

# *Kommunenes tilsyn med virksomheter som skal etterleve regelverkskrav innen miljørettet helsevern*

IK-2705



# *Forord*

En sentral rolle som er gitt kommunene etter kommunehelsetjenesteloven er å være tilsynsmyndighet innen miljørettet helsevern. I tillegg til å ha et generelt ansvar for å føre tilsyn med forhold i miljøet som kan virke inn på helsen har kommunen også ansvar for å føre tilsyn med ulike virksomheter som er regulert gjennom forskrifter med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven. I forskriftene som er fastsatt etter 1994 er det satt krav til at de virksomhetene som omfattes av disse forskriftene skal føre internkontroll. Det er dermed lagt til rette for at kommunene i større grad fører et systemrettet tilsyn med disse virksomhetene. Med systemrettet tilsyn menes at kommunene påser at de aktuelle virksomhetene, gjennom sin internkontroll, har kontroll med at regelverkskrav systematisk blir etterlevd. Hva dette innebærer er nærmere konkretisert i denne utredningen.

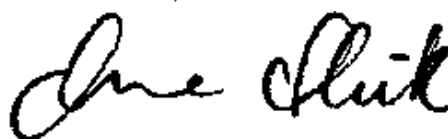
Statens helsetilsyn utga i 1998 et rundskriv om kommunenes systematiske tilsyn med virksomheter som har krav om å føre internkontroll (IK-12/98). Rundskrivet redegjorde for Helsetilsynets forventninger knyttet til kommunenes tilsyn innen miljørettet helsevern.

Det er ikke utgitt noen veileder i hvordan kommunene kan følge opp sitt tilsynsansvar innen miljørettet helsevern. Denne utredningen er utarbeidet i samarbeid med Asplan Viak AS og er en gjennomgang av aktuelle metoder i kommunenes tilsyn. Helsetilsynet ønsker å se praktisk hvordan kommunene best kan utføre sitt systemtilsyn, før vi går ut med ytterligere anbefalinger eller veiledning til kommunene om tilsyn. Vi ser at det er behov for en større bredde i tilsynsverktøy i kommunene enn det som statlige tilsynsmyndigheter benytter seg av. Det må være en viss forskjell i fremgangsmåte i hvordan tilsynet utføres om det dreier seg en skole på 500 elever, eller en barnehage med 5 barn. Fremgangsmåten som beskrevet i denne utredningen er basert på erfaringer fra større virksomheter, men mye av systematikken og tilnærmingen bør kunne overføres til mindre virksomheter, men med tilpasninger.

Vi takker Næringsmiddeltilsynet og teknisk hygiene for Bergen og omland, samt Panda barnehage i Søreidgrend for at vi fikk lov til å bruke dokumentasjon av tilsyn hos dem som eksempel i denne utredningen. Illustrasjonene er laget av Liza Beth Valkema, Thomas Heftyes gate 45, 0267 Oslo.

Statens helsetilsyn håper denne utredningen kan gi noen gode ideer og tips i hvordan utføre tilsynet på en god måte, og som føles meningsfull både for tilsynsmyndigheten og for virksomhetene som det føres tilsyn med.

Oslo, mars 2000



Anne Alvik  
helsedirektør



# *Innhold*

Forord .....	3
Kapittel 1. Innledning .....	7
1.1 Om internkontroll .....	8
1.2. Ansvar for internkontroll .....	10
1.3. Om tilsyn .....	10
1.3.1 Systemtilsyn som tilsynsmetode .....	10
1.3.2 Forholdet til internkontrollforskriften for helse-, miljø- og sikkerhet ....	11
Kapittel 2. Systematisk tilsyn med virksomheter .....	13
2.1. Styring med tilsynet .....	13
2.2. Etablering av kommunalt tilsynsorgan .....	13
2.3. Oversikt over virksomheter .....	14
2.4. Informasjon .....	14
2.5. Planlegging .....	14
2.6. Systematisk oppfølging av tilsynene .....	15
2.7. Evaluering og erfaringsoverføring .....	15
2.8. Rapportering til kommunestyret .....	16
Kapittel 3 Gjennomføringen av systemrevisjon .....	17
3.1 Om systemrevisjon .....	17
3.2 Planlegging og forberedelse .....	17
3.2.1 Revisjonsvarsel .....	18
3.2.2 Granskning av dokumenter, forberedelse og revisjonsprogram .....	19
3.2.3 Utforming av spørsmål .....	20
3.2.4 Den reviderte virksomhetens oppgave .....	21
3.3 Gjennomføring av tilsynsbesøket .....	21
3.3.1 Åpningsmøte .....	21
3.3.2 Intervjuer, verifikasjoner og befarings .....	22
3.3.3 Sluttmøte .....	22
3.4 Rapportering .....	23
3.4.1 Formelle krav til rapporten .....	23
3.4.2 Utkast til rapport .....	23
3.4.3 Endelig rapport .....	24
3.4.4 Videre oppfølging .....	25
3.5 Fortrolighet og etikk .....	25
Vedleggsoversikt .....	27
Vedlegg 1: Eksempel på systemtilsyn: Pandus barnehage .....	27
Vedlegg 2: Statens helsetilsyns prosedyre for systemrevisjon .....	27
Tilsyn utført som systemrevisjon prosedyre .....	41



# *Kapittel 1. Innledning*

Formålet med denne utredningen er å gi en kort introduksjon til systemtilsyn som tilsynsmetode innen miljørettet helsevern, samt en innføring i systemrevisjon som er en måte å gjennomføre systemtilsyn på.

Etter kommunehelsetjenesteloven er kommunestyret ansvarlig tilsynsmyndighet for virksomheter som omfattes av kap. 4a (se under). Etter endringene av kommunehelsetjenesteloven som trådte i kraft 1. januar 1995 er det åpnet for at det kan gis regler om plikt til å ha internkontrollsystemer og til å føre internkontroll for å sikre at krav fastsatt i eller i medhold av loven overholdes (jf. kommunehelsetjenesteloven § 4a-1).

Pr. 1. januar 2000 gjelder plikt til internkontroll for:

- *vannforsyningsystem* som leverer vann til drikke, andre næringsmiddelformål eller hygienisk bruk, jf. forskrift om vannforsyning og drikkevann m.m. av 1. januar 1995
- *enhver som disponerer slam*, jf. forskrift om avløpsslam av 2. januar 1995
- *barnehager, grunnskoler og videregående skoler* jf. forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. av 1. desember 1995
- *restauranter og andre serveringssteder* jf. forskrift om røyking på restauranter og andre serveringssteder, internkontroll m.v. av 15. desember 1995
- *badeanlegg, bassengbad og badstu m.v. som er tilgjengelig for allmennheten*, jf. forskrift om badeanlegg, bassengbad og badstu m.v. av 13. juni 1996
- *frisør-, hudpleie-, tatoverings- og hulltakingsvirksomhet*, jf. forskrift om hygienekrav for frisør-, hudpleie-, tatoverings- og hulltakingsvirksomhet m.v. av 6. mai 1998.

Det er viktig å sikre en systematisk og mest mulig ensartet gjennomføring av systemtilsyn i kommunene for disse virksomhetene.



*Internkontroll er et ledelsessystem hvor ansvar, myndighet og fordeling av arbeidsoppgaver fastlegges.*

For kommunene gjelder spesielt at de er ryddige og etterrettelige i sitt tilsyn fordi mange av virksomhetene som de fører tilsyn med er kommunale, slik som skoler, vannforsyningssystemer etc.

For at kommunene skal ha nødvendig habilitet i slike tilsyn er god metodikk innen tilsyn, samt god styring med tilsynet i kommunen nødvendig for å sikre tilstrekkelig etterrettelighet, objektivitet og likhet i det tilsynet som utføres.

### **1.1 Om internkontroll**

Det ligger ikke noe prinsipielt nytt i kravet om internkontroll. Man har alltid stilt krav om lovlidighet. Internkontroll pålegger imidlertid den ansvarlige en selvstendig plikt til å påse og dokumentere at man etterlever regelverket, m.a.o. dokumentere at man virkelig gjør det man

sier man skal gjøre iht. lover og forskrifter («påse-plikt»).

For at internkontrollsystemet skal sikre at primærkravene ivaretas må en:

- kartlegge regelverkskrav som gjelder og ta standpunkt til hva de innebærer
- identifisere de aktiviteter som regelverkskravene har betydning for
- etablere rutiner for å sikre regelverkskravene
- kontrollere at rutinene etterleves, er tilstrekkelige og virker.

Konkret dreier dette seg om å:

- ha systematisk oversikt over *hvilke krav* som gjelder for sin virksomhet
- beskrive *hvilke aktiviteter* som må utføres for å etterleve disse myndighetskravene
- beskrive *hvordan aktivitetene* skal utføres
- avklare *hvem som er ansvarlig* for å utføre aktivitetene
- sikre at det blir *rapportert* hvis de definerte oppgavene ikke blir gjort
- sikre at denne rapporten kommer til den som er *ansvarlig* for å rette på forholdet
- ha rutiner for å iverksette *tiltak* for å rette på forhold og/eller å hindre gjentakelse.

Disse rutinene må kunne dokumenteres og dermed kunne være gjenstand for tilsyn / revisjon av tilsynsmyndigheten.

Eksempler på deler i et system for internkontroll kan være:

- beskrivelse av mål og hensikt for virksomheten
- beskrivelse av ledelse og organisering av virksomheten, herunder plikter, oppgaver og delegering
- samling av prosedyrer for å sikre ivaretagelse av krav fastsatt i eller i medhold av lov<sup>1</sup>. Med prosedyre menes en angitt metode for å utføre en aktivitet. I mange tilfeller er det hensiktsmessig at prosedyrene er dokumenterbare.
- prosedyre for å sikre tilstrekkelig kompetanse hos medarbeidere
- prosedyre for å oppdage og korrigere avvik. Med avvik menes mangel på oppfyllelse av krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift
- prosedyre for intern revisjon. Med intern revisjon menes en revisjon som er iverksatt av virksomheten selv og som kan følge prinsippene for gjennomføring av systemrevisjon
- prosedyre for dokumentstyring, dvs. holde styr på de dokumentene som inngår i internkontrollen.

Prinsipper for god dokumentstyring dreier seg om:

1. entydig identifisering av dokumenter (for eksempel tittel, nummer, dato)
2. entydig angivelse av godkjenningsstatus (signatur)
3. definert og sporbar distribusjon til personer / steder som trenger dokumentene (inkl. oppdatering)
4. styrt fjerning av foreldede dokumenter
5. definert arkiveringssted.

---

<sup>1</sup> For skoler og barnehager vil dette for eksempel dreie seg om prosedyrer for opplysnings- og informasjonsplikt, utforming og innredning, aktivitet og hvile, måltid, psykososiale forhold, rengjøring og vedlikehold, sikkerhet og helsemessig beredskap, førstehjelp, tilrettelegging basert på opplysninger om helseforhold, smittevern, røyking, inneklima / luftkvalitet, belysning, lydforhold, drikkevann, sanitære forhold og avfallsbehandling.

## 1.2. Ansvar for internkontroll

Hvem som har ansvaret for å påse at det føres internkontroll, går frem av miljørettet helsevern-forskriftene. Det er viktig at alle medarbeidere medvirker ved etableringen av systemet. Internkontroll er et ledelsessystem hvor ansvar, myndighet og fordeling av arbeidsoppgaver fastlegges. Internkontroll er et nyttig redskap for å holde "orden i eget hus".

Forskrift	Eier	Driver (ledelsen)
Forskrift om vannforsyning og drikkevann mv.	<i>Eier av godkjenningspliktig vannforsyningsystem skal påse at det er etablert et internkontroll-system for etterlevelse av denne forskrift.</i>	<i>Vannverkseier eller ... enhver som utfører arbeid for vedkommende, har ansvar for å påse at bestemmelsene gitt i eller i medhold av denne forskrifts kap II og III overholdes.</i>
Forskrift om avløpsslam mv.  Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv.	<i>..Enhver som disponerer slam plikter å føre internkontroll ... Virksomhetens eier skal påse at det er etablert et internkontroll-system.</i>	<i>...Enhver som disponerer slam plikter å føre internkontroll ... Leder av virksomhet har ansvar for å påse at bestemmelsene i eller i medhold av denne forskrift overholdes</i>
Forskrift om badeanlegg, bassengbad og badeanlegg mv.	<i>Den som eier ... har ansvar for å påse at bestemmelsene gitt i eller i medhold av denne forskrift overholdes.</i>	<i>Den som ... driver har ansvar for å påse at bestemmelsene gitt i eller i medhold av denne forskrift overholdes.</i>
	<i>Eier av badeanlegg skal påse at det er etablert et internkontroll-system</i>	

Tabell 1. Tabellen viser eksempler på plikter og ansvar mht. internkontroll for hhv. eier og driver (ledelse mv.).

## 1.3. Om tilsyn

### 1.3.1 Systemtilsyn som tilsynsmetode

Offentlig tilsyn er myndighetenes utadrettede aktivitet for å påse at lover og forskrifter etterleves.

I de seks forskriftene som er nevnt i innledningen, er det gitt krav om at de virksomhetene som omfattes av forskriften skal føre internkontroll. Dette innebærer også en endret tilsynspraksis for kommunene. I hovedsak går endringen ut på at kommunene primært skal utføre sine tilsynsoppgaver i form av systemtilsyn. Systemtilsyn innebærer at tilsynsmyndigheten fører tilsyn basert på virksomhetens egne premisser, dvs. i forhold til det systemet eller de rutinene virksomheten har for å kontrollere seg selv. Hensikten med eksterne revisjoner er å kontrollere om lover og forskrifter etterleves på en systematisk måte.

Et eksempel på et regelverkskrav som er aktuelt å vurdere om systematisk blir etterlevd, er krav til renhold i barnehager og skoler (jf. § 13 i forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv.).

I forskriften står det at "De deler av virksomhetens innendørsarealer som er i daglig bruk, skal ha forsvarlig renhold." I veilederen til forskriften står det at "rommene rengjøres primært hver dag".

Ved kun en inspeksjon kontrollerer man om alle de aktuelle rommene faktisk er rengjort den aktuelle dagen eller dagen før. Da vet tilsynsmyndigheten kun at rommene er, eller er ikke



*Systemtilsyn innebærer at tilsynsmyndigheten fører tilsyn basert på virksomhetenes egne premisser.*

rengjort akkurat ved tilsynsbesøket. Men de vet ingen ting om hvordan tilstanden var uken før, eller vil være om en måned.

Et systemtilsyn i dette tilfelle innebærer at tilsynsmyndigheten gjennomgår for eksempel rengjøringsplanen og virksomhetens styringssystem for gjennomføring av denne, for å gjøre en vurdering om virksomheten med stor sannsynlighet *til enhver tid* har forsvarlig renhold. Det kan likevel være aktuelt å gjennomføre inspeksjoner, dvs. se om det faktisk er rengjort, men da som ett ledd i å bekrefte om det som står i dokumentene eller er sagt i intervjuer faktisk er tilfelle. En slik stikkprøve kalles en verifikasjon, dvs. å verifisere om dokumentene eller intervjuene faktisk er riktige.

Det er som regel ikke nødvendig å verifisere alt som står i dokumentene, eller som blir sagt i intervjuene.

Gjennom kravet om at virksomhetene skal utøve internkontroll blir virksomhetenes eier / leder i større grad gjort ansvarlig og får økt bevissthet overfor gjeldende krav og etterlevelse av disse. Dette inkluderer også økt vekt på å forebygge avvik ved at det fokuseres på bakenforliggende årsaker til at avvik oppstår.

### **1.3.2 Forholdet til internkontrollforskriften for helse-, miljø- og sikkerhet**

I 1995-96 ble internkontrollforskriften for helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen revidert. Ny forskrift med navnet "*Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter*" ble fastsatt 6. desember 1996. Hjemmelsgrunnlaget for denne forskriften finnes i lovgivningen som administreres av Produkt- og elektrisitetstilsynet, Direktoratet for brann- og eksplosjonsvern, Arbeidstilsynet, Statens forurensningstilsyn og Direktoratet for sivilt beredskap. Forskriften angir hvilke krav som settes til internkontrollen som styringssystem. Det er de samme prinsippene som ligger til grunn for etablering av internkontroll etter miljørettet helsevern-forskriftene som etter internkontrollforskriften. I prinsippet innebærer det at kravene etter miljørettet helsevern-regelverket bør innarbeides som en del av den øvrige internkontrollen hos den enkelte virksomhet.

For ytterligere veiledning om forskriften om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter, vises det til gult / grønt hefte utgitt av bl.a. Kommunal- og arbeidsdepartementet i 1997.

## ***Kapittel 2. Systematisk tilsyn med virksomheter***

### **2.1. Styring med tilsynet**

Systematisk tilsyn med virksomheter betyr ikke annet enn at man har god styring med tilsynet. God styring er, som nevnt innledningsvis, en forutsetning for å sikre tilstrekkelig etterrettelighet, objektivitet og likhet i det tilsynet som utføres.

God styring innebærer bl.a. at:

- ansvaret for tilsyn er klart plassert
- myndigheten har god oversikt over virksomheter som det skal føres tilsyn med
- virksomhetene / tilsynsenhetene er gitt tilstrekkelig informasjon
- tilsynene er godt planlagt
- man sikrer seg at planene / programmet etterleves
- systematisk oppfølging av tilsynene
- aktivitetene blir evaluert / vurdert i etterhånd
- det er en god rapportering til de som er ansvarlige

### **2.2. Etablering av kommunalt tilsynsorgan**

Kommunestyret må sikre at det blir etablert et tilsynsorgan, eller utpekt en tilsynsansvarlig, som skal ivareta de tilsynsoppgavene kommunen er gitt etter kommunehelsetjenestelovens kapittel 4a. Dette innebærer bl.a. delegering av myndighet etter § 4a-2. Tilsynsorganet / den ansvarlige må bli gitt nødvendige forutsetninger for å kunne utføre tilsyn, herunder opplæring i systemrevisjonsmetodikk. Videre må det sikres at tilsynsorganet er tilstrekkelig uavhengig i forhold til tilsynsobjektene. Uavhengighet innebærer at tilsynet utøves av personer eller kommunale enheter som ikke direkte har ansvar for den virksomheten som omfattes av tilsynet.

Kommuneloven legger premissene for kommunens mulighet for å delegerer oppgaver. Dersom termen "*kommunestyret selv*" er benyttet i lov eller forskrift, er det ikke mulig for kommunestyret å delegerer myndigheten. Kommunene har som regel eget delegasjonsreglement som er utarbeidet med bakgrunn i krav i kommuneloven og vedtatt av kommunestyret i hver enkelt kommune. Tilsynet med miljørettet helsevern hjemlet i kommunehelsetjenestelovens kap 4a-2 og i miljørettet helsevern-forskrifter kan i prinsippet delegeres til et hvilket som helst kommunalt organ. Som regel delegeres dette til helseetaten. Om kommunen kan delegerer myndighet innen miljørettet helsevern til interkommunalt organ er til vurdering, men det er ikke til hinder for at ett interkommunalt organ blir tillagt den praktiske oppgaven med å føre tilsyn.

En del forarbeid bør gjøres før kommunen iverksetter systemrevisjoner med virksomheter. Dette dreier seg bl.a. om tilstrekkelig opplæring i systemrevisjonsmetodikk, utarbeidelse av en systematisk oversikt over aktuelle virksomheter, jf. nedenfor, samt at en får sikret at de ulike virksomheter har fått tilstrekkelig med informasjon.

### 2.3. Oversikt over virksomheter

Det bør utarbeides og implementeres rutiner som sikrer oversikt over de virksomheter som omfattes av kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a og som har plikt til å føre internkontroll. Videre bør det sikres at tilsynsmyndigheten har oversikt over godkjenningsstatus til virksomheten.

Som hjelpemiddel i det å ha oversikt, kan det være hensiktsmessig å ha en database eller en logg som inneholder nødvendig informasjon om de ulike virksomhetene. Dette kan dreie seg om godkjenningsstatus, eventuelle vilkår, sist revidert, eventuelle ikke lukkede avvik, år for neste revisjon etc.

	Godkjent	Vilkår	Sist tilsyn	Neste tilsyn	Åpne avvik	Rapporteringsfrist	Etc.
Barnehager							
Eng barnehage	Ja	Nei	23.02.1999	2002	Nei		
Li barnehage	Nei	-	-	2000	-		
Skoler							
Haug	Ja	Ja	-	2001			
Ås	Ja	Nei	22.07.1999	2002	Ja	02.2000	
Vannverk							
Odden	Ja	Nei	02.11.1999	2002	Nei		
Restauranter							
Sving			15.02.2000	2003	Ja	11.2000	
Etc							

Fig. 1. Eksempel på et skjema som gir oversikt over tilsynsenheter i en kommune.

### 2.4. Informasjon

Tilsynsmyndigheten bør ha rutiner som sikrer nødvendig informasjon til de aktuelle virksomhetene om gjeldende bestemmelser.

Det er virksomheten selv som er ansvarlig for å oppdatere seg på gjeldende regelverk, men tilsynsmyndigheten må gjøre regelverk tilgjengelig, samt i nødvendig utstrekning bidra med råd og veiledning i forbindelse med etterlevelse av regelverk.

Informasjonsarbeidet innebærer bl.a. å gi ut skriv og å arrangere møter med f.eks. private og offentlige vannverk, skoler og barnehager, renovasjonsselskap osv. om de aktuelle forskriftene.

### 2.5. Planlegging

På bakgrunn av den oversikten en har over virksomhetene, jf. figuren over, bør det lages et program for hvilke virksomheter som skal være gjenstand for revisjoner etter en bestemt tidsramme. I figuren under er et eksempel på hvordan en kan sette opp et revisjonsprogram for år 2000.

Revisjon nr.	Virksomhet	Hovedtema	Revisjonsleder	Tidsrom	Merknader
01.00	Bakke	Full revisjon	Åse Ås	Uke	Godkjent 01.12.1998
	barnehage			05/2000	
02.00	Slam & co	Full revisjon	Børge Berg	Uke 06/2000	Naboer klager på lukt
03.00	Vika vannverk	Leveringssikkerhet	Børge Berg	Uke 08/2000	Variasjoner i vanntrykket.
04.00	Sentrum skole	Rengjøring og vedlikehold	Åse Ås	Uke 09/2000	Synlig forfall
05.00					
06.00					
osv					

Fig. 2. Eksempel på hvordan en kan sette opp et revisjonsprogram.

Programmet bør utarbeides bl.a. på bakgrunn av hvordan en antar situasjonen er i de ulike virksomhetene, og en må ta hensyn til virksomhetens egenart. Ved revisjoner vil det være hensiktsmessig å gi informasjon til virksomhetene i god tid om at en planlegger en revisjon. På denne måten får virksomhetene tilstrekkelig med tid til å forberede seg og etablere de nødvendige rutiner.

For å følge revisjonsprogrammet, bør det integreres i kommunens generelle styringssystem og inneholde bl.a. rapporteringsrutiner, avviksbehandling (melding dersom planen ikke følges, og hvorfor), rutiner for korrigerende og forebyggende tiltak etc.

## 2.6. Systematisk oppfølging av tilsynene

Ved gjennomførte systemrevisjoner vil det ofte fremkomme noen avvik fra myndighetskravene. Dette kan dreie seg om alt fra dårlig inneklima til at virksomhetene ikke fører internkontroll. På bakgrunn av disse tilsynene vil det ofte være naturlig at virksomhetene gis en frist hvor de må rapportere til tilsynsmyndigheten om status for å rette på forholdene (lukke avviket). Tilsynsmyndighetene bør ha rutiner som sikrer oversikt over disse fristene, og eventuelt etterspør rapportering dersom virksomheten ikke overholder fristen.

Enkelte tilsynsmyndigheter har et eget avviksskjema for hver enkelt avvik, som kvitteres ut av en ansvarlig når avviket er lukket (se eksempel i vedlegg 1).

## 2.7. Evaluering og erfaringsoverføring

En bør legge til rette for at erfaringer fra kommunenes systematiske tilsyn blir fanget opp. Disse erfaringene må da være en del av dokumentasjonsgrunnlaget ved evaluering og revidering av det tilsynssystemet kommunene har bygget opp for sitt tilsyn. Bl.a. er det viktig å sammenligne tilsyn for å sikre mest mulig enhetlig tilsyn. Sammenligningen burde omfatte tilsyn innad i kommunen, men også med hvordan andre kommuner utfører tilsvarende tilsyn.

For å lykkes med innføringen av internkontrollsystematikken i helsetjenesten og for virksomheter berørt av miljørettet helsevern-forskrifter, bør tilsynsmyndighetene benytte erfaringer fra innføring av internkontroll i HMS-arbeidet. Evaluering fra dette arbeidet viser at tilsynsmyndighetene må legge stor vekt på informasjon, råd og veiledning i en startfase. En måte for myndighetene å bidra til innføringen av internkontrollsystemer, er å arrangere møter for erfaringsutveksling mellom virksomheter av samme art. I innføringsfasen bør man være varsom med å benytte sanksjonsmidler.

## **2.8. Rapportering til kommunestyret**

Det er kommunestyret som er den formelle oppdragsgiver for tilsynene. For at kommunen skal kunne ta dette ansvar bør de regelmessig få rapporter både om status i de virksomheter som det føres tilsyn med, og også om hvordan tilsynet utføres. På bakgrunn av dette bør kommunestyret vurdere om de for eksempel trenger å endre mandat, gi andre rammebetingelser etc.

Det bør også vurderes om resultatet fra tilsynet, gjennom bl.a. årlige statusrapporter, bør publiseres. Befolkningen har rett til å vite hvilken status innen miljø og helse for eksempel skolene har.

# *Kapittel 3 Gjennomføringen av systemrevisjon*

## **3.1 Om systemrevisjon**

I dette kapitlet beskrives det hvordan systemrevisjoner med verifikasjoner og befaringer planlegges, utføres, rapporteres og følges opp. Systemrevisjoner er en formalisert metode for systemtilsyn, og fremgangsmåten som beskrevet i denne utredningen er analog med den metoden Statens helsetilsyn og fylkeslegene benytter ved gjennomføring av sine systemtilsyn (se vedlegg 2). Den er også analog med den metoden andre tilsynsmyndigheter benytter ved systemtilsyn.

Når det gjelder mindre virksomheter, slik som en del barnehager, vil en mer forenklet fremgangsmåte ofte være mer hensiktsmessig enn en full revisjon slik som beskrevet her, men måten å tenke på bør være tilsvarende. Uansett må det vises fleksibilitet slik at en tilpasser metodikken til den enkelte virksomhets størrelse og egenart.

I systemtilsyn brukes en del begreper som kan virke vanskelige. En god forståelse av begrepene utvikles naturlig når de brukes. De viktigste begrepene er:

- **Observasjon:** En konstatering av fakta i løpet av en revisjon. Fakta bygger på dokumentgjennomgang, intervju og/eller verifikasjon.
- **Avvik:** Mangel på oppfyllelse av krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.
- **Merknad:** Et forhold som ikke oppfattes av definisjonen avvik, men der tilsynsmyndighetene mener det er et forbedringspotensial.
- **Verifikasjon:** Undersøkelse, kontroll, stikkprøve eller lignende for å bekrefte at et utsagn fra intervju, dokument i internkontrollen eller lignende stemmer med virkeligheten.

## **3.2 Planlegging og forberedelse**

Planleggingsfasen omfatter :

- bestemme revisjonsleder og revisjonsgruppe
- planlegging (hensikt, avgrensning og avklaring av hvilke forhold som skal omfattes av revisjonen mv.)
- sende ut revisjonsvarsel og revisjonsprogram
- mottak av dokumentasjon som er oversendt fra virksomheten
- gjennomgang av all relevant dokumentasjon (for eksempel overordnede styringsdokumenter, organisasjonskart og -forklaring, stillings- og oppgavebeskrivelser, dokumentasjon på saksbehandling, tidligere interne revisjonsrapporter mv.).

Dette gjøres for å sikre et godt grunnlag for gjennomføringen og for å utarbeide riktige spørsmål basert på riktig forståelse for myndighetskrav. Det skal stilles på forhånd planlagte spørsmål under intervjuer. Å sette seg meget godt inn i og forstå dokumentasjonen fra virksomheten er premiss for en vellykket systemrevisjon. Hele revisjonsgruppen må delta i planleggingsfasen.

Revisjonsgruppen bør bestå av en revisjonsleder og 1-3 revisorer. Den bør settes sammen etter revisjonens omfang, krav til spesiell kompetanse o.l. Det må også tas hensyn til om revisjonen skal være samordnet mellom to eller flere etater.

En revisjonsleder bør ha nødvendig opplæring og erfaring fra revisjonsutførelse og ha god kjennskap til internkontroll. For hver systemrevisjon utpekes det en revisjonsleder som er ansvarlig for planlegging, utførelse og rapportering av revisjonen. Revisjonslederen er hovedansvarlig for alle faser av revisjonen. Revisjonsleder bør ha lederegenskaper og erfaring, og gis myndighet til å ta endelige avgjørelser vedrørende utførelsen av revisjonen og enhver revisjonsobservasjon. Øvrige revisjonsdeltakere (revisorer) bør ha tilstrekkelig kjennskap til revisjonsutførelse, internkontroll og relevant faglig kunnskap.

I første fase av planleggingen må revisjonsgruppen avklare formålet og avgrensningen av revisjonen samt de tidsrammene som gjelder.

### **3.2.1 Revisjonsvarsel**

En revisjon skal fungere som en støtte for internkontrollarbeidet i virksomheten. Derfor bør virksomheten få informasjon i god tid før revisjonen skal finne sted. Det er utelukkende positivt om virksomheten oppfatter informasjon om en forestående revisjon som et «puff» for å få rutinene sine i orden.

Ofte er det hensiktsmessig først å ta en telefon til virksomheten for muntlig å avtale revisjonstidspunkt, kontaktperson etc. Etter dette sender revisjonsleder brev med formelt varsel til den reviderte. I revisjonsvarselet gis det generell informasjon om

- revisjonens omfang og mål
- hvilke nøkkelpersoner i virksomheten som bør være tilstede under revisjonen
- anmodning om at virksomheten utpeker kontaktperson for den revidertes ledelse for revisjonen
- hvilke dokumenter som revisjonsgruppen har behov for å få tilsendt i forbindelse med forberedelsene til revisjonen
- angivelse av revisjonsgruppens medlemmer
- revisjonsaktivitetene som er planlagt
- forslag til tid og sted for gjennomføringen
- distribusjon av revisjonsrapporten.



*All kommunikasjon forut for intervjuer mellom virksomheten og revisjonsgruppen går gjennom revisjonslederen og en utpekt representant for ledelsen ved virksomheten.*

Ved mange revisjoner vil det være både hensiktsmessig og nødvendig med et innledende møte (“formøte”) med den reviderte, for å avklare forskjellige forhold i forbindelse med revisjonen. Slike møter gjennomføres gjerne hos virksomheter som tidligere ikke har vært utsatt for systemrevisjon. Dette møtet bør avholdes minimum 2 uker før selve revisjonen.

### **3.2.2 Granskning av dokumenter, forberedelse og revisjonsprogram**

Revisjonsleder informerer revisjonsgruppen om hva som er hensikten med revisjonen, hva den skal omfatte, tidsplanen, samt dokumenter og annen informasjon som skal legges til grunn. Interne dokumenter som godkjenninger, organisasjonskart, oversikter over ansatte, håndbøker, instruksjer, prosedyresamlinger, planer, årsmeldinger, interne revisjonsrapporter og virksomhets- og resultatrapporter fremskaffes som følge av revisjonsvarsel.

Dokumentmengden vil naturligvis variere med størrelsen på virksomheten som skal revideres.

Ved vurdering av virksomhetenes dokumentasjon er det viktig å være klar over at det ikke er nødvendig med skriftlige prosedyrer for *alle* aktivitetene som skal ivaretas. Som en tommelfingerregel ved vurdering om virksomheten har tilstrekkelig med skriftlig dokumentasjon (for eksempel prosedyrer) må en stille seg spørsmålet om hva fraværet av slik dokumentasjon vil innebære: Dersom en bestemt rutine som skal utføres for å oppfylle et regelverkskrav ikke skrives ned, innebærer dette en for liten sikkerhet til at rutinen følges på en forsvarlig måte? Hvis svaret er ja, kan mangel på en prosedyre tas med som en observasjon.

Revisjonsgruppa lager en plan for dagen, som viser tidspunktene og varigheten for de enkelte intervjuer, befaringer, verifikasjoner etc. Intervjuobjektene utpekes på grunnlag av forberedelsene til revisjonsgruppa på bakgrunn av tema for revisjonen og gjennomgåtte dokumenter. Revisjonsplanen sendes den reviderte senest en uke før revisjonen starter slik at virksomheten kan styre tilstedeværelsen av ønsket personell. Planen må være fleksibel, slik at den kan endres på kort varsel. På åpningsmøtet er det naturlig å foreta en kort gjennomgang og oppdatering av planen.

### 3.2.3 Utforming av spørsmål

På grunnlag av dokumentgranskningen utarbeides sjekklister med definerte spørsmål tilpasset den reviderte og de personer som skal intervjues. Den utfylles hvor mulig med referanser til underliggende dokumenter. På samme måte utarbeides sjekklister for planlagte verifikasjoner. Sjekklisten for verifikasjoner vil vanligvis bli utvidet ved at nye verifikasjonspunkter dukker opp i løpet av intervjuene.

Det er en fordel å dele mellom hovedspørsmål og delspørsmål. Hovedspørsmål er det spørsmålet man egentlig ønsker å få svar på, dvs. om oppfyllelse av et regelverkskrav. Men hovedspørsmålet stilles som regel aldri direkte til de man intervjuer. Man deler hovedspørsmålet opp i noen delspørsmål som stilles til en eller flere personer i intervju.

Noen regelverkskrav er entydige og kan leses direkte ut av forskriften, for eksempel *"Hovedrengjøring skal gjennomføres årlig i innendørs arealer"*. (jf. § 13 i forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv.). Ved tilsyn kan man da stille seg spørsmålet: Har virksomheten rutiner som sikrer at hovedrengjøring gjøres årlig i alle innendørs arealer?

Andre regelverkskrav må man henvise til veiledere, faglitteratur, eller bruke faglig skjønn for å vurdere, for eksempel *"Virksomheten skal ha tilfredsstillende inneklima, herunder luftkvalitet"* (jf. § 19 i forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv.). For å finne ut hva som er tilfredsstillende inneklima må en se for eksempel i veilederen til forskriften<sup>3</sup>, eller i anbefalte faglige normer for inneklima utgitt av Folkehelse<sup>4</sup>.

<p><b>Hovedspørsmål:</b> Har virksomheten rutiner som sikrer at hovedrengjøring gjøres årlig i alle innendørs arealer?</p>
<p><b>Referansedokumenter</b> <i>Regelverk:</i> § 13 i forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv. <i>Interne:</i> Rengjøringsplan for skolen.</p>
<p><b>Delspørsmål:</b> 1. Hvor ofte gjøres hovedrengjøring? 2. I hvilke rom har dere hovedrengjøring? 3. Hvem har ansvar for å påse at hovedrengjøring gjøres? 4. Hvis hovedrengjøring ikke gjennomføres i ett klasserom ett år, hvordan får du vite det? 5. etc...</p>
<p><b>Verifikasjoner:</b> Se på renholdet i sløydssalen og i klasserom 34</p>

Figur 3. Eksempel på hvordan sette opp hovedspørsmål, delspørsmål og verifikasjoner. Hensikten med spørsmålene er å finne fakta, dvs. hvordan ting foregår i praksis. Intervjuet er ikke en kunnskapstest av den som ble intervjuet.

<sup>3</sup> Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv., IK-2619, utgitt av Statens helsetilsyn i 1998.

<sup>4</sup> Anbefalte faglige normer for inneklima, utgitt av Folkehelse i 1998.

### **3.2.4 Den reviderte virksomhetens oppgave**

Når en virksomhet, som skal følge en miljørettet helsevern-forskrift, mottar revisjonsvarsel og revisjonsprogram, bør ledelsen for virksomheten:

- informere berørte medarbeidere om revisjonens mål og omfang
- utpeke en ansvarlig for kommunikasjon med tilsynsmyndigheten
- sikre at nødvendig materiell og ressurser er tilgjengelige for å gjennomføre revisjonen samt samarbeide med revisorene slik at målene med revisjonen kan nås.

### **3.3 Gjennomføring av tilsynsbesøket**

Gjennomføringsfasen omfatter:

- gjennomføring av åpningsmøte med reviderte part og alle deltakere som vil bli intervjuet (presentere revisjonsgruppe, forklare revisjonsmetodikk og omfang og avklare tekniske og tidsmessige forhold)
- intervjuer
- formulering av revisjonsgruppes observasjoner
- oppsummering på avslutningsmøte.

All kommunikasjon forut for intervjuer mellom virksomheten og revisjonsgruppen går gjennom revisjonslederen og en utpekt representant for ledelsen ved virksomheten. Revisjonslederen beslutter på hvilken måte kommunikasjonen foregår.

Gjennomføringsfasen skal være preget av åpenhet. I tillegg til dokumentgranskning og intervjuer kan revisjonsgruppen befare virksomheten og deler av virksomheten som er spesielt interessante for revisjonsgjennomføringen. Under befaring kan det være naturlig å gjennomføre verifikasjoner, eller stikkprøver, for å ytterligere underbygge eventuelle observasjoner revisjonsgruppen kommer fram til. Virksomhetens skriftlige dokumentasjon, alle intervjuer og verifikasjoner samt befaring danner grunnlaget for de observasjonene revisjonsgruppen gjør.

#### **3.3.1 Åpningsmøte**

Ved oppstart av selve revisjonen bør holdes et åpningsmøte.

Følgende dagsorden for åpningsmøtet kan vurderes:

- presentasjon av deltakerne
- redegjørelse for revisjonens hensikt og omfang
- redegjørelse for krav og dokumenter som ligger til grunn for revisjonen
- beskrivelse av revisjonsforløpet og gjennomgang og justering av revisjonsplan
- redegjørelse for revisjons- og intervjuteknikk og bruk av resultater
- redegjørelse for rapporteringsformen
- redegjørelse for presentasjon av resultatene i et avsluttende møte
- redegjørelse for skriftlig rapport og videre oppfølging
- eventuelt.

Et åpningsmøte tar sjelden mer enn 15-20 minutter. Møtet arrangeres hos den reviderte og i et rom med plass til alle som vil bli direkte involvert i revisjonen. Revisjonsleder bør på forhånd forsikre seg om at nødvendige tekniske hjelpemidler er tilgjengelige. Revisjonsleder er møteleder. Ansvarlig leder hos den reviderte bør delta på møtet sammen med så mange

som mulig av de som blir direkte involvert i revisjonen. Representanter for de ansatte og hovedverneombud eller verneombud bør også være tilstede.

### 3.3.2 Intervjuer, verifikasjoner og befaring

Dersom svarene under intervjuene ikke gir tilfredsstillende avklaring på det som søkes belyst, stilles utdypende spørsmål inntil saken er avklart eller intervjuede ikke har mer informasjon. Husk at hensikten med intervjuene er å finne ut hvordan rutiner og prosedyrer fungerer i praksis. Intervjuene må ikke få karakter av å være avhør hvor kunnskapen til det enkelte intervjuobjekt skal testes. Dersom for eksempel en enkeltperson svarer at de ikke har ansvar for et felt, trenger en ikke grave videre for å sette vedkommende i en presset situasjon. Det bør understrekes overfor intervjuobjektene at "vet ikke"-svar er et gyldig svaralternativ. Dersom det enkelte intervjuobjekt ikke kan svare på spørsmålet, bør man spørre om vedkommende kan angi hvem som eventuelt kan besvare spørsmålet. Svarene på de spørsmål som stilles bør derfor noteres for senere gjennomgang og sammenligning med kravdokumentene. Ved gjennomgang av spesielle dokumenter eller utstyr bør dokumentnummer / utstyrnummer og lokalisering etc. noteres.



*Verifikasjon: Undersøkelse, kontroll, stikkprøve eller lignende for å bekrefte at utsagn fra intervju, dokument i internkontrollen eller lignende stemmer med virkeligheten.*

### 3.3.3 Slutt møte

Et avsluttende møte avholdes snarest mulig etter at intervju og undersøkelser er avsluttet. Møtet ledes av revisjonsleder. Møtested og deltakere bør være det samme som for åpningsmøtet. Revisjonsgruppen ved revisjonsleder presenterer observasjonene kort og nøkternt på møtet, slik at virksomheten er kjent med disse når utkast til revisjonsrapport foreligger og oversendes.

Hensikten med dette møtet er å presentere observasjonen fra revisjonen for den revidertes ledelse, samt å avklare eventuelle misforståelser eller feil ved de formuleringer som er valgt. Observasjonene skal formuleres kort og presist.

Revisjonsleder informerer om den videre saksgangen i forbindelse med revisjonen. Dette omfatter blant annet utforming og oversendelse av utkast til revisjonsrapport til kommentar og endelig revisjonsrapport med spesifisering av avvik og anmerkninger. Eventuelle misforståelser i utkastet til revisjonsrapport avklares når virksomheten eventuelt gir tilbakemelding på utkast til revisjonsrapport.

### **3.4 Rapportering**

Rapporteringsfasen inneholder skriving av utkast til rapport, oversendelse av rapportutkast til revidert virksomhet, samt ferdigstilling av rapport og oversendelse av rapport med oversendelsesbrev fra tilsynsmyndigheten.

#### **3.4.1 Formelle krav til rapporten**

Det er revisjonsleder, med støtte fra revisjonsgruppen, som formulerer og utarbeider revisjonsrapporten og er ansvarlig for denne. Revisjonsrapporten bør inneholde formelle data som:

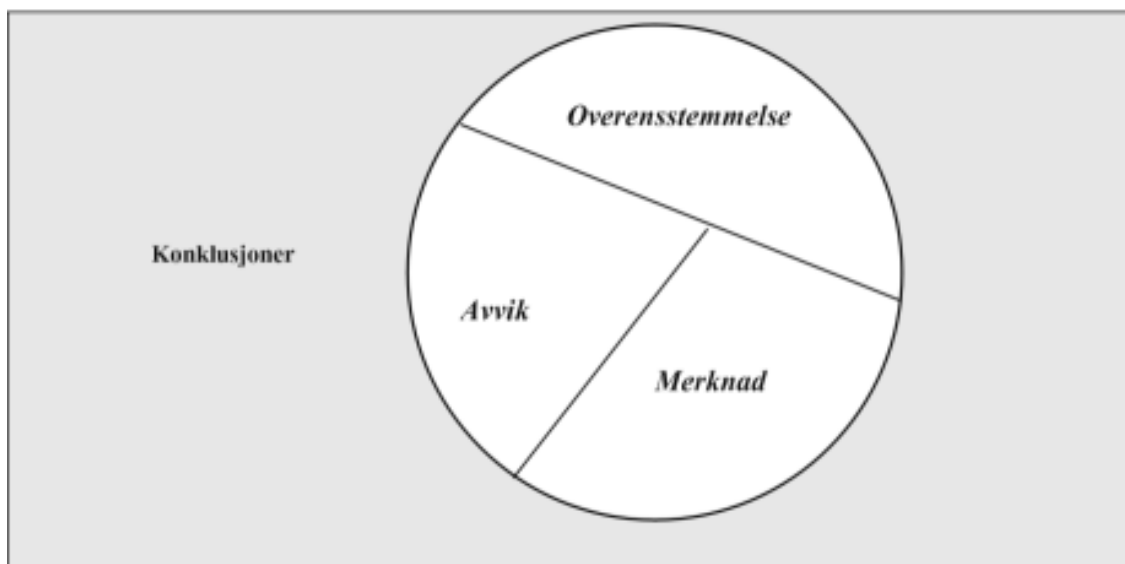
- tid, sted og deltakere
- omfang og hensikt
- angivelse av dokumenter som revisjonen bygger på (inklusive lovverk)
- observasjoner (avvik og anmerkninger) med eventuelle kommentarer
- revisjonsgruppens bedømmelse av virksomhetens etterlevelse av myndighetskrav og
- om internkontrollsystemet er effektivt og hensiktsmessig for å nå målene.

#### **3.4.2 Utkast til rapport**

Før man oversender den endelige rapporten kan det være aktuelt å oversende et utkast til rapport for utsjekking om det er noen faktiske feil. Det er en vurderingssak om en anser dette som nødvendig. Dersom tilsynet er korrekt utført og revisjonsgruppen er sikre på sine observasjoner skal det ikke være nødvendig.

For innhold og utforming av revisjonsrapport vises det til eksempel på rapport i vedlegg 1. Revisjonsgruppen skal utarbeide en rapport som spesifiserer revisjonens resultater. Det lages først et utkast til revisjonsrapport. Utkastet til revisjonsrapport sendes den reviderte til kommentar med kort svarfrist (det anbefales for eksempel en uke).

Utkast til rapport skal være så nøyaktig og presist som mulig, slik at behovet for endringer som følge av feil ikke er tilstede. Revisjonsgruppens konklusjoner skal være basert på objektive funn og skal ikke være gjenstand for forslag til endringer fra revidert parts side. Objektivt funn er basert på informasjon som er riktig og som er framkommet på grunnlag av fakta. Sammen med utkast til revisjonsrapport medfølger et meget kort oversendelsesbrev med anmodning om eventuell tilbakemelding dersom den reviderte part oppdager feil i rapporten.



Figur 4. Det er tre typer konklusjoner man kan få når man legger sammen observasjonene: 1) overensstemmelse med myndighetskrav, 2) avvik fra myndighetskrav og 3) merknad.

I revisjonsrapporten bør også de konklusjoner som viser at virksomheten drives i overensstemmelse med regelverk krav tas med. Det virker lite motiverende for en virksomhet som har lagt ned mye arbeid, dersom det kun er avvik og anmerkninger som kommer frem av en tilsynsrapport. I hovedkonklusjonen bør en også starte med å si noe positivt om virksomheten.

Når det settes opp avvik, må det komme klart frem hvilke regelverkskrav det er avvik fra samt hvilke observasjoner avviket er basert på. Under er ett eksempel på å sette opp avvik. Sammenlign denne med figur 3.

<b>Avvik:</b> Hovedrengjøring gjennomføres ikke årlig i alle innendørs arealer
<b>Avvik fra:</b> § 13 andre ledd i forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv.
<b>Avviket er basert på følgende observasjoner:</b> 1. Gjennom intervjuer kom det frem at hovedrengjøring ikke var gjennomført i 1999. 2. Det foreligger ingen vedtatt rengjøringsplan. 3. Det er uklart hvem som har det praktiske ansvar for å påse at det gjennomføres hovedrengjøring. 4. Det finnes ikke noe system som sikrer at rektor blir informert, dersom det ikke utføres hovedrengjøring i enkelte klasserom. 5. Gjennom verifikasjon var det observert mye støv på hyllene i klasserom 34.

Figur 5. Eksempel på hvordan sette opp avvik med underbygde observasjoner.

### 3.4.3 Endelig rapport

Endelig rapport utformes snarest etter at revidert part har gitt eventuell tilbakemelding. Med endelig rapport medfølger et oversendelsesbrev.

Oversendelsesbrevet formuleres av revisjonsleder og revisjonslederens overordnede. Oversendelsesbrevet med tilhørende revisjonsrapport bør være kort og bare omtale henvisning til revisjonsrapporten og tidsangivelse for når tilsynsmyndigheten forventer at

avvik er korrigeret eller at plan for å komme i overensstemmelse med myndighetskrav er utarbeidet. En revisjonsrapport etter en systemrevisjon er ikke et forvaltningsvedtak, men forvaltningslovens regler om offentlighet må følges.

Rapporten signeres av revisjonsleders overordnede eller annen person med myndighet for godkjenning av revisjonsrapport. Rapporten sendes til den reviderte virksomheten med kopi til eier av virksomheten.

#### 3.4.4 Videre oppfølging

De avdekkede avvik og anmerkninger følges opp i henhold til den reviderte virksomhetens rutiner på dette området. Revisjonsrapporten skal ikke fremme egne forslag til hvilke korrigerende tiltak som kan iverksettes i forbindelse med avvik. Dette bør skje gjennom vanlige saksbehandlingskanaler i den reviderte virksomheten. Hvis det skulle være behov for omgående iverksettelse av korrigerende tiltak, så bør virksomhetens instruks eller rutine for slik handling følges.

### 3.5 Fortrolighet og etikk

Revisjoner gjennomføres ikke for å utpeke synderbukker. Den informasjon som kommer revisorene til del i form av intervjuer og undersøkelser, skal behandles i henhold til gjeldende regler om taushetsplikt og offentlighet i forvaltningen. Rapporten skal være en opplisting av avvik og anmerkninger som går på sak og ikke på personer eller hvem som har sagt hva. Individet som opptrer i en revisjon representerer funksjoner i virksomheten og ikke seg selv.

<b>Avvik:</b> Sentrum skole har ikke etablert et internkontrollsystem som sikrer og dokumenterer etterlevelse av krav i forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.
<b>Avvik fra:</b> Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler, § 4.
<b>Avviket er basert på følgende observasjoner:</b> 1. Gjennom intervjuer kom det frem at hovedrengjøring ikke var gjennomført i 1999. Dette avviket var ikke rapportert og registrert. 2. Det har kommet klage på ulykkesfelle ved gelender i trappeoppgang til kjemisal. Denne klagen er ikke fulgt opp. 3. Skolen har ikke oversikt over inneklimateforholdene ved skolen. Ved en test gjort av revisjonslaget i tre klasserom viste CO <sub>2</sub> verdier høyere er normen i samtlige rom. 4. Det finnes ingen samlet oversikt over registrerte avvik. 5. Det er ikke noen skriftlige rutiner som beskriver hva som skal gjøres for å identifisere, melde og lukke avvik.

Figur 6. En kan godt bruke de samme observasjonene for å underbygge flere avvik. Her er eksempel på observasjoner brukt til å underbygge avvik om manglende internkontroll.



# *Vedleggsoversikt*

## **Vedlegg 1: Eksempel på systemtilsyn: Pandus barnehage**

- Varsel om tilsyn
- Agenda for revisjonen
- Oversendelsesbrev for utkast til revisjonsrapport
- Oversendelsesbrev med endelig revisjonsrapport og avviksskjema

## **Vedlegg 2: Statens helsetilsyns prosedyre for systemrevisjon**



BERGEN KOMMUNE

Næringsmiddeltilsynet og teknisk hygiene  
for Bergen og omland

PANDUS BARNEHAGE  
SKRANEVEGEN 8

5251 SØREIDGREND

ARKIV 2/21

Dens ref.:	Vår ref.:	Aktiv.no:	Date:
	99/05886	NTB-99-2121	14.10.1999

REVISJON AV PANDUS BARNEHAGES INTERNKONTROLL

Vi viser til telefonsamtale med styrer Anne Lise Løberg vedrørende revisjon av virksomhetens internkontroll.

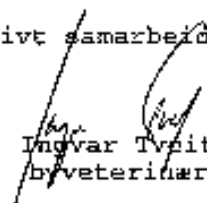
Dokumentunderlag for revisjonen er *Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.*, og virksomhetens egen internkontroll med dokumentasjon knyttet til forskriften.

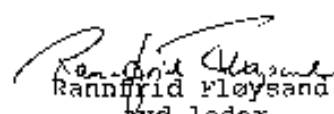
Revisjonen vil bli foretatt **fredag 5. november 1999**, og vil foregå over én dag med formøte, intervjuer/samtaler og sluttmøte.

Vi vil komme tilbake med en agenda for dagen med tidspunkter og hvilke personer vi ønsker å samtale med.

Vi ber om å få tilsendt virksomhetens internkontrollhåndbok og dokumentasjon innen **onsdag 27. oktober 1999**.

Vi ser fram til et positivt samarbeid.

  
Ingvar Tveit  
byveterinær

  
Rannfrid Fløysand  
avd.leder

Kopi til:  
BARNEHAGEKONTORET, SKOLEGATN, 5163 LAKSEVÅG  
YTREBYGDA BYDELSADMINISTRASJON, AURDALSLIA 14, POSTBOKS 93,  
5049 SANDSLI



BERGEN KOMMUNE

Næringsmiddeltilsynet og teknisk hygiene  
for Bergen og omland

PANDUS BARNEHAGE  
SKRANEVEGEN 8

5251 SØREIDGREND

2/21

Deres ref:

Vår ref: 99/05947

Ansøkn: NTB-99-2121

Dato: 01.11.1999

**AGENDA FOR REVISJON VED PANDUS BARNEHAGE**

Vi viser til vårt brev av 14.10.99 om revisjon av PANDUS barnhages internkontroll med hensyn til etterlevelse av Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.

Revisjonen vil som avtalt foregå fredag 5. november 1999.

Fra Teknisk hygiene vil Rannfrid Fløysand (revisjonsleder) og Sonja Skotheim (revisor) delta. I tillegg vil 2 personer fra Teknisk hygiene delta som observatører.

**PROGRAM FOR DAGEN**

- Kl. 08.30 - 08.45 Åpningsmøte
- Kl. 08.45 - 09.15 Intervju med representant fra foreldrerådets arbeidsutvalg
- Kl. 09.15 - 09.45 Intervju med styrer
- Kl. 09.45 - 10.15 Intervju med avdelingsleder/verneombud
- Kl. 10.15 - 10.45 Intervju med barnehageassistent
- Kl. 10.45 - 11.15 Lunsj
- Kl. 11.15 - 12.15 Verifikasjon
- Kl. 12.15 - 13.30 Revisorsamling
- Kl. 13.30 - 14.00 Sluttmøte

Vi ber om at alle deltakere på revisjonen deltar på åpningsmøte og sluttmøte.

Ivar Tveit  
byveterinær

Rannfrid Fløysand  
Rannfrid Fløysand  
avd.leder

Kopi til:

FAU ved PANDUS BARNEHAGE, SKRANEVEGEN 8, 5251 SØREIDGREND



BERGEN KOMMUNE

Næringsmiddeltilsynet og teknisk hygiene  
for Bergen og omland

PANDUS BARNEHAGE  
SKRANEVEGEN 8  
5251 SØREIDGREND

ARKIV

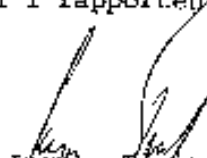
2012/

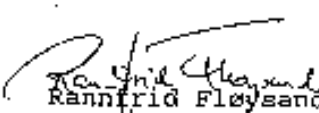
Dokument ref.:	Vår ref.:	Arkiv.nr.:	Dato:
	99/06339	NTB-99 2121	29.11.1999

**UTKAST TIL RAPPORT ETTER REVISJON VED PANDUS BARNEHAGE**

Vedlagt oversendes utkast til rapport etter utført internkontrollrevisjon vedrørende etterlevelse av Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.

Vi ber om tilbakemelding innen 6. desember 1999 dersom det skulle være noe feil i rapporten. Endelig revisjonsrapport vil deretter bli sendt.

  
Ingvær Tveit  
Byggetermer

  
Rannfrid Fløysand  
avd.leder

Vedlegg

Utkast til revisjonsrapport



BERGEN KOMMUNE

Næringsmiddeltilsynet og teknisk hygiene  
for Bergen og omland

PANDUS BARNEHAGE  
SKRANBEVEGEN 8

5251 SØREIDGREND

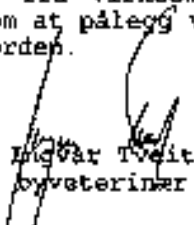
Dokument:	Vår ref:	Arkivnr.:	Dato:
	99/06656	NTB-99-2121	06.12.1999

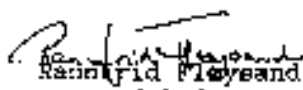
**RAPPORT ETTER REVISJON VED PANDUS BARNEHAGE**

Vedlagt oversendes rapport etter utført internkontrollrevisjon vedrørende etterlevelse av Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.

Vi imateser en skriftlig tilbakemelding innen 15. januar 2000 med beskrivelse av korrigerende tiltak og framdriftsplan for å rette opp gitte avvik og anmerkninger.

Ved manglende oppfølging fra virksomheten må denne rapporten betraktes som et varsel om at pålegg vil bli gitt for at avvikene skal bringes i orden.

  
Ingvar Tveit  
byveterinær

  
Ragnfrid Fløygaard  
avd. leder

Vedlegg: Revisjonsrapport med vedlagte avvikskjemmer

Kopi til:

PANDUS BARNEHAGE V/EIER, SKRANBEVEGEN 8, 5251 SØREIDGREND  
PANDUS BARNEHAGE V/FAU, SKRANBEVEGEN 8, 5251 SØREIDGREND

<b>BERGEN KOMMUNE</b>	<b>SYSTEMREVISJON ved PANDUS BARNEHAGE</b>	<b>RAPPORT NR  2-199</b>
---------------------------	--	----------------------------------

**Virksomhetens adresse:**  
Skraneveien 8  
5251 Søreidgrend

**Tidsrom 05.11.99**

**Kontaktperson i virksomheten:**  
Styrer Annelise Dekke Løberg

**Revisjonsgruppe**  
**Revisjonsleder: Rannfrid Fløysand**  
**Revisor: Sonja M. Skotheim**

**Regelverk:**  
Forskrift om miljørettet helsevern  
i barnehager og skoler m.v.

#### **Rapportens innhold:**

Denne rapport beskriver de avvik og anmerkninger som ble avdekket innen de reviderte områdene.

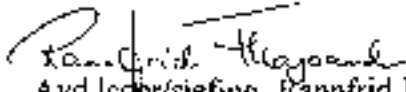
#### **Hovedkonklusjon:**

Pandus barnehage arbeider godt og aktivt for å ivareta barna og har stor fokus på sikkerhet. Barnehagen synes å ha et trivelig miljø.

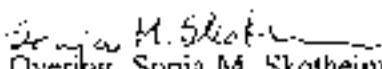
I det videre arbeid vil det være viktig å fortsette arbeidet med innarbeiding av *Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.* i barnehagens internkontroll og klarlegge ansvar, oppgaver og avviksbehandling med hensyn til etterlevelse av forskriften. Foreldre må gjøres kjent med forskriften og vil være en viktig samarbeidspartner. Viktige rutiner bør være skriftlige, da muntlig overlevering av informasjon vil være mer personavhengig.

Dato: 26.11.99

Sign.:

  
Avd.leder/sjefing. Rannfrid Fløysand  
Revisjonsleder

Sign:

  
Overbyg. Sonja M. Skotheim  
Revisor

## Innholdsfortegnelse:

1. Innledning og omfang
2. Dokumentunderlag
3. Avvik
4. Anmerkninger
5. Gjennomføring

### 1. Innledning og omfang

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon ved Pandus barnehage den 5. november 1999. Revisjonen inngår som en del av Teknisk hygieenes planlagte tilsynsvirksomhet for inneværende år.

Fornålet med revisjonen var å vurdere Pandus barnehages etterlevelse av *Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.* Revisjonen omfatter internkontrollens innhold med vekt på organisasjon og ansvar, kartlegging og avviksbehandling knyttet til

- inneklima
- renhold
- ulykkesforebygging

og om:

- virksomhetens internkontroll er hensiktsmessig og dekkende
- aktiviteter utføres slik som beskrevet og utalt

Revisjonen ble gjennomført ved granskning av dokumenter, ved intervjuer av sentrale personer i virksomheten og ved verifikasjoner.

Rapporten omhandler avvik og anmerkninger som er avdekket under revisjonen.

- **Avvik** defineres som mangel på oppfyllelse av spesifiserte krav. (NS-ISO 10011-1 og NS- ISO 8402)
- **Anmerkning** er forhold som ikke omfattes av definisjon for avvik, men som tilsynsmyndigheten mener det er nødvendig å påpeke for å ivareta helse, miljø og sikkerhet.

### 2. Dokumentunderlag

Dokumentunderlaget for systemrevisjonen var:

- Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. av 1. desember 1995
- Virksomhetens internkontrollsystem og dokumentasjon knyttet til den daglige drift og forhold som har betydning for helse og sikkerhet.

### 3. Avvik

**Avvik 1 Oversikt og dokumentasjon av ansvar/oppgave- fordeling er mangelfullt innarbeidet, jf §§ 4 og 14.**

Følgende observasjoner ligger til grunn for avviket:

Kart som viser organisasjonsstruktur kunne ikke framlegges.

Ansvar for kartlegging mhp ulykkesforebygging inne var uklart (mangelfull dokumentasjon av ulykkesforebyggende arbeid både ute og inne).

Rutiner for hvem gjør hva ved eventuelle ulykker kunne ikke framlegges skriftlig.

Ansvar/rutiner for oppdatering av internkontrollen, hvor ofte, datering og ajourføring av dokumenter var mangelfull.

**Avvik 2 Mangelfullt system for avviksbehandling, jf § 4 og egen IK**

Følgende observasjoner ligger til grunn for avviket:

Rutiner for hvem avvik meldes til kunne ikke framlegges.

Kartlagt ulykkespunkt (rutsjebane, sikkerhetssone rundt disse mot gjerde) er ikke korrigert.

Utbedring av rister ved inngangsparti er ikke utført, jf vårt brev av 26.11.98.

**Avvik 3 Kreosotholdig materiale i sandkasse må utbedres, jf §§ 7 og 14.**

De enkelte avvik er vedlagt i egne avviksskjemaer.

## 4. Anmerkninger

### Anmerking 1

**Eksisterende renholdsplan mangler oversikt over hvor ofte ulike deler av renholdet skal utføres.**

Det ble observert støv på høyereliggende flater.

Dokumentasjon på vedlikehold/renhold av ventilasjonsanlegg kunne ikke framlegges.

### Anmerking 2

**Mangelfull lagerplass vanskeliggjør renhold og medfører også en ulykkesrisiko.**

Eksempelvis på kjøkken hvor blant annet maleprodukter ble oppbevart på kjøkkenbenk, lagring av toalettpapir/kartonger mm på kjøkken/avdelinger.

## 5. Gjennomføring

Systemrevisjonen omfatter følgende aktiviteter:

- Åpningsmøte 05.11.99 kl. 8.30 - 8.45.  
Informasjon om hensikt og gjennomføring av systemrevisjonen.
- Intervjuer og verifikasjoner 05.11.99 kl. 8.45 - 12.15.  
Fire personer ble intervjuet av Teknisk hygiene.
- Slutt møte 05.11.99 kl 13.30-14.00.  
Oppsummering med presentasjon av resultatene.


Følgende personer deltok på revisjonen:

Navn	Funksjon	Åpnings- møte	Intervju	Slutt- møte
Annelise Dekke Løberg	styrer	x	x	x
Zoltan Zilinski	ped. leder/vernombud	x	x	x
Linda B. Reigstad	barnehageassistent	x	x	x
Reidun Klokkersund	foreldrerepresentant	x	x	x

Fra Teknisk hygiene deltok:

Avd.leder Rannfrid Fløysand, revisjonsleder  
Overring. Sonja M. Skotheim, revisor  
Avd.ing. Jannic Brovold, observatør  
Helserådsinsp. Olav Solheim, observatør

## AVVIKSMELDING

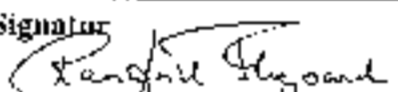
<b>Virksomhetens navn</b> Pandus barnehage	<b>Dato</b> 26.11.99
<b>Avviknr</b> 1	<b>Signatur</b> 

<b>Avvik</b>	<p>                     Oversikt og dokumentasjon av ansvar/oppgave-fordeling er mangelfullt innarbeidet                 </p> <p> <b>Avvik fra §§ 4 og 14</b> </p> <p>                     Følgende observasjoner ligger til grunn for avviket:                 </p> <p>                     Kart som viser organisasjonsstruktur kunne ikke framlegges.                 </p> <p>                     Ansvar for kartlegging mhp ulykkesforebygging inne var uklart (mangelfull dokumentasjon av ulykkesforebyggende arbeid både ute og inne).                 </p> <p>                     Rutiner for hvem gjør hva ved eventuelle ulykker kunne ikke framlegges skriftlig.                 </p> <p>                     Ansvar/rutiner for oppdatering av internkontrollen, hvor ofte, datering og ajourføring av dokumenter var mangelfull.                 </p>
--------------	--

<b>Korrigerende tiltak</b>	(Empty space for corrective actions)
----------------------------	--------------------------------------

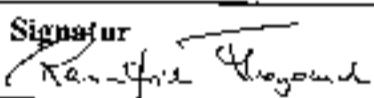
<b>Tiltak vedtatt</b>	<b>Signatur (eier/styrer)</b>	<b>Dato</b>	<b>Tidsfrist</b>
<b>Tiltak utført</b>	<b>Signatur (eier/styrer)</b>	<b>Dato</b>	(Empty space)

## AVVIKSMELDING

<b>Virksomhetens navn</b> Pandus barnehage	<b>Dato</b> 26.11.99
<b>Avviknr</b> 2	<b>Signatur</b> 

<b>Avvik</b>	<p><b>Mangelfullt system for avviksbehandling.</b></p> <p><b>Avvik fra § 4 og egen IK</b></p> <p>Følgende observasjoner ligger til grunn for avviket:</p> <p>Rutiner for hvem avvik meldes til kunne ikke framlegges.</p> <p>Kartlagt ulykkespunkt (rutsjebane, sikkerhetssone rundt disse mot gjerde) er ikke korrigert.</p> <p>Utfodring av rister ved inngangsparti er ikke utført. jf vårt brev av 26.11.98.</p>		
<b>Korrigerende tiltak</b>	(Empty space for corrective actions)		
<b>Tiltak vedtatt</b>	<b>Signatur (eier/styrer)</b>	<b>Dato</b>	<b>Tidsfrist</b>
<b>Tiltak utført</b>	<b>Signatur (eier/styrer)</b>		<b>Dato</b>

## AVVIKSMELDING

<b>Virksomhetens navn</b> Pandus barnehage	<b>Dato</b> 26.11.99
<b>Avviknr</b> 3	<b>Signatur</b> 

<b>Avvik</b>	Kreosotholdig materiale i sandkasse må utbedres  Avvik fra §§ 7 og 14		
<b>Korrigerende tiltak</b>			
<b>Tiltak vedtatt</b>	<b>Signatur (eier/styrer)</b>	<b>Dato</b>	<b>Tidsfrist</b>
<b>Tiltak utført</b>	<b>Signatur (eier/styrer)</b>		<b>Dato</b>



# *Tilsyn utført som systemrevisjon prosedyre*

Saksnummer: 99/4

Godkjent: 13.04.99 av AA

Skal revideres: 13.04.01



# *Innhold*

1. Målsetting og anvendelse med prosedyren .....	45
2. Refferanser .....	45
3. Revisjonsleders ansvar .....	45
4. Definisjoner .....	45
Internkontroll .....	45
Systemrevisjon .....	45
Verifikasjon .....	45
Observasjon .....	45
Avvik .....	45
Merknad .....	45
5. Saksgang .....	46
5.1 Rammebetingelser .....	46
5.2 Revisjonsgruppens sammensetning .....	46
5.2.1 Revisjonsleder .....	46
5.2.2 Revisorer .....	47
5.2.3 Observatører .....	47
5.3 Revisjonsvarsel .....	47
5.4 Forberedelse .....	47
5.5 Formøte .....	48
Møtested: .....	48
Møteleder: .....	48
Deltakere: .....	48
5.6 Gjennomføring av revisjonsbesøket .....	48
5.6.1 Åpningsmøte .....	48
Møtested .....	48
Møteleder .....	48
Deltakere .....	49
5.6.2 Intervju og verifikasjoner .....	49
5.6.3 Sluttmøte .....	50
5.7 Revisjonsrapport .....	50
5.7.1 Formål .....	50
5.7.2 Godkjenning .....	50
5.7.3 Distribusjon .....	50
5.7.4 Utforming .....	51
5.7.5. Eksempel på føring av avvik: .....	51
Kommunehelsetjenesten: .....	51
5.8 Videre oppfølging .....	51
5.9 Avvik som ikke rettes – forholdet til pålegg .....	51
5.10 Fortrolighet og etikk .....	52
5.11 Avdekkede forhold som ikke er gjenstand for revisjon .....	52
Vedlegg 1 .....	53
Vedlegg 2 .....	53
Vedlegg 3 .....	53
Videre bør en informere om: .....	53



## **1. Målsetting og anvendelse med prosedyren**

Denne prosedyren beskriver hvordan systemrevisjoner med verifikasjon skal planlegges, utføres, rapporteres og følges opp. Prosedyren skal anvendes når Helsetilsynet eller fylkeslegene gjennomfører systemrevisjoner.

Målsettingen med prosedyren er å sikre en systematisk og mest mulig ensartet gjennomføring av systemrevisjoner.

## **2. Refferanser**

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten

Forvaltningsloven

Offentlighetsloven

NS - ISO 8402

NS - ISO 10011-1

Samordning av myndighetenes tilsyn - internkontroll (P-0833)

Helselovgivningen

## **3. Revisjonsleders ansvar**

For hver revisjon skal det utpekes en revisjonsleder som er ansvarlig for planlegging, utførelse og rapportering av revisjonen. Revisjonsleder skal avklare rammebetingelsene, se punkt 5.1.

## **4. Definisjoner**

### **Internkontroll**

Systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetenes aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helselovgivningen.

### **Systemrevisjon**

Systematisk undersøkelse for å fastslå om aktiviteter og tilhørende resultater er i samsvar med krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift.

### **Verifikasjon**

Undersøkelse, kontroll, stikkprøve e.l. av at internkontrollen fungerer i praksis og at aktivitetene er i samsvar med myndighetenes krav

### **Observasjon**

En konstatering av fakta i løpet av en revisjon. Fakta bygger på dokumentgjennomgang, intervju og/eller verifikasjon. For at en observasjon skal kunne benyttes som begrunnelse for avvik, bør observasjonen bygge på minst to kilder.

### **Avvik**

Mangel på oppfyllelse av krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.

### **Merknad**

Et forhold som ikke omfattes av definisjonen for avvik, men der tilsynsmyndighetene mener **det er et forbedringspotensial**.

## 5. Saksgang

### 5.1 Rammebetingelser

En revisjon starter med utsendelsen av varselbrev og avsluttes med utsendelsen av endelig rapport.

I forbindelse med planleggingen av revisjoner vil det være nødvendig at revisjonsleder sørger for at revisjonens hensikt, omfang og tids- og eventuell kostnadsramme avklares, dvs:

- Hva er målsettingen med revisjonen? Hva ønsker man å få kunnskap om?
- Hvilke organisasjonsheter skal revideres?  
(Hele institusjoner, avdelinger, seksjoner, poliklinikker, laboratorier, kommunehelsetjenester, tannhelsetjenester, etc.)
- Hvem gjenstand for tilsyn?
- Hvilke avgrensninger skal gjøres? (type avdeling, problemområde, avgrensninger innenfor et problemområde, lovkrav, systemkrav, materielle krav).
- Hvem skal intervjues (hvilke nivå og hvilke funksjoner)
- Hvilke verifikasjoner skal gjennomføres på bygninger, utstyr, dokumentasjon, aktiviteter, opplæring, tjenesteprodukt, etc.
- Hvilken tidsramme gjelder?  
(Revisjonens start, besøkets varighet (en eller to dager, antall timer), dato for ferdigstillelse av rapport.)
- Samordning med andre tilsynsetater. Dette innebærer å ha sjekket ut om andre tilgrensende tilsyn er gjort tidligere, lese eventuelle rapporter fra disse tilsynene og sjekke ut om det er planlagt andre statlige tilsyn i samme virksomhet.
- I henhold til tidsrammen skal revisjonsleder sette opp en grov tidsplan for revisjonsbesøket.

Pasientintervjuer skal ikke inngå som en del av revisjonen.

### 5.2 Revisjonsgruppens sammensetning

Revisjonsgruppen bør bestå av en revisjonsleder og 1 - 3 revisorer. Den bør settes sammen etter revisjonens omfang, krav til spesiell kompetanse (helsefaglig, juridisk, teknisk), o.l. Det er fylkeslegens ansvar å sikre at revisjonsteamet samlet sett har den nødvendige kompetanse.

#### 5.2.1 Revisjonsleder

Revisjonsleder skal ha nødvendig opplæring og erfaring fra revisjonsutførelse og ha god kjennskap til internkontroll. Det vises her til NS-ISO 10011-1 punkt 4.2.1.3. der det bl.a. heter:

*Revisjonslederen er hovedansvarlig for alle faser av revisjonen. Revisjonslederen bør ha lederegenskaper og erfaring og bør gis myndighet til å ta endelige avgjørelser vedrørende utførelsen av revisjonen og enhver revisjonsobservasjon.*

*Revisjonslederens ansvar omfatter også å*

- *assistere ved valg av de øvrige medlemmene av revisjonsgruppen;*

- *utarbeide plan for revisjonen;*
- *representere revisjonsgruppen overfor den revidertes ledelse”;*

### 5.2.2 Revisorer

Øvrige revisjonsdeltakere (revisorer) skal ha kjennskap til revisjonsutførelse, **internkontroll, kjennskap til helselovgivningen og relevant helsefaglig kunnskap.**

### 5.2.3 Observatører

I noen sammenhenger vil det være naturlig å ha med observatører. En observatør skal ikke bidra i intervjuene med spørsmål eller kommentarer. Dersom virksomheten ønsker å ha med en observatør må dette vurderes opp imot behovet for åpenhet og fortrolighet i intervjusituasjonen.

### 5.3 Revisjonsvarsel

**I rimelig tid (2 - 3 måneder) før selve revisjonen sendes brev til den reviderte med informasjon om når den forestående revisjonen skal finne sted. I spesielle tilfelle vil en kortere varslingstid kunne aksepteres.**

Det skal gå kopi av revisjonsvarselet til eier, eventuelt til virksomheten dersom eier er gjenstand for tilsyn.

En bør i brevet be om at den reviderte oppnevner en kontaktperson for tilsynet.

I revisjonsvarslet skal det presiseres hvilke myndighetskrav det skal revideres mot, og hvilke(n) enhet(er) det er som skal revideres.

Det gis generell informasjon om hva revisjonen vil omfatte og, om mulig, hvilke nøkkelpersoner i virksomheten som bør være tilstede under revisjonen. Videre bør det fremgå hvilke dokumenter som revisjonsgruppen har behov for å få tilsendt i forbindelse med forberedelsene til revisjonen.

I tillegg til denne skriftlige meddelelsen er det naturlig at revisjonsleder også holder telefonisk kontakt med kontaktpersonen for å tilrettelegge de praktiske forholdene ved revisjonen.

### 5.4 Forberedelse

Revisjonsleder påser at revisjonsgruppen får informasjon om hva som er hensikten med revisjonen, hva den skal omfatte, tidsplanen, samt dokumenter og annen informasjon som skal legges til grunn. Interne dokumenter som godkjenninger, organisasjonskart, oversikter over ansatte, håndbøker, instruksjoner, prosedyresamlinger, planer, årsmeldinger, interne revisjonsrapporter, virksomhets- og resultatrapporter etc. fremskaffes. På dette grunnlag utarbeides lister med definerte spørsmål tilpasset den reviderte og de personer som skal intervjues. På samme måte utarbeides lister for verifikasjoner. Listen for verifikasjoner vil vanligvis bli utvidet ved at behov for nye verifikasjonspunkter dukker opp i løpet av intervjuene.

Det skal utarbeides et program som viser tidspunktene for besøket, herunder åpningsmøtet, de enkelte intervjuer, befaringer, verifikasjoner, dokumentgjennomganger og sluttmøtet. Dette programmet sendes den reviderte senest 2 uker før revisjonen starter, slik at virksomheten kan styre tilstedeværelsen av ønsket personell. På åpningsmøtet er det naturlig å foreta en siste gjennomgang og oppdatering av dette programmet.

Revisjonsteamet fordeler oppgaver som skal ivaretas under revisjonen.

### **5.5 Formøte**

Ved noen revisjoner kan det være hensiktsmessig å arrangere et formøte før selve revisjonsbesøket. De fleste revisjoner vil imidlertid kunne gjennomføres uten formøte. Revisjonsleder avgjør om et slikt møte skal holdes.

#### **Møtested:**

Møtet bør arrangeres hos den reviderte.

#### **Møteleder:**

Revisjonsleder er møteleder.

#### **Deltakere:**

Revisjonsleder og en eller flere av revisorene.

Lederen for den reviderte bør delta på møtet sammen med andre som står sentralt i forbindelse med revisjonen. Det bør vurderes særskilt om en representant fra kommunen/ fylkeskommunen bør være tilstede.

I tillegg til å avklare det praktiske opplegget er formålet med dette møtet å skape forståelse for revisjonen og opparbeide en samarbeidsånd.

Forslag til dagsorden finnes i vedlegg 1

## **5.6 Gjennomføring av revisjonsbesøket**

### **5.6.1 Åpningsmøte**

Revisjonsmøtet starter med et åpningsmøte. Dersom en har avholdt et formøte få dager i forveien med de samme deltagerne, kan selvsagt dette møtet kortes vesentlig ned.

#### **Møtested**

Møtet arrangeres hos den reviderte og i et rom med plass til alle som vil bli direkte involvert i revisjonen. Revisjonsleder bør på forhånd forsikre seg om at nødvendige tekniske hjelpemidler er tilgjengelige.

#### **Møteleder**

Revisjonsleder er møteleder.

### **Deltakere**

Ansvarlig leder hos den reviderte bør delta på møtet sammen med så mange som mulig av de **som blir direkte involvert i revisjonen.**

Forslag til dagsorden finnes i vedlegg 2

### **5.6.2 Intervju og verifikasjoner**

Revisjonen gjennomføres i samsvar med de planer som er lagt og med utgangspunkt i de listene man har utarbeidet på forhånd. (spørsmål og verifikasjoner). Det er revisjonstemaet som bestemmer hvem som skal intervjues. Dersom svarene under intervjuene ikke gir tilfredsstillende avklaring på det som søkes belyst, stilles utdypende spørsmål inntil saken er avklart eller intervjuede ikke har mer informasjon. De klare, entydige og åpne spørsmålene gir de beste svarene. Det bør understrekes overfor intervjuobjektene at "vet ikke svar" er et akseptabelt svaralternativ. Dersom det enkelte intervjuobjekt ikke kan svare på spørsmålet, bør man spørre om vedkommende kan angi hvem som eventuelt kan besvare spørsmålet.

Revisjonsgruppen skal legge vekt på å kunne dokumentere de konklusjoner som blir trukket. Svarene på de spørsmål som stilles bør derfor noteres for senere gjennomgåelse og sammenligning med kravdokumentene. Ved gjennomgang av spesielle dokumenter eller utstyr bør dokumentnummer/utstysnummer og lokalisering etc. noteres.

Dersom det fremkommer opplysninger i intervjuene som kan/bør verifiseres, skal dette noteres ned og følges opp i etterkant av intervjuet/intervjuene.

Etter at intervju og verifikasjoner er avsluttet, skal revisjonsgruppen formulere sine konklusjoner.

**Avvik nr:**

**Formulering av avviket:**

**Avvik fra følgende myndighetskrav:**

**Avviket er basert på følgende observasjoner:**

**Merknad nr**

**Merknaden bygger på følgende observasjoner:**

### 5.6.3 Sluttmøte

Et avsluttende møte avholdes snarest mulig etter at intervju og undersøkelser er avsluttet. Møtet ledes av revisjonsleder. Møtested og deltakere bør være det samme som for åpningsmøtet (se vedlegg 3).

Hensikten med dette møtet er å presentere funnene fra revisjonen for den revidertes ledelse, uttrykt ved de observasjoner som er gjort. Videre skal en avklare om det er enighet om de faktiske forhold, samt avklare eventuelle misforståelser. Revisjonsleder informerer om den videre saksgangen i forbindelse med revisjonen. Dette omfatter blant annet utforming og oversendelse av utkast til revisjonsrapport til kommentar og endelig revisjonsrapport med spesifisering av avvik og merknader.

#### Fylkeskommunale helsetjenesten:

**Pasienter med garantistatus får ikke tilbud om behandling innen 3 måneder selv om det finnes ledig kapasitet ved offentlige sykehus i andre fylker.**

**Avvik fra ventetidsforskriften § 8, 1. ledd.**

**Følgende observasjoner ligger til grunn for avviket:**

Videre bør revisjonsleder informere om den videre oppfølgingen av avvik og muligheten for at en sak kan oversendes Helsetilsynet med spørsmål om pålegg. (se pkt. 5.9 og 5.10)

## 5.7 Revisjonsrapport

### 5.7.1 Formål

Revisjonsgruppen skal utarbeide en rapport som spesifiserer revisjonens resultater. Umiddelbart etter besøket utarbeides et utkast til revisjonsrapport. Utkastet til revisjonsrapport sendes den reviderte til kommentar med en svarfrist på inntil 3 uker. Både utkastet og den endelige revisjonsrapporten er i utgangspunktet offentlige dokumenter med mindre de inneholder opplysninger som i medhold av offentlighetsloven tilsier noe annet.

### 5.7.2 Godkjenning

Rapporten skal underskrives av revisjonsleder og en av revisorene fra tilsynet. Oversendelsesbrevet underskrives av fylkeslege.

### 5.7.3 Distribusjon

Formelle henvendelser til virksomheten skal gå til virksomhetens øverste leder (direktør, styrer styreleder, eller eier). Rapporten sendes denne med kopi enten til virksomheten eller til eier, avhengig av hvilket nivå som er gjenstand for tilsyn. Oversendelsen skal normalt skje innen 6 uker etter sluttmøtet.

Kopi av rapporten med kopi av oversendelsesbrevet skal sendes Statens helsetilsyn.

Helsetilsynet skal også ha rapporten elektronisk (e-post eller diskett) slik at den kan legges ut på internett.

#### **5.7.4 Utforming**

Helsetilsynets rapportmal skal benyttes når rapport skrives.

På bakgrunn av de observasjonene som er gjort etter revisjonsbesøket, utformes avvik og merknader. Avvik/merknader skal i sluttrapporten presenteres på følgende måte:

#### **5.7.5. Eksempel på føring av avvik:**

##### ***Kommunehelsetjenesten:***

Det skjer ingen rutinemessig undersøkelse av beboere med tanke på å fastslå om det foreligger langtkommet senil demens før overføring til skjermet enhet for senil demente.

Avvik fra forskrift for sykehjem og borform for heldøgns omsorg og pleie § 4-7, lov om helsetjenesten i kommunene § 6-3 og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3.

Avviket er basert på følgende observasjoner:

Det er i intervjuer opplyst at man ikke regelmessig undersøker om beboere lider av langtkommet senil demens før de blir overført til skjermet enhet.

Pasienter med garantibrudd blir ikke henvist til offentlige sykehus med ledig behandlingsskapasitet i andre fylker.

Vedlagte rapportmal skal brukes ved rapportering. Alle områder som revideres skal omtales i rapporten, også de områdene der det ikke er påpekt avvik eller merknader.

#### **5.8 Videre oppfølging**

Fylkeslegen skal i oversendelsesbrevet som følger den endelige rapporten, be om en plan for hvordan og når virksomheten vil lukke påviste avvik. Fylkeslegene må vurdere om virksomhetens plan er i samsvar med kravet om forsvarlig virksomhet, jf tilsynsloven § 5, sykehusloven § 18 og kommunehelsetjenesteloven § 6-3. Fylkeslegen må videre følge opp om planen overholdes.

Fylkeslegen kan ikke kreve at eventuelle merknader følges opp av virksomhetene i ettertid, og en slik sak kan heller ikke oversendes Helsetilsynet for vurdering av påbud. En merknad er imidlertid en observasjon fylkeslegen selv kan følge opp i ettertid, f.eks for undersøke om problemet har forverret seg og kanskje utviklet seg til et avvik.

#### **5.9 Avvik som ikke rettes – forholdet til pålegg.**

Dersom den reviderte ikke gir fylkeslegen en tilfredsstillende plan for retting, eller avvik ikke rettes i henhold til planen, skal fylkeslegen ta dette opp med den som er ansvarlig for virksomheten, hhv. kommune, fylkeskommune, stat eller privat eier. Dersom dette ikke fører frem og avviket må anses å ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen

måte er uheldig eller uforsvarlig, skal fylkeslegen vurdere om saken skal oversendes Statens helsetilsyn for eventuell bruk av påbudshjemmel. Det er viktig at eier i forkant er gjort kjent med at saken vurderes oversendt til Statens helsetilsyn og således er gitt en mulighet til å rette opp avvikene.

Vurderingstemaet i påbudsbestemmelsene er om en virksomhet innen helsetjenesten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig, jf. tilsynsloven § 5, sykehusloven § 18 og kommunehelsetjenesteloven § 6-3. Myndighet til å gi påbud er lagt til Statens helsetilsyn med klagerett til Sosial- og helsedepartementet.

I praksis har det vist seg at det er behov for at påbudssaker undergis en særskilt forberedelse før de oversendes Statens helsetilsyn. Ikke ethvert avvik som er avdekket gjennom systemrevisjoner vil nødvendigvis være grunnlag for en påbudssak. Spørsmålet om påbud må vurderes i relasjon til hva som er vurderingstema i påbudsbestemmelsen, jf. ovenstående. Det er spesielt viktig at fylkeslegen utreder forholdets konsekvenser for pasientene og at faktum er dokumentert.

Av forarbeidene til påbudsbestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven § 6-3 og tilsynsloven § 5 fremgår det at det også kan gis påbud til helsetjenesten i tilknytning til uforsvarlighet i det miljørettede helsevern, jf. Ot.prp. nr. 40 (86-87) s. 26. Det antas også å kunne gis påbud i tilknytning til uforsvarlighet innenfor annet forebyggende arbeid som er regulert i bestemmelser for helsetjenesten i kommunene.

Statens helsetilsyn vil før påbud utferdiges gi et forhåndsvarsel (varsel om påbud) jf. forvaltningslovens § 16.

Varsel om pålegg gis på grunnlag av situasjonen på det tidspunktet varselet gis. I enkelte tilfeller hvor det har gått noe tid etter systemrevisjonen og uttalelser fra virksomheten, kan det derfor være nødvendig å innhente supplerende dokumentasjon eller uttalelser før saken oversendes Helsetilsynet.

## **5.10 Fortrolighet og etikk**

Systemrevisjoner gjennomføres for å se om systemer sikrer lovpålagt kvalitet, ikke for å utpeke syndebukker. Rapporten skal være en opplisting av avvik og merknader som går på sak og ikke på personer eller hvem som har sagt hva. Mottatte opplysninger skal så langt det er mulig behandles med fortrolighet i forhold til kilden.

## **5.11 Avdekkede forhold som ikke er gjenstand for revisjon**

Av og til avdekker revisjonen forhold som ligger utenfor den planlagte revisjonen. Fylkeslegen plikter å følge opp relevant informasjon om helsepersonell eller helsetjenesten, uavhengig av hvordan informasjonen er fremkommet. Slike saker skal imidlertid følges opp som egen sak, og ikke som en del av det planlagte tilsynet. Informasjonen skal heller ikke omtales i rapporten fra tilsynet, men skal påpekes i det følgesbrevet som følger rapporten.

## **Vedlegg 1**

Følgende dagsorden for formøtet kan være formålstjenlig:

- presentasjon av deltakerne (fra fylkeslegen og fra den reviderte virksomheten)
- utpeke kontaktperson hos den reviderte dersom ikke allerede dette er gjort kort
- presentasjon av virksomheten (den reviderte)
- redegjørelse for revisjonens hensikt og omfang
- redegjørelse for krav og dokumenter som ligger til grunn for revisjonen
- beskrivelse av revisjonsforløpet med skisse til revisjonsprogram (hvis dette er klart)
- redegjørelse for revisjons- og intervjuteknikk og bruk av resultater
- identifikasjon av personell som bør intervjues og om mulig oppsetting av tidsplan for intervjuer
- befarings/omvisning

## **Vedlegg 2**

Følgende dagsorden for åpningsmøtet er formålstjenlig:

- presentasjon av deltakerne (fra fylkeslegen og fra den reviderte virksomheten)
- kort presentasjon av virksomheten (den reviderte)
- redegjørelse for revisjonens hensikt og omfang
- redegjørelse for krav og dokumenter som ligger til grunn for revisjonen
- beskrivelse av intervjuenes form
- beskrivelse av revisjonsbesøket og gjennomgang og justering av revisjonsprogrammet
- redegjørelse for revisjons- og intervjuteknikk og bruk av resultater
- redegjørelse for rapporteringsformen
- redegjørelse for hvordan resultatene vil bli presentert i sluttmøtet.
- redegjørelse for skriftlig rapport og videre oppfølging
- eventuelt

## **Vedlegg 3**

Forslag til innhold i sluttmøtet:

- Presentere konklusjoner fra tilsynet basert på tilsendt dokumentasjon og dokumentasjon fått gjennom intervju og verifisering og få kommentarer fra deltakerne om de faktiske forhold stemmer
- Orienter om skriftlig rapport og oppfølging
- Gjenta plikten til å etablere IK-system (tilsynsloven)

**Videre bør en informere om:**

- at det vil bli sendt ut en foreløpig rapport med konklusjoner i form av eventuelle avvik og merknader og at den reviderte må få beskjed om at eventuelle kommentarer til rapporten må være fylkeslegen i hende innen 3 uker.
- at det vil bli satt en frist for innsendelse av en plan for lukking av avvik
- at både foreløpig og endelig rapport er offentlig
- at kopi av endelig rapport vil bli sendt Helsetilsynet.



STATENS HELSETILSYNS UTREDNINGSSERIE

		IK-	PRIS
3-1994	Pasientjournalen .....	IK-2451	(100)
4-1994	Selvmordsforebyggende arbeid Bærumsmodellen .....	IK-2456	(100)
6-1994	Organisering av gastro-enterologisk cancerkirurgi i Norge .....	IK-2463	(100)
9-1994	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi .....	IK-2467	(100)
10-1994	EØS/EU og helsesektoren .....	IK-2468	(100)
3-1995	Folkehelse - et nytt traktatfestet samarbeidsområde i EU .....	IK-2496	(100)
4-1995	Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne .....	IK-2506	(100)
6-1995	Prioriteringer innen hjertekirurgi .....	IK-2511	(100)
1-1996	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi - Del 2 .....	IK-2519	(100)
2-1996	Prioriteringer innen palliativ kreftbehandling .....	IK-2541	(100)
3-1996	Spesialisert rehabilitering av pasienter med leddgikt og beslektede sykdommer.....	IK-2544	(100)
1-1997	Faglige krav til fødeinstitusjoner .....	IK-2565	(100)
2-1997	Fremtidig struktur for blodbankene i Norge .....	IK-2571	(100)
3-1997	Organisering av kvalitetsarbeid i kommunehelsetjenesten .....	IK-2582	(100)
4-1997	El-overfølsomhet .....	IK-2599	(100)
5-1997	Tannskader hos barn og ungdom .....	IK-2600	(100)
6-1997	Karsykdommer og røyking .....	IK-2602	(100)
1-1998	Somatiske undersøkelser (helseundersøkelser/screening) av barn og unge 0-20 år .....	IK-2611	(100)
2-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som leder .....	IK-2615	(100)
3-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som medarbeider .....	IK-2616	(100)
4-1998	Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.....	IK-2618	(100)
5-1998	Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 1-20 år .....	IK-2621	(100)
6-1998	Katarakt som samfunnsproblem .....	IK-2626	(100)
7-1998	Oppfølging av personell som har tjenestegjort i internasjonale fredsoperasjoner .....	IK-2631	(100)
8-1998	Bruk av tannrestaureringsmaterialer i Norge .....	IK-2652	(100)
1-1999	Norsk nevrokirurgisk virksomhet – innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Statens ..	IK-2680	(100)
2-1999	Patologifaget i det norske helsevesen .....	IK-2682	(100)
3-1999	Miljø og helse i plan – kvalitetsverktøy og teknikker .....	IK-2685	(100)
4-1999	Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling .....	IK-2694	(100)
5-1999	Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra .....	IK-2701	(100)
6-1999	Scenario 2030 Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030 .....	IK-2696	(100)
7-1999	Gamle i sykehus Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998 .....	IK-2697	(100)
8-1999	Legetjenester i sykehus En nasjonal kartlegging 1999 .....	IK-2698	(100)
1-2000	Miljørettet helsevern- Kommunenes tilsyn med virksomheter .....	IK-2705	(100)
2-2000	Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser .....	IK-2692	(100)
4-2000	Psykiatriske poliklinikker- en evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien .....	IK-2706	(100)
5-2000	Utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiske lidelser En kartlegging av spesialisthelsetjenestens tilbud og behov .....	IK-2707	(100)

## STATENS HELSETILSYNS VEILEDNINGSSERIE

1-1994	Godkjenning som lege i Norge .....	IK-2447	(100)
2-1994	Målemetoder for inneklimateparametre .....	IK-2462	(100)
1-1995	Sped- og småbarnsernæring.....	IK-2475	(100)
2-1995	Behandling av saker om tillatelse til bruk av avløps slam .....	IK-2481	(100)
5-1995	Veileder i svangerskapsomsorg for kommunehelsetjenesten .....	IK-2492	(100)
6-1995	Norsk vassforsyning, fylkesleganes tilsyn med kommunane .....	IK-2477	(100)
7-1995	Vondt i ryggen? Hva er det? Hva gjør vi? .....	IK-2508	(100)
8-1995	Retningslinjer for håndtering av cytostatika utenfor sykehus .....	IK-2520	(100)
1-1996	Retningslinjer for GMP i blodbanker.....	IK-2527	(100)
2-1996	Taushetspliktens betydning for samarbeidet mellom medisinsk nødmeldetjeneste og andre nødetater .....	IK-2531	(100)
4-1996	Veileder i rehabilitering av slagrammede .....	IK-2542	(100)
5-1996	Opplæringshefte ICD-10.....	IK-2549	(100)
1-1997	Retningslinjer for håndtering av antimikrobielle midler i helsevesenet .....	IK-2568	(100)
2-1997	Veiledning for utfylling av helseattest for førerkort mv .....	IK-2562	(100)
1-1998	Veileder i habilitering av barn og unge .....	IK-2614	(100)
2-1998	Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten - barn og unge 0- 20 år .....	IK-2617	(100)
3-1998	Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv .....	IK-2619	(100)
4-1998	Behandling av ryggmargsskade i Norge .....	IK-2620	(100)
1-1999	Tenner for livet - Helsefremmende og forebyggende arbeid .....	IK-2659	(100)
2-1999	Veiledning i journalføring i helsestasjons- og skolehelsetjenesten .....	IK-2700	(100)
1-2000	Retningslinjer for helseundersøkelse av yrkesdykkere .....	IK-2708	(100)
2-2000	Habilitering og rehabilitering av mennesker med lungesykdommer.....	IK-2710	(100)

## STATENS HELSETILSYNS SKRIFTSERIE

2-1994	Helsefremmende tiltak i kommunene.....	IK-2471	(100)
1-1995	Sykepleietjenester i kommunene .....	IK-2498	(100)
2-1995	Den fylkeskommunale habiliteringstjenesten - 3 år etter HVPU-reformen .....	IK-2502	(100)
3-1995	Støtte til egen mestring - en veileder om organisering av sosial støtte i lokalsamfunnet, basert på erfaringer fra samarbeidsprosjektet Sorg og Omsorg .....	IK-2507	(100)
1-1996	Bærumsmodellen 1984-1994 .....	IK-2524	(100)
1-1997	Retningslinjer for transfusjonstjenesten .....	IK-2590	(100)
1-1998	The Bærum Model 1984-1994.....	IK-2624	(100)
1-1999	Du bestemmer – en annerledes helseveiledning.....	IK-2702	(100)

## Samling av lover, forskrifter og rundskriv

Det psykiske helsevern - Samling av relevante lover, forskrifter og lover.....	IK-2607	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i tannhelsetjenesten – Samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv .....	IK-2608	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i sykehus - samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv .....	IK-2609	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i kommunehelsetjenesten - Samling av relevante lover, forskrifter og lover .....	IK-2610	(60)

**Alle prisene er oppgitt med forbehold om endringer uten forutgående varsel**