



Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr:
2021/45

Saksbehandler:
Harald G. Sunde / Vivi B. Bech

Sted/Dato:
Hammerfest, 21.09.2021

Saksnummer 62/2021

Saksansvarlig: Vivi Brenden Bech, Kvalitets- og utviklingssjef
Møtedato: 28. og 29. september 2021

Tertialrapport 2 – Oppdragsdokument 2021 Finnmarkssykehuset HF

***Ingress:** Denne saken oppsummerer de punkter i Oppdragsdokumentet for 2021 som Finnmarkssykehuset HF skal rapportere på etter 2. tertial.*

Styret i Finnmarkssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Styret i Finnmarkssykehuset HF godkjenner andre tertialrapport 2021 for oversendelse til Helse Nord RHF.

Siri Tau Ursin
Administrerende direktør

Vedlegg:

1. Saksfremlegg
2. Tertialrapport 2 Oppdragsdokument Finnmarkssykehuset HF 2021



Tertialrapport 2/2021 – Oppdragsdokument 2021

Finnmarkssykehuset HF

Saksbehandler: Harald G. Sunde og Vivi Brenden Bech

Møtedato: 28. og 29. september 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 2. tertial.

2. Bakgrunn

Andre tertialrapport 2021 inneholder beskrivelse av status på målkrav i oppdragsdokument 2021 som Finnmarkssykehuset HF skal rapportere på i andre 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:

- 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.
- Innen utgangen av 2021 skal andelen omsetning av definerte varegrupper gjennom Clockwork 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 2. tertial 2021 en gjennomsnittlig ventetid på 80 dager. Dette er fordelt som følger med 82 dager innen somatikk, 61 dager innen voksenpsykiatri, 63 dager innen barne-/ungdomspsykiatri og 41 dager innen rus. For overholdelse av pasientavtaler er det en bedring fra april 2020 (79%).

Finnmarkssykehuset HF overholder 82% av pasientavtalene ved utgangen av 2. tertial 2021. For telefon og videokonsultasjoner er andelen 17,5% pr august.

Det er utarbeidet klinikkvise tiltaksplaner for å innhente etterslep som følge av koronapandemien. Økt bruk av videokonsultasjoner innen somatikk har ett særlig fokus. I Klinik Alta har en åpnet e-helse poliklinikk og de øvrige klinikkene vil følge plan fra Klinik Alta i sin etablering. Det er utarbeidet beskrivelse på organisering innovasjon og e-helse i strategisk (ledermøtesak 203/2021, 29. juni 2021). Det er etablert forbedringsteam som jobber med oppfølging av ventelister. Teamet har deltagere fra alle klinikker. Det jobbes 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.

For pakkeforløp kreft overholder Finnmarkssykehuset HF over de siste tolv måneder 67% av forløpene innenfor standard forløpstid. Hovedutfordringen ligger i manglende utrednings-, operasjons- 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 46% fra 2012 til første tertial 2021. Kravet er 30% reduksjon.

Finnmarkssykehuset HF har etablert Sentralt Pasientsikkerhetsutvalg for å sikre læring av uønskede hendelser. Prosedyren for alvorlige og utilsiktede pasienthendelser er



oppdatert og gir en tidslinje som omhandler alle aspekter rundt uønskede hendelser, inkludert melderutiner. Informasjon om §3-3a gis fortløpende i alle styremøter.

Finnmarkssykehuset HF har gjennomført ledelsens gjennomgang. Saken ble styrebehandlet i februar. Eksterne tilsyn og revisjoner er en del av ledelsens gjennomgang.

Samhandling med primærhelsetjenesten

Forslag til organisering av helsefelleskap er behandlet i styret i Finnmarkssykehuset HF (sak 101/2020). Saken ble samtidig oversendt til kommunestyrene for behandling. Saksbehandlingen i kommunene har tatt noe tid. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som skal planlegge første partnerskapsmøte i helsefelleskapet. Første møte planlegges i månedsskifte januar/februar 2022.

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 er utført i henhold til Helse Nord RHF sine prosedyrer for risikostyring.

Finnmarkssykehuset HF har risikovurdert 12 målkrav i februar 2021. Avbøtende tiltak for å redusere risiko ble etablert i februar og forsterket ved risikovurderingen i april. Tiltak som er etablert følges opp og det er utarbeidet klinikkvise tiltaksplaner.

5. Medbestemmelse og brukervedvirkning

Saken har vært drøftet med de tillitsvalgte i informasjons- og drøftingsmøte 20. september 2021, og i FAMU samme dag.

6. Direktørens vurdering

Finnmarkssykehuset HF jobber kontinuerlig med å følge opp Oppdragsdokument 2021. Andre tertialrapport 2021 viser at Finnmarkssykehuset HF har jobbet godt med kravene i oppdragsdokumentet samtidig som organisasjonen fortsatt er preget av koronapandemien. Foretaket kan vise til god fremdrift på flere av oppdragene og andre tertialrapport 2021 anbefales godkjent for oversendelse til Helse Nord RHF.

Vedlegg

1. Tertialrapport 2 på Oppdragsdokument Finnmarkssykehuset HF 2021

Vedlegg 1 Tertialrapport 2 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]	2. tertial 24. september
RHF	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	1		Bidra med oppfølging av strategien for økt kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten i henhold til strategidokumentet «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen»	Ja	Alle	Årlig melding	0
OD HoD	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	2	1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen (OD-HOD)	Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner sammenliknet med 2020. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager i 2022.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	0
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 82,3% overholdelse i august 2021, litt lavere enn på forsommeren.
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 ligger i snitt på 39-40% i 2. tertial.
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	Mai 15,8%, juni 14,3%, juli 11,3%, august 9,3%. PHR har høyest andel, somatikk lavere.
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. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	Hittil i år er det økning for poliklinisk aktivitet i psykiatrien sett mot fjoråret med 13,7 %, mens det er en økning på 17,0 % innen somatikken. Det er kostnadsøkning hittil i år i somatikken med 5,4 % mot samme periode i 2020. For psykiatrien skal veksten være høyere enn den var for somatikk i 2019, dvs. høyere enn 4,5 %. Sum økning innen psykiatrien var på 1,8 % pr. august 2021 i forhold til samme periode i 2020. Sum gjennomsnittlig ventetid innen psykiatri er redusert hittil i år med -1,9 % i forhold til samme periode i 2020, mens somatikken har økt ventetiden med 6,2 %. Psykiatrien har likevel ikke oppnådd nasjonale måltall for ventetider i 2021, selv om utviklingen er positiv sett i forhold til somatikken. Dermed er ingen av de tre parameterne innen den gylne regel oppnådd pr. august 2021. Ventetider juli 2021: Somatikk 58d, VPP 60d, TSB 30d, BUP 62d.
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 rehabiliteringstjenestene, i samsvar med Helsedirektoratets veileder.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	HAVO Har ikke lyktes å rekruttere overlege til HAVO, har også behov for å styrke annen bemanning i HAVO basert på økt antall brukere.

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]	2. tertial 24. september
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 prehospitaltjenester.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial og Årlig melding	0
RHF	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	9		Ta i bruk nye pasientbrevmal. 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
RHF	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	10		Implementere behandlingslinje for ervervet hjerneskade.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding	Implementert i rehabiliteringsavdelingen.
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 døgnkontinuerlig 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	Det er opprettet prosjekt i Sámi klinikk i samarbeid med Helse Nord RHF.
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 brukermidvirkning	14		Kartlegge og evaluere tilbudet med erfaringskonsulenter på sykehusene. Arbeidet bør gjøres i samarbeid med Brukerutvalg og Ungdomsråd.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding	FoU i SANKS, Sámi klinikk ser nærmere på dette
RHF	Sikre god pasient- og brukermidvirkning	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	Prosessen er igangsatt på Hammerfest sykehus. Ansvarlig er i dialog med NLSH.

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]	2. tertial 24. september
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	Brugerrepresentanter har vært involvert i planlegging av helsefelleskap både gjennomg OSO og i brukerutvalget. Brukerrepresentant er med i arbeidsgruppen som planlegger første møte i Helsefelleskapet.
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
RHF	Sikre god pasient- og brukermedvirkning	18		Tilsette en Samvalgs- koordinator i 100 prosent stilling, tidsavgrenset perioden 2021 til og med 2023. Nærmere spesifisering knyttet til kravet vil komme i eget brev.	Ja	FIN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding	Finnmarksykehuset mottok spesifisering medio juni. Saken er behandlet i strategisk ledermøte og organisatorisk plassering er besluttet. Stillingsbeskrivelse er utarbeidet. Stillingen vil bli lyst ut i september.
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 tidsperioden september 20 til august 21 ligger FIN på 67% oppnåelse av OF4 for alle kreftformer. FIN er i denne perioden best i Helse Nord, selv om vi ligger noe etter målet på 70%. Det er særlig prostatakrefte og nyrekrefte og forsinkelse i samhandling med UNN som trekker ned. Det er dialog med UNN om disse forløpene.
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.
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	Rutiner/prosedyrer er på plass på begge våre sykehus 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]	2. tertial 24. september
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 kompetansehevede tiltak, mer personell, tilstrekkelig analysekapasitet og investeringer i utstyr må blant annet vurderes. Helsedirektoratet skal involveres i vurderingene vedrørende kompetansehevede tiltak. o Starte opp med kompetansehevede 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	Innføringen av tidlig UL/NIPT styres ut fra UNN. Jordmødre i Kirkenes og Hammerfest er kurset eller i ferd med å bli kurset på feltet. Det er ikke avklart hva slags kursing/opplæring gynekologer skal ha. Det er bestilt inn ny UL-maskin til Hammerfest, i Kirkenes er det planlagt. FIN har etablert rutiner for taking av NIPT-prøver.
RHF	Somatikk	25		Oppfylle de definerte «sterke anbefalinger» som fremkommer av Nasjonal traumeplan.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding	Planen med de definerte sterke anbefalingene er sendt til Klinikkjefene ved Hammerfest og Kirkenes sykehus. Begge sykehusene har rapportert grundig oppfølging og etterlevelse av rapporten.
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	FIN har besluttet at koordinator skal tilsettes på Hammerfest sykehus. Tilsettingen er ennå ikke iverksatt, men beslutningen om tilsetting er tatt.
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	Barn: FIN 65 %/Norge:53%, Voksen: FIN 72%/Norge:73% TSB: FIN ingen data/Norge:82%.
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: FIN 44,4%/Norge: 38,5%, Voksen: FIN 34,4 %/Norge: 44,8% TSB: FIN ingen data/Norge: 42,9%.
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: FIN 41,7 %/Norge: 43,5%, Voksen: FIN 18,3 %/Norge: 40,4% TSB: FIN ingen data/Norge: 39,4%.

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]	2. tertial 24. september
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	For månedene mai-august 2021 er gjennomsnittet 25 %.
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	FIN har overtatt ansvaret for TUD før sommeren. De fleste tall er derfor fortsatt på UNN.
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	Helse Nord er i ferd med å etablere nettverket og FIN vil være representert i nettverket. SANKS vil også være representert.
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	Kirkenes sykehus har en psykiatrisk sykepleier som reiser til fengslet. Sykehuset jobber kontinuerlig med å få på plass ansatte i ledige stillinger. Sykehuset har fått avsatt midler fra Helse Nord kr. 930 000 til å ivareta innsatte som har behov for oppfølging fra DPS, sykehuset holder nå på å beskrive hvordan vi skal bruke midlene for å sikre at vi oppfyller kriteriene for tildeling av midlene. DPS har lyst ut en russpesialist stilling i Tana. Pr. dag ingen søkere med denne kompetansen. Kirkenes sh har en psykolog som ønsker å spesialisere seg innenfor rus, og det arbeides med å finne en veileder til vedkommende slik at han kan få gjennomført spesialiseringen.
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	Dette nettverket er ikke blitt etablert enda på Helse Nord nivå. FIN deltar på forespørsel.
OD HoD	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	39	3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet (OD-HOD)	I tråd med Opptrappingsplan mot vold og overgrep, sørge for at klinisk kompetanse på behandling av seksuelle atferdsproblemer blant barn og unge etableres i helseforetaket. Oppgaven gjøres i samarbeid med nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med skadelig seksuell adferd.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding	FIN har fått innvilget ekstra midler på kr. 400.000 til kompetanseoppbygging og frikjøp av ansatte til å ivareta denne funksjonen.

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]	2. tertial 24. september
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: •Antall samarbeidsavtaler. •Hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.	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.
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. Dessverre er det nasjonal bemanningstørke på fagområder som FIN særlig sliter med (BUP, VPP).
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 foretaksrådets krav i 2020 om å rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.	Ja	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding	FIN har etablert "Sentralt pasientsikkerhetsutvalg" for å sikre læring av uønskede hendelser i hele organisasjonen. Prosedyre PR50714 er oppdatert og gir en tidslinje som omhandler alle aspekter rundt uønskede hendelser, inkl melderutiner.
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 tett med Sykehusinnkjøp om saken. Vi samarbeider også med Regional legemiddelkomite og UNN om saken.
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	Informasjon om §3-3a gis fortløpende i alle styremøter.
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 46% reduksjon av bredspektrert antibiotika fra 2012 til første tertial 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
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

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]	2. tertial 24. september
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	Finnmarssykehuset har gjennomført ledelsens gjennomgang. Saken ble styrebehandlet i februar. Eksterne tilsyn og revisjoner er en del av ledelsens gjennomgang.
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, kvalitets sikring 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
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 smittevernpplaner i lys av erfaringer og evalueringer av koronapandemien.	Ja	Alle	Årlig melding	0
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

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]	2. tertial 24. september
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	Forslag til organisering av helsefelleskap er behandlet i styret i FIN (sak 101/2020). Saken ble samtidig oversendt til kommunestyrene for behandling. Saksbehandlingen i kommunene har tatt noe tid. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som skal planlegge første partnerskapsmøte i helsefelleskapet. Første møte planlegges i månedsskifte januar /februar 2022.
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, skrupelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.	ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding	Pasientsentrert helseteam - PSHT - er under etablering i somatikk og d-FACT i PHVR, disse vil sikre et tettere samarbeid med kommunene, der disse fire pasientgruppene er representert
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
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
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
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	Finnmarksykehuset har fokus på heltidskultur samt å unngå uønsket deltid. Andel deltid rapporteres i virksomhetsrapporter, og er tema på møte med tillitsvalgte minst en gang årlig. Det er meldt inn få tilfeller av uønsket deltid. De tilfellene som er meldt inn, følges opp. For å sikre systematisk oppfølging er det utarbeidet en handlingsplan.
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]	2. tertial 24. september
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 utdanningscenter 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	
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	0
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, FB2343. Det pågår et arbeid med å rekruttere overleger inn i LUU og i rollen som UAO.
RHF	Utdanning av legespesialister	74		Sikre at LIS'enes progresjon dokumenteres systematisk i Kompetansemodule, 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 og følges opp av veileder. Fagområdet fordøvelsessykdommer er ennå ikke helt på plass.

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]	2. tertial 24. september
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 sikkerhetsklime 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
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
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
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 bemanningscenter 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 bemanningscenter.	Ja	NLSH	Årlig melding	0
RHF	Forskning og innovasjon	81		Utarbeide interne retningslinjer/policy for samarbeid med næringslivet.	Ja	Alle	Årlig melding	0
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
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
OD HoD	Forskning og innovasjon	84		Følge opp handlingsplan for kliniske studier.	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	0
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]	2. tertial 24. september
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	Arbeidet pågår, og FIN styrker arbeidet internt.
RHF	Anskaffelsesområdet	88		Aktivt følge opp implementering og realisering av gevinst/nytte knyttet til inngåtte avtaler.	Ja	Alle	Tertialrapporter	Ikke iverksatt. Arbeidet styrkes, og det etableres strukturert oppfølging av dette innen 4. kvartal 2021
RHF	Anskaffelsesområdet	89		Bidra med ressurser til team i regi av Sykehusinnkjøp HF, som skal implementere og vedlikeholde malverket i tiltak 6 <i>Drosjemarked, anbud og avtaler</i> .	Ja	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	0
RHF	Teknologi	90		Aktivt avvismelde IKT sikkerhetsbrudd, avvik fra NSM's tiltaksliste og styringsystem 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	0
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
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	0
RHF	Teknologi	94		Benytte statens standardavtaler (SSA) for dokumentasjon av IKT leveranser i foretaksgruppen.	Ja	Alle	Årlig melding	0
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	0
RHF	Teknologi	96		Aktivt sette av ressurser samt prioritere arbeidet som gjennomføres i regi av prosjektet digitale innbyggertjenester.	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]	2. tertial 24. september
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	0
RHF	Teknologi	98		Helse Nord IKT har ansvaret og oppgaven for leveranse av IKT infrastrukturtenester til helseforetakene på følgende områder: IKT-drift, IKT-produksjon, levering og innstallering av 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"> Styringskravet gjelder ikke området medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter. Innen utløpet av 1. kvartal avklare om det foreligger andre områder som setter særlige lov/forskriftskrav krav for utførelse av de IKT-oppgaver her nevnt, og behandle slike i forbindelse med klargjøring av drifts- og forvaltningsmodeller med Helse Nord IKT. 	Ja	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	0
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
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

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]	2. tertial 24. september
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	0
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's 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
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
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	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]	2. tertial 24. september
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"> • Status for fremdrift for handlingsplan for å lukke kjente svakheter utvikling i trusselbildet • Resultater fra gjennomførte risikovurderinger, inntrengingstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner • Oppsummering fra avviksrapportering • Behov for endringer i styringssystem for informasjonssikkerhet 	Ja	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding	Status informasjonssikkerhet i Finnmarkssykehuset HF inkludert status for risiko og sårbarhet ble styrebehandlet 26.05.21. Vedtak fra styremøtet: «Styret i Finnmarkssykehuset HF informasjon om status informasjonssikkerhet i Finnmarkssykehuset HF, inkludert status for risiko og sårbarhet 2021 til etterretning.»
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
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	0
111	111	111	43	111	111	111	111	