



STYRESAK

Styresak:	7/2022
Møtedato:	26.01.2022
Arkivsak:	2022/33-1
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

Orienteringssaker til styremøte 26.01.2022

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar orienteringssakene til orientering.

1. Informasjon fra administrerende direktør til styret – *mundlig*
2. Salg av Åsgårdmarka - *mundlig*
3. Håndteringen av Covid i UNN - *mundlig*
4. Kvalitet- og pasientsikkerhet - pasienthistorie – *mundlig*
5. Oppdaterte resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer – *skriftlig og muntlig*
(vedlegg til saken i egen forsendelse)
6. Orientering om § 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF - *skriftlig*
7. Statusrapport internrevisjoner ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2021 – *skriftlig*

Tromsø, 14.01.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	26.01.2022
Arkivsak:	2020/11231-6
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

Oppdaterte resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer

Bakgrunn

Nasjonale kvalitetsindikator sammenligner kvaliteten ved norske sykehus. Helsedirektoratet publiserte 02.12.2021 nye resultater for 101 av 188 nasjonale kvalitetsindikatorer. Resultatene er i hovedsak fra tidsperioden 2020 eller andre tertial 2021.

Formål

Orienterer styret om resultatene for Universitetssykehuset Nord- Norge HF (UNN).

Saksutredning

Oppdaterte resultater er vedlagt.

Det er flere resultater der UNN utpeker seg positivt:

- UNN gir kransårerøntgen innen 72 timer til en stor andel av pasientene > 85 år med hjerteinfarkt (NSTEMI)
- Lav andel fødsler uten større inngrep eller komplikasjoner hos førstegangsfødende
- Forbruket av bredspektret antibiotika er lav
- Få barn med Diabetes type 1 opplever akutte komplikasjoner
- Andelen pasienter med akutt hjerneslag som har fått tverrfaglig funksjonsvurdering innen 7 dager etter innleggelse i slagenhet er høy
- UNN har lav andel bruk av tvang i psykisk helsevern

Noen områder der UNN var under landsgjennomsnittet:

- Indikatorer for tilgjengelighet
- Strykninger av planlagte operasjoner

UNN har lav andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysbehandlet og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse. En intern gjennomgang har vist feil i registrering i datagrunnlaget. Tall fra det nasjonale medisinske kvalitetsregisteret for hjerneslag viser at UNN har høy måloppnåelse.

UNN har lav andel pasienter >65 år med hoftebrudd som blir operert som ø-hjelp innen 24 og 48 timer. Dette er forårsaket av feil i rapporteringen fra DIPS til NPR, og det jobbes med å rette opp i dette.



Vurdering

UNN hadde i likhet med de andre helseforetakene i Helse Nord utfordringer med fristbrudd, ventetid og kreftpakkeforløp i andre tertial 2021. Oppfølgingen av dette er redegjort for i tidligere Kvalitets- og virksomhetsrapporter.

De øvrige kvalitetsindikatorene er i stor grad på eller over landsgjennomsnittet.

Tromsø, 14.01.2022

Anita Schumacher (s.)
Administrerende direktør

Vedlegg

- Publisering av nasjonale kvalitetsindikatorer 02.12.2021



ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	26.01.2022
Arkivsak:	2021/168-4
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

Orientering om § 3-3-a varsler til Statens helsetilsyn fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Bakgrunn

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) skal straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten i henhold til spesialisthelsetjenesteloven §3-3a. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

Formål

Orienterer styret om alvorlige hendelser ved UNN som er varslet til Statens helsetilsyn.

Saksutredning

I perioden 16.08-31.12.2021 har UNN sendt 17 varsler til Statens helsetilsyn i henhold til spesialisthelsetjenesteloven §3-3a:

- 14 varsler er overført til Statsforvalter for tilsynsmessig vurdering
- 3 varsler er avsluttet uten tilsynsmessig oppfølging

En kortfattet og anonymisert oversikt over de enkelte varslene er vedlagt.

Vurdering

UNN varsler alvorlige hendelser og følger opp pårørende i tråd med gjeldende regelverk. UNN gjennomgår alvorlige hendelser for å finne forbedringsområder.

Tromsø, 14.01.2022

Anita Schumacher (s.)
Administrerende direktør



Hva skjedde	Konsekvens	Møte med pårørende	Status på tilsyn	Vurdering og interne forbedringstiltak*
Pasient fikk hjertestans dagen etter kreftoperasjon	Død	Ja	Avsluttet etter innledende undersøkelser	Ikke funnet forbedringsområder som ville påvirket utfallet. Gjennomgått i kollegiet.
Påvist utposing av hovedpulsåre under og ble planlagt utredet med tanke på behandling. I mellomtiden akutt innlagt med ryggsmerte og døde brått. Obduksjon viste at dødsårsaken var sprukket hovedpulsåre.	Død	Ja	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Under intern gjennomgang
Flere måneder forsinket diagnose av brystkreft	Alvorlig skade	Ja	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Omfattende arbeid med å forbedre bl.a. arbeidsflyt, rutiner for hastegradsvurdering og oversende pasienter til private røntgeninstitutt ved kapasitetsbrist.
Planlagt behandling av godartet svulst. Komplikasjon med tilstopping av blodtilførsel til flere indre organer.	Alvorlig skade	Ja	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Ikke funnet forbedringsområder som ville påvirket utfallet. Revidert rutiner for informasjon og dokumentasjon i forbindelse med inngrepet.
Større blødning i forbindelse med fødsel. Medførte dårlig blodforsyning til hjernen og hjerneslag.	Alvorlig skade	Ja	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Ikke funnet forbedringsområder som ville påvirket utfallet. Gjennomgått blødningsprosedyrer i kollegiet og justert rutiner for utløsning av alarm.
Noen uker forsinket diagnostikk av brystkreft	Alvorlig skade	Ja	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Omfattende arbeid med å forbedre bl.a. arbeidsflyt, rutiner for hastegradsvurdering og oversende pasienter til private røntgeninstitutt ved kapasitetsbrist.
Pasient fikk hjertestans i forbindelse med innleggelse av sentralt venekateter (plastrør som legges i dyptliggende blodkar for å gi legemidler)	Død	Ja	Avsluttet etter innledende undersøkelser	Ikke funnet forbedringsområder som ville påvirket utfallet. Gjennomgått i kollegiet.



Selv mord hos pasient som hadde permisjon fra innleggelse i psykisk helsevern.	Død	Ja	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Under intern gjennomgang
Selv mord hos pasient som fikk poliklinisk behandling i psykisk helsevern.	Alvorlig skade	Ja	Avsluttet etter innledende undersøkelser	Under intern gjennomgang
Skade på tarm i forbindelse med dagkirurgisk blokking og knusing av gallesten.	Alvorlig skade	Ja	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Under intern gjennomgang
Skade på gallegang i forbindelse med inngrep på galleveiene.	Alvorlig skade	Ja	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Under intern gjennomgang
Pasient som ble intensivbehandlet for alvorlig forløp med covid-19 som i utgangspunktet har alvorlig prognose. Umiddelbar dødsårsak var blodforgiftning av bakterien pseudomonas	Død	Ja	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Omfattende arbeid har medført styrkede smittevernrutiner uten at smittekilde er identifisert. Påvist tilfeller av samme bakteriestamme ved andre sykehus i regionen. Etablert regional utbruddsgruppe for å finne smittekilde.
Pasient som ble intensivbehandlet for alvorlig forløp med covid-19 som i utgangspunktet har alvorlig prognose. Umiddelbar dødsårsak var blodforgiftning av bakterien pseudomonas.	Død	Ja	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Omfattende arbeid har medført styrkede smittevernrutiner uten at smittekilde er identifisert. Påvist tilfeller av samme bakteriestamme ved andre sykehus i regionen. Etablert regional utbruddsgruppe for å finne smittekilde.
Pasient som ble intensivbehandlet for alvorlig forløp med covid-19 som i utgangspunktet har alvorlig prognose. Umiddelbar dødsårsak var blodforgiftning av bakterien pseudomonas.	Død	Ja	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Omfattende arbeid har medført styrkede smittevernrutiner uten at smittekilde er identifisert. Påvist tilfeller av samme bakteriestamme ved andre sykehus i regionen. Etablert regional utbruddsgruppe for å finne smittekilde.



Selvord hos pasient som fikk poliklinisk behandling i psykisk helsevern	Død	Ja	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Under intern gjennomgang
Selvord hos pasient i etterkant av utskrivelse fra psykisk helsevern	Død	Ja	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Under intern gjennomgang
Planlagt operasjon med fjerning av galleblære. Skade på tarm i forbindelse med inngrepet og utvikling av blodforgiftning.	Alvorlig skade	Ja	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Under intern gjennomgang



ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	26.01.2022
Arkivsak:	2020/9729-3
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

Statusrapport internrevisjoner ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2021

Bakgrunn

Internrevisjon er en systematisk, uavhengig og dokumentert prosess for å avklare om aktiviteter og resultater er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, eller sykehusets interne dokumenter. Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gjennomfører internrevisjoner både på foretaksnivå og klinikk- og senternivå.

Styret orienteres årlig om status på internrevisjoner som er gjennomført på foretaksnivå.

Formål

Informere styret om funn fra internrevisjoner og status på oppfølgingen av disse.

Saksutredning

Fem internrevisjoner ble gjennomført i 2021. Disse er kort oppsummert i vedlagte styrerapporter:

- R01-21 Diagnostisk klinikk - systematisk HMS
- R02-21 Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken - systematisk HMS
- R03-21 Barn som pårørende
- R05-21 Transfusjon av blodprodukter
- R06-21 Likeverdige helsetjenester

Tre internrevisjoner er forsinket:

- R04-21 Legemiddelhåndtering og R07-21 Ledelse i UNN. Rapportene ferdigstilles februar 2022.
 - R08-21 LIS 2-3 Veiledning og godkjenning av læringsmål planlegges gjennomført i løpet av 2022.
- Årsaken til forsinkelsene er sykefravær hos revisjonsleder og omdisponeringer som følge av pandemien.

Vurdering

Internrevisjonene ved UNN er i hovedsak gjennomført i tråd med revisjonsprogrammet for 2021. Revisjonene har avdekket enkelte avvik som følges opp i egne handlingsplaner.



Tromsø, 14.01.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Styrerapport R01-21 Diagnostisk klinikk - systematisk HMS
2. Styrerapport R02-21 Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken - systematisk HMS
3. Styrerapport R03-21 Barn som pårørende
4. Styrerapport R05-21 Transfusjon av blodprodukter
5. Styrerapport R06-21 Likeverdige helsetjenester

Styrerapport – internrevisjon, foretaksnivå UNN

R01-21 Diagnostisk klinikk-HMS revisjon

Elements saksnr	2021/2638
Status	Under oppfølging
Revisjonskonklusjon	En merknad og ett forbedringsforslag
Internrevisjon	
Melding sendt	18. mars 2021
Revisjonstema	Systematisk HMS arbeid i klinikk, avdeling og seksjon
Revisjonshandling	Revisjonen er gjennomført som en dokumentgjennomgang
Tidspunkt for revisjonshandling	UKE 15-17
Revisjonsgrunnlag	<ul style="list-style-type: none"> • Forskrift om systematisk HMS-arbeid • Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten • RL1334 KVAM-strukturen - sammensetning og oppgaver for utvalg og grupper • RL3526 Vernetjenesten ved UNN HF • PR7468 Årlig kvalitetsplan og årshjul - HMS • MS1029 Måldokument HMS 2020-2021 UNN HF • MS0194 Helse-, miljø- og sikkerhetsstrategi for UNN HF <p><u>Dokumentasjon fra klinikken:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Oversikt KVAM-medlemmer i utvalg og gruppe • Referat fra KVAM-gruppemøter 2020 i Røntgenavdelingen • Årsplan 2020 for KVAM-utvalg og KVAM-gruppe • Protokoll fra vernerunder på Røntgenavdelingen og Brystdiagnostisk senter (BDS)
Involverte klinikker/senter	Diagnostisk klinikk
Revisjonsrapport	Ferdigstilt 19. mai 2021
Revisjonskonklusjon	<p>Merknad Manglende personlige vararepresentanter i KVAM utvalg <u>Bakgrunn for merknad</u> Faste medlemmer i KVAM utvalget skal ha personlige vararepresentanter</p> <p>Forbedringsforslag KVAM-utvalg- og gruppe anbefales å ha et fast punkt på sakslisten med «Innspill fra avdeling/seksjon». Dette for å sikre at HMS- relaterte saker og innspill behandles i KVAM strukturen.</p>
Handlingsplan	
Koordineringsansvar	Diagnostisk klinikk
Frist for godkjenning av handlingsplan	
Kommentar	

8.12.21

Line Lura

Rådgiver/ Kvalitetsavdeling

Fag- og kvalitetsavdelingen

Styrerapport – internrevisjon, foretaksnivå UNN**R01-21(2) K3K- HMS revisjon**

Elements saksnr	2021/2637
Status	Under oppfølging
Revisjonskonklusjon	Ingen grunnlag for avvik eller merknader
Internrevisjon	
Melding sendt	18. mars
Revisjonstema	Systematisk HMS arbeid i klinikk, avdeling og seksjon
Revisjonshandling	Revisjonen er gjennomført som en dokumentgjennomgang
Tidspunkt for revisjonshandling	Uke 15-17
Revisjonsgrunnlag	<ul style="list-style-type: none"> • Forskrift om systematisk HMS-arbeid • Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten • RL1334 KVAM-strukturen - sammensetning og oppgaver for utvalg og grupper • RL3526 Vernetjenesten ved UNN HF • PR7468 Årlig kvalitetsplan og årshjul - HMS • MS1029 Måldokument HMS 2020-2021 UNN HF • MS0194 Helse-, miljø- og sikkerhetsstrategi for UNN HF <p><u>Dokumentasjon fra klinikken:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Oversikt KVAM-medlemmer i utvalg og grupper • Referat fra KVAM-gruppemøter 2020 for Kvinneklinikken og Føde- og gynekologisk seksjon Harstad • Årsplan 2020 for KVAM-utvalg og berørte KVAM-grupper 2020 • Protokoll fra vernerunder i Kvinneklinikken og Føde- og gynekologisk seksjon Harstad
Involverte klinikker/senter	Kirurgi,- kreft- og kvinnehelseklinikken
Revisjonsrapport	Ferdigstilt 19. mai 2021
Revisjonskonklusjon	Klinikken benytter KVAM strukturen for systematisk behandling og oppfølging av HMS mål og planer. Det er ingen grunnlag for avvik eller merknader.
Handlingsplan	
Koordineringsansvar	
Frist for godkjenning av handlingsplan	
Kommentar	

8.12.21

Line Lura

Rådgiver/ Kvalitetsavdeling

Fag- og kvalitetsavdelingen

Styrerapport – internrevisjon, foretaksnivå UNN

R03-21 Barn som pårørende

Elements saksnr	2021/1076
Status	Under oppfølging
Revisjonskonklusjon	Det gis ett avvik og fire anbefalinger på foretaksnivå
Internrevisjon	
Melding sendt	23.2.21
Revisjonstema	Barn som pårørende, herunder: <ul style="list-style-type: none"> • kjennskap til- og etterlevelse av gjeldende lovverk, retningslinjer og prosedyrer • kartlegging, dokumentasjon og oppfølging av barn/søsken som pårørende
Revisjonshandling	Revisjon ble gjennomført ved dokumentgjennomgang og intervju
Tidspunkt for revisjonshandling	Intervju ble gjennomført uke 14 Dokumentgjennomgang ble gjennomført i uke 14-15
Revisjonsgrunnlag	<ul style="list-style-type: none"> • Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten • Helsepersonelloven §10 a og b • Spesialisthelsetjenesteloven §3-7a • RL2102 Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten • PR11066 Barn som pårørende 1 • PR45943 Barn som pårørende 2 • PR45944 Barn som pårørende 3 • PR45945 Barn som pårørende 4 • PR45196 Registrering og dokumentasjon av barn og mindreårige søsken som pårørende EPJ DIPS • OL3020 Barn som pårørende – prosedyrekort Helse Nord for utskrift A4 • PR49089 Melding til barnevernet • Tilsendte lokale retningslinjer og dokumenter
Involverte klinikker/senter	Barne- og ungdomsklinikken, Kirurgi, kreft og kvinnehelseklinikken, Psykisk helse- og rusklinikken
Revisjonsrapport	Ferdigstilt 11. mai 2021
Revisjonskonklusjon	<p>Revisjonen finner at arbeid med barn som pårørende er høyt prioritert. Det er god kjennskap til innhold i gjeldende lovverk, prosedyrer og retningslinjer. De reviderte enhetene redegjør godt for hvordan de identifiserer, kartlegger og følger opp barn og søsken. Det er utarbeidet lokale retningslinjer og oppnevnt barneansvarlige. Alle revisjonsenheter snakker med pasienten om barn/søsken. Videre tilbys samtale med barnet og besøk i avdelingen. Overnevnte funn oppfattes som svært positive og viser en praksis som er i samsvar med revisjonsgrunnlaget. Det gis ett avvik og fire anbefalinger på foretaksnivå:</p> <p>Avvik 1: Manglende tildeling/utfylling av kompetanseplan med obligatorisk e-læringskurs.</p>

	<p><u>Revisjonsgrunnlag:</u> Barn som pårørende – 1. Fagprosedyre Helse Nord (Dok.nr. PR11066)</p> <p><u>Begrunnelse:</u> Under intervjuene kommer det frem at flere ikke har kjennskap til- eller har fullført det obligatoriske e-læringskurset. Oppslag i kompetanseportalen bekrefter dette. Det fremgår også at noen av de intervjuede ønsker seg mer opplæring eller at de vet om kolleger som har et slikt behov.</p> <p>Anbefaling 1: Sikre at lokale retningslinjer (på avdelings-/seksjonsnivå) tydelig beskriver roller, ansvar og oppgavefordeling.</p> <p>Anbefaling 2: Sikre at avdeling/seksjon etterlever overordnede rutiner for dokumentasjon av arbeid med barn som pårørende i DIPS. Påse at medarbeidere er kjent med- og følger disse.</p> <p>Anbefaling 3: Øke fokus på samhandling.</p> <p>Anbefaling 4: Presentere resultatene av revisjonen for klinikkbarneansvarlige.</p>
Handlingsplan	
Koordineringsansvar	<p>Ref. handlingsplan: Avvik 1, anbefaling 1 og 2 følges opp av klinikksjefer.</p> <p>Anbefaling 3 og 4 følges opp av senterleder Forsknings- og utdanningscenteret.</p>
Frist for godkjenning av handlingsplan	Handlingsplan vedtatt på kvalitetsutvalgsmøte 19.10.21.
Kommentar	

09.12.21

Anja Kjærland
Rådgiver/ Kvalitetsavdelingen
Fag- og kvalitetssenteret

Styrerapport – internrevisjon, foretaksnivå UNN

R05-21: Transfusjon av blodprodukter og ID-sikring

Elements saksnr	2021/4145
Status	Under behandling
Revisjonskonklusjon	Revisjonen finner grunnlag for å gi tre avvik og en anbefaling på foretaksnivå. Det er også beskrevet ett bifunn som må følges opp i linje.
Internrevisjon	
Melding sendt	11. august 2021
Revisjonstema	Transfusjon av blodprodukter og ID-sikring, avgrenset til: <ul style="list-style-type: none"> • dokumentert obligatorisk opplæring i blodtransfusjon • dokumentert ID-kontroll i forbindelse med transfusjon av blodprodukter • forbedringstiltak for å sikre tilstrekkelig opplæring og dokumentasjon
Revisjonshandling	Revisjon ble gjennomført ved dokumentgjennomgang og intervju
Tidspunkt for revisjonshandling	Intervjuer ble gjennomført i uke 41 og 42 Gjennomgang av dokumentasjon ble gjennomført i uke 40 og 41.
Revisjonsgrunnlag	<ul style="list-style-type: none"> • Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten • Forskrift om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre (blodforskriften) • PR29709 Transfusjonsrutiner • PR30675 Merking av blodprodukter og følgeskriv • SJ4944 Skjema for transfusjon av blodprodukter • PR44289 Bedside ID-Kontroll og transfusjonskvittering • PR37915 Elektronisk transfusjonskvittering via DIPS • SJ1375 Meldeskjema for transfusjonsreaksjoner • SJ11218 Følgeseddel for transfusjon av blodprodukter • PR18556 Pasientidentitet ID-merking og ID-kontroll UNN • PR31377 Alvorlige og utilsiktede pasienthendelser: håndtering av pasienter, pårørende, helsepersonell og korrekt melding og varsling • PR48656 Stikkprøvebasert undersøkelse hos avdelinger som bestiller blodprodukter til transfusjon • SJ10384 Sjekkliste for stikkprøvebasert undersøkelse hos avdelinger som transfunderer blodprodukter • RL8493 Ansvar, myndighet og oppgaver for å sikre opplæring i UNN
Involverte klinikker/senter	Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken, Medisinsk klinikk, Operasjons- og intensivklinikken, Diagnostisk klinikk
Revisjonsrapport	Ferdigstilt 16.11.21
Revisjonskonklusjon	Revisjonen finner at det er god kjennskap til opplæringskravene og at transfusjoner utføres av opplært personale. Videre kan det dokumenteres gjennomført ID-kontroll, men det er usikkert om samtlige er utført korrekt da det fremgår at person nummer to ikke alltid går inn på pasientrommet. Blant forbedringstiltak for å sikre

	<p>opplæring og dokumentasjon av opplæring sees en vellykket overgang til nytt E-læringskurs og positiv utvikling i form av økt tildeling og gjennomføring av kompetanseplanen «UNN-Transfusjon av blodprodukter». Avslutningsvis finner revisjonen forbedringspotensial når det gjelder oppfølging av rutine for stikkprøvebaserte undersøkelser og dokumentasjon på utførte transfusjoner. Implementering av Bedside ID-kontroll vil være et tiltak som kan heve pasientsikkerheten og dette arbeidet pågår per november 2021.</p> <p><u>Avvik 1: Mangelfull gjennomføring av kontrollrutine.</u> Revisjonsgrunnlag: Transfusjonsrutiner (PR29709) Begrunnelse: Under intervju beskriver to av tre reviderte enheter at person nummer to ikke alltid går inn til pasienten. Når kontrollen foregår utenfor pasientrommet er det ikke mulig å gjennomføre den på korrekt måte. Dette er avvik fra rutinen og en trussel for pasientsikkerheten.</p> <p><u>Avvik 2: Ufullstendig oppfølging av rutine for stikkprøvebasert undersøkelse</u> Revisjonsgrunnlag: stikkprøvebasert undersøkelse hos avdelinger PR48656</p> <p>Begrunnelse: Revisjonen får under intervju opplyst at det er gjennomført ti observasjoner i ulike kliniske avdelinger. Her ble det ikke funnet avvik. Etter dette stoppet arbeidet opp. Prosedyren viste seg å være mer ressurskrevende enn antatt og blodbanken ser behov for å revidere den dersom den skal videreføres.</p> <p><u>Avvik 3: manglende dokumentasjon av blodtransfusjon</u> Revisjonsgrunnlag: Blodforskriften § 3, 1 og andre ledd 2, Bedside ID-kontroll (PR37915)</p> <p>Begrunnelse: Det ble i dokumentgjennomgangen identifisert en transfusjon som ikke kan dokumenteres. Under intervju med blodbank blir det klart at manglende dokumentasjon er en utfordring på tvers av lokalisasjoner og det vises til avviksdatabaser fra rapporten «Tilbakemelding på transfusjonsforløp årsrapport UNN 2020», gjengitt i vedlegg 2.</p> <p><u>Anbefaling 1: Sikre en arena for dialog mellom blodbank og klinikker</u></p>
Handlingsplan	
Koordineringsansvar	Ikke avklart per 09.12.21. Revisjonen presenteres for kvalitetsutvalget 25.1.22.
Frist for godkjenning av handlingsplan	Se kommentar over.
Kommentar	

09.12.21

Anja Kjærland
*Rådgiver/ Kvalitetsavdelingen
Fag- og kvalitetssenteret*

Styrerapport – internrevisjon, foretaksnivå UNN

R06-21: Likeverdige helsetjenester

Elements saksnr	2021/3720
Status	Under oppfølging
Revisjonskonklusjon	Det er funnet grunnlag for å gi fire anbefalinger, ingen avvik.
Internrevisjon	
Melding sendt	3. februar 2021
Revisjonstema	Likeverdige helsetjenester; Tema var besluttet omhandle pasienter med lidelse innen rusmiddelavhengighet og/eller psykisk lidelse inneliggende i UNN, både i somatiske avdeling og avdelinger innen psykiske helse og rus. Revisjon skulle bekrefte at UNN har implementert et system som sikrer at pasienter med komorbid somatisk lidelse mottar likeverdig oppfølging og behandling.
Revisjonshandling	Revisjon ble gjennomført ved dokumentgjennomgang og intervju
Tidspunkt for revisjonshandling	Intervju ble gjennomført i uke 10 Dokumentgjennomgang ble gjennomført i uke 8-12
Revisjonsgrunnlag	<ul style="list-style-type: none"> • Spesialisthelsetjenesteloven • Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) • Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse - og omsorgssektoren §§6-9 • Veil. til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (IS-2620) • RL2425- Tilsynsanmodning fra somatikk til psykiatri og vice versa Tromsø • RL7242- Flytskjema for henvisninger, tilsynsanmodninger og bestilling av undersøkelse under innleggelse • RL8493- Ansvar, myndighet og oppgaver for å sikre opplæring i UNN • Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer (pakkeforløp): https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer
Involverte klinikker/senter	Psykisk helse- og rusklinikken, Medisinsk klinikk, Hjerte- og lungeklinikken
Revisjonsrapport	Ferdigstilt 14.4.21
Revisjonskonklusjon	<p>Hovedintrykk etter gjennomført revisjon er positivt. Det er en tydelig omforent forståelse for praksis på tvers av fagområder somatikk og psykisk helse og rus. Det er funnet grunnlag for å gi fire anbefalinger, ingen avvik. Følgende anbefalinger er gitt:</p> <p>Anbefaling 1: opplæring og kompetanse- psykisk helse og rus <i>Styrke somatisk kompetanse i psykisk helse og rus fagområde.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vurdere tiltak for å sikre at ansvarlig behandler innehar kompetanse for å vurdere indikasjon og kontraindikasjon i bruk av psykofarmaka, når pasient har somatisk diagnose.

	<ul style="list-style-type: none"> • Vurdere tiltak for å sikre at helsepersonell innehar kompetanse for å kunne observere somatiske bivirkninger og symptombilder. Særlig vektas dette overfor pasienter med manglende samarbeidsevne og som ikke uttrykker sine somatiske plager. <p>Anbefaling 2: opplæring og kompetanse- somatikk <i>Styrke kompetanse for nødvendig tilrettelegging ved polikliniske somatiske tilsyn.</i> Hensikt er å sikre forståelse for hva som er nødvendig å gjøre for tilrettelegging og hvorfor dette er nødvendig når pasienter ikke har samarbeidsevne.</p> <p>Anbefaling 3: omgivelser og organisering Det bør vurderes om det er strukturelle hindringer for å ivareta gode tilsyn og undersøkelser av pasienter med manglende samarbeidsevne.</p> <p>Anbefaling 4: Revidering/implementering av prosedyre RL 2425 Innhold bør revideres i samarbeid med somatikk ettersom prosedyre omhandler beskrivelser for begge fagområder.</p>
Handlingsplan	
Koordineringsansvar	Fag- og kvalitetssenteret koordinerer. Samarbeid med PHRK, NOR, MK, K3K, HLK. Besluttet i Kvalitetsutvalg mai 2021.
Frist for godkjenning av handlingsplan	1.10.21
Kommentar	Oppfølging av anbefalinger er under oppfølging. Som følge av driftsituasjon knyttet til korona bes det om at frist forlenges. Tiltaksplan er ikke utarbeidet.

8.12.2021

Hege Signete Fredheim-Kildal
 Rådgiver/Kvalitetsavdeling
 Fag- og kvalitetssenteret