



Styresak 102-2021

Kvalitetsstyringssystemet og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 2-2021

Saksbehandler: Asbjørn Jørgensen, Terje Svendsen m.fl.
Dato dok: 08.11.2021
Møtedato: 16.11.2021
Vår ref: 2019/1149

Vedlegg (t): Kvalitets-/styringssystem og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 2-2021

Innstilling til vedtak:

1. Styret tar rapport om Kvalitets-/styringssystem og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 2-2021 til orientering.

Direktørens vurdering

En viktig forutsetning for å lykkes med kvalitet og pasientsikkerhet er at vi på ulike nivå i foretaket har et helhetlig og dekkende system for kvalitet og forbedring med fokus på pasienter, pårørende og medarbeidere. Presentasjonen av data er knyttet til styrende dokumenter¹ og behandling av meldte hendelser. Dette er nøkkeltall som følges opp over tid med den hensikt å gi foretaksledelsene og klinikkene bedre oversikt over hvilken effekt styrings- og meldesystemet har på foretakets arbeid med kontinuerlig forbedring. Oversikten alene er likevel lite verdt, hvis vi ikke bruker dataen konkret til å identifisere og arbeid med områder for forbedring. Direktøren ønsker derfor å trekke fram arbeidet som gjennomføres i Psykisk helsevern og rus klinikken for å redusere antallet meldte skademeldinger på personell. Det systematiske arbeidet med å forebygge og håndtere aggresjon og utagerende adferd blant pasientene gir ønskede resultater og bidrar både til å bedre pasientsikkerheten og arbeidsmiljøet for medarbeiderne våre. Dette er et foregangsarbeid, som også kan gi nyttig læring på tvers for andre deler av organisasjonen og våre samarbeidspartnere, og som viser nødvendigheten av systematisk pasientsikkerhet- og forbedringsarbeid.

Kvalitets-/styringssystem og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 2-2021

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

- Foretakets arbeid med hendelser i Docmap
- Foretakets arbeid med styrende dokumenter i Docmap
- Status på tilsynssaker opprettet av Statsforvalteren i 2021
- Status for eksterne tilsyn og revisjoner 2018-2021

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

Hovedpunkter fra rapporten:

- **Foretakets arbeid med meldte hendelser**

Det totale antall hendelser har over flere år holdt seg relativt stabilt på om lag 400 (350-500) meldinger pr måned. Fra mars 2020 var det en markant nedgang i antall meldte hendelser. I 2021 ser vi nå at antall meldte hendelser er tilbake på samme nivå som tidligere. Pasienthendelser utgjør ca $\frac{1}{4}$ av det totale antallet hendelser.

- **Reduksjon i antall skademeldinger**

Andre tertial 2021 viser en klar nedgang i meldte skademeldinger på personell. Majoriteten av skademeldinger på personell, meldes fra Psykisk helse og rus klinikken. Klinikken har over tid jobbet systematisk med forebygging og håndtering av aggresjon og utagering blant pasientene. Dette arbeidet har resultert i at personalet i større grad klarer å intervenere og ta ned uønsket adferd og utagering på et tidligere tidspunkt, slik at skader unngås, og medarbeidere rapporterer at de er tryggere og samarbeider bedre i disse situasjonene. Klinikken har også brukt tid på å sette læring av hendelsene i system. Selv om arbeidet er ressurskrevende, er den nødvendig ut fra både et pasientsikkerhets- og HMS-perspektiv, og det gir ønskede resultater.

- **Foretakets arbeid med styrende dokumenter**

Nordlandssykehuset har 18620 styrende dokumenter i kvalitetssystemet, dette er på samme nivå som i 2020. Det jobbes kontinuerlig med å sikre at styrende dokumenter til enhver tid skal være oppdatert, relevante og tilgjengelig.

- **Varsel til Statens Helsetilsyn i henhold til Specialisthelsetjenesteloven §3-3a2**

Per 31. oktober er det meldt 9 hendelser til Helsetilsynet. Dette er en nedgang fra de 13 sakene som ble meldt for samme periode i 2020.

- **Status for tilsynssaker opprettet av Statsforvalteren 2021**

Statsforvalteren i Nordland har per 2. tertial i år åpnet 15 tilsynssaker mot Nordlandssykehuset. Av disse er 14 av sakene så langt ikke avgjort, og en sak avgjort med «intet pliktbrudd».

- **Eksterne tilsyn og revisjoner 2018 – 2021**

Det er i perioden varslet og/eller gjennomført totalt 31 eksterne tilsyn og revisjoner i Nordlandssykehuset HF. Åtte av disse er lukket etter at foretaket har svart opp tilsynsmyndighetene. Alle tilsyn og revisjoner skal brukes til læring og forbedring i andre enheter i foretaket, hvor funnene er relevante. Foretaket overvåker og følger opp at alle eksterne tilsyn og revisjoner blir lukket, samt at styret blir informert om status for dette arbeidet.

² Med alvorlige hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko jf. [Spesialisthelsetjenesteloven §3-3](#)

Kvalitets-/styringsystem og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 2-2021

Innhold

1	Innledning.....	3
2	Regionalt arbeid med anskaffelse av kvalitetssystem.....	3
3	Status hendelser i foretakets meldesystem	4
3.1	Antall meldte hendelser og antall meldere.....	4
3.2	Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset HF.....	5
3.3	Fordeling av avvikstyper per klinikk	6
3.4	Nedgang i skademelding på personell i Psykisk helse- og rusklinikken	7
3.5	Saksbehandlingsflyt.....	7
3.6	Hendelsestyper i 2. tertial 2020 og 2021	8
3.7	Fordeling på medvirkende faktorer/årsaker – per 2. tertial 2020 og 2021	8
3.8	COVID-19 relaterte hendelser	9
3.9	Pasienthendelser meldt i perioden 2016 - 2. tertial 2021	9
3.10	Varsel til Statens helsetilsyn i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven §3-3a.....	10
4	Styrende dokumenter i Nordlandssykehuset HF.....	12
4.1	Oppfølging og overvåkning av foretakets styrede dokumenter	12
4.2	Oppslag i Docmap.....	12
5	Status for tilsynssaker i 2021.....	13
5.1	Tilsynssaker opprettet av Statsforvalteren	13
6	Oversikt/status på eksterne tilsyn for 2018-2021.....	13

I saken finnes det lenker til dokumenter som inngår i foretakets internkontrollsystem. 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 to ganger per år. Denne rapporten er status per andre tertial 2021.

Presentasjonen av data er knyttet til styrende dokumenter¹ og behandling av hendelser. Dette er nøkkeltall som følges opp over tid og skal 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 og en oversikt på eksterne tilsyn (systemtilsyn) og revisjoner. Når tilsynet/revisjonen er lukket og styret er informert, fjernes saken fra oversikten.

2 Regionalt arbeid med anskaffelse av kvalitetssystem

Prosjektet for anskaffelse kvalitetssystem har, med bakgrunn i innspill fra jurister og styringsgruppen, måttet bruke noe lengre tid enn forventet på å ferdigstille avklaringer knyttet til innretting av konkurransen, endringer innen tekniske krav og vedlikeholds krav, samt valg av avtalegrunnlag.

De viktigste avklaringene er nå gjort, og prosjektet arbeider med å innarbeide alle endringer i konkurransedokumentasjonen. Prosjektet forventer snart å sende deler av konkurransedokumentasjonen på høring i markedet. Innspill fra markedet vil bli vurdert og eventuelt bidra til endringer i kravspesifikasjoner før endelig utlysning. Det forventes at konkurransen vil bli lyst ut i løpet av november/desember 2021.

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



3 Status hendelser i foretakets meldesystem

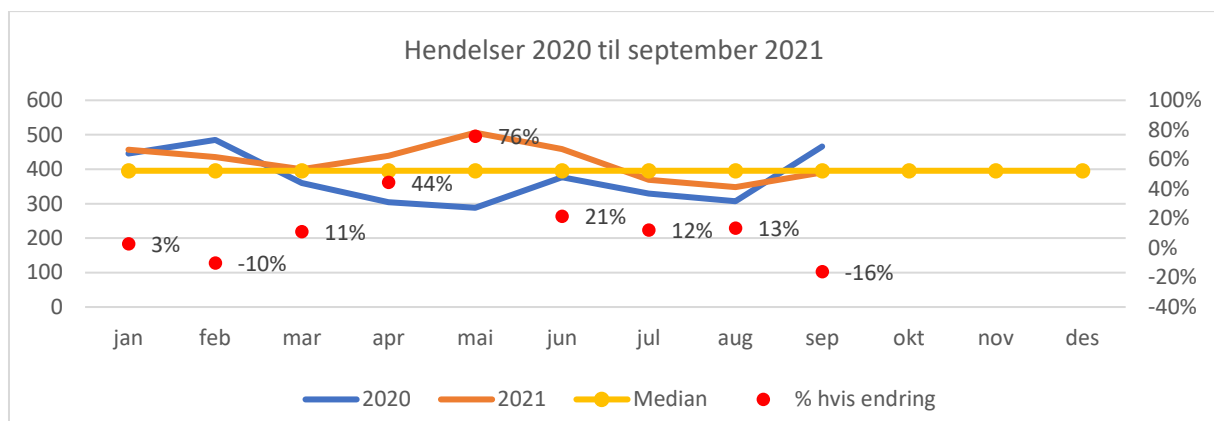
Foretaket benytter nasjonalt klassifiseringssystem (NOKUP) for hendelser slik det er implementert og tatt i bruk i Helse Nord².

Nasjonale klassifikasjonstyper (hendelsestyper i Docmap):

1. Pasientadministrasjon
2. Diagnostikk / utredning
3. Behandling og pleie
4. Fall og uhell
5. Dokumentasjon / informasjon
6. Infeksjon
7. Legemidler og blodprodukter
8. Medisinsk utstyr
9. Pasientadferd

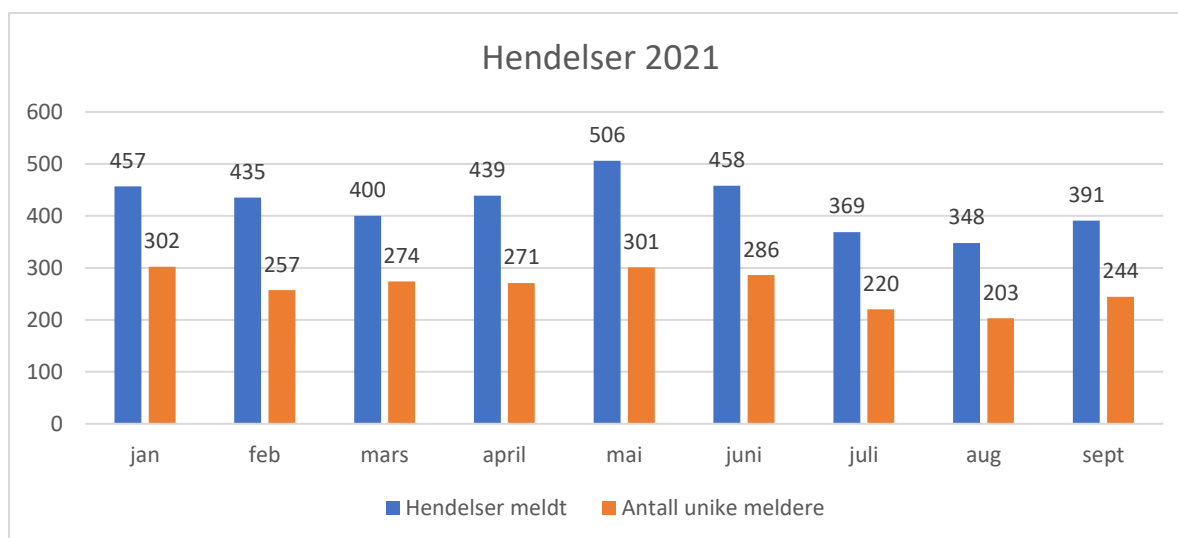
3.1 Antall meldte hendelser og antall meldere

Melding, rapportering og saksbehandling av hendelser eller avvik utføres i observasjonsmodulen i Docmap. Den er et av flere verktøy som inngår i arbeidet med å forbedre kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen. Ved å melde hendelser og avvik og utlede tiltak, fra disse gjøres forbedringer som sikrer kvalitet i tjenestene. Det forutsetter at ansatte melder hendelser i systemet, og at informasjonen som samles inn brukes i forbedringsarbeidet.



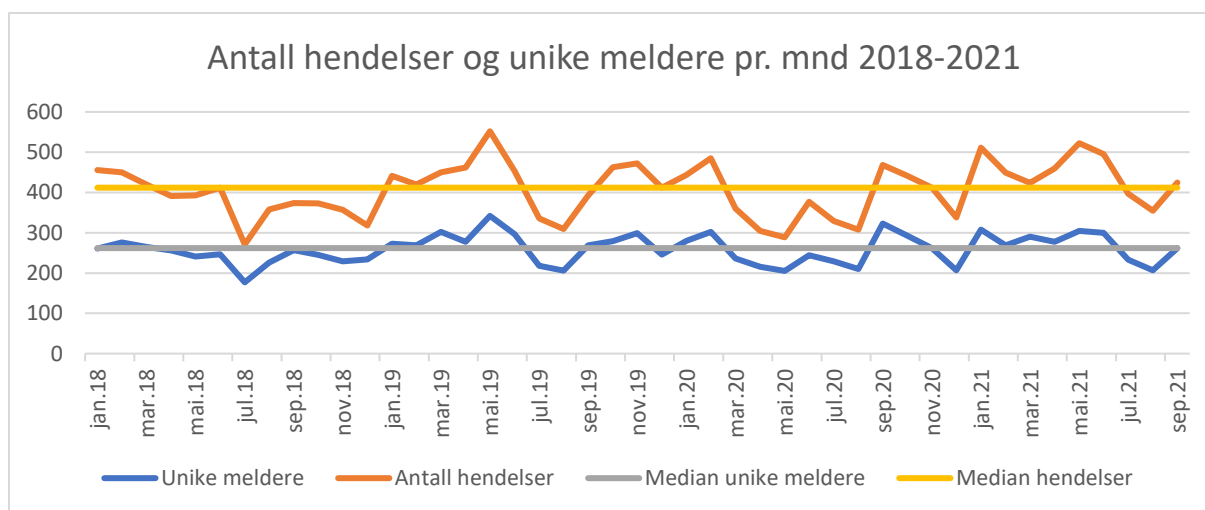
Figur 1 Hendelser 2020 t.om. september 2021

² Klassifiseringssystemet gjelder både for avvik (hendelser som ikke direkte involverer pasient) og pasienthendelser.



Figur 2 Hendelser 2020 t.om. september 2021

I første tertial 2021 ble det totalt registrert 1734 (tilsvarende i 2020: 1585) hendelser i Docmap, i andre tertial 1682 (2020: 1284). Det totale antall hendelser har over flere år holdt seg relativt stabilt. Fra mars 2020 var det en markant nedgang i antall meldte hendelser/avvik sammenlignet med tilsvarende periode i 2019. Vi ser en økning i 2021 tilsvarende nivået for 2019. Dette skyldes trolig en endring i pandemisituasjonen og et høyere aktivitetsnivå.



Figur 3 Antall hendelser og unike melder per måned

Antall unike meldere har holdt seg relativt stabilt og uendret i perioden 2018-2021. Pr 2. tertial 2021 hadde foretaket 1214 unike meldere, for 2020 var antallet 1274.

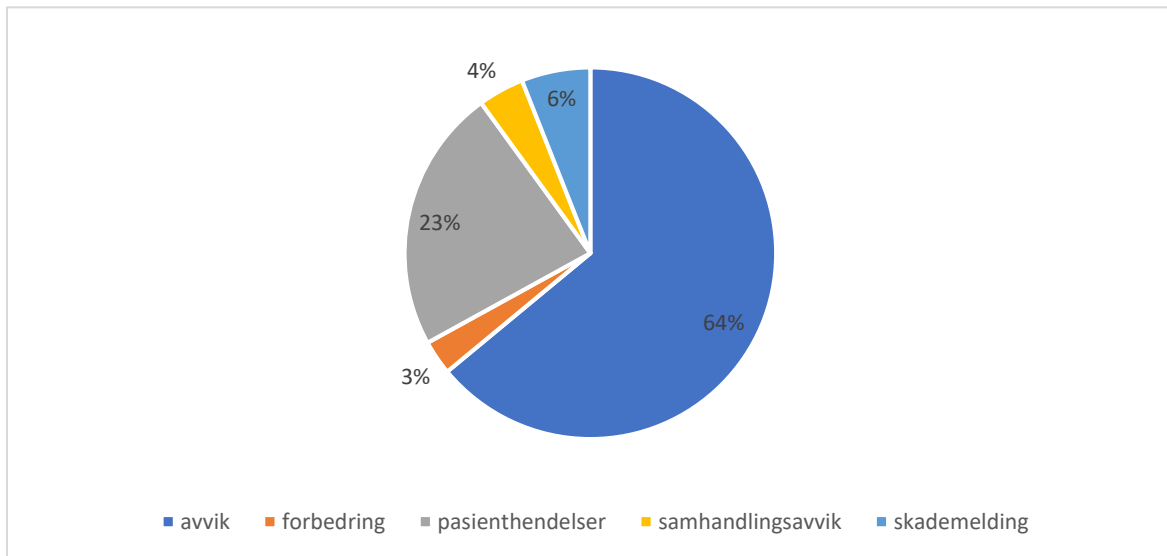
3.2 Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset HF

Ansatte kan velge mellom fem ulike hendelsestyper når de melder:

1. Avvik (hendelser som ikke direkte involverer pasient),
2. Forbedringsforslag,
3. Pasienthendelser,
4. Samhandlingsavvik mellom kommuner og Nordlandssykehuset samt
5. Skademelding på personell.



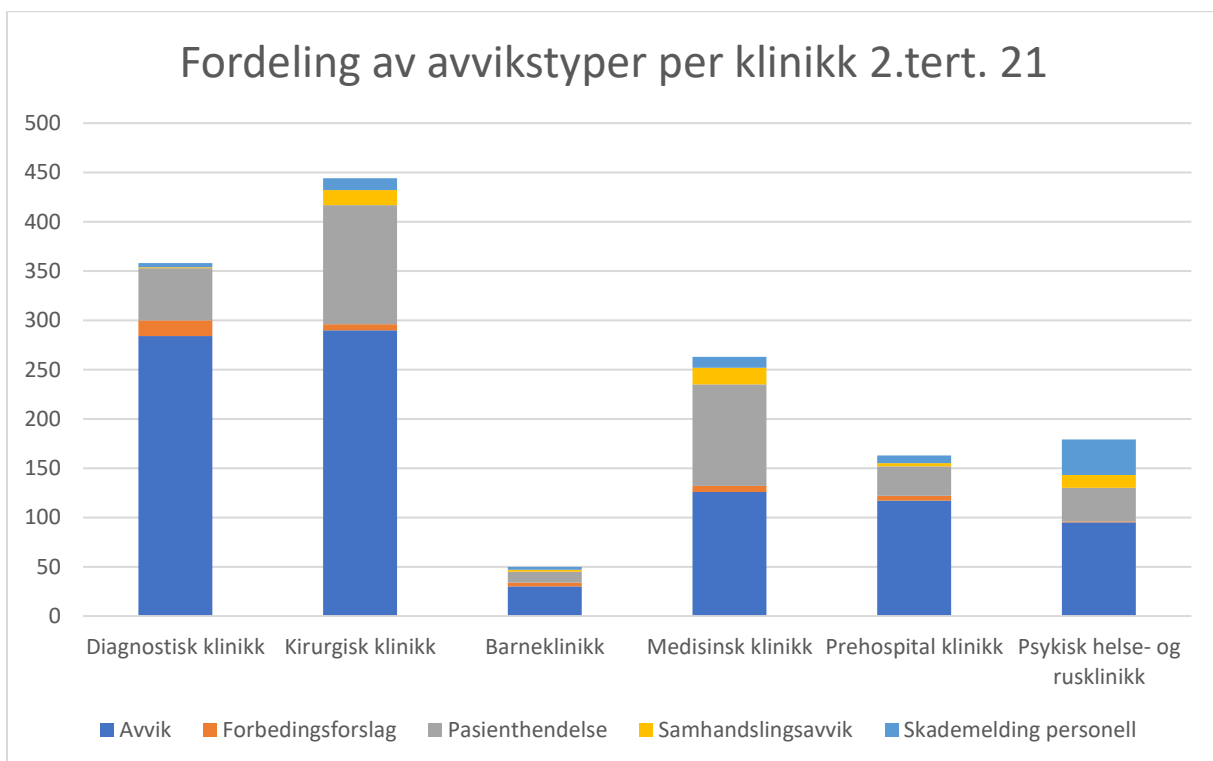
Av registrerte hendelser i 2 tertial 2021 er 64 % avvik og 23 % pasienthendelser.



Figur 4 Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset i 2. tertial 2021

3.3 Fordeling av avvikstyper per klinikk

Fordelingen av antall hendelser per 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 NLSH i 2. tertial 2021



3.4 Nedgang i skademelding på personell i Psykisk helse- og rusklinikken

Andre tertial 2021 viser en gledelig nedgang i antall meldte skademeldinger i Psykisk helse- og rusklinikken.

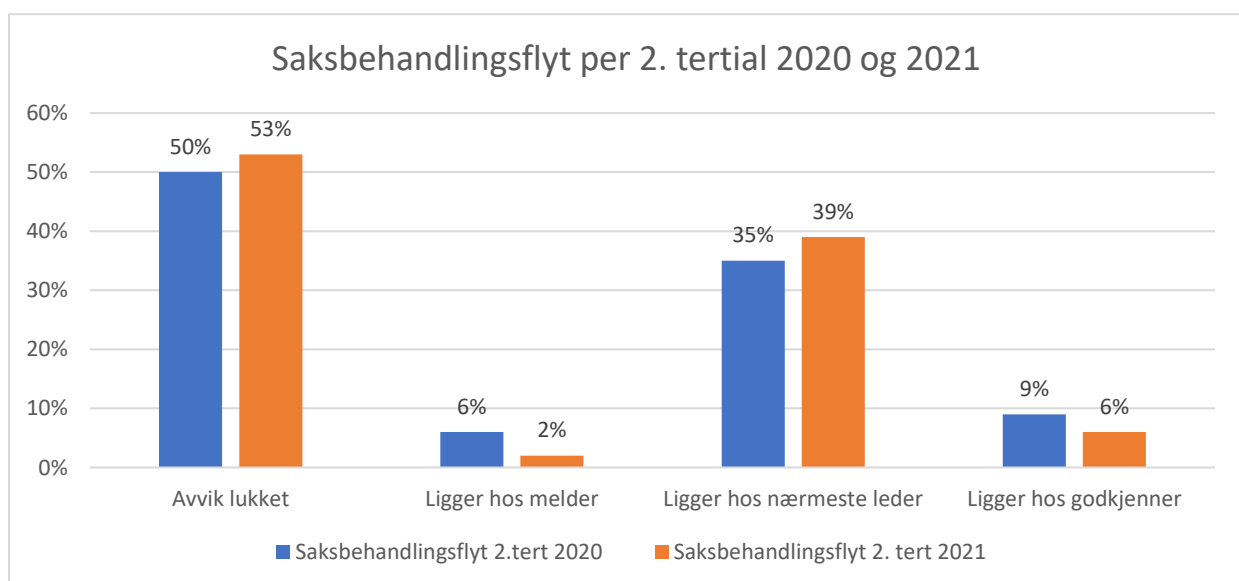
Årsaken til nedgangen har som tidligere omtalt flere forklaringer. Antall skademeldinger meldt i klinikken svinger noe med hvordan aggresjonsproblematikk er representert i pasientpopulasjonen, men uansett så er de kliniske intervensjoner som er innarbeid svært viktig. Det rapporteres fra våre enheter at det systematiske faglige utviklingsarbeidet som gjennomføres i klinikken har bidratt til at personalet klarer å deskalere og intervenere tidlig slik at skader unngås. Personalgruppene er tryggere og samhandler godt i utfordrende situasjoner. Metodikken Terma (Terapeutisk møte med aggresjon) er i aktiv bruk, kunnskap vedlikeholdes – og nå øves det og på den praktiske delen (covid-stopp). Utviklingen med å utdanne instruktører for å konvertere metodikken over til MAP (møte med aggresjonsproblematikk) har blitt forsinket på grunn av Covid.

Det som nå fremheves er resultatet av at Brøseth violence Scale (BVC) er blitt implementert i aktuelle enheter i PHR- klinikken. Tilstander som potensielt kan eskalere identifiseres - og adekvate tiltak iverksettes på et tidlig tidspunkt. Det gjennomføres møter i personalgruppen etter hendelser for å ivareta involvert personale – samt for å lære av situasjonen. Neste steg som nå kommer er et tiltak som omtales som «Safteyhuddel» Dette er et nytt moment innenfor vår aktive bruk av BVC. Kort fortalt vil det være et møtepunkt i et vaktlag hvor tiltak planlegges ved økende uro i enhet, da for å få kontroll på en potensiell situasjon på et så tidlig tidspunkt som mulig.

Klinikken bruker mye personalressurser på å klare å ivareta de utfordringen som ligger i å gi denne delen av våre pasienter god behandling, men det er helt nødvendig ut fra både et HMS- og et pasientsikkerhetsperspektiv. Denne ressursbruken samt god opplæring av både faste personell og vikarvakter er til det beste for alle.

3.5 Saksbehandlingsflyt

Meldinger i avvikssystemet som ikke blir behandlet og lukket på en forsvarlig måte utgjør også en risiko. Foretaket overvåker derfor flyten i saksbehandlingen. Status for 2. tertial fremgår av figuren nedenfor.



Figur 6 Saksbehandlingsflyt per 2. tertial 2020 og 2021



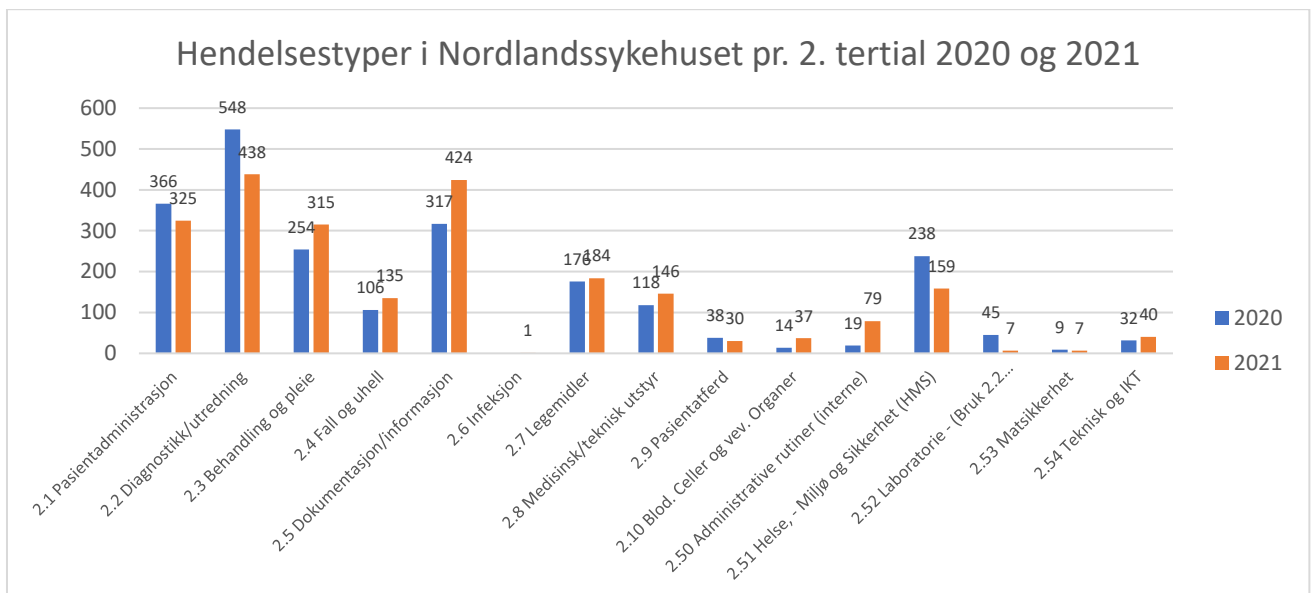
For 2. tertial i 2021 er status for saksbehandlingen fordelt slik:

- 53 % av hendelsene er lukket.
- 2 % av ligger hos melder.
- 39 % ligger hos nærmeste leder (hoveddelen av saksbehandlingen foregår her).
- 6 % ligger hos godkjenner i påvente av tilbakemelding fra andre aktører (f.eks. kvalitetsutvalg og kommuner).

Vi ser en liten forbedring i saksbehandlingsflyten fra 2020 til 2021. Andelen hendelser som ligger hos melder og godkjenner er redusert og andelen som er lukket er økt. Det er for tidlig å si om trenden fortsetter, dette overvåkes videre og vurderer utviklingen når statistikken for hele året foreligger.

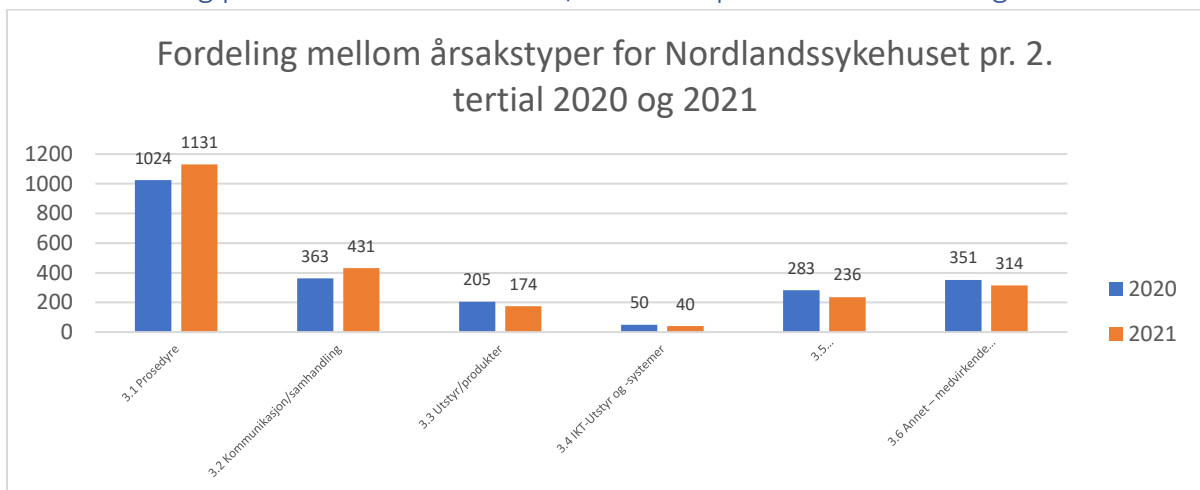
3.6 Hendelsestyper i 2. tertial 2020 og 2021

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



Figur 7 Hendelsestyper i Nordlandssykehuset pr 2. tertial 2020 og 2021

3.7 Fordeling på medvirkende faktorer/årsaker – per 2. tertial 2020 og 2021



Figur 8 Fordeling mellom årsakstyper for Nordlandssykehuset per 2. tertial 2020 og 2021



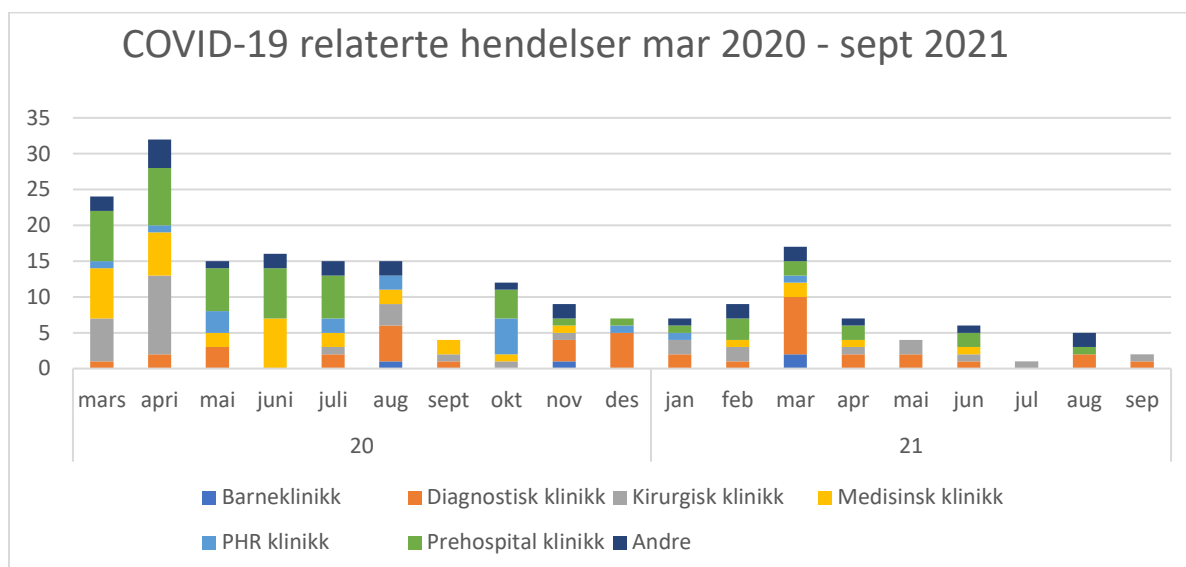
Årsakstype 3.1 prosedyre	Pr. 2. tert. 2020	Pr. 2. tert. 2021
3.1.1 Prosedyre mangler	14	13
3.1.2 Mangelfull / uklar prosedyre	68	51
3.1.3 Prosedyre ikke gjennomførbar	15	22
3.1.4 Prosedyre ikke fulgt	842	949
3.1.5 Implementering av/opplæring i prosedyre	17	22
3.1.99 Annet? prosedyrer	68	74
Totalsum	1024	1131

Tabell 1 Medvirkende faktorer/årsaker for årsakstyper Prosedyre

32 % av avvik og pasienthendelser i Nordlandssykehuset er pr. 2. tertial 2021 knyttet til årsakstypen «3.1 Prosedyre», hvorav 83 % av hendelsene tilhører underkategorien «prosedyre ikke fulgt».

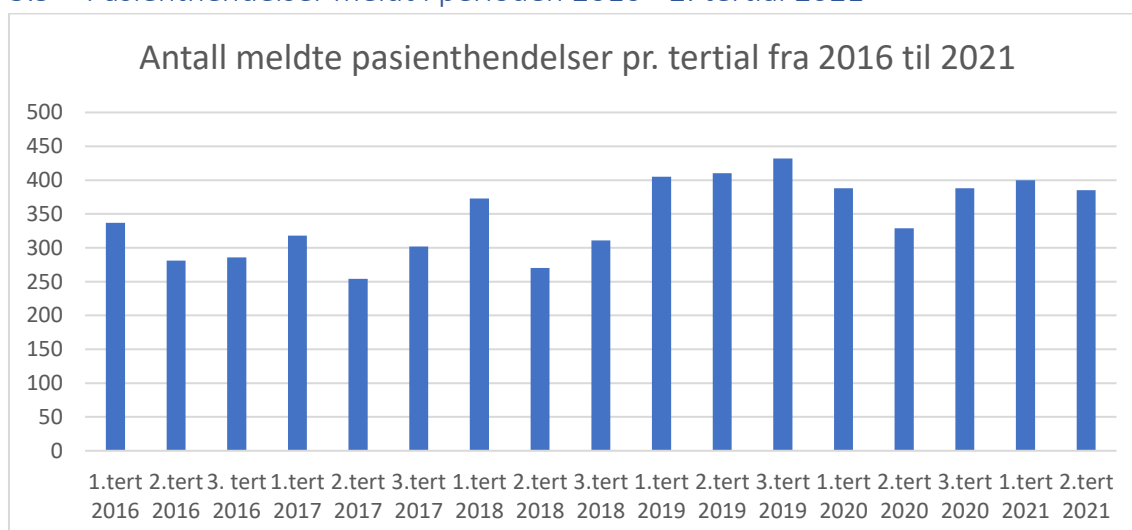
3.8 COVID-19 relaterte hendelser

Fra ultimo mars 2020 har det jevnlig blitt rapportert inn COVID-19 relaterte hendelser til Fagdirektør, som vist i figur under. Dette har gitt Fagdirektør/pandemistaben en detaljert oversikt over det som er meldt i foretakets meldesystem.



Tabell 9 COVID-19 relaterte avvik fra pandemistart til og med september 2021

3.9 Pasienthendelser meldt i perioden 2016 - 2. tertial 2021



Figur 10 Totalt antall pasienthendelser meldt 2016 – til 2. tertial 2021

Det har vært en økning i antall meldte pasienthendelser i foretaket både i første og andre kvartal i 2021 sammenlignet med samme periode i 2020. Økningen i 2. tertial henger sammen med økt aktivitet sammenlignet med tilsvarende periode i 2020. Det vil være naturlig å sammenligne tallene fra 2019 når tall for hele 2021 foreligger.

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

Foretaket varsler alvorlige hendelser og følger opp pårørende i tråd med gjeldende regelverk. Alle saker som er meldt som §3-3a Helsetilsynet blir også meldt og blir behandlet som pasienthendelser i foretaket sitt meldesystem. Nordlandssykehuset HF gjennomgår alvorlige hendelser for å finne forbedringsområder.

Det har til nå i år vært meldt 9 hendelser. Dette er en nedgang fra de 13 sakene som ble meldt for samme periode i 2020.

	2016	2017	2018	2019	2020	Pr.31/10 - 2021
Antall	12	15	15	23	18	9

Tabell 2 Varslingsaker til Statens helsetilsyn (§3-3a meldinger), 2016-2021 per 31.10.2021.

Under følger en oversikt over varslingsaker meldt til Statens helsetilsyn (§3-3a meldinger) i perioden 1.1.2021 - 31.10.2021.

Hva skjedde	Konsekvens	Møte med pårørende	Status på tilsyn	Vurdering og tiltak
Overdosering av cytostatikabehandling	Død	Planlagt	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Redegjørelse med gjennomførte tiltak er oversendt Statsforvalter
Pasient døde av hjerneskader etter intubasjonsproblem	Død	Planlagt	Saken er avsluttet hos Statsforvalter.	Konklusjon fra Statsforvalter er det ikke har vært svikt i behandlingen.
Selv mord hos pasientoverført til kommunal oppfølging.	Død	Oppfølgingsansvaret ligger hos kommune.	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Saken er under behandling i klinikken.
Pasienten døde etter komplikasjon til koronar angiografi.	Død	Planlagt	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Konklusjon fra Statsforvalter er det ikke har vært svikt i behandlingen.
Pasient med kreftsykdom som døde etter uventet forverring	Død	Pårørende har takket nei til møte.	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Saken er under behandling i klinikken.
Selv mord hos pasient under poliklinisk behandling i psykisk helsevern	Død	Planlagt	Statens Helsetilsyns vurdering er at det ikke er nødvendig med tilsynsmessig oppfølging av saken. Saken er avsluttet.	Håndtert ihht rutiner. Frivillig psykisk helsevern, vurdert til adekvat tilbud
Selv mord hos pasient på permisjon fra døgnopphold i psykisk helsevern	Død	Det er gjennomført møte med pårørende	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Saken er under behandling i klinikken.
Respirasjonsstans som følge av mageinnhold i luftveiene (aspirasjon)	Respirasjonsstans	Planlagt	Statens Helsetilsyns vurdering er at det ikke er nødvendig med tilsynsmessig oppfølging av saken. Saken er avsluttet.	Saken er under behandling i klinikken.



Hva skjedde	Konsekvens	Møte med pårørende	Status på tilsyn	Vurdering og tiltak
Pasient døde etter å ha motsatt seg respirasjonsstøttende behandling	Død	Planlagt	Statens Helsetilsyns vurdering er at det ikke er nødvendig med tilsynsmessig oppfølging av saken. Saken er avsluttet.	Saken er under behandling i klinikken.

Tabell 3 Kortfattet oversikt på varslingssaker meldt til Statens helsetilsyn (§3-3a meldinger) 1.1.2021 - 31.10.2021.



4 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 skal revideres innen revisjonsfristen. Dette gjøres i dag ved at dokumentansvarlig får et varsel fra systemet før fristen utløper. I tillegg overvåker kvalitetssystemets systemadministrator antall dokumenter hvor revisjonsfristen ikke er overholdt.

4.1 Oppfølging og overvåkning av foretakets styrede dokumenter

Nordlandssykehuset har 18620 styrende dokumenter i sitt kvalitetssystem. Hittil i år er det trukket 90 dokumenter og etablert 156 nye dokumenter.

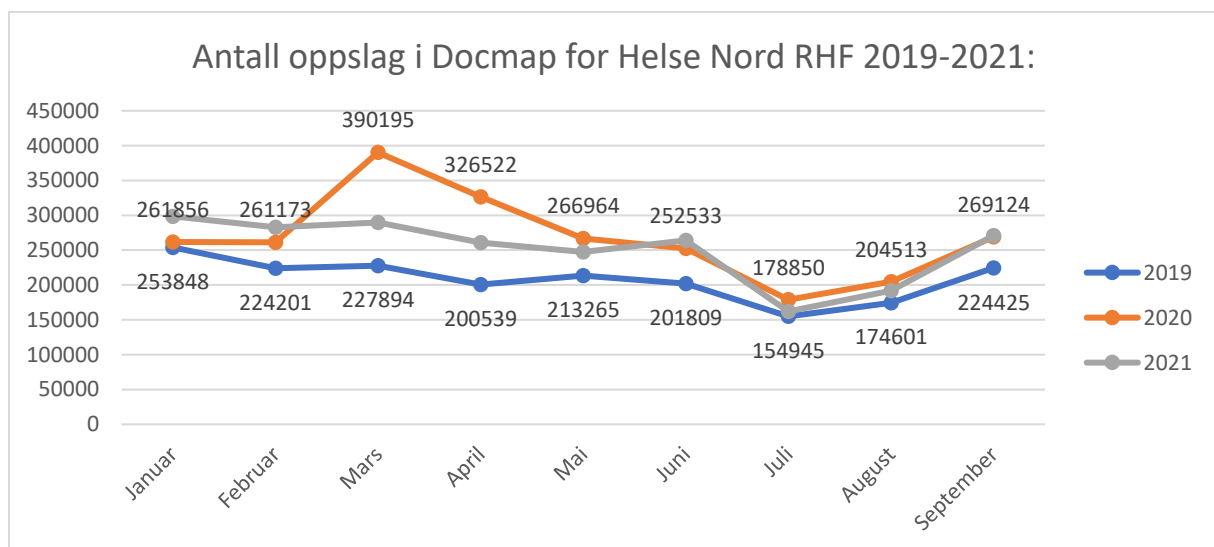
Styrende dokumenter blir ved utgivelse gitt revisjonsdato to år frem i tid. Pr 30.09.21 er 1778 (9,5%) dokumenter passert revisjonsdato. Disse dokumentene er fortsatt gyldige og i bruk.

Omorganisering av klinikker gir fortsatt omfattende arbeide med harmonisering og sammenslåing av prosedyrer og styringsdokumenter.

4.2 Oppslag i Docmap

Antall oppslag totalt i Helse Nord RHF:

Det var en markant økning av antall oppslag i styrende dokumenter fra pandemistart i mars 2020 fram til mai. For 2021 ser vi en mer normal trend hittil i år.



Figur 10 Antall oppslag for Helse Nord RHF 2019-2021



5 Status for tilsynssaker i 2021

5.1 Tilsynssaker opprettet av Statsforvalteren

Statsforvalteren i Nordland har åpnet 15 tilsynssaker mot Nordlandssykehuset per 2. tertial 2021.

Status for disse sakene er:

- 14 av disse er ikke avgjort
- 1 ved at Fylkesmannen avgjorde saken med «intet pliktbrudd»

Oversikt over opprettede tilsynssaker i perioden 2017 – 2021.

	2017	2018	2019	2020	Pr. 2. tert. 2021
Antall	49	43	32	22	15

Tabell 3 Opprettede tilsynssaker mot Nordlandssykehuset, 2017- per 31.10.2021

6 Oversikt/status på eksterne tilsyn for 2018-2021

Det er varslet/gjennomført totalt 31 tilsyn og eksterne revisjoner hvorav 8 er lukket etter at foretaket har svart opp tilsynsmyndighetene. Resterende er i prosess i form av:

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

Nordlandssykehuset HF er og skal være en lærende organisasjon. Alle tilsyn/revisjoner skal brukes til forbedring i andre enheter i foretaket der dette er relevant.

Foretaket overvåker og følger opp at alle eksterne tilsyn og revisjoner blir lukket, samt at styret blir informert om status for dette arbeidet.



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	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.		Gro-Marit Karlsen, klinikkssjef medisin.	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		Gro-Marit Karlsen, klinikkssjef medisin.	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 viseadministrerende 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	Statsforvalteren er svart opp og de ber om å bli orientert om utfallet av arbeidet som er iverksatt, frist er 12/12 - 2021		Hedda Soløy-Nilsen, klinikkssjef PHR	Orienteringssak til styret når svar fra Fylkesmannen foreligger.
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 2021.
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 klinikkssjef 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 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, Kvalitetsleder AKE	
Helsetilsynet, tilsynet omhandler håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev	1 til 3/9 - 2020	Det ble gitt 1 avvik	Det ble gitt et avvik som er svart ut og tilsynet av avsluttet	Lukket	Oddny Remlo Avdelingsleder Diagnostisk klinikk	Referatsak 8/9 - 2021
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	



Utført av / tilsyn/revisjonstema	Tilsyn/rev.dat	Anbefalinger/avvik og forbedringer	Arbeidsprosess	Status	Ansvar for oppfølging og lukking	Styrebehandlet i NLSH HF
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	
Arbeidstilsynet, Tilsyn - Melding om tilsyn - Salten DPS Voksenpsykiatrisk poliklinikk Bodø	24.03.2020	Det ble gitt 3 pålegg	De tre påleggene som ble gitt oppfylt og lukkes.	Lukket	Hedda Soløy-Nilsen Klinikkisjef PHR - klinikken	Referatsak 8/9 - 2021
Arbeidstilsynet, Tilsyn - Melding om tilsyn - Salten DPS Voks enspsyk poliklinikk Fauske	26.03.2020	Det ble gitt 3 pålegg	De tre påleggene som ble gitt oppfylt og lukkes.	Lukket	Hedda Soløy-Nilsen Klinikkisjef PHR - klinikken	Referatsak 8/9 - 2021
Helsetilsynet, Tilsyn med luftambulansetjenesten	Uke 39, 2020		I prosess		Harald Stordahl klinikkisjef Prehospital	
Statens Helsetilsyn, Kartlegging av spesialisthelsetjenestens helsehjelp til barn under koronaepidemien	Uke 24		I Prosess		Kristin Wasland, avdelingsoverlege	
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	Styresak november 2021
DSB, tilsyn med Medisinsk utstyr og opplæring, dokumentasjon på bruk av medisinsk utstyr	26/8 til 3/9 - 2021		I prosess		Terje Svendsen, Kvalitetsleder AKE	
Luftfartstilsynet, tilsyn ved Bodø helikopterplass Høyblokka	08.07.2020	Det ble avdekket 4 avvik	Landingsplassen på taket i NLSH HF Bodø er nå godkjent. Godkjenningen gitt med dispensasjon om at skumslukkeanlegget, som foreløpig ikke er ferdigstilt, er på plass innen 20. januar 2023.	Lukket	Øystein Hoel, Leder stab brann og sikkerhet	Referatsak til styret 8/9 - 2021
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	Orienteringssaken til styret i september 2021
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	Orienteringssak til styret 5/10 - 21
Arbeidstilsynet, Tilsyn - Melding om tilsyn - BUP poliklinikk S tokmarknes	28.10.2020	Det ble i dette tilsynet gitt 4 pålegg.	Det ble i dette tilsynet gitt 4 pålegg, de er nå oppfylt og tilsynet avsluttet.	Lukket	Hedda Soløy-Nilsen Klinikkisjef PHR - klinikken	Referatsak den 5/10 - 2021
Arbeidstilsynet, Tilsyn - Melding om tilsyn - Lofoten DPS Voksenpsykiatrisk poliklinikk	4.11.2020	Det ble i dette tilsynet gitt 2 pålegg.	Påleggene som ble gitt er svart opp og oppfylt, tilsynet lukkes.	Lukket	Hedda Soløy-Nilsen Klinikkisjef PHR - klinikken	



Utført av / tilsyn/revisjonstema	Tilsyn/rev.dat	Anbefalinger/avvik og forbedringer	Arbeidsprosess	Status	Ansvar for oppfølging og lukking	Styrebehandlet i NLSH HF
Arbeidstilsynet, Tilsyn - Melding om tilsyn - BUP poliklinikk Gravdal	4.11.2020	Det ble i dette tilsynet gitt 3 pålegg.	Påleggene som ble gitt er svart opp og oppfylt, tilsynet lukkes.	Lukket	Hedda Soløy-Nilsen Klinikkssjef PHR - klinikken	Referatsak den 5/10 - 2021
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	
Internrevisjonen i Helse Nord, Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Nordlandssykehuset	Uke 5 - 7 - 2021		Rapport mottatt og det blir laget en orienteringssak til styret.		Hedda Soløy-Nilsen Klinikkssjef PHR - klinikken	
Statsforvalteren i Nordland, digitale egenvurderingstilsyn med psykisk helsevern barn og unge.	26.4.2021		Statsforvalteren er svart opp første gang 24/8 - 21 men ber om ytterlige opplysninger. Frist for å svare opp er satt til 20/10 - 2021		Hedda Soløy-Nilsen Klinikkssjef PHR	
Periodisk revisjon 2021 - Ledelsessystem for miljø ISO 14001-2015 29.-30. april	29 - 30.4.2021	Det ble 1 avvik, 1 observasjon og en forbedring	Avvik og merknader er lukket, foretakets sertifikat videreføres.	Lukket	Sverre Sittlinger, kvalitetsrådgiver AKE	Orienteringssak 051-2021
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.	Plan for lukking av avvik er sendt over til DSB		Terje Svendsen, Kvalitetsleder AKE	Referatsak når avvik er lukket.
Arbeidstilsynet, tilsyn ambulansestasjoner:	1.9.2021		Oppfølging av tilsyn gjennomført i 2018, utsatt frist svarfrist til 1/11 - 2021.		Jan Ove Edvardsen, ambulansesjef.	
Internrevisjonen i Helse Nord -Nasjonale helsefaglige retningslinjer	Uke 38 - 39		I prosess intervjuer i uke 38 og 38		Terje Svendsen, Kvalitetsleder AKE	