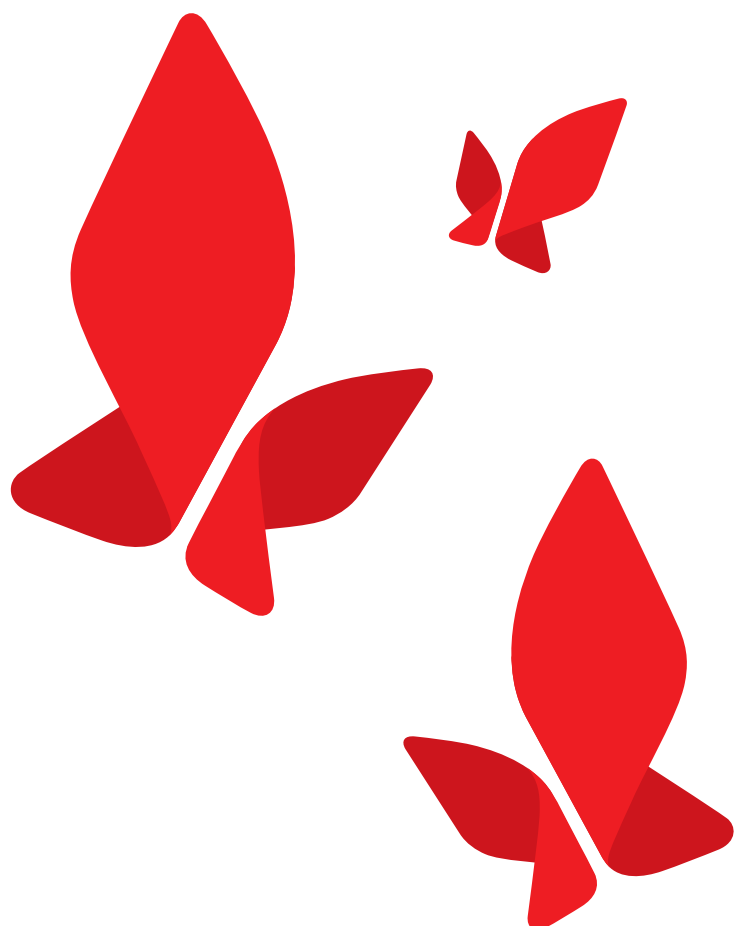


Rapport

Ledelsens gjennomgang 2025

Utarbeidet av: Lene Helminsen
Kontrollert av: Marit Flåskjer



Innhold

Innledning.....	3
Bakgrunn	3
Ledelsens gjennomgang.....	3
Oppsummering av Ledelsens gjennomgang 2025	5
Generell internkontroll.....	6
Resultat av egenvurderingen	6
Sammenstilling – analyse og resultat.....	6
Iverksatte tiltak etter LGG 2024	8
Konklusjon	8
Kvalitet og pasientsikkerhet, inkl MTU.....	9
Resultat av egenvurderingen	9
Sammenstilling – analyse og resultat.....	9
Iverksatte tiltak etter LGG 2024	10
Konklusjon	10
HMS arbeidsmiljø og ytre miljø.....	11
Resultat av egenvurderingen	11
Sammenstilling – analyse og resultat.....	11
Iverksatte tiltak etter LGG 2024	12
Konklusjon	12
Personvern og informasjonssikkerhet.....	13
Resultat av egenvurderingen	13
Sammenstilling – analyse og resultat.....	13
Iverksatte tiltak etter LGG 2023	14
Forskning	15
Resultat av egenvurderingen	15
Sammenstilling – analyse og resultat.....	15
Iverksatte tiltak etter LGG 2023	16
Samlet vurdering av styringssystemet	17
Plan for forbedring av styringssystemet	17

Innledning

Bakgrunn

Ledelsens gjennomgang (LGG) er en systematisk gjennomgang og vurdering av styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at styringssystemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Styringssystemet skal sikre at aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i tråd med krav fastsatt i lovgivningen som omfatter foretaket. Dette innebærer i praksis å sikre at styringssystemet dekker krav i lov og forskrift, krav og føringer fra Helse Sør-Øst, og at det bidrar til samordning og koordinering av prosesser for virksomhetsstyring og internkontroll i foretaket.

Krav til gjennomføring av LGG er forankret i *Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten* og *Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst (HSØ)*.

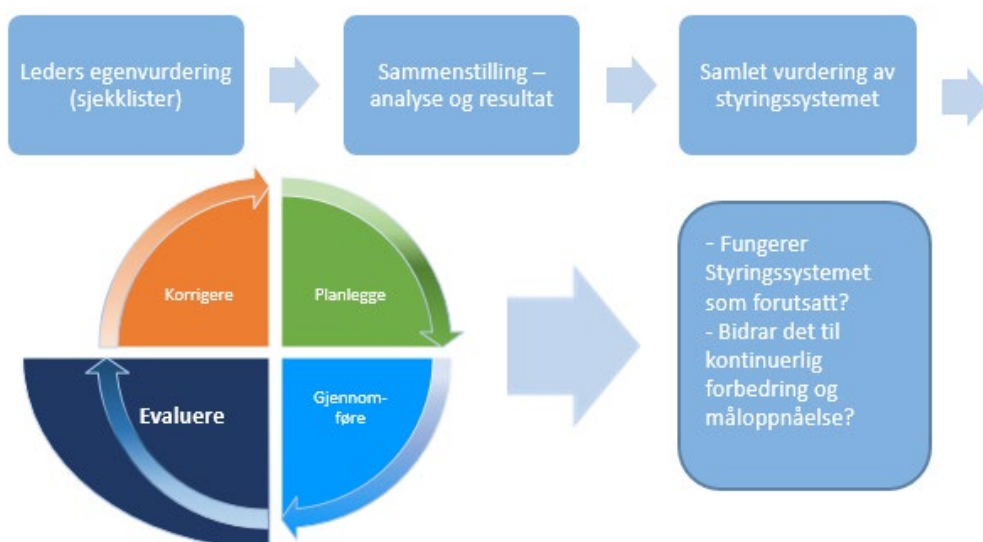
Ledelsens gjennomgang skal gjennomføres årlig og rapporten behandles av sykehusledelsen. Som del av sitt tilsynsansvar skal styret påse at styringssystemet fungerer som forutsatt, og behandler derfor rapporten i styremøte i juni.

Det gjennomføres en egen LGG for informasjonssikkerhet årlig for å ivareta kravene i Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse – og omsorgssektoren (Normen).

Ledelsens gjennomgang

Prosess for LGG består av følgende steg:

- Leders egenvurdering (sjekklister)
- Sammenstilling – analyse og resultat
- Samlet vurdering av styringssystemet (denne rapporten)



Leders egenvurdering

Leders egenvurdering gjennomføres ved at ledere på alle nivå fyller ut sjekklister relatert til Styringssystemet. Sjekklister dekker følgende internkontrollområder;

- Sjekkliste 1 – Generell internkontroll
- Sjekkliste 2 – Kvalitet og pasientsikkerhet, inkludert MTU
- Sjekkliste 3 – HMS/arbeidsmiljø/ytre miljø
- Sjekkliste 4 – Personvern/informasjonsikkerhet
- Sjekkliste 5 – Forskning

Sjekklister er utarbeidet i samarbeid med fagansvarlige for internkontrollområdene.

Sammenstilling – analyse og resultat

Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet er ansvarlig for å sammenstille resultatet fra ledernes egevaluering for hele foretaket som grunnlag for rapport til Ledelsens gjennomgang. I tillegg innhentes annen relevant styringsinformasjon som underbygger resultatene fra egevalueringen. Dette kan være informasjon fra interne revisjoner, eksterne tilsyn, avvik og forbedringsområder, risikovurderinger, kvalitetsindikatorer, LGG informasjonssikkerhet mm.

Konklusjoner innen hvert internkontrollområde avstemmes med de fagansvarlige.

Samlet vurdering av styringssystemet

Rapport fra Ledelsens gjennomgang inneholder en samlet vurdering av Styringssystemet, inkludert områder med behov for forbedring og forslag til tiltak.

Rapporten er underlaget for Ledelsens gjennomgang i Sykehusledermøtet (SLM). Her skal man også vurdere hvorvidt tidligere vedtatte tiltak har hatt ønsket effekt.

LGG skal i tillegg ta stilling til følgende;

- fungerer styringssystemet som forutsatt og bidrar det til kontinuerlig forbedring av virksomheten
- overholdes gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger
- bidrar styringssystemet til å oppnå ønskede mål og resultater

Dersom det vil komme endringer som berører virksomheten (eks forskriftsendringer, nye nasjonale veiledere og retningslinjer, nye krav fra eiere) skal man vurdere om det er behov for endringer i styringssystemet.

Oppsummering av Ledelsens gjennomgang 2025

LGG ble gjennomført med redusert omfang i 2024. Det ble vurdert å være tilstrekkelig å gjennomføre på de 3 internkontrollområdene med størst behov for forbedring, basert på resultatene i 2023.

For 2025 ble det vedtatt i SLM at egenvurdering for alle 5 internkontrollområder skulle gjennomføres.

Fordeling av sjekklister og svarprosent

<i>Sjekkliste</i>	<i>Mottakere</i>	<i>Ant sendt ut</i>	<i>Ant svar</i>	<i>Prosent svar</i>
1. Generell	Alle ledere	218	201	92%
2. Kvalitet og pasientsikkerhet, inkl MTU	Alle ledere i klinisk virksomhet	160	147	92%
3. HMS, arbeidsmiljø og ytre miljø	Alle ledere	218	197	90%
4. Personvern og informasjonssikkerhet	Alle ledere	218	200	92%
5. Forskning	Ledere på nivå 2 og 3 i klinisk virksomhet	34	33	97%

Resultat og krav til tiltak

<i>Resultat</i>	<i>Forklaring</i>	<i>Tiltak</i>
	Mer enn 90 % av ledere har svart bekreftende	Tiltak er ikke nødvendig
	Mellom 50 og 90 % av lederne har svart bekreftende	Tiltak bør vurderes/iverksettes
	Mindre enn 50 % av lederne har svart bekreftende	Tiltak skal iverksettes

Det ble gjort en evaluering etter gjennomføring av LGG i 2024 sammen med fagansvarlige for internkontrollområdene. Den viste behov for enkelte justeringer med forenkling av språk og tekst i sjekklister og reduksjon av antall spørsmål.

Bilder som er lagt inn i denne rapporten under hvert kapittel, er ment for oversikt og er ikke tenkt at skal leses detaljert. Et detaljert bilde for hvert av internkontrollområdene er lagt som vedlegg til rapporten til orientering.

Resultatene for områdene *Generell internkontroll*, *Kvalitet og pasientsikkerhet*, og *HMS/Arbeidsmiljø/ytre miljø* sammenliknes med resultatene fra 2024. *Personvern og informasjonssikkerhet* og *Forskning* sammenliknes med resultater fra 2023 da disse ikke ble vurdert i 2024.

Det er også gjort en evaluering av om de tidligere iverksatte tiltak har hatt tilstrekkelig effekt. Dette er beskrevet for hvert av internkontrollområdene under.

Generell internkontroll

Resultat av egenvurderingen

	Administrerende direktør med staber	Avdeling for billediagnostikk	Divisjon FM	HR	Klinikk for kirurgi	Klinikk for kvinne-barn	Klinikk for medisin	Kraftavdelingen	Medisin og helsefag	Senter for laboratoriemedisin	Teknologi og e-helse	Økonomi	Sum	
Jeg er kjent med min stillingsbeskrivelse som beskriver ansvar og myndighet for mitt ledernivå	100	100	94	88	97	90	91	97	75	100	100	100	100	95
Jeg er kjent med hvilke fullmakter jeg har i kraft av min lederrolle	100	85	94	100	88	100	85	91	75	100	100	100	100	91
Min enhet har et oppdatert dokument som viser attestasjons- og anvisningsmyndighet	100	100	77	88	83	90	79	82	50	83	100	100	100	84
Min enhet har et dokument som beskriver virksomheten jeg er leder for	0	100	94	77	83	90	82	95	50	83	100	100	100	88
Jeg har gjort medarbeidere i min enhet kjent med retningslinjer og prosedyrer i EK	100	100	94	100	93	90	79	93	75	100	100	100	50	91
Min enhet har en tilpasset prosedyresamling (kvalitetshåndbok)	0	100	88	88	83	90	82	88	75	83	100	66	75	85
Min enhet har tildelt/utarbeidet kompetanseplaner i Kompetanseportalen	100	100	77	66	86	90	88	88	100	100	88	83	25	86
Jeg følger opp at kompetanseplaner for mine medarbeidere blir gjennomført	100	85	77	77	58	90	70	73	100	66	88	100	75	73
Jeg har satt meg inn i styrende dokumenter som gjelder for mitt ansvarsområde	100	85	100	88	76	100	64	91	75	100	100	100	100	85
Jeg har satt meg inn i Oppdrag og bestilling og de mål og oppdrag som er relevante for min enhet	100	71	100	77	86	90	79	80	100	100	100	83	100	86
Jeg har oversikt over risikoer/riskoområder i min enhet	100	85	100	100	83	100	70	91	100	91	100	100	75	88
Jeg har satt meg inn i prosedyrer for håndtering av uønskede hendelser/avvik	100	100	94	77	93	100	88	95	75	100	100	100	75	93
Min enhet er omforent om hvilke saker som skal meldes som uønsket hendelse/avvik	100	85	94	66	86	80	85	75	50	100	100	83	75	83
Jeg ivaretar meldeplikten som gjelder for uønskede hendelser/avvik	100	100	100	88	97	100	100	97	100	100	100	100	100	98
Jeg har gjort den interne varslingsordningen kjent for mine medarbeidere	100	71	100	88	83	100	79	91	75	83	88	100	50	88
Jeg behandler og følger opp interne revisjoner i tråd med gjeldende krav	100	100	100	100	93	100	91	95	100	100	100	100	75	95
Jeg behandler og følger opp eksterne tilsyn i tråd med gjeldende krav	100	100	100	100	97	100	94	95	100	100	100	100	100	97
Min enhet har iverksatt tiltak basert på resultat av fjorårets ledelsens gjennomgang (LGG)	100	85	66	55	58	70	61	62	75	66	88	83	100	64
	88	92	91	85	85	92	81	88	77	92	97	94	81	87

Sammenstilling – analyse og resultat

Resultat fra leders egenvurdering, viser fortsatt variasjon i etterlevelse av krav innen den generelle internkontrollen.

Krav til organisering, ansvar og myndighet viser høy grad av samsvar, med unntak av om ledere har et dokument som viser attestasjons – og anvisningsmyndighet. Funn etter intern revisjon viste at det ikke var samsvar mellom etablert praksis knyttet til attestasjon og anvisning med det som er beskrevet i fullmaktstrukturen for ledere på nivå 4. Videre er det kjent at begrensninger i GAT gjør at deler av fullmaktstrukturen ikke kan overholdes. På bakgrunn at dette er det iverksatt tiltak som skal avvikle rettigheter i GAT som bryter med sykehusets fullmaktstruktur. Når dette er iverksatt må det gjøres en vurdering av om det fortsatt er behov for et eget dokument i hver enhet som beskriver attestasjon og anvisningsmyndighet.

Hele 95 % svarer bekreftende på at de er kjent med egen stillingsbeskrivelse og 91 % at de er kjent med egne fullmakter. Dette er ikke i tråd med funn fra Konsernrevisjonens rapport «Operativ planlegging og budsjettering». I denne rapporten fremkommer det at ansvar og myndighet for de ulike ledernivåene er utydelig og at der er uklare rollebeskrivelser mellom ledernivå og mellom enkelte enheter.

De fleste har en prosedyresamling (Kvalitetshåndbok) som er tilpasset egen enhet og denne er gjort kjent for medarbeiderne. Intern revisjon har avdekket at krav til – og beskrivelser av – hvilke dokumenter som skal utarbeides på enhetsnivå, bør forenkles. Det er iverksatt tiltak basert på funn etter revisjonen, som skal tydeliggjøre og forenkle kravene.

85 % av lederne har tildelt kompetanseplaner i Kompetanseportalen, og 73 % som at de som ledere følger opp at kompetanseplanene blir gjennomført. Fagutviklingsrådgivere har i flere enheter delegert

dette ansvaret fra egen leder. Dette er i tråd med beskrivelse i interne styrende dokumenter og det bekreftes fra Fag – og kompetanseavdelingen at kompetanseplaner i stor grad følges opp.

Det er variasjon i oppfølging av tildeling av planer til den enkelte medarbeider. Det er kun to områder som har automatisk tildeling av kompetanseplaner (nyansatt og legemiddelhåndtering). Ved å vurdere mer utstrakt bruk av automatisk tildeling av kompetanseplaner, kan man i større grad sikre at medarbeidere får riktige og fullstendige planer.

86 % av lederne bekrefter at de setter seg inn i Oppdrag og bestilling og mål og oppdrag som er relevante for dem. Det er imidlertid stor variasjon mellom enhetene. Leders oppgaver og ansvar knyttet til oppdrag og bestilling er ikke beskrevet i prosedyrer, og variasjonen kan dermed ha sammenheng med fokus dette har fra ledere på ulike nivå. Dersom alle ledere aktivt skal forholde seg til Oppdrag og bestilling bør dette beskrives i relevante prosedyrer og/eller stillingsbeskrivelser.

Grad av samsvar knyttet til risiko er ikke direkte sammenliknbart med 2024 på grunn av endringer i styrende dokumenter og spørsmål som er lagt inn i egenvurderingen for ledere. Vi ser en økning i antall risikovurderinger i det elektroniske verktøyet sammenliknet med samme tidspunkt i 2024. Dette samsvarer også med et økt antall forespørsler knyttet til fasilitering av risikovurderinger til kvalitets – og pasientsikkerhetsavdelingen.

Tiltakene etter LGG 2023 og 2024 - økt fokus og arbeid med risikovurderinger generelt, flere gjennomførte kurs og oppdaterte og forenklede prosedyrer – ser dermed ut til å ha hatt ønsket effekt i den grad at flere er klar over at risikovurderinger skal gjennomføres. Det er for tidlig å vurdere om etablering og evaluering av tiltak følger samme trend.

Arbeidet med oppfølging og tiltak etter Riksrevisjonens rapport «Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene» pågår fortsatt. HSØ har besluttet at det skal utarbeides felles føringer for Risikostyring i HSØ. SØ avventer videre beslutninger i HSØ før arbeidet gjenopptas.

LGG 2025 inkluderer et punkt om hvorvidt enhetene har en omforent forståelse av hvilke hendelser som skal meldes i Synergi. Her ser vi samsvar på 83 %, men med stor variasjon mellom enheter. Fra tilsyn gjennomført i 2023/2024, samt interne revisjoner, ser man at det er utarbeidet felles retningslinje for type hendelser som skal meldes i Synergi, øker antall meldte hendelser og meldekultur blir bedre.

Lavest score på området generell internkontroll er knyttet til evaluering og forbedring, det samme som for 2024. Kvalitets – og pasientsikkerhetsavdelingen har gått igjennom alle relevante styrende dokumenter og tydeliggjort leders ansvar/krav til evaluering og forbedring. Endringene er ikke tilstrekkelig implementert og bør overvåkes før det eventuelt iverksettes flere tiltak. Oppfølging av siste års LGG, som er etterspurt her, gjøres av kun 64 % av lederne.

Iverksatte tiltak etter LGG 2024

Mål	Tiltak	Status
Heve kompetanse og øke bevissthet knyttet til risikovurdering.	Etablere en systematikk for strategisk og operasjonell risikostyring, med styrende dokumenter, opplæring og verktøy for gjennomføring.	Pågår, Videreført fra 2023.
	Gjennomføre kurs i risikostyring.	Utført. Skal gjennomføre 2 kurs pr år.
	Anbefalinger fra Riksrevisjonens rapport <i>Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene</i> inkluderes i relevante styrende dokumenter.	Pågår, Videreført fra 2023
Sikre tydelighet i kravene knyttet til evaluering av tiltak.	Gjennomgå relevante styrende dokumenter for å sikre at ansvar og oppgaver knyttet til oppfølging og evaluering av tiltak etter internkontrollaktiviteter er tydelig beskrevet og kommunisert.	Utført.

Konklusjon

Det er fortsatt behov for forenkling og tydeliggjøring i styrende dokumenter. Det bør spesifiseres hvilke dokumenter som skal utarbeides på de ulike nivåene – på foretaksnivå og på enhetsnivå. Dette vil gi en mer omforent praksis, samtidig som arbeidet for ledere på nivå 4 kan reduseres. Ansvar og oppgaver for ledere relatert til Oppdrag og bestilling bør også beskrives og kommuniseres, for å sikre enhetlig tilnærming.

Fullmactsstrukturen er ikke i samsvar med gjeldende praksis. Det er iverksatt arbeid med å korrigere for dette. Når dette er gjennomført vil det være behov for å vurdere om det fortsatt er behov for at enheter har en egen beskrivelse av attestasjons – og anvisningsmyndighet.

For å sikre riktige og fullstendige kompetanseplaner for alle medarbeidere, og å redusere arbeid for ledere, kan det vurderes å etablere flere kompetanseplaner som kan tildeles automatisk.

Det er fortsatt behov for forbedring innen oppfølging og evaluering etter internkontrollaktiviteter. Dette prioriteres ikke i tilstrekkelig grad av ledere, til tross for at det er et tydelig krav i *Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenesten*. Forbedringsarbeid er iverksatt, men det er fortsatt for tidlig å se effekt. Avventer derfor ytterligere tiltak.

Kvalitet og pasientsikkerhet, inkl MTU

Resultat av egenvurderingen

	85	64	42	68	90	90	100	100	74
	85	71	100	68	90	100	0	85	79
	100	76	100	48	87	50	100	42	74
	100	92	100	88	87	100	100	100	91
	85	80	71	84	82	50	100	100	82
	100	85	100	92	80	100	100	100	87
	85	83	71	76	92	100	100	100	85
	85	73	85	88	82	100	100	100	82
	85	78	71	68	92	50	100	100	81
	71	83	57	84	90	100	100	100	84
	71	87	85	100	100	100	100	100	96
	85	88	71	96	95	100	100	100	91
	71	64	71	72	77	50	100	100	72
	71	61	57	68	70	100	0	71	66
	100	76	71	80	90	50	0	85	81
	85	66	36	68	90	50	100	100	74
	71	66	100	72	67	50	100	100	71
	57	76	85	48	67	100	100	100	69
	84	77	75	76	85	76	84	93	80

Sammenstilling – analyse og resultat

Leders egenvurdering innen kvalitet og pasientsikkerhet viser samme grad av samsvar på overordnet nivå som i 2024, men det er endringer på klinikknivå.

Det er større grad av samsvar knyttet til etablering og drift av Kvalitetsråd enn tidligere. Det samme gjelder for bruk av Kvalitetsråd til forbedringsarbeid. Dette er i tråd med hensikten av tiltakene som ble etablert etter LGG 2023, som var å tydeliggjøre retningslinjene både for hvilke enheter som skal ha eget kvalitetsråd, og mandatet til kvalitetsrådene.

82 % av lederne svarer at de er kjent med medisinsk teknisk utstyr (MTU) og ansvaret og oppgavene som er lagt til deres funksjon. Dette er uendret fra 2024. Også i år det stor variasjon mellom enhetene og for enkelte enheter bør det iverksettes tiltak utover det som er gjort tidligere.

Det er en nedgang fra 82 % til 75 % i enheter som har utarbeidet mål og tiltak for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet basert på krav i prosedyrer, lov og forskrift. Kravet er ikke beskrevet i interne dokumenter, kun i Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenesten. For at ledere skal være kjent med krav om utarbeidelse av mål og tiltak for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, bør dette beskrives tydelig i et egnet internt dokument. Her bør det også beskrives hvilke nivå som skal utarbeide egne mål, og om man eventuelt kan benytte mål og tiltak som er utarbeidet på nivå over.

Saksgang knyttet til saker i NPE er kjent for 72 % av lederne. Alle nye ledere med behov for kjennskap til saksgangen i NPE saker får nå en kort innføring i dette igjennom lederopplæring som gjennomføres av kvalitet og pasientsikkerhetsavdelingen.

Resultat knyttet til risiko for internkontrollområdet Kvalitet og pasientsikkerhet viser stor grad av samsvar. Pasientsikkerhetsvisitter i kliniske enheter, som gjennomføres etter plan en gang i måneden av administrerende direktør og kvalitetssjef, bekrefter at det iverksettes risikoreduserende tiltak der det er identifisert behov.

Resultat av leders egenvurdering viser en økning fra 85 % til 93 % i bruk av uønskede hendelser for refleksjon og læring. Dette kan forklares med bedre opplæring og fokus på forbedringsarbeid etter alvorlige hendelser, og at dette er en del av nytt mandat for kvalitetsrådene (omtalt i generell internkontroll).

Resultatet av leders egenvurdering viser at bruk av kvalitetsindikatorer i forbedringsarbeidet har økt fra 71 % til 87 % fra 2024 til 2025. Det er fokus på dette igjennom Virksomhetsstrategien, Balansekraft og arbeidet med ventetider og fristbrudd, som ser ut til å gi resultater. Svarene bekrefter ikke at resultatene brukes til forbedringsarbeid (evaluering/forbedring) i enhetene, eller om man kun følger med på variasjoner og trender. Krav og forventning til ledere om hvordan man skal arbeide med Kvalitetsindikatorer er ikke beskrevet.

Iverksatte tiltak etter LGG 2024

Mål	Tiltak	Status
Økt kjennskap til Håndbok for MTU.	Gjøre <i>Håndbok for medisinsk teknisk utstyr</i> bedre kjent i organisasjonen.	Utført
Økt bruk av kvalitetsregister til forbedringsarbeid og reduksjon av uønsket variasjon.	Arbeidsgruppen jobber videre med utvalgte indikatorer for kvalitetsheving i SØ. Resultater etter egenvurderingen kan benyttes til å identifisere enheter som ikke bruker kvalitetsregister og evt iverksette ytterligere tiltak.	Pågår, Videreført fra 2023.
Økt bruk av kvalitetsutvalg/kvalitetsråd til forbedringsarbeid.	Krav til etablering av kvalitetsutvalg/kvalitetsråd i egen enhet er tydeliggjort. Leder skal benytte kvalitetsutvalg/kvalitetsråd til å styrke arbeidet med evaluering av tiltak etter internkontrollaktiviteter og til å videreutvikle forbedringsarbeid i egen enhet.	Utført.

Konklusjon

For internkontrollområdet kvalitet og pasientsikkerhet ser vi også at enkelte krav og forventninger til ledere ikke er tilstrekkelig beskrevet. En tydelig beskrivelse av roller og ansvar bør etableres og gjøres kjent for ledere. Dette gjelder etablering av mål og tiltak knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet, og hvilke krav som stilles til de ulike nivåene. For kvalitetsindikatorer mangler beskrivelse av leders rolle i bruk, oppfølging og rapportering av kvalitetsindikatorer.

Håndbok for MTU er fortsatt ukjent for enkelte ledere. Tiltak er gjennomført, men her bør det gjøres målrettede tiltak for å nå ut til enheter som ikke kjenner håndboken.

HMS arbeidsmiljø og ytre miljø

Resultat av egenrevisjonen

	Administrerende direktør med rådgiver	Avdeling for bildelagmatikk	Divisjon FM	HR	Klinikk for kirurgi	Klinikk for kvinnehelse	Klinikk for medisin	Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	Krøftavdelingen	Medisin og tannlege	Senter for laboratoriediagnostikk	Teknologi og e-helse	Økonomi	Sum
Jeg er kjent med arbeidsgivers ansvar for valg av verneombud, inkludert at det skal inngås skriftlig samarbeidsavtale mellom verneombud og leder	100	100	100	88	100	100	90	100	75	100	100	100	75	96
I min enhet medvirker verneombud, medarbeidere og tillitsvalgte i planlegging og gjennomføring av det systematiske HMS- og arbeidsmiljøarbeidet	100	100	100	77	93	88	87	95	75	83	88	100	75	91
Jeg er kjent med hvor jeg finner krav og retningslinjer knyttet til HMS/arbeidsmiljø/ytre miljø som gjelder for SØ og min enhet	100	100	100	100	86	88	78	97	75	100	100	100	50	90
Jeg er kjent med krav til HMS-/arbeidsmiljøopplæring for medarbeidere som rapporterer til meg	100	100	100	88	83	88	81	95	75	91	100	100	50	89
Jeg sikrer nødvendig HMS-/arbeidsmiljøopplæring gjennomføres for medarbeidere som rapporterer til meg	100	85	88	88	76	88	81	90	75	83	100	100	50	84
Min enhet har dokumentert mål og tiltak for arbeidet med HMS/arbeidsmiljø og ytre miljø i handlingsplan, og denne er gjort kjent for medarbeiderne som rapporterer til meg	100	85	83	66	72	88	75	78	81	58	88	100	100	76
Min enhet jobber systematisk med risikovurderinger knyttet til:														
i. organisatoriske faktorer, herunder organisering og gjennomføring av arbeidet	100	85	94	77	76	88	75	88	75	83	88	83	100	83
ii. psykososiale faktorer og emosjonell helsebelastning	100	71	100	77	83	88	72	90	75	75	88	83	100	84
iii. fysiske faktorer, herunder lokaler, støy, brannvern mm	100	85	94	66	86	88	84	95	75	83	100	83	75	87
iv. ergonomi, forflytning og tunge løft	100	85	94	77	79	88	72	88	50	66	100	83	100	82
v. kjemiske faktorer (håndtering og eksponering av kjemikalier)	100	85	94	100	86	88	78	100	75	100	100	100	100	91
vi. biologiske faktorer og smittevern	100	85	88	100	86	88	84	92	75	100	100	100	100	90
vii. stråling	100	71	100	100	97	88	90	97	100	100	100	100	100	95
viii. ytre miljø	100	71	83	100	79	88	75	88	75	83	100	83	75	83
ix. vold og trusler	100	85	83	88	83	88	78	97	50	75	100	83	75	85
Min enhet behandler og følger opp uønskede HMS-hendelser / avvik	100	85	94	100	88	100	96	97	75	100	100	100	100	96
Min enhet gjennomfører faste kartleggings- og forbedringsaktiviteter som verneundervisning, medarbeidersamtaler, Forbedring mm	100	85	100	77	93	100	84	97	75	91	77	100	75	91
Min enhet dokumenterer nødvendige tiltak etter kartleggings- og forbedringsaktiviteter i handlingsplan, og følger opp disse	100	100	94	77	69	88	75	95	75	75	77	100	50	82
Jeg løfter HMS- og arbeidsmiljørelaterte saker som involverer flere enheter til neste nivå for behandling i samarbeidsmøte, kvalitetsråd, AMU eller ledermøte	100	100	100	88	90	88	75	92	100	91	100	100	75	90
Medarbeidere i min enhet får informasjon fra partssammensatte arenaer med verneombud og tillitsvalgte (samarbeidsmøte / kvalitetsråd)	100	85	88	66	86	88	69	97	50	75	100	83	50	83
	100	87	94	85	85	90	80	93	71	85	95	94	78	87

Sammenstilling – analyse og resultat

Resultater fra leders egenrevisjon viser fortsatt at ledere er godt kjent med organisering, ansvar og myndighet når det gjelder HMS/arbeidsmiljø og ytre miljø.

76 % av ledere oppgir at de utarbeider mål og tiltak for HMS/arbeidsmiljø og ytre miljø, dokumenterer dette i elektronisk handlingsplan og gjør denne kjent for sine medarbeidere.

Resultatet er uendret fra 2024 til tross for tiltak som temamøter og demokurs ble iverksatt etter 2023 og videreført i 2024.

Det er et lovhjemlet krav at ledere på alle nivå skal utarbeide og dokumentere mål og tiltak for det systematiske HMS- og arbeidsmiljøarbeidet. Resultatet indikerer at styrende dokumenter bør gjennomgås for å sikre at kravene er tydelige beskrevet og kommunisert. I tillegg bør det vurderes om det kan gjøres en forenkling ved at ledere kan videreføre mål og tiltak som gjelder for nivå over.

Ledere gjør ikke handlingsplanen kjent for sine medarbeidere i tilstrekkelig grad. Dette samsvarer med funn i intern revisjon gjennomført i 2024 med miljøledelse som tema.

Det har vært fokus på standardisering og forenkling av risikovurderinger knyttet til HMS/ arbeidsmiljø i 2024-2025 og resultatene viser en økning i samsvar. Det er i tråd med dokumentasjon i elektronisk verktøy for risikovurdering, og antall henvendelser til kvalitet og pasientsikkerhetsavdelingen knyttet til tema. Arbeidet med å utvikle maler for lovpålagte risikovurderinger som beskrevet i Strategi for HMS og arbeidsmiljø 2024-2027, anbefales videreført.

I alle enheter er det stor grad av samsvar i behandling og oppfølging av meldte uønskede HMS-hendelser. Dette er i tråd med statistikk hentet fra Synergi og funn i intern revisjon med HMS/arbeidsmiljø som revisjonstema.

Hovedprosedyre for systematisk HMS og arbeidsmiljøarbeid skal revideres i 2025, blant annet for å samle og tydeliggjøre alle krav til ledere når det gjelder dette tema. Funn fra LGG 2025 knyttet til handlingsplanen som er beskrevet her, tydeliggjøres i oppdatert prosedyre.

Iverksatte tiltak etter LGG 2024

Mål	Tiltak	Status
Heve kompetanse og øke bevissthet knyttet til risikovurdering (HMS/arbeidsmiljø/ytre miljø).	Økt brukervennlighet ved å standardisere risikovurderinger. Arbeidet skal bygge på krav i lov og forskrift, kjente risikofaktorer og beste praksis fra SØ og andre helseforetak. Utarbeides også for biologiske faktorer, ergonomi, forflytning og tunge løft, psykososialt arbeidsmiljø.	Utført, Har maler for ergonomi, vold og trusler, biologiske faktorer.
Økt synlighet og fokus på klima og miljø	Etablere overordnet handlingsplan, basert på spesialisthelsetjenestens syv delmål for klima og miljø.	Utført.

Konklusjon

Tidligere etablerte tiltak knyttet til standardisering og forenkling av risikovurderinger, inkludert informasjon, implementering og opplæring, videreføres for å ferdigstille mal for psykososialt arbeidsmiljø. Deretter bør fokus være på implementering og ibruktakelse av etablerte maler.

Oppdatering av hovedprosedyre for HMS og arbeidsmiljø som allerede er iverksatt, bør inneholde forbedringstiltak knyttet til å dokumentere mål og tiltak i elektronisk handlingsplan som beskrevet i LGG rapport 2025.

Personvern og informasjonssikkerhet

Resultat av egenvurderingen

	Administrerende direktør med ansvar	Avdeling for bibliotekgjennomskikk	Divisjon FM	HR	Klinikk for kirurgi	Klinikk for kvinne- og barn	Klinikk for medisin	Klinikk for psykiatri, helsevern og tula	Kreftavdelingen	Medisin og helsebygg	Senter for laboratoriediagnostikk	Teknologi og e-helse	Økonomi	Sum
Jeg har satt meg inn i sikkerhetsinstruksen for informasjonssikkerhet	100	85	94	77	81	90	82	93	75	91	100	100	100	88
Jeg er kjent med mitt ansvar som leder knyttet til informasjonssikkerhet i egen enhet i henhold til prosedyre "Informasjonssikkerhet - organisering av arbeidet"	100	100	100	88	83	100	73	93	75	100	100	100	100	89
Jeg har gjort medarbeidere i min enhet kjent med krav og retningslinjer knyttet til personvern og informasjonssikkerhet som gjelder for SØ og min enhet	100	71	100	88	76	70	82	66	75	100	88	100	100	87
Jeg er kjent med at det må etableres supplerende rutiner som ikke er dekket av de generelle rutinene for bortfall av IKT-tjenester	100	100	100	55	83	100	79	79	100	91	100	100	75	85
Min enhet har dekkende rutiner for bortfall av IKT-tjenester	100	100	100	55	90	100	91	74	75	66	100	66	75	85
Jeg har gjort mine medarbeidere kjent med føringer for lagring og deling av taushetsbelagt informasjon utenfor fagsystemene, slik som Teams, e-post og mapper	100	85	88	88	83	80	85	97	33	100	88	100	100	88
Jeg har gjort mine medarbeidere kjent med oppdaterte retningslinjer knyttet til bruk av mobiltelefon	100	71	88	77	67	90	73	79	75	91	100	100	75	79
Jeg har gjort mine medarbeidere kjent med retningslinjer knyttet til bruk av sosiale medier	100	71	88	77	76	90	73	88	50	91	100	100	75	82
Jeg har gjort mine medarbeidere kjent med prosedyrer for bruk av kunstig intelligens	100	57	61	77	51	96	91	57	75	58	66	83	25	52
Jeg har gjort mine medarbeidere kjent med at avvik og uønskede hendelser knyttet til brudd på personopplysningsloven/GDPR skal meldes i Synergi	100	100	94	100	81	100	85	88	50	100	100	100	75	89
Jeg deaktiverer tilgang i IKT-tjenester for medarbeidere som har sluttet eller har endret arbeidsoppgaver	100	100	77	88	83	100	70	81	75	83	88	100	100	83
Jeg har oversikt over behandling av personopplysninger i min enhet. For eksempel gjennomgang av lagringsområder og interne kvalitetsprosjekter	100	85	88	77	62	100	67	74	75	91	88	100	100	77
Jeg sørger for at medarbeidere i min enhet ikke tar i bruk IKT-systemer som ikke er godkjent i SØ	100	100	94	77	90	90	79	93	75	100	100	100	75	90
	100	86	90	79	77	92	75	82	65	89	94	98	82	82

Sammenstilling – analyse og resultat

Resultatene fra området personvern og informasjonssikkerhet sammenliknes med tallene fra 2023, da LGG 2024 ikke omfattet dette internkontrollområdet. Resultatene er ikke direkte sammenliknbare siden det er gjort endringer i styrende dokumenter, både som følge av tiltak etter LGG 2023 og funn etter interne og eksterne revisjoner.

Det er verdt å merke seg at kjennskap til sikkerhetsinstruks for informasjonssikkerhet er lavere nå enn i 2023. Det samme er andel ledere som gjør egne medarbeidere kjent med retningslinjer for bruk av sosiale medier og mobiltelefon. Resultatene er vurdert å være mer realistiske nå enn i 2023, fordi de den gang ikke samsvarte med annen styringsinformasjon. Det er planlagt en internrevisjon med personvern som tema høsten 2025, som følge av at «digital kommunikasjon med eksterne», og «bevissthet rundt tilgang og lagring», er avdekket som risikoområder.

Nye retningslinjer om kunstig intelligens (KI) ble etablert og publisert i 2025. Lav grad av samsvar i spørsmålene knyttet til KI er derfor som forventet. Det samme gjelder for prosedyren om bruk av mobiltelefon, som nylig er oppdatert og publisert. I løpet av 2025 er det planlagt et arbeid for å sikre at SØ har prosedyrer og retningslinjer for å etterleve ISO 42001 – Ledelsessystem for kunstig intelligens. Utover oppfølging og evaluering av nye retningslinjer, er det ikke behov for ytterligere tiltak.

Det er gjennomført 3 eksterne tilsyn som omhandler personvern og/eller informasjonssikkerhet i 2024. Forbedringstiltak er i all hovedsak gjennomført og tilbakemelding fra tilsynsmyndighet er mottatt. For ett av tilsynene pågår arbeidet fortsatt. Dette er rettet mot organisasjonens modenhet og vil i noen grad omfatte endringer i styringssystemet. Dette følges opp i egne fora.

Ved enkelte enheter der behandling av personopplysninger er sentralt, er grad av samsvar for lavt. Det er viktig at tiltak iverksettes her og følges opp av informasjonssikkerhetsleder.

Iverksatte tiltak etter LGG 2023

Mål	Tiltak	Status
Sikre tydelighet og samstemming av krav til kompetanse og opplæring innen informasjonssikkerhet og personvern.	Gjennomgå prosedyrer knyttet til informasjonssikkerhet/personvern. Sikre tydelighet i kravene til kompetanse og opplæring, og at disse er i samsvar dersom de omtales i flere dokument. Etablere e-læringskurs som legges inn i Kompetanseportalen.	Utført.
Øke kjennskap og bevissthet om personvern og informasjonssikkerhet.	Inkludere Sikkerhetsinstruks i kompetanseplaner for alle medarbeidere. Sikkerhetsansvarlig skal delta på fagdager i ulike enheter.	Utført.

Konklusjon

Det er flere pågående tiltak knyttet til personvern, både interne initiativ og fra eksterne tilsyn. Flere av disse tiltakene vil ha effekt på områder der LGG 2025 viser for lav grad av samsvar. Det er derfor ikke behov for ytterligere tiltak.

Det er flere nye og oppdaterte prosedyrer som omhandler personvern og informasjonssikkerhet i 2024, og det er for tidlig å vurdere om disse har hatt ønsket effekt.

Forskning

Resultat av egenvurderingen

	Avdeling for bildedlagprosjekt	Klinikk for kirurgi	Klinikk for kvinne-barn	Klinikk for medisin	Kretsavdelingen	Medisin og helsesteg	Senes for laborator	Sum
Min enhet har pågående forskningsprosjekter	100	72	100	62	100	100	100	81
Jeg er kjent med at Sykehuset Østfold har et forskningsutvalg	100	100	100	87	100	0	100	93
Jeg er kjent med ansvaret jeg som leder har knyttet til forskningsprosjekter	100	90	100	100	85	100	100	93
Jeg er kjent med ansvarsfordelingen i forskningsprosjekter ved SØ	100	81	100	50	71	100	100	72
Jeg er kjent med sykehusets prosjektregister for forskningsprosjekter	100	63	100	75	85	100	100	78
Jeg er kjent med at alle nødvendige godkjenninger internt og eksternt må være på plass før forskningsprosjekt kan igangsettes	100	90	100	100	100	100	100	96
Jeg er kjent med SØ sin forskningsstrategi	100	54	100	87	71	0	0	69
Min enhet har utarbeidet handlingsplan for forskning	0	36	100	37	14	0	0	33
Jeg er kjent med prosjektleders ansvar for å melde uønskede og uventede medisinske hendelser som antas å ha sammenheng med pågående forskning	100	72	100	87	85	100	100	84
	88	73	100	76	79	66	77	78

Sammenstilling – analyse og resultat

Resultatene sammenliknes med de som fremkom etter LGG høsten 2023, da Forskning ikke var omfattet av LGG 2024.

Vi ser at andel enheter som har pågående forskningsprosjekter er på 81 %, en økning fra 66 %. Dette er i tråd med ønsket utvikling og beskriver økt interesse for forskning i SØ. Dette bekreftes i tillegg ved at det er flere interne søknader relatert til forskning.

Kjennskap til ansvarsfordeling i forskningsprosjekter har økt fra 66 % til 72 %, noe som ser ut til å ha sammenheng med at flere enheter har pågående forskningsprosjekter og ledere da har gjort seg kjent med retningslinjene. Det er derimot fortsatt for få som kjenner til sykehusets prosjektregister for forskningsprosjekter. Det er også noen enheter med pågående forskningsprosjekter som ikke kjenner registeret.

Når det gjelder forskningsstrategi og handlingsplan er grad av samsvar så lav at det bør iverksettes tiltak med oppfølging fra Forskningsavdelingen. Det er 33 % av lederne som har utarbeidet handlingsplan for forskning, en nedgang fra 36 % i 2023 – til tross for vedtatte tiltak rettet mot dette. Tiltakene er iverksatt, men ikke ferdigstilt og fulgt opp. Det bør gjøres en ny vurdering av hvilke enheter som skal utarbeide handlingsplan for forskning, om det er tilstrekkelig at dette gjøres på klinikknivå, og evt om det kan erstattes med et krav om at forskning kan være eget punkt på eksisterende handlingsplan på enheten. Utfallet av vurderingen må beskrives og kommuniseres tydelig fra forskningsavdelingen i relevante styrende dokumenter.

Iverksatte tiltak etter LGG 2023

Mål	Tiltak	Status
Nye og oppdaterte prosedyrer innen forskning.	Inkludere funn fra Statens helsetilsyn i nye og oppdaterte prosedyrer innen forskning	Utført
Sikre tydelighet i krav til handlingsplan	Gjennomgå krav til handlingsplan for forskning beskrevet i forskningsstrategien for å sikre at kravet er tydelig for ledere dette er relevant for.	Pågår

Konklusjon

Tiltaket som ble besluttet gjennomført etter LGG 2023 pågår og resultatene knyttet til de samme områdene viser fortsatt behov for forbedring. Kravene som stilles til klinikker og avdelinger om å utarbeide handlingsplan for forskning må tydeliggjøres og kommuniseres til ledere. Tiltaket videreføres.

I tillegg er det behov for å synliggjøre både Forskningsstrategien og registeret for forskningsprosjekter. Dette kan gjøres i utvidede ledermøter, med jevnlig oppfølging i klinikker.

Samlet vurdering av styringssystemet

Styringssystemet skal sikre at aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i tråd med krav fastsatt i lovgivningen som omfatter foretaket. Dette innebærer i praksis å sikre at det oppfyller krav i lover og forskrifter, krav og føringer fra Helse Sør-Øst og bidrar til samordning og koordinering av prosesser for virksomhetsstyring og internkontroll i foretaket.

LGG har vært gjennomført med denne metodikken siden 2023, og det er nå mulig å se effekt av tidligere tiltak. Enkelte områder der det har vært iverksatt tiltak viser klar forbedring. For andre områder er det for tidlig å se effekt, mens enkelte tiltak ikke har hatt den effekten som var forventet. Her iverksettes nye tiltak i 2025.

Leders egenvurdering viser som tidligere at styringssystemet ivaretar planlegging og gjennomføring av virksomheten i tråd med krav i lov, forskrift og føringer fra oppdragsgivere i stor grad. Men at evaluering og korrigerende av virksomheten er områder med behov for forbedring. Dette er arbeid som krever tid å endre og iverksatte tiltakene må evalueres først etter LGG 2026.

Forslag til forbedringer er beskrevet mer utfyllende for hvert av internkontrollområdene.

Mål og resultater følges opp i ulike rapporterings – og virksomhetsprosesser beskrevet i styringssystemet. Det er ikke grunn til å tro at eventuelt manglende resultat – og måloppnåelse skyldes svakheter i styringssystemet. Funn i LGG indikerer at en forenkling og tydeliggjøring av krav til ledere kan effektivisere noe av deres arbeid relatert til internkontroll.

Vi er ikke kjent med forestående endringer som vil berøre virksomheten (eks forskriftsendringer, nye nasjonale veiledere og retningslinjer, nye krav fra eiere) som medfører behov for endringer i styringssystemet.

Plan for forbedring av styringssystemet

Det utarbeides en plan for forbedring basert på behandling og vedtak i SLM. Dette vil inkludere tiltak etter 2024 som ikke er ferdigstilt, eller har hatt mangelfull effekt.

Rapport etter LGG 2025 beskriver enkelte tiltak som følger av tilsyn og interne revisjoner som har nær sammenheng med styringssystemet. Dette for å synliggjøre at disse kan ha en effekt på områder med forbedring avdekket i LGG og vil bidra til bedre virksomhetsstyring.

Det forventes at ledere på ulike nivå iverksetter tiltak så snart som mulig for å forbedre områder der det er avdekket mangler. Ledere for nivå 2 og 3 har tilgang til resultatene for underliggende enheter, slik at de kan vurdere forbedringsbehov på tvers av avdelinger og seksjoner.

	Administrerende direktør med staber	Avdeling for bildediagnostikk	Divisjon FM	HR	Klinikk for kirurgi	Klinikk for kvinne-barn	Klinikk for medisin	Kreftavdelingen	Medisin og helsefag	Senter for laboratoriemedisin	Økonomi	Sum		
Jeg er kjent med min stillingsbeskrivelse som beskriver ansvar og myndighet for mitt ledernivå	100	100	94	88	97	90	91	97	75	100	100	100	95	
Jeg er kjent med hvilke fullmakter jeg har i kraft av min lederrolle	100	85	94	100	88	100	85	91	75	100	100	100	91	
Min enhet har et oppdatert dokument som viser attestasjons- og ansvarsmyndighet	100	100	77	88	83	90	79	82	50	83	100	100	84	
Min enhet har et dokument som beskriver virksomheten jeg er leder for	0	100	94	77	83	90	82	95	50	83	100	100	88	
Jeg har gjort medarbeidere i min enhet kjent med retningslinjer og prosedyrer i EK	100	100	94	100	93	90	79	93	75	100	100	100	50	91
Min enhet har en tilpasset prosedyresamling (kvalitetshåndbok)	0	100	88	88	83	90	82	88	75	83	100	66	75	85
Min enhet har tildelt/utarbeidet kompetanseplaner i Kompetanseportalen	100	100	77	66	86	90	88	88	100	100	88	83	25	86
Jeg følger opp at kompetanseplaner for mine medarbeidere blir gjennomført	100	85	77	77	58	90	70	73	100	66	88	100	75	73
Jeg har satt meg inn i styrende dokumenter som gjelder for mitt ansvarsområde	100	85	100	88	76	100	64	91	75	100	100	100	100	85
Jeg har satt meg inn i Oppdrag og bestilling og de mål og oppdrag som er relevante for min enhet	100	71	100	77	86	90	79	80	100	100	100	83	100	86
Jeg har oversikt over risikoer/risikoområder i min enhet	100	85	100	100	83	100	70	91	100	91	100	100	75	88
Jeg har satt meg inn i prosedyre for håndtering av uønskede hendelser/avvik	100	100	94	77	93	100	88	95	75	100	100	100	75	93
Min enhet er omforent om hvilke saker som skal meldes som uønsket hendelse/avvik	100	85	94	66	86	80	85	75	50	100	100	83	75	83
Jeg ivaretar meldepliktene som gjelder for uønskede hendelser/avvik	100	100	100	88	97	100	100	97	100	100	100	100	100	98
Jeg har gjort den interne varslingsordningen kjent for mine medarbeidere	100	71	100	88	93	100	79	91	75	83	88	100	50	88
Jeg behandler og følger opp interne revisjoner i tråd med gjeldende krav	100	100	100	100	93	100	91	95	100	100	100	100	75	95
Jeg behandler og følger opp eksterne tilsyn i tråd med gjeldende krav	100	100	100	100	97	100	94	95	100	100	100	100	100	97
Min enhet har iverksatt tiltak basert på resultat av fjorårets ledelsens gjennomgang (LGG)	100	85	66	55	58	70	61	62	25	66	88	83	100	64
	88	92	91	85	85	92	81	88	77	92	97	94	81	87

Sjekkliste 1 Generell internkontroll

	Avdeling for bildediagnostikk	Klinikk for kirurgi	Klinikk for kvinne-barn	Klinikk for medisin	Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	Medisin og helsefag	Senter for laboratr	Sum	
Jeg er kjent med krav til etablering og drift av lokale Kvalitetsråd	100	76	100	65	93	50	100	100	82
Det er etablert Kvalitetsråd i min enhet	100	76	88	72	95	100	0	100	85
Min enhet sørger for at fagprosedyrer er oppdatert iht gjeldende revisjonsintervall	100	93	77	89	82	75	100	100	88
Jeg er kjent med håndbok for medisinsk teknisk utstyr og det ansvaret og de oppgavene som er lagt til min funksjon	85	83	100	62	88	50	100	100	82
Jeg er kjent med ansvar og oppgaver knyttet til opplæring og vedlikehold av kompetanse for MTU som er lagt til min funksjon	100	90	100	75	82	50	100	100	85
Jeg har satt meg inn i pasientrettigheter, nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som gjelder for mitt ansvarsområde	57	81	100	75	91	50	100	100	83
Min enhet har utarbeidet mål og tiltak for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet basert på krav i prosedyrer, lov og forskrift	85	67	77	72	82	50	0	100	75
Min enhet jobber systematisk med tiltak der det avdekkes risiko knyttet til pasientsikkerhet	85	88	100	79	95	100	100	100	90
Jeg gjennomgår jevnlig uønskede pasienthendelser med medarbeidere i egen enhet, for refleksjon, læring og forbedring	100	97	88	86	97	50	100	100	93
Jeg har satt meg inn i saksgang knyttet til behandling av pasientsaker (inkl NPE)	85	79	88	62	66	75	100	100	74
Min enhet bruker Kvalitetsråd til forbedringsarbeid i tråd med oppdatert mandat	85	72	77	72	91	75	0	100	80
Min enhet bruker informasjon fra Kvalitetsråd og Kvalitetsutvalg (KU) til forbedringsarbeid	100	74	77	68	93	50	0	100	80
Min enhet følger opp nasjonale kvalitetsindikatorer som er relevante for min enhet	85	86	77	86	88	100	100	100	87
Jeg er kjent med de krav som stilles til bruk av informasjon fra pasienter, brukere og pårørende	71	81	100	86	95	25	100	100	87
	88	82	89	75	88	64	71	100	84

Sjekkliste 2 Kvalitet og pasientsikkerhet, inkl MTU

	Administrerende direktør med staber	Avdeling for billediagnostikk	Divisjon FM	HR	Klinikk for kirurgj	Klinikk for kvinne-barn	Klinikk for medisin	Kreftavdelingen	Medisin og helsefag	Senter for laboratoriemedisin	Teknologi og e-helse	Økonomi	Sum	
Jeg er kjent med arbeidsgivers ansvar for valg av verneombud, inkludert at det skal inngås skriftlig samarbeidsavtale mellom verneombud og leder	100	100	100	88	100	100	90	100	75	100	100	100	75	96
I min enhet medvirker verneombud, medarbeidere og tillitsvalgte i planlegging og gjennomføring av det systematiske HMS - og arbeidsmiljøarbeidet	100	100	100	77	93	88	87	95	75	83	88	100	75	91
Jeg er kjent med hvor jeg finner krav og retningslinjer knyttet til HMS/arbeidsmiljø/ytre miljø som gjelder for SØ og min enhet	100	100	100	100	86	88	78	97	75	100	100	100	50	90
Jeg er kjent med krav til HMS-/arbeidsmiljøopplæring for medarbeidere som rapporterer til meg	100	100	100	88	83	88	81	95	75	91	100	100	50	89
Jeg sikrer nødvendig HMS-/arbeidsmiljøopplæring gjennomføres for medarbeidere som rapporterer til meg	100	85	88	88	76	88	81	90	75	83	100	100	50	84
Min enhet har dokumentert mål og tiltak for arbeidet med HMS/arbeidsmiljø og ytre miljø i handlingsplan, og denne er gjort kjent for medarbeiderne som rapporterer til meg	100	85	83	66	72	88	75	78	25	58	88	100	100	76
Min enhet jobber systematisk med risikovurderinger knyttet til: i. organisatoriske faktorer, herunder organisering og gjennomføring av arbeidet	100	85	94	77	76	88	75	88	75	83	88	83	100	83
ii. psykososiale faktorer og emosjonell helsebelastning	100	71	100	77	83	88	72	90	75	75	88	83	100	84
iii. fysiske faktorer, herunder lokaler, støy, brannvern mm	100	85	94	66	86	88	84	95	75	83	100	83	75	87
iv. ergonomi, forflytning og tunge løft	100	85	94	77	79	88	72	88	50	66	100	83	100	82
v. kjemiske faktorer (håndtering og eksponering av kjemikalier)	100	85	94	100	86	88	78	100	75	100	100	100	100	91
vi. biologiske faktorer og smittevern	100	85	88	100	86	88	84	92	75	100	100	100	100	90
vii. stråling	100	71	100	100	97	88	90	97	100	100	100	100	100	95
viii. ytre miljø	100	71	83	100	79	88	75	88	75	83	100	83	75	83
ix. vold og trusler	100	85	83	88	83	88	78	97	50	75	100	83	75	85
Min enhet behandler og følger opp uønskede HMS-hendelser / avvik	100	85	94	100	95	100	96	97	75	100	100	100	100	96
Min enhet gjennomfører faste kartleggings- og forbedringsaktiviteter som vernerunde, medarbeidersamtaler, ForBedring mm	100	85	100	77	93	100	84	97	75	91	77	100	75	91
Min enhet dokumenterer nødvendige tiltak etter kartleggings- og forbedringsaktiviteter i handlingsplan, og følger opp disse	100	100	94	77	69	88	75	95	75	75	77	100	50	82
Jeg løfter HMS- og arbeidsmiljørelaterte saker som involverer flere enheter til neste nivå for behandling i samarbeidsmøte, kvalitetsråd, AMU eller ledermøte	100	100	100	88	90	88	75	92	100	91	100	100	75	90
Medarbeidere i min enhet får informasjon fra partssammensatte arenaer med verneombud og tillitsvalgte (samarbeidsmøte / kvalitetsråd)	100	85	88	66	86	88	69	97	50	75	100	83	50	83
	100	87	94	85	85	90	80	93	71	85	95	94	78	87

Sjekkliste 3 HMS/arbeidsmiljø/ytre miljø

	Administrerende direktør med staber	Avdeling for bilddiagnostikk	Divisjon FM	HR	Klinikk for kirurgi	Klinikk for kvinne-barn	Klinikk for medisin	Klinikk for psykiisk helsevern	Kreftavdelingen	Medisin og helsefag	Senter for laboratoriemedisin	Teknologi og e-helse	Økonomi	Sum
Jeg har satt meg inn i sikkerhetsinstruksen for informasjonssikkerhet	100	85	94	77	81	90	82	93	75	91	100	100	100	88
Jeg er kjent med mitt ansvar som leder knyttet til informasjonssikkerhet i egen enhet i henhold til prosedyre "informasjonssikkerhet - organisering av arbeidet"	100	100	100	88	83	100	73	93	75	100	100	100	100	89
Jeg har gjort medarbeidere i min enhet kjent med krav og retningslinjer knyttet til personvern og informasjonssikkerhet som gjelder for SØ og min enhet	100	71	100	88	76	70	82	95	75	100	88	100	100	87
Jeg er kjent med at det må etableres supplerende nødrutiner som ikke er dekket av de generelle nødrutinene for bortfall av IKT-tjenester	100	100	100	55	83	100	79	79	100	91	100	100	75	85
Min enhet har dekkende nødrutiner for bortfall av IKT-tjenester	100	100	100	55	90	100	91	74	75	66	100	66	75	85
Jeg har gjort mine medarbeidere kjent med føringer for lagring og deling av taushetsbelagt informasjon utenfor fagsystemene, slik som Teams, e-post og mapper	100	85	88	88	83	80	85	97	25	100	88	100	100	88
Jeg har gjort mine medarbeidere kjent med oppdaterte retningslinjer knyttet til bruk av mobiltelefon	100	71	88	77	67	90	73	79	75	91	100	100	75	79
Jeg har gjort mine medarbeidere kjent med retningslinjer knyttet til bruk av sosiale medier	100	71	88	77	76	90	73	88	50	91	100	100	75	82
Jeg har gjort mine medarbeidere kjent med prosedyrer for bruk av kunstig intelligens	100	57	61	77	51	90	41	37	25	58	66	83	25	52
Jeg har gjort mine medarbeidere kjent med at avvik og uønskede hendelser knyttet til brudd på personopplysningsloven/GDPR skal meldes i Synergi	100	100	94	100	81	100	85	88	50	100	100	100	75	89
Jeg deaktiverer tilgang i IKT-tjenester for medarbeidere som har sluttet eller har endret arbeidsoppgaver	100	100	77	88	83	100	70	81	75	83	88	100	100	83
Jeg har oversikt over behandlinger av personopplysninger i min enhet. For eksempel gjennomgang av lagringsområder og interne kvalitetsprosjekter	100	85	88	77	62	100	67	74	75	91	88	100	100	77
Jeg sørger for at medarbeidere i min enhet ikke tar i bruk IKT-systemer som ikke er godkjent i SØ	100	100	94	77	90	90	79	93	75	100	100	100	75	90
	100	86	90	79	77	92	75	82	65	89	94	96	82	82

Sjekkliste 4 Personvern og informasjonssikkerhet

	Avdeling for bildediagnostikk	Klinikk for kirurgi	Klinikk for kvinne-barn	Klinikk for medisin	Kreftavdelingen	Medisin og helsefag	Senter for labor	Sum	
Min enhet har pågående forskningsprosjekter	100	72	100	62	100	100	100	81	
Jeg er kjent med at Sykehuset Østfold har et forskningsutvalg	100	100	100	87	100	0	100	93	
Jeg er kjent med ansvaret jeg som leder har knyttet til forskningsprosjekter	100	90	100	100	85	100	100	93	
Jeg er kjent med ansvarsfordelingen i forskningsprosjekter ved SØ	100	81	100	50	71	100	100	0	72
Jeg er kjent med sykehusets prosjektregister for forskningsprosjekter	100	63	100	75	85	100	100	100	78
Jeg er kjent med at alle nødvendige godkjenninger internt og eksternt må være på plass før forskningsprosjekt kan igangsettes	100	90	100	100	100	100	100	100	96
Jeg er kjent med SØ sin forskningsstrategi	100	54	100	87	71	0	0	100	69
Min enhet har utarbeidet handlingsplan for forskning	0	36	100	37	14	0	0	0	33
Jeg er kjent med prosjektleders ansvar for å melde uønskede og uventede medisinske hendelser som antas å ha sammenheng med pågående forskning	100	72	100	87	85	100	100	100	84
	88	73	100	76	79	66	77	77	78

Sjekkliste 5 Forskning