

Forvaltning av inventar og utstyr ved Helgelandssykehuset HF

Internrevisjonsrapport nr 11/09

23.02.10

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	SAMMENDRAG	3
2	INNLEDNING	4
2.1	Bakgrunn, formål.....	4
2.2	Avgrensning og tilnærming	4
3	FUNN.....	5
3.1	Registrering av inventar og utstyr	5
3.1.1	Medisinsk teknisk utstyr	5
3.1.2	Driftsteknisk utstyr	6
3.1.3	PC og annet IKT-utstyr.....	6
3.1.4	Kunst	7
3.1.5	Biler (ekskl. ambulanser).....	7
3.2	Vedlikehold	7
3.2.1	Medisinsk teknisk utstyr	7
3.2.2	Driftsteknisk utstyr	9
3.3	Sikring av utstyr.....	10
3.3.1	Generell sikring	10
3.3.2	Fysiske kontroller	11
3.3.3	Merking og annen sikring	11
3.4	Utrangering, kassasjon og avhending	12
3.4.1	Rutiner	12
3.4.2	Regnskapsmessig utrangering	12
4	VURDERINGER OG OPPSUMMERING.....	12
4.1	Risikovurderinger	12
4.2	Registrering av inventar og utstyr	13
4.3	Vedlikehold.....	13
4.3.1	Kompetanse	13
4.3.2	Planlagt og utført vedlikehold	13
4.4	Sikring av utstyr.....	14
4.5	Utrangering, kassasjon og avhending av inventar/utstyr	14
5	ANBEFALINGER.....	14
	VEDLEGG 1 – INTERVJUER.....	16
	VEDLEGG 2 – MEDISINSK TEKNISK UTSTYR, OVERSIKT	17
	VEDLEGG 3 – DRIFTSTEKNISK UTSTYR, OVERSIKT	19

1 SAMMENDRAG

Internrevisjonen i Helse Nord RHF har gjennomført revisjonsprosjektet ”Forvaltning av inventar og utstyr” ved Helgelandssykehuset HF. Det er gjort tilsvarende undersøkelser ved Helse Finnmark HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Nordlandssykehuset HF.

Formålet med revisjonen

Formålet med revisjonen var å kartlegge om helseforetakenes internkontroll gir tilstrekkelig sikkerhet for at inventar og utstyr forvaltes på en tilfredsstillende måte.

Avgrensning

I revisjonsprosjektet har medisinsk teknisk utstyr og driftsteknisk utstyr stått sentralt. Her er internkontroll og rutiner knyttet til registrering, vedlikehold og sikring av utstyret vurdert, i tillegg til utrangerings-, kassasjons- og avhendingsrutiner.

Også PC-er og annet IKT-utstyr, kunst/utsmykning og biler (ekskl. ambulanser) er omfattet av revisjonen. Her har internrevisjonen primært undersøkt om det foreligger register/kartotek som viser hva foretaket eier.

Oppsummering av funn og vurderinger

Forvaltningen av inventar og utstyr i Helgelandssykehuset HF fremstår på flere områder som hensiktsmessig og betryggende. Internrevisjonen konstaterer likevel at det er rom for betydelige forbedringer på flere områder, og er kjent med at det arbeides med å få på plass bedre løsninger for flere av disse:

- Foretaket har i liten grad gjennomført dokumenterte risikovurderinger knyttet til forvaltning av driftsteknisk utstyr.
- Registreringen av inventar og utstyr i register/kartotek er mangelfull.
- Det utarbeides opplæringsplan for nyansatte i medisinsk teknisk avdeling ved ett av sykehusene. Ut over det har foretaket ikke opplæringsplaner eller samlede kompetanseoversikter for medisinsk teknisk og driftsteknisk personell.
- For driftsteknisk utstyr er det konstatert klare svakheter i foretakets oversikt over både planlagt/fremtidig vedlikehold og faktisk utført vedlikehold. Også for medisinsk teknisk utstyr er oversiktene noe mangelfulle.
- Det er restanser på preventivt vedlikehold, men etterslepet for medisinsk teknisk utstyr er redusert den senere tid.
- Det er etablert flere viktige tiltak for sikring av utstyr, men det er også konstatert svakheter knyttet til fysiske kontroller (tellekontroller) og merking av utstyr.
- Helgelandssykehuset HF har per i dag ikke skriftlige rutinebeskrivelser for utrangering, kassasjon eller avhending av inventar/utstyr.

Anbefalinger

Internrevisjonen gir Helgelandssykehuset HF anbefalinger om:

- a. Gjennomføring av dokumenterte risikovurderinger.
- b. Utarbeiding av opplæringsplaner og oversikter over kompetansebehov og foreliggende kompetanse.
- c. Utarbeiding av retningslinjer for kassasjon/utrangering og avhending av inventar og utstyr.

2 INNLEDNING

2.1 Bakgrunn, formål

Internrevisjonen i Helse Nord RHF har gjennomført revisjonsprosjektet ”Forvaltning av inventar og utstyr” ved Helgelandssykehuset HF. Prosjektet inngår i revisjonsplanen for 2008-2009 som ble vedtatt av styret i Helse Nord RHF i sak 40-2008.

Hovedformålet med revisjonsprosjektet er å kartlegge om helseforetakenes internkontroll gir tilstrekkelig sikkerhet for at inventar og utstyr forvaltes på en tilfredsstillende måte. Revisjonsprosjektet ved Helgelandssykehuset HF er ett av fire delprosjekter, det er gjort tilsvarende undersøkelser ved Helse Finnmark HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Nordlandssykehuset HF.

Revisjonen ble varslet helseforetaket i brev av 10. september 2008.

2.2 Avgrensing og tilnærming

Følgende typer utstyr ble valgt ut for nærmere gjennomgang:

1. Medisinsk teknisk utstyr
2. Driftsteknisk utstyr
3. PC og annet IKT-utstyr
4. Kunst og utsmykning
5. Biler (ekskl ambulanser)

Forvaltning av inventar og utstyr er et område som favner vidt, og internrevisjonen har valgt ut følgende sentrale tema for gjennomgangen:

1. Registrering av utstyret
2. Vedlikehold
3. Sikring
4. Utrangerings-, kassasjons- og avhendingsrutiner

Omfanget av gjennomgangen har variert noe for de ulike utstyrstypene. Medisinskteknisk og driftsteknisk utstyr har vært gjenstand for de mest inngående undersøkelsene. For de øvrige utstyrstypene har vi i hovedsak undersøkt om det foreligger register/kartotek e.l. som viser hva foretaket eier.

Revisjonen er gjort ved dokumentgjennomgang, testing av registrerte opplysninger (for medisinsk teknisk utstyr), intervjuer og skriftlige og muntlige tilbakemeldinger. Vi viser til vedlegg 1 for oversikt over hvem som er intervjuet.

Oppsummeringsmøte ble avholdt som telefonmøte 27. april 2009.

3 FUNN

3.1 Registrering av inventar og utstyr

Inventarregister/kartotek e.l. er nødvendig for å holde oversikt over utstyret foretaket eier og for å kunne forvalte det på en forsvarlig måte. Vi har kartlagt hvilket verktøy Helgelandssykehuset HF har for registrering av de ulike utstyrstypene.

3.1.1 Medisinsk teknisk utstyr

For medisinsk teknisk utstyr er det et krav at *”helseinstitusjonen har en systematisk oversikt over elektromedisinsk utstyr hvor det for hver enkelt utstyrsenhet minst fremgår:*

- *Utstyrsguppe, utstyrstype (fabrikant og modell), leverandør*
- *Anskaffelsesår*
- *Tilbehør, eventuell programvareversjon og tilleggsutstyr,*
- *Endringer, reparasjoner og vedlikehold (hva, når, av hvem).*

Det er nødvendig at det er entydig overensstemmelse mellom kartoteket og de enkelte utstyrsenheter.”

(Forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr av 20.08.99, veiledning til § 16.)

De medisinsk tekniske avdelingene ved sykehusene i Mo i Rana og Mosjøen benytter dataverktøyet Merida for å holde oversikt over utstyret, mens avdelingen i Sandnessjøen benytter Maintenance Pro 2 (MP2). Vi viser ellers til utfyllende opplysninger i vedlegg 2.

Test av registrerte opplysninger i Merida

Kontrollen ble foretatt ved medisinsk teknisk avdeling ved Helgelandssykehuset Mo i Rana, og vi undersøkte tre anskaffelser fra henholdsvis 2006, 2007 og 2008.

En av de kontrollerte anskaffelsene var en røntgen-lab som ble kjøpt i 2008 (Meridanr 5001). Det var lagt inn garantitid på to år i Merida, mens kjøpekontrakten viste at avtalt garantitid kun var ett år. Foretaket opplyser at dette ville blitt fanget opp i forbindelse med garantigjennomgang i og med at dette var et stort anlegg, ellers ikke. Avdelingen for medisinsk teknisk utstyr hadde en forståelse av at opplæring av sykehusets eget medisinsktekniske personell var inkludert i anskaffelsen, men dette var ikke tilfelle. Begge disse uoverensstemmelsene skyldes sannsynligvis permisjon i medisinsk teknisk avdeling på tidspunkt for kontraktsinngåelse, i og med at medisinsk teknisk avdeling normalt er inne i anskaffelsesprosessene.

Anskaffelsen fra 2007 gjaldt et videocolonoscop med Meridanr. 8776. Det var ikke registrert noen hendelser på utstyret i Merida (service, reparasjon e.l.). Det viste seg at leverandøren hadde foretatt halvårlige servicer i garantitida, kopi av servicereporter ble fremlagt under vårt besøk.

Utstyret som var kjøpt i 2006 var et ultralydapparat til bruk på føde/gyn hvor garantitiden utløp i september 2007. Det var ikke registrert periodisk vedlikehold i 2008 selv om det opplyses at slikt utstyr normalt er gjenstand for halvårlig service. Foretaket opplyser videre at det er inngått serviceavtaler på nevnte utstyr i 2009.

3.1.2 Driftsteknisk utstyr

Allmennteknisk avdeling i Mo i Rana opplyser at de ikke har noen samlet oversikt over alt utstyret. De har en del registrerte data om teknisk anlegg i et verktøy som ble faset ut for 5 år siden (Vetek), og de har egne permer eksempelvis for autoklaver¹, dekontaminatorer² og brannvern. Avdelingen i Mosjøen benytter verktøyet MP2 som et rent utstysregister for å holde oversikt over hvilket utstyr de har kjøpt. Avdelingen i Sandnessjøen oppgir at de benyttet systemet QAMap inntil for et år siden, men at de nå ikke har noe eget verktøy for registrering av utstyr.

Alle de tre allmenntekniske avdelingene sier at det foreligger stort behov for å få på plass et system for å kunne forvalte det driftstekniske utstyret, og at helseforetaket har anskaffet og installert verktøyet Lydia til dette formålet. Sykehusene holder på å planlegge tidspunkt for opplæring av brukerne, og det ble gitt uttrykk for at denne opplæringen skal være gjennomført før jul 2009. Lydia er et FDV-verktøy³ som vil bli benyttet til registrering av bygg, tekniske anlegg og utstyr. Systemet vil gi foretaket mulighet til å holde oversikt over hendelser, serviceavtaler og servicereporter mv slik at historikken kan spores.

Vi viser til vedlegg 3 for ytterligere detaljer.

3.1.3 PC og annet IKT-utstyr

For å drifte PC'ene har Mo i Rana i fem år benyttet systemet Altiris. Driften av dette er overtatt av Helse Nord IKT som en følge av deres beslutning om å benytte verktøyet i hele det regionale helseforetaket. (Altiris omtales nærmere senere i dette punktet.) Mo i Rana opplyser videre at de har oversikt over alle nettverksskrivere i en egen web-basert applikasjon. I forbindelse med registrering av antall lisenser benyttes et scanneprogram for å skaffe oversikt over alle PC'ene. Det foreligger imidlertid ingen gode oversikter over skjermer, personlige skrivere, scannere og diktafoner.

Også Mosjøen har benyttet systemet Altiris en stund til å drifte PC'ene. Ellers er det gjort en manuell registrering av PC'er: ett ark pr maskin hvor de har opplysninger om merke og serienummer. Det foreligger imidlertid ingen oversikt over skjermer, scannere og skrivere.

Altiris er nå også tatt i bruk i Sandnessjøen. Bærbare PC'er registreres i regneark med opplysninger om hvem som disponerer maskinen, serienr, innkjøpsdato og ID-nr (tyverimerking, se videre under punkt 3.3.3.) Fra 1. november 2008 ble det tatt i bruk egen perm for å holde oversikt over de stasjonære PC'ene som er kjøpt, med serienr (produsentens nummer), eget løpenummer (tyverisikring) og plassering. Stasjonære maskiner som er kjøpt før november 2008 er ikke ført inn i permen. Ut over dette har man en oversikt over skrivere som opplyses ikke å være helt à jour, denne informasjonen er også planlagt scannet inn. For skjermer oppbevares pakksedlene som viser serienr.

Det følger av dette at ingen av sykehusene har samlede oversikter over alt PC- og IKT-utstyr.

Internrevisjonen er kjent med "Plattformprosjekt - HN IKT" som er et prosjekt for å utnytte ressursene og kompetansen som fins i organisasjonen. Som en del av prosjektet har Helse Nord

¹ Utstyr som benyttes til sterilisering

² Bekkenspylere

³ FDV – forvaltning, drift og vedlikehold

IKT besluttet å ta i bruk Altiris som PC-klientsystem. Formålet med denne anskaffelsen er først og fremst å støtte opp under HN IKT sin drift av it-løsningene til helseforetakene i Nord-Norge. Ett felles verktøy skal bidra til en enhetlig, effektiv og sikker drift av nettverksklienter (servere, pc-er, pda-er⁴, telefoner m.v.) i en organisasjon hvor de ansatte er fordelt på mange lokasjoner. Det er opplyst at det i utgangspunktet kun vil bli tatt inn opplysninger som kan registreres automatisk (f.eks. oppdatering av programvare, utrulling av applikasjoner). Dette innebærer at det ikke vil ligge noen merkantil informasjon i systemet. Ved å koble Altiris med en service management løsning som HN IKT er i ferd med å anskaffe, vil det kunne hentes ut informasjon om hvem som er bruker av PC'en og hvor den er plassert. Service management er et verktøy for implementering og organisering av IT-tjenester, f.eks. helpdesk.

Helse Nord IKT opplyser at det er mulig å utvide en service management løsning til å bli et inventarregister i mer tradisjonell forstand, og at slikt system etterspørres fra foretakene. Det foreligger imidlertid ingen planer/prosjekt om en slik utvidelse, og utstyr må derfor registreres i sykehusene øvrige løsninger for slikt inventar, enten disse er elektroniske eller manuelle.

3.1.4 Kunst

Ved etableringen av helseforetaket utarbeidet Mo i Rana og Mosjøen oversikter i excel over kunst og utsmykning, men oversiktene er mangelfullt oppdatert. Mosjøen opplyser at informasjonen er planlagt overført til Lydia.

Sandnessjøen har en egen bok hvor kunst, både originaler og reproduksjoner, blir nedtegnet. På bakgrunn av registreringene i boka har de utarbeidet en oversikt i regneark (excel). De opplyser at oversiktene er fullstendige med tanke på hva de har, men at noe kunst kan ha en annen lokasjon som følge av at ansatte har flyttet arbeidssted. Det planlegges en gjennomgang av hvor kunsten er plassert, slik at lokasjon blir oppdatert i oversiktene.

3.1.5 Biler (ekskl. ambulanser)

Mo i Rana har tre biler, og forvaltningsansvaret er lagt til allmennteknisk avdeling. Også for Mosjøen er forvaltningsansvaret lagt til allmennteknisk avdeling for sykehusets tre eide og tre leide biler og ene traktor. For Sandnessjøen opplyses forvaltningsansvaret å være delt mellom allmennteknisk avdeling (to biler) og avdelingssjefen (som har ansvaret for de tre bilene som benyttes av administrasjonen og av psykiatrisk avdeling).

3.2 Vedlikehold

Tilfredsstillende vedlikehold er nødvendig både med tanke på driftssikkerhet/pasientsikkerhet (at utstyret til enhver tid fungerer som forutsatt) og av økonomiske hensyn (for å oppnå maksimal leve-/brukstid uten kostbare reparasjoner).

3.2.1 Medisinsk teknisk utstyr

a) Kompetanse

For at forvaltning og vedlikehold av utstyr skal være betryggende, må teknisk personell ha tilstrekkelig kompetanse. Forskrift om medisinsk teknisk utstyr inneholder bestemmelser om opplæring av brukerne av utstyret, men kravet gjelder ikke for teknisk personell. Iflg.

⁴ Personal digital assistent

opplysninger internrevisjonen har fått, fordrer imidlertid Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) at avdelingene har plan for opplæring av nyansatte.

Det foreligger ingen plan for opplæring av nyansatte på medisinsk teknisk avdeling ved Helgelandssykehuset Mo i Rana. Det ble opplyst at man la et løp i forbindelse med en nyansettelse i 2009, men det var ingen skriftlighet rundt dette.

Sykehuset i Mosjøen lager plan ved hver nyansettelse. Planen spesiallages i forhold til den enkeltes kompetanse, og med tanke på at vedkommende skal oppnå ”samtykke” (se nedenfor).

De medisinsk tekniske avdelingene ved alle sykehusene i Helse Nord har et uformelt nettverk hvor ett av formålene er å dra vekslere på hverandres kunnskap. Nettverket har hatt en prosess på utarbeiding av felles prosedyre for opplæringsplan for nyansatte, og i den forbindelse har bl.a. sykehuset i Sandnessjøen utarbeidet et utkast til plan. Ut over dette foreligger det ingen slik plan for Sandnessjøen.

”Samtykke” er egen godkjenningsordning for medisinsk teknisk personell som administreres av DSB. Bortsett fra en nyansatt på Mo i Rana, en tekniker i en liten stillingsprosent samt en som har gjennomført nødvendige kurs og snart har oppfylt kravet om nødvendig praksis, har samtlige ansatte i de medisinsk tekniske avdelingene slik godkjenning.

Det foreligger ingen samlet oversikt over kompetansen til de ansatte ved de medisinsk tekniske avdelingene. Sykehuset i Sandnessjøen benytter en funksjon i MP2 til å registrere deltakelse på kurs, mens det i Mosjøen foreligger noe informasjon på den enkeltes personalmappe.

De tre medisinsk tekniske avdelingene i Helgelandssykehuset hadde et felles møte før jul 2008. Det var planlagt et møte før sommeren 2009 men det måtte utsettes til fordel for nødvendig forberedelse/anskaffelse av utstyr pga svineinfluensaen. Det opplyses at det er planlagt nytt møte før jul 2009. Møtene er tenkt å være et forum for faglig samarbeid hvor formålet bl.a. er:

- Foreta risikovurderinger
- Samordne servicekontrakter
- Utveksle nyttige tips
- Bedre økonomien for foretaket

b) Planlagt og utført vedlikehold

Rutinen i Mo i Rana har vært å registrere frekvens for fremtidig vedlikehold ved egne ansatte i Merida. Tilsvarende registrering har ikke vært gjort for service som skal utføres av eksterne leverandører, men avdelingen opplyser at rutinen nå er endret slik at dette også registreres. Valgt frekvens på periodisk vedlikehold følger av risikovurderingene (se punkt c nedenfor). Arbeid utført både av egne ansatte og av eksterne leverandører registreres i Merida. Avdelingen opplyser at de har etterslep på periodisk vedlikehold, som fortsatt har litt preg av ”brannslukking”.

Basert på risikovurderinger (se pkt c) legger Mosjøen inn frekvens for periodisk vedlikehold i Merida, og planlagt arbeid kommer ut på jobblister. Eksternt planlagt vedlikehold legges ikke inn, men det vises til at avdelingene selv er klar over hvilket utstyr det er inngått serviceavtale for (f.eks. røntgenutstyr). Noen leverandører sender årsoversikt slik at driften kan planlegges ut fra det (f.eks. at det ikke innkalles pasienter til MR-undersøkelse når det skal være service). Det opplyses også at andre leverandører ringer ei stund på forhånd. Egne reparasjoner registreres i Merida, og rapporter fra eksternt utført vedlikehold scannes inn i Merida.

I Sandnessjøen legges frekvens på planlagt vedlikehold inn i MP2 uavhengig av om det skal gjøres av ekstern leverandør eller av egne ansatte. I det daglige benyttes imidlertid et eget regneark for å følge opp når arbeid skal utføres ("Periodisk vedlikehold MTA 2009"). Alle hendelser (egne reparasjoner og vedlikehold samt ekstern service) registreres inn i systemet og i excelfila.

c) Risikovurderinger

I henhold til veiledning til § 15 i forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr (se pkt 3.1.1 foran) skal vedlikehold av medisinsk teknisk utstyr baseres på vurdering av risiko og produsentens anbefaling.

Ved Mo i Rana opplyses det at de foretar en konkret vurdering av periodisk vedlikehold, og at denne kan avvike fra produsentens anbefaling. Disse vurderingene foreligger ikke skriftlig, men valgt frekvens legges inn i Merida.

Mosjøen opplyser at de foretar konkrete risikovurderinger på alt utstyret, men at de baserer seg mye på produsentenes anbefalinger. Merida har funksjonalitet til å dokumentere risikovurderinger, og det kan gjøres samtidig som det foretas mottakskontroll. De prøver å foreta slike vurderinger, men foreløpig foreligger det ikke dokumenterte risikovurderinger for alt utstyret etter at de tok i bruk Merida for et par år siden.

Avdelingen i Sandnessjøen sier at de gjennomfører risikovurderinger, men at de i liten grad er skriftlige. De følger produsentens anbefaling på utstyr de ikke har erfaring med fra tidligere, men på kjent utstyr kan egen vurdering avvike fra hva produsenten har anbefalt. Konklusjon over valgt frekvens av periodisk vedlikehold fremkommer av MP2 og av egen oversikt (se punkt b) ovenfor). Foretaket opplyser at rutineene i Sandnessjøen er endret etter at internrevisjonen gjorde sine undersøkelser våren 2009. Arbeidet med å risikovurdere utstyret er startet, og de anslår at så langt er 40 % av utstyret risikovurdert. Det opplyses også at periodisk vedlikehold er prioritert og at etterslepet er mindre enn tidligere.

3.2.2 Driftsteknisk utstyr

a) Kompetanse

For allmenntekniske avdelinger foreligger ingen beskrevne rutiner for opplæring av nyansatte, men man benytter en prosedyre av mer generell karakter ("sjekkliste for mottak av nyansatte"). Det fins heller ingen samlet oversikt over den enkeltes kompetanse, selv om noe informasjon ligger på personalmappa for ansatte i Mosjøen. Ved Mo i Rana opplyses det at kompetanse er et tema under medarbeidersamtaler. Alle avdelingene opplyser at det er stabil arbeidskraft.

b) Planlagt og utført vedlikehold

Allmennteknisk avdeling i Mo i Rana opplyser at de ikke har noen oversikt over nødvendig vedlikehold. Inngåtte serviceavtaler og ettersyn av utstyr på rundene til teknisk vakt sikrer periodisk ettersyn, og noe utstyr har vært gjenstand for årlige kontroller. Ut over dette sies det at vedlikeholdet har vært noe tilfeldig. I de tilfellene det foreligger egne permer blir eget utført arbeid notert i disse. Eksternt utført arbeid fremgår av servicereportene, lagret i egne permer.

Allmennteknisk avdeling i Mosjøen lager plan for vedlikehold i forbindelse med en årlig statusgjennomgang, og avdelingen har et regneark over inngåtte serviceavtaler. Denne oversikten inkluderer serviceavtaler for lovpålagt vedlikehold (f.eks. heiser, brannsikkerhet). De har ellers en oppdragsdatabase hvor avdelingene kan legge inn ordrer, men denne basen er ikke knyttet opp mot MP2. Utført arbeid ble tidligere registrert inn i systemet, men det gjøres ikke lenger.

Sandnessjøen har et eget regneark for dokumentasjon av ettersyn av dekontaminatorer, men opplyser at de ikke har noen god oversikt over planlagt periodisk vedlikehold og heller ikke over utført arbeid. Avdelingen konkluderer selv med at periodisk og systematisk vedlikehold ikke har vært godt nok planlagt og er et forsømt område.

Alle avdelingene sier at situasjonen er mer preget av ”brannslukking” enn av preventivt vedlikehold. Avdelingen i Mosjøen sier videre at det tar tid å få endret dette, men mener at innføring av fagansvar på det enkelte utstyret er et tiltak som skal gi bedre forvaltning av utstyret. Implementering av Lydia forventes også å bidra positivt i så måte.

c) Risikovurderinger

Mo i Rana opplyser at det ble gjort ROS-analyse⁵ i forbindelse med årtusenskiftet. Områder som ble kartlagt er bl.a. brudd i elkraft- og vannforsyning, svikt i medisinsk teknisk utstyr og svikt i brannalarmanlegg/andre alarmer. Det skal også være foretatt en vurdering med hensyn på skallsikring av bygget, uten at det foreligger skriftlig dokumentasjon for dette.

Allmennteknisk avdeling i Mosjøen opplyser at det er utarbeidet en risikovurdering av brannvern, som ligger i brannboka. I beredskapsplanen ligger flere prosedyrer og instruksjoner som er basert på risikovurderinger. Disse kunne imidlertid ikke fremlegges og oppgis dessuten å være modne for revisjon.

Avdelingen i Sandnessjøen har ingen skriftlige risikovurderinger, men opplyser at de har pålegg fra DSB om å utarbeide risikovurderinger av brannvern som innebærer at hele bygningsmassen må gjennomgås. Det ble ikke avholdt fullskala brannøvelse i 2008, men det planlegges øvelse før jul 2009 med ekstern leverandør.

Det ble foretatt en ekstern vurdering i 2007 av brannsikring for de tre somatiske sykehusene. Vurderingen inneholdt en tiltaksliste hvor en del forhold er utbedret, og det vises til at rapporten brukes i forbindelse med ombygginger.

Ut over ovennevnte er det lite beskrevne risikovurderinger, og ingen skriftlige risikovurderinger av det driftstekniske utstyret. Foretaket opplyser at det er utarbeidet mange rutinebeskrivelser og prosedyrer hvor vurdering av risiko ligger til grunn for valg av tiltak/kontroller, men at disse i liten grad er nedfelt skriftlig.

3.3 Sikring av utstyr

3.3.1 Generell sikring

For å hindre tyveri eller uautorisert bruk av utstyr er det viktig at det er iverksatt generelle sikringstiltak. Alle sykehusene har etablert adgangskontroll i form av ”skallsikring” hvor

⁵ Risiko- og sårbarhetsanalyse

adgangskort må brukes for å komme inn i bygget. Et annet tiltak er sikring av enkelte soner i bygg ved at det kreves særskilt tillatelse for å ha adgang. Rommene hvor medisiner oppbevares er egne soner med begrenset adgang, det samme er operasjonsstua ved sykehuset i Mo i Rana.

3.3.2 Fysiske kontroller

Den enkelte avdeling er ansvarlig for eget utstyr, og mye av utstyret er i bruk til enhver tid. Medisinsk teknisk avdeling i Mosjøen har startet avdelingsvis gjennomgang for å få ”ryddet” i registeret etter konverteringen til Merida. Ut over dette er det ingen særskilt kontroll av tilstedeværelse ved de andre avdelingene, men det vises til at det implisitt ligger kontroll av tilstedeværelse ved de periodiske kontrollene og teknisk vaks vaktrunder. Sandnessjøen opplyser at det tidligere var et problem at noe utstyr ble borte, og at det ble iverksatte tiltak i den forbindelse. Alle undersøkte seksjoner opplyser at det nå er sjeldent at utstyr blir borte.

3.3.3 Merking og annen sikring

a) Medisinsk teknisk utstyr

I forskriften for elektromedisinsk utstyr, jf punkt 3.1.1 foran, fremgår det at det skal være en ”entydig overensstemmelse mellom kartoteket og de enkelte utstyrsenheter”.

Avdelingene ved sykehusene i Mo i Rana og Mosjøen merker utstyret med unikt nummer fra Merida. Sandnessjøen har tidligere ikke hatt rutine for merking av utstyr, men merker nå utsatt utstyr med registreringsnummer (samme som i MP2) og tekst som viser at det tilhører Helgelandssykehuset.

b) Driftsteknisk utstyr

Driftsteknisk utstyr for avdelingene i Mo i Rana og Sandnessjøen merkes ikke. Mosjøen merker utstyr med nummer fra egen nummerserie (ikke samme nr som det er registrert med i MP2).

c) Kunst og utsmykning

Det er ikke etablert særskilte sikringstiltak for kunst bortsett fra sykehuset i Mosjøen som opplyser at noe av kunsten er merket med at det eies av foretaket.

d) PC og annet IKT-utstyr

I Mo i Rana merkes PC’er med et eget PC-navn som er unikt for hver maskin, og som er det samme nummeret som fremgår av Altiris.

Sandnessjøen oppgir at de har to typer merking:

- Tyverisikring av utstyr: Merkes at det tilhører Helgelandssykehuset samt et løpenummer (fortløpende fra 1 og oppover). Dersom lappen fjernes etses det inn at den er stjålet.
- Dymo-lapp med lokasjonsnummer koblet opp mot verktøyet Proxy som benyttes for å yte support til brukerne. Samme nummer benyttes i Altiris.

Mosjøen:

- Når ny maskin kommer, gis den nummer i Altiris (første ledige).
- PC merkes med dymo-lapp med samme nummer som i Altiris.

3.4 Utrangering, kassasjon og avhending

3.4.1 Rutiner

Helgelandssykehuset har opprettet en kassasjonskomité som skal utarbeide felles kassasjonsrutiner for hele helseforetaket, men arbeidet har foreløpig ikke resultert i skriftlige rutiner. Alle undersøkte avdelinger opplyser at de ikke har kjennskap til at det finnes felles rutiner for kassasjon som gjelder hele foretaket.

Det finnes et eget kassasjonsskjema for utrangering av driftsteknisk/medisinsk teknisk utstyr i Mosjøen, men skjemaet brukes ikke rutinemessig for alle kassasjoner. Det fremkom at det særlig benyttes i tilfeller hvor tilsvarende utstyr skal gjenanskaffes. Når det gjelder større utrangeringer blir det også gitt beskjed direkte til regnskapsavdelingen.

Allmennteknisk avdelingen i Sandnessjøen har en protokoll som skal benyttes til å registrere kassert utstyr, men den har ikke vært i bruk i 2008 og 2009. Medisinsk teknisk avdeling ved samme sykehus har et flytskjema for kassasjon av medisinsk teknisk utstyr som ble utarbeidet i 1997.

3.4.2 Regnskapsmessig utrangering

For at regnskapet og noteopplysningene skal vise et riktig bilde av foretakets anleggsmidler, er det viktig å foreta en gjennomgang av registrerte opplysninger i anleggsregisteret (i regnskapssystemet Agresso).

Foretaket har et investeringsskjema som benyttes ved nyanskaffelser. Skjemaet har egen rubrikk med ”restverdi for eksisterende objekt” som gir nødvendig informasjon så regnskapsavdelingen kan foreta utrangering i regnskapet. I tillegg til dette foretar avdelingene en årlig gjennomgang av registrert utstyr i Agresso. Regnskapsavdelingen kjører ut oversikter fra regnskapet som sendes til de respektive avdelingene for gjennomgang og påføring av hvilket utstyr som er utrangert. I tillegg ber regnskapsavdelingen om at alle avdelingene sender inn sine kassasjonsprotokoller.

4 VURDERINGER OG OPPSUMMERING

4.1 Risikovurderinger

Systematiske risikovurderinger er viktig for å sikre at alle vesentlige risikoforhold i en virksomhet blir identifisert, analysert og håndtert, samtidig som de kan bidra til at unødvendige kontrolltiltak avvikles eller unnlates etablert. Risikovurderinger har ikke vært et sentralt tema i dette revisjonsprosjektet, men det fremgår bl.a. av kap. 3.2.2 c foran at Helgelandssykehuset HF i liten grad har gjennomført dokumenterte risikovurderinger knyttet til forvaltning av driftsteknisk utstyr. Internrevisjonen mener dette burde vært gjort i større grad.

Som det fremgår av punktene nedenfor mener vi at risikovurderinger bør gjennomføres også for andre tema som har vært vurdert i dette revisjonsprosjektet.

4.2 Registrering av inventar og utstyr

Som nevnt under punkt 3.1 er inventarregistre/kartotek nødvendig for å holde oversikt over utstyret foretaket eier og for å kunne forvalte det på en forsvarlig måte. Et slikt register over anskaffet utstyr, inngåtte serviceavtaler, utført vedlikehold, reparasjoner m.m. vil inneholde verdifull informasjon til bruk bl.a. i risikovurderinger, ved prioritering av vedlikehold og ved kvalitetsvurderinger i forbindelse med fremtidige kjøp. Informasjonen blir tilgjengelig også i fremtiden, for nye ansatte.

Ved Helgelandssykehuset er ikke alle utstyrstypene lagt inn i inventarregistre/kartotek per i dag. Ved to av sykehusene mangler man oppdatert oversikt over driftsteknisk utstyr. Det er også to sykehus som mangler oppdaterte oversikter over kunst og utsmykning, og ingen av sykehusene har noen samlet oversikt over PC-er og annet IKT-utstyr.

Internrevisjonen mener det er behov for bedre og mer ensartede opplegg for registrering av foretakets inventar og utstyr og vedlikeholdet av dette, men det er ikke nødvendigvis slik at alt utstyr må kartotekføres. Det vil bl.a. avhenge av antall og verdi av de ulike typer utstyr, og muligheten for på en enkel måte å hente ut tilfredsstillende oversikter fra andre kilder, f.eks. fra regnskapet. Vi vil derfor ikke gi konkrete forslag til registreringsopplegg for ulike typer inventar/utstyr, men mener foretaket bør basere beslutninger om dette på konkrete risikovurderinger.

4.3 Vedlikehold

4.3.1 Kompetanse

Det er viktig at ansatte med ansvar for utstyrets vedlikehold har den kompetanse som kreves for å forvalte det på en forsvarlig måte. For å sikre nødvendig opplæring av bl.a. nyansatte vil en opplæringsplan være nyttig. Videre vil oversikter over hvilken kompetanse den enkelte besitter og hvilken samlet kompetanse som er tilgjengelig for avdelingen, gi foretaket viktig informasjon for å kunne vedlikeholde og videreutvikle nødvendig kompetanse.

Det utarbeides opplæringsplan ved hver nyansettelse i medisinsk teknisk avdeling ved ett av sykehusene, ut over det har foretaket ikke skriftlige opplæringsplaner for medisinsk teknisk og driftsteknisk personell. Det foreligger heller ikke samlede oversikter over kompetansen til slikt personell. Internrevisjonen mener slike planer og oversikter bør utarbeides, i alle fall for visse kategorier ansatte.

4.3.2 Planlagt og utført vedlikehold

Frekvens for planlagt (fremtidig) vedlikehold på *medisinsk teknisk utstyr* ved egne ansatte registreres ved alle sykehusene, mens det varierer noe i hvilken grad eksterne leverandørers planlagte vedlikehold/service blir registrert.

Sykehusene opplyser også at utført vedlikehold på medisinsk teknisk utstyr registreres, uavhengig av hvem som har utført det.

Det fremgår av pkt 3.1.1 foran at våre tre tester på registrering av medisinsk teknisk utstyr avdekket feil registrering av garantitid og manglende registrering av utført service/vedlikehold.

For *driftsteknisk utstyr* blir det bare i liten grad utarbeidet oversikter over planlagt/periodisk vedlikehold, og utført arbeid blir ikke systematisk registrert.

Foretaket opplyser at de har restanser på preventivt vedlikehold både for driftsteknisk og medisinsk teknisk utstyr, men at etterslepet på medisinsk teknisk utstyr er redusert den senere tid fordi periodisk vedlikehold har vært høyere prioritert.

4.4 Sikring av utstyr

Sikring av utstyr kan innebære mange forskjellige tiltak, som begrensning av fysisk tilgang, fysiske kontroller/tellekontroller (inklusive oppfølging av avvik), forsikringsavtaler, alarmer, merking osv.

Internrevisjonen har i dette prosjektet bare gjort en svært begrenset undersøkelse av etablerte sikringstiltak. Som det fremgår av pkt 3.3 foran, har Helgelandssykehuset etablert noen viktige sikringstiltak som f.eks. skallsikring og merking av medisinsk teknisk utstyr, men det er også konstatert klare svakheter. Det gjelder bl.a. fravær av fysiske kontroller og manglende merking av driftsteknisk utstyr og kunst/utsmykning.

En risikovurdering av foretakets forvaltning av inventar og utstyr bør etter internrevisjonens oppfatning inkludere en vurdering av om valgte sikringstiltak er hensiktsmessige og tilstrekkelige.

4.5 Utrangering, kassasjon og avhending av inventar/utstyr

Det foreligger per i dag ikke skriftlige rutinebeskrivelser for kassasjon eller avhending av inventar/utstyr, men det skal være etablert en komité som skal utarbeide slike rutiner. Ved noen av sykehusene har man kassasjonsskjemaer og protokoller til benyttelse ved kassasjon, men disse synes i liten grad å bli benyttet.

Internrevisjonen ser det som viktig at det utarbeides hensiktsmessige retningslinjer for utrangering/avhendelse av inventar og utstyr i Helgelandssykehuset HF, som også omfatter den regnskapsmessige håndteringen.

5 ANBEFALINGER

Forvaltningen av inventar og utstyr ved Helgelandssykehuset HF fremstår på flere områder som hensiktsmessig og betryggende.

Internrevisjonen konstaterer likevel at det er rom for betydelige forbedringer på flere områder, samtidig som vi er kjent med at foretaket arbeider med å få på plass bedre løsninger.

På bakgrunn av oppsummeringen i kap. 4 gir vi følgende anbefalinger:

a. Risikovurderinger:

Helgelandssykehuset HF bør sørge for at det foretas dokumenterte risikovurderinger knyttet til flere av de tema som er omhandlet i denne revisjonsrapporten, først og fremst:

- registrering av foretakets inventar og utstyr
- forebyggende vedlikehold av medisinsk teknisk og driftsteknisk utstyr
- etablerte sikringstiltak ved sykehusene.

Risikovurderingene legges til grunn for beslutning om etablering/endring/harmonisering av prosedyrer og andre internkontrolltiltak i foretaket.

b. Kompetanseoversikter og opplæringsplaner:

Det bør utarbeides opplæringsplaner samt oversikter over kompetansebehov og foreliggende kompetanse for personell med sentrale oppgaver knyttet til vedlikehold av inventar og utstyr.

c. Utrangering, kassasjon og avhending av inventar og utstyr:

Det bør utarbeides retningslinjer for kassasjon/utrangering og avhending av inventar og utstyr i foretaket.

VEDLEGG 1 – INTERVJUER

Internrevisjonen har i dette revisjonsprosjektet intervjuet/innhentet informasjon fra følgende medarbeidere:

- Terje Hanssen, kontaktperson i revisjonsprosjektet. Tidligere økonomisjef, Helgelandssykehuset HF
- Roar Skogseth, innkjøpsleder Helgelandssykehuset HF
- Anne Grete Selin, regnskapsleder Helgelandssykehuset HF
- Geir Morten Jensen, controller Helgelandssykehuset HF

- **Helgelandssykehuset Mo i Rana:**
- Vidar Smalås, avdelingssjef intern service
- Tore Bullvåg Hanssen, avdelingsleder medisinsk teknisk avdeling,
- Elisabeth Solum, webredaktør
- Trond Hjortdahl, IKT bestiller, Helgelandssykehuset HF

- **Helgelandssykehuset Mosjøen:**
- Jan Inge Pettersen, avdelingsdirektør
- Bjørn Kjærstad, avdelingssjef intern service
- Øystein Bårdevik, avdelingsleder teknisk drift (både medisinsk og driftsteknisk utstyr)
- Kirsti Stokland, økonomileder
- Helen Karlsen, konsulent, seksjon for brukernær service, Helse Nord IKT

- **Helgelandssykehuset Sandnessjøen:**
- Tor Robert Barth Heyerdahl, avdelingssjef intern service
- Gunnar Sjøset, avdelingsleder allmennteknisk avdeling
- Øystein Stene, avdelingsleder medisinsk teknisk avdeling
- Marta Rønning, sekretær i administrasjonen
- Siv Strandvold, konsulent, seksjon for brukernær service, Helse Nord IKT

VEDLEGG 2 – MEDISINSK TEKNISK UTSTYR, OVERSIKT

	Helgelandssykehuset Mo i Rana	Helgelandssykehuset Mosjøen	Helgelandssykehuset Sandnessjøen
Verktøy for å registrere medisinsk teknisk utstyr	Merida		Maintenance Pro 2 (MP2).
Risikovurdering av vedlikehold	Foretar vurderinger, men ingen skriftlighet. Valgt frekvens fremgår av Merida.	Gjøres i Merida, men foreligger ikke for alt utstyr. Valgt frekvens fremgår av Merida.	Foretar vurderinger, men ingen skriftlighet. Valgt frekvens fremgår av MP2.
Registrering av planlagt (fremtidig) vedlikehold og av utført arbeid	Både planlagt og utført arbeid registreres, enten det gjøres av egne ansatte eller av ekstern leverandør. Tidligere ble planlagt ekstern service ikke lagt inn.	Jobber som skal utføres eller er utført av egne ansatte registreres. Ingen samlet oversikt over arbeid som skal utføres av ekstern leverandør. Utført service registreres/scannes i Merida.	Både planlagt og utført arbeid registreres, enten det gjøres av egne ansatte eller ved bruk av ekstern leverandør. Har detaljert oversikt i excel og kvitterer for utført arbeid.
Serviceavtaler	Lagres i perm, servicedato legges inn i Merida. Planlagt scannet og lagt inn i Merida.	Lagres elektronisk i Merida (scannes). Lagres også i perm.	Lagres i perm. Info om at det foreligger avtale fremgår av MP2. Dersom i elektronisk form, ligger som vedlegg i MP2.
Service rapporter	Scannes og legges inn i Merida.	Lagres elektronisk i Merida (scannes). Lagres også i perm.	Lagres i perm med serviceavtalene. Kortfattet info skrives inn i MP2.

			Dersom mye info; rapport scannes og legges som vedlegg i MP2.
Merking av utstyr	Ja, med unikt nummer fra Merida.		Har begynt å merke utsatt utstyr med registreringsnummer og at det tilhører Helgelandssykehuset.

VEDLEGG 3 – DRIFTSTEKNISK UTSTYR, OVERSIKT

	Helgelandssykehuset Mo i Rana	Helgelandssykehuset Mosjøen	Helgelandssykehuset Sandnessjøen
Verktøy for å registrere driftsteknisk utstyr	Ingen samlet oversikt over utstyr. Enkelte opplysninger om tekniske anlegg i utfaset system.	Maintenance Pro 2.	Ingen samlet oversikt over utstyr. QAMap i bruk inntil for ett år siden.
Risikovurdering av vedlikehold	ROS-analyse ved årtusensskiftet. Risikovurdering av brannsikkerhet i 2007. Ingen skriftlige risikovurderinger.	Risikovurdering av brannsikkerhet i 2007. Ingen skriftlige risikovurderinger av utstyret.	Risikovurdering av brannsikkerhet i 2007. Ingen skriftlige risikovurderinger av utstyret.
Registrering av planlagt (fremtidig) vedlikehold og utført arbeid	For noen utstyrstyper foretas registrering i egen perm, ellers ingen oversikt over nødv. vedlikehold. Internt utført arbeid registreres på det utstyret de har egne permer for. Eksternt utført arbeid fremgår av servicereporter.	Årlig statusgjennomgang. Oversikt over serviceavtaler i regneark. Oppdragsdatabase. Utført arbeid ble tidligere registrert i MP2.	Regneark for dokumentasjon av ettersyn dekontaminatorer. Eksternt utført arbeid fremgår av servicereporter. Ingen registrering/kvittering for eget utført arbeid.
Serviceavtaler	Lagres i permer.	Lagres i perm.	Lagres i perm.
Servicerapporter	Lagres i permer.	Hovedsakelig i perm, men noe elektronisk.	Lagres i perm.
Merking av utstyr	Ingen merking.	Ja, med egen nr-serie.	Ingen merking.