



## Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr:  
2021/45

Saksbehandler:  
Harald G. Sunde / Vivi B. Bech

Sted/Dato:  
Hammerfest, 19.05.2021

### Saksnummer 37/2021

Saksansvarlig: Vivi Brenden Bech, Kvalitets- og utviklingssjef  
Møtedato: 26. mai 2021

---

## Tertialrapport 1/2021 – Oppdragsdokument 2021 Finnmarkssykehuset HF med overordnet risikostyring

***Ingress:** Denne saken oppsummerer de punkter i Oppdragsdokumentet for 2021 som Finnmarkssykehuset HF skal rapportere på etter 1. tertial. Saken omhandler også overordnet risikovurdering knyttet til gjennomføring av oppdraget.*

Styret i Finnmarkssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF godkjenner første tertialrapport 2021 for oversendelse til Helse Nord RHF.
2. Styret konstaterer at koronapandemien fortsatt har påvirkning på foretakets evne til måloppnåelse og vurderer overordnet risiko knyttet til gjennomføring av oppdraget som middels.

Siri Tau Ursin  
Administrerende direktør

### Vedlegg:

1. Saksfremlegg
2. Tertialrapport 1 Oppdragsdokument Finnmarkssykehuset HF 2021



# Tertialrapport 1/2021 – Oppdragsdokument 2021

## Finnmarkssykehuset HF

Saksbehandler: Harald G. Sunde og Vivi Brenden Bech

Møtedato: 26. mai 2021

---

### 1. Formål/Sammendrag

Oppdragsdokumentet 2021 for Finnmarkssykehuset HF inneholder kravene fra Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument og målkrav gitt av styret i Helse Nord RHF gjennom styrevedtak. Formålet med denne saken er å informere styret om fremdrift på oppfølging av oppdragsdokument fra Helse Nord RHF på de målkrav som det skal rapporteres på til 1. tertial.

### 2. Bakgrunn

Første tertialrapport 2021 inneholder beskrivelse av status på målkrav i oppdragsdokument 2021 som Finnmarkssykehuset HF skal rapportere på i først tertial 2021. Flere av punktene innen kvalitet, aktivitet, økonomi og personal omhandles i den faste virksomhetsrapporten.

Finnmarkssykehuset HF har risikovurdert 12 målkrav som kritiske for å innfri de regionale og nasjonale målene i 2021. Følgende krav er risikovurdert i første tertial:

- Gjennomsnittlig ventetid i somatikken skal reduseres sammenlignet med 2020 og være < 50 dager innen 2022.
- Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne.
- Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge.
- Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 30 dager for TSB.
- Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (Indikator passert planlagt tid). Overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021
- Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.
- Minst 60 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.
- Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 % og økes sammenlignet med 2020
- Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.
- Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk.
- Innen utgangen av 2021 skal andelen omsetning av definerte varegrupper gjennom Clocwork være 90% for varekjøp.



- Følge opp Riksrevisjonens hovedfunn og anbefalinger fra undersøkelsen om helseforetakenes forebygging og angrep mot sine IKT-systemer
- Med utgangspunktet i nivået for 2019, redusere foretakets behov for innleid personell med 30% innen 2021

### 3. Saksvurdering/analyse

Oppfølgingen av de viktigste kravene i oppdragsdokumentet som skal rapporteres på i første tertial redegjøres for her. Forøvrig vises til vedlagte rapportering.

#### Pasientens helsetjeneste

Finnmarkssykehuset HF har ved utgangen av 1. tertial 2021 en gjennomsnittlig ventetid på 67 dager. Dette er fordelt som følger med 68 dager innen somatikk, 57 dager innen psykiatri og 45 dager innen rus. For overholdelse av pasientavtaler er det en bedring fra april 2020 (79 %). Finnmarkssykehuset HF overholder 85 % av pasientavtalene ved utgangen av 1. tertial 2021. For telefon og videokonsultasjoner er andelen 12 % pr mars.

Det er igangsatt tiltak for å innhente etterslep som følge av koronapandemien. Økt bruk av videokonsultasjoner innen somatikk har ett særlig fokus. I Klinikk Alta har en åpnet e-helse poliklinikk og de øvrige klinikkene vil følge plan fra Klinikk Alta i sin etablering. Dette arbeidet er påbegynt. Det er igangsatt oppfølging og opplæring for å sikre riktig registrering og oppfølging av ventelister. Det jobbes også kontinuerlig med rekruttering. Årsplaner for aktivitet skal gi forutsigbar planlegging, men det er utfordrende å skaffe vikarer ved planlagt og ikke planlagt fravær.

Budsjettet til psykisk helsevern- og rus ble styrket i 2021 med 9,4 % i forhold til somatikken. Finnmarkssykehuset HF har ikke overholdt kravet om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk men utviklingen er positiv.

Finnmarkssykehuset HF har organisert pasientreiser i tråd med anbefalinger i «Interregional utredning om organiseringen av pasientreiseområdet (2020)» Fra 1.3.2021 er pasientreiseområdet samorganisert med prehospitale tjenester.

For pakkeforløp kreft overholder Finnmarkssykehuset HF over de siste ni måneder 69 % av forløpene innenfor standard forløpstid. Hovedutfordringen ligger i manglende operasjonskapasitet og strålekapasitet på UNN. Saken følges opp i samarbeid med UNN. For pakkeforløp psykiatri og rus når ikke Finnmarkssykehuset HF målkrav. Ny versjon av DIPS Arena vil gjøre registreringene mer brukervennlig og lettere å registrere. Det er igangsatt opplæring for å bedre registrering.

For oppfølging av Stortingets vedtak om bioteknologiloven og etablering av kontaktfamilieordning er arbeidet igangsatt. Finnmarkssykehuset HF mener å kunne levere på disse målkrav innen årets utgang.

#### Kvalitet i pasientbehandlingen

Finnmarkssykehuset HF har en reduksjon i forbruk av bredspektret antibiotika på 26% fra 2012 til 2021. Kravet er 30 % reduksjon. Vi forsterker arbeidet og følger opp handlingsplanen.



### Teknologi og informasjonssikkerhet

Finnmarkssykehuset HF har utarbeidet handlingsplan for å lukke påpekte svakheter i riksrevisjonens rapport. Handlingsplanen ble styrebehandlet i februar. Styret orienteres i egen sak om fremdrift på oppfølging av handlingsplan. (26. mai 2021).

### Bygg og kapasitet

Organisering av prosjektet nye Hammerfest sykehus er vedtatt. Det etableres et prosjektstyre for byggeprosjektet og en styringsgruppe for nye Hammerfest sykehus sitt organisasjonsutviklingsprosjekt (OU). Gjennomføring av ny organisering skjer innen 3. tertial.

## **4. Overordnet risikovurdering**

Risikostyring er blant ledelsens verktøy for å innfri kravene fra Helse Nord RHF og oppnå nasjonalt mål. Risikostyringen skal bidra til å øke sannsynligheten for at Finnmarkssykehuset HF når målene sine. Overordnet risikovurdering av oppdraget per 1. tertial er utført i henhold til Helse Nord RHF sine prosedyrer for risikostyring. Finnmarkssykehuset HF har risikovurdert de samme 12 målkrav som i februar 2021. Ved 1. tertial vurderes overordnet risiko til middels for manglende måloppnåelse. Avbøtende tiltak for å redusere risiko ble etablert i februar og forsterket i ved risikovurderingen i april.

## **5. Medbestemmelse og brukervedvirkning**

Saken har vært drøftet med de tillitsvalgte i informasjons- og drøftingsmøte 18. mai 2021, og i FAMU samme dag.

## **6. Direktørens vurdering**

Finnmarkssykehuset HF jobber kontinuerlig med å gjennomføre oppdrag som er gitt gjennom Oppdragsdokument 2021. Første tertialrapport 2021 viser at Finnmarkssykehuset HF har fulgt opp kravene i oppdragsdokumentet samtidig som organisasjonen fortsatt er preget av koronapandemien. Foretaket kan vise til god fremdrift på flere av oppdragene og overordnet risiko vurderes som middels for manglende måloppnåelse.

### **Vedlegg**

1. Tertialrapport 1 på Oppdragsdokument Finnmarkssykehuset HF 2021

Kilde / hvem stiller kravet [velg verdi]	Kap i OD-RHF [velg]	Krav nr i OD-RHF [fritekst]	Kap i OD/FTP fra HoD [velg]	Kravtekst - formuler kravet kort og presist [fritekst]	Videreføres i OD til HF'ene? [velg]	Gjelder foretak [velg]	Rapporterings-frekvens [velg]	1. tertial 14. mai	Kommentar
OD HoD	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3	1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen (OD-HOD)	Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport, tertialrapport og Årlig melding	Vi har 85% overholdelse i april 2021, bedring fra 79% i april 2020. Repetisjon av rutiner gjøres i klinikken.	
OD HoD	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	4	1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen (OD-HOD)	Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020, målt ved indikatoren planleggingshorisont	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	FIN har i 2021 mellom 40 og 50% tildelt time. Repetisjon av rutiner gjøres i klinikken.	
OD HoD	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	5	1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen (OD-HOD)	Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst. og økes sammenliknet med 2020. Finnmarkssykehuset skal koordinere arbeidet.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	i mars 2021 hadde FIN 12% telefon/videokonsultasjoner. Det er særlig innen PHV vi har gode tall (23%), mens somatikken henger noe etter (5%).	
OD HoD	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	6	2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (OD-HOD)	Det skal være høyere vekst i aktivitet innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Når det gjelder mål for kostnadsvekst, legges til grunn et særlig mål for å ta hensyn til pandemisituasjonen. Den prosentvise veksten i kostnader innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn 4,5 pst. Distriktpsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	Den %-vise styrkingen av i budsjettet til psykisk helsevern og rus er 9,4% høyere enn somatikken. FIN lykkes ikke i å innfri den gyldne regel, men utviklingen er positiv. Pr april økte aktiviteten med 25,5% sammenliknet med året før. Økningen er 30,1% i somatikken. Dermed nås ikke målet om høyere vekst i psykisk helsevern og rus. Kostnadsøkningen er 4,1% pr. april, målet er 4,5%. Det er en positiv utvikling de siste månedene. Ventetidene er fortsatt høyere enn måltall både innenfor VPP, BUP og TSB. Ventetiden i BUP er 2 dager høyere enn samme periode året før. I TSB er det ingen endring, mens ventetiden i VPP er 8 dager lavere enn i 2020.	
OD HoD	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	7	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	Vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene, i samsvar med Helsedirektoratets veileder.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	HABU har startet på arbeidet.	
RHF	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	8		Følge opp Helse Nord sitt styrevedtak om valg av modell for overordnet organisering av pasientreiseområdet fremlagt i rapport Interregional utredning om organiseringen av pasientreiseområdet (2020). Målsettingen er å oppnå fordelene som er påpekt i anbefalt alternativ. Dette oppnås best ved at pasientreiser i større grad organiseres sammen med prehospitale tjenester.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial og Årlig melding	Finnmarkssykehuset har vedtatt omorganisering av pasientreiseområdet i hht. Helse Nord distt styrevedtak om valg av modell for organisering. Fra 1.3.2021 er pasientreiseområdet samorganisert med prehospitale tjenester.	Økonomi

Kilde / hvem stiller kravet [velg verdi]	Kap i OD-RHF [velg]	Krav nr i OD-RHF [fritekst]	Kap i OD/FTP fra HoD [velg]	Kravtekst - formuler kravet kort og presist [fritekst]	Videreføres i OD til HF'ene? [velg]	Gjelder foretak [velg]	Rapporterings-frekvens [velg]	1. tertial 14. mai	Kommentar
RHF	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	9		Ta i bruk nye pasientbrevmalere. En forutsetning for å kunne digitalisere pasientbrevene er oppdatert behandlingsinformasjon på sykehusets nettsider. Hvert helseforetak skal ha dedikert ressurs for å publisere behandlingsbeskrivelser. Krav om antall publiserte behandlingsbeskrivelser: Helgelandssykehuset: 50 Nordlandssykehuset: 150 UNN: 200 Finnmarkssykehuset: 50	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	0	Klinikkene/Kommunikasjon
RHF	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	10		Implementere behandlingslinje for ervervet hjerneskatte.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding	0	klinikk Hammerfest + Kirkenes
RHF	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	11		Delta med fagekspert til metodevurderinger i Nye metoder .	Ja	NLSH, UNN	Årlig melding	0	
OD HoD	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	12	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	Opprette et prosjekt som skal utrede muligheten for nasjonal døgkontinuerlig tolketjeneste. Tilbudet må dekke både nordsamisk, lulesamisk og sørsamisk. Tilbudet må ses i sammenheng med samisk tolketjeneste på Sámi klinikk ved for eksempel hjelp av teknologi. Tilbudet skal dekke ordinær tolketjeneste, men også være tilgjengelig for AMK-sentraler.	Ja	FIN	2. tertial og Årlig melding	0	
OD HoD	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	13	1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen (OD-HOD)	Lede et interregionalt arbeid på vegne av Helse Nord RHF, som skal utarbeide forslag til definisjoner og mulige nasjonale måltall for digital hjemmeoppfølging samt redegjøre for arbeidet med tilrettelegging for digital hjemmeoppfølging. Helsedirektoratet skal involveres i arbeidet. En rapport om arbeidet skal leveres innen 15. oktober 2021. I tillegg til ordinær tertialrapportering forutsettes det tett dialog med Helse Nord RHF.	Ja	NLSH	Årlig melding	0	
RHF	Sikre god pasient- og brukermedvirkning	14		Kartlegge og evaluere tilbudet med erfaringskonsulenter på sykehusene. Arbeidet bør gjøres i samarbeide med Brukerutvalg og Ungdomsråd.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding	0	
RHF	Sikre god pasient- og brukermedvirkning	15		Utvikle diagnoseuavhengig kurs ved Lærings- og mestringssentrene, tilpasset ungdom som lever med varige og sammensatte helseproblemer. Ungdomsrådene skal involveres i utformingen av kursene. Nordlandssykehuset skal koordinere arbeidet.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding	0	
RHF	Sikre god pasient- og brukermedvirkning	16		Sikre brukerrepresentasjon fra spesialisthelsetjenesten i planlegging og etablering av helsefelleskapene.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding	0	FFS
RHF	Sikre god pasient- og brukermedvirkning	17		Bidra i utviklingen av nasjonale prosjekter og tiltak innenfor pasientreiseområdet i henhold til «Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon».	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	0	Pasientreiser/prehospital

Kilde / hvem stiller kravet [velg verdi]	Kap i OD-RHF [velg]	Krav nr i OD-RHF [fritekst]	Kap i OD/FTP fra HoD [velg]	Kravtekst - formuler kravet kort og presist [fritekst]	Videreføres i OD til HF'ene? [velg]	Gjelder foretak [velg]	Rapporterings-frekvens [velg]	1. tertial 14. mai	Kommentar
RHF	Sikre god pasient- og brukermedvirkning	18		Tilsette en Samvalgs- koordinator i 100 prosent stilling, tidsavgrenset perioden 2021 til og med 2023. Nærmere spesifikasjon knyttet til kravet vil komme i eget brev.	Ja	FIN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding	0	Avventer egen spesifikasjon
RHF	Sikre god pasient- og brukermedvirkning	19		Lede det interregionale arbeidet med tiltak 8 i rapporten <i>Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon.</i>	Ja	UNN	Årlig melding	0	
OD HoD	Somatikk	20	1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen (OD-HOD)	Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	I perioden august 20 - april 21 er 69% av pakkeforløpene i FIN gjennomført innenfor standard forløpstid. Hovedutfordringene for FIN synes å ligge i manglende operasjonskapasitet og strålekapasitet på UNN for fagområdene nyre, prostata og lunge. FIN er i dialog med UNN om dette.	
OD HoD	Somatikk	21	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	Sørge for at det er mer tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier, og tilstrekkelig kompetanse gjennom barnepalliative team. UNN skal koordinere arbeidet.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	FIN avventer formell kontakt fra UNN i saken. Avdelingen jobber med temaet selv.	Barneavdelingen Hammerfest
OD HoD	Somatikk	22	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	Sørge for at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset dersom kvinnen selv ønsker det, samt sørge for at alle kvinner som blir behandlet på sykehus ved spontanabort, får tilbud om oppfølging fra helsepersonell.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	A) Kvinner får valg om aborteringssted før uke 9, etter uke 9 skal slike aborter gjennomføres på sykehus. B) Finnmarkssykehuset har ikke faste rutiner for dette.	
OD HoD	Somatikk	23	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	Bidra i arbeidet med å etablere en Kontaktfamilieordning for gravide som skal føde et barn med diagnose påvist i svangerskapet, og for gravide med foster hvor det er påvist en diagnose og hvor kvinnen er usikker på om hun vil søke om å avbryte svangerskapet. Tilbudet skal etableres i tjenesten i samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner. Helse Nord RHF vil lede arbeidet.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	Helse Nord har ikke tatt kontakt, men avdelingene jobber med saken	

Kilde / hvem stiller kravet [velg verdi]	Kap i OD-RHF [velg]	Krav nr i OD-RHF [fritekst]	Kap i OD/FTP fra HoD [velg]	Kravtekst - formuler kravet kort og presist [fritekst]	Videreføres i OD til HF'ene? [velg]	Gjelder foretak [velg]	Rapporterings-frekvens [velg]	1. tertial 14. mai	Kommentar
OD HoD	Somatikk	24	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	Følge opp Stortingets vedtak om bioteknologiloven: o Forberede innføring av tilbud om tidlig ultralyd og NIPT til gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk slik at dette kan gis fra høsten 2021. Behovet for kompetansehevende tiltak, mer personell, tilstrekkelig analysekapasitet og investeringer i utstyr må blant annet vurderes. Helseinspektatet skal involveres i vurderingene vedrørende kompetansehevende tiltak. o Starte opp med kompetansehevende tiltak for jordmødre, leger og annet personell, og sørge for kapasitet på sykehusene slik at tilbud om tidlig ultralyd til alle gravide kan innføres i 2022. UNN skal lede arbeidet, herunder vurdere hvordan avtalespesialister kan få nødvendig tilleggskompetanse i tidlig ultralyd.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	Arbeidsgruppa for etablering av tilbudet etter det nye bioteknologiloven i Helse Nord har utarbeidet rapport som er sendt til fagsjef og Styret i Helse Nord. Finnmarkssykehuset har deltatt i prosessen.	
RHF	Somatikk	25		Oppfylle de definerte «sterke anbefalinger» som fremkommer av Nasjonal traumeplan.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding	0	
RHF	Somatikk	26		Tilsette tarmscreeningskoordinator i 20 prosent stilling, tidsavgrenset til perioden 2021 til og med 2023. Nærmere spesifisering knyttet til kravet vil komme i eget brev.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding	0	Avventer eget brev.
RHF	Somatikk	27		I samarbeid med regional traume koordinator - arrangere kurs i hemostatisk nødkirurgi for traumeteam i eget helseforetak og Finnmarkssykehuset.	Ja	UNN	2. tertial og Årlig melding	0	
RHF	Somatikk	28		I samarbeid med regional traume koordinator - arrangere kurs i hemostatisk nødkirurgi for traumeteam i eget helseforetak og Helgelandssykehuset.	Ja	NLSH	2. tertial og Årlig melding	0	
RHF	Somatikk	29		Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpediatriske tjenester til Statens barnehus i Mosjøen.	Ja	NLSH	2. tertial og Årlig melding	0	
OD HoD	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	30	2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (OD-HOD)	Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	På grunn av en feilretting i våre systemer, er målinger for pakkeforløp i psykisk helse og rus for mars 2021 ikke publisert ennå. Tall fra 2020: BUP 66%, VOP 74%, Rus 76%.	
OD HoD	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	31	2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (OD-HOD)	Andel pakkeforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	Barn:32,6%/Norge:36%, Voksen 43,3/Norge:44,4%, TSB: ingen data/Norge:34,7. Tallene for FIN er ikke god nok. I mars har FIN fått en oppdatert versjon av pakkeforløp i DIPS Arena hvor alle behandlere ser alle pasienter i en tabelloversikt. Dette gjør det mer brukervennlig i framtiden å finne og registrere manglende data.	



Kilde / hvem stiller kravet [velg verdi]	Kap i OD-RHF [velg]	Krav nr i OD-RHF [fritekst]	Kap i OD/FTP fra HoD [velg]	Kravtekst - formuler kravet kort og presist [fritekst]	Videreføre s i OD til HF'ene? [velg]	Gjelder foretak [velg]	Rapporterings-frekvens [velg]	1. tertial 14. mai	Kommentar
OD HoD	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	32	2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (OD-HOD)	Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 pst	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	Barn:30,8%/Norge:40,8%, Voksen 12,9/Norge:39,7%, TSB:34,6%/Norge:35%. Tallene for FIN er ikke god nok. I mars har FIN fått en oppdatert versjon av pakkeforløp i DIPS Arena hvor alle behandlere ser alle pasienter i en tabelloversikt. Dette gjør det mer brukervennlig i framtiden å finne og registrere manglende data.	
OD HoD	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	33	2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (OD-HOD)	Minst 60 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern og TSB.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	Får de første fire månedene i 2021 har FIN et snitt på 48%.	
OD HoD	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	34	2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (OD-HOD)	Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2021.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding	0	
OD HoD	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	35	2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (OD-HOD)	Barnevernet skal etablere team for kartlegging av helsesituasjonen for barn som plasseres utenfor hjemmet, med formål å få bedre grunnlag for valg av omsorgsbasis. Teamene foreslås forankret ved de statlige akuttinstitusjonene for ungdom og ved spe- og småbarnsentrene for mindre barn, jf. høringsnotat fra Barne- og familiedepartementet. Helseforetaket skal bidra med spesialistkompetanse inn i teamene innenfor rammen av de midler som stilles til disposisjon til formålet. Det forutsettes gradvis oppstart fra høst 2021.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	0	
OD HoD	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	36	2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (OD-HOD)	Delta i regionalt kompetansenettverk for forebygging av selvmord. Nettverket skal også bestå av samiske fagfolk innenfor feltet for å ivareta den samiske befolkningens behov.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding	0	
OD HoD	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	37	2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (OD-HOD)	Etablere områdefunksjoner innen psykisk helsevern og TSB for innsatte. Dette skal sikre faste stedlige tjenester til faste tider innenfor begge fagområder i alle fengsler, jf. plan som er utarbeidet i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding	0	Klinikk Kirkenes.
OD HoD	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	38	2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (OD-HOD)	Delta i det regionale fagnettverket for innsatspersonell, jf. Meld. St. 15 (2019 – 2020) Også vi når det blir krevet - Veteraner i vår tid.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding	0	FIN deltar på forespørsel
OD HoD	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	39	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	I tråd med Opptappingsplan mot vold og overgrep, sørg for at klinisk kompetanse på behandling av seksuelle atferdsproblemer blant barn og unge etableres i helseforetaket. Oppgaven gjøres i samarbeid med nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med skadelig seksuell adferd.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding	0	FIN deltar på forespørsel

Kilde / hvem stiller kravet [velg verdi]	Kap i OD-RHF [velg]	Krav nr i OD-RHF [fritekst]	Kap i OD/FTP fra HoD [velg]	Kravtekst - formuler kravet kort og presist [fritekst]	Videreføres i OD til HF'ene? [velg]	Gjelder foretak [velg]	Rapporterings-frekvens [velg]	1. tertial 14. mai	Kommentar
OD HoD	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	40	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	I 2021 etablere et regionalt behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn, etter modell utarbeidet av Helsedirektoratet. Behandlingstilbudet utarbeides i samarbeid med Helsedirektoratet, SIFER, SANKS og de øvrige regionale helseforetakene. Tilbudet skal tilpasses behovene i den samiske befolkningen.	Ja	UNN	2. tertial og Årlig melding	0	
RHF	Samhandling med leverandører av private helsetjenester	41		Rapportere på innhold og samhandling med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister. Rapporteringen skal inneholde: <ul style="list-style-type: none"> <li>•Antall samarbeidsavtaler.</li> <li>•Hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.</li> </ul>	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	FIN har inngått samarbeidsavtale med 5 av 7 avtalespesialister. 1 er vakant (og derfor ingen avtale), 1 har ikke villet signere. Det er lite samarbeid rundt ventetider/fristbrudd, ettersom våre utfordringer i størst grad er på andre fagområder enn avtalespesialistene jobber i.	FFS
RHF	Samhandling med leverandører av private helsetjenester	42		Rapportere på innhold og samhandling med private leverandører av helsetjenester. Rapporteringen skal inneholde hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	Vi har avtaler med bemanningsbyråer om levering av tjenester.	
FTP	Kvalitet i pasientbehandlingen	43	3.6.2 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser (FTP)	Vurdere om tiltak som er satt i verk for å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser har hatt forventet effekt, samt redegjøre for videre plan for tiltaksarbeidet. Arbeidet må sees i sammenheng med oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse i 2018 av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten, samt foretaksmøtets krav i 2020 om å rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.	Ja	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding	Gjennom sentralt pasientsikkerhetsutvalg pågår det mye arbeid mtp å tydeliggjøre bruk av avvismeldinger og lage en tidslinje med oversikt over alle avvismeldinger som skal brukes ved en uønsket hendelse. Oversikt over meldekultur presenteres hvert år i Ledelsens gjennomgang og anses som god i Finnmarksykehuset.	FFS
RHF	Kvalitet i pasientbehandlingen	44		Samarbeide om å etablere felles regional standard for oppfølging og implementering av høykostlegemidler. UNN HF skal lede arbeidet.	Ja	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	FIN har iverksatt dette på egen hånd, og samarbeider også med UNN der det er naturlig. Det er ikke mottatt invitasjon til samarbeid om en regional standard innen området.	FFS
RHF	Kvalitet i pasientbehandlingen	45		Rapportere status på §3-3a varsler, gitt til foretakets styre.	Ja	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding	0	FFS
OD HoD	Kvalitet i pasientbehandlingen	46	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrert antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012. 2021 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	FIN hadde en 26% reduksjon av bredspektrert antibiotika fra 2012 til 2021. Vi fortsetter arbeidet og følger opp handlingsplanen.	
OD HoD	Kvalitet i pasientbehandlingen	47	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	Ingen korridorpasienter.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	0	
OD HoD	Kvalitet i pasientbehandlingen	48	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	0	

Kilde / hvem stiller kravet [velg verdi]	Kap i OD-RHF [velg]	Krav nr i OD-RHF [fritekst]	Kap i OD/FTP fra HoD [velg]	Kravtekst - formuler kravet kort og presist [fritekst]	Videreføres i OD til HF'ene? [velg]	Gjelder foretak [velg]	Rapporterings-frekvens [velg]	1. tertial 14. mai	Kommentar
RHF	Kvalitet i pasientbehandlingen	49		Delta i det regionale arbeidet med å utarbeide veiledende behandlingsplaner til DIPS Arena behandlingsplan.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	0	
RHF	Kvalitetsutvikling	50		Helse Nord RHF skal oppdatere regional utviklingsplan (2023–2038) innen desember 2022. Helseforetakene skal oppdatere egne utviklingsplaner innen 1.5.2022 basert på nærmere bestilling fra Helse Nord RHF. Veileder for arbeidet med utviklingsplaner (2020) skal ligge til grunn for arbeidet.	Ja	Alle	Årlig melding	0	
RHF	Kvalitetsutvikling	51		Gjennomføre ledelsens gjennomgang i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren, innen 31. august. Rapporten skal være en del av tertialrapport 2. Status på eksterne tilsyn og revisjoner skal vedlegges.	Ja	Alle	2. tertial	0	
RHF	Kvalitetsutvikling	52		Klargjøre sine nasjonale medisinske kvalitetsregistre for overføring av data til Helseanalyseplattformen i tråd med Helse-dataprogrammets prosessbeskrivelse og plan.	Ja	NLSH, UNN	Årlig melding	0	
OD HoD	Kvalitetsutvikling	53	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	Delta i arbeidet med å utrede og etablere et nasjonalt genomsenter tilhørende registerløsninger for lagring og bruk av genetiske opplysninger for helsehjelp, kvalitetssikring og forskning. Arbeidet ledes av Helse Sør-Øst RHF og skal gjøres i samarbeid med HelseDirektoratet og Direktoratet for e-helse.	Ja	UNN	Årlig melding	0	
RHF	Kvalitetsutvikling	54		Bistå UNN og NLSH med å klargjøre sine medisinske kvalitetsregistre for overføring av data til Helseanalyseplattformen i tråd med Helse-dataprogrammets prosessbeskrivelse og plan.	Ja	HNIKT	Årlig melding	0	
OD HoD	Pasientsikkerhet	55	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 prosent innen 2023.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	0	
OD HoD	Smittevern	56	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	I samarbeid med Norsk Helsenett legge til rette for at En vei inn-løsningen/melde.no tas i bruk i virksomhetene for melding av uønskede hendelser, herunder bivirkninger av legemidler og vaksiner.	Ja	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	0	FFS med klinikkene.
RHF	Klima- og miljøtiltak	57		Det skal etableres felles miljøstyringssystem for foretaksgruppen. UNN HF skal lede arbeidet og øvrige foretak bidrar i prosessen.	Ja	Alle	Årlig melding	0	
FTP	Beredskap	58	3.6.1 Beredskap og sikkerhet (FTP)	Videreutvikle sine beredskaps- og smittevernplaner i lys av erfaringer og evalueringer av koronapandemien.	Ja	Alle	Årlig melding	0	FFS og klinikkene.

Kilde / hvem stiller kravet [velg verdi]	Kap i OD-RHF [velg]	Krav nr i OD-RHF [fritekst]	Kap i OD/FTP fra HoD [velg]	Kravtekst - formuler kravet kort og presist [fritekst]	Videreføres i OD til HF'ene? [velg]	Gjelder foretak [velg]	Rapporterings-frekvens [velg]	1. tertial 14. mai	Kommentar
FTP	Beredskap	59	3.6.1 Beredskap og sikkerhet (FTP)	Delta i arbeidet med pilot som skal utvikle operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret. Erfaringer fra piloten skal kunne brukes som grunnlag for å utvikle beredskapsplaner i alle regioner. Arbeidet ledes av Helse Nord RHF.	ja	FIN, UNN	Årlig melding	0	
RHF	Beredskap	60	3.6.1 Beredskap og sikkerhet (FTP)	Prøve ut løsninger for å sikre adekvat tilgang på blod og blodprodukter lokalt og regionalt i Nord-Norge.	ja	FIN, UNN	Årlig melding	0	Lab Hammerfest og Kirkenes
FTP	Beredskap	61	3.6.1 Beredskap og sikkerhet (FTP)	Bistå Direktoratet for strålevern og atomberedskap med planlegging og gjennomføring av nasjonal atomberedskapsøvelse 2022.	Ja	NLSH, UNN	Årlig melding	0	
FTP	Beredskap	62	3.4 IKT-utvikling og digitalisering (FTP)	Ha beredskap for å prioritere digitaliseringstiltak som understøtter håndtering av pandemien.	Ja	HNIKT	Årlig melding	0	
RHF	Samhandling med primærhelsetjenesten	63		Etablere helsefelleskapene sammen med kommunene i tråd med rammeavtale mellom Regjeringen og KS.	ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding	0	FFS
RHF	Samhandling med primærhelsetjenesten	64		Drive felles planlegging sammen med kommunene av tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene, (jf Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023) barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.	ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding	0	FFS og klinikkene
FTP	Sikre gode arbeidsforhold	65	3.2.1 Bemanning (FTP)	Iverksette tiltak for å ivareta medarbeiderne på en god måte og ha et særskilt fokus på arbeidsmiljø og arbeidsforhold i lys av koronapandemien i tråd Regional handlingsplan for koronapandemi.	Ja	Alle	Årlig melding	0	Klinikkene har et ansvar for sine ansatte og arbeidsmiljø. HR bistår.
RHF	Tilstrekkelig kvalifisert personell	66		Gjennomføre tiltak i henhold til strategisk handlingsplan for inkluderingsdugnaden og rapportere på status i dette arbeidet innen 1. april 2021.	Ja	Alle	Årlig melding	0	HR
RHF	Tilstrekkelig kvalifisert personell	67		Delta i utarbeidelse og implementering av felles strategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling i Helse Nord, under ledelse av Helse Nord RHF.	Ja	Alle	Årlig melding	0	HR med klinikkene
RHF	Tilstrekkelig kvalifisert personell	68		Lage handlingsplan med målsetting å redusere ufrivillig deltid blant yrkesgrupper som har gjennomsnittlig stillingsprosent lavere enn 75 prosent, innen 1. juni 2021.	Ja	Alle	2. tertial	0	
FTP	Tilstrekkelig kvalifisert personell	69	3.2.1 Bemanning (FTP)	Sørge for jevnlig vurdering av bemanningsplaner i lys av scenarier fra Folkehelseinstituttet om smitteutviklingen.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	0	

Kilde / hvem stiller kravet [velg verdi]	Kap i OD-RHF [velg]	Krav nr i OD-RHF [fritekst]	Kap i OD/FTP fra HoD [velg]	Kravtekst - formuler kravet kort og presist [fritekst]	Videreføres i OD til HF'ene? [velg]	Gjelder foretak [velg]	Rapporterings-frekvens [velg]	1. tertial 14. mai	Kommentar
RHF	Tilstrekkelig kvalifisert personell	70		<p>Delta i å utarbeide en regional opptrappingsplan som i løpet av 2022 sikrer nødvendig antall øremerkede utdanningsstillinger (x antall stillinger av 6 måneder) for sykehuspraksis for ALIS-leger (leger i spesialisering i allmennmedisin).</p> <p>Planen skal også ivareta hvordan ALIS kan tilbys en sykehuspraksis som er tilpasset allmennlegers behov tilknyttet fastsatte læringsmål og i tråd med inngåtte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommunene.</p> <p>Opptrappingsplanen skal ferdigstilles innen 1.august 2021 slik at ordningen kan iverksettes i regionen fra tredje tertial 2021. I planen må det inngå opplegg for systematisk evaluering for å sikre riktig kapasitet/antall.</p> <p>Planarbeidet skal gjøres i samarbeid med Regionalt ALIS kontor/ALIS Nord, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), Regionalt utdanningssenter for leger i spesialisering og ledes av UNN HF. ALIS-kontoret for Nord-Norge gis ansvar for å rekruttere fastleger og LIS-leger under utdanning for deltagelse i utredningsarbeidet.</p>	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	0	
RHF	Tilstrekkelig kvalifisert personell	71		Delta i utarbeidelse og implementering av en felles handlingsplan for oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse "Utfordringer med bemanningen av sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere i sykehus", under ledelse av Helse Nord RHF.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Egen frist	Finnmarkssykehuset vil delta inn i dette arbeidet når det initieres fra Helse Nord.	
RHF	Tilstrekkelig kvalifisert personell	72		Øke antallet utdanningsstillinger i spesialsykepleie (ABIOK) til minimum: Universitetssykehuset i Nord-Norge HF: 80 stillinger Nordlandssykehuset HF: 40 stillinger Finnmarkssykehuset HF: 15 stillinger Helgelandssykehuset HF: 15 stillinger	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial og Årlig melding	Finnmarkssykehuset har en plan for trinnvis økning i antall utdanningsstillinger for ABIKO-J.	
RHF	Utdanning av legespesialister	73		Innen 1. juni 2021 utarbeide funksjonsbeskrivelse for rollen som utdanningsansvarlig overlege/lege (UAO) som sikrer ivaretagelse av kvalitet, koordinering og samarbeid om spesialistutdanning av leger. Innen utgangen av 2021 skal alle utdanningsløp i foretaket være dekket av en UOA.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	Funksjonsbeskrivelsen er utarbeidet. Det pågår et arbeid med å rekruttere overleger inn i LUU og i rollen som UAO.	FFS med klinikkene.
RHF	Utdanning av legespesialister	74		Sikre at LIS'enes progresjon dokumenteres systematisk i Kompetansemødule, og at data er oppdatert per 1.mars og 1.september.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	Finnmarkssykehuset monitorer LM progresjon for LIS1 kvartalsvis. LM for LIS2/3 dokumenteres fortløpende. Foretaket vil ha en statusoppdatering 1 september 2021.	

Kilde / hvem stiller kravet [velg verdi]	Kap i OD-RHF [velg]	Krav nr i OD-RHF [fritekst]	Kap i OD/FTP fra HoD [velg]	Kravtekst - formuler kravet kort og presist [fritekst]	Videreføres i OD til HF'ene? [velg]	Gjelder foretak [velg]	Rapporterings-frekvens [velg]	1. tertial 14. mai	Kommentar
OD HoD	Utdanning av legespesialister	75	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	For å sikre gjennomføring av utdanningsløp hos leger i spesialisering og minimere forsinkelser under den pågående pandemien, bør de fire Regionale utdanningssettene digitalisere flest mulig av de nasjonale kursene i 2021. Dette gjelder først og fremst kurs som ikke inneholder praktiske øvelser.	Ja	UNN	Årlig melding	0	
OD HoD	Helse, miljø og sikkerhet (HMS)	76	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	Andel enheter med godt sikkerhetsklima i et helseforetak skal være minst 75 % innen 2023. Målt gjennom undersøkelsen Forbedring og beregnet med Helsedirektoratets definisjon på indikatoren.	Ja	Alle	Årlig melding	0	Dette gjelder pasientsikkerhetsklima, varslinger og avviksmeldinger i kliniske enheter.
RHF	Helse, miljø og sikkerhet (HMS)	77		Delta i utarbeidelse og implementering av felles retningslinjer for varsling i Helse Nord under ledelse av RHF-et	Ja	Alle	Årlig melding	0	FIN deltar på forespørsel
RHF	Helse, miljø og sikkerhet (HMS)	78		Delta i utarbeidelse og implementering av felles veileder for vernetjenesten i Helse Nord under ledelse av RHF-et med utgangspunkt i nasjonal strategi for verneombudene (2019-2024).	Ja	Alle	Årlig melding	0	HR deltar på forespørsel
RHF	Helse, miljø og sikkerhet (HMS)	79		Med utgangspunkt i nivå for 2019, redusere foretakets behov for innleid personell med 30% innen utgang 2023. Herunder utrede mulig etablering av et foretaksinternt bemanningssenter som også administrerer all innleie av personell fra eksterne vikarbyrå.	Ja	FIN, HSYK, UNN	Årlig melding	0	
RHF	Helse, miljø og sikkerhet (HMS)	80		Med utgangspunkt i nivå for 2019, redusere foretakets behov for innleid personell med 30% innen utgang 2023. Herunder utrede mulig administrasjon av all innleie av personell fra eksterne vikarbyrå gjennom foretaksinternt bemanningssenter.	Ja	NLSH	Årlig melding	0	
RHF	Forskning og innovasjon	81		Utarbeid interne retningslinjer/policy for samarbeid med næringslivet.	Ja	Alle	Årlig melding	0	FFS
RHF	Forskning og innovasjon	82		Sikre oppfølging av retningslinjer for åpen publisering jf. veileder for Norges Forskningsråd.	Ja	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	0	FFS
OD HoD	Forskning og innovasjon	83	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	Antall kliniske behandlingsstudier som inkluderte pasienter i 2021 skal økes med minst prosent sammenliknet med året før.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	0	FFS
OD HoD	Forskning og innovasjon	84		Følge opp handlingsplan for kliniske studier.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	0	FFS
RHF	Forskning og innovasjon	85		Sikre at Forsknings- og innovasjonsmiljøer sender søknader om ekstern finansiering på samtlige relevante utlysninger ved Norges Forskningsråd og Europeisk Forskningsråd.	Ja	UNN	Årlig melding	0	
RHF	Forskning og innovasjon	86		Være aktive pådrivere i innovasjonsarbeidet basert på tjenestens behov, og understøtte prioriterte regionale tiltak.	Ja	HNIKT	Årlig melding	0	

Kilde / hvem stiller kravet [velg verdi]	Kap i OD-RHF [velg]	Krav nr i OD-RHF [fritekst]	Kap i OD/FTP fra HoD [velg]	Kravtekst - formuler kravet kort og presist [fritekst]	Videreføres i OD til HF'ene? [velg]	Gjelder foretak [velg]	Rapporterings-frekvens [velg]	1. tertial 14. mai	Kommentar
RHF	Anskaffelsesområdet	87		Med utgangspunkt i rutiner utviklet av prosjekt "Innkjøp 2023, samt egne ansvars- og interessematrise utarbeidet i 2020, lage plan for samhandling mellom regionens fagmiljø, og mellom fagmiljøene og anskaffelsesorganisasjonen, med målsetting om vesentlig større grad av standardisering av utstys- og produktporteføljen.	Ja	Alle	Tertialrapporter	I innkjøp 2023 er forsinket pga. pga pandemisituasjon. Dette arbeidet er tatt opp igjen i 2021. Plan for samhandling skal utarbeides i andre halvdel av 2021.	Økonomi
RHF	Anskaffelsesområdet	88		Aktivt følge opp implementering og realisering av gevinst/nytte knyttet til inngåtte avtaler.	Ja	Alle	Tertialrapporter	FIN har fortsatt fokus på implementering og økt bruk av Clockwork. Gjennomf økt bruk av CLW blir bestillingsprosesser og fakturahåndtering standardisert og gir sporbarhet. Foretaket er i prosess med å teste ut rapportering i systemet slik at oppfølging av bruk av Clockwork blir en systematisk oppfølging, og derigjennom gir oversikt over gevinst knyttet til inngåtte avtaler blir synliggjort. Ifl lokal handlingsplan innkjøp skal 90% av varekjøp gjennom Clockwork og 50% av tjenestekjøp skal gjennom Clockwork. Det skal foretas en kontroll av anskaffelser gjennom CLW, hvor systemforvalter ClockWork er ansvarlig for å ta ut tall fra ClickWiew kvartalsvis, for å følge med på gevinst/nytte. Tall hittil i år viser: at omsetningen gjennom clockwork er 63,3%, mens andelen faktura via Clockwork er 65,7%.	Økonomi
RHF	Anskaffelsesområdet	89		Bidra med ressurser til team i regi av Sykehusinnkjøp HF, som skal implementere og vedlikeholde malverket i tiltak 6 Drosjemarked, anbud og avtaler.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	Plan for samhandling er etablert, så småt	
RHF	Teknologi	90		Aktivt avvismelde IKT sikkerhetsbrudd, avvik fra NSM's tiltaksliste og styringssystem for informasjonssikkerhet, herunder om nødvendig til relevante tilsynsmyndigheter. NSM grunnprinsipper med definert tiltaksliste, representerer et minimumsnivå og skal ligge til grunn for alt arbeid med IKT i Helse Nord.	Ja	Alle	Årlig melding	Pågående sikkerhetsarbeid. Jobbes med å lukke tiltak i handlingsplan for informasjonssikkerhet.	FFS/SDE
RHF	Teknologi	91		Innen utløpet av 2021 avklare drifts- og forvaltningsmodeller som sikrer at installasjon og endringer i medisinsk utstyr og eventuelt driftstekniske IKT systemer, ikke påvirker Helse Nord IKT HF's ansvar og oppgaver. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF.	Ja	Alle	Årlig melding	0	
RHF	Teknologi	92		Delta i prosjektet for innføring av og ta i bruk system for, medikamentell kreftbehandling i Helse Nord. Det forutsettes at helseforetakene etablerer egne lokale mottaksprosjekt.	Ja	Alle	Årlig melding	0	

Kilde / hvem stiller kravet [velg verdi]	Kap i OD-RHF [velg]	Krav nr i OD-RHF [fritekst]	Kap i OD/FTP fra HoD [velg]	Kravtekst - formuler kravet kort og presist [fritekst]	Videreføres i OD til HF'ene? [velg]	Gjelder foretak [velg]	Rapporterings-frekvens [velg]	1. tertial 14. mai	Kommentar
RHF	Teknologi	93		Allokere nødvendige ressurser til deltagelse og gjennomføring av prosjektene to-faktor autentisering og automatisert tilgangsstyring. Arbeidet i felles kundeprosjekt ledes av Helse Nord RHF. Ressursbehov konkretiseres gjennom prosjektets styringsgruppe.	Ja	Alle	Årlig melding	Deltakere til styringsgruppe i 2-faktorprosjektet er besatt. Meldt fra om utfordringer med deltagelse i arbeidsgruppe. Automatisert tilgangsstyring (IAM) - FIN deltar.	SDE/FFS
RHF	Teknologi	94		Benytte statens standardavtaler (SSA) for dokumentasjon av IKT leveranser i foretaksgruppen.	Ja	Alle	Årlig melding	Deltar i arbeidsgruppe	SDE
RHF	Teknologi	95		Innen utløpet av 2021, oppdatere nødvendige tjenesteavtaler, databehandleravtaler og andre avtaler som tydeliggjør ansvarsforholdene i tråd med tidligere bestillinger fra Helse Nord RHF samt med bestillinger i årets oppdragsdokument gjeldende Helse Nord IKT HF's teknisk og merkantilt ansvar og oppgaver.	Ja	Alle	Årlig melding	Tidkrevende arbeid med lite progresjon. Vanskelig å få tilbakemeldinger fra klinikkene og systemansvarlige.	
RHF	Teknologi	96		Aktivt sette av ressurser samt prioritere arbeidet som gjennomføres i regi av prosjektet digitale innbyggertjenester.	Ja	Alle	Årlig melding		FFS
RHF	Teknologi	97		Overføre teknisk og merkantil forvaltning av IKT-systemer til Helse Nord IKT etter tilsvarende modell som for forvaltning av regionale kliniske systemer. Helseforetakene skal benytte Helse Nord IKT knyttet til lokale innføringer, utfasing og endring av system, rådgiving og prosjektledelse gjeldende IKT, innenfor avgrensingen gitt ovenfor. Styringskravet gjelder ikke medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter. Sykehusforetakene, SANO og Helse Nord IKT skal i perioden 2021–2022 i fellesskap etablere en robust merkantil forvaltning i tråd med prinsipper beskrevet i oppdragsdokumentet 2021.	Ja	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	Pågående regionalt arbeid der vi deltar	SDE
RHF	Teknologi	98		Helse Nord IKT har ansvaret og oppgaven for leveranse av IKT infrastruktur tjenester til helseforetakene på følgende områder: IKT-drift, IKT-produksjon, levering og innstallering av brukerstyr, systemintegrasjon samt brukerstøtte og andre forvaltningsoppgaver som naturlig tilknyttes områdene nevnt ovenfor. Ytterligere tydeliggjøring vil fremkomme i styringssystem for informasjonssikkerhet. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styringskravet gjelder ikke området medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter.</li> <li>• Innen utløpet av 1. kvartal avklare om det foreligger andre områder som setter særlige lov/forskriftskrav krav for utførelse av de IKT-oppgaver her nevnt, og behandle slike i forbindelse med klargjøring av drifts- og forvaltningsmodeller med Helse Nord IKT.</li> </ul>	Ja	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	pågående regionalt arbeid der vi deltar	SDE



Kilde / hvem stiller kravet [velg verdi]	Kap i OD-RHF [velg]	Krav nr i OD-RHF [fritekst]	Kap i OD/FTP fra HoD [velg]	Kravtekst - formuler kravet kort og presist [fritekst]	Videreføres i OD til HF'ene? [velg]	Gjelder foretak [velg]	Rapporterings-frekvens [velg]	1. tertial 14. mai	Kommentar
RHF	Teknologi	99		Prioritere innføring av meldingsstandard for henvisning og helsefaglig dialog innen utløpet av 2021/tidlig 2022. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF på oppdrag av Helse Nord RHF.	Ja	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	0	FIN deler på anmodning
RHF	Teknologi	100		Planlegge og ta i bruk ny nasjonal personidentifikator og felles hjelpenummer fra 2022. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF på oppdrag av Helse Nord RHF.	Ja	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	0	FIN deltar på anmodning
RHF	Teknologi	101		Innen tredje kvartal 2021 levere Helse Nord RHF en oversikt over samtlige applikasjoner installert på servere eller klienter ved helseforetakene hvor relevant programvare i tillegg er dokumentert i Sureway (sureway.no). Asset i Sureway og andre applikasjoner, registreres i Helse Nord IKTs asset/managementverktøy når Helse Nord IKT har ferdigstilt innføring. Helse Nord RHF avgjør hva som er å betrakte som regionale systemer som skal benyttes i helseregionen. Applikasjonene skal kategoriseres i tråd med NSMs grunnprinsipper, tiltak 1.2.2, i-iv. Helseforetakene skal ved oversendelse til Helse Nord RHF også oversende kopi av alle avtaler tilknyttet de aktuelle applikasjoner.	Ja	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	delvis påbegynt	Alle klinikkene må bidra
RHF	Teknologi	102		Innføre Dialogmelding mellom sykehus og fastleger før utløpet av 2. kvartal 2021.	Ja	NLSH	Årlig melding	0	
RHF	Teknologi	103		Levere IKT-tjenester i tråd med virkemidler som besluttes av Helse Nord RHF, eksempelvis regionale systemvalg/systemløsninger, arkitekturbeslutninger/føringer, føringer for infrastruktur, regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet.	Ja	HNIKT	Årlig melding	0	
RHF	Teknologi	104		På vegne av Helse Nord RHF, sikre at alle endringer i Helse Nord infrastruktur er i tråd med vedtatt styringssystem for informasjonssikkerhet, arkitekturprinsipper samt NSMs tiltaksliste (portvaktfunksjon).	Ja	HNIKT	Årlig melding	0	
FTP	Informasjonssikkerhet	105	3.4.4 Informasjonssikkerhet (FTP)	Følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, merknader og anbefalinger fra undersøkelsen om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer.	Ja	Alle	Årlig melding	0	FFS
FTP	Informasjonssikkerhet	106	3.4.4 Informasjonssikkerhet (FTP)	Benytte Norsk Helsenett SFs årlige rapport om trusler, trender, sårbarheter og relevante tiltak som sektoren kan benytte i sitt arbeid med risiko- og sårbarhetsvurderinger	Ja	Alle	Årlig melding	0	FFS
RHF	Informasjonssikkerhet	107		Innen 1. april 2021 utarbeide en handlingsplan som er dekkende for å lukke påpekte svakheter på kort og lang sikt. Handlingsplanen skal ha en tidfestet fremdriftsplan og oppgavefordeling. Handlingsplanen skal som minimum dekke de 10 anbefalte tiltak i nasjonal strategi for digital sikkerhet, og NSM sine grunnprinsipper for IKT-sikkerhet med tiltak.	Ja	Alle	1. tertial og Årlig melding	Handlingsplanen ble skrevet og styrebehandlet i februar 2021.	FFS

Kilde / hvem stiller kravet [velg verdi]	Kap i OD-RHF [velg]	Krav nr i OD-RHF [fritekst]	Kap i OD/FTP fra HoD [velg]	Kravtekst - formuler kravet kort og presist [fritekst]	Videreføres i OD til HF'ene? [velg]	Gjelder foretak [velg]	Rapporterings-frekvens [velg]	1. tertial 14. mai	Kommentar
RHF	Informasjonssikkerhet	108		Inkludere informasjonssikkerhet i virksomhetskulturen ved å kartlegge virksomhetens sikkerhetskultur, og identifisere hva som kan forbedres. Helseforetakene skal beskrive og fastsette ønsket kultur, og gjennomføre tilpasset årlige opplæringsprogram for å fremme god sikkerhetskultur. Opplæringen skal tilpasses den enkeltes oppgaver.	Ja	Alle	Årlig melding	0	
RHF	Informasjonssikkerhet	109		Innen 1. juni 2021 styrebehandle status fra arbeidet med informasjonssikkerhet. Status skal som minimum inneholde: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Status for fremdrift for handlingsplan for å lukke kjente svakheter utvikling i trusselbildet</li> <li>• Resultater fra gjennomførte risikovurderinger, inntrengingstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner</li> <li>• Oppsummering fra avviksrapportering</li> <li>• Behov for endringer i styringssystem for informasjonssikkerhet</li> </ul>	Ja	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding	Saken er planlagt styrebehandlet den 26. mai 2021.	FFS
RHF	Informasjonssikkerhet	110		Med utgangspunkt i oppfølging fra Riksrevisjonens dokument 3:2 (2020-2021), skal helseforetaket sikre at organisering av informasjonssikkerhet i eget helseforetak er i tråd med styringssystem for informasjonssikkerhet. Helseforetakene skal også bidra i regionale forbedringsaktiviteter slik at nødvendige korrigerende tiltak blir iverksatt.	Ja	Alle	Årlig melding	0	FFS
RHF	Bygg og kapasitet	111		Vurdere organiseringen av prosjekt Nye Hammerfest sykehus i tråd med anbefalinger fra Sykehusbygg om at styringsmodellen endres fra styringsgruppe til prosjektstyre med ekstern deltaker.	Ja	FIN	1. tertial	Organisering av prosjektet nye Hammerfest sykehus er vedtatt. Det etableres et prosjektstyre for byggeprosjektet og en styringsgruppe for nye Hammerfest sykehus OU. Gjennomføring av ny organisering skjer innen 3 tertial.	Økonomi
111	111	111	43	111	111	111	111		