

## STYRESAK

**GÅR TIL:** Styremedlemmer  
**FØRETAK:** Helse Fonna HF  
**DATO:** 12.12.16  
**SAKSHANDSAMAR:** Olav Klausen  
**SAKA GJELD:** **Leiingas gjennomgang av internkontroll**

**ARKIVSAK:**

74/12 0

60/13 0

110/13 0

96/14 0

89/15 0

**STYRESAK:** 082/16

**STYREMØTE:** 19.12.16  
1 vedlegg

---

### FORSLAG TIL VEDTAK

Styret i Helse Fonna tar saka til orientering.

## Bakgrunn for saka

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetenesta pålegg tenesta å ha eit system for internkontroll for å sikre at verksemda er organisert i tråd med krava.

Det følgjer av Helsedirektoratets rettleiar til forskrifta, IS-1183, at det er øvste leiar som har ansvaret for internkontrollen. For helseføretak er dette administrerande direktør.

Med omsyn til forskrifta inneber internkontroll at den ansvarlige for verksemda skal:

- a. *Beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,*
- b. *Sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,*
- c. *Sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,*
- d. *Sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,*
- e. *Gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,*
- f. *Skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,*
- g. *Utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,*
- h. *Foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.*

Føremålet med leiingas gjennomgang:

1. å følgje opp dei måla som er sette
2. å gjere korrigerande tiltak
3. å vurdere oppfølging av korrigerande tiltak
4. å sørge for at internkontrollen er hensiktsmessig, tilstrekkeleg og effektiv, og at den tilfredsstillar krava i relevante lover og forskrifter

Administrerande direktør har sidan 2013 lagt fram leiingas gjennomgang av internkontroll i føretaket for styret i Helse Fonna HF.

Leiingas gjennomgang 2016 består av to deler:

1. Oppfølging av funn frå 2015
2. Leiingas gjennomgang 2016 med spørsmål om, og gjennomgang av, eksterne tilsyn av systemkarakter og interne revisjonar.

Det generelle inntrykket er at oppfølging og tiltak som følgje av funna i 2015 er gjennomført på ein god måte.

Gjennomgang av eksterne tilsyn av systemkarakter og interne revisjonar vurder administrerande direktør som tilfredsstillande. Ved tilsyna som omhandlar opplæring i bruk av medisinsk teknisk utstyr og identitetskontroll er det ikkje tilstrekkeleg gjennomgåande fokus på problemstillingane i føretaket. Det har ikkje vore god nok oppfølging etter

internrevisjonen av akuttmottaka i 2014, då tilsvaranda avvik etter tilsynet «Stopp sepsis» frå Fylkesmannen tar opp dei same problemstillingane.  
Dette vil bli følgt opp.

**Vedlegg**

Leiingas gjennomgang av internkontroll



## Leiingas gjennomgang av internkontroll 2016

**Tomas Jonson**  
**02.12.2016**

## Innhold

Samanfattande generell vurdering frå leiinga sin gjennomgang i 2016, inkludert oppfølging frå 2015. ....	2
Disposisjon .....	3
Føremålet med leiingas gjennomgang.....	4
Gjennomføring .....	4
Ansvar .....	4
Statusskildring.....	4
Vurdering .....	4
Prosess.....	4
Vedtak/orientering.....	5
Oppfølging .....	5
Generelt .....	5
Leiingas gjennomgang, del 1 .....	6
Leiingas gjennomgang, del 2 .....	9
Generell vurdering frå gjennomgangen i 2016 .....	18

### **Samanfattande generell vurdering frå leiinga sin gjennomgang i 2016, inkludert oppfølging frå 2015.**

I del 1 beskriv klinikkane sitt arbeid med oppfølginga frå leiinga sin gjennomgang i 2015. Det generelle inntrykket er at tiltaka er gjennomført på ein god måte.

Del 2 vurder administrerande direktør som tilfredsstillande, men ved tilsyna som omhandlar opplæring i bruk av medisinsk teknisk utstyr og identitetskontroll er det ikkje tilstrekkeleg gjennomgåande fokus på problemstillingane i føretaket.

Det har ikkje vore god nok oppfølging etter internrevisjonen av akuttmottaka i 2014, då tilsvaranda avvik etter tilsynet «Stopp sepsis» frå Fylkesmannen i 2016 tar opp dei same problemstillingane.

Leiar for internkontrollen vil peike på det potensialet som ligger i internrevisjonane og tilsyna for læring på tvers mellom klinikkar og verksemdsområder i føretaket, samt at arbeidet med utbetring starter raskt etter at rapport er leverert ved avdekte brister eller forbetningsområder.

Oppfølging av «Leiingas gjennomgang av internkontroll 2016» skjer ved den kommande gjennomgang i 2017.

# Leiingas gjennomgang 2016 Helse Fonna

---

## Disposisjon

1. oppfølging av funn frå 2015
2. leiingas gjennomgang 2016 med spørsmål om, og gjennomgang av, eksterne tilsyn av systemkarakter og interne revisjonar.

Grunnlaget for den første delen er dei områda som ved leiingas gjennomgang i 2015 fekk merknader.

Grunnlaget for den andre delen er det auka fokuset på internkontroll og styring i helsetenesta.

Den andre delen bygger på eit utval av eksterne systemtilsyn og interne revisjonar. Årets gjennomgang har fokus på den langsiktige effekt av tiltak.

### **Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten, § 4 (f, g og h)**

#### *§ 4. Innholdet i internkontrollen*

.....

- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,*
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,*
- h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten*

Det er for 2016 gjort justering i matrisen i høve til årets tema.

## Føremålet med leiingens gjennomgang

- å følge opp dei måla som er satt
- å gjere korrigerande tiltak
- å vurdere oppfølging av korrigerande tiltak
- å sørge for at internkontrollen er hensiktsmessig, tilstrekkeleg og effektiv, og at han tilfredsstillar krava i relevante lover og forskrifter

## Gjennomføring

### Ansvar

Administrerande direktør avgjer tema for årleg gjennomgang i dialog med leiar for internkontrollen.

Dei som er ansvarlege for respektive hovud-/undertema, er ansvarlege for innrapporterte data/skiltringar.

### Statusskiltring

Den som er ansvarleg for området skal fylle ut matrisen i kolonnane for «Iverksatte tiltak» og «Effekt av tiltak og læringseffekt for klinikken / føretaket» ved aktuell klinikk /område.

Kven som er ansvarleg, går fram av matrisen.

Den utfylte matrisen skal sendast inn til føretakets internkontroll i samsvar med den fastsette tidsfristen.

### Vurdering

Føretakets internkontroll vurderer skiltringane ut frå avviket/ anbefalinga gitt i respektive tilsyn / revisjon.

Ein gir ei vurdering etter ein trestegsskala med eventuelle kommentarar:

- tilfredsstillande
- tiltak må vurderast
- utilfredsstillande / tiltak må setjast i verk

### Prosess

Uke 31/2016	Form og innhald på den årlege gjennomgangen blir gjennomgått av administrerande direktør og leiar for internkontrollen.
Uke 36/2016	Malen blir gjennomgått av administrerande direktør og leiar for internkontrollen på eit direktørmøte.
Uke 42/2016	Tid for personlig vegleiing.
Uke 47/2016	Tidsfrist for innlevering av utfylt matrise til internkontrollen Helse Fonna HF.
Uke 48/2016	Gjennomgang av funn på direktørmøte og ferdigstilling av dokumentet.
Uke 51/2016	Orienteringssak til styret i Helse Fonna HF.



### Vedtak/orientering

Når dokumentet er ferdig går administrerende direktør gjennom det med leier for internkontrollen. Det blir etter dette lagt fram som sak i direktørmøtet for vedtak av eventuelle tiltak og oppnemning av tiltaksansvarlege.

### Oppfølging

Rapporten er grunnlag for tiltak som har avvik og leiingas gjennomgang kommande år.

### Generelt

I tabell 1 kjem det fram kven som har oppgåver i samband med leiinga gjennomgang 2016 inkludert oppfølging av 2015. Dei delane som de skal skrive i, er merkte med respektive kortnamn.

	Kortnamn	Del 1 (2015)	Del 2 (2016)
Administrerende direktør, eig dokumentet	OK	X	
Klinikkdirektør, kirurgisk klinikk	BH	X	X
Klinikkdirektør, medisinsk klinikk	BH	X	X
Klinikkdirektør, medisinsk serviceklinikk	AHB	X	X
Klinikkdirektør, somatikk Stord	RM	X	X
Klinikkdirektør, psykisk helsevern	KE	X	X
Områdedirektør, internservice	LTA	X	X
HR-direktør	HO	X	
Økonomidirektør	JHF		
Fagdirektør	HL		
Kommunikasjonssjef	ML		
Kvalitets- og pasientsikkerheitssjef	TJ		
Samhandlingssjef	KU		
Føretaksjurist	LB		
Leiar Forsking og Innovasjon	ALK		

Tabell 1

## Leiingas gjennomgang, del 1

Del 1 er oppfølgingspunkta frå 2015.

### Oppfølging 2016 av: Leiingas gjennomgang av internkontroll 2015

#### Helse Fonna status jamført med

«Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter» (Internkontrollforskriften) IKF

«Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.» (arbeidsmiljøloven) AML

#### IKF § 5

Korleis har ein sikra at leirar på alle nivå er kjent med arbeidsmiljølova og at lova blir følgt opp?

Klinikk/område	Tiltak	Status	Ansvar
HR- området	Vurdere behovet for månadlege GAT- rapportar med oversikt over mulige brot på AML (overtid)	Det har for fleire typar brot vore ein nedgang i moglege AML brot frå 2015 til 2016, samtidig som tala er stabile. Føretaket ønskjer redusere tal moglege brot og vil med bakgrunn i dette framleis ha fokus på moglege AML brot. HR vil sende rapportar til klinikkar/område over status type brot per kvartal, med særleg fokus på dei seksjonar/einingar der talet på mulig brot er høgast.	HSO

#### AML §§ 3-1; 4-1; 4-3

Korleis er det lagt til rette for at risiko ved aleinearbeid blir redusert?

Korleis er det lagt til rette for at arbeidstakar er verna mot vald, truslar og uheldige belastningar som følgje av kontakt med andre?

Klinikk/område	Tiltak	Status	Ansvar
Klinikk Somatikk Stord	Vurdere behov for risikoanalyse og gjennomgå behov for alarmer ved enkelte einingar ved Stord sjukehus	Einingar med risiko ved aleinearbeid er lokalisert. Risikoen er størst ved kirurgisk skadepoliklinikk der lege ofte er åleine med pasient. Når interkommunal legevakt flyttar ut av lokala dei leiger hos Helse Fonna i 2017, vert skadepoliklinikken flytta dit. Dei vil då få nærleik til akuttmottak som er bemanna heile døgnet. Tilsette i resepsjon er åleine på vakt kveld og helg. Risikoen ved denne eininga blir redusert i 2017 når resepsjonen ikkje lenger er venteplass for legevakta. Det er i tillegg venta at opningstidene i resepsjonen blir vesentleg redusert i helgane. Helse Vest IKT har bestilt kartlegging av heile Stord sjukehus i forhold til overfallsalarm. Blir vurdert i samanheng med ny løysing som erstatning for personsøkarar. Det er venta at	RM

		alternative løysingar blir presenterte innan utgangen av 2016.	
Kirurgisk klinikk	Vurdere behov for risikoanalyse og gjennomgå behov for alarmer ved ØNH/øye Haugesund sjukehus.	Det er av tilsette ved Auge- seksjonen og ØNH seksjonen tatt opp et behov for alarm på vakttid. Ved undersøking av pasientar på vakttid blir pasientar tatt med inn på eit avstengd område. Legane har ikkje med støttepersonell. Ein har vurdert mogelegheita av å gjere undersøkingar i akuttmottak, men dei større undersøkingane treng avansert utstyr som berre fins i poliklinikkar. Det er behov for ein risikoanalyse, som er planlagt til 1 kvartal 2017.	BH
<b>AML §3-1; IKF§ 5</b>			
<i>Er rutinane for melding av uønskte HMS relaterte hendingar kjende og blir følgt?</i>			
<b>Klinikk/område</b>	<b>Tiltak</b>	<b>Status</b>	<b>Ansvar</b>
Helse Fonna HF	Påpeike viktigeita av openheit og god meldekultur til alle medarbeidarar.	Administrerande direktør har ved sine møter ute i organisasjonen tydeleggjort viktigeita av ein open og god meldekultur som eit av virkemidla for god kvalitet og høy tryggleik for pasientar og medarbeidarar. Bodskaen er i 2016 gjentatt på arbeidsmiljøseminar og i fellessamlingar for alle medarbeidarar og leiarar.	OK
Kirurgisk klinikk	Påpeike viktigeita av openheit og god meldekultur til alle medarbeidarar.	Klinikkdirektør har månadlege møter med klinikkverneombod og rapporteringsmøter der meldekultur følgjes opp og man gjennomgår synergistatus. Klinikkdirektøren har i år særleg gjennomgått HMS avvik med verneombod, og etterlyst behandling av desse saka. Leiarane i Kirurgisk klinikk behandlar avvik systematisk. Framleis er talet på meldte HMS avvik låge. Det gjeld særleg stikkskader og HMS avvik knytt til vold og truslar. Saka er og diskutert på leiarmøte i oktober 2016. Det har vore fokus på opplæring i å melde i synergi og arrangert opplæringsdagar for leiarane i sakshandtering.	BH
Medisinsk klinikk	Påpeike viktigeita av openheit og god meldekultur til alle medarbeidarar.	Klinikkdirektør har hatt møte med klinikkverneombod og rapporteringsmøter med leiarane der meldekultur følgjes opp og man gjennomgår synergistatus. I medisinsk klinikk er stort sett avvika knytt til pasientavvik. Også her er talet på meldte HMS avvik lågare. Dei som meldes er stort sett avvik i forhold til travelheit og avvik knytt til samtidskonfliktar. Det har vore enkelte avvik knytt til vold og truslar i år. I medisinsk poliklinikk er det kjøpt inn enkle overfallsalarmer til bruk på dagtid. Det har vore fokus på opplæring i å melde i synergi og fleire 4.nivåleiarar har deltatt på HMS kurs i år.	BH

Klinikk for medisinsk service og beredskap	Påpeike viktigheita av openheit og god meldekultur til alle medarbeidarar.	Klinikken har hatt månadleg rapportering og oppfølging av seksjonane når det gjeld meldekultur og synergi status. Det blir særleg peika på rutinar for melding av HMS avvik og på viktighet av at hendingar som vert opplevd som vald og truslar mot tilsette blir meldt i synergi. Tal på meldingar er likevel lågt, ei forklaring er at medarbeidarane har høg terskel for å melde HMS avvik. Tiltak vil være å diskutere i personalmøter kva som kan vere døme på avvik for å auke bevisstheita om HMS avvik.	AHB
Klinikk somatikk Stord	Påpeike viktigheita av openheit og god meldekultur til alle medarbeidarar.	Rutinar for å melda uønskete HMS-relaterte hendingar er framleis ikkje godt nok implementert ved alle einingar. Det er grunn til å tru at det er hendingar som ikkje blir melde. Meldekultur er fast tema på klinikkemøter og leiarane blir oppmoda til å ha dette som tema på fagdagar og personalmøter. Det er viktig at dei som melder får tilbakemelding i form av utførte og planlagde tiltak og at avvik vert saksbehandla raskt etter at dei blir melde. Ny runde med opplæring for saksbehandlarar/leiarar vert gjennomført innan utgangen av 2016.	RM
Klinikk for psykisk helsevern	Påpeike viktigheita av openheit og god meldekultur til alle medarbeidarar.	Klinikken har utarbeidd ein kort-mal for systematisk HMS arbeid til bruk i personalmøter. Melding av HMS-relaterte hendingar inngår i dette. Det er lagt til rette for opplæring i bruk av Synergi samt handsaming av synergi-meldingar er regelmessig tema i rapporteringsmøter. Fokus på rask saks-handsaming med tilbakemelding til melder.	KE
Internservice	Påpeike viktigheita av openheit og god meldekultur til alle medarbeidarar.	Direktør for Intern service har hatt stor fokus på å formidle viktigheita av openheit og god meldekultur til alle medarbeidarar. Det har så langt resultert i at ein har blitt vesentlig betre til å saksbehandle avvik som er meldt til området på ein rask og effektiv måte.  Det kan sjå ut som medarbeidarar i området har blitt dyktigare å melde avvik, men ein har fortsatt som målsetjing at dei skal ha enda større fokus på å melde avvik.	LTA

## Leingas gjennomgang, del 2

Del 2 er den nye delen for 2016, og har nytt oppsett for å passe inn i årets tema.

Område / klinikkdirektør ansvarlig for redegjørelse									
Eksterne tilsyn									
Internkontrollen Helse Fonna sin bedømming									
Revisjons- område	Tilsyns- myndighet	Revisjons- tidspunkt	Saksnr.	Avvik / funn / tilrådingar frå tilsyn / revisjonar	Utførte tiltak	Effekt av tiltak og læringseffekt for klinikken / føretaket.	Vurdering	Tiltak	Ansvarleg for tiltak
Med. Service og Beredskap  AHB	Seksjon for patologi  Fylkesmannen i Hordaland.  Mai 2014  ePhorte 2014/703	Avvik:  1. Helse Fonna har definert fleire områder med risiko for svikt i Seksjon for patologi, utan at det er sett i verk tilstrekkeleg førebyggjande og kompenserande tiltak på desse områda.  2. Ansvar til seksjonsleiar og funksjonsleiar er ikkje tilstrekkelig avklårt. Praksis er ikkje i samsvar med stillingsomtalen og organisasjonskart.  3. Kompetanseutviklinga av dei tilsette i seksjonen skjer ikkje på ein planlagt og systematisk måte.	Følgjande tiltak er gjennomført;  Ansvarsdeling mellom leiarar er klargjort Det er etablert fagansvarlege ingeniørar for alle fagområda. Stillingsbeskrivingar er utarbeidd og samarbeidsform mellom leiarar og fagnettverk er avklart. Det er etablert faste personalmøter for samarbeid og medverknad. Det er utarbeid prosedyrar og opplæringsplanar.	Læringseffekt etter dette tilsynet er at den metode det var arbeidd etter for å lukke avviket med forpliktande handlingsplaner inkludert tidsfrist og ansvarleg person for kvart tiltak er ein god arbeidsmetodikk. Same arbeids- metodikk er brukt ved seinare tilsyn med avvik.	<b>Tilfreds- stillande</b>  Alle avvik er lukka av Fylkes- mannen				

		<p>4. Medarbeidarane sin kompetanse og medverknad blir i for liten grad brukt i utviklinga av seksjonen.</p> <p>5. Systematisk arbeid med å utvide, sette i verk og følgje opp at standardiserte rutinar blir følgde, blir ikkje i tilstrekkelig grad gjennomført.</p>					
<p>Kirurgisk og Medisinsk Klinik</p> <p>BH</p>	<p>Helse Fonna HF</p> <p>Direktoratet for samfunns-sikkerhet og beredskap (DSB)</p> <p>April 2016</p> <p>ePhorte 11/487-30</p>	<p>Avvik:</p> <p>1. Opplæring i sikker bruk av medisinsk utstyr er mangelfullt dokumentert.</p>	<p>Kompetanseplanar er innført i kompetansemodule og seksjonsleiarar innan kvar seksjon følgjer opp. Ansvaret for kvar enkelt tilsett er og definert. Klinikken har i leiarmøtet i oktober 2016 særleg skissert kva opplæring som skal vere gjennomgått av legar i spesialisering før dei kan gå inn i vaktordninga.</p>	<p>Det har vore læring i å delta på revisjon med DSB.</p> <p>De einingar som ble revidert har vore på leiarmøta og orientert om sine tiltak for å få spreiding på læringa i klinikken.</p> <p>HR eininga ved konsulent har vore støtte i innføring av kompetanseplanar i kompetanseportalen for å sikre god dokumentasjon.</p>	<p><b>Tiltak må vurderast.</b></p> <p>DSB aksepterer verksemdas oppfølging av avvik I og anser tilsynet for avslutta.</p> <p>Klinikkane har nå stort sett kontroll på opplæring i MTU.</p>	<p>Medisinsk og kirurgisk klinikk planlegger en workshop innafor temaet. Klinik somatikk Stord og klinikk for medisinsk service og beredskap involverast.</p> <p>Det må være kontroll på opplæring og dokumentasjon av opplæring.</p> <p>Kvart leiarnivå må ha full oversikt over medarbeidarar dei har leiarsvar for</p>	<p>Respektive Klinikkdirktør.</p> <p>Klinikk-direktør med. / kir.</p> <p>Koordinerer</p> <p>Rapport til føretakets intern-kontroll med frist 15/2-2017.</p>

<p>Klinikk Somatikk Stord</p> <p>RM</p>	<p>Helse Fonna HF Helsetilsynet</p> <p>Des. 2015 – mars 2016</p> <p>ePhorte 15/4326</p>	<p>Avvik:</p> <p>1. Helse Fonna HF følger ikke opp at etablerte kontrollrutiner for identitets-sikring av pasient i forbindelse med blodoverføring blir fulgt ved alle kliniske avdelinger.</p>	<p>E-læring er lagt som obligatorisk kurs i kompetanseplanen for aktuelt helsepersonell.</p> <p>Det har vore undervist i gjeldande rutine ved fleire av einingane.</p> <p>Det er gjennomført opplæring ved alle klinikkar /sjukehus i føretaket.</p>	<p>Tiltak har medført at rutinar for ID kontroll har vore tema på forskjellige fag- og personalsamlingar i klinikken då det er sannsynleg at same type avvik kan skje ved andre prosessar.</p>	<p><b>Tiltak må vurderast</b></p> <p>Tilsynet er avslutta frå Helsetilsynet</p>	<p>Tiltak må vurderast for å sikre læring på føretaksnivå.</p>	<p>Kvalitetsutvalet følgjer opp meldte avvik i Synergi og presenterer denne for AD etter sitt ordinære mai møte.</p>
<p>Intern- Service</p> <p>LTA</p>	<p>Haugaland DPS</p> <p>Haugesund kommune Brannvesenet</p> <p>Juni 2016</p> <p>ePhorte 2006/2584-18</p>	<p>Avvik:</p> <p>1. Eier har ikke sørget for at bygningsdeler, installasjoner og utstyr i byggverket som skal oppdage brann eller begrense konsekvensene av brann, blir kontrollert og vedlikeholdt slik at de fungerer som forutsatt.</p> <p>2. Internkontroll. Virksomheten har ikke kartlagt farer og problemer og på denne bakgrunn vurdert risiko, eller utarbeidet tilhørende planer og tiltak for å redusere risikoforholdene. Dette må dokumenteres skriftlig.</p> <p>3. Eier har ikke tilfredsstillende kjennskap til kravene til brannsikkerhet som gjelder for byggverket.</p>	<p>1) Føretaket har engasjert Firesafe Consult AS for å verifisere avviks punkta i rapporten. Firesafe har utarbeidet en handlingsplan med frist for å lukke avvik innan tidsfristen. Teknisk seksjon har sett i verk nødvendige tiltak for å lukke avviket basert på mottatt forslag til handlingsplan.</p> <p>2) Det er utarbeidd risikoanalyse og handlingsplan for å redusere risikoforhold for brann ved HDPS.</p> <p>3) Det er sendt bestilling til Schindler Heis AS på manglande skilting, og firmaet vil merke heisen slik at avviket lukkes innan tidsfristen.</p>	<p>Føretaket har på bakgrunn av dei tilhøva som ble avdekka i branntilsynet ved HDPS føretatt ein gjennomgang og vurdert om tilsvarande avvik finns i den resterande bygningsmassen som føretaket eig.</p> <p>Dei branntilsyn som blir gjennomført bidrar til at føretaket har eit høgt fokus på brannførebyggjande tiltak både i den daglige drifta og ved ombyggingsprosjekter som blir gjennomført.</p>	<p><b>Tilfredsstillande</b></p> <p>Tilsynet er avslutta frå Brannvesenet</p>		

<p>Intern-service</p> <p>LTA</p>	<p>Kjøkkenet på Stord sjukehus</p> <p>Mattilsynet Distriktskontor Sunnhordland</p> <p>Oktober 2014</p> <p>ePhorte 14/2984</p>	<p>Avvik:</p> <p>Kjølerom må få hyller som er lette å reingjer og halde godt vedlike, kor temperaturen har god sirkulasjon.</p> <p>Alle matvarer som står på kjølerom skal vera merka slik at det er lett å spore. Reine handklede og forklede skal ikkje utsetjast for kryssforureining frå omgjevnadene. Eige lukka skap vil vera førebyggjande mot kryssforureining frå omgivnadene.</p>	<p>Følgjande tiltak er sette i verk:</p> <p>1: Nye kjøl- og fryserom og lager er etablert. Dette fører til lettare og betre vedlikehald, og luftsirkulasjon.</p> <p>2: Merking og registrering av LOT-nummer blir gjennomført for alle varer med krav om sporbarheit. Eigenproduserte varer merkast manuelt.</p> <p>3: Lagring av kjøkkentekstiler skjer i eige egna skap.</p> <p>4: Internrevisjonar er planlagt å gjennomføre regelmessigt. Mattilsynet er informert</p>	<p>Føretaket bruker erfaring frå dette tilsynet for alle lokalisasjonar i dei felles regelmessiga møta mellom fagansvarlege og lokale kjøkkenansvarlege.</p>	<p><b>Tilfredsstillande</b></p> <p>Føretakets lukkingsplan innsendt 24.11.2014. Svarbrev frå mattilsynet føreligg ikkje.</p>		
<p>Klinikk for psykisk helsevern</p> <p>KE</p>	<p>BUP Stord/ Kvinnherad</p> <p>Helsetilsynet</p> <p>2013, 2014</p> <p>ePhorte 2011/3111-8</p>	<p>Avvik:</p> <p>1. BUP Stord/Kvinnherad har ikkje tilrettelagt verksemda slik at alle pasientar med rett til prioritert helsehjelp får oppfylt retten innan forsvarleg tid.</p> <p>2. BUP Stord/Kvinnherad har for få spesialistar til at dei kan ivareta alle oppgåvene.</p> <p>3. BUP Stord/Kvinnherad har ikkje sett i verk systematiske tiltak for å følgje med på at etablerte rutinar er kjende, følgde og tenlege til å utføre oppgåvene.</p>	<p>1. Klinikken har sett på organisering og dimensjonering av tenestene og gjennomført nødvendige omstillingar for å møte befolkninga sitt behov.</p> <p>2. For å sikre god nok spesialistdekning har ein lagt til rette for utdanning av eigne spesialister. BUP Stord er blitt godkjent som utdanningsinstitusjon for leger. Vidare har ein aktivt satsa på å rekruttere nyutdanna psykologar med tilknytning til regionen som vil kunne ferdigstille sin spesialitet ved BUP Stord. For å sikre gode utdanningsløp for både psykologar og LIS er det lagt til rette for sideutdanning i VOP samt praksis ved BUP Hgsd.</p>	<p>1. Alle pasientar får oppfylt retten til nødvendig helsehjelp innan tidsfrist</p> <p>2 Ein har oppnådd god rekruttering av leger og psykologar. Over ein 3 års periode vil ein ha fylt alle spesialiststillingar for både leger og psykologar.</p>	<p><b>Tilfredsstillande</b></p> <p>Tilsynet er avslutta</p>		



			<p>3. Aktuelle rutinert vert gjennomgått jamleg på personalmøte. Det er innført obligatoriske kurskrav i klinikken administrert gjennom kompetanseportal / læringsportal knytt til sentrale rutinar/prosedyrar. Nytilsette gjennomgår eige opplæringsprogram. Vidare er det innført journalrevisjon med fokus på behandlingsforløp der den enskilde behandlar får tilbakemelding om utgreiing og behandling er i tråd med gjeldande prosedyrar/rutinar.</p>	<p>3Det vert avdekt få avvik med omsyn til sentrale rutinar /prosedyrar i tilknytning til journalrevisjonar.</p>			
--	--	--	---	--	--	--	--

## Interne revisjonar

<p>Klinikk Somatikk Stord</p> <p>RM</p>	<p>Helse Fonna HF Akuttmottak</p> <p>Intern kvalitets- revisjon</p> <p>Juni 2014</p> <p><a href="http://intranett.helse-fonna.no/einingar/kvalitet-og-pasientsikkerhet/Internkontroll/Revisjonsrapporter%202014/Akuttmottak%20rapport_endeleg.pdf">http://intranett.helse-fonna.no/einingar/kvalitet-og-pasientsikkerhet/Internkontroll/Revisjonsrapporter%202014/Akuttmottak%20rapport_endeleg.pdf</a></p>	<p><b>Forbetringsområde</b></p> <p>1. Det går ikkje klart fram i alle situasjonar ved behandling av pasient i akuttmottak kva ansvarsforhold som gjelder. Det er ikkje klart kven som har det overordna ansvaret for rutinar i akuttmottaket og kven som har ansvar for å forbetre desse.</p> <p>2. Det går ikkje fram at det finns system for å sikre tilstrekkelige kunnskapar spesielt for turnuslegar i akuttmottaket.</p> <p>3 Uønskete hendingar blir ikkje alltid meldt i Synergi.</p> <p>4 Leiar og tilsette i akuttmottaket har kjennskap til områder der det er fare for svikt og har innspel til forbetring av rutinar. Leiinga klarar på tross av dette ikkje å få til slike forbetringar av naudsynte prosedyrar og rutinar.</p>	<p>Retningslinjer for kva avdeling som har ansvar for dei ulike pasient-gruppene er revidert.</p> <p>Rutine for kva tid generell kirurg i beredskapsbaktvakt skal tilkallast er revidert.</p> <p>Opplegg for opplæring av turnuslega er justert for å betre sikre nok kunnskap for bemanning av vakt i akuttmottak. Innført vakt for medisinsk LIS-lege i akuttmottak kvardagar.</p> <p>Medarbeidarar vert regelmessig minna på retningslinjer for melding av avvik. Ansvar for rask saksbehandling og tilbakemelding om iverksette tiltak er jamleg tema på leiarmøter.</p> <p>Det er utarbeidd handlingsplan etter tilsynet «Stopp sepsis» som omhandlar fleire av punkta i internrevisjonen. Tiltak i handlingsplanen er sett i verk og planlagt starta.</p>	<p>Læringseffekt har vore auka fokus på pasientflyt, ansvarsfordeling og kompetanse</p>	<p><b>Utilfredsstillande / tiltak må setjast i verk.</b></p> <p>Der var 3 avvik ved tilsynet «Stopp sepsis», Fylkesmannen Hordaland, med planert oppfølging februar 2017. Avvik 2 og 3 omhandlar kompetanse, på lik linje med forbetringsområde 2 etter internrevisjonen. Se og punkt 7 verksamhets gjennomgang Helseekspressen</p>	<p>Fylkesmannen har ikkje merknadar til innsendt handlingsplanen og ber om ny tilbakemelding innan 15.02.17 om status og framdrift av handlingsplanen</p> <p>Føretakets internkontroll bedømmer den handlingsplanen som tilfredsstillande.</p> <p>Oppfølging av gjennomførte tiltak vil skje ved leiinga sin gjennomgang 2017.</p>	<p>Respektive Klinikk- direktørar</p>
---	---	---	---	---	---	--	---

<p>Med. Service og Bered-skap</p> <p>AHB</p> <p>RM</p>	<p>Helseekspressen</p> <p>Intern Virksomhets-gjennomgang</p> <p>Jan 2016</p> <p>ePhorte 2015/3108</p>	<p><b>Forbetringsområde</b></p> <p>1. Gjennomgå og sikre at prosedyrene for valg av pasienter lempelige for båretransport med Helse Ekspressen er oppdatert, medisinsk faglig forankret, etterleves og er tilgjengelige for alle relevante deler av virksomheten.</p> <p>2. Det gjennomføres umiddelbare tiltak så at pasienter som overflyttes fra annet sjukehus, med Helse Ekspressen eller ved annen transportform, sikres nødvendig pleie og medisinsk vurdering / behandling uten unødvendige lange ventetider på akuttmottaket.</p> <p>3. Det utføres en risikoanalyse, og gjennomføres eventuelle nødvendige korrigerende tiltak, av pasienttransporten fra Helse Ekspressen sin holdeplass ved Haugesund sjukehus til mottakende enhet, særdeles ved mulighet for å tilkalle assistanse for de som utfører sengetransporten via kjellergang til mottakende enhet.</p> <p>4. Det utføres et oversyn av ledelsesstrukturen for virksomheten ved Helse Ekspressen med hensikt å øke tydeligheten i organisasjonen særdeles i forhold til funksjonen som medisinsk faglig rådgiver.</p>	<p>1. Prosedyrane knytt til båretransport i helseekspressen er oppdatert. Lege på legebil skal kontaktest av AMK ved tvil om pasient egner seg for helseekspressen.</p> <p>2. I Haugesund er det personell frå sengepost som hentar pasientane frå helseekspressen. Pasientane tas imot direkte på sengepost og er ikkje innom akuttmottak med mindre dette er varsla spesielt. På Stord er rutine ved haldeplass endra. Det er no mottakande eining, akuttmottak, som tar imot pasientar som kjem med Helse Ekspressen.</p> <p>3. Mottakande personell frå sengepost tar med seg bærbar telefon. På Stord kan nødvendig assistanse tilkallast med mobiltelefon.</p> <p>4. AMK lege har ansvar for det medisinsk faglege knytt til helseekspressen. I praksis er det lege på legebil som gjer desse oppgåvene</p> <p>5. Skjerming vert gjennomført så langt som mogeleg ved at tilskodarar vert hald unna.</p> <p>6. Bårer blir standardisert etter kvart som dei blir skifta ut</p> <p>7. Handlingsplan etter internrevisjon i akuttmottak 2014 er utarbeidd. Fleire av tiltaka er starta. Det er mellom anna tilsett ny medisinsk fagleg rådgjevar, og det er starta eit arbeid</p>	<p>Læringseffekt etter revisjonen er at den metode det var arbeid etter i tilsynet med patologi for å lukke avvika med forpliktande handlingsplaner inkludert tidsfrist og ansvarleg person for kvart tiltak er ein god arbeidsmetodikk.</p> <p>Same arbeidsmetodikk er brukt ved seinare tilsyn med avvik.</p> <p>For somatisk klinikk Stord var gjennomgang av prosedyrar knytt til Helse Ekspressen nyttig med tanke på avklaring av ansvarsforhold ved mottak av pasient.</p>	<p><b>Tilfredsstillande</b></p>		
--	---	--	---	---	---------------------------------	--	--

		<p>5. Det gjennomføres tiltak så pasientintegriteten for bårpasientar som overføres til buss ved Aksdal bussholdeplass ivaretas.</p> <p>6. Det vurderes muligheten for å standardisere bærer og båreteste i Helse Ekspresen vs. ambulanser så at overflytting av pasient mellom ambulanse og buss kan skje direkte uten overflytting av pasienter mellom bårane.</p> <p>7. Det utarbeides en handlingsplan med milepæler og ansvar for forbedringsområdene som de fremkom ved revisjonen av Akuttmottaket Haugesund 2014.</p> <p>8. Det gjennomføres et oversyn av de overordnede styrende dokumenter, og Internettinformasjon, så at de er oppdaterte.</p> <p>9. Det ved vesentlige forandringer i organisering, struktur og de operative deler av klinikken gjennomføres risikoanalyse med forankring blant de sentrale og involverte aktører.</p>	<p>med å betra flyt for sepsispasientar i mottaka i Helse Fonna</p> <p>8. Internett informasjon er oppdatert</p> <p>9. Ved organisatoriske endringar der endringsdokumentet blir brukt inngår ROS analyse i endringsprosessen.</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--

		<p>(RM) Helse Fonna ved Klinikk somatikk Stord tilrådes at:</p> <p>1. Det gjennomføres umiddelbare tiltak så at pasienter som overflyttes fra annet sjukehus, med Helse Ekspresen eller ved annen transportform, sikres nødvendig pleie og medisinsk vurdering / behandling uten unødvendige lange ventetider på akuttmottaket.</p> <p>2. Det utføres en risikoanalyse, og gjennomføres eventuelle nødvendige korrigerende tiltak, av pasienttransporten fra Helse Ekspresen sin holdeplass ved Stord sjukehus til mottakende enhet, særdeles ved mulighet for å tilkalle assistanse for de som utfører sengetransporten via kjellergang til mottakende enhet</p>					
--	--	---	--	--	--	--	--

### Generell vurdering frå gjennomgangen i 2016

Generelt er det tilfredsstillande beskrivingar av utførte tiltak, og læringseffekt, etter respektive tilsyn og interne revisjonar. Ved tilsyna som omhandla opplæring i bruk av medisinsk teknisk utstyr og identitetskontroll kunne føretakstilnærminga i læringspotensialet etter tilsyna ha vore betre. Det har ikkje vore ein god nok oppfølging etter internrevisjonen av akuttmottaka då en kan finne nokre av dei same avvika etter tilsynet «Stopp sepsis» frå Fylkesmannen.

Leier for internkontrollen vill peike på det potensialet som ligg i internrevisjonane og tilsyna for læring på tvers mellom klinikkar og verksemdsområder i føretaket. Arbeidet med utbetring må starte raskt etter at rapport er leverert ved avdekte brister eller forbettringsområde.

Oppfølging av «Leiingas gjennomgang av internkontroll 2016» skjer ved den kommande gjennomgang i 2017.

Haugesund 2.12.2016  
Tomas Jonson  
Leiar internkontrollen  
Helse Fonna HF