



Styresak 063-2019

Kvalitets-/styringssystemet og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 1-2019

Saksbehandler: Asbjørn Jørgensen m. fl.
Dato dok: 17.06.2019
Møtedato: 25.06.2019
Vår ref: 2019/1149

Vedlegg (t): Kvalitets-/styringssystem og tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF 1-2019 1. tertial 2019

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 grunn for de tiltak som iverksettes innenfor arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet

Direktørens vurdering:

Kvalitets- og styringssystemet handler om mange og ulike aspekter ved sykehusdrift. Dette gjelder både direkte for pasientbehandling og til rutiner etablert rundt pasientbehandlingen. Det er mange forhold som skal på plass før Nordlandssykehuset når sin visjon om å være ledende på kvalitet. En forutsetning for å nå dette ambisiøse målet er at alle deler av organisasjonen, både 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 for 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 ansatte. Det er et ledelsesansvar å sørge for at forbedringsarbeidet alltid er en prioritert oppgave for Nordlandssykehusets medarbeidere.

I et slikt system vil kompetanseheving og læring på tvers av klinikker, enheter, staber, 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 1-2019 HF 1. tertial 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 styrende dokumenter i Docmap
- Foretakets arbeid med hendelser i Docmap
- Tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen 2019 – status
- Eksterne tilsyn og revisjoner 2018/2019 – status

Nedenfor er noen hovedtrekk i den vedlagte rapporten belyst.

Foretakets arbeid med styrende dokumenter i Docmap

Nordlandssykehuset har 16864 styrende dokumenter. Det jobbes kontinuerlig med å sikre at styrende dokumenter til enhver tid skal være oppdatert og tilgjengelig.

Avvikling av meldeordningen i henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 3-3.

Stortinget har vedtatt endringer i spesialisthelsetjenesteloven paragraf 3-3 som innebærer at Meldeordningen i spesialisthelsetjenesten avvikles. Avviklingen trådte i kraft 15. mai 2019.

Som er konsekvens av denne lovendringen har Nordlandssykehuset HF og Helse Nord gjennomført nødvendig tilpasninger på system, gjort endringer på prosedyrer og informert ledere og ansatte i foretaket om endringen. Selv om meldeplikten i henhold til § 3-3 er avviklet så har foretaket et sterkt fokus på å opprettholde den gode meldekulturen uavhengig av meldeordningen.

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom):

2. mai 2019 ble Ukom offisielt åpnet. Ukom er en uavhengig statlig virksomhet som skal undersøke alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten.

Varsling til Ukom skjer inntil videre på samme måte som for varsel til Helsetilsynet ved å sende epost til varsel@helsetilsynet.no.

Foretakets arbeid med hendelser i Docmap

Det totale antall hendelser har over flere år holdt seg relativt stabilt.

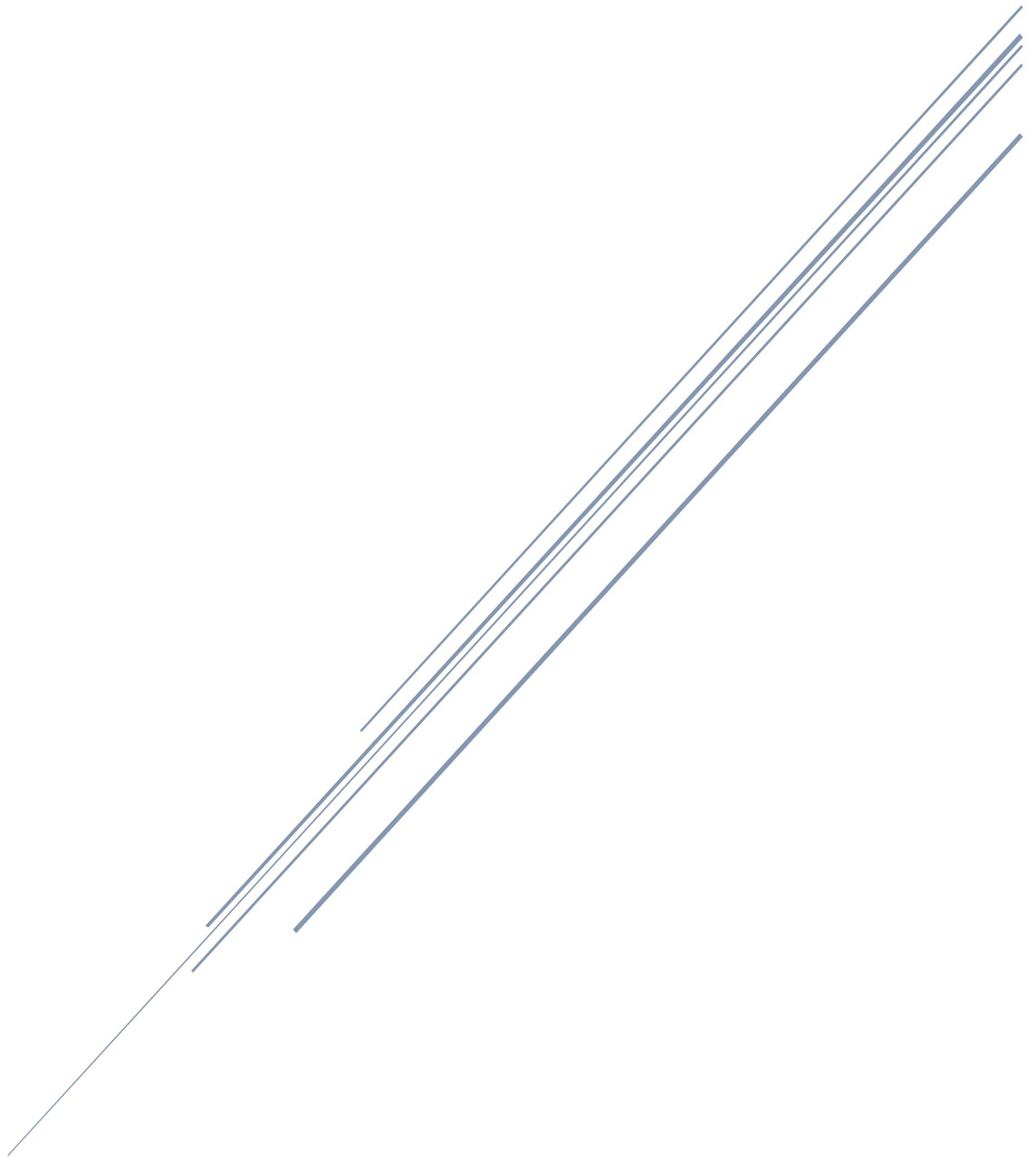
Tilsynssaker

Varslingssaker 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 8 er lukket etter at foretaket har svart opp tilsynsmyndighetene.

KVALITETS-/STYRINGSSYSTEM OG TILSYNSSAKER VED NORDLANDSSYKEHUSET HF 1-2019



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.....	6
Hendelsestyper i 1. tertial 2019	7
Fordeling på årsakstype 1. tertial 2019.....	8
Pasienthendelser meldt i perioden 2016- 1.tertial 2019 og andel sendt over til Helsedirektoratet i henhold til §3-3	9
3. Status for tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen 2019	10
4. Oversikt/status på eksterne tilsyn (systemtilsyn) og revisjoner for 2017/2018 og 2019	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

Rapporten presenterer en statusoppdatering av Nordlandssykehuset sitt kvalitet- og styringssystem som legges frem for styret tre ganger pr. år. Rapporteringen i april er for foregående år. Rapportering i juni og november per 1. og 2. tertial. Denne rapporten er en statusoppdatering per 1. tertial.

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:

Nasjonale klassifikasjonstyper:

1. Pasientadministrasjon
2. Diagnostikk / utredning
3. Behandling og pleie

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](#).

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 pr. 1. tertial 16864 (16169 årsskiftet) styrende dokumenter i sitt kvalitetssystem. Styrende dokumenter blir ved utgivelse gitt revisjonsdato to år frem i tid. Ved siste registrering hadde 12,9 % 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.

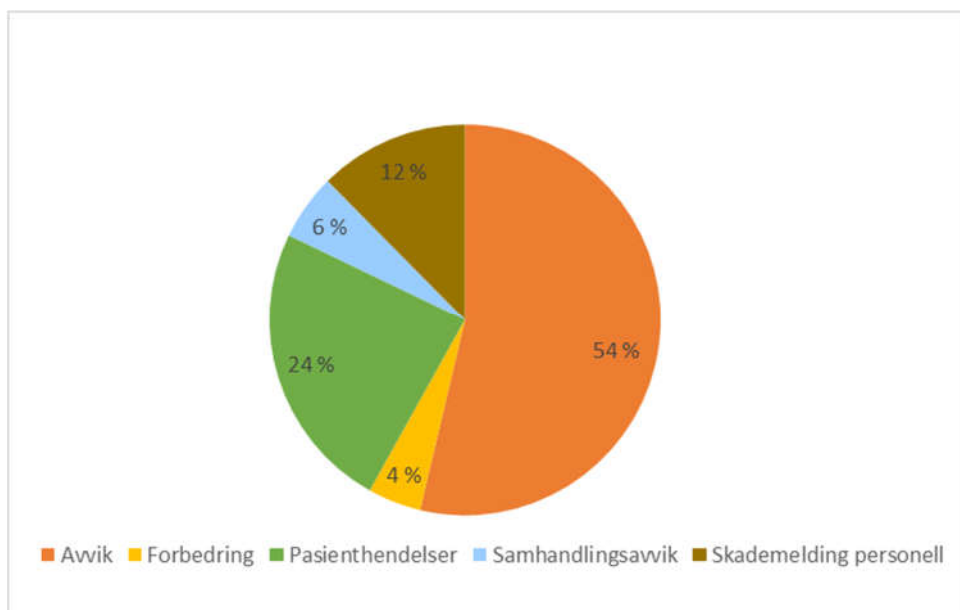
Antall meldte hendelser og antall meldere

Antall meldte hendelser i Nordlandssykehuset har sesongvariasjoner. Tall for 1. tertial følger samme tertialvariasjoner som de foregående årene. I første tertial 2019 er det 926 unike personer som har meldt avvik. Sammenlignet med første tertial 2018, hvor det var 749 unike personer som meldte avvik, er dette en økning på 24 %.

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.

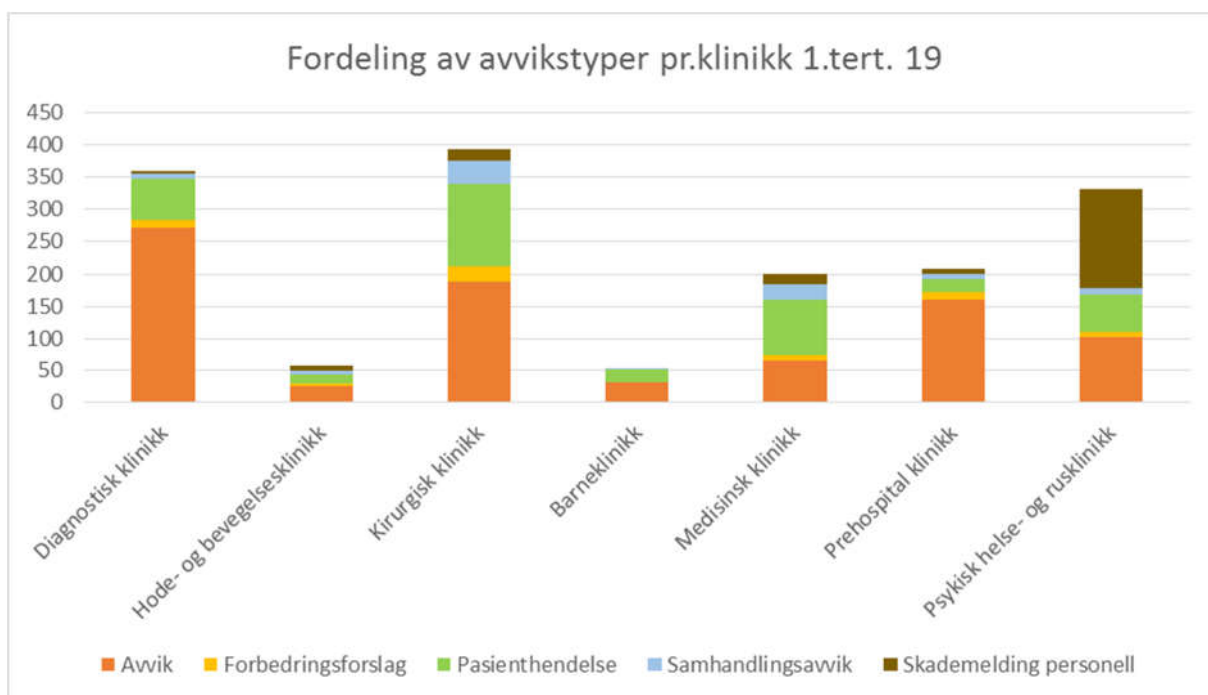
Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset

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 1. tertial 2019

Av registrerte hendelser i 1 tertial er 54 % avvik og 24 % 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 Fordeling av ulike hendelser pr klinikk i NLSH i 1. tertial 2019

Kirurgisk klinikk rapporterer den største andelen avvik.

Kirurgiske klinikk som ble opprettet ved årsskiftet er nå den enheten som rapporterer flest avvik. Dette skyldes størrelsen på klinikken etter sammenslåingen.

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

PHR-klinikken har i 1. tertial 153 saker knyttet til skademelding personell. Totalt for 2018 var det 255 avvik knyttet til skademelding personell. Rapporten viser at registrerte skademeldinger mot personell går opp i antall. Dette kan, slik tendensen viser for 2019, tyde på at klinikkens ansatte har en arbeidshverdag med et jevnt høyere nivå av antall hendelser med skade. Tallene er statistisk relativt lave. Svingningene i tallmaterialet kan noen ganger forstås ut fra at enkeltpasienter med stor utageringsadferd resulterer i mange avvik over en gitt innleggelsesperiode. Dette kan medføre at tall endrer seg i ulike rapporteringsperioder. Tilbakemeldinger fra våre enheter som er mest utsatte for personellskade er, uavhengig at tidligere nevnt variabel, at antall pasienter med utagerende adferd er økende. Klinikken erfarer og at pasientene nå i flere tilfeller er sykere når de legges inn til behandling. Endringer i Lov om psykisk helsevern, her nevnes vurdering av samtykkekompetanse og observasjonstid før bruk av tvangsmidler og legemiddelbehandling, har i forhold til den sykeste pasientgruppen medført større grad av konfliktnivå i behandlingssituasjoner. Sykere pasienter samt lengre tidshorisonter før adekvat behandling kan iverksettes høyner risikoen for skade på personell. Adferd hos pasienter i alvorlig rustilstand kan også være utløsende/medvirkende faktorer i forhold til utagerende adferd.

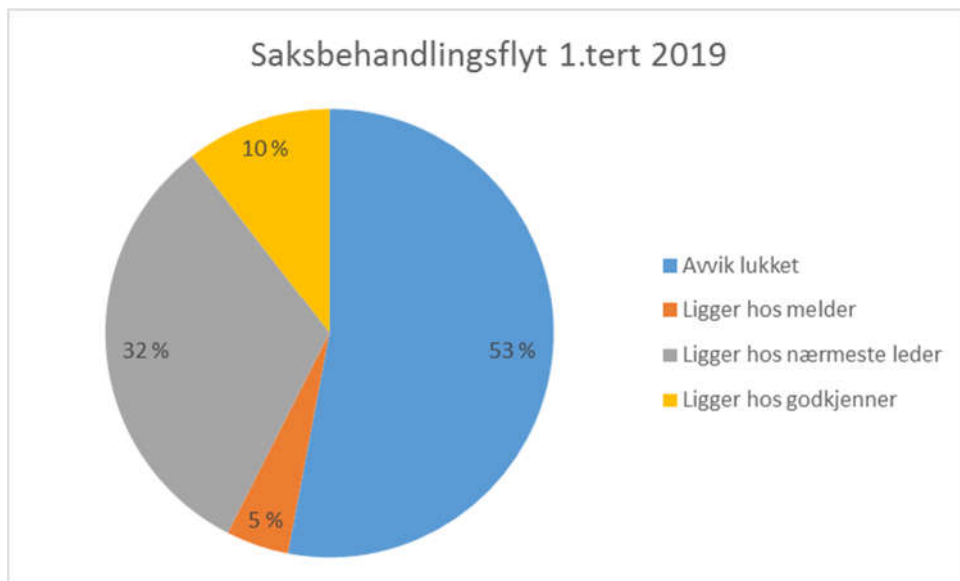
Klinikken har store utfordringer med skjermingskapasitet for de pasientene som trenger det av behandlingsmessige grunner. Dette gjelder både innen sikkerhets- og akuttpsykiatrien. I forhold til antall pasienter som er i behov av skjerming er muligheten til å gjennomføre dette behandlingstiltaket for få, og i de fleste av våre enheter av for dårlig bygningsmessig tilrettelagt. Dette går ut over både aktuell pasient med skjermingsbehov, medpasienter og personale. Det er ingen tvil om at aktuell bygningsmessige status medfører utfordringer i behandlingssituasjonen og påfølgende personellskader.

Psykisk helse- og rusklinikken viderefører det fokus vi over år har hatt på å møte disse faglige utfordringene og ha en god meldekultur. Metodikken «Terapeutisk møte med aggresjon» (TERMA) har hatt høyt fokus siste år i klinikken. Det er utdannet nye instruktører og aktuelle enheter trener kontinuerlig innenfor denne måten å dempe aggresjon og løse situasjoner med truende vold /vold best mulig. Vurdering av voldsrisikoer i andre av klinikkens behandlingsmiljøer enn der behandling med tvang gjennomføres er og et oppdrag vi ønsker å ivareta i 2019. Klinikken deltar og i den nye kollegastøtteordningen med tanke på å spre kunnskapen om ordningen, og lære opp aktuelle ansatte til den gruppen som skal være kontaktpersoner i Nordlandssykehuset.

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 1. tertial:

- 53 % av hendelsene er lukket.
- 5 % av ligger hos melder.
- 32 % ligger hos nærmeste leder (hoveddelen av saksbehandlingen foregår her).
- 10 % ligger hos godkjenner i påvente av tilbakemelding fra andre aktører (f.eks. kvalitetsutvalg og kommuner).

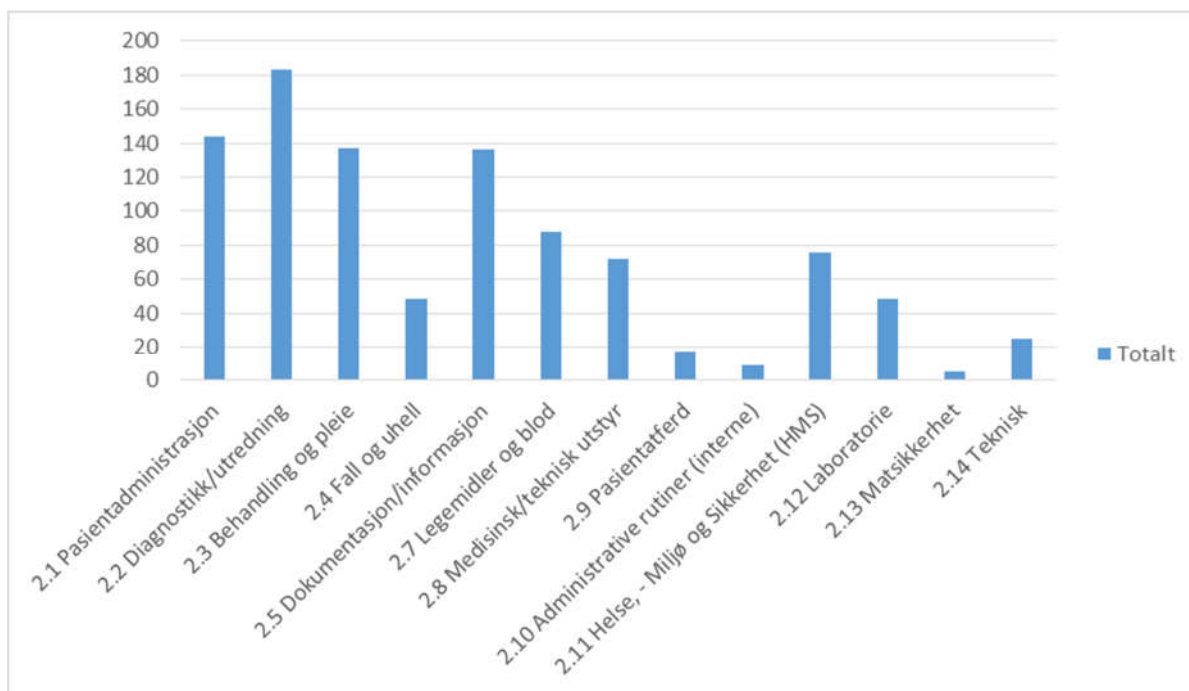


Figur 3 Alle hendelser i 1. tertial 2019 – saksbehandlingsflyt

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.

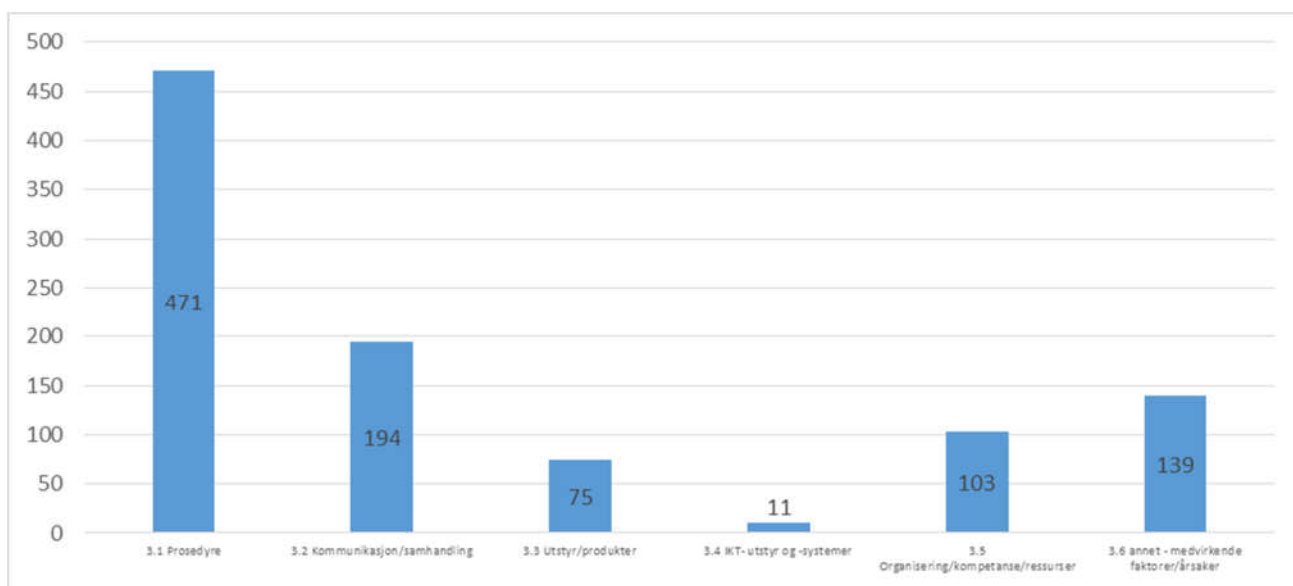
Hendelsestyper i 1. tertial 2019

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 klassifiseringssystemet er det foretaksspesifikke klassifiseringer for forhold som ikke dekkes av de nasjonale. Man kan kun velge en enkelt hendelsestype for hver hendelse.



Figur 4 Hendelsestyper i Nordlandssykehuset i 1. tertial 2019.

Fordeling på årsakstype 1. tertial 2019.



Figur 5 Fordeling årsakstyper 1. tertial 2019

47 % av avvik og pasienthendelser i Nordlandssykehuset er knyttet til årsakstypen «3.1 Prosedyre», hvorav 84,7% av hendelsene tilhører underkategorien «prosedyre ikke fulgt».

Årsak	Prosent	Antall
Prosedyre mangler	1,4%	7
Mangelfull / uklar prosedyre	5%	24
Prosedyre ikke gjennomførbar	1,2%	6
Prosedyre ikke fulgt	84,7%	399
Implementering av / opplæring i prosedyre	1%	5
Annet - prosedyrer	6,3%	30
Totalt	100%	471

Tabell 1 Direkte årsakstyper - prosedyre

19,5 % av avvik og pasienthendelser i Nordlandssykehuset er knyttet til årsakstypen «3.2 Kommunikasjon og samhandling, hvorav 51,5 % av hendelsene tilhører underkategorien «Mellom ansatte».

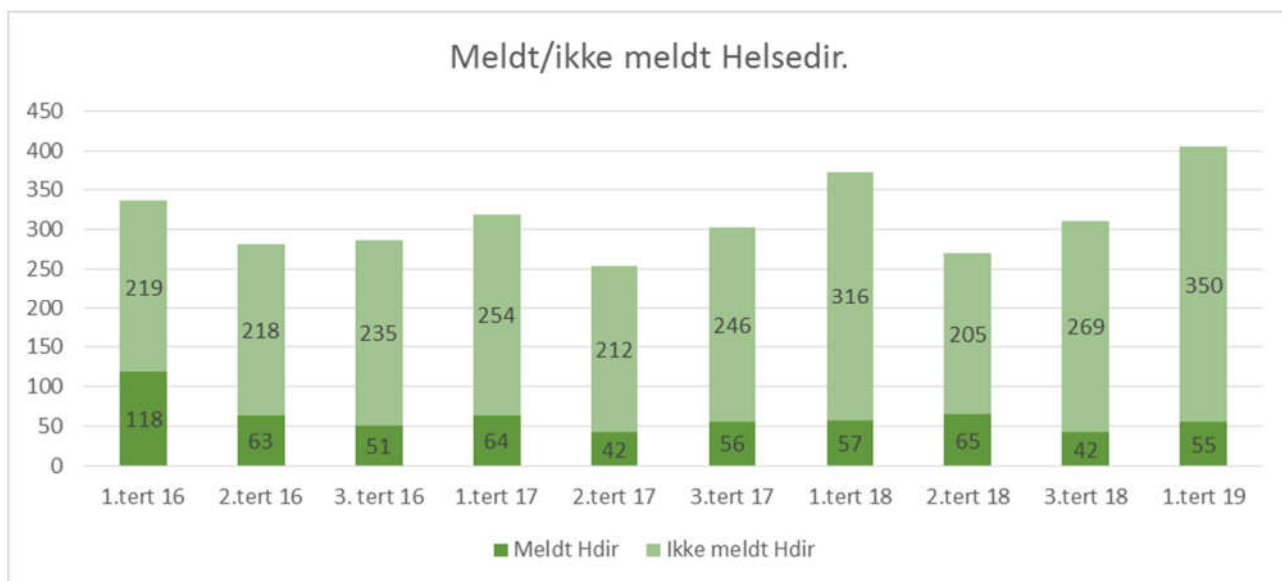
Årsak	Prosent	Antall
Mellom ansatte	51,5%	100
Med ekstern part	3%	6
Mellom pasient/pårørende	13,4%	26
Annet- kommunikasjon/samhandling	32%	62
Totalt	100%	194

Tabell 2 Direkte årsakstyper- Kommunikasjon og samhandling

Pasienthendelser meldt i perioden 2016- 1.tertial 2019 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.tertial 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.

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



Figur 6 Totalt antall pasienthendelser meldt 2016 – til 1. tertial 2019. Grafen viser også fordeling mellom

3. Status for tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen 2019

Fylkesmannen i Nordland har åpnet 15 tilsynssaker mot Nordlandssykehuset i 2019. Status for disse sakene er:

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

	2015	2016	2017	2018	2019 pr. 1. tertial
Antall	39	39	51	35	15

Tabell 2 Opprettede tilsynssaker mot Nordlandssykehuset, 2015-2019 xx.05

	2015	2016	2017	2018	2019 pr. 1. tertial
Antall	15	12	15	12	7

Tabell 3 Varslingssaker til Statens helsetilsyn (§3-3a meldinger), 2015-2019 pr. 3.6. ⁴

4. Oversikt/status på eksterne tilsyn (systemtilsyn) og revisjoner for 2017/2018 og 2019

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 8 er lukket etter at foretaket har svart opp tilsynsmyndighetene. Resterende er i prosess i form av:

⁴ -3a meldinger følges opp månedlig til styret

- 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. 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.

Oversikt/status på eksterne tilsyn (systemtilsyn) og revisjoner for 2017/2018/2019.

Utført av / tilsyn/revisjonstema	Tilsyn/revisjonsdato	Anbefalinger/avvik og forbedringer	Arbeidsprosess	Status	Ansvar for oppfølging og lukking	Styrebehandlet i NLSH HF
Statens Helsetilsyn, kartlegging innen fødselsomsorgen, anmodning om oversendelse av opplysninger	Frist for oversendelse av opplysninger settes til 6/1 - 2017	Foretaket har mottatt rapport og er brukt i forbedringsarbeid	Alt er besvart og rapport er mottatt og brukt i forbedringsarbeid. Internundervisning- spm til regionalt fagråd etc.	Lukket	Klinikkisjef 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. 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.		Ansvarlig for oppfølging av denne revisjonen er Hallvard Cock, avdelingsleder Hjerte.	Styresak i løpet av 2019
Helse Nord, klinisk fagrevisjon - adjuvant kjemoterapi etter tykktarmskreft	Gjennomføring 7 - 8 november 2017	Det ble gitt 10 anbefalinger	Fremdrift er etterspurt medisinsk direktør		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/klinikkisjef Bjørnar Hansen	Orienteringssak til styret når siste pålegg er lukket.
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. De ber klinikken om en evaluering av tiltakene innen 1. mars 2019. Fylkesmannen ber om en ny evaluering, frist 1/6 - 2019		Avdelingsleder Desirée Iselin Høgmo/klinikkisjef Hedda Soløy-Nilsen	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. Frist for lukking er satt til 1/12 - 2018. Det er søkt om utsettelse (31/1 - 2019) på å svare opp påleggene.	Svare fra Arbeidstilsynet den 23/3 - 2019, alle påleggene som ble gitt er svart opp tilsynene er lukket.	Lukket	Jan Ove Edwardsen	Orienteringssak til styret i 2019
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)	Rapport for tilsyne ble mottatt den 17/10 - 2018. Tilsynet er svart opp i perioden 29/11 - 2018 - 14/1 - 2019. Foretaket har ikke mottatt svar fra Statens legemiddelverk		Avdelingsleder Oddny Remlo (Diagnostisk klinikk)	Orienteringssak til styret når svar foreligger
Fylkesmannen i Nordland, tilsyn med avfallshåndtering i NLSH Bodø	26.09.2018	Rapport foreligger, det ble gitt et avvik og en anmerkning.	Fylkesmannen er svart opp og de anser tilsynet som lukket.	Lukket	Bernt Toldnes/Knut Stien	Orienteringssak til styret mars 2019
Internrevisjonen i Helse Nord, Ventetid og svartid ved bilddiagnostiske 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		Ansvarlig for oppfølging av denne revisjonen er Diagnostisk klinikk/Klinikkisjef Lill Angelsen	Styresak i 2019
Arbeidstilsynet, postalt tilsyn på H/B klinikken (kliniske servicefunksjoner)	16.1 til 4.2.2019	Ingen pålegg	Etterspurt dokumentasjon ble sendt over til arbeidstilsynet den 7/2 - 2019	Lukket	Klinikkisjef Tove Beyer	Skal ikke presenteres for styret.
Arbeidstilsynet PHR - Salten DPS	23.1.2019	Det ble i dette tilsynet varslet om 3 pålegg	Rapporten for dette tilsynet er sendt over til Klinikkisjef for PHR. Frist for å lukke de to påleggene som ble gitt er satt til 15.5 - 10.6.2019		Klinikkisjef Hedda Soløy-Nilsen	Orienteringssake til styret når pålegg er lukket
Helsedirektoratet, helseregistre. Dokumentkontroll av opphold i DRG 475A Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonssøtte	28/2 til 1/3 - 2019		I prosess		Rådgiver Mentzoni Elisabeth SKSD	
Nordlandsnett, tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr	26.03.2019	Tilsynet gjennomført på anleggsnummer 125484 og 113313	Avvik som ble avdekket er rettet opp og tilsynene ved begge anleggene er avsluttet.	Lukket	Ole Christian Mentzoni-Einarsen (DTEK)	Referatsak til styret i juni 2019
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, det som ble etterspurt av dokumentasjon ble sendt over til Riksrevisjonen den 10/4 - 2019		Kvalitetsleder Terje Svendsen, AKE	
Norsk akreditering NA. Oppfølging	Uke 44 2019				Kvalitetsleder Liv Johansen Diagnostisk klinikk	
Teknisk sektor, brann og rending Hadsel kommune. Ordinært tilsyn	14.5.2019	Ingen avvik ble avdekket	Tilsynet er lukket	Lukket	Ken Steve Hansen, Drift & Eiendom	Referatsak til styret i juni 2019
Tilsyn fra Mattilsynet, hovedkjøkken Bodø	11.04.2019	Det ble gitt et pålegg	Mottatt rapport etter tilsyn, D&E følger dette opp		Vibeke Mikalsen, Drift & Eiendom	
Tilsyn, Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, tilsyn ved Hudavdelingen	22.5.2019		I prosess		Enhetsleder Monica Knutsen Medisin	
Luftfartstilsynet, tilsyn ved Stokmarknes helikopterbase	11.06.2019	Det ble ikke avdekket avvik i dette tilsynet	Ingen avvik og tilsynet avsluttes.	Lukket	Klinikkisjef Harald Stordahl	Referatsak i juni 2019
Tilsyn fra Mattilsynet, midlertidig kantine Bodø	11.4.2019	Det ble ikke avdekket avvik i dette tilsynet	Tilsynet er lukket	Lukket	Vibeke Mikalsen, Drift & Eiendom	Referatsak i juni 2019