

## Styresak

---

Dato dok.:	29.11.2021	Administrerende direktør
Møtedato:	08.12.2021	
Vår ref.:	15/08974-42	Postadresse: 1478 LØRENSKOG
		Telefon: +47 67 96 00 00
Vedlegg:	Revisjonsplan 2022-2023	

### Sak 92/21 Revisjonsplan 2022-2023

Revisjonsplan en for 2022-2023 omfatter 17 interne revisjoner på foretaksnivå som skal gjennomføres på oppdrag fra administrerende direktør. Planen dekker områdene pasientsikkerhet, HMS/ytre miljø og personvern/ informasjonssikkerhet. Ansvar for å gjennomføre revisjonene ligger hos foretaksrevisjonen. Planen bygger på innspill og vurderinger fra divisjonene og klinikkene, tillitsvalgte og hovedverneombud, samt foretaksrevisjonen. Så langt det er mulig, er det tatt hensyn til områder Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst planlegger å revidere, og områder eksterne tilsynsmyndigheter har uttalt forventninger til at foretaket selv reviderer.

I brev av 2.7.21 fra Helse Sør-Øst RHF v/konsernrevisjonen, bes styret vurdere i hvilken grad foretakets egen internrevisjon kan ivareta lokale behov for revisjoner. Saken omfatter en kort beskrivelse og vurdering av foretakets systemer for internrevisjon.

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

1. Styret tar revisjonsplan 2022-2023 til orientering.
2. Styret vurderer at foretakets egen internrevisjonsfunksjon i stor grad kan ivareta lokale behov for revisjoner, men ønsker samtidig at Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst opprettholder revisjon i foretaket på om lag samme nivå som tidligere år.

Øystein Mæland  
Administrerende direktør

*Dokumentet er elektronisk godkjent*

## **Foretakets systemer for internrevisjon**

Systemet omfatter:

- revisjoner på foretaksnivå på oppdrag fra administrerende direktør
- revisjoner av farmasøytiske områder
- revisjoner på divisjonsnivå

### Revisjoner på foretaksnivå på oppdrag fra administrerende direktør

Akershus universitetssykehus etablerte i 2015 en egen enhet for internrevisjon (foretaksrevisjonen) med ansvar for interne revisjoner på foretaksnivå (jf. styresak 27/14). Revisjonene gjennomføres på oppdrag fra administrerende direktør som del av det overordnede ansvaret for intern styring og kontroll.

Hensikten er å bekrefte om internkontroll er etablert og virker som forutsatt (kontroll av etterlevelse) og bidra til forbedringer på områder som revideres gjennom kunnskap som bringes opp gjennom arbeidet.

Siden ordningen ble etablert er det gjennomført om lag 60 revisjoner, i hovedsak på områdene pasientsikkerhet, HMS og ytre miljø, personvern og informasjonssikkerhet og forskning. Arbeidet utføres av foretaksrevisjonens fast ansatte revisorer sammen med fagpersoner fra divisjonene.

#### *Bruk av resultater*

Avvik behandles og lukkes av leder for enheten som er revidert. For eventuelle forhold som må ivaretas gjennom forbedringstiltak på tvers av enheter og/eller nivåer, utarbeides det handlingsplaner. I disse tilfellene koordineres som oftest arbeidet med å utarbeide og følge opp handlingsplaner av sentral stab.

Administrerende direktør er mottaker av revisjonsrapporter. Revisjoner relatert til pasientsikkerhetsområdet behandles i kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg på foretaksnivå, alternativt også på divisjonsnivå. På tilsvarende vis blir revisjoner relatert til helse-, miljø- og sikkerhet, herunder ytre miljø, behandlet av arbeidsmiljøutvalg på foretaksnivå og/eller divisjonsnivå. Revisjoner relatert til området personvern og informasjonssikkerhet behandles av sykehusledelsen, mens revisjoner på området forskning behandles i sykehusets felles forskningsutvalg.

Styret mottar årlig rapport med oppsummering av interne revisjoner som er gjennomført av foretaksrevisjonen. I samme rapportering inngår oppsummering av eksterne tilsyn og revisjoner i regi av tilsynsmyndigheter, Konsernrevisjonen og Riksrevisjonen.

#### *Samhandling og koordinering med Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst*

I tillegg til interne revisjoner på oppdrag fra administrerende direktør, har foretaksrevisjonen ansvar for å koordinere og følge opp eksterne tilsyn og revisjoner i regi av ulike tilsynsmyndigheter, Riksrevisjonen og Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst.

Det følger av foretaksrevisjonens mandat at den skal legge til rette for og understøtte Konsernrevisjonen Helse Sør-Østs interne revisjoner i foretaket. For å oppnå dette er det dialog om revisjonsplaner slik at foretakets egne internrevisjoner kan styres mot områder som Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst ikke dekker.

I tråd med anmodning fra Helse Sør-Øst, har Akershus universitetssykehus de tre siste årene sørget for at det gis styrebehandlete innspill til revisjonstemaer til Konsernrevisjonen Helse Sør-Østs revisjonsplan. Innspill som ikke kommer med i den regionale revisjonsplanen, tas i den utstrekning det er mulig inn i foretaksrevisjonens revisjonsplan.

## Revisjoner av farmasøytiske områder

Sykehusapotekene har siden 1996 gjennomført interne revisjoner innen legemiddel-håndtering på basis av avtale inngått med Akershus universitetssykehus. Siden 2007 har de også gjennomført årlige fellesrevisjoner i foretaksgruppen innen legemiddelhandtering. Hensikten med revisjonene er å undersøke om aktuelle lover og forskrifter og interne prosedyrer etterleves, samt å avdekke forbedringsområder.

Sykehusapotekene gjennomfører ca. 75 internrevisjoner og 5 fellesrevisjoner hvert år. Tema for de interne revisjonene bestemmes i samarbeid med legemiddelkoordinator for Akershus universitetssykehus og leder for tjenestefarmasøytene ved Sykehusapoteket. Revisjonene baserer seg på avviksmeldinger og erfaringer farmasøytene gjør seg i arbeidet ute i klinikken i løpet av et år. Tema for de årlige fellesrevisjonene bestemmes av Regionalt legemiddelforum. Hvilke enheter som skal revideres velges ut fra tema i samarbeid mellom legemiddelkoordinator og leder for tjenestefarmasøytene.

### *Bruk av resultater*

Avvik etter Sykehusapotekenes revisjoner følges opp i linjen og må lukkes av ansvarlig leder. Det utarbeides en tiltaksplan som sendes med hver rapport. Svar på tiltaksplan sendes til tjenestefarmasøytene på Sykehusapoteket.

Revisjonsrapportene sendes til divisjons-/klinikkdirektør, avdelingsleder, seksjonsleder og legemiddelansvarlig sykepleier. Det utarbeides også divisjonsvise og klinikkvise årsrapporter som sendes sykehusledelsen.

## Revisjoner på divisjonsnivå

På divisjonsnivå gjennomføres det internrevisjon som del av akkreditering og kvalitetssikring i diagnostikk- og teknologidivisjonen på oppdrag fra divisjonsdirektør. Revisjonene er nedfelt i en langtidsplan med hovedområder som strekker seg over 5 år for å sikre at alle divisjonens aktiviteter revideres i løpet av perioden. Det utarbeides også en årlig plan med oversikt over hvilke områder som planlegges revidert i løpet av året.

Hensikten med revisjonene er å fremskaffe informasjon om hvorvidt styringssystemet er implementert og i samsvar med krav beskrevet i standarder, lover, forskrifter og eventuelt andre kravdokumenter samt egne krav til styringssystemet. Antall revisjoner er relativt stabilt over år, og omfattet i 2020 om lag 18 revisjoner. Arbeidet utføres av divisjonens kvalitetsstab og utdannede revisorer fra avdelingene.

### *Bruk av resultater*

Avvik må behandles og lukkes av ansvarlig leder på det nivået som avviket hører hjemme, og følges opp ved bruk av det elektroniske kvalitets-/avvikssystemet. Revisjonsrapporter går til leder av revidert(e) enhet(er) og divisjonsdirektør.

## Vurdering

Foretakets systemer for internrevisjon omfatter revisjoner på foretaksnivå og divisjonsnivå. Disse dekker først og fremst områdene pasientsikkerhet, HMS og ytre miljø, personvern og informasjonssikkerhet, forskning, farmasøytiske områder og akkrediterte tjenester innenfor områder som laboratoriefag, radiologi mv., hvor det er høye krav til kvalitetsledelse og styringssystemer.

Samlet sett vurderes foretakets systemer for internrevisjon i stor grad å kunne ivareta lokale behov. Dette gjelder både behov for bekreftelse av om internkontroll er etablert og fungerer tilfredsstillende, og behov for grundigere gjennomgang som grunnlag for anbefalinger om forbedringstiltak.

Samtidig er Konsernrevisjonen Helse Sør-Østs revisjoner viktige for foretaket. Gjennom datafangst, analyse og vurderinger på tvers av foretakene i regionen bidrar revisjonene til større innsikt og et godt kunnskapsgrunnlag for å forbedre virksomheten. Det vil også være områder hvor foretakets egen internrevisjonsfunksjon ikke vil være tilstrekkelig uavhengig for å kunne gjennomføre revisjoner. Dette gjelder blant annet for revisjon av foretakets styringssystem for virksomhetsstyring, hvor foretaksrevisjonen har enkelte drifts- og utviklingsoppgaver. Her vil revisjon enten måtte skje i regi av Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst eller gjennom innleie av ekstern bistand. Akershus universitetssykehus ønsker derfor at Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst opprettholder revisjon i foretaket på om lag samme nivå som tidligere år.

# Revisjonsplan 2022-2023

Akershus universitetssykehus HF

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

## 1. Formålet med planen

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

Revisjonsplanen skal gi:

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

## 2. Grunnlaget for planen

Planen dekker områdene *pasientsikkerhet*, *HMS/ytre miljø*, *personvern/informasjonsikkerhet og forskning*<sup>1</sup>, og bygger på innspill fra divisjonene, internrevisjonsnettverket, de tillitsvalgte, hovedverneombudet, personvernrådgiver, informasjonssikkerhetsleder og foretaksrevisjonens egne vurderinger. Så langt det har vært mulig, er det tatt hensyn til hvilke områder Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst planlegger å revidere, og områder som eksterne tilsynsmyndigheter har forventninger til at foretaket selv reviderer.

Fra og med 2022 inntas to nye temaer - smittevern<sup>2</sup> (område *pasientsikkerhet*) og bruk av MTU<sup>3</sup> (område *personvern/informasjonsikkerhet*). Ved valg av temaer og tidspunkt for gjennomføring, er det lagt vekt på at revisjon må kunne bidra til forbedringer og at planen må kunne gjennomføres innenfor tilgjengelige ressurser og kompetanse.

## 3. Planlagte revisjoner 2022-2023

Revisjonsplanen for 2022-2023 omfatter til sammen 17 revisjoner:

Område	Systemrevisjoner	Utvidede revisjoner	Kliniske fagrevisjoner
Pasientsikkerhet	2	1	2
HMS og ytre miljø	4	3	2
Personvern og informasjonssikkerhet	2	1	0

*Systemrevisjonene* har til formål å bekrefte om det er samsvar mellom praksis og krav i lov- og regelverk slik at eventuelle avvik kan lukkes. Revisjonene er relativt enkle og krever mindre ressurser enn utvidede revisjoner og kliniske fagrevisjoner. De *utvidede revisjonene* har til formål å få undersøke om et område fungerer etter hensikten samt bruke kunnskap om dette til å forbedringer. Revisjonene består av faktakartlegging, vurderinger og anbefalinger til forbedringstiltak. De *kliniske fagrevisjoner* har til formål å forbedre kvaliteten på diagnostikk og behandling opp mot beste praksis. Revisjonene utføres typisk ved at kollegaer/fagfeller vurderer hverandres praksis.

<sup>1</sup> For 2022-2023 er det ikke planlagt interne revisjoner på forskningsområdet – kun kontroller.

<sup>2</sup> Handlingsplan for et bedre smittevern med det mål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner 2019-2023, Helse- og omsorgsdepartementet 2019.

<sup>3</sup> Sluttrapport fra Prosjekt oppfølging av tiltak etter analyse av risiko for brudd på informasjonssikkerhet og Medisinsk teknisk utstyr, Ahus, 2020.



Område	Tema	Bakgrunn	Hensikt	Omfang	Planlagt oppstart
Pasientsikkerhet	Smittevern	Regjeringen lanserte i 2019 en Handlingsplan for et bedre smittevern. Gjennom oppdrags- og bestiller dokumentet er Ahus pålagt å følge opp denne. På grunn av koronapandemien er arbeidet blitt noe forsinket, både hos Ahus og hos andre aktører som Ahus delvis er avhengig av for å kunne gjennomføre sine tiltak. Ett av tiltakene med frist for gjennomføring innen 2021 har ordlyd som følger: <i>Internrevisjon (tiltak 35)</i> <i>Helseforetakene skal i løpet av handlingsplan-perioden gjennomføre interne revisjoner om smittevern, inkludert utarbeide en oppfølgingsplan.</i>	<i>Systemrevisjon –</i> Undersøke i hvilken grad systemet for opplæring i smittevern fungerer, og om utvalgte krav til smittevern etterleves.	1 revisjon på tvers av MD og KD	Vår 2022
	Sykepleie-dokumentasjon - veiledende behandlingsplaner (VBP)	Mange sykepleiere benytter ikke VBP, men oppretter nytt dokument for hver vakt og med til dels mangelfull informasjon. Dette fører til at mange dokumenter må åpnes for å finne aktuell dokumentasjon ved et opphold, og spesielt ved hendelser hvor det etterspørres dokumentasjon fra andre instanser som for eksempel Helsetilsynet og Fylkesmannen. Intern revisjon vurderes som hensiktsmessig for å se nærmere på om det er opprettet VBP for pasienter, om VBP for pasienten revideres under oppholdet og om innholdet i VBP er i henhold til gjeldende prosedyrer.	<i>Utvidet revisjon –</i> Styrke sykepleie-dokumentasjon gjennom å kartlegge og vurdere praksis og se på mulige forbedringstiltak.	1 revisjon på tvers av MD, KD, DPH	Høst 2022
	Utlokaliserte pasienter	Med «Utlokalisert pasient» menes innskrevet pasient som på grunn av plassmangel, mottar helsetjenester på en annen sengepost enn den som har fagspesifikk kompetanse på pasientens aktuelle helseproblem. Overføringer av pasienter mellom organisatoriske enheter innebærer en generell risiko for pasientsikkerheten. Risikoen øker ytterligere dersom pasienter flyttes til sengeposter som ikke har spesifikk kompetanse på pasientenes helseproblem. Alvorlige symptomer kan bli oversett, undervurdert eller underrapportert, noe som kan resultere i manglende eller utilstrekkelige tiltak og mangelfulle helsetjenester til pasientene. Utlokalisering av pasienter innebærer at kravene til sikkerhetstiltak øker og at lederne og medarbeiderne må ha skjerpet bevissthet om risikostyring og risikohåndtering.	<i>Klinisk fagrevisjon –</i> Undersøke og vurdere om det blir gjort vurdering av forsvarlighet/risiko i forbindelse med avgjørelse om utlokalisering. Hvem har hovedansvar for disse pasientene. Videre hvordan moder-avdelingen har oversikt over og følger opp behandling av utlokaliserte pasienter.	1 revisjon på tvers av KD, OK og MD	Høst 2023

	<p>Pasientsikkerhet - Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand, med særlig oppmerksomhet på sepsis</p>	<p>De siste rapportene om 30 dagers overlevelse fra FHI viser at Ahus har overdødelighet, blant annet på sepsis. Dette er noe av det som skal forebygges ved systematisk bruk av observasjon, skåring og riktig respons. Dette er områder med lav skår for implementering iht innsatsområder fra I trygge hender 24-7.</p> <p>Det er ønskelig å undersøke i hvilken grad Ahus følger opp nasjonalt faglig råd for Tidlig oppdagelse av forverret somatisk tiltak, gjennom</p> <p>a) bruk av skåringsverktøy og riktig respons i klinikk b) tverrfaglig deltakelse på proACT- undervisning</p>	<p><i>Klinisk fagrevisjon</i> – Undersøke i hvilken grad enhetene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• har system for å sikre deltakelse i tverrfaglig opplæring (proACT)</li> <li>• gjennomfører systematisk observasjoner og skåringer</li> <li>• følger anbefalt respons ved forverret tilstand, herunder tilkalling av MIG og vurdering av høyere behandlingsnivå</li> </ul>	<p>1 revisjon på tvers av MD og KD</p>	<p>Vår 2023</p>
	<p>Samstemming av legemidler - Oppfølging av innsatsområder i «I trygge hender 24/7»</p>	<p>Behov for enhetlige overordnende rutiner som etterleves og systemer som legger til rette</p> <p>Sykehusapoteket har gjort 5 revisjoner i 2020 på krav som stilles til legemiddelsamstemming i «Tiltakspakke for Samstemming av legemiddellister», IS-0455. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-23. Som følge av revisjonen blir det nå etablert en nivå-1 prosedyre for legemiddelsamstemming. Den er i høringsfasen og skal deretter implementeres.</p>	<p><i>Systemrevisjon</i> – Undersøke i hvilken grad nivå-1 prosedyre for legemiddelsamstemming etterleves.</p>	<p>1 revisjon på tvers av KK, OK, MD og KD</p>	<p>Høst 2023</p>
<p>HMS og ytre miljø</p>	<p>Strålevern</p>	<p>Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet har forventninger om at Ahus gjennomfører interne revisjoner vedrørende strålevern og bruk av stråling, ref. godkjenning for medisinsk bruk av røntgen og MR. Revisjon bør se på temaer som</p> <p>1) ansvar og roller, 2) yrkesmessig eksponering, 3) kompetanse og opplæring, 4) skjerming og bruk av verneutstyr og 5) medisinsk strålebruk.</p>	<p><i>Systemrevisjon</i> – Undersøke i hvilken grad krav til strålevern etterleves.</p>	<p>2 revisjoner (sted ikke fastsatt)</p>	<p>Høst 2022</p>



Strålevern	Systematisk gjennomgang og evaluering av i hvilken grad klinisk praksis ved bildediagnostiske undersøkelser og behandlinger gjennomføres i henhold til interne prosedyrer og nasjonale anbefalinger for berettigede og optimaliserte undersøkelser/ behandlinger. Temaer velges sammen med fagmiljøene.	<i>Klinisk fagrevisjon</i> – Systematisk gjennomgang og evaluering av klinisk praksis.	2 revisjoner (sted ikke fastsatt)	Høst 2023
Ytre miljø	Undersøke etterlevelse av lovkrav og interne retningslinjer/rutiner. Tema: Avfall og kjemikalier	<i>Systemrevisjon</i> – Undersøke om lovkrav og interne krav i miljøledelsessystemet etterleves.	2 revisjoner (sted ikke fastsatt)	Høst 2022
Arbeidsbelastning (HR)	Dette feltet er komplekst og sammensatt, og det vil derfor være behov for å se på flere parameter. Foretaket har over tid hatt høyt sykefravær, mange AML brudd og flere avvik på arbeidsbelastning. Målet er å undersøke hvordan organisatoriske forhold, avvik, AML brudd og sykefravær følges opp, og om dette er i tråd med interne føringer og rutiner, og overordnet lovverk. Det er også forventninger om at tilsynsmyndighetene vil vie dette området oppmerksomhet i kjølvannet av Pandemien.	<i>Utvidet revisjon</i> – Internkontroll, sikre ivaretagelse av ansatte, fokus på området, etterlevelse av krav i lovverk, OBD, egne HMS-mål og handlingsplan.	1 revisjon på tvers av fire utvalgte divisjoner (sted ikke fastsatt)	Vår 2023
Registrering av gjennomførte kurs i Læringsportalen	Det er avdekket store avvik mellom deltakelse og registreringer av obligatorisk klasseromsundervisning i Læringsportalen. Avvikene gjelder både HMS-opplæring av ledere, 40 timers HMS-opplæring for AMU og VO og praktisk brannvern. Avvikene skyldes bl.a. uleselige signaturer på deltakerlister, deltakere glemmer å signere og at listene ikke legges inn i systemet. Det er også flere tilfeller hvor deltakere er påmeldt opplæring, men ikke møter. Det er ikke tilstrekkelige prosedyrer for å følge opp dette i ettertid.	<i>Utvidet revisjon</i> – Styrke registrering av utførte kurs gjennom å kartlegge og vurdere praksis og se på mulige forbedringstiltak. Hva er årsakene til mangelfull dokumentasjon.	1 revisjon på tvers av KD, KK og sentral stab	Høst 2022
Medisinsk teknisk utstyr	Opplæring i sikker bruk av medisinsk utstyr og dokumentasjonen av denne har betydning for pasientsikkerhet og HMS. Manglende opplæring og/eller dokumentasjon på dette har vært en utfordring på Ahus over år. DSB har gitt avvik på dette ved flere tidligere eksterne tilsyn. Det er derfor viktig å følge opp for å avdekke årsaker.	<i>Utvidet revisjon</i> – Undersøke og vurdere årsakene til manglende opplæring og/eller dokumentasjon av opplæring.	1 revisjon på tvers av avdelinger i KD	Vår 2023

Personvern/ informasjonssikkerhet	Oppslag i pasientjournal	Oppslag i pasientjournal er et av kontrollområdene definert i handlingsplan for personvern og informasjonssikkerhet for 2020. Hensikten er å undersøke om krav til oppslag i pasientjournal etterleveres i foretaket. Kontrollen er besluttet gjennomført som en systemrevisjon og er derfor inntatt i revisjonsplanen for 2020.	<i>Systemrevisjon</i> - Undersøke om krav til oppslag i pasientjournal etterleveres.	1 revisjon på tvers av MD, KD, OK, KK og BUK	Vår 2022
	De registrertes rettigheter; hvilken informasjon gir Ahus om reservasjonsrett og innsynsrett, og ivaretagelse av dette	Ahus skal legge til rette for at de registrerte skal kunne gjøre sine rettigheter etter personvernregelverket gjeldende, og rettigheten skal som hovedregel gis innen 30 dager.	<i>Utvidet revisjon</i> - Undersøke i hvilken grad Ahus har systemer og rutiner på plass for å etterleve de registrertes rett til reservasjon og innsyn.	1 revisjon på tvers av HR, DDT, FID og EMH	Høst 2022
	Medisinsk teknisk utstyr	Det registreres, behandles og lagres opplysninger om pasienten i MTU. Arbeid med informasjonssikkerhet og personvern for MTU har vist høy risiko for at krav til håndtering av personopplysninger ikke blir oppfylt. Med bakgrunn i PRIM prosjektet har sykehusledelsen besluttet at MTU skal inntas i revisjonsplanene.	<i>Systemrevisjon</i> – Undersøke i hvilken grad krav til håndtering av personopplysninger i MTU etterleveres.	1 revisjon på tvers av utvalgte divisjoner (sted ikke fastsatt)	Vår 2023