

Återrapportering till och med augusti - Driftnämnden Hallands sjukhus interna kontrollplan 2017

Enligt fastställt reglemente för intern kontroll ska respektive nämnd/styrelse varje år anta en särskild plan för uppföljning av den interna kontrollen. En viktig del i Driftnämnden Hallands sjukhus interna kontroll är förvaltningens ledningssystem för kvalitet, informationssäkerhet, arbetsmiljö och miljö i enlighet med ISO-standarder. Driftnämnden Hallands sjukhus har efter genomförd riskanalys fastställt en intern kontrollplan för 2017. Den interna kontrollplanen för 2017 omfattar fyra områden med totalt nio kontrollmoment. Detta dokument är en uppföljning till och med augusti 2017 av kontrollplanen.

Utifrån den genomförda uppföljningen är den sammanfattande bedömningen från förvaltningen att det för flera av kontrollmomenten finns en bra hantering och att det pågår ett utvecklingsarbete för de kontrollmoment där det finns brister. Ett genomgående tema för många av de områden där det behöver ske en utveckling är sambandet med väl-fungerande och stödjande IT-system i verksamheten. Den viktigaste slutsatsen av uppföljningen är därmed vikten av utvecklingsarbetet när det gäller IT-stödet till verksamheten.

Hallands sjukhus

Martin Engström
Sjukhuschef



Innehållsförteckning

1 Intern kontroll	3
1.1 IT-system	3
1.1 Personal, personalförsörjning, arbetsmiljö	4
1.2 Patientsäkerhet och kvalitet	5
1.3 Miljö	6



1 Intern kontroll

Inom varje riskområde har en eller flera risker identifierats. Dessa har bedömts utifrån sannolikhet och konsekvens och som resulterar i ett risktal mellan 1 och 9. Kontrollmoment, metod för kontrollen, frekvens för redovisning och ansvarig har fastställts i den interna kontrollplanen.

1.1 IT-system

Risk	Risktal	Kontrollmoment	
Olika system som inte är integrerade med varandra eller har bristande användarergonomi	6	Sker en integrering av IT-system	3 ggr/år
		<p>Förvaltningens kontroll visar att arbete för ökad integrering av IT-system pågår och utvecklingen av detta arbete är angeläget att följa utifrån identifierad risk.</p> <p>Genom stödfunktionen som arbetar med IT-frågor finns ett kontinuerligt arbete med att belysa vikten av väl fungerande IT-system/IT-miljö och arbete sker att söka efter förbättringsområden och försökta få till stånd förbättringar. Verksamhetens behov av integrationer mellan IT-system, implementation av nya IT-system och förbättring/utveckling av befintliga system fångas upp genom aktivt deltagande av Hallands sjukhus i Region Hallands systemförvaltningsmodell, en processororienterad modell som har till syfte att förvalta/förbättra alla de IT-system som finns inom regionen. Insatser inom Hallands sjukhus har genomförts för att öka kunskapen hos användarna hur integrationsbehov i systemmiljön kan kanaliseras då man önskar en förändring i något IT-system. För att integrationerna mellan system ska kunna upprättas och fungera väl finns en integrationsplattform inom regionen. Under våren 2017 har dialog förts med ansvariga personer för förvaltningen av integrationsplattformen för att bland annat säkerställa att förbättringar har genomförts som en följd av den riskanalys som skedde hösten 2016 gällande förvaltning och funktionalitet i integrationsplattformen.</p>	
Bristande kunskap i handhavandet av IT-system	6	Hur har kontrollen av kunskap kopplat till behörighet utvecklats och har utbildning erbjudits	3 ggr/år
		<p>Förvaltningens kontroll visar att arbete pågår att kontrollera kunskapen kopplat till behörighet genom närvaro på Hallands Sjukhus kliniker av de personer som arbetar i systemförvaltningsmodellen. Kontrollen visar även att kontinuerligt arbete genomförs av stödfunktionen för IT-frågor med att granska hur utbildningar sker och mottages.</p> <p>Försök med att erbjuda utbildningar på plats ute på avdelningarna vid efterfrågan/behov har genomförts med god framgång. Under våren 2017 har arbete med att nyttja videouppkoppling då utbildare kan sitta på en ort och vårdpersonalen på en annan påbörjats. Inom regionen har senaste året IT-systemet Learning Management System (LMS), implementerats. I dagsläget nyttjas ej alla delar av LMS, till exempel finns en modul för e-learning som ska kunna ge nya möjligheter att kontinuerligt och vid för vårdpersonalen lämplig tid kunna erbjuda fortbildning i handhavande av IT-system. Arbete har initierats att börja nyttja e-learning modulen.</p>	

1.2 Personal, personalförsörjning, arbetsmiljö

Risk	Risktal	Kontrollmoment	
Bristande följsamhet till rutin för bisyssla	4	Att rutinen för uppföljning av bisysslor är känd och följs	2 ggr/år
		<p>Förvaltningens kontroll visar att rutinen för uppföljning av bisysslor är känd och delvis följs.</p> <p>Förvaltningen bedömer att chefer har god kännedom om medarbetarnas bisysslor men den manuella hanteringen bidrar till underrapportering. Antalet inkomna bisysslor till diariet är i relation till förvaltningens storlek lågt men en slutgiltig inventering för 2017 går först att göra efter årets slut då merparten av utvecklingssamtalen sker under hösten. För att minska risken för bristande följsamhet har det informerats muntligt på chefsmöten och skriftligt i chefsbrevet som går till alla chefer om gällande rutin. Ansvaret för rapportering av bisysslor har även, sedan det nya kollektivavtalet i år, fördelats mellan arbetsgivare och medarbetare då det nu är en medarbetares skyldighet att meddela bisyssla till sin arbetsgivare. Att skapa ett systemstöd till rapporteringen av bisysslor skulle underlätta både rapportering och uppföljning. Behovet av systemstöd har lyfts vidare från Hallands sjukhus till regionen centralt.</p>	
Sårbarhet i kompetensförsörjningen inom mindre specialiteter	9	Att kompetensförsörjningsplan finns inom berörda verksamheter	2 ggr/år
		<p>Förvaltningens kontroll visar att kompetensförsörjningsplaner inom verksamheter med mindre specialiteter finns via planer för ST-läkare.</p> <p>I förvaltningens produktions- och kapacitetsstyrning utgår resurssättningen från det specifika uppdraget som ges. Alla specialiteter har kompetensförsörjningsplaner men riskerna i specialiteter som består av färre medarbetare är högre. Förvaltningen har inga problem att rekrytera ST-läkare och besätta dessa positioner. Vid akuta problem med kompetensförsörjning löses detta genom arbete över klinikgränser, bemanningsbolag och vårdgaranti.</p>	
Att rehabiliteringsprocessen för sjukskrivna inte följs	4	Följsamhet till fastställd rehabiliteringsprocess	2 ggr/år
		<p>Förvaltningens kontroll via IT-stödet Adato visar att det finns en följsamhet till fastställd rehabiliteringsprocess.</p> <p>Cheferna får vid behov stöd av rehabiliteringsspecialister vid Regionkontoret i arbetet med arbetslivsinriktad rehabilitering i syfte att ge medarbetarna den hjälp och stöd som behövs för att kunna återgå i arbete så snart som möjligt. Arbetet sker i nära samarbete med regionens externa företagshälsovård, försäkringskassan och andra involverade aktörer. Kvaliteten förväntas bli ännu bättre sedan genomförd förändring inom HR i regionen under året.</p>	

1.3 Patientsäkerhet och kvalitet

Risk	Risktal	Kontrollmoment	
Bristande följsamhet till fastställda riktlinjer och rutiner	6	Sker uppföljning och analys av avvikelser kring följsamhet till vårdriktlinjer och rutiner	3 ggr/år
		<p>Förvaltningens kontroll visar att det sker en uppföljning och analys av avvikelser kring följsamhet till vårdriktlinjer och rutiner.</p> <p>Samtliga avvikelser har granskats. De avvikelser som finns följs kontinuerligt upp såväl på övergripande nivå som verksamhetsnivå, för analys som grund för förbättringsarbete. Allvarigare avvikelser sorterar ut och diskuteras på chefläkarmöten. Vid dessa möten görs bedömning av om avvikelserna kräver närmare analys eller om det finns behov av nya rutiner eller riktlinjer. Även bedömning av om händelsen är aktuell för en Lex Maria-anmälan görs. Chefläkare deltar regelbundet vid klinikernas avvikelsemöten. Chefläkarna kommer på ett mer påtagligt sätt stödja verksamheterna i arbetet med avvikelser framöver. Detta inte minst med tanke på förändringar i Patientsäkerhetslagen som träder i kraft 2017-10-01 samt 2018-01-01.</p>	
Bristande egenkontroll av medicinteknisk säkerhet inom verksamheten	6	Att egenkontroll av medicinskteknisk säkerhet är införd i verksamheten	3 ggr/år
		<p>Förvaltningens kontroll visar att egenkontroll av medicinteknisk säkerhet är under införande i verksamheten.</p> <p>Den preliminära mallen för vårdens egenkontroll har fastställts efter metodtestningar i pilotstudier. Under hösten 2017 planeras en fullskalig egenkontroll att genomföras vid Hallands sjukhus avdelningar. Primär utbildningsaktivitet för vårdens avdelningschefer ska genomföras inför egenkontrollen. Beroende på utfallet av egenkontrollen kommer analyser att ske för planering av fortsatta aktiviteter. Avvikelsehanteringen har varit föremål för utveckling av flöden och begrepp så att en medicinteknisk avvikelseprocess är etablerad.</p> <p>Verksamhetskritisk utrustning: Inventeringar och spårbarhetsregistrering pågår kring utrustningsgrupper som tidigare inte identifierats för systematiskt underhåll eller utbytesplan. Rutiner för vårdens funktionskontroll införs i etapper utifrån riskberäkningar. Avtalsbindningen med Regionservice för service och underhåll av ovanstående kategorier är fortfarande i diskussionsläge. Det handlar om att etablera funktioner och process samt logistik för att kunna åtaga sig underhållsbehoven som inte är ringa. Styrning av investeringar och inköpsrutiner är under framtagande.</p>	

Risk	Risktal	Kontrollmoment	
Riskhanteringsplan saknas för vårdens sårbarhet kring kritisk försörjning av el, ventilation, vatten, gas och IT till verksamheten	6	Att riskhanteringsplan finns för verksamheten vid Hallands sjukhus	3 ggr/år
		<p>Förvaltningens kontroll visar att införandet av riskhanteringsplan är under utveckling men kommer att bli fördröjd.</p> <p>Vid etableringen av uppdraget i januari, vars syfte var att etablera sårbarhets- och riskhanteringsplaner, framkom efterhand en rad angelägna uppgifter i sammanhanget som behövde prioriteras före långsiktiga planer. Det har bland annat gällt telefoni, projekt kring fastighetsunderhåll, vattenbrist med mera samt införandet av systemförvaltningsmodellen.</p>	

1.4 Miljö

Risk	Risktal	Kontrollmoment	
Fortsatt utsläpp av partiklar och växthusgaser p.g.a. många tjänsteresor med bil	6	Att kunskap finns om samåkningsmöjligheter och utvecklat IT-stöd	2 ggr/år
		<p>Förvaltningens kontroll visar att nytt inplanerat bokningssystem inte är tillgängligt i verksamheten ännu.</p> <p>Det nya bokningssystemet för bättre samåkningsmöjligheter testas av en lite grupp på Regionkontoret och planeras att finnas tillgängligt inom hela regionen under hösten 2017. I samband med att alla får tillgång till systemet kommer information att spridas till sjukhusets medarbetare.</p>	