



## Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

**Arkivnr:**  
2019/2148

**Saksbehandler:**  
Line Strømhaug Grongstad

**Sted/Dato:**  
Kirkenes, 21.05.2019

### Saksnummer 43/2019

Saksansvarlig: Kristine Brevik, kvalitets- og utviklingssjef  
Møtedato: 28.05.2019

---

## Eksterne systemtilsyn i Finnmarkssykehuset HF 1. tertial 2019 - orienteringssak

***Ingress:** I denne saken orienteres styret i Finnmarkssykehuset HF om gjennomførte eksterne systemtilsyn i 1. tertial 2019.*

Styret i Finnmarkssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Styret i Finnmarkssykehuset HF tar saken om eksterne systemtilsyn i Finnmarkssykehuset HF i 1. tertial 2019 til orientering,

Eva Håheim Pedersen  
Administrerende direktør

### Vedlegg:

1. Saksfremlegg
2. Vedlegg til saksframleggets pkt 3.4



## Eksterne systemtilsyn i Finnmarkssykehuset HF 1. tertial 2019 - orienteringssak

Saksbehandler: Line Strømhaug Grongstad, avdelingsleder for kvalitetsavdelingen og Kristine Brevik, kvalitets- og utviklingsjef

Møtedato: 28.05.2019

---

### 1. Formål/Sammendrag

I denne saken orienteres styret i Finnmarkssykehuset HF om eksterne tilsyn i 1. tertial 2019. Det orienteres kort om resultat og oppfølging av aktuelle tilsyn.

### 2. Bakgrunn

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

### 3. Saksvurdering

I aktuelle periode er det gjennomført 2 eksterne tilsyn og tre som er under oppfølging. Status for alle presenteres fortløpende.

#### 3.1 Helsetilsynet og Statens Legemiddelverk - Tilsyn Finnmarkssykehuset HF Klinikk Kirkenes, Blodbanken

*Helsetilsynets tilsyn* foregikk i perioden 19. desember 2018 til 4. april 2019, og omfattet blodbankens håndtering av blod og blodkomponenter og ble utført i henhold til blodforskriften. Tilsynsbesøket fant sted ved Kirkenes sykehus 28. februar 2019.

Formålet med tilsynet var å undersøke om ledelsen ved Finnmarkssykehuset HF sikrer et høyt beskyttelsesnivå for mottakere og givere/donorere, hindrer overføring av sykdom og trykker sikkerheten og kvaliteten på blod og blodkomponenter.

#### Tilsynet avdekket ett avvik fra Helsetilsynet:

Finnmarkssykehuset HF har samarbeidet med kommunehelsetjenesten om transfusjon uten at fordeling av oppgaver og ansvar mellom partene var styrt gjennom avtale. Helseforetaket hadde heller ikke fulgt opp at oppdaterte retningslinjer for transfusjon var tilgjengelige for kommunene. Mangelfull oppfølging av samarbeidsavtaler og formidling av retningslinjer kan ha ført til redusert sikkerhet for pasienter ved transfusjon.

Helsetilsynet ber om følgende dokumentasjon innen 20. august 2019:

- Helseforetakets handlingsplan for korrigerende tiltak
- Beskrivelse av hvordan Finnmarkssykehuset HF skal følge opp at iverksatte tiltak fungerer etter hensikten.



Statens Legemiddelverk gjennomførte tilsynet samme dag som Helsetilsynet. Legemiddelverkets tilsyn omfattet tapping av blod, testing, prosessering, oppbevaring, frigivelse av blod og blodkomponenter til transfusjon og fraksjonering, samt kvalitetsstyringssystem, endringskontroller, valideringer, avvikshåndtering, vedlikehold av utstyr og opplæring av ansatte.

### 3 Påviste avvik fra referansedokumenter:

Avvikene er klassifisert som kritiske [K], store [S] eller andre [A].

- Dokumentstyringen er i enkelte tilfeller mangelfull. Dette er avvik fra blodforskriften § 2-4 jf. vedlegg VI punkt 1.1 (observasjon 1). [A]
- Kvalitetsstyringssystemet er stedvis mangelfullt implementert. Dette er avvik fra blodforskriften § 2-4 vedlegg VI punkt 1.1 og 5.1 (observasjon 2), samt § 2-4 vedlegg VI punkt 2.2 (observasjon 3). [A]
- Systemene som skal sikre validering av utstyr fungerer ikke tilfredsstillende. Dette er avvik fra blodforskriften § 2-4 jf. vedlegg VI punkt 4.1 (observasjon 5). [A]

Blodbanken har frist til 15.05.2019 for å sende inn en fremdriftsplan som viser hvilke tiltak som planlegges gjennomført med tilhørende tidsfrister.

### **3.2 Arbeidstilsynet – Tilsyn Finnmarkssykehuset HF, Ambulansetjenesten**

Arbeidstilsynet gjennomfører i 2018-2019 aktiviteter i helse- og sosialsektoren, og ledere og ansatte i ambulansetjenesten er en av hovedmålgruppene. Landets regionale helseforetak og helseforetak fikk tilsendt informasjon om aktiviteten i brev datert 08.02.18.

Det er gjennomført tilsyn i et utvalg ambulansestasjoner ved Finnmarkssykehuset HF, og som oppfølging av tilsynene gjennomføres et veiledningsmøte med sentrale personer i helseforetaket. Veiledningen ble gjennomført en tid etter tilsynene. Det har vært tilsyn ved følgende ambulansestasjoner:

- Alta 31.05.2018
- Hasvik 01.06.2018
- Porsanger 13.06.2018
- Hammerfest 14.06.2018
- Honningsvåg 15.06.2018
- Tana 21.06.2018

### Tema for kontroll i tilsynene var:

- HMS-opplæring for ledere, vernetjeneste og øvrige ansatte
- Ledelse og medvirkning, samarbeid med verneombud og tillitsvalgte
- Systematisk HMS-arbeid: kartlegging, risikovurdering, handlingsplan, rapportering
- Avvikshåndtering knyttet til ergonomiske, biologiske og psykiske belastninger
- Informasjon og opplæring knyttet til relevante risikoforhold
- System for planlegging og kontroll med arbeidstiden



- Bruk av bedriftshelsetjenesten

### **Status per 1. tertial 2019:**

Etter at det ble gjennomført tilsyn ved 6 ambulansestasjoner i Finnmark, ble det gitt 10 pålegg, der ett er lukket. Finnmarkssykehuset HF har gitt samlet tilbakemelding innen fristene som var henholdsvis 15.02.2019 og 15.03.2019. I brev av 26.04.2019 ber Arbeidstilsynet om at hver stasjon rapporterer inn slik at de kan lukke pålegg fra hver enkelt stasjon.

### **Oppfylte pålegg**

Arbeidstilsynet lukker pålegget om rutine for vold og trusler, og pålegget vedrørende garderobes i Alta, da det her er kort tid til innflytting i nye lokaler. I tilbakemeldingen ble det redegjort for at Finnmarkssykehuset HF har følgende rutiner som samlet dekker kravet.

- Kollegastøtte – ivaretagelse av personell etter hendelse med aggresjon/vold – Finnmarkssykehuset HF.
- Melding om skade på personell – Finnmarkssykehuset HF
- Forebygging av vold og trussel om vold mot ansatte i Finnmarkssykehuset HF
- Håndtering og oppfølging av vold og trusler mot ansatte
- Debrifing av personell

Tilsynet informerer i samme brev om at flere av påleggene ikke kan lukkes, og har gitt foretaket ny frist til 30.06. 2019 for å utbedre disse.

### **3.3 Tilsyn – Akuttmottaket/mottakelsen ved Klinikk Hammerfest**

Arbeidstilsynet gjennomførte tilsyn 21.02.2018 hos Hammerfest Legevakt som driftes i samarbeid med Klinikk Hammerfest i akuttmottakets lokaler. Tilsynets hensikt var å se til at virksomheten følger arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade. Tilsynet ble foretatt i både legevakt og akuttmottakets lokaler.

Tilsynet ga i brev av 01.06.2018 pålegg til Finnmarkssykehuset HF om at: Arbeidsgiver skal sørge for at arbeidslokalet og atkomsten er utformet og innredet med sikte på den virksomheten og de arbeidsplasser som skal finnes i lokalet, og at en tilfredsstillende velferdsmessig standard er ivarettatt i akuttmottaket, legevakten og AMK telefonen.

Klinikken har i samarbeid med verneombudet foretatt flere utbedringer som sikring av dørlås, vindu og vegger, eget rom for legevaktsentralen med dør som kan lukkes og skjermet hovedarbeidsstasjoner. Det har vært jevnlig dialog med tilsynet og det er gitt frist til 25. mai for å besvare hvordan krav om personal toalett blir ivarettatt.

### **3.4 Oppfølging av tilsyn ved VPP Tana 13. – 15. februar 2018**

Styret er tidligere orientert om denne saken i styremøte 24.05.2018 i sak 40/2018, samt i styremøte 24.10.2018 i sak 74/2018.

Tilbakemelding over iverksatte og planlagte tiltak for lukking av avvik ble oversendt fylkesmannen 7. mai 2018. Fylkesmannen har i sin tilbakemelding bedt om at



Finnmarkssykehuset HF rapporterer en status på effekt og oppfølging av tiltakene innen 5. januar 2019. I svaret til Fylkesmannen har foretaket redegjort for status på iverksettelse av tiltak pr 31.12.2018. Dette er presentert i «Vedlegg til saksframleggets pkt 3.4 sak 42/2019».

#### **4. Medbestemmelse**

Saken er behandlet i informasjons- og drøftingsmøte 20. mai 2019, og behandlet i FAMU samme dato.

#### **Vedlegg:**

1. Vedlegg til saksframleggets pkt 3.4



## Vedlegg til saksframlegg punkt 3.4, sak 43/2019

### 3.4 Oppfølging etter tilsyn ved VPP Tana 13.-15.februar 2018

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2017 og 2018 regionalt, landsomfattende tilsyn med helseforetakenes styring og ledelse av de voksenpsykiatriske poliklinikkene (VPP). Landsomfattende tilsyn innebærer at det samme tilsynet gjennomføres i et utvalg poliklinikker ved alle landets helseforetak. Tilsynet undersøkte om helseforetaket har lagt til rette for at personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem får helhetlige, individuelt tilpassede og forsvarlige polikliniske tjenester i psykisk helsevern og berørte utredning, diagnostisering, behandling og avslutning av behandling.

Følgende avvik ble gitt i tilsynet:

*Finnmarkssykehuset HF har ikke lagt til rette for samordnet og/eller integrert behandling av pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig rusproblematikk ved VPP Tana.*

Avviket bygget på følgende:

- VPP Tana følger ikke sin egen rutine og sjekkliste i inkomstnotat for innholdet og utførelsen av utredningsarbeidet. Kartlegging og vurdering av rusbruk, somatisk helse og selvmordsfare er mangelfull i flertallet av journalene tilsynet har gjennomgått.
- Det har vært stor utskifting av personale den senere tid, uten at alle nyansatte har fått opplæring i interne rutiner og prosedyrer for utrednings- og behandlingsarbeidet.
- Ledelsen har ikke vurdert hvilken kompetanse som trengs for å kartlegge og følge opp rusproblematikk hos pasientene. Det er varierende kunnskap hos den enkelte behandler, og ikke etablert rutiner for samarbeid med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det er opp til den enkelte behandler å ta stilling til når mer ruskompetanse er nødvendig, og i så tilfelle be om veiledning eller etablere et samarbeid med TSB.
- Behovet for mer ruskompetanse er kjent i virksomheten, men ikke fulgt opp med konkrete tiltak.
- Det er ikke etablert systemer for å kontrollere og kvalitetssikre innholdet i kartleggings- og utredningsarbeidet, og at interne rutiner følges og leder til god nok praksis.

I svaret til Fylkesmannen er det redegjort for følgende status på iverksettelse av tiltak pr 31.12.2018:

**1.** *Det er tilsatt en psykiater og psykologspesialist i faste stillinger. VPP Tana har i tillegg fått beholde en 100% stilling som psykiater ved omorganisering av ambulant akutt team.*  
**Status:** Psykiater med pendleravtale er tilsatt og tiltrådte stillingen 1.10.2018. Dette medfører en økning av spesialistsituasjonen ved VPP Tana slik som planlagt.



**2. I tillegg til pasientbehandling vil hovedoppgavene for spesialistene ved VPP Tana være utarbeidelse av rutiner og prosedyrer for faglig forsvarlig behandlingstilbud til pasienter med samtidig ruslidelse**

Status: Spesialistene følger opp behandlingstilbudet i henhold til funksjonsbeskrivelsene for psykiatere og psykologspesialister, nasjonale faglige retningslinjer, prioriteringsveileder for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt vedtatt beskrivelse for pasientforløpet for VPP Tana.

**3. Enhetsleder ved VPP Tana vil organisere arbeidet med tilrettelegging av arbeidstid for spesialister og ansatte for samkjøring av praksis i forbindelse med utredning av pasienter. Enhetsleder vil også følge opp behovet for utarbeidelse av nye rutiner, samt føre intern kontroll om rutinene blir fulgt opp i praksis**

Status:

- Pasientforløpet er gjennomgått med alle i enhetsmøter med alle behandlere i VPP Tana
- Internundervisning for alle ansatte behandlere ift ruslidelse, og selvmordsrisikokartlegging og vurdering er gjennomført. Internundervisningsansvarlig ved enheten har ansvaret for utarbeidelse og gjennomføring av undervisningsplan
- Psykologspesialist og overleger følger opp ansatte gjennom formalisert veiledning, samt i tverrfaglige møter
- Pasientflytansvarlig (sekretær) og enhetsleder ved VPP Tana gjennomgår jevnlig rapporter, eksempelvis beskjeder, uferdige dokumenter og pasientventende uten kontakt og epikriser
- Spesialistene gjennomgår fortløpende kvaliteten av journalnotater med enkeltansatte (behandlere i VPP Tana), samtidig som de gir veiledning

**4. Det skal tilrettelegges for formalisert og systematisk veiledning fra spesialistene til alle behandlere ved VPP Tana**

Status:

Det er utarbeidet og etablert rutiner for formalisert veiledning fra spesialistene til behandlere ved VPP Tana

**5. Pakkeforløp for ulike diagnoser implementeres fortløpende etter hvert som de blir ferdigstilt i henhold til implementeringsplan. Rutiner for kartlegging av somatisk helse og suicidfare iverksettes ved at spesialiststillingene blir besatt**

Status:

Spesialiststillingen ved VPP Tana er pr dags dato besatt slik som planlagt. En av de tilsatte spesialistene er medlem i arbeidsgruppa for implementering av pakkeforløp i klinikk psykisk helsevern og rus. Implementering av pakkeforløp for ulike diagnoser skjer i henhold til Finnmarkssykehusets implementeringsplan

**6. VPP Tana etablerer kontrollfunksjon i forbindelse med pasientforløp ved halvårlige interne revisjoner, ved at spesialistene gjennomgår utvalgte pasientjournaler**

Status:

- Det er utarbeidet rutiner for tilsyn av journaler for «stikkprøver» av kvaliteten og om journalene er i tråd med nasjonale veiledere





- En av spesialistene ved VPP Tana har ruskompetanse og erfaring fra ROP

**7. Arbeid med kartlegging av fagkompetanse blant ansatte i klinikk psykisk helsevern og rus er iverksatt. Det vil deretter bli utarbeidet kompetanseplaner enhetsvis og på klinikknivå for å iverksette nødvendige tiltak for heving av kompetansen**

**Status:**

- Kartleggingen er gjennomført i alle enhetene i klinikk psykisk helsevern og rus. Prioritering av kompetansetiltak vil skje på klinikknivå og forankres i klinikken.
- Selvmordsrisikovurdering og rusbehandling vil være sentrale fagområder ved prioritering av økonomiske midler.
- VPP Tana har gjennomført kartlegging av kompetanse. VPP Tana utarbeider en kompetanseplan på enhetsnivå i henhold til prosedyre i doc map og utarbeider et løp hvordan nå opp til forsvarlig nivå i samarbeid med klinikk psykisk helsevern og rus.

**8. Forbedre rutiner for samhandling om pasientforløp mellom PUT/TSB DPS Midt Finnmark /SANKS og VPP Tana.**

**Status:**

- Faste samarbeidsmøter mellom enhetene, rutiner for koordinert oppfølging av pasienter, felles rutiner og oppfølging ovenfor kommuner. Det er avtalt månedlige Skype møter mellom VPP Tana og PUT, DPS Midt Finnmark/SANKS. Enhetsleder ved VPP Tana vil delta i disse møtene.

**9. Forespørre klinikkledelsen om mulighet for å koordinere årlige faste og strukturerte kurs for suicidvurdering, samt metode for behandling av ruslidelse (kartlegging og diagnosesetting, rusens virkning, samt Motiverende intervju.**

**Status:**

Fagområdet innarbeides i kompetanseplanene for klinikk psykisk helsevern og rus fra 2020

**10. Forespørre Finnmarksklinikken / PUT / TSB om intern opplæring på ruskartlegging og behandling.**

**Status:**

Enhetsleder ved VPP Tana har sendt forespørsel / tatt kontakt om intern opplæring på ruskartlegging og behandling. VPP Tana har fått tilbud om å delta på internundervisning i DPS midt/SANKS særlig når ruskartlegging og behandling er tema. Videre samarbeid om opplæring utarbeides etter flytting TSB.

**11. DPS Øst Finnmark har fått innvilget lønnsmidler til ny stilling som ruskonsulent ved VPP Kirkenes som oppstart av etablering av eget rusteam**

**Status:**

Det er foretatt tilsetting i stillingen med tiltredelse 18.3.2019. Stillingsinnehaveren skal også utføre oppgaver for de øvrige enhetene i DPS Øst Finnmark. Ruskonsulenten vil få tilbud om rusutdanning i 2019.

**12. Enhetsleder ved VPP Tana avsetter nødvendig arbeidstid for iverksetting og oppfølging av tiltakene i en periode for å redusere bruk av arbeidstid til pasientbehandling**





Status:

Enhetsleder har avsatt tid til oppfølging og iverksetting av tiltakene fortløpende og ved behov.

**13. VPP Tana er i gang med iverksetting av tiltak til forbedringer i enheten, også i samarbeid med klinikk psykisk helsevern og rus. VPP Tana utarbeider månedlige rapporter om iverksatte tiltak og virkningene av disse. Rapportene sendes avdelingsleder og klinikk sjef**

Status:

Frist: Fortløpende og frem til alle tiltak er iverksatt.