



## Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr.:  
2022/1386

Saksbehandler:  
Line Grongstad

Sted/Dato:  
Kirkenes, 20.04.2022

### Saksnummer 33/2022

Saksansvarlig: Konstituert kvalitets- og utviklingssjef Line S. Grongstad  
Møtedato: 27.-28. april 2022

---

## Ledelsens gjennomgang 2021 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 2021 til etterretning.
2. Styret ber administrerende direktør følge opp fokus på kontinuerlig forbedring og oppsummerende tiltaksliste.

Vivi Brenden Bech  
Konstituert administrerende direktør

### Vedlegg:

1. Saksfremlegg
2. Ledelsens gjennomgang 2021



## Sak: Ledelsens gjennomgang 2021 Finnmarkssykehuset HF

Saksbehandler: Line S. Grongstad

Møtedato: 27.-28. april 2022

---

### 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 2021 framkommer i vedlagte rapport. Rapporten har ny utforming, har flere fokusområder, og gir en bedre oversikt over anbefalte tiltak i tiltaksliste for 2022.

### 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/analyse

Fokusområder i «Ledelsens gjennomgang» vil kunne endres fra år til år. Ledelsens gjennomgang omfattet følgende områder i 2021:

#### 1. Hovedområde Avvikssystem 2021

Det har vært en generell nedgang i antall meldte avvik fra 2020 til 2021. Tidligere år har pasientavvik vært den med flest meldte hendelser, mens en nå ser at avvik egen avdeling og avvik annen avdeling har størst andel. Foretaket har en god meldekultur, men fortsatt er det et stort antall hendelser som ikke er lukket og ferdig behandlet.

#### 2. Hovedområde Hendelsesanalyser/-gjennomganger 2021

Hendelsesanalyse eller Hendesegjennomgang vurderes utført når en uønsket hendelse/nesten- hendelse er alvorlig, kompleks, uklar eller involverer flere enheter. I 2021 er det utført 2 Hendesegjennomganger, en i Prehospitale tjenester og en ved Hammerfest sykehus.

#### 3. Hovedområde Systematisk HMS 2021

Foretaket kan vise til gode resultater hva angår nærværarbeid, og har nedgang i sykefravær til tross for pandemien. Det har vært et stort fokus på forebygging av vold og trusler og flere tiltak er iverksatt her.



#### **4. Hovedområde Dokumentstyring 2021**

Det er gjort et større arbeid med revisjon av dokumenter. Det er et etterslep på revisjon av dokumenter tilknyttet beredskap som følge av pandemien. Det nevnes at det pågår et regionalt arbeid med anskaffelse av nytt dokumentstyringssystem.

#### **5. Hovedområde Internrevisjon 2021**

Majoritet av planlagte revisjoner er gjennomført, men pandemien har ført til endel utsettelse. Det legges vekt på å i større grad benytte funn fra revisjoner i systematisk forbedringsarbeid.

#### **6. Hovedområde Kompetansestyring 2021**

I oppdragsdokumentet for 2021 fikk Finnmarkssykehuset HF i oppdrag om å delta i utarbeidelse og implementering av felles strategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling i Helse Nord, under ledelse av Helse Nord RHF. Arbeidet kom ikke i gang i 2021, men forventes startet opp i 2022.

#### **7. Hovedområde Pasientsikkerhet 2021**

Ifølge oppdragsdokumentet skal andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT (global trigger tool), reduseres til 10 % innen 2023. Foretaket har satt inn tiltak som vil bidra til å innfri mål.

#### **8. Hovedområde Risikostyring 2021**

Covid-19 pandemien har påvirket måloppnåelsen innenfor flere områder, men Finnmarkssykehuset HF ligger likevel på et akseptabelt nivå. Finnmarkssykehuset HF må jobbe videre med implementering av risikostyring på alle nivå i organisasjonen.

#### **9. Hovedområde Ventetid 2021**

Ifølge oppdragsdokumentet skal gjennomsnittlig ventetid reduseres i alle regioner sammenliknet med 2020. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager i 2022. Foretaket kan vise til gode resultater i 2021, og har satt opp tiltak for videre arbeid i 2022.

#### **10. Hovedområde Personvern og informasjonssikkerhet 2021**

Riksrevisjonens rapport "Undersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer" (15.12.2020) ligger fortsatt til grunn for mye av arbeidet med informasjonssikkerhet. Det ble utarbeidet en handlingsplan for å lukke sårbarheter påpekt i rapporten, og denne ble styrebehandlet i februar 2021. Handlingsplanene revideres, og arbeidet med å lukke sårbarheter fortsetter inn i 2022.

#### **11. Hovedområde Smittevern 2021**

Året 2021 ble – på lik linje med 2020 – preget av korona-pandemien. Ansatte i smittevern var tungt inne i håndteringen av smittesituasjonen og tiltakene gjennom hele året. Som resultat av det ble andre (ikke korona-relaterte) deler av smittevernområdet satt til side, og tiltak blir iverksatt i 2022 for å ta tak i disse.

#### **12. Hovedområde Miljøledelse – Grønt sykehus 2021**

Foretaket har gode resultat på alle målområdene i 2021. Det er vanskelig å anslå hvor mye som skyldes pandemien, tiltaksarbeidet og andre årsaker. Trolig har alle tre



faktorene påvirket resultatet. I 2022 erstattes ekstern sertifisering med felles miljøstyringssystem og nasjonalt rammeverk for miljø og bærekraft. Dette innebærer at foretaket vil ta i bruk noen nye maler, og jobbe etter felles miljøindikatorer.

### **13. Hovedområde Beredskap 2021**

I 2021 var det et felles overordnet krav i oppdragsdokumentet for helseforetakene i Helse Nord å videreutvikle sine beredskaps- og smittevernplaner i lys av erfaringer og evalueringer av koronapandemien. Beredskapsarbeidet har i 2021 vært preget av krisehåndtering av covid-19, og arbeidet med å videreutvikle krisehåndteringsevnen fortsetter i 2022.

### **14. Hovedområde Sikkerhet 2021**

Den nye utgaven av sikkerhetsloven trådte i kraft 1. januar i 2019. Den legger i større grad vekt på hva virksomheter skal oppnå, i stedet for hvordan de oppnår det. Loven er blitt dynamisk og funksjonell, og tiltak er foreslått for 2022 for å sikre fokus og etterlevelse av innholdet.

## **4. Konsekvenser for samisk språk, kultur og tjenestetilbud**

Ikke relevant.

## **5. Risikovurdering**

Gjennomføring av tiltak i tiltakslisten vil redusere risiko.

## **6. Medbestemmelse og brukermedvirkning**

Denne saken ble det orientert om i informasjons- og drøftingsmøte 19. april 2022, og i FAMU samme dag.

Det fremkom spørsmål og kommentarer i informasjons- og drøftingsmøtet. Saken har ikke blitt endret som følge av disse.

## **7. 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 2022 vil tiltakslisten tydeliggjøre de områder foretaket må forbedre seg på. Her løftes spesielt rutiner vedrørende revisjoner, avvik, prosedyrer og opplæring. Beredskap og informasjonssikkerhet vil få særskilt fokus.

### **Vedlegg:**

1. Ledelsens gjennomgang 2021



**FINNMARKSSYKEHUSET**  
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



# LEDELSENS GJENNOMGANG 2021

## Innholdsfortegnelse

Innledning .....	4
Hovedområde Avvikssystem 2021 .....	4
Mål og planer .....	4
Gjennomføring og evaluering .....	4
Anbefalinger til 2022 .....	5
Hovedområde Hendelsesanalyser/-gjennomganger 2021 .....	5
Mål og planer .....	5
Gjennomføring og evaluering .....	5
Anbefalinger til 2022 .....	5
Hovedområde Systematisk HMS 2021 .....	5
Mål og planer .....	5
Gjennomføring og evaluering .....	6
Anbefalinger til 2022 .....	7
Hovedområde Dokumentstyring 2021 .....	7
Mål og planer .....	7
Gjennomføring og evaluering .....	8
Anbefalinger til 2022 .....	8
Hovedområde Internrevisjon 2021 .....	8
Mål og planer .....	8
Gjennomføring og evaluering .....	9
Anbefalinger til 2022 .....	9
Hovedområde Kompetansestyring 2021 .....	9
Mål og planer .....	9
Gjennomføring og evaluering .....	9
Anbefalinger til 2022 .....	10
Hovedområde Pasientsikkerhet 2021 .....	10
Mål og planer .....	10
Gjennomføring og evaluering .....	11
Anbefalinger til 2022 .....	11
Hovedområde Risikostyring 2021 .....	11
Mål og planer .....	11
Gjennomføring og evaluering .....	11
Anbefalinger til 2022 .....	11
Hovedområde Ventetid 2021 .....	12
Mål og planer .....	12
Gjennomføring og evaluering .....	12
Anbefalinger til 2022 .....	12
Hovedområde Personvern og informasjonssikkerhet 2021 .....	13
Mål og planer .....	13
Gjennomføring og evaluering .....	13
Anbefalinger til 2022 .....	14
Hovedområde Smittevern 2021 .....	15
Mål og planer .....	15
Gjennomføring og evaluering .....	15

Anbefalinger til 2022 .....	15
Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus 2021 .....	16
Mål og planer .....	16
Gjennomføring og evaluering .....	16
Anbefalinger til 2022 .....	17
Hovedområde Beredskap 2021 .....	17
Mål og planer .....	17
Gjennomføring og evaluering .....	17
Anbefalinger til 2022 .....	18
Hovedområde Sikkerhet 2021 .....	18
Mål og planer .....	18
Gjennomføring og evaluering .....	18
Anbefalinger til 2022 .....	19
Ledelsens gjennomgang 2021 - tiltaksliste .....	19
Hovedområde Avvikssystem .....	19
Hovedområde Hendelsesanalyser/-gjennomganger .....	19
Hovedområde Systematisk HMS .....	19
Hovedområde Dokumentstyring.....	20
Hovedområde Internrevisjon .....	20
Hovedområde Kompetansestyring .....	20
Hovedområde Pasientsikkerhet .....	20
Hovedområde Risikostyring .....	21
Hovedområde Ventetid .....	21
Hovedområde Personvern og informasjonssikkerhet.....	21
Hovedområde Smittevern.....	21
Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus.....	22
Hovedområde Beredskap.....	22
Hovedområde Sikkerhet.....	22

## 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

Det er utarbeidet ny mal for ledelsens gjennomgåelse som første gang brukes i år. Klinikken 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».

## Hovedområde Avvikssystem 2021

### Mål og planer

Finnmarkssykehuset har fokus på god meldekultur og avviksbehandling. Avvik er regelmessig tema på Kvalitets- og arbeidsmiljøutvalg (Kvam), der fokus både er læring og sikre oppfølging av avvikene.

### Gjennomføring og evaluering

Tabellen viser oversikt over meldte avvik i 2020 og 2021. Det har vært en generell nedgang i antall meldte avvik fra 2020 til 2021. Tidligere år har pasientavvik vært den med flest meldte hendelser, mens en nå ser at avvik egen avdeling og avvik annen avdeling har størst andel.

Oversikt over avvikstyper

Avvikstyper	2020	2021	Antall åpne avvik 2021
<b>FIN Pasienthendelsesskjema</b>	854	735	171
<b>FIN Samhandlingsavvik med kommuner</b>	156	137	28
<b>FIN Avvik i egen avdeling</b>	834	821	108
<b>FIN Avvik i annen avdeling</b>	709	755	200
<b>FIN Skademelding personal</b>	54	40	11
<b>FIN Avvik for laboratorier</b>	179	98	0
<b>FIN Feil ved elektromedisinsk utstyr</b>	22	12	1
<b>FIN Strålevern avvik</b>	1	4	0
<b>FIN Avvik interne revisjoner</b>	22	11	6
<b>FIN Forbedringsforslag</b>	104	102	13

Til tross for en nedgang i meldte hendelser, så vurderes det at foretaket har en god meldekultur og forståelse for varslingsplikten. Det at antall meldinger har hatt en nedgang kan mest sannsynlig knyttes til pandemien. Slik vi ser i tabellen, så er det et altfor stort antall hendelser som ikke er lukket og ferdig behandlet. Dette er en problemstilling vi tidligere også har hatt i foretaket.



## Anbefalinger til 2022

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Etablere rutiner for gjennomgang av avvik i klinikkene, avdelingene/enhetene for læring og behandling/lukking av avvik.	Klinikksjefer/stabsledere	01.07.22
Redusere andel åpne avvik med 50% sammenlignet med 2021.	Klinikksjefer/stabsledere	31.12.22
Status åpne avvik settes som fast sak i Kvamråd.	Klinikksjefer/stabsledere	Kontinuerlig

## Hovedområde Hendelsesanalyser/-gjennomganger 2021

### Mål og planer

Hendelsesanalyse/-gjennomgang vurderes utført når en uønsket hendelse/nesten - hendelse er alvorlig, kompleks, uklar eller involverer flere enheter.

### Gjennomføring og evaluering

I 2021 er det utført 2 hendelsesgjennomganger, en i Prehospitaltjenester og en ved Hammerfest sykehus. Begge disse hendelsene omfattet hjertestans og alvorlig konsekvens for aktuell pasient.

Foretaket har kun én person som har fått opplæring i metoden hendelsesgjennomgang. Dette blir sårbart, og opplæring fra UNN HF har det siste året blitt utsatt på grunn av pandemi og sykefravær hos kursholder. Det er meldt inn behov for opplæring av kvalitetsrådgivere og avdelingsledere i alle klinikker/sykehus.

## Anbefalinger til 2022

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Sikre digital opplæring fra UNN HF i metoden hendelsesgjennomgang for alle aktuelle ressurser.	FFS	31.12.22

## Hovedområde Systematisk HMS 2021

### Mål og planer

#### Sentrale satsingsområder i Finnmarkssykehuset

- Gjennomføring og oppfølging ForBedring.
- Nærværarbeid.
- Vold og trusler.

## Gjennomføring og evaluering

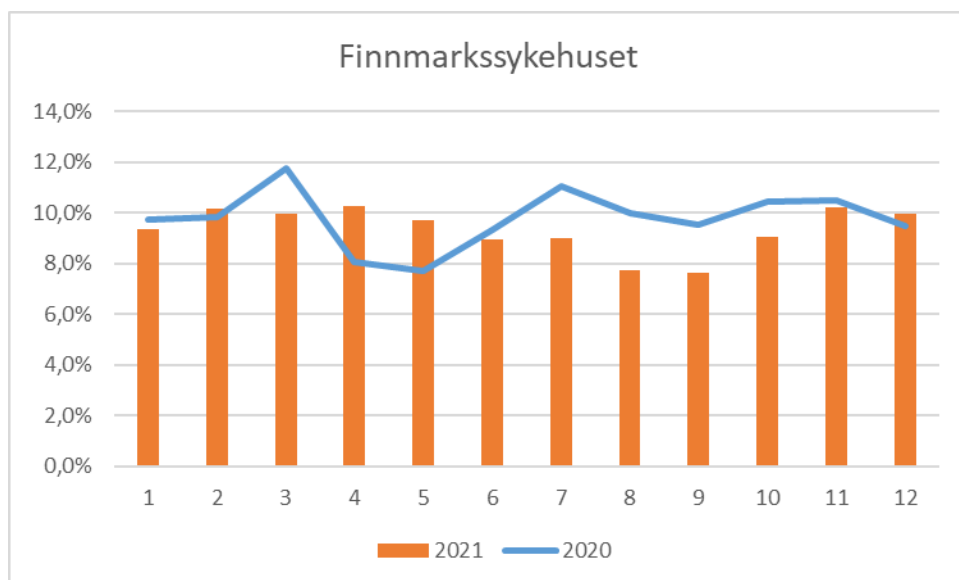
Pandemien påvirket og preget gjennomføring av HMS-tiltak også i 2021. Flere tiltak ble utsatt, og vil bli fulgt opp i 2022. Samtidig har foretaket lyktes med å gjennomføre flere tiltak og hatt fokus på viktige satsingsområder innenfor HMS-området, som HLR-opplæring, instruktører på forebygging/håndtering av vold og trusler og brannøvelser.

ForBedring 2021 ble gjennomført i februar. Finnmarkssykehuset hadde en samlet svarprosent på 75,7%. Deltakelsen var jevnt over god i alle klinikkene. Oppfølgingsarbeidet var i 2020 noe redusert, med blant annet forsinkelse i utarbeidelse av rapporter. I 2021 var det lagt opp til, og i større grad gjennomført oppfølging som normalt. Et større Covid-19-utbrudd i Hammerfest i mai førte til at særlig Hammerfest sykehus ble noe forsinket i arbeidet. Til tross utfordringer underveis, viser en gjennomgang på høsten at over 80% av enhetene hadde utarbeidet handlingsplan.

Resultatet i ForBedring 2021 holder seg på et høyt og stabilt nivå sammenlignet med tidligere år. Det er positivt å merke seg en forbedring av resultat på at ansatte melder avvik, arbeidsforhold og arbeid med smittevern.

Nærværarbeid har vært et prioritert satsingsområde i Finnmarkssykehuset over flere år. Prosjektstillingen opprettet i 2020, er gjort om til en fast rådgiverstilling. Dette for å styrke det langsiktige nærværarbeidet. Styrkingen av nærværarbeidet er tatt godt imot av ledere og medarbeidere. Det kommer jevnlig spørsmål om bistand.

Samlet sykefravær i 2021 ble 9,4%, som er en nedgang på 0,4 prosentpoeng sammenlignet med 2020. Det er langtidsfraværet som står for reduksjonen i sykefraværet. Finnmarkssykehuset når ikke den langsiktige målsetningen om 7,5% sykefravær innen utgangen av 2021, men vil fortsette å jobbe mot dette med utgangspunkt i gode erfaringer fra de siste årene.



Det er gjennomført mulighetssamtaler med 35 nye medarbeidere i 2021. Mulighetssamtalen er et tilbud for medarbeidere med høyt og/eller hyppig langtidsfravær. Fremover vil arbeidet med hyppig gjentakende fravær være en prioritet. Alle klinikkene benytter seg av tilbudet om mulighetssamtaler. Hoveddelen av de ansattes som gjennomfører mulighetssamtaler fortsetter i sin opprinnelige stilling etter sykefraværet. Noen ansatte kommer ikke tilbake til sin stilling etter maksdato og ett år i permisjon hvor de har mottatt arbeidsavklaringspenger fra NAV. Disse ansatte ender med å motta andre ytelser fra NAV, går over i annet arbeid i Finnmarkssykehuset eller avslutter sitt arbeidsforhold.

En oppfølging av 13 deltakere i mulighetssamtalen viste at sykefraværet ble halvert i en kontrollperiode på 6 måneder etter avsluttet mulighetssamtale. Gjennomsnittlig sykefravær gikk fra 53% til 29%, eller en reduksjon på 320 dagsverk.

Det er igangsatt to nærværprosjekter i foretaket. «Der skoen trykker» gjennom bransjeprogrammet IA sykehus. Merkantil enhet og lederstøtte i Kirkenes som er pilot. Her er det kommet både ny enhetsleder og ny avdelingsleder. Dette sammen med koronasituasjonen gjør at det er besluttet å avvente videre prosess til 2022. Etter utsettelse som følge av pandemien starter medisinsk sengepost og medisinsk poliklinikk i Hammerfest med «der skoen trykker», og enhet føde/gyn i Hammerfest med «Innsatsteamet» gjennom NAV arbeidslivssenter i 2022. Det er også mulig å benytte seg av innsatsteam både i Alta og Kirkenes. Kirkenes sykehus, medisinsk avdeling planlegger oppstart av «innsatsteamet» gjennom NAV tidlig i 2022. Ved klinikk Alta deltar spesialistpoliklinikken og BUP i Helse i Arbeid.

Forebygging og oppfølging av vold og trusler har hatt et særlig fokus i 2021. Temaet er fast i malen for ROS-analyser på HMS som gjennomføres i alle verneområder. Vold og trusler var hovedtema i pasientsikkerhetsuka 2021. Alle klinikkene hadde vold og trusler, med vekt på forebygging og håndtering, som tema. Pandemien har lagt noen begrensninger på muligheten for gjennomføring av fysisk opplæring. I etterkant har klinikkene planer for videreføring og oppfølging internt. Blant annet skal alle enheter gjennomføre ROS-analyser på vold og trusler.

Flere klinikker har gjennomført ReBas-opplæring for instruktører, og det er planlagt videre opplæring. Kirkenes sykehus har gjennomført opplæring av ansatte gjennom SIFER, noen enheter ble utsatt til 2022 grunnet pandemien. Kirkenes sykehus planlegger en videreføring av opplæringen i samarbeid med SIFER.

## Anbefalinger til 2022

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Gjennomføre verneombudssamling.	Foretaksverneombud / Personal og organisasjon	31.10.22
Forbered etablering av kollegastøtteordning.	Personal og organisasjon	31.12.22
Følge opp arbeid med opplæring i forebygging og håndtering av vold og trusler.	Klinikksjefene	30.09.22
Følge opp gjennomføring av utsatte aktiviteter i prosjektene «Der skoen trykker» og «innsatsteam».	Personal og organisasjon / enhetsleder utvalgte enheter	31.05.22

## Hovedområde Dokumentstyring 2021

### Mål og planer

Det er en målsetning om at foretakets prosedyrer skal revideres regelmessig, og minst hvert andre år.

## Gjennomføring og evaluering

Finnmarkssykehuset HF har 7978 dokumenter i Docmap pr 31.12.2021 (5768 pr 31.12.2020). Det har vært en ganske betydelig økning i antall dokumenter lagt inn i Docmap i 2021, noe som skyldes utarbeidelse av nye dokumenter knyttet pandemi/covid-19. Som tidligere orientert om, så er det en altfor stor andel dokumenter som ikke er revidert og godkjent innen fristen. Se tabell 1 for fordeling per klinikk/stab.

Oversikt over dokumenter passert revisjonsfrist fordelt på klinikk/stab

Klinikk og stab	Totalt antall dokumenter	Passert revisjonsdato per 31.12.21
<b>FIN Administrasjon</b>	21	0
<b>FIN Kommunikasjon</b>	19	4
<b>FIN Klinikk Alta</b>	968	10
<b>FIN Hammerfest sykehus</b>	3171	203
<b>FIN Kirkenes sykehus</b>	3149	186
<b>FIN Prehospitaltjenester</b>	276	74
<b>FIN Personal og organisasjon</b>	82	9
<b>FIN Sami Klinikk</b>	495	60
<b>FIN Fag, forskning og samhandling</b>	57	0
<b>FIN Økonomi, analyse og innkjøp</b>	139	13
<b>FIN Service, drift og eiendom</b>	336	19

Det er gjort et større arbeid med revisjon av dokumenter. Det er et etterslep på revisjon av dokumenter tilknyttet beredskap som følge av pandemien.

Det pågår et regionalt arbeid med å anskaffe nytt dokumentstyringsystem. Det er en generell utfordring ved alle norske sykehus at dokumentstyringsystemet inneholder svært mange dokumenter, hvorav flere er duplikater eller har passert revisjonsfrist. Det planlegges en felles regional tilnærming for å redusere omfanget av problemet, men dette arbeidet avventes inntil det er etablert et nytt dokumentstyringsystem.

## Anbefalinger til 2022

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Hver klinikk og stab utarbeider en plan for å revidere dokumenter som har passert revisjonsfrist.	Klinikksjefer/ stabsledere	01.07.22

## Hovedområde Internrevisjon 2021

### Mål og planer

Det er utarbeidet planer for internrevisjon på foretaksnivå og for hver klinikk.

## Gjennomføring og evaluering

Det er blitt laget et kursopplegg i metoden internrevisjon i Finnmarkssykehuset. Dette er blitt lagt opp som klasseromsundervisning, og har blitt testgjennomført 2 ganger siden det ble ferdig. Planen har vært å gjennomføre opplæring i hele foretaket i 2021, men har blitt stoppet av covid-19 utbrudd, og dermed ingen mulighet til å samles.

Som en kompensasjon for opplæringen, er det planlagt at en fra internrevisjonsteamet gjennomfører internrevisjon i Hammerfest og Kirkenes, og samtidig har med seg ansatte som skal lære seg metoden. Det vil foregå en praktisk gjennomføring av revisjon, samtidig som revisjonsleder gir teoretisk opplæring parallelt. Foruten det planlegges det på nytt klasseromsundervisning, og et fagseminar i løpet av 2022.

Det er oppfordret til at alle klinikker/sentre utarbeider egne revisjonsprogram, samt at det på foretaksnivå er utarbeidet 3-årig revisjonsprogram, som rulleres hvert år. Alle programmene for klinikk/stab skal ligge i DS15071 i Docmap, slik at det muliggjør enklere tilgang til hverandres program, samtidig som man kan samarbeide mer på tvers i foretaket. Programmet for foretaksnivå ligger i DS 1831.

Innen utgangen av 2021 er det revisjoner som er utsatt og som ikke er gjennomført på grunn av pågående pandemi. Alle planlagte revisjoner innen elektronisk pasientjournal er gjennomført etter planen. Smittevern og trygg kirurgi er ikke blitt gjennomført. Klima og miljø - planlegging og støtte ble startet i desember 2021 og avsluttet februar 2022. Revisjoner som ikke ble gjennomført i 2021 følges opp i 2022.

## Anbefalinger til 2022

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Gjennomføre minimum 2 kurs i internrevisjon.	Internrevisjonsteamet – Finnmarkssykehuset HF	31.12.22
Bruke funn fra interne revisjoner i 2022 systematisk i forbedringsarbeid	Klinikksjefer/stabsledere	31.12.22

## Hovedområde Kompetansestyring 2021

### Mål og planer

I oppdragsdokumentet for 2021 fikk Finnmarkssykehuset i oppdrag om å delta i utarbeidelse og implementering av felles strategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling i Helse Nord, under ledelse av Helse Nord RHF. Arbeidet kom ikke i gang i 2021, men forventes startet opp i 2022.

### Gjennomføring og evaluering

Finnmarkssykehuset har implementert kompetanseportalen som et system for tildeling og oppfølging av kompetanseplaner for alle ansatte. Personal og organisasjon har et systemansvar, og følger opp overordnede planer, samt bistår klinikkene ved behov.

Det er utarbeidet kompetanseplaner i klinikkene, på avdelings- og enhetsnivå. Bruken varierer noe, men generelt er systemet godt etablert. Prehospitaltjenester bruker i tillegg et eget system for oppfølging av en del av ambulansetjenestens læringskrav.

Det er etablert egne kompetanseplaner knyttet til Covid-19, herunder fagkurs og smittevernopplæring. Det er utarbeidet en plan for alle ansatte som tildeles automatisk. I tillegg er det utarbeidet tilpassede planer for de som jobber pasientrettet, og de som får andre arbeidsoppgaver som en del av pandemiplan. I starten var det regelmessig rapportering for å sikre at planene ble tildelt og fulgt opp.

Kompetanseportalen brukes for oppfølging og dokumentasjon av læringsmål for leger i spesialisering (LIS). Dette fungerer bra. Det er regelmessig rapportering og oppfølging i LIS-komiteen, som sikrer at foretaket har kontroll med utdanning av LIS.

Rapporteringsmulighetene er noe begrenset i kompetanseportalen. Dette gjelder de overordnede/sentrale kompetanseplaner som tildeles automatisk til alle ansatte. Særlig gjelder dette mulighet til å få ut rapporter som skiller mellom timevikarer og faste stillinger. Eksempelvis er ikke alle krav like relevant for timevikarer, men disse kan i dag ikke skilles ut fra rapporten. Dette er i flere år meldt inn til leverandør som et forbedringsforslag.

Personal og organisasjon arrangerer fire kurs i året i kompetansemodule. I tillegg er det tilbud om en-til-en-opplæring ved behov.

## Anbefalinger til 2022

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Delta i utarbeidelse og implementering av felles strategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling i Helse Nord, under ledelse av Helse Nord RHF.	Personal og organisasjon	31.12.22
Ha et spesielt fokus på å sikre gjennomføring av fysisk slukkeøvelse i brannvern.	Klinikksjefer og stabsledere.	31.12.22
Ha et spesielt fokus på å sikre gjennomføring av elæringskurs i informasjonssikkerhet.	Klinikksjefer og stabsledere.	31.12.22

## Hovedområde Pasientsikkerhet 2021

### Mål og planer

Ifølge oppdragsdokumentet skal andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, reduseres til 10 % innen 2023.

## Gjennomføring og evaluering

Finnmarkssykehuset har siden oppstart i 2012 hatt ett GTT team. I 2020 ble det etablert to team, ett innen kir/ort og ett innen medisin. Dette medfører at et større antall journaler blir gransket, og følgelig avdekkes flere skader sammenlignet med tidligere år. Tall for hele 2021 ferdigstilles først i mai 2022, derfor presenteres her status pr 2. tertial 2021. GTT team innen medisin avdekket skader i 16 % av de granskede journaler, mens team innen kir/ort fant skader innen 26 %. Flest skader er det innen UVI, trykksår og annen kirurgisk komplikasjon.

## Anbefalinger til 2022

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Sikre at tiltakspakker innen UVI og trykksår er implementert.	Klinikksjefer	01.06.22
Sikre fortløpende gjennomgang av dype sårinfeksjoner med bistand fra FFS. Jf. <a href="#">PR46073</a> .	Klinikksjefer	31.12.22

## Hovedområde Risikostyring 2021

### Mål og planer

Finnmarkssykehuset har jobbet med å implementere de regionale planer for 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. I ledelsen gjennomgang skal det vurderes om risikostyringen er tilfredsstillende implementert, og om strategisk risiko er vurdert.

## Gjennomføring og evaluering

Risikotoleransen tar utgangspunkt i den risiko foretaket kan akseptere i arbeidet med å realisere sitt formål/sin visjon, sine strategier og målsettinger. Risikostyring skal bidra til å øke sannsynligheten for at Finnmarkssykehuset når sine mål.

Følgende er gjennomført i 2021:

- Det gjennomføres risikostyring på oppdragsdokumentet på overordnet nivå med evaluering og korrigerende ved første og andre tertial.
- Det er gjennomført risikostyring på klinikk og avdelingsnivå på utvalgte områder

Covid-19 pandemien har påvirket måloppnåelsen innenfor flere områder, men Finnmarkssykehuset ligger likevel på et akseptabelt nivå. Finnmarkssykehuset må jobbe videre med implementering av risikostyring på alle nivå i organisasjonen.

## Anbefalinger til 2022

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Sikre kompetanse i ROS-analyser på overordnet nivå, inkludert stabsledere.	FFS, beredskapsrådgiver.	31.12.22

## Hovedområde Ventetid 2021

### Mål og planer

Ifølge oppdragsdokumentet skal gjennomsnittlig ventetid reduseres i alle regioner sammenliknet med 2020. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager i 2022. Videre skal foretaket overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Foretaket skal overholde minst 95 prosent av avtalene innen utgangen av 2021.

### Gjennomføring og evaluering

Hva angår ventetid har foretaket opprettet Lokalt innsatsteam i 2021, som har hatt fokus på å redusere ventetid og fristbrudd. Dette teamet har sammen med klinikkene bidratt til at ventetid for ventende er redusert fra 81 dager ved oppstart til 63 dager ved utgangen av 2021, til tross for store utfordringer med tanke på pandemien. Det har vært og er fokus på å korrigere feilregistreringer, sikre gode rutiner, utnytte kapasitet og etablere bedre samarbeid mellom foretakets klinikker.

Hva angår passert planlagt tid overholdt foretaket 86,5 % av alle avtaler i 2019, mens i 2021 er andelen redusert til 82 %. I perioden 2019 – 2020 ble det gjennomført 3 forbedringsprosjekter vedrørende passert planlagt tid. Dette var innen fagområdene BUP, barn og øye og alle prosjektene viste til gode resultater ved prosjektslutt. Ved utgangen av 2021 er det størst utfordring innen fagområdene nevrologi, psykisk helsevern for barn og unge og gastro.

### Anbefalinger til 2022

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Implementere metodikk og arbeidsoppgaver fra Lokalt innsatsteam til daglig drift i klinikkene.	FFS	31.12.22
Sørge for gjennomgang av tiltak etter tidligere forbedringsprosjekt innen passert planlagt tid. Det er gjennomført prosjekt innen fagområdene BUP, barn og øye.	Klinikksjefer	01.06.22



## Hovedområde Personvern og informasjonssikkerhet 2021

### Mål og planer

Riksrevisjonens rapport "Undersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer" (15.12.2020) ligger fortsatt til grunn for mye av arbeidet med informasjonssikkerhet. Det ble utarbeidet en handlingsplan for å lukke sårbarheter påpekt i rapporten, og denne ble styrebehandlet i februar 2021. Handlingsplanene revideres, og arbeidet med å lukke sårbarheter fortsetter inn i 2022.

### Gjennomføring og evaluering

Styringssystemet for informasjonssikkerhet (DS6121) revideres jevnlig av regionalt fagråd for informasjonssikkerhet. Finnmarkssykehuset mangler fortsatt en del lokale prosedyrer innenfor fagfeltet, og styringssystemet er ikke godt nok kjent ute i klinikkene.

E-læringskurs for informasjonssikkerhet ble revidert og gjort tilgjengelig våren 2021. Samtidig ble det vedtatt at kurset er obligatorisk for alle ansatte hvert annet år. Ved utgangen av 2021 har i overkant av 900 av de ansatte gjennomført kurset. Det ble også gjennomført en kartlegging av digital sikkerhetskultur høsten 2021, svarprosenten Finnmarkssykehuset var på 40%. Resultatene fra undersøkelsen vil bli lagt frem for foretaksledelsen vinteren 2022, samtidig som rapporter på enhetsnivå vil gjøres tilgjengelig for enhetene.

Trusselvurdering utført av Helse Nord IKT og Sykehuspartner viser at målrettede angrep gjennom digitale innbrudd, løsepengevirus og phishing/snoking fortsatt er ansett som de største truslene mot helse- og omsorgssektoren. I løpet av 2021 var Finnmarkssykehuset berørt av flere større sårbarheter og angrep mot IKT-infrastrukturen i Helse Nord. Av de mest alvorlige nevnes her:

- Teknisk sårbarhet i Microsofts produkter tilknyttet utskriftsfunksjonen i Windows.
- Kritisk sårbarhet i Apache Log4J - loggverktøy som berører et stort antall tjenester i Helse Nord.
- Digital angrep (DDOS) mot en server på Nasjonalt senter for e-helseforskning, som benytter Helse Nord sin underliggende infrastruktur.
- Digitalt angrep (Flooding) mot Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten (FNSP). Angrepet var målrettet mot unn.no

Personvernforordningen pålegger Finnmarkssykehuset å føre protokoll over sine behandlingsaktiviteter. Denne protokollen er under utarbeiding, men arbeidet har tatt tid og er krevende. Arbeidet bør prioriteres og det bør avsettes nødvendige ressurser i prosjektledelsen og i klinikkene til ferdigstilling av protokollen.

Det er registrert 37 personvern- og informasjonssikkerhetsavvik i Finnmarkssykehuset i 2021. Det er positivt at personvern- og informasjonssikkerhetsavvik registreres i foretaket, men det er grunn til å tro at det fortsatt er en del avvik som ikke blir registrert eller blir feilregistrert. Videre bør foretaket sørge for at behandlingen av denne typen avvik prioriteres slik at varslingsfristen til tilsynsmyndigheten overholdes.

Det er avdekket sekundærbruk av personopplysninger i Finnmarkssykehuset som ikke er i henhold til det lovverket åpner for. Å behandle personopplysninger uten gyldig behandlingsgrunnlag kan medføre overtredelsesgebyr fra tilsynsmyndigheten, og kan svekke virksomhetens tillit i befolkningen. Det anbefales å tilrettelegge for å øke kunnskapsnivået i virksomheten om hva som kreves for å behandle personopplysninger.

## Anbefalinger til 2022

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Følge opp resultater fra kartlegging av digital sikkerhetskultur	Klinikksjefer (egen klinikk)/ FFS (regional oppfølging)	1.7.22
Ferdigstille/ komplementere behandlingsprotokoll/ systemoversikt, samt gjøre prosedyre for innmelding av nye systemer kjent i foretaket	Klinikksjefer	1.9.22
Gjennomføring av obligatorisk informasjonssikkerhetskurs for alle ansatte (mål 90%)	Klinikksjefer	1.12.22

# Hovedområde Smittevern 2021

## Mål og planer

I Oppdragsdokumentet 2021 er det et mål om 30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrert antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012. 2021 er siste året for «Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten» og målepunkt for planperioden.

Helse- og omsorgsdepartementet utga senhøsten 2019 en nasjonal handlingsplan [«Handlingsplan for et bedre smittevern»](#)

## Gjennomføring og evaluering

Året 2021 ble – på lik linje med 2020 – preget av korona-pandemien. Ansatte i smittevern var tungt inne i håndteringen av smittesituasjonen og tiltakene gjennom hele året. Som resultat av det ble visse andre (ikke korona-relaterte) deler av smittevernområdet satt til side.

Rådgivende overlege for smittevern i Finnmarkssykehuset er ansatt i KORSN – det regionale smittevernsenteret. Vår overlege sa opp sin jobb på slutten av 2020. Vi har derfor vært uten lege i denne stillingen gjennom hele 2021. Dette har også hatt innvirkning på smittevernarbeidet i året som gikk. Vi opplever nå at flere av prosedyrene og retningslinjene i våre smittevernrutiner (infeksjonskontrollprogrammet) trenger oppdatering.

Prevalensundersøkelsene i Finnmarkssykehuset (NOIS-PIAH og NOIS-POSI) har vært gjennomført som tidligere, men resultatene har i 2021 ikke vært presentert i kvalitetsutvalget.

Hygienesykepleierne har heller ikke hatt tid til å gjennomføre smittevernkurs for ledere, som er et krav i kompetanseportalen.

Rutinemessig gjennomgang av dype sårinfeksjoner har av kapasitetshensyn ikke vært gjennomført i 2021.

Finnmarkssykehuset hadde en 40,6% reduksjon av bredspektrert antibiotika etter 1. + 2. tertial 2021 sammenliknet med 2012. Vi fortsetter arbeidet og følger opp handlingsplanen.

## Anbefalinger til 2022

Tiltak	Ansvarlig	Frist
<b>Oppdatering/ajourhold av smittevernrutinene i FIN</b>	Hygienesykepleier/rådgivende lege	01.10.22
<b>Ansettelse av rådgivende smittevernlege for FIN</b>	KORSN	01.05.22
<b>NOIS-data presenteres for kvalitetsutvalget minst én gang per år.</b>	Fagsjef	01.07.22
<b><a href="#">«Handlingsplan for et bedre smittevern»</a> tas opp i kvalitetsutvalget</b>	Fagsjef	01.07.22
<b>Smittevernkurs avholdes for ledere iht plan</b>	Hygienesykepleier	31.12.22
<b>Sikre smittevern i byggeprosesser.</b>	Prosjektjef	Fortløpende

## Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus 2021

### Mål og planer

Finnmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2020.

Fokusområde	Tiltak	Ansvar	Frist	Resultat
<b>Miljømål</b>	Videreføre mål angående medikamenter, for å følge opp om bruken av bredspektrede antibiotika, holder seg under måltallet de neste årene.	Personal og organisasjon	31.03.21	Miljømålet videreført.
<b>Miljømål</b>	Fortsatt oppfølging og fokus på miljømålene til foretaket.	Personal og organisasjon	31.03.21	Klinikkene og stabsavdelingene har videreført og hatt fokus på miljøarbeidet.

### Gjennomføring og evaluering

Ledelsens gjennomgang viser at Finnmarkssykehuset har gode resultat på alle målområdene i 2021. Det er vanskelig å anslå hvor mye som skyldes pandemien, tiltaksarbeidet og andre årsaker. Trolig har alle tre faktorene påvirket resultatet.

Vesentlig miljøaspekt	Hovedmål	Resultat 2021
<b>1</b> Pasientreiser	10%reduksjon i CO2-utslippene innen utgang av 2025, sammenlignet med 2018. Målesved «CO2-utslipp pasientreiser» / «Behandlede pasienter».	-38%
<b>2</b> Medikamenter	Finnmarkssykehuset skal redusere bruken av bredspektrede antibiotika. Målsetningen er minst 30% lavere forbruk sammenlignet med 2012. Følges opp ut 2023.	-40% (2. tertial 2021)
<b>3</b> Avfall	Gjennom økt sorteringsgrad skal foretaket oppnå 10% reduksjon av restavfall innen utgangen av 2025, sammenlignet med 2019.	-16%
<b>4</b> 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.	Følges opp.

Finnmarkssykehuset skal fortsette å bruke lærdommene fra pandemien til videreutvikling av foretakets arbeid. De gode resultatene bidrar til inspirasjon for det videre arbeidet. Samtidig må det forventes at resultatene vil endre seg etter hvert som samfunnet går tilbake til en normalsituasjon.

Det er utført en ekstern revisjon på klima og miljø, ISO14001, i 2021. Revisjonen var re-sertifisering Eksternt revisjonsfirma var Kiwa. Grunnet pandemi, ble revisjonen gjennomført digitalt. Finnmarkssykehuset fikk ingen avvik, men to forbedringspunkt. Foretaket har svart ut og fulgt opp de

to forbedringspunktene. Det er i tillegg gjort en internrevisjon kategori B. Det ble ikke gitt avvik i denne heller, men forbedringsforslag.

I 2022 erstattes ekstern sertifisering med felles miljøstyringssystem og nasjonalt rammeverk for miljø og bærekraft. Dette innebærer at foretaket vil ta i bruk noen nye maler, og jobbe etter felles miljøindikatorer.

## Anbefalinger til 2022

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Implementering av felles miljøledelsessystem i Helse Nord.	Klinikksjefer/stabsledere	01.07.22

## Hovedområde Beredskap 2021

### Mål og planer

I 2021 var det et felles overordnet krav i oppdragsdokumentet for helseforetakene i Helse Nord å videreutvikle sine beredskaps- og smittevernplaner i lys av erfaringer og evalueringer av koronapandemien. Arbeidet med å videreutvikle krisehåndteringsevnen fortsetter.

### Gjennomføring og evaluering

Beredskapsarbeidet har også i 2021 vært preget av krisehåndteringen av Covid-19. Året startet med et større evalueringsarbeid – med spesielt fokus på smitteutbruddet som var på Hammerfest sykehus høsten 2020, og læringsmomenter derifra. Vi avventer fortsatt resultat fra den eksterne evalueringen ledet av Helse Nord RHF.

Pandemien er riktignok ikke det eneste scenariet som en har vært nødt til å håndtere og det har blant vært flere ulike typer av IKT-svikt, som i praksis ble fokusområdet for året. Det er arbeidet med rapporten fra Statens Helsetilsyn "Forsvarlig pasientbehandling uten IKT?", gjort en mini-evaluering av svikt og sårbarheter som ble registrert før sommeren – og det er årsaken til at det ble utarbeidet et skjema for konsekvenskartlegging av digitale sårbarheter. Hvert fagområde og klinikk/sykehus er ansvarlig for å velge ut sine 3-5 mest kritiske systemer for gjennomgang. Denne innsamlingen av data er i gang, og fortsetter inn i 2022.

Når det gjelder kompetansehevende aktiviteter ble det i april avholdt en øvelse i tilknytning til et styremøte, for beredskapsledelsen på strategisk nivå og styret sammen. Fokus var på rolle- og ansvarsavklaring, for å skape en felles situasjonsforståelse og bevisstgjøre deltakerne på trusselbildet. Scenariet var et digitalt angrep med kryptovirus, hvor bortfall av kliniske systemer fikk fare for liv og helse som konsekvens. Øvelsen var planlagt av beredskap- og informasjonssikkerhetsrådgiver i fellesskap, og ble tatt godt imot.

Av regionale prosjekter har Finnmarkssykehuset deltatt i Statsforvalter sin utarbeidelse av ny risiko- og sårbarhetsanalyse for fylket Troms-Finnmark 2023-2025, med representanter i scenariene pandemi, flyktningetilstrømming og stengt vei. Den ble ferdig ved årsskiftet. Arbeidet med regionalt beredskapslager for Helse Nord ble påbegynt på høsten, og fortsetter inn i 2022.

I det utadrettede virke representerte foretakets beredskapsrådgiver på nasjonal beredskapssamling for helseforetakene i Stjørdal, på fylkesberedskapsrådets samling i Harstad og på

Nordområdekonferansen i Oslo.

En utredningsoppgave om organisering av beredskapsressurser ble gitt direkte fra administrerende direktør til FFS v/beredskap. Det handlet om å vurdere dimensjonering, plassering, mandat og oppgaver for disse det gjelder. Arbeidet ble presentert for FFS-ledergruppen i november, og lagt frem for strategisk ledermøte i februar 2022.

## Anbefalinger til 2022

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Utvikle planverk og rutiner for digitale angrep	Beredskap- og informasjonssikkerhetsressurser, i FFS og sykehus/klinikker	30.09.22
Følge opp identifiserte læringsmomenter fra Covid-19-evaluering, og implementere de i egen del av virksomheten	Klinikksjefer	30.05.22
Fortsette arbeidet med endring av beredskapsorganiseringen	Kvalitets- og utviklingssjef	31.12.22
Ferdigstille konsekvenskartleggingen av digitale sårbarheter	FFS/v beredskap	31.10.22

## Hovedområde Sikkerhet 2021

### Mål og planer

Den nye utgaven av sikkerhetsloven trådte i kraft 1. januar i 2019. Den legger i større grad vekt på hva virksomheter skal oppnå, i stedet for hvordan de oppnår det. Loven er blitt dynamisk og funksjonell, og det vil i tiden fremover være behov for fokus på jobben som må gjøres for å etterleve innholdet.

### Gjennomføring og evaluering

I oppdragsdokumentet for 2021 fremkom en konkret oppgave om sivilt-militært samarbeid, i form av samordning av beredskapsplaner mellom Forsvaret og spesialisthelsetjenesten. Det skal utvikles en pilot for dette i Helse Nord, som skal brukes som grunnlag til resterende regioner. Finnmarkssykehuset har deltatt i denne aktiviteten, som fortsetter i 2022.

Årlig sikkerhetsundersøkelse fra Nasjonal Sikkerhetsmyndighet ble svart ut ved inngangen til sommerferien, som tidligere år. Stadig ivaretas nye oppgaver knyttet til personellsikkerhet. Sikkerhetsorganisasjonen har foreløpig begrenset felles aktivitet som gruppe, dette bør formaliseres – kombinert med oppdatering og tilpasning av tilhørende interne retningslinjer og rutiner for oppgavene.

På foretakets forskersamling ble man gjort oppmerksom på innholdet i Schrems II-dommen fra juni 2020, og satte det i sammenheng med bruken av krisestøtteverktøyene Everbridge og helseCIM. Finnmarkssykehuset er derfor i gang med å utrede muligheten for overgang til å kun benytte seg av helseCIM, og ivareta også massevarsling med det. Saken ligger nå hos HN-IKT, grunnet ressurstillgang.

I direktørmøtet i desember ble Veileder for sikring av bygg og infrastruktur i sykehusbyggprosjekter presentert. Denne må innarbeides i Finnmarkssykehuset sitt virke, og hensyntas ved den nødvendige

oppdateringen av prosedyrer og planverk med relevans for sikkerhet og sikring. Dokumentet er innholdsrikt, og kan fordre en større felles gjennomgang av relevante interne ressurser.

## Anbefalinger til 2022

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Følge opp den planlagte endringen i bruk av krisestøtteverktøyer	Beredskapsressurser	Helt avhengig av HN-IKT sin ressurstilgang
Oppdatere rutiner som beskriver etterlevelse av sikkerhetsloven med tilhørende forskrifter	FIN HF sin sikkerhetsorganisasjon	31.10.22
Utvikle mer innsikt i sikkerhetslovens forpliktelser	Foretaksledelsen	30.06.22
Fortsette samvirket med Forsvaret om samordning av beredskapsplanverk	FFS v/beredskap	31.12.22

## Ledelsens gjennomgang 2021 – tiltaksliste

### Hovedområde Avvikssystem

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Etablere rutiner for gjennomgang av avvik i klinikkene, avdelingene/enhetene for læring og behandling/lukking av avvik.	Klinikksjefer/stabsledere	01.07.22
Redusere andel åpne avvik med 50% sammenlignet med 2021.	Klinikksjefer/stabsledere	31.12.22
Status åpne avvik settes som fast sak i Kvamråd.	Klinikksjefer/stabsledere	Kontinuerlig

### Hovedområde Hendelsesanalyser/-gjennomganger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Sikre digital opplæring fra UNN HF i metoden hendesgjennomgang for alle aktuelle ressurser.	FFS	31.12.22

### Hovedområde Systematisk HMS

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Gjennomføre verneombudssamling.	Foretaksverneombud / Personal og organisasjon	31.10.22

Forbered etablering av kollegastøtteordning.	Personal og organisasjon	31.12.22
Følge opp arbeid med opplæring i forebygging og håndtering av vold og trusler.	Klinikksjefene	30.09.22
Følge opp gjennomføring av utsatte aktiviteter i prosjektene «Der skoen trykker» og «innsatsteam».	Personal og organisasjon / enhetsleder utvalgte enheter	31.05.22

## Hovedområde Dokumentstyring

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Hver klinikk og stab utarbeider en plan for å revidere dokumenter som har passert revisjonsfrist.	Klinikksjefer/ stabsledere	01.07.22

## Hovedområde Internrevisjon

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Gjennomføre minimum 2 kurs i internrevisjon.	Internrevisjonsteamet – Finnmarkssykehuset HF	31.12.22
Bruke funn fra interne revisjoner i 2022 systematisk i forbedringsarbeid	Klinikksjefer/stabsledere	31.12.22

## Hovedområde Kompetansestyring

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Delta i utarbeidelse og implementering av felles strategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling i Helse Nord, under ledelse av Helse Nord RHF.	Personal og organisasjon	31.12.22
Ha et spesielt fokus på å sikre gjennomføring av fysisk slukkeøvelse i brannvern.	Klinikksjefer og stabsledere.	31.12.22
Ha et spesielt fokus på å sikre gjennomføring av elæringskurs i informasjonsikkerhet.	Klinikksjefer og stabsledere.	31.12.22

## Hovedområde Pasientsikkerhet

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Sikre at tiltakspakker innen UVI og trykksår er implementert.	Klinikksjefer	01.06.22



Sikre fortløpende gjennomgang av dype sårinfeksjoner med bistand fra FFS. Jf. <a href="#">PR46073</a> .	Klinikksjefer	31.12.22
---	---------------	----------

## Hovedområde Risikostyring

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Sikre kompetanse i ROS-analyser på overordnet nivå, inkludert stabsledere.	FFS, beredskapsrådgiver.	31.12.22

## Hovedområde Ventetid

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Implementere metodikk og arbeidsoppgaver fra Lokalt innsatsteam til daglig drift i klinikkene.	FFS	31.12.22
Sørge for gjennomgang av tiltak etter tidligere forbedringsprosjekt innen passert planlagt tid. Det er gjennomført prosjekt innen fagområdene BUP, barn og øye.	Klinikksjefer	01.06.22

## Hovedområde Personvern og informasjonssikkerhet

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Følge opp resultater fra kartlegging av digital sikkerhetskultur	Klinikksjefer (egen klinikk)/ FFS (regional oppfølging)	1.7.22
Ferdigstille/ komplementere behandlingsprotokoll/ systemoversikt, samt gjøre prosedyre for innmelding av nye systemer kjent i foretaket	Klinikksjefer	1.9.22
Gjennomføring av obligatorisk informasjonssikkerhetskurs for alle ansatte (mål 90%)	Klinikksjefer	1.12.22

## Hovedområde Smittevern

Tiltak	Ansvarlig	Frist
<b>Oppdatering/ajourhold av smittevernrutinene i FIN</b>	Hygienesykepleier/rådgi vende lege	01.10.22
<b>Ansettelse av rådgivende smittevernlege for FIN</b>	KORSN	01.05.22

NOIS-data presenteres for kvalitetsutvalget minst én gang per år.	Fagsjef	01.07.22
<a href="#">«Handlingsplan for et bedre smittevern»</a> tas opp i kvalitetsutvalget	Fagsjef	01.07.22
Smittevernkurs avholdes for ledere iht plan	Hygienesykepleier	31.12.22
Sikre smittevern i byggeprosesser.	Prosjektsjef	Fortløpende

## Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Implementering av felles miljøledelsessystem i Helse Nord.	Klinikksjefer/stabsledere	01.07.22

## Hovedområde Beredskap

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Utvikle planverk og rutiner for digitale angrep	Beredskap- og informasjonssikkerhetsressurser, i FFS og sykehus/klinikker	30.09.22
Følge opp identifiserte læringsmomenter fra Covid-19-evaluering, og implementere de i egen del av virksomheten	Klinikksjefer	30.05.22
Fortsette arbeidet med endring av beredkapsorganiseringen	Kvalitets- og utviklingssjef	31.12.22
Ferdigstille konsekvenskartleggingen av digitale sårbarheter	FFS/v beredskap	31.10.22

## Hovedområde Sikkerhet

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Følge opp den planlagte endringen i bruk av krisestøtteverktøyer	Beredkapsressurser	Helt avhengig av HN-IKT sin ressurstillgang
Oppdatere rutiner som beskriver etterlevelse av sikkerhetsloven med tilhørende forskrifter	FIN HF sin sikkerhetsorganisasjon	31.10.22
Utvikle mer innsikt i sikkerhetslovens forpliktelser	Foretaksledelsen	30.06.22
Fortsette samvirket med Forsvaret om samordning av beredkapsplanverk	FFS v/beredskap	31.12.22