

Ledelsens gjennomgang – oppsummering og forbedringsforslag Helse Stavanger 2017

Internkontroll område: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Internkontrollansvarlig: Liss Søreide

Oppsummering

Kontinuerlig forbedring

Det er generelt i foretaket en økt kompetanse og systematikk i forbedringsarbeid. Dette vises gjennom ulike prosjekter, etablering av klinikkvise forbedringsteam og økt bruk av PDSA og LEAN i forbedringsprosjekter. Det er etablert eget forbedringsnettverk på foretaksnivå som arena for blant annet erfaringsutveksling mellom klinikkene. Medarbeidere med forbedringskompetanse bidrar som veiledere i forbedringsprosjekter utenfor eget fagområde.

Resultater av forbedringsprosjekter fremkommer gjennom manuelle målinger og automatiske uttrekk/ elektroniske rapporter (Styringsportalen). Det er en utfordring å få ut resultater, samt synliggjøre og bruke disse i konkret forbedringsarbeid.

Engasjement og kompetanse i systematisk forbedringsarbeid varierer mellom klinikkene. Tilbud og etterspørsel om opplæring/ kompetansebygging i forbedringsmetodikk er økende og mange har nå gjennomført ulike opplæringsprogram. Imidlertid er det ikke alltid like enkelt å tilrettelegge for at kompetansen kan benyttes i en travel hverdag.

Dokumentstyring

EQS er vel etablert som system for styrende dokumenter og det er relativt få henvendelser om sentral brukerstøtte. Enhetene benytter vesentlig lokale prosedyrer, men i mindre grad overbyggende rutiner. Foretaket har ikke et godt system, utover teknisk funksjonalitet i EQS, for å gjøre overgripende rutiner kjent. Mange enheter har utarbeidet ny startside som gir økt brukervennlighet.

Doble rutiner er fortsatt et problem, spesielt for rutiner vedrørende pleietjenesten. I 2016 ble det anskaffet et prosedyreverk for sykepleiefaglige rutiner (PPS/VAR Healthcare), men utfasing/tilpasning av lokal prosedyrer gjennomføres i liten grad. Imidlertid er det en økende bevissthet knyttet til doble rutiner ved opprettelse av nye dokumenter.

Det foreligger en overordnet rutine for dokumentstyring og de fleste klinikkene har etablert lokale dokumentstyringsrutiner. Imidlertid er det fortsatt uklarhet i forhold til roller (godkjenner, dokumentansvarlig, forfatter) i EQS for overordnede dokumenter.

Uønskede hendelser

Det finnes overordnede rutiner for hva som skal meldes i Synergi for HMS og pasientrelaterte uønskede hendelser, og de fleste klinikker forholder seg til disse. Noen klinikker har konkretisert hva som skal meldes innen eget fagfelt. Det mangler overordnede rutine for driftsrelaterte hendelser.

For å bidra til læring av uønskede hendelser, klagesaker og tilsyn har alle klinikker AMU og de fleste har kvalitetsråd, hvor hendelsene diskuteres. Det pågår en prosess for å etablere kvalitetsråd i de resterende klinikker. De fleste uønskede hendelser blir håndtert i klinikkene, men det er fortsatt ikke et godt nok system for å sikre læring på tvers.

Læringsnotater fra meldeordningen publiseres som nyhetssak på intranett. Undersøkelser viser at læringsnotatene i liten grad er kjent for medarbeidere på alle nivå, og brukes lite i forbedringsarbeid.

Hendelsesanalyser gjennomføres i økende grad og det er behov for flere medarbeidere som kan metoden, slik at klinikkene i større grad er i stand til å gjøre dette i egen klinikk, samt bidra på tvers. Det pågår et arbeid for å etablere et bedre system for hvilke hendelser som skal utløse analyser og hvem som skal gjennomføre disse.

Alvorlige pasientrelaterte hendelser publiseres fortsatt i liten grad på foretakets nettside.

Varsling til Helsedirektoratets meldeordningen § 3-3 gjøres av melder i Synergi og det synes som om det det i større grad er relevante hendelser som meldes, selv om det fortsatt er en overrapportering.

Varsling til Statens helsetilsyn § 3-3a er kjent blant relevant personell og det fungerer teknisk. Det er fortsatt behov for diskusjon og avklaring for hva som er meldepliktig innen det enkelte fagfelt.

Forbedringsforslag

Område	Ansvarlig	Frist
Kontinuerlig forbedring/kvalitetsforbedring Tiltak: 1. Utarbeide kvalitetsindikatorer og tilrettelegge for automatisk uttrekk 2. Økt bruk av forbedringstavler (tverrfaglig forbedringsarena) for synliggjøring og oppfølging av resultater 3. Tilrettelegge for økt bruk av forbedringskompetanse, gjerne på tvers av klinikker, samt fortsatt opplæring	Fagmiljøene i samarbeid med Helse Vest IKT Klinikk sjef/ledere	Kontinuerlig Kontinuerlig

4. Presentasjon/ synliggjøring av gode forbedringsarbeid	Klinikkssjef/ledere	Kontinuerlig
	Klinikker/ FFU/ kommunikasjonsavdelingen	Kontinuerlig
Dokumentstyring		
1. Se på mulighetene for overordnet EQS Redaksjon (for ivaretagelse av roller, informasjon, opprettelse, utfasing)	FFU i samarbeid med klinikkene	2017/ 2018
2. Revidere dokumentstyringsrutinen	FFU	2017/2018
Uønskede hendelser		
1. Utarbeide overordnet rutine for Driftsrelaterte hendelser i Synergi	Divisjon for driftservice	2017
2. Publisering av flere uønskde hendelser på internett	Klinikkssjefer	Kontinuerlig
3. Revidert system for hendelsesanalyser og fortsatte opplæring av aktuelt personell i klinikkene	FFU/ klinikkene	2017/2018

Ledelsens gjennomgang:

Ledergruppen ønsker at revidert rutine for hendelsesanalyser også skal beskrive hvordan resultatet av hendelsesanalysen skal følges opp i foretaket, herunder distribusjon av analysen, tiltak, oppfølging av involvert personell og pårørende.

Beslutning: Ledergruppen slutter seg til foreslåtte tiltak.

Ledelsens gjennomgang – oppsummering og forbedringsforslag

Helse Stavanger

Internkontroll område: HMS

Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)

Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)

Internkontrollansvarlig: HMS-sjef – Kjersti Heie

Helse Stavangers HMS system er laget for å dekke krav i AML og IK-forskrift og gir overordnede føringer for hvordan det systematiske arbeidet med helse-, miljø og sikkerhet skal ivaretas og utvikles gjennom hele helseforetakets organisasjon.

Samtlige klinikker og divisjoner har utarbeidet HMS årsrapport for 2016 jf. EQS 19372 *HMS-nøkkeltall arbeidsmiljø - mal for rapportering*, og har rapportert sine resultater opp til foretaksnivå ved HMS sjef. Rapportene viser at det jobbes godt og systematisk i de fleste enheter. Det overordnede HMS systemet er basert på kontinuerlig forbedringsmetodikk (planlegge-utføre-følge opp og forbedre) og HMS års-rapportering viser at de fleste enheter følger opp dette. Årsrapportene er behandlet i de lokale arbeidsmiljøutvalgene og oppfølgingstiltak er forankret der. Rapportene danner også grunnlag for vurderinger av det systematiske HMS arbeidet i Ledelsens gjennomgang.

Oppsummering

Basert på:

- Tidligere ledelsens gjennomgang
- Tilbakemeldinger fra klinikker/ divisjon/ staber i HMS-årsrapport
- HMS-sjef sine vurderinger av HMS systemet

Ved forrige års gjennomgang ble det pekt på følgende fokus/forbedringsområder:

- For lav gjennomføringsgrad på medarbeidersamtaler
- Behov for å øke frekvens på HMS kurs
- Behov for felles mal for gjennomføring og innhold i arbeidsmiljøutvalgene
- Behov for nye om mer konkrete overordnede HMS mål for Helse Stavanger
- Formalisering av det faglige samarbeidet mellom HMS sjef og HMS koordinatorene ute divisjoner/klinikker
- Behov for økt kompetanse i risikostyring og metoder for risikovurdering
- Gjennomføring av risikovurdering i forhold til vold og trusler
- Behov for endringer i Synergi for å gjøre systemet mer funksjonelt
- Interne revisjoner på HMS tema bør gjennomføres i større grad
- Behov for en overordnet rutine som beskriver hvordan vernerunder kan gjennomføres
- Behov for å spesifisere hvordan HMS årsrapport skal følges opp på klinikk/divisjonsnivå

På alle disse områdene er det iverksatt eller lagt plan for arbeid med tiltak.

Opplæring/kompetanse

HMS kurs for ledere er fra 2016 gjennomført to ganger året i regi av BHT. Det har vært god deltakelse, noe som viser behovet for å fortsette med to kurs i året. 80,9 % av ledere har gjennomført kurset i følge HMS årsrapport for 2016. Dette er en økning fra 75,6 % i 2015

HMS grunnkurs for verneombud og AMU medlemmer fungerer fremdeles ikke optimalt med hensyn til antall deltakere per kurs, samt sammensetning av deltakere. I forbindelse med omorganisering til flere klinikker i 2016/2017, er det flere verneombud og nyvalgte AMU medlemmer som ikke har kurs, og kurset gjennomføres to ganger i stedet for en i 2017. Kursene har de siste årene vært fulle med mellom 30 og 40 deltakere, og en ser at det hadde vært mer hensiktsmessig med færre deltakere per kurs. Det bør gjøres en ny vurdering i forhold til frekvensen på kurset, samt hvordan en kan tilpasse innholdet i opplæringen slik at det oppleves som nyttig for både nyvalgte verneombud og erfarne ledere som er nye AMU medlem.

HMS årsrapporterten viser at det er økning i gjennomføringsgrad på de fleste HMS kursene (rusforebygging, sykefraværsoppfølging, brannvern). De fleste enheter 128 av 150 opplyser også at de ansatte har fått opplæring i EQS hvor prosedyrer og rutiner er tilgjengelig.

Det er behov for opplæring av ansatte i somatikken i forhold til forebygging og håndtering av trusler og vold. Per i dag gjennomføres det ikke systematisk opplæring av risikoutsatte grupper. Det har vært gjennomført sporadiske TMA kurs på forespørsel, samt enkelte kurs med ekstern foredragsholder. Det gjennomføres i 2017 intern revisjon av TMA som metodikk i psykiatrien. Dette vil kunne gi grunnlag for et evt. forbedringsarbeid i forhold til TMA, og en evaluering før en evt. setter i gang et systematisk arbeid i de somatiske enhetene. Det er i 2017 planlagt et prosjekt i MOBA i forhold til opplæring og trening/simulering av vold og trussel situasjoner. Dette prosjektet vil kunne fungere som en pilot for iverksetting av systematisk opplæring også for andre enheter i somatikken. Det vil være behov for ressurser til å drive denne opplæringen/treningen.

Arbeidstakeres medvirkning

Gjennomføringsgrad av medarbeidersamtaler er fortsatt lav og er i følge HMS grovkartlegging i GAT på 48 % i 2016 mot 49,6 % i 2015. Det er iverksatt et arbeid for å revidere rutiner og retningslinjer ift dette, samt se på opplæring av ledere.

Medarbeiderne medvirker i det systematiske HMS arbeidet blant annet gjennom den årlige HMS runden. I henhold til EQS dokument 4030 *HMS-runde og HMS handlingsplan* skal ansatte involveres i den årlige HMS runden, og kartleggingen og handlingsplan skal utarbeides av leder og verneombud i fellesskap. I følge HMS årsrapporter har 139 av 150 enheter gjennomført HMS runde i 2016. Hver enkelt medarbeider blir bedt om å svare på spørsmål i HMS grovkartleggingen i GAT. Svarprosent var i 2016 på 66 % og i 2017 på 64 %.

Fra 2018 er det planlagt en ny nasjonal samordnet medarbeiderundersøkelse som bygger på tre tidligere undersøkelser: den nasjonale pasientsikkerhetskulturundersøkelsen, medarbeiderundersøkelsen fra Helse-Nord, Helse Midt Norge og Helse Sør-Øst og grovkartlegging av HMS fra Helse Vest. Det nye spørreskjemaet ivaretar de mest sentrale delene av disse

undersøkelsene, og består av 33 vurderingspunkter. Formålet er å ha én undersøkelse som ivaretar måling av både arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Den skal også smelte sammen fokus på pasienter og medarbeidere, samt redusere ressursbruk ved å gjennomføre én i stedet for to undersøkelser i spesialisthelsetjenesten. Ledergruppen har utpekt en lokal gjennomføringsansvarlig og etablert en gjennomføringsgruppe i Helse Stavanger med representanter fra HR/HMS, kvalitet/pasientsikkerhet, vernetjenesten, tillitsvalgte og teknisk kompetanse. Denne gruppen vil i løpet av høsten arbeide med å forberede gjennomføring.

Vernetjenesten medvirker stort sett i planlegging og gjennomføring av saker som angår arbeidsmiljøet. Kun 2 av 150 enheter rapporterer i HMS årsrapporten at verneombudet ikke medvirker. Hovedinntrykket er at VO ordningen fungerer bra. Vernetjenesten jobber ut fra en årlig handlingsplan, og hvert enkelt verneombud skal en skriftlig avtale vedrørende samarbeid og tilrettelegging med sin leder. 97 av 137 verneombud har slik avtale jf. årsrapport for 2016.

Foretakets arbeidsmiljøutvalg og divisjons/klinikk-vise arbeidsmiljøutvalg gjennomføres iht. rutiner. Det er utarbeidet en felles årsplan for arbeidsmiljøutvalgene som skal sikre mer lik praksis og at en minimum behandler de saker som påpekes i lovverket. Utfylt årsplan fungerer også som årsrapport for arbeidsmiljøutvalget.

HMS politikk og – strategi – Mål for HMS arbeidet

Helse Stavanger overordnede HMS politikk og strategi er revidert, og nye HMS mål er fastsatt fra 2017 gjeldende til 2020. Målene gjennomgås årlig for å vurdere behov for justeringer. HMS målene er satt inn i mal for HMS handlingsplan som utarbeides i forbindelse med årlig HMS runde for å sikre målrettet arbeid i hele organisasjonen.

Interregionalt HR-indikatornettverk jobber med å utvikle felles HMS indikatorer for sykehusene. Dette dreier seg nå særskilt om indikatorer på vold og trusler og H1(fraværskadefrekvens) og H2(personskadefrekvens). Når disse er godkjent er det behov for en gjennomgang av hvordan disse skal rapporteres i Helse Stavanger.

Organisering og ansvar

I følge oppdragsdokumentet for Helse Vest skal Helse, miljø og sikkerhet (HMS) være en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Det er i 2016/2017 gjennomført et arbeid for å se på organiseringen av HMS, kvalitet og pasientsikkerhetsressurser i foretaket. Arbeidet konkluderer med en anbefaling om at hver klinikk/divisjon bør ha en stilling som koordinerer HMS og kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet på klinikk/divisjons nivå, og at disse inngår i et formelt samarbeid med HMS og kvalitet sentrale staber. Det er utarbeidet en felles stillingsbeskrivelse for HMS-KP koordinator stillinger, samt en rutinebeskrivelse for formelt samarbeid mellom HMS, kvalitet og pasientsikkerhet sentrale staber og HMS-KP koordinatore ute i de ulike klinikkene/divisjon.

Kartlegging og risikovurdering

Årlig HMS runde blir gjennomført i de fleste enheter (134 av 150 enheter i følge HMS årsrapport.), og kartlegging av risikofaktorer blir utført ved hjelp av finkartleggingslister. De fleste risikoområder blir identifisert her, men en må være bevisst på at finkartleggingslistene ikke omfatter alle farlige arbeidsoppgaver og situasjoner, og enhetene må vurdere behov for risikovurdering av også annen aktivitet enn det som er dekket her.

Prosedyrer for risikostyring, akseptkriterier og maler for risikovurdering er revidert i 2016. Det er fortsatt behov for ytterligere kompetanse på området. Risikovurdering er en del av kursene HMS for ledere og grunnkurs HMS for verneombud og Amu medlemmer. I tillegg gir BHT veiledning og opplæring i risikovurdering på forespørsel. Det jobbes også med et kurs i risikostyring og risikovurdering i regi av HMS og kvalitet/pasientsikkerhet.

FAMU besluttet at risikovurdering i forhold til vold og trusler skulle gjennomføres i alle enheter i 2016. 124 av 150 enheter oppgir i HMS årsrapporten at dette er gjennomført.

Det gjennomføres strategiske risikovurderinger på overordnede styringsmål for HMS, med rapportering til ledergruppen og styret.

Planer og tiltak for å redusere risikoforholdene

De fleste enheter har utarbeidet HMS handlingsplan (147 av 150 enheter i følge HMS årsrapport). I følge EQS 4030 skal kartlegginger og HMS handlingsplaner arkiveres i ePhorte, men interne HMS revisjoner viser at slike planer arkiveres og oppbevares på ulike måter i foretaket.

Det er kommet innspill på at en bør se på muligheten for å ha en felles plattform/verktøy hvor handlingsplaner dokumenteres, oppdateres og arkiveres, som er lett tilgjengelig, og som kan bidra til at slike planer oppfattes som et levende verktøy i større grad.

Oppfølging av HMS-avvik/uønskede hendelser og ansattskader

Det ses en svak økning i antall HMS og ansattskade saker meldt i Synergi. Det antas likevel at det fortsatt er en underrapportering av hendelser. Dette på bakgrunn av tilbakemeldinger fra ansatte og vernetjeneste om at ikke alle saker registreres, samt funn ved interne HMS revisjoner. I følge HMS årsrapporten svarer 135 av 150 enheter at de ansatte har fått opplæring i Synergi. Dette er en økning fra 122 av 150 året før

Det er enkelt å registrere hendelser i Synergi, men systemet er relativt krevende og lite intuitivt for saksbehandlere. Det er for mange valgmuligheter med hensyn til hendelsestyper og årsaks-kategorier. Dette gir en lite konsistent saksbehandling og vanskeliggjør uttak av gode rapporter. Det er gjennomført en intern revisjon i Helse Vest på avvikssystemet Synergi, og systemansvarlig jobber med tiltak for forbedring av systemet.

Årsaksvurdering og tiltak er ikke obligatoriske felter i Synergi på HMS/ansattskadesaker og en ser at en del hendelser lukkes uten dokumentasjon på årsaksforhold og tiltak. Det er spilt inn fra HMS enhetene i helseforetakene i Helse Vest at det er ønskelig å gjøre en endring på dette i systemet.

Systematisk overvåking, Revisjoner og tilsyn

Interne revisjoner på tema bruk og håndtering av medisinsk teknisk utstyr er gjennomført ved 6 enheter i 2016. Det er gjennomført 2 revisjoner på forflytningsteknikk og 4 på vold og trusler. Tilsvarende antall er planlagt i 2017.

Dokumentasjon/ kontroll med registreringer

Bedriftshelsetjenesten(BHT) mangler et elektronisk journalsystem som tilfredsstillende BHTs behov for både bedriftsjournal og ansattjournal. Det har i flere år vært jobbet for anskaffelse av et felles system for BHTene i Helse Vest. Det er behov for en avklaring i forhold til når et slikt system kan komme på plass. Mangelen på et system tilpasset BHTs drift, medfører bruk av lite hensiktsmessige systemer for dokumentasjon både på individnivå mht eksponeringer og helseovervåking (ansattjournal), og på bedriftsnivå mht kartlegginger og analyser av grupper (bedriftsjournal). Dette er en klar negativ faktor i forhold til å levere god kvalitet på BHT arbeidet.

Dokumentasjon fra HMS runder (kartleggingslister) og HMS handlingsplaner blir lagret og arkivert på ulike måter (permer med papir, avdelingens felles område på pc, i Ephorte). Grovkartleggingen dokumenteres i GAT Puls.

Det er kommet innspill på at en bør se på muligheten for å ha en felles plattform/verktøy hvor HMS handlingsplaner dokumenteres, oppdateres og arkiveres, og som er lett tilgjengelig.

Det finnes et vernerundeskjema som er felles for Helse Vest. Dette brukes i liten grad i foretaket og er ikke beskrevet i noen interne rutiner. Flere enheter har utarbeidet egne sjekklister for vernerunder. Det igangsettes et arbeid høsten 2017 for å se på overordnet rutine for vernerunder og evt. ny mal for vernerundeskjema.

Årlig gjennomgang av HMS systemet

EQS 19372 HMS-nøkkeltall arbeidsmiljø - mal for rapportering -HMS-årsrapport fylles ut årlig i den enkelte enhet, og legges frem i AMU. Prosedyren (EQS 19372) sier ikke noe om at HMS-årsrapport skal gjennomgås av ledelsen i den enkelte enhet og klinikk/divisjon, og det er varierende hvordan divisjonene bruker HMS årsrapport til å sørge for oppfølging og tiltak der hvor det foreligger avvik og mangler.

Forbedringsforslag

Område	Ansvarlig	Frist
Opplæring/Kompetanse		
Fortsette med HMS kurs for ledere to ganger i året. Vurdere behov for å øke frekvensen på HMS grunnkurs for verneombud og Amu medlemmer	HMS sjef	2017
Få på plass tilbud om systematisk opplæring og trening i forebygging og håndtering av vold og trusler for risikoutsatte grupper i somatikken.	HMS sjef i samarbeid med Undervisningsavdelingen	2017
Tilbud om opplæring i gjennomføring av medarbeidersamtaler, inkludert bruk av Medarbeidersamtalemodulen i Kompetanseportalen	Personalavdeling i samarbeid med Undervisningsavdelingen	01.05.18
Arbeidstakers medvirkning		
Utarbeide EQS prosedyre for gjennomføring av medarbeidersamtaler	PO (HMS og Personal)	01.11.17
Indikatorer for gjennomføring av medarbeidersamtaler gjennomgås i ledergruppene	LG	Månedlig så snart uttrekk fra Kompetanseportalen er mulig
Gjennomføre ny nasjonal medarbeiderundersøkelse i jan/feb 2018. Mål for deltakelse minimum 70 %	Gjennomføringsansvarlig/gjennomføringsgruppe Ledere	01.03.18
Alle verneombud har skriftlig avtale med sin leder	Ledere og verneombud	2017
HMS politikk og – strategi – Mål for HMS arbeidet		
Gjennomgang av hvordan nasjonale HMS indikatorer skal rapporteres i foretaket. Revisjon av EQS HMS-indikatorer - Rapportering av nasjonale indikatorer	HMS sjef	2017
Organisering og ansvar		
Starte med faste månedlige fagmøter for HMS-KP koordinatorene	HMS sjef og fagsjef kvalitet og pasientsikkerhet	31.10.17

Kartlegging og risikovurdering		
Tilby kurs i risikostyring og risikovurdering	HMS sjef og fagsjef kvalitet og pasientsikkerhet	31.10.17
Planer og tiltak for å redusere risikoforholdene		
Se på muligheten for å ha en felles plattform/system hvor HMS handlingsplaner dokumenteres, oppdateres og arkiveres, som er lett tilgjengelig, og som kan bidra til at slike planer oppfattes som et levende verktøy i større grad.	HMS sjef	
Oppfølging av HMS-avvik/uønskede hendelser og ansattskader		
Følge opp forbedringspunkter fra internrevisjon av Synergi i Helse Vest	System ansvarlig Synergi Helse Vest	2017/2018
Feltene for årsaksvurdering og tiltak gjøres obligatoriske i Synergi for sakstype HMS/ansattskader	HMS sjef/ Systemansvarlig Synergi Helse Vest	2017
Dokumentasjon/ kontroll med registreringer		
Innkjøp av elektronisk journalsystem for bedriftshelsetjenesten	PO direktør HMS sjef	2017
Utarbeide overordnet rutine for vernerunder og evt. ny mal for vernerundeskjema	HMS sjef og HVO	31.05.18
Årlig gjennomgang av HMS systemet		
Revidere EQS 19372 HMS-nøkkeltall arbeidsmiljø - mal for rapportering -HMS-årsrapport	HMS sjef	01.12.17

Ledelsens gjennomgang:

Anskaffelse av felles BHT system i Helse Vest er en prioriteringssak. Ledergruppen støtter anskaffelsen av felles BHT system og at det blir en enighet i Helse Vest i løpet av 2018.

Beslutning:

Ledergruppen ønsker en konkret plan/spesifikt opplegg for hvordan gjennomføre systematisk kurs i opplæring i vold/trusler for ansatte i somatikken. Forslaget utarbeides i samarbeid mellom HMS og Undervisningsavdelingen. Ledergruppen støtter øvrige foreslåtte tiltak.

Ledelsens gjennomgang – oppsummering og forbedringsforslag Helse Stavanger 2017

Internkontroll område: Informasjonssikkerhet

Forskrift om behandling av personopplysninger (personopplysningsforskriften)
Forskrift om bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

Internkontrollansvarlig: Brad Folsom

Oppsummering

Årets ledelsesgjennomgang fokuserte på følgende områder:

1. Ansattes gjennomføring av e-læringskurset om informasjonssikkerhet.
2. Klinikkenes sikring av forsvarlig drift ved IKT stans.
3. Leders oppfølging av sine ansattes tilganger til IKT systemer (bestilling og fjerning).
4. Tilbakemelding fra klinikkene om ansatte klarer å benytte personlige pålogging til systemer som inneholder person-, og helseopplysninger.

1- Ansattes gjennomføring av e-læringskurset om informasjonssikkerhet.

Dette temaet er et oppfølgingspunkt hvert år, og som med tidligere år ligger vi langt under målet om 100% gjennomførelse. I tidligere år har IKT sikkerhetsleder sendt melding til ledere med informasjon om hvorvidt sine ansatte hadde eller ikke hadde tatt kurset, men dette hadde liten effekt og håpet var at informasjon i kompetanseportalen – ledere får oversikt over hvilke kurs sine ansatte har tatt – ville det føre til en økning. Dette ser ikke ut til å ha hatt noen særlig effekt, og konklusjonen må være at dette kurset har lavere prioritet enn andre arbeidsoppgaver hos de fleste.

Hvis det er liknende mangler for gjennomføring av de andre obligatoriske kurs er det sikkert en fordel at ledere følges opp litt tettere om å sørge for at sine ansatte, så langt som mulig, gjennomfører kursene som er bestemt pålagt.

E-læringskurset om informasjonssikkerhet ble revidert/oppdatert i 2016 og det nye kurset ble gjort tilgjengelig i begynnelsen av 2017.

2- Klinikkenes sikring av forsvarlig drift ved IKT stans.

Dette temaet ble spurt om mer med håp om at klinikkene ble påminnet om å sjekke opp rundt dette, enn at det var en forventning om det ville komme detaljert svar (det kan være mange spesialiserte nødrutiner på sykehuset, avhengig av funksjon). De fleste svarer at de kjenner til nødrutinene og flere nevner spesielt overordnede rutiner for DIPS, og også Meona. Selv om det er å forvente at det blir noe «armer og bein» hvis store systemer blir utilgjengelig over lengre tid er det ingen grunn til å tro at det er store utfordringer med dette på overordnede nivå.

Det er fortsatt lurt at postene/prosjektene/systemforvaltere minnes jevnlig om at IKT kan forsvinne slik at dette temaet er noe man har i bakhode. Også at det minnes om at selv om det er overordnede rutiner for store systemer, er det fortsatt viktig at hver avdeling sørger for at evt. egne særegenheter er dekket ved IKT bortfall.

Det er interessant at Avdeling for Økonomi og Finans svarer «ikke aktuelt» på dette området. Det anses at svaret baserer seg på en misforståelse (Økonomi og Finans må kunne fungere selv med langvarige IKT bortfall?) og IKT sikkerhetsleder følger opp dette.

3- Leders oppfølging av sine ansattes tilganger til IKT systemer (bestilling og fjerning).

Dette temaet ble spurt om fordi det har i tidligere år kommet antydninger om at selv om bestilling av tilganger går som regel bra, kan det være mindre fokus om fjerning av unødvendige tilganger, spesielt for ansatte som forblir i foretaket men flytter fra en jobb til en annen.

Svarene i år om denne problemstillingen er noe delt. De fleste gir inntrykk av at det er en forventning av at denne problemstilling er tatt hånd om via systemet Samlepunktet, og noen ønsker forbedringer i Samlepunktet for å hjelpe situasjonen. Samlepunktet brukes riktignok til bestilling av de aller fleste tilganger, men fjerning og/eller kartlegging av tilganger nevnes som vanskelig eller at funksjonaliteten for å få dette til på en smidig måte mangler i Samlepunktet. Noen få klinikker nevner spesielt at de aktivt gjennomgår og justerer tilganger ved endringer, og det er vanskelig å bedømme om resterende har et forhold til fjerning av tilganger som ansatte ikke lengre trenger.

Det foreslås at IKT-seksjonen bruker svarene til dette spørsmålet og formulerer en bestilling til Helse Vest IKT om å forbedre Samlepunktet. Disses problemstillingene må være like i alle foretakene. Når ledere har bedre verktøy til kartlegging av ansattes tilganger bør vi stille dette spørsmålet på ny, men kanskje omformulere den til å fokusere på fjerning av unødvendige tilganger.

4- Tilbakemelding fra klinikkene om ansatte klarer å benytte personlige pålogging til systemer som inneholder person-, og helseopplysninger.

Dette spørsmålet er basert på utfordringer der ansatte kan til tide låne vekk sin «pålogging» til andre, og også der systemer ikke har tilstrekkelige tilgangsstyring for at ansatte skal kunne bruke personlige tilganger. Det er flere kjente problemstillinger som omfattes av dette temaet, bl.a. at ansatte/vikarer ikke har tilstrekkelige tilganger eller klarer ikke å logge seg på og må bruke en annens tilganger for å få informasjon om pasienter fra f.eks. DIPS. Det er også kjent at noen fagsystemer og noen typer medisinsk utstyr som inneholder helseinformasjon ikke har tilstrekkelig tilgangsstyring og at det brukes felles pålogging for å få adgang til informasjon i systemet/utstyr.

De fleste avvik vi mottar fra Helse Vest IKT gjelder saker der noen bruker en annens pålogging, men så langt har ingen av disse blitt oppdaget til å bli av annet grunn enn at det var nødvendig for å kunne jobbe med pasientbehandling (vedkommende har egen pålogging/tilganger, men ikke kunne logge seg på av diverse grunner) eller at de oppga brukernavn/passord til Helse Vest IKT med tro at Helse Vest IKT kunne disse allerede fra før av. Flere av disse avvik gjaldt utenlandske vikarer som ikke kan motta automatisk passord via SMS slik som sine norske kollegaer.

Svarene til spørsmålet reflekterer hovedsakelig det som var forventet på et overordnet nivå, som vil si at det er hovedsakelig bruk av personlige pålogginger til systemer som inneholder person, og helseopplysninger, men at det er noen få systemer der dette ikke er tilfellet.

Vi må fortsatt jobbe med forbedringer rundt tilgangsbestillinger. Systemet som Helse Vest IKT bruker for å levere passord via SMS fungerer per i dag kun mot norske telefonnumre, men vi har fått lovnad fra Helse Vest IKT at de skal etter sommerferie 2017 se på å endre systemet slik at de også kan sende passord til utenlandske telefonnumre.

Systemene og medisinske utstyr som ikke inneholder tilstrekkelig tilgangsstyring som gjør at ansatte kan bruke personlige pålogging, eller som gjør at det er for upraktisk å behandle pasienter med av- og pålogging, må forbedres. Det jobbes langsiktig med dette ved å presse leverandørene ved innkjøpsprosessene slik at de inkluderer denne funksjonaliteten i sine løsninger. Den kommende EU personvernforordning vil hjelpe her da det blir ikke lengre kun et fåtall sykehus som krever dette, men samtlige av kundene i Europa.

Forbedringsforslag

Område	Ansvarlig	Frist
Ansattes gjennomføring av e-læringskurset om informasjonssikkerhet.	Klinikkledelse: Følge opp sine ledere for at de sørge for at ansatte tar obligatoriske kurs.	Innen utgangen av 2017.
Klinikkenes sikring av forsvarlig drift ved IKT stans.	IKT sikkerhetsleder: Sjekker at Økonomi og Finans har planer for eget drift dersom IKT blir langvarig borte. IKT seksjon påminner ved alle anledninger at IKT kan være borte og at nødrutiner må alle ha.	Gjennomgående.
Leders oppfølging av sine ansattes tilganger til IKT systemer (bestilling og fjerning).	IKT seksjonen: Bestiller forbedringer i Samlepunktet hos Helse Vest IKT.	Så snart denne ledelsesgjennomgang er godkjent.
Tilbakemelding fra klinikkene om ansatte klarer å benytte personlige pålogging til systemer som inneholder person-, og helseopplysninger.	IKT seksjonen: Fortsetter med å følge opp avviksmeldinger rundt dette for å få forbedret løsninger for bestilling av tilganger og utlevering av passord. IKT seksjon og MTI: Være proaktiv i utforming av kravspesifikasjoner slik at personvern og tilgangsstyring blir vesentlige krav for framtidige innkjøp.	Kontinuerlig

Viktig at alle ledere kjenner til beredskapsplanen og gjør den kjent i sin klinikk.

Beslutning:

Ledergruppen slutter seg til foreslåtte tiltak. Internkontroll ansvarlig, Brad Folsom, inviteres i ledermøte for å gi en grundig redegjørelse om IKT sikkerhet. Det ønskes også en klinikkvis oversikt over gjennomført IKT e- læringskurs.

Ledelsens gjennomgang – oppsummering og forbedringsforslag

Helse Stavanger 2017

Internkontroll område:

Lov av 5. august 1994 nr. 55 vern mot smittsomme sykdommer §§ 4-7 og 7-11, Forskrift om smittevern i helse – og omsorgstjenesten

Internkontrollansvarlig:

FFU seksjon smittevern, Marit Mathisen

Oppsummering

Vurdering av risikoområder innen smittevern

Flere Klinikker/avdelinger svarer at de ikke gjennomfører spesifikk risikovurdering av områder innen smittevern, men at smittevern inngår i andre risikovurderinger. Flere henviser til at sykehusets interne EQS rutiner for å forebygge smitteoverføring følges.

Klinikkene/avdelingene svarer at de gjennomfører vurdering av risikoområder som en del av HMS –runde, sjekklisten 7 «Smittevern» hvert 3. år og sjekklisten 13 «stikkende eller skarpe gjenstander». Her er risikoområder innen smittevern integrert i skjema. Det henvises også til pasientsikkerhetsprogrammet og at de har implementert deltiltakene i forhold til forebygging av urinveisinfeksjoner, blodbaneinfeksjoner og postoperative sårinfeksjoner. Videre ivaretagelse av smittevern er integrert i risikovurdering før igangsetting av ombyggingsprosjekter i sykehuset. Ingen svarer at det er gjennomført en egen risikovurdering av smitterisiko i klinikker/avdelingen.

Smittevern bør være et område som risiko vurderes på samme måte som HMS og kvalitet- og pasientsikkerhet. Sykehuset har en overordnet mal for gjennomføring av risikovurdering. Smittevern er ikke et punkt i denne malen og dette øker sannsynligheten for at smittevern blir glemt når malen brukes ved gjennomføring av risikovurderinger.

Vi hatt avvik med smitteutbrudd som resultat flere ganger årlig i sykehuset og noen av disse kunne vært unngått. Av drifts- og kapasitetshensyn blir pasienter flyttet mellom sengeposter og rom internt i sengepostene ofte flere ganger under oppholdet.

1. Isolatkapasitet

Klinikk for psykisk syke voksne har enerom til alle pasienter. Klinikkene / avdelingene i somatikken oppgir knapphet på rom for isolering, og at de mangler rom med sluse og dekontaminator. Det henvises til at «plan for høy aktivitet» og at denne er et godt hjelpemiddel når det er mangel på isolater. I denne beskrives tiltak for å avhjelpe situasjonen. Det opplyses at når det ikke er nok enerom må flersengsrom blokkeres og tas i bruk til en pasient. Det uttrykkes bekymring for konsekvensene når ortopediske poster slås sammen og antall enerom reduseres. I tillegg pekes det på utfordringene med isolatkapasitet når Isolatposten og diagnostiskpost stenger.

Seksjon smittevern erfaringer fra utbrudd situasjoner og observasjoner at metode for isolering og gjennomføring at metode og bruk av personligverneutstyr er mangelfull. Det har vært et

såkornprosjekt med isolerings som tema ved Infeksjonsposten 3F og resultater herfra bør brukes i helse sykehuset.

2. Dokumentasjon av nødvendig opplæring innen smittevern og infeksjonskontrollprogrammet

Dette gjennomføres ulikt. Noen klinikker svarer at de dokumenterer i kompetanseplan for pleiepersonalet og kompetanseportalen, andre gjennom lokale prosedyrer. Ingen rapporterer om samlet oversikt for alt personell.

3. Hvordan gjennomføres systematisk opplæring i infeksjonskontrollprogrammet og tildeles aktuelle e-læringskurs i smittevern gjennom enhetenes kompetanseplaner?

De fleste klinikker/avdelinger tilbakemelder at nyansatte tildeles e-læringskurs i kompetanseportalen og at det til en viss grad er gjennomført obligatoriske e-lærings kurs i smittevern. De fleste peker på at det er et forbedringspotensial i bruken av aktuelle e-læringskurs. Alle klinikker oppgir at det gjennomføres andre typer opplæring i smittevern, som for eksempel kurs for nyansatte/vikarer og gjennom fagdager. Kompetanseplaner for nyansatte og enkelte andre grupper finnes på overordnet nivå og tildeles v, men kompetanseplaner for andre målgrupper savnes.

I perioden 16/08-2016 til 16/8-2017 er 737 ansatte påmeldt obligatorisk e-læringskurs «smittevern – håndhygiene» og 668 av disse fullført og bestått kurset.

Kompetanseplan er sykehusets verktøy for dokumentasjon av opplæring og sikrer at alle ansatte får systematisk opplæring. Smittevern bør inngå i kompetanseplaner på lik linje med annen opplæring og vedlikehold av kunnskap. Alle klinikker og enheter bør ta i bruk kompetanseplaner til opplæring og for oversiktlige og systematisk dokumentasjon.

4. Har alle leger fått tildelt kompetanseplan for riktig antibiotikabruk ?

Dette varierer mellom klinikkene. I noen klinikker/enheter har alle leger fått tildelt, mens i andre er det ingen.

Tall fra Læringsportalen viser at det til i løpet av 2017 til nå er 125 som er påmeldt kurset og 91 som har bestått/gjennomført. I samme periode er det 53 ansatte som er tildelt kompetanseplanen «Riktig Antibiotikabruk - Leger» som inngår i antibiotika styringsprogrammet. Antall fullførte krav i disse 53 planene er 18,24 %.

5. Melding av sykehusinfeksjoner

Sykehusinfeksjoner meldes ikke i synergi med unntak av noen få infeksjoner hvor infeksjonen har fått store konsekvenser for pasienten. Det henvises til melding av infeksjon rapporteres i andre fagspesifikke kvalitetsregister som f. eks hofteregisteret, NOIS/prevalens og ryggregister.

Rapportering til fagspesifikke kvalitetsregister er viktig, men ved at Synergi ikke benyttes til å rapporteres infeksjoner som avvik kan vi forspille muligheten til å oppdage mulige svikt i behandlingen internt i sykehuset.

6. Hvordan brukes lokale resultater fra registrering av sykehusinfeksjoner og antibiotikabruk enhetene?

Alle klinikker og enheter som det er relevant for oppgir at de gjennomgår egne tall og at disse brukes i varierende grad i forbedringsarbeid.

Seksjon for smittevern utarbeider rapport med nøkkeltall innen smittevern, sykehusinfeksjoner og antibiotikabruk 2 ganger i året til sykehusets ledergruppe.

Område	Ansvarlig	Frist
Gjennomføre risikovurderinger som av forflytting av pasienter internt.	Klinikkene/enhetene i samarbeid med Fagavdelingen seksjon smittevern	2017/2018
Etablere smittevern som valg i nedtrekk menyen for risikovurdering skjema EQS 12063	Fagavdelingen Kvalitet- og pasientsikkerhet	Snarest
Begrense stenging av sengeposter som har gode isoleringsrom	Klinikkene/enhetene	
Sikre at ansatte som har ansvar eller oppgaver med isolerte pasienter kjenner og kan rutinene for isolering og bruk av personlig beskyttelsesutstyr	Klinikkene/enhetene med bistand fra Fagavdelingen seksjon smittevern	2017/2018
Punkt 3 og 4 Etablere kompetanseplaner hvor smittevern inngår	Klinikkene/enhetene med bistand fra Fagavdelingen seksjon smittevern	2017/2018
Kompetanseplan for riktig antibiotikabruk tildeles alle leger og ledelsen i klinikkene/enheten følger opp at alle krav gjennomføres.	Klinikkene/enhetene med bistand fra Fagavdelingen seksjon smittevern	2017/2018
Sykehusinfeksjoner registreres i synergi og følges opp i klinikkens kvalitetsråd	Klinikkene	2017
Det gjennomføres en systematisk gjennomgang av nøkkeltall innen smittevern, sykehusinfeksjoner og antibiotikabruk i leder – og kvalitetsråd 2 ganger årlig.	Klinikkene	2017

Ledelsens gjennomgang

Det kan være nyttig med risikovurdering av smittevern, men den må ses i en helhet (korridorpasienter vs. utnyttelse av senger, økonomi osv.).

Legenes lave gjennomføringsgrad av kompetanseplan for riktig antibiotika bruk, må følges opp av den

enkelte kliniksjefer.

Beslutning:

Ledergruppen støtter foreslåtte tiltak med kommentar.

Ledelsens gjennomgang – oppsummering og forbedringsforslag

Helse Stavanger 2017

Internkontroll område: Beredskap

Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap
Lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven)

Internkontrollansvarlig: Beredskapssjef Karin Sollid

Oppsummering

Beredskaps gjennomgang av internkontroll er etter Lov om helsemessig og sosial beredskap.

I forbindelse med utsending av årets internkontroll gjennomgang ble det for beredskap satt opp tre spørsmål hvor målet var å sjekke ut hvordan klinikkene håndterer og sikrer gode planverk og prosedyrer og om beredskap er tema i klinikkens «Årshjul».

Fra fjorårets gjennomgang ble det gjort følgende vedtak:

Beskrevne tiltak godkjennes med følgende merknader:

Adm. direktør: Ny organisasjonsstruktur vil få konsekvenser for beredskapsplanene – før dette fungerer det planverktøyet vi har.

LG-sak før jul: Revidert beredskapsplan legges frem etter at ny organisering er på plass.

Oppfølging av vedtak fra 2016:

Arbeidet med ny organisering har tatt lengere tid enn forventet og ny organisering vil bli lagt frem i LG i løpet av høsten.

Resultat av årets gjennomgang

1. Hvordan sikrer klinikkene at beredskap og planverk er kjent blant medarbeiderne?
Alle klinikkene har systemer for oppfølging. Der det er forbedringspotensialer er innen personal- og organisasjonsutvikling og Fagavdelingen hvor det ikke er tilstrekkelig kjennskap til planverk.
2. Er det noen planer eller prosedyrer som klinikkene mener mangler?
Det som etterspørres er flere øvelser og noen lokale planer for evakuering og rutiner for trussel håndtering.
3. Er beredskap tema i klinikkens «Årshjul»?
Alle klinikkene har beredskap som tema.

Oppsummering:

Det er imponerende og gledelig å konstatere at alle klinikkene har gode systemer og rutiner for oppfølging av beredskap. Stabsavdelingene har forbedringspotensialer, men en bør her diskutere på hvilket nivå planverk og øvelser skal gjennomføres.

Forbedringsforslag

Område	Ansvarlig	Frist
Der det er forbedringspotensialer er innen Personal- og organisasjonsutvikling og Fagavdelingen hvor det ikke er tilstrekkelig kjennskap til planverk	Personaldirektør, Fagdirektør i samarbeid med Beredskapssjef	Desember 2017
Det som etterspørres er flere øvelser og noen lokale planer for evakuering og rutiner for trussel håndtering.	Beredskapssjef	Dialog med klinikker innen november 2017.

Ledelsens gjennomgang

Det er viktig å synliggjøre det gode arbeidet med mange beredskapsøvelser i f.eks. årlig melding.

Beslutning:

Ledergruppen støtter foreslåtte tiltak.

Ledelsens gjennomgang – oppsummering og forbedringsforslag

Helse Stavanger 2017

Internkontroll område: helseforskning

Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)

Forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning

Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven)

Internkontrollansvarlig: Forskningsavdelingen, koordinert av Inger Hjørdis Bleskestad

Oppsummering

Tilbakemeldingene fra klinikkene bærer preg av stor variasjon med oversikten over og kontrollen av egen forskning. Enkelte enheter har svært god oversikt, mens andre enheter har manglende oversikt.

Et nytt strategidokument for forskning er utarbeidet. I ledelsens gjennomgang for 2015 ble det viderepekt på behov for en egen monitoreringstjeneste for egeninitierte kliniske studier og for GCP (Good Clinical Practice) kurs. Sistnevnte planlegges koordinert og levert av den kliniske forskningsposten ved SUS som nå er under etablering. Kostnadsomfang, volum og organisasjonskonsekvenser vil bli beskrevet før oppstart som pålagt i 2016.

Forbedringsforslag

Område	Ansvarlig	Frist
GCP kurs	Svein Skeie	I løpet av 2018
Monitoreringstjeneste	Svein Skeie	Utredes i løpet av 2018

Ledelsens gjennomgang

Det pågår et regionalt arbeid for å utvikle et system for oversikt og kontroll med forskning i foretakene. Forskningsavdelingen ved SUS har meldt interesse for dette arbeidet og vil delta.

Beslutning:

I påvente av et eventuelt regionalt system ber ledergruppen forskningsavdelingen iverksette tiltak for å få felles oversikt over egen forskning, slik at det tilfredsstiller gjeldende lovkrav.

Forskningsprosjekter som gjennomføres ved Helse Stavanger skal publiser på Helsenorge.no

Ledelsens gjennomgang – oppsummering og forbedringsforslag

Helse Stavanger 2017

Internkontroll område: Blod

Forskrift om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blodgiverregister (blodforskriften)

Internkontrollansvarlig: Avd.overlege/avd.sjef Gunn Kristoffersen

Oppsummering

For alle klinikker hvor problemstillingen er relevant, tilbakemeldes det at opplæring i SUS prosedyrer om transfusjon inngår på sjekklister over opplæring for nyansatte.

For alle klinikker hvor problemstillingen er relevant, tilbakemeldes det, i varierende grad, at det signeres for at opplæring er gitt og mottatt/forstått. Kompetanseportalen er tatt i bruk i flere klinikker.

For alle klinikker hvor problemstillingen er relevant, tilbakemeldes det at uønskede hendelser og avvik i forhold til transfusjon registreres i Synergi etter foretakets gjeldende prosedyrer.

Det er en tydelig forbedring i forhold til tidligere års rapportering fra divisjoner/klinikker.

Forbedringsforslag

Område	Ansvarlig	Frist
Dokumentasjon på at opplæring er gitt er ofte mangelfull. Kjennskap til overordnede prosedyrer i SUS innen transfusjon skal inngå i sjekklister ved opplæring.	Klinikksjef/avdelingssjef	2017
Ikke alle relevante enheter benytter kompetanseportalen. Kompetanseportalen tas i bruk ved alle relevante enheter for å dokumentere opplæring innen transfusjon	Klinikksjef/avdelingssjef	2017/2018

Ledelsens gjennomgang

Beslutning:
Ledergruppen støtter foreslåtte tiltak

Ledelsens gjennomgang – oppsummering og forbedringsforslag

Helse Stavanger 2017

Internkontroll område: Strålevern

Forskrift om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften)

Internkontrollansvarlig: Johan Vikström

Oppsummering

Et hovedfokus innen strålevern er opplæring og kompetanse. Et minstekrav for å arbeide med C-bue eller liknende røntgenapparat er at e-læringskurset *Strålebruk: C-bue* er bestått. Det kreves også apparatspesifikk opplæring for de som styrer røntgenutstyret. Hovedsakelig håndteres opplæringen tilfredsstillende i Helse Stavanger men interne revisjoner og andre kontroller har avdekket manglende opplæring og/eller dokumentasjon ved flere avdelinger.

Dokumentasjon av opplæring har vært en utfordring. I tidligere ledelsens gjennomganger har det vært nevnt behov for tilrettelegging i Kompetanseportalen. Bruken av Kompetanseportalen er nå mer utbredt og flere klinikker har utarbeidet lokale kompetanseplaner.

Tilbakemeldingen fra klinikkene er at opplæring stort sett fungerer og de fleste dokumenterer det i Kompetanseportalen.

Prosedyrene om kompetanse og opplæring i strålevern og strålebruk er revidert i 2017 og basert på dem vil det legges ut kompetanseplaner i Kompetanseportalen som lederne kan fordele på de ansatte.

Et annet fokusområde i strålevernarbeidet de siste årene har vært melding av uønskede hendelser. Til tross for opplæring av strålevernkontaktene i de ulike avdelingene og detaljerte prosedyrer med eksempel på ting som kan meldes har ikke antallet meldte hendelser økt. Det kan skyldes at det ikke skjer så mange uønskede hendelser innen strålevern men mer trolig er at det er underrapportering.

I spørreskjema til årets ledelsens gjennomgang ble det spurt hvorfor det meldes så få avvik innen strålevern. Basert på tilbakemeldingen fra klinikkene trengs det mer fokus på dette.

I flere år har det vært arbeidet med å redusere de høye persondosene for kardiologene på 2N. I 2016 ble det, på oppdrag av administrerende direktør i ledelsens gjennomgang, utarbeidet en rapport i samarbeid med bedriftshelsetjenesten der status og forslag til tiltak er beskrevet. Oppfølging av dette fortsetter i 2017.

Forbedringsforslag

Område	Ansvarlig	Frist
Opprette kompetanseplaner innen strålevern og strålebruk i	Strålevernkoordinator Johan Vikström	30.09.2017

Kompetanseportalen		
Styrke strålevernorganisasjonen innen ikke-ioniserende stråling, bl.a. ved å opprette strålevernkontakter ved alle avdelinger som bruker dette.	Strålevernkoordinator Johan Vikström	31.12.2017
Fortsatt fokus på persondosene for kardiologene ved 2N. Oppfølging av seksjonens handlingsplan for strålevern og vurdere innkjøp av større skjerm (har dosebesparende effekt)	Seksjonsoverlege Alf Inge Larsen	31.12.2017

Ledelsens gjennomgang

Det er viktig å bygge opp kompetansen innen ikke-ionisert stråling. Dette vil bli brukt i større grad i det nye sykehuset.

Kardiologisk 2N tester i disse tider nytt verneutstyr som skal ha en dosebesparende effekt.

Beslutning: Ledergruppen støtter foreslåtte tiltak.

Ledelsens gjennomgang – oppsummering og forbedringsforslag Helse Stavanger 2017

Internkontroll område: Legemidler

Forskrift om legemidler (legemiddelforskriften)

Internkontrollansvarlig: Linda Mentzoni Johnson, Avdeling for farmasøytiske tjenester ved Sjukehusapoteket i Stavanger

Oppsummering

Ledelsens gjennomgang 2015	Tiltak i 2016
<p>«Konkrete oppgaver som skal planlegges og gjennomføres i et samarbeid mellom HS ved aktuelle divisjoner, FFU og Sjukehusapoteket:</p> <ol style="list-style-type: none">1) oppfølging av lagerorganisering.2) definere behov for undervisning fra Sjukehusapoteket og markedsføre dette3) oppfølging av revisjonsfunn i aktuelle enheter4) Synliggjøring av risikomedisiner5) Synliggjøring av ulike rapporter om legemidler»	<ol style="list-style-type: none">1) Dette utføres fortløpende på poster med Apotekstyrt legemiddellager, i regi av apoteket.2) E-post sendes alle avdelingssykepleiere, særlig undervisning i forbindelse med revisjonsfunn markedsføres, men det er vanskelig å finne riktige fora for å nå flest mulig.3) Apoteket følger opp med skriftlig materiell og tilbud om undervisning. Også her vanskelig å finne riktig fora for å nå flest mulig.4) Tydelig fokus etter Legemiddeltryggleiksprosjektet. Videreføres ved at noen konkrete risikolegemidler følges opp via LMK/RLMU.5) Legemiddelportalen på Pulsen.
<p>«Sykepleiere og vernepleiere skal etter dagens forskrift også ha personlig fullmakt til legemiddelhåndtering. Arbeidet med å få dette på plass bør starte opp i løpet av 2016. Nødvendige personlige fullmakter til legemiddelhåndtering for sykepleiere og vernepleiere utarbeides i et samarbeid mellom HS og Sjukehusapoteket.»</p>	<p>Dette arbeidet har vært diskutert, men det har vært kapasitetsproblemer og dessverre ikke påbegynt. Her må Personalavdelingen i HSHF involveres i tillegg til FFU. Punktet er videreført.</p>
<p>«Sykehusets pasient/brukerutvalg bør ha legemiddelhåndtering på minst et av sine møter og gjerne som gjentakende tema. Agenda, deltager og intervall på møter i Brukerutvalget om legemidler avgjøres i samarbeid mellom HS ved FFU og Sjukehusapoteket.»</p>	<p>Henvendelsen til Brukerutvalget er sendt men temaet er ikke kommet på agendaen ennå. Punktet er videreført.</p>

2016:Tilbakemeldinger fra klinikker/ divisjon/ staber:

Spørsmål på området Legemidler fokuserte i 2016 på hvor aktivt i EQS brukes, og hvordan opplæringen i prosedyrer gjennomføres. De fleste klinikker har svart, men tilbakemeldingene var noe generelle.

Det nevnes systematisk opplæring av nyansatte, mens den jevnlige repetisjonen ikke omtales i stor grad. Mange klinikker benytter e-post til informasjon. Psykiatrisk klinikk verdsetter legemiddelinformasjonen som de får fra sin avdelingsfarmasøyt. En klinikk nevner «Min avdeling» under Pulsen som nyttig informasjonssted. Mottaksklinikken etterlyser e-læringskurs i Meona.

Egne vurderinger av internkontrollen:

Det bør vurderes om det bør være mer aktiv opplæring i prosedyrer fra ledelsens side. I dag får alle som har gjort en utskrift av en EQS prosedyre, mail ved endringer av prosedyren. Dette sikrer at en får beskjed om/eller mulighet til å skifte ut papirkopier. Men systemet er ment til å brukes elektronisk. Hvordan dokumenteres det hvem som har lest hvilke prosedyrer? Muligheten er til stede for at kvalitetskoordinator kan ta ut logg over ansattes aktivitet i EQS.

Klinikkene bruker e-post som en informasjonskanal. Dersom dette er hovedkanalen for informasjon bør det tas en vurdering på om ansatte har tid til å lese e-post ofte, eventuelt kan en be om lesebekreftelse på slike e-poster.

Internrevisjon gir en kontroll av kvalitetssystemet. Det kan gi inntrykk av hvor kjent og anvendt en prosedyre er. Alle klinikker bortsett fra en, gir tilbakemelding om at revisjonsrapporter tas opp i kvalitetsrådet. Men ledelsens gjennomgang gav ikke svar på hvordan informasjon går videre til de ansatte om eventuelle tiltak som blir bestemt i kvalitetsrådet.

Høsten 2017 starter HSHF med å få Legemiddelhåndtering inn i kompetanseportalen. Dette er den generelle opplæringen. I EQS 1420 (Opplæring/utlevering) står det hvilke retningslinjer de ulike profesjonene skal kunne. Ønsker ledergruppen seg en jevnlig gjennomgang av prosedyrene, f.eks. hvert 3. år?

Det bør standardiseres hvordan en prosedyre skal informeres om. Hvis det systematisk informeres gjennom flere kanaler, vil det være større sjanse for at beste praksis blir implementert. Standarden bør ikke være for ambisiøs, men holde et nivå som er gjennomførbart. Bør det være noen minimumsinformasjonskrav som ligger på klinikkledelse og/eller dokumentadministrator ved nye prosedyrer og ved betydelige endringer i etablerte prosedyrer?

Forbedringsforslag

Område	Ansvarlig	Frist
EQS bør brukes mer aktivt - Rollene bør defineres; hvilket ansvar har hver		

rolle (klinikkledelse, dokumentansvarlig, kvalitetskoordinator avdelingssykepleier m.m) for at kvalitetssystemet blir brukt? - Hvordan kan endringer i en prosess nå ut mer systematisk?		
Læring etter revisjoner - Når revisjonsrapportene tas opp i kvalitetsrådene, bør behovet defineres der og da. Et konkret oppdrag kan da gis apoteket, f.eks. undervisningstid i allerede eksisterende fora (avdelingsmøter, fagdager osv.)		
Personlig fullmakt - Overføres fra forrige gjennomgang		
Brukermedvirkning - Overføres fra forrige gjennomgang		

Ledelsens gjennomgang

Det er viktig å få på plass personlig fullmakt til legemiddelhåndtering som er krav i forskriften. Utarbeides i samarbeid mellom fagdirektør og Sjukehusapoteket.

Mye av opplæringen skal skje i kompetanseportalen og gjennom e- læringskurser. Det er ønskelig å høre hvordan de andre foretakene legger til rette for dette.

Beslutning:

Ledergruppen slutter seg til foreslåtte tiltak.

Ledelsens gjennomgang – oppsummering og forbedringsforslag Helse Stavanger 2017

Internkontroll område: Ortopedisk beinbank og øye (Amniahinner)

Forskrift om krav til kvalitet ved håndtering av humane celler og vev

Internkontrollansvarlig: Jarle Ludvigsen og Markéta Jensen

Oppsummering

Oppsummering beinbanken: Driften av beinbanken fungerer i hovedtrekk bra. Vi har en utfordring i å skaffe samtykkeskjema fra mottaker av donorbein. Dette settes ekstra fokus på fremover, og en vil innhente slike skjema i etterkant av operasjonen hvis det ikke foreligger umiddelbart peroperativt.

Oppsummering øye: Rutiner for dobbelkontroll etter uthenting av amniahinner fra frys er ikke alltid fulgt og kan bli bedre. System for dokumentasjon i forbindelse med bruk av amniahinner fra donor er omfattende og tungvint.

Forbedringsforslag

Område	Ansvarlig	Frist
Innhentesamtykkeerklæringer fra mottaker av donorbein	Jarle Ludvigsen	31/12-17
Presisering og oppfølging av at rutiner for dobbelkontroll ved uthenting av amniahinner fra frys, blir fulgt	Markéta Jensen	2017
Se på mulighetene for å etablere et enklere system for dokumentasjon ved bruk av amniahinner	Markéta Jensen	2017

Ledelsens gjennomgang

Beslutning:

Ledergruppen støtter foreslåtte tiltak.

Ledelsens gjennomgang – oppsummering og forbedringsforslag Helse Stavanger 2017

Internkontroll område: Kompetanseportalen (ikke eget internkontrollområde)

Internkontrollansvarlig: Maiken Jonassen/ Anne Britt Motland

Oppsummering: Basert på tilbakemeldinger fra klinikker/ divisjon/ staber og egne vurderinger av internkontrollen

Spørsmål som ble stilt:

- På hvilken måte sikrer klinikken at KP blir brukt ved forberedelse, gjennomføring og dokumentasjon av medarbeidersamtaler (MAS)?
- På hvilken måte sikrer klinikken at det blir utarbeidet kompetanseplaner (KP)/klinikk/avdelingsspesifikke kompetansekrav?
- På hvilken måte bruker klinikken KP for å følge opp gjennomføringsgrad på kompetansekrav/-planer, (f.eks. på obligatoriske kurs, medisinsk utstyr m.m.)?
- I hvilken grad bruker klinikken rapporteringsfunksjonen i KP for følge opp arbeidet med å lukke avvik (f.eks. innen medisinsk utstyr, brannsikkerhet m.m.)?
- Hva skal til for at klinikken skal øke bruken av KP i medarbeideroppfølgingen?

Tilbakemelding fra klinikker/divisjon/staber (kortversjon)/egne vurderinger av internkontrollen:

Arbeidet med dokumentasjon av opplæring i Helse Stavanger er en kontinuerlig oppgave. Foretaket har forbedringspotensial når det gjelder å dokumentere opplæring og bruk av rapporteringsfunksjonen i Kompetanseportalen.

- Over halvparten av klinikkene/divisjon/stabsenhetene opplyser at de har rutiner for gjennomføring av MAS og/eller at MAS gjennomføres. 3 klinikker opplyser at de har forbedringspotensial.
- Over tre fjerdedeler av klinikkene/divisjon/stabsenhetene opplyser at de har gode rutiner for å sikre at det blir utarbeidet KP/kompetansekrav. 2 klinikker opplyser at de har et stort forbedringspotensial. De trekker spesielt fram utarbeidelse av KP for leger og utfordringer å følge opp KP for de som er deltidsansatte/nattevaktstillinger.
- Litt over halvparten av klinikkene/divisjon/stabsenhetene opplyser at de bruker KP (gjennom MAS og bruk av rapporteringsfunksjonen i KP) til å følge opp gjennomføringsgrad på kompetansekrav/-planer. Flere andre tiltak blir også nevnt. 4 klinikker/stabsenheter opplyser de bruker KP i varierende til liten grad for å følge opp gjennomføringsgrad på kompetansekrav/-planer.
- Under halvparten av klinikkene/divisjon/stabsenhetene opplyser ulike måter for å følge opp arbeidet med å lukke avvik. En av disse måtene er rapporteringsfunksjonen i KP. Over halvparten av klinikkene opplyser at de bruker rapporteringsfunksjonen i liten grad/en klinikk kjenner ikke til rapporteringsfunksjonen og en stabsenhet opplyser at rapporteringsfunksjonen ikke er relevant.
- Alle klinikkene/divisjonen og stabsenheter hadde forslag til å øke bruken av KP i medarbeideroppfølgingen.

Tilbakemeldingene fra klinikkene, divisjon og stabsenhetene og etablering av felles kompetansenettverk av superbrukere, gir et godt grunnlag for dialoger om hvilke tiltak som bør iverksettes for å øke bruken av Kompetanseportalen.

Forbedringsforslag:

Område	Ansvarlig	Frist
Tilbud om opplæring i bruk av Medarbeidersamtale modulen (<i>forberedelse, gjennomføring og dokumentasjon</i>) og Rapporteringsfunksjonen i KP, etter nærmere avtale med klinikkene/divisjon/stabsenhetene.	Undervisningsavdelingen Klinikkene/divisjon/stabsenhetene	31.12.17
Etablering av fast kurstilbud i bruk av Medarbeidersamtale modulen (<i>forberedelse, gjennomføring og dokumentasjon</i>) og Rapporteringsfunksjonen i KP.	Undervisningsavdelingen Klinikkene/divisjon/stabsenhetene	01.05.18
Etablering av felles kompetansenettverk av superbrukere – KP ¹ i foretaket.	Systemansvarlig for Kompetanseportalen Superbrukere – KP i foretaket	31.12.17

Ledelsens gjennomgang

Bruk av kompetanseportalen for LIS utdanning kan gjerne tas opp i ledermøte.

Beslutning:

Ledergruppen støtter foreslåtte tiltak.

¹ LG har vedtatt at det skal etableres felles kompetansenettverk av superbrukere - KP i foretaket. Superbruker for Kompetanseportalen vil være klinikkens dedikerte ressursperson, samtidig som vedkommende vil være i samarbeid med og delta i et kompetansenettverk av superbrukere i foretaket – hvor man hjelper og bistår hverandre, deler nyttige erfaringer, og sikrer back-up på kunnskaper. Koordinering av nettverket er systemansvarlig for Kompetanseportalen.

Ledelsens gjennomgang – oppsummering og forbedringsforslag Helse Stavanger 2017

Internkontroll område: Mat

Lov om matproduksjon og mattrygghet mv. (matloven)

Internkontrollansvarlig: Kjøkkensjef Sissel Dahlberg

Oppsummering

Det er generelt gode rutiner for håndtering av mat på alle avdelinger/ poster/ enheter. I somatiske enheter vil postverter ivareta de fleste oppgavene vedrørende matservering og det er beskrevet rutiner for dette. Når pasientene er sengeliggende, eller av andre årsaker ikke kan oppsøke bufe selv, er det pleiepersonell som ivaretar denne oppgaven. Rutiner for matservering/ matsikkerhet ivaretatt av pleiepersonell, finnes ikke og etterlyses fra klinikkene.

I psykiatrien er det ikke ansatt postverter med begrunnelse i små enheter. Det finnes rutiner for matservering i psykiatriske klinikker, men rutinene/ prosedyrer i EQS er ikke revidert/ oppdatert og ingen «eier» rutinene.

Forbedringsforslag

Område	Ansvarlig	Frist
Prosedyre for matservering på sengerom i somatikken mangler.	Miriam Jenssen	31.12.2017
Det bør utnevnes en dokumentansvarlig for prosedyrer gjeldende matloven i psykiatrien.	Klinikk ledelse i psykiatri	31.12.2017

Ledelsens gjennomgang

Beslutning:

Ledergruppen slutter seg til foreslåtte tiltak. Divisjon for driftservice, i samarbeid med kliniske avdelinger, utarbeider felles prosedyre for matservering når oppgaven ikke er ivaretatt av postverter.

Ledelsens gjennomgang – oppsummering og forbedringsforslag Helse Stavanger 2017

Internkontroll område: Elektro

Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr (el-tilsynsloven)

Internkontrollansvarlig: Seksjonsleder Rolf H. Næsheim

Oppsummering

Helseforetaket har mye småelektrisk utstyr i bruk i de forskjellige avdelingene. Det er en positiv utvikling i oppfølgingen av disse mht funksjon og sikker bruk.

Punktene som er tatt inn i HMS kartlegging og sjekklister 10 har god effekt.

System for utbedring av feil og mangler på elektrisk anlegg/ utstyr:

Incit Xpand FDV og ordresystem får god omtale av brukerne i foretaket. Systemet fungerer bra og er enkelt i bruk for sykehusets medarbeidere.

Egne vurderinger av internkontrollen

IK systemet og rutineene fungerer som det forutsettes.

Fokus på småelektrisk og melderutiner for avvik på elektrisk utstyr og anlegg er greit, men bør løftes jevnlig frem i organisasjonen sammen med holdningskapende tiltak.

Forbedringsforslag

Område	Ansvarlig	Frist
Til neste revisjon/ ledelsens gjennomgang er det ønskelig at avdelingenes fokus økes mot den enkelte enhets prosedyrer og tiltakskort for bortfall av elektrisk strøm.	Klinikk ledelsen	Vår 2018

Ledelsens gjennomgang

Beslutning:

Ledergruppen slutter seg til foreslått tiltak. Oppdatert prosedyre og tiltakskort utarbeides i samarbeid mellom beredskap og elektro. Tiltakskort kan med fordel standardiseres ved like avdelinger/poster.

Ledelsens gjennomgang – oppsummering og forbedringsforslag

Helse Stavanger 2017

Internkontroll område: Brannvern

Lov om vern mot brann, eksplosjon og ulykker med farlig stoff og om brannvesenets redningsoppgaver (brann- og eksplosjonsvernloven)

Internkontrollansvarlig: Brannvernleder Tom Haugen

Oppsummering/ Forbedringsforslag

Positivt å se at de fleste har startet å implementere den nye brannvernplanen. Her er det også mange poster som har kommet veldig langt i å utarbeide og bruke alle de nye malene som er tilknyttet denne.

Synergi brukes dessverre ikke helt som tenkt når det gjelder brann relaterte problemer, det er svære få (eller ingen) som melder om brann relaterte problemer i egen avdeling. Det må dessverre sies at flere avdelinger faktisk er motvillige til å gjøre utbedringer, selv etter flere synergi meldinger på direkte lovbrudd. Dette gjelder primært problemer som brannvernleder er informert om, og svar som er gitt av de avdelinger som har hatt internrevisjon.

Skjema 10 : Her er mange flinke til å sende inn, men de registres også at ikke alltid skjemaet brukes som det er skal. Her skal leder sammen med for eksempel verneombud, ass avdelings leder el. Fyller ut og sende inn den faktisk tilstandene i avdelingen/post/ enhet. Det viser seg dessverre mange ganger at utfyllingen ikke stemmer med virkeligheten. (eksempel; krysser man av for god brannverns opplæring, så må dette kunne dokumenteres, her er det avdekket flere avvik under revisjon)

Område	Ansvarlig	Frist
Synergi – legge inn avvik når det oppstår brudd på brannvernloven.	Ledere i klinikkene	Kontinuerlig
Skjema 10; utfylling av skjemaet bør gjøres på en slik måte at det stemmer over ens med de faktiske forhold på avdeling/ post.	Ledere i klinikkene	Årlig

Ledelsens gjennomgang

Rømningsveier som er blokkert av f.eks. stoler, utstyr mm bør meldes i Synergi for å gi en oversikt over omfanget og for å kunne iverksette tiltak.

Beslutning:

Ledergruppen støtter foreslåtte tiltak.

Ledelsens gjennomgang – oppsummering og forbedringsforslag

Helse Stavanger 2017

Internkontroll område: Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr.

Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr
Forskrift om medisinsk utstyr

Internkontrollansvarlig: Geir Sørgerd

Oppsummering

Iflg tilbakemeldingene fra klinikkene er det fortsatt varierende grad av dokumentasjon i forhold til opplæring i bruk av medisinsk utstyr. Det ser bra ut på pleiesektoren mens det nok en gang er store variasjoner mhp legene. Kompetanseportalen brukes til en viss grad men ikke fullt ut.

Når det gjelder melderutiner ved feil på medisinsk utstyr og erfaringstilbakeføring ved feilbruk virker det som om klinikkene har gode rutiner.

Forbedringsforslag

Område	Ansvarlig	Frist
Gjennomføring og dokumentasjon av systematisk opplæring i bruk av medisinsk utstyr	Klinikkledelsen	29.09.17

Ledelsens gjennomgang

Det er stadig flere som dokumenterer opplæring i bruk av medisinsk utstyr i kompetanseportalen, men fortsatt ikke tilstrekkelig, spesielt for enkelte legegrupper.

Beslutning:

Ledergruppen støtter foreslått tiltak.

Ledelsens gjennomgang – oppsummering og forbedringsforslag Helse Stavanger 2017

Internkontroll område: Ytre miljø¹

Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter
(Internkontrollforskriften)
NS-EN ISO 14001:2015 Ledelsessystemet for miljø
Forskrift om gjenvinning og behandling av avfall (Avfallsforskriften)
Forskrift om begrensning av forurensning (Forurensningsforskriften)

Internkontrollansvarlig: Birte Helland

Oppsummering for miljø og klima-arbeidet i Helse Stavanger HF

De tre første målene, «Redusere foretaket klimagassutslipp med 3 %», «Redusere tjenestereiser med 5 % årlig» og «Redusere mengden restavfall med 3 % årlig», ble ikke innfridd, og utviklingen vurderes som negativ. Det fjerde miljømålet, «Øke andel av økologiske matvarer til 15 % innen 2020», er ikke nådd, men utviklingen vurderes som positiv frem mot 2020. Det femte miljømålet, «Miljøbevisste ansatte», som er sammensatt av fem delmål, er innfridd med et snitt på 86,8 % og utviklingen vurderes som positiv.

Årlig utarbeides et klimagassregnskap (se vedlegg) som brukes av alle helseforetak i Norge. Antall tonn CO₂e¹ for energiforbruk, pasienttransport, tjenestereiser, internttransport og forbruk av interne ressurser, sammenlignes med fjorårets klimaregnskap i prosent av total CO₂e utslipp. I tillegg er det lagt inn et punkt med diverse hvor elementer som lystgass, kjølemedier og avfall til forbrenning medregnes i totalen. I 2015 ble det utarbeidet en ny indikator for ansattes transport til og fra jobb som tar utgangspunkt i årsverk som omgjøres til antall kg CO₂e/person/år. Tallene er ikke tatt med i oppsummeringen i Klimagassregnskapet, grunnet stor usikkerhet i tallmaterialet. Tallene som presenteres er kun basert på direkte utslipp (inkludert avfallsforbrenning), dvs. utslippet som sykehuset selv produserer.

Foretaket har som mål å redusere CO₂e utslippet med 3 % årlig. For å kunne utarbeide et pålitelig Klimaregnskap, er prosent CO₂e utslipp korrigert for aktivitetsøkningen i foretaket. Utregningen er kvalitetsikret med analyseavdelingen. I somatikk brukes NfN (Nettverk for næringseiendom) tall som konverterer dag og poliklinisk aktivitet over til døgnaktivitet. I utregningen for somatikken er det lagt til grunn at 10 polikliniske konsultasjoner er ett liggedøgn, og 3 dagopphold er ett liggedøgn. Vi er ikke kjent med noen forholdstall i psykiatrien mellom polikliniske konsultasjoner, døgnopphold og liggedøgn. Derfor har vi valgt å se på prosentvis utvikling innenfor døgnopphold, polikliniske konsultasjoner og sum liggedøgn. I 2016 er aktivitetsøkningen i Helse Stavanger HF, i henhold til overnevnte grunnlag for utregning, satt til 1 %.

Klimagassregnskapet viser at vi har et negativt avvik sammenlignet med 2015 på 1,3 %. De største avvikene er på bruk av fyringsolje (økt med 22,6 %), naturgass (økt med 14,8 %), diesel ambulanse (økt med 13,8 %), tjenestereise innland (økt med 17,1 %), tjenestebil/diesel (økt med 8,3 %) og kjølemedier (økt med 23,8 %). Det er bra at foretaket har redusert lystgassutslippet med 6,7 %.

¹ CO₂-ekvivalent er en enhet som brukes i klimaregnskap og tilsvarer effekten en mengde CO₂ har på den globale oppvarmingen over en gitt periode, vanligvis 100 år.

Ledelsens gjennomgang – oppsummering og forbedringsforslag Helse Stavanger 2017

Mål	Indikator	Utvikling 2015-2016
Redusere foretakets CO2 utslipp med 3 % årlig	<ul style="list-style-type: none"> • Antall liter drivstoff ambulanse, ambulansebåt, helikopter, drosje, privat bil, tjenestebil og intern transport. • Antall kilo lystgass (N₂O) • Energiforbruket dvs. elektrisitet, fjernvarme og fyring (fyringsolje, parafin, naturgass, propan og diesel). 	1,3 %
Redusere tjenestereiser med 5 % årlig	<ul style="list-style-type: none"> • Antall km flyreiser 	8,4 %
Redusere mengden restavfall med 3 % årlig	<ul style="list-style-type: none"> • % restavfall i forhold til total avfallsmengde. 	2,2 %
Øke andel av økologiske matvarer til 15 % innen 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Antall kroner som brukes til økologiske varer i forhold til total varemengde. 	10 %

Tabellen viser de 4 overordnede miljømål med tilhørende miljøindikator, som gir et bilde av miljøprestasjonen til sykehuset.

Grønt - Utviklingen vurderes som positiv

Gult - Utviklingen vurderes som positiv, men bidrar ikke tilstrekkelig. Trenden er ikke entydig.

Rødt - Utviklingen vurderes som negativ.

Mål	Indikator	Utvikling 2016
Miljøbevisste medarbeidere		86,8 %
-Alle avdelinger og divisjoner skal utarbeide miljømål og handlingsplaner.	<ul style="list-style-type: none"> • Antall miljøhandlingsplaner med miljømål er utarbeidet og fulgt opp. 	80,4 %
-80 % av de ansatte skal i løpet av 3 år gjennomføre e-læringsprogrammet Ytre miljø.	<ul style="list-style-type: none"> • Antall medarbeidere som har gjennomført e-læring «Ytre miljø» iht. foretakets krav. 	53,5 %
-Det skal alltid foreligge en oppdatert 3 årlig miljø-opplæringsplan	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomført opplæring iht. opplæringsplan. 	100 %
-Det skal årlig gjennomføres 10 interne revisjoner etter vedtatt revisjonsplan.	<ul style="list-style-type: none"> • Antall planlagte interne miljørevisjoner som er gjennomført etter plan. 	100 %
-Ansatte skal behandle miljøavvik i revisjonsmodulen Synergi.	<ul style="list-style-type: none"> • Antall behandlede miljøavvik som er behandlet og lukket i revisjonsmodulen Synergi 	100 %

Tabellen viser det femte overordnede miljømålet og delmål med tilhørende miljøindikator, som gir et bilde av miljøprestasjonen til sykehuset.

Grønt - Utviklingen vurderes som positiv 80-100%

Gult - Utviklingen vurderes som positiv, men bidrar ikke tilstrekkelig. Trenden er ikke entydig 50-80 %

Rødt - Utviklingen vurderes som negativ 0-50 %

Ledelsens gjennomgang – oppsummering og forbedringsforslag Helse Stavanger 2017

Ledelsens gjennomgang

1. Referatet i sin helhet legges fram i de ulike ledergruppene. Dette inkluderer også gjennomgang av «Kommunikasjonsplan Grønt sykehus».
2. Fire av fem miljømål (økologisk mat tas ut) og miljøpolitikk opprettholdes som tidligere.
3. Foretakets miljøprestasjon ble gjennomgått i møtet. 1 av de 5 miljømålene ble nådd i 2016. Tiltak for å nå miljømålene legges inn i revidert HMS handlingsplan i alle enheter.
4. Revidert HMS handlingsplan oppdateres basert på innspill fra HMS-runder 2017 og status for miljøtiltakene legges frem for LG-gruppen i november 2017.
5. Miljørapport 2016 godkjennes.
6. Nye/reviderte prosedyrer som omhandler lederskap og forpliktelse sendes til høring til hele LG gruppen.
7. Resultatene fra internrevisjonene ble gjennomgått. Administrerende direktør (AD) ber om at revisjonskartleggingen tas opp som sak i de ulike AMU og orienteres om i de enkelte ledergrupper. Ledergruppene vurderer ytterligere tiltak om sakene skal videresendes til andre for oppfølging på avdelings- evt. postnivå.
8. Ressurser til arbeidet med Ytre miljø må i så stor grad som mulig være i tråd med KIWA sine anbefalinger.
9. Samsvarsvurderingen ble gjennomgått i sin helhet. AD besluttet at det skal legges inn tiltak i miljøhandlingsplanen på nivå 2 for å lukke risikoelementer markert med «Rødt» eller «Gult», innen utgangen av året.

Beslutning:

Ledergruppen støtter foreslått tiltak.

ⁱ Ledelsens gjennomgang av ytre miljø ble gjennomgått som egen sak i ledermøte og ikke som del av felles gjennomgang.