


Sikkerhetsrevisjon iflg. faktaark nr. 6 fra Norm for informasjonssikkerhet

Nr	Sjekkpunkt	Fakta ark	Ok/ ikke ok	Beskrivelse
1	Er det gjennomført nødvendig(e) risikovurdering(er) siste år?	7	Ok	Er gjennomført en rekke ROS-analyser vedr. FIKS. Pågår ROS-analyser av samtlige kliniske systemer. ROS-analysene tas opp på fortløpende på ledermøter etter de blir gjennomført.
2	Er prosedyrene for avviksbehandling ift. informasjonssikkerhet kjent i virksomheten?	8	Ok	19 meldte info.sikk.avvik i 2015. En nedgang på 10 fra 2014. 5 meldte avvik så langt i 2016.
3	Fungerer avviksbehandling ift. informasjonssikkerhet?	8	Ok	De ansatte har nok fortsatt en noe for høy terskel før de melder informasjonssikkerhets avvik, de fleste gjelder fortsatt pasientopplysninger funnet i tøy.
4	Er det etablert nødprosedyrer ved stans i informasjonssystemene?	11 HN- IKT	Ok	Nødprosedyrer for DIPS er etablert. Fra teknisk side (HN-IKT) foreligger det rutiner for håndtering av krisesituasjoner, i tillegg til vaktordninger 24/7. Ved linjebrydd har vi også nå redundante linjer (doble linjer)
5	Gjennomføres det jevnlig kontroll/gjennomgang av hendelsesregistre?	15	Ikke ok	Gjennomføres 4 innsynskontroller årlig, ingen funn av alvorlig karakter. Ved mistanke/behov kan det også bli gjennomført kontroll. Oppfølging av innsynskontrollene har ikke vært god nok.
6	Krypteres helse- og personopplysninger (f.eks. meldingsformidling) som overføres i åpne nett?	16 og 24 HN- IKT	OK	Når det gjelder den delen som faller under Faktaark 24, så krypteres all trafikk mellom sykehusene på nettverksnivå.
7	Er det etablert tilfredsstillende fysisk sikring av områder og datautstyr?	17 HN- IKT	Ok	Dette er i varierende grad tilfredsstillende utenom server rom. De største installasjonene er i samsvar med PR05786 "Fysisk sikring". Nytt midl. datasenter i Tromsø er oppe og går og ROS-analyser er gjennomført her.
8	Er lagringsenhet på bærbart utstyr som benyttes til helse- og personopplysninger kryptert?	18 HN- IKT	Ok	Etter gjeldende prosedyrer er ikke personopplysninger tilgjengelig for lagring på bærbart utstyr. Bærbare datamaskiner som brukes ute på Internett, er gjennom konfigurering ikke godkjent for tilkopling inn på lokalnett for direkte tilgang til tjenester med sensitive personopplysninger.
Nr	Sjekkpunkt	Fakta ark	Ok/ikke ok	Beskrivelse
9	Oppdateres antivirusprogramvaren kontinuerlig?	19 HN- IKT	Ok	Ja, antivirusprogramvaren oppdateres hver time. HN IKT jobber fortløpende med å sikre utstyr som de er ansvarlig for.
10	Tas det daglig sikkerhetskopi?	21 HN- IKT	Ok	Ja, backup tas på alle 3 sykehus enhetene.
11	Oppbevares sikkerhetskopier utenfor huset?	21 HN- IKT	Ok	Ja. Sykehusene har Gb samband og backup skjer til Bodø eller Tromsø der de har backup roboter. Alt av backup går dit. HN-IKT har i driftsavtale med oss ansvar for backup.

12	Er det kontroll med all ekstern tilgang til datasystemer?	22 HN- IKT	Ok	Ekstern tilgang skal være i samsvar med etablerte prosedyrer.
13	Følges "Veileder for fjernaksess for vedlikehold og oppdateringer mellom leverandør og helsevirksomhet" ved eventuell ekstern tilgang?	36 HN- IKT	Ok	Samme svar som til pkt.12
14	Er det etablert relevante avtaler for forskningsprosjekter?	23	Ok	Ja
15	Slettes helse- og personopplysninger når formålet med behandlingen er avsluttet?	25 HN- IKT	Ok	Vedr. Pasopp undersøkelsene blir alt slettet når det skal, her må dedikerte HN-IKT personell svare på om det er gjort.
16	Brukes trådløst utstyr og nett iht. etablerte prosedyrer?	26 HN- IKT	Ok	Trådløse gjestenett er etablert via ikt-bestiller og av enhetene sjøl. (Investerings i nytt trådløsnett, men det kommer ikke i 2016)
17	Etterleves prosedyrene for makulering?	27	Ok	I henhold til resultatene fra gjennomførte ROS-analyser etterleves prosedyrene.
18	Etterleves prosedyrene for bruk av e-post og Internett?	27 og 33	Ok	I henhold til resultatene fra gjennomførte ROS-analyser etterleves prosedyrene.
19	Etterleves prosedyrene for hjemmekontor og mobilt utstyr?	29 og 30 HN- IKT	Ok	Ny hjemmekontor løsning er under implementering, verifisering av brukerne vil da skje.
20	Er det etablert løsning og prosedyrer for autentisering på sikkerhetsnivå 4 ved bruk av mobiltelefoner og nettbrett for tilgang til helseopplysninger?	30 HN- IKT	Ok	Ikke relevant da det pt ikke er etablert løsninger for tilgang til personopplysninger fra mobiltelefoner
21	Byttes passord iht. prosedyrene?	31	OK	Ja. Synkronisering av brukernavn/passord fra flere systemer er allerede etablert og flere vil komme i 2016
22	Følges veileder "Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innefor helse- og omsorgssektoren" ifm utlevering av helse- og personopplysninger?	40	OK	I de aktuelle forskningsprosjektene gjøres det.
23	Etterleves reglene for bruk av SMS i pasientkontakt?	42	OK	Er ikke implementert SMS løsning i DIPS. Hva avdelingene evt. sender ut selv har vi ikke kontroll over
24	Etterleves reglene for bruk av testdata i systemer som inneholder helse- og personopplysninger?	43 HN- IKT	OK	Er ikke kjent med at det ikke etterleves
	Pkt.'er som ikke er ok:			
5	Gjennomføres det jevnlig kontroll/gjennomgang av hendelsesregistre?	15	Ikke ok	Gjennomføres 4 innsynskontroller årlig, ingen funn av alvorlig karakter. Ved mistanke/behov kan det også bli gjennomført kontroll. Oppfølging av innsynskontrollene
	Tiltak:			Oppfølging av at innsynskontrollene gjennomføres.

Tiltakene iverksettes.

Dato: 09.05.2016

Sign: adm. direktør

Ledelsens gjennomgang 2016 – Miljøledelse og styringsverktøy. Versjon 1.0. Basert på PR34984 Ledelsens gjennomgang

Innhold

1. Gjennomgang av miljømål – delmål, handlingsprogram, miljøprestasjon, samsvarsvurdering, systemets effektivitet og oppfølgingstiltak etter ledelsens tidligere gjennomgåelse	51
2. Gjennomgang av miljøpolitikken, hvor velegnet er den og er det behov for forandringer .	51
3. Rapport fra miljørevisjoner som er gjennomført i løpet av året	52
4. Gjennomgang av gjennomført og planlagt kompetanseheving	54
5. Gjennomgang av større miljøavvik og arbeide med å korrigere og forebygge avvik	54
6. Gjennomgang av kostnader, kostnadsbesparelser, ressurser ved miljøarbeidet	54
7. Viktige endringer i lovverket som omhandler ytre miljø og som er av betydning for sykehusdriften	54
8. Resultater fra samsvarsvurderingen	55
9. Oppfølgingstiltak etter ledelsens tidligere gjennomganger	55
10. Oppsummert vurdert risiko.....	55
11. Anbefaling om forbedringer.....	56

Gjennomgang av miljømål – delmål, handlingsprogram, miljøprestasjon, samsvarsvurdering, systemets effektivitet og oppfølgingstiltak etter ledelsens tidligere gjennomgåelse

Vurderinger:

Miljømålene er konkretisert i tidligere gjennomganger og Miljømålene i MS0556 videreføres.

Oversikter viser at restavfallsmengden er redusert med ca 4 %. Energiforbruket er redusert med ca 2 %.

Vannforbruk arbeides det fortsatt med. Legemidler er organisert på nytt gjennom avfallshåndboken. Mat og catering er satt i fokus får å redusere volum på mat som kastes. Kjemikalier og stoffkartotek er ajourført i Eco-online

Alle avdelingene skal ha sine egne miljødokumenter med miljømål basert på Helgelandssykehuset sine generelle miljømål – avdelingene er oppfordret til å revidere egne dokument innen høsten 2016.

Gjennomgang av miljøpolitikken, hvor velegnet er den og er det behov for forandringer

Vurderinger:

Miljøpolitikken MS0555 videreføres. Miljøpolitikken vil revideres i henhold til egen tiltaksplan.

Her vil CO2 i forbindelse med ambulansebåter, biler og pasientreiser få hovedfokus

Rapport fra miljørevisjoner som er gjennomført i løpet av året

Vurderinger:

Sertifiseringsrevisjonen fra Nemko i 2015 med endelig godkjenning i august 2015 resulterte i 10 avvik og 13 anbefalinger. Avvikene ble lukket innen fristen og godkjenningen ble signert 25.8.2015.

Alle anbefalingene er gjennomgått og kommentert i eget oppsett til Nemko.

Anbefalinger fra sertifiseringsrevisjonen

Anbefaling 1 av 13: Oljetanker (Helgeland HF)

Det er startet en kartlegging av oljetankene med tanke på risiko og beredskap ved lekkasje av disse tankene. Det må fremkomme et tydelig ansvar og myndighet i forhold til beredskap som sikrer oppfølging av tankene og varsling ved ulykke.

Anbefaling 2 av 13: Opplærings plan for nyansatte i avdelingene

Det er observert at miljøopplæring i opplæringsplanene bør komme tydeligere frem for nyansatte ved avdelingene. (unntatt VOP-MIR). Det bør fremkomme i planene opplæring ansvarlig og tidspunkt for opplæring.

Anbefaling 3 av 13: Prosjekt-maler (Helgelandssykehuset HF)

Det er gjennomgått prosjekt-maler ved eiendom og samhandling. Her bør det vurderes å legge inn miljø som punkt i planen, og hvordan prosjektet har vurdert miljø hensyn, for eksempel 50 % reising fysisk og 50% videooverføring.

Anbefaling 4 av 13: Lederverktøy for måling av lederprosesser

Det er gjennom revisjonen vurdert hvordan lederprosessene i forhold til implementering av miljøsystemet har fungert i alle ledd. Det fremkommer at flere av områdesjefene og noen av avdelingslederne mangler planlegging og styring av prosesser som kan spores og måles i forhold til miljø implementering. Det anbefales at Helgelandssykehuset HF. innfører planleggingsverktøy for områdesjefer (for eksempel års hjul og handlingsplan som områdesjef for medisinsk avdeling MIR har gjennomført). Samtidig en mal for referater slik at prosesser som blir satt i gang får en tidsfrist og en ansvarlig. Det er i dag lagt inn HMS og avvik som obligatoriske punkter. Det bør vurderes å legge inn Ytre miljø som fast punkt for å innarbeide god kultur for saker og status.

Virksomheten bør også gjøre en felles bestemmelse på hvor mange personalmøter skal gjennomføres årlig slik at det er like forventninger i styringssystemet til gjennomføring av miljøprosesser.

Anbefaling 5 av 13: Vernerunder, rapportering av avvik og forbedringer

Det gjennomføres vernerunder årlig i hver avdeling. Skjemaet som brukes merkes hver sak i forhold til risiko på grønn, gul eller rødt. Saker som havner i rødt felt bør vurderes legges inn i avvikssystemet slik at hovedverneombud og ledelse kan vurdere trender for HMS i virksomheten.

Anbefaling 6 av 13: Retur av lysstoffrør, lyspærer

I forhold til gjennomgang av avfalls hand-boken er det manglende beskrivelse av hvor lysstoffrør og lyspærer skal kasseres.

Anbefaling 7 av 13: Avviksbehandling, Miljø

Det er få avvik knyttet til miljø som er meldt inn i avvikssystemet. Det bør vurderes om ytterligere bevisstgjøring i organisasjonen bør gjennomføres.

Anbefaling 8 av 13: Bevissthet og oppfølging i organisasjonen

Miljø er ikke tatt inn i avdelingsmøtestrukturen. Det ble opplyst av i forbindelse med etablering og igangkjøring av styringssystem for miljø har konkrete miljøaktiviteter vært diskutert og informert om, men det er ikke noe strukturert opplegg i avdelingene for å sette miljø på agendaen i møtene.

Anbefales å vurdere om miljø skal være et fast punkt på agenda for avdelingsmøter, områdemøter og ledermøter.

Anbefaling 9 av 13: Risikovurdering

Ref. annen observasjon om mål og Miljødokument.

Det bør gjennomføres risikovurdering i den enkelte avdeling, og prioritere viktigheten av miljøaspektene gjennom denne.

Anbefaling 10 av 13: Datablad Formalin

Under «lokale regler», Kap. 6.3, står følgende: «Rester av bruksløsning kan spyles ned i avløp med rikelig vann». Dette bør vurderes i forhold til avløpsmottak, og andre alternativer for destruering.

Anbefaling 11 av 13: Bruk av avvikssystemet for forbedringsforslag

I avdelingene skjer det mange forbedringer, men uten at dette blir dokumentert innen rammen av styringssystemet.

Godt eksempel på forbedring er Medisinsk sengepost og rehabilitering i Mosjøen som har gjennom initiativ fra de ansatte fått i gang aktivitet for gjenbruk, påfylling av brukte tonerkassetter til printere. Slike initiativer bør registreres i systemet, og beslutning dokumenteres for eksempel gjennom møtereferat fra avdelingsmøte.

Hos Medisin, Røntgen og røntgenleger, Mosjøen er det satt i verk daglig måling av åpnet, men ubrukt kontrastvæske som må kastes hver dag, med målsetning om å etablere bedre prosedyrer for å redusere mengde som må kastes.

Anbefaling 12 av 13: Kvalitetsråd

I Mosjøen kom det frem at det er etablert forskjellige rådgivende funksjoner i organisasjonen, som Kvalitetsråd, HMS-råd osv. Det bør vurderes om «Miljøråd» bør etableres, eventuelt om Kvalitetsråd kan utvides til å omfatte Miljø.

Anbefaling 13 av 13: Leverandører

Det er satt fokus på ytre miljø i den siste tiden i forhold til anbud. Det forventes at virksomheten ser på øvrige leverandører som for eksempel, vask av ambulanserbiler, leveranse av mat, vask av helsetøy osv. er miljøsertifisert, eller at det stilles krav til kunde i forhold til kjemi, emballasje, osv.

Gjennomgang av gjennomført og planlagt kompetanseheving

Vurderinger:

- For Helgelandssykehuset er gjennomføringsprosenten samlet ca. 63 prosent. I henhold til målet om 70 prosent er dette for lavt noe som skyldes utvalgsgrunnlaget som brukes. Se neste punkt. Totalt er det 1264 (status 14-4-16) som har gjennomført
 - o Det jobbes med en ny kompetanseportal hvor slike utvalgsproblem skal løses
- Opplæring av teknisk og renholdspersonale er gjennomført på enhetene Mo, Mosjøen og Sandnessjøen i 2015. Det er avtalt tilsvarende kurs for de som ikke deltok i 2015 i løpet av våren 2016.
- Det tas i bruk eget/nytt dataprogram for renholdsavdelingen hvor frekvens og bruk av kjemikalier er i fokus
- HR sentret har utarbeidet og jobber med en egen Lederopplæring hvor miljøstyringssystemet er inntatt.
- Nyansatte får innføring i miljøstyringssystemet
- Internrevisjonene viser at kompetanse kan styrkes ytterligere i avdelingene. Dette vil bli løst ved at avdelingen har tatt i bruk ny mal for referat samt at avdelingen er utfordret på å skrive avvik.

Gjennomgang av større miljøavvik og arbeide med å korrigere og forebygge avvik

Vurderinger:

- Avvikssystemet er tilpasset slik at miljøavvik/forbedringer kan meldes spesifikt. Til nå er det meldt 24 miljøavvik/forbedringer. Av disse er det ingen miljøavvik av vesentlig betydning.
- Linjeledelsen setter fokus på viktigheten av at også miljøforbedringer meldes.
- Økt opplæring vil gi økt bevissthet på melding av miljøavvik/forbedringer.
- Miljøavvik/forbedringer tas opp som eget fast punkt på agendaen i AMR og AMU.

Gjennomgang av kostnader, kostnadsbesparelser, ressurser ved miljøarbeidet

Vurderinger:

- Vi er i en fase hvor det dokumenteres status for de forskjellige aspektene og muligheter for besparelser. Tall for 2015 er sammenlignet med tidligere år. Tallene viser en økning i volum avfall. Tallene viser også at andel restavfall av totalen går ned.
- Det må jobbes videre med forbedring av system for miljøregistrering.
- Ledelsen har fokus på å bruke minst mulig ressurser på å løse den samfunnsmessige oppgaven, med spesielt fokus på CO2 utslipp fra pasientreiser, taxitransport og båttransport.
- Foretaket har en egen tiltaksplan for kostnads og miljøreduserende tiltak

Viktige endringer i lovverket som omhandler ytre miljø og som er av betydning for sykehusdriften

Vurderinger:

- Det er gjort en ekstern gjennomgang av de lover og forskrifter vi må forholde oss til.
- Anbefalte endringer vil bli inntatt som en del av oppfølgingskursene som skal gjennomføres for teknisk personell

Resultater fra samsvarsvurderingen

Vurderinger:

- Samsvarsvurderingene for helgelandssykehuset HF er gjennomgått som en del av denne ledelsens gjennomgang.
- Det er ikke gjennomført ny samsvarsvurdering da den eksterne gjennomgangen nylig er gjennomført.
- Samsvarserklæring for alle sykehusenhetene og samlet for Helgelandssykehuset vil bli gjennomført innen kort tid.
- Nye tiltak blir beskrevet i samsvarsvurderingen og effektueres av linjeledelsen.

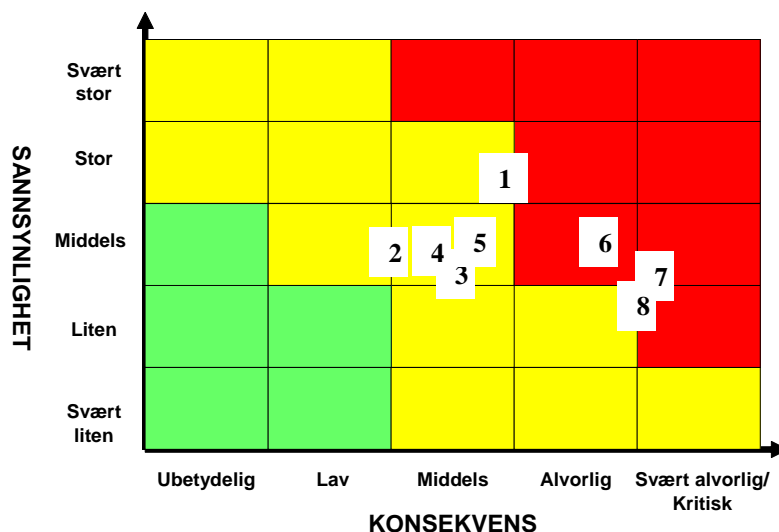
Oppfølgingstiltak etter ledelsens tidligere gjennomganger

Vurderinger:

- Tiltak beskrevet i denne gjennomgangen følges opp av linjeledelsen
- Ledelsens gjennomgang gjøres tertialvis i 2016.

Oppsummert vurdert risiko

Sammenstilt vurdering:



Sannsynlighet	Forklaring
Svært liten	Svært lite sannsynlig/ingen tilfeller
Liten	Mindre sannsynlig/kjenner tilfeller
Moderat	Sannsynlig/flere enkelttilfeller
Stor	Meget sannsynlig/periodevis, lengre varighet
Svært stor	Svært sannsynlig/kontinuerlig

Konsekvens	Forklaring
Ubetydelig	Ingen konsekvens
Lav	Mindre alvorlig/en viss fare
Middels	Betydelig/kritisk

Alvorlig	Alvorlig/farlig
Svært alvorlig/kritisk	Svært alvorlig/katastrofalt

Anbefaling om forbedringer

En samlet vurdering viser at Helgelandssykehuset jobber aktivt og godt på de fleste områder

- Ledelsens gjennomgang viser at de målene som Helgelandssykehuset har satt seg er lagt på vei nådd.
- Ledelsens gjennomgang viser behov for tydeliggjøring av mål om reduksjon av Co2 utslipp.
- Ledelsens gjennomgang viser at det avdelingene må bli tydeligere i forhold til egen mål og aktivt bruk av eget miljødokument
- Ledelsens gjennomgang viser at det er fokus på opplæring av ansatte og at dette spesielt er ivaretatt for nyansatte
- Ledelsens gjennomgang viser at det skrives flere miljøavvik. Det erkjennes samtidig at dette kan bli bedre.

Tiltakene beskrevet under hvert punkt iverksettes.

Dato: 21.04.2016
Sign: adm. direktør
