

## Styresak

---

Dato dok.: 20.02.2018

Møtedato: 28.02.2018

Vår ref.: 15/08974-33

Vedlegg: 1 Årsrapport 2017  
2 Årsplan 2018

Administrerende direktør:

Postadresse: 1478 LØRENSKOG

Telefon: +47 67960000

### **Sak 06/18 Foretaksrevisjonens årsrapport 2017 og årsplan 2018**

I saken orienteres styret om foretaksrevisjonens årsrapport for 2017 og årsplan for 2018, herunder plan for internrevisjoner.

#### ***Administrerende direktørs innstilling til vedtak:***

Styret tar saken til orientering.

Øystein Mæland  
Administrerende direktør

*Dokumentet er elektronisk godkjent*

## Bakgrunn

Foretaksrevisjonen er administrerende direktørs uavhengige kontrollorgan og har som hovedoppgave å understøtte linjens ansvar for å etablere og gjennomføre internkontroll for å sikre forsvarlig virksomhet. Foretaksrevisjonens hovedoppgave er gjennomføring av internrevisjoner på foretaksnivå, men den har også en viktig rolle i samordning og oppfølging av ekstern tilsyns- og revisjonsaktivitet i foretaket.

Internrevisjoner bidrar til økt innsikt i tilstanden for internkontroll på viktige områder i sykehuset, i tråd med intensjonen. Resultatene fra interne- og eksterne tilsyn/revisjoner benyttes i tiltaks- og forbedringsarbeid, og bidrar til å styrke sykehusets internkontroll og virksomhetsstyring for å sikre måloppnåelse og forsvarlig virksomhet.

### Årsrapport 2017

Årsrapporten er en sammenstilling av de oppgaver foretaksrevisjonen har gjennomført i 2017. Rapporten viser hvilke interne og eksterne revisjoner/tilsyn som ble utført, og gir en kortfattet oppsummering av hovedfunnene og status for tiltaksarbeidet.

Det ble gjennomført til sammen åtte interne revisjoner i 2017. Av disse var seks på området ytre miljø og HMS, en på forskning og en på utskrivning av pasienter. Tiltaksarbeidet koordineres og følges opp i linjen. Foretaksrevisjonen kvitterer ut avvik etter hvert som handlingsplanene er gjennomført og godkjent.

I 2017 har det vært 19 eksterne tilsyn/revisjoner fra ti ulike myndigheter, hvor foretaksrevisjonen følger opp status for arbeid med å etterkomme pålegg, lukke avvik/merknader og arbeid med gjennomføring av handlingsplaner. Tilsvarende for 2016 var 32. 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. Det pekes ut en ansvarlig direktør for hvert tilsyn.

### Årsplan 2018

Årsplanen viser hvilke oppgaver og aktiviteter foretaksrevisjonen vil utføre i 2018, herunder revisjonsplan for 2018.

Årets revisjonsplan omfatter interne revisjoner på foretaksnivå og bygger på innspill fra divisjonene, klinikkene og stabsenhetene, hovedtillitsvalgte, hovedverneombud og internrevisjonsnettverket, samt foretaksrevisjonens egne vurderinger av risiko. Områdene og temaene er helhetlig vurdert ut fra:

- relevans for Akershus universitetssykehus' mål
- krav og forventninger fra eksterne tilsynsmyndigheter
- nytte revisjon kan gi i 2018 i form av kunnskap om risiko og mulighet for å skape forbedringer
- mulighet til å gjennomføre revisjon innenfor tilgjengelige ressurser og kompetanse

Det planlegges revisjoner innenfor temaene ytre miljø og HMS, blodtransfusjon, informasjonssikkerhet, samt dokumentasjon i journal og/eller fellesrevisjon legemiddelhåndtering psykiatri.

## Årsrapport 2017

Foretaksrevisjonen Akershus universitetssykehus HF

Rapportmottaker:	Administrerende direktør
Kopi:	Viseadministrerende direktør, divisjons-/enhetsdirektørene, HTV og HVO
Referanse:	15/08974

## Innhold

1. Innledning.....	3
2. Interne revisjoner.....	3
2.1 Revisjon av forskning .....	4
2.2 Revisjon av utskrivning av pasienter med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester .....	5
2.3 Ytre miljø og HMS .....	5
2.4 Oppfølging av handlingsplaner etter internrevisjoner .....	6
2.5 Andre internrevisjonsaktiviteter i sykehuset .....	7
3. Eksterne tilsyn og revisjoner .....	7
3.1 Oppfølging av handlingsplaner etter eksterne tilsyn og revisjoner .....	8
4. Andre oppgaver .....	12

## 1. Innledning

Foretaksrevisjonen skal understøtte administrerende direktørs ansvar for intern styring og kontroll for å sikre forsvarlig virksomhet. Den skal bl.a. støtte linjens arbeid med å etablere og gjennomføre god internkontroll, og bidra til systematisk forbedring virksomheten.

Hovedoppgavene er:

- planlegging, gjennomføring og oppfølging av interne revisjoner på risikoutsatte områder
- koordinering og oppfølging av planlagte eksterne tilsyn og revisjoner
- andre oppgaver, herunder drift av revisjonsnettverk, kompetanseutvikling og varslingssaker

## 2. Interne revisjoner

Revisjonsplan for 2017 bygger på innspill fra divisjonene, klinikkene, stabsenhetene, de tillitsvalgte og hovedverneombudene, samt foretaksrevisjonens egne vurderinger av risiko. Planen er godkjent av administrerende direktør og har omfattet disse revisjonsområdene:

- Forskning
- Utskrivning av pasienter
- Ytre miljø og Helse, miljø og sikkerhet
- Informasjonssikkerhet
- Blodtransfusjon
- Pasientjournal
- Ressursstyring

Det er gjennomført til sammen åtte interne revisjoner i 2017. Av disse er seks på området Ytre miljø og Helse, miljø og sikkerhet, en på forskning og en på utskrivning av pasienter. Etter avtale med administrerende direktør er det gjort endringer i planen gjennom året:

- Revisjon av informasjonssikkerhet er tatt ut av planen og foretaksrevisjonen skal istedenfor delta i prosjekt for å etablere internkontroll på området.
- Oppstart av revisjon av blodtransfusjon er utsatt til 2018 for å sikre tilgang på fagkompetanse.
- Planlegging av revisjon på området pasientjournal er startet, mens gjennomføringen er utsatt til 2018.
- Revisjon av området ressursstyring har vært utsatt i påvente av ferdigstillelse og implementering av reviderte prosedyrer for området, og vurderes på nytt i forbindelse med revisjonsplan for 2018.

### **Foretaksrevisjonen**

Foretaksrevisjonen er en egen enhet under administrerende direktør som er uavhengig av ledergruppen og lederlinjen for øvrig. Ansvar og oppgaver er nedfelt i instruks av 28.03.2016.

Foretaksrevisjonen har tre ansatte og ledes av foretaksrevisor som rapporterer faglig og administrativt til administrerende direktør.

De viktigste ressursene for å gjennomføre interne revisjoner på foretaksnivå er ressurspersoner fra divisjonene, klinikkene og de sentrale stabsenhetene.

### **Revisjonsnettverket 2017**

Brita Hermundstad, DDT  
Carine Aronsson Dybvig, DDT  
Gunhild F V Søndergaard, OK  
Marianne Lien Bergan, BUK  
Trine Ch Helgerud, DFM  
Tor Smith Salvesen, DFM  
Ellen Eie, EMH  
Sonja Brugman, EMH  
Lena Bjerknes Larsen, HR  
Kirsti Paulsen, HR  
Camilla Lunder Jensen, HR  
Stian Wessel Johnsen, HR  
Hellen Haave Andersson, DPH  
Sjur Seim, DPH  
Liv Ingunn Rykkje Dieseth, KD  
Turid Ligård, KD  
Kristine Knutsen, KD  
Sven Tore Opdan, MD  
Mona Bente Budahl, MD  
Kjersti Trulserud, MD

Anette Karine Dehli, internrevisor  
Dina Robsrud, internrevisor  
Karl-Helge Storhaug, foretaksrevisor

## 2.1 Revisjon av forskning

### Formål og omfang

Revisjonen ble gjennomført i perioden fra oktober 2016 til mars 2017 og omfattet enheter som vist i tabell 1. Formålet var å vurdere internkontroll i forskningsprosessene fra planlegging til prosjektavslutning. Med utgangspunkt i pliktene til den forskningsansvarlige og prosjektleder omfattet revisjonen også linjens etterlevelse av utvalgte krav til forskningsvirksomheten, avgrenset til syv utvalgte helseforskningsprosjekter som var REK søknadspliktige.

Rapport nr	Revidert enhet
4-2017	Divisjon for diagnostikk og teknologi
	Divisjon Psykisk helsevern
	Medisinsk divisjon
	Kirurgisk divisjon
	Kvinneklinikken
	Ortopedisk klinikk
	Barne- og ungdomsklinikken
	Viseadministrerende direktør – avdeling for forskningsstøtte - personvernombudet

Tabell 1 Reviderte enheter og rapporter – Forskning

### Hovedfunn

Blant funnene trekkes frem at ansvar, roller og myndighet for ledere på nivå 2 og 3, og de som har fått oppgaver i forskningsarbeidet delegert fra disse, var uklare. Forståelse av hvilke oppgaver forskningsansvarlig etter lov og forskrift skal ivareta var svak og det var i varierende grad nedfelt skriftlig hvilke oppgaver ledere på nivå 2 og 3 har delegert.

Ledelsesoppfølgingen av forskningsprosjektene var mangelfull og de fleste kontroll-handlinger som var etablert var knyttet til planleggingsfasen for forskningsarbeidet.

Avvikshåndteringssystem for forskning var ikke etablert i tilstrekkelig grad. EQS-skjema, flyt og prosedyrer er ikke tilpasset forskningsrelaterte avvik, og det er liten kunnskap om hva som utgjør avvik i forskningsprosjekter.

Prosesser som sørger for at kunnskap om feil, svikt og mangler innhentes fra relevante kilder, sammenstilles, vurderes og brukes målrettet til å prioritere forbedringsområder var i liten grad etablert.

### Forbedringstiltak

Det ble gitt til sammen 13 anbefalinger til tiltak på foretaksnivå som kan bidra til å styrke internkontroll for forskning i sykehuset. To forhold ble utpekt som avgjørende for å bedre intern styring og kontroll av forskningsvirksomheten. Det ene var å styrke ledelsesoppfølgingen i prosjektene ved at avdelingssjef eller den med delegert myndighet *gjennomfører* og *dokumenterer* de kontrolloppgavene de er gitt ansvar for å utføre. Det andre var å definere tydelige *kontroll-/oppfølgingsoppgaver* for avdeling forskningsstøtte. En forutsetning for at disse kan virke etter hensikten er at det etableres og implementeres et system for hva som skal kontrolleres hvor, når og av hvem.

Tiltaksarbeidet koordineres og følges opp ved avdeling forskningsstøtte og direktør forskning og innovasjon. Avvik som er registrert i EQS vil bli ukvittert av foretaksrevisjonen etter som handlingsplanene er gjennomført og godkjent.

## 2.2 Revisjon av utskrivning av pasienter med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester

### Formål og omfang

Revisjonen ble gjennomført i perioden fra juni - oktober 2017. Omfang fremgår av tabell 2. Formålet med revisjonen var å undersøke i hvilken grad tiltakene for å styrke utskrivningsprosessen som ble besluttet gjennomført etter tidligere revisjoner og tilsyn på området, var implementert og etterlevd i virksomheten.

Rapport nr	Revidert enhet
6-2017	Kirurgisk divisjon - gastrokirurgisk avdeling
	Medisinsk divisjon - avdeling for geriatri og generell indremedisin

Tabell 2 Reviderte enheter og rapporter – utskrivning av pasienter

### Hovedfunn

Blant funnene trekkes frem at handlingsplan fra tidligere revisjoner og tilsyn, ikke i tilstrekkelig grad var forankret i divisjonsledermøter i de reviderte enhetene. Det var dermed ikke gitt konkrete føringer og krav om oppfølging/implementering av tiltakene til berørte avdelingsledere. Tiltak for å sikre gjennomføring, oppfølging og dokumentering av e-læringskurs for området var ikke på plass. Krav om samtykke fra pasient og/eller pårørende til meldingsutveksling med kommunen var i liten grad innhentet og dokumentert i pasientjournal. Informasjonsmateriale (brosjyrer) utarbeidet for pasienter om samarbeidet mellom Ahus og hjemkommunenes tilbud, var i liten grad benyttet i de reviderte enhetene.

Status for tiltaksarbeidet i de reviderte enhetene var ikke i tilstrekkelig grad var sjekket ut, og tilsvar til ekstern tilsynsmyndighet reflekterte ikke fullstendig status for implementering og etterlevelse av tiltak.

Det er grunn til å tro at revisjonen også ville gjort tilsvarende funn ved andre enheter enn de som var omfattet av revisjonen.

### Forbedringstiltak

Sykehusledelsen ble anbefalt å gjennomgå handlingsplanen etter tidligere tilsyn på nytt for å tydeliggjøre ansvarsfordeling og ta beslutning om videre oppfølging og å etterleve EQS id 4405 Håndtering av planlagte eksterne tilsyn og revisjoner.

Arbeid med å lukke avvik og merknader etter internrevisjonen gjennomføres i de berørte divisjonene og direktør enhet for medisin og helsefag. Arbeidet var i prosess ved årsskiftet.

Avvik som er registrert i EQS vil bli ukvittert av foretaksrevisjonen etter som tiltak er gjennomført og godkjent.

## 2.3 Ytre miljø og HMS

### Formål og omfang

Ytre miljø og HMS skal i henhold til krav i styringssystemene på områdene være gjenstand for årlige revisjoner. Så langt det er hensiktsmessig og praktisk mulig har revisjoner av HMS og ytre miljø vært samkjørt. Temaer velges ut fra vurderinger av risiko og antatt nytte.

Formålet med revisjoner på områdene i 2017 har vært å vurdere i hvilken grad utvalgte forhold i sykehusets miljøstyringssystem og HMS internkontrollsystem etterleves, og om gjeldende Ahus-prosedyrer er dekkende slik at styringssystemene er i samsvar med lov, forskrift og ISO 14001. Revisjonene har vært gjennomført gjennom hele året. Omfang fremgår av tabell 3.

Rapport nr	Revidert enhet
1-2017	Barne- og ungdomsklinikken – poliklinikk barn og ungdom
2-2017	Kirurgisk divisjon – Kar/thorax
3-2017	Medisinsk divisjon – avdeling for fordøyelsessykdommer
5-2017	Divisjon psykisk helsevern – alderspsykiatrisk avdeling, Skytta
7-2017	Divisjon facilities management – avdeling sikkerhet og service
8-2017	Divisjon diagnostikk og teknologi – Mikrobiologi og smittevern

Tabell 3 Reviderte enheter og rapporter – Ytre miljø og HMS

Revisjonen på Barne- og ungdomsklinikken ble utført i desember 2016, men rapportert i 2017. Revisjonene på kirurgisk- og medisinsk divisjon var en del av revisjonsplanen i 2016, men ble utført i starten av 2017 på grunn av ressursutfordringer. Disse revisjonene ble derfor gjennomført med samme tema og omfang som øvrige 2016 revisjoner innen ytre miljø/HMS, dvs miljøstyringssystem samt HMS-opplæring og strålevern.

De øvrige 2017-revisjonene ble utført med nytt tema innen HMS; Oppfølging av avvikshåndtering og risikovurdering vold og trusler.

### Hovedfunn

Det ble funnet flere eksempler på manglende opplæring og/eller manglende dokumentasjon av gjennomført opplæring, - både for ytre miljø og HMS. Innen ytre miljø var det flere tilfelle av at avdelinger ikke hadde nedfelt lokale mål og tiltak slik at det ble jobbet systematisk med måloppnåelse.

Revisjonene har i tillegg vist at det i svært liten grad registreres avvik. Tilsvarende funn er gjort tidligere år og pekt på som forbedringsområde. Resultatene for 2017 indikerer i liten grad forbedring. For HMS ble imidlertid avviksregistrering/håndtering funnet å fungere tilfredsstillende. Risikovurderinger vold og trusler skulle ha vært utført ved alle seksjoner innen utgangen av 2016. Revisjonene avdekket at disse i svært liten grad var gjennomført som forutsatt. To av tre reviderte avdelinger hadde det på planen for 2017.

### Forbedringstiltak

Resultater fra interne revisjoner på ytre miljø inngår i den årlige ledelsens gjennomgåelse for ytre miljø. Samsvar med lover, forskrifter og krav vurderes av sykehusledelsen på bakgrunn av blant annet revisjonsfunn. Resultater fra interne revisjoner av HMS følges opp av HR og behandles også i AMU.

Avvik og merknader registreres og håndteres i EQS. Det gis ca. 4 uker til å beskrive/ iverksette korrigerende tiltak. Foretaksrevisjonen vurderer angitte korrigerende tiltak før avviket lukkes.

## **2.4 Oppfølging av handlingsplaner etter internrevisjoner**

Per 31.12.17 var handlingsplaner etter to internrevisjoner gjennomført i 2016 ikke slutført.

### ID-sikring

Samlerapport etter revisjon ID-sikring av pasienter (rapport 7/2016) ble ferdigstilt 15.02.2016. Rapporten og handlingsplan med tiltak ble fremlagt av fagdirektør for sykehusledelsen i april 2016. Rapporten ble tatt til etterretning og handlingsplan med tiltakspunkter som det skulle jobbes videre med konkretisering av ansvar og frister, ble vedtatt.

Oppfølging av handlingsplanen per 31.12.17 viste gjenstående tiltak som vil bli fulgt opp nærmere i 2018.



## Informasjonssikkerhet

Samlerapport etter revisjon informasjonssikkerhet (rapport 14/2016) ble ferdigstilt 30.08.2016. I behandlingen av rapporten i desember 2017, besluttet sykehusledelsen opprettelse av en arbeidsgruppe for videre utarbeiding av handlingsplan. Handlingsplanen ble fremlagt for sykehusledelsen av viseadministrerende direktør i juni 2017. Sykehusledelsen tilsluttet seg denne og ba om at de ansvarlige for tiltakene i planen skulle arbeide videre med konkretisering av resultat- og effektmål.

Oppfølgingen av handlingsplanen per 31.12.17 viste gjenstående tiltak. Disse vil bli fulgt opp nærmere i 2018.

## **2.5 Andre internrevisjonsaktiviteter i sykehuset**

I tillegg til foretaksrevisjonens internrevisjoner på foretaksnivå, gjennomføres det interne revisjoner av legemiddelhåndteringen av sykehuset i regi av Sykehusapotekene, samt lokale interne revisjoner innenfor divisjon for diagnostikk og teknologi.

## **3. Eksterne tilsyn og revisjoner**

I 2017 har det vært 19 eksterne tilsyn og revisjoner ved sykehuset fra til sammen 10 myndigheter. Tilsvarende for 2016 var 31 eksterne tilsyn og revisjoner fra 12 myndigheter. Oversikt over tilsyn i 2017 fremgår av tabell 4.

Tertial	Tilsyn/revisjon
1. tertial	Konsernrevisjonen – Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen
2. tertial	FMOA – Sepsis i Akuttmottaket – fornyet journalverifikasjon (P2)
	Brann – Skytta 2
	Brann – Moenga
	Brann – C. J. Hansens vei
	Brann – Avdeling for spesialpsykiatri Lurud
	Brann – Bråten behandlingssenter og skole
	Mattilsynet – Avdeling Ski somatisk sykehus
	Mattilsynet – Follo Vestveien Rus og avhengighet
	Sivilombudsmannen – Avdeling for akuttpsykiatri
	Konsernrevisjonen – Behandlingshjelpemidler
	Statens vegvesen – Tilsyn med vilkårsparkeering
	Politiet – Årlig vandels- og dokumentkontroll
	3. tertial
Norske vaskeriers kvalitetstilsyn	
Riksrevisjonen – Effektiv bruk av legeressurser	
Riksrevisjonen – Styrenes arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet	
Datatilsynet – krav om redegjørelse roller og tilgangsstyring	
Mattilsynet – Nordbyhagen catering/kantine	

Tabell 4 Oversikt over eksterne tilsyn og revisjoner i 2017

Pålegg, avvik og merknader fra lov- og regelverk som avdekkes gjennom eksterne tilsyn og revisjoner registrert i avvikssystemet 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 hvor det pekes på en ansvarlig direktør.

Styret orienteres jevnlig om nye og avsluttede større tilsyn og revisjoner som del av administrerende direktørs orienteringer. Det orienteres også om resultatet av mindre tilsyn dersom disse har resultert i noe alvorlig, f.eks. pålegg. Status for eksterne tilsyn og revisjoner fremgår også av tertialrapporteringen til styret og eier.

I tillegg til tilsyn og revisjoner fra offentlige myndigheter, kommer eksterne gjennomganger av sykehuset akkrediterte tjenester innenfor alle laboratoriefagene i regi av Norsk Akkreditering, samt årlig revisjon av sykehusets miljøstyringssystem i regi av Veritas. Det har også vært tilsyn ved Immunologisk og transfusjonsmedisinsk avdeling i regi av Octapharma (Plasmafraksjoneringspartner).

### 3.1 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.

Tabellen under viser tilsyn og revisjoner hvor det per 31.12.17 pågår arbeid med å etterkomme pålegg, lukke avvik og gjennomføring av handlingsplaner. Der det i tabellen fremgår frister som har passert, er tiltaksarbeidet ennå i prosess og/eller det avventes tilbakemelding fra tilsynsmyndigheten før lukking skjer formelt.

Myndighet	Tema	Antall <sup>1</sup>	Status <sup>2</sup>	Frist
Fylkesmannen, helseavdelingen	Tilsyn med samhandling	1A	Lukket	30.01.17
	Tilsyn med gastrokirurgisk avd.	1A	Lukking pågår	17.02.17
	Sepsis i Akuttmottaket	1A	Lukking pågår	01.11.17
Mattilsynet	Follo Vestveien Rus og avhengighet	2P	Lukket	31.12.17
	Ski somatisk sykehus	1P	Lukket	01.10.17
	Tilsyn med produksjonskjøkken	5P	Lukking pågår	20.03.18
Statens vegvesen	Tilsyn med vilkårsparkeering	2P	Lukket	01.09.17
Politiet	Årlig vandels- og dokumentkontroll Egenvakthold	1A	Lukket	i.a.
		1A	Lukking pågår	01.06.18
Konsernrevisjonen	Tilgjengelige helsetjenester	12A	Lukking pågår	01.03.18
	Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av KR Revisjon av legemidler	9A	Lukking pågår	01.05.18
		13A	Lukking pågår	01.03.18
Kommunalt brannvesen	Tilsyn Ski sykehus	7A	Lukket	30.09.17
	Tilsyn C. J. Hansens vei	1M	Lukking pågår	28.02.18
Sivilombudsmannen	Om tortur og umenneskelig behandling	17 F	Lukking pågår	31.01.18

Tabell 5 Oversikt over status for tiltaksarbeid per utgangen av 3. tertial

I det følgende redegjøres det for status for de av tilsynene der det pågår tiltaksarbeid eller det avventes tilbakemelding fra tilsynsmyndigheten.

<sup>1</sup> Avvik (A), Pålegg (P), Merknader (M), Anbefalinger (F). Antall pålegg telles ut i fra varsel om pålegg fordi det viser hvor mange revisjonsfunn som ble påpekt under tilsynet.

<sup>2</sup> Et tilsyn anses lukket når det er mottatt tilbakemelding fra tilsynsmyndigheten om at tiltak/handlingsplan er tilfredsstillende og tiltakene i handlingsplanen er gjennomført i sykehuset.

### Tilsyn med gastrokirurgisk avdeling

Fylkesmannen i Oslo og Akershus gjennomførte tilsyn ved gastrokirurgisk avdeling i november 2014. Bakgrunnen var klager på behandling og oppfølging ved avdelingen. Som ledd i sin oppfølging ba Fylkesmannen i august 2016 om tilbakemelding på status vedrørende plan for samarbeidet med Sykehuspartner, evaluering av tiltak vedrørende opplæring av sykepleiere ved «utposter», evaluering av tiltak iverksatt etter Graset rapporten, samt vurdering av beleggsituasjonen ved gastrokirurgisk avdeling pr 1. februar 2017, herunder hvilke tiltak som er igangsatt i forbindelse med utredningen om sengekapasitet i kirurgisk divisjon. Siste bevegelse i saken er at sykehuset besvarte henvendelsen i brev datert 28.02.17.

Per 31.12.17 er alle forespørsler fra Fylkesmannen besvart og alle tiltak på avdelingsnivå er gjennomført. Det gjenstår arbeid med sengekapasitet som det arbeides videre på foretaksnivå.

Det forventes tilbakemelding fra Fylkesmannen på om tilsynet kan lukkes.

### Tilsyn med identifisering og behandling av pasienter med sepsis eller mistanke om sepsis

Formålet med tilsynet var å undersøke om helseforetaket sikrer:

- forsvarlig mottak, registrering og prioritering av pasienter med sepsis/mistanke om sepsis ved innkomst i akuttmottaket
- forsvarlig undersøkelse og diagnostisering av pasientene under oppholdet i akuttmottaket
- forsvarlig oppstart av behandling av pasientene
- forsvarlig observasjon av pasientene i akuttmottaket
- forsvarlig klargjøring og overføring av pasientene til andre avdelinger, med føringer/plan for videre observasjon og tiltak

Tilsynet ble gjennomført i perioden 27. april – 21. november 2016 og var begrenset til aktiviteter i selve Akuttmottaket og aktiviteter som planlegges og bestilles fra Akuttmottaket, men omfattet flere divisjoner.

Det ble påpekt ett avvik: Akershus universitetssykehus HF sikrer ikke at alle pasienter i Akuttmottaket med sepsis eller sepsis med organfunksjon får startet antibiotika-behandling innen tidsfrister fastsatt i nasjonale retningslinjer og i egne prosedyrer.

Sykehuset har etablert en handlingsplan og svart ut Fylkesmannen i henhold til frister. Ikke alle tiltak i handlingsplanen er utkvittert medio januar 2018; Legenes dokumentasjon av virksomheten i mottaket er en utfordring. Det jobbes p.t. for at akuttlegene skal ha en rolle i triage og mottak av pasientene.

Fylkesmannen gjennomfører journalverifikasjoner i forlengelsen av tilsynet. En slik verifikasjon ble utført i mai 2017, mens en ny er planlagt til 30.01.18.

### Mattilsynet - Produksjonskjøkken Nordbyhagen catering og kantine

Formålet med tilsynet var å undersøke om virksomhetens praksis samsvarer med fastsatte rutiner i internkontrollen/egenkontrollen og om dette medfører at regelverket blir oppfylt. Videre en systematisk gjennomgang med særlig fokus på oppfølging av Listeria og virksomhetens fareanalyser inklusive avviksbehandling. Ekstra fokus ble viet kjemiske farer.

Tilsynet ble gjennomført 12.12.17 og omfattet produksjonskjøkken ved Nordbyhagen.

Sykehuset mottok 27.12.17 forhåndsvarsel om vedtak etter funn av brudd på regelverket i form av fem varslede vedtak om pålegg. På bakgrunn av tilbakemeldinger fra sykehuset ble det ene revisjonsfunnet funnet tilfredsstillende ivaretatt og avsluttet. Mattilsynet fattet derfor vedtak om fire pålegg innen følgende områder:

- vask av matavfallsduker

- utbedring av rutiner slik at skriftlige rutiner samsvarer med praktisk gjennomføring for spesifiserte prosesser
- skille mellom rene og urene soner
- utbedring av fareanalyse

Frist for gjennomføring er 15.04.18. Tiltaksarbeidet utføres i Divisjon facility management.

#### Politiet – besøkskontroll Egenvakthold

Formålet med besøkskontrollen var å kontrollere at virksomheten drives i samsvar med lov og forskrift om vaktvirksomhet, og på en måte som er forenlig med å utøve næringsvirksomhet. Den gjennomføres som en kombinasjon av dokumentkontroll, vandelskontroll og besøkskontroll.

Kontrollen ble gjennomført 09.10.17. Det ble gitt ett avvik på innmelding av arbeidstakere i Arbeidstakerregisteret. Dette forholdet er utkvittert.

Oppfølgingsarbeid etter besøkskontroller pågår blant annet vedrørende avklaring på ny samlokalisering av vaktentral/teknisk driftssentral og radiosamband/opplæring i nytt digitalt nødnett. Det tas sikte på at dette er på plass i løpet av våren 2018.

#### Konsernrevisjonen – Tilgjengelige helsetjenester

Formålet med revisjonen var å kartlegge og vurdere hvordan helseforetaket gjennom ulike styringsinformasjon arbeider med å sikre at pasientene får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter i pasientforløpet og å synliggjøre sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet.

Revisjonen ble utført i perioden primo november til medio januar 2015/2016 og var rettet inn mot sentral stab og tre divisjoner/klinikker, hhv. divisjon psykisk helsevern, medisinsk divisjon og barne- og ungdomsklinikken.

Revisjonen viste at det er gjennomført en rekke tiltak for å sikre at pasientene får helsehjelp innen fastsatte tider, men at det er områder som kan forbedres. De mangler og svakheter som revisjonen viste kan medføre at Ahus ikke når sine mål og krav, som for eksempel av helsehjelpen gis til fastsatt tid. Det ble påpekt at manglende synliggjøring av sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet medfører at ledelsen ikke har et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for å styre ressurser på en god måte. Konsernrevisjonen gav 12 anbefalinger relatert til iverksetting av tiltak både rettet mot å ivareta pasientenes rettigheter og sikre god ressursbruk. På denne bakgrunn ble det etablert en handlingsplan med til sammen 11 tiltak som var planlagt slutført innen utgangen av 2016.

Revisjon av tilgjengelige helsetjenester var også en del av konsernrevisjonens revisjon av «Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen» (se nedenfor). Konsernrevisjonen anbefaler der at status i tiltaksarbeidet etter revisjonen tilgjengelige helsetjenester fremlegges styret og sykehusledelsen slik at de får informasjon om tiltaksarbeidet er gjennomført, eller om det er nødvendig å iverksette ytterligere tiltak. Frist for dette var 31.12.17, men er forsinket.

#### Konsernrevisjonen – Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen

Formålet med revisjonen var å kartlegge og vurdere om Ahus har fulgt opp de anbefalinger som er gitt etter revisjoner utført av konsernrevisjonen, og hvordan dette blir håndtert av helseforetakets styre og ledelse.

Den overordnede vurderingen var at sykehusets system for intern styring og kontroll inkluderer oppfølging etter revisjoner og tilsyn, og at prosedyrene som regulerer arbeidet har et innhold som i tilstrekkelig grad kan sikre at forbedringsarbeid iverksettes og følges opp etter den enkelte revisjon. Konsernrevisjonen påpekte samtidig at Ahus har et forbedringspotensial i etterlevelsen av føringene på enkelte områder:

1. *Rapportering til styret inkluderer ikke i tilstrekkelig grad informasjon om fremdriften av tiltaksarbeidet*
2. *Gjennomføringen av tiltaksarbeidet etter revisjonen av kompetansestyling er forsinket*
3. *Læring og forbedring fra tiltaksarbeid kan styrkes ved økt systematikk for gjennomføringen*

På bakgrunn av rapporten fra konsernrevisjonen ble det utarbeidet en handlingsplan som følges opp av viseadministrerende direktør. Per 31.12.17 pågikk det arbeid med fem tiltak i planen.

#### Konsernrevisjonen – Revisjon av legemidler

Formålet med revisjonen var å kartlegge og vurdere om det er etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll knyttet til anvendelse av kostbare legemidler.

Revisjonen ble utført i perioden september-oktober 2016 og omfattet H-reseptlegemidler for tilstandene mage-/tarmsykdom og hepatitt C hos personer over 18 år, samt PD-1 hemmere for behandling av lokalavansert og metastaserende malignt melanom.

Konsernrevisjonen ga 13 anbefalinger og disse følges opp i Legemiddelprosjektet «Riktig valg- bedre helse og kostnadseffektivitet». Prosjektet er forventet å pågå i hele 2018.

#### Nedre Romerike brann- og redningsvesen IKS – C.J. Hansens vei

Formålet var å vurdere om eier/virksomhet/bruker ved objektet arbeider systematisk med brannsikkerheten.

Tilsynet ble gjennomført 22.08.17 som et tematilsyn ved C.J. Hansens vei, Kjeller.

Det ble gitt en anmerkning i tilsynet som brannvesenet forventer at følges opp: Virksomheten har ikke tilstrekkelig kartlagt og vurdert risikoen ved brann.

Oppfølging av tilsynet er ved Divisjon facility management. Status er at enkelte avdelinger ved C.J. Hansens vei nå har dette på plass, mens andre gjenstår. Intern frist for arbeidet er i slutten av februar 2018.

#### Sivilombudsmannen – Tortur og annen umenneskelig behandling

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet foretar regelmessige besøk til steder der mennesker er fratatt friheten, herunder psykiatriske institusjoner. Under besøkene avdekkes risikofaktorer for krenkelse gjennom egne observasjoner og samtaler med de berørte.

Besøk ble gjennomført 2.-4. mai 2017 ved avdeling akuttpsykiatri, divisjon psykisk helsevern.

I rapporten ble det påpekt 17 anbefalinger innen følgende områder

- Fysiske forhold og aktivisering
- Vedtak og protokollføring ved bruk av tvang
- Bruk av tvangsmidler
- Bruk av skjerming
- Bruk av ECT på nødrett
- Restriksjoner i utgang fra avdelingen
- Institusjonskultur
- Pasientrettigheter og brukermedvirkning

Divisjon Psykisk helsevern har fulgt opp Sivilombudsmannens anbefalinger med en rekke tiltak og sykehuset har orientert ombudet 25.01.2018 innenfor angitt frist.

## 4. Andre oppgaver

### Nettverksaktiviteter og kurs

Foretaksrevisjonen har i henhold til instruksen etablert nettverk for internrevisjon i sykehuset og gjennomført nettverksmøter og kurs for kompetanseoppbygging og kunnskapsdeling. To av medlemmene har blitt kvalifisert som revisjonsledere i 2017.

I 2017 er det gjennomført fem nettverksmøter med gjennomgang av revisjonsplan 2017 og fordeling av ressurser på ulike revisjonsoppdrag, oppfølging av gjennomførte revisjoner og planlegging av 2018 samt ulike faglige oppdateringer. Det er avholdt kurs over to dager i prosesskartlegging. Kurset er dekket over foretaksrevisjonens budsjett.

### Varslingsutvalg

Foretaksrevisjonen er representert i varslingsutvalget som ble etablert ved sykehuset våren 2017. Varslingsutvalget fordeler varsler om kritikkverdige forhold til riktig ledernivå som skal saksbehandle varselet, i tillegg følger varslingsutvalget også opp at varselet blir håndtert på forsvarlig vis. Foretaksrevisjonen vil også kunne ha en rolle i å saksbehandle varsel i samarbeid med sekretariatet etter varslingsutvalgets beslutning, blant annet hvis varselet innebærer mistanke om misligheter. Foretaksrevisjonens arbeid med varslingssaker utgjorde ca. 15 % stilling fra varslingsutvalget ble etablert på våren 2017.

### Prosjekter

I 2017 er det gjennomført et omfattende arbeid innenfor området virksomhetsstyring gjennom prosjektet «Internkontroll og kvalitetsstyringssystem». Leder av foretaksrevisjonen er frikjøpt i 80 % fra foretaksrevisorstillingen for å lede prosjektet, og begge internrevisorer deltar i prosjektet i 40 % av sine stillinger.

Prosjektets innsatsområder har vært:

- Forankring av internkontroll- og forbedringsarbeid hos ledere og medarbeidere
- Forbedring av dokumentstyring og tilgang til prosedyrer og retningslinjer
- Enhetlig prosess/system for behandling og oppfølging av avvik og tiltaksplaner

Prosjektet skal etter planen ferdigstilles sommeren 2018 og nødvendige tiltak implementeres i løpet av året.

## Årsplan 2018

Foretaksrevisjonen Akershus universitetssykehus HF

Godkjent av:	Administrerende direktør
Utformet av:	Foretaksrevisjonen
Referanse:	15/08974

## **Innhold**

1. Innledning.....	3
2. Interne revisjoner.....	3
3. Eksterne tilsyn og revisjoner.....	3
4. Andre oppgaver.....	4
5. Vedlegg - revisjonsplan 2018.....	6



## 1. Innledning

Foretaksrevisjonen skal understøtte administrerende direktørs ansvar for intern styring og kontroll for å sikre forsvarlig virksomhet. Den skal bl.a. støtte linjens arbeid med å etablere og gjennomføre god internkontroll, og bidra til systematisk forbedring virksomheten.

De viktigste oppgavene for å oppnå dette er:

- planlegging, gjennomføring og oppfølging av interne revisjoner på risikoutsatte områder
- koordinering og oppfølging av planlagte eksterne tilsyn og revisjoner
- andre oppgaver, herunder drift av revisjonsnettverk og kompetanseutvikling samt delta i varslingsutvalget

## 2. Interne revisjoner

Revisjonsplan for 2018 er utarbeidet på bakgrunn av innspill fra divisjonene, klinikkene, stabsenhetene, de tillitsvalgte og hovedverneombudene, samt foretaksrevisjonens egne vurderinger av risiko. Det har i tillegg vært dialog med konsernrevisor i Helse Sør-Øst.

Innspill er vurdert ut fra:

- relevans for Ahus sine mål
- krav og forventninger fra eksterne tilsynsmyndigheter
- nytte revisjon kan gi i 2018 i form av kunnskap om risiko og mulighet for å skape forbedringer
- mulighet til å gjennomføre revisjon innenfor tilgjengelige ressurser og kompetanse Det

Det foreslås revisjoner innenfor disse temaene:

- Ytre miljø og HMS
- Blodtransfusjon
- Dokumentasjon i journal og/eller fellesrevisjon legemiddelhåndtering psykiatri
- Informasjonssikkerhet

Restkapasitet avsettes til eventuelle ad hoc-revisjoner.

Revisjonsplan følger av kapittel 5.

## 3. Eksterne tilsyn og revisjoner

Foretaksrevisjonen har ansvar for koordinering og oppfølging av planlagte eksterne tilsyn og revisjoner. Antall eksterne tilsyn varierer i antall og omfang fra år til år og vil anslagsvis ligge mellom 15-30.

### **Foretaksrevisjonen**

Foretaksrevisjonen er en egen enhet under administrerende direktør som er uavhengig av ledergruppen og lederlinjen for øvrig. Ansvar og oppgaver er nedfelt i instruks av 28.03.2016.

Foretaksrevisjonen har tre ansatte og ledes av foretaksrevisor som rapporterer faglig og administrativt til administrerende direktør.

De viktigste ressursene for å gjennomføre interne revisjoner på foretaksnivå er ressurspersoner fra divisjonene, klinikkene og de sentrale stabsenhetene.

Varslede tilsyn og revisjoner fordeles til ansvarlig direktør for håndtering, gjennomføring og oppfølging. Pålegg, avvik og merknader fra lov- og regelverk som avdekkes gjennom eksterne tilsyn og revisjoner registrert i avvikssystemet 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 hvor det pekes på en ansvarlig direktør for hvert tilsyn.

Styret orienteres jevnlig om nye og avsluttede større eksterne tilsyn og revisjoner som del av administrerende direktørs orienteringer. Det orienteres også om resultatet av mindre tilsyn dersom disse har resultert i noe alvorlig, f.eks. pålegg. Status for eksterne tilsyn og revisjoner fremgår også av tertialrapporteringen til styret og eier.

## 4. Andre oppgaver

### Nettverksaktiviteter og kurs

Foretaksrevisjonen har i henhold til instruksen etablert nettverk for internrevisjon i sykehuset og gjennomført nettverksmøter og kurs for kompetanseoppbygging og kunnskapsdeling.

I 2018 planlegges det fem nettverksmøter for gjennomgang av årsplan 2018 og fordeling av ressurser på ulike revisjonsoppdrag, oppfølging av gjennomførte revisjoner og planlegging av 2019 samt ulike faglige oppdateringer. Det er tenkt avholdt oppfriskningskurs i revisjonsmetodikk til høsten. Kurset blir dekket over foretaksrevisjonens budsjett.

### Varslingsutvalg

Foretaksrevisjonen er representert i varslingsutvalget som ble etablert ved sykehuset våren 2017. Varslingsutvalget fordeler varsler om kritikkverdige forhold til riktig ledernivå som skal saksbehandle varselet, i tillegg følger varslingsutvalget også opp at varselet blir håndtert på forsvarlig vis. Foretaksrevisjonen vil også kunne ha en rolle i å saksbehandle varsel i samarbeid med sekretariatet etter varslingsutvalgets beslutning, blant annet hvis varselet innebærer mistanke om misligheter. Omfanget av varslingssaker i sykehuset øker. Foretaksrevisjonens arbeid med varslingssaker vil antakelig utgjøre ca. 15-20 % stilling for 2018.

### Prosjekter

Et omfattende arbeid innenfor området virksomhetsstyring gjennom prosjektet «Internkontroll og kvalitetsstyringsystem» ble startet i 2017 og pågår fremdeles. Leder av foretaksrevisjonen er frikjøpt i 80 % fra foretaksrevisorstillingen for å lede prosjektet, og begge internrevisorer deltar i prosjektet i 40 % av sine stillinger.

Prosjektets innsatsområder er:

### **Revisjonsnettverket 2018**

Brita Hermundstad, DDT  
Carine Aronsson Dybvig, DDT  
Ragnhild Moholt Berget, DDT  
Linda Hårstad Uthus, DDT  
Gunhild F V Søndergaard, OK  
Marianne Lien Bergan, BUK  
Trine Ch Helgerud, DFM  
Tor Smith Salvesen, DFM  
Ruth Ann Gullbekk, DFM  
Ellen Eie, EMH  
Lena Bjerknes Larsen, HR  
Kirsti Paulsen, HR  
Stian Wessel Johnsen, HR  
Hellen Haave Andersson, DPH  
Sjur Seim, DPH  
Liv Ingunn Rykkje Dieseth, KD  
Turid Ligård, KD  
Sven Tore Opdan, MD  
Mona Bente Budahl, MD  
Kjersti Trulserud, MD

### **Foretaksrevisjonen**

Anette Karine Dehli, internrevisor  
Dina Robsrud, internrevisor  
Karl-Helge Storhaug, foretaksrevisor

- Forankring av internkontroll- og forbedringsarbeid hos ledere og medarbeidere
- Forbedring av dokumentstyring og tilgang til prosedyrer og retningslinjer
- Enhetlig prosess/system for behandling og oppfølging av avvik og tiltaksplaner

Prosjektet skal etter planen ferdigstilles sommeren 2018 og nødvendige tiltak implementeres i løpet av året.

En av internrevisorene i foretaksrevisjonen vil ha 50 % permisjon for å lede prosjektet Forberedelse til ny personvernforordning (GDPR) 25. mai 2018. Det nye regelverket legger vekt på større grad av ansvarlighet og internkontroll hos virksomheten fremfor forhåndskontroll fra Datatilsynet. Sykehuset må styrke internkontrollen sin og i enda større grad integrere personvern og informasjonssikkerhet i sine prosesser og systemer. Det vil være nødvendig med ytterligere tiltak utover innsatsområdene til internkontrollprosjektet.

## 5. Vedlegg - revisjonsplan 2018

Område	Tema	Begrunnelse	Omfang	Tidsrom
Ytre miljø og HMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etterlevelse av miljøstyringssystem inklusive arbeid med måloppnåelse</li> <li>• HMS- opplæring og risikovurderinger av vold og trusler</li> </ul>	Ytre miljø og HMS skal iht. krav for styringssystemene på områdene være gjenstand for årlige revisjoner. Temaene er valgt ut fra vurderinger av risiko og antatt nytte.	5-6 enheter	Q1-Q4
Blodtransfusjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Undersøke grad av samsvar mellom praksis og gjeldende prosedyrer for å sikre:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- identitetssikring av blodmottaker, blod og blodkomponenter</li> <li>- sporbarhet fra bestilling til ferdigrapportert</li> <li>- opplæring og kompetanse</li> </ul> </li> </ul>	Revisjonen er overført fra 2017-planen. Området/temaet er vesentlig sett opp mot utviklingsplanens mål om gode og trygge pasientforløp. Eksterne tilsynsmyndigheter forventer også at det gjennomføres interne revisjoner på området jevnlig.	Avklares senere	Q2-Q3
Dokumentasjon i journal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Undersøke i hvilken grad praksis for journalføring og kvalitet for utvalgte forhold i pasientjournal er i samsvar med krav i journalforskrift</li> </ul>	Planlegging av revisjon dokumentering i journal ble startet opp i 2017, men gjennomføringen av revisjonen er ført over i planen for 2018. Risikobildet har endret seg på området, med bl.a. lovendring. Innretningen og tidspunktet for revisjonen ble etter dette vurdert endret for å oppnå nytte for forbedringsarbeid.	Avklares senere	Q3-Q4
Deltakelse i fellesrevisjon med Sykehusapotekene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legemiddelhåndtering psykiatri</li> </ul>	Helse Sør-Øst gjennomfører årlige fellesrevisjoner innen legemiddelhåndtering. Ahus har tidligere deltatt i disse og arbeidet styres av sykehusfarmasøytene. Resultatene fra revisjonene formidles til revidert enhet i form av en rapport. Revisjonene bidrar til å gi oversikt over status på det enkelte helseforetak, synliggjør felles forbedringsområder samt informasjonsutveksling mellom helseforetak innenfor de temaene som blir revidert. Som ledd i et samarbeid mellom sykehusfarmasøytene og foretaksrevisjonen foreslås det at foretaksrevisjonen bidrar med en ressursperson fra internrevisjonsnettverket i gjennomføringen av fellesrevisjonen ved Ahus.	Avklares senere	Avklares senere
Informasjons-sikkerhet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opplæring i IKT og systemeierrollen</li> </ul>	Opplæring har blitt foreslått som revisjonstema på flere områder og fra flere hold og er sentralt for å sikre riktig kompetanse. For systemeierrollen er det identifisert behov for å tydeliggjøre bevisstheten og styrke etterlevelsen av krav og en ny prosedyre er nylig implementert. En god forvaltning av rollen er også viktig i ivaretagelsen av utvidete krav i ny personvernforordning.	Avklares senere	Q4