

Gäller för: Neuro- och rehabiliteringsklinik

Giltig från: 2025-11-10

Innehållsansvar: Anna Brännström, (annbr), Enhetschef

Giltig till: 2027-11-10

Granskad av: Rebecca Midrup, (rebe5), Ortopedklinikchef

Godkänd av: Malin Camper, (malgu5), Verksamhetschef

Internrevision, ortopedteknik

Sammanfattning

Beskriver när och hur internrevision ska genomföras och hur åtgärder ska hanteras samt uppföljningsansvar.

Förutsättningar

Syfte

Att verifiera att verksamhetssystemet är i överensstämmelse med kraven i ISO 9001. Vidare är syftet att säkerställa att verksamhetssystemet har underhållits på ett ändamålsenligt sätt och att systemet stämmer överens med den verksamhet som det beskriver.

Planering

En tvåårsplanering ligger till grund för att under perioden hinna gå igenom samtliga rutiner. *Revisionsplanering_Rutiner vs 9001_2015*, ligger i SharePoint under kvalitetsarbete.

Utifrån den indelningen så tas ett *Revisionsprogram* fram. Den kan revideras/kompletteras allt eftersom behov av revision uppstår i verksamheten. Resultatet från tidigare revisioner beaktas i samband med utformandet av revisionsprogrammet. Upprättat revisionsprogram skall vara bekräftat av kvalitetskoordinator och enhetschef.

Ur revisionsprogrammet skall framgå:

- Processer/rutiner som skall revideras
- Planerad tidpunkt då revisionen skall genomföras

Genomförande

Revisionstillfället

Kvalitetsansvarig ansvarar för att internrevisioner genomförs av kvalificerad revisor i enlighet med revisionsprogrammet.

Kvalitetsansvarig har rätt att utse en eller flera personer inom eller utom verksamheten att leda och utföra internrevision enligt denna rutin.

Personer utsedda för internrevision skall vara väl förtrogna med

verksamhetssystemet samt tillämpbara standarder och krav. Utsedd person får inte ha direkt ansvar för utförande av de aktiviteter som skall granskas.

Personalen bör informeras om förestående revisioner.

Efter genomförd revision ansvarar revisor för att resultatet från revisionen delges personal.

Åtgärder

Internrevisionerna redovisas och diskuteras vid Ledningens genomgång. Åtgärder bör vara påbörjade i perioden fram till nästa Ledningens genomgång.

Avvikelse som inte åtgärdats inom planerad tid meddelas enhetschef för beslut om åtgärd.

Uppföljning/Analys

Uppföljning av internrevisioner samt verifiering av vidtagna åtgärder och rapportering görs i samband med *Ledningens genomgång*.

Föregående avvikelse rapporter granskas och åtgärder kontrolleras om de är genomförda och fungerar. Stängning av avvikelser görs av revisor vid efterföljande internrevision genom att skriva OK i rutan "Avslutad".

Dokumentation

Revisionsplan dokumenteras som del av *Ledningens genomgång*.

En sammanställning av revisionen och identifierade avvikelser från fastställda krav och rutiner dokumenteras i en Excel-fil "Internrevision 20XX(år)". Observationer tas upp som förbättringsförslag.

Uppföljning av genomförda internrevisioner görs årsvis, kvartal 1 på ledningens genomgång.

Rubriker i internrevisionsrapporten är enligt bilaga.

All dokumentation sparas i digital form i SharePoint under "Kvalitetsarbete-Revisioner". När rapporterna är genomgångna, åtgärdade och avslutade så indikeras det genom att komplettera med ett "X" främst i namnet.

Bilaga

Rubriker för internrevisionsrapport

Internrevision: datum							
Revisor:							
Har gått igenom följande rutiner som berör följande:	Observationer	Avvikelser	Orsaksanalys och ev. riskanalys	Föreslagen åtgärd	Vidtagen åtgärd	Uppföljning. Blev det som tänkt?	Avslutad

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Neuro- och rehabiliteringsklinik

Innehållsansvar: Anna Brännström, (annbr), Enhetschef

Granskad av: Rebecka Molid, (rebal1), Ortopedingenjör

Godkänd av: Malin Camper, (malgu5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9661-671614304-42

Version: 7.0

Giltig från: 2025-11-10

Giltig till: 2027-11-10