

Program for internrevisjon 2016 - 2017

Internrevisorer gjennomfører interne systemrevisjoner/kvalitetsrevisjoner etter en fastsatt metode. Det utarbeides et årlig revisjonsprogram med gyldighet fra 1. mars til 1. mars neste år.

Program for internrevisjon og risikovurdering er basert på analyse av følgende krav:

- **Gjeldende lovverk for spesialisthelsetjenesten** (inkl. HMS, miljøstyring, legemiddelhåndtering, medisinteknisk utstyr)
- **Virksomhetsstyring** (økonomi, HR, m.m.)
- **Risikoområder i Ledelsens gjennomgåelse** (LGG)
- **Tilbakemeldinger fra medarbeidere, pasienter og interessenter**
- **Avvik og forbedringsområder meldt i det elektroniske forbedringssystemet** (pasiaentrelaterte, medarbeiderrelaterte og driftsrelaterte hendelser)

Oppfølging av funn dokumenteres i sykehusets forbedringssystem og rapportering gjennomføres i Ledelsens gjennomgåelse.

Program for systemrevisjoner/kvalitetsrevisjoner mars 2016 – mars 2017

Revisjonsområde	Beskrivelse av revisjonsområde	Begrunnelse for valg av tema	Revisjonsteam	Klinikk/ Avdeling	Tidspunkt	Evaluering
1/16 Legemiddel- håndtering	Tilberedning av legemidler	Flere henvendelser til privisor viser at det er usikkerhet rundt temaet. Forbedringssystemet viser 182 uønskede hendelser innen legemiddelhåndtering i 2015. Området er også tema for fellesrevisjon fra Sykehusapotekene HF i 2016.	Leder: Anette Storhaug Birgithe Teige Gro M. Holden Gyri Ingebretsen - observatør	Klinikk: Bygg H	Mai 2016 Gjennomført 27. mai 2016	2 avvik 3 anmerkn.

2/16 Rutiner ved nyansettelser	Kontroll av vitnemål, attester og referanser, samt bruk av generell sjekklister for nyansatte (faste og vikariater)	Internrevisjon vil bidra til å sikre etterlevelse av gjeldende rutiner ved nyansettelser. Forbedringsområde meldt etter CARF-akkreditering 2015: mentor/fadder skal også signere sjekklister, som arkiveres i personalmappen.	Leder: Gro M. Holden Siri A. Eiken Ingerd Torjussen Fagrevisor fra HR-enheten	Klinikk: Bygg D	Juni 2016 Gjennomført 18. januar 2017	1 avvik 3 anmerkn.
3/16 HMS	Smittevern	Revidere rutiner for renhold og desinfeksjon av rom med kjent eller ikke kjent smitte, intern samhandling med ekstern leverandør ISS og klinikk.	Leder: Pål-Erik Plaum Birgithe Teige Siv Horn Fagrevisor fra HR-enheten	Servicesenter ISS Klinikk- bygg H	Oktober 2016 Gjennomført 1. mars 2017	3 avvik 1 anmerkn.
4/16 Intern pasienttilfredshetsundersøkelse	Svarprosent på intern pasienttilfredshetsundersøkelse	Svarprosent på intern pasienttilfredshetsundersøkelse var i 2015 på 43,1, avviker fra måttet som er 60 %. Ny intern pasienttilfredshetsundersøkelse innført 2016.	Leder: Annette Juelsen Gyri Ingebretsen Gøril Otterlei	Klinikk: Avd. oppfølging Avd. hjerneslag	September 2016 Gjennomført 23. sept. 2016	1 avvik 2 anmerkn.
5/16 Pasientbehandling	Utskrivningsklare pasienters plan for deltakelse i samfunn og arbeidsliv	Tilbakemeldinger fra PasOpp, intern pasienttilfredshetsundersøkelsen og konsernrevisjonen viser at forberedelse til utskrivning kan bli bedre. Usikkert om plan for utskrivningsklare pasienters deltakelse i samfunn, skole og arbeidsliv dokumenteres i elektronisk pasientjournal.	Leder: Siv A. Horn Ingerd Torjussen Kristine Sørland	Klinikk: Bygg I	Januar 2017 Gjennomført 17. mars 2017	
6/16	Diagnosekoding av	Nye retningslinjer for ICD-10	Leder: Gyri Ingebretsen	Klinikk -	Februar 2017	

Diagnosekoding	innlagte pasienter	koding innføres våren 2016.	Åste Schjølberg Toril Stensrud	legeenhet	Planlagt gjennomført 11. mai 2017	
----------------	--------------------	-----------------------------	-----------------------------------	-----------	--------------------------------------	--

Program for miljørevisjoner mars 2016 – mars 2017

Revisjonsområde	Beskrivelse av revisjonsområde	Begrunnelse for valg av tema	Revisjonsteam	Klinikk/ Avdeling	Tidspunkt	Evaluering
7/16 Miljøstyring	ISO 14001 – iverksetting og drift, og kontroll	14001 krav : hele miljøstyringssystemet revideres i løpet av 3-års periode	Leder: Brit Øverland Kristine Sørland Gøril Otterlei Fagrevisor David V. Brasfield	Servicesenter v/Service & teknikk + klinikk	Juni 2016 Gjennomført 10. juni 2016	0 avvik 4 anmerkn.
8/16 Miljøstyring	Energi og miljø i bygg og rehabilitering	Vesentlig miljøaspekt	Leder: David V. Brasfield Margaretha Parmann	Servicesenter v/Eiendoms-sjef + Service &teknikk	September 2016 Gjennomført 23.jan. 2017	1 avvik 8 anmerkn.

Revisjon miljøsertifisering

Revisjonsområde	Tidspunkt	Evaluering
<ul style="list-style-type: none"> Hovedrevisjon miljøstyring - DNV.GL 	Oktober/november 2016 Gjennomført	1 avvik 7 observasjoner 2 forbedringsmuligheter

Program for miljørevisjoner mars 2017 – mars 2019

Revisjonsområde	Beskrivelse av revisjonsområde	Begrunnelse for valg av tema	Revisjonsteam	Klinikk/ Avdeling	Tidspunkt	Evaluering
XY/17	ISO 14001:2015	14001 krav – hele system for	Leder: utpekes av		1.halvår	

Miljøledelse	Organisasjon og lederskap	miljøledelse revideres i løpet av 3 års periode	revisjonskomiteen		2017	
XY/17 Miljøledelse	Miljøfaglig tema - transport	Transport er et av sykehusets mest vesentlige miljøaspekter	Leder: David Brasfield, miljøleder		2.halvår 2017	
XY/18 Miljøledelse	ISO 14001:2015 Planlegging, støtte og drift	14001 krav – hele system for miljøledelse revideres i løpet av 3 års periode	Leder: utpekes av revisjonskomiteen		1.halvår 2018	
XY/18 Miljøledelse	Miljøfaglig tema – Avfallsminimering, sortering og behandling	Avfall er et av sykehusets mest vesentlige miljøaspekter	Leder: David Brasfield, miljøleder		2.halvår 2018	
XY/19 Miljøledelse	ISO 14001:2015 Prestasjonsevaluering og forbedring	14001 krav – hele system for miljøledelse revideres i løpet av 3 års periode	Leder: utpekes av revisjonskomiteen		1.halvår 2019	
XY/19 Miljøledelse	Miljøfaglig tema – Foreløpig uspesifisert	Et av sykehusets mest vesentlige miljøaspekter	Leder: David Brasfield, miljøleder		2.halvår 2019	

Konsernrevisjon ved SunHF

Revisjonsområde	Målområde	Tidspunkt	Evaluering
u.a.			

SunHF, den 5.4.2016, oppdatert 27.2.2017