



## Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr.:  
2013/1476

Saksbeh/tlf:  
Renate Jakobsson 78 42 11 18

Sted/Dato:  
Hammerfest, 17.3.2015

### Saksnummer 22/2015

Saksansvarlig: Ole Martin Olsen, Administrasjonssjef  
Møtedato: 25. mars 2015

---

## Ledelsens gjennomgang

### Administrerende direktørs forslag til vedtak:

Styret i Finnmarkssykehuset HF tar ledelsens gjennomgang til etterretning.

Torbjørn Aas  
Administrerende direktør

### Vedlegg:

1. Saksfremlegg
2. Ledelsens gjennomgang 2014



## Ledelsens gjennomgang

Saksbehandler: Renate Jakobsson, kvalitetsleder  
Ole Martin Olsen, administrasjonssjef

Møtedato: 25. mars 2014

---

### 1. 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.

Ledelsens gjennomgang bygger på tilsvarende gjennomgang gjennomført i 2014.

#### a) 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.

#### b) Vurdering

Ledelsens gjennomgang fokuserer på de samme områdene som i 2013. Nytt av året er et eget punkt informasjonssikkerhet.



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

Fokusområder i "ledelsens gjennomgang" senere år vil kunne utvides. Klinikene 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.

#### i. **Kvalitetsstyring**

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.

Finnmarkssykehuset hadde pr 31.12.2014 samlet 5687 dokumenter i Docmap, en liten økning fra 5107 ved utgangen av 2013. Av de 5687 dokumentene var 427 dokumenter ikke revidert som forutsatt. Klinikene og senterne gir tilbakemelding om at det jobbes med revisjon av dokumentene, med frister for gjennomføring. Dokumenter som ikke er revidert innen et 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. Klinikene er oppmerksomme på dette.

I perioden 01.01.2014 – 31.12.2014 ble det meldt 1120 avvikshendelser i Docmap, en økning fra 2013 hvor det ble innmeldt 958 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 88 slike meldinger i 2014.

Av de 1120 meldingene er 850 lukket/sluttbehandlet ved årsskiftet. Dette tilsvarer vel 75,89 % mot tilsvarende 72 % i 2013. Hele 44 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.

## ii. Helse Miljø og sikkerhet

Finnmarkssykehuset hadde et lavere sykefravær første halvår av 2014 sammenlignet med samme periode i 2013. På høsten var sykefraværet litt høyere sammenlignet med 2013. Dette kan skyldes usikkerhet med tallene for høsten 2013. Finnmarkssykehuset gikk da over til nytt Personalsystem. Generelt har sykefraværet vært stabilt i 2014.

Foretaket har en langvarig trend med reduksjon av sykefraværet. Trenden er størst hos klinikk Kirkenes og klinikk for psykisk helsevern og rus, men også klinikk Hammerfest har en positiv trend. I klinikk for prehospitale tjenester har sykefraværet samlet sett holdt seg stabilt siden 2008. Prehospital har større svingninger i sykefraværet i løpet av perioden.

Det er et særlig fokus på stikkskader. I desember 2014 er det kjøpt inn og gitt opplæring i utstyr (veneflon og kanyler) med sikkerhetsutstyr som skal hindre stikkskader. Det er ventet at dette vil redusere antall stikkskader.

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

## iii. 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 syv planlagte internrevisjoner på foretaksnivå i 2014. 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. Nytt av året er en revisjonsplan som også omfatter revisjoner for klinikkene og sentre, såkalte internrevisjoner kategori c.

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.



#### iv. Klima og miljø

Finnmarkssykehuset påvirker det ytre miljø, men det jobbes kontinuerlig med å begrense dette mest mulig. Foretaket igangsatte et prosjekt for å bli sertifisert på klima og miljø, etter ISO 14001, noe de også klarte. 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.

## 2. 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 å planlegge, gjennomføre, kontrollere og korrigere (Ledelsen gjennomgang).

## 3. Medbestemmelse:

Styresaken er drøftet med de tillitsvalgte og vernetjenesten. Klinikkene har kommentert de ulike punktene.

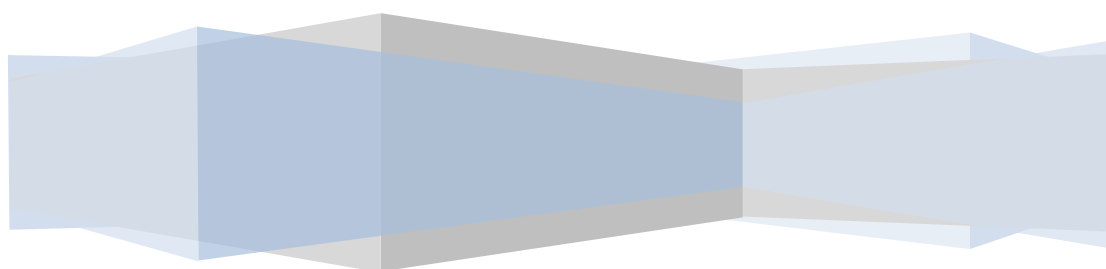
### Vedlegg

- Notat ledelsens gjennomgang.



# LEDELSENS GJENNOMGANG 2014

1



## Innholdsfortegnelse

INNLEDNING .....	2
Hensikt.....	2
Ledelsens gjennomgang 2014 .....	3
DEL 1: KVALITETSSTYRING .....	4
Styrende dokumenter .....	4
Kommentarer - oppfølging:.....	5
Avviksmeldinger og behandling av disse.....	5
Klinikkene: .....	6
Kommentarer - oppfølging:.....	7
DEL 2: HELSE, MILJØ OG SIKKERHET .....	12
DEL 3: OPPFØLGING AV REVISJONER .....	15
Interne revisjoner .....	15
Del 4: Klima og miljø.....	17
DEL 5: Informasjonssikkerhet.....	24



## 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.

2

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
- etterleves 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.

3

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 gjennomgang 2014

Som tidligere år inneholder ledelsens gjennomgang oppfølging av dokument og avvikssystemet Docmap, helse, miljø og sikkerhet og internrevisjoner. I år trekkes også emnet informasjonssikkerhet inn i ledelsens gjennomgang. Det kommer en kort orientering om status for informasjonssikkerhet, og hvordan det vil bli ivaretatt fremover.

I 2013 tilkom et eget punkt om klima og miljø på bakgrunn om krav i 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

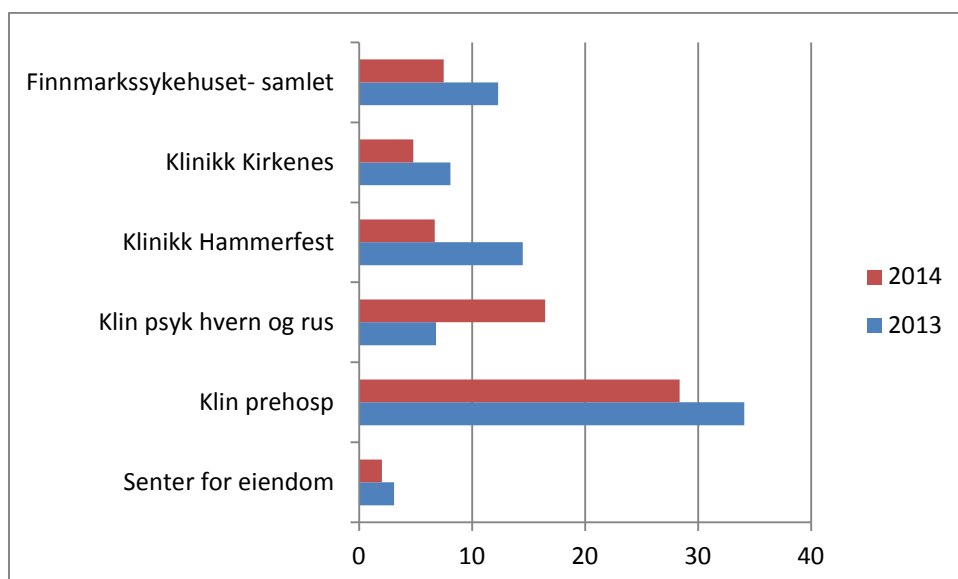
### Styrende dokumenter

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 31.12.2014 samlet 5687 dokumenter i Docmap, en økning på 10,19 % fra 5107 ved utgangen av 2013. Av de 5687 dokumentene var 429 dokumenter ikke revidert som forutsatt, noe som tilsvarer 7,50 %. Andelen ikke reviderte dokumenter har gått ned fra 2013 da var andelen 12,3 %. Andelen dokumenter som ikke er tilfredsstillende vedlikeholdt må fortsatt betraktes som uakseptabel høy tross forbedring i løpet av 2014.

Organisatorisk enhet	Antall dokumenter i Docmap	Antall ikke reviderte	Andel ikke reviderte per 31.12.2014
Samlet Finnmarkssykehuset	5687	427	7,50 %
Klinikk Kirkenes	2129	102	4,79
Klinikk Hammerfest	2104	141	6,70
Klin psyk hvern og rus	449	74	16,48
Klin prehosp	236	67	28,38
Senter for eiend..	197	4	2,03

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 dette oppe som team både i klinikkledermøtet og i kvamråd i 2014.

Dessverre har ikke klinikken klart målet om at alle dokumenter skal revideres fortløpende. Klinikken tilsatte kvalitetskonsulent fra 010115. Hun vil ha et særskilt ansvar for å følge opp prosedyrer i DocMap og påse at de revideres fortløpende evt. slettes dersom de ikke er aktuell lenger. Klinikken har gjennomført en opplæring docmap i 2014. Klinikken vil lage en opplæringsplan for ansatte der et av temaene vil være revidering/sletting av dokumenter. Klinikken vil ikke klare å være à jour i løpet av 2015, men har som mål å redusere antall ikke reviderte dokumenter med 50 %.

- **Klinikk Hammerfest:**

Klinikk Hammerfest har hatt fokus på å revidere dokumenter i 2014. Det er langt færre prosedyrer som nå ikke er revidert men klinikken har ikke klart å revidere alle i henhold til plan. Det er utarbeidet en oversikt over alle prosedyrer som ikke er revidert og de som ikke blir revidert slettes.

- **Klin psykisk helsevern og rus:**

Pr 06.02.15 er det ingen dokumenter til revidering. Men dokumenter vil forfalle i løpet av februar 2015. Selve datoen for forfall er flyttet slik at det kommer ny melding til dokumentansvarlige pr. mail. DocMap ansvarlig i klinikken jobber med å følge opp de som skal revidere dokumenter.

- **Klinikk prehospitaltjenester:**

Klinikken har hatt fokus på dette inneværende år, men oppfølgingen har ikke vært god nok. På enkelte områder har det vært jobbet godt med prosedyrearbeidet. Det har vært en økning i antall prosedyrer i klinikken og andelen reviderte har økt, men vi har ennå en vei å gå. En av utfordringene har vært opplæringen i DocMap, noe som er tatt tak i. Avdelingslederne har nå fått superbrukerkurs i bruk av DocMap og alle enhetsledere vil gjennomgå oppfriskningskurs på ledersamling i april 2015.

Målet er at dette skal være klart innen juni 2015

- **Senter for drift og eiendom:**

SDE er rimelig à jour på dette felt og det jobbes kontinuerlig med å ha kontroll på dette.

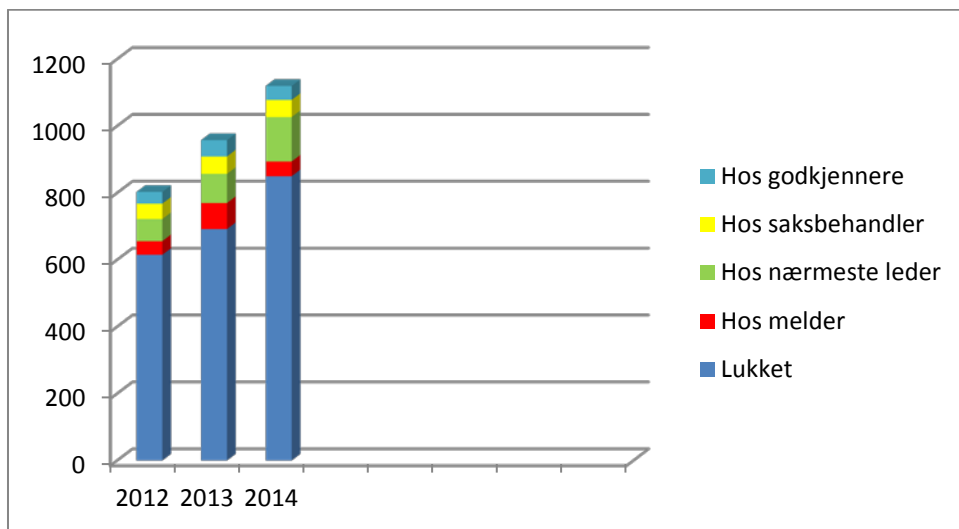
## **Avviksmeldinger og behandling av disse**

I perioden 01.01.2014 – 31.12.2014 ble det meldt 1120 avvikshendelser i Docmap, en økning fra 2013 hvor det ble innmeldt 958 hendelser i Docmap. Det er verdt å merke seg at det i 2013 ble lagt til rette for mottak av avviksmeldinger fra kommuner i fylket. Første året ble det registrert 70 slike meldinger, mens det ble registrert 88 i 2014.

Av de 1120 meldingene er 850 lukket/sluttbehandlet ved årsskiftet. Dette tilsvarer 75,89 % mot tilsvarende 72 % i 2013. Hele 44 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.

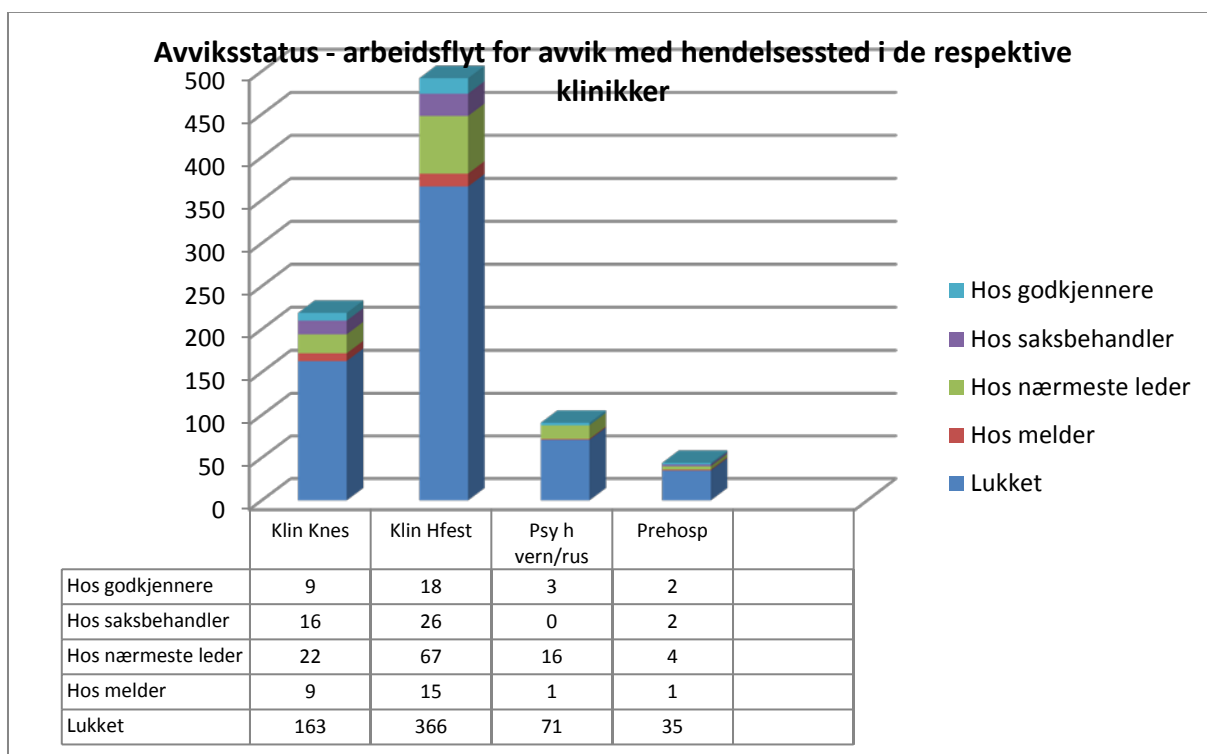


226 meldinger ligger til behandling hos ledere og/eller hos saksbehandlere. Selv om en del av disse meldingene er rimelig nye er det fortsatt slik at ledere bruker for lang tid på å saksbehandle slike hendelser i Docmap. Det er særlig viktig å redusere behandlingstid på samhandlingsavvik for å kunne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



**Klinikkene:**

Oversikt arbeidsflyt for avvikshendelser i tiden 01.01.2014 – 31.12.2014 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?
- 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 sluttføres.

•

### **Kommentarer - oppfølging:**

Hvordan følges dette opp i klinikkene/sentrene?

Tidsperspektiv for å være à jour?

- Klinikk Kirkenes:

Klinikken har behov for ytterligere opplæring i avvikshåndtering i docmap. Kvalitetskonsulenten jobber med et forslag til opplæringsplan for å sikre at alle ansatte har kunnskaper nok til å melde og behandle avvik. Klinikken antar at det meldes for få avvik i docmap. Gjennom opplæring regner klinikken med at antall avvik vil øke. Klinikken vil ha opplæring for ledere og saksbehandlere for å sikre at avvikene ikke blir liggende for lenge hos leder eller saksbehandler. Klinikken vil gjennom opplæring sikre at avvikshåndteringen skjer i henhold til gjeldende prosedyre.

- Klinikk Hammerfest:

Klinikk Hammerfest har hatt fokus på avviksmeldinger og avvikshåndtering både på klinikk og avdelingsnivå. Det er en økning i antall meldte avvik og dette ser en som positivt. Lederne er blitt flinkere til å behandle avvik og det utarbeides gode forbedringstiltak. Det vil være uheldig om avvik ikke behandles innen rimelig tid av nærmeste leder da dette vil virke demotiverende for melder. Klinikken har satt seg som mål at avvik skal behandles innen 6 uker.

Det er gitt opplæring i docmap i 2014 men det er behov for ytterligere opplæring.

Klinikken planlegger opplæring av ledere og ansatte i docmap og i tillegg planlegges lederstøtte for behandling av avvik for erfaringsoverføring.

- Klin psykisk helsevern og rus:

Klinikk psykisk helsevern og rus har et konstant fokus på avvik og avvikshåndtering. DocMap ansvarlig har opplæring i klinikken, samt at brukere blir tett fulgt opp ved behov. Det bør settes et større fokus på avviksbehandling fra nærmeste leder. Dette da det ofte kan ligge igjen meldinger på det nivået.

- Klinikk prehospitaltjenester:

Det ble foretatt en internrevisjon i klinikken som avdekket at majoriteten av de ansatte ikke har kunnskaper nok om bruk av avviksmeldingssystemet.

Det har vært gjort en jobb i forhold til lukking av avvik som har blitt liggende ubehandlet over flere år eller liggende hos melder/ nærmeste leder. Dette har redusert mengden avvik som har stått åpen. Opplæringen som er pågående har som mål å sørge for at avviksmeldingssystemet brukes etter sin hensikt, samt at de ansatte gjenoppretter tiltro til systemet og vil bruke det aktivt.

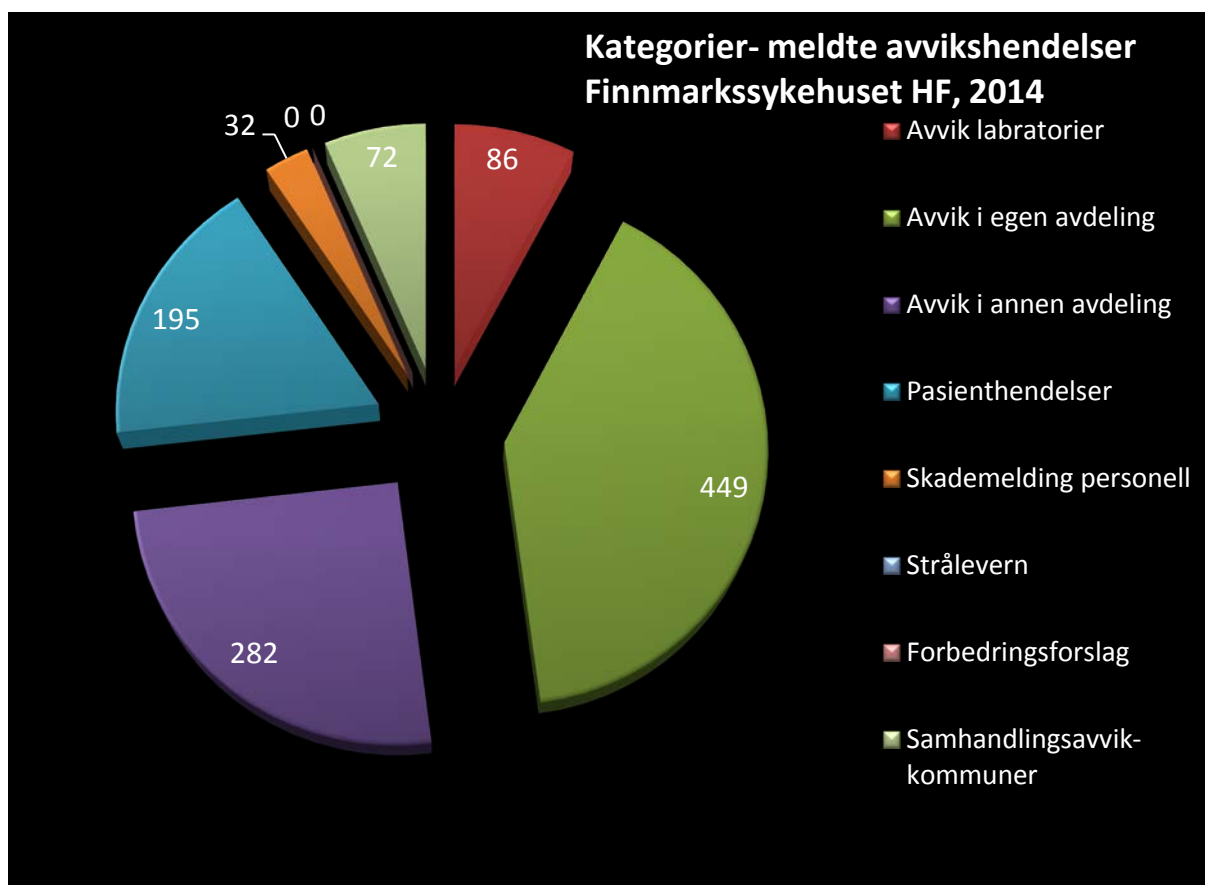


- Senter for drift og eiendom:  
SDE er rimelig à jour på dette felt og det jobbes kontinuerlig med å ha kontroll på dette. Det er på den annen side bekymringsverdig at det er såpass få avviksmeldinger i systemet.

### Kategorier meldte avvik

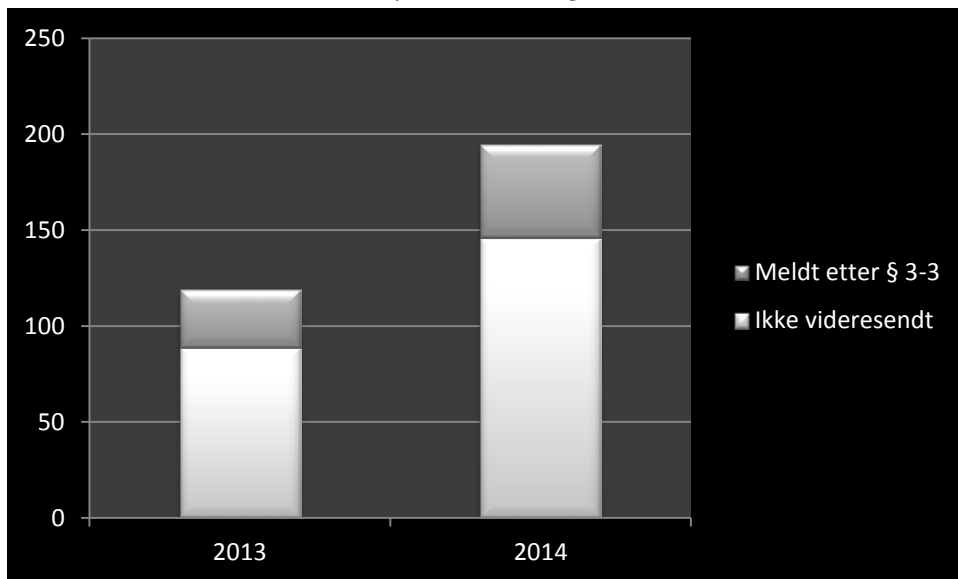
Følgende meldeskjema i Docmap har vært benyttet i 2014:

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

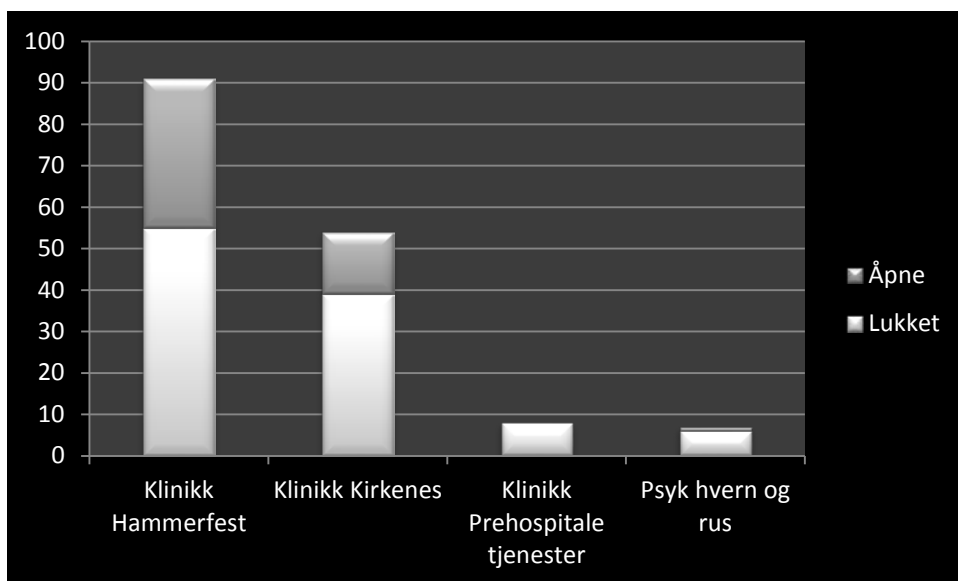




Gjeldende pasienthendelser kan vi registrere en økning også i 2014, noe som er naturlig ettersom det sommeren 2012 ble innført en ny meldeordning.



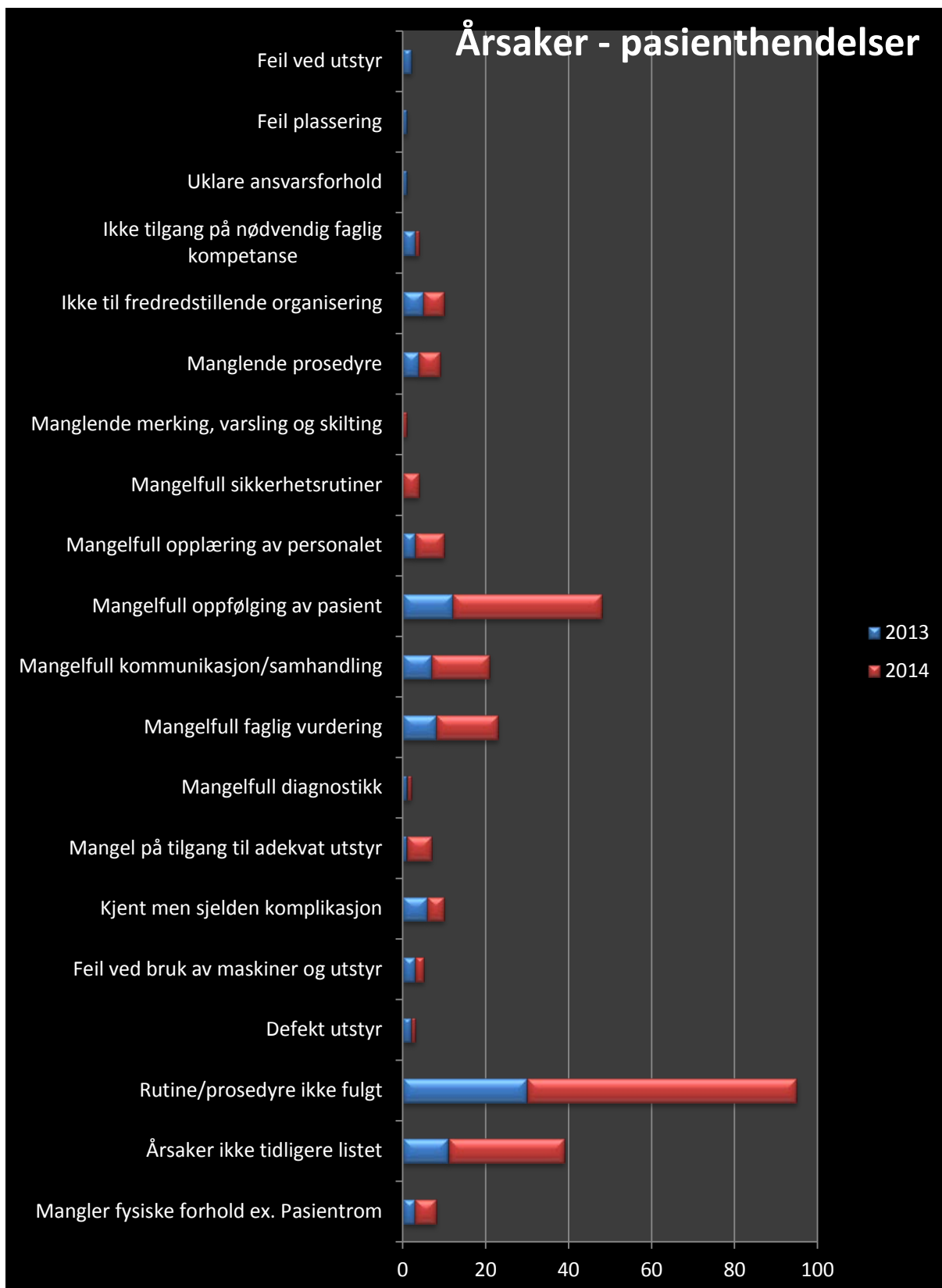
Følgende oversikt viser den klinikkvise fordelingen av meldte pasienthendelser i 2013, samt andelen av disse som er lukket eller fortsatt ligger til behandling.





## Årsaker til avvik

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



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:**

Klinikken hadde som mål i 2014 at alle nyansatte skulle få en felle opplæring på klinikknivå i tillegg til den de får på egen enhet. Klinikken kom i gang med denne opplæringen høsten 2014, dvs. at alle ansatte som har begynt etter 010614 har fått denne felles opplæringen.

Klinikk sjef mottar melding dersom avviket blir liggende lenger enn fristen hos behandler. Klinikk sjef følger da opp vedkommende med en påminnelse på at avvike foreligger og må behandles snarest. Det tilbys også opplæring/bistand dersom det er årsaken til at avviket ligger.

Klinikken har gjennom dagen for nyansatte påpekt at det er prosedyrene i docmap som er gjeldene for klinikken. Dersom det skal avvikes fra prosedyre skal dette dokumenteres. Klinikken ser at det fortsatt foreligger mange papirkopier på enkelte avdelinger noe som medfører en risiko i forhold til at det ikke er den siste versjon som til enhver til er skrevet ut. Klinikken jobber med å få redusert antall papirversjoner.

Gjennom opplæring i å melde avvik skal klinikk Kirkenes sikre at årsakene til avvikshendelser tilstrekkelig definert.

- **Klinikk Hammerfest:**

Klinikk Hammerfest har avvik og avviksbehandling som tema i ledermøter og i kvamråd. Avvik brukes til systematisk forbedring av rutiner og de behandles på lavens nivå. Klinikken gjorde i august en oversikt over de fleste avvik i klinikken og utarbeidet en handlingsplan for forbedring.

Saksbehandles i KVAMråd – identifisere årsak til at prosedyre ikke er fulgt.

- **Klin psykisk helsevern og rus:**

Klinikk psykisk helsevern og rus har alltid fulgt opp slike hendelser igjennom KVAM råd, og i klinikkledelsen. Når det er tatt opp i lederfora, skal dette tas med tilbake til DPS'ene. Fokus på avvikshåndtering og kvalitetsarbeid er viktig for å sikre rask behandling/oppfølging av avvikshendelser.

Avvikshendelser som oppstår på grunn av rutinesvikt bør ha et stort fokus i KVAM gruppene på avdelingsnivå. Dette for å sikre at enhetsledere tar det tilbake til enhetene, med fokus på rutiner.



Det er viktig med fokus på at avvikshendelser skal defineres godt under behandlingen. Ledere bør oppfordres til å bruke tid på å studere hvilke alternativer som brukes. Ellers er det kanskje viktig å etterspørre hva som mangler av alternativer til definisjonene.

- **Klinikk prehospitale tjenester:**

Målsetningen er at avvik skal behandles på laves mulig nivå, men kjennskapen til systemet blant de ansatte og ledere har ført til at avvik blir liggende enten hos melder eller nærmeste leder.

Opplæringen av superbrukere vil forhåpentligvis gjøre avdelingene mer robuste i forhold til behandling av avvik. Avdelingslederne skal bistå sine enhetsledere med behandlingen av avvik. Også FFS har stilt seg til disposisjon for ledere på alle nivå.

Dokumentsamlinger er forsøkt opprettet i DocMap, men systemet brukes i for liten grad i forhold til prosedyrer. Den prehospitale tjenesten benytter seg i hovedsak av MOM - medisinsk operativ manual som prosedyreverk, med unntak av AMK og luftambulansen, og bruker derfor DocMap i liten grad.

Etter opplæring av enhetsledere vil også de ansatte få et økt fokus på melderutiner slik at årsaker til avvik defineres bedre.

- **Senter for drift og eiendom:**

SDE har rimelig kontroll på dette felt. Det er på den annen side bekymringsverdig at det er såpass få avviksmeldinger i systemet.

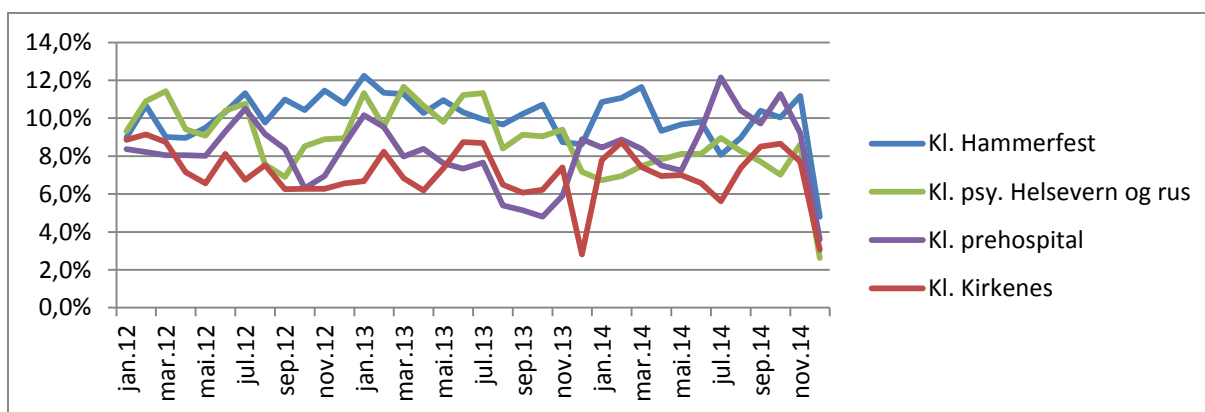
## DEL 2:HELSE, MILJØ OG SIKKERHET

### **Sykefraværsutvikling**

Finnmarkssykehuset hadde et lavere sykefravær første halvår av 2014 sammenlignet med samme periode i 2013. På høsten var sykefraværet litt høyere sammenlignet med 2013. Dette kan skyldes usikkerhet med tallene for høsten 2013. Finnmarkssykehuset gikk da over til nytt Personalsystem. Generelt har sykefraværet vært stabilt i 2014.

Foretaket har en langvarig trend med reduksjon av sykefraværet. Trenden er størst hos klinikk Kirkenes og klinikk for psykisk helsevern og rus, men også klinikk Hammerfest har en positiv trend. I klinikk for prehospitale tjenester har sykefraværet samlet sett holdt seg stabilt siden 2008. Prehospital har større svingninger i sykefraværet i løpet av perioden.

I 2014 er den overordnede IA-handlingsplanen revidert. Den har fokus på opplæring og utvalgte tiltak som følger opp tidligere styresaker og planer. Mulighetssamtalen, som fokuserer på personer med høyt sykefravær, har hatt særlig fokus.



## 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. Til tross for dette er det underrapportering av stikkskader. Trulig gjelder dette også andre typer skader. Det er meldt like mange stikkskader i 2014 som i 2013.

Det er et særlig fokus på stikkskader. I desember 2014 er det kjøpt inn og gitt opplæring i utstyr (veneflon og kanyler) med sikkerhetsutstyr som skal hindre stikkskader. Det er ventet at dette vil redusere antall stikkskader.

Andre skader er alle typer skader som ikke er stikkskader. Skadene varierer fra uhell som å skli på isen, til fysiske og verbale trusler, inkludert drapstrusler. Alle klinikkene er representert på skadestatistikken. Det er meldt tre færre skader i 2014 sammenlignet med 2013.

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	3	0
Februar	0	2
Mars	1	7
April	0	1
Mai	2	1
Juni	2	2
Juli	0	0
August	1	0
September	1	1
Oktober	0	4
November	4	1
Desember	0	0
	<b>14</b>	<b>19</b>

### 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:**

Enhetsleder /nærmeste leder har ansvaret for å følge opp den enkelte arbeidstaker i forhold til sykefravær etter gjeldende retningslinje. Klinikken har hatt et fokus på ansatte med langtidsfravær også i 2014. Klinikken har bestemt at det er avdelingsleder som deltar på dialogmøte med NAV og fastlege. Dette for å vurdere om arbeidstakeren kan prøve ut annet arbeid utenfor egen enhet i en periode. Klinikken har brukt HR og mulighetssamtalen for å kartlegge muligheter for å tilbakeføre ansatte raskere. Klinikken har prioritert å tilrettelegge det fysiske arbeidsmiljøet der det har vært aktuelt. I tillegg har avdelingene gjennomført kartlegging av det psykososiale arbeidsmiljøet på de avdelingene der det er meldt inn utfordringen i arbeidsmiljøet.

Klinikken har montert kanylebokser inne på alle pasientrom slik at brukte sprøytespisser kan kastes umiddelbart etter bruk. Klinikken følger opp antall stikkskader i kvamråd som fast møtesak. Ut fra antall stikkskader vurderer kvamrådet om det er behov for ytterligere opplæring i håndtering av sprøytespisser.

Klinikken har innført nyansatte dag for alle som begynner i klinikken. Der har hygienesykepleier et eget punkt der hun blant annet tar opp stikkskadeprosedyren.

Vernerundene i klinikken skal bidra til å avdekke risikofaktorer.

- **Klinikk Hammerfest:**

Den enkelte leder følger opp sykefraværet i henhold til prosedyre. Det er utarbeidet handlingsplaner for forebygging av sykefravær og godt arbeidsmiljø på avdelingene. Det har vært fokus på sykefraværsoppfølging i 2014 med bistand fra NAV og HR. I tillegg er det gjennomført kurs for både ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten i 2014. Det er søkt om tilretteleggingstilskudd der det er aktuelt. Avdelingene benytter seg av BHT ved behov. I tillegg har det vært arbeidsmiljøkurs på noen avdelinger.

Det er gode rutiner i klinikken for oppfølging av stikkskader. Det er i 2014 innkjøpt sikkerhetsutstyr etter at det ble avdekket mangler ved dette i arbeidstilsynet tilsyn ved klinikken. Dette avviket er lukket.

- **Klin psykisk helsevern og rus:**

Sykefravær i Klinikk psykisk helsevern og rus tas opp på DPS-nivå og i klinikkledermøter. Fraværet analyseres ut fra korttids- og langtidsfravær og legges videre fram i KVAM-grupper og KVAM-råd hvor mulige tiltak vurderes.

- **Klinikk prehospitale tjenester:**

Sykefraværsoppfølgingen har ikke fungert optimalt. Det er nå utarbeidet egne funksjonsbeskrivelser for enhetsledere og avdelingsledere som presiserer oppfølgingsarbeidet som skal gjøres. Klinikken har et godt samarbeid med HR som bistår i flere oppfølginger. Det har ikke vært noen stikkskader i klinikken inneværende år. Ei heller har oppfølgingen av prosedyren vært satt fokus på.

HR, BHT og NAV brukes ved behov for bistand i forhold til skadereduksjon. Klinikken har hatt noen ulykker som har involvert ambulansebiler og utforkjøring med skade på materiell og personell som konsekvens. Dette følges opp internt og eksternt med bidrag fra en nasjonal ulykkesgruppe.

- **Senter for drift og eiendom:**

SDE jobber kontinuerlig med sykefravær. Dette arbeidet utøves i stor grad gjennom avdelingene selv og senteret har både tema og metode oppe i KVAM-råd. SDE har et relativt lavt sykefravær og det er vår ambisjon at det skal forbli lavt. Dersom det er avdelinger/enheter som i perioder har høyt fravær tas dette opp på senterets ledermøter og videre til KVAM-råd.

## 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: Oppfyller foretaket sine forpliktelser innenfor tjenesteavtale 5?**

Revidert enhet: Medisinsk sengeenhet, klinikk Hammerfest

Revisorer: Leif Arne Asphaug Hansen og Ingeborg Eliassen

Funn (anbefaling/avvik/merknader): 0 avvik, 4 anbefalinger

Oppfølging:

### **2: Blodforskriften: Følgeseddel, dokumentasjon og rutiner**

Revidert enhet: Føde/gyn enhet ved klinikk Hammerfest og klinikk Kirkenes

Revisorer: Renate Jakobsson, Leif Arne Asphaug Hansen, Gunn Birgit Fyhn-Pedersen, Andreas Ertesvåg og Idun Sundquist.

Funn: 0 avvik og 29 anbefalinger

Oppfølging Klinikk Hammerfest: Både blodbanken og føde / gyn har fulgt opp anbefalinger i revisjonen. Det er færre meldte avvik etter forbedringer er gjort.

Oppfølging: Klinikk Kirkenes fikk ett avvik og en anbefaling

**Avvik 1.** Blodtransfusjoner utføres av personer uten sertifisering.

Avdelingen har nå gjennomført opplæring alle fastansatte. Enheten har mange vikarer, enhetsleder er kjent med at også vikarer skal ha denne opplæringen før de gir blodtransfusjon.

### **3: Bruk av Docmap**

Revidert enhet: Enheter klinikk prehospitaltjenester

Revisorer: Are Nedrejord

Funn: 2 anbefalinger

Oppfølging: Opplæring i bruk av DocMap er iverksatt og pågår for tiden. Fokus på melderutiner skal være tema på felles ledermøte og personalmøter

### **4: Renhold med fokus: Kjemikalier og beskyttelsesutstyr**

Revidert enhet: 1 enhet ved klinikk Kirkenes

Revisorer: Ole Jørgen Ulvang og Anita Brekken

Funn: 4 avvik og 2 observasjoner

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

### **5. Administrasjon - økonomirutiner**

Revidert enhet: Administrasjon og økonomi

Revisor: Deloitte AS

Funn: Innen alle de 4 ressursfaktorene; Retningslinjer og prosesser, system og informasjon, organisering og person og kompetanse.

Oppfølging:



## 6.HMS- dokumentasjon av opplæring ansatte

Revidert enhet: Finnmarkssykehuset

Revisor: Eksternt tilsyn av Arbeidstilsynet, Andreas Ertesvåg bisto

Funn: 2 avvik

Oppfølging: Lukket den ene til 31.desember, og fått utsatt frist medio mars 2015 til å lukke det siste avviket.

## 7. ISO 14001 Sertifisering av miljøstyringssystem, systemdokumentasjon for ledere

Revidert enhet: Driftsavdelingen, Finnmarkssykehuset

Revisor: Andreas Ertesvåg og Terje Ryeng

Funn: 3 avvik og 29 anbefalinger.

Oppfølging: Alle avvik lukket innen frist

**Kommentarer - oppfølging:** ISO 14001 – her meldte Finnmarkssykehuset tilbake til NEMKO i uke 5 2015 og alle avvik ble da lukket. Resultatet var at foretaket ble sertifisert etter ISO 14001.

Ber om at klinikkene fyller inn status for oppfølging av avvik, merknader og forbedringer?

- Klin psykisk helsevern og rus:  
Revisjoner følges opp både på DPS- og klinikknivå. Revisjoner legges fram for KVAM-grupper og i KVAM-råd. Tiltak settes in og følges opp for å sikre at endringer skjer.
- De andre klinikkene/sentrene har lagt svaret rett inn i oppfølging av revisjonene, se ovenfor.

## Del 4: Klima og miljø

Denne klima- og miljørapporten danner grunnlaget for ledelsens gjennomgåelse for 2014. Klima og miljøsystemet er utarbeidet etter NS ISO 14001 nov 2004, og vil være et verktøy for miljøledelse. Dette er første års klima og miljørapport etter krav i klima og miljøstyringssystemet for finnmarkssykehuset.

Anbefaling om forbedring - Sammendrag / oppsummering

- Avfallsavtale- innarbeiding etter avtaleinngåelse.
- Innarbeide EcoOnline
- Handlingsplan Co2. Reisereduksjon evt. Andre tiltak som reduserer reisevirksomhetens utslipp av Co2.
- Revisjonsplan, Revisjon av emnene Dokumentasjon og registreringer
- Fokus på innkjøp

Tall for 2014 viser at foretaket ikke er på riktig vei ift de mål som foretaket har satt seg. På den annen side har foretaket akkurat fått innført ISO 14001 og fokus har vært på denne innføringen og ikke selve forbedringsarbeidet. De mål som er satt har en horisont på utgangen av 2015 (transport, avfall og kjemikalier) og 2018 for energi. Ut fra disse frister og dagens status vil det være en jobb å



gjøre i 2015, mht avfall og kjemikalier, men dette anses som overkommelig. Reduksjon av 10% CO<sub>2</sub> fra reisevirksomhet (spesielt parisentreiser) kommer til å være det største utfordringen. Her må foretaket sette inn ekstra innsats, for å kunne nå dette mål. En tiltaksplan bør utarbeides på dette felt.

Når det gjelder reduksjon av 10% energi, har foretaket en god plan for å tilfredsstille dette krav, samt at tidshorisonen er innen utgangen av 2018.

### Resultater av årets interne revisjoner

Tema	Antall avvik	Status avvik	Frist for lukking av avvik registrert i DocMap	Hvor
Kjemikalier	4	Lukket	3 okt. 14	Teknisk Kirkenes
Kjemikalier	2	Lukket	7 nov 14	Kir. Sengepost Hammerfest
Kjemikalier	3	Lukket	7 okt 14	Prehospital, Tana
Avfall	4	Lukket	7 nov 14	Teknisk avd. Hammerfest
Avfall	2	Lukket	7 okt 14	DPS Tana
Sum	16			

18

Oversikten viser at det er alle 16 avvik er lukket.

### Vurdering av samsvar med lovbestemte krav og med andre krav som organisasjonen pålegger seg.

Alle klinikk/senter har utarbeidet samsvarsvurdering for 2014.

Tabellen under viser oversikt over avvik for Finnmarkssykehuset ift samsvar med eksterne lover og forskrifter.

Spørsmål om myndighetskrav/lovverk	Finnmarks-sykehuset	Merknad
<b>-ISO 14001 -internkontrollforskriften</b>		
Hvor mange har tatt e – læringskurset ytre miljø?	Over 80% i Finnmarks-sykehuset 31.12.14	.
Fokus på miljøavvik? Er det meldt miljøavvik, korrigerende og forebyggende tiltak, årsaksanalyse	Det er ikke meldt inn miljø avvik i 2014	Klinikkene har hatt mye fokus på innarbeidelse av systemet og avvik. Dette kan være noe av årsaken til at det ikke er meldt inn avvik i 2014 i vanlig drift. Det er meldt inn miljøavvik som følge av interne revisjoner
<b>Forurensningsforskriften- Kap.1, Kap.2, Kap.5, kap.8, kap.15A</b>		
Når ble olje – og fett avskiller i kontrollert sist?	Relevant for SDE	Har ingen dokumentasjon på dette er utført noen gang.

Spørsmål om myndighetskrav/lovverk	Finnmarks-sykehuset	Merknad
Framlegge dokumentasjon på tilsyn av oljetanker	Relevant for SDE	Handlingsplan er utarbeidet.
<b>Stoffkartotekforskriften</b>		
Er det gjort risikovurderinger av kjemikalier som dere bruker i dag? Er alle kjemikalier lagt inn i EcoOnline?	Ikke gjennomført.	Planlagt å implementere EcoOnline i 2015 hvor det er krav til gjennomføring av risikovurderinger.

### Henvendelser fra eksterne berørte parter inklusive klager registrert i ephorte.

Ingen henvendelser eller klager er registrert.

### Organisasjonens miljøprestasjon

Finnmarkssykehuset har hatt et energi rapporteringssystem kalt 3RWeb hvor det er registrert energi og vann for lokasjon Kirkenes og Hammerfest. 3RWeb plattformen fases ut fra og med 2014 og erstattes av E-manager (Gurosoft Report).

Omlagingsfasen har gitt oss noen utfordringer (som vi per dato ikke har full kontroll med dvs. programmene bruker forskjellig utgangspunkt) slik at tall for Kirkenes og Hammerfest baserer seg på tall fra 3Rweb og de andre lokasjonene fra E-manager.

Målet er – 10 %, reduksjon i energiforbruk og utslipp av Co2

I dette nye systemet/plattform registrerer vi:

Registrering	Hammerfest	Kirkenes	Karasjok	Tana	Foretak	Pasient transport
Energi/ olje og strøm	X	X	X	X	X	
Vann	X	X	X	X		
Avfallsmengde på fraksjonsnivå	X	X	X	X	X	
Niontix/ Lystgass	X	X			X	
Km ambulanse						X
Km Drosje						X
Km egen bil					X	X
Flyreiser, Co2					X	X
Leiebil					X	

Alle registreringer omgjøres i Emanager til utslipp tonn Co<sup>2</sup>

### I hvilken grad mål og delmål er oppnådd





Miljøprestasjon 2014.

Våre måltall er:

	Vesentlig miljøaspekt	Hovedmål
1	<b>Energi</b>	10 % reduksjon av energiforbruk kwh/m <sup>2</sup> i eksisterende bygningsmasse innen 2018. Alle nye bygg skal planlegges for energiklasse passivhus.
2	<b>Transport</b>	10 % reduksjon i CO <sub>2</sub> -utslipp innen utgangen av 2015
3	<b>Avfall – kildesortering</b>	10 % mindre restavfall i forhold til total avfallsmengde innen utgangen av 2015
4	<b>Kjemikaliehandtering</b>	Elektronisk kjemikalieoversikt for kunne dokumenter at lovpålagte krav overholdes innen utgangen av 2015

20

#### Hovedmål 1 Energi

Tall i Kwh/m <sup>2</sup>	2013	2014	endring	Mål 2018
Hammerfest, Sykehusveien 35	345	338	-2 %	
Kirkenes	344	355	3	
Karasjok, SANKS	98	132	35 %	
Finnmarksklinikken	447	453	1 %	
Tana, maskevarre vn 1-2	571	577	1 %	
Tana, maskevarre vn 3	177	180	2 %	
Gjennomsnitt	339	365	-1	-10 %

Tallene er ikke temperaturkorrigerert pga temperatur ikke er registrert i Emanager for 2013. Temperaturkorrigerert kWh/m<sup>2</sup> gjør at tallene kan sammenlignes mellom for eksempel Kirkenes og Hammerfest. Det skal her bemerkes at vintertemperaturen i 2014 har vært lavere enn i 2013, som antas å være største grunnen til økt elforbruk i 2014 vs 2013.

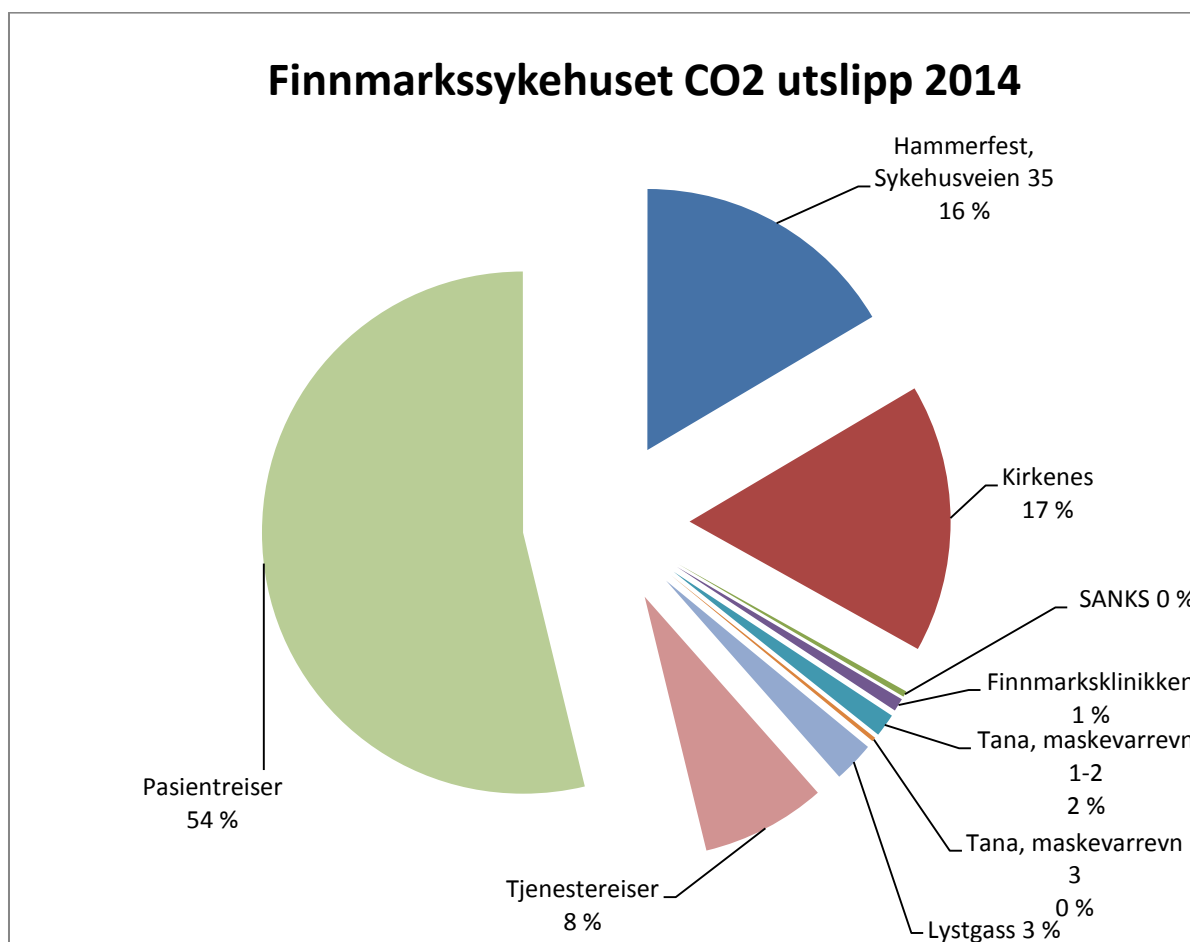
Energiforbruk i tabellen inneholder ikke energiforbruk til bolig.

Konsulentrapporten fra Cowi konkluderer med at Kirkenes har høyere energi kost/forbruk enn Hammerfest pga. byggets tekniske tilstand.

#### Hovedmål 2 utslipp av CO<sub>2</sub> i tonn



Tall i tonn	2013	2014	Endring i %	Mål 2015
Hammerfest, Sykehusveien 35	2713	2652	-2	
Kirkenes	2589	2673	3	
Karasjok, SANKS	58	58	0	
Finnmarksklinikken	128	130	2	
Tana, maskevarre vn 1-2	230	230	0	
Tana, maskevarre vn 3	41	41	0	
Lystgass (Niontix)	226	406	44	
Tjenestereiser	1275	1242	-3	
Pasientreiser	8246	8653	5	
<b>Foretak</b>	<b>15506</b>	<b>16085</b>	<b>4%</b>	<b>-10 %</b>





	Tot. avfall Tonn	blandet avfall Tonn	blandet avfall i % av totalt	
H.fest 2013	167	141	84,2	
H.fest 2014	219	187	85,4	øking på 1,2 %
Mål 2015			74 %	reduksjon på 10 % i f.h.t 2013

	Tot. avfall Tonn	blandet avfall Tonn	blandet avfall i % av totalt	
K.nes 2013	102	82	80,4	
K.nes 2014	124	105	84,7	Økning på 4,3 %
Mål 2015			70,4 %	reduksjon på 10 % if.h.t 2013

Det har ikke lyktes å få tall for Tana og Karasjok per dato.

Avfallsprosedyre er innført på alle lokasjoner så vi venter sikre tall for 2015.

I tillegg er det lyst ut konkurranse på avfallsavtale, som er planlagt ferdig sommer 2015.



#### Hovedmål 4 Kjemikaliehandtering

For å dekke hovedmål 4 med kjemikaliehandtering har Finnmarkssykehuset anskaffet EcoOnline, som skal gi Finnmarkssykehuset en elektronisk kjemikalieoversikt. Alle enheter med krav om stoffkartotek skal ta systemet i bruk innen utgangen av 2015. Noen enheter har allerede tatt i bruk dette programmet og samtlige avdelinger/enheter har i 2014 ryddet og systematisert sine kjemikalier. Det antas derfor at innføring av dette skal være overkommelig i 2015.

#### Status for korrigerende og forebyggende tiltak (avviksbehandlingen)

Ingen avvik innkommet fra generell drift.

Avvik er registrert etter interne Klima- og miljørevisjoner. Se resultat fra revisjoner tidligere i dokumentet.

23

#### Oppfølgingstiltak etter ledelsens tidligere gjennomganger

Dette er andre rapport til ledelsens gjennomgåelse ift. standarden ISO 14001, og første helårs rapport.

#### Handlingsplan og status etter ledelsens gjennomgåelse i nov 2014

MÅL	TILTAK:	ANSVAR	FRIST	RESULTAT
Opplæring Kompetanse	Klima- og miljø opplæring skal gjennomføres	Foretaksledelsen	19.11.14	Ok
Melde miljøavvik i vanlig drift	Opplæring av avviksbehandling i DocMap gjennomføres	FFS	Snarest	
Ajoure stoffkartotek	Alle avdelinger har kontroll på sine stoffkartotek	Klinikk/sentersjef	19.11.14	OK
Kontroll av oljetanker og fettutskillere	Dokumentasjon i Plania på plan og gjennomføring	SDE	14.11.14	Plan utarbeidet
SDE og Senter for økonomi gjør avtale med leverandør for avfallshåndtering	Framdriftsplan er etablert Ferdig avtale inngått med avfallsselskap	SDE Økonomi/innkjøp	2014 01.06.2015	Framdrifts- plan følges Avtalen er lyst ut
Viktig at nye prosedyrer må kommuniseres ut i linja.	Info til alle om nye/reviderte prosedyrer	Den som godkjenner		Ok
Revisjonsplan utarbeides for 2015	Revisjonsemner Dokumentasjon to klinikker/senter Registreringer to klinikker/senter	Prosjekt Klima og miljø	19.11.14	Ok Revisjons plan utarbeidet
Emanager ferdigstilles	Synliggjøre miljøprestasjon for 2014	SDE	1 feb 2015	

#### Endringer som kan innvirke på miljøstyringssystemet

Ingen interne eller eksterne endringer registrert.

### Resultat av ledelsens gjennomgåelse

Sitat fra PR33559 Ledelsens gjennomgåelse

Ledelsens gjennomgåelse skal dokumenteres. Alle punkter skal protokolleres.

Ledelsen bør holde seg løpende orientert om hvordan miljøstyringssystemet fungerer.

Gjennomgangen skal, dersom det er behov for tiltak, resultere i en handlingsplan for å fastsatte mål og krav i rammeverk.

Handlingsplanen lages av foretaksledelsen som følge av gjennomgåelsen

## DEL 5: Informasjonssikkerhet

Det jobbes regionalt med informasjonssikkerhet i Helse Nord, og Finnmarkssykehuset deltar i arbeidet ved representasjon i IS-forum (Informasjonssikkerhetsforum). Forumet behandler lokale og regionale saker vedrørende informasjonssikkerhet, og har ansvar for revisjon av "Felles styringssystem informasjonssikkerhet" (DS6121 i DocMap). Felles styringssystem for informasjonssikkerhet er vedtatt innført i Finnmarkssykehuset. I 2014 vil det fokuseres på informasjon til klinikkene vedrørende ansvar og oppfølging som følge av styringssystemet. Blant annet skal alle ansatte gjennomføre e-læring i informasjonssikkerhet.

Det er i løpet av 2014 meldt inn 5 avvik vedrørende informasjonssikkerhet i DocMap (alle lukket). Det er grunn til å tro at dette tallet er for lavt, og det vil derfor fokuseres på viktigheten av å melde avvik vedrørende informasjonssikkerhet i 2014.

Før implementeringen av prosjekt FUNNKe (Elektronisk meldingsutveksling mellom Finnmarkssykehuset HF og kommunene i Finnmark - PLO-meldinger) ble det gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyse. I etterkant av innføringen er det kun meldt 5 avvik relatert til FUNNKe, der 4 av disse er hendelser på kommunenes ansvarsområde. FUNNKe-prosjektet har hatt en positiv effekt vedrørende informasjonssikkerhet på grunn av reduserte adresseringsproblemer, redusert bruk av usikre løsninger (f.eks telefaks), samt større fokus på opplæring i klinikkene.

Det har i Finnmarkssykehuset ikke vært avsatt nok tid til arbeid med informasjonssikkerhet. Ved rekruttering og interne omorganiseringer vil vi i 2015 kunne ha et større fokus på informasjonssikkerhet i Finnmarkssykehuset.