



Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Dato:	18.09.2024
Saksansvarlig:	Eystein Hauge, medisinsk direktør
Saksbehandler:	Elin Sagbakken, rådgiver kvalitetsavdelingen
Møtedato:	20. september 2024
Saksnr i Elements:	2023/2417

Saksgang

Saksnummer	Møtedato	Utvalg
76/24	25.09.2024	Styret i Finnmarkssykehuset HF

Eksterne systemtilsyn i Finnmarkssykehuset HF 2.tertial 2024

Ingress

I denne saken orienteres styret i Finnmarkssykehuset HF om gjennomførte og pågående eksterne systemtilsyn pr 2. tertial 2024.

Styret i Finnmarkssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

- Styret i Finnmarkssykehuset HF tar saken om eksterne systemtilsyn i Finnmarkssykehuset HF 2. tertial 2024 til etterretning.
- Styret i Finnmarkssykehuset HF vedtar handlingsplan etter Internrevisjon – Registreringspraksis i DIPS.

Ole Hope
Administrerende direktør



Formål/Sammendrag

I denne saken orienteres styret i Finnmarkssykehuset HF om gjennomførte eksterne systemtilsyn i 2. tertial 2024, samt saker som tidligere har vært presentert og er under oppfølging. Det orienteres kort om resultat og status av aktuelle tilsyn.

Bakgrunn

Det er en rekke eksterne tilsynsinstanser som fører tilsyn med spesialisthelsetjenesten. Slike tilsyn kan være besluttet på lokalt, regionalt eller nasjonalt nivå. I denne saken orienteres styret om de gjennomførte eksterne systembaserte tilsyn i perioden.

Saksvurdering/analyse

I 2.tertial er det ikke gjennomført eksterne systemtilsyn. Det er fire eksterne tilsyn under oppfølging, hvorav et av disse registrert med pålegg/avvik. Totalt fem eksterne tilsyn som presenteres i vedlegg 1.

Det foreligger to rapporter fra Riksrevisjonen som ikke tidligere er presentert til styret. Riksrevisjonens rapporter sendes til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). HOD gir eventuelle krav til oppfølging til de regionale helseforetakene, som kan gi krav videre til helseforetakene igjen. Denne rapporteringen følges opp via rapportering på styringskrav og rammer. Styret orienteres om hovedfunnene funn fra Riksrevisjonens rapporter.

Riksrevisjonen: Bemanningsutfordringer i helseforetakene

Riksrevisjonen gjennomførte i 2019 en undersøkelse av bemanningsutfordringer ved helseforetakene. De peker på at helseforetakene har store utfordringer med å rekruttere og beholde helsepersonell, og at mange jobber deltid. Hovedfunnene er:

- Helseforetakene har store utfordringer med å rekruttere og beholde sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere
- Blant sykepleiere og jordmødre jobber to av tre deltid
- Bemanningsutfordringer påvirker hvordan de ansatte opplever kvaliteten på pasientbehandlingen
- Helseforetakene legger ikke godt nok til rette for å skape en heltidskultur og beholde sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere
- De regionale helseforetakene og helseforetakene legger ikke godt nok til rette for å sikre nok rekruttering av sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere

Rapporten og funnene gjelder spesialisthelsetjenesten samlet sett. Finnmarkssykehuset HF har fulgt opp krav i oppdragsdokumentet og andre førende dokumenter som gjelder bemanning. Det kan trekkes fram at Finnmarkssykehuset HF har relativt lav andel deltid. Det har vært satsset ekstra på stabilisering og rekruttering i eget prosjekt, et arbeid som nå styrkes ytterligere og integreres i daglig drift. Det har over tid vært en gradvis økning i antall utdanningsstillinger innen ABIJOK (anestesi, barn, intensiv, jordmor operasjon og kreft).

[Lenke til rapporten: Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene.](#)



Riksrevisjonen: Risikostyring

Riksrevisjonen har gjennomført revisjon for å vurdere arbeidet med risikostyring ved landets helseforetak. Rapporten er overordnet, og felles for helseforetakene.

Riksrevisjonen oppsummerer med at relativt få arbeider systematisk med risikostyring. Det kan føre til at viktige utfordringer ikke blir identifisert, eller at nødvendige korrigerende tiltak ikke blir gjennomført og fulgt opp. Evnen til å systematisk innrette virksomheten på en måte som bidrar til måloppnåelse, blir dermed redusert. Følgende konklusjoner trekkes fram:

- Helseregionene og sykehusene har kjente utfordringer som i varierende grad blir gjenspeilt i risikostyringen
- Det er manglende systematikk i måten risikostyringen gjennomføres på
- Mange av retningslinjene for risikostyring er ikke i tråd med god praksis
- Mange styrer får begrenset informasjon om risikostyringssystemet fungerer etter hensikten
- De regionale helseforetakene har ulik forståelse av hvilket ansvar de har for risikostyringssystemet i foretakene de eier

Rapporten er sendt til Helse- og omsorgsdepartementet for videre behandling. Finnmarkssykehuset HF vil følge opp eventuelle oppdrag som kommer. Styret informeres om dette via tertialrapportering og årlig melding. Risikostyringsnettverket i Helse Nord har startet et forbedringsarbeid av felles retningslinjer og metodikk for risikostyring, for å svare ut forbedringsområder påpekt av Riksrevisjonen. Finnmarkssykehuset HF deltar i dette arbeidet.

[Lenke til rapporten: Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene.](#)

Gjennomførte eksterne tilsyn og revisjoner 2. tertial 2024:

- I 2.tertial er det ikke gjennomført eksterne systemtilsyn.

Kommende tilsyn og revisjoner:

- Det er pr 30.08.2024 ikke varslet nye systemtilsyn.

Internrevisjon Registreringspraksis i DIPS – handlingsplan

I styresak [15/2024](#) ble internrevisjonsrapport; Registreringspraksis i DIPS forelagt styret. Konklusjon i rapporten var at Finnmarkssykehuset bør øke påliteligheten i datagrunnlaget for rapportering om ventetider og fristbrudd innen somatisk virksomhet, gjennom bedre styring og kontroll med sin registreringspraksis i DIPS. De viktigste forbedringspunktene er å styrke opplæringen både for ansatte innen den medisinske kontortjenesten og for leger som vurderer henvisninger, samt å gjennomføre kontroller av ventelistedata i samsvar med regional retningslinje og innen de reviderte risikoområdene.

Internrevisjonen hadde seks anbefalinger til Finnmarkssykehuset HF. Det ble utarbeidet en handlingsplan for oppfølging etter Internrevisjonen. Status viser at Finnmarkssykehuset HF har god fremdrift i å innfri anbefalingene. Handlingsplanen med status er vedlagt saken. I tillegg til dette er Finnmarkssykehuset HF med i en regional gruppe som ser på regional løsning for ventetidsrapportering.



Konsekvenser for samisk språk, kultur og tjenestetilbud

Dette er eksterne tilsyn. Ved tilsyn vil Finnmarkssykehuset HF be om at konsekvenser for samiske språk, kultur og tjenestetilbud inkluderes i tilsyn der dette er hensiktsmessig.

Medbestemmelse og brukermedvirkning

Saken ble orientert om i informasjons- og drøftingsmøte 16.09.2024 og i FAMU samme dag. Det fremkom ikke spørsmål i informasjons- og drøftingsmøtet, og saken har ikke blitt endret etter dette.

Direktørens vurdering

Administrerende direktør vurderer at foretaket har gode rutiner og høy kompetanse til å påse at eksterne systemtilsyn blir godt gjennomført i foretaket. Administrerende direktør er tilfreds med status knyttet til gjennomførte tilsyn.

Vedlegg:

- 1 Eksterne systemtilsyn 2.tertial 2024
- 2 Handlingsplan Registreringspraksis i DIPS ved FIN HF

Tilsynsmyndighet, tema og dato for revisjon	Status	Kommentarer	Rapport foreligger	Handlingsplan besluttet	Rapport presentert styret	Klinikk/senter: koordinator	Saksnummer Elements
Riksrevisjonen Oppfølging av Dokument 3:2 (2019-2020) Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene Dato: 24.03.2023			Ja		2.tertial 2024	Finnmarkssykehuset HF	2023/1029
Riksrevisjonen Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene. Dato: 14.03.2024			Ja		2.tertial 2024	Finnmarkssykehuset HF	2022/628
Statsforvalteren i Troms og Finnmark (Unntatt offentlighet) Prostatakreftforløp ved Finnmarkssykehuset HF Dato: 28.-30.08.2023			Foreløpig rapport foreligger			Finnmarkssykehuset HF	2023/3234
Statens legemiddelverk Blodbankens tilvirkning av blod og blodkomponenter ved Enhet for medisinsk biokjemi og blodbank, Kirkenes Sykehus Dato: 30.11.-01.12.2023		3 avvik påvist. Det er utsatt frist på lukking av avvik nr 3 til 15.06.2024	Ja	Ja	1.tertial 2024	Enhet for medisinsk biokjemi og blodbank, Kirkenes Sykehus	2023/5077
Internrevisjon Helse-Nord Registreringspraksis i DIPS i Finnmarkssykehuset HF Dato: Fra 12.mai 2023 og utover til uke 43		Det er ikke registrert avvik i tilsynet, men det er kommet 6 anbefalinger til FIN. Status handlingsplan presenteres i styremøte sept. - 24	Ja		1.tertial 2024	FIN HF	2023/577
Internrevisjon Helse-Nord Beredskap ved bortfall av pasientrettede IKT-systemer, Finnmarkssykehuset HF Dato: 15.02.2024		Oppstart 15.02.2024 Revisjonsrapport foreligger ikke	Nei			Finnmarkssykehuset HF	2024/306

Riksrevisjonen Forvaltningsrevisjon om bruk av helseteknologi for å flytte spesialisthelsetjenester hjem ved hjelp av teknologi, Finnmarkssykehuset HF Dato: Vår 2024		Oppstart vår 2024 Revisjonsrapport foreligger ikke	Nei			Finnmarkssykehuset HF	2024/565
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------	-----	--	--	--------------------------	----------

Pr. 30.08.2024

-  Avsluttet
-  Under gjennomføring

-  Pålegg/avvik
-  Varslet tilsyn

Internrevisjon registreringspraksis i DIPS ved Finnmarkssykehuset

Formålet med revisjonen har vært å kartlegge om Finnmarkssykehuset har en styring og kontroll med sin registreringspraksis i DIPS som gir pålitelig datagrunnlaget for rapportering om ventetider og fristbrudd innen somatisk virksomhet.

I rapporten kom revisjonen med seks anbefalinger, disse er tatt med i en handlingsplan som aktiviseres i 2024.

Handlingsplan 2024 for anbefalinger etter internrevisjonsrapport Registreringspraksis i DIPS ved FIN HF

Anbefalinger fra internrevisjonen	Tiltak	Ansvar	Frist	Status
1. Fastsette kompetansekrav for ansatte i medisinsk kontortjeneste om ventetidsregistreringer i DIPS.	a. Fastsette kompetansekrav	Enhetsledere merkantil. Bidrag fra Avdeling Kvalitet og HR	01.10.24	Det er nedsatt en arbeidsgruppe som er godt i gang med å fastsette kompetansekrav og utarbeide læringsopplegg. Saken vil bli levert innen frist.
	b. Lage et læringsopplegg for merkantile, som legges i kompetanseportalen	Klinikksjef	01.10.24	
	c. Iverksette kompetansekrav for merkantil tjeneste for ventelisteregistrering			Vil bli lagt inn i kompetansemodulet innen frist.
	d. oppfølging av registreringspraksis			
2. Fastsette kompetansekrav for leger om vurdering av eksterne henvisninger og om utarbeidelse og mottak av interne henvisninger.	e. Fastsette kompetansekrav for vurdering av eksterne henvisninger	Fagsjef / Leder Kvalitet	Innen Q3	Arbeidet er ikke igangsatt. Det vil bli fullt opp til høsten når medisinsk fagsjef er på plass.
	f. Fastsette kompetansekrav for vurdering av utarbeidelse og mottak av interne henvisninger	Som over Klinikksjef	Innen Q3 Innen Q3	
	g. Følge opp at ansatte gjennomfører krav i kompetansemodulet og møter på opplæring gitt av EPJ			

Anbefalinger fra internrevisjonen	Tiltak	Ansvar	Frist	Status
3. Sørge for at arbeidsflyt kontrolleres jevnlig, i samsvar med regional prosedyre, PR49195.	h. Alle avdelinger oppnevner arbeidsflytsansvarlig slik beskrevet i prosedyre	Klinikksjefer	01.10.24	Følges opp og det er gitt frist til over ferien for å få dette på plass.
	i. Gjennomgå og sikre oppfølging prosedyren		01.09.24	Igangsett
4. Beskrive kontrollene som skal gjennomføres ved bruk av rapporter i HN LIS, slik at det framkommer at disse samsvarer med regional retningslinje RL7233, eksempelvis slik Universitetssykehuset Nord-Norge har gjort	j. Utarbeide arbeidsbeskrivelse – gjennomføres av kvalitetsavdelingen med lokalt innsatsteam	Medisinsk direktør / klinikksjefer	10.06.24	Igangsett, men ikke fullført.
5. Sørge for at kontroller av ventelistedata gjennomføres i samsvar med regional retningslinje RL7233, samt inkludere kontroll av endringer i ventetid sluttdato, basert på regional rapport i HN LIS	k. Gjennomgå retningslinjene i Venteliste- og rapporteringsansvar oversikt (RL7233) for å sikre at gjør pålagte kontroller– Gjøres i lokalt innsatsteam	Klikksjef / avdelingsleder	01.06.24	Alle punkter er igangsatt og følges opp.
	l. Bruke kontrollskjema med dokumentering av at dette er gjennomført	Klinikksjef / avdelingsleder		
	m. Kontrollere ventelistedata på overordnet nivå månedlig før ventelistedata tas ut.	Medisinsk direktør/ Kvalitetsavdelingen		
6. Øke bruken av avvikssystemet ved gjentakende feilregistreringer i DIPS	n. Måle avvik som er rettet mot feilregistrering i DIPS	Klinikksjefer Medisinsk direktør		Det er registrert flere avvik. Status for økning tas ut til innen utgangen av september 2024.