

## Ny organisering av Helgelandssykehuset



## Innhold

1.0	Ny organisering av Helgelandssykehuset .....	4
1.1.	Innledning.....	4
1.2.	Oppdraget .....	4
2.0	Hva er ny organisering ment å løse.....	4
2.1.	Målene for prosessen.....	4
2.2.	Sentrale punkter i ny modell .....	5
2.3.	Arbeidsmiljø og kulturutvikling .....	6
2.4.	Klinikkstruktur opp mot nye Helgelandssykehuset .....	6
2.5.	Stedlig ledelse.....	7
3.0	Overordnede føringer som legges til grunn for omorganiseringen .....	7
3.1.	Rundskriv fra HOD 1-2/2013 Lederansvar i sykehus kap. 2 .....	7
3.2.	Nasjonal helse- og sykehusplan 2016 - 2019 .....	8
3.3.	Spesialisthelsetjenestelovens §3-9.....	8
3.4.	Protokoll fra Foretaksmøtet Helse Nord RHF 4.5.2016.....	8
3.5.	Protokoll Foretaksmøtet med Helse Nord RHF 27.1.2020 .....	9
3.6.	Instruks for Administrerende direktør Helgelandssykehuset .....	9
3.7.	Møte med Statsforvalteren i Nordland 19.1.2021 .....	9
3.8.	Foretaksmøte Helse Nord RHF 3.2.2021 - Oppdragsdokument.....	10
4.0	Medinnflytelse og samarbeid.....	10
5.0	Intern prosess.....	11
5.1.	Oppsummert innspill fra arbeidsgruppa .....	11
5.2.	Informasjon til alle medarbeidere og mulighet for innspill.....	12
5.3.	AMU uttalelse.....	12
5.4.	FTV – drøftingsmøte .....	12
5.5.	Oppsummert innspill fra sykehusledelsen .....	12
6.0	Administrerende direktørs vurderinger .....	13
6.1.	Stor endring for Helgeland – mindre endring for de fleste medarbeidere .....	13
6.2.	Foreslått klinikkstruktur .....	14
6.3.	Ledergruppas risikovurdering av modellen.....	15
6.4.	Bakgrunnen for valg av fire nye klinikker .....	16
6.5.	Tilpasninger .....	16
6.6.	Lederstøtte .....	16



6.7.	Nye ledergrupper .....	16
6.8.	Arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet skal forsterkes .....	16
7.0	Tidsplan .....	17
7.1.	Prosess fra 9.9.20 og fram til styrebehandling.....	17
7.2.	Implementering og omstilling .....	17
8.0	Vedlegg.....	18
9.0	Linker .....	18

## 1.0 Ny organisering av Helgelandssykehuset

### 1.1. Innledning

I 2002 ble foretaksreformen implementert i Norge. Sykehusene på Helgeland ble sammenslått til ett helseforetak; Helgelandssykehuset HF. Bakgrunnen for reformen var en forventning om økt samhandling og bedre ressursutnyttelse, med pasienten i fokus.

Den gangen valgte Helgelandssykehuset en modell med geografisk inndeling, hvor alle fagområder ble underlagt enhetsdirektører på hver lokalisasjon; Mo, Mosjøen og Sandnessjøen. Hver enhet hadde i tillegg separate budsjetter å styre etter. Enhetene fikk ansvar for egen utvikling, innenfor både fag og organisasjon. Samhandlingen på tvers, har ikke vært en del av ledelseslinjen og er ikke blitt prioritert i nødvendig grad.

Deler av organisasjonen er pr. i dag organisert på tvers av geografi. Prehospitale tjenester ble i 2002 en egen avdeling i Sandnessjøen med ansvar for hele Helgeland. I 2014 ble Prehospitale tjenester organisert i egen enhet, og overtok også slike tjenester fra private og fra kommunene på Helgeland. Støttefunksjoner knyttet til sykehusdriften ble i 2018 samorganisert i enhet Drift og Eiendom, med tverrgående ansvar for alle lokasjoner. Psykiatri helse og TSB<sup>1</sup> ble i 2019 skilt ut fra somatisk virksomhet i egen tverrgående enhet. Se vedlegg 1: Notat - erfaringer etter ett år som klinikk (Enhet for psykisk helse og rus)

### 1.2. Oppdraget

I Foretaksmøtet i Helse Nord RHF 27.1.20, sak 3, gir Helse- og omsorgsministeren oppdrag til Helse Nord. Oppdraget blir videreført til Helgelandssykehuset i foretaksmøte 5.2.20. Vedtaket poengterer i pkt. 5:

*«Styret forutsetter at Helgelandssykehuset HF skal drives som ett sykehus på tvers av geografiske lokasjoner. Befolkningen skal møte en kunnskapsbasert praksis, og det skal være en lik tilnærming til arbeidet med kvalitet»*

For å løse oppdraget innenfor de økonomiske rammene, er det behov for en ny organisasjonsmodell. Administrerende direktør har derfor tatt initiativ til et arbeide med en ny organisasjonsstruktur som er faglig fundert.

## 2.0 Hva er ny organisering ment å løse

### 2.1. Målene for prosessen

#### Effekt mål

Helgelandssykehuset skal sikre befolkningen i hele opptaksområdet en godt organisert spesialisthelsetjeneste, med god kvalitet, rett kompetanse og rett kapasitet.

#### Resultat mål

---

<sup>1</sup> TSB = Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling

- Den nye organisasjonsmodellen skal være robust og funksjonell, og samtidig synliggjøre foretaket som ett virksomhetsområde.
- Organisasjonsmodellen skal tydeliggjøre at pasientsikkerhet og kvalitet er førende for arbeidet.
- Pasientforløpene både internt, og i forhold til eksterne aktører, skal være gode og sammenhengende.
- Organisasjonsmodellen skal fremme et godt arbeidsmiljø.
- Vi skal oppnå økonomisk handlingsrom gjennom optimal ressursutnyttelse.
- Toppledelsen skal ha god forankring i den kliniske virksomheten.

## 2.2. Sentrale punkter i ny modell

I en ny organisasjonsmodell vektlegger Administrerende direktør følgende punkter:

Pasienten: Det skal sikres lik behandling av god kvalitet, uansett hvor pasienten blir behandlet. Helhetlig pasientforløp, bedre kvalitet, pasientsikkerhet og redusert ventetid. Det forutsetter også at prosedyrer og rutiner må være felles for samme behandlingstype eller arbeidsoperasjon.

Fag: Samlingen av fag gir bedre mulighet for fagutvikling, kompetanse- og erfaringsdeling. Organiseringen vil også gi bedre mulighet for å utvikle felles prosedyrer og retningslinjer. Dette vil samlet bidra til en kvalitetsforbedring i sykehusets behandlings- og tjenestetilbud. Å samle fagene slik, vil bidra til å bygge solide fagmiljø, som kan gi et større potensial for rekrutteringen av nye fagpersoner.

Ledelse: Ønsket er skape en åpnere og mer inkluderende organisasjon gjennom en å videreutvikle organisasjonskulturen basert på verdiene kvalitet, trygghet, respekt. I tillegg vil lagspill innarbeides som en verdi. Lederne vil her være viktige kulturbærere og rollemodeller. De nasjonale lederkravene for ledere i spesialisthelsetjenesten skal forankres og vil være styrende for ledere på alle nivåer. Disse er: Ansvarlig, handlekraftig, endringsvillig, kommuniserende, inspirerende og helhetstenkende.

Samling av fag i klinikker vil fremme et mer helhetlig perspektiv på ledelse og utførelsen av den gjennom en klarere ansvars- og fullmakts struktur.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 – Ledelse bidrar til endring: «*Lederne gjennomfører endringene som må til – i godt samarbeid med de ansatte. Store utfordringer krever store endringer – som må ledes. Ledere kjenner sitt ansvar for å nå målene og har støtte og handlingsrom for å ta dette ansvaret.*». [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023](#).

Økonomi: Foretakets økonomi er et felles ansvar. Klinikorganisering skal gi reduserte kostnader gjennom effektivisering, og bruk av ressurser på tvers. Enhetlig struktur på inntak av pasienter og bedre utnyttelse av utstyr og personell vil være kostnadsreduserende. For å

oppnå resultatkrav og kostnadskontroll er det nødvendig med felles tilnærming for å se helheten innenfor samme fagområde. Dette vil sikre gjennomslagskraft og muliggjøre effektivisering.

Ny organisasjonsstruktur vil bidra til at Helgelandssykehuset framstår som ett foretak som skal sikre befolkningen i hele opptaksområdet en godt organisert spesialisthelsetjeneste, med god kvalitet, rett kompetanse og rett kapasitet.

Administrerende direktør har tatt utgangspunkt i direktiver fra overordnede styringsorganer, internt prosessarbeid med «Arbeidsgruppe klinisk gjennomgående organisering» og innspill fra foretaksledelsen. Saken er behandlet i foretakets arbeidsmiljøutvalg (AMU) og drøftet med tillitsvalgte.

### 2.3. Arbeidsmiljø og kulturutvikling

Til tross for at Helgelandssykehuset har vært et foretak siden 2002 har den geografiske organiseringen i enheter vært til hinder for utviklingen av en felles organisasjonskultur, og en felles utnyttelse av ressurser på tvers. Den interne konkurransen har motvirket faglig utvikling og samspill. Dette har kommet til syne i krevende saker, med faglig uenighet på tvers av enhetene. Noe som også har påvirket arbeidsmiljøet og opplevelsen av å være en felles arbeidsplass.

Organisasjonsstruktur, organisasjonskultur og arbeidsmiljø henger tett sammen. Kvalitet, trygghet og respekt er nasjonale kjerneverdier for spesialisthelsetjenesten. I utkast til ny strategiplan RHF 2021 – 2024 fremmes lagspill som en ny verdinorm. «*Som lagspillere tenker vi helhet, vi samhandler og deler vår kunnskap og erfaring. Vi tar et felles ansvar for å sikre at vi løser oppgavene med god kvalitet i prosess og resultat.*» Å bygge en felles foretakskultur basert på disse verdiene er krevende, nødvendig, og vil ta tid.

Se vedlegg: 2 Strategi for Helse Nord 2021-2024 UTKAST til innspill januar 2021

### 2.4. Klinikstruktur opp mot nye Helgelandssykehuset

Helse- og omsorgsministeren forutsetter i foretaksprotokollen fra 27.1.2020 pkt. 5 at Helgelandssykehuset HF skal drives som ett sykehus på tvers av geografiske lokalisasjoner. Jfr. sitat side 3.

Som en følge av dette, vedtar styret i Helgelandssykehuset i styresak 85-2020 27.8.20, «[Nye Helgelandssykehuset – konseptfase steg 0 – styringsdokument](#)». Styringsdokumentet blir deretter vedtatt i styret i Helse Nord RHF i [styresak 116-2020](#), den 30.9. 20. Der heter det at:

#### «8.1 Ny organisasjons- og ledelsesstruktur

*Høsten 2020 setter Helgelandssykehuset ved administrerende direktør i gang en prosess for å endre organisasjons- og ledelsesstrukturen i Helgelandssykehuset. Den somatiske virksomheten skal samles under en gjennomgående klinikstruktur og de selvstendige sykehusenhetene vil opphøre. Dette er i tråd med tidligere omorganiseringer av prehospitaltjenester, psykisk helse og rus samt drift og eiendom. Prosessen skal planlegges og*

*gjennomføres med stor grad av medvirkning fra organisasjonene. Ansvar for ny organisasjons- og ledelsesstruktur ligger hos AD, men det er en viktig forutsetning og suksessfaktor for arbeidet med oppdatering av faglig strategisk utviklingsplan, og for å oppnå effektmålene i prosjektet. Etter planen skal ny organisering være iverksatt fra årsskiftet 2020-2021. Når denne prosessen er avsluttet vil foretaket ha en ensartet organisering.»*

Under styringsdokumentets kapittel 6 Kritiske suksessfaktorer, er «Ny organisasjons- og ledelsesstruktur» og at «Helgelandssykehuset er ett sykehus» to av punktene som trekkes frem for å lykkes med å oppnå Nye Helgelandssykehusets målbilde. Målbildet er vedtatt i gjennom styringsdokumentets pkt. 5.3. Effektmål. Dette perspektivet blir også synliggjort i risikovurderingen som er gjort for konseptfasen i Nye Helgelandssykehuset.

I det pågående arbeidet for å oppdatere den faglige strategiske utviklingsplanen for Nye Helgelandssykehuset, er det etablert flere arbeidsgrupper. Dette er gjort for å best mulig kunne svare ut kravet om at befolkningen skal møte en kunnskapsbasert praksis, og en lik tilnærming til arbeidet med kvalitet. Det at fagfolk og faggrupper fra foretaket jobber sammen, utfra faglige kriterier og grunnlag, er i seg selv en del av prosessen for å drive som ett sykehus.

En faglig forankret organisering av Helgelandssykehuset vil kunne videreføre og forsterke de positive effektene og gevinstene av arbeidet som i gjøres med den faglige strategiske utviklingsplanen.

## 2.5. Stedlig ledelse

Stedlig ledelse betyr at medarbeider og nærmeste leder har sitt arbeidssted på samme lokasjon. I de somatiske enhetene i Helgelandssykehuset har medarbeidere i dag avdelingsleder som nærmeste leder. Slik vil det også være i framtida. Stedlige ledelse vil ivaretas av avdelingsledere og områdesjefer. Unntaket kan være små fagmiljø, som samles under en leder på tvers, for å gjøre dem mer robuste.

Dette vil være i tråd med følgende utdrag fra Foretaksmøte Helse Nord RHF, 4.5.2016 – se hele avsnittet i neste kapittel:

*«Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse.»*

## 3.0 Overordnede føringer som legges til grunn for omorganiseringen

### 3.1. Rundskriv fra HOD 1-2/2013 Lederansvar i sykehus kap. 2

*«Formålet med bestemmelsen er å sørge for at sykehusene etablerer klare ansvarslinjer og ansvarsforhold for ledere på alle nivåer i sykehusorganisasjonen. For hver organisatoriske enhet i sykehuset skal det etter bestemmelsen være én leder som har det overordnede og helhetlige ansvaret for virksomheten i enheten, både administrativt og faglig. En*

*organisatorisk enhet vil være en enhet som er tillagt forvaltning av nærmere angitte ressurser, herunder personalressurser. Typiske enheter vil være klinikk (divisjon eller lignende), avdeling eller tilsvarende, og seksjoner. Kravet til klare ansvarslinjer og ansvarsforhold innebærer blant annet at alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder.*

*I utgangspunktet står sykehusets øverste leder relativt fritt når det gjelder den interne organiseringen i sykehuset. Organiseringen av virksomheten må ivareta kravet til forsvarlig virksomhet etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og øvrige krav fastsatt i lov eller forskrift. Dette innebærer at virksomheten også må organiseres slik at helsepersonellet kan yte faglig forsvarlig helsehjelp og overholde sine plikter etter lov og forskrift, jf.*

*spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 16. Videre er det en forutsetning at sykehusene er organisert slik at de kan ivareta sine oppgaver på en effektiv og kvalitativt god måte i samsvar med god faglig praksis, herunder nasjonale faglige retningslinjer.»*

#### Lederansvar i sykehus

### 3.2. Nasjonal helse- og sykehusplan 2016 - 2019

I forbindelse med Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan i mars 2016, ba Helse Nord RHF i brev av 5.7.2016 helseforetakene gjennomføre arbeidet med oppfølging av planen. I brevet var det vedlagt mandat for arbeidet, med frister for gjennomføring og styrebehandling i helseforetakene. [Nasjonal helse og sykehusplan \(2016-2019\)](#)

### 3.3. Spesialisthelsetjenestelovens §3-9

Spesialisthelsetjenestelovens §3-9 Ledelse i sykehus, sier: «Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer.» [Spesialisthelsetjenesteloven §3-9](#)

### 3.4. Protokoll fra Foretaksmøtet Helse Nord RHF 4.5.2016

I forbindelse med prosess i Helse Nord, ble det lagt premisser for utredning av spørsmålet om stedlig ledelse i helseforetakene i Helse Nord. Disse framgår av protokoll fra foretaksmøte mellom Helse -og omsorgsdepartementet og Helse Nord RHF den 4.5.2016, samt av mandatet for det videre arbeidet i Helse Nord RHF:

*I protokollen fra foretaksmøtet heter det: Foretaksmøtet viste til at hensiktsmessig oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid og faglige og organisatoriske nettverksfunksjoner mellom sykehus, og at organiseringen bør understøtte dette. Foretaksmøtet viste til at Stortinget ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan gjorde følgende anmodningsvedtak: «Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus».*

*Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen jfr Stortingets vedtak. Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for*



*bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Foretaksmøtet minnet samtidig om at helseforetakene må organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Dette innebærer blant annet at alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder, ref. rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Uavhengig av organisering skal det sikres god kommunikasjon og nærhet til nærmeste leder. Omstillingsprosesser og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte og deres organisasjoner.*

Om organisering av arbeidet med stedlig ledelse i Helse Nord, sier mandatet at:  
*Medbestemmelse for arbeidstakerne skal ivaretas i tråd med bestemmelsen i Hovedavtalen og arbeidsmiljøloven. Det forutsettes at medarbeidere medvirker i utredningsarbeidet.*  
Jfr. Hovedavtalen Del 2, kap. 7 §29 og 31 og AML kap. 8

### 3.5. [Protokoll Foretaksmøtet med Helse Nord RHF 27.1.2020](#)

I protokollen fra foretaksmøte er det 10 punkter, som angir retning for utviklingen av Helgelandssykehuset. Det er viktig at alle disse punktene blir respektert og realisert. «Hensiktsmessig oppgavedeling forutsetter godt samarbeid. Hver enkelt sykehusenhet er en del av et team som samarbeider om pasientbehandling, kompetanseutvikling og bruk av personell. Målet er kvalitet i alle ledd og gode og sømløse pasientforløp.» [Protokoll fra Foretaksmøte i Helse Nord RHF 27.01.20: Helgelandssykehuset 2025 – struktur og lokalisering](#)

### 3.6. [Instruks for Administrerende direktør Helgelandssykehuset](#)

«4.7 Organisering og personalansvar: Administrerende direktør har ansvaret for at Helgelandssykehuset HF er hensiktsmessig organisert og har en kompetanse som gjør at de samlede oppgaver kan ivaretas på en god måte.»

Videre heter det: «Administrerende direktørs oppgaver: Administrerende direktør skal arbeide for at Helgelandssykehuset HF utfører sine hovedoppgaver slik de blant annet står i foretakets vedtekter, foretaksprotokoller og overordnet oppdragsdokument fra RHF. Administrerende direktør skal bidra til å sikre videreutvikling av helsefaglig innhold og kvalitet i Helgelandssykehuset.»

Se vedlegg: 3 Styresak 11-2019 Instruks administrerende direktør, 26.2.2019

### 3.7. [Møte med Statsforvalteren i Nordland 19.1.2021](#)

Statsforvalteren ba i desember 2020 om et dialogmøte med Helgelandssykehuset HF. Som hovedregel ønsker Statsforvalteren å møte ledelsen i helseforetakene i Nordland to ganger per år. Møtene tar utgangspunkt i «Retningslinjer for tilsynsmyndighetens møter med de regionale helseforetakene», 3. utgave, februar 2013.

Tilsynsmyndigheten skal; ha fokus på at helseforetakene oppfyller myndighetskravene, herunder sin "sørge-for"-plikt og oppfølging av gjennomførte tilsyn, ha særlig fokus på ledelses- og styringsmessige forhold, herunder også risikostyring.

To tema var sentrale på møtet:

«Statsforvalteren ber om redegjørelse for hvordan Helgelandssykehuset HF jobber med implementering av pasientsikkerhet og kontinuerlig kvalitetsforbedring i foretaket»

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

«Statsforvalteren ber om en redegjørelse for hvordan foretaksledelsen følger opp konseptet «enhetlig ledelse». [Lederansvar i sykehus](#)»

### 3.8. Foretaksmøte Helse Nord RHF 3.2.2021 - Oppdragsdokument

«Helse Nord RHF har ansvar for at befolkning i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Dette skal skje innenfor de ressurser som blir stilt til rådighet, jf. Stortingets behandling av Statsbudsjettet – Prop. 1 S (2020-2021). Helse Nord RHF skal innrette virksomheten for å nå følgende hovedmål:

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

«Helgelandssykehuset HF skal innrette sin virksomhet i tråd med føringer i Oppdragsdokument 2021. Styret skal følge opp omstillingsplaner for å sikre at de økonomiske rammebetingelsene blir ivaretatt, og sikre at det arbeides systematisk med gevinstrealiseringsplaner knyttet til pågående og gjennomførte investeringer»

Se vedlegg 4: OPPDRAGSDOKUMENT - 20210203 foretaksmøte Helgelandssykehuset HF innkalling og saksdokumenter

## 4.0 Medinnflytelse og samarbeid

Medinnflytelse innebærer at arbeidstakere skal ha rett til å delta i avgjørelser som angår deres arbeidssituasjon. Arbeidsmiljøloven og Hovedavtalen stadfester retten til medinnflytelse, som blir ivaretatt av tillitsvalgte gjennom samarbeidsorgan.

Hovedavtalen:

§ 28 Gjennom medinnflytelse og samarbeid skal de ansatte med sin erfaring og innsikt være med å skape de økonomiske forutsetningene for virksomhetens fortsatte utvikling og for trygge og gode arbeidsforhold, bærekraftig utvikling av virksomheten, et godt fungerende arbeidsmiljø og resultatoppgjørelse til beste for så vel virksomhet som ansatte.

§29 Organisering og gjennomføring

Det er en felles plikt for ledelsen, de ansatte og deres tillitsvalgte, å ta initiativ til og aktivt støtte opp om og medvirke til samarbeid.

### *§31 Drøftelser vedr. omlegging av driften*

*Virksomhetens ledelse skal så tidlig som mulig gi relevant informasjon og drøfte med de tillitsvalgte: omlegginger av viktighet for arbeidstakerne og deres arbeidsforhold, herunder viktige endringer i driftsopplegg og metoder*

Saken om organisasjonsstruktur har vært oppe i flere formelle møter internt. Ledergruppa har jobbet med saken siden 14.7.20 og fram til 16.2.21. Ledergruppene ved enhetene har vært oppdatert underveis. Det ble også informert om saken i digitalt allmøte 21.8.20 og 5.2.21. Saken er orientert om i brukerutvalget i 18.9.20 og 13.1.21. Foretakstillitsvalgtmøtet har vært orientert om saken fra 17.6.20 fram til drøfting den 10.02.21. AMU har hatt saken til orientering 9.12.20 og til behandling 8.2.21. Arbeidsgruppe Klinisk gjennomgående organisering har vært aktiv fra 30.10.20 – 11.1.21. Styret ble orientert muntlig 24.9.20 og i egen sak 10.12.20.

## 5.0 Intern prosess

Administrerende direktør opprettet en arbeidsgruppe høsten 2020, som fikk i oppdrag å komme med råd på ny klinisk gjennomgående organisasjonsstruktur. Gruppa ble etablert i løpet av oktober 2020 og avsluttet sitt arbeid i januar 2021. Arbeidsgruppa har gjennomført ni møter; 5 heldagsmøter og 4 halvdagsmøter. Gruppa har hatt 12 medlemmer innenfor ulike fagområder. Det har vært tre representanter fra hver geografisk enhet. I tråd med Hovedavtalen, har det også vært tre tillitsvalgte og to verneombud, samt en representant fra stabsfunksjon; Senter for Fag, forskning, utdanning og samhandling.

Se vedlegg; 5. Følgelbrev ny organisering - oppdrag til direktører om oppnevning av arbeidsgruppe

### 5.1. Oppsummert innspill fra arbeidsgruppa

Arbeidsgruppa kom ikke til konsensus, og leverte tre ulike modeller for organisering som svar på oppgaven. Flertallet av medlemmene ønsket en modell som var lik dagens organisering, med en videreføring av geografiske enheter, samt et nettverk av fagrådgivere og faggrupper i tillegg. En slik modell vil ikke gi faglig gjennomgående klinikker, og vil derved ikke oppnå de ønskede effektene. Administrerende direktørs vurdering er at modellen ikke oppfyller myndighetskravene, men flere trekk ved modellen hensyntatt. Se vedlegg 7 organisasjonskart arbeidsgruppas 3 modeller.

Arbeidsgruppa har utvist stort engasjement. Administrerende direktør opplever det som en styrke at arbeidsgruppa har levert ulike modeller, som hver for seg har gitt gode innspill. Administrerende direktør har bygd videre på innspillene og har valgt å vektlegge særtrekk fra alle modellene i utformingen av modellen. Samtlige forslag fra arbeidsgruppa har fag og pasienten som bærende fokus. Det har vært fokus på å ikke gjøre for store endringer i organisasjonen, og å unngå for stort kontrollspenn for lederne.

Arbeidsgruppa peker på noen utfordringer som de mener er viktig å ivareta i ny modell. Innspillene er knyttet til:

- Pasientsikkerhet og kvalitet
- Helhetlig pasientforløp
- Bedre kapasitetsutnyttelse
- Mer fokus på fag og fagutvikling
- Samle små fagområder for økt soliditet
- Styrke samhandlingskompetanse
- Kulturutvikling på tvers - bedre arbeidsmiljø
- Fokus på ledelse, lederutvikling og stedlig ledelse

Arbeidsgruppa uttrykte bekymring vedrørende:

- Timing for innføring av ny klinisk struktur
- Mulige arbeidsmiljøutfordringer ved omorganisering
- Pandemisituasjonen som kan skape utfordringer ved endring nå

#### 5.2. Informasjon til alle medarbeidere og mulighet for innspill

Underveis i prosessen har ansatte kunnet følge framdriften gjennom en egen informasjonsside på intranett knyttet til arbeidet i gruppa. Medarbeiderne ble via en felles e-postadresse også gitt mulighet til å komme med innspill til prosessen. Innspill ble innarbeidet i resultatet fra arbeidsgruppa.

Saken har vært til orientering i møter med Foretakstillitsvalgte. I denne forbindelse har det vært mulig å komme med innspill.

#### 5.3. AMU uttalelse

Sak 1/21 8.01.21 - vedtak:

*«AMU ser arbeidsmiljøutfordringer på kort sikt med innføring av ny struktur for de somatiske tjenestene. Det vil likevel være både styrker og svakheter. På lang sikt vil sannsynligvis klinisk gjennomgående organisasjonsstruktur kunne bidra positiv i utviklingen av arbeidsmiljøet og samarbeidet på tvers av lokasjonene.»* Se vedlegg 8: Referat AMU-møte 8.02.21

#### 5.4. FTV – drøftingsmøte

- 1) Det ble gjennomført drøftingsmøte med Foretakstillitsvalgte den 10.2.21. Den Norske Legeforening, Norsk Sykepleierforbund og Norsk Fysioterapeutforbund kom med protokolltilførsel. Se vedlegg 9 FTV-protokoll av 10.2.21

#### 5.5. Oppsummert innspill fra sykehusledelsen

Underveis i arbeidsgruppens virkeperiode har sykehusledelsen<sup>2</sup> vært orientert om status i arbeidet. Etter at gruppas arbeid var avsluttet har sykehusledelsen gjennomgått og

---

<sup>2</sup> Sykehusledelsen består av direktørnivået i Helgelandssykehuset HF – 6 enheter og stabene; administrerende direktør, enhetsdirektører for dagens somatiske enheter i Sandnessjøen, Mo i Rana og Mosjøen, direktør for prehospitaltjenester, direktør for psykisk helse og rus, direktør for drift og eiendom, medisinsk direktør og

behandlet resultatet av dette arbeidet. Sykehusledelsen har kommet med følgende innspill til administrerende direktør i modellutformingen:

- Sykehusledelsen ga uttrykk for nødvendigheten av å få på plass klinisk gjennomgående organisering
- Sykehusledelsen er opptatt av at det videre jobbes med prosessen på en slik måte at polariseringen mellom enhetene minimaliseres
- Sykehusledelsen vektlegger også timing i omfanget av endringer når det gjelder ny organisasjonsstruktur, og gjennomføring på nåværende tidspunkt
- Endringer skaper motstand, og det må tas høyde for medvirkning, involvering og god kommunikasjon
- Viktigheten av å definere hva vi legger i begrepet stedlig ledelse – ikke til hinder for klinisk gjennomgående struktur
- Det må være balanse i størrelse mellom klinikkene, og at antallet klinikker må harmonere med størrelsen på sykehuset
- Videre i prosessen er det viktig å vektlegge erfaringer og innspill knyttet til omfanget av lederspenn
- Sykehusledelsen er opptatt av at Helgelandssykehuset følger rundskriv om lederansvar i sykehus som sier noe om det totale ansvaret en leder skal ha faglig og administrativt. Det vil si fag/tjenesteleveranser personell, økonomi, og administrasjon
- Sykehusledelsen oppfordret til å benytte omorganiseringen som kommer til å harmonisere stillingsbetegnelser, stillingsnivåer og titler internt i foretaket, og med resten av Helse Nord.

## 6.0 Administrerende direktørs vurderinger

### 6.1. Stor endring for Helgeland – mindre endring for de fleste medarbeidere

Intensjonene med klinisk gjennomgående organisering er å oppnå faglig struktur og styring, med hensyn til drift og pasientforløp. Det er sentralt å skape lik praksis i foretaket, og medvirke til atferdsendringer og felles resultater. Administrerende direktørs modell vil kunne oppfattes som en stor endring for Helgeland, der en går fra enhets lokalisasjon til tverrgående faglige klinikker. Endringen vil medføre at stedlig ledelse ivaretas på et lavere ledernivå enn tidligere. I alle klinikker vil den enkelte ansatte i mange år framover fortsatt gå til sin jobb der de nå er lokalisert. De fleste vil fortsatt beholde sin nærmeste leder på denne lokasjonen. Det er ledernivåene over som i hovedsak vil påvirkes av omorganiseringen.

- Ved å samle fagområder i ansvarsområder under enhetlig ledelse vil vi styrke pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeidet i sykehuset.

---

direktør for organisasjon og administrasjon. I enkeltsaker tas stabslederne med på råd (Samhandlingssjef, HR-sjef, økonomisjef og kommunikasjonssjef). Sistnevnte deltok i behandlingen av arbeidsgruppas forslag.

- Å samle fagene i egne klinikker vil gi bedre forutsetninger for helhetlig utvikling innenfor hvert enkelt fagområde.
- Sammen med egen ledergruppe, vil hver klinikk sjef kunne styre utviklingen av de ulike fagene og samtidig ha myndighet til å ta beslutninger som sikrer en helhetlig løsning.
- Samling av fag i klinikker vil fremme et mer helhetlig perspektiv på ledelse og utførelsen av den gjennom en klarere ansvars- og fullmakts struktur.
- Tverrgående klinikker vil i større grad muliggjøre å kunne se samlet på den totale ressursutnyttelsen i sykehuset uavhengig av geografi.
- Foretakets økonomi er et felles ansvar. For å oppnå resultatkrav og kostnadskontroll er det nødvendig med felles tilnærming for å se helheten innenfor samme fagområde, sikre gjennomslagskraft og muliggjøre effektivisering.
- Omlegging til klinisk struktur vil være en god måte å berede grunnen for å løse oppdraget fra helseministeren om at vi skal være ett sykehuset på to lokasjoner.

## 6.2. Foreslått klinikkstruktur

Det legges opp til en modell med fire nye klinikker i tillegg til dagens to enheter; Prehospital enhet og Psykisk helsevern og TSB; som er klinikkorganisert. Totalt vil det i framtiden bli seks klinikker med klinikksejfer. Drift & Eiendom defineres fortsatt som en enhet uten kliniske funksjoner.

Strukturprosessen i denne fasen er knyttet til nivå 2 organisasjonen; antall klinikker underlagt Administrerende direktør.

Oversikt over klinikkene i sykehuset etter omorganisering, med antall faste ansatte:

- **Kirurgisk klinikk;** kirurgiske hovedspesialiteter og ortopedi., sengeposter og poliklinikk, gyn/fødeavdeling, plastikk, øye, øre nese hals (ca. 280 ansatte)
- **Medisinsk klinikk;** medisinske hovedspesialiteter og fysikalsk medisin og rehabilitering, sengeposter og poliklinikk, dialyse, barn, dagmedisin, nevrologi, hud, revmatologi (ca. 370 ansatte)
- **Akuttmedisinsk klinikk;** akuttmottak, anestesi, operasjon og intensiv avd. (ca. 200 ansatte)
- **Klinikk for diagnostikk og medisinsk service;** somatiske fellesfunksjoner (ca. 170 ansatte) laboratorier, radiologi, kontortjenesten, fysioterapi, ergoterapi, sosionomer, ernæringsfysiologer, logopeder, audiografer, felles inntakskontor mm.
- **Prehospital klinikk** (175 ansatte)
- **Psykisk helse og TSB** inklusive kontortjenester (264 ansatte)

Nytt organisasjonskart:

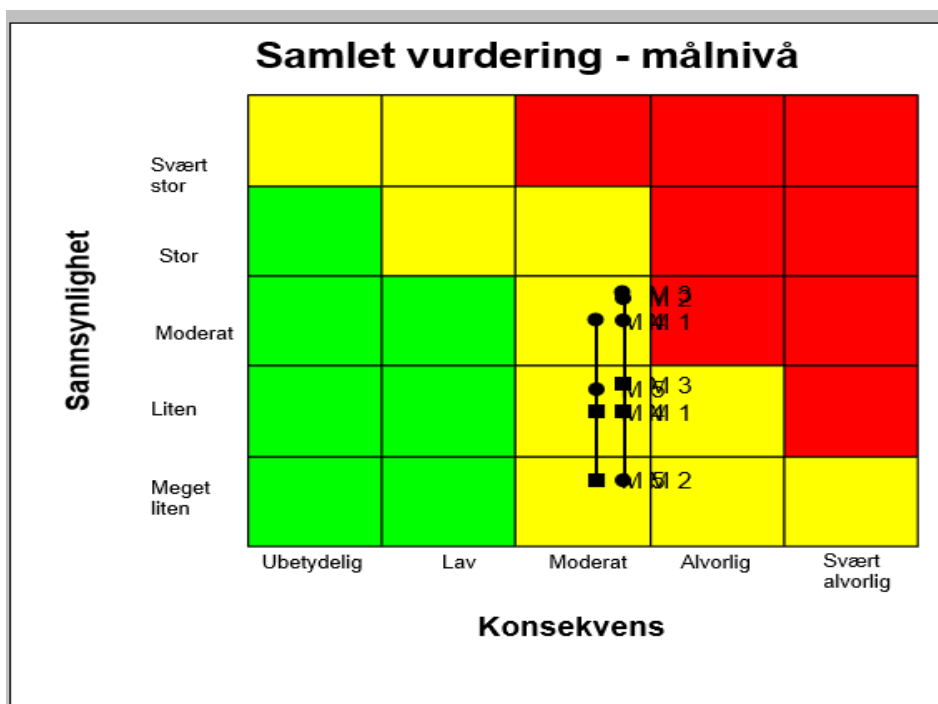


### 6.3. Ledergruppas risikovurdering av modellen

Ledergruppa har gjort en risikovurdering på fem sentrale områder, som listes opp under:

1. Den nye modellen kan gjennomføres slik den er beskrevet ift. Personell
2. Den nye modellen kan gjennomføres slik den er beskrevet ift. det Faglige
3. Den nye modellen kan gjennomføres slik den er beskrevet ift. Økonomi
4. Den nye modellen kan gjennomføres slik den er beskrevet ift. Administrativt
5. Den nye modellen kan gjennomføres slik den er beskrevet ift. Ledelse

Den samlede vurderingen av risiko fra ledergruppa, ser slik ut:



Det er utarbeidet en tiltaksplan i tilknytning til risikovurderingen. Denne tiltaksplanen vil bli brukt til implementering av ny organisasjonsstruktur. Det skal legges fram en detaljert plan for å minimalisere konsekvensene i forhold til risiko knyttet til områdene over og sikre at det utarbeides tiltak som motvirker risiko.

#### 6.4. Bakgrunnen for valg av fire nye klinikker

Kompleksitet og omfang av oppgaver og ansvar for nye ledergrupper har vært en medvirkende faktor for valg av fire klinikker - jfr. *Målene for prosessen*

Samling av fag i egne klinikker gir større forutsetning for fagutvikling, innovasjon, kompetanse- og erfaringsdeling. Dette vil bidra til kvalitetsforbedring på foretakets totale behandlings- og tjenestetilbud.

Med etablering av nye ledergrupper vil arbeidet med utviklingen av organisasjonskultur og arbeidsmiljø være et prioritert område. I utviklingen av en ny felles organisasjonskultur i foretaket vil føringer gitt i utkast til *Ny strategiplan RHF 2021 – 2024* tas inn i arbeidet.

#### 6.5. Tilpasninger

Det vil vurderes etablering av nye områdesjefstillinger i akuttklinikk eller klinikk for diagnostikk og medisinsk service. En total gjennomgang av ledernivåer og stillinger skal gjennomføres senere i omstillingsprosessen, og en harmonisering i hele foretaket vil bli deretter bli gjort. Klinikksjefer må påregne hyppig tilstedeværelse på alle lokasjoner. Stedlig ledelse ivaretas gjennom område-/avdelingsleder på lokalisasjonen i hverdagen. Ansatte vil fortsatt ha sin nærmeste leder som i dag.

#### 6.6. Lederstøtte

Hver klinikksjef skal sikres nødvendig støtte innenfor administrative fagområde. Avklaringer omkring dette påbegynnes under implementeringsfasen, i samarbeid med stab «Organisasjon og administrasjon». I tillegg gjeninnføres stillingene som kvalitetsrådgivere i hver klinikk.

#### 6.7. Nye ledergrupper

Det skal i implementeringsfasen etableres nye ledergrupper i klinikkene. Ledergruppene kommer til å bestå av områdesjefer/avdelingsledere. Dette vil gi en strukturert samhandling som er knyttet til driften på tvers i organisasjonen. Fagmiljøene vil på denne måten bringes sterkere sammen på tvers av lokasjonene, og vil kunne påvirke samarbeidsklima og arbeidsmiljø på en positiv måte. En rekke andre roller og funksjoner vil avklares i implementeringen.

#### 6.8. Arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet skal forsterkes

Senter for fag, forskning, utdanning og samhandling vil bli ansvarlig for utviklingen av det sentrale kvalitets og pasientsikkerhetsutvalget, og etableringen av kvalitetsråd i klinikkene. De lokale kvalitetsrådgiverne vil være bindeledd og arbeide tett opp mot denne strukturen, og sammen vil disse sikre at plan for internrevisjoner gjennomføres i tråd med intensjonene.

Ledelse og kvalitetsforbedring vil bli fulgt opp både sentralt og lokalt i tråd med planlagt gjennomgang for 2021, og i tråd med [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).



## 7.0 Tidsplan

Strukturendringen i Helgelandssykehusets som er skissert i dette dokumentet, vil ikke medføre at noen medarbeidere mister jobben. Når ny struktur er besluttet skal alle forholde seg til nærmeste leder som vanlig inntil nye ledergrupper og lederlinjer i hver av klinikkene blir formidlet og implementert.

### 7.1. Prosess fra 9.9.20 og fram til styrebehandling

Arbeidsgruppe jobber ut forslag til klinisk gjennomgående organisasjonsstruktur, dette sendes som et råd til administrerende direktør innen 12.1.2021

- Behandling i foretaksledelsen 19.1.2021 og 26.1.2021
- Administrerende direktør mottar rådet til vurdering, og foreløpig beslutning tas innen 29.1.2021
- Foretaksledelse slutfører ROS-analyse av Administrerende direktørs tentative modell 08.2.2021
- Brukerutvalget: Orientert om i møte 18.9.20 og 13.1.21
- AMU: Orientert om 19.12.20 og behandlet i møtet 8.2.2021
- FTV: Drøftingsmøte med Foretakstillitsvalgte 10. 2.2021
- Behandling i foretaksledelsen 16.2.2021
- Orientering i styret i Helgelandssykehuset 24.2.2021.

Se også [Styresak 18-2020 Klinisk gjennomgående organisering i Helgelandssykehuset](#)

### 7.2. Implementering og omstilling

Når implementeringen påbegynnes, vil detaljplanleggingen gjøres. Omstillingsprosessen vil foregå gjennom hele 2021, og består av:

- Ledernivå to, klinikkjefnivået, opprettes og nye ledergrupper etableres
- De mest nødvendige tilpasninger knyttet til driften av foretaket gjøres tidlig
- Direkte berørte parter ivaretas i henhold til Helgelandssykehusets omstillingsdokument, og gjeldende lovverk.
- Stillinger utlyses etter innplassering av direkte berørte parter
- Organisatoriske verktøy og systemer justeres i forhold til ny struktur
- Avklare ny struktur for tillitsmannsapparat og vernetjeneste
- Sikre klinikkjefer og ledergrupper nødvendig støtte innenfor administrative fagområder og kvalitet.
- Endringer og justeringer på tvers av gamle og nye klinikker, samt i stabsfunksjoner
- Felles samling for ledere, verneombud og tillitsvalgte om kulturbygging
  - Revidere Foretakets lederutviklingsprogram
  - Utvikling av medarbeiderskapet i sykehuset

Se vedlegg 6: Fremdriftsplan klinisk gjennomgående organisering

## 8.0 Vedlegg

- 1) Notat - erfaringer etter ett år som klinikk (Enhet for psykisk helse og rus)
- 2) Strategi for Helse Nord 2021-2024 UTKAST til innspill januar 2021
- 3) Styresak 11-2019 Instruks administrerende direktør, 26.2.2019
- 4) OPPDRAGSDOKUMENT - 20210203 foretaksmøte Helgelandssykehuset HF innkalling og saksdokumenter
- 5) Følg brev ny organisering - oppdrag til direktører om oppnevning av arbeidsgruppe
- 6) Fremdriftsplan klinisk gjennomgående organisering
- 7) Organisasjonskart Arbeidsgruppas 3 modeller
- 8) Referat AMU-møte av 08.2.21
- 9) FTV-protokoll av 10.2.21 - etterpubliseres

## 9.0 Linker

[Styresak 18-2020 Klinisk gjennomgående organisering i Helgelandssykehuset](#)

[Lederansvar i sykehus](#)

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

[Nasjonal helse og sykehusplan \(2016-2019\)](#)

[Nasjonal helse- og sykehusplan 2002-2023.](#)

[Protokoll fra Foretaksmøte i Helse Nord RHF 27.01.20: Helgelandssykehuset 2025 – struktur og lokalisering](#)

[Spesialisthelsetjenesteloven §3-9](#)

## Internt notat

Til: Administrerende direktør Hulda Gunnlaugsdottir

Deres ref.:

Vår ref.:2021/13

Saksbehandler: R.H/S.F

Dato: 02.02.21

### **Erfaringer etter 1 år som klinikk – Enhet for psykisk helse og rus**

#### **1. Fag, kvalitet, pasientsikkerhet**

Det er enklere å få jobbet med felles tiltak ifht ovenfor nevnte. Når det gjelder kompetanseplanlegging gjøres dette nå i fellesskap, noe som sikrer at vi får større likhet i utviklingen i enheten. Det blir også enklere å se hvilken samlet kompetanse vi har på ulike fagområder. Dette kan bidra til en mer effektiv utnyttelse av ressursene. I dagens organisering kan vi etablere felles prosedyrer på en mye enklere måte enn tidligere. Aktuelt nå er felles prosedyre for kartlegging og vurdering av selvmord. Det er avgjørende for både pasienter og ansatte at vi har gode rutiner for kartlegging, vurdering og dokumentasjon av dette arbeidet. Det er også større mulighet for å lære av hverandre både når det gjelder gode eksempler på faglig utvikling og i tilsyns- og klagesaker. Som et eksempel kan nevnes tilsyn fra Arbeidstilsynet ift vold og trusler. Her har vi lært av hverandre og samkjørt planer for opplæring i større grad enn hva som har vært vanlig tidligere.

Et annet eksempel er tilsynssaker som er meldt til Fylkeslegen. Vi har hatt en felles gjennomgang av saker fra de tre siste årene, med felles tilbakemelding til lederne og spesialistene. Dette hadde ikke vært mulig å gjennomføre på tilsvarende vis i tidligere organisering. Trenger ikke gå gjennom tre lederlinjer. Betyr at arbeidet går raskere og oppleves mindre byråkratisk.

#### **2. Personell**

I utgangspunktet er det enklere å bruke personell på tvers av lokasjoner.

Muligheter for bedre rekruttering når fagområdet oppleves å bli satt mer fokus på ved å etablere egen klinikk. Det gir også bedre mulighet for lik dimensjonering med tanke på fordeling av ulike faggrupper. For leger og psykologer som er avhengige av forutsigbare spesialiseringsforløp kan vi planlegge bedre for de ansatte. Særlig for psykologene er dette avgjørende ettersom de kan få hele sitt spesialiseringsforløp dekket i Helgelandssykehuset, men ikke nødvendigvis bare på ett sted. Det har vært noen utfordringer knyttet til ulike kulturer og ulik beslutningsstruktur i enheten.

#### **3. Arbeidsmiljø**

Bedre kontakt mellom de geografiske lokasjonene på alle nivå fører til at en blir bedre kjent med hverandre og får større kjennskap til de andres virksomhet. Klarer i større grad å se «det store bildet». Dette fører til at mistenksomhet, rykter og andre arbeidsmiljømessige forhold tones ned. Ansatte innen psykisk helse og rus har over mange år hatt regelmessige møter og felles

fagsamlinger. Dette har bidratt til at mange har kjent hverandre fra før, og det var et godt grunnlag for å samles i en enhet. Dette har forøvrig også vært et ønske som har vært formidlet i ulike sammenhenger. Det er likevel viktig å understreke viktigheten av at ansatte ikke kan velge selv om de vil samarbeide på tvers i den nye enhet, slik det var mulig tidligere. Nå ligger det en forventning om det overfor alle ansatte.

Dette gir større mulighet for å utvikle tilbud og fag, og gir en bedre ressursutnyttelse.

#### **4. Økonomi**

Samordning og funksjonsfordeling av tilbud kan føre til både økt kvalitet og en bedre utnyttelse av ressursene. I gjennomgangen av budsjett og regnskap har det vært en tydelig forskjell på de geografiske lokasjonene uten at det var en åpenbar grunn for det. Bemanningsnormen har også vært forskjellig, og pasientgrupper har hatt ulik prioritet. Enheten har startet et arbeid med gjennomgang av budsjett og økonomisk planlegging som videreføres dette året. En del oppgaver kan løses mer effektivt ved at det gjøres felles for enheten i motsetning til at det gjøres ved tre ulike enheter. Ved etablering av egen enhet måtte tidligere oppsett for budsjett og regnskap endres. Det er utfordrende å drifte det første året etter endring når en ikke har sammenligningsgrunnlag med tidligere år, ettersom det har vært ulik praksis for budsjettering og regnskapsføring mellom lokasjonene.

#### **5. Administrasjon / lederstøtte**

Lederne gir tilbakemelding om at de opplever at beslutninger kan tas raskere, og at det i større saker er en kortere vei til AD. Sammenlignet med tidligere organisering kan beslutninger som før gikk i tre linjer og kanskje måtte besluttes av AD, nå besluttes av enhetsdirektør der saken er behandlet i egen linje. I tillegg oppleves det tilfredsstillende at ledermøtene på enhetsnivå konsentrerer seg om problemstillinger innen psykisk helse og rus, og at disse fagområdene har fått større plass og oppmerksomhet.

Resultatet av enklere beslutningslinjer har vi sett gjennom etablering av vaktberedskap og differensiering av døgntilbudene. Dette var relativt store endringer som hadde vært arbeidet med i lang tid. Riktignok medvirket pandemi-situasjonen til at dette hastet å få i gang, men uten en felles enhet ville dette blitt vanskeligere å etablere ettersom tiltakene var avhengig av medvirkning fra alle lokasjoner.

Som en følge av pandemi-situasjonen ble det ikke anledning til å samle ansatte og ha «kick-off» for den nye enheten. Det ble nødvendig å finne andre løsninger og arbeide med kultur på alternative måter. Det har vært utfordrende å ikke ha definerte lederstøtte-ressurser tilgjengelig. Enheten har hatt definert ressurs fra senter for økonomi tilgjengelig, og noen særskilte støttefunksjoner rundt enhetsleder er kommet på plass etter hvert. Det er utfordrende å ta ut ressurser fra klinisk virksomhet på den enkelte lokasjon til slike funksjoner, samtidig som en etablerer nye beslutningsstrukturer i en ny enhet. Det kan oppleves negativt i deler av organisasjonen.

Det må framover avklares hvilke oppgaver som ligger til den enkelte enhet innen både somatikk og psykisk helse og rus, og hvilke som skal løses i «stabene».

Med vennlig hilsen

Rune Holm

Enhetsdirektør psykisk helse og rus

Sidsel Forbergskog

ass. Enhetsdirektør psykisk helse og rus

# Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024

**Sammen om helse i nord**

Utkast

## Forord

Jeg har her gleden av å presentere Helse Nord RHF's nye strategi. Den bygger på føringene i nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, hvor utvikling av *pasientens helsetjeneste* er et overordnet budskap.

Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024 viser hvilke tydelige strategiske grep som skal prioriteres de neste fire årene i Helse Nord RHF. Dokumentet er overordnet, og suppleres av delstrategier for spesifikke deler av virksomheten, regionale fagplaner og økonomisk langtidsplan. Strategien vil være et viktig grunnlag når vi skal revidere regional utviklingsplan, som er Helse Nord RHF's førende strategi for å utvikle helsetjenesten.

Helse Nord RHF er en stor samfunnsaktør som skal innrette sin virksomhet i tråd med nasjonale mål og bærekraftig bruk av ressurser. Dette gjelder innenfor forvaltning av både økonomi, personell og miljø, men omfatter også viktigheten av tverrsektorielt samarbeid og interregionalt og internasjonalt samspill.

Det helhetlige utfordringsbildet innenfor samfunnssikkerhet og beredskap påvirker helsesektoren. Også spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge preges av forhold blant annet knyttet til klimaendringer, styrker og sårbarheter ved implementering av ny teknologi, globale påvirkninger som pandemi og legemiddelmangel, sammensatte hendelser som cyberangrep og sikkerhetspolitikk.

Norge står foran store demografiske endringer. Utsikten til at de eldres andel av befolkningen kan bli opp mot dobbelt så stor i Nord-Norge som i landet for øvrig, gir Helse Nord særlig store utfordringer. Det krever nye samarbeidsmåter mellom statlige og kommunale etater, mellom helseforetak og mellom yrkesgrupper. Utvikling av forpliktende samarbeid i helsefelleskap er et framtidig eksempel på hvordan vi må innrette oss fremover. Målrettet strategi for rekruttering og kompetansebygging av personell er en særlig utfordring. Innovative strategier, digitalisering og bruk av ny teknologi vil gi nye muligheter og løsninger. Gjennom godt lagspill skal Helse Nord RHF være en pådriver for kontinuerlig forbedring.

Jeg ser frem mot et godt og spennende samarbeid med helseforetakene, tillitsvalgte, verneombud, brukerorganisasjoner og andre samfunnsaktører i årene fremover, til beste for hele befolkningen.

Cecilie Daae,  
adm. direktør  
Helse Nord RHF

# 1. Helse Nord RHF's rammeverk for utvikling

«Helse Nord» er et samlet begrep for hele foretaksgruppen, med alle heleide helseforetak.

Helse Nord RHF eier de underliggende helseforetakene:

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) er regionssykehus med universitetssykehusfunksjoner. Foretaket har noen nasjonale og flere regionale funksjoner. Foretaket skal gi den mest avanserte behandlingen i regionen, og skal bidra med kompetanseutvikling i de øvrige sykehusforetakene i regionen.

Nordlandssykehuset er et lokalsykehus med noen regionale funksjoner.

Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset er lokalsykehus.

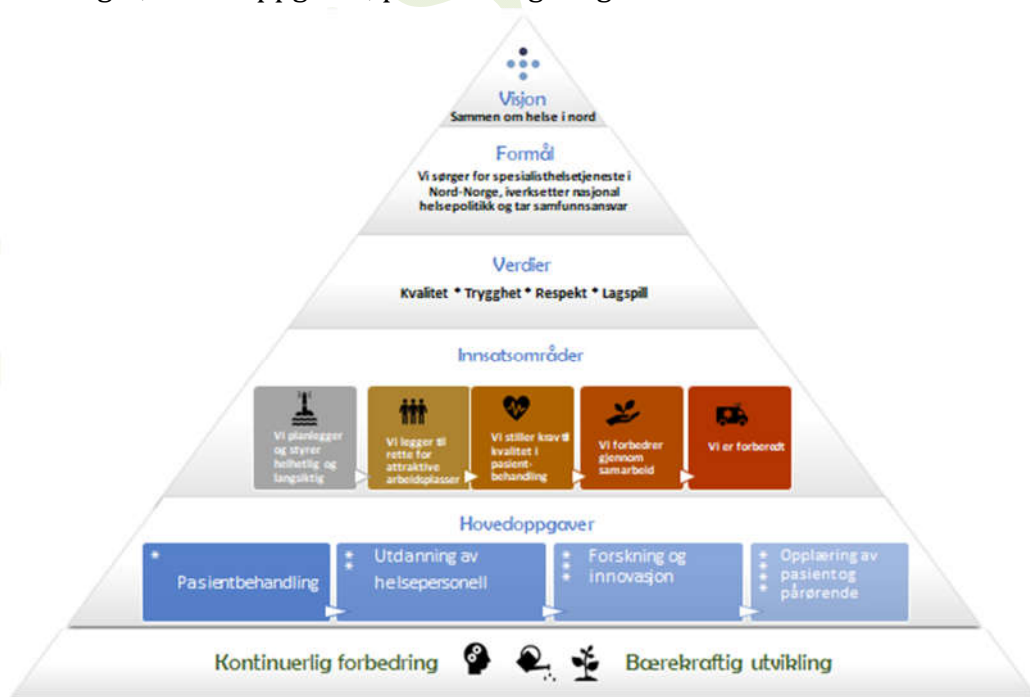
Sykehusapotek Nord har ansvar for legemiddelforsyning og farmasøytiske tjenester.

Helse Nord IKT er driftsoperatør for IKT-systemer.

Helse Nord RHF kjøper også helsetjenester fra private aktører, som er et viktig supplement til sykehusforetakenes aktivitet.

Helse Nord RHF er medeier i fem felleseide, nasjonale helseforetak<sup>1</sup> som også er en betydelig del av den samlede spesialisthelsetjenesten til befolkningen. Strategier for disse selskapene besluttes av styrene i de fire regionale helseforetakene.

Helse Nord RHF's strategi 2021–2024 er satt inn i et rammeverk som synliggjør sammenheng med forutsetninger, hovedoppgaver, prioriteringer og mål:



Figur 1 Helse Nord RHF's kompass

<sup>1</sup> Pasientreiser HF, Luftambulansetjenesten HF, Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF, Sykehusinnkjøp HF og Sykehusbygg HF.

## 2. Visjon

Helse Nord RHF's visjon er:

---

*Sammen om helse i nord*

---

Visjonen er vårt ønskede fremtidsbilde og en tilstand vi strekker oss mot. Vår visjon erkjenner at vi får til mer sammen, og den viser direkte til vår verdinorm lagspill (se kapittel 4 om verdier). Vi får til mer når helseforetak samarbeider seg imellom og sammen med kommuner og andre helse- og samfunnsaktører. Og ikke minst sammen med pasienter og pårørende – dem vi i helsetjenesten er til for. Sammen har vi felles ansvar for en sammenhengende helsetjeneste i nord.

Ordet «helse» i visjonen handler både om helsetilstanden i befolkningen og utvikling av helsetjenesten. Vi skal sammen bidra til best mulig helse i befolkningen, og det skal vi klare gjennom å stadig utvikle helsetjenestetilbudet.

At ordene «helse» og «nord» er med i visjonen, gjør at visjonen enklere knyttes til oss den gjelder for, gjennom vårt navn: «Helse Nord».

## 3. Formål

Dette er en strategi for Helse Nord RHF, våre hovedoppgaver og vårt samfunnsoppdrag. Det formelle og sentrale formålet for Helse Nord RHF er sørge-for-ansvaret for befolkningen i Nordland, Troms og Finnmark og på Svalbard.

Vi har et særlig ansvar for å sørge for likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Dette innebærer å ivareta strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen samt ivareta nødvendig samhandling og koordinering med øvrige helseregioner. Den samiske befolkningens behov for spesialisthelsetjenester skal ivaretas nasjonalt og kompetanse om samisk helse, språk og kultur må være tilgjengelig i alle deler av landet.

Spesialisthelsetjenesteloven slår fast sørge-for-ansvaret som har som mål å sikre innbyggerne et likeverdig og faglig godt tjenestetilbud, som er helhetlig, sammenhengende og tilpasset den enkeltes behov. Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasientene rettigheter til helsetjenester.

Helseforetaksloven setter rettslige rammer for organiseringen av foretakene, og stadfester det regionale helseforetakets eieransvar for helseforetakene. Regionale helseforetak har gjennom helseforetakene og avtaler med private leverandører av helsetjenester, overordnet ansvar for å iverksette nasjonal helsepolitikk.

Helse Nord RHF's oppgaver er å planlegge, organisere, styre og samordne virksomheten i helseforetakene, herunder sykehusenes fire hovedoppgaver:

- pasientbehandling
- utdanning av helsepersonell



- forskning og innovasjon
- opplæring av pasient og pårørende

Samfunnsansvaret som følger av FNs bærekraftsmål angår i stor grad spesialisthelsetjenesten. Strategi 2021-2024 har innsatsområder som vil bidra til at Norge kan nå sine mål på dette området.

## 4. Verdier

Helse Nord's kjerneverdier bygger kultur og adferd gjennom verdiene

- kvalitet
- trygghet
- respekt
- lagspill

Kvalitet, trygghet og respekt er nasjonale kjerneverdier for spesialisthelsetjenesten. Gjennom godt lagspill skal vi bidra til en spesialisthelsetjeneste som lever opp til kjerneverdiene.

Lagspill er en ny verdinorm i strategien. Som lagspillere tenker vi helhet, vi samhandler og deler vår kunnskap og erfaring. Vi tar et felles ansvar for å sikre at vi løser oppgavene med god kvalitet i prosess og resultat. Vi gjennomfører samfunnsoppdraget til beste for pasientene og nytte for samfunnet, og møter hverandre med respekt og åpenhet.

## 5. Bærebjelker

Regional utviklingsplan 2035 er vår øverste strategi og beskriver det langsiktige, strategiske målbildet. Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024 har kortere tidshorisont og vil ligge til grunn for å revidere regional utviklingsplan 2035.

Samhandling, teknologi, kompetanse og økonomisk sunn drift er sentrale områder i regional utviklingsplan 2035. Gjennom disse prioriteringene skal vi møte framtidens behov og skape et bærekraftig helsetilbud.

Strategien bygger på to bærebjelker:

- kontinuerlig forbedring
- bærekraftig utvikling

Disse ivaretar hovedmålene i regional utviklingsplan 2035.

## 6. utfordringer og utviklingstrekk

En informert og kompetent befolkning i nord er kjent med sine pasientrettigheter og har rett til helsetjenester av god kvalitet og uten unødig ventetid. Framskrivninger av helsetilstanden i befolkningen og prognoser om demografisk utvikling viser særskilte utfordringer for spesialisthelsetjenesten. Forventet levealder, flere eldre og syke med endret sykdomsbyrde,

bosettingsmønster og forsørgerbrøk vil om kort tid gjøre utfordringene i store deler av landsdelen krevende.

Det kan være langt mellom pasient og sykehus i Nord-Norge. Ved å utvikle og ta i bruk ny teknologi blir avstand til sykehus ikke lenger så avgjørende. En bærekraftig helsetjeneste forutsetter at vi tar i bruk mulighetene teknologien gir og at medarbeidernes kompetanse utvikles og anvendes best mulig, slik at vi løser oppgavene fleksibelt og effektivt.

Medisinsk utvikling fører til både sentralisering og desentralisering av tjenester. Teknologisk utvikling har gjort at flere funksjoner som tidligere var forbeholdt få og store sykehus er blitt tilgjengelig også for mindre sykehus. Utvikling innen persontilpasset medisin gjør det mulig å tilpasse behandling individuelt. Dette fordrer utstyr og kompetanse og vil trekke utviklingen i retning mot sentralisert utredning og behandling. Kunstig intelligens og storvolum datasett (big data) kan effektivisere tjenestene. Ved å ta i bruk resultatene av forskning, for eksempel sensortechnologi, kan sentralisering motvirkes og dermed tilrettelegge for mer behandling og oppfølging i hjemmet.

Parallelt med dette skal vi håndtere et større utfordringsbilde. Norge har forpliktet seg til innen 2030 å redusere utslipp av klimagasser med 50 % sammenliknet med 1990-nivået. Helse Nord er en stor samfunnsaktør og må ta denne ambisjonen på alvor. Andre utviklingstrekk er globalisering, endringer i det sikkerhetspolitiske bildet, klimatiske utfordringer, som skaper behov for arealplanlegging og håndtering av mer ekstremvær, og at vi blir mer avhengig av teknologi som stiller store krav til informasjonssikkerhet.

## **7. Prioriterte strategiske grep**

### **Fem innsatsområder**

Med innsatsområder menes de strategiske grepene vi vil legge vekt på i strategiperioden. Områdene er:

- Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig
- Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandling
- Vi forbedrer gjennom samarbeid
- Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser
- Vi er forberedt



Figur 2. Sammenhengen mellom utfordringer og utviklingstrekk og de fem prioriterte strategiske grep

De fem innsatsområdene beskrives nærmere nedenfor.

## 7.1 Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig

Gjennom langsiktig planlegging har regionen lyktes i å bygge flere nye sykehus. De har moderne teknologi som ivaretas av personell med høy kompetanse.

Investeringsplanleggingen går over åtteårs horisont og justeres årlig slik at vi hele tiden kan holde stø kurs. Driftsbudsjettene har et fireårs perspektiv, som gjør at vi innenfor den faglige utviklingen sikrer langsiktig planlegging og handlingsrom.

Godt lagspill mellom helseforetak og private leverandører, og mellom ledelse, tillitsvalgte og vernetjeneste fører til at vi har felles forståelse for rekkefølge og prioritering, og gjør det mulig å holde overordnet og helhetlig fokus på utvikling av spesialisthelsetilbudet i Nord-Norge. Dette innebærer også samme forståelse for at omstilling er nødvendig for å håndtere kostnader som er knyttet til investeringer, beslutninger gjennom *Nye metoder*<sup>2</sup>, samt utvikling av nye tilbud.

I tiden fremover kommer tilgangen til kvalifisert arbeidskraft til å bli knappere. Helse Nord må ta strategiske grep for å gjøre spesialisthelsetjenesten mer robust og mindre avhengig av vikarer fra utlandet. Investeringer i avansert utstyr stiller høye krav til kunnskap om rutiner

<sup>2</sup> Nye metoder er et nasjonalt system for innføring og utfasing av metoder (legemidler, behandlingsformer, medisinsk teknisk utstyr) i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene er eiere. Beslutningsforum for nye metoder fatter beslutninger.

og prosedyrer, og redusert tilgang til utenlandske vikarer, høye kostnader, samt beredskap er hensyn som gjør at det er nødvendig å ta slike grep.

### **For å ivareta kontinuerlig forbedring og bærekraftig utvikling legger vi de neste fire årene innsats i:**

- oppfylle nasjonale styringsmål og iverksette nasjonal helsepolitikk
- nå regionale mål, faglige utviklingsplaner og utvikle og oppdatere delstrategier
- bidra til at sykehusforetakene prioriterer tilbud innenfor psykisk helsevern, til kronikergrupper, barn og unge, samt eldre med sammensatte behov
- holde fast ved langsiktig investeringsplan og få nytteeffekt av store investeringer
- prioritere nødvendige ressurser til informasjonssikkerhet
- forenkle arbeidsprosesser gjennom systematisk forbedringsarbeid
- ta samfunnsansvaret på alvor og redusere utslipp av CO2 til ytre miljø for Helse Nord RHF med 25% innen utgangen av 2023 sammenliknet med 2019, og iverksette tiltak som bidrar til tilsvarende reduksjon i helseforetakene

## **7.2 Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandling**

Det norske helsevesenet leverer tjenester av høy kvalitet sammenliknet med land det er naturlig å sammenlikne med. Det er likevel rom for og behov for kontinuerlig forbedring. Pasient og pårørende skal bli mer aktive deltakere, og gjennom de nye helsefelleskapene skal det utvikles mer helhetlige og sammenhengende tjenester mellom sykehus, primærlege og hjemmetjeneste.

Vi vil i framtiden i mye større grad kunne ta i bruk større mengder helsedata direkte ved planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av praksis. Helsedata gir også grunnlag for mer og bedre forskning om effektene av behandlingen som tilbys. Kunnskap om variasjon skal brukes til å utvikle standardiserte pasientforløp. Kvalitetsarbeid bygger på lagspill med åpenhet om avvik, faktabasert problemløsning og at vi lærer av hverandre.

Medisinske fremskritt, bruk av teknologi og godt samarbeid mellom helseforetak kan gjøre at tjenester som tidligere har vært sentralisert kan bli mer desentralisert, også til pasientens hjem. Samtidig skal høyspesialiserte miljø være pådrivere for utvikling av persontilpasset medisin og diagnostikk. Sikker og robust digital infrastruktur må derfor prioriteres.

### **For å ivareta kontinuerlig forbedring og bærekraftig utvikling legger vi de neste fire årene innsats i:**

- desentralisere det vi kan, og samle det vi må
- sikre at tjenestene leveres i tråd med nasjonale retningslinjer og veiledere
- stimulere til en «lærende organisasjon» gjennom å etablere en god kultur for avviksrapportering og håndtering
- bruke data fra kvalitetsregistre som grunnlag for forbedring og prioritering, og være tydelig og åpen om resultater
- forbedre pasientforløp gjennom bruk av teknologi, herunder strukturering av elektronisk pasientjournal, kurveløsning, lukket legemiddelsøyfe og gradvis ta i bruk kunstig intelligens når slik teknologi viser seg hensiktsmessig og forsvarlig.

- videreutvikle felles regionale prosedyrer, standarder og metoder
- nedprioritere behandling og støttefunksjoner som har usikker nytteverdi
- styrke kompetansen rundt helsefaglig forskning, innovasjon og kontinuerlig forbedring
- inspirere til at pasientene i sykehusene blir møtt av ansatte som kombinerer sin faglige ekspertise med klinisk erfaring, profesjonalitet, imøtekommenhet og medmenneskelighet
- tilby pasientene deltakelse i kliniske studier, der egen region er aktiv deltaker
- legge til rette for gode løsninger for brukererfaringer og avviksmeldinger fra pasient og pårørende

### **7.3 Vi forbedrer gjennom samarbeid**

Pasientene skal få hjelp fra en sammenhengende helsetjeneste og vi skal bidra til at overgangene mellom de ulike aktørene blir sømløs. Gode helsetjenester forutsetter godt lagspill mellom pasient, pårørende og helseaktører som kan bidra til gode pasientforløp. Vi skal være pådriver for utvikling av helsefelleskapene som skal sikre at helseforetakene og kommunene har forpliktende fellesskap for de pasientene som trenger det mest.

Pasientforløpet skal sikre at utredning og behandling skjer uten unødvendig dobbeltarbeid, spesielt i tilfeller der flere aktører er involvert i forløpet. Det skal etableres avtaler om hvilke oppgaver som utføres hvor, slik at pasientene unngår de samme spørsmålene og de samme testene på alle steder de mottar helsehjelp.

Vi vil i samråd med helseforetakene vurdere og iverksette tiltak knyttet til å utvikle dagens modell for å levere helsetjenester. Dette vil kunne innebære å flytte oppgaver mellom sykehus og helseforetak dersom det er hensiktsmessig.

#### **For å ivareta kontinuerlig forbedring og bærekraftig utvikling legger vi de neste fire årene innsats i:**

- drive frem økt samarbeid mellom helseforetakene, og med private aktører for å nå målet om 0 fristbrudd og < 50 dagers ventetid innen 2022
- motivere til god involvering av pasienter og pårørende både på strategisk nivå og i den enkeltes behandlingsforløp (samvalg)
- prioritere pasient- og pårørendeopplæring
- sikre sømløs overgang ved utskriving og tydelig ansvar for trygg oppfølging etter utskriving, for eksempel uten opphold i bruk av legemidler ved skifte av omsorgsnivå
- samarbeide med kommunene for å gjøre digitale spesialisthelsetjenester lettere tilgjengelig for pasientgrupper der det er hensiktsmessig
- være brobygger mellom sykehus og fastleger for å styrke kompetansen og bidra til at færre pasienter unødig blir sendt til sykehus
- inngå samarbeidsavtaler med universitet og samisk høgskole for å dimensjonere utdanningsprogram ut fra tjenestens behov, og for å fremme forskning av høy kvalitet til nytte for pasientene
- stimulere til at det etableres faste kontaktmøter med NAV og andre offentlige aktører for å støtte pasienter som har særlige behov
- hente innspill fra frivillige organisasjoner for å bidra til økt trivsel på sykehusene

- påvirke samfunns- og helsetjenesteutvikling gjennom forpliktende samarbeid med andre samfunnsaktører, som for eksempel fylkeskommuner og Sametinget
- motivere til god involvering av pasienter og pårørende både på strategisk nivå og i den enkeltes behandlingsforløp (samvalg)
- prioritere pasient- og pårørendeopplæring
- ha åpen og god dialog med våre omgivelser, og involvere samarbeidsaktører og berørte parter i relevante saker

#### **7.4 Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser**

Foretakene skal være helsefremmende og attraktive arbeidsgivere som tiltrekker, utvikler og beholder den kompetansen vi trenger for å yte sikker og god pasientbehandling. Det er nær sammenheng mellom godt arbeidsmiljø og god pasientsikkerhet. Trygge og kompetente medarbeidere med gode og forutsigbare arbeidsvilkår, gir sikker pasientbehandling.

Trygghet for å si ifra og foreslå nye løsninger gir rom for kontinuerlig forbedring og innovasjon, som over tid bidrar til god kvalitet. Lagspill og godt partssamarbeid hvor vi møter brukere, medarbeidere og samarbeidspartnere med åpenhet, respekt og forståelse, er et sentralt fundament.

Rekrutteringsutfordringer og underbemanning medfører risiko for arbeidsbelastning, høyt sykefravær og manglet kapasitet til faglig utvikling. Dette kan føre til en ond sirkel der foretakene blir avhengige av dyrt, innleid personell. Kortsiktig bemanningsplanlegging og statisk oppgavedeling som ikke tilpasses aktivitetsutvikling og kompetansebehov er ikke en bærekraftig løsning.

Vi har behov for å redusere innleie av vikarer betydelig og har en ambisjon om å redusere vikarbehovet med minimum 30 % innen 2023 sammenlignet med 2019 gjennom for eksempel tiltak for å beholde personell i faste hele stillinger. En nøkkel for å lykkes med dette er fagutvikling og vi har tro på at medarbeidere som får faglig utvikling gjennom videreutdanning og intern kompetanseutvikling har større sannsynlighet for å bli værende i våre foretak over tid.

Vi ønsker å rekruttere og utvikle ledere, og vil stimulere gode fagfolk til å ta på seg lederoppgaver. Det innebærer å motivere alle ledere til å styrke sin ledelsesfaglige kompetanse blant annet med å lære av ledere som lykkes med god ledelse. Vi vil bidra aktivt i regionalt og nasjonalt samarbeid for ledelse og lederutvikling.

**For å ivareta kontinuerlig forbedring og bærekraftig utvikling legger vi de neste fire årene innsats i:**

- prioritere vesentlig mer ressurser til utdanning og kompetanseutviklingforsterke partssamarbeidet for en helsefremmende arbeidsgiverpolitikk
- redusere sykefravær og frafall ved å styrke kapasiteten til inkluderende arbeidsliv og nærværarbeid
- opprette et regionalt kompetansesenter for digital læring
- samarbeide tett med utdanningsinstitusjonene for økt utdanningskapasitet

- holde fast ved at andelen helsefagarbeidere skal økes til mer enn 5%, og ta inn flere lærlinger og traineer som vi ansetter ved fullført løp
- være pådriver for heltidskultur slik at helseforetakene ansetter flere i hele, faste stillinger
- innføre strategisk bemanningsplanlegging og avansert oppgaveplanlegging som felles metodikk i helseregionen
- ta i bruk oppgavedeling for å sikre rett bruk av kritisk kompetanse
- motivere for god ledelse og tilby lederutvikling med utgangspunkt i å lære fra de beste

## 7.5 Vi er forberedt

Liv og helse, grunnleggende verdier og samfunnsfunksjoner må beskyttes. Vi tar høyde for store avstander, krevende klimatiske forhold, sikkerhetspolitikk, globalisering og demografiske utfordringer og har beredskap for å forebygge og håndtere uønskede hendelser. Helse Nord RHF tar en nøkkelrolle i nært samarbeid med andre kritiske samfunnsinstitusjoner, hvor helhetlig beredskap er overordnet.

Regional koordinering og samarbeid mellom sektorer, forvaltningsnivåer og landegrenser er nødvendig i nord. Det samme gjelder sykehusenes evne til å unngå uønskede hendelser og å tåle påkjenninger, samt fleksibilitet i struktur.

Sykehus er store beredskapsorganisasjoner og Helse Nord RHF tar ansvar for etablere felles situasjonsforståelse, dele informasjon, samordne og samhandle med Forsvaret, kommuner, Fylkesmenn, nasjonale myndigheter og andre beredskapsaktører.

**For å ivareta kontinuerlig forbedring og bærekraftig utvikling legger vi de neste fire årene innsats i:**

- forsterke egen beredskapsorganisasjon
- videreutvikle styrken i beredskapskjeden
- utarbeide plan for regional flåtestyring av personell ved behov
- sikre at forebyggende beredskapsarbeid er integrert i virksomhetsstyringen
- tydeliggjøre ledernes ansvar og oppmerksomhet på beredskapsarbeid
- sammen med sykehusene og andre aktører innen beredskap etablere felles risiko- og situasjonsforståelse på beredskapsområdet i regionen
- utvikle digital sikkerhetskultur og øke yteevnen på IKT-området
- internasjonalt samarbeid
- videreutvikling av sivil-militært samarbeid

## 8. Sammenhengende virksomhetsstyring og kontinuerlig forbedring – en rød tråd

Helse Nord RHF har et godt innarbeidet årshjul med en rød tråd fra Regional Utviklingsplan, oppdragsdokumenter, budsjett, formelle oppfølgingsmøter og årlig melding.

Strategi 2021-2024 tar inn ytterligere føringer fra nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, og læring fra covid-19-pandemi, og skal være førende for målrettet og forutsigbar virksomhetsstyring.

Helse Nord RHF's evne og plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i kontinuerlig forbedring og i samsvar med lov og forskrift, er sammen med styrende dokumenter den røde tråden som skal bidra til kontinuerlig forbedring og bærekraftig utvikling.



Figur 3 Helse Nord RHF's virksomhetsstyringssystem [Ny figur under arbeid](#)



## 9. Grunnlagsdokumentasjon som strategien bygger på

Helse Nords strategi 2002: <https://helse-nord.no/om-oss/hva-gjor-helse-nord-rhf/helse-nords-strategi>

FNs bærekraftsmål: <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2024: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>

Nasjonal eHelsestrategi <https://ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi-og-handlingsplan-2017-2022>

Regional utviklingsplan 2035 (Helse Nord RHF): <https://helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-rapporter-og-utredninger/regional-utviklingsplan-2035>

Lov om spesialisthelsetjenesten: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL_1)

Lov om helseforetak: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93?q=helseforetaksloven>

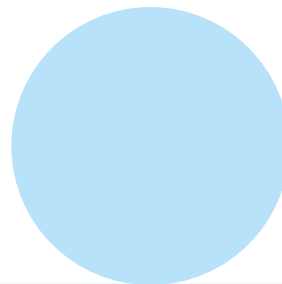
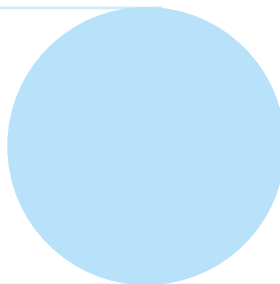
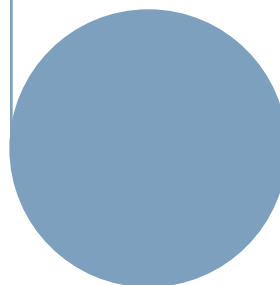
Lov om pasient- og brukerrettigheter: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>



# Instruks for administrerende direktør i Helgelandssykehuset HF

Vedtatt av styret i Helgelandssykehuset  
26.02.2019, styresak 11/2019



## **1. Formål med instruksen**

Denne instruksen omhandler administrerende direktørs ansvar, oppgaver, plikter og rettigheter. Instruksen er basert på lov om helseforetak, Helse Nord RHF's styringsdokumenter og vedtektene for Helgelandssykehuset HF.

## **2. Overordnet rolleavklaring**

Sykehuseier ved Helse Nord RHF og styret i Helgelandssykehuset HF fastsetter strategier og retningslinjer for Helgelandssykehuset HF. Administrerende direktørs rolle er å utvikle og iverksette strategier og handlingsplaner i samsvar med sykehuseiers og styrets beslutninger og instruksjoner.

Administrerende direktør tilsettes av styret som også fastsetter administrerende direktørs lønn og andre ansettelsesvilkår. Styret skal gi instruksjoner og føre tilsyn med administrerende direktørs arbeid. Styret treffer vedtak om å si opp eller avskjedige administrerende direktør.

## **3. Administrerende direktørs myndighet**

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av Helgelandssykehuset HF og skal følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt, og påse at virksomheten er i samsvar med Helgelandssykehuset HF gjeldende vedtekter, rammer og vedtak.

Fullmakten inkluderer bl.a.

- inngå forlik, både rettslig og utenomrettslig
- ta ut stevning/anke
- politianmelde straffbare forhold
- begjære påtale
- opptre som part/lovlig stedfortreder i en rettslig prosess

Styret skal likevel informeres om alle saker av prinsipiell, omdømmemessig eller stor betydning.

### Om saker av uvanlig art eller stor betydning

Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning, jf. helseforetaksloven § 37, 3. ledd. Administrerende direktør plikter å forelegge saker av slik natur for styret.

Administrerende direktør kan likevel avgjøre slike saker:

- Etter fullmakt fra styret i den konkrete saken
- Når styrets avgjørelse ikke kan avventes uten vesentlig ulempe for foretakets virksomhet.

Styret skal i slike tilfeller snarest underrettes om saken

Som saker av uvanlig art eller stor betydning regnes blant annet:

- Opptak av lån utenom Helse Nord
- Pantsettelse av eiendom

- Saker hvor foretaket skal treffe vedtak etter helseforetaksloven § 30
- Avhending av eiendom med verdi av enkeltobjekt, eller samlet, utover 5 mill. kroner
- Investeringer jf. konsernbestemmelser i Helse Nord [Konsernbestemmelser i Helse Nord, se RL4802](#)

Det vises for øvrig til bestemmelser i vedtektene.

Administrerende direktør har, som ledd i oppfølging mellom Helse Nord RHF og Helgelandssykehuset HF, plikt til å gi Helse Nord innsyn i helseforetakets virksomhet og administrasjon.

#### **4. Administrerende direktørs oppgaver**

Administrerende direktør skal arbeide for at Helgelandssykehuset HF utfører sine hovedoppgaver slik de blant annet står i foretakets vedtekter, foretaksprotokoller og overordnet oppdragsdokument fra RHF.

Administrerende direktør skal bidra til å sikre videreutvikling av helsefaglig innhold og kvalitet i Helgelandssykehuset HF.

Administrerende direktør er ansvarlig for å organisere et lederforum bestående av sentrale ledere for de ulike deler av virksomheten. Dette skal være et rådgivende organ for administrerende direktør.

For øvrig tilkommer oppgaver som følger naturlig av helseforetaksloven § 37.

Følgende oppgaver inngår i administrerende direktørs ansvarsområde:

##### **4.1 Regnskap**

Administrerende direktør skal sørge for at foretakets registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger er i samsvar med lov og forskrifter og at formuesforvaltningen skjer på en betryggende måte.

##### **4.2 Rapportering**

###### **4.2.1 Informasjon til styret**

Administrerende direktør har plikt til å informere styret om foretakets virksomhet, stilling og resultatutvikling samt utarbeide forslag til budsjett og årsplan for styret. Hver måned, med unntak av januar og juli, skal administrerende direktør gi styret skriftlig rapport om situasjonen i Helgelandssykehuset HF. Rapporten skal inneholde både økonomiske og ikke-økonomiske forhold, herunder et spesielt fokus på helsefaglig kvalitet og innhold samt effektivitet inkludert helse, miljø og sikkerhet.

Administrerende direktør har ansvar for at det etableres en intern hensiktsmessig rapporteringsstruktur og oppfølging mot Helse Nord RHF.

Styret har rett til enhver tid å kreve at administrerende direktør gir styret en generell redegjørelse og i saker av særskilt interesse.

#### **4.2.2 Rapportering til eier**

Administrerende direktør skal utarbeide forslag til den årlige melding til Helse Nord RHF som styret i Helgelandssykehuset HF hvert år skal levere.

#### **4.2.3 Årsberetning og årsregnskap**

Administrerende direktør skal utarbeide forslag til årsberetning og årsregnskap til styret.

Administrerende direktør har ansvar for at årsberetning og årsregnskap innsendes til Helse Nord RHF og foretaksregisteret.

#### **4.3 Saksforberedelse - styremøter**

Styrets leder har det formelle ansvaret for styrebehandling av saker.

Saksliste fastsettes av styrets leder i samråd med administrerende direktør, som forestår saksforberedelser til styremøtene i samråd med styrets leder.

Administrerende direktør skal i samråd med styrets leder innkalle til styremøter.

Administrerende direktør kan kreve at styret sammenkalles.

#### **4.4 Representasjon**

Administrerende direktør plikter å være tilstede, og har rett til å uttale seg i foretaksmøtet.

#### **4.4 Samarbeid med andre**

Administrerende direktør skal bidra til at det etableres nødvendig samarbeid med og veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og omsorgstjenestetilbud.

Administrerende direktør skal bidra til at det etableres nødvendig samarbeid med universitet og høyskoler, slik at Helgelandssykehuset HF kan ivareta de forpliktelser som fremkommer av Helgelandssykehuset HF's vedtekter § 5 og oppdragsdokumenter fra Helse Nord RHF.

Administrerende direktør skal gjennom samarbeid og dialog med pasient- og brukerorganisasjoner tilrettelegge for at Helgelandssykehuset HF sikrer den medvirkningen som er beskrevet i helseforetaksloven § 35 og vedtektenes § 8.

#### **4.5 Informasjon og samfunnskontakt**

Administrerende direktør har ansvar for at det utvikles holdninger til, og rutiner og systemer for, kontakt med eksterne aktører som media, lokale og regionale myndigheter som sikrer offentlig innsyn i de aktiviteter Helgelandssykehuset HF har ansvar for.

Det skal praktiseres meroffentlighet.

#### **4.6 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten**

Administrerende direktør har ansvar for at nødvendige styringssystemer og kontrollsystemer er på plass og virker etter sin hensikt.

Administrerende direktør har ansvar for at det utvikles systemer, rutiner og holdninger som ivaretar helse, miljø og sikkerhet innenfor både den operative virksomheten og i pasientbehandlingen.

#### **4.7 Organisering og personalansvar**

Administrerende direktør har ansvaret for at Helgelandssykehuset HF er hensiktsmessig organisert og har en kompetanse som gjør at de samlede oppgaver kan ivaretas på en god måte.

Administrerende direktør har personalansvaret for de ansatte i Helgelandssykehuset HF. Dette kan delegeres til lavere nivåer i henhold til fullmaktmatrise.

#### **4.8 Representasjon og fullmakter**

Administrerende direktør representerer foretaket utad i saker som inngår i den daglige ledelse.

Styrets leder alene eller administrerende direktør alene tegner foretakets signatur.

Styrets leder alene eller administrerende direktør alene kan meddele prokura.

Administrerende direktør har ansvar for at det utvikles systemer, rutiner og holdninger som sikrer forsvarlig utøvelse av administrerende direktørs fullmakter og fullmakter delegert fra administrerende direktør.

#### **5. Resultatkrav og evaluering av administrerende direktør**

Administrerende direktør må påregne å bli evaluert på evne til å understøtte styrets hovedoppgaver, slik disse er gitt i instruks for styret i Helgelandssykehuset, pkt. 4.

Styrets leder skal årlig ha en medarbeidersamtale med administrerende direktør.

## Protokoll

Vår ref.:  
2020/1456

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

Sted/dato:  
Bodø, 3.2.2021

<b>Møtetype:</b>	Foretaksmøte
<b>Møtedato:</b>	3. februar 2021 – kl. 14.30
<b>Møtested:</b>	Video-/telefonmøte pr Teams

### Tilstede – fra Helse Nord RHF:

Navn:	
Renate Larsen	styreleder
Hans-Jacob Bønå	styremedlem
Tom Erik Forså	styremedlem
Kari Sandnes	styremedlem
Fredrik Sund	styremedlem
Sissel Alterskjær	styremedlem
Knut Hartviksen	Observatør - RBU
Cecilie Daae	adm. direktør
Anne May Knudsen	kommunikasjonsdirektør
Tove Klæboe Nilsen	fung. kvalitets- og forskningsdirektør
Hilde Rolandsen	eierdirektør
Geir Tollåli	fagdirektør
Tina Eitran	fung. stabsdirektør

### Tilstede – fra Helgelandssykehuset HF:

Navn:	
Arne Benjaminsen	styreleder
Andrine Solli Oppegård	styremedlem
Eva Monika Hestvik	styremedlem
Hege Harboe-Sjåvik	styremedlem
Dag Christian Johansen	styremedlem
Henrik Levi Henriksen	styremedlem
Ingemar Pedersen	styremedlem
Hanne Marthe Pedersen	styremedlem
Hulda Gunnlaugsdottir	adm. direktør
Fred A. Mürer	medisinsk direktør
Sissel Karin Andersen	organisasjons og administrasjons direktør

Bjørn Bech-Hanssen	enhetsdirektør drift & eiendom
Beate Aspdal	enhetsdirektør Mo i Rana
Elin R. Grønvik	konst. enhetsdirektør Mosjøen
Tanja Pedersen	konst. enhetsdirektør Sandnessjøen
Rune Holm	enhetsdirektør psykisk helse og rus
Tove Lyngved	økonomisjef
Trond Millerjord	HR-sjef
Mette Horsberg	kommunikasjonssjef
Knut Roar Johnsen	samhandlingssjef
Hege Brønlund	styresekretær

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med helseforetaksloven § 45.

I forkant av foretaksmøtet presenterte adm. direktør i Helse Nord RHF Cecilie Daae hva som prioriteres dette året i oppdragsdokument 2021. Presentasjonen ble strømmet på Helse Nord RHF's YouTube-kanal.

### **Sak 5-2021            Godkjenning av innkalling**

Styreleder i Helse Nord RHF, Renate Larsen, med fullmakt til å utøve eiermyndighet på vegne av Helse Nord RHF ønsket velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

I tråd med etablert praksis ledes foretaksmøter av eiers styreleder. Foretaksmøtet ble ledet av styreleder Renate Larsen.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

### **Sak 6-2021            Godkjenning av saksliste**

Møtelederen spurte om noen hadde merknader til den utsendte sakslisten. Det var ingen merknader til sakslisten.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Sakslisten godkjennes.

### **Sak 7-2021            Valg av representant til å underskrive protokollen sammen med møteleder**

Styreleder Arne Benjaminsen ble foreslått til å underskrive protokollen sammen med møteleder.



Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Styreleder Arne Benjaminsen ble valgt til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

**Sak 8-2021                      Oppdragsdokument 2021 Helgelandssykehuset HF**

Det ble vist til saksfremlegg og presentasjon fra adm. direktør i forkant av foretaksmøtet. Styreleder Renate Larsen redegjorde kort for saken.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

1. Foretaksmøtet vedtar vedlagte dokument som oppdragsdokument 2021 for Helgelandssykehuset 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 oppdragsdokumentet 2021.

Bodø, den 3. februar 2021

godkjent elektronisk  
jf. e-post av 3. februar 2021  
.....  
Renate Larsen, styreleder  
Helse Nord RHF

godkjent elektronisk  
jf. e-post av 8. februar 2021  
.....  
Arne Benjaminsen, styreleder  
Helgelandssykehuset HF

Vedlegg:

1. Oppdragsdokument 2021 – fra Helse Nord RHF til helseforetakene
2. Tilleggsliste til oppdragsdokument 2021

# Oppdragsdokument 2021

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene

 **HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÄETIE



 **FINNMARKSSYKEHUSET**  
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



 **NORRLANDSSYKEHUSET**  
NORRLÁNDA SKIPPIJVIESSO



 **SYKEHUSAPOTEK NORD**  
DAVI BUOHCCEVIESSOAPOTEHKA



 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**  
DAVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU



 **HELSE NORD IKT**

Vedtatt i styret i Helse Nord RHF 3. februar 2021

## Innhold

<b>Innledning</b> .....	<b>4</b>
<b>Mål og føringer</b> .....	<b>5</b>
<b>Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder</b> .....	<b>8</b>
<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
<b>Kvalitet i pasientbehandlingen</b> .....	<b>12</b>
<i>Kvalitetsutvikling</i> .....	12
<i>Pasientsikkerhet</i> .....	13
<i>Smittevern</i> .....	13
<i>Klima- og miljøtiltak</i> .....	13
<i>Beredskap</i> .....	13
<b>Samhandling med primærhelsetjenesten</b> .....	<b>14</b>
<b>Bemanning og kompetanse</b> .....	<b>14</b>
<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
<b>Forskning og innovasjon</b> .....	<b>16</b>
<b>Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling</b> .....	<b>17</b>
<i>Resultatkrav</i> .....	17
<i>Anskaffelsesområdet</i> .....	17
<b>Teknologi</b> .....	<b>18</b>
<i>Informasjonssikkerhet</i> .....	19
<b>Bygg og kapasitet</b> .....	<b>20</b>
<b>Styringsparametere 2021</b> .....	<b>21</b>
<b>Oppfølging og rapportering</b> .....	<b>23</b>
<b>Utdanning av helsepersonell – dimensjonering</b> .....	<b>23</b>

## 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 allmenntidmedisin.
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 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 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

---

<sup>1</sup> 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 prehospitale tjenester.
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
<b>1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen</b>			
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 <sup>2</sup> .	Minst 70 % Variasjonen i måloppnåelse på helseforetaksnivå skal reduseres.	Helsedirektoratet	Tertialvis
<b>2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling</b>			
Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold). 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.	

<sup>2</sup> Andel pakkeforløp som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk, medikamentell- eller strålebehandling, som er innenfor standard forløpstid, for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, nevroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.

Oppdragsdokument 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
<b>3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet</b>			
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 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 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.	<b>Administrativt</b> behandlet årlig melding: 4. Februar 2022.  <b>Styrebehandlet</b> 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/](http://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kd/Tildelingsbrev/id753324/).



# Tilleggsliste til oppdragsdokument 2021

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene

 **HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



 **FINNMARKSSYKEHUSET**  
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



 **NORDLANDSSYKEHUSET**  
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO



 **SYKEHUSAPOTEK NORD**  
DAVI BUOHCCEVIESSOAPOTEHKA



 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**  
DAVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU



 **HELSE NORD IKT**

Vedtatt i styret i Helse Nord RHF 03.02.2021

## Innhold

Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder .....	3
Sikre god pasient- og brukervedvirkning.....	3
Somatikk .....	4
Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	5
Samhandling med leverandører av private helsetjenester .....	5
Kvalitet i pasientbehandlingen .....	5
Kvalitetsutvikling .....	6
Pasientsikkerhet .....	7
Smittevern.....	7
Beredskap.....	7
Samhandling med primærhelsetjenesten.....	7
Bemanning og kompetanse .....	8
Sikre gode arbeidsforhold.....	8
Tilstrekkelig kvalifisert personell.....	8
Utdanning av legespesialister.....	9
Forskning og innovasjon .....	9
Økonomi - behov for kontinuerlig forbedring og omstilling.....	10
Anskaffelsesområdet.....	10
Teknologi .....	10
Personvern og informasjonssikkerhet.....	12
Bygg og kapasitet.....	12

## 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 kontaktleger er særlig stort, for eksempel kreft og habilitering. (2020)
2. Gjennomføre tiltak med mål om å styrke helsepersonells kompetanse i involvering og opplæring av voksne pårørende. (2020)
3. 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. (2020)
4. Håndtere prisinformasjon på legemidler slik de er vedtatt av de regionale helseforetakene. Det må sørges for tilstrekkelig kommunikasjon og opplæring for de ansatte dette gjelder. (2019)
5. Bruken av Mine Pasientreiser (digitaliseringsgrad), skal ved utgangen av 2019 være 70 % i Helse Nord (2019)
6. Sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å tilby alle barn og andre sårbare grupper som avhøres ved Statens barnehus, medisinsk undersøkelse ut over de kliniske rettsmedisinske undersøkelsene som rekvireres av politiet. Undersøkelser som ikke krever spesialisert utstyr, skal foretas på barnehuset. (2017)
7. Ved endring i akuttfunksjoner og andre vesentlige endringer i tjenestetilbudet skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring for å sikre at prosessen er gjennomført i henhold til veilederen for utviklingsplaner. (2017)
8. 80 % av telefonhenvendelsene til pasientreisekontorene skal besvares innen 90 sekunder (2016)

### Foretaksspesifikke krav:

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

9. 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 (2020)

### Krav til NLSH og UNN:

10. Innføre og delta i ParkinsonNet. Det skal opprettes en lokal koordinator for arbeidet. (2020)

## Sikre god pasient- og brukermedvirkning

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

11. Legge til rette for samarbeid mellom ungdomsrådene i regionen. (2019)
12. Sikre at pasienten får god nok kvalitet på informasjon for å kunne ta reelle valg for sin behandlingsmetode/behandlingssted. (2018)
13. Legge til rette for god kommunikasjon også for pasienter med funksjonsnedsettelse. (2018)

## Somatikk

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

14. Innføre pakkeforløp for hjerneslag del 2.(2020)
15. Registrere fødselsnummer på alle nyfødte før utskrivelse. (2020)
16. Forberede innføring av screening for tarmkreft i henhold til føringer i regionalt prosjekt. (2020)
17. Følge opp kompetanse- og ressursbehov dokumentert i rapporten "Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem" i utvikling av fødeinstitusjonene. (2020)
18. Ha kompetanse for utredning og diagnostikk av kronisk utmattelsessyndrom. (2019)
19. Minst 60 pst. av pasienter med hjerneinfarkt, som er trombolysbehandlet, skal ha fått denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse. (2019)
20. Ha det økonomiske ansvaret for hormonpreparater når kvinner i fertil alder får tilbud om å ta ut egg hvis behandling av alvorlig sykdom kan gå utover fertiliteten. (2019)
21. Det skal innføres måltall for registrering av skadedata i Norsk pasientregister fra 2020. Helseforetakene skal arbeide målrettet for å øke registreringsandelen. (2019)
22. Bidra til at pasienter under 80 år innlagt med NSTEMI, får koronar angiografi innen 72 timer etter innleggelse. (2018)
23. Gjennomføre regelmessig opplæring av ambulansepersonell for å øke andelen prehospital trombolys ved indikasjon på ST-elevasjonsinfarkt (STEMI). 2018)
24. Behandle mer enn 40 % av pasienter under 80 år med STEMI med mindre enn 12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt, med trombolys innen 30 minutter etter første medisinske kontakt eller koronar angiografi/PCI innen 90 minutter. (2018)
25. Sikre lokalsykehustilbud med nødvendig kompetanse og tilstrekkelig kapasitet til pasienter med sykkelig overvekt. (2018)

### Krav til FIN, UNN og HSYK:

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

### Krav til NLSH og FIN:

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

### Foretaksspesifikke krav:

#### **Nordlandssykehuset**

28. Ha kortere ventetid enn 16 uker på det regionale tilbudet for utredning og behandling av pasienter med sykkelig overvekt. (2018)

## Universitetssykehuset Nord-Norge

29. Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpediatriske tjenester til Statens barnehus i Kirkenes. (2018)
30. Utrede flere enn 80 % av pasientene under 80 år innlagt med NSTEMI med koronar angiografi innen 72 timer etter innleggelse. (2018)

## Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

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

31. Etablere Narkotikaprogram med domstolkontroll. Kvinner i LAR<sup>1</sup> skal ha informasjon om LAR-behandling og graviditet, tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR. (2017)

## Samhandling med leverandører av private helsetjenester

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

32. Delta med relevant kompetanse i pilotprosjekter knyttet til avtalespesialistordningen, jf. at det tas sikte på å gi avtalespesialistene rett og plikt til tildeling av pasientrettigheter. (2019)

## Kvalitet i pasientbehandlingen

### Krav til alle helseforetak:

33. Sørge for at styremedlemmene får nødvendig opplæring i internkontroll og risikostyring. (2019)
34. Styrebehandle alle rapporter fra internrevisjonen i Helse Nord RHF som gjelder foretaket og vedta plan for oppfølging av internrevisjonens anbefalinger. (2011).

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

35. 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. (2020)
36. Påse at sykehusene ikke bruker fastlegene til administrativt arbeid som naturlig bør tilligge sykehusene. Dette gjelder blant annet følgende administrative oppgaver: (2020)
  - Videre henvisning til undersøkelser og kontroller basert på funn og vurderinger gjort av spesialisthelsetjenesten.
  - Rekvisisjoner på bildediagnostikk eller laboratorieanalyser som ledd i sykehusets vurderinger.

---

<sup>1</sup> Legemiddelassistert rehabilitering

- 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. (2020)

37. Alle akuttsykehus skal ha breddekompetanse innenfor behandling av eldre, og alle store akuttsykehus skal ha spesialist i geriatri. (2020)
38. Levere KPP-data etter nasjonal spesifisering. (2018)
39. Levere data inn i den nasjonale KPP-databasen. (2018)
40. Stille med fagrevisorer til kliniske fagrevisjoner. (2018)
41. Mini-metodevurdering benyttes i helseforetakene som grunnlag for beslutninger om innføring av nye metoder og ved endring av praksis/avvikling av metoder. (2016)
42. Skal ha etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og TSB får behandling for somatiske lidelser, og tilsvarende, at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer. (2015)

#### Foretaksspesifikke krav:

##### **Helse Nord IKT**

43. Sørge for at Open Q-Reg<sup>2</sup> og Rapporteket<sup>3</sup> videreutvikles og forvaltes på måter som tilfredsstiller de nasjonale kvalitetsregistre som bruker disse tjenestene. (2018)

##### **Kvalitetsutvikling**

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

44. I samsvar med Regional utviklingsplan 2035 delta i arbeidet med utviklingen av en strategi for legemiddelforsyningen i regionen. (2020)
45. 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. (2020)

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

46. Øke bruken av simulering for kompetanseheving og samarbeide med andre helseforetak om utvikling og deling av opplegg for simulering. (2020)
47. Samarbeide med Folkehelseinstituttet om gjennomføring av kontinuerlige PasOppundersøkelser blant pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern og TSB. (2020)

---

<sup>2</sup> Plattform for web-baserte kvalitetsregistre

<sup>3</sup> Støtte for tilgjengeliggjøring, analyse og tolkning av data i kvalitetsregistre

## Pasientsikkerhet

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

48. Andel legemiddellister som er samstemt inn (i DIPS medikamentmodul) skal være mer enn 90 %. (2020)

### Krav til sykehusforetakene og SANO:

49. Videreføre arbeidet med innsatsområdene fra pasientsikkerhetsprogrammet i samarbeid med Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet. (2019)

## Smittevern

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

50. Utføre tverrfaglig og systematisk gjennomgang av pasientforløpet ved dyp postoperativ sårinfeksjon (NOIS-POSI), og eventuelt iverksette tiltak. Dette skal rapporteres sammen med den ordinære NOIS-POSI rapporteringen. (2019)

51. Ha færre enn 3,5 % sykehuspåførte infeksjoner, målt ved prevalensundersøkelsene. (2018)

52. Ha minst ett punkt i årsplanen for internrevisjon tilknyttet infeksjonskontrollprogrammet (IKP). (2018)

53. Vaksinere 75 % av helsepersonell med direkte pasientkontakt for sesonginfluensa. (2018)

## Beredskap

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

54. 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. (2020)

### Krav til alle helseforetak:

55. Samordne sine beredskapsplaner med HN IKT for å sikre likeartet håndtering, kompetanse, oversikt, og interne rutiner for informasjon, varsling og håndtering av kritiske hendelser. (2019)

### Foretaksspesifikke krav:

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

56. 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. (sjekk årstall)

## Samhandling med primærhelsetjenesten

### Krav til alle helseforetak:

57. Delta i oppfølgingen av Helsedirektoratets felles plan for nasjonal tilrettelegging og bruk av teknologi for å levere helsetjenester på nye måter. (2019)

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

58. 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 helsefellesskap. SANO skal involveres i arbeidet der det er relevant. (2020)
59. Sette konkrete mål for kompetansedeling sammen med kommunene i helsefellesskapene. 2020
60. Gi innspill til neste nasjonale helse- og sykehusplan sammen med kommunene i helsefellesskapet. 2020
61. Gjennomføre tiltak for å ivareta samhandling om samiske pasienter i helsefellesskapene. 2020
62. 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 døgnskuttet 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. (2020)
63. Ved utskrivning skal alle pasienter som har behov for kommunal oppfølging ha med seg nødvendig og forståelig informasjon og medikamenter (epikrise ved utskrivelse og legemiddelliste, jf. tjenesteavtale 5). (2019)
64. Følge opp Riksrevisjonens anbefalinger om praksis for utskrivning av pasienter, og ha interne systemer og kontroller som sikrer at ansatte kjenner til regelverk og benytter prosedyrer og rutiner ved utskrivning av pasienter. (2019)

Foretaksspesifikke krav:

**Finnmarkssykehuset:**

65. 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 desember 2021. Utredningen skal gjennomføres innen 31. 12. 2021. (2020)

## Bemanning og kompetanse

### Sikre gode arbeidsforhold

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

66. Følge opp Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes bruk av legeressursene. (2019)

Foretaksspesifikke krav:

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

67. På bakgrunn av erfaringer bl.a. fra Helgelandssykehuset utarbeide handlingsplan for å redusere sykefravær til under 7,5 pst. innen 2021. (2019)

### Tilstrekkelig kvalifisert personell

Krav til alle:



68. 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. (2020)
69. I samsvar med Regional utviklingsplan 2035 utrede strategier for å beholde og rekruttere ansatte med samisk språk og kulturforståelse. (2020)
70. Følge opp regional handlingsplan for rekruttering, med særskilt fokus på tiltak for økt kapasitet for utdanning og rekruttering av sykepleiere. Planen skal også vise prognose for endring i antall helsefagarbeidere. (2019)

Krav til sykehusforetakene og SANO:

71. Samarbeide med tillitsvalgte og vernetjenesten i arbeidet med å utvikle tiltak for å forebygge og ivareta beredskap for håndtering av vold og trusler. (2017)
72. Basere bemanningsplanlegging utfra aktivitet og en planleggingshorisont på minimum 6 måneder. (2016)

## **Utdanning av legespesialister**

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

73. Stille med nødvendige leger til kursporteføljen i legespesialistutdanningen. Det gjelder kurskomiteer og lærerkrefter på kursene som i ny ordning koordineres av de regionale utdanningssettene. Veilederkurs er omfattet av kravet. (2019)

## **Forskning og innovasjon**

Krav til alle:

74. Inngå eller revidere avtaler med universitetene i regionen, i tråd med ny rammeavtale som Helse Nord RHF har inngått i oktober 2019. (2020)

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

75. Samarbeide med næringslivet om innovative løsninger. (2020)
76. 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. (2020)
77. Bruke innovasjonsverktøyet Induct for å registrere og utvikle innovasjonsprosjekter. Det skal rapporteres på innovasjonsindikatorerne definert av HOD.(2020)
78. Organisere foretakets redelighetsutvalg på en hensiktsmessig måte, og utarbeide retningslinjer for behandling av saker om mulige brudd på anerkjente forskningsetiske normer. (2019)
79. Foretakene skal sikre at de rettmessig adresseres ved publikasjoner som utgår fra eller finansieres av foretaksgruppen. (2019)

Krav til SANO, FIN, NLSH og HSYK:

80. Prioritere en økt andel egne midler til forskning i 2021, for å bidra til å innfri at ressursbruken til forskning skal økes. (2020)

Foretaksspesifikke krav:

**Universitetssykehuset Nord-Norge:**

81. UNN skal øke sin ressursbruk til forskning i 2021, for å bidra til å komme på nivå med sammenlignbare universitetssykehus (jf NIFUs statistikk).2020
82. Tilrettelegge særlig for klinisk forskning og helsetjenesteforskning, også i samarbeid med andre helseforetak og universiteter i regionen. (2018)
83. Identifisere behov for forskning og innovasjonstiltak spesielt rettet mot den samiske befolkningen. (2017)
84. Tilrettelegge for forskning utover doktorgrad og slik sikre stabil forskningskompetanse i alle klinikker. (2018)

## **Økonomi - behov for kontinuerlig forbedring og omstilling**

### **Anskaffelsesområdet**

Krav til alle:

85. Med utgangspunkt i UNNs artikkelregister utvikle rutiner for forvaltning av felles regionalt avtaleregister på lagerført sortiment. (2020)
86. Planlegge mottak og implementering av alle nasjonale og regionale avtaler; i samarbeid med Sykehusinnkjøp HF. (2020)
87. I alle lokale anskaffelser skal Sykehusinnkjøp HF være involvert i forkant og brukermedvirkning skal gjennomføres der det er relevant. (2019)

Foretaksspesifikke krav:

**Nordlandssykehuset**

88. Redusere omfang diverseordrer i innkjøpssystemet.2020

Krav til sykehusforetakene og HN IKT:

89. Redusere antall ad-hoc anskaffelser. (2019)

## **Teknologi**

Krav til alle:

90. Helseforetakene skal delta i arbeidet med utarbeidelse av teknologiplan for Helse Nord. Arbeidet ledes av Helse Nord RHF. (2020)
91. Betalingsforpliktelser må skille mellom kostnader besluttet av eier og kostnader for tjenester og bestillinger direkte fra helseforetakene. (2020)
92. Innenfor rammen av digitale innbyggertjenester skal dokumentdeling via kjernejournal realiseres i Helse Nord. Helseforetakene skal aktivt prioritere og delta i arbeidet. (2020)

Krav til sykehusforetakene og HN IKT:

93. Øke bruken av digital kommunikasjon med allmennleger, avtalespesialister, pasienter og pårørende og ta i bruk andre ferdigutviklede tjenester på helsenorge.no. Innføringen gjennomføres i Helse Nords prosjekt Digitale Innbyggertjenester. (2019)
94. Delta i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet og dele erfaringer med bruk av digitale pasientrettede tjenester (selvtester, o.l.) mellom helseregionene. (2019)
95. Prinsippene i styresak 70-2002 IKT-strategi i Helse Nord skal fortsatt ligge til grunn for arbeidet med IKT i regionen. Helseforetakene skal ikke gjennomføre separate anskaffelser eller iverksette andre tiltak som kan true de ambisjoner som er beskrevet rundt realisering av FIKS. Behov for nye tjenester/prosjekter skal forankres mot Helse Nord RHF på et tidlig tidspunkt. Eventuelle innovasjonsprosjekter og resultatet av slike skal kunne benyttes av hele foretaksgruppen. (2016)

Foretaksspesifikke krav:

**Helse Nord IKT**

96. Planlegge nødvendige tiltak for å ta bruk modernisert folkeregister innen 31.12.2021. (2019)
97. Sikre at elektroniske meldinger til enhver tid er i tråd med siste versjon av nasjonale standarder. (2018)
98. Brudd på avtalt servicenivå slik disse fremkommer på tjenestenivå skal meldes i Helse Nords avvikssystem Docmap. (2017)
99. Bidra i Direktoratet for e-helses arbeid med å ferdigstille og ta i bruk nødvendige standarder for elektronisk samhandling, jf. forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren. (2018)
100. Sikre at elektroniske meldinger til enhver tid er i tråd med siste versjon av nasjonale standarder. Bekrefte etterlevelse innen utløp 1. tertial. For eventuelle områder med avvik fra nasjonale standarder, skal dette begrunnes. (2017)
101. Drifte og forvalte integrasjonsbuss (ESB)4 i tråd med anbefalingene knyttet til tjenesteorientert arkitektur og med de standarder som defineres av Direktoratet for e-helse samt Nasjonal IKT. Integrasjonsgrensesnitt som utvikles skal i så stor utstrekning som mulig kunne gjenbrukes i andre helseregioner. (2017)
102. Sikre at det foreligger tilstrekkelig ressurser til å realisere regionens sentrale integrasjonsbehov slik disse er utledet av behov definert i prosjekt porteføljen. Leveransene gjennomføres uten unødvendige forsinkelser for de aktuelle hovedprosjekter – enten ved interne ressurser eller i form av partnerskap ved eksterne aktører. (2017)
103. Helse Nord IKT har et særlig ansvar å orientere Helse Nord RHF om de tilfeller det iverksettes tiltak eller prosjekter som bryter med regionens vedtatte strategier og planer innen IKT-området. (2017)

## **Personvern og informasjonssikkerhet**

### Krav til alle:

104. Utarbeide en tiltaksplan, og iverksette nødvendig tiltak, som sikrer at helseforetakenes IKT-systemene og teknologiske sikkerhetstiltak bidrar til å forebygge og avdekke dataangrep. (2020)
105. Dataansvarlig skal etablere rask og sikker pålogging i form av to-faktor autentisering for tilgang til helseopplysninger/personopplysninger. Datatilsynets anbefalinger skal legges til grunn (2020)
106. Rapportere, som et minimum, resultater fra helseforetakenes sikkerhetsrevisjoner, oppsummering fra avviksrapportering og trender fra gjennomførte risikovurderinger i «Ledelsens gjennomgang». Dette for å sikre etterlevelse av innholdet i revidert regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet og handlingsplan for informasjonssikkerhet. (2018)
107. Verifisere at leverandører som innehar rollen databehandlere oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og at nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. (2012)

### **Helse Nord IKT:**

108. Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser for MTU med tilhørende handlingsplaner innen 2. tertial. (2019)

## **Bygg og kapasitet**

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

109. Følge opp en 4-årig vedlikeholdsplan som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard, kvalitet og verdier over tid. Planen skal samordnes med fremtidige nybygg/ombygging. (2018)
110. Ha avtaler for arealdeling av universitetsarealer. (2018)
111. Informere berørte kommuner og fylkeskommuner om alle planlagte salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak, på et så tidlig tidspunkt som mulig. (2011)
112. Begrense betaling for parkering til å dekke kostnadene ved parkeringstilbudet og at de rutiner man har for parkering skal begrense risikoen for gebyr. Alle nye parkeringssystemer skal bygge på prinsippet om etterskuddsbetaling. (2011)

### Foretaksspesifikke krav:

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

113. Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til Nye Narvik sykehus i tråd med brev av 10.7.18. (2019)

#### **Finnmarkssykehuset**

114. Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til Nye Hammerfest sykehus i tråd med brev av 10.7.18.(2020)

**Til direktører, FFU- sjef, tillitsmannsapparatet og vernetjenesten**

Deres ref.:

Vår ref.:2020/2747

Saksbehandler/dir.tlf.: H.Gunnlaugsdottir

Dato: 06.10.20

**Oppdrag til direktører om oppnevning av arbeidsgruppe**

I 2002 ble foretaksreformen implementert i Norge. Sykehusene på Helgeland ble sammenslått til et helseforetak; Helgelandssykehuset. Bakgrunnen for reformen var en forventning om økt samhandling og bedre ressursutnyttelse, samtidig som pasienten skulle være i fokus. Helgelandssykehuset valgte i denne etableringen en modell med geografisk inndeling av enheter og separate budsjetter. Administrerende direktør mener at denne organisasjonsmodellen ikke møter dagens behov for å skape pasientens helsetjeneste.

**Ny organisasjonsstruktur i Helgelandssykehuset – Etablering av arbeidsgruppe**

Det skal etableres ei arbeidsgruppe i sykehuset som skal jobbe fram forslag til ny klinisk gjennomgående organisasjonsstruktur.

**Hvorfor gjør vi dette?**

- Sammen skal vi fortsette med å bygge landets beste og mest framtidsetta lokalsykehus. Dette gjør vi gjennom å skape pasientens helsetjeneste, og videreutvikle gode og trygge pasientforløp.
- Helgelandssykehuset skal være, og framstå som ett sykehus. Dette innebærer at det er en ubrutt ledelseslinje gjennom hver enkelt klinikk uavhengig av geografisk plassering av den operative virksomheten.
- Prosedyrer og rutiner må være felles for samme behandlingstype eller arbeidsoperasjon. For å få det til er det viktig at fagområdene er organisert i tverrgående klinikker under en ledelse.

**Hva er ny organisasjonsstruktur ment å løse?**

Effekt mål:

Helgelandssykehuset skal sikre befolkningen i hele opptaksområdet en godt organisert spesialisthelsetjeneste, med god kvalitet, rett kompetanse og rett kapasitet.

Resultat mål:

- Den nye organisasjonsmodellen skal være robust og funksjonell og synliggjøre foretaket som ett virksomhetsområde.

- Pasientforløpene både internt, og i forhold til eksterne aktører, skal være gode og sammenhengende
- Organisasjonsmodellen skal fremme et godt arbeidsmiljø
- Med den nye strukturen skal vi oppnå økonomisk handlingsrom gjennom optimal ressursutnyttelse
- Toppledelsen skal ha god forankring i den kliniske virksomheten

### **Mandat og rammer for Arbeidsgruppa**

Arbeidsgruppa skal jobbe fram forslag til ny klinisk gjennomgående organisasjonsstruktur.

Ett sykehus; dagens lokasjoner

Klinikker; antall klinikker og hvilke fagområder de skal inneholde

De ytre rammer for Arbeidsgruppa er likevel vedtaket fra foretaksmøte i Helse Nord RHF 27.01.20 sak 3. Helgelandssykehuset 2025 – struktur og lokalisering

Det gjennomføres 4 dagsmøter i gruppa:

- Fredag 16. oktober: Sette gruppa, forstå oppdraget og starte arbeidet
- Fredag 30. oktober: Fra nå situasjon til ny struktur
- Fredag 13 november: Arbeidet fortsetter
- Mandag 23. november: Sammenstill utkast til ny overordnet klinikkstruktur for Helgelandssykehuset

Forslag til ny struktur drøftes med tillitsmannsapparatet og presenteres i styret i uke 50.

### **Klinisk gjennomgående organisering**

Ny organisering innføres i to trinn.

Trinn 1: Forslag til ny klinisk gjennomgående struktur utarbeides av arbeidsgruppa

Trinn 2: Prosessen tas videre ut i de enkelte klinikkene for omstilling og kulturarbeid i 2021

### **Dannelse av Arbeidsgruppe Trinn 1**

#### Utvelgelse av medlemmene:

- Direktørene for enhetene Mo, Mosjøen og Sandnessjøen foreslår hver sine kandidater til arbeidsgruppa – 3 representanter hver, hvorav primært 2 møter på hvert møte
- Senter for fag forskning og utdanning velger 1 representant
- Tillitsmannsapparatet velger 2 representanter
- Vernetjenesten velger 2 representanter

HR fasiliterer arbeidsprosessen.

#### Følgende kriterier legges til grunn for valgene:

- Fremtidens fagpersoner fra aktuelle fagmiljø
- Representanter fra tillitsmannsapparatet
- Representanter fra vernetjenesten
- Totalt sett må arbeidsgruppa ha en faglig, geografisk og kjønns sammensetning som er i balanse

Alle medlemmer i arbeidsgruppen har et felles ansvar for prosessen og resultatet:

- Et felles ansvar for å skape et godt samarbeidsklima
- Et felles ansvar for å drive prosessen framover
- Et felles ansvar for å ferdigstille forslag innen gitt frist

Møte	Dato	Aktivitet
Møte 1	Fredag 16.10	Sette gruppa å forstå oppgaven: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hulda ønsker velkommen og presenterer gruppas oppdrag</li> <li>• Presentasjonsrunde</li> <li>• Innledning</li> <li>• Forventningsavklaring</li> <li>• Presentasjon av arbeidsmetodikk – start arbeidet</li> <li>• Oppsummering fra dagen – info ut</li> </ul>
Møte 2	Fredag 30.10	Fortsette der vi slapp på 1. møte <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se på ulike modeller for klinisk gjennomgående struktur</li> <li>• Plassering av dagens støttefunksjoner</li> <li>• Plassering av nye fagfelt</li> <li>• Innvirkning på eksisterende omorganiserte enheter</li> <li>• Oppsummering fra dagen – info ut</li> </ul>
Møte 3	Fredag 13.11	Fortsette der vi slapp på 2. møte <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lande utkast til struktur</li> <li>• ROS Analysere utkastene</li> <li>• Oppsummering fra dagen – info ut</li> </ul>
Møte 4	Mandag 23.11	Fortsette der vi slapp på 2. møte <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sammenstille forslag til ny overordnet klinikkstruktur som oversendes administrerende direktør som et råd fra Arbeidsgruppa</li> </ul>

*Alle møter gjennomføres på HIAS/Milano i Mosjøen fra kl. 10.00 til 15.00.*

Med vennlig hilsen

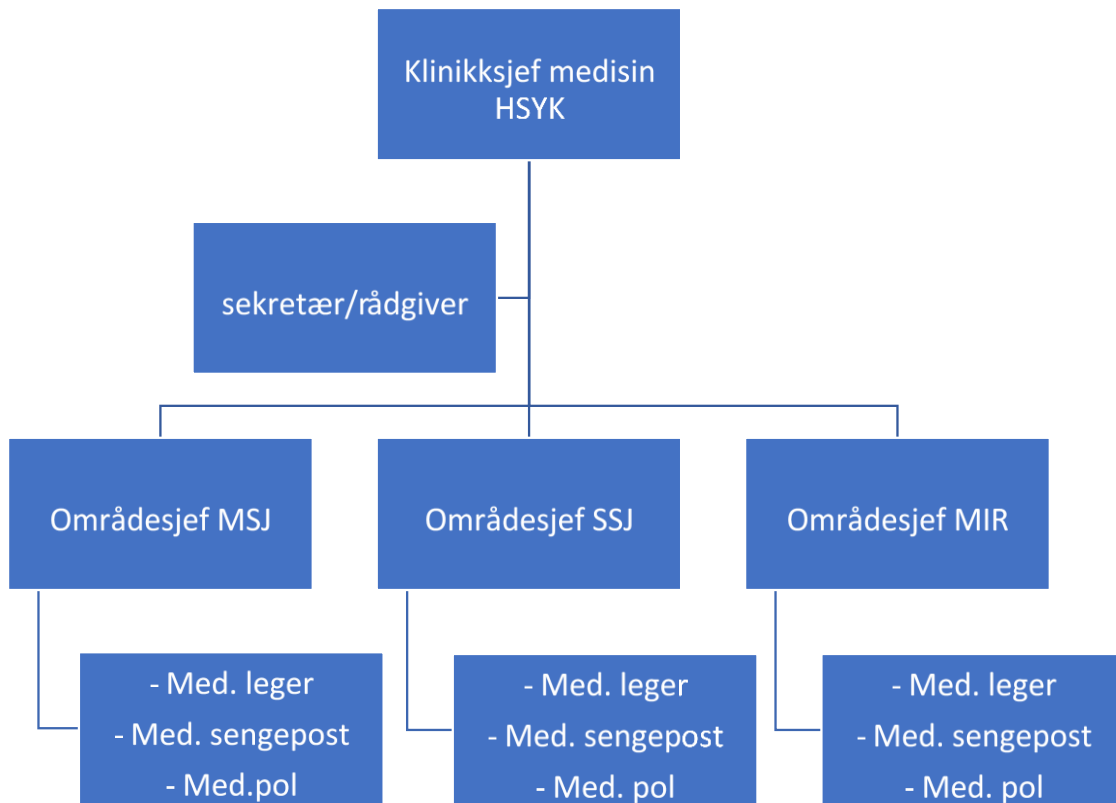
Hulda Gunnlaugsdottir  
Adm. dir

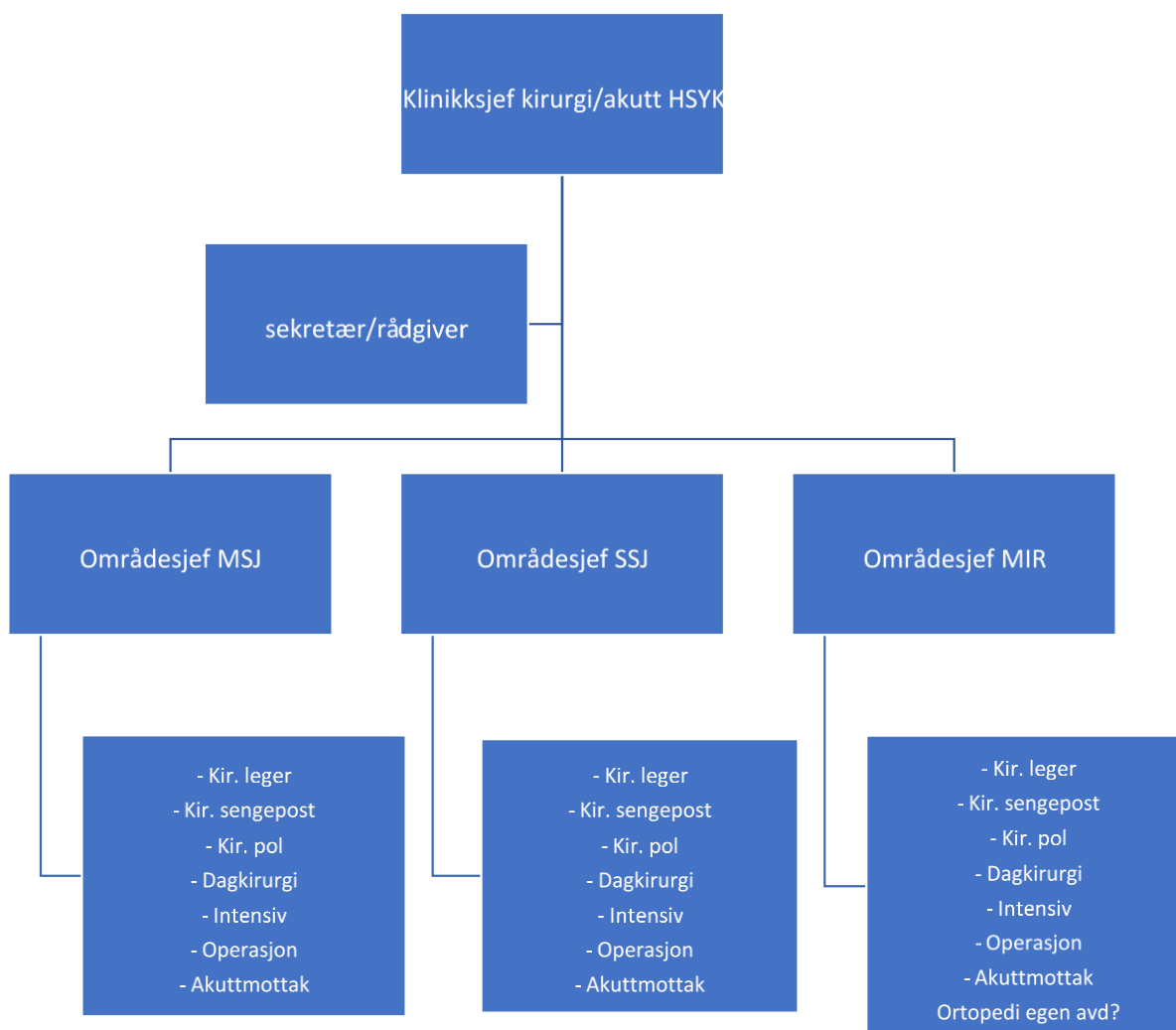
Aktivitet	Ansvarlig	Frist	Merknad:
<b>Beslutning om klinisk gjennomgående organisering</b>			
Arbeidsgruppen leverer sitt forslag til AD	SFHR v/team arb.miljø	12.01.2021	Ni møter
Ledermøtebehandling	Adm.dir	19.01.2021	I tillegg er saken behandlet 14.07.20, 18.08.20, 08.09.20, 29.09.20, 20.10.20, 03.11.20 19.01.21, 26.01.21, 02.02.21 samt 09.02.21.
Ledermøtebehandling	Adm.dir	26.01.2021	
AD tar sin foreløpige beslutning	Adm.dir	29.01.2021	
Allmøte med orientering om foreløpig beslutning	Adm.dir	05.02.2021	I tillegg ble det i allmøte 21.08.20 informert om planlagt prosjektet
Behandling i AMU ihht. aml	SFHR v/team arb.miljø LMA	08.02.2021	
Drøfting med Foretakstillitsvalgte ihht. HA	HR-sjef	10.02.2021	FTV er orientert om saken og har kunnet komme med innspill: 17.06, 19.08, 16.09, 21.10, 18.11 i 2020 og 20.01 i 2021
ROS-analyse i ledermøtet	Adm.dir	16.02.2021	Ledelsen gjør sin ROS-analyse 8.2., 9.2.21 og 16.2.21
Orientering i styret	Adm.dir	24.02.2021	Styret er orientert 10.12.20 i egen sak, samt i ADs muntlige orienteringer høst 2020
Beslutning	Adm.dir	<dato>	
<b>Implementering - omstilling av de som blir berørt</b>			
Opprette omstillingsutvalg	SFHR	dato settes på senere tidspunkt	
Detaljplanlegge omstilling for de som blir berørt	Omstillingsutv.	<dato>	
Informasjon til de som blir berørt	Omstillingsutv.	<dato>	Det har vært gjennomført jevnlig en-til-en-samtaler med AD høst 2020 og jan-feb 2020, samt noen felles møtepunkter. Formelle informasjonsmøter ihht. aml: 25.9., 4.11 og 16.11.; møte med FTV for disse 24.11. Kartleggingssamtaler ihht. aml: 20.11. og 2 møter 23.11
Kartleggingssamtale	Omstillingsutv.	<dato>	
Drøftingsmøte med berørte ihht. aml§15-1	Omstillingsutv.	<dato>	
Vedtak	Adm.dir	<dato>	
Informasjon til de som blir berørt	Omstillingsutv.	<dato>	
Iverksettelse	Omstillingsutv.	<dato>	
<b>Implementering - tilpasning til klinikkorganisering nivå 2</b>			

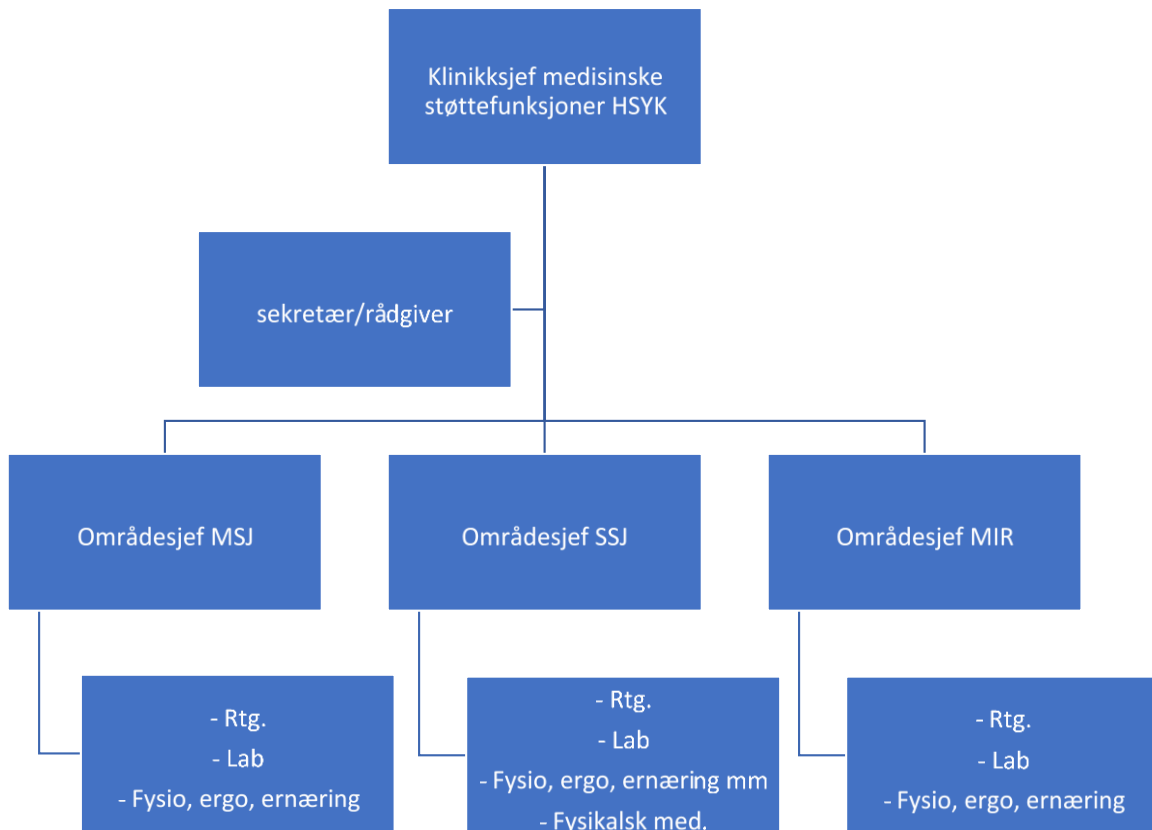


Detaljplanlegging av implementeringen	Org & adm	<dato>	I tett dialog med adm.dir, sykehusledelsen og SFFU, samt involvere FTV, vernetjeneste og lederlinjen.
* Herunder - gå gjennom alle tiltak i ROS-analyse og sikre at tiltakene er inkludert i planen.	Org & adm	<dato>	
* Herunder - avklare hva som må prioriteres i første fase.	Org & adm	<dato>	
Kommunikasjon om detaljplan	Komm.	<dato>	Intranett, allmøte, gjennom lederlinje, tillitsvalge og vernetjeneste
Utlysning/innplassering i klinikkstillsstillinger	SFHR	<dato>	Henger sammen med omstilling av de som blir berørt.
Økonomi og tilgangsstruktur (Budsjett, kostnadssted, Agresso mm)	SFØ	<dato>	Gjennomgang, avklaring og implementering
Personaldata (GAT, personalportal mm)	SFHR	<dato>	Gjennomgang, avklaring og implementering
Avklare tilhørighet og ansvar for endel gjennomgående roller	SFHR	<dato>	Økonomirådgivere Kodekontrollere Sekretærer/merkantilt AMK-lege funksjoner (noen) Med. rådgiverfunksjoner prehossp Stedfortrederroller (enh.dir/klinikkstjef) Andre
Avklare struktur på, og valg av tillitsmannsapparat og vernetjeneste	SFHR	<dato>	
Avklare hvilke konkrete ansatte som evt. bytter fra enhet til klinikk på en sånn måte at det må avklares hvem som skal være lederne deres.		<dato>	Eksempel fysioterapeuter og ergoterapeuter oa (hører dette innunder omstilling)
Sikre hver klinikkstjefs nødvendig støtte innenfor administrative fagområder og kvalitet.	Org & adm, SFFU	<dato>	
Ledergruppene i den enkelte klinikk må etableres og strukturere sin virksomhet	Klinikkstjefer	<dato>	Lederne på nivå 3, skal inn i ny ledergrupp, og de skal etablere seg.
Administrerende direktørs ledergruppe etableres	Adm.dir.	<dato>	
Grupperinger/funksjoner som i dag ivaretas av enhetsdir.	Klinikkstjefer	<dato>	Gjennomgå mtp overføring til klinikkstjefer
Samordning av titler på nivå 2	SFHR	<dato>	
<b>Klinikkorganisering - neste nivå</b>			
Planlegge prosess trinn 2	Org & adm	<dato>	I tett dialog med adm.dir, sykehusledelsen og SFFU, samt involvere FTV, vernetjeneste og lederlinjen.
Gjennomføre prosess trinn 2			

Modell A

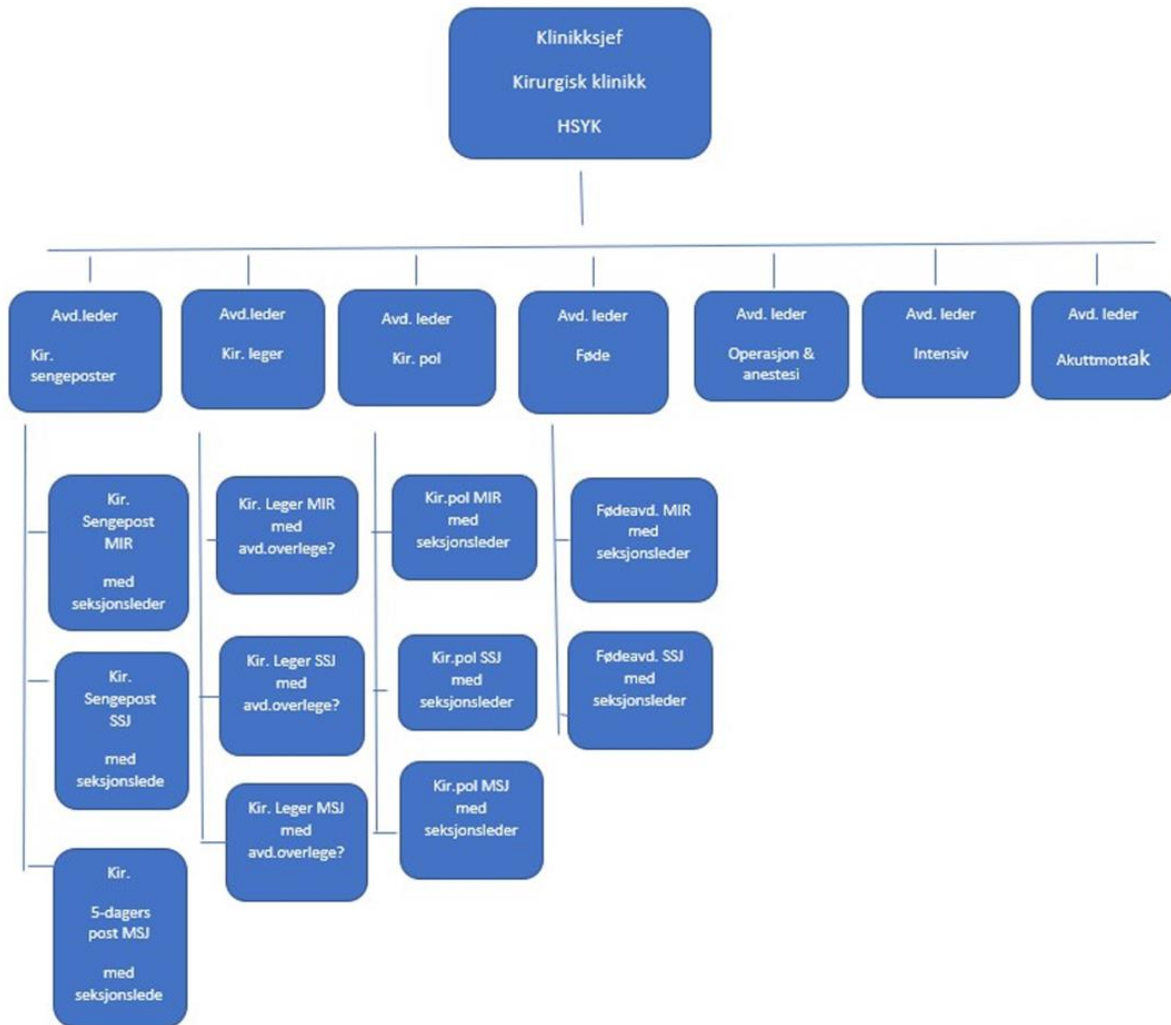


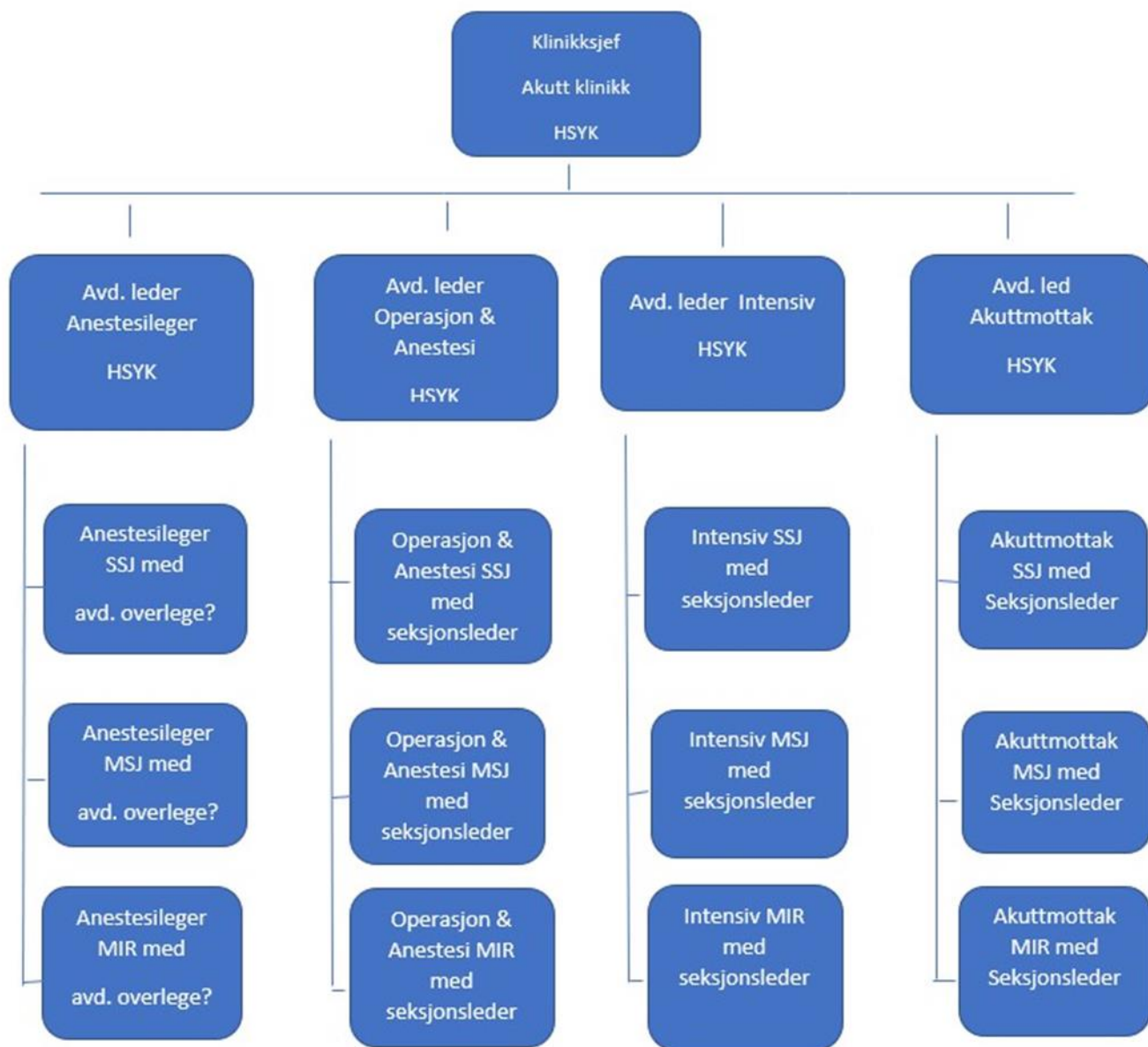


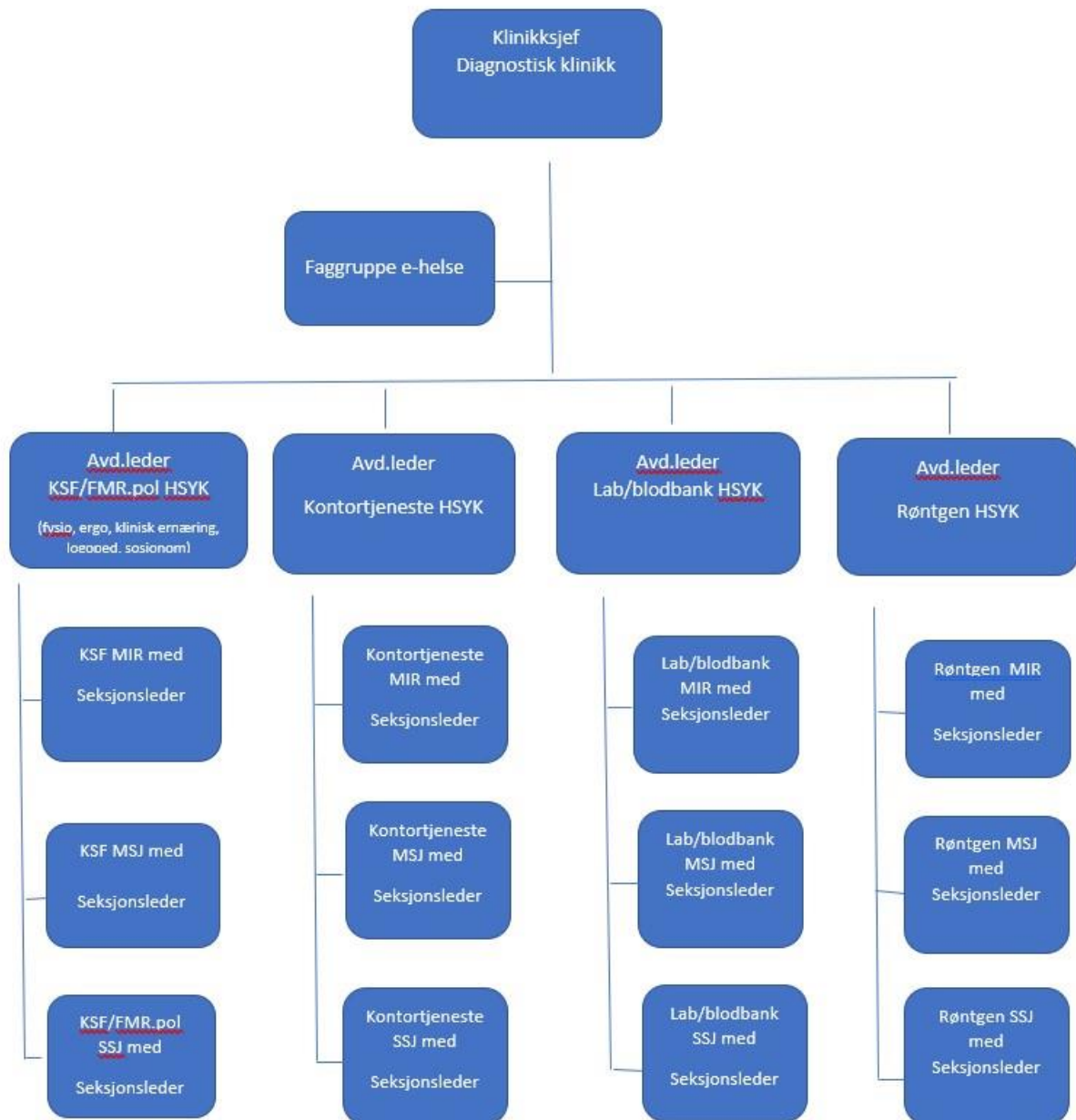


## Modell B



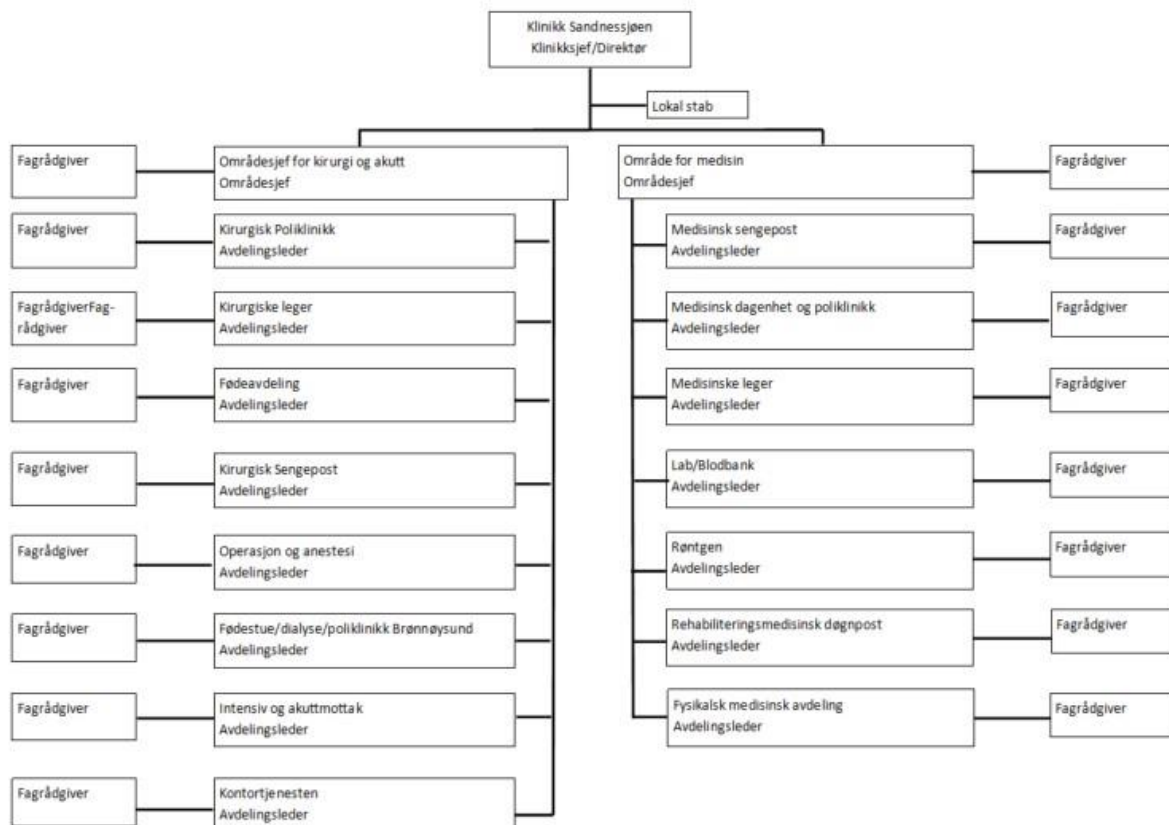
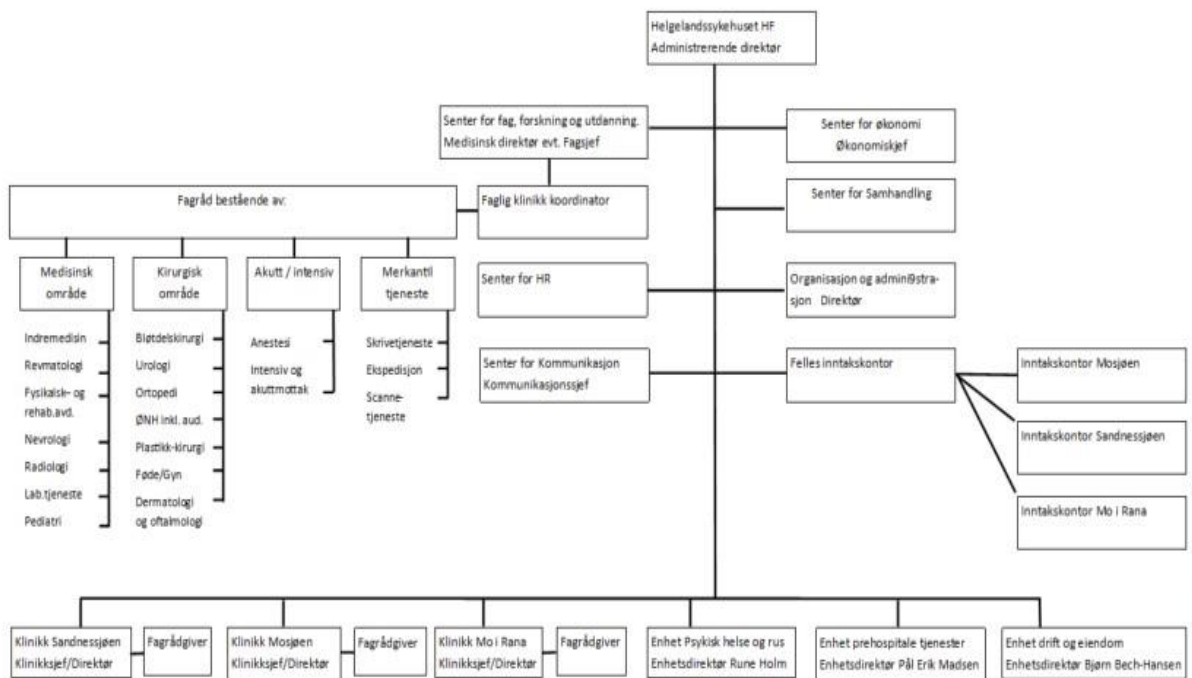


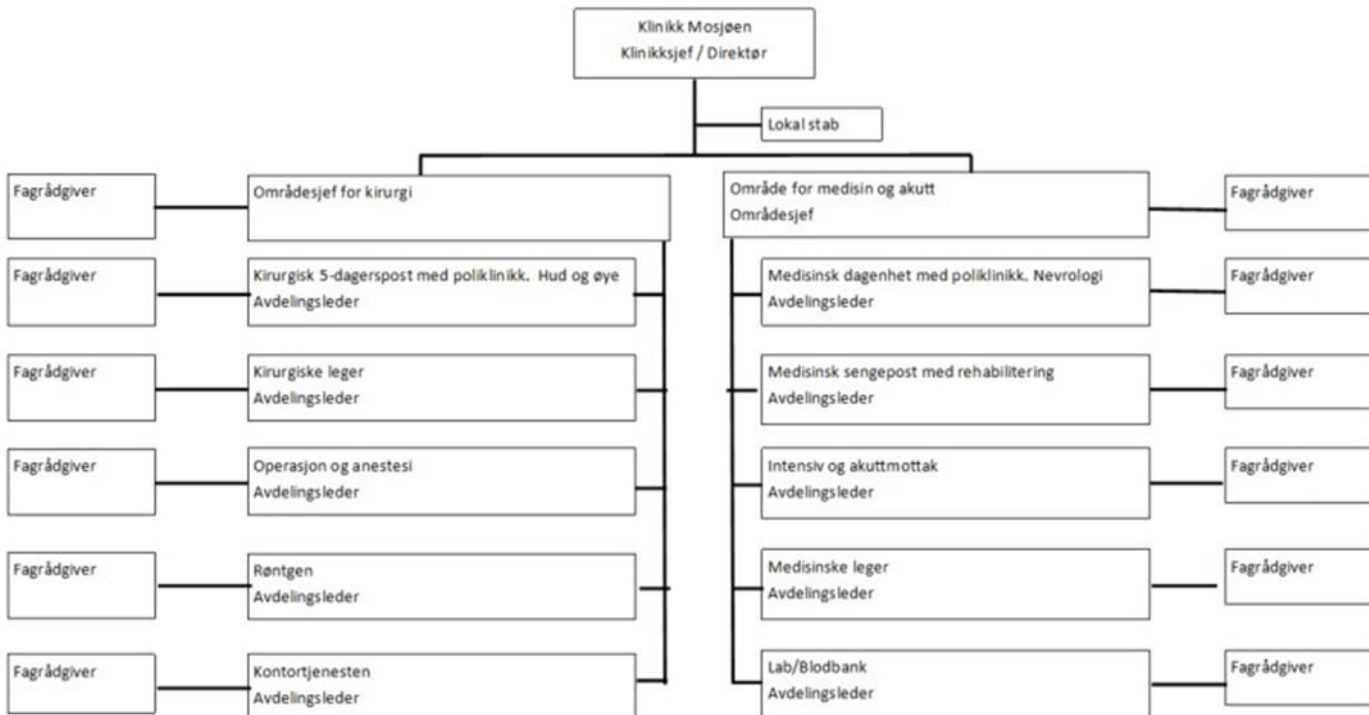
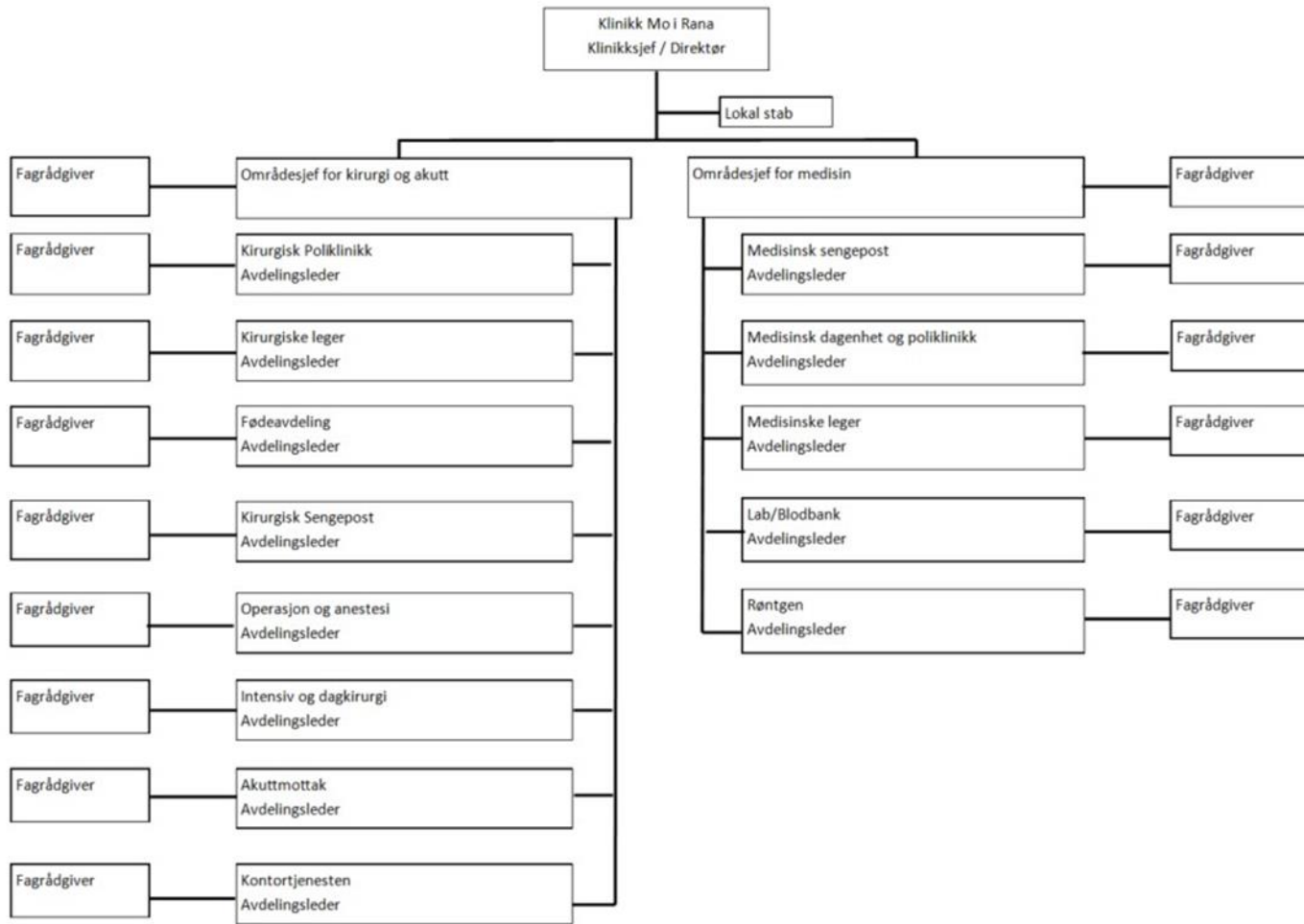






Modell C





Saksliste AMU

Referat AMU

<b>Sted:</b>	Skype	<b>Dato:</b>	08.02.2021	<b>Tid:</b>	1500-1620
<b>Type:</b>	AMU møte				

### *Pasientfokus og samhandling*

Helgelandssykehus HF har som visjon og mål å være et fremtidsrettet helseforetak som gjennom pasientfokus og samhandling skal sikre et trygt tjenestetilbud basert på verdiene kvalitet, (omsorg), trygghet og respekt.

### *Våre kjerneverdier er:*

- **Kvalitet** i prosess og resultat
- **Trygghet** i tilgjengelighet og omsorg
- **Respekt** i møte med pasienten/brukeren & samarbeidspartnere

## Arbeidsmiljøutvalg - Helgelandssykehuset HF

### Mandat:

Utvalgets overordnede oppgave er å arbeide for at Helgelandssykehuset opprettholder et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, gjennom å påse at foretaket har de mål, standarder, planer, rutiner og retningslinjer som kreves. Det vil si; at de "verktøy" som behøves i arbeidet med å skape et godt arbeidsmiljø, er på plass. AMU skal også kunne initiere planleggingen av verne og miljøarbeid i foretaket og følge utviklingen i spørsmål som angår sikkerhet, helse og velferd i foretaket. Samtidig skal AMU være et rådgivende organ for adm. dir. og sykehusledelsen i spørsmål som gjelder arbeidsmiljøet

### Medlemmer:

Arbeidsgiver:	Vara	Forfall
Hulda Gunnlaugsdóttir Leder AMU	Trond Millerjord	
Trond Millerjord	Eva J. Sjørdal	
Bjørn Bech-Hanssen	Odd Arve Hørsdal	
Tanja Pedersen	Børge Nordås	
Arbeidstaker:	Vara	Forfall
Tor Magnus Molund (FVO)	Therese Johansen Grolid	
Henrik Levi Henriksen	Klaus Becker	
Dag Christian Johansen	(vara kommer for 2021)	
Bente Pedersen	Herbjørn Johansen	Bente Pedersen
<b>BHT:</b> Tove Michalsen		
<b>HR:</b> Leif Morten Aas / Heidi Lysfjord	Eva J. Sjørdal	
<b>Øvrige deltakere</b> → Sissel Karin Andersen, Eva Sjørdal		

**Referent:** Heidi Lysfjord

NB: Kopi av referat sendes alle HVO

**Møter 2021:** 8.feb | 17.mars | 16.juni | 22.sep | 8.des

**Informasjon/orientering:** I 2021 er det arbeidsgiver som leder AMU.

Møtene gjennomføres på Skype. Årets siste møte gjennomføres som fysisk møte

## Saker til behandling:

Sak nr	Faste saker	Kommentarer/referat	Ansvarlig

Sak nr	Innmeldte saker	Referat	Ansvarlig
1/21	<p>Ny organisering av Helgelandssykehuset</p> <p>Agenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjennomgang av: Styresak - ny organisering av Helgelandssykehuset</li> </ul> <p>Behandles i AMU jf. AML § 7-2 (2) d)</p>	<p>Vedlegg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styresak - Ny organisering av Helgelandssykehuset</li> <li>• Vedlegg 1. Notat – erfaring etter ett år som klinikk (Enhet for psykisk helse og rus)</li> <li>• Vedlegg 2. Strategi for Helse Nord 2021-2024 UTKAST til innspill januar 2021</li> <li>• Vedlegg 3. Styresak 11-2019 Instruks administrerende direktør, 26.2.2019</li> <li>• Vedlegg 4. OPPDRAGSDOKUMENT - 20210203 foretaksmøte Helgelandssykehuset HF innkalling og saksdokumenter</li> <li>• Vedlegg 5. Følgelbrev ny organisering - oppdrag til direktører om oppnevning av arbeidsgruppe</li> <li>• Vedlegg 6 Fremdriftsplan klinisk gjennomgående organisering</li> <li>• Vedlegg 7 Arbeidsgruppens forslag til klinisk gjennomgående organisering</li> </ul> <p>Dokumentene er unntatt offentlighet jfr offentlighetslovens § 14, første ledd. Dette med bakgrunn i at det foreløpig er et organinternt arbeidsdokument, som ikke er ferdigstilt. Når saken er ferdigstilt og publisert for styret 17 februar 2021, vil de saksdokumenter som behandles i styret være offentlige.</p> <p>Agenda i møtet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innledning ved adm.dir.</li> <li>• Kort om arbeidsgruppas arbeid ved HR (Eva)</li> <li>• Diskusjon og innspill</li> </ul> <p>Kommentar som ønskes referatført fra Dag Christian Johansen, NSF:</p> <p><i>Jeg er bekymret for hva denne prosessen gjør med arbeidsmiljøet i foretaket. Faren er stor for økende polarisering. Denne prosessen kommer på toppen av alle andre prosesser som pågår, og ikke minst ifh til Nye Helgelandssykehuset. Som foretakstillitsvalgt for den største organisasjonen i foretaket, så ses dette på som utfordrende. Majoriteten av våre medlemmer er kritiske til hvordan prosessen er blitt gjennomført. Tidsaspektet er knapt, og det er mange ansatte som direkte/indirekte vil berørt. Faren for at vi mister kompetent personell er overhengende.</i></p> <p>AMU behandlet sakens betydning for arbeidsmiljøet, og konkluderte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>AMU ser arbeidsmiljøutfordringer på kort sikt med innføring av ny struktur for de somatiske</b></li> </ul>	Hulda Gunnlaugsdóttir

Sak nr	Innmeldte saker	Referat	Ansvarlig
		<p>tjenestene. Det vil likevel være både styrker og svakheter. På lang sikt vil <u>sannsynligvis</u> klinisk gjennomgående organisasjonsstruktur kunne bidra positiv i utviklingen av arbeidsmiljøet og samarbeidet på tvers av lokasjonene.</p> <p>Innspill til referat fra Dag Christian Johansen, NSF: <i>Våre medlemmer i Sandnessjøen og Mosjøen stiller seg bak at prosessen er utfordrende og kommer på feil tidspunkt. Samtidig oppleves den som hastig, og at den allerede er forutbestemt i forhold til konklusjon. Våre medlemmer i Mo i Rana ser positivt på prosessen.</i></p>	
Sak nr	Eventuelt		
2/21	Bekymringsmelding fra HVO SSJ m.fl. datert 6.2.21	<p>Det har kommet inn et innspill til prosessen, samt problemstillinger som man ønsker at skal diskuteres som en eventuellsak i AMU.</p> <p>Ønsket er etterkommet, og bekymringsmeldingen ble ettersendt, og lagt som vedlegg til innkallingen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vedlegg 8. Sak 2-21 Eventuelt</li> </ul> <p>Bekymringsmeldingen ble gjennomgått og kommentert i møtet, som en del av behandlingen av sak 1/21</p>	Therese J. Grolid, HVO SSJ



**PROTOKOLL FRA DRØFTINGSMØTE – Ny organisering Helgelandssykehuset**

Den 10.02.2021 ble det gjennomført drøftinger i henhold til HA § 31 og AML § 8.1.

Møtet ble gjennomført på Skype

**Møtedeltakere:**

Henrik Henriksen	Fagforbundet	Hulda Gunnlaugsdottir	AD
Dag C L Johansen	NSF	Trond Millerjord	HR sjef
Helen Johansen	FO	Sissel Karin Andersen	Org. og adm. dir
Marthe Neshagen	Fysioterapeutforbundet	Terje Kolsvik	HR rådgiver
Gunnhild Kvam	NITO		
Tove Lill Falstad	Ergoterapeutforbundet		
Joachim Hjartøy	Øvrige akademikere		
Silje Sørensen Thunes	Forskerforbundet		
Tor Magnus Molund	Foretaksverneombud		
Anja Winderlich	DNLF		
Margit Steinholt	DNLF		
Trine Helland	DNJF		
Jens-Petter Jensen	EI&It		

**Grunnlag for drøftinger: Utkast styresak – Ny organisering Helgelandssykehuset pr 030221**

**Vedlegg:**

- Vedlegg 1. Notat – erfaring etter ett år som klinikk (Enhet for psykisk helse og rus)
- Vedlegg 2. Strategi for Helse Nord 2021-2024 UTKAST til innspill januar 2021
- Vedlegg 3. Styresak 11-2019 Instruks administrerende direktør, 26.2.2019
- Vedlegg 4. OPPDRAGSDOKUMENT - 20210203 foretaksmøte Helgelandssykehuset HF innkalling og saksdokumenter
- Vedlegg 5. Følgere ny organisering - oppdrag til direktører om oppnevning av arbeidsgruppe
- Vedlegg 6 Fremdriftsplan klinisk gjennomgående organisering
- Arbeidsgruppens forslag til klinisk gjennomgående organisering
- Arbeidsgruppas råd med Org.modeller
- Prosessrapport Ny organisasjonsstruktur for Helgelandssykehuset (003)

(Ihht. praksis ble drøftingsdokumentasjon sendt ut 03.02.21. Enkelte av foretakstillitsvalgte ba om å få ytterligere bakgrunnsinformasjon og arbeidsgiver imøtekom dette ønsket, og vedleggene ble supplert 05.02. og 08.02.).

Før den formelle drøftingen orienterte AD med støtte i vedlagte dokumenter om prosessen til ny organisering av Helgelandssykehuset, med klinisk gjennomgående ledelse. Helgelandssykehuset skal bli ett sykehus med fokus på pasientsikkerhet, kvalitet og faglig utvikling. AD vektlegger nettopp dette, samt utvikling av felles organisasjonskultur, ledelse, åpenhet og økonomi som viktige momenter for ny struktur med større fokus på fag og mindre på lokasjon.

AD legger fram følgende utkast til styresak til drøfting.



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID  
F01B81741DB44A16B6A4CE46ADD01

## Innspill fra organisasjonene:

- Margit Steinholt, DNLF  
Ønsker å se ROS-analysen.  
Pasientsikkerhet er avhengig av trygg og god ledelse, og i mindre grad organisering.  
Anbefaler Modell C i arbeidsgruppas forslag.  
Viser forøvrig til egen protokolltilførsel fra DNLF.
- Anja Winderlich, DNLF  
Skeptisk til å skille kirurgi og akutt i ulike klinikker
- Dag Christian Johansen, NSF  
Viser til egen protokolltilførsel fra NSF.
- Marthe Neshagen, NFF  
Mange fysioterapeuter blir direkte berørt dersom ny struktur blir vedtatt  
Viser til egen protokolltilførsel fra NFF.
- Trine Helland, DNJF  
Gyn/fødeavdeling er foreslått under Kirurgisk klinikk og ikke Akuttmedisinsk klinikk.  
Usikker på om det er riktig.
- Henrik Henriksen, Fagforbundet  
Fagforbundet er positive til prosessen, så må vi løse utfordringer etter hvert
- Tove-Lill Falstad, Ergoterapeutforbundet  
Ny organisering kan styrke tverrfaglig samarbeid og dette kan bli positivt for de mindre fagfeltene i sykehuset. Per i dag er det lite informasjon tilgjengelig, derfor vanskelig for våre medlemmer å komme med innspill
- Joachim Hjartøy, Øvrige akademikere  
Positiv til AD sitt forslag om ny struktur
- Jens-Petter Jensen, El&It  
Vi er allerede organisert med gjennomgående ledelse i Drift&Eiendom. Vi har brukt mange år å få det til.
- Helen Johansen, FO (Fellesorganisasjonen)  
Psykisk Helse og Rus er ferdig organisert. Kultur, holdninger og ledelse viktig for å forbedre jobbing på tvers innad i sykehuset.
- Gunhild Kvam, NITO  
Vi er foreslått i Klinikk for diagnostikk og medisinsk service. Vi er nært knyttet til medisin og derfor usikker på om dette blir riktig for oss.
- Silje Sørensen, Forskerforbundet  
Vi er positive og dette blir interessant
- Tor Magnus Molund, FVO (Foretaksverneombud)  
Tillitsvalgte må organiseres på nytt dersom ny struktur vedtas.

## **Signering av protokoll**

Tillitsvalgte og arbeidsgiver signerer protokoll i Admincontrol



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:

F01BB1741DB44A1698A4CE46ADDFF801

- **Protokolltilførsel fra DNLF:**

**Protokolltilførsel i sak om klinisk gjennomgående ledelse.**

Den norske legeforening har vedtatt at prinsippet om stedlig ledelse er overordnet dersom ikke sterke grunner skal gi grunn til avvik. Legeforeningen støtter seg på vedtak fra Stortinget: Under behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan 17.3. 2016 vedtok Stortinget at stedlig ledelse skal være hovedregelen ved norske sykehus: «*Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus.*»

I saken om klinisk gjennomgående organisering i Helgelandssykehuset, kan Legeforeningen ikke se at det foreligger særlige forhold som rettferdiggjør ADs beslutning om å gjennomføre omfattende organisasjonsendringer fra og med 01.03.21.

Helgelandssykehuset og de ansatte står midt i mange og omfattende prosesser i forbindelse med Nye Helgelandssykehuset. Nesten 100 ansatte er engasjerte i faglig strategisk utviklingsplaner. I tillegg deltar et stort antall tillitsvalgte i styringsgruppe og i andre prosesser knyttet til framtidig struktur. Dette er tidkrevende og «stjeler» ressurser som ellers kunne vært brukt til pasientarbeid. Det faller mye ekstraarbeid på øvrige arbeidstakere fordi det forventes at «produksjonen»; dvs pasientbehandlingen, skal gjennomføres på samme nivå som før.

Siden mars 2020 har de ansatte stått i pandemiberedskap som til tross for lave smittetall på Helgeland, medfører ekstrabelastninger. I disse dager er situasjonen utfordrende fordi nasjonale og internasjonale reiserestriksjoner hindrer en del faste vikarer å komme som planlagt. Det er usikkert om nye mutanter av coronaviruset vil virke inn på antall innlagte pasienter utover våren og sommeren 2021, men foretaket og avdelingene må uansett ta høyde for at så kan skje.

For kolleger i Mosjøen er hverdagen ekstra krevende fordi deres arbeidssted blir borte når nytt sykehusbygg er på plass i Sandnessjøen eller omegn.

Som tillitsvalgte opplever vi situasjonen som utfordrende for organisasjonen. Det gir seg utslag i avmaktfølelse blant deler av de ansatte. Flertallet i arbeidsgruppa for KGO uttrykker sterk bekymring for at dersom omorganiseringa nå gjennomføres, kan det føre til ytterligere uro og mistillit mellom de tre lokasjonene. Denne bekymringen støttes av Legeforeningen.

Vi vil også påpeke at det ikke er innhentet erfaringer fra andre foretak der modellen har vært eller er i bruk. Dette er mangelfull saksbehandling. Helse Møre og Romsdal gikk tilbake til stedlig ledelse etter fire år med klinisk gjennomgående struktur.

<https://tidsskriftet.no/2020/03/aktuelt-i-foreningen/en-stedlig-leder>

Det er utfordringer ved å være leder med ansvar for personell og pasienter på forskjellige lokasjoner. Dette er lite problematisert i saksframlegget.

«Alltid på feil sted» <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30292/Master-I-Aagenaes.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Et stort flertall av arbeidsgruppa støtter IKKE ADs innstilling til klinisk gjennomgående struktur, men foreslår en modell med fokus på fag og samhandling; modell C. Fordelen med modell C er at den kan innføres uten større organisatoriske endringer. Legeforeningen støtter at denne modellen videreutvikles.



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
F01B81741DB44A16B6A4CE46A0DFE801



**Legeforeningen foreslår derfor:**

- Saken om klinisk gjennomgående organisering slik AD foreslår, avvises.
- Modell C arbeides videre med for å styrke faglig samarbeid og utvikling.

10.02.21

Margit Steinholt

FTV OF

Anja Winderlich

Vara FTV OF

- **Protokolltilførsel fra NSF:**

Protokolltilførsel vedrørende drøfting Klinisk Gjennomgående Struktur:

Som foretakstillitsvalgt vil jeg komme med tilbakemelding fra vår organisasjon i forhold til denne prosessen:

- Tidsaspektet: Skjer parallelt med andre store prosesser og oppleves som hastig.
- Polarisering: Polariseringen er gjeldende i dag i foretaket, og faren er stor for at den vil bli større om denne om-organiseringen blir gjennomført. Fare for utfordrende arbeidsmiljø på kort sikt.
- Avstand til stedlig ledelse vil bli større, og skaper utrygghet blant ansatte.
- Faren for å miste kompetent personell er overhengende.
- Våre medlemmer i Sandnessjøen og Mosjøen gir tilbakemeldinger på at prosessen er utfordrende og hastig. Våre medlemmer i Mo i Rana ser positivt på prosessen.
- Tilbakemeldinger på at sakspapirer til denne saken kommer i løpet av flere utsendelser over flere dager, som medfører til at det blir utfordrende å involvere alle parter og skape eierforhold til saken blant våre medlemmer.

Mvh

Dag Chr Johansen  
Foretakstillitsvalgt Norsk Sykepleierforbund  
Helgelandssykehuset Hf

- **Protokolltilførsel fra NFF:**

«Uavhengig av organisasjonsstruktur, må det etableres formaliserte tverrfaglige møter. Her må pasientforløpene være styrende for sammensetningen. Det må være tydelig hvem som har ansvar for å etablere dette.»

Med vennlig hilsen

**Marthe Neshagen** | *Spesialfysioterapeut*  
Foretakstillitsvalgt HSYK, Norsk Fysioterapeutforbund



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:

F01B81741DB44A15B8A4CE46ADDFE801

Drøftingsprotokoll\_10022021\_Klinisk gjennomgående struktur NY.pdf

**Signers:**

<b>Name</b>	<b>Method</b>	<b>Date</b>
Steinholtt, Margit	BANKID	2021-02-18 09:21 GMT+1
Gunnlaugsdottir, Hulda	BANKID	2021-02-18 15:46 GMT+1

**This document package contains:**

- Front page (this page)
- The original document(s)
- The electronic signatures. These are not visible in the document, but are electronically integrated.



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
F01B81741DB44A16B6A4CE46ADDFE801

THE SIGNED DOCUMENT FOLLOWS ON THE NEXT PAGE >