

## Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr:  
2021/417

Saksbehandler:  
Line Grongstad / Andreas Ertesvåg

Sted/Dato:  
Hammerfest, 17.02.2021

### Saksnummer 08/2021

Saksansvarlig: Vivi Brenden Bech, Kvalitets- og utviklingssjef  
Møtedato: 24. februar 2021

---

## Ledelsens gjennomgang 2020 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 2020 til etterretning.
2. Styret ber administrerende direktør følge opp at det jobbes med kvalitetsforbedring i pasientbehandling, oppnåelse av klima og miljømålene, samt at opplæring i tilsyn/revisjoner og bruk av kvalitetssystemet foregår kontinuerlig.

Siri Tau Ursin  
Administrerende direktør

### Vedlegg:

1. Saksfremlegg
2. Ledelsens gjennomgang 2020 Finnmarkssykehuset HF

# Ledelsens gjennomgang 2020 Finnmarkssykehuset HF

Saksbehandler: Line Grongstad / Andreas Ertesvåg

Møtedato: 24. februar 2021

---

## 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 2020 framkommer i vedlagte rapport. Rapporten bygger på tilsvarende gjennomgang gjennomført tidligere år.

## 2. Bakgrunn

Ledelsen i Finnmarkssykehuset HF gjennomfører årlig en systematisk evaluering av kvalitetssystemet og helse, miljø og sikkerhet (HMS) opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om foretaket. Fokus skal blant annet rettes mot forskrifter og lovverk, kvalitetskriterier og krav til kontinuerlig forbedringsarbeid. Lover og forskrifter forutsetter at virksomhetens ledelse foretar en systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

## 3. Saksvurdering

Fokusområder i «Ledelsens gjennomgang» vil kunne endres fra år til år. Ledelsens gjennomgang omfattet følgende områder i 2020:

### Del 1: Interne og eksterne endringer

Finnmarkssykehuset HF har vært igjennom en stor helsesatsing og omlegging. Nye Kirkenes sykehus åpnet i oktober 2018. Nybygget i Sámi klinihkka og klinikk Alta ble åpnet i desember 2019 og januar 2020. Nye Hammerfest sykehus er under bygging og det pågår organisasjonsutviklingsarbeid. Den overordnede klinikkstrukturen ved helseforetaket ble endret fra januar 2020 ved at tidligere klinikk Psykisk helsevern og rus er nedlagt, samtidig som at Sámi klinihkka og klinikk Alta er etablert.

Arbeidet med beredskap som følge av korona har visst at vi har stor omstillingsevne. Det er gjort mye planlegging, øvelser og gjennomført omfattende gjennomgang av rutiner, systemer og prosedyrer for å forberede organisasjonen på pandemien. Foretaket har økt ressurser på smittevern. Opplæring av ansatte i prosedyrene har også vært betydelig. Økt fokus på bedre planlegging, bedre gjennomføring, økt fokus på kontinuerlig evaluering og faktisk endring av rutiner og systemer der vi ser forbedringer er blitt en større del av tankemåten blant både ansatte og ledere.

### **Del 2: 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 sine mål.

Covid-19 pandemien har påvirket måloppnåelsen innenfor flere områder, men Finnmarkssykehuset HF ligger likevel på et akseptabelt nivå. Risikotoleransen tar utgangspunkt i den risiko foretaket kan akseptere i arbeidet med å realisere sitt formål/sin visjon, sine strategier og målsettinger.

### **Del 3: 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.

Tall for reviderte dokumenter holder seg stabilt på 7%. Generelt er det et økt antall meldte avvik fra 2018 – 2020, og det vurderes som positivt at antall avvik øker da det ønskes utvikling av god meldekultur og åpenhet rundt forhold som ikke er akseptable.

Det er registret en økning på 172 pasienthendelser fra 2019 til 2020. Det er ikke gjennomført hendelsesanalyse i 2020, men 3 hendelsesgjennomganger i forbindelse med alvorlig pasienthendelse.

### **Del 4: Helse, miljø og sikkerhet**

Finnmarkssykehuset HF har hatt en økning i sykefraværet i 2020 sammenlignet med tidligere år. Dette må sees i sammenheng med at det spesielle året 2020 har vært. Ser vi bak tallene, kommer det fram at det er jobbet godt med nærværarbeid, og dette arbeidet kan vise til konkrete og gode resultater. Nærværarbeidet i 2020 har fokusert på lederstøtte og oppfølging av nærværarbeid. Særlig oppfølging på individnivå, av ansatte med høyt og/eller hyppig sykefravær har vært fokus.

I motsetning til de siste årene har ikke Finnmarkssykehuset HF klart å få en nedgang i AML-brudd sammenlignet med fjoråret i 2020. Korona har i stor grad bidratt til en økning i antall AML-brudd.

Antall meldte personalskader har holdt seg forholdsvis stabilt, på et lavt nivå.

### **Del 5: Revisjoner**

Det er i 2020 gjennomført en rekke eksterne og interne revisjoner. Alle avvik meldes, behandles og lukkes i DocMap. Alle revisjonene skal arkiveres i Elements, behandles i Kvamråd/fagdager og resultat meddeles ansvarlig leder.

Av totalt 19 eksterne tilsyn i 2020 er det ni som er avsluttet, tre som har planlagt tiltak for avslutning, tre som ikke har ferdigstilt rapport og fire som ikke er avsluttet. Innen kategori B er det gjennomført 11 revisjoner, hvor alle er avsluttet, og innen kategori C er det gjennomført fem revisjoner hvor en er avsluttet.

### **Del 6: Klima og miljø**

Gjennomgangen viser at foretaket har gode resultater på alle de fire miljømålene. Isolert sett oppnår foretaket målet på alle områder i 2020. Det er rimelig å anta at pandemien er en medvirkende årsak. Samtidig kommer det også fram at foretaket har jobbet godt med satsingsområdene. Eksempelvis arbeid med e-helse har vært en satsing i flere år, og pandemien har bare forsterket dette. Resultater på reduksjon i bruken av bredspektrede antibiotika er også et klart resultat av langsiktig arbeid.

### **Del 7: Informasjonssikkerhet**

Arbeid med informasjonssikkerhet har vært prioritert i 2020. Foretaksledergruppen har behandlet tema informasjonssikkerhet i flere ledermøter gjennom året. Ansvar for Informasjonssikkerhet er flyttet fra service, drift og eiendom (SDE) til fag, forskning og samhandling (FFS). Dedikert ressurs knyttet til informasjonssikkerhetsansvar ble økt fra 50 til 100% med virkning fra januar 2020. Finnmarkssykehuset HF har etablert et eget informasjonssikkerhetsråd med ansvar for oppfølging av arbeid, utarbeide handlingsplaner og øvrige oppgaver og ansvar knyttet til informasjonssikkerhet i foretaket.

## **4. Medbestemmelse og brukervedvirkning**

Saken er drøftet i informasjons- og drøftingsmøte 15. februar 2021, og behandlet i FAMU samme dag.

## **5. Direktørens vurdering**

Foretaket har en positiv utvikling innenfor flere av områdene som er omfattet av ledelsens gjennomgang. Ledelsens gjennomgang understøtter at foretaket driver forsvarlig.

I 2021 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 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 2020 Finnmarkssykehuset HF



**FINNMARKSSYKEHUSET**  
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



# LEDELSENS GJENNOMGANG 2020

## Innholdsfortegnelse

INNLEDNING.....	3
DEL 1: INTERNE OG EKSTERNE ENDRINGER .....	3
DEL 2: RISIKOSTYRING.....	3
Oppsummering av risikostyring.....	4
DEL 3: KVALITETSSTYRING.....	4
Styrende dokumenter .....	4
Oppsummert om styrende dokumenter.....	5
Avviksmeldinger og behandling av disse.....	5
Oppsummert om avvik.....	6
Pasienthendelser.....	6
Oppsummert om pasienthendelser.....	6
DEL 4: HELSE, MILJØ OG SIKKERHET .....	7
Sykefraværsutvikling.....	7
Oppsummert om sykefravær.....	8
Brudd på arbeidstidsbestemmelsen i Arbeidsmiljøloven.....	8
Oppsummert om AML brudd.....	9
Personalskader.....	9
Oppsummert om personalskader .....	9
DEL 5: REVISJONER.....	9
Kategori A: Eksterne systembaserte tilsyn .....	10
Kategori B: Foretaksovergripende revisjoner .....	13
Kategori C: Revisjoner på en enkelt enhet.....	15
Oppsummert om revisjoner.....	16
DEL 6: KLIMA OG MILJØ .....	17
Fokusområde .....	17
Tiltak .....	17
Ansvar.....	17
Frist.....	17
Resultat .....	17
Endringer.....	17
Miljømål og miljøprestasjon.....	18
Avvik og korrigerende tiltak.....	20
Overvåking og målinger.....	20
Revisjonsresultater.....	20
Ressurser klima og miljø .....	21
Henvendelser fra interesseparter.....	21
Muligheter for kontinuerlig forbedring.....	21
Oppsummert om klima og miljø.....	21
DEL 7: INFORMASJONSSIKKERHET.....	22
Oppsummert om informasjonssikkerhet.....	23
DEL 8: AVSLUTNING .....	23

## INNLEDNING

Ledelsens gjennomgang har som formål å synliggjøre virkningen av internkontrollen i Finnmarkssykehuset HF, samt undersøke og bedømme om foretaket har tilstrekkelige systemer for å planlegge, gjennomføre, analysere og korrigere. Dersom det i gjennomgangen avdekkes mangler skal ledelsen iverksette tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

### 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
- Etterlevs 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: INTERNE OG EKSTERNE ENDRINGER

Som grunnlag for ledelsen gjennomgang gjøres en kort oppsummering av interne og eksterne endringer/hendelser som kan påvirke det forebyggende kvalitetsarbeidet.

Finnmarkssykehuset HF har vært igjennom en stor helsesatsing og omlegging. Nye Kirkenes sykehus åpnet i oktober 2018. Nybygget i Sámi klinihkka og klinikk Alta ble åpnet i desember 2019 og januar 2020. Nye Hammerfest sykehus er under bygging og det pågår organisasjonsutviklingsarbeid. Den overordnede klinikkstrukturen ved helseforetaket ble endret fra januar 2020 ved at tidligere klinikk Psykisk helsevern og rus er nedlagt, samtidig som at Sámi klinihkka og klinikk Alta er etablert.

Arbeidet med beredskap som følge av korona har visst at vi har en stor omstillingsevne. Det er gjort mye planlegging, øvelser og gjennomført omfattende gjennomgang av rutiner, systemer og prosedyrer for å forberede organisasjonen på pandemien. I krise ser vi behov for å endre på metodene vi arbeider etter og kvaliteten vi leverer på våre tjenester. Dette har det blitt utført et betydelig arbeid på gjennom hele året. Nye rutiner er etablert i DocMap og andre prosedyrer er oppdatert. Hele beredskapsorganisasjonen er gjennomgått og nye planer er rullet ut i forhold til beredskap og pandemi. Foretaket har økt ressurser på smittevern. Opplæring av ansatte i prosedyrene har også vært betydelig. Økt fokus på bedre planlegging, bedre gjennomføring, økt fokus på kontinuerlig evaluering og faktisk endring av rutiner og systemer der vi ser forbedringer er blitt en større del av tankemåten blant både ansatte og ledere.

## DEL 2: RISIKOSTYRING

Finnmarkssykehuset HF har fokus på 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.

Finnmarkssykehuset HF har vurdert 12 målområder som kritiske for å innfri de regionale og nasjonale målene. Risikovurdering med avbøtende tiltak er gjennomført i januar og ny vurdering i april og september. Covid-19 pandemien har påvirket måloppnåelsen innenfor flere områder.

Finnmarkssykehuset ligger likevel på et akseptabelt nivå. Risikotoleransen tar utgangspunkt i den risiko foretaket kan akseptere i arbeidet med å realisere sitt formål/sin visjon, sine strategier og målsettinger. Følgende er gjennomført i oppfølgingen av risikostyringsprosessen i 2020:

- Gjennomført 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 risikoreduserende 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.
- Det iverksettes ytterligere tiltak i risikostyringen for 2021 for å innfri målkrav.

## Oppsummering av risikostyring

Årlig melding 2020 og ledelsens gjennomgang for Finnmarkssykehuset HF oppsummerer status for gjennomføring av oppdraget. Årlig melding blir behandlet i styremøte i mars. Helse Nord sin metodikk for risikoanalyse- og risikostyringsprosessene er benyttet. Finnmarkssykehuset HF har vurdert 12 målområder som er kritiske for å innfri de regionale og nasjonale målene.

## DEL 3: KVALITETSSTYRING

### Styrende dokumenter

Det er et krav at styrende dokumenter er underlagt kontroll i avviks- og dokumentstyringsverktøyet 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.

Høsten 2019 kjøpte Helse Nord lisens til VAR Healthcare, som gir oss tilgang til 400 kunnskapsbaserte sykepleierprosedyrer. Det er gitt tilgang til fagsykepleiere og andre som jobber med prosedyrer i klinikkene som et oppslagsverk og støtteverktøy i utarbeidelse / revidering av prosedyrer.

Organisatorisk enhet	Antall godkjente dokumenter i DocMap	Antall ikke reviderte	Andel ikke reviderte pr 31.12.2019	Andel ikke reviderte pr 31.12.2020
<b>Samlet Finnmarkssykehuset</b>	7492	538	7 %	7 %
<b>Klinikk Kirkenes</b>	2820	124	4 %	4 %
<b>Klinikk Hammerfest</b>	2793	219	6 %	10 %
<b>Klinikk Alta</b>	626	17		3 %
<b>Sami Klinikk</b>	440	56		13 %
<b>Klinikk Prehospital</b>	222	32	16 %	14 %
<b>Service, drift og eiendom</b>	207	13	5 %	6 %
<b>Stab (FFS, PO, økonomi)</b>	245	16	10 %	7 %



Finnmarkssykehuset HF hadde totalt 7492 godkjente dokumenter i 2020. Tabell over viser at andel reviderte totalt er uendret fra 2019, men det er noe variasjon hva angår andel pr. klinikk. KVAM-råd i klinikkene overvåker revideringsfrister og det oppfordres til å rydde i dokumenter på alle nivå. Det anses som positivt at andelen reviderte dokumenter holder seg stabil i 2020 til tross for arbeidet med planlegging av covid-19 pandemien. Det har vært lagt ned mye arbeid i oppdatering og endringer av prosedyrer som følge av stadig endring i lovverk.

## Oppsummert om styrende dokumenter

Tall for ikke reviderte dokumenter holder seg stabilt på 7 %. Avbøtende tiltak er blant annet at enhetene i foretaket sikrer at dokumenter i DocMap ikke er tilknyttet personer, men tilknyttet funksjon. I 2020 har vi fått 2 nye klinikker, og følgelig nye prosedyrer. I oversikten ser vi at Klinikk Prehospital, Sámi Klinihkka og Klinikk Hammerfest har høyest andel ikke reviderte prosedyrer.

## Avviksmeldinger og behandling av disse

Nedenfor vises arbeidsflyt for avvikshendelser pr. klinikk og Stab for 2020:

	Klinikk Kirkenes	Klinikk Hammerfest	Klinikk Alta	Sámi Klinihkka	Klinikk Prehospital	SDE	Stab*
Åpne avvik	216	304	53	30	76	17	33
Lukkede avvik	593	1007	316	95	185	38	26
Sum avvik	809	1311	369	125	262	55	59
% ikke avsluttet	27 %	23 %	14%	24%	29%	31 %	56 %

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

Tabell viser at majoriteten av avvik i 2020 ble meldt fra Klinikk Hammerfest og Klinikk Kirkenes. Den høyeste andelen ikke avsluttede avvik er innen Stab, SDE og Klinikk Prehospital. Gjennomgang viser at saksgang for avvik stopper opp hos nærmeste leder, melder eller godkjenner. Dette viser ytterligere behov og fokus på opplæring av kvalitetssystemet.

Her presenteres utvikling fra 2018 – 2020 hva angår totalt antall avvik meldt pr. klinikk og Stab:

	Klinikk Kirkenes	Klinikk Hammerfest	Klinikk Alta	Sámi Klinihkka	Prehospital Klinikk	SDE	Stab
2018	697	789			142	52	38
2019	1094	913	270	68	131	64	42
2020	809	1311	369	125	262	55	59

Generelt er det økt antall meldte avvik fra 2018 til 2020, men Klinikk Kirkenes og SDE har færre meldte avvik fra 2019 – 2020. Avvikene er fordelt på følgende kategorier:

Avvikstype	Antall 2019	Antall 2020
Feil ved elektromedisinsk utstyr	27	22
FIN Avvik i annen avdeling	606	713
FIN Avvik i egen avdeling	738	865
FIN Avvik interne revisjoner	22	22
FIN Pasienthendelseskjema	772	868
FIN Samhandlingsavvik med kommuner	113	159
Forbedringsforslag for Finnmarkssykehuset	96	107

Skademelding personal for Finnmarkssykehuset	56	55
Biokjemi og blodbank	155	179
<b>Totalt</b>	<b>2585</b>	<b>2990</b>

Det er i hovedsak avvik innen pasienthendelser og avvik innen egen eller annen avdeling som meldes. Vi har få avvik innen elektromedisinsk utstyr og interne revisjoner.

## Oppsummert om avvik

I 2020 er det totalt meldt 2990 avvik i Finnmarkssykehuset HF. Det er Klinikk Hammerfest som har meldt flest avvik, Klinikk Kirkenes viser størst reduksjon, mens øvrige klinikker, SDE og Stab viser økning fra 2019. Det vurderes som positivt at antall avvik øker da det ønskes utvikling av god meldekultur og åpenhet rundt forhold som ikke er akseptable.

Fordelingen av avvik i klinikk/stab viser at Stab (FFS, PO, økonomi), SDE (service, drift og eiendom) og Klinikk Prehospital har en forholdsmessig stor andel av avvik som ikke er lukket sammenliknet med øvrige klinikker, selv om det er få antall avvik. Arbeidsflyt i saksgang viser en større utfordring hva angår opplæring av kvalitetssystem, da flere avvik fortsatt ligger hos melder, leder eller godkjenner.

Finnmarkssykehuset HF har historisk sett meldt svært få avvik i kategori elektromedisinsk utstyr. Dette er noe DSB har påpekt ved tidligere tilsyn, og antallet har gått ned fra 2019 til 2020. Flest avvik meldes innen kategoriene pasienthendelser og avvik i egen eller annen avdeling.

## Pasienthendelser

Nedenfor presenteres pasienthendelser for 2019 og 2020 fordelt pr klinikk:

	Åpne avvik 2019	Lukkede avvik 2019	Sum 2019	Åpne avvik 2020	Lukkede avvik 2020	Sum 2020
<b>Klinikk Kirkenes</b>	152	289	441	103	314	417
<b>Klinikk Hammerfest</b>	71	158	229	168	158	326
<b>Klinikk Alta</b>	-	-	-	20	61	81
<b>Sámi Klinihkka</b>	-	-	-	8	10	18
<b>Prehospital Klinikk</b>	13	13	26	7	19	26
<b>Totalt</b>	<b>236</b>	<b>460</b>	<b>696</b>	<b>306</b>	<b>562</b>	<b>868</b>

Det ses en økning med 172 pasienthendelser fra 2019 til 2020. Tabell viser at Klinikk Hammerfest har flere åpne pasienthendelser i 2020 enn i 2019. For Klinikk Kirkenes er det omvendt tendens med høyere andel lukkede pasienthendelser i forhold til 2019. Samme tendens vises i Klinikk Prehospital med en reduksjon i antall åpne pasienthendelser. I hovedsak er meldte pasienthendelser innen behandling og pleie.

## Oppsummert om pasienthendelser

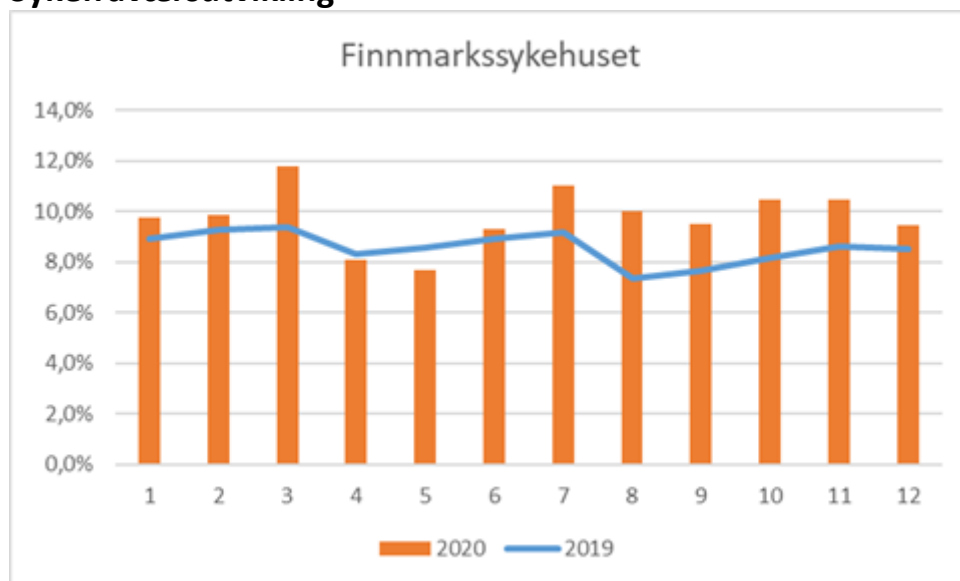
Totalt har foretaket en økning på 172 pasienthendelser fra 2019 til 2020. Sentralt pasientsikkerhetsutvalg (SPU) har utarbeidet prosedyrer hva angår videre vurderinger og læring etter pasienthendelser. SPU skal bidra til at læringseffekten etter en hendelse forankres i organisasjonen

og fører til nødvendig forbedring. Utvalget er et rådgivende organ og har en sentral rolle i arbeidet med hendelsesanalyse og hendesgjennomgang. Det er ikke gjennomført hendelsesanalyse i 2020, men 3 hendesgjennomganger i forbindelse med alvorlig pasienthendelse. Det legges opp til ekstern opplæring og implementering av for metodikk for hendesgjennomgang til klinikkene første halvår 2021.

## DEL 4: 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. Det har gitt resultater, men i 2020 gikk fraværet opp cirka to prosentpoeng sammenlignet med de siste årene. Med unntak av april og mai har fraværet holdt seg høyt gjennom hele året. Det er i hovedsak økning i langtidsfraværet som er årsaken.

Stort fokus på smittevernstiltak det siste året har medvirket til at sykdommer som forkjølelse og influensa er redusert. Dette påvirker korttidsfraværet. På den annen side er det større fokus på at ansatte med denne typen symptomer holder seg hjemme, som kan medvirke til at fraværet går opp. Alt i alt ser det ut til at dette har jevnet seg ut, og korttidsfraværet er stabilt. En faktor som har påvirket langtidsfraværet er utsettelse av behandlingstilbud og undersøkelser som følge av korona. Flere langtidssykemeldte kunne vært raskere tilbake om dette hadde blitt gjennomført som planlagt.

	2018	2019	2020
<b>Finnmarkssykehuset</b>	8,4 %	8,6 %	9,8 %
<b>Klinikk Hammerfest</b>	8,4 %	7,8 %	10,1 %
<b>Klinikk Kirkenes</b>	8,0 %	8,1 %	9,6 %
<b>Sámi Klinihkka</b>		9,3 %	10,7 %
<b>Klinikk Prehospital</b>	8,4 %	6,8 %	9,3 %
<b>Klinikk Alta</b>		11,9 %	13,1 %
<b>Service, drift og eiendom</b>	6,3 %	7,7 %	7,8 %

Fraværet har gått opp i alle klinikker, med unntak av Service, drift og eiendom er fraværet er tilnærmet uendret. Samtidig er det verdt å merke seg at selv om fraværet samlet sett har gått opp, så er det flere enheter som har gode tall.

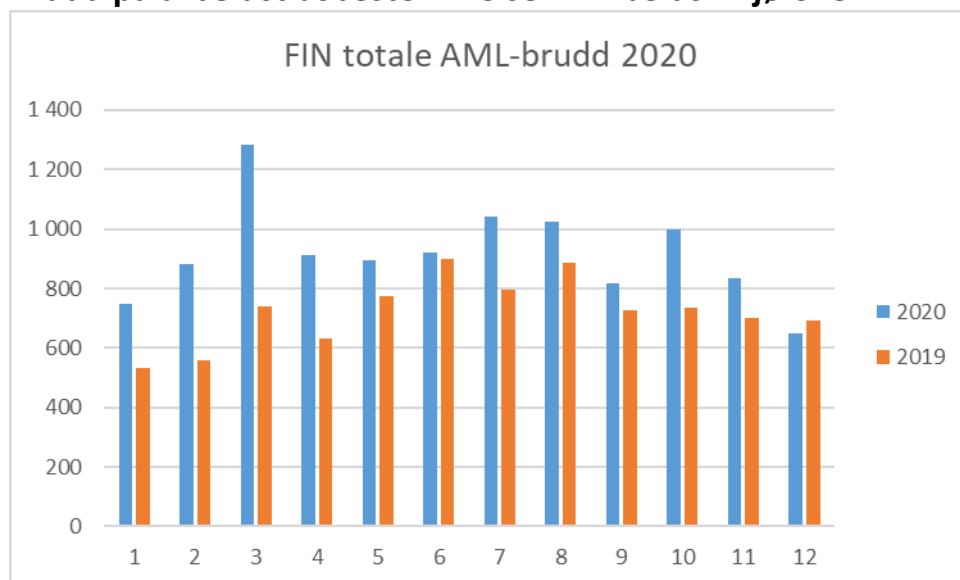
Det er jobbet godt med det systematiske nærværsarbeidet i foretaket. Oppfølging av ansatte med høyt og/eller hyppig sykefravær har vært en prioritet. Foreløpig viser dette arbeidet gode resultater for de personene som har fått avklaring. Høsten 2020 startet det også opp et arbeid med fokus på enhetsnivå. Finnmarkssykehuset er med i to prosjekter, ett i regi av NAV Hammerfest og ett med nasjonalt bransjeprogram for IA. Arbeidet er i oppstartsfasen. Finnmarkssykehuset deltar også i regionalt nærværnettverk i Helse Nord. Der er tema blant annet er erfaringsutveksling og læring.

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. Tiltaket med nærværplaner i alle enheter er videreført også i 2020. I løpet av året er det gitt opplæring til ledere, verneombud og tillitsvalgte i IA-arbeid i samarbeid med NAV-arbeidslivssenter.

### Oppsummert om sykefravær

Finnmarkssykehuset har hatt en økning i sykefraværet i 2020, sammenlignet med de forrige årene. Dette må sees i sammenheng med at det spesielle året 2020 har vært. Ser vi bak tallene, kommer det fram at det er jobbet godt med nærværsarbeid, og dette arbeidet kan vise til konkrete og gode resultater. Nærværsarbeidet ble i 2020 styrket med en stilling som har fokusert på lederstøtte og oppfølging av nærværsarbeid. Særlig oppfølging på individnivå, av ansatte med høyt og/eller hyppig sykefravær har vært fokus. Erfaringene viser gode resultater av dette arbeidet. Dette arbeidet fortsetter i 2021, og kombineres med planlagte prosjekter som skal rette fokus på enhetsnivået.

### 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».

Antallet AML-brudd er sterkt påvirket av koronasituasjonen. «Korona» var den mest brukte årsakskoden i 2020. Det er ikke mulig å si akkurat hvordan situasjonen hadde vært uten korona. Det

er utvilsomt at korona har medført en økning i antall brudd. Samtidig som korona har medført en del merarbeid, har det også ført til at andre planlagte aktiviteter er utsatt. Januar og februar viste en økning i antall brudd sammenlignet med samme periode i 2019.

Det viktigste er å ta erfaringene fra 2020, og bygge videre på mye av det gode arbeidet som er gjort i en krevende situasjon. Det er jobbet med planlegging og beredskapsarbeid. Ved å bruke disse erfaringene i framtidig planlegging bli enda bedre, som kan redusere antall AML-brudd på sikt.

I 2021 styrkes foretaket med en stilling som bemanningsrådgiver. Bedre bemanningsplanlegging kan medvirke til færre AML-brudd. Foretakets nærværarbeid bidrar også til at færre ansatte er borte, noe som reduserer behovet for at andre potensielt må jobbe overtid.

## Oppsummert om AML brudd

I motsetning til de siste årene har ikke Finnmarkssykehuset klart å få en nedgang i AML-brudd sammenlignet med fjoråret i 2020. Korona har i stor grad bidratt til en økning i antall AML-brudd. Det er viktig å la lærdom av den jobben som er gjort med planlegging og beredskapsarbeid i 2020. Kombinert med styrking med ny bemanningsrådgiver fra 2021, vil foretaket være bedre rustet til å redusere antall AML-brudd i framtiden.

## 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.

	2018	2019	2020
<b>Stikk/kutt/blod</b>	21	32	17
<b>Annet</b>	45	25	38
<b>Sum</b>	66	57	55

Antallet personalskader har holdt seg relativt stabilt sammenlignet med fjoråret. Det jobbes med å forebygge skader, noe som vil bidra til at færre skader oppstår. På den andre siden har foretaket et kontinuerlig fokus på at det skal meldes avvik, noe som vil bidra til en større sannsynlighet for at avvik meldes. Det vil også være litt tilfeldig variasjon i antall personalskader i løpet av ett år.

Kategorien «annet» inneholder blant annet fallskader, ulike uhell og vold og trusler. Finnmarkssykehuset skal utdanne instruktører som skal kurse ansatte i hvordan forebygge og håndtere vold og trusler. Opplæringen var planlagt i 2020, men ble utsatt på grunn av pandemien. Målsetningen er å gjennomføre dette i 2021.

Det var planlagt utdanning av instruktører innenfor vold og trusler i 2020. Dette har blitt utsatt til 2021. Disse vil gjennomføre opplæring av ansatte i foretaket.

## Oppsummert om personalskader

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. Det er planlagt kompetanseheving for ansatte i hvordan forebygge og håndtere vold og trusler.

## DEL 5: REVISJONER

Det er i 2020 gjennomført en rekke eksterne tilsyn og interne revisjoner. Alle avvik skal meldes, behandles og lukkes i DocMap. Alle revisjonene skal 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 ny prosedyre for når revisjoner betraktes som lukket.

## Kategori A: Eksterne systembaserte tilsyn

Det har totalt vært gjennomført 19 eksterne tilsyn i 2020, hvor åtte er avsluttet. I tillegg er det lagt til ett tilsyn som er gjennomført 2019, men ble avsluttet i 2020.

### Tilsyn som er gjennomført i 2020:

<b>Tema: Tilsyn – kontroll av elektrisk anlegg enhet døgn psykisk helse Tana</b>		
Sted: Klinikk Kirkenes	Dato: 14.01.20	Arkivreferanse: 2020/173
Revisorer: Varanger Kraftnett		
Funn: 1 avvik angående jordfeil i elektrisk anlegg.		
<b>Tilsyn avsluttet.</b>		

<b>Tema: Tilsyn ved blodbanken - Klinikk Hammerfest - Tilvirkning av blod og blodkomponenter</b>		
Sted: Klinikk Hammerfest	Dato: 24.01.20	Arkivreferanse: 2019/5097
Revisorer: Statens legemiddelverk		
Funn: 2 pålegg innen implementering av kvalitetssystem og opplæringsdokumentasjon		
<b>Tilsyn avsluttet.</b>		

<b>Tema: Forvaltningsrevisjon om helhetlig oppfølging av personer med psykiske plager og lidelser</b>		
Sted: Finnmarkssykehuset HF	Dato: 24.02.20	Arkivreferanse: 2020/294
Internrevisorer: Riksrevisjonen		
Funn: Ingen avvik/pålegg.		
<b>Tilsyn avsluttet.</b>		

<b>Tema: Tilsyn - Arbeidstilsynet - Voksenpsykiatrisk døgnenhet - Alta</b>		
Sted: Klinikk Alta Voksenpsykiatrisk døgnenhet	Dato: 26.02.20	Arkivreferanse: 2020/478
Revisorer: Arbeidstilsynet		
Funn: 4 pålegg innen plan for bedriftshelsetjeneste, vold, trusler, arbeidsplasser og HMS arbeid.		
<b>Tilsyn avsluttet.</b>		

<b>Tema: Tilsyn - Brannvesenet - DPS Lakselv</b>		
Sted: Lakselv	Dato: Vår 2020	Arkivreferanse: 2020/864
Revisorer: Brannvesenet Lakselv		
Funn: Ingen avvik/pålegg.		
<b>Tilsyn avsluttet.</b>		

<b>Tema: Forvaltningsrevisjon om kliniske behandlingsstudier i helseforetakene</b>		
Sted: Finnmarkssykehuset HF	Dato: Vår 2020	Arkivreferanse: 2019/5120
Revisorer: Riksrevisjonen		
Funn: Ikke mottatt rapport.		

**Tema: Revisjon - Behandling av personopplysninger i Finnmarkssykehuset HF**

Sted: Finnmarkssykehuset HF Dato: mai/juni 2020 Arkivreferanse: 2020/1703

Internrevisorer: Helse Nord

Funn: 5 anbefalinger angående databehandlere, avtaler, inkludering av personvernombud og oppdatering av protokoller.

**Tilsyn avsluttet.****Tema: Tilsyn fra Fylkesmannen - Fødestua ved klinikk Alta – UNNTATT OFFENTLIGHET**Sted: Klinikk Alta Dato: juni 2020 Arkivreferanse: 2020/2112  
Fødestua

Revisorer: Fylkesmannen

Funn: Prosedyre etter omorganisering uklart, ikke gjennomført årlig sertifisering.

**Ikke avsluttet.****Tema: Tilsyn med luftambulansetjenesten - Helsetilsynet**Sted: Klinikk Prehospital - Dato: 17.09.2020 Arkivreferanse: 2020/1121  
luftambulansetjenesten

Revisorer: Helsetilsynet

Funn: Ikke mottatt rapport.

**Tema: Branntilsyn - Garasje hos Finnmarkssykehuset - BUP**Sted: Klinikk Hammerfest, Dato: 23.09.2020 Arkivreferanse: 2020/3139  
Garasje BUP

Revisorer: Brann- og redningstjenesten i Hammerfest Kommune

Funn: 1 avvik angående bruk av skjøteledninger

**Ikke avsluttet.****Tema: Kontroll av elektrisk anlegg - Ringveien 47, 9845 Deatnu / Tana**Sted: Tana - Dato: 24.09.2020 Arkivreferanse: 2020/3149  
ambulansetjenesten

Revisorer: EL og IT Varanger Kraft

Funn: 1 pålegg innen jordfeil på elektrisk anlegg.

**Tilsyn avsluttet.****Tema: Tilsyn -****- UNNTATT OFFENTLIGHET** offl. § 13, jf. fvl. § 13 første ledd nr. 1

Sted: Finnmarkssykehuset HF Dato: Høst 2020 Arkivreferanse: [REDAKERT]

Revisorer: Fylkesmannen

Funn: [REDAKERT]

**Frist 16.02.21.****Tema: Tilsyn - Kontroll av elektrisk anlegg**

Sted: Klinikk Kirkenes - sykehus Dato: 06.10.2020 Arkivreferanse: 2020/3333

Revisorer: Varanger Kraft

Funn: Ingen avvik/pålegg.

**Tilsyn avsluttet.**

**Tema: Tilsyn - Arbeidstilsynet - Barne- og ungdomspsykiatri - Alta**

Sted: Klinikk Alta BUP

Dato: 15.10.2020

Arkivreferanse: 2020/1066

Revisorer: Arbeidstilsynet

Funn: 3 Pålegg innen plan for bedriftshelsetjeneste, vold og trusler

**Opplæring planlagt 30.01.21.****Tema: Tilsyn - Arbeidstilsynet- HMS - Klinikk Kirkenes**

Sted: Klinikk Kirkenes

Dato: 20.10.2020

Arkivreferanse: 2020/3173

Revisorer: Arbeidstilsynet

Funn: 12 pålegg angående verneombud, arbeidsplasser, arbeidsmiljøutvalg, vold og trusler, inneklima og ventilasjon.

**Ikke avsluttet.****Tema: Tilsyn - Luftfartstilsynet - Kirkenes helikopterlass Sykehuset**

Sted: Kirkenes – Klinikk Prehospital

Dato: 18.11.2020

Arkivreferanse: 2020/3473

Revisorer: Luftfartstilsynet

Funn: 5 pålegg innen varslingsplan, redningsutstyr, tiltak mot brann, inspeksjon/kontroller, flyplasshåndbok, hinder på helikopterlass.

**Ikke avsluttet.****Tema: Tilsyn - Arbeidstilsynet - Barne- og ungdomspsykiatri - Hammerfest**

Sted: Klinikk Hammerfest BUP

Dato: 18.11.2020

Arkivreferanse: 2020/480

Revisorer: Arbeidstilsynet

Funn: 3 pålegg angående opplæring i forhold til verneombud, vold og trusler

**Opplæring planlagt 15.03.21.****Tema: Tilsyn - Arbeidstilsynet - tverrfaglig rusbehandling - Alta**

Sted: Klinikk Alta TSB

Dato: 03.12.2020

Arkivreferanse: 2020/849

Revisorer: Arbeidstilsynet

Funn: 1 pålegg angående vold, trusler om vold og uheldige belastninger

**Planlagt tiltak 11.03.21****Tema: Riksrevisjon - Forvaltningsrevisjon av investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene - hovedanalyse**

Sted: Finnmarkssykehuset HF

Dato: 2020

Arkivreferanse: 2020/650

Revisorer: Riksrevisjonen

Funn: Ikke mottatt rapport

**Tilsyn som er gjennomført i 2019 men lukket i 2020:****Tema: Tilsyn - faglig forsvarlighet legeressurs - Habiliteringstjenesten for voksne ( HAVO )**

Sted: Klinikk Kirkenes

Dato: Høst 2019

Arkivreferanse: 2019/3144

Revisorer: Fylkesmannen i Troms og Finnmark

Funn: Finnmarkssykehuset HF har brutt kravene i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 16.

**Avsluttet mai 2020**



## Kategori B: Foretaksovergrepene revisjoner

Det er gjennomført 11 B-revisjoner i 2020, og alle disse er avsluttet.

Tema: Innsyn i journal og blålys nr 1		
Sted: Finnmarkssykehuset HF Avdeling ØYE og TSB	Dato: 21.01.20	Arkivreferanse: 2020/1678
Internrevisorer: Tove Merethe Johnsen, Knut Risto, Nils-Petter Hallonen		
Funn: Ingen avvik.		

Tema: Ventende uten kontakt og åpne dokumenter		
Sted: Klinikk psykisk helsevern/rus og somatikk	Dato: 27.01.20	Arkivreferanse: 2020/1714
Internrevisorer: Tove Merethe Johnsen, Knut Risto, Nils-Petter Hallonen		
Funn: Ventende uten kontakt: svak nedgang, men fortsatt for høyt. Åpne dokumenter: noe økende. Fortsatt for mange åpne dokumenter.		
<b>Avsluttet og resultat er sendt til aktuelle ledere.</b>		

Tema: Innsyn i journal og blålys nr 2		
Sted: Finnmarkssykehuset HF Avdeling ORT og KSF	Dato: 20.04.20	Arkivreferanse: 2020/1678
Internrevisorer: Tove Merethe Johnsen, Knut Risto, Nils-Petter Hallonen, Merete Nilsen		
Funn: Ingen avvik.		

Tema: Innsyn i journal og blålys nr 3		
Sted: Finnmarkssykehuset HF Avdeling DPS og BUP	Dato: 19.08.20	Arkivreferanse: 2020/1678
Internrevisorer: Tove Merethe Johnsen, Knut Risto, Nils-Petter Hallonen, Merete Nilsen		
Funn: Ingen avvik.		

Tema: Scanning av dokumenter nr 1		
Sted: Klinikk Kirkenes	Dato: Uke 22 2020	Arkivreferanse: 2020/2125
Internrevisorer: Tove Merethe Johnsen, Knut Risto, Nils-Petter Hallonen, Merete Nilsen		
Funn: En del dokumenter er ikke merket med navn, enkelte har mindre bra kvalitet på scanning. Ellers bra kvalitet.		
<b>Avsluttet og resultat er sendt til aktuelle ledere.</b>		

Tema: Scanning av dokumenter nr 2		
Sted: Klinikk Hammerfest	Dato: Uke 26 2020	Arkivreferanse: 2020/2125
Internrevisorer: Tove Merethe Johnsen, Knut Risto, Nils-Petter Hallonen, Merete Nilsen		
Funn: En del dokumenter er ikke merket med navn, enkelte har mindre bra kvalitet på scanning. Ellers bra kvalitet.		
<b>Avsluttet og resultat er sendt til aktuelle ledere.</b>		

**Tema: Scanning av dokumenter nr 3**

Sted: Sámi klinihkka	Dato: Uke 45 2020	Arkivreferanse: 2020/2125
----------------------	-------------------	---------------------------

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

Funn: En del dokumenter er ikke merket med navn, enkelte har mindre bra kvalitet på scanning. Ellers bra kvalitet.

**Avsluttet og resultat er sendt til aktuelle ledere.**

**Tema: Viderehenvisning fra annet sykehus nr 1**

Sted: Klinikk Hammerfest/Alta KIR-FIN	Dato: 14.05.20	Arkivreferanse: 2020/2187
--	----------------	---------------------------

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

Funn: 15 av 16 henvisninger hadde feil utfylte datoer. 13 av 16 henvisninger er muligens rettighetsvurdert på nytt. 1 henvisning var avvist. 12 av 16 brev hadde ikke med dokumentet Videre henvisning til annet sykehus.

**Avsluttet og resultat er sendt til aktuelle ledere.**

**Tema: Viderehenvisning fra annet sykehus nr 2**

Sted: Klinikk Kirkenes KIR-FIN	Dato: 28.09.20	Arkivreferanse: 2020/2187
--------------------------------	----------------	---------------------------

Internrevisorer: Tove Merethe Johnsen, Nils-Petter Hallonen, Merete Nilsen

Funn: 11 av 11 henvisninger hadde feil utfylte datoer.

**Avsluttet og resultat er sendt til aktuelle ledere.**

**Tema: Klima og miljø (IS14001) – Organisasjonens kontekst og lederskap**

Sted: Klinikk Kirkenes og Klinikk Hammerfest	Dato: 23.-24.09 og 01.10.20	Arkivreferanse: 2020/3299
---	-----------------------------	---------------------------

Internrevisorer: Andreas Ertesvåg og Terje Ryeng

Funn: To forbedringsområder:

Forbedringsområde 1: Klima og miljø i årshjul

Forbedringsområde 2: Bruk av miljøkoordinator (hovedverneombud)

**Avsluttet.**

**Tema: Oppfølging av internrevisjoner**

Sted: Finnmarkssykehuset HF	Dato: Juni 2020	Arkivreferanse: 2020/2313
-----------------------------	-----------------	---------------------------

Internrevisorer: Elisabeth Joks og Andreas Ertesvåg

Funn: 6 anbefalinger innen internrevisjonsplaner, DocMap og Elements.

**Avsluttet.**

## Kategori C: Revisjoner på en enkelt enhet

Det er gjennomført 5 revisjoner på enhetsnivå, en av disse er avsluttet.

Tema: Revisjonsområde 5 - Blodbank		
Sted: Blodbank – Klinikk Hammerfest	Dato: 16.04.20	Arkivreferanse: 2020/2495-1
Internrevisorer: Bente Johanson og Kine Aasheim		
Funn: Fire avvik innen: 1. Prosedyrer under punktet Fraksjonering 2. Prosedyrer under Frigivelse av blod for distribusjon 3. Pretransfusjonsundersøkelser/utlevering av blodprodukter 4. Kjøp, salg og forsendelse av blodprodukter <b>Ikke satt frist.</b>		

Tema: Forebygging legionella		
Sted: SDE TDS vest	Dato: 04.06.20	Arkivreferanse: 2019/1575-7
Internrevisorer: Terje Ryeng og Glenn Arne Grahn		
<b>Funn:</b> 1 avvik angående manglende internkontroll, 7 Observasjoner angående dokumenter, rutiner og planer, og 4 forbedringsforslag til avdekte funn: <u>Forbedringsforslag 1:</u> RL6716 «Veiledning forebygging av legionella» gjøres gjeldende for også å gjelde TDS vest. <u>Forbedringsforslag 2:</u> Mangler dokumentasjon på forebygging av legionella i tappevann, forklares muntlig, men foreligger ikke skriftlig. <u>Forbedringsforslag 3:</u> Etablere melding til kommunen om hendelser med melding om risiko for legionellaspredning. For veiledning se PR40372 for UNN <u>Forbedringsforslag 4:</u> Etablere beskrivelse på hvordan de ivaretar Desinfisering av legionellabakterie i dusjer, kraner og tappesteder. For veiledning se PR2533 fra NLSH <b>Frist 14.08.20.</b>		

Tema: Drift og vedlikehold elektrisk anlegg i Finnmarkssykehuset HF		
Sted: Hammerfest sykehus	Dato: 02.07.2020	Arkivreferanse: 2019/1575-8
Internrevisorer: Terje Ryeng og Ketil Holmgren		
<b>Funn:</b> 1 avvik angående oppdatering prosedyrer og 4 forbedringsforslag for å lukke avvik: <u>Forbedringsforslag 1:</u> Oppdatering av EL prosedyrer og retningslinjer. Prosedyrene bør oppdateres systematisk. Det anbefales å samordne prosedyrer for Øst og Vest i Finnmarkssykehuset og vurdere å slå sammen prosedyrer <u>Forbedringsforslag 2:</u> Ved utarbeidelse av fellesprosedyrer/ retningslinjer bør det være samarbeid mellom TDS øst og TDS vest. <u>Forbedringsforslag 3:</u> Dokumentasjon av kompetanse. Finnmarkssykehuset har tatt i bruk kompetansem modul, og teknisk drift kan med fordel ta i bruk denne modulen for å dokumentere kompetanse i enheten. Videre		

anbefales det å opprette en skriftlig opplæringsplan for nyansatte. Denne bør legges inn i kompetansemodule.

Forbedringsforslag 4:

Økt info ved implementering av retningslinje RL7615 Ansvarsoppgaver. Ved innføring av nye retningslinjer /prosedyrer bør dette informeres / implementeres på en god måte. Driftsansvarlig var ukjent for enhetsleder.

**Frist 01.09.20**

**Tema: Internrevisjon kompensasjonsdager**

Sted: Personal og organisasjon | Dato: 17.06.20 | Arkivreferanse: 2020/2787

Internrevisorer: Andreas Ertesvåg og Vidar Andersen

Funn: Fire avvik

- 1: Manglende prosedyre for tildeling av kompensasjonsdager
- 2: Manglende vurdering rundt forsvarlig arbeidstid
- 3: Manglende dokumentasjon for tildelte kompensasjonsdager
- 4: Unntak fra regler om arbeidstid i strid med lovkrav

**Frist 31.12.20.**

**Tema: Internrevisjon lederutviklingsprogram**

Sted: Personal og organisasjon | Dato: 19.06.20 | Arkivreferanse: 2020/2788

Internrevisorer: Andreas Ertesvåg

Funn: To anbefalinger innen lederutvikling

**Avsluttet.**

## Oppsummert om revisjoner

Av totalt 19 eksterne tilsyn i 2020 er det åtte som er avsluttet, tre som har planlagt tiltak for avslutning, tre som ikke har ferdigstilt rapport og fem som ikke er avsluttet. Innen kategori B er det gjennomført 11 revisjoner, hvor alle er avsluttet, og innen kategori C er det gjennomført fem revisjoner hvor en er avsluttet.

Alle revisjoner skal arkiveres i Elements (arkiv), behandles i KVAM-råd, fagdager og meddeles ansvarlige ledere. Foretakets revisjonsteam utarbeider revisjonsplan angående kategori B, som godkjennes av foretaksledelsen. Foretaksledelsen behandler status for foretakets A, B og C revisjoner en gang hvert halvår.

Det sees et tydelig behov for opplæring både i forhold til gjennomføring/oppfølging av prosedyre for internrevisjon, og prosedyre for arkivering, da flere tilsyn og revisjoner viser mangler på dette.

## DEL 6: KLIMA OG MILJØ

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. 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.

### Status fra tidligere gjennomganger

Fokusområde	Tiltak	Ansvar	Frist	Resultat
Revidere miljømål på avfall på bakgrunn av ny avfallsavtale.	Bruke ny avfallsavtale som utgangspunkt for å revidere miljømål knyttet til avfall.	Andreas Ertesvåg / SDE.	31.03.20.	Miljømålet er revidert.
Revidere miljømålet på pasientreiser.	2018 settes som nytt nullpunkt, pga. endring i måleparameter for Co2-utslipp fra flyreiser.	Andreas Ertesvåg.	31.03.20.	Miljømålet er revidert.

## Endringer

### Eksterne og interne forhold

Det er ikke identifisert vesentlige endringer i eksterne forhold. Pandemien har blant annet bidratt til et større fokus på bruk av videokonferanser, både til møter/kurs og til pasientbehandling. Dette har vært et fokusområde for Finnmarkssykehuset i lang tid, og bruken har tatt seg ytterligere opp i 2020.

Ny klinikkstruktur ble innført 1. januar 2020. De nye klinikkene, Sámi Klinihkka og Klinikk Alta, har begge jobbet med å utarbeide handlingsplaner og samsvarsvurderinger.

### 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 at sammenslåinger ikke vil påvirke de grunnleggende forventingene 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 gjennomfører regelmessig kartlegging av miljøaspektene. Siste store kartlegging var i 2019. 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 2025, sammenlignet med 2018. 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	Gjennom økt sorteringsgrad skal foretaket oppnå 10% reduksjon av restavfall innen utgangen av 2025, sammenlignet med 2019.
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	Prosentvis endring sammenlignet med 2018
2018	87	
2019	84	-2%
2020	64	-26%

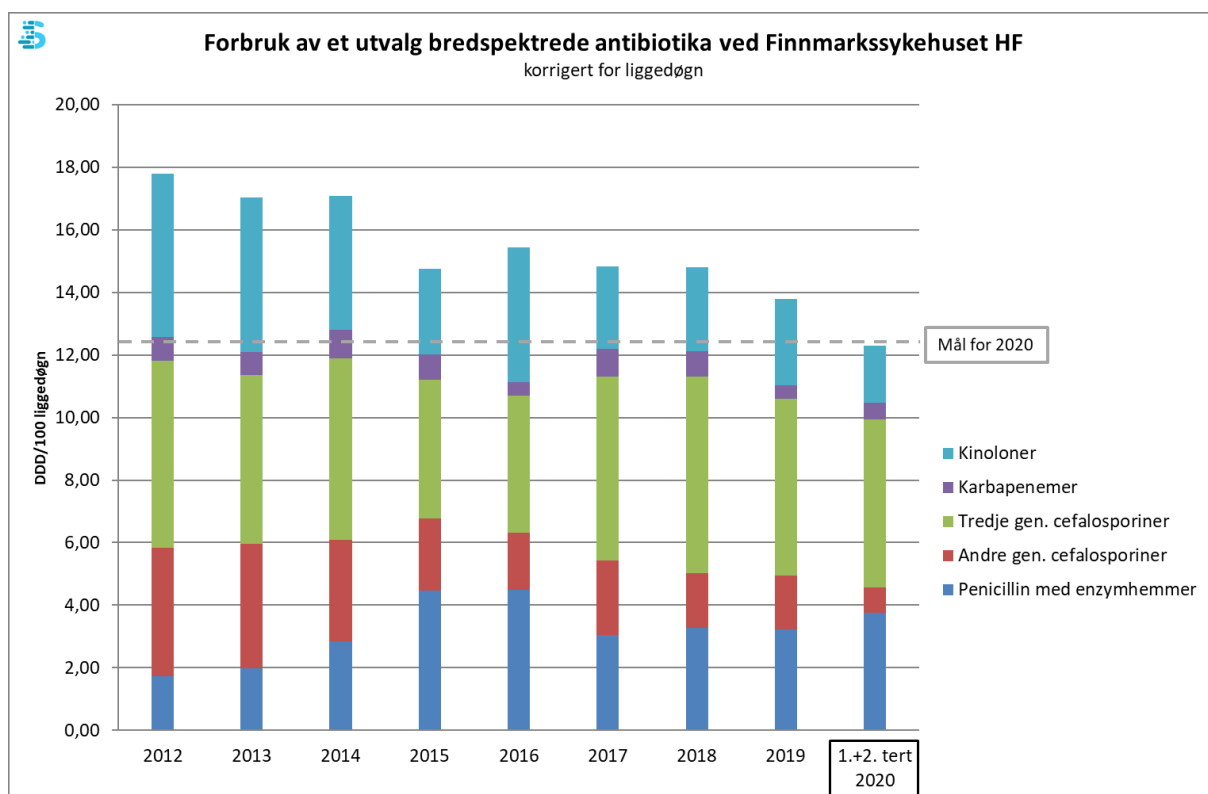
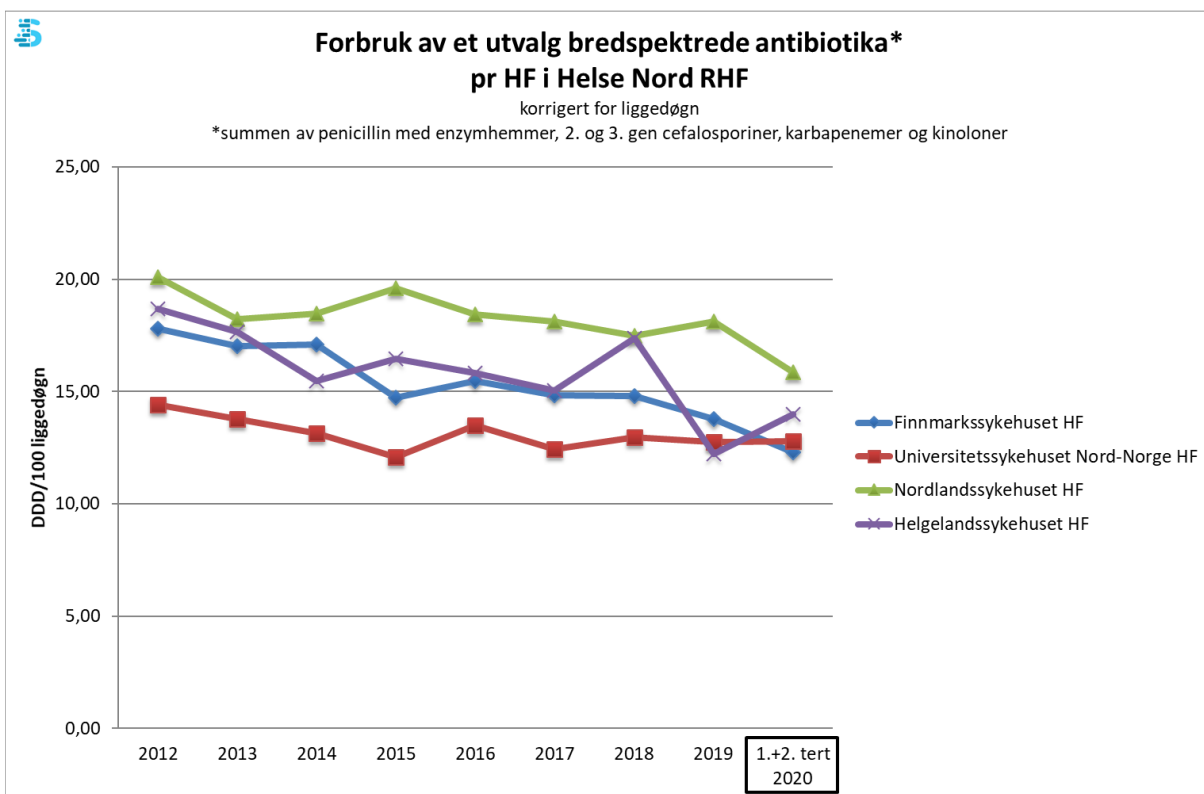
Isolert sett er resultatet på utslipp av CO2 per behandlede pasienter positivt. På den ene siden må resultatet leses med en viss forsiktighet, da 2020 var et spesielt år. På den andre siden er mye positivt å ta med seg. Særlig to tiltak bør trekkes fram som medvirkende både til reduksjon av CO2-utslipp, og til at foretaket har gitt god pasientbehandling under pandemien.

Det første er etablering og utvidelse av tilbudet i Alta og Karasjok som har bidratt til reduserte pasientreiser. Dette er en del av en langsiktig satsing og utvikling av pasienttilbudet. Det andre er bruken av polikliniske video- og telefonkonsultasjoner som har hatt en kraftig økning i 2020. Dette er en del av e-helsestrategien til foretaket. Pandemien har bidratt til en ekstra satsing på dette tilbudet. Psykisk helsevern og rus har hatt en økning på over 30%, og somatikken en økning på cirka 4%.

Erfaringene fra 2020 følges opp videre.

### 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 2020 viser at foretaket har drøyt 30% nedgang sammenliknet med tall fra 2012. FIN er et av de få helseforetakene i landet som oppnådde dette målet.



### Hovedmål 3: Avfall

Finnmarkssykehuset HF hadde en reduksjon i mengden restavfall i 2020, både sammenlignet med 2019 med omtrent 48 tonn. Reduksjon er i hovedsak i Tana og Hammerfest, mens de andre

lokasjonene stort sett er som 2019. Karasjok har en oppgang som kan ha sammenheng med oppgradering av bygningsmassen og litt rydding. Eksempelvis i Tana er det gjort en større ryddejobb i 2019, mens for 2020 har de ikke hatt større byggprosjekter. I Kirkenes er det omtrent samme mengde som 2019. Dette kan ha en sammenheng med at det blant annet er byttet dører og inventar og andre ting som har blitt skiftet ut og reparert etter innflytting.

Finmarkssykehuset HF	2019	2020	Endring fra 2019
Lokasjon	Tonn restavfall		
Kirkenes	104	100	-4%
Hammerfest	141	116	-18%
Karasjok	4	7	+75%
Tana helsesenter	61	45	-26%
<b>Sum Finmarkssykehuset</b>	<b>322</b>	<b>274</b>	<b>-15%</b>

#### Hovedmål 4: miljøkrav ved anskaffelser

Innkjøpsavdelingen i Finmarkssykehuset HF har ikke lengre ansvaret for de store anskaffelsene, og en stor del av miljøansvaret rundt anskaffelser ligger hos 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 Finmarkssykehuset HF. Alle prosjektledere er pålagt å etterleve disse rutinene i gjennomføring av anskaffelser.

Innkjøpsavdelingen ved Finmarkssykehuset er på linje med Sykehusinnkjøp HF opptatt av å stille miljøkrav der det er mulig.

Videre søker Finmarkssykehuset HF en grønn profil, og har blant annet anskaffet EI-biler som tjenestebiler for 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, 86 i 2019 og i 2020 ble det meldt 91 avvik.

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. Finmarkssykehuset rapporterer også årlig i helseforetakene sitt rapportsystem for ytre miljø.

#### 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 2020 ble det gjennomført en internrevisjon med tema «Organisasjonens kontekst og lederskap.». Revisjonen ble gjennomført ved klinikk Hammerfest og klinikk Kirkenes. Det ble ikke avdekket noen avvik, men to forbedringsforslag og en anbefaling.

Det er utført en ekstern revisjon på klima og miljø, ISO14001, i 2020. Eksternt revisjonsfirma var Kiwa. Revisjonen kom med to forbedringspunkter. Det er gjennomført tiltak på bakgrunn av disse punktene. Tilbakemelding er gitt til revisjonsleder.

## **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 2020.

## **Henvendelser fra interesseparter**

Henvendelser fra interne interesseparter følges opp i etablert møtstruktur og rutiner for oppfølging av saker. Eksterne henvendelser følges opp etter gjeldende saksbehandlingsregler og arkiveres i arkiv og saksbehandlingssystemet. En sak vedrørende lokal forurensing fra 2017 ble endelig avsluttet i 2020.

## **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**

Gjennomgangen viser at foretaket har gode resultater på alle de fire miljømålene. Isolert sett oppnår foretaket målet på alle områder i 2020. Det er rimelig å anta at pandemien er en medvirkende årsak. Samtidig kommer det også fram at foretaket har jobbet godt med satsingsområdene. Eksempelvis arbeid med e-helse har vært en satsing i flere år, og pandemien har bare forsterket dette. Resultater på reduksjon i bruken av bredspektrede antibiotika er også et klart resultat av langsiktig arbeid.

Foretaket vil ta med seg de gode resultatene, og bruke dette som inspirasjon for det videre arbeidet. Det er viktig å fortsatt følge opp og jobbe målrettet med klima og miljø. Det må forventes at resultatene vil endre seg etter hvert som samfunnet går tilbake til en normalsituasjon. Samtidig vil lærdom og gode tiltak fra pandemien kunne videreføres og videreutvikles.

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:

- Å videreføre mål angående medikamenter, for å følge opp om bruken av bredspektrede antibiotika, holder seg under måltallet de neste årene.
- Fortsatt oppfølging og fokus på miljømålene til foretaket.

## DEL 7: INFORMASJONSSIKKERHET

### Trusselvurdering 2020

Målråttede angrep gjennom digitale innbrudd, løsepengevirus og phishing/snoking er ansett som de største truslene mot helse- og omsorgssektoren. Det ble i løpet av året rapportert om hendelser der nyhetssaker vedrørende koronaviruset ble misbrukt. Det har vært utført vellykkede angrep på Stortinget, flere kommuner i Innlandet, og på Norges arktiske universitet (UIT). I Finland ble et psykoterapisenter hacket og pasientinformasjon havnet på avveie. Et sykehus i Düsseldorf ble rammet av et løsepengevirus-angrep, som førte til at en pasient mistet livet. Det er ikke observert vellykkede angrep mot Finnmarkssykehuset HF.

Økt bruk av hjemmekontor og økt bruk av privat IT-utstyr som kobles opp mot jobb, bidro til at foretakets digitale domene ble mer utsatt for uønskede hendelser. På grunn av svakheter i tjenesten som tilgjengeliggjør epost på mobile enheter ble denne stengt og erstattet med ny sikrere løsning.

### Trender fra gjennomførte risikovurderinger, inntrengingstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner

Risikovurdering gjennomføres i hovedsak i samarbeid med de andre foretakene i Helse Nord. Av større prosjekter som er risikovurdert nevnes hasteinføring av Teams for bruk i samhandling, samt Videonor som erstatter Skype til bruk i virtuelle pasientkonsultasjoner.

Helse Nord RHF gjennomførte en internrevisjon i «behandling av personopplysninger i Finnmarkssykehuset HF». Formålet var å bekrefte at foretaket har en samlet oversikt over behandlinger av personopplysninger som blir utført under dets ansvar og at nødvendige databehandlingsavtaler foreligger, i samsvar med kravene i personvernforordningen. Revisjonsrapporten med anbefalinger, samt tiltaksplan basert på anbefalingene ble lagt frem for foretaksledelsen og styret.

Finnmarkssykehuset deltok i kartlegging av IKT-beredskap i regi av Statens helsetilsyn. Kartleggingen ble gjennomført ved dokumentinnsending, samt avklaringsmøter i etterkant.

Høsten 2020 mottok vi rapport etter Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer. Rapporten var gradert i henhold til sikkerhetsloven. I desember ble offentlig rapport utgitt. Flere av funnene viser alvorlige avvik, så lukking av dette må ha stort fokus fremover. Forslag til tiltaksplan for lukking av funn/avvik er utarbeidet, og vil bli lagt frem for foretaksledelsen og styret i 2021. Flere av avvikene lukkes regionalt via prosjektet «Helhetlig informasjonssikkerhet».

### Helhetlig informasjonssikkerhet

Delprosjektene i HIS-prosjektet har hatt mindre utsettelse grunnet ressursituasjonen under covid-19. Kirkenes sykehus var pilot for innføringen av Network Access Control (NAC). Løsningen er delvis innført, og vil på sikt sørge for at vi har kontroll på alt utstyr som kobles til våre nettverks punkter. Løsningen skal på sikt ruller ut i hele Helse Nord.

### Avviksrapportering

År	Antall avvik
2018	24
2019	27
2020	32

Det er registrert 32 avvik av kategorien «Informasjonssikkerhet/personvern» i DocMap. Dette er en liten oppgang fra tidligere år, men det er fortsatt grunn til å tro at dette er en underrapportering. Det er flere grunner til underrapportering. Manglende opplæring i avvikssystem, hendelser oppfattes ikke som avvik og at avvikene registreres i andre kategorier kan være noen av årsakene. Informasjonssikkerhetsrådgiver har fokus på melding av avvik i KVAM-råd og kurs for nyansatte.

### **Styringssystem**

Helse Nord har et styringssystem for informasjonssikkerhet som forvaltes av Fagråd for informasjonssikkerhet (FRIS). Styringssystemet for informasjonssikkerhet gjelder all informasjonsbehandling som skjer i Helse Nord. Dette omfatter all behandling, lagring og kommunikasjon av informasjon både muntlig, på papir og digitalt. I 2020 har vi revidert blant annet retningslinjer for «identitetshåndtering og tilgangsstyring» og «bruk av skytjenester».

### **Oppsummert om informasjonssikkerhet**

Angående trusselvurdering er det ikke observert vellykkede angrep mot Finnmarkssykehuset HF, men det er iverksatt ekstra tiltak med tanke på dagens utvidede bruk av hjemmekontor. Gjennomførte revisjoner viser behov for oppfølging og handlingsplaner er utarbeidet. Det er få avvik som meldes innen informasjonssikkerhet. Dette kan skyldes underrapportering som følge av manglende opplæring. Tiltaksplan er utarbeidet og følges opp.

## **DEL 8: AVSLUTNING**

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 2020. På den bakgrunn er det lagt opp til en mer detaljert og tettere oppfølging av klinikkens tiltaksplaner for 2021.

I Ledelsens gjennomgang er noen utfordringsområder påpekt, som foretaket vil ha fokus på i 2021. Dette omfatter blant annet dokumenter/prosedyrer i kvalitetsapplikasjonen DocMap og opplæring i bruk av dette systemet. Det samme gjelder opplæring i forhold til tilsyn og revisjoner. Videre nevnes et nødvendig fokus på området AML-brudd for å redusere omfanget av slike brudd.

I 2020 er det totalt meldt 2990 avvik, mot 2585 i 2019. Det er Klinikk Hammerfest som har meldt flest avvik, Klinikk Kirkenes viser størst reduksjon, mens øvrige klinikker, SDE og Stab viser økning fra 2019. Det anses som positivt at antall avvik øker da det ønskes en utvikling av god meldekultur og åpenhet rundt forhold som ikke er akseptable. Det er i hovedsak avvik innen pasienthendelser og avvik innen egen eller annen avdeling som meldes.

Finnmarkssykehuset HF har en økning på 172 pasienthendelser fra 2019 til 2020. SPU skal bidra til at læringseffekten etter en pasienthendelse forankres og har en sentral rolle i arbeidet med hendelsesanalyse og hendelsesgjennomgang. Det er ikke gjennomført hendelsesanalyse i 2020, men 3 hendelsesgjennomganger i forbindelse med alvorlig pasienthendelse. Det er planlagt opplæring i metodikk for hendelsesgjennomgang første halvår 2021.

Fordelingen av avvik i klinikk/stab viser at Stab (FFS, PO, økonomi), SDE og Klinikk Prehospital har en forholdsmessig stor andel av avvik som ikke er lukket sammenliknet med øvrige klinikker, selv om det er få antall avvik. Arbeidsflyt i saksgang viser en større utfordring hva angår opplæring av kvalitetssystem, da flere avvik fortsatt ligger hos melder, leder eller godkjenner.

Finnmarkssykehuset HF har historisk sett meldt svært få avvik i kategori elektromedisinsk utstyr. Dette er noe DSB har påpekt ved tidligere tilsyn, og antallet har gått ned fra 2019 til 2020. Flest avvik meldes innen kategoriene pasienthendelser og avvik i egen eller annen avdeling.

Finnmarkssykehuset HF har hatt en økning i sykefraværet i 2020, sammenlignet med de forrige årene. Dette må sees i sammenheng med at det spesielle året 2020 har vært. Ser vi bak tallene, kommer det fram at det er jobbet godt med nærværarbeid, og dette arbeidet kan vise til konkrete og gode resultater. Nærværarbeidet ble i 2020 styrket med en stilling som har fokusert på lederstøtte og oppfølging av nærværarbeid. Utdanning av instruktører innen vold og trusler ble utsatt i 2020, men planlegges gjennomført i 2021.

I 2020 har det vært 19 eksterne tilsyn, 11 B- revisjoner og 5 C- revisjoner. Det er totalt 23 av 35 som er avsluttet. Det sees et tydelig behov for opplæring både i forhold til gjennomføring/oppfølging av prosedyre for internrevisjon, og prosedyre for arkivering, da flere tilsyn og revisjoner viser mangler på dette.

Gjennomgangen viser at foretaket har gode resultater på alle de fire miljømålene. Isolert sett oppnår foretaket målet på alle områder i 2020. Det er rimelig å anta at pandemien er en medvirkende årsak. Samtidig kommer det også fram at foretaket har jobbet godt med satsingsområdene.

Foretaket har jobbet systematisk med informasjonssikkerhet, samtidig som eksterne tilsyn viser forbedringsområder vi vil ha fokus på i 2021.

Ledelsens gjennomgang for 2020 er i forkant av styrebehandling gjennomgått i:

- Foretaksledelsen i møte 9. februar 2021.
- Informasjons- og drøftingsmøte med tillitsvalgte i møte 15. februar 2021.
- FAMU møte 15. februar 2021.