

Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr.:
2021/45

Saksbehandler:
Vivi Brenden Bech

Sted/Dato:
Hammerfest, 17.02.2021

Saksnummer 09/2021

Saksansvarlig: Vivi Brenden Bech, kvalitets- og utviklingssjef
Møtedato: 24. februar 2021

Oppdragsdokument 2021 for Finnmarkssykehuset HF med overordnet risikostyring

Styret i Finnmarkssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF tar Oppdragsdokumentet 2021 til etterretning.
2. Styret gir administrerende direktør i Finnmarkssykehuset HF ansvar for å følge opp gjennomføring oppdragsdokumentet.
3. Styret ber om at Oppdragsdokumentet 2021 med overordnet risikostyring følges opp gjennom tertialvis rapportering til styret.

Siri Tau Ursin
Administrerende direktør

Vedlegg:

1. Saksfremlegg
2. Oppdragsdokument 2021

Oppdragsdokument 2020 for Finnmarkssykehuset HF med overordnet risikostyring

Saksbehandler: Vivi Brenden Bech
Møtedato: 24. februar 2021

1. Formål/Sammendrag

Styresakens formål er å orientere styret om styringssignaler og innholdet i oppdragsdokument fra Helse Nord RHF til FIN i 2021. Oppdragsdokumentet for 2021 er Helse Nord RHF sine prioriteringer for å innfri nasjonale krav fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og fra Helse Nord RHF sine styre.

Oppdragsdokument ble overlevert i foretaksmøte mellom Helse Nord RHF og Finnmarkssykehuset HF (FIN) den 03.02.21. De pålagte oppgaver skal gjennomføres innenfor de rammer og ressurser som er stilt til rådighet. Overordnet risikovurdering av oppdraget er utført i henhold til Helse Nord RHF sine prosedyrer for risikostyring.

2. Bakgrunn

Til grunn for prioriteringer i oppdragsdokumentet ligger tidligere års oppdragsdokument, oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Nord RHF for 2021, Nasjonal Helse og sykehusplan, Strategisk utviklingsplan for Helse Nord RHF, protokoller fra foretaksmøter, føringer i statsbudsjettet for 2021 og styresaker som omhandler budsjett og investeringer.

I henhold til oppdragsdokument for 2021 skal helseforetakene innrette sin virksomhet etter tre overordne styringsmål:

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

Finnmarkssykehuset HF har riskovurdert 12 målkrav som kritiske for å innfri de regionale og nasjonale målene

3. Saksvurdering/analyse

Finnmarkssykehuset HF skal innrette sin virksomhet i tråd med føringer i Oppdragsdokument 2021. I oppdragsdokument for 2021 overfører Helse Nord RHF akutte styringskrav til helseforetakene. Dokumentet inneholder også en tilleggsliste med krav som videreføres fra tidligere års oppdragsdokumenter. Oppdragsdokumentet er bygd opp rundt områdene i regional utviklingsplan 2035. Der beskrives ni områder med utfordringer og mål:

1. Pasientens helsetjenste
2. Kvalitet i pasientbehandlingen
3. Samhandling med primærhelsetjensten
4. Utvikling av helsetjenesten for den samiske befolkningen

5. Bemanning og kompetanse
6. Forskning og innovasjon
7. Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling
8. Teknologi
9. Bygg og kapasitet

Strategi for Helse Nord RHF 2021- 2024 skal styrebehandles 24. februar 2021. Helseforetakene skal legge strategien til grunn i gjennomføringen av oppdragsdokument 2021.

Fokusområder fra Helse – og omsorgsdepartementet(HOD)

HOD ber Helse Nord RHF om å innrette sin virksomhet i tård med følgende overordnede styringsmål for 2021:

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Hovedoppgavene i spesialisthelsetjensten skal løses ved de offentlige sykehusene. Bedre samarbeid mellom private ideelle, private kommersielle og offentlige helsetjenester betyr bedre utnyttelse av ledig kapasitet, økt valgfrihet og nye arbeids- og samarbeidsformer.

Ventetidene har økt som følge av virusutbruddet, og utsatte pasientavtaler må tas igjen. Pasientene skal slippe unødvendig ventetid. Pasientforløpene skal være gode og effektive. Det er innført pakkeforløp for kreft, hjerneslag, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Kunnskap om variasjon i kapasitetsutnyttelsen skal brukes aktivt som grunnlag for å øke kapasitet og gi mer likeverdig tilgang til helsetjenester. Digital hjemmeoppfølging kan bidra til et mer differensiert og tilpasset tjenestetilbud, og bedre ressursutnyttelse. Bruk av video- og telefonkonsultasjoner har vært avgjørende for å kunne sikre et trygt tilbud til pasientene gjennom pandemien.

Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

De regionale helseforetakene skal fortsette å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Pasientene skal oppleve sammenhengende tjenester på tvers av spesialisthelsetjeneste og kommuner, og implementering av pakkeforløp har høy prioritet. Sammenhengende tjenester er spesielt viktig overfor barn og unge og for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

Rutiner for systematisk dialog med kommunene ved henvisning til BUP legger til rette for raskere helsehjelp på riktig nivå. Samarbeid om henvisning gjør at pasientene får rett tilbud på riktig nivå. Det må legges til rette for å forebygge kriser, akuttinnleggelses og bruk av tvang. Tverrfaglige oppsøkende team som for eksempel ACT og FACT-team, der det er befolkningsmessig grunnlag for det, bidrar til god og sammenhengende behandling.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Det skal arbeides systematisk og målrettet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til beste for pasientene. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring skal følges opp regionalt og lokalt.

Det skal være åpenhet om forskningsbasert kunnskap, pasient- og pårørendeerfaringer, kvalitetsmålinger og uønskede hendelser, som brukes aktivt i kvalitetsforbedring og for å redusere uønsket variasjon. Risikovurdering av pasientsikkerhet må inngå i planlegging, gjennomføring og evaluering av alle tiltak innad og på tvers av tjenestenivå. Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet må sees i sammenheng. "En vei inn" er etablert gjennom melde.no for å forenkle innrapportering til melde- og varselplikter.

Stortinget endret bioteknologiloven og fattet flere anmodningsvedtak som innebærer endringer i svangerskapsomsorgen. Innfasing av tidlig ultralyd og NIPT skal skje i løpet av høsten 2021, først for gruppen av gravide som har økt risiko for å bære foster med trisomier. I 2022 skal det gis tilbud om tidlig ultralyd til alle gravide. Departementet vil komme tilbake til de økonomiske konsekvensene i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett 2021 og, etter Stortingets behandling, i revidert oppdragsdokument 2021.

De regionale helseforetakene har et ansvar for strategisk og systematisk planlegging for å sikre tilstrekkelig kompetanse gjennom å utdanne, rekruttere, beholde og tilrettelegge for forskning, fagutvikling og livslang læring av helsepersonell.

Nasjonal helse- og sykehusplan

Helse Nord RHF skal iverksette tiltak knyttet til Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Helsefelleskapene er en sentral del av oppdraget, herunder å prioritere utvikling av tjenester til barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, og skrøpelige eldre.

IKT- området

Nasjonal helse- og sykehusplan omtaler overordnede innsatsområder innenfor IKT, herunder et tettere interregionalt samarbeid på IKT-området. Det forutsettes at helseforetakene i Helse Nord innretter seg etter regionale føringer slik at en sikrer koordinert og samordnet utvikling med de nasjonale aktivitetene på e-helseområdet. I løpet av 2020 er det gjort ytterligere klargjøring av styringsstruktur for IKT, og det er konkludert en rekke prinsipper både gjeldende Helse Nord RHF's styringsrett knyttet til forvaltning av fellesregionale IKT systemer, helseforetakenes ansvar som dataansvarlige samt forvaltning av regionale kliniske IKT systemer. Helse Nord RHF's formelle eierstyring rundt IKT er tidligere hjemlet i oppdragsdokument (OD) og presiseres ytterligere i OD 2021.

Foretaksspesifikke krav for 2021 for Finnmarkssykehuset HF

- 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 juni 2021(krav fra OD 2020, med utsatt frist).

- Opprette et prosjekt som skal utrede muligheten for nasjonal døgnkontinuerlig tolketjeneste. Tilbudet må dekke både nordsamisk, lulesamisk og sørsamisk. Tilbudet må ses i sammenheng med samisk tolketjeneste på Sámi klinihkka ved for eksempel hjelp av teknologi. Tilbudet skal dekke ordinær tolketjeneste, men også være tilgjengelig for AMK-sentraler.
- Vurdere organiseringen av prosjekt Nye Hammerfest sykehus i tråd med anbefalinger fra Sykehusbygg om at styringsmodellen endres fra styringsgruppe til prosjektstyre med ekstern deltaker.

Særskilte saker som skal styrebehandles

Oppdragsdokumentet stiller følgende krav til saker som skal styrebehandles i 2021.

Innen 1. juni 2021 styrebehandle status fra arbeidet med informasjonssikkerhet. Status skal som minimum inneholde:

- Status for fremdrift for handlingsplan for å lukke kjente svakheter utvikling i trusselbildet
- Resultater fra gjennomførte risikovurderinger, inntrengingstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner
- Oppsummering fra avviksrapportering
- Behov for endringer i styringssystem for informasjonssikkerhet

4. Overordnet risikovurdering

Tabellen under viser en samlet risikovurdering innenfor de mål/krav som er risikovurdert i oppdragsdokumentet.

Samlet risikovurdering - målnivå

Enhet: Finnmarkssykehuset HF - overordnet risikostyring

Dato: 21.01.2020

Mål / krav:	Målnr	Risiko før tiltak			Risiko etter tiltak		
		Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå
Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner sammenlignet med 2020. Gjennomsnittlig ventetid i somatikken skal være mindre enn 50 dager i 2022. (67 dager i 2020 mot 57 i 2019)	M 1	3	3	Middels	2	3	Middels
Gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne. (55 i 2020 mot 49 i 2019)	M 2	3	3	Middels	3	3	Middels
Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge (49 dager i 2020 mot 48 i 2019)	M 3	3	3	Middels	2	3	Middels
Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 30 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (40dager i 2020 mot 45 i 2019)	M 4	2	3	Middels	2	2	Lav
Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021.	M 5	3	3	Middels	2	3	Middels
Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskriving fra somatisk helseetjeneste. (48% i 2020)	M 6	3	3	Middels	2	3	Middels
Minst 60 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskriving fra psykisk helsevern for voksne og TSB. (31% i 2020)	M 7	3	3	Middels	2	3	Middels
Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst. og økes sammenliknet med 2020.	M 8	3	3	Middels	2	2	Lav
Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 krefortorene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.	M 9	3	3	Middels	2	3	Middels
Innen utgangen av 2021 skal andelen omsetning av definerte varegrupper gjennom Clocw ork være 90% for varekjøp.	M 10	3	3	Middels	2	3	Middels
Følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, merknader og anbefalinger fra undersøkelsen om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer.	M 11	4	3	Middels	3	3	Middels
Med utgangspunkt i nivå for 2019, redusere foretakets behov for innleid personell med 30% innen utgang 2023.	M 12	3	3	Middels	3	3	Middels

Risiko for ikke å innfri ventetidene innen somatikk (M1), Psykisk helsevern voksne (M2) og psykisk helsevern barn og unge (M3) vurderes å være middels. Situasjonen med Covid-19 har medført lengre ventetid særlig innen somatikk og skaper fortsatt usikkerhet blant annet i forhold til tilgang på vikarer. God kontroll med ventelister og god tilgang på helsepersonell er viktige suksesskriterier. Risikodempende tiltak er klinikkjefenes oppfølging av ventelistene, at disse er ledelsesstyrt og at den faglige behandlingen er fagstyrt. Tett og jevnlig oppfølging av strukturerte årsplaner, samt risikovurdering av ferieavviklingen er tiltak som forventes å bidra til et akseptabelt risikonivå for området. Risiko for å ikke innfri ventetider innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (M2) vurderes å være lav. Med de tiltak som er igangsatt er gjennomsnittlig ventetid redusert fra 45 dager i 2019 til 39 dager i 2020.

Indikatoren *Passert planlagt tid* (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. Risikoen vurderes som middels etter tiltak og usikkerheten ligger i utviklingen av pandemisituasjonen. Før Covid-19 pandemien hadde Finnmarkssykehuset økt andel avtaler som var overholdt fra 84% til nesten 89%.

Som følge av pandemien ble flere timer utsatt, noe som reduserte andel overholdte timer. Pr desember 2020 har vi 82% overholdte timer.

For kravet om epikrisetid (M6 – M7) ligger Finnmarkssykehuset HF under målkrav. Riskikoen for å ikke innfri kravet vurderes som middels både før og etter tiltak men med en litt lavere riskoskår etter tiltak. Det er iverksatt tiltak for å redusere risiko med tett oppfølging i klinikkene, og tiltak rettet mot arbeidsflyt og oppfølgning av rutiner.

Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 % (M 8). Riskoen for måloppnåelse vurderes som lav. Finnmarkssykehuset HF har en rekke tiltak på området og planlegger en større satsning på dette i 2021.

Andel pakkeforløp (M9) gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. 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.

Innen utgangen av 2021 skal andelen omsetning av definerte varegrupper gjennom Clockwork være 90% for varekjøp.(M10) Det har vært en positiv utvikling av andel omsetning av definerte varegrupper gjennom Clockwork fra gjennomsnitt i 2019 på 50,3% til snitt i 2020 på 59,1%. 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 middels både før og etter at tiltak iverksettes.

I oppdragsdokument for 2021 er det en rekke tiltak som omhandler informasjonssikkerhet. Finnmarkssykehuset skal følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, merknader og anbefalinger fra undersøkelsen om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer. (M11) Riskoen er vurdert som middels både før og etter tiltak er iverksatt. Skåren er lavere etter tiltak slik at den samlede risiko er redusert. Arbeidet er igangsatt men er noe forsinket som følge av covid-19.

Med utgangspunkt i nivå for 2019, redusere foretakets behov for innleid personell med 30% innen utgang 2023. (M12) Riskoen for måloppnåelse er vurdert som middels med noe lavere risiko etter tiltak. Innfrielse av dette målkravet har stort fokus da det vil påvirke øvrig målkrav ved at man får flere faste ansatte.

5. Medbestemmelse og brukervedvirkning

Saken har vært drøftet med de tillitsvalgte i informasjons- og drøftingsmøte 17. februar 2021, og i FAMU samme dag.

6. Direktørens vurdering

Oppdragsdokumentet for 2021 inneholder flere nye krav til Finnmarkssykehuset HF, samtidig som bestillinger i tidligere oppdragsdokument opprettholdes og videreføres. Årets oppdrag er omfattende med særlig mange punkter innenfor teknologi og informasjonsikkerhet. Finnmarkssykehuset HF må avsette tid og ressurser for oppnå et akseptabelt sikkerhetsnivå.

Oppdragsdokumentet blir gjennomgått og oppgavene fordelt i direktørens ledergruppe. Foretaket har etablert rutiner som sikrer at oppdraget implementeres i organisasjonen, og jobber med nye metoder for å forankre oppdragsdokumentet på alle nivå.

Overordnet risikovurdering av oppdraget er utført i henhold til Helse Nord RHF sine prosedyrer for risikostyring. Det er etablert tiltak for å minske risiko og for å sikre måloppnåelse. Overordnet risiko knyttet til gjennomføringen av oppdraget beskrives som middels. Utviklingen av situasjonen med covid-19 kan påvirke resultatet. Med bakgrunn i overordnet riskostyring vurderes risikoen som akseptabelt.

Vedlegg

1. Oppdragsdokument 2021 fra Helse Nord RHF til helseforetakene

Oppdragsdokument 2021

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene



HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÄETIE



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPIJVIESSO



SYKEHUSAPOTEK NORD
DAVI BUOHCCEVIESSOAPOTEHKA



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU



HELSE NORD IKT

Innhold

Innledning	4
Mål og føringer	5
Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	8
<i>Sikre god pasient- og brukermedvirkning</i>	9
<i>Somatikk</i>	10
<i>Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)</i>	11
<i>Samhandling med leverandører av private helsetjenester</i>	12
Kvalitet i pasientbehandlingen	12
<i>Kvalitetsutvikling</i>	12
<i>Pasientsikkerhet</i>	13
<i>Smittevern</i>	13
<i>Klima- og miljøtiltak</i>	13
<i>Beredskap</i>	13
Samhandling med primærhelsetjenesten	14
Bemanning og kompetanse	14
<i>Sikre gode arbeidsforhold</i>	14
<i>Tilstrekkelig kvalifisert personell</i>	14
<i>Utdanning av legespesialister</i>	15
<i>Helse, miljø og sikkerhet (HMS)</i>	16
Forskning og innovasjon	16
Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling	17
<i>Resultatkrav</i>	17
<i>Anskaffelsesområdet</i>	17
Teknologi	18
<i>Informasjonssikkerhet</i>	19
Bygg og kapasitet	20
Styringsparametere 2021	21
Oppfølging og rapportering	23
Utdanning av helsepersonell – dimensjonering	23

Forkortelser

HELSE NORD RHF	Helse Nord regionalt helseforetak
HF	Helseforetak
FIN	Finnmarkssykehuset
NLSH	Nordlandssykehuset
HSYK	Helgelandssykehuset
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge
SANO	Sykehusapotek Nord
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
ABIOK	Anestesi, barn, intensiv, operasjon og kreft- spesialistutdanning
ALIS	Leger i spesialisering i allmenntmedisin.
AMK	Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral
DIPS	Leverandør av elektronisk pasientjournal - EPJ.
GTT	Global trigger tool
IKT	Informasjons- og kommunikasjonsteknologi
LIS	Leger i spesialisering
NIFU	Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning
NIPT	Non invasiv prenatal test. En analyse av fosterets DNA i en blodprøve fra mor. Testen er aktuell hos gravide der kombinert ultralyd og blodprøve har vist høy risiko for å føde barn med trisomi 21
NSM	Nasjonal sikkerhetsmyndighet
SIFER	Nasjonalt kompetansesenternettverk i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri
SANKS	Samisk nasjonal kompetansetjeneste- psykisk helse og rus
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
UAO	Utdanningsansvarlig overlege/lege

Innledning

Helse Nord RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester. Oppdragsdokumentet inneholder de prioriterte kravene for 2021 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 Figur 1 Helse Nord planlegger og styrer helhetlig og forutsigbart, i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

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.

Andre overordnede føringer er Helse Nords regionale utviklingsplan, økonomisk langtidspan 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.

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

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 prioritering¹ 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 skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- [Meld. St. 15 \(2019–2020\) Også vi når det blir krevet - Veteraner i vår tid](#)
- [Meld. St. 24 \(2019–2020\) Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve](#)
- [Meld. St. 11 \(2020–2021\) Kvalitet og pasientsikkerhet 2019](#)
- [Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025](#)
- [Demensplan 2025](#)
- [Sammen om aktive liv. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029](#)
- [Nasjonal handlingsplan for kliniske studier \(2021–2025\)](#)
- [Nasjonal alkoholstrategi 2020–2025](#)
- [Vi – de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan.](#)
- [Strategidokumentet Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen](#)
- Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024 (vedtas 24. februar).

I løpet av 2020 er det i Helse Nord gjort ytterligere klargjøring av styringsstruktur for IKT, og det er konkludert en rekke prinsipper både gjeldende Helse Nord RHF's styringsrett knyttet til forvaltning av fellesregionale IKT-systemer, helseforetakenes ansvar som dataansvarlige samt forvaltning av regionale kliniske IKT-systemer. Helse Nord RHF's formelle eierstyring rundt IKT er tidligere hjemlet i oppdragsdokument og presiseres ytterligere i oppdragsdokument 2021.

Helseforetakene skal aktivt arbeide for å redusere risiko 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. Ytterlige presiseringer kommer i oppdatering av styringssystem for informasjonssikkerhet.

Pandemisituasjonen er uforutsigbar i 2021. Nye smitteutbrudd kan oppstå lokalt. Samtidig vil vaksineringsforbedre situasjonen utover i 2021. Helseforetakene må derfor være forberedt på smitte og sykdom i befolkningen, med mulig behov for økning i sengekapasitet og spesielt intensivkapasitet. Rehabilitering og opptrening etter covid-19-sykdom er viktig for å unngå senfølger, og Helsedirektoratet har publisert nasjonale faglige råd om rehabilitering etter covid-19-sykdom. Sykehusene må videreføre de gode

¹ Spesialisthelsetjenesteloven og prioriteringsforskriften

smittevernrutinene som er innarbeidet i forbindelse med pandemien. Det er viktig at helseforetakene opprettholder en mest mulig normal drift gjennom 2021.

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.

Koronapandemien har ført til at utviklingen av digitale helsetjenester skyter fart. Helse Nord RHF ser muligheter for bedre og mer likeverdige helsetjeneste gjennom en videreutvikling av det digitale tjenestetilbudet. Digitale tjenester vil inngå som en naturlig del av ordinære sykehustjenester, og benyttes i den grad det passer behov og ønsker hos den enkelte pasient. Dette stiller krav til brukermedvirkning i utvikling av digitale tjenester, samt kompetanse og formidlingsevne hos helsepersonell. Brukermedvirkningen i innkjøps- og anskaffelsesprosesser øker sikkerheten for at brukerperspektivet veier tungt når verktøy og løsninger for hjemmebruk skal velges. «Pasientens helsetjeneste» i pasientens hjem stiller andre krav til opplæring og oppfølging av pasient og pårørende.

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

Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

Krav til alle:

1. Bidra med oppfølging av strategien for økt kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten i henhold til strategidokumentet [Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen](#).

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

2. Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner sammenliknet med 2020. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager i 2022.
3. Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 prosent av avtalene innen utgangen av 2021.
4. Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020, målt ved indikatoren planleggingshorisont.
5. Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 prosent og økes sammenliknet med 2020. Finnmarkssykehuset skal koordinere arbeidet.
6. Det skal være høyere vekst i aktivitet innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Når det gjelder mål for kostnadsvekst, legges til grunn et særlig mål for å ta hensyn til pandemisituasjonen. Den prosentvise veksten i kostnader innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn 4,5 prosent. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Gjennomsnittlig ventetid skal 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.
7. Vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene, i samsvar med Helsedirektoratets veileder.
8. Følge opp Helse Nord sitt styrevedtak om valg av modell for overordnet organisering av pasientreiseområdet fremlagt i rapport [Interregional utredning om organiseringen av pasientreiseområdet \(2020\)](#). Målsettingen er å oppnå fordelene som er påpekt i anbefalt alternativ. Dette oppnås best ved at pasientreiser i større grad organiseres sammen med prehospitaltjenester.
9. Ta i bruk nye pasientbrevmaler. En forutsetning for å kunne digitalisere pasientbrevene er oppdatert behandlingssinformasjon på sykehusets nettsider. Hvert helseforetak skal ha dedikert ressurs for å publisere behandlingsbeskrivelser. Krav om antall publiserte behandlingsbeskrivelser:
 - Helgelandssykehuset: 50
 - Nordlandssykehuset: 150
 - UNN: 200
 - Finnmarkssykehuset: 50
10. Implementere behandlingslinje for ervervet hjerneskade.

Krav til NLSH og UNN:

11. Delta med fagekspertter til metodevurderinger i nye metoder.

Foretaksspesifikke krav:

Finnmarkssykehuset

12. Opprette et prosjekt som skal utrede muligheten for nasjonal døgnkontinuerlig tolketjeneste. Tilbudet må dekke både nordsamisk, lulesamisk og sørsamisk. Tilbudet må ses i sammenheng med samisk tolketjeneste på Sámi klinihkka ved for eksempel hjelp av teknologi. Tilbudet skal dekke ordinær tolketjeneste, men også være tilgjengelig for AMK-sentraler.

Nordlandssykehuset

13. Lede et interregionalt arbeid på vegne av Helse Nord RHF, som skal utarbeide forslag til definisjoner og mulige nasjonale måltall for digital hjemmeoppfølging samt redegjøre for arbeidet med tilrettelegging for digital hjemmeoppfølging. Helsedirektoratet skal involveres i arbeidet. En rapport om arbeidet skal leveres innen 15. oktober 2021. I tillegg til ordinær tertialrapportering forutsettes det tett dialog med Helse Nord RHF.

Sikre god pasient- og brukermedvirkning

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

14. Kartlegge og evaluere tilbudet med erfaringskonsulenter på sykehusene. Arbeidet bør gjøres i samarbeide med Brukerutvalg og Ungdomsråd.
15. Utvikle diagnoseuavhengig kurs ved Lærings- og mestringssentrene, tilpasset ungdom som lever med varige og sammensatte helseproblemer. Ungdomsrådene skal involveres i utformingen av kursene. Nordlandssykehuset skal koordinere arbeidet.
16. Sikre brukerrepresentasjon fra spesialisthelsetjenesten i planlegging og etablering av helsefellesskapene.
17. Bidra i utviklingen av nasjonale prosjekter og tiltak innenfor pasientreiseområdet i henhold til [Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon](#).

Krav til FIN, NLSH og HSYK:

18. Tilsette en Samvalgs- koordinator i 100 prosent stilling, tidsavgrenset til perioden 2021 til og med 2023. Nærmere spesifisering knyttet til kravet vil komme i eget brev.

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge

19. Lede det interregionale arbeidet med tiltak 8 i rapporten [Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon](#).

Somatikk

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

20. Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 prosent. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.
21. Sørge for flere tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier, og tilstrekkelig kompetanse gjennom barnepalliative team. UNN skal koordinere arbeidet.
22. Sørge for at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset dersom kvinnen selv ønsker det, samt sørge for at alle kvinner som blir behandlet på sykehus ved spontanabort får tilbud om oppfølging fra helsepersonell.
23. Bidra i arbeidet med å etablere en Kontaktfamilieordning for gravide som skal føde et barn med diagnose påvist i svangerskapet, og for gravide med foster hvor det er påvist en diagnose og hvor kvinnen er usikker på om hun vil søke om å avbryte svangerskapet. Tilbudet skal etableres i tjenesten i samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner. Helse Nord RHF vil lede arbeidet.
24. Følge opp Stortingets vedtak om bioteknologiloven:
 - Forberede innføring av tilbud om tidlig ultralyd og NIPT til gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk slik at dette kan gis fra høsten 2021. Behovet for kompetansehevende tiltak, mer personell, tilstrekkelig analysekapasitet og investeringer i utstyr må blant annet vurderes. Helsedirektoratet skal involveres i vurderingene vedrørende kompetansehevende tiltak.
 - Starte opp med kompetansehevende tiltak for jordmødre, leger og annet personell, og sørge for kapasitet på sykehusene slik at tilbud om tidlig ultralyd til alle gravide kan innføres i 2022. UNN skal lede arbeidet, herunder vurdere hvordan avtalespesialister kan få nødvendig tilleggskompetanse i tidlig ultralyd.
25. Oppfylle de definerte «sterke anbefalinger» som fremkommer av Nasjonal traumeplan.
26. Tilsette tarmscreeningskoordinator i 20 prosent stilling, tidsavgrenset til perioden 2021 til og med 2023. Nærmere spesifisering knyttet til kravet vil komme i eget brev.

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge

27. I samarbeid med regional traumekoordinator - arrangere kurs i hemostatisk nødkirurgi for traumeteam i eget helseforetak og Finnmarkssykehuset.

Nordlandssykehuset

28. I samarbeid med regional traumekoordinator - arrangere kurs i hemostatisk nødkirurgi for traumeteam i eget helseforetak og Helgelandssykehuset.
29. Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpediatriske tjenester til Statens barnehus i Mosjøen.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

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

30. Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 prosent.
31. Andel pakkeforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 prosent.
32. Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 prosent.
33. Minst 60 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern og TSB.
34. Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2021.
35. Barnevernet skal etablere team for kartlegging av helsesituasjonen for barn som plasseres utenfor hjemmet, med formål å få bedre grunnlag for valg av omsorgsbasis. Teamene foreslås forankret ved de statlige akuttinstitusjonene for ungdom og ved spe- og småbarnsentrene for mindre barn, jf. høringsnotat fra Barne- og familiedepartementet. Helseforetaket skal bidra med spesialistkompetanse inn i teamene innenfor rammen av de midler som stilles til disposisjon til formålet. Det forutsettes gradvis oppstart fra høst 2021.
36. Delta i regionalt kompetansenettverk for forebygging av selvmord. Nettverket skal også bestå av samiske fagfolk innenfor feltet for å ivareta den samiske befolkningens behov.
37. Etablere områdefunksjoner innen psykisk helsevern og TSB for innsatte. Dette skal sikre faste stedlige tjenester til faste tider innenfor begge fagområder i alle fengsler, jf. plan som er utarbeidet i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet.
38. Delta i det regionale fagnettverket for innsatspersonell, jf. Meld. St. 15 (2019–2020) Også vi når det blir krevet - Veteraner i vår tid.
39. I tråd med Opptrappingsplan mot vold og overgrep, sørge for at klinisk kompetanse på behandling av seksuelle atferdsproblemer blant barn og unge etableres i helseforetaket. Oppgaven gjøres i samarbeid med nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med skadelig seksuell adferd.

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge

40. I 2021 etablere et regionalt behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn, etter modell utarbeidet av Helsedirektoratet. Behandlingstilbudet utarbeides i samarbeid med Helsedirektoratet, SIFER, SANKS og de øvrige regionale helseforetakene. Tilbudet skal tilpasses behovene i den samiske befolkningen.

Samhandling med leverandører av private helsetjenester

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

41. Rapportere på innhold og samhandling med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister. Rapporteringen skal inneholde:
 - Antall samarbeidsavtaler.
 - Hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.
42. Rapportere på innhold og samhandling med private leverandører av helsetjenester. Rapporteringen skal inneholde hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.

Kvalitet i pasientbehandlingen

Krav til alle:

43. Vurdere om tiltak som er satt i verk for å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser har hatt forventet effekt, samt redegjøre for videre plan for tiltaksarbeidet. Arbeidet må sees i sammenheng med oppfølging av [Riksrevisjonens undersøkelse i 2018 av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten](#), samt foretaksmøtets krav i 2020 om å rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

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

44. Samarbeide om å etablere felles regional standard for oppfølging og implementering av høykostlegemidler. UNN HF skal lede arbeidet.
45. Rapportere status på §3-3a varsler, gitt til foretakets styre.

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

46. 30 prosent reduksjon i samlet forbruk av bredspektret antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012. 2021 er siste året for [Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten](#) og målepunkt for planperioden.
47. Ingen korridorpasienter.
48. Minst 70 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.
49. Delta i det regionale arbeidet med å utarbeide veiledende behandlingsplaner til DIPS Arena behandlingsplan.

Kvalitetsutvikling

Krav til alle:

50. Helse Nord RHF skal oppdatere regional utviklingsplan (2023–2038) innen desember 2022. Helseforetakene skal oppdatere egne utviklingsplaner innen 1.5.2022 basert på nærmere bestilling fra Helse Nord RHF. Veileder for arbeidet med utviklingsplaner (2020) skal ligge til grunn for arbeidet.
51. Gjennomføre ledelsens gjennomgang i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren, innen 31. august. Rapporten skal

være en del av tertialrapport 2. Status på eksterne tilsyn og revisjoner skal vedlegges.

Krav til UNN og NLSH:

52. Klargjøre sine nasjonale medisinske kvalitetsregistre for overføring av data til Helseanalyseplattformen i tråd med Helsedataprogrammets prosessbeskrivelse og plan.

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge

53. Delta i arbeidet med å utrede og etablere et nasjonalt genomsenter med tilhørende registerløsninger for lagring og bruk av genetiske opplysninger for helsehjelp, kvalitetssikring og forskning. Arbeidet ledes av Helse Sør-Øst RHF og skal gjøres i samarbeid med Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse.

Helse Nord IKT

54. Bistå UNN og NLSH med å klargjøre sine medisinske kvalitetsregistre for overføring av data til Helseanalyseplattformen i tråd med Helsedataprogrammets prosessbeskrivelse og plan.

Pasientsikkerhet

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

55. Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 prosent innen 2023.

Smittevern

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

56. I samarbeid med Norsk Helsenett legge til rette for at En vei inn-løsningen/melde.no tas i bruk i virksomhetene for melding av uønskede hendelser, herunder bivirkninger av legemidler og vaksiner.

Klima- og miljøtiltak

Krav til alle:

57. Det skal etableres felles miljøstyringssystem for foretaksgruppen. UNN skal lede arbeidet og øvrige foretak bidrar i prosessen.

Beredskap

Krav til alle:

58. Videreutvikle sine beredskaps- og smittevernplaner i lys av erfaringer og evalueringer av koronapandemien.

Krav til FIN og UNN:

59. Delta i pilot som skal utvikle operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret. Erfaringer fra piloten skal kunne brukes som grunnlag for å utvikle beredskapsplaner i alle regioner. Arbeidet ledes av Helse Nord RHF.
60. Prøve ut løsninger for å sikre adekvat tilgang på blod og blodprodukter lokalt og regionalt i Nord-Norge.

Krav til UNN og NLSH:

61. Bistå Direktoratet for strålevern og atomberedskap med planlegging og gjennomføring av nasjonal atomberedskapsøvelse 2022.

Foretaksspesifikke krav:

Helse Nord IKT

62. Ha beredskap for å prioritere digitaliseringstiltak som understøtter håndtering av pandemien.

Samhandling med primærhelsetjenesten

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

63. Etablere helsefellesskapene, sammen med kommunene, i tråd med rammeavtale mellom regjeringen og KS.
64. Drive felles planlegging, sammen med kommunene, av tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene ([jf. nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023](#)): barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.

Bemanning og kompetanse

Sikre gode arbeidsforhold

Krav til alle:

65. Iverksette tiltak for å ivareta medarbeiderne på en god måte og ha et særskilt fokus på arbeidsmiljø og arbeidsforhold i lys av koronapandemien i tråd [regional handlingsplan for koronapandemi](#).

Tilstrekkelig kvalifisert personell

Krav til alle:

66. Gjennomføre tiltak i henhold til strategisk handlingsplan for inkluderingsdugnaden og rapportere på status i dette arbeidet innen 1. april 2021.
67. Delta i utarbeidelse og implementering av felles strategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling i Helse Nord, under ledelse av Helse Nord RHF.

68. Lage handlingsplan med målsetting å redusere ufrivillig deltid blant yrkesgrupper som har gjennomsnittlig stillingsprosent lavere enn 75 prosent, innen 1. juni 2021.

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

69. Sørge for jevnlig vurdering av bemanningsplaner i lys av scenarier fra Folkehelseinstituttet om smitteutviklingen.
70. Delta i å utarbeide en regional opptrappingsplan som i løpet av 2022 sikrer nødvendig antall øremerkede utdanningsstillinger (x antall stillinger av 6 måneder) for sykehuspraksis for ALIS-leger.
- Planen skal også ivareta hvordan ALIS kan tilbys en sykehuspraksis som er tilpasset allmennlegers behov tilknyttet fastsatte læringsmål og i tråd med inngåtte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommunene.
 - Opptrappingsplanen skal ferdigstilles innen 1. august 2021 slik at ordningen kan iverksettes i regionen fra tredje tertial 2021. I planen må det inngå opplegg for systematisk evaluering for å sikre riktig kapasitet/antall.
 - Planarbeidet skal gjøres i samarbeid med Regionalt ALIS-kontor/ALIS Nord, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering og ledes av UNN. ALIS-kontoret for Nord-Norge gis ansvar for å rekruttere fastleger og LIS-leger under utdanning for deltagelse i utredningsarbeidet.
71. Delta i utarbeidelse og implementering av en felles handlingsplan for oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse «[Utfordringer med bemanningen av sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere i sykehus](#)», under ledelse av Helse Nord RHF.
72. Øke antallet utdanningsstillinger i spesialsykepleiere (ABIOK) til minimum:
- Universitetssykehuset i Nord-Norge: 80 stillinger
 - Nordlandssykehuset: 40 stillinger
 - Finnmarkssykehuset: 15 stillinger
 - Helgelandssykehuset: 15 stillinger

Utdanning av legespesialister

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

73. Innen 1. juni 2021 utarbeide funksjonsbeskrivelse for rollen som utdanningsansvarlig overlege/lege (UAO) som sikrer ivaretagelse av kvalitet, koordinering og samarbeid om spesialistutdanning av leger. Innen utgangen av 2021 skal alle utdanningsløp i foretaket være dekket av en UOA.
74. Sikre at LIS-enes progresjon dokumenteres systematisk i Kompetansemodule, og at data er oppdatert per 1. mars og 1. september.

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge

75. For å sikre gjennomføring av utdanningsløp hos leger i spesialisering og minimere forsinkelser under den pågående pandemien, bør de fire regionale

utdanningssettene digitalisere flest mulig av de nasjonale kursene i 2021. Dette gjelder først og fremst kurs som ikke inneholder praktiske øvelser.

Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Krav til alle:

76. Andel enheter med godt sikkerhetsklima i et helseforetak skal være minst 75 prosent innen 2023. Målt gjennom undersøkelsen Forbedring og beregnet med Helsedirektoratets definisjon på indikatoren.
77. Delta i utarbeidelse og implementering av felles retningslinjer for varsling i Helse Nord under ledelse av Helse Nord RHF.
78. Delta i utarbeidelse og implementering av felles veileder for vernetjenesten i Helse Nord under ledelse av Helse Nord RHF med utgangspunkt i nasjonal strategi for verneombudene (2019–2024).

Krav til FIN, UNN og HSYK:

79. Med utgangspunkt i nivå for 2019, redusere foretakets behov for innleid personell med 30 prosent innen utgang 2023. Herunder utrede mulig etablering av et foretaksinternt bemanningssenter som også administrerer all innleie av personell fra eksterne vikarbyrå.

Foretaksspesifikke krav:

Nordlandssykehuset

80. Med utgangspunkt i nivå for 2019, redusere foretakets behov for innleid personell med 30 prosent innen utgang 2023. Herunder utrede mulig administrasjon av all innleie av personell fra eksterne vikarbyrå gjennom foretaksinternt bemanningssenter.

Forskning og innovasjon

Krav til alle:

81. Utarbeide interne retningslinjer/policy for samarbeid med næringslivet.

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

82. Sikre oppfølging av retningslinjer for åpen publisering jf. veileder for Norges Forskningsråd.

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

83. Antall kliniske behandlingsstudier som inkluderte pasienter i 2021 skal økes med minst 15 prosent sammenliknet med året før.
84. Følge opp [handlingsplan for kliniske studier](#).

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge

85. Sikre at forsknings- og innovasjonsmiljøer sender søknader om ekstern finansiering på samtlige relevante utlysninger ved Norges Forskningsråd og Europeisk Forskningsråd.

Helse Nord IKT

86. Være aktive pådrivere i innovasjonsarbeidet basert på tjenestens behov, og understøtte prioriterte regionale tiltak.

Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling

Resultatkrav

Helseforetakene skal i 2021 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 mill.
Sykehusapotek Nord:	Overskudd kr 1 mill.
Helse Nord IKT:	Økonomisk balanse

Anskaffelsesområdet

Krav til alle:

87. Med utgangspunkt i rutiner utviklet av prosjekt Innkjøp 2023, samt egne ansvars- og interessematrise utarbeidet i 2020, lage plan for samhandling mellom regionens fagmiljø, og mellom fagmiljøene og anskaffelsesorganisasjonen, med målsetting om vesentlig større grad av standardisering av utstys- og produktporteføljen.
88. Aktivt følge opp implementering og realisering av gevinst/nytte knyttet til inngåtte avtaler.

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

89. Bidra med ressurser til team i regi av Sykehusinnkjøp, som skal implementere og vedlikeholde malverket i tiltak 6 Drosjemarked, anbud og avtaler.

Teknologi

Krav til alle:

90. Aktivt avviksmelde IKT-sikkerhetsbrudd, avvik fra NSMs tiltaksliste og styringssystem for informasjonssikkerhet, herunder om nødvendig til relevante tilsynsmyndigheter. NSMs grunnprinsipper med definert tiltaksliste, representerer et minimumsnivå og skal ligge til grunn for alt arbeid med IKT i Helse Nord.
91. Innen utløpet av 2021 avklare drifts- og forvaltningsmodeller som sikrer at installasjon og endringer i medisinsk utstyr og eventuelt driftstekniske IKT-systemer, ikke påvirker Helse Nord IKTs ansvar og oppgaver. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT.
92. Delta i prosjektet for innføring av og ta i bruk system for, medikamentell kreftbehandling i Helse Nord. Det forutsettes at helseforetakene etablerer egne lokale mottaksprosjekt.
93. Allokere nødvendige ressurser til deltagelse og gjennomføring av prosjektene to-faktor autentisering og automatisert tilgangsstyring. Arbeidet i felles kundeprosjekt ledes av Helse Nord RHF. Ressursbehov konkretiseres gjennom prosjektets styringsgruppe.
94. Benytte statens standardavtaler (SSA) for dokumentasjon av IKT-leveranser i foretaksgruppen.
95. Innen utløpet av 2021, oppdatere nødvendige tjenesteavtaler, databehandleravtaler og andre avtaler som tydeliggjør ansvarsforholdene i tråd med tidligere bestillinger fra Helse Nord RHF samt med bestillinger i årets oppdragsdokument gjeldende Helse Nord IKTs tekniske og merkantile ansvar og oppgaver.
96. Aktivt sette av ressurser samt prioritere arbeidet som gjennomføres i regi av prosjektet digitale innbyggertjenester.

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

97. Overføre teknisk og merkantil forvaltning av IKT-systemer til Helse Nord IKT etter tilsvarende modell som for forvaltning av regionale kliniske systemer. Helseforetakene skal benytte Helse Nord IKT knyttet til lokale innføringer, utfasing og endring av system, rådgiving og prosjektledelse gjeldende IKT, innenfor avgrensingen gitt ovenfor. Styringskravet gjelder ikke medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter. Sykehusforetakene, SANO og Helse Nord IKT skal i perioden 2021–2022 i fellesskap etablere en robust merkantil forvaltning i tråd med prinsipper beskrevet i oppdragsdokumentet 2021.
98. Helse Nord IKT har ansvaret og oppgaven for leveranse av IKT infrastrukturtenester til helseforetakene på følgende områder: IKT-drift, IKT-produksjon, levering og innstallering av brukerutstyr, systemintegrasjon samt brukerstøtte og andre forvaltningsoppgaver som naturlig tilknyttes områdene nevnt ovenfor. Ytterligere tydeliggjøring vil fremkomme i styringssystem for informasjonssikkerhet.
 - Styringskravet gjelder ikke området medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter.

- Innen utløpet av 1. kvartal avklare om det foreligger andre områder som setter særlige lov/forskriftskrav krav for utførelse av de IKT-oppgaver her nevnt, og behandle slike i forbindelse med klargjøring av drifts- og forvaltningsmodeller med Helse Nord IKT.
99. Prioritere innføring av meldingsstandard for henvisning og helsefaglig dialog innen utløpet av 2021/tidlig 2022. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT på oppdrag av Helse Nord RHF.
 100. Planlegge og ta i bruk ny nasjonal personidentifikator og felles hjelpenummer fra 2022. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT på oppdrag av Helse Nord RHF.
 101. Innen tredje kvartal 2021 levere Helse Nord RHF en oversikt over samtlige applikasjoner installert på servere eller klienter ved helseforetakene hvor relevant programvare i tillegg er dokumentert i Sureway (sureway.no). Asset i Sureway og andre applikasjoner, registreres i Helse Nord IKTs asset/managementverktøy når Helse Nord IKT har ferdigstilt innføring. Helse Nord RHF avgjør hva som er å betrakte som regionale systemer som skal benyttes i helseregionen. Applikasjonene skal kategoriseres i tråd med NSMs grunnprinsipper, tiltak 1.2.2, i-iv. Helseforetakene skal ved oversendelse til Helse Nord RHF også oversende kopi av alle avtaler tilknyttet de aktuelle applikasjoner.

Foretaksspesifikke krav:

Nordlandssykehuset

102. Innføre dialogmelding mellom sykehus og fastleger før utløpet av 2. kvartal 2021.

Helse Nord IKT

103. Levere IKT-tjenester i tråd med virkemidler som besluttes av Helse Nord RHF, eksempelvis regionale systemvalg/systemløsninger, arkitekturbeslutninger/føringer, føringer for infrastruktur, regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet.
104. På vegne av Helse Nord RHF, sikre at alle endringer i Helse Nord's infrastruktur er i tråd med vedtatt styringssystem for informasjonssikkerhet, arkitekturprinsipper samt NSMs tiltaksliste (portvaktfunksjon).

Informasjonssikkerhet

Krav til alle:

105. Følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, merknader og anbefalinger fra [undersøkelsen om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer](#).
106. Benytte Norsk Helsenett SFs årlige rapport om trusler, trender, sårbarheter og relevante tiltak som sektoren kan benytte i sitt arbeid med risiko- og sårbarhetsvurderinger.
107. Innen 1. april 2021 utarbeide en handlingsplan som er dekkende for å lukke påpekte svakheter på kort og lang sikt. Handlingsplanen skal ha en tidfestet fremdriftsplan og oppgavefordeling. Handlingsplanen skal som minimum dekke de 10 anbefalte tiltak i nasjonal strategi for digital sikkerhet, og NSM sine grunnprinsipper for IKT-sikkerhet med tiltak.
108. Inkludere informasjonssikkerhet i virksomhetskulturen ved å kartlegge virksomhetens sikkerhetskultur, og identifisere hva som kan forbedres. Helseforetakene skal beskrive og fastsette ønsket kultur, og gjennomføre

tilpasset årlige opplæringsprogram for å fremme god sikkerhetskultur. Opplæringen skal tilpasses den enkeltes oppgaver.

109. Innen 1. juni 2021 styrebehandle status fra arbeidet med informasjonssikkerhet. Status skal som minimum inneholde:
- status for fremdrift for handlingsplan for å lukke kjente svakheter utvikling i trusselbildet
 - resultater fra gjennomførte risikovurderinger, inntrengingstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner
 - oppsummering fra avviksrapportering
 - behov for endringer i styringssystem for informasjonssikkerhet
110. Med utgangspunkt i oppfølging fra [Riksrevisjonens dokument 3:2 \(2020-2021\)](#), skal helseforetaket sikre at organisering av informasjonssikkerhet i eget helseforetak er i tråd med styringssystem for informasjonssikkerhet. Helseforetakene skal også bidra i regionale forbedringsaktiviteter slik at nødvendige korrigerende tiltak blir iverksatt.

Bygg og kapasitet

Foretaksspesifikke krav:

Finnmarkssykehuset

111. Vurdere organiseringen av prosjekt Nye Hammerfest sykehus i tråd med anbefalinger fra Sykehusbygg om at styringsmodellen endres fra styringsgruppe til prosjektstyre med ekstern deltaker.

Styringsparametere 2021

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 å 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 2021. Datakilder og publiseringsfrekvens.

Mål 2021	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen			
Gjennomsnittlig ventetid.	Redusert i regionen sammenliknet med 2020. Skal være under 50 dager i regionen i 2022. 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
Andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder.	Økt i regionen sammenliknet med andre halvår 2020, målt ved indikatoren planleggingshorisont.	Helsedirektoratet	Månedlig
Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon.	Minst 15 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid ² .	Minst 70 % Variasjonen i måloppnåelse på helseforetaksnivå skal reduseres.	Helsedirektoratet	Tertialvis
2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling			
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). I 2021 måles kostnader innen	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. Den prosentvise veksten i kostnader innen psykisk	Gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet Kostnader: de regionale helseforetakenes regnskap.	

² 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 2021

Mål 2021	Mål	Datakilde	Publiserings-frekvens
psykisk helsevern og TSB mot resultat innen somatikk 2019.	helsevern og TSB skal være høyere enn den var for somatikk i 2019, dvs. høyere enn 4,5 %. Prosentvis større økning i aktivitet.	Polikliniske opphold: Helsedirektoratet (ISF)	
Forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB	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
Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og barn og unge. Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling.	Minst 60 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern med minst ett tvangsmiddelvedtak	Redusert sammenliknet med 2020.	Helsedirektoratet	Årlig
3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet			
Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 pst. innen 2023.	Redusert til 10 % innen 2023.	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 2021 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 2021 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 15 % i 2021 sammenliknet med året før	UNIT	Årlig

Oppfølging og rapportering

Alle krav for 2021 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 2021, foretaksspesifikke mål 2021 og styringsparametere 2021.**

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.

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): 4. juni 2021 8. oktober 2021 Administrativt utarbeidet tertialrapport: 14. mai 2021 24. september 2021 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.	Administrativt behandlet årlig melding: 4. Februar 2022. Styrebehandlet årlig melding (styrevedtak): Mars 2022.
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 2021: Mars 2022.

Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

Kunnskapsdepartementets kandidatmål for praksisplasser finnes på www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kd/Tildelingsbrev/id753324/.