

Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr.:
2020/638

Saksbehandler:
Kristine Brevik

Sted/Dato:
Hammerfest, 19.02.2020

Saksnummer 16/2020

Saksansvarlig: Kristine Brevik, kvalitets- og utviklingssjef
Møtedato: 26. februar 2020

Ledelsens gjennomgang 2019 Finnmarkssykehuset HF

***Ingress:** Ledelsens gjennomgang har til hensikt å sikre at internkontroll- og kvalitetssystemet fungerer etter intensjonen, samt sikre at virksomheten når fastsatte mål og drives innenfor de vedtatte rammer.*

Styret i Finnmarkssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF tar ledelsens gjennomgang 2019 Finnmarkssykehuset HF til etterretning.
2. Styret er tilfreds med den positive utviklingen innenfor flere av områdene som er omfattet av ledelsens gjennomgang.
3. Styret ber administrerende direktør følge opp at det jobbes med kvalitetsforbedring i pasientbehandlingen, oppnåelse av klima og miljømålene, samt at opplæring i og bruk av kvalitetsapplikasjonen DocMap foregår kontinuerlig.

Eva Håheim Pedersen
Administrerende direktør

Vedlegg:

1. Saksfremlegg
2. Ledelsens gjennomgang 2019 Finnmarkssykehuset HF

Ledelsens gjennomgang 2019 Finnmarkssykehuset HF

Saksbehandler: Kristine Brevik, kvalitets- og utviklingssjef

Møtedato: 26. februar 2020

1. Formål/Sammendrag

I henhold til *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8* skal ledelsen, for å ha tilstrekkelig kontroll og nødvendig kunnskapsgrunnlag for styring, minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten. Dette for å sikre at systemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Relevant informasjon for gjennomgang av aktuelle områder i 2019 framkommer i vedlagte rapport. Rapporten bygger på tilsvarende gjennomgang gjennomført tidligere år.

2. Bakgrunn

Ledelsens gjennomgang har som formål å synliggjøre at Finnmarkssykehuset HF's internkontroll og kvalitetssystem fungerer etter intensjonen samt sikre at virksomheten når de fastsatte mål og drives innenfor vedtatte rammer. Fokus skal blant annet rettes mot forskrifter og lovverk, kvalitetskriterier og krav til kontinuerlig forbedringsarbeid. Lov 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.

I kvalitetsforbedringsarbeidet er hensikten å finne gode løsninger på de utfordringene vi står overfor. Ledelsens gjennomgang skal bidra til å sikre at kvalitets- og HMS-systemet:

- Er i overensstemmelse med myndighetskrav og interne krav
- Er hensiktsmessig for å oppnå målene for virksomheten
- Etterleves i praksis

3. Saksvurdering

Fokusområder i «Ledelsens gjennomgang» vil kunne endres fra år til år. Ledelsens gjennomgang omfattet følgende områder i 2019:

- Del 1: Risikostyring
- Del 2: Kvalitetsstyring
- Del 3: Helse, miljø og sikkerhet
- Del 4: Revisjoner
- Del 5: Klima og miljø
- Del 6: Informasjonssikkerhet

Del1: Risikostyring

Risikostyring er blant ledelsens verktøy for å innfri kravene fra Helse Nord RHF og oppnå nasjonale mål. Hensikten med risikostyring er å identifisere, vurdere og håndtere risiko for manglende måloppnåelse gjennom en strukturert tilnærming. Risikostyring skal bidra til å øke sannsynligheten for at Finnmarkssykehuset HF når målene sine.

Risikovurdering innebærer å ta stilling til sannsynligheten for at en hendelse med negativ effekt på måloppnåelsen vil inntreffe, og den forventede konsekvensen av hendelsen. Resultatet av vurderingen indikerer hvor høy den enkelte risiko er, og danner grunnlag for å prioritere hvilke risikoer som må følges opp (håndteres), og hvordan oppfølgingen skal skje. Risikotoleransen tar utgangspunkt i den risiko foretaket kan akseptere i arbeidet med å realisere sitt formål/sin visjon, sine strategier og målsettinger. I rapporten vises en tabell som et eksempel på risikovurdering før og etter at tiltak iverksettes.

Risikostyring innad i Finnmarkssykehuset HF er gjennomført ved hvert tertial.

Del 2: Kvalitetsstyring

Det er et krav at styrende dokumenter er underlagt kontroll i DocMap. Til hvert dokument er det tilknyttet informasjon om versjon, når og hvor dokumentet er gyldig, forfatter, godkjenner og dokumentansvarlig. Dokumentet gis som standard en gyldighet i to år. Før utløp av denne fristen får dokumentansvarlig en automatisk generert e-post om at dokumentet må gjennomgås/revideres. 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.

Det er en nedgang i dokumenter som ikke er revidert, og fremdeles er tallet for høyt. Prehospital klinikk og klinikk Kirkenes har høyest prosentvis antall ikke reviderte dokumenter mens stabsfunksjonene har den laveste andelen. Avbøtende tiltak kan være blant annet at enhetene i foretaket sikrer at dokumenter i DocMap ikke er tilknyttet personer, men tilknyttet stillingstittel. I tiden som kommer vil prosedyrer under Klinikk psykisk helsevern og rus bli revidert i henhold til den nye klinikkstrukturen fra januar 2020.

Det er registret en 25% økning i pasienthendelser med 772 avvik i 2019 mot 620 i 2018. Det er en tendens til reduksjon innenfor alle de nevnte hovedkategoriene av registrerte pasientrelaterte avvikshendelser unntatt innenfor behandling og pleie der det er registrert en 3% økning fra året før. Det gjøres en innsats på dette området blant annet gjennom pasientsikkerhetstiltaket «Trygg utskrivning», samarbeidet med kommunene om helhetlig pasientforløp og «stormottakersatsingen».

Sentralt pasientsikkerhetsutvalg skal sikre at læringseffekten forankres i organisasjonen og fører til nødvendig forbedring når det gjelder pasientsikkerhet. Utvalget er et rådgivende organ til administrerende direktør, og har en sentral rolle i arbeidet med hendelsesanalyse og hendelsesgjennomgang. Det er gjennomført en hendelsesanalyse i 2019 og en avgrenset hendelsesgjennomgang i forbindelse med alvorlig pasienthendelse. Det legges opp til en grundig opplæring i klinikkene første halvår 2020 når det gjelder prosedyrer for gjennomføring av hendelsesgjennomgang.

Del 3: Helse, miljø og sikkerhet

Finnmarkssykehuset HF jobber systematisk med helse, miljø og sikkerhet (HMS). I ledelsens gjennomgang trekkes følgende tre områder fram: sykefravær, AML-brudd og personalskader.

Det er variasjon i sykefraværet mellom klinikkene. Prehospital klinikk har oppnådd kravet med et sykefravær på 6,7%, flere klinikker nærmer seg målet mens klinikk psykisk helsevern og rus fortsatt har det høyeste sykefraværet med 12,9%, og har hatt en økning i 2019. Nærværarbeidet har stort fokus i Finnmarkssykehuset HF og klinikkene arbeider med oppfølging og utarbeiding av planer. Dette gir resultater over tid. Det er utarbeidet en plan for videre klinikkvist nærværarbeid i foretaket. Framover vil det være større fokus på oppfølging av ansatte med høyt sykefravær og mulighetssamtaler vil være ett av flere tema i dette arbeidet.

Klinikkene følger opp AML-brudd hele året. I 2019 har Finnmarkssykehuset HF hatt en målsetning om 15% reduksjon i antall AML-brudd sammenlignet med 2017. Foretaket oppnådde en reduksjon på cirka 6%. Det er noe variasjon på brudd gjennom året, der sommermånedene skiller seg ut. Arbeidet med reduksjon av AML-brudd har gitt en reduksjon siden 2017, men foretaket må fortsette det systematiske arbeidet for å nå målet om ytterligere reduksjon. En stor del brudd kunne vært unngått dersom det var søkt om og gitt dispensasjon fra tillitsvalgte.

Personalskader meldes i DocMap. I tillegg sendes skjema til NAV, forsikring og bedriftshelsetjenesten ved behov. Antall meldte personalskader har holdt seg forholdsvis stabilt, på et lavt nivå. Variasjon i antall meldte avvik fra år til år er tilfeldig variasjon. Foretaket har fokus på ROS-analyser og forebygging og det er avtalt gjennomføring av kompetanseheving innenfor tema vold og trusler hos personalet i tiden framover.

Del 4: 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. Hensikten med revisjon er en systematisk og uavhengig undersøkelse for å skape forbedringer.

Det er i 2020 gjennomført en rekke eksterne og interne revisjoner. Alle avvik meldes, behandles og lukkes i DocMap. Alle revisjonene arkiveres i Elements, behandles i KVAM råd/fagdager og resultat meddeles ansvarlig leder. Ved behov utarbeides handlingsplaner som iverksettes. Foretaksledelsen behandler status for foretakets A, B og C revisjoner en gang hvert halvår. Det er i tillegg utarbeidet en egen, ny prosedyre for når revisjoner betraktes som lukket. Det vil i 2020 bli utarbeidet egen overordnet prosedyre for gjennomføring av C-revisjoner slik at alle klinikker/stab utfører disse etter samme prinsipp.

Det er gjennomført 12 revisjoner i kategori A, som systembaserte eksterne tilsyn. I 3 av revisjonene var det tilfredsstillende funn uten feil og mangler. I 5 tilsyn ble det funnet avvik og i 4 tilsyn ble det funnet svakheter eller mangler. Noen funn er lukket og andre skal besvares i 2020. I kategori B gjøres revisjoner som utføres på vegne av Finnmarkssykehuset HF i henhold til besluttet revisjonsplan og har hele foretaket som arbeidsområde. Det er gjennomført 20 revisjoner, med både tilfredsstillende funn, avvik

og noen anbefalinger om forbedringsområder. Innenfor kategori C er det gjennomført 5 revisjoner.

Del 5: Klima og miljø

Klima og miljøsystemet er utarbeidet etter NS ISO 14001 (2015), og er et verktøy for miljøledelse. Finnmarkssykehuset HF sin drift påvirker det ytre miljø, men det jobbes kontinuerlig med å begrense uønskede effekter i størst mulig grad. Foretaket er 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.

Foretakets overordnede mål knyttet opp til klima- og miljøarbeid er

- Pasientreiser – 10% reduksjon i CO2 utslipp innen utgangen av 2021 sammenliknet med 2015.
- Medikamenter – redusere bruk av bredspektret antibiotika med 30% innen utgangen av 2020 sammenliknet med 2012.
- Avfall – 10% reduksjon av total mengde avfall innen utgangen av 2019, sammenliknet med 2015.
- Innkjøp – Sikre at det blir igangsatt relevante miljøkrav i anskaffelser.

Ledelsens gjennomgang viser i rapporten at Finnmarkssykehuset HF jobber systematisk med klima og miljø. Det er oppmerksomhet rettet mot melding av miljøavvik og kontinuerlig forbedring.

Del 6: Informasjonssikkerhet

Arbeid med informasjonssikkerhet har vært prioritert i 2019. Foretaksledergruppen har behandlet tema informasjonssikkerhet i flere ledermøter gjennom året. Ansvar for Informasjonssikkerhet er flyttet fra senter for drift og eiendom (SDE) til Fag, forskning og samhandling (FFS). Dedikert ressurs knyttet til informasjonssikkerhetsansvar er økt fra 50 til 100% med virkning fra januar 2020. Finnmarkssykehuset HF har i 2019 også etablert et eget informasjonssikkerhetsråd med ansvar for oppfølging av arbeid, utarbeide handlingsplaner og øvrige oppgaver og ansvar knyttet til informasjonssikkerhet i foretaket. Første møtet i rådet ble avviklet medio desember og det er utarbeidet møteplaner og system for å gi råd til direktøren. Det er også utarbeidet egen prosedyre knyttet til organisering av informasjonssikkerhetsarbeidet og ansvar for dette i organisasjonen på alle ledernivå (nivå 4 prosedyre i regionalt system for Informasjonssikkerhet).

4. Risikovurdering

Saken er vurdert opp mot våre kjerneverdier kvalitet, trygghet og respekt. Gjennomføring av prosess og vedtak rundt «ledelsens gjennomgang» bidrar positivt til utvikling av kjerneverdiene.

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

Prosesser rundt etablering av rutiner og prosedyrer for ledelsens gjennomgang har bidratt til et helhetlig system i foretaket for styring i henhold til styringshjulet og fasene i dette som er å planlegge, gjennomføre, kontrollere og korrigere.

5. Budsjett/finansiering

Ledelsens gjennomgang skal bidra til rett ressursbruk i foretaket. Tiden og ressursene som brukes til selve gjennomgangen ansees som godt anvendte ressurser. Arbeidet finansieres innenfor klinikkens og stabens rammer.

6. Medbestemmelse og brukervedvirkning

Saken er drøftet i informasjons- og drøftingsmøte 17. februar 2020, og behandlet i FAMU samme dato.

7. Direktørens vurdering

Foretaket har en positiv utvikling innenfor flere av områdene som er omfattet av ledelsens gjennomgang. Spesielt trekkes klinikkens nærværarbeid fram som viser en positiv tendens i nesten alle klinikkene. Ledelsens gjennomgang viser også at foretaket driver forsvarlig innenfor områdene som er omfattet av gjennomgangen.

I 2020 vil det være særlig fokus på de områdene som foretaket må forbedre seg på. Dette gjelder kvalitetsforbedring i behandling og pleie, oppnåelse av klima og miljømålene, samt at opplæring i og bruk av kvalitetsapplikasjonen DocMap foregår kontinuerlig. Andre viktige forbedringsområder er å redusere omfanget av AML-brudd, samt at foretaket fortsatt vil ha høyt oppmerksomhet på informasjonssikkerhet.

Vedlegg:

1. Ledelsens gjennomgang 2019 Finnmarkssykehuset HF



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



LEDELSENS GJENNOMGANG 2019

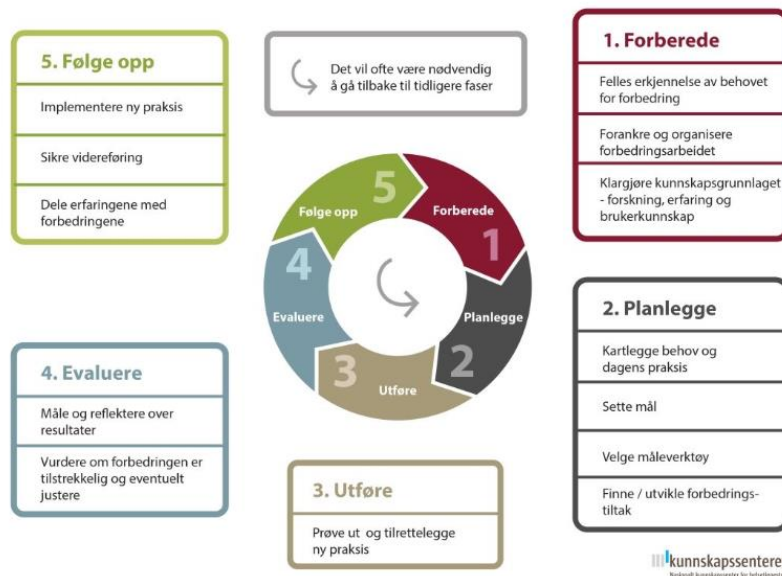
Innholdsfortegnelse

INNLEDNING.....	3
DEL 1: RISIKOSTYRING.....	4
Oppsummering av risikostyring.....	4
Kommentarer til risikostyring.....	6
DEL 2: KVALITETSSTYRING.....	7
Styrende dokumenter.....	7
Oppsummert om styrende dokumenter.....	7
Avviksmeldinger og behandling av disse.....	7
Kategorier meldte avvik 2019.....	8
Oppsummert om avvik.....	9
Pasienthendelser.....	9
Årsak til avvik- pasienthendelser 2019 sammenliknet med tilsvarende i 2018....	10
DEL 3: HELSE, MILJØ OG SIKKERHET.....	11
Sykefraværsutvikling.....	11
Oppsummert om sykefravær.....	12
Brudd på arbeidstidsbestemmelsen i Arbeidsmiljøloven.....	12
Oppsummert om AML brudd.....	13
Personalskader.....	13
Oppsummert om personskader.....	13
DEL 4: REVISJONER.....	14
Kategori A: Eksterne systembaserte tilsyn.....	14
Kategori B: Interne revisjoner på foretaksnivå.....	16
C- revisjoner: Interne revisjoner på lokalt nivå.....	19
Kommentarer Revisjoner.....	20
DEL 5: KLIMA OG MILJØ.....	20
Fokusområde.....	20
Tiltak.....	20
Ansvar.....	20
Frist.....	20
Resultat.....	20
Endringer.....	20
Miljømål og miljøprestasjon.....	21
Hovedmål 1: Pasientreiser.....	21
Hovedmål 2: Forbruk av bredspektrede antibiotika.....	22
Hovedmål 3: Avfall.....	23
Hovedmål 4: miljøkrav ved anskaffelser.....	23
Oppsummert om klima og miljø og satsing i 2020.....	24
DEL 6: INFORMASJONSSIKKERHET.....	25
DEL 7: AVSLUTNING.....	28

INNLEDNING

Ledelsens gjennomgang har som formål å synliggjøre at Finnmarkssykehuset HF's internkontroll og kvalitetssystem fungerer etter intensjonen samt sikre at virksomheten når de fastsatte mål og drives innenfor vedtatte rammer. Ledelsens gjennomgang er en strukturert gjennomgang og oppsummering av hendelser og aktiviteter gjennomført foregående år. Fokus skal blant annet rettes mot forskrifter og lovverk, kvalitetskriterier og krav til kontinuerlig forbedringsarbeid. Dersom det i gjennomgangen avdekkes mangler, skal ledelsen iverksette tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen. Denne rapporten behandles i Finnmarkssykehuset HF's ledergruppe før den forelegges styret i Finnmarkssykehuset HF.

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. Demmings 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 Demmings sirkel og tydeliggjør trinn i forbedringsarbeidet. Figuren viser og hvor i prosessen ledelsens gjennomgang er.



Hensikt

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

- Er i overensstemmelse med myndighetskrav og interne krav
- Er hensiktsmessig for å oppnå målene for virksomheten
- Etterleves i praksis

Som tidligere inneholder ledelsens gjennomgang oppfølging av risikostyring, dokument og avvikssystemet DocMap, helse, miljø og sikkerhet, internrevisjoner, klima/miljø og informasjonssikkerhet. Klinikkene og stabsavdelingene 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 da være fokusert i «ledelsens gjennomgang».

DEL 1: RISIKOSTYRING

Finnmarkssykehuset HF er etablert for å innfri gitte formål og oppnå nærmere definerte mål.

Foretakets aktiviteter, og de hendelser som berører oss, kan ha positive og/eller negative konsekvenser for oppnåelsen av disse målene. Hensikten med risikostyring er å identifisere, vurdere og håndtere risiko for manglende måloppnåelse gjennom en strukturert tilnærming. Risikostyring skal bidra til å øke sannsynligheten for at Finnmarkssykehuset HF når målene sine.

Finnmarkssykehuset HF er via oppdragsdokument pålagt å etablere systemer for risikostyring.

Risikofaktorer som kan medvirke til at målene for helseforetakene ikke blir nådd skal identifiseres, og korrigerende tiltak som kan redusere faren for manglende måloppnåelse skal iverksettes.

Risikovurdering innebærer å ta stilling til sannsynligheten for at en hendelse med negativ effekt på måloppnåelsen vil inntreffe, og den forventede konsekvensen av hendelsen. Resultatet av vurderingen indikerer hvor høy den enkelte risiko er, og danner grunnlag for å prioritere hvilke risikoer som må følges opp (håndteres), og hvordan oppfølgingen skal skje.

Risikostyring er en prosess som skal gi rimelig grad av sikkerhet for virksomhetens måloppnåelse. Risikostyring vil på ledelsesnivå i foretaket dreie seg om å realisere styringskrav og overordnede mål. Ute i organisasjonen vil risikostyring i tillegg være rettet mot å sikre at vanlige aktiviteter og daglig produksjon gjennomføres innenfor et akseptabelt risikonivå. Det vil innebære fokus på uønskede hendelser som uhell, ulykker, svikt i viktige funksjoner m.m.

I risikostyringen er det ikke nok å avklare hva en risiko består i og hvor den ligger. Det må også tas stilling til hva som er et akseptabelt nivå for risikoen for ikke å nå den aktuelle målsettingen, altså hvilken risikotoleranse vi har på området. Deretter må det konkluderes på om den avdekkede risikoen ligger innenfor det nivået.

Risikotoleransen tar utgangspunkt i den risiko foretaket kan akseptere i arbeidet med å realisere sitt formål/sin visjon, sine strategier og målsettinger.

Oppsummering av risikostyring

Årlig melding 2019 og ledelsens gjennomgang for Finnmarkssykehuset HF oppsummerer status for gjennomføring av oppdraget. Årlig melding blir behandlet i styremøte 26. mars. Helse Nord sin metodikk for risikoanalyse- og risikostyringsprosessene er benyttet. Dette året har Finnmarkssykehuset HF vektlagt bruk av risikostyring med flere detaljer enn tidligere år, slik at den er blitt mer målrettet.

Finnmarkssykehuset HF har vurdert 18 målområder som er kritiske for å innfri de regionale og nasjonale målene.

- a) Gjennomsnittlig ventetid i somatikken skal reduseres sammenlignet med 2018 og være < 50 dager innen 2021.
- b) Gjennomsnittlig ventetid psykisk helsevern og rus skal være <45 dager for psykisk helsevern voksne i 2019. Innen 2021 < 40 dager.
- c) Gjennomsnittlig ventetid psykisk helsevern og rus skal i 2019 være <40 dager for psykisk helsevern barn og unge. Innen 2021 < 30 dager.
- d) Gjennomsnittlig ventetid psykisk helsevern og rus skal i 2019 være < 35 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Innen 2021 < 30 dager.
- e) Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå.
- f) Minimum 150 nye behandlingsbeskrivelser skal publiseres på HF-enes nettsider.

- g) Sykefraværet samlet innen 2021 < 7,5%.
- h) Øke andelen faste heltidsansatte sykepleiere med 1 prosentpoeng sammenlignet med 2018.
- i) Andel helsefagarbeidere skal innen 2021 være > 5 %.
- j) Innfri økonomisk mål for perioden på 24 millioner (resultatkrav Helse Nord RHF).
- k) Investeringer gjennomføres i henhold til vedtatte rammer (tid, kost, innhold).
- l) Antall ad-hoc anskaffelser skal reduseres i 2019 og være < 25 innen 2019.
- m) Andel legemiddellister som er samstemt inn etter ny prosedyre (i DIPS medikamentmodul) skal være > 90 %.
- n) Minst 70% av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.
- o) Reduksjon i AML brudd på 15% fra resultat 2018.
- p) 80% av innkjøp skal gå igjennom Clockwork.
- q) Minst 50% av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne.
- r) Minst 50% av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Mål / krav:	Målnr	Risiko før tiltak			Risiko etter tiltak		
		Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå
Gjennomsnittlig ventetid i somatikken skal reduseres sammenlignet med 2018 og være < 50 dager innen 2021. Tiltaksplan skal utarbeides innen utgangen av 2. tertial 2019.	M1	2	3	Middels	2	3	Middels
Gjennomsnittlig ventetid PHR skal være <45 dager i 2019 for psykisk helsevern voksne. Innen 2021 < 40 dager. Tiltaksplan skal utarbeides innen 2. tertial 2019	M2	2	3	Middels	1	2	Lav
Gjennomsnittlig ventetid i PHR 2019 skal være <40 dager for psykisk helsevern barn og unge. Innen 2021 < 30 dager.	M3	2	3	Middels	1	2	Lav
Gjennomsnittlig ventetid PHR skal i 2019 være < 35 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Innen 2021 < 30 dager.	M4	2	3	Middels	1	2	Lav
Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå.	M5	4	4	Høy	4	4	Høy
Minimum 150 nye behandlingsbeskrivelser skal publiseres på HF-enes nettsider.	M6	2	2	Lav	2	2	Lav
Sykefraværet samlet innen 2021 < 7,5%.	M7	3	3	Middels	2	3	Middels
Øke andelen faste heltidsansatte sykepleiere med 1 prosentpoeng sammenlignet med 2018.	M8	2	2	Lav	2	2	Lav
Andel helsefagarbeidere skal innen 2021 være > 5 %.	M9	3	2	Lav	2	2	Lav
Innfri økonomisk mål for perioden på 24 millioner (resultatkrav HN RHF)	M10	3	4	Høy	3	4	Høy
Investeringer gjennomføres i hht. vedtatte rammer (tid, kost, innhold)	M11	2	4	Middels	2	3	Middels
Antall ad-hoc anskaffelser skal reduseres i 2019 og være < 25 innen 2019.	M12	2	2	Lav	2	2	Lav
Andel legemiddellister som er samstemt inn etter ny prosedyre (i DIPS medikamentmodul) skal være > 90 %.	M13	5	2	Middels	4	3	Middels
Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsestjeneste.	M14	2	3	Middels	2	3	Middels
Reduksjon i AML brudd på 15% fra resultat 2017.	M15	3	2	Lav	3	2	Lav
80% av innkjøp skal gå igjennom Clockwork	M16	4	2	Middels	2	2	Lav
Minst 50% av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning innenfor psykisk helsevern for voksne.	M17	2	3	Middels	2	3	Middels
Minst 50% av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning innenfor TSB.	M18	2	3	Middels	2	3	Middels

Tabellen viser et eksempel fra vurderingen 2. tertial.

Kommentarer til risikostyring

Følgende er gjennomført i oppfølgingen av risikostyringsprosessen i 2019:

- Innført overordnet risikostyring nedover fra ledernivå 1 til og med nivå 3 knyttet til driftsavtalen, som en integrert del av foretakets virksomhetsstyring.
- Tatt i bruk risikomatriksen og gjennom dette fått et økt fokus på risikoreducerende tiltak.
- Risikostyring inngår i ledelsens gjennomgang (årlig styresak) fra 2019.
- Rutine for rapportering til Helse Nord RHF på styrets behandling av overordnet risikostyring av oppdragsdokumentet er etablert.

Risikostyring innad i Finnmarkssykehuset HF er gjennomført som planlagt ved hvert tertial. Til tross for dette oppnådde ikke Finnmarkssykehuset HF alle målsettingene inkludert det økonomiske målkrevet for 2019. På den bakgrunn er det lagt opp til en mer detaljert og tettere oppfølging av klinikkens tiltaksplaner for 2020.

DEL 2: KVALITETSSTYRING

Styrende dokumenter

Det er et krav at styrende dokumenter er underlagt kontroll i DocMap. Til hvert dokument er det tilknyttet informasjon om versjon, når og hvor dokumentet er gyldig, forfatter, godkjenner og dokumentansvarlig. Dokumentet gis som standard en gyldighet i to år. Før utløp av denne fristen får dokumentansvarlig en automatisk generert e-post om at dokumentet må gjennomgås/revideres. 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 HF hadde pr 31.12.2019 samlet 6938 godkjente dokumenter i Doc Map. Det er en liten økning i antall fra 6870 i 2018 til 6938 i 2019.

Av de 6938 var 514 dokumenter ikke revidert som forutsatt, noe som tilsvarer 7,4 %. Andelen ikke reviderte dokumenter fra 2019 har sunket med 0,6 % fra 2018.

Organisatorisk enhet	Antall godkjente dokumenter i DocMap	Antall ikke reviderte	Antall ikke reviderte pr 31.12.2018	Antall ikke reviderte pr 31.12.2019
Samlet Finnmarkssykehuset	6938	514	8%	7,4%
Klinikk Kirkenes	2518	109	5%	4,3%
Klinikk Hammerfest	2634	152	9%	5,7%
Klinikk PHR	331	65	19%	19,6%
Klinikk Prehospital	238	37	16%	15,5%
SDE	164	8	4%	4,8%
Stab (FFS, PO, økonomi)	193	20	8%	10,3%

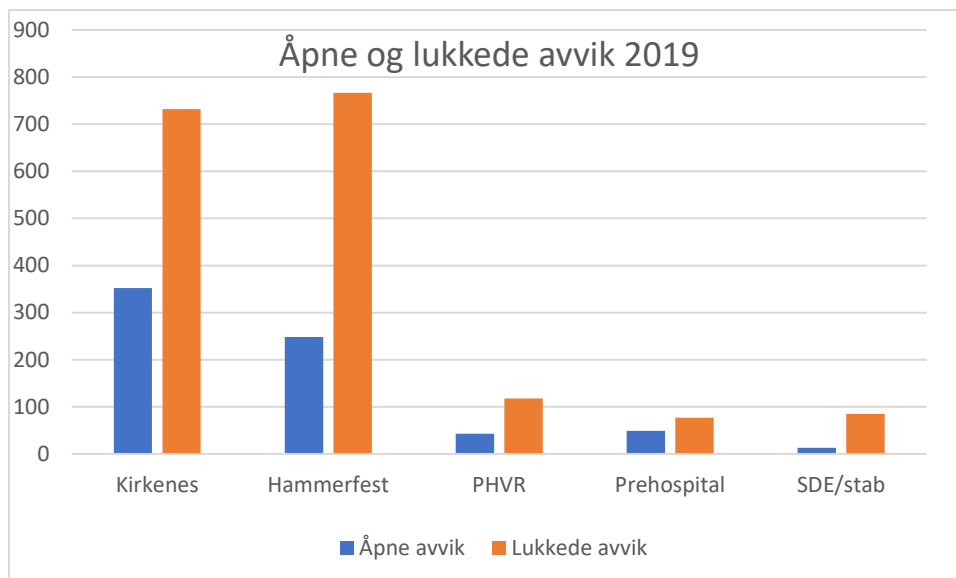
Oppsummert om styrende dokumenter

Det er en nedgang i dokumenter som ikke er revidert, og fremdeles er tallet for høyt. Avbøtende tiltak er blant annet at enhetene i foretaket sikrer at dokumenter i DocMap ikke er tilknyttet personer, men tilknyttet stillingstittel. I tiden som kommer vil prosedyrer under KPHR bli revidert i henhold til den nye klinikkstrukturen fra januar 2020. Videre har prehospital klinikk og staben en jobb å gjøre med henblikk på prosentandelen av ikke reviderte prosedyrer.

Avviksmeldinger og behandling av disse

I perioden 01.01.2019 til 31.12.2019 ble det meldt inn 2595 avvikshendelser i Doc Map, en økning fra 2018 da det var meldt inn 2064 avvik.

Av de 2595 meldingene er 1849 lukket ved årsskiftet til 2020, noe som tilsvarer 71 % mot tilsvarende 66 % ved årsskiftet til 2018. Dette er en forbedring fra 2018.



Oversikt arbeidsflyt for avvikshendelser pr klinikk i tiden 01.01.2019-31.12.2019

	Kirkenes	Hammerfest	PHVR	Prehospital	SDE/stab
Åpne avvik	352	248	43	49	13
Lukkede avvik	732	767	118	77	85
Sum avvik	1084	1015	161	126	98
% ikke avsluttet	32,4 %	24,4 %	26,7%	38,8 %	12,3 %

(Med stab innebærer det følgende avdelinger: PO, FFS, økonomi)

Kategorier meldte avvik 2019

Avvikstype	Antall 2019	Antall 2018
Feil ved elektromedisinsk utstyr	27	14
FIN Avvik i annen avdeling	606	449
FIN Avvik i egen avdeling	738	493
FIN Avvik interne revisjoner	22	22
FIN Pasienthendelseskjema	772	703
FIN Samhandlingsavvik med kommuner	113	147
Forbedringsforslag for Finnmarkssykehuset	96	73
Skademelding personal for Finnmarkssykehuset	57	66
FIN Avvik for laboratorier	155	87
Totalt	2404	2054

Oppsummert om avvik

Det er meldt omtrent like mange avvik fra hver av sykehusene. Det vurderes som positivt at meldinger om avvik viser en økning da det ønskes utvikling av god meldekultur og åpenhet rundt forhold som ikke er akseptable. Videre er det et mål å styrke meldingskulturen. Fordelingen av avvik i klinikk/stab viser at prehospital klinikk har en forholdsmessig stor andel av avvik som ikke er lukket sammenliknet med øvrige klinikker/stab, selv om det er få antall avvik. En innsats hos alle med å redusere dette og gi tilbakemelding i rimelig tid kan ha motiverende effekt hos dem som melder og bidra til en konstruktiv dialog i klinikken/staben om forbedringsarbeidet.

Finnmarkssykehuset HF har historisk sett meldt svært få avvik i kategori elektromedisinsk utstyr. Dette er noe DSB har påpekt ved tidligere tilsyn. I 2016 og 2017 ble det til sammen meldt 5 avvik. De to siste årene sees en økning i antall meldte avvik. Kirkenes har i 2019 en større økning i antall meldte avvik av denne typen enn Hammerfest. Det er meldt flest avvik i Kirkenes. Forskjellen knyttes til avvik rundt elektronisk legemiddelkabinett. Når de avvikene holdes for seg, er det lik fordeling mellom sykehusene i denne kategorien.

Det var 155 meldte avvik i kategorien biokjemi og blodbank i 2019. Avvikene er i all hovedsak fra Hammerfest. Det er samme tendens som året før med flest meldte avvik fra klinikk Hammerfest. Det er interne avvik som for eksempel at sengepostene ikke sørger for å levere transfusjonsark tilbake til laboratoriet.

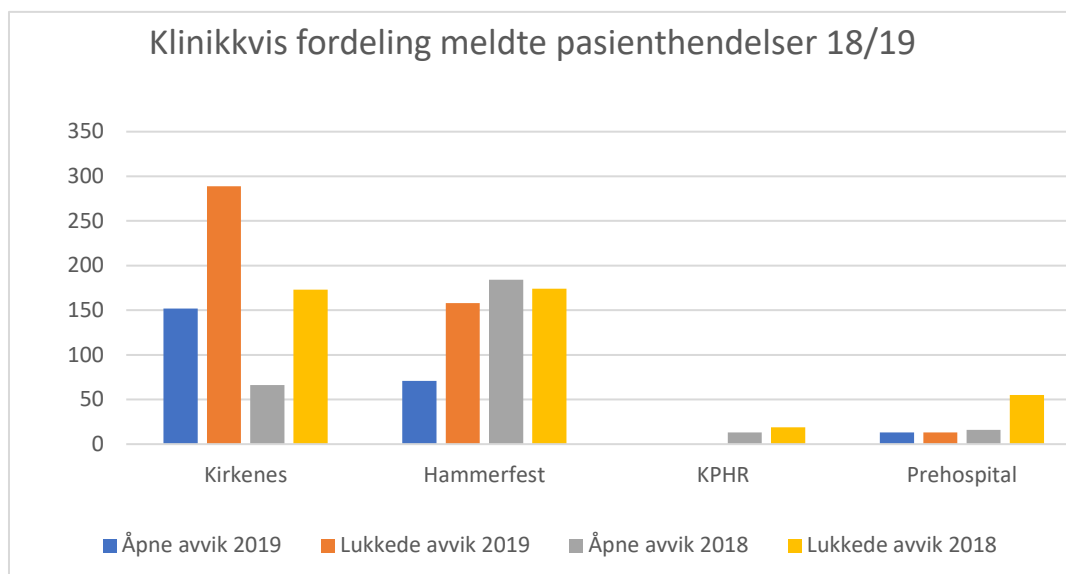
Pasienthendelser

Det er registret en 25% økning i pasienthendelser med 772 avvik i 2019 mot 620 i 2018. Av disse er 508 lukket og 264 åpen ved årsskiftet. Klinikk Kirkenes har hatt en stor økning på 54% i meldte pasienthendelser fra 2018 til 2019, mens klinikk Hammerfest har hatt en 36% reduksjon i samme periode. Prehospital klinikk har hatt en stor reduksjon i meldte pasienthendelser på 63% fra 2018 til 2019.

Klinikk psykisk helsevern og rus (KPHR) står blankt i 2019 under pasienthendelser fordi disse avvikene dessverre ble flyttet for tidlig i forbindelse med forberedelser til ny klinikkstruktur. Fra 2020 vil disse fordeles mellom klinikk Hammerfest, Kirkenes, Alta og Sami Klinikk.

Meldte pasienthendelser til Kunnskapssenteret etter paragraf 3-3 er stoppet fra mai 2019, da ordningen er avviklet.

	Kirkenes	Hammerfest	KPHR	Prehospital
Åpne avvik 2019	152	71		13
Lukkede avvik 2019	289	158		13
Sum 2019	441	229		26
Åpne avvik 2018	66	184	13	16
Lukkede avvik 2018	173	174	19	55
Sum 2018	239	358	32	71



Tabell og graf viser at Klinikk Kirkenes har dobbelt så mange åpne avvik om pasienthendelser i 2019 sett i forhold til 2018. For klinikk Hammerfest er det omvendt tendens med over dobbelt så mange lukkede avvik i forhold til åpne i 2018. Samme tendens vises i prehospital klinikk med en reduksjon i antall åpne avvik.

Årsak til avvik- pasienthendelser 2019 sammenliknet med tilsvarende i 2018

Fordeling utfra «Hendelsestype hovedkategori»:

- *Behandling og pleie* - 29 % som er økning fra 26% i 2018. Størst andel avvik under denne kategorien. Dette omhandler bla trykksår, gjennomføring av behandling, observasjon, forsinkelser, overvåkning, forberedelser og rehabilitering.
- *Pasient administrasjon* - 14,5 % er redusert fra 20% året før. Omhandler ventelister, utskrivninger, henvisninger og innleggelses
- *Legemidler og blod* - 12 %, som er redusert fra 15% i 2018. Omhandler tilberedning, istandgjøring, utdeling, ordinering/anamnese av legemidler.
- *Fall og uhell* - 10 %, som er en reduksjon fra 14% året før. Ulike typer fall
- *Dokumentasjon* 7 % som er en liten økning fra 5% i 2018. Omfatter journalnotater, forordninger, beskrivelser av prøver og utførelser
- *HMS* - 1,4 %, som er en liten reduksjon fra året før da det var 2%.
- *Pasient adferd og medisinsk teknisk utstyr* 1,2 %, som er redusert fra 5% i 2018.
- *Lab* - 0,9 %, som er en svak økning og omtrent på samme nivå som året før da det var 0,6%

Det er en tendens til reduksjon innenfor alle de nevnte hovedkategoriene av registrerte pasientrelaterte avvikshendelser unntatt innenfor behandling og pleie der det er registrert en økning. Det gjøres en innsats på dette området gjennom samarbeidet med kommunene med helhetlig pasientforløp og stormottakersatsingen som er under etablering i regi av de to klinikkssjefene i Kirkenes og Hammerfest.

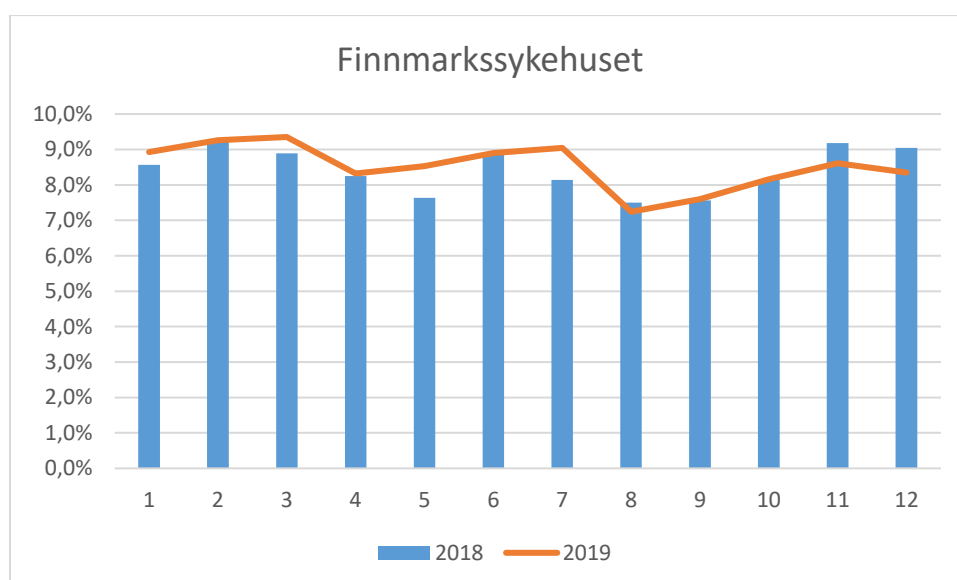
Avvik meldes og behandles i kvalitetsapplikasjonen DocMap etter definerte retningslinjer og prosedyrer. Melder sender avvik til nærmeste leder som sørger for behandling på lavest mulig nivå. Ved behov kan saksbehandler søke støtte hos klinikkens/stabens KVAM gruppe eller KVAM råd. Avvikshendelsene risikovurderes i DocMap ut fra tiltak ikke nødvendig, må vurderes, eller snarlig tiltak er nødvendig. Den som lukker avviket plikter å orientere alle involverte avdelinger og personer

og melder får automatisk tilbakemelding når DocMap benyttes. Når det gjelder skade på pasient er det egne prosedyrer for dette. Sentralt pasientsikkerhetsutvalg skal sikre at læringseffekten forankres i organisasjonen og fører til nødvendig forbedring når det gjelder pasientsikkerhet. Utvalget er et rådgivende organ og har en sentral rolle i arbeidet med hendelsesanalyse og hendelsesgjennomgang. Det er gjennomført en hendelsesanalyse i 2019 og en hendelsesgjennomgang i forbindelse med alvorlig pasienthendelse. Det legges opp til en grundig opplæring i klinikkene første halvår 2020 når det gjelder prosedyrer for gjennomføring av hendelsesgjennomgang.

DEL 3: HELSE, MILJØ OG SIKKERHET

Finnmarkssykehuset HF jobber systematisk med helse, miljø og sikkerhet (HMS). I ledelsens gjennomgang trekkes følgende tre områder fram: sykefravær, AML-brudd og personalskader.

Sykefraværsutvikling



Finnmarkssykehuset HF har jobbet systematisk med nærværarbeid over flere år. Sykefraværet i 2019 var stabilt sammenlignet med 2018. Dette er 0,4%-poeng lavere enn 2017. Foretaket har fulgt opp arbeidet med nærværplaner i alle enheter fra 2018.

	Sykefravær 2017	Sykefravær 2018	Sykefravær 2019
Finnmarkssykehuset	8,9%	8,4%	8,5%
Klinikk psykisk helsevern og rus	11,1%	11,1%	12,9%
Klinikk Hammerfest	9,1%	8,4%	7,8%
Klinikk Kirkenes	7,9%	7,9%	8,1%
Klinikk prehospital	8,2%	8,4%	6,7%
Service, drift og eiendom	7,9%	6,3%	7,6%

Tabellen viser at det er variasjon i sykefraværet mellom klinikkene. Klinikk prehospital og Service, drift og eiendom (SDE) ligger lavere eller på måltall. Klinikk Hammerfest har hatt en betydelig reduksjon i sykefraværet de siste årene, og ligger nå litt over måltall. Klinikk Kirkenes har en liten økning sammenlignet med de to siste årene. Klinikk psykisk helsevern og rus er fortsatt klinikken med det høyeste sykefraværet, og har hatt en økning i 2019. Fra januar 2020 opphører Klinikk psykisk

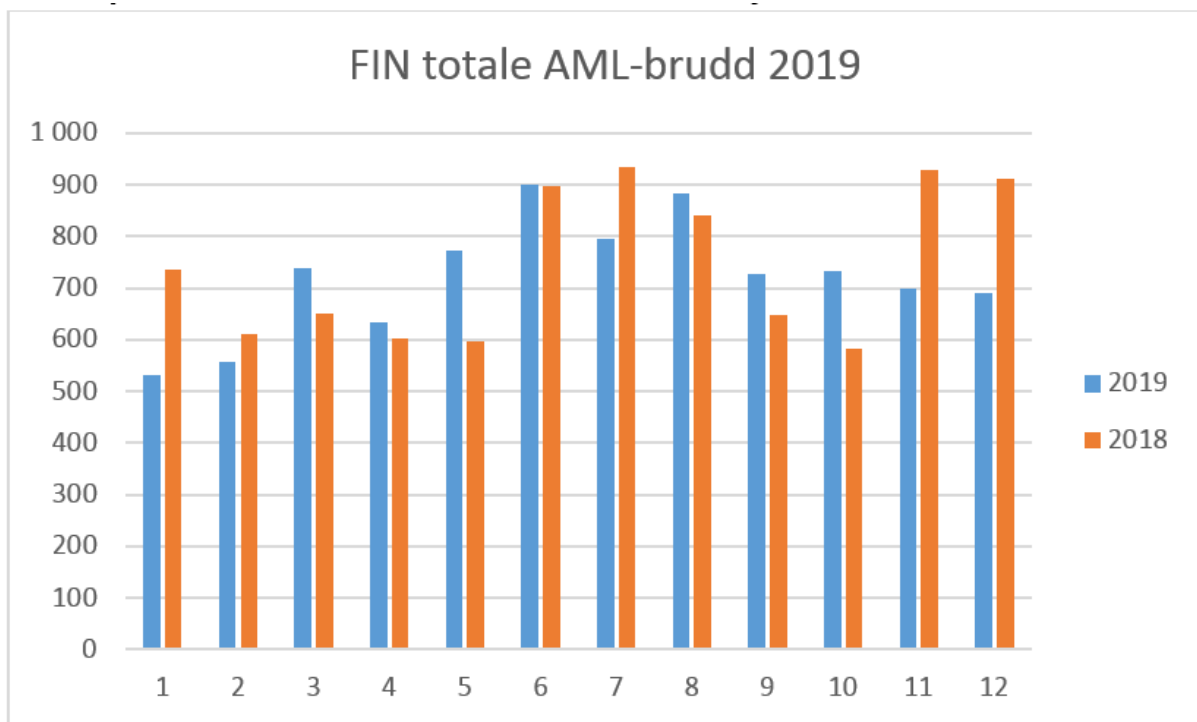
helsevern og rus og ansatte får tilsetningsforhold etter ny klinikkstruktur og vil bli fulgt opp i tråd med dette.

Foretakets arbeidsmiljøutvalg følger regelmessig opp sykefraværsutviklingen i foretaket og i klinikkene. I tillegg er dette tema på Kvam-møter og personalmøter i klinikkene, avdelingene og enhetene.

Oppsummert om sykefravær

Nærværarbeidet har stort fokus i Finnmarkssykehuset HF og klinikkene arbeider stødig med oppfølging og utarbeiding av planer. Dette gir resultater over tid. Det er utarbeidet en plan for videre klinikkvist nærværarbeid i foretaket. Erfaringer fra Helgelandssykehuset og foretakets tidligere arbeid ligger til grunn for det videre arbeidet. Framover vil det være større fokus på oppfølging av ansatte med høyt sykefravær og mulighetssamtaler vil være ett av flere tema i dette arbeidet.

Brudd på arbeidstidsbestemmelsen i Arbeidsmiljøloven



Klinikkene følger opp AML-brudd hele året. Dette er regelmessig et tema i FAMU, der klinikkene rapporterer på status og tiltak for å redusere antall brudd. Foretaket er opptatt av at det søkes om dispensasjoner, og at disse registreres disse i GAT. Det rapporteres på fire bruddtyper: «samlet tid per dag», «AML timer per uke», «samlet tid per uke (snitt)» og «ukentlig arbeidsfri».

I 2019 har Finnmarkssykehuset HF hatt en målsetning om 15% reduksjon i antall AML-brudd sammenlignet med 2017. Foretaket oppnådde en reduksjon på cirka 6%. Grafen over viser en månedlig sammenligning med 2018. Det er noe variasjon på brudd gjennom året, der sommermånedene skiller seg ut. Den store reduksjonen i november og desember 2019 skyldes en stor økning i antall AML-brudd i forbindelse med flytting til nye Kirkenes sykehus i 2018.

De mest vanlige bruddårsakene i foretaket i 2019 var: akutt mangel på nødvendig kompetanse (2520), annet (2418), akutt sykdom (1802) og akutt aktivitetsforandring (1126). En del av bruddene

under «annet» tilhører egentlig en av de andre bruddårsakene, samt at privat bytte av vakter inngår i tallet. Sykdom, eller andre grunner til mangel på personell, økning i arbeidsmengde er vanlige begrunnelser når «annet» er valgt. Enkeltpersoner tar også en vesentlig større andel av ekstravaktene, også på andre enheter, noe som gir brudd. Fra 2020 blir bruddårsakene revidert for å bidra til bedre kategorisering.

Akutte hendelser står for cirka 2/3 av alle bruddene. Dette gjør det vanskelig å planlegge og hindre brudd. En bevissthet blant ledere, tillitsvalgte og ansatte er viktig for å fordele overtid blant personalet, og dermed hindre at enkeltpersoner har mye overtid som kan gi AML-brudd. Dersom foretaket benytter seg av søknad om dispensasjon fra AML og får disse innvilget, kan antall AML-brudd reduseres ved at de samtidig legges i arbeidsplansystemet.

Foretaket jobber med langtidsplanlegging, rekruttering og stabilisering av personell og årsturnus. Det forventes at dette vil bidra til bedre forutsigbarhet, som igjen kan gi færre AML-brudd. Arbeid med reduksjon av sykefravær vil også bidra til færre brudd.

Oppsummert om AML brudd

Arbeidet med reduksjon av AML-brudd har gitt en reduksjon siden 2017, men foretaket må fortsette det systematiske arbeidet for å nå målet om ytterligere reduksjon. En stor del brudd kunne vært unngått dersom det var søkt om og gitt dispensasjon fra tillitsvalgte. Videre har foretaket utarbeidet og styrebehandlet handlingsplan for reduksjon av innleie og overtid som klinikkene har begynt å ta i bruk, i nært samarbeid med Personal og organisasjon. Det forventes å se effekt av dette i tiden framover.

Personalskader

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

	2017	2018	2019
Stikk/kutt/blod	30	21	32
Annet	27	45	25
Sum	57	66	57

I 2018 var det et noe høyere antall personskader enn året før. I 2019 er det totale antallet på samme nivå som i 2017. Foretaket har fokus på at avvik skal meldes, også personskader. Det er ikke mottatt tilbakemeldinger som tilsier at foretaket har redusert arbeidet med å forebygge denne typen skader. Tallene må sees i sammenheng med tilfeldig variasjon i antall skader, og kontinuerlig fokus på at skader meldes i DocMap.

Kategorien «annet» inneholder blant annet fallskader, ulike uhell og vold og trusler. Foretaksledelsen har besluttet at alle enheter skal gjennomføre årlig ROS-analyse på HMS fra og med 2019. Dette vil bidra til bedre oversikt over risikoer, og forebygging. Det planlegges utdanning av instruktører innenfor vold og trusler. Disse vil igjen gjennomføre opplæring av ansatte i foretaket.

Oppsummert om personskader

Antall meldte personskader har holdt seg forholdsvis stabilt, på et lavt nivå. Variasjon i antall meldte avvik fra år til år er tilfeldig variasjon. Foretaket har fokus på ROS-analyser og forebygging og det er avtalt gjennomføring av kompetanseheving innenfor tema vold og trusler hos personalet i tiden framover.

DEL 4: 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 revisjon er en systematisk og uavhengig undersøkelse for å skape forbedringer. I Finnmarkssykehuset HF deles revisjoner inn i følgende kategorier:

- Kategori A: Tredjeparts revisjoner som utføres av et eksternt tilsynsorgan fra; Arbeidstilsynet, Helsetilsynet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap m fl.
- Kategori B: Andreparts revisjoner som utføres på vegne av Finnmarkssykehuset HF i henhold til besluttet revisjonsplan og har hele foretaket som arbeidsområde. Det er utnevnt egne internrevisorer for gjennomføring av revisjoner i denne kategorien.
- Kategori C: Revisjoner i denne kategorien 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. I tiden som kommer vil det bli utarbeidet en foretaksovergripende prosedyre for gjennomføring og lukking av C-revisjoner etter tilsvarende prinsipper som for B-revisjoner.

Det er i 2020 gjennomført en rekke eksterne og interne revisjoner. Alle avvik meldes, behandles og lukkes i DocMap. Alle revisjonene arkiveres i Elements, behandles i KVAM råd/fagdager og resultat meddeles ansvarlig leder. Ved behov utarbeides handlingsplaner som iverksettes. Foretaksledelsen behandler status for foretakets A, B og C revisjoner en gang hvert halvår. Det er i tillegg utarbeidet en egen, ny prosedyre for når revisjoner betraktes som lukket.

Kategori A: Eksterne systembaserte tilsyn

Det er gjennomført 12 tilsyn i denne kategorien i 2019:

Tema:		
Sted: Blodbanken Klinikk Kirkenes	Dato: 28.02.19	Arkivreferanse: 2019/2118
Revisorer: Helsetilsynet, Statens legemiddelverk		
Funn: 2 avvik. Mangelfull dokumentstyring og mangelfullt implementert kvalitetsstyringssystem. Avvik er lukket.		

Tema: Oppbevaring av ambulansejournaler		
Sted: Klinikk prehospitale tjenester	Dato: 26.07.19	Arkivreferanse: 2019/2839
Revisorer: Fylkesmannen (ikke stedlig tilsyn)		
Funn: Ingen feil eller mangler avdekket		

Tema: Legebemanning		
Sted: HAVO	Dato: 26.07.19	Arkivreferanse: 2019/3144
Revisorer: Fylkesmannen (ikke stedlig tilsyn)		
Funn: Manglende legeressurs, foreløpig ikke lukket.		

Tema: HMS, medisinskteknisk utstyr, vedlikehold elektrisk anlegg

Sted: FIN Dato: 26.08 – 30.08.19 Arkivreferanse: [2019/2366](#)

Revisorer: DSB- Direktoratet for Samfunnssikkerhet og beredskap

Funn: 2 avvik. Opplæring i sikker bruk av medisinsk utstyr og vedlikehold er mangelfullt dokumentert. Avviket er lukket.

Tema: Pasientforløp øyeblikkelig hjelp innen psykiatri

Sted: Klinikk psykisk helsevern og rus, DPS øst. Dato: 09.09.19 Arkivreferanse: [2019/3844](#)

Revisorer: Fylkesmannen (ikke stedlig tilsyn)

Funn: Uklare rutiner angående samhandling med kommune. Besvart innen frist, ikke mottatt vurdering fra fylkesmannen.

Tema: Elsikkerhet

Sted: Vardø Ambulanse Dato: 10.09.19 Arkivreferanse: [2019/3696](#)

Revisorer: Det lokale EL tilsyn (DLE)

Funn: Ingen feil eller mangler avdekket

Tema: Elsikkerhet

Sted: Båtsfjord Ambulanse Dato: 16.09.19 Arkivreferanse: [2019/3663](#)

Revisorer: Det lokale EL tilsyn (DLE)

Funn: Ingen feil eller mangler avdekket

Tema: Forebygging av angrep mot IKT systemer

Sted: FIN Dato: 23.09. -26.09.19 Arkivreferanse: [2019/1899](#)
[U.Off. §24](#)

Revisorer: Riksrevisjonen

Funn: Det er avdekket flere svakheter, plan for utbedring innen juni 2020.

Tema: Elektronisk legemiddelkabinett

Sted: Klinikk Kirkenes Dato: 30.09.19 Arkivreferanse: [2019/4149](#)

Revisorer: Fylkesmannen (ikke stedlig tilsyn)

Funn: Bekymring for manglende rutiner. Foreløpig ikke lukket.

Tema: Strålevern

Sted: Klinikk Hammerfest, Alta og Kirkenes Dato: 07.10-10.10.19 Arkivreferanse: [2019/3777](#)

Revisorer: Statens Strålevern

Funn: 2 varsel om pålegg. Virksomheten må etablere en enhetlig strålevernsorganisasjon der det tydelig fremgår roller, ansvar, administrativ plassering, rapportlinjer og opplæring. Frist for opplæring 10.01.20, frist for øvrige pålegg 28.02.20.

Tema: Klima og miljø		
Sted: SDE, Prehospital klinikk, klinikk Hammerfest, Klinikk Kirkenes	Dato: 03.12 - 04.12.19	Arkivreferanse: 2020/110
Revisorer: DNV GL - Business Assurance		
Funn: 6 avvik. Innen PCB, stoffkartotek, deklarerings av farlig avfall og merking. Frist for lukking 03.03.20.		

Tema: Brantilsyn		
Sted: Klinikk Alta	Dato: 05.12.19	Arkivreferanse: 2020/104
Revisorer: Brannvesenet i Alta		
Funn: 6 avvik. Fremdriftsplan er sendt innen frist 31.01.20		

Kategori B: Interne revisjoner på foretaksnivå

Det er gjennomført 20 revisjoner i 2019

Tema: Rutinekontroll innsyn i journal og blålyslogg		
Sted: FIN	Dato: Gjennomført x 4 i 2019	Arkivreferanse: 2019/3495
Internrevisorer: Tove Merethe Johnsen, Nils-Petter Hallonen, Knut Risto		
Funn: Ikke tilstrekkelig utfylt begrunnelse ved bruk av blålys gikk igjen i alle 4 revisjoner. Medisinsk fagsjef har informert foretaksledelsen fortløpende om resultat.		

Tema: Åpne dokumenter og ventende uten kontakt		
Sted: FIN	Dato: 25.01.19	Arkivreferanse: 2019/2027
Internrevisorer: Tove Merethe Johnsen, Nils-Petter Hallonen, Knut Risto		
Funn: Noe bedre fra sist revisjon i 2018, men fortsatt for mange åpne dokumenter og ventende uten kontakt. Medisinsk fagsjef har informert foretaksledelsen fortløpende om resultat.		

Tema: Brann og beredskap		
Sted: Intensiv og medisinsk sengepost ved klinikk Hammerfest. TDS Vest	Dato: 31.01.19	Arkivreferanse: 2018/1689
Internrevisorer: Andreas Ertesvåg, Terje Ryeng og Torstein Ibrekk		
Funn: 6 avvik, hvor alle hadde frist 01.06.19. Ikke registrert lukket i Elements.		

Tema: Udefinert arbeidsflyt		
Sted: FIN	Dato: 12.02.19	Arkivreferanse: 2019/68
Internrevisorer: Tove Merethe Johnsen, Nils-Petter Hallonen, Knut Risto		
Funn: 2 avvik. Medisinsk fagsjef har informert foretaksledelsen fortløpende om resultat, det er ikke satt frist for lukking av avvik.		

Tema: Scanning av dokumenter til DIPS

Sted: Kirkenes (MED, KIR, ØNH) og FIN	Dato: 28.02.19 og 26.09.19	Arkivreferanse: 2019/74 2019/3497
---------------------------------------	----------------------------	--

Internrevisorer: Tove Merethe Johnsen, Nils-Petter Hallonen, Knut Risto

Funn: 4 avvik. Medisinsk fagsjef har informert foretaksledelsen fortløpende om resultat, det er ikke satt frist for lukking av avvik.

Tema: Viderehenvisning av rettighetsvurderte henvisninger mellom sykehus

Sted: Hammerfest	Dato: 18.03.19	Arkivreferanse: 2019/69
------------------	----------------	---

Internrevisorer: Tove Merethe Johnsen, Nils-Petter Hallonen, Knut Risto

Funn: Funn: 4 avvik. Medisinsk fagsjef har informert foretaksledelsen fortløpende om resultat, det er ikke satt frist for lukking av avvik.

Tema: Elektronisk epikrise samme dag for PLO-pasienter

Sted: Klinikk Hammerfest.	Dato: 10.07.19	Arkivreferanse: Ikke lagret i Elements
---------------------------	----------------	--

Internrevisorer: Vivi Brenden Bech, Ellen Pettersen, Knut Risto

Funn: 3 avvik. Innen kirurgi, ortopedi og medisin var andel under 21% epikrise samme dag. Frist for lukking var 30. september.

Tema: El- anlegg som følge av DSB revisjon

Sted: Teknisk drift og service Øst, TDS ØST	Dato: 14.08.19	Arkivreferanse: Ikke lagret i Elements
---	----------------	--

Internrevisorer: Terje Ryeng og Andreas Ertesvåg

Funn: 4 avvik. Manglende definisjoner, oppdatering av prosedyrer, dokumentasjon på opplæring og signering av adgangskort. Frist for lukking var 28.08.19.

Tema: Klima og miljø Drift, prestasjonsevaluering og forbedring

Sted: Klinikk Prehospital Klinikk Psykisk Helsevern og Rus, Stabsavdelingene	Dato: 12.08 og 05.09 2019	Arkivreferanse: 2019/3910
---	---------------------------	---

Internrevisorer: Andreas Ertesvåg og Terje Ryeng

Funn: Ingen avvik, men 4 forbedringsforslag.

Tema: Informasjonssikkerhet – makulering

Sted: Service og lederstøtte og gynekologi klinikk Kirkenes	Dato: 17. og 20. september 2019	Arkivreferanse: 2019/4310
---	---------------------------------	---

Internrevisorer: Andreas Ertesvåg og Ole Jørgen Ulvang

Funn: 2 avvik. Angående makuleringsrutiner. Frist for lukking november og desember 2019. Ikke registrert lukket i Elements.

Tema: Brann og beredskap

Sted: Poliklinikk, klinikk
Kirkenes, Enhet operasjon,
klinikk Kirkenes, Drift og
vedlikehold øst

Dato: 11.11.19

Arkivreferanse: [2019/4670](#)

Internrevisorer: Andreas Ertesvåg og Terje Ryeng

Funn: 3 avvik. Angående ROS analyse, brannvernrunder og oversikt detektorer. Frist for lukking var 31.12.19 for brannvernrunder og detektorer. For ROS analyse er frist 31.05.20. Ikke registrert lukket i Elements.

Tema: Stikkskader

Sted: Kirkenes

Dato: 15.10.19 og 30.10.19

Arkivreferanse: [2019/5044](#)

Internrevisorer: Andreas Ertesvåg og Anita Brekken

Funn: Ingen avvik, men 5 forbedringsforslag.

Tema: Klima, miljø og drift

Sted: Klinikk Prehospital, KPHR,
Stabsavdeling

Dato: 12.08.19 og 05.09.19

Arkivreferanse: [2019/3910](#)

Internrevisorer: Terje Ryeng og Andreas Ertesvåg

Funn: Ingen avvik, men 4 forbedringsforslag.

Tema: Viderehenvisning av rettighetsvurderte henvisninger mellom sykehus

Sted: Klinikk Kirkenes

Dato: 10.12.19

Arkivreferanse: [2020/486](#)

Internrevisorer: Tove Merethe Johnsen

Funn: 3 avvik. Ukorrekt utfylling av dato, rettighetsvurdering og Fritt behandlingsvalg. Medisinsk fagsjef har informert foretaksledelsen fortløpende om resultat, det er ikke satt frist for lukking av avvik.

Tema: Behandlingshjelpemidler

Sted: Medisinteknisk Kirkenes

Dato: 13/12-19

Arkivreferanse: Ikke lagret i
Elements

Internrevisorer: Terje Ryeng, Andreas Ertesvåg

Funn: 2 avvik. Manglende prosedyrer og manglende oppdatering på prosedyrer. Frist for lukking er 31.01.20.

Tema: Rutiner reiseregninger

Sted: Økonomi

Dato: Er gjennomført, rapport
under utarbeidelse

Arkivreferanse: Ikke lagt i
Elements

Internrevisorer: Økonomiavdelingen

Funn: ikke mottatt rapport

C- revisjoner: Interne revisjoner på lokalt nivå

Det er gjennomført 4 revisjoner i 2019:

Tema: Blodbank		
Sted: Lab Klinikk Hammerfest	Dato: 09.10.19	Arkivreferanse: Ikke lagt i Elements
Internrevisorer: Bente Johanson		
Tema: <ul style="list-style-type: none">• Mottak og klarering av nye blodgivere.• Godkjenning og tapping av blodgivere.• Intervju av nye og faste blodgivere.• Behandling av helseopplysninger: på data og i papirform.• Opplæringsplaner.		

Tema: Blodbank og immunhematologi		
Sted: Lab Klinikk Kirkenes	Dato: 11.12.19	Arkivreferanse: Ikke lagt i Elements
Internrevisorer:		
Tema: <ul style="list-style-type: none">• Dokumentasjon• Kontraktshåndtering• Manglende samsvar og egeninspeksjon• Internrevisjon og forbedring		

Tema: Tiltakspakke sepsis		
Sted: Intensiv med akuttmottak Klinikk Kirkenes	Dato: 07.10.19	Arkivreferanse: 2019/4373
Internrevisorer: Tone Bjerknes		
Funn: 2 avvik. Manglende plan for kompetanseplan og scenariotrening, gjennomgang av rutiner for tid til oppstart antibiotika.		

Tema: Tiltakspakke fall		
Sted: Kir/ort, medisinsk enhet Klinikk Kirkenes	Dato: 11.11.19	Arkivreferanse: 2019/4662
Internrevisorer: Tone Bjerknes		
Funn: 2 avvik. Manglende kartlegging av fallrisiko innen 24 timer. Forebyggende tiltak og plan blir ikke utført slik prosedyre tilsier.		

Tema: Kvalitet på legemiddelsamstemming ved innleggelse		
Sted: Medisinsk sengeenhet	Dato: 23.12.19	Arkivreferanse: Ikke lagt i Elements
Internrevisorer: Kine Brækkan og Gunn Anita Klæbo-Wie		
Ingen avvik. Registrert 17 uoverensstemmelser ved gjennomgang av totalt 13 papirkurver/innleggelse. Gjennomsnittlig antall UOS pr kurve 1,31 (median 1).		

Kommentarer Revisjoner

Det er i 2019 gjennomført en rekke interne revisjoner i kategori C. Som nevnt omhandler dette revisjoner klinikker, avdelinger/enheter selv har tatt initiativ til å gjennomføre. Også disse revisjonene arkiveres i arkivet, behandles i KVAM råd, fagdager og meddeles ansvarlige ledere. Det vil i 2020 bli utarbeidet egne prosedyrer for gjennomføring av C-revisjoner slik at alle klinikker/stab utfører disse etter samme prinsipp. Ved behov utarbeides handlingsplaner som iverksettes. Foretaksledelsen behandler status for foretakets A,B og C revisjoner en gang hvert halvår.

DEL 5: KLIMA OG MILJØ

Klima og miljøsystemet er utarbeidet etter NS ISO 14001 (2015), og er et verktøy for miljøledelse. Finnmarkssykehuset HFs drift påvirker det ytre miljø, men det jobbes kontinuerlig med å begrense uønskede effekter i størst mulig grad. Foretaket er 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.

Status fra tidligere gjennomganger

Fokusområde	Tiltak	Ansvar	Frist	Resultat
Ny kartlegging miljøaspekter	Gjennomføre ny kartlegging av miljøaspekter.	Andreas Ertesvåg	Utført	Kartlegging gjennomført og behandlet i FAMU 20.05.19.
Evaluerer miljømålene	Evaluerer miljømålene på bakgrunn av ny kartlegging av miljøaspekt.	Andreas Ertesvåg	Utført	Foretaksledelsen behandlet og vedtok nye miljømål på møte 27.05.19. Klinikken har oppdatert handlingsplanene på bakgrunn av nye miljømål.

Endringer

Eksterne og interne forhold

Det er ikke identifisert vesentlige endringer i eksterne forhold. Kommune- og fylkessammenslåinger er vurdert å ikke ha vesentlig påvirkning på Finnmarkssykehuset HFs arbeid med klima og miljø.

Finnmarkssykehuset HF har i 2019 tatt i bruk nye bygg i Alta og Karasjok. Dette vil gi et utvidet tilbud de to stedene, og kan bidra til å redusere antall pasientreiser.

Fra 1. januar 2020 innføres det en ny klinikkstruktur i foretaket. Dette medfører at handlingsplaner og samsvarsvurderinger må oppdateres. Ut over det gir ikke endringen en vesentlig påvirkning på foretakets klima- og miljøsystem.

Interesseparter og samsvarsforpliktelser

Finnmarkssykehuset HF har kartlagt interessepartene. Ut fra vurderingen av interessenter er dagens oppfølging vurdert som tilstrekkelig, og det er ikke vurdert behov for ytterligere tiltak. Det har ikke vært vesentlige endringer i interesseparter det siste året. Sammenslåinger av kommuner og fylkeskommuner påvirker ikke interessentanalysen. Det forventes det ikke at sammenslåinger vil påvirke de grunnleggende forventningene interessentene har til foretaket.

Det utarbeides en samsvarsvurdering i hver klinikk/stab. I ledelsens gjennomgang presenteres en oversikt over avvikene. Det er ikke registrert avvik etter forrige gjennomgang av samsvarsforpliktelser.

Vesentlige miljøaspekter

Finnmarkssykehuset HF har gjennomført en ny kartlegging av miljøaspekter i 2020. Kartleggingen har vært på høring i klinikkene og vernetjenesten, før behandling i FAMU.

Kartleggingen viser at «pasientreiser» er området i foretaket som har stor miljøpåvirkning. I tillegg vil foretaket ha et særlig fokus på medikamenter, avfall og innkjøp.

Risikoer og muligheter

Det er utarbeidet en overordnet risiko- og mulighetsanalyse for klima og miljø. ROS-analysen dekker fire hovedområder: miljøaspekter, samsvarsforpliktelser, kontekst og interesseparter. Det er ikke avdekket noen vesentlige risikoaspekter (kategori rød). Det er eksisterende tiltak på alle risikoaspektene som er identifisert.

Miljømål og miljøprestasjon

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

	Vesentlig miljøaspekt	Hovedmål
1	Pasientreiser	10% reduksjon i CO2-utslippene innen utgang av 2021, sammenlignet med 2015. Måles ved «CO2-utslipp pasientreiser» / «Behandlede pasienter».
2	Medikamenter	Finnmarkssykehuset HF skal redusere bruken av bredspektrede antibiotika med 30% innen utgangen av 2020, sammenlignet med 2012. I samarbeid med antibiotikateamene skal de somatiske klinikkene utarbeide avdelingsvise målsetninger.
3	Avfall	10% reduksjon av total mengde avfall innen utgangen av 2019, sammenlignet med 2015. På bakgrunn av ny avfallsavtale, utarbeides nye mål fra 2020.
4	Innkjøp	Sikre at det blir satt relevante miljøkrav i anskaffelser og at det blir gjort målinger/registreringer som dokumenterer omfanget av anskaffelser hvor det er stilt miljøkrav.

Hovedmål 1: Pasientreiser

Finnmarkssykehuset HF KG CO2-utslipp / behandlede pasienter	
2015	Mangler tall
2016	80
2017	75
2018*	87
2019*	84

* Det er gjort en endring i måleparameterne for CO2-utslipp fra flyreiser. Dette gjør at tallene ikke er sammenlignbare med tidligere år.

Finnmarkssykehuset HF jobber langsiktig med utvikling av pasienttilbudet. Nybygg i Alta og Karasjok ble tatt i bruk høsten 2019. I 2019 ble også desentralisert dialysetilbud utvidet. Foretaket jobber også

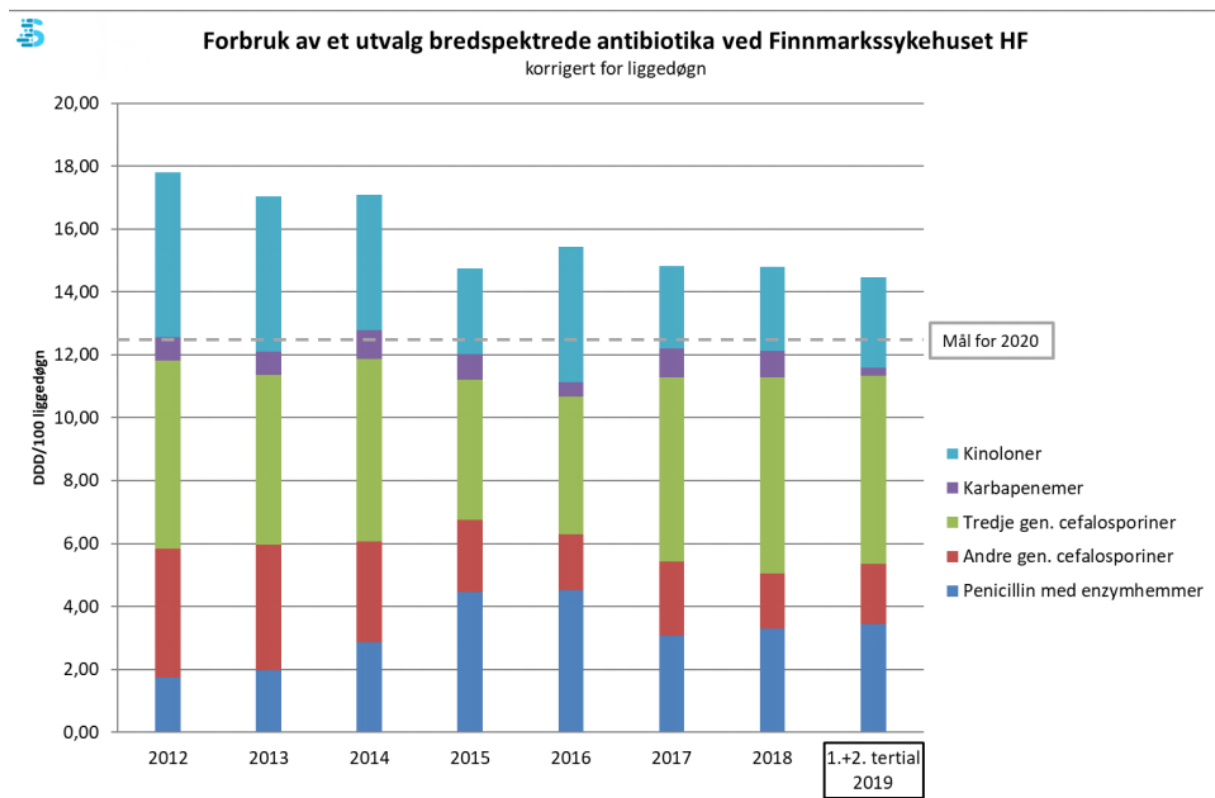
aktivt med å følge opp e-helsestrategien, som blant annet betyr mindre reiser for pasienter. Jobben som er gjort i 2019 legger grunnlag for en positiv utvikling med reduksjon av CO2-utslippene fra pasientreiser framover.

På grunn av endringer i rapportgrunnlaget kan 2019-tallene bare sammenlignes med 2018-tallene. Disse viser at foretaket har hatt en reduksjon på cirka 3,5% i CO2-utslippene.

Hovedmål 2: Forbruk av bredspektrede antibiotika

Det er et politisk mål at vi skal redusere forbruket av bredspektret antibiotika med 30% fra 2012 til 2020. Tallene etter 2. tertial viser at foretaket har 19% nedgang hittil. Det er planlagt kontakt med Helgelandssykehuset i 2020 for å lære av deres innsats på feltet. Helgelandssykehuset har fått til betydelig forbedring av sine tall etter målrettet innsats.

Foretaket jobber med bedre rapporter på forbruk av antibiotika. Dette vil gi tall også på klinikknivå, noe som gir mer håndfaste data til bruk i lokalt forbedringsarbeid.



Hovedmål 3: Avfall

Finnmarkssykehuset HF hadde en økning i avfallsmengden i 2019, både sammenlignet med 2018 og med referanseåret 2015. Rydding, utskiftinger av utstyr og ombygging trekkes fram som årsaker til denne økningen. Eksempelvis i Tana er det gjort en større ryddejobb og garasjetak er byttet ut. I Kirkenes meldes det fortsatt om en økning i avfallsmengden som følge av flytting til nytt bygg. Blant annet med dører og inventar og andre ting som har blitt skiftet ut og reparert etter innflytting.

Ny avfallsavtale ble inngått i 2019, og det er startet opp et arbeid med å implementere denne. I den nye avtalen legges det i større grad til rette for sortering. Det måles også på transport og fokus på fylle graden i containere. Foretaket vil utarbeide nytt mål på avfall på bakgrunn av den nye avtalen.

Finnmarkssykehuset HF	2015	2016	2017	2018	2019	Endring fra 2015
Lokasjon	Tonn avfall	Tonn avfall	Tonn avfall	Tonn avfall	Tonn avfall	
Kirkenes	110	119	129	99	127	15,50 %
Hammerfest	194	204	473	175	189,5	2,60 %
Karasjok BUP	2,9	4,2	3	11	3,1	7 %
Tana helsesenter	40	42	59	50	61,97	55 %
Tana VPP	0	2	2	NA	3	
Sum Finnmarkssykehuset	347	371	666	335	385	11,00 %

Hovedmål 4: miljøkrav ved anskaffelser

Innkjøpsavdelingen i Finnmarkssykehuset HF har ikke lengre ansvaret for de store anskaffelsene, og en stor del av miljøansvaret rundt anskaffelser ligger hos Sykehusinnkjøp. I ny samarbeidsavtale ber foretaket om at Sykehusinnkjøp skal stille relevante miljøkrav i anskaffelser og sikre at det gjøres målinger/registreringer som dokumenterer omfanget av anskaffelser hvor det er stilt miljøkrav. Samarbeidsavtalen er pr januar 2020 ikke signert. Sykehusinnkjøp skal årlig, innen utgangen av januar, levere en rapport som viser oppfyllelsen av dette kravet. Finnmarkssykehuset HF kan be om ytterligere rapporter, f.eks. i forbindelse med revisjoner. På tidspunkt for utarbeidelse av ledelsens gjennomgåelse har ikke foretaket mottatt nasjonal miljørapport fra Sykehusinnkjøp. Sykehusinnkjøp divisjon Nord har flere krav, prosedyrer og rutiner som sier at det skal stilles miljøkrav der det er mulig. Dette er nedfelt i rutiner og i maler, og disse er oversendt Finnmarkssykehuset HF. Alle prosjektledere er pålagt å etterleve disse rutinene i gjennomføring av anskaffelser.

I 2018 ble et større anbud på avfall sluttført. I dette anbudet ble det stilt krav til miljø.

Videre søker Finnmarkssykehuset HF en grønn profil, og har blant annet nå anskaffet El-biler som tjenestebiler for nye Kirkenes sykehus.

Avvik og korrigerende tiltak

Klima- og miljøavvik meldes i DocMap. Avvikene merkes med en avkrysning for å synliggjøre at avviket påvirker klima- og miljø. Det har vært en økning i antall meldte miljøavvik over de siste årene. I 2015 ble det meldt 14 miljøavvik. Dette økte til 32 i 2016, 40 i 2017, 64 i 2018 og 86 i 2019.

En feilkilde i antall meldte avvik har vært at avvik som er merket som miljøavvik ikke er det. For å forebygge misforståelser av avmerkingsknappen er tittelen endret fra «avvik ytre miljø» til «avvik

klima og miljø». I tillegg til å forebygge feil merking, kan det også bidra til at avvik som skulle vært merket nå blir det. Enhetene oppfordres til å diskutere hva som er miljøavvik hos dem.

Overvåking og målinger

Foretaket har rutiner for overvåking og målinger av vesentlige miljøaspekter. Resultatene rapporteres årlig i ledelsens gjennomgang.

Revisjonsresultater

I ledelsens gjennomgang oppsummeres resultater av internrevisjoner kategori B, og eksterne revisjoner på klima og miljø.

Foretaket har en overordnet internrevisjonsplan for kategori B. Denne har klima og miljø som et fast årlig tema. I 2019 ble det gjennomført en internrevisjon med tema «drift, prestasjonsevaluering og forbedring». Revisjonen ble gjennomført ved bilambulansen Øst, Innkjøp og BUP Kirkenes. Det ble ikke avdekket noen avvik, men fire forbedringsforslag.

Det er utført en ekstern revisjon på klima og miljø, ISO14001, i 2019. Eksternt revisjonsfirma var DNVGL. Revisjonen avdekket seks mindre avvik. Det er utarbeidet en handlingsplan for å lukke avvikene. Frist for å lukke avvikene 3. mars 2020. Foretaket forventer at avvikene lukkes med de tiltak som skal gjennomføres.

Ressurser klima og miljø

Arbeidet med klima og miljø er en integrert del av HMS-systemet i Finnmarkssykehuset HF. Det formelle ansvarsvaret følger lederlinjen i foretaket. Det settes av ressurser til å utføre arbeidet. Personal og organisasjon har en oppfølgingsrolle for HMS-systemet, inkludert klima og miljø. Det er ikke identifisert vesentlige utfordringer med ressurser i 2019.

Henvendelser fra interesseparter

Henvendelser fra interne interesseparter følges opp i etablert møtестruktur og rutiner for oppfølging av saker. Eksterne henvendelser følges opp etter gjeldende saksbehandlingsregler og arkiveres i arkiv og saksbehandlingssystemet. Det er ikke registrert henvendelser eller klager i 2019.

Muligheter for kontinuerlig forbedring

Klima og miljø er en integrert del av Finnmarkssykehuset HF HMS-arbeid og forbedringssystem. Eksisterende rutiner og systemet brukes for å støtte opp under kontinuerlig forbedring. Revisjoner og ROS-analyser HMS er to systematiske kartlegginger og kilder til forbedringsarbeid som gjennomføres regelmessig.

Oppsummert om klima og miljø og satsing i 2020

Gjennomgangen viser en variert utvikling på miljømålene til Finnmarkssykehuset HF. En endring i måleparameterne for pasientreiser gjør at det ikke lenger er mulig å sammenligne med tallene fra før 2018. Foretaket hadde en reduksjon på ca. 3,5% i CO₂-utslipp fra pasientreiser per behandlede pasient i 2019 sammenlignet med 2018. Utvidelse av tilbudet i blant annet Alta og Karasjok i 2019 kan bidra til reduksjon i pasientreiser framover. Foretaket har hatt en god utvikling med 19% reduksjon i bruken av bredspektret antibiotika til nå. Det forventes at foretaket vil nå målet om 30% reduksjon innen utgangen av 2020. Avfallsmengden gikk opp i 2019. Rydding og ombygging er en sentral årsak til økningen. Foretaket jobber godt med innkjøp innenfor innkjøpsavdelingens ansvarsområde.

Ledelsens gjennomgåelse viser at Finnmarkssykehuset HF jobber systematisk med klima og miljø. Det er oppmerksomhet rettet mot melding av miljøavvik og kontinuerlig forbedring.

Anbefalte fokusområder:

- Revidere miljømål på avfall på bakgrunn av ny avfallsavtale
- Revidere miljømål pasientreiser. 2018 settes som nytt nullpunkt, pga. endring i måleparameter for CO2-utslipp fra flyreiser.

DEL 6: INFORMASJONSSIKKERHET

Arbeid med informasjonssikkerhet har vært prioritert i 2019. Foretaksledergruppen har behandlet tema informasjonssikkerhet i flere ledermøter gjennom året. Ansvar for informasjonssikkerhet er flyttet fra SDE til FFS og dedikert ressurs knyttet til informasjonssikkerhetsansvar er økt fra 50 til 100% med virkning fra januar 2020. Tiltredelse til stillingen skjer fra mars.

Finnmarkssykehuset HF har i 2019 også etablert et eget informasjonssikkerhetsråd med ansvar for oppfølging av arbeid, utarbeide handlingsplaner og øvrige oppgaver og ansvar knyttet til informasjonssikkerhet i foretaket. Første møtet i rådet ble avviklet medio desember og det er utarbeidet møteplaner og system for å gi råd til direktøren.

Det er også utarbeidet egen prosedyre knyttet til organisering av informasjonssikkerhetsarbeidet og ansvar for dette i organisasjonen på alle ledernivå (nivå 4 prosedyre i regionalt system for Informasjonssikkerhet).

1. Trusselvurdering

Finnmarkssykehuset HF har som de andre foretakene i regionen enda gjentakende forsøk på «direktør-svindel» (CEO-fraud). Det vil si at kriminelle utenfra gir seg ut for å være direktøren/ andre i toppledelsen og forsøker å få overført et pengebeløp i hovedsak utenlands. Det er også registrert gjentakende forsøk på phishing /digital snoking mot ansatte i foretaket. Det er ikke registrert hendelser i 2019 lik den Norsk Hydro har vært utsatt for som låser ned systemer for så å komme med løsepengekrav.

Koordinatorerne i foretakene møtes minimum en gang i måneden for gjennomgang av felles status i regionen, trusselvurdering lokalt/ regionalt og nasjonalt, samt en oppdatering av statusen i foretakene. Helse Nord IKT er ansvarlig for agenda og referat fra møtene.

2. Status ROS-analyser

Det ble gjennomført ROS-analyser av alle de store kliniske systemene i 2016. Risikoene vurderes fortsatt som de samme, men innføringen av Dips Arena og Medikasjon og kurve de neste årene vil utfordre systemene og rutineene betraktelig. Nye ROS-analyser vil derfor iverksettes ved innføring av disse systemene. Dette arbeidet iverksettes parallelt ved planleggingen av selve implementeringen i prosjektene. Arbeidet er påbegynt i 2019.

MTU (Medisinteknisk utstyr) ble i 2018 kategorisert i utstyrs kategorier i samarbeid med de andre foretakene i regionen. Dette for videre arbeid regionalt med ROS-analysering av kategoriene og dermed en fullstendig ROS på alt MTU utstyr i Helse Nord. Dette er et tidligere avvik fra Riksrevisjonen i hele regionen som delvis er lukket gjennom kategoriseringen.

Ros analyser av systemer som kan inneholde personopplysninger gjennomføres i samarbeid med UNN hvor Finnmarkssykehuset HF har samarbeidsavtale om innleid personvern ressurs. Alle systemer som kan inneholde personopplysninger skal inn i en applikasjon hvor hvert enkelt system ROS analyseres. Dette er pr. i dag under gjennomføring og forventes systematisert i ny felles applikasjonen for dette.

Som en del av rutinene for å ivareta dokumentasjon på at ROS analysene blir fulgt gjennomføres revisjoner. Dette for å kontrollere og sjekke om vi har hendelser lik det en ROS avdekker kan inntreffe. Det er i 2019 utført revisjoner på tidligere avvik fra Riksrevisjonen. Disse avvikene er fulgt opp i beskrivelse av type revisjon og plan for gjennomføring. Eksempel på en slik revisjon er rutinekontroll av Innsynlogg på pasienter og Blålyslogg over de som har tilgang til Blålys. Denne ble utført første gang etter nye rutiner januar 2019 og gjennomføres tertialvis.

3. Styringssystem informasjonssikkerhet

I Helse Nord har vi et felles regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet som forvaltes av Fagråd for informasjonssikkerhet (FRIS). Styringssystem for informasjonssikkerhet beskriver aktiviteter for å veilede og styre foretakene i Helse Nord når det gjelder informasjonssikkerhet og de sikkerhetskrav som til enhver tid skal gjelde. Styringssystemet skal sikre at administrerende direktør (databehandlingsansvarlig) i alle helseforetak etablerer nødvendige krav, operative retningslinjer og prosedyrer. Dette innebærer å organisere virksomheten slik at lovpålagte plikter og pasienters og andres rettigheter etterleves. Styringssystemet skal også tydeliggjøre ansvars- og myndighetsforholdene mellom helseforetakene, Helse Nord IKT HF og Helse Nord RHF.

Fagråd for informasjonssikkerhet (FRIS) vedtok i 2017 å revidere styringssystemet. For å sikre nødvendig dokumentasjon ble det vedtatt å følge ISO-standard (NS-ISO/IEC 27001), men uten mål om å bruke tid/ressurser på en sertifisering. En viktig del av dette er rutiner og prosedyrer vedrørende databehandleravtaler. Finnmarkssykehuset HF har vært en viktig bidragsyter til dette arbeidet.

Høsten 2018 ble Nivå 2 tatt i bruk i Helse Nord hvor nye godkjente prosedyrer med den nye personvernloven ble implementert. Våren 2019 ble dokumentene på nivå 3 utarbeidet i FRIS og prosedyrer sendt ut på høring. Disse tas i bruk straks denne høringsrunden er gjennomført og eventuelle korrigeringer er utført.

Parallelt vurderes nivå 4 prosedyrer på hvert enkelt foretak der ikke nivå 3 dokument er tilstrekkelig.

4. Riksrevisjonens revidering av IKT sikkerhet

Høsten 2019 gjennomførte Riksrevisjonen en nasjonal forvaltningsrevisjon i helseforetakene med fokus på hvordan disse sikret sine IKT systemer mot dataangrep. I nord var Helse Nord IKT og Finnmarkssykehuset HF plukket ut som deltakere. I revisjonen var satte man søkelyset på sikkerhetskultur og IKT infrastruktur. Status fra revisjonen ble delt fortløpende og avvik som ble avdekket ble lukket der det var mulig. Rapport fra revisjonen vil foreligge et godt stykke inn i 2020 og det er usikkert i hvilken grad detaljer fra avvik i foretakene vil bli beskrevet.

Selv om noen avvik ble fortløpende lukket så gjenstår det fortsatt avvik som enten må lukkes av Finnmarkssykehuset HF eller av Helse Nord IKT som leverandør av tjenester på dette. Lukking pågår fortløpende gjennom større regionale prosjekter knyttet til oppdatering av operativsystem (Windows 10), utvikling av nye system for adgangskontroll og sikker pålogging, implementering av system for administrasjon og forvaltning av eksterne enheter i nett, Etablere system for sikring av fysisk nett for uautorisert pålogging av enheter m.m. Finnmarkssykehuset HF vil i løpet av 2020 få tilgang til flere nye funksjoner på dette og kan således lukke flere av avvikene.

5. Status prosjektet «Helhetlig informasjonssikkerhet» HIS:

Grunnlaget for regionens satsning på prosjektet for Helhetlig informasjonssikkerhet var kartlegginger og en målarkitektur som viste betydelige gap og svakheter. Prosjektets målsetning

er å lukke de fleste av disse i samarbeid med helseforetakene med hovedfokus på ivaretagelse av Helse Nord IKTs ansvar som databehandler.

Det er i 2019 gjennomført kvalitetssikring, avklaringer og forhandlinger med tilbyderne bl.a. på løsning for tilgangsstyring, etablering av brannmurer og etablering av tilgangsløsning for administrator- og leverandørtilganger mv. Systemene implementeres fortløpende i regionen samlet.

Prosjektet har også utvidet sitt samarbeid med Helse Nord sin nettleverandør. SIEM (Plattform for overvåking, sikkerhets- og sårbarhetsskanning). Dette er et Samarbeidsprosjekt med Norsk Helsenett som skal gi raskere oppdagelse av unormal aktivitet i nettet vårt. Samarbeidet forventes å gi store gevinster da hele sektoren benytter samme nettleverandør og deler av primærhelsetjenesten også er på vei inn som kunde. FIN deltar og ivaretar foretakets rolle i de ulike leveransene og vil involvere tidligere og nye ansatte i FIN når piloter og implementeringer av nye delleveranser iverksettes i regi av prosjektet.

6. Personvern

Dagens personvernlovgivning bygger på EUs personverndirektiv fra 1995. Fra mai 2018 var EUs personvernforordning gjeldene. Mens et direktiv har rom for tolkning og åpner for nasjonale tilpasninger så gjelder forordningen i sin originale tekst. Det nye personvernregelverket legger vekt på ansvarlighet og internkontroll hos virksomheten fremfor forhåndskontroll fra Datatilsynet. Kravene til avviksbehandling, varsling av berørte og kontinuerlig arbeid med informasjonssikkerheten skjerpes i det nye regelverket.

Virksomhetene får utvidet plikt til å selv vurdere personvernkonsekvenser ved behandling av personopplysninger, samt at foretaket er blitt pålagt å utnevne personvernombud. Arbeidet med å tilpasse Finnmarkssykehuset HFs rutiner til EUs personverndirektiv har pågått i hele 2019. En avtale med Universitetssykehuset i Nord-Norge om kjøp av personverntjenester gir gode resultater i arbeid med systemer og rutiner. Avtalen skal sikre at Finnmarkssykehuset HF oppfyller sine plikter når det gjelder ivaretagelse av personvern i foretaket. Finnmarkssykehuset HF er likevel fortsatt databehandlingsansvarlig og dermed ansvarlig for behandlingen av personopplysninger i foretaket.

7. Avviksbehandling

Finnmarkssykehuset HF registrerer årlig innmeldte avvik på informasjonssikkerhet og personvern. Avviksbehandlingen foregår i avvikssystemet DocMap. Antallet avvik de siste årene ligger på i overkant av 20 avvik. Det er grunn til å tro at det kan være noe underrapportering av avvik. De fleste avvikene som meldes inn er knyttet til pasientdata på avveie ved at papirutskrifter ligger åpen for andre. Det er også tilfeller der pasientopplysninger sendes i brev til feil mottaker. Noen avvik går også på at muntlig informasjon med pasient foregår med uvedkommende tilstede. Det er også registrert noen avvik vedrørende ureglementert innsyn i journal. Årsaken til disse avvikene ligger nok mye i kultur for god informasjonssikkerhet og personvern, samt god nok refleksjon rundt hvem som får tilgang til pasientinformasjon som kommuniseres ut skriftlig og muntlig. Økt gjennomføringsgrad på obligatorisk kurs i informasjonssikkerhet vil kunne bidra til økt kompetanse og forbedret kultur. Generelt økt fokus på området informasjonssikkerhet og personvern ut i organisasjonen vil også bidra positivt på sikt.

	Antall avvik informasjonssikkerhet/personvern
2017	21
2018	25
2019	22

DEL 7: AVSLUTNING

I Ledelsens gjennomgang 2019 er det foretatt risikostyring. Risikostyring innad i Finnmarkssykehuset HF er gjennomført som planlagt ved hvert tertial. Til tross for dette oppnådde ikke Finnmarkssykehuset HF alle målsettingene inkludert det økonomiske målkravet for 2019. På den bakgrunn er det lagt opp til en mer detaljert og tettere oppfølging av klinikkens tiltaksplaner for 2020.

I Ledelsens gjennomgang er noen utfordringsområder påpekt. Disse vil bli viet særlig oppmerksomhet i tiden som kommer. Dette omfatter blant annet dokumenter/prosedyrer i kvalitetsapplikasjonen DocMap og opplæring i bruk av dette systemet. Videre nevnes et nødvendig fokus på området AML-brudd for å redusere omfanget av slike brudd.

Foruten å ha påvist områder for forbedring viser Ledelsens gjennomgang at det arbeides godt i Finnmarkssykehuset HF med blant annet økt nærvær og handlingsplaner for reduksjon av overtid og innleie og rekruttering og stabilisering av personale. I tiden framover jobbes det med å øke kompetansen vedrørende vold og trusler.

Innenfor området klima og miljø er det hovedsakelig pasientreiser, medikamenter, avfall og innkjøp som det satses på å gjennomføre målbare tiltak innenfor.

Ledelsens gjennomgang for 2019 er i forkant av styrebehandling gjennomgått i:

- Foretaksledelsen i møte 27. januar og 4. februar 2020.
- Informasjons- og drøftingsmøte med tillitsvalgte i møte 17. februar 2020.
- FAMU møte 17. februar 2020.