, hvis det er indikasjon for det.
  - Resept på nye legemidler, ved endret dosering og ved skifte av legemidler.
  - Vanskelig tilgjengelige medikamenter gis med ved utskrivning for de første dagene.Legeforeningens "Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus" bør legges til grunn for samarbeidet med fastlegene.
3. Alle akuttsykehus skal ha breddekompetanse innenfor behandling av eldre, og alle store akuttsykehus skal ha spesialist i geriatri.

### Foretaksspesifikke krav:

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN):**

4. Etablere et regionalt barnepalliativt team som skal veilede de lokale barneavdelingene og ha ansvar for helseregionens kompetanse, tilbud og kvalitet innen barnepalliasjon, i samsvar med Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge. Helse Nord sitt barnepalliative team må ha tilgang til samisk språk og kulturkompetanse og skal bistå de andre helseregionenes barnepalliative team ved behov for samisk språk og kulturkompetanse.

## 4.1 Kvalitetsutvikling

### Krav til alle:

1. Innføre nye rutiner for risikostyring i tråd med oppdaterte regionale retningslinjer.

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

2. I samsvar med Regional utviklingsplan 2035 delta i arbeidet med utviklingen av en strategi for legemiddelforsyningen i regionen.

3. I samarbeid med helseforetakene gjennomføre planlagt ressursopptrapping i henhold til opprinnelig opptrappingsplan for klinisk farmasi vedtatt i Helse Nord RHF's styre 15.6.2016.
4. I samsvar med Regional utviklingsplan etablere lokale ressursgrupper for samisk språk og kultur. Ressursgruppene skal være en ressurs for samiske pasienter og ansatte.

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

5. Øke bruken av simulering for kompetanseheving og samarbeide med andre helseforetak om utvikling og deling av opplegg for simulering.
6. Samarbeide med Folkehelseinstituttet om gjennomføring av kontinuerlige PasOppundersøkelser blant pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern og TSB.

Krav til FIN og HSYK:

7. Delta i *QI Nord - Forbedringsutdanning* med 10 deltakere per kull, totalt 20 per år.

Foretaksspesifikke krav:

**Nordlandssykehuset:**

8. Tilby 10 plasser per kull på *QI Nord - Forbedringsutdanning*, til Helgelandssykehuset.

**Universitetssykehuset Nord- Norge:**

9. Tilby 10 plasser per kull på *QI Nord - Forbedringsutdanning*, til Finnmarkssykehuset.

**Sykehusapotek Nord:**

10. I samarbeid med de regionale sykehusapotekforetakene etablere en hensiktsmessig styrings-/samarbeidsmodell for å nå felles strategiske mål for apotekutsalgene.

## 4.3 Pasientsikkerhet

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

1. Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres sammenliknet med året før.
2. Andel legemiddellister som er samstemt inn (i DIPS medikamentmodul) skal være mer enn 90 %.

## 4.4 Smittevern

Krav til alle:

1. Følge opp beredskapsplanen for smitteverntiltak ved økt smittespredning under covid-19-pandemien.

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

2. 30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i 2020 sammenliknet med 2012. 2020 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden.

## 4.5 Personvern og informasjonssikkerhet

### Krav til alle:

1. Utarbeide en tiltaksplan, og iverksette nødvendig tiltak, som sikrer at helseforetakenes IKT-systemene og teknologiske sikkerhetstiltak bidrar til å forebygge og avdekke dataangrep.
2. Styrebehandle status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet innen 1. juni. (2020)
3. Dataansvarlig skal etablere rask og sikker pålogging i form av to-faktor autentisering for tilgang til helseopplysninger/personopplysninger. Datatilsynets anbefalinger skal legges til grunn.
4. Etablere formelle rutiner og prosedyrer som sikrer at dataansvarlig godkjenner endringer i infrastrukturen som påvirker dataansvarliges ansvarsområde.

### **Helse Nord IKT:**

5. I samarbeid med Norsk Helsenett SF/HelseCERT, inngå samarbeidsavtaler med NSM/NorCERT knyttet til VDI-nettverket.

## 4.8 Beredskap

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

1. Årlig rapportere oppdatert oversikt over antall pasientsenger, enerom med eget bad/WC og kontakt- og luftsmitteisolater. Kompetansesenter i smittevern Helse Nord har utarbeidet en regional mal for dette.

### Foretaksspesifikke krav:

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

2. Utvikle planverk for systematiske samhandlingsøvelser med samtlige beredskaps- og redningsaktører i Longyearbyen og å prioritere å trene eget personell og øve dette planverket ved Longyearbyen sykehus.

## 5.0 Samhandling med primærhelsetjenesten

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

1. Innrette samarbeid med kommunene i tråd med mål og rammer fastsatt i NHSP og i tråd med avtale mellom regjeringen og KS av 23. oktober 2019 om innføring av helsefelleskap. SANO skal involveres i arbeidet der det er relevant.
2. Sette konkrete mål for kompetansedeling sammen med kommunene i helsefelleskapene.
3. Gi innspill til neste nasjonale helse- og sykehusplan sammen med kommunene i helsefelleskapet.
4. Gjennomføre tiltak for å ivareta samhandling om samiske pasienter i helsefelleskapene.
5. I samarbeid med kommunene få på plass følgetjeneste for gravide og fødende, i tråd med Helsedirektoratets nasjonale veileder Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Veilederen legger til grunn et behov for en døgnkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste der det er halvannen times reisevei til fødestedet. Dette er en veiledende grense og må beregnes ut fra faktisk bosettingsmønster,

ikke beliggenhet av kommunesenteret. Det vises til Helsedirektoratets oppdrag om å belyse hva endringer i kompleksitet i fødselsomsorgen betyr for bemanning og finansieringssystem med frist 1. mars 2020.

6. Implementere minst ett felles tiltak for medisinsk avstandsoppfølging som tidligere har vært pilotert med gode resultater i samarbeid med kommunene og med støtte av Helse Nord IKT og de andre helseforetakene i regionen. Nordlandssykehuset HF skal koordinere arbeidet.
7. Videreutvikle tjenestetilbudet til stormottakere av helsetjenester (somatikk, psykisk helsevern og rus) i samarbeid med kommunene og andre helseforetak. Universitetssykehuset i Nord-Norge HF skal koordinere arbeidet.

Foretaksspesifikke krav:

**Finnmarkssykehuset HF:**

8. Nedsette en arbeidsgruppe med kommunene på Varangerhalvøya og Tana kommune for å utrede hvilke ytterligere spesialisthelsetjenestetilbud som kan tilbys i Vadsø, herunder røntgen/ultralyd. **Utredningen skal gjennomføres innen 31. 12. 2021.**

## 7.0 Bemanning og kompetanse

### 7.1 Sikre gode arbeidsforhold

Foretaksspesifikke krav:

**Universitetssykehuset Nord-Norge:**

1. Etablere regionalt nettverk for ledelse og lederutvikling.

### 7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

Krav til alle:

1. Vurdere å ta i bruk traineeordninger i sitt arbeid for å nå målene i inkluderingsdugnaden.
2. Antall lærlinger både i helsefag og i andre lærefag som er relevante i sykehus økes i løpet av planperioden 2020–2023. Arbeidet med å øke antallet helsefagarbeiderlærlinger med minimum 20% innen utgangen av 2023 skal prioriteres.
3. Rapportere status i foretakets arbeid med å nå målsettingene i inkluderingsdugnaden.
4. Utarbeide og styrebehandle handlingsplan innen **1.5.2021** for Inkluderingsdugnaden.
5. Etablere tverrfaglig team for bemanningsplanlegging og framskriving av kompetansebehov.
6. Delta i arbeidet med revidering av strategisk kompetanseplan.
7. I samsvar med Regional utviklingsplan 2035 utrede strategier for å beholde og rekruttere ansatte med samisk språk og kulturforståelse.

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

8. Etablere en ordning for ALIS' (leger i spesialisering i allmenntilleggsmedisin) sykehuspraksis for å oppnå fastsatte læringsmål. Det forutsettes ikke opprettelse av egne stillinger, og det bes om at tilgjengelige ressurser benyttes. Avvikling av sykehuspraksis skal avtales med samarbeidende kommuner.

9. Lage en handlingsplan for oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse "Utfordringer med bemanningen av sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere i sykehus".
10. Gjennomføre oppgavedeling mellom nivåer og yrkesgrupper for å nå kravet om over 5% andel helsefagarbeidere innen 2021.

Krav til NLSH og UNN:

11. Etablere Akutt- og mottaksmedisin som spesialitet.

Krav til UNN og HSYK:

12. Opprette et opplæringskontor for helsefaglæringer og andre relevante lærefag. Helseforetak kan samarbeide om opplæringskontorene der det er hensiktsmessig.

Foretaksspesifikke krav:

**Universitetssykehuset Nord-Norge:**

13. Etablere regional koordineringsenhet for helsefaglig simulering og ferdighetstrening.

## 7.4 Helse- miljø og sikkerhet

Krav til alle:

1. Andel enheter med godt sikkerhetsklime i et helseforetak skal være minst 75 pst. innen utgangen av 2023.
2. Delta i utarbeidelse og implementering av felles retningslinjer for varsling i Helse Nord under ledelse av RHF-et.

Foretaksspesifikke krav:

**Helgelandssykehuset:**

3. Etablere regionalt nettverk for sykefraværsoppfølging.

## 8.0 Forskning og innovasjon

Krav til alle:

1. Inngå eller revidere avtaler med universitetene i regionen, i tråd med ny rammeavtale som Helse Nord RHF har inngått i oktober 2019.

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

2. Samarbeide med næringslivet om innovative løsninger.
3. Legge til rette for at alle vitenskapelige artikler som utgår fra forskningsmidler utlyst i det regionale helseforetaket fra og med 1.1.2021 skal være åpent tilgjengelige.
4. Bruke innovasjonsverktøyet Induct for å registrere og utvikle innovasjonsprosjekter. Det skal rapporteres på innovasjonsindikatorerne definert av HOD.

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



## *Oppdragsdokument 2020*

5. Antall nye kliniske behandlingsstudier skal økes med 5 pst. i 2020 sammenliknet med 2018.
6. Stimulere til tjenesteinnovasjon. Medisinsk avstandsoppfølging er et aktuelt felt for å utvikle og ta i bruk nye løsninger.

### Krav til SANO, FIN, NLSH og HSYK:

7. Prioritere en økt andel egne midler til forskning i 2021, for å bidra til å innfri at ressursbruken til forskning skal økes.

### Foretaksspesifikke krav:

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

8. UNN skal øke sin ressursbruk til forskning i 2021, for å bidra til å komme på nivå med sammenlignbare universitetssykehus (jf NIFUs statistikk).

## 9.0 Økonomi - behov for kontinuerlig forbedring og omstilling

### 9.1 Resultatkrav

Helseforetakene skal i 2020 basere sin virksomhet på de tildelte midler med følgende resultatkrav:

Finnmarkssykehuset:	Overskudd kr 24 mill
UNN:	Overskudd kr 40 mill
Nordlandssykehuset:	Overskudd kr 5 mill
Helgelandssykehuset:	Overskudd kr 20 mil
Sykehusapotek Nord:	Overskudd kr 1 mill <sup>3</sup>
Helse Nord IKT:	Økonomisk balanse

### 9.2 Anskaffelsesområdet

Krav til alle:

1. Med utgangspunkt i UNNs artikkelregister utvikle rutiner for forvaltning av felles regionalt avtaleregister på lagerført sortiment
2. Ved utgangen av 2020 skal andel omsetning av definerte varegrupper gjennom innkjøpssystemet ClockWork være: Varekjøp 90% og tjenestekjøp 50%
3. Delta med klinisk, teknisk eller merkantilt personell i alle relevante nasjonale og regionale anskaffelsesprosjekt, eller aktivt gi fullmakt til andre foretak å ivareta deres interesser.
4. Utarbeide en ansvars-/interessematrise i tråd med kategoristrukturen, som synliggjør ansvarsfordeling og beslutningsstruktur på anskaffelsesområdet. Arbeidet skal utføres i samarbeid med Sykehusinnkjøp og helseforetakene.
5. Planlegge mottak og implementering av alle nasjonale og regionale avtaler; i samarbeid med Sykehusinnkjøp HF.
6. Utarbeide oversikt over foretakets samlede avtaleportefølje innen 1.9.20  
Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Sykehusinnkjøp HF.

Foretaksspesifikke krav:

**Nordlandssykehuset:**

7. Redusere omfang diverseordrer i innkjøpssystemet.

## 10.0 Teknologi

Krav til alle:

1. Leveranser inkl. SLA mellom helseforetakene og Helse Nord IKT HF skal være formalisert skriftlig og signert av begge parter.
2. Delta i innføringen av produksjonsstøttesystem for medikamentell kreftbehandling.
3. Helseforetakene skal delta i arbeidet med utarbeidelse av teknologiplan for Helse Nord. Arbeidet ledes av Helse Nord RHF.

---

<sup>3</sup> Overskudd i publikumsavdelingen

4. Betalingsforpliktelser må skille mellom kostnader besluttet av eier og kostnader for tjenester og bestillinger direkte fra helseforetakene.
5. Innenfor rammen av digitale innbyggertjenester skal dokumentdeling via kjernejournal realiseres i Helse Nord. Helseforetakene skal aktivt prioritere og delta i arbeidet.
6. Helse Nord IKT HF og helseforetakene skal **innen 1.12.2020 (frist utgår)** i fellesskap utrede en hensiktsmessig modell for tjenesteprising der eventuelt prinsippene for avkortning, som eneste sanksjonsmiddel ved sviktende leveranser, skal gå frem.  
Arbeidet skal tilpasses covid- 19 situasjonen og om nødvendig ferdigstilles i **2021**. Det skal for 2020 ikke brukes økonomiske sanksjoner mellom Helse Nord IKT og andre helseforetak i regionen.

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

7. Sette egne mål med gradvis opptrapping mot 2023 for andel konsultasjoner som skal gjennomføres pr video, innen 1. tertial.
8. Øke bruk av skjermtolking.
9. **Innføre løsninger for digital hjemmeoppfølging som kan redusere behovet for polikliniske kontroller.**

## 11.0 Bygg og kapasitet

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

1. Oppdatere tilstand på hele bygningsmassen ved bruk av Multimap. I tillegg til teknisk tilstand skal tomt- og områdeforhold, funksjonell egnethet og strukturelle egenskaper vurderes. **Frist for gjennomføring 1. juni (frist utgår).**

Krav til FIN:

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

## 12 Styringsparametere 2020

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 2020. Datakilder og publiseringsfrekvens.

Mål 2020	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
<b>1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen</b>			
Gjennomsnittlig ventetid.	Redusert i regionen sammenliknet med 2019. Skal være under 50 dager i regionen innen utgangen av 2021. Måles som årlig gjennomsnitt.	Helsedirektoratet	Månedlig
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 2019. Skal overholde minst 95 % av avtalene innen utgangen av 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
Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder målt ved indikatoren planleggingshorisont.	Økt i regionen sammenliknet med 2019.	Under utvikling og publisering	Under utvikling og publisering
<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 avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold).	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.	Gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet Kostnader: de regionale helseforetakenes regnskap Polikliniske opphold: Helsedirektoratet (ISF)	

<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, neuroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.

Oppdragsdokument 2020

Mål 2020	Mål	Datakilde	Publiserings frekvens
	Prosentvis større økning i kostnader og aktivitet.		
Forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne	Minst 80 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk, psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB	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 2019.	Helsedirektoratet	Årlig
<b>3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet</b>			
Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres på regionalt nivå sammenliknet med året før.	Redusert sammenliknet med året før.	GTT-undersøkelsene Helsedirektoratet	Årlig
Andel enheter med godt sikkerhetsklime i et helseforetak skal være minst 75 pst. innen utgangen av 2023.	"Godt" sikkerhetsklime innebærer at minst 60 % av medarbeiderne i enheten skårer 75 eller høyere på faktoren for sikkerhetsklime.	Målt gjennom undersøkelsen Forbedring og beregnet med Helsedirektoratets definisjon på indikatoren	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 korridorpasienter 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 2020 sammenliknet med 2018.	CRIStin	Årlig

## 13 Oppfølging og rapportering

Alle krav for 2020 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 2020, foretaksspesifikke mål 2020 og styringsparametere 2020.

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. 2-2020.

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

Rapportering	Innhold	Frister
Månedlig	Månedsrapport i tråd med mal.	Månedsregnskap 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 2020 8. oktober 2020  Administrativt utarbeidet tertialrapport: 15. mai 2020 25. september 2020 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 2021.  <b>Styrebehandlet</b> årlig melding (styrevedtak): Mars 2021.
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 2020: Mars 2021.

## 14 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

Kunnskapsdepartementets kandidatmål for praksisplasser finnes på [www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kd/Tildelingsbrev/id753324/](http://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kd/Tildelingsbrev/id753324/).