



Offi § 5.

STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
39/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	03.05.2017
Saksansvarlig:	Einar Bugge	Saksbehandler: Hege Signete Fredheim-Kildal

Tilsynsrapport**Innstilling til vedtak**

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 19.11.16 til og med 22.3.17 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 19.11.2016 til og med 22.3.2017. 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 UNN i det løpende forbedringsarbeidet. 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, hva som er god praksis og hva som må til for at avvik skal kunne lukkes.

Det er i denne rapporten beskrevet avvik som vurderes å innebære risiko i pasientbehandlingen. Her vises det til Fylkesmannens tilsyn vedrørende sepsisbehandling. Det ble avdekket avvik innen tre hovedområder:

1. Flertallet av pasienter med sepsis fikk ikke startet behandling med antibiotika innen tidsfrister fastsatt i nasjonale retningslinjer og i sykehusets mål. Pasientene med alvorlig sepsis som måtte vente mer enn en time fikk ikke forsvarlig behandling.
2. Ledelsen har ikke sørget for at det er tilstrekkelig legekompentanse tilgjengelig i akuttmottak slik at undersøkelser og oppstart av behandling av pasienter med sepsis kan gjennomføres innen tidsfrister fastsatt i nasjonale retningslinjer og sykehusets egne mål.
3. Sykehusledelsen har kjent til at sepsispasienter får forsinket antibiotikabehandling i akuttmottaket, men har ikke satt i verk tilstrekkelig korrigerende tiltak.

Det er iverksatt strakstiltak og laget en detaljert tiltaksplan for korrigerende tiltak. Det arbeides aktivt med implementering av korrigerende tiltak ved alle sykehus i UNN.

Oversikt over eksterne tilsyn

Det er siden forrige rapportering gjennomført ti tilsyn, det vises til vedlegg for mer utfyllende informasjon om funn og oppfølging i de tilsyn der rapport er mottatt:

1. Statens helsetilsyn har gjennomført tilsyn/ kartlegging innen fødselsomsorg ved UNN Narvik sykehus i november 2016.
2. Internrevisjonen i Helse Nord RHF har gjennomført tilsyn ved UNN vedrørende risikostyring i desember 2016.
3. Ofoten Brann IKS har gjennomført tre tilsyn ved henholdsvis Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten, Paviljongen Håkvik og Nordlandsklinikken i desember 2016.
4. Arbeidstilsynet har gjennomført tilsyn ved Operasjon- og intensivklinikken, Anestesiavdelingen ved UNN Tromsø i desember 2016.
5. Brann og redning, Tromsø kommune, gjennomførte brannteknisk tilsyn ved UNN Åsgård sykehus i desember 2016.
6. Fylkesmannen i Troms har gjennomført tilsyn ved UNN Tromsø, Akuttmottak vedrørende sepsisbehandling i januar 2017.
7. Helse Nord har gjennomført intern revisjon på henvisningspraksis i UNN i februar 2017 (rapport ikke mottatt, oppfølging derfor ikke startet).
8. Luftfartstilsynet har gjennomført tilsyn ved helikopterlandingsplass, UNN Harstad i februar 2017.
9. Mattilsynet har gjennomført tilsyn ved kjøkken, UNN Breivika i mars 2017.

10. Mattilsynet har gjennomført tilsyn ved Pasienthotellet i UNN Tromsø, kafekjøkken, serveringsområder, bufe og tekjøkken i pasientområder i november 2016.

Oversikt over avsluttede tilsyn

Det er siden forrige rapportering avsluttet seks tilsyn, det vises til vedlegg for mer utfyllende informasjon om funn og oppfølging.

1. Luftfartstilsynets tilsyn ved helikopterlandingsplass, UNN Harstad. Det ble ikke funnet avvik eller påpekt merknader. Lukket 20.2.17.
2. Brann- og redningstjenesten, Harstad kommune har gjennomført branntilsyn ved UNN Harstad. Det ble påvist mangler ved brannsikkerheten. Lukket 21.11.16
3. Mattilsynet har gjennomført tilsyn i forbindelse med sykdomsutbrudd ved Pasienthotellet i UNN Tromsø. Det kunne ikke konkluderes med smitteårsak, eller at mat fra buffet var årsak til sykdomsutbrudd. Lukket 28.11.16.
4. Brann og redning, Tromsø kommune har gjennomført brannteknisk inspeksjon ved Psykisk helse- og rusklinikken, Storsteinnes. Det ble avdekket tre avvik. Tilbakemelding på avvik er akseptert av tilsynsmyndighet. Lukket 14.12.16.
5. Ofoten Brann IKS har gjennomført tilsyn ved Russeksjonen, Håkvik vedrørende brannsikkerhet. Det ble utarbeidet tiltaksplan for å lukke avvikene. Tilbakemelding funnet tilfredsstillende av tilsynsmyndighet. Lukket 1.12.16.
6. Ofoten Brann IKS har gjennomført tilsyn ved Nordlandsklinikken vedrørende brannsikkerhet. Lukket 28.11.16.
7. Troms Kraft har gjennomført systemrettet tilsyn ved Habilitering i Gimleveien, UNN Tromsø. Det ble avdekket avvik. Forholdene som ble påpekt er utbedret. Lukket 13.1.17.
8. Byutvikling, Tromsø kommune gjennomførte postalt tilsyn ved Psykisk helse- og rusklinikken, UNN Åsgård etter Plan- og bygningsloven i april 2015. Lukket i 2016.

Kommende tilsyn

Riksrevisjon har varslet revisjon: *Helseforetakenes praksis for utskriving av somatiske pasienter*. Etterspurt dokumentasjon er sendt inn innen frist, intervju gjennomført ultimo mars 2017.

Arbeidstilsynet har varslet tilsyn og bedt om opplysninger etter varsling av kritikkverdige forhold ved Longyearbyen sykehus. Varsel omhandler bekymringer mht. ivaretagelse av arbeidsmiljø samt pasientsikkerhet. Frist for besvarelse 5. april 2017

Medvirkning

Saken var forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter henholdsvis 18. og 19.4.2017. Protokoller og referat fra

møtene vil forelegges styret til behandling som referatsaker i styremøtet 3.5.2017.

I samtlige møter ble det gitt tilslutning til at saken slutføres og fremmes til styrebehandling i den form saken ble presentert i ovennevnte møter.

Vurdering

Avvik og forbedringsområder avdekket ved eksterne tilsyn gir viktige bidrag til arbeidet med kontinuerlig forbedring i UNN. Resultater etter tilsyn og revisjoner følges opp blant annet i dialogavtaler, oppfølgingsmøter med enhetene og i kvalitetsutvalg, ved behov også i egne møter. Tilsynsmyndighetene har 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.

Flere tilsyn etterspør risikovurderinger og egne interne revisjoner. Videre oppfølging av dette vil bli vektlagt fremover. Risikovurdering er en systematisk gjennomgang av hva som kan gå 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.

Det iverksettes utviklingsarbeid for økt bruk av intern revisjon både som foretakets kontroll og som egenkontroll initiert i den enkelte klinikk. Hensikt med utviklingsarbeidet er å avdekke lærings- og forbedringsområder for å kunne iverksette korrigerende tiltak raskt der hvor det er behov. Utviklingsarbeidet legger også til grunn tilrettelegging for økt organisasjonslæring ved å dele erfaringer etter interne revisjoner.

UNN har iverksatt bruk av hendelsesanalyse i etterkant av pasienthendelser med alvorlige konsekvenser. Det har til nå vært gjennomført fire analyser. Metoden legger til grunn analyse av årsakssammenhenger på systemnivå for å forstå hvorfor hendelsen kunne skje. Ved å analysere årsakssammenhenger på systemnivå identifiseres lærings- og forbedringspunkter. Metoden er på lik linje med intern revisjon med på å identifisere lærings- og forbedringsområder for å kunne iverksette korrigerende tiltak med hensikt i å forhindre at hendelsen gjentar seg.

Fylkesmannens tilsyn ved akuttmottaket i UNN Tromsø vedrørende behandling av pasienter med blodbaneinfeksjoner (sepsis) i akuttmottak er ledd i et landsomfattende tilsyn. Tilsynet avdekket vesentlige avvik i UNNs håndtering av disse pasientene. Det er igangsatt et omfattende arbeid med å lukke avvikene, og der det også fokuseres på å sikre at håndtering av disse pasientene også senere i forløpet utover akuttmottaket skal være forsvarlig.

Planlegging, gjennomføring, oppfølging og lukking av avvik etter tilsyn er viktige oppgaver i UNN, som det brukes mye tid og ressurser på. Våre prosedyrer for oppfølging av eksterne tilsyn beskriver en evalueringsprosess der KVAM-utvalget involveres. Hensikten med dette er å finne ut om det har vært en svikt i vårt eget system for internkontroll, om de tiltak som er iverksatt for å lukke avvik er tilstrekkelig for at avvik ikke gjentas. Videre om tilsvarende avvik kan finnes i andre avdelinger og av den grunn bør løftes til ledergruppen og/eller andre fora med tanke på læring og ny kunnskap. Det er viktig at ledelse på ulike nivå gjennomfører analyse av avvik og identifiserer lærings- og forbedringsområder slik at korrigerende tiltak blir iverksatt. Slik kan tilsynsarbeidet være viktig i arbeidet med kontinuerlig forbedring.

Tromsø, 21.4.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Statusrapport eksterne tilsyn pr. 22.3.17

Nr	Revisjonspart	Saksnr	Gjennomføring oppstart dato	Klinikk/senter (enhet)	Tema
1	Fylkesmannen	16/4364	25.01.17	Akuttmedisinsk klinikk (Akuttmottak, Breivika)	Landsomfattende tilsyn: Sepsisbehandling i akuttmottak (journalsøk nov 2016 og befaring to dager i jan 2017)
2	Brann- og rednings tjeneste, Harstad kommune	16/5502	03.11.16	Drift og eiendomssenteret (UNN Harstad)	Branntilsyn

3	Statens Helsetilsyn	16/3970	17.10.16		Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon
4	Troms kraft	15/5504-39	12.10.16	Nevro-, orto- og rehabiliteringsklinikken (Rehab og hab Gimleveien 70)	Systemrettet tilsyn
5	Arbeidstilsynet	16/4543	19.10.16	Psykisk helse- og rusklinikken (Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Åsgård)	Melding fra verneombud (VO) vedr omfattende bygningsmessige mangler ved poliklinikken
6	Fylkesmannen	16/3571	04.10.16	Psykisk helse og rusklinikken (Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms-Harstad)	Helsepersonells opplysningsplikt til barneverntjenesten

7	Riksrevisjon	16/4401	22.09.16	UNN HF	Forvaltningsrevisjon om myndighetendes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten. Det skal gjennomføres en spørreundersøkelse blant leger med henvisningsmyndighet
8	Intern revisjonen i Helse Nord	15/5758	08.02.16	Psykisk helse- og rusklinikken, Diagnostisk klinikk, Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	Vedlikehold og utvikling av kompetanse med formål om å bekrefte etablert internstyring og kontroll i foretaket som gir rimelig sikkerhet for at helsepersonells fagkompetanse vedlikeholdes og utvikles i samsvar med foretakets behov
9	Riksrevisjon	16/397	19.01.16	UNN HF	Bruk av poliklinisk bildediagnostikk
10	Riksrevisjon	15/5562	26.11.15	UNN HF	Medisinsk koding i spesialisthelsetjenesten
11	Byutvikling Tromsø kommune	12/3057 og 14/4296	23.04.15	Psykisk helse- og rusklinikken	Postalt tilsyn etter bekymringsmelding fra Tromsø Kommune etter tilsyn ved UNN Åsgård

12	Fylkesmannen i Troms	15/5116	27.10.15	Akuttmedisinsk klinikk (Ambulanseavdelingen, sekjso 6)	Anmodning om opplysninger i tilsynssak vedrørende bemanningen i Ambulanse-avdelingen i seksjon 6 og at biler har vært satt ut av drift
13	Arbeidstilsynet	15/4326	26.10.15	Akuttmedisinsk klinikk (Ambulanseavdelingen, sekjso 6)	Undersøke om UNN HF jobber systematisk med helse, miljø og sikkerhet for å ivareta arbeidsmiljøet til ansatte og ledere i ambulansetjenesten.

14	Intern revisjonen i Helse Nord	15/4035	30.9.15.	Medisinsk klinikk og Hjerte- og lungeklinikken	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 -Smittevernplan -Diabetesplan og -Tuberkulose-kontrollprogram
15	Ofoten Brann IKS	13/4650-18	05.12.16	Drift og eiendomssenteret (Senter Psykisk Helsevern ofoten, Buveien 62)	Brannsikkerhet
16	Ofoten Brann IKS	13/4650-16	05.12.16	Drift og eiendomssenteret (Paviljongen Håkvik, Buveien 64)	Brannsikkerhet
17	Ofoten Brann IKS	13/4650-14	05.12.16	Drift og eiendomssenteret (Nordlandsklinikken, Buveien 75)	Brannsikkerhet
18	Ofoten Brann IKS	13/4650-13	30.06.14	Drift og eiendomssenteret Psykisk helse- og rusklinikken (Russeksjon Håkvik)	Brannsikkerhet

19	Brann og redning Tromsø Kommune	14/4296	30.06.14	Drifts- og eiendomssenteret (Teknisk drift)	Brannsikkerhet; bygningmessige, tekniske og utstyrmessige brannsikrings tiltak
20	Fylkesmannen	15/4314	08.09.15	Diagnostisk klinikk (Røntgen-avdelingen)	Bekymringsmelding hvor det fremgår at bemanningssituasjonen medfører lang ventetid på beskrivelser av billed- diagnostiske undersøkelser
21	Brann og redning, Tromsø Kommune	16/5189	22.09.16	Psykisk helse- og rusklinikken (Storsteinnes, Kløvertun)	Brannteknisk inspesksjon
22	Arbeidstilsynet	16/5384	1.12.16	Operasjon- og intensiv klinikken (Anestesiavdelingen ved UNN,Tromsø)	Med bakgrunn i bekymringsmelding for arbeidsmiljø til legene gjennomføres postalt tilsyn med krav om opplysninger

23	Statens helsetilsyn	16/5998	29.11.16	UNN HF, Narvik Sykehus	Tilsyn/kartlegging innen fødselsomsorg-anmodning om oversendelse av opplysninger av tre kategorier av alvorlige hendelser som skjedde i 2014.
24	Arbeidstilsynet	13/1335	21.04.16	Medisinsk klinikk (Medisinsk-kirurgisk sengepost, Narvik)	Tilsyn: arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade
25	Mattilsynet	16/6028	08.11.16	Drift og eiendomssenteret (Pasienthotellet)	Tilsyn i forbindelse med sykdomsutbrudd
26	Mattilsynet	15/2286	08.03.17	Drift og eiendomssenteret UNN Breivika, produksjonskjøkken, diett, pakking etc	Tilsyn med produksjon av andre matvarer
27	Riksrevisjon	16/6262	27.03.17	Hjerte- og lunge klinikken, Nevro-,ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	Helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter
28	Luftfartstilsynet	17/1252	17.02.17	Drift og eiendomssenteret (UNN, Harstad helikopterplass)	Tilsynsbesøk
29	Brann og redning, Tromsø kommune	17/284	09.12.16	Drift og eiendomssenteret (UNN, Åsgård sykehus)	Brannteknisk inspeksjon
30	Riksrevisjon	12/4436	15.03.17	Nevro orto rehabiliteringsklinikken, Ortopedisk avdeling	Effektivitet i sykehus-spørreskjema undersøkelse

31	Arbeidstilsynet	17/1031	22.03.17	Longyarebyen sykehus	Anmodning om opplysninger etter varsling av kritikkverdige forhold. Varsel omhandler bekymringer mht ivaretagelse av arbeidsmiljø samt pasientsikkerhet
----	-----------------	---------	----------	----------------------	---

Funn	Tiltak	Status
<p>Tre avvik som viser til følgende områder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Flertallet av pasienter med sepsis fikk ikke startet behandling med antibiotika innen tidsfrister fastsatt i nasjonale retningslinjer og i sykkhusets mål. Pasientene med alvorlig sepsis som måtte vente mer enn en time fikk ikke forsvarlig behandling. 2. Ledelsen har ikke sørget for at det er tilstrekkelig legekompentanse tilgjengelig i akuttmottak slik at undersøkelser og oppstart av behandling av pasienter med sepsis kan gjennomføres innen tidsfrister fastsatt i nasjonale retningslinjer og sykkhusets egne mål. 3. Sykkhusledelsen har kjent til at sepsispasienter får forsinket antibiotikabehandling i akuttmottaket, men har ikke satt i verk tilstrekkelig korrigerende tiltak. 	<p>Foreløpig rapport mottatt 13. februar, videresendt til involverte for faktasjekk. Ingen merknader fremkom innen frist.</p> <p>Endelig rapport ble mottatt 13. mars. Det er iverksatt strakstiltak og det er igangsatt arbeid for detaljert tiltaksplan for korrigerende tiltak.</p>	<p>Frist 27.4.17</p>
<p>Det fremkom mangler ved brannikkerheten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brannskypeport operasjon 3. etasje, tetter dårlig og utløser ikke før det er høye temperaturer. 2. Midttrapperommet i plan u, er definert som hovedrømningsvei og dør i U slår mot rømningsretningen. 3. Branntetting rørgjennomføringer og brannspjeld. <p>FUNN</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Slange-/ brannskap må flyttes ut av trapperom, eller etableres nye skap i korridorene. 6. Entydig ledelys og markeringsmerking, - fortrinnsvis markeringslys med batteribackup. 	<p>Drifts- og eiendomssenteret har utarbeidet fremdriftsplan innenfor frist</p>	<p>Lukket 21.11.16</p>

<p>I den foreløpige rapport presenteres det fem avvik som viser at UNN må iverksette forbedringstiltak på følgende områder:</p> <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 <p>Helsetilsynet ber om å få tilsendt handlingsplan for korrigerende tiltak og beskrivelse av hvordan helseforetaket skal følge opp at iverksatte tiltak fungerer som planlagt.</p>	<p>Klinkkene har mottatt endelig rapport.</p>	<p>Frist 1.5.17</p>
<p>Det fremkom tre avvik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ventilasjon, kabelfinnføringer/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. <p>Generelt Anmerkning: Det må risikovurderes om tavler og sikringskap skal være låst, så at ikke uvedkommende forvolder skade på personer og eiendom.</p>	<p>Til oppfølging hos saksbehandler.</p> <p>Forholdene er utbedret og sak lukket av el.installatør</p>	<p>Lukket 13.1.17</p>
<p>Befaring 19.10.2016 konklusjon: Arbeidstilsynet sender nytt brev hvor de ber om dokumentasjon på arbeid med fysisk arbeidsforhold/vernerunder/ kartlegginger av luft og temperatur.</p> <p>I brev av 13.2.17 bes det om ytterligere opplysninger</p>	<p>Besvart av saksbehandler i brev pr 12.12.16. I epost av 3.1.17 ber poliklinisk seksjon (PSHR) om utstatt frist for dokumentasjon av HMS-kurs til 15.06.17 med bakgrunn nytt VO. Ikke dokumentert svar fra DES i ePhorte pr 17.1.17.</p> <p>I brev 13.2.17 ber Arbeidstilsynet om ytterligere opplysninger</p>	<p>Frist 31.3.17</p>
<p>UNN har ikke et system som sikrer etterlevelse av helsepersonells opplysningsplikt til barneverntjenesten ved Senter for psykisk helse- og rusbehandling Sør-Troms</p>	<p>Mottatt endelig rapport 25.11.16. Svar til Fylkesmannen med plan for lukking av avvik er gitt innen frist.</p>	<p>Venter på tilbakemelding</p>

	Kvalitetsavdeling har oppnevnt kontaktperson. Sendt inn svar i henhold til anmodning om opplysninger.	Venter på tilbakemelding
Rapporten gir frem anbefaliger: 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. sørge for at det foreligger oppdaterte kompetanse- oversikter i alle enheter 4. sørge for at det utarbeides handlingsplaner i alle enheter som viser hvilke kompetansetiltak 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	Rapport er sendt til de berørte og Stabssenteret. Personal og organisasjon har ansvar for å koordinere UNNs oppfølging av rapporten. Handlingsplan utarbeidet og sendt HN innen frist.	Venter på tilbakemelding
UNN HF er ett av flere sykehus som er valgt ut til denne revisjon. Behandles i Stortinget ila våren 2017	Utvalg av henvisninger og E-postadresser til alle radologer er sendt innenfor fristen 23.2.16 Rapport offentliggjort i 21. mars, behandles i Kvalitetsutvalget april	Avsluttet
UNN HF er ett av ti sykehus som er valgt ut til denne revisjon. Behandles i Stortinget ila våren 2017	Avdelingsdokumentasjon og journaldokumentasjon er oversendt. Rapport offentliggjort 21.3.17,funn følges opp internt.	Avsluttet
I forbindelse med utførelsen av brannteknisk inspeksjon av Tromsø kommune ble det avdekket forhold som synes i strid med Plan og bygningsloven	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, det opplyses at sak er lukket.	Lukket

<p>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</p>	<p>Fylkesmannen har mottatt svar 13.11.15. Klinikken har redegjort for hendelsen og begrunner den med manglende bemanning og utfordringer med å skaffe vikarer ved sykefravær. Det er planlagt utarbeidelse av ny ambulanseplan i 2016. I den forbindelse skal det gjøres en ny analyse av dagens organisering og dimensjonering av tjenesten. Denne styrebehandles i mars 2017.</p> <p>Det er gitt tilbakemelding til Fylkesmann på avslutning av tilsynssak pr 15.12.16.</p> <p>I brev av 16. januar anmoder Fylkesmann ny tilbakemelding for status i arbeid med organisering og dimensjonering, samt ROS analyse av ambulansetjensten etter at saken har vært oppe i UNN Styret. Tilbakemelding til Fylkesmannen sendt 7.4.2017.</p>	<p>Venter på tilbakemelding</p>
<p>Det ble varslet om 8 pålegg innenfor HMS hvorav 5 pålegg gjenstår:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.opplæring - arbeidstaker som er satt til å lede andre. 2. HMS-arbeid- kartlegging og risikovurdering. 3. Arbeidstid- rutine for å sikre etterlevelse av arbeidstids-bestemmelsene. 4. Arbeidstid: vurdering av om arbeidstidsordning er fullt forsvarlig. 5. Arbeidsplasser og arbeidslokaler: utforming og innredning 	<p>Klinikken har gitt tilbakemelding og Arbeidstilsynet har svart med å lukke tre pålegg.</p> <p>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.</p> <p>Ambulansestasjon omgjøres fra døgnetil dagvakt 7 dager/uke gjeldende fom 1.3.17.</p> <p>Det er i brev av 8.3.17 opphevet pålegg vedrørende arbeidsplasser og arbeidslokaler (byggtekniske forhold ligger utenfor UNNs mulighet til å få utbedret) og bekreftet oppfylt pålegg vedrørende arbeidstid.</p> <p>Pålegg 2 er ikke lukket. Frist 10.5.17</p>	<p>Frist 10.5.17</p>

<p>Internrevisjonen har gitt anbefalinger både til Helse Nord RHF og til helseforetakene, som kan øke sikkerheten for faglig utvikling i samsvar med vedtatte fagplaner.</p> <p>Helseforetakene får 3 anbefalinger:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utarbeider implementeringsplaner for hver enkelt fagplan. 2. Integrerer mål/tiltak for fagplaner i sine styringssystemer. 3. Har en aktiv oppfølging i lederlinjen for å sikre at eventuelle mangler i gjennomføringen blir avdekket og korrigert i tide. <p>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.</p>	<p>Styret i Helse Nord RHF behandlet denne rapporten 24.2. 2016. Styret tar Internrevisjonsrapport 09/2015: Oppfølging av vedtatte fagplaner i Helse Nord 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.</p>	<p>Avventes i påvente av nærmere føringer fra HN RHF</p>
<p>Avvik 1: Det er mangler ved bygningsdeler og sikkerhetsinnretninger</p>	<p>Seksjonsleder har svart ut innen frist.</p>	<p>Venter tilbakemelding</p>
<p>Avvik 1: Eier kan ikke vise til kunnskap og informasjon om brannsikkerhet i bygget</p>	<p>Seksjonsleder har svart ut innen frist.</p>	<p>Venter tilbakemelding</p>
<p>Avvik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mangler med dokumentasjon. 2. Mangler ved bygningsdeler og sikkerhetsinnretninger 	<p>Avvik svart ut av seksjonsleder innen frist. Lukket i henhold til informasjon fra seksjonsleder. Ikke dokumentert i ePhorte</p>	<p>Lukket 28.11.16</p>
<p>Tilsynet fant at et avvik fra tidligere tilsyn (2013) ikke var lukket:</p> <p>Stasjonære slukkeanlegg mangler kontrollavtale</p> <p>I tillegg ble det avdekket fire avvik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HMS er mangelfullt dokumentert, 2. Dokumentasjon av sikkerhet er mangelfull 3. Ansvarlig brannvernleder er ikke utpekt etter omorganisering 4. Stasjonære slukkeanlegg mangler noe dokumentasjon. 	<p>Det er utarbeidet tiltaksplan for å lukke avvikene. Planen er sendt innenfor fristen. (2.11. 2015)</p> <p>Tilbakemelding funnet tilfredsstillende og årets tilsyn regnes som avsluttet i brev datert 1. desember 2016</p>	<p>Lukket 1.12.16</p>

<p>Fem avvik:</p> <p>1: Eiers bygningsdokumentasjon var mangelfull slik det fremkom under tilsynet.</p> <p>2: Eiers tekniske dokumentasjon var mangelfull slik det fremkom under tilsynet</p> <p>3: Røyk og branncellebegrensede bygningsdeler/ konstruksjoner virker ikke som forutsatt</p> <p>4: Farlig stoff/ anlegg er ikke meldt til DSB.</p> <p>5: Rømningsveier tilfredsstillende ikke krav om rask og sikker rømming.</p>	<p>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.</p> <p>Henvendelse til avdelingsleder for statusoppdatering pr november 2016.</p> <p>Lukking ikke dokumentert i ePhorte.</p>	<p>Venter på tilbakemelding</p>
<p>Fylkesmannen har fått etterspurt dokumentasjon og finner at det foreligger brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jfr. Internkontrollforskriften § 4.</p> <p>Fylkesmannen har bedt om og mottatt ny redegjørelse om situasjonen ved røntgenavdelingen per 1.4.2016. Redegjørelsen inneholdt statusoppdatering og vurdering fra ledelsen</p>	<p>Klinikkjefen har i sin tilbakemelding redegjort for situasjonen. Det er gjennomført flere tiltrak for å stabilisere driften.</p> <p>Fylkesmannen har fått ny redegjørelse om situasjonen innenfor frist. Tilbakemelding fra klinikk pr 18.11.16. den generelle bemanningen er bedre enn i fjor på samme tid, men fortsatt ikke optimal. Klinikken har iverksatt tiltak som fortløpende følges opp for å fylle de ledige stillingene.</p>	<p>venter på tilbakemelding</p>
<p>Det ble avdekket tre avvik:</p> <p>1: manglende dokumentasjon systematisk sikkerhetsarbeid.</p> <p>2: Manglende dokumentasjon riskikovurdering.</p> <p>3: Manglende dokumentasjon av systematisk sikkerhetsarbeid</p>	<p>Tilbakemelding på avvik er gitt</p> <p>Aksept av tilbakemelding fra Brann og redning desember 16</p>	<p>Lukket 14.12.16</p>
<p>Varslede om vurdering av pålegg gitt i brev av 6. mars:</p> <p>1. Rutine for å sikre etterlevelse av arbeidstidsbestemmelsene.</p> <p>2. Samarbeid om arbeidstidsordninger.</p> <p>3. HMS-arbeid, kartlegging og risikovurdering</p>	<p>Varsel om at Arbeidstilsynet vurderer pålegg og redegjørelse for dette motatt 6. mars. Frist for tilbakemeldelse på fakta og evt. kommentarer til de pålegg og frister som varsles er utsatt til 5. mai 2017</p>	<p>Frist 5.5.17</p>

	Opplysninger er sendt til Statens helsetilsyn i henhold til utsatt frist.	Venter på tilbakemelding
Arbeidstilsynet varsler pålegg i forhold til deres funn av mangler ved kartlegging og risikovurderinger og tiltak og planer for å redusere risikoforholdene i virksomheten. Frist for tilbakemelding 01.10.16. Søkt om utsettelse - ny frist 1.11.16. Søkt ny utsettelse- innvilget ny frist 15.12.16	Det er gitt tilbakemelding på pålegg i brev datert 19.12.16. Med bakgrunn i at Arbeidstilsynet ønsker å følge prosess bes det om tilbakemelding i to omganger. Ny frist 19.4., svar sendt 20.4.17.	Venter på tilbakemelding
Mattilsynet kan ikke konkludere med smitteårsak, eller at mat fra buffet var årsak til sykdomsutbrudd. Saken lukket.		Lukket 28.11.16
Vedtak om pålegg: 1. Det må utføres renhold i alle virksomhetens lokaler raskest mulig. 2. Det må gjøres grundig gjennomfang av alle lokaler, inventar og utstyr, for å avdekke om ytterligere områder har renholdsbehov.	Kjøkkensjef har svart ut pålegg med beskrivelse for utførte tiltak innen frist.	Venter på tilbakemelding
	Koordinator oppnevnt i KA, innsendt etterspurt dokumentasjon innen frist. Intervju planlagt 27-29 mars.	I prosess
Ingen avvik eller merknader		Lukket 20.2.17
Avvik: 1. Eier kan ikke dokumentere at byggverket har et tilfredsstillende brannsikringsnivå. 2. Bruker kan ikke dokumentere tilfredsstillende systematisk sikkerhetsarbeid. 3. Brukeren ivaretar ikke krav om brannsikker bruk av byggverk	Midlertidig aksept av tilbakemelding på lukking av avvik. Ny frist 1.7.17	Frist 1.7.17
	Det er fra Riksrevisjon sendt ut spørreskjema til ortopedier i ortopedisk avdeling	Avventer nasjonal rapport

		Frist 5.4.17
--	--	---------------------