

## Saksfremlegg

<b>Saksgang</b>	<b>Møtedato</b>
Styret Sunnaas sykehus HF	19.03.21
Foretaksledelsen Sunnaas sykehus HF	09.03.21

### Sak 2121

#### Revisjonsprogram 2021-2022 Sunnaas sykehus HF

#### Forslag til vedtak

Styret gir sin tilslutning til revisjonsprogrammet for 2021-2022, og ber om å bli holdt orientert om gjennomføring av revisjonsprogrammet.

Nesodden, 19.03.2021

Einar Magnus Strand  
Administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

Internrevisjon er en del av sykehusets internkontroll og en systematisk, uavhengig og dokumentert prosess som gjennomføres for å fastslå om aktiviteter og tilhørende resultater er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, eller sykehusets interne dokumenter.

Internrevisjon er et verktøy for administrerende direktør for å sikre intern kontroll i sykehuset og er sentralt i arbeidet med å sikre kontinuerlig forbedring. Enhet for kvalitet og pasientsikkerhet koordinerer arbeidet og påser at sykehuset innehar nødvendig kompetanse til å gjennomføre revisjonsprogrammene.

Revisjonsprogram er en samling av en eller flere revisjoner som er planlagt for en bestemt tidsperiode og rettet mot en spesiell hensikt. Omfanget av et revisjonsprogram kan variere og påvirkes av organisasjonens størrelse, type og kompleksitet. Ved Sunnaas sykehus planlegges revisjonsprogrammet med bakgrunn i:

- Gjeldende lovverk for spesialisthelsetjenesten (HMS, miljøstyring, legemiddelhåndtering, medisinteknisk utstyr, m.m.)
- Interne og eksterne krav
- Risikoområder rapportert i ledelsens gjennomgang (LGG)
- Krav i kvalitetssystemet CARF (Commission on accreditation of Rehabilitation Facilities)
- Risikoområder og forbedringsområder meldt i det elektroniske forbedringssystemet
- Risikoområder rapportert etter vernerunder

Revisjonsprogrammet gjelder for perioden mars 2021 til mars 2022. Planleggingsarbeidet startet etter evaluering av *ledelsens gjennomgang* (LGG) for 3 tertial. Utvidet ledergruppe, kvalitetsnettverket og revisjonsnettverket har gitt begrunnede innspill til revisjonsområder.

Styret holdes orientert om gjennomføring av revisjonsprogrammet hvert tertial gjennom LGG og gir sin årlige tilslutning til revisjonsprogrammet for kommende periode.

## 2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Revisjonsprogrammet planlegges for ett år om gangen og gjelder fra mars 2021 til mars 2022. For kommende periode gjelder følgende revisjonsprogram for Sunnaas sykehus HF:

Revisjonsområde	Beskrivelse av revisjonsområde
1/21 HMS	Etterlevelse av regelverk om at politiattester skal leveres ved nyansettelse?
2/21 Smittevern	Kartlegging av smitte før innleggelse (annen smitte enn covid)
3/21 HMS/pasientsikkerhet	Oppfølging av nyansatte i avdelingene – lik praksis og retningslinjer
4/21 Informasjonssikkerhet	Sykehusets rutiner for oppfølging av obligatorisk opplæring av ansatte innen informasjonssikkerhet og personvern. Rutiner for signering og årlig oppfølging av sikkerhetsinstruks
5/22 Pasientsikkerhet	Samstemming av legemiddellister ved innleggelse
6/22 Pasientsikkerhet/HMS	Forflytningsteknikk – opplæring av ansatte, inkl. vikarer

Revisjonsprogrammet inneholder også en oversikt over meldte *konsernrevisjoner* og planlagte *miljørevisjoner* i de kommende 3 år.

Når det gjelder planlagte miljørevisjoner har administrerende direktører i de regional helseforetakene (RHF) sluttet seg til *Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten*. Det innebærer at fra 2022 vil kravet om ekstern sertifisering av ISO 14001 miljøledelsen bortfalle. Iverksetting av rammeverket forventes endelig avgjort i dialog mellom RHFene og Helse- og

omsorgsdepartementet (HOD) i april, 2021. Avvikling av ekstern sertifisering vil medføre endringer i revisjonsprogrammet fra 2022. Deretter vil miljøledelsen i henhold til ISO 14001-standarden kvalitetssikres ved bruk av interne revisjoner, som vil erstatte eksterne revisjoner i revisjonsprogrammet. På grunn av at iverksetting av rammeverket ikke blir endelig avklart før april 2021, vil dens konsekvenser for revisjonsprogrammet først bli innarbeidet i 2022.

Internrevisjonene gjennomføres etter en fastsatt metode (ref. ISO-standard 19011) og det beregnes ca. 12. timer pr. revisjon pr. revisor. For å sikre interne ressurser og kompetanse innen internrevisjon, får ansatte fra ulike avdelinger delta i opplæring i revisjonsmetoden ved Oslo universitetssykehus HF ved behov.

Lukking av avvik som avdekkes under internrevisjonene følges opp av leder ved revidert enhet. Status for lukking av avvik dokumenteres i forbedringssystemet og rapporteres tertialvis til styret gjennom *ledelsens gjennomgang* (LGG). For å gi forbedringsarbeidet etter revisjonene større læringsverdi, presenterer ledere for reviderte enheter forbedringsarbeidet for sentralt kvalitetsutvalg (SKU).

### **3. Administrerende direktørs anbefaling**

Revisjonsprogram for mars 2020 til mars 2021 er i stor grad gjennomført i henhold til vedtatte planer. Pandemiens påvirkning og krav til omstilling i sykehuset i 2020 og 2021 har ført til noen forsinkelser i fjorårets revisjonsplan. Det er avtalt med klinikken av de pandemiutsatte revisjonene avvikles i mars og april 2021. Styret blir orientert om status for oppfølging av funn (avvik) gjennom tertialvis rapportering i LGG.

Administrerende direktør er tilfreds med arbeidet med internrevisjon og anbefaler at styret gir sin tilslutning til revisjonsprogrammet for 2021-2022.

#### **Vedlegg**

Revisjonsprogram 2021-2022 Sunnaas sykehus HF