



Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:

Elisabeth Joks 78 46 58 63

Sted/Dato:

Alta, 25.02.2016

Saksnummer 25/2016

Saksansvarlig: Medisinsk fagsjef Harald G. Sunde

Møtedato: 17. mars 2016

Ledelsens gjennomgang 2015

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

Styret i Finnmarkssykehuset HF tar ledelsens gjennomgang 2015 til etterretning.

Stein Erik Breivikås

Konstituert Administrerende direktør

Vedlegg:

1. Saksfremlegg
2. Ledelsens gjennomgang 2015



Ledelsens gjennomgang

Saksbehandler: Elisabeth Joks, kvalitetsrådgiver

Møtedato: 17. 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 2015.

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 2014.



- **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 dokument 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 31.12.2015 samlet 5342 dokumenter i Docmap, en liten nedgang fra 5687 ved utgangen av 2014. Av de 5342 dokumentene var 286 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. Derfor kan en se en reduksjon av prosedyrer i DocMap. Men det er fortsatt forbedringspotensial på dette området. Klinikene er oppmerksomme på dette.

I perioden 01.01.2015 – 31.12.2015 ble det meldt 1412 avvikshendelser i Docmap, en økning fra 2014 hvor det ble innmeldt 1120 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 76 slike meldinger i 2015.

Av de 1412 meldingene er 1180 lukket/sluttbehandlet ved årsskiftet. Dette tilsvarer vel 83,56 % mot tilsvarende 75,89 % i 2014. Hele 67 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 høyere sykefravær i 2015 sammenlignet med 2014. Utviklingen sett over tid viser fortsatt at den langsiktige trenden er positiv. Tiden vil vise om 2015 er et unntak, eller starten på en utflating og potensiell økning av sykefraværet i årene fremover.

Sykefraværet må sees både i et kortidsperspektiv (kvartal/år), og som en utvikling over flere år. En økning i sykefraværet kan skyldes midlertidige forhold, eller være en indikator på negative endringer som vil fortsette over tid. Det er viktig å følge opp å undersøke endringer som fortsetter over flere måneder. Samtidig er det viktig å se på utviklingen over lengre tidsperiode. Gode og varige tiltak krever målrettet arbeid over lengre tid.

Finnmarkssykehuset er inne i en periode med flere store omstillinger. Klinikken Kirkenes flytter snart inn i nytt sykehus. Dette er noe å se fram til, samtidig som det krever ressurser til nødvendig forarbeid og planlegging før flytting.

I klinikk psykisk helsevern og rus er Post Jansnes nylig lagt ned. En større omstilling pågår i Midt-Finnmark, der beslutningsprosessen og utsetting av omstillingen har skapt usikkerhet.

Klinikk Hammerfest er i gang med store prosesser med Alta Næringspark og Samisk Helsepark. Omstillingsprosesser er krevende, og kan også føre til høyere sykefravær. Sykefraværet går kanskje ikke opp under selve omstillingen, men kan gi utslag etterpå, eller etter lengre tid i en krevende omstillingsperiode. Det er viktig at ledelsen, tillitsvalgte og verneombud samarbeider om å gjennomføre ROS-analyser på arbeidsmiljøet i forkant, og utarbeider handlingsplaner for å ta vare på arbeidsmiljøet.

Klinikk psykisk helsevern og rus og klinikk Hammerfest har det høyeste sykefraværet. Begge klinikkene har startet ett arbeid med særlig fokus på de avdelingene som har høyest sykefravær i hver klinikk. Foretakets arbeidsmiljøutvalg (FAMU) har satt av HMS-midler til en prosjektstilling i 100% som skal jobbe med nærværarbeid. Prosjektstillingen har et særlig fokus på støtte, opplæring og rådgiving til de avdelingene høyest sykefravær. Prosjektet startet opp 4. januar og har varighet ett år.



Klinikk Kirkenes har det laveste sykefraværet av klinikkene i 2015. Klinikken har hatt en positiv utvikling over flere år, og har nå hatt relativt lavt sykefravær i lengre tid. Klinikk prehospital har også et relativt lavt sykefravær.

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. Trolig gjelder dette også andre typer skader.

I 2014 ble det meldt 14 stikk/kuttskader og 19 andre personalskader. Det er meldt flere skader i 2015. Særlig for stikk/kuttskader er det en merkbart økning i antall meldte saker. Det er ikke mulig å gi en sikker forklaring på økningen. Klinikkene har hatt stort fokus på melding av avvik, inkludert personalskader, i DocMap. Dette kan ha bidratt til at flere avvik meldes.

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 2015. 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 vil utarbeidet ny revisjonsplan for perioden 2017-2019 i løpet av året. 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.

iv. **Klima og miljø**

Finnmarkssykehusets drift påvirker det ytre miljø, men det jobbes kontinuerlig med å begrense dette mest mulig.

Foretaket har akkurat blitt klima- og miljøsertifisert, etter ISO 14001. Denne sertifiseringen er et bevis på at foretaket jobber systematisk med å begrense utslipp til luft, vann og land. Herunder rapporteres det på energi, avfall, reiser (CO₂) og vannforbruk. Energiforbruket er knyttet til oppvarming, belysning, prosess og drift.



Foretaket følger også opp «Grønn stat»-prosjektet ved oppfølging av indikatorer og rapportering på energibruk og avfallshåndtering i helseforetakene. Dette er en del av det helhetlige ansvar som foretaket har innen helse, miljø og sikkerhet, samt internkontroll.

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.

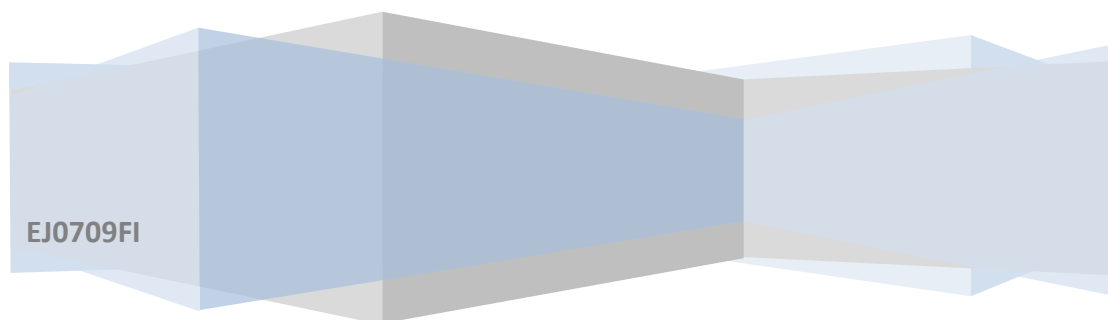
Vedlegg

- Notat ledelsens gjennomgang.



Ledelsens gjennomgang 2015

Finnmarkssykehuset HF





Innhold

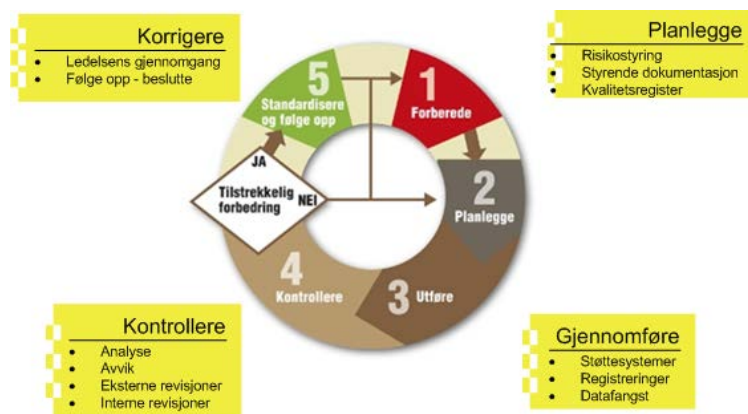
INNLEDNING	2
Hensikt	2
Ledelsens gjennomgang 2015.....	3
DEL 1: KVALITETSSTYRING	4
Styrende dokumenter	4
Prosentvis endring – andel dokumenter:	5
Kommentarer - oppfølging:	5
Avviksmeldinger og behandling av disse	6
Klinikkene:.....	7
Kommentarer - oppfølging:	7
Pasienthendelser	9
Årsaker til avvik.....	10
Kommentarer - oppfølging:	11
DEL 2: HELSE, MILJØ OG SIKKERHET	12
Sykefraværsutvikling.....	12
Personalskader.....	13
Kommentarer - oppfølging:	13
DEL 3: OPPFØLGING AV REVISJONER.....	15
Interne revisjoner	15
DEL 4: KLIMA OG MILJØ	17
Oppsummering og anbefaling	17
Resultater av årets interne revisjoner kategori B	18
Vurdering av samsvar med lovbestemte krav og med andre krav som organisasjonen pålegger seg	18
Henvendelser fra eksterne berørte parter inklusive klager registrert i ePhorte.....	19
Organisasjonens miljøprestasjon.....	19
Foretakets overordnede mål knyttet opp til klima- og miljøarbeidet er:.....	19
Hovedmål 1 – Energi - reduksjon av 10% innen 2018 målt i Kwh/m2	19
Hovedmål 2 – CO2 - reduksjon av utslipp med 10% innen utgang 2015 målt i tonn CO2.....	20
Hovedmål 3 – Kildesortering – 10% mindre restavfall innen utgangen av 2015	20
Vannforbruk:	21
Hovedmål 4 – kjemikaliehåndtering, elektronisk stoffkartotek.....	21
Status for korrigerende og forebyggende tiltak (avviksbehandling).....	21
Oppfølgingstiltak etter ledelsens gjennomgåelse 2014	21
Endringer som kan innvirke på miljøstyringssystemet	22
Resultat av ledelsens gjennomgåelse	22
DEL 5: Informasjonssikkerhet	22



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
- 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.

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 2015

Som tidligere år inneholder ledelsens gjennomgang oppfølging av dokument og avvikssystemet Docmap, helse, miljø og sikkerhet, internrevisjoner og informasjonssikkerhet.

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. 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" i de kommende år.



DEL 1:KVALITETSSTYRING

Styrende dokumenter

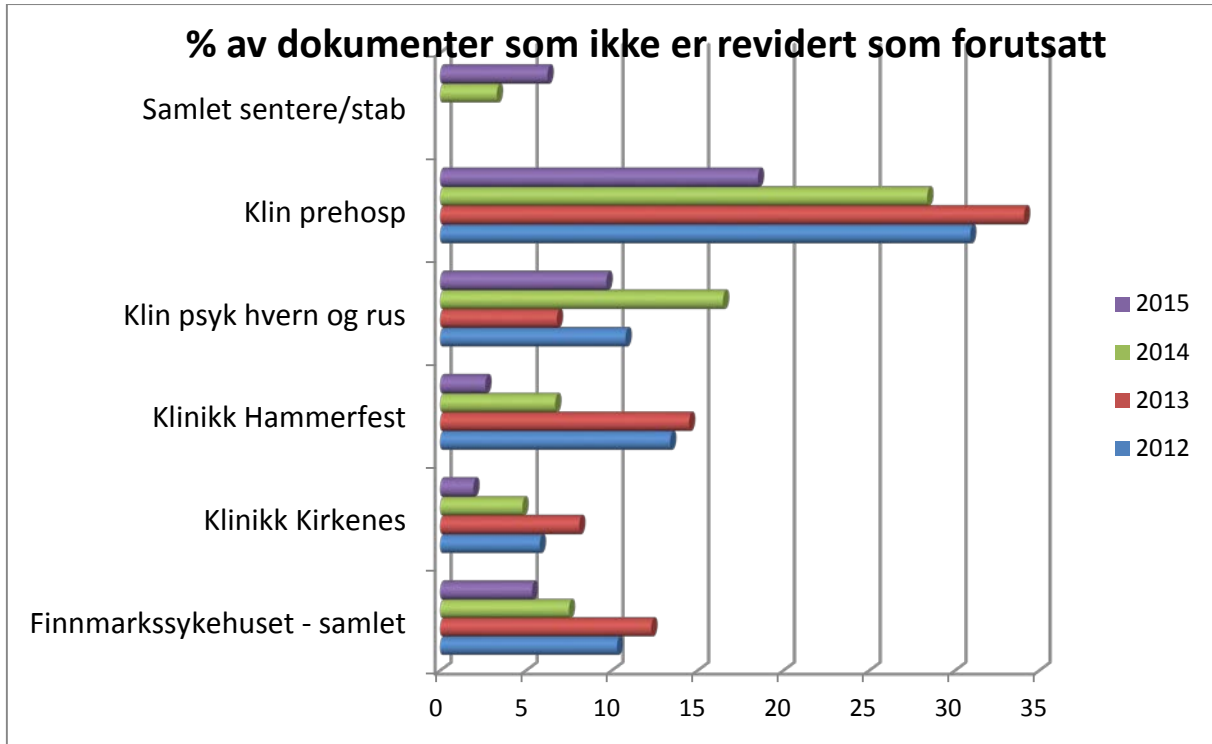
Det er et krav at styrende dokumenter er underlagt kontroll i Docmap. Til samtlige dokument er det tilknyttet data om dokumentet som gir informasjon om versjon, når og hvor dokumentet er gyldig, forfatter, godkjenner og utgiver. Dokumentet er gyldig i to år og det settes en revisjonsdato som utgiver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

Finnmarkssykehuset hadde pr 31.12.2015 samlet 5342 dokumenter i Docmap, en nedgang på 6,06 % fra 5687 ved utgangen av 2014. Dette kan skyldes at flere dokumenter er tilbaketrasket, det kan være at flere har felles prosedyrer en tidligere, noe som er en positiv utvikling. Av de 5342 dokumentene var 286 dokumenter ikke revidert som forutsatt, noe som tilsvarer 5,35 %. Andelen ikke reviderte dokumenter har gått ned fra 2014, da var andelen 7,50 %. Andelen dokumenter som ikke er tilfredsstillende vedlikeholdt må fortsatt betraktes som uakseptabel høy ved enkelte klinikk/sentre, tross forbedring i løpet av 2015.

Organisatorisk enhet	Antall dokumenter i Docmap	Antall ikke reviderte	Andel ikke reviderte per 31.12.2015
Samlet Finnmarkssykehuset	5342	286	5,35 %
Klinikk Kirkenes	1963	38	1,93 %
Klinikk Hammerfest	2047	54	2,63 %
Klin psyk helsevern og rus	433	42	9,69 %
Klin prehosp	189	35	18,51 %
Samlet sentere/stab	224	14	6,25 %



Prosentvis endring – andel dokumenter:



Kommentarer - oppfølging:

Hvordan følges dette opp i klinikkene/sentrene?

Tidsperspektiv for å være à jour?

- **Klinikk Kirkenes:**

Klinikk Kirkenes har i 2015 etablert et eget fagråd bestående av kvalitetskonsulent og fagutviklingspsykepleierne i klinikken som har hatt fokus på dokumentsamlingen i docmap. De har revidert dokumenter samt sett på muligheter for å slå sammen prosedyrer.

- **Klinikk Hammerfest:**

Klinikk Hammerfest har hatt fokus på å få ned antallet ureviderte dokumenter. Fra 2014 til 2015 er andelen ureviderte dokumenter redusert fra 6,7 % til 2,6 % av det totale antall dokumenter. En del prosedyrer er trukket tilbake da de ikke lenger er aktuelle. I tillegg har klinikk Hammerfest samarbeidet med klinikk Kirkenes om felles prosedyrer der dette er hensiktsmessig.

- **Klin psykisk helsevern og rus:**

Skaffe mer detaljert oversikt over hvilke dokumenter som ikke er revidert. Oversikten følges opp i Faggruppene for døgn, voksen og Barn- og unge for avklare hvilke prosedyrer som skal revideres / utgå.

- **Klinikk prehospitaltjenester:**



Klinikk prehospitaltjenester har hatt fokus på reduksjon av ureviderte dokumenter, og har redusert sin andel dokumenter fra 28 % til 18 %. Målsettingen var å nå målet innen juni 2015, men man klarte ikke jobbe systematisk med dette. Klinikken har fra nyttår fått ansatt en klinikkrådgiver som vi sørger for en bedre systematisk oppfølging av dette arbeidet.

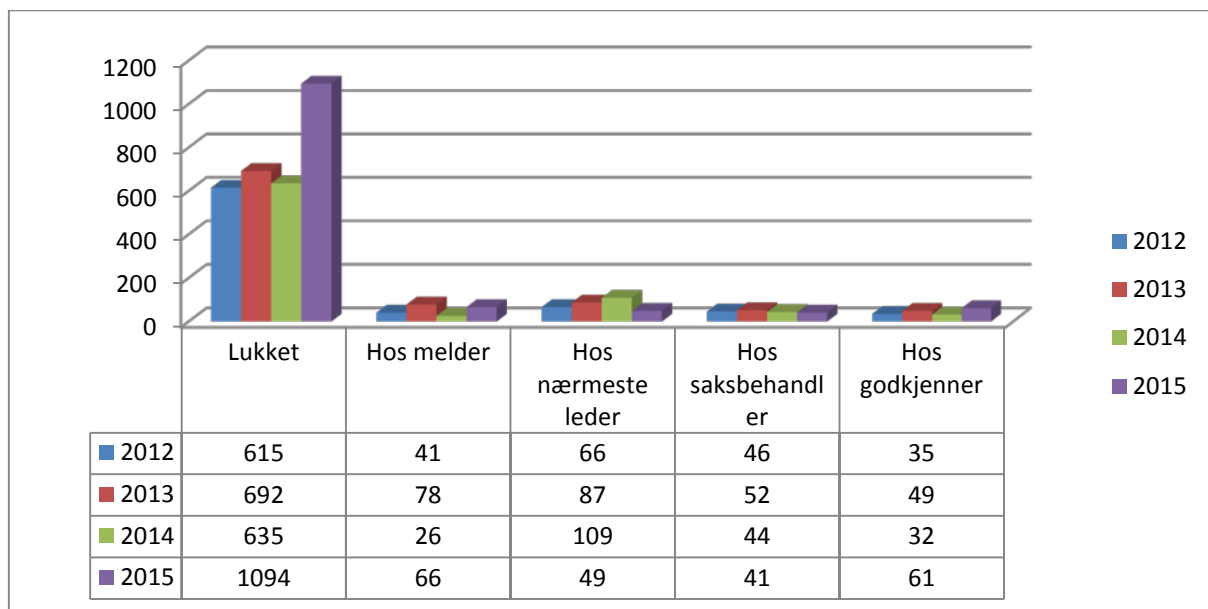
- Senter for drift og eiendom:

SDE jobber systematisk med dette tema og vil ha fortsatt fokus på å nå målet.

Avviksmeldinger og behandling av disse

I perioden 01.01.2015 – 31.12.2015 ble det meldt 1412 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 og for 2015 er det registrert 76 samhandlingsavvik.

Av de 1412 meldingene er 1180 lukket/sluttbehandlet ved årsskiftet. Dette tilsvarer 83,56 % mot tilsvarende 75,89 % i 2014. Hele 67 meldinger ligger fortsatt hos den som meldte inn hendelsen i Docmap, men som ikke har videresendt meldingen, eller har fått den i retur fra nærmeste leder. Dette kan tyde på et fortsatt opplæringsbehov, og en utfordring er at enhetene må avsette tid og ressurser for egne superbrukere. 97 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.

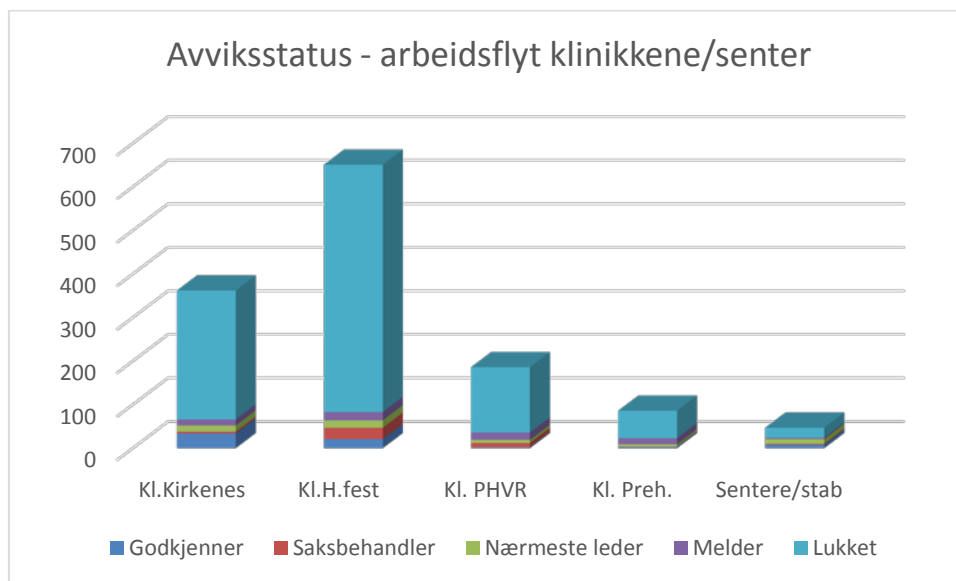




Klinikkene:

Oversikt arbeidsflyt for avvikshendelser i tiden 01.01.2015 – 31.12.2015 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.

	Kirkenes	Hammerfest	PHVR	Prehospital	Sentere/stab
Godkjenner	34	21	2	3	8
Saksbehandler	4	26	10	1	2
Nærmeste leder	14	17	7	5	11
Melder	14	19	17	14	3
Lukket	296	568	150	63	23



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 slutføres.

Kommentarer - oppfølging:

Hvordan følges dette opp i klinikkene/sentrene?

Tidsperspektiv for å være à jour?

- Klinikk Kirkenes:



Avvikssystemet krever at klinikken til enhver tid har superbrukere docmap. Klinikken jobber aktivt for å rekruttere og stabilisere superbrukerne gjennom å sikre dem tilstrekkelig opplæring/oppfriskning av systemet. Klinikken har i 2015 tatt inn opplæring av avviksmodule i docmap som en del av introduksjonsprogrammet for nyansatte inkl. alle nye turnusleger. Klinikken har i 2015 hatt et fokus på opplæring av ansatte som har jobbet i klinikken over år for å sikre oss at også de får en oppfriskning i avviksmodule i docmap. Avvik som sendes til KVAM-råd kan ikke sluttbehandles før det har vært oppe i KVAM-råd. For å sikre at avviket er tilstrekkelig vurdert før det kommer til KVAM-råd har klinikken endret på hvordan sakene skal meldes inn til KVAM-råd. For å sikre at saksbehandlingstiden reduseres økte klinikken antall KVAM-rådsmøter fra 4 til 6 møter i året. I 2016 vil klinikken ha ytterligere 2 møter i året etter evaluering av 2015. Klinikken har gjort en vurdering om ansatte får tilstrekkelig tilbakemelding på avvik som har vært behandlet i klinikken. For å bedre tilgjengelighet vil KVAM-rådsreferatene fra 2016 legges ut på klinikkens intranettside. Klinikken vurderer om det må iverksettes ytterligere tiltak på de største avdelingene for å sikre at klinikken behandler avvikene raskere.

- **Klinikk Hammerfest:**

Klinikk Hammerfest har fokus på avviksmeldinger og avvikshåndtering på klinikk, avdeling og enhetsnivå. Lederne har fokus på å behandle avvik fortløpende og det utarbeides gode forbedringstiltak. Det er gjennomført opplæring på i 2015 og det planlegges ny opplæring i 2016. Meldekultur er et tema på ulike arenaer og en ser en økning i antall meldte avvik.

- **Klin psykisk helsevern og rus:**

Behov avklares i samarbeid med DoCMap ansvarlig.

- **Klinikk prehospitale tjenester:**

Klinikk prehospitale tjenester ser en økning i andelen avvik som blir liggende hos melder. Dette oppfattes som at vi fortsatt har utfordringer med opplæringen blant de ansatte slik at dette unngås. Alle avdelingsledere er superbrukere, og samtlige ledere har fått opplæring i bruk av avvikssystemet. De ansatte motiveres til å benytte avvikssystemet, og klinikken hadde en gjennomgang av rutiner og prosedyrer for avvik ved ledersamlingen i 2016. Meldekultur er tema på andre møtearenaer i klinikken, og man ønsker en ytterligere økning i antall meldte avvik.

- **Senter for drift og eiendom:**

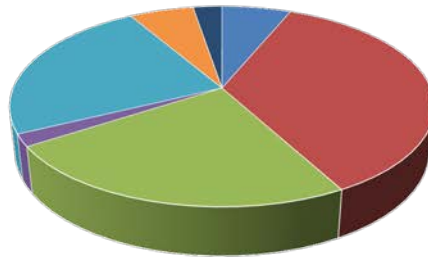
SDE jobber systematisk med dette tema og vil ha fortsatt fokus på å nå målet. Det er en utfordring at det genereres for få avviksmeldinger.

Kategorier meldte avvik

Følgende meldeskjema i Docmap har vært benyttet i 2015:



Kategorier - meldte avvikshendelser Finnmarkssykehuset 2015

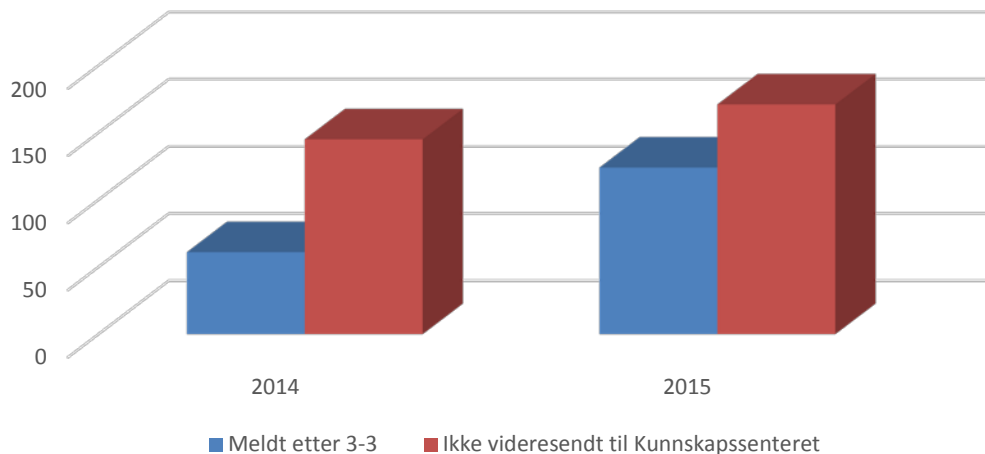


- Avvik laboratorier - 74 stk
- Avvik i annen avdeling - 281 stk
- Pasienthendelsesskjema - 280 stk
- Skademelding personal - 31 stk
- Avvik og forbedring egen avdeling - 422 stk
- Forbedringsforslag - 23 stk
- Samhandlingsavvik - 69 stk

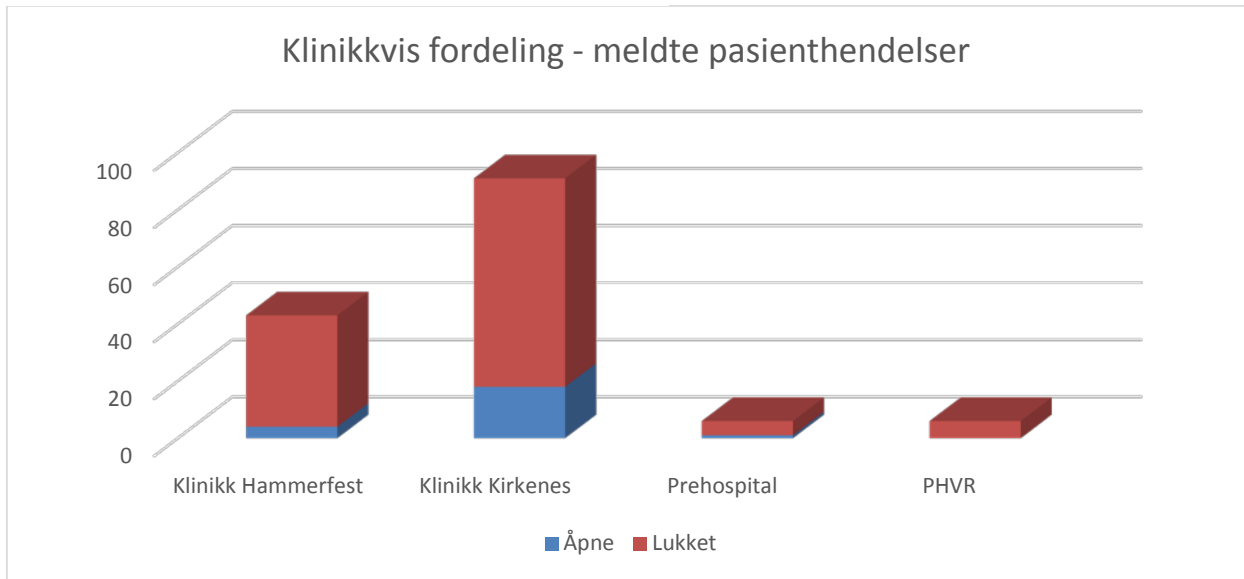
Pasienthendelser

Gjeldende pasienthendelser kan vi registrere en økning også i 2015 på 124 stk som er meldt etter §3-3. Mens det er 171 pasienthendelser som ikke er sendt videre til kunnskapssenteret etter §3-3.

Pasienthendelser meldt etter §3-3



Følgende oversikt viser den klinikkvise fordelingen av meldte pasienthendelser i 2015, samt andelen av disse som er lukket eller fortsatt ligger til behandling.



Klinikk Hammerfest: 39 lukket – 4 åpne

Klinikk Kirkenes: 73 lukket – 18 åpne

Klinikk prehospital: 5 lukket – 1 åpent

Klinikk Psykisk helsevern og rus: 6 stk. alle er lukket

Årsaker til avvik

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

Brudd på taushetsplikten:	2
Datateknisk svikt:	1
Defekt utstyr:	2
Feil bruk av maskiner og utstyr:	1
Feil plassering:	1
Ikke tilfredsstillende organisering:	1
Kjent, men sjelden komplikasjon (ikke innenfor normal risiko):	2
Mangel på nødvendig helseopplysning:	1
Mangel på tilgang til adekvat utstyr:	5
Mangelfull faglig vurdering:	7
Mangelfull kommunikasjon/samhandling:	10
Mangelfull oppfølging av pasient:	27
Mangelfull opplæring av personalet:	5
Mangelfulle sikkerhetsrutiner:	7
Manglende merking, varsling, skilting:	1



Manglende prosedyre:	2
Rutine/prosedyre ikke fulgt:	32
Samtidighetskonflikt for personalet:	3
Uklar prosedyre:	2
Uklare ansvarsforhold:	1
Årsaker ikke tidligere listet:	47

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 vurderer å ha mer støttepersonell rundt de avdelingene som er størst for å sikre at avviksmeldinger får en høyere prioritet på avdelingsledernivået. Støttepersonell vil også kunne bidra til tettere oppfølging på enhetsledernivået.

Klinikken vil gjennom lik opplæring av alle nyansatte ved klinikken samt oppfriskning i bruk av docmap for ansatte som har jobbet lengere i klinikken sikre at alle ansatte kjenner til docmap.

Gjennom at sakene vurderes grundig i kvamgruppene evt. kvamråd der årsak til avviket har et særskilt fokus.

- **Klinikk Hammerfest:**

Avvik og avviksbehandling er jevnlig et tema i klinikkledermøte og fast tema i KVAM-råd. Alle avdelinger har nå KVAM-grupper og avvik behandles systematisk på alle nivå i klinikken. En bruker forbedring etter avvik som læring mellom avdelinger. Klinikken vil i 2016 se mer på rutiner for melding av pasienthendelser.

- **Klin psykisk helsevern og rus:**

Følges opp i hht gjeldende rutiner

- **Klinikk prehospitale tjenester:**

Et eget opplæringsdokument for nyansatte og vikarer er under utarbeiding, der avvik og avviskultur adresseres. Klinikken KVAM-råd er etablert og har avholdt og planlagt videre møter der avvik er fast tema. Det etableres også flere møtearenaer mellom ledelsen og fagorganisasjonene og vernetjenesten der avvik vil være naturlig tema.



- Senter for drift og eiendom:
Fokus for SDE er på å melde flere avvik.

DEL 2: HELSE, MILJØ OG SIKKERHET

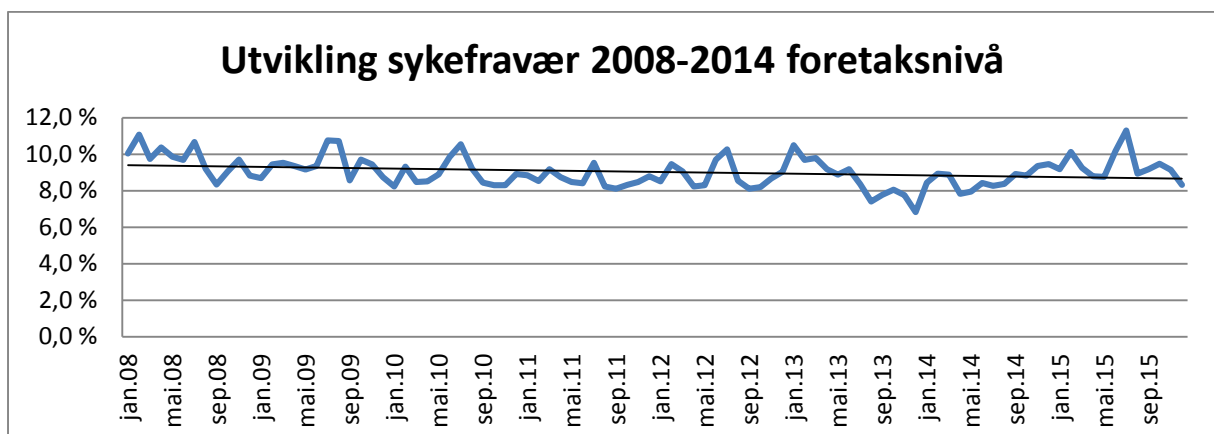
Sykefraværsutvikling

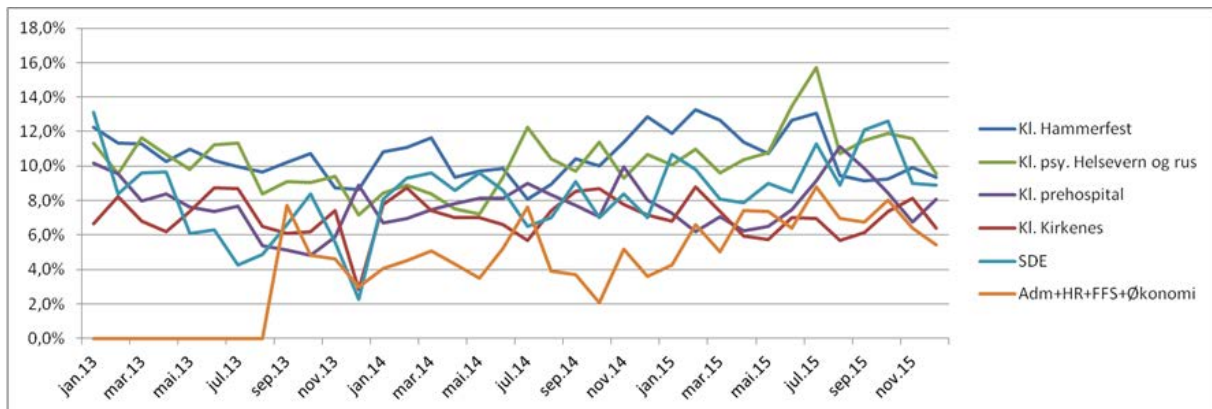
Sykefraværet i Finnmarkssykehuset var høyere i 2015 sammenlignet med 2014. Utviklingen sett over tid viser fortsatt at den langsiktige trenden er positiv. Tiden vil vise om 2015 er et unntak, eller starten på en utflating og potensiell økning av sykefraværet i årene fremover. Sykefraværet må sees både i et kortidsperspektiv (kvartal/år), og som en utvikling over flere år. En økning i sykefraværet kan skyldes midlertidige forhold, eller være en indikator på negative endringer som vil fortsette over tid. Det er viktig å følge opp å undersøke endringer som fortsetter over flere måneder. Samtidig er det viktig å se på utviklingen over lengre tidsperiode. Gode og varige tiltak krever målrettet arbeid over lengre tid.

Finnmarkssykehuset er inne i en periode med flere store omstillinger. Klinikken Kirkenes flytter snart inn i nytt sykehus. Dette er noe å se fram til, samtidig som det krever ressurser til nødvendig forarbeid og planlegging før flytting. I klinikken for psykisk helsevern og rus er Post Jansnes nylig lagt ned. En større omstilling pågår i Midt-Finnmark, der beslutningsprosessen og utsetting av omstillingen har skapt usikkerhet. Klinikken Hammerfest er i gang med store prosesser med Alta Nærpsykehus og Samisk Helsepark. Omstillingsprosesser er krevende, og kan også føre til høyere sykefravær. Sykefraværet går kanskje ikke opp under selve omstillingen, men kan gi utslag etterpå, eller etter lengre tid i en krevende omstillingsperiode. Det er viktig at ledelsen, tillitsvalgte og verneombud samarbeider om å gjennomføre ROS-analyser på arbeidsmiljøet i forkant, og utarbeider handlingsplaner for å ta vare på arbeidsmiljøet.

Klinikk for psykisk helsevern og rus og klinikken Hammerfest har det høyeste sykefraværet. Begge klinikkene har startet ett arbeid med særlig fokus på de avdelingene som har høyest sykefravær i hver klinikk. Foretakets arbeidsmiljøutvalg (FAMU) har satt av HMS-midler til en prosjektstilling i 100% som skal jobbe med nærværarbeid. Prosjektstillingen har et særlig fokus på støtte, opplæring og rådgiving til de avdelingene høyest sykefravær. Prosjektet startet opp 4. januar og har varighet ett år.

Klinikk Kirkenes har det laveste sykefraværet av klinikkene i 2015. Klinikken har hatt en positiv utvikling over flere år, og har nå hatt relativt lavt sykefravær i lengre tid. Klinikken prehospital har også et relativt lavt sykefravær.





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. Trolig gjelder dette også andre typer skader.

I 2014 ble det meldt 14 stikk/kuttskader og 19 andre personalskader. Det er meldt flere skader i 2015. Særlig for stikk/kuttskader er det en merkbar økning i antall meldte saker. Det er ikke mulig å gi en sikker forklaring på økningen. Klinikkerne har hatt stort fokus på melding av avvik, inkludert personalskader, i DocMap. Dette kan ha bidratt til at flere avvik meldes.

Kategorien «andre» inneholder blant annet fallskader og trusler og fysiske angrep fra pasienter.

	Stikk/kutt	Andre
Januar	1	6
Februar	2	0
Mars	1	2
April	0	2
Mai	2	1
Juni	0	0
Juli	3	2
August	4	2
September	2	1
Oktober	4	1
November	1	4
Desember	0	0
	20	21

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:**

Klinikken har i 2015 hatt et fokus på ansatte med hyppig korttidsfravær da det er dette fraværet som er vanskeligst å dekke opp etter som det ofte kommer på kort varsel. Dersom fraværet ikke kan dekkes opp vil det medføre en ekstra arbeidsbelastning på de som er på jobb. Klinikken hadde som mål å redusere fraværet i klinikken til 7%. Ved utgangen av 2015 hadde klinikken et fravær på 6,9%.

Klinikken har montert godkjente avfallsbokser lett tilgjengelig i de områdene der det benyttes sprøyter. Klinikken følger opp at alle som har stukket seg meldes og følges opp i henhold til stikkskadeprosedyren.

Klinikken jobber kontinuerlig med å forebygge skader generelt. Av tiltak klinikken har gjennomført i 2015 kan nevnes: Klinikken har kjøper inn kun regulerbare skrivepulver. Ansatte som sitter mye i telefon har fått hodetelefoner. De som reiser mye med fly har fått hodetelefoner for å begrense støy fra flymotor. I tillegg har de som jobber på MR fått spesialtilpasset ørepropper for å begrense støyskader.

I tillegg har klinikken hatt flere tiltak for å øke det fysiske aktivitetsnivået hos ansatte. Her kan nevnes at klinikken har kjøpt inn bassengkort, satt opp tre ulike trimkasser og deltatt i sykkel til jobb aksjon. Flere enheter har på eget initiativ hatt skrittkonkurranse.

- **Klinikk Hammerfest:**

Den enkelte leder følger opp sykefraværet i henhold til prosedyre. Det er utarbeidet handlingsplaner for nærværarbeid på den enkelte avdeling eller enhet. Det har vært fokus på sykefraværsoppfølging i 2015 og klinikken valgte ut to enheter der en ønsket å ha et særlig fokus på nærværarbeid med bistand fra HR. Klinikken ser nå en tendens til nedgang i sykefraværet og vi fortsetter oppfølgingen i 2016. Avdelingene har ulike trivselstiltak og det har vært gjennomført tiltak for å øke aktivitetsnivået hos de ansatte.

-Stikkskader: Det er gode rutiner i klinikken for oppfølging av stikkskader og foretaket har kjøpt inn sikkerhetsutstyr for å unngå stikkskader.

- **Klin psykisk helsevern og rus:**

Sykefraværsoppfølging følges opp i henhold til vedtatte tiltak og i samarbeid med HR.

For stikkskader benyttes gjeldende prosedyrer. Sak om reduksjon av skader generelt, vold og trusler spesielt, så følges dette opp på enhetsnivå og i KVAM-råd/Kvam-gruppe.

- **Klinikk prehospitale tjenester:**

Sykefraværet i klinikken har en nedadgående trend, og lå mellom 6% og 7% første halvår.

Uheldige omstendigheter gjorde at vi fikk flere langtidssykemeldte etter sommeren.

Klinikken vil fortsette sitt oppfølgingsarbeid for å holde sykefraværet lavt.

Rutinene for stikkskader følges ved hendelser, men det er ikke rapportert noen stikkskader i klinikken siste år. Klinikken har et høyt sikkerhetsfokus med bakgrunn i utviklingen etter politireformen og andre nasjonale prosedyrer om samarbeide ved voldshendelser (PLIVO).

- Senter for drift og eiendom:
SDE jobber systematisk med reduksjon av sykefravær.

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: Klima og miljø: Dokumentasjon og registreringer

Revidert enhet: Medisinsk sengepost og kirurgisk sengepost klinikk Kirkenes. Barnehabilitering og fysio-/ergoterapi klinikk Hammerfest.

Revisorer: Terje Ryeng og Andreas Ertesvåg

Funn (anbefaling/avvik): 6 anbefalinger og 2 avvik.

Oppfølging: Begge avvikene er lukket.

2: Legemiddelsamstemming

Revidert enhet: intensivenheten, medisinsk sengepost og turnus-/LIS-leger klinikk Kirkenes.

Revisorer: Kine Brækkan og Andreas Ertesvåg

Funn (anbefaling/avvik): 1 anbefaling og 1 avvik.

Oppfølging: Avviket er lukket.



3: Praktisk bruk av Docmap

Revidert enhet: BUP/VPP Hammerfest

Revisorer: Renate Jakobsson og Elisabeth Joks

Funn: 8 avvik, 2 anbefalinger, 1 merknad

Oppfølging:

4: Behandling av papiravfall inneholdende sensitive opplysninger

Revidert enhet: Hammerfest sykehus

Revisorer: Leif Arne Asphaug-Hansen og Thorstein Bjørnstad

Funn: 9 anbefalinger

Oppfølging:

5: Farmasøytisk tilsyn

Revidert enhet: Redningshelikopter Banak

Revisorer: Kjetil Bjørkli

Funn: Ingen avvik.

6: Farmasøytisk tilsyn

Revidert enhet: Ambulansen Mehamn

Revisorer: Kjetil Bjørkli

Funn: Ingen avvik.

7: Farmasøytisk tilsyn

Revidert enhet: DPS Midt-Finnmark/SANKS - Lakselv

Revisorer: Kjetil Bjørkli

Funn: Ett avvik (medikamenter oppbevares alfabetisk).

Oppfølging: Avvik lukket. Medikamenter oppbevares nå etter ATC-systemet.

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

Kommentarer fra

- **Klinikk Kirkenes:**

Klinikken fikk avvik på internrevisjon innen klima og miljø. Begge avdelingene har nå lukket avviket på de aktuelle enhetene. Klinikken har dessuten, etter revisjonen, hatt en gjennomgang på øvrige enheter på sykehuset for å sikre at også disse følger aktuelle arbeider håndterer dette i henhold til krav.

Anbefalingen som ble gitt etter revisjon av legemiddelsamstemming er også fulgt.

- **Klinikk Hammerfest:**

Klinikken følger opp internrevisjoner og lukker avvik i henhold til plan som utarbeides etter revisjon. Internrevisjoner behandles i klinikkledergruppen og i KVAM-råd. Når revisjon er gjennomført på en enhet sikrer en, av hensyn til læring og forbedring i klinikken, at alle

avdelinger er kjent med revisjonens resultater. I tillegg til B-revisjoner gjennomførte klinikken to C-revisjoner i 2015.

Klin psykisk helsevern og rus:

3. Praktisk bruk av Docmap: Usikkert om at alle punkter er fulgt opp. Ny leder har nettopp tiltrådt ved BUP Hammerfest

7. Farmasøytisk tilsyn DPS Midt-Finnmark / SANKS: Må sjekke saken nærmere.

- Klinikk prehospitale tjenester:
Klinikken utarbeider handlingsplaner etter revisjoner, og følger disse opp etter beste evne. Klinikkrådgiver vil få et særskilt oppfølgingsansvar for handlingsplanene ut mot avdelingsledere og enhetsledere.

- Senter for drift og eiendom:
SDE har ikke blitt revidert i 2015.

DEL 4: KLIMA OG MILJØ

Denne klima- og miljørapporten danner grunnlaget for ledelsens gjennomgåelse 2015. Klima og miljøsystemet er utarbeidet etter NS ISO 14001 (2004), og vil være et verktøy for miljøledelse.

Finnmarkssykehusets drift påvirker det ytre miljø, men det jobbes kontinuerlig med å begrense dette mest mulig. Foretaket har akkurat blitt klima- og miljøsertifisert, etter ISO 14001. Denne sertifiseringen er et bevis på at foretaket jobber systematisk med å begrense utslipp til luft, vann og land. Herunder rapporteres det på energi, avfall, reiser (CO₂) og vannforbruk. Energiforbruket er knyttet til oppvarming, belysning, prosess og drift. Foretaket følger også opp «Grønn stat»-prosjektet ved oppfølging av indikatorer og rapportering på energibruk og avfallshåndtering i helseforetakene. Dette er en del av det helhetlige ansvar som foretaket har innen helse, miljø og sikkerhet, samt internkontroll.

Oppsummering og anbefaling

Rapporten viser at Finnmarkssykehuset har en god utvikling ut fra målene foretaket har laget. Foretaket har klart målet med reduksjon av utslipp i CO₂ med god margin. Foretaket er også i rute for å nå målet om reduksjon i energiforbruket. Den totale avfallsmengden går ned, men mengden restavfall har ikke fått ønsket reduksjon. EcoOnline er i stor grad i bruk. Neste steg er gjennomføring av risikovurderinger av kjemikalier.

Det anbefales fokus på følgende områder:

- Implementering av ny avfallsavtale
- Innføring av kompetansemodul for oversikt over opplæring
- Fokus på melding av klima- og miljøavvik
- Fokus på risikovurdering av kjemikalier
- Revisjon/oppdatering av målene til foretaket



Resultater av årets interne revisjoner kategori B

Tema	Antall avvik	Status avvik	Revidert enhet
Dokumentasjon og registreringer	1	Lukket	Medisinsk sengepost, klinikk Kirkenes
Dokumentasjon og registreringer	1	Lukket	Kirurgisk sengepost, klinikk Kirkenes
Dokumentasjon og registreringer	0		Barnehabilitering, klinikk Hammerfest
Dokumentasjon og registreringer	0		Fysio-/ergoterapi, klinikk Hammerfest
Sum	2		

Oversikten viser at alle avvik er lukket.

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

Det utarbeides en samsvarsvurdering i hver klinikk/senter. I ledelsens gjennomgåelse presenteres en oversikt over avvikene.

Spørsmål om myndighetskrav/ lovverk	Finnmarkssykehuset	Avvik	Merknad
ISO 14001 (internkontrollforskriften)			
Hvor mange har tatt e – læringskurset ytre miljø?	Over 80%.		Det er usikkerhet rundt rapportene på gjennomført e-læringskurs, og vanskelig for ledere å følge opp dette. Foretaket jobber med en ny opplæringsmodul som skal gjøre det lettere for lederne å følge opp ansatte i egen avdeling. Plan om implementering i løpet av 2016.
Fokus på miljøavvik? Er det meldt miljøavvik, korrigerende og forebyggende tiltak, årsaksanalyse	Det meldes få avvik på klima og miljø.		Det er et økende fokus på avviksmeldinger i foretaket. Det forventes at dette også vil føre til flere avvik på klima og miljø. Ledere og verneombud oppfordres til å melde relevante avvik etter vernerunden som avvik i DocMap.
Stoffkartotekforskriften			



Spørsmål om myndighetskrav/ lovverk	Finnmarkssykehuset	Avvik	Merknad
Er det gjort risikovurderinger av kjemikalier som dere bruker i dag?	Det er i varierende grad gjennomført risikovurderinger.		Dette er et prioritert område i 2016.

Det er også et uavklart spørsmål med krav til oljeutskillere i garasjen på ambulansestasjonene. Det pågår et arbeid for å få svar på dette. Tiltak er planlagt avhengig av hva konklusjonen blir. Dette dokumenteres i samsvarsvurdering.

Henvendelser fra eksterne berørte parter inklusive klager registrert i ePhorte
 Det er ikke registrert noen henvendelser eller klager.

Organisasjonens miljøprestasjon

Foretakets overordnede mål knyttet opp til klima- og miljøarbeidet er:

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

Hovedmål 1 – Energi - reduksjon av 10% innen 2018 målt i Kwh/m²

Tall i kWh/m ²	2013	2014	2015	Endring fra 2013
Hammerfest, Sykehusveien 35	342	333	300	-12%
Kirkenes	360	392	356	-1%
Karasjok, SANKS	99	133	127	28%
Finnmarksklinikken	447	454	363	-19%
Tana, Maskevarreveien 1-2	571	577	503	-12%
Tana, Maskevarreveien 3	178	181	149	-16%
Gjennomsnitt	359	374	337	-6%

Tallene for 2013 og 2014 har blitt kvalitetssikret i form av gjennomgang av formler og rapporter i eManager. Energi forbruk per areal i 2013 og 2014 viser seg å være høyere enn rapportert tidligere noe som resulterer i større prosentvis nedgang fra 2013 til 2015 (se tabell over). Det er satt som mål med 10% nedgang i Kwh/m² fra 2013 til 2018, nedgangen er allerede på 6% og med nye Kirkenes sykehus ferdigstilt i 2017 og videre tiltak i Hammerfest så forventes målet nådd innen 2018.



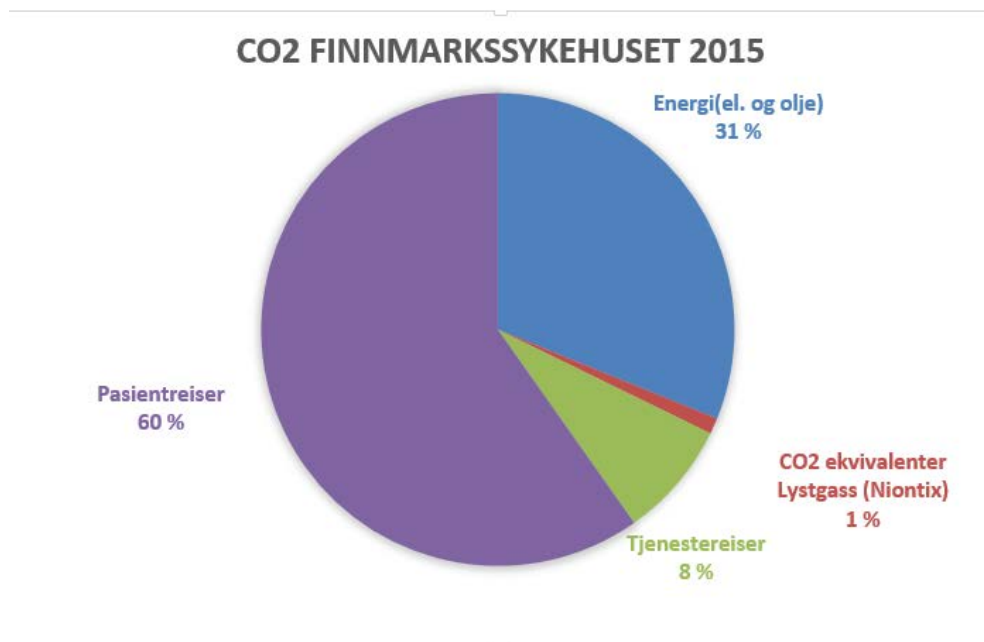
Hovedårsak for den store nedgangen i energibruk i Hammerfest er mindre bruk av fossilt brensel. I tillegg er det gjennomført energibesparende tiltak i Hammerfest som etterisolering og bytte av vinduer i kantine, søsterhjem og administrasjonsfløyen.

Hovedmål 2 – CO₂ - reduksjon av utslipp med 10% innen utgang 2015 målt i tonn CO₂

Tall i tonn CO ₂	2013	2014	2015	Endring fra 2013
Hammerfest, Sykehusveien 35	1831	1910	1 223	-33%
Kirkenes	5648	4071	2 926	-48%
Karasjok, SANKS	58	58	51	-12%
Finnmarksklinikken	128	130	104	-19%
Tana, Maskevarreveien 1-2	230	230	199	-13%
Tana, Maskevarreveien 3	41	41	34	-17%
Lystgass (Niontix)	226	406	158	-30%
Tjenestereiser	1275	1242	1163	-9%
Pasientreiser	8246	8653	8703	6%
Sum foretak	17683	16741	14561	-18%

Tallene for 2013 og 2014 har blitt kvalitetssikret i form av gjennomgang av formler og rapporter i eManager. CO₂ utslipp fra Kirkenes og Hammerfest var høyere i 2013 og 2014 enn først antatt som følge av feil i CO₂ beregning fra oljefyring. Det er satt som mål med 10% reduksjon i CO₂ utslipp fra 2013 til 2015. Dette målet er nådd ettersom utslippsreduksjon er på 18% fra 2013 til 2015.

Den totale utslippsreduksjonen av CO₂ skyldes hovedsakelig reduksjon av utslipp fra Kirkenes, Hammerfest og tjenestereiser, som igjen i hovedsak skyldes reduksjon av fyring med olje og redusert reiseaktivitet sannsynligvis pga. økt bruk av Jabber/ Skype. Pasient og tjenestereiser står for hoveddelen av CO₂ utslippene for Finnmarkssykehuset som kakediagrammet under viser:



Hovedmål 3 – Kildesortering – 10% mindre restavfall innen utgangen av 2015

Tall i tonn for Hammerfest	Totalt avfall	Blandet avfall	Blandet avfall i % av totalt avfall	Endring fra 2013
2013	167	141	84,2%	
2014	219	187	85,4%	1.2%



2015	194	152	78,3%	-5,9%
------	-----	-----	-------	-------

Tall i tonn for Kirkenes	Totalt avfall	Blandet avfall	Blandet avfall i % av totalt avfall	Endring fra 2013
2013	102	82	80,4%	
2014	124	105	84,7%	4,3%
2015	110	102	93,7%	13,3%

For Hammerfest er det nedgang på ca. 6% i andel blandet avfall av total avfallsmengde. I september ble nytt avfallsselskap tatt i bruk i Hammerfest som har ført til en annen forandring i rapporteringsrutiner som kan ha en påvirkning på avfallsmengde registrert som blandet avfall.

Videre er det verd å merke seg at totalt antall tonn avfall går ned både i Kirkenes og Hammerfest. Siden endringen av avfallsavtale ikke legger opp til reduksjon av blandet avfall har det vært et mål å redusere totalt antall tonn avfall. Denne jobben lykkes foretaket med og her ligger også et vesentlig potensiale i framtidig satsning på dette. Spesielt innen innkjøp bør dette være et fokus, da redusert volum og redusert emballasje vil gi positive resultat.

Vannforbruk:

Tall i m3	2013	2014	2015	Endring fra 2013
Kirkenes	30733	33315	27613	-10%
Hammerfest	36171	38797	37309	3%

Det er ikke noe direkte mål knyttet til reduksjon av vannforbruket, men det bra for miljøet å redusere forbruket på generell basis. Det er en reduksjon på 10% i Kirkenes fra 2013 og en økning på Hammerfest på 3%.

Hovedmål 4 – kjemikaliehåndtering, elektronisk stoffkartotek

Finnmarkssykehuset bruker det elektroniske stoffkartoteket EcoOnline for å få oversikt over kjemikalier på enhetene. Internrevisjoner og tilbakemeldinger fra ledere og verneombud viser at foretaket i stor grad har oppnådd målet om at alle enheter skal brukes EcoOnline innen utgangen av 2015. Det er avdekket noen avvik på manglende oppdatering av stoffkartoteket.

Det er i liten grad gjennomført risikovurderinger av kjemikaliene. Dette bør ha større fokus i 2016.

Status for korrigerende og forebyggende tiltak (avviksbehandling)

I 2015 er det meldt 14 avvik der melder har krysset av for at avviket gjelder klima og miljø. Det er en del avvik som feilaktig er merket som klima og miljøavvik. Av de meldte avvikene er alle lukket.

Fokuset på avviksmeldinger i foretaket videreføres i 2016, også med mål om bevissthet rundt å melde avvik på klima og miljø.

Oppfølgingstiltak etter ledelsens gjennomgåelse 2014

Mål	Tiltak	Ansvar	Frist	Resultat
Avfallsavtale-innarbeiding etter avtaleinngåelse.	Revidere avfallsprosedyre og gi opplæring.	SDE i samarbeid med klinikkssjefene.	Utgangen av 2015.	Ny avfallsavtale er manglende implementert i klinikk Hammerfest.



Innarbeide EcoOnline	Informasjon og opplæring i systemet.	HR i samarbeid med klinikkene.	Utgangen av 2015.	EcoOnline er implementert, men risikovurderinger er i liten grad gjennomført.
Handlingsplan Co2. Reisereduksjon evt. Andre tiltak som reduserer reisevirksomhetens utslipp av Co2.	Mindre tjenestereiser, tilrettelegging for mer telematikk og telefonmøter.	Foretaksledelsen .	Kontinuerlig .	Målinger viser en nedgang i utslipp i CO2.
Revisjonsplan, Revisjon av emnene Dokumentasjon og registreringer	Gjennomføre internrevisjon på utvalgte enheter.	Revisjonsteamet .	Utgangen av 2015.	Internrevisjoner er gjennomført etter planen.
Fokus på innkjøp. Innkjøpsavdelingen melder tilbake mulige mål for 2015 med utgangspunkt i oppdragsdokumentet	Oppfølging av oppdrag i oppdragsdokumentet for 2015.	Innkjøp.	Utgangen av 2015.	Gjennomført og rapportert til styret.

Endringer som kan innvirke på miljøstyringssystemet

Det er ikke registrert noen endringer.

Resultat av ledelsens gjennomgåelse

Det skal skrives protokoll fra foretaksledelsens behandling av ledelsens gjennomgåelse. Alle punktene skal inngå i protokollen. Etter ledelsens gjennomgåelse skal det utarbeides en handlingsplan. Denne behandles som en egen sak i foretaksledelsen.

Ledelsens gjennomgåelse skal behandles som en sak i styret i Finnmarkssykehuset.

DEL 5: Informasjonssikkerhet

Det daglige ansvaret for informasjonssikkerhet ivaretas av Enhetsleder IKT, som er plassert i avdeling Medisinsk teknikk og IKT i Senter for drift og Eiendom. Rollen som personvernombud i forbindelse med forskning ivaretas av NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste).

Det er vedtatt i foretakets ledermøte at felles styringssystem for informasjonssikkerhet i Helse Nord skal være innført innen utgangen av oktober 2015. Blant annet skal alle ansatte ha gjennomført obligatorisk e-læring i informasjonssikkerhet, med krav om en bestått test innen 30 dager etter påmelding. Ferdigstillingen av kurset ble dessverre utsatt, så målet om at alle ansatte skulle ha gjennomført kurset i løpet av 2015 ble ikke nådd.



Høsten 2015 ble det avholdt en internrevisjon ved Klinikk Hammerfest/ Senter for drift og eiendom. Formålet med revisjonen var å kartlegge om Hammerfest sykehus (Klinikk Hammerfest og Senter for drift og eiendom, Hammerfest) følger rutiner som sikrer at papiravfall inneholdende sensitive opplysninger blir behandlet på tilfredsstillende måte som ivaretar grunnleggende personvern hensyn. Det ble gjort flere feil og mangler. For detaljer og anbefalinger se sak 2015/2162 i ePhorte. Det er i løpet av 2015 meldt inn 9 avvik med hendelsestype informasjonssikkerhet, alle lukket.

Store regionale prosjekter og mer samhandling både nasjonalt og regionalt gjør at mye av informasjonssikkerhetsarbeidet gjøres sammen med de andre foretakene. Enhetsleder IKT er Finnmarkssykehusets representant i FRIS (fagråd informasjonssikkerhet), tidligere IS-forum. I størst mulig grad forsøkes det der å gjøre prosedyrer og retningslinjer regionale, samt at ROS-analyser gjennomføres på regionalt nivå der det er mulig.

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.