



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
102/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.12.2016
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Hege Fredheim-Kildal

Tilsynsrapport - eksterne tilsyn

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Tilsynsrapport - eksterne tilsyn* til og med 18.11.2016 til etterretning.

Bakgrunn

Ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gjennomføres det systematiske tilsyn fra statlige tilsynsmyndigheter. Noen gjennomføres etter samordning mellom flere tilsynsmyndigheter. I tillegg gjennomfører Helse Nord RHF revisjoner på ulike virksomhetsområder i tråd med omforente planer for regionen, eller mellom det regionale foretaket og det enkelte helseforetak.

Formål

Formålet med denne saken er å gi styret oversikt over funn i, og oppfølging av, gjennomførte eksterne tilsyn, samt interne revisjoner i regi av Helse Nord RHF i helseforetaket fra 14.9.2016 til og med 14.11.2016. I saken rapporteres det på status for foretakets egen oppfølging og oversikt over kommende tilsyn.

Saksutredning

Hensikten med tilsyn er å kontrollere om det er etablert et internkontrollsystem som sørger for at virksomhetens tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med lovverk og gjeldende prosedyrer. Tilsynsmyndighetene representerer en viktig ressurs for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i arbeidet med kontinuerlig forbedring. De er opptatt av og undersøker om ledelsen planlegger, kontrollerer og korrigerer egen virksomhet slik at pasientene får forsvarlig og trygg helsehjelp, og at de ansatte har et forsvarlig arbeidsmiljø.

Tilsyn og revisjoner gir gode bidrag til å avdekke områder der helseforetaket har forbedringspotensial. De gir detaljerte beskrivelser av avvik, og begrunner dem, beskriver hva som er god praksis og hva som må til for at avvik skal kunne lukkes. Det er i denne rapporten ikke beskrevet avvik som vurderes å innebære høy risiko i pasientbehandlingen.

Statusrapport

Det er siden forrige rapportering gjennomført fire tilsyn:

- Fylkesmannen i Troms har gjennomført tilsyn ved Senter for psykisk helse- og rusbehandling Sør-Troms 4.-5.10.2016. Tilsynet omfattet helsepersonells opplysningsplikt til barneverntjenesten.
- Statens Helsetilsyn har gjennomført tilsyn ved følgende tre klinikker; Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken, Diagnostisk klinikk og Operasjons- og intensivklinikken 17.-20.10.2016. Tilsynet omfattet håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon.
- Brann- og redningstjenesten har gjennomført tilsyn ved UNN Harstad 3.11.2016. Tilsynet omfattet brannsikkerhet.
- Arbeidstilsynet har gjennomført tilsyn ved Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Åsgård, 4.10.2016. Tilsynet ble gjort på bakgrunn av melding fra verneombud om omfattende bygningmessige mangler ved poliklinikken.

Avsluttede tilsyn

Troms Kraft har gjennomført tre tilsyn som omhandlet HMS og kontroll av egen elektrisk installasjon. Tilsynene har vært gjennomført ved UNN Rehabilitering og habilitering, Blodbanken Nerstranda og Færingen terapeutiske samfunn. Alle tilsyn er lukket.

Arbeidstilsynet har gjennomført tilsyn som omhandlet innkvartering ambulanspersonell ved Akuttmedisinsk klinikk, ambulanseavdeling seksjon 7 (UNN Harstad). Tilsyn er avsluttet.

Helse Nord RHF har gjennomført revisjon vedrørende vedlikehold og utvikling av kompetanse ved Psykisk helse- og rusklinikken, Diagnostisk klinikk, Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken. Rapporten gav fem anbefalinger til forbedring. UNN har laget handlingsplan for oppfølging av rapportens anbefalinger.

Kommende tilsyn

Fylkesmannen i Troms har varslet tilsyn ved UNN Tromsø, Akuttmottak vedrørende sepsisbehandling i januar 2017.

Helse Nord RHF har varslet tilsyn ved UNN vedrørende risikostyring. Revisjonsaktiviteter vil bli gjennomført 1.12.2016.

Arbeidstilsynet har pr 31. oktober 2016 varslet postalt tilsyn ved anesthesiavdelingen ved UNN Tromsø vedrørende melding om bekymring for arbeidsmiljøet til legene i anesthesiavdelingen. Frist for innsending av dokumenter er satt til 1.12.2016.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter 29. og 30.11.2016. Protokoller og referat fra møtene vil

forelegges styret til behandling som referatsaker i styremøtet 14.12.2016. I samtlige møter ble det gitt tilslutning til at saken slutføres og fremmes til styrebehandling i den form saken ble presentert i møtene.

Vurdering

I det systematiske forbedringsarbeidet ved UNN, vektlegges sikkerhetstenkning og risikostyring i den tertialvise rapporteringen *Ledelsens gjennomgang*. Resultater etter tilsyn og revisjoner følges opp blant annet i dialogavtaler, oppfølgingsmøter med enhetene, i Kvalitetsutvalget og i KVAM-strukturen, ved behov også i egne møter. Selv om disse prosessene gradvis bedres i foretaket, har tilsynsmyndighetene ved ulike tilsyn likevel funnet mangler ved prosedyrer, og manglende etterlevelse av prosedyrer og dokumentasjon. God pasientsikkerhet forutsetter at virksomheten lærer av uønskede hendelser og aktivt forebygger at hendelser gjentar seg.

I etterkant av internrevisjon gjennomført av Helse Nord RHF vedrørende dokumentasjon av kompetanse, har UNN utarbeidet handlingsplan med konkretisering av tiltak for å følge opp anbefalingene i rapporten. I handlingsplan vektlegges forankring, strategisk planlegging og innføring av systemverktøy for dokumentasjon av kompetanse.

Flere tilsyn etterspør risikovurderinger, og videre oppfølging av dette vil bli vektlagt fremover. Risikovurdering er en systematisk gjennomgang av hva som kan gå galt, og konsekvensene hvis det går galt, og brukes for å vurdere om eksisterende tiltak er gode nok, eller om det må iverksettes og gjennomføres nye tiltak for å redusere risikoen.

For å oppnå målsettingen om kontinuerlig forbedring i UNN, er det viktig og helt nødvendig at ledelse på alle nivå gjennomfører analyse av avvik, at korrigerende tiltak blir iverksatt og at det etableres prosesser som sikrer læring på tvers av enhetene i foretaket. Dette er et helt sentralt fokus i arbeidet med å utvikle organisasjonen videre. Tilsyn er et viktig verktøy i disse prosessene.

Tromsø, 2.12.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Statusrapport eksterne tilsyn
2. Internrevisjonens anbefaling til UNN - kompetansehandlingsplan

14.11.2016

Tabellen under viser hvilke eksterne tilsyn som er gjennomført før 30.10 2016 hvor de er utført, funn, frister, tiltak og hvilke pålegg /avvik som er lukket siden forrige rapport.

Pålegg/ avvik som er lukket er merket med fargen **grønn**

Pålegg avvik hvor tilsvar/ handlingsplan er sendt er merket med fargen **gul**

Pålegg/ avvik med svarfrister etter styremøtes dato er merket med **rødt**

REVISJONS PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NUMMER	TILTAK I KLNikken/ FORETAK	STATUS	LÆRINGSMOMENT FOR ANDRE AVDELINGER
NR 1 Troms Kraft	Psykiske helse og rusklinikken Færingen terapeutiske samfunn 11.11.16	Systemrettet tilsyn	Foretaket kunne ved revisjon dokumentere installasjon/utstyr. Virksomheten håndterer ikke noen form for elektromedisinsk teknisk utstyr.	16/5642		Lukket i brev av 15.11.16	
NR 2 Fylkesmannen	UNN HF Akuttmedisinsk klinikk Akuttmottak, Breivika 7. - 8.11.2016	Landsomfattende tilsyn Sepsisbehandling i akuttmottak Journalsøk: 7. – 8. november 2016 og 5. januar 2017 Befaring: 25. og 26. januar 2017		16/4364		I prosess	
NR 3 Brann- og rednings-tjenesten	UNN Harstad 03.11.16	Branntilsyn	Det fremkom mangler ved brannsikkerheten: 1. Brannskyveport operasjon 3. etasje, tetter dårlig og utløser ikke før det er høy temperatur. 2. Midttrapperommet i plan u, er definert som hovedrømningsvei og dør i U slår mot rømningretningen.	16/5502	Klinikken er i gang med å utarbeide fremdriftsplan som sendes innenfor frist.	Frist for tilbakemelding 2. desember 2016	

REVISJONS PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NUMMER	TILTAK I KLNikken/ FORETAK	STATUS	LÆRINGSMOMENT FOR ANDRE AVDELINGER
			3. Branntetting rørgjennomføringer og brannspjeld.				
Forts. NR 3			4. Slange-/ brannskap må flyttes ut av trapperom, eller etableres nye skap i korridorene. 6. Entydig ledelys og markeringsmerking, fortrinnsvis markeringslys med batteribackup.				
NR 4 Statens Helsetilsyn	Diagnostisk klinikk Nevro-, ortopedi og rehabiliterings klinikk Operasjons- og intensiv klinikk Kreft-, kirurgi- og kvinneklinikk Medisinsk klinikk 17-20.10.2016	Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon	I den foreløpige rapport presenteres det fem avvik som viser at UNN må iverksette forbedringstiltak på følgende områder: <ul style="list-style-type: none"> • Import av sklera og amnionhinner • Samtykke for donasjon og oppbevaring av beinvev • Oppbevaring av egg, sæd og embryo • Luftkvalitet i rom der egg, sæd, embryo og stamceller blir håndtert • Identitetskontroll i forbindelse med transfusjon av blod 	16/3970	Klinikkene har mottatt foreløpig rapport og har svarfrist til 5. desember 2016	Venter på tilbakemelding	
NR 5 Troms Kraft	UNN HF Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken Rehabilitering og Habilitering, Gimleveien 70 12.10.2016	Systematisk HMS arbeid	Foretaket kunne ved revisjon dokumentere et HMS system som tilfredsstillende krav til kontroll av egen elektrisk installasjon/utstyr.	15/5504-38		Lukket i brev av 18.10.16	

REVISJONS PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NUMMER	TILTAK I KLNikken/ FORETAK	STATUS	LÆRINGSMOMENT FOR ANDRE AVDELINGER
NR 6 Troms kraft	Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken Rehabilitering og Habilitering, Gimleveien 70 12.10.2016	Systemrettet tilsyn	1. Ventilasjon Kabelinnføringer / åpninger for kabelinnføringer var ikke tettet. 2. Korridor Det var i for stor utstrekning lagt opp til bruk av bevegelig ledning. 3. Generelt Bevegelig ledning lå utsatt til for beskadigelse. Generelt Anmerkning: Det må risikovurderes om tavler og sikringskap skal være låst, slik at ikke uvedkommende forvolder skade på personer og eiendom.	15/5504-39	Til oppfølging hos saksbehandler	I prosess	
NR 7 Arbeidstilsynet	Psykisk helse- og rusklinikken Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Åsgård 4.10.2016	Melding fra VO vedrørende omfattende bygningsmessige mangler ved poliklinikken	Etter befaring 19. oktober konkluderes det med følgende: Arbeidstilsynet sender nytt brev hvor de ber om dokumentasjon på arbeid med fysiske arbeidsforhold/vernerunder/kartlegginger av luft og temperatur.	16/4543		Venter på tilbakemelding	
NR 8 Fylkesmannen	Psykisk helse og rusklinikken Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms (Harstad) 4.-5.10. 2016	Helsepersonells opplysningsplikt til barneverntjenesten	Universitetssykehuset Nord-Norge HF har ikke et system som sikrer etterlevelse av helsepersonells opplysningsplikt til barneverntjenesten ved Senter for psykisk helse- og rusbehandling Sør-Troms.	16/3571	Revidert part har mottatt foreløpig rapport og har gitt tilbakemelding pr brev 4.11.2016	Mottatt foreløpig rapport.	
NR 9 Riksrevisjonen	UNN HF 23.09.2016	Forvaltningsrevisjon om myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra primærhelsetjenesten til		16/4401	Kvalitetsavdeling har oppnevnt kontaktperson	Tilbakemelding gis i Riksrevisjonens årlige rapport til Stortinget høsten 2017	

REVISJONS PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NUMMER	TILTAK I KLNikken/ FORETAK	STATUS	LÆRINGSMOMENT FOR ANDRE AVDELINGER
NR 10 Arbeids tilsyn	Akutt-medisinsk klinikk Ambulanse-avdelingen, Seksjon 5 Hansnes 9.9.2016		Saken har sitt utspring fra sak 15/4368 som først ble avsluttet men opprettet ny sak etter ny henvendelse fra verneombud Arbeidstilsynet oppfordrer arbeidsgiver og arbeidstakersiden om å gå i dialog og gi en felles tilbakemelding.	15/748	Kommune og UNN har dialog om å finne gode løsninger	Avsluttet i brev av 15.09.2016	
NR 11 Troms Kraft	Diagnostisk klinikk Blodbanken Nerstranda 16.08.16	Kontroll av elektrisk anlegg	Foretaket kunne ved revisjon dokumentere et HMS system som tilfredsstiller krav til kontroll av egen elektrisk installasjon/utstyr.	15/5504-37		Lukket i brev av 22.09.16	
NR 12 Arbeids-tilsynet	Akuttmedisinsk klinikk, Ambulanse-avdelingen, Seksjon 5 og 7. Nytt stedlig tilsyn 1.7.2016	Postalt tilsyn: Det bes om kommentarer til verneombudets melding om mangler vedr. ambulansestasjonenes lokaler.	Arbeidstilsynet ber i brev av 4.2.16 om oppdatert statusrapport mht arbeidsmiljøet p.t. ved hhv. Ambulansetjenesten Harstad og Hansnes, samt en beskrivelse av hvordan det arbeides med å få løst opp i de arbeidsmiljøutfordringene som synes å være tilstede ved begge stasjonene. Arbeidstilsynet har etter en omfattende korrespondanse i saken gjennomført et stedlig tilsyn 1.7.2016. Her ble det gitt ett pålegg: Arbeidsplasser og arbeidslokaler- utforming og innredning Når det gjelder Hansnes avsluttet Arbeidstilsynet denne saken 8.7.15	15/4368	Klinikken har svart ut 01.11.16 en beskrivelse av hvordan UNN vil sikre at arbeidsmiljøet i nåværende arbeidslokaler til ambulansetjenesten Harstad blir tilrettelagt Arbeidstilsynet finner at de tiltak og løsninger som er iverksatt er akseptable og vil lukke pålegget, samtidig som de gir dispensasjon i henhold til arbeidsplass forskriften §1-5 til bruk	Lukket i brev av 14.11.16	

REVISJONS PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NUMMER	TILTAK I KLNKIKKEN/ FORETAK	STATUS	LÆRINGSMOMENT FOR ANDRE AVDELINGER
					av eksisterende lokaler ut 2017.		
NR 13 Intern-revisjonen i Helse Nord	- Psykisk helse- og rusklinikken - Diagnostisk klinikk - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken 8.- 9.2.2016	Vedlikehold og utvikling av kompetanse med formål om å bekrefte etablert intern styring og kontroll i foretaket som gir rimelig sikkerhet for at helsepersonells fagkompetanse vedlikeholdes og utvikles i samsvar med foretakets behov	Rapporten gir fem anbefalinger 1. Innføre retningslinjer som gir føringer for hvordan arbeidet med vedlikehold og utvikling av kompetanse skal utføres, med tilhørende maler og verktøy. 2. Vurdere og beskrive kompetansebehovet på egnet nivå i foretaket. 3. Sørgje for at det foreligger oppdaterte kompetanse-oversikter i alle enheter. 4. Sørgje for at det utarbeides handlingsplaner i alle enheter som viser hvilke kompetanse-tiltak som skal prioriteres i en definert tidsperiode. 5. Dokumentere gjennomførte kompetansetiltak slik at det fremkommer hva som har vært tema og hvem som har deltatt.	15/5758	Rapporten er sendt til de berørte. Stabssenteret ved Personal og organisasjon har ansvar for å koordinere UNNs oppfølging av rapporten Handlingsplan er utarbeidet av personalsjef Mai Liss Larsen og sendt Helse Nord RHF. Handlingsplan følger denne sak som vedlegg	Rapporten ble behandlet i styret i Helse Nord 15.6.2016 Handlingsplan er sendt Helse Nord RHF	Rapporten har læring til samtlige klinikker og følges opp i de respektive lederteam.
NR 14 Riksrevisjonen	UNN HF 19.1. 2016	Bruk av poliklinisk bildediagnostikk		16/397	Utvalg av henvisninger og E- postadresser til alle radiologer er sendt innenfor fristen 23.2.16	Venter nasjonal rapport i 2017, sendes fra Riksrevisjonen til Stortinget.	
NR 15 Riksrevisjonen	UNN HF 26.11.2015	Medisinsk koding i spesialisthelse-tjenesten	UNN HF er ett av ti sykehus som er valgt ut til denne revisjonen. Behandles i Stortinget ila våren 2017	15/5562	Avdelingsdokumentasjon og journaldokumentasjon er oversendt	Venter nasjonal rapport februar/mars 2017, sendes fra Riksrevisjonen til Stortinget	

REVISJONS PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NUMMER	TILTAK I KLNikken/ FORETAK	STATUS	LÆRINGSMOMENT FOR ANDRE AVDELINGER
NR 16 Byutvikling Tromsø kommune	Psykisk helse- og rusklinikken. 23.4.2015	Postalt tilsyn etter bekymringsmelding fra Tromsø Kommune etter tilsyn ved UNN Åsgård	I forbindelse med utførelsen av brannteknisk inspeksjon av Tromsø Kommune ble det avdekket forhold som synes i strid med Plan og bygningsloven	12/3057	Det er utarbeidet svar med plan for utbedring av den branntekniske tilstand. Det er sendt rapport fra periodisk sikkerhetskontroll, utført av Heiskontrollen. Henvendelse til avdelingsleder for status pr november 2016. Lukking ikke dokumentert i ePhorte.	Venter på tilbakemelding	Planen for utbedring tas bredt opp i Drifts- og eiendomssenteret.
NR 17 Troms Kraft	UNN HF 11.11. 2015	Kontroll av det elektriske anlegget i 12 boenheter i Ishavsveien	Her ble det avdekket feil i 5 boenheter_	15/5504-	Alle forholdene er bestilt rettet av Bravida. Troms Kraft ved Det Lokale Eltilsyn (DLE) melder 2.5. 2016 at de ikke har mottatt melding om at feil og mangler er tilfredsstillende utbedret. Sak er lukket jf. merknad fra Martin Sivertsen 15/5504-33	LUKKET i brev av 04.07.2016	
NR 18 Fylkesmannen i Troms	Akuttmedisinsk klinikk Ambulanse-avdelingen, Seksjon 6. 27.10.2015	Anmodning om opplysninger i tilsynssak vedrørende bemanningen i Ambulanse-avdelingen i Seksjon 6. og at biler har vært satt ut av drift.	Fylkesmannen i Troms finner at UNN har brutt forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven §2-2 og internkontrollforskriften § 4. Det er ikke funnet grunnlag for å sende saken til Statens Helsetilsyn.	15/5116	Fylkesmannen har fått svar (13.11.2015). Klinikken har redegjort for hendelsen og begrunner den med manglende bemanning og utfordringer med å skaffe vikarer ved sykefravær. Det er	Ny frist 15.12.2016	

REVISJONS PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NUMMER	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAK	STATUS	LÆRINGSMOMENT FOR ANDRE AVDELINGER
Forts. NR 18			Fylkesmannen ber om å få tilsendt analyse av organisering og dimensjonering av ambulansetjenesten for 2016.08.29 Risiko- og sårbarhetsanalyse for den prehospitaltjenesten m.m. innen 15.12.2016		planlagt utarbeidelse av ny ambulanseplan i 2016. I den forbindelse skal det gjøres en ny analyse av dagens organisering og dimensjonering av tjenesten.		
NR 19 Arbeids- tilsynet	Akuttmedisinsk klinikk Ambulanseavdelingen, Seksjon 6. 26.10.-4.11. 2015	Undersøke om UNN HF jobber systematisk med helse, miljø og sikkerhet for å ivareta arbeidsmiljøet til ansatte og ledere i ambulansetjenesten.	Det ble varslet om 8. pålegg innenfor HMS: Fem pålegg gjenstår : 1. Opplæring – arbeidstaker som er satt til å lede andre 2. HMS-arbeid – kartlegging og risikovurdering 3. Arbeidstid – rutine for å sikre etterlevelse av arbeidstidsbestemmelsene 4. Arbeidstid - vurdering av om arbeidstidsordningen er fullt forsvarlig 5. Arbeidsplasser og arbeidslokaler - utforming og innredning	15/ 4326	Klinikken har gitt tilbakemelding og Arbeidstilsynet har svart med å lukke tre pålegg. Pålegg som gjenstår har fått ny frist 1.10.2016. Klinikken har gitt tilbakemelding på tiltak for å lukke pålegg innen fristen, datert 30.09.16. Tilbakemelding viser at pålegg ikke eller bare delvis er oppfylt. Ny frist er satt til 1.2.2017.	Ny frist 1.2.2017	Tiltakene etter oppfylte vilkår gjøres kjent i hele ambulanseavdelingen.

REVISJONS PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NUMMER	TILTAK I KLNikken/ FORETAK	STATUS	LÆRINGSMOMENT FOR ANDRE AVDELINGER
NR 20 Helse Nord RHF	Medisinsk klinikk, Hjerne- og lungeklinikk 30.9. og 1.10.2015	Revisjonen omfatter Helse Nord RHF og helseforetakenes rutiner for oppfølging av fagplaner generelt, samt den konkrete oppfølgingen av følgende fagplaner: Regional handlingsplan for: -Nyremedisin -Lungemedisin -Smittevern-plan -Diabetes og -Tuberkulose-kontrollprogram	Internrevisjonen har gitt anbefalinger innenfor alle revisjonens fokusområder, både til Helse Nord RHF og til helseforetakene, som kan øke sikkerheten for en faglig utvikling i samsvar med vedtatte fagplaner. Helseforetakene får 3 anbefalinger: 1. Utarbeide implementeringsplan for hver enkelt fagplan. 2. Integre mål/tiltak for fagplaner i sine styringssystemer. 3. Ha en aktiv oppfølging i lederlinjen for å sikre at eventuelle mangler i gjennomføringen blir avdekket og korrigert i tide. Internrevisjonen har konstatert at det i liten grad framkommer av formelle styringsdokumenter at vedtatte fagplaner er fulgt opp ved konkretisering i oppdragsdokument og budsjett det enkelte år, slik styrevedtakene for flere av fagplanene forutsetter.	15/ 4035	Styret i Helse Nord RHF behandlet denne rapporten 24.2. 2016: «Styret tar <i>Internrevisjonsrapport 09/2015: Oppfølging av vedtatte fagplaner i Helse Nord</i> til orientering. Styret ber adm. direktør om en tilbakemelding høsten 2016, om hvordan rapportens anbefalinger følges opp.» Rapporten har vært diskutert i Regionalt direktørmøte og videre oppfølging i UNN avventes i påvente av nærmere føringer fra HN RHF. Direktørmøtets holdning er at oppfølging av regionale fagplaner må skje gradvis og ses i et helhetlig prioriteringsperspektiv.	Avventes i påvente av nærmere føringer fra HN RHF	

REVISJONS PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NUMMER	TILTAK I KLNikken/ FORETAK	STATUS	LÆRINGSMOMENT FOR ANDRE AVDELINGER
NR 21 Ofoten Brann IKS	Psykisk helse- og rusklinikken Russeksjon Håkvik 25.9. 2014	Brannsikkerhet	Tilsynet fant at et avvik fra tidligere tilsyn (2013) ikke var lukket: Stasjonære slukkeanlegg mangler kontrollavtale I tillegg ble det avdekket 4 avvik: - HMS er mangelfullt dokumentert, - Dokumentasjon av sikkerhet er mangelfull - Ansvarlig brannvernleder er ikke utpekt etter omorganisering - Stasjonære slukkeanlegg mangler noe dokumentasjon.	13/ 4650	Det er utarbeidet tiltaksplan for å lukke avvikene. Planen er sendt innenfor fristen 2.11. 2015.	Venter på tilbakemelding	
NR. 22 Brann og redning Tromsø Kommune	Drifts- og eiendoms-senteret Teknisk drift 30.6.2014	Brannsikkerhet; bygningsmessige, tekniske og utstyrmessige brannsikrings tiltak	Fem avvik: 1. Eiers bygningsdokumentasjon var mangelfull slik det fremkom under tilsynet 2. Eiers tekniske dokumentasjon var mangelfull slik det fremkom under tilsynet 3. Røyk og branncellebegrensede bygningsdeler/ konstruksjoner virker ikke som forutsatt 4. Farlig stoff/ anlegg er ikke meldt til DSB 5. Rømningsveier tilfredsstiller ikke krav om rask og sikker rømming	14/ 4296	Teknisk avdeling arbeider for å finne løsninger for å utbedre de avvik som er beskrevet, samt etablere og vedlikeholde rutiner i hht. HMS forskriften. Det er utarbeidet og sendt en tiltaksplan med opplysninger om når og hvordan avvik vil bli rettet opp innenfor frist 1.11.2014	Venter på tilbakemelding	Planen for utbedring tas bredt opp i Drifts- og eiendomssenteret

REVISJONS PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NUMMER	TILTAK I KLNikken/ FORETAK	STATUS	LÆRINGSMOMENT FOR ANDRE AVDELINGER
NR.23 Fylkesmannen i Troms	Diagnostisk klinikk Radiologisk avdeling 8.9.2015	Bekymringsmelding hvor det fremgår at bemannings-situasjonen medfører lang ventetid på beskrivelser av billeddiagnostiske undersøkelser	Fylkesmannen har fått etterspurt dokumentasjon og finner at det foreligger brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jfr. Internkontrollforskriften § 4 Fylkesmannen har bedt om og mottatt ny redegjørelse om situasjonen ved røntgenavdelingen per. 1. 4. 2016. Redegjørelsen inneholdt statusoppdatering og vurdering fra ledelsen	15/ 4314	Klinikksjefen har i sin tilbakemelding redegjort for situasjonen. Det er gjennomført flere tiltak for å stabilisere driften. Fylkesmannen i Troms har fått ny redegjørelse om situasjonen innenfor frist. Tilbakemelding fra klinikk pr 18.11.2016 den generelle bemanningen er bedre enn i fjor på samme tid, men fortsatt ikke optimalt. Klinikken har iverksatt tiltak som fortløpende følges opp for å fylle de ledige stillingene.	Venter på tilbakemelding	

Internkontrollarbeidet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) bygger på *FORSKRIFT 2002-12-20 nr 1731*:

§ 4 g) Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen.

§ 5 Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Definisjon av avvik

Avvik er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift. Ved interne revisjoner gis det også avvik ved mangel på oppfyllelse av krav gitt i retningslinjer/ prosedyrer gjeldende for UNN.

Merknad er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring

Definisjon på pålegg

Arbeidstilsynet har hjemmel i arbeidsmiljøloven § 18-6 første og siste ledd til å gi pålegg.

1) Arbeidstilsynet gir de pålegg og treffer de enkeltvedtak som ellers er nødvendig for gjennomføringen av bestemmelsene i og i medhold av kapittel 2 til 11 samt §§ 14-5 til 14-8, 15-2 og 15-15. Dette gjelder likevel ikke §§ 2-4, 2-5, 10-2 andre til fjerde ledd og § 10-6 tiende ledd.

Det er utarbeidet handlingsplan for opplæring og oppfølging som er godkjent i KU.

Internrevisjonen anbefaler at UNN iverksetter tiltak for å bedre internkontrollen relatert til vedlikehold og utvikling av kompetanse innenfor følgende områder:

Anbefalinger	Tiltak	Ansvar	Status
Innføre retningslinjer som gir føringer for hvordan arbeidet med vedlikehold og utvikling av kompetanse skal utføres, med tilhørende maler og verktøy.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utarbeide retningslinjer på foretaksnivå som gir føringer for hvordan arbeidet med vedlikehold og utvikling av kompetanse skal utføres. Disse vedtas av direktørens ledergruppe. 2. Implementere kompetanseportalen. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stabssenteret ved Personal- og organisasjonsavdelingen. KVALUT bidrar også i arbeidet. 2. Linjeledere på ulike nivå i foretaket og Stabssenteret bidrar med å implementere kompetanseportalen i UNN. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arbeidet skal være avsluttet innen mars 2017. 2. Arbeidet er startet og det forventes å være avsluttet innen våren 2018.
Vurdere og beskrive kompetansebehovet på egnet nivå i foretaket.	Det etableres en arbeidsgruppe med representanter fra KVALUT og Stabssenteret som skal vurdere og beskrive kompetansebehovet i foretaket. Det vil arrangeres arbeidsseminar ut mot klinikkene.	KVALUT. Stabssenteret bidrar også i arbeidet.	Arbeidet er i startfasen og skal avsluttes innen april 2017.
Sørge for at det foreligger oppdaterte kompetanseoversikter i alle enheter.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Innføre kompetanseportal. 2. Innføre retningslinje (se anbefaling 1). 	Linjeledere på ulike nivå i foretaket.	Se status under anbefaling 1.
Sørge for at det utarbeides handlingsplaner i alle enheter som viser hvilke kompetansetiltak som skal prioriteres i en definert tidsperiode.	Innføre retningslinje (se anbefaling 1)	Linjeledere på ulike nivå i foretaket	Arbeidet med å utarbeide handlingsplaner forventes avsluttet innen oktober 2017
Dokumentere gjennomførte kompetansetiltak slik at det fremkommer hva som har vært tema og hvem som har deltatt.	Innføre kompetanseportal, noe som vil gi verktøy for dokumentasjon.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Linjeledere på ulike nivå i foretaket og Stabssenteret. 	Arbeidet er startet og forventes å være avsluttet innen våren 2018.