



Brukerutvalget sak 024-2022

Kvalitets- og styringssystemer, tilsynssaker

Saksbehandler: Sissel Eidhammer
Dato dok: 09.03.2022
Møtedato: 16.03.2022
Vår ref: 2022/533

Vedlegg (t):
Vedlegg 11 ettersendes

Innstilling til vedtak:

1. Brukerutvalget takker for presentasjonen.
2. Brukerutvalget ønsker å understreke følgende:

-

Bakgrunn:

Kvalitets- og styringssystemer, tilsynssaker.

Kvalitets-/styringssystem og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 2021

Innhold

1	Innledning.....	3
1.1	Arbeid med anskaffelse av kvalitetssystem	3
1.2	Oppgradering av Docmap (DM) fra versjon 7,1 til 2021.	3
1.3	Avvikshåndtering og dokumentstyring som en del av aktivitetsoppfølging.	3
2	Status hendelser i foretakets meldesystem	4
2.1	Antall meldte hendelser og antall meldere.....	4
2.2	Utvikling i antall hendelser	5
2.3	Rapportering av Covid-19 relaterte hendelser.....	5
2.4	Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset HF.....	5
2.5	Hendelsestyper i 2021.....	7
2.6	Fordeling på årsakstyper 2021	7
2.7	Pasienthendelser meldt i 2021.....	8
2.8	Varsel til Statens helsetilsyn i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven §3-3a.....	8
3	Styrende dokumenter i Nordlandssykehuset HF.....	10
3.1	Oppfølging og overvåkning av foretakets styrede dokumenter	10
4	Status for tilsynssaker i 2021.....	11
4.1	Tilsynssaker opprettet av Statsforvalteren	11
4.2	Erstatningssaker opprettet av Norsk pasientskadeerstatning	12
5	Oversikt/status på eksterne tilsyn for 2018-2022.....	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 to ganger per år, en halvårsrapportering og årsrapport.

Denne rapporten oppsummerer 2021.

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

Rapporten gir også en status på tilsynssaker opprettet av Statsforvalteren, saker fra Norsk pasientskadeerstatning, meldte alvorlige pasienthendelser (§3.3a) 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

Prosjektet for anskaffelse kvalitetssystem har måttet bruke noe lengre tid enn forventet på å ferdigstille avklaringer knyttet til innretting av konkurransen, endringer innen tekniske krav og vedlikeholdskrav, samt valg av avtalegrunnlag.

De viktigste avklaringene er nå gjort, og prosjektet arbeider med å innarbeide alle endringer i konkurransedokumentasjonen. Deler av konkurransedokumentasjonen har vært på høring i markedet. Dette er gjort og tilbakemeldingene er vurdert med tanke på justeringer i kravspesifikasjoner. Kravspesifikasjoner har vært inn innom foretaksjurist i Helse Nord og ligger nå hos Sykehusinnkjøp. Det forventes at konkurransen vil bli lyst ut i løpet av våren 2022.

1.2 Oppgradering av Docmap (DM) fra versjon 7,1 til 2021.

Siden Docmap (DM) ble tatt i bruk i 2004 har systemet jevnlig blitt oppdatert med nye versjoner. Helse Nord har i dialog med foretaksgruppen besluttet oppgradering fra DM 7.1 til DM 2021.

Den 15 februar 2022 startet oppgraderingen av Docmap fra versjon 7,1 til «versjon 2021». Oppgraderingen var ferdigstilt og i drift fra 16 februar 2022.

1.3 Avvikshåndtering og dokumentstyring som en del av aktivitetsoppfølging.

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

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

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



- 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.

2 Status hendelser i foretakets meldesystem

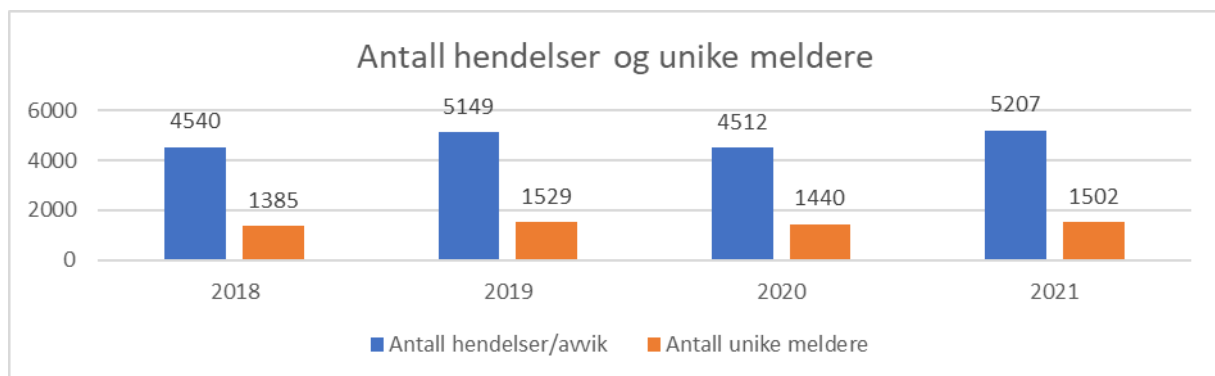
Foretaket bruker det nasjonale klassifiseringssystem for uønskede hendelser (NOKUP). I tillegg benyttes egne klassifikasjonstyper².

2.1 Antall meldte hendelser og antall meldere

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 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 2021 ble det totalt registrert 5207 meldte hendelser i Docmap. Dette er en oppgang på 15 % sammenlignet med 2020.

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.

I 2021 hadde Nordlandssykehuset 1502 unike meldere og andelene i forhold til antall hendelser er den samme som året før.



Figur 1 Antall meldte hendelser i forhold til unike meldere i NLSH i perioden 2017-2021.

År	Antall hendelser	Antall meldere	Prosentandel av antall brutto månedsverk	Brutto månedsverk
2018	4540	1385	39,2	3532
2019	5149	1529	43,2	3540
2020	4512	1440	39,8	3621
2021	5207	1502	39,2	3835

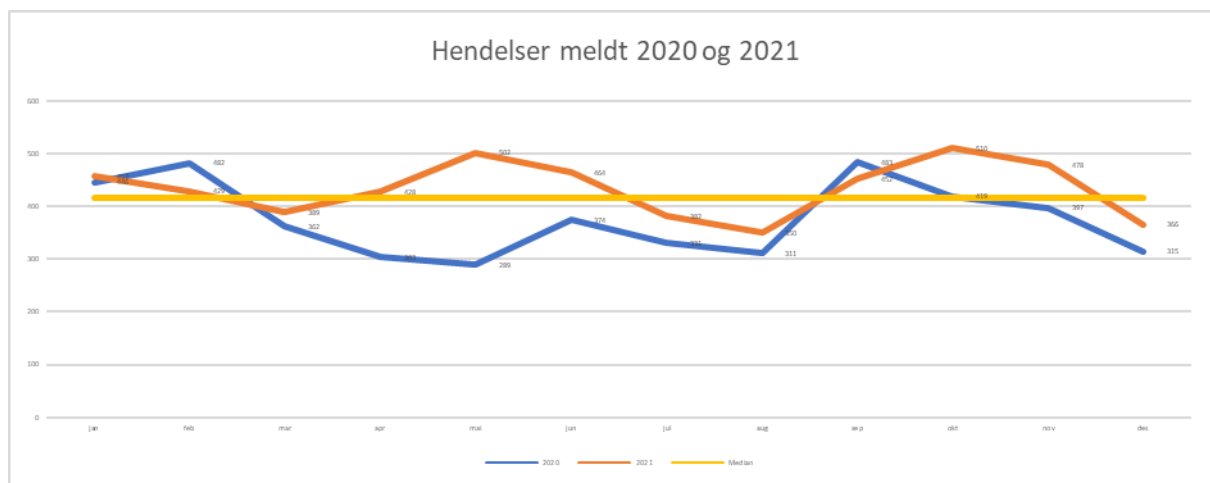
Tabell 1 Andel unike meldere i forhold til antall hendelser

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



2.2 Utvikling i antall hendelser

I grafen vises utviklingen for 2021 sammenliknet med 2020 der vi fra mars til juni ser en markant nedgang. Det kan tyde på at nedgangen i meldte hendelser og antall unike meldere har sammenheng med pandemien og et lavere aktivitetstall.

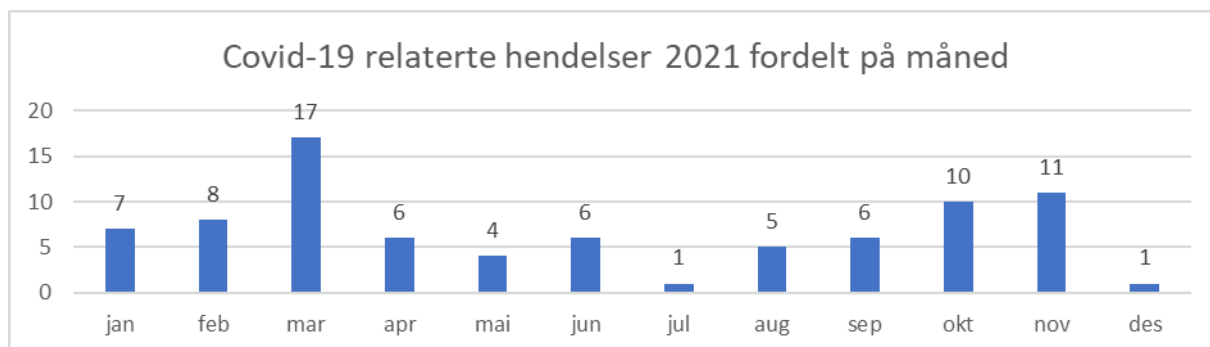


Figur 2 Antall hendelser per måned for 2020 og 2021

2.3 Rapportering av Covid-19 relaterte hendelser

Siden mars 2020 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.

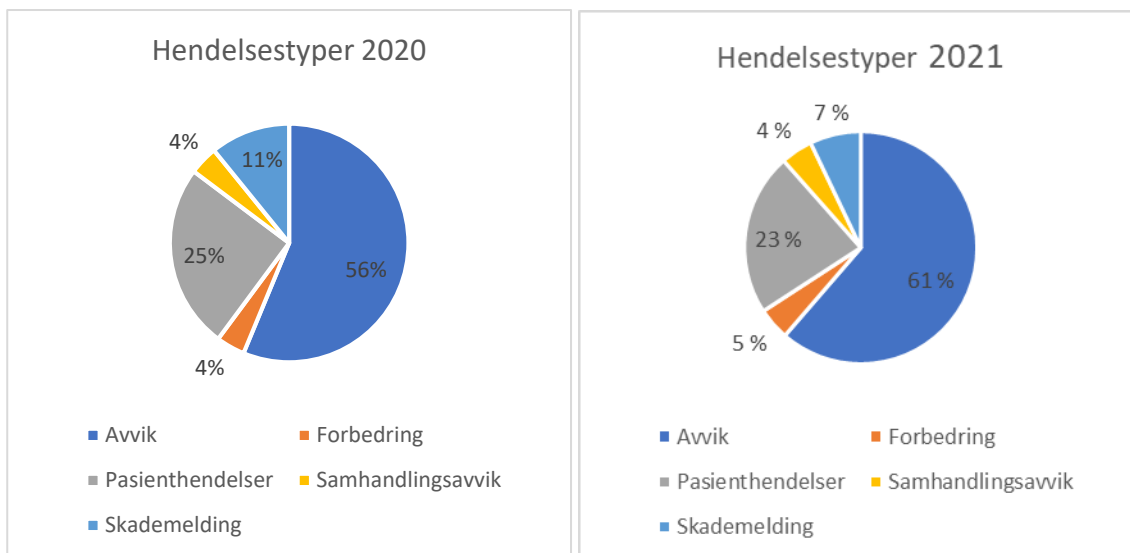
Grafen under viser månedlig utvikling i 2021. Antall avvik hadde sin topp i april (17) og en økning på høsten med en ny topp i november (11).



Figur 3 COVID relaterte avvik 2021 fordelt på måned

2.4 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

Av registrerte hendelser i 2021 er 61 % avvik og 23 % pasienthendelser. 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.

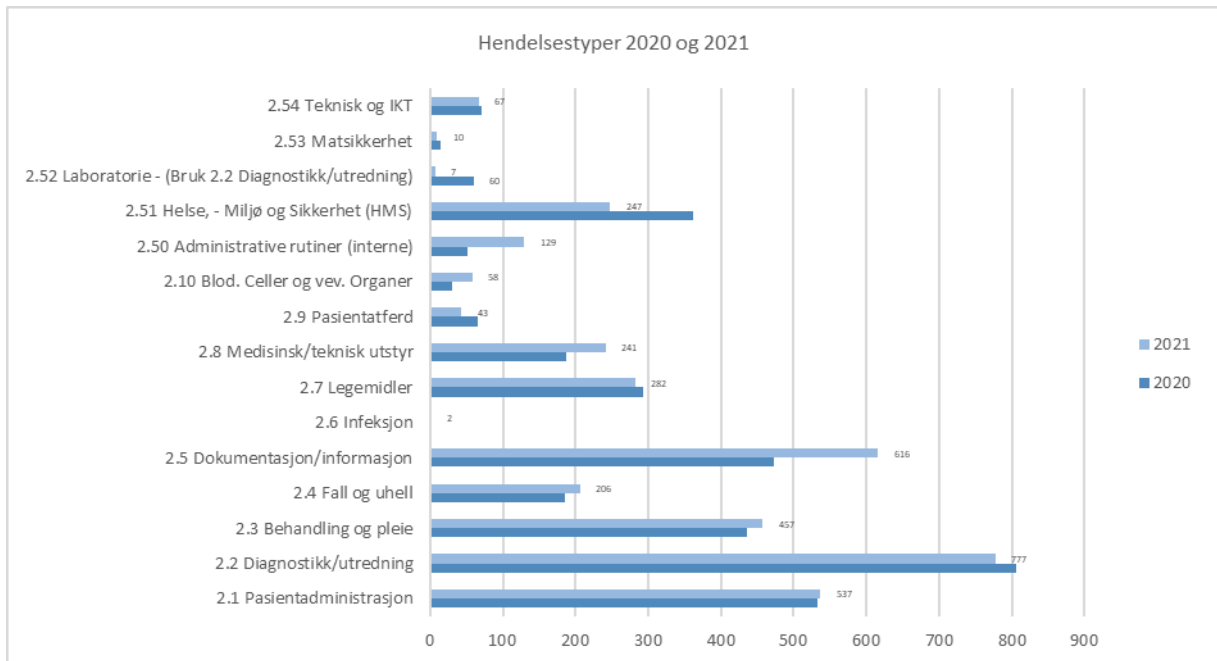


Figur 5 Fordeling av ulike avvikstype pr klinikk i Nordlandssykehuset



2.5 Hendelsestyper i 2021

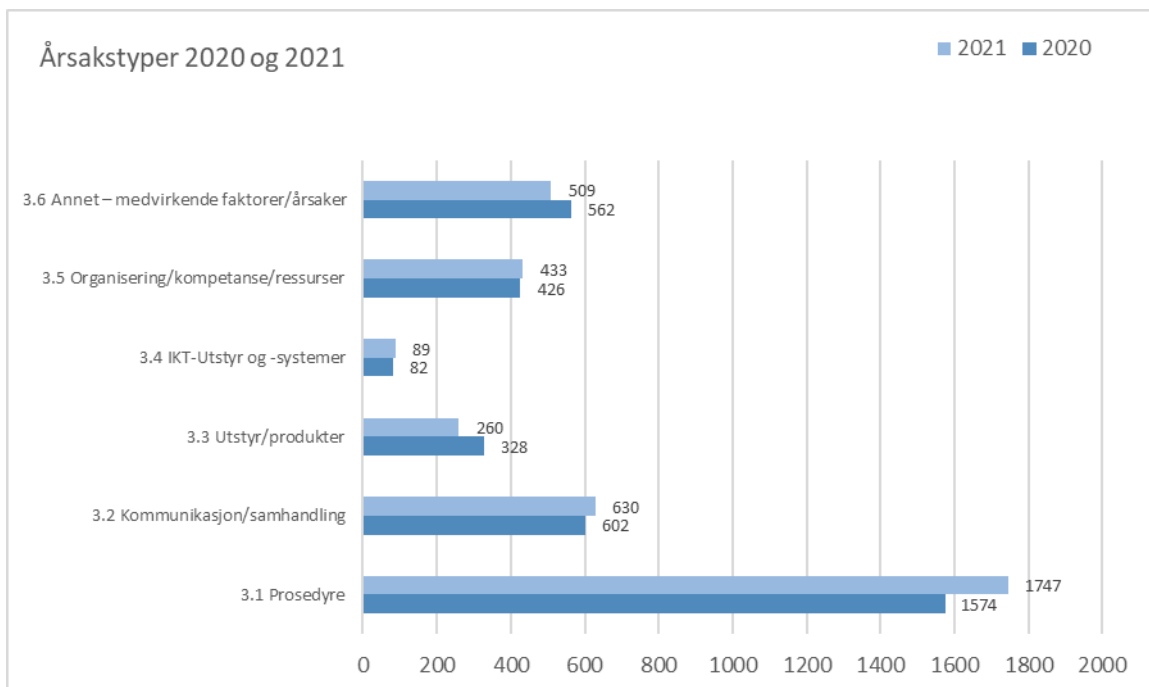
Figuren viser hendelsestyper for avvik og pasienthendelser som er klassifisert i henhold til nasjonal klassifisering av uønskede hendelser og nesten-uhell.



Figur 6 Hendelsestyper i Nordlandssykehuset for 2020 og 2021 for avvik og pasienthendelser

2.6 Fordeling på årsakstyper 2021

Oversikt over fordelingen av årsakstyper for avvik og pasienthendelser.

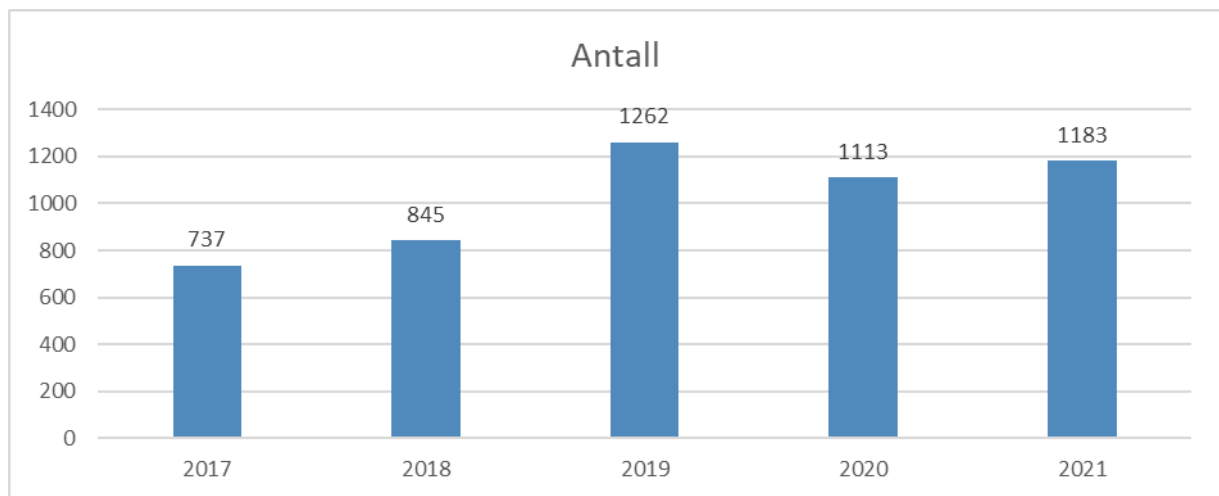


Figur 7 Fordeling på årsakstyper etter nasjonal klassifisering for avvik og pasienthendelser i 2020 og 2021.



2.7 Pasienthendelser meldt i 2021

Fra 2020 til 2021 har vi hatt en svak oppgang på antall meldte pasienthendelser i foretaket, men fortsatt lavere enn i 2019.



Figur 8 Totalt antall pasienthendelser meldt 2017-2021

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

Det ble meldt totalt 12 hendelser i 2021, det er noe lavere enn det som ble meldt i 2020. Alle saker som er meldt som §3-3a blir også:

- Det blir gjennomført hendelsesgjennomgang på flere av hendelsene
- De blir meldt og behandlet som uønskede hendelser i foretaket sitt avvikssystem.
- § 3-3a meldinger rapporteres til styret to ganger i året.

	2017	2018	2019	2020	2021
Antall	15	15	23	18	12

Tabell 2 Varslingssaker til Statens helsetilsyn (§3-3a meldinger), 2017-2021



Under følger en oversikt over varslingsaker meldt til Statens helsetilsyn (§3-3a meldinger) i 2021

Overskrift/tittel	Kort beskrivelse av hendelsen	Konsekvens	Møte med pårørende	Status på tilsyn	Vurdering og tiltak
Overdosering av cellegiftbehandling	Pasienten startet cellegift i full dosering, men skulle egentlig hatt halv dose.	Død	Utført	Saken er avsluttet hos Statsforvalter.	Saken er behandlet i foretaket, tiltak er iverksatt og hendelsen lukket.
Pasient døde av hjerneskadet etter intubasjonsproblem	Det lyktes ikke å intubere pasienten tidsnok til å unngå hjerneskadet.	Død	Planlagt	Saken er avsluttet hos Statsforvalter.	Konklusjon fra Statsforvalter er det ikke har vært svikt i behandlingen.
Selv mord hos pasient overført til kommunal oppfølging.	Selv mord hos pasient som var overført til videre kommunal oppfølging.	Død	Oppfølgingsansvaret ligger hos kommune.	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Hendelsen er lukket fra foretakets side da oppfølgingsansvaret ligger hos kommune.
Pasienten døde etter komplikasjon til koronar angiografi.	Pasienten var til planlagt koronar angiografi grunnet brystmerter hvor på det oppsto komplikasjoner som hen senere døde av.	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	Uventet dødsfall hos innlagt pasient med kreftsykdom	Død	Pårørende har takket nei til møte.	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging, ikke avsluttet.	Saken er under behandling i klinikken
Selv mord hos pasient under poliklinisk behandling i psykisk helsevern	Pasient som gjennomførte selvmord under poliklinisk behandling.	Død	Planlagt	Statens Helsetilsyns vurdering at det ikke er nødvendig med tilsynsmessig oppfølging av saken. Saken er avsluttet.	Frivillig psykisk helsevern, vurdert til adekvat tilbud. Hendelsen er behandlet i foretaket og lukket.
Selv mord hos pasient på permisjon fra døgnoophold i psykisk helsevern	Pasienten gjennomførte selvmord under planlagt permisjon fra innleggelse.	Død	Utført	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Saken er under behandling i klinikken.
Respirasjonsstans som følge av mageinnhold i luftveiene (aspirasjon)	Aspirasjon under nedleggelse av ventrikkelsonde, som førte til respirasjonsstans.	Død	Planlagt	Statens Helsetilsyns vurdering at det ikke er nødvendig med tilsynsmessig oppfølging av saken. Saken er avsluttet.	Saken er under behandling i klinikken.
Pasient døde etter å ikke å ha ønsket videre respirasjonsstøttende behandling	I samtale med pasient og pårørende ble det klart at pasienten ikke ønsket videre respirasjonsstøttende behandling. Behandling ble derfor avsluttet etter at man hadde forsikret seg om at både pasient og pårørende var innerforstått med konsekvensen.	Død	Planlagt	Statens Helsetilsyns vurdering at det ikke er nødvendig med tilsynsmessig oppfølging av saken. Saken er avsluttet.	Saken er under behandling i klinikken.
Selv mord hos pasient under poliklinisk behandling i psykisk helsevern	Pasienten var i et poliklinisk behandlingsforløp, sist konsultasjon var tre dager før hendelsen.	Død	Utført	Helsetilsynet har sendt saken over til Statsforvalter. Per. dags dato er det ikke opprettet tilsynssak.	Saken skal behandles i Kvalitet-/skadeutvalg.
Forsøk på selvmord	Pasienten ble funnet av personalet etter et selvmordsforsøk inne på avdeling.	Overlevde	Utført	Helsetilsynet har sendt saken over til Statsforvalter. Per. dags dato er det ikke opprettet tilsynssak.	Saken skal behandles i Kvalitet-/skadeutvalg.
Aspirasjon ved intubering	Ved innledning av narkose aspirerte pasienten. Det ble umiddelbart gjennomført skylning av luftveiene og pasienten ble intubert	Overlevde	Pårørende er informert	Saken er avsluttet hos Statsforvalter. Det ble ikke opprettet tilsynssak.	Det er gjennomført hendelsesgjennomgang og forbedringstiltak beskrevet. Saken skal behandles i Kvalitet-/skadeutvalg.



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 18111 dokumenter i kvalitetssystemet (2020: 18018). Styrende dokumenter blir ved utgivelse gitt revisjonsdato to år frem i tid. Ved siste registrering hadde 12 % av styrende dokumenter passert revisjonsdato. Disse dokumentene er fortsatt gyldige og i bruk.



4 Status for tilsynssaker i 2021

4.1 Tilsynssaker opprettet av Statsforvalteren

Fylkesmannen i Nordland har åpnet 17 tilsynssaker mot Nordlandssykehuset i 2021. Status for disse sakene er:

- 11 av sakene er ikke avgjort
- 5 saker har Fylkesmannen avgjort med «intet pliktbrudd»
- 1 saker har Fylkesmannen avgjort med «pliktbrudd»

Oversikt over opprettede tilsynssaker i perioden 2017 – 2021.

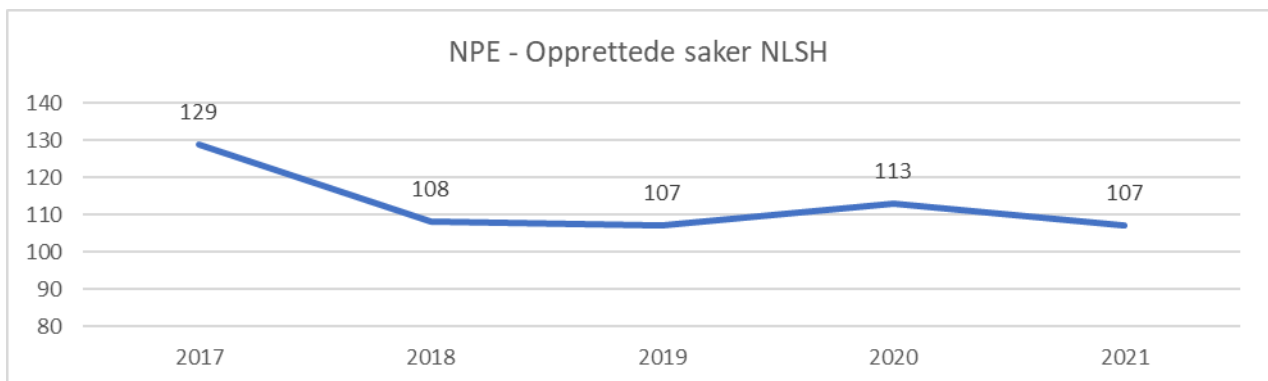
	2017	2018	2019	2020	2021
Antall	49	43	32	22	17

Tabell 3 Opprettede tilsynssaker mot Nordlandssykehuset, 2017-2021



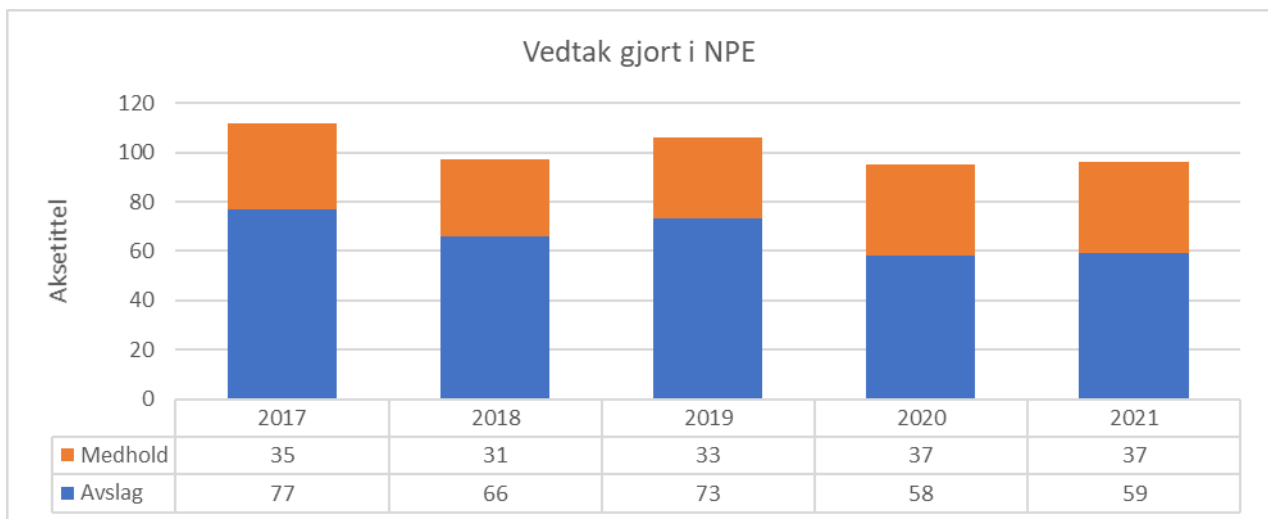
4.2 Erstatningssaker opprettet av Norsk pasientskadeerstatning

I 2021 ble det opprettet 107 saker hos Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Det er en liten nedgang sammenlignet med 2020 hvor det ble det opprettet 113 saker.



Figur 9 Opprettede saker NPE 2017-2021

For vedtak fra NPE i 2021 ble det gitt avslag i 59 saker og medhold i 37 saker.



Figur 10 Vedtak gjort av NPE i perioden 2017-2021

5 Oversikt/status på eksterne tilsyn for 2018-2022

Det er varslet/gjennomført totalt 24 tilsyn (systemtilsyn) og eksterne revisjoner i 2018-2022. Sek 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.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, klinikkssjef medisin.	Orienteringssak til styret innen utgangen av 2021
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 innen utgangen av 2021
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 basert på foretakets tilbakemeldinger så har de nå avsluttet tilsynet.	Lukket	Hedda Soløy-Nilsen, klinikkssjef PHR - klinikken	Tilsynet presenter styret i virksomhetsrapport 011-2022 og som referatsak den 23/3 - 2022.
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	21.01.2019	Det ble gitt 6 anbefalinger.	Det er laget styresak som ble fremlagt til styret den 14/12 - 2021.	Lukket	Lill Angelsen klinikkssjef Diagnostisk klinikk	Styresak 113-2021, styremøte den 14/12 - 2021
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	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, Tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker - egenvurdering	feb.20		Etterspurt dokumentasjon ble sendt over til Helsetilsynet den 13/3 - 2020. Foretaket har mottatt svar fra Statens Helsetilsyn.		Petter Øyen, seksjonsleder forskning	Sak til styret våren 2022
Riksrevisjonen, forvaltningsrevisjon av investeringer i bygg og medisinsk-	20.2.2020		Svar på oppfølgingsspørsmål er lastet opp til portal til Riksrevisjon, i prosess		Marit Barosen Økonomisjef	Referatsak til styret når svar foreligger



teknisk utstyr i helseforetakene - hovedanalyse						
Helsetilsynet, Tilsyn med luftambulansetjenesten	Uke 39, 2020		Helse Nord RHF har ansvaret for oppfølging av funn i rapporten. NLSH bidrar i dette arbeidet.	Lukket	Harald Stordahl klinikkssjef Prehospital	Referatsak til styret (rapport og mandat)
Statens Legemiddelverk (SLV), tilsyn ved våre blodbankenheter og Serelogi	23/9 - Bodø 24/9 - Vesterålen 25/9- Lofoten	Det ble i dette tilsynet gitt 6 avvik og 2 observasjoner.	SLV anser gjennomførte tiltak som tilfredsstillende og avslutter tilsynet.	Lukket	Oddny Remlo Avdelingsleder Diagnostisk klinikk	Referatsak til styret 116-2021, styremøte den 14/12 - 2021
Helsetilsynet, kartlegging av tilgjengelighet til IKT - system	01.07.2020		Foretaket har mottatt rapport		Asbjørn Jørgensen, avdelingsleder for Kvalitet og e-helse	Orienteringssak til styret 28/4 - 2022
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	Lukket	Vibeke Mikalsen, Drift & Eiendom	Referatsak til styret 14/12 - 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	Det ble gitt 6 anbefalinger	Styresak med tilhørende rapport ble fremlagt styret 14/12 - 2021.	Lukket	Hedda Soløy-Nilsen, klinikkssjef PHR - klinikken	Styresak 112-2021, styremøtet 14/12 - 2021
Statsforvalteren i Nordland, digitalt egenvurderingstilsyn med psykisk helsevern barn og unge.	26.4.2021		Etterspurt informasjon er oversendt Statsforvalter 8/10 - 2021, ikke mottatt svar fra Statsforvalter		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.	Plan for lukking av avvik er akseptert fra DSB, dokumentasjon på utført aktivitet skal oversendes til DSB innen 1/4 - 2021		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	
Tilsyn fra Takeda ny plasmaleverandør. Blodbanken	15.11.2021		Alle avvik som ble gitt etter tilsynet er svart ut og tilsynet er lukket.	Lukket	Oddny Remlo Avdelingsleder Diagnostisk klinikk	Referatsak styremøte 23 mars



Internrevisjon Helse Nord, Virksomhetsstyring i Helse Nord	Februar - juni		I prosess		Asbjørn Jørgensen avdelingsleder og Terje Svendsen Kvalitetsleder.	
Norsk Akkreditering, uke 18	1.5.2022		I prosess			