



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
99/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.12.2017
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Hege Fredheim-Kildal

Tilsynsrapport

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 1.8.2017 til og med 10.11.2017 til etterretning.
2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar vedlagte handlingsplan etter Helse Nord RHF's interne revisjon *Henvisninger og ventetid i UNN* til orientering.

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.

I denne saken fremlegges også UNNs handlingsplan for oppfølging av den regionale, interne revisjonen på foretakets håndtering av henvisninger og ventelister, i tråd med krav til oppfølging av slike revisjoner.

Formål

Formålet med 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 1.8.2017 til og med 10.11.2017.

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 Universitets-sykehuset Nord-Norge HF (UNN) i det løpende forbedringsarbeidet. De er opptatt av å undersøke 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.

Oversikt over eksterne tilsyn

Det er siden forrige rapportering gjennomført ett tilsyn og én revisjon. Det vises til vedlegg for oversikt og mer informasjon om funn og status:

1. Internrevisjon i Helse Nord har gjennomført revisjon på *Antibiotikabruk i UNN*, foreløpig rapport er under utarbeidelse og forventes i desember 2017/ januar 2018.
2. Fylkesmannen har gjennomført oppfølgende tilsyn *Sepsisbehandling i akuttmottak*. Foreløpig rapport er under utarbeidelse og forventes i løpet av desember 2017.

Oversikt over avsluttede tilsyn

Det er siden forrige rapportering avsluttet 6 tilsyn, det vises til vedlegg for mer utfyllende informasjon om funn og oppfølging.

1. Fylkesmannen har gjennomført tilsyn med bakgrunn i bekymringsmelding hvor det fremgår at bemanningsituasjon ved Radiologisk avdeling medfører lang ventetid på beskrivelse av billeddiagnostiske undersøkelser. Sak lukket 26.1.2016 (bekreftet i epost fra Fylkesmann 14.9.2017).
2. Arbeidstilsynet har gjennomført tilsyn med bakgrunn i bekymringsmelding for arbeidsmiljø til legene ved Operasjons- og intensivklinikken (Anestesiavdeling ved UNN Tromsø). Sak lukket 21.9.2017.
3. Helse Nord RHF har gjennomført intern revisjon *Henvisninger og ventetid i UNN*. Handlingsplanen er vedlagt saken. Lukkes ved vedtak i styret 14.12.2017.
4. Luftfartstilsynet har gjennomført inspeksjon av Tromsø helikopterplass ved UNN. Ingen avvik eller merknader. Saken lukket 29.8.2017.
5. Mattilsynet har gjennomført 11 tilsyn med detaljomsetning og servering av mat og drikke ved Psykisk helse- og rus klinikk. Sak lukket 3.10.2017.

Oversikt kommende tilsyn

Det er varslet fire tilsyn:

1. Statens Helsetilsyn har varslet oppfølgende tilsyn etter tilsyn *Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon* 20.2.2018.
2. Statens Helsetilsyn ved Fylkesmannen i Finnmark, har varslet landsomfattende tilsyn med helseforetakenes styring og ledelse av de voksenpsykiatriske poliklinikker i 2017 og 2018. Tilsynet blir gjennomført ved UNN Harstad, Voksenpsykiatrisk poliklinikk 23. - 24.1.2018.
3. Helsetilsynet har varslet tilsynsmessig oppfølging etter tilsynssak *Medikamentuttak og oppfølging av legemiddelsvinn ved UNN*. I brev fra Helsetilsynet til Fylkesmannen fremgår det en anbefaling om at Fylkesmannen skal følge opp ved å be UNN om å foreta internrevisjon av utpekte enheter. Revisjonene skal gjennomføres innen ett år fra 4.7.2017.
4. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har varslet revisjon innen Helse-, miljø- og sikkerhetsfeltet (HMS) 22.-23.11.2017.

Gjennomførte brann- og tekniske tilsyn

I UNN gjennomføres jevnlig brann og tekniske tilsyn. Det har fra 1.august 2017 tom 10. november 2017 vært gjennomført rutinemessige el- tilsyn og branntilsyn. Det vises til vedlegg for mer utfyllende informasjon om funn og oppfølging av branntilsyn.

Påviste mangler etter el-tilsyn følges opp av Drift og eiendomssenteret (DES). Seksjonsledere ved teknisk avdeling ved henholdsvis Narvik, Harstad og Tromsø utarbeider handlingsplaner og følger opp tiltaksarbeidet. Samtlige tekniske tilsyn er svart ut med handlingsplan. Dersom tilsyn tilsier økt økonomisk behov fremmes sak til Direktørens ledermøte av senterleder for DES.

Riksrevisjon

Det har vært gjennomført årlige tilsyn av forvaltningspraksis. Resultatene etter revisjon oppsummeres i nasjonale rapporter som behandles av Stortinget. Oppfølging gjøres via styringsdokumentene med oppdragsdokument fra Helse og omsorgsdepartementet. I gjeldende perioden har det vært gjennomført en fra Riksrevisjon: *Forvaltningsrevisjon om effektiv bruk av legeressurser*. Undersøkelsen tar utgangspunkt i aktivitet ved polikliniske konsultasjoner innen fagområdene nevrologi, gastroenterologi, gastrokirurgi og ortopedi, samt innhenting av registerdata om polikliniske konsultasjoner.

Oppfølgende arbeid etter tilsyn

I tråd med ønsker som fremkom under styrets behandling av tilsvarende styresak om eksterne tilsyn i september i år, presenteres nedenfor nærmere hvordan viktige tilsyn og/eller internrevisjoner har vært fulgt opp i foretaket.

Tilsyn av Sepsisbehandling i akuttmottak

Tilsynet avdekket i januar flere avvik innen områdene; tid til antibiotikaoppstart, tilstrekkelig legekompentanse i akuttmottak og ikke iverksatte tiltak fra sykehusets ledelse etter kjennskap om forsinket antibiotikabehandling.

Det ble raskt iverksatt tiltaksarbeid, ledet av klinikksjef for Medisinsk klinikk i samarbeid med klinikksjef Akuttmedisinsk klinikk. Hensikt var forbedret behandling til pasienter med sepsis. Forbedringsarbeidet ivaretar følgende hovedområder:

- Revidert prosedyrer for sepsis med fagmiljø infeksjon, felles fagprosedyrer for alle mottak ved UNN.
- Oppstart av mottaksteam til akutt dårlig indremedisinsk pasient i mottak.
- Revitaliserte driftsråd for akuttmottak og observasjonspost
- Intensivering av tverrfaglige øvelser av medisinsk mottaksteam
- Innført kvalitetstavle i akuttmottak med tavlemøter to ganger pr uke, tverrfaglig læringsarena for leger og sykepleiere
- Iverksatt systematisk opplæring av helsepersonell
- Endret utforming akuttjournal med innlagt qSOFA-score for avkrysning i tillegg til SIRS (to ulike skåringssystemer for pasienter med alvorlige infeksjoner)
- Etablert kvalitetsindikatorer for håndtering av sepsis-pasienter (fått laget tjenestekoder i DISP samt rapporter i Helse Nord LIS når rapporter i DIPS er ferdig)
- Tilførsel av ressurser for økt legedekning og kompetanse i akuttmottak
- Fagutviklingssykepleier har prioritert arbeid med sepsis tiltak
- Tilført ressurser for å øke kapasitet på overvåkningsenger ved UNN Tromsø

Det er gjennomført oppfølgende tilsyn og i tilbakemeldingsmøte 7.11.2017 ble det gitt tilbakemelding fra tilsynsmyndighet at gjennomgang av journaler viser en stor forbedring. Arbeidet med forbedring som er utført ble løftet frem som et eksempel som andre sykehus bør lære av.

Det vurderes at følgende faktorer har bidratt til forbedringsarbeid:

- Helsepersonell i front som har hatt vurdert faglig innhold og kommet frem til tiltak og gjennomført tiltakene
- God lederforankring i øverste ledelse av viseadministrerende direktør
- Tett oppfølging fra klinikksjefene i Medisinsk klinikk og Akuttmedisinsk klinikk
- En dedikert fagperson som har hatt ansvar for å lede prosessen i klinikken
- UNN har hatt et betydelig fokus på kontinuerlig forbedring som har bidratt til at organisasjon var beredt for slikt omfattende forbedringsarbeid.

Internrevisjon i regi av Helse Nord for Henvisning og ventetid i UNN

Revisjonen ga til sammen 11 anbefalinger. Handlingsplan etter regionale revisjoner skal styrebehandles i foretakene. Handlingsplan er utarbeidet med bakgrunn i anbefalingene og viser en strukturert plan for hvordan forbedringsområdene skal følges opp. Utarbeidelse av handlingsplan ble ledet av seksjonsleder for E-helse og IKT, og representanter for en rekke klinikker har bidratt i arbeidet.

Det anbefales etablering av to arbeidsgrupper som har som mål å:

- Utarbeide felles retningslinje som sikrer korrekt vurdering av når pasientens rett til behandling/utredning er innfridd og ventetiden kan avsluttes.
- Utarbeide rutiner som sikrer opplæring og korrekt bruk og registreringspraksis for primærhenvisninger.

Utarbeidet handlingsplan er vedlagt.

Medvirkning

Saken ble forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten, arbeidsmiljøutvalget og brukerutvalgets arbeidsutvalg i ordinære drøftings- og innspillsmøter i uke 48. Protokoller/referater fra møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 14.12.2017.

Brakerutvalgets arbeidsutvalg var tilfreds med den nye innretningen saken har fått, med særlig vektlegging av læringen det kan ha å trekke frem oppfølgingsdelen av enkeltsaker.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten var spesielt opptatt av at videre oppfølging av saken om sepsistilsyn ivaretas.

Arbeidsmiljøutvalget tok saken til orientering, og samtlige møter sluttet seg til at saken slutføres og legges frem til endelig behandling i styret 14.12.2017.

Vurdering

Forskriften om *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* stadfester at det er den som har det overordnede ansvaret for virksomheten som er ansvarlig for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. I det systematiske forbedringsarbeidet ved UNN inngår avvik avdekket ved tilsyn og revisjoner som en viktig kilde til læring og forbedring. Resultater etter tilsyn og revisjoner følges opp blant annet i dialogavtaler, oppfølgingsmøter med enhetene og i kvalitetsutvalg, og ved behov også i egne møter.

Ved det landsomfattende tilsynet på håndtering av pasienter med alvorlige infeksjoner (sepsis) tidligere i år, fikk UNN flere alvorlige avvik. Som tidligere beskrevet, har det nå vært et oppfølgende tilsyn på dette området, og det er svært gledelig at Statens helsetilsyn i tilbakmeldingsmøtet etter dette, bekrefter at resultatene er blitt svært mye bedre, og fremhever UNNs arbeid med oppfølgingen som et eksempel som andre sykehus bør lære av. Involvering av en rekke ansatte, solid lederforankring og systematisk, kontinuerlig måling av resultat, er viktige suksesskriterier i dette, i tråd med UNNs omfattende arbeid med å utvikle et system for kontinuerlig forbedring.

Den regionale interne revisjonen på håndtering av henvisninger og ventetider, gjennomført i første halvår i år, har som hensikt å avdekke om svakheter avdekket i internrevisjonsrapport fra 2013, Henvisninger og ventelister, er korrigert og bidrar til at UNN har et pålitelig grunnlag for rapporteringer om ventetider og fristbrudd. Internrevisjonen konkluderte med at de fleste svakheter omtalt i revisjonsrapporten fra 2013 er korrigert, og at kontrollen med langtidsventende pasienter er betydelig forbedret. Imidlertid påpeker revisjonen også denne gangen forbedringsområder, blant annet områder der det er behov for bedret opplæring og tydeliggjøring av hva som er riktig registreringspraksis, forbedring i noen maler for venteliste-brev samt behov for systematisk oppfølging av kontrollopplegg, for å sikre riktig registreringspraksis. Dette er nyttige innspill til forbedringsarbeidet ved UNN, og direktøren vurderer at den utarbeidede handlingsplanen er dekkende for å rette opp i de påpekte forholdene.

Behovet for systematisk og god opplæring i bruk av det pasientadministrative systemet og elektronisk pasientjournal (EPJ) er fortsatt stort. Kvalitets- og utviklingscenteret arbeider nå i

samarbeid med det regionale forvaltningssenteret for EPJ med et forslag til en mer helhetlig plan for opplæring av personell, ikke minst leger i riktig bruk av disse viktige arbeidsverktøyene.

Konklusjon

Samlet sett er direktørens vurdering at denne statusrapporten viser at UNNs oppfølging av de aktuelle tilsyn og revisjoner er tilfredsstillende, og direktøren anbefaler at styret tar statusrapporten og den utarbeidete handlingsplan etter den regionale revisjonen til etterretning.

Tromsø, 1.12.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Status eksterne tilsyn pr 10.11.2017
2. Handlingsplan oppfølging internrevisjon 02 2017

Nr	Revisjonspart	Saksnr	Gjennomføring oppstartdato	Klinikk/senter (enhet)	Tema	Funn	Saksgang	Status
1	Fylkesmannen	16/4364	25.01.17	Akuttmedisinsk klinikk (Akuttmottak, Breivika)	Landsomfattende tilsyn: Sepsisbehandling i akuttmottak	Tre avvik som viser til følgende områder: 1. Tid til antibiotikaoppstart 2. Tilstrekkelig legekompentanse i akuttmottak 3. Ikke iverksatt tiltak fra sykehusets ledelse etter kjennskap om forsinket antibiotikabehandling	Endelig rapport ble mottatt 13. mars. Det ble iverksatt strakstiltak og er igangsatt arbeid for detaljert tiltaksplan for korrigerende tiltak. Oppfølgende tilsyn i oktober. Tilbakemelding s møte 7.11.17. Tilsynet viser til gode resultater for pågående forbedringsarbeid. Oppfølgende tilsyn varslet om seks mnd fra møtedato.	I prosess

2	Statens Helsetilsyn	16/3970	17.10.16	UNN HF Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken Operasjons- og intensivklinikken Medisinsk klinikk Diagnostisk klinikk	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: 1. Import av sklera og amnionhinner 2. Samtykke for donasjon og oppbevaring av beinvev 3. Oppbevaring av egg, sæd og embryo 4. Luftkvalitet i rom der egg, sæd, embryo og stamceller blir håndtert 5. Identitetskontroll i forbindelse med transfusjon av blod	Tilbakemelding med handlingsplan for lukking av avvik er sendt innen frist.Tilsynet fant handlingsplanene utarbeidet ved de respektive klinikkene som god beskrivelse av planlagte tiltak for å rette opp forholdene som ble avdekket under tilsynet. Det er utarbeidet overordnet handlingsplan for korrigerende tiltak. Varslet oppfølgende tilsyn februar 2018.	I prosess
---	------------------------	---------	----------	--	---	---	---	-----------

3	Arbeidstilsynet	16/4543	19.10.16	Psykisk helse- og rusklinikken (Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Åsgård)	Melding fra verneombud (VO) vedr omfattende bygningsmessige mangler ved poliklinikken	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. Vedtak om to pålegg i brev av 25.8.17: 1. Arbeidsplasser og arbeidslokale, utforming og innredning 2. Arbeidsplasser og arbeidslokale, luftkvalitet	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. Pågående arbeid for å lukke pålegg.	Frist 31.12.17
4	Arbeidstilsynet	17/3109	16.06.17	Akuttmedisinsk klinikk (Ambulansetjenesten Torsken)	Tilsyn juni 2017.	Tilsyn med befaring juni 2017. Gjennomført møte med utleier (Torsken kommune), UNN og AT.	Pålegg - arbeidsplasser og arbeidslokaler - utforming og innredning (utleier)	Frist 1.12.17

5	Fylkesmannen i Troms	15/5116	27.10.15	Akuttmedisinsk klinikk (Ambulanseavdelingen, seksjon 6)	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	Klinikken har redegjort for hendelsen og begrunner den med manglende bemanning og utfordringer med å skaffe vikarer ved sykefravær. I brev av 16. januar 2017 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.	Frist sommer 2018
---	----------------------	---------	----------	---	--	---	---	--------------------------

6	Fylkesmannen	15/4314	08.09.15	Diagnostisk klinikk (Radiologisk avdeling)	Bekymringsmelding hvor det fremgår at bemannings-situasjonen medfører lang ventetid på beskrivelser av billed-diagnostiske 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	Klinikksjefen har i sin tilbakemelding redegjort for situasjonen. Det er gjennomført flere tiltak for å stabilisere driften. 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.	Lukket 26.1.16 Bekreftet i epost av 14.9.17.
---	--------------	---------	----------	---	--	--	--	--

7	Arbeidstilsynet	16/5384	1.12.16	Operasjons- og intensiv klinikken (Anestesiavdelingen ved UNN,Tromsø)	Med bakgrunn i bekymringsmelding for arbeidsmiljø til legene gjennomføres postalt tilsyn med krav om opplysninger	Varslede om vurdering av pålegg gitt i brev av 6. mars: 1. Rutine for å sikre etterlevelse av arbeidstidsbestemmelsen e. 2. Samarbeid om arbeidstidsordninger. 3. HMS-arbeid, kartlegging og risikovurdering	I brev av 8.6.17 lukkes pålegg 2. Varslene 1 og 3 opprettholdes og det ettespørres ytterligeere opplysning/dokumenta sjon. Svart ut innen frist av klinikken.	Lukket 21.09.17
8	Intern revisjonen i Helse Nord	17/325	27.03.17	Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken Diagnostisk klinikk Hjerte- og lungeklinikken	Henvisninger og ventetid i UNN	Revisjonen hadde 11 anbefalinger som omhandler etterlevelse av prosedyrer og regleverk for registreringer, innhenting av informasjon, pasient informasjon og planlegging.	Handlingsplan vedlagt styremøtesak. Handlingsplan følges opp av ledere ved aktuelle enheter.	Lukket 14.12.17
9	Luftfartstilsynet	17/3825	23.08.17	Drifts- og eiendomssenteret (Helikopterplass UNN Breivika)	Inspeksjon av Tromsø helikopterplass, UNN	Ingen avvik eller merknader		Lukket 29.08.17

10	Mattilsynet	17/3689 17/3794 17/3798 17/3799 17/3831 17/3832 17/3833 17/3834 17/3835 17/3836 17/4676	07.06.2017	Psykisk helse og rusklinikken - Kjøkken bygg 12 - Alderspsyk post - Avrusning - Med.fri beh.tilbud - Psykose- rus enhet - Sikkerhetspsyk rehab. - Sikkerhetspsyk, døgn - Kjøkken, døgn 2 - Kjøkken, døgn 1 - Akuttpost Tromsø	inspeksjon detaljomsetning og servering av mat og drikke	Mangelfull internkontroll system for å sikre styring med krav i næringsmiddelregelverket.	System for internkontroll er utarbeidet gjeldende for alle enheter. Klinikken har svart ut tilsynet innen frist.	Lukket 03.10.17
11	Klinisk fagrevisjonen i Helse Nord	17/2592	01.06.2017	Medisinsk klinikk (Med. avd., UNN Harstad)	Klinisk fagrevisjon NSTEMI	Anbefalinger: 1. utarbeide felles retningslinjer for NSTEMI-pasienter i Helse Nord. 2. etableres tydelige avtaler rundt pasientoverføring 3. pasienter med NSTEMI raskt overføres til invasivt senter dersom lokalsykehuset ikke kan tilby ekkokardiografi.	Det avklares med Helse Nord RHF hvordan regionale kliniske fagrevisjoner skal følges opp.	

12	Tromsø Brann og Redning	2017/284	09.12.2016	Åsgård Sykehus	Brannteknisk inspeksjon	<p>To avvik ble avdekket og omfattet:</p> <p>1. Det skal ovenfor tilsynsmyndigheten synliggjøres at sikkerhetsinnretningene fungerer hver for seg og sammen med hverandre.</p> <p>2. dokumentasjon som viser at byggverket den eier oppfyller kravene til brannsikkerhet, og at forebyggendeforskriften er oppfylt.</p> <p>Vedtak om retting av avvik, flere avvik er gjentakende</p>	<p>Lukking av avvik ikke innfridd innen juni 2017. Svarbrev sendt 20.10.17.</p> <p>Utfordringer vedrørende bestilling av eksterne tjenester, gjør at det blir tidsforskyvninger i utførelse.</p>	Frist 15.12.17
----	-------------------------	----------	------------	----------------	-------------------------	---	--	-----------------------

13	Tromsø Brann og Redning	99/04762	30.01.2017	Rusbehandling Ung (Færingen)	Brannteknisk inspeksjon	<p>Tre avvik ble avdekket:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manglende tilfredsstillende bygningsdokumentasjon. 2. Manglende opplæring, øvelser og rutiner ved brann. Manglende risikoanalyse. 3. Bruk av kiler/steinblokker for å holde branndører åpne. 	<p>Svarbrev sendt 14.03.17 med handlingsplan.</p> <p>Lukking av avvik nr. 1 ikke innfridd innen september 2017. Nytt svarbrev sendt 20.10.17.</p> <p>Utfordringer vedrørende bestilling av eksterne tjenester, gjør at det blir tidsforskyvninger i utførelse.</p>	<p>Frist 31.12.2017</p>
----	-------------------------	----------	------------	------------------------------	-------------------------	--	--	---

HANDLINGSPLAN - oppfølging internrevisjon 02-2017 Henvisning og ventetider i UNN

Tiltak				Kommunikasjonsplan		Fremdriftsplan			Oppfølging/evaluering	
Oppfølg.p kt.	Hovedaktivitet	Anvar/ ledelse	Beskrivelse/ delaktivitet	Målgruppe	Kanal	Ansvar Utførelse	Frist	Utført (sett kryss)	Ansvar	Oppfølgingsfrekvens og form
1	Sørge for at feltet «Henvisningstype» i DIPS fylles ut på bakgrunn av vurderende leges oppfatning av om pasientens tilstand betraktes som avklart eller uavklart på vurderingstidspunktet	Avdelingsleder FSE Forvaltningssenter EPJ Avdelingsledere Avdelingsleder FSE Forvaltningssenter EPJ	Testing av ny versjon DIPS Classic 7.4.1 før oppgradering 11.11. Opplæring om ny plassering av felt i DIPS og de forskjellige feltvalgenes betydning. Korrigere PR33256 Vurdering av elektive henvisninger EPJ DIPS og opplæringsmateriell Informasjon om endringer i ny versjon DIPS Classic 7.4.1 og korrigerings av PR33256	Testere i DIPS EPJ Vurderingsansvarlig behandler EPJ-forvaltning i UNN Fagforum PAS, klinikkrådgivere og superbrukere	DIPS EPJ Allerede etablerte møteplasser for behandlere i klinikkene Driftsmøte FSE/HF/HN IKT Intranett E-post	Leder EPJ-forvaltning i UNN Behandler-superbrukere Avdelingsleder FSE Forvaltningssenter EPJ EPJ-forvaltning	10.11.17 10.11.17 10.11.17		Avdelingsleder FSE Leder i linje Seksjonsleder EPJ-forvaltning	Faste ukentlige møter i oppgraderingsløpet Avdelingsledere rapporterer status til klinikkens representanter i Fagforum PAS i forkant av fagforumsmøter, første gang 7.11. Driftsmøte FSE/HF/HN IKT
2	Sørge for at det framkommer klart i svarbrev til pasienter om oppgitt frist gjelder rett til oppstart av utredning eller til oppstart av behandling	Senterleder Kvalitets- og utviklingssenteret	Endre alle brevmalene med rettighetsvurdering, (p.t. fire forskjellige brevmalene navngitt: «PAS Svar på ...») slik at de samsvarer med valg om utredning eller behandling i feltet «Henvisningstype»	Brukere av pasientbrev i DIPS Pasienter	Systemforvaltningsforum EPJ	Avdelingsleder FSE Forvaltningssenter EPJ	27.11.17		Leder Fagforum PAS	Eget aksjonspunkt i Fagforum PAS.
3	Sørge for at det til enhver tid er tilrettelagt for tildeling av timer minst fire måneder fram i tid, slik at informasjon om time i større grad kan gis i første svarbrev.	Klinikksjefer	Realisere aktivitetsbasert bemanningsplan minst fire måneder frem i tid	Ledere som planlegger drift Behandlere (for forutsibarhet i pasientforløpet)	Avdelingslederteammøter	Avdelingsleder/ seksjonsleder	Frist utgått...		Direktøren	Direktørens tavlemøte Ukentlig
4	Innføre rutiner som sikrer at det for pasienter med rett til «behandling» registreres en ventetid sluttdato som representerer en reell start på den behandlingen pasienten var vurdert å ha behov for	Klinikksjefer	Utarbeide retningslinje for registrering av ventetidslutt på bakgrunn av behandleres vurdering og registrering i feltet «Henvisningstype» utredning vs. Behandling Etablere rutiner for å sikre korrekt registrering av ventetidsluttdato. Opplæring av medarbeidere i korrekt registreringspraksis hva gjelder sluttdato ved utredning og behandling	Vurderingsansvarlig behandlere og medisinsk kontorfaglig helsepersonell	Docmap Interne undervisningsfora	Arbeidsgruppe bestående av: Medisinsk fagsjef, Fagforum PAS, utvalgte leger ved NOR-klinikken Superbrukere	01.12.17		Medisinsk fagsjef Ledere i linje	Klinikksjefer har ansvar for opprettelse av deltakerliste med status for gjennomført opplæring, som rapporteres til Medisinsk fagsjef.

5	Sikre korrekt bruk og registrering av interne primærhenvisninger	Avdelingsledere Kontorfaglige ledere	Gjennomgang av eksisterende retningslinjer og prosedyrer hva gjelder primær- og sekundærhenvisninger for å lage et opplæringsopplegg som sikrer korrekt bruk og registreringspraksis for primærhenvisninger RL3976 Definisjon av henvendelser til HF, og funksjonene primær-, sekundær- og forenklet henvisning EPJ DIPS Opplæring i registreringspraksis hevisninger i DIPS	Vurderingsansvarlig behandler og medisinsk kontorfaglig helsepersonell Ventelisteansvarlige	Docmap Interne undervisningsfora	Arbeidsgruppe bestående av: representanter (leger og kontor) fra BUK, HLK, K3K, MED, NOR, FKU og EPJ-forvaltning	15.12.17		Medisinsk fagsjef Klinikksjefer	Klinikkledermøter
6	Fortsette arbeidet for å sikre at relevante data om pasientforløpet innhentes og registreres slik at en sammenhengende henvisningsperiode kan identifiseres selv om pasienten mottar helsehjelp ved flere helseforetak	Klinikksjefer	Opplæring i regional prosedyre PR38022 "Mottak og viderehenvisning av rettighetsvurdert henvisning mellom helseforetak EPJ DIPS"	Vurderingsansvarlig behandler og medisinsk kontorfaglig helsepersonell	Interne undervisningsfora	Seksjonsoverlege	11.11.17		Klinikksjefer	Klinikkledermøter
7	Gi klare føringer for registreringspraksis (eventuelt bruk av utsettelseskoder) i tilfeller der pasienten er forhindret fra å takke ja til oppstart av helsehjelp som blir tilbudt med kort varsel.	Klinikksjefer	Se pkt. 3 Man må kunne forutsette at rutiner som sikrer innkalling av pasienter minimum fire måneder frem i tid er iverksatt. Ved innkalling av pasient på kort varsel må en vise skjønn og fleksibilitet dersom pasienten er forhindret fra å benytte seg av foreslått time. Avsluttkode "Pasientønsket avbest." bør i liten grad benyttes ved innkalling til time på kort varsel. Føringen tilføyes i regional retningslinje RL5959 "Avsluttkoder i DIPS, veiledning for bruk EPJ DIPS"	Ansatte som jobber med timebestilling i DIPS	Interne møteplasser i avdelingene Systemforvaltningsforum EPJ	Nærmeste leder for aktuell målgruppe Avdelingsleder FSE Forvaltningssenter EPJ	10.11.17		Klinikksjef Leder Fagforum PAS	Klinikkledermøter Fagforumsmøter

8	Forsikre seg om at utsettelseskode 5, Pasienten har takket nei til tilbud om helsehjelp ved annet behandlingssted enn sitt primære ønske, forstås og benyttes i samsvar med regelverket	Klinikksjefer	Utsettelseskode 5 skal kun benyttes i tilfeller der pasienten har takket nei til et KONKRET tilbud om helsehjelp, dvs. fått dato og oppmøtested. Utarbeidelse prosedyre som tillegg til PR32978 "Varsling til HELFO av truende og inntruffet fristbrudd EPJ DIPS" hvor overnevnte presiseres.	Ansatte som jobber med timebestilling i DIPS	Interne møteplasser i avdelingene Docmap	Nærmeste leder for aktuell målgruppe Leder Fagforum PAS	10.11.17		Kvalitetssjefen Avdelingsleder E-helse og IKT	Rapportering via Fagforum rapport og analyse samt Fagforum PAS Rapportering via Fagforum PAS
9	Innføre nødvendige kontrolltiltak for å redusere risiko for at enkelte henvisninger ikke vurderes innen forsvarlig tid	Klinikksjefer	Innføre rutine med daglig vurdering av henvisninger Sikre at funksjonen for arbeidsflytansvarlig er etablert og ivaretar oppgaver i henhold til regional prosedyre PR31531 "Arbeidsflyt ansvar og oppgaver EPJ DIPS"	Vurderingsansvarlig behandler Arbeidsflytansvarlig		Leder i linje	10.11.17		Kvalitetssjefen	Rapportering fra Fagforum rapport og analyse til Direktørens ledergruppe Kvalitetsutvalget?
10	Ta initiativ, via Regionalt forvaltningssenter for DIPS EPJ til en samlet gjennomgang og oppdatering av kontrollkravene i OL1937 med tilhørende prosedyrebeskrivelser og dokumentasjonsskjemaer	Senterleder Kvalitets- og utviklingssenteret	Oppdatering av OL1937 og tilhørende prosedyrer og skjemaer	Ventelisteansvarlige	Systemforvaltningsforum EPJ	Avdelingsleder FSE Forvaltningssenter EPJ			Leder Fagforum PAS	Fagforumsmøter
11	Sørge for at gjeldende kontrollopplegg etterleves og følges opp i linjeledelsen	Direktøren	Gjennomgang av OL1937 og tilhørende prosedyrer og skjemaer i Fagforum PAS	Klinikkrepresentanter i Fagforum PAS	Fagforum PAS	Seksjonsleder EPJ-forvaltning			Senterleder Kvalitets- og utviklingssenteret	Rapportering fra seksjonsleder EPJ-forvaltning etter innhenting av status fra klinikkene i fagforumsmøter