

# **Återrapportering intern kontrollplan januari-december 2016**

---

Driftnämnden Hallands sjukhus



## Innehållsförteckning

<b>1 Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>2 Internkontroll .....</b>	<b>3</b>
2.1 Ekonomi.....	3
2.2 IT-system.....	3
2.3 Organisation/styrning/ledning.....	4
2.4 Personal, personalförsörjning, arbetsmiljö .....	5
2.5 Patientsäkerhet och kvalitet .....	7



## 1 Sammanfattning


Enligt fastställt reglemente för intern kontroll ska respektive nämnd/styrelse varje år anta en särskild plan för uppföljning av den interna kontrollen. Driftnämnden Hallands sjukhus har efter genomförd riskanalys fastställt en intern kontrollplan för Hallands sjukhus gällande verksamhetsåret 2016. En viktig del i driftnämndens interna kontroll är förvaltningens ledningssystem för kvalitet, informationssäkerhet, arbetsmiljö och miljö i enlighet med ISO-standarder. Detta dokument är en årsuppföljning av fastställd intern kontrollplan. Den interna kontrollplanen för 2016 omfattar fem områden med totalt tio kontrollmoment.

Den sammanfattande bedömningen från förvaltningen är att det finns en god intern kontroll utifrån beslutade kontrollmoment och kontrollmetoder, samt att arbete pågår för att ytterligare förbättra och säkra identifierade områden som registrering av bisysslor. Inom några områden såsom IT-system och kompetensförsörjning sker ett utvecklingsarbete.


## 2 Intern kontroll

Inom varje riskområde har ett antal risker identifierats. Dessa har bedömts utifrån sannolikhet och konsekvens och som resulterar i ett risktal mellan 1 och 9. Risktal mellan 1-3 markeras med grönt d.v.s. risken är låg eller obefintlig. Risktal mellan 4-5 markeras med gult d.v.s. risken är medel. Risktal mellan 6-9 markeras med rött d.v.s. risken är från medelhög till hög.


### 2.1 Ekonomi

Risk	Risktal	Kontrollmoment	
Ökad kostnadsutveckling	4	 Finns en fungerande uppföljningsprocess	3 ggr/år
		<p><b>Resultat</b></p> <p>Förvaltningens bedömning är att det finns en tydlig uppföljning av kostnadsutvecklingen med stöd av den strukturerade planerings- och uppföljningsprocessen inom Hallands sjukhus.</p> <p>Hallands sjukhus har en implementerad planerings- och uppföljningsprocess omfattande områden som ekonomi, produktion, personal, processkvalitet och vårdkvalitet. I Hallands sjukhus uppföljning behandlas kostnadsutvecklingen på alla nivåer och utgör en viktig del i analysen. Återkoppling kring utvecklingen sker månatligen i månadsrapport samt i styrkort på alla nivåer.</p>	

## 2.2 IT-system


Risk	Risktal	Kontrollmoment	
Olika system som inte är integrerade med varandra eller har bristande användarergonomi	4	 <p>Sker en integrering av IT-system</p>	3 ggr/år
		<p><b>Resultat</b></p> <p>Förvaltningens bedömning är att arbete för ökad integrering av IT-system pågår och utvecklingen av detta arbete är angeläget att följa.</p> <p>MTH har uppdraget för Hallands sjukhus att samordna IT-relaterade frågor och vara en länk mellan linjeorganisationen inom Hallands sjukhus, Systemförvaltningen och RGS-IT. Systemförvaltningsorganisation har etablerats i Region Halland under 2016, i vilken Hallands sjukhus ingår och fortsatt arbetar för att involvera verksamhetsrepresentanter. Tillsättning av en ny roll, handläggare Vård-IT för Hallands sjukhus, har etablerats för att stödja arbetet.</p> <p>Brister i systemen som påtalats från vårdpersonalen vid Hallands sjukhus är framförallt kopplade till läkemedelsmodulen NCS och journalsystemet VAS, utifrån detta genomfördes under första halvåret 2016 ett projekt som genomlöses "Vård IT miljön". En genomlysning som hittills resulterat i ett förändrat arbetssätt</p> <p>För att remisshanteringen och integrationen, mellan olika IT-system ska fungera optimalt, så ställs det höga krav på en integrationsplattform, det vill säga en plattform som gör att olika IT-system kan skicka information till varandra. Under 2016 har en ny modernare plattform installerats.</p> <p>Under 2016 har ett projekt pågått att förbereda införandet av ett journalsystem/akutliggare på akutmottagningarna HSH, HSV och Barnakuten. I det nya systemet ska integrationer mot ambulansjournalen, VAS och patientövervakningssystemet finnas. Produktionsstart för systemet kommer att ske under första kvartalet 2017.</p>	




## 2.3 Organisation/styrning/ledning

Risk	Risktal	Kontrollmoment	
Bristande verkställighet av politiska beslut och tjänster och utbud	3	 <p>Finns det en tydlighet i ansvar och uppdrag utifrån beslut</p>	3 ggr/år
		<p><b>Resultat</b></p> <p>Förvaltningens bedömning är att finns en tydlighet i ansvar och uppdrag utifrån beslut.</p> <p>Driftnämnden har fattat beslut om nämndens åtagande utifrån resursfördelning inklusive uppdrag och beställning 2016.</p>	



Risk	Risktal	Kontrollmoment
		<p>Sjukhuschefen har fastställt en verksamhetsplan som har redovisats för driftnämnden. I ett särskilt dokument redovisas varje områdes produktionsbudget, specifika uppdrag, budget samt en övergripande beskrivning av uppföljningen. I båda dokumenten finns en tydlighet kring områdenas ansvar och uppdrag. Uppföljning av resultat sker enligt beslutad planerings- och uppföljningsprocess. Avstämningar och dialoger sker kring varje månads resultat med fokus på avvikelser och vid behov identifiering av åtgärder för att säkerställa det totala uppdraget. Vid korrigerande beslut eller nya uppdrag under året säkerställs en tydlighet genom skriftlig uppdragsbeskrivning från sjukhuschefen till berörd verksamhet.</p> <p>Framtidarbetet redovisas vid varje sammanträde i driftnämnden och i uppföljningsrapporterna.</p> <p>Nya politiska beslut har medfört att nya uppdrag tillkommit under året som att:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• samla den kardiologiska specialistvården inom DNHS</li> <li>• följa SKL rekommendationer gällande erbjudande av offentlig finansierad befruktning</li> <li>• breddinföra metodik, arbetssätt och positiva erfarenheter från piloterna i det regionövergripande Framtidarbetet samt redovisa konkreta resultat och beslut av detta</li> <li>• återinföra obesitaskirurgi vid Hallands sjukhus utifrån handlingsplan</li> <li>• organisera kontaktsjuksköterskefunktion för omhändertagande av accidentiellt upptäckta prickar på lungorna</li> </ul> <p>Verkställande av ovanstående beslut förbereds/sker i verksamheten.</p>

## 2.4 Personal, personalförsörjning, arbetsmiljö


Risk	Risktal	Kontrollmoment
Kompetensförsörjning och kunskapsbrist för sjuksköterskor	4	<p> Genomförs inventering av kompetensförsörjningsbehov</p> <p><b>Resultat</b></p> <p>Förvaltningens bedömning är att det finns strategier och en god samverkan inom regionen i syfte att förbättra kompetensförsörjningen. Ett arbete som är under utveckling.</p> <p>Förvaltningen arbetar inom ramen för produktionsplaneringen med att tydliggöra behovet av sjuksköterskor och andra yrkeskategorier kopplat till förvaltningens uppdrag. Gällande sjuksköterskor har förvaltningen inte lyckats att kompetensförsörja fullt ut utifrån planen. Detta är också ett nationellt problem och Regionen och förvaltningen arbetar nu med olika strategier där utvecklad arbetsfördelning är den högst prioriterade åtgärden.</p>

Risk	Risktal	Kontrollmoment	
Rekryteringssvårigheter påverkar sommarbemanningen	6	 Finns en fungerande planeringsprocess	2 ggr/år
		<p><b>Resultat</b></p> <p>Förvaltningens bedömning är att bemannings- och rekryteringsprocessen är tydlig och att åtgärder vidtas för att möta bemanningsbehovet, samt att arbetet sker i nära samverkan med verksamheten.</p> <p>Region Halland har en övergripande process beskriven för rekrytering av medarbetare som är fastställd för hela regionen. I rekryteringsprocessen beskrivs hur all form av rekrytering i Region Halland ska ske.</p> <p>Resursbehovet för Hallands sjukhus fastslås i produktions- och kapacitetstyrningen, utifrån denna resursbehovsplan uppstår rekryteringsbehovet.</p> <p>Utifrån rådande svårigheter att återrekrytera framförallt allmänsjuksköterskor pågår ett ständigt arbete med att finna nya vägar att rekrytera. Under det senaste året har Hallands sjukhus använt sig av traditionell annonsering, sociala medier och representation på olika mässor.</p> <p>Halland sjukhus har även bjudit in till mingel för sjuksköterskestudenter och gymnasieelever, som läser vård och omsorg, till arbetsgivaren för möte med chefer och medarbetare.</p>	
Att systematiskt arbetsmiljöarbete inte bedrivs	4	 Sker implementering av föreskrift	3 ggr/år
		<p><b>Resultat</b></p> <p>Förvaltningens bedömning är att implementeringen av föreskriften Organisatorisk och Social arbetsmiljö genomförts enligt plan.</p> <p>Cheferna har fått information vid Regiongemensamt HR-forum under våren. Personalavdelningen har dessutom gett ytterligare information vid olika chefsforum och har också kompletterat informationsmaterialet. Cheferna har haft uppdraget att sprida informationen vidare till medarbetarna vid ett APT senast till årsskiftet.</p>	
Bristande följsamhet till rutin för bisyssla	2	 Att bisysslor rapporteras från verksamheten	1 ggr/år
		<p><b>Resultat</b></p> <p>Förvaltningens bedömning är att det finns brister i inrapporteringen av bisysslor och att åtgärder är planerade för att säkra denna registrering.</p> <p>Rutinen är tydlig och har kommunicerats under året men antalet diarieförda bisysslor är få. Frågan om rapportering av bisysslor har lyfts upp till regionnivå där det finns planer på att koppla registrering av bisyssla till kompetensmodulen LMS för att förenkla hanteringen. Genom att digitalisera registreringen förbättras även uppföljningen.</p>	

## 2.5 Patientsäkerhet och kvalitet

Risk	Risktal	Kontrollmoment	
Bristande följsamhet till fastställda vårdriktlinjer	4	 <p>Genomförs uppföljning av avvikelser kring följsamhet till vårdriktlinjer</p>	3 ggr/år
		<p><b>Resultat</b></p> <p>Förvaltningens bedömning är att det finns en övervägande god efterlevnad till fastställda vårdriktlinjer och att de avvikelser som finns följs kontinuerligt upp och analyseras som grund för förbättringsarbete.</p> <p>Avvikelser på Hallands sjukhus är en önskad/negativ händelse som har lett till eller kunnat leda till personskada, skada på/störning av verksamhet, omgivning eller miljö. Enligt Patientsäkerhetslagen 2010:659 ska hälso- och sjukvårdspersonal rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren.</p> <p>Alla avvikelser som skrivs läses av chefläkarfunktion och vid behov återkopplas synpunkter till berörd verksamhet som handlägger avvikelserna. Allvarliga avvikelserna med högt risktal resulterar i att en händelseanalys genomförs, vilken kan leda till en anmälan i enlighet med lex Maria. Vid genomgång av avvikelser som är inom samma kategorier görs en orsaksanalys.</p> <p>Bristande följsamhet till vårdriktlinjer ska enligt rutin registreras som en avvikelse.</p> <p>Cheferna har ansvaret för uppföljning via avvikelssystemet, för att bland annat följa upp följsamheten till vårdriktlinjerna och vid behov vidta åtgärder. Hallands sjukhus har klinikövergripande avvikelseggrupper, som vid sina möten tar upp de mest allvarliga samt de mest frekventa och betydande avvikelserna. Vid några av dessa möten deltar chefläkare och kan då fånga upp om redigering/förtydligande behövs av befintlig vårdriktlinje för att skapa bättre förutsättningar för efterlevnad.</p>	
Att systematiskt patientsäkerhetsarbete inte bedrivs	4	 <p>Att struktur och arbetsmodell finns för patientsäkerhetsarbetet</p>	3 ggr/år
		<p><b>Resultat</b></p> <p>Förvaltningens bedömning är att det finns en inarbetad struktur med tydlighet i ansvar och uppdrag för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete som involverar verksamheten.</p> <p>I den gemensamma organisationen för patientsäkerhetsarbete är chefläkarfunktionen direkt underställd sjukhuschef. Chefläkare avropar stödfunktion för patientsäkerhetsarbetet av ledningskansliet, Hallands sjukhus. För det övergripande strategiska patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet på Hallands sjukhus finns Styrgruppen för patientsäkerhet och kvalitetsutveckling (SPoK).</p>	



Risk	Risktal	Kontrollmoment	
		<p>En nulägesbeskrivning av hur Hallands sjukhus arbetar med vårdfrågor genomfördes under hösten 2015 där förbättringsförslag identifierades, vilka resulterat i att processgrupp för kvalitetsfrågor ersatt arbetsgruppen för patientsäkerhet och kvalitet. Processgruppen för kvalitet har fokuserat på att:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Driva och stödja arbetet kring kvalitetsindikatorer med uppföljning av målvärden, avvikelser och åtgärder inom respektive område samt för Hallands sjukhus totalt samt utvecklat dessa inför 2017</li> <li>• Utvecklat planerings- och uppföljningsprocessen inom kvalitetsområdet</li> <li>• Handlägger data och analysunderlag avseende Hallands sjukhus kvalitetsindikatorer</li> </ul> <p>Kontinuerlig återkoppling och förankring av arbetet sker på område- och kliniklednings-möten samt på sjukhusövergripande nivå på sjukhusledningens uppföljningsmöte.</p> <p>Styrgruppen för patientsäkerhet och kvalitetsutveckling utgör ett rådgivande organ för sjukhuschefen och den sjukhusgemensamma ledningsgruppen och har följande uppdrag:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utfärdar rekommendationer men är inte beslutande</li> <li>• Beslutar om strategisk inriktning avseende förbättrad patientsäkerhet och kvalitet</li> <li>• Samordnat ansvar för vårdprocesser</li> <li>• Ansvarar för patientsäkerhetsberättelsen för Hallands sjukhus</li> <li>• Identifierar utbildnings- och informationsbehov</li> <li>• Bedömer införande/utfasning av nya behandlingar och läkemedel</li> </ul>	
Bristande kontroll av medicinteknisk säkerhet	4	<p> Att organisation finns för kontroll av medicinsk tekniks säkerhet</p> <p><b>Resultat</b></p> <p>Förvaltningens bedömning är att organisationen för att säkerställa det regionala uppdraget inom Medicinsk Teknik Halland (MTH) är etablerad.</p> <p>Medicinsk Teknik Hallands organisation har anpassats under 2015 och etablerats under 2016 utifrån det regionala uppdraget. Rekryteringarna har slutförts under 2016.</p> <p>Uppdraget omfattar att dels driva, samordna och utveckla det tekniska patientsäkerhetsarbetet, avvikelsehantering och produktåterkallanden. Dels att etablera underhållsplan för patientkritisk verksamhetsutrustning i utrustningsgrupper såsom sängar, bårvagnar samt viss rehabiliteringsutrustning med mera som tidigare saknat etablerad plan.</p>	3 ggr/år



Risk	Risktal	Kontrollmoment
		<p>Arbetet för att etablera underhåll av dessa produkter och som Medicinsk Teknik Halland inte servar pågår i samverkan med Regionservice.</p> <p>Medicintekniska ronder har etablerats inom Hallands sjukhus. Ronden är de olika verksamhetsledningarnas forum för genomgång av apparatur, behov och erfarenheter. Intern måluppföljning för genomförande av medicinteknisk rond följs upp på ledningens genomgång inom MTH.</p> <p>För att skapa överblick över vilken apparatur som finns har verksamheterna fått tillgång till MTH inventoriesystem.</p> <p>Under 2016 har Hallands sjukhus rekryterat en säkerhetssamordnare vid MTH för arbete med bland annat information och hantering av avvikelser. Denna funktion kommer att samverka med chefläkarna. Antalet avvikelser kopplade till medicintekniska produkter var under 2016 270 stycken.</p> <p>Hallands sjukhus ansvarar enligt författning för uppföljning av de medicinska centralgasanläggningarna och MTH har även utarbetat underlag för uppföljning av den nya dialysbyggnadens gassystem vid Hallands sjukhus Varberg.</p>

## Hallands sjukhus

Martin Engström  
 sjukhuschef

