



## Styremøte i Helse Finnmark HF

### Saksnummer 17/2013

Saksbehandler: Administrasjonssjef, Ole Martin Olsen  
Møtedato: 20. mars 2013

---

### Ledelsens gjennomgang

#### Administrerende direktørs forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Finnmark HF tar ledelsens gjennomgang til etterretning
2. Styret ber om at arbeid med tiltakene i kvalitetsstrategien prioriteres i 2013 med tanke på utfordringsområdene som ble skissert i ledelsens gjennomgang
3. Styret ber videre om at statusrapport for gjennomføring av tiltak i kvalitetsstrategien legges fram for styret i løpet av høsten 2013.

Hans Petter Fundingsrud  
Administrerende direktør

#### Vedlegg:

1. Saksfremlegg
2. Notat ledelsens gjennomgang



## Ledelsens gjennomgang

**Saksbehandler:** Administrasjonssjef, Ole Martin Olsen

**Dato:** 20. mars 2013

---

### Anbefaling

Styret i Helse Finnmark HF tar ledelsens gjennomgang til etterretning. Styret ber om at arbeid med tiltakene i kvalitetsstrategien prioriteres i 2013 med tanke på utfordringsområdene som ble skissert i ledelsens gjennomgang. Styret ber videre om at statusrapport for gjennomføring av tiltak i kvalitetsstrategien legges fram for styret i løpet av høsten 2013.

### Sammendrag

Ledelsens gjennomgang er et formelt møte som har til hensikt å sikre at internkontroll- og kvalitetssystemet fungerer etter intensjonen samt sikre at virksomheten når de fastsatte mål og drives innenfor de vedtatte rammer. I kvalitetsforbedringsarbeid er hensikten å finne gode løsninger på kvalitetsutfordringene vi står overfor. Lover og forskrifter forutsetter at virksomhetens ledelse foretar en systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen. Gjennomføring av ”ledelsens gjennomgang” ligger videre som krav både i Oppdragsdokument 2012 fra Helse Nord RHF til helseforetakene og i vedtatte Kvalitetsstrategi for Helse Finnmark HF. Når ”ledelsens gjennomgang” nå formaliseres har en for 2012 valgt særlig å fokusere på følgende områder: Kvalitetsstyring, Helse, Miljø og sikkerhet og Oppfølging av revisjoner.

### Bakgrunn

Ledelsens gjennomgang er et formelt møte som har til hensikt å sikre at internkontroll- og kvalitetssystemet fungerer etter intensjonen samt sikre at virksomheten når de fastsatte mål og drives innenfor de vedtatte rammer. Fokus skal blant annet rettes mot forskrifter og lovverk, kvalitetskriterier og krav til kontinuerlig forbedringsarbeid. Møtet innebærer en strukturert gjennomgang og oppsummering av hendelser og aktiviteter gjennomført i foregående år eller tidsperiode. Gjennomgangen skal, dersom det er behov for tiltak, resultere i en handlingsplan for å fastsatte mål og krav i rammeverk. Referatet fra møtet skal dokumentere at virksomheten er gjennomgått og det skal foreligge konklusjon mht om virksomheten drives forsvarlig.

I kvalitetsforbedringsarbeid er hensikten å finne gode løsninger på kvalitetsutfordringene vi står overfor. Tiltakene og virkemidlene baseres på tverrfaglig kunnskap fra forskning og praksis i bruk av modeller, metoder og verktøy som fører til forbedring. Demings sirkel, også kalt forbedringssirkelen, står sentralt i en systematisk problemløsning innen dette fagfeltet. Modellen beskriver en trinnvis tilnærming for å lykkes med forbedringsarbeid.

Lover og forskrifter forutsetter at virksomhetens ledelse foretar en systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

Gjennomføring av ”ledelsens gjennomgang” ligger videre som krav både i Oppdragsdokument 2012 fra Helse Nord RHF til helseforetakene og i vedtatte Kvalitetsstrategi for Helse Finnmark HF.

---



## Vurdering

Saker som omhandler området informasjonssikkerhet, blant annet oppfølging av interne revisjoner samt innføring av nytt felles styringssystem for informasjonssikkerhet, er behandlet i flere av foretaksledermøtene og regnes inneværende år som tilstrekkelig fokusert.

Når "ledelsens gjennomgang" nå formaliseres har en for 2012 valgt særlig å fokusere på følgende områder:

- **Kvalitetsstyring**
  - Styrende dokumenter
  - Avviksmeldinger og behandling av disse
  - Felles dokumenter/prosedyrer
- **Helse, Miljø og sikkerhet**
  - Sykefraværsutvikling
  - Arbeidsrelatert fravær
- **Oppfølging av revisjoner**
  - Interne revisjoner
  - Eksterne tilsynsrapporter

Fokusområder i "ledelsens gjennomgang" senere år vil kunne utvides. Klinikkene og sentrene skal i henhold til internkontrollforskriften blant annet skaffe seg oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Slike områder bør naturlig meldes og fokuseres i "ledelsens gjennomgang" senere år.

### Kvalitetsstyring

Det er et krav at styrende dokumenter er underlagt kontroll i Docmap. Til samtlige dokument er det tiknyttet data om dokumentet som gir informasjon om versjon, når og hvor dokumentet er gyldig, forfatter, godkjenner og utgiver. Dokumentet er gyldig i to år og det settes en revisjonsdato som utgiver får melding om via e-post.

Helse Finnmark hadde pr 31.12.2012 4998 dokumenter i Docmap. Av disse var 903 dokumenter gått ut på dato og skulle vært revidert. Av de 4998 dokumentene var det opprettet 340 arbeidskopier, dvs dokumenter (også reviderte versjoner av utgitte dokumenter) som ikke er godkjente/utgitt. Dette representerer en bedring, men forteller samtidig at det er et stykke igjen.

Klinikkene og sentrene melder tilbake at det har vært god fokus på dette med rydding i prosedyrer og 2012. Det er også lagt til rette for fortsatt rydding i 2013. Klinikkene forventer en ytterligere forbedring når status for 2013 gjøres opp.

I perioden 01.01.2012 – 31.12.2012 er det samlet i Helse Finnmark meldt 803 hendelser i Docmap. Av disse er 615 lukket/sluttbehandlet, noe som tilsvarer 76,6 %. Dette er en betydelig bedring fra tidligere.

Klinikkene arbeider systematisk i forhold til bruken av DocMap som system for avviksmeldinger. Dette er fokus på ledermøter og det gjennomføres kursing på dette. Klinikkene har avvik oppe i KVAM grupper/råd og fokus er rettet mot å registrere flere avvik i modulen og ikke minst sørge for rutiner som bidrar til lukking av disse. Utfordringen



framover vil ligge på opplæring i bruk og vitalisere de organene som håndterer disse avvikene.

I henhold til besluttet kvalitetsstrategi skulle gyn-/fødeavdelingene ved Klinikk Kirkenes og Klinikk Hammerfest, og medisinsk avdeling ved Klinikk Kirkenes og Klinikk Hammerfest, samt døgnavdelingene ved DPS`ene innen 2. tertial 2012 gjennomgå alle sine prosedyrer med det som mål å få etablert felles prosedyrer/retningslinjer/veiledere på de områder hvor dette vurderes som mulig.

Dette har i liten grad vært fokusområder for de somatiske klinikkene i 2012. Psykisk helsevern og rus har utarbeidet felles prosedyrer for sine DPS. Utfordringen vil være å få de somatiske klinikkene til å gjennomføre felles prosjekter på dette i 2013.

### Helse, miljø og sikkerhet

Helse Finnmark jobber målrettet med å redusere sykefraværet. Krav og mål om å redusere sykefraværet er blant annet gitt i oppdragsdokumentet for 2012. Over de siste årene kan Helse Finnmark vise til en reduksjon i sykefraværet, men målene er ikke nådd. I 2012 har nedgangen stoppet opp, og året sett under ett ser det ut til å bli en liten oppgang sammenliknet med 2011. Dette er fortsatt lavere enn tidligere år.

Alle klinikkene jobber med tiltak for å redusere sykefraværet. Bruken av handlingsplan varierer på klinikk, avdeling og enhetsnivå. NAV Arbeidslivssenter etterlyser handlingsplaner. Grunnen til at nedgangen i sykefraværet har stoppet opp er trulig sammensatt.

En overordnet handlingsplan for IA vart godkjent høsten 2011. Tiltak for å redusere sykefravær har inkludert opplæring, prosjekt som Jobbank og nye ordninger som HMS-visitt. Ikke alle tiltak i handlingsplanen er gjennomført. Noen tiltak er påbegynt, men ikke fullført, andre er ikke påbegynt.

### Oppfølging av revisjoner

Revisjon er en særegen metode for best mulig objektivt å bedømme om en aktivitet er i overensstemmelse med det som er lovbestemt, planlagt eller ønskelig. Internrevisjonen i foretaket skal foreta systematiske risikovurderinger, kontroller og undersøkelser for å vurdere om internkontrollen virker hensiktsmessig og betryggende. Hensikten med internrevisjon er en systematisk og uavhengig undersøkelse for å skape forbedringer.

Antallet interne revisjoner er lavere enn planlagt i 2012. Enkelte av de planlagte revisjonene er flyttet til første halvdel 2013. Av de revisjonene som er utført er det avdekket avvik og forbedringspotensiale som den enkelte enhet arbeider med å lukke. Organiseringen av interne revisjoner er under endring for å kunne legge større vekt på kompetanse og gjennomføring relatert til revisjoner.

I tillegg til interne revisjoner er det gjennomført en rekke eksterne tilsyn i de ulike klinikkene. En rekke avvik er registrert. Mange av disse er allerede lukket. Det jobbes i klinikkene med å lukke resterende avvik. Plan for bedre kontroll med disse prosessene er under etablering.



### **Risikovurdering**

Saken vurdert opp mot våre kjerneverdier kvalitet, trygghet og respekt:

Gjennomføring av prosess og vedtak rundt ”ledelsens gjennomgang” bidrar positivt til utvikling av våre kjerneverdier kvalitet, trygghet og respekt.

Saken vurdert opp mot beslutningshensyn i navigasjonshjulet:

Gjennomføring av prosess og vedtak rundt ”ledelsens gjennomgang” er vurdert i forhold til navigasjonshjulet. Det er ikke registrert negative konsekvenser ved prosess og vedtaket relatert til noen av faktorene som jus, etikk, identitet, moral, omdømme, eller økonomi som vurderes som negativt for foretaket.

Saken vurdert generelt knyttet til risiko relatert til måloppnåelse:

Prosesser rundt etablering av rutiner og prosedyrer for ledelsens gjennomgang har nå bidratt til et helhetlig system i foretaket for styring iht styringshjulet og fasene i denne som er planlegge, gjennomføre, kontrollere og korrigere(Ledelsen gjennomgang).

### **Medbestemmelse**

Sak vedrørende ledelsens gjennomgang er drøftet med de tillitsvalgte i møte 11. mars.

### **Vedlegg:**

Notat ledelsens gjennomgang

The background features a decorative graphic consisting of three blue circles of varying sizes, each with a lighter blue inner ring. These circles are arranged in a vertical line, with the largest at the top and bottom, and a smaller one in the middle. Two thin, light blue lines intersect at the top left and extend diagonally across the page, framing the central text.

# **Ledelsens gjennomgang**

**Helse Finnmark HF - 2012**

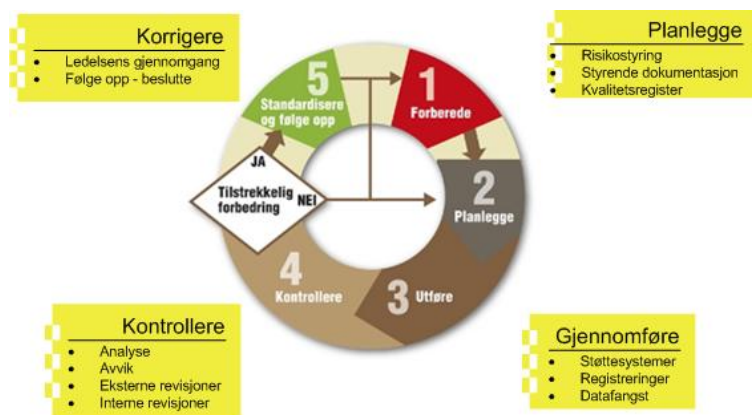
# INNHALDSFORTEGNELSE

INNLEDNING .....	3
Hensikt .....	3
Ledelsens gjennomgang 2012 .....	4
DEL 1: KVALITETSSTYRING .....	5
Styrende dokumenter.....	5
Avviksmeldinger og behandling av disse.....	6
Felles dokumenter/prosedyrer .....	11
DEL 2: HELSE, MILJØ OG SIKKERHET .....	13
Sykefraværsutvikling .....	13
Arbeidsrelatert fravær .....	13
DEL 3: OPPFØLGING AV REVISJONER.....	15
Interne revisjoner.....	15
Eksterne systemtilsynsrapporter.....	18

## INNLEDNING

Ledelsens gjennomgang er et formelt møte som har til hensikt å sikre at internkontroll- og kvalitetssystemet fungerer etter intensjonen samt sikre at virksomheten når de fastsatte mål og drives innenfor de vedtatte rammer. Fokus skal bl.a rettes mot forskrifter og lovverk, kvalitetskriterier og krav til kontinuerlig forbedringsarbeid. Møtet innebærer en strukturert gjennomgang og oppsummering av hendelser og aktiviteter gjennomført i foregående år eller tidsperiode. Gjennomgangen skal, dersom det er behov for tiltak, resultere i en handlingsplan for å fastsatte mål og krav i rammeverk. Referatet fra møtet skal dokumentere at virksomheten er gjennomgått og det skal foreligge konklusjon mht om virksomheten drives forsvarlig.

I kvalitetsforbedringsarbeid er hensikten å finne gode løsninger på kvalitetsutfordringene vi står overfor. Tiltakene og virkemidlene baseres på tverrfaglig kunnskap fra forskning og praksis i bruk av modeller, metoder og verktøy som fører til forbedring. Demings sirkel, også kalt forbedringssirkelen, står sentralt i en systematisk problemløsning innen dette fagfeltet. Modellen beskriver en trinnvis tilnærming for å lykkes med forbedringsarbeid. Figuren viser en modifisert utgave av Demings sirkel og tydeliggjør trinn i forbedringsarbeidet. Figuren viser og hvor i prosessen ledelsens gjennomgang er.



### Hensikt

Ledelsens gjennomgang skal bidra til å sikre at kvalitets- og HMS-systemet:

- er i overensstemmelse med myndighetskrav og interne krav
- er hensiktsmessig for å oppnå målene for virksomheten
- etterleves i praksis

Ledelsens gjennomgang utføres med hjemmel i:

- Lov om statlig tilsyn med helse- og sosialtjenesten
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid, stillingsvern mv. (Arbeidsmiljøloven)
- Lov om helseregistre
- Lov om personopplysninger
- Lov om vern mot brann, eksplosjon og ulykker med farlig stoff og om brannvesenets redningsoppgaver (Brann- og eksplosjonsvernloven)
- Lov om matproduksjon og mattrygghet mv. (Matloven)
- Lov om strålevern og bruk av stråling (Strålevernloven)
- Lov om vern mot smittsomme sykdommer (Smittevernloven)
- Lov om vern mot forurensninger og om avfall (Forurensningsloven)
- Lov om helsemessig og sosial beredskap (Helse- og sosialberedskapsloven) med tilhørende forskrifter.



Lover og forskrifter som nevnt forutsetter at virksomhetens ledelse foretar en systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

I tillegg stilles krav til gjennomgang i:

- "NS ISO 9001" for enheter som er/skal bli ISO 9001- sertifisert
- "NS ISO 14001" for enheter som er ISO 14001- (miljø)sertifisert

Dette ivaretas ved:

- Ledelsens gjennomgang av kvalitets- og HMS-systemet
- Docmap: [PR19177 "Intern revisjon i Helse Finnmark HF – ansvar og gjennomføring"](#)
- Eksterne revisjoner og tilsynsrapporter
- Docmap: [RL1602 "Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord"](#)
- Docmap: [DS2537 " Risiko- og sårbarhetsanalyse: Prosedyrer, maler og skjemaer - Helse Finnmark HF"](#)

Gjennomføring av "ledelsens gjennomgang" ligger videre som krav både i "Oppdragsdokument 2012 fra Helse Nord RHF til helseforetakene ([Docmap MS0227, kap. 8.2](#)) og i vedtatte Kvalitetsstrategi for Helse Finnmark HF ([Docmap MS0207, se tiltaksplan satsingsområde 3](#))

### ***Ledelsens gjennomgang 2012***

Saker som omhandler området informasjonssikkerhet, blant annet oppfølging av interne revisjoner samt innføring av nytt felles styringssystem for informasjonssikkerhet, er behandlet i flere av foretaksledermøtene og regnes inneværende år som tilstrekkelig fokusert.

Når "ledelsens gjennomgang" nå formaliseres har en for 2012 valgt særlig å fokusere på følgende områder:

- **Kvalitetsstyring**
  - Styrende dokumenter
  - Avviksmeldinger og behandling av disse
- **Helse, Miljø og sikkerhet**
  - Sykefraværsutvikling
  - Arbeidsrelatert fravær
- **Oppfølging av revisjoner**
  - Interne revisjoner
  - Eksterne tilsynsrapporter

Fokusområder i "ledelsens gjennomgang" senere år vil kunne utvides. Klinikken og sentrene skal i henhold til internkontrollforskriften blant annet skaffe seg oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Slike områder bør naturlig meldes og fokuseres i "ledelsens gjennomgang" senere år.

## DEL 1: KVALITETSSTYRING

### *Styrende dokumenter*

Det er et krav at styrende dokumenter er underlagt kontroll i Docmap. Til samtlige dokumenter er det tiknyttet data om dokumentet som gir informasjon om versjon, når og hvor dokumentet er gyldig, forfatter, godkjenner og utgiver. Dokumentet er gyldig i to år og det settes en revisjonsdato som utgiver får melding om via e-post. Det forventes da at dokumentet blir gjennomgått og at det blir tatt stilling til om dokumentet skal endres eller godkjennes slik det er for en ny periode. Dette skal sikre at dokumentene er oppdaterte. Revisjoner (vedlikeholdet) er dermed en vesentlig del av kvalitetssikringen. Klinikkerne har jevnlig mottatt rapporter som har vist status i vedlikeholdet.

Helse Finnmark hadde pr 31.12.2012 hele 4998 dokumenter i Docmap. Av disse var 903 dokumenter gått ut på dato og skulle vært revidert. Av de 4998 dokumentene var det opprettet 340 arbeidskopier, dvs dokumenter (også reviderte versjoner av utgitte dokumenter) som ikke er godkjente/utgitt. Svært mange av arbeidskopiene er opprettet år tilbake i tid og representerer med stor sannsynlighet dokumenter som sannsynligvis ikke vil bli fullført og publisert. Andelen dokumenter som ikke er tilfredsstillende vedlikeholdt må fortsatt betraktes som urovekkende høy tross betydelig forbedring i løpet av 2012.

Gjennomgang viser at det i Helse Finnmark fortsatt finnes mange nær likelydende dokumenter (prosedyrer). Oppdrag gitt i vedtatte kvalitetsstrategi har så langt ikke medført klar bedring (klipp viser del av oppdraget):

#### *Satsingsområde 1: Kunnskapsforankring*

*Det er et prioritert satsingsområde å styrke kunnskapsgrunnlaget for klinisk praksis.*

- Behovet for prosedyrer/retningslinjer i foretakets ulike enheter skal kontinuerlig vurderes. Det er et lederansvar å sørge for at nødvendige styrende dokumenter legges i Docmap og vedlikeholdes i tråd med besluttet prosedyre for dokumentstyring (PR0035 "Dokumentstyring i Docmap").*
- Ledere i de ulike enheter i Helse Finnmark skal etterstrebe felles faglige prosedyrer/retningslinjer innad i klinikkene / innad i foretaket / innad i regionen.*

#### *Tiltaksplan:*

- Innen første halvdel av 2012 skal alle enheter være à jour med revisjoner av dokumenter i Docmap. Dokumenter som ved årsskiftet er foreldet vil da bli trukket tilbake av administrator. Alle klinikker vil i form av spesifisert rapport få oversikt over hvilke dokumenter dette gjelder.*
- Innen 2. tertial 2012 skal;*
  - ✓ gyn-/fødeavdelingene ved Klinikk Kirkenes og Klinikk Hammerfest, og*
  - ✓ medisinsk avdeling ved Klinikk Kirkenes og Klinikk Hammerfest, samt*
  - ✓ døgnavdelingene ved DPS`ene**ha felles gjennomgang av alle sine prosedyrer med det som mål å få etablert felles prosedyrer/retningslinjer/veiledere på de områder hvor dette vurderes som mulig.*
- Klinikkerne skal avsette tilstrekkelige ressurser og sørge for at nødvendige prosedyrer/retningslinjer/veiledere er gjort kjent for ansatte i de respektive enheter og er gjort tilgjengelig via Docmap. Dette vil være en kontinuerlig prosess.*

Gjeldende revisjoner (fokus her dokumenter som skulle vært revidert senest i 2011 – hvor frist er passert med snart ett år)

Organisatorisk enhet	Antall dokumenter i Docmap	Antall ikke reviderte innen 31.12.2011	Andel ikke reviderte per 31.12.2011
Samlet Helse Finnmark	4998	517	10,3 %
Klinikk Kirkenes	1933	113	5,8 %
Klinikk Hammerfest	1946	261	13,4 %
Klin psyk hvern og rus	323	35	10,8 %
Klin prehosp	204	63	30,9 %
Senter for eiend..	172	7	4 %

- Dette representerer en bedring – men forteller samtidig at det er et stykke igjen. Minner samtidig om beslutning: Dette omhandler de dokumenter som vil bli slettet.
- Som kjent sørger Docmap for at den som innehar rolle som dokumentansvarlig automatisk varsles når tidspunkt for revisjon nærmer seg. Det er et betydelig problem at ansatte med slik rolle har sluttet uten at ny har kommet inn. Enheter har ikke ivaretatt de oppgaver lokal superbruker skulle ivaretatt. Dermed foreldes dokumenter uten at noen varsles.
- Som det tidligere er orientert om kan de ulike enheter enkelt skaffe tilveie oversikt over dokumenter som må vedlikeholdes/revideres. Viser i denne forbindelse til.... Docmap og prosedyren; ”[Finne oversikt over dokumenter i Docmap som må revideres \(PR21655\)](#)”

### **Kommentarer - oppfølging:**

Hvordan følges dette opp i klinikkene/sentrene?

Tidsperspektiv for å være à jour?

- **Klinikk Kirkenes:**  
Avdelingsledere har gjennomgått prosedyrene. Slette eller revidere skal være gjennomgått iht frist.
- **Klinikk Hammerfest:**  
Har sendt ut avdelingsvis. Fokus på gyn/føde og kirurgiske leger. Plan foreligger på revisjon hos Gyn/føde. Ass. Lege skal gå igjennom gamle prosedyrer på kirurgiske leger
- **Klin psykisk helsevern og rus:**  
Har tatt en gjennomgang tidligere. Vil følge opp med ny runde mot lederne.
- **Klinikk prehospitaltjenester:**  
Fokus på å være à jour. Avventer ny ansattelse på instruktør før arbeidet igangsettes på nytt.
- **Senter for drift og eiendom:**  
Følges opp fortløpende. Det anses som SDE nå er på et akseptabelt nivå og det er fokus på å lukke de få avvikene som er gamle.

Alle får frist til 1. juni 2013 med å oppdatere sine prosedyrer.

### **Avviksmeldinger og behandling av disse**

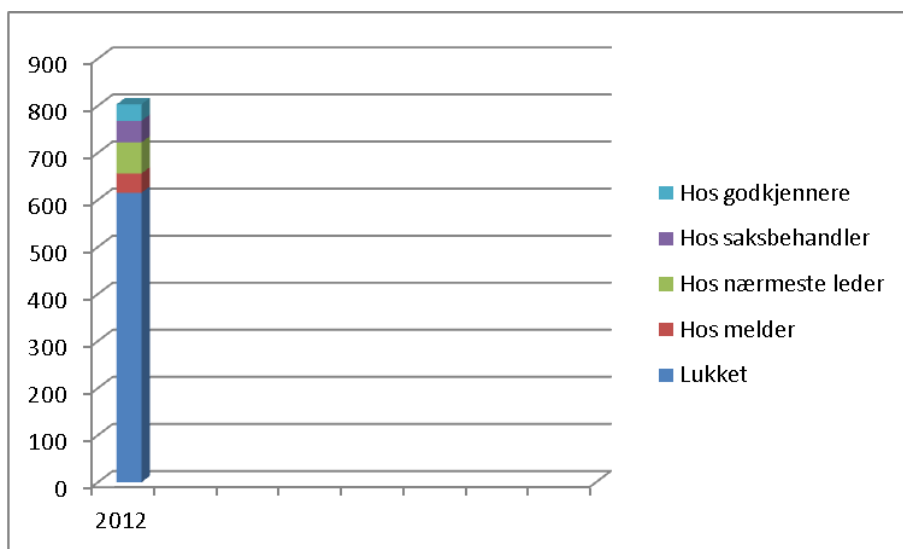
I perioden 01.01.2012 – 31.12.2012 er det samlet i Helse Finnmark meldt 803 hendelser i Docmap. Av disse er 615 lukket/sluttbehandlet, noe som tilsvarer 76,6 %. Dette er en betydelig bedring fra tidligere. Blant de som ikke er ferdig behandlet er imidlertid flere hendelser som er fra tidlig på året (januar – februar). At det i en del tilfeller vil ta tid å

sluttbehandle et avvik er naturlig. Det er likevel innslag av enkle saker som burde vært sluttbehandlet.

Det er gjennomført betydelig opplæring også i bruk av avviksmodulen. Slik opplæring skal og ivaretas av lokal superbruker når nye ansatte kommer. Det kan stilles spørsmål ved om deltakelse på opplæring har vært tilstrekkelig prioritert.

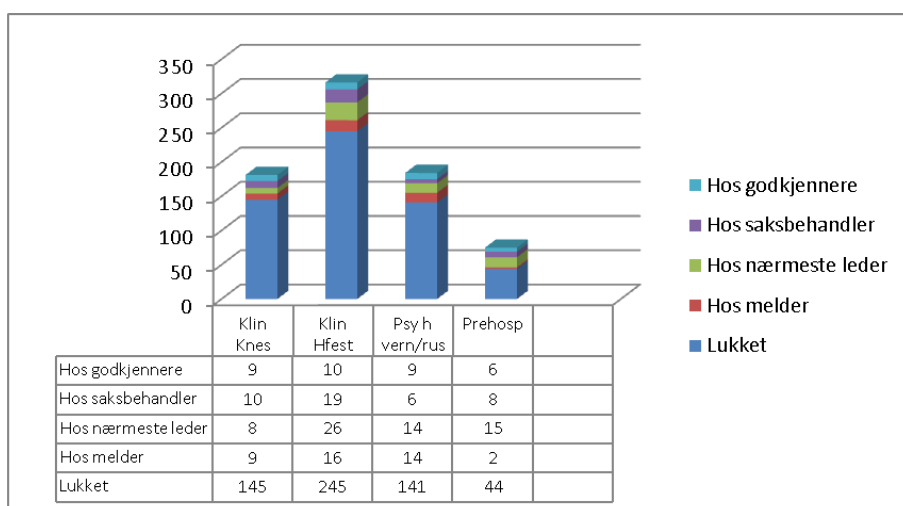
Når det gjelder avvik som ikke er lukket viser rapporter at disse ligger ulike steder i arbeidsflyten:

- Det er samlet 41 hendelser som ikke er videresendt fra melder til nærmeste leder
- Det ligger 66 meldinger hos ”nærmeste leder”
- Saksbehandler sitter på 46 hendelser
- Godkjennerne har samlet 35 hendelser i sine arbeidslister



### Klinikkene:

Oversikt arbeidsflyt for avvikshendelser i tiden 01.01.2012 – 31.12.2012.



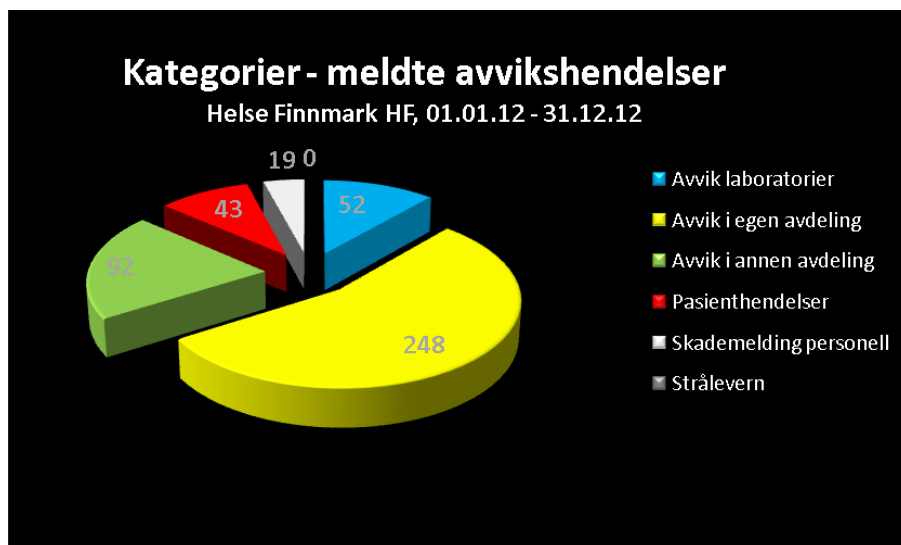
Det er fortsatt behov for opplæring. Regionalt arbeides det med å få laget ”videosnutter” som beskriver bruken av Docmap. Kvalitetsnettverket er imidlertid avhengig av hjelp til dette også mht egnet programvare for produksjon.

### Kategorier meldte avvik

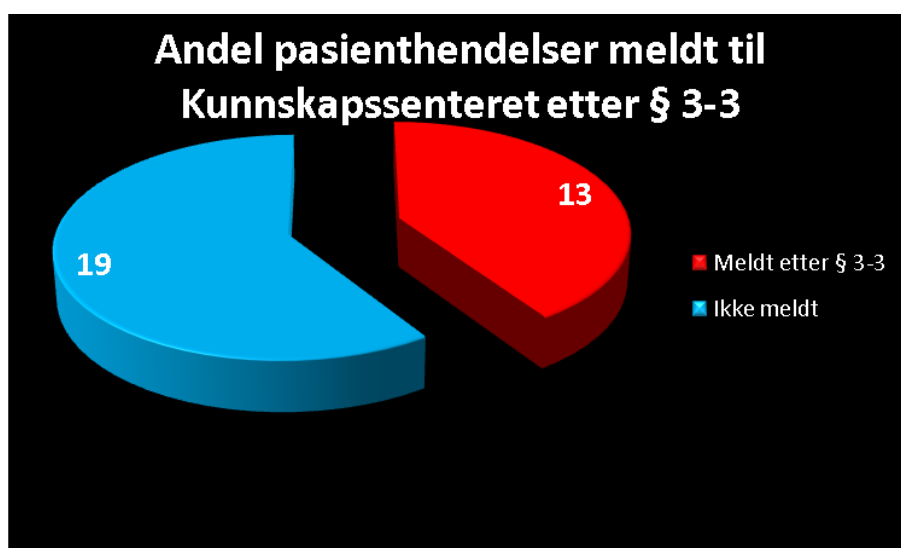
Docmap gjennomgikk en betydelig oppgradering våren 2012. Det ble etablert mer spesifiserte meldeskjema:

- Avvik for laboratorier i Helse Finnmark HF
- Avvik og forbedring i egen avdeling, Helse Finnmark
- Avvik i annen avdeling, Helse Finnmark
- Pasienthendelsesskjema for Helse Finnmark
- Strålevern avvik, Helse Finnmark

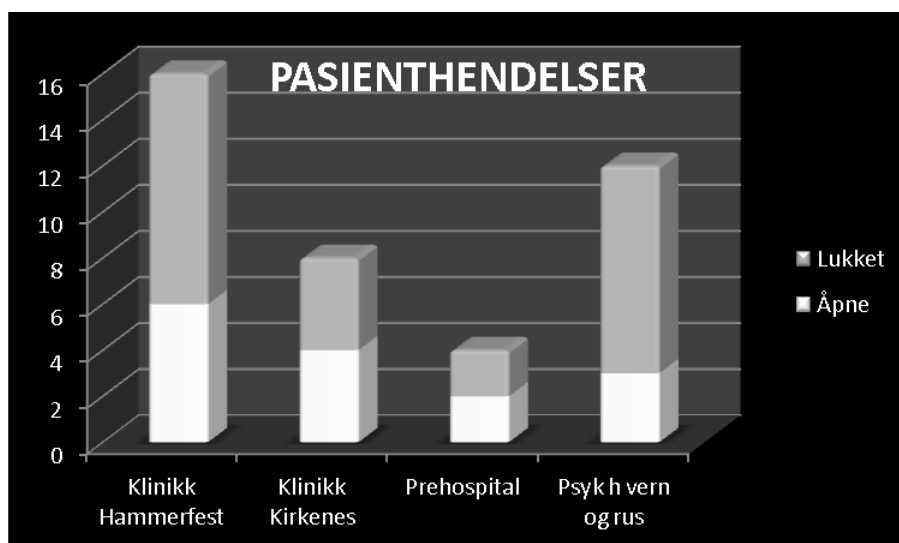
Nye skjema er under utarbeiding. Om ikke lenge finnes eget skjema for samhandlingsavvik som er ment å omfavne avvikshendelser opp mot inngåtte avtaler med kommunene.



1 juli 2012 ble lovverket endret slik at hendelser etter Specialisthelsetjenestelovens § 3-3 videre skulle meldes til Kunnskapssenteret. Dette omhandler de mer alvorlige hendelser som har ført til eller kunne ført til betydelig skade på pasient. I perioden var det til sammen meldt 32 pasienthendelser, hvorav 13 ble kategorisert for å videremeldes til Kunnskapssenteret.

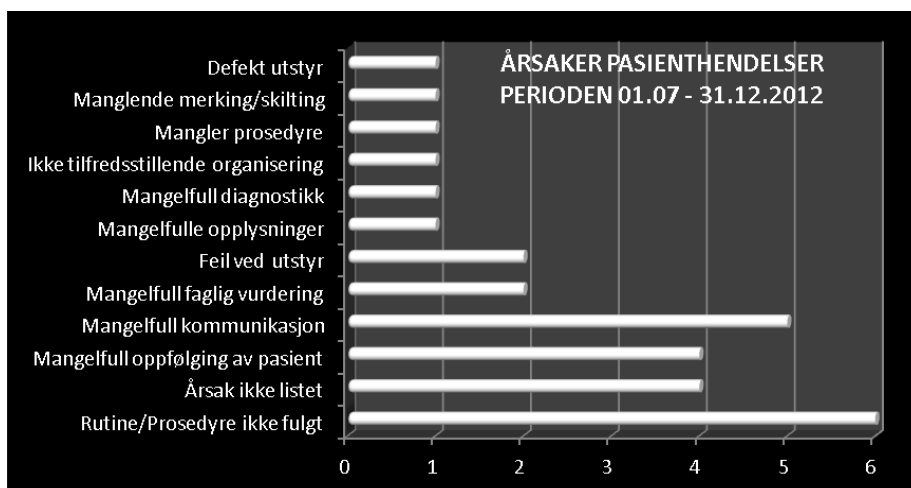


Følgende oversikt viser den klinikkvise fordelingen av meldte pasienthendelser i 2012, samt andelen av disse som er lukket eller fortsatt ligger til behandling.

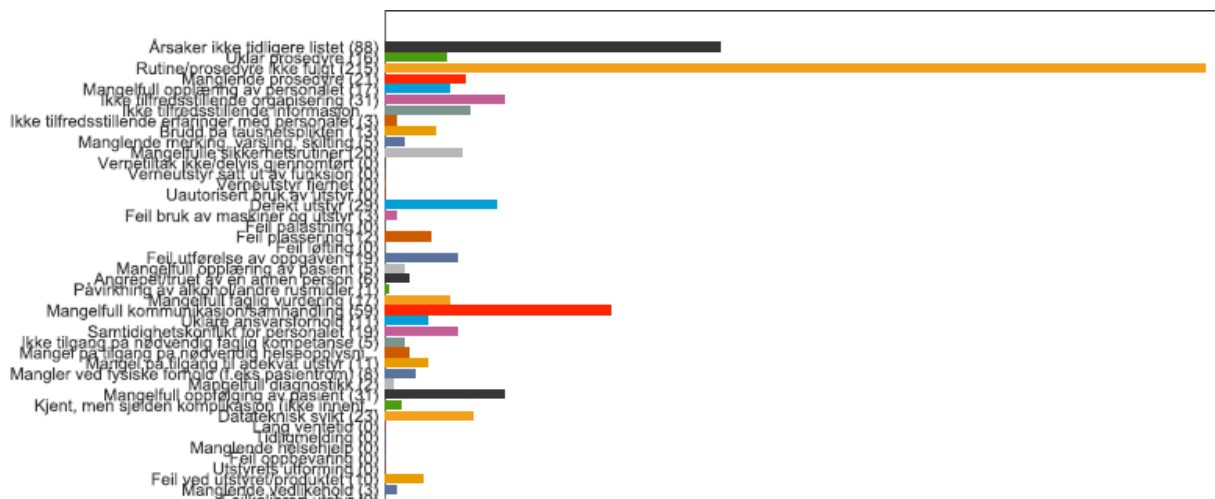


### Årsaker til avvik

Ved avviksbehandling skal ledere kategorisere og definere årsak til hendelse. Gjeldende pasienthendelser fordeler årsaker seg som følger:



Årsaksforhold gjeldende pasienthendelser har klare fellestrekk med tilsvarende oversikt som viser årsaksforhold for samtlige avvikshendelser (alle skjema).



- Som oversiktene viser har svært mange uønskede hendelser sammenheng med at rutine/prosedyre ikke er fulgt. Dette representerer en betydelig utfordring.
- Videre er det relativt mange hendelser ledere kategoriserer i gruppe ”Årsaker ikke tidligere listet” – noe som innebærer at leder ikke har funnet passelig kategori blant de rimelig mange forhåndsdefinerte kategorier. Gjennomgang viser imidlertid at mange av hendelsene som er plassert i slik kategori likevel naturlig hører hjemme i en av de forhåndsdefinerte kategorier. Det er tatt kontakt direkte med ledere som ofte har kategorisert avvikshendelsene i denne kategorien.
- Mangelfull kommunikasjon og samhandling innad i foretaket er og hyppig årsak
- Ikke tilfredsstillende organisering
- Defekt utstyr
- Mangelfull oppfølging av pasient
- Datateknisk svikt

### Kommentarer - oppfølging:

Hva gjøres for å sikre rask behandling/oppfølging av avvikshendelser?

Mange avvikshendelser oppstår fordi rutiner/prosedyrer ikke er fulgt. Hvordan bedre dette?

I for mange tilfeller er årsak til avvikshendelser ikke tilstrekkelig definert. Hvordan bedre dette?

Kommentarer fra

- Klinikk Kirkenes:  
Gjennomgang i klinikken på lukking av avvik. Fokus på rask avklaring.
- Klinikk Hammerfest:  
Følges opp kontinuerlig. Ser en forbedring i dette. Klinikksjefen følger opp avdelingslederne direkte. Avvik tas opp i ledergruppen. Fokus på læring.
- Klin psykisk helsevern og rus:  
Fokus på dette i KVAM råd. Læringseffekt viktig i hele organisasjonen. 3-3 meldinger legges ikke ut på nett. Avvik lukkes på lavest mulig nivå.
- Klinikk prehospitale tjenester:  
Mange avvik blir liggende for lenge hos avdelingsledere. Mangler tid til ledelse. Ny gjennomgang med avdelingsledere.

- Senter for drift og eiendom:  
Det er satt fokus på avviksbehandling og at dette skal gjøres fortløpende. Avviksbehandling tas opp på ledermøter og avdelingslederne er satt som ansvarlige oppfølgere innen egen avdeling.

### **Felles dokumenter/prosedyrer**

I henhold til besluttet kvalitetsstrategi skulle;

- ✓ gyn-/fødeavdelingene ved Klinikk Kirkenes og Klinikk Hammerfest, og
- ✓ medisinsk avdeling ved Klinikk Kirkenes og Klinikk Hammerfest, samt
- ✓ døgnavdelingene ved DPS`ene

innen 2. tertial 2012 gjennomgå alle sine prosedyrer med det som mål å få etablert felles prosedyrer/retningslinjer/veiledere på de områder hvor dette vurderes som mulig.

Status 31.12.2012:

Enhet/avdeling			Antall dokumenter i Docmap Inkl dokumentersamlinger	Antall felles dokumenter Inkl dokumentersamlinger
Medisinsk avdeling	Klinikk Kirkenes		212	Ingen dokumenter har definert gyldighetsområde
Medisinsk avdeling	Klinikk Hammerfest		297	felles for disse 2 avdelingene

Kommentarer:

Enhet/avdeling			Antall dokumenter i Docmap Inkl dokumentersamlinger	Antall felles dokumenter Inkl dokumentersamlinger
Gyn-føde,	Klinikk Kirkenes		293	Felles prosedyre gjeldende seleksjonskriterier.
Gyn-føde	Klinikk Hammerfest		178	

Kommentarer:

Enhet/avdeling			Antall dokumenter i Docmap Inkl dokumentersamlinger	Antall felles dokumenter Inkl dokumentersamlinger
Døgnavdeling - Tana			25	16 felles dokumenter, dreier seg hovedsakelig om funksjonsbeskrivelser
Døgnavdeling - Lakselv			49	
Døgnavdeling - Alta (Alta og Jansnes) <sup>1)</sup>			68	

1) Postene Alta og Jansnes har de fleste dokumenter felles.

### **Kommentarer - oppfølging:**

Hva gjøres for å sikre rask behandling/oppfølging av avvikshendelser?

Mange avvikshendelser oppstår fordi rutiner/prosedyrer ikke er fulgt. Hvordan bedre dette?

I for mange tilfeller er årsak til avvikshendelser ikke tilstrekkelig definert. Hvordan bedre dette?



Kommentarer fra:

- Klinikk Kirkenes:

Med. Avd.:

Ernæringscreening med felles prosedyre med Hammerfest.

Føde/gyn:

Prosedyre seleksjonskriterier mellom Kirkenes og Hammerfest. Felles gjennomgang av overordnet nasjonal prosedyre for seleksjon

- Klinikk Hammerfest

Med. Avd.:

Ernæringscreening med felles prosedyre med Kirkenes.

Føde/gyn:

Prosedyre seleksjonskriterier mellom Kirkenes og Hammerfest. Felles gjennomgang av overordnet nasjonal prosedyre for seleksjon

- Klin psykisk helsevern og rus:

BUP arbeidsgrupper etablert og er ferdig med sitt arbeid. VPP arbeidsgrupper etablert og arbeider med felles prosedyrer. Felles prosedyrer er gjennomgått og pasientforløp er utarbeidet for de vanligste diagnoser. Felles prosedyrer er utarbeidet for døgnavdelingene i DPS.

## DEL 2: HELSE, MILJØ OG SIKKERHET

### *Sykefraværsutvikling*

Helse Finnmark jobber målrettet med å redusere sykefraværet. Krav og mål om å redusere sykefraværet er blant annet gitt i oppdragsdokumentet for 2012 (Redusere sykefraværet med ett prosentpoeng i forhold til gjennomsnittet i perioden januar til oktober 2011.), IA-avtalen (Reduksjon i sykefraværet med 20 prosent i forhold til nivået i andre kvartal 2001.) og Helse Finnmark sin overordna handlingsplan for IA (Helse Finnmark skal ha en nærværprosent på 93 % innen 2012).

Over de siste årene kan Helse Finnmark vise til en reduksjon i sykefraværet, men målene er ikke nådd. I 2012 har nedgangen stoppet opp, og året sett under ett ser det ut til å bli en liten oppgang sammenliknet med 2011. Dette er fortsatt lavere enn tidligere år.

En overordnet handlingsplan for IA vart godkjent høsten 2011. Tiltak for å redusere sykefravær har inkludert opplæring, prosjekt som Jobbank og nye ordninger som HMS-visitt. Ikke alle tiltak i handlingsplanen er gjennomført. Noen tiltak er påbegynt, men ikke fullført, andre er ikke påbegynt.

Alle klinikkene jobber med tiltak for å redusere sykefraværet. Bruken av handlingsplan varierer på klinikk, avdeling og enhetsnivå. NAV Arbeidslivssenter etterlyser handlingsplaner.

Grunnen til at nedgangen i sykefraværet har stoppet opp er trulig sammensatt. Noen årsaker kan være:

- Ikke fått gjennomført alle tiltak, noen vil starte og kunne gi effekt i 2013. Begrensninger i økonomi for oppfølging av tiltak.
- Omstillingsprosessen, erfaring viser at sykefraværet kan holde seg stabilt under prosessen, men øker etter at prosessen er ferdig.
- Utenforliggende årsaker. Sykefraværet svinger.

Det jobbes med flere tiltak for å ta opp igjen den positive trenden.

- Sett på organisering av kontaktperson hos NAV Arbeidslivssenter.
- Ser på organisering og bruk av BHT.
- Påbegynte tiltak som vil gi effekt fremover.
- Revidering av tiltak og satsingsområdet i overordnet IA-handlingsplan.
- Tettere oppfølging av enkeltpersoner med høyt sykefravær i klinikkene.

Klinikk	2008	2009	2010	2011	2012 (tom. nov)
Administrasjon	7.7 %	6.6 %	7.1 %	7.0 %	7.3 %
Psykisk helsevern og rus	11.0 %	9.4 %	9.1 %	8.9 %	9.3 %
Klinikk Hammerfest	10.4 %	10.6 %	9.5 %	10.2 %	9.9 %
Klinikk Kirkenes	9.2 %	8.2 %	9.1 %	8.0 %	7.7 %
SDE	9.9 %	11.6 %	8.6 %	8.4 %	7.2 %
Prehospital	7.5 %	8.9 %	8.0 %	6.5 %	8.1 %
Helse Finnmark	9.7 %	9.4 %	8.9 %	8.6 %	8.7 %

### *Arbeidsrelatert fravær*

Helse Finnmark fører ikke en overordnet statistikk på hvor mange som krysser av for at fraværet kan skyldes forhold på arbeidsplassen i skjema for egenmelding. Dette følges opp i

hver enkelt avdeling. I nytt personalsystem blir rapporteringen elektronisk, og det blir derfor lettere å føre statistikk.

### **Kommentarer - oppfølging:**

Hvordan følges dette opp i klinikkene/sentrene?

- **Klinikk Kirkenes:**  
Fokus på klinikkledermøtene i februar på gjennomføring. Skal ut på avdelingsnivå og enkeltsaker skal følges opp. 5 personer med mest fravær pr. avdeling. Vernetjeneste og tillitsvalgte er orientert.
- **Klinikk Hammerfest:**  
Prosedyrer følges opp. Sekretærtjenesten er nå samlet og oppfølging gjøres enklere mot denne gruppen.
- **Klin psykisk helsevern og rus:**  
Tertialsvis info til DPS lederne med oversikt over fravær. Tilbakemelding fra disse med fokus på om dette er arbeidsrelatert. Fravær går ned ved omstilling og øker når omstillingen er over.
- **Klinikk prehospitale tjenester:**  
Mye sykefravær. Mange er utslitt etter mange år i tjenesten. Analyse er påkrevd for å avdekke årsaker.
- **Senter for drift og eiendom:**  
Fravær, og spesielt arbeidsrelatert fravær, følges opp spesifikt av den enkelte avdelingsleder. Det er satt ekstra fokus på de avdelinger/enheter med høyt fravær og dette følges opp av nyansatte avdelingsledere.

## **DEL 3:        OPPFØLGING AV REVISJONER**

### ***Interne revisjoner***

Revisjon er en særegen metode for best mulig objektivt å bedømme om en aktivitet er i overensstemmelse med det som er lovbestemt, planlagt eller ønskelig. Internrevisjonen i foretaket skal foreta systematiske risikovurderinger, kontroller og undersøkelser for å vurdere om internkontrollen virker hensiktsmessig og betryggende. Hensikten med internrevisjon er en systematisk og uavhengig undersøkelse for å skape forbedringer. I Helse Finnmark HF deler vi revisjoner inn i følgende kategorier:

- Kategori A: Tredjeparts revisjoner som utføres av et tilsynsorgan eksternt fra; Arbeidstilsynet, Helsetilsynet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap m fl.
- Kategori B: Andreparts revisjoner som utføres på vegne av Helse Finnmark i henhold til besluttet revisjonsplan og har hele foretaket som arbeidsområde. Det er utnevnt egne internrevisorer for gjennomføring av revisjoner i denne kategori.
- Kategori C: Revisjoner i denne kategori omhandler interne revisjoner på avdelinger/enheter med egne krav til løpende revisjoner som utføres av avdelingen selv - for egen del, for å vise andre; oppdragsgiver eller andre at avdelingen har kontroll med styringssystemet.

Ledelsens gjennomgang på foretaksnivå her omhandler revisjoner i kategori B. Gjennomgang i 2012 omhandler også gjennomførte revisjoner i 2011:

#### **A: 2011: Avdelingsvise HMS planer og klinikkvise HMS-årshjul**

Revidert enhet: VPP Kirkenes og Radiologisk avdeling Kirkenes

Revisorer: Andreas Ertesvåg og Ole I. Hansen

Funn (anbefalinger/avvik/merknader):

- VPP: 4 anbefalinger
- Radiologisk avdeling: 4 anbefalinger

Oppfølging:

VPP:

Tilbakemelding er at anbefalingene er fulgt opp. Ellers følges punktene rutinemessig opp på DPS nivå og klinikknivå. Sykefravær følges opp på klinikknivå / KVAM-gruppe hvert tertial. Ikke lukkede avvik i DoCMap følges opp.

Radiologi:

Anbefalingene kommer fra internrevisjon 16.01.2012. Kan ikke se at det er foretatt seg noe fra avdelingsleder i forhold til å lukke/ behandle anmerkningene. Det er blitt foretatt en omorganisering i 2013. Ny avdelingsleder ved Medisinsk service vil ta opp anbefalingene og se til at de blir lukket/behandlet innen 01.03.2013. Oppstart på dette arbeidet 04.02.2013

#### **B: 2011: Bruk av Docmap - revideres dokumenter årlig**

Revidert enhet: Klinikk psykisk helsevern og rus

Revisorer: Elisabeth Joks og Tove Merethe Johnsen

Funn (anbefalinger/avvik/merknader):

Det ble funnet noen dokumenter som ikke var revidert

Oppfølging:

Det ble raskt rettet

**C: 2011: Korridorpasienter, fokusområder: Brannsikkerhet og informasjonssikkerhet**

Revidert enhet: Medisinsk avdeling, Klinikk Hammerfest

Revisorer: Leif Arne Asphaug-Hansen og Ole Martin Olsen

Funn (anbefalinger/avvik/merknader):

- Informasjonssikkerhet: 3 merknader
- Brannvern: 6 avvik og 1 merknad

Oppfølging:

Klinikken har gjennomført tiltak for de avvik og merknader som kom frem ved revisjon.

**D: 2011: System og praksis for el-kontroll**

Revidert enhet: Kirkenes sykehus

Revisorer: Marianne Baadstrand og Andreas Ertesvåg

Funn (anbefalinger/avvik/merknader):

- 2 anbefalinger

Oppfølging:

Denne rapporten er ikke tilgjengelig for SDE, men dette felt og tema tas hånd om i samarbeidet med DSB.

**E: 2011: Behandling av sensitivt papiravfall**

Revidert enhet: Hammerfest sykehus

Revisorer: Ingeborg Eliassen og Leif Arne Asphaug-Hansen

Funn (anbefalinger/avvik/merknader):

- 5 anbefalinger for oppfølging

Oppfølging:

Anbefaling 1: SDE har tatt ansvar for anskaffelse og utplassering av dunker til slikt avfall. Det er ikke utarbeidet egen prosedyre på tømning av blå dunker. Det er portører som foretar transport og makulering av dette avfallet.

Anbefaling 2: SDE har initiert innkjøp av my stormakulator som tilfredsstillende kravene. Det er i tillegg anbefalt at avdelinger bør gå til innkjøp av noen mindre bordmakulatorer, der dette er et stort behov.

Anbefaling 6: Det er ikke foretatt sikring av noen blå bokser da dette ikke har blitt ansett som nødvendig. Det er også foretatt skallsikring av bygninger og avfallsrom.

De anbefalinger som fremkom av revisjonen følges opp av klinikken bl.a. i forhold til å tilrettelegge for makulering av sensitive dokumenter.

**F: 2011: Behandling av sensitivt papiravfall**

Revidert enhet: Kirkenes sykehus

Revisorer: Anne Grønvold og Leif Arne Asphaug-Hansen

Funn (anbefalinger/avvik/merknader):

- 6 anbefalinger for oppfølging

Oppfølging:

Anbefaling 1: SDE har tatt ansvar for anskaffelse og utplassering av dunker til slikt avfall. Det er utarbeidet egen prosedyre på tømning av grønne dunker. Det er avdelingene selv som foretar transport og makulering av dette avfallet.

Anbefaling 2: SDE har initiert innkjøp av my stormakulator som tilfredsstillende kravene. Det er i tillegg anbefalt at avdelinger bør gå til innkjøp av noen mindre bordmakulatorer, der dette er et stort behov.

Anbefaling 6: Det er ikke foretatt sikring av noen grønne bokser da dette ikke har blitt ansett som nødvendig. Det er også foretatt skallsikring av bygninger og avfallsrom.

#### **G: 2012: Bruk av Docmap, revisjoner**

Revidert enhet: Helse Finnmark HF

Revisorer: Leif Arne Aspøyg-Hansen

Funn (anbefalinger/avvik/merknader):

- 6 forbedringsforslag

Oppfølging:

Klinikk Hammerfest følger kontinuerlig arbeidsflyten i DOCMAP. Det er gjennomført opplæring i DOCMAP og en har utnevnt superbrukere i klinikken.

#### **Gjenstående revisjoner fra 2012 med utsatt frist innen første kvartal 2013:**

- Administrering av legemidler/legemiddelhåndtering: Sengepost Kirkenes
- Smittevern: håndtering av smittefarlig avfall, Kirkenes
- System for HMS-opplæring av nyansatte i fortaket
- System og praksis for validering og kalibrering av utstyr, Operasjonsavdeling Hammerfest
- System og rutiner for opplæring i bruk av maskiner og utstyr, Drift og eiendom
- Strålevern, (radiologi/UV-lys) opplæring/bruk av verneutstyr Radiologi Kirkenes og Hud pol Hammerfest
- IK-mat postkjøkken, Er rutiner på plass og implementert? Gjøres interne kontroller som forutsatt? 1 enhet klin Kirkenes og 1 enhet klin Hammerfest

## Eksterne systemtilsynsrapporter

Tilsynsmyndighet	Område tilsynet	for	Dokumentert avvik?	Foreligger plan for lukking av avvik?	Status
<b>DSB</b>	HMS, Bruk og vedlikehold, Elektro	og	Ja	Ja	DSB ska ha rapport innen 1.8.13. Alle avvikene lukkes innen 31.12.12. Avvik 4 vil være delvis lukket, men helt lukket innen 1.8.13.
Kommentar:	<p>Dette følges opp tett i dialog med DSB. DSB er på nytt tilsyn i HFHF i januar 2012 og vil da følge opp tilsynet fra 2012. HFHF er i god rute til å lukke avvikene i henhold til avtalt plan, men det er utfordrende med bemanningssituasjonen på medisinsk teknikk og behandlingshjelpemidler. Her jobbes det med å tilføre ressurser og ansette personell.</p> <p>Generell tilbakemelding fra DSB er at de er tilfreds med den jobben som gjøres innen dette felt.</p>				
<b>Statens Helsetilsyn</b>	Fra mottak av henvisning til oppstart behandling ved tykk- og endetarmskreft		Ja		Foretaket har frist til 13.09.12. Klinikken håndterer ikke videre henvisninger i tråd med regelverket
Kommentar:	<p>Klinikk Hammerfest er i gang med et LEAN prosjekt på dette området. Det er utarbeidet prosedyrer og gjennomført for riktig registrering i DIPS av overflytting mellom sykehus. Det arbeides endring av praksis for å få en rask utredning av pasienter. Dette vil være implementert i Juni 2013.</p>				
<b>Mattilsynet</b>	Kjøkkenet i Hammerfest		Ja	Ja	Kjøkkenet har lukket avvikene 11.06.12.
Kommentar:	<p>Avvik er lukket</p>				
<b>RHF</b>	Internrevisjon informasjonssikkerhet		Ja	Ja	Internrevisjon tilbake til 2010. Fortsatt anbefalinger som ikke er lukket
Kommentar:	<p>Fortsatt anbefalinger som ikke er lukket</p>				
<b>Statens helsetilsyn</b>	Tilsyn knyttet til Ernæring til hoftepasienter		Ja	Ja	Diverse tiltak er iverksatt. Avvik er i ferd med å lukkes
Kommentar:	<p>Klinikk Hammerfest og Kirkenes har sammen gjennomført et LEAN prosjekt i forhold til ernæringskartlegging av alle innlagte pasienter. Det er utarbeidet nye prosedyrer, gjennomført opplæring og nødvendig utstyr er innkjøpt. Klinikken følger opp at rutinene blir implementert med telling av gjennomførte ernæringskartlegginger i DIPS. Avviket er lukket.</p>				

<b>Statens helsetilsyn</b>	Tilsyn Kirkenes	BUP	Ja	Ja	Diverse tiltak er iverksatt. Evaluering av nye rutiner og systemer før årsskiftet.
Kommentar:	Avvik lukket våren 2012.				
<b>Statens Helsetilsyn, Fylkeslegen</b>	Tilsyn Finnmarksklinikk en Praksis poliklinikk		Ja	Ja	Avvik ikke lukket. Arbeid med lukking av avvik pågår. Plan på plass i september. Krav om lukking/statusrapport
Kommentar:	01.12.2012. Sendt t innen frist. Ikke mottatt tilbakemelding fra Helsetilsynet.				
<b>Statens Helsetilsyn, Fylkeslegen</b>	Tilsyn Finnmarksklinikk en Døgnenheten		Ja	Ja	
<b>Kommentar:</b>	Avvik lukket 02.07.2012. Krav om opplysninger vedr. oppfølging sendt i desember 2012. Tilbakemelding ikke mottatt fra Helsetilsynet på denne.				
<b>Norsk helsenett</b>	Sikkerhetsrevisjon Informasjons-sikkerhet		Ja	Ja	Tiltak er under utarbeidelse og avvik under lukking
Kommentar:	Avvik under lukking				
<b>RHF</b>	Prøvesvar Klinikk Kirkenes		Ja	Ja	Plan lukking av avvik under etablering. Svar til RHF 3. desember. Styremøte RHF 19. des.
Kommentar:	Plan lukking etablert. Behandlet i styremøte i RHF i desember.				
<b>Statens legemiddelverk</b>	Blodbankene				Ble gjennomført i uke 44. Har ikke mottatt rapport.
Kommentar:					