 <b>HELSE BERGEN</b> <small>Haukeland universitetssjukehus</small>	<h2>Interne systemrevisjoner - Revisjonsprosessen</h2>
Kategori: Ledelse og styringssystem/Kvalitet og pasientsikkerhet/Intern systemrevisjon	Gyldig fra/til: 11.01.2024/11.01.2025
Organisasjonell plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Ledelse og styringssystem	Versjon: 7.00
Godkjenner: Hatletvedt, Lasse	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Koordinerende team interne systemrevisjoner	Dok.id: D40067

### Målgruppe

Revisjonsteam som skal gjennomføre interne systemrevisjoner.

### Hensikt

Retningslinjen beskriver gjennomføringen av interne systemrevisjoner.

### Forankring

Forankringen og formål med interne systemrevisjoner, samt generelt om metode er beskrevet i [Interne systemrevisjoner - Forankring, formål og metode](#). Den overordnede koordineringen er beskrevet i [Interne systemrevisjoner - Prosess og koordinering på nivå 1](#).

## 1. Revisjonsteamet

Revisjonsteamet består av en revisjonsleder samt fagrevisorer og/eller medrevisorer. Sammensetningen av et revisjonsteam kan variere for ulike revisjoner basert på tema og kompleksiteten av revisjonen. I noen tilfeller kan det også være med en observatør i teamet. Kortfattet informasjon om roller og ansvar for medlemmene i revisjonsteamet er beskrevet i [Interne systemrevisjoner - Roller og ansvar](#).

## 2. Revisjonsteamets oppdrag

De enkelte revisjonsteamene får i oppdrag å gjennomføre revisjoner på ett eller flere tema i revisjonsplanen. Planen gir en kort beskrivelse av bakgrunnen for de utvalgte temaene. Dersom revisjonsteamet har behov for ytterligere informasjon om revisjonsteamet så kan revisjonsleder kontakte koordinator.

Revisjonsleder skal holde koordinator orientert om revisjonsaktivitetene:

- koordinator skal ha kopi på eposter med revisjonsvarsel, revisjonsrapport og annen relevant korrespondanse.
- koordinator skal få innkalling til formøte, åpningsmøte og sluttmøte. Koordinator deltar etter behov og mulighet.

## 3. Behandling og sikring av informasjon

### Tilgang til opplysninger og dokumentasjon av opplysninger

Internrevisjonsteamene skal ha tilgang til opplysninger (eks. fra Synergi eller Kompetanseportalen), eller dokumenter som er nødvendig for å gjennomføre revisjonen.

Dersom revisjonsarbeidet krever uthenting av personidentifiserbare data fra pasientadministrative system, skal en følge interne rutiner for håndtering av dataene, se [Retningslinjer for sikker lagring](#).

Dersom revisjonsfunn dokumenteres ved bilder (eks av rom, utstyr eller lokasjoner) skal en følge vanlige prinsipper for gjennomføring og dokumentasjon av disse. Før bildedokumentasjon må revisjonsleder avklare dette med enheten.

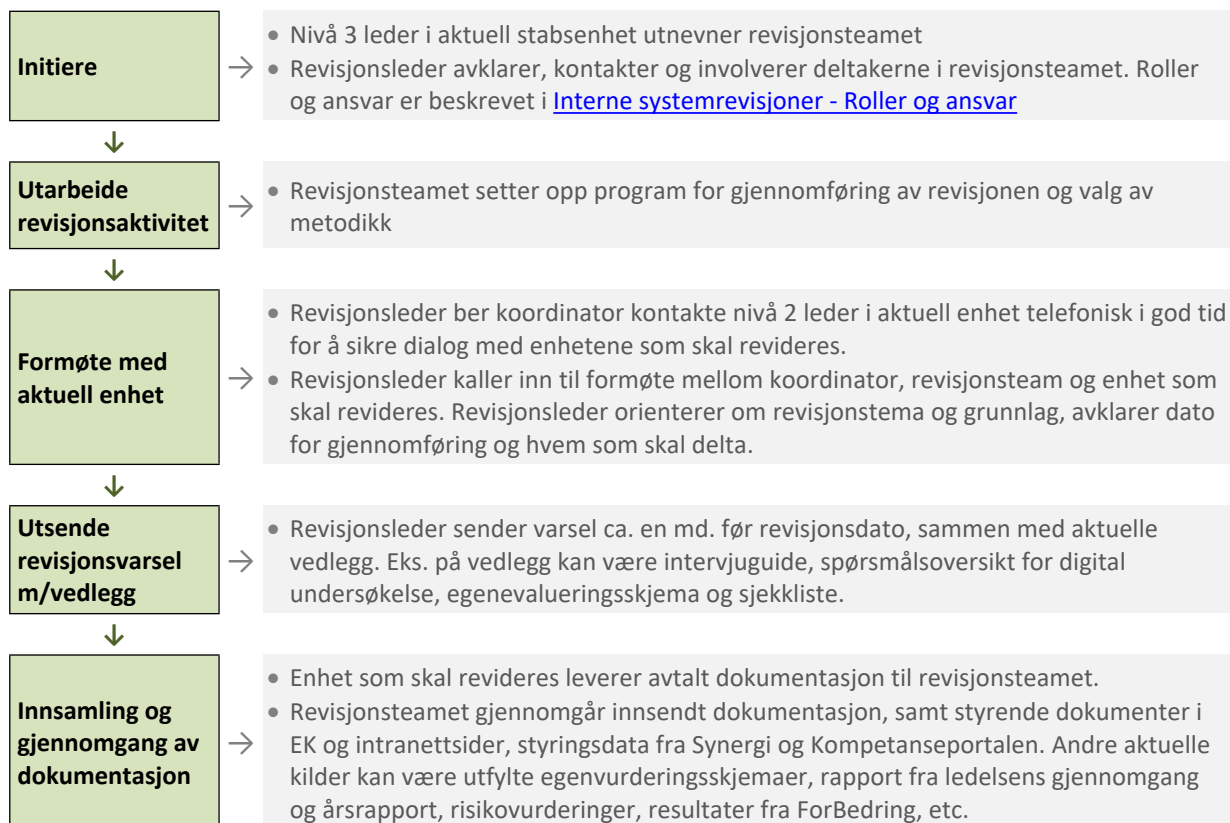
Revisjonsrapporter og/eller sammendrag av slike rapporter, skal ikke inneholde sensitive personopplysninger. Revisorer, revisjonsenhet og deltakere i revisjonene omtales i rapporten.

#### 4. Revisjonsforløpet

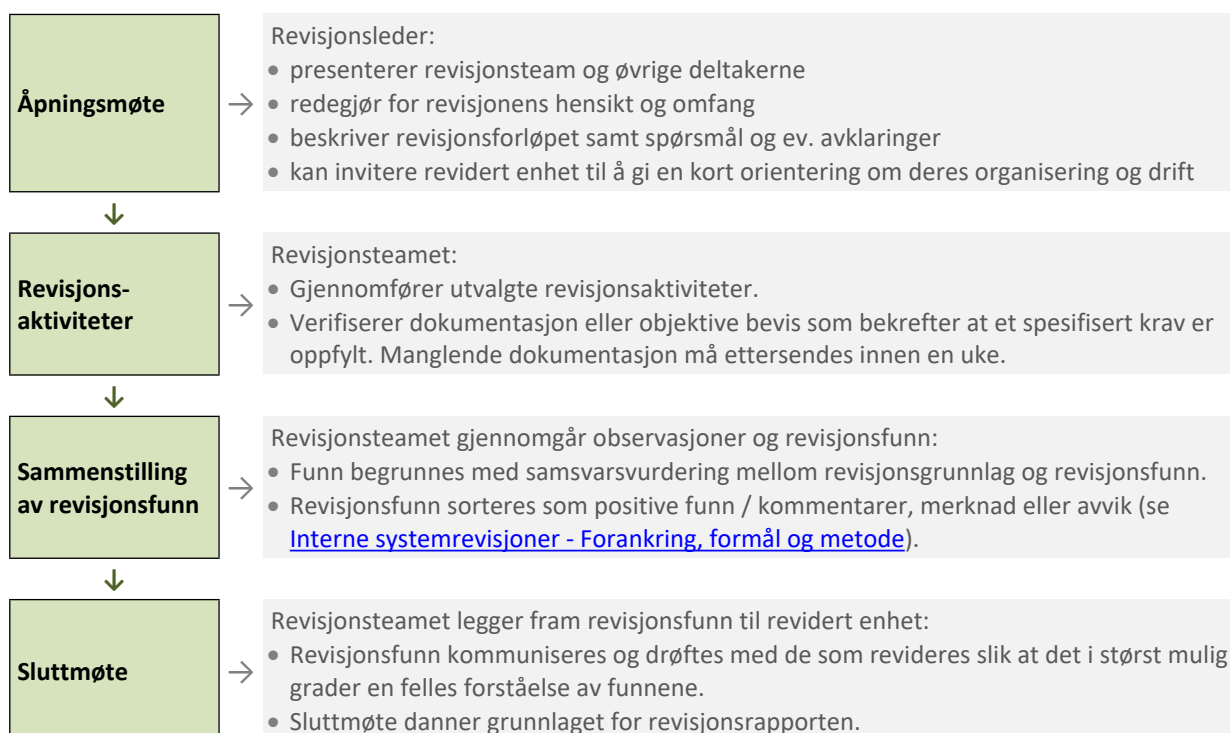
De interne systemrevisjonene gjennomføres iht. [Revisjonsplan Helse Bergen 2023-2024](#)

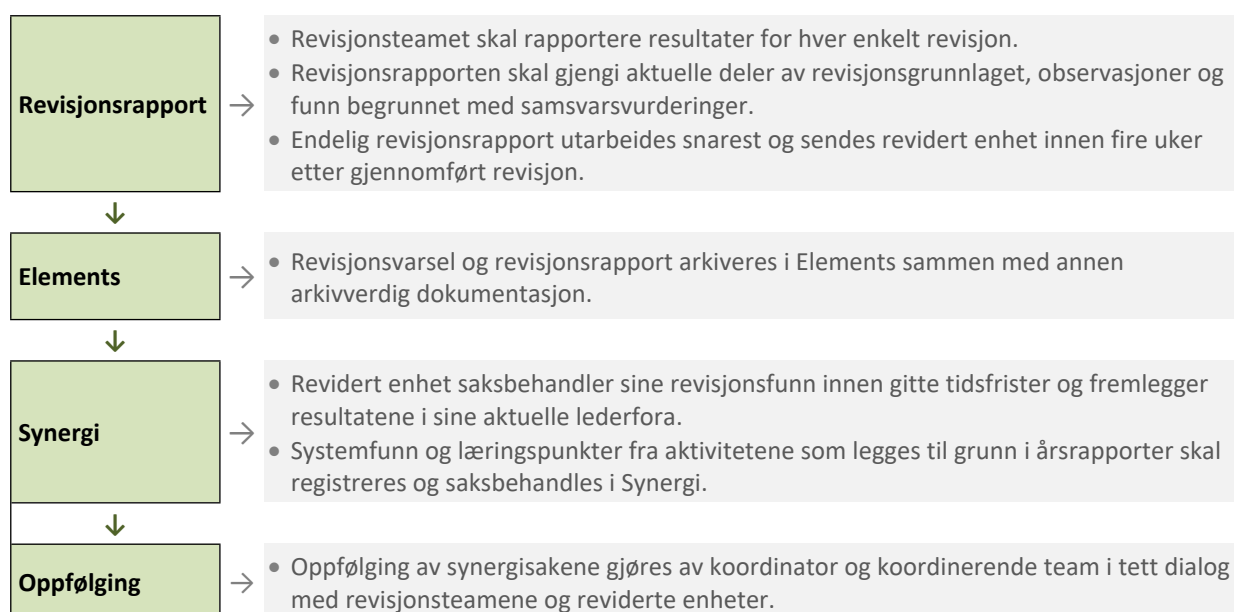
Revisjonsforløpet kan deles inn i ulike faser: planlegging, gjennomføring, rapportering og oppfølging.

##### Planlegging



##### Gjennomføring



**Rapportering og oppfølging**

## Interne referanser

<a href="#">1.1.4.5-01</a> <a href="#">1.1.4.5-02</a> <a href="#">1.1.4.5-03</a> <a href="#">1.1.4.5-06</a> <a href="#">1.1.4.7-03</a> <a href="#">1.1.7.2-01</a> <a href="#">1.1.8.6-05</a> <a href="#">1.3.1.3-16</a>	<a href="#">Interne systemrevisjoner - Forankring, formål og metode</a> <a href="#">Interne systemrevisjoner - Roller og ansvar</a> <a href="#">Interne systemrevisjoner - Prosess og koordinering på nivå1</a> <a href="#">Revisjonsplan Helse Bergen 2023-2024</a> <a href="#">Ledelsens gjennomgang av intern styring og kontroll</a> <a href="#">Organisering, oppgaver og ansvar i miljøstyringssystemet</a> <a href="#">Retningslinjer for sikker lagring</a> <a href="#">301 A Behandling av personopplysninger i interne kvalitetsforbedringsprosjekter</a>
--	--

## Eksterne referanser

<a href="#">1.2.1.3.1 AML §3-1 Krav til systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid</a> <a href="#">1.13.12 Lederansvaret i sykehus - Rundskriv I-2013-2 frå Helse- og omsorgsdepartementet</a> <a href="#">4.4.1.1 ISO 14001:2015</a> <a href="#">4.2.2.4 Helsetilsynet, prosedyre for utført systemrevisjon</a> <a href="#">2.40.9 Veileder for tilsyn utført som systemrevisjon (Helsetilsynet)</a> <a href="#">1.16.4 Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning</a> <a href="#">2.38.1 Standard.no - Revisjoner</a> <a href="#">1.13.9.10 Veileder til forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i Helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet</a> <a href="#">1.19.5 Spesialisthelsetjenesteloven - Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.</a> <a href="#">1.13.9 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten</a> <a href="#">1.10.1 Internkontrollforskriften - Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter</a>
---