



Evalueringsrapport, interne systemrevisjoner Helse Bergen HF Haukeland universitetssjukehus 2014-2017



Innhold

Historie og bakgrunn	3
Tre år med interne systemrevisjoner etter dagens modell: 2014-2017	3
Veien videre – revisjonsfunn som kilde til kvalitets- og forbedringsarbeid	4
Metodikk	5
Organisering og ansvar	5
Vurderinger av de enkelte revisjonstema	5
Styringssystemene	5
Fagområdene	5
Interne systemrevisjoner i Helse Bergen – forslag til fremtidig organisering.	10
Metodikk	10
Aktuelle revisjonstema for perioden 2018-2021	10
Rapportering og læring på tvers.....	11
Vedlegg 1	12



Historikk og bakgrunn

Kravet til styring og systematikk i internkontrollarbeidet er hjemlet i flere lover, forskrifter og standarder, blant annet Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, HMS-forskriften og ISO 14001:2015.

Et av verktøyene for ledelsen i internkontrollarbeidet er interne systemrevisjoner. Funn fra interne systemrevisjoner er en av kildene i det systematiske kvalitetsforbedringsarbeidet.

Intern systemrevisjon er en systematisk gjennomgang av et gitt område for å etterse og sjekke om det er i samsvar med krav i lov/forskrift/lokale retningslinjer og om internkontrollen fungerer som forutsatt.

Intern systemrevisjon er et effektivt verktøy for å kunne identifisere forbedringsområder, risiko og eventuelt manglende samsvar med krav. Revisjoner kan gi nyttig informasjon som kan brukes til å forstå, analysere og forbedre både dokumentasjon og praksis. I tillegg til å vurdere om styringssystemet tilfredsstiller krav, blir det også tatt en vurdering på om systemet er effektivt med tanke på å nå virksomhetens mål, i hvilken grad systemene etterlevs, og om det er behov for å revidere dokumentasjon og prosedyrer/rutiner. Kravene kan være virksomhetens egne dokumenter for internkontrollarbeidet/styringssystemet, krav i standarder, bestemte lov- og forskriftskrav eller kombinasjoner av dette.

Helse Bergen har, ved HMS-senteret, gjennomført interne systemrevisjoner siden 2010.

Utgangspunktet var HMS-forskrift (arbeidsmiljørelaterte tema, medisinsk utstyr (MU) og el-sikkerhet; senere utvidet med brannvern og strålebruk) og at Helse Bergen har et sertifisert miljøstyringssystem. Det gjennomføres i tillegg interne systemrevisjoner i forbindelse med akkreditering av virksomhet i Laboratorieklinikken.

Administrerende direktør gav i 2014 Forsknings- og utviklingsavdelingen v/ Seksjon for pasientsikkerhet og Personal- og organisasjonsavdelingen v/HMS-senteret i oppdrag å samordne og koordinere revisjonsvirksomheten som foregikk på ulike områder i foretaket.

I dette arbeidet var det også et mål å vurdere internrevisjonene som ble gjennomført av Drift/teknisk divisjon Hospitaldrift Matforsyning innen matsikkerhet og Sjukehusapoteka Vest, Avdeling for farmasøytiske tjenester innen legemiddelhåndtering.

Matsikkerhet og legemiddelhåndtering ble inkludert i de interne systemrevisjonene, i tillegg til at man bevarte en viss detaljkontroll eller inspeksjon innenfor områdene. En endret også navn på disse internkontrollene fra revisjoner til legemiddelinspeksjoner og IK-mat kontroller.

Det er gjennomført cirka 3 interne systemrevisjoner per år innenfor området matsikkerhet, som suppleres med noen utvalgte kontroller vedrørende etterlevelse av IK-mat systemet.

Innenfor temaet legemiddelhåndtering er det tilsvarende gjennomført cirka 3 interne systemrevisjoner årlig. Disse skiller seg fra legemiddelinspeksjonene som gjennomføres på oppdrag fra den enkelte nivå 2-leder. Avdeling for farmasøytiske tjenester tilbyr legemiddelinspeksjoner, der en annen farmasøyt enn den som er tilknyttet avdelingen gjennomfører inspeksjonen.

I årsrapporten til interne systemrevisjoner har en inkludert funnene fra disse inspeksjonene og kontrollene for å se på sammenhengen i aktivitetene. Det er også tett dialog og erfaringsutveksling mellom fagmiljøene.

Tre år med interne systemrevisjoner etter dagens modell: 2014-2017

Gjennom de siste tre årene har internrevisjonen i Helse Bergen gjort et omfattende kartleggingsarbeid i foretaket. I ny modell bevarte man den tre-årige rulleringen, slik at alle nivå 2-enhetene i løpet av denne perioden har vært gjennom en intern systemrevisjon. De to store nivå 2-enhetene Drift/teknisk divisjon og Divisjon psykisk helsevern, har hatt årlige interne systemrevisjoner. Revisjonen har sett på hvordan internkontrollen i de enkelte nivå 2-enheter og



utvalgte nivå 3-enheter er organisert, og etterleves. Alle enhetene har blitt revidert på det systematiske internkontrollarbeidet innenfor områdene for pasientsikkerhet og HMS arbeid, og i tillegg har en ved hver revisjon valgt særskilte temaer som har vært aktuelle for enheten.

Revisjonsplanene har årlig inneholdt mellom 12 og 15 revisjonstemaer. En har brukt standard revisjonsmetodikk med intervjuer, dokumentgjennomgang og befarung.

Et revisjonsteam består av revisjonsleder og fagrevisorer. Kravet har vært at revisjonsleder er formelt kurset i revisjonsmetodikk, mens fagrevisor skal ha fagkunnskap på emnet det revideres på.

Fagrevisorene kommer fra ulike fagmiljøer i stabsenheter, Drift/teknisk divisjon og Laboratorieklinikken. Revisjonene dokumenteres i en revisjonsrapport som lagres i ePhorte, og funn registreres, saksbehandles og følges opp i Synergi. Stabsenheter bistår med støtte og veiledning ved lukking av funn. Det er utarbeidet styrende dokumentasjon innenfor revisjonsarbeidet og intervjuguider er tilgjengeliggjort.¹

Det har vært rapportert jevnlig til Foretaksledelsen, med tertialvis rapportering i starten som etter hvert gikk over til halvårlig rapportering. Innholdet i rapporteringen har vært todelt; fakta- og læringsbasert. Faktadelen har inneholdt informasjon om hvilke nivå 2-enheter som har blitt revidert i perioden, hvilke tema det ble revidert på, funn i form av avvik og merknader, status for lukking av revisjonene samt restanser på oppfølging av tidligere revisjoner. I læringsdelen har en gjort en vurdering av ulike læringspunkter. Det er trukket frem behov for systemforbedringer på foretaksnivå i internkontrollarbeidet, samt pekt på enkeltfunn eller tiltak som foretaket kan lære av på tvers.

Veien videre – revisjonsfunn som kilde til kvalitets- og forbedringsarbeid

En av hensiktene med å drive med internrevisjon er nettopp organisatorisk læring og kontinuerlig forbedring. I tillegg gir det enhetene god trening i forhold til jevnlig tilsyn fra ulike tilsynsmyndigheter/ekstern revisjon. Ansvar for læringen etter en internrevisjon ligger til ledelsen i den enkelte nivå 2-enhet. Revisjonsrapport skal blant annet behandles i lokalt AMU og kvalitetsutvalg/ledergruppe.

På foretaksnivå er det knyttet usikkerhet til om rapporteringen tjener sin hensikt med tanke på læring på tvers. Med den modellen internrevisjonen har fulgt, er det tydelig at det tar for lang tid før en har samlet inn nok data til å si at revisjonsfunn har et aktuelt læringspotensiale. Dette er særlig viktig der et funn kan ha alvorlige konsekvenser. Dette kan en endre på ved å gjennomføre revisjon på et tema med en kortere tidshorisont enn dagens modell. Endring i rapporteringsrutiner kan også være et tiltak i videre arbeid her, eksempelvis med oppsummeringsrapporter innen et tema.

Det systematiske kartleggingsarbeidet gjennom disse tre årene gir anledning til å trekke ut noen områder som bør være prioritert for forbedringsarbeid. Dette kan være svikt som har stort nedslagsfelt (f.eks. at det gjelder mange enheter) eller er alvorlige (kan ha høy konsekvens for pasienter /medarbeidere /driften).

Hvert av revisjonstemaene er gjennomgått for å vurdere følgende:

- ✓ Hvilke funn er gjennomgående i revisjonstemaet?
- ✓ Har den treårige kartleggingen identifisert behov for forbedringstiltak på tvers i foretaket? (man har erkjent et problem/svikt og trenger ikke ytterligere kartlegging)
- ✓ På hvilke måte kan forbedringen gjennomføres?
- ✓ Hvem har ansvar for forbedringen?
- ✓ Kan det benyttes forenklet revisjonsmetodikk for å evaluere temaet i årene fremover?
- ✓ Har det dukket opp nye problemstillinger eller fokusområder innen temaet som kan vurderes å ta inn i revisjoner senere?
- ✓ Blir revisjonstemaet overvåket på andre måter (eksempel: eksterne tilsyn/revisjoner, styringsdata, ledelsens gjennomgang, årsrapportering)

¹ Interne systemrevisjoner i EK



Den treårige kartleggingen gir også anledning til å vurdere om det er behov for nye revisjonstema som kan være innenfor:

- ✓ områder hvor det er usikkerhet om kart og terreng stemmer (for eksempel håndtering av celler og vev)
- ✓ områder som i liten grad er kartlagt tidligere (for eksempel kontroll av underleverandører, ansvarsflater mellom enheter)
- ✓ områder med nye eller reviderte krav (for eksempel informasjonssikkerhet, ISO 14001:2015)

Metodikk

Systemrevisjoner på mange temaer slik Helse Bergen har gjennomført de siste tre årene gir grundig dybdeinformasjon om virksomheten, men er ressurskrevende. I det videre arbeidet bør det reduseres på mengden temaer ved hver revisjon, men samtidig må perspektivet på det systematiske internkontrollarbeidet ivaretas. Utvelgingen av temaer vil i større grad være risikobasert. Dersom områder peker seg ut med potensiell risiko for pasientsikkerhet og HMS, kan revisjonsmetodikk benyttes. Eksempel her kan være risiko i intern samhandling mellom enheter.

Samsvarsvurderingen kan gjøres ved å supplere med alternative metoder i revisjonene, som for eksempel stikkprøvekontroller, sjekklister, gjennomgang av styringsdata eller egne evalueringer. Innenfor utvalgte temaer kan dette være aktuelt.

Organisering og ansvar

Revisjonen skal bidra til å sette fokus på hvor man har svikt, risiko for svikt eller behov for forbedring. Revisjonen er ikke ansvarlig for gjennomføring av forbedringstiltak, - derimot kan revisjonen koordinere og være pådriver for et slikt arbeid. I det videre arbeidet blir det derfor særskilt viktig å identifisere hvor ansvaret for oppfølgingen ligger, hvem som treffer beslutninger om hvilke forbedringstiltak som skal iverksettes og ressursene som skal brukes. Siden revisjonsarbeid er en av flere metoder som foretaket bruker for å oppfylle plikten til å evaluere virksomheten, må dette sees i sammenheng med annen evalueringsvirksomhet som for eksempel utvalgsbehandling av uønskede hendelser, risikokartlegginger og hendelsesanalyser. I plikten til å evaluere, ligger det også at det minst en gang årlig foretas en systematisk gjennomgang og vurdering av hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten. Dette for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Kilden interne systemrevisjoner inngår fast i ledelsens gjennomgang og rutiner som foretaket har på dette.

Vurderinger av de enkelte revisjonstema

Styringssystemene

Funnene fra revisjonene peker på utfordringer med verktøyene i styringssystemene når det gjelder både brukervennlighet og implementering. Dette gjelder både Kompetanseportalen, EK og Synergi. Det er mange årsakene til dette, og det kan handle om både manglende ledelsesforankring og system for implementering.

For å kunne se på trender, hente ut læring og forebygge at uønskede hendelser inntreffer, må arbeidet med god meldekultur, korrekt kategorisering og saksbehandling av uønskede hendelser i Synergi styrkes.

Det pågår en prosess for ny organisering av kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg for håndtering av uønskede hendelser, forbedringsarbeid og læring på tvers av organisatoriske enheter.

Fagområdene

Revisjonene har bidratt til at det er igangsatt forbedringsarbeid innenfor flere av revisjonstemaene. Vurderingen av fremtidig revisjonsarbeid innen temaene er følgende:



Systematisk pasientsikkerhets- og HMS arbeid

Gjennomføring og dokumentasjon av risikovurderinger er et gjennomgående tema hvor revisjonen finner mye mangler. Det er igangsatt forbedringsarbeid på områder som styrende dokumentasjon, verktøy for risikovurderinger, lederkurs, e-læringskurs om uønskede hendelser og stoffkartotek. Den nye undersøkelsen ForBedring er en felles kartlegging av pasientsikkerhet og HMS, og vil derfor være en felles kilde i det videre revisjonsarbeidet. Resultatene fra undersøkelsene skal gi ledere og medarbeidere informasjon som skal brukes til å utvikle og gjennomføre forbedringstiltak der det er behov. Arbeidet skal gjøres i fellesskap og enhetene skal utarbeide sin egen handlingsplan.

Det vurderes at det fortsatt er viktig med internrevisjon, og at temaene slås sammen og videreføres som systematisk internkontrollarbeid. Sentrale elementer i det systematiske internkontrollarbeidet som kompetanse/opplæring, styrende dokumentasjon/styringsystem, uønskede hendelser, risikovurderinger, vernetjeneste, ytre miljø, rutiner for pasient/brukermedvirkning videreføres. Oppfølging av ForBedring tas inn i revisjonsgrunnet.

Ytre miljø er en del av det systematiske HMS-arbeidet, og miljøpolitikken og miljømålene er kjent i foretaket. ISO 14001 sertifisering krever at det gjennomføres revisjoner på ytre miljø. Revidert miljøstandard, ISO 14001:2015, legger større vekt på lederskap og risiko- og mulighetsanalyser. Videre krever den reviderte utgaven bedre integrering av ytre miljø i kjernevirksomheten, og legger vekt på systematisk kvalitetsarbeid som en del av muligheten for miljøforbedringer. Det er startet et arbeid med i større grad å samordne områdene pasientsikkerhet, HMS og ytre miljø.

I felles internrevisjonsplan for Helse Bergen, vil revisjonstema ytre miljø bli integrert i temaet systematisk internkontrollarbeid. Det vil i tillegg bli vurdert behovet for egne ytre miljø revisjoner.

Transfusjonsvirksomhet

Vedrørende transfusjonsvirksomhet er det gjort funn som sammenfaller med eksterne tilsyn. Dette omfatter implementering av foretakets felles transfusjonsprosedyrer, kontroll av blodprodukter og pasientidentitet. I tillegg er det funn som omfatter mangler ved tilbakerapportering i Interinfo. Det er gitt innspill til koordinator for Pasientsikkerhetsprogrammet om at rutiner for identifisering av pasient bør vurderes som tema i pasientsikkerhetsvisitter.

Det er igangsatt forbedringsarbeid både på styrende dokumentasjon og på opplæring.

Statens Helsetilsyn gjennomførte i mars 2017 tilsyn på blod, blodkomponenter, celler, vev og organer. I [handlingsplanen](#) som ble utarbeidet etter gjennomført tilsyn, er et av tiltakene å planlegge internrevisjon av området håndtering av humane celler og vev. Ansvarlig for tiltak er FoU, seksjon for pasientsikkerhet. Håndtering av humane celler og vev er derfor satt opp som revisjonstema i kommende planperiode.

Legemiddelhåndtering

Funn i inspeksjoner og revisjoner har vært sammenfallende. Manglende oppdatering og samsvar mellom retningslinjer på ulike nivå og dokumentasjon av opplæring, har vært gjennomgående funn. Praksis vedrørende ordinerings av legemidler gjennom prosedyre og signering i kurve er også pekt på. Det er gjennomført en risikovurdering med tilhørende tiltaksplan, der siste frist for gjennomførte tiltak er desember 2019.

Forbedringsarbeid på EK-legemiddelhåndtering og klargjøring av farmasøytens rolle mot enhetene er gjennomført. Et samarbeid med smittevern i forhold til arbeid på medisinerom er planlagt.

Det anbefales at inspeksjonene fortsetter og at årsrapportene tas inn i den årlige oppsummeringen og danner grunnlag for vurdering om det er behov for nye interne systemrevisjoner på området.



Matsikkerhet

Funn i internrevisjonene peker på at det er utfordringer rundt ansvarsavklaringer i forhold til hvem som gjør hva, hvor ansvaret overføres og planlegging/organisering av arbeidet. Manglende bruk/skifte av arbeidstøy, buffeter i korridorer (ubeskyttet, tilgjengelig for alle), og mangler ved temperaturkontroll har vært gjengangere.

Systemer og prosedyrer vil bli oppdatert ut fra de erfaringer som er gjort i revisjonsarbeidet. I fremtidige interne systemrevisjoner kan aktuelle tema være grenseflater mellom klinikk/renhold/kjøkken/transport og ansvarsforhold/avtaler. Matsikkerhet og smittevern bør sees i sammenheng.

Det planlegges fortsatt kontroller innen temaet på postnivå, gjennomført av Drift/teknisk divisjon Hospitaldrift Matforsyning. Helse Bergen leverer mat til tre sykehjem i Bergen kommune og det er opprettet en samarbeidsavtale mellom Helse Bergen og Bergen kommune.

Internkontroller/rådgivning innen IK-mat inngår i den avtalen, og det er planlagt å gjennomføre internkontroller på de tre sykehjemmene våren 2018.

Det anbefales at årsrapportene tas inn i den årlige oppsummeringen og danner grunnlag for vurdering om det er behov for nye interne systemrevisjoner på området.

Organisering av forskning

Gjennomgående funn er varierende grad av implementering av retningslinjer for forskning, krav til forskningsaktiviteter og til forskningsansvarlige (nivå 2).

Det er få enheter som har utarbeidet egen forskningsstrategi, gjennomført risikovurderinger eller tilknyttet kompetansekrav til forskere.

Det anbefales i større grad å legge vekt på forbedringsarbeid i stedet for revisjon, og Forsknings- og utviklingsavdelingen, Seksjon for forskning og innovasjon vil sette i gang et arbeid her vår 2018.

Smittevern pasient og ansatt

Revisjonen har avdekket sviktområder på rutiner for kontroll av utstyr, basale smittevernrutiner (uniformsbruk), renhold og kompetanse. Funn på tvers tilsier at forbedringsarbeid på skyllerom bør gjennomføres.

Det er iverksatt forbedringstiltak på flere områder. Forsknings- og utviklingsavdelingen ved Seksjon for pasientsikkerhet har, gjennom innsatsområdet Smittefritt, utarbeidet konkrete forslag til implementering av tiltak for smitteforebygging i de kliniske avdelingene i Helse Bergen.

Innsatsområdene i handlingsplanen er valgt på bakgrunn av kunnskapsgrunnlag samt muligheten for målbare indikatorer (resultat eller prosess), fortrinnsvis basert på eksisterende data og uten vesentlig ekstra registrering.

I tillegg til innsatsområdene i Smittefritt må avdelingene også forholde seg til de infeksjonsforebyggende tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet. Dette gjelder håndhygiene, reduksjon av urinveisinfeksjoner (UVI), reduksjon av infeksjoner assosiert med sentralvenøse katetre (SVK). Disse tiltakene er søkt samordnet med innsatsområdet smittevernvisitt.

Det anbefales at smittevern for pasient og ansatte sees i sammenheng i det videre revisjonsarbeidet, og at det årlig gjennomføres en vurdering på hvilke områder, og om det er behov for nye interne systemrevisjoner på området.

Pasientadministrasjon

Funn i revisjonen rettet oppmerksomhet mot rutiner ved identifisering av pasient ved mottak og gjennom pasientforløpet, og det ble gjort sammenfallende funn på revisjonstemaene transfusjonsvirksomhet og legemiddelhåndtering. Etter vedtak i Fagdirektørmøtet i november 2016 ble det fremmet sak for endringsutvalget i DIPS om funksjonalitet for riktig identifisering i desember 2016, i henhold til Helsebibliotekets fagprosedyre om sikring av pasientens identitet, som bygger på Helse Bergens retningslinje.

Det er iverksatt forbedringstiltak i forhold til rutiner ved identifisering av pasient på flere områder.



Det anbefales at revisjonstemaet inngår i pasientadministrative rutiner (rutiner ved innleggelse, opphold og utskriving) og at det gjennomføres internrevisjoner i kommende planperiode.

Kliniske prosedyrer

Det ble gjennomført én internrevisjon på dette temaet, som omfattet organisering av tjenester og kunnskapsbasert praksis. Ut fra en evaluering ble tematikken integrert i revisjonstema systematisk pasientsikkerhetsarbeid.

Endringsprosesser

Endringsprosesser har vært tema på én intern systemrevisjon uten at det ble gjort funn.

Med tanke på den pågående omorganiseringen i Helse Bergen og etablering av ny mottaksmodell i foretaket, er tema endringsprosesser/omstilling satt som revisjonstema i kommende planperiode.

Vold og trusler om vold

Det er gjennomført én revisjon på temaet i perioden. Konklusjonen er at det bør jobbes videre med det systematiske forbedringsarbeidet. Det er utarbeidet et kurs om risikovurdering av vold og trusler om vold, som er evaluert. Ut fra evaluering har HMS-senteret besluttet at det fremmes en sak i alle lokale AMU, hvor det tilbys kurs innen tema risikovurdering av vold og trusler om vold, ettersom risikovurdering innen tema skal gjennomføres i samarbeid mellom stedlig ledelse og verneombud og tillitsvalgte.

Det anbefales ikke revisjon på temaet på det nåværende tidspunkt.

Sykefraværsoppfølging

Sykefraværsoppfølging har vært tema på én revisjon i kartleggingsperioden. Temaet er vurdert ivaretatt på andre måter enn gjennom internrevisjon, med kontinuerlige informasjons- og opplæringstiltak. Det arrangeres jevnlig kurs for ledere i sykefraværsoppfølging som innbefatter forelesere fra NAV-arbeidslivssenter, KLP, lønn- og fraværseksjonen, HMS-senteret/BHT.

Tilsvarende kurs arrangeres for tillitsvalgte og verneombud. I tillegg arrangeres lunsjmøter for gravide ansatte, hvor blant annet ergonomi og forebygging av sykefravær er tema. Det gis også tilbud om trekantsamtaler mellom bedriftsjordmor, gravide arbeidstakere og leder.

Sykefravær som tema i lokale AMU overvåkes som et spørsmål i HMS-årsrapport. Det anbefales ikke revisjon på temaet på det nåværende tidspunkt.

Ergonomi og forflytning

Ergonomi og forflytning har vært tema ved 5 interne systemrevisjoner. Gjennomgående funn peker på manglende opplæring innenfor ergonomi og forflytningsteknikk. Det vurderes at revisjonstemaet ivaretas gjennom blant annet systematisk opplæring av forflytningsveiledere. I tillegg tilbys opplæring samt forebyggende aktivitet/trening for medarbeidere som står i fare for å bli sykemeldt. I lunsjmøter for gravide ansatte, har ergonomi og forebygging av sykefravær vært eget tema. Ergonomi og forflytning overvåkes også i HMS-årsrapport, hvor dette er et eget kapittel. Det anbefales ikke revisjon på temaet på det nåværende tidspunkt.

Strålebruk og strålevern

Det er gitt funn som omhandler kjennskap til kravdokumentet, merking av rom, behov for bruk av persondosimeter og dokumentasjon opplæring. Strålevernansvarlig har gode kontrollrutiner, og følger opp de ulike enhetene blant annet i forhold til kompetansekrav. Det rapporteres også på strålebruk i årlig HMS-årsrapport. Egen temaside for strålebruk og strålevern på Innsiden er utarbeidet.

Etter endring i strålevern forskriftens § 44 skal virksomheten gjennomføre kliniske revisjoner jevnlig. I kommende planperiode er strålebruk satt som revisjonstema på et par enheter der det samtidig



gjennomføres klinisk revisjon, men deretter er dette planlagt utført som internkontroller av fagrevisorer.

Det anbefales at årsrapportene fra de kliniske revisjonene/internkontrollene tas inn i den årlige oppsummeringen og danner grunnlag for vurdering om det er behov for nye interne systemrevisjoner på området.

El-sikkerhet

Gjennomgående funn fra de interne systemrevisjonene er manglende timere på småelektrisk utstyr, bruk av skjøteledninger og fargekoding stikkontakter. Det er gitt innspill til branningeniør om at dette tas inn som sjekkpunkter i mal for brannvernrunder, som gjennomføres hver 3. måned.

Risikovurderinger av grupperom 0-1-2²er utført og er lagt til grunn for internkontrollaktiviteter. Det er også utarbeidet en overordnet ROS-analyse på bortfall av elektrisk infrastruktur.

Det er utarbeidet et årshjul for systematisk kontroll av gruppe 2-rom, og det følges en egen sjekkliste for denne type rom. Cirka 180 gruppe 2-rom underlagt systematisk kontroll med faste intervall på 6-12-36 måneder. Avvik/feil avdekket ved kontrollaktivitet logges i det nye systemet Xpand.

Operativ beredskapsplan for HB omfatter også krav om at alle avdelinger/klinikker skal ha planer for videre drift ved kortsiktig bortfall av kritisk infrastruktur (1 time) og langsiktig bortfall av kritisk infrastruktur (1 døgn). Den enkelte kliniske avdeling/klinikk skal ha dokumenterte prosedyrer for drift som sikrer ivaretagelse av pasientene ved bortfall av kritisk infrastruktur som nevnt ovenfor. Dette kravet kan følges opp som en dokumentrevisjon.

Det er gjennomført flere tilsyn fra det lokale el-tilsyn (DLE), som følges opp internt.

For revisjonstema el-sikkerhet anbefales lokale kontroller gjennomført av Drift/teknisk divisjon Teknisk avdeling, og at det i årsrapportene tas inn en oppsummering som vil danne grunnlag for vurdering av behov for nye interne systemrevisjoner på området.

Brannvern

Brannvern har vært tema ved mange interne systemrevisjoner i kartleggingsperioden.

Gjennomgående funn som internrevisjonen har pekt på er manglende oppdatering av brannbøker, risikovurderinger og dokumentert opplæring.

Dette er delvis samsvarende med funn som også er avdekket ved tilsyn fra lokale brannvesen.

Drift/teknisk divisjon Teknisk avdeling har etablert foretaksovergripende rutiner for brannssikkerhet, med tilhørende styrende dokumentasjon som ble revidert i 2017.

I tillegg er det planlagt å gjennomføre egne interne tilsyn ved utvalgte nivå 2-enheter, og bistand ved gjennomføring av brannøvelser.

Dette følges opp av Drift/teknisk divisjon Teknisk avdeling. Brannvern overvåkes også som et eget kapittel i HMS-årsrapport.

Det anbefales at rapporter fra inspeksjoner/tilsyn innen brannvern tas inn i den årlige oppsummeringen og danner grunnlag for evaluering av behov for systemrevisjoner på tema brannvern.

Medisinsk teknisk utstyr (MU)

Med bakgrunn i gitte funn fra internrevisjoner og eksterne tilsyn (DSB) er det planlagt flere forbedringstiltak som vil bli nedfelt i en handlingsplan.

Funn som gjelder manglende dokumentasjon på opplæring er også gitt ved eksterne tilsyn fra DSB. Dette har vært fulgt opp i samarbeid med Forsknings- og utviklingsavdelingen, Seksjon for fag og utvikling, og vil bli fulgt opp videre.

² Gruppe 1-rom: Krav til avbruddsikkerhet. Avbrudd inntil 15. sekunder: Nødstrømsforsyning. Vanlig gulvbelegg.

Gruppe 2-rom: Krav til avbruddsikkerhet. Ingen avbrudd. Omkoblingsautomatikk (UPS) og varslingsautomatikk. Antistatisk gulvbelegg.



Revisjonen har påpekt manglende kjennskap til rutine for melding av uhell og næruehell med MU. Det er satt i gang et arbeid med å revidere styrende dokumentasjon med sikte på felles rutiner for melding og varsling av uønskede hendelser.

Risikovurdering i forhold til tema smittevern på Drift/teknisk divisjon Medisinsk-teknisk avdelings verksted er planlagt. Risikovurderingen vil danne grunnlag for revidering/utarbeidelse av styrende dokumentasjon rundt ansvarsforhold innad og ut mot enhetene i foretaket.

Det er et mål å få utarbeidet en oversikt over antall utstyr og MU-ansvarlige i enhetene, og å få etablert et nettverk for MU-ansvarlige.

Personvern og informasjonssikkerhet i forhold til medisinsk utstyr ses på som et aktuelt revisjonstema. Det vises her til [Veileder i Personvern og informasjonssikkerhet-medisinsk utstyr](#). Effekt av forbedringstiltak vil bli evaluert i samarbeid med enheten, og vil danne grunnlag for vurdering om det er behov for nye interne systemrevisjoner på området.

Interne systemrevisjoner i Helse Bergen – forslag til fremtidig organisering.

Metodikk

Det ansees at kontakten med nivå 2-enhetene er nyttig og det anbefales derfor alle nivå 2-enheter revideres innenfor en gitt planperiode. Rulleringen utvides til fire år, mot tre år tidligere.

Det anbefales to tema per revisjon.

Utvelgingen av tilleggstema vil være risikobasert, og det vil være muligheter for å endre/ta inn nye tema i planperioden. Fagrevisorer vil bli involvert på aktuelle fagområder.

Med bakgrunn i funn fra de gjennomførte internrevisjonen i perioden 2014-2017, er det planlagt og iverksatt forbedringsarbeid innenfor de fleste revisjonsområdene. Revisjonen ser det hensiktsmessig at effekten av disse tiltakene evalueres før de tas inn som tema i videre revisjonsplaner. Revisjonen vil be om tilbakemelding på aktivitetene til årsrapporten.

Aktuelle revisjonstema for perioden 2018-2021

Systematisk internkontrollarbeid

Den nye styringsforskriften³ er tydeligere på kravene om å jobbe med pasientsikkerhet og kvalitetsstyring der forbedringsmodellen er et førende prinsipp. Det gis klare føringer for tettere samordning i arbeidet med pasientsikkerhet og HMS. Det anbefales at revisjonstema systematisk pasientsikkerhetsarbeid og systematisk HMS-arbeid slås sammen til et felles revisjonstema - systematisk internkontrollarbeid. Dette blir fast tema i alle internrevisjonene.

Informasjonssikkerhet

Tema informasjonssikkerhet er satt opp som nytt revisjonstema fra høsten 2018.

Ny personvernlovgivning trer i kraft i mai 2018 og kravene til behandling av personvernopplysninger innskjerpes.

Styringsdokument i EK⁴ viser til krav om å gjennomføre revisjoner på temaet, men dette er ikke tilstrekkelig fulgt opp.

Tema i revisjonene er tenkt å være rutiner for å sikre kjennskap til sikkerhetsinstruks, opplæring og gjennomføring av e-læringskurs, risikovurderinger, uønskede hendelser og ansvar for å følge opp god informasjonssikkerhet. På sikt vil personvern og informasjonssikkerhet i forhold til medisinsk utstyr være et aktuelt revisjonstema.

³ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

⁴ Sikkerhetsansvar, -roller og -oppgaver internt i foretakene



Strålebruk

Det er planlagt gjennomført to revisjoner på tema strålebruk høsten 2018. Bakgrunn er krav om klinisk revisjon. Det videre revisjonsarbeidet vil bli evaluert ut fra funn.

Håndtering av humane celler og vev

Håndtering av humane celler og vev er satt opp som revisjonstema vår 2019. Bakgrunnen er oppfølging av [handlingsplanen](#) etter eksternt tilsyn i 2017. Behov for flere interne systemrevisjoner vil bli vurdert ut fra funn i revisjon av de utvalgte enheter.

Smittevern

Tidligere revisjoner har avdekket uklarheter i ansvarsflater mellom samhandlende enheter. Elementer i revisjoner på dette temaet vil være samarbeidsavtaler, avvikshåndtering samt miljøgevinst.

Pasientadministrative rutiner

Dette er et omfattende tema, men det vurderes at rutiner for samhandling med primærhelsetjenesten, eksempelvis utskrivingsrutiner, blir et revisjonsområde under pasientadministrative rutiner.

Det vises samtidig til at internrevisjonen i Helse Vest i sin [Plan for internrevisjon 2018-2019](#) har satt følgende tema – Administrasjon av pasienter på venteliste: Rutinene for prioritering og oppfølging av pasientene før og etter at helsehjelp er startet.

Miljøoppfølgingsplan byggprosjekt

Dette er spilt inn som et aktuelt tema for internrevisjon. Det er derfor satt opp som et mulig tema høsten 2020.

Omstilling

Dette vil være et aktuelt tema å revidere på etter hvert, men det vurderes at det pågående omstillingsarbeidet er såpass krevende for enhetene at det er satt opp som mulig tema vår 2021.

Rapportering og læring på tvers

I forrige planperiode ble de ulike revisjonstema fordelt over hele året, der målet var å gjennomføre inntil tre interne systemrevisjoner per fagtema per år. Med en slik modell tar det for lang tid før en har samlet inn nok data til å si at revisjonsfunn har et aktuelt læringspotensiale. Dette er særlig viktig der et funn kan ha alvorlige konsekvenser.

Det foreslås derfor at det i kommende planperiode gjennomføres revisjon tematisk med kortere tidshorison, der det utarbeides og publiseres oppsummeringsrapporter per revisjonstema. Det vil i tillegg bli utarbeidet en årlig oppsummering av revisjonsresultater som legges fram for styret, foretaksledelsen, FAMU og Utvalg for pasientsikkerhet. Oppsummeringen brukes også som kilde i ledelsens gjennomgang av arbeidsmiljø/ytre miljø/internkontroll og kvalitetsstyring.

Revisjonene dokumenteres i en revisjonsrapport som lagres i ePhorte, og funn registreres, saksbehandles og følges opp i Synergi. Stabsenhetene bistår med støtte og veiledning på lukking av funn innenfor de ulike revisjonstemaene.

**Vedlegg 1****Plan for interne systemrevisjoner Helse Bergen HF 2018-2021**

Dato	Revisjonsenhet	Revisjonstema
Høst 2018	Mottaksklinikken	1. Systematisk internkontrollarbeid 2. Informasjonssikkerhet
	Radiologisk avdeling	1. Systematisk internkontrollarbeid 2. Informasjonssikkerhet
	Voss sjukehus	3. Strålebruk
Vår 2019	Ortopedisk klinikk – Kysthospitalet Hagevik	1. Systematisk internkontrollarbeid 2. Håndtering av humane celler og vev
	Øyeavdelingen	
	Laboratorieklinikken	
	Kvinneklinikken (KK)	
Høst 2019	Kirurgisk serviceklinikk (KSK) – Sterilsentralen	1. Systematisk internkontrollarbeid 2. Smittevern
	Drift/teknisk divisjon (DTD) - Hospitaldrift Renhold	
	Sykehusinnkjøp HF Divisjon Helse Vest	Samarbeidsavtaler
Vår 2020	Lungeavdelingen	1. Systematisk internkontrollarbeid 2. Pasientadministrative rutiner (utskrivning, samhandling med kommunehelsetjenesten) 3. Informasjonssikkerhet
	Avdeling for rusmedisin	
	Rehabiliteringsklinikken	
	Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk	
Høst 2020	Drift/teknisk divisjon (DTD) - Prosjektkontoret BUS 2	1. Systematisk internkontrollarbeid 2. Miljøoppfølgingsplan byggprosjekt
Vår 2021	Revmatologisk avdeling Hudavdelingen (Ny organisering ikke klar)	1. Systematisk internkontrollarbeid 2. Omstilling
	Divisjon psykisk helsevern (DPH)	
	Klinikk for hode-hals	
	Medisinsk avdeling	
Høst 2021	Kirurgisk klinikk	1. Systematisk internkontrollarbeid 2. Informasjonssikkerhet
	Nevroklinikken	
	Hjerteavdelingen	
	Yrkesmedisinsk avdeling	