

Tilsyn og eksterne revisjoner. Ansvar, gjennomføring og oppfølging

Gjelder for: Hele SiV
Dokumenttype: Prosedyre
Sist endret: 17.10.2023

1. HENSIKT

Sikre at tilsyn og eksterne revisjoner koordineres slik at ledere på alle nivå har kjennskap til hvem som gjør hva ved varsel, forberedelse, gjennomføring og oppfølging av tilsyns- og revisjonsbesøk.

2. ANSVAR

Administrerende direktør
Spesialrådgiver i administrerende direktørs stab
Fagdirektør
Klinikksjefer/direktør servicedivisjon/avdelingsledere og seksjonsledere
Tilsynskoordinator

3. FREMGANGSMÅTE

3.1 Varsel om tilsyn/revisjoner

Varsel om tilsyn /eksterne revisjoner registreres i sakarkivsystemet ved dokumentseksjonen og fordeles til spesialrådgiver i adm.dir.stab med kopi til administrerende direktør, fagdirektør, kvalitetssjef, berørte stabsdirektører, klinikksjefer /direktør servicedivisjonen. Dersom varsel om tilsyn/ekstern revisjon sendes direkte fra tilsyns- eller revisjonsorgan til klinikk/divisjon/avdeling/seksjon, skal dette umiddelbart oversendes dokumentseksjonen som fordeler dette som beskrevet over.

3.2 Forberedelse av tilsyn/revisjon

Spesialrådgiver i adm.dir.stab oppretter saken i Ledelsesverktøyets- ekstern revisjoner / tilsyn, og utpeker en tilsynskoordinator som har det praktiske gjennomføringsansvaret for tilsynet/revisjonen. Se: [Ekstern revisjon / Tilsyn. Brukerveiledning til revisjonsmodulen.](#)

Tilsynskoordinator vurderer om tilsynet/revisjonen krever at vernetjeneste skal delta i forhold som har betydning for arbeidsmiljø, hvis ikke dette allerede er beskrevet fra tilsynsorganet.

Berørte stabsdirektører/klinikksjefer/direktør servicedivisjonen sørger for at det tilrettelegges og medvirkes slik at tilsyn/revisjoner kan gjennomføres i henhold til denne prosedyren. Det skal bekreftes at revisjonsvarsel er mottatt, samt etterkomme tilsynets forespørsel på fremskaffelse av dokumentasjon og aktuelle intervjuobjekter innen gitt frist.

3.3 Åpnings- og sluttmøte

Administrerende direktør eller dennes stedfortreder ønsker velkommen til tilsynsmyndighetene/revisjonsorganet, og avslutter på sluttmøtet. Så fremt mulig, deltar fagdirektør, kvalitetssjef, berørte klinikksjefer/direktør servicedivisjonen og avdelingssjefer/seksjonsledere. I tillegg kan andre interesserte delta.

3.4 Under tilsynet/revisjonen

Berørte enheter sørger for god tilgjengelighet og at alt er tilrettelagt etter planen. Tilsynskoordinator bistår med praktisk tilrettelegging i gjennomføringen av tilsynet/revisjonen.

3.5 Etter tilsynet/revisjonen

Utkast/midlertidig rapport fra tilsynet/revisjonen sendes i saksgang til berørte parter, og det settes en frist for innspill/tilbakemeldinger. Tilsynskoordinator sender samlet tilbakemelding til tilsyns- /revisjonsorgan.

Endelig rapport fra tilsynsorganet viderefremmes til stabsdirektører/klinikkjefer/direktør servicedivisjonen med kopi til administrerende direktør og kvalitetssjef.

3.6 Oppfølging

Tilsynskoordinator, evt. i samråd med fagdirektør avklarer hvem som skal bidra i videre oppfølging. Ansvarlig for oppfølging forankrer en plan for videre arbeid i samarbeid med berørte enheters klinikkjefer/direktør for servicedivisjon.

Det skal utarbeides overordnet handlingsplan for å lukke avvik inkludert anbefalinger fra tilsyn/revisjon.

Handlingsplan skal omfatte:

- Korrigerende tiltak
- Hvem som er ansvarlig for at tiltak gjennomføres
- Frist for når tiltak skal iverksettes
- Hvordan skal tiltakene følges opp for å se at de har effekt

Svarbrev med handlingsplan sendes til tilsyns- / revisjonsorgan innen gitt frist med signatur fra fagdirektør og kopi til kvalitetssjef og berørte enheter.

3.7 Videre arbeid

Den overordnede handlingsplanen er førende for videre arbeid i klinikk/divisjon/avdeling/seksjon. Dette skal følges opp med lokale handlingsplaner og implementering gjennom hele linjen. Handlingsplaner må følges opp jevnlig inntil tiltakene er implementert og viser effekt. Gjennomførte tiltak skal evalueres for å sikre at de har ønsket effekt

Klinikkjefer/servicedirektør er ansvarlig for læring og erfaringstilbakeføring på tvers innenfor klinikken/divisjonen ved avdelinger/seksjoner som ikke var en del av tilsynet/revisjonen.

Kvalitetseksjonen følger opp der det er et læringspotensiale på tvers i hele organisasjonen.

Administrerende direktør er ansvarlig for at styret holdes orientert om tilsyn og revisjoner og status for disse.

3.8 Arkivering

Følgende skal arkiveres i sakarkivsystemet:

- Revisjonsvarsel
- Revisjonsrapporter
- Svarbrev med handlingsplaner
- Annen vesentlig korrespondanse

Spesialrådgiver i administrerende direktørs stab skal sikre at det finnes en oversikt over eksterne tilsyn og revisjoner og status for disse. Oversikten bør publiseres på intranettet.

4. GENERELT

Konsernrevisjonen anbefaler at det vurderes alvorlighetsgrad på en systematisk måte og sørge for rett prioritering av tiltak.

Definisjoner:

Lovbrudd (avvik): Mangel på oppfyllelse av krav i lover og forskrifter

Merknad/observasjon: Et område hvor det anbefales å forbedre

Revisjonskriterier: Samling av eksempelvis myndighetskrav (lover/forskrifter), gjeldende krav satt i godkjente retningslinjer/prosedyrer for sykehuset, som brukes som referanse som revisjonsbevis.

5. INTERNE REFERANSER

[1.1.8.8.1.4](#)

[Ekstern revisjon / Tilsyn. Brukerveiledning til revisjonsmodulen](#)

[1.1.9.2.1](#)

[Dokumentbehandling sakarkiv styringsdokument](#)

6. EKSTERNE REFERANSER

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

[Helse- og omsorgstjenesteloven](#)

[Helseforetaksloven](#)

[Pasient- og brukerrettighetsloven](#)

[Pasientjournalloven](#)

[Spesialisthelsetjenesteloven](#)

[Forskrift om pasientjournal](#)

[Helsetilsynsloven](#)

7. VEDLEGG