

### Vedlegg 3 Arbeidsbeskrivelse - Gjennomføring av klinisk fagrevisjon

Revisjonsleder skal, i samarbeid med oppnevnte fagrevisorer, planlegge og gjennomføre fagrevisjonen i henhold til det tildelte oppdrag.

Dette innebærer å:

- a) Sette seg inn i revisjonsgrunnlaget som er angitt i årsplanen og ved behov avklare dette nærmere i dialog med kvalitets- og forskningsdirektør i Helse Nord RHF og fagsjefene i Helse Nord.
- b) Identifisere/definere revisjonskriterier basert på oppgitt revisjonsgrunnlag, beslutte hvilke revisjonshandlinger som skal utføres og hvilke dokumenter som innledningsvis skal etterspørres.
- c) Utarbeide intervjuguide og eventuelt annet materiell til støtte for gjennomføring av revisjonshandlinger og dokumentasjon av disse.
- d) Utarbeide tidsplan for gjennomføring av fagrevisjonen.
- e) Informere det enkelte foretak, personvernombudet i foretaket og aktuelle fagrevisorer om at det skal foretas klinisk fagrevisjon og tidspunktet for dette. Meldingen sendes minst 3 måneder før planlagt oppstart av revisjonen dersom ikke annet avtales særskilt. Meldingen sendes til postmottak, adressert til foretaket ved aktuell enhet og personverombud. I meldingen bes foretakene om å oppnevne lokal kontaktperson for fagrevisjonen, samt å oversende revisjonsleder etterspurte dokumenter.
- f) Sikre at fagrevisorer får nødvendig og tilstrekkelig lesetilgang til pasientjournal og at all tilgang kan logges med «Kvalitetssikring / Fagrevisjon».
- g) Sørge for at det foreligger databehandleravtaler dersom det er nødvendig for revisjonsleder eller eksterne fagrevisorer - vedlegg «Klinisk fagrevisjon - rettslig grunnlag»
- h) Sørge for søknad om tilgang for fagrevisorer til pasientidentifiserende opplysninger fra aktuelle registre der dette er nødvendig for gjennomføring av klinisk fagrevisjon. Dette kan for eksempel være fra nasjonale eller regionale kvalitetsregistre, eller fra SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering).
- i) Inngå avtaler med det aktuelle helseforetak om gjennomføring av fagrevisjonen, herunder avklare eventuelle spørsmål om oversendelse av dokumenter, tidspunkter for oppstartsmøte og intervjuer, behov for journaluttrekk, bestilling av møterom, annen praktisk tilrettelegging og tidspunkt for oppsummeringsmøte.
- j) Det enkelte revisjonsbesøk (med oppstartsmøte, intervjuer, evt. verifikasjoner og oppsummeringsmøte) gjennomføres normalt i løpet av én til fire dager.
- k) Gjennomføre oppstartsmøter med aktuelle enheter.

- l) Gjennomføre revisjonshandlinger og dokumentere disse.
- m) Dokumentere observasjonene som gjøres.
- n) Analysere og vurdere innsamlet informasjon opp mot revisjonsgrunnlaget.
- o) Identifisere manglende samsvar med revisjonsgrunnlaget og områder hvor forbedringstiltak er nødvendig. Også andre vesentlige forbedringsmuligheter avdekket i revisjonen kan påpekes, selv om de ikke omfattes av konkrete krav i revisjonsgrunnlaget.
- p) Gjennomføre oppsummeringsmøter for presentasjon av, og dialog om, observasjoner og vurderinger.
- q) Utarbeide utkast til skriftlig fagrevisjonsrapport som, innen 2 uker etter siste oppsummeringsmøte, sendes revidert enhet til gjennomgang og kvalitetssikring. Det gis 2 ukers frist for tilbakemelding. Mal for rapport skal benyttes.
- r) Vurdere behovet for justeringer i rapport på bakgrunn av tilbakemeldinger på rapportutkast.
- s) Utarbeide endelig fagrevisjonsrapport til det enkelte helseforetak v/fagsjef og revidert enhet. Endelig rapport bør foreligge innen 6 uker etter siste oppsummeringsmøte.
- t) Utarbeide oppsummeringsrapport av gjennomførte revisjoner for hvert revisjonstema til det regionale fagsjefmøtet, med kopi til kvalitets- og forskningsdirektør i Helse Nord RHF og adm. direktører i alle helseforetak i Helse Nord.