



Styresak 089-2022

Kvalitets-/styringssystem og tilsyn/revisjoner ved Nordlandssykehuset, halvårsrapport 2022

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

Dato dok: 15.09.2022

Møtedato: 27.09.2022

Vår ref: 2019/1149

Vedlegg (t): Rapport - Kvalitets-/styringssystem og tilsyn/revisjoner ved Nordlandssykehuset HF

Innstilling til vedtak:

1. Styret tar rapport om Kvalitets-/styringssystem og tilsyn/revisjoner ved Nordlandssykehuset HF, status per 31. august 2022 til orientering.

Direktørens vurdering:

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten har som hensikt å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Formålet krever at Nordlandssykehuset har et helhetlig og dekkende styringssystem for ledelse og kvalitetsforbedring med fokus på pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere. Ledelsens gjennomgang viser at Nordlandssykehuset drifter forsvarlig i de ulike klinikker og stabsavdelinger, men mulighetene for læring på tvers er en viktig forutsetning for at styringssystemet skal fungere optimalt. Dette er et pågående, kontinuerlig arbeid som involverer alle våre ansatte. Direktøren erfarer at vi i Nordlandssykehuset har et potensial for å sikre at identifiserte forbedringsområder, erfaringer fra hendelsesgjennomganger og hensiktsmessige forbedringstiltak blir gjort kjent på tvers av fagområder, klinikker og lokasjoner. Vi skal derfor gjøre en vurdering av dagens system og se på muligheter for tilpasninger slik at den organisatoriske læringen i foretaket styrkes. Økningen i antall §3-3a for inneværende år kan skyldes en tilfeldig variasjon eller være uttrykk for en reell endring. Det blir viktig å følge utviklingen videre tett. I neste rapporteringen til styret vil derfor direktøren redegjøre for de vurderingene som er gjort og ev endringer iverksatt.

Hovedtrekk fra rapporten «Kvalitets-/styringssystem og tilsyn/revisjoner ved Nordlandssykehuset HF»

I rapporten redegjøres det for status for Nordlandssykehusets kvalitet- og styringssystem som en del av grunnlaget til foretaksledelsen for å følge opp og prioritere tiltak i tråd med behovet for kontinuerlig og målrettet forbedringsarbeid. Denne rapporten berører følgende områder:

- Foretakets arbeid med hendelser i Docmap

- Foretakets arbeid med styrende dokumenter i Docmap
- Status for varsel til statens helsetilsyn
- Status for eksterne tilsyn og revisjoner 2018-2022

Foretakets arbeid med hendelser i Docmap

Nordlandssykehuset hadde pr. 31. august 1122 unike meldere og 3543 meldte hendelser fordelt på 3462 årsverk.

Foretakets arbeid med styrende dokumenter i Docmap

Nordlandssykehuset har 12540 styrende dokumenter i kvalitetssystemet. Det jobbes kontinuerlig med å sikre at styrende dokumenter til enhver tid skal være oppdatert og tilgjengelig.

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

Det ble hittil i år meldt 27 hendelser. Alle saker som er meldt som §3-3a er også meldt og blir behandlet som uønskede hendelser i foretaket sitt meldesystem.

Status eksterne tilsyn og revisjoner 2018 - 2022

Det er varslet/gjennomført totalt 18 eksterne tilsyn og revisjoner hvorav fire 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.

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

Kvalitets-/styringssystem og tilsyn/revisjoner ved Nordlandssykehuset HF

Status pr 31. august 2022



Innhold

1	Innledning.....	3
1.1	Arbeid med anskaffelse av kvalitetssystem	3
2	Status hendelser i foretakets meldesystem	4
2.1	Meldekultur	4
2.2	Utvikling i antall hendelser hvor Nordlandssykehuset HF er oppført som ansvarlig.....	5
2.3	Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset.....	6
2.4	Fordeling av ulike hendelser pr. 31. august 2022	7
2.5	Fordeling NOKUP hendelsestype.....	7
2.6	Fordeling på årsakstyper	8
2.7	Pasienthendelser meldt pr. 31. august 2022	9
2.8	Varsel til Statens helsetilsyn i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven §3-3a	10
3	Styrende dokumenter i Nordlandssykehuset HF.....	12
3.1	Oppfølging av foretakets styrende dokumenter.....	13
4	Status for tilsynssaker pr. 31. august 2022	14
5	Oversikt/status på eksterne tilsyn i perioden 2018 - 31. august 2022	15



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 to ganger per år, en årsrapport og en halvårsrapport.

Denne halvårsrapporten oppsummerer status pr. 31. august 2022.

Presentasjonen av data gjelder styrende dokumenter¹ og behandling av uønskede hendelser. Dette er nøkkeltall som kontinuerlig følges opp for å ha en oversikt over hvilken effekt styrings- og avvikssystemet har på foretakets systematiske forbedringsarbeid.

Rapporten gir også en status på meldte alvorlige pasienthendelser (§3.3a) samt en oversikt på eksterne tilsyn (systemtilsyn) og revisjoner.

Tilsynsveileder for Statsforvalteren knyttet til tilsynssaker er endret fra 2022 slik at tidligere oversikt over tilsynssaker ikke kan videreføres for dette halvåret.

1.1 Arbeid med anskaffelse av kvalitetssystem

Anbudskonkurransen ble lyst ut i juni. Prekvalifisering pågår. Videre arbeid med anbudene for de kvalifiserte tilbyderne er planlagt fra oktober 2022.

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



2 Status hendelser i foretakets meldesystem

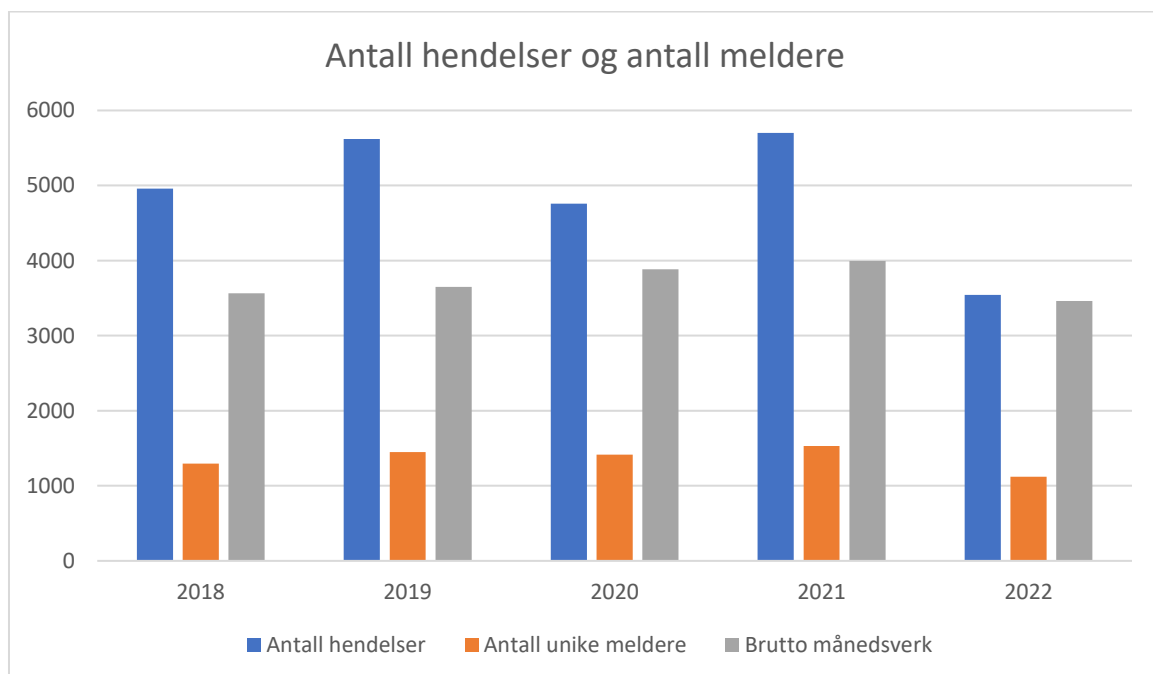
Foretaket bruker *Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser* (NOKUP) som klassifiseringssystem for uønskede hendelser. I tillegg benyttes egne klassifikasjonstyper².

2.1 Meldekultur

Melding av hendelser 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 hendelse og utlede tiltak fra disse vil man kunne gjøre forbedringer som sikrer kvalitet i tjenestene.

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.

For 2022 viser grafen status fram til 31. august. Nordlandssykehuset hadde pr. 31. august 1122 unike meldere og 3543 meldte hendelser fordelt på 3462 årsverk.

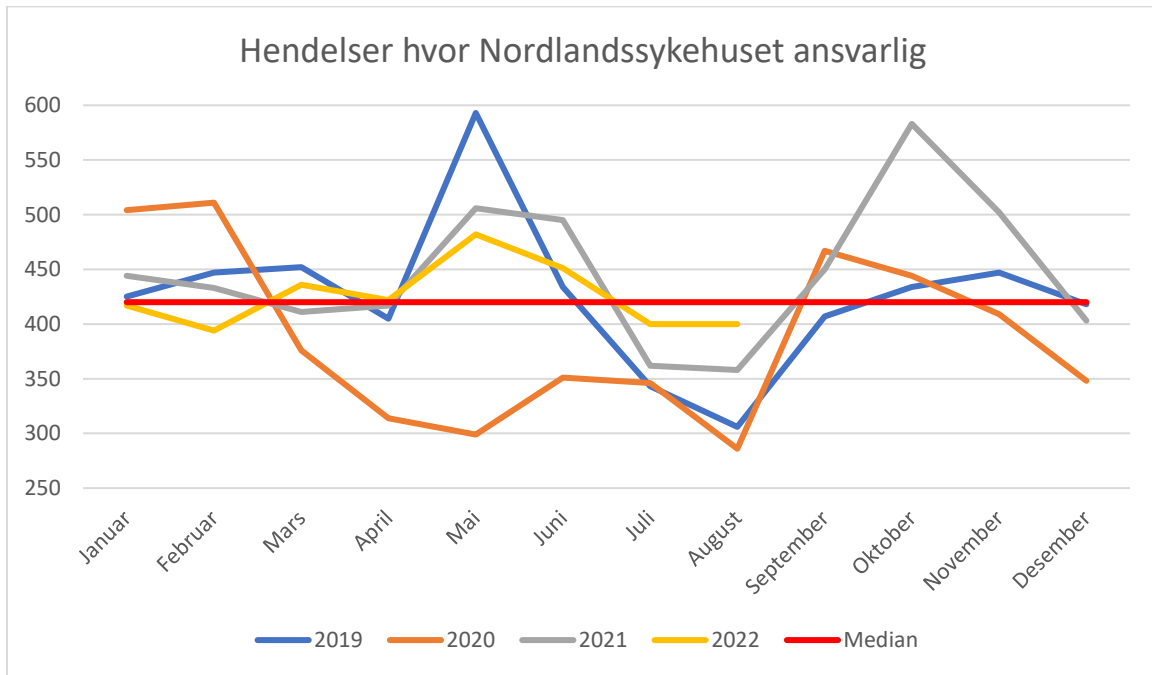


Figur 1 Antall meldte hendelser i forhold til unike meldere i NLSH i perioden 2018-til 31. august 2022

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



2.2 Utvikling i antall hendelser hvor Nordlandssykehuset HF er oppført som ansvarlig
Grafen viser utviklingen i antall hendelser hvor Nordlandssykehuset er oppført som ansvarlig for perioden 2019 fram til 31. august 2022.

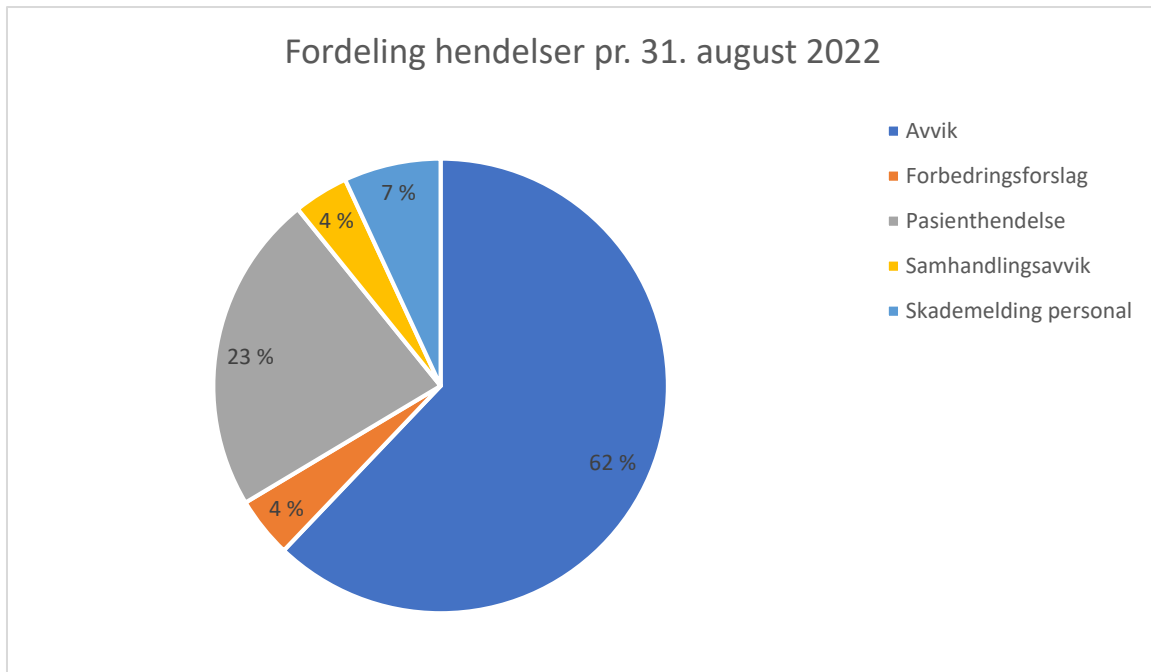


Figur 2 Hendelser hvor Nordlandssykehuset ansvarlig i perioden 2019 - 31. august 2022



2.3 Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset

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

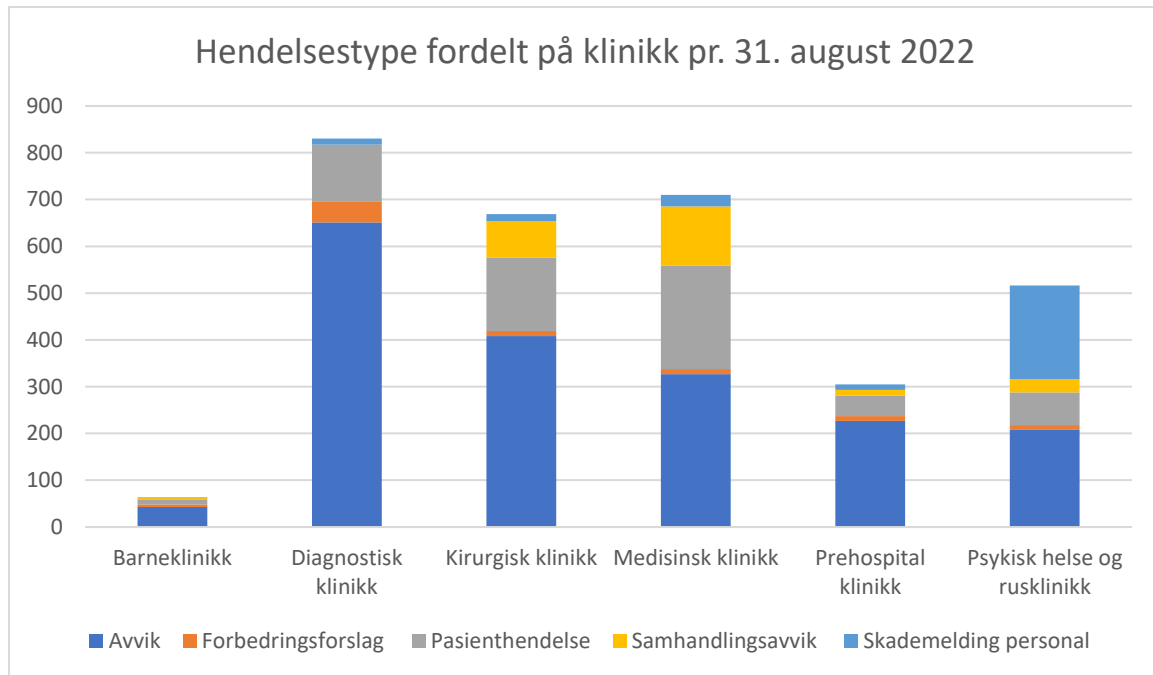


Av registrerte hendelser pr. august 2022 hvor Nordlandssykehuset er oppført som ansvarlig er 62 % avvik og 23 % pasienthendelser.



2.4 Fordeling av ulike hendelser pr. 31. august 2022

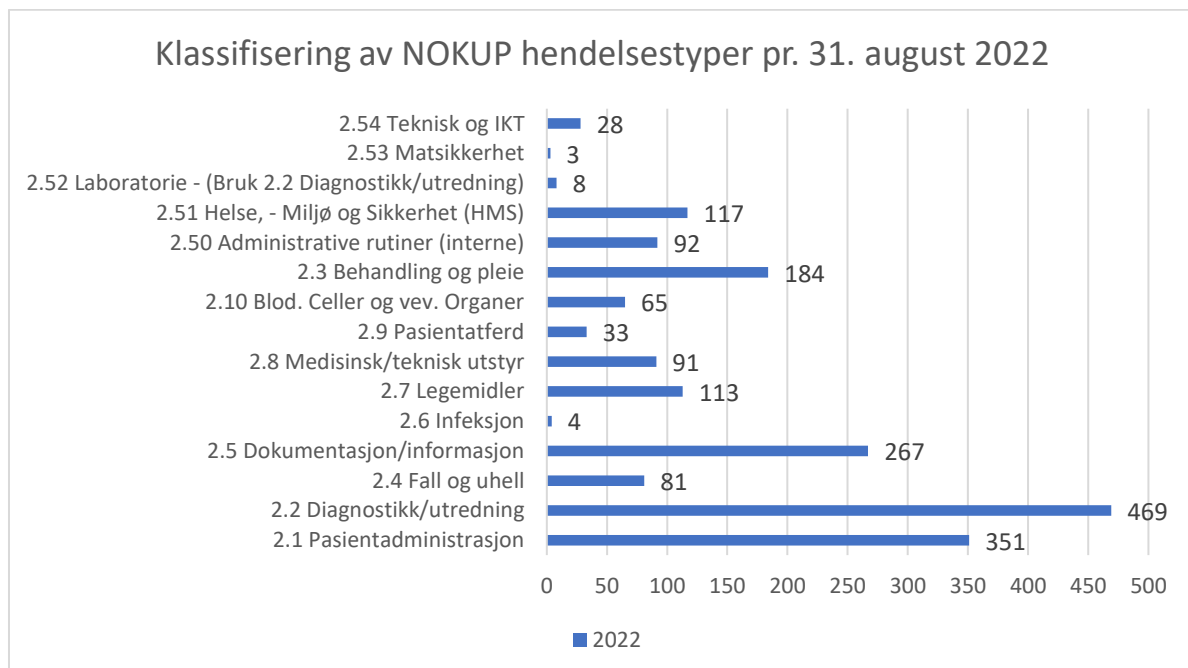
Fordelingen av antall hendelser pr. klinikk kan blant annet forklares med den enkelte klinikk pasientgruppe, tjenestetilbud og arbeidsflyt. Tallene gir et bilde av hvilke typer hendelser ulike klinikker melder.



Figur 3 Hendelsestype fordelt på klinikk pr. 31. august 2022

2.5 Fordeling NOKUP hendelsestype

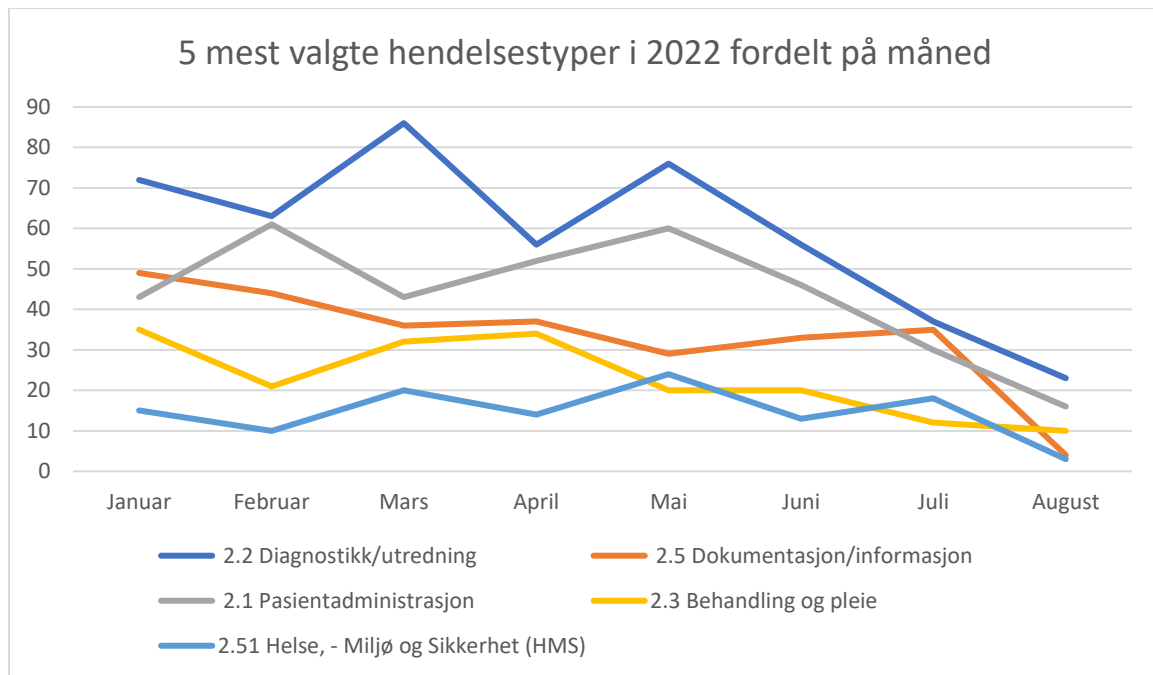
Figuren viser hendelsestyper for avvik og pasienthendelser som er klassifisert i henhold til nasjonal klassifisering av uønskede hendelser og nesten-uhell.



Figur 4 Klassifisering av NOKUP hendelsestyper pr. 31. august 2022



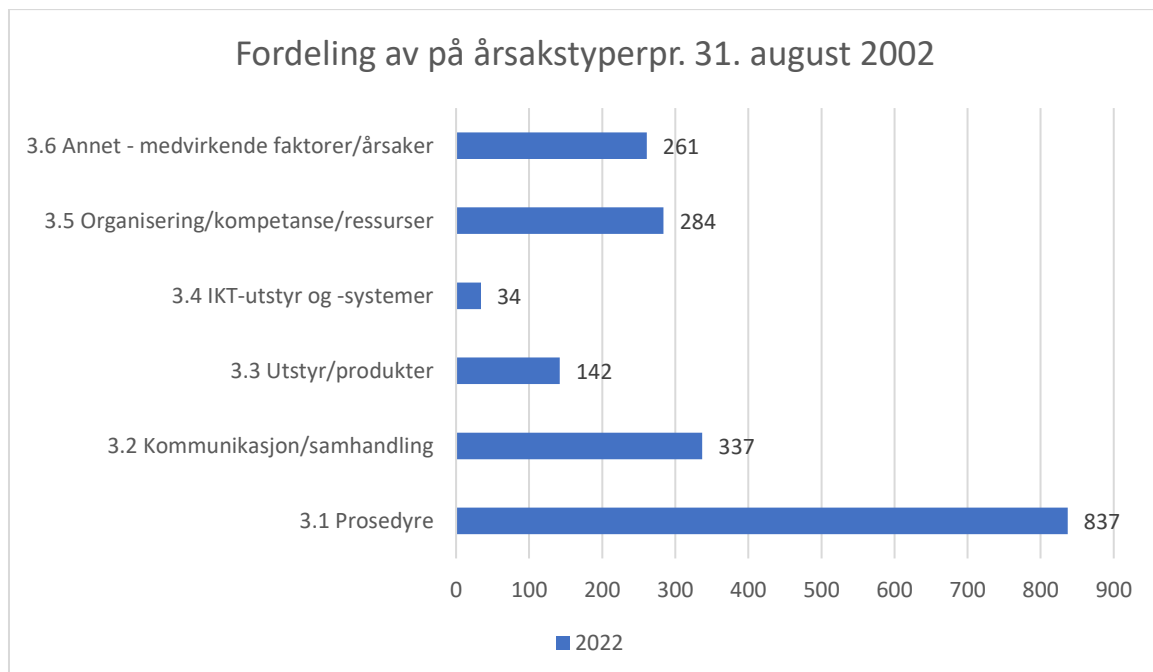
De fem mest valgte hendelsestyper vises i grafen under fordelt per måned hittil i 2022:



Figur 5 Fem mest valgte hendelsestyper i 2022 fordelt på måned

2.6 Fordeling på årsakstyper

Oversikt over fordelingen av årsakstyper for avvik og pasienthendelser.

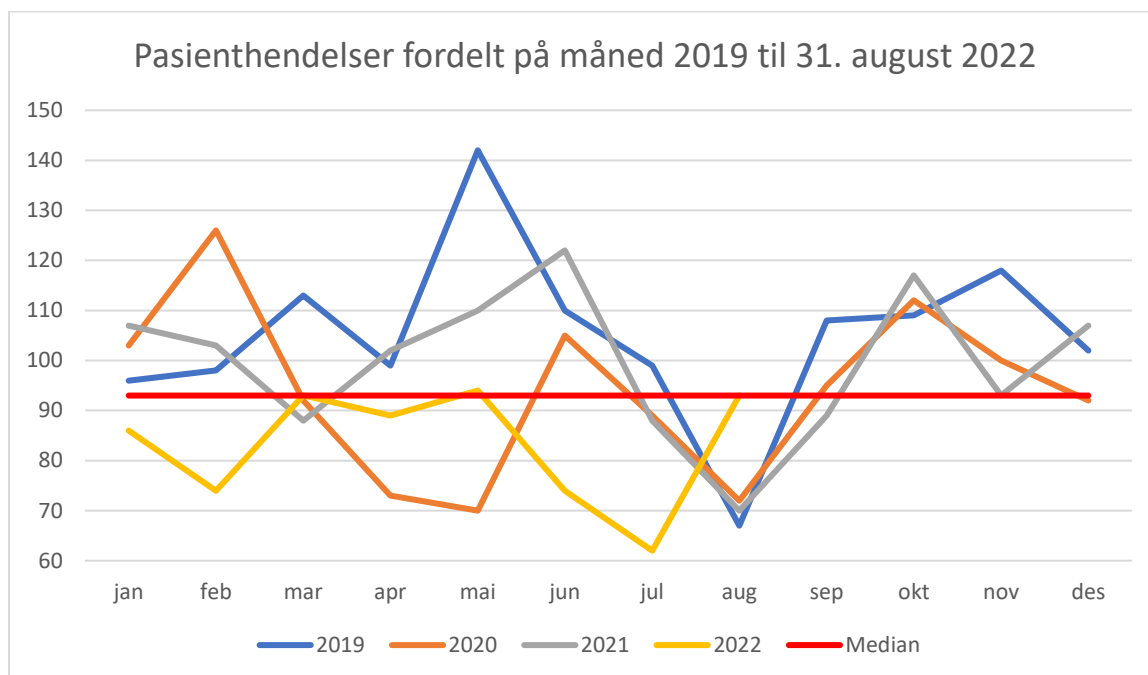


Figur 6 Fordeling av på årsakstyper pr. 31. august 2022



2.7 Pasienthendelser meldt pr. 31. august 2022

I 2022 er det pr. 31 august meldt 665 pasienthendelser hvor Nordlandssykehuset HF er oppført som ansvarlig. Av disse er 653 meldt internt i foretaket og 12 meldt av andre foretak i Helse Nord.



Figur 7 Pasienthendelser fordelt på måned 2019-31.08.22



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

Det er så langt i 2022 meldt 27 alvorlige hendelser til Statens Helsetilsyn. Antall hendelser som blir meldt fra foretaket de siste årene har ligget mellom 13 og 23 pr. år. Det er en økning i 2022 sammenlignet med de foregående årene.

Alle saker som er meldt som §3-3a blir fulgt opp fortløpende i foretaket gjennom:

- Behandling i foretakets Kvalitets- og skadeutvalg.
- Gjennomføring hendelsesgjennomgang på de fleste av hendelsene.
- Behandlet som uønskede hendelser i foretaket sitt meldesystem.
- Rapportering på § 3-3a meldinger til styret to ganger i året.

Tabell 1 Varslingsaker til Statens helsetilsyn (§3-3a meldinger), 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022 (pr.15/9)
Antall	15	23	18	13	27

Under følger en oversikt over varsel om alvorlige hendelser som er meldt til Statens helsetilsyn (§3-3a meldinger) fra 1/1 til 15/9 – 2022.

Tabell 2 Oversikt over varsel alvorlig hendelser meldt Statens Helsetilsyn

Hva skjedde	Kort beskrivelse av hendelsen	Konsekvens	Møte med pårørende	Status på tilsyn	Vurdering og tiltak
Tarmparalyse med medførende aspirasjon og hjertestans	Tarmparalyse medførende aspirasjon og hjertestans. Gjenopplivet, og lagt på respirator på intensiv.	Overlevde	Ikke utført	Hendelsen er under behandling hos Statsforvalter	Klinikken har gjennomført hendelsesgjennomgang og tiltaksplan er besluttet.
Uventet dødsfall	Pas ble utredet under oppholdet pga. stigende infeksjonsparametere med ukjent fokus	Død	Gjennomført	Saken er avsluttet fra Statsforvalteren.	Statsforvalter vurderer at hendelsen har vært tilstrekkelig fulgt opp av foretaket. Videre tilsynsmessig oppfølging er avsluttet.
For lang ventetid på videre undersøkelser og behandling	Pasient skulle til planlagt kontroll januar 2020, som ble avlyst av foretaket. Ble først innkalt til ny kontroll i 2022 og hadde da fått synstap på høyre øye.	Redusert syn	Gjennomført	Hendelsen er under behandling hos Statsforvalter	Klinikken har iverksatt flere tiltak som reduserer risikoen for gjentakelse.
For lang ventetid på videre undersøkelser og behandling	Pasient kommer med alvorlig diabetesforandringer på begge øynene. Var til kontroll i april-21 og skulle til ny kontroll i juni-21 som pasienten ikke ble kalt inn til.	Redusert syn på høyre øye.	Gjennomført	Hendelsen er under behandling hos Statsforvalter	Klinikken har iverksatt flere tiltak som tar ned risikoen for gjentakelse.
For lang ventetid på videre undersøkelser og behandling	Forsinket kontroll (ca. 1 år) fra hva som var planlagt.	Betydelig redusert syn.	Gjennomført	Hendelsen er under behandling hos Statsforvalter	Klinikken har iverksatt flere tiltak som tar ned risikoen for gjentakelse.



Hva skjedde	Kort beskrivelse av hendelsen	Konsekvens	Møte med pårørende	Status på tilsyn	Vurdering og tiltak
113 anrop overført til legevaktssentral uten systematisk utspørring fra AMK	AMK - operatør oppfatter at innringer snakker om ulike problemstillinger, men får ikke hentet ut opplysninger om at personen er kritisk syk. Telefonen blir derfor overført til legevaktssentralen for videre håndtering.	Død	Gjennomført	Hendelsen er under behandling hos Statsforvalter	Klinikken har gjennomført en hendelsesgjennomgang og tiltak er iverksatt.
Overdosering av blodfortynnende medikament (Fragmin)	Overgang fra Marevan til Fragmin hvor pasienter får 6 x for høy dose Fragmin hos fastlegen. Blir innlagt akutt med blødningssjokk.	Overlevde	Fastleges ansvar	Statsforvalter følger opp hendelsen mot NLSH HF og legekontor.	Etterspurt informasjon er oversendt og saken er fortsatt under behandling hos Statsforvalter.
Mistenkelig dødsfall	Pasienten ble funnet død av politiet i sitt hjem. Mistanke om selvmord ved forgiftning.	Død	Gjennomført	Hendelsen er under behandling hos Statsforvalter	Hendelsen er behandlet og fulgt opp av klinikken. Den vil også bli behandlet i Kvalitets-/skadeutvalg.
Hjerteinfarkt	Pasient hadde ikke fått nødvendige legemidler etter utskrivelse til kommunen.	Overlevde	Kommunens ansvar	Statsforvalter følger saken opp mot aktuell kommune.	Meldt av foretaket, må følges opp av kommune.
Intrauterin fosterdød ved termin	Oppdaget og bekreftet intrauterin fosterdød hos inneliggende pasient hvor man hadde forsøkt å sette i gang fødselen.	Død	Gjennomført	Hendelsen er under behandling hos Statsforvalter	Klinikken har gjennomført hendelsesgjennomgang og tiltaksplan er besluttet.
Kandidat for å fjerne blodpropp i hjernen	Det tas CT av pasient med tanke på indikasjon for akutt fjerning av blodpropp i hjernen. Røntgenlege avkrefter at CT vise blodpropp. Et døgn etterpå blir CT-beskrivelsen endret, og blodpropp likevel beskrevet	Død	Gjennomført	Hendelsen er under behandling hos Statsforvalter	Klinikken har gjennomført hendelsesgjennomgang og tiltaksplan er besluttet.
Setefødsel hvor barnet får redusert surstofftilførsel	Setefødsel som ender opp med et svært asfyktisk barn med behov for kjølebehandling etter fødsel.	Overlevde	Gjennomført	Hendelsen er under behandling hos Statsforvalter	Klinikken har gjennomført hendelsesgjennomgang og tiltaksplan er besluttet.
Komplikasjoner ved innledning til operasjon.	I påvente av operasjon blir pasienten dårligere klinisk. Ved innledning til operasjonen får pasienten alvorlige komplikasjoner. Må overføres til høyere behandlingsnivå for videre behandling.	Død	Vurderes etter gjennomført hendelsesgjennomgang	Hendelsen er under behandling hos Statsforvalter	Hendelsesgjennomgang pågår.
Blodmangel (anemi) i sammenheng med dialysebehandling.	Blodmangel. Pasienten hadde uforklarlig fall i blodverdier.	Overlevde	Gjennomført	Hendelsen er under behandling hos Statsforvalter	Hendelsen er behandlet i klinikken og tiltak er iverksatt.
Blodmangel (anemi) i sammenheng med dialysebehandling.	Blodmangel. Pasienten hadde uforklarlig fall i blodverdier.	Overlevde	Gjennomført	Hendelsen er under behandling hos Statsforvalter	Hendelsen er behandlet i klinikken og tiltak er iverksatt



Hva skjedde	Kort beskrivelse av hendelsen	Konsekvens	Møte med pårørende	Status på tilsyn	Vurdering og tiltak
Uventet dødsfall	Behandling av pasienten var avsluttet av foretaket, videre behandling den kommunale helse- og omsorgstjenesten.	Død Doc.	Gjennomført	Hendelsen er under behandling hos Statsforvalter	Hendelsen er behandlet i klinikken og skal behandles i Kvalitets-/skadeutvalg
Uventet dødsfall	Multisyk pasient som får en akutt klinisk forverring. På tross av en rekke behandlingstiltak dør pasienten.	Død Doc.	Gjennomført	Saken er avsluttet fra Statsforvalteren.	Klinikken har gjennomført hendelsesgjennomgang og tiltaksplan er besluttet.
For lang ventetid på videre undersøkelser og behandling	Pasient skulle planlagt inn til kontroll i 2020, men ble ikke kalt inn før i 2022.	Redusert synsskarphe t	Gjennomført	Hendelsen er under behandling hos Statsforvalter	Klinikken har iverksatt en rekke forbedringstiltak.
Oversett funn på CT	Pasient med mistenkt hjerneslag, hvor et hovedfunn på CT først blir beskrevet etter andre CT, et døgn ut i innleggelsen.	Død	Skal gjennomføres	Hendelsen er under behandling hos Statsforvalter	Hendelsesgjennomgang pågår.
Oversett funn på CT.	Funn av blødning i hjernen avkreftes av røntgenlege. Ved ytterligere kliniske funn blir bildene re-gransket på UNN, som bekrefter at det foreligger blødning.	Overlevde	Skal gjennomføres	Hendelsen er under behandling hos Statsforvalter	Hendelsesgjennomgang pågår.
Uventet dødsfall	Mistanke om disseksjon/aneurismeruptur	Død	Gjennomført	Hendelsen er under behandling hos Statsforvalter	Klinikken har gjennomført hendelsesgjennomgang.
Uventet dødsfall	Pasienten var utskrevet fra sykehuset og ble etter en tid funnet død.	Død	Pårørende er gitt tilbud.	Hendelsen er under behandling hos Statsforvalter	Saken er under behandling i klinikken.
Pasient funnet død	Hjemmeboende pasient som var under behandling av kommunal- og spesialisthelsetjenesten ble funnet død.	Død	Pårørende er gitt tilbud.	Hendelsen er under behandling hos Statsforvalter	Skal gjennomføres hendelsesanalyse
Selvordsforsøk	Pasient innlagt på døgnenhet utførte selvmordsforsøk. Hendelsen ble oppdaget og avverget.	Overlevde	Gjennomført	Hendelsen er under behandling hos Statsforvalter	Gjennomført hendelsesgjennomgang
Uventet dødsfall på inneliggende pasient	Pasient ble utredet og behandlet for alvorlig autoimmun sykdom, Tilstanden forverret seg dramatisk og pasient døde.	Død	Avtalt møte med pårørende.	Hendelsen er under behandling hos Statsforvalter	Det skal gjennomføres Hendelsesgjennomgang.
Uventet dødsfall	Innlagt pasient ble funnet død av politi utenfor institusjonen.	Død	Gjennomført	Ikke mottatt brev fra Helsetilsynet.	Hendelsen behandles i klinikk og Kvalitets-/skadeutvalg.
Dødsfall på pasient som sto på venteliste	Pasient på en annen virksomhets venteliste ble funnet dødt hjemme.	Død	Annen virksomhets ansvar	Ikke mottatt brev fra Helsetilsynet.	Meldt av foretaket men må følges opp primærhelsetjenesten.

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 av foretakets styrende dokumenter

Nordlandssykehuset har nå 12540 dokumenter i kvalitetssystemet. Styrende dokumenter blir ved utgivelse gitt revisjonsdato to år frem i tid. Ved siste registrering hadde 13 % av styrende dokumenter passert revisjonsdato. Disse dokumentene er fortsatt gyldige og i bruk.



4 Status for tilsynssaker pr. 31. august 2022

Tilsynsveileder for Statsforvalteren knyttet til tilsynssaker er endret fra 2022 slik at tidligere oversikt over tilsynssaker ikke kan videreføres for dette halvåret.

Statsforvalteren har nå fem ulike «behandlingsmåter» hvor alle regnes som «tilsynsmessig oppfølging». Begrepet «tilsynssak» benyttes etter dette ikke på samme måte.

Av tilsynsmessig oppfølging har Statsforvalteren fem alternativer;

1. Avslutning med veiledning
2. Oversendelse til virksomheten
3. Virksomheten følger opp og rapporterer
4. Møte med virksomhet og pasient
5. Statsforvalteren utreder og avgjør

I tillegg er det kommet en lovendring fra 01.07.22 som gir Statsforvalteren en større mulighet til å prioritere og vurdere om hvordan mulige pliktbrudd skal følges opp.

Bakgrunnen for lovendringen er ønske om at klagesaker i større grad skal håndteres av helsetjenesten selv. Dette fordi man har tro på at dette i større grad bidrar til læring og forbedring i tjenesten, samt at pasient eller pårørende får gode svar på sine spørsmål.

Nordlandssykehuset HF vil fra 2023 lage en ny oversikt over Statsforvalterens tilsynsmessig oppfølging, med statusoversikt over disse i årlig rapportering for 2022.

5 Oversikt/status på eksterne tilsyn i perioden 2018 - 31. august 2022

Det er varslet/gjennomført totalt 18 tilsyn (systemtilsyn) og eksterne revisjoner i 2018-2022. Fire 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 ses på de neste sidene.



Tabell 3 Oversikt over gjennomført, pågående og planlagte tilsyn og revisjoner

Utført av / tilsyn/revisjonstema	Tilsyn/rev.dato	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	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.		Gro-Marit Karlsen, klinikkjef medisin.	Orienteringssak til styret innen utgangen av 2022
Helse Nord, klinisk fagrevisjon – adjuvant kjemoterapi etter tykktarmskreft	Gjennomføring 7 – 8 november 2017	Det ble gitt 10 anbefalinger	I prosess		Gro-Marit Karlsen, klinikkjef medisin.	Orienteringssak til styret innen utgangen av 2022
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 viseadministrerende direktør	Sak til styret når dette er gjort.
Internrevisjon - Mislighetsrisiko i Helse Nord Revisjonen vil omfatte alle helseforetakene i regionen	Mai til oktober/november 2019	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 2022.
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	
Helsetilsynet, Tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker - egenrevisjon	feb.20		Etterspurt dokumentasjon ble sendt over til Helsetilsynet den 13/3 - 2020. Foretaket har mottatt svar fra Statens Helsetilsyn.	Lukket	Petter Øien, seksjonsleder forskning	Styresak 2022-041, 28/4 - 2022
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 Riksrevisjon, i prosess.		Marit Barosen Økonomisjef	Referatsak til styret planlagt
Helsetilsynet, Tilsyn med luftambulansetjenesten	Uke 39, 2020		Helse Nord RHF har ansvaret for oppfølging av funn i rapporten. NLSH bidrar i dette arbeidet.	Lukket	Frode Hansen klinikkjef Prehospital	
Helsetilsynet, kartlegging av tilgjengelighet til IKT - system	01.07.2020		Foretaket har mottatt rapport	Lukket	Asbjørn Jørgensen, avdelingsleder for Kvalitet og e-helse	Orienteringssak til styret 16/6 - 2022



Datatilsynet, brevkontroll - Behandling av personopplysninger i DIPS for pasienter med skjermet opphold.	16.2.2021		Det som ble etterspurt fra Datatilsynet er svart opp den 10/3 - 2021. Foretaket har ikke mottatt svar fra Datatilsynet.		Trine Kaspersen, avdelingsleder SKSD	
Statsforvalteren i Nordland, digitalt egenvurderingstilsyn med psykisk helsevern barn og unge.	26.4.2021		Statsforvalter ba om ytterlige opplysninger 8/10 - 2021. Det er oversendt, ikke mottatt svar.		Hedda Soløy-Nilsen, klinikkssjef PHR - klinikken	
DSB, tilsyn med Medisinsk utstyr og opplæring, dokumentasjon på bruk av medisinsk utstyr	26/8 til 3/9 - 2021	Det ble gitt ett avvik og to anmerkninger.	Foretakets redegjørelse for lukking av avviket gitt etter tilsyn er sendt over til DSB den 7/4 - 2022. Ny frist for å lukke avvik er satt til 30/9 - 2022		Terje Svendsen, Kvalitetsleder AKE	Referatsak når avvik er lukket.
Arbeidstilsynet, tilsyn ambulansestasjoner:	1.9.2021		Oppfølging av tilsyn gjennomført i 2018, dokumentasjon oversendt og svar at et av tre pålegg er oppfylt. Frist for å rette opp pålegg 2 og 3 er satt til 1/10 - 2022		Jan Ove Edvardsen, ambulansesjef.	
Internrevisjonen i Helse Nord -Nasjonale helsefaglige retningslinjer 06/2021	Uke 38 - 39	Det ble gitt 3 anbefalinger	Foretaket har mottatt rapport		Terje Svendsen, Kvalitetsleder AKE	
Internrevisjon Helse Nord, Virksomhetsstyring i Helse Nord	Februar – juni 2022		Foretaket har mottatt sluttrapport fra internrevisjonen. Arbeid med anbefalingene som ble gitt må gjøres i regi av Helse Nord RHF og foretaket.		Asbjørn Jørgensen avdelingsleder og Terje Svendsen Kvalitetsleder.	
Norsk Akkreditering, uke 18	2.5.2022	Det ble gitt 18 vesentlige og 3 mindre avvik	Alle avvik er lukket etter bedømmingen.	Lukket	Ann Kristin Lindgaard, Kvalitetsleder Diagnostisk klinikk	Orienteringssak i oktober 2022.
Statsforvalteren i Troms, Finnmark og Nordland. Tilsyn/systemrevisjon med psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) ved Nordlandssykehuset (BUP Ytre Salten og BUP Vesterålen)	20. og 21. september 2022				Hedda Soløy-Nilsen, klinikkssjef PHR - klinikken	