

 HELSE BERGEN <small>Haukeland universitetssjukehus</small>	<h2>Interne systemrevisjoner - Prosess og koordinering på nivå1</h2>
Kategori: Ledelse og styringssystem/Kvalitet og pasientsikkerhet/Intern systemrevisjon	Gyldig fra/til: 12.03.2024/12.03.2025
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Ledelse og styringssystem	Versjon: 1.01
Godkjenner: Hatletvedt, Lasse	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Lasse Hatletvedt	Dok.id: D40073

Hensikt

Retningslinjen skal avklare prosess og overordnet koordinering av interne systemrevisjoner.

Målgruppe

Målgruppen er foretakssekretariatet, stabsdirektører, nivå 3 ledere i stab, koordinerende team og koordinator.

1. Kommunikasjon og samhandling

Overordnet prosess og koordinering av interne systemrevisjoner foregår som samarbeid mellom foretakssekretariatet, stabsdirektører, nivå 3 ledere i stab, koordinerende team og koordinator, det er derfor viktig å ha god kommunikasjon og samhandling. [Interne systemrevisjoner - Roller og ansvar](#) gir en kortfattet sammenstilling av de involverte.

Det skal etableres et [årshjul](#) for møter mellom koordinator, leder for foretakssekretariatet og stabsdirektørene. Leder for foretakssekretariatet kaller inn til møtene. Aktuelle tema er:

- Valg av tematikk til revisjonsplan
- Avklaring av ressurser til revisjonsteam (i forkant av godkjenning av plan)
- Evaluering/orientering om gjennomførte revisjoner
- Oppfølging av systemfunn

Dersom det avdekkes forhold av vesentlig betydning for helseforetaket, som f.eks. mislighold eller alvorlig svikt i prosessene for virksomhetsstyring, risikostyring eller internkontroll skal administrerende direktør orienteres umiddelbart via leder for foretakssekretariatet.

2. Etablere og vedlikeholde administrativt rammeverk

Koordinerende team skal legge til rette for at revisjoner gjennomføres på en formålstjenlig og praktisk måte ved å:

- oppdatere og sikre relevante retningslinjer, rutiner og maler
- oppdatere intranettside, gjøre revisjonsplan og rapporter tilgjengelige
- oppdatere og administrere oversikt over framdrift for revisjonsplan på teams
- innhente oversikt, der det er mulig, over eksterne revisjoner som er planlagt gjennomført ved sykehuset, regionale og nasjonale

3. Etablere og vedlikeholde revisjonsteam

Leder for foretakssekretariatet har ansvar for å sikre at aktuelle stabsenheter etablerer revisjonsteam og å godkjenne innhentede tilbud på revisjonslederkurs.

Koordinerende team skal legge til rette for opplæring og kompetansehevede tiltak for revisorer, blant annet ved å tilse at nye revisorer får veiledning i oppgaven før de selv skal lede en revisjon.

4. Etablering og oppfølging av plan for interne systemrevisjoner

Plan for interne systemrevisjoner skal etableres for 2 år av gangen. Planen angir antall planlagte revisjoner for at gjennomføringsevne/måloppnåelse skal kunne måles.

Leder for foretakssekretariatet skal i samarbeid med koordinerende team:

- Ved hovedrevisjon (annethvert år) innhentes forslag til revisjonstema fra alle nivå 2 enheter i sykehuset
 - Nivå 2 enheter baserer forslagene på innspill fra nivå 3 enheter og kilder til innsikt oppgitt i [Interne systemrevisjoner - Forankring, formål og metode](#)
- foreslå en 2-års plan for interne systemrevisjoner basert på forslag fra nivå 2
 - legge frem plan for forankring i Brukerutvalget, KPU og FAMU ved hovedrevisjon
 - presentere plan for stabsdirektørmøtet, samhandlingsmøtet, AD, ADAU og foretaksledelsen

Planen godkjennes av foretaksledelsen v/administrerende direktør. Foretaksledelsen kan endre revisjonsplanen dersom det framkommer akutte risikoer.

Når planen er godkjent oppretter koordinator en årsplan i Synergi og sikrer at alle interne revisjoner legges inn.

5. Koordinering knyttet til planlegging og gjennomføring av enkeltrevisjoner

De enkelte interne systemrevisjonene styres hovedsakelig av revisjonsteamene. Likevel er det oppgaver som krever involvering enten av koordinator eller koordinerende team.

Koordinator skal:

- ta telefonisk kontakt med enhet som skal revideres for informasjon om planlagt revisjonsaktivitet og delta i formøte mellom revisjonsteam og enheten
- sikre at all nødvendig dokumentasjon er arkivert i Elements
- legge inn systemfunn fra revisjonene i Synergi (øvrige funn registreres av revisjonsleder)
- delta på sluttmøtet

Koordinerende team ved medarbeider (revisor) knyttet til aktuell enhet, skal bistå revisjonsteam i:

- tolkning av revisjonsoppdraget. Koordinerende team kan avklare dersom det er uklart hva som skal undersøkes, aktuelle enheter, revisjonsgrunnlag, aktuelle undersøkelsesmetoder som skal brukes og plan for gjennomføring.
- utarbeidelse av revisjonsgrunnlag og spørsmålsgrunnlag
- i planlegging og gjennomføring av revisjonsaktiviteter ved behov.

6. Oppfølging av revisjonsfunn og rapportering

Koordinator har et spesielt ansvar i oppfølgingen av revisjonsfunn. Koordinator:

- skal ha oversikt over reviderte enheters saksbehandling (tidsfrister og kvalitet på tiltak) i tett samarbeid med revisjonsledere og koordinerende team.
- Skal i tilfeller hvor enhetene ikke lukker funn tilfredsstillende, løfte dette til leder for Foretakssekretariatet som bidrar i oppfølging og lukking av revisjonen.
- støtter stabsdirektørene og nivå 3 i stab med fordeling og sakshåndtering av systemfunn.
- ta ansvar for å sammenfatte rapport fra revisjonsaktivitetene til foretaksledelsen og styret. Koordinerende team bistår koordinator i rapportering av revisjonsaktiviteter. Rapporteringen skal:
 - være reaktiv for å lære av avvik og vurdere risikobildet i foretaket basert på revisjonsfunn
 - være proaktiv for å lære av positive funn, og trekke frem læringspunkt for foretaket
 - oppgi status og restanser i arbeidet

- lukker overordnede revisjonsplanen når alle interne systemrevisjoner på årsplanen er lukket med tilfredsstillende tiltak/plan.
- Revisjonsfunn som ikke tilstrekkelig saksbehandlet innen frist, lukkes med kommentar fra AD/leder foretakssekretariatet. Dersom revisjonsfunn i Synergi lukkes med restanser, dokumenteres det i årsrapport for interne systemrevisjoner.

Ved langtidsfravær av koordinator utnevnes en i koordinerende team som stedfortreder.

7. Referanser

Interne referanser

1.1.8.5-01	Interne systemrevisjoner - Forankring, formål og metode
1.1.8.5-02	Interne systemrevisjoner - Roller og ansvar
1.1.8.5-04	Interne systemrevisjoner - Revisjonsprosessen
1.1.8.5-05	Interne systemrevisjoner - Årshjul
1.1.8.5-06	Revisjonsplan Helse Bergen 2023-2024

Eksterne referanser

[6.6.1.1.3.11 NS-EN ISO 19011:2018 Retningslinjer for revisjon av ledelsessystemer](#)

8. Endringer siden forrige versjon

Rettet formateringsfeil, ingen innholdsmessig endring, mif 18.01.24

Forlenget gyldighet til 12.03.2025