

## Styresak

---

Dato dok.:	12.02.2019	Administrerende direktør
Møtedato:	01.03.2019	
Vår ref.:	15/08974-35	Postadresse: 1478 LØRENSKOG
		Telefon: +47 67 96 00 00
Vedlegg:	1 Årsrapport 2018 2 Revisjonsplan 2019	

### **Sak 09/19 Foretaksrevisjonens årsrapport 2018 og revisjonsplan 2019**

Foretaksrevisjonens årsrapport for 2018 og revisjonsplan for 2019 fremlegges for styret til orientering. I saken orienteres det også om forholdet mellom konsernrevisjonens og foretaksrevisjonens arbeid.

#### ***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.

## Årsrapport 2018

### Interne revisjoner

For 2018 har foretaksrevisjonen hatt færre ressurser til internrevisjon som følge av delvis frikjøp for å lede/delta i prosjekt for utvikling og forbedring av sykehusets internkontroll- og kvalitetsstyringssystem. Dette har omfattet både foretaksrevisjonens ansatte og flere av ressursene i revisjonsnettverket. En av internrevisorene i foretaksrevisjonen gikk over i ny jobb utenfor foretaket sommeren 2018, og det har også vært noe frafall i revisjonsnettverket.

Fra og med 01.12.2018 ble foretaksrevisjonen lagt inn under viseadministrerende direktør. Foretaksrevisjonen vil i tillegg til interne revisjoner og oppfølging av eksterne tilsyn/revisjoner, også være ha ansvar for styringssystemet for virksomhetsstyring og internkontroll (Orden i eget Ahus). Målet med omleggingen er å styrke og forbedre sykehusets arbeid med virksomhetsstyring og internkontroll. På denne bakgrunn har det vært nødvendig å gjøre noen endringer i revisjonsplanen for 2018. Etter avtale med administrerende direktør vil to internrevisjoner fra 2018-planen bli gjennomført i 2019:

- Dokumentasjon i journal
- Informasjonssikkerhet – IKT opplæring og systemeier

Det ble gjennomført til sammen 12 interne revisjoner i 2018. Av disse er syv på blodtransfusjon og fem på området Ytre miljø og Helse, miljø og sikkerhet. I tillegg har revisor fra revisjonsnettverket deltatt i årlig fellesrevisjon i regi av sykehusapotekene på tema «Plan for medisinfri behandling» innen psykisk helsevern. Det ble gjennomført fem slike revisjoner.

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

### Eksterne tilsyn og revisjoner

I 2018 har det vært 29 eksterne tilsyn/revisjoner fra 12 ulike myndigheter. Tilsvarende var det i 2017 19 tilsyn/revisjoner fra 10 myndigheter.

Pålegg, avvik og merknader 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, fordeles i henhold til foretakets prosedyrer hvor det pekes på en ansvarlig direktør for hvert tilsyn.

Foretaksrevisjonen følger opp status for arbeid med å etterkomme pålegg, lukke avvik/merknader og arbeid med gjennomføring av handlingsplaner. Styret orienteres månedlig og tertialvis om status på arbeidet.

### Andre oppgaver

Foretaksrevisjonen drifter nettverk for internrevisjon i sykehuset. Det ble gjennomført seks nettverksmøter samt laget og avholdt et kurs over to dager i revisjonsmetodikk i 2018. Foretaksrevisjonen er også representert i sykehusets varslingsutvalg som ble etablert våren 2017.

## Revisjonsplan 2019

### Sammenhengen mellom foretaksrevisjonens og konsernrevisjonens arbeid

Innledningsvis gis en orientering om hvordan de ulike revisjonene i konsernet henger sammen, ref. styrets bestilling i styremøte i oktober 2018.

Konsernrevisjonen er i henhold til helseforetaksloven internrevisor for alle helseforetakene i Helse Sør-Øst HF, og utfører revisjoner på oppdrag av styret i Helse Sør-Øst. Foretaksrevisjonen utfører internrevisjoner ved Akershus universitetssykehus, og er en del av administrerende direktørs kontrollapparat med hovedoppgave å understøtte linjens ansvar for å etablere og gjennomføre internkontroll for å sikre forsvarlig virksomhet.

Ved etableringen av foretaksrevisjonen var det forutsatt at det skal være koordinering med konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst, og at foretaksrevisjonen skal understøtte konsernrevisjonens arbeid. Dette er også nedfelt i instruks for foretaksrevisjonen: *«Foretaksrevisjonen skal koordinere sine interne revisjoner med revisjoner i regi av konsernrevisjonen, tilsyn i regi av eksterne tilsynsmyndigheter og revisjoner i regi av Riksrevisjonen, slik at det tilrettelegges for en mest mulig effektiv gjennomføring av arbeidet».*

For å sikre god planlegging er det etablert nær dialog med konsernrevisjonen i arbeidet med planlegging av det kommende års internrevisjoner. Målet er å oppnå bredest mulig dekning av revisjonstema og planlegge tidspunkt for gjennomføring, og legge til rette for at resultatene fra konsernrevisjonsarbeid brukes i lærings- og forbedringsarbeid i sykehuset.

For å understøtte konsernrevisjonens arbeid, tilrettelegger og koordinerer foretaksrevisjonen for konsernrevisjonens gjennomføring av revisjon i foretaket. Det er etablert en klar prosedyre som beskriver ansvar og prosess for behandling av rapporter, og utarbeiding og oppfølging av handlingsplaner. Disse behandles i sykehusledelsen før fremleggelse for styret. Erfaringsvis er det vanskelig å oppnå læring og forbedring andre steder i foretaket enn i enheter som har vært direkte berørt av revisjonen. Dette er en utfordring som det arbeides kontinuerlig med.

### Utarbeidelse av revisjonsplan for 2019

Revisjonsplanen omfatter forslag til interne revisjoner på foretaksnivå i 2019. Med foretaksnivå menes revisjoner hvor administrerende direktør er oppdragsgiver og foretaksrevisjonen i henhold til instruks planlegger, gjennomfører og følger opp interne revisjoner. Det er særlig fokus på å gjennomføre internrevisjoner innen områdene pasientsikkerhet, HMS/ytre miljø, personvern/ informasjonssikkerhet og forskning. Forskning har gjennomført et betydelig tiltaksarbeid etter forskningsrevisjonen i 2017. Det er ikke spilt inn forslag til revisjoner for 2019 og nye revisjoner på området vurderes fom 2020.

I utarbeidelse av internrevisjonsplanen er det sett hen til hva konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst planlegger å gjennomføre av revisjoner for å unngå overlapp på tema. Helse Sør-Øst har nylig vedtatt at alle helseforetakene fra og med 2018 skal oversende styrebehandlete forslag til revisjonstema til konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst sin revisjonsplan. Klinikker og divisjoner ved Akershus universitetssykehus ga sine innspill i oktober. Oversikten over disse, sammen med forslag til prioriterte områder, ble fremlagt for sykehusledelsen. Styret ga sin tilslutning til å foreslå «Tvang innen psykisk helsevern» og «Underernæring» som temaer til konsernrevisjonen. Av disse kom «Tvang innen psykisk helsevern» med på konsernrevisjonens revisjonsplan.

Divisjoner, klinikker, stabsenheter, hovedtillitsvalgte og hovedverneombudet har gitt innspill til temaer foretaksrevisjonen bør fokusere på i 2019. Også revisjonsnettverket og andre

personer i virksomheten som har hatt synspunkter, forslag eller ønsker, har blitt hørt i prosessen. I tillegg er tilgjengelig informasjon om planlagte eksterne revisjoner og tilsyn i 2019 hensyntatt ved utarbeidelse av utkastet til revisjonsplan.

De foreslåtte områdene og temaene er vurdert ut fra følgende kriterier:

- relevans og risiko i tilknytning til mål for Akershus universitetssykehus
- risiko for manglende etterlevelse av lovkrav eller interne prosedyrer
- risiko for det ikke er etablert og gjennomføres internkontroll
- krav og forventninger fra eksterne tilsynsmyndigheter
- nytte revisjon kan gi i form av kunnskap om risiko og mulighet for å skape forbedringer
- mulighet til å gjennomføre revisjon innenfor tilgjengelige ressurser og kompetanse

Etter behandling i sykehusledelsen er følgende internrevisjoner besluttet gjennomført i 2019:

**1. Pasientsikkerhetsområdet**

- Dokumentasjon i journal (påstartet 2018)
- Forebygging og behandling av underernæring
- Vurdering av kvalitet på henvisninger til billeddiagnostiske undersøkelser
- Behandling og læring av avvikssaker som går på tvers av enheter
- Fellesrevisjon legemiddelberedskap (5 revisjoner ledet av Sykehusapotekene)

**2. HMS og ytre miljø**

- Bruk og oppfølging av handlingsplaner i HMS-arbeidet (4-5 revisjoner)

**3. Personvern/Informasjonssikkerhet**

- Opplæring i IKT og systemeierrollen (påbegynt 2018)

## Årsrapport 2018

Foretaksrevisjonen Akershus universitetssykehus HF

Rapportmottaker:	Administrerende direktør
Kopi:	Viseadministrerende direktør, divisjons-/enhetsdirektørene, HTV og HVO
Referanse:	15/08974-34

## Innhold

Årsrapport 2018.....	1
1. Innledning.....	3
2. Interne revisjoner.....	3
2.1 Revisjon av blodtransfusjon.....	4
2.2 Deltagelse i fellesrevisjon av legemiddelhåndtering med Sykehusapotekene.....	5
2.3 Ytre miljø og Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....	7
2.4 Oppfølging av handlingsplaner etter internrevisjoner.....	8
2.5 Andre internrevisjonsaktiviteter i sykehuset.....	8
3. Eksterne tilsyn og revisjoner.....	8
3.1 Oppfølging av handlingsplaner etter eksterne tilsyn og revisjoner.....	10
4. Andre oppgaver.....	14

## 1. Innledning

Foretaksrevisjonen skal understøtte administrerende direktørs ansvar for intern styring og kontroll for å sikre forsvarlig virksomhet. Den skal styrke og støtte linjens arbeid med å etablere og gjennomføre god intern kontroll, 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 varslingsaker

## 2. Interne revisjoner

Revisjonsplan for 2018 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:

- Blodtransfusjon
- Legemiddelhåndtering psykiatri (deltagelse i fellesrevisjon med Sykehusapotekene)
- Ytre miljø og Helse, miljø og sikkerhet
- Dokumentasjon i journal
- Informasjonssikkerhet

Det er gjennomført til sammen 12 interne revisjoner i 2018. Av disse er syv på blodtransfusjon og fem på området Ytre miljø og Helse, miljø og sikkerhet. I tillegg har revisor fra revisjonsnettverket deltatt i årlig HSØ-fellesrevisjon i regi av sykehusapotekene på tema «Plan for medisinfri behandling» innen psykisk helsevern. Det ble gjennomført fem slike revisjoner. Formål og omfang er omtalt i denne årsrapporten, men i liten grad funnene siden revisjonene «eies» av Sykehusapotekene.

Etter avtale med administrerende direktør er det gjort endringer i planen gjennom året:

- Planlegging av revisjon dokumentasjon i journal er godt i gang, men selve gjennomføringen vil finne sted i løpet av våren 2019.
- Planlegging av revisjon av informasjonssikkerhet ble startet opp i desember 2018. Den vil bli gjennomført i løpet av våren 2019.

### **Foretaksrevisjonen**

Foretaksrevisjonen var frem til 01.12.2018 en egen enhet under administrerende direktør, uavhengig av ledergruppen og lederlinjen for øvrig. Dens ansvar og oppgaver fremgår av instruks av 28.03.2016. Foretaksrevisjonen hadde tre ansatte og ble ledet av foretaksrevisor som rapporterte faglig og administrativt til administrerende direktør.

Fra og med 01.12.2018 har foretaksrevisjonen fem ansatte og er en enhet under viseadministrerende direktør. Enheten vil heretter også drifte og vedlikeholde felles styringssystem – *Orden i eget Ahus*, ivareta systemansvar for EQS og prosesser som Ledelsens gjennomgåelse og årlig gjennomgang av internkontroll.

## 2.1 Revisjon av blodtransfusjon

### Formål og omfang

Revisjonen ble gjennomført i uke 45- og 46 i 2018 og omfattet enheter som vist i tabell 1. Formålet var å undersøke grad av samsvar mellom praksis og gjeldende krav i lov/forskrift og prosedyrer ved:

- Blodbestilling og prøvetaking til transfusjon
- Identitetssikring av blodmottaker, blod og blodkomponenter ved transfusjon
- Sporbarhet fra blodbestilling til ferdig rapportering
- System og dokumentasjon for teoretisk og praktisk opplæring.

Revisjonen skal bidra til sikker transfusjonstjeneste ved at det gis rett blod til rett pasient.

Rapport nr	Revidert enhet
7-13/18	Medisinsk divisjon, avdeling for akuttmedisin, Akuttmottaket, B502
	Medisinsk divisjon, avdeling for fordøyelsessykdommer, Gastromedisin, S304
	Kirurgisk divisjon, anestesivdelingen, postoperativ seksjon, B305
	Ortopedisk klinikk, sengeområde S205
	Kvinneklinikken, Barselavdelingen, BS05
	Barne- og ungdomsklinikken, avdeling for nyfødte, BS05
	Barne- og ungdomsklinikken, avdeling for barn og ungdom, BS03B
2/2018	Samlerapport

Tabell 1 Reviderte enheter og rapporter – Blodtransfusjon

### Hovedfunn

- Det var gjennomgående god kjennskap til rutine rundt blodtransfusjoner og god kjennskap til overordnede prosedyrer i de reviderte enhetene. Imidlertid observerte revisjonsteamet et behov for forenklinger og forbedringer av Ahus overordnet prosedyre for transfusjon av blodprodukter slik at den kun inneholder vesentlige, praktiske og entydige beskrivelser av gjennomføring av blodtransfusjoner.
- Transfusjon av blodprodukter skal forordnes av lege, men transfusjonsprosedyren gir ingen føringer på hvor og hvordan dette skal dokumenteres. Dette medfører ulike rutiner og mangelfull dokumentasjon i enkelte enheter på Ahus.
- Det er i henhold til blodforskriften strenge krav til dokumentasjon og sporbarhet av blod og blodprodukter fra blodgiver til transfusjon og blodmottaker, og omvendt. Revisjonen viste at samtlige reviderte enheter har utfordringer med korrekt dokumentasjon ved at alle reviderte enheter har fått følgeskjema i retur fra blodbanken pga. mangelfull utfylling. Ved sporing av allerede gjennomførte transfusjoner ble det også avdekket at enkelte enheter manglet innskannede transfusjonsskjema i DIPS for flere av pasientene.
- De reviderte enhetene har ulik praksis for signering av følgeskjema og transfusjonsskjema i forbindelse med ID-kontroll ved blodtransfusjoner. For å koble signaturer på følgeskjema til hvilke ansatte som har utført ID-kontroll ved blodtransfusjoner, benytter de fleste avdelinger en signaturliste. Ved seks av sju avdelinger ble det avdekket uoverensstemmelser mellom signaturer på følgeskjema og signaturer på signaturlista, og i flere avdelinger ble det avdekket ufullstendige signaturlister.
- Ved to av de reviderte enhetene ble det observert at ID-kontrollen avviker fra prosedyren ved at første del av ID-kontrollen utføres på tunet før blodproduktet tas med inn til pasienten. De to reviderte enhetene i Barne- og ungdomsklinikken har også delvis etablert egne rutiner for ID-kontroll, men dette er rutiner som beskrives som nødvendige for å ivareta pasientgruppen med tanke på blodvolum og ofte spesielle blodprodukter.



- Ved en av de reviderte enhetene ble det observert pasienter uten navnebånd, og det fremkom at enheten har en etablert praksis med ikke å bruke ID-bånd ved enkelte tilfeller.
- System for gjennomføring og dokumentasjon av både teoretisk og praktisk opplæring i blodtransfusjoner varierer i stor grad mellom de reviderte enhetene. Enkelte enheter har et godt etablert system for påmelding og gjennomføring av opplæring, mens enkelte avdelinger mangler system for både teoretisk og praktisk opplæring. I fem av seks reviderte enheter manglet dokumentasjon for gjennomført årlig e-læring i transfusjon for mange av de ansatte.

### Forbedringstiltak

Det er utarbeidet en revisjonsrapport til hver revidert enhet, og evt. avvik og merknader har blitt registrert i EQS. Disse vil bli ukvittert av foretaksrevisjonen når korrigerende tiltak er gjennomført.

I tillegg er det utarbeidet en samlerapport som belyser de utfordringene Ahus har på overordnet nivå hva gjelder blodtransfusjoner. Det ble gitt til sammen syv anbefalinger til tiltak på foretaksnivå som kan bidra til å sikre transfusjonstjeneste ved at det gis rett blod til rett pasient ved Ahus. Disse omfatter

- innføring av klinisk dokumentasjon ved forordning av blodprodukter
- anskaffelse av egnede ID-bånd for alle pasientgrupper, eller utarbeidelse av retningslinjer for enheter som ikke bruker navnebånd i praksis
- innføring av håndterminaler til elektronisk ID-kontroll og dokumentasjon ved blodtransfusjoner
- krav til signaturlister i alle enheter for å sikre sporbarhet av blod og blodprodukter fra blodgiver til transfusjon og blodmottaker, og omvendt, eller innføring av at entydig signatur skal gjøres med fullt navn
- forenkling og tydeliggjøring av Ahus overordnet prosedyre for transfusjon av blodprodukter
- implementering av elektronisk dokumentasjon av teoretisk og praktisk opplæring
- samordning og standardisering av prosedyrene for blodprøvetaking på Ahus

Tiltaksarbeidet koordineres og følges opp av Enhet for medisin og helsefag.

## **2.2 Deltagelse i fellesrevisjon av legemiddelhåndtering med Sykehusapotekene**

### Formål og omfang

Helse Sør-Øst har gjennomført årlige fellesrevisjoner innen legemiddelhåndtering siden 2007. Oppsummeringene fra fellesrevisjonene bidrar til å gi oversikt over status på det enkelte helseforetak, synliggjøring av felles forbedringsområder og informasjonsutveksling mellom helseforetak innenfor de temaene som blir revidert. Resultater fra fellesrevisjonen vil bli fulgt opp av Regionalt legemiddelhåndteringsutvalg og brukt til å foreslå konkrete prioriterte tiltak og eventuelt å utarbeide fellesløsninger der dette vurderes nyttig.

Formålet med revisjonen var å undersøke utvalgte aksjonspunkter fra «Plan for medisinfri behandling» i Helse Sør-Øst:

- Ordinerings- og dokumentasjonsrutiner
  - Samsvar mellom indikasjon og legemiddelbehandling
  - Seponeringsrutiner og vurdering av effekt

- Dosering i hht WHO anbefalinger (DDD)
- Oppfølging av bivirkninger
- Styringsinformasjon legemiddelbruk: Legemiddelstatistikk
- Pasientsikkerhetsprogrammet i Trygge hender: Utvalgte punkter fra Samstemming av legemiddellister og Trygg utskrivning

Psykofarmaka som ble undersøkt var

- Antipsykotika (ATC N05A)
- Antidepressiva (ATC N06A)
- Stabiliserende (N03)

Hensikten med legemiddelrevisjonen var å:

- verifisere om helseforetaket har gode rutiner for ordinering og dokumentasjon av legemiddelbehandling, indikasjon og seponeringsrutiner
- verifisere om helseforetaket følger anbefalte doseringer iht WHO's anbefalinger
- verifisere om helseforetaket har god rutine for dokumentasjon og oppfølging av bivirkninger
- i hvilken grad styringsinformasjon over legemiddelforbruk er tilgjengelig og brukes i oppfølging
- i hvilken grad helseforetaket følger utvalgte anbefalinger gitt i satsningsområdene fra Pasientsikkerhetsprogrammet Trygge Hender: Samstemming av legemiddellister og Trygg utskrivning
- gi et grunnlag for regionalt og lokalt forbedringsarbeid

Rapporten er tenkt brukt som et grunnlag for videre arbeid med kvalitetssikring av rutiner for legemiddelhåndtering.

Revisjonene ble gjennomført i perioden fra september-oktober 2018. Omfang fremgår av tabell 2.

Rapport nr	Revidert enhet
Følger	Spesialpsykiatri seksjon B, Lurud
Sykehus- apotekenes registrerings- system	Alderspsykiatri Skytta B
	DPS Follo døgnet, team A og B
	AKUA-Affektiv 1
	DPS Nedre Romerike medisinfri døgnet

Tabell 2 Reviderte enheter og rapporter – Legemiddelhåndtering

### Forbedringstiltak

Avvik og merknader ble registrert i en tiltaksplan som sendes revidert avdeling sammen med revisjonsrapporten, for utfylling av tiltak, oppfølgingsansvarlig og tidsfrister for arbeidet. Utfylt tiltaksplan returneres til revisjonsleder i Sykehusapotekene.

Sykehusapotekenes samlerapport oversendes Helse Sør-Øst for oppfølging.

## 2.3 Ytre miljø og Helse, miljø og sikkerhet (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 på bakgrunn av innspill fra HMS, AMU og miljøkoordinator, samt vurderinger av risiko og antatt nytte.

Formålet med revisjonene innen ytre miljø har vært å vurdere i hvilken grad utvalgte forhold i sykehusets miljøstyringssystem etterleves, og om gjeldende Ahus-prosedyrer er dekkende slik at styringssystemene er i samsvar med lov, forskrift og ISO 14001.

Revisjonstema innen HMS var på gjennomføring av HMS-opplæring og gjennomføring av risikovurderinger av vold og trusler.

Revisjonene ble gjennomført gjennom hele året. Omfang fremgår av tabell 3.

Rapport nr	Revidert enhet
1-2018	Divisjon diagnostikk og teknologi– Bildediagnostisk avdeling
3-2018	Divisjon psykisk helsevern – DPS Grorud
4-2018	Kirurgisk divisjon – Sterilforsyningen
5-2018	Ortopedisk klinikk - Sengepost
6-2018	Divisjon facilities management – Logistikkavdelingen

Tabell 3 Reviderte enheter og rapporter – Ytre miljø og HMS

### Hovedfunn

Ved fire av fem revisjoner ble det funnet at miljøledelsessystemet ikke er tilstrekkelig implementert i avdelingene. Dette medfører eksempelvis at avdelingene ikke har kjennskap til miljøpolitikk og/eller miljømål. Det har vært flere tilfelle av at avdelinger ikke hadde nedfelt lokale tiltak slik at det ble jobbet systematisk med måloppnåelse. Det ble også funnet flere eksempler på manglende opplæring og/eller manglende dokumentasjon av gjennomført opplæring, - både for ytre miljø og HMS. Også i år er det gjennomgående observert at det meldes svært få avvik innen ytre miljø.

I revisjonene har det ikke blitt registrert avvik eller merknader hva gjelder gjennomføring av risikovurdering av vold og trusler.

### Forbedringstiltak

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.

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.

## 2.4 Oppfølging av handlingsplaner etter internrevisjoner

Nedenfor fremgår de internrevisjonene som ikke var formelt avsluttet ved årsskiftet:

### 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.

Tiltakene i handlingsplanen er i all hovedsak gjennomført. Arbeidet med å lage et foretaksovergripende e-læringsopplegg er inntatt i foretakssekretariatets virksomhetsplan. I forbindelse med evt. videre arbeid med prosess for å sikre ansattes behov for journalinnsyn i læringsøyemed, avventes notat fra HOD.

### Utskrivning av pasienter med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester

Revisjonen omfattet gastrokirurgisk avdeling i Kirurgisk divisjon og avdeling for geriatri og indremedisin i Medisinsk divisjon. Formålet var å undersøke i hvilken grad tiltakene for å styrke utskrivningsprosessen etter Konsernrevisjonens- og Fylkesmannen i Oslo og Akershus sine tilsyn i hhv 2014 og 2015 var implementert og ble etterlevd.

Revisjonsrapporten (rapport 6/17) ble ferdigstilt 16.10.2017. Avvik og merknader gitt i revisjonen ble registrert i EQS og fordelt til avdelinger, divisjoner og Enhet for medisin og helsefag (EMH) for iverksetting av tiltak. Alle funn tilhørende Kirurgisk og Medisinsk divisjon har blitt lukket. EMH har utarbeidet en handlingsplan og tiltakene ble diskutert med foretaksrevisjonen mars 2018. Det gjenstår for EMH å gjennomgå handlingsplanen for å forsikre seg om at de planlagte tiltakene er gjennomført. Når så er tilfelle kan behandling av EQS avvikene slutføres.

## 2.5 Andre internrevisjonsaktiviteter i sykehuset

I tillegg til foretaksrevisjonens internrevisjoner på foretaksnivå, gjennomføres det interne revisjoner av legemiddelhåndteringen ved sykehuset i regi av Sykehusapotekene, samt lokale interne revisjoner innenfor divisjon for diagnostikk og teknologi (DDT). Flere av revisorene i DDT er også revisorer i revisjonsnettverket og deltakere i nettverksmøtene til foretaksrevisjonen (se kap. 4). Revisorer fra Sykehusapotekene er også godt representert i nettverksmøtene. Utveksling av planer og, der relevant, resultater og erfaringer på tvers, skjer i dette forumet.

## 3. Eksterne tilsyn og revisjoner

Sykehuset er hvert år gjenstand for en rekke tilsyn og revisjoner utført av ulike tilsynsmyndigheter.

Oversikt over antall tilsyn/revisjoner pr år fremgår av tabell 4.

År	Antall tilsyn og revisjoner	Antall tilsynsmyndigheter
2018	29	12
2017	19	10
2016	31	12

Tabell 4 Antall eksterne tilsyn/revisjoner siste 3 år

Nedenfor er en oversikt over alle eksterne tilsyn og revisjoner som ble gjennomført, evt påstartet, i 2018.

Tertial	Tilsyn/revisjon
1. tertial	Arbeidstilsynet – HMS, Ski
	Arbeidstilsynet – Postalt tilsyn arbeidsulykke tøyautomat
	Arbeidstilsynet – Postalt tilsyn arbeidsmiljø BRENDØ
	FMOA – BRENDØ
	FMOA – Tilsyn med spesialisthelsetjenester til personer med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse, DPS Groruddalen
	Riksrevisjonen – Årlig kontroll med statlige selskaper – avtale om sluttvederlag
	Brann – Lurud
	Brann - Moengen
	KAS – Antibiotikastyring ved Ahus
	Mattilsynet - Avdelingskjøkken
	Mattilsynet – NH Lyspunktet cafe
2. tertial	Brann – Follo Døgn DPS
	Brann – Sykehusveien 25
	Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap - Somatikk
	FMOA – tilsynssak HR
	Hafslund nett – HMS mot EI-tilsynsloven -Skytta
	Hafslund nett – HMS mot EI-tilsynsloven – Bråten skole
	Konsernrevisjon – Likeverdig og forutsigbar helsehjelp - BUP
Politiet – Årlig dokument og vandelskontroll	
3. tertial	Brann – Ungdomspsykiatrisk klinikk, Nordbyhagen
	FMOA, miljøvernavdelingen – Tilsyn med avfallshåndtering
	Statens helsetilsyn og Statens Legemiddelverk - Tilsyn med blodbankvirksomhet og håndtering av celler og vev
	Statens helsetilsyn – kartlegging av fødeinstitusjoner
	Konsernrevisjonen – Oppfølging av revisjon Legemidler og revisjon Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen
	Konsernrevisjonen – Kartlegging av GDPR-status
	Riksrevisjonen – Undersøkelse om bemanningsutfordringer sykepleiere
	Riksrevisjonen – Uønsket variasjon i helsetjenester
	Hafslund nett – HMS mot EI-tilsynsloven -Furuseth
	Hafslund nett – HMS mot EI-tilsynsloven – Barnehage 1
	Hafslund nett – HMS mot EI-tilsynsloven – Barnehage 2
	Hafslund nett – HMS mot EI-tilsynsloven – Barnehage 3
	Hafslund nett – HMS mot EI-tilsynsloven – Barnehage 4
Hafslund nett – HMS mot EI-tilsynsloven – Barnehage 5	

Tabell 5 Oversikt over eksterne tilsyn og revisjoner i 2018

Pålegg, avvik og merknader fra lov- og regelverk som avdekkes gjennom eksterne tilsyn og revisjoner blir registrert i avvikssystemet i 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 sykehusets akkrediterte tjenester innenfor alle laboratoriefagene i regi av Norsk Akkreditering, samt årlig revisjon av sykehusets miljøstyringssystem i regi av DNV GL.

### 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 31.12.18 pågår arbeid med å etterkomme pålegg, lukke avvik og gjennomføre handlingsplaner.

Myndighet	Tema	Antall <sup>1</sup>	Status <sup>2</sup>	Ansvar	Frist
Fylkesmannen, helseavdelingen	Sepsis i Akuttmottaket	1A	Lukking pågår	EMH	15.03.19
	Tilsyn med spesialist-helsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse – DPH, DPS	1A	Lukking pågår	DPH	01.07.19
	Groruddalen BRENDØ		Lukking pågår	KD	07.06.19
Fylkesmannen, miljøvernadv.	Tilsyn med avfallshåndtering	2M	Lukking pågår	DFM	01.03.19
DSB somatikk	Forebyggende arbeid og etterlevelse av regelverk	1A, 1M	Lukking pågår	EMH	01.06.19
Statens helsetilsyn	Tilsyn med fødeinstitusjoner	Avklares p.t.	Lukking pågår	KK	01.05.19
Statens legemiddelverk	Tilsyn med blodbank-virksomhet, celler og vev	3A	Lukking pågår	EMH	01.02.19
Politiet	Egenvakthold	1A	Lukking pågår	DFM	01.05.19
Konsern-revisjonen	Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av KR	2A	Lukking pågår	VAD/ EMH	01.03.19
	Likeverdig og forutsigbar helsehjelp - BUP	5A	Lukking pågår	DPH	01.07.19
Kommunalt brannvesen	Tilsyn C. J. Hansens vei	1M	Lukking pågår	DFM	01.03.19
	Sykehusveien 25	1A, 3M	Lukking pågår	DFM	01.03.19
	Follo DPS Døgn	1A, 1M	Lukking pågår	DFM	15.02.19

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

(1) 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.

(2) 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.

For følgende av tilsynene i tabell 5 gjenstår kun å få lukket revisjonsfunnet i EQS:

- Fylkesmannen i Oslo og Akershus, miljøvernavdelingen – Tilsyn med avfallshåndtering
- Kommunalt brannvesen – Sykehusveien 25, Nordbyhagen
- Kommunalt brannvesen – Follo DPS Døgn

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

#### Fylkesmannen i Oslo og Akershus -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 organdysfunksjon 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. Fylkesmannen har gjennomført flere journalverifikasjoner i forlengelsen av tilsynet, og har bedt om flere statusoppdateringer fra Ahus. Den siste av disse var i oktober 2018, og Fylkesmannens vurdering er at det for tidlig å lukke tilsynet. Ahus skal gi en ny statusoppdatering i mars.

#### Fylkesmannen i Oslo og Akershus -Tilsyn med spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse – DPH, DPS Groruddalen

Fylkesmannen har undersøkt om Akershus universitetssykehus HF gjennom sin ledelse og styring har lagt til rette for og følger opp at pasienter over 18 år med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse får forsvarlige tjenester.

Det ble gitt ett avvik:

«Akershus universitetssykehus HF sikrer ikke gjennom systematisk styring og ledelse, at alle pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse ved DPS Groruddalen allmennpsykiatrisk poliklinikk C og D, får forsvarlig utredning, diagnostisering, behandling og avslutning av behandling».

En handlingsplan med forbedringstiltak ble sendt til Fylkesmannen innen fristen 1. oktober 2018. De fleste tiltakene er iverksatt, eller er kontinuerlige tiltak. Ahus har p.t. ikke hørt tilbake fra Fylkesmannen i sakens anledning.

#### Fylkesmannen i Oslo og Akershus – Tilsyn med BRENDØ

Fylkesmannen i Oslo og Akershus har på bakgrunn av en henvendelse fra legene ved Brendø som beskriver det de anser som uforsvarlig pasientbehandling, bedt om å få oversendt en del opplysninger, samt virksomhetens og aktuell avdelingsledelse sin uttalelse i saken og vurdering av det aktuelle forholdet. Tilsynet er ikke rapportert, men Fylkesmannen er i dialog med avdelingen om tiltak, og har bedt om en status om drift og pasientbehandling per mai 2019.

### Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) – tilsyn med forebyggende arbeid og etterlevelse av regelverk, somatikk

Formålet med tilsynet var å få et inntrykk av virksomhetens forebyggende arbeid og etterlevelse av regelverk på utvalgte områder.

Tilsynet ble gjennomført 3. - 5. mai 2018 og det ble ett avvik og en merknad.

Avviket gjaldt manglende opplæringsplan/prosedyre for de som er under opplæring for å oppnå samtykke til reparasjon av elektromedisinsk utstyr.

Merknaden var relatert til at opplæring og dokumentasjon av kompetanse ved bruk av elektromedisinsk utstyr er ikke tilfredsstillende.

Ahus har i flere påfølgende DBS tilsyn fått avvik/pålegg på dette området. Det er spesielt dokumentasjon av legenes kompetanse i bruk av elektromedisinsk utstyr som har mangler, men også for vikarer. GAT var ikke tatt i bruk for slik dokumentasjon, selv om det var ett av kriteriene for lukking av avviket i 2016.

Ansvar for oppfølging av tilsynet er lagt til Enhet for medisin og helsefag. Ahus har oversendt DSB en tilbakemelding med redegjørelse om hvilke tiltak som skal iverksette. DSB har svart at de på denne bakgrunn avslutter tilsynet, men at de vil følge opp forholdene ved neste tilsyn. Det pågår imidlertid intern oppfølging av merknaden. Sykehusledelsen har bedt om at divisjoner og klinikker skal melde inn (til EMH) status for opplæring og dokumentasjon i bruk av medisinsk teknisk utstyr innen 1. september. Ved årsskiftet var det flere som ikke hadde gitt slik tilbakemelding. EMH vil derfor fremlegge en statusrapport for sykehusledelsen i februar 2019.

### Statens helsetilsyn – kartlegging av fødeinstitusjoners håndtering og oppfølging av alvorlige hendelser

Statens helsetilsyn har gjennomført en kartlegging av alvorlige hendelser i 12 fødeinstitusjoner, hvorav Ahus er den ene. Hendelsene som ble undersøkt var fra perioden 1. januar - 31. desember 2014 og omfattet alle hendelser der det i fødsel inntraff asfyksi, vanskelig skulderforløsning eller alvorlig blødning hos mor. Det ble undersøkt hvordan alvorlige hendelser ble håndtert og fulgt opp i virksomheten.

Ahus har mottatt en rapport fra kartleggingen med beskrivelse av de funnene som ble gjort ved sykehuset. I sin konklusjon skriver helsetilsynet at fødselshjelpen ved Ahus ikke alltid er i tråd med god praksis, og at virksomheten i liten grad analyserer hendelsene som ledd i kvalitetsforbedrende arbeid.

Det ble vist til flere områder der fødselsomsorgen kan forbedres:

- interne retningslinjer som beskriver behandling ved akutte hendelser
- interne retningslinjer som beskriver når og hvordan samhandlingen skal være mellom jordmor og lege
- melding og varsel til sentrale myndigheter
- informasjon til pasient og pårørende
- journalføring, herunder epikriser
- undervisning, praktisk trening og sertifiseringsordninger

Det uttrykkes forventning om at helseforetaket vil gjennomgå funnene og benytte informasjonen i det videre kvalitetsarbeidet.



Rapporten følges opp ved Kvinneklinikken som har laget en tidsplan for gjennomgang og oppfølging av rapporten slik at tiltaksarbeidet skal være gjennomført per 01.05.19.

#### Statens legemiddelverk – Blodbankvirksomhet

Statens legemiddelverk og Statens helsetilsyn gjennomførte 13.-16. november 2018 et felles tilsyn med blodbankvirksomhet og håndtering av celler og vev. Statens legemiddelverk hadde kun fokus på blodbanken. Formålet med tilsynet var å undersøke om ledelsen ved Ahus sørger for at kravene i helselovgivningen blir etterlevd for de områdene som tilsynet omfattet.

Tilsynsmyndighetene utarbeidet hver sin rapport. Statens legemiddelverk ga revisjonsfunn i form av tre mindre avvik relatert til mangelfull kontroll av blodgivers egnethet, enkelte tilfelle av mangelfull implementering av kvalitetssystemet og mangler ved dokumentstyringssystemet.

Sykehuset må innen 1. februar 2019 sende Statens legemiddelverk en fremdriftsplan som viser hvilke tiltak som planlegges gjennomført. Dette arbeidet pågår og ledes av Enhet for medisin og helsefag.

#### Politiet – besøkskontroll Egenvakthold

Kontrollen fant sted 04.12.17. 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 ble gjennomført som en kombinasjon av dokumentkontroll, vandelskontroll og besøkskontroll.

Det gjenstår avklaring på ny samlokalisering av vaksentral/teknisk driftssentral. Arbeidet ledes av Divisjon facility management, og forventes ferdigstilt innen 01.05.19.

#### 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 tilstrekkelige 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*

Tiltaksarbeidet er avsluttet per 31.12.18.

#### Konsernrevisjonen – Likeverdig og forutsigbar helsehjelp – ABUP

Revisjonen ble gjennomført i tidsrommet april – juni 2018. Formålet var å undersøke og vurdere hvordan helseforetaket sikrer etterlevelse av pasient- og brukerrettighetsloven innenfor psykisk helse for barn og unge, herunder at pasientene gis likeverdige og forutsigbare helsetjenester.

Konsernrevisjonen ga fem anbefalinger til Divisjon psykisk helsevern:

- Praksis for hvem som utfører rettighetsvurderinger bør gjennomgås for å vurdere om denne er i tråd med krav til forsvarlighet og nasjonale føringer
- Forventinger til dokumentasjonen av rettighetsvurderingene bør tydeliggjøres
- Det bør iverksettes systematisk opplæring for alle som vurderer henvisninger
- Prioriteringspraksis bør følges opp gjennom sammenligninger av hvordan henvisninger vurderes
- Føringer for arbeid med behandlingsplaner og oppfølging av disse bør tydeliggjøres.

Divisjon psykisk helsevern har utarbeidet en handlingsplan med tiltak som ble fremlagt for styret 24.10.18. Arbeidet med lukking av tiltakene vil pågå frem til juli 2019.

#### 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 (DFM). Status for ett år siden var at enkelte avdelinger ved C.J. Hansens vei hadde dette på plass, mens andre gjensto. Ett år senere er det uklart hva status er. DFM vil følge opp dette og tar sikte på å lukke revisjonsfunnet i EQS i midten av februar.

## **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 er det gjennomført seks nettverksmøter med gjennomgang av revisjonsplan 2018 og fordeling av ressurser på ulike revisjonsoppdrag, oppfølging av gjennomførte revisjoner og planlegging av 2019 samt ulike faglige oppdateringer.

Foretaksrevisjonen har utarbeidet og avholdt kurs over to dager i internrevisjon for revisorene i revisjonsnettverket. Tema var delvis oppfriskning i gjennomføring av systemrevisjoner, men hovedfokuset var på introduksjon og opplæring i utvidet revisjon i henhold til IIA standardene.

### 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 varslings saker utgjorde ca. 15 % stilling fra varslingsutvalget ble etablert på våren 2018.

### Prosjekter

Prosjektet Internkontroll og kvalitetsstyring er fra 2019 avsluttet. Videre arbeid følges opp i linjen til viseadministrerende direktør.

Område	Tema	Hensikt	Omfang	Tidsrom
Pasientbehandling/ pasientsikkerhet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandling og læring av avvikssaker som går på tvers av enheter</li> </ul>	Vurdere om behandling av avvikssaker på tvers av klinikker og divisjoner for å oppnå læring og forbedring, fungerer hensiktsmessig.	Avklares senere	Nov-Des
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klinisk revisjon på foretaksnivå: Kampanjen gjør kloke valg.</li> </ul>	Vurdere om kvaliteten på henvisninger til bildediagnostiske undersøkelser er god nok slik at pasienter unngår negative effekter av unødvendige utredninger som eksponering for stråling, engstelse for falske positive funn, og ubehag og risiko for komplikasjoner ved utredning av usikre funn på bildediagnostiske undersøkelser.	Avklares senere	Sept-okt
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokumentasjon i journal</li> </ul>	Vurdere i hvilken grad de kliniske enhetene driver et systematisk arbeid for monitorering og sikring av kvaliteten på pasientjournalene, herunder om dette skjer i samsvar med lov, forskrift og gjeldende Ahus prosedyrer.	Avklares senere	Mars-april
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Forebygging og behandling av underernæring</li> </ul>	Vurdere i hvilken grad ernæring inngår i forebygging, utredning, diagnostisering og behandling av pasienter i henhold til oppdrag som er gitt foretaket de siste årene.	Avklares senere	Nov-jan
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Legemiddelberedskap</li> </ul>	<p>Deltakelse i fellesrevisjon med Sykehusapotekene for undersøkelse av legemiddelberedskap.</p> <p>Med legemiddelberedskap forstås tiltak for å forebygge, begrense eller håndtere kriser og andre uønskede hendelser innen sykehus og sykehusapotek. Legemiddelberedskap inngår som en viktig del av den samlede beredskap ved ulykker, katastrofer, krisetilstander eller situasjoner med forsyningssvikt. Det vil si å sikre pasienter tilgang til viktige og kritiske legemidler slik at nødvendig medisinsk behandling kan opprettholdes i en beredskapssituasjon.</p> <p>Helseregionene og det enkelte helseforetak har fått et større ansvar for legemiddelberedskap og har plikt til å sikre forsyning av legemidler ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kriser og katastrofer</li> <li>Ekstraordinære hendelser</li> <li>Forsyningssvikt</li> </ul>	5 revisjoner	Okt-nov

	DDT stab -Kvalitetsledelse	Vurdere ivaretagelse av kvalitetsleders rolle vs. akkrediteringskrav, NA dok og kontroll med krav i lover og forskrifter.	Avklares senere	Desember
HMS og ytre miljø	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruk og oppfølging av handlingsplaner i HMS-arbeidet</li> </ul>	Avklares senere	4-5 revisjoner	Mai og okt
Personvern/ informasjons- sikkerhet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opplæring i IKT og systemeierrollen</li> </ul>	Vurdere systemeierens ivaretagelse av ansvar for opplæring for å sikre at brukerne av systemet har riktig kompetanse.	Avklares senere	April-juni