

Styresak

Dato dok.: 14.04.2020
Møtedato: 22.04.2020
Vår ref.: 15/08974-38

Administrerende direktør

Postadresse: 1478 LØRENSKOG
Telefon: +47 67 96 00 00

Vedlegg: 1 Årsrapport 2019
2 Revisjonsplan 2020-2021

Sak 23/20 Foretaksrevisjonens årsrapport 2019 og revisjonsplan 2020-2021

Årsrapport 2019

Årsrapporten oppsummerer status for arbeidet med interne revisjoner på foretaksnivå og eksterne tilsyn og revisjoner i 2019. Det er utført ni interne revisjoner innenfor flere temaer for områdene pasientsikkerhet, HMS/ytre miljø og personvern/informasjonsikkerhet. For tre av revisjonene var rapport på tidspunktet for utarbeidelse av årsrapport 2019 ikke ferdigstilt. Arbeidet med å ferdigstille og behandle revisjonsrapporten vil fortsette når driftssituasjonen i foretaket tillater det.

I 2019 ble det gjennomført 24 tilsyn og revisjoner fra i alt 10 ulike tilsynsmyndigheter. Foretaksrevisjonen følger opp status for arbeid med å etterkomme pålegg, lukke avvik/merknader og arbeid med gjennomføring av handlingsplaner etter disse. Styret holdes orientert gjennom administrerende direktørs orienteringer og tertialrapporteringen til styret og eier.

Revisjonsplan 2020-2021

Revisjonsplanen omfatter til sammen 14 revisjoner primært for områdene pasientsikkerhet, HMS/ytre miljø revisjoner, personvern/informasjonsikkerhet og forskning. Oppstarts-tidspunkt for revisjonene vil fastsettes nærmere.

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Øystein Mæland
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

Årsrapport 2019

Foretaksrevisjonen Akershus universitetssykehus HF

Rapportmottaker:	Administrerende direktør
Kopi:	Viseadministrerende direktør, divisjonsdirektører, HTV og HVO
Referanse:	15/08974

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	3
2. Interne revisjoner på foretaksnivå.....	3
2.1 Kvalitetssikring av pasientjournal.....	3
2.2 Klinisk revisjon på foretaksnivå: Kampanjen gjøre kloke valg	4
2.3 Forebygging og behandling av underernæring	5
2.4 Behandling og læring av avvikssaker som går på tvers	6
2.5 Bruk og oppfølging av handlingsplaner i HMS-arbeidet og etterlevelse av miljøledelsessystemet	6
2.6 Opplæring i IKT og systemeierrollen.....	7
2.7 Oppfølging av handlingsplaner etter tidligere interne revisjoner.....	8
3. Eksterne tilsyn og revisjoner	8
3.1 Samlet oversikt over eksterne tilsyn og revisjoner i 2019.....	9
3.2 Oppfølging av handlingsplaner etter eksterne tilsyn og revisjoner	9

1. Innledning

Årsrapporten oppsummerer status for:

- *interne revisjoner på foretaksnivå* som er gjennomført av foretaksrevisjonen på oppdrag fra administrerende direktør
- *eksterne tilsyn og revisjoner* som er gjennomført eller pågår i regi av eksterne tilsynsmyndigheter, Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst og Riksrevisjonen

2. Interne revisjoner på foretaksnivå

Revisjonsplanen for 2019 har omfattet følgende revisjoner:

- Område *Pasientbehandling/pasientsikkerhet*
 - o Kvalitetssikring av pasientjournal
 - o Klinisk revisjon på foretaksnivå: Kampanjen gjøre kloke valg
 - o Forebygging og behandling av underernæring
 - o Behandling og læring av avvikssaker som går på tvers
- Område *Ytre miljø og Helse, miljø og sikkerhet*
 - o Bruk og oppfølging av handlingsplaner i HMS-arbeidet og etterlevelse av miljøledelsessystemet
- Område *Personvern og informasjonssikkerhet*
 - o Opplæring i IKT og systemeierrollen

I tillegg har revisor fra foretakets internrevisjonsnettverk deltatt i Sykehusapotekenes fellesrevisjon i legemiddelhåndtering. Denne er ikke nærmere omtalt i årsrapporten.

2.1 Kvalitetssikring av pasientjournal

Formål og omfang

Dokumentasjon i journal og kvalitetssikring av pasientjournal er et tilbakevendende område i behandling av uønskede hendelser/avvik, klage- og tilsynssaker og funn i eksterne tilsyn. Bla. skriver Helsetilsynet i en tilsynsmelding fra 2016 at de i tilsynssaker ofte ser at journalføringen er mangelfull. I mange saker konkluderes det med brudd på journalføringsplikten og kravet til journalers innhold. Dette er bekymringsfullt, da pasientjournalen bidrar til å danne grunnlaget for å gi forsvarlig helsehjelp. Mangelfull journalføring er en fare for sikkerheten i helse- og omsorgstjenesten.

Formålet med revisjonen har vært å få oversikt over praksis for kvalitetssikring av pasientjournal i foretaket og danne grunnlag for å vurdere om det er behov for å forbedre sykehusets arbeid med å sikre pasientjournalkvalitet.

Praksis er kartlagt gjennom spørreskjema rettet til 45 avdelinger i somatikk og psykisk helsevern som bruker DIPS og/eller Partus som sitt pasientjournalssystem.

Revisjonen er gjennomført i divisjonene og klinikkene som fremgår av tabell 1.

Rapport nr	Revidert enhet
5/2019	Divisjon psykisk helsevern
	Medisinsk divisjon
	Kirurgisk divisjon
	Kvinneklinikken
	Ortopedisk klinikk
	Barne- og ungdomsklinikken
	Divisjon Kongsvinger

Tabell 1 Reviderte enheter og rapport - Kvalitetssikring av pasientjournal

Hovedfunn

Revisjonen viste at det i liten grad er etablert en systematisk gjennomgang/monitorering av pasientjournal for å sikre kvalitet på journalens innhold i tråd med forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften) og § 4 «Krav til journalens innhold»:

- 6 av 45 avdelinger (13 %) har en systematikk for å sikre kvalitet på journalens innhold
- 17 av 45 avdelinger (38 %) har delvis en systematikk for dette
- 22 av 45 avdelinger (49 %) har ikke en systematikk for dette

I Divisjon psykisk helsevern er det utarbeidet prosedyrer for internkontroll av journal-dokumentasjon for å systematisk avdekke mangler og forbedringsområder i forbindelse med dokumentasjonspraksis, evaluere og korrigere dokumentasjonspraksis, samt danne grunnlag for å planlegge tiltak for å forbedre journalkvalitet, jf. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, §§ 6, 7, 8 og 9.

For å sikre at dokumentasjon i journal er av tilstrekkelig god kvalitet, er det anbefalt at prosedyren tilpasses og gjøres gjeldende for Ahus samlet.

2.2 Klinisk revisjon på foretaksnivå: Kampanjen gjøre kloke valg

Formål og omfang

Klinisk revisjon er en gjennomgang av pasientbehandling relatert til lokale og internasjonale standarder som ledd i et kvalitetssikringsprogram. Kliniske revisjoner er et klinisk ledet initiativ som søker å bedre kvalitet og resultat av pasientbehandling gjennom strukturert kollegabasert samarbeid ved at klinikere gjennomgår og sammenholder praksis og resultat mot omforente standarder, prosedyrer, lover og forskrifter.

Formålet med den kliniske revisjonen «Gjør kloke valg – kvalitet på henvisninger og røntgenbilder av ankel og fot» har vært å vurdere kvaliteten på henvisninger og røntgenundersøkelser med tanke på berettigelse av strålebruk.

Revisjonslaget har bestått av ortoped, radiolog og radiograf. Revisjonen omfattet 50 pasienter (25 nye henvisninger og 25 kontrollhenvisninger) fra perioden september-oktober 2019.

Revisjonen er gjennomført ved:

Rapport nr	Revidert enhet
6/2019	Ortopedisk klinikk og Bildediagnostisk avdeling, Divisjon for diagnostikk og teknologi

Tabell 2 Reviderte enhet og rapport - Klinisk revisjon på foretaksnivå: Kampanjen gjøre kloke valg

Hovedfunn

Revisjonen viste at:

- henvisninger ikke konsekvent inneholder sideangivelse
- henvisninger i flere tilfeller mangler relevante kliniske opplysninger
- henvisninger i flere tilfeller mangler eller har uklar problemstilling
- strålefeltet ofte er enten for stort eller for lite
- Mortiz- og/eller ankelleddet ikke alltid friprojiseres
- blymarkør ikke brukes konsekvent
- sidemarkøren plasseres over organet
- laveste og høyeste DAP- verdi for røntgen fot varierer mye

Revisjonen viste også at det mangler felles retningslinjer for undersøkelser, og at yrkesgruppene derfor ofte benytter ulike protokoller til problemstillingene.

Resultatene fra revisjonen følges opp i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg med sikte på eventuelle forbedringstiltak.

2.3 Forebygging og behandling av underernæring

Formål og omfang

Ernæring skal inngå i forebygging, utredning, diagnostisering og behandling av pasienter. Foretaket skal ha rutiner og kompetanse som sikrer at ernæring er en integrert del av behandlingstilbudet, og videre sikrer bedre ernæringsstatus hos pasienter som er i ernæringsmessig risiko. I 2015 utarbeidet foretaket en overordnet ernæringsstrategi i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger. Ernæringsstrategien skal bidra til at ernæringsarbeidet ved foretaket har en høy faglig kvalitet og er en naturlig og integrert del av pasientbehandlingen, hvor nasjonale ernæringsfaglige retningslinjer og Helsedirektoratets anbefalinger legges til grunn i arbeidet.

Formålet med revisjonen har vært å undersøke i hvilken grad ernæringsarbeid er en integrert del av pasientbehandlingen ved foretaket, herunder om ernæring inngår i forebygging, utredning, diagnostisering og behandling av pasienter.

Revisjonen er gjennomført ved:

Rapport nr	Revidert enhet
7/2019	Ernæringsutvalget ved Ahus
	Kirurgisk divisjon, Gastrokirurgisk avdeling, sengeområde S202
	Medisinsk divisjon, Avdeling for lungesykdommer, sengeområde S404
	Medisinsk divisjon, Avdeling for blodsykdommer, sengeområde S302
	Ortopedisk klinikk, sengeområde S105

Tabell 3 Reviderte enheter og rapport - Forebygging og behandling av underernæring

Hovedfunnene er ikke oppsummert. Revisjonsrapporten var på tidspunktet for utarbeidelse av årsrapport 2019 ikke ferdigstilt. Arbeidet med å ferdigstille og behandle revisjonsrapporten vil fortsette når driftssituasjonen i sykehuset tillater det.

2.4 Behandling og læring av avvikssaker som går på tvers

Formål og omfang

Sykehuset har de siste årene hatt fokus på å styrke bruken av kunnskap om årsaker til uønskede hendelser/avvik til systematisk læring og forbedring. Eksempler på innførte endringer er etableringen av divisjonsvise kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg og arbeidsmiljøutvalg, samt prosedyrer som skal sikre enhetlig behandling og oppfølging av uønskede hendelser uavhengig av område.

Formålet med revisjonen har vært å vurdere i hvilken grad disse endringene virker slik de var tenkt, slik at de i større grad bidrar til læring og forbedring på tvers i sykehuset.

Revisjonen er gjennomført ved:

Rapport nr	Revidert enhet
8/2019	Barne- og ungdomsklinikken
	Medisinsk divisjon
	Kirurgisk divisjon
	Kvinneklubben
	Divisjon Facilities Management
	Ortopedisk klinikk
	Divisjon psykisk helsevern
	Divisjon diagnostikk og teknologi

Tabell 4 Reviderte enheter og rapport - Behandling og læring av avvikssaker som går på tvers

Hovedfunnene er ikke oppsummert. Revisjonsrapporten var på tidspunktet for utarbeidelse av årsrapport 2019 ikke ferdigstilt. Arbeidet med å ferdigstille og behandle revisjonsrapporten vil fortsette når driftssituasjonen i sykehuset tillater det.

2.5 Bruk og oppfølging av handlingsplaner i HMS-arbeidet og etterlevelse av miljøledelsessystemet

Formål og omfang

Sykehuset har fra 2019 etablert felles styringssystem for områdene pasient, HMS/ytre miljø, personvern/informasjonsikkerhet og forskning. Det velges årlig ut revisjonsområder innenfor styringssystemet. For området HMS/ytre miljø var bruk og oppfølging av handlingsplaner i HMS-arbeidet og etterlevelse av miljøledelsessystemet valgt ut som tema for revisjon.

Formålet med revisjonene har vært å gi svar på i hvilken grad foretakets krav til bruk og oppfølging av handlingsplaner i HMS-arbeidet og foretakets miljøledelsessystem etterleves og er i samsvar med lov, forskrift og gjeldende Ahus prosedyrer.

Revisjonene er gjennomført ved:

Rapport nr	Revidert enhet
1/2019	Barne- og ungdomsklinikken, Avdeling og seksjon for nyfødt
2/2019	Divisjon Facilities Management, Avdeling Mat og drikke, seksjon Kjøkken Kongsvinger og Avdeling Renhold og Hygiene, seksjon Renhold Kongsvinger
3/2019	Medisinsk divisjon, Avdeling for forskning, seksjon EpiGen

Tabell 5 Reviderte enheter og rapporter - HMS og Ytre miljø

Hovedfunn

Revisjonene viste at HMS-handlingsplaner utarbeides som forutsatt i enhetene som var omfattet av revisjonen, og at disse lagres i den elektroniske handlingsplanløsningen for HMS-området. Revisjonen viste samtidig at konkretiseringen av tiltak i planene kan forbedres.

For miljøledelsessystemet viste revisjonen at de reviderte enhetene hadde kjennskap til miljøledelse, foretakets miljømål og hvordan avdelingene kan bidra til at Ahus skal nå mål som er satt for ytre miljø. Revisjonen viste også at e-læringskurset «Grønt sykehus» er kjent, men at det er flere som ikke har gjennomført dette.

Avvik og merknader fra HMS-/ytre miljørevisjonene registreres og følges opp i EQS. Det gis ca. 4 uker til å beskrive/iverksette korrigerende tiltak. Foretaksrevisjonen vurderer angitte korrigerende tiltak før avvik kan lukkes. Resultater fra interne revisjoner på området HMS/ytre miljø følges opp av enhet for HR og behandles i foretakets arbeidsmiljøutvalg.

Resultater fra interne revisjoner på området ytre miljø inngår også som del av årlig ledelsens gjennomgåelse for ytre miljø. Samsvar med lover, forskrifter og krav vurderes av sykehusledelsen på bakgrunn av blant annet revisjonsfunn.

2.6 Opplæring i IKT og systemeierrollen

Formål og omfang

Ahus har omfattende IKT-systemer som benyttes innenfor alle deler av sin virksomhet. IKT systemeiere har i henhold til interne prosedyrer bl.a. ansvar for at brukerne av systemene har tilstrekkelig kompetanse og kan ivareta krav til personvern. De skal også ha rutiner for hvem som skal ha tilgang til systemet og på hvilket nivå.

Formålet med revisjonen har vært å undersøke i hvilken grad IKT systemeiere ved foretaket er kjent med prosedyrer og oppgavene de har ansvar for, og i hvilken grad de sørger for å gi nødvendig opplæring til brukerne av IKT-systemene, herunder om opplæringen er tilpasset ulike brukerroller og om personvern er omfattet av opplæring.

Revisjonen er gjennomført som en kartlegging rettet mot alle IKT systemeiere i foretaket og har omfattet en generell og en systemspesifikk del:

- generell del – IKT systemeiernes generelle kjennskap til krav og prosedyrer, innhold i systemeieransvaret og oversikt over systemer de eier
- systemspesifikk del - rutiner for brukeradministrasjon, tilgangsstyring, opplæringsplaner og gjennomføring, dokumentering og oppfølging av opplæring for utvalgt(e) systemer

Resultatene fra kartleggingen er utdypet gjennom intervjuer med IKT systemeierne for tre utvalgte klasse 1 IKT-systemer; *DIPS*, *Gat* og *QlikLis*. Som ledd i dette ble også opplæringsplaner og opplæringsdokumentasjon for disse systemene gjennomgått.

Revisjonen er gjennomført ved:

Rapport nr	Revidert enhet
4/2019	Barne- og ungdomsklinikken
	Medisinsk divisjon
	Kirurgisk divisjon
	Kvinneklinikken
	Divisjon Facilities Management
	Ortopedisk klinikk
	Divisjon psykisk helsevern
	Divisjon diagnostikk og teknologi
	Sentrale stabsenheter

Tabell 6 Reviderte enheter og rapport - Opplæring i IKT og systemeierrollen

Hovedfunnene er ikke oppsummert. Revisjonsrapporten var på tidspunktet for utarbeidelse av årsrapport 2019 ikke ferdigstilt. Arbeidet med å ferdigstille og behandle revisjonsrapporten vil fortsette når driftssituasjonen i sykehuset tillater det.

2.7 Oppfølging av handlingsplaner etter tidligere interne revisjoner

Ved utgangen av 2019 var det kun revisjon av blodtransfusjon i 2018/19 som ikke var formelt avsluttet. Samlerapporten etter revisjonen (nr 2/2018) ble ferdigstilt 8. februar 2019. Enhet for medisin og helsefag fikk ansvar for utarbeidelse og oppfølging av en overordnet handlingsplan, og det ble nedsatt en arbeidsgruppe sammensatt av deltakere fra reviderte divisjoner/klinikker.

Rapporten og handlingsplanen ble behandlet i sykehusledelsen 5. november 2019. Handlingsplan ble besluttet av sykehusledelsen 5. november 2019. Status for gjennomføring av planen ble behandlet av sykehusledelsen 24. mars 2020. Tiltaksarbeidet skal etter planen være ferdigstilt i løpet av 2020.

3. Eksterne tilsyn og revisjoner

Sykehuset er hvert år gjenstand for en rekke tilsyn og revisjoner utført av ulike eksterne tilsynsmyndigheter, Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst og Riksrevisjonen.

I 2019 ble det gjennomført 24 tilsyn og revisjoner fra i alt 10 ulike tilsynsmyndigheter.

Tabellen nedenfor viser antall tilsyn/revisjoner for de siste tre år.

År	Antall tilsyn og revisjoner	Antall tilsynsmyndigheter
2019	24	10
2018	29	12
2017	19	10

Tabell 7 Antall eksterne tilsyn/revisjoner siste 3 år

I tillegg til disse tilsynene og revisjonene kommer eksterne gjennomganger av sykehusets akkrediterte tjenester innenfor bla. laboratoriefagene i regi av Norsk Akkreditering, samt årlig revisjon av sykehusets miljøledelsessystem i regi av DNV GL. Disse er ikke nærmere omtalt i årsrapporten.

3.1 Samlet oversikt over eksterne tilsyn og revisjoner i 2019

Tabellen nedenfor viser alle eksterne tilsyn og revisjoner i regi av eksterne tilsynsmyndigheter, Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst og Riksrevisjonen som er gjennomført i foretaket i 2019.

Tilsyn og revisjoner som pågår inn i 2020 er markert «P».

Tertial	Tilsyn/revisjon
1. tertial	Arbeidstilsynet - Vestveien Rus og avhengighet (Follo)- vold og trusler (P)
	Arbeidstilsynet - Elvestad- Vold og trusler
	Arbeidstilsynet - DPS Øvre Romerike- Vold og trusler
	Arbeidstilsynet - BUP Nedre Romerike (Kjeller)- Vold og trusler (P)
	Arbeidstilsynet - Avdeling Spesialpsykiatri- Vold og trusler (P)
	Arbeidstilsynet - arbeidsulykke formalin
	Brann - tematilsyn barnehagene 1
	Brann - tematilsyn barnehagene 2
	Brann - tematilsyn barnehagene 3
	Brann - tematilsyn barnehagene 4
	Brann - tematilsyn barnehagene 5
	Brann - Ski sykehus (P)
	Hafslund nett - HMS mot EL-tilsynsloven, Øvre Romerike poliklinikk (ARA)
	Hafslund nett- HMS mot EL-tilsynsloven, DPS Øvre Romerike
	Hafslund nett- HMS mot EL-tilsynsloven, Jerikoveien
	Riksrevisjonen- forebygging av angrep mot IKT-systemer
	Riksrevisjonen- oppfølging av undersøkelse om håndtering av uønskede hendelser
2. tertial	Arbeidstilsynet - akuttpsykiatrisk Nordbyhagen- Vold og trusler
	Arbeidstilsynet - seksjon IR døgn- Vold og trusler
	Mattilsynet - uanmeldt rutineinspeksjon produksjonskjøkken 2019
	Statens helsetilsyn - blodbankvirksomhet Kongsvinger sykehus
	Politiet - Besøkskontroll - egenvakthold 2019
	Konsernrevisjonen - Forvaltning av regionale kliniske systemer
	Riksrevisjonen - Myndighetens arbeid med å sikre god behandling og oppfølging av personer med psykiske lidelser
3. tertial	FMOV - tilsyn med spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter (P)
	Helsedirektoratet - tilsyn etter genteknologiloven (P)
	Konsernrevisjonen - Bruk av tvang i psykisk helsevern (P)
	Riksrevisjonen - undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene (P)

Tabell 8 Oversikt over eksterne tilsyn og revisjoner i 2019

3.2 Oppfølging av handlingsplaner etter eksterne tilsyn og revisjoner

Foretaksrevisjonen følger opp status for arbeid med å etterkomme pålegg, lukke avvik/merknader og gjennomføre handlingsplaner i forbindelse med tertialrapporteringen til styret.

Pålegg, avvik og merknader fra lov- og regelverk som avdekkes gjennom eksterne tilsyn og revisjoner blir registrert i foretakets system for håndtering av uønskede hendelser/avvik (EQS). Ansvar for å sørge for at pålegg etterkommes, avvik/merknader lukkes og at det utarbeides tiltak for å imøtekomme anbefalte forbedringer fra eksterne tilsyn og revisjoner,

fordeles i henhold til sykehusets prosedyrer viseadministrerende direktør eller en av divisjonsdirektørene ut fra hvilket tilsyn eller revisjon det er tale om.

Styret orienteres om nye og avsluttede større tilsyn og revisjoner som en del av administrerende direktørs orienteringer. Det orienteres også om resultatet av mindre tilsyn dersom disse har resultert i f.eks. pålegg om tiltak. Status for eksterne tilsyn og revisjoner rapporteres ellers tertialvis som ledd i tertialrapporteringen til styret og eier.

Revisjonsplan 2020-2021

Foretaksrevisjonen Akershus universitetssykehus HF

Godkjent av:	Administrerende direktør
Referanse:	15/08974

1. Formålet med planen

Interne revisjoner på foretaksnivå gjennomføres av foretaksrevisjonen på oppdrag fra administrerende direktør. Revisjonene skal understøtte administrerende direktør sitt ansvar for intern styring og kontroll for å sikre forsvarlig virksomhet. De skal også støtte linjens arbeid med å etablere og gjennomføre god virksomhetsstyring og intern kontroll, og bidra til systematisk forbedring av virksomheten. Revisjonene forankres i revisjonsplan behandlet i sykehusledelsen.

Revisjonsplanen skal gi:

- sykehusledelsen et grunnlag for å beslutte hvilke temaer som skal revideres og hvilket omfang revisjonsarbeidet skal ha
- foretaksrevisjonen et grunnlag for å styre og følge opp revisjonsarbeidet innenfor faglige standarder, fastsatt instruks og tildelte ressurser

2. Grunnlaget for planen

Planen bygger på innspill fra divisjonene, internrevisjonsnettverket, de tillitsvalgte, hovedvernombudet, personvernrådgiver/informasjonssikkerhetsleder samt foretaksrevisjonens egne vurderinger basert på kunnskap fra årlig gjennomgang av internkontroll, tidligere interne revisjoner og resultater fra eksterne tilsyn og revisjoner. Det er i så stor grad som mulig tatt hensyn til hvilke områder Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst planlegger å revidere, og hvilke områder eksterne tilsynsmyndigheter tidligere har uttalt forventninger til at foretaket selv skal revidere.

Planen dekker primært områdene *pasientsikkerhet*, *HMS/ytre miljø*, *personvern/ informasjonssikkerhet og forskning*. Ved valg av temaer er det bl.a. lagt vekt på om revisjon vil kunne bidra til forbedringer og om planen kan gjennomføres innenfor tilgjengelige ressursene og kompetanse i foretaksrevisjonen og foretakets internrevisjonsnettverk.

3. Planlagte revisjoner for 2020-2021

Planlagte revisjoner for 2020-2021 omfatter både *systemrevisjoner* hvor formålet er å bekrefte om det er samsvar mellom praksis og krav i lov- og regelverk slik at eventuelle avvik kan lukkes, og *utvidede revisjoner* hvor formålet er å få mer kunnskap om et område fungerer etter hensikten samt bruke kunnskapen i forbedringsarbeidet.

- Område *Pasientsikkerhet*
 - o Etterlevelse av prosedyrer for trygg utskrivning av pasienter (systemrevisjon)
 - o Etterlevelse av prosedyrer for blodtransfusjon (systemrevisjon)
 - o Praksis for bruk av veiledende behandlingsplaner (utvidet revisjon)
 - o Deltakelse i Sykehusapotekenes fellesrevisjon av legemiddelsamstemming
- Område *HMS og ytre miljø*
 - o Etterlevelse av krav til strålevern (systemrevisjon)
 - o Oppfølging av miljøledelsessystemet (systemrevisjon)
 - o Registrering av gjennomførte kurs i Læringsportalen (utvidet revisjon)
- Område *Personvern/informasjonssikkerhet*
 - o Etterlevelse av krav til oppslag i pasientjournal (systemrevisjon)
- Område *Forskning*
 - o Praksis for tildeling av strategiske forskningsmidler (utvidet revisjon)
- Område *Andre*
 - o Bekreftelse av krav til kvalitetsledelse DDT (systemrevisjon)
 - o Oppfølging av styringssystem for IK mat (systemrevisjon)

4. Revisjonsplan 2020-2021

Område	Tema	Bakgrunn	Hensikt	Ansvar	Omfang	Oppstart
Pasient-sikkerhet	Trygg utskrivning	Trygg utskrivning er et av satsingsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet. Utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten eller hjem har tidligere vært gjenstand for tilsyn av Fylkesmannen i Oslo og Akershus og Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. Handlingsplan etter tilsynene ble fulgt opp gjennom internrevisjon i 2017, og viste at flere tiltakene ikke var implementert og at det var behov for å styrke måten sykehuset følger opp handlingsplaner fra tilsyn og revisjoner på, herunder etterspørring av status og oppfølging for å sikre at tiltakene faktisk implementeres og har ønsket effekt. Intern revisjon vurderes som hensiktsmessig for å følge opp om prosedyrer etterleves.	Systemrevisjon - undersøke om prosedyrer for trygg utskrivning av pasienter etterleves	Team 1	1 revisjon på tvers av MD, OK og DPH	Avklares nærmere
	Blodtransfusjon	Blodtransfusjon var tema for internrevisjon i 2018/19. Det ble gitt en rekke anbefalinger til forbedringstiltak og det er etablert planer for gjennomføring av disse i regi av EMH. Fylkesmannen i Oslo og Akershus har tidligere uttalt forventinger om at Ahus gjennomfører interne revisjoner på området. Intern revisjon vurderes som hensiktsmessig for å følge opp om prosedyrer etterleves.	Systemrevisjon - undersøke om prosedyrer for blodtransfusjon etterleves	Team 2	1 revisjon på tvers av KD, OK og KK	Avklares nærmere
	Sykepleie-dokumentasjon - veiledende behandlingsplaner (VBP)	Mange sykepleiere benytter ikke VBP, men oppretter nytt dokument for hver vakt og med til dels mangelfull informasjon. Dette fører til at mange dokumenter må åpnes for å finne aktuell dokumentasjon ved et opphold, og spesielt ved hendelser hvor det etterspørres dokumentasjon fra andre instanser som for eksempel Helsetilsynet og Fylkesmannen. Intern revisjon vurderes som hensiktsmessig for å se nærmere på om det er opprettet VBP for pasienter, om VBP for pasienten revideres under oppholdet og om innholdet i VBP er i henhold til gjeldende prosedyrer.	Utvidet revisjon - styrke sykepleie-dokumentasjon gjennom å kartlegge og vurdere praksis og se på mulige forbedringstiltak	Team 3	1 revisjon på tvers av MD, KD og DPH	Avklares nærmere
	Legemiddel-samstemming	Foretaksrevisjonen har de siste to årene deltatt med en person fra internrevisjonsnettverket i Sykehusapotekenes fellesrevisjoner. Erfaringene med samarbeidet er svært gode og ønskes videreført av begge parter i 2020.		Team 4	5 revisjoner	Avklares nærmere

HMS og ytre miljø	Strålevern	Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet har forventninger om at Ahus gjennomfører interne revisjoner vedrørende strålevern og bruk av stråling, ref. godkjenning for medisinsk bruk av røntgen og MR. Revisjon bør se på temaer som 1) ansvar og roller, 2) yrkesmessig eksponering, 3) kompetanse og opplæring, 4) skjerming og bruk av verneutstyr og 5) medisinsk strålebruk.	Systemrevisjon - undersøke om krav til strålevern etterleves	Team 5	2 revisjoner En hver DDT og KoS	Avklares nærmere
	HMS-runde, årlig gjennomgang av internkontroll og ytre miljø/miljøledelse	Sykehuset har fra 2019 etablert felles styringssystem for områdene pasient, HMS/ytre miljø, personvern/informasjonssikkerhet og forskning. Det tidligere HMS-styringssystemet og miljøstyringssystemet er med dette innlemmet i felles styringssystem. Det velges årlig ut revisjonsområder innenfor styringssystemet. For 2020 fokuseres det på om krav til gjennomføring av HMS-runden og oppfølging av årlig gjennomgang av internkontroll etterleves.	Systemrevisjon - undersøke om krav i styringssystemet og ISO 14001 (miljøledelse) etterleves	Team 6	4 revisjoner To i DK og en hver i EMH og DPH	Avklares nærmere
	Registrering av gjennomførte kurs i Læringsportalen	Det er avdekket store avvik mellom deltakelse og registreringer av obligatorisk klasseromsundervisning i Læringsportalen. Avvikene gjelder både HMS-opplæring av ledere, 40 timers HMS-opplæring for AMU og VO og praktisk brannvern. Avvikene skyldes bl.a. uleselige signaturer på deltakerlister, deltakere glemmer å signere og at listene ikke legges inn i systemet. Det er også flere tilfeller hvor deltakere er påmeldt opplæring, men ikke møter. Det er ikke tilstrekkelige prosedyrer for å følge opp dette i ettertid.	Utvidet revisjon – styrke registrering av utførte kurs gjennom å kartlegge og vurdere praksis og se på mulige forbedringstiltak	Team 7	1 revisjon på tvers av KD, KK og sentral stab	Avklares nærmere
Personvern/informasjons-sikkerhet	Oppslag i pasientjournal	Oppslag i pasientjournal er et av kontrollområdene definert i handlingsplan for personvern og informasjonssikkerhet for 2020. Hensikten er å undersøke om krav til oppslag i pasientjournal etterleves i foretaket. Kontrollen er besluttet gjennomført som en systemrevisjon og er derfor inntatt i revisjonsplanen for 2020.	Systemrevisjon - undersøke om krav til oppslag i pasientjournal etterleves	Team 8	1 revisjon på tvers av MD, KD, OK, KK og BUK	Avklares nærmere
Forskning	Tildeling av strategiske forskningsmidler	Ahus tildeler årlig strategiske forskningsmidler avsatt i foretakets eget budsjett. Det er utarbeidet retningslinjer for hvordan dette skal skje. Søknadsfrist for tildeling av midler er årlig i mars. Behandling av søknader gjøres av felles forskningsutvalg på bakgrunn av uavhengige vurderinger av hver enkelt søknad utført av ekstern kompetanse, og tildeling skjer årlig i juni. Praktisk informasjon bla for hvordan midlene skal brukes, sendes ut årlig i desember. Divisjon Forskning og Innovasjon ønsker en revisjon av prosessen og retningslinjene med mål om en uavhengig og objektiv bekreftelse av at prosessen ivaretar krav til faglig vurdering av prosjektsøknader, habilitet og transparente beslutninger.	Utvidet revisjon - styrke prosess for tildeling av strategiske forskningsmidler gjennom å kartlegge og vurdere praksis og se på mulige forbedringstiltak	Team 9	1 revisjon FID	Avklares nærmere

Andre	Kvalitetsledelse DDT	En rekke av tjenestene i DDT er akkrediterte. Iht akkrediteringskrav skal det med planlagte mellomrom gjennomføres interne revisjoner for å bestemme om alle aktivitetene i kvalitetsstyringssystemet er i samsvar med kravene i ISO 15189 og kravene laboratoriet har fastsatt. Videre om aktivitetene er iverksatt, er effektive og blir vedlikeholdt. En slik aktivitet er kvalitetsleder-funksjonen. Av habilitetshensyn er foretaksrevisjonen bedt om å utføre denne revisjon. I tillegg har DDT også bedt om at system for oppfølging av etterlevelse av relevante krav i lover og forskrifter berøres i revisjonen.	Systemrevisjon – bekrefte om krav til krav til kvalitetsledelse DDT er oppfylt	Team 9	1 revisjon DDT	Avklares nærmere
	Styringssystem IK Mat	Avdeling Mat og Drikke har bedt om bistand fra Foretaksrevisjonen for å få en vurdering av om systemet for internrevisjoner på området Mat og Drikke er tilfredsstillende. Herunder oppfølging og lukking av tiltak etter avvik gitt i slike revisjoner.	Systemrevisjon – undersøke om styringssystem for IK mat oppfyller til internrevisjon i krav i forskrift	Team 9	1 revisjon DFM	Avklares nærmere

5. Revisjonsteam

Team	Deltakere	Revisjonsleder(e)	Faglig ansvarlig
1	Turid Ligård, Inger Lene Brovold og Lena Bjerknes Larsen	Lena Bjerknes Larsen	Cathrine Tanbo
2	Brita Hermundstad og Linda Hårstad Uthus	Ikke fastsatt	Cathrine Tanbo
3	Sevil Konskuan, Mona Klokkehaug og Ellen Eie	Ikke fastsatt	Cathrine Tanbo
4	Marianne Lien Bergan		Sykehusapotekene
5	Kirsti Paulsen og Camilla Lunder Jensen	Camilla Lunder Jensen	Anette Karine Dehli
6	Trine Chr. Helgerud, Tor Smith Salvesen og Cathrine Teiseth Nerby	Cathrine Teiseth Nerby	Anette Karine Dehli
7	Elisabeth Jørgensen, Kristin Biller, Marit Kise og Cathrine Tanbo	Cathrine Tanbo	Karl-Helge Storhaug
8	Kari Lorentzen, Hilde Schultz, Kåre Magne Stennes og Ruth Ann Gullbekk	Ruth Ann Gullbekk	Karl-Helge Storhaug
9	Cathrine Tanbo, Karl-Helge Storhaug og Anette Karine Dehli	Anette Karine Dehli	Karl-Helge Storhaug