



Styresak 110-2014 **Referatsaker til styret**

Saksbehandler:
Gro Ankill

Saksnr.:
2011/2354

Dato:
05.11.2014

Følgende dokumenter legges frem som referatsaker for styret:

1. Rapport etter tilsyn ved Nordlandssykehuset – humane celler og vev, fra Helsetilsynet 20.06.2014
2. Svar på tilsyn ved Nordlandssykehuset – humane celler og vev, til Helsetilsynet 20.10.2014
3. Lukking av tilsyn ved Nordlandssykehuset – humane celler og vev, fra Helsetilsynet 03.11.2014
4. Protokoll styremøte i Helse Nord RHF 29.10.2014
5. Protokoll drøftingsmøte med tillitsvalgte 11.11.2014 (ettersendes)
6. Protokoll møte i AMU 12.11.2014 (ettersendes)
7. Protokoll Brukerutvalget i NLSH 11.11.2014 (ettersendes)

Innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Avstemming:

Vedtak:



HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Nordlandssykehuset HF
v/administrerende direktør
Postboks 1480

8092 BODØ

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:

DATO: / DATE:

2014/501 4 TNO

20 . juni 2014

Håndtering av humane celler og vev - rapport etter tilsyn ved Nordlandssykehuset HF

Statens helsetilsyn oversender den endelige rapporten etter tilsynet som ble gjennomført i henhold til forskrift om håndtering av humane celler og vev, ved Nordlandssykehuset HF i tidsrommet 18. mars – 17. juni 2014.

Rapporten er offentlig og vil bli publisert på www.helsetilsynet.no.

Det ble avdekket ett avvik ved tilsynet, og vi ber om at Nordlandssykehuset HF iverksetter tiltak for å rette opp i forholdene.

Følgende dokumentasjon sendes Statens helsetilsyn innen 1. november 2014:

- Beskrivelse av korrigerende tiltak
- En plan som viser hvordan ledelsen ved Nordlandssykehuset HF skal følge opp og evaluere tiltakene

Etter at helseforetaket har fulgt opp og evaluert iverksatte tiltak, vil vi vurdere om tilsynet kan avsluttes.

Med hilsen

Jan Fredrik Andresen
direktør

Thorbjørn Aa. Nordengen
seniorrådgiver

Vedlegg:
Tilsynsrapport

Kopi med vedlegg til:

Helsedirektoratet
Statens legemiddelverk
Fylkesmannen i Nordland

Saksbehandler: Thorbjørg Aa. Nordengen, tlf. 21 52 99 73



Håndtering av humane celler og vev

Rapport fra tilsyn ved Nordlandssykehuset

Tidsrom for tilsynet:	18.3.2014 – 16.6.2014
Kontaktpersoner i virksomheten:	Fagansvarlig ortopedisk seksjon, Mathias Solhaug Kvalitetsleder Diagnostisk klinikk, Liv Johansen

Sammendrag

Statens helsetilsyn har i etter forskrift om håndtering av humane celler og vev gjennomført tilsyn ved Nordlandssykehuset.

Tilsynet har lagt hovedvekt på hvordan følgende utvalgte oppgaver blir fulgt opp faglig og styringsmessig:

- oppbevaring av celler og vev
- sporbarhet – mulighet til å identifisere celler og vev – fra donor til mottaker og omvendt
- hindring av sykdomsoverføring via celler og vev
- sporbarhet – mulighet til å finne tilbake til opprinnelse og detaljer – for produkter og materialer som kommer i kontakt med celler og vev

Dette ble undersøkt ved hjelp av virksomhetsrapportskjema, dokumentgjennomgang, intervjuer og tilsynsbesøk med stikkprøver.

Tilsynet har avdekket ett avvik:

Avvik: Nordlandssykehuset HF har mangelfulle rutiner for samhandling og kommunikasjon som er nødvendig for å følge opp håndtering av beinvev og obligatoriske laboratorieundersøkelser for donorer av alle typer celler og vev.

Dato: 16/6.14

Thorbjørn Aa, Nordengen
revisjonsleder

Tone Blørstad
revisor

Innhold

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

1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter tilsyn ved Nordlandssykehuset i perioden 18. mars -16. juni 2014. Tilsynet inngår som en del av den planlagte tilsynsvirksomhet Statens helsetilsyn gjennomfører i henhold til forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev av 1. juli 2008.

Statens helsetilsyn har myndighet til å føre tilsyn med helsetjenesten etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 1 og forskrift om håndtering av humane celler og vev § 56.

Formålet med tilsynet er å vurdere om virksomheten ivaretar ulike krav i lovgivningen gjennom sin internkontroll (sitt kvalitetsstyringssystem). Tilsynet omfattet undersøkelse av:

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

Rapporten omhandler avvik som er avdekket under tilsynet 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

Nordlandssykehuset eies av det regionale helseforetaket Helse Nord og betjener befolkningen i Nordland.

Helseforetakets aktivitet knyttet til håndtering av ortopedisk beinvev og smittetesting¹ av donorer av celler og vev foregår ved:

Akuttmedisinsk klinikk:

- Avdeling for operasjon/anestesi, Operasjonsenheten: uttak og oppbevaring av beinvev

Kirurgisk og ortopedisk klinikk:

- Avdeling Bodø, Ortopedisk enhet: vurdering og utvelgelse av beinvevsdonorer

Diagnostisk klinikk:

- Laboratoriemedisinsk avdeling: smittetesting av donorer av celler og vev. Donorprøvene håndteres ved preanalytisk enhet og Sentrallaboratoriet, fagområdet medisinsk mikrobiologi.

3. Gjennomføring

Tilsynet omfattet følgende aktiviteter:

Varsel om tilsyn og virksomhetsrapportskjema ble sendt 18. mars 2014.

Gjennomgang og vurdering av dokumenter.

¹ Forskriften § 17: Donorer skal som et minstekrav testes for HIV 1 og 2, Hepatitt B, Hepatitt C, Syfilis og eventuelt HTLV 1 og 2.

Oversikt over dokumenter som er gjennomgått i forbindelse med tilsynet er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Åpningsmøte ble holdt 20. mai 2014 på Nordlandssykehuset i Bodø.

Tilsynsbesøk ble gjennomført 20. og 21. mai 2014 og omfattet befarings ved beinbanken og Sentrallaboratoriet.

I tillegg ble tiltakene etter forrige tilsyn ved Nordlandssykehuset fulgt opp (2012 – ortopedisk beinvev).

Sluttmøte ble holdt 21. mai 2014 på Nordlandssykehuset i Bodø.

4. Hva tilsynet omfattet

Formålet med forskriften er å fastsette kvalitets- og sikkerhetsstandarder ved håndtering av humane celler og vev til anvendelse på mennesker for å oppnå et sterkt vern av menneskers helse, herunder unngå at sykdommer overføres via celler og vev.

Statens helsetilsyn har undersøkt om Nordlandssykehuset følger opp og styrer følgende oppgaver i tråd med kravene i forskriften:

- oppbevaring av celler og vev
- sporbarhet – mulighet til å identifisere celler og vev – fra donor til mottaker og omvendt
- hindring av sykdomsoverføring via celler og vev
- sporbarhet – mulighet til å finne tilbake til opprinnelse og detaljer – for produkter og materialer som kommer i kontakt med celler og vev

Vi har vurdert hvordan ledelsen følger opp håndtering av celler og vev inkludert donortesting, med vekt på:

- opplæring av ansatte som håndterer og analyserer donorprøver
- skriftlige prosedyrer
- avvikssystemer og meldeordninger
- jevnlig og systematisk gjennomgang av aktiviteten ved for eksempel interne revisjoner og ledelsens gjennomgang

5. Funn

Avvik: Nordlandssykehuset HF har mangelfulle rutiner for samhandling og kommunikasjon som er nødvendig for å følge opp håndtering av beinvev og obligatoriske laboratorieundersøkelser for donorer av alle typer celler og vev.

Avvik fra følgende krav: Forskrift om håndtering av humane celler og vev § 7 *Krav til personalets kompetanse*, § 8 *Internkontroll*, § 10 *Generelle krav til utstyr mv*, § 11 *Krav til kritisk utstyr*, § 13 *Oppbevaringsbetingelser*, § 17 *Obligatoriske laboratorieundersøkelser for donorer*, § 18 *Alminnelige krav som skal være oppfylt ved fastsettelsen av biologiske markører*.

Avviket bygger på følgende:

- Nordlandssykehuset HF har rutiner for bestilling av blodprøver og laboratorieundersøkelser og benytter papirrekvisisjoner. Rekvisisjonene har ikke veiledning om hvilke analyser som er obligatoriske for smittetesting av donorer av celler og vev.
- Det er opprettet forhåndsdefinerte analysepakker (angitt gruppe analyser som bestilles samlet) ved Sentrallaboratoriet for beinvevsdonorer og par til fertilitetsbehandling, men analysepakkene er ikke tilgjengelige for eksterne rekvirenter og omfatter ikke donorer av alle typer celler og vev.
- Blodprøver som mottas ved Sentrallaboratoriet og som skal analyseres ved fagområdet medisinsk mikrobiologi, registreres av ansatte ved preanalytisk enhet. Preanalytisk enhet har prosedyrer som beskriver registrering av mottatte prøver, men prosedyrene omfatter ikke rutiner for mottak og registrering av prøver fra donorer av alle typer celler og vev. I praksis kan donorprøver bli håndtert som ordinære pasientprøver.
- Ved fagområdet medisinsk mikrobiologi er det etablert rutiner for å besvare blant annet analyser fra blodgiverprøver, men det er ikke etablert tilsvarende rutiner for blodprøver fra donorer av alle typer celler og vev, eksempelvis ved behov for raskt å bevare ikke negative analyseresultat.
- Beinbankens prosedyre *Høsting og bruk av bein i beinbank* inneholder også beskrivelse av vedlikehold som skal utføres på beinbankfryseren. Prosedyren beskriver at enkelte oppgaver skal utføres av teknisk avdeling, men prosedyren er ikke gyldig for denne avdelingen. Det foreligger ikke dokumentasjon for vedlikehold utført av teknisk avdeling av fryseren etter oktober 2012.
- Gjennomgang av 14 *Samtykkeskjema for donor til beinbank* viser hvilke leger som har vurdert beinvevsdonorene. Beinvev til beinbank blir høstet uten det kan fremlegges dokumentasjon som viser at de aktuelle legene har fått opplæring i donorutvelgelse.
- *Årsplan internrevisjon Diagnostisk klinikk 2014* er utarbeidet. Planen omfatter ikke revisjoner etter forskrift om håndtering av celler og vev.
- Overordnet prosedyre for ledelsens gjennomgang beskriver at gjennomgangen skal omfatte *tilgang til og etterlevelse av lov og forskrift*. Referat fra ledelsens gjennomgang ved Sentrallaboratoriet i 2013 og 2014 viser ikke om forskrift om håndtering av celler og vev har vært tema.
- Diagnostisk klinikk har prosedyrene *Avviksbehandling i Diagnostisk klinikk* og *Melding ved alvorlig uønsket hendelse ved donorscreening*. Uønskede hendelser som oppstår i forbindelse med analysering av prøver, vil ikke alltid fange opp alle donorer av celler og vev, med bakgrunn i at ikke alle donorer av celler og vev er registrert som donorprøver. Nordlandssykehuset har derfor ikke mulighet til raskt å oppdage om feil i forbindelse med laboratorieundersøkelser kan ha betydning for smittetesting av donorer og mulig overføring av sykdom via celler og vev.

- Det er ikke gjennomført internrevisjon eller egeninspeksjon ved beinbanken siden 2012 og beinbanken inngår verken i revisjonsplan *Plan for KirOrt-klinikk 2014* eller *Ett års plan internrevisjon AKUM 2014*.

6. Vurdering av helseforetakets styringssystem

Helseforetak som håndterer humane celler og vev til bruk på mennesker, må etterleve myndighetskravene til kvalitet og sikkerhet.

Nordlandssykehuset HF har aktivitet ved tre klinikker knyttet til håndtering av beinvev og til smittetesting av donorer av celler og vev. Det er viktig at involvert personell har oppdatert kompetanse og forstår at donorutvalgelse, oppbevaring av beinvev og smittetesting har betydning for å forebygge smitteoverføring via celler og vev.

Statens helsetilsyn finner det uheldig at helseforetakets ledelse ikke benytter det etablerte kvalitetsstyringssystemet til å følge opp samhandling og kommunikasjon mellom enheter som utfører oppgaver med betydning for kvalitet og sikkerhet ved håndtering av celler og vev.

7. Regelverk

- lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven)
- forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev
- forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (internkontrollforskriften)
- lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten (helsetilsynsloven)

Forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev har egne bestemmelser om internkontroll. Disse kommer i tillegg til og utfyller de generelle bestemmelsene i internkontrollforskriften.

8. Dokumentunderlag

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

- Virksomhetsrapportskjema med vedlegg, datert 29. april 2014
- Organisasjonskart:
Helse Nord RHF
Akuttmedisinsk klinikk
Kirurgisk og ortopedisk klinikk
Diagnostisk klinikk
- Overordnet prosedyre:
Ledelsens gjennomgang
Internrevisjon
Dokumentstyring i Docmap
Opplæringsstrategi
- Årsrapporter
- Prosedyrer: ortopedisk beinbank
fagprosedyrer
internkontroll beinbank
- Prosedyrer: Sentrallaboratoriet
Fagprosedyrer, infeksjonstesting/viruscreening

Opplæringsplan
stillingsbeskrivelser

Dokumentasjon som ble gjennomgått under tilsynet:
Overordnede dokumenter for Nordlandssykehuset

- Avvik og forbedringsforslag
- 4. årsplan for internrevisjon 2012-2015

Beinbanken:

- Plan for internrevisjon 2014 beinbank
- Ett års plan internrevisjon AKUM 2014
- 4-årsplan for internrevisjon 2012-2015 – AKUM
- Plan for internrevisjon i KirOrt-klinikk 2014

Diagnostisk klinikk – Sentrallaboratoriet

- Prosedyre PR 28304 – *Melding ved alvorlig uønsket hendelse ved donorscreening*
- Prosedyre PR 01961 – *Avviksbehandling i Diagnostisk klinikk*
- Prosedyre PR 33442 – *Internrevisjon Diagnostisk klinikk*
- Prosedyre OL1899 – *Virologiske screeningpakker*
- Kvalitetspolitikk Diagnostisk klinikk
- Dokumentstyring Diagnostisk klinikk
- Årsplan internrevisjon Diagnostisk klinikk 2014
- Rapport fra internrevisjon Sentrallaboratoriet 2012 og 2013
- Referat fra ledelsens gjennomgang 2012 og 2013

Korrespondanse mellom virksomheten og Statens helsetilsyn:

- E-post kommunikasjon mellom Mathias Solhaug, fagansvarlig ortopedisk seksjon, og Thorbjørg Aa. Nordengen Statens helsetilsyn, vedrørende praktisk gjennomføring av tilsynet.
- E-post kommunikasjon mellom Liv Johansen, kvalitetsleder Diagnostisk klinikk og Thorbjørg Å. Nordegen, Statens helsetilsyn vedrørende dokumentasjon fra Diagnostisk klinikk

9. Deltakere ved tilsynsbesøket

Navn	Funksjon / stilling	Åpningsmøte	Sluttmøte
Margaret Li	Enhetsleder Bakteriologi	x	
Tove Hvassing	Avdelingsleder	x	x
Morten Reintz	Assisterende klinikkssjef	x	x
Liv Johansen	Kvalitetsleder Diagnostisk klinikk	x	x
Mathias Solhaug	Fagansvarlig ortopedisk seksjon, operasjon	x	x
Liisa Mortensen	Overlege mikrobiologi	x	x
Kristjan Valdimarsson	Overlege ortopedisk avdeling	x	x
Gunn Hege Valøy	Assisterende klinikkssjef Kir/ort	x	
Geir Jeremiassen	Avdelingsleder ortopedi	x	x

Aud Sundsfjord	Fagansvarlig serologi/immunologi/allergi	x	x
Terje Svendsen	Kvalitetsleder NLSH	x	x
Inger-Reidun Willumsen	Kst. Enhetsleder bakteriologi	x	
Hege Elisabeth Larsen	Fagansvarlig bakteriologi	x	
Randi Heiberg-Pedersen	Assisterende enhetsleder Sentrallaboratoriet	x	x
Paul Martin Strand	Administrerende direktør		x
Heidi-Therese Viberg	Enhetsleder, preanalytisk enhet		x
Hege Eldevik Brå	Fagansvarlig, preanalytisk enhet		x
Øystein Johansen	Klinikksjef Kir. Ort klinikk		x

Fra tilsynsmyndighetene deltok:

Seniorrådgiver Thorbjørg Aa. Nordengen (revisjonsleder)

Seniorrådgiver Tone Blørstad



Helsetilsynet

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Deres ref.:

Vår ref.:
2014/651/TESV

Dato:
20.10.2014

Svar på tilsyn ved NLSH HF, håndtering av humane celler og vev

Viser til rapport etter gjennomført tilsyn med håndtering av humane celler og vev i Nordlandssykehuset HF. Tilsynet ble gjennomført i tidsrommet 18. mars – 17. juni 2014. Det avdekket et avvik med flere underpunkter.

Nordlandssykehuset HF har utarbeidet en plan som beskriver hvordan avviket skal lukkes og følges opp og evaluere tiltakene.

Med bakgrunn i de planlagte og iverksatte tiltakene samt planer for evaluering (internrevisjon og ledelsens gjennomgang) ber vi om at dette tilsynet lukkes.

Vedlegg til saken:

1. Oversikt/plan for lukking av avvik
2. Dokumentasjon på tiltakene.

Med vennlig hilsen

Terje Svendsen
Kvalitetsleder

Avvik: Nordlandssykehuset HF har mangelfulle rutiner for samhandling og kommunikasjon som er nødvendig for å følge opp håndtering av beinvev og obligatoriske laboratorieundersøkelser for donorer av alle typer celler og vev.

Avvik fra følgende krav: Forskrift om håndtering av humane celler og vev sⁿ. 7 *Krav til personalets kompetanse*, § 8 *Internkontroll*, § 10 *Generelle krav til utstyr mv*, § 11 *Krav til kritisk utstyr*. § 13 *Oppbevaringsbetingelser*, § 17 *Obligatoriske laboratorieundersøkelser*. f) *Jr donorer*, § 18 *Alminnelige krav som skal være oppfylt ved fastsettelsen av biologiske markører*.

Plan for lukking av avvik vedrørende håndtering av celler og vev etter gjennomført tilsyn av Helsetilsyn den 20 - 21/5 – 2014.

Underpunkter til avviket	Beskrivelse av korrigerende tiltak og en plan som viser hvordan dere skal følge opp og evaluere tiltakene.
Nordlandssykehuset HF har rutiner for bestilling av blodprøver og laboratorieundersøkelser og benytter papir- rekvisisjoner. Rekvisisjonene har ikke veiledning om hvilke analyser som er obligatoriske for smittetesting av donorer av celler og vev.	Papirrekvisisjonene er revidert og går i trykken i disse dager. Rekvisisjonene er påført et punkt om at ytterligere informasjon om analyser som er obligatoriske for smittetesting finnes i Laboratoriehåndboka på sykehusets intranettside - Se vedlagt PDF filer av rekvisisjoner
Det er opprettet forhåndsdefinerte analysepakker (angitt gruppe analyser som bestilles samlet) ved Sentrallaboratoriet for beinvevsdonorer og par til fertilitetsbehandling, men analysepakkene er ikke tilgjengelige for eksterne rekvisiter og omfatter ikke donorer av alle typer celler og vev.	Analysepakker er opprettet og det er anmerket på rekvisisjon at ytterligere informasjon finnes i Laboratoriehåndbok på sykehusets intranettside. - Se vedlagt UtkasrLabrekvisisjon Sep 2014 (43021 - Draft VersiForm) Fra trykkeri.pdf).

<p>Blodprøver som mottas ved Sentrallaboratoriet og som skal analyseres ved fagområdet medisinsk mikrobiologi, registreres av ansatte ved preanalytisk enhet. Preanalytisk enhet har prosedyrer som beskriver registrering av mottatte prøver, men prosedyrene omfatter ikke rutiner for mottak og registrering av prøver fra donorer av alle typer celler og vev. I praksis kan donorprøver bli håndtert som ordinære pasientprøver.</p>	<p>Ivaretas ved det nå er gjort endringer i rekvisisjoner.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se vedlagt UtkasrLabrekvisisjon Sep 2014 (43021 - Draft VersiForm) Fra trykkeri.pdf).
<p>Ved fagområdet medisinsk mikrobiologi er det etablert rutiner for å besvare blant annet analyser fra blodgiverprøver, men det er ikke etablert tilsvarende rutiner for blodprøver fra donorer av alle typer celler og vev, eksempelvis ved behov for raskt å bevare ikke negative analyseresultat.</p>	<p>Rutiner er nå endret slik at svar på analyser tilhørende en analysepakke skal gå ut samlet slik som det i dag gjør ved blodgiverscreening.</p> <p>Datasystemet Analytix er nå satt opp slik at frigivelsen av svar på donorpakker går samlet.</p> <p>Dette vil bli beskrevet i OL1899 virologiske screeningpakker.</p>
<p>Beinbankens prosedyre Høsting og bruk av bein i beinbank inneholder også beskrivelse av vedlikehold som skal utføres på beinbankfryseren. Prosedyren beskriver at enkelte oppgaver skal utføres av teknisk avdeling, men prosedyren er ikke gyldig for denne avdelingen. Det foreligger ikke dokumentasjon for vedlikehold utført av teknisk avdeling av fryseren etter oktober 2012.</p>	<p>Prosedyren for vedlikehold er redigert. Det er lagt inn oppgaver på felles post system som skal sikre at vedlikeholdet utføres. Oppgaven er lagt inn med årlig og 3. mnd. repetisjon til 4 ulike personer, dette for å sikre at vedlikehold også utføres hvis en person er borte. Fagansvarlig ort. seksjon er ansvarlig for bestilling av vedlikehold, teknisk avdeling er ansvarlig for vedlikeholdet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se vedlagt prosedyre PR35282 Vedlikehold av ultrafryser.
<p>Gjennomgang av 14 Samtykkeskjema for donor til beinbank viser hvilke leger som har vurdert beinvevsdonorene. Beinvev til beinbank blir høstet uten det kan fremlegges dokumentasjon som viser at de aktuelle legene har fått opplæring i donorutvelgelse.</p>	<p>Det er utarbeidet signaturliste for RL2581. Signering bekrefter at innholdet i rutinen er lest og forstått. Alle legene ved ortopedisk avd. har signert.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se vedlagt retningslinje RL2581 Utvelgelse av donor til beinbank. - Se vedlagt liste for dokumentasjon

<p>Årsplan internrevisjon Diagnostisk klinikk 2014 er utarbeidet. Planen omfatter ikke revisjoner etter forskrift om håndtering av celler og vev.</p>	<p>Prosedyren Internrevisjon Diagnostisk klinikk - [PR33442] er under revisjon og vil ha henvisning til forskrift om celler og vev, samt andre særskilte lover vi skal revidere opp mot. Det vil bli lagt opp til en revisjon i 2015 hvor denne forskrift inngår som revisjonsgrunnlag.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se vedlagt plan PR33442 Internrevisjoner for Diagnostisk klinikk.
<p>Overordnet prosedyre for ledelsens gjennomgang beskriver at gjennomgangen skal omfatte tilgang til og etterlevelse av lov og forskrift. Referat fra ledelsens gjennomgang ved Sentrallaboratoriet i 2013 og 2014 viser ikke om forskrift om håndtering av celler og vev har vært terna.</p>	<p>Sjekkliste for ledelsens gjennomgang i Diagnostisk klinikk - [SJ6248] er under revidering og vil gi oversikt over særskilte lover gjeldende ved Diagnostisk klinikk.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se vedlagt PDF fil av utkast Sjekkliste for ledelsens gjennomgang Diagnostisk klinikk
<p>Diagnostisk klinikk har prosedyrene Avviksbehandling i Diagnostisk klinikk og Melding ved alvorlig uønsket hendelse ved donorscreening. Uønskede hendelser som oppstår i forbindelse med analysering av prøver, vil ikke alltid fange opp alle donorer av celler og vev, med bakgrunn i at ikke alle donorer av celler og vev er registrert som donorprøver. Nordlandssykehuset har derfor ikke mulighet til raskt å oppdage om feil i forbindelse med laboratorieundersøkelser kan ha betydning for smittetesting av donorer og mulig overføring av sykdom via celler og vev.</p>	<p>Revidert avviksprosedyre, tatt inn henvisning til forskrift om Celler og vev samt den særskilte meldeordningen. Ny rekvisisjon vil tydeliggjøre at dette dreier seg om donorer.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se vedlegg PR01961 Avviksbehandling i Diagnostisk klinikk. - Utkast Labrekvisisjon Sep 2014 (43021 - Draft VersiForm) Fra trykkeri.pdf).
<p>Det er ikke gjennomført internrevisjon eller egeninspeksjon ved beinbanken siden 2012 og beinbanken inngår verken i revisjonsplan for Kir/Ort - klinikk 2014 eller i AKUM sin revisjonsplan for 2014.</p>	<p>Klinikkens 4 årsplan løper ut 2015, ny 4 årsplan vil bli utarbeidet i løpet av høsten 2015 og da vil dette området bli inkludert i klinikkens revisjonsplaner. Utførelse av internrevisjon vil gjøres i nært samarbeid mellom Kirurgisk og ortopedisk og Akuttmedisinsk klinikk.</p>



HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helse- og omsorgstjenestene

SKANNET 2014/651

Nordlandssykehuset HF
v/administrerende direktør
Postboks 1480

8092 BODØ

DERES REF: / YOUR REF:

2014/651 TESV

VAR REF: / OUR REF:

2014/501 4 TNO

DATO: / DATE:

3. november 2014

Håndtering av humane celler og vev – avslutter tilsyn ved Nordlandssykehuset HF

Statens helsetilsyn viser til tilsynsrapport datert 20. juni 2014 og helseforetakets svar datert 20. oktober 2014.

Vi har gjennomgått helseforetakets handlingsplan med beskrivelse av korrigerende og forebyggende tiltak. Handlingsplanen viser at ny revisjonsplan skal utarbeides høsten 2015. Statens helsetilsyn vil presisere at områdene som omfattes av forskriften skal revideres jevnlig og må revideres også i 2015.

Statens helsetilsyn anser at oppfølgingen av det påpekte avviket er tilfredsstillende. Vi legger til grunn at Nordlandssykehuset HF følger opp og evaluerer både gjennomførte og planlagte tiltak og avslutter med dette tilsynet.

Lykke til med det videre arbeidet.

Med hilsen

Gro Vik Knutsen etter fullmakt
avdelingsdirektør

Thorbjörg Aa. Nordengen
seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Kopi til:
Helsedirektoratet
Statens legemiddelverk
Fylkesmannen i Nordland

Saksbehandler: Thorbjörg Aa. Nordengen, tlf. 21 52 99 73

Presseprotokoll

Vår ref.:
2013/298-76/012

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

Sted/Dato:
Tromsø, 29.10.2014

Møtetype:	Styremøte i Helse Nord RHF
Møtedato:	29. oktober 2014 – kl. 8.30
Møtested:	Radisson Blu Hotel, Tromsø

Tilstede

Navn:	
Bjørn Kaldhol	styreleder
Ann Mari Jenssen	varamedlem - <i>møter for Sissel Alterskjær</i>
Arnfinn Sundsfjord	styremedlem
Eirik Holand	styremedlem
Inger Jørstad	styremedlem
Kari Jørgensen	styremedlem
Kari B. Sandnes	styremedlem
Line Miriam Sandberg	styremedlem
Steinar Pettersen	styremedlem
Mildrid Pedersen	observatør fra Regionalt brukerutvalg

Forfall

Navn:	
Inger Lise Strøm	nestleder
Sissel Alterskjær	styremedlem

Fra administrasjonen

Navn:	
Lars Vorland	adm. direktør
Karin Paulke	stabsdirektør
Kristian I. Fanghol	kommunikasjonsdirektør
Geir Tollåli	fagdirektør
Rune Sundset	kvalitets- og forskningsdirektør
Hilde Rolandsen	direktør for eieravdelingen
Finn Henry Hansen	direktør
Erik Arne Hansen	regnskapssjef
Hege K. Antonsen	internrevisor

I etterkant av dette styremøtet ble det avholdt åpent styreseminar for helseforetakene i Helse Nord, den 29. til 30. oktober 2014.

Styresak 111-2014 Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 111-2014	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 112-2014	Godkjenning av protokoll fra styremøte 2. oktober 2014
Sak 113-2014	Regional handlingsplan for habilitering 2014-2017
Sak 114-2014	Tertialrapport nr. 2-2014 <i>Saksdokumenter var ettersendt.</i>
Sak 115-2014	Virksomhetsrapport nr. 9-2014 <i>Saksdokumenter var ettersendt.</i>
Sak 116-2014	Budsjett 2015 foretaksgruppen, rammer og føringer <i>Saksdokumenter var ettersendt.</i>
Sak 117-2014	Budsjett 2015 Helse Nord RHF <i>Saksdokumenter var ettersendt.</i>
Sak 118-2014	Etablering av regionale datasentre i Bodø og Tromsø - fullverdig gjenopprettingscenter i Bodø, oppfølging av styresak 143-2013 og 49-2014 <i>Saksdokumenter var ettersendt.</i> <i>Saken er unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13, jf. Fvl. § 13, 1. ledd nr. 2.</i>
Sak 119-2014	Byggeprosjekter i Finnmarkssykehuset HF: Tertialrapport pr. 31. august 2014
Sak 120-2014	Byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF: Tertialrapport pr. 31. august 2014
Sak 121-2014	FIKS ¹ -prosjekt: Tertialrapport pr. 31. august 2014
Sak 122-2014	Orienteringssaker 1. Informasjon fra styreleder til styret – <i>mundlig</i> 2. Informasjon fra adm. direktør til styret – <i>mundlig</i>
Sak 123-2014	Referatsaker 1. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg, den 23. oktober 2014 <i>Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.</i> 2. Protokoller fra drøftingsmøte, den 28. oktober 2014 ad. sak om <i>Budsjett 2015 – rammer foretaksgruppen, Tertialrapport nr. 2-2014</i> <i>og Prosjekt Elektronisk Kurve og Medikasjon, forprosjekt</i> <i>Kopi av protokollene var lagt frem ved møtestart.</i>
Sak 124-2014	Eventuelt
Sak 125-2014	System for elektronisk kurve og medikasjon, anskaffelse og innføring <i>Saken var etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.</i> <i>Saksdokumenter var ettersendt.</i> <i>Saken er unntatt offentlighet, jfr. Offl. § 23, 1. ledd.</i>

Styrets vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes med de endringer som kom frem under behandling av saken.

¹ FIKS: Felles innføring kliniske systemer

Styresak 112-2014 Godkjenning av protokoll fra styremøte 2. oktober 2014

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 2. oktober 2014 godkjennes.

Styresak 113-2014 Regional handlingsplan for habilitering 2014-2017

Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i *uthevet kursiv*):

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Regional handlingsplan for habilitering 2014-2017* som retningsgivende for den videre utviklingen av fagområdet.
2. Det opprettes et regionalt fagråd for habilitering med representasjon fra kommunene og brukerorganisasjonene.
3. Strategier for oppfølging av Samhandlingsreformen med hensyn til ansvars- og oppgavedeling for habiliteringstjenestens målgrupper må prioriteres i oppfølging av planen.
4. Tiltak for å styrke tjenestetilbudene vil bli vurdert i budsjett og oppdragsdokument for 2015 og årene fremover.
- 5. *Styret ber adm. direktør om tilbakemelding av de oppnådde resultatene innen utgangen av 2016.***

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Regional handlingsplan for habilitering 2014-2017* som retningsgivende for den videre utviklingen av fagområdet.
2. Det opprettes et regionalt fagråd for habilitering med representasjon fra kommunene og brukerorganisasjonene.
3. Strategier for oppfølging av Samhandlingsreformen med hensyn til ansvars- og oppgavedeling for habiliteringstjenestens målgrupper må prioriteres i oppfølging av planen.
4. Tiltak for å styrke tjenestetilbudene vil bli vurdert i budsjett og oppdragsdokument for 2015 og årene fremover.

5. Styret ber adm. direktør om tilbakemelding av de oppnådde resultatene innen utgangen av 2016.

Styresak 114-2014 Tertialrapport nr. 2-2014

Saksdokumenter var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapport nr. 2-2014 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å ha tett oppfølging av helseforetakenes arbeid med tiltak for å bedre de nasjonale kvalitetsindikatorene i tiden fremover.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapport nr. 2-2014 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å ha tett oppfølging av helseforetakenes arbeid med tiltak for å bedre de nasjonale kvalitetsindikatorene i tiden fremover.

Styresak 115-2014 Virksomhetsrapport nr. 9-2014

Saksdokumenter var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 9-2014 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å følge opp forbruk av månedsverk i foretaksgruppen og gi en orientering om dette i et senere styremøte.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 9-2014 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å følge opp forbruk av månedsverk i foretaksgruppen og gi en orientering om dette i et senere styremøte.

Styresak 116-2014 **Budsjett 2015 foretaksgruppen, rammer og føringer**

Saksdokumenter var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende endrede forslag til styrets vedtak (endringer i uthevet kursiv):

1. Styret i Helse Nord RHF viser til vedtatt *Plan for Helse Nord 2015-2018, med rullering av investeringsplan 2015-2022*, jf. styresak 78-2014. Planen skal ligge til grunn for virksomheten i 2015.
2. Planlagt aktivitetsvekst i somatisk virksomhet i helseforetakene skal innrettes mot områder med lange ventetider og fristbrudd, og gjennomføringen av regionale fagplaner.
3. Aktivitetsvekst skal være sterkere innen psykisk helsevern og TSB enn i somatisk virksomhet.

Styreleder Bjørn Kaldhol fremmet følgende forslag til punkt 4 i vedtaket (endringer i uthevet kursiv):

4. Sentralt budsjettert overskudd økes med 80 mill kroner for å sikre gjennomføring av investeringsplanen. Resultatkrav for 2015 vedtas slik:

<i>Helse Nord RHF/Styrets disposisjon</i>	<i>+ 365 mill kroner</i>
<i>Finnmarkssykehuset HF</i>	<i>+ 25 mill kroner</i>
<i>Universitetssykehuset Nord-Norge HF</i>	<i>+ 40 mill kroner</i>
<i>Nordlandssykehuset HF</i>	<i>+ 5 mill kroner</i>
<i>Helgelandssykehuset HF</i>	<i>+ 15 mill kroner</i>
<i>Sykehusapotek Nord HF</i>	<i>0</i>
<i>Helse Nord IKT</i>	<i>0</i>
<i>Sum</i>	<i>+ 450 mill kroner</i>

Endring av overskuddskravet på 70 mill kroner legges til Styrets disposisjon.

5. Basisramme for 2015 fastsettes til (i 1000 kr):

Sum av Basisramme	Kolonneetiketter						
Radetiketter	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	RHF	Totalt	
Ambulanse	172 040	293 654	212 313	131 987	384 310	1 194 304	
Pasientreiser	235 083	194 491	231 094	134 038	25 272	819 978	
Psykisk helse	278 557	890 607	770 424	242 632	110 149	2 292 368	
TSB (rus)	34 850	186 867	65 120	35 253	33 900	355 990	
Somatikk	666 274	2 800 310	1 351 657	683 180	703 859	6 205 280	
Overgangsordninger	24 842	116 825	57 128	14 024		212 819	
Kapital	76 857	280 522	225 123	67 505	281 428	931 435	
Felleskostnader/adm					181 447	181 447	
Totalt	1 488 502	4 763 276	2 912 859	1 308 619	1 720 365	12 193 621	

6. Investeringsrammen til Helse Nord RHF økes med 15 mill kroner for å realisere prosjektet *Pasientens innsyn i egen journal* innenfor en ramme på 25 mill kroner.

~~7. **Tillatelse til å starte opp detaljplanleggingen av PET-senter ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF og utvidelsen av byggeprosjektet ved Nordlandssykehuset Bodø med egen kontorfløy vurderes på nytt, etter at styrene i helseforetakene har behandlet budsjett for 2015.**~~

7. **Styret registrerer at forholdet mellom ressurser og arbeidsoppgaver kan oppleves krevende for medarbeiderne. Styret understreker nødvendigheten av medvirkning i omstillingsprosesser og styrking av den pasientnære ledelsen. Adm. direktør bes om å se på objektive uttrykk for forholdet mellom ressurser og arbeidsoppgaver og utviklingen av dette forholdet over de siste årene.**

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF viser til vedtatt *Plan for Helse Nord 2015-2018, med rullering av investeringsplan 2015-2022*, jf. styresak 78-2014. Planen skal ligge til grunn for virksomheten i 2015.
2. Planlagt aktivitetsvekst i somatisk virksomhet i helseforetakene skal innrettes mot områder med lange ventetider og fristbrudd, og gjennomføringen av regionale fagplaner.
3. Aktivitetsvekst skal være sterkere innen psykisk helsevern og TSB enn i somatisk virksomhet.
4. Sentralt budsjettert overskudd økes med 80 mill kroner for å sikre gjennomføring av investeringsplanen. Resultatkrav for 2015 vedtas slik:

Helse Nord RHF	+ 365 mill kroner
Finnmarkssykehuset HF	+ 25 mill kroner
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	+ 40 mill kroner
Nordlandssykehuset HF	+ 5 mill kroner
Helgelandssykehuset HF	+ 15 mill kroner
Sykehusapotek Nord HF	0
Helse Nord IKT	0
Sum	+ 450 mill kroner

Endring av overskuddskravet på 70 mill kroner legges til Styrets disposisjon.

5. Basisramme for 2015 fastsettes til (i 1000 kr):

Sum av Basisramme	Kolonneetiketter						
Radetiketter	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	RHF		Totalt
Ambulanse	172 040	293 654	212 313	131 987	384 310		1 194 304
Pasientreiser	235 083	194 491	231 094	134 038	25 272		819 978
Psykisk helse	278 557	890 607	770 424	242 632	110 149		2 292 368
TSB (rus)	34 850	186 867	65 120	35 253	33 900		355 990
Somatikk	666 274	2 800 310	1 351 657	683 180	703 859		6 205 280
Overgangsordninger	24 842	116 825	57 128	14 024			212 819
Kapital	76 857	280 522	225 123	67 505	281 428		931 435
Felleskostnader/adm					181 447		181 447
Totalt	1 488 502	4 763 276	2 912 859	1 308 619	1 720 365		12 193 621

6. Investeringsrammen til Helse Nord RHF økes med 15 mill kroner for å realisere prosjektet *Pasientens innsyn i egen journal* innenfor en ramme på 25 mill kroner.
7. Styret registrerer at forholdet mellom ressurser og arbeidsoppgaver kan oppleves krevende for medarbeiderne. Styret understreker nødvendigheten av medvirkning i omstillingsprosesser og styrking av den pasientnære ledelsen. Adm. direktør bes om å se på objektive uttrykk for forholdet mellom ressurser og arbeidsoppgaver og utviklingen av dette forholdet over de siste årene.

Styresak 117-2014 Budsjet 2015 Helse Nord RHF

Saksdokumenter var ettersendt.

Styreleder Bjørn Kaldhol fremmet følgende forslag til punkt 1 i vedtaket (endringer i kursiv):

1. *Styrets disposisjon økes med 70 mill kroner til totalt 106 mill kroner, jf. styresak 116-2014 Budsjet 2015 foretaksgruppen, rammer og føringer, vedtakets punkt 4.*
2. Styret i Helse Nord godkjenner det fremlagte forslag til budsjett for Helse Nord RHF, inkludert Helse Nord IKT for 2015, med den endringen som fremkommer i punkt 1.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styrets disposisjon økes med 70 mill kroner til totalt 106 mill kroner, jf. styresak 116-2014 Budsjet 2015 foretaksgruppen, rammer og føringer, vedtakets punkt 4.
2. Styret i Helse Nord godkjenner det fremlagte forslag til budsjett for Helse Nord RHF, inkludert Helse Nord IKT for 2015, med den endringen som fremkommer i punkt 1.

Styresak 118-2014 Etablering av regionale datasentre i Bodø og Tromsø - fullverdig gjenopprettingscenter i Bodø, oppfølging av styresak 143-2013 og 49-2014

Saksdokumenter var ettersendt.

Saken er unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13, jf. Fvl. § 13, 1. ledd nr. 2.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar rapportene om behov og planlagt sikkerhetsløsning for Datasenter 1 og Datasenter 2 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å opprette Datasenter Disaster, Recovery and Test (DSDRT) i tråd med anbefalingene i denne styresaken.
3. Styret bevilger ytterligere 2,8 mill kroner til prosjektet ut over det som er forutsatt i planrammen 2015-2022.
4. Endelige kostnader legges frem for styret i Helse Nord RHF samtidig med oppfølgingen av vedtakets punkt 4 i styresak 49-2014.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar rapportene om behov og planlagt sikkerhetsløsning for Datasenter 1 og Datasenter 2 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å opprette Datasenter Disaster, Recovery and Test (DSDRT) i tråd med anbefalingene i denne styresaken.
3. Styret bevilger ytterligere 2,8 mill kroner til prosjektet ut over det som er forutsatt i planrammen 2015-2022.
4. Endelige kostnader legges frem for styret i Helse Nord RHF samtidig med oppfølgingen av vedtakets punkt 4 i styresak 49-2014.

Styresak 119-2014 Byggeprosjekter i Finnmarkssykehuset HF: Tertialrapport pr. 31. august 2014

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. august 2014 om Nye Kirkenes Sykehus i Finnmarkssykehuset HF til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. august 2014 om Nye Kirkenes Sykehus i Finnmarkssykehuset HF til orientering.

Styresak 120-2014 Byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF: Tertialrapport pr. 31. august 2014

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. august 2014 om byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. august 2014 om byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF til orientering.

Styresak 121-2014 FIKS-prosjekt: Tertialrapport pr. 31. august 2014

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. august 2014 om Felles Innføring av Kliniske Systemer til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. august 2014 om Felles Innføring av Kliniske Systemer til orientering.

Styresak 122-2014 Orienteringssaker

Det ble gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
 - *Styremøte i Helse Nord RHF, den 26. november 2014*
 - o Informasjon om planlagt program så langt og praktisk informasjon.
 - *Felles oppfølgingsmøte for RHF-ene etter 2. tertial 2014, den 14. oktober 2014*
 - o Informasjon

- *Kontaktmøte med statsråd Bent Høie, den 24. november 2014 - sammen med adm. direktør*
 - o Informasjon om invitasjonen.
 - 2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
 - *Konferanse "Helsejournalistikk - på helsa løs?", den 6. og 7. oktober i Bodø: Informasjon*
 - *Nasjonalt beredskapsøvelse på Svalbard, den 3. - 7. november 2014: Informasjon om øvelsen og planlagt kriseberedskap i RHF-et, den 4. og 5. november 2014*
 - *Seminar for politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet ad. variasjoner/helseatlas, den 21. oktober 2014: Informasjon om seminaret og det videre arbeidet.*
 - *Møte i Beslutningsforum for nye metoder, den 20. oktober 2014: Informasjon om møtet og erfaringer fra det nye beslutningssystemet - så langt.*
 - *Styresak 109-2014/4 Brev fra Mental Helse Nordland av 14. september 2014 ad. manglende behandlingstilbud for pasienter med alvorlige traumeskader, møte med Mental Helse, den 6. oktober 2014: Informasjon om møtet og det videre samarbeid med Mental Helse*
 - *Anskaffelse av nye kliniske systemer - henvendelser fra media: Informasjon*
 - *Alvorlig hendelse i foretaksgruppen, jf. styresak 108-2014/2 Orienteringssaker, informasjon fra adm. direktør til styret, nest siste strekpunkt:*
 - o Informasjon om tilsynsrapporten fra Statens Legemiddelverk.
 - o Videre oppfølging av saken.
- Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13 jf Fvl. § 13, 1 ledd nr. 1.*

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 123-2014 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg, den 23. oktober 2014
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
2. Protokoller fra drøftingsmøte, den 28. oktober 2014 ad. sak om *Budsjett 2015 – rammer foretaksgruppen, Tertialrapport nr. 2-2014 og Prosjekt Elektronisk Kurve og Medikasjon, forprosjekt*
Kopi av protokollene var lagt frem ved møtestart.

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 124-2014 Eventuelt

Ingen saker ble fremmet.

Styresak 125-2014 System for elektronisk kurve og medikasjon, anskaffelse og innføring

Saken var etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt sakliste.

Saksdokumenter var ettersendt.

Saken er unntatt offentlighet, jfr. Offl. § 23, 1. ledd.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner oppstart av forprosjekt *Elektronisk Kurve og Medikasjon* innenfor en ramme på 26 mill kroner.
2. Styret ber adm. direktør legge frem rapport fra forprosjekt med anbefaling om videre fremdrift, når aktivitetene i fase 2 er gjennomført.
3. Styret ber adm. direktør legge frem plan for gevinstrealisering som en del av beslutningsunderlaget for gjennomføringen av hovedprosjektet (fase 3).

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner oppstart av forprosjekt *Elektronisk Kurve og Medikasjon* innenfor en ramme på 26 mill kroner.
2. Styret ber adm. direktør legge frem rapport fra forprosjekt med anbefaling om videre fremdrift, når aktivitetene i fase 2 er gjennomført.
3. Styret ber adm. direktør legge frem plan for gevinstrealisering som en del av beslutningsunderlaget for gjennomføringen av hovedprosjektet (fase 3).

Tromsø, den 29. oktober 2014

*godkjent av Bjørn Kaldhol,
i etterkant av styremøtet,
den 29OKT2014 – kl. 12.25*

Bjørn Kaldhol



PROTOKOLL

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

11. November 2014

Kl 12.15 – 14.30

Møterom: Store- og lille møterom Y-fløy

Fra arbeidsgiver:

Fra fagforeningene:

Navn	Navn	Tilstede	Forfall
Per-Ingve Norheim, Senior rådgiver	Merete Lian (NSF)	X	
Liss Eberg, HR-sjef	Ikke valgt (NETF)		
Trude Grønlund, Klinikksjef PHR klinikken*	Marianne Hildal (NFF)		
Per Willy Antonsen, Avdelingsleder Bupa*	Britt Karin Bakkefjell (Utdanningsf)		
Inger Falch, Avdelingsleder AKUM*	Timea Marosi (Forskerne)		
Øystein Reksen Johansen, Klinikksjef Kir ort*	Rolf Schjem (Presteforeningen)		
John Arild Saksenvik, Avdelingsleder Kir ort*	Svein Kligen (Akademiker forb.)		
Lillian Søttar, Rådgiver HR-avd	Karina Hjerde (Fagforbundet)	X	
	Hilde Anita Robertsen (FO) *	X	
	May-Britt Allstrin (Delta)		X
	Tove Olavsén (Parat)		
	Are Antonsen (Maskinistforb.)		
	Liv Berit Moe (Radiografforbundet)		
	Monica Torbergsen (DNJ)		
	Stina Bentsen (NITO)	X	
	Ulrika Larsson (DNLF)	X	
	Andreas Vikan Seljeseth (NPF)		
	Ikke valgt (Econa)		
	Einar Bollvåg (Tekna)		

* tilstede deler av møtet

AMU sak 65/2014/styresak 104/2014 Moderniseringsprosjektet i Psykisk helse- og rusklinikken – status og veien videre

Partene tar saken til orientering og legger til grunn at lover og avtaleverk blir fulgt i videre prosess.

AMU sak 66/2014 Omorganisering av barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Bupa

Partene har drøftet saken og tar saken til orientering.

Protokolltilførsel:

NSF og Fagforbundet viser til tidligere styrevedtak om å redusere antall lederstillinger i NLSH. Fremlagt organisasjonskart viser en økning i antall lederstillinger og nivåer. Eksempelvis er det innenfor flere enheter en leder og tre til ni ansatte.

AMU sak 62/2014 Organisasjonsendring ved AKUM og Kirurgisk ortopedisk klinikk

Partene er enige i forslag til ny organisering.

AMU sak 63/2014 Forslag om sengereduksjon i Kirurgisk ortopedisk klinikk

Partene er enige i forslag om sengereduksjon.

Protokolltilførsel NSF, Fagforbundet og DNLF:

Reduksjon av årsverk kan medføre risiko i forhold til kvalitet pga høy andel av ø-hjelp ved A6.

Vi ber om at saken evalueres innen utgangen av juni 2015, da spesielt innenfor kvalitet, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø.

Styresak 106/107/2014 Driftsrapport for september og oktober 2014

Saken utgår fra drøftingsmøte.

AMU sak 60/2014 Møteplan for AMU 2015

Saken tas til orientering.

Nordlandssykehuset HF

Merete Lian

Marianne Hildal

Timea Marosi

Svein Kligen

May-Britt Allstrin

Are Antonsen

Monica Torbergsen

Einar Bollvåg

Ulrika Larsson

Britt Karin Bakkefjell

Rolf Schjem

Karina Hjerde

Tove Olavsén

Stina Bentsen

Andreas Vikan Seljeseth

Svein Kligen

**Protokoll fra AMU-møte
Onsdag 12. november 2014
kl. 12.00 – 14.00**

Store møterom administrasjonen/telestudio Ve/Lo

Arbeidsgivers representanter	Til stede	Vararepresentanter	Til stede
Direktør Paul M Strand	Forfall	Liss Eberg	X
HR-sjef Liss Eberg	Forfall	Kerstin Thoresen	X
Enhetsleder Marianne Pettersen, pasientreiser	Forfall		Forfall
Rådgiver/koordinator Gro-Marith Villadsen, avd. nye sykehusbygg, Vesterålen	X		
Klinikk sjef Tove Beyer, Hode-/bevegelses klinikk	Forfall	Per Ingve Norheim	X
Arbeidstakers representanter		Vararepresentanter	
Hovedverneombud Ragnhild Strand	X		
Merete Lian, NSF	X		
Karina Hjerde, Fagforbundet	X		
Ulrika Larsson, Legeforeningen	X		
May Britt Allstrin, Delta	Forfall		Forfall
Øvrige faste medlemmer:			
Trond Halvorsen, HEMIS	X		
Sekretær for AMU: Anita Olsen	X		
Sekretær: Inger K. Nohr	Forfall		

Øvrige til stede:

Lena Rolandsen – HR-avdelingen

Ragnhild Skålbones – HR-avdelingen

Trude Grønlund – på sak

Øystein Reksen Johansen – på sak

John Arild Saksenvik – på sak

AMU-sak 58/2014

Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

Avstemming:

Enstemming vedtatt.

Vedtak :

Innkalling og saksliste godkjennes.

AMU-sak 59/2014

Godkjenning av protokoll fra møte 2. oktober 2014

Innstilling til vedtak:

Protokoll fra AMU-møte 2. oktober 2014 godkjennes.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak :

Protokoll fra AMU-møte 2. oktober 2014 godkjennes.

AMU-sak 60/2014

Møteplan for AMU 2015

Innstilling til vedtak:

Den foreslåtte møteplanen for 2015 vedtas.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Den foreslåtte møteplanen for 2015 vedtas.

AMU-sak 61/2014

Valg av leder for perioden 01.10.2014 - 30.09.2015

Innstilling til vedtak:

1. AMU tar til etterretning at arbeidstakerne har utpekt Merete Lian som leder av AMU for perioden 01.10.2014 – 30.09.2015.
2. Som vara oppnevnes May-Britt Allstrin for perioden 01.10.2014 – 30.09.2015.

Avstemming:
Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. AMU tar til etterretning at arbeidstakerne har utpekt Merete Lian som leder av AMU for perioden 01.10.2014 – 30.09.2015.
2. Som vara oppnevnes May-Britt Allstrin for perioden 01.10.2014 – 30.09.2015.

AMU-sak 62/2014

Organisasjonsendring ved AKUM og Kirurgisk ortopedisk klinikk

Innstilling til vedtak:

AMU slutter seg til anbefalt direktørbeslutning om å overføre Kirurgisk senter til AKUM/Dagkirurgisk enhet.

Avstemming:
Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

AMU slutter seg til anbefalt direktørbeslutning om å overføre Kirurgisk senter til AKUM/Dagkirurgisk enhet.

Protokolltilførsel:

HVO minner om at AKUM ikke har sendt inn forslag til AMU for endring av verneområde Sterilsentral, Operasjon og Dagkirurgisk enhet. Klinikkverneombudet har tidligere tatt opp ønske om endring til tre separate verneområder på grunn av størrelse, type virksomhet og antall ansatte i AKUMs KVAM gruppe.

AMU-sak 63/2014

Forslag om sengetallsreduksjon i Kirurgisk ortopedisk klinikk

Innstilling vedtak:

AMU anbefaler direktøren å vedta de foreslåtte endringer i Kirurgisk og ortopedisk klinikk i samsvar med vedlagt organisasjonsplan mvf 1 januar 2015.

Forslag til nytt punkt 2:

AMU ber om å få forelagt evaluering av arbeidsmiljøet innen august 2015.

Avstemming:
Enstemmig vedtatt med nytt punkt 2.

Vedtak:

1. AMU anbefaler direktøren å vedta de foreslåtte endringer i Kirurgisk og ortopedisk klinikk i samsvar med vedlagt organisasjonsplan mvf 1 januar 2015
2. AMU ber om å få forelagt evaluering av arbeidsmiljøet innen august 2015.

AMU-sak 64/2014**Valg av ny representant for ansatte til AMU****Innstilling til vedtak:**

1. Akademikerne har anmodet om at Ulrika Larsson velges som fast representant til AMU som erstatning for Torstein Foss.
2. AMU tar oppnevningen til etterretning. Oppnevningen gjelder for inneværende valgperiode.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Akademikerne har anmodet om at Ulrika Larsson velges som fast representant til AMU som erstatning for Torstein Foss.
2. AMU tar oppnevningen til etterretning. Oppnevningen gjelder for inneværende valgperiode.

AMU-sak 65/2014**Moderniseringsprosjektet i Psykisk helse- og rusklinikken – status og videre utvikling****Innstilling til vedtak:**

1. AMU rår direktøren til å vedta den nye organisasjonsplanen for PHR.
2. AMU rår direktøren til å avvikle ambulant team på Andenes.

Forslag til endring av punkt 1:

AMU rår direktøren til å vedta ny organisasjonsendring for PHR-klinikken med de endringer som kom frem i møtet.

Forslag til nytt punkt 2:

AMU tar til orientering plan om avvikling av ambulant akutteam på Andenes.

Forslag til nytt punkt 3:

AMU ber klinikken komme tilbake med oversikt over verneområdene.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt med endring i punkt 1 og nytt punkt 2 og 3.

Vedtak:

1. AMU råar direktøren til å vedta ny organisasjonsendring for PHR-klinikken med de endringer som kom frem i møtet.
2. AMU tar til orientering plan om avvikling av ambulant akutteam på Andenes.
3. AMU ber klinikken komme tilbake med oversikt over verneområdene.

AMU-sak 66/2014**Omorganisering av barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Bupa****Innstilling til vedtak:**

1. AMU slutter seg til forslag til ny organisasjonsplan for Bupa.
2. AMU vedtar følgende områder for verneombudstjenesten:

Fire verneområder

1. Seksjon for døgnbehandling, Ambulant enhet og Avdelingsledelsen og fellestjenester.
2. Fagenhet for spiseforstyrrelse, Fagenhet for nevropsykologi, Fagenhet for autismebehandling, Fagenhet for familiebehandling, Poliklinisk enhet Bodø barn, Poliklinisk enhet Bodø ungdom, poliklinisk enhet Ørnes og Poliklinisk enhet indre Salten.
3. Bup Vesterålen
4. Bup Lofoten inngår i verneområdet til Lofoten DPS

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. AMU slutter seg til forslag til ny organisasjonsplan for Bupa.
2. AMU vedtar følgende områder for verneombudstjenesten:

Fire verneområder

1. Seksjon for døgnbehandling, Ambulant enhet og Avdelingsledelsen og fellestjenester.
2. Fagenhet for spiseforstyrrelse, Fagenhet for nevropsykologi, Fagenhet for autismebehandling, Fagenhet for familiebehandling, Poliklinisk enhet Bodø barn, Poliklinisk enhet Bodø ungdom, poliklinisk enhet Ørnes og Poliklinisk enhet indre Salten.
3. Bup Vesterålen
4. Bup Lofoten inngår i verneområdet til Lofoten DPS

AMU-sak 67/2014

Styresaker til orientering

Innstilling til vedtak:

AMU tar de fremlagte styresakene til orientering.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

AMU tar de fremlagte styresakene til orientering.

Eventuelt:

1. AMU ber om å få fremlagt orientering om ny IA-avtale.
2. AMU ber om å få oversikt over åpne hendelser i DocMap på hendelser som har konsekvenser for arbeidsmiljøet.
3. AMU ber om å få fremlagt nye vernerundeskjemaer.
4. AMU diskuterte risikovurderinger i forhold til arbeidsmiljø i forbindelse med innflytting i nye K-fløy.
5. Det ble ytret ønske om at AMU-møtene i 2015 blir avviklet i tidsrommet kl.13.00-15.00. Dette vil bli gjennomført **unntatt møtet 9. november og 14.desember**. Disse avvikles som før kl.12.00-14.00



Referat fra møte i Brukerutvalget 11.11.14

Sted: Zefyr pasienthotell, Bodø

Tid : 13:00 – 16:15

Møterom/sted:		Vår ref.:2013/716 /SPP	
Deltagere :		Tilstede	Forfall
Barbara Priesemann	SAFO - leder	x	
Carl Eliassen	MARBORG, nestleder	x	
Arild Amundsen	Mental Helse	x	
Solfrid Selsøvdal	FFO – NRF	x	
Helge Jenssen	FFO - LPP	x	
Kari Sletten	Nordland fylkes eldreråd	x	
Fredrikke Myhre	Kreftforeningen		X – pga sykt barn
Fra NLSH:			
Paul Martin Strand	Adm.direktør NLSH		F
Tonje Hansen	Fagsjef	x	
Steinar Pleym Pedersen	Saksbehandler/sekretær	x	
Lena Arntzen	Rådgiver Samhandling	x	
Andre:			
Kjersti Møvik	Sak 67 og 71		
Hilde Normann	Sak 67 og 71		
Andreas Østvik	Sak 70		
Trude Grønlund	Sak 81		

Agenda:

- 65/2014 Godkjenning av innkalling og saksliste
- 66/2014 Godkjenning av referat fra møtet 17.9.14
- 67/2014 Resultater fra pasientsikkerhetsundersøkelsen 2014
- 68/2014 Brukerutvalgets vedtekter – gjennomgang
- 69/2014 Møteplan 2015
- 70/2014 Prinsipper for LAR-behandling
- 71/2014 Passoppundersøkelsen 2014
- 72/2014 Psykisk helse- og rusklinikken – etablering av nytt tilbud innen psykosebehandlingen – BU repr.
- 73/2014 Mulig endring av tilbudet ved DPSene i Lofoten og Vesterålen - BU-repr.
- 74/2014 Felles robust organisering av DPSene i Lofoten, Salten og Vesterålen. Brukerrepresentasjon
- 75/2014 Forenkling av regelverket for dekning av pasienters reiseutgifter – høringsnotat - høringsuttalelse
- 76/2014 Flytteprosessen inn i nytt K – adm.dir orienterer

77/2014 Rapport fra arbeidsgruppa som har sett på mulige organisasjonsendringer BUPA.
 78/2014 BUs medlemmer orienterer om deltakelse i eksterne møter/konferansen
 79/2014 Valg av brukerrepresentant til programarbeidet for Samhandlingskonferansen 2015
 80/2014 Referater
 81/2014 Moderniseringsprosjektet Psykisk helse- og rusklinikken – status og videre utvikling.

Saksnr.	Beskrivelse / tiltak
65/2014	<p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalgets leder trakk sak 68 og 76 og foreslo ny sak 81 "Moderniseringsprosjektet i Psykisk helse- og rusklinikken – status og videre utvikling". 2. Sak 68 og 76 tas opp på neste møte. 3. Innkalling og saksliste for øvrig vedtatt.
66/2014	<p>Godkjenning av referat fra møtet 17.9.14</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Referatet godkjennes med merknad om at der personer oppnevnes skal navn stå i vedtaket. 2. En skal ikke være nødt til å se i flere dokument for å forstå vedtaket.
67/2014	<p>Resultater fra pasientsikkerhetskulturerundersøkelsen (PSKU) i 2014</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget takker Kjersti Mevik for en grundig og informativ gjennomgang av us. 2. Brukerutvalget tar for øvrig orienteringen til etterretning.
68/2014	<p>Brukerutvalgets vedtekter – gjennomgang</p> <p style="text-align: center;">Brukerutvalgets leder trakk saken før møtet startet.</p>
69/2014	<p>Møteplan 2015</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p>

1. Brukerutvalget vedtar slik møteplan for 2015:

BU	Sted	Styret
17.2	Bodø*	19.2
17.3	Bodø*	24.3
16.4	Bodø*	22.4
18.5	Bodø*	19.-20.5
16.6	Bodø 9. etg	4.6(tlf)
25.8	Bodø*	18.6
5.10	Bodø*	27.8
9.11	Bodø*	6.10
10.12	Bodø*	10. -11.11
		15.12

Bodø* = Storemøterom i SO fløya.
Møtestart 13:00 – 16:00.

70/2014 Prinsipper for LAR-behandling

Enstemmig

Vedtak:

1. Brukerutvalget takker Andreas Østvik for en grundig og informativ gjennomgang av LAR.
2. For øvrig tar Brukerutvalget informasjonen til orientering.

71/2014 Pas Opp rapport nr. 3 2014

Enstemmig

Vedtak:

1. Brukerutvalget takker Hilde Normann for en grundig og informativ gjennomgang av rapporten
2. Brukerutvalget er tilfreds med resultatene i PasOpp-undersøkelsen
3. Brukerutvalget ser at Nordlandssykehuset har utfordringer på indikatorene "Utskriving", "Ventetid" og "Samhandling".
4. Brukerutvalget mener Nordlandssykehuset bør ha økt fokus på tiltak som kan forbedre pasientenes opplevelse på disse områdene.

72/2014 Psykisk helse- og rusklinikken – etablering av nytt tilbud innen psykosebehandlingen

Enstemmig

Vedtak:

1. Som brukerrepresentant velges Arild Amundsen med Helge Jensen som

	vararepresentant.												
73/2014	<p>Mulig endring av tilbudet ved DPSene i Lofoten og Vesterålen</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget mener det ikke er forsvarlig å avvikle samarbeidet med medisinsk sengepost i Lofoten før det er etablert et annet døgntilbud som er mer i samsvar med behov og kvalitetskrav gjeldende for et DPS eller et likeverdig tilbud. 2. Brukerutvalget ber om at brukersiden blir representert i en eventuell arbeidsgruppe. 												
74/2014	<p>Felles robust organisering av DPSene i Lofoten, Salten og Vesterålen. Brukerrepresentasjon</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Som brukerrepresentant (er) velges: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Representant</th> <th>Vararepresentant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lofoten</td> <td>(Mental Helse gir forslag)</td> <td>(Mental Helse gir forslag)</td> </tr> <tr> <td>Vesterålen</td> <td>Åse Almås Johansen</td> <td>(Mental Helse gir forslag)</td> </tr> <tr> <td>Salten</td> <td>Heidi Heinrich</td> <td>Jostein Jakobsen</td> </tr> </tbody> </table>		Representant	Vararepresentant	Lofoten	(Mental Helse gir forslag)	(Mental Helse gir forslag)	Vesterålen	Åse Almås Johansen	(Mental Helse gir forslag)	Salten	Heidi Heinrich	Jostein Jakobsen
	Representant	Vararepresentant											
Lofoten	(Mental Helse gir forslag)	(Mental Helse gir forslag)											
Vesterålen	Åse Almås Johansen	(Mental Helse gir forslag)											
Salten	Heidi Heinrich	Jostein Jakobsen											
75/2014	<p>Forenkling av regelverket for dekning av pasienters reiseutgifter – høringsnotat – høringsuttalelse</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget slutter seg til hovedprinsippene i høringsnotatet og har merknader knyttet til følgende: <ul style="list-style-type: none"> a) Standard sats for kjøregodtgjørelse er ikke vedtatt enda. Brukerutvalget henstiller til at standardsats ikke blir lavere enn dagens sats på 2,40 per km. b) Departementet foreslår å heve minste reiseavstand fra 3 km til 10 km. Brukerutvalget mener det er uheldig for pasienter som ofte må ha helsehjelp, og som bor mindre enn 10 km unna der hvor de mottar helsehjelp. Brukerutvalget henstiller til at man hever grensen til 5 km. 2. Vedtaket sendes Helse Nord RHF og brukerutvalgene ved de andre helseforetakene i nord. 												
76/2014	<p>Flytteprosessen inn i nytt K – adm.dir orienterer</p> <p>Leder trakk saken før møtestart.</p>												

77/2014	<p>Rapport fra arbeidsgruppa som har sett på mulige organisasjonsendringer BUPA.</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <p>1. Brukerutvalget slutter seg til arbeidsgruppens vurderinger og konklusjoner:</p> <p><u>Seksjon for poliklinikk, med enhetene:</u> Bup Bodø barn Bup Bodø ungdom Bup Ørnes Bup indre Salten Bup Vesterålen Bup Lofoten</p> <p><u>Seksjon for fagenheter og ambulant virksomhet, med enhetene:</u> Fagenhet for nevropsykologi Fagenhet for familiebehandling Fagenhet for spiseforstyrrelser Fagenhet for autismebehandling Ambulant enhet.</p> <p><u>Seksjon for døgnbehandling</u> med to enheter og behandlerstab til disse under seksjonsleder: Behandlerstab Korttidsenheten for ungdom Akuttenheten for ungdom</p> <p>2. Brukerutvalget beklager at brukerrepresentant ikke fikk anledning å delta i møtene. Dette skyldes for sen innkalling.</p> <p>3. Brukerutvalget ber klinikksefene være oppmerksomme på at innkalling må skje i god tid før møter.</p>
78/2014	<p>BUs medlemmer orienterer om deltakelse i eksterne møter/konferanser</p> <p>Vedlagt referat/orientering fra Helge Jenssen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overinvolverte /underinvolverte pårørende • Klinisk samarbeidsutvalg – diagnosespesifikke henvisningsmaler. Møte 10.9.14 <p>Fra Carl Eliassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regionalt møte for fagnettverk til brukere og pårørendes erfaringskompetanse den 21.10 - orienterer nærmere i møtet.

	<p>Fra Kari Sletten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fra Brukerutvalget i sykehusapoteket <p>Fra Solfrid Selsøvd</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fra IKT-arbeidet som hun deltar i. Lena Arntzen tar kontakt med prosjektleder for å sjekke ut om noen opplysninger mangler mht avviksforbedringsmeldinger. <p>Fra Barbara Priesemann:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fra styremøter • Fra OSO-møter • Fra styreseminar <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BU tar orienteringene til etterretning.
79/2014	<p>Samhandlingskonferansen 2015 – valg av brukerrepresentant til programarbeidet</p> <p><i>Behandling i AU:</i></p> <p><i>AU anbefaler BU å oppnevne leder Barbara Priesemann med Carl Eliassen som vara.</i></p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Som brukerrepresentant velges Barbara Priesemann med Carl Eliassen som vararepresentant
80/2014	<p>Referater</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spørsmål fra Stortinget – kontaktperson for kreftpasienter • Referat fra møte i AU – 2.10.14 • Referat fra møte i AU – 3.11.14 <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Referatene tas til orientering.
81/2014	<p>Moderniseringsprosjektet Psykisk helse- og rusklinikken – status og videre utvikling.</p> <p>Saken ble tatt opp og saksfremstillingen som er lagt fram for styret ble også lagt fram for brukerutvalget</p> <p>Klinikkssjef Trude Grønlund gav før utvalgsbehandlingen en fyldig orientering om sakens ulike sider.</p>

Enstemmig

Vedtak:

1. Brukerutvalget slutter seg til vurderingene i saken omkring sykehusavdelingene og ber Helse Nord RHF om at det ikke stilles ytterligere krav om nedbygging av døgnkapasiteten ved sentralsykehusinstitusjonen i Nordlandssykehuset. Det anbefales at klinikken søker å løse behovet for de kronisk alvorlig syke pasientene med behov for sykehusinnleggelse innen rammen av dagens virksomhet. Brukerutvalget er også bekymret for det høye belegget ved Sikkerhetsenheten og ber direktøren, i samarbeid med Helse Nord RHF, finne løsninger for en evt. utvidelse av kapasiteten i landsdelen i stedet for å bruke ressurser på gjestepasientkjøp.
2. Brukerutvalget savner i saksfremstillingen en drøfting av den lave bruken av døgnenhetene og ambulant team i Vesterålen DPS.
3. Brukerutvalget etterlyser andre forslag til videre utvikling enn å legge ned til ulempe for pasientene.
4. Det viktigste er å få spesialister til Vesterålen for å kunne fylle den krevende funksjonen et DPS har.
5. Brukerutvalget ber direktøren om at det iverksettes tiltak for å opprettholde og videreutvikle døgntilbud for befolkningen i Lofoten og Vesterålen.
6. Brukerutvalget savner i saksfremstillingen fokus på hvordan Salten DPS skal kunne ivareta oppgaven med å ta imot pasienter med kompliserte traumelidelser fra NLSHs opptaksområde samt Helgeland ved behov.
7. Brukerutvalget ber direktøren om at det utarbeides en plan for hvordan Salten DPS skal styrkes bl.a. i forhold til sengekapasitet i tiden fremover, for å kunne ivareta og behandle pasienter med kompliserte traumelidelser fra NLSHs opptaksområde samt fra Helgeland.



ANDØY KOMMUNE

Ordføreren

Styret for Nordlandssykehuset HF
Nordlandssykehuset
8000 Bodø

Vår ref.
14/1427-1/PEKL

Deres ref.

Dato:
12.11.2014

MODERNISERINGSPROSJEKTET I PSYKISK HELSE- OG RUSKLINIKKEN - STATUS OG VIDERE UTVIKLING

Styret for Nordlandssykehuset HF inviteres i styresak 104-2014 å vedta avvikling av den ambulante virksomheten på Andenes med virkning fra 01.01.2015.

I utredningen er forslaget begrunnet slik:

"Det ambulante teamet som ble etablert på Andenes ved avvikling av de fire døgnplassene der har i all hovedsak avvirket seg selv. 4 av 6 ansatte i teamet har sluttet/skal slutte og en er langtidssykemeldt. Dette medfører at det ikke kan drives forsvarlig behandling med utgangspunkt i dette teamet. Vesterålen DPS har i dag ingen fast ansatte legespesialister og kun to fast ansatte psykologspesialister. For at ikke ventetid og fristbrudd på poliklinikken og døgnenhet skal øke betydelig må ressursene samles ved virksomheten på Stokmarknes. Det foreslås å avvikle det ambulante teamet"

Dokumentet er i seg selv kan virke overbevisende, men fra Andøy stiller vi spørsmål ved om manglende bemanning skal være eneste kriterium for å beslutte avvikling. Hva med pasientene og deres situasjon. Pasientene er ikke blitt borte – et eller annen sted er de, og de får kanskje ikke nødvendige helsetjenester. Og hva med rekrutteringstiltak. Hvilke rekrutteringstiltak er iverksatt for å tilsette behandlere (miljøterapeuter, sykepleiere, psykologspesialister og legespesialister) i stillingene som er blitt ledige etter at ansatte har valgt å slutte.

Når det i fremstillingen til styret bl.a. vises til og dokumenteres et redusert behov, er det etter vår oppfatning en direkte konsekvens av at tilgjengeligheten til tjenesten er redusert de siste årene og ikke er resultat av at behovet er redusert.

Hvis forslaget vedtas, blir det mellomledet det ambulante teamet skulle være mellom sykehus og kommune borte. For sykehuset kan det være slik at når hjemmelen for tvang er borte, er pasienten utskrivingsklar. Men det innebærer ikke alltid at pasienten er klar for kommunal omsorg, men trenger et "lavere" spesialisttilbud. En oppgave det ambulante teamet kan ivareta, gjerne i tett samarbeid med kommunen.

Forslaget innebærer at innbyggerne vil få et vesentlig svekket tjenestetilbud fra Psykisk helse og rusklinikken.

Det er etter vår oppfatning påfallende at styresaken ikke drøfter betydningen av helseforetakets samarbeid med kommunene for i fellesskap å tilby pasientene en helhetlig tjeneste. For oss ser det ut som at helseforetaket gjennomfører tiltak som faktisk undergraver målsettingen om en styrket og bedre psykiatritjeneste. Statens satsing på en psykiatritjeneste med bedre og større tilbud til pasientene blir dermed ikke oppfylt

I forhold til de generelle økonomiske utfordringene i helseforetaket har vi selvfølgelig forståelse for at man uttrykker tilfredshet med at man har redusert forbruket innen psykisk helsevern i Nordland med 50 mill kroner. Det er imidlertid meget problematisk at konsekvensen av det er et svekket tilbud til en sårbar pasientgruppe.

Vår oppfatning er at styret ikke bør gjøre vedtak i tråd med innstillingen. Hensynet til pasientene tilsier at tilbudet må opprettholdes inntil man er sikret at pasientene får det tilbudet de bør ha tilgang til. I den sammenheng er samhandlingen og samarbeidet med kommunene avgjørende.

Ordføreren i Andøy mener prosessen Nordlandsykehuset har gjennomført fram mot forslaget om avvikling av Vesterålen DPS er så spesiell og så lite i samsvar med regjeringens målsetting om en styrket og bedre psykiatritjeneste at denne henvendelsen også vil bli sendt Helseminister Bent Høie med anmodning om at han ser nærmere på om prosessen er i samsvar med hvordan regjeringen ønsker at helseforetakene skal samhandle med kommunene for å gi pasientene en styrket og bedre tjeneste.

Med hilsen



Jonni H. Selsvik
ordfører

Gjenpart:
Helseminister Bent Høie
Vesterålen Regionråd
Kommunestyret
Rådmann



ANDØY KOMMUNE

Ordføreren

Helseminister Bent Høie

Vår ref.
14/1427-2/PEKL

Deres ref.

Dato:
12.11.2014

MODERNISERINGSPROSJEKTET I PSYKISK HELSE- OG RUSKLINIKKEN - NORDLANDSSYKEHUSET HF

Jeg viser til vedlagte brev til styret for Nordlandssykehuset HF og ber om at helseministeren sette seg inn i saken og se nærmere på om prosessen er i samsvar med hvordan regjeringen ønsker at helseforetakene skal samhandle med kommunene for å gi pasientene en styrket og bedre tjeneste.

Med hilsen



Jonny H. Solsvik
Ordfører

Vedlegg: 1

Gjenpart:
Styret for Nordlandssykehuset
Vesterålen Regionråd
Kommunestyret