

Styresak

Dato dok.:	12.09.2023	Administrerende direktør	
Møtedato:	20.09.2023		
Vår ref.:	23/01543-8	Postadresse:	1478 LØRENSKOG
		Telefon:	+47 67 96 00 00
Vedlegg:	LGG-rapport 2023		

Sak 74/23 Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

Ledelsens gjennomgang av styringssystemet (LGG) er en årlig systematisk vurdering av om styringssystemet for virksomhetsstyring (Orden i eget Ahus) fungerer etter hensikten, bidrar til måloppnåelse og kontinuerlig forbedring.

LGG omfatter vurderinger av hvert enkelt internkontrollområde som inngår i styringssystemet (generell internkontroll, kvalitet og pasientsikkerhet, HMS og ytre miljø, personvern og informasjonssikkerhet og forskning), og av styringssystemet som helhet. Prosessen gir oversikt over forhold som er i orden, og hvilke områder som må utvikles og forbedres.

Orden i eget Ahus er som helhet vurdert til i stor eller i ganske stor grad å oppfylle krav som stilles til et hensiktsmessig styringssystem. De viktigste forbedringene er å sørge for å gjøre det kjent og tilgjengelig for ledere på alle nivå, holde det oppdatert og relevant, samt oppfølging av etterlevelse.

Tiltak for å utvikle og forbedre styringssystemet, både for internkontrollområdene og for systemet som helhet, vil inngå i allerede eksisterende virksomhetsplaner og/eller handlingsplaner for 2023/24.

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering

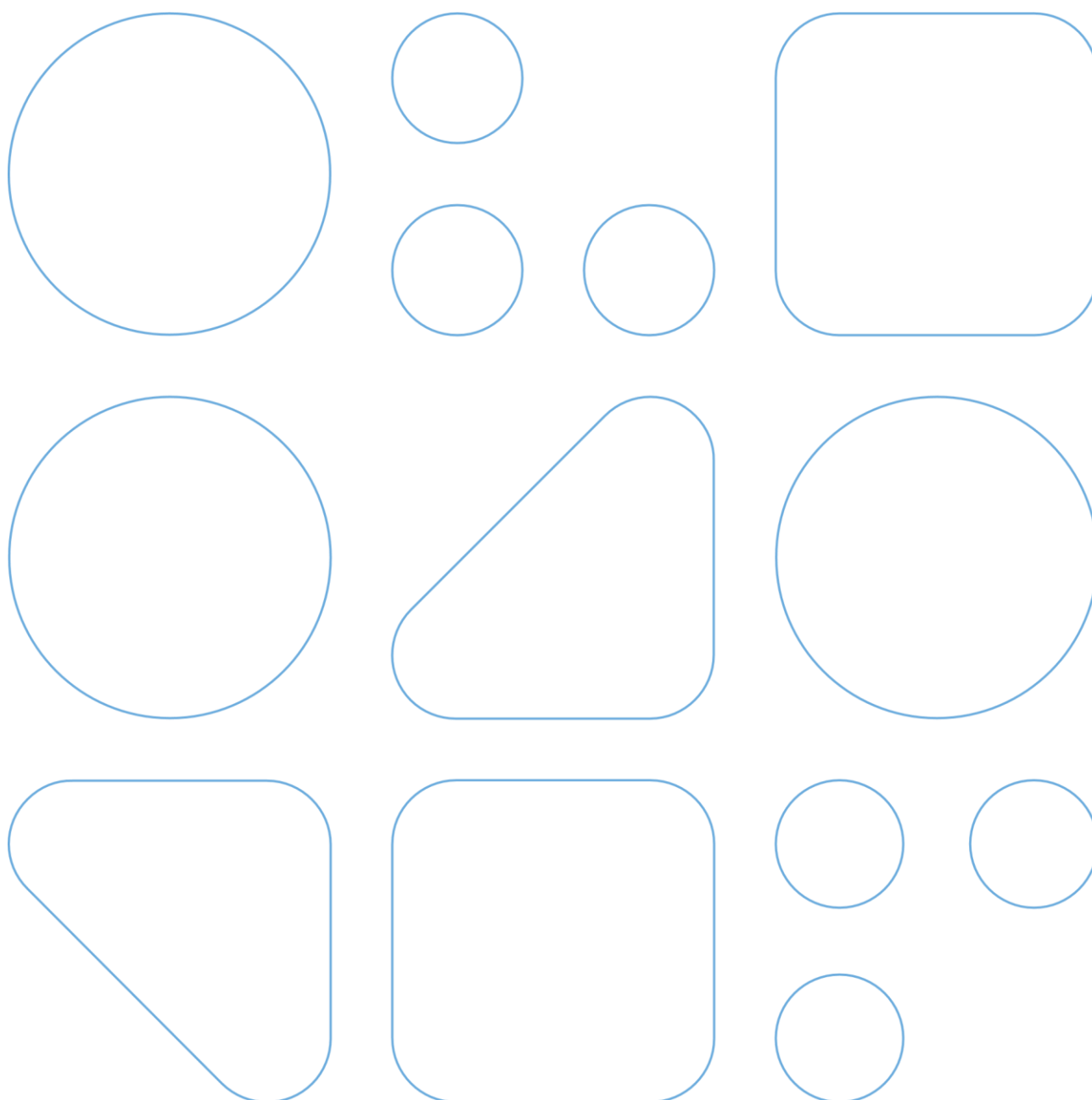
Øystein Mæland
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

Rapport

04.09.2023



Tittel:

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

Referanse:

23/01543

Beslutningsdato:

12.09.2023

Beslutning:

Godkjent

Besluttet av:

Sykehusledelsen

Rapport utarbeidet av:

Foretaksrevisjonen

Prosjektleder:

Anette Karine Dehli/Karl-Helge Storhaug

Deltagere i utarbeidelsen av rapporten:

Pål Jostein Didriksen, Nina Karlsen

Randi Clutch, Elisabeth Jørgensen, Trine Chr. Helgerud

Hilde Schultz, Kåre Magne Stennes, Knut Thomas Sjølie, Hilde Alstad

Mariann G. Davidsen, Tone Eggen, Karin Anne Vassbakk

Heidi Ness Johnsen, Vibeke Kristiansen

Innhold

1.	Innledning	3
1.1	Ledelsens gjennomgang av styringssystemet	3
1.2	Prosess og metode	3
2.	Vurdering av områdene i styringssystemet	0
2.1	Generell internkontroll	0
2.2	Kvalitet og pasientsikkerhet	7
2.3	HMS og ytre miljø	12
2.4	Personvern og informasjonssikkerhet	17
2.5	Forskning	20
3	Samlet vurdering av styringssystemet	25
4	Vedlegg	27

1. Innledning

1.1 Ledelsens gjennomgang av styringssystemet

Ledelsens gjennomgang av styringssystemet (LGG) er en årlig systematisk vurdering av om systemet fungerer etter hensikten, og bidrar til måloppnåelse og kontinuerlig forbedring.

LGG er den overordnede styrende og kontrollerende delen av virksomhetsstyringen i foretaket, og skal omfatte vurdering av om lover, forskrifter og faglige anbefalinger overholdes, samlet vurdering av om styringssystemet fungerer som forutsatt og bidrar til forbedring, og plan for eventuelle tiltak for å utvikle og forbedre systemet.

Rapport fra LGG behandles av sykehusledelsen og foretakets styre som del av sitt tilsynsansvar.

Orden i eget Ahus

Styringssystemet Orden i eget Ahus skal sikre at prosesser og aktiviteter i virksomhetsstyringen blir planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert i samsvar med krav i eller i medhold av lov- og regelverk, og Helse Sør Øst sitt rammeverk for virksomhetsstyring.

Nærmere oversikt over styringssystemet fremgår av EQS id 30126 Ahus- Retningslinje for virksomhetsstyring.

1.2 Prosess og metode

LGG-prosessen består av tre steg som vist i figur 1.



Figur 1: Evalueringsprosessen «Ledelsens gjennomgang av styringssystemet»

Leders egenvurdering (steg 1)

Egenvurderingen omfatter fem elektroniske sjekklister i kvalitetssystemet EQS. Sjekklistene dekker ulike områder og er inndelt i åtte gjennomgående temaer som vist i figur 2.

Egenvurderingen skal legge til rette for at lederne har oversikt over eget ansvar og oppgaver i virksomhetsstyringen. For hvert tema som inngår i sjekklistene må lederne ta stilling til om krav til virksomhetsstyring og internkontroll er ivaretatt. Svaralternativene er Ja/Nei/Delvis/Vet ikke. Det er mulig å svare «Ikke aktuelt» på spørsmål som kun gjelder noen ledere, men ikke andre. «Ikke aktuelt»-svar tas ikke med i datagrunnlaget. Resultatene fra egenvurderingen er grunnlag for oppfølging lokalt.

Generell internkontroll	Kvalitet og pasient-sikkerhet	HMS og ytre miljø	Personvern og informasjons-sikkerhet	Forskning
1.Organisering, ansvar og myndighet				
2.Lovkrav, veiledere, retningslinjer og prosedyrer				
3.Kompetanse og opplæring				
4.Mål				
5.Risiko				
6.Håndtering av uønskede hendelser/avvik				
7.Oppfølging og rapportering				
8.Evaluering og forbedring				

Figur 2: Områder og temaer som inngår i Ledelsens gjennomgåelse av styringssystemet

Egenvurderingen gjennomføres årlig i perioden 1. mars til 1. april, og er obligatorisk for alle lederne nivå 2-5 som er registrert med en lederrolle i Personalportalen. Tabellen nedenfor viser antall ledere som har gjennomført sjekklister for 2023. Sammenlignet med 2021 som var et år med en del covid-utfordringer har det vært økning i andel ledere som har gjennomført sjekklister. Imidlertid er det vanskelig å si noe eksakt om prosent gjennomføring. Dette skyldes hvordan/om ledere er registrert i Personalportalen, særlig på nivå 4 og 5.

Sjekkliste	Skal gjennomføres av	Antall gjennomført
1 Generell internkontroll	Alle ledere n2-5	449 (364)
2 Kvalitet og pasientsikkerhet	Alle ledere med ansvar/støtte for pasientbehandling	319 (304)
3 HMS og ytre miljø	Alle ledere n2-5	419 (354)
4 Personvern og informasjonssikkerhet	Alle ledere n2-5	421 (358)
5 Forskning	Ledere n2-3 med ansvar for forskning	89 (100)

Tabell 1: Antall ledere som har besvart sjekklister i EQS 2023. Tall i parentes viser deltakelsen i 2021.

Den enkelte leder skal sørge for at forhold som ikke er i orden blir rettet opp senest innen 1. mars påfølgende år (neste egenvurdering). Ledere for nivå 2 og 3 har tilgang til resultatene for sjekklister til underordnede ledere i Qlicklis, slik at de kan vurdere forbedringsbehov på tvers av enheter.

Sammenstilling og analyse av resultater (steg 2)

Resultatene fra ledernes egenvurderinger sammenstilles og analyseres for å identifisere forbedringsbehov (tiltak) på tvers av enheter, og velge ut evt. årlige interne mål. Målene inngår i oppdrag og bestilling til nivå 2-lederne, og følges opp i den tertialvise mål- og resultatoppfølgingen. De fleste forbedringsbehovene vil imidlertid måtte følges opp og implementeres av fagavdelingene i sentrale stabsdivisjoner, slik at styringssystemet Orden i eget Ahus videreutvikles og forbedres.

Samlet vurdering av styringssystemet (steg 3)

Styringssystemet vurderes både per område og samlet som helhet.

Per område: Resultatene fra ledernes egenvurderinger av hvert tema sammenholdes og vurderes opp mot annen relevant styringsinformasjon. Følgende skala brukes:

- Tilfredsstillende (grønn). Ikke behov for tiltak
- Delvis tilfredsstillende (gul). Tiltak skal vurderes
- Ikke tilfredsstillende (rød). Må forbedres. Tiltak skal utarbeides.

Merk at fargeskalaen som benyttes i tilknytning til leders egevaluering er en annen. Den er knyttet til prosentandel ledere som har svart ja på et spørsmål i sjekklistene:

Grønn: Mer enn 90 % har svart ja

Gul: 70-89 % har svart ja

Orange: 50-69 % har svart ja

Rød: 1-49 % har svart ja

Samlet som helhet: Styringssystemet vurderes etter en skala fra 0-6 ut fra i hvilken grad de oppfyller følgende krav:

- *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, og at prosedyrer/prosesser er tilpasset Ahus forhold
- *Integrert i styring, arbeidsprosesser og aktiviteter* - dvs. at internkontroll ikke er "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

2. Vurdering av områdene i styringssystemet

2.1 Generell internkontroll

Kravgrunnlag: Forhold som er felles på tvers av forskriftene innen hvert internkontrollområde (se nedenfor). Fagansvarlig stabsavdeling:

Foretaksrevisjonen, Kvalitet- og pasientsikkerhetsavdelingen, HMS- og HR støtteavdelingen, Foretakssekretariatet og Forskningsstøtteavdelingen.

Tema	Egenvurdering		Øvrige datakilder	Samlet vurdering 2023		Tiltak
1 Organisering, ansvar og myndighet	A Jeg har en funksjonsbeskrivelse som viser mitt ansvar og mine oppgaver		• Ingen	Standard mal for funksjonsbeskrivelser i EQS er forutsatt brukt. Videre er det fastsatt krav til innholdet i det faglige, økonomiske og personalmessige ansvar for ledere på ledernivå 2-5. Resultatene fra egenvurderingen viser at dette jevnt over er ivaretatt på en god måte ved Ahus.		
	B Jeg har skriftlig fått delegert fullmakter fra min nærmeste leder		• Ingen	92 % av lederne svarer at de har en skriftlig fullmakt som viser delegerte fullmakter fra overordnet leder. Fullmaktssystemet 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.		
	C Jeg har et organisasjonskart for min enhet		• EQS	EQS-mal forutsettes brukt. Egenvurderingen har vist at tilnærmet alle har et organisasjonskart for egen enhet. Datauttrekk fra EQS tilsier at det er en lavere andel organisasjonskart enn egevalueringen tilsier, men tallet er ikke pålitelig fordi organisasjonskart kan være arkivert i ulike dokumentkategorier eller utenfor EQS-systemet.		
	D Jeg er kjent med retningslinjen for virksomhetsstyring		• Ingen	Retningslinjen er en operasjonalisering av HSØ sitt rammeverk for virksomhetsstyring. Resultatene fra egenvurderingen tilsier at retningslinjen er godt kjent blant lederne.		
2 Lovkrav, veiledere, retningslinjer og prosedyrer	A Jeg har oversikt over lover, forskrifter, nasjonale og regionale retningslinjer og veiledere som relevant for mitt arbeidsområde		• EQS • Revisjons-rapporter	Egenvurderingen viser at ledere selv mener å ha god oversikt over både lover, forskrifter, veiledere og interne retningslinjer og prosedyrer. Samtidig er det kjent at måten styrende dokumenter er kategorisert på i EQS bidrar til lav tilgjengelighet. Dette omfatter prosedyrer, men også lenkede (Iphrased) regionale og nasjonale dokumenter, lover forskrifter. Ikke sjelden pekes det på manglende kjennskap til lover, forskrifter og/eller prosedyrer i internrevisjoner.		Prosjektet Dokumentstruktur i EQS pågår. Formålet er å få på plass en ensartet struktur basert på inndeling etter fag. Det skal ryddes i alle dokumenter slik at de legges i riktig kategori for å lette fremfinning. Videre differensiere på gyldighetsperiode på ulike dokumentkategorier.
	B Jeg har oversikt over interne retningslinjer og prosedyrer som gjelder for min enhet					
	C Jeg har gjort ansatte i min enhet kjent med at retningslinjer og prosedyrer er tilgjengelig i EQS					
				89 % av lederne svarer at de følger opp at EQS dokumenter som egne ansatte er dokumentadministrator for, er innenfor		

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

	D Jeg følger opp at EQS-dokumenter som egne ansatte er dokumentadministrator for, er innenfor revisjonsfrist			revisjonsfrist. Datauttrekk fra EQS 21. juni 2023 viser imidlertid at 29 % av dokumentene i EQS har passert revisjonsfrist (3542 av 12176, forsider og prosesskart fratrasket). Til sammenligning var tallet 15 % i 2020 og 27 % i 2022. Den negative utviklingen er ikke snudd. Når en såpass stor andel styrende dokumenter ikke følges opp av dokumentadministrator kan det utgjøre en fare for at praksis og prosedyrer ikke følger hverandre, eller at innholdet ikke tar høyde for nye krav i lover og forskrifter.		Fase ut uaktuelle prosedyrer
3 Kompetanse og opplæring	A Jeg har kartlagt kompetansebehovet i min enhet		Konsernrevisjonens revisjonsrapport 8/2021 Kompetansestyring	Proseduren Kompetanseledelse er grunnlaget for systematisk arbeid for å kartlegge kompetansebehov i hver enkelt klinikk. Konsernrevisjonens rapport 8/ 2021 bekrefter at Ahus har satt intern styring og kontroll i system hvor oppfølging og rapportering på kompetanseområdet er integrert og er et system som fortsatt må brukes. Etterlevelse og gjennomføring må kontinuerlig arbeides med. Etterlevelse gjelder for alle og årets kartlegging viser at det er stabsdivisjonene som i mindre grad har tatt fremgangsmåten i bruk.		Avd. kompetanse og utdanning tilbyr hjelp og støtte for bruk av fremgangsmåten til de ledere/ enheter som ønsker det.
	B Jeg har utarbeidet plan for kompetansetiltak for min enhet med utgangspunkt i kartlagte kompetansebehov		Årlig innspill på felles behov fra divisjoner/klinikker innen 1. april som deretter sammenstilles og behandles i sykehusledelsen.	Kartlegging av behov synes å være i større grad ivaretatt enn plan for tilhørende tiltak. Det er fortsatt behov for å etterleve oppsatt plan og fremdrift for å ivareta og bidra til utvikling av ansattes kompetanse. Tid og ressurser til kompetansetiltak konkurrerer i hverdagen med andre presserende oppgaver.		Viser til igangsatt delplan 6 av Ahus utviklingsplan 2040 Temasider - Delplan 6 - Kompetanse og utdanning, rekruttere og beholde.pdf - Alle dokumenter (sharepoint.com) En rapport for fase 1 er ferdigstilt våren 2023. Kompetanse og utdanning står beskrevet inn under kap. 3 og 5. I avsnitt 5.2 gis en oppsummering av årets arbeids med kompetanseledelse da dette er en del av det større fremtidsbildet. Viser til konsernrevisjon 8/ 2021 hvor det i etterkant er utarbeidet en handlingsplan med tiltak for etterlevelse, se under felles lagringsområde: K:\Ahus alle\Ledergruppesaker\2022\2022 09 27

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

	C Jeg har sørget for at Kompetanseportalen er tatt i bruk i min enhet		Sak 346/20 i Sykehus-ledelsen implementering av fullskala Kompetanseportalen	Implementering pågår i hele 2023 og følger oppsatt plan. Ingen nye tiltak er i så måte nødvendig nå. De kliniske divisjoner/ klinikker er prioritert og i stabsdivisjonene er opplæring påbegynt. Divisjon psykisk helse og rus startet opp med å ta i bruk Kompetanseportalen mai 2023. Per juni 23 når kommentarer gis til kartleggingen har ikke denne store divisjonen verken fått ferdigstilt eller tildelt noen planer i kompetanseportalen. Implementeringen pågår som planlagt. Gardermoen starter opp i august 2023.		Implementering pågår etter oppsatt plan.
4 Mål	A Jeg har satt meg inn i oppdrags- og bestillingsdokumentet for egen divisjon (OBD N2) og de mål og oppdrag som er relevante for min enhet		Ingen	94 % av lederne svarer at de har satt seg inn i oppdrags- og bestillingsdokumentet for egen divisjon, og målene som gjelder egen enhet.		
5 Risiko	A Jeg har vurdert risiko for manglende måloppnåelse for min enhet og iverksatt tiltak på områder med høy risiko		- Mål- og resultatoppfølging - Handlingsplaner innen IK-områdene, herunder Confirmit	Det gjøres risikovurderinger av måloppnåelse i divisjoner/klinikker og avdelinger i forbindelse med tertialvis oppfølging og rapportering på måloppnåelse. Denne mål- og resultatoppfølgingsprosessen vurderes å fungere godt. Lederne melder å ha god oversikt over risiko i egen enhet, og det fins ikke datakilder som tilsier noe annet. Mål og krav nås ikke alltid. Det kan være ulike årsaker til det. Bl.a. at de risikoreduserende tiltakene ikke alltid er tilstrekkelig spisset/egnet. Identifisering av de riktige tiltakene er viktig for å lykkes, og her kan det være potensial for forbedring. Det gjøres mange ulike typer risikovurderinger på sykehuset, med ulik kompleksitet. Det er uklart i hvilken grad resultatene informeres oppover i linjen og benyttes til risikostyring.		Planlagt workshop som del av arbeidet med videreutvikling av risikostyring ved Ahus. Oppdatering og videreutvikling av eksisterende system for risikovurderinger/risikostyring. Riksrevisjonens rapport om risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene imøteses som grunnlag for arbeidet.
6 Håndtering av uønskede hendelser/avvik	A Jeg har gjort den interne varslingsordningen av kritikkverdige forhold kjent for mine ansatte		Årsrapporten fra varslingsutvalget	96 % av lederne svarer at de har gjort den interne varslingsordningen av kritikkverdige forhold kjent for egne ansatte. Dette samsvarer godt med erfaringer fra foretakets varslingsutvalg.		
	B Jeg har gjort prosedyrene for å melde fra om uønskede hendelser/avvik kjent for mine ansatte		- Quicklis - EQS	Hele 98 % av lederne svarer at de har gjort prosedyrene for håndtering av uønskede hendelser/avvik kjent for egne ansatte. Det fins ikke noe datagrunnlag å holde dette opp, men det er grunn til å anta at disse prosedyrene er godt kjent i virksomheten fordi meldekulturen virker å være god. Det foreligger tall som viser at antallet pasientrelaterte meldinger har hatt en økning fra 2020 til 2023, fra 4951 i 2020 til 6040 i 2022. Per 1. juli 2023 er det meldt 3223 meldinger.		

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

				Også innen HMS har det vært en økning i antall meldinger de siste årene, fra 3068 i 2020 til 3493 i 2022. Midtveis i 2023 er det 1831 meldte HMS-hendelser De interne kravene er at uønskede hendelser/avvik skal være ferdig behandlet innen 90 dager, og det er på dette området det er forbedringsmulighet. Grovt sett blir ca 85 % av de uønskede meldingene lukket innen 90 dager på tvers av divisjoner og klinikker. Dette følges opp som et meldekulturmål i mål- og resultatoppfølgingsprosessen.		
	C1 Jeg ivaretar meldeplikter som jeg har ansvar for som gjelder for uønskede hendelser/avvik innen pasient		• Ingen	Det foreligger ikke supplerende datagrunnlag for å vurdere om alle meldeplikter følges opp.		
	C2 Jeg ivaretar meldeplikter som jeg har ansvar for som gjelder for uønskede hendelser/avvik innen HMS		• Ingen	Dette er prosedyrefestet og fungerer godt i foretaket.		
	C3 Jeg ivaretar meldeplikter som jeg har ansvar for som gjelder for uønskede hendelser/avvik innen personvern		• Ingen	Foretakssekretariatet ivaretar meldeplikten til Datatilsynet ved å gjennomgå alle innkomne avvik og melder der hendelsen sannsynlig har medført risiko for de registrerte. Dette vurderes å være godt ivaretatt. Ved høy risiko skal meldingsansvarlig varsle de registrerte om bruddet. Det foreligger ikke tallgrunnlag for å vite hvor mange som er høy risiko, og om det følges opp med varsel fra meldingsansvarlig.		
	C4 Jeg ivaretar meldeplikter som jeg har ansvar for som gjelder for uønskede hendelser/avvik innen forskning		• Rapport fra Helsetilsynet	Egenvurderingstilsynet fra Statens helsetilsyn (Htil), gjennomført 2020 rapporterer om at meldeplikten etter helseforskningsloven § 23 sammenblandes med meldeplikten i spesialisthelsetjenesteloven §3-3 a. Det skal utvises lavere terskel for å melde fra til Htil dersom det skjer en medisinsk uønsket hendelse i et forskningsprosjekt. Denne meldeplikten påhviler for øvrig prosjektleder, men ansvarlig leder skal sikre at meldeplikten overholdes. Forsknings og innovasjonsdivisjonen (FID) har ikke andre datakilder utenom den generelle rapporten fra Htil, men er av den oppfatning at sammenblanding av de to meldepliktene også gjelder for Ahus. FID vurderer derfor at resultatet i egenvurderingen ikke fullt ut samsvarer med de faktiske forhold.		Det arbeides med tekniske endringer i EQS meldeskjema for forskning, slik at prosjektleder og ansvarlig leder må ta stilling til om en medisinsk uønsket hendelse i et forskningsprosjekt er meldepliktig etter Hfl § 23
7 Oppfølging og rapportering	A Jeg ivaretar krav til månedlig, tertialvis og årlig rapportering i tråd med sykehusets og egen divisjons rapportering i tråd med sykehusets		• Ingen	96 % av lederne svarer at de følger opp måneds-, tertialvis og årlig rapportering. Det er en økning fra 78 % ved forrige LGG.		

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

	og egen divisjons rapporterings-/oppfølgingsprosesser					
	B1 Jeg følger opp og gjennomfører tiltak for ForBedring i tråd med sykehusets krav.		ForBedringsundersøkelsen	Dette gjøres i tråd med gjeldende prosedyre. De siste årene har det vært økende skår på temaområdet Oppfølging i undersøkelsen, som understøtter dette.		
	B2 Jeg følger opp og gjennomfører tiltak for mål- og resultatoppfølging OBD Ahus i tråd med sykehusets krav.		Tertialvise leveranser fra divisjonene	Alle divisjoner svarer ut i tråd med prosedyren.		
	B3 Jeg følger opp og gjennomfører tiltak for ledelsens gjennomgang av styringssystem i tråd med sykehusets krav		- Antall ledere som har besvart vurderingen LGG - Registrerte tiltak i EQS	98 % av lederne svarer at de følger opp og gjennomfører tiltak for LGG. LGG-prosessen har høy deltagelse, men det er ikke mulig å fastslå nøyaktig prosent fordi Personalportalen ikke gir et klart bilde på hvor mange ledere som fins hvor til enhver tid. Det er nytt av året at tiltak etter LGG skal registreres og følges opp i EQS. Her vil det være enklere å gjøre datauttrekk mht antall tiltak og hvorvidt de lukkes innen frist. Det er registrert til sammen 721 tiltak på LGG i EQS per 30. juni; 200 tiltak på Generell internkontroll, 242 på pasient, 179 på HMS/ytre miljø, 84 på PV/IS og 16 på Forskning.		Det er startet opp et arbeid i regi av HR for å få til bedre oversikt over lederes k-sted og tittel. Økt transparens omkring implementering av LGG-tiltak hos fagavdelingene.
	C1 Jeg behandler og følger opp interne revisjonsrapporter i tråd med sykehusets krav		- EQS revisjonsavvik - Årsrapport 2022 Interne revisjoner/eksterne tilsyn og revisjoner	Revisjonsavvik som registreres i EQS og sendes til en avdelingsleder e.l. blir i all hovedsak lukket innenfor frist. For internrevisjoner der det etableres en handlingsplan og ansvaret for oppfølging er lagt til en av stabsdivisjonene viser det seg at deler av tiltaksarbeidet ofte blir stående åpne over svært lang tid. Eksempelvis gjensto arbeid på disse ved årsskiftet 22/23: - Kvalitetssikring av pasientjournal (2019) - Opplæring i IKT og systemeierrollen (2019) - Forebygging og behandling av underernæring (2019) - Behandling og læring av avvikssaker som går på tvers av enheter (2019) - Barn som pårørende (2021) Dette er ikke bra, og praksis må strammes opp.		Sterkere ledelsesmessig oppfølging lokalt og sentralt. Ansvaret til direktøren med oppfølgingsansvar må styrkes. Hvordan dette skal skje avklares med adm.dir og vise.adm.
	C2 Jeg behandler og følger opp kontrollrapporter i tråd med sykehusets krav		Avvik etter gjennomførte kontroller er registrert i EQS	FID gjennomførte kontrollplan i 2022, og ved gjennomgang av enkeltprosjekter ble det avdekket noen mindre alvorlige avvik som prosjektleder / ansvarlig leder ble gjort kjent med. FID oppfatter at avvik er meldt og fulgt opp i EQS på vanlig måte etter tilbakemelding fra kontrollrapporten. Det ble også avdekket enkelte utfordringer på systemnivå, blant annet i forbindelse med implementering av ny legemiddelforordning. Dette krevde igangsettelse av tiltak på overordnet nivå (i regi av FID). Resultatene fra kontrollrapporten		Kontrollansvarlige må påse at kontrollavvik blir lukket.

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

				følges opp i tråd med sykehusets krav. FID oppfatter derfor at LGG besvarelsen samsvarer med øvrig datakilder. Innen informasjonssikkerhet er det eksempler på eldre avvik som ikke har blitt fulgt opp og lukket av ansvarlig leder. Dette må følges opp av kontrollansvarlig.		
	C3 Jeg behandler og følger opp rapporter fra eksterne tilsyn og revisjoner i tråd med sykehusets krav		• Tertialvis rapportering om revisjoner til styret • Årsrapport interne revisjoner/ eksterne tilsyn og revisjoner • Revisjons-avvik i EQS	Det er svært høy andel ledere som svarer at eksterne tilsyns og revisjonsrapporter følges opp i tråd med sykehusets krav. 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. Foretaksrevisjonen følger opp status for arbeid med å etterkomme pålegg, lukke avvik/ merknader og gjennomføre handlingsplaner i forbindelse med tertialrapporteringen til styret. Her fremgår det (som for tiltak etter interne revisjoner) at deler av tiltaksarbeidet kan ta lenger tid enn den opprinnelige fristen tilsier og at frister utsettes, ofte gjentatte ganger. Konsekvensvurderinger ved fristutsettelse gjøres ikke i det omfang eller på den måten det er stilt krav om.		Sterkere ledelsesmessig oppfølging lokalt og sentralt. Ansvar til direktøren med oppfølgingsansvar må styrkes. Hvordan dette skal skje avklares med adm.dir og vise.adm.
8 Evaluering og forbedring	A Jeg sørger for at forhold som må utbedres etter egevalueringen i LGG-sjekklistene (gule og røde) følges opp med tiltak		• EQS	Det vises til 7B3. Fra og med 2023 stilles det krav om vurdering av tiltak for forhold som lederne sier at de har delvis i orden (gul).		
	B Jeg følger opp om forbedringstiltak som settes i verk på områder hvor det avdekkes feil, svikt eller avvik gjennomføres		• EQS – uttrekk effekt-vurdering	98 % av lederne svarer at forbedringstiltak iverksettes etter behov, og 97 % svarer at det følges opp om tiltakene virker som forutsatt. Observasjoner og tilbakemeldinger tilsier at tiltak ikke alltid iverksettes ved behov eller evalueres, til tross for at spørsmålet har fått høy skår.		Prosjekt Handlingsplan i EQS
	C Jeg følger opp om de gjennomførte forbedringstiltakene virker som planlagt			Data fra EQS viser at av 951 tiltak registrert i 2022 er det kun gjort effektvurdering i 24 tilfelle. Dette nyanserer bildet som lederne gir		Innen kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet jobbes det kontinuerlig med at virksomheten på alle nivåer skal bli bedre på oppfølging og evaluering av tiltak

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

			uttrykk for, og effektvurdering kan ikke sies å være en prioritert oppgave. Sykehuset har fortsatt en utfordring med å bredde læring på bakgrunn av f.eks. revisjoner. Selv om det er forutsatt at funn i reviderte enheter også skal behandles i enheter som ikke er revidert mtp. læring og forbedring, er det ingen automatikk i dette. Verken innen samme divisjon eller på tvers av divisjoner.		
--	--	--	--	--	--

2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet

Kravgrunnlag: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Fagansvarlig stabsavdeling: Kvalitet- og pasientsikkerhetsavdelingen.

Tema	Egenvurdering	Øvrige datakilder	Samlet vurdering 2023	Tiltak
1 Organisering, ansvar og myndighet	A Jeg har lagt til rette for systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet i min enhet	• ForBedring	99 % av lederne har svart ja på spørsmålet. Til påstanden i årets utgave av Forbedring, «Her arbeides det systematisk med å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten», har Ahus samlet fått en skår på 76. Det er altså en viss differanse mellom hva lederne svarer de har lagt til rette for, og hvordan det oppfattes av medarbeiderne.	Internkontroll på hovedmål 10: Hver avdeling gjennomfører systematisk forbedringsarbeid og sørger for at tidligere forbedringsprosjekter følges opp og vedvarer
	B Jeg har satt meg inn i mandatene (ansvar og oppgaver) for KAM, KPU nivå 1 og 2	• Ingen	Det foreligger ingen øvrige datakilder for dette.	
	C Jeg sørger for at det gjennomføres regelmessige samarbeidsmøter med andre berørte enheter om helsehjelpen vi yter	• Ingen	Det foreligger ingen datakilder som sier noe om forekomsten av regelmessige samarbeidsmøter, utover det lederne selv oppgir her. Kontinuerlig arbeid med å fremme forståelse for systemtenkning er viktig.	
	D Jeg sørger for at min enhet har struktur for kontinuerlig forbedring og læring (f.eks. tavlemøter, pasientsikkerhetsvisitter, KAM)	• Ingen	Observasjoner og tilbakemeldinger tilsier at det er behov for videreutvikling og spredning av velfungerende arenaer for kontinuerlig forbedring og læring i hverdagen, til tross for at spørsmålet har høy skår.	Temaet inngår i grunnkurs i kvalitetsforbedring, arbeidet med det grønne korset, og etableringen av digitale pasientsikkerhetstavler.
2 Lovkrav, veiledere, retningslinjer og prosedyrer	A Jeg har satt meg inn i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten	• Ingen	Det foreligger ingen øvrige datakilder om dette.	Temaene inngår i grunnkurs i håndtering av pasientsaker.
	B Jeg har satt meg inn i lov om pasient- og brukerrettigheter	• Ingen		
	C Jeg har satt meg inn i hva som er god praksis innenfor min avdelings fagområde, i henhold til nasjonale retningslinjer, pakkeforløp, råd og anbefalinger	• Ingen		
	D Jeg sørger for at min enhet har oppdaterte fagprosedyrer	• Ingen	Se pkt 1.2D om oppdatering av EQS-prosedyrer innen frist. Utover dette foreligger ingen øvrige datakilder for dette spørsmålet.	
3 Kompetanse og opplæring	A Jeg har deltatt på grunnkurs i håndtering av pasientsaker	• Kursdeltagelse i Læringsportalen	Pr første tertial 2023 hadde 216 personer fra de kliniske divisjonene deltatt på grunnkurs i håndtering av pasientsaker. 76 % av de lederne som har mener dette kurset er relevant for dem oppgir at de har deltatt.	Kurs for høsten 2023 er tilgjengelige for påmelding i læringsportalen.

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

	B Jeg har deltatt på grunnkurs i kvalitetsforbedring		Ledere (andel pr divisjon) som har tatt grunnkurs i kvalitetsforbedring	Pr første tertial 2023 hadde 31 % av lederne på Ahus deltatt på grunnkurs i kvalitetsforbedring, ifølge deltakerlister og rapporter fra læringsportalen. Det er en differanse mellom andel som oppgir å ha tatt kurset (74 %) og andel ledere med registrert deltakelse (31 %). Av de kliniske divisjonene er det Ortopedisk klinikk som utmerker seg ved at 75 % av deres ledere har tatt kurset.		Kurs for høsten 2023 er tilgjengelige for påmelding i læringsportalen. Kvalitets- og pasientsikkerhetsavdelingen skal informere om hvilke aktiviteter som gir godkjent kursdeltakelse (todagers grunnkurs eller tilsvarende). Kurstilbudene oppgis også som en del av tilbudet i lederskolen (HR) og tas inn i kompetanseplanene for ledere.
	C Jeg sørger for at mine ansatte deltar på opplæringstilbudene innen kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet		Ansatte (andel pr divisjon) som har tatt grunnkurs i kvalitetsforbedring	9,5 % av de ansatte hadde tatt kurset pr første tertial 2023. Av de kliniske divisjonene er det Ortopedisk klinikk som topper lista, med 41 % deltakelse. I antall er det psykisk helse og rus som har hatt flest, med 173 deltakere.		Medisin- og helsefagdivisjonen fortsetter å oppfordre ledere spesielt og medarbeidere generelt til å delta på kurstilbudene i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.
4 Mål	A Jeg har satt meg inn i Ahus sin handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet		Ingen	Hver klinikk og divisjon rapporterte på sitt arbeid med handlingsplanen for KPU1 våren 2023.		
	B Jeg har utarbeidet lokale mål og tiltak for arbeid med kvalitet- og pasientsikkerhet		Ingen	I konsernrevisjonens rapport «Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester» (9/2021) er det vist til at lederne på sykehusene ofte og regelmessig følges opp på indikatorer for økonomi og personal, men langt sjeldnere følges opp på indikatorer for kvalitet og pasientsikkerhet. Å oppfordre til at det settes mål og tiltak for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet som er tilpasset behovene lokalt skal bidra til å gi større plass og oppmerksomhet til dette arbeidet. 90 % av lederne som oppga dette som relevant svarte at de har satt lokale mål og tiltak.		Medisin- og helsefagdivisjonen trenger bedre innsikt i arbeidet med lokale mål og tiltak i divisjoner og klinikker. Se også arbeidet med handlingsplan i EQS.
5 Risiko	A Jeg sørger for at vi har tatt i bruk verktøy for systematisk arbeid med å identifisere og analysere risikoområder (f.eks. risikotavlemøter, det grønne korset, screeningsverktøy, hendelsesanalyser, tilbakemeldinger)		Ingen	90 % av lederne har svart ja på spørsmålet. Samtidig tilsier tilbakemeldinger og arbeidet med uønskede hendelser og pasientsaker et behov for å bruke risikoanalyser mer aktivt.		Prosjektet for innføring av digitale pasientsikkerhetstavler skal bidra til mer systematisk arbeid med risikoområder.

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

	B Jeg sørger for at vi setter inn tiltak (korrigerende eller forebyggende) når det avdekkes risiko for svikt, feil og/eller pasientskade		ForBedring	100 % av lederne har svart ja på dette spørsmålet. I undersøkelsen ForBedring har medarbeiderne gitt en skår på 82 for Ahus samlet, på spørsmålet «Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag». Differansen kan være en indikasjon på at informasjon om tiltakene ikke alltid når frem til alle ansatte. At informasjon om tiltak når frem er også viktig for å støtte opp om god meldekultur, ved å la medarbeiderne se det når melding av uønskede hendelser fører til oppfølging.		Kontinuerlig arbeid med å forbedre iverksettelse, oppfølging og evaluering av tiltak, gjennom kurstilbudene innen kvalitet og pasientsikkerhet
	C Jeg sørger for at avdelingen har rutiner for å håndtere samtidighetskonflikter slik at pasientsikkerheten blir ivaretatt		Meldte hendelser i EQS	Det foreligger ingen ytterligere datakilder som sier noe om hvorvidt slike rutiner foreligger. Registrerte pasientmeldinger i EQS med ordet «samtidighetskonflikt»: 2022: 318 2023 (jan-juni): 105		
	D Jeg legger til rette for kvalitet og pasientsikkerhet ved overganger og overføring av pasientansvar (f.eks ved vaktskifter, overflytting internt og eksternt)		- Meldte hendelser i EQS - Konsernrevisjonens rapport	Konsernrevisjonens rapport «Overføring av pasienter mellom helseforetak» for Ahus og OUS (9/2022) viser at det i varierende grad er lagt til rette for gode og effektive overføringer av pasienter. Det er meldt bekymring om utlokaliserte pasienter. Registrerte pasientmeldinger i EQS med ordet «utlokal*» (utlokalisert): 2022: 61 2023 (jan-juni): 52		Arbeid med å beskrive «Ahus beste praksis» pågår. Temaet inngår i den kontinuerlige oppfølgingen av risikoområder og fokus på systemtenkning i opplæringstilbudene i kvalitet og pasientsikkerhet. Det jobbes med konkrete forbedringstiltak knyttet til utlokaliserte og utskrivingsklare pasienter, bl.a. som oppfølging av rapport fra stedlig tilsyn.
6 Håndtering av uønskede hendelser/avvik	A Jeg behandler og følger opp pasientrelaterte uønskede hendelser i henhold til prosedyre		- Antall §3-3a-varsler - Lukketid for meldinger i EQS	Antall hendelser varslet iht. § 3-3a har økt år for år. Bedre etterlevelse av varslingsplikten er sannsynligvis en av årsakene til økningen. Siden 2022 har det gradvis blitt kortere lukketid på melding om uønsket hendelse i EQS. (Tallene er noe usikre pga. de sakene som fortsatt er åpne.)		
	B Jeg har satt meg inn i prosedyrene for håndtering av pasientsaker		Ingen	Det foreligger ingen øvrige datakilder for disse spørsmålene.		Iht. kontrollplanen skal det gjennomføres en kontroll med rettighets- og tilsynssaker høsten 2023.
	C Jeg bruker uønskede hendelser/tilsyns-, erstatnings- og klagesaker m.m. som utgangspunkt til forbedringsarbeid i min enhet		Ingen			

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

	D Jeg legger frem sammenstillinger av uønskede hendelser relevant for pasientsikkerheten, for refleksjon og læring, for ansatte i personalmøter, minimum hvert tertial		• Ingen		
	E Jeg samarbeider med andre enheter når tilsyns- og klagesaker berører flere enheter		• Ingen		
	F Jeg legger frem temasaker som omhandler pasientsikkerhet, for refleksjon og læring, i KAM/KPU		• Ingen		
7 Oppfølging og rapportering	A Jeg gjennomfører og følger opp faglige råd fra I trygge hender 24-7 (pasientsikkerhetsprogrammet)		• Selv-rapportering for I trygge hender 24-7.	90 % svarer ja på spørsmålet. Detaljert rapportering på innsatsområdene/faglige råd er fremlagt i KPU1 01.03.2023.	Digitale pasientsikkerhetstavler implementeres i aktuelle enheter og legger til rette for systematisk måling og oppfølging av risikoområder.
	B Jeg sørger for at vi benytter resultater fra ForBedring-undersøkelsen til å koble pasientsikkerhet og arbeidsmiljø		• ForBedring	98 % av lederne har oppgitt at de benytter ForBedring til å koble pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. I ForBedring har medarbeiderne gitt en skår på 69 på spørsmålet «Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige kartleggingen».	Det inngår i det kontinuerlige arbeidet med ForBedring å oppfordre alle enheter til å involvere medarbeiderne i oppfølging av undersøkelsen.
	C Jeg sørger for at vi registrerer i aktuelle medisinske kvalitetsregistre		• Ingen	Det foreligger ingen øvrige datakilder for dette spørsmålene. Tilbakemeldinger og observasjoner tilsier at det er behov for å styrke arbeidet med registrering i medisinske kvalitetsregistre.	Iht kontrollplanen 23/24 skal det gjennomføres en kontroll om bruk av medisinske kvalitetsregistre høsten 2023.
	D Jeg sørger for at vi har skriftlig pasientinformasjon på undersøkelser og behandlinger innen fagområdene i min enhet		• Ingen	Det foreligger ingen øvrige datakilder for dette spørsmålene.	
8 Evaluering og forbedring	A Jeg sørger for at vi kontinuerlig vurderer og har oversikt over behov for forbedringstiltak		• Ingen	Se punkt 1.8.B. Selv om spørsmålet har høy skår, tilsier tilbakemeldinger og observasjoner at forbedringstiltak ikke alltid iverksettes eller evalueres i tilstrekkelig grad.	Innen kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet jobbes det kontinuerlig med at virksomheten på alle nivåer skal bli bedre på iverksetting, oppfølging og evaluering av tiltak.
	B Vår enhet har det siste året gjennomført minst ett forbedringsarbeid som følger systematikken i forbedringsmodellen		• Ingen	Hovedmål nr 10 på Ahus er at alle avdelinger skal gjennomføre forbedringsarbeid. 93 % av lederne har svart ja på dette spørsmålet.	Internkontroll: Hver avdeling gjennomfører systematisk forbedringsarbeid og sørger for at tidligere

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

						forbedringsprosjekter følges opp og vedvarer.
	C Jeg sørger for at vi evaluerer om iverksatte forbedringstiltak fungerer tilfredsstillende og opprettholdes i alminnelig drift		• Ingen	Se pkt 1.8c		Se pkt 1.8c
	D Jeg sørger for at medarbeiderne har tid og handlingsrom til å jobbe med forbedringsarbeid		• Ingen	88 % av lederne har svart bekreftende på spørsmålet. Anledningen til å bruke tid på forbedringsarbeid oppgis ofte som en årsak til at det kan være vanskelig å få jobbet godt med dette.		Ved oppstart av læringsnettverkene inviteres linjelederne med deltakende team til et møte for gjennomgang av viktige forutsetninger for at arbeidet skal lykkes.
	E Jeg sørger for at vi bruker målinger regelmessig i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet		• Ingen	Det foreligger ingen øvrige datakilder for disse spørsmålene.		
	F Jeg sørger for at vi har oversikt over hvorvidt god praksis etterleves hos oss		• Ingen	Det foreligger ingen øvrige datakilder for disse spørsmålene.		
	G Jeg sørger for vi benytter data fra nasjonale kvalitetsindikatorer, registre og helseatlas til refleksjon og forbedring		• Ingen	Her viser svarene en økning fra 66 % i 2021 til 88 % i 2023.		Iht kontrollplanen 2023/24 vil det bli gjennomført en kontroll på dette temaet.
	H Jeg sørger for at vi innhenter informasjon om hvordan pasienter og pårørende vurderer kvaliteten og pasientsikkerheten i min enhet		• Ingen	Her viser svarene en økning fra 48 % i 2021 til 76 % i 2023.		Et prosjekt for utvikling av elektronisk løsning for innhenting av brukererfaringer er under arbeid.

2.3 HMS og ytre miljø

Kravgrunnlag: Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften). Fagansvarlig stabsavdeling: HMS og HR-støtteavdelingen.

Tema	Egenvurdering	Øvrige datakilder	Samlet vurdering 2023	Tiltak
1 Organisering, ansvar og myndighet	A. Jeg sørger for at ansvars- og oppgavefordelingen som er nedfelt i retningslinjen for Avdelingsutvalg og mandatene for KAM og AMU nivå 1 og 2 blir fulgt	• Ingen	Retningslinjer og prosedyrer på disse områdene er godt kjent og implementert i foretaket.	
	B1. Jeg peker ut og dokumenterer hvem som er forflytningsveileder	• Ingen	Prosedyren er godt kjent i foretaket, og jfr. tilbakemeldinger fra BHT gjennomføres det jevnlig opplæring for forflytningsveiledere i foretaket.	
	B2. Jeg peker ut og dokumenterer hvem som er brannvernkoordinator	• Ingen	Godt implementert prosedyre.	
	B3. Jeg peker ut og dokumenterer hvem som er brannkontakt	• Ingen	Godt implementert prosedyre, gjennomføres i tråd med intensjon.	
	B4. Jeg peker ut og dokumenterer hvem som er strålevernkontakt	• Ingen	Dette er godt implementert og kjent i de aktuelle enheter.	
	B5. Jeg peker ut og dokumenterer hvem som er stoffkartotekkontakt	• Ingen	Dette er godt kjent i foretaket, og det gjennomføres jevnlig opplæring for denne funksjonen.	
	B6. Jeg peker ut og dokumenterer hvem som er smittevernkontakt	• Ingen	Dette er godt kjent, og etterleves i stor grad ute i foretaket.	
	C. Jeg sørger for at det velges verneombud og inngås skriftlige samarbeidsavtaler mellom verneombud og leder	• Ingen	Dette er godt implementert og kjent i foretaket. Jfr. Vernetjenestens årsrapport er det svært få verneombud som mangler skriftlig samarbeidskontrakt.	
2 Lovkrav, veiledere, retningslinjer og prosedyrer	• Se Generelle IK-forhold			
3 Kompetanse og opplæring	A1. Jeg sørger for at ledere, verneombud og AMU-medlemmer gjennomfører obligatorisk opplæring om enhetens HMS-arbeid	• Læringsportalen for alle obligatoriske kurs, for øvrige;	Det gjennomføres fra og med 2023 fast tre årlige 40 timers HMS kurs. «Ny som leder» – opplæringsløpet gjennomføres to ganger årlig, med en varighet på ca. ett år.	

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

			Kompetanseportalen		
	A2. Jeg sørger for at ledere, verneombud og AMU-medlemmer gjennomfører obligatorisk brannvernopplæring		Læringsportalen for alle obligatoriske kurs. For øvrige; Kompetanseportalen	Dette er godt kjent og implementert i foretaket. Statistikk for obligatoriske kurs viser at de teoretiske kursene følges i større grad enn de fysiske. Det har vært utfordringer med gjennomføring av fysiske sløkkeøvelser gjennom pandemien, men det er nå utarbeidet VR opplæring av dette ute i den enkelte enhet.	
	A3. Jeg sørger for at ledere, verneombud og AMU-medlemmer gjennomfører obligatorisk e-læring Grønt sykehus i HSØ		Læringsportalen for alle obligatoriske kurs, for øvrige; Kompetanseportalen	For obligatorisk e-læring Grønt sykehus i HSØ er gult representativt med inntrykk fra revisjoner, og det er etterlyst klarere beskrivelse av hyppighet i prosedyren 12437, ytre miljø, miljøledelse. Kontroll for opplæring ytre miljø i 2021-Orto og BUK, 2022-FMD, 2023-PHD	- Kontroll opplæring ytre miljø 2024, en ny divisjon - Gjøre prosedyren tydeligere, forventet hyppighet e-læring Grønt sykehus i HSØ maks 3 år
	B. Jeg følger opp at ansatte har gjennomført obligatorisk lovpålagt og nødvendig opplæring innen HMS (f.eks brannvern, beredskap, stoffkartotek, strålevern, forflytning, smittevern)		Som for A.	Dette er godt kjent og implementert i foretaket. Følges opp lokalt.	
	C. Jeg har tema ytre miljø på fellesmøte for personalet minst en gang i året (klimapresentasjonen på intranettet kan benyttes eller e-læringskurset Grønt sykehus) og dokumenterer hvem som deltok i møtet i GAT og kompetanseportalen Ahus-Grønt sykehus i avdelingen		- Tilrettelagt med kode i GAT og Kompetanseportalen - Kontroll-rapport	Gult er representativt med tidligere observasjoner også her. For å gjøre det enklere for ansatte som ikke har mulighet til å delta på fellesmøte, vil ny versjon av prosedyren beskrive alternativer, som å ta e-læringskurset og lese gjennom klimapresentasjonen. Kompetansepostalen gjør oppfølgingen for leder enklere. Det gjennomføres kontroll iht kontrollplanen i 1-2 divisjoner hvert år: 2021 OK, BUK. 2022 FMD, 2023 PHD.	- Revidere prosedyren - Samarbeid med kompetanseavdelingen slik at kompetansemålet Grønt sykehus i avdelingen, er med i eksempel for ledere - Dokumentasjon i GAT fases ut
4 Mål	A Jeg har utarbeidet lokale mål og tiltak for arbeid med HMS/ytre miljø		Comfirmat elektronisk handlingsplan (men har fått vite at det ikke er mulig å hente ut rapporter derfra.	Flere har oppfattet at den overordnede HMS mål- og handlingsplan er gjeldende for alle, og at det derfor ikke er behov for lokale HMS mål. Loven krever at det er utarbeidet mål og tiltak på alle nivå i virksomheten. Gult er representativt med inntrykk fra tidligere. HMS-sjekkliste for ytre miljø er forbedret. Dashboard for miljømålene er presentert for ansatte i nyhetssak på miljøverndagen 5.juni, og dette vil nok synliggjøre miljømålene og øke engasjementet. Men det tar tid å få kommunisert i hele organisasjonen.	- Tydeliggjøring av lovkrav om lokale mål og tiltak, gjennom all HMS opplæring, både 40 timers kurs og lederopplæring. - Forbedret sjekkliste HMS-runde - Dashboard miljømål - Oppdatere e-læringskurs og klimapresentasjon

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

			Venter på nytt system).			Internrevisjoner ytre miljø på planer framover
5 Risiko	A1. Jeg har gjennomført og dokumentert risikovurdering av vold og trusler		Ingen. Skal etter prosedyren lagres i P360. Vanskelig å finne når dette ikke lagres under samme saksnummer	Dette har vært gjennomført gjennom de siste to-tre årene, og i mål og resultatsikringsprosessen svares det ut at dette er gjennomført. Det er særlig oppfølgingen av tiltak, og den årlige oppdateringen/evalueringen av risikovurderingen det er manglende etterlevelse av.		Opprettholde tydeligheten av prosedyren og lovkrav i opplæring.
	A2. Jeg har gjennomført og dokumentert risikovurdering av faktorer som kan påvirke arbeidstakers psykiske og fysiske helse og sikkerhet		Ingen	Dette er ikke godt nok kjent i foretaket. AML stiller krav til risikovurdering av flere områder, og gjennomføres ikke i tilstrekkelig grad.		Utarbeide en pre-utfylt verktøy, som dekker flere av lovpålagte risikovurderinger.
	A3. Jeg har gjennomført og dokumentert risikovurdering av ergonomiske belastninger		Ingen	Dette er ikke godt nok kjent i foretaket. AML stiller krav til risikovurdering av flere områder, og gjennomføres ikke i tilstrekkelig grad.		Som over.
	A4. Jeg har gjennomført og dokumentert risikovurdering av kjemikaliehåndtering og stoffkartotek		Ingen	Dette gjøres i systemet for stoffkartotek, og er godt innarbeidet i foretaket.		
	A5. Jeg har gjennomført og dokumentert risikovurdering av brannsikkerhet		Ingen	Dette gjøres gjerne på overordnet nivå i avdelingene, men er i så måte lite kjent ute i den enkelte enhet.		Sikre kjennskap til lovkrav gjennom opplæring.
	A6. Jeg har gjennomført og dokumentert risikovurdering av endringer i etablerte prosesser/systemer/lokaler		Ingen	Dette gjøres i forbindelse med prosesser der dette er påkrevd, og gjelder derfor ikke alle.		
	A7. Jeg har gjennomført og dokumentert risikovurdering av arbeidstidsordninger		Ingen	Det ble gjennomført en offensiv opplæring i foretaket, med påfølgende gjennomføring av risikovurdering i alle divisjoner.		
	A8. Jeg har gjennomført og dokumentert risikovurdering av beslutninger om omorganisering/driftsendringer		Ingen	Dette gjelder de som har gjennomført eller planlagt omorganisering. Risikovurdering er påkrevd via prosedyre og etterleves.		
	A9. Jeg har gjennomført og dokumentert risikovurdering av utslipp til ytre miljø		Ingen	Det foreligger ingen ytterligere datakilder som sier noe om gjennomføring av denne type risikovurdering. Miljøkoordinator har ikke grunnlag for å vurdere utover besvarelsen i egnvurderingen.		

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

	A10. Jeg har gjennomført og dokumentert risikovurdering av eksponering for biologiske faktorer		• Ingen	Dette er kjent i foretaket, og oversikt over eksponerte ansatte lagres i P360.		
	A11. Jeg har gjennomført og dokumentert risikovurdering av stråling		• Ingen	Flere avdelinger har gjennomført risikovurdering knyttet til strålebruk, men det er fortsatt mange som ikke har gjennomført og kan dokumentere dette.		Utarbeide en pre-utfylt verktøy, som dekker flere av lovpålagte risikovurderinger. Gjøre «Veileder risikovurdering strålebruk HSØ» tilgjengelig.
	A12. Jeg har gjennomført og dokumentert risikovurdering av forplantningsskadelige faktorer		• Ingen	Dette er kjent i foretaket og etterleves i de enheter der dette er en faktor.		
	A13. Jeg har gjennomført og dokumentert risikovurdering av støy på arbeidsplassen		• Ingen	Dette gjøres i de sammenhenger der det er påpekt utfordringer med helseskadelig støy, og kartlegging gjøres i forbindelse med HMS runden. BHT gjennomfører målinger ved behov.		Det er behov for tydeliggjøring i prosedyrene, særlig definisjon på helseskadelig støy.
	B. Jeg involverer ansatte og vernetjeneste i arbeidet med å kartlegge risikoer		• Ingen	Dette er godt implementert i foretaket, samt at det er lagt ned en betydelig innsats på opplæring av dette området i foretaket.		
	C. Jeg setter inn tiltak dersom det avdekkes risiko for svikt, feil eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav		• Ingen	Dette er godt implementert i foretaket, og det utarbeides handlingsplaner med ansvarlige og tidsfrister.		
6 Håndtering av uønskede hendelser/avvik	A Jeg behandler og følger opp uønskede HMS-relaterte hendelser/avvik i enheten jeg er leder for		• Vanskelig datauttrekk. Kan finne statistikk på lukkede avvik i EQS, men behandling og oppfølging er vanskelig å finne samlede data på.	Det er noe variasjon i hvordan avvik behandles og lukkes, og hvordan avvik løftes til KAM og AMU. Det er fortsatt behov for kompetanseheving på dette området.		Sikre forståelse og kunnskap om behandlingsflyt av HMS-avvik/hendelser gjennom allerede etablert opplæring.
	B1 Jeg gjennomfører møter i Avdelingsutvalg/KAM som beskrevet i prosedyre/mandat		• Ingen	Gjennomføring av disse møtene er godt implementert i foretaket.		
	B2 Jeg gjennomfører møter i AMU nivå 2 som beskrevet i prosedyre/mandat		• Ingen	Gjennomføring av disse møtene er godt implementert i foretaket.		

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

7 Oppfølging og rapportering	A Jeg gjennomfører, følger opp og dokumenterer årlig HMS-runde sammen med verneombudet		• Ihht prosedyre, skal dette lagres i P360. Ikke noe felles saksnummer medfører at det er vanskelig å kontrollere. • Miljøavvik har eget meldingsfilter i EQS for hvert år, og gjennomgår hver måned nye avvik.	Dette er godt implementert i foretaket, både i lederlinjen og i vernetjenesten. Gjennomføres i tråd med prosedyre.		
	B Jeg registrerer tiltak etter HMS-runden i elektronisk handlingsplan (gjelder også for ytre miljø)		• Confirmit handlingsplan	Det er godt kjent i foretaket, men det er varierende bruk av Confirmit. Det benyttes i stor grad andre systemer enn Confirmit til lagring av tiltak etter HMS-runden.		Utvikle nytt handlingsplansystem for foretaket.
	C Jeg følger opp at HMS-tiltak gjennomføres som forutsatt		• Confirmit handlingsplan	Det er godt kjent i foretaket, men det er varierende bruk av Confirmit. Tiltak utarbeides og følges opp.		
8 Evaluering og forbedring	A Jeg løfter HMS-relaterte saker som involverer flere avdelinger/divisjoner til neste nivå (fra enhet til seksjon/fra seksjon til avdeling (KAM) til AMU nivå 2 eller AMU nivå 1		• Ingen	Dette gjøres i varierende grad. Erfaringsmessig ser man at dette området kan forbedres, både internt i avdelinger og divisjoner/klinikker, men også på tvers av divisjoner/klinikker. Større hendelser løftes i stor grad til AMU N1.		Sikre forståelse og kunnskap om hvorfor deling av hendelser er viktig i allerede eksisterende opplæringsløp.
	B Jeg tilbakefører informasjon etter behandling og lukking av avvik i KAM, KPU nivå 2 og 1 og sykehusledelsen til egne ansatte		• Ingen	Dette gjøres i varierende grad. Det oppfattes at for de større sakene gjøres dette i større grad, men at man kan bli flinkere til å sikre informasjonsflyten på generelt grunnlag.		Sikre kjennskap til, og etterlevelse av, prosedyrer som sikrer denne informasjonsflyten, særlig gjennom allerede eksisterende opplæringsløp.

2.4 Personvern og informasjonssikkerhet

Kravgrunnlag: Lov om behandling av personopplysninger, GDPR, artikkel 24 og 32. Fagansvarlig stabsavdeling: Foretakssekretariatet.

Tema	Egenvurdering		Øvrige datakilder	Samlet vurdering 2023		Tiltak
1 Organisering, ansvar og myndighet	A Jeg har satt meg inn i retningslinje for personvern		• Ingen	Det foreligger ingen øvrige datakilder for dette. Foretakssekretariatet har ikke grunnlag for å vurdere annet enn besvarelsen i egnevalueringen.		
2 Lovkrav, veiledere, retningslinjer og prosedyrer	A Jeg har satt meg inn i sikkerhetsinstruksen for informasjonssikkerhet		• Ingen	Det foreligger ingen øvrige datakilder for dette. Foretakssekretariatet har ikke grunnlag for å vurdere annet enn besvarelsen i egnevalueringen.		
3 Kompetanse og opplæring	A Jeg gjennomgår regler for taushetsplikt med egne ansatte		• Ingen	De fleste avvik som meldes gjelder brudd på personopplysningenes konfidensialitet, altså ved at opplysninger blir tilgjengeliggjort for uvedkommende. Vi ser også en økning i antall henvendelser fra pasienter der det stilles spørsmål ved det tjenstlige behovet for oppslag i journal.		Delta aktivt i Nasjonal sikkerhetsmåned i oktober som arrangeres ved Ahus. Temaet ved Ahus i 2023 er «Tjenstlig behov for oppslag i journal».
	B Jeg har gjort mine ansatte kjent med at særlige kategorier av 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		• Ingen	Det er ikke grunnlag for å betvile resultatet. Foretakssekretariatet holder kurs og opplæring for ansatte, og i slike møter med ansatte kommer det frem at private mobiltelefoner ofte benyttes til å ta bilder fra pasientbehandling for å konsultere kollegaer. Det er også meldt 14 avvik i 2022 knyttet til at helseopplysninger er sendt på e-post, enten internt eller eksternt.		Ila 2023 gjennomføres utbedringsarbeid av nye nettsider, hvor relevant informasjon blir lettere tilgjengelig. Informasjonssikkerhet ved deling av opplysninger er tema som kan omtales på intranett.
4 Mål	A Jeg har utarbeidet lokale mål og tiltak for arbeid med personvern/ informasjonssikkerhet		• Ingen	Det er mange som har personvern og informasjonssikkerhet på agendaen i løpet av året. Det er likevel forbedringsbehov ettersom sykehuset behandler store mengder sensitiv informasjon og sitter på store informasjonsverdier. Dette kan være tema i OBD 2024 og ledere kan ha som mål å delta aktivt under nasjonal sikkerhetsmåned som årlig arrangeres på Ahus i oktober.		Delta aktivt i Nasjonal sikkerhetsmåned i oktober som arrangeres ved Ahus. Temaet ved Ahus i 2023 er «Tjenstlig behov for oppslag i journal». Leder kan sette krav til egne ansatte om å gjennomføre personvern- og informasjonssikkerhetskurs i læringsportalen. Flere kurs kan utarbeides og legges i læringsportalen.

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

						Ledere kan kontakte Foretakssekretariatet eller DDT for foredrag
5 Risiko	A Jeg vurderer risiko for brudd på personopplysningsikkerheten ved endrede eller nye arbeidsprosesser		• Ingen	Foretakssekretariatet erfarer at vi som fagressurser kobles på sent ved nye eller endrede arbeidsprosesser. Dette gjelder særlig vurdering knyttet til lovlig behandling av personopplysninger og vurdering av personvernkonsekvenser ved nye arbeidsprosesser.		Foretaket skal ikke være redd for å søke råd av foretakets jurister eller personvern- og informasjonssikkerhetsressurser.
	B Jeg setter inn tiltak dersom det avdekkes risiko for brudd eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav eller interne retningslinjer og prosedyrer		• Ingen	Se 5A		
6 Håndtering av uønskede hendelser/avvik	A Jeg behandler og følger opp uønskede personvern- og informasjonssikkerhetsrelaterte hendelser/avvik når jeg selv er meldingsansvarlig		• EQS	Det er 16 meldinger som innkam i 2022 som fremdeles er under behandling i EQS, mens to meldinger fra 2021 fremdeles ikke er lukket i EQS.		
	B Jeg legger fram sammenstillinger av meldte hendelser innen personvern og informasjonssikkerhet, for refleksjon og læring, for ansatte i personalmøter, minimum hvert tertial		• Ingen	Det foreligger ingen øvrige datakilder for dette. Foretakssekretariatet har ikke grunnlag for å vurdere annet enn besvarelsen i egenevalueringen.		
7 Oppfølging og rapportering	A Jeg benytter Rutine for avslutning av arbeidsforhold når ansatte slutter i min enhet		• Ingen	Det foreligger ingen øvrige datakilder for dette. Foretakssekretariatet har ikke grunnlag for å vurdere annet enn besvarelsen i egenevalueringen.		
	B Mine ansatte er kjent med at de ikke kan bruke hverandres passord og låne hverandres adgangskort og PIN-kode		• Ingen, men innmeldte avvik i EQS kan gi en indikasjon.	Det er i 2022 meldt to avvik knyttet til dette. Det foreligger ingen øvrige datakilder for dette. Foretakssekretariatet har ikke grunnlag for å vurdere annet enn besvarelsen i egenevalueringen.		Ila 2023 gjennomføres utbedringsarbeid av nye nettsider, hvor relevant informasjon blir lettere tilgjengelig. Viktighet av informasjonssikkerhet ved deling av opplysninger kan omtales på intranett.
	C Jeg har oversikt over behandlinger av personopplysninger i min enhet		• Ledere skal årlig gjennomgå egen artikkel 30-protokoll	Det ble i 2022 gjort en stor jobb der alle divisjoner har kartlagt hvilke databehandlinger de gjør, og registrert dette i egen artikkel 30-protokoll. Her har lederne god oversikt over egne databehandlinger		

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

			innen 30.11 hvert år, jf. ledergruppes ak 358/22, 20/04124-13			
8 Evaluering og forbedring	A Jeg løfter personvern- og informasjonssikkerhetsrelaterte saker som involverer flere seksjoner/avdelinger/divisjoner til riktig nivå, fra seksjonsledermøte til avdelingsledermøte og til divisjonsledermøte		• Ingen	Det foreligger ingen øvrige datakilder for dette. Foretakssekretariatet har ikke grunnlag for å vurdere annet enn besvarelsen i egenevalueringen.		
	B Jeg tilbakefører informasjon etter behandling og lukking av avvik i KAM, KPU nivå 2 og 1 og sykehusledelsen til egne ansatte		• Ingen	Foretakssekretariatet holder faglige innlegg og opplæringer. I dialog med ansatte kommer det tilbakemeldinger fra flere ansatte om at de ikke vet hva som skjer med avvikene de melder inn. Her kan lederne forbedre informasjonen tilbake til meldere.		Meldingsansvarlig kan gi tilbakemelding til melder om håndtering av avvik (er teknisk tiltak i EQS mulig?)

2.5 Forskning

Kravgrunnlag: Forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning. Fagansvarlig stabsavdeling: Forskningsstøtteavdelingen

Tema	Egenvurdering		Øvrige datakilder	Samlet vurdering 2023		Tiltak
1 Organisering, ansvar og myndighet	A Jeg har gjort meg kjent med ansvarsprosedyrer og retningslinjer for forskningsområdet i EQS		• Ingen	Det foreligger ingen øvrige datakilder for dette spørsmålet, FID har ikke grunnlag for å vurdere annet enn besvarelsen i egenevalueringen		Kontinuerlig arbeid med å gjøre ansvarsprosedyrer kjent gjennom kurs, opplæring og andre aktuelle fora.
	B Jeg påser at alle kvalitets- og forskningsprosjekter i min avdeling planlegges, organiseres, gjennomføres og avsluttes i tråd med gjeldende lovverk og interne retningslinjer		• Ingen	Det foreligger ingen øvrige datakilder for dette spørsmålet, FID har ikke grunnlag for å vurdere annet enn besvarelsen i egenevalueringen.		Kontinuerlig arbeid med å informere om viktigheten av at avdelingsledere følger med på planlegging, gjennomføring og avslutning av prosjekter som er forankret i egen avdeling
	C Jeg benytter eSkjema til å holde oversikt over alle kvalitets- og forskningsprosjekter forankret i avdelingen		• Ingen	Det foreligger ingen øvrige datakilder for dette spørsmålet, FID har ikke grunnlag for å vurdere annet enn besvarelsen i egenevalueringen.		Kontinuerlig arbeid med å informere om viktigheten av å benytte blant annet eSkjema aktivt i internkontroll arbeidet på avdelingsnivå
2 Lovkrav, veiledere, retningslinjer og prosedyrer	A Jeg er kjent med at relevant informasjon og veiledning for forskningsområdet også finnes på internettsidene «forskning og utvikling» på ahus.no		• Ingen	Det foreligger ingen øvrige datakilder for dette spørsmålet, FID har ikke grunnlag for å vurdere annet enn besvarelsen i egenevalueringen.		Ila 2023 gjennomføres utbedringsarbeid av nye nettsider, hvor relevant informasjon blir lettere tilgjengelig.
	B Jeg har satt meg inn i forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning		• Ingen	Det foreligger ingen øvrige datakilder for dette spørsmålet, FID har ikke grunnlag for å vurdere annet enn besvarelsen i egenevalueringen.		Kontinuerlig arbeid med å informere om viktigheten av å benytte blant eSkjema aktivt i internkontroll arbeidet på avdelingsnivå
3 Kompetanse og opplæring	A Jeg følger opp at prosjektledere og prosjektmedarbeidere gjennomfører nødvendig opplæring innenfor forskning		• Påmeldings-oversikt og oppføring av deltakere på signaturliste på kurs eller innlogget på teams	Påmeldingsoversikt viser at største andelen av deltakere på forskningskurs er forskningsstøtte-personell. Andel prosjektledere ansees som lav. Resultatene i rapporten samsvarer dermed ikke fullt ut med øvrige datakilder hva gjelder gjennomføring av anbefalte kurs for prosjektledere. Vi har ikke oversikt over gjennomføring av andre/eksterne kurs, men det er en anbefaling å gjennomføre internkurs for alle som forsker på Ahus.		FID jobber for at deler av forskerkurset (Forskningsjus, etikk og personvern) omgjøres til obligatorisk for prosjektledere og ledere med ansvar i forskning. Bedre informasjon ut til forskningsmiljøene om

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

						viktigheten av deltakelsen forskerkurset.
	B Jeg deltar selv på anbefalte kurs og opplæring som gjelder ansvar i forskning (f.eks pakkeforløp for forskning)		Påmeldings-oversikt og oppføring av deltakere på signaturliste på kurs eller innlogget på teams	Påmeldingsoversikt over deltakere på forskningskurs viser at ledere med ansvar for forskning deltar i svært liten grad. Resultatet samsvarer derfor med datakilden.		FID jobber for at deler av forskerkurset omgjøres til obligatorisk for prosjektledere og ledere med ansvar i forskning. Bedre informasjon ut til forskningsmiljøene om forskerkurset.
4 Mål	A Jeg har utarbeidet lokale mål og tiltak for arbeid med forskning		Halvårslige resultatsikringsmøter innen forskning mellom FID og klinikken	I halvårslige resultatsikringsmøter (oppfølgingsmøter) med FID og divisjonsdirektør / forskningsleder, gjennomgås mål og tiltak for arbeid med forskning inneværende år. Møtene viser at de fleste har satt seg mål, men med varierende grad av formalisering og strategisk arbeid for måloppnåelse. Resultatene samsvarer med øvrig datakilder		Videreføring av halvårslige resultatsikringsmøter. Videreføre tiltak hvor resultatsikringsmøte holdes sammen med avdelingsledere i divisjonene, slik at utveksling av informasjon og utfordringer/forslag tiltak også når avdelingsnivå.
5 Risiko	A Jeg sørger for at kvalitets- og forskningsprosjekter med høy personvernrisiko gjennomfører en fullstendig personvernkonsekvensvurdering (DPIA)		E-skjema/P360 (DPIA'r)	Datakildene (p360/eSkjema) viser at der personvernombudet har anbefalt å gjennomføre DPIA, (eSkjema/p360) blir dette gjennomført. Resultatene samsvarer med øvrig datakilder.		
	B Jeg vurderer og tar stilling til de tiltak og tilbakemeldinger fra personvernombud som fremgår av personvernkonsekvensvurderingen (DPIA)		eSkjema/P360 (DPIA'r)	Datakilder (p360) viser at DPIA vurderinger fra personvernombudet blir godkjent av avdelingsleder. Det finnes per tid ikke datakilder som viser hvorvidt tiltakene blir gjennomført, men det foreligger ikke indikasjoner for det motsatte. Resultatene samsvarer med øvrig datakilder.		
	C Jeg setter inn tiltak dersom det avdekkes risiko for svikt, feil eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav		Ingen	Det foreligger ingen øvrige datakilder for dette spørsmålet, FID har ikke grunnlag for å vurdere annet enn besvarelsen i egevalueringen.		
6 Håndtering av uønskede hendelser/avvik	A Jeg behandler og følger opp uønskede forskningsrelaterte uønskede hendelser/avvik i henhold til prosedyre		- EQS oversikt forskningsavvik - Rapport fra egevaluering	Det er i perioden 2018-vår 2023 meldt inn ca. 70 forskningsavvik, vi anser dette som et lavt antall meldte avvik innen forskningskategorien. Vi vurderer derfor at resultatet i egevalueringen ikke fullt ut samsvarer med øvrig datakilder.		Videreføre arbeidet med å gjøre meldekategorien for forskning kjent i forskningsmiljøene.

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

			gstilsyn (Htil) om forskningsansvarlig sitt ansvar (fra 2020)			Legge til spørsmål om forskningsrelaterte uønskede hendelser i EQS pasientskjema for å fange opp eventuelle forskningsavvik i denne kategorien.
	B Jeg behandler og følger opp mistanke om brudd på anerkjente forskningsetiske normer i henhold til Ahus sin retningslinje for dette		• Årsrapporter fra Felles redelighetsutvalg	Det foreligger ingen øvrige datakilder enn årsrapporter som beskriver allerede innmeldte saker. Vi har ingen datakilder som viser omfanget av saker som eventuelt burde vært meldt til felles redelighetsutvalg. Vi har derfor ikke grunnlag til å vurdere annet enn besvarelsen i egenevalueringen.		
	C Dersom en sak meldes til felles redelighetsutvalg, følger jeg opp dette		• Årsrapporter fra felles redelighetsutvalg	Saker fra Ahus som har vært meldt til felles redelighetsutvalg har blitt fulgt opp i henhold til gjeldende rutiner. FID har vært involvert i disse sakene og kan bekrefte korrekt oppfølging. Egenevalueringens resultatene samsvarer derfor med øvrige datakilder.		
7 Oppfølging og rapportering	A Jeg sørger for at forskere i min avdeling melder alle forsknings- og kvalitetsprosjekter i eSkjema før igangsettelse		• eSkjema • P360 • Htil sitt egenvurderin gstilsyn om forskningsansvarlig sitt ansvar (2020)	Øvrige datakilder viser at avdelingsledere/ divisjonsdirektører godkjenner forskningsprosjekter i eSkjema for igangsettelse. Vi anser det derfor som at egenevalueringens resultatene samsvarer med øvrige datakilder.		
	B Jeg sørger for at alle nødvendige godkjenninger internt og eksternt er på plass før kvalitets- og forskningsprosjekter igangsettes (for eksempel personvern-vurdering, REK godkjenning, godkjenning av Statens legemiddelverk etc)		• eSkjema • P360 • EQS • Htil sitt egenvurderin gstilsyn om forskningsansvarlig sitt ansvar (2020)	Innmeldingsprosenten av prosjekter i eSkjema er svært høy, likevel viser avviksmeldinger i EQS at noen prosjekter ikke har mottatt personvern-vurdering før igangsettelse. Disse prosjektene fanges derfor opp av avvikssystemet (så fremt det meldes) som sikrer en personvern-vurdering. Datakildene ser derfor ut til å være i samsvar med egenevalueringens resultatene.		
	C Jeg legger til rette for at samtykkeskriv fra deltakerne i kvalitets- og forskningsprosjekter oppbevares på en forsvarlig måte i min avdeling		• eSkjema • Htil sitt egenvurderin gstilsyn om forskningsansvarlig sitt ansvar (2020)	Øvrige datakilder omfatter det prosjektleder/registrator melder i eSkjema angående oppbevaring av samtykker. Dette godkjennes deretter av avdelingsleder. FID har ikke annet vurderingsgrunnlag enn at egenevalueringens resultatene samsvarer med datakilden.		

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

	D Jeg sørger for at vilkår i vedtak fra eksterne myndigheter (REK, SLV etc) og/eller forutsetninger i personvern vurderinger etterleves		Htil sitt egenreviderin gtilsyn om forskningsans varlig sitt ansvar (2020)	Datakilden tilknyttet dette spørsmålet er selvrapporeringen til helsetilsynet som ble gjennomført forbindelse med egenreviderin gtilsyn i 2020. LGG resultatene samsvarer med denne egenrapporteringen. FID finner ikke grunnlag for å anta annet enn det egenrevideringsresultatet og egenrapporteringen (Htil) viser.		I 2024 er det planlagt å gjennomføre kontrollplan (stikkprøvekontroller) hvor det kontrolleres om vilkår i REK vedtak er oppfylt før igangsettelse av prosjektet
	E Jeg følger opp at det innhentes nye godkjenninger dersom det skjer endringer i kvalitets- og forskningsprosjektet underveis (endringsmeldinger), bl.a. til REK og i eSkjema		- eSkjema - EQS - P360 - Htil sitt egenreviderin gtilsyn om forskningsans varlig sitt ansvar (2020)	Innmeldingsprosenten av endringsmeldinger i eSkjema er høy. Svært få avviksmeldinger i EQS gjelder manglende innsendte endringsmeldinger, både til REK og personvernombudet (eSkjema). Det foreligger derfor ingen indikasjoner på at omfanget av ikke-innmeldte endringsmeldinger er lavere enn fra egenrevideringen viser.		
	F Jeg følger med på at prosjekter i min avdeling avsluttes ved fastsatt tidspunkt		- eSkjema - Htil sitt egenreviderin gtilsyn om forskningsans varlig sitt ansvar (2020)	eSkjema viser at flere prosjekter melder endringer om utsettelse av sluttdato i etterkant av at sluttdato har utløpt. Datakilden tilknyttet dette spørsmålet fraviker derfor noe fra LGG egenrevideringsresultatene.		Videreføre tiltak om opplæring til ledere med ansvar for forskning. Dette for å sikre at eSkjema blir benyttet mer aktivt av ledere for internkontroll formål, særlig i forbindelse med oversikt over slutt- og slettedato i eSkjema
	G Jeg følger med på at det sendes sluttmeldinger i avsluttede prosjekter til aktuelle instanser (for eksempel REK/SLV/eSkjema/ClinicalTrials)		- eSkjema - p360 - Htil sitt egenreviderin gtilsyn om forskningsans varlig sitt ansvar (2020)	eSkjema viser at det registreres færre sluttmeldinger enn forventet til personvernombudet. p360 viser også at det sendes inn relativt få sluttmeldinger til REK. Egenrevideringen til helsetilsynet var inkonklusiv ettersom flere av prosjektene som var gjenstand for rapporteringen ikke var under avslutning på daværende tidspunkt. Datakildene tilknyttet dette spørsmålet fraviker noe fra LGG egenrevideringsresultatene.		Videreføre tiltak om opplæring til ledere med ansvar for forskning. Dette for å sikre at eSkjema blir benyttet mer aktivt av ledere i forbindelse med oversikt over sluttmeldinger i eSkjema
	H Jeg følger med på at forskningsdata (person- og helseopplysninger) og evt. biologisk materiale slettes/destrueres ved fastsatt tidspunkt		- eSkjema - Htil sitt egenreviderin gtilsyn om forskningsans varlig sitt ansvar (2020)	eSkjema viser at slettedatoer registreres i henhold til REK vedtak. Dersom prosjektene ikke faller innunder REKs virkeområde registreres det slettedatoer som samsvarer med tidspunkt for antatt oppnådd formål for prosjektet. Datakildene viser derfor at det finnes oversikt over slettedatoer som avdelingsledere kan følge med på. FID har derimot ingen datakilder som viser hvorvidt avdelingsledere faktisk følger opp slettetidspunkter. Ut i fra muntlige tilbakemeldinger (blant annet veiledningssamtaler), kan oppfølging		Videreføre tiltak om opplæring til ledere med ansvar for forskning. Dette for å sikre at eSkjema blir benyttet mer aktivt av ledere i forbindelse med oversikt over slutt- og slettedato i eSkjema

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2023

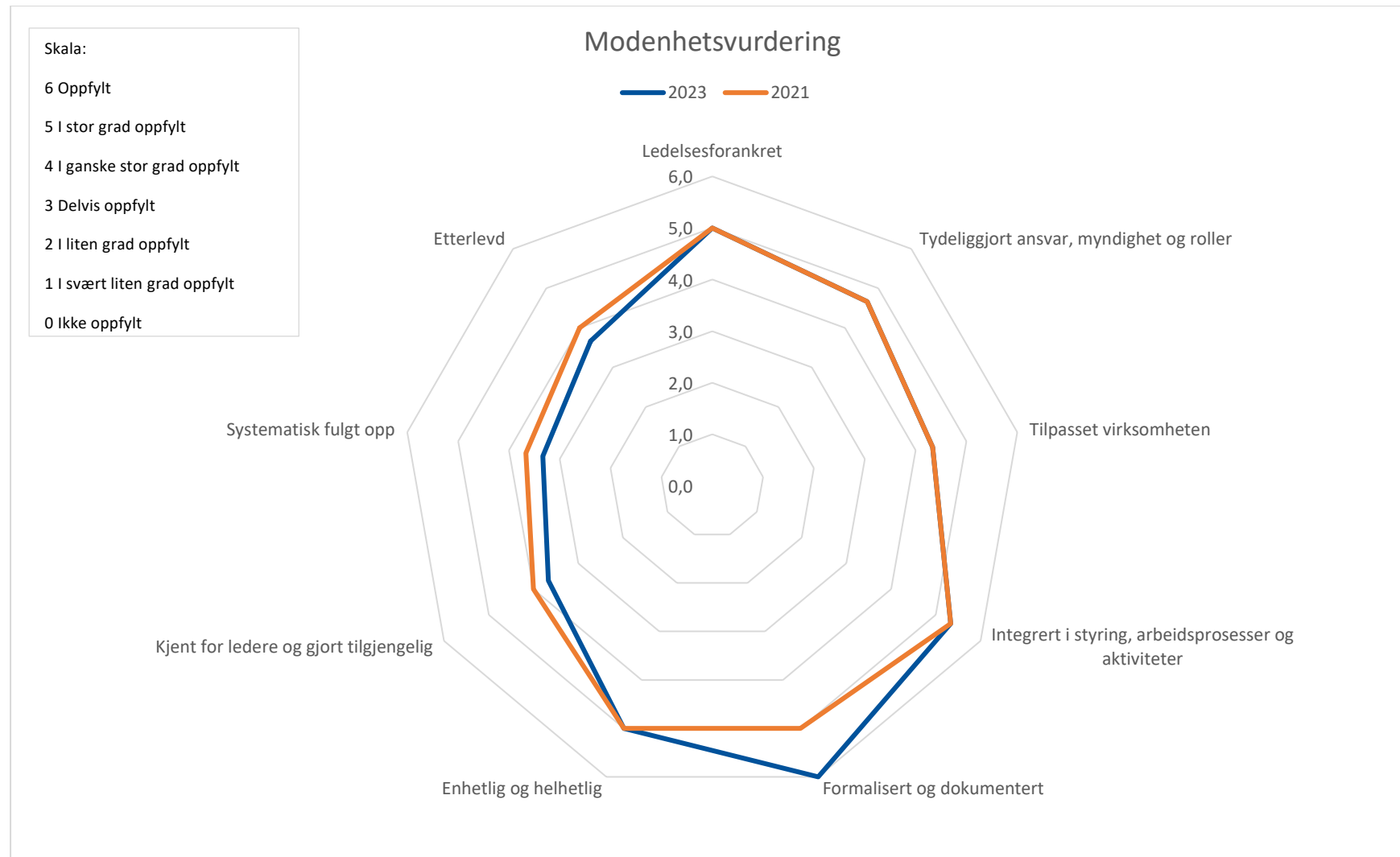
				av slettedatoer fremstå som noe utfordrende. FID vurderer derfor at LGG egevalueringresultatet fraviker noe fra reell praksis.		
8 Evaluering og forbedring	A Jeg løfter forskningsrelaterte uønskede hendelser/avvik til KAM/ forskningsgruppe eller andre relevante fora		• Datagrunnlag fins ikke	Foreligger ikke datagrunnlag, med mindre det fremgår av EQS meldingen, delskjema 2, hvorvidt avviket har vært løftet til KAM eller andre fora. FID har ikke grunnlag for å vurdere annet enn det egevalueringen viser.		
	B Jeg tilbakefører informasjon etter behandling og lukking av forskningsrelaterte uønskede hendelser/avvik til forskningspersonell i avdelingen (forbedringsarbeid)		• Datagrunnlag fins ikke	Foreligger ikke øvrig datakilde med mindre det er beskrevet i EQS meldingen, delskjema 2, hvorvidt informasjon om avviket har blitt tilbakeført og benyttet i forbedringsarbeid i aktuell avdeling/ annet aktuelt fora. FID har ikke grunnlag for å vurdere annet enn det egevalueringen viser.		

3 Samlet vurdering av styringssystemet

I den samlede vurderingen av er det sett på i hvilken grad styringssystemet oppfyller kravene i tabellen under.

Krav	Kriterier	Vurdering
<i>Ledelsesforankret</i>	- Styringssystemet er besluttet av sykehusledelsen. - Rammene for hvordan styringssystemet skal driftes, utvikles og følges opp er fastsatt av sykehusledelsen. - Stabsdivisjonene prioriterer nødvendige ressurser til å gjennomføre prosessene og følge opp styringssystemet.	I stor grad oppfylt
<i>Tydeliggjort ansvar, myndighet og roller</i>	- Styringssystemet beskriver tydelig hvor system- og prosessansvar er plassert. - Prosedyrene som beskriver prosessene som inngår i styringssystemet nedfeller hvem som har ansvar for hva. - Styringssystemet inngår i obligatorisk opplæring for alle ledere.	I stor grad oppfylt
<i>Tilpasset virksomheten</i>	- Styringssystemet dekker kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, internkontrollforskriften (HMS), personopplysningsloven og GDPR og forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning. - Orden i eget Ahus er tilpasset Ahus og forholdene der. - Nye kravområder innlemmes suksessivt i styringssystemet ut fra en prioritert plan.	I ganske stor grad oppfylt
<i>Integrert i styring, arbeidsprosesser og aktiviteter</i>	- Gjennomgående krav til internkontroll (ref. de ni temaene i sjekklister) for områdene i styringssystemet er beskrevet. - Styringssystemet omfatter definerte prosesser for hvordan kontroller og interne revisjoner skal gjennomføres og følges opp i foretaket. - Kontrollaktiviteter er beskrevet i prosedyrene som inngår i styringssystemet.	I stor grad oppfylt
<i>Formalisert og dokumentert</i>	- Retningslinje for virksomhetsstyring er dokumentstyrt i EQS. - Prosedyrer på foretaksnivå som inngår i styringssystemet er dokumentstyrt i EQS. - Prosedyrene på lokalt nivå som inngår i styringssystemet er dokumentstyrt i EQS.	Oppfylt
<i>Enhetlig og helhetlig</i>	- Ahus har ett felles styringssystem på foretaksnivå. - Styringssystemet er i samsvar med krav og føringer i Helse Sør-Østs rammeverk for virksomhetsstyring. - Styringssystemet har gjennomgående prosedyrer for alle områder der det er mulig.	I stor grad oppfylt
<i>Kjent for ledere og gjort tilgjengelig</i>	- Kravene som lederne har ansvar for å oppfylle er beskrevet i styringssystemet og bl.a. kommunisert og tilgjengeliggjort i form av elektroniske sjekklister i EQS. - Lederne følger opp områder som sjekklister viser at ikke er godt ivaretatt med tiltak. - Resultat fra eksterne tilsyn/interne revisjoner/kontroller viser i stor grad at styringssystemet etterleveres.	I ganske stor grad oppfylt
<i>Systematisk fulgt opp</i>	- Styringssystemet oppdateres ved endringer i krav i lovverk/føringer fra eier eller andre myndigheter. - Retningslinjer og prosedyrer blir revidert/opdatert innenfor revisjonsfrister. - Plan med tiltak for å utvikle og forbedre styringssystemet fastsettes på bakgrunn av LGG.	Delvis oppfylt
<i>Etterlevd</i>	- Lederne gjennomfører prosessene som inngår i styringssystemet i samsvar med prosedyrene og innen fastsatte frister. - Lederne gjennomfører årlig egenvurdering som ledd i LGG-prosessen. - Lederne følger opp at tiltak i handlingsplaner gjennomføres som forutsatt.	I ganske stor grad oppfylt

Tabell 9: Krav, kriterier og vurderinger – styringssystemet som helhet

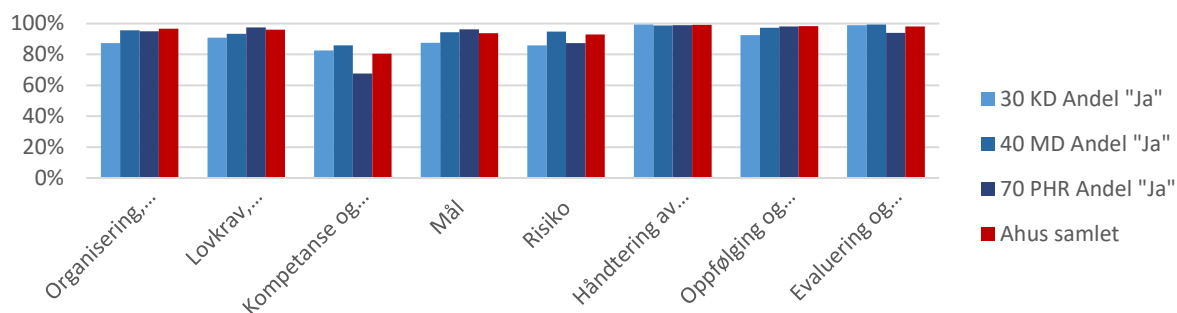


Figur 3 Samlet vurdering av styringssystemet

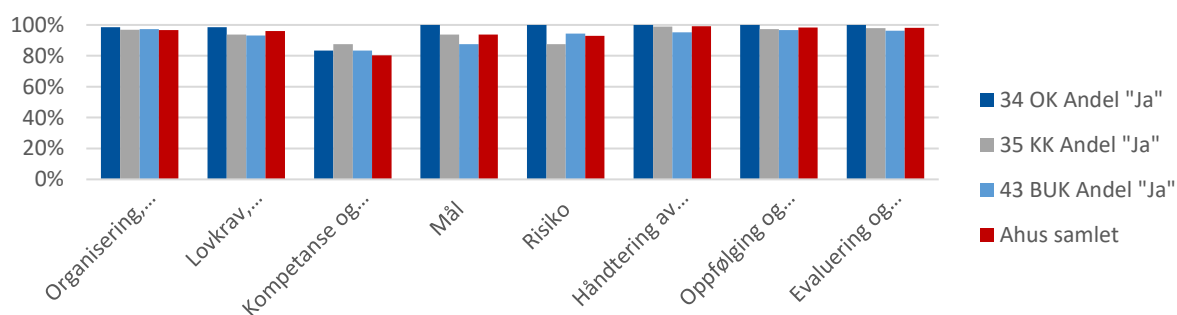
4 Vedlegg

4.1 Egenvurderinger per divisjon – Generell internkontroll

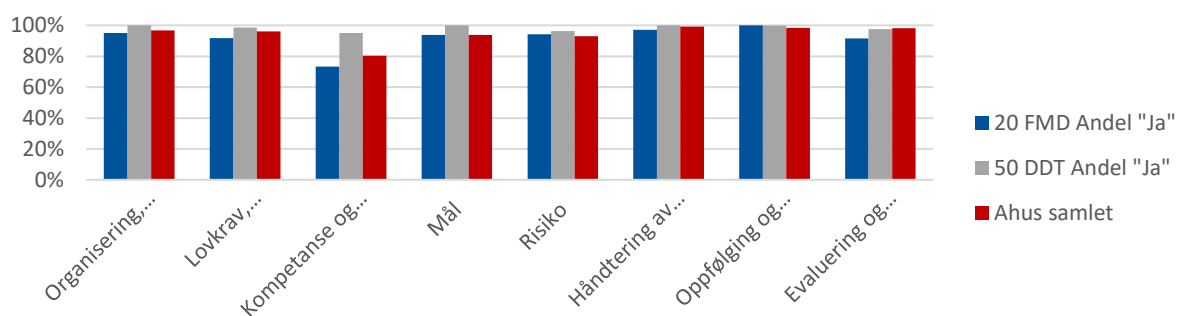
Generell IK - KD, MD og PHR



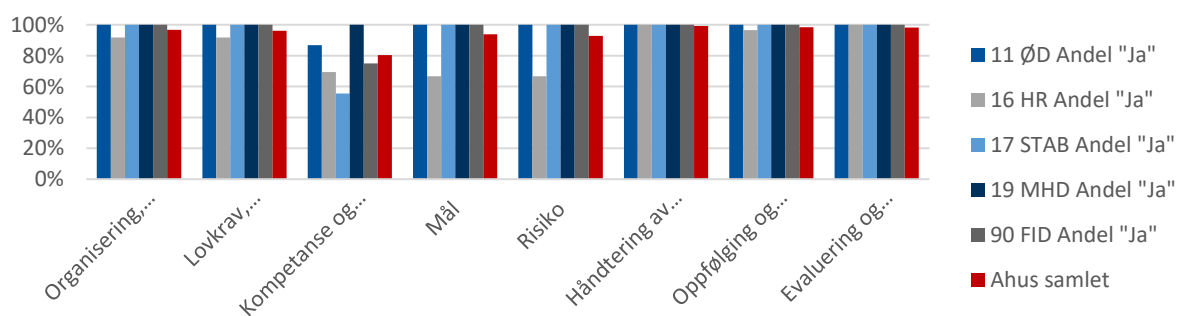
Generell IK - OK, KK og BUK



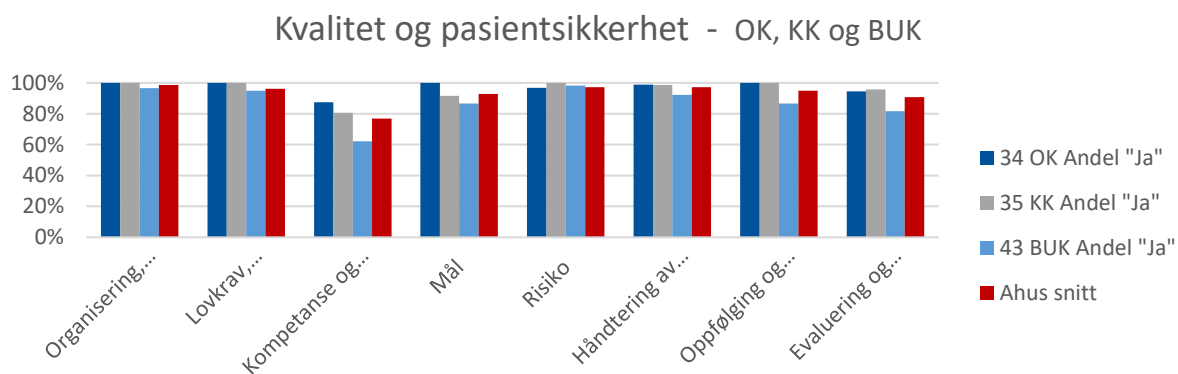
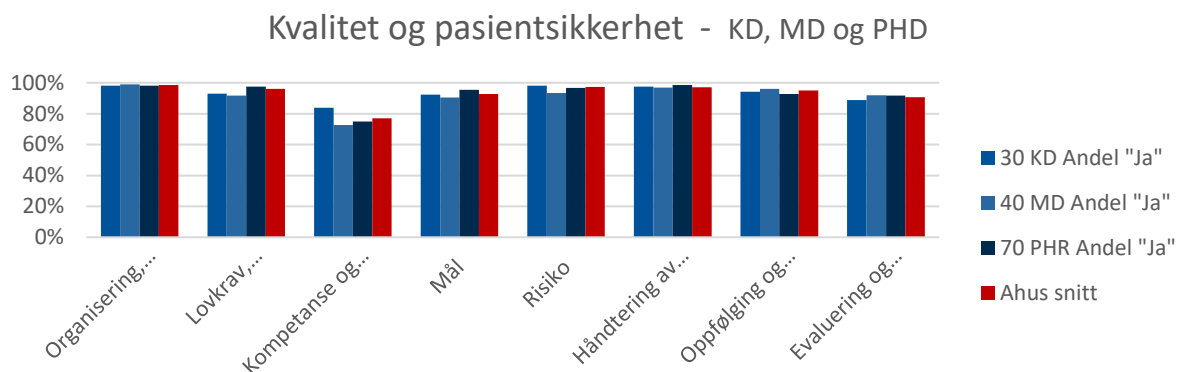
Generell IK - FMD og DDT



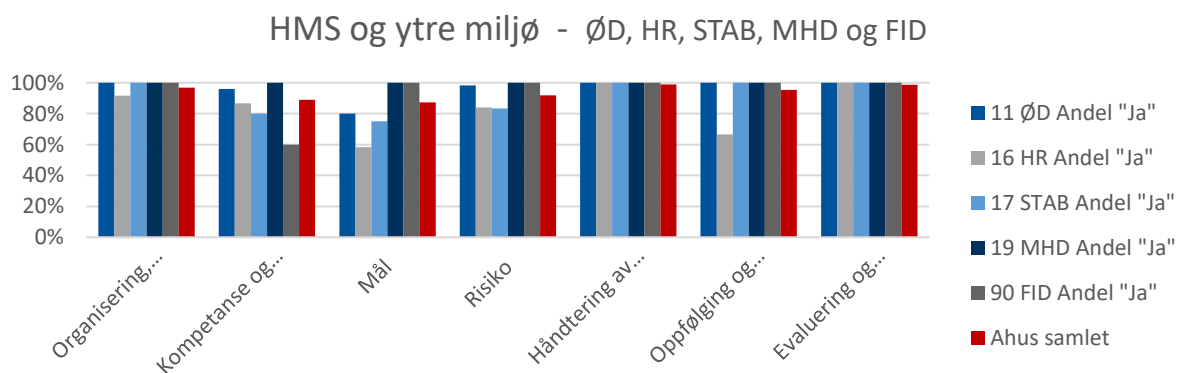
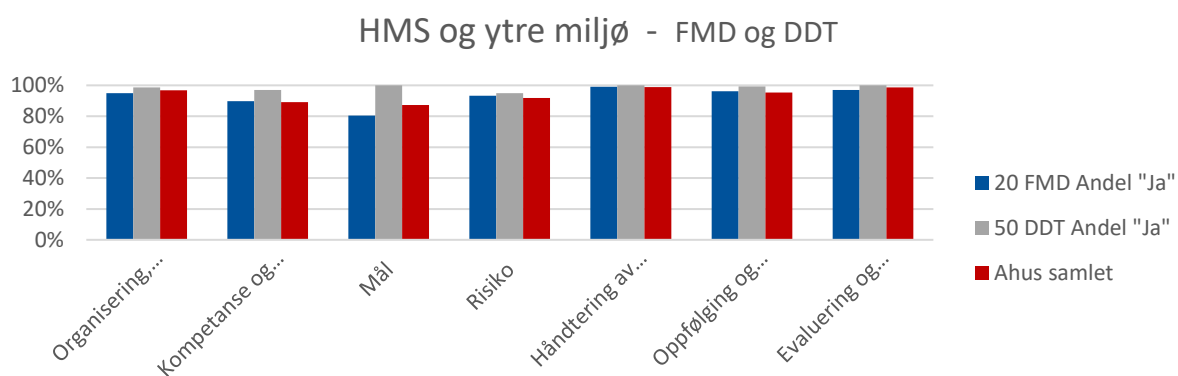
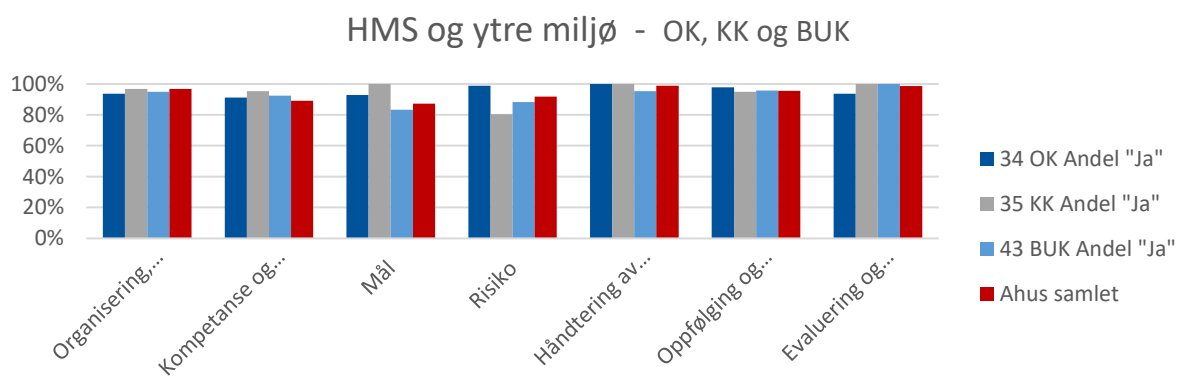
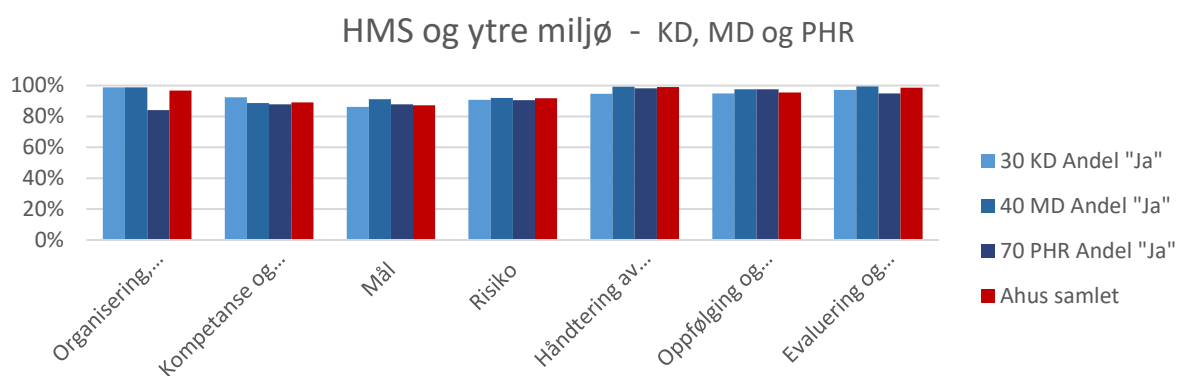
Generell IK - ØD, HR, STAB, MHD og FID



4.2 Egenvurderinger per divisjon – Kvalitet og pasientsikkerhet

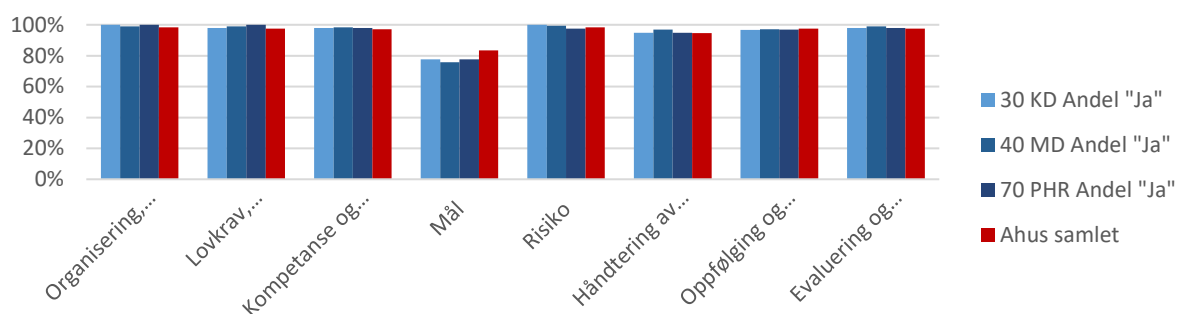


4.3 Egenvurderinger per divisjon - HMS og ytre miljø

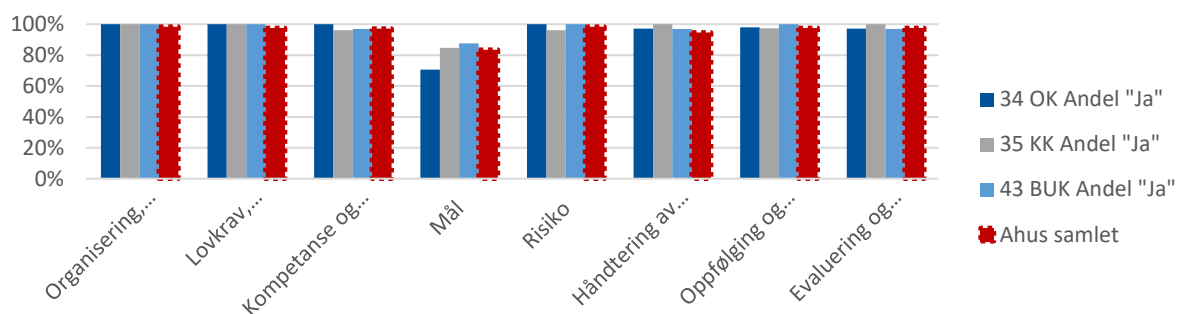


4.4 Egenvurderinger per divisjon - Personvern og informasjonssikkerhet

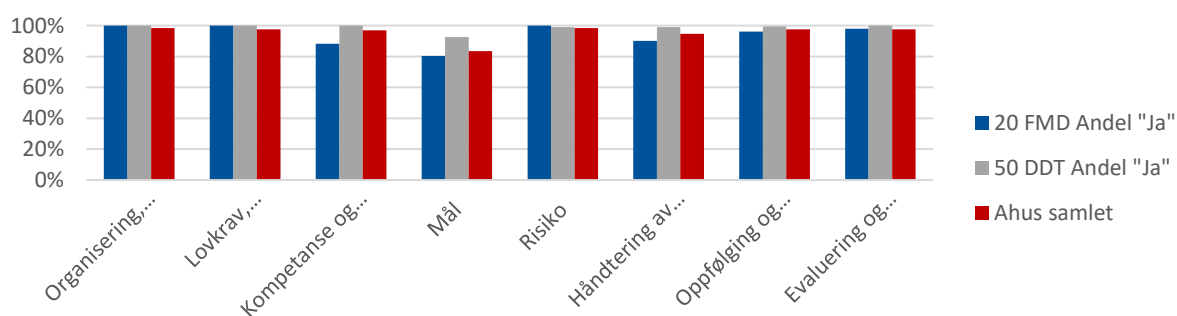
Personvern og informasjonssikkerhet - KD, MD og PHR



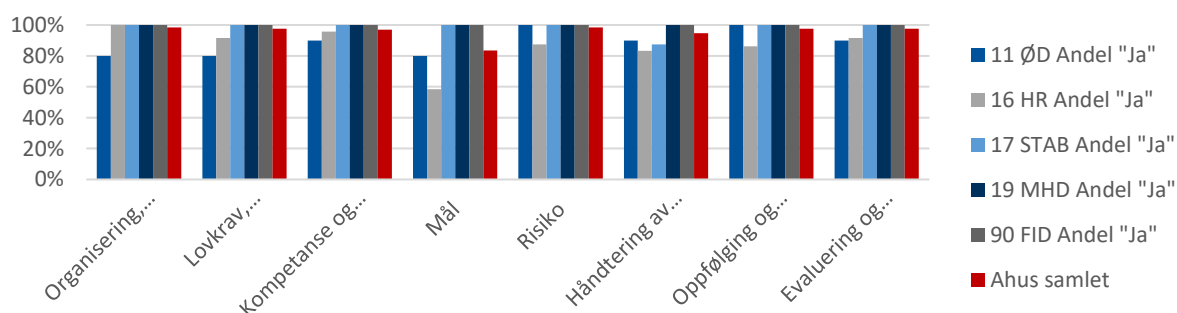
Personvern og informasjonssikkerhet - OK, KK og BUK



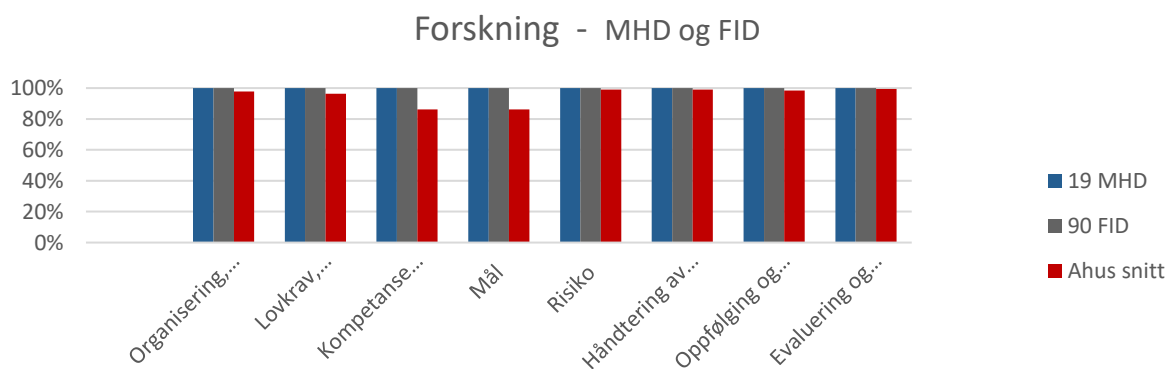
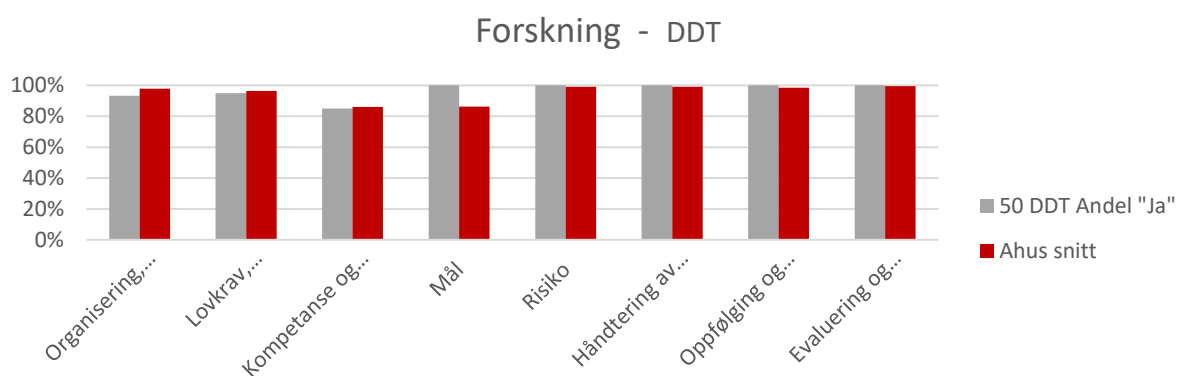
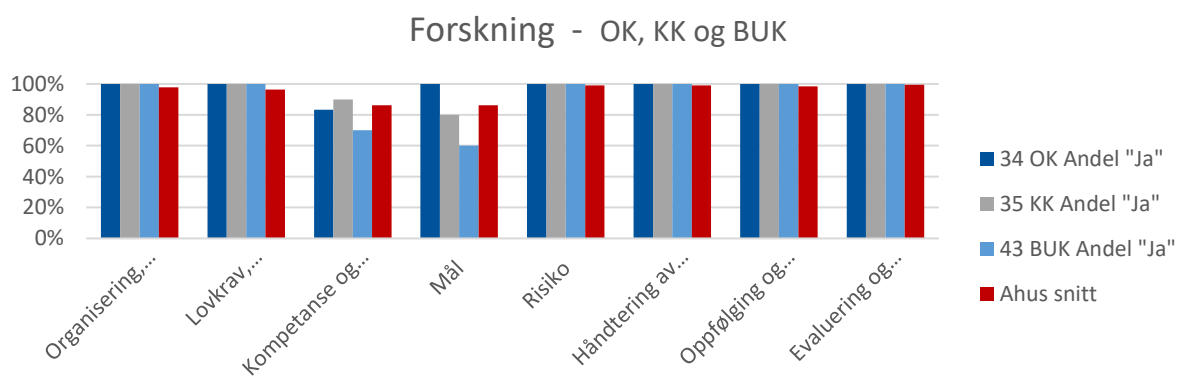
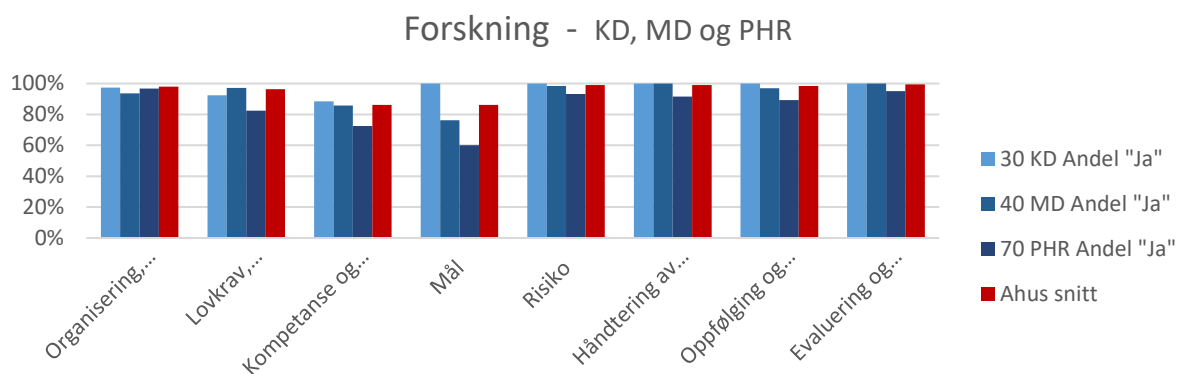
Personvern og informasjonssikkerhet - FMD og DDT



Personvern og informasjonssikkerhet - ØD, HR, STAB, MD og FID



4.5 Egenvurderinger per divisjon - Forskning



Akershus universitetssykehus HF

Besøksadresse: Sykehusveien 25, Lørenskog
Postadresse: Postboks 1000, 1478 Lørenskog
Telefon: 67 96 00 00
Epost: postmottak@ahus.no