



Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Dato:	17.04.2024
Saksansvarlig:	Vivi Brenden Bech, assisterende direktør
Saksbehandler:	Andreas Ertesvåg, seniorrådgiver
Møtedato:	25. april 2024
Saksnr i Elements:	2024/2772

Saksgang

Saksnummer	Møtedato	Utvalg
35/24	25.04.2024	Styret i Finnmarkssykehuset HF

Ledelsens gjennomgang 2023

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 2023 til etterretning.
2. Styret ber administrerende direktør prioritere kontinuerlig forbedring og følge opp oppsummerende tiltaksliste.

Ole Hope
Administrerende direktør

Vedlegg:

- 1 Ledelsens gjennomgang 2023
- 2 Miljøledelse - Grønt sykehus 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. Lov og forskrifter forutsetter at virksomhetens ledelse foretar en systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

Saksvurdering/analyse

Fokusområder i «Ledelsens gjennomgang» vil kunne endres fra år til år. Ledelsens gjennomgang omfattet følgende områder i 2023:

1. Hovedområde Avvikssystem 2023

Alle klinikkene og stabsavdelingene har etablert rutiner for gjennomgang av avvik i Kvarrådene, som dekker både læring og lukking av avvikene. Til tross for systematisk arbeid har antall åpne avvik gått opp sammenlignet med tidligere år. Perioder med lite ressurser på nøkkelpersonell blant annet grunnet fravær og mange pågående prosesser, kan være en medvirkende årsak til økningen.

Helse Nord innfører nytt kvalitetssystem, inkludert avvikssystem, i løpet av 2024. Behandling og ferdigstilling av åpne avvik i dagens system er en prioritet i forbindelse med denne overgangen.

2. Hovedområde Hendelsesanalyser/-gjennomganger 2023

Alle §3-3a meldingene fra sykehusene vurderes for om det skal gjøres en hendelsesgjennomgang. I 2023 ble det gjennomført to hendelsesgjennomganger. Det vurderes at foretaket kan øke dette antallet.

Grunnet manglende kapasitet hos regional fagressurs er det ikke gjennomført opplæring i 2023. Det er ønskelig med en ny runde opplæring i 2024. Dette følges opp i regionalt nettverk.

3. Hovedområde Systematisk HMS 2023

Fysisk verneombudssamling høsten 2023 trekkes fram som et høydepunkt. Samlingen hadde fokus på verneombudets rolle, hvordan bidra til et godt arbeidsmiljø og hvordan håndtere en hektisk hverdag. Tilbakemeldingen er at samlingen oppleves som et godt bidrag til å styrke vernetjenesten i foretaket.

Sykefraværet har gått ned 0,4 prosentpoeng sammenlignet med samme periode i 2022. Samlet sykefravær er 9,7%. Det er korttidsfraværet som har gått ned (-0,8 prosentpoeng), men langtidsfraværet har hatt en økning (+0,4). Tiltaksarbeidet i foretaket retter seg både mot individnivå og grupper/enheter. Det er samarbeid med NAV sitt arbeidsgiverteam, og deltakelse i IA-bransjeprogram.



4. Hovedområde Dokumentstyring 2023

Alle klinikkene og stabsavdelingene har rutiner for å følge opp og revidere prosedyrer og andre dokumenter i kvalitetssystemet. Det er fortsatt et etterslep på prosedyrer som ikke er revidert innen fristen. En grunn for manglende ferdigstilling er at prosedyrer som skal endres kan ha behov for høringsprosesser som tar tid utover oppsatt revisjonsfrist.

Som med avviksmeldinger er det en prioritet å sikre gjennomgang av dokumentene før innføring av nytt kvalitetssystem. En overordnet målsetning er å bruke gjennomgangen til å se på muligheter for større grad av felles dokumenter.

5. Hovedområde Internrevisjon 2023

Arbeidet med internrevisjon har fått et stort løft i form av kursing av flere internrevisorer. Det er gjennomført to interne kurs, og nærmere 40 deltakere har fått opplæring i hvordan gjennomføre internrevisjon i 2023.

Det viktigste målet framover er å bruke denne kompetansen til styrket gjennomføring og oppfølging av internrevisjoner. Internrevisjoner gjennomføres på foretaks- og klinikknivå.

6. Hovedområde Kompetansestyring 2023

Finnmarkssykehuset HF bruker «kompetanseportalen» for utarbeidelse og oppfølging av kompetanseplaner på foretaks-, klinikk-, avdelings- og enhetsnivå. Dette systemet bruker også for oppfølging og dokumentasjon av læringsmål for leger i spesialisering.

Foretaket deltar i regionalt arbeid med felles strategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling i Helse Nord. Det er startet et felles arbeid med utarbeidelse av handlingsplan, som ferdigstilles i 2024.

7. Hovedområde Pasientsikkerhet 2023

Finnmarkssykehuset HF har gode resultater på flere viktige kvalitetsindikatorer. Ledelsens gjennomgang trekker fram bedre gjennomføring av Global Trigger Tool (GTT) som et forbedringspotensial. Dette er en systematisk metode for journalgjennomgang for identifikasjon av pasientskader og med hensikt å lære og forbedre. Begge sykehusene har vakanser i funksjoner knyttet til sine GTT-team. Sykehusene følger dette opp i 2024.

8. Hovedområde Risikostyring 2023

Risikostyring er blant ledelsens verktøy for å innfri kravene fra Helse Nord RHF og oppnå nasjonale mål. Finnmarkssykehuset HF har jobbet systematisk med risikostyring de siste årene, og har fått en god systematikk for å jobbe med dette både på klinikk og foretaksnivå. Foretaket deltar i regionalt nettverk for risikostyring i Helse Nord. Nettverket har også et fokus på kompetanseheving og erfaringsutveksling innen risikostyring.

I 2024 starter et arbeid opp med å se på felles konsept for virksomhetsstyring i Helse Nord. Konseptet ser på muligheter for bedre bruk av digital systemstøtte for virksomhetsstyring.

9. Hovedområde Ventetid 2023

Finnmarkssykehuset HF har kortere gjennomsnittlig ventetid enn gjennomsnittet i Helse Nord. Helseforetaket har høyere andel pasienter som får sine pasientavtaler innen planlagt tid enn Helse Nord i sin helhet. Lokalt innsatsteam er en viktig medvirkende årsak, som videreføres også i 2024.

10. Hovedområde Personvern og informasjonssikkerhet 2023

Høsten 2023 ble det gjennomført ny kartlegging av digital sikkerhetskultur i Helse Nord. Det ble også gjennomført flere «phishing»-tester, der ansatte mottok e-poster som forsøkte å lure de til å trykke på lenker, blant annet for å gi fra seg passord. Undersøkelsen av sikkerhetskultur viser positiv utvikling. Samtidig kommer det fram at det fortsatt er behov for å jobbe med bevisstgjøring.

Det pågår kontinuerlig arbeid for å sikre oppdatert systemoversikt og lukking av sårbarheter.

11. Hovedområde Smittevern 2023

Verdenssituasjonen med mange flyktninger i Europa – og i Finnmark – gir også Finnmarkssykehuset HF stadig nye utfordringer med økende ankomster av flyktninger og asylsøkere, samt økning av antibiotikaresistente mikrober. Denne situasjonen krever at en har god og oppdatert kompetanse både innen tuberkulose og smittevern generelt, og nøkkelpersonell her er tuberkulosekoordinatorer, legespesialister og smittevernpersonell.

Finnmarkssykehuset HF jobber etter den nasjonal og regional smittevernplan. Prioriterte fokusområder er grunnleggende smittevern, antibiotikastyring og kompetanse innen smittevern.

12. Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus 2023

Finnmarkssykehuset HF jobber etter felles miljøstyringssystem i Helse Nord. Det er felles mål for spesialisthelsetjenesten i Norge. Overordnet mål er 40% reduksjon i Co2-ekvivalenter innen 2030. De direkte utslippene til Finnmarkssykehuset HF er på samme nivå som referanseåret 2019. Energi og pasientreiser er de to største hovedkategoriene.

Foretaket har redusert energiforbruket med 6%. Andel digitale konsultasjoner er på rundt 15%, og nærmer seg måltallet på 20%. Ansattereiser er redusert.

13. Hovedområde Beredskap 2023

Det er gjennomført øvelse innen CBRNE hendelser (kjemiske stoffer (C), biologiske agens (B), radioaktive stoffer (R) nukleært materiale (N) og eksplosiver (E)). Øvelsen er brukt som læring for utvikling av beredskapsplanverket.

På foretaksnivå er alle reelle beredskapshendelser evaluert og planverk oppdatert.

Beredskapsorganisering er endret med virkning fra 1. tertial 2024. Beredskap og informasjonssikkerhet legges under assisterende direktør. Formålet er å bidra til helhetlig fokus på disse områdene i foretaket.

14. Hovedområde Sikkerhet 2023



Finnmarkssykehuset HF deltar i prosesser angående samordning av beredskapsplanverk med Forsvaret. Fra et helseperspektiv har foretaket, i samarbeid med Helse Nord, involvert seg i planlegging av og informasjon om NATO-øvelsen Nordic Response, som ble avholdt i mars 2024.

Det pågår arbeid med å sikre oppdaterte prosedyrer for etterlevelse av sikkerhetsloven med tilhørende forskrifter.

15. Hovedområde Forskning 2023

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.

Internkontrollen består av to deler:

- Gjennomgang av prosjektoversikten (årlig)
- Intern revisjon av utvalgte konkrete prosjekter (hvert 3. år)

Gjennomgang av prosjektoversikt er gjennomført i samarbeid med personvernombudet. Feil og mangler som ble avdekket er fulgt opp.

Konsekvenser for samisk språk, kultur og tjenestetilbud

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

Risikovurdering

Ledelsens gjennomgang viser overordnet at risikoen er på et akseptabelt nivå. Gjennomføring av tiltakene i tiltakslisten vil bidra forbedring og ivaretagelse av akseptabel risiko.

Budsjett/finansiering

I/A

Medbestemmelse og brukervedvirkning

Denne saken ble det orientert om i informasjons- og drøftingsmøte 16. april 2024, og i FAMU 17. april 2024.

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

Direktørens vurdering

Ledelsens gjennomgang 2023 bekrefter at Finnmarkssykehuset HF har tilstrekkelige systemer for å planlegge, gjennomføre, analysere og korrigere. Det er etablert gode systemer og strukturer for systematisk arbeid innen områdene ledelsens gjennomgang dekker.

Gjennomgangen kommer med konkrete tiltak som Finnmarkssykehuset HF vil jobbe med i 2024 for å sikre fortsatt kontroll og forbedring. Regionalt samarbeid innen risikostyring og virksomhetsstyring er viktige bidrag for å øke kompetansen og sikre at foretaket har gode system og rutiner. Innføring av nytt kvalitetssystem i 2024 vil også gi foretaket et godt verktøy for videre arbeid med kontinuerlig forbedring.



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



LEDELSENS GJENNOMGANG 2023

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse.....	2
Innledning.....	4
Hovedområde Avvikssystem 2023.....	5
Mål og planer.....	5
Gjennomføring og evaluering.....	5
Anbefalinger til 2024.....	6
Hovedområde Hendelsesanalyser/-gjennomganger 2023.....	7
Mål og planer.....	7
Gjennomføring og evaluering.....	7
Anbefalinger til 2024.....	7
Hovedområde Systematisk HMS 2023.....	8
Mål og planer.....	8
Gjennomføring og evaluering.....	8
Anbefalinger til 2024.....	9
Hovedområde Dokumentstyring 2023.....	10
Mål og planer.....	10
Gjennomføring og evaluering.....	10
Anbefalinger til 2024.....	11
Hovedområde Internrevisjon 2023.....	12
Mål og planer.....	12
Gjennomføring og evaluering.....	12
Anbefalinger til 2024.....	12
Hovedområde Kompetansestyring 2023.....	13
Mål og planer.....	13
Gjennomføring og evaluering.....	13
Anbefalinger til 2024.....	14
Hovedområde Pasientsikkerhet 2023.....	15
Mål og planer.....	15
Gjennomføring og evaluering.....	15
Anbefalinger til 2024.....	16
Hovedområde Risikostyring 2023.....	17
Mål og planer.....	17
Gjennomføring og evaluering.....	17
Anbefalinger til 2024.....	17
Hovedområde Ventetid 2023.....	18
Mål og planer.....	18
Gjennomføring og evaluering.....	18
Anbefalinger til 2024.....	18
Hovedområde Personvern og informasjonssikkerhet 2023.....	19
Mål og planer.....	19
Gjennomføring og evaluering.....	19
Anbefalinger til 2024.....	20
Hovedområde Smittevern 2023.....	21

Mål og planer	21
Gjennomføring og evaluering.....	21
Anbefalinger til 2024	22
Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus 2023	23
Mål og planer	23
Gjennomføring og evaluering.....	23
Anbefalinger til 2024	24
Hovedområde Beredskap 2023	25
Mål og planer	25
Gjennomføring og evaluering.....	25
Anbefalinger til 2024	26
Hovedområde Sikkerhet 2023	27
Mål og planer	27
Gjennomføring og evaluering.....	27
Anbefalinger til 2024	27
Hovedområde Forskning 2023	28
Mål og planer	28
Gjennomføring og evaluering.....	28
Anbefalinger til 2024	29
Ledelsens gjennomgang 2023 – tiltaksliste.....	30
Hovedområde Avvikssystem	30
Hovedområde Hendelsesanalyser/-gjennomganger	30
Hovedområde Systematisk HMS.....	30
Hovedområde Dokumentstyring.....	30
Hovedområde Internrevisjon.....	31
Hovedområde Kompetansestyring.....	31
Hovedområde Pasientsikkerhet.....	31
Hovedområde Risikostyring.....	32
Hovedområde Ventetid.....	32
Hovedområde Personvern og informasjonssikkerhet	32
Hovedområde Smittevern.....	32
Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus.....	33
Hovedområde Beredskap	33
Hovedområde Sikkerhet.....	33
Hovedområde Forskning.....	34

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
- Etterleves 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 2023

Mål og planer

Finmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2022.

Tiltak fra LGG 2022	Ansvarlig	Frist	Fargekode
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	

Gjennomføring og evaluering

Alle klinikkene og stabsavdelingene har etablert rutiner for gjennomgang av avvik i Kvamrådene. Kvamrådene har fokus på både læring fra avvik, samt avviksbehandlingen. Regelmessig oppfølging i Kvamråd skal bidra til god meldekultur i foretaket.

Til tross for fast oppfølging i Kvamråd, har ikke foretaket lyktes med å redusere antall åpne avvik. De to siste årene har antall åpne avvik ligget på ca. 530. For 2023 har dette gått opp til 845 åpne avvik ved årsslutt. Grunnen til at avvik er åpne over tid varierer. Manglende opplæring/kompetanse i systemet er en faktor. En annen faktor er at flere klinikker/sykehus i perioder har vært uten kvalitetsrådgiver. I tillegg har det vært mange prosesser i foretaket som kan ha hatt innvirkning på kapasitet til avviksbehandling. Enkelte avvik, særlig pasienthendelser, krever en lengre prosess for å lukkes. Oppfølging av åpne avvik krever kontinuerlig fokus. Antall meldte avvik holder seg relativt stabilt.

I løpet av 2024 skal Helse Nord bytte kvalitetssystem, inkludert system for avviksmeldinger. Som forberedelse til dette er det viktig å komme a jour med behandling av åpne avvik.

Oversikt over avvikstyper

Avvikstyper	2022	2023	Antall åpne avvik 2023
Pasienthendesskjema	704	761	296
Hendelse i annen avdeling/enhet	657	660	294
Hendelse i egen avdeling/enhet	592	699	157
Samhandlingshendelser med kommuner	125	109	39
Hendelse for laboratorier	101	95	17
Forbedringsforslag	88	110	28
Skademelding personal	42	32	7
Feil ved elektromedisinsk utstyr	18	13	3
Avvik interne revisjoner	17	5	4
Strålevern hendelse	4	1	0
Totalt	2348	2485	845

Anbefalinger til 2024

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Avvik skal behandles fortløpende. Fokus på å lukke alle åpne avvik.	Klinikksjefer/stabsledere	01.10.24
Følge opp rutine med fokus på avviksbehandling månedlig.	Klinikksjefer/stabsledere	01.10.24

Hovedområde Hendelsesanalyser/-gjennomganger 2023

Mål og planer

Finnmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2022.

Tiltak	Ansvarlig	Frist	Fargekode
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.	Klinikksjefer	31.12.23	

Gjennomføring og evaluering

I 2023 var det ønsket opplæring i hendelsesgjennomgang i regi av UNN HF, men dette ble ikke gjennomført. Behovet har vært diskutert i det regionale nettverket for hendelsesanalyse. UNN har ikke hatt kapasitet, da de som har hatt ansvar for regional undervisning tidligere, har gått over i andre stillinger. Det er ønskelig med en ny runde opplæring i 2024, dette vil bli diskutert i det regionale nettverket.

Det har tidligere vært besluttet at alle §3-3a-meldinger i utgangspunktet skal ledsages av en hendelsesgjennomgang, med mindre særskilte forhold tilsier at dette ikke er nødvendig.

Kirkenes sykehus vurderer alle §3-3a meldinger, hvorvidt det skal gjennomføres hendelsesgjennomgang. Sykehuset har hatt §3-3a meldinger oppe som sak i flere ledermøter, for å sikre at hendelsen meldes så tidlig som mulig etter at den er oppstått.

Hammerfest sykehus vurderer alle §3-3a meldinger for hendelsesgjennomgang. Alle oppfordres til å melde hendelser via www.melde.no. Hendelser gjennomgås i Kvamgrupper og Kvamråd for videre vurdering og læring på tvers i organisasjonen.

I 2023 ble det meldt inn ti §3-3a meldinger. Finnmarkssykehuset har ikke vært tilstrekkelig aktpågivende i arbeidet rundt hendelsesgjennomganger, og det ble i 2023 kun utført to slike.

Anbefalinger til 2024

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Vurdere hendelsesgjennomgang på alle §3-3a meldinger.	Klinikksjef med støtte fra medisinsk fagsjef	31.12.24
Sikre at alle §3-3a meldinger der det besluttes å gjennomføre hendelsesgjennomgang får gjennomført slike.	Klinikksjef, med støtte fra kvalitetsavdelingen.	31.12.24

Hovedområde Systematisk HMS 2023

Mål og planer

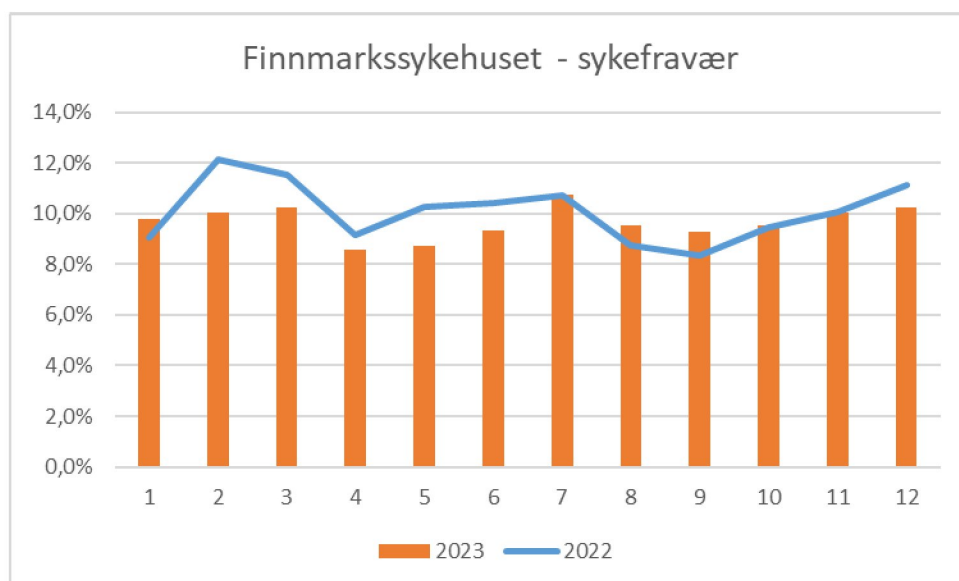
Finmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2022.

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

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 2023 ble gjennomført i februar. Svarprosenten ble 66,9%, som er under måltallet på 70%. Det vurderes at nedgangen kan ha sammenheng med andre store prosesser i foretaket som tar fokus, samt det kan være en viss undersøkelsestrøtthet etter seks år med undersøkelsen. Resultatet viser at foretaket fortsatt skårer høyt, med en positiv utvikling siden 2019. Undersøkelsen følges opp i enhetene, og det utarbeides lokale handlingsplaner.



Sykefraværet har gått ned 0,4 prosentpoeng sammenlignet med samme 2022. Samlet sykefravær er 9,7%. Det er korttidsfraværet som har gått ned (-0,8 prosentpoeng), men langtidsfraværet har hatt en økning (+0,4).

Finmarkssykehuset har deltatt i IA bransjeprogram «Der skoen trykker». I tillegg har flere enheter deltatt i NAV sitt tiltak «arbeidsgiverteam». Begge tiltakene retter seg mot enheter med høyt sykefravær. Foretakets egenutviklede tiltak for ansatte med høyt sykefravær, «mulighetssamtalen», er videreført i 2023. Det er etablert fast kontaktperson ved NAV Hammerfest.

Det ble arrangert fysisk verneombudssamling for alle verneombud høsten 2023. Tema for samlingen var verneombudets rolle, hvordan bidra til et godt arbeidsmiljø og hvordan håndtere en hektisk hverdag. Tilbakemeldingen er at samlingen oppleves som et godt bidrag til å styrke vernetjenesten i foretaket.

Klinikk prehospital tjenester jobber med et pilotprosjekt for kollegastøtteordning. Det er rekruttert personer som er interessert i å være kollegastøtte, og laget plan for opplæring i samarbeid med bedriftshelsetjenesten. Dersom andre klinikker ønsker det, vil det vurderes om tiltaket skal ruller ut til flere.

Anbefalinger til 2024

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Videreføre arbeid med deltakelse i IA bransjeprogram (Der skoen trykker, tidlig og tett på og sammen om ForBedring).	Personal og organisasjon og klinikksjefene.	31.12.24
Følge opp gjennomføring av opplæring i forebygging av vold og trusler.	Klinikksjefene.	31.12.24

Hovedområde Dokumentstyring 2023

Mål og planer

Finmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2022.

Tiltak fra LGG 2022	Ansvarlig	Frist	Fargekode
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	

Gjennomføring og evaluering

Antall dokumenter registrert i kvalitetssystemet har økt med cirka 1400, til totalt 9300 i 2023. Av disse er det 1650 som ikke er revidert innen fristen, opp fra 850 i 2022. Alle klinikker og stabsavdelinger har et forbedringspotensial på oppfølging av dokumenter innen fristen.

Som forberedelse til innføring av nytt kvalitetssystem i 2024, er det anbefalt å ha fokus på to områder:

1. Revisjon av dokumenter innenfor tidsfristen.
2. Rydding i dagens dokumenter.
 - a. Fjerne dokumenter som ikke lenger er relevante.
 - b. Jobbe for å få flere felles dokumenter i foretaket og regionen.

Oversikt over dokumenter passert revisjonsfrist fordelt på klinikk/stab

Klinikk og stab	Totalt antall dokumenter	Passert revisjonsdato per 31.12.23
Fag, forskning og samhandling	57	5
Foretakssekretariat	18	2
Hammerfest sykehus	3290	635
Kirkenes sykehus	3325	442
Klinikk Alta	1130	182
Prehospital tjenester	285	122
Kommunikasjon og samfunnskontakt	19	6
Personal og organisasjon	100	21
Sámi Klinihkka	575	135
Service, drift og eiendom	359	49
Økonomi, analyse og innkjøp	136	54
Utbygging	22	6

Anbefalinger til 2024

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Revidere og rydde i eksisterende dokumenter. Klargjøre disse til å ta over i nytt system. Der det er mulig erstatte lokale prosedyrer med VAR-prosedyrer.	Klinikksjefer/Stabsledere	01.12.2024

Hovedområde Internrevisjon 2023

Mål og planer

Finmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2022.

Tiltak fra LGG 2022	Ansvarlig	Frist	Fargekode
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	

Gjennomføring og evaluering

I 2023 ble det gjennomført digital opplæring i internrevisjon. I løpet av to kurs, fikk nærmere 40 deltakere opplæring i hvordan gjennomføre internrevisjon. Alle klinikker hadde deltakere på kurset. Dette styrker klinikkens evne til å gjennomføre internrevisjoner i egen klinikk. Opplæringen ble gjennomført av leder for internrevisjonsnettverket i foretaket.

Internrevisjon er et kontinuerlig arbeid, og en naturlig del av Finnmarkssykehuset sitt fokus på kontinuerlig forbedring. For 2024 er det viktig å viderefør dette arbeidet, med oppfølging av lokale revisjonsplaner i klinikkene. Det er også nødvendig å sette av tid til oppfølging av forbedringsområder avdekket i internrevisjoner.

Anbefalinger til 2024

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ha oppdaterte revisjonsplaner i klinikk/sykehus.	Klinikkssjefer	01.06.24
Etter opplæring av nye internrevisorer i 2023 - gjennomføre revisjoner i Finnmarkssykehuset /Klinikk/sykehus.	Klinikkssjefer/internrevisorer	31.12.24

Hovedområde Kompetansestyring 2023

Mål og planer

Finmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2022.

Tiltak	Ansvarlig	Frist	Fargekode
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	

Gjennomføring og evaluering

Finmarkssykehuset 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. Prehospital tjeneste bruker i tillegg et eget system for oppfølging av en del av ambulansetjenestens læringskrav. Det er fortsatt forbedringspotensial i oppfølging av kompetanseplaner. Ledere har ansvar for å følge opp og legge til rette for gjennomføring av kursene.

Kompetanseportalen brukes for oppfølging og dokumentasjon av læringsmål for leger i spesialisering (LIS). Det har vært en runde med rapportering og oppfølging i LIS-komiteen i 2023. Oppfølgingen bidrar til 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.

Finmarkssykehuset har deltatt i regionalt arbeid med utarbeidelse av felles strategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling i Helse Nord. Det pågår et arbeid med utarbeidelse av regional handlingsplan for oppfølging av strategien. Foretaket deltar i regionale nettverk for utdanning og kompetanse.

Det er gjennomført slukkeøvelser i Alta, Karasjok, Kirkenes, Hammerfest og Tana i 2023. Det er fortsatt et etterslep i deltakelsen for brannøvelser. Flere øvelser settes opp i 2024. Bruken av virtuelle øvelser vurderes opp mot fysiske øvelser.

Via prosjekt stabilisering og rekruttering ble det satt av ekstra midler til kompetanseheving i 2023. Som et prøveprosjekt ble det satt av 500 000 fordelt mellom Hammerfest og Kirkenes sykehus. Midlene er primært rettet mot sengeenhetene. For 2024 økes avsatte midler, og støtten utvides til også å gjelde klinikk Alta og Sami klinikk.

Anbefalinger til 2024

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ha gjennomgang av status for kompetanseplaner som tema i ledermøte minimum en gang i året.	Klinikksjefer/stabsledere	31.12.24

Hovedområde Pasientsikkerhet 2023

Mål og planer

Finnmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2022.

Tiltak	Ansvarlig	Frist	Fargekode
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 postoperative sårinfeksjoner med bistand fra FFS. Jf. PR46073 .	Klinikkledere	01.06.23	

Gjennomføring og evaluering

Det er et forbedringspotensial i foretaket på at resultatene fra Global Trigger Tool (GTT) blir gjennomgått med en gang de foreligger, og at det iverksettes tiltak. Begge sykehusene har vakanser i funksjoner tilknyttet GTT-team. Sykehusene følger dette opp.

Vedrørende implementering av tiltakspakker UVI og trykksår, blir dette videreført i 2024. Det fungerer ikke optimalt i foretaket. Det kan synes som om foretaket er blitt bedre på å forebygge trykksår, men det er viktig å sikre videre god forebygging, ved å implementere trykksår i tiltakspakker i aktuelle enheter i foretaket.

GTT-rapportering for 2023 er mangelfull. Noe som skyldes manglende ressurser. Det er ikke meldt inn resultater for deler av 3. tertial, det gjelder både fra det medisinske og kirurgiske teamet. Granskningene for siste del av august er fremdeles ikke fullført fra det medisinske teamet.

Begge teamene avdekket flere gjentakende skader gjennom 1. og 2. tertial. Ut fra de resultatene som foreligger, viser det seg at det fortsatt er behov for oppfølging av både UVI, og kirurgiske infeksjoner.

Når det gjelder tverrfaglig gjennomgang av dype postoperative sårinfeksjoner jmf PR46073, så er dette kun gjennomført fast ved Kirkenes sykehus i 2023. Etter tverrfaglig gjennomgang blir det laget en handlingsplan for eventuelle forbedringspunkter som avdekkes under gjennomgangen. Tverrfaglig gjennomgang oppleves som en meningsfull og god måte å drive forbedringsarbeid på. Ved Hammerfest sykehus har det i 2023 ikke vært gjennomført tverrfaglig gjennomgang av dype postoperative sårinfeksjoner jmf PR46073. Det er stort fokus på å få dette i gang i 2024.

Det jobbes med å etablere rutiner ved sykehusene i Hammerfest og Kirkenes for å fange opp infeksjonene tidligst mulig, slik at gjennomgang og forbedringsarbeid kan starte snarest.

Det skal oppleves trygt å melde om uønskede hendelser og forbedringspunkter. Finnmarkssykehuset jobber med å etablere system og kultur for tilbakemelding og oppfølging, slik at læring skal bidra til færre pasientskader. Internt avvikssystem skal benyttes ved slike hendelser i forbedringsarbeidet, og dette gjelder også innen smittevern.

Anbefalinger til 2024

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Sørge for at foretaket har komplette GTT-team.	Klinikksjefer	01.06.24
GTT- teamene legger frem resultatene tre ganger årlig for Kvalitetsutvalget.	Klinikksjefer	31.12.24
Etablere samarbeid mellom GTT-team og smittevern for å iverksette forbedringstiltak basert på resultatene fra GTT om UVI, trykksår og kirurgiske infeksjoner.	Klinikksjefer/ kvalitetsavdelingen	01.06.24
Sikre fortløpende gjennomgang av dype postoperative sårinfeksjoner og snarlig oppfølging av forbedringstiltak med bistand fra kvalitetsavdelingen. Jf. PR46073 .	Klinikksjefer	01.06.24
Etablere rutiner for bruk av internt avvikssystem for melding og forbedringsarbeid ift. postoperative sårinfeksjoner, reinnleggelser og reoperasjoner på grunn av infeksjon.	Klinikksjefer	01.06.24

Hovedområde Risikostyring 2023

Mål og planer

Finmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2022.

Tiltak	Ansvarlig	Frist	Fargekode
Implementere nye retningslinjer for risikostyring.	FFS	01.12.23	

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 å nå mål.

Finmarkssykehuset har jobbet systematisk med risikostyring de siste årene, og har fått en god systematikk for å jobbe med dette både på klinikk og foretaksnivå.

Finmarkssykehuset har fulgt opp og implementert nye regionale retningslinjer for risikostyring som ble iverksatt fra juni 2023. Finmarkssykehuset deltar i regionalt nettverk for risikostyring der man i samarbeid utvikler felles metoder for vurdering av risiko og fastsettelse av risikotoleranse. Lokale retningslinjer er endret i arbeidet, og ytterligere endringer gjøres ved behov. I nettverket har man diskutert felles akseptkriterier/skala for sannsynlighet og konsekvens, med et særlig fokus på utarbeidelse av mal for risikovurdering av styringsmål 2024. Nettverket har også et fokus på kompetanseheving og erfaringsutveksling innen risikostyring.

Finmarkssykehuset har gjennomført 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. For alle områder som risikovurderes iverksettes tiltak og det gjennomføres korrigeringer der risikoen er høy.

Anbefalinger til 2024

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Delta i regionalt nettverk for risikostyring for erfaringsutveksling. Foreslåtte endringer implementeres fortløpende.	Assisterende direktør med deltagerne i nettverket (Seniorrådgiver PO og spesialrådgiver beredskap)	Forløpende gjennom året
Delta i konsept virksomhetsstyring i Helse – digital systemstøtte for virksomhetsstyring i Helse Nord.	Assisterende direktør med deltagerne i konseptet. (Klinikkjef for teknologi og innovasjon samt seniorrådgiver PO)	30.06.24

Hovedområde Ventetid 2023

Mål og planer

Finnmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2022.

Tiltak	Ansvarlig	Frist	Fargekode
Finnmarkssykehuset 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	

Gjennomføring og evaluering

Kravet for ventetid i spesialisthelsetjenesten er uendret fra tidligere år. Nedenstående tall viser gjennomsnittlig ventetider for avviklede pasienter i 2023. Tabellen er sammenstilt med nasjonale krav og tilsvarende resultater fra samlet helseforetaksgruppe i Helse Nord.

	Krav	Finnmarkssykehuset	Helse Nord
Somatikk	50	59	71
VOP	40	60	65
BUP	35	70	62
TSB/Rus	30	39	36
Samlet		59	70

For passert planlagt tid viser gjennomsnittstallene for 2023 at vi overholdt 83,4% av medisinske pasientavtaler, dette er noe bedre enn de andre helseforetakene i Helse Nord. Samlet overholdelse i regionen er på 81,9%. Begge tallene er under målet på 95%.

Finnmarkssykehuset har med andre ord kortere gjennomsnittlig ventetid enn gjennomsnitt i Helse Nord og helseforetaket har også høyere andel pasienter som får sine pasientavtaler innen planlagt tid enn Helse Nord som helhet. Finnmarkssykehuset klarer imidlertid ikke å overholde anbefalt ventetid for alle våre tjenester, og heller ikke andelen som får oppfylt pasientavtaler.

Anbefalinger til 2024

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Lokalt innsatsteam videreføres også i 2024.	Kvalitetsavdelingen	31.12.24
Finnmarkssykehuset HF skal fortsatt være best på ventetid i regional sammenheng.	Klinikksjefer med lokalt innsatsteam	31.12.24
Finnmarkssykehuset HF skal fortsatt være best i regionen på å tilby pasientene time innen planlagt tid.	Klinikksjefer med lokalt innsatsteam	31.12.24

Hovedområde Personvern og informasjonssikkerhet 2023

Mål og planer

Finmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2022.

Tiltak	Ansvarlig	Frist	Fargekode
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	

Gjennomføring og evaluering

En ny kartlegging av digital sikkerhetskultur ble gjennomført høsten 2023. Disse 5 temaene ble kartlagt:

- Medarbeideres holdninger til digitalisering og digital sikkerhet
- Risikooppfattelse
- Syn på styring og kontroll
- Sikkerhetsadferd
- Kunnskap, læring og interesse

Gjennomgående er det positiv utvikling innenfor alle temaene. Anbefalingene for 2024 er knyttet til funn i kartleggingen, der blant annet kjennskap til sikkerhetsintruksen bør bedres. Det ble gjennomført flere phishingtester høsten 2023, og resultatene av disse viser at det fortsatt må jobbes med bevisstgjøring hos våre ansatte.

942 ansatte har gjennomført obligatorisk informasjonssikkerhetskurs. I kompetansemodulem tas det utgangspunkt i et totalt antall på 2492. Dette gir en gjennomføringsprosent på 38 % (en nedgang fra 47 % i 2022). 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 er fortsatt en del mangler i systemoversikten. Dette arbeidet vil delvis dekkes gjennom deltakelse i regionalt prosjekt for applikasjonsforvaltning. Også i 2023 var rutinen rundt innmelding av nye systemer et av temaene i internrevisjonen av informasjonssikkerhet.

Det var en nedgang i antallet meldinger om brudd på personopplysningsikkerheten (avvik) til Datatilsynet sammenlignet med foregående år. Det som meldes er i hovedsak innenfor regionale systemer og/eller infrastruktur.

Arbeidet med å lukke kritiske sårbarheter bør også få et større fokus. Mange kritiske sårbarheter blir lukket, men det er fortsatt en del som blir stående åpne i lang tid. Det vil alltid dukke opp nye sårbarheter, men målet bør være å nærme seg null.

Anbefalinger til 2024

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Følge opp kartlegging av digital sikkerhetskultur.	Klinikksjefer/ stabsledere	30.6.24
Følge opp obligatoriske krav i kompetanseportalen (informasjonssikkerhetskurs og sikkerhetsinstruks).	Alle ledere	31.12.24
Sørge for at kritiske sårbarheter i infrastrukturen lukkes.	Teknologi og innovasjon og Service, drift og eiendom	Kontinuerlig

Hovedområde Smittevern 2023

Mål og planer

Finnmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2022.

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

Gjennomføring og evaluering

Oppdatering og vedlikehold av smittevernrutinene ved Finnmarkssykehuset pågår, men har vært utfordrende siden det gjennom hele 2023 har vært reduserte ressurser innen smittevern (hygienesykepleier/tuberkulosekoordinator/rådgivende smittevernoverlege/lokale smittevernleger) på grunn av sykefravær, permisjon og turnover.

I 2023 har det i geografisk ansvarsområdet for Hammerfest sykehus vært et stort etterslep av pasienter fra 2022 til utredning og oppstart forebyggende tuberkulosebehandling. Det arbeides med å forbedre pasientforløpene for denne pasientgruppen, samt kvalitetssikre kapasiteten ved Hammerfest sykehus, noe som er blitt betydelig bedre etter at klinikkene fikk ansatt en infeksjonsmedisiner fra høsten 2023.

Ved geografisk ansvarsområdet for Kirkenes sykehus er det god kapasitet og kontroll på utredning og behandling av tuberkulose, og dette ivaretas hovedsakelig av klinikkens to lungeleger og konst. overlege (kommende infeksjonsmedisiner).

Det fortsatt betydelig pågang av pasienter i hele fylket som henvises for utredning av tuberkulose. Verdenssituasjonen med mange flyktninger i Europa – og i Finnmark – gir også Finnmarkssykehuset stadig nye utfordringer med økende ankomster av flyktninger og asylsøkere samt økning av antibiotikaresistente mikrober. Denne situasjonen krever at vi har god og oppdatert kompetanse både innen tuberkulose og smittevern generelt, og nøkkelpersonell her er tuberkulosekoordinatorer, legespesialister og smittevernpersonell.

Den nasjonale [«Handlingsplan for et bedre smittevern»](#) er fortsatt gjeldende. Den regionale smittevernplanen bygger på føringer fra denne nasjonale planen. I anbefalinger for 2024 tas det derfor utgangspunkt i nyrevidert [Regional smittevernplan for Helse Nord](#), som også inkluderer

Regionalt tuberkulosekontrollprogram, vedtatt i desember 2023 hvor det foreligger følgende prioriterte risikoområder:

1. Grunnleggende smittevern og antibiotikastyring
2. Kompetanse i smittevern, infeksjonssykdommer og mikrobiologi
3. Samarbeid og organisering
4. Mikrobiologisk diagnostikk
5. Dekontaminering, sterilforsyning og renhold
6. Sykehusbygg i nord
7. Beredskap og smittevern
8. IKT-systemer og smittevern

Basert på de to første prioriterte risikoområdene anbefales det å iverksette tiltak med fokus på:

- grunnleggende smittevern
- antibiotikastyring
- kompetanse innen smittevern

I Regionalt tuberkulosekontrollprogram er det et nytt tiltak som handler om at lokalsykehusene i Finnmarkssykehuset skal samarbeide om barn og voksne i tuberkulosenettverk med UNN.

I tillegg anbefales det å videreføre noen av tiltakene fra 2023.

Anbefalinger til 2024

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Oppdatere og implementere infeksjonskontrollprogrammet ved Finnmarkssykehuset.	<u>Oppdatering:</u> Smittevernpersonell/ rådgivende smittevernoverlege <u>Implementering:</u> Klinikksjefer	01.07.24
Smittevernkurs for ledere.	Smittevernpersonell	31.12.24
Gjennomføre smittevernvisitter.	Klinikksjefer	31.12.24
Oppdatere og implementere antibiotikastyrings-programmet.	Klinikksjefer	01.07.24
Etablere rutiner for å delta i tuberkulosenettverk med UNN i utredning/behandling av barn og voksne.	Klinikksjefer/ tuberkulosekoordinatorer	01.05.24
Presentere resultater fra infeksjonsovervåking/ antibiotikabruk med forbedringstiltak i Kvalitetsutvalget.	Smittevernpersonell/ Medisinsk fagsjef	31.12.24
Sikre smittevern i byggeprosesser.	SDE/aktuell prosjektleder	Tidligst mulig og fortløpende

Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus 2023

Mål og planer

Finnmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2022.

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

Gjennomføring og evaluering

Finnmarkssykehuset har felles miljøstyringssystem med de andre foretakene i Helse Nord. Miljøstyringssystemet bygger på ISO-14001.

Finnmarkssykehuset følger felles miljømål for spesialisthelsetjenesten.

Indikator Rapportering på måloppnåelse	Referanseår 2019	Resultat 2023	Kommentar
Innen 2030 redusere Co2e-utslipp med 40 prosent.	16 796 tonn CO2e	16 735 tonn CO2e	Direkte Co2-utslipp. Energi (45%) og pasientreiser (46%) er de største hovedkategoriene.
Redusere forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner.	2,3%	3,0%	NB, det er små tall som gir prosentvis stort utslag.
Redusere energiforbruket med 20 % innen 2030.	218 kWh per m2 BTA gradskorrigert	205 kWh per m2 BTA gradskorrigert	-6%. Nye bygg, oppgradering med fokus på energisparing og energistyring av byggene er viktige drivere for reduksjon.
Andel polikliniske konsultasjoner over video og telefon skal være minimum 20 prosent.	1,18%	15,8%	Et satsingsområde i foretaket. Psykisk helsevern og rus ca. 30%.
Matavfall reduseres med 50 prosent innen 2030.	20,5 tonn våtorganisk avfall	29,3 tonn våtorganisk avfall	Tallene er for våtorganisk avfall og ikke bare matavfall. Økning sees i sammenheng med mer helhetlig datagrunnlag.
Andel produkter uten (utslipp av) helse og miljøskadelige stoffer skal være 75 prosent innen 2030: 1. Produkter uten helse- og miljøskadelige stoffer i pasient/-ansatt-nære kategorier	1. 2. 3.	1. 2. 3.	Indikatoren følges opp av Sykehusinnkjøp HF. Finnmarkssykehuset har fokus på å følge inngåtte avtaler.

<ul style="list-style-type: none"> 2. Produkter med anerkjente miljømerker i relevante kategorier 3. Legemidler uten unødvendig utslipp 			
<p>Fossilfri virksomhet innen 2030</p> <p>Årlig utvikling i prosentandel bruk av:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Fyringsolje 2. Naturgass 3. Andel fossilfrie kjøretøy i helseforetaket <p>Redusere reisevirksomhet for medarbeidere:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 40% reduksjon i tjenestereise med fly 2. 30% reduksjon i tjenestereise med bil 	<ul style="list-style-type: none"> 1. 58 014 liter 2. 0 3. Ikke tilgjengelig- <ul style="list-style-type: none"> 1. 1040,5 tonn CO2 2. 112,7 tonn CO2 	<ul style="list-style-type: none"> 1. 23 636 liter 2. 0 3. 48% <ul style="list-style-type: none"> 1. 864,4 tonn CO2 2. 91,5 tonn CO2 	<p>Datagrunnlaget er mangelfullt på rapporteringstidspunktet.</p>
Miljøbevisste medarbeidere i alle enheter.	Indikator ikke klar.	Indikator ikke klar.	56% av medarbeidere med stillingsforhold over 0% som har gjennomført elæringskurs i klima og miljø.

Finnmarkssykehuset sitt arbeid med klima og miljø er nærmere beskrevet i eget vedlegg til ledelsens gjennomgang.

Anbefalinger til 2024

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Oppdater handlingsplaner og samsvarsvurderinger.	Klinikksjefer	30.09.2024

Hovedområde Beredskap 2023

Mål og planer

Finmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2022.

Tiltak	Ansvarlig	Frist	Fargekode
Videreutvikle og tilpasse CBRNE-beredskapsplanverk og rutiner.	Klinikkledere og Beredskapsressurser	01.12.23	Yellow
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	Green
Følge opp sårbarheter og identifisere og iverksette tiltak knyttet til kritisk infrastruktur.	Klinikkledere og Beredskapsressurser	01.10.23	Yellow

Gjennomføring og evaluering

Finmarkssykehuset med klinikker har oppdaterte beredskapsplaner og rutiner for CBRNE-hendelser (kjemiske stoffer (C), biologiske agens (B), radioaktive stoffer (R) nukleært materiale (N) og eksplosiver (E)). I juni 2023 ble Øvelse Steinbukken gjennomført som en «table top-øvelse» på CBRNE på foretaksnivå. Øvelsen var forberedt med individuelle oppgaver som hver deltaker skulle gjøre i forkant av øvelsen.

På foretaksnivå er alle reelle beredskapshendelser evaluert og planverk oppdatert.

I samarbeid med alle foretak i Helse Nord ble det påbegynt planlegging av fagdag i CBRNE. Fagdagen vil bli gjennomført årlig, første gang i 2024.

Det er gjennomført en kartlegging/vurdering på overordnet nivå på kritisk infrastruktur.

Beredskapsorganisering er endret med virkning fra 1. tertial 2024. Beredskap og informasjonssikkerhet legges under assisterende direktør. Formålet er å bidra til helhetlig fokus på disse områdene i foretaket.

Anbefalinger til 2024

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Videreutvikle og tilpasse CBRNE-beredskapsplanverk og rutiner.	Klinikksjefer og beredskapsressurser	01.12.24
Kompetanseutvikling og trening for beredskapsledelsen på strategisk og operasjonelt nivå.	Spesialrådgiver beredskap ivaretar strategisk nivå, klinikksjefer med beredskapskoordinatorer har ansvar for operasjonelt nivå.	15.12.24
Følge opp sårbarheter og identifisere og iverksette tiltak knyttet til kritisk infrastruktur.	Klinikksjefer og beredskapsressurser	01.11.24

Hovedområde Sikkerhet 2023

Mål og planer

Finnmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2022.

Tiltak	Ansvarlig	Frist	Fargekode
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.	Finnmarkssykehuset 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	

Gjennomføring og evaluering

Proessen i endring i bruk av krisestøtteverktøy blir ferdigstilt i 2024. Det planlegges kurs i mars 2024 for akuttmottak i varsling i forbindelse med denne endringen.

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 for økt innsikt, og fokuset på dette vedvarer.

Finnmarkssykehuset HF deltar i prosesser angående samordning av beredkapsplanverk med Forsvaret. Fra et helseperspektiv har foretaket, i samarbeid med Helse Nord, involvert seg i planlegging av og informasjon om NATO-øvelsen Nordic Response, som avholdes i mars 2024.

Anbefalinger til 2024

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Påse at varslingsrutinene i forbindelse med endringer i krisestøtteverktøy ivaretas.	Klinikksjefer m/ beredkapsressurser	01.07.24
Oppdatere rutiner som beskriver etterlevelse av sikkerhetsloven med tilhørende forskrifter.	Finnmarkssykehuset HF sin sikkerhetsorganisasjon.	01.08.24
Fortsette arbeidet med Forsvaret om samordning av beredkapsplanverk.	Spesialrådgiver beredskap	31.12.24

Hovedområde Forskning 2023

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. Internrevisjon og kontroll av forskningsprosjekter tas med i ledelsens gjennomgang for å få et bedre systematisk tiltak for internkontroll av forskningen.

Finnmarkssykehuset hadde følgende oppfølgingspunkter fra ledelsens gjennomgang for 2022. Status på disse i skrivende stund er følgende:

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

Gjennomføring og evaluering

Interkontrollen ved Finnmarkssykehuset består av to deler:

- Gjennomgang av prosjektoversikten (årlig)
- Intern revisjon av utvalgte konkrete prosjekter (hvert 3. år)

Personvernombudet (PVO) tok ut rapport fra RedCap (meldingsarkivet for alle prosjekter), på henholdsvis aktive og nye prosjekter i Finnmarkssykehuset. Totalt 69 prosjekter var registrert som aktiv. 18 av 69 prosjekter hadde registrert sluttdato innen utgangen av 2023 og prosjektleder ble kontaktet av forskningsleder.

De fleste prosjektene var avslutte som planlagt og oversikten hos personvernombudet ble oppdatert. To kvalitetsprosjekter ønsket forlenget sluttdato, da det en skulle arbeide videre med data. Et forskningsprosjekt (PhD prosjekt) var avsluttet 31.12.2023 og prosjektleder ble påminnet om å sende sluttmelding til REK. Ved to kvalitetsprosjekter fikk vi ikke svar fra prosjektleder så disse vil bli fulgt opp nærmere.

Det arbeides videre regionalt med å utrede om det kan la seg gjøre at det sendes ut automatisk påminnelse til prosjektleder fra RedCap når sluttdato nærmer seg.

Personvernombudet hadde videre valgt ut to prosjekter for gjennomgang. Prosjekt:

1. Tarminvaginasjon og Kawasakis sykdom: insidens og sykdomsbyrde blant barn i Norge
Intussusception and Kawasaki disease in Norway: incidence and disease burden in childhood (Prosjekt id 16)
2. Improving radiological services in Norway (IROS), (Prosjekt id 146)

Begge prosjektene har sluttdato i 2024. Det viste seg at Prosjekt id 16, ledet av FHI, hadde byttet prosjektleder uten at Finnmarkssykehuset var informert om dette. I prosjekt med id 146, var lokal prosjektleder sluttet uten at dette var endret. Nye prosjektledere ble kontaktet og revisjonen gjennomført.

Begge prosjektene gjaldt utlevering av data til eksternt prosjekt. Alt synes å være korrekt handtert.

Anbefalinger til 2024

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ny gjennomgang av prosjektoversikt for å oppdatere både nye og avsluttede prosjekter.	Forskningsleder	31.12.24

Ledelsens gjennomgang 2023 – tiltaksliste

Hovedområde Avvikssystem

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Avvik skal behandles fortløpende. Fokus på å lukke alle åpne avvik.	Klinikksjefer/stabsledere	01.10.24
Følge opp rutine med fokus på avviksbehandling månedlig.	Klinikksjefer/stabsledere	01.10.24

Hovedområde Hendelsesanalyser/-gjennomganger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Vurdere hendesgjennomgang på alle §3-3a meldinger.	Klinikksjef med støtte fra medisinsk fagsjef	31.12.24
Sikre at alle §3-3a meldinger der det besluttes å gjennomføre hendesgjennomgang får gjennomført slike.	Klinikksjef, med støtte fra kvalitetsavdelingen.	31.12.24

Hovedområde Systematisk HMS

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Videreføre arbeid med deltakelse i IA bransjeprogram (Der skoen trykker, tidlig og tett på og sammen om ForBedring).	Personal og organisasjon og klinikksjefene.	31.12.24
Følge opp gjennomføring av opplæring i forebygging av vold og trusler.	Klinikksjefene.	31.12.24

Hovedområde Dokumentstyring

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Revidere og rydde i eksisterende dokumenter. Klargjøre disse til å ta over i nytt system. Der det er mulig erstatte lokale prosedyrer med VAR-prosedyrer.	Klinikksjefer/Stabsledere	01.12.2024

Hovedområde Internrevisjon

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ha oppdaterte revisjonsplaner i klinikk/sykehus.	Klinikksjefer	01.06.24
Etter opplæring av nye internrevisorer i 2023 - gjennomføre revisjoner i Finnmarkssykehuset/Klinikk/sykehus.	Klinikksjefer/internrevisorer	31.12.24

Hovedområde Kompetansestyring

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ha gjennomgang av status for kompetanseplaner som tema i ledermøte minimum en gang i året.	Klinikksjefer/stabsledere	31.12.24

Hovedområde Pasientsikkerhet

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Sørge for at foretaket har komplette GTT-team.	Klinikksjefer	01.06.24
GTT- teamene inviteres til å legge frem resultatene tre ganger årlig for Kvalitetsutvalget.	Klinikksjefer	31.12.24
Etablere samarbeid mellom GTT-team og smittevern for å iverksette forbedringstiltak basert på resultatene fra GTT om UVI, trykksår og kirurgiske infeksjoner.	Klinikksjefer/kvalitetsavdelingen	01.06.24
Sikre fortløpende gjennomgang av dype postoperative sårinfeksjoner og oppfølging av forbedringstiltak med bistand fra kvalitetsavdelingen. Jf. PR46073 .	Klinikksjefer	01.06.24
Etablere rutiner for bruk av internt avvikssystem for melding og forbedringsarbeid ift. postoperative sårinfeksjoner, reinnleggelser og reoperasjoner på grunn av infeksjon.	Klinikksjefer	01.06.24

Hovedområde Risikostyring

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Delta i regionalt nettverk for risikostyring for erfaringsutveksling. Foreslåtte endringer implementeres fortløpende.	Assisterende direktør med deltagerne i nettverket (Seniorrådgiver PO og spesialrådgiver beredskap)	Forløpende gjennom året
Delta i konsept virksomhetsstyring i Helse – digital systemstøtte for virksomhetsstyring i Helse Nord.	Assisterende direktør med deltagere i konseptet. (Klinikkjef for teknologi og innovasjon samt seniorrådgiver PO)	30.06.24

Hovedområde Ventetid

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Lokalt innsatsteam videreføres også i 2024.	Kvalitetsavdelingen	31.12.24
Finnmarkssykehuset HF skal fortsatt være best på ventetid i regional sammenheng.	Klinikkjefer med lokalt innsatsteam	31.12.24
Finnmarkssykehuset HF skal fortsatt være best i regionen på å tilby pasientene time innen planlagt tid.	Klinikkjefer med lokalt innsatsteam	31.12.24

Hovedområde Personvern og informasjonssikkerhet

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Følge opp kartlegging av digital sikkerhetskultur.	Klinikkjefer/ stabsledere	30.6.24
Følge opp obligatoriske krav i kompetanseportalen (informasjonssikkerhetskurs og sikkerhetsinstruks).	Alle ledere	31.12.24
Sørge for at kritiske sårbarheter i infrastrukturen lukkes.	Teknologi og innovasjon og Service, drift og eiendom	Kontinuerlig

Hovedområde Smittevern

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Oppdatere og implementere infeksjonskontrollprogrammet ved Finnmarkssykehuset.	<u>Oppdatering:</u> Smittevernpersonell/ rådgivende smittevernoverlege <u>Implementering:</u> Klinikkjefer	01.07.24
Smittevernkurs for ledere.	Smittevernpersonell	31.12.24
Gjennomføre smittevernvisitter.	Klinikkjefer	31.12.24
Oppdatere og implementere antibiotikastyrings-programmet.	Klinikkjefer	01.07.24
Etablere og delta i tuberkulosenettverk i	Klinikkjefer/ tuberkulosekoordinatorer	01.05.24

utredning/behandling av barn og voksne.		
Presentere resultater fra infeksjonsovervåking/ antibiotikabruk med forbedringstiltak i Kvalitetsutvalget.	Smittevernpersonell/ Medisinsk fagsjef	31.12.24
Sikre smittevern i byggeprosesser.	SDE/aktuell prosjektleder	Tidligst mulig og fortløpende

Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Oppdater handlingsplaner og samsvarsvurderinger.	Klinikksjefer	30.09.2024

Hovedområde Beredskap

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Videreutvikle og tilpasse CBRNE-beredskapsplanverk og rutiner.	Klinikksjefer og beredskapsressurser	01.12.24
Kompetanseutvikling og trening for beredskapsledelsen på strategisk og operasjonelt nivå.	Spesialrådgiver beredskap ivaretar strategisk nivå, klinikksjefer med beredskapskoordinatorer har ansvar for operasjonelt nivå.	15.12.24
Følge opp sårbarheter og identifisere og iverksette tiltak knyttet til kritisk infrastruktur.	Klinikksjefer og beredskapsressurser	01.11.24

Hovedområde Sikkerhet

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Påse at varslingsrutinene i forbindelse med endringer i krisestøtteverktøy ivaretas.	Klinikksjefer m/ beredskapsressurser	01.07.24
Oppdatere rutiner som beskriver etterlevelse av sikkerhetsloven med tilhørende forskrifter.	Finnmarkssykehuset HF sin sikkerhetsorganisasjon.	01.08.24
Fortsette arbeidet med Forsvaret om samordning av beredskapsplanverk.	Spesialrådgiver beredskap	31.12.24

Hovedområde Forskning

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ny gjennomgang av prosjektoversikt for å oppdatere både nye og avsluttede prosjekter.	Forskningsleder	31.12.24

Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus 2023

Finnmarkssykehuset har felles miljøstyringssystem med de andre foretakene i Helse Nord. Miljøstyringssystemet bygger på ISO-14001.

Status fra tidligere gjennomganger

Tiltak fra LGG 2022	Ansvarlig	Frist	Fargekode
Ferdigstill arbeid med å oppdatere handlingsplaner og samsvarsvurderinger til nytt miljøstyringssystem.	Klinikkledere/stabsledere	31.08.23	

Endringer

Eksterne og interne forhold

Det er ikke identifisert vesentlige endringer i eksterne forhold.

Interesseparter og samsvarforpliktelser

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 samsvarforpliktelser er tatt i bruk fra 2022.

Vesentlige miljøaspekter

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

Risikoer og muligheter

Det er utarbeidet en overordnet risiko- og mulighetsanalyse for klima og miljø for Finnmarkssykehuset. ROS-analysen dekker fire hovedområder: miljøaspekter, samsvarforpliktelser, 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

%	2023	Referanseår 2019
-0%	16 735 tonn CO2e	16 796 tonn CO2e

CO2e-utslipp er på samme nivå som referanseåret 2019. Direkte Co2-utslipp. Energi (45%) og pasientreiser (46%) er de største hovedkategoriene.

Foretaket har en reduksjon i reiseaktivitet for ansatte. Muligheten for å delta på kurs og møter digitalt har gått opp. Digitale polikliniske konsultasjoner har også hatt en stor økning. Forskjeller i tallgrunnlaget for rapportering kan påvirke sammenligningen, der foretaket har forbedret rapporteringsgrunnlaget senere år.

2. Redusere forekomsten av helsetjeneste-assosierte infeksjoner

2023	Referanseår 2019
3,0%	2,3%

Reduksjon av helsetjenesteassosierte infeksjoner bidrar til økt pasientsikkerhet, 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 samt lavt pasientbelegg registreringsdagen vil gi store prosentvise utslag. Foretaket lå lavere enn landsgjennomsnittet i 2019. For 2023 ligger Finnmarkssykehuset på samme nivå som Helse Nord og landsgjennomsnittet.

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

%	2023	Referanseår 2019
-6%	205 kWh per m2 BTA gradskorrigert	218 kWh per m2 BTA gradskorrigert

Nye bygg, oppgradering med fokus på energisparing og energistyring av byggene er viktige drivere for reduksjon i energiforbruket.

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

%	2023	Referanseår 2019
+1239%	15,8%	1,18%

Dette er en økning på 1239% på andel polikliniske konsultasjoner over video og telefon fra referanseår 2019. Andelen er høyest innen psykisk helsevern og rus, med cirka 30% i 2023. 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

%	2023	Referanseår 2019
+43%	29,3 tonn våtorganisk avfall	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. Økningen i 2023 sees i sammenheng med mer helhetlig datagrunnlag i år. Det er ikke identifisert indikatorer som tilsier at en 43% økning er reell. Det jobbes med reduksjon av matavfall, blant annet med fokus på at mest mulig riktig mengde mat leveres til sengeenheter og inneliggende pasienter.

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). Sykehusinnkjøp HF følger opp indikatoren. Finnmarkssykehuset HF har fokus på å følge inngåtte avtaler.

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

	%	2023	Referanseår 2019
Fyringsolje	-59%	23 636 liter	58 014 liter
Naturgass	00%	0 m3	000 000 m3
Andel fossilfrie kjøretøy	%	48%	Ikke registert
Tjenestereise bil	-19%	91,5 CO2	112,71 CO2
Tjenestereise fly	-17%	864,4 CO2	1040,5 CO2

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 2023 hatt en økning sammenlignet med 2022, men er fortsatt betydelig lavere enn referanseåret 2019. Dette sees i sammenheng med bedre muligheter for å delta på kurs og møter digitalt.

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 67,8.

I 2022 ble det etablert et e-læringskurs for alle ansatte i Helse Nord. I Finnmarkssykehuset HF er det 56% 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. Antall meldte avvik har stabilisert seg på et vesentlig høyere nivå enn ved oppstarten av «Grønt sykehus».

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Antall meldte miljøavvik	14	32	40	64	86	91	86	56	66

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 2023 ble det gjennomført en internrevisjon med tema «Oppfølging av prosedyrer/rutiner i miljøstyringssystemet». Revisjonen ble gjennomført etter felles mal for Helse Nord. Klinikk Alta var valgt ut til å delta i revisjonen.

Revisjonen kom med to forbedringsforslag og ett eksempel på beste praksis:

Forbedringsforslag:

1. Årlig gjennomgang av miljøstyringssystem, handlingsplan og samsvarsvurdering
2. Årshjul for ledermøter og personalmøter

Eksempel på beste praksis:

1. Oppfølging av kompetanseplaner ved røntgen

Generelt fikk den reviderte klinikken 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 ansvarsvaret følger lederlinjen i foretaket. Det settes av ressurser til å utføre arbeidet. Personal og organisasjon har en oppfølgingsrolle for HMS-systemet, inkludert klima og miljø. Det er ikke identifisert vesentlige utfordringer med ressurser i 2023.

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 2023.

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 2024

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Oppdater handlingsplaner og samsvarsvurderinger.	Kliniksjefer	30.09.2024