

Styresak

Dato dok.:	05.02.2021	Administrerende direktør
Møtedato:	17.02.2021	
Vår ref.:	21/01498-3	Postadresse: 1478 LØRENSKOG
		Telefon: +47 67 96 00 00
Vedlegg:	Årlig gjennomgang av internkontroll 2020	

Sak 06/21 Årlig gjennomgang av internkontroll 2020

Akershus universitetssykehus etablerte i 2019 et felles styringssystem for virksomhetsstyring og internkontroll, *Orden i eget Ahus*, og samlet systemansvaret hos viseadministrerende direktør.

Styringssystemet skal sikre at aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i tråd med krav fastsatt i medhold av lovgivningen som omgir foretaket. Dette innebærer i praksis å sikre at det dekker krav i lover og forskrifter, krav og føringer fra Helse Sør-Øst, og at det bidrar til samordning og koordinering av prosesser for virksomhetsstyring og internkontroll i foretaket.

Årlig gjennomgang av internkontroll er en systematisk gjennomgang av styringssystemet. Hensikten er å vurdere om det fungerer i tråd med hensikten, bidrar til måloppnåelse og kontinuerlig forbedring av virksomheten. Gjennomgangen er den overordnede styrende og kontrollerende delen av internkontrollen i foretaket, og bygger på resultater fra egnevalueringer som ledere i foretaket har gjort innenfor fem områder:

- Generell internkontroll
- Kvalitet og pasientsikkerhet
- HMS og ytre miljø
- Personvern og informasjonssikkerhet
- Forskning

Resultatene fra egnevalueringen er sammenholdt og vurdert opp mot annen styringsinformasjon som sier noe om tilstanden for styringssystemet. Den samlede vurderingen av styringssystemet fremgår av rapportens kapittel 7. Plan med tiltak for å forbedre styringssystemet fremgår av kapittel 8.

Som del av sitt tilsynsansvar skal styret påse at styringssystemet fungerer som forutsatt, og som ledd i dette legges rapporten frem for styret.

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret tar årlig gjennomgang av internkontroll til orientering.

Øystein Mæland
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

Rapport

Årlig gjennomgang av internkontroll 2020

Mottaker:	Sykehusledelsen	
Godkjent av:	Administrerende direktør	
Utarbeidet av:	Foretaksrevisjonen	
Deltakere i utarbeidelse av rapporten:	Anette Karine Dehli Karl-Helge Storhaug Pål Jostein Didriksen Nina Karlsen Knut Thomas Sjølie Hilde Alstad Hilde Schultz Kåre Magne Stennes Trine Chr. Helgerud Cathrine Nerby Teiseth Elisabeth Jørgensen Mariann G. Davidsen Karin Anne Vassbakk	Foretaksrevisjonen Foretaksrevisjonen Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet Foretakssekretariatet Foretakssekretariatet Foretakssekretariatet Foretakssekretariatet Foretakssekretariatet Miljøkoordinator, DFM Avdeling for arbeidsmiljø Avdeling for arbeidsmiljø Avdeling for forskningsstøtte Avdeling for forskningsstøtte
Referanse:	19/06823	

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	3
1.1 Bakgrunn	3
1.2 Årlig gjennomgang av internkontroll	3
1.2.1 Leders egevaluering (steg 1)	4
1.2.2 Sammenstilling og analyse av resultater (steg 2)	5
1.2.3 Samlet vurdering av styringssystemet (steg 3).....	5
2. Generell internkontroll.....	7
2.1 Resultater fra egevaluering	7
2.2 Vurdering	9
3. Kvalitet og pasientsikkerhet.....	12
3.1 Resultater fra egevaluering	12
3.2 Vurdering	14
4. HMS og ytre miljø.....	17
4.1 Resultater fra egevaluering	17
4.2 Vurdering	19
4.2.1 HMS	19
4.2.2 Ytre miljø	21
5. Personvern og informasjonssikkerhet	25
5.1 Resultater fra egevaluering	25
5.2 Vurdering	27
6. Forskning	30
6.1 Resultater fra egevaluering	30
6.2 Vurdering	31
7. Samlet vurdering av styringssystemet.....	34
8. Plan for forbedring av styringssystemet.....	35

1. Innledning

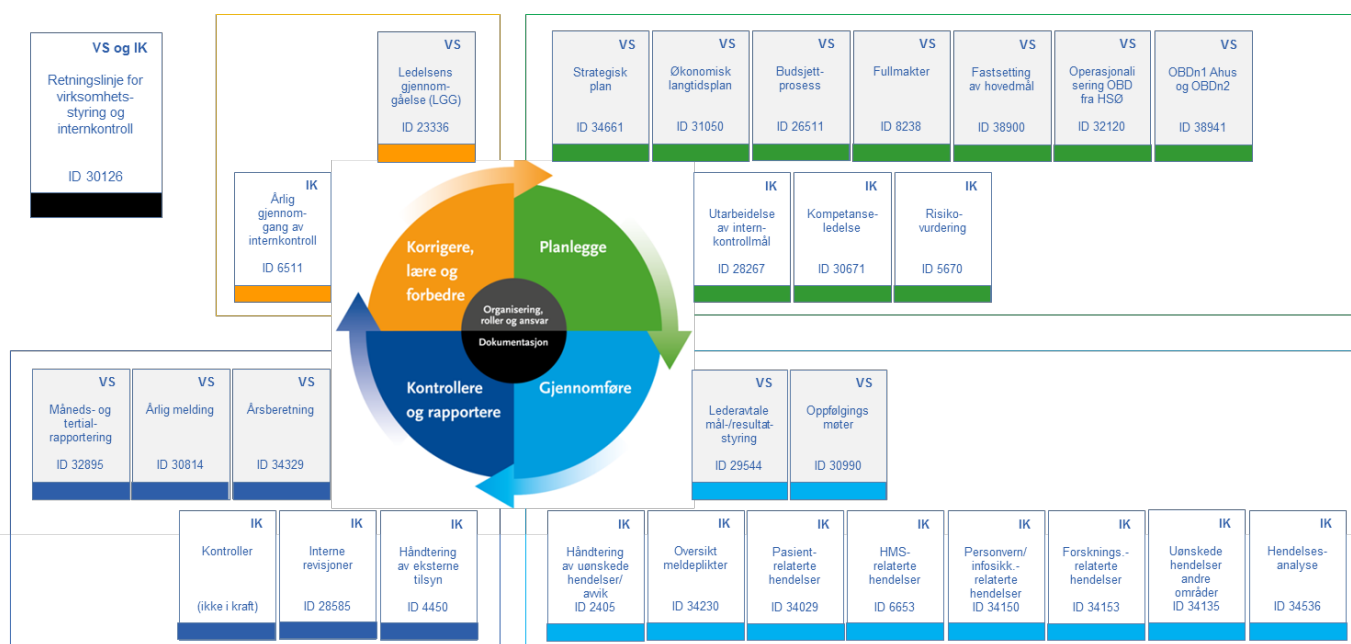
1.1 Bakgrunn

Ahus etablerte i 2019 et felles styringssystem for virksomhetsstyring og internkontroll, *Orden i eget Ahus*, og samlet systemansvaret hos viseadministrerende direktør.

Styringssystemet skal sikre at aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i tråd med krav fastsatt i medhold av lovgivningen som omgir foretaket. Dette innebærer i praksis å sikre at det dekker krav i lover og forskrifter, krav og føringer fra Helse Sør-Øst, og at det bidrar til samordning og koordinering av prosesser for virksomhetsstyring og internkontroll i foretaket.

Styringssystemet er beskrevet i retningslinje *Ahus - Virksomhetsstyring og internkontroll i Akershus universitetssykehus HF* (EQS ID 30126)», og er en operasjonalisering av krav og føringer i lov- og regelverk og Helse Sør-Øst sitt Rammeverk for virksomhetsstyring. Retningslinjen beskriver roller og ansvar, krav til dokumentasjon og hvilke prosesser/prosedyrer som inngår i styringssystemet.

Disse er vist i figuren nedenfor:



Figur 1: Styringssystemet «Orden i eget Ahus»

Opplæring i styringssystemet og prosessene for virksomhetsstyring og internkontroll gis bl.a. annet gjennom Ahus lederskole i form av moduler. Disse obligatorisk for nye ledere, men tilbys også til allerede tilsatte ledere i foretaket.

1.2 Årlig gjennomgang av internkontroll

Årlig gjennomgang av internkontroll¹ (heretter *Årlig gjennomgang*) er en systematisk gjennomgang av styringssystemet for virksomhetsstyring og internkontroll for å vurdere om det fungerer i tråd med hensikten, bidrar til måloppnåelse og kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Årlig gjennomgang er den overordnede styrende og kontrollerende delen av internkontrollen i foretaket. Den skal gjennomføres minst årlig og minimum omfatte:

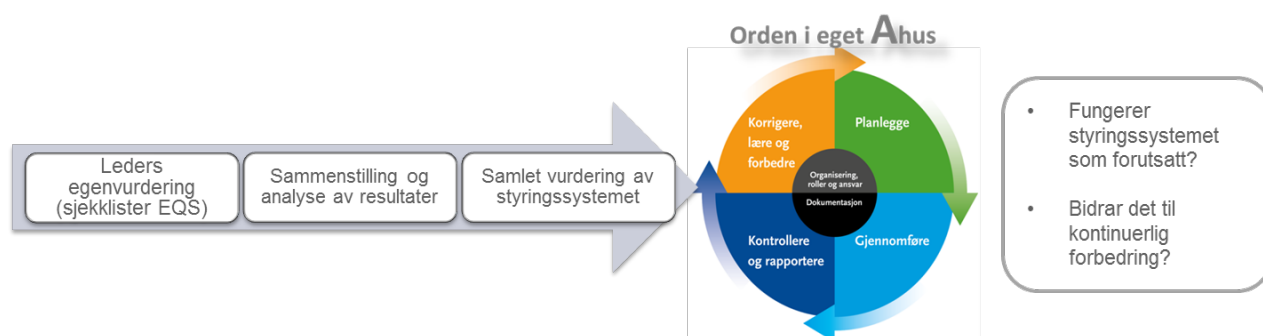
¹ I Helse Sør-Øst RHF's rammeverk for virksomhetsstyring, benyttes begrepet *Ledelsens gjennomgåelse av styringssystemet*.

- gjennomgang av resultater og vurdering av om mål og resultater nås
- vurdering av om gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger overholdes
- samlet vurdering av om styringssystemet fungerer som forutsatt og bidrar til forbedring
- plan for forbedring av styringssystemet

Ved Åhus igangsettes Årlig gjennomgang som del av Ledelsens gjennomgåelse (LGG) i 2. tertial. Gjennomgang av resultater og vurdering av om mål og resultater nås, rapporteres i LGG i 3. tertial, mens øvrige vurderinger fra gjennomgangen og plan for forbedring er samlet i denne rapport.

Rapporten behandles av sykehusledelsen. Som del av sitt tilsynsansvar skal styret påse at styringssystemet fungerer som forutsatt, og behandler derfor rapporten i styremøte i februar.

Prosessen for Årlig gjennomgang består av tre steg:



Figur 2: Evalueringsprosessen «Årlig gjennomgang av internkontroll»

1.2.1 Leders egenevaluering (steg 1)

Leders egenevaluering omfatter fem elektroniske sjekklister i EQS:

- Sjekkliste 1 Generell internkontroll
- Sjekkliste 2 Kvalitet og pasientsikkerhet
- Sjekkliste 3 HMS og ytre miljø
- Sjekkliste 4 Personvern og informasjonssikkerhet
- Sjekkliste 5 Forskning

Generell internkontroll dekker forhold som er felles for alle internkontrollområdene. De øvrige sjekklister dekker forhold som gjelder spesifikt for området, herunder krav i:

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9, jf. Helsetilsynsloven § 5 (1)
- Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid § 5, jf. Arbeidsmiljøloven § 3-1
- Personvernforordningen artikkel 24 og 32, jf. Lov om behandling av personopplysninger § 1
- Forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning § 4, jf. Helseforskningsloven § 6 (2)

Hver sjekkliste er inndelt i ni temaer:

- Tema 1 Organisering, ansvar og myndighet
- Tema 2 Retningslinjer og prosedyrer
- Tema 3 Kompetanse og opplæring
- Tema 4 Regelverk og faglig normerende dokumenter
- Tema 5 Mål
- Tema 6 Risiko
- Tema 7 Håndtering av uønskede hendelser/avvik
- Tema 8 Oppfølging og rapportering
- Tema 9 valuering og forbedring

For hvert tema har hver sjekkliste flere spørsmål hvor lederne må ta stilling til om krav til virksomhetsstyring og internkontroll er ivaretatt. Svaralternativene er Ja/Nei/Delvis/Ikke aktuelt.

Gjennomføring av sjekklister er obligatorisk for lederne nivå 2-5 og skal gjennomføres i perioden 1. september til 1. oktober.

Tabell 1 viser hvordan resultatene fra egevalueringen er inndelt i fire nivåer ut fra andel ledere som svarer at de ivaretar kravene i sjekklister (dvs. svarer ja).

Nivå	Forklaring
	Mer enn 90 % av lederne svarer ja
	Fra 70% til 89 % av lederne har svart ja
	Fra 50% til 69% av lederne har svart ja
	Fra 1% til 49% av lederne har svart ja

Tabell 1: Resultatskala - leders egevaluering av internkontroll

Tabell 2 viser antall ledere som hadde gjennomført sjekklister innen frist i 2020.

Sjekkliste	Antall	Beskrivelse
1 Generell internkontroll	385	Er besvart av alle ledere n2-5 som er registrert i PAGA
2 Kvalitet og pasientsikkerhet	325	Ledere med ansvar for pasientbehandling
3 HMS og ytre miljø	372	Mangler sjekkliste fra 13 ledere
4 Personvern og informasjonssikkerhet	371	Mangler sjekkliste fra 14 ledere
5 Forskning	78	Ledere n2 og 3 med ansvar for forskning

Tabell 2: Antall ledere som har besvart sjekklister i EQS

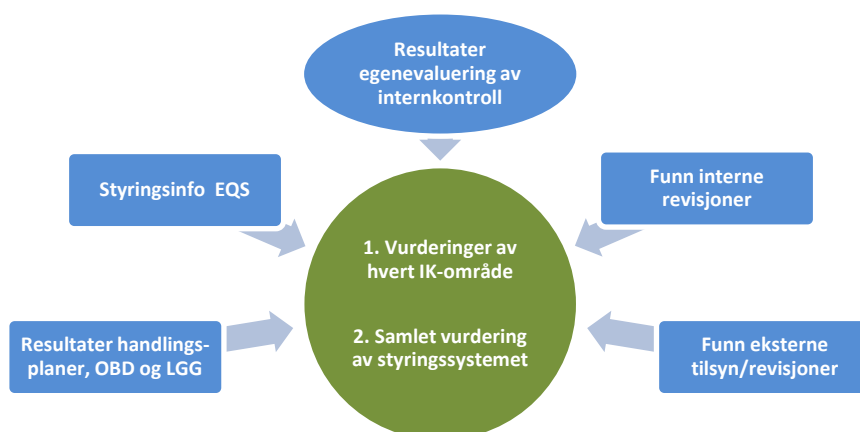
Hver enkelt leder har ansvar for å følge opp resultatene fra sjekklister og rette opp forhold som ikke er i orden innen 1. september påfølgende år. Ledere nivå 2 og 3 har tilgang til resultatene for sjekklister til underordnede ledere, slik at de kan vurdere forbedringsbehov på tvers av enheter.

1.2.2 Sammenstilling og analyse av resultater (steg 2)

Resultatene fra sjekklister sammenstilles og analyseres for divisjons- og foretaksnivå i perioden 1. oktober til 1. desember. Grunnlaget brukes til å vurdere forbedringsbehov på tvers av enheter, og til utvelgelse av årlige internkontrollmål som skal inngå i oppdrag og bestilling n2. Internkontrollmålene for 2020 er videreført for 2021, med tillegg av ytterligere ett mål for området personvern og informasjonssikkerhet. I tillegg er det gjort justeringer i målindikatorer.

1.2.3 Samlet vurdering av styringssystemet (steg 3)

Den samlede vurderingen av styringssystemet er illustrert i figuren nedenfor.



Figur 3: Samlet vurdering av styringssystemet

Først vurderes hvert IK-område gjennom å sammenholde og vurderes resultatene fra ledernes egevaluering med annen relevant styringsinformasjon for hvert internkontrollområde.

Deretter vurderes det om styringssystemet som helhet fungerer som forutsatt ut fra følgende kriterier:

- *Ledelsesforankret*, dvs. at styringssystemet er forankret i sykehusledelsen gjennom beslutninger om mål, rammer for arbeidet og prioritering av ressurser
- *Tydeliggjort ansvar, myndighet og roller*, dvs. at ledere kjenner og forstår eget ansvar for virksomhetsstyring og internkontroll og hvilke oppgaver de skal utføre for å ivareta ansvaret
- *Tilpasset virksomheten*, dvs. at styringssystemet dekker områder i foretaket hvor det er krav til styringssystem/internkontroll
- *Integrert i styring, arbeidsprosesser og aktiviteter*, dvs. at internkontroll er ikke "tilleggsaktiviteter, men inngår prosessene foretaket har for å styre, gjennomføre, rapportere, følge opp og korrigere virksomheten
- *Formalisert og dokumentert*, dvs. at styringssystemet og prosessene for virksomhetsstyring og internkontroll er beskrevet og dokumentert
- *Enhetlig og helhetlig*, dvs. at virksomhetsstyring og internkontroll er standardisert og har samme struktur og utforming på tvers av foretaket ("like ting gjøres likt").
- *Kjent for ledere og gjort tilgjengelig*, dvs. at krav til utførelse av virksomhetsstyring og internkontroll er beskrevet, kommunisert og tilgjengeliggjort, og gjennomførte tiltak dokumenteres slik at de kan følges opp og etterprøves
- *Systematisk fulgt opp*, dvs. styringssystemet følges opp, vedlikeholdes og utvikles systematisk
- *Etterlevd*, dvs. at styringssystemet og kravene til virksomhetsstyring og internkontroll blir etterlevd i foretaket

Til slutt utarbeides det plan med tiltak for forbedring av styringssystemet.

2. Generell internkontroll

2.1 Resultater fra egnevaluering

Tabellen nedenfor oppsummerer resultatene fra leders egnevaluering av generell internkontroll (sjekkliste 1).

Vurderingstema		Kriterier	Ahus	DFM	KD	OK	KK	MD	BUK	DDT	KOS	DPH	ØF	HR	STAB	EMH	FID
0	Oppfølging av forrige års årlig gjennomgang	Leder har ferdigstilt tiltak fra forrige års Årlige gjennomgang av internkontroll	62 %	73 %	52 %	100 %	40 %	60 %	42 %	59 %	27 %	71 %	60 %	50 %	100 %	100 %	50 %
1	Organisering, ansvar og myndighet	Leder har funksjonsbeskrivelse som viser ansvar og oppgaver	83 %	86 %	60 %	100 %	75 %	96 %	92 %	88 %	65 %	79 %	100 %	100 %	50 %	100 %	100 %
		Leder har skriftlig fullmakt som viser delegerte fullmakter fra overordnet leder	89 %	96 %	79 %	89 %	75 %	88 %	92 %	98 %	74 %	87 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		Leder har beskrevet funksjoner og oppgaver i egen enhet (organisasjonskart)	96 %	100 %	88 %	100 %	100 %	95 %	100 %	100 %	92 %	97 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2	Retningslinjer og prosedyrer	Leder har gjort egne ansatte kjent med at retningslinjer og prosedyrer er tilgjengelig i EQS	98 %	100 %	100 %	100 %	100 %	97 %	100 %	98 %	96 %	98 %	100 %	100 %	100 %	75 %	100 %
		Leder følger opp at EQS-dokumenter som egne ansatte er dokumentadministrator for er innenfor revisjonsfrist	78 %	77 %	73 %	100 %	25 %	71 %	77 %	93 %	76 %	89 %	50 %	60 %	100 %	75 %	100 %
		Leder har oversikt over prosedyrer som gjelder for egen enhet - både Ahus-prosedyrer og lokale prosedyrer	87 %	92 %	77 %	100 %	63 %	89 %	100 %	90 %	88 %	88 %	83 %	60 %	75 %	25 %	100 %
3	Kompetanse og opplæring	Leder har kartlagt kompetansebehov i egen enhet	76 %	82 %	57 %	100 %	50 %	82 %	85 %	83 %	92 %	71 %	33 %	60 %	75 %	75 %	100 %
		Leder har utarbeidet opplæringsplaner for egne ansatte	66 %	64 %	43 %	100 %	14 %	68 %	83 %	83 %	76 %	68 %	67 %	40 %	50 %	25 %	100 %
		Leder sørger for å dokumentere hvem som gjennomfører opplæring	71 %	80 %	69 %	100 %	43 %	79 %	77 %	86 %	76 %	57 %	33 %	20 %	100 %	25 %	100 %
4	Regelverk og faglig normerende dokumenter	Leder har satt seg inn i regelverk, retningslinjer, prosedyrer og veiledere som gjelder eget ansvarsområde	87 %	90 %	67 %	100 %	88 %	92 %	92 %	90 %	80 %	90 %	67 %	80 %	100 %	100 %	100 %
5	Mål	Leder har satt seg inn i oppdrags- og bestillingsdokumentet for egen divisjon og de mål som er relevante for egen enhet	87 %	85 %	72 %	100 %	75 %	90 %	92 %	93 %	71 %	92 %	83 %	80 %	100 %	100 %	100 %
6	Risiko	Leder vurderer risiko for manglende måloppnåelse for egen enhet som ledd i LGG og iverksetter tiltak etter behov	78 %	64 %	63 %	100 %	63 %	86 %	75 %	88 %	55 %	85 %	50 %	100 %	100 %	100 %	100 %
7	Håndtering av uønskede hendelser/avvik	Leder har gjort den interne varslingsordningen av kritikkverdige forhold kjent for egne ansatte	88 %	86 %	88 %	100 %	100 %	95 %	92 %	81 %	88 %	85 %	100 %	80 %	100 %	33 %	100 %
		Leder har satt seg inn i prosedyrene for håndtering av uønskede hendelser/avvik og meldeplikter	90 %	84 %	81 %	100 %	88 %	95 %	92 %	93 %	96 %	91 %	67 %	80 %	100 %	67 %	100 %
		Leder har gjort prosedyrene for å melde fra om uønskede hendelser/avvik kjent for egne ansatte	95 %	98 %	95 %	100 %	88 %	94 %	100 %	95 %	92 %	97 %	67 %	100 %	100 %	33 %	100 %

		Leder ivaretar meldepliktene som gjelder for uønskede hendelser/avvik	97 %	98 %	100 %	100 %	88 %	95 %	100 %	98 %	100 %	97 %	60 %	100 %	100 %	67 %	100 %
8	Oppfølging og rapportering	Leder ivaretar månedlig, tertialvis og årlig rapportering i tråd med foretakets krav	91 %	98 %	85 %	100 %	88 %	91 %	91 %	95 %	58 %	95 %	83 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		Leder følger opp ForBedring, LGG og Årlig gjennomgang av internkontroll i tråd med foretakets krav	92 %	98 %	83 %	100 %	50 %	91 %	92 %	98 %	79 %	99 %	67 %	80 %	100 %	100 %	100 %
		Leder behandler og følger opp interne revisjonsrapporter og rapporter fra eksterne tilsyn i tråd med foretakets krav	95 %	95 %	97 %	100 %	88 %	95 %	90 %	100 %	87 %	97 %	80 %	100 %	100 %	100 %	100 %
9	Evaluerings og forbedring	Leder følger opp at forbedringstiltak gjennomføres og virker som planlagt	94 %	98 %	84 %	100 %	100 %	95 %	100 %	93 %	92 %	96 %	83 %	80 %	100 %	100 %	100 %

Tabell 3: Prosentvis andel ledere i Ahus som svarer at krav til generell internkontroll ivaretas

2.2 Vurdering

Vurdering av resultater opp mot annen tilgjengelig styringsinformasjon for området *Generell internkontroll*:

0. Oppfølging av tiltak etter forrige års Årlig gjennomgang av internkontroll

62 % av lederne svarer at de har fulgt opp tiltak fra forrige år. Andelen er lavere for ni av divisjonene. Det kan være flere årsaker til at lederoppfølging av tiltak og handlingsplaner varierer, og det må skilles mellom årsaker knyttet til mangler og/eller svakheter i systemer, prosesser og verktøy/maler på den ene siden, og ledernes forutsetninger for og vilje til å følge opp tiltaksarbeid på den andre siden. På systemsiden må det trekkes frem at Årlig gjennomgang er en relativt ny prosess som ble innført fra 2018, og at flere divisjoner fremdeles arbeider med å innlemme prosessen i egen styring. Frem til 2020 hadde Ahus heller ikke et elektronisk handlingsplansystem som var tilrettelagt for å følge opp internkontroll tiltak for andre områder enn HMS.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

1. Organisering, ansvar og myndighet

83 % av lederne svarer at de har en funksjonsbeskrivelse som viser ansvar og oppgaver. For to av divisjonene er andelen lavere enn 70 %. Det er utarbeidet standard mal for funksjonsbeskrivelser i EQS som er forutsatt brukt, og fastsatt krav til innholdet i det faglige, økonomiske og personalmessige ansvar for ledere på ledernivå 2-4. Sammenholdt med antall funksjonsbeskrivelser i EQS, samsvarer resultatet fra egevalueringen relativt godt.

89 % av lederne svarer at de har en skriftlig fullmakt som viser delegerte fullmakter fra overordnet leder. Andelen er ganske lik for alle divisjonene. Fullmaktsystemet for Ahus er lagt opp slik at Stabsdivisjonen har oversikt over fullmaktsoppgaver for ledernivå 2, mens hver enkelt divisjon selv er forutsatt å ha oversikt og dokumentasjon på fullmakter som er videredelegert. Det foreligger ikke informasjon å sammenholde med.

96 % av lederne svarer at de har beskrevet funksjoner og oppgaver i egen enhet. For dette formålet er det utarbeidet standard mal for organisasjonskart i EQS som er forutsatt brukt. Antall organisasjonskart i EQS er imidlertid lavere enn det lederne svarer, samtidig som flere av organisasjonskartene i EQS ikke er oppdaterte. Dette må derfor følges opp over tid.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

2. Retningslinjer og prosedyrer

78 % av lederne svarer at de følger opp at EQS-dokumenter som egne ansatte er dokumentadministrator for, er innenfor revisjonsfrist. Dette samsvarer relativt godt med tall fra EQS som viser at ca. 85 % av alle gyldige dokumenter er innenfor revisjonsfrist. Imidlertid er det tre divisjoner hvor andelen ledere som følger opp dette er lavere enn 60 %.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

3. Kompetanse og opplæring

76 % av lederne svarer at kartlegging av kompetansebehov for egen enhet blir ivaretatt. Samtidig svarer 66 % at de har utarbeidet opplæringsplaner for egne ansatte, mens 71 % svarer at de dokumenterer at opplæring gjennomføres. Fem divisjoner skiller seg ut med lavere andel ledere som svarer at kravene oppfylles. Sammenholdt med faktiske resultatene fra den årlige prosessen for kompetanseledelse, er det godt samsvar.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

4. Regelverk og faglig normerende dokumenter

87 % av lederne svarer at de har satt seg inn i regelverk, retningslinjer, prosedyrer og veiledere som gjelder eget ansvarsområde. For to divisjoner er andelen lavere enn 70 %. Resultatet tyder på at lederne opplever å ha god oversikt over regelverk og faglig normerende dokumenter.

Det må samtidig trekkes frem at ansvaret for å følge opp og ha oversikt over endringer i lover og forskrifter ikke er en formalisert rolle på foretaksnivå. Hver enkelt divisjon må i dag selv fange opp dette innenfor fagområdene de har ansvar for. Det må også trekkes frem at resultater fra bl.a. interne revisjoner har vist at selv enheter som har etablert god internkontroll finner det utfordrende å holde oversikt og følge opp denne type endringer. Det er derfor risiko for at prosedyrer som er knyttet opp til lovreglene ikke blir oppdatert før det har gått en stund. Tilbakemeldinger fra brukerne av kvalitetssystemet EQS at det er utfordrende å holde oversikt over hvilke prosedyrer som gjelder til enhver tid. Det gjelder både Ahus-overgripende prosedyrer og prosedyrer som gjelder spesifikt for eget ansvarsområde. Årsaken skyldes manglende systematisering av prosedyrene i kvalitetssystemet.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

5. Mål

87 % av lederne ved Ahus svarer at de har satt seg inn i oppdrags- og bestillingsdokumentet for egen divisjon og målene som er gjelder egen enhet. Generelt er prosessene for å sikre at det fastsettes hovedmål, internkontrollmål og utviklingsmål for foretaket gode. Det samme gjelder ansvars plassering av krav og oppgaver fra eier. Erfaringene med det praktiske mål- og resultatstyringsarbeidet, viser samtidig at arbeidet med å operasjonalisere mål og oppgaver på divisjonsnivå og nedover kan videreutvikles videre.

Ved årets slutt inngår det i LGG å gjøre en forenklet vurdering av årsak til at manglende mål-oppnåelse. Resultatene for 2020 viser at hovedårsakene til manglende mål-oppnåelse er «Ikke tilstrekkelige tiltak for å nå målene», «Ikke god nok planlegging» og «Ikke tilstrekkelig oversikt over risikoforhold». I arbeidet med å utvikle og forbedre mål- og resultatstyringen i sykehuset, kan det ut fra dette være naturlig å se nærmere på hvordan sentral stab kan yte en mer løpende støtte og bistand i arbeidet med å planlegge og følge opp tiltak gjennom året. Dette vil bl.a. bli sett nærmere på ifb med revisjon av Mandat ressursgruppen for oppfølging av OBD N2 og i gruppens arbeid.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

6. Risiko

78 % av lederne svarer at de vurderer risiko for manglende mål-oppnåelse for egen enhet som ledd i LGG og iverksetter tiltak etter behov. For fem divisjoner er imidlertid andelen lavere enn 50 %.

LGG-prosessen ble lagt om fra 2019 og det ble tatt i bruk mer enhetlig metode og gjennomgående vurderingskriterier for å kartlegge og vurdere risiko for manglende mål-oppnåelse. LGG-leveransene fra divisjonene er gjennomgående gode, men det bør vurderes om LGG-arbeidet i sterkere grad også bør involvere ledere på nivå 4 og 5.

Samtidig har LGG-prosessen for 2020 avveket fra prosedyrene på grunn av pandemien. LGG i 1. tertial utgikk og det ble gjennomført en svært forenklet risikovurdering i LGG 2. tertial.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

7. Håndtering av uønskede hendelser/avvik

88 % av lederne svarer at de har gjort den interne varslingsordningen av kritikkverdige forhold kjent for egne ansatte. Videre svarer 90 % av lederne at de har satt seg inn i prosedyrene for håndtering av uønskede hendelser/avvik og meldeplikter, mens 95 % av lederne svarer at de har gjort prosedyrene for å melde fra om uønskede hendelser/avvik kjent for egne ansatte.

Resultatene harmonerer relativt godt med informasjon om bruk av varslingsordningen og antall meldte uønskede hendelser/avvik i EQS.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

8. Oppfølging og rapportering

91 % av lederne svarer at de følger opp måneds-, tertialvis og årlig rapportering, og dette samsvarer fullt ut med erfaringene fra gjennomføring av rapporteringsprosessene.

Videre svarer 92 % av lederne at de følger opp ForBedring, LGG og Årlig gjennomgang av internkontroll i tråd med foretakets krav. Her er det imidlertid to divisjoner hvor andelen ledere er klart lavere (50 % og 67 %). LGG gjennomføres og rapporteres i henhold til tidsfrister og øvrige krav. Det er noe variasjon i hvor langt ut i linjen lederne involveres i gjennomføring av LGG. Trolig involverer ikke alle avdelingsledere sine seksjonsledere i dette arbeidet.

Til slutt svarer 95 % av lederne at de behandler og følger opp interne revisjonsrapporter og rapporter fra eksterne tilsyn i tråd med foretakets krav. Resultatet samsvarer bare delvis med tall fra EQS som viser oppfølging og lukking av avvik etter revisjoner og tilsyn. Sett opp erfaringer med status for oppfølging av handlingsplaner etter revisjoner og tilsyn, forsterkes dette ytterligere.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

9. Evaluering og forbedring

94 % av lederne svarer at de følger opp at tiltak iverksettes og virker som forutsatt. Sammenholdt med funn fra oppfølging av tiltak og handlingsplaner, samt mer spesifikke svar på tilsvarende spørsmål fra sjekklister 2-5, nyansers bildet. Samtidig viste funn fra internrevisjonen «Behandling og læring av avvikssaker som går på tvers av enheter» (rapport 8/2019) stor variasjon i divisjonenes etablerte praksis for vurdering, behandling og oppfølging av avvik med tanke på systematisk læring på tvers.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

3. Kvalitet og pasientsikkerhet

3.1 Resultater fra egnevaluering

Tabellen nedenfor oppsummerer resultatene fra leders egnevaluering av området kvalitet og pasientsikkerhet (sjekkliste 2).

Vurderingstema		Kriterier	Ahus	DFM	KD	OK	KK	MD	BUK	DDT	KOS	DPH	EMH
0	Oppfølging av forrige års årlig gjennomgang	Leder har ferdigstilt tiltak relatert til kvalitet og pasientsikkerhet fra forrige års Årlige gjennomgang av internkontroll	68 %	86 %	58 %	100 %	25 %	68 %	67 %	67 %	22 %	75 %	100 %
1	Organisering, ansvar og myndighet	Leder har satt seg inn i mandatene (ansvar og oppgaver) for KAM, KPU nivå 1 og 2	89 %	81 %	76 %	100 %	78 %	84 %	100 %	98 %	84 %	94 %	100 %
		Leder har satt seg inn i prosedyrene som viser ansvars- og oppgavefordeling for behandling av tilsyns- og klagesaker	86 %	90 %	73 %	100 %	75 %	88 %	92 %	93 %	65 %	90 %	100 %
		Leder har satt seg inn i prosedyrene som viser ansvars- og oppgavefordeling for behandling av NPE-saker	86 %	60 %	79 %	100 %	100 %	77 %	92 %	89 %	81 %	93 %	100 %
		Leder gjennomfører samarbeidsmøter internt i egen enhet	98 %	100 %	97 %	100 %	100 %	95 %	100 %	100 %	94 %	99 %	100 %
		Leder gjennomfører samarbeidsmøter med andre enheter	91 %	90 %	84 %	100 %	75 %	84 %	92 %	100 %	78 %	99 %	100 %
2	Retningslinjer og prosedyrer	Leder utarbeider kunnskapsbaserte fagprosedyrer i henhold til AGREE metoden	61 %	ia	57 %	100 %	0 %	52 %	63 %	90 %	64 %	58 %	0 %
3	Kompetanse og opplæring	Leder følger opp at egne ansatte gjennomfører obligatorisk opplæring	88 %	100 %	97 %	100 %	67 %	85 %	85 %	98 %	82 %	83 %	100 %
		Leder følger opp at ansatte som har gjennomført obligatorisk opplæring i å bruke pasientdatasystemer som DIPS, Metavision, Partus mfl. faktisk har tilstrekkelig kompetanse	95 %	100 %	94 %	100 %	100 %	96 %	100 %	94 %	86 %	94 %	100 %
		Leder legger til rette for deltagelse på opplæringstilbudene innen kvalitets-forbedring og pasientsikkerhet (grunnkurs kvalitetsforbedring, læringsnettverket Best på å bli bedre og spesialkurs, simulering, klinisk kommunikasjon)	92 %	100 %	86 %	100 %	100 %	92 %	83 %	95 %	81 %	94 %	100 %
4	Regelverk og faglig normerende dokumenter	Leder har satt seg inn i nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, herunder prioriteringsveiledere, som gjelder for eget ansvarsområde	86 %	94 %	68 %	100 %	75 %	77 %	90 %	94 %	69 %	95 %	100 %
5	Mål	Leder har utarbeidet lokale mål og tiltak for arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet	82 %	75 %	74 %	100 %	56 %	71 %	69 %	98 %	75 %	90 %	100 %
		Leder gjennomfører eller bidrar inn i forbedringsprosjekter i egen avdeling	94 %	100 %	89 %	100 %	75 %	92 %	92 %	98 %	95 %	97 %	100 %
6	Risiko	Leder jobber systematisk med å identifisere risikoområder (f.eks. risikotavlemøter, Det grønne korset, forbedringstavler, screeninger)	69 %	86 %	74 %	100 %	57 %	67 %	38 %	94 %	70 %	55 %	100 %
		Leder setter inn tiltak (korrigerende eller forebyggende) dersom det avdekkes risiko for svikt, feil og/eller pasientskade	97 %	100 %	91 %	100 %	100 %	97 %	100 %	100 %	95 %	98 %	100 %

7	Håndtering av uønskede hendelser/avvik	Leder legger frem tertialvise sammenstillinger av uønskede pasienthendelser, for refleksjon og læring, for ansatte i personalmøter	62 %	78 %	50 %	100 %	88 %	59 %	90 %	91 %	81 %	41 %	ia
		Leder legger frem temasaker om pasientsikkerhet, for refleksjon og læring, i KAM/KPU	76 %	67 %	59 %	100 %	86 %	78 %	100 %	94 %	94 %	58 %	100 %
		Leder gjennomfører hendelsesgjennomgang ved alvorlige uønskede hendelser (3-3a)	94 %	93 %	94 %	100 %	83 %	88 %	100 %	100 %	100 %	94 %	ia
		Leder følger opp at alle medlemmer i KAM har gjennomført e-læringen "Introduksjon til Kvalitet og arbeidsmiljøgrupper (KAM)"	64 %	60 %	50 %	100 %	33 %	49 %	75 %	85 %	33 %	83 %	ia
		Leder bruker uønskede hendelser/ tilsyn- og klagesaker mm. som utgangspunkt til forbedringsarbeid i egen enhet	96 %	91 %	94 %	100 %	100 %	96 %	100 %	100 %	100 %	94 %	100 %
		Leder samarbeider med andre enheter når tilsyns- og klagesaker berører flere enheter	94 %	100 %	91 %	100 %	100 %	84 %	100 %	98 %	100 %	97 %	100 %
8	Oppfølging og rapportering	Leder gjennomfører og følger opp pasientsikkerhetsprogrammet	80 %	100 %	79 %	100 %	67 %	74 %	86 %	82 %	88 %	78 %	100 %
		Leder har utviklet og tilgjengeliggjort skriftlig pasientinformasjon på sentrale undersøkelser og behandlinger innen fagområdene i egen enhet	67 %	100 %	93 %	100 %	80 %	73 %	80 %	88 %	73 %	40 %	100 %
9	Evaluerings og forbedring	Leder løfter pasientrelaterte saker som involverer flere avdelinger/divisjoner til neste nivå (fra KAM til KPU nivå 2 eller KPU nivå 1)	94 %	91 %	89 %	100 %	88 %	90 %	100 %	100 %	88 %	97 %	ia
		Leder tilbakefører informasjon fra utvalgene til egne ansatte	90 %	81 %	91 %	100 %	100 %	83 %	100 %	93 %	95 %	93 %	0 %
		Leder benytter resultater fra ForBedring-undersøkelsen til å koble pasientsikkerhet og HMS	93 %	100 %	82 %	100 %	88 %	94 %	100 %	97 %	95 %	91 %	100 %
		Leder har tiltak for å skape/vedlikeholde en kultur for forbedring og læring	93 %	95 %	86 %	100 %	78 %	93 %	92 %	95 %	82 %	98 %	100 %
		Leder bruker målinger regelmessig i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet	69 %	100 %	67 %	100 %	67 %	76 %	67 %	100 %	86 %	51 %	ia
		Leder registrerer i aktuelle medisinske kvalitetsregistre	69 %	56 %	56 %	100 %	100 %	76 %	56 %	82 %	76 %	62 %	100 %
		Leder benytter informasjon fra nasjonale kvalitetsindikatorer til refleksjon og forbedring	68 %	100 %	71 %	89 %	75 %	71 %	69 %	81 %	78 %	49 %	100 %
		Leder er kjent med hva pasienter og pårørende er opptatt av, og hvordan de vurderer kvaliteten og pasientsikkerheten i egen enhet	51 %	100 %	50 %	71 %	43 %	42 %	50 %	75 %	50 %	52 %	100 %

Tabell 4: Prosentvis andel ledere i Ahus som svarer at internkontroll relatert til kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas

3.2 Vurdering

Vurdering av resultater opp mot annen tilgjengelig styringsinformasjon for området *Kvalitet og pasientsikkerhet*:

0. Oppfølging av tiltak etter forrige års Årlig gjennomgang av internkontroll

For hele Ahus svarer ca. en tredjedel av lederne at tiltakene fra forrige års gjennomgang ikke er ferdigstilt. Det er stor variasjon mellom divisjonene, fra rundt 20 % opp til 100 %. Det vises for øvrig til vurderingen av samme punkt i kapittel 2.2 *Generell internkontroll*.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

1. Organisering, ansvar og myndighet

Ledernes egevaluering tilsier at organiseringen av KAM og KPU, samt prosedyrene for tilsyn-, klage- og NPE-saker er godt kjent. Det er særlig positivt at over 90 % av lederne svarer at de gjennomfører samarbeidsmøter med andre enheter, ettersom det tidligere har vært fremhevet et behov for å bedre slikt samarbeid på Ahus.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

2. Retningslinjer og prosedyrer

61 % av lederne som har gjennomført sjekkliste 2 svarer at de utarbeider kunnskapsbaserte fagprosedyrer i henhold til AGREE-metoden. I to av divisjonen er andelen over 90 %.

Spørsmålet innebærer spesifikke kriterier og en forholdsvis høy terskel for å kunne svare at man har oppfylt disse kriteriene i arbeidet med fagprosedyrer i egen enhet. Prosedyren for arbeidet med fagprosedyrer er nå under revidering.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021

3. Kompetanse og opplæring

I fem divisjoner svarer opp mot 100 % av lederne at de følger opp at deres ansatte gjennomfører obligatorisk opplæring. Ved de øvrige fem divisjonene er tallene lavere, mellom 67 og 85 %, hvilket innebærer at man ikke har fullstendig oversikt over hvorvidt alle obligatoriske kurs gjennomføres.

Samtidig gjøres det god oppfølging (95 %) på hvorvidt de som har deltatt på kurs faktisk har tilstrekkelig kompetanse i de relevante pasientdatasystemene. Det er positivt at lederne i stor grad legger til rette for deltakelse i opplæringstilbudet innen kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Selv om kurstilbudet var redusert i 2020 pga. smittesituasjonen, har alle divisjoner hatt deltakere på disse kursene i løpet av året.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

4. Regelverk og faglig normerende dokumenter

86 % av lederne som har gjennomført sjekkliste 2 svarer å ha satt seg inn i de nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som gjelder for eget ansvarsområde. Ettersom kjennskap til de retningslinjer som gjelder må anses å være viktig for lederne, kunne man her forventet høyere tall, spesielt for de divisjonene hvor under 70 % av lederne har svart bekreftende på spørsmålet.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

5. Mål

I 2020 har sykehusledelsen vedtatt en handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet, og tilrettelagt for at det også lages lokale handlingsplaner. Det er positivt at en såpass stor andel som 82 % av lederne som har gjennomført sjekkliste 2 svarer at de har fastsatt lokale mål for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

Videre svarer 94 % av lederne at de gjennomfører eller bidrar i forbedringsprosjekter i egen avdeling, i tråd med et av hovedmålene for Ahus om at hver avdeling skal gjennomføre minst et forbedringsprosjekt hvert år. Det er ikke satt opp noen kriterier for hva som er å anse som et forbedringsprosjekt. Under punkt 9 i undersøkelsen er det en lavere andel som svarer at de regelmessig bruker målinger i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, samtidig som en del vurderer dette som «ikke relevant», til tross for at dette er et viktig element i systematikken Ahus anbefaler i kvalitetsforbedringsarbeid. Selv om de fleste svarer å gjennomføre forbedringsprosjekter, er det altså derfor grunn til å anta at det er behov for å jobbe mer systematisk, og i henhold til etablert metode for kvalitetsforbedring.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

6. Risiko

Tallene viser at nesten alle ledere som har gjennomført sjekkliste 2 (97 %), setter inn tiltak når risiko avdekkes. Det er imidlertid færre som jobber systematisk med å identifisere risikoområdene, f.eks. ved å bruke risikotavler, forbedringsmøter eller lignende. Totalt svarer 69 % å ha en systematisk tilnærming til å identifisere risiko, mens det er store variasjoner mellom divisjonene.

Bruk av slik systematikk er anbefalt fra blant annet pasientsikkerhetsprogrammet, men det er varierende grad av å ta det i bruk, og varierende hvorvidt man har fått det til å fungere godt hvert enkelt sted. Dette tilsier at det er behov for å styrke fokuset på systematisk arbeid med identifisering og oppfølging av risiko og forbedringsområder i hverdagen.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

7. Håndtering av uønskede hendelser/avvik

Det er variasjon mellom divisjonene i hvilken grad lederne legger frem uønskede hendelser for refleksjon og læring for egne ansatte, og for KAM/KPU. Det er verdt å merke seg at det er flere ledere som svarer å levere slike saker opp til utvalgene, enn det er som legger til rette for læring i egen enhet ved å legge sakene frem for sine ansatte.

I oppfølgingen av om medlemmene av KAM har gjennomført introduksjonskurset, er det 64 % som svarer at de har gjort det. For de divisjonene som skårer lavest er det et forholdsvis stort forbedringspotensial her. Samtidig er det positivt at nesten alle (96 %) svarer å bruke uønskede hendelser og avvik som utgangspunkt for forbedring i egen enhet, at det gjennomføres hendelsesgjennomgang ved alvorlige, uønskede hendelser (94 %), og at man samarbeider om saker som berører flere enheter (94 %).

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

8. Oppfølging og rapportering

Mellom 67 og 100 % av lederne som har gjennomført sjekkliste 2 svarer at de gjennomfører og følger opp pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24/7*. Resultatene i egevalueringen samsvarer med det som fremkommer i den tertialvise rapporteringen, hvor det rapporteres på hvert enkelt tiltak i programmet.

Når det gjelder å tilby pasientene skriftlig informasjon om undersøkelser og behandlinger, er det to divisjoner hvor 100 % svarer bekreftende. Én divisjon skiller seg ut ved at bare 40 % svarer å ha dette, mens ca. 70-90 % av lederne fra øvrige divisjoner svarer bekreftende på spørsmålet.

Det følger av OBD at Ahus skal sørge for at pasienter forstår informasjonen som er rettet mot dem. Dette gjelder bl.a. brev, informasjon på nettsider og i brosjyrer. Ahus jobber hele tiden for forståelig pasientinformasjon. I 2020 ble det lagt ned en stor jobb i pasientbrevene, slik at disse skal inneholde forståelig og informasjon. Dette prosjektet har blitt forskjøvet et par ganger, som har gjort at arbeidet har tatt litt lenger tid. Ahus er ikke i mål og jobber med resterende brev. I tillegg har avdelingene ulik type informasjonsmateriell som det er behov for å gjennomgå og revidere.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021

9. Evaluering og forbedring

Her svarer i overkant av 9 av 10 ledere at pasientsaker løftes til neste nivå når de berører flere avdelinger/divisjoner, at utvalgenes vurderinger formidles tilbake til egne ansatte, at man benytter ForBedring-undersøkelsen til å se pasientsikkerhet og HMS i sammenheng, og at de har tiltak for å skape kultur for forbedring og læring.

Tallene er lavere på punktene som handler om å bruke målinger, kvalitetsindikatorer og registrere i medisinske kvalitetsregistre. Bruk av målinger og indikatorer er ofte krevende å få til i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, samtidig som det er viktig for å lykkes. Derfor vil det bli utarbeidet prosedyre for bruk av informasjon fra medisinske kvalitetsregistre.

Bare 51 % svarer at de er kjent med hva pasienter og pårørende er opptatt av, og hvordan de vurderer kvalitet og pasientsikkerhet i egen enhet. Ahus trenger å jobbe med å få flere til å jobbe aktivt med å innhente og forstå brukerens perspektiv, slik at forbedringsarbeidet faktisk kommer brukeren til gode og vi kan skape «pasientens helsetjeneste». Vi kan også se dette i sammenheng med spørsmålet om å gjøre skriftlig informasjon til pasientene tilgjengelig, hvor det også gjenstår noe arbeid i flere av divisjonene.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

4. HMS og ytre miljø

4.1 Resultater fra egnevaluering

Tabellen nedenfor oppsummerer resultatene fra leders egnevaluering av området HMS og ytre miljø (sjekkliste 3).

Vurderingstema		Kriterier	Ahus	DFM	KD	OK	KK	MD	BUK	DDT	KOS	DPH	ØF	HR	STAB	EMH	FID
0	Oppfølging av forrige års årlig gjennomgang	Leder har ferdigstilt tiltak relatert til HMS og ytre miljø fra forrige års Årlige gjennomgang av internkontroll	66 %	73 %	61 %	89 %	50 %	61 %	42 %	74 %	26 %	77 %	50 %	50 %	33 %	100 %	0 %
1	Organisering, ansvar og myndighet	Leder har satt seg inn i mandatene (ansvar og oppgaver) for Avdelingsutvalg, AMU nivå 1 / 2	87 %	85 %	71 %	100 %	89 %	91 %	100 %	93 %	68 %	90 %	0 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		Leder peker ut og dokumenterer hvem som er forflytningsveileder, brannvern-koordinator, strålevernkontakt, stoffkartotekansvarlig og smittevernkontakt	87 %	73 %	82 %	100 %	71 %	98 %	90 %	100 %	87 %	84 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		Leder sørger for at det velges verneombud og inngås samarbeidsavtaler mellom verneombud og leder	95 %	93 %	94 %	100 %	100 %	95 %	100 %	97 %	89 %	94 %	100 %	ia	100 %	100 %	100 %
2	Retningslinjer og prosedyrer	Ingen spesielle forhold utover det som følger av sjekkliste 1 "Generell"															
3	Kompetanse og opplæring	Leder sørger for at ledere, verneombud og AMU-medlemmer gjennomfører obligatorisk HMS-opplæring, herunder opplæring om enhetens HMS-arbeid og brannvernopplæring og e-læring Ytre miljø	93 %	98 %	91 %	100 %	75 %	80 %	100 %	100 %	86 %	96 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		Leder følger opp at personell med roller som forflytningsveileder, brannvern-koordinator, strålevernkontakt, stoffkartotekkoordinator og smittevernkontakt har dokumentert kompetanse	76 %	79 %	75 %	100 %	57 %	82 %	78 %	91 %	63 %	68 %	50 %	100 %	75 %	50 %	100 %
		Leder følger opp at ledere har tema ytre miljø på fellesmøte minst en gang i året, og dokumenterer hvem som deltok (klimapresentasjonen på intranettet kan benyttes)	66 %	74 %	79 %	100 %	67 %	47 %	91 %	93 %	71 %	49 %	50 %	100 %	50 %	50 %	ia
4	Regelverk og faglig normerende dokumenter	Ingen spesielle forhold utover det som følger av sjekkliste 1 "Generell"															
5	Mål	Leder har utarbeidet lokale mål og tiltak for arbeid med HMS/ytre miljø	80 %	82 %	61 %	100 %	38 %	77 %	92 %	95 %	65 %	86 %	40 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		Leder oppdaterer kontekstanalyse og miljøkartlegging (gjelder nivå 2), ved endringer	69 %	78 %	58 %	100 %	33 %	58 %	67 %	91 %	67 %	67 %	la	la	la	la	la
6	Risiko	Leder har vurdert risiko på områdene vold og trusler, brannsikkerhet, endringer i etablerte prosesser/systemer/ lokaler, arbeidstidsordninger, før beslutninger om omorganisering/ driftsendringer, utslipp til ytre miljø, eksponering for biologiske faktorer, stråling og tøy på arbeidsplassen	79 %	83 %	71 %	100 %	67 %	66 %	100 %	88 %	71 %	91 %	40 %	67 %	25 %	75 %	0 %
		Leder involverer ansatte og vernetjeneste i arbeidet med å kartlegge risikoer	98 %	100 %	97 %	100 %	100 %	93 %	100 %	98 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		Leder setter inn tiltak dersom det avdekkes risiko for svikt, feil eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav	98 %	100 %	100 %	100 %	89 %	99 %	92 %	100 %	91 %	99 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

7	Håndtering av uønskede hendelser/avvik	Leder behandler og følger opp uønskede HMS-relaterte hendelser/avvik hvor en selv er meldingsansvarlig	98 %	100 %	95 %	100 %	89 %	100 %	100 %	100 %	100 %	98 %	80 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		Leder gjennomfører møter i Avdelingsutvalg og AMU nivå 2 som beskrevet i prosedyre/mandat	96 %	96 %	91 %	100 %	80 %	97 %	100 %	100 %	88 %	98 %	0 %	la	la	100 %	100 %
8	Oppfølging og Rapportering	Leder gjennomfører og følger opp årlig HMS-runde sammen med verneombudet	94 %	96 %	91 %	100 %	67 %	92 %	100 %	100 %	75 %	95 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		Leder registrerer tiltak etter HMS-runden i elektronisk HMS-handlingsplan (gjelder også ytre miljø)	91 %	90 %	90 %	100 %	86 %	85 %	100 %	97 %	75 %	94 %	50 %	100 %	100 %	100 %	100 %
9	Evaluerings og forbedring	Leder løfter HMS-relaterte saker som involverer flere avdelinger/divisjoner til neste nivå (fra KAM til AMU nivå 2 eller AMU nivå 1)	97 %	93 %	96 %	100 %	100 %	96 %	91 %	100 %	100 %	99 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		Leder tilbakefører informasjon fra utvalgene til egne ansatte	90 %	94 %	92 %	100 %	89 %	78 %	92 %	95 %	91 %	91 %	100 %	67 %	100 %	100 %	100 %

Tabell 5: Prosentvis andel ledere i Ahus som svarer at internkontroll relatert til HMS og ytre miljø ivaretas

4.2 Vurdering

Vurdering av resultater opp mot annen tilgjengelig styringsinformasjon for området *HMS og ytre miljø*:

4.2.1 HMS

0. Oppfølging av tiltak etter forrige års Årlig gjennomgang av internkontroll

66 % av lederne svarer at de har fulgt opp tiltak fra fjorårets «Årlig gjennomgang av internkontroll». Fire divisjoner har en lavere andel enn 50 %. Dette bildet er sammenfallende med de funn som er gjort ved interne revisjoner og eksterne tilsyn. Noe av forklaringen må tillegges den spesielle situasjonen som har vært i 2020, der flere ansatte ble omdisponert til andre oppgaver og håndteringen av pandemien har tatt mye av tiden. Det vises for øvrig til vurderingen av samme punkt i kapittel 2.2 *Generell internkontroll*.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

1. Organisering, ansvar og myndighet

87 % av lederne svarer å ha satt seg inn i mandatene for Avdelingsutvalg og AMU Nivå 1/2. En av divisjon svarer at dette ikke er gjort. Funn fra intern revisjon har imidlertid vist at mandatene gir rom for tolkning. Videre svarer 87 % av lederne at de har utpekt forflytningsveileder, brannvernkoordinator, strålevernkontakt, stoffkartotekansvarlig og smittevernkontakt. Ingen divisjoner har lavere andel 71 %.

Til slutt svarer 95 % av lederne at de har sørget for valg av verneombud og at det er skrevet kontrakt mellom verneombud og leder. Ingen divisjoner har lavere andel enn 89 %, men en divisjon har meldt punktet som «ikke aktuelt». Det er imidlertid krav om at det skal være etablert samarbeidsavtale mellom leder og verneombud på alle nivå (EQS ID 6520 pkt. 3.2.2).

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

2. Retningslinjer og prosedyrer

Det vises til samme punkt i kapittel 2.2 *Generell internkontroll*. Det er endel restanser på revisjoner av HMS prosedyrer i EQS. Oppdatering og revisjon av prosedyrer er et løpende arbeid, men grunnet omdisponering av ressurser pga. pandemien og derav kapasitetsutfordringer, er mye av dette arbeidet overført til 2021.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

3. Kompetanse og opplæring

93 % av lederne ved Ahus svarer å ha sørget for at obligatorisk HMS-opplæring, herunder opplæring om enhetens HMS-arbeid og brannvernopplæring, er gjennomført. Ingen divisjoner/klinikker har lavere andel gjennomført enn 75 %. Samtidig viser oversikt fra læringsportalen at dokumentasjon av gjennomført opplæring varierer.

Videre svarer 76 % av lederne at de følger opp at personell med roller som forflytningsveileder, brannvernkoordinator, strålevernkontakt, stoffkartotekkoordinator og smittevernkontakt har dokumentert kompetanse. Ingen divisjoner/klinikker har lavere andel gjennomført enn 50 %. Grunnet pandemisituasjonen og utfordringer med gjennomføring av undervisning med fysisk tilstedeværelse grunnet smittevernregler, er mye av den planlagte opplæringen innenfor HMS har blitt forskjøvet til 2021.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

4. Regelverk og faglig normerende dokumenter

Det vises til samme punkt i kap. 2.2 *Generell internkontroll*. Arbeidsmiljølovens bestemmelser med forskrifter bekjentgjøres i foretaket i Personelhåndboken (i Personalportalen), og interne retningslinjer og prosedyrer i EQS relatert til bl.a. HMS-området bygger på dette regelverket. Som vist til i punkt 2 over, vil HR-divisjonen følge opp og sørge for at de interne dokumentene revideres og oppdateres.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

5. Mål

80 % av lederne ved Ahus svarer at de har utarbeidet lokale mål og tiltak for HMS. To divisjoner melder å ha en andel lavere enn 50 %. Disse tallene er sammenfallende med de funn som gjøres ved stikkprøver av det elektroniske handlingsplanssystemet. Mye av det ordinære arbeidet med HMS har blitt skjøvet på eller ikke prioritert i tilstrekkelig grad grunnet pandemisituasjonen i 2020.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

6. Risiko

79 % av lederne ved Ahus svarer at de har vurdert risiko relatert til vold og trusler, brannsikkerhet, endringer i etablerte prosesser/systemer/ lokaler, arbeidstidsordninger, før beslutninger om omorganisering/ driftsendringer, eksponering for biologiske faktorer, stråling og tøy på arbeidsplassen. Tre divisjoner melder å ha en andel som er under 50 %. Det er blant annet gjennomført risikovurderinger på området vold og trusler i alle kliniske virksomheter, hvor det er gjennomført opplæring av ressurspersoner som skal stå for internopplæring i egen divisjon/klinikk.

Samtidig viser LGG for 3. tertial 2020 at enkelte divisjoner ikke har fulgt opp tiltak etter risikovurderingen innen tidsfrist. Videre at risikovurdering ikke alltid er gjennomført i sentral stab. Målet står i rødt.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021

Videre svarer 98 % av lederne at de har involvert ansatte og vernetjeneste i arbeidet med å kartlegge risiko. Ingen divisjoner/klinikker har lavere andel enn 93 %. Til slutt svarer 98 % av ledere ved Ahus at de har satt inn tiltak dersom det avdekkes risiko for svikt, feil eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav. Ingen divisjoner/klinikker melder lavere andel enn 98 %.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

7. Håndtering av uønskede hendelser/avvik

98 % av ledere ved Ahus melder at de behandler og følger opp uønskede HMS-relaterte hendelser/avvik hvor en selv er meldingsansvarlig. Ingen divisjoner/klinikker har lavere andel enn 80 %. Isolert sett er dette tilfredsstillende resultat. Sammenhold med bl.a. statistikk fra EQS/QlikLis, nyanseres dette noe.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021

8. Oppfølging og rapportering

94 % av lederne ved Ahus svarer å ha gjennomført og fulgt opp årlig HMS-runde sammen med verneombudet. Ingen divisjoner/klinikker melder å ha lavere andel enn 67 %. Det ble gjort endringer, i form av nye sjekklister, på HMS-runden, hvor smittevern fikk en mer fremtredende rolle med hensyn til den pågående pandemien. Gjennomføring av HMS-runden måtte også ta hensyn til smittevernregler ved gjennomføring, hvilket medførte at flere ble skjøvet på i forhold til ordinær frist for gjennomføring.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021

Videre svarer 91 % av lederne at de har registrert tiltak etter oppfølging av HMS-runden i elektronisk handlingsplan. Laveste meldte andel ledere som har gjennomført dette er 50 %. Sammenholdt med stikkprøver fra handlingsplanssystemet, nyanseres dette og det kan synes å være et noe høyt tall for andel gjennomførte.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

9. Evaluering og forbedring

97 % lederne ved Ahus svarer å løfte HMS-relaterte saker som involverer flere avdelinger/divisjoner til neste nivå (fra KAM til AMU N2 eller AMU N1). Ingen divisjoner har en lavere andel ledere enn 90 % for dette. Sammenholdt med funn gjort i internrevisjon i 2019/20. Denne viste at det var vanskelig å finne dokumentasjon på blant annet HMS-saker som er løftet fra ett nivå til ett annet internt, eller på tvers av divisjoner.

90 % av ledere ved Ahus melder at de tilbakefører informasjon fra utvalgene til egne ansatte. Laveste meldte andel gjennomførte er 67 %. Også her nyanseres bildet når det sammenholdes med funn i internrevisjon fra 2019/20 som viste at ikke all informasjon tilbakeføres til egne ansatte fra utvalg. Oftest gjøres dette informasjonsarbeidet ved at referater sendes ut pr e-post, eller at de ansatte selv aktiv søker referater fra utvalgsmøter.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

4.2.2 Ytre miljø

Som del av foretakets miljøsertifisering etter ISO 14001:2015 stilles det spesifikke krav til vurdering av miljøledelsessystemet (ledelsens gjennomgåelse av miljøledelsessystemet). Resultatene fra disse gjennomgangene har tidligere år vært behandlet i egen sak i sykehusledelsen.

Fra og med 2020 er dette innlemmet i Årlig gjennomgang av internkontroll, og rapporteres her.

0. Oppfølging av Ledelsens gjennomgåelse for Ytre miljø fra 2019

Årlig gjennomgang av internkontroll for området Ytre miljø, skal etter ISO 14001:2015 omfatte en samsvarsvurdering. Samsvarsvurderingen sammenholder alle kravene på området med informasjon om bla. oppnådde resultater, funn fra eksterne og interne revisjoner. Der det ikke er samsvar, skal det gjøres tiltak. Tiltak fra tidligere er fulgt opp løpende.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

1. Organisering, ansvar og myndighet

Ansvar og oppgaver i miljøarbeidet er beskrevet i egen prosedyre i foretaket elektroniske kvalitetsstyringssystem EQS (ID 124327 IK-HMS Ytre miljø, miljøledelse beskriver utøvelse av miljøledelse i Ahus).

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

2. Retningslinjer og prosedyrer

Det vises til samme punkt i kap 2.2.

3. Kompetanse og opplæring

I egevalueringen av internkontroll svarer 93 % av lederne at kompetanse blant annet for ytre miljø følges opp ved at ledere og verneombud har tatt e-læringskurset Grønt sykehus i HSØ.

Videre svarer 66 % av lederne at ytre miljø er tema minst en gang i året på fellesmøter. Andelen er lavere enn ønsket og vil derfor bli fulgt opp nærmere. Det er lagt til grunn at *Klimapresentasjonen*

kan benyttes som utgangspunkt for en slik gjennomgang, og dokumentasjon på de som deltar kan registreres i GAT under kode AO04-029 og kompetansenavn Grønt sykehus i avdelingen.

Sammenholdt med funn fra interne revisjoner tidligere år, hvor det bla. fremkom flere eksempler på manglende opplæring og/eller manglende dokumentasjon av gjennomført opplæring, nyanseres bildet.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

4. Regelverk og faglig normerende dokumenter

Sykehusbygg har sendt en ny standard for klima og miljø i sykehusprosjekter på høring, og HSØ forventer at denne følges i alle byggeprosjekter. Der er det satt tydelig krav om å benytte miljøoppfølgingsplanen (MOP) aktivt i alle faser. Standarden skal benyttes som grunnlag og som verktøy i alle Ahus byggeprosjekter, og det er viktig at denne er kjent for ledelsen og for prosjekterende.

For å bidra til et bærekraftig samfunn, har HSØ tilsluttet seg til «10 anbefalte strakstiltak for byggeiere» beskrevet nærmere i Eiendomssektorens veikart for 2050. Tilslutningen vil si at ledelsen vedtar at tiltakene systematiseres i plan og rutiner i løpet av et år. Forpliktelsene gjelder også for helseforetakene og i tillegg til krav om miljøsertifisering og miljøledelse av organisasjonen, skal drift av eksisterende bygninger være fossilfri, innkjøp av bygningsmaterialer skal være uten innhold av helse- og miljøfarlige stoffer og produkter som har lave klimagassutslipp skal prioriteres. Prosjektene skal etterspørre fossilfri byggeplass, utrede bruk av takflater, bestille energibudsjett, premiere innovative løsninger og diskutere risikohåndtering i byggeprosjekter.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

5. Mål

ISO 14001:2015 stiller krav til at foretaket har kontekstanalyse for ytre miljø. Divisjonsvise kontekstanalyser og miljøkartlegginger skal oppdateres for å følge opp endringer i kontekst, vesentlige miljøaspekter og interessenter. Den overordnede kontekstanalysen for Ahus er et ekstrakt av divisjonenes kontekstanalyser, som ble utarbeidet da miljømålene sist ble vedtatt i 2018. Ved endringer skal disse oppdateres, som for eksempel da Kongsvinger sykehus ble en del av Ahus.

69 % av lederne svarer at de har oppdatert kontekstanalyse ved endringer. I en divisjon er andelen ledere enn 50 %. Bestilling til divisjoner med frist 1.3.20, om å oppdatere kontekstanalyser og fastsette måltall til relevante miljømål, ble på grunn av pandemien besluttet utsatt til 2021

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

6. Risiko

Under overskriften samfunnsansvar har HSØ i 2020 inkludert en bestilling om å gjennomføre aktsomhetsvurderinger i tråd med anerkjente metoder for å identifisere og håndtere risikoen foretakets virksomhet påfører samfunn, mennesker, miljø og klima. I følge OECDs retningslinjer gjelder dette for å bevare miljøet, ivareta arbeidstakerrettigheter, respektere menneskerettigheter og unngå korrupsjon og smøring.

Kontekstanalyser og miljøkartlegginger er gjennomført på nivå 2 i foretaket, og miljøaspekter er tatt videre til risikoanalyser og handlingsplaner, både lokalt og overordnet. Hensikten er å unngå og å redusere sannsynlighet og konsekvenser i tilfelle uønskede hendelser oppstår, som kan medføre forurensning og andre skader på ytre miljø.

Årlige risikovurderinger for å ivareta arbeidsmiljø, ansatte og pasientsikkerhet gjennomføres i forbindelse med vernerunder, arbeidsmiljø-undersøkelsen ForBedring og risikokartlegginger knyttet til sikkerhet i sykehuset og vold og trusler. Ivaretagelse av arbeidsrettigheter og

menneskerettigheter i leverandørkjeden følges opp av tjenesteleverandør Sykehusinnkjøp, på vegne av helseforetakene. Ahus har et antikorrupsjonsprogram, som er informert bredt ut i foretaket.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021

7. Håndtering av uønskede hendelser/avvik

Det er i registrert 35 reelle miljøavvik i EQS som omhandler avfallshåndtering og forurensning. Antall meldte avvik er lav, men det finnes ikke annen styringsinformasjon å sammenholde med som gir tilstrekkelig grunnlag for å vurdere om alle miljøavvik faktisk bli meldt. Avvikene som er meldt, er behandlet i KAM-grupper. Det er funnet løsninger og avvikene er lukket med tiltak. Etter hendelse med stopp i formalinanlegget, er det også etablert nye rutiner med skylling, og mer opplæring av ansatte vil bli gjennomført i 2021.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

8. Oppfølging og rapportering

Vedtatte miljømål følges opp i organisasjonen, og miljøprestasjon og trender går riktig vei slik at foretaket oppnår kontinuerlig forbedring på ytre miljø. Målperioden er 2018-2021.

Legemidler

Det nasjonale målet om 30% reduksjon i bruk av de 5 bredspektrede antibiotika-gruppene, ble ikke nådd i 2020, og videreføres til neste år. Avdelinger har faste møtepunkt for opplæring og oppfølging, i tillegg til at utvidet åpningstid bidrar til raskere diagnostisering. Det er besluttet på nasjonalt nivå at det skal komme en ny handlingsplan for antibiotikastyring, som er forsinket på grunn av pandemien.

I henhold til påslippstillatelsen fra Lørenskog kommune, er det tatt prøver av avløpsvannet fra sykehuset på Nordbyhagen siden 2007, og de siste årene med økt fokus på legemiddelrester. Planlagt samarbeid med NRA og NIVA framover, kan bidra til forskning på eksempelvis antibiotikaresistens.

Transport og energi

Målet om 5 % redusert CO2-utslipp er nådd for 2020, men i likhet med 2019 var 2020 et spesielt mildt år med lavere energibruk enn normalt. Transportbehovet er også redusert, mye på grunn av pandemien, som har resultert i flere elektroniske møter og webinarer, og utvidet bruk av videokonsultasjoner. Ahus Nordbyhagen ble sertifisert som sykkelvennlig arbeidsplass i 2020, som det første sykehuset i landet. På miljøverndagen 5.juni overrakte ordfører i Lørenskog plaketten til viseadministrerende direktør, samme dag som Syklistenes landsforening lanserte 4 nye sykkelruter i Lillestrøm og Lørenskog, grønne og raske, for Ahus-ansatte og for andre syklistere.

Innkjøp og avfall

Det legges til rette for at stadig flere produkter leveres fra Forsyningssenteret. Status er nå 68%, og det jobbes videre med å nå målet på mer enn 75%. Målet om sorteringsgrad på 47% er nådd og skjerpes stadig. Smitteavfallsmengden har svingt mellom 50-100% dette året. Mengde restavfall har avtatt og det er stor variasjon i sorteringsgrad.

Miljøvennlig mat

Målsettingen om 10% økologisk andel er opprettholdt ved å benytte økologisk melk og smør i produksjon av supper og sauser, risgrøt og potetstappe. Målet om 5% kortreist mat er ikke prioritert på grunn av pandemien.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

9. Evaluering og forbedring

Interne revisjoner for området HMS og ytre miljø er satt i system og gjennomføres av Foretaksrevisjonen på bakgrunn av revisjonsplan fastsatt av administrerende direktør. Interne revisjoner som var planlagt gjennomført i 2020, er på grunn av pandemien utsatt til 2021.

Planlagt oppfølgingsrevisjon i april med DNV-GL i flere divisjoner ble også utsatt på grunn av pandemien. Kiwa gjennomførte i stedet en forenklet digital oppfølgingsrevisjon for stab og Facilities Managementdivisjonen i november. Det ble registrert en merknad og to forbedringsforslag, som vil kunne bidra til å utvikle miljøledelse i Ahus videre mot et grønt sykehus. Forslagene innebærer å revidere miljøpolitikken slik at den omfatter alle elementer i standardens krav, og å tydeliggjøre konteksten slik at sammenhengen mellom virksomhetens strategiske retning og endrede forutsetninger som kan påvirke resultater, kommer fram. Det er også ved tidligere revisjoner registrert forbedringsforslag om å inkludere begrepet kontinuerlig forbedring i miljøpolitikken og relatere miljøarbeidet på Ahus til FNs bærekraftsmål.

Ahus skal resertifiseres etter ISO 14001:2015 i 2021. Planleggingen er i gang og revisjonen vil omfatte flere divisjoner denne gangen.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

5. Personvern og informasjonssikkerhet

5.1 Resultater fra egnevaluering

Tabellen nedenfor oppsummerer resultatene fra leders egnevaluering av området personvern og informasjonssikkerhet (sjekkliste 4).

Vurderingstema		Kriterier	Ahus	DFM	KD	OK	KK	MD	BUK	DDT	KOS	DPH	ØF	HR	STAB	EMH	FID
0	Oppfølging av forrige års årlig gjennomgang	Leder har ferdigstilt tiltak relatert til personvern og informasjonssikkerhet fra forrige års Årlige gjennomgang av internkontroll	74 %	87 %	70 %	100 %	25 %	84 %	58 %	64 %	32 %	79 %	75 %	0 %	100 %	100 %	100 %
1	Organisering, ansvar og myndighet	Leder har satt seg inn i sikkerhetsinstruksen for informasjonssikkerhet og retningslinje for personvern	91 %	86 %	76 %	100 %	100 %	90 %	100 %	100 %	91 %	97 %	83 %	80 %	100 %	75 %	100 %
		Systemeier ivaretar oppgaver og ansvar som ligger til systemeierrollen innen personvern og informasjonssikkerhet	93 %	86 %	86 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	67 %	50 %	100 %
2	Retningslinjer og prosedyrer	Ingen spesielle forhold utover det som følger av sjekkliste 1 "Generell"															
3	Kompetanse og opplæring	Leder gjennomgår regler for taushetsplikt med egne ansatte årlig	69 %	70 %	72 %	100 %	56 %	65 %	75 %	87 %	71 %	65 %	60 %	0 %	25 %	75 %	100 %
		Leder har gjort egne ansatte kjent med at sensitive personopplysninger ikke skal sendes på e-post, sosiale medier ikke skal brukes til å dele personopplysninger og mobiltelefon ikke kan brukes til å ta bilder av pasienter, pårørende og/eller journaldokumentasjon	96 %	95 %	95 %	100 %	100 %	95 %	100 %	100 %	96 %	96 %	100 %	60 %	100 %	100 %	100 %
4	Regelverk og faglig normerende dokumenter	Ingen spesielle forhold utover det som følger av sjekkliste 1 "Generell"															
5	Mål	Leder har utarbeidet lokale mål og tiltak for arbeid med personvern/ informasjonssikkerhet	43 %	40 %	32 %	86 %	0 %	42 %	33 %	83 %	24 %	36 %	50 %	0 %	100 %	50 %	100 %
6	Risiko	Systemeier har vurdert risiko for brudd på informasjonssikkerhet ved innføring av nytt IKT system/MTU, endringer i IKT-system/MTU	97 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	67 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		Leder vurderer risiko for brudd på personopplysningsvern ved nye eller endrede arbeidsprosesser	94 %	94 %	94 %	100 %	88 %	93 %	92 %	100 %	94 %	95 %	100 %	80 %	100 %	75 %	ia
		Leder setter inn tiltak dersom det avdekkes risiko for brudd eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav eller interne retningslinjer og prosedyrer	98 %	100 %	100 %	100 %	67 %	98 %	92 %	100 %	94 %	99 %	83 %	100 %	100 %	100 %	100 %
7	Håndtering av uønskede hendelser/avvik	Leder behandler og følger opp uønskede personvern- og informasjonssikkerhets-relaterte hendelser/avvik hvor en selv er meldingsansvarlig	99 %	100 %	94 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	95 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
8	Oppfølging og rapportering	Leder har kontroll med at egne ansatte har korrekte tilganger til IKT-systemer og at ansatte som har sluttet deaktiveres i alle IKT-systemer	88 %	88 %	86 %	100 %	60 %	89 %	69 %	90 %	87 %	91 %	80 %	80 %	100 %	100 %	100 %
		Leder har gjort det kjent at ansatte ikke kan bruke hverandres passord eller låne hverandres adgangskort og PIN-kode	98 %	94 %	100 %	100 %	100 %	96 %	100 %	100 %	100 %	99 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		Leder følger opp om de ansatte etterlever kravene i taushetserklæringen (sikkerhetsinstruksen)	93 %	89 %	92 %	100 %	80 %	87 %	100 %	95 %	96 %	98 %	80 %	80 %	100 %	100 %	100 %

		Leder har oversikt over egne behandlinger av personopplysninger (for eksempel lagring av kvalitetsprosjekter)	96 %	91 %	94 %	100 %	100 %	97 %	92 %	97 %	94 %	98 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
9	Evaluerings og forbedring	Leder løfter personvern- og informasjonssikkerhetsrelaterte saker som involverer flere avdelinger/divisjoner til neste nivå (fra avd.ledermøte til divisjonsledermøte)	96 %	88 %	100 %	100 %	100 %	96 %	91 %	100 %	93 %	97 %	100 %	80 %	100 %	100 %	100 %
		Leder tilbakefører informasjon fra utvalgene til egne ansatte	93 %	91 %	92 %	100 %	100 %	85 %	82 %	97 %	100 %	97 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabell 6: Prosentvis andel ledere i Ahus som svarer at internkontroll relatert til personvern og informasjonssikkerhet ivaretas

5.2 Vurdering

Vurdering av resultater opp mot annen tilgjengelig styringsinformasjon for området *Personvern og informasjonssikkerhet*:

0. Oppfølging av tiltak etter forrige års Årlig gjennomgang av internkontroll

Det er 74 % av alle ledere som svarer at de har ferdigstilt tiltak relatert til personvern og informasjonssikkerhet fra forrige års årlige gjennomgang av internkontrollen. Mens fire divisjoner fullt ut har ferdigstilt tiltak, gjenstår det fremdeles arbeid ved de fleste divisjonene, der tre divisjoner er på rødt nivå.

Som påpekt foran i punkt 2.2 kan det være flere årsaker til at lederoppfølging av tiltak og handlingsplaner varierer. Det påpekes at det vil være naturlig å skille mellom årsaker knyttet til mangler og/eller svakheter i systemer, prosesser og verktøy/maler på den ene siden, og ledernes forutsetninger for og vilje til å følge opp tiltaksarbeid på den andre siden.

For personvern og informasjonssikkerhetsområdet vil et tiltak for bedre resultat kunne oppnås dersom ledere utarbeider lokale mål for området, og setter opplæring og kontroller i et system, jf. punkt 4. nedenfor.

Det vises for øvrig til vurderingen av samme punkt i kapittel 2.2 *Generell internkontroll*.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

1. Organisering, ansvar og myndighet

Resultatene viser at over 90 % av lederne har satt seg inn i den styrende dokumentasjonen over organisering, ansvar og myndighet i forbindelse med behandling av personopplysninger. Gjennom de styrende dokumentene legges ansvaret for samsvar med regelverket til den enkelte systemeier og/eller linje.

Når besvarelsen over i generell del punkt 1 og under personvern og informasjonssikkerhet punkt 5 angående mål sammenholdes, viser det et behov for funksjonsbeskrivelse for den enkelte leder som definerer ansvar, som igjen letter arbeidet med å utarbeide mål, samt gjennomførende og kontrollerende dokumenter for egen avdeling. Dette vil bli fulgt opp av Stabsdivisjonen.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

2. Retningslinjer og prosedyrer

Besvarelsen under Generell internkontroll punkt 1 viser at ansvaret som påhviler ledere bør beskrives nærmere i funksjonsbeskrivelse. Dette vil bidra til at den enkelte leder bli bevisst hvilket ansvar som påhviler rollen.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

3. Kompetanse og opplæring

De fleste divisjonene gir opplæring i riktig håndtering av sensitive opplysninger i ulike kommunikasjonskanaler. Gjennomgangen viser imidlertid at taushetspliktbestemmelsene ikke gjennomgås årlig i flere av avdelinger ved Ahus, der kun 69 % av lederne har besvart at dette gjøres. Konfidensialitetsbrudd er årsaken til de fleste avviksmeldingene som meldes inn under personvern og informasjonssikkerhet i avvikssystemer, og tall fra 2020 viser at 94 % av avviksmeldingene som Ahus sendte til Datatilsynet var konfidensialitetsbrudd. Ser man dette i sammenheng med at 99 % av ledere under punkt 8 besvarer at de behandler og følger opp uønskede hendelser, så kan man stille seg spørsmål om avvikshåndteringen bidrar til ønsket forbedring.

I forbindelse med avvikshåndtering bør lederne gjennomgå uønskede hendelser og taushetspliktbestemmelsene med ansatte, samt sørge for at tilstrekkelig informasjonssikkerhet ivaretas. Dette vil bli fulgt opp av Stabsdivisjonen.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

4. Regelverk og faglig normerende dokumenter

Se punkt 2 over.

5. Mål

Kun 43 % av alle ledere oppgir å ha utarbeidet lokale mål og tiltak for arbeid med personvern og informasjonssikkerhet. Dette til tross for at man på virksomhetsnivå i 2019 har utarbeidet Strategi for personvern og informasjonssikkerhet for perioden 2019-2022 og på bakgrunn av dette laget årlig handlingsplaner for virksomheten der fokusområder og aktiviteter fremgår. Her jobber man systematisk med å understøtte Ahus' virksomhetsmål.

Resultatene kan tyde på at informasjonen ikke på god nok måte når ut i linjen, slik at arbeid iverksettes også der. Resultatene kan også tyde på at det bør etableres tydeligere og mer konkrete mål som lederne skal rapportere på, for eksempel innen opplæring og bevisstgjøring.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

6. Risiko

De fleste linjene rapporterer god etterlevelse hva gjelder håndtering av risiko, både ved innføringer av nye systemer, ved endrede prosesser og at de setter inn nødvendige tiltak ved behov.

Resultatet vurderes i hovedsak som tilfredsstillende. Det ble i 2020 utarbeidet en trusselvurdering, som ble presentert for sykehusledelsen og for Ahus' styre. Samtidig har det vært lagt ned arbeid for å forbedre prosessen for risikovurdering og –håndtering, som er beskrevet i egen veileder. Implementeringen av denne fortsetter i 2021.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

7. Håndtering av uønskede hendelser/avvik

Hele 99 % av lederne opplyser at de behandler og følger opp avvik som meldes innen kategorien personvern og informasjonssikkerhet. Resultatet vurderes som tilfredsstillende. I 2020 kom det inn 253 avvik i denne kategorien, og tall fra EQS vier at omtrent samtlige saker har det vært aktivitet i, samt at 75 % av hendelsene var lukket ved overgangen til nytt år. Tallene fremstår dermed korrekt. Ser man besvarelsen i sammenheng med type avvik som er meldt, der de aller fleste er konfidensialitetsbrudd, gir det muligheter for lederne i større grad å benytte avvikshåndterings-systemet til kontinuerlig forbedring og opplæring av egne ansatte.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

8. Oppfølging og rapportering

Det er 88% av lederne ved Ahus som melder at de har kontroll med at egne ansatte har korrekte tilganger til IKT-systemer og at ansatte som har sluttet deaktiveres i alle IKT-systemer.

Isolert sett er dette et tilfredsstillende resultat. Det er imidlertid gjennomført en kontroll i 2020 med fokus på om ansatte som slutter ved Ahus også får deaktivert sine adgangskort. Det foreligger avvik her, der kontrollen viser at om lag fire prosent av de som har sluttet ved foretaket etter januar 2019 fortsatt står oppført med aktivt adgangskort. Arbeidet med dette er fortsatt pågående, men viser blant annet at lederne må bli bedre på å ta i bruk eksisterende rutiner når ansatte slutter. Dette vil bli fulgt opp av Stabsdivisjonen.

Gjennomgangen viser at 98 % av lederne har gjort det kjent for ansatte at de ikke kan benytte hverandres passord eller låne hverandres adgangskort og PIN-kode.

Isolert sett er også dette et tilfredsstillende resultat. Det meldes imidlertid årlig inn flere slike avvik fra forskjellige steder i foretaket. Konsekvenser av dette er at den som låner kort, kan få tilgang til informasjon den ikke har tjenstlig behov for, samt at logger ikke viser korrekt informasjon. Dermed vil ikke de registrerte ha korrekt informasjon om hvem som har gjort oppslag, som igjen kan få konsekvenser for ansatte. Det synes som at det må holdningsendringer til blant enkelte ansatte, og lederne må være tydelig ovenfor ansatte at bruk av andres identifikasjon ikke er greit. Dette vil derfor bli fulgt opp nærmere av Stabsdivisjonen.

96 % av lederne har oversikt over egne behandlinger av personopplysninger. Det er krav til at Ahus skal ha oversikt over samtlige behandlinger av personopplysninger. Det vil i mars 2021 bli startet opp et arbeid med forbedring av behandlingsprotokollen for Ahus (art 30-protokollen). Dette slik at alle eksisterende og nye behandlinger meldes inn i protokollen, for å sikre kontroll på egne behandlinger av personopplysninger. Det vil også gjennomføres kontroller for å undersøke at personopplysninger kun ligger på tillatte lagringsområder med korrekt tilgangsstyring. Dette vil bli fulgt opp av Stabsdivisjonen.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

9. Evaluering og forbedring

I forbedringsarbeidet sier 96 % av lederne at saker som involverer flere avdelinger løftes til høyere nivå i foretaket, og 93 % opplyser at man tilbakefører informasjon fra utvalgene til egne ansatte.

Resultatet viser samtidig at det ledere kan forbedre tilbakeføringen av informasjon ytterligere, der dette forbedringsarbeidet kan knyttes opp mot relevante temaer som taushetsplikt.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

6. Forskning

6.1 Resultater fra egnevaluering

Tabellen nedenfor oppsummerer resultatene fra leders egnevaluering av området forskning (sjekkliste 5).

Vurderingstema		Kriterier	Ahus	KD	OK	KK	MD	BUK	DDT	KOS	DPH	FID
0	Oppfølging av forrige års årlig gjennomgang	Leder har ferdigstilt tiltak relatert til forskning fra forrige års Årlige gjennomgang av internkontroll	72 %	50 %	100 %	100 %	75 %	33 %	83 %	50 %	78 %	100 %
1	Organisering, ansvar og myndighet	Leder har satt seg inn i ansvars- og oppgavefordelingen for planlegging, gjennomføring og oppfølging av kvalitets- og forskningsprosjekter, samt; Roller og ansvar i kliniske legemiddelutprøvinger og utprøving av medisinsk utstyr	85 %	63 %	100 %	50 %	93 %	100 %	100 %	67 %	92 %	100 %
		Leder kjenner til oversikten over alle kvalitets- og forskningsprosjekter forankret i avdelingen gjennom eSkjema	78 %	56 %	100 %	60 %	86 %	100 %	78 %	50 %	92 %	100 %
2	Retningslinjer og prosedyrer	Leder har gjort seg kjent med prosedyrer og retningslinjer i EQS under "forskning og utvikling" og nettsider Forskning og utvikling	66 %	50 %	100 %	50 %	79 %	25 %	90 %	33 %	67 %	100 %
3	Kompetanse og opplæring	Leder følger opp at prosjektledere og prosjektmedarbeidere gjennomfører nødvendig opplæring innenfor forskning	80 %	62 %	100 %	0 %	85 %	100 %	90 %	50 %	92 %	100 %
4	Regelverk og faglig normerende dokumenter	Ingen spesielle forhold utover det som følger av sjekkliste 1 "Generell"										
5	Mål	Leder har utarbeidet lokale mål og tiltak for arbeid med forskning	72 %	64 %	100 %	33 %	64 %	67 %	100 %	0 %	75 %	100 %
6	Risiko	Leder vurderer konsekvenser for personvern (DPIA) for kvalitets- og forskningsprosjekter	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		Leder setter inn tiltak dersom det avdekkes risiko for svikt, feil eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
7	Håndtering av uønskede hendelser/avvik	Leder behandler og følger opp uønskede forskningsrelaterte hendelser/avvik hvor hun/han selv er meldingsansvarlig	98 %	91 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		Leder følger opp saker som meldes til felles redelighetsutvalg	98 %	90 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
8	Oppfølging og rapportering	Leder sørger for at alle nødvendige godkjenninger internt og eksternt er på plass før kvalitets- og forskningsprosjekter igangsettes	98 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	91 %	100 %
		Leder følger opp at det innhentes nye godkjenninger dersom det skjer endringer i kvalitets- og forskningsprosjektet underveis	93 %	91 %	100 %	100 %	92 %	100 %	91 %	100 %	91 %	100 %
		Leder melder alle forsknings- og kvalitetsprosjekter i eSkjema	93 %	78 %	100 %	100 %	91 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
9	Evaluerings og forbedring	Ingen spesielle forhold utover det som følger av sjekkliste 1 "Generell"										

Tabell 7: Prosentvis andel ledere i Ahus som svarer at internkontroll relatert til forskning ivaretas

6.2 Vurdering

Vurdering av resultater opp mot annen tilgjengelig styringsinformasjon for området *Forskning*:

0. Oppfølging av tiltak etter forrige års Årlig gjennomgang av internkontroll

72 % av ledere med ansvar i forskning ved Ahus svarer at tiltak fra forrige år er fulgt opp. Andelen er lavere for tre av divisjonene.

Internkontroll for forskningsområdet har relativt nye momenter i seg, spesielt etter revisjon av forskningsområdet i 2016 og innføring av GDPR i 2018. Ansvar i forskning er tillagt ledere N3 og N2, og er tydelig definert i ansvarsrutinen. Forsknings- og innovasjonsdivisjonen oppfatter at N3 og N2 lederne i stor grad oppretter tiltak og utfører oppgaver der hvor det kommer konkrete bestillinger/føringer, herunder eksterne tilsyn, revisjoner, avvikshåndtering m.m. I januar 2020 gjennomførte Helsetilsynet et tilsyn med helseforsknings-prosjekter (REK pliktige prosjekter). Gjennomgangen avdekket ingen store mangler. Forsknings- og innovasjonsdivisjonen har i 2020 også svart ut revisjoner fra både Konsernrevisjonen Helse Sør Øst og Riksrevisjonen. Konsernrevisjon om behandling av personopplysninger (protokoll etter artikkel 30) og Riksrevisjonen om koordinering av kliniske studier. Disse viste at både arbeidsprosesser og resultater for forskningsområdet på overordnet nivå har gode rammer og strukturer for å kunne ivareta eksterne krav til gjennomføring av forskningsarbeidet. Ledernes egnevaluering i årlig gjennomgang av internkontroll vil forhåpentligvis kunne bidra som en påminnelse om det arbeidet som den enkelte avdeling/klinikk er pålagt å gjennomføre på eget initiativ. Videre at oppfølging av tiltak ifb forskning, inntas i strategier/handlingsplaner og andre etablerte arbeidsdokumenter.

Det vises for øvrig til vurderingen av samme punkt i kapittel 2.2 *Generell internkontroll*.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

1. Organisering, ansvar og myndighet

85% av ledere med ansvar i forskning ved Ahus oppgir å ha satt seg inn i ansvars- og oppgavefordelingen for planlegging, gjennomføring og oppfølging av kvalitets- og forskningsprosjekter, samt; Roller og ansvar i kliniske legemiddelutprøvinger og utprøving av medisinsk utstyr. Andelen er lavere i tre divisjoner..

78% av ledere med ansvar i forskning oppgir at de har kjennskap til alle kvalitet- og forskningsprosjekter som er forankret i egen avdeling. I 3 divisjoner er andelen lavere enn 70 %. Forskning er et område som har utviklet seg raskt, over relativt kort tid ved Ahus. I de fire siste årene har linjeledere fått et større ansvar for det forskningsarbeidet som foregår lokalt i sin avdeling/divisjon.

Høsten 2020 ble den overordnede rutinen for ansvar i kvalitet- og forskningsprosjekter ved Ahus, ytterligere revidert. Nytt i rutinen er blant annet ansvar for personalloppfølging av forskere, biobank og eSkjema. Høsten 2018 ble det igangsatt omfattende arbeidsprosesser og tilpasningstiltak for forskningsområdet, med målsetting om å møte kravene i ny personvernforordningen (GDPR). Alle ledere N2 og N3 ble involvert i arbeidsprosessene, herunder utforming av protokoll etter artikkel 30, innføring av DPIA i forskningsprosjekter og retningslinjer for ivaretagelse av de registrertes rettigheter m.m. Det vurderes derfor å være sannsynlig at de fleste ledere med ansvar i forskning er kjent med organisering og ansvar spesielt rundt personvern.

Når det gjelder ansvar i forskning utover personvern, viser resultatene fra egnevalueringen en noe lavere skår. Dette vil bli fulgt opp nærmere av Forsknings- og innovasjonsdivisjonen. Det arbeides fortløpende med opplæring og informasjon ut til forskningsmiljøene, og Forsknings- og innovasjonsdivisjonen deltar blant annet i lederopplæring, i avdelingsmøter, gjennomfører egne tilpassede kurs, nettsider, nyhetsbrev m.m.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

2. Retningslinjer og prosedyrer

66% av ledere med ansvar for forskning ved Ahus svarer at de har gjort seg kjent med retningslinjer og prosedyrer i EQS. Hos 5 divisjoner er andelen lavere, og hos to av divisjonene er andelen svært lav.

Prosedylene under «Forskning og utvikling» i EQS utformes av Forsknings- og innovasjonsdivisjonen, og er overordnede for forskningsarbeidet som utføres ved foretaket. Prosedyrene skal sikre at forskningen utføres i tråd med nasjonale regler og lovgivning, samt interne rutiner ved sykehuset. Enkelte divisjoner har egne spesifikke forskningsrutiner, men det vil ikke kunne være en erstatning for de overordnede rutinene. I de divisjonene hvor det er opprettet lokale rutiner og prosedyrer, benyttes antakelig disse i større grad. Erfaringsvis lener ledere med ansvar for forskning seg på andre kilder enn Ahus egne prosedyrer i EQS, som for eksempel kurs og veiledning, herunder pakkeforløp for forskning, «roadshow», presentasjoner (om spesifikke temaer), veiledning, eposter og telefoner. Når det gjelder bruk av internettsidene «forskning og utvikling» er det vanskelig å skille på hvorvidt lederne i større eller mindre grad benytter dette, enn EQS-prosedyrer.

Resultatene fra egevalueringen viser nødvendigheten av at Forsknings- og innovasjonsdivisjonen fortsetter den utadrettede virksomheten mot forskningsmiljøene, og at informasjon og opplæring tilpasses behovene til de ulike avdelingene og divisjonene. Det drives ulik form for forskning i de ulike forskningsmiljøene. Derfor vil ikke alle EQS-prosedyrer være aktuelle/relevante for alle avdelinger/divisjoner. Enkelte rutiner er derimot relevant for alle avdelinger/divisjoner som driver forskning.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

3. Kompetanse og opplæring

80% av ledere med ansvar i forskning svarer at de sørger for tilfredsstillende opplæring til sine forskere. Hos to divisjoner er andelen lavere, og en divisjon skårer 0%.

Det er viktig å merke seg at opplæring av forskere er svært viktig for å sikre kvalitet i forskningen, samt at forskning utføres i tråd med gjeldende regelverk og etiske prinsipper. Forsknings- og innovasjonsdivisjonen tilbyr ulike kurs og seminarer som inneholder nødvendig kunnskap om forskningsprosessen, fra planlegging til avslutning, bl.a. pakkeforløp for forskning, GCP kurs, «roadshow» for avdelingsledere (n3) m.m. Per i dag er ikke noen av kursene obligatoriske. Muligens hadde andelen som rapporterer om oppfølging ifb kompetanse og opplæring til forskere, vært noe høyere dersom enkelte av kursene var obligatorisk.

Konklusjon: Må forbedres. Forbedringstiltak fremgår av kap. 8.

4. Regelverk og faglig normerende dokumenter

Det vises til tilsvarende punkt i kap. 2.2.

5. Mål

72% av ledere med ansvar i forskning svarer at de har utarbeidet mål og tiltak for forskningsarbeidet hos seg. Hos fem divisjoner er andelen lavere, og hos en divisjon er det oppgitt ingen mål og tiltak for forskningsarbeid.

Sykehusledelsen vedtok i 2019 at det skulle gjennomføres evaluering innenfor forskningsområdet på Nivå 1 (overordnet på sykehuset) og Nivå 2 (forskningsgrupper). Det ble gjennomført evaluering av totalt 26 forskningsgrupper i divisjoner og klinikker i 2019. Hver av divisjonene kan, basert på evalueringene, utarbeide sin strategi og målsetninger for å utvikle forskning i sin enhet. Neste evaluering gjennomføres i 2024.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

6. Risiko

Under denne kategorien følger to underspørsmål; hvorvidt leder vurderer konsekvenser for personvern (DPIA) for kvalitets- og forskningsprosjekter og om leder setter inn tiltak dersom det avdekkes risiko for svikt, feil eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav. Resultatene viser at 100% av ledere med ansvar i forskning oppgir å fylle disse kravene.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

7. Håndtering av uønskede hendelser/avvik

98% av ledere med ansvar i forskning svarer at innmeldte avvik følges opp og håndteres der hvor leder er meldingsansvarlig. Videre oppgir 93% av aktuelle ledere, at saker som meldes til felles redelighetsutvalg følges opp. Resultatene samsvarer med erfaringene med hvordan oppfølgingen er av avvik som meldes i EQS under kategorien «uønskede forskningsrelaterte hendelser/avvik». Det er for øvrig ikke alltid slik at avdelingsleder står som meldingsansvarlig i EQS. Dette kan av og til skape utfordringer for overholdelse av frister for avvikshåndtering ettersom meldingen sendes mellom ulike mottakere. I tillegg kan det være uklart for avdelingsledere hvem som er ansvarlig når prosjektet foregår mellom ulike avdelinger/divisjoner. Det vil alltid være avdelingen der prosjektet er forankret som er ansvarlig.

Ikke alle avdelinger/divisjoner har innmeldte aviksmeldinger, og det er derfor uklart hvordan resultatene i rapporten hos disse avdelingene skal forstås. En mulighet kan være at leder vil følge opp avvikssaker dersom det meldes inn i fremtiden. Det samme gjelder for neste spørsmål som innebærer oppfølging av saker til felles redelighetsutvalg. Det er svært få saker som er meldt felles redelighetsutvalg, slik at resultatene kan muligens illustrere at intensjonene til lederne vil være å følge opp slike saker dersom det skulle forekomme.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

8. Oppfølging og rapportering

98 % av ledere med ansvar i forskning svarer at de sørger for at alle nødvendige godkjenninger internt og eksternt er på plass før kvalitets- og forskningsprosjekter igangsettes. Videre svarer 93% at innhenting av nye godkjenninger ved endringer følges opp. 93% svarer at alle forsknings- og kvalitetsprosjekter også i meldes i eSkjema

Resultatene er representative sett opp mot antall prosjekter som meldes i eSkjema. Prosjekter som ikke er innmeldt i eSkjema før igangsettelse, meldes erfaringsvis som avvik og blir deretter etterregistreres. Når det gjelder krav om eksterne godkjenninger som for eksempel REK, SLV etc. etterleves disse kravene i stor grad.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

9. Evaluering og forbedring

Forsknings- og innovasjonsdivisjonen følger opp divisjoner/avdelinger med lave skår i de ulike evalueringskategoriene, særlig hva gjelder manglende opplæring av forskerpersonell og at ansvarsrutiner gjøres kjent for alle ledere med ansvar i forskning. Før årlig gjennomgang for 2021 vil sjekkliste 5 Forskning bli revidert/oppdert.

Konklusjon: Forbedringsbehov vurderes nærmere ifb Årlig gjennomgang 2021.

7. Samlet vurdering av styringssystemet

Kriterier	Vurdering
<i>Er styringssystemet ledelsesforankret?</i>	I stor grad. Forbedringsarbeid og arbeidet med virksomhetsstyring og internkontroll er tydelig forankret i sykehusledelsen gjennom beslutninger om mål og planer for arbeidet, prioritering av ressurser og oppfølging av arbeidet.
<i>Er styringssystemet tydeliggjort mtp ansvar, myndighet og roller?</i>	I stor grad. Roller, ansvar og myndighet for arbeidet med virksomhetsstyring og internkontroll er beskrevet i egen retningslinje på bakgrunn av krav i lover og forskrifter, og Helse Sør-Østs rammeverk for virksomhetsstyring.
<i>Er styringssystemet tilpasset virksomheten?</i>	Delvis. Per i dag dekker styringssystemet krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, internkontrollforskriften (HMS), personvernforordningen og forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning. Målet er en suksessiv innlemmelse av nye områder i styringssystemet ut fra en prioritert plan.
<i>Er styringssystemet integrert i styring, arbeidsprosesser og aktiviteter?</i>	Delvis. Internkontroll inngår i stadig større grad i prosessene foretaket har for å styre, gjennomføre, rapportere, følge opp og korrigere virksomheten. Målet er videre utvikling av prosedyrene for å integrere internkontrollhandlinger i arbeidsprosesser og aktiviteter.
<i>Er styringssystemet formalisert og dokumentert?</i>	I stor grad. Styringssystemet er beskrevet i retningslinje for virksomhetsstyring og internkontroll, og prosesser som inngår i systemet er beskrevet i egne prosedyrer i EQS (figur 1 side 3).
<i>Er styringssystemet enhetlig og helhetlig?</i>	I ganske stor grad. Kravene til virksomhetsstyring og internkontroll er standardisert. For stadig flere områder følges samme struktur og utforming ("like ting gjøres likt"). For eksempel håndtering av uønskede hendelser/avvik, behandling av saker som gjelder varsling om kritikkverdige forhold og risikovurderinger.
<i>Er styringssystemet kjent for ledere og gjort tilgjengelig?</i>	Delvis. Virksomhetsstyring og internkontroll er et viktig tema lederopplæringen i foretaket, og implementering av styringssystemet skjer bl.a. gjennom utvikling og gjennomføring av temabaserte moduler i programmet Ny som leder. Over tid blir kjennskap til og forståelse for styringssystemets hensikt, oppbygging og innhold stadig sterkere.
<i>Er styringssystemet systematisk fulgt opp?</i>	I stor grad. Oppfølging av styringssystemet skjer både løpende og periodisk. Løpende oppfølging skjer som ledd i de ordinære virksomhetsstyrings- og internkontrollprosessene (figur 1 side 3), mens den periodiske oppfølgingen skjer gjennom Årlig gjennomgang av internkontroll. Forbedringsområder som fremkommer i årlig gjennomgang følges opp gjennom planer.
<i>Blir styringssystemet etterlevd?</i>	Delvis. Resultatene fra ledernes egenevaluering viser variasjon mellom divisjonenes etterlevelse av krav på områdene. Resultater fra bl.a. interne revisjoner og eksterne tilsyn/revisjoner viser det samme. Etterlevelse av styringssystemet og kravene som gjelder for virksomhetsstyring og internkontroll må følges opp og forbedres kontinuerlig.

8. Plan for forbedring av styringssystemet

Område	Prioriterte forbedringstiltak	Kap. ref.	Frister	Ansvar
Generell internkontroll	1) Utarbeide prosedyre for drift/ending/vedlikehold av styringssystemet 2) Tertilvis oppfølging av gjennomføring og ferdigstillelse av tiltak i Conformat 3) Implementere ny dokumentstruktur/-kategorier i EQS 4) Formalisere rolle med ansvar for å følge opp lovendringer 5) Forbedre prosedyrene for virksomhetsstyring og internkontroll 6) Revidere Mandat ressursgruppe for oppfølging av OBD N2 7) Implementere system og prosedyre for kontrollplan 8) Følge opp handlingsplan etter revisjonsrapport 8/2019	2.2 pkt 0 2.2 pkt 0 2.2 pkt 2 2.2 pkt 4 2.2 pkt 4 2.2 pkt 5 2.2 pkt 8 2.2 pkt 9	Fremgår av virksomhetsplaner for hhv. Foretakssekretariatet og Foretaksrevisjonen	Stabsdivisjonen
Kvalitet og pasientsikkerhet	1) Etablere en nivå 1-prosedyre for bruk av kvalitetsinformasjon 2) Fremme lokale strukturer for systematisk arbeid med risiko og forbedring i hverdagen 3) Videreutvikle opplæringen i bruk av målinger 4) Pilotere digital innhenting av brukererfaringer 5) Innhente brukerperspektivet – oppnå at dette gjøres i forbedringsarbeid	3.3 pkt 5 3.3 pkt 6 3.3 pkt 9 3.3 pkt 9 3.3 pkt 9	Fremgår av handlingsplan for området <i>Kvalitet og pasientsikkerhet</i>	Medisin- og helsefagdivisjonen
HMS	1) Følge opp at alle har etablert/opdatert HMS-handlingsplaner innen uke 24 2) Følge opp at forbedrings- og bevaringspunkter dokumenteres i Conformat 3) Revidere HMS-relaterte prosedyrer iht. plan for 2021 4) Gjennomføre planlagt opplæring innenfor HMS i 2021 5) Gjennomføre opplæring på handlingsplanssystemet Conformat 6) Utvikle og implementere modul for avviksbehandling og forbedringsarbeid i Ahus lederskole	4.2.1 pkt 0 4.2.1 pkt 0/5 4.2.1 pkt 2/4 4.2.1 pkt 3 4.2.1 pkt 3 4.2.1 pkt 9	Fremgår av handlingsplan for området <i>HMS</i>	HR-divisjonen
Ytre miljø	1) Oppdatere kontekstanalyser ytre miljø 2) Gjennomføre kontroll av dokumentasjon av opplæring i GAT 3) Implementere ny standard klima og miljø i byggeprosjekter 4) Systematisere «10 anbefalte strakstiltak» i planer og rutiner 5) Fastsette måltall til relevante miljømål 6) Gjennomføre opplæring for vedlikehold av formalinanlegg 7) Revidere miljøpolitikken	4.2.2 pkt 0 4.2.2 pkt 3 4.2.2 pkt 4 4.2.2 pkt 4 4.2.2 pkt 5/8 4.2.2 pkt 7 4.2.2 pkt 9	Fremgår av handlingsplan for området <i>Ytre miljø</i>	Facilities Managementdivisjonen
Personvern (PV) og informasjons-sikkerhet (IV)	1) Utvikle og implementere modul for PV og IV i Ahus lederskole 2) Rullere og implementere strategi for PV og IS 2021-2024 3) Handlingsplan 2021 for PV og IS 4) Markering av sikkerhetsmåned oktober	5.2 pkt 3 5.2 pkt 5 5.2 pkt 5 5.2 pkt 8	Fremgår av virksomhetsplan for Foretakssekretariatet	Stabsdivisjonen
Forskning	1) Utarbeide prosedyre for behandling av saker med mistanke om brudd på forskningsetiske retningslinjer 2) Revidere prosedyrer for avvikshåndtering for forskning 3) Utbedre forskningsbiobank infrastruktur 4) Utarbeide sjekkliste for forskningsprosjekter 5) Oppdatere sjekkliste 5 Forskning før Årlig gjennomgang 2021	6.2 pkt 2 6.2 pkt 7 6.2 pkt 8 6.2 pkt 8 6.2 pkt 9	Fremgår av handlingsplan for området <i>Forskning</i>	Forsknings- og innovasjonsdivisjonen