



Styresak 083-2018

Kvalitets-/styringssystemet og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 2-2018

Saksbehandler: Asbjørn Jørgensen m.fl.

Dato dok: 01.11.2018

Møtedato: 12.11.2018

Vår ref: 2010/1702

Vedlegg (t): Kvalitets-/styringssystem og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 2-2018

Innstilling til vedtak:

1. Styret viser til saksutredningen og ber om at kunnskapen fra ulike målinger og verktøy settes i sammenheng med strategisk utviklingsplan, og brukes som bakgrunn for de tiltak som iverksettes innenfor arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet

Direktørens vurdering:

Kvalitets- og styringssystemet handler om mange og ulike aspekter ved sykehusdrift, både knyttet til direkte pasientbehandling og til systemene vi etablerer rundt pasientbehandlingen. Det er derfor mange forhold som skal på plass før Nordlandssykehuset kan nå sin visjon om å være ledende på kvalitet. En forutsetning for å nå dette ambisiøse målet er at alle deler av organisasjonen, både ansatte med og uten direkte pasientkontakt, må bli gode på å drive kontinuerlig kvalitets- og forbedringsarbeid.

Direktøren erkjenner at en viktig forutsetning for å lykkes er at vi på foretaksnivå 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 vil involvere de fleste av våre ansatte. Det er derfor et ledelsesansvar å sørge for at forbedringsarbeidet, stort som smått, alltid blir oppfattet som en prioritert oppgave for Nordlandssykehusets medarbeidere.

I et slikt system vil kompetanseheving og læring på tvers av klinikker, enheter, staver, fag og profesjoner måtte vektlegges, på mange områder i større grad enn det vi får til i dag. Gjennom det videre arbeidet med konkretisering og implementering av strategisk utviklingsplan vil læringen på tvers sammen med nødvendig kompetanseheving være helt sentrale element.

Hovedtrekk fra rapporten «Kvalitets-/styringssystem og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 2-2018»

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

- Foretakets arbeid med styrende dokumenter i Docmap
- Foretakets arbeid med hendelser i Docmap
- Tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen 2018 – status
- Eksterne tilsyn og revisjoner 2017/2018 – status

Nedenfor er noen hovedtrekk i den vedlagte rapporten belyst.

Foretakets arbeid med styrende dokumenter i Docmap

Nordlandssykehuset har 15936 styrende dokumenter. Det jobbes kontinuerlig med å sikre at styrende dokumenter til enhver tid skal være oppdatert og tilgjengelig.

Foretakets arbeid med hendelser i Docmap

Det totale antall hendelser har over flere år holdt seg relativt stabilt. For samhandlingsavvik er det en markant nedgang fra 1. til 2. tertial i år.

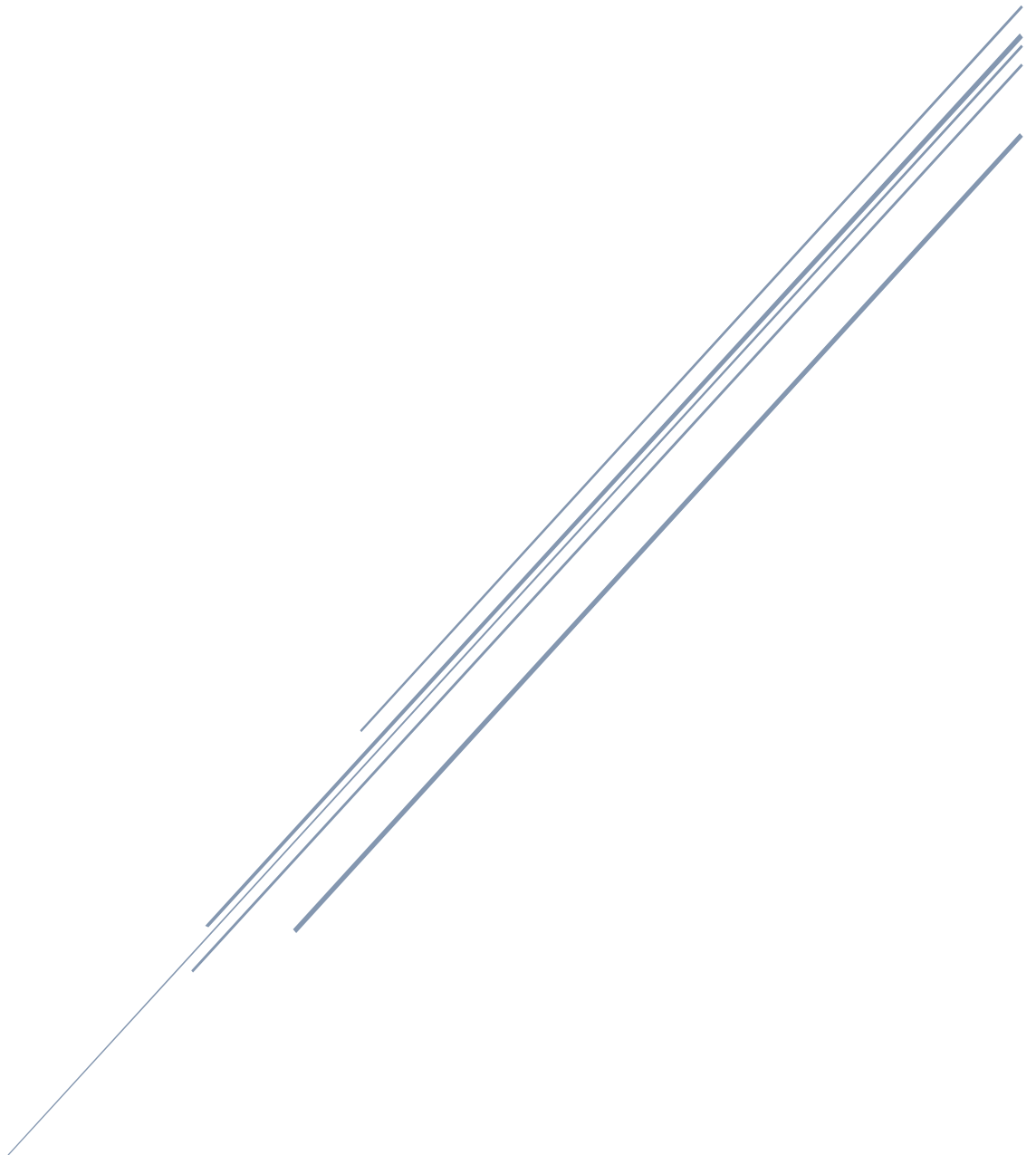
Tilsynssaker

Varslingsaker til Statens helsetilsyn holder seg stabilt, mens det har vært en liten nedgang i antallet tilsynssaker siden i fjor. Det jobbes kontinuerlig med endringer i organisering og rutiner med formål å forhindre gjentakelser.

Eksterne tilsyn og revisjoner

Det er varslet/gjennomført totalt 22 eksterne tilsyn og revisjoner hvorav syv er lukket etter at foretaket har svart opp tilsynsmyndighetene.

KVALITETS-/STYRINGSSYSTEM
OG TILSYNSSAKER VED
NORDLANDSSYKEHUSET HF
2-2018



Nordlandssykehuset HF

Innhold

1. Innledning	3
2. Status styrende dokumenter og hendelser	3
Det nasjonale klassifiseringssystemet	3
Styrende dokumenter i Nordlandssykehuset	4
Antall meldte hendelser og antall meldere	4
Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset	4
Saksbehandlingsflyt.....	7
Hendelsestyper i 2. tertial 2018	7
Fordeling på årsakstype 2. tertial 2018.....	8
Pasienthendelser meldt i perioden 2016-2. tertial 2018 og andel sendt over til Helsedirektoratet i henhold til §3-3	9
3. Status for tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen 2017	9
4. Oversikt/status på eksterne tilsyn (systemtilsyn) og revisjoner for 2016/2017	10

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

Ved å presentere Nordlandssykehuset kvalitet- og styringssystem i en samlet rapport, gjør man det enklere for foretaksledelsen å prioritere satsningsområder og tiltak i tråd med behovet for kontinuerlig og målrettet forbedringsarbeid for læring og kvalitetsheving.

Rapporten med statusoppdatering er en del av dette arbeidet, og legges frem for styret tre ganger pr. år. Rapportering i mars er for foregående år. Rapportering i juni og november er pr 1. og 2. tertial. Denne rapporten er en statusoppdatering per 1. september 2018.

2. Status styrende dokumenter og hendelser

Presentasjonen av tall knyttet til styrende dokumenter¹ og behandling av uønskede hendelser er en del av et pågående arbeid med å definere et sett med mål knyttet til Nordlandssykehusets kvalitetssystem og forbedringsarbeid. Etablering av nøkkeltall som kan følges over tid vil bidra til en bedre oversikt over styrings- og avvikssystemet, og hvilke effekt det har på foretakets systematiske forbedringsarbeid.

Foretaket har tradisjonelt kun rapportert pasienthendelser som er meldepliktige i henhold til spesialisthelsetjenestelovens §3-3. Fra januar 2017 ble felles nasjonalt klassifiseringssystem for uønskede hendelser implementert og tatt i bruk i Helse Nord. Det nye systemet gjelder både for avvik (hendelser som ikke direkte involverer pasient) og pasienthendelser. Siden avvik også kan *føre til* pasienthendelser har en fra 2017 valgt å bruke den nasjonale klassifiseringen også på avvik.

Det nasjonale klassifiseringssystemet

Et godt klassifikasjonssystem gir større mulighet til å identifisere både alvorlig systemsvikt og områder for læring og forbedring. Det bidrar også til oversikt over problem- og risikoområder der man ved å iverksette tiltak kan redusere risikoen for at tilsvarende hendelser skjer på nytt².

- Det nasjonale klassifiseringssystemet er bygget opp etter de samme prinsippene World Health Organization (WHO) bruker i sitt klassifikasjonssystem. De fleste hovedgruppene i WHO-klassifikasjonen er beholdt. Kategorier som har vist seg ikke å ha verdi i lærings- og forbedringsarbeid verken lokalt, nasjonalt eller internasjonalt er forkastet.
- Brukergrensesnittet skal være enkelt, og kategoriene skal beskrives med enkle hjelpetekster og operasjonelle definisjoner.
- Klassifikasjonssystemet kan brukes på alle typer uønskede pasienthendelser og nesten-uhell, også hendelser som ikke er meldepliktige til Helsedirektoratet i henhold til spesialisthelsetjenesteloven §3-3.

Ett- eller flervalgssystem: For «medvirkende faktorer/årsaker» kan man velge flere kategorier, da det kan være flere medvirkende årsaker til én uønsket hendelse. For øvrige kategorier må man velge én kategori. Underkategoriene skal være gjensidig utelukkende. Foretakets egne hendelsestyper kan brukes på avvik der nasjonale typer ikke er dekkende.

Nordlandssykehuset har følgende hendelsestyper i sitt avvikssystem:

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

² Dette er i henhold til [RL5683 Brukerveiledning for klassifisering av uønskede hendelser og nesten-uhell](#).

Nasjonale klassifikasjonstyper:

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 klassifikasjonstyper:

10. Administrative rutiner
11. Helse, miljø og sikkerhet (HMS)
12. Laboratorium
13. Matsikkerhet
14. Teknisk

Innføringen av nasjonal klassifisering har gjort at foretaket har tilpasset tidligere betegnelser på flere hendelse- og årsakstyper knyttet til avvik og pasienthendelser.

Styrende dokumenter i Nordlandssykehuset

Nordlandssykehuset har 15936 styrende dokumenter i sitt kvalitetssystem. Hittil i år er det trukket 800 dokumenter, og etablert 300 nye dokumenter. Nedgangen skyldes gjennomgang av dokumenter hvor en har trukket tilbake dokumenter som ikke lenger er relevante. Styrende dokumenter blir ved utgivelse gitt revisjonsdato to år frem i tid. Ved siste registrering hadde 8 % av styrende dokumenter passert revisjonsdato. Disse dokumentene er fortsatt gyldige og i bruk. 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.

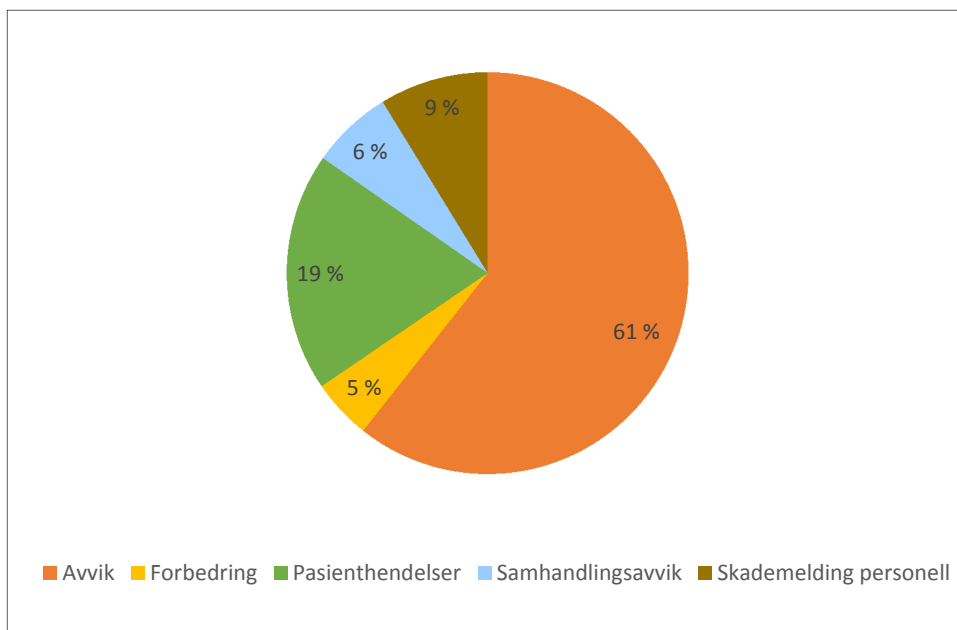
Antall meldte hendelser og antall meldere

Antall meldte hendelser i Nordlandssykehuset har sesongvariasjoner, men holder seg stabilt sammenlignet med de to foregående årene. Ca. 30 % av ansatte har siste år meldt minst en hendelse.

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.

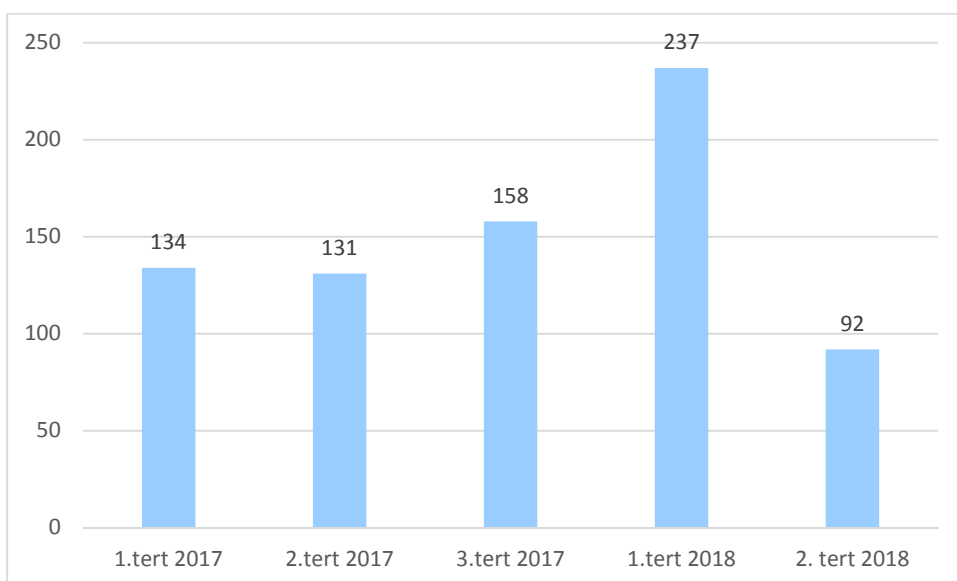
Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset

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*.



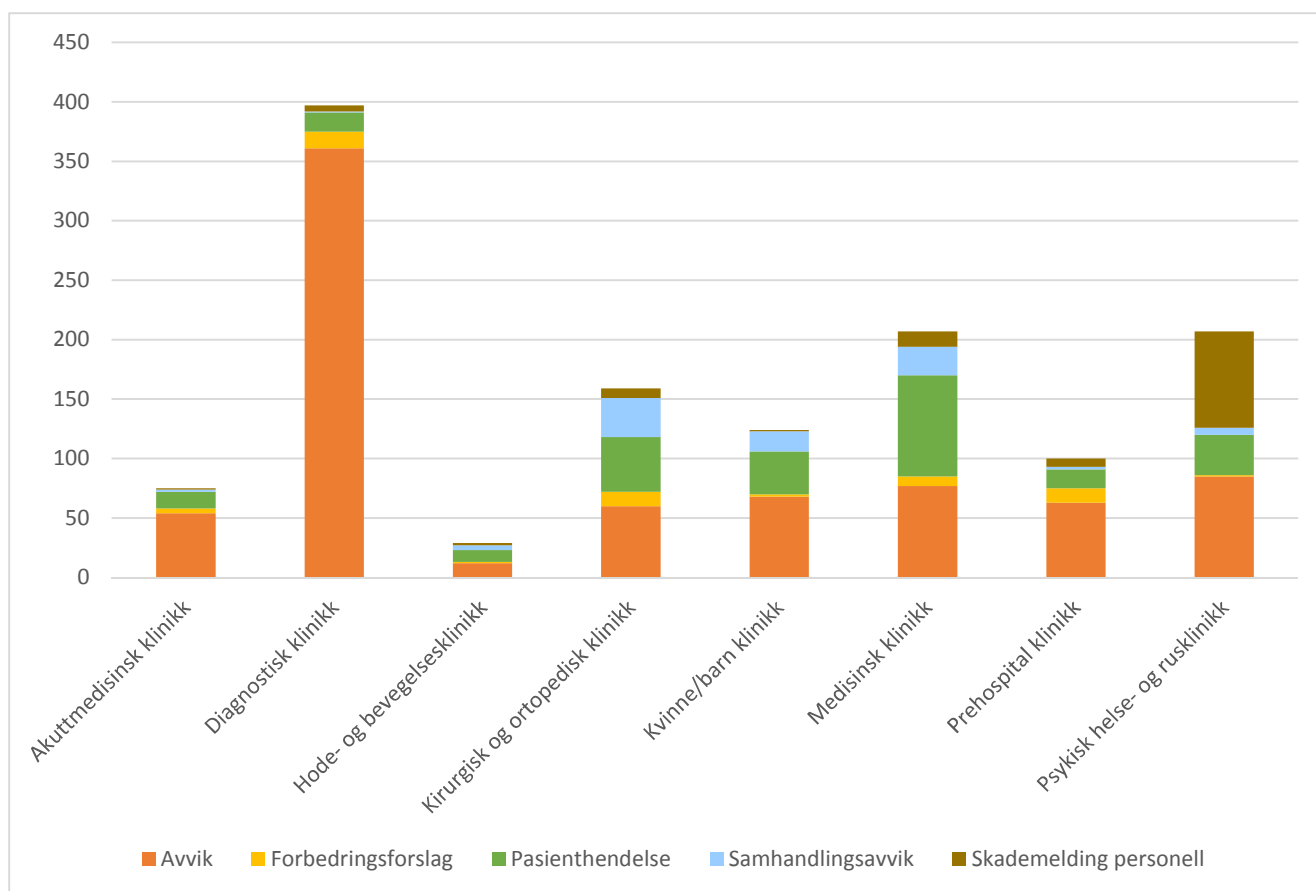
Figur 1 Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset i 2. tertial 2018

Av registrerte hendelser i 2. tertial er 61 % avvik og 19 % pasienthendelser. Fordelingen av antall hendelser pr. klinikk kan blant annet forklares med den enkelte klinikks pasientgruppe, tjenestetilbud og arbeidsflyt. Vi har ikke grunnlag for å si om hendelser er under- eller overrapportert, men tallene gir et bilde av hvilke type hendelser ulike klinikker melder.



Figur 2 Tertialvis fordeling av samhandlingsavvik

Foretaket har iverksatt flere tiltak for å forbedre epikrisetid. Det er for tidlig å si om tiltakene har bidratt entydig til nedgangen siste tertial.



Figur 3 Fordeling av ulike hendelser pr klinikk i NLSH i 2. tertial 2018

Diagnostisk klinikk rapporterer den største andelen avvik.

Mengden standardiserte arbeidsprosesser, analyser og røntgenundersøkelser i Diagnostisk klinikk tilsier at antall meldte uønskede hendelser vil være høyere enn i foretaket for øvrig. Klinikken har arbeidet aktivt over tid for at registrering av avvik skal være et viktig verktøy i klinikkens systematiske forbedringsarbeid. Klinikken har fokus på forbedringsmeldinger men ønsker å styrke dette ytterligere. Det er bedre å være i forkant og skape forbedring før avvik oppstår.

Diagnostisk klinikk er i gang med flere forbedringsprosjekter. Målsettingen til det ene prosjektet er å få ned avvik knyttet til feil pasient id på prøverør. Prosjektet har blant annet avdekket stor bruk av papirrekvisisjoner internt i sykehuset der det er mulig å rekvirere elektronisk. Dette medfører et ekstra steg i arbeidsprosessen og øker risiko for feil. En del tiltak er iverksatt for å informere og gi opplæring i elektronisk rekvirering internt i sykehuset.

Det er også igangsatt tiltak for å forbedre kommunikasjonen med våre interne rekvirenter i form av samarbeidsmøter.

Psykisk helse og rusklinikk har den største andelen hendelser med skademelding på personell.

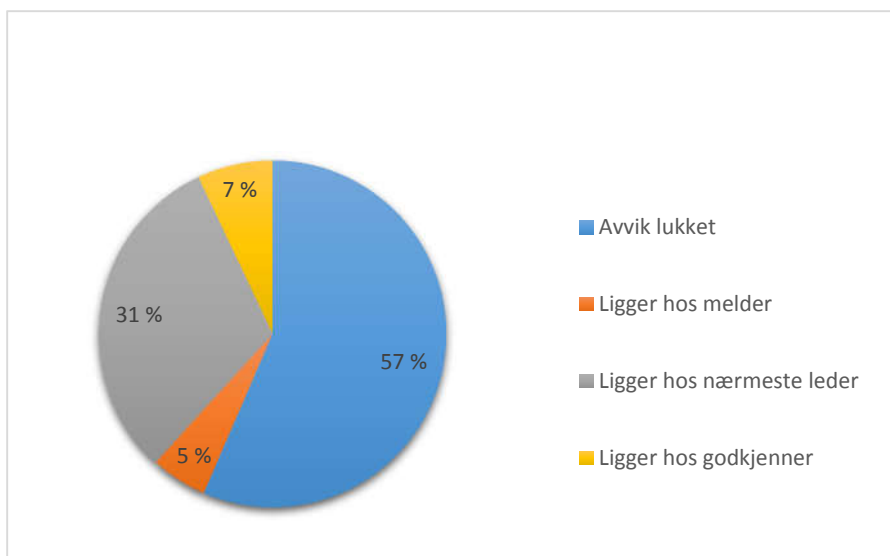
PHR-klinikken registrerer at det er en liten nedgang i statistikken for personalsaker mv. Klinikken har en stor satsning på metodikken Terma - terapeutisk møte med aggresjon. Om de forbedrede tallene har en sammenheng med dette, eller er variasjoner ut fra aktuelt pasientbelegg er vanskelig å konkludere noe om.

Uansett så er det en inspirasjon til å fortsette å ha fokus på dette i vårt HMS- og pasientsikkerhetsarbeidet.

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 (pr. 4. oktober):

- 57 % av hendelsene er lukket.
- 5 % av ligger hos melder
- 31 % ligger hos nærmeste leder (hoveddelen av saksbehandlingen foregår her)
- 7 % ligger hos godkjenner i påvente av tilbakemelding fra andre aktører (f.eks. kvalitetsutvalg og kommuner)

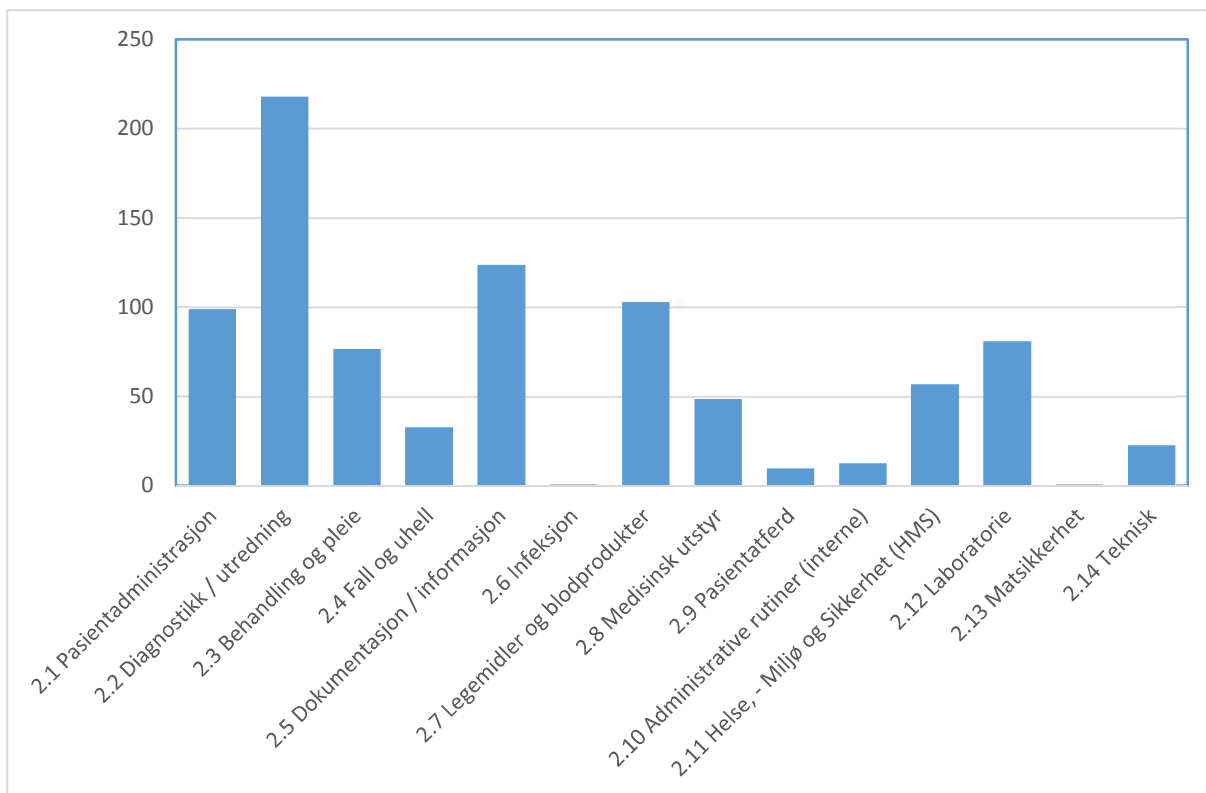


Figur 4 Alle hendelser i 2. tertial 2018 – saksbehandlingsflyt pr 4.10.2018

Tallene er tatt ut kun en måned etter tertialslett. Det betyr at hendelser med mange involverte i saksbehandlingen ofte ikke vil være ferdigbehandlet. I noen tilfeller vil saksbehandlingstiden bli lengre fordi hendelsen skal behandles i Kvalitets- og skadeutvalgene, før de kan lukkes. Foretakets systemadministrator overvåker dette fortløpende, og følger opp klinikker og staber ved å sende ut oversikt over det som ligger hos melder til klinikksjefene. Saksbehandlingsflyt vil også bli behandlet i en egen sak i direktørens ledergruppe.

Hendelsestyper i 2. tertial 2018

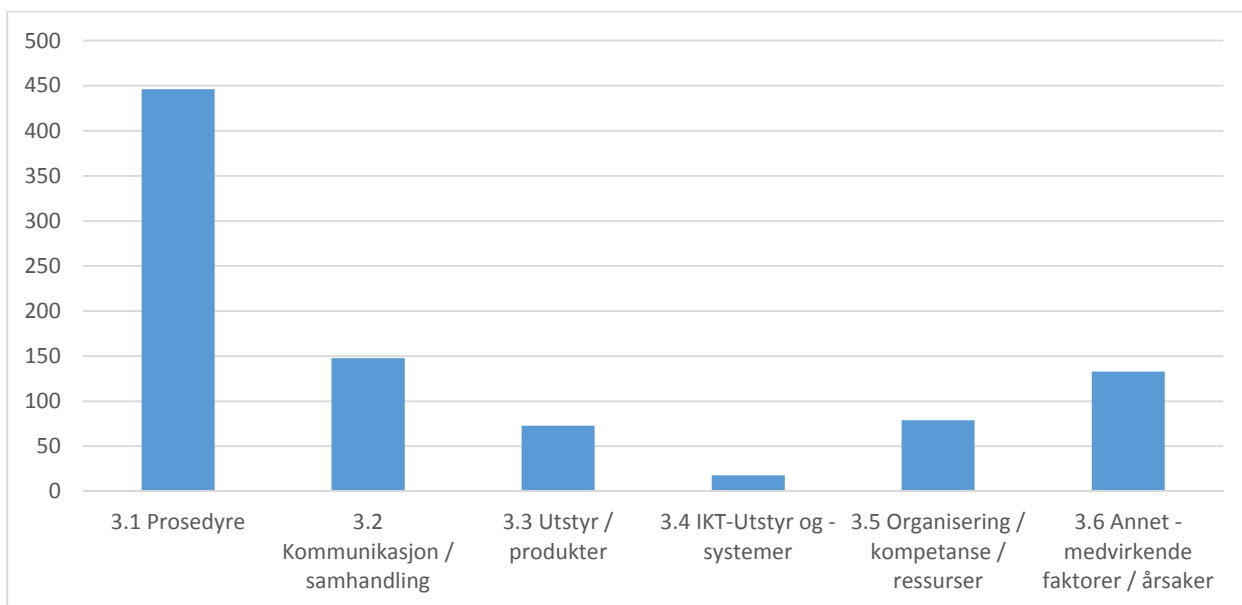
Hendelsestyper for avvik og pasienthendelser klassifiseres i henhold til nasjonal klassifisering av uønskede hendelser og nesten-uhell. I tillegg til de ni ulike hendelsestypene som ligger i det nasjonale klassifiseringsystemet er det foretaksspesifikke klassifiseringer for forhold som ikke dekkes av de nasjonale. Man kan kun velge en enkelt hendelsestype for hver hendelse.



Figur 5 Hendelsestyper i Nordlandssykehuset i 2. tertial 2018.

Fordeling på årsakstype 2. tertial 2018.

30% av avvik og pasienthendelser i Nordlandssykehuset er knyttet til årsakstypen «3.1 Prosedyre», hvorav 85 % av hendelsene tilhører underkategorien «prosedyre ikke fulgt».



Figur 6 Fordeling på årsakstyper.

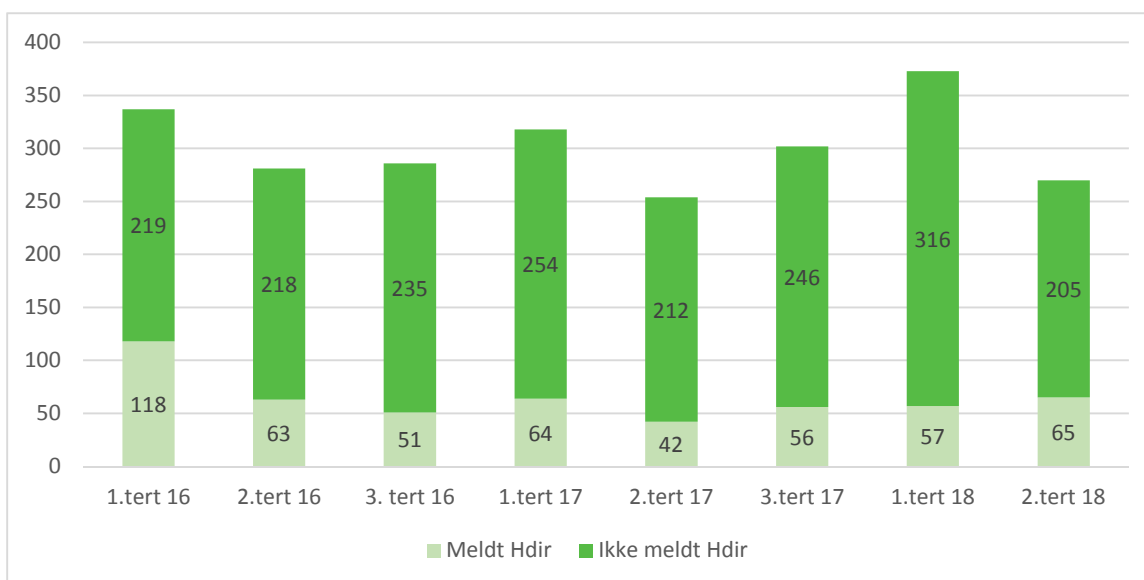
Kun de oftest forekommende kategoriene for Nordlandssykehuset i 2. tertial 2018 presenteres i grafen

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

Prosedyre mangler	2
Mangelfull / uklar prosedyre	22
Prosedyre ikke gjennomførbar	2
Prosedyre ikke fulgt	379
Implementering av / opplæring i prosedyre	7
Annet - prosedyrer	34
Totalt	446

Pasienthendelser meldt i perioden 2016-2. tertial 2018 og andel sendt over til Helsedirektoratet i henhold til §3-3

Antallet pasienthendelser som meldes i Nordlandssykehuset har holdt seg stabilt i perioden 2016-2.tertia 2018, men vi ser en nedgang i antall meldinger som samtidig meldes Helsedirektoratet (Spesialisthelsetjenesteloven § 3.3³). En forklaring kan være at ansatte har blitt flinkere til å vurdere hva som er meldepliktig eksternt. Alle pasienthendelser som *ikke* blir meldt til Helsedirektoratet, blir også gjennomgått av sekretær i Kvalitets-/skadeutvalg med tanke på meldeplikt.



Figur 7 Totalt antall pasienthendelser meldt 2016 – til 2. tertial 2018. Grafen viser også fordeling mellom hva som er meldt/ikke meldt til Helsedirektoratet

3. Status for tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen 2017

Fylkesmannen i Nordland har åpnet 35 tilsynssaker mot Nordlandssykehuset i 2017.

Status for disse sakene er:

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

³ Hendelser som er meldepliktig til Helsedirektoratet er hendelser som har ført til betydelig skade på pasient, forhold som kunne ha ført til betydelig skade på pasient og skade forvoldt av pasient på medpasienter

	2015	2016	2017	2018 (pr. 01.11)
Antall	39	39	51	35

Tabell 1 Opprettede tilsynssaker mot Nordlandssykehuset, 2015-2018 01.11

	2015	2016	2017	2018 (pr. 15.10)
Antall	15	12	15	12

Tabell 2 Varslingssaker til Statens helsetilsyn (§3-3a meldinger), 2015-2018 pr. 15.10⁴

4. Oversikt/status på eksterne tilsyn (systemtilsyn) og revisjoner for 2016/2017

Styret gis en oversikt på eksterne tilsyn/revisjoner som skal eller er gjennomført. Når tilsynet/revisjonen er lukket og styret er informert, fjernes saken fra oversikten. Resterende blir stående inntil de nødvendige tiltak er gjennomført, tilsyn/revisjoner er lukket og behandlet i styret.

Det er varslet/gjennomført totalt 22 tilsyn og eksterne revisjoner hvorav syv 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 lukke avvik.
- Tilsyn/revisjon er varslet men ikke gjennomført.

Nordlandssykehus 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. Klinik/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.

⁴ -3a meldinger følges opp månedlig til styret

Oversikt/status på eksterne tilsyn (systemtilsyn) og revisjoner for 2017/2018.

Utført av / tilsyn/revisjonstema	Tilsyn/revisjonsdato	Anbefalinger/avvik og forbedringer	Arbeidsprosess	Status	Ansvar for oppfølging og lukking	Styrebehandlet i NLSH HF
Riksrevisjonen, intervju i forbindelse med oppfølging av Effektivitet i sykehus	01.04.2017	Dokument 3:12 (2014–2015)			Klinikkjef Øystein Johansen	
Internrevisjonen i Helse Nord, Risikostyring i Nordlandssykehuset HF	05.12.2016	Observasjoner og vurderinger fra internrevisjonen vil bli fulgt opp	Anbefalingene fra revisjonen fulgt opp implementert.		Kvalitet og e – helse ved Asbjørn Jørgensen / Sverre A Sittlinger	Det vil bli lagt frem sak til styret den 13/11 - 2018
Fylkesmannen i Nordland, tilsynet omfatter identifisering og behandling av pasienter med sepsis eller mistanke om sepsis i somatisk akuttmottak.	Del 1 : 11 og 12/1 - 2017, Del 2: 18/10 til 7/11 - 2017 og del 3: april 2018	Det ble i dette tilsynet gitt et avvik.	Fylkesmannen har avsluttet tilsynet basert på tiltakene foretaket har iverksatt.	Lukket	Prehospital klinikk ved Harald Stordahl	Styresak 068-2018 Stopp sepsis i akuttmottakene. (8/10 – 2018)
Statens Helsetilsyn, kartlegging innen fødselsomsorgen, anmodning om oversendelse av opplysninger	Frist for oversendelse av opplysninger settes til 6/1 - 2017	I prosess, foretaket har ikke mottatt tilsyn/kartleggingsrapport.			Klinikkjef Nina Jamissen	
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 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.		Ansvarlig for oppfølging av denne revisjonen er Hallvard Cock, avdelingsleder Hjerte.	Styresak februar 2019
Nordlandsnett, tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr	27.01.2017	Rapport 90529, Kløveråsveien 2. viste 4 avvik mens Rapport 90531, Thalleveien 37 viste 2 avvik.	Avvikene er lukket Nordlandsnett.	Lukket	D&E ved Bernt Toldnes	Referatsak til styret 8/10 – 2018
Internrevisjonen i Helse Nord - Antibiotikabruk i Nordlandssykehuset	27.11.2017	Foretaket har mottatt foreløpig rapport. Det ble gitt 7 anbefalinger	Det vil bli laget en plan for å svare opp de anbefalingene som ble gitt.	Lukket	Seksjonsleder for smittevern Bente Karin Jensen	Styresak 033-2018, 23/5 -2018
Helse Nord, klinisk fagrevisjon – adjuvant kjemoterapi etter tykktarmskreft	Gjennomføring 7 – 8 november 2017	I prosess ikke mottatt rapport			Kontaktperson, Enhetsleder Mona Stemland	Orienteringssak til styret når rapporten foreligger
Riksrevisjonen, Forvaltningsrevisjon om effektiv bruk av legeressurser	Første leveranse fra NLSH HF er satt til 29/9 - 2017	I prosess ikke mottatt rapport			Kontaktperson som koordinerer dette for foretaket er Eva Remnes	
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. 3 av påleggene er oppfylt. Ny frist for å lukke siste pålegg er satt til 27/9 - 2019		Avdelingsleder Desirée Iselin Høgmo/klinikkjef Bjørnar Hansen	Orienteringssak til styret når siste pålegg er lukket.

Utført av / tilsyn/revisjonstema	Tilsyn/revisjonsdato	Anbefalinger/avvik og forbedringer	Arbeidsprosess	Status	Ansvar for oppfølging og lukking	Styrebehandlet i NLSH HF
Arbeidstilsynet, tilsyn vaskeriet og samdriftskjøkkenet i NLSH Vesterålen	13.06.2017	Det ble i disse tilsynene varlet om 4 pålegg.	Alle 4 påleggene er svart opp og tilsynet er Lukket	Lukket	Drift og Eiendom ved Vibeke Mikalsen	Referatsak til styret, juni 2018
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. Frist for å svare opp er satt til 10/9 – 2018.	Svar er sendt over til fylkesmannen den 10/10 - 2018		Avdelingsleder Desirée Iselin Høgmo/klinikkjef Bjørnar Hansen	Orienteringssak til styret når svar fra Fylkesmannen foreligger.
Arbeidstilsynet, tilsyn ambulansestasjoner:	Inndyr, mandag 04.06, 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. Frist for lukking er satt til 1/12 – 2018. Det er søkt om utsettelse (31/1 – 2019) på å svare opp påleggene.	Det er igangsatt et arbeid for å lukke påleggene som ble gitt		Jan Ove Edvardsen	Orienteringssak til styret når pålegg er lukket.
Periodisk revisjon er hvor DNV-GL skal sjekke at NLSH HF sitt styringssystemet for miljøledelse (ISO 14001-2015 Ledelsessystem for miljø) blir fulgt opp og vedlikeholdt.	24 og 255 - 2018	Mottatt utkast til funnliste. Det ble avdekket to kategori 2 avvik, åtte observasjoner og to forbedringsmuligheter	Plan lukking av avvik/observasjoner er behandlet og godkjent av DNV – GL. Lukket	Lukket	Sverre Sittlinger og Terje Svendsen AKE	Styresak 069-2018 Orienteringssak (8/10 -2018)
Hadsel kommune, branntilsyn ved Nordlandssykehuset Vesterålen	Tilsynet ble gjennomført den 22/5 - 2018	Det ble ikke avdekket noen avvik ved dette tilsynet	Tilsynet er lukket	Lukket	Ken Steve Hansen, Drift & Eiendom	Referatsak til styret 25/6 - 2018
Internrevisjon - Mislighetsrisiko i Helse Nord Revisjonen vil omfatte alle helseforetakene i regionen	Internrevisjonen vil pågå i perioden mai til oktober/november	I prosess			Kontaktperson er Marit Barosen/Terje Svendsen	
Helsedirektoratet, tilsyn etter genteknologiloven	Gjennomført den 29/5 - 2018	Tilsynet avdekket ingen avvik	Tilsynet er avsluttet	Lukket	Petter Øyen, seksjonsleder forskning	Referatsak til styret 26/6 - 2018
Tilsyn av brannsikkerhet ved NLSH. Salten Brann IKS	21 og 22/8 - 2018	Det ble i dette tilsynet avdekket tre avvik og en anmerkning.	Handlingsplan for lukking av avvik er oversendt Salten Brann.		Øystein Hoel, Leder stab brann og sikkerhet	Orienteringssak til styret når svar foreligger
Statens Legemiddelverk, tilsyn ved våre blodbanker i Lofoten, Vesterålen og Bodø	Tilsynet ble gjennomført perioden 4 til 7/ 2018	I prosess, forventer sluttrapport innen 30 dager.			Avdelingsleder Oddny Remlo (Diagnostisk klinikk)	
Fylkesmannen i Nordland, tilsyn med avfallshåndtering i NLSH Bodø	26.09.2018	Rapport foreligger, det ble gitt et avvik og en anmerkning.	Frist for å tilbakemelde tiltak for å rette avviket er 1/12 – 2018.		Bernt Toldnes/Knut Stien	Orienteringssak til styret februar 2019
Tilsyn, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, DSB	28 til 30/11 - 2018	Detaljert plan for gjennomføring foreligger og følgende klinikker/staber vil bli intervjuet: Medisin, Kir/Ort, Kvinne/Barn AKUM og Medisinteknisk avdeling.			Per-Ingve Norheim, HR og Terje Svendsen AKE	