



## **Styresak 50-2014**

### **Referatsaker til styret**

**Saksbehandler:**  
Gro Ankill

**Saksnr.:**  
2011/2354

**Dato:**  
06.05.2014

Følgende dokumenter legges frem som referatsaker for styret:

1. Protokoll styremøte Helse Nord RHF 29.04.2014
2. Tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge, BUP Ytre Salten, endelig rapport, fra Fylkesmannen i Nordland 17.03.2014
3. Tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge, BUP Ytre Salten, BUP Indre Salten, BUP Lofoten og BUP Vesterålen, videre oppfølging av helseforetakets egenvurderinger, fra Fylkesmannen i Nordland 31.03.2014
4. Svar på tilsyn, fra NLSH 25.04.2014
5. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 12.05.2014 (ettersendes)
6. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 12.05.2014 (ettersendes)
7. Protokoll fra AMU-møte 12.05.2014 (ettersendes)

### **Innstilling til vedtak:**

Styret tar saken til orientering.

### **Avstemming:**

### **Vedtak:**

## Presseprotokoll

Vår ref.:  
2013/298-32/012

Referent/dir.tlf.:  
Karin Paulke, 75 51 29 36

Sted/Dato:  
Bodø, 29.4.2014

<b>Møtetype:</b>	Styremøte i Helse Nord RHF
<b>Møtedato:</b>	29. april 2014 – kl. 8.30
<b>Møtested:</b>	Helse Nord RHF's lokaler, Bodø

### Tilstede

Navn:	
Bjørn Kaldhol	styreleder
Ann-Mari Jenssen	styremedlem
Arnfinn Sundsfjord	styremedlem
Fredrik Sund	styremedlem
Inger Jørstad	styremedlem
Kari Jørgensen	styremedlem
Kari B. Sandnes	styremedlem
Sissel Alterskjær	styremedlem
Steinar Pettersen	styremedlem
Mildrid Pedersen	observatør fra Regionalt brukerutvalg

### Forfall

Navn:	
Inger Lise Strøm	nestleder
Line Miriam Sandberg	styremedlem

### Fra administrasjonen

Navn:	
Lars Vorland	adm. direktør
Karin Paulke	stabsdirektør
Kristian I. Fanghol	kommunikasjonsdirektør
Randi Brendberg	kst. fagdirektør
Hilde Rolandsen	direktør for eieravdelingen
Tor Solbjørg	revisjonssjef

*I forkant av dette styremøtet ble det avholdt en tematime med en gjennomgang av utviklingen og organisering av tilbudet innen psykisk helsevern for barn, unge og voksne i Helse Nord basert på en presentasjon ved Aina I. Olsen, seksjonsleder psykiatri/rus.*

**Styresak 44-2014      Etablering av nasjonalt system for innføring av nye metoder – fullmakt til adm. direktør og beskrivelse av beslutningsprosess, jf. styresak 33-2014**

*Saken ble behandlet elektronisk, og vedtaket protokollført i dette styremøtet.*

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF tar beskrivelsen av beslutningsprosessen mellom de adm. direktører i de regionale helseforetakene til orientering.
2. Styret gir adm. direktør fullmakt til å ta de nødvendige beslutninger for innføring av nye metoder som beskrevet i saksfremlegget.

*Enstemmig vedtatt.*

**Styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF tar beskrivelsen av beslutningsprosessen mellom de adm. direktører i de regionale helseforetakene til orientering.
2. Styret gir adm. direktør fullmakt til å ta de nødvendige beslutninger for innføring av nye metoder som beskrevet i saksfremlegget.

**Styresak 45-2014      Godkjenning av innkalling og saksliste**

Sak 44-2014      Etablering av nasjonalt system for innføring av nye metoder – fullmakt til adm. direktør og beskrivelse av beslutningsprosess, jf. styresak 33-2014

*Saken ble behandlet elektronisk, og vedtaket protokollført i dette styremøtet.*

Sak 45-2014      Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 46-2014      Godkjenning av protokoll fra styremøte 27. mars 2014

Sak 47-2014      Organisering av traumebehandling (psykisk helse), oppfølging av styresak 133-2013/7, jf. styresak 31-2014

*Sakspapirene var ettersendt.*

Sak 48-2014      Fremtidig AMK-struktur i Helse Nord

*Sakspapirene var ettersendt.*

Sak 49-2014      Etablering av regionale datasentre i Helse Nord – konseptfaserapport, oppfølging av styresak 143-2013

Sak 50-2014      Virksomhetsrapport nr. 3-2014

*Sakspapirene var ettersendt.*

Sak 51-2014      Budsjett 2014 – justering av rammer nr. 1

- Sak 52-2014 Endringer i helseforetakenes vedtekter §§ 6 b og 10 ad. oppnevning av styremedlemmer i helseforetakene og vedtak som skal treffes av foretaksmøte
- Sak 53-2014 Internrevisjonsrapport 06-2014: Dokumentstyring i Helse Nord RHF
- Sak 54-2014 Orienteringssaker
1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
  2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
  3. Oppdragsdokument 2014 – tilleggsliste
- Sak 55-2014 Referatsaker
1. Regionalt brukerutvalg – årsmelding 2013
  2. Protokoll fra drøftingsmøte 23. april 2014 ad. saker om *etablering av regionale datasentre i Helse Nord – konseptfaserapport, oppfølging av styresak 143-2013 og fremtidig AMK-struktur i Helse Nord*  
*Kopi av drøftingsprotokollene var ettersendt.*
  3. Brev fra Fauske Kommune v/ordfører Siv Anita Johnsen Brekke av 4. april 2014 ad. uttalelse fra Fauske kommunestyre i forbindelse med foreslått nedlegging av traumeavdelingen ved Nordlandssykehuset
- Sak 56-2014 Eventuelt

Styrets vedtak:

Innkallingen og saklisten godkjennes.

**Styresak 46-2014 Godkjenning av protokoll fra styremøte  
27. mars 2014**

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 27. mars 2014 godkjennes.

**Styresak 47-2014 Organisering av traumebehandling (psykisk helse), oppfølging av styresak 133-2013/7, jf. styresak 31-2014**  
*Sakspapirene var ettersendt.*

**Adm. direktør la frem følgende endrede forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF viser til saksutredningen, nasjonale føringer og mottatte uttalelser om organiseringen av traumebehandling innen psykisk helsevern for voksne. Tilbudet til denne pasientgruppen skal være av faglig god kvalitet og likeverdig for alle innbyggere i regionen.



2. Behandlingstilbudet til traumatiserte pasienter skal i all hovedsak ivaretas av det enkelte helseforetak på DPS-nivå. Faglige ressurser og kapasitet i det enkelte helseforetak skal sees under ett. Minst ett av DPS-ene i hvert helseforetak skal ha særlig kompetanse til å behandle denne pasientgruppen. Det etableres ikke et regionalt tilbud, og behandlingstilbudet til traumatiserte pasienter i Nordlandssykehuset HF forutsettes overført som planlagt til DPS Salten.
3. Foretaksgrensene skal ikke være til hinder for at pasientene får et optimalt tilbud. Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF gis et særskilt ansvar for å bistå henholdsvis Helgelandssykehuset HF og Finnmarkssykehuset HF for pasienter som krever behandling ut over det etablerte tilbudet i helseforetaket.
4. Styret ber adm. direktør om å planlegge og gjennomføre et tilpasset kompetanseprogram, for alle yrkesgrupper, om traume og traumeforståelse. I den grad det må prioriteres, skal programmet for miljøpersonalet gjennomføres først.
5. Styret ber adm. direktør sørge for at organisering av traumebehandling innen psykisk helsevern for voksne evalueres innen utgangen av 2017.
6. Styrets vedtak i punkt 2 og 3 i denne saken videreføres til helseforetakene i foretaksmøte snarest mulig.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF viser til saksutredningen, nasjonale føringer og mottatte uttalelser om organiseringen av traumebehandling innen psykisk helsevern for voksne. Tilbudet til denne pasientgruppen skal være av faglig god kvalitet og likeverdig for alle innbyggere i regionen.
2. Behandlingstilbudet til traumatiserte pasienter skal i all hovedsak ivaretas av det enkelte helseforetak på DPS-nivå. Faglige ressurser og kapasitet i det enkelte helseforetak skal sees under ett. Minst ett av DPS-ene i hvert helseforetak skal ha særlig kompetanse til å behandle denne pasientgruppen. Det etableres ikke et regionalt tilbud, og behandlingstilbudet til traumatiserte pasienter i Nordlandssykehuset HF forutsettes overført som planlagt til DPS Salten.
3. Foretaksgrensene skal ikke være til hinder for at pasientene får et optimalt tilbud. Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF gis et særskilt ansvar for å bistå henholdsvis Helgelandssykehuset HF og Finnmarkssykehuset HF for pasienter som krever behandling ut over det etablerte tilbudet i helseforetaket.
4. Styret ber adm. direktør om å planlegge og gjennomføre et tilpasset kompetanseprogram, for alle yrkesgrupper, om traume og traumeforståelse. I den grad det må prioriteres, skal programmet for miljøpersonalet gjennomføres først.

5. Styret ber adm. direktør sørge for at organisering av traumebehandling innen psykisk helsevern for voksne evalueres innen utgangen av 2017.
6. Styrets vedtak i punkt 2 og 3 i denne saken videreføres til helseforetakene i foretaksmøte snarest mulig.

## **Styresak 48-2014      Fremtidig AMK-struktur i Helse Nord**

*Sakspapirene var ettersendt.*

### **Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF viser til saksutredningen. Organiseringen av AMK-tjenesten i Helse Nord skal sikre god kvalitet på tjenesten og drives personellmessig og økonomisk effektivt.
2. AMK-funksjonen i Universitetssykehuset Nord-Norge skal samles i Tromsø. Kommunene og andre berørte må sikres god informasjon i prosessen. De øvrige tre AMK-sentralene består.
3. Styret ber adm. direktør sørge for at helseforetakene gjør en ROS-analyse av sin AMK-virksomhet innen utgangen av 2014.
4. Styret ber adm. direktør utrede nærmere muligheten for en organisering med to AMK-sentraler i Nord-Norge, jfr. prosjektgruppens utredning. En beslutning om en eventuell overgang til to må baseres på en nærmere vurdering av:
  - God kvalitet på tjenesten
  - Bruken av personellressurser
  - Økonomiske konsekvenser
  - Organisatoriske konsekvenser

*Enstemmig vedtatt.*

### **Styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF viser til saksutredningen. Organiseringen av AMK-tjenesten i Helse Nord skal sikre god kvalitet på tjenesten og drives personellmessig og økonomisk effektivt.
2. AMK-funksjonen i Universitetssykehuset Nord-Norge skal samles i Tromsø. Kommunene og andre berørte må sikres god informasjon i prosessen. De øvrige tre AMK-sentralene består.
3. Styret ber adm. direktør sørge for at helseforetakene gjør en ROS-analyse av sin AMK-virksomhet innen utgangen av 2014.

4. Styret ber adm. direktør utrede nærmere muligheten for en organisering med to AMK-sentraler i Nord-Norge, jfr. prosjektgruppens utredning. En beslutning om en eventuell overgang til to må baseres på en nærmere vurdering av:
  - God kvalitet på tjenesten
  - Bruken av personellressurser
  - Økonomiske konsekvenser
  - Organisatoriske konsekvenser

#### **Protokolltilførsel til styresak 48-2014 – stemmeforklaring:**

Undertegnede viser til Fagforbundets hørings svar av 26.02.2014 og ønsker at denne legges ved protokollen som en protokolltilførsel.

Fagforbundets Koordineringsleddet Helse Nord anbefaler primært at dagens ordning med 5 AMK sentraler opprettholdes henholdsvis i Kirkenes, Tromsø, Harstad, Bodø og Sandnessjøen.

Fagforbundet forutsetter at tillitsvalgte gis formell medvirkning ved gjennomføring av det videre arbeid. Dette er helt nødvendig dersom målet om å spille på lag med engasjerte og kompetente medarbeidere skal oppnås, men også for å oppfylle bestemmelsene i Hovedavtalene.

Fagforbundet er spesielt opptatt av representasjon i de ulike styrings- og prosjektgrupper som måtte bli etablert og forventer invitasjon til dette.

Fagforbundet ber om at faglig kvalitet, lokal kunnskap og responstid av tjenestene er et overordnet prinsipp. Det er herunder viktig for Fagforbundet at ny teknologi på kommunikasjon blir tatt i bruk og at distriktpolitiske hensyn blir vurdert. I omorganisering bes det om at det vurderes både befolkningens sikkerhet og sysselsettingsmønster.

Fagforbundet region Nord er av den oppfatning at Finnmark bør ha egen sentral. Dett på bakgrunn av store landområder med mange samiske stedsnavn. I så henseende er lokalkunnskap særdeles viktig da mange stedsnavn er forholdsvis like.

Kari B Sandnes  
Ansattevalgt styremedlem

#### **Styresak 49-2014      Etablering av regionale datasentre i Helse Nord – konseptfaserapport, oppfølging av styresak 143-2013**

##### **Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner fremlagte konseptrapport for etablering av regionale datasentre i Helse Nord.
2. Styret gir adm. direktør fullmakt til å bygge datasenter 2 (DS2) ved Universitetet i Tromsø, Norges Arktiske universitet, Teknologibygget innenfor en ramme på 21 mill kroner.

3. Styret gir adm. direktør fullmakt til å bygge kulvert og teknisk bygg tilhørende datasenter 1 (DS1) ved pasienthotellet i Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø innenfor en ramme på 10 mill kroner.
4. Styret ber adm. direktør om å legge frem en orientering, når kontrakter er inngått og endelige kostnadsestimater foreligger.
5. Styret ber adm. direktør videre om å legge fram en endelig vurdering rundt behovet for sikkerhetsløsninger og gjenopprettingscenter (DSDRT) i Bodø i styremøte i oktober 2014.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner fremlagte konseptrapport for etablering av regionale datasentre i Helse Nord.
2. Styret gir adm. direktør fullmakt til å bygge datasenter 2 (DS2) ved Universitetet i Tromsø, Norges Arktiske universitet, Teknologibygget innenfor en ramme på 21 mill kroner.
3. Styret gir adm. direktør fullmakt til å bygge kulvert og teknisk bygg tilhørende datasenter 1 (DS1) ved pasienthotellet i Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø innenfor en ramme på 10 mill kroner.
4. Styret ber adm. direktør om å legge frem en orientering, når kontrakter er inngått og endelige kostnadsestimater foreligger.
5. Styret ber adm. direktør videre om å legge fram en endelig vurdering rundt behovet for sikkerhetsløsninger og gjenopprettingscenter (DSDRT) i Bodø i styremøte i oktober 2014.

**Styresak 50-2014**

**Virksomhetsrapport nr. 3-2014**

*Sakspapirene var ettersendt.*

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 3-2014 til orientering.
2. Styret er fornøyd med at ventetiden reduseres, men ber adm. direktør om å følge opp at det gjennomføres nødvendige tiltak i helseforetakene for å redusere ventetiden spesielt innen de somatiske fagfeltene.

3. Det er fortsatt for mange fristbrudd i regionen, og styret ber adm. direktør om å sørge for at helseforetakene iverksetter og gjennomfører tiltakene fra fristbruddprosjektet.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 3-2014 til orientering.
2. Styret er fornøyd med at ventetiden reduseres, men ber adm. direktør om å følge opp at det gjennomføres nødvendige tiltak i helseforetakene for å redusere ventetiden spesielt innen de somatiske fagfeltene.
3. Det er fortsatt for mange fristbrudd i regionen, og styret ber adm. direktør om å sørge for at helseforetakene iverksetter og gjennomfører tiltakene fra fristbruddprosjektet.

## **Styresak 51-2014      Budsjett 2014 – justering av rammer nr. 1**

### **Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. For å øke mulighetene til investeringer økes budsjettert overskudd i Helse Nord RHF med 43 mill kroner til 410 mill kroner.
2. Bevilgninger på til sammen 4,8 mill kroner foreslås tildelt som beskrevet i saken.
3. Investeringsrammen til NLSH økes med 4,7 mill kroner til blodbestrålingsenhet.
4. Fordeling av midler budsjettert i RHF vedtas som foreslått i saken.
5. Administrative tildelinger tas til orientering.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. For å øke mulighetene til investeringer økes budsjettert overskudd i Helse Nord RHF med 43 mill kroner til 410 mill kroner.
2. Bevilgninger på til sammen 4,8 mill kroner foreslås tildelt som beskrevet i saken.
3. Investeringsrammen til NLSH økes med 4,7 mill kroner til blodbestrålingsenhet.
4. Fordeling av midler budsjettert i RHF vedtas som foreslått i saken.
5. Administrative tildelinger tas til orientering.

**Styresak 52-2014      Endringer i helseforetakenes vedtekter §§ 6 b og 10 ad. oppnevning av styremedlemmer i helseforetakene og vedtak som skal treffes av foretaksmøte**

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Endringer i helseforetakenes vedtekter nye §§ 6 b og 10 gjennomføres i tråd med saksfremstillingen.
2. Endringene i helseforetakenes vedtekter stadfestes i foretaksmøte med helseforetakene så snart som mulig i samsvar med helseforetaksloven §§ 12 og 14.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Endringer i helseforetakenes vedtekter nye §§ 6 b og 10 gjennomføres i tråd med saksfremstillingen.
2. Endringene i helseforetakenes vedtekter stadfestes i foretaksmøte med helseforetakene så snart som mulig i samsvar med helseforetaksloven §§ 12 og 14.

**Protokolltilførsel til styresak 52-2014 – stemmeforklaring:**

Jeg viser til Fagforbundets uttalelse i møte i koordinerende ledd av 28 april 2014 og ønsker at denne legges ved protokollen som en protokolltilførsel fra undertegnede.

”Koordineringsleddet Helse Nord beklager at regjeringen har valgt å tilsidesette folkevalgte organer i forbindelse med oppnevning av styremedlemmer til HF styrene. Etter vår vurdering vil dette svekke legitimiteten til HF styrene og redusere folkevalgt innflytelse over utviklingen av spesialisthelsetjenesten i region.”

Kari B Sandnes  
Ansattevalgt styremedlem

**Styresak 53-2014      Internrevisjonsrapport 06-2014:  
Dokumentstyring i Helse Nord RHF**

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF tar *Internrevisjonsrapport 06/2014: Dokumentstyring i Helse Nord RHF* til orientering.

2. Styret ber adm. direktør om å legge fram en orientering om oppfølgingen av internrevisjonens anbefalinger innen utgangen av september 2014.

*Enstemmig vedtatt.*

#### Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar *Internrevisjonsrapport 06/2014: Dokumentstyring i Helse Nord RHF* til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å legge fram en orientering om oppfølgingen av internrevisjonens anbefalinger innen utgangen av september 2014.

## **Styresak 54-2014      Orienteringssaker**

Det ble gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
  - *Styreseminar i Helse Nord*, den 26. mai 2014
    - o Avholdes på Rica Ishavshotell i Tromsø – fra kl. 09.30 til ca. kl. 17.00 med påfølgende middag.
    - o Informasjon om program.
  - *Styremøte i Helse Nord RHF*, den 27. mai 2014
    - o Avholdes i Tromsø i etterkant av styreseminaret.
    - o Informasjon om påmelding til styreseminar og styremøte.
  - *Nytt sykehus i Kirkenes – første spadetak*, den 5. mai 2014: Statsråden deltar på arrangementet – informasjon.
  - *Nasjonal Helsekonferanse*, den 7. til 8. mai 2014: Informasjon.
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
  - *Klagesaker i KOFA*<sup>1</sup>: Informasjon om avgjørelser i forskjellige saker.
  - *Riksrevisjonens rapport om elektronisk meldingsutveksling*: Informasjon
  - *Lang reisetid for pasienter i Finnmark*: Informasjon om saken og Finnmarkssykehusets håndtering av slike tilfeller.
  - *Presentasjon av Helse Nord's IKT-strategi og -organisering for statsråd Bent Høie m. fl.*, den 7. april 2014: Informasjon
  - *Nasjonal helse- og sykehusplan, besøksrunde Helse- og omsorgsdepartement*, den 8. og 9. april 2014 i Finnmark: Informasjon
  - *AD-møte*, den 28. april 2014: Informasjon
    - o Årsrapporten fra felles eide selskap legges frem som en felles styresak.
    - o Møte i beslutningsforum for innføring av nye metoder avholdes i tilknytning til AD-møte, den 19. mai 2014.
    - o Nordlandssykehuset Vesterålen – åpning, den 19. august 2014: Statsminister Erna Solberg og statsråd Bent Høie deltar.

---

<sup>1</sup> KOFA: Klagenemnda for offentlige anskaffelser

- Lønnsoppgjør 2014: Informasjon  
*Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl § 23, 1. ledd.  
Med utgangspunkt i de partsforhold som gjelder, deltar styremedlemmer som er valgt av de ansatte ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettsvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler, jf. § 8 i Helse Nord RHF's vedtekter.  
Under behandling av denne saken fratrådte de ansattevalgte styremedlemmer.*
3. Oppdragsdokument 2014 – tilleggsliste

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

## **Styresak 55-2014      Referatsaker**

Det ble referert fra følgende saker:

1. Regionalt brukerutvalg – årsmelding 2013
2. Protokoll fra drøftingsmøte 23. april 2014 ad. saker om *etablering av regionale datasentre i Helse Nord – konseptfaserapport, oppfølging av styresak 143-2013 og fremtidig AMK-struktur i Helse Nord*  
*Kopi av drøftingsprotokollene var ettersendt.*
3. Brev fra Fauske Kommune v/ordfører Siv Anita Johnsen Brekke av 4. april 2014 ad. uttalelse fra Fauske kommunestyre i forbindelse med foreslått nedlegging av traumeavdelingen ved Nordlandssykehuset

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

## **Styresak 56-2014      Eventuelt** *Ingen saker ble fremmet.*

Bodø, den 29. april 2014

*godkjent av Bjørn Kaldhol,  
i etterkant av styremøtet,  
den 29APR2014 – kl. 11.35*

---

Bjørn Kaldhol





Nordlandssykehuset HF  
Postboks 1480  
8092 BODØ

Saksb.: Fred Müller  
e-post: [fmnofmu@fylkesmannen.no](mailto:fmnofmu@fylkesmannen.no)  
Tlf: 75 53 15 76  
Vår ref: 2012/8092  
Deres ref:  
Vår dato: 17.03.2014  
Deres dato:  
Arkivkode: 734.0

## Landsomfattende tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge - endelig rapport fra tilsyn ved Nordlandssykehuset, Psykisk helse- og rusklinikken, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Ytre-Salten

Vedlagt oversendes endelig rapport fra tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge ved Nordlandssykehuset, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Ytre-Salten i Bodø, 21.- 23. januar 2014. Rapporten er offentlig og blir lagt ut på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Fylkesmannen takker innspill og retting på navn på enheter, avdeling og klinikk. Fordi det ikke er kommet frem andre merknader til rapportens innhold er den endelige rapporten, bortsett fra endringer på noen navn på enheter, klinikk og avdeling, identisk med den foreløpige rapporten.

Det ble gitt to avvik ved tilsynet. Fylkesmannen ber helseforetaket å redegjøre for hvilke tiltak som planlegges iverksatt for å lukke avvikene og som sikrer at:

- Alle henviste barn og unge til BUP Ytre-Salten får sin helsetilstand vurdert med tanke på rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.
- Diagnostisering av kliniske tilstander hos barn og unge som trenger helsehjelp fra BUP Ytre-Salten er basert på en planlagt og systematisk utredning som konkluderer på alle de aktuelle utredningsområder.
- At rutiner for kartlegging og eventuell oppfølging av selvmordsrisiko hos barn og unge fra 10 – 12 års alderen følges opp.
- At rutiner for kartlegging og eventuell oppfølging av alkohol- og annen rusmiddelbruk hos barn og unge fra 10 – 12 års alderen følges opp.
- Ledelsen har rapporterings- og kontrollrutiner for hvordan virksomhetens egne rutiner, prosedyrer og målsetninger etterleves i praksis.

Fylkesmannen ber Nordlandssykehuset HF og tilbakemelding innen 1. mai 2014

---

Med vennlig hilsen



Jan-Petter Lea (e.f.)  
fylkeslege



Fred Müller  
seniorrådgiver

*Dette brevet er godkjent elektronisk.*

Kopi til:

Statens helsetilsyn Postboks 8128 DEP 0032 OSLO

Vedlegg: Endelig rapport



# Fylkesmannen i Nordland

---

**Endelig rapport fra tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge ved Nordlandssykehuset, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Ytre-Salten i Bodø**

**Virksomhetens adresse:** Postboks 1480, 8001 Bodø  
**Tidsrom for tilsynet:** 31.01.13 – dato for sluttrapport  
**Kontaktperson i virksomheten:** Per-Willy Antonsen, avdelingsleder Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling

---

## **Innhold**

Sammendrag .....	5
1. Innledning .....	6
2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold.....	6
3. Gjennomføring.....	6
4. Hva tilsynet omfattet.....	7
5. Funn .....	7
6. Vurdering av virksomhetens styringssystem .....	9
7 Regelverk .....	10
8. Dokumentunderlag.....	10
9. Deltakere ved tilsynet.....	11

## Sammendrag

Som en del av det landsomfattende tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge er det gjennomført tilsyn ved Nordlandssykehuset HF, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Bodø (BUP-YS) i perioden 31.01.13 – dato for sluttrapporten. Tilsynet ble utført av et regionalt team med deltakere fra fylkesmennene i Finnmark, Troms og Nordland. Denne rapporten beskriver avviket som ble påpekt innen de reviderte områdene. Systemrevisjonen omfattet følgende områder:

- Mottak og vurdering av henvisninger
- Utredning og diagnostisering
- Behandling
- Avslutning og oppfølging av behandling

Det ble påpekt to avvik ved systemrevisjon:

### Avvik 1

- Nordlandssykehuset HF sørger ikke for at alle henviste pasienter til BUP Ytre-Salten får sin helsetilstand vurdert med tanke på rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

### Avvik 2

- Nordlandssykehuset HF sørger ikke for at diagnostisering av kliniske tilstander hos barn og unge som trenger helsehjelp fra BUP Ytre-Salten, er basert på en planlagt og systematisk utredning som konkluderer på alle aktuelle utredningsområder

Bodø, 18. mars 2014

Geir Åge Bendiksen  
revisjonsleder

  
Fred Müller  
revisor

---

## 1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon ved Nordlandssykehuset HF, Psykisk helse- og rusklinikken, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk lokalisert i Bodø i perioden 31.01.13 – dato for sluttrapport. Revisjonen inngår som en del av Fylkesmannens planlagte tilsynsvirksomhet i inneværende år, og er en del av et landsomfattende tilsyn, gjennomført etter oppdrag fra Statens helsetilsyn.

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med helsetjenesten etter Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten. Formålet med systemrevisjonen er å vurdere om virksomheten ivaretar ulike krav i lovgivningen gjennom sin internkontroll. Revisjonen omfattet undersøkelse om:

- hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfatter
- tiltakene følges opp i praksis og om nødvendig korrigeres
- tiltakene er tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser. Rapporten omhandler avvik som er avdekket under revisjonen og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfattet.

- **Avvik** er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift

## 2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Ytre-Salten (BUP-YS) i Bodø er en seksjon i Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) ved Nordlandssykehuset. BUPA er en av 7 avdelinger i Psykisk helse- og rusklinikken (PHR-klinikken). tillegg til BUP-YS består BUPA av Akuttenhet for ungdom, Ambulant akutteam, Enhet for autismebehandling, Enhet for behandling spiseforstyrrelses, Enhet for nevropsykologisk utredning, Familieenhet og Ambulant enhet, BUP Indre-Salten lokalisert på Fauske, BUP Vesterålen lokalisert på Stokmarknes og en enhet lokalisert på Ørnes i Meløy kommune. Opptaksområdet for BUP Ytre-Salten består av kommunene Bodø, Gildeskål, Meløy, Røst, Steigen og Værøy, med til sammen ca 60 000 innbyggere. PHR-klinikken, som de øvrige klinikker ved Nordlandssykehuset HF, er organisert med en gjennomgående lederstruktur med avdelingsleder for BUPA som øverste leder under klinikkjefen og enhetsleder på hver enhet. BUP-Lofoten i Vestvågøy kommune omfattes ikke av denne gjennomgående lederstrukturen.

Ledelsen ved BUP Ytre-Salten består av en seksjonsleder og tre enhetsledere. Den øvrige bemanning består av 25 ansatte og har en tverrfaglig sammensetning bestående av legespesialister, psykologspesialister, psykologer, sosionomer, vernepleiere, sykepleiere, lege i spesialisering.

Det er en felles merkantilavdeling for BUPA med enhetsleder for kontortjenester som leder.

## 3. Gjennomføring

Systemrevisjonen omfattet følgende aktiviteter:

- Revisjonsvarsel ble utsendt 31.01.2013.

- 
- Oversikt over dokumenter virksomheten har oversendt i forbindelse med tilsynet er gitt i kap. 8 Dokumentunderlag.
  - Åpningsmøte ble avholdt 21. januar 2014
  - 11 ansatte ble intervjuet
  - Sluttmøte ble avholdt den 23. januar 2014. Fordi det i sluttmøtet også ble gitt en orientering om funn i de fire egenvurderingsskjema Nordlandssykehuset HF hadde levert, deltok det representanter fra BUP Vesterålen, BUP Indre-Salten og BUP Lofoten i sluttmøtet.

#### **4. Hva tilsynet omfattet**

Tilsynet har som mål å undersøke om spesialisthelsetjenesten gjennom systematisk styring og ledelse sikrer barn og unge forsvarlig psykisk helsevern. Barn og unge omfatter i denne sammenheng hovedsakelig aldersgruppen 0-18 år. Etter 18 år er det mulighet for videre behandling frem til 23 år, eller overføring til psykisk helsevern for voksne.

Tilsynet skal undersøke hvordan pasientforløpet håndteres:

- Mottak og vurdering av henvisninger
- Utredning og diagnostisering
- Behandling
- Avslutning og oppfølging av behandling

For å kunne bedømme om pasientforløpene er forsvarlige, er det nødvendig å se på noen konkrete problemstillinger. Av praktiske årsaker er det for dette landsomfattende tilsyn to pasientgrupper:

- Barn og ungdom mellom 7 og 15 år med behov for helsehjelp på grunn av uro, utagerende adferd og mistanke om ADHD
- Barn og ungdom over 12 år med behov for helsehjelp på grunn av tristhet og mistanke om depresjon

Disse pasienter utgjør de hyppigst henviste pasientgrupper til psykisk helsevern for barn og unge. De vil derfor også være godt representert ved de mindre BUP og gir treffsikkerhet også når det gjelder selvmordsrisiko og rusproblematikk som inngår som temaer for tilsynet.

God samhandling, koordinering av ulike tjenestetilbud og tilbud om utarbeidelse av IP er suksesskriterier for et vellykket behandlingsforløp, og er derfor et gjennomgående tema for tilsynet.

#### **5. Funn**

##### **Avvik 1**

Nordlandssykehuset HF sørger ikke for at alle henviste pasienter til BUP Ytre-Salten får sin helsetilstand vurdert med tanke på rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Avvik fra følgende myndighetskrav:

- Lov om spesialisthelsetjenesten § 2-2
- Prioriteringsforskriften §§ 4 og 4a jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2

Avviket bygger på følgende:

- Helseforetaket har en styrt praksis ved BUP Ytre Salten, hvor noen pasienter avvises på grunn av mangelfulle henvisninger, eller mangelfullt utredningsarbeid i førstelinjetjenesten.
  - Ved gjennomgang av de 10 siste avviste pasientene, var 6 avvist uten at helsetilstanden var vurdert.

## Avvik 2

Nordlandssykehuset HF sørger ikke for at diagnostisering av kliniske tilstander hos barn og unge som trenger helsehjelp fra BUP Ytre-Salten, er basert på en planlagt og systematisk utredning som konkluderer på alle aktuelle utredningsområder.

Avvik fra følgende myndighetskrav:

- Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2
- Internkontrollforskriften § 4

Avviket bygger på følgende:

- Virksomheten har utarbeidet skriftlige rutiner for utredningsplaner og behandlingsplaner i tråd med faglige anbefalinger. Disse rutinene følges bare unntaksvis;
  - Det foreligger få utredningsplaner og lite skriftlig informasjon i gjennomgåtte pasientjournaler om hvilke utredninger som planlegges, hvordan den skal gjøres, hvem som skal delta og når utredningen er planlagt gjennomført.
  - Det foreligger få behandlingsplaner hvor det fremkommer at mål og tiltak er oppnådd/gjennomført og som danner grunnlag for avslutning av behandling.
- Virksomheten har egne prosedyrer for bruk av det multiaksiale diagnosesystemet;
  - Det foreligger unntaksvis diagnostiske konklusjoner etter alle seks akser i pasientjournaler, selv om det i mange tilfeller foreligger et omfattende kartleggings- og utredningsarbeid.
  - Det ikke faglig begrunnet hvorfor noen av aksene ikke er vurdert eller konkludert.
- Virksomheten har etablert skriftlige rutiner for kartlegging, vurdering og eventuell oppfølging av selvmordsrisiko hos barn og unge fra 10-12 års alder;
  - Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko er dokumentert i ca halvparten av de aktuelle pasientjournalene tilsynet har gjennomgått.
- Virksomheten har etablert skriftlige rutiner for kartlegging av alkohol- og annen rusmiddelbruk hos barn og unge fra 10-12 års alder;
  - Kartlegging i henhold til egne rutiner gjenfinnes i liten grad i de aktuelle pasientjournaler Tilsynet har gjennomgått. Det er uklart hvordan eventuell identifisert rusproblematikk følges opp.



- Ledelsen har ikke etablert rapporterings- eller kontrollrutiner for hvordan rutiner, prosedyrer og målsetninger etterleves.

#### Kommentar:

For å ivareta hensynet til at barnas symptomer og problemer må ses i sammenheng med deres miljø er det innen psykisk helsevern for barn og unge som hovedregel nødvendig å foreta en systematisk og tverrfaglig utredning og diagnostisering. I tråd med føringer i det multiaksiale klassifikasjonssystemet for barne- og ungdomspsykiatriske tilstander, jf Helsedirektoratets veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge samt helsedirektoratets beskrivelse av indikatorer for «registrering av hovedtilstand psykisk helsevern for barn og unge» (N-024) skal barne- og ungdomspsykiatriske tilstander utredes og diagnostiseres (koding) på følgende seks områder:

1. Klinisk psykiatrisk syndrom
2. Spesifikke utviklingsforstyrrelser
3. Psykisk utviklingshemming/intelligensnivå
4. Somatiske tilstander
5. Avvikende psykososiale tilstander
6. Global vurdering av funksjonsnivå

Tverrfaglig og tilstrekkelig bred utredning er nødvendig for å danne et godt grunnlag for forsvarlig behandling. Utredning med konklusjoner på alle seks områder skal derfor normalt gjenfinnes i pasientjournalen.

## 6. Vurdering av virksomhetens styringssystem

Helseforetakets ledelse skal gjennom styring sørge for at sykehuset drives i henhold til gjeldende lover og forskrifter og sikre forsvarlig drift. Dette innebærer blant annet at virksomheten har plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og eventuell korrigere virksomheten slik at den er i samsvar med krav i lov og forskrift.

Det er et ledelsesansvar å etterspørre arbeidet med internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring. Sykehusets ledelse må ha innsikt i hva som fungerer bra og hva som må forbedres. Ledelsen er også ansvarlig for å iverksette tiltak når det er behov for det. Rettetiltakene må også kontrolleres med tanke på om de har ønsket effekt, altså om tiltakene faktisk medfører en forbedring av praksis.

Tilsynets funn viser at interne rutiner og prosedyrer ikke følges fullt ut og derfor ikke er styrende for en planmessig og systematisk utredning. Tid fra første konsultasjon til fullstendig diagnose er satt, kan være en indikator for om utredningen skjer på en planlagt og systematisk måte. Journalgjennomgangen viser at det ikke konkluderes langs alle akser. Utredning og diagnostisering blir dermed ikke kvalitetssikret, og det blir vanskelig for ledelsen å følge med på om diagnosen blir satt innen forsvarlig tid/egen målsetting på tre måneder.

Det er møtepunkter mellom behandlere og ledelsen, og ledermøter videre oppover i styringslinjen. Om rutiner og prosedyrer og målsetninger etterleves og leder til god praksis er ikke et fast tema på disse møtene, og det er opp til den enkelte behandler hvorvidt arbeidet i enkeltsaker blir kvalitetssikret på fagmøtene.

---

Når det ikke er etablert rapporterings- eller kontrollrutiner for hvordan rutiner, prosedyrer og målsetninger etterleves, medfører det en fare for at svikt i utredningsarbeidet ikke blir avdekket i fremtiden, og følgelig at effektive korrigerende tiltak ikke blir iverksatt.

Barn og unge med rett til nødvendig helsehjelp fra psykisk helsevern er en svært sårbar pasientgruppe. Utredningsplanen og det multiaksiale diagnosesystemet er verktøy for å sikre en systematisk, planmessig og tverrfaglig utredning. Når det ikke konkluderes langs de ulike aksene, kan informasjonsgrunnlaget for å se barns symptomer og problemer i sammenheng med deres miljø bli mangelfullt. Dette har konsekvenser for kvaliteten på utredningen og valg av videre behandlings- og oppfølgingstiltak og kan medføre at barn og unge ikke får nødvendig/forsvarlig helsehjelp i rett tid.

## **7. Regelverk**

Lov av 30. mars 1984 nr 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten

Lov av 2. juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.

Lov av 2. juli 1999 nr 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Lov av 2. juli 1999 nr 63 om pasient- og brukerrettigheter

Lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell

Forskrift av 1. desember 2000 nr 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Forskrift av 20. desember 2002 nr 12 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten

Forskrift av 21. desember 2000 nr 1385 om pasientjournal

## **8. Dokumentunderlag**

Virksomhetens egen dokumentasjon knyttet til den daglige drift og andre forhold av betydning som ble oversendt under forberedelsen av revisjonen:

- Organisasjonskart for Nordlandssykehuset.
- Organisasjonskart Klinikk psykisk helsevern og rus.
- Organisasjonskart DPS-Lofoten.
- Organisasjonskart BUPA
- Organisasjonsplan for BUPA.
- Oversikt over ansatte ved BUPA
- Stillingsbeskrivelser/instrukser/funksjonsbeskrivelser.
- Rutiner for mottak av henvisninger.
- Oppgaver/ansvar for pasientansvarlig lege
- Årsplan for internrevisjoner 2012
- 1. årsplan for internrevisjon på foretaksnivå 2013
- Implementering risikostyring 2013
- Retningslinjer for risikostyring Helse Nord 2009
- Prosedyre for melding til barnevernet
- Prosedyrer for utskrivning av pasienter – samhandling med kommunene
- Internkontrollsystem
- Avvikshåndtering i Docmap

- HMS-plan BUPA 2012
- Dokumentstyring i Docmap
- Opprette og avslutte konsultasjonsserie
- Registrere ekstern henvisning BUP
- Registrering av henvisning i DIPS
- Dokumentstyring klinikkovergripende fagprosedyrer
- Tiltaksplan pasientbehandling
- Strategisk plan for pårørendeopplæring i Helse Nord 2013
- Oppdragsdokument fra Helse Nord RHF 2013
- Rutiner og faglige retningslinjer for inntak, utredning og behandling.
- Mal utrednings-/behandlingsplan
- Mal for utredning og diagnostisering.
- Sjekkliste for utredning av mulig ADHD
- Utprøving og behandling med sentralstimulerende medisin
- Behandlingsforløp ved BUPA
- PRK-Nevropsykologisk utredning av barn og unge
- PRK-Behandling av depresjon hos barn og unge
- PRK-Behandling av posttraumatisk stresslidelse hos barn og unge
- Møtereferat
- PRK-Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko
- PRK- Kartlegging av alkohol og rusmiddelbruk i Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk for Ytre-Salten.

Dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket:

- 10 pasientjournaler til barn og ungdom mellom 7 og 15 år med behov for helsehjelp på grunn av uro, utagerende adferd og mistanke om ADHD
- 12 pasientjournaler til barn og ungdom over 12 år med behov for helsehjelp på grunn av tristhet og mistanke om depresjon
- 10 pasientjournaler fra de ti sist henviste pasienter.

Korrespondanse mellom virksomheten og Fylkesmannen:

- Varsel om tilsyn av 31.01.13
- E-post fra Fylkesmannen om Egenvurderingsskjema – sjekkpunkt 8b utgår
- Brev fra Nordlandssykehuset av 04.10.13 vedlagt dokumentasjon og egenvurderingsskjemaer av ledermøtet og DIPS av 15.07.13
- Brev fra Fylkesmannen av 20.12.13 om utfyllende informasjon – oversikt over pasientjournaler.
- E-post fra Fylkesmannen av 06.01.14 vedrørende utkast for program av tilsynet
- E-post fra Nordlandssykehuset med forslag til endring i program.

## 9. Deltakere ved tilsynet

I tabellen under er det gitt en oversikt over deltakerne på åpningsmøte og sluttmøte, og over hvilke personer som ble intervjuet.

Navn	Funksjon / stilling	Åpnings- møte	Intervju	Slutt-møte
Trude Grønlund	klinikksjef	x	x	x
Per-Willy Antonsen	Avdelingsleder/avd. overlege	x	x	x
Arne Idar Johansen	Ass. avdelingsleder	x		x
Hilde Furnes	Enhetsleder kontortjenester	x	x	x
Knut Ilstad	Klinisk pedagog	x	x	
Heidi Stordahl	Overlege enhet for barn	x	x	x
Karin Stavang	Klinisk vernepleier	x	x	x
Anne Mette Lyngstad	sjefpsykolog	x	x	x
Jon Tomas Finnsson	Seksjonsleder/psykologspesialist	x	x	x
Sari Venäläinen	Enhetsleder/psykologspesialist	x		x
Tone Mosand	Vernepleier		x	x
Carl E. Bechstrøm	Enhetsleder/overlege		x	
Anne K. Fagerheim	Fagsjef Nordlandssykehuset HF			x

I tillegg deltok på sluttmøtet:

Gro Sandberg	Psykolog BUP-Lofoten	x
Heidi Risjord	Enhetsleder BUP-Vesterålen	x
Hege Huse	Psykolog BUP-Vesterålen	x
Jens Olav Hessen	Overlege BUP-Vesterålen	x
Olav Eldøen	Overlege BUP Indre-Salten	x

Fra Fylkesmennene deltok:

Evy Basso, Fylkesmannen i Troms, revisor

Geir Åge Bendiksen, Fylkesmannen i Finnmark, revisjonsleder

Fred Müller, Fylkesmannen i Nordland, revisor



Nordlandssykehuset HF  
Postboks 1480  
8092 BODØ

Saksb.: Fred Müller  
e-post: [fmnofmu@fylkesmannen.no](mailto:fmnofmu@fylkesmannen.no)  
Tlf: 75 53 15 76  
Vår ref: 2012/8092  
Deres ref:  
Vår dato: 31.03.2014  
Deres dato:  
Arkivkode: 734.0

## Landsomfattende tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge - videre oppfølging av helseforetakets egenvurderinger; BUP Ytre-Salten, BUP Indre-Salten, BUP Lofoten og BUP Vesterålen.

En av målsetninger for det landsomfattende tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge er å stimulere til forbedringsaktiviteter i alle landets 87 BUP. Helseforetakene ble derfor bedt om å gjøre en egenvurdering av noen sentrale punkter i pasientforløpet ved alle sine BUP.

Egenvurderingene ble gjort ved gjennomgang av 30 pasientjournaler ved hver av BUP-ene. Disse ble etter gjennomgangen oversendt Nordlandssykehuset HF, og forutsettes kjent i organisasjonen.

I følge konklusjonene i disse egenvurderingene foreligger det avvik på flere punkter i pasientforløpet ved alle fire BUP-ene ved Nordlandssykehuset HF. Antall selv registrerte avvik varierer fra 4 avvik ved BUP Ytre-Salten til 7 avvik ved BUP Indre-Salten, mens BUP Lofoten og BUP Vesterålen rapporterer om 5 avvik.

Fylkesmannen ber derfor Nordlandssykehuset HF om å lage en plan for hvordan de egenvurderte avvikene skal lukkes. Vi ber om at det redegjøres for:

- Foretakets vurdering av årsakene til avvikene.
- Hvilke tiltak som planlegges iverksatt for å rette opp de avdekte forholdene.
- Hvordan ledelsen vil følge med på og kontrollere at de planlagte tiltakene iverksettes i praksis.
- Hvordan og når ledelsen vil revidere om tiltakene gir ønsket effekt.

Planen bør inneholde foretakets egne tidsfrister for de forskjellige tiltakene for å sikre fremdrift i arbeidet, og angivelse av når foretaket selv regner med at de avdekte avvik vil være lukket.

Fylkesmannen er kjent med at Nordlandssykehuset BUP Ytre-Salten i etterkant av tilsynet i januar 2014 har iverksatt tiltak for å lukke avvik. Noen av Fylkesmannens funn under tilsynet er identiske med de funn som er rapportert i virksomhetens egenvurderingsskjema.

---

Når Fylkesmannen har mottatt Nordlandssykehusets plan for lukking av avvik, vil vi kommentere på eventuelle uklarheter og eventuell be om utfyllende opplysninger. På et senere tidspunkt kan det bli aktuelt å be foretaket å rapportere på om de planlagte tiltakene er implementert i virksomheten og om de gir ønsket effekt.

Vi ber om foretakets tilbakemelding innen 5. mai 2014

Med vennlig hilsen



Jan-Petter Lea (e.f.)  
fylkeslege



Fred Müller  
seniorrådgiver

*Dette brevet er godkjent elektronisk.*

Kopi: Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo



**NORDLANDSSYKEHUSET**  
NORDLÁNDA SKIHPPIJVIESSO

Bodø

HELSE  **NORD**

Til:

Fylkesmannen i Nordland


Sted/Dato:

Bodø, 25.04.2014

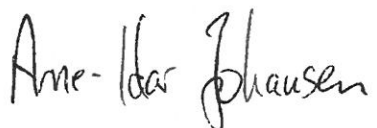
**Svar på tilsyn, deres ref: 2012/8092, landsomfattende tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge.**

Vedlagt følger svar på deres brev datert 17.03.2014 og 31.03.2014. Vi har valgt å gi et samlet svar på avvik fra tilsynet og egenvurderte avvik da tiltak for å lukke disse synes identiske. Vi ber om at avvikene holdes åpne til vi gjennom internkontroll finner grunnlag for å be om at de lukkes, og jobber fram mot lukking av avvikene sommeren 2015. Legger også ved svarbrev fra BUP Lofoten på deres egenvurderte avvik.

Trude Grønlund

  
Klinikkssjef PHR klinikken  
Nordlandssykehuset.

Arne Idar Johansen

  
Konst. Avdelingsleder BUPA  
Nordlandssykehuset

Postadresse:  
Nordlandssykehuset HF

8092 Bodø  
Besøksadresse:  
Kløveråsvæien 1

Telefon: 75 53 40 00\*  
Teksttilf: 75 53 44 22  
Org nr: MVA : 983.974.910  
NO

Internett:  
[www.nordlandssykehuset.no](http://www.nordlandssykehuset.no)

Avd:  
Avd tlf: 75501800  
Avd faks:

Sykehusets e-post:  
[postmottak@nlsh.no](mailto:postmottak@nlsh.no)

Saksbehandler: Arne Idar Johansen  
Dir tlf: 75501897/99000926

Saksbehandler e-post:  
[aij@nlsh.no](mailto:aij@nlsh.no)





Til:  
Fylkesmannen i Nordland  
Helse- og omsorgsavdelinga  
Moloveien 10  
8002 Bodø

Sted/Dato:  
Bodø, 23. april 2014

## **Landsomfattende tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge – svarbrev på rapport fra tilsyn ved Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Ytre Salten og egenvurderinger fra BUP Ytre Salten, BUP Indre Salten og BUP Vesterålen.**

Vi vil her redegjøre for hvilke tiltak Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) ved Nordlandssykehuset planlegger å iverksette for å lukke avvikene som kom frem i tilsyn hos BUP Ytre Salten (BUP-YS) og i egenvurderingene fra BUP-YS, BUP Indre Salten (BUP-IS) og BUP Vesterålen. Mange av de planlagte tiltak for å lukke avvikene fra tilsyn ved BUP-YS og egenmeldte avvik er identiske, og vi velger derfor å presentere hvordan vi planlegger å lukke alle avvik i ett brev.

I tillegg til redegjørelse i dette brev inngår følgende vedlegg i vårt svar:

1. Retningslinje for internkontroll i BUPA
2. Retningslinje for kontroll med inntaksvurderinger i BUPA
3. Mal for journalgjennomgang ved internkontroll i BUPA
4. Mal for internundervisning (utredningsplan/behandlingsplan/diagnostisering).

I brev datert 17.03.14 fra tilsyn ved BUP-YS ber Fylkesmannen om en redegjørelse for tiltak som sikrer følgende:

- Alle henviste barn og unge til BUP Ytre Salten får sin helsetilstand vurdert med tanke på rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.
- Diagnostisering av kliniske tilstander hos barn og unge som trenger helsehjelp fra BUP Ytre Salten er basert på en planlagt og systematisk utredning som konkluderer på alle de aktuelle utredningsområder.
- At rutiner for kartlegging og eventuell oppfølging av selvmordsrisiko hos barn og unge fra 10 – 12 års alder følges opp.
- At rutiner for kartlegging og eventuell oppfølging av alkohol- og annen rusmiddelbruk hos barn og unge fra 10 – 12 års alder følges opp.
- Ledelsen har rapporterings- og kontrollrutiner for hvordan virksomhetens egne rutiner, prosedyrer og målsetninger etterleves i praksis.



I brev datert 31.03.14 om egenvurderte avvik ber Fylkesmannen om en redegjørelse for:

- Foretakets vurdering av årsakene til avvikene.
- Hvilke tiltak som planlegges iverksatt for å rette opp de avdekte forholdene.
- Hvordan ledelsen vil følge med på og kontrollere at de planlagte tiltakene iverksettes i praksis.
- Hvordan og når ledelsen vil revidere om tiltakene gir ønsket effekt.

#### **Foretakets vurdering av årsakene til avvikene.**

I tilsynet ved BUP-YS og egenvurderingene fra alle poliklinikkene kom det frem avvik vedr. diagnostisering på alle 6 akser. Foretaket har lenge hatt krav til diagnostisering på alle 6 akser og at dette skal journalføres så fort den diagnostiske vurderingen er gjennomført. Det at alle poliklinikker har avvik på dette viser at det har vært for lite fokus både i klinisk praksis og fra ledelsens side med å sikre at dette gjennomføres og journalføres.

Oppfølging av selvmordsrisiko er en integrert del av det kliniske tilbudet i BUP, særlig for ungdomspopulasjonen. Vår erfaring er at alle behandlere har et klart fokus på å gjøre slike vurderinger i møte med pasienter, men vi ser klart at disse vurderingene i for liten grad journalføres. For ofte blir slike vurderinger bare journalført i de tilfeller hvor konklusjonen er at det foreligger suicidfare. Suicidvurderinger hvor man konkluderer med liten risiko blir da ikke godt nok journalført. Det foreligger klare retningslinjer vedr. dette i foretaket og alle ansatte er kjent med den nasjonale veilederen fra Helsedirektoratet (Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, IS-1511). Det vurderes å være for liten bevissthet om at utredninger og vurderinger som kan vurderes som "nullfunn" også skal journalføres.

Oppfølging av alkohol- og annen rusmiddelbruk hos barn og unge er i liten grad gjennomført ved alle poliklinikker i foretaket. Noe av begrunnelsen for dette er at rusmidler svært sjelden er henvisningsårsak til BUP. Videre har vi som tjeneste vansker med å holde på de pasienter hvor det avdekkes rusmiddelmisbruk. De som ikke er motivert for å slutte med rusmisbruket velger da å avslutte behandlingen (ofte for en annen tilstand). Tilsyn og egevaluering viser at det har vært for lite fokus både i klinisk praksis og fra ledelsens side for å sikre at alkohol- og annen rusmiddelbruk utredes og følges opp i foretaket. Vi ser viktigheten av at dette avdekkes på et tidlig tidspunkt i oppfølgingen og har laget rutiner for fremtidig oppfølging av problematikken.

Alle pasienter skal ha sin helsetilstand vurdert med tanke på rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Avviket ved BUP-YS skyldes etter vår vurdering ufullstendig journalføring, ikke at pasienthenvisninger ikke er blitt vurdert mht. helsetilstand. Alle henvisninger vurderes mht. helsetilstand. Henvisninger med mistanke om ADHD er avvist uten at det i avslaget til pasient/henviser klart kommer frem at helsetilstand er vurdert.

Egenvurderte avvik på fristbrudd og tid mellom første og andre konsultasjon, skyldes etter foretakets vurdering en presset driftssituasjon i enkelte poliklinikker. Endringer i pasientmengde eller perioder med sykdom/vakanser kan i perioder føre til stort arbeidsbelastning på de gjenværende ansatte i en poliklinikk. For å sikre at aktive pasienter gis forsvarlig behandling utsettes inntak av nye pasienter. Frem til 2012 var det over flere år en stadig økning i antall henvisninger til alle poliklinikker i foretaket. Vi vurderer dette å være

hovedårsak til avvik på fristbrudd og tid mellom første og andre konsultasjon ved enkelte poliklinikker.

Manglende rapporterings- og kontrollrutiner i poliklinikkene antas å skyldes at ledelsen i for liten grad har prioritert å sette av tid til kontroll av at rutiner og prosedyrer følges opp. Rutiner og prosedyrer har blitt fulgt opp med internundervisning, informasjon, veiledning, etc. for å sikre at de ansatte har tilstrekkelig kunnskap om hva og hvordan utredning og behandling forutsettes utført. Ledelsen har ikke prioritert å kontrollere at rutiner og prosedyrer har blitt korrekt fulgt opp av de ansatte.

#### **Hvilke tiltak som planlegges iverksatt for å rette opp de avdekte forholdene?**

På systemnivå ser vi på det å etablere rutiner for og gjennomføre internkontroll som det viktigste tiltaket. Vi har laget kontroll- og rapporteringsrutiner i BUPA (se vedlegg 1 og 2). Gjennom disse ønsker vi å sikre at foretakets rutiner, prosedyrer og målsetninger etterleves i praksis. Mål for internkontroll er drøftet med de ansatte og er klarert med de tillitsvalgte i foretaket. Rutinen beskriver kvartalsvise internkontroller som skal utføres av avdelingsledelse, enhetsledelse og fagansvarlige behandlere. Internkontrollen gjennomføres etter samme mal som tilsynet ved BUP-YS. Det blir gjort journalgjennomgang av et utvalg av journaler for å sikre at foretakets rutiner, prosedyrer og målsetninger etterleves i praksis og gjenfinnes i journal. Hvis journalgjennomgangen avdekker avvik vil behandler bli innkalt til samtale for å avklare hvordan en skal lukke avviket. I etterkant av internkontroll oppsummeres funn i en rapport som er legges i foretakets kvalitetssikringssystem (DocMap). Det er utviklet en mal for journalgjennomgang ved internkontroll (se vedlegg 3). Her har vi valgt å kontrollere for alle de områder hvor det er avdekket avvik i tilsyn og egevaluering (ventetid, andel fristbrudd, tid mellom første og andre konsultasjon, foreligger utredningsplan, foreligger behandlingsplan, diagnoser på alle 6 akser, suicidvurdering, rusvurdering, er helsetilstand vurdert ved avslag).

Ventetider og fristbrudd kontrolleres månedlig på mange nivå i foretaket. I løpet av 2013 hadde alle poliklinikker kortere ventetid enn 65 dager og svært få fristbrudd. I oktober 2013 konkluderte vi internt med at dette ikke lengre var et avvik i foretaket. Vi iverksetter ikke andre tiltak enn at det kontrolleres for ventetider og tid mellom første og andre konsultasjon som ledd i internkontrollen.

Diagnostisering av kliniske tilstander hos barn og unge som trenger helsehjelp fra BUP er basert på en planlagt og systematisk utredning som konkluderer på alle de aktuelle utredningsområder. Det er utarbeidet en internundervisningsmodul (se vedlegg 4) som avdelingsleder vil presentere for alle ansatte i BUPA. Denne opplæringen skal tydeliggjøre hvilke krav som stilles til utrednings- og behandlingsplan samt diagnostisering. Videre vil det bli fulgt opp gjennom internkontroll om disse føringer følges opp i praksis.

Det gjennomføres jevnlig internundervisning om suicidvurdering i foretaket. Vi mener at avviket ikke skyldes mangel på kunnskap om utredning eller tiltak, men manglende journalføring. Det er ila. høsten 2013 og våren 2014 vært gjennomført internundervisning om journalføring. Videre vil kvartalsvise internkontroller sikre at journalføringspraksis kommer på et forsvarlig nivå.

BUPA har utarbeidet en rutine for kartlegging av rusmisbruk som implementeres i poliklinikkene og som følges opp gjennom internkontroll. Vi skal ila. kommende år utarbeide felles behandlingslinjer for barn og ungdom med rusmisbruk. Atferdssenteret publiserte i

2011 ” Modeller for rusbehandling. En kunnskapsoversikt”. Her dokumenteres at mye av de evidensbaserte tiltakene for gruppen ligger hos våre samarbeidspartnere (barnevern, rusinstitusjoner, Bufetat, etc.). Videre er det behov for en avklaring av tiltak for gruppen 16-23, da disse kan få tilbud fra BUP eller Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB). Tiltaket fra BUPA blir at vi innen juni 2015 skal utarbeide behandlingslinjer for barn og unge med alkohol og rusmiddelavhengighet.

Alle ansatte i poliklinikkene med inntaksansvar er blitt informert om viktigheten og nødvendigheten av at vurdering av helsetilstand inkluderes i journalnotat fra inntaksvurderinger. Dette følges opp gjennom at avdelingsleder kontrollerer avviste saker hvert kvartal som del av internkontrollen. Det planlegges ikke øvrige tiltak.

**Hvordan og når vil ledelsen revidere om tiltakene gir ønsket effekt?**

Det vil, som tidligere beskrevet, bli gjort internkontroll av journaler fra alle ansatte behandlere hvert kvartal (4 ganger pr. år). I etterkant av hver internkontroll blir det skrevet en oppsummering av funn fra kontrollen. Rapporten vil inneholde et punkt om hvilke tiltak BUPA anser det er behov for å gjennomføre. Avvik som gjentas over flere internkontroller vil bli gitt ekstra oppfølging. Innen sommeren 2015 antar vi å ha godt grunnlag for å vurdere om de tiltak vi iverksatte hadde ønsket effekt. BUPA vil be om bistand både fra foretaksledelsen og Fylkesmannen underveis i prosessen hvis vi opplever at disse tiltak ikke er tilstrekkelige for å lukke avvikene.

Ta gjerne kontakt hvis noe er uklart eller det er ønske om ytterligere opplysninger.

Med hilsen



Arne Idar Johansen  
Fung. avdelingsleder, BUPA

Jon Tomas Finnsson  
Seksjonsleder, BUP-YS

Olav Eldøen  
Enhetsleder, BUP-IS

Elsa Risjord  
Enhetsleder, Vesterålen



NORDLANDSSYKEHUSET  
NORDLÁNDÁ SKIHPPIJVIESSO

DPS Lofoten

HELSE ···· NORD

Fylkesmannen i Nordland  
Statens Hus  
Moloveien 10

8002 BODØ

Gravdal 22. april 2014

**LANDSOMFATTENDE TILSYN MED PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE. Oppfølging av egenvurderinger gjort i Lofoten BUP.**

Jeg viser til Fylkesmannens brev av 31.03. 2014 vedr ovennevnte sak.

Lofoten BUP rapporterte om 5 avvik som fordelte seg på følgende områder:

1. Utredning og diagnostisering, del 1 (diagnoser/konklusjoner på alle 6 akser/områder.)
2. Utredning og diagnostisering, del 2 (utføres utredning og diagnostisering innen forsvarlig tid?)
3. Utredning og diagnostisering, del 3 (selvmordsproblematikk for pasienter over 10 år)
4. Utredning og diagnostisering, del 4 (rusproblematikk for pasienter over 10 år)
5. Brukermedvirkning og samhandling med andre tjenester.

Fylkesmannen har bedt BUP Lofoten om en plan hvordan egenvurderte avvik skal lukkes. Det bes om redegjørelse på følgende områder:

- Foretakets vurdering av årsakene til avvikene.
- Hvilke tiltak som planlegges iverksatt for å rette opp de avdekte forholdene
- Hvordan ledelsen vil følge med på og kontrollere at de planlagte tiltakene iverksettes i praksis
- Hvordan og når ledelsen vil revidere om tiltakene gir ønsket effekt.

**BUP Lofotens vurdering av årsakene til avvikene:**

Ved gjennomgang avvikene og årsakene til avvikene er det ikke en klar og entydig oppfatning om hvorfor dette har skjedd. Behandlerne i BUP Lofoten er erfarne behandlere med lang "fartstid" som både kan og kjenner til regelverket på områder vi nå får registrert avvik. Den mest nærliggende årsaken til avvikene er dårlig struktur på journalføringen, problematikk

Nordlandssykehuset Lofoten  
Serviceboks  
8375 Leknes

Besøksadresse:  
Sykehusbakken 23  
8372 Gravdal

Telefon: 76 06 01 00  
Telefaks: 76 06 01 06  
TekstTlf:

Avd: Administrasjonen  
Avd tlf:  
Avd faks:

Saksbehandler:  
Finn Borgvatn  
Dir tlf: 76 06 01 10

Kontonr:  
4509.18.57679

Org nr.  
MVA : 983.974.910 NO

Internett:  
www.lofoten-sykehus.no

Avd. E-Post:

Saksbehandlers e-post:  
fbo@ls.nl.no

kartlegges hos pasientene men registreres ikke i journalen. I noen av journalene mangler vurderinger som skulle ha vært gjort men som ikke har blitt gjort og ikke er registrert. Mangel på journalføringsrutiner og bruk av sjekklister/maler for å sikre alle opplysninger er en sannsynlig årsak.

Avvik (forsvarlig tid) er også oppstått pga. ferieavvikling og pasientbestemt utsettelse. En annen årsak til avvik er få internkontroller fra ledelsens side, der bla forhold som manglende journalføring mv. kunne ha vært oppdaget og rettet opp.

### **Hvilke tiltak som planlegges iverksatt for å rette opp de avdekte forholdene?**

Ledelsen i BUP må arbeide på 2 områder for å rette opp i de avdekkede forhold:

1. Det lages sjekklister/maler for journalføring slik at vi sikrer oss at behandler må besvare spørsmål om suicidalvurdering, rus, voldsbruk i førstegangssamtale med pasient/familie og at dette blir journalført. Videre skjerpes det inn at journalen skal inneholde utredningsplan og behandlingsplan, slik at disse blir gjort eksplisitt.
2. Gjennomføre regelmessige internkontroller der vi plukker ut tilfeldige journal pr. behandler og gjennomgår kvalitet og dokumentering av pasientforløp. I forbindelse med slike gjennomganger vil behandlerne være deltakere slik at internkontrollen blir mer en læring og mindre en kontroll.

### **Hvordan ledelsen vil følge med på og kontrollere at de planlagte tiltakene iverksettes i praksis?**

Ledelsen vil utarbeide en kontroll og rapporteringsrutine vedr. pasientforløp i BUP Lofoten. En slik rutine vil bli utarbeidet i samarbeide med klinikkens øvrige barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger.

Rutinen vil gi en arbeidsbeskrivelse om hvilket ansvar den **enkelte behandler har mht.** dokumentasjon, diagnostisering, vurdering av selvmordrisiko og ruskartlegging. Alt i henhold til vedtatte rutiner og prosedyrer.

Rutinen vil også inneholde hvordan **ledelsen** ved gitte tidspunkt skal kontrollere/ta stikkprøver av tilfeldige utvalgte journaler for å sjekke om rutiner og prosedyrer følges på områder som selvmordrisiko, rusmiddelbruk, finnes det adekvate utredningsplaner, foreligger det behandlingsplaner og følges disse opp. Likeså hvordan brukermedvirkningen og samhandlingen med andre tjenester følges opp.

Avvik i forhold til brukermedvirkning på systemnivå følges opp ved bla. å invitere Mental helse sin ledelse til et samarbeidsmøte om hvordan de kan delta i planarbeid og strategisk tenking ved DPS Lofoten framover.

### **Hvordan og når ledelsen vil revidere om tiltakene gir ønsket effekt?**

Gjennom kvartalsvise stikkprøver i året (se ovenfor) vil ledelsen kunne avdekke brudd på gjeldende lover og regler i pasientbehandlingen. Vi vil også bruke slike avvik til felles læring og kvalitetsforbedring.

Det vil også være nødvendig med en større egenvurdering for å se om gjennomførte tiltak har gitt ønsket effekt. En slik gjennomgang skal være gjennomført innen 30.04.2015.

Myh  
Finn Borgvatn  
Avdelingsleder DPS Lofoten

Sveinung Skårset  
Avdelingsoverlege BUP

Kopi: Klinikksjef Trude Grønlund



## Referat fra Brukerutvalgets møte 12.5.14

**Sted: Bodø**

**Tid: 12:30 – 15:45**

Møterom/sted:	Vår ref.:2013/716 /SPP		
<b>Deltagere :</b>		Tilstede	Forfall
Barbara Priesemann	SAFO - leder	X	
Carl Eliassen	MARBORG - nestleder	X	
Arild Amundsen	Mental Helse	X	
Helge Jensen	FFO - LPP	X	
Solfrid Selsøvdal	FFO - NRF	X	
Kari Sletten	Nordland fylkes eldreråd	X	
Fredrikke Myhre	Kreftforeningen	X	
<b>Fra NLSH:</b>			
Paul Martin Strand	Adm. direktør	X til kl. 15:00	
Barthold Vonen	Viseadm. direktør.	X – fra kl. 15:00	
Steinar Pleym Pedersen	Saksbehandler		
<b>Andre:</b>			
Trond Solem		Sak 28	
Ian Dawson		Sak 32	
Stian Molvik		Sak 32	
Øystein Reksen Johansen		Sak 34	
Randi Marie Larsen		Sak 34	

### Agenda:

24/2014	Godkjenning av innkalling og saksliste
25/2014	Godkjenning av referat fra møtet 18.3.14
26/2014	Referatsaker

1. Referat fra Overordnet samarbeidsorgan – møte 22.4.14
2. Brukermedvirkning i helseforetak – høringsbrev
3. Brukermedvirkning i helseforetak – forslag til retningslinjer og tiltak
4. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg – møte 30.4.14
5. Utskrinningsklare pasienter pr. 1.5.14 (ettersendes)
6. Godtgjørelse til brukerutvalgene i Helse Nord RHF og alle underliggende HF



27/2014	Oppsummering av møtet 9. april
28/2014	Pasienttransportordningen – regler og reisevolum
29/2014	Brukerutvalgets medlemmer – deltakelse i fagdag og opplæring
30/2014	Etablering av samarbeidsutvalg for IKT-utvikling
31/2014	Pasienthistorier i styret for Nordlandssykehuset HF
32/2014	Lokal plan for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern
33/2014	Praksis knyttet til bruk av pasienthotellet
34/2014	Orientering fra 2 gjenstående klinikker – Kirurgisk/ortopedisk og AKUM
35/2014	Styresaker
36/2014	Brukermedvirkning – invitasjon til opplæring fra FUNKIS
37/2014	Samhandlingskonferansen 2014 – deltakelse
38/2014	Direktørens ”halvtime”

Saksnr.	Beskrivelse / tiltak
24/2014	<p><b>Godkjenning av innkalling og saksliste.</b></p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: right;">Vedtak:</p> <p>1. Innkalling og saksliste godkjennes</p>
25/2014	<p><b>Godkjenning av referat fra møtet 18.3.14</b></p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: right;">Vedtak:</p> <p>1. Referatet tas til etterretning idet dette Brukerutvalget ikke var etablert 18.3.14. 2. Referatet er elektronisk godkjent av møtedeltakerne 18.3.14</p>
26/2014	<p><b>Referatsaker</b></p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: right;">Vedtak:</p> <p>1. Referatene tas til etterretning.</p>
27/2014	<p><b>Oppsummering av møtet 9. april</b></p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: right;">Vedtak:</p> <p>1. Saken utsettes</p>
28/2014	<b>Pasienttransportordningen – regler og reisevolum</b>



	<p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <p>1. Brukerutvalget tar orienteringen til etterretning.</p>
29/2014	<p><b>Brukerutvalgets medlemmer – deltakelse i fagdag og opplæring</b></p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <p>1. På Fagdagen Overinvolvert PÅRØRENDE Underinvolvert 3. september representerer Helge Jensen Brukerutvalget ved Nordlandssykehuset. Vararepr: Arild Amundsen.</p> <p>2. På Helse Nords Brukerkonferanse 13. og 14. mai deltar Brukerutvalget med de som ønsker det/er påmeldt.</p> <p>3. På Helse Nords brukeropplæring 15. mai deltar Brukerutvalget med de som ønsker det/er påmeldt.</p>
30/2014	<p><b>Etablering av samarbeidsutvalg for IKT-utvikling</b></p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak</p> <p>1. Saken utsettes.</p>
31/2014	<p><b>Pasienthistorier i styret for Nordlandssykehuset HF</b></p> <p>Viseadm. direktør Barthold Vonen gav en grundig orientering om hvorfor og hvordan pasienthistorier skal bidra i forhold til styret og dets arbeid videre.</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <p>1. Brukerutvalget tar saken til orientering.</p>
32/2014	<p><b>Lokal plan for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern Ikke trykt vedlegg: Regional plan for riktig og redusert bruk av tvang.</b></p> <p>Til behandlingen forelå også en uttalelse fra Mental Helse, Nordland.</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">vedtak:</p> <p>1. Brukerutvalget ber direktøren trekke styresak 46/2014 ”Lokal plan for redusert bruk av tvang”.</p> <p>2. Brukerutvalget ber Overordnet samarbeidsorgan (OSO) bidra til at kommunene oppnevner representant (er) til å være med i arbeidet som skal utarbeide ”Lokal plan for redusert bruk av tvang”.</p>

	<p>3. Brukerutvalget oppnevner Arild Amundsen som utvalgets representant til dette arbeidet. Helge Jensen velges som vararepr.</p>
<b>33/2014</b>	<p><b>Praksis knyttet til bruk av pasienthotellet</b></p> <p><b>Enstemmig</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Vedtak</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brukerutvalget viser til brev fra Odd-Petter Tanke Jensen.</li> <li>2. Brukerutvalget er tilfreds med de svarene klinikkene har gitt mht bruken av pasienthotellet.</li> <li>3. Brukerutvalget er av den oppfatning at enkeltsaker/enkeltklager ikke skal behandles i Brukerutvalget, men skal håndteres i de fora som er tillagt slikt ansvar</li> <li>4. Odd-Petter Tanke Jensen bes formidle vedtaket til aktuelle pasienter som igjen kan vurdere annen behandling i Nordlandssykehuset HF.</li> </ol>
<b>34/2014</b>	<p><b>Kirurgisk ortopedisk klinikk – Akuttmedisinsk klinikk – orienteringer</b></p> <p><b>Enstemmig</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Vedtak:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orienteringen tas til etterretning.</li> </ol>
<b>35/2014</b>	<p><b>Styresaker</b></p> <p><b>Enstemmig</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Vedtak:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saken ble ikke behandlet, unntatt sak 32/2014</li> </ol>
<b>36/2014</b>	<p><b>Brukeropplæring – invitasjon fra FUNKIS</b></p> <p><b>Enstemmig</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Vedtak:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brukerutvalget viser til invitasjonen fra FUNKIS</li> <li>2. Brukerutvalget vil prioritere opplæringen som gis av Helse Nord.</li> <li>3. Dersom noen av brukertutvalgets medlemmer ønsker også denne opplæringen, vil det skje uten medvirkning fra Nordlandssykehuset HF.</li> </ol>

37/2014	<b>Samhandlingskonferansen 2014 – deltakelse fra BU</b>  <b>Enstemmig</b>  <b>Vedtak:</b> 1. Fra Brukerutvalgets medlemmer og varamedlemmer kan delta på Samhandlingskonferansen 2014
38/2014	Direktørens "halvtime"  1. Saken utsatt.





## PROTOKOLL

### fra drøftingsmøte i henhold til Hovedavtalens § 30 og 31 mellom Nordlandssykehuset HF og foretakstillitsvalgte

12. Mai 2014

Kl 08.15 – 10.30

Møterom: Havblikk, Nordstrandveien 41, 5 etg

Fra arbeidsgiver:

Fra fagforeningene:

Navn	Navn	Tilstede	Forfall
Per-Ingve Norheim, Senior rådgiver	Merete Lian (NSF)	X	
Trude Grønlund Klinikksjef PHR	Ikke valgt (NETF)		
Stian Molvik, Ass.klinikksjef PHR	Marianne Hildal (NFF)		
Marit Barosen, Økonomisjef	Britt Karin Bakkefjell (Utdanningsf)		
Lillian Søttar, Rådgiver HR-avd	Timea Marosi (Forskerne)		
	Rolf Schjem (Presteforeningen)		
	Svein Klingen (Akademiker forb.)		
	Anne Lise Løvli (Fagforbundet)	X	
	Hilde Anita Robertsen (FO)	X	
	May-Britt Allstrin (Delta)	X	
	Tove Olavsens (Parat)		
	Are Antonsen (Maskinistforb.)		
	Liv Berit Moe (Radiografforbundet)		
	Monica Torbergsen (DNJ)		X
	Stina Bentsen (NITO)		X
	Torstein Foss (DNLF)		
	Andreas Vikan Seljeseth (NPF)		X
	Ikke valgt(Econa)		
	Einar Bollvåg (Tekna)		

\* tilstede deler av møtet

**Styresak 43/2014 Nordlandssykehusets dashboard for kvalitet og pasientsikkerhet – mai 2014**

Partene er enige om å drøfte saken i forbindelse med styremøtet, pga forfall fra saksansvarlig.

**Styresak 44/2014 Høringsuttalelse – Helse Nords diabetesplan: Fra handling til samhandling 2014-2019**

Partene er enige om å drøfte saken i forbindelse med styremøtet.

**Styresak 45/2014 Avvikling av Ambulant akutteam for ungdom**

Partene har drøftet saken og er enige om gjennomføring av endringen.

**Styresak 46/2014 Lokal plan for redusert og riktig bruk av tvang**

Partene har drøftet saken som tas til orientering.

**Styresak 47/2014 Driftsrapport april 2014**

Saken trekkes.

**AMU sak 27/2014 Handlingsplan for bedriftshelsetjenesten**

Partene har drøftet saken som tas til orientering.

---

Nordlandssykehuset HF

---

Merete Lian

---

Marianne Hildal

---

Timea Marosi

---

Svein Kligen

---

May-Britt Allstrin

---

Are Antonsen

---

Monica Torbergsen

---

Einar Bollvåg

---

---

Torstein Foss

---

Britt Karin Bakkefjell

---

Rolf Schjem

---

Karina Hjerde

---

Tove Olavsén

---

Stina Bentsen

---

Andreas Vikan Seljeseth

---

Svein Kligen

---

## Protokoll fra AMU-møte

Mandag 12. mai 2014

kl. 12.00 – 14.00

Store møterom administrasjonen/telestudio Ve/Lo

<b>Arbeidsgivers representanter</b>	<b>Til stede</b>	<b>Vararepresentanter</b>	<b>Til stede</b>
Direktør Paul M Strand	Forfall	Gro Ankill	X
HR-sjef Liss Eberg	Forfall	Gunn Bente Andresen	X
Enhetsleder Marianne Pettersen, pasientreiser	X		
Rådgiver/koordinator Gro-Marith Villadsen, Avd. nye sykehusbygg, Vesterålen	Forfall	Per Ingve Norheim	X
Klinikk sjef Tove Beyer, Hode/bevegelses klinikk	X		
<b>Arbeidstakers representanter</b>		<b>Vararepresentanter</b>	
Hovedverneombud Ragnhild Strand	X		
Merete Lian, UNIO	X		
Karina Hjerde, LO	Forfall	Anne Lise Løvli	X
Torstein Foss, Akademikerne	Forfall	Andreas Vikan Seljeseth	Forfall
May Britt Allstrin, YS	X		
<b>Øvrige faste medlemmer:</b>			
Arnfinn Gundersen, HEMIS	X		
Sekretær for AMU: Anita Olsen	X		
Sekretær: Inger K. Nohr	X		

### Øvrige til stede:

Lena Rolandsen, HMS

Bjørnar Hansen – på sak

Arne-Idar Johansen – på sak



### **AMU-sak 24/2014**

#### **Godkjenning av innkalling og saksliste**

##### **Innstilling til vedtak:**

Innkalling og saksliste godkjennes.

##### **Avstemming:**

Forslag til punkt 2:

AMU henviser til referatsak 46-2014 Lokal plan for redusert bruk av tvang, og ber om at det som i planen omhandler forhold knyttet til de ansatte fremlegges AMU.

##### **Vedtak :**

Enstemmig vedtatt med nytt punkt 2.

### **AMU-sak 25/2014**

#### **Godkjenning av protokoll fra møte 28. april 2014**

##### **Innstilling til vedtak:**

Protokoll fra AMU-møte 28. april 2014 godkjennes.

##### **Avstemming:**

Enstemmig vedtatt.

##### **Vedtak :**

Protokoll fra AMU-møte 28. april 2014 godkjennes.

### **AMU-sak 26/2014**

#### **Tilskudd til bedriftsidrett**

##### **Innstilling til vedtak:**

AMU viser til vedlagte søknader om tilskudd til bedriftsidrett i 2014 og gir kr. 50.000 som støtte til bedriftsidrettslaget NLSH Bodø og kr. 14.000 til laget fra Vesterålen.

##### **Avstemming:**

Enstemmig vedtatt.

##### **Vedtak:**

AMU viser til vedlagte søknader om tilskudd til bedriftsidrett i 2014 og gir kr. 50.000 som støtte til bedriftsidrettslaget NLSH Bodø og kr. 14.000 til laget fra Vesterålen.

### AMU-sak 27/2014

#### **Handlingsplan for bedriftshelsetjenesten 2014**

##### **Innstilling til vedtak:**

AMU anbefaler direktøren å vedta handlingsplanen for bedriftshelsetjenesten for 2014.

##### **Avstemming:**

Enstemmig vedtatt.

##### **Vedtak:**

AMU anbefaler direktøren å vedta handlingsplanen for bedriftshelsetjenesten for 2014.

### AMU-sak 28/2014

#### **Avvikling av ambulant akutteam for ungdom**

##### **Innstilling til vedtak:**

1. AMU slutter seg til den foreslåtte endringen, og tilrår at direktør godkjenner en endringen av tilbudet ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling.
2. AMU forutsetter at omstillingsprosessen følger Nordlandssykehusets prosedyrer for slike prosesser.

##### **Avstemming:**

Enstemmig vedtatt.

##### **Vedtak:**

1. AMU slutter seg til den foreslåtte endringen, og tilrår at direktør godkjenner en endringen av tilbudet ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling.
2. AMU forutsetter at omstillingsprosessen følger Nordlandssykehusets prosedyrer for slike prosesser.

### AMU-sak 29/2014

#### **Styresaker til orientering**

##### **Innstilling til vedtak:**

AMU tar styresakene til orientering.

##### **Avstemming:**

Enstemmig vedtatt.

##### **Vedtak:**

AMU tar styresakene til orientering.

Møtedato: 14. mai 2014  
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:  
Erik Skjemstad, 75 51 29 00

Sted/Dato:  
Bodø, 7.5.2014

## **RBU-sak 28-2014      Reduksjon av ventetider og fristbrudd, økt innsats – informasjon**

### **Formål**

Adm. direktør har bedt om å få en styresak som belyser om det er potensialer for å øke behandlingsskapasiteten, dersom vi får ned andelen av pasienter som ikke møter til avtalt time. Det vises til styresak i Helse Vest RHF, 2013-378: *Alle møter – Status for arbeidet som er sett i gang for å redusere talet på ikke-møtte til poliklinikk i Helse Vest.*

Utgangspunktet har vært en hypotese om at dersom alle møter til planlagt time, vil problemet med fristbrudd og for lange ventetider, være løst.

Formålet med denne saken er å belyse hvilket faktagrunnlag vi har for Helse Nord i denne sammenheng.

### **Venteliste og fristbrudd som mål for kapasitet**

Det betyr at hvor mange pasienter som er på venteliste eller har fått fristbrudd er én måte å belyse behov for økt kapasitet i helsetjenesten. Økt kapasitet kan en oppnå på flere måter:

1. Øke ressursene innenfor nåværende arbeidstid
2. Organisere nåværende ressurser mer effektivt og utvide åpningstid
3. Redusere andelen av pasienter som ikke møter til planlagt time
4. Avvise henvisninger der det er mistanke om feil indikasjon eller overbehandling

Før vi begir oss inn i en detaljert analyse av enkelte områder, er det viktig å forstå nåsituasjonen. Dette belyses nedenfor:

### **Om henvisningspraksis og fristbrudd**

Antallet dager mellom at henvisningen blir vurdert og fristen blir satt, har vært rundt 80 dager de siste årene. Dette innebærer at pasientene i Nord-Norge får kortere frister enn i de andre regionene. I 2013 hadde også Helse Nord den korteste ventetiden for pasienter med rett til prioritert helsehjelp med 56 dager.

	2012	2013
Helseregion Sør-Øst	94,6	96
Helseregion Vest	91,5	91,5
Helseregion Midt-Norge	95,7	89,7
Helseregion Nord	80,5	79,3
Private	122,4	122
Totalt	92,7	92,4

Tabell: Antall dager fra vurdering til frist (kilde: Norsk pasientregister)

Dette kan være et uttrykk for at praksis i Helse Nord er at vi setter kortere frister enn resten av landet.

Samtidig vet vi at det innenfor diagnosegrupper er variasjon i andel av pasienter som gis rett til prioritert helsehjelp. Antall dager fra vurdering til frist er derfor ikke et entydig bilde av hvor god logistikken i pasientforløpene er.

Antallet fristbrudd er halvert fra 2011 til 2013. Norsk Pasientregister rapporterer at antall fristbrudd for pasienter som har fått behandling har gått ned fra 11800 i 2011 til 4700 i 2013.

Registreringskvaliteten på ventelistetall har vært og er til dels lavere enn ønsket. Noe av reduksjonen i fristbrudd antas å komme fra rydding i ventelistedata. Dette antar vi fordi det ikke har vært dramatisk fall i ventetiden i dette denne perioden. Det er satt fokus på registreringskvalitet og det jobbes med tiltak i alle sykehus. Systematisering for å oppnå bedre kvalitet på disse dataene er også sentralt i HOS-prosjektet i FIKS.

#### **På hvilke områder oppstår fristbruddene?**

Selv om nivået er lavere enn tidligere har Helse Nord fortsatt en del fristbrudd og er et stykke unna kravet på 0. I løpet av de seks siste månedene har vi rundt 2500 tilfeller der pasientbehandling er startet etter fristen.

Tabellen under viser de 10 hyppigste områdene med fristbrudd i Helse Nord. Det klart største området er Øre-nese-halssykdommer. Dette har vært et gjentakende fagområde for fristbrudd på UNN, mens fordøyelsessykdommer er det fagområdet ved Nordlandssykehuset med flest fristbrudd.

Helgeland har hatt flest fristbrudd på området hud- og veneriske sykdommer. Finnmarkssykehuset ikke har ikke noe spesifikt område som peker seg ut som en verre enn andre, men majoriteten av fristbruddene kommer innen hjertesykdommer, ortopedi og øre-nese-halssykdommer.

nr	Område	Antall fristbrudd
1	Øre-nese-halssykdommer	432
2	Fordøyelsessykdommer	265
3	Ortopediskkirurgi (inkludert revmakirurgi)	244
4	Hjertesykdommer	182
5	Urologi	160
6	Hud- og veneriske sykdommer	158
7	Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	131
8	Øyesykdommer	130
9	Lungesykdommer	116
10	Nevrologi	83

Tabell: Antall fristbrudd siste oktober 2013 – mars 2014



### Når oppstår fristbruddene?

Gjennomgående starter behandlingen av 40 % av alle pasienter med fristbrudd innen én uke etter at fristen er passert.

Tabellen under viser fristbrudd fordelt på antall dager etter frist for avviklede siste seks måneder. Her ser vi altså at dersom vi hadde avviklet alle fristbruddspasientene rundt én og en halv uke tidligere så kunne halvpartene av fristbruddene vært unngått.

Avviklet med fristbrudd	Helgelands-sykehuset	Nordlands-sykehuset	UNN	Finnmarks-sykehuset	Totalt Helse Nord	% av antall avviklede
0 - 7 dager etter frist	130	405	396	94	1025	41 %
8 - 14 dager etter frist	91	179	175	44	489	19 %
15 - 30 dager etter frist	84	154	220	53	511	20 %
31 - 90 dager etter frist	64	120	169	25	378	15 %
91 - 179 dager etter frist	3	29	59	2	93	4 %
180 - 364 dager etter frist	2	13	3	1	19	1 %
365 dager etter frist	5	3	2	1	11	0 %
<b>Totalt</b>	<b>379</b>	<b>903</b>	<b>1024</b>	<b>220</b>	<b>2526</b>	<b>100 %</b>

Tabell: Antall avviklede fristbrudd oktober 2013 – mars 2014 fordelt på dager etter frist

I tabellen i vedlegg 2 ser vi antall fristbrudd første uke etter frist pr. fagområde. I tillegg ser vi ventetiden for pasientene som er avviklet uken etter frist. Ut fra ventetiden på disse fristbruddspasientene ser det ut som at det vil være forskjell på om hvorvidt problemet er administrativt eller knyttet til manglende kapasitet.

Områder som Øre-nese-halssykdommer, som har en gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet uken etter frist på 113 dager må kunne antas å kunne ta inn disse pasientene én uke før uten at dette har noe med kapasiteten å gjøre, mens områder med kortere ventetid på fristbruddene kan ha problemer med kapasiteten.

### Fristbruddsprosjektet

I 2012 etablerte Helse Nord et regionalt prosjekt for å unngå fristbrudd og redusere ventetider i regionen. Prosjektet ble avsluttet i 2013. Prosjektgruppen (representasjon fra alle HF-ene i regionen) kartlagte og evaluerte alle prosesser som var iverksatt i hvert enkelt helseforetak.

De fant at helseforetakene hadde forskjellige prosedyrer med ulikt fokus som i varierende grad var kjent for medarbeiderne. Ut fra dette har prosjektgruppen utarbeidet fem regionale prosedyrer.

Det lå ikke i gruppens mandat å avdekke og/eller avklare årsaker til lange ventetider og fristbrudd. Prosjektet fokuserte på prosesser som kan støtte helseforetakene og den enkelte medarbeider og hvilke metoder som kan brukes for å ha kontroll over og for å unngå fristbrudd.

Prosjektet utarbeidet regionale prosedyrer for:

- Forebygging av fristbrudd
- Håndtering av inntrufne fristbrudd
- "Pasientønsket utsatt behandlingstime"
- Involvering av *Informasjonstjenesten Fritt sykehusvalg* i forbygging av fristbrudd
- Innmelding av ledig kapasitet til Informasjonstjenesten for Fritt Sykehusvalg.

Det gjenstår enda arbeid for å sikre at medarbeidere har fått riktig opplæring og at rutinene etterleves.

### **Pasienter som ikke møter til avtalt time**

Helse Nord har rundt 5 % pasienter som ikke møter til oppsatt time. Detaljert materiale fra Helgelandssykehuset viser at:

- 5,1 % av pasienter som er innkalt, møter ikke til time
- 51 % av dem er kvinner
- Aldersfordelingen er helt jevn
- Ca 11 % av de som ikke møter, møter heller ikke til neste time
- 80 % av de som ikke møter – gjelder timer for kontroll
- Forsøk med påminnelse via SMS viser ingen signifikant endring i andelen som ikke møter til time.
- Estimert at tap av inntekter utgjør 4,5 mill kroner/år (HLSH)

Det er ikke grunn til å tro at data i de øvrige sykehusene avviker vesentlig fra dette.

### **Foreløpig konklusjon**

1. Fristbrudd oppstår i hovedsak i poliklinikker.
2. Ca 40 % av disse pasientene får behandling mindre enn 7 dager etter frist.
3. Øre-nese-hals, fordøyelse og ortopedi er de tre mest kritiske fagområdene.
4. Vi mangler en god oversikt over geografiske forskjeller, og vurdering av supplement av private avtalespesialister ville vært hensiktsmessig.
5. Pasienter som ikke møter til time gjør at kapasiteten ikke utnyttes optimalt. 80 % av disse gjelder trolig kontroller.

For å få oversikt over hva som er adekvate tiltak for å øke behandlingsskapasiteten, trenges det en dypere analyse av flere områder.

### **Områder som må analyseres videre**

Selv om antall fristbrudd er sterk redusert de siste årene mener administrerende direktør at det er potensial for å bruke kapasiteten bedre, unngå fristbrudd og redusere ventetiden ytterligere.

De berørte områdene i denne saken er på overordnet nivå. Helseforetakene må involveres i videre arbeid med å identifisere konkrete tiltak pr. område. Slik analyse må omhandle:

### ***Aktivitet på poliklinikkene***

Over 80 % av fristbruddene i 2013 kom av pasienter som ventet på poliklinisk behandling. Det mest aktuelle området for videre arbeid vil være å analysere kapasiteten i poliklinikkene. F.o.m. april 2014 har vi tilgang til kvalitetssikrede data i virksomhetsportalen som både kan gi oss et mer detaljert bilde av variasjon, og hvilke poliklinikker som har de største utfordringene.

Vi tror at problemet har med informasjonsflyt og planlegging å gjøre. Vår hypotese er at selv om en lykkes å ha full kapasitet mellom klokken 07 og 17, og selv om alle pasienter møter til timen de er satt opp til – vil vi fremdeles oppleve fristbrudd dersom vi ikke forbedrer rutinene.

### ***Andelen kontroller***

Tilbakemeldinger fra helseforetakene antyder at innenfor enkelte områder:

- er det uønsket variasjon mellom helseforetak om antall kontroller som gjennomføres innenfor like diagnosegrupper
- kan kontroller muligens overføres til primærhelsetjenesten. Dette vil trolig være til nytte for pasienten, redusere reisekostnader og avdelinger/klinikkers kapasitet til å håndtere nyhenvisninger innenfor oppsatt frist.

### ***Rutiner for rettighetstildelinger og registreringer***

Tiden fra vurdering til frist i Helse Nord er lavere enn for de andre regionene. Dette innebærer at Helse Nord setter strengere frister for oss selv enn hva de andre regionene. I enkelttilfeller er det også slik at fristene blir satt så kort at det er vil være bortimot umulig å oppfylle fristen. I tillegg er det også fortsatt fagområder der det er forskjell mellom hvor mange pasienter som får rett til nødvendig helsehjelp. Dette er områder som har hatt fokus over lang tid.

### ***Aktivitet innen radiologi og laboratorier***

Radiologi og lab er områder som er helt sentrale for god flyt i behandlingsforløp. Spesielt innen radiologi er det kjent at det er kapasitetsproblemer internt, mens vi ikke fyller bruker inngåtte private avtaler fullt ut. Både radiologi og laboratorievirksomhet er egnede områder for å belyse årsak til fristbrudd og for lang ventetid.

### ***Adm. direktørs vurdering***

Etter at både NPR-data og data fra virksomhetsportalen er analysert, er det på det rene at for å nå målet om 0 fristbrudd, må vi fokusere på aktiviteten i poliklinikkene. Helseforetakene har hittil bare i begrenset grad hatt tilgang til pålitelige data med slik detaljeringsgrad.

Med denne kunnskapen kan en gjøre mer målrettede analyser pr. fagområde og pr. poliklinikk, herunder vurdere behovet for økt bruk av avtalespesialister innenfor enkeltområder.

I fortsettelsen må arbeidet gjøres i nært samarbeid med helseforetakene, og deres tillitsvalgte.

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg tar informasjonen om *Reduksjon av ventetider og fristbrudd, økt innsats* til orientering.
2. RBU ber om å få fremlagt sak om videre analyse og plan for arbeidet, når dette foreligger, ventelig oktober 2014.

Bodø, den 7. mai 2014

Lars Vorland  
Adm. direktør

Vedlegg:

1. Antall fristbrudd for pasienter som har startet behandling (ordinært avviklet)
2. Antall fristbrudd som avvikles innen en uke etter frist og andel av fristbruddene som avvikles innen uke fordelt på fagområde. Tall for hele Helse Nord.
3. Om bruk av datakilder i saken

Referanseliste:

Helse Vest, 19. juni 2013: *Alle møter – Status for arbeidet som er sett i gang for å redusere talet på ikke-møtte til poliklinikk i Helse Vest*



**Vedlegg 1: Antall fristbrudd for pasienter som har startet behandling (ordinært avviklet) fordelt på foretak**

Avviklet med fristbrudd	Helgelands- sykehuset	Nordlands- sykehuset	UNN	Finnmarks- sykehuset	Totalt Helse Nord
Annet	0	0	4	0	4
Barnekirurgi(under15år)	0	2	5	0	7
Barnesykdommer	7	56	2	4	69
Blodsykdommer(hematologi)	0	22	2	0	24
Endokrinologi	2	14	16	2	34
Fordøyelsesykdommer	45	175	21	25	266
Fysikalskmedisinog(re)habilitering	7	2	1	0	10
Gastroenterologiskkirurgi	0	14	42	6	62
Generellindremedisin	3	2	6	3	14
Generellkirurgi	8	39	9	8	64
Geriatri	0	0	9	0	9
Hjertesykdommer	12	117	14	39	182
Hudogvenerisikesykdommer	124	5	20	9	158
Immunologiogtransfusjonsmedisin	0	0	0	0	0
Infeksjonssykdommer	1	4	2	0	7
Karkirurgi	0	25	9	2	36
Kjevekirurgiogmunnhulesykdom	0	6	1	0	7
Kliniskfarmakologi		0	0		0
Kliniskkjemi	0		0		0
Klinisknevrofysiologi	26	0	3	0	29
Kvinnesykdommerogelektivfødselshjelp	17	15	88	12	132
LAR-Legemiddelassisteretrehabilitering		0	0	0	0
Lungesykdommer	2	105	5	5	117
Mamma-ogpara-/tyreoideakirurgi	0	0	0		0
Medisinskgenetikk	0	0	0	0	0
Medisinskmikrobiologi			0	0	0
Nevrokirurgi	0	0	6	0	6
Nevrologi	73	1	5	4	83
Nukleærmedisin	0	0	0	0	0
Nyresykdommer	1	22	2	0	25
Ortopediskkirurgi(inklusivevremakirurgi)	7	107	102	28	244
Patologi	0	0	0	0	0
Plastikk-kirurgi	1	1	20	0	22
Psykiskhelsevern barnogunge	3	15	20	5	43
Psykiskhelsevern voksne	7	43	15	12	77
Radiologi	0	0	0	0	0
Revmatiskesykdommer(revmatologi)	4	2	2	5	13
Rus	2	3	0	2	7
Spillavhengighet			0		0
Terapeutiskonkologiogradioterapi	0	22	24	0	46
Thoraxkirurgi(inklusivehjertekirurgi)	0	1	0		1
Transplantasjon,utredningogkirurgi		0	0		0
Ugyldig forretningsnøkkel	0	4	1	0	5
Ukjent	0	1	0	0	1
Urologi	5	41	106	8	160
Yrkes-ogarbeidsmedisin	0	0	0	0	0
Øre-nese-halssykdommer	22	36	336	38	432
Øyesykdommer	0	1	126	3	130
<b>Total</b>	<b>379</b>	<b>903</b>	<b>1024</b>	<b>220</b>	<b>2526</b>

**Vedlegg 2: Antall fristbrudd som avvikles innen en uke etter frist og andel av fristbruddene som avvikles innen uke fordelt på fagområde. Tall for hele Helse Nord.**

Navn på intervallet	Antall fristbrudd uken etter frist	Andel
Fordøyelsessykdommer	135	51 %
Ortopediskkirurgi(inklusive revmakirurgi)	106	43 %
Øre-nese-halssykdommer	98	23 %
Hjertesykdommer	87	48 %
Kvinnesykdommer og elektiv fødsels hjelp	65	49 %
Øyesykdommer	65	50 %
Hud og veneriske sykdommer	59	37 %
Urologi	58	36 %
Lungesykdommer	49	42 %
Gastroenterologisk kirurgi	34	55 %
Psykisk helsevern voksne	33	43 %
Barnesykdommer	31	45 %
Terapeutisk konologi og radioterapi	31	67 %
Generell kirurgi	29	45 %
Endokrinologi	22	65 %
Karkirurgi	20	56 %
Nevrologi	17	20 %
Psykisk helsevern barn og unge	15	35 %
Plastikk-kirurgi	10	45 %
Klinisk nevrofysiologi	9	31 %
Nyresykdommer	9	36 %
Blodsykdommer (hematologi)	8	33 %
Generell indremedisin	7	50 %
Infeksjonssykdommer	5	71 %
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	5	38 %
Rus	4	57 %
Fysisk medisin og (re)habilitering	3	30 %
Geriatrici	3	33 %
Kjevekirurgi og munnhulesykdom	3	43 %
Nevrokirurgi	2	33 %
Annet	2	25 %
Thoraxkirurgi (inklusive hjertekirurgi)	1	100 %
<b>Total</b>	<b>1025</b>	<b>41 %</b>

### **Vedlegg 3: Om bruk av datakilder i saken**

I denne saken er det brukt to kilder. Norsk Pasientregister er brukt for overordnede tall og sammenligninger over år. For de mer detaljerte dataene er ventelistestatus-tall fra Helse Nord Ledelsesinformasjonssystem brukt.

Reglene for hvilke tilfeller som telles med og utelates er basert på reglene i NPR-melding versjon 49. Dette innebærer at ekskludering av tilfeller som utsetter timen sin, henvisninger til serviceavdelinger osv gjøres på samme måte.

Det vil allikevel være noen forskjeller mellom disse kildene. Det vil i tillegg være noe forskjell når man sammenligner disse to kildene med DIPS. Disse forskjellene kan komme av at uttrekk gjøres på forskjellige tidspunkt. Dersom det gjøres rettinger eller endringer tilbake i tid i etterkant kan det være forskjell i tallene.

Disse forskjellene vil ikke være så store at de utgjør en forskjell på konklusjonene i analysen.





Møtedato: 14. mai 2014  
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:  
Anne Berit Sund/Erling Bang

Sted/Dato:  
Bodø, 7.5.2014

## **RBU-sak 30-2014      Plan 2015-2018, inkludert rullering av investeringsplan 2015-2022**

### **Innledning/bakgrunn**

Årlig sak om langsiktig plan og rullering av investeringsplan skal behandles av styret i Helse Nord RHF i styremøte, den 18. juni 2014. En arbeidsgruppe bestående av representanter fra eieravdelingen og fagavdelingen utreder saken, og den ble foreløpig behandlet i ledermøte 6. mai 2014. Denne saken har til hensikt å informere Regionalt brukerutvalg (RBU) om prioriteringene adm. direktør planlegger å legge frem til styret i Helse Nord RHF.

### **Problemstillinger**

Selv om likviditeten forventes å bli stram i 2018, er hovedkonklusjonen at de økonomiske bærekraftsanalysene viser at det kun er forsvarlig å øke investeringsnivået ytterligere på Helgelandssykehuset. De øvrige HF burde ideelt sett redusere investeringene for å redusere den fremtidige belastningen.

Likviditeten, som er den første begrensningen, er også svak frem til og med 2018 som følge av vårt høye investeringsnivå.

Dersom vi skal øke noen investeringer ut over vedtatt plan (som er "all time high"), har foretaksgruppen i realiteten følgende alternativ:

- Omdisponere/utsette vedtatte investeringer
- Øke salget av eiendom
- Disponere en større andel av inntektene til investeringer (øke de årlige overskuddene).

### **Vurdering**

Framskrivning av kjente endringer som kommer, viser at Helse Nord kan forvente følgende økonomiske handlingsrom i planperioden:

<b>Forventet økonomisk handlingsrom (akkumulert)</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Oppdatering nasjonal inntektsmodell akkumulert	-33 000	-66 000	-99 000	-132 000
Effekt av kvalitetsbasert finansiering				
Forventet realvekst akkumulert 1,2 % pr år	130 000	260 000	390 000	520 000
Reserver og avslutning prosjekter RHF	40 000	44 000	44 000	44 000
Avslutte innføring HDO	-3 200	26 800	31 500	33 500
Inndraging HF engangstilskudd	20 500	23 500	23 500	23 500
Trappe ned og avslutte bidrag FIKS		3 000	15 000	18 000
Økt renteinntekt RHF	10 000	19 000	27 000	35 000
<b>Forventet handlingsrom (akkumulert)</b>	<b>164 300</b>	<b>310 300</b>	<b>432 000</b>	<b>542 000</b>

Store deler av dette handlingsrommet er allerede disponert, og i tabellen nedenfor fremkommer rest til disposisjon nederst i linjen som er merket blå:

	2015	2016	2017	2018
<b>Oppfølging av vedtatt plan 2014-2017</b>				
Styrke HF (innfasing inntektsmodell somatikk)	20 000	40 000	40 000	40 000
Nytt Ambulanshelikopter Hålogaland	30 000	30 000	30 000	30 000
Fagplaner	0	8 000	8 000	8 000
Styrke HF		50 000	100 000	100 000
Forskning	6 000	10 000	10 000	20 000
Pasientsikkerhet	2 500	5 100	5 100	5 100
Styrke regionale kompetansesentre	250	250	250	250
<b>Oppfølging av budsjett 2014</b>				
Intensiv NLSH	5 400	5 400	5 400	5 400
<b>Eksternt påførte forhold</b>				
Arbeidstidsbestemmelser helikopter		20 000	20 000	40 000
<b>Nye forslag i plan 2015-2018</b>				
Prosjekter tiltak i RHF	20 000	20 000	20 000	20 000
<b>Sum forslag</b>	<b>84 150</b>	<b>188 750</b>	<b>238 750</b>	<b>268 750</b>
<b>Rest til disposisjon</b>	<b>83 350</b>	<b>121 550</b>	<b>193 250</b>	<b>273 250</b>

Helseforetakene har i sine innspill til langtidsplan bedt om ytterligere investeringer ut over vedtatt plan, til en samlet sum på over 1,2 mrd kroner. Det er utfordrende at helseforetakene i sine innspill ikke prioriterer mellom de ulike ønskene de har.

FIKS, vedtatt økn. (feb)	82
Alta prosjekt	150
Fremskynde PET senter	225
"Nødvendige investeringer UNN"	95
"Kritiske investeringer NLSH"	325,6
HSYK	140,1
Ytterligere FIKS	31
HN-IKT ?	170
<b>Foreløpig sum (mill)</b>	<b>1218,7</b>

Av det som er listet opp i tabellen er de to øverste punktene allerede besluttet.

- 82 mill kroner til FIKS ble vedtatt i februar.
- Finnmarkssykehuset har fra før 100 mill kroner i investeringsramme til Alta, totalt investeringsbehov i følge utredning er 250 mill kroner.
- De to beløpene merket med gult er usikre anslag.

Fremskrevne bærekraftsanalyser i helseforetakene viser at Helse Nord har store utfordringer i årene fremover.



Uløst omstilling etter tiltaksplan	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
FIN	29	17	-2	-54	-58	-59	-31	-31	-1
HSYK	0	0	3	7	8	11	23	31	16
NLSH	0	-129	-145	-144	-169	-184	-171	-161	-149
UNN	0	-69	-69	-19	-28	-82	-68	-75	-37
SUM	29	-181	-213	-210	-248	-314	-247	-236	-170

Disse resultatene fordrer at helseforetakene oppnår resultatkravene i 2014. Foreløpig prognose er i tråd med resultatkrav, men pr. mars 2014 er resultatet 15,7 mill kroner svakere enn budsjett (korrigert for pensjon). Som det fremkommer i tabellen er det bare Helgelandssykehuset som viser at helseforetaket har bærekraft i årene fremover.

### Konklusjon

Med bakgrunn i bærekraftsanalysene vil det ikke være forsvarlig å etterkomme alle ønskene.

Adm. direktør planlegger å foreslå følgende prioriteringer:

#### *Økte investeringer som anbefales lagt inn i langtidsplan (2015–2022):*

- 82 mill kroner fordeles til FIKS i tråd med vedtak i februar.
- 150 mill kroner til Finnmarkssykehuset i forbindelse med Altautbyggingen
- 10 mill kroner til Nordlandssykehuset i tilknytning til stråleterapi i Bodø i tråd med kreftplanen
- PET-senter ved Universitetssykehuset Nord-Norge fremskyndes slik at ferdigstillelse planlegges i 2017.
- Økt MTU ved Helgelandssykehuset vil vurderes nærmere ut fra totalt handlingsrom i Helse Nord. Dette er begrunnet med at helseforetaket viser at de har langsiktig bærekraft, i tillegg til at de øvrige helseforetakene får styrket MTU gjennom nye bygg.

#### *Økt drift som anbefales lagt inn i plan (2015 2018):*

- Kvalitetsbasert finansiering: 5 mill kroner pr. år
- Prostatasenter økt med 3 mill kroner (fordeles Universitetssykehuset Nord-Norge/Nordlandssykehuset) fra 2016 og er da fullfinansiert.
- Økt sparing til investering for å styrke bærekraften i Helse Nord
  - det vil si økt overskudd RHF - 200 mill kroner (20 mill kroner i 2015, deretter 60 mill kroner i tre år)
- Styrke Finnmarkssykehuset med 10 mill kroner i driftsmidler til Alta fra 2017.
- Styrke PET-senter ved Universitetssykehuset Nord-Norge med oppstartsbevilgning på 10 mill kroner årlig fra ferdigstillelse (2017 i forslag til endret investeringsplan).
- Fordele kapitalkompensasjon
  - 5 mill kroner til Finnmarkssykehuset vedr Alta
  - 10 mill kroner til Universitetssykehuset Nord-Norge vedr PET
- Arbeidet med implementering av fagplaner som er vedtatt og under utarbeidelse, planlegges styrket, spesielt viktig vurderes kreftplanen. Helseforetakene fikk i 2014 en generell styrking til fagplaner, noe som har vist seg å gjøre oppfølgingen utfordrende. Adm. direktør vil komme tilbake til en nærmere prioritering rundt dette.

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg tar informasjonen om status i arbeidet med *Plan 2015-2018, inkludert rullering av investeringsplan 2015-2022* til orientering.
2. RBU slutter seg til anbefalingene fra adm. direktør.

Bodø, den 7. mai 2014

Lars Vorland  
Adm. direktør

## 57-2014 Nasjonale kvalitetsindikatorer – resultater Helse Nord

Helsedirektoratet jobber kontinuerlig med å videreutvikle Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI-system) både i form av å utvide antall kvalitetsindikatorer og å utvikle rammeverket og metoden for nasjonal kvalitetssindikatorsystem.

Helsedirektoratet går fra tre til fire publiseringer av nasjonale kvalitetsindikatorer per år. I mai, august og november publiseres nasjonale kvalitetsindikatorer innen spesialisthelsetjenesten, som følger etablert rapportering til Norsk pasientregister. I juni publiseres nasjonale kvalitetsindikatorer innen pleie og omsorg, som følger rapporteringen til KOSTRA fra Statistisk sentralbyrå.

Åttende mai 2014 ble 41 nasjonale kvalitetsindikatorer publisert. Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem publiseres på helsenorge.no, der indikatorene presenteres i form av statistikkrapporter, med lenke til tekst som forklarer indikatoren og resultatene.

Nytt ved publisering 8. mai 2014 er at flere nye nasjonale kvalitetsindikatorer er etablert innen somatisk helsetjeneste innenfor området pasientrettigheter relatert til ventetider og fristbrudd.

I tillegg oppdateres de samme kvalitetsindikatorene innen psykisk helse og rus med tall tilbake til første tertial 2011. Man går også fra årlig til tertialvis rapportering for disse indikatorene innen psykisk helse og rus.

### Overordnet utvikling på regionalt nivå

På landsbasis er det en positiv eller stabil utvikling på alle indikatorer unntatt oppdaterte ventetider på frittisykehusvalg.no, oppstart behandling innen 20 dager for brystkreft og tykktarmskreft. Det er ingen systematiske regionale forskjeller, men følgende kan likevel bemerkes:

- Helse Vest skiller seg noe ut med flest indikatorer med best resultat, og med en positiv eller stabil utvikling på flest indikatorer.
- Dersom man ser bort fra indikatorene for epikrisetid, der Helse Midt-Norge har tekniske utfordringer ved rapportering av data til NPR, er de tre gjenstående regionene nokså like når det gjelder antall indikatorer med best og dårligst resultat, alle indikatorene sett over ett.
- Helse Nord har en positiv utvikling på flertallet av indikatorene.

### Utvikling på hvert helseforetak i Helse Nord

For å undersøke forløpet til kvalitetsindikatorene over tid for hvert helseforetak har vi plukket ut et utvalg av de 41 indikatorene som vist i oversikten under og gir en kortfattet presentasjon av hver av disse:



## Somatisk helse

<a href="#">Pasienter med blodpropp i hjernen som får trombolysebehandling</a>	X
<a href="#">Epikrisetid ved utskriving</a>	X
<a href="#">Korridorpasienter</a>	X
<a href="#">Utsettelse av planlagte operasjoner</a>	X
<a href="#">Lårhalsbrudd operert innen 48 timer</a>	
<a href="#">Individuell plan for barnehabilitering</a>	
<a href="#">Keisersnitt</a>	
<a href="#">Fødselsrifter</a>	
<a href="#">Sykehusinfeksjoner</a>	X
<a href="#">Startet behandling av brysttkreft innen 20 arbeidsdager</a>	X
<a href="#">Startet behandling av lungekreft innen 20 arbeidsdager</a>	X
<a href="#">Startet behandling av tykktarmskreft innen 20 arbeidsdager</a>	X
<a href="#">Oppdaterte ventetider på fritt sykehusvalg (fysisk helse)</a>	
<a href="#">Brudd på vurderingsgaranti - somatisk helsetjeneste</a>	
<a href="#">Ventetid - somatisk helsetjeneste</a>	
<a href="#">Fristbrudd for pasienter på venteliste - somatisk helsetjeneste</a>	
<a href="#">Fristbrudd for pasienter som har startet helsehjelp - somatisk helsetjeneste</a>	
<a href="#">Erfaringer med fødsel- og barselsomsorgen</a>	
<a href="#">Amputasjoner blant diabetespasienter</a>	

## Psykisk helse og rus

<a href="#">Oppdaterte ventetider på fritt sykehusvalg (BUP)</a>	
<a href="#">Oppdaterte ventetider på fritt sykehusvalg (VOP)</a>	
<a href="#">Oppdaterte ventetider på fritt sykehusvalg (TSB)</a>	
<a href="#">Brudd på vurderingsgaranti PHV</a>	
<a href="#">Brudd på vurderingsgaranti TSB</a>	
<a href="#">Barne- og ungdomsgarantien: Vurdering innen 10 dager</a>	X
<a href="#">Barne- og ungdomsgarantien: Behandling innen 65 dager</a>	X
<a href="#">Ventetid PHBU</a>	
<a href="#">Ventetid PHV</a>	
<a href="#">Ventetid TSB</a>	
<a href="#">Fristbrudd for pasienter på venteliste PHBU</a>	
<a href="#">Fristbrudd for pasienter på venteliste PHV</a>	
<a href="#">Fristbrudd for pasienter på venteliste TSB</a>	
<a href="#">Fristbrudd for pasienter som har startet helsehjelp</a>	

PHBU

Fristbrudd for pasienter som har startet helsehjelp

PHV

Fristbrudd for pasienter som har startet helsehjelp

TSB

Epikrisetid ved utskrivning PHV

X

Epikrisetid ved utskrivning TSB

X

Registrering av hovedtilstand TSB

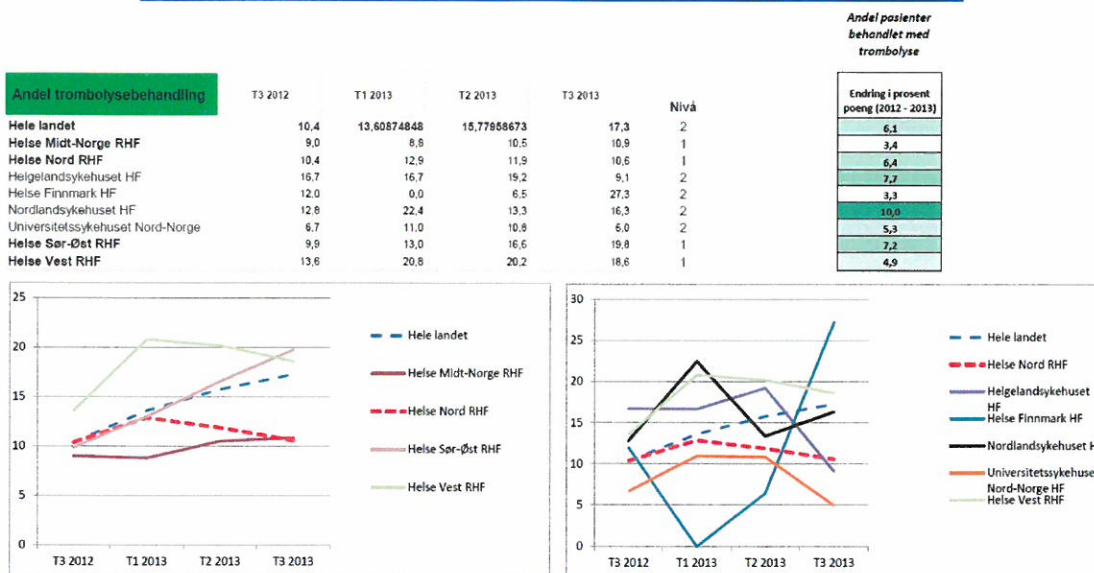
Registrering av hovedtilstand PHBU

Registrering av hovedtilstand PHV

Registrering av lovgrunnlag PHV

## Somatisk helse

### 1. Pasienter med blodpropp i hjernen som får trombolysebehandling



Denne indikatoren viser andel pasienter 18-80 år med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse, en intravenøs medisin som løser opp blodpropp. Rask innleggelse i sykehus er viktig for at de som har nytte av trombolyse skal få denne behandlingen så fort som mulig.

For Helse Nord (landsbasis i parentes) fikk 10,6 (17,3) prosent av pasientene innlagt med akutt hjerneinfarkt trombolysebehandling tredje tertial 2013. Det er uendret fra 10,4 (10,4) prosent samme tertial 2012 og en reduksjon fra 11,9 (15,8) prosent fra sist tertial. Det er stor regional spredning hvor Universitetssykehuset Nord Norge og Helgelandsykehuset viser en reduksjon i andel pasienter behandlet sammenlignet med forrige tertial mens Helse Finnmark og Nordlandssykehuset øker sin andel.

### 2. Epikrisetid ved utskriving

Tilbakemeldinger sendt innen syv dager





Denne indikatoren viser andel epikriser sendt fra sykehusene etter utskrivning av pasienter. Det er viktig at sykehuset raskt sender relevant informasjon til andre deler av helsetjenesten for at pasienten skal få best mulig oppfølging. Det er et mål at 100 prosent av epikrisene skal sendes ut innen sju dager etter utskrivning.

På landsbasis var andel epikriser sendt innen 7 dager på 84,8 prosent i 2013. Dette er en økning fra 81,4 i 2012.

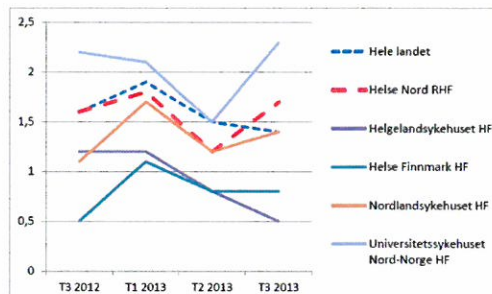
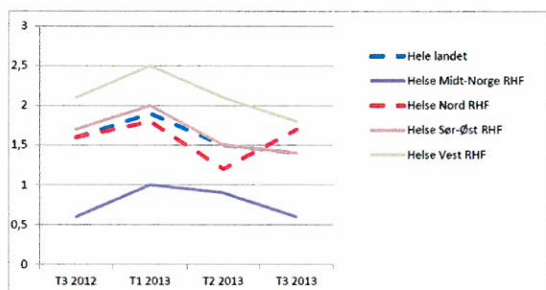
I Helse Nord økte andel epikriser sendt innen 7 dager fra 75,0 til 78,2. Foruten Helgelandssykehuset, som har vært stabil fra 2. til 3. tertial 2013, har alle helseforetak økt andel epikriser innen 7 dager.

### 3. Korridorpasienter

Korridorpasienter

Andel korridorpasienter

Andel pasienter plassert på korridor (%)	T3 2012	T1 2013	T2 2013	T3 2013	2012	2013	Nivå	Endring i prosentpoeng (2012 - 2013)
Hele landet	1,6	1,9	1,5	1,4	1,7	1,6	2	-0,1
Helse Midt-Norge RHF	0,6	1,0	0,9	0,6	0,6	0,9	1	0,3
Helse Nord RHF	1,6	1,8	1,2	1,7	1,5	1,6	1	-0,3
Helgelandssykehuset HF	1,2	1,2	0,8	0,5	1,0	0,9	2	-0,1
Helse Finnmark HF	0,5	1,1	0,8	0,8	0,7	0,9	2	0,4
Nordlandssykehuset HF	1,1	1,7	1,2	1,4	1,6	1,4	2	-0,2
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	2,2	2,1	1,5	2,3	2,6	2,0	2	-0,6
Helse Sør-Øst RHF	1,7	2,0	1,5	1,4	1,7	1,6	1	-0,1
Helse Vest RHF	2,1	2,5	2,1	1,8	2,4	2,2	1	-0,2



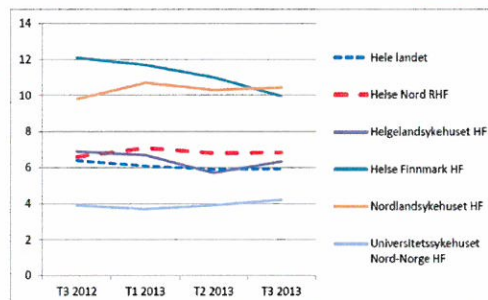
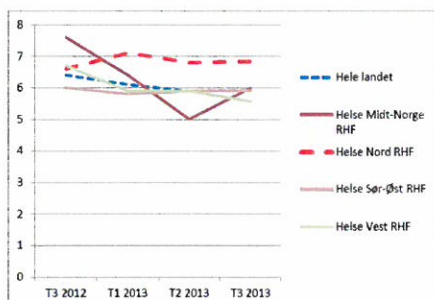
Denne indikatoren viser andel og antall pasienter som ligger på korridor. Når pasienter blir liggende på gangen får de ikke best mulig behandling og pleie. Indikatoren viser andel døgn med korridorpasienter.

På landsbasis viser tall fra 3. tertial en ytterligere nedgang i andel korridorpasienter fra forrige tertial fra 1,5 prosent til 1,4 prosent. Alle helseregioner, unntatt Helse Nord, viser en nedgang i andel pasienter som ligger på korridor i siste periode. Helse Nord er eneste region med økning fra 2. til 3. tertial 2013, fra 1,2 til 1,7 prosent. Foruten Helgelandssykehuset, som har hatt nedgang i antall korridorpasienter fra 2. til 3. tertial 2013, har alle andre helseforetak økt andelen.

## 4. Utsettelse av planlagte operasjoner

Andel (%) utsettelser av planlagte operasjoner

Andel Utsettelser	T3 2012	T1 2013	T2 2013	T3 2013	2012	2013	Nivå	Endring i prosent poeng (2012 - 2013)
Hele landet	6.4	6.1	5.9	5.934963282	6.2	6	2	-0.2
Helse Midt-Norge RHF	7.8	6.4	6.0	6.0	7.5	5.9	1	-1.6
Helse Nord RHF	6.6	7.1	6.8	6.8	6.9	6.9	1	0.0
Helgelandsykehuset HF	6.9	6.7	5.7	6.3	6.7	6.3	2	-0.4
Helse Finnmark HF	12.1	11.7	11.0	10.0	11.5	10.5	2	-0.6
Nordlandssykehuset HF	9.8	10.7	10.3	10.4	9.5	10.5	2	1.0
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	3.9	3.7	3.9	4.2	4.2	3.9	2	-0.3
Helse Sør-Øst RHF	6.0	5.8	5.9	5.9	6.3	5.5	1	-0.4
Helse Vest RHF	6.7	5.9	5.9	5.6	7.0	5.8	1	-1.2



Denne indikatoren måler andel utsettelser i forhold til planlagte operasjoner i løpet av ett år. Planlagte operasjoner som utsettes er negativt for pasienten og et uttrykk for behandlingsstedets evne til planlegging og gjennomføring. I tillegg legger operasjonsvirksomhet beslag på store ressurser i helseforetakene og det er viktig at aktiviteten planlegges og gjennomføres slik at ressursene blir optimalt utnyttet.

På landsbasis ble 5,9 prosent av planlagte operasjoner utsatt i 3. tertial 2013. Dette er en nedgang sammenliknet med tilsvarende tertial i 2012, hvor andelen var på 6,4 prosent. Det er imidlertid uendret fra 2. tertial 2013.

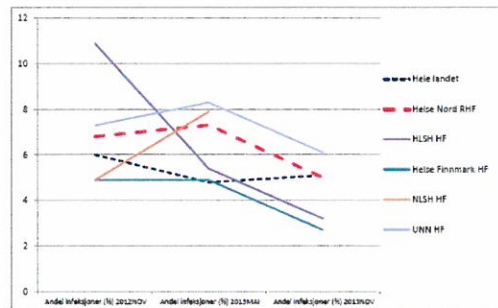
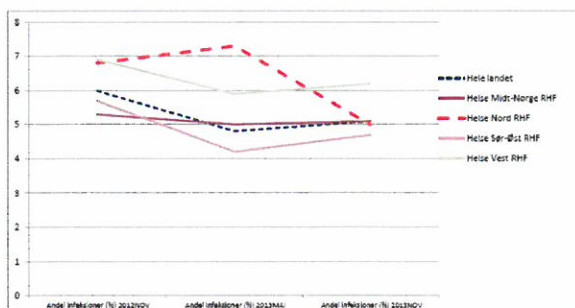
Helse Nord har den høyeste andelen med 6,8 prosent. Helse Finnmark og Nordlandssykehuset har høyest andel av utsatte operasjoner i Helse Nord. For Helse Finnmark er det en nedgang **fra 2. til 3. tertial 2013**.

## 5. Sykehusinfeksjoner

Sykehusinfeksjoner

Andel sykehusinfeksjoner

Behandlingssted	Andel infeksjoner (%) 2012NOV	Andel infeksjoner (%) 2013MAY	Andel infeksjoner (%) 2013NOV	Nivå	Endring i prosent poeng (nov 2012 - nov 2013)
Hele landet	6	4,8	6,1	2	-0,3
Helse Midt-Norge RHF	5,3	5,0	6,1	1	-0,2
Helse Nord RHF	5,8	7,3	5,0	1	-1,8
HLSH HF	10,9	5,4	3,2	2	-7,7
Helse Finnmark HF	4,9	4,9	2,7	2	-2,2
NLSH HF	4,9	7,9	2	2	-2,9
UNN HF	7,3	5,3	5,1	2	-3,2
Helse Sør-Øst RHF	5,7	4,2	4,7	1	-3,0
Helse Vest RHF	8,9	5,9	6,2	1	-0,7



Denne kvalitetsindikatoren måler andel sykehusinfeksjoner blant alle innlagte pasienter på et gitt tidspunkt, og sier indirekte noe om hvor sannsynlig det er at du som pasient skal få en sykehusinfeksjon hvis du blir innlagt på sykehus. Fire typer infeksjoner medregnes i denne indikatoren: urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, infeksjoner i operasjonssår og blodforgiftninger. En pasient kan ha flere typer infeksjoner.

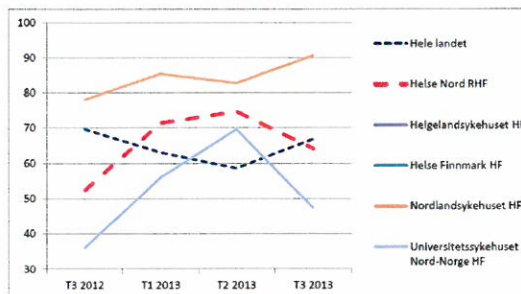
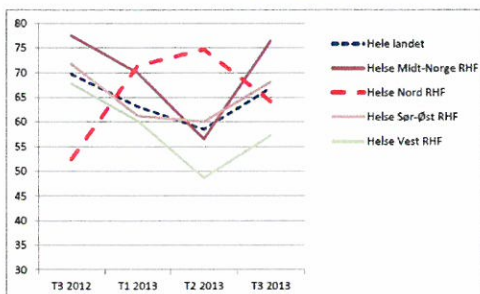
Landsgjennomsnittet for forekomst av de fire registrerte sykehusinfeksjonstypene var 5,1 prosent for siste halvår 2013. Resultatet er en svak økning fra 4,8 prosent i forrige periode. Vårens infeksjonsforekomst i sykehus var den laveste siden undersøkelsene startet.

Helse Nord har hatt en betydelig nedgang i sykehusinfeksjoner og ligger nå på landsgjennomsnittet. Alle helseforetak har hatt nedgang i sykehusinfeksjoner fra 2. til 3. tertial 2013 og Helse Finnmark og helgelandssykehuset ligger godt under landsgjennomsnittet.



## 6. Startet behandling av brystkreft innen 20 arbeidsdager

Startet behandling av brystkreft innen 20 arbeidsdager								Andel pasienter behandlet innen
Andel pasienter (%)	T3 2012	T1 2013	T2 2013	T3 2013	2012	2013	Nivå	Endring i prosentpoeng (2012 - 2013)
Hele landet	69,7	62,1	58,8	66,9	66,8	62,9	2	-3,9
Helse Midt-Norge RHF	77,5	69,9	66,5	76,4	64,1	68,0	1	3,9
Helse Nord RHF	52,4	71,4	74,7	64,1	58,0	69,7	1	11,6
Helgelandssykehuset HF	0	0	0	0	0	0	2	
Helse Finnmark HF	0	0	0	0	0	0	2	
Nordlandssykehuset HF	78,1	85,4	82,8	90,6	76,9	86,3	2	9,4
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	36,0	55,9	68,6	47,3	42,2	57,0	2	14,8
Helse Sør-Øst RHF	71,8	61,2	60,0	68,1	69,0	63,0	1	-6,0
Helse Vest RHF	67,7	60,2	48,6	57,9	66,2	55,5	1	-10,8



Denne indikatoren viser andel pasienter hvor behandling er startet innen 20 arbeidsdager etter at sykehuset mottok henvisning for brystkreft. Det er et mål at 80 prosent av pasientene skal ha startet behandling innen 20 dager.

På landsbasis fikk 66,9 prosent av pasienter med brystkreft oppstart av behandling innen 20 dager i perioden september til desember 2013, en solid økning fra 58,5 prosent i perioden mai til august 2013. Totalt for 2013 er det nedgang i andel pasienter som starter behandling for brystkreft innen 20 dager, fra 66,8 prosent i 2012 til 62,9 prosent i 2013.

Det var store forskjeller mellom regionene for andel pasienter som får behandling innen 20 dager. Helse Nord hadde 64,1 prosent. Totalt for 2013 er det Helse Nord og Helse Midt-Norge som kan vise til de beste resultatene med henholdsvis 69,7 og 68 prosent av pasienter med brystkreft til behandling innen 20 dager. Median antall arbeidsdager fra mottatt henvisning til første behandling for brystkreft var på landsbasis 17 arbeidsdager i 2013.

Nordlandssykehuset har økt andel av behandling innen 20 dager mens Universitetssykehuset Nord-Norge har redusert andelen fra 2. til 3. tertial 2013.

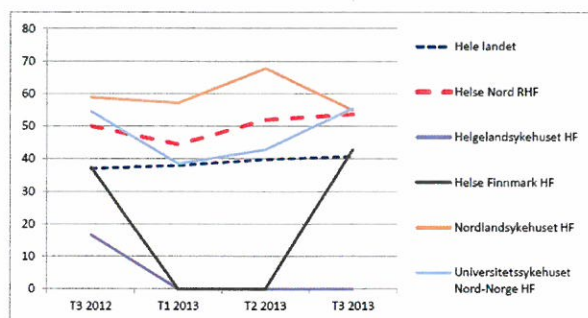
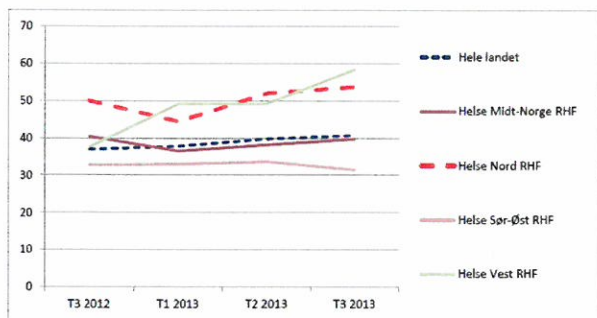


## 7. Startet behandling av lungekreft innen 20 arbeidsdager

Startet behandling av lungekreft innen 20 arbeidsdager

Andel pasienter (%)	T3 2012	T1 2013	T2 2013	T3 2013	2012	2013
<b>Hele landet</b>	37	37,8	39,8	40,8	36,3	39,8
Helse Midt-Norge RHF	40,4	36,6	38,2	39,8	37,5	38,3
Helse Nord RHF	50,0	44,4	52,0	53,7	46,4	50,8
Helgelandsykehuset HF	16,7	0	0	0	36,3	36,4
Helse Finnmark HF	37,5	0	0	42,9	57,9	42,9
Nordlandssykehuset HF	58,8	57,1	67,7	55,0	49,0	61,6
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	54,5	38,5	42,9	56,6	45,1	46,4
Helse Sør-Øst RHF	32,7	33,0	33,6	31,5	32,6	32,8
Helse Vest RHF	37,6	49,2	49,2	58,4	40,1	52,1

Nivå	Andel pasienter	prosent poeng
2	3,2	3,2
1	0,8	0,8
1	4,4	4,4
2	1,1	1,1
2	-15,0	-15,0
2	12,6	12,6
2	1,3	1,3
1	0,2	0,2
1	12,0	12,0



Denne indikatoren viser andel pasienter hvor behandling er startet innen 20 arbeidsdager etter at sykehuset mottok henvisning for lungekreft. Det er et mål at 80 prosent av pasientene skal ha startet behandling innen 20 dager.

På landsbasis fikk 40,8 prosent av pasienter behandling for lungekreft innen 20 dager i perioden september til desember 2013, en økning fra 37,0 prosent i tilsvarende periode i 2012. Totalt for 2013 er det økning i andel pasienter som starter behandling for lungekreft innen 20 dager, fra 36,3 % til 39,5 % i 2013.

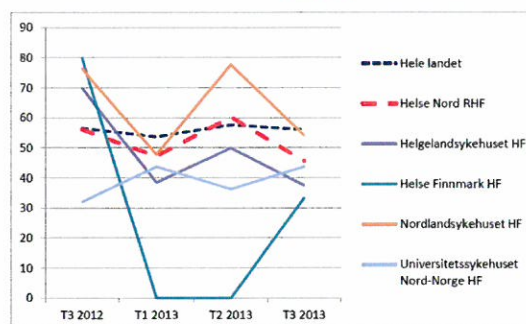
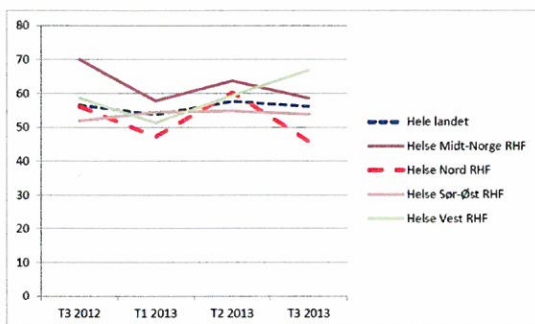
Det var stor spredning mellom regionene for andel pasienter som får behandling innen 20 dager. Totalt for 2013 er det Helse Vest og Helse Nord som kan vise til de beste resultatene med henholdsvis 52,1 og 50,8 prosent av pasientene med lungekreft til behandling innen 20 dager. Median antall arbeidsdager fra mottatt henvisning til første behandling for lungekreft var på landsbasis 26 arbeidsdager i 2013, en nedgang fra 28 arbeidsdager i 2012.

Universitetssykehuset Nord Norge og Nordlandssykehuset ligger på samme nivå men Universitetssykehuset Nord Norge har hatt en økning i andel pasienter operert innen 20 dager mens Nordlandssykehuset har hatt en nedgang **fra 2. til 3. tertial 2013.**

## 8. Startet behandling av tykktarmskreft innen 20 arbeidsdager

Startet behandling for tykktarmskreft innen 20 arbeidsdager

Andel pasienter (%)	T3 2012	T1 2013	T2 2013	T3 2013	2012	2013	Nivå	Andel pasienter	prosent poeng
Hele landet	56,6	53,7	57,6	56,1	59,1	55,8	2		-3,3
Helse Midt-Norge RHF	70,1	57,8	63,7	59,5	71,4	60,1	1		-11,3
Helse Nord RHF	56,1	47,2	60,3	45,7	56,0	51,0	1		-5,0
Helgelandssykehuset HF	70,0	38,5	50,0	37,5	62,5	42,9	2		-19,6
Helse Finnmark HF	80,0			33,3	77,8	73,3	2		-4,4
Nordlandssykehuset HF	76,5	47,8	77,8	54,2	74,5	60,8	2		-13,7
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	32,0	43,8	36,4	43,8	36,8	41,9	2		5,1
Helse Sør-Øst RHF	51,9	54,4	54,8	53,8	57,3	54,3	1		-3,0
Helse Vest RHF	58,6	51,3	59,3	66,9	55,0	59,5	1		4,5



Denne indikatoren viser andel pasienter hvor behandling er startet innen 20 arbeidsdager etter at sykehuset mottok henvisning for tykktarmskreft. Det er et mål at 80 prosent av pasientene skal ha startet behandlingen innen 20 dager.

På landsbasis fikk 56,1 prosent behandling for tykktarmskreft innen 20 dager i perioden september til desember 2013, som er tilnærmet uendret fra 56,5 prosent i tilsvarende periode i 2012. Totalt for 2013 er det nedgang i andel pasienter som starter behandling for tykktarmskreft innen 20 dager, fra 59,1 prosent i 2012 til 55,8 prosent i 2013.

Det var noen forskjeller mellom regionene for andel pasienter som får behandling innen 20 dager etter henvisning for tykktarmskreft. Helse Nord kunne vise til lavest andel til behandling innen 20 dager med 45,7 prosent.

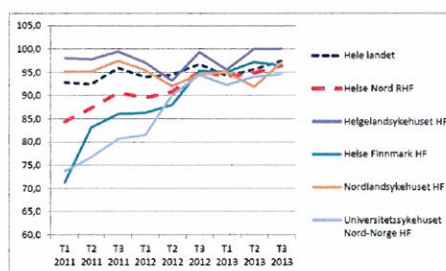
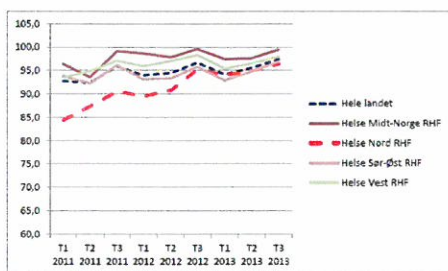
Av foretakene i helse Nord har Nordlandssykehuset størst andel hvor behandlingen starter innen 20 dager men har hatt en nedgang **fra 2. til 3. tertial 2013 som også gjelder for Helgelandssykehuset**. Universitetssykehuset Nord Norge øker andelen hvor behandlingen starter innen 20 dager **fra 2. til 3. tertial 2013**.

# Psykisk helse og rus

## 1. Barne- og ungdomsgarantien: Vurdering innen 10 dager

Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til vurdering innen 10 dager

Andel til vurdering innen 10 dager	T1 2011	T2 2011	T3 2011	T1 2012	T2 2012	T3 2012	T1 2013	T2 2013	T3 2013	2011	2012	2013	Nivå	Endring i prosentpoeng (2012 - 2013)
Hele landet	92,8	92,4	95,5	94,0	94,5	95,7	94,2	95,6	97,4	93,8	95,0	95,7	3	0,7
Helse Midt-Norge RHF	96,4	93,6	99,2	96,7	97,8	99,6	97,5	97,8	99,5	96,6	96,7	98,2	1	-1,5
Helse Nord RHF	84,4	87,3	90,6	89,5	90,7	95,2	94,0	94,9	96,4	87,5	91,9	95,1	1	3,3
Helgelandsykehuset HF	96,0	87,7	99,5	97,1	93,2	99,3	95,8	100,0	100,0	96,5	95,7	98,2	2	1,6
Helse Finnmark HF	71,2	83,1	86,0	86,3	86,0	95,3	95,0	97,2	96,4	80,1	90,2	96,1	2	5,8
Nordlandssykehuset HF	95,1	95,1	97,5	95,4	92,0	94,8	94,9	91,8	97,1	95,0	94,3	95,0	2	0,7
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	73,7	78,7	80,6	81,4	90,0	94,4	92,2	94,0	94,5	79,9	86,7	93,8	2	4,9
Helse Sør-Øst RHF	93,8	92,2	95,1	93,1	93,3	95,8	92,9	94,8	95,9	94,3	94,1	94,8	1	0,7
Helse Vest RHF	93,4	94,0	97,1	95,9	97,0	98,3	95,4	96,5	98,0	95,1	97,0	96,8	1	-0,4



Denne indikatoren viser andel henvisninger som er vurdert innen ti arbeidsdager etter at sykehuset har mottatt henvisning for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge.

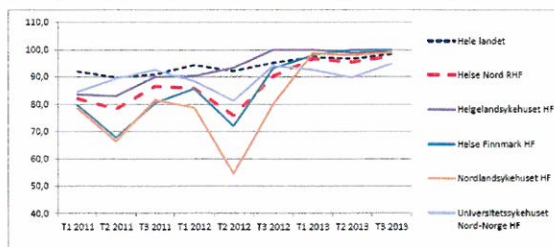
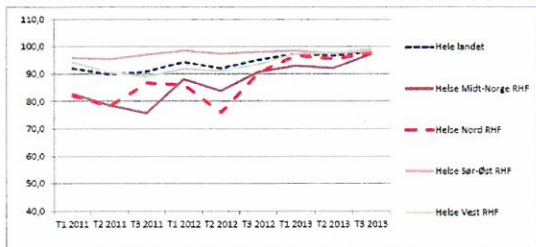
På landsbasis var andel henvisninger vurdert innenfor barne- og ungdomsgarantien i psykisk helsevern barn og unge 97,4 prosent i 3. tertial 2013, som er en forbedring fra 95,6 prosent i 2. tertial 2013. Andel henvisninger vurdert innen barn- og unge i psykisk helsevern har hatt en forbedring fra 95,7 prosent i 2013. Andel var på 93,8 prosent i 2011 og 95,0 prosent i 2012.

I Helse Nord var andel henvisninger vurdert innenfor barne- og ungdomsgarantien på 96,4 prosent i 3. tertial 2013. Det er ingen store forskjeller i helseforetakene i Helse Nord.

## 2. Barne- og ungdomsgarantien: Behandling innen 65 dager

Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til behandling innen 65 dager

Andel til behandling innen 65 dager	T1 2011	T2 2011	T3 2011	T1 2012	T2 2012	T3 2012	T1 2013	T2 2013	T3 2013	2011	2012	2013	Nivå	Endring i prosentpoeng (2012 - 2013)
Hele landet	92,0	89,8	90,9	94,3	92,0	95,2	97,4	96,7	98,3	90,9	93,9	97,5	3	3,6
Helse Midt-Norge RHF	82,8	78,8	76,8	88,0	83,8	86,7	89,0	92,1	97,4	76,1	87,7	94,1	1	6,4
Helse Nord RHF	82,1	78,4	86,7	85,9	79,9	86,3	86,7	89,8	97,7	82,4	84,2	88,7	1	12,5
Helgelandsykehuset HF	83,8	89,1	96,5	90,4	93,4	100,0	100,0	99,9	100,0	85,8	83,9	90,4	2	5,9
Helse Finnmark HF	79,8	87,8	82,0	82,7	72,2	82,2	86,0	100,0	100,0	76,1	83,9	92,2	2	15,3
Nordlandssykehuset HF	78,8	85,6	81,6	78,0	64,6	80,1	88,7	98,0	98,9	76,7	79,1	88,8	2	25,5
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	84,6	86,4	92,6	88,8	81,3	84,1	82,9	84,9	84,9	88,8	87,9	82,8	2	4,7
Helse Sør-Øst RHF	90,0	85,4	87,2	88,5	87,6	88,2	88,5	87,8	89,3	88,2	89,1	88,2	1	0,1
Helse Vest RHF	84,5	80,9	86,0	81,9	81,1	85,8	87,4	87,8	88,2	81,5	82,2	88,1	1	5,9





Denne indikatoren viser andel barn og unge med rett til prioritert helsehjelp i psykisk helsevern, som har startet helsehjelpen innen 65 arbeidsdager. Brudd oppstår altså når helsehjelpen starter mer enn 65 dager etter at henvisningen er vurdert for barn og ungdom under 23 år med psykisk og/eller rusrelatert lidelse.

På landsbasis var andel barn og unge under 23 år med psykisk og/eller rusrelaterte lidelser som har påbegynt helsehjelp innen 65 dager 98,3 prosent i 3. tertial 2013, som er en svak økning fra 97,6 prosent fra forrige tertial. Andel barn og unge under 23 år med psykisk og/eller rusrelaterte lidelser som har påbegynt helsehjelp innen 65 dager var 98,2 på årsbasis i 2013 som er stabilt med 2012, som da var 98,1 prosent. I Helse Nord var andel som har påbegynt helsehjelp på 96,7 prosent i 3. tertial 2013. Det er ingen store forskjeller mellom helseforetakene i Helse Nord.

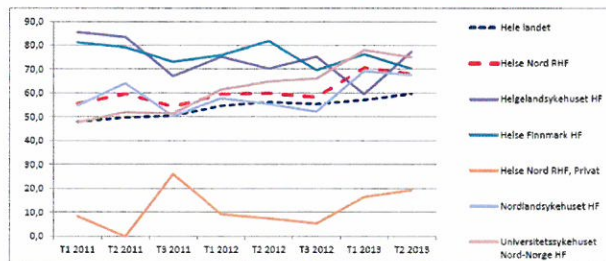
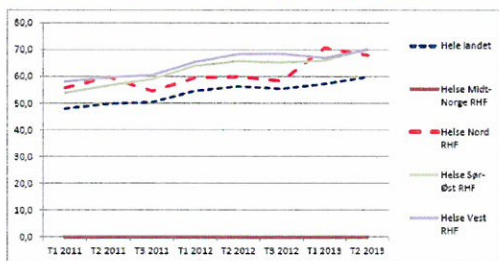
### 3. Epikrisetid ved utskrivning PHV

Tilbakemelding sendt innen syv dager fra psykisk helse for voksne

Andel tilbakemeldinger (epikriser) %	T1 2011	T2 2011	T3 2011	T1 2012	T2 2012	T3 2012	T1 2013	T2 2013	T3 2013	2011	2012	2013
Hele landet	48,0	49,8	50,5	54,7	56,3	55,4	57,2	59,8	58,6	49,5	55,5	58,5
Helse Midt-Norge RHF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Helse Nord RHF	55,7	56,8	54,5	59,6	60,9	59,4	70,7	68,6	70,1	58,8	59,3	69,6
Helgelandssykehuset HF	65,5	63,6	67,1	75,3	70,3	75,3	59,6	77,5	81,1	78,5	73,9	72,5
Helse Finnmark HF	61,2	76,3	73,2	76,0	81,8	69,7	76,4	70,4	75,2	77,8	75,8	74,2
Helse Nord RHF, Privat	6,3	0,0	26,1	9,3	7,5	6,4	16,4	19,3	40,6	14,6	7,3	25,3
Nordlandssykehuset HF	54,9	64,2	50,4	58,0	55,4	52,3	69,4	67,7	64,2	58,4	55,3	67,1
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	47,8	52,1	51,6	61,5	64,9	69,1	76,2	75,1	75,3	50,5	64,1	70,0
Helse Sør-Øst RHF	53,6	56,7	56,1	64,1	65,7	65,3	66,0	70,3	68,5	56,5	65,0	69,3
Helse Vest RHF	56,2	58,7	60,6	65,5	68,6	66,9	66,9	70,0	67,6	56,5	67,5	68,3

Andel epikriser sendt innen 7 dager

Nivå	Endring i prosent poeng (2012 - 2013)
3	3,1
1	10,3
2	1,3
2	1,7
2	16,0
2	11,8
2	12,1
1	3,1
1	0,7



Denne indikatoren viser andel epikriser sendt fra sykehusene innen sju dager etter at pasienten er skrevet ut fra døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne. Det er et mål at 100 prosent av epikrisene skal sendes ut innen sju dager etter utskrivning.

Det har vært en jevn økning i antall epikriser i de 3 helseregionene som har rapport fra 2011 til 2013. På landsbasis var andel epikriser sendt innen 7 dager på 58,5 prosent i 2013, en økning fra 55,5 prosent i 2012.

Den største økningen har vært i i Helse Nord hvor andel epikriser sendt innen 7 dager økte fra 59,3 prosent i 2012 til 69,6 i 2013. Foruten private aktører, som har under 20 prosent med utsendelse innen 7 dager, så ligger helseforetakene i Helse Nord nokså likt på rundt 70 prosent..

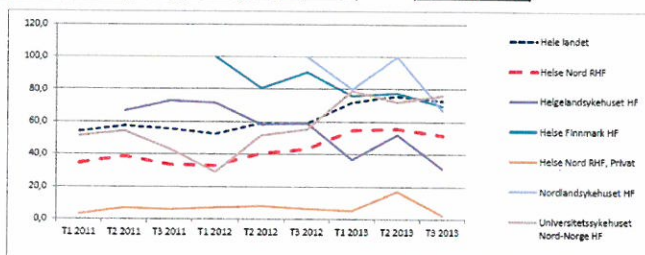
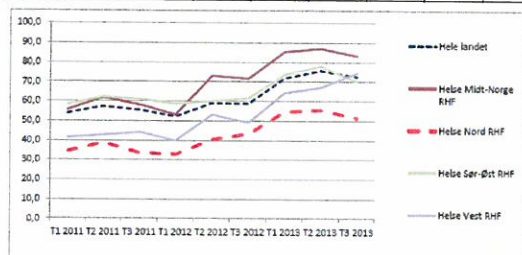
#### 4. Epikrisetid ved utskrivning TSB

Tilbakemelding sendt innen syv dager fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Andel tilbakemeldinger (epikriser) %	T1 2011	T2 2011	T3 2011	T1 2012	T2 2012	T3 2012	T1 2013	T2 2013	T3 2013	2011	2012	2013
Hele landet	53,9	57,4	55,5	52,2	59,0	58,8	71,8	75,7	72,6	55,6	56,6	73,4
Helse Midt-Norge RHF	55,0	61,5	58,1	53,1	73,1	71,7	65,4	67,1	83,2	58,5	55,6	85,2
Helse Nord RHF	34,2	38,7	33,6	32,0	40,4	43,2	64,2	52,5	51,4	55,6	38,9	51,4
Helseglandssykehuset HF		66,7	72,7	71,4	68,3	56,1	35,7	81,9	31,0	70,0	63,5	86,5
Helse Finnmark HF				100,0	80,6	90,6	75,8	77,5	89,0	90,7	75,0	
Helse Nord RHF, Privat	9,1	8,8	5,6	7,0	7,9	6,3	6,1	17,1	2,3	6,2	7,0	8,5
Nordlandssykehuset HF							100,0	80,3	100,0	86,7	0,0	100,0
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	0,2	64,1	49,0	29,8	51,2	55,3	78,9	72,0	76,1	49,3	45,0	72,8
Helse Sør-Øst RHF	58,3	62,3	51,0	59,8	60,0	61,4	73,7	77,9	70,0	60,5	62,0	74,8
Helse Vest RHF	41,2	42,7	44,0	39,5	69,1	46,1	64,2	67,1	74,6	42,0	47,1	69,0

Andel epikriser sendt innen 7 dager

Nivå	Endring i prosent poeng (2012 - 2013)
2	16,8
1	18,6
1	15,1
2	-24,0
2	-15,7
2	1,5
2	-13,3
2	26,2
1	14,9
1	21,5



Denne indikatoren viser andel epikriser sendt fra sykehusene innen sju dager etter at pasienten er skrevet ut fra døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er et mål at 100 prosent av epikrisene skal sendes ut innen sju dager etter utskrivning.

På landsbasis var andel epikriser sendt innen 7 dager på 72,6 prosent i 3. tertial 2013. Totalt var 2013 var 73,4 prosent av epikriser sendt ut innen 7 dager, som er en betydelig økning fra 55,6 prosent i 2011 og 56,6 prosent i 2012.

Lavest andel epikriser sendt innen 7 dager var i Helse Nord med 51,4 prosent i 3. tertial 2013. Dette er en nedgang fra 55,6 prosent i forrige periode men en økning fra 43,2 prosent samme periode i 2012. Alle helseforetakene, inkludert private aktører, har hatt en nedgang i andel utsendelse innen 7 dager **2. til 3. tertial 2013.**