



Styresak 023-2021

Kvalitets-/styringssystemer og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF

Saksbehandler: Asbjørn Jørgensen, Terje Svendsen, m.fl.

Dato dok: 08.03.2021

Møtedato: 17.03.2021

Vår ref: 2019/1149

Vedlegg (t): Rapport - Kvalitets-/styringssystem og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 2020

Innstilling til vedtak:

1. Styret tar rapport om Kvalitets-/styringssystem og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF for 2020 til orientering.
2. Styret viser til rapporten og direktørens vurdering og ser at resultatene brukes av foretaksledelsen for å prioritere satsingsområder og forbedringstiltak.

Direktørens vurdering:

En viktig forutsetning for å lykkes med kvalitet og pasientsikkerhet er at foretaket har et helhetlig og dekkende styringssystem for kvalitet og forbedring med fokus på pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere. Dette er et pågående, kontinuerlig arbeid som involverer alle våre ansatte.

I rapporten presenteres status og vurdering fra styringssystem, revisjoner og tilsyn. For 2020 trekkes følgende forhold frem spesielt:

Flere utviklingstrekk i 2020 kan knyttes til pandemisituasjonen siden mars:

- Det er meldt færre avvik - noe som kan ses i sammenheng med at aktivitet er lavere enn planlagt
- Det er en økning i antallet nye prosedyrer, retningslinjer og sjekklister som er etablert i forbindelse med pandemi og smittevern
- Det har vært gjort særskilt oppfølging av hendelser knyttet til pandemien.

1. Hovedtrekk fra rapporten «Kvalitets-/styringssystem og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 2020»

Styret får presentert en oversikt over statusen for arbeidet med kvalitets- og styringssystem, revisjoner og tilsyn. Denne rapporten berører følgende områder:

- Rapportering av Covid-19 relaterte hendelser
- Foretakets arbeid med hendelser i Docmap
- Foretakets arbeid med styrende dokumenter i Docmap
- Status på tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen 2020
- Status på saker opprettet av Norsk pasientskadeerstatning (NPE)
- Status for eksterne tilsyn og revisjoner 2018-2021

Nedenfor er noen hovedtrekk fra vedlagte rapport belyst:

Rapportering av Covid-19 relaterte hendelser

Siden mars er det ukentlig laget oversikt over covid-19 relaterte avvik. Dette har gitt pandemistaben en oversikt over og detaljer om utviklingen på hendelser relatert til covid-19.

Foretakets arbeid med hendelser i Docmap

Det totale antall hendelser har hatt en nedgang i 2020. Fra 2019 til 2020 er antall meldte hendelser redusert med 12 %.

Foretakets arbeid med styrende dokumenter i Docmap

Nordlandssykehuset har 18018 styrende dokumenter i sitt kvalitetssystem. Det jobbes kontinuerlig med å sikre at styrende dokumenter til enhver tid skal være oppdatert og tilgjengelig. Arbeidet med harmonisering og revidering av dokumenter etter endringer i klinikkorganisering pågår fortsatt.

Varsel til Statens Helsetilsyn i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven §3-3a¹

Det ble 2020 meldt 18 hendelser som er noe lavere enn det som ble meldt i 2019. Alle saker som er meldt som §3-3a er også meldt og blir behandlet som uønskede hendelser i foretaket sitt avvikssystem.

Status for tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen 2020

Det ble åpnet totalt 22 tilsynssaker mot Nordlandssykehuset i 2020, det er en nedgang sammenlignet med 2019 hvor det ble det åpnet 32 tilsynssaker. Status for tilsynssakene som ble åpnet mot Nordlandssykehuset i 2020 er: 9 er ikke avgjort, 8 er avgjort med intet pliktbrudd og 5 med pliktbrudd.

Status for saker opprettet av NPE i 2020

Det ble totalt opprettet 113 NPE - saker mot Nordlandssykehuset i 2020. Det er en liten økning sammenlignet med 2019 hvor det ble det opprettet 107 saker. Status på ferdigbehandlede fra NPE for 2020:

- 58 avslag
- 37 medhold

¹ Med alvorlige hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko jf. [Spesialisthelsetjenesteloven §3-3](#)

Status eksterne tilsyn og revisjoner 2018 - 2021

Det er varslet/gjennomført totalt 32 eksterne tilsyn og revisjoner hvorav tre er lukket etter at foretaket har svart opp tilsynsmyndighetene. Både eksterne tilsyn/revisjoner og interne revisjoner utført på en enhet skal brukes til forbedring i andre enheter i foretaket der dette er relevant. Rapportene fra eksterne tilsyn/revisjoner sendes ut til de klinikkene og avdelingene hvor innholdet i rapporten er relevant.

Kvalitets-/styringssystem og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 2020

Innhold

1	Innledning.....	3
1.1	Arbeid med anskaffelse av kvalitetssystem	3
1.2	Avvikshåndtering og dokumentstyring som en del av aktivitetsoppfølging	3
1.3	Rapportering av Covid-19 relaterte hendelser.....	4
2	Status hendelser i foretakets meldesystem	4
2.1	Antall meldte hendelser og antall meldere	4
2.2	Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset HF	5
2.2.1	Skademelding personell i Psykisk helse- og rusklinikk	6
2.3	Saksbehandlingsflyt	7
2.4	Hendelsestyper i 2020	8
2.5	Fordeling på årsakstyper 2020	8
2.6	Pasienthendelser meldt i 2020.....	10
2.7	Varsel til Statens helsetilsyn i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven §3-3a	10
3	Styrende dokumenter i Nordlandssykehuset HF	10
3.1	Oppfølging og overvåkning av foretakets styrede dokumenter	10
3.2	Oppslag i Docmap	11
4	Status for Norsk pasientskadeerstatning- og tilsynssaker i 2020	11
4.1	Tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen.....	11
4.2	Erstatningssaker opprettet av Norsk pasientskadeerstatning	12
5	Oversikt/status på eksterne tilsyn for 2018-2021	13

I saken finnes det lenker til dokumenter som inngår i foretakets styringssystem. Lenkene virker innenfor foretakets brannmurer. Innsyn i dokumentene kan også skaffes ved å henvende seg til foretaket, f.eks. via postmottak@nlsh.no.



1 Innledning

I rapporten redegjøres det for status for Nordlandssykehusets kvalitet- og styringssystem. Dette er en del av grunnlaget til foretaksledelsen for å prioritere satsningsområder og tiltak i tråd med behovet for kontinuerlig og målrettet forbedringsarbeid. Rapporten med statusoppdatering legges frem for styret tre ganger per år.

Denne rapporten oppsummerer 2020.

Presentasjonen av data er knyttet til styrende dokumenter¹ og behandling av uønskede hendelser. Dette er nøkkeltall som følges opp over tid og vil bidra til en bedre oversikt over hvilken effekt styrings- og avvikssystemet har på foretakets systematiske forbedringsarbeid.

Styret gis også en status på tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen, saker fra Norsk pasientskadeerstatning samt en oversikt på eksterne tilsyn (systemtilsyn) og revisjoner. Når tilsynet/revisjonen er lukket og styret er informert, fjernes saken fra oversikten.

1.1 Arbeid med anskaffelse av kvalitetssystem

Helse Nord RHF/NLSH HF har siden 2004 benyttet Docmap som dokument- og avvikssystem. Helse Nord RHF etablerte i desember 2019 en arbeidsgruppe som skal se på de ulike behov i tjenestene, både i de kliniske og de administrative miljøene og samt utarbeide forslag til konsept.

Forslag til konsept samt oppstart av prosjekt «Anskaffelse kvalitetssystem» ble lagt frem og vedtatt i Helse Nord RHF sitt ledermøte 25. august 2020.

Prosjektet skal gjennomføre en anskaffelse av en regional løsning som ivaretar dokument- og avvikhåndtering, samt eventuelt risikovurdering og annen funksjonalitet. I tillegg skal prosjektet etablere et tydeligere målbilde for dokumentstyring og håndtering av uønskede hendelser, samt legge til rette for etablering av felles regionalt oppsett av struktur og innholdsstandarder. Forventede gevinster av prosjektet er økt brukertilfredshet for brukerne av systemet, forbedret pasientsikkerhet, samt bedre kontroll og styring for ledere. Det er etablert prosjektorganisasjon med bred deltakelse fra foretakene

Prosjektet har etablert prosjektorganisasjon, planlagt prosjektgjennomføring og utarbeid gjennomførings- og konkurransestrategi. 21. desember besluttet styringsgruppen overgang til gjennomføringsfase for anskaffelse av kvalitetssystem.

Fram til april 2021 utarbeides konkurransegrunnlag og kravspesifikasjon for å gjennomføre konkurranse slik at det kan inngås kontrakt for kvalitetssystem. Anskaffelsen er planlagt ferdig til utgangen av 2021. Prosjektet skal også tilrettelegge for implementeringsprosjekt og organisering av forvaltning.

1.2 Avvikshåndtering og dokumentstyring som en del av aktivitetsoppfølging.

I 2020 ble det laget en aktivitetsrapport i ledelsesinformasjonssystemet (SAS VA) som gir ledere oversikt og detaljer fra kvalitetssystemet (Docmap). Rapporten viser avvikshåndtering og dokumentstyring som en del av aktivitetsoppfølging.

- Data som presenteres i rapporten er knyttet til:
 - Avvik etter risiko og avvikstype

¹ Med styrende dokumenter menes regelverk, målsetninger, retningslinjer, prosedyrer og sjekklister som inngår i virksomhetens styringssystem.

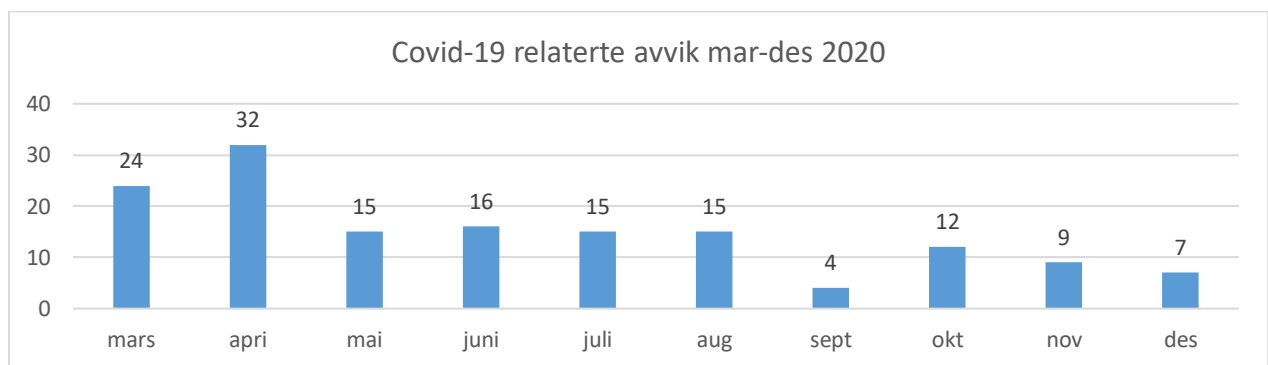


- Avvik - Tidsserie og fordeling
- Åpne avvik – dager siden melding
- Dokumenter – passert revisjonsdato
- Utover tittel på avvik presenteres ikke innholdet i avviket, kun data knyttet til datoer, plassering, status og kategorisering.
- Dokumenter og avvik har koblinger til Docmap slik at en kan åpne aktuelle avvik og dokumenter i Docmap fra rapporten. Åpning av avvik er tilgangsstyrt.

1.3 Rapportering av Covid-19 relaterte hendelser

Siden mars er det ukentlig laget oversikt over covid-19 relaterte avvik. Dette har gitt pandemistaben en oversikt over og detaljer om utviklingen på hendelser relatert til covid-19.

Grafen under viser månedlig utvikling.



Figur 1 COVID relaterte avvik 2020 fordelt på måned

Antall avvik hadde sin topp i april (32) og har avtatt ut året.

2 Status hendelser i foretakets meldesystem

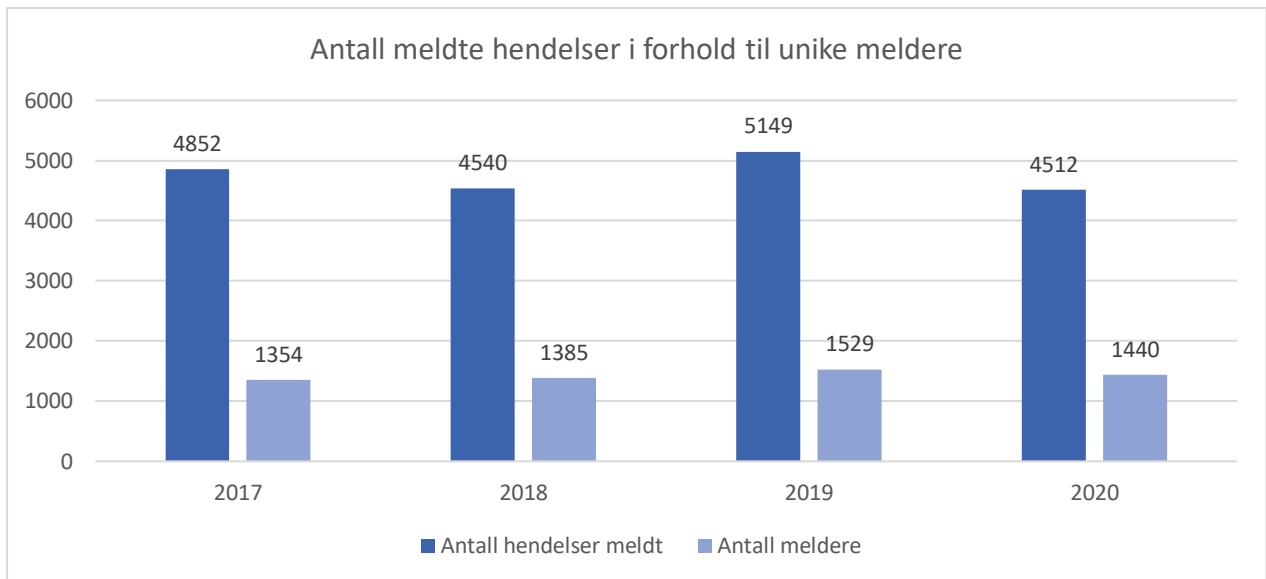
Foretaket bruker det nasjonale klassifiseringssystem for uønskede hendelser (NOKUP). I tillegg benyttes egne klassifikasjonstyper².

2.1 Antall meldte hendelser og antall meldere

Rapportering av uønskede hendelser/avvik gjennom Docmap sin observasjonsmodul er et av flere verktøy som Nordlandssykehuset bruker i arbeidet med å jobbe med å forbedre kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen. Ved å registre avvik og utlede tiltak fra disse er vil man kunne gjøre forbedringer som sikrer kvalitet i tjenestene. Det forutsetter at ansatte melder uønskede hendelser i systemet, og at informasjonen som samles inn brukes i forbedringsarbeidet. I 2020 ble det totalt registrert 4512 avvik/uønskede hendelser i Docmap. Dette er en nedgang på 12 % sammenlignet med 2019.

Foretaket tilstreber at ansatte skal ha lav terskel for å melde. Lav terskel øker sjansen for å identifisere forbedringsområder, kunne iverksette tiltak og forhindre gjentakelse av uønskede hendelser. Dette bidrar igjen til at meldte hendelser skaper læring og forbedring.

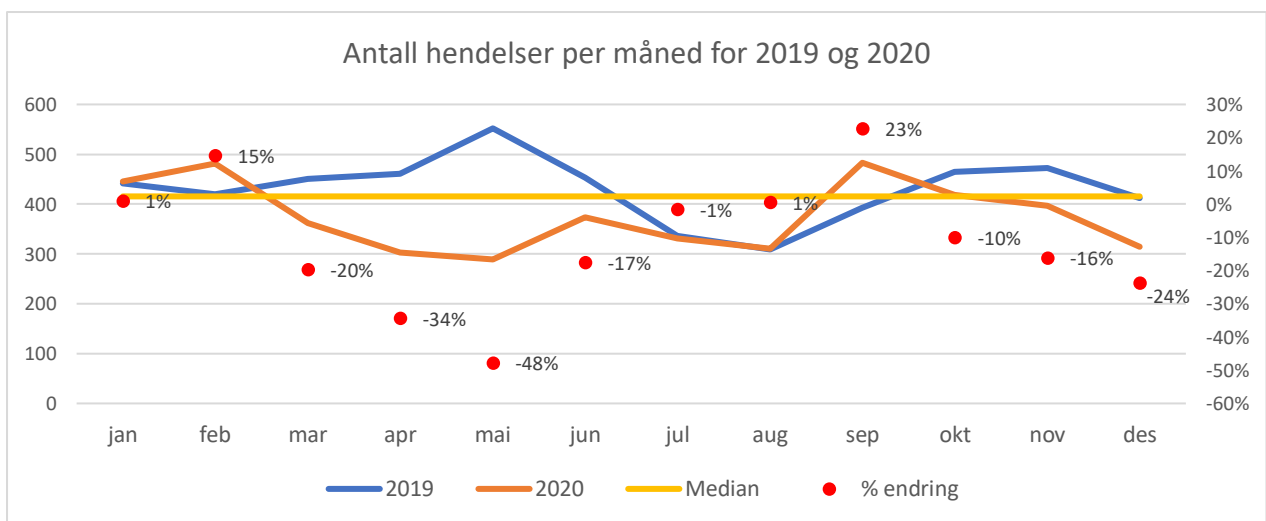
² [RL5683 Brukerveiledning for klassifisering av uønskede hendelser og nesten-uhell.](#)



Figur 2 Antall meldte hendelser i forhold til unike meldere i NLSH i perioden 2017-2020.

I 2020 hadde Nordlandssykehuset 1440 unike meldere. Dette utgjør 29 % av antall ansatte i foretaket. Antall unike meldere i Nordlandssykehuset har en nedgang fra 34 % i 2019 til 29 % i 2020. Vi har likevel flere unike meldere i 2020 enn i 2017 og 2018.

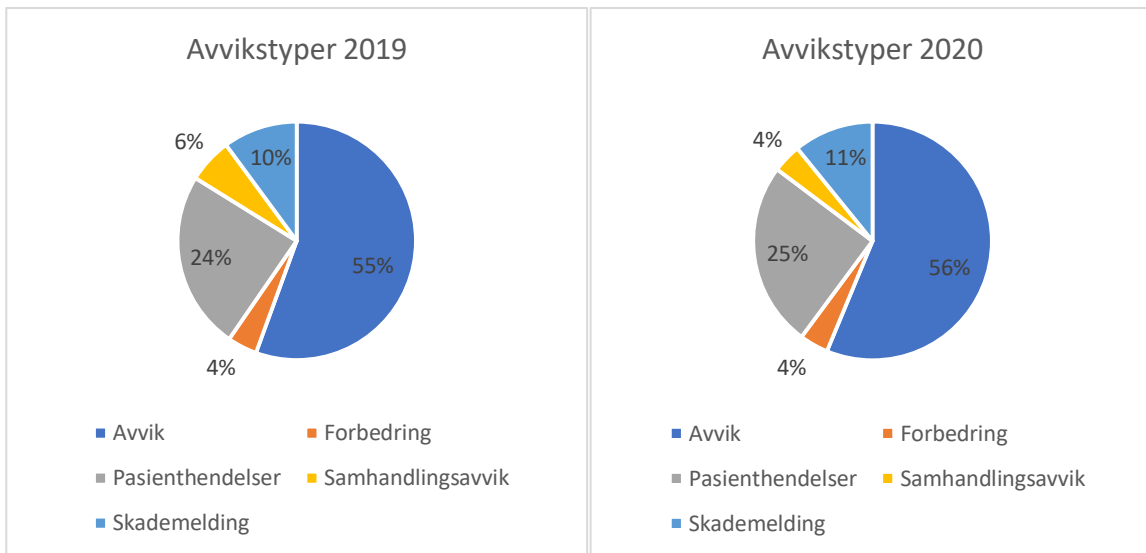
I grafen under vises utviklingen for 2020 sammenliknet med 2019 der vi fra mars til juni ser en markant nedgang. Det kan tyde på at nedgangen i meldte avvik/hendelser og antall unike meldere har sammenheng med pandemien og et lavere aktivitetsstall.



Figur 3 Antall hendelser per måned for 2019 og 2020

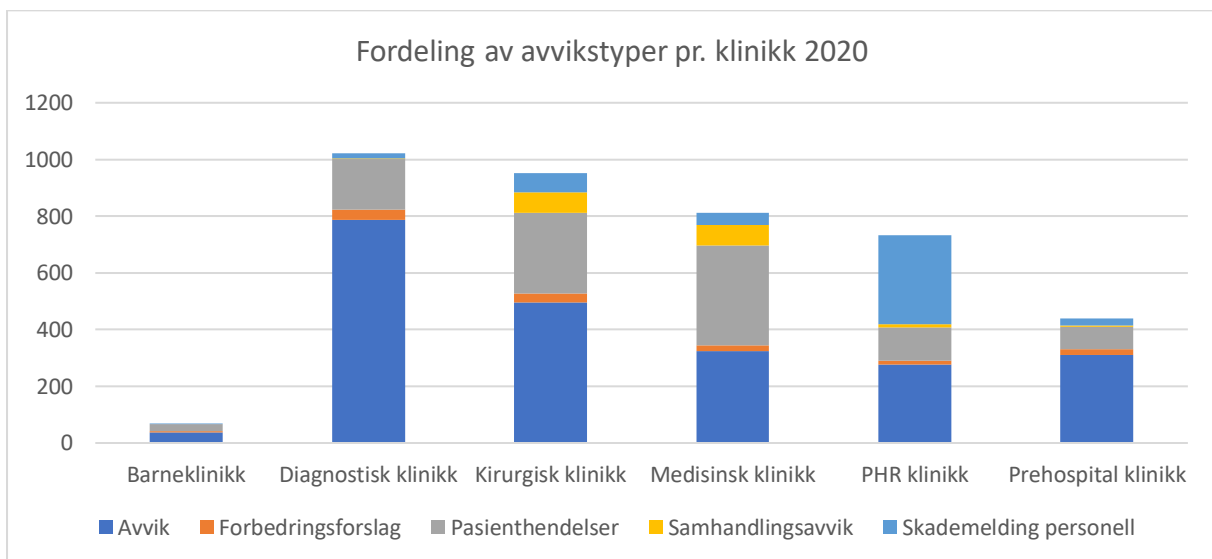
2.2 Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset HF

Ansatte kan velge mellom fem ulike typer hendelser når de melder. Disse er avvik (hendelser som ikke direkte involverer pasient), forbedringsforslag, pasienthendelser, samhandlingsavvik mellom kommuner og Nordlandssykehuset samt skademelding på personell.



Figur 4 Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset i 2019 (til venstre) og 2020 (til høyre)

Av registrerte hendelser i 2020 er 56 % avvik og 25 % pasienthendelser. Fordelingen av antall hendelser pr. klinikk kan blant annet forklares med den enkelte klinikk pasientgruppe, tjenestetilbud og arbeidsflyt. Vi har ikke grunnlag for å si om hendelser er under- eller overrapportert, men tallene gir et bilde av hvilke typer hendelser ulike klinikker melder.



Figur 5 Fordeling av ulike hendelser pr klinikk i Nordlandssykehuset i 2020

2.2.1 Skademelding personell i Psykisk helse- og rusklinikk

Tidligere år har Psykisk helse- og rusklinikken hatt en økning i meldinger om skader på personell. I dette ligger og en økning i alvorlighetsgraden på skadene som blir påført personalet.

I 2020 har det i klinikken vært en reduksjon på 17 % i meldte skademeldinger på personell sammenlignet med 2019 (377 i 2019 og 312 i 2020).

Psykisk helse- og rusklinikken har som tallgrunnet viser en nedgang i meldte skademeldinger. Nedgangen gjelder for meldt vold, mens antall trusler viser en svak økning.

Klinikken vurderer da totalen slik at meldekulturen har holdt seg stabil også i denne pandemiperioden.



Årsaken til nedgangen kan ha flere forklaringer. Det er en allmenn kunnskap at klinikken i perioder har enkeltpasienter som gjennom sin aggresjonsproblematikk bidrar til mange skademeldinger. Når enhetene ikke har innlagt pasienter med høy utagering, blir dermed tall lavere. Det er derfor en forventet variasjon. En medvirkende årsak kan være at det systematiske faglige utviklingsarbeidet og prosjekter på feltet i klinikken, som har bidratt til at personalet klarer å deeskalere og intervensere tidlig, slik at skader også unngås.

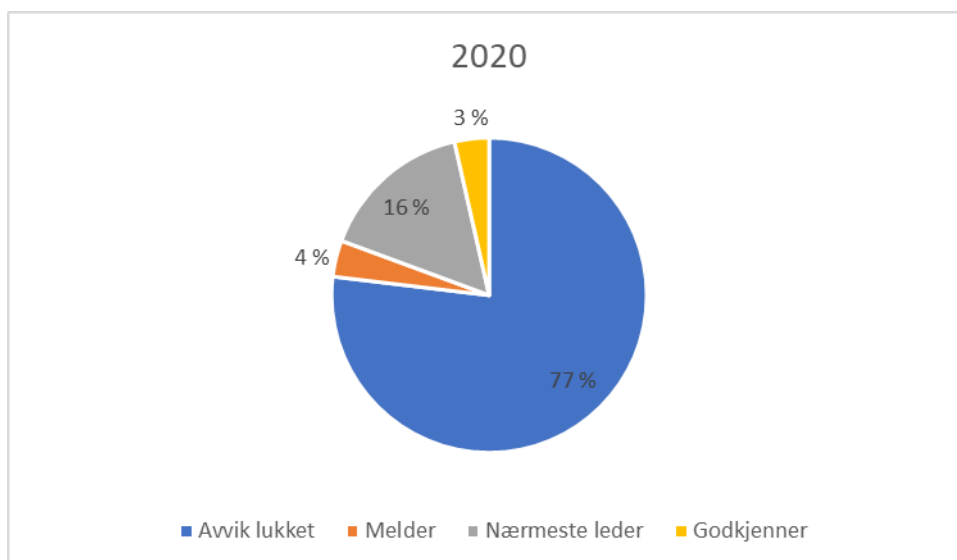
Psykisk- helse og rusklinikken har under covid-19 så langt som mulig vedlikeholdt arbeidet med Terma (Terapeutisk møte med aggresjon), men den fysiske treningen har ikke latt seg gjennomføre i like stor grad. Utviklingen med å konvertere metodikken (TERMA) over til MAP (møte med aggresjonsproblematikk) har blitt forsinket på grunn av covid-19. Brøseth Violence Scale benyttes nå også på Akuttpsykiatrisk avdeling som klinisk redskap for å identifisere tilstander som potensielt kan eskalere - og da iverksette adekvate tiltak.

Det avholdes konsensussmøter med spesialistene i klinikken for å sikre mest mulig lik og riktig praktisering av tvungent psykisk helsevern, men med mindre regelmessighet under covid-19. Det er også usikkerhet mht. hvordan covid-19 har påvirket personer med psykiske lidelser. Under første delen av pandemi var det færre henvisninger til de fleste enheter i klinikken, inkludert Akuttpsykiatrisk avdeling. Om dette var en naturlig variasjon, eller om pasienter ikke søkte hjelp via fastleger pga. uro rundt smittesituasjonen, er det vanskelig å mene noe kvalifisert om. Innsøking til døgn- og poliklinisk behandling tok seg raskt opp medio 2020.

2.3 Saksbehandlingsflyt

Meldinger i avvikssystemet som ikke blir behandlet og lukket på en forsvarlig måte kan utgjøre en risiko. Foretaket overvåker derfor flyten i saksbehandlingen og rapporterer status løpende til medisinsk direktør og fagsjef. Status for avvik meldt i 2020:

- 77 % av hendelsene er lukket.
- 4 % av ligger hos melder.
- 16 % ligger hos nærmeste leder (hoveddelen av saksbehandlingen foregår her).
- 3 % ligger hos godkjenner i påvente av tilbakemelding fra andre aktører (f.eks. kvalitetsutvalg og kommuner).

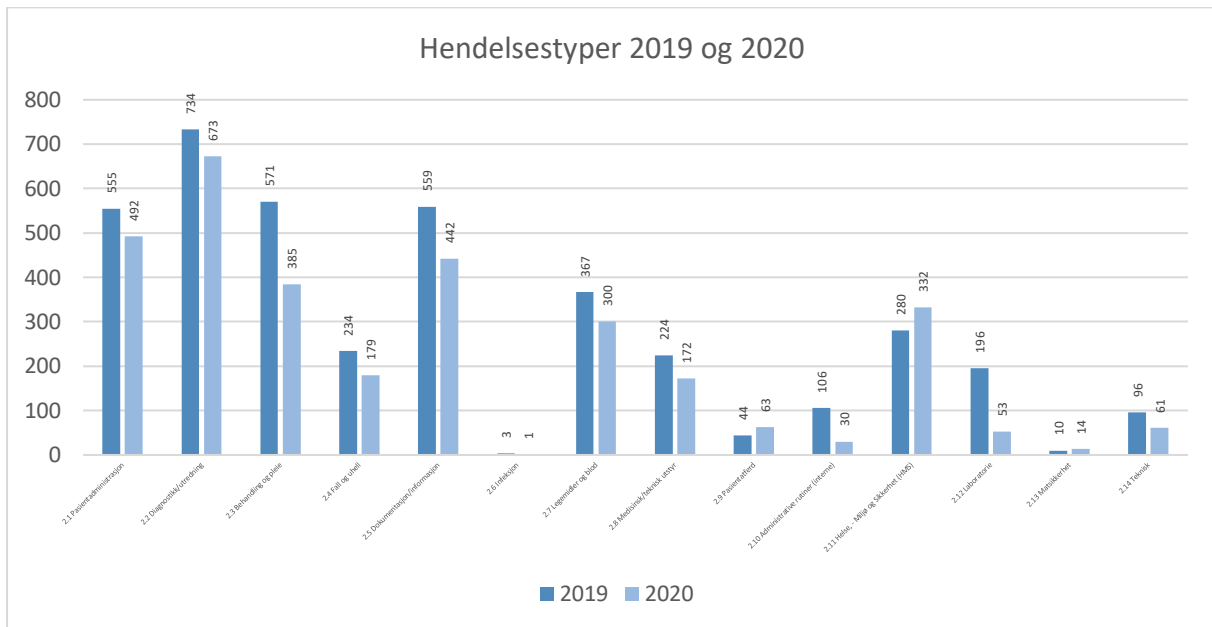


Figur 6 Status saksbehandling for hendelser meldt i 2020 (pr februar)



2.4 Hendelsestyper i 2020

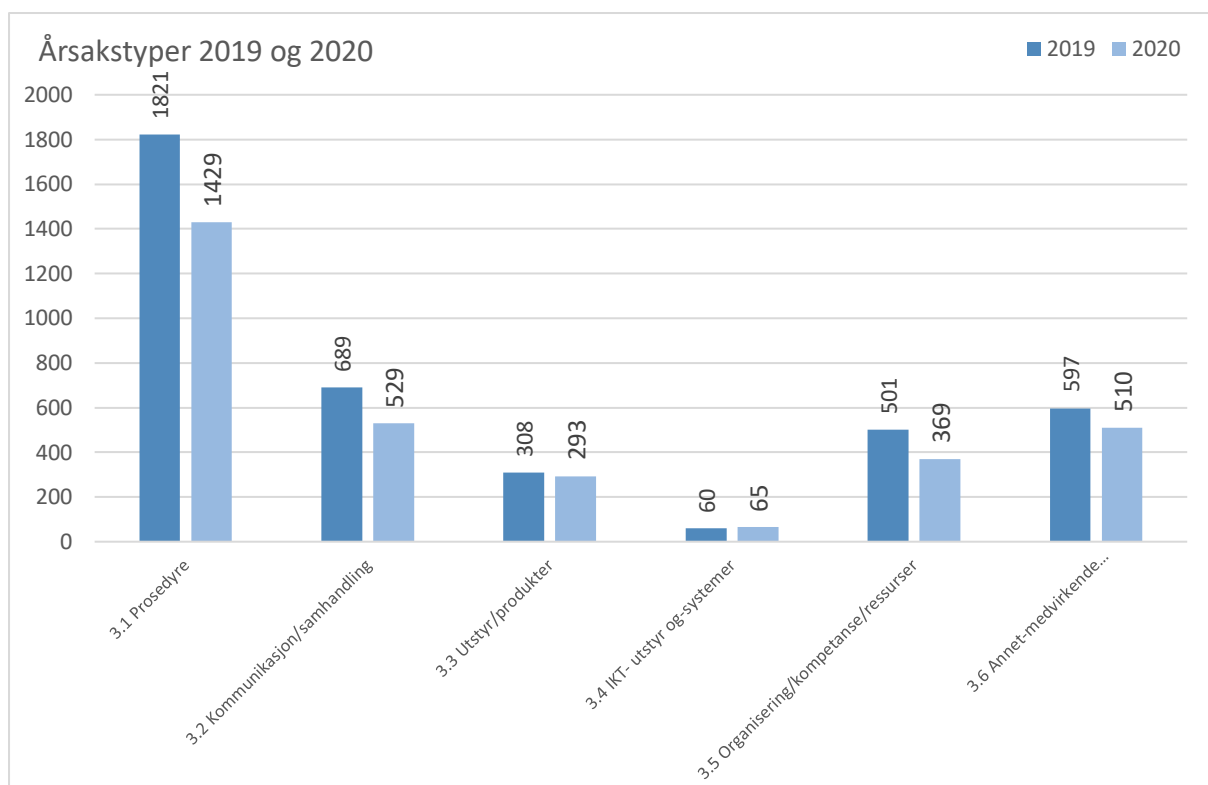
Figuren viser hendelsestyper for avvik og pasienthendelser som er klassifisert i henhold til nasjonal klassifisering av uønskede hendelser og nesten-uhell.



Figur 7 Hendelsestyper i Nordlandssykehuset for 2019 og 2020 for avvik og pasienthendelser

2.5 Fordeling på årsakstyper 2020

28 % av avvik og pasienthendelser i Nordlandssykehuset er knyttet til årsakstypen «3.1 Prosedyre», hvorav 81 % av hendelsene tilhører underkategorien «Prosedyre ikke fulgt».



Figur 8 Fordeling på årsakstyper etter nasjonal klassifisering for avvik og pasienthendelser i 2019 og 2020.

Fordeling på årsakstype for prosedyre tyder på at det ikke er opplæring eller mangel på prosedyre som er direkte årsak. Tabellen under viser direkte årsak for kategorien prosedyre.

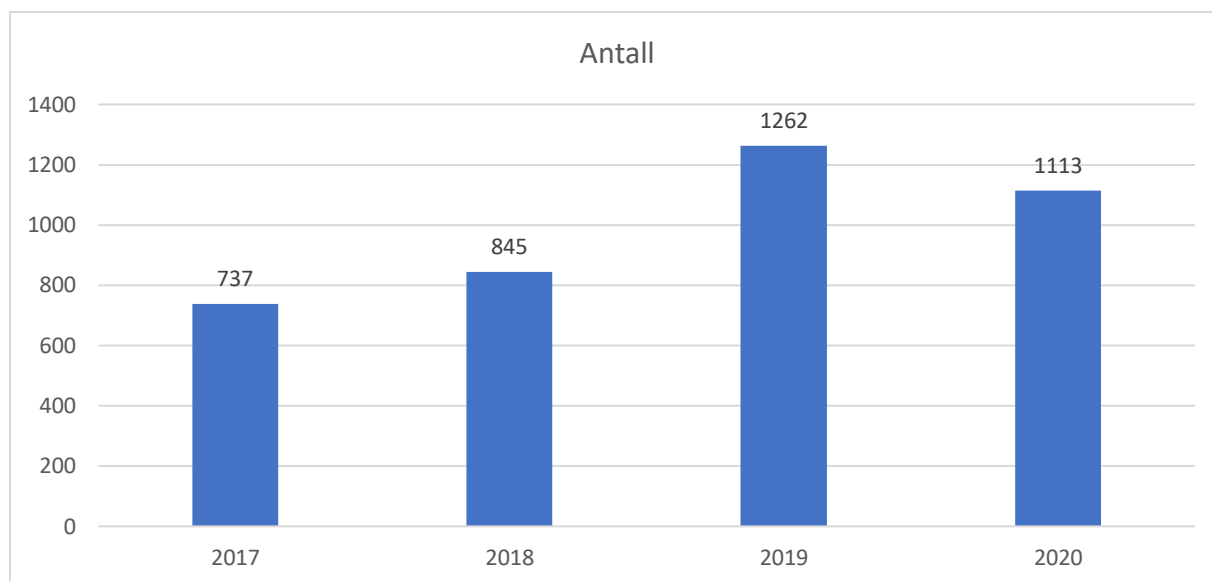
Årsakstype prosedyre	2019	2020
Prosedyre mangler	27	21
Mangelfull / uklar prosedyre	129	100
Prosedyre ikke gjennomførbar	25	25
Prosedyre ikke fulgt	1474	1169
Implementering av / opplæring i prosedyre	26	24
Annet - prosedyre	140	90
Totalt	1691	1636

Tabell 1 Årsakstype prosedyre



2.6 Pasienthendelser meldt i 2020

Det har vært en nedgang på antall meldte pasienthendelser i foretaket i 2020 sammenliknet med 2019. Som omtalt tidligere er dette noe som må bero på lavere aktivitetsnivå i store perioder av 2020. Vi ser at det likevel er en økning i 2020 sammenliknet med 2018.



Figur 9 Totalt antall pasienthendelser meldt 2017-2020

2.7 Varsel til Statens helsetilsyn i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven §3-3a

Det ble meldt totalt 18 hendelser i 2020, det er noe lavere enn det som ble meldt i 2019. Alle saker som er meldt som §3-3a blir også meldt og behandlet som uønskede hendelser i foretaket sitt avvikssystem. 3-3a meldinger rapporteres månedlig til styret.

	2016	2017	2018	2019	2020
Antall	12	15	15	23	18

Tabell 2 Varslingssaker til Statens helsetilsyn (§3-3a meldinger), 2015-2019

3 Styrende dokumenter i Nordlandssykehuset HF

Manglende revisjon innebærer risiko for at dokumenter i bruk ikke er oppdatert i henhold til gjeldende myndighetskrav, beslutninger, organisatoriske løsninger, rutiner og andre relevante styringsdokumenter. Foretaket tilstreber at dokumenter revideres innen revisjonsfristen. Dette gjøres i dag ved at dokumentansvarlig får et varsel før revisjonsfristen utløper. I tillegg overvåker kvalitetssystemets systemadministrator antall dokumenter hvor revisjonsfristen ikke er overholdt.

3.1 Oppfølging og overvåkning av foretakets styrede dokumenter

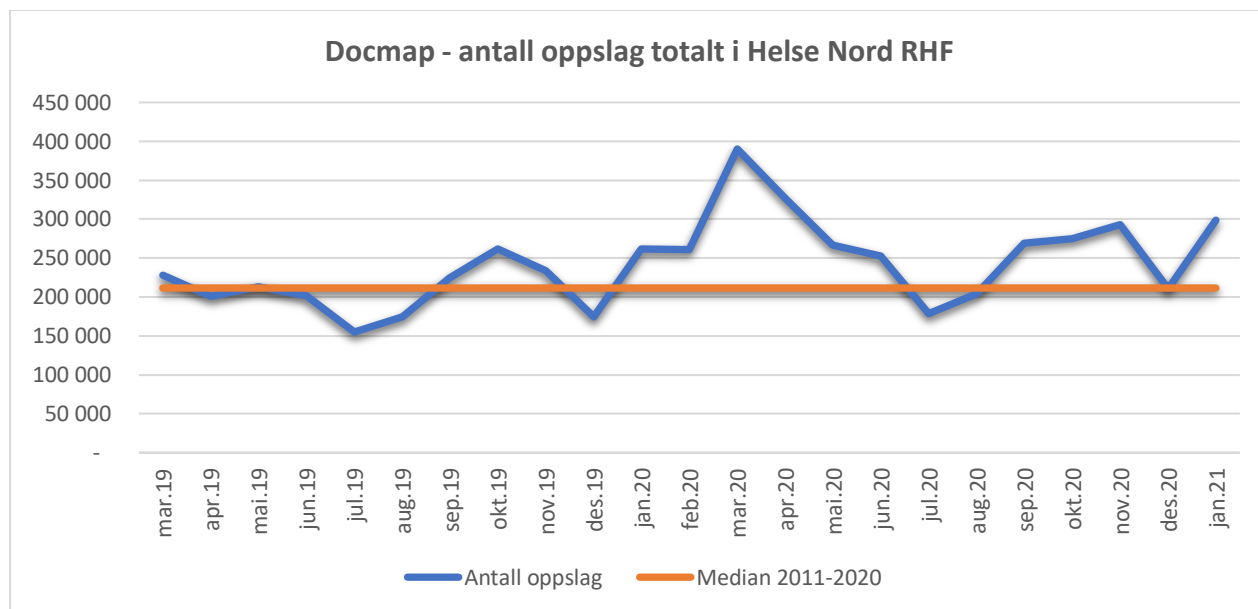
Nordlandssykehuset har nå 18018 styrende dokumenter i sitt kvalitetssystem (2019:16851). Styrende dokumenter blir ved utgivelse gitt revisjonsdato to år frem i tid. Ved siste registrering hadde 10 % av styrende dokumenter passert revisjonsdato (2019: 9 %). Disse dokumentene er fortsatt gyldige og i bruk.

Omorganisering av klinikker gir fortsatt et omfattende arbeide med harmonisering og sammenslåing av prosedyrer og styringsdokumenter. Dokumentstrukturen i Docmap avspeiler strukturen i klinikkene. Ved omorganisering er det behov for å tilpasse dette i Docmap. Arbeidet er krevende og krever involvering av mange i berørte klinikker, stab og sentre.



3.2 Oppslag i Docmap

For Helse Nord som helhet har det siste året i gjennomsnitt vært ca. 265 810 oppslag i måneden på dokumenter i Docmap. Med over 18 000 ansatte i Helse Nord gir dette gjennomsnitt 14 oppslag i måneden pr. ansatt.



Figur 10 Antall oppslag i Docmap totalt i HN RHF

4 Status for Norsk pasientskadeerstatning- og tilsynssaker i 2020

4.1 Tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen

Fylkesmannen i Nordland har åpnet 22 tilsynssaker mot Nordlandssykehuset i 2020. Status for disse sakene er:

- 9 av sakene er ikke avgjort
- 8 saker har Fylkesmannen avgjort med «intet pliktbrudd»
- 5 saker har Fylkesmannen avgjort med «pliktbrudd»

Oversikt over opprettede tilsynssaker i perioden 2016 – 2020.

	2016	2017	2018	2019	2020
Antall	39	49	43	32	22

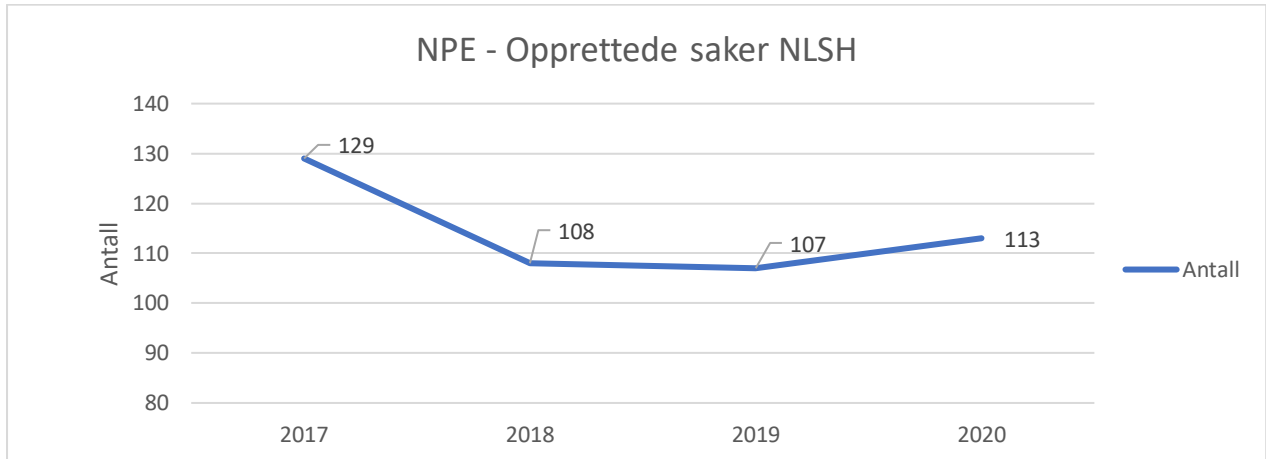
Tabell 3 Opprettede tilsynssaker mot Nordlandssykehuset, 2016-2020



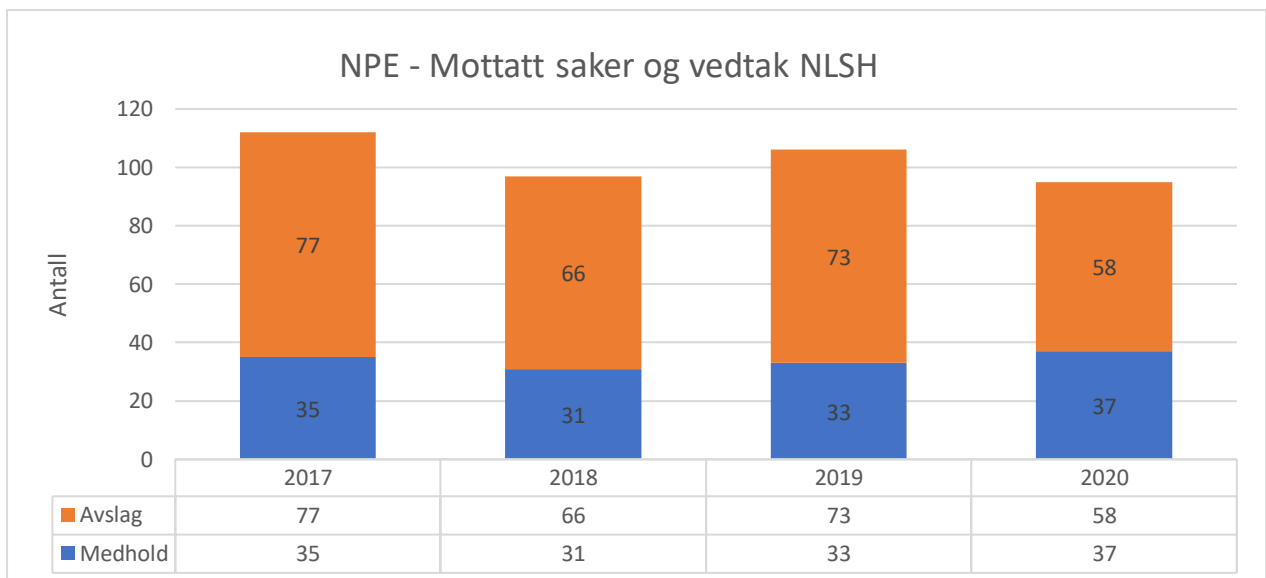
4.2 Erstatningssaker opprettet av Norsk pasientskadeerstatning

I 2020 ble det opprettet 113 saker hos Norsk pasientskadeerstatning (NPE).

Det ble totalt opprettet 113 NPE - saker mot Nordlandssykehuset i 2020. Det er en liten økning sammenlignet med 2019 hvor det ble det opprettet 107 saker. Rapportert status på behandling av sakene fra NPE for 2020 er at det er gitt avslag i 58 og medhold i 37 saker. 13 ble avvist og 4 ble henlagt.



Figur 11 Opprettede saker NPE 2017-2020



Figur 12 Behandlede saker NPE 2017-2020



5 Oversikt/status på eksterne tilsyn for 2018-2021

Det er varslet/gjennomført totalt 32 tilsyn (systemtilsyn) og eksterne revisjoner i 2018-2021. Tre er lukket etter at foretaket har svart opp tilsynsmyndighetene. Resterende er i prosess i form av:

- Tilsyn/revisjon er gjennomført men foretaket ikke har fått rapport.
- Foretaket har fått rapport og utarbeider plan for å lukke anbefalinger / avvik.
- Tilsyn/revisjon er varslet men ikke gjennomført.

Foretaket overvåker og følger opp at alle eksterne tilsyn og revisjoner blir lukket, samt at styret blir informert om status for dette arbeidet. Når tilsynet/revisjonen er lukket og styret er informert, fjernes saken fra oversikten.

Tabell med oversikt over saker og status de neste sidene.



Utført av / tilsyn/revisjonstema	Tilsyn/rev.dat0	Anbefalinger/avvik og forbedringer	Arbeidsprosess	Status	Ansvar for oppfølging og lukking	Styrebehandlet i NLSH HF
Internrevisjonen i Helse Nord, Henvisning og ventetid i Nordlandssykehuset HF	Revisjon ble gjennomført: 10/4, 19 og 20/4 - 2017	Det ble gitt 10 anbefalinger	NLSH arbeider videre med anbefalingene som ble gitt etter revisjonen ref. styresak 084-2017.		Beate Sørslett /Trine Kaspersen	Orienteringssak til styret 4/10 – 2017 og ny sak til styret når anbefalinger er lukket.
Internrevisjonen i Helse Nord RHF, klinisk fagrevisjon - NSTEMI	Revisjonen ble gjennomført 5 og 6 april 2017	Rapport er mottatt den 27/10 – 2017.	For NLSH ble det gitt 4 foretaksspesifikke- samt et felles NLSH/UNN forbedringsområde.		Olaug Kråkmo Klinikkjef.	Orienteringssak til styret desember 2020
Helse Nord, klinisk fagrevisjon – adjuvant kjemoterapi etter tykktarmskreft	Gjennomføring 7 – 8 november 2017	Det ble gitt 10 anbefalinger	I prosess		Olaug Kråkmo Klinikkjef.	Orienteringssak til styret desember 2020
Riksrevisjonen, Forvaltningsrevisjon om effektiv bruk av legeressurser	29/9 - 2017	Rapporten er offentliggjort	Foretaket ser på hvordan vi skal bruke rapporten til forbedring.		Beate Sørslett Medisinsk direktør	Sak til styret når dette er gjort.
Fylkesmannen i Nordland, tilsyn ved Voksenpsykiatrisk poliklinikk Gravdal 24.-26. april 2018	Gravdal 24.-26. april 2018	Sluttrapport mottatt den 11/7 – 2018. Det ble i dette tilfellet avdekket et lovbrudd	Fylkesmannen er svart opp på det som er etterspurt, foretaket har ikke mottatt svar.		Desirée Iselin Høgmo, Avdelingsleder/ Hedda Soløy-Nilsen, klinikkjef	Orienteringssak til styret når svar fra Fylkesmannen foreligger.
Internrevisjon - Mislighetsrisiko i Helse Nord Revisjonen vil omfatte alle helseforetakene i regionen	Internrevisjonen vil pågå i perioden mai til oktober/november	Det ble i denne revisjonen gitt fem anbefalinger.	Plan for å svare opp de anbefalingene som ble gitt er utformet og presentert styret.		Marit Barosen Økonomisjef	Saken presentert styret den 29/4 - 2019 (2019-038), oppdatering til styret innen utgangen av 2020.
Internrevisjonen i Helse Nord, Ventetid og svartid ved bildediagnostiske undersøkelser	Intervju og verifikasjon i Bodø den 21/1 - 2019 og oppsummeringsmøte den 23/1 - 2019	Foretaket har mottatt rapport og det ble gitt 6 anbefalinger.	Klinikken har mottatt rapporten, det skal lages plan for å svare opp anbefalingene og lage styresak		Lill Angelsen klinikkjef Diagnostisk klinikk	Styresak i 2020
Helsedirektoratet, helseregistre. Dokumentkontroll av opphold i DRG 475A Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte	28/2 til 1/3 - 2019		I prosess		Rådgiver Mentzoni Elisabeth SKSD	



Oppfølging av Dokument 3:2 (2016-2017) Riksrevisjonen, kontroll med forvaltning av selskaper for 2015 - Helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser	Frist for oversendelse av opplysninger settes til 11/4 - 2019	I prosess, ikke mottatt rapport.	I prosess, det som ble etterspurt av dokumentasjon ble sendt over til Riksrevisjonen den 10/4 - 2019		Terje Svendsen, AKE, Kvalitetsleder	
Riksrevisjonen, Forvaltningsrevisjon om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT - systemer	1/7 - 2019	Rapport ikke offentlig	Foretaket har mottatt rapport		Alisa Larsen, Informasjonssikkerhet.	Referatsak til styret 18/2 - 2021 og styresak den 17.3.2021
Helsetilsynet, tilsynet omhandler håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev	1 til 3/9 - 2020	Det ble gitt 1 avvik	Foretaket har mottatt foreløpig rapport, frist for å gi tilbakemelding er satt til 7/10 - 2020.		Oddny Remlo, avdelingsleder Laboratoriemedisin Diagnostisk	Referatsak til styret når tilsynet er lukket
Mattilsynet, tilsyn på vannforsyningssystemenes distribusjonssystem.	2020		I prosess, tilsynet er ikke gjennomført		Lennart Nilsen D&E	
Helsetilsynet, Tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker - egenvurdering	feb.20		Etterspurt dokumentasjon ble sendt over til Helsetilsynet den 13/3 - 2020. Foretaket har ikke mottatt svar fra Statens Helsetilsyn.		Petter Øyen, seksjonsleder forskning	
Riksrevisjonen, forvaltningsrevisjon av investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene – hovedanalyse.	20.2.2020		Svar på oppfølgingsspørsmål er lastet opp til portal til Riksrevisjons, i prosess		Marit Barosen Økonomisjef	
Arbeidstilsynet, Tilsyn - Melding om tilsyn - Salten DPS Voksenpsykiatrisk poliklinikk Bodø	24.03.2020	Det ble gitt 3 pålegg	Mottatt rapport, det er gitt 3 pålegg. Frist for å svare opp er satt til 1.4.2021		Hedda Soløy-Nilsen Klinikksjef PHR - klinikken	
Arbeidstilsynet, Tilsyn - Melding om tilsyn - Salten DPS Voksenpsyk poliklinikk Fauske	26.03.2020	Det ble gitt 3 pålegg	Mottatt rapport, det er gitt 3 pålegg. Frist for å svare opp er satt til 1/4 - 2021		Hedda Soløy-Nilsen Klinikksjef PHR - klinikken	
Helsetilsynet, Tilsyn med luftambulansetjenesten	Uke 39, 2020		I prosess		Harald Stordahl Klinikksjef Prehospital	
Internrevisjon i Helse Nord, Behandling av personopplysninger i Nordlandssykehuset HF	Uke 24	Det ble gitt 3 anbefalinger	Foretaket har mottatt internrevisjonsrapport 11/2020 den 25/9 - 2020. I prosess		Jørgen Knudsen Sandø, personvernombud NLSH/AKE	Styresak 008-2020, styremøte 18/2-2021
Statens Helsetilsyn, Kartlegging av spesialisthelsetjenestens helsehjelp til barn under koronaepidemien	Uke 24		I Prosess		Kristin Wasland, avdelingsoverlege	



Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, tilsyn med stråleterapienheten NLSH HF	24 til 26/8 - 2020	Det ble gitt et avvik	Avviket er svart opp og tilsynet er lukket	Lukket	Astrid Dalhaug, avdelingsleder	Referatsak til styret 18 februar 2021
Statens Legemiddelverk, tilsyn ved våre blodbankenheter og Serologi	23/9 - Bodø 24/9 - Vesterålen 25/9 - Lofoten	Det ble i dette tilsynet gitt 6 avvik og 2 observasjoner.	Frist for å fremlegge handlingsplan for lukking av avvik er satt til 1/12 - 2020		Oddny Remlo Avdelingsleder Diagnostisk klinikk	
DSB, tilsyn med Medisinsk utstyr og opplæring, dokumentasjon på bruk av medisinsk utstyr	Uke 42, 13 til 15 oktober		Tilsynet ble avlyst grunnet utfordringer knyttet Covid19, DSB vil komme tilbake med nytt tidspunkt for gjennomføring		Terje Svendsen, Kvalitetsleder AKE	
Luftfartstilsynet, tilsyn ved Bodø helikopterplass Høyblokka	08.07.2020	Det ble avdekket 4 avvik	Årsaksanalyse og tiltaksplan er oversendt og godkjent av Luftfartstilsynet. Endelig vurdering om avvikene kan lukkes gjøres når tiltakene er gjennomført (juni 2021).		Øystein Hoel, Leder stab brann og sikkerhet	
Helsetilsynet, kartlegging av tilgjengelighet til IKT - system	01.07.2020		Etterspurt dokumentasjon er oversendt helsetilsynet den 3/9 - 2020. I prosess		Asbjørn Jørgensen, avdelingsleder for AKE	
Norske Vaskeriers Kvalitetstilsyn	29.05.2020	Det ble gitt totalt 7 mindre avvik	Foretaket har fått frist til å svare opp avvikene til 17/7 - 2020. Det blir laget en orienteringssak til styret den 6/10 - 2020		Vibeke Mikalsen, avdelingsleder D&E	Sak til styret i 2021
Hadsel kommune, teknisk sektor, brann og redning	20.10.2020	Det ble gitt 1 avvik	Tilsynet er svart opp og avsluttet	Lukket	Sikkerhetsrådgiver, Øyvind Bølgen	Referatsak til styret 15. desember 2020
Arbeidstilsynet, Tilsyn - Melding om tilsyn - BUP poliklinikk Stokmarknes	28.10.2020	Det ble i dette tilsynet gitt 4 pålegg.	Mottatt rapport, 4 pålegg, frist for å svare opp er satt til 15/6 - 2021.		Hedda Soløy-Nilsen Klinikkssjef PHR - klinikken	
Arbeidstilsynet, Tilsyn - Melding om tilsyn - BUP poliklinikk Gravdal	4.11.2020	Det ble i dette tilsynet gitt 3 pålegg.	Foretaket har mottatt tilsynsrapport, 3 pålegg. Frist for å svare opp er satt til 30/4 - 2021		Hedda Soløy-Nilsen Klinikkssjef PHR - klinikken	
Arbeidstilsynet, Tilsyn - Melding om tilsyn - Lofoten DPS Voksenpsykiatrisk poliklinikk	4.11.2020	Det ble i dette tilsynet gitt 2 pålegg.	Foretaket har mottatt tilsynsrapport, 2 pålegg. Frist for å svare opp er satt til 30/4 - 2021		Hedda Soløy-Nilsen Klinikkssjef PHR - klinikken	
Internrevisjonen i Helse Nord, Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Nordlandssykehuset	Uke 5 - 7 - 2021		Revisjonen er i prosess		Hedda Soløy-Nilsen Klinikkssjef PHR - klinikken	



Arbeidstilsynet, postalt tilsyn akuttmottaket Bodø	12.1.2021	Det ble ikke funnet noen brudd på regelverk	Dokumentasjon ble sendt over 22/1 - 2021, ikke brudd på regelverk.		Hanne-Marit Brende, avdelingsleder	Referatsak til styret 18 februar 2021
Hadsel kommune, teknisk sektor, brann og redning	13.1.2021	Ingen avvik ble avdekket	Tilsynet er anses som avsluttet	Lukket	Ken Steve Hansen, seksjonsleder Drift og vedlikehold Vesterålen	Referatsak til styret 17. mars 2021