Møte 6-22 Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)

Møtetid: 08.09.2022
Hovedmøte kl. 13.00-15.30
Sted: Videokonferanse (Teams)

Saksliste

Sak 33/22 **Innkalling, dagsorden og referat fra SSU-møtet 19.05.22**

Sak 34/22 **Trygg akuttmedisin i Helse Nords oppdragsdokument 2022**

Sak 35/22 **Vedtektsendringer**

Sak 36/22 **Kort orientering fra UNN, kommunene, brukerrepresentantene og fastlegerepresentantene**

Sak 37/22 **Digital samhandling**

Sak 38/22 **Neste møte og kommende saker**

Sak: **33/22**
Tittel: **Innkalling, dagsorden og referat fra SSU-møte 19.05.22**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 08.09.22

Da SSU-møtet i juni ble avlyst er det siste referatet fra mai. Dette er tidligere godkjent og publisert på Helsefellesskapet Troms og Ofotens nettside: www.helsefellesskapet.no

Forslag til vedtak:
1. Innkalling og dagsorden er godkjent.
2. Referat fra SSU-møte 19.05.22 er godkjent.

Vedlegg 1: Møtereferat 20220519 SSU Troms og Ofoten

Sak: **34/22**
Tittel: **Trygg akuttmedisin i Helse Nords oppdragsdokument 2022**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: E-helse-, samhandlings og innovasjonssenteret v/ konstituert *senterleder Gry Andersen*
Møtedato: 08.09.22

Sammendrag
Helse Nords oppdragsdokument 2022 (vedlagt med gul merking pkt. 3.2.25 og 3.2.26) legger til grunn at Trygg akuttmedisin (TA) skal tas i bruk i alle fire helseforetak (HF) som et kvalitetsforbedringsverktøy med mål om å øke andelen prehospital trombolyse (PHT) ved STEMI hjerteinfarkt innen anbefalt tidsfrist. Hensikten med prosjektet er å oppnå raskere, flere og tryggere behandlingskjeder for pasienter med akutt STEMI-hjerteinfarkt, akutt hjerneslag og pasienter med akutt sepsis i Nord-Norge.

Bakgrunn
4.april 2019 vedtok daværende OSO i sak 20/19 om TA (pkt 2):
«OSO vedtar de vedlagte prosedyrer og anbefaler at disse implementeres i UNN og kommuner i UNN-området.»
15.februar 2020 vedtok OSO: «Prosedyrene skal iverksettes og være gyldige for alle UNN-sykehusene og kommunene i UNN-området.»
Siden det enstemmige OSO-vedtaket i 2019, er det gjennomført en omfattende utrulling av TA i Troms og Ofoten der nær 500 helsearbeidere har deltatt på tverrfaglige dagskurs med simulering av de tre tidskritiske tilstandene akutte koronare syndrom (AKS), hjerneslag og sepsis.

I vedlagt prosjektbeskrivelse fra UNN og som HNs Oppdragsdokument også legger føringer for vektlegges viktigheten av forankring i foretaksledelse og berørte fagmiljøer som for eksempel ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten. Det skal også sikres en tidlig og aktiv involvering i prosjektet fra primærhelsetjenesten med hovedvekt på legevaktene gjennom Helsefellesskapene.

Vurdering
Videreføring av allerede utrullet TA i Helsefellesskapet Troms og Ofoten krever vedlikehold, både i forhold til revisjon av prosedyrer og videre implementering og styrking av den akuttmedisinske kjede i helsefellesskapet i henhold til OSO-vedtak. Det er også behov for resultatmåling av hva bruk vil si for pasientene som behandles.

Det gjenstår en utbedring av dekning for nødnett helse i UNN, for ivaretakelse av den allerede vedtatte kommunikasjonsstrukturen knyttet til TA. Dette skal etter planen diskuteres i UNNs ledergruppe.

Forslag til vedtak:
1. SSUs medlemmer slutter seg til prosjektbeskrivelsen for 'Trygg akuttmedisin i Nord'
2. SSU ber Faglig samarbeidsutvalg for akuttmedisinsk samhandling (FSU Akuttmedisin) om etablering av arbeidsgruppe(r) for de berørte fagmiljøene som sikrer videre ivaretakelse av vedlikeholdsplan og resultatmåling av TA i Helsefellesskapet Troms og Ofoten

Vedlegg 2; Oppdragsdokument 2022 fra Helse Nord RHF til HF (TA - gul merking)
Vedlegg 3: Trygg akuttmedisin i Nord - Komprimert prosjektbeskrivelse - Grunnlagsdokument til SSU
Vedlegg 4: Budsjettelementer Trygg akuttmedisin OD22 - 010422

Sak:	**35/22**
Tittel:	**Vedtektsendringer** (oppfølging sak 26/22)
Til:	Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra:	Sekretariatet
Møtedato:	08.09.22

Helsefellesskapet har vært operativt i ett år, og det er behov for vedtektsendringer. Endringsforslagene ble drøftet 19.05.22 under sak 26/22. Ytterligere innspill, spesielt med hensyn til §6 pkt.11, skulle sendes sekretariatet i perioden mellom møtene, med frist 03.06.22. Sekretariatet mottok ingen innspill innen fristen og forholder seg derfor til innspillene som kom i forrige møte. Det innebærer at §6 pkt.11 blir som følger:
Der ikke annet er bestemt gjøres forpliktende vedtak ved konsensus. 2/3 flertall anses som konsensus.

Foreslåtte endringer
§ 3 pkt. 2 om SSU:
- Første avsnitt fjernes.
- Mindre justering i avsnittet om personlig vara.
- Nytt punkt under medlemmer med møte- og talerett hvor én representant fra koordinerende enhet i hhv. kommunene og UNN kommer inn, jfr. vedtak i sak 20/22.

§ 6 om arbeidsform:
- Partnerskapsmøtet pkt. 9 – endring på frist for å ferdigstille protokoll.
- SSU pkt. 6 – endring på tidspunkt for å melde saker
- SSU pkt. 7 – endring på frist for å sende møtepapirer m.m.
- SSU pkt. 8 – endring på form for utsendelse av innkalling og møtepapirer

- SSU pkt. 11 – forslag til hvordan vedtak kan fattes uten at det nødvendigvis er full tilslutning (definisjon/avklaring av konsensusbegrepet)

Forslag til vedtak:
1. SSU godkjenner foreslåtte vedtektsendringer for Helsefellesskapet Troms og Ofoten
2. Reviderte vedtekter gjøres gjeldende fra og med 08.09.22

Vedlegg 5: Forslag til reviderte vedtekter for Helsefellesskapet Troms og Ofoten

---

Sak: **36/22**
Tittel: **Kort orientering fra UNN, kommunene, brukerrepresentantene og fastlegerepresentantene**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Møtedato: 08.09.22

Representantene for partnerne i helsefelleskapet informerer om aktuelle saker i egen region/klinikk/organisasjon.

Forslag til vedtak:
Informasjon fra SSU-medlemmene tas til orientering.

Sak: **37/22**
Tittel: **Digital samhandling**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Kommunene
Møtedato: 08.09.22

Digital samhandling er digitale tjenester og plattformer som knytter helse-Norge sammen og som gir trygg og effektiv deling av helseinformasjon mellom helsepersonell og innbygger. Hensikten med digital samhandling er å gi innbygger og helsepersonell enklere, tryggere og mer effektive helsetjenester der riktig informasjon er tilgjengelig til riktig tid og på en sikker måte og er en forutsetning for å lykkes med de prioriterte e-helseområdene; legemiddelområdet, velferdsteknologi og digital hjemme oppfølging, innbyggertjenester og felles journalløsninger.

I dagens SSU-møte vil Direktoratet for e-helse ved Thomas Grimeland, delta med informasjon rundt digital samhandling. I tillegg vil aktuelle aktører presentere sitt arbeid med digital samhandling. Prosjektet digitale pasienttjenester i nord eies av Helse Nord RHF, og vil presenteres ved prosjektleder Tove Sørensen. Felles kommunal journal er et samarbeidsprosjekt mellom nasjonale myndigheter, KS og kommuner, og vil presenteres av Harald Hjelde.

Felles kommunal journal

Gjennomføring
Dette er et krevende prosjekt og risikoen er høy. Å gjennomføre et prosjekt som dette forutsetter en organisasjon med betydelig kapasitet og kompetanse.

I gjennomføringsfasen vil vi være avhengig av en eller flere organisasjoner/samarbeidskonstellasjoner som kan sikre både kompetanse og kapasitet til gjennomføring, og det må være på plass før prosjektet eventuelt videreføres. Det er for seint å starte når behovet er der. Å utvikle en organisasjon som kan løse en slik oppgave tar mange år, og det er år vi ikke har. Norske kommuner – som er fantastisk dyktige på det de er til for, å fylle hverdagen vår med gode offentlige tilbud på lokalt nivå – er heller ikke konstruert for å gjennomføre store nasjonale oppgaver som dette. Det betyr at vi må se på samhandlings- og organisasjonsmodeller som gjør at vi kan beskrive en troverdig gjennomføring av prosjektet. I den forbindelse ser vi på flere alternative modeller, blant annet representert ved

- Norsk Helsenett
- KS- digitale fellestjenester (FIKS-plattformen)
- Markedet gjennom RFI (Request for information) for hhv plattformløsning og markedsplass

Vi har innledet et samarbeidsprosjekt med NHN for å belyse to spørsmål:

- Hvilke av NHN sine eksisterende og/eller planlagte løsninger, tjenester og produkter kan gjenbrukes, hva mangler i forhold til kommunenes behov og hvilken rolle kan NHN spille i forhold til en framtidig realisering. Der NHN ikke dekker primærhelsetjenestens behov etableres en gapoversikt. Basert på denne vurderes hvilke andre løsninger som må finnes
- Hvilke samarbeidskonstellasjoner og organisasjonsmodeller er det mulig å se for seg at NHN inngår i, gjennom en gjennomføringsfase, dvs: hva er mulig og hva er ønskelig. Dette innebærer å vurdere modeller for samhandling, organisering, styring, eierskap og finansiering samt juridiske rammer og muligheter.

Samarbeidsprosjektet avsluttes 27. mai med en anbefaling om eventuelt videre samarbeid. På basis av denne vil styret i juni ta stilling til videre fremdrift. Gitt realisme i videreføring vil en revidert fremdrifts- og leveranseplan legges frem for styret i slutten av august. En ny plan vil se på muligheter og konsekvenser ved å legge kommunal behandling av spørsmålet om realisering til etter kommunevalget 2023.

I parallell med dette fortsetter arbeidet med å:

- Videreutvikle løsnings- og gjennomføringsstrategi
- Se på mulighet for å teste ulike samarbeidskonstellasjoner for forsiktig utprøving
- Vurdere muligheter, begrensninger og eventuelle endringsbehov i forhold til juridiske rammeverk
- Til slutt ferdigstiller vi forslag til styringsdokument og underlag for kommunal behandling og gjennomfører ekstern kvalitetssikring i tråd med målene i mandatet.

Tidsplan for utarbeidelse av beslutningsgrunnlag
Tidsplan for utarbeidelse av beslutningsgrunnlag På basis av dette, vil FKJs styre i juni ta stilling til videre fremdrift. Gitt realisme i videreføring, vil en revidert fremdrifts- og leveranseplan legges frem for FKJs styre i slutten av august. En ny plan vil se på muligheter og konsekvenser ved å legge kommunal behandling av spørsmålet om videreføring og realisering av FKJ til etter kommunevalget i 2023.

Prosjekt digitale pasienttjenester i Nord
Prosjektet digitale pasienttjenester i nord skal gi pasienter digital tilgang til informasjon og sikker digital kommunikasjon med sykehus og øvrig helsetjeneste. Under dette prosjektet ligger også samhandlingstjenester, som dokumentdeling i kjernejournal.

Forslag til vedtak:

1. SSU takker for informasjonen og tar denne til orientering.
2. SSU ber UNN og kommunene aktivt prøve ut og ta i bruk digitale samhandlingsløsninger som bidrar til sammenhengende og helhetlige pasientforløp, i tråd med Ishavserklæringen.

Sak:	**38/22**
Tittel:	**Neste møte og kommende saker**
Til:	Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra:	Sekretariatet
Møtedato:	08.09.22

Neste møte avholdes fysisk/digitalt 19.10.22.

Foreløpig på sakslisten (med forbehold):

- Pakkeforløp hjem for Kreftpasienter. Orientering, implementeringsarbeid
- Planlegging og utvikling av helsetjenester/ handlingsplan
- Data og styringsinformasjon til helsefelleskap
- DMS Midt-Troms – Orientering
- Digitale behandlingsplaner, innføring av Checkware i UNN
- Møteplan SSU 2023
- Partnerskapsmøtet 2023

Saker kan meldes fortløpende til sekretariatet.

Saker meldes og framstilles på egen mal. Malen finnes på www.helsefellesskapet.no. Ta kontakt med sekretariatet ved behov for veiledning eller bistand.

Utfylt saksframlegg med eventuelle vedlegg sendes lene.kristiansen@unn.no med kopi til guri.moen.lajord@tromso.kommune.no

Forslag til vedtak:
SSU tar informasjonen om neste møte og rutine for innmelding av saker til orientering

Møtereferat Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)

Møtetid: 19.05.22
Sted: Videokonferanse (Teams)

Tilstede

Medlemmer med stemmerett

Anita Schumacher	Administrerende direktør UNN
Eirik Stellander	Klinikksjef, Psykisk helse og rusklinikken
Jon H. Mathisen	Klinikksjef Akuttmedisinsk klinikk
David Johansen	Klinikksjef, Medisinsk klinikk UNN
Marianne Nordhov	Konstituert klinikksjef, Barne- og ungdomsklinikken UNN
Lise Figenschou	Fastlegerepresentant
Leif Røssås	Fastlegerepresentant
Jan Hugo Sørensen	Kommunedirektør, Nordreisa Kommune, Nord-Tromsrådet
Toril Skår	Kommunalsjef, Harstad kommune, Hålogalandsrådet
Alf Lorentsen	Helse- og omsorgssjef Karlsøy kommune Tromsø–områdets regionråd
Heidi Eriksen Laksaa	Kommunalsjef, Narvik kommune, Hålogalandsrådet
Mia Berggren Nordahl	Ungdomsrådet
Trond Brattland	Kommuneoverlege for smittevern og miljørettet helsevern. Vara for Magne Nicolaisen i dagens møte

Medlemmer med møte- og talerett

Kristin Mølmann Olsen	Statsforvalteren Troms og Finnmark, vara for Anne Grethe Olsen
Sonja Revhaug	Ass. Fylkeslege Statsforvalteren i Nordland
Lena Røsæg Olsen	Fylkesleder NSF, Ansattrepresentant UNN
Silje Wangberg	Prodekan for forskerutdanning og praksis UIT

Meldt forfall faste deltakere:

Hogne Eidissen	Rådmann, Senja kommune, Midt-Tromsrådet
Magne Nicolaisen	Avdelingsdirektør, Tromsø kommune, Tromsø-områdets interkommunale politiske råd
Kamilla Mari Sørensen	Ungdomsrådet
Gina Marie Johansen	Driftsleder UNN Harstad
Hilde Wikeland	Nestleder i Fagforbundet, Ansattrepresentant kommune
Anne Grethe Olsen	Statsforvalteren i Troms og Finnmark
Terje Olsen	Brukerutvalget UNN
Lisa Friborg	Seniorrådgiver Helse og Velferd KS Nord-Norge

Meldt forfall vara:

Espen Sørensen	Ansattrepresentant kommune, Fagforbundet, vara for Hilde Wikeland
Vibeke Haukland	Driftsleder UNN Narvik, vara for Gina Johansen
Kathrine Kristoffersen	Kommuneoverlege Tromsø Kommune, vara for Magne Nicolaisen
Marit Espenes	Ordfører Dyrøy kommune, Vara for Hogne Eidissen
Espen Haldorsen	Brukerutvalget UNN, Vara for Terje Olsen

Sekretariat

Guri Moen Lajord	Avdelingsleder, E-helse, Samhandling og innovasjonssenteret UNN
Lene Kristiansen	Rådgiver, Samhandling og helsetjenesteutvikling, UNN

Deltakere på sak

Ole Magnus Filseth	Klinikkoverlege UNN, Leder FSU Akuttmedisin
Trude Wester	Enhetsleder Helsehuset Tromsø
Tore Karlsen	Prosjektleder, prosjekt og utbygning Narvik
Hanne Marita Hansen	Leder for Distrikts medisinsk senter Nord-Troms
Frode Risdal	Prosjektleder, Harstad Helsehus

Observatører

Mariann Sundstrøm	Koordinator Ungdomsrådet, Barne- og ungdomsklinikken UNN
Marit Bergh	Seksjonsleder Samhandling og helsetjenesteutvikling, UNN
Øvrige observatører på sak	

Sak: **25/22**
Tittel: **Innkalling, dagsorden og referat fra SSU-møtet 07.04.22**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 19.05.2022

Utkast til referat fra SSU-møtet 07.04.22 ble sendt ut kort tid etter møtet.
Det kom innsigelser til referatet, og sekretariatet har endret fraværsføring av faste deltakere og endret sak 20/22. I vedtektene for Helsefellesskapet Troms og Ofoten står det at ved avstemming hvor det ikke oppnås enstemmighet, skal det protokolleres hvordan den enkelte har stemt. Dette er nå referatført, og revidert referat er publisert på Helsefellesskapet Troms og Ofotens nettside: www.helsefellesskapet.no

Vedtak:
1. Innkalling og dagsorden er godkjent.
2. Referat fra SSU-møte 07.04.22 er godkjent.

Sak: **26/22**
Tittel: **Forslag til vedtektsendringer**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 19.05.22

Helsefellesskapet har vært operativt i ett år, og det er behov for vedtektsendringer. Endringsforslagene ble drøftet i dagens møte, og saken sluttbehandles i neste SSU-møte 17.06.22. Eventuelle innspill sendes sekretariatet i perioden mellom møtene, med frist 03.06.22.

Vedtak:
1. SSU tar informasjon om foreslåtte vedtektsendringer til orientering.
2. Før neste SSU-møte tar medlemmer med stemmerett stilling til endringsforslagene og saken sluttbehandles i neste møte.

Sak: **27/22**
Tittel: **Samarbeid om digital hjemmeoppfølging**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet på vegne av Dyrøy kommune
Møtedato: 19.05.22

Sekretariatet ved Guri Moen Lajord informerte under dagens møte om kommunenes mulighet til å søke tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet for å etablere tilbud om digital hjemmeoppfølging. Utlysningsteksten tilsier at dette skal forankres i helsefellesskapet, to eller flere kommuner må være sammen om å søke, og samarbeid med lokalt helseforetak er ei forutsetning. Søknadsfrist er 3. juni 2022.

Forslag til vedtak:

1. SSU tar informasjonen om tilskuddsmidler til spredning av digital hjemmeoppfølging til orientering.
2. SSU oppfordrer kommunene i Troms og Ofoten til å gå sammen i grupper og søke om tilskuddsmidler til spredning av digital hjemmeoppfølging.
3. SSU oppfordrer UNN til å stille seg bak eventuelle søknader fra kommunene.

Vedtak:

1. SSU tar informasjonen om tilskuddsmidler til spredning av digital hjemmeoppfølging til orientering.
2. SSU oppfordrer kommunene i Troms og Ofoten til å gå sammen i grupper og søke om tilskuddsmidler til spredning av digital hjemmeoppfølging.
3. SSU ber kommunene samarbeide nært med UNN og fastlegene om innholdet i søknader.

Sak: **28/22**
Tittel: **Årsrapport FSU Akuttmedisin**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: FSU Akuttmedisin ved leder Ole Magnus Filseth
Møtedato: 19.05.22

Klinikkoverlege i akuttmedisinsk klinikk og leder for Faglig samarbeidsutvalg for akuttmedisinsk samhandling (FSU akuttmedisin) i Helsefellesskapet Troms og Ofoten, Ole Magnus Filseth orienterte om arbeidet i FSU akuttmedisin siden oppstarten 23.09.21

Vedtak:
SSU tar informasjonen til orientering

Sak: **29/22**
Tittel: **Faglig samarbeidsutvalg for samhandlingsavvik**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Tromsø kommune, Nordreisa kommune og UNN
Møtedato: 19.05.22

SSU drøftet opprettelsen av et faglig samarbeidsutvalg for samhandlingsavvik, og behandlet forslag til mandat. . Utvalget skal gjennomgå avviks- og forbedringsmeldinger i samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste og er en felles arena for å styrke oppfølgningen av samhandlingsavvik med tanke på læring.

Vedtak:
1. SSU oppretter et midlertidig *Faglig samarbeidsutvalg for samhandlingsavvik* for småskalatesting og godkjenner mandat med de innspill som kom i møtet
2. SSU ber helsefellesskapets sekretariat om å innhente forslag til medlemmer innen 1.9.22.
3. SSU ber helsefellesskapets sekretariat om å evaluere utvalget innen høsten 2023 og foreslå om utvalget skal videreføres eller avvikles.

Vedlegg 1: Revidert Mandat for FSU for samhandlingsavvik

Sak: **30/22**
Tittel: **Kommunale helsehus – samme navn, ulikt innhold**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Heidi Eriksen Laksaa, Kommunalsjef Omsorg og Mestring, Narvik kommune
Møtedato: 19.05.22

Flere kommuner i Helsefellesskapet Troms og Ofoten har etablert, eller planlegger å etablere, helsehus eller distriktsmedisinsk senter. I dagens møte informerte kommunene Tromsø, Harstad, Narvik og Nordreisa om eksisterende og planlagte tjenestetilbud.

Vedtak:
SSU tar informasjonen til orientering

Sak: **31/22**
Tittel: **Kort orientering fra UNN, kommunene, brukerrepresentantene og fastlegerepresentantene**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Møtedato: 19.05.22

Representantene for partnerne i helsefelleskapet informerer om aktuelle saker i egen region/klinikk/organisasjon.

Vedtak:
Informasjon fra SSU-medlemmene tas til orientering.

Sak: **32/22**
Tittel: **Neste møte og kommende saker**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 19.05.22

Neste møte avholdes 17.06.22. Dette møtet er av lengre varighet med fysisk oppmøte på UNN Breivika PET-senteret møterom G-914 og med mulighet for digital deltakelse via Teams.

Foreløpig på sakslisten (med forbehold):

- Pakkeforløp hjem for Kreftpasienter. Orientering, implementeringsarbeid
- EPJ-systemer, kjernejournal, elektronisk samhandling
- Planlegging og utvikling av helsetjenester
- Innføring av Checkware i UNN

Saker kan meldes fortløpende til sekretariatet.

Saker meldes og framstilles på egen mal. Malen finnes på www.helsefellesskapet.no. Ta kontakt med sekretariatet ved behov for veiledning eller bistand.

Utfylt saksframlegg med eventuelle vedlegg sendes lene.kristiansen@unn.no med kopi til guri.moen.lajord@unn.no

Vedtak:
SSU tar informasjonen om neste møte og rutine for innmelding av saker til orientering.

Merknad:
SSUs medlemmer har selv meldt ønske om ett fysisk møte før sommeren. Det ble derfor sterkt oppfordret til å møte opp fysisk i Tromsø. Digital deltakelse må være unntaksvis.

Sekretariatet ber om tilbakemelding dersom noen *ikke* kommer fysisk til møtet 17. juni, og må delta digitalt.

HELSE NORD | DAVVIDEARVVAŠVUOHTA VARRESVUOHTA NUORTTA HEALSOE NOERHTE

Oppdragsdokument 2022

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene

HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÅETIE

FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU

NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO

SYKEHUSAPOTEK NORD
DAVVI BUOHCCEVIESSOAPOTEHKA

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

HELSE NORD IKT

Vedtatt i styret i Helse Nord RHF 2. februar 2022

Innhold

1.0 Innledning 4
2.0 Mål og føringer 4
3.0 Vår felles helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder 8
3.1 Sikre god pasient- og brukermedvirkning 9
3.2 Somatikk 10
3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) 11
4.0 Kvalitet i pasientbehandlingen 11
4.2 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen 12
4.6 Klima- og miljøtiltak 12
4.7 Informasjonssikkerhet 12
4.8 Beredskap 13
5.0 Samhandling med primærhelsetjenesten 13
7.0 Bemanning og kompetanse 14
7.1 Sikre gode arbeidsforhold 14
7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell 14
7.3 Utdanning av legespesialister 15
7.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS) 15
8.0 Forskning og innovasjon 16
9.0 Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling 16
9.1 Resultatkrav 16
9.2 Anskaffelsesområdet 17
10.0 Teknologi 17
11.0 Bygg og kapasitet 18
12.0 Styringsparametere 2022 18
13.0 Oppfølging og rapportering 20
14.0 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering 20

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
ABIJOK	Anestesi, barn, intensiv, jordmor, operasjon og kreft-spesialistutdanning
ALIS	Leger i spesialisering i allmennmedisin.
AMK	Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral
DIPS	Leverandør av elektronisk pasientjournal - EPJ.
GTT	Global trigger tool
IKT	Informasjons- og kommunikasjonsteknologi
LIS	Leger i spesialisering
NSM	Nasjonal sikkerhetsmyndighet
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

1.0 Innledning

Oppdragsdokumentet er en del av regionens helhetlige virksomhetsstyring som skal sikre at nasjonale og regionale mål for spesialisthelsetjenesten oppfylles. Oppdragsdokumentet inneholder de prioriterte kravene for 2022.

Virksomhetsstyringen skal være helhetlig, sammenhengende, forutsigbar og tydelig – på kort og lang sikt. Planverket skal oppfylle våre lovpålagte hovedoppgaver: pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell, forskning og innovasjon, samt utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling.

Virksomhetsstyringen er illustrert i figur 1:

Figur 1 ***Helse Nord planlegger og styrer helhetlig og forutsigbart, i*** **tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.**

2.0 Mål og føringer

Helse Nord RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelse-tjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Helseforetakene skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende hovedmål:

1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

Ved inngangen i 2022 er pandemisituasjonen uforutsigbar. Det vil fortsatt være usikkerhet om den videre utviklingen, og det kan komme nye virusvarianter som gir økte utfordringer. Vaksinering med oppfriskningsdoser vil ha en effekt på innleggelser. Sykehusene må av denne grunn opprettholde beredskapen og videreføre de gode smittevernrutinene som er innarbeidet i forbindelse med pandemien. Flere helseforetak har måttet utsette planlagte operasjoner for å frigjøre kapasitet og ressurser til alvorlig syke covid-19-pasienter. Helseforetakene skal tilstrebe å holde mest mulig normal drift gjennom 2022.

Oppdragsdokumentet er bygd opp rundt områdene i regional utviklingsplan 2035 (RU35). Planen skal i løpet av året oppdateres til tidshorisont 2023–2038.

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. Bærekraftig ressursbruk skal betraktes som en forutsetning for virksomheten på lik linje med styringsmålene. Dette gjelder økonomi, miljø og disponering personell.

Andre overordnede føringer er:

- Helse Nords *Strategi Helse Nord RHF 2021–2024,* økonomisk langtidsplan og investeringsplan, jf. fig. 1. Planene beskriver utfordringene på lang sikt og hvordan målene skal nås.
- Regional handlingsplan for informasjonssikkerhet omfatter hele foretaksgruppen.

Demografisk utvikling viser at befolkningen i Nord-Norge går ned. Ved utgangen av 2021 utgjør Nord-Norges befolkning 8,9 % av landets befolkning. Det blir særlig viktig å utvikle tjenestene slik at behovet for arbeidskraft kan tas ned til nivået før pandemien, og helst reduseres ytterligere. Dette er i tråd med Riksrevisjonens konklusjon etter undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinteknisk utstyr som sier at: *Helsepersonell er en knapp ressurs. Investeringer blir et viktigere virkemiddel for å løse helseforetakenes oppgaver og dempe arbeidskraftbehovet i årene som kommer. Det kan få alvorlige konsekvenser for pasienttilbudet dersom man ikke lykkes med dette.*

Dagens struktur på spesialisthelsetjenesten, som kombinerer desentrale tilbud med høyspesialiserte tilbud i hovedsak ved Universitetssykehuset Nord-Norge og et bredt tilbud ved Nordlandssykehuset, har vært tjenlig for landsdel og befolkning. Helse Nord RHFs 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.

For å opprettholde et likeverdig tilbud til befolkningen må helseforetakene styrke arbeidet med å tilby tjenester digitalt. Sykehusene skal legge til grunn at nærmere definerte oppgaver som utgangspunkt skal gjennomføres digitalt, og i større grad

benytte ledig kapasitet på de mindre enhetene. Et eksempel kan være å legge elektive tjenester til en eller flere av de mindre enhetene.

I møtet med helsetjenesten skal pasientene oppleve åpenhet, respekt og medvirkning i valg av behandling og hvordan denne gjennomføres. Samvalg og mulighet for bruk av samvalgsverktøy skal legge til rette for mestring og aktiv deltagelse fra pasienten. Pårørende skal involveres der det er relevant, og deres kunnskap og erfaringer skal anerkjennes og benyttes i pasientforløpene.

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.

Pasienter, brukere og pårørende skal oppleve en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste på tvers av forvaltningsnivå og fagområder. I helsefellesskapene skal kommuner og helseforetak møtes som likeverdige partnere og kommuneoverlegene skal inviteres inn. Sammen med representanter for brukere og fastleger skal kommuner og helseforetak planlegge og utvikle tjenester til pasienter med behov for tjenester fra begge nivå. Spesialister fra store sykehus skal bistå spesialister på mindre sykehus nærmere pasienten, spesialister fra sykehus skal samarbeide med kommunal helse- og omsorgstjeneste og pasienter skal i større grad kunne møte spesialisthelsetjenesten hjemme, digitalt eller gjennom ambulante og intermediære tjenester.

Det viktigste arbeidet for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet skjer lokalt. Systematisk og målrettet arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet skal være basert på nasjonale helsefaglige retningslinjer og veiledere, data fra kvalitetsregister med tilfredsstillende dekningsgrad, klinisk forskning og medvirkning fra pasient og pårørende. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering har anbefalt et utvalg av kvalitetsindikatorer innenfor 5 områder som Helse Nord RHF vil gi særskilt oppfølging i 2022.

Samarbeid med utdanningssektoren er viktig for kompetanseutvikling i spesialisthelsetjenesten, og støtter opp om arbeidet med å utdanne, rekruttere, utvikle og beholde personell.

Aktivitet og arbeidsdeltakelse er helsefremmende og bidrar til inkludering. Helseforetakene skal bidra til at pasienter i spesialisthelsetjenesten tilbys samtidige helse- og arbeidsrettede tilbud i et samarbeid med NAV, for å bli inkludert i arbeidsliv eller skole.

Utvikling av ny teknologi og mer presis diagnostikk og behandling gjennom innovasjon og næringslivssamarbeid er sentralt for å skape en bærekraftig helsetjeneste.

Prinsippene for prioritering[1] skal ligge til grunn for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder nye legemidler, teknologi og endring i arbeids-prosesser. Der beslutningssituasjonens tema/karakter tilsier det, skal prioriterings-kriteriene inngå i grunnlaget for beslutninger sammen med andre relevante hensyn.

På vegne av Helse Nord RHF, er Helse Nord IKT gitt oppgaven med å sikre at alle endringer i Helse Nords infrastruktur er i tråd med styringssystem for informasjonssikkerhet.

Helse Nord IKT skal sørge for levetidsforvaltning av Helse Nords infrastruktur og sikre at den er i tråd med vedtatte kvalitetskrav og akseptabel risiko. Dette forutsetter kontroll på applikasjonsporteføljen, og innebærer at portvaktfunksjonen utvides til også å gjelde teknisk og merkantil kontroll over all programvare som kjører på Helse Nords infrastruktur. Helse Nord IKT får eksplisitte fullmakter i beredskapssammenheng.

Alle helseforetakene skal delta i arbeidet med oppfølging av regional beredskapsplan, og skal samarbeide seg imellom i gjennomføring av egne planer, herunder i revisjon av tjenesteavtaler mellom Helse Nord IKT og sykehusforetakene.

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 helsesamarbeid mellom helseforetak i regionen og samarbeidspartnere i Barentsregionen.

Følgende nye nasjonale dokumenter skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

1. Meld. St. 25 (2020-2021) Likeverdsreformen
2. Meld. St. 38 (2020-2021) Nytte, ressurs og alvorlighet
3. Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser
4. Nasjonal alkoholstrategi 2021-2025. En helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk
5. Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester
6. Strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19-pandemien (30.11.2021)
7. Trygghet, mangfold og åpenhet. Handlingsplan mot diskriminering p.g.a seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønnskarakteristika 2021-2024
8. Prop. Nr. 1 (2021-2022), kap. 8 Plan for å sikre flere sykepleiere, vernepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere
9. "Ett år inn i koronapandemien", kap. 6 - tjenester med usikker helsegevinst
10. Nasjonal handlingsplan kliniske studier 2021-2025
11. Nasjonale helsefaglige retningslinjer og veiledere

[1] Spesialisthelsetjenesteloven og prioriteringsforskriften

Helseforetakene skal også legge regionalt førende styresaker/dokumenter til grunn:

1. Styrearbeid i Helse Nord, veileder – styresak 158-2021
2. Strategi for prehospitale tjenester i Helse Nord – styresak 61-2021
3. Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2021-2025 – styresak 54-2021
4. Strategi for kunstig intelligens i Helse Nord for 2022-2025 – styresak 71-2021
5. Hvordan tilpasse persontilpasset medisin i Helse Nord – styresak 117-2021
6. Regional plan for informasjonssikkerhet – styresak 119-2021
7. Styringsstruktur IKT infrastruktur – ansvar, roller og oppgaver – styresak 120-2021
8. Styringssystem for informasjonssikkerhet, strategiske sikkerhetsmål og strategi for informasjonssikkerhet – styresak 135-2021
9. Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter – styresak 170-2021
10. Anskaffelsesområdet – samordningstiltak og styringsmodell – styresak 173-2021
11. Regionale beredskapsplaner
12. Oppfølging av Riksrevisjonens rapporter
13. Oppfølging av internrevisjonens rapporter
14. Oppfølging av Helsetilsynets rapporter

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

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, ref. tilleggslisten.

Helse Nord RHF vil følge med på hvordan pandemisituasjonen påvirker helseforetakene og eventuelt justere krav og rammer i tråd med utviklingen.

3.0 Vår felles helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

<u>Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):</u>

1. Overholde minst 95 pst. av pasientavtalene.
2. Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst.
3. Rapportere gevinstrealisering av implementerte forbedringstiltak for pasientreiser med rekvisisjon.
4. Benytte nasjonale serviceparametere for pasientreiser fra disse tas i bruk høsten 2022.
5. Implementere nye nasjonale retningslinjer for avviksmelding og -oppfølging innenfor pasientreiser fra andre tertial 2022.
6. Fortsette den digitale satsingen innen pasientreiseområdet, slik at tjenesten effektiviseres for både pasientene og helseforetakene, jf. protokoll fra foretaksmøter for de regionale helseforetakene 15. juni 2021.

7. I samarbeid med Pasientreiser HF videreføre arbeidet som følger av «Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak innenfor området reiser med rekvisisjon». Dette innebærer utvikling og implementering, samt utarbeidelse av gevinstrealiseringsplaner og oppfølging av effekter.
   Status på effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon skal inngå som en del av helseforetakets tertialvise rapportering.
8. Skal med bistand fra Pasientreiser HF starte implementering av ny rekvisisjonspraksis i løpet av 2022.
9. Vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus.
10. Påse at pasienter som mottar behandling hos private leverandører gjennom godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg får videreført det tilbudet de har behov for når ordningen avvikles.

Foretaksspesifikke krav:

Finnmarkssykehuset

11. Følge opp arbeidet med å videreutvikle spesialisthelsetjenester ved Klinikk Alta. Departementet ber om status for arbeidet innen utgangen av 2022.

Universitetssykehuset Nord-Norge

12. Sørge for at helsetjenesten som deltar i team for helsekartlegging i barnevernet har nødvendig språklig og kulturell kompetanse når samiske barn som skal plasseres utenfor hjemmet.[2]
13. Sørge for døgnkontinuerlig medisinsk tilstedevakt ved redningshelikopterbasen i Tromsø.

3.1 Sikre god pasient- og brukermedvirkning

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

14. Ta i bruk nye pasientbrevmaler. En forutsetning for å kunne digitalisere pasientbrevene er oppdatert behandlingsinformasjon på sykehusets nettsider. Krav til nye publiserte behandlingsbeskrivelser:
    - HSYK: 20
    - NLSH: 100
    - UNN: 150
    - FIN: 20 (bokmål) og 30 (nordsamisk)

Krav til FIN, UNN og NLSH:

15. I samarbeid med brukerutvalget og ungdomsrådet kartlegge og forbedre samarbeid med frivillige organisasjoner.
16. I samarbeid med brukerutvalget og ungdomsrådet utvikle rutiner for medvirkning i bygge- og ombyggingsprosjekter.

---

[2] Det vises til oppdragsdokument fra HOD 2021: Helse Nord RHF skal 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.

Krav til HSYK og SANO:

17. I samarbeid med brukerutvalget utvikle rutiner for medvirkning i bygge- og ombyggingsprosjekter.

Foretaksspesifikke krav:

Helgelandssykehuset

18. I samarbeid med brukerutvalget kartlegge og forbedre samarbeid med frivillige organisasjoner.

3.2 Somatikk

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

19. Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2021. Målsetningen på sikt er lavere enn 50 dager.
20. Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 24 kreftformene skal være minst 70 pst.
21. Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.
22. Bidra til oppfølging av anbefalinger og lukking av avvik etter Helsetilsynets rapport Tilsyn med ambulanseflytjenesten – Undersøkelse av om befolkningen i Nord-Norge får forsvarlige ambulanseflytjenester datert 14. juni 2021. Helse Nord RHF koordinerer oppfølgingen.
23. Ta i bruk felles prosedyreverk for ambulansetjenesten gjennom deltagelse i FRAM-samarbeidet.

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

24. Samlet forbruk av bredspektret antibiotika skal reduseres med 30 pst. i 2022 sammenliknet med 2012. 2021 var siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten (2015-2020) og det planlegges for videre arbeid med den nasjonale strategien mot antibiotikaresistens i 2022.

Krav til FIN, NLSH og HSYK:

25. Delta i et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt som skal sikre samarbeid om korrekt behandling ved akutt hjerteinfarkt. Målet er å øke andelen prehospital trombolyse ved STEMI hjerteinfarkt innen anbefalt tidsfrist. Dette skal gjøres ved å inkludere alle helseforetak i prosjektet Trygg Akuttmedisin. Foretaket skal delta i prosjektgruppen med representasjon som sikrer forankring fra foretaksledelse og berørte fagmiljø som for eksempel ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten og ivareta prosjektoppfølging i eget opptaksområde. Foretaket skal sikre en aktiv involvering i prosjektet fra primærhelsetjenesten med hovedvekt på legevaktene gjennom Helsefellesskapene. Det skal sikres medvirkning fra KTV/KVO.

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge

26. Lede et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt som skal sikre samarbeid om korrekt behandling ved akutt hjerteinfarkt. Målet er å øke andelen prehospital trombolyse ved STEMI hjerteinfarkt innen anbefalt tidsfrist. Dette skal gjøres ved

å inkludere alle helseforetak i prosjektet Trygg Akuttmedisin. Hvert HF skal delta i prosjektgruppen med representasjon som sikrer forankring fra foretaksledelse og berørte fagmiljø som for eksempel ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten og ivareta prosjektoppfølging i eget opptaksområde. Foretaket skal sikre en aktiv involvering i prosjektet fra primærhelsetjenesten med hovedvekt på legevaktene gjennom Helsefellesskapene. Fagråd for Hjertemedisin skal være referansegruppe og fagsjefmøtet skal være styringsgruppe for prosjektet. Det skal sikres medvirkning fra KTV/KVO.

3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

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

27. Følge opp rapportene «Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester» og «Riksrevisjonens undersøkelse om helse og omsorgstjenester til barn og unge med funksjonsnedsettelser».
28. 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.
29. Aktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2022 sammenlignet med 2021, både innen døgnbehandling og poliklinisk aktivitet.
30. Andel pasientforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.
31. Andel pasienter i pasientforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, skal være minst 80 pst.
32. Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.
33. I tråd med nasjonal alkoholstrategi 2021 – 2025 sørge for gode basistjenester innen TSB i alle helseforetak, styrke rusbehandlingstilbudet til barn og unge og utvikle rutiner for samhandling mellom somatiske avdelinger, psykisk helsevern og TSB.
34. Innen utgangen av 2022 ha etablert og i funksjon de felles henvisningsmottakene (helseforetak/avtalespesialister) innenfor psykisk helsevern.
35. Legge til rette for å tilby vurderingssamtale innen psykisk helsevern, særlig for barn og unge og der det er uklart om pasient har rett til helsehjelp eller det er behov for supplerende informasjon, eller der lege/henviser mener det er behov for rask avklaring før eventuell henvisning.
36. Sikre ambulante tilbud til barn og unge innen psykisk helse og TSB.

4.0 Kvalitet i pasientbehandlingen

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

37. Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 pst. innen 2023, jf. mål i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

38. Sørge for god dekningsgrad og kompletthet i lovpålagt rapportering til de nasjonale kvalitetsregistrene.
39. Videreføre det regionale arbeidet med å utarbeide og innføre veiledende pleieplaner til DIPS Arena pleieplan.
40. Gjennomsnittlig svartid for bildediagnostiske undersøkelser skal være under 4 dager innen utgangen av 2022.
41. Andel bildediagnostiske undersøkelser gjennomført innen priodato skal være over 80% innen utgangen av 2022.

4.2 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

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

42. Rapportere på innhold og samhandling i forbindelse med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister. Rapporteringen skal inneholde antall samarbeidsavtaler inngått, beskrivelse av aktiviteter og resultater av samarbeidsavtalen. For eventuelle manglende samarbeidsavtaler skal det beskrives utfordringer og eventuelle tiltak som er planlagt iverksatt for å få samarbeidsavtalen på plass.
43. Beskriv samarbeid foretaket har med private institusjoner om utnyttelse av avtaler for optimalisering av pasientforløp for å hindre unødvendige ventetider og fristbrudd. I eventuelle tilfeller der samarbeidet ikke fungerer tilfredsstillende, skal Helse Nord RHF informeres i eget brev.

4.6 Klima- og miljøtiltak

Krav til alle:

44. Dokumentere årlig status i arbeidet med å nå de langsiktige målene innen klimaområdet gjennom spesialisthelsetjenestens rapport om samfunnsansvar.

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge

45. Følge opp Riksrevisjonens rapport om Svalbardselskapenes håndtering av klimautfordringer.

4.7 Informasjonssikkerhet

Krav til alle:

46. Innen 30.9.2022 styrebehandle status fra arbeidet med informasjonssikkerhet. Status skal som minimum inneholde:
    - status for fremdrift for handlingsplan og lukke kjente svakheter,
    - beskrivelse av trusselbildet,
    - resultater fra gjennomførte risikovurderinger, inntregningstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner,
    - oppsummering fra avviksrapportering,
    - beskrivelse av hvordan kartlegging av digital sikkerhetskultur er fulgt opp

4.8 Beredskap

Krav til alle:

47. Delta i arbeidet med å utvikle operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret. Helse Nord RHF leder dette arbeidet.
48. Videreutvikle beredskapsarbeidet og -planene mtp. pandemier og andre alvorlige kriser, ved å følge opp egenevaluering av pandemihåndteringen, Koronakommisjonens rapport og egne risiko- og sårbarhetsanalyser knyttet til infrastruktur, kompetanse og innsatsfaktorer mv.
49. Innen 2. tertial evaluere ansattes erfaringer i møte med pandemien. Arbeidet skal gjøres i nært samarbeid med ansattes representanter.

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

50. Sammen med Helse Nord RHF planlegge, gjennomføre og evaluere Nasjonal helseøvelse 2022 (NHØ 22).

Krav til UNN og NLSH:

51. Sørge for at tjenestegjørende militært personell under NATO-øvelsen Cold Response 2022 gis tilgang til spesialisthelsetjenester uten etterfølgende fakturering fra norske myndigheter.
52. Delta i planlegging og gjennomføring av øvelsen Barents Rescue 2022

5.0 Samhandling med primærhelsetjenesten

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

53. Utarbeide en handlingsplan (2022-2023), med milepæler for hvordan helseforetakene i helsefellesskapene vil bidra til å planlegge og utvikle tjenester til pasienter med behov for tjenester fra begge nivå (de fire prioriterte grupper). Frist 1. september 2022.
    - Ved hjelp av tilgjengelige data og dokumenterte erfaringer, gjøre opp status for hvordan spesialisthelsetilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene i dag blir ivaretatt i eget helseforetak.
    - I handlingsplanen skal inngå tverrfaglige, pasientsentrerte team på tvers av tjenestenivå, digital avstandsoppfølging, økt ambulering og styrking av spesialisthelsetjenester som kan ytes i pasientens hjem.
    - Bruk av individuell plan skal vektlegges i handlingsplanen
    - Rollen til og bruk av koordinerende enhet skal tydeliggjøres
    - I den interne oppfølgingen sikre god ledelsesmessig oversikt og oppfølging over framdrift i arbeidet med å forbedre tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene"
54. Inngå avtaler med kommunene når de yter desentraliserte spesialisthelsetjenester på vegne av helseforetaket, jf ISF regelverkets bestemmelser.
55. Invitere kommunene inn i arbeidet med utviklingsplanene på områder hvor det er relevant for å sikre at pasienter med behov for tjenester fra begge nivå får et sammenhengende tilbud.
56. Styrke det desentrale tilbudet til pasientene ved samarbeid mellom små og store sykehus og kommunehelsetjenesten, digitale og ambulante tjenester og intermediære tilbud.

7.0 Bemanning og kompetanse

Krav til alle:

57. Videreføre arbeidet med inkludering og mangfold og legge til rette for rekruttering av personer som har utfordringer med å komme inn i arbeidslivet, samt å forhindre frafall fra arbeidslivet.

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge

58. Evaluere arbeidet i regionalt fagnettverk for ledelse- og lederutvikling og utarbeide oppdatert handlingsplan.

7.1 Sikre gode arbeidsforhold

Krav til alle:

59. Videreføre og forsterke arbeidet med å utvikle en heltidskultur.
60. Redegjøre for hvordan de ulike virksomhetene i foretaket er organisert for å ivareta prinsippet om stedlig ledelse.

7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

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

61. Øke antallet helsefagarbeiderlærlinger sammenlignet med 2021. Økningen i perioden 2019-2023 skal være på minimum 20%.
62. Iverksette tiltak for å styrke rekruttering og spesialistutdanning for leger ved de mindre sykehusene i distriktene.
63. Innen utgangen av 2022 skal GAT gjenspeile all planlagt og faktisk arbeidstid.
64. Gjennomføre oppgavedeling mellom nivåer og yrkesgrupper for blant annet å nå kravet om over 5% andel helsefagarbeidere innen 2023.
65. Antall utdanningsstillinger for sykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, jordmor, operasjon- og kreftsykepleie (ABIJOK) skal økes i tråd med følgende.

Utdanningsstillinger ABIOKJ	2018/2019	2020/2021	2021/2022
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	57	70	80
Nordlandssykehuset HF	26	30	40
Finnmarkssykehuset HF	9	11	15
Helgelandssykehuset HF	14	10	15
Helse Nord totalt	106	121	150

Tabell 1 Totalt antall utdanningsstillinger til ABIOK og jordmor i Helse Nord 2018-2021

66. Utarbeide en behovsanalyse og plan for å sikre tilstrekkelig tilgang til jordmødre på kort, mellomlang og lang sikt. Relevante aktører skal involveres i arbeidet.

67. Delta inn i prosjektet «avansert oppgaveplanlegging» (AOP) med aktuelle enheter etter avklaring med prosjekteier. For disse skal det som et minimum innføres 9 måneders planleggingshorisont.

Krav til FIN, UNN og HSYK:

68. 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

69. 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.

7.3 Utdanning av legespesialister

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

70. Tilby øremerkede utdanningsstillinger for allmennleger i spesialisering (ALIS) i samsvar med regional opptrappingsplan for perioden 2022-2026.

Helseforetak	2022		2023		2024		2025		2026	
	P1	P2	P1	P2	P1	P2	P1	P2	P1	P2
Finnmarkssykehuset	2	2	3	3	4	4	4	4	5	5
UNN	3	3	5	6	7	8	9	9	9	9
Nordlandssykehuset	3	3	4	4	5	6	7	7	8	9
Helgelandssykehuset	2	2	3	3	4	4	5	5	5	5
Samlet	**10**	**10**	**15**	**16**	**20**	**22**	**25**	**25**	**27**	**28**

Tabell 1 **Regional opptrappingsplan for utdanningsstillinger til ALIS i Helse Nord 2022-2026. Det skal gjennomføres årlige evalueringer som kan føre til justeringer ii perioden. Periode 1 (P1) mars-august. Periode 2 (P2) september-februar.**

71. Antall LIS i psykiatri skal økes sammenlignet med 2021.

7.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Krav til alle:

72. ForBedring: Faktoren "oppfølging" skal på lang sikt ha en foretaksskår lik 75 eller høyere. Foretakene skal lage en handlingsplan for å nå dette målet innen 1. juli 2022.
73. ForBedring: "Psykososialt arbeidsmiljø"" skal på begge faktorene på lang sikt ha en foretaksskår lik 80 eller høyere. Foretakene skal lage en handlingsplan for å nå dette målet innen 1. juli 2022.

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

74. Videreutvikle arbeidet med å se arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i sammenheng, med utgangspunkt i oppfølging av nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring og undersøkelsen ForBedring.

Foretaksspesifikke krav:

Nordlandssykehuset

75. Evaluere arbeidet i regionalt fagnettverk for sykefraværsoppfølging og utarbeide oppdatert handlingsplan.

8.0 Forskning og innovasjon

Krav til alle:

76. Redegjøre for hvordan strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2021-2025 følges opp innen hhv. forskning og innovasjon
77. Systematisk registrere (i Induct) og følge opp innovasjonsprosjekter
78. Delta i og understøtte RHF-initierte arbeidsgrupper (radiologi mv) innen KI-feltet
79. Legge til rette for helsetjenesteforskning og innovasjonsprosjekter som utvikler nye måter helsetjenester kan leveres på, samt prosjekter som evaluerer kvalitet og pasientsikkerhet i pasientbehandling.

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

80. Øke antallet kliniske studier jf nasjonal handlingsplan for kliniske studier med 15 %, sammenlignet med 2021
81. Øke antallet pasienter inn i kliniske studier
82. Følge opp Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene.

9.0 Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling

9.1 Resultatkrav

Helseforetakene skal i 2022 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 25 mill.
Sykehusapotek Nord:	Overskudd kr 1 mill.[3]
Helse Nord IKT:	Økonomisk balanse

[3] Overskudd i publikumsavdelingen

9.2 Anskaffelsesområdet

Krav til alle:

83. Legge til rette for interne prosesser som på en forutsigbar måte sikrer involvering av interessenter i forbindelse med felles anskaffelser, nasjonalt og regionalt.
84. Sørge for at gjennomføring av tiltak knyttet til samordning av leverandøravtaler og registre i Clockwork gis prioritet og utføres i henhold til omforente planer.
85. I tråd regional vedtatt styringsmodell for anskaffelser sine forutsetninger samt fordeling av kategorier gjort i regionalt Innkjøpsforum, må vært enkelt foretak sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for å ivareta foretaksgruppens interesser innenfor den enkelte kategori

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

86. Bidra til rullering av regionalt beredskapslager ved å gjøre uttak av definert sortiment fra beredskapslageret til forbruk i sine sykehus.

10.0 Teknologi

Krav til alle:

87. Benytte Helse Nord IKT knyttet til lokale innføringer, utfasing og endring av system, rådgiving og prosjektledelse gjeldende IKT. Styringskravet gjelder ikke medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter.
88. Innen 1.10.2022 fullføre arbeidet med å oppdatere nødvendige tjenesteavtaler, databehandleravtaler og andre avtaler som tydeliggjør ansvarsforholdene.
89. Fortsette arbeidet med å overføre teknisk og merkantil forvaltning av IKT-systemer til Helse Nord IKT. Foretakene skal innen 1.12.2022 i fellesskap etablere en robust merkantil forvaltning i tråd med prinsipper beskrevet i oppdragsdokumentet 2021.
90. Videreføre arbeidet med å avklare drifts- og forvaltningsmodeller som sikrer at installasjon og endringer i medisinsk utstyr og eventuelt driftstekniske IKT systemer oppfyller krav i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF, og skal gjennomføres i samarbeid med Helse Nord RHF og sykehusforetakene.
91. Fullføre oppgaven med å overføre ansvar og oppgaven for leveranse av IKT infrastrukturtjenester fra helseforetakene i tråd med styresak 120-2021 Styringsstruktur IKT infrastruktur - ansvar, roller og oppgaver, samt styresak 135-2021 Styringssystem for informasjonssikkerhet - strategiske sikkerhetsmål og strategi for informasjonssikkerhet, oppfølging av styresak 32-2021.
92. Sikre at samtlige applikasjoner installert på servere eller klienter ved helseforetakene er registrert i «Asset Management». 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.
93. Innen 1.9 oversende til Helse Nord RHF oversikt over eventuelle applikasjoner der det ikke er identifisert gjeldende avtaler med leverandør.

Foretaksspesifikke krav:

Helse Nord IKT

94. På vegne av Helse Nord RHF, sikre at alle endringer i Helse Nords infrastruktur er i tråd med vedtatt styringssystem for informasjonssikkerhet, arkitekturprinsipper samt NSMs tiltaksliste (portvaktfunksjon).

11.0 Bygg og kapasitet

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

95. Utarbeide verdibevarende vedlikeholdsplaner med bakgrunn i tilstandsregistreringen av bygningsmassen som gjøres hvert fjerde år, slik at fastsatte mål for tilstandsgrad nås.
96. Anvende oversikt over tilstanden på medisinsk-teknisk utstyr som grunnlag for å følge opp planer for utskifting.

12.0 Styringsparametere 2022

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 kvalitetsindikatorene som Helsedirektoratet publiserer og å iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene.

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

Tabell 1. Mål 2022. Datakilder og publiseringsfrekvens.

Indikator	Mål 2022	Datakilde	Publiserings-frekvens
1 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling			
Gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern og TSB	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.	Helsedirektoratet	Månedlig
Aktivitet i psykisk helsevern og TSB	Høyere aktivitet i 2022 enn i 2021, både innen døgnbehandling og poliklinisk aktivitet.	Døgnbehandling: antall avsluttede pasientopphold (utskrivinger) og antall oppholdsdøgn (Helsedirektoratet) Antall polikliniske kontakter (Helsedirektoratet)	Tertialvis
Forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk, psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB	Minst 80 %	Helsedirektoratet	Tertialvis

Indikator	Mål 2022	Datakilde	Publiserings-frekvens
Andel pasienter i pasientforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan	Minst 80 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
2 Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet			
Antall nye kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderte pasienter i 2022	Økt med minst 15 % sammenliknet med 2021.	Nasjonalt målesystem for forskning i helseforetakene, NIFU	Årlig
Antall utdanningsstillinger for ABIOK-sykepleie og jordmødre	Økes sammenliknet med 2021	De regionale helseforetakenes HR-systemer	Årlig
Antall lærlinger i helsefagarbeiderfaget	Økes sammenliknet med 2021	De regionale helseforetakenes HR-systemer	Årlig
Antall LIS i psykiatri	Økes sammenliknet med 2021	Helsedirektoratet	Årlig
Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT.	Redusert til 10 % innen 2023.	Helsedirektoratet	Årlig
Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2022 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 2022 sammenliknet med 2012.	Sykehusenes legemiddelstatistikk	Tertialvis
3 Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp			
Gjennomsnittlig ventetid	Redusert i regionen sammenliknet med 2021.	Helsedirektoratet	Månedlig
Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter. Må måles med samme uttrekksdato som året før.	Skal overholde minst 95 % av avtalene.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon.	Minst 15 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 24 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid[4].	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis

[4] 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, bukspyttkjertelkraft, myelomatose, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.

13.0 Oppfølging og rapportering

Alle krav for 2022 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 2022, foretaksspesifikke mål 2022 og styringsparametere 2022**.

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

Enkelte krav i oppdragsdokumentet inngår i Helse Nords risikostyring. Disse kravene skal følge metodikk og oppfølging i risikostyringen.

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 2022 7. oktober 2022 Administrativt utarbeidet tertialrapport: 13. mai 2022 23. september 2022 NB: Fullstendig ØBAK og virksomhetsrapport sendes fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Årlig melding	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes. Økonomidelen tas ut av årlig melding, leveres som ordinær virksomhetsrapport.	**Administrativt** behandlet årlig melding: 3. februar 2022. **Styrebehandlet** årlig melding (styrevedtak): Mars 2023.
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 2022: Mars 2023.

14.0 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

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

BAKGRUNN OG HENSIKT MED PROSJEKTET 'TRYGG AKUTTMEDISIN I NORD'

Prosjektets kort oppsummerte hovedmål:

Hensikten med kvalitetsforbedringsprosjektet Trygg akuttmedisin i Nord (TA) er å oppnå raskere, flere og tryggere samhandlende behandlingskjeder for pasienter med akutt STEMI-infarkt, akutt hjerneslag og pasienter med akutt sepsis i Nord-Norge.

Målsettinger/Tilstand	Akutt STEMIhjerteinfarkt	Akutt hjerneslag	Akutt sepsis
Felles behandlingsplan i standardisert format	Ja, evidens/konsensusbasert	Ja, evidens/konsensusbasert	Ja, evidens/konsensusbasert
Oppnå eller forbedre tydelige tidsmål	Ja, målsetting er minst å oppnå anbefalte nasjonale måltall	Ja, konsolidere/forbedre i forhold til nasjonale måltall	Ja, forbedre (nasjonale registertall ikke tilgjengelig)
Bruke akutt sjekkliste	Ja	Ja	Ja
Bruke felles kommunikasjonsplattform på Nødnett	Ja, forbedre in-hospital tilgjengelighet*	Ja, forbedre in-hospital tilgjengelighet*	Ja, forbedre in-hospital tilgjengelighet*
Tverrfaglig teamtrening med simulering, pre- og in-hospitalt	Ja	Ja	Ja
Resultatmåling og følgeforskning	Ja, fokus på forbedring av antall trombolyser og tid til trombolyse	Ja	Ja

* Beslutning for utygging og forbedring av Nødnett ligger hos hvert enkelt HF, men for å lykkes med TA så anbefales det at det gjøres en oppgradering av nødnettet i UNN

Helse Nords Oppdragsdokument for 2020 (OD22) innledes med tre 'Mål og føringer' der pkt.3 er

'Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp'

I OD22 pkt. 3.2 *Somatikk* er det gitt oppdrag til alle fire sykehusforetak i Helse Nord å inkludere alle helseforetak i prosjektet 'Trygg akuttmedisin' med spesielt fokus på å øke andel og redusere tid til PHT ved akutte STEM-infarkt i Nord-Norge.[i]

Prosjektet 'Trygg akuttmedisin' ble startet i 2015 av daværende 'Overordnet samarbeidsutvalg' (OSO) for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF) og tilhørende kommuner i Troms og Ofoten. OSO opprettet et klinisk samarbeidsutvalg (KSU-5) med 11 sykehusleger fra de tre UNN-sykehusene (Tromsø, Harstad, Narvik) og seks kommuneleger. Utvalget skulle '*utarbeide felles prosedyrer for UNN HF og kommunene for de fem tidskritiske pasientgruppene: hjertestans, akutt koronarsykdom, akutt respirasjonssvikt, alvorlig traume og hjerneslag.'*

Bakgrunnen var en klage fra kommunelege Aslak Hovde Lien i daværende Lenvik kommune. Han påpekte *manglende samhandling*, *ulike prosedyrer* og *svak felles situasjonsforståelse* i akuttmedisinske situasjoner. Informasjon var dårlig fra UNN til førstelinjetjenestene ved innføring av nye eller endrete prosedyrer. Flere uheldige hendelser har illustrert manglende organisatorisk system, kommunikasjon og samhandling.

Utvalget valgte å konsentrere seg om å lage felles, evidens- og konsensusbaserte prosedyrer med tilhørende sjekklister og kommunikasjonsplattform for tre tidskritiske tilstander:

- akutte hjerteinfarkt[1]
- akutt hjerneslag
- akutt sepsis

Prosedyreverk med tilhørende systemer, grafisk utforming og opplæringspakke var ferdig høsten 2019. Et målrettet samarbeid med Lærdal Medicals grafiske designere utviklet de nye prosedyrene, sjekklister og plakater slik at de fikk et enhetlig og gjenkjennelig uttrykk som de kjente hjertestans og gjenopplivingsplakatene for HLR og A-HLR (se vedlegg). Vi har også utviklet e-læringsprogram sammen med Lærdal.

Med klare, evidensbaserte tidsmål for hver av de tre tidskritiske tilstandene i prosedyrene settes det krav til behandlingsløpene. For pasienter med STEMI og indikasjon for prehospital trombolyse (PHT) er målet at de skal få denne behandlingen innen 20 minutter fra første medisinske kontakt (FMK), eller 10 minutter etter STEMI-diagnosen er stilt på 12-avl EKG i tråd med oppdaterte retningslinjer fra European Society of Cardiology og PR53116 fra Fagråd for hjertemedisin Helse Nord RHF.[ii]

Det er gjennomført opplæring og teamtrening i Trygg akuttmedisin gjennom systematisk 'utrulling' i det prehospitale fagmiljøet i UNN-sykehusenes opptaksområder (Troms og Ofoten) i perioden 2019-2021. Med fasilitert teamtrening på lokale, tverrfaglige dagskurs har nær 500 kursdeltakerne har deltakere fra alle helsefagprofesjoner som representerer de lokale akuttmedisinske teamene i kommunenes legevakter, sykehjem, hjemmesykepleie og ambulansetjeneste trent på handlingsplanene, bruk av sjekklistene, bedret kommunikasjon og flerpartsamtaler på Nødnett helse.

Dagskursene bygger på realistisk *simulering* ledet av erfarne fasilitatorer i små tverrfaglige team sammensatt for å likne mest mulig på teamene som møter akutt syke i lokalsamfunnene i Nord-Norge.
For hver simulering har AMK-sentralen og tilgjengelige sykehusleger i de aktuelle vaktlinjene 'spilt med' under øvelsene for kommunale sykepleiere, helsesekretærer, helsefagarbeidere og leger sammen med lokalt stasjonert ambulansepersonell. **Kursevalueringen** fra helsepersonellet etter hver gjennomført kursdag har vært overveldende positiv (anonym Questback, 444 besvarelser, se vedlegg).

For få, for seint

Det tar altfor lang *tid* før pasienter med akutte ST-elevasjons hjerteinfarkt (STEMI) får rett behandling i NordNorge, og *altfor få* pasienter får denne behandlingen.

Årsrapporten fra det nasjonale kvalitetsregisteret 'Norsk hjerteinfarktregister' viste i 2020 at bare hver tredje pasient (34%) i Helse Nord under 85 år innlagt med STEMI mindre enn 12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt med helsepersonell (FMK), fikk behandling *enten* med trombolyse innen 30 minutter *eller* gjennomgikk invasiv koronarutredning og eventuell PCI innen 120 minutter etter FMK.[2] Det nasjonale gjennomsnittet var 63% og resultatene fra Helse Nord var svakest i landet.

Enda dårligere var resultatene for andelen pasienter med STEMI som fikk *prehospital trombolyse* (PHT) innen 30 minutter etter FMK.[3] Denne tidskritiske behandlingen fikk bare 25 % av STEMI-pasientene på landsbasis, og bare 17 % i Helse Nord. Resultatene er svært langt unna det nasjonale målet om at 85% av disse pasientene bør få slik behandling i løpet av den første halvtimen etter FMK. For enkelt-helseforetak (HF) i Helse Nord var

---

[1] Både akutte ST-elevasjon-myokardinfarkt (STEMI) og non-ST-elevasjon-myokardinfarkt (NSTEMI)

[2] https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2021-06/Norsk%20hjerteinfarktregister%20Årsrapport%202020.pdf

[3] *Denne indikatoren inkluderer hjerteinfarktet som inntraff utenfor sykehus og som har kjent tidspunkt for symptomdebut og FMK tidspunkt, og der FMK er under eller lik 12 timer etter symptomdebut. De europeiske retningslinjene som Norsk cardiologisk selskap har sluttet seg til, anbefaler at STEMI pasienter får trombolyse seinest innen 30 minutter etter FMK hvis pasienten ikke kan behandles med primær PCI innen 120 minutter etter FMK.*

måloppnåelsen enda dårligere: Bare 12 % i UNN HF og 13 % i Nordlandssykehuset HF. Hjerteinfarktregisteret slår fast at *'..nesten dobbelt så mange pasienter burde fått slik behandling.'* [2]

Måloppnåelsen defineres i dette nasjonale kvalitetsregisteret som *mindre god* når den er <50 %, *god*: 50-79 %, og *meget god*: >80 %. Helse Nords måloppnåelse er åpenbart 'mindre god'. Andelen som har fått trombolyse innen anbefalt tid har vært på et stabilt, altfor lavt nivå fra 2015 da registreringene startet.

Tidligere studier fra Troms og Ofoten-regionen (2000-2010), da PHT ble innført i alle kommuner, legevakter og ambulansetjenester som et prosjekt for bedre behandlingstilbud til STEMI-pasientene, viste resultatene en markant tidsbesparelse ved å *desentralisere* PHT. Tid fra symptomdebut til PHT ble redusert med 131 minutter hos de 385 studerte STEMI-pasientene som fikk PHT. Dødeligheten ble redusert med 50 % og andel som fikk hjertesvikt etter infarktet ble redusert med over 60 %.[iii] Studien viste også at risiko for død innen ett år etter infarktet *økte* signifikant med hele 14% for hver halvtime *forsinket oppstart* av PHT. Forsinket PHT ga også økende hjertesvikt, og økende hjertesvikt ga trinnvis økt ett-års dødelighet.

Alle typer 'tidstyver' som uklare behandlingsmål, ineffektiv kommunikasjon og tungvinte beslutningsprosesser stjeler livsviktig tid fra pasientene med akutt hjerteinfarkt. Slike tidstap må systematisk saneres hvis måloppnåelsen i det minste skal kunne bli 'god'.

Tiden er en kritisk faktor spesielt for akutt syke og skadde i Nord-Norge og på Svalbard. De er særlig utsatte fordi de bor i en tynt befolket landsdel med blandet rural/urban habitat, røft klima, mørketid og stedvis svært lange avstander til sykehus, ikke minst til PCI-sykehus. Skal tidsmålene nås for gruppen akutte STEMI-pasienter, må flere tiltak iverksettes:

- Enhetlige *behandlingsprosedyrer*
- Felles *tidsmål*
- Bedre *samhandling* mellom prehospitale og hospitale beslutningstakere
- Felles *kommunikasjonssystem*
- Felles *målbilde* (minimum 50 % måloppnåelse på tidskriteriene for reperfusjon)
- Målrettet *trening* og opplæring
- Gjennomgående *kvalitetssystemer*
- Systematisk måling og følgeforskning
- Tydelig *ledelse*

PROSJEKTETS MÅL OG RAMMER

Nivå	Beskrivelse	Suksesskriterier
Virksomhetsmål • Oppdragsdokument fra Helse Nord 2022 til helse-foretakene i nord (OD-22) • St.m. 7 Helse- og sykehusplan (2020-2023)	**OD-22:** • Inkludere alle helseforetak i Helse Nord i prosjektet Trygg Akuttmedisin. • Lede et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt som skal sikre samarbeid om korrekt behandling ved akutt hjerteinfarkt. • **Øke andelen** pasienter med akutte infarktsuspekte bryst-smerter som får tatt 12-avl. EKG innen 10 min. fra FMK. • **Øke andelen** pasienter med akutt STEMI som får PHT innen 10 min. fra diagnostisk EKG.	• **Økt** andel STEMI-pasienter som får PHT innen anbefalt tid dokumentert i Norsk hjerteinfarktregister. • **Raskere teamarbeid** rundt pasienter med akutte, livstruende sykdommer • **Økt** andel bruker TA som prosedyre • **Økt** andel som bruker sjekklister • **Raskere kommunikasjon** mellom beslutningstakere • **Raskere beslutninger** om type behandling ved STEMI • **Økt** andel bruker Nødnett og flerpartsamtale i akuttsituasjonen • **Bedret** samhandling • **Økt** frekvens team-samtrening på tvers av tjenestene i den akuttmedisinske kjede
	• **Øke andelen** STEMI-pasientene som får PHT innen 20 min. etter FMK[4] først til minst 50% i Helse Nord, og derfra videre til 80%. • **Raskere samhandling** og raskere behandling av pasienter med akutt hjerteinfarkt, hjerneslag og sepsis i hele Helse Nord • **Tryggere arbeidssituasjon** for akuttmedisinsk personell ved tidskritiske tilstander • **Forbedret teamarbeid** som vil komme alle pasienter med tidskritiske tilstander til gode	
Effektmål (gevinster) • OD-22 Helse Nord • Trygg akuttmedisin 2022: Prosedyrer for AKS, hjerneslag og sepsis • Helse Nords Fagråd: Reviderte retningslinjer for behandling av akutte koronare syndromer i **PR53116v2**	• Kortere målt tid til reperfusjon ved STEMI-infarkt (og hjerneslag) • Kortere tid til blodkultur og antibiotikabehandling ved sepsis • Økt overlevelse ved tre akuttmedisinske tilstander Økt • trygghet i tverrfaglige akuttteam prehospitalt & hospitalt	• Raskere, forutsigbart teamarbeid med tidskritiske pasienter, med særlig fokus på STEMI-pasienter • Tidligere og tydeligere samhandling pre-intrahospitalt via Nødnett helse og 'flerpartsamtale' • ***Raskere og mer presise beslutningsprosesser***

Tabell 1 Målhierarki

Rammebetingelser

1. St.m. 7 Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023)
2. Helse Nord: Oppdragsdokument 2022 (OD22)
3. Helsepersonelloven
4. Akuttmedisinforskriften

[4] Siste guidelines fra ESC (2018) har flg. tidsmål: Fra FMK til 12 avl. EKG tatt skal det gå **maks 10 min**., og fra STEMI-diagnosen er stilt på 12 avd. EKG skal det gå **maks 10 min**. til trombolyse er gitt når dette er indisert (>90-120 min. til PCI-lab og ingen kontraindikasjoner). Se også referanse 2.

5. 'Trygg akuttmedisin': Vedtatte handlingsplaner for slag, hjerteinfarkt, sepsis v.2022
6. Hjertemedisin Fagråd Helse Nord RHF: Reviderte retningslinjer for behandling av akutte koronare syndromer i PR53116v2
7. Nasjonalt hjerteinfarktregister

'Gode pasientforløp oppstår ikke av seg selv. De må bygges på metodikk som er tuftet på forskning, kunnskapsbasert praksis og erfaringsutveksling', slår siste helse- og sykehusmelding fast**."**[iv] Dette er en presis beskrivelse av viktige rammebetingelser for foreliggende prosjektet. Med 'Trygg akuttmedisin i Nord' vil flere vesentlige nasjonale føringer også kunne følges opp konkret i hele helseregionen**"**:

- 'skape sammenhengende akuttmedisinske tjenester'
- 'skape utadvendte sykehus'
- 'etablere helsefellesskap'

Tverrfaglig akuttmedisinsk teamtrening er allerede et forskriftskrav til ansvarlige for helsetjenester ('Akuttmedisinforskriften' §4)[vi]. Forskriften spesifiserer at trening i samhandling og samarbeid[5] skal utføres av *"virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester",* likevel var det bare halvparten av norske kommuner som gjennomførte akuttmedisinsk tverrfaglig trening i 2016. Majoriteten av norske fastleger deltar sjelden eller aldri i akuttmedisinsk teamtrening. Teambasert trening på sykehusene er tradisjonelt begrenset til scenarier med hjertestans, traumer og enkelte grupper dårlige medisinske pasienter (medisinsk mottaksteam).

Rask tilgjengelighet på enhetlig lukket radionett (~~Nødnett helse):~~ God kommunikasjon mellom prehospitale og hospitale enheter er en viktig rammebetingelse for en effektiv beslutningsprosess som minimerer misforståelser og tidstap. Akuttmedisinforskriften forutsetter også at *'(A)lle deler av helse- og omsorgstjenesten som er en del av den akuttmedisinske beredskapen, skal kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett'.* 'Flerpartsamtalen' i TA sikrer dette, men forutsetter at også in-hospitale vaktressurser, spesielt vakthavende leger (hjerte, nevrologi, infeksjon, medisinsk mottaksteam) og sykepleiere i akuttmottak er opplært og utstyrt slik at det kan besvare oppkall på nødnett 24/7 ang. pasienter med akutte STEMI (hjerneslag, sepsis). *Dette forutsetter tilstrekkelig radiodekning internt i sykehusene*.

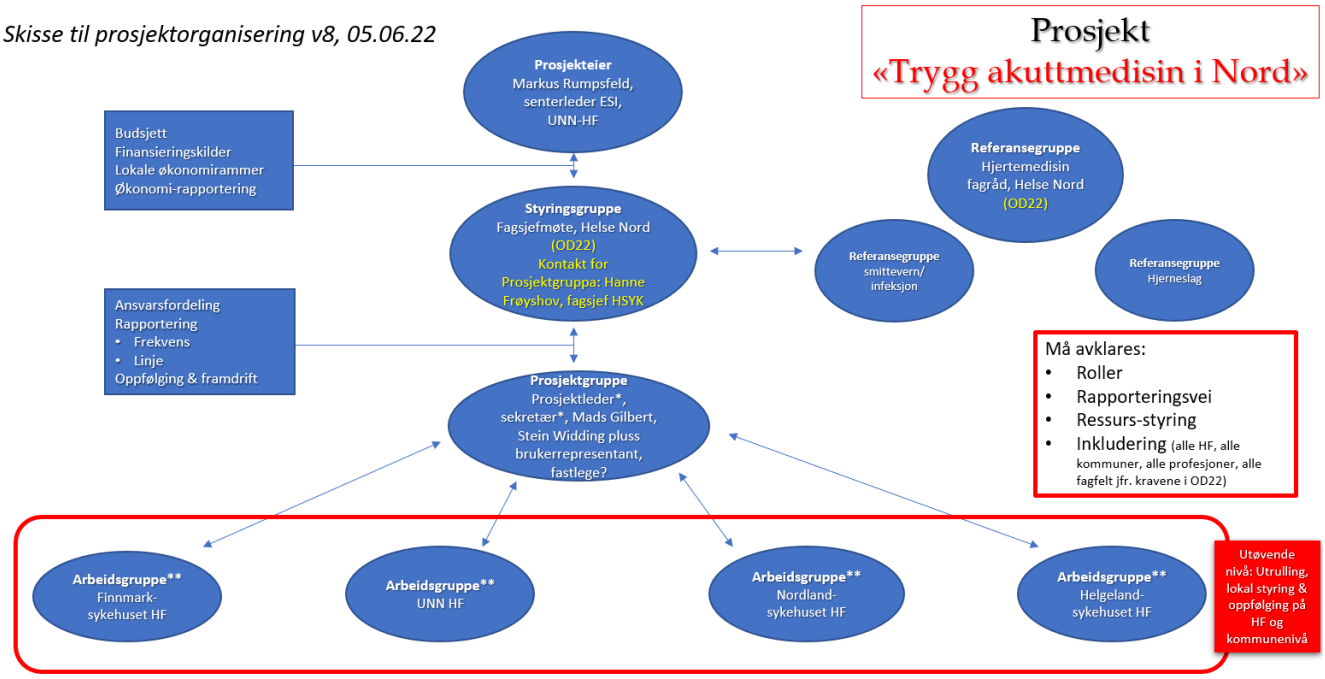
[5] Fra §4: *'Virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester skal sikre at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden.'*

PROSJEKTETS LEVERANSER

Delprodukter	Beskrivelse
Raskere og tryggere akuttmedisinsk samhandling rundt og behandling av tidskritiske, akutte koronare hjertepasienter i hele Nord-Norge	Etter scenarietrening med realistiske cases på tverrfaglige dagskurs skal deltakerne lære de tre nye, omforente prosedyrene i TA (STEMI, hjerneslag, sepsis), øve på å bruke nye sjekklister for tryggere samhandling og gjennomføre raske og presise beslutningsprosesser gjennom bruk av Nødnett helse for rask og trygg kommunikasjon mellom prehospitale og in-hospitale behandlingsansvarlige i 'Flerpartsamtaler' via Nødnett Helse. Dette vil legge grunnlaget for kortere til til reperfusjonsbehandling med prehospital trombolyse til STEMI-pasienter i Nord-Norge og større tidsbevissthet i forhold til realstisk måloppnåelse for primær PCI innen 90 minutter fra diagnosetidspunktet. Det er avhengighet mellom TA og nødnettutbedring i UNN (siste skal behandles som egen sak i direktørens ledergruppe)
Raskere og tryggere akuttmedisinsk samhandling også for akutte hjerneslag og sepsis-pasienter	Trening på systematikken i alle tre behandlingsplaner og bruk av sjekklister gjennom tre ulike simuleringer på dagskurset vil ha 'spin-off' for pasienter med akutte hjerneslag og sepsis og raskere samhandling fram til diagnose, akuttbehandling og definitiv behandling også for disse pasientgruppene, trolig også for mange andre tidskritiske situasjoner (traumer, hjertestans, pustevansker osv.)
Raskere behandling: Bedre forståelse for at tidstap må ungås og fokus på tidsmålene må økes.	Tidskritiske hendelser innenfor akuttmedisinen kan være kaotiske og vanskelige med sviktende kommunikasjon, usikkerhet og tidstap. Mer samtrening såvel i lokale team på kommunenivå (i sykehjem, på legevakt, mellom sykepleiere, helsesekretærer, helsefagarbeidere, leger og ambulansepersonell) som mellom prehospitale team og sykehusenes vaktressurser (AMK, leger, sykepleiere, akuttteam) vil kunne spare livsviktig tid, bidra til riktige valg av behandling og logistikkløsninger og gjøre det tryggere for personellet å være på vakt (HMS).
Bedre kommunikasjon: Bruke **sjekklister** i akuttmedisinske team, systematisk bruk av **Nødnett**	Bedre trening, bedre radiodekning in-hospitalt med økt bruk av Nøddnett helse vil gi bedre etterlevelse Akuttmedisinforskriftens krav om at alle som er en del av den akuttmedisinske beredskapen ***skal*** kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjons-nett. TA ønsker å innfører flerpartsamtale basert på Nødnett i sanntid på felles, kjent plattform. Dette vil spare tid og kunne unngå misforståelser og feil. Avhenginghtene til utbedring nødnett er tidligere beskrevet.

Forslag til prosjektorganisering

Skisse til prosjektorganisering v8, 05.06.22



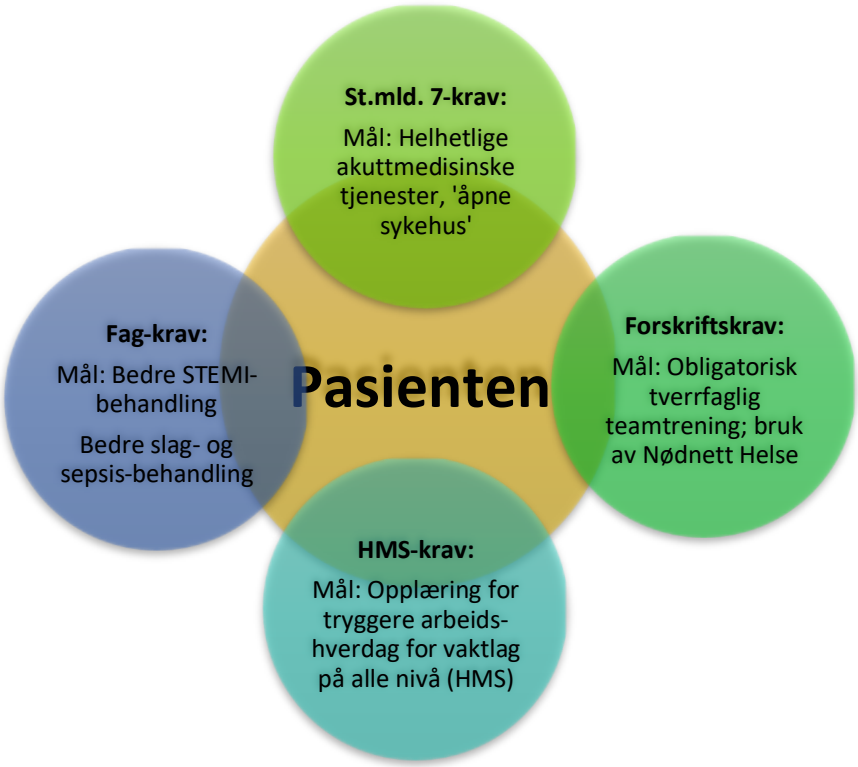
*Prosjektleder utpekes av prosjekteier. Vi trengernp0en gode prosjektleder-kandidater- utlysning? Og en god prosjektsekretær med kjennskap til TA

**Leder arbeidsgruppe for hvert HF rapporterer til prosjektgruppe v/ prosjektleder. Leder arbeidsgruppe for hvert HF leder hvert arbeidsgruppem basert på enten Alternativ 1 'liten ledelse' eller alternativ 2 'stor ledelse' med ansvar for utrulling i hvert HF-området.

Trygg akuttmedisin milepælsplan 2022-2024

Nr.	Aktivitet	2022			2023				2024	
		K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2
1	Presentert Prosjektplan (PP) for UNN (fagsjef, klinikksjef Hjerte- lungeklinikken (HLK) og Akuttmedisinsk klinikk (AK))	x								
2	Presentert PP, saksnotat Direktørens ledergruppe (DLG)	x								
3	Presentert PP, saksnotat Strategisk samarbeidsutvalg Troms og Ofoten (SSU)	x								
4	Presentert PP, saksnotat øvrige Helsefellesskaps SSU (Finnmark, Nordland og Helgeland)	x	x							
5	Etablert Trygg akuttmedisin (TA)-team for oppfølging Finnmark			x						
6	Etablert TA-team for oppfølging Nordland			x						
8	Etablert TA-team for oppfølging Helgeland		x							
9	Kick-off Trygg akuttmedisin team i Finnmark			x						
10	Gjennomført ukes kurs med drill av instruktører i Finnmark			x						
11	Kick-off Trygg Akuttmedisin team i Nordland				x					
12	Gjennomført ukes kurs med drill av instruktører i Nordland									
13	Kick-off Trygg akuttmedisin (TA) Helgeland		x							
14	Gjennomført ukes kurs med drill av instruktører i Helgeland									
12	Utrulling TA Finnmark				x	x				
13	Utrulling TA Nordland						x	x		
14	Utrulling TA Helgeland			x	x					
15	Forskningshjul (tid første medisinske kontakt (FMK) til prehospital trombolyse (PHT))				x		x			x

Konklusjon: Prosjektet 'Trygg akuttmedisin i Nord' *har minst fire effekt-dimensjoner med betydning for bedre måloppnåelse i forhold til kvalitet, pasientsikkerhet og uberettiget variasjon i helsetjenester i og mellom helseforetakene og i primærhelsetjenesten både for pasienter med akutt hjerteinfarkt, akutte hjerneslag og sepsis:*



Referanser

[i] Fra OPPDRAGSDOKUMENT 2022 fra Helse Nord til helseforetakene:
Pkt 25: Krav til FIN, NLSH og HSYK:

Delta i et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt som skal sikre samarbeid om korrekt behandling ved akutt hjerteinfarkt. Målet er å øke andelen prehospital trombolyse ved STEMI hjerteinfarkt innen anbefalt tidsfrist. Dette skal gjøres ved å inkludere alle helseforetak i prosjektet Trygg Akuttmedisin. Foretaket skal delta i prosjektgruppen med representasjon som sikrer forankring fra foretaksledelse og berørte fagmiljø som for eksempel ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten og ivareta prosjektoppfølging i eget opptaksområde. Foretaket skal sikre en aktiv involvering i prosjektet fra primærhelsetjenesten med hovedvekt på legevaktene gjennom Helsefellesskapene. Det skal sikres medvirkning fra KTV/KVO.

Pkt.26: Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge: Lede et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt som skal sikre samarbeid om korrekt behandling ved akutt hjerteinfarkt. Målet er å øke andelen prehospital trombolyse ved STEMI hjerteinfarkt innen anbefalt tidsfrist. Dette skal gjøres ved å inkludere alle helseforetak i prosjektet Trygg akuttmedisin. Hvert HF skal delta i prosjektgruppen med representasjon som sikrer forankring fra foretaksledelse og berørte fagmiljø som for eksempel ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten og ivareta prosjektoppfølging i eget opptaksområde. Foretaket skal sikre en aktiv involvering i prosjektet fra primærhelsetjenesten med hovedvekt på legevaktene gjennom Helsefellesskapene. Fagråd for Hjertemedisin skal være referansegruppe og fagsjefmøtet skal være styringsgruppe for prosjektet. Det skal sikres medvirkning fra KTV/KVO. [ii] Ibanez B, James S et.al. ESC Scientific Document Group. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force

for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2018;39:119;177.
[iii] Mannsverk, J., Steigen, T., Wang, H., Tande, PM., Dahle, BM., Nedrejord, ML., Gilbert, M. (2019). Trends in clinical outcomes and survival following prehospital thrombolytic therapy given by ambulance clinicians for ST-elevation myocardial infarction in rural sub-arctic Norway. European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care, 8(1), 8-14. [iv] Meld.St.7 - Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, s.39 [v] Meld.St.7 - Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, s.39
[vi] Helse og omsorgsdepartementet. FOR2005–03–252. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/for/2005/0003/ddd/pdfv/ 242029forskrift_ambulanse.pdf (19.2.2007).

Vedtekter for Helsefellesskapet Troms og Ofoten

(Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) HF, kommunene, brukerrepresentanter og fastlegerepresentanter i lokalsykehusområdet)

Vedtektene er sist revidert juni 2022

Formatert: Midtstilt

§ 1 Formål

Helsefellesskapets formål er å skape sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelse-tjenesten og primærhelsetjenesten. Gjennom å utvikle et velfungerende partnersamarbeid mellom kommuner, UNN, fastleger og brukere skal helsefellesskapet legge til rette for gode og sammenhengende pasientforløp.

§ 2 Oppgaver

Helsefellesskapet skal ha særlig fokus på å utvikle gode tjenester for:

- Barn og unge
- Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- Skrøpelige eldre
- Personer med flere kroniske lidelser

I tråd med formålet skal helsefellesskapet bygge på følgende prinsipper;

En tydeligere samarbeidsstruktur:
Helsefellesskapet består av en tredelt struktur; et partnerskapsmøte, et strategisk samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg. Brukere og fastleger skal involveres på alle nivå, både i det strategiske arbeidet og i utvikling av konkrete prosedyrer.

Bedre felles planlegging:
Samarbeidspartnerne i helsefellesskapet skal sammen planlegge og utvikle tjenester for pasienter som trenger tjenester fra begge nivå, gjennom å etablere konkrete avtaler om hvordan man skal drive utvikling og planlegging av tjenestene.

Bedre beslutningsprosesser:
Den formelle beslutningsmyndigheten ligger i UNN og kommunene. Helsefellesskapet skal bidra til at beslutningsprosessen i partnerskapet blir bedre og mer forpliktende. Helsefellesskapet tilstreber konsensusbeslutninger som forplikter partnerne i det videre arbeidet.

HELSEFELLESSKAPET
TROMS OG OFOTEN

§ 3 Representasjon

1) Partnerskapsmøtet
I partnerskapsmøtet skal øverste politiske og administrative ledelse i kommunene, styret for UNN, direktørens ledergruppe i UNN, brukerrepresentanter og fastlegerepresentanter møtes årlig for å forankre overordnet retning og ta opp prinsipielle saker. I partnerskapsmøtet skal samarbeidspartnerne drøfte og beslutte mål og rammer for arbeidet i helsefellesskapet.

- **Medlemmer med stemmerett**
  - Ordfører eller den ordfører delegerer stemmerett til fra hver av kommunene som inngår i helsefellesskapet
  - Styret for UNN samt adm. direktør UNN

Vedtak krever tilslutning fra begge partnere. Tilslutning defineres som flertall av stemmene hos hver av partnerne.

- **Medlemmer med møte- og talerett**
  - To brukerrepresentanter, derav en ungdomsrepresentant
  - To fastlegerepresentanter

2) Strategisk samarbeidsutvalg
Så snart partnerskapsmøtet har konstituert seg og oppnevnt representanter til Strategisk samarbeidsutvalg, oppløses dagens OSO (Overordnet samarbeidsorgan) og Strategisk samarbeidsutvalg viderefører OSO's arbeid.

Kommentert [LGM1]: Foreslås at dette avsnittes fjernes i ny versjon

Strategisk samarbeidsutvalg skal innenfor de rammene som partnerskapsmøtet beslutter, drive felles strategisk planlegging og fatte beslutninger i konkrete samarbeidssaker. Her skal faglige og administrative ledere i kommuner og helseforetak, samt bruker- og fastlegerepresentanter møtes.

Medlemmer og varamedlemmer oppnevnes for 4 år av gangen.

- **Medlemmer med stemmerett**
  Strategisk samarbeidsutvalg har 16 medlemmer. UNN HF har 6 representanter, kommunene har 6 representanter, fastleger har 2 representanter og brukere har 2 representanter, derav en ungdomsrepresentant.

  Kommunenes representanter oppnevnes av de interkommunale politiske rådene i Troms og Ofoten. Tromsøområdets interkommunale politiske råd oppnevner to representanter hvorav en skal være fra Tromsø kommune, Hålogalandsrådet oppnevner to representanter, Nord-Troms interkommunale politisk råd og Midt-Troms interkommunale politisk råd oppnevner en representant hver.

  UNN HF sine representanter oppnevnes av direktøren.

  Brukerrepresentanter oppnevnes av Brukerutvalget i UNN og Ungdomsrådet i UNN på vegne av brukerorganisasjonene.

  Fastlegerepresentanter oppnevnes av Den norske legeforening.

Personlig vara
Det oppnevnes personlig vara for ~~alle~~ faste representanter med stemmerett. Vararepresentantene får tilsendt alle saksdokumenter, men har stemmerett bare når fast representant er forhindret fra å møte.

Ved forfall gir den faste representanten beskjed til sekretariatet og personlig vara.

- **Medlemmer med møte- og talerett**
  - Statsforvalteren i Troms og Finnmark, og Statsforvalteren i Nordland.
  - Kommunesektorens organisasjon (KS) Nord-Norge.
  - Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet.
  - Ansattes organisasjoner, med en representant fra UNN HF og en fra kommune.
  - En representant for Koordinerende enhet i UNN, og en felles representant ~~fra~~for koordinerende enhet i kommunene.

3) Faglige samarbeidsutvalg
Strategisk samarbeidsutvalg oppnevner faglige samarbeidsutvalg for spesifikke tema og arbeidsområder hvor ansatte i helse- og omsorgstjenesten i kommuner og i UNN, samt fastlege- og brukerrepresentanter deltar. I faglige samarbeidsutvalg skal man utarbeide konkrete prosedyrer og tjenestemodeller basert på føringer fra nivåene ovenfor. De faglige samarbeidsutvalgene rapporterer til strategisk samarbeidsutvalg.

§ 4 Myndighet

Helsefellesskapet tar beslutninger på vegne av alle kommunene og UNN HF, med de begrensninger som følger av lovverk og Overordnet samarbeidsavtale. Konkrete samarbeidstiltak som krever beslutningsmyndighet ut over det de utøvende ledd har, skal forelegges helsefellesskapet.

Tiltak som har vesentlige økonomiske eller andre konsekvenser og som går ut over den fullmakt partnerne har, må behandles på ordinær måte i kommunene og helseforetaket, samt i brukerutvalg, ungdomsråd og fastlegegruppen, før behandling i helsefellesskapet.

§ 5 Budsjett

Helsefellesskapet har ikke eget budsjett. UNN og kommunene bærer selv sine egne kostnader. UNN dekker kostnader for brukerrepresentasjon mens kommunene dekker fastlegerepresentasjon.

Kommunene og UNN oppretter egne driftsbudsjetter for sine respektive samhandlingssekretariat.

HELSEFELLESSKAPET
TROMS OG OFOTEN

§ 6 Arbeidsform

Det årlige partnerskapsmøtet konstituerer seg med valg av møteledelse og referent.

Partnerskapsmøtet velger leder og nestleder av Strategisk samarbeidsutvalg (SSU). SSU-ledelsens funksjonstid er ett år, men ledelsen fungerer inntil ny ledelse er valgt. SSU's ledelse bør alternere mellom samarbeidspartnerne. Leder og nestleder i SSU bør komme fra to ulike partnere.

Saker som ønskes tatt opp i helsefellesskapet meldes partnernes sekretariater.

Om møtevirksomheten i helsefellesskapet

Partnerskapsmøtet

1. Partnerskapsmøtet arrangeres minimum én gang pr. år
2. Møtene er i prinsippet åpne
3. Møter kan avholdes som fysiske møter, videokonferanse eller telefonmøte
4. Dato for neste års partnerskapsmøte fastsettes på møtet året før
5. Innkalling, dagsorden og sakspapirer sendes deltakerne 2-3 uker før møtet
6. Innkalling, dagsorden og sakspapirer sendes kun på e-post
7. Vedtak og beslutninger er basert på konsensus
8. Ved avstemming hvor det ikke oppnås enstemmighet, skal det protokolleres hvordan den enkelte har stemt. Ved eventuelle tvister, se Overordnet samarbeidsavtale.
9. Protokoll fra partnerskapsmøtet ferdigstilles og sendes deltakerne ~~senest en uke~~7-10 dager etter møtet

Strategisk samarbeidsutvalg

1. Strategisk samarbeidsutvalg møtes minst åtte ganger pr. år
2. Møtene er i prinsippet åpne
3. Møter kan avholdes som fysiske møter, videokonferanse eller telefonmøte
4. Det utarbeides og vedtas møteplan for hvert kalenderår før året starter
5. Saker kan fremsettes av enhver interessent, i samråd med leder/nestleder/ sekretariat
6. Saker til Strategisk samarbeidsutvalg ~~må meldes senest tre uker før møtet~~meldes fortløpende til sekretariatet
7. Innkalling, dagsorden og sakspapirer sendes medlemmer og varamedlemmer 7-10 ~~10-14~~ dager før møtet
8. Innkalling sendes elektronisk i kalender. ~~, d~~ Dagsorden og sakspapirer sendes ~~kun~~ på e-post og legges ut på www.helsefellesskapet.no
9. Strategisk samarbeidsutvalg kan ikke gjøre beslutninger i saker som ikke er meldt og utsendt på forhånd
10. Strategisk samarbeidsutvalg er beslutningsdyktig når minst halvparten av de stemmeberettigede medlemmene fra hver av partnerne er representert
11. Der ikke annet er bestemt gjøres forpliktende vedtak ved konsensus. ~~Ved~~2/3 flertall anses som konsensus~~anses som konsenkan~~. ~~det likevel gjøres vedtak~~ men uten ~~forpliktelser for de som ikke slutter seg til vedtaket.~~
12. I vedtak hvor det ikke oppnås enstemmighet ~~Ved avstemming hvor det ikke oppnås enstemmighet,~~ skal det protokolleres hvordan den enkelte har stemt. Ved eventuelle tvister, se Overordnet samarbeidsavtale.
13. Referater anses godkjent dersom møtedeltakerne etter en frist på fire arbeidsdager ikke har gitt tilbakemelding om ønskede endringer

Formatert: Skriftfarge: Rød

14. Referat fra møter skal være tilgjengelig for alle interesserte senest to~~én~~ uker etter møtet
15. Referater sendes medlemmene på e-post, og legges ut på ~~www.unn.no/samhandling~~www.helsefellesskapet.no
16. Det kan i helt spesielle tilfeller innkalles til ekstraordinære møter med minimum en ukes varsel
17. Leder, nestleder og sekretariat danner et arbeidsutvalg for prioritering av saker til møter i Strategisk samarbeidsutvalg

Faglige samarbeidsutvalg
Møtehyppighet, antall møter og møte- og arbeidsform m.v. besluttes utfra mandat og eventuelle fastsatte tidsfrister.

§ 7 Endringer i vedtektene

Strategisk samarbeidsutvalg kan vedta endringer i vedtektene med 2/3 flertall av de fremmøtte medlemmer med stemmerett. Vedtektsendringene drøftes først på et møte, og vedtas i et påfølgende møte. Der vedtektene sammenfaller med Overordnet samarbeidsavtale mellom UNN HF og kommunene, kan det ikke gjøres endringer uten at alle avtalepartnere er involvert.

Vedtektene er opprinnelig vedtatt i Partnerskapsmøtet torsdag 22. april 2021. Endringer er vedtatt i Strategisk samarbeidsutvalg 8. september~~17. juni~~ 2022.