



Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Dato:	20.04.2023
Saksansvarlig:	Line Strømhaug Grongstad/ Andreas Ertesvåg
Saksbehandler:	Line Strømhaug Grongstad, avdelingsleder kvalitet FFS
Møtedato:	27. april 2023
Saksnr i Elements:	2023/1562

Saksgang

Saksnummer	Møtedato	Utvalg
24/2023	27.04.2023	Styret i Finnmarkssykehuset HF
27/23	19.04.2023	Informasjons- og drøftingsmøte

Ledelsens gjennomgang 2022 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 2022 til etterretning.
2. Styret ber administrerende direktør prioritere kontinuerlig forbedring og følge opp oppsummerende tiltaksliste.

Vivi Brenden Bech
Fungerende administrerende direktør

Vedlegg:

- 1 Ledelsens gjennomgang 2022
- 2 Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus 2022



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 2022 framkommer i vedlagte rapport. Rapporten fikk i 2021 ny utforming, har flere fokusområder, og gir en bedre oversikt over anbefalte tiltak i tiltaksliste for 2023.

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.

Saksvurdering/analyse

Fokusområder i «Ledelsens gjennomgang» vil kunne endres fra år til år. Ledelsens gjennomgang omfattet følgende områder i 2022:

1. Hovedområde Avvikssystem 2022

To av tre tiltak er fullført, det siste er påbegynt. Alle klinikkene har etablert rutiner for gjennomgang av avvik i KVAM rådene, som dekker både læring og lukking av avvikene. Det har vært økt fokus på å lukke avvik, men foretaket har tilnærmet likt antall åpne avvik i 2021 og 2022.

2. Hovedområde Hendelsesanalyser/-gjennomganger 2022

Tiltak som var satt opp for 2022 er fullført. Hendelsesanalyse eller Hendesgjennomgang vurderes utført når en uønsket hendelse/nesten-hendelse er alvorlig, kompleks, uklar eller involverer flere enheter. I 2022 er det utført en hendesgjennomgang ved Hammerfest sykehus.

3. Hovedområde Systematisk HMS 2022

Ett av fire tiltak er fullført, ett er påbegynt og to er ikke gjennomført. Systematisk HMS – arbeid, som årlig ROS analyse på HMS, ForBedringsundersøkelsen og systematisk nærværarbeid er implementert i de fleste enheter i foretaket. Det er en liten økning i korttids sykefravær, sammenlignet med 2021, som må sees i sammenheng med Covid-19. Langtidssykefravær er redusert sammenlignet med 2020 og 2021. Opplæring innen vold og trusler har fortsatt i 2022.

4. Hovedområde Dokumentstyring 2022

Tiltak som var satt opp for 2022 er påbegynt. Det er fortsatt et etterslep på revisjon av dokumenter, som må få et økt fokus i 2023 med tanke på innføring av nytt

kvalitetssystem. Videre må det vurderes om det er mulig å slå sammen prosedyrer som foretaksovergrepene.

5. Hovedområde Internrevisjon 2022

Tiltak som var satt opp for 2022 er påbegynt. Det har pågått et større arbeid med å utarbeide digital opplæring i metoden internrevisjon høsten 2022, og første opplæring ble gjennomført i januar 2023.

6. Hovedområde Kompetansestyring 2022

Tiltak som var satt opp for 2022 er påbegynt. Kompetanseportalen er implementert som et system for tildeling og oppfølging av kompetanseplaner for alle ansatte. Finnmarkssykehuset har deltatt i regionalt arbeid med utarbeidelse av felles strategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling i Helse Nord.

7. Hovedområde Pasientsikkerhet 2022

Ett av tiltakene som var satt opp for 2022 er påbegynt, et annet er ikke gjennomført. Det er gitt føringer på at resultat innen GTT skal være grunnlag til forbedringsarbeid, for å redusere pasientskader og gi økt pasientsikkerhet. I 2022 har vi hatt to GTT team, ett innen kirurgi og ett innen medisin. Begge team avdekker flere gjentakende skader pr tertial, som bør vises oppmerksomhet og fokuseres på i et forbedringsperspektiv.

8. Hovedområde Risikostyring 2022

Tiltak som var satt opp for 2022 er påbegynt. Det er gjennomført risikostyring både på oppdragsdokumentet, ventetid og fristbrudd pr klinikk og etter innføring av pilot Metavision (elektronisk kurve) ved Klinikk Alta. Det er etablert tiltaksplaner på de områder som er vurdert med høy risiko. I juni 2022 mottok Finnmarkssykehuset HF internrevisjonsrapport om virksomhetsstyring, og har utarbeidet handlingsplan som oppfølging av rapporten. Finnmarkssykehuset HF deltar i regionalt nettverk for risikostyring.

9. Hovedområde Ventetid 2022

Ett av tiltakene som var satt opp for 2022 er påbegynt, et annet er ikke gjennomført. Innen somatikk har foretaket kontroll innenfor de fleste fagområder. Det har vært en stor forbedring på antall ventende, ventetid og fristbrudd særlig innen fagområdet ortopedi, som er et av de største fagområdene i foretaket. For psykisk helsevern og rusbehandling er utfordringen større, og i hovedsak skyldes dette mangel på fagfolk. Finnmarkssykehuset HF, med Lokalt innsatsteam, vant regional forbedringspris i 2022 for sitt arbeid med å redusere ventetid og fristbrudd, og kan fortsatt vise til lavest ventetid i regional sammenheng.

10. Hovedområde Personvern og informasjonssikkerhet 2022

Alle tiltak som var satt opp for 2022 er påbegynt. Det er gjennomført kartlegging av digital sikkerhetskultur som blant annet har ført til et krav i kompetansemodulem som alle ansatte må gjennomgå årlig. Det ble i 2022 meldt flere brudd på personopplysningssikkerheten (avvik) til Datatilsynet enn tidligere år. Dette antas at dette skyldes større fokus på området, samt at Helse Nord IKT har fått større evne til å oppdage avvikene. Arbeidet med å lukke kritiske sårbarheter går sakte fremover, og det ble lukket noen kritiske sårbarheter i 2022. Arbeidet med å lukke sårbarhetene bør få større fokus hos de ansvarlige, så vi kan nærme oss målet om ingen kritiske sårbarheter. Det er i hovedsak i medisinteknisk/ byggteknisk utstyr vi har kritiske sårbarheter.



11. Hovedområde Smittevern 2022

To av tiltakene som var satt opp for 2022 er gjennomført, øvrige fire er påbegynt. Oppdatering og ajourhold av smittevernrutinene i infeksjonskontrollprogrammet er forsøkt gjennomført fortløpende gjennom året, men reduserte ressurser innen smittevern pga. sykefravær og oppsigelse har gjort dette utfordrende. Ny hygiesykepleier og ny rådgivende smittevernlege (fra KORSN) ble ansatt sent i 2022 og er en viktig ressurs i dette arbeidet. Smittevernkurs for ledere er avholdt ved Kirkenes Sykehus (inkl. Tana) og Klinikk Alta.

12. Hovedområde Miljøledelse – Grønt sykehus 2022

Tiltak som var satt opp for 2022 er gjennomført. Finnmarkssykehuset har i 2022 gått fra eksternt ISO-sertifisering til bruk av felles miljøstyringssystem i Helse Nord. Miljøstyringssystemet bygger på ISO-14001. Kjernen i systemet er den samme som tidligere. Det pågår et arbeid med å ta i bruk nye maler for handlingsplaner og samsvarsvurderinger. Foretaket har ikke redusert energiforbruk, noe som trolig skyldes økt innrapportering. Foretaket har redusert Co2e utslipp, som i hovedsak skyldes reduserte reiser som følge av digitale behandlingstilsetninger. Andre resultater er preget av små tall og manglende datagrunnlag.

13. Hovedområde Beredskap 2022

Ett av tiltakene som var satt opp for 2022 er gjennomført, øvrige 3 er alle påbegynt. Hva gjelder planverk og rutiner for digitale angrep, så er nødplakat for digitale angrep utviklet. Den inneholder rutiner for primær- og sekundærvarsling. Den regionale planen er fortsatt under utvikling, og Finnmarkssykehuset HF er derfor på strategisk nivå noe avventende i forhold til å utvikle og tilpasse lokale planer og krav inntil disse føringene landes. Det er gjennomført en evaluering av erfaringer rundt Covid-19 og er gjennomført en konsekvenskartlegging av digitale sårbarheter knyttet til systemer og verktøy.

14. Hovedområde Sikkerhet 2022

Tre av tiltakene som var satt opp for 2022 er påbegynt, ett er ikke gjennomført. Prosjekt pågår hva angår endring i bruk av krisestøtteverktøyer. Finnmarkssykehuset HF deltar i regionalt nettverk for sikkerhetsansvarlige, hvor det arbeides med å sikre rutiner og instruksjoner rundt sikkerhetsarbeid. Finnmarkssykehuset HF deltar også i prosess med Forsvaret hva angår samordning av beredskapsplanverk.

15. Hovedområdet Forskning 2022

Nytt punkt fra 2023, derfor ingen oppfølgingspunkter fra 2022. Finnmarkssykehuset HF skal sørge for at det føres internkontroll som fremmer god forskning og som sikrer at forskningen planlegges, organiseres, gjennomføres og avsluttes i samsvar med krav i helseforskningsloven, andre relevante regelverk og virksomhetens egne retningslinjer. Intern revisjon og kontroll av forskningsprosjekter tas med i ledelsens gjennomgang for å få et bedre systematisk tiltak for internkontroll av forskningen. Internkontrollen består av en årlig gjennomgang av prosjektoversikten og en jevnlig intern revisjon av utvalgte konkrete prosjekter.

Konsekvenser for samisk språk, kultur og tjenestetilbud

Alle klinikker inngår i ledelsens gjennomgang med de ulike aktiviteter som pågår.



Risikovurdering

Gjennomføring av tiltak i tiltakslisten vil redusere risiko.

Medbestemmelse og brukermedvirkning

Denne saken ble det orientert om i informasjons- og drøftingsmøte 19. april 2023, og i FAMU samme dag.

Det framkom ikke spørsmål og kommentarer i informasjons- og drøftingsmøtet.

Direktørens vurdering

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. Foretaket har en positiv utvikling innenfor flere av områdene som er omfattet av ledelsens gjennomgang. De fleste tiltak er påbegynt eller gjennomført.

Tiltakslisten som beskrevet i ledelsens gjennomgang tydeliggjør de områder foretaket må forbedre seg på i 2023. Her løftes, lik 2022, spesielt rutiner vedrørende revisjoner, avvik, prosedyrer og opplæring. I tillegg vil beredskap og informasjonssikkerhet også ha et særskilt fokus i 2023.

Administrerende direktør er tilfreds med at klinikkene har etablert rutiner for gjennomgang av avvik i klinikkene, og status for åpne avvik er satt som fast sak i KVAM råd. Dette styrker pasientsikkerheten.



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



LEDELSENS GJENNOMGANG 2022

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	4
Hovedområde Avvikssystem 2022	4
Mål og planer	4
Gjennomføring og evaluering	4
Anbefalinger til 2023.....	5
Hovedområde Hendelsesanalyser/-gjennomganger 2022.....	5
Mål og planer	5
Gjennomføring og evaluering	5
Anbefalinger til 2023.....	5
Hovedområde Systematisk HMS 2022.....	6
Mål og planer	6
Gjennomføring og evaluering	6
Anbefalinger til 2023.....	7
Hovedområde Dokumentstyring 2022	7
Mål og planer	7
Gjennomføring og evaluering	7
Anbefalinger til 2023	8
Hovedområde Internrevisjon 2022.....	8
Mål og planer	8
Gjennomføring og evaluering	9
Anbefalinger til 2023	9
Hovedområde Kompetansestyring 2022.....	9
Mål og planer	9
Gjennomføring og evaluering	9
Anbefalinger til 2023	10
Hovedområde Pasientsikkerhet 2022.....	10
Mål og planer	10
Gjennomføring og evaluering	10
Anbefalinger til 2023.....	11
Hovedområde Risikostyring 2022	11
Mål og planer	11
Gjennomføring og evaluering	11
Anbefalinger til 2023.....	11
Hovedområde Ventetid 2022	12
Mål og planer	12
Gjennomføring og evaluering	12
Anbefalinger til 2023	12
Hovedområde Personvern og informasjonssikkerhet 2022	13
Mål og planer	13
Gjennomføring og evaluering	13
Anbefalinger til 2023.....	13
Hovedområde Smittevern 2022.....	14
Mål og planer	14

Gjennomføring og evaluering.....	14
Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus 2022	15
Mål og planer	15
Gjennomføring og evaluering.....	15
Anbefalinger til 2023.....	16
Hovedområde Beredskap 2022.....	17
Mål og planer	17
Gjennomføring og evaluering.....	17
Anbefalinger til 2023.....	17
Hovedområde Sikkerhet 2022.....	18
Mål og planer	18
Gjennomføring og evaluering.....	18
Anbefalinger til 2023.....	18
Hovedområde Forskning 2022.....	19
Mål og planer	19
Ledelsens gjennomgang 2022 – tiltaksliste.....	20
Hovedområde Avvikssystem	20
Hovedområde Hendelsesanalyser /-gjennomganger	20
Hovedområde Systematisk HMS	20
Hovedområde Dokumentstyring	20
Hovedområde Internrevisjon	20
Hovedområde Kompetansestyling.....	21
Hovedområde Pasientsikkerhet.....	21
Hovedområde Risikostyring	21
Hovedområde Ventetid.....	21
Hovedområde Personvern og informasjonssikkerhet	22
Hovedområde Smittevern	22
Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus	22
Hovedområde Beredskap	22
Hovedområde Sikkerhet	23
Hovedområde Forskning	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

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 rettes fokus på i «ledelsens gjennomgang».




Status på tiltak vises med følgende fargekoder:

-  Grønt er fullført
-  Gult er påbegynt
-  Rødt er ikke gjennomført

Hovedområde Avvikssystem 2022

Mål og planer

Finnmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2021.

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

Gjennomføring og evaluering

Alle klinikkene/sykehusene har etablert rutiner for gjennomgang av avvik i KVAM rådene, som dekker både læring og lukking av avvik. Samtidig viser de til at de har satt åpne avvik på agendaen i KVAM råd.

Når det gjelder å redusere andel åpne avvik, så er klinikkene/sykehusene godt i gang, og en ser at det er stort fokus på det. I Hammerfest er det opprettet et eget utvalg hvor man har fokus på og jobber med å få ned antall åpne avvik. Øvrige klinikker og sykehus er oppfordret til å opprette et lignende utvalg. Til tross for økt fokus har foretaket tilnærmet likt antall åpne avvik, da det var 538 åpne avvik i 2021 og er totalt 533 åpne avvik i 2022.

Oversikt over avvikstyper

Avvikstyper	2021	2022	Antall åpne avvik 2022
FIN Pasienthendelsesskjema	739	704	151
FIN Hendelse i annen avdeling/enhet	759	657	228
FIN Hendelse i egen avdeling/enhet	817	592	92
FIN Samhandlingshendelser med kommuner	130	125	19
FIN Hendelse for laboratorier	97	101	5
FIN Forbedringsforslag	102	88	12
FIN Skademelding personal	42	42	13
FIN Feil ved elektromedisinsk utstyr	13	18	8
FIN Avvik interne revisjoner	11	17	5
FIN Strålevern hendelse	4	4	0

Anbefalinger til 2023

Tiltak fra LGG 2022	Ansvarlig	Frist
Opprette system som går igjennom avvikshåndtering månedlig.	Klinikkledere/stabsledere	01.05.23
Fortsette å jobbe med å redusere åpne avvik med 50% sammenlignet med 2021.	Klinikkledere/stabsledere	31.12.23

Hovedområde Hendelsesanalyser/-gjennomganger 2022

Mål og planer

Finnmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2021.

Tiltak fra LGG 2021	Ansvarlig	Frist	Fargekode
Sikre digital opplæring fra UNN HF i metoden hendelsesgjennomgang for alle aktuelle ressurser.	FFS	31.12.22	

Gjennomføring og evaluering

I 2022 ble det gjennomført opplæring, som planlagt, for 20 aktuelle ansatte i FIN HF. Det var i hovedsak avdelingsledere og kvalitetsrådgivere som fikk deltatt på kurset som ble gitt av UNN HF. Det ble i 2022 gitt tilbakemelding om at FIN HF ønsker flere lignende kurs, men UNN HF hadde ikke kapasitet. UNN HF har løftet sak til Helse Nord RHF om å sikre opplæring innen hendelsesgjennomgang i fremtiden. Det er så langt ikke tatt noen avgjørelse her.

I 2022 ble det meldt inn tre 3-3a meldinger. Det ble avklart med statsforvalter at to av disse ikke var aktuell for hendelsesgjennomgang fra FIN HF. Det ble derfor i 2022 kun gjennomført en hendelsesgjennomgang. (I 2021 ble det gjennomført tre).

Anbefalinger til 2023

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Undersøke mulighet for ny runde med digital opplæring	FFS	31.12.23

fra UNN HF i metoden hendelsesgjennomgang.		
Vurdere hendelsesgjennomgang på alle 3-3a meldinger.	Klinikkleder	31.12.23

Hovedområde Systematisk HMS 2022

Mål og planer

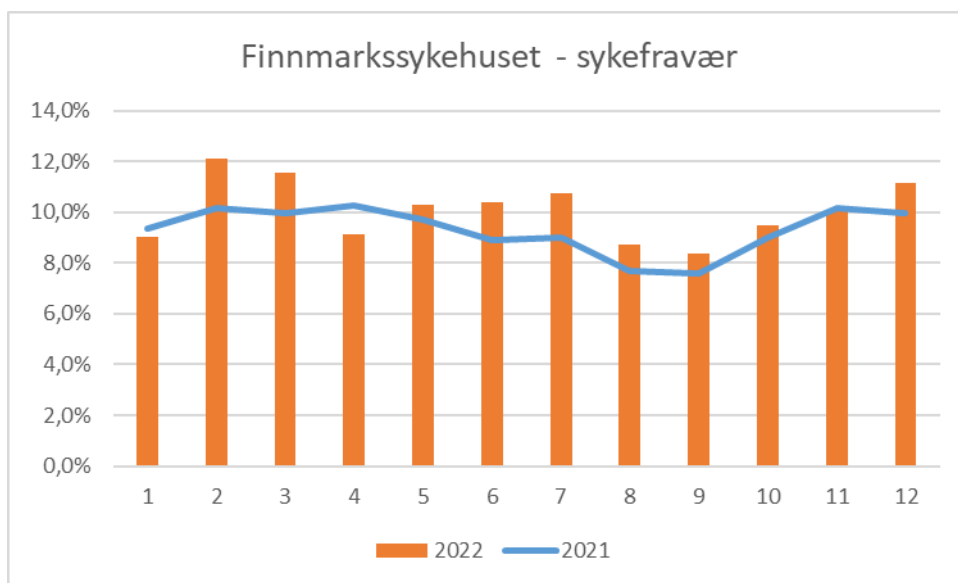
Finmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2021.

Tiltak fra LGG 2021	Ansvarlig	Frist	Fargekode
Gjennomføre verneombudssamling.	Foretaksverneombud / Personal og organisasjon	31.10.22	Red
Forberede etablering av kollegastøtteordning.	Personal og organisasjon	31.12.22	Red
Følge opp arbeid med opplæring i forebygging og håndtering av vold og trusler.	Klinikklederne	30.09.22	Yellow
Følge opp gjennomføring av utsatte aktiviteter i prosjektene «Der skoen trykker» og «innsatsteam».	Personal og organisasjon / enhetsleder utvalgte enheter	31.05.22	Green

Gjennomføring og evaluering

Det systematiske HMS-arbeidet er implementert i foretaket. Kjerneaktiviteter som årlig ROS-analyse på HMS, ForBedringsundersøkelsen og systematisk nærværarbeid følges opp av de fleste enhetene, samtidig som møtearenaer som kvalitet- og arbeidsmiljøutvalg er etablert.

ForBedring 2022 ble gjennomført i februar. Svarprosenten ble 69,3%, som er rett under måltallet på 70%. Nedgang i svarprosent blir sett i sammenheng med høyt sykefravær i perioden undersøkelsen ble gjennomført. Resultatet viser at foretaket fortsatt skårer høyt. Undersøkelsen følges opp i enhetene, og det skal utarbeides lokale handlingsplaner.



Samlet sykefravær for 2022 ble 10,1%. Dette er en økning fra 9,4% i 2021. Særlig februar og mars hadde et høyt sykefravær. Dette sees i sammenheng med en topp i Covid-19, og vises i høyt korttidsfravær.

Finnmarkssykehuset har hatt et særlig fokus på reduksjon av langtidsfraværet. Foretaket deltar i bransjeprogram IA, samarbeider med NAV og har interne tiltak for nærværarbeid. Langtidsfraværet har i 2022 var på 6,5%. Dette er en reduksjon fra 6,6% i 2021 og 7,1% i 2020. Korttidsfraværet har i samme periode gått opp. I 2022 utgjorde det 3,6%, mot 2,8% i 2021.

Grunnet permisjoner, prioritering av oppgaver og den økonomiske situasjonen i foretaket valgte vernetjenesten å utsette verneombudssamling for alle verneombudene. Vernetjenesten er i gang med planlegg av samling i 2023.

Foretaket har ikke gått videre med etablering av kollegastøtteordning. Under pandemien var det et tilbud der ansatte kan kontakte bedriftshelsetjenesten for støtte og veiledning. Klinikk prehospitale tjenester vurderer et eget prosjekt for kollegastøtteordning. Dersom dette blir gjennomført, vil det vurderes om tiltaket skal rulles ut til andre klinikker.

Opplæring i vold og trusler har fortsatt i 2022. Klinikken og sykehusene er i gang med å etablere lokale ressurser som skal gi intern opplæring. Dette vil være et kontinuerlig arbeid som skal settes i system.

Planlagte aktiviteter innenfor nærværstiltakene «Der skoen trykker» og «innsatsteam» er fulgt opp.

Anbefalinger til 2023

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Gjennomføre verneombudssamling.	Foretaksverneombud / Personal og organisasjon	31.10.23
Prosjekt på kollegastøtte. Klinikker/sykehus informeres om arbeidet.	Prehospital tjeneste	31.12.23

Hovedområde Dokumentstyring 2022

Mål og planer

Finnmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2021.

Tiltak fra LGG 2021	Ansvarlig	Frist	Fargekode
Hver klinikk og stab utarbeider en plan for å revidere dokumenter som har passert revisjonsfrist.	Klinikkledere/ stabsledere	01.07.22	

Gjennomføring og evaluering

Det er varierende hvor stort fokus FIN HF har hva angår revidering av dokumenter i DocMap. Noen har dette oppe som fast sak i KVAM råd, mens andre tar denne jobben mer sporadisk. Det er viktig at det er et større fokus på revisjon av dokumenter over hele linja.

Oversikt over dokumenter passert revisjonsfrist fordelt på klinikk/stab

Klinikk og stab	Totalt antall dokumenter	Passert revisjonsdato per 31.12.22
FIN Fag, forskning og samhandling	163	5
FIN Foretakssekretariat	3	2
FIN Hammerfest sykehus	2874	411
FIN Kirkenes sykehus	2948	164
FIN Klinikk Alta	763	42
FIN Prehospital tjenester	207	76
FIN Kommunikasjon og samfunnskontakt	12	11
FIN Personal og organisasjon	114	42
FIN Sámi Klinihkka	320	38
FIN Service, drift og eiendom	386	35
FIN Økonomi, analyse og innkjøp	129	25

Helse Nord er for tiden i anbudsprosess rundt nytt kvalitetssystem. I den forbindelse er det viktig at klinikkene og sykehusene jobber med å rydde i prosedyrer. Vurdere om det er mulig å slå sammen prosedyrer som foretaksovergrepene og ellers sjekke om det er flere like prosedyrer.

Anbefalinger til 2023

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Fortsette med å utarbeide en plan for å revidere dokumenter som har passert revisjonsfrist. Se i sammenheng med gjennomgang av VAR-prosedyrer.	Klinikkledere/ stabsledere	01.05.23
Opprette et system per klinikk/stab i forbindelse med rydding av dokumenter.	Klinikkledere/ stabsledere	01.05.23

Hovedområde Internrevisjon 2022

Mål og planer

Finnmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2021.

Tiltak fra LGG 2021	Ansvarlig	Frist	Fargekode
Gjennomføre minimum 2 kurs i internrevisjon.	Internrevisjonsteamet – Finnmarkssykehuset HF	31.12.22	
Systematisk å bruke funn fra interne revisjoner i 2022 i forbedringsarbeid	Klinikkledere/stabsledere	31.12.22	

Gjennomføring og evaluering

Det har pågått et større arbeid med å utarbeide digital opplæring i metoden internrevisjon høsten 2022. Første opplæring ble gjennomført i januar 2023.

Internrevisjoner blir fulgt opp på ulike måter. Noen utarbeider handlingsplan for å følge opp, samt høster erfaringer fra andres revisjoner, mens andre følger de opp via KVAM rådene.

Anbefalinger til 2023

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Gjennomføre minimum 2 kurs i internrevisjon.	Internrevisjonsteamet – Finnmarkssykehuset HF	31.12.23
Jobbe med rutiner for hvordan bruke internrevisjoner til å initiere forbedringsarbeid.	Klinikkledere/stabsledere	31.10.23

Hovedområde Kompetansestyring 2022

Mål og planer

Finnmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2021.

Tiltak fra LGG 2021	Ansvarlig	Frist	Fargekode
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.	Klinikkledere og stabsledere	31.12.22	
Ha et spesielt fokus på å sikre gjennomføring av e-læringskurs i informasjonssikkerhet.	Klinikkledere og stabsledere	31.12.22	

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.

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.

Finnmarkssykehuset har deltatt i regionalt arbeid med utarbeidelse av felles strategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling i Helse Nord. Utkast til rapporten ble sendt på høring januar 2023. Finnmarkssykehuset vil delta i arbeid med implementering av strategien når den er ferdigstilt.

Det er fortsatt forbedringspotensial i gjennomføring av fysisk slukkeøvelse og e-læringskurs i informasjonssikkerhet. Ledere har ansvar for å følge opp og legge til rette for gjennomføring av kursene.

Anbefalinger til 2023

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Implementere felles strategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling i Helse Nord	Personal og organisasjon	31.12.23
Gjennomføre minimum to årlige fysiske brannslukkingsøvelser.	Service, drift og eiendom	01.12.23

Hovedområde Pasientsikkerhet 2022

Mål og planer

Finnmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2021.

Tiltak fra LGG 2021	Ansvarlig	Frist	Fargekode
Sikre at tiltakspakker innen UVI og trykksår er implementert.	Klinikkledere	01.06.22	
Sikre fortløpende gjennomgang av dype sårinfeksjoner med bistand fra FFS. Jf. PR46073 .	Klinikkledere	31.12.22	

Gjennomføring og evaluering

Vedrørende implementering av tiltakspakker UVI og trykksår blir videreført i 2023, da det ikke er startet. Hva angår gjennomgang av dype sårinfeksjoner så er arbeidet påbegynt, men vi har foreløpig ikke tilstrekkelige rutiner for foretaket her. GTT resultat for 2022 viser fortsatt behov for oppfølging av både UVI, trykksår og kirurgiske infeksjoner.

Det er gitt føringer på at resultat innen GTT skal være grunnlag til forbedringsarbeid, for å redusere pasientskader og gi økt pasientsikkerhet. I 2022 har vi hatt to GTT team, ett innen kirurgi og ett innen medisin. Begge team avdekker flere gjentakende skader pr tertial, som bør vises oppmerksomhet og fokuseres på i et forbedringsperspektiv.

Anbefalinger til 2023

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Iverksette forbedringsprosjekter basert på resultater fra GTT 2022.	Klinikkledere med bistand fra FFS	31.12.23
Sikre at tiltakspakker innen UVI og trykksår er implementert.	Klinikkledere	31.12.23
Sikre fortløpende gjennomgang av dype sårinfeksjoner med bistand fra FFS. Jf. PR46073 .	Klinikkledere	01.06.23

Hovedområde Risikostyring 2022

Mål og planer

Finnmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2021.

Tiltak fra LGG 2021	Ansvarlig	Frist	Fargekode
Sikre kompetanse i ROS-analyser på overordnet nivå, inkludert stabsledere.	FFS, beredskapsrådgiver	31.12.22	

Gjennomføring og evaluering

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.

Risikovurderingen 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 2022:

- 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 som eksempelvis ventetider og fristbrudd.
- Det ble gjennomført risikovurdering før innføring av MetaVision i Klinikk Alta, samt evaluering etter innføring. Denne skal brukes som læring før innføring av MetaVision i resten av foretaket.
- Det er etablert tiltaksplaner både på klinikk/sykehus/foretaksnivå på de områder der risikoen er vurdert høy.
- I juni 2022 mottok FIN internrevisjonsrapport om virksomhetsstyring. Det er utarbeidet handlingsplan som oppfølging av rapporten.
- FIN har deltatt i regionalt nettverk for risikostyring som blant annet har jobbet med å revidere retningslinjer for risikostyring i Helse Nord. De nye retningslinjer skal legges frem for styret i Helse Nord før de implementeres i foretakene.

Anbefalinger til 2023

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Implementere nye retningslinjer for risikostyring	FFS	01.12.23

Hovedområde Ventetid 2022

Mål og planer

Finmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2021.

Tiltak fra LGG 2021	Ansvarlig	Frist	Fargekode
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.	Klinikkledere	01.06.22	

Gjennomføring og evaluering

Ifølge oppdragsdokumentet skal gjennomsnittlig ventetid for somatikk reduseres i alle regioner sammenliknet med 2021. Målsetning på sikt er lavere enn 50 dager innen somatikk, 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og 30 dager for TSB. Videre skal foretaket overholde 95 % av pasientavtaler (passert planlagt tid).

Lokalt innsatsteam har fulgt opp ventetider, fristbrudd og passert planlagt tid gjennom hele 2022. Det ble forsøkt å implementere metodikken for bruk i daglig drift, men en så at det var nødvendig med tettere oppfølging så teamet er Lokalt innsatsteam er ikke avviklet. Innen somatikk mener foretaket å ha kontroll innenfor de fleste fagområder. Der har vært en stor forbedring på antall ventende, ventetid og fristbrudd særlig innen fagområdet ortopedi, som er et av de største fagområdene i foretaket. For psykisk helsevern og rusbehandling er utfordringen større, og i hovedsak skyldes dette mangel på fagfolk. Tidligere gjennomførte forbedringsprosjekter innen passert planlagt tid er ikke fulgt opp, og settes opp som videre mål i 2023.

FIN HF med Lokalt innsatsteam vant regional forbedringspris i 2022 for sitt arbeid med å redusere ventetid og fristbrudd, og kan fortsatt vise til lavest ventetid i regional sammenheng.

Anbefalinger til 2023

Tiltak	Ansvarlig	Frist
FIN HF skal fortsatt være best på ventetid i regional sammenheng.	Klinikkledere/Lokalt innsatsteam	31.12.23
Sørge for gjennomgang av tiltak etter tidligere forbedringsprosjekt innen passert planlagt tid. Det er gjennomført prosjekt innen fagområdene BUP, barn og øye.	Foretakets analyseteam	01.10.23
Implementere metodikk og arbeidsoppgaver fra Lokalt innsatsteam til daglig drift i klinikkene.	FFS	31.12.23

Hovedområde Personvern og informasjonssikkerhet 2022

Mål og planer

Finnmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2021.

Tiltak fra LGG 2021	Ansvarlig	Frist	Fargekode
Følge opp resultater fra kartlegging av digital sikkerhetskultur	Klinikkledere (egen klinikk)/ FFS (regional oppfølging)	1.7.22	
Ferdigstille/ komplementere behandlingsprotokoll/ systemoversikt, samt gjøre prosedyre for innmelding av nye systemer kjent i foretaket	Klinikkledere	1.9.22	
Gjennomføring av obligatorisk informasjonssikkerhetskurs for alle ansatte (mål 90%)	Klinikkledere	1.12.22	

Gjennomføring og evaluering

Kartlegging av digital sikkerhetskultur har vært tema på de ulike møtene som er avholdt med klinikker/ stab i 2022. Funn som omhandler hele Finnmarkssykehuset, er behandlet på overordnet nivå. Blant annet er det nå krav i kompetansemodulet at alle ansatte skal gjennomgå sikkerhetsinstruksen årlig.

Behandlingsprotokollen er ferdigstilt, men det er fortsatt mangler i systemoversikten. Både når det kommer til oversikt over systemer som behandler helse- og personopplysninger, men også detaljer om de ulike systemene. Det fremkom også i internrevisjonen av informasjonssikkerhet at rutinen rundt innmelding av nye systemer ikke er godt nok kjent i foretaket.

1180 ansatte har gjennomført obligatorisk informasjonssikkerhetskurs. I kompetansemodulet tas det utgangspunkt i et totalt antall på 2494. Dette gir en gjennomføringsprosent på 47,31%. Gitt at totalantallet ikke er helt korrekt og at kurset skal gjennomføres hvert annet år, gir ikke dette et helt korrekt bilde. Det er uansett grunn til å følge opp saken, og henstille alle ansatte til å gjennomføre kurset.

Det ble i 2022 meldt flere brudd på personopplysningssikkerheten (avvik) til Datatilsynet enn tidligere år. Dette antas at dette skyldes større fokus på området, samt at Helse Nord IKT har fått større evne til å oppdage avvikene.

Arbeidet med å lukke kritiske sårbarheter går sakte fremover, og det ble lukket noen kritiske sårbarheter i 2022. Samtidig dukker det stadig vekk opp nye, så vi ser allikevel en økning. Arbeidet med å lukke sårbarhetene bør få større fokus hos de ansvarlige, så vi kan nærme oss målet om ingen kritiske sårbarheter. Det er i hovedsak i medisinteknisk/ byggt teknisk utstyr vi har kritiske sårbarheter.

Anbefalinger til 2023

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Gjennomføring av obligatorisk informasjonssikkerhetskurs for alle ansatte (mål 90%)	Klinikkledere	31.12.23

Ferdigstille/ komplementere behandlingsprotokoll/ systemoversikt, samt gjøre prosedyre for innmelding av nye systemer kjent i foretaket	Klinikkledere	31.12.23
Intensivere arbeidet med å lukke kritiske sårbarheter i infrastrukturen	SDE	31.8.23

Hovedområde Smittevern 2022

Mål og planer

Finnmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2021.

Tiltak fra LGG 2021	Ansvarlig	Frist	Fargekode
Oppdatering/ajourhold av smittevernrutinene i FIN	Hygienesykepleier/rådgivende lege	01.10.22	
Ansettelse av rådgivende smittevernlege for FIN	KORSN	01.05.22	
NOIS-data presenteres for kvalitetsutvalget minst én gang per år.	Medisinsk fagsjef	01.07.22	
«Handlingsplan for et bedre smittevern» tas opp i kvalitetsutvalget	Medisinsk fagsjef	01.07.22	
Smittevernkurs avholdes for ledere iht plan	Hygienesykepleier	31.12.22	
Sikre smittevern i byggeprosesser.	Prosjektleder	Fortløpende	

Gjennomføring og evaluering

Pandemitiltaksnivå og tilhørende rutiner er kontinuerlig vurdert og justert i 2022, etter anbefalt tiltaksnivå fra sentrale myndigheter.

Oppdatering og ajourhold av smittevernrutinene i infeksjonskontrollprogrammet for øvrig er forsøkt gjennomført fortløpende gjennom året, men reduserte ressurser innen smittevern pga. sykefravær og oppsigelse har gjort dette utfordrende. Ny hygienesykepleier ble ansatt desember 2022 og er en viktig ressurs i dette arbeidet.

Ny rådgivende smittevernlege ble ansatt vinteren 2022. Vedkommende er – som sin forgjenger – ansatt på KORSN i Tromsø med arbeidsansvar Finnmarkssykehuset. Hun har hatt flere reiser til Finnmark gjennom året og har etablert seg som en viktig ressurs i smittevernarbeidet i foretaket. Det har vært tekniske problemer med NOIS-POSI data etter overgang til DIPS Arena, slik at presentasjon av tall til kvalitetsutvalget ikke har latt seg gjennomføre i 2022. Dette gjelder de fleste sykehus i Helse Nord.

Handlingsplanen ble tatt opp i kvalitetsutvalget i mai 2022 og tatt som orientering Smittevernkurs for ledere er avholdt ved Kirkenes Sykehus (inkl. Tana) og Klinikk Alta. Det er dessverre ikke gjennomført for Hammerfest grunnet sykefravær blant smittevernpersonell. Smittevern i byggeprosesser har vært delvis/mangelfull og kan absolutt bli bedre. Årsaken er både at det har vært reduserte ressurser innen smittevern pga sykefravær, og at smittevern ikke har blitt koblet inn tilstrekkelig i byggeprosesser. Ny hygienesykepleier ble koblet inn på noen områder tidlig

2023. Hun følger nå opp kontinuerlig flere av byggeprosessene som er under ferdigstilling (spesialrom, renhold, innkjøpsprosess av renholdsprodukter).

Anbefalinger til 2023

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Fortsatt oppdatering og ajourhold av smittevernrutinene i FIN	Hygienesykepleiere/ rådgivende smittevernlege	01.07.23
Presentere NOIS-data for Kvalitetsutvalget i løpet av året	Hygienesykepleier/ medisinsk fagsjef	01.07.23
«Handlingsplan for et bedre smittevern» følges opp i kvalitetsutvalget	Medisinsk fagsjef/ rådgivende smittevernlege	01.07.23
Smittevernkurs avholdes for ledere i hele foretaket iht plan	Hygienesykepleiere	31.12.23
Sikre smittevern i byggeprosesser	Prosjektleder/leder SDE	Tidligst mulig og fortløpende

Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus 2022

Mål og planer

Finnmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2021.

Tiltak fra LGG 2021	Ansvarlig	Frist	Fargekode
Implementering av felles miljøledelsessystem i Helse Nord.	Klinikkledere/stabsledere	01.07.22	

Gjennomføring og evaluering

Finnmarkssykehuset har i 2022 gått fra ekstern ISO-sertifisering til bruk av felles miljøstyringssystem i Helse Nord. Miljøstyringssystemet bygger på ISO-14001. Kjernen i systemet er den samme som tidligere. Det pågår et arbeid med å ta i bruk nye maler for handlingsplaner og samsvarsvurderinger.

Finnmarkssykehuset følger felles miljømål for spesialisthelsetjenesten.

Indikator	Referanseår 2019	Resultat 2022	Kommentar
Rapportering på måloppnåelse			
Innen 2030 redusere Co2e-utslipp med 40 prosent	11 882,7 tonn CO2e	9 128,5 tonn CO2e	-23%. Økning i digitale konsultasjoner og reduksjon i reiser medvirker. Men også usikkerhet i tallgrunnlaget.
Redusere forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner	2,3%	2,9%	NB, det er små tall som gir prosentvis stort utslag.
Redusere energiforbruket med 20 % innen 2030	9,04 GWh	10,4 GWh	+15,04%. Økt innrapportering er største driver.

Andel polikliniske konsultasjoner over video og telefon skal være minimum 20 prosent	1,18%	13,1%	Et satsingsområde. Pandemien satte fart på bruken av digitale konsultasjoner.
Matavfall reduseres med 50 prosent innen 2030	20,5 tonn våtorganisk avfall		Tallene er for våtorganisk avfall og ikke bare matavfall. Det foreligger i skrivende stund ikke tall for 2022.
Andel produkter uten (utslipp av) helse og miljøskadelige stoffer skal være 75 prosent innen 2030: 1. Produkter uten helse- og miljøskadelige stoffer i pasient/-ansattnære kategorier 2. Produkter med anerkjente miljømerker i relevante kategorier 3. Legemidler uten unødvendig utslipp	1. 2. 3.	1. 2. 3.	Indikatoren er under oppdatering og tall til rapportering fra Sykehusinnkjøp HF vil være tilgjengelig sommeren 2023.
Fossilfri virksomhet innen 2030 Årlig utvikling i prosentandel bruk av: 1. Fyringsolje 2. Naturgass 3. Andel fossilfrie kjøretøy i helseforetaket Redusere reisevirksomhet for medarbeidere: 1. 40 reduksjon i tjenestereise med fly 2. 30 prosent reduksjon i tjenestereise med bil	1. 58 014 liter 2. 0 3. Ikke tilgjengelig- 1. 112,71 tonn CO2 2. 1040,5 tonn CO2	1. 2 283 liter 2. 0 3. Ikke tilgjengelig 1. 98,8 tonn CO2 2. 732,1 tonn CO2	Datagrunnlaget er mangelfullt på rapporteringstidspunktet.
Miljøbevisste medarbeidere i alle enheter	Indikator ikke klar.	Indikator ikke klar.	37% av medarbeidere med stillingsforhold over 0% som har gjennomført elæringskurs i klima og miljø.

Anbefalinger til 2023

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ferdigstill arbeid med å oppdatere handlingsplaner og samsvarsvurderinger til nytt miljøstyringssystem.	Klinikkledere/stabsledere	31.08.23

Hovedområde Beredskap 2022

Mål og planer

Finmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2021. Status på disse er i skrivende stund følgende:

Tiltak fra LGG 2021	Ansvarlig	Frist	Fargekode
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	Klinikkledere	30.05.22	
Fortsette arbeidet med endring av beredskapsorganiseringen	Kvalitets- og utviklingsleder	31.12.22	
Ferdigstille konsekvenskartleggingen av digitale sårbarheter	FFS/v beredskap	31.10.22	

Gjennomføring og evaluering

Hva gjelder planverk og rutiner for digitale angrep, så er nødplakat for digitale angrep utviklet. Den inneholder rutiner for primær- og sekundærvarsling. Den regionale planen er fortsatt under utvikling / ferdigstilling, og FIN HF er derfor på strategisk nivå noe avventende i forhold til å utvikle og tilpasse lokale planer / krav inntil disse føringene landes.

Læring fra Covid-19: I FIN HF ble det gjennomført en spørreundersøkelse om ansatte sine erfaringer med pandemien. Svarprosenten var på omtrent 15, med vel 400 tilbakemeldinger. Klinikklederne har ansvar for at funn fra også denne undersøkelsen brukes i det videre evalueringsarbeidet som gjøres etter koronapandemien, i hvert sykehus og klinikk. Denne oppgaven ble gitt ut via Sentralt Beredskapsutvalg som sak 5 i 2022.

Beredskapsorganisering: Det har vært gjennomført et utredningsarbeid på mulig omorganisering – og organisasjonsutvikling for ressurser med arbeidsoppgaver innen sikkerhet- og beredskapssfæren. En sak ble skrevet og presentert for foretaksledelsen, med vedtak på tilnærmingen kalt løsning "C", men innføring og/eller iverksetting ligger på vent.

Konsekvenskartlegging av digitale sårbarheter knyttet til systemer og verktøy: Datainnsamlingen er ferdigstilt. Alle lokasjoner / fagområder utenom Hammerfest sykehus har levert.

Anbefalinger til 2023

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Videreutvikle og tilpasse CBRNE-beredskapsplanverk og rutiner	Klinikkledere og Beredskapsressurser	01.12.23
Kompetanseutvikling og trening for beredskapsledelsen på strategisk og operasjonelt nivå	FFS v/spesialrådgiver beredskap ivaretar strategisk nivå, klinikkledere med	15.12.23

	beredskapskoordinatorer har ansvar for operasjonelt nivå.	
Følge opp sårbarheter og identifisere og iverksette tiltak knyttet til kritisk infrastruktur	Klinikkledere og Beredskapsressurser	01.10.23

Hovedområde Sikkerhet 2022

Mål og planer

Finmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2021.

Tiltak fra LGG 2021	Ansvarlig	Frist	Fargekode
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	

Gjennomføring og evaluering

Prosjekt pågår hva angår endring i bruk av krisestøtteverktøyer. HN-IKT er i gang med sin jobb, men tidsperspektiv for ferdigstilling er ikke satt. Arbeidet fortsetter inn i 2023.

Det nyopprettede nettverket for sikkerhetsansvarlige i Helse Nord hadde sitt første møte den 6. mars 2023. Det planlegges å i plenum arbeide med rutiner og instruksjoner relevant for sikkerhetsarbeidet, da dette ikke er utført.

Hva angår innsikt i sikkerhetsloven er foretaket i gang med dette i forbindelse med klareringsprosesser, gjennomgang av trusselvurderinger, Troms og Finnmark sin nye risiko- og sårbarhetsanalyse for 2022-2025 og lignende. Det er et fortsatt behov, og fokus på dette vedvarer.

Finmarkssykehuset HF deltar i alle prosesser som pågår hva angår samordning av beredskapsplanverk med Forsvaret.

Anbefalinger til 2023

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ferdigstille den pågående endringen i bruk av krisestøtteverktøy. Tilpasse system til bruk.	Klinikkledere og Beredskapsressurser	01.10.23

Oppdatere rutiner som beskriver etterlevelse av sikkerhetsloven med tilhørende forskrifter.	FIN HF sin sikkerhetsorganisasjon	01.08.23
Fortsette arbeidet med Forsvaret om samordning av beredskapsplanverk, i tråd med Oppdragsdokumentet sitt krav nr. 31.	FFS v/spesialrådgiver beredskap	31.12.23

Hovedområde Forskning 2022

Mål og planer

Finnmarkssykehuset skal sørge for at det føres internkontroll som fremmer god forskning og som sikrer at forskningen planlegges, organiseres, gjennomføres og avsluttes i samsvar med krav i helseforskningsloven, andre relevante regelverk og virksomhetens egne retningslinjer. Intern revisjon og kontroll av forskningsprosjekter tas med i ledelsens gjennomgang for å få et bedre systematisk tiltak for internkontroll av forskningen.

Gjennomføring og evaluering

Interkontrollen ved Finnmarkssykehuset består av to deler:

- Gjennomgang av prosjektoversikten (årlig)
- Intern revisjon av utvalgte konkrete prosjekter (jevnlig)

Personvernombudet (PVO) tok ut rapport fra RedCap (meldingsarkivet for alle prosjekter), på hhv aktive og nye prosjekter i Finnmarkssykehuset. Totalt 88 prosjekter var registrert som aktiv i arkivet, selv om prosjektledere i 52 av 88 prosjekter hadde registrert sluttdato innen utgangen av 2022. Forskningsleder tok kontakt med samtlige prosjektledere og fikk oppdatert informasjon slik at prosjektoversikten ble oppdatert. De fleste prosjekter var enten avsluttet og det var sendt sluttmelding til REK der det var påkrevd, eller det var søkt om forlengelse av prosjektet.

Det må utarbeides et bedre system slik at meldingsarkivet holdes oppdatert. Personvernombudet vil undersøke muligheten for å sende ut automatisk meldinger til prosjektleder i forkant av prosjektets meldte sluttdato.

Anbefalinger til 2023

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ny gjennomgang av prosjektoversikt for å oppdatere både nye og avsluttede prosjekter	Forskningsleder	31.12.2023
Gjennomgang av to utvalgte prosjekter ihht PR 27795	Internrevisjonsteamet i Finnmarkssykehuset	31.12.2023

Ledelsens gjennomgang 2022 – tiltaksliste

Hovedområde Avvikssystem

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Opprette system som går igjennom avvikshåndtering månedlig.	Klinikkledere/stabsledere	01.05.23
Fortsette å jobbe med å redusere åpne avvik med 50% sammenlignet med 2021.	Klinikkledere/stabsledere	31.12.23

Hovedområde Hendelsesanalyser/-gjennomganger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Undersøke mulighet for ny runde med digital opplæring fra UNN HF i metoden hendelsesgjennomgang.	FFS	31.12.23
Vurdere hendelsesgjennomgang på alle 3-3a meldinger.	Klinikkleder	31.12.23

Hovedområde Systematisk HMS

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Gjennomføre verneombudssamling.	Foretaksverneombud / Personal og organisasjon	31.10.23
Prosjekt på kollegastøtte. Klinikker/sykehus informeres om arbeidet.	Prehospital tjeneste	31.12.23

Hovedområde Dokumentstyring

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Fortsette med å utarbeide en plan for å revidere dokumenter som har passert revisjonsfrist. Se i sammenheng med gjennomgang av VAR-prosedyrer.	Klinikkledere/ stabsledere	01.05.23
Opprette et system per klinikk/stab i forbindelse med rydding av dokumenter.	Klinikkledere/ stabsledere	01.05.23

Hovedområde Internrevisjon

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Gjennomføre minimum 2 kurs i internrevisjon.	Internrevisjonsteamet – Finnmarkssykehuset HF	31.12.23

Jobbe med rutiner for hvordan bruke internrevisjoner til å initiere forbedringsarbeid.	Klinikkledere/stabsledere	31.10.23
--	---------------------------	----------

Hovedområde Kompetansestyring

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Implementere felles strategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling i Helse Nord.	Personal og organisasjon	31.12.23
Gjennomføre minimum to årlige fysiske brannslukningsøvelser.	Service, drift og eiendom	01.12.23

Hovedområde Pasientsikkerhet

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Iverksette forbedringsprosjekter basert på resultater fra GTT 2022.	Klinikkledere med bistand fra FFS	31.12.23
Sikre at tiltakspakker innen UVI og trykksår er implementert.	Klinikkledere	31.12.23
Sikre fortløpende gjennomgang av dype sårinfeksjoner med bistand fra FFS. Jf. PR46073 .	Klinikkledere	01.06.23

Hovedområde Risikostyring

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Implementere nye retningslinjer for risikostyring	FFS	01.12.23

Hovedområde Ventetid

Tiltak	Ansvarlig	Frist
FIN HF skal fortsatt være best på ventetid i regional sammenheng.	Klinikkledere/Lokalt innsatsteam	31.12.23
Sørge for gjennomgang av tiltak etter tidligere forbedringsprosjekt innen passert planlagt tid. Det er gjennomført prosjekt innen fagområdene BUP, barn og øye.	Foretakets analyseteam	01.10.23
Implementere metodikk og arbeidsoppgaver fra Lokalt innsatsteam til daglig drift i klinikkene.	FFS	31.12.23

Hovedområde Personvern og informasjonssikkerhet

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Gjennomføring av obligatorisk informasjonssikkerhetskurs for alle ansatte (mål 90%)	Klinikkledere	31.12.23
Ferdigstille/ komplementere behandlingsprotokoll/ systemoversikt, samt gjøre prosedyre for innmelding av nye systemer kjent i foretaket	Klinikkledere	31.12.23
Intensivere arbeidet med å lukke kritiske sårbarheter i infrastrukturen	SDE	31.8.23

Hovedområde Smittevern

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Fortsatt oppdatering og ajourhold av smittevernrutinene i FIN	Hygienesykepleiere/ rådgivende smittevernlege	01.07.23
Presentere NOIS-data for Kvalitetsutvalget i løpet av året	Hygienesykepleier/ medisinsk fagsjef	01.07.23
«Handlingsplan for et bedre smittevern» følges opp i kvalitetsutvalget	Medisinsk fagsjef/ rådgivende smittevernlege	01.07.23
Smittevernkurs avholdes for ledere i hele foretaket iht plan	Hygienesykepleiere	31.12.23
Sikre smittevern i byggeprosesser	Prosjektleder/leder SDE	Tidligst mulig og fortløpende

Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ferdigstill arbeid med å oppdatere handlingsplaner og samsvarsvurderinger til nytt miljøstyringssystem.	Klinikkledere/stabsledere	31.08.23

Hovedområde Beredskap

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Videreutvikle og tilpasse CBRNE-beredskapsplanverk og rutiner	Klinikkledere og Beredskapsressurser	01.12.23
Kompetanseutvikling og trening for beredskapsledelsen på strategisk og operasjonelt nivå	FFS v/spesialrådgiver beredskap ivaretar strategisk nivå, klinikkledere med beredskapskoordinatorer har ansvar for operasjonelt nivå.	15.12.23

Følge opp sårbarheter og identifisere og iverksette tiltak knyttet til kritisk infrastruktur	Klinikkledere og Beredkapsressurser	01.10.23
--	-------------------------------------	----------

Hovedområde Sikkerhet

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ferdigstille den pågående endringen i bruk av krisestøtteverktøy. Tilpasse system til bruk.	Klinikkledere og Beredkapsressurser	01.10.23
Oppdatere rutiner som beskriver etterlevelse av sikkerhetsloven med tilhørende forskrifter.	FIN HF sin sikkerhetsorganisasjon	01.08.23
Fortsette arbeidet med Forsvaret om samordning av beredkapsplanverk, i tråd med Oppdragsdokumentet sitt krav nr. 31.	FFS v/spesialrådgiver beredskap	31.12.23

Hovedområde Forskning

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ny gjennomgang av prosjektoversikt for å oppdatere både nye og avsluttede prosjekter.	Forskningsleder	31.12.2023
Gjennomgang av to utvalgte prosjekter ihht PR 27795.	Internrevisjonsteamet i Finnmarkssykehuset	31.12.2023

Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus 2022

Finnmarkssykehuset har i 2022 gått fra ekstern ISO-sertifisering til bruk av felles miljøstyringssystem i Helse Nord. Miljøstyringssystemet bygger på ISO-14001. Kjernen i systemet er den samme som tidligere. Det pågår et arbeid med å ta i bruk nye maler for handlingsplaner og samsvarsvurderinger.

Status fra tidligere gjennomganger

Tiltak fra LGG 2021	Ansvarlig	Frist	Fargekode
Implementering av felles miljøledelsessystem i Helse Nord.	Klinikkledere/stabsledere	01.07.22	

Endringer

Eksterne og interne forhold

Det er ikke identifisert vesentlige endringer i eksterne forhold.

Interesseparter og samsvarsforpliktelser

Helse Nord 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.

Felles skjema i Helse Nord for kartlegging av samsvarsforpliktelser er tatt i bruk fra 2022.

Vesentlige miljøaspekter

Finnmarkssykehuset HF har gjennomført en ny kartlegging av miljøaspekter i 2020. Kartleggingen har vært på høring i klinikkene og vernetjenesten, før behandling i FAMU. I forbindelse med overgang til felles miljøstyringssystem i Helse Nord, vil det utarbeides en felles kartlegging av miljøaspekt.

Risikoer og muligheter

Det er utarbeidet en overordnet risiko- og mulighetsanalyse for klima og miljø for Finnmarkssykehuset. 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

Foretaket følger felles miljømål for spesialisthelsetjenesten:

1. Innen 2030 redusere CO2e-utslipp med 40 prosent

%	2022	Referanseår 2019
-23%	9 128,5 tonn CO2e	11 882,7 tonn CO2e

I 2022 har Finnmarkssykehuset HF hatt en 23% reduksjon i CO2e-utslipp sammenlignet med 2019. Foretaket har en reduksjon i reiseaktivitet. Muligheten for å delta på kurs og møter digitalt har gått opp. Digitale polikliniske konsultasjoner har også hatt en stor økning. Forskjeller i tallgrunlaget for rapportering kan være en medvirkende faktor til endringen.

2. Redusere forekomsten av helsetjeneste-assosierte infeksjoner

2022	Referanseår 2019
2,9%	2,3%

Reduksjon av helsetjenesteassosierte infeksjoner bidrar til redusert forbruk av legemidler og materiell, som igjen vil bidra til å redusere utslipp. Tabellen rapporterer tall på NOIS-PIAH. Merk at det er små tall, og endring på +/- en infeksjon vil gi prosentvise utslag. Foretaket har lavere tall enn landsgjennomsnittet både i 2019 og 2022.

3. Redusere energiforbruk med 20 prosent innen 2030 og øke andel gjenvinningskraft

%	2022	Referanseår 2019
+15,04%	10,4 GWh	9,04 GWh

Energiforbruket i Finnmarkssykehuset HF er 10,4 GWh, og har en økning på 15,04%. Økt innrapportering av data fra de ulike lokasjonene/klinikkene i helseforetaket er den største driven knyttet til denne økningen. Referanseåret inkluderte ikke data fra verken klinikk Alta, og kun fastkraft-forbruket til Kirkenes og dieselforbruket for lokasjon Karasjok.

4. Andel polikliniske konsultasjoner over video og telefon skal være minimum 20 prosent

%	2022	Referanseår 2019
+1010%	13,1%	1,18%

Dette er en økning på 1010% på andel polikliniske konsultasjoner over video og telefon fra referanseår 2019. Den største økningen kom i 2020 under pandemien. Andelen er høyest innen psykisk helsevern og rus, med 26% i 2022. Tallet har stabilisert seg på vesentlig høyere nivå enn tidligere. Det jobbes systematisk for ytterligere økning i digitale polikliniske konsultasjoner.

5. Matavfall reduseres med 50 prosent innen 2030

%	2022	Referanseår 2019
00%	00 000 kg	20,5 tonn våtorganisk avfall

I referanseår 2019 hadde Finnmarkssykehuset HF 20,5 tonn våtorganisk avfall. Tallene tar utgangspunkt i totalt våtavfall og skiller ikke ut avfall knyttet til matsvinn. Det er i skrivende stund ikke tilgjengelig tall for 2022.

6. Andel produkter uten (utslipp av) helse og miljøskadelige stoffer skal være 75 prosent innen 2030

Finnmarkssykehuset HF skal benytte produkter som er produsert på en måte som beskytter pasienten, ansatte på sykehusene og i leverandørkjeden, og miljøet. Avtaleprodukter som omfattes av målet er medisinske forbruksvarer (MFV), kirurgiske produkter (KIR), laboratorieprodukter og -utstyr (LAB), og medisinsk teknisk utstyr (MTU). Indikatoren er under oppdatering og tall til rapportering fra Sykehusinnkjøp HF vil være tilgjengelig sommeren 2023.

7. Fossilfri virksomhet innen 2030, og redusere reisevirksomhet for medarbeidere

	%	2022	Referanseår 2019
Fyringsolje	-96%	2 283 liter	58 014 liter
Naturgass	00%	0 m3	000 000 m3
Andel fossilfrie kjøretøy	00%	00%	00%
Tjenestereise bil	-12%	98,8 CO2	112,71 CO2
Tjenestereise fly	-30%	732,1 CO2	1040,5 CO2

Det er ikke tall for andel fossilfrie kjøretøy. Foretaket bytter ut kjøretøy ved enden av levetid eller utløp av leasingavtale. Fossilfrie kjøretøy anskaffes dersom dette er vurdert hensiktsmessig ut fra planlagt bruk.

Reiseaktivitet med fly og bil har i 2022 hatt en nedgang. Dette sees i sammenheng med bedre muligheter for å delta på kurs og møter digitalt. Foretaket hadde også strenge begrensninger på reiser i 2022 grunnet økonomi.

8. Miljøbevisste medarbeidere i alle enheter

I årlig ForBedringsundersøkelse er det et mål at andel enheter som svarer at det arbeides godt med ytre miljø i helseforetaket skal være minst 90 prosent. Det er ikke etablert løsning for å rapportere på dette i Helse Nord. Finnmarkssykehuset HF bruker ForBedringsundersøkelsen til lokalt forbedringsarbeid. På foretaksnivå har spørsmålet "Her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning på det ytre miljøet" et resultat på 70,2. I 2022 ble det etablert et e-læringskurs for alle ansatte i Helse Nord. I Finnmarkssykehuset HF er det 37% av medarbeidere med stillingsforhold over 0% som har gjennomført kurset.

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.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Antall meldte miljøavvik	14	32	40	64	86	91	86	56

En feilkilde i antall meldte avvik har vært at avvik som er merket som miljøavvik ikke er det. For å forebygge misforståelser av avmerkingsknappen er tittelen endret fra «avvik ytre miljø» til «avvik klima og miljø». I tillegg til å forebygge feil merking, kan det også bidra til at avvik som skulle vært merket nå blir det. Enhetene oppfordres til å diskutere hva som er miljøavvik hos dem.

Overvåking og målinger

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

Revisjonsresultater

I ledelsens gjennomgang oppsummeres resultater av internrevisjoner kategori B.

Foretaket har en overordnet internrevisjonsplan for kategori B. Denne har klima og miljø som et fast årlig tema. I 2022 ble det gjennomført en internrevisjon med tema «drift, prestasjonsevaluering og forbedring». I tillegg var det et særlig fokus på implementering av felles miljøstyringsystem. Revisjonen ble gjennomført ved Sami klinikk og Service drift og eiendom.

Revisjonen førte til fire oppfølgingspunkter:

- Oppdater handlingsplan etter de nye nasjonale miljømål.
- Oppdater samsvarsvurdering etter ny mal.
- Følg opp kompetanseplaner i 2023.

- På overordnet nivå bør det jobbes for bedre målinger på klima og miljø.

Generelt fikk de reviderte klinikkene gode tilbakemeldinger på sitt arbeid med klima og miljø.

Overholdelse samsvarsforpliktelser

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. Merk at ikke alle klinikker er ferdig med samsvarsvurdering etter ny mal.

Oppfølgingspunkt som trekkes fram i samsvarsvurderingene er:

- Fokus på miljøavvik, hva er miljøavvik. Inkludert opplæring i Docmap.
- Oppfølging av vernerunder.
- Oppdatering av handlingsplaner.

Ressurser klima og miljø

Arbeidet med klima og miljø er en integrert del av HMS-systemet i Finnmarkssykehuset HF. Det formelle ansvarsaret 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 2022.

Henvendelser fra interesseparter

Henvendelser fra interne interesseparter følges opp i etablert møtestruktur og rutiner for oppfølging av saker. Eksterne henvendelser følges opp etter gjeldende saksbehandlingsregler og arkiveres i arkiv og saksbehandlingssystemet. Det er ikke registrert henvendelser eller klager i 2022.

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.

Anbefalinger til 2023

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ferdigstill arbeid med å oppdatere handlingsplaner og samsvarsvurderinger til nytt miljøstyringssystem.	Klinikkledere/stabsledere	31.08.23