



Styresak 090-2020

Kvalitetsstyringssystemet og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 2-2020

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

Dato dok: 02.11.2020

Møtedato: 11.11.2020

Vår ref: 2019/1149

Vedlegg (t): Kvalitets-/styringssystem og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 2-2020

Innstilling til vedtak:

1. Styret tar rapport om Kvalitets-/styringssystem og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF per andre tertial 2020 til orientering.
2. Styret viser til rapporten og direktørens vurdering og ser at resultatene brukes av foretaksledelsen til styring, prioritering og forbedringsarbeid.

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, 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. Per andre tertial trekkes følgende forhold frem spesielt:

Vi erfarer flere utviklingstrekk i rapporten som kan knyttes til pandemisituasjonen siden mars:

Det er meldt færre avvik i denne perioden 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

Hendelser knyttet til pandemien har i foretaket blitt rapportert til pandemistab og fulgt opp.

Det er laget en ny rapport i SAS LIS (Foretakets virksomhetsportal) for å gjøre det enklere for ledere å få presentert styringsdata fra Docmap. Her framkommer status og fordeling på avvik og styrende dokumenter. Rapporten kan brytes ned fra foretak til enhetsnivå.

Hovedtrekk fra rapporten «Kvalitets-/styringssystem og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 2-2020»

Styret får presentert 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 Fylkesmannen 2019
- Status for eksterne tilsyn og revisjoner 2018/2019

Nedenfor er noen hovedtrekk fra vedlagte rapport.

Foretakets arbeid med pasienthendelser og avvik

Det totale antall hendelser har over flere år holdt seg relativt stabilt med om lag 400 meldinger pr måned. Fra mars 2020 har det vært en markant nedgang i antall meldte hendelser/avvik sammenlignet med tilsvarende periode i 2019. Dette kan tyde på at det er en sammenheng mellom nedgangen i meldte avvik/hendelser og en lavere aktivitet som følge av pandemien.

Per andre tertial 2020 hadde Nordlandssykehuset 1284 meldinger med 1274 unike meldere. Dette utgjør 35% av antall årsverk i foretaket. Den gode spredningen på meldere vurderes som en positiv indikasjon på at meldekulturen i foretaket er i god utvikling.

Foretakets arbeid med styrende dokumenter

Nordlandssykehuset har 18554 styrende dokumenter i kvalitetssystemet. Hittil i år er det trukket tilbake 766 dokumenter, og etablert 1354 nye dokumenter. Fra 1. mars i år er det etablert 141 nye styrende dokumenter knyttet til smittevern og pandemi.

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 har til nå i år vært meldt 14 hendelser. Dette er en nedgang fra de 16 sakene som ble meldt for samme periode i 2019. Alle saker som er meldt som §3-3a Helsetilsynet er også meldt og blir behandlet som uønskede hendelser i foretaket sitt avvikssystem. Styret orienteres løpende i forbindelse med styremøter.

Status for tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen 2020

Fylkesmannen i Nordland har per 2. tertial i år åpnet 14 tilsynssaker mot Nordlandssykehuset. Av disse er 10 ikke avgjort, 2 avgjort med «intet pliktbrudd» og 2 med «pliktbrudd».

Eksterne tilsyn og revisjoner 2018 – 2020

Det er varslet/gjennomført totalt 37 eksterne tilsyn og revisjoner hvorav ni 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.

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 tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 2-2020

Innhold

1	Innledning.....	3
2	Arbeid med konsept for anbudsutlysning til nytt kvalitetssystem (dokumentstyring og hendelsesbehandling).	3
3	Avvikshåndtering og dokumentstyring i SAS LIS	4
4	Status hendelser i foretakets meldesystem	4
4.1	Antall meldte hendelser og antall meldere.....	5
4.2	Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset HF.....	6
4.3	Fordeling av avvikstyper per klinikk	7
4.4	Saksbehandlingsflyt.....	8
4.5	Hendelsestyper i 2. tertial 2020	9
4.6	Fordeling på medvirkende faktorer/årsaker – per 2. tertial 2020	10
4.7	COVID-19 relaterte hendelser	11
4.8	Pasienthendelser meldt i perioden 2016 - 2. tertial 2020	11
4.9	Varsel til Statens helsetilsyn i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven §3-3a	12
5	Styrende dokumenter i Nordlandssykehuset HF.....	12
5.1	Oppfølging og overvåkning av foretakets styrede dokumenter	12
5.2	Oppslag i Docmap.....	13
6	Status for tilsynssaker i 2020.....	13
6.1	Tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen	13
7	Oversikt/status på eksterne tilsyn for 2018-2020.....	14

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



1 Innledning

Nordlandssykehusets kvalitet- og styringssystem gjennomgås og status presenteres hvert tertial i en samlet rapport. 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 er status per andre tertial 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 samt en oversikt på eksterne tilsyn (systemtilsyn) og revisjoner. Når tilsynet/revisjonen er lukket og styret er informert, fjernes saken fra oversikten.

2 Arbeid med konsept for anbudsutlysning til nytt kvalitetssystem (dokumentstyring og hendelsesbehandling).

Helse Nord RHF/NLSH HF har siden 2004 benyttet Docmap som dokument- og avvikssystem. Det har vært en løpende avtale som ikke har vært konkurranseutsatt siden anskaffelsen ble gjennomført. Det har også, de siste årene, kommet flere innspill på at systemet ikke lenger tilfredsstiller forventningene som tjenestene har til funksjonalitet og brukervennlighet.

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. Arbeidsgruppen forslag til konsept ble godkjent av styringsgruppen 19. juni 20 med følgende vedtak:

Styringsgruppen godkjenner arbeidsgruppens anbefaling om å gå videre med konsept «Anskaffe en regional løsning (ett eller flere systemer) som ivaretar bruksområder i dagens løsning, samt evnt. risikovurdering og annen funksjonalitet», og godkjenner konseptbegrunnelse og -forslag versjon 1.5 distribuert 18. juni 2020».

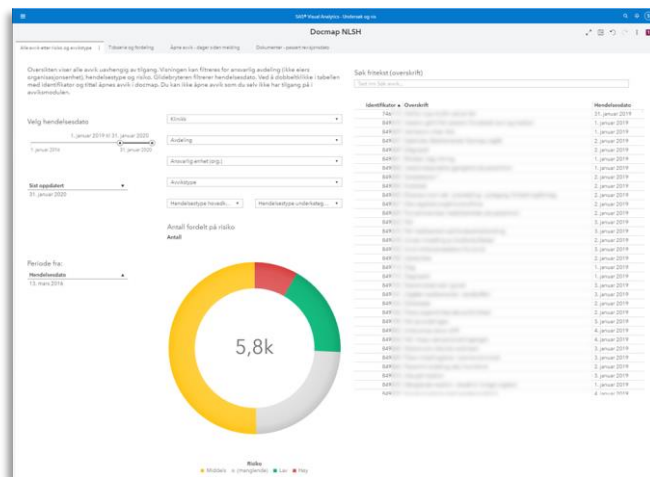
Konseptforslaget ble lagt frem og vedtatt i Helse Nord RHF sitt ledermøte 25. august 2020. Direktørmøte ble den 2. september 2020 orientert om oppstart av planleggingsfasen.

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



3 Avvikshåndtering og dokumentstyring i SAS LIS

Det er laget en ny rapport i SAS LIS for å gjøre det enklere for ledere å få presentert styringsdata fra Docmap. Her framkommer status og fordeling på avvik og styrende dokumenter. Rapporten kan brytes ned fra foretak til enhetsnivå («drill down»).



Figur 1 Eksempel på visning av data

- 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.
- Dokumenter og avvik har koblinger til Docmap slik at en kan åpne aktuelle avvik og dokumenter i Docmap fra rapporten. Åpning av avvik fra SAS-VA kun hvis en allerede har rettigheter i Docmap for å lese aktuelle avvik.

4 Status hendelser i foretakets meldesystem

Fra januar 2017 ble felles nasjonalt klassifiseringssystem for uønskede hendelser implementert og tatt i bruk i Helse Nord².

Nordlandssykehuset har følgende hendelsestyper i sitt avvikssystem:

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

Foretakets egne hendelsesstyper:

1. Administrative rutiner
2. Helse, miljø og sikkerhet (HMS)
3. Laboratorium

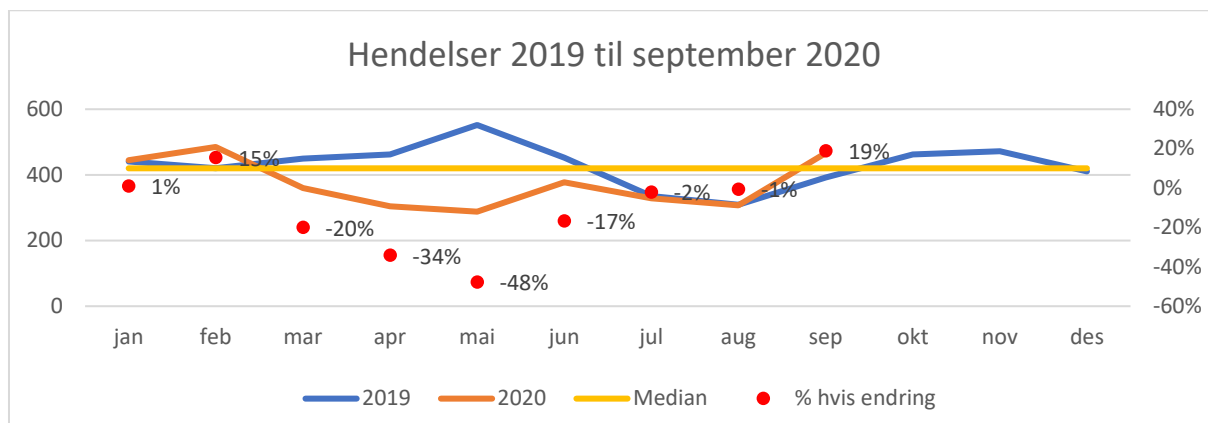
² Klassifiseringssystemet gjelder både for avvik (hendelser som ikke direkte involverer pasient) og pasienthendelser.



4. Matsikkerhet
5. Teknisk

4.1 Antall meldte hendelser og antall meldere

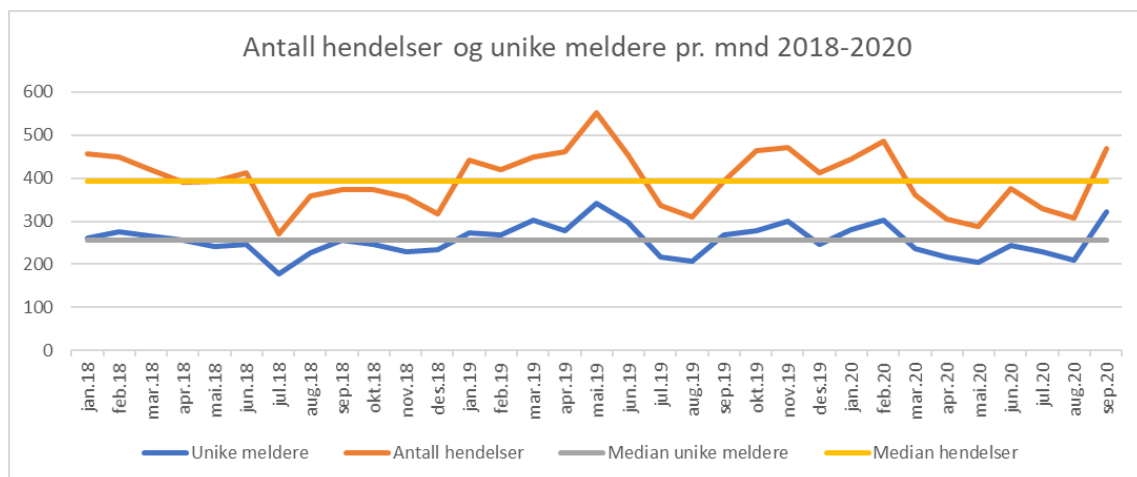
Melding, rapportering og saksbehandling av uønskede hendelser eller avvik utføres i observasjonsmodulen Docmap. Den er et av flere verktøy som Nordlandssykehuset bruker i arbeidet med å forbedre kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen. Ved å registre avvik og utlede tiltak fra disse er vil man kunne 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.



Figur 2 Hendelser 2019 t.om. september 2020

I første tertial 2020 ble det totalt registrert 1585 avvik/uønskede hendelser i Docmap, i andre tertial 1284. Det totale antall hendelser har over flere år holdt seg relativt stabilt. Fra mars 2020 har det imidlertid vært en markant nedgang i antall meldte hendelser/avvik sammenlignet med tilsvarende periode i 2019.

Det kan tyde på at nedgangen i meldte avvik/hendelser har sammenheng med pandemien og et lavere aktivitetstall.



Figur 3 Antall hendelser og unike melder per måned



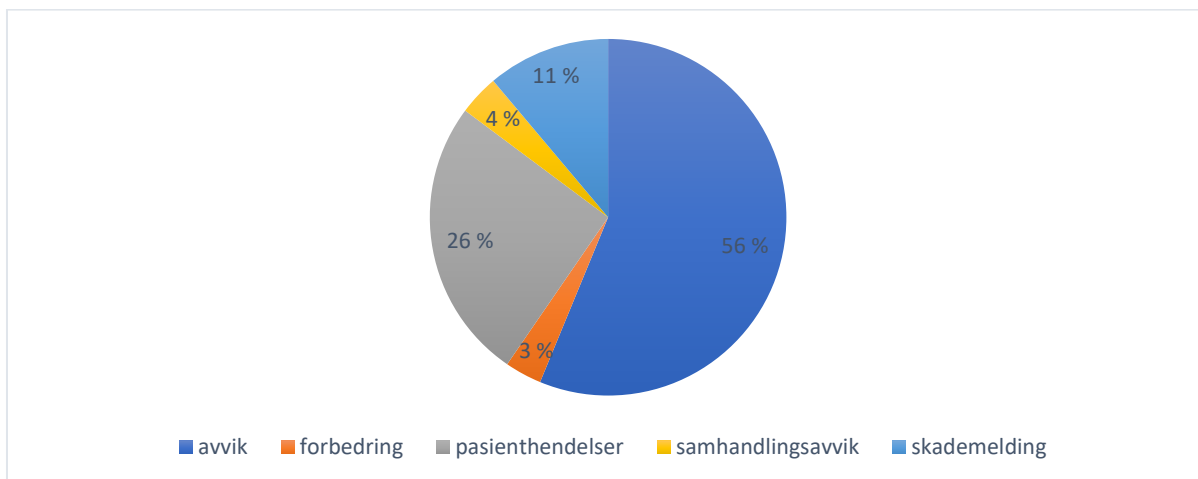
Per andre tertial 2020 hadde Nordlandssykehuset 1274 unike meldere. Dette utgjør 35% av antall ansatte (årsverk) i foretaket. Omfanget av ansatte som melder kan også gi en indikasjon på om alle hendelser faktisk blir rapportert. Her ser vi en nedgang i perioden med lavere aktivitet på grunn av pandemien.

4.2 Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset HF

Ansatte kan velge mellom fem ulike meldingstyper 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 2020 er 56 % avvik og 26 % pasienthendelser. Denne fordelingen er uendret sammenlignet med 2. tertial 2019.

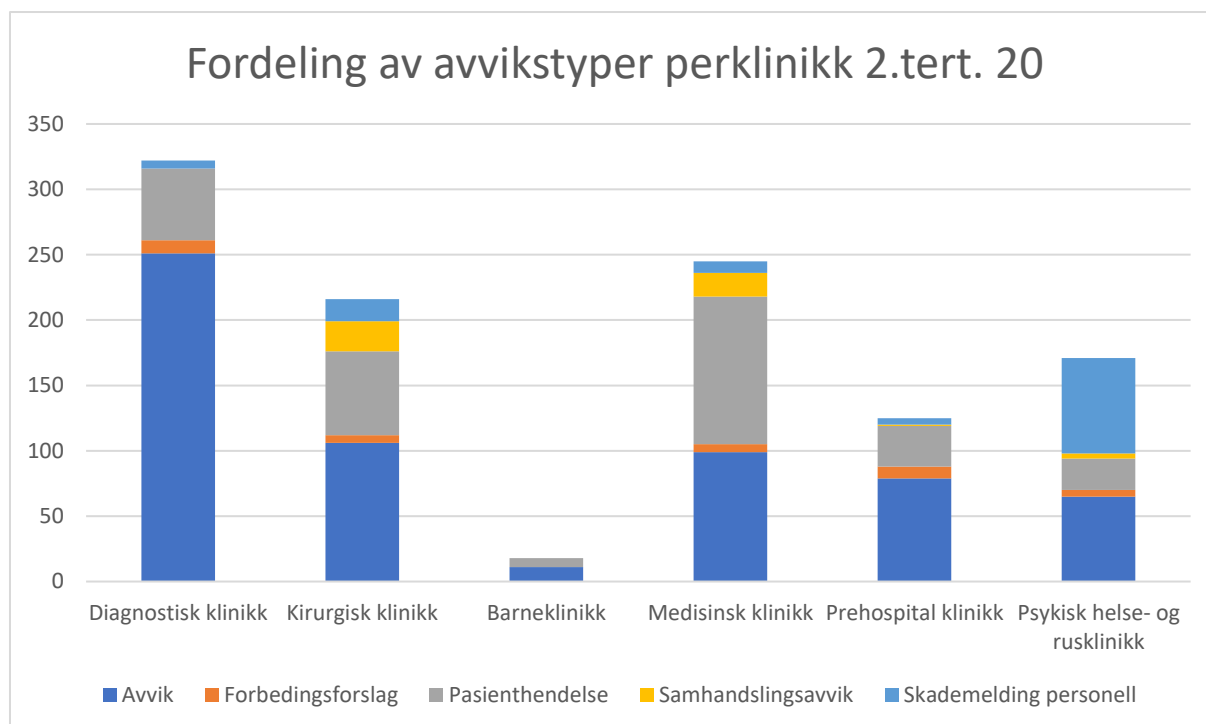


Figur 4 Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset i 2. tertial 2020



4.3 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 2020

Her ønsker vi å trekke fram utviklingen i Psykisk helse- og rusklinikk på hendelsestypen skademelding på personell. Psykisk helse- og rusklinikken har så langt i 2020 meldt 73 hendelser noe som er en nedgang fra samme periode i fjor som hadde 138. 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 da enhetene ikke har innlagt pasienter med høy utagering blir tall lavere. Det kan også være at det systematiske faglige utviklingsarbeidet som er i klinikken har bidratt til at personalet klarer å deskalere og intervenere tidlig slik at skader unngås.

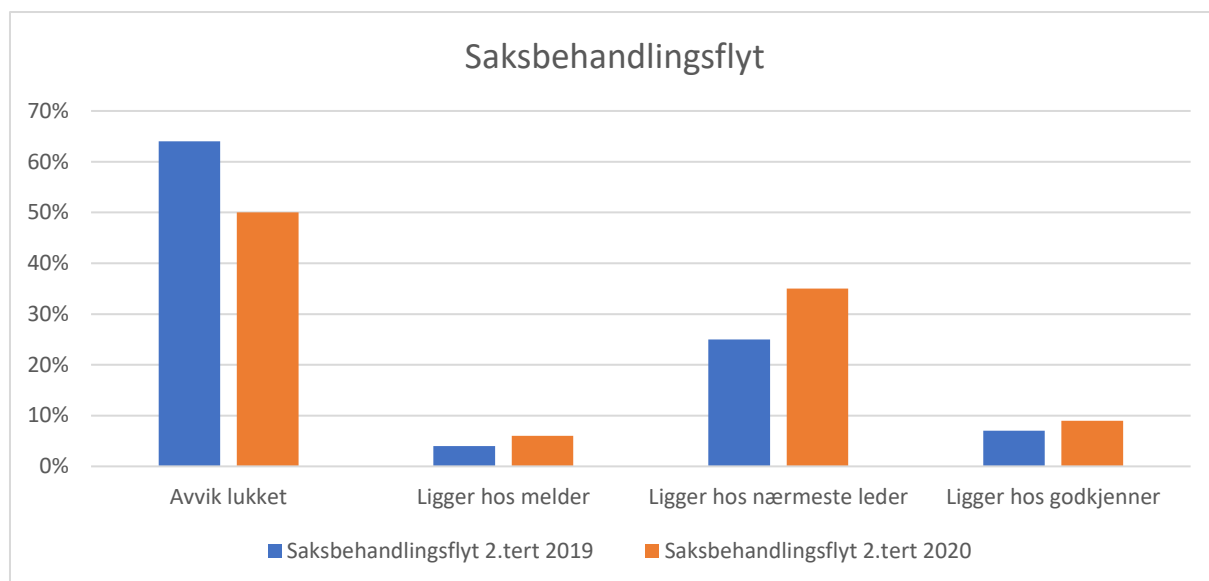
Psykisk- helse og rusklinikken har under Covid19 - pandemien så langt som mulig vedlikeholdt arbeidet med Terma (Terapeutisk møte med aggresjon), men den fysiske treningen har ikke latt seg gjennomføre. Utviklingen med å konvertere metodikken over til MAP (møte med aggresjonsproblematikk) har blitt forsinket på grunn av Covid. 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 har vært avholdt konsensusmøter med behandlere i klinikken for å sikre mest mulig lik praktisering av Lov om psykisk helsevern i klinikken, men færre møter enn ønsket grunnet Covid19. Det er også usikkerhet til hvordan Covid19 har påvirket den akuttpsykiatriske pasientpopulasjonen. Under første delen av pandemi var det færre henvisninger til akuttpsykiatrisk avdeling. Om dette var en naturlig variasjon, eller om pasienter ikke søkte hjelp via fastleger pga. uro rundt smittesituasjonen er vanskelig å mene noe kvalifisert om. Innsøking til døgnbehandling har nå tatt seg kraftig opp, også til akuttpsykiatrisk behandling. Det kan virke som det har bygd seg opp ett etterslep av behov for behandling som nå må ivaretas.



4.4 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 Alle hendelser i 2. tertial 2019 og 2020 – saksbehandlingsflyt pr 5.10.2020

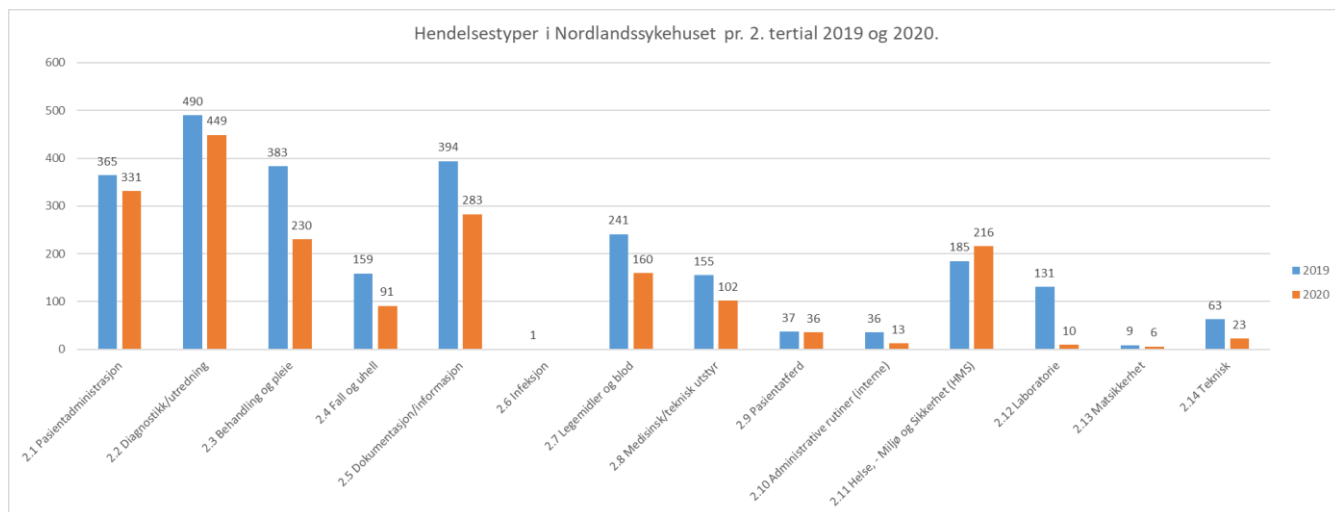
- 50 % av hendelsene er lukket.
- 6 % av ligger hos melder.
- 35 % ligger hos nærmeste leder (hoveddelen av saksbehandlingen foregår her).
- 9 % ligger hos godkjenner i påvente av tilbakemelding fra andre aktører (f.eks. kvalitetsutvalg og kommuner).

Sammenlignet med tilsvarende periode i 2019 har det vært en prosentvis nedgang i lukkede avvik samt en økning i avvik som ligger hos nærmeste leder. Årsaken til dette er usikkert men kan knyttes til en krevende tid med pandemien og at belastningen på ledere har gjort det utfordrende å holde saksbehandlingstiden.



4.5 Hendelsestyper i 2. tertial 2020

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



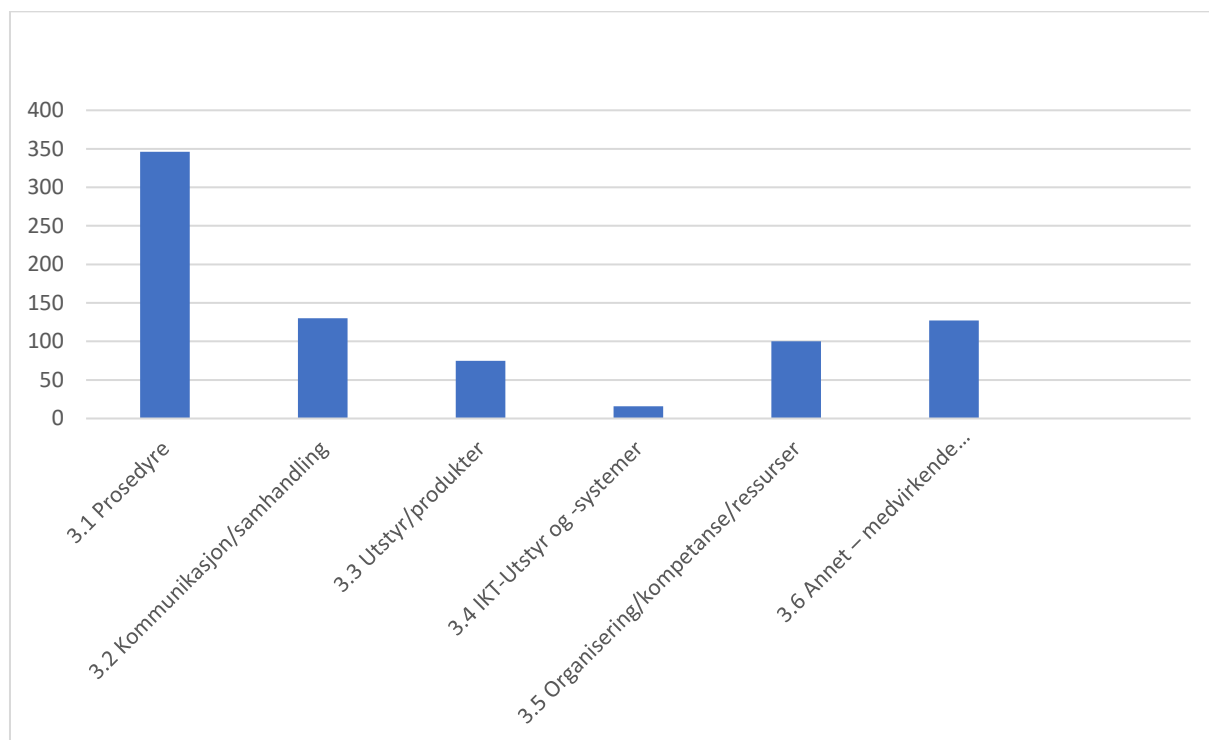
Figur 7 Hendelsestyper i Nordlandssykehuset pr 2. tertial 2019 og 2020

Selv med en nedgang i totalt antall avvik og pasienthendelser ser vi ikke noen særskilt endring i sammensetningen av hendelsestyper for disse.



4.6 Fordeling på medvirkende faktorer/årsaker – per 2. tertial 2020

28 % av avvik og pasienthendelser i Nordlandssykehuset er knyttet til årsakstypen «3.1 Prosedyre», hvorav 82 % av hendelsene tilhører underkategorien «prosedyre ikke fulgt».



Figur 8 Fordeling mellom årsakstyper for Nordlandssykehuset per 2. tertial 2020 presenteres i grafen

28 % av avvik og pasienthendelser i Nordlandssykehuset er knyttet til årsakstypen «3.1 Prosedyre»,

Årsakstype 3.1 prosedyre	2.tert 2019	2.tert 2020
Prosedyre mangler	6	6
Mangelfull / uklar prosedyre	22	28
Prosedyre ikke gjennomførbar	3	8
Prosedyre ikke fulgt	371	280
Implementering av / opplæring i prosedyre	10	3
Annet - prosedyrer	42	21
Totalt	454	346

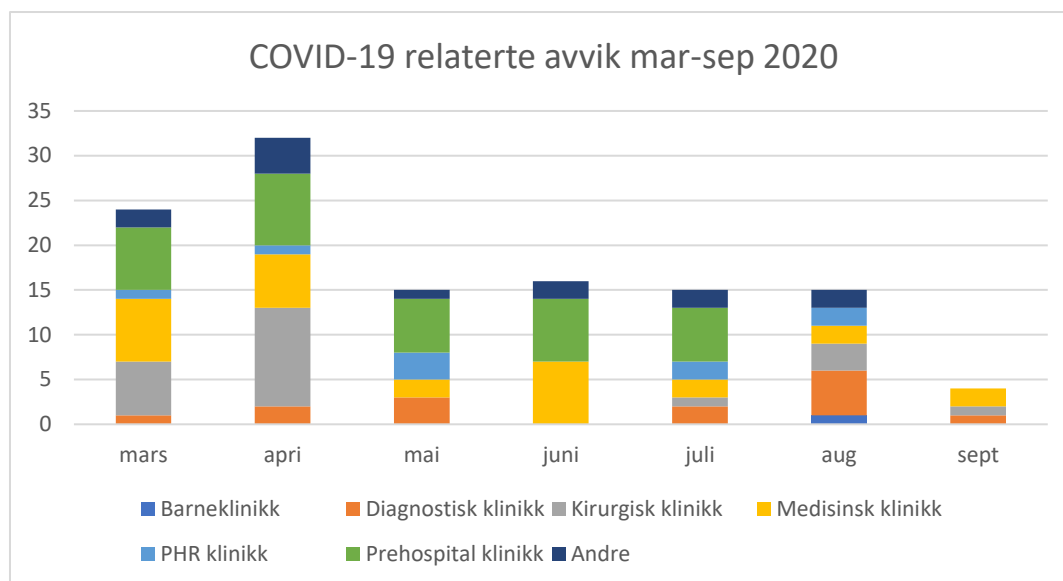
Tabell 1 Medvirkende faktorer/årsaker for årsakstyper Prosedyre

Fordeling på medvirkende faktorer/årsaker for «3.1 Prosedyre» viser at det er «Prosedyre ikke fulgt» som er den mest forekommende med 80%.



4.7 COVID-19 relaterte hendelser

Fra ultimo mars har Kvalitetsavdelingen ukentlig rapportert inn COVID-19 relaterte avvik til fagsjef, som vist i figur under. Dette har gitt pandemistaben en oversikt og detaljer om utviklingen på dette slik det er meldt inn i meldesystemet.

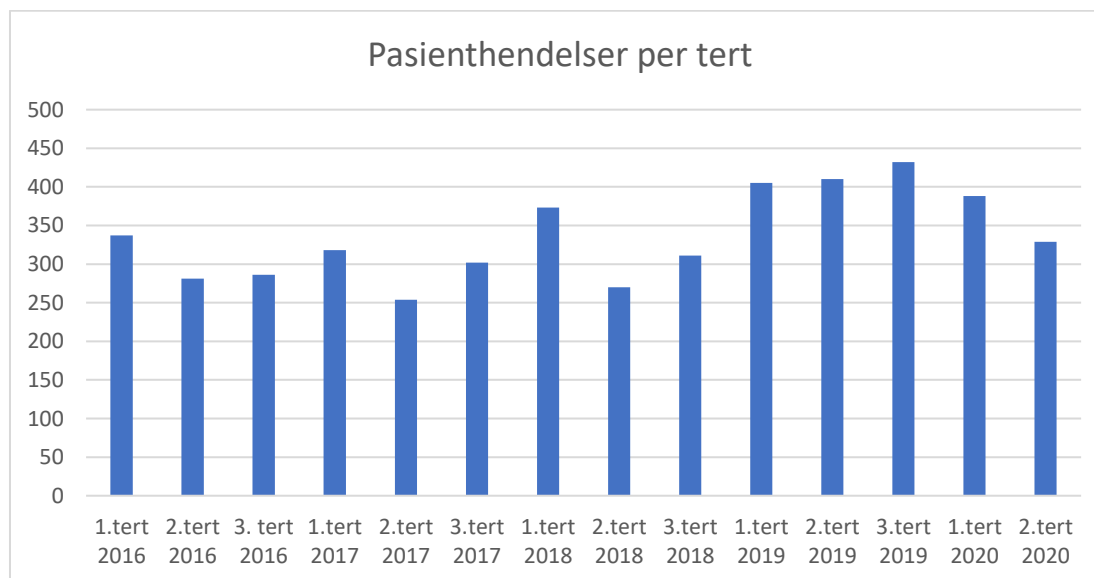


Tabell 2 COVID-19 relaterte avvik fra pandemistart til og med september 2020

Antall avvik hadde sin topp i april (32) og har avtatt fram til sist målt i september (4).

4.8 Pasienthendelser meldt i perioden 2016 - 2. tertial 2020

Den 15. mai 2019 ble meldeordningen etter spesialisthelsetjenestelovens § 3.3 avviklet. Foretaket har i mange år rapportert til styret på det totale antallet Pasienthendelser meldt i foretaket og andelen meldt til Helsedirektoratet etter spesialisthelsetjenestelovens §3- 3. Som en konsekvens av endringen og avviklingen av meldeordningen (§3-3) så viser figur 7 bare det totale antallet pasienthendelser.



Figur 9 Totalt antall pasienthendelser meldt 2016 – til 2. tertial 2020

Det har vært en nedgang i antall meldte pasienthendelser i foretaket både i første og andre kvartal i 2020. Selv om det har vært en nedgang sammenlignet med samme periode i 2019 så er det allikevel på eller over nivå for de andre årene i statistikken. Det er litt tidlig å konkludere med at nedgangen henger sammen med lavere aktivitetsnivå under Covid19 – pandemien. Det vil være naturlig å vurdere dette når tall for hele 2020 foreligger.

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

Det har til nå i år vært meldt 13 hendelser. Dette er en nedgang fra de 16 sakene som ble meldt for samme periode i 2019. Alle saker som er meldt som §3-3a Helsetilsynet er også meldt og blir behandlet som uønskede hendelser i foretaket sitt avvikssystem. Styret orienteres løpende i forbindelse med styremøter.

	2015	2016	2017	2018	2019	Per 30.10.20
Antall	15	12	15	15	18	13

Tabell 3 Varslingssaker til Statens helsetilsyn (§3-3a meldinger), 2015-2020 per 30.10

5 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.

5.1 Oppfølging og overvåkning av foretakets styrede dokumenter

Nordlandssykehuset har 18554 styrende dokumenter i sitt kvalitetssystem. Hittil i år er det trukket 766 dokumenter, og etablert 1354 nye dokumenter. Økningen av antall nye dokumenter kan blant annet skyldes behovet for etablering av nye prosedyrer/rutiner/retningslinjer i forbindelse med pandemiutbruddet i mars.

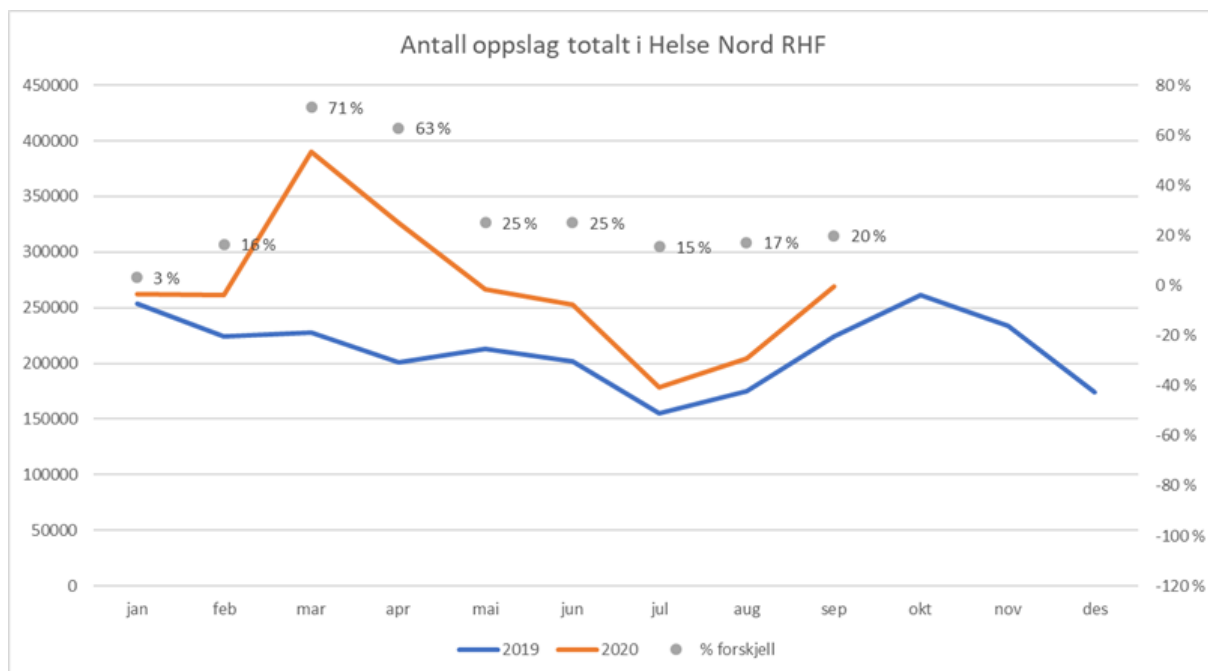
Styrende dokumenter blir ved utgivelse gitt revisjonsdato to år frem i tid. Ved siste registrering hadde (10) % av styrende dokumenter passert revisjonsdato. Disse dokumentene er fortsatt gyldige og i bruk.

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



5.2 Oppslag i Docmap

Antall oppslag totalt i Helse Nord RHF:



Det har vært en markant økning av antall oppslag i styrende dokumenter fra pandemistart i mars fram til mai. Nedadgående kurve i perioden juli-august mener vi skyldes lavere aktivitet i ferietiden.

6 Status for tilsynssaker i 2020

6.1 Tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen

Fylkesmannen i Nordland har åpnet 14 tilsynssaker mot Nordlandssykehuset per 2. tertial i 2020.

Status for disse sakene er:

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

Oversikt over opprettede tilsynssaker i perioden 2016 – 2019.

	2016	2017	2018	2019	Per 2. tert. 2020
Antall	39	49	43	32	14

Tabell 4 Opprettede tilsynssaker mot Nordlandssykehuset, 2015- per 2. tertial 2020

7 Oversikt/status på eksterne tilsyn for 2018-2020

Det er varslet/gjennomført totalt 37 tilsyn og eksterne revisjoner hvorav 9 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. Både eksterne tilsyn/revisjoner og interne revisjoner utført på en enhet skal også brukes til forbedring i andre enheter i foretaket der dette er relevant. Dette gjøres ved at rapportene fra eksterne tilsyn/revisjoner sendes ut til de klinikkene og avdelingene hvor innholdet i rapporten er relevant. Klinikk/stabssjef og senterleder har ansvar for at resultat av gjennomførte revisjoner og tilsyn brukes til læring på i egen klinikk, stab eller senter. 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.		Olaug Kråkmo Klinikksjef.	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 Klinikksjef.	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.
Arbeidstilsynet, melding om tilsyn ved PHR – klinikken, Vesterålen DPS	19/9 – 2017 kl. 12 til 15:00.	Det ble varslet om 4 pålegg etter tilsynet.	Tilsynene er svart opp og alle påleggene er oppfylt og tilsynet er lukket.	Lukket	Desirée Iselin Høgmo Avdelingsleder /klinikksjef Hedda Soløy-Nilsen	Referatsak 110-2019, nummer 10.
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, klinikksjef	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.
Statens Legemiddelverk, tilsyn ved våre blodbanker i Lofoten, Vesterålen og Bodø	Tilsynet ble gjennomført perioden 4 til 7/ 2018	Det ble gitt til sammen 7 avvik fordelt på Bodø (2), Vesterålen (2) og Lofoten (3)	Tilsynet fra Statens Legemiddelverk ved blodbankene i Bodø, Lofoten og Vesterålen er lukket.	Lukket	Oddny Remlo Avdelingsleder Diagnostisk klinikk	Referatsak til styret 10 og 11 november 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 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 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	
Norsk akkreditering NA. Oppfølging	Uke 44 2019	Totalt ble det beskrevet 20 vesentlige og 3 mindre avvik	NA er svart opp. Norsk akkreditering har vedtatt fornyelse av akkrediteringsomfang for TEST 287 etter NS-EN ISO 15189:2012 for Nordlandssykehuset HF	Lukket	Kvalitetsleder Diagnostisk klinikk, Ann Kristin Lindgaard	Styresak 080-2020 Orienteringssak styret 6. oktober 2020
Tilsyn fra Octapharma	3, 5 og 6 juni - 2019	Det ble avdekket 10 avvik og 7 observasjoner	Diagnostisk klinikk har fått tilbakemelding 8/11 - 2019 om at inspeksjonen er lukket	Lukket	Oddny Remlo Avdelingsleder Diagnostisk klinikk	Referatsak til styret i november 2020
Riksrevisjonen, Forvaltningsrevisjon om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT - systemer	Frist for oversendelse av opplysninger settes til 1/7 - 2019		I prosess		Alisa Larsen, Informasjonssikkerhet.	
Internrevisjon i Helse Nord, innleie av helsepersonell i Nordlandssykehuset	2.12.2019	Det ble totalt gitt 10 anbefalinger	Foretaket har fått sluttrapportrapport den 22/5 - 2020	Lukket	Kari Råstad, ass HR - sjef	Styresak 063-2020, 9. september 2020
Internrevisjon i Helse Nord, gevinstrealisering ved innføring av elektronisk medikasjon- og kurveløsning		I prosess	NLSH HF har mottatt kopi av rapporten til orientering. Foretaket har svart Helse Nord RHF på innhold i rapporten.	Lukket	Asbjørn Jørgensen, avdelingsleder for Kvalitet og e-helse	Referatsak 10 - 11/ november 2020
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
Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, tilsyn med medisinsk strålebruk i NLSH HF	17 - 19/2 - 2020: Vesterålen, Lofoten og Bodø	Det ble gitt to avvik	DSA bekrefter at begge avvikene anses som lukket og tilsynet avsluttet	Lukket	Line Horn Sivertsen, avdelingsleder Radiologi	Referatsak 072 - 2020



Salten IKS, Helse og miljøtilsyn, forebygging av legionella	7.1.2020	Ingen avvik ble avdekket	Mottatt tilbakemelding på tilsynet, ingen avvik og lukket.	Lukket	Bjørnar Liland D&E	Referatsak til styret 18/2 - 2020
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 Riksrevisjon, i prosess		Marit Barosen Økonomisjef	
Arbeidstilsynet, Tilsyn - Melding om tilsyn - Salten DPS Voksenpsykiatrisk poliklinikk Bodø	24.03.2020		Tilsynet gjennomføres i video-møte, jf. innkalling til møte 2. oktober 2020 kl. 0930-1200. Ikke mottatt rapport		Hedda Soløy-Nilsen Klinikkjef PHR - klinikken	
KIWA, Resertifisering av NLSH HF på ISO 14001-2015 standarden	18 til 20/8 - 2020	Det ble gitt 1 anbefaling	Foretaket har svart opp anbefalingen og foretaket er resertifisert.	Lukket	Sverre Sittlinger AKE	09.09.2020
Arbeidstilsynet, Tilsyn - Melding om tilsyn - Salten DPS Voksenpsyk poliklinikk Fauske	26.03.2020		Tilsynet gjennomføres i video-møte, jf. innkalling til møte 2. oktober 2020 kl. 0930-1200. Ikke mottatt rapport		Hedda Soløy-Nilsen Klinikkjef PHR - klinikken	
Helsetilsynet, Tilsyn med luftambulansetjenesten	Uke 39, 2020		I prosess		Harald Stordahl klinikkjef 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	Sak til styret i november 2020
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	Avdeling for kreft og lindrende behandling har startet opp arbeidet med å lukke avviket. Frist for lukking av pålegget er satt til 17/12.2020		Astrid Dalhaug, avdelingsleder	Sak til styret når pålegg er lukket
Statens Legemiddelverk, tilsyn ved våre blodbankenheter og Sereologi	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 2020
Arbeidstilsynet, Tilsyn - Melding om tilsyn - BUP poliklinikk Stokmarknes	28.10.2020		I prosess		Hedda Soløy-Nilsen Klinikksjef PHR - klinikken	
Arbeidstilsynet, Tilsyn - Melding om tilsyn - BUP poliklinikk Gravdal	4.11.2020		I prosess		Hedda Soløy-Nilsen Klinikksjef PHR - klinikken	
Arbeidstilsynet, Tilsyn - Melding om tilsyn - Lofoten DPS Voksenpsykiatrisk poliklinikk	4.11.2020		I prosess		Hedda Soløy-Nilsen Klinikksjef PHR - klinikken	