

Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr.:
2019/730

Saksbehandler:
Torstein Ibrekk, Harald Sunde og
Kristine Brevik

Sted/Dato:
Hammerfest, 16.09.2019

Saksnummer 65/2019

Saksansvarlig: Kristine Brevik, kvalitets- og utviklingssjef
Møtedato: 26. september 2019

Tertialrapport 2/2019 – Oppdragsdokument 2019 Finnmarkssykehuset HF med overordnet risikostyring

Ingress: Denne saken oppsummerer Oppdragsdokumentet 2.tertial for 2019 med spesielle områder for Finnmarkssykehuset HF. Saken belyser også overordnet risikostyring ved oppdraget.

Styret i Finnmarkssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF vedtar tertialrapport 2/2019 – Oppdragsdokument 2019 Finnmarkssykehuset HF med overordnet risikostyring.
2. Styret vurderer overordnet risiko knyttet til gjennomføring av oppdraget som moderat med moderat til liten sannsynlighet for manglende måloppnåelse og moderat konsekvens for foretaket ved manglende måloppnåelse.
3. Styret vurderer at det fortsatt er høy risiko for at foretaket ikke når et økonomisk resultat i tråd med plan. Styret ber om at det videre rettes et særlig fokus på dette.

Eva Håheim Pedersen
Administrerende direktør

Vedlegg:

1. Saksfremlegg
2. Rapportskjema OD 2. tertial, Finnmarkssykehuset HF 2019

Tertialrapport 2/2019 – Oppdragsdokument 2019

Finnmarkssykehuset HF med overordnet risikostyring

Saksbehandler: Kristine Brevik/Torstein Ibrekke/Harald Sunde
Møtedato: 26. september 2019

1. Formål/Sammendrag

Oppdragsdokumentet 2019 for Finnmarkssykehuset HF inneholder premissene fra Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument og premisser gitt av styret i Helse Nord RHF gjennom styrevedtak. Overordnet risikovurdering av oppdraget pr 2. tertial er utført i henhold til Helse Nord RHF sine prosedyrer for risikostyring.

2. Bakgrunn

De tre nasjonale hovedområdene som skal ha stor oppmerksomhet er:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Regional utviklingsplan 2035 og følgende 5 regionale styringsmål fra Helse Nord RHF skal bidra til å innfri de nasjonale styringsmålene:

- Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen
- Sikre god pasient- og brukervedvirkning
- Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell
- Innfri de økonomiske mål i perioden
- Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp

Finnmarkssykehuset HF har vurdert følgende 18 målområder som er kritiske for å innfri de regionale og nasjonale målene:

- a) Gjennomsnittlig ventetid i somatikken skal reduseres sammenlignet med 2018 og være < 50 dager innen 2021.
- b) Gjennomsnittlig ventetid psykisk helsevern og rus skal være <45 dager for psykisk helsevern voksne i 2019. Innen 2021 < 40 dager.
- c) Gjennomsnittlig ventetid psykisk helsevern og rus skal i 2019 være <40 dager for psykisk helsevern barn og unge. Innen 2021 < 30 dager.
- d) Gjennomsnittlig ventetid psykisk helsevern og rus skal i 2019 være < 35 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Innen 2021 < 30 dager.
- e) Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå.
- f) Minimum 150 nye behandlingsbeskrivelser skal publiseres på HF-enes nettsider.
- g) Sykefraværet samlet innen 2021 < 7,5%.
- h) Øke andelen faste heltidsansatte sykepleiere med 1 prosentpoeng sammenlignet med 2018.
- i) Andel helsefagarbeidere skal innen 2021 være > 5 %.

- j) Innfri økonomisk mål for perioden på 24 millioner (resultatkrav Helse Nord RHF).
- k) Investeringer gjennomføres i henhold til vedtatte rammer (tid, kost, innhold).
- l) Antall ad-hoc anskaffelser skal reduseres i 2019 og være < 25 innen 2019.
- m) Andel legemiddellister som er samstemt inn etter ny prosedyre (i DIPS medikamentmodul) skal være > 90 %.
- n) Minst 70% av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.
- o) Reduksjon i AML brudd på 15% fra resultat 2018.
- p) 80% av innkjøp skal gå igjennom Clockwork.
- q) Minst 50% av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne.
- r) Minst 50% av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

3. Saksvurdering

Nedenfor gis en oppsummering av innholdet i oppdraget knyttet til de sentrale fokusområdene. Risikovurdering knyttet til de 18 utvalgte kritiske målepunktene fremkommer under pkt. 4, Overordnet risikovurdering.

Spesielle krav til Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset HF skal videreutvikle et godt lokalsykehusstilbud og en desentralisert spesialisthelsetjeneste i Finnmark i samarbeid med kommunene og styrke forskning, kompetanseutvikling og utdanning. Sykestuene skal inngå som viktige ledd i behandlingsskjeden, og arbeidet med faglig videreutvikling av innholdet i denne funksjonen skal videreføres i samarbeid med kommunene og Helse Nord RHF. Finnmarkssykehuset HF skal bidra spesielt til helsesamarbeidet i nordområdene og til spesialisthelsetjenester for den samiske befolkning.

- Tilbudet om at samisk tolketjeneste skal utvides til hele Helse Nord i løpet av 2019 og i samarbeid med de andre foretakene styrke informasjon om ordningen er iverksatt. Det rapporteres hittil om 106 gjennomførte tolkinger fra Finnmarkssykehuset HF og 1 fra UNN HF.
- Erfaringer fra Helgelandssykehuset HF er innarbeidet i foretakets intensiverte planer i arbeidet med å redusere sykefraværet til under 7,5% innen 2021. Med målrettet nærværarbeid forventes måloppnåelse innen 2021.

Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen

Finnmarkssykehuset HF ligger 10% under målkravet på 95% angående å overholde pasientavtalene. Det er gjennomført forbedringsarbeid innen fagområdet BUP, som viser vedvarende gode resultater i henhold til målkravet. Det er igangsatt samme forbedringsarbeid innen fagområdet barn.

Somatisk ventetid skal reduseres sammenliknet med 2018 og være < 50 dager innen 2021. Klinikken har månedlig gjennomgang av ventelister og vurderer relevante tiltak

for fagområder med lengst ventetid. Indikatoren «Passert planlagt tid» er identifisert som mål på å unngå uønsket variasjon. Analysearbeid innenfor BUP har vist gode og varige resultater over noe tid og det er iverksatt samme analysearbeid i barneavdelingen.

Foretaket har, med bakgrunn i atlas for dagkirurgi, iverksatt tiltak for å unngå uønsket variasjon innenfor meniskoperasjoner og fjerning av mandler. For skulderkirurgi avventer vi rapport etter revisjonen som ble utført i 2018. På samme måte pågår iverksettingen av tiltak for å redusere uønsket variasjon med utgangspunkt i egne resultater fra gynekologiatlaset, foretakets gynekologer er involvert i prosessen.

70% av pakkeforløpet for hver av de 26 kreftformene skal være gjennomført innen standard forløpstid. Finnmarkssykehuset har for de siste 12 mnd 53% samlet oppnåelse. Det er fortsatt forløpet for pasienter med prostatakreft som har svakest tall. Forløpstida for pasienter med lungekreft har negativ utvikling. Gjennomgang av OF1 viser at foretaket er god til å ta pasienter som er henvist i pakkeforløp raskt inn. Videre viser gjennomgang av pasientforløp at pasienter som i sin helhet håndteres i Finnmarkssykehuset har gode data, det synes som om det er en forsinkelse i overføringen fra foretaket til UNN. Forholdene vil bli drøftet med UNN.

Sykehusene er i prosess med registrering av trombololysebehandlede pasienter med hjerneinfarkt som skal ha fått denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelsen. Kravet om 60% innfris ikke, data framkommer ikke i registeret for 2018 eller 2019.

Hittil i år er gjennomsnittet for korridorpasienter 1,0%, og kravet om 0 innfris ikke.

Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for ulike områder innenfor psykisk helsevern og rus kan ikke framskaffes fordi data fra Norsk pasientregister (NPR) ikke er tilgjengelig ennå. Det er oppnevnt forløpskoordinatorer i henhold til krav.

Svake resultater og uønsket variasjon er påvist når det gjelder operasjonsstryk og epikrise utsendt etter 1 dag og 7 dagers innleggelse. Felles driftsmøter med involverte faggrupper og pre operativ poliklinikk forventes å medvirke til redusert strykprosent. Daglig gjennomgang av restanselister og gjennomføring og oppfølging av interne revisjoner skal bidra til måloppnåelse for epikrisetidene.

I samarbeid med personvernombudet er alle verktøy som benyttes til å registrere og oppbevare forskningsdata risikovurdert, og det er utarbeidet plan for datahåndtering.

Status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet ble styrebehandlet 28. mai 2019 i sak 44-2019.

2. Sikre god pasient- og brukervedvirkning.

Arbeidet med publisering av minst 150 nye behandlingsbeskrivelser på foretakets nettside er godt i gang.

3. Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell.

En plan for reduksjon av innleie av personell ble vedtatt 28. mai i styresak 40-2019. Iverksetting av ny ordning for legenes spesialutdanning er i henhold til kravene, og foretaket har en plan for å starte opp arbeidet med etablering av rutiner som sikrer at LIS i allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin sikres nødvendig tjeneste i helseforetaket.

4. Innfri de økonomiske mål i perioden.

Foretakets resultatkrav skal være 24 mill. Hittil i år er resultatet -23,1 mill. som er et negativt avvik på -39,1 mill. i forhold til resultatkravet. Klinikkene har utarbeidet tiltaksplaner for å innfri økonomiske mål, disse følges opp månedlig. Nye tiltak vil bli utarbeidet ved behov. Sykehusinnkjøp involveres i alle anskaffelser.

5. Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp

Foretaket deltar i oppfølgingen av Helsedirektoratets plan for nasjonal tilrettelegging og bruk av teknologi for å levere helsetjenester på nye måter henhold til kravet.

Finnmarkssykehuset HF har utarbeidet en handlingsplan for kvalitet, samhandling og e-helse som gjelder for 2016-2023. Saken er behandlet 3. juni i sak 12-2019, i overordnet samarbeidsorgan med kommunene (OSO) i Finnmark. Foretaket deltar i arbeidet med å se på en felles strategi - og handlingsplan for samhandlingsfeltet i Helse Nord.

1.september 2019 var oppstarten for prosjektet «Stormottakere og bruk av avstandskompenserende teknologi» som et samarbeidsprosjekt mellom Finnmarkssykehuset HF, kommunene og undervisningscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Finnmark. Prosjektet er basert på en tilpasset versjon av pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT) fra UNN. Prosjektet skal kombinere flere pågående prosjekt i somatikk og psykisk helsevern og rus som en felles satsning for sammenhengende tjenester med bruk av avstandskompenserende teknologi. I denne satsingen inngår "Det gode pasientforløp" som foretaket samarbeider om med Sør-Varanger, Alta, Nordkapp, Hasvik, Loppa og Hammerfest, i regi av KS og Folkehelseinstituttet (FHI). Rammene for arbeidet er tjenesteavtale 3 og 5.

Hittil i år er det meldt 66 samhandlingsavvik fra kommunene til Finnmarkssykehuset HF og Finnmarkssykehuset HF har meldt 8 avvik til kommunene.

6. Samlet risikovurdering av måloppnåelsen i Oppdragsdokumentet 2019

Samlet risikovurdering - målnivå

Enhet: Finnmarkssykehuset HF - overordnet risikoanalyse - Status 2. tertial

Dato: 27.08.2019

Mål / krav:	Målnr	Risiko før tiltak			Risiko etter tiltak		
		Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå
Gjennomsnittlig ventetid i somatikken skal reduseres sammenlignet med 2018 og være < 50 dager innen 2021. Tiltaksplan skal utarbeides innen utgangen av 2. tertial 2019.	M 1	2	3	Middels	2	3	Middels
Gjennomsnittlig ventetid PHR skal være <45 dager i 2019 for psykisk helsevern voksne. Innen 2021 < 40 dager. Tiltaksplan skal utarbeides innen 2. tertial 2019	M 2	2	3	Middels	1	2	Lav
Gjennomsnittlig ventetid i PHR 2019 skal være <40 dager for psykisk helsevern barn og unge. Innen 2021 < 30 dager.	M 3	2	3	Middels	1	2	Lav
Gjennomsnittlig ventetid PHR skal i 2019 være < 35 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Innen 2021 < 30 dager.	M 4	2	3	Middels	1	2	Lav
Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå.	M 5	4	4	Høy	4	4	Høy
Minimum 150 nye behandlingsbeskrivelser skal publiseres på HF-enes nettsider.	M 6	2	2	Lav	2	2	Lav
Sykefraværet samlet innen 2021 < 7,5%.	M 7	3	3	Middels	2	3	Middels
Øke andelen faste heltidsansatte sykepleiere med 1 prosentpoeng sammenlignet med 2018.	M 8	2	2	Lav	2	2	Lav
Andel helsefagarbeidere skal innen 2021 være > 5 %.	M 9	3	2	Lav	2	2	Lav
Innfri økonomisk mål for perioden på 24 millioner (resultatkrav HN RHF)	M 10	3	4	Høy	3	4	Høy
Investeringer gjennomføres i hht. vedtatte rammer (tid, kost, innhold)	M 11	2	4	Middels	2	3	Middels
Antall ad-hoc anskaffelser skal reduseres i 2019 og være < 25 innen 2019.	M 12	2	2	Lav	2	2	Lav
Andel legemiddellister som er samstemt inn etter ny prosedyre (i DIPS medikamentmodul) skal være > 90 %.	M 13	5	2	Middels	4	3	Middels
Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskriving fra somatisk helsetjeneste.	M 14	2	3	Middels	2	3	Middels
Reduksjon i AML brudd på 15% fra resultat 2017.	M 15	3	2	Lav	3	2	Lav
80% av innkjøp skal gå igjennom Clockwork	M 16	4	2	Middels	2	2	Lav
Minst 50% av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskriving innenfor psykisk helsevern for voksne.	M 17	2	3	Middels	2	3	Middels
Minst 50% av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskriving innenfor TSB.	M 18	2	3	Middels	2	3	Middels

4. Overordnet risikovurdering

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Tabellen ovenfor viser en samlet risikovurdering av måloppnåelsen i oppdragsdokumentet. Gjennomsnittlig ventetid hittil i år er 54 dager, en dag kortere enn tilsvarende i 2018 og viser at måloppnåelse om lavere ventetid enn i 2018 er oppnådd. På grunn av noe variasjon i månedlige ventetider er det vurdert som middels risiko for å oppnå målet om under 50 dager ventetid i 2021. Det jobbes kontinuerlig med rekruttering og med jevnlig gjennomgang av ventelistene. Indikatoren *Passert planlagt tid* benyttes som et av flere virkemiddel for å jobbe strukturert med forbedring av ventetider.

Risiko for ikke å oppnå målkrav om ventetider innenfor psykisk helsevern og rus i mål M2 til M4 er vurdert til liten. Dette er basert på risikoreduserende tiltak som skal frigi personellressurser og øke tid til pasientbehandling. Eksempler er økning av påbegynt bruk av talegjennkjennning, utvidet bruk av elektroniske testskjema, samt økt bruk av Skype i pasientbehandlingen. Rekrutterings- og stabiliseringsplaner er utarbeidet i samarbeid med HR og følges opp. Dette og tett oppfølging av nærværplaner forventes å bidra til måloppnåelse. Eksisterende risikodempende tiltak som oppfølging av ventelister, utarbeiding og oppfølging av strukturerte årsplaner, samt risikovurdering av ferieavviklingen videreføres.

Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

En høyere aktivitetsvekst innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) innenfor rus i M5 er fortsatt vurdert til høyt risikonivå. Hittil i år har somatikken en økning i poliklinisk aktivitet sett mot fjoråret med 4,7 %. Summert for psykisk helsevern og rus er det en økning i poliklinisk aktivitet fra samme periode i 2018 på 4,9 %. Det er høyere aktivitetsvekst i psykisk helsevern og rus enn i somatikken. Det er TSB og VPP som har størst positiv endring fra samme periode i 2018, mens BUP har en liten nedgang. For de to andre parametere, kostnader og ventetid, oppfyller ikke Finnmarkssykehuset HF den gylne regel. Iverksetting av aktivitetstiltakene ovenfor og tett oppfølging fra linjeledelsen vil bidra til økt måloppnåelse.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Foretaksledelsen har vurdert risikoen som lav for ikke å oppnå kravene ved 9 områder. Dette er en forbedring fra risikobildet ved første vurdering. Angående publisering av minst 150 nye behandlingsbeskrivelser på foretakets nettsider er det 200 som ligger til godkjenning og 90 som hittil i år er godkjent. 1 % poeng økning i andel fast, heltidsansatte sykepleiere er innfridd med 1,52%. Økning av andel heltids helsefagarbeidere > 5% planlegges oppnådd ved tiltak i samarbeid med opplæringskontoret. Per juli var sykefraværet 0,4 prosentpoeng høyere enn samme periode 2018. Med planlagt videreutvikling av nærværarbeidet forventer foretaket å oppnå reduksjon av sykefraværet i henhold til måltall <7,5 innen 2021. Andel samstemte legemiddellister skal være >90%. Det er en merkbar bedring i arbeidet siste månedene. Med 72% er klinikkene på god vei mot målet.

Foretaket ligger godt an til å oppnå 15% med 12% reduksjon i AML brudd sammenliknet med 2017.

Krav om utsendelse av epikrise etter en dags innleggelse er på henholdsvis 50% for psykisk helsevern og rus og 70% i somatikken. Det er en positiv utvikling innenfor dette område og det vurderes som middels risiko for at dette kravet ikke oppnås.

Av de resterende risikovurderte kravene er det størst risiko knyttet til økonomisk innfrielse av resultatkravet til Helse Nord RHF på 24 mill. Klinikkene har utarbeidet tiltaksplaner for å innfri økonomiske mål, disse følges tett opp.

5. Medbestemmelse og brukervedvirkning

Saken har vært drøftet med de tillitsvalgte i informasjons- og drøftingsmøte mandag 16. september, og i FAMU samme dag.

6. Direktørens vurdering

Finnmarkssykehuset HF arbeider kontinuerlig med å gjennomføre oppdraget som er gitt gjennom Oppdragsdokumentet 2019. Det er foretakets økonomisk krav på kr 24 mill. som fortsatt har høy risiko.

Samme risiko er det også for oppnåelse av høyere vekst innenfor psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Tendensen hittil i år viser imidlertid høyere aktivitetsvekst i psykisk helsevern og rus enn i somatikken. Det er rus (TSB) og VPP som har størst positiv endring fra samme periode i 2018, mens BUP har en liten nedgang.

Utviklingen innenfor samstemming av legemidler og de somatiske klinikkenes arbeid med å redusere ventetid viser hittil i år en positiv tendens. Det gjenstår fortsatt arbeid med å innfri målene innenfor noen av kvalitetsindikatorerne. Dette har foretaket et kontinuerlig fokus på.

Det overordnede bildet viser mange gode resultater, men at måloppnåelsen er svakere enn ønsket når det gjelder «Den gyldne regel» og økonomisk krav. Det er stort fokus på oppfølgingen av de økonomiske tiltakene framover.

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	Særskilt rapporteringsfrist	Rapporteringstekst 2. tertial. Frist 27. sept 2019.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse 2. tertial	Rapporteringstekst Årlig melding. Frist 6. feb 2020.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse for året
RHF	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	1	Redegjøre for hvorvidt IKT prosjekter/program er kvalitetssikret i tråd med regional arkitekturstyring samt er i tråd med den nasjonale samhandlingsarkitekturen/nasjonale standarder og prinsipper.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding		Alle IKT prosjekter i FIN kvalitetssikres iht rutine av IKT i SDE i henhold til regional arkitekturstyring og nasjonale standarder.			
OD HOD	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	2	Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid), og rapportere på hvilke tiltak som er iverksatt for å nå målsetningen om å overholde minst 95 % av avtalene innen 2021.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Alle foretak i Helse Nord RHF reduserer andelen i 2. tertial. Pr. 31.07.19 overholder FIN 85 % av planlagte pasientavtaler. Dette er den laveste andelen i Helse Nord sammenheng.	Det er gjennomført forbedringsarbeid innen fagområdet BUP, som viser vedvarende gode resultater. Det er igangsatt samme forbedringsarbeid innen fagområdet barn, som ferdigstilles i september		
OD HOD	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3	Median tid til tjenestestart skal reduseres sammenliknet med 2018.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		FIN hadde gjennomsnittlig 52 dager i 2018. 1. tertial for 2019 viser en økning til 56 dager.	FIN har ikke overholdt mål om å redusere tid til tjenestestart.		
RHF	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	4	Gjennomføre tiltakene fra prosjekt Transport psykisk syke i samarbeid mellom psykisk helsevern og prehospitaltjenester. Finnmarkssykehuset skal samarbeide med UNN og Helgelandssykehuset skal samarbeide med NLSH.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial og Årlig melding					
RHF	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	5	Sette egne mål for vesentlig økt antall e-helsekonsultasjoner.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding					
RHF	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	6	Håndtere prisinformasjon på legemidler slik de er vedtatt av de regionale helseforetakene. Det må sørges for tilstrekkelig kommunikasjon og opplæring for de ansatte dette gjelder.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding					
RHF	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	7	Sikre god overføring fra barne- til voksenorientert helsetjeneste.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding					
OD HOD	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	8	Tilrettelegge for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, som også innebærer bruk av tolketjenester når det er behov for det, er en forutsetning for å ivareta reell medvirkning. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettede tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen og når beslutninger tas.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding					
RHF	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	9	Øke bruken av digital kommunikasjon med allmennleger, avtalespesialister, pasienter og pårørende og ta i bruk andre ferdigutviklede tjenester på helsenorge.no. Innføringen gjennomføres i Helse Nord's prosjekt Digitale Innbyggertjenester.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, HNIKT	Årlig melding					
OD HOD	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	10	Delta i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet og dele erfaringer med bruk av digitale pasientrettede tjenester (selvtester, o.l.) mellom helseregionene.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, HNIKT	Årlig melding					

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	Særskilt rapporteringsfrist	Rapporteringstekst 2. tertial. Frist 27. sept 2019.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse 2. tertial	Rapporteringstekst Årlig melding. Frist 6. feb 2020.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse for året
RHF	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	11	Utvide samisk tolketjeneste til hele Helse Nord i løpet av 2019 og i samarbeid med de andre helseforetakene styrke informasjonen om ordningen. Det skal rapporteres på antall henvendelser og hvilket helseforetaksområde som etterspør tolketjeneste.	FIN	Tertialrapporter og Årlig melding		Tilbudet er iverksatt. Regionale prosedyrer er etablert og de andre helseforetakene er informert.	Finnmarkssykehuset har oppfylt oppdraget.		
RHF	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	12	Legge til grunn prinsipper for håndtering av prisinformasjon på legemidler slik de er vedtatt av de regionale helseforetakene. I samarbeid med de regionale helseforetakene og Sykehusinnkjøp HF følge opp tiltaksplanen for rapport om enhetspriser. Vurdere om webløsningen Sykehusapotekenes legemiddelkostnader (SLMK) kan være elektronisk informasjonskanal for å gi alle helseforetak den samme nødvendige prisinformasjon på legemidler.	SANO	Årlig melding					
OD HOD	3.2 Somatikk	1	Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2018 og være under 50 dager innen 2021. Tiltaksplan skal utarbeides innen utgangen av 2. tertial 2019.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	31.08.2019	Ventetiden for somatikk var i juli 2019 på 53 dager. Gjennomsnittet pr juli 2019 er 54 dager.	Fin har fokus på å redusere ventetiden. Klinikene har satt inn følgende tiltak: Klinik Kirkenes gjennomgår ventelistene innenfor alle fagområder x 1 pr måned. På driftsmøtene gjennomgås ventelistene og klinikkeledelsen vurderer hvilke tiltak som skal iverksettes for å redusere ventetiden for de fagområdene som har lengst ventetid		
RHF	3.2 Somatikk	2	Utarbeide forslag til sjekklister for prosedyrer, kvalitetsmål og utstyr i akuttmottak for mottak av akutt syke pasienter. Helgelandssykehuset skal lede arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding					
RHF	3.2 Somatikk	3	Ha kompetanse for utredning og diagnostikk av kronisk utmattelsessyndrom.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding					
RHF	3.2 Somatikk	4	Med utgangspunkt i egne resultater i dagkirurgiatlaset, iverksette tiltak for å redusere uønsket variasjon innen skulderoperasjoner, meniskoperasjoner for pasienter over 50 år og fjerning av mandler.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Resultatene fra dagkirurgiatlaset er presentert for foretaksledelse og i kvalitetsutvalget. Klinikksjefene skal brukes dette i egne klinikker. For tonsillektomier og meniskoperasjoner ligger FIN på nasjonalt nivå. FIN ligger høyt på skulderoperasjoner - vi har flere ganger purret på den regionale revisjonsrapporten som skulle ta for seg skulderoperasjoner, men denne rapporten er fortsatt ikke tilgjengelig.	Finnmarkssykehuset har oppfylt oppdraget.		
RHF	3.2 Somatikk	5	Med utgangspunkt i egne resultater i gynekologiatlaset, iverksette tiltak for å redusere uønsket variasjon. Avtalespesialistene skal involveres i arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Resultater fra gynekologiatlaset er diskutert i foretaksledelsen samt i klinikk Kirkenes.	Finnmarkssykehuset er i ferd med å oppfylle oppdraget.		

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	Særskilt rapporteringsfrist	Rapporteringstekst 2. tertial. Frist 27. sept 2019.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse 2. tertial	Rapporteringstekst Årlig melding. Frist 6. feb 2020.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse for året
OD HOD	3.2 Somatikk	6	Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		For de 12 månedene august 2019 til juli 2019 har FIN oppnåelse for OF4 på 53%. FIN har i mange år hatt problemer særlig med prostatakreft. I årets første fire mnd har vi også svake tall for lungekreft. Det virker som om det er pasienter som henvises til UNN der forsinkelsene kommer. Saken vil bli diskutert med UNN.	Fin sliter med å få gode tall her, vil nå ta opp saken med UNN.		
OD HOD	3.2 Somatikk	7	Minst 60 pst. av pasienter med hjerneinfarkt, som er trombolysebehandlet, skal ha fått denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Klinikk Kirkenees har i høst iverksatt et arbeid for å sikre registreringen i hjerneslagsregisteret.	Finnmarkssykehuset er i god prosess.		
OD HOD	3.2 Somatikk	8	Ikke ha korridorpasienter.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Tall for 2. tertial foreligger først 12. september. Det er kun Klinikk Hammerfest som har korridorpasienter i FIN HF.			
OD HOD	3.2 Somatikk	9	Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskriving fra somatisk helsetjeneste.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Pr juli 2019 er 53 % av alle epikriser sendt innen 1 dag. Klinikk Hammerfest 47 %, Klinikk Kirkenes 71 % og KPHR 22 %. Gjennomsnitt for 2019 er 40 %	FIN kan vise til gode resultater i juli måned, men må likevel ha fokus på tiltak for å bedre denne andelen.		
OD HOD	3.2 Somatikk	10	Rapportere hvordan nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen er implementert, og hvordan anbefalingen om utreisevurdering er fulgt opp.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial og Årlig melding					
OD HOD	3.2 Somatikk	11	Ha det økonomiske ansvaret for hormonpreparater når kvinner i fertil alder får tilbud om å ta ut egg hvis behandling av alvorlig sykdom kan gå utover fertiliteten.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding					
OD HOD	3.2 Somatikk	12	Det skal innføres måltall for registrering av skadedata i Norsk pasientregister fra 2020. Helseforetakene skal arbeide målrettet for å øke registreringsandelen.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding					
FTP HOD	3.2 Somatikk	13	Planlegge å ta i bruk ny melding om dødsfall og dødsårsak i samarbeid med Folkehelseinstituttet og Direktoratet for eHelse.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, HNIKT	Årlig melding					
RHF	3.2 Somatikk	14	Etablere regionalt kompetansesenter for senvirkninger av kreftbehandling.	UNN	2. tertial og Årlig melding					
RHF	3.2 Somatikk	15	Etablere metode for peptid reseptor radionukleotid behandling av maligne lidelser.	UNN	Årlig melding					
RHF	3.2 Somatikk	16	Ivareta sekretariatsfunksjonen for lokal perinataalkomite for Troms og Finnmark.	UNN	1. tertial og Årlig melding					
RHF	3.2 Somatikk	17	Ivareta sekretariatsfunksjonen for lokal perinataalkomite for Nordland.	NLSH	1. tertial og Årlig melding					

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	Særskilt rapporteringsfrist	Rapporteringstekst 2. tertial. Frist 27. sept 2019.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse 2. tertial	Rapporteringstekst Årlig melding. Frist 6. feb 2020.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse for året
OD HOD	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	1	Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Dette måles ved gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport, tertialrapport og Årlig melding		Økonomi	Hittil i år har somatikken en økning i poliklinisk aktivitet sett mot fjoråret med 4,7 %. Sommert for psykisk helsevern og rus er det en økning i poliklinisk aktivitet fra samme periode i 2018 på 4,9 %. Det er høyere aktivitetsvekst i psykisk helsevern og rus enn i somatikken. Det er TSB og VPP som har størst positiv endring fra samme periode i 2018, mens BUP har en liten nedgang.		
OD HOD	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	2	Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 45 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 35 dager for TSB i 2019. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 30 dager for psykisk helsevern barn og unge og TSB.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		I de åtte første månedene i 2019 har ventetiden vært gjennomsnittlig som flg: VOP 51 dager, BUP 53 dager og TSB: 45 dager	Kostnadsøkningen hittil i år er høyere i somatikken enn for psykisk helsevern og rus. I psykisk helsevern og rus er kostnadene redusert med 0,3 %, mens somatikken har en økning på 7,5 %. Kostnadene øker i somatikken, og går ned i psykisk helsevern og rus.		
OD HOD	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3	Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		FIN har ikke tall da tall fra NPR ikke er tilgjengelig	Gjennomsnittlig ventetid for avvirket helsehjelp innen psykisk helsevern og rus er på 47 dager for april 2019 mot 51 dager i somatikken. Psykisk helsevern og rus har økt ventetiden med 4,3 % sammenlignet med samme periode i 2018. Somatikken har en reduksjon på -4,9 % hittil i år mot samme periode i fjor. Ventetiden reduseres i somatikken, men øker i psykisk helsevern og rus.		

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	Særskilt rapporteringsfrist	Rapporteringstekst 2. tertial. Frist 27. sept 2019.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse 2. tertial	Rapporteringstekst Årlig melding. Frist 6. feb 2020.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse for året
OD HOD	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	4	Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		FIN har ikke tall da tall fra NPR ikke er tilgjengelig	Oppsummert øker aktiviteten mer i psykisk helsevern og rus enn i somatikken. For de to andre parametere, kostnader og ventetid, oppfyller ikke Finnmarkssykehuset den gyldne regel.		
OD HOD	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	5	Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		FIN har ikke tall da tall fra NPR ikke er tilgjengelig			
OD HOD	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	6	Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		FIN har ikke tall da tall fra NPR ikke er tilgjengelig			
OD HOD	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	7	Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for TSB skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		FIN har ikke tall da tall fra NPR ikke er tilgjengelig			
OD HOD	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	8	Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet skal være minst 60 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		FIN har ikke tall da tall fra NPR ikke er tilgjengelig			
OD HOD	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	9	Minst 50 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Snittet for klinikken pr. 2. tertial 2019 år er 22%. Døgn Tana har høyest snitt med 40 %. utfordringen er at pasienter kan skrive seg ut øyeblikkelig (frivillig innleggelse) og at spesialister ikke er tilgjengelig til alle døgnets tider.			
OD HOD	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	10	Redusere antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling).	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding					
OD HOD	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	11	Oppnevne forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter innenfor BUP, VOP og TSB.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial og Årlig melding		Forløpskoordinatorer er etablert for alle fagområder i FIN.			
RHF	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	12	Etablere fire akuttplaner som beskrevet i fagplan TSB.	UNN	2. tertial og Årlig melding					
RHF	3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	13	Innen 1. juni 2019 etablere døgnkontinuerlige akuttjenester.	HSYK	2. tertial og Årlig melding					

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	Særskilt rapporteringsfrist	Rapporteringsstekst 2. tertial. Frist 27. sept 2019.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse 2. tertial	Rapporteringsstekst Årlig melding. Frist 6. feb 2020.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse for året
RHF	3.4 Samhandling med leverandører av private helsetjenester	1	Delta i gjennomgang av samarbeidsrutinene med rehabiliteringsinstitusjoner.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Finnmarkssykehuset deltar i Regionalt nettverk for koordinerende enheter og Regionalt nettverk for ledere i rehab. FIN deltar også i fagrådene for ART-nettverket og for Habiliteringstjenesten. Deltar i arb.møtene i HelseArbeid Har samarbeidsmøter med OIF.			
RHF	3.4 Samhandling med leverandører av private helsetjenester	2	Delta med relevant kompetanse i pilotprosjekter knyttet til avtalespesialistordningen, jf at det tas sikte på å gi avtalespesialistene rett og plikt til tildeling av pasientrettigheter.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding					
FTP HOD	3.5 Kvalitetsutvikling	1	Informerer styre om ansvaret for oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet, jf. forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.	Alle	Årlig melding					
FTP HOD	3.5 Kvalitetsutvikling	2	Sørge for at styremedlemmene får nødvendig opplæring i internkontroll og risikostyring	Alle	Årlig melding					
OD HOD	3.5 Kvalitetsutvikling	3	Basert på analyser av uønsket variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk på tvers av helseforetakene, identifiserer minst ett område der foretaket har gode resultater eller stor framgang, hvilke faktorer som har bidratt til denne måloppnåelsen og hvordan denne kunnskapen kan brukes til å bedre måloppnåelsen på andre områder.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding		Det ble bestemt å iverksette forbedringsarbeid i forbindelse med kvalitetsindikatorer som viste tydelig uønsket variasjon i foretaket. Indikatoren " passert planlagt tid ble valgt ut".	Foretaket kan vise til gode og varige resultater hva angår "passert planlagt tid" innen BUP, etter endt forbedringsprosjekt. Det er allerede igangsatt nytt forbedringsprosjekt innen fagområdet barn etter samme metode.		
OD HOD	3.5 Kvalitetsutvikling	4	Basert på analyser av uønsket variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk på tvers av helseforetakene, identifiserer minst to områder der foretaket har svake resultater/høy risiko, og utarbeider en tiltaksplan for å bedre måloppnåelsen på disse områdene. I utarbeidelsen av tiltaksplanen skal det eksplisitt vurderes hva man kan lære av andre helseforetak som har bedre måloppnåelse.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding		1. Operasjonsstryk viser fortsatt utfordringer i FIN, og med 7,6 % ligger vi over både regionalt (6,6%) og nasjonalt (5,7 %) snitt hittil i 2019. 2. Epikrisetid viser fortsatt utfordringer i FIN, spesielt innen 1 dags epikrise, og med 40 % ligger vi under både regionalt (61 %) og nasjonalt (54 %) snitt.	Tiltaksplan opr.stryk: - Sikre ukentlige fredagsmøter med gjennomgang av operasjonsprogram 2 uker frem i tid. - Felles driftsmøter med involverte faggrupper. - Preopr. Poliklinikk Tiltaksplan epikrisetid: - Hver enkelt klinikk skal sikre daglig gjennomgang av restanselister og sørge for at epikriser blir sendt i henhold til krav		
OD HOD	3.5 Kvalitetsutvikling	5	Delta i de nasjonale brukerundersøkelsene i regi av Folkehelseinstituttet, og bruke resultatene i forbedringsarbeid. Dette omfatter også løpende brukererfaringsundersøkelser innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som vil bli utviklet og implementert i løpet av 2019.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding					
FTP HOD	3.5 Kvalitetsutvikling	6	I en samlet risikoanalyse basert bl.a. på GTT-data og nasjonale og lokale kvalitets- og pasientsikkerhetsindikatorer, identifiserer minst ett område der foretaket har gode resultater eller stor framgang, hvilke faktorer som har bidratt til denne måloppnåelsen og hvordan denne kunnskapen kan brukes til å bedre måloppnåelsen på andre områder	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding					
FTP HOD	3.5 Kvalitetsutvikling	7	Med utgangspunkt i analyser av samlet risikoanalyse basert bl.a. på GTT-data og nasjonale og lokale kvalitetsindikatorer, identifiserer minst to områder der foretaket har svake resultater/høy risiko, og utarbeider en tiltaksplan for å bedre måloppnåelsen på disse områdene. Det skal eksplisitt vurderes hva man kan lære av andre helseforetak som har bedre måloppnåelse	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding					

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	Særskilt rapporteringsfrist	Rapporteringstekst 2. tertial. Frist 27. sept 2019.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse 2. tertial	Rapporteringstekst Årlig melding. Frist 6. feb 2020.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse for året
FTP HOD	3.5 Kvalitetsutvikling	8	Planlegge nødvendige tiltak for å ta bruk modernisert folkeregister innen 31.12.2021	HNIKT	Årlig melding					
RHF	3.6 Pasientsikkerhet	1	Andel legemiddellister som er samstemt inn etter ny prosedyre (i DIPS medikamentmodul) skal være mer enn 90 %.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Pga noe etterslep i registrering av samstemming er det bestemt at vi skal ta ut data som er en mnd gamle. Tall for juli viste således en andel for samstemming INN på 81% på klinikk Hammerfest og 57 i klinikk Kirkenes, samlet sett 72% for Finnmarkssykehuset.	Begge klinikkene har samarbeidet tett med klinisk farmasøyt for å sikre en bedre måloppnåelse. Det er gjennomført opplæring for leger og merkantil tjeneste. Tallene viser merkbar bedring de siste månedene.		
OD HOD	3.6 Pasientsikkerhet	2	Andel somatiske pasientopphold med pasientskade i 2019, målt med metoden GTT, skal reduseres sammenliknet med 2017.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding					
OD HOD/RHF	3.6 Pasientsikkerhet	3	Videreføre arbeidet med innsatsområdene fra pasientsikkerhetsprogrammet i samarbeid med Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	Årlig melding					
RHF	3.6 Pasientsikkerhet	4	Iversette tiltak i handlingsplanen for regional kompetansetjeneste for pasientsikkerhet	NLSH	Årlig melding					
RHF	3.6 Pasientsikkerhet	5	Innføre tjenestebasert adressering del tre så raskt som mulig og senest innen utgangen av 2019, for å sikre korrekt adressering av meldinger	HNIKT	Tertialrapporter og Årlig melding					
RHF	3.7 Smittevern	1	Utføre tværfaglig og systematisk gjennomgang av pasientforløpet ved dyp postoperativ sårinfeksjon (NOIS-POSI), og eventuelt iverksette tiltak. Dette skal rapporteres sammen med den ordinære NOIS-POSI rapporteringen.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding					
OD HOD	3.7 Smittevern	2	30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enymhemmer og kinoloner).	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding					
RHF	3.8 Forskning og innovasjon	1	Risikovurdere alle verktøy som brukes til å registrere og oppbevare forskningsdata, i samarbeid med personvernombud (PVO).	Alle	1. tertial					
RHF	3.8 Forskning og innovasjon	2	Utarbeide datahåndteringsplaner for lagring og deling av forskningsdata.	Alle	2. tertial		Ved registrering av prosjektet i RedCap vil personvernombudet (PVO) etterspørre prosjektleders datahåndteringsplan. Finnmarkssykehuset vil utarbeide en datahåndterings mal sammen med PVO ved UNN.	Finnmarkssykehuset har oppfylt oppdraget.		
OD HOD	3.8 Forskning og innovasjon	3	Øke antall nye kliniske behandlingsstudier med 5 pst. sammenliknet med 2017. UNN skal ha en pådriverrolle i regionen.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding					
OD HOD	3.8 Forskning og innovasjon	4	Helseforetakene skal rapportere på kliniske behandlingsstudier i helseforetakene for 2017, 2018 og 2019, i tråd med anbefalinger i rapport fra arbeidsgruppe for utvikling av en indikator for kliniske behandlingsstudier.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding					

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	Særskilt rapporteringsfrist	Rapporteringstekst 2. tertial. Frist 27. sept 2019.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse 2. tertial	Rapporteringstekst Årlig melding. Frist 6. feb 2020.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse for året
RHF	3.8 Forskning og innovasjon	5	Organisere foretakets redelighetsutvalg på en hensiktsmessig måte, og utarbeide retningslinjer for behandling av saker om mulige brudd på anerkjente forskningsetiske normer.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	1. tertial					
OD HOD	3.8 Forskning og innovasjon	6	I samarbeid med Helse Nord RHF legge til rette for at alle vitenskapelige artikler som utgår fra forskning i de regionale helseforetakene skal være åpent tilgjengelige etter 1. januar 2020, jf veileder fra Norges forskningsråd.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	Årlig melding					
RHF	3.8 Forskning og innovasjon	7	Foretakene skal sikre at de rettmessig adresseres ved publikasjoner som utgår fra eller finansieres av foretaksgruppen.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	Årlig melding					
OD HOD	3.8 Forskning og innovasjon	8	Rapportere på indikatorer for innovasjonsaktivitet og -nytte i helseforetakene for 2018.	UNN	Årlig melding					
RHF	4.1 Klima- og miljøtiltak	1	Sette mål og lage handlingsplaner for de nasjonale miljøindikatorne og registrere disse i den nasjonale databasen innen 1. mars 2019	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding	01.03.2019	Finnmarkssykehuset har satt mål for klima og miljø. Det er utarbeidet handlingsplaner på klinikknivå for å oppnå målene. Handlingsplanene	Finnmarkssykehuset har oppfylt kravet.		
RHF	4.2 Personvern og informasjonssikkerhet	1	Sikre at HN LIS har tilfredsstillende informasjonssikkerhet. Prosessen gjennomføres i samarbeid med lokal forvaltningsansvarlig for HN LIS, forankres i eget foretak og involverer relevante ressurser (for eksempel personvernombud og jurist).	Alle	Årlig melding			Pågår i samarbeid med HN RHF		
RHF	4.2 Personvern og informasjonssikkerhet	2	Styrebehandle status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet innen 1. juni	Alle	2. tertial	01.06.2019	E-læringskurset i informasjonssikkerhet er fremdeles ikke i tilstrekkelig grad gjennomført i FIN. Det er iverksatt ulike tiltak og oppfølging på ledernivå ved klinikkene i samarbeid med personvernombudet i UNN. Avviket ansees som under lukking. Regionalt kurs er under oppdatering og saken følges fortløpende i FIN. Ny oppføring gjennomføres i august 2019.			
RHF	4.2 Personvern og informasjonssikkerhet	3	Rapportere avvik som ikke er lukket etter riksrevisjonsrapport, innen 1. mars. Avvikene skal beskrives i en tiltaksplan, med ansvarlig og forventet tidspunkt for lukking	Alle	1. tertial	01.03.2019				
RHF	4.2 Personvern og informasjonssikkerhet	4	Revidere driftsavtale (SLA) og databehandleravtaler mellom helseforetakene og Helse Nord IKT for å sikre at endringene innarbeides i avtalene. Databehandleravtalen skal oppdateres innen 1. mars.	Alle	1. tertial	01.03.2019				
RHF	4.2 Personvern og informasjonssikkerhet	5	Implementere revidert felles styringssystem for informasjonssikkerhet i Helse Nord	alle	Årlig melding					
RHF	4.2 Personvern og informasjonssikkerhet	6	I samarbeid med Helse Nord IKT utarbeide analyse av å heve sikkerhetsnivået for pålogging til Helse Nord sine systemer og infrastruktur. Analysen skal beskrive: 1. Alternative løsninger, og anbefaling av hvilken løsning som bør innføres 2. Økonomiske konsekvenser 3. Konkret beskrivelse av gjennomføring	Alle	2. tertial		FIN deltar i arbeidet gjennom FRIS og egne oppfølginger med HN IKT på dette. Ena under utarbeidelse og noe er ute på høring.			

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	Særskilt rapporteringsfrist	Rapporteringstekst 2. tertial. Frist 27. sept 2019.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse 2. tertial	Rapporteringstekst Årlig melding. Frist 6. feb 2020.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse for året
RHF	4.2 Personvern og informasjonssikkerhet	7	Starte innlevering av fysisk pasientarkivmateriale innen april 2019. Helseforetakene skal utarbeide plan for ressurser og volum for avleveringsprosessen, jf tilsendte mal, innen 1. mars. 2019	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial og Årlig melding	01.03.2019	Klinikk Kirkenes er klar til avlevering av pasientarkivmateriale før nyttår 2019. Klinikk Hammerfest er i gang med arbeidet. Utlyses anbud på registrering, pakking og forsendelse av Sykehusinnkjøp HF på nyåret.	Finnmarkssykehuset har oppfylt kravet		
FTP HOD	4.3 Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet	1	I samarbeid med Norsk Helsenett SF iverksette tiltak for redusere feil bruk av standardiserte meldingsformater.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, HNIKT	Årlig melding					
RHF	4.3 Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet	2	Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser for MTU med tilhørende handlingsplaner innen 2. tertial	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	2. tertial og Årlig melding		Kategorisering av utstyr er gjennomført og tilpasset regional ROS. Ny veiledning ventes fra Normen om kategorisering og ROS. FIN avventer videre arbeid med utbedring av eksisterende kategorisering. Dette arbeides følges opp av MTA i FIN og koordineres regional i MTU miljøet.	Finnmarkssykehuset har oppfylt kravet		
RHF	4.4 Beredskap	1	Samordne sine beredskapsplaner med HN IKT for å sikre likeartet håndtering, kompetanse, oversikt, og interne rutiner for informasjon, varsling og håndtering av kritiske hendelser.	Alle	Årlig melding					
RHF	4.4 Beredskap	2	Ha oppdatert oversikt over antall pasientsenger, enom med eget bad/WC og kontakt- og luftsmitteisolater.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial og Årlig melding					
FTP HOD	5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	1	Delta i oppfølgingen av Helsedirektoratets felles plan for nasjonal tilrettelegging og bruk av teknologi for å levere helsetjenester på nye måter.	Alle	Årlig melding					
RHF	5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	2	Ved utskrivning skal alle pasienter som har behov for kommunal oppfølging ha med seg nødvendig og forståelig informasjon og medikamenter (epikrise ved utskrivelse og legemiddelliste, jf. tjenestevtale 5).	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Arbeidet med "Det gode pasientforløp" fortsetter, med forbedringsarbeid der inkomstsamtale, samstemming av legemiddellister, trygg utskrivning og epikrisetid inngår. Det er gjennomført interntrevisjon på epikrise samme dag for PLO-pasienter i Klinikk Hammerfest. Klinikken iverksetter tiltak for å lukke avvik.	FIN er i god prosess.		

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	Særskilt rapporteringsfrist	Rapporteringstekst 2. tertial. Frist 27. sept 2019.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse 2. tertial	Rapporteringstekst Årlig melding. Frist 6. feb 2020.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse for året
FTP HOD	5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	3	Følge opp Riksrevisjonens anbefalinger om praksis for utskriving av pasienter, og ha interne systemer og kontroller som sikrer at ansatte kjenner til regelverk og benytter prosedyrer og rutiner ved utskriving av pasienter.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding		Riksrevisjonenes anbefalinger følges opp som en del av "Det gode pasientforløp" som Finnmarkssykehuset deltar i samarbeid med fem kommuner i Finnmark. Forløpet strukturerer samhandlingen mellom tjenestenivåene. Det er utarbeidet sjekklister for å kvalitetsikre oppfølging av informasjon. Kvalitet på informasjon til kommunehelsetjenest og opplæring av ansatte i nye rutiner er en del av arbeidet.	FIN er i god prosess.		
RHF	5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	4	Delta i utvikling av egnede prosess- og resultatmål for samhandlingsfeltet i samarbeid med Helse Nord RHF	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding		Finnmarkssykehuset vil delta i arbeidet når det igangsettes.			
RHF	5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	5	Utvikle en tiltaksplan i tråd med regional utviklingsplan i samarbeid med OSO, innen 15. september.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding	15.09.2019	Finnmarkssykehuset har utarbeidet en handlingsplan for Kvalitet, samhandling og e-helse som gjelder fra 2016-2023. handlingsplanen oppdateres med nye tiltak for å være i tråd med regional utviklingsplan 2035. Saken er behandlet i OSO Finnmark. Finnmarkssykehuset deltar i tillegg i arbeidet med å se på en felles strategi - og handlingsplan for samhandlingsfeltet i Helse Nord.			

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	Særskilt rapporteringsfrist	Rapporteringstekst 2. tertial. Frist 27. sept 2019.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse 2. tertial	Rapporteringstekst Årlig melding. Frist 6. feb 2020.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse for året
RHF	5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	6	Etablere samarbeid med kommuner om tjenestetilbudet til kronikere og stormottakere av helsetjenester og forbedre samordningen av tjenestene til disse pasientene. Bruke erfaringene fra Pasientsentert helseteam.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding		Finnmarkssykehuset starter prosjektet Stormottakere og medisinsk avstandsoppfølging 1.september 2019. Prosjektet er innrettet mot de 5 % av pasientene som bruker 50 % av ressursene og er basert på en tilpasset versjon av PSHT fra UNN. Prosjektet skal kombinere følgende pågående prosjektene som en felles satsning for sammenhengende tjenester med medisinsk avstandsoppfølging: - Helhetlig Pasientforløp (Klinikk Hammerfest og Kirkenes) - Digitale FACT team (Såmi Klinikk og Klinikk Psykisk helse og rus) - Tiltakspakken «Tidlig oppdagelse av forverret tilstand» - Finnmarkssykehusets e-helsestrategi.	FIN er i god prosess.		
RHF	5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	7	Etablere lavterskeltilbud for diagnostikk og behandling av Hepatitt C i samarbeid med kommunene.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial og Årlig melding					
RHF	5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	8	Registrere antall samhandlingsavvik meldt fra kommunene og fra helseforetakene	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport, tertialrapport og Årlig melding		Hittil i år er det meldt 66 samhandlingsavvik fra kommunene til Finnmarkssykehuset og Finnmarkssykehuset har meldt 8 avvik til kommunene.			
RHF	5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	9	Utvikle en veileder for samarbeid med fastleger, som kan tas i bruk av øvrige helseforetak	UNN	2. tertial og Årlig melding					
RHF	5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	10	Sette egne mål og øke antall gjennomførte utskrivningssamtaler med farmasøyt	SANO	2. tertial og Årlig melding					
RHF	6 Sikre god pasient- og brukermidvirkning	1	Minimum 150 nye behandlingsbeskrivelser skal publiseres på foretakets nettside.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding					
RHF	6 Sikre god pasient- og brukermidvirkning	2	Legge til rette for samarbeid mellom ungdomsrådene i regionen	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding		Deltar på felles ungdomsrådssamling for alle UR i Norge i Trondheim 13.-15.09.19. Det organiseres også egen regional samling her.	Finnmarkssykehuset har oppfylt kravet		
RHF	6 Sikre god pasient- og brukermidvirkning	3	Ta i bruk RHFenes felles veileder for brukermidvirkning i forskning, publisert juni 2018.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	Årlig melding					
FTP HOD	6 Sikre god pasient- og brukermidvirkning	4	Videreføre arbeidet med utvikling og bruk av samvalg og samvalgsverktøy for å involvere pasienter i valg av behandlingsform	UNN	Årlig melding					

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	Særskilt rapporteringsfrist	Rapporteringstekst 2. tertial. Frist 27. sept 2019.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse 2. tertial	Rapporteringstekst Årlig melding. Frist 6. feb 2020.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse for året
FTP HOD/RHF	7.1 Sikre gode arbeidsforhold	1	Innføre meldeplikt for ansatt helsepersonell etter helsepersonelloven § 19 andre ledd i løpet av 2019. Meldeplikt etter bestemmelsen omfatter "all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l."	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding		Finnmarkssykehuset har meldeplikt. Gjeldende prosedyre krever at alle ansatte, også utenom helsepersonell, skal søke om forhåndsgodkjenning av bierverv, samt holde opplysninger om bierverv ved like ved endringer. Ansatte som ikke har bierverv skal registrere at de ikke har bierverv. Det er utarbeidet en felles prosedyre om bierverv for Helse Nord, som tydeliggjør dette. Den er for tiden på høringsrunde.	Finnmarkssykehuset har oppfylt kravet.		
RHF	7.1 Sikre gode arbeidsforhold	2	Plan for reduksjon av innleie av personell skal styrebehandles innen 1. juli.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding	01.07.2019	Plan for reduksjon av innleie av personell er styrebehandlet i juni.	Finnmarkssykehuset har oppfylt kravet. Planen implementeres høsten 2019.		
FTP HOD	7.1 Sikre gode arbeidsforhold	3	Følg opp Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes bruk av legeressursene.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding					
RHF	7.1 Sikre gode arbeidsforhold	4	På bakgrunn av erfaringer bl.a. fra Helgelandssykehuset utarbeide handlingsplan for å redusere sykefravær til under 7,5 pst. innen 2021.	NLSH, FIN og UNN	Tertialrapporter og Årlig melding		På bakgrunn av erfaringer fra Helgelandssykehuset har Finnmarkssykehuset utarbeidet en oppdatert plan for videre nærversarbeid i foretaket. Det videre arbeidet har særlig fokus på tettere oppfølging av ansatte og enheter med høyt sykefravær, systematisk nærversarbeid i alle enheter og opplæring.	I første halvår 2019 var sykefraværet 0,3 prosentpoeng høyere enn samme periode 2018. Sammenlignet med 2017 var sykefraværet 0,2 prosentpoeng lavere. Med planlagt videreutvikling av nærversarbeidet forventer foretaket å oppnå reduksjon av sykefraværet i henhold til måltall innen 2021.		
RHF	7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell	1	Følg opp regional handlingsplan for rekruttering, med særskilt fokus på tiltak for økt kapasitet for utdanning og rekruttering av sykepleiere og spesialsykepleiere. Planen skal også vise prognose for endring i antall helsefagarbeidere.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding					
RHF	7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell	2	Øke andelen faste heltidsansatte sykepleiere med 1 prosentpoeng sammenlignet med 2018.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Finnmarkssykehuset er godt i gang med dette arbeidet. Foretaket har en positiv utvikling og rapporterer på status hver måned i virksomhetsrapporten.	Til og med juli ligger Finnmarkssykehuset på eller over måltallet på økning med ett prosentpoeng. I juli var andelen i gjennomsnitt økt med 1,5 prosentpoeng sammenlignet med samme periode i 2018.		

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	Særskilt rapporteringsfrist	Rapporteringsstekst 2. tertial. Frist 27. sept 2019.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse 2. tertial	Rapporteringsstekst Årlig melding. Frist 6. feb 2020.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse for året
RHF	7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell	3	Andel helsefagarbeidere skal innen 2021 være over 5 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport, tertialrapport og Årlig melding		Finnmarkssykehuset jobber med ulike muligheter og tiltak for å nå målet. Det er fokus på god oppfølging av helsefaglæringer, og pågår arbeid med jobblidning for å vurdere om flere oppgaver kan utføres av helsefagarbeidere.	Finnmarkssykehuset jobber med godt med å vurdere ulike muligheter og tiltak. Foretaket jobber langsiktig med tiltak for å nå kravet innenfor tidsfristen.		
OD HOD	7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell	4	Gjennomføre tiltak for å forbedre praksisundervisning for de som utdannes i helseyrkene innenfor rammene av helseforetakenes ansvar for praksisundervisning og opplæring.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	Årlig melding					
FTP HOD	7.3 Utdanning av legespesialister	1	Iverksette ny ordning for legenes spesialistutdanning i henhold til kravene i spesialistforskriften. Det skal påses at leger i spesialisering del 2 og 3 får gjennomført Helsedirektoratets anbefalte minimumstall for gjennomførte praktiske kliniske ferdigheter, sammenstilt i prosedyrelistene.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding		Finnmarkssykehuset deltar og bidrar i Regut og har søkt om å bli utdanningsvirksomhet for 17 spesialiteter. Utdanningsplaner for de 17 spesialitetene ligger på foretakets internett og i nasjonal database. Kompetanseportalen er etablert og leger læres oppi korrekt bruk av denne. Hele dette komplekse arbeidet følges i foretakets LIS-komitee.	FIN er i god prosess.		
RHF	7.3 Utdanning av legespesialister	2	Stille med nødvendige leger til kursporteføljen i legespesialistutdanningen. Det gjelder kurskomiteer og lærerkrefter på kursene som i ny ordning koordineres av de regionale utdanningssentrene. Veilederkurs er omfattet av kravet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding					
RHF	7.3 Utdanning av legespesialister	3	I søknad om godkjenning som utdanningsvirksomhet skal det for alle spesialiteter utarbeides minst én utdanningsplan hvor alle læringsmål oppnås i eget foretak eller ved hjelp av avtaler inngått mellom foretakene i regionen. Dette gjelder ikke de for spesialiteter der læringsmålene ikke tilbys i regionen.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial					
RHF	7.3 Utdanning av legespesialister	4	Etablere rutiner som sikrer at LIS i allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin sikres nødvendig tjeneste i helseforetaket for å gjennomføre sin utdanning.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding		Det er ikke etablert rutiner. Foretaket har hatt dette som tema i møter i fastlegerådet og i dialogmøter med fastlegene våren 2019. Arbeidet med utarbeidelse av rutine initieres av LIS-Komiteen og starter opp høst 2019.	Foretaket har en plan for å starte opp arbeidet høsten 2019.		
RHF	7.3 Utdanning av legespesialister	5	Etablere rutiner som sikrer at LIS fra andre helseforetak i Helse Nord gis likeverdig og forutsigbar tilgang på nødvendig tjeneste for å oppnå læringsmål som foretaket LIS er ansatt ved, selv ikke kan tilby.	NLSH, UNN	Årlig melding					
OD HOD	7.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)	1	Arbeidet med HMS og pasientsikkerhet må sees i sammenheng. Andel "enheter med modent sikkerhetsklima" (jf. definisjon i pasientsikkerhetsprogrammet) ved hvert helseforetak skal være minst 60 pst.	Alle	Årlig melding					
RHF	8.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning	1	Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til Alta Næringspark og Samisk helsepark i tråd med brev av 10.7.18.	FIN	Årlig melding					

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	Særskilt rapporteringsfrist	Rapporteringstekst 2. tertial. Frist 27. sept 2019.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse 2. tertial	Rapporteringstekst Årlig melding. Frist 6. feb 2020.	Foretakets egen vurdering av måloppnåelse for året
RHF	8.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning	2	Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til Nye Narvik sykehus i tråd med brev av 10.7.18.	UNN	Årlig melding					
RHF	8.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning	3	Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til Ny-, på- og ombygging Bodø i tråd med brev av 10.7.18.	NLSH	Årlig melding					
RHF	8.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning	4	Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til ombygging operasjonsstuer Mo i Rana i tråd med brev av 10.7.18	HSYK	Årlig melding					
RHF	8.3 Anskaffelsesområdet	1	I alle lokale anskaffelser skal Sykehusinnkjøp HF være involvert, og anskaffelsene skal være koordinert mellom helseforetakene og med Sykehusinnkjøp HF i forkant. Brukermedvirkning skal gjennomføres der det er relevant.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding		økonomi	Alle anskaffelser over kr 100 000 innmeldes til sykehusinnkjøp. Det kan i enkelte tilfeller avtales med Sykehusinnkjøp at vi foretar anskaffelsen selv på grunn av tid/ressurer. Sykehusinnkjøp koordinerer med øvrige foretak der det er behov. Vi er pr dato ajour med brukermedvirkning i anskaffelser i regi av SI.		
RHF	8.3 Anskaffelsesområdet	2	Gjennomføre kontraktsoppfølgingsmøter med leverandører i henhold til inngåtte kontrakter. Oppfølgingsmøtene skal ta utgangspunkt i kravspesifikasjon, kontrakt og faktiske leveranser.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding		økonomi	Vi har få kontrakter som krever oppfølging mot leverandør, de lokale kontrakter som nærmer seg utløp meldes inn til SI.		
FTP HOD	8.3 Anskaffelsesområdet	3	Legge økt vekt på klima og miljø ved innkjøp og ved bygge- og vedlikeholdsprosjekter.	Alle	Årlig melding					
RHF	8.3 Anskaffelsesområdet	4	I alle anskaffelser skal inngåtte rammeavtaler følges,	Alle	Årlig melding					
RHF	8.3 Anskaffelsesområdet	5	Redusere antall ad-hoc anskaffelser	FIN, UNN, NLSH, HSYK, HNIKT	Tertialrapporter og Årlig melding		økonomi	Finnmarkssykehuset hadde svært få ad-hoc anskaffelser i 2018, men søker å holde antallet på et minimum. Det er hittil i år foretatt 2 ad hoc anskaffelser.		
		116		116	116	8	48		0	