



Styresak 019-2020

Kvalitets-/styringssystemer og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 2019

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

Dato dok: 11.03.2020

Møtedato: 18.03.2020

Vår ref: 2019/1149

Vedlegg (t): Kvalitets-/styringssystem og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 2019

Innstilling til vedtak:

1. Styret tar rapport om Kvalitets-/styringssystem og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF for 2019 til orientering.
2. Styret viser til rapporten og direktørens vurdering og ser at resultatene brukes av foretaksledelsen for å prioritere satsingsområder og forbedringstiltak.

Direktørens vurdering:

En viktig forutsetning for å lykkes med kvalitet og pasientsikkerhet er at vi på ulike nivå i foretaket har et helhetlig og dekkende system for kvalitet og forbedring med fokus på pasienter, pårørende og deres behov. Dette er et pågående, kontinuerlig arbeid som involverer alle våre ansatte.

I rapporten presenteres status og vurdering for ulike målinger, verktøy, revisjoner og tilsyn for områdene knyttet til styringssystem for kvalitet. For 2019 trekkes følgende forhold frem spesielt:

1. Økning i antall meldinger i 2019.
2. Antall pasienthendelser som er meldt i 2019 har økt med 24 % sammenlignet med 2018. Avviklingen av meldeordningen har ikke påvirket meldekulturen negativt.
3. Omorganisering av klinikker gir et omfattende arbeide med harmonisering og sammenslåing av prosedyrer og styringsdokumenter.

1. Hovedtrekk fra rapporten «Kvalitets-/styringssystem og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 2019»

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 på saker opprettet av Norsk pasientskadeerstatning (NPE)
- Status for eksterne tilsyn og revisjoner 2018-2020

Nedenfor er noen hovedtrekk fra vedlagte rapport belyst.

Foretakets arbeid med hendelser i Docmap

Det totale antall hendelser har hatt en jevn økning. Fra 2018 til 2019 har antall meldte hendelser økt med 13 %.

Økning i antall pasienthendelser meldt i foretaket de siste tre årene gir en indikasjon på at meldekulturen er god. Det ser heller ikke ut til at avviking av meldeordningen har påvirket meldekulturen negativt i foretaket.

Foretakets arbeid med styrende dokumenter i Docmap

Nordlandssykehuset har 16851 styrende dokumenter i sitt kvalitetssystem. Det jobbes kontinuerlig med å sikre at styrende dokumenter til enhver tid skal være oppdatert og tilgjengelig. I forbindelse med pågående endringer i klinikkorganisasjonen gjennomgås styrende dokumenter for å harmonisere dem og fjerne like prosedyrer.

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

Det ble 2019 meldt 18 hendelser, det er en økning fra de 15 sakene som ble meldt i 2018. Alle saker som er meldt som §3-3a er også meldt og blir behandlet som uønskede hendelser i foretaket sitt avvikssystem.

Status for tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen 2019

Det ble åpnet totalt 32 tilsynssaker mot Nordlandssykehuset i 2019, det er en nedgang sammenlignet med 2018 hvor det ble det åpnet 43 tilsynssaker. Status for 32 tilsynssakene som ble åpnet mot Nordlandssykehuset i 2019 er: 26 er ikke avgjort, tre er avgjort med intet pliktbrudd og tre med pliktbrudd.

Status for saker opprettet av NPE i 2019

Det ble totalt opprettet 107 NPE - saker mot Nordlandssykehuset i 2019. Det er nesten identisk sammenlignet med 2018 hvor det ble det opprettet 108 saker. Status på ferdigbehandlede fra NPE for 2019:

- 73 avslag
- 33 medhold.

Status eksterne tilsyn og revisjoner 2018 - 2020

Det er varslet/gjennomført totalt 24 eksterne tilsyn og revisjoner hvorav tre er lukket etter at foretaket har svart opp tilsynsmyndighetene. Både eksterne tilsyn/revisjoner og interne revisjoner utført på en enhet skal brukes til forbedring i andre enheter i foretaket der dette er

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

relevant. Rapportene fra eksterne tilsyn/revisjoner sendes ut til de klinikkene og avdelingene hvor innholdet i rapporten er relevant.

Kvalitets-/styringssystem og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 2019

Innhold

1	Innledning.....	3
1.1	Arbeid med konsept for anbudsutlysning til kvalitetssystem	3
1.2	Oppgradering av Docmap.....	3
2	Status hendelser i foretakets meldesystem	4
2.1	Antall meldte hendelser og antall meldere.....	4
2.2	Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset HF.....	5
2.2.1	Økning skademelding personell Psykisk helse- og rusklinikk	6
2.3	Saksbehandlingsflyt.....	6
2.4	Hendelsestyper i 2019	7
2.5	Fordeling på årsakstyper 2019	7
2.6	Pasienthendelser meldt i 2019	8
2.7	Varsel til Statens helsetilsyn i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven §3-3a	9
3	Styrende dokumenter i Nordlandssykehuset HF.....	9
3.1	Oppfølging og overvåkning av foretakets styrede dokumenter	9
3.2	Oppslag i Docmap.....	10
4	Status for Norsk pasientskadeerstatning- og tilsynssaker i 2019.....	10
4.1	Tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen	10
4.2	Erstatningssaker opprettet av Norsk pasientskadeerstatning	11
5	Oversikt/status på eksterne tilsyn for 2018-2020.....	11

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

Nordlandssykehuset har siden 2017 gjennomgått og presentert resultat knyttet til foretakets kvalitet- og styringssystem 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 er en del av dette arbeidet, og legges frem for styret tre ganger (mars, juni og november) pr. år. Denne rapporten oppsummerer hele 2019.

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.

Stortinget vedtok den 10. april 2019 endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Konsekvens av lovendringen ble at meldeordningen i spesialisthelsetjenesten ble avviklet den 15 mai 2019. Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven skal ikke lenger melde hendelser som har ført til eller kunne ha ført til betydelig personskade på pasient til Helsedirektoratet.

1.1 Arbeid med konsept for anbudsutlysning til kvalitetssystem

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. I snitt er det 216 000 månedlig oppslag på dokumenter i Docmap i Helse Nord. Dette indikerer at systemet brukes regelmessig av ansatte i hele Helse Nord.

Det har også, de siste årene, kommet flere innspill på at systemet ikke lenger tilfredsstiller forventningene som tjenestene har til funksjonalitet og brukervennlighet.

Med bakgrunn i endrede behov er det besluttet i Helse Nord at det skal gjennomføres en kartlegging (konseptfase) av eksisterende behov for dokument- og avvikssystem, samt verktøy for risiko- og sårbarhetsanalyser, med intensjon om gjennomføring av ny anskaffelse.

Formål for konseptfasen:

- Kartlegge hvilke behov foretaksgruppen har med tanke på funksjonalitet og tilgjengelighet.
- Orienter oss om hvilke muligheter som er tilgjengelige i markedet.
- Velge konsept og ta stilling til en eventuelt ny anskaffelse

Som en del av arbeidet i konseptfasen vil det i løpet av uke 11 sendes ut en spørreundersøkelse til ansatte i helseforetakene. Ansatte får en mulighet gi tilbakemelding på dagens system (Docmap) og innspill på hva et fremtidig system bør ha av funksjonalitet.

Konseptfasen er stipulert til å ha en varighet på 6 måneder og er planlagt ferdigstilt 3. april 2020.

1.2 Oppgradering av Docmap

Det har med jevne mellomrom vært gjennomført oppgraderinger av foretaksgruppens kvalitetssystem Docmap (DM). Pr dags dato så er det versjon 7.1 som benyttes.

Helse Nord har i dialog med foretaksgruppen besluttet oppgradering fra DM 7.1 til DM 8.1. Det arbeides nå med å få avklart når oppgraderingen praktisk kan utføres.

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



Arbeidet med oppgradering vil bli forsøkt gjennomført uten for stort ressursbruk. Oppsett og struktur i versjon 7.1 videreføres i stor grad i 8.1.

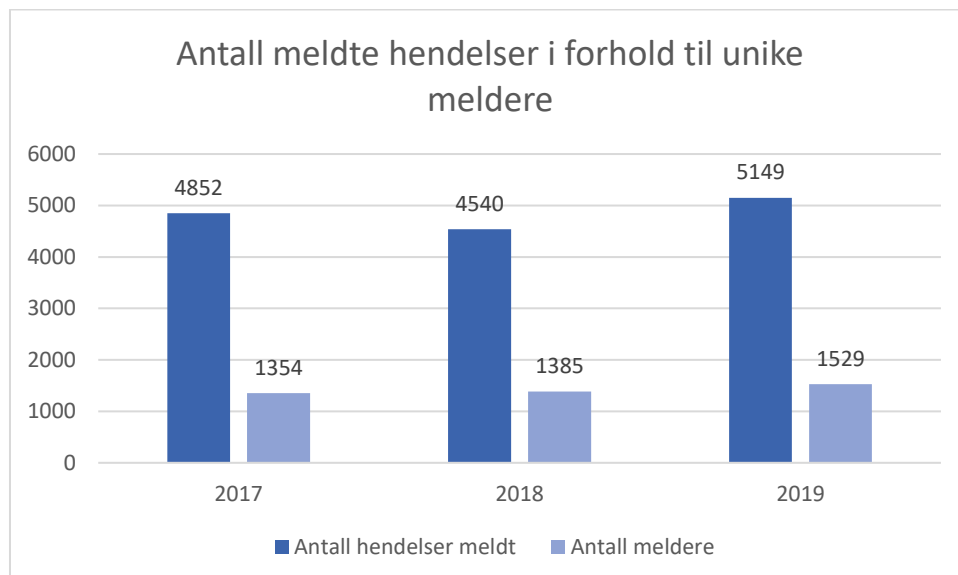
2 Status hendelser i foretakets meldesystem

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

2.1 Antall meldte hendelser og antall meldere

Rapportering av uønskede hendelser/avvik gjennom Docmap sin observasjonsmodul er et av flere verktøy som Nordlandssykehuset bruker i arbeidet med å jobbe med å forbedre kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen. Ved å registre avvik og utlede tiltak fra disse er vil man kunne gjøre forbedringer som sikrer kvalitet i tjenestene. Det forutsetter at ansatte melder uønskede hendelser i systemet, og at informasjonen som samles inn brukes i forbedringsarbeidet. I 2019 ble det totale registrert 5149 avvik/uønskede hendelser i Docmap. Dette er en økning på 12 % sammenlignet med 2018.

Omfanget av ansatte som melder kan også gi en indikasjon på om alle hendelser faktisk blir rapportert.



Figur 1 Antall meldte hendelser i forhold til unike meldere i NLSH i perioden 2017-2019.

I 2019 hadde Nordlandssykehuset 1529 unike meldere. Dette utgjør 34 % av antall ansatte i foretaket. Antall unike meldere i Nordlandssykehuset har økt fra 31 % i 2018 til 34 % i 2019.

Foretaket tilstreber at ansatte skal ha lav terskel for å melde. Lav terskel øker sjansen for å identifisere forbedringsområder, kunne iverksette tiltak og forhindre gjentakelse av uønskede hendelser. Dette bidrar igjen til at meldte hendelser skaper læring og forbedring. Arbeidet med å øke andelen unike meldere videreføres i strategisk utviklingsplan.

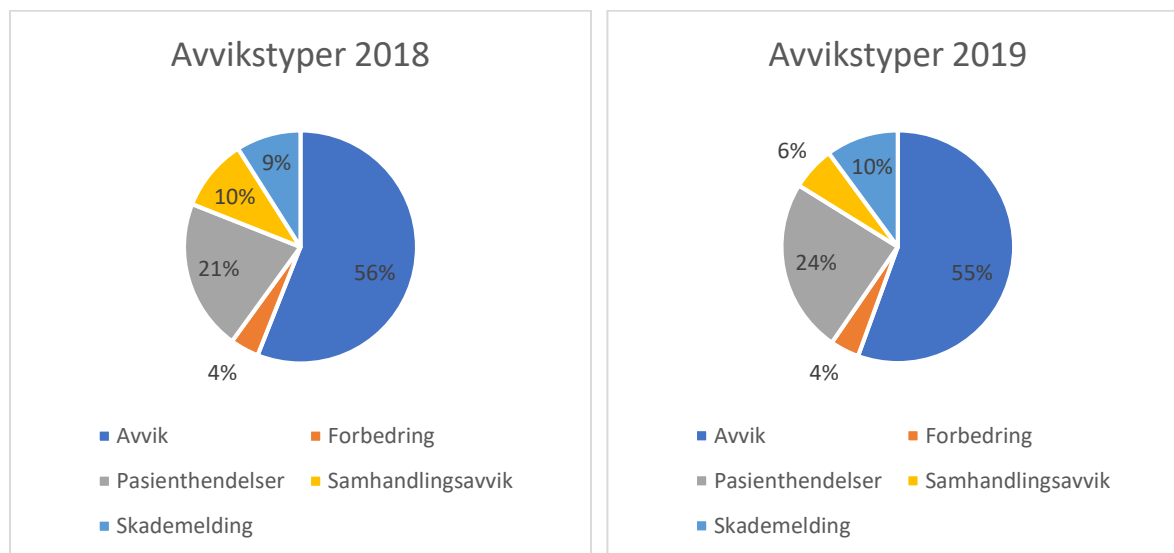
² [RL5683 Brukerveiledning for klassifisering av uønskede hendelser og nesten-uhell.](#)



2.2 Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset HF

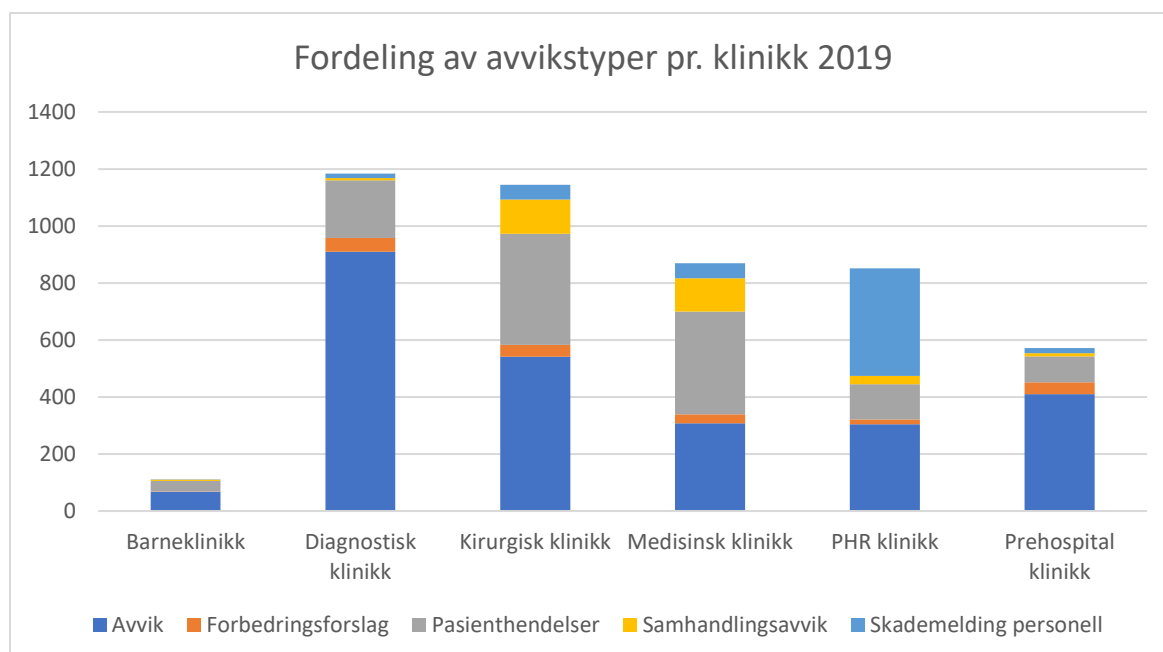
Hode og bevegelsklinikk ble sammenslått med Medisinsk klinikk januar 2020. I oversikten over hendelser for 2019 inngår Hode og bevegelsesklinikken i Medisinsk klinikk sine tall.

Ansatte kan velge mellom fem ulike 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 2 Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset i 2018 (til venstre) og 2019 (til høyre)

Av registrerte hendelser i 2019 er 55 % avvik og 24 % pasienthendelser. Fordelingen av antall hendelser pr. klinikk kan blant annet forklares med den enkelte klinikk pasientgruppe, tjenestetilbud og arbeidsflyt. Vi har ikke grunnlag for å si om hendelser er under- eller overrapportert, men tallene gir et bilde av hvilke typer hendelser ulike klinikker melder.



Figur 3 Fordeling av ulike hendelser i pr klinikk i Nordlandssykehuset i 2019



2.2.1 Økning skademelding personell Psykisk helse- og rusklinikk

Psykisk helse- og rusklinikken har de siste årene hatt en stigning av meldinger om skader på personell. I dette ligger og en økning i alvorlighetsgraden på skadene som blir påført personalet.

Klinikken erfarer at pasientene nå i flere tilfeller er sykere når de legges inn til behandling enn før. Endringer i lovverk, med f.eks. økt observasjonstid (5 dager) før det kan fattes tvangsmedisineringsvedtak og sykere pasienter gir et høyere konfliktnivå i behandlingsmiljøet.

Dette er pasienter som har større aggresjonsproblematikk og noe av økningen i skademeldingene kan relateres til disse enkeltpasientene. Psykisk helse- og rusklinikken har fokus på å ha en god meldekultur, og det er positivt at det blir prioritert å melde avvik i en hektisk arbeidshverdag.

Psykisk helse- og rusklinikken har flere tiltak som skal bedre kvaliteten på det kliniske arbeidet med vold og aggresjon.

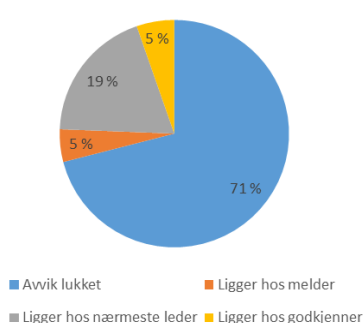
- Akuttenhet Sør skal bygges om for å gi bedre skjermingsforhold / kapasitet.
- Akuttavdelingen har et forbedringsarbeid med fokus på «Brøset violence scale» som er en sjekkliste skal hjelpe klinikere til å identifisere tilstander som potensielt kan eskalere og iverksette tiltak.
- Implementere MAP (Møte med AggresjonsProblematikk) som er en videreutvikling av TERMA (Terapeutisk Møte Med Aggresjon) som har vært brukt i klinikken over år. MAP er et opplæringsprogram som skal forhindre vold og sørge for at pasienter og personale opplever seg trygge.
- Klinikken informerer bredt om kollegastøtteordningen i Nordlandssykehuset slik at utsatt personale kan benytte seg av denne.
- Personale som har vært utsatt for alvorlige hendelser følges opp av sin leder, vernetjenesten skal involveres og bedriftshelsetjenesten kan kontaktes.

2.3 Saksbehandlingsflyt

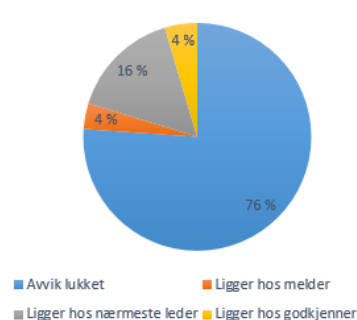
Meldinger i avvikssystemet som ikke blir behandlet og lukket på en forsvarlig måte kan utgjøre en risiko. Foretaket overvåker derfor flyten i saksbehandlingen og rapporterer status løpende til medisinsk direktør og fagsjef. Status for 2019:

- 76 % av hendelsene er lukket.
- 4 % av ligger hos melder.
- 16 % ligger hos nærmeste leder (hoveddelen av saksbehandlingen foregår her).
- 4 % ligger hos godkjenner i påvente av tilbakemelding fra andre aktører (f.eks. kvalitetsutvalg og kommuner).

Saksbehandlingsflyten pr 2/2-2018



Saksbehandlingsflyten pr 4/2-2019

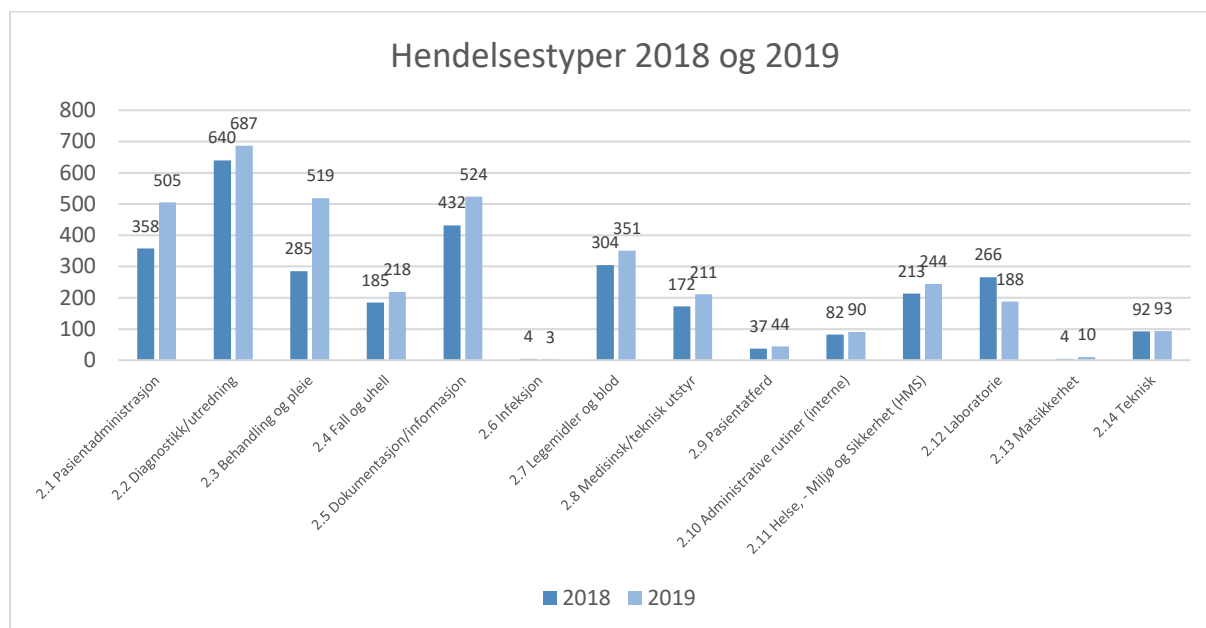


Figur 4 Alle hendelser meldt i 2018 og 2019 – saksbehandlingsflyt



2.4 Hendelsestyper i 2019

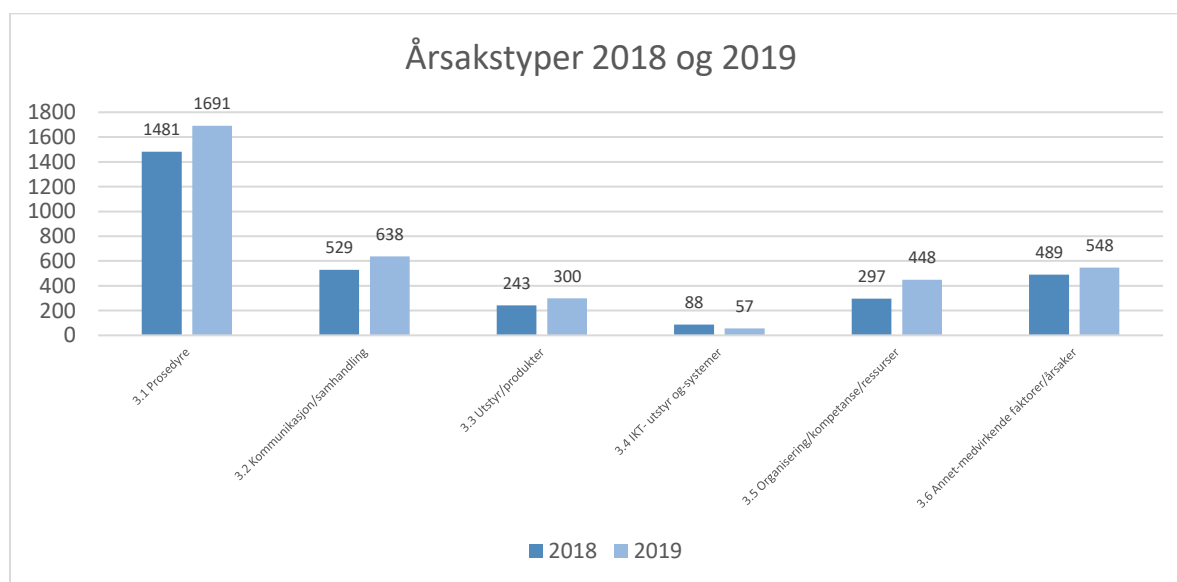
Figuren viser hendelsestyper for avvik og pasienthendelser som er klassifisert i henhold til nasjonal klassifisering av uønskede hendelser og nesten-uhell.



Figur 5 Hendelsestyper i Nordlandssykehuset for 2018 og 2019 for avvik og pasienthendelser

2.5 Fordeling på årsakstyper 2019

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



Figur 6 Fordeling på årsakstyper etter nasjonal klassifisering for avvik og pasienthendelser i 2018 og 2019.



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

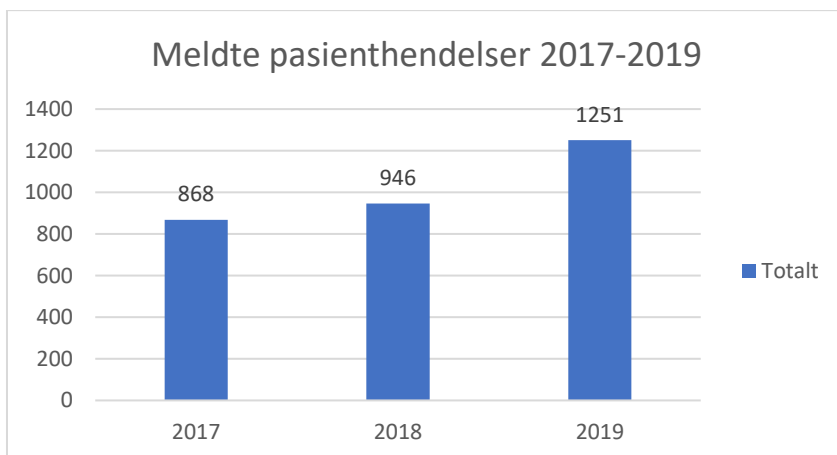
Årsakstype prosedyre	2018	2019
Prosedyre mangler	22	21
Mangelfull / uklar prosedyre	78	108
Prosedyre ikke gjennomførbar	16	22
Prosedyre ikke fulgt	1300	1384
Implementering av / opplæring i prosedyre	29	23
Annet - prosedyre	145	133
Totalt	1590	1691

Tabell 1 Årsakstype prosedyre

2.6 Pasienthendelser meldt i 2019

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.

Det har vært en økning på antall meldte pasienthendelser i foretaket i 2019. I 2019 ble det meldt 1251 pasienthendelser internt i foretaket. Dette er det høyeste antallet som er meldt sammenlignet med 2017 og 2018. En liten andel av økningen kan tilskrives endring i bruk av meldeskjema i Diagnostisk klinikk. Økning i antall pasienthendelser meldt i foretaket de siste tre årene gir en indikasjon på at meldekulturen er god. Det ser heller ikke ut til at avvikling av meldeordningen har påvirket meldekulturen negativt i foretaket.



Figur 7 Totalt antall pasienthendelser meldt 2017-2019

Økning i antall registrerte pasienthendelser fra 2018 til 2019 (32 %) kan i hovedsak knyttes til tre hovedkategorier av hendelsestyper. Følgende hovedkategorier har hatt en særlig økning fra året før;

- 2.1 Pasientadministrasjon (30 %)
- 2.3 Behandling og pleie (78 %)
- 2.8 Medisinsk/teknisk utstyr (17 %)

Når man ser på årsaker til at de ulike pasienthendelsene har funnet sted, er disse i størst grad kategorisert som/begrunnet i (gjennomsnittlig 63 % av årsakene):

- 3.1.4 Prosedyre ikke fulgt
- 3.5.4 Samtidighetskonflikt
- 3.3.1 Feil ved utstyr/ forbruksmateriell

Prosedyre ikke fulgt listes som største årsak i hovedkategori 2.1 *Pasientadministrasjon* (62%) og også i forhold til 2.3 *Behandling/pleie* (68%), mens i den sistnevnte kategorien så er det *Samtidighetskonflikt* som er den største årsaken til hendelsen (81%). Når det gjelder pasienthendelser knyttet til hovedkategori 2.8 *Medisinsk/ teknisk utstyr*, så er den største årsaken til hendelsen *Feil ved utstyr/forbruksmateriell* (48%).

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

Det ble meldt totalt 18 hendelser i 2019. Dette er en økning fra de 15 sakene som ble meldt for hele 2018. Alle saker som er meldt som §3-3a blir også meldt og behandlet som uønskede hendelser i foretaket sitt avvikssystem. 3-3a meldinger rapporteres månedlig til styret.

	2016	2017	2018	2019
Antall	12	15	15	18

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

3 Styrende dokumenter i Nordlandssykehuset HF

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

3.1 Oppfølging og overvåkning av foretakets styrede dokumenter

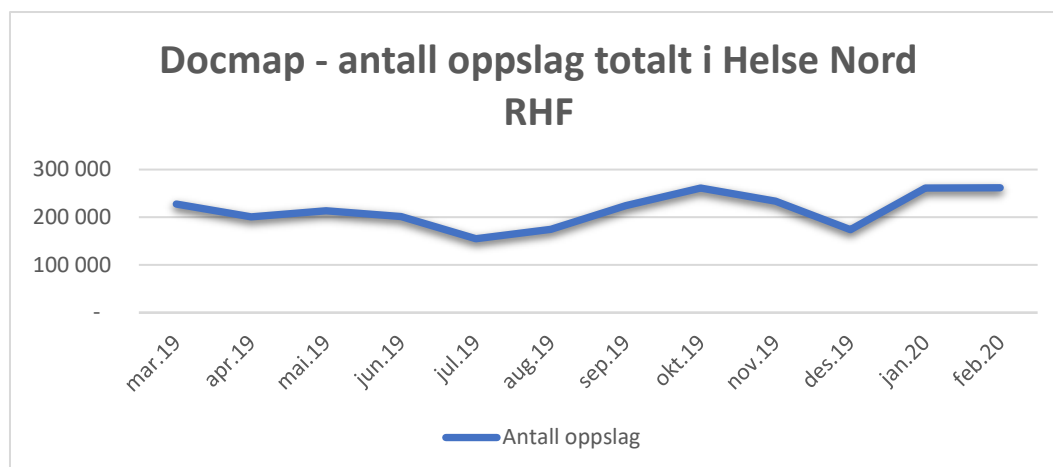
Nordlandssykehuset har 16851 styrende dokumenter i sitt kvalitetssystem (2018:16169). Styrende dokumenter blir ved utgivelse gitt revisjonsdato to år frem i tid. Ved siste registrering hadde 9 % av styrende dokumenter passert revisjonsdato (2018: 11 %). Disse dokumentene er fortsatt gyldige og i bruk.

Omorganisering av klinikker gir et omfattende arbeide med harmonisering og sammenslåing av prosedyrer og styringsdokumenter. Dokumentstrukturen i Docmap avspeiler strukturen i klinikkene. Ved omorganisering er det behov for å tilpasse dette i Docmap. Arbeidet er krevende og krever involvering av mange i berørte klinikker, stab og sentre. Det skal opprettes nye avdelinger og enheter i Docmap, prosedyrer og retningslinjer må revideres for å sikre at de er i samsvar med foretakets retningslinje for dokumentstyring. Det er behov for å kontrollere om det finnes like prosedyrer som har ulikt gyldighetsområde. Det er startet et arbeid med å slå sammen og sikre at dokumenter blir godkjent på riktig nivå.



3.2 Oppslag i Docmap

For Helse Nord som helhet har det siste året vært i gjennomsnitt ca. 216 000 oppslag på dokumenter i Docmap. Med over 18 000 ansatte i Helse Nord gir dette gjennomsnitt 12 oppslag i måneden pr. ansatt.



Av Nordlandssykehuset 16851 styrende dokumenter har det hittil år vært oppslag i 8429 av disse.

4 Status for Norsk pasientskadeerstatning- og tilsynssaker i 2019

4.1 Tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen

Fylkesmannen i Nordland har åpnet 32 tilsynssaker mot Nordlandssykehuset i 2019. Status for disse sakene er:

- 26 av sakene er ikke avgjort
- 3 saker har Fylkesmannen avgjort med «intet pliktbrudd»
- 3 saker har Fylkesmannen avgjort med «pliktbrudd»

Oversikt over opprettede tilsynssaker i perioden 2016 – 2019.

	2016	2017	2018	2019
Antall	39	49	43	32

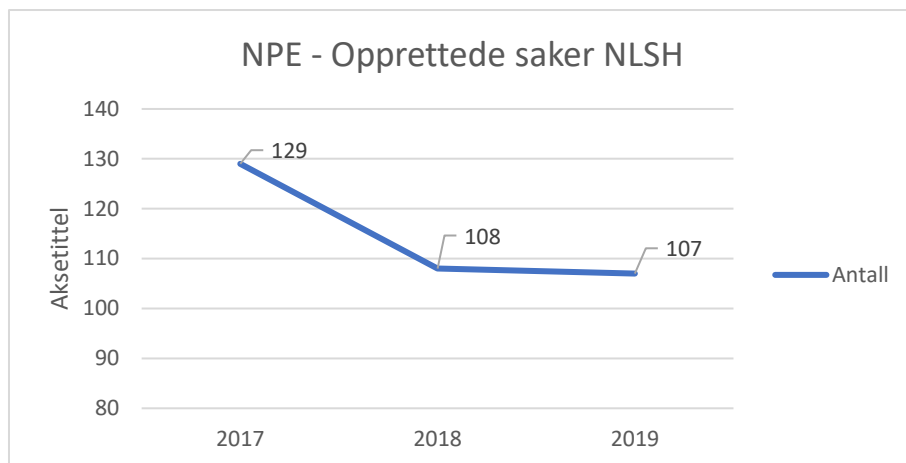
Tabell 3 Opprettede tilsynssaker mot Nordlandssykehuset, 2016-2019



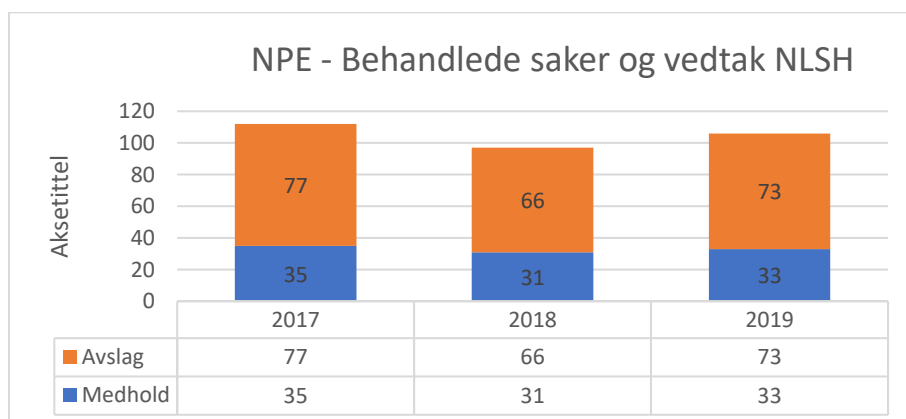
4.2 Erstatningssaker opprettet av Norsk pasientskadeerstatning

I 2019 ble det opprettet 107 saker hos Norsk pasientskadeerstatning (NPE).

Det ble totalt opprettet 107 NPE - saker mot Nordlandssykehuset i 2019. Det er nesten identisk sammenlignet med 2018 hvor det ble det opprettet 108 saker. Rapportert status på behandling av sakene fra NPE for 2019 er at det er gitt avslag 77 og medhold i 35.



Figur 8 Opprettede saker NPE 2017-2019



Figur 9 Behandlede saker NPE 2017-2019

5 Oversikt/status på eksterne tilsyn for 2018-2020

Det er varslet/gjennomført totalt 24 tilsyn (systemtilsyn) og eksterne revisjoner i 2018-2020. Tre er lukket etter at foretaket har svart opp tilsynsmyndighetene. Resterende er i prosess i form av:

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

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

Tabell med oversikt over saker og status de neste sidene.



Utført av / tilsyn/revisjonstema	Tilsyn/revisjonsdato	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. Purret opp Med.dir og leder SKSD på fremdrift		Beate Sørslett /Trine Kaspersen SKSD	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.		Hallvard Cock, avdelingsleder Hjerte.	Sak til styret i løpet av 2020
Helse Nord, klinisk fagrevisjon – adjuvant kjemoterapi etter tykktarmskreft	Gjennomføring 7 – 8 november 2017	Det ble gitt 10 anbefalinger	Fremdrift er etterspurt medisinsk direktør		Mona Stemland / Astrid Dalhaug Kreftavdelingen	Sak til styret i løpet av 2020
Riksrevisjonen, Forvaltningsrevisjon om effektiv bruk av legeressurser	Dokumentasjon oversendt riksrevisjonen den 29/9 - 2017	Rapporten er offentliggjort	Foretaket ser på hvordan vi skal bruke rapporten til forbedring.		Beate Sørslett Medisinsk direktør	Sak til styret når dette er gjort.
Fylkesmannen i Nordland, tilsyn ved Voksenpsykiatrisk poliklinikk Gravdal 24.-26. april 2018	Gravdal 24.-26. april 2018	Sluttrapport mottatt den 11/7 – 2018. Det ble i dette tilfellet avdekket et lovbrudd.	Fylkesmannen ber om redegjørelse fra foretaket på hvordan ledelsen har brukt resultat av tilsynet til å forbedre andre deler av helseforetaket hvor dette er kan være relevant. Frist for tilbakemelding er satt til 11/11 - 2019		Desirée Iselin Høgmo, Avdelingsleder / Hedda Soløy-Nilsen, klinikkssjef	Orienteringssak til styret når svar fra Fylkesmannen foreligger.
Arbeidstilsynet, tilsyn ambulansestasjoner:	Bodø, fredag 08.06, Svolvær, tirsdag 19.06, Stokmarknes, torsdag 21.06 og Oppeid, tirsdag 26.06.2018	Foretaket har mottatt rapporter fra tilsynene. Det ble gitt seks til ni pålegg.	Svare fra Arbeidstilsynet den 23/3 - 2019, alle påleggene som ble gitt er svart opp tilsynene er lukket.	Lukket	Jan Ove Edvardsen	Referatsak til styret 18.3.2020
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.	Økonomisjef Marit Barosen utarbeider en plan for å svare opp de anbefalingene som ble gitt.		Marit Barosen Økonomisjef	Saken presentert styret den 29/4 - 2019 (2019-038), oppdatering til styret innen juni 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)	Foretaket fikk den 28/10 -2019 tilbakemelding fra Statens Legemiddelverk at tilsynet ved blodbankene i Bodø, Lofoten og Vesterålen nå er lukket	Lukket	Oddny Remlo Avdelingsleder Diagnostisk klinikk	Sak til styret i april 2020



Utført av / tilsyn/revisjonstema	Tilsyn/revisjonsdato	Anbefalinger/avvik og forbedringer	Arbeidsprosess	Status	Ansvar for oppfølging og lukking	Styrebehandlet i NLSH HF
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		Diagnostikk klinikk har mottatt rapport. NA er svart opp og det avventes svar om oppfølgingen er lukket.		Liv Johansen Kvalitetsleder Diagnostisk klinikk	Sak til styret innen juni 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 april 2020
Riksrevisjonen, Forvaltningsrevisjon om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer	Frist for oversendelse av opplysninger settes til 1/7 - 2019		I prosess etterspurt informasjon/Dokumentasjon oversendt innen fristen. Foretaket har ikke mottatt rapport		Alisa Larsen, Informasjonssikkerhet.	
Internrevisjon i Helse Nord, innleie av helsepersonell i Nordlandssykehuset	2.12.2019	I prosess	Ikke mottatt rapport fra internrevisjonen		Kari Råstad, ass HR-sjef	
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.		Asbjørn Jørgensen, avdelingsleder for Kvalitet og e-helse	
Fylkesmannen i Nordland, tilsyn med spesialisthelsetjenesten, utlokaliserte pasienter	01.01 - til 31/12 - 2020	I prosess	Oppstartsmøte den 31/1 - 2020, kartlegging av utlokaliserte pasienter for angitte fagområder oversendes til fylkesmannen 25/2 - 2020		Terje Svendsen, Kvalitetsleder AKE	
Helsetilsynet, tilsynet omhandler Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev	20.1.2020	I prosess	Tilsynet gjennomføres både gjennom egenkartlegging og fysisk tilsyn. Etterspurt dokumentasjon er sendt over til Helsetilsynet den 30/1 - 2020		Oddny Remlo, avdelingsleder Laboratoriemedisin Lill Angelsen, klinikkssjef Diagnostisk	



Utført av / tilsyn/revisjonstema	Tilsyn/revisjonsdato	Anbefalinger/avvik og forbedringer	Arbeidsprosess	Status	Ansvar for oppfølging og lukking	Styrebehandlet i NLSH HF
Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, tilsyn med medisinsk strålebruk i NLSH HF	17/2 - 2020: Vesterålen 18/10 - 2020: Lofoten 19/10 - 2020: Bodø	I prosess			Line Horn Sivertsen, avdelingsleder Radiologi	
Mattilsynet, tilsyn på vannforsyningssystemenes distribusjonssystem.	2020	I prosess			Lennart Nilsen D&E	
Helsetilsynet, Tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker - egenvurdering	feb.2020	I prosess	Utfylling av egenvurderingsskjema er satt i gang		Petter Øyen, seksjonsleder forskning	
Riksrevisjonen, Forvaltningsrevisjon av investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene - hovedanalyse	20.2.2020	I prosess	Navn på kontaktperson etterspurt dokumentasjon er sendt over Riksrevisjonen		Marit Barosen Økonomisjef	
Arbeidstilsynet, Tilsyn - Melding om tilsyn - Salten DPS Voksenpsykiatrisk poliklinikk Bodø	24.03.2020	I prosess			Hedda Soløy-Nilsen Kliniksjeff PHR - klinikken	
Arbeidstilsynet, Tilsyn - Melding om tilsyn - Salten DPS Voksenpsykiatrisk poliklinikk Fauske	26.03.2020	I prosess			Hedda Soløy-Nilsen Kliniksjeff PHR - klinikken	

Tabell 4 Oversikt på tilsyn og revisjoner NLSH HF