

Återrapportering - 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.

Utifrån den genomförda uppföljningen kvarstår i stort sett den sammanfattande bedömningen som gjordes vid rapporteringen i samband med uppföljningsrapport 2. Förvaltningens bedömning är att det för flera av kontrollmomenten finns en bra hantering och att det pågår ett utvecklingsarbete för de kontrollmoment där det behövs. Under hösten har utvecklingsarbetet kommit vidare ytterligare inom flera av kontrollmomenten. Ett genomgående tema för många av de områden där det behöver ske en utveckling är sambandet med välfungerande 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
1.2 Personal, personalförsörjning, arbetsmiljö	4
1.3 Patientsäkerhet och kvalitet	5
1.4 Miljö	7



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.</p> <p>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. Under hösten 2017 har arbete genomförts att ta fram en struktur för hur det samlade behovet, av förändringar i systemmiljön, som finns inom förvaltningen ska inhämtas och genom representanter i systemförvaltningsorganisationen kanaliseras så att en förändring sker. Förankring och implementation av denna struktur kommer att ske under början av 2018.</p> <p>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.</p>	

Risk	Risktal	Kontrollmoment	
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 videoupkoppling 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. Under de sista månaderna 2017 har en dialog förts mellan representanter för Hallands sjukhus och de personer som arbetar med systemförvaltning av LMS för att komma igång och nyttja e-learningmodulen.</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 13 vilket i relation till förvaltningens storlek kan anses vara lågt. 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. Ansvar 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>	

Risk	Risktal	Kontrollmoment	
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 resursställningen 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.</p>	

1.3 Patientsäkerhet och kvalitet

Risk	Risktal	Kontrollmoment	
Bristande följsamhet till fastställda riktlinjer och rutiner	6	Skер uppföljning och analys av avvikelser kring följsamhet till vådriktlinjer och rutiner	3 ggr/år
		<p>Förvaltningens kontroll visar att det sker en uppföljning och analys av avvikelser kring följsamhet till vådriktlinjer 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 sorteras 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 förändringarna i Patientsäkerhetslagen som trädde i kraft 2017-10-01 samt 2018-01-01.</p>	

Risk	Risktal	Kontrollmoment	
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>Rutin för egenkontroll av medicinteknisk säkerhet är fastställd i ledningssystemet och klar för införande under januari 2018. Rutin med kontrollanvisningar för en generell funktionskontroll, som täcker in ett tjugotal olika prioriterade typer av patientnära utrustning är fastställd i ledningssystemet. (sängar, bårvagnar, rehab- och lyfthjälpmedel etc.) Det finns enligt inventeringar ytterligare specifik vårdnära utrustning som saknar anvisningar för funktionsprov. Medicinsk teknik Halland kommer att fortsätta enligt en prioritering att skapa ytterligare kontrollanvisningar för dessa kategorier. Information om kontrollerna har skett på chefsmöten. Arbetet med införandet av medicinteknisk rond för sjukhusets verksamheter betraktas löpa enligt rutin. Under 2017 har 65 ronder genomförts för sjukhuset. Verksamheterna har samtliga fått tillträde i inventarie-systemet MEDUSA för att kunna betrakta underhåll, ålder och status på dess utrustning.</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 för olika typer av system är under utveckling men kommer att bli fördröjd. Samtliga planer måste utformas i samarbete med Regionservices instanser.</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> <p>Uppföljningsansvar och egenkontroll, drift och projektering för medicinska gaser med mera är redan beskrivna sedan tidigare i gediget ledningssystem som genomgår en uppdatering. Medicinsk teknik Halland har i kontrollarbetet genomfört möte med gaskommittén som representerar aktörerna Hallands sjukhus, Teknisk service samt Regionfastigheter. Årsplan för möten är införda. På grund av ett stort antal avvikelser som Hallands sjukhus upptäckt vid egenkontroll av medicinska gasanläggningen har ett arbete pågått med Regionfastigheter att arbeta bort felaktigheter. Mycket av felaktigheterna kommer från ofullständigt genomförda byggprojekt och icke åtgärdade besiktningsanmärkningar samt en eftersatt underhållsplan.</p> <p>Egentillverkningsdokumentation kring medicinska centralgasanläggningar är föreskriven från Socialstyrelsen</p>	

Risk	Risktal	Kontrollmoment	
		<p>och Inspektionen för vård och omsorg. Medicinsk teknik Halland arbetar med förfining av denna process.</p> <p>Oklarheter finns kring rutiner vid olika allvarliga systemavbrott samt åtgärder centralt. Medicinsk teknik Halland har under 2017 därför etablerat en störningsberedskap för strategiskt stöd till vården vid tekniska fel under jourtid. Årsplan för kontroll av kritisk operationsventilation har införts. På grund av kapacitetsbrist har inga särskilda aktiviteter skett kring elförsörjning.</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 informationsinsatser delvis har genomförts genom att IT-systemet har presenterats på miljöombudsmöten i Halmstad, Varberg och Kungsbacka.</p> <p>IT-stödet har testats på regionkontoret under hösten. Testerna har visat att systemet fungerar bra och stödet är planerat att införas i hela regionen tidigast i april månad 2018. Orsaken till att det blir tidigast i april är förändrade säkerhetskrav vid inloggningen i systemet som först måste lösas. I samband med införandet ska ytterligare informationsinsatser genomföras.</p>	