



Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr.:
2013/1476

Saksbeh/tlf:
Andreas Ertesvåg 78 97 31 54

Sted/Dato:
Hammerfest, 13.3.2014

Saksnummer 23/2014

Saksansvarlig: Ole Martin Olsen, Administrasjonssjef
Møtedato: 20. mars 2014

Ledelsens gjennomgåelse

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

Styret i Finnmarkssykehuset HF tar ledelsens gjennomgåelse til etterretning.

Torbjørn Aas
Administrerende direktør

Vedlegg:

1. Saksfremlegg
2. Ledelsens gjennomgåelse



Ledelsens gjennomgåelse

Saksbehandler: Andreas Ertesvåg, kvalitetsrådgiver
Ole Martin Olsen, administrasjonssjef
Møtedato: 20. mars 2014

1. Sammendrag

Ledelsens gjennomgåelse 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 gjennomgåelse av internkontrollen.

Ledelsens gjennomgåelse bygger på tilsvarende gjennomgåelse gjennomført i 2013.

2. Bakgrunn

Ledelsens gjennomgåelse 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 gjennomgåelse og oppsummering av hendelser og aktiviteter gjennomført i foregående år eller tidsperiode. Gjennomgåelsen 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 gjennomgåelse av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

3. Vurdering

Ledelsens gjennomgåelse fokuserer på de samme områdene som i 2013. Nytt av året er et eget punkt om klima og miljø. Dette på grunn av arbeidet som pågår med klima- og miljøsertifisering.



- **Kvalitetsstyring**
 - Styrende dokumenter
 - Avviksmeldinger og behandling av disse
- **Helse, Miljø og sikkerhet**
 - Sykefraværsutvikling
 - Personalskader
- **Oppfølging av revisjoner**
 - Interne revisjoner
- **Klima og miljø**

Fokusområder i "ledelsens gjennomgåelse" 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 gjennomgåelse" senere år.

a. *Kvalitetsstyring*

Det er et krav at styrende dokumenter er underlagt kontroll i Docmap. Til samtlige dokumenter er det tilknyttet 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.

Finnmarkssykehuset hadde pr 31.12.2013 samlet 5107 dokumenter i Docmap, en liten økning fra 4998 ved utgangen av 2012. Av de 5107 dokumentene var 629 dokumenter ikke revidert som forutsatt. Klinikken og senterne gir tilbakemelding om at det jobbes med revisjon av dokumentene, med frister for gjennomføring. Dokumenter som ikke er revidert innen to år etter fristen trekkes tilbake av kvalitetsrådgiver.

I forbindelse med arbeidet med Pasientsikkerhetskampanjen, og prosjekter som FIKS og HOS, utarbeides det felles prosedyrer på en del områder. Men det er fortsatt forbedringspotensial på dette området. Klinikken er oppmerksomme på dette.

I perioden 01.01.2013 – 31.12.2013 ble det meldt 958 avvikshendelser i Docmap, en økning fra 2012 hvor det ble innmeldt 803 hendelser i Docmap. Det er verdt å merke seg at vi i 2013 la til rette for mottak av avviksmeldinger fra kommuner i fylket. Det er registrert nær 70 slike meldinger.

Av de 958 meldingene er 692 lukket/sluttbehandlet ved årsskiftet. Dette tilsvarer vel 72 % mot tilsvarende 76,6 % i 2012. Hele 78 meldinger ligger fortsatt hos den som meldte inn hendelsen i Docmap, men som ikke har videresendt meldingen i Docmap. Dette kan tyde på et fortsatt



opplæringsbehov, og en utfordring er at enhetene må avsette tid og ressurser for egne superbrukere.

Klinikkene og sentrene vektlegger opplæring, og har fokus på behovet for regelmessig opplæring/oppfrisking i bruk av DocMap. Det utvikles og felles e-læringskurs i Helse Nord på bruken av DocMap.

b. Helse Miljø og sikkerhet

Finnmarkssykehuset jobber målrettet med å redusere sykefraværet. Foretaket har hatt en positiv trend over flere år. 2013 startet med en oppgang i sykefraværet, men dette har stabilisert seg og foretaket kan vise til en positiv utvikling fra våren og ut året.

Det er utarbeidet en egen styresak med tiltaksplan for arbeidet med sykefravær i Finnmarkssykehuset. Det satses på målrettede tiltak mot de som har høyt sykefravær. Arbeidet startet opp mot slutten av 2013. I tillegg jobber klinikkene og sentrene med lokale tiltak for å redusere sykefraværet.

På grunn av overgangen til nytt personalsystem, er det noe usikkerhet til tallene fra og med september.

Det er et særlig fokus på stikkskader. Både i Hammerfest og Kirkenes er det kjøpt inn tilpassede bokser for å kaste bruke sprøyter/spisser, som skal redusere faren for stikkskade. Skadene oppstår relativt jevnt i løpet av året. Det var en liten oppgang i sommer, med tre hendelser på samme enhet. Men leder beskriver dette som tilfeldig.

Andre skader er alle typer skader som ikke er stikkskader. Dette kan være alt fra skade under spill med pasienter, til fall i trapp eller vold fra pasienter

Klinikkene melder om fokus på å følge gjeldende rutiner for oppfølging av stikkskader.

c. 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.

Finnmarkssykehuset gjennomførte fire planlagte internrevisjoner på foretaksnivå i 2013. Det jobbes med å følge opp og lukke avvik etter disse. I 2013 ble det opprettet et revisjonsteam som skal ha hovedansvar for gjennomføring av internrevisjoner i foretaket. Teamet har utarbeidet ny



revisjonsplan for perioden 2014-2016. Målsetningen er å bli bedre til å gjennomføre og følge opp interne 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.

d. Klima og miljø

Finnmarkssykehuset påvirker det ytre miljø, men det jobbes kontinuerlig med å begrense dette mest mulig. Foretaket har igangsatt et prosjekt for å bli sertifisert på klima og miljø, etter ISO 14001. Det er ansatt en egen prosjektleder som leder dette arbeidet og målet er å sertifiseres innen utgangen av 2014. Dette prosjektet forbedrer foretakets oppfølging av indikatorer og rapportering på energibruk, avfallshåndtering og vannforbruk.

Vårt energiforbruk er knyttet til oppvarming, belysning, prosess og drift. Avfallet er knyttet til drift av våre institusjoner, samt noe byggeavfall. Vannforbruket er knyttet til prosess og drift.

Arbeidet med klima- og miljøsertifisering har ikke kommet så langt som ønskelig i klinikkene. Det er utfordring mellom mange oppgaver som krever fokus, og hva som skal prioriteres.

3. Risikovurdering

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

Gjennomføring av prosess og vedtak rundt "ledelsens gjennomgåelse" 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 gjennomgåelse" 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 gjennomgåelse har nå bidratt til et helhetlig system i foretaket for styring iht styringshjulet og fasene i denne som er å planlegge, gjennomføre, kontrollere og korrigere (Ledelsen gjennomgåelse).

4. Medbestemmelse:

Styresaken er drøftet med de tillitsvalgte og vernetjenesten 12. mars.



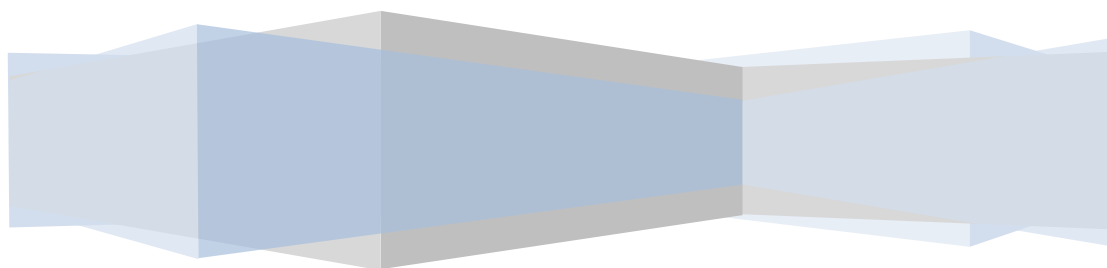
Vedlegg

- Notat ledelsens gjennomgåelse.



LEDELSENS GJENNOMGÅELSE 2013

ao1211fi



INNHold

INNLEDNING	3
Hensikt	3
Ledelsens gjennomgåelse 2013.....	4
DEL 1: KVALITETSSTYRING	5
Styrende dokumenter	5
Kommentarer - oppfølging:	6
Avviksmeldinger og behandling av disse	6
Klinikkene:	7
Kommentarer - oppfølging:	8
DEL 2: HELSE, MILJØ OG SIKKERHET.....	13
<i>Sykefraværutvikling</i>	13
DEL 3: OPPFØLGING AV REVISJONER	16
Interne revisjoner.....	16
DEL 4: Klima og miljø	17

INNLEDNING

Ledelsens gjennomgåelse 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 gjennomgåelse og oppsummering av hendelser og aktiviteter gjennomført i foregående år eller tidsperiode. Gjennomgåelsen 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 gjennomgåelse er.



Hensikt

Ledelsens gjennomgåelse 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
- etterlevs i praksis

Ledelsens gjennomgåelse 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 gjennomgåelse av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

I tillegg stilles krav til gjennomgåelse 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 gjennomgåelse 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 gjennomgåelse" ligger videre som krav både i "Oppdragsdokument 2012 fra Helse Nord RHF til helseforetakene ([Docmap MS0227, kap. 8.2](#)) og i vedtatte Kvalitetsstrategi for Finnmarkssykehuset HF ([Docmap MS0207, se tiltaksplan satsingsområde 3](#))

Ledelsens gjennomgåelse 2013

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 innværende år som tilstrekkelig fokusert.

Nytt i årets gjennomgåelse er eget punkt om klima og miljø. Dette henger sammen ISO 14001 sertifisering.

Fokusområder i "ledelsens gjennomgåelse" 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 gjennomgåelse" i de kommende år.

DEL 1: KVALITETSSTYRING

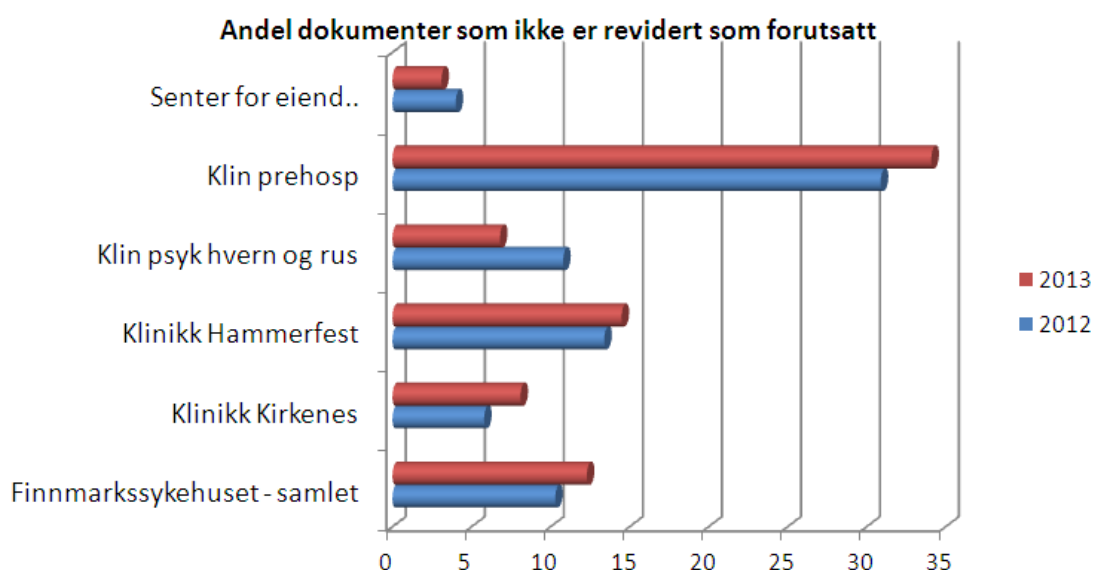
Styrende dokumenter

Det er et krav at styrende dokumenter er underlagt kontroll i Docmap. Til samtlige dokumenter er det tilknyttet 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.

Finnmarkssykehuset hadde pr 31.12.2013 samlet 5107 dokumenter i Docmap, en liten økning fra 4998 ved utgangen av 2012. Av de 5107 dokumentene var 629 dokumenter ikke revidert som forutsatt, noe som tilsvarer 12,3 %. Andelen dokumenter som ikke er tilfredsstillende vedlikeholdt må fortsatt betraktes som urovekkende og uakseptabel høy tross forbedring i løpet av 2013.

Organisatorisk enhet	Antall dokumenter i Docmap	Antall ikke reviderte	Andel ikke reviderte per 31.12.2013
Samlet Finnmarkssykehuset	5107	629	12,3 %
Klinikk Kirkenes	1911	156	8,1
Klinikk Hammerfest	1940	282	14,5
Klin psyk hvern og rus	427	29	6,8
Klin prehosp	208	71	34,1
Senter for eiend..	190	6	3,1

Prosentvis endring – andel dokumenter:



Kommentarer - oppfølging:

Hvordan følges dette opp i klinikkene/sentrene?

Tidsperspektiv for å være à jour?

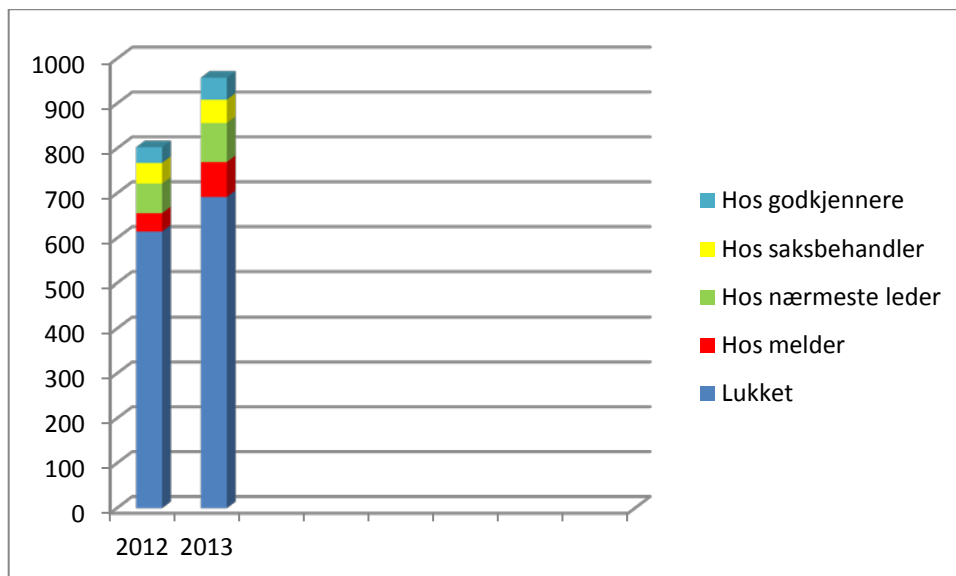
- **Klinikk Kirkenes:**
Klinikk Kirkenes har hatt fokus på revidering av dokumenter i DocMap i 2013 både på klinikk møte og i kvamråd. Dessverre har det ikke lyktes å revidere alle dokumentene i henhold til plan. Klinikken har nå fått en oversikt over alle dokumentene fordelt på avdelingene og vil innen 1.mai 2014 har reviderte eller slettet dokumentene.
- **Klinikk Hammerfest:**
En stor andel av de prosedyrer som ikke er revidert i Klinikk Hammerfest tilhører kirurgisk fagområdet. Avdelingen har hatt en ustabil bemanningssituasjon og ikke prioritert dette arbeidet. Det igangsettes arbeid på avdelingen for å få revidert prosedyrene. Ved utarbeidelse av nye prosedyrer ser man på mulighet for felles prosedyrer mellom Klinikk Hammerfest og Klinikk Kirkenes.
- **Klin psykisk helsevern og rus:**
Det er sendt ut varsel til de som skal revidere dokumentene, med frist til å gjøre det i morgen 26.02.14, det er sendt ny påminnelse i dag om det.
- **Klinikk prehospitaler tjenester:**
Dokumentene er sendt ut til avdelingsledere for gjennomgang slik at vi kan se hvilke prosedyrer som er hensiktsmessige å ha. Deretter vil de prosedyrer som skal kontinueres bli sendt på høring og godkjent. Planen er at dette skal være klart inne mars 2014
- **Senter for drift og eiendom:**
SDE følger dette opp fortløpende og er inne i en fase med fortløpende revidering/utarbeidelse av prosedyrer. Spesielt utvikles det flere prosedyrer innen Klima og miljø-prosjektet, siden foretaket skal ISO-sertifiseres innen utgangen av året. Her er det viktig at det ikke bare utvikles nye, men også at eventuelle gamle fjernes/omarbeides.

Avviksmeldinger og behandling av disse

I perioden 01.01.2013 – 31.12.2013 ble det meldt 958 avvikshendelser i Docmap, en økning fra 2012 hvor det ble innmeldt 803 hendelser i Docmap. Det er verdt å merke seg at vi i 2013 la til rette for mottak av avviksmeldinger fra kommuner i fylket. Det er registrert nær 70 slike meldinger.

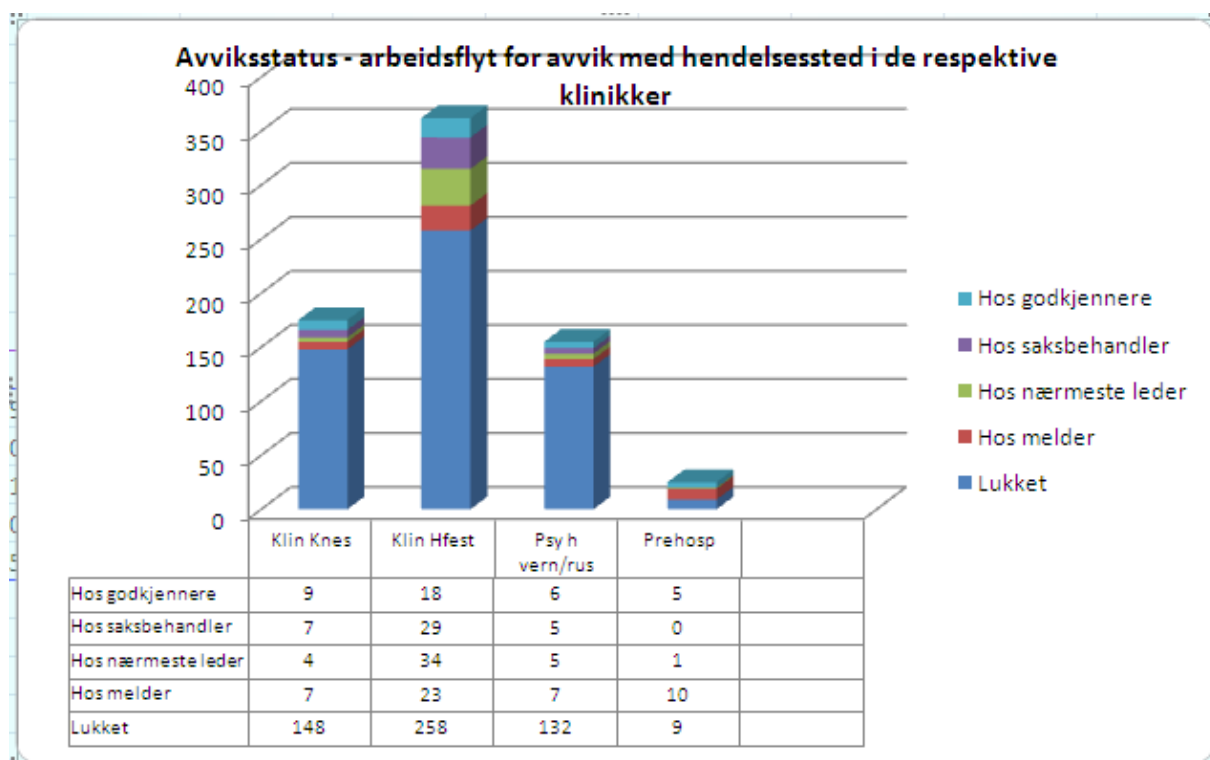
Av de 958 meldingene er 692 lukket/sluttbehandlet ved årsskiftet. Dette tilsvarer vel 72 % mot tilsvarende 76,6 % i 2012. Hele 78 meldinger ligger fortsatt hos den som meldte inn hendelsen i Docmap, men som ikke har videregitt meldingen i Docmap. Dette kan tyde på et fortsatt opplæringsbehov, og en utfordring er at enhetene må avsette tid og ressurser for egne superbrukere. 188 meldinger ligger

til behandling hos ledere og/eller hos saksbehandlere. Selv om en del av disse meldingene er rimelig nye er det fortsatt slik at ledere bruker for lang tid på å saksbehandle slike hendelser i Docmap. Det er særlig viktig å redusere behandlingstid på samhandlingsavvik for å kunne imøtekomme de frister vi har forpliktet oss på via inngåtte tjenesteavtaler.



Klinikkene:

Oversikt arbeidsflyt for avvikshendelser i tiden 01.01.2013 – 31.12.2013 for hendelser der hendelsessted er definert til innad i de respektive klinikker. Hendelser som er meldt fra klinikk og hvor hendelsessted er kommune eller annen klinikk er utelatt.



Klinikkene bør blant annet vurdere følgende aspekter:

- Behov for ytterligere opplæring? Til tross for at det er gjennomført repeterende opplæring, at enheter skal ha egne superbrukere samt at det er utarbeidet detaljerte beskrivelser for hvorledes hendelser skal meldes i Docmap er det en utfordring at melder i for mange tilfeller ikke sender hendelsen videre til sin nærmeste leder.
- Melderkultur. Ulikheter i antall meldte hendelser kan ha mange årsaker. Ett aspekt er at det faktisk oppstår flere hendelser noen steder, annet aspekt er at faktiske hendelser ikke meldes.
- Rutiner for saksbehandling av hendelser. I for mange tilfeller blir avvikshendelser liggende for lenge hos ledere (og saksbehandlere) før avviksbehandling slutføres.

Kommentarer - oppfølging:

Hvordan følges dette opp i klinikkene/sentrene?

Tidsperspektiv for å være à jour?

- **Klinikk Kirkenes:**
Klinikk Kirkenes har hatt dette opp som tema i klinikkledelsen. Klinikksjefer mottar melding dersom avviket blir liggende lenge hos behandler. Klinikksjefer sender da en melding til den som har avviket liggende og ber vedkommende å behandle avviket evt. etterspør om det er behov for bistand fra en av superbrukerne for å få lukket avviket.
- **Klinikk Hammerfest:**
Det har vært gjennomført opplæring i DocMap dessverre med for liten oppmøteprosent og det er derfor behov for ytterligere opplæring. Det er en utfordring å sikre kontinuerlig opplæring av alle ansatte til tross for at det finnes superbrukere på alle avdelinger. De ansatte har mulighet til å registrere avvik på papir og så få bistand til å legge det inn i DocMap.

Klinikken har i høsten 2013 kjørt opplæring i DocMap med avdelingslederen og bistand til behandling av avvik i DocMap. Klinikkledergruppen går jevnlig gjennom avvik for å sikre forsvarlig behandlingstid. Det følges opp i linjen når avvik ikke er behandlet innen en rimelig frist. En del avvik forventes med å lukkes til alle tiltak er iverksatt

Forslag: Oversikt over superbrukere i klinikkene og funksjonsbeskrivelse må utarbeides.

- **Klin psykisk helsevern og rus:**
Ved Klinikk psykisk helsevern og rus har vi repeterende opplæring ved alle enheter. Det er også superbrukere ved hvert DPS. Det vi ser er at opplæring må skje i hvert fall minimum 2 ganger i året ved enhetene. Mange av de som ikke har blitt å bruke DocMap opplever det som å starte på nytt når de får ny opplæring. Ellers bør det være et større fokus for superbrukerne å følge med på avvikene.

- Klinikk prehospitaler tjenester:
Klinikken har satt fokus på avviksmeldinger, og avdelingsledere har et spesielt ansvar for oppfølgingen. Målet er at avvikene behandles på lavest mulig nivå, så raskt som mulig.

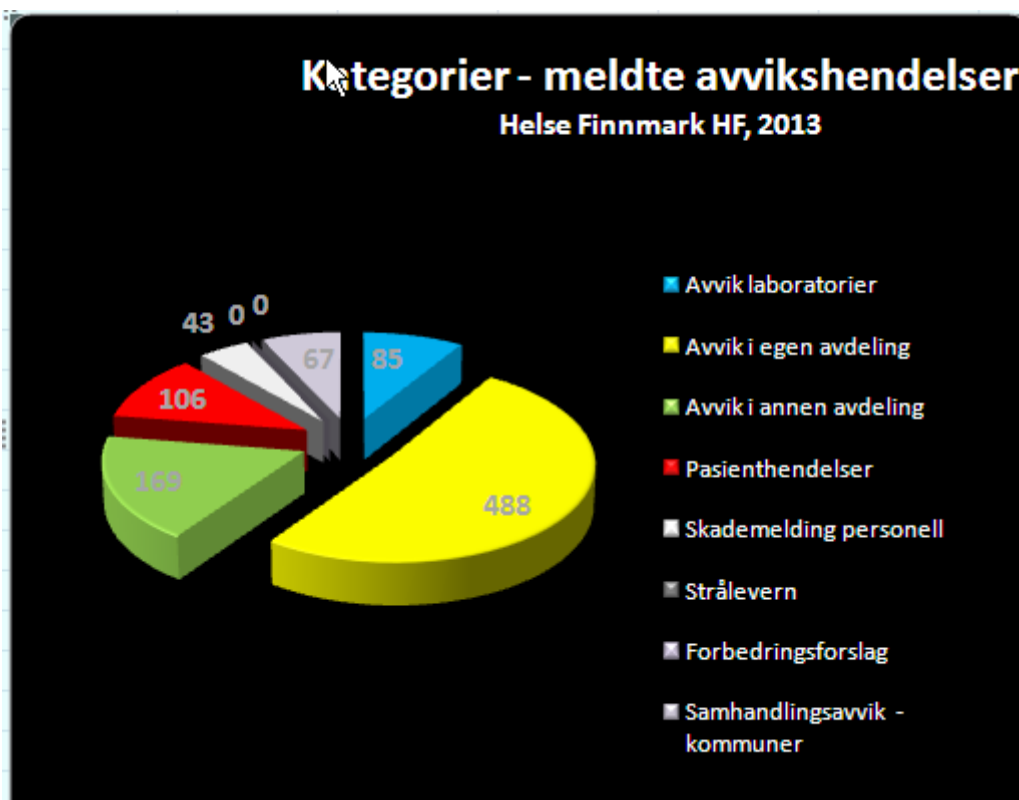
Klinikken ser at det er opplæringsutfordringer på ansattnivå i forhold til bruken av avvikssystemet, men også på behandlernivå, noe som gjør at meldingene blir liggende ubehandlet. Vi har en andel avvik som ligger hos melder, noe som kan være grunnet opplæring og tiltro til systemet.

- Senter for drift og eiendom:
SDE følger opp avvik fortløpende. Alle ledere har hatt opplæring/oppfriskning i 2013. På tross av dette har vi utfordringer. Spesielt må nevnes at avvik som skal sluttbehandles av melder, ofte blir liggende og ikke lukket. Dette kan relateres til manglende kunnskap om systemet fra ansatte.

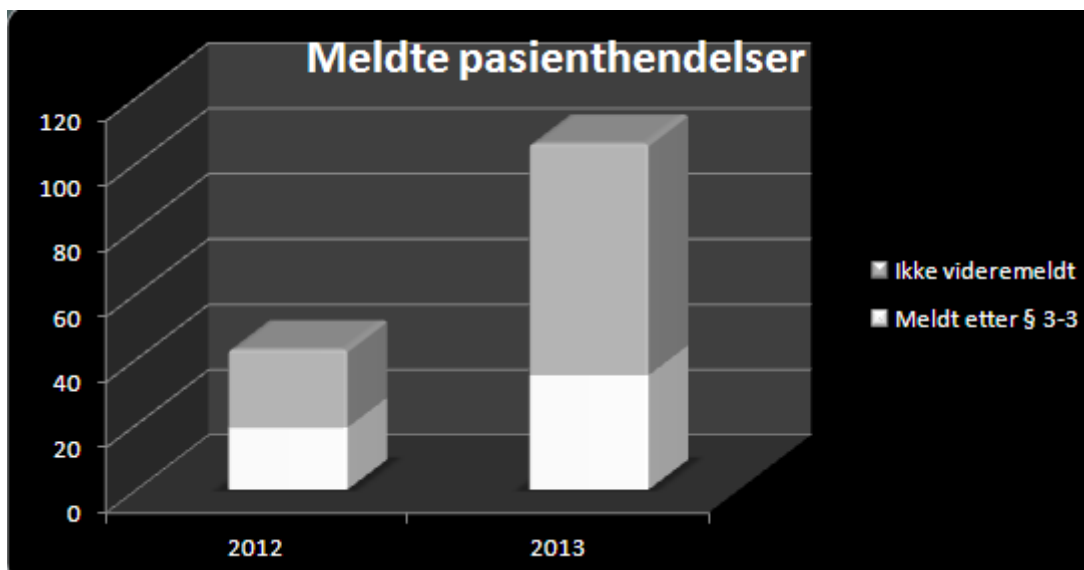
Kategorier meldte avvik

Følgende meldeskjema i Docmap har vært benyttet i 2013:

- Avvik for laboratorier
- Avvik og forbedring i egen avdeling
- Avvik i annen avdeling
- Pasienthendelseskjema
- Samhandlingsavvik (brudd på inngåtte tjenesteavtaler, nytt for 2013)
- Strålevern avvik

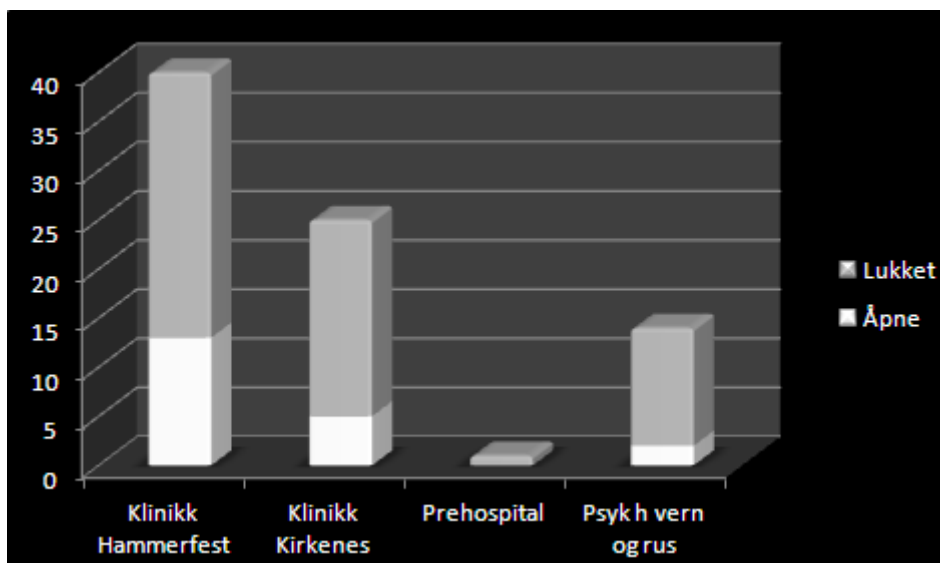


Gjeldende pasienthendelser kan vi registrere en økning i 2013, noe som er naturlig ettersom det sommeren 2012 ble innført en ny meldeordning.



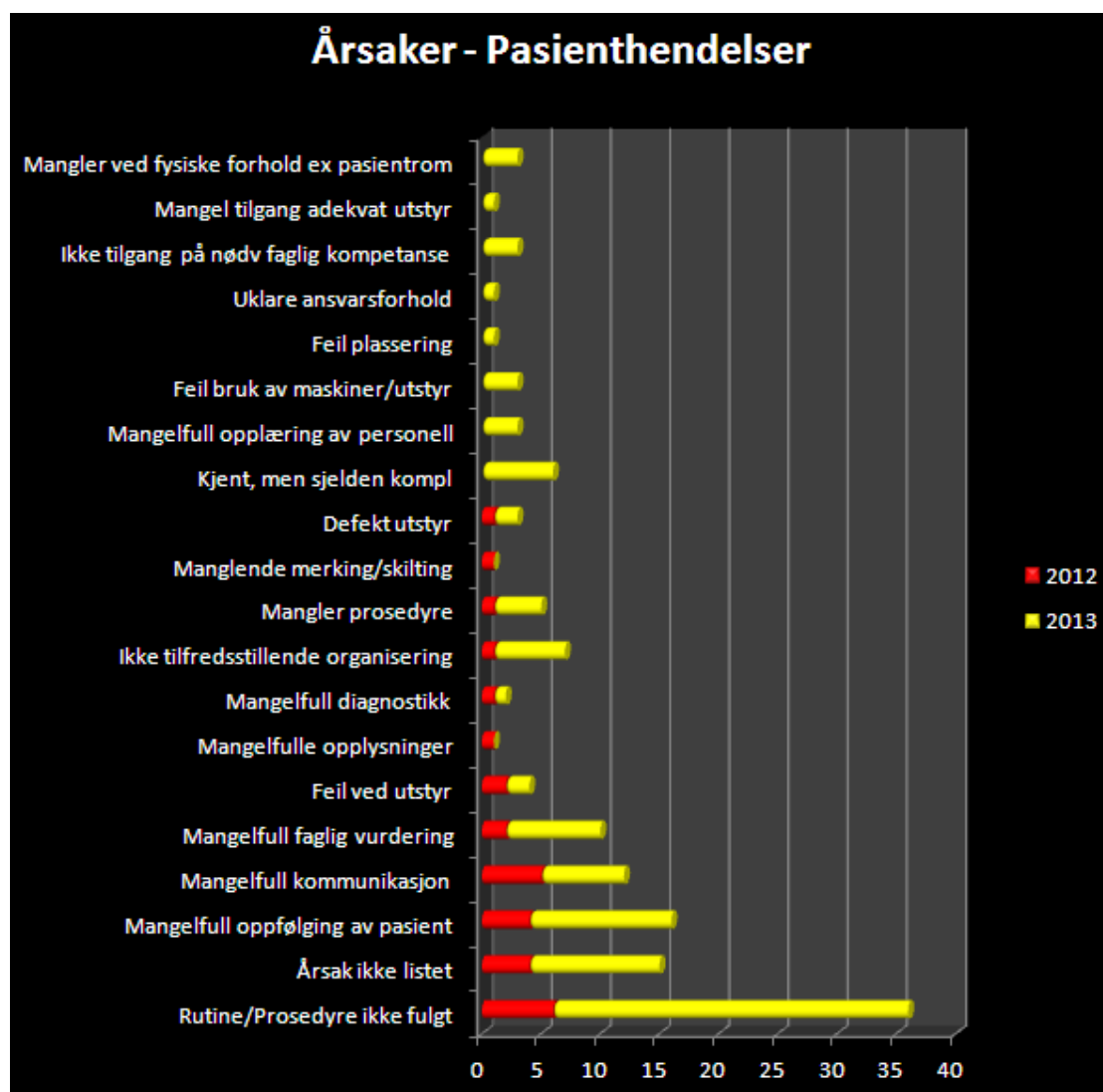
10

Følgende oversikt viser den klinikkvise fordelingen av meldte pasienthendelser i 2013, 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:



11

Som oversiktene viser har svært mange uønskede hendelser fortsatt sammenheng med at rutine/prosedyre ikke er fulgt. Dette fortsetter å representere en betydelig utfordring.

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:

Klinikk Kirkenes vil i 2014 ha et fokus på opplæring av nyansatte for å sikre at de er kjent med prosedyrene i foretaket med et særlig fokus på det som gjelder den enkelte enhet.

Klinikk Kirkenes må også ha et fokus på hvordan definere avvikshendelser slik at de er tilstrekkelig definert når de meldes i docmap. Dette vil klinikken gjøre gjennom at superbrukerne i klinikken har intern undervisning på egen enhet.

- **Klinikk Hammerfest:**
Klinikk Hammerfest har avvik og avviksbehandling som tema i ledermøter. Avvik brukes til systematisk forbedring av rutiner. De enkelte avvik følges opp i avdelingen / enheten og en iverksetter tiltak for å lukke avvik.

I tillegg ansetter Klinikken en leankonsulent / kvalitetsmedarbeider som skal bistå klinikken i systematisering oppfølging av avvik slik at foreslåtte tiltak gjennomføres.

- **Klin psykisk helsevern og rus:**
Avvik tas opp på avdelings nivå i KVAM grupper. Derfra tas det til enhetsnivå for læringseffekt. Når det gjelder at rutiner og prosedyrer ikke er fulgt, er det viktig for enhetsledere å ta opp på felles møter at det finnes prosedyrer/retningslinjer i DocMap. Dette er noe lederne bør ha som obligatorisk i opplæringen av nyansatte. Det er også viktig med fokus på opplæring for ledere. De trenger å få inngående kunnskap om hva som er viktig at de gjør ved avvikshåndteringen.

- **Klinikk prehospitaler tjenester:**
Oppgaver fordeles dit de skal, men dette har ikke fungert optimalt. Prosedyrene må gjøres lettere tilgjengelig for de ansatte. Det skal lages dokumentsamlinger for hver avdeling slik at man lettere finner fram i DocMap.

Opplæring i melderutiner må gjøres. Det kartlegges hva behovet er blandt i ansatte.

- **Senter for drift og eiendom:**
SDE følger opp avvik fortløpende. Alle ledere har hatt opplæring/oppfriskning i 2013. På tross av dette har vi utfordringer. Spesielt må nevnes at avvik som skal sluttbehandles av melder, ofte blir liggende og ikke lukket. Dette kan relateres til manglende kunnskap om systemet fra ansatte.

DEL 2: HELSE, MILJØ OG SIKKERHET

Sykefraværsutvikling

Finnmarkssykehuset gikk over til nytt personalsystem oktober 2013. På grunn av denne overgangen er det litt usikkerhet rundt sykefraværsstatistikken fra september og utover.

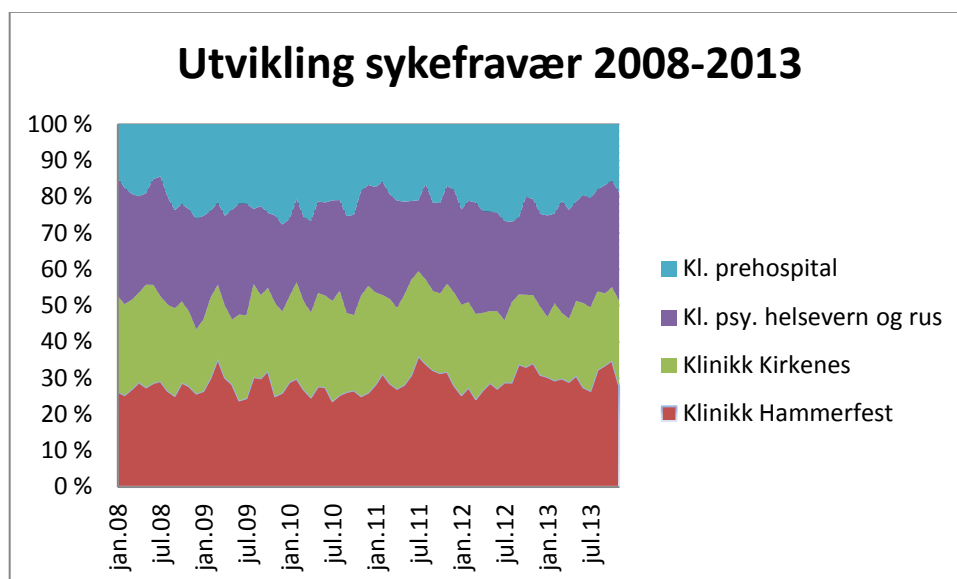
Finnmarkssykehuset hadde generelt en økning i sykefraværet de første månedene i 2013. Sykefraværet gikk ned mot nivå fra tidligere år mot våren/sommeren. På høsten var det også generelt lavere sykefravær enn første halvår. Det er litt uklart om dette skyldes feil i datagrunnlaget, eller en reel nedgang i sykefraværet.

Det er utarbeidet en egen styresak med tiltaksplan for arbeidet med sykefravær i Finnmarkssykehuset. Det satses på målrettede tiltak mot de som har høyt sykefravær. Arbeidet startet opp mot slutten av 2013.

13



Den generelle trenden i foretaket er en positiv utvikling av sykefraværet. Fraværet har gått jevnt nedover de siste fem årene.



Sykefraværet varierer i mellom klinikkene. Klinikk Hammerfest og klinikk for psykisk helsevern og rus har generelt det høyeste fraværet. Særlig klinikk Kirkenes har lyktes med å redusere sykefraværet over tid.

Personalskader

Personalskader meldes i DocMap. I tillegg sendes skjema til NAV, forsikring og bedriftshelsetjenesten ved behov. Særlig ved stikkskader er det viktig at bedriftshelsetjenesten får informasjon, for å sikre oppfølging og kontroll av eventuell blodsmitte.

Det er et særlig fokus på stikkskader. Både i Hammerfest og Kirkenes er det kjøpt inn tilpassede bokser for å kaste bruke sprøyter/spisser, som skal redusere faren for stikkskade. Skadene oppstår relativt jevnt i løpet av året. Det var en liten oppgang i sommer, med tre hendelser på samme enhet. Men leder beskriver dette som tilfeldig.

Andre skader er alle typer skader som ikke er stikkskader. Dette kan være alt fra skade under spill med pasienter, til fall i trapp eller vold fra pasienter. 40-60% av disse skadene er fra klinikk psykisk helsevern og rus.

Det er nødvendig med et fokus på skadeforebygging gjennom hele året. Særlig med tanke på at eksisterende prosedyrer og tiltak må følges.

	Stikk/kutt	Andre
Januar	1	4
Februar	0	3
Mars	1	2
April	0	3
Mai	0	0
Juni	1	1
Juli	4	2
August	2	5
September	3	1
Oktober	0	0
November	0	1
Desember	2	0
	14	22

Kommentarer - oppfølging:

Hvordan følges sykefraværsutviklingen opp i klinikkene?

Hvordan jobbes det med reduksjon av stikkskader, og oppfølging av stikkskadeprosedyren i klinikkene?

Hvordan jobbes det med reduksjon av skader generelt?

- Klinikk Kirkenes:
Klinikk Kirkenes har over mange år hatt et fokus på å redusere sykefraværet. I 2013 har klinikken hatt et fokus på ansatte med langtidsfravær eller hyppig fravær. Dette har vært tatt opp med tillitsvalgte og vernetjenesten på samarbeidsmøter. Klinikken har arrangert kurs for tillitsvalgt og vernetjenesten om IA avtalen høsten 2013.

Klinikken har hatt møte med representant fra HR avdelingen for å vurdere om de med langtidsfravær eller hyppig fravær skal få tilbud om mulighetssamtale for å vurdere om det er ytterligere tiltak klinikken kan bidra med for å forebygge fravær.

Klinikken har hatt tett samarbeid med hygienesykepleier for å se på tiltak for å forebygge stikkskader. I samarbeid med hygienesykepleier har klinikken skaffet kanylebokser som skal plasseres inne på pasient rommene slik at sykepleier kan kaste sprøytenarkomane umiddelbart etter bruk. Disse boksene vil bli montert i løpet av mars 2014. I tillegg er det planlagt å gjennomføre en undervisning av hva den enkelte skal gjøre hvis den ansatte har stukket seg.

For å forebygge andre skader har medisinsk sengeenhet hatt et fokus på forflytning av pasienter. Dette fikk enheten foretakets HMS pris for i 2013. Dette arbeidet vil i 2014 bli videreført til andre enheter i klinikken.

- **Klinikk Hammerfest:**
Det er gode rutiner i klinikken for oppfølging av stikkskader. Prosedyrene er forbedret og det jobbes med etterlevelse av disse.

Den enkelte leder følger opp sykefraværet i henhold til prosedyrer. I tillegg til dette har nå klinikken igangsatt et større arbeid med bistand fra NAV og HR for systematisk oppfølging av de med stort sykefravær. I dette arbeidet inngår også utarbeidelse av handlingsplaner for arbeidsmiljø og forebygging av sykefravær på de enheter som mangler dette.

- **Klin psykisk helsevern og rus:**
Sykefraværssrapportene sendes ut til alle avdelingsledere for kommentarer. Det følges deretter opp i klinikkledermøte og kvam-råd. Det er gode rutiner i klinikken for oppfølging av sykefravær.

SANKS har hatt IA-konsulent til opplæring av ledere, TV, VO og ansatte. HMS tas opp fast i alle avdelinger, på møter, i kvamgrupper og lignende. Alle avdelinger benytter seg også av BHT ved behov.

- **Klinikk prehospitale tjenester:**
Ansatte følges opp av stasjonsledere fra første sykefraværsdag. Dette for å vise omsorg og ha en mulighet til å planlegge videre drift av stasjonene.

Stikkskader eller andre skader på pasienter eller personell, har det vært et fåtall av. Tror ikke kjennskapen til prosedyren er god nok, så her har vi en jobb å gjøre.

HMS er fokusområde i klinikken, og vi har etter lang tid fått HVO inn. Denne personen er i stab, og har også en rolle som HMS ansvarlig for klinikken. Belastningsskader er den største utfordringen i klinikken. Her er kartlegging i samarbeid med BHT er planlagt.

- **Senter for drift og eiendom:**
Dette følges opp fortløpende og SDE har spesiell fokus på renhold Hammerfest.

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 Finnmarkssykehuset 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 Finnmarkssykehuset 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 gjennomgåelse på foretaksnivå her omhandler revisjoner i kategori B.

1: Administrering av legemidler/legemiddelhåndtering

Revidert enhet: Medisinsk sengepost, klinikk Kirkenes

Revisorer: Kjetil Bjørkli og Lena Bekkeli

Funn (anbefaling/avvik/merknader): 1 merknad.

Oppfølging:

2: Journal dokumentasjon

Revidert enhet: Klinikk psykisk helsevern og rus

Revisorer: Sigmund Elgarøy, Anne Østlyngen, Anne Lene Turi, Inger Sandanger, Jørgen Michael Sommer, Lena Henriette Larsen, Elisabeth Joks og Tove Merethe Johnsen

Funn: 0 avvik og 29 anbefalinger

Oppfølging: Frist for tilbakemelding/lukking av anbefalinger til utgangen av februar 2014.

3: System for HMS-opplæring av nyansatte

Revidert enhet: Foretak

Revisorer: Andreas Ertesvåg og Solveig Nilsen

Funn: 2 anbefalinger

4: System og rutiner for opplæring i bruk av maskiner og utstyr

Revidert enhet: Drift og vedlikehold, øst

Revisorer: Andreas Ertesvåg og Terje Ryeng

Funn: 4 avvik og 2 observasjoner

Oppfølging: Frist for lukking av avvik 1. februar 2014.

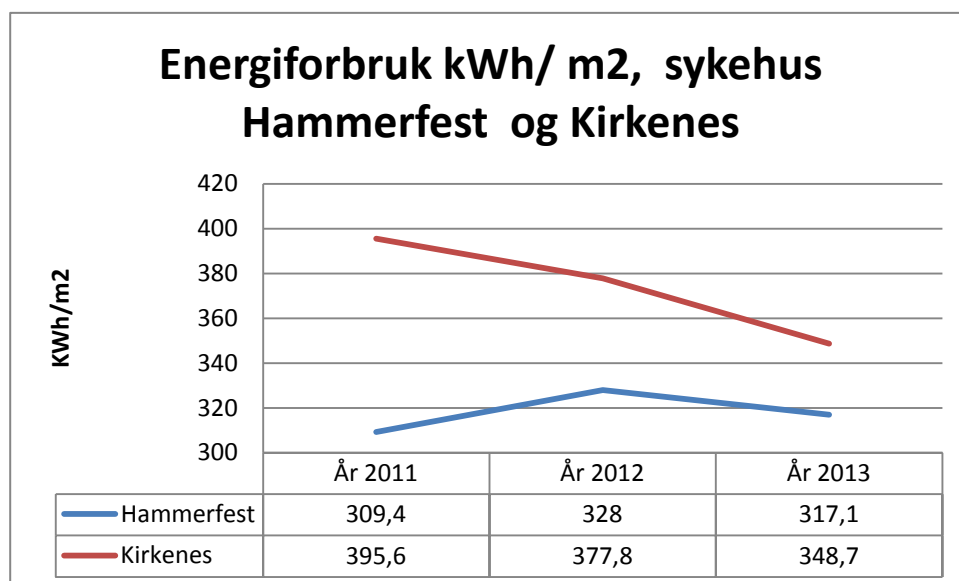
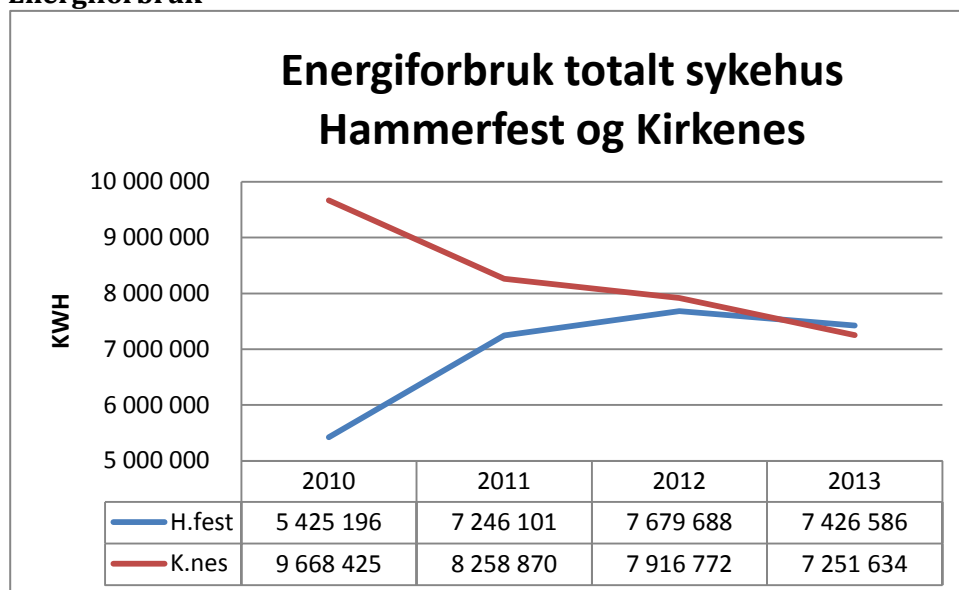
DEL 4: Klima og miljø

Finnmarkssykehuset påvirker det ytre miljø, men det jobbes kontinuerlig med å begrense dette mest mulig. Foretaket har igangsatt et prosjekt for å bli sertifisert på klima og miljø, etter ISO 14001. Det er ansatt en egen prosjektleder som leder dette arbeidet og målet er å sertifiseres innen utgangen av 2014. Dette prosjektet forbedrer foretakets oppfølging av indikatorer og rapportering på energibruk, avfallshåndtering og vannforbruk.

Vårt energiforbruk er knyttet til oppvarming, belysning, prosess og drift. Avfallet er knyttet til drift av våre institusjoner, samt noe byggeavfall. Vannforbruket er knyttet til prosess og drift.

17

Energiforbruk

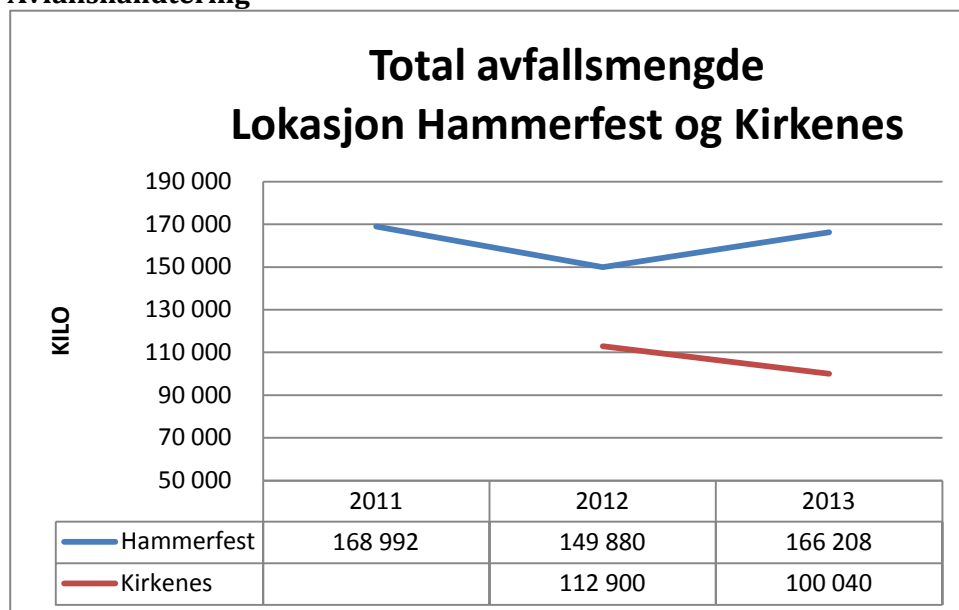


Data per kvm er på oppvarmet areal. Her er det noe usikkerhet når det gjelder antall kvm oppvarmet areal. Det er brukt tall som ligger inne i energioppfølgingsprogrammet.

Tendensen er at energibruken på sykehusene går nedover. Tallene for Hammerfest i 2010 og 2011 er ikke riktige, pga feil registreringsmetodikk. Løpende foretas utskifting og fornying av utstyr, elektriske anlegg og ventilasjon ved institusjonene som skal bidra til utflating og reduksjon av energiforbruket. Det er også igangsatt et ENØK prosjekt som i løpet av de neste tre årene vesentlig skal bidra til redusert energiforbruk. Dette prosjektet kjøres med støtte av ENOVA og vi følger oppsatt tiltaksplan.

Terapibassenget i Kirkenes ble avviklet høst 2013, og gir selvsagt også en reduksjon i energiforbruk.

Avfallshåndtering



18

I Hammerfest er nå volumet på avfall på samme nivå som i 2011. Forklaringen på dette ligger i at det i 2012 ikke ble utført årlig opprydding, slik det vanligvis gjøres. Dette ble utført i 2013 og forklarer endringen fra 2012 til 2013.

I Kirkenes har driftsavdelingen gått over til låsbare containere og dette resulterer i at avfall som produseres i boligene ikke nå lengre registreres som sykehusets avfall. Dette forklarer mye av nedgangen i avfallsmengde fra 2013 kontra 2012. Totalt sett er dette en ønsket endring da foretaket betaler renovasjon for boligene uavhengig av mengde, mens det betales for faktisk levert mengde ifm avfall fra sykehuset.

Det jobbes nå med å kildesortere i større grad på sykehusene og dette vil ytterligere kunne redusere kostnadene.

Kommentarer - oppfølging:

Hvordan jobber klinikkene for å nå målet om sertifisering på klima og miljø etter ISO 14001 innen utgangen av 2014?

- **Klinikk Kirkenes:**
Sertifisering på klima og miljø etter ISO 14001 Dessverre er ikke klinikk Kirkenes kommet langt nok i arbeidet med å bli klima og miljø sertifisert. Dersom klinikk Kirkenes skal klare denne sertifiseringen innen utgangen av 2014 må alle enhetene i klinikken prioritere dette arbeidet, noe som betyr å

nedprioritere noe annet. I 2013 har klinikken uten om kjernevirksomheten hatt fokus på arbeidet med Nye Kirkenes Sykehus.

- **Klinikk Hammerfest:**

Det er få av avdelingene som har ROS analyser i forhold til dette.

Erfaring fra ROS analyser på beredskapsplanen kan med fordel brukes i dette arbeidet.

- **Klinikk psykisk helsevern og rus:**

Sertifiseringskravene er gjennomgått i klinikkledermøte med alle avdelingsledere. En avdeling har gjennomgått sertifiseringskravene og iverksatt tiltak slik som resirkulering av papir, papirløse møter, ikke bruk av elektrisitet unødvendig, felles kjøring ved reiser og ligende. Saken settes opp på neste kvamrådsmøte for gjennomgang og iverksetting.

- **Klinikk prehospitale tjenester:**

Dette er en utfordring i klinikken all den tid vi både eier og leier lokaliteter. Kontraktene vi har med utleiere er utformet slik at vi må gjøre alle utbedringer på lokalitetene for egen regning. Dersom vi skal få lokalene ISO sertifisert vil dette bli kostbart for klinikken, og vi kan risikere å måtte bytte lokaler for så å gjøre endringer på nytt.

De lokalene vi eier er SDE inne og bistår i forhold til klima og miljø.