



Styresak 74-2015 Referatsaker til styret

Saksbehandler:
Gro Ankill

Saksnr.:
2011/2354

Dato:
10.06.2015

Følgende dokumenter legges frem som referatsaker for styret:

1. Protokoll styremøte Helse Nord RHF 27.05.2015
2. Protokoll drøftingsmøte med tillitsvalgte 16.06.2015 (ettersendes)
3. Protokoll møte i AMU 17.06.2015 (ettersendes)
4. Protokoll møte i Brukerutvalget 16.06.2015 (ettersendes)
5. Protokoll møte i OSO 10.06.2015 (ettersendes)
6. Lukking av tilsyn Radiologisk enhet Bodø, Statens strålevern 01.06.2015
7. Lukking av pålegg vedr inneklime, Arbeidstilsynet 02.06.2015

Innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Avstemming:

Vedtak:

Presseprotokoll

Vår ref.:
2014/711-40/012

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

Sted/Dato:
Bodø, 27.5.2015

Møtetype:	Styremøte i Helse Nord RHF
Møtedato:	27. mai 2015 – kl. 8.30
Møtested:	Helse Nord RHF's lokaler, Bodø

Tilstede

Navn:	
Bjørn Kaldhol	styreleder
Inger Lise Strøm	nestleder
Arnfinn Sundsfjord	styremedlem
Eirik Holand	styremedlem
Inger Jørstad	styremedlem
Kari Jørgensen	styremedlem
Kari B. Sandnes	styremedlem
Line Miriam Sandberg	styremedlem
Sissel Alterskjær	styremedlem
Svein Are Jenssen	styremedlem
Asbjørn Larsen	observatør fra Regionalt brukerutvalg - møter for Mildrid Pedersen

Forfall

Navn:	
Mildrid Pedersen	observatør fra Regionalt brukerutvalg

Fra administrasjonen

Navn:	
Lars Vorland	adm. direktør
Karin Paulke	stabsdirektør
Kristian Fanghol	kommunikasjonsdirektør (deltok delvis)
Geir Tollåli	fagdirektør
Hilde Rolandsen	direktør for eieravdelingen
Tor Solbjørg	revisjonssjef - deltok fra kl. 11.00

I forkant av styremøtet orienterte overlege PhD Ane Kokkvoll, Klinikk Hammerfest – Kvinne/Barn avdelingen om behandling av overvektige barn.

Styresak 50-2015 Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 50-2015	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 51-2015	Godkjenning av protokoll fra styremøte 29. april 2015
Sak 52-2015	Helgelandssykehuset HF - utviklingsplan 2025 <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
Sak 53-2015	Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, PET ¹ -senter - kvalitetssikring av forprosjektet, oppfølging av styresak 144-2014
Sak 54-2015	Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, A-fløy - ny økonomisk ramme, oppfølging av styresak 59-2013 og 74-2013 <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
Sak 55-2015	Etablering av regionale datasentre i Bodø og Tromsø - kostnadsoversikt, oppfølging av styresak 49-2014 og 118-2014
Sak 56-2015	Virksomhetsrapport nr. 4-2015 <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
Sak 57-2015	Møteplan 2016
Sak 58-2015	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none">1. Informasjon fra styreleder til styret – <i>mundlig</i>2. Informasjon fra adm. direktør til styret – <i>mundlig</i>3. Felleseide virksomheter - styrets årsberetning 20144. Oppfølging av styrets vedtak, status for gjennomføring, jf. styresak 105-2009/3
Sak 59-2015	Referatsaker <ol style="list-style-type: none">1. Protokoll fra møte i arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalg, den 6. mai 20152. Referat fra møte i Revisjonsutvalget, den 29. april 20153. E-post med vedlegg fra Konstali Helsenor AS av 5. mai 2015 ad. styrets ansvar4. E-post fra Narvik Kommune av 8. mai 2015 ad. uttalelse fra samarbeidsseminar eldreråd5. E-post med vedlegg fra Konstali Helsenor AS av 13. mai 2015 ad. styrets ansvar6. E-post med vedlegg fra Konstali Helsenor AS av 18. mai 2015 ad. retting av feil <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>7. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg, den 20. mai 2015 <i>Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.</i>8. Protokoll fra drøftingsmøte, den 26. mai 2015 ad. Helgelandssykehuset HF - utviklingsplan 2025, jf. styresak 52-2015 <i>Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.</i>
Sak 60-2015	Eventuelt

¹ PET: Positronemisjonstomografi, positronkamerateknikk, billediagnostisk teknikk der man bruker radioaktive isotoper som avgir positronstråling (stråling fra kjernepartikkel med positiv ladning). PET-diagnostikk viser stoffskifteprosesser og sykelige forandringer i forskjellige organer.

Styrets vedtak:

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

**Styresak 51-2015 Godkjenning av protokoll fra styremøte
29. april 2015**

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 29. april 2015 godkjennes.

Styresak 52-2015 Helgelandssykehuset HF - utviklingsplan 2025
Saksdokumentene var ettersendt.

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

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om *Helgelandssykehuset HF - utviklingsplan 2025* til orientering. Styret er tilfreds med en god og ryddig gjennomføring av arbeidet med utviklingsplanen. Utredningen får på en god måte frem virkningene av de ulike alternativene for utviklingen av et somatisk spesialisthelsetjenestetilbud på Helgeland. Ved å inkludere psykisk helsevern og rus i neste fase vil en ***kunne*** få frem et godt planverk for et helhetlig helsetilbud i denne delen av regionen.
2. Styret ber adm. direktør om å oversende saken til Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte.
3. Styret ber adm. direktør om å utarbeide mandat for det videre arbeidet med idéfasen - i samarbeid med Helgelandssykehuset HF.
4. ***Styret forutsetter at forankring i helseforetaket og medarbeidernes medbestemmelse i omstilling og utviklingsarbeid ivaretas på en tilfredsstillende måte. Styret ber adm. direktør om å sørge for at utviklingsplanen 2025 for Helgelandssykehuset HF og mandatet for det videre arbeidet drøftes med tillitsvalgte og vernetjenesten i Helgelandssykehuset HF i tråd med Arbeidsmiljølovens og Hovedavtalens bestemmelser.***

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om *Helgelandssykehuset HF - utviklingsplan 2025* til orientering. Styret er tilfreds med en god og ryddig gjennomføring av arbeidet med utviklingsplanen. Utredningen får på en god måte frem virkningene av de ulike alternativene for utviklingen av et somatisk spesialisthelsetjenestetilbud på Helgeland. Ved å inkludere psykisk helsevern og rus i neste fase vil en kunne få frem et godt planverk for et helhetlig helsetilbud i denne delen av regionen.
2. Styret ber adm. direktør om å oversende saken til Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte.
3. Styret ber adm. direktør om å utarbeide mandat for det videre arbeidet med idéfasen - i samarbeid med Helgelandssykehuset HF.
4. Styret forutsetter at forankring i helseforetaket og medarbeidernes medbestemmelse i omstilling og utviklingsarbeid ivaretas på en tilfredsstillende måte. Styret ber adm. direktør om å sørge for at utviklingsplanen 2025 for Helgelandssykehuset HF og mandatet for det videre arbeidet drøftes med tillitsvalgte og vernetjenesten i Helgelandssykehuset HF i tråd med Arbeidsmiljølovens og Hovedavtalens bestemmelser.

Styresak 53-2015 Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, PET²-senter - kvalitetssikring av forprosjektet, oppfølging av styresak 144-2014

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om oppfølging av styrets vedtak i styresak 144-2014, punkt 4 til orientering. Lånesøknaden er sendt til Helse- og omsorgsdepartementet i tråd med dette vedtaket.
2. Styret tar informasjonen om driftskostnader og de økonomiske konsekvensene for regionen og det enkelte helseforetak til orientering og ber om at dette legges inn i driften til helseforetakene, når PET-senteret tas i bruk.
3. Styret tar informasjonen om kvalitetssikringen av forprosjektet til orientering og ber adm. direktør om å komme tilbake til styret med en orienteringssak om den oppdaterte usikkerhetsanalysen, så snart den foreligger.

² PET: Positronemisjonstomografi, positronkamerateknikk, billediagnostisk teknikk der man bruker radioaktive isotoper som avgir positronstråling (stråling fra kjernepartikkel med positiv ladning). PET-diagnostikk viser stoffskifteprosesser og sykkelige forandringer i forskjellige organer.

4. Styret ber adm. direktør oversende denne saken med kvalitetssikringsrapporten til Helse- og omsorgsdepartementet som ledd i deres behandling av lånesøknaden for PET-senteret.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om oppfølging av styrets vedtak i styresak 144-2014, punkt 4 til orientering. Lånesøknaden er sendt til Helse- og omsorgsdepartementet i tråd med dette vedtaket.
2. Styret tar informasjonen om driftskostnader og de økonomiske konsekvensene for regionen og det enkelte helseforetak til orientering og ber om at dette legges inn i driften til helseforetakene, når PET-senteret tas i bruk.
3. Styret tar informasjonen om kvalitetssikringen av forprosjektet til orientering og ber adm. direktør om å komme tilbake til styret med en orienteringssak om den oppdaterte usikkerhetsanalysen, så snart den foreligger.
4. Styret ber adm. direktør oversende denne saken med kvalitetssikringsrapporten til Helse- og omsorgsdepartementet som ledd i deres behandling av lånesøknaden for PET-senteret.

**Styresak 54-2015 Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø,
A-fløy - ny økonomisk ramme, oppfølging av
styresak 59-2013 og 74-2013**
Saksdokumentene var ettersendt.

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

Med forbehold om vedtak i styremøte i Universitetssykehuset Nord-Norge HF i samme sak (28. mai 2015) fattes følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om gjennomføringen av entrepriser for A-fløyen ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø til orientering.
2. Styret er inneforstått med at en utvidelse av prosjektrammen for prosjekt A-fløy ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø vil føre til en gjennomgang av **foretaksgruppens helseforetakets** prioriteringer i investeringsplanen fremover og får konsekvenser for denne. Denne gjennomgangen vil legges fram for styret i forbindelse med behandling av styresak om *Plan 2016-2019 – inkl. rullering av investeringsplanen 2016-2023* i styremøte i juni 2015.

3. Styret godkjenner at prosjektet gjennomføres med ny ramme på 1.594 mill. kroner, hvorav 1.547 mill. kroner legges til rammen for Universitetssykehuset i Nord-Norge Tromsø og 47 mill. kroner legges til Helse Nord RHF's ramme for senere beslutning.
4. Styret ber adm. direktør om å følge opp at Universitetssykehuset Nord-Norge HF sikrer at prosjektet arbeider videre med muligheter for ytterligere kostnadsreduserende tiltak, og reduserer usikkerhet som kan bidra til at bruk av avsatt post til usikkerhet begrenses.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Med forbehold om vedtak i styremøte i Universitetssykehuset Nord-Norge HF i samme sak (28. mai 2015) fattes følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om gjennomføringen av entrepriser for A-fløyen ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø til orientering.
2. Styret er inneforstått med at en utvidelse av prosjektrammen for prosjekt A-fløy ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø vil føre til en gjennomgang av helseforetakets prioriteringer i investeringsplanen fremover og får konsekvenser for denne. Denne gjennomgangen vil legges fram for styret i forbindelse med behandling av styresak om *Plan 2016-2019 – inkl. rullering av investeringsplanen 2016-2023* i styremøte i juni 2015.
3. Styret godkjenner at prosjektet gjennomføres med ny ramme på 1.594 mill. kroner, hvorav 1.547 mill. kroner legges til rammen for Universitetssykehuset i Nord-Norge Tromsø og 47 mill. kroner legges til Helse Nord RHF's ramme for senere beslutning.
4. Styret ber adm. direktør om å følge opp at Universitetssykehuset Nord-Norge HF sikrer at prosjektet arbeider videre med muligheter for ytterligere kostnadsreduserende tiltak, og reduserer usikkerhet som kan bidra til at bruk av avsatt post til usikkerhet begrenses.

Styresak 55-2015 Etablering av regionale datasentre i Bodø og Tromsø - kostnadsoversikt, oppfølging av styresak 49-2014 og 118-2014

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om *Etablering av regionale datasentre i Bodø og Tromsø - kostnadsoversikt* til orientering.

2. Styret ber adm. direktør om å legge frem plan for opprettelse av Datasenter Disaster, Recovery and Test (DSDRT) sammen med egen styresak om migreringsprosjektet.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om *Etablering av regionale datasentre i Bodø og Tromsø - kostnadsoversikt* til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å legge frem plan for opprettelse av Datasenter Disaster, Recovery and Test (DSDRT) sammen med egen styresak om migreringsprosjektet.

Styresak 56-2015 Virksomhetsrapport nr. 4-2015

Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 4-2015 til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 4-2015 til orientering.

Styresak 57-2015 Møteplan 2016

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Møteplan for 2016 godkjennes som følger:

- 3. februar 2016: Bodø (oppdragsdokument 2016 til helseforetakene)
– foretaksmøter med HF-ene avholdes i etterkant
- 24. februar 2016: Tromsø
- 30. mars 2016: Bodø (årsregnskap og styrets beretning)
– foretaksmøter med HF-ene for behandling av årsregnskap 2015 m. m. avholdes i månedsskifte mars/april 2016
- 27. april 2016: Tromsø
- 25. mai 2016: Bodø
- 15. juni 2016: Bodø
- 31. august 2016: Tromsø

- 28. september 2016: Bodø
- 26. oktober 2016: Tromsø
- 23. november 2016: Tromsø
- 14. desember 2016: Bodø

Andre arrangement:

- 25. - 26. mai 2016: Bodø – styreseminar med HF-ene
- 26. - 27. oktober 2016: Tromsø – styreseminar med HF-ene

2. Helseforetakene bes om å planlegge sine styremøter ut fra vedtatt møteplan, jf. punkt 1 i vedtaket. I tillegg bes helseforetakene om å ta hensyn til følgende datoer for styrebehandling i helseforetakene:

- innen 29. mars 2016: Årsregnskap og årlig melding for 2015
- innen 3. juni 2016: Tertialrapport nr. 1-2016
- innen 6. oktober 2016: Tertialrapport nr. 2-2016

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Møteplan for 2016 godkjennes som følger:

- 3. februar 2016: Bodø (oppdragsdokument 2016 til helseforetakene)
– foretaksmøter med HF-ene avholdes i etterkant
- 24. februar 2016: Tromsø
- 30. mars 2016: Bodø (årsregnskap og styrets beretning)
– foretaksmøter med HF-ene for behandling av
årsregnskap 2015 m. m. avholdes i månedsskifte
mars/april 2016
- 27. april 2016: Tromsø
- 25. mai 2016: Bodø
- 15. juni 2016: Bodø
- 31. august 2016: Tromsø
- 28. september 2016: Bodø
- 26. oktober 2016: Tromsø
- 23. november 2016: Tromsø
- 14. desember 2016: Bodø

Andre arrangement:

- 25. - 26. mai 2016: Bodø – styreseminar med HF-ene
- 26. - 27. oktober 2016: Tromsø – styreseminar med HF-ene

2. Helseforetakene bes om å planlegge sine styremøter ut fra vedtatt møteplan, jf. punkt 1 i vedtaket. I tillegg bes helseforetakene om å ta hensyn til følgende datoer for styrebehandling i helseforetakene:
 - a. innen 29. mars 2016: Årsregnskap og årlig melding for 2015
 - b. innen 3. juni 2016: Tertialrapport nr. 1-2016
 - c. innen 6. oktober 2016: Tertialrapport nr. 2-2016

Styresak 58-2015 Orienteringssaker

Det ble gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
 - *Henvendelse fra avtroppende styremedlem Hanne Frøyshov av 24. mai 2015 ad. Uriktig innkalling/manglende oppmøte i styremøte på Universitetssykehuset Nord-Norge HF, den 19. mai 2015 - jf. styresak 54-2015*
 - o Informasjon om henvendelsen og håndtering av denne.
 - *Styremøte i Helse Nord RHF, den 17. juni 2015*
 - o Informasjon om planlagt program og praktisk informasjon.
 - *Felles foretaksmøte med Helse- og omsorgsdepartementet, den 1. juni 2015 - deltakelse*
 - o Styrets deltakelse på felles foretaksmøte 1. juni 2015 ble avklart.
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
 - *Mediaoppslag 27. mai 2015 ad. forsinkelser i IKT-investeringer*
 - o Informasjon om dagens mediaoppslag og administrasjonens håndtering av saken.
 - *Beslutningsforum for nye metoder*
 - o Informasjon om tilbakemeldinger om lang behandlingstid fra innmeldt metode til beslutning foreligger, før implementering.
 - *Foretaksmøte i Helse Nord RHF, den 9. april 2015 ad. regionale sentre for protonterapi - idéfaserapport og kompetanseoppbygging, informasjon*
 - *Dagsseminar for ledergruppen i Helse Nord RHF om sikkerhetsloven, den 13. april 2015 - informasjon om seminaret*
 - *Generalforsamling i arbeidsgiverforeningen Spekter, den 14. april 2015 - informasjon om generalforsamlingen og endringer i styret.*
 - *Nordkalottmøte, den 16. og 17. april i Luleå: Informasjon om møtet og samarbeidet over grensen. Kort informasjon om evalueringen av øvelsen Svalbard høsten 2014 ble gitt.*
 - *Møte med styret i Valnesfjord Helseportsenter, den 21. april 2015: Informasjon*
 - *Kreftkonferanse i regi av Dagens Medisin, den 23. april 2015: Informasjon om konferansen og paneldebatten*
 - *Møte mellom Sametinget og Helse Nord RHF, den 28. april 2015: Informasjon om møtet*
 - *Pasientreiser - avvik, oppfølging fra styremøte 27. april 2015:*
 - o Informasjon om håndtering av avvikene meldt av RBUs observatør i siste styremøte.
 - o Avvikene følges opp av ansvarlig pasientreisekontor.

- *Helse Nord IKT og Nasjonalt senter for telemedisin – fremtidig organisering:*
 - o Informasjon om arbeidet og planlagt fremdrift
 - *Kampanje i Helse Nord - innspill fra styremedlem Sandberg, jf. styremøte 29. april 2015*
 - o Innspillet vurderes på nytt, når ny kommunikasjonsdirektør er rekruttert.
 - *Landingsplass for helikopter eller helikopterlandingsplass ved Nordlandssykehuset Vesterålen:* Informasjon om landingsplassen ved sykehuset på Stokmarknes.
 - *Overnattingsutgifter i forbindelse med reiser, dekning - informasjon:* Tilbakemelding til styret, jf. henvendelse fra styreleder Kaldhol og styremedlem Jørstad som ba om en redegjørelse ad. en konkret sak i media. Styret ber administrasjonen om å vurdere behovet for presisering av regelverket på bakgrunn av denne saken.
 - *Styresak 59-2015 Referatsaker (nr. 3,5 og 6) - diverse e-poster fra Konstali Helsenor AS:* Informasjon om bakgrunnen for saken og korrespondansen i saken. *Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13 jf. Fvl. § 13, 1. ledd nr. 2.*
 - *Alvorlige hendelser:*
 - o Sak nr. 1: Pasient ved med. klinikk - krenkende adferd:
 - Statens Helsetilsyn er varslet etter § 3-3, men gjennomfører ikke stedlig tilsyn.
 - Statens Helsetilsyn ber allikevel HF-et om å vurdere politianmeldelse av hendelsen.
 - o Sak nr. 2: Pasient ved kvinneklinikk - komplikasjon etter rutinemessig utredning:
 - Pasienten er stabil etter komplikasjonen.
 - Statens Helsetilsyn er varslet etter § 3-3, og gjennomfører stedlig tilsyn i HF-et.
- Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13 jf Fvl. § 13, 1 ledd nr. 1.*
3. Felleseide virksomheter - styrets årsberetning 2014
 4. Oppfølging av styrets vedtak, status for gjennomføring, jf. styresak 105-2009/3

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 59-2015 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Protokoll fra møte i arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalg, den 6. mai 2015
2. Referat fra møte i Revisjonsutvalget, den 29. april 2015
3. E-post med vedlegg fra Konstali Helsenor AS av 5. mai 2015 ad. styrets ansvar
4. E-post fra Narvik Kommune av 8. mai 2015 ad. uttalelse fra samarbeidsseminar eldreråd
5. E-post med vedlegg fra Konstali Helsenor AS av 13. mai 2015 ad. styrets ansvar
6. E-post med vedlegg fra Konstali Helsenor AS av 18. mai 2015 ad. retting av feil *Saksdokumentene var ettersendt.*

7. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg, den 20. mai 2015
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
8. Protokoll fra drøftingsmøte, den 26. mai 2015 ad. Helgelandssykehuset HF -
utviklingsplan 2025, jf. styresak 52-2015
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 60-2015

Eventuelt

Ingen saker ble fremmet.

Bodø, den 27. mai 2015

*godkjent av Bjørn Kaldhol,
i etterkant av styremøtet,
den 27MAI2015 – kl. 13.30*

Bjørn Kaldhol



Nordlandssykehuset HF

Postboks 1480
8092 BODØ

14/00997/351.2
Saksbeh. Reidun Silkoset

18.12.2014

Varsel om tilsyn ved Nordlandssykehuset HF enhet Bodø

Statens strålevern varsler med hjemmel i § 54 i forskrift av 29. oktober 2010 om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften), tilsyn ved Radiologisk avdeling, enhet Bodø, Nordlandssykehuset. Temaet for tilsynet er meldt hendelse til Strålevernet 5. desember 2014, om høy huddose til pasient ved intervensjonslaboratoriet. Tidspunktet for tilsynet er avklart med strålevernkoordinator Liv Berit Moe.

Tidspunkt for tilsynet: 8. januar 2015.

Kravgrunnlag for tilsynet:

- Lov av 12. mai 2000 nr. 36 om strålevern og bruk av stråling (strålevernloven).
- Forskrift 29. oktober 2010 nr. 1380 om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften).
- Forskrift 6. desember 1996 nr. 1127 om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften).
- Godkjenning for medisinsk strålebruk med røntgen, GG07-40 datert 18.12.2007.

Beskrivelse av tema for tilsynet:

- Virksomhetens organisering av strålevern, implementering av strålevern i internkontroll og HMS-arbeid, strålevernutvalg og funksjonene strålevernkoordinator og strålevernkontakter (jf. strålevernforskriften §§ 15 og 16).
- Kvalitetssystem og avvikssystem (jf. strålevernforskriften § 19 og internkontrollforskriften § 5).
- Kompetansekrav og krav til opplæring i strålevern, strålebruk og apparatspesifikk opplæring (jf. strålevernforskriften § 43).
- Aktiviteter/oppgaver utført av medisinsk fysiker og andre som f.eks. optimalisering, kvalitetskontroll, kalibrering, prosedyreutvikling etc. (jf. strålevernforskriften §§ 38, 44, 48 og 49).
- Personlig verneutstyr (jf. strålevernforskriften § 25)
- Dosemonitorering, registrering og lagring av stråledose til pasient (jf. strålevernforskriften § 50).
- Oppfølging av høye pasientdoser.

Virksomheten må forberede informasjon om disse punktene på forhånd, og være forberedt på å legge fram instruksjer og prosedyrer samt annet relevant skriftlig materiale under tilsynet (eks. prosedyrer og instruksjer, kvalitetskontrollrapporter, utstyrsoversikter, verifikasjon på gjennomgått opplæring etc.) jf. strålevernforskriften § 54.

Beskrivelse av tilsynsprosessen

Tilsynet starter med et åpningsmøte, der Strålevernet kort vil orientere om hensikten og omfanget av tilsynet. Ved åpningsmøtet vil også programmet bli gjennomgått for å få bekreftet, eventuelt avklart nødvendige endringer. Tilsynet gjennomføres ved dokumentasjonsgjennomgang og intervjuer.

Etter tilsynet blir det utarbeidet en tilsynsrapport der Strålevernet oppsummerer og presenterer eventuelle avvik, anmerkninger og kommentarer. Tilsynsrapporten blir offentliggjort på Strålevernets hjemmesider.

Strålevernet vil intervju følgende nøkkelpersoner under tilsynet:

- Representanter for avdelingens ledelse
- Strålevernkoordinator
- Medisinsk fysiker
- Radiolog og radiograf som var involvert i bruk av røntgenapparat ved den meldte hendelsen.

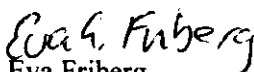
Detaljer rundt den praktiske gjennomføringen og identifisering av aktuelle navngitte personer for intervjuer vil bli gjort i samråd med virksomheten.


Strålevernet ber om å få tilsendt følgende dokumentasjon i forkant av tilsynet (jf. strålevernforskriften § 54).

- Oversikt over virksomhetens organisering av strålevern.
- Kopi av funksjonsbeskrivelser for strålevernkoordinator.
- Kort beskrivelse av innhold (tema) i opplæringsprogram (generelle/interne) i strålevern og strålebruk for ulike personellkategorier, samt en kopi av prosedyren(e) for opplæring innen strålevern og strålebruk.
- Oversikt over utførte kvalitetskontroller på røntgenapparat bruk ved den meldte hendelsen i 2014 (mottaks- og periodiske kontroller) jf. strålevernforskriften § 48.

Frist for oversending av dokumentasjon: 6. januar 2015.

Med hilsen


Eva Friberg
seksjonssjef


Reidun D. Silkoset
seniorrådgiver

Kopi: Strålevernkoordinator Liv Berit Moe



Vår ref.: 14/00997
Saksbehandler.: Reidun D. Silkoset
Dato: 28. januar 2015

Tilsyn ved Radiologisk enhet Bodø, Nordlandssykehuset HF

1. INNLEDNING

Tilsynet fra Statens strålevern ved Radiologisk enhet Bodø Nordlandssykehuset HF ble gjennomført 8. januar 2014, med hjemmel i § 54 i forskrift av 29. oktober 2010 om strålevern og bruk av stråling. Tilsynet var hendelsebasert med en gjennomgang av virksomhetens arbeid med strålevern og implementering av strålevernregelverket.

Kontaktpersoner ved Nordlandssykehuset HF enhet Bodø var:

- | | |
|---------------------------------------|---------------------|
| • Avdelingsleder Lill Angelsen | Diagnostisk klinikk |
| • Enhetsleder Ellen K. Olsen | Radiologisk enhet |
| • Ass.enhetsleder Line Horn Sivertsen | Radiologisk enhet |
| • Strålevernkoordinator Liv Berit Moe | Radiologisk enhet |

Fra Strålevernet

- Seniorrådgiver Reidun D. Silkoset

Rapporten omhandler generelle inntrykk, avvik og anmerkninger som ble gitt etter strålevernlovgivningen.

2. AKTUELT REGELVERK

- Lov av 12. mai 2000 nr. 36 om strålevern og bruk av stråling (strålevernloven).
- Forskrift 29. oktober 2010 nr. 1380 om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften).
- Forskrift 6. desember 1996 nr. 1127 om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften).
- Spesielle krav gitt i godkjenningen: GG07-40

3. BAKGRUNN, OMFANG OG GJENNOMFØRING

Tilsynet var basert på meldt hendelse til Strålevernet 5. desember 2014, om høy huddose og registrert hudskade til pasient etter en intervensjonsprosedyre. Hensikten med tilsynet var å følge opp denne hendelsen og kontrollere om strålevernforskriften og kravene i aktuelt regelverk er implementert og ivaretatt ved Radiologisk enhet Bodø.

Hendelse:

En pasient med alvorlig lidelse (okklusjon i a. mesenterica og stenose i a. truncus iliacas) ble undersøkt og behandlet ved angio/intervensjonslaboratoriet høsten 2014. Under behandlingen med innleggelse av stent lå pasienten med armene ned langs siden, og hudosen til høyre arm ble svært høy. Behandlingen var vanskelig og det ble benyttet mye gjennomlysning for å identifisere blodårer og stent. Det var ikke planlagt å bruke sideprojeksjoner under behandlingen, men dette ble nødvendig pga behandlingens kompleksitet. Pasientens høyre arm ble da liggende veldig nær røntgenrøret, og siden pasienten fikk anestesi i høyre arm kunne den ikke legges opp langs hodet til pasienten. Bildekvaliteten på sidebildene ble svært dårlig, og det ble tatt flere bildeserier. Det ble gjort strålevern vurderinger underveis, da personalet var kjent med at dosen var svært høy. Personalet vurderte at fortsettelse av behandlingen og identifisering av stent plassering var berettiget. Radiolog ble stående på samme side som røntgenrøret, da det ble vurdert som mest hensiktsmessig for denne behandlingen.

Oppfølging fra virksomheten:

Medisinsk fysiker har beregnet huddosen til høyre arm til 28,9 Gy. Dette er trolig et overestimat da armen ikke har ligget i primærstrålefeltet under hele prosedyren. Virksomheten har stengt laboratoriet ved enheten for denne type behandling frem til nytt og mer egnet utstyr er installert. Kirurg har påvist hudskade på pasientens høyre albue og følger opp pasienten videre.

Tilsynet fokuserte spesielt på følgende tema:

- Virksomhetens organisering av strålevern, implementering av strålevern i internkontroll og HMS-arbeid, strålevernvalg og funksjonene strålevernkoordinator og strålevernkontakter (jf. strålevernforskriften §§ 15 og 16).
- Kvalitetssystem og avvikssystem (jf. strålevernforskriften § 19 og internkontrollforskriften § 5).
- Kompetansekrav og krav til opplæring i strålevern, strålebruk og apparatspesifikk opplæring (jf. strålevernforskriften § 43).
- Aktiviteter/oppgaver utført av medisinsk fysiker og andre som f.eks. optimalisering, kvalitetskontroll, kalibrering, prosedyreutvikling etc. (jf. strålevernforskriften §§ 38, 44, 48 og 49).
- Personlig verneutstyr (jf. strålevernforskriften § 25)
- Dosemonitorering, registrering og lagring av stråledose til pasient (jf. strålevernforskriften § 50).
- Oppfølging av høye pasientdoser.

Tilsynet ble gjennomført ved gjennomgang av meldt hendelse, etterspurt dokumentasjon, åpningsmøte, intervjuer, befaring, verifikasjoner og sluttmøte.

Etterspurt dokumentasjon

- Oversikt over virksomhetens organisering av strålevern.
- Kopi av funksjonsbeskrivelser for strålevernkoordinator.
- Kort beskrivelse av innhold (tema) i opplæringsprogram (generelle/interne) i strålevern og strålebruk for ulike personellkategorier, samt en kopi av prosedyren(e) for opplæring innen strålevern og strålebruk.
- Oversikt over utførte kvalitetskontroller på røntgenapparat brukt ved den meldte hendelsen i 2014 (mottaks- og periodiske kontroller) jf. strålevernforskriften § 48.

All etterspurt dokumentasjon ble oversendt Strålevernet innen fristen.

4. GENERELLE INNTRYKK

Tilsynet ved Radiologisk enhet Bodø, Nordlandssykehuset HF viste at virksomheten har et oversiktlig internkontrollsystem og at det er fokus på strålevern ved enheten. Det ble samtidig identifisert et forbedringspotensial i arbeidet med strålevern og implementering av strålevernregelverket. Under tilsynet la virksomheten forholdene godt til rette, og programmet for tilsynet ble gjennomført etter planen. Dette kapitlet oppsummerer inntrykk fra tilsynet og omhandler positive og negative forhold Strålevernet mener er viktige.

4.1 AVDELINGENS SYSTEMATISKE ARBEID MED STRÅLEVERN

Organisering av strålevern

Nordlandssykehuset HF har en strålevernkoordinator som også er radiograf og ansatt ved Bildediagnostisk avdeling. Strålevernkoordinator kan bruke opp til to dager i uken (40 % stilling) på strålevernsarbeid. Hun bruker gjennomsnittlig bare ca 10 % av arbeidstiden på dette, siden arbeidet som radiograf og den kliniske driften ved Radiologisk enhet ofte må prioriteres. Denne dobbeltrollen kan gjøre ansvarsforhold og prioritering av strålevern vanskelig. Strålevernkoordinator har ikke fast avsatt tid for arbeidet, men har en funksjonsbeskrivelse med oppgaver og ansvarsbeskrivelse. Strålevernkoordinator orienterer om strålevernsarbeidet til klinikkjef.

Funksjonsbeskrivelsen til strålevernkoordinator fremstår som noe mangelfull. Organiseringen gjør strålevernkoordinator arbeidet sårbart. Strålevernet anbefaler virksomheten å revidere funksjonsbeskrivelsen til strålevernkoordinator og avsette faste tider til strålevernsarbeidet.

Kvalitetssystem, prosedyrer og avvikssystem

Virksomheten benytter kvalitetssystemet Docmap, hvor relevante prosedyrer er lagt inn. Det er utarbeidet noen prosedyrer for strålevern, som blant annet inneholder opplæringsplan, kontrollskjema og funksjonsbeskrivelse for strålevernkoordinator. Kvalitetssystemet fremstår oversiktlig, og det virker som brukerne finner lett frem til ønskede prosedyrer.

Avvikssystemet er godt implementert på Radiologisk enhet, og flere strålevernrelaterte hendelser er meldt inn i avvikssystemet og fulgt opp av leder. Den uønskede hendelsen med høy stråledose til pasient ved angiografi/intervensjonslaboratoriet ble raskt meldt inn i avvikssystemet og til Kunnskapssenteret. Hendelsen ble først meldt til Strålevernet etter ca 2 ½ måned. I følge strålevernforskriften skal virksomheten straks varsle ulykker og unormale hendelser til Strålevernet. Skriftlig rapport skal sendes så snart som mulig, og senest innen 3 dager. I veileder 5 om medisinsk bruk av røntgen- og MR apparatur, er det gitt konkrete eksempler på uønskede hendelser som skal varsles Strålevernet, blant annet huddoser til pasient på mer enn 5 Gy. I hendelsen ved virksomheten er huddosen til høyre arm beregnet av medisinsk fysiker til å være maksimalt 28,9 Gy. Virksomheten må derfor gjennomgå sine rutiner for melding av uønskede hendelser til Strålevernet.

Strålevernkoordinator ved virksomheten har ikke i sin funksjonsbeskrivelse ansvar for varsling av strålevernrelaterte ulykker og unormale hendelser til Strålevernet. Strålevernet anbefaler at denne oppgaven blir lagt til strålevernkoordinator.

Arbeid med internrevisjoner

Virksomheten arbeider systematisk med internrevisjon. I 2014 var opplæring i strålevern og opplæringsrutiner for nyansatte radiografer og radiologer valgt som tema for internrevisjon ved Bildediagnostisk avdeling Bodø. Ved internrevisjonen ble det funnet 9 avvik som er fulgt opp.

Opplæring i strålevern, strålebruk og apparatspesifikk opplæring

Enheten har prosedyrer for opplæring i strålevern og strålebruk og sjekklister for dokumentasjon av gjennomført opplæring. Årlig opplæring i strålevern og strålebruk blir gjennomført for radiografer. Tilsynet avdekket at opplæringen ikke er dokumentert og gjennomført årlig for alle radiologer.

4.2 MEDISINSK STRÅLEBRUK

Kompetanse innen medisinsk fysikk, kvalitetskontroll og vedlikehold

Det er etablert en samarbeidsavtale med Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) om leie av medisinsk fysikertjeneste. Medisinsk fysiker utfører kvalitetskontroll av utstyr etter samme mal som ved UNN. Siste statuskontroll på angio/intervensjonslaboratoriet som ble brukt under hendelsen ble utført i mars 2014. I rapporten fra denne kontrollen anbefales det at høyeste innstillinger for høyspenning og rørstrøm reduseres, og at DAP meteret kalibreres. Disse anbefalingene var ikke fulgt opp, og intervju under tilsynet avdekket at det ikke er etablert rutiner for oppfølging av kvalitetskontroller. I virksomheten er det uklart hvem som er ansvarlig for oppfølging av kvalitetskontrollrapporter. Resultatene i rapporten var ikke kjent for brukere av utstyret og ledere på enheten. Det må etableres rutiner for oppfølging av kvalitetskontroller, og brukere av utstyret må bli gjort kjent med resultatene av disse.

Ved virksomheten er det begrensede ressurser i medisinsk fysikk til å ivareta kvalitetskontroller og optimaliseringsarbeid ved enheten bildediagnostikk. Medisinsk fysiker har ikke vært involvert i optimaliseringsarbeid ved angio/intervensjonslaboratoriet.

Strålevern av personale

De ansatte ved angio/intervensjonslaboratoriet oppfattes på et generelt grunnlag å være bevisst på strålevern av seg selv. Persondosimeter brukes av de ansatte, og alle har egnet personlig verneutstyr som thyroideakrage og blyfrakk. Radiologen som arbeidet i kontrollert område ved den rapporterte uønskede hendelsen har ikke fått fastlagt sin personlige stråleeksponering. Denne radiologen har tidligere hatt høye persondosimeteravlesninger, men har de siste seks månedene ikke hatt registrerbar dose ($H_{p10} = 0$) på sitt persondosimeter som brukes utenpå blyfrakk, uten at arbeidsoppgavene har vært endret vesentlig. Intervju avdekket at persondosimeteravlesninger ikke er fulgt opp av virksomheten. Etter prosedyren med svært høy dose til pasient, ville en forventet utslag også på persondosimeter til radiologen. Virksomheten må sørge for at arbeidstakere får fastlagt sin personlige stråleeksponering og eventuelt iverksette egnede tiltak.

Radiologene, med unntak av én, bruker vernebriller ved intervensjonsprosedyrene. Radiologen sa han ikke brukte vernebriller generelt på grunn av ubehag ved bruk. Den internasjonale strålevernskommisjonen anbefalte i 2011 at årstdosegrensen for øyelinsen reduseres fra 150 mSv/år til 20 mSv/år. Den nye grensen vil bli implementert i strålevernforskriften ved neste revisjon. For radiologen som ikke bruker verneutstyr for øyelinsen, vil den nye anbefalte dosegrensen trolig være oversteget, da han gjennom flere år har hatt svært høye persondosimeteravlesninger. Bruk av vernebriller og riktig bruk av takhengte blyskjermer vil redusere risikoen for stråleindusert katarakt.

Strålevern av pasient

Under tilsynet ble hendelsen med høy huddose til pasientens høyre arm gjennomgått på angio/intervensjonlaboratoriet. Dosereduserende tiltak på apparaturen ble vurdert under hendelsen, men siden bildekvaliteten var så dårlig var det ikke mulig å gjennomføre flere tiltak på apparaturen (i form av blant annet senkning av rørstrøm og reduksjon i antall pulser per sekund). Et mulig tiltak som ikke ble gjennomført var heving av pasientens arm, ved å for eksempel legge noe mellom pasientens arm og behandlingsbord. Da kunne armen ha kommet mer ut av primærstrålefeltet, og dermed fått redusert huddosen og økt bildekvaliteten ved sideprojeksjonen.

Virksomheten har en prosedyre for oppfølging av høye DAP doser, men den bør revideres for blant annet å sikre oppfølgingen av pasienter etter mulige høye huddoser. Enheten har dosemonitorering av pasienter, og strålevernet anbefaler at det etableres et system for oppfølging av høye pasientdoser ved doser over 500 Gy cm^2 (DAP) alternativt 5000 mGy (Air kerma). Pasienten bør informeres både muntlig og skriftlig om mulige seneffekter, og å kontakte undersøkende lege om det skulle oppstå hudforandringer.

Oppsummering strålevern av personale og pasient

Enheten har generelt lave doser til pasienter ved angio/intervensjonlaboratoriet og fokus på strålevern for pasient og personale. Radiografene og de fleste radiologene har lave stråledoser, men en av radiologene som utfører mange og komplekse prosedyrer har gjennom flere år hatt høye persondosimeteravlesninger.

5. FUNN UNDER TILSYNET – AVVIK OG ANMERKNINGER

Dette avsnittet omhandler avvik og anmerkninger som ble gitt i forbindelse med tilsynet. Det ble gitt 4 avvik og 3 anmerkninger ved dette tilsynet.

5.1. DEFINISJONER

Avvik:	Manglende etterlevelse av krav fastsatt i eller i medhold av lov.
Anmerkninger:	Forhold som tilsynsmyndighetene mener det er nødvendig å påpeke, men som ikke omfattes av definisjonen for avvik.
Kommentar:	Benyttes for å forklare eller underbygge avvik eller anmerkninger.

5.2. AVVIK

Avvik nr. 1: Varslingsplikt ved uønsket hendelse

Avvik: Uønsket hendelse er ikke varslet Strålevernet innen fristen.

Hjemmel: Forskrift om strålevern og bruk av stråling § 19.

Kommentar:

Virksomheten skal varsle unormale hendelser til Statens strålevern og skriftlig rapport skal sendes innen tre dager.

Avviket er basert på:

- Uønsket hendelse med høy stråledose til pasient ble ikke varslet Strålevernet innen fristen, og den skriftlige rapporten ble mottatt ca. 3 måneder etter hendelsen.

Avvik nr. 2: Avvikshåndtering

Avvik: Virksomheten har ikke klare kriterier og rutiner for hvilke strålevernrelaterte hendelser som skal meldes til Statens strålevern.

Hjemmel: Forskrift om strålevern og bruk av stråling §§ 16 og 19.

Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter § 5

Kommentar: Virksomheten skal ha kriterier for hvilke strålevernrelaterte hendelser/avvik som skal meldes til Statens strålevern og hvem som skal melde de.

Avviket er basert på:

- Intervju avdekket at det ikke er klare kriterier for hvilke hendelser og hvem som skal melde de til Statens strålevern
- I funksjonsbeskrivelsen (dokumentnummer: FB 1189) til strålevernkoordinator er ikke oppgaven med varsling av uønskede hendelser til Statens strålevern nevnt.

Avvik nr. 3: Opplæring i strålevern for radiologer

Avvik: Årlig opplæring i strålevern og strålebruk er ikke gjennomført for radiologer.

Hjemmel: Forskrift om strålevern og bruk av stråling § 43.

Kommentar:

Personale skal ha årlig relevant opplæring i strålevern og strålebruk i forhold til arbeidsmetoder og den enkeltes arbeidsoppgaver. All opplæring skal være dokumenterbar i forhold til omfang og innhold for den enkelte arbeidstaker.

Avviket er basert på:

- Intervju avdekket at opplæring i strålevern og strålebruk ikke er gjennomført årlig for radiologene.

Avvik nr.4: Kvalitetskontroll

Avvik: Virksomheten har ikke fulgt opp kvalitetskontrollrapport.

Hjemmel: Forskrift om strålevern og strålebruk § 48.

Kommentar:

Kvalitetskontroll av apparatur skal utføres og det skal finnes rutiner for tiltak ved egne registrerte avvik.

Avviket er basert på:

- Intervju avdekket at det ikke er etablert rutine for oppfølging av kvalitetskontroller.
- Medisinsk fysiker har utført statuskontroll på røntgenlaboratoriet 1a (mars 2014) og sendt rapport til avdelingsleder og MTA. I rapporten er det gitt anbefalinger om blant annet kalibrering av DAP kammer som ikke er fulgt opp.
- Det er uklart hvem som er ansvarlig for oppfølging av kvalitetskontrollrapporter og resultatet i rapporten er ikke kjent for brukere av utstyret og ledere på enheten.

Avvik nr.5: Persondosimeter

Avvik: Virksomheten har ikke fulgt opp persondosimeteravlesninger.

Hjemmel: Forskrift om strålevern og bruk av stråling §§ 16 og 32.

Kommentar:

Virksomheten skal sørge for at arbeidstakere får fastlagt sin personlige stråleeksponering og eventuelt iverksette egnede tiltak.

Avviket er basert på:

- Radiologen som arbeidet i kontrollert område ved den rapporterte uønskede hendelsen med høy stråledose til pasient har ikke fått fastlagt sin personlige stråleeksponering.
- Radiologen som tidligere har hatt høye persondosimeteravlesninger har de siste seks månedene ikke hatt registrerbar dose på sitt persondosimeter som brukes utenpå blyfrakk.
- Intervju avdekket at persondosimeteravlesninger ikke er fulgt opp av virksomheten.

5.3. ANMERKNINGER

Anmerkning nr. 1: Medisinsk fysiker

Anmerkning: Det er begrensede ressurser i medisinsk fysikk for å ivareta blant annet kvalitetskontroller og optimaliseringsarbeid ved virksomheten.

Kommentar:

- Intervjuer avdekket at medisinsk fysiker må nedprioritere noen arbeidsoppgaver på grunn av manglende ressurser på kompetansen ved helseforetaket.
- Kvalitetskontroller er utført men medisinsk fysiker er ikke involvert i optimaliseringsarbeid i innen dose- og bildekvalitetsvurderinger.

Anmerkning nr. 2: Strålevernkoordinator

Anmerkning: Strålevernkoordinator har begrenset med tid til å utføre oppgavene som er beskrevet i funksjonsbeskrivelsen.

Kommentar:

- Strålevernkoordinator skal i henhold til funksjonsbeskrivelsen kunne benytte 40 % av en stilling til strålevernsarbeid. Intervjuer avdekket at det i praksis ofte benyttes bare 10 %, og dette gjør det vanskelig å utføre oppgavene beskrevet i funksjonsbeskrivelsen.

Anmerkning nr. 3: Prosedyre oppfølging av pasient ved høy DAP dose

Anmerkning: Prosedyren for oppfølging av høye pasientdoser er ikke optimal

Kommentar:

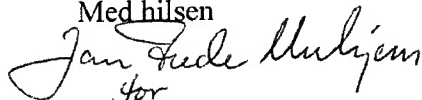
- Prosedyren for oppfølging av pasient ved høy DAP dose bør revideres, for blant annet å sikre oppfølgingen av pasient etter prosedyren.

6. OPPFØLGING ETTER TILSYNET

Strålevernet vil fortløpende lukke enkeltavvik når vi mottar dokumentasjon på at disse er tilfredsstillende rettet. Tilsynssaken avsluttes når alle avvikene er lukket.

Vi takker for god tilrettelegging og konstruktivt samarbeid under tilsynet.

Med hilsen



for
Eva G. Friberg
seksjonssjef



Reidun D. Silkoset
seniorrådgiver



2015/26

Statens strålevern
Norwegian Radiation Protection AuthorityNordlandssykehuset HF
Postboks 1480
8092 Bodø

Deres ref.

Vår ref. 14/00997
Saksbeh. Reidun SilkosetVår dato
18.02.15

Varsel om pålegg

Statens strålevern gjennomførte tilsyn ved ved Radiologisk enhet Bodø Nordlandssykehuset HF 8. januar 2015. Tilsynet var hendelsebasert med en gjennomgang av virksomhetens arbeidet med strålevern og implementering av strålevernregelverket. Tilsynet avdekket 5 avvik og 3 anmerkninger i forhold til det lovverk som Strålevernet forvalter, se vedlagte tilsynsrapport.

Varsel om pålegg om retting av avvik

Strålevernet har hjemmel til å gi pålegg om retting av virksomhet som strider mot bestemmelser fastsatt i strålevernloven og strålevernforskriften, jf. strålevernloven § 18 første ledd og § 19 første ledd. I henhold til forvaltningsloven § 16, varsler Strålevernet at vi vil gi følgende pålegg om retting av avdekkede avvik ovenfor Nordlandssykehuset HF:

Pålegg 1: Virksomheten må utarbeide en prosedyre for varsling av ulykker og unormale hendelser (jf. avvik 1)

For at pålegget skal anses oppfylt må Strålevernet innen fristen ha mottatt dokumentasjon som viser hvordan kravet til varsling av unormale hendelser til Strålevernet blir ivaretatt.

Pålegget et hjemlet i forskrift om strålevern og bruk av stråling § 19.

Frist for gjennomføring av pålegget: 1. juni 2015.

Pålegg 2: Virksomheten må utarbeide kriterier for hvilke strålevernrelaterte hendelser som skal meldes til Statens strålevern (jf. avvik 2)

For at pålegget skal anses oppfylt skal Strålevernet innen fristen ha mottatt dokumentasjon som viser at virksomheten har definert hvilke typer strålevernsrelaterte hendelser som skal meldes til Strålevernet.

Pålegget et hjemlet i forskrift om strålevern og bruk av stråling §§ 16 og 19, og forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter § 5

Frist for gjennomføring av pålegget: 1. juni 2015.

Pålegg 3: Virksomheten må utarbeide en plan for gjennomføring og dokumentasjon av årlig opplæring i strålevern for radiologer (jf. avvik 3)

For at pålegget skal anses oppfylt må Strålevernet innen fristen ha mottatt dokumentasjon som viser hvordan kravet til årlig opplæring i strålevern og strålebruk blir ivaretatt for alle radiologer. Opplæringen skal være dokumenterbar for den enkelte arbeidstaker.

Pålegget et hjemlet i forskrift om strålevern og bruk av stråling § 43.

Frist for gjennomføring av pålegget: 1. juni 2015

Pålegg 4: Virksomheten må utarbeide en prosedyre for oppfølging av kvalitetskontroller (jf. avvik 4)

For at pålegget skal anses oppfylt må Strålevernet innen fristen ha mottatt dokumentasjon som viser hvordan oppfølging av kvalitetskontroller blir ivaretatt.

Pålegget et hjemlet i forskrift om strålevern og bruk av stråling § 48.

Frist for gjennomføring av pålegget: 1. juni 2015.

Pålegg 5: Virksomheten må utarbeide rutine for oppfølging av persondosimeteravlesninger (jf. avvik 5)

For at pålegget skal anses oppfylt må Strålevernet innen fristen ha mottatt dokumentasjon som viser hvordan persondosimeteravlesninger blir fulgt opp.

Pålegget et hjemlet i forskrift om strålevern og bruk av stråling §§ 16 og 32.

Frist for gjennomføring av pålegget: 1. juni 2015.

Offentlighet i forvaltningen

Tilsynsrapporten blir offentliggjort på Strålevernet sine nettsider. I samsvar med offentlighetsloven kan likevel deler av rapporten i noen tilfeller bli unntatt offentlighet.

Kommentarfrist til de varslede pålegg om retting

Dersom dere har kommentarer til de varslede påleggene eller tilhørende frister, ber vi om en skriftlig tilbakemelding senest innen **4.mars 2015**.

Når kommentarfrisen er gått ut, vil dere motta et brev med de endelige påleggene om retting av avvikene som er gitt, eventuelt korrigert iht. deres kommentarer. Dersom dere har kommentert på tilsynsrapportens generelle del, vil dere også motta en revidert utgave av tilsynsrapporten. Dersom det ikke har kommet noen kommentarer på tilsynsrapporten, vil den være endelig slik den foreligger vedlagt dette brevet.

Vi vil fortløpende lukke enkelt avvik når vi mottar dokumentasjon på at avvik er rettet. Tilsynssaken avsluttes når alle avvikene er rettet.

Med hilsen,

for
Hanne Kofstadmoen
avdelingsdirektør

for
Reideun D. Silke
Eva G. Friberg
seksjonssjef

Vedlegg: Tilsynsrapport fra Strålevernet (ref.nr. 14/00997)
Kopi m/vedlegg: Strålevernkoordinator Liv Berit Moe

Revisjon nr. 1: Ekstern tilsyn fra Statens strålevern i forbindelse med innmeldt avvik. (Høy huddose til pasient ved angio)

Frist for lukking av avvik/forbedringsforslag: 1. juni 2015.

Lovert / Prosedyrer m/navn	Beskrivelser / Kommentarer	Forbedring og tiltak, Docmapnr	Avvik / forbedring	Lukket.
Forskrift om strålevern og bruk av stråling § 19.	Manglende prosedyre for varsling av ulykker og hendelser.	Revisjon av PR20555 Melding av avvik ved ulykker. Uhell, og unormale hendelser ved bruk av ioniserende stråling.	Pålegg 1	Utført april 2015.
Forskrift om strålevern og bruk av stråling § 16 og § 19 Forskrift om systematisk helse, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter § 5	Utarbeide kriterier for hvilke strålevernrelaterte hendelser som skal meldes Statens strålevern.	Revisjon av PR20555 Melding av avvik ved ulykker. Uhell, og unormale hendelser ved bruk av ioniserende stråling. Revidere FB1189 Funksjonsbeskrivelse strålevernskoordinator.	Pålegg 2	Utført 2015.
Forskrift om strålevern og bruk av stråling § 43.	Utarbeide plan for gjennomføring og dokumentasjon av årlig opplæring i strålevern for radiologer	Revidere opplæringsplanene for radiologer. Systematisere opplæringen.	Pålegg 3	Utført mars 2015. Dokumentasjon av opplæring pågår. Ferdigstilles i løpet juni 2015
Forskrift om strålevern og bruk av stråling § 48	Utarbeide prosedyre for oppfølging av kvalitetskontroller.	Utarbeidet forslag som er på høring. PR37669 Kvalitetskontroller av strålemedisinsk apparatur.	Pålegg 4	Utført juni 2015.

Forskrift om strålevern og bruk av stråling § 16 og § 32	Virksomheten må utarbeide rutine for oppfølging av persondosimeteravlesning.	Revidere PR13350 Oppfølging av høye personaldoser	Pålegg 5	Utført april 2015.
Medisinsk fysiker	Det er ressurser i medisinsk fysikk for å ivareta blant annet kvalitetskontroller og optimaliseringsarbeid ved virksomheten.	Avdelingsleder Bilde diagnostisk avdeling er i fortløpende dialog med avdelingsleder KDF (Kompetansesenter for Diagnostisk Fysikk)	Forbedring	Fortløpende
Strålevernskoordinator	Strålevernskoordinator har begrenset ned tid til å utføre oppgaven som er beskrevet i funksjonsbeskrivelsen	Tas til etterretning. Dagene som er avsatt til strålevern skal overholdes. Strålevernskoordinator har fått kontor plass som kan være med på å skape ro rundt arbeidssituasjon	Forbedring	Utført feb.2015.
Forbedring av PR26979 Oppfølging av pasient med høy DAP dose.	Revisjon av prosedyren for å sikre oppfølging av pasient etter undersøkelse/behandling.	Revisjon av PR26979	Forbedring	Utført mai 2015.



Nordlandssykehuset HF
Postboks 1480
8092 Bodø

Deres ref.

Vår ref. 14/00997
Saksbeh. Reidun Silkoset

Vår dato
1.6.2015

Avslutting av tilsynssak og lukning av avvik - Nordlandssykehuset HF

Vi viser til tilsynsrapport datert 28.1.2015 og vedtak om pålegg datert 4.3.2015 (ref. 14/00997). Deres tilbakemelding datert 29.5.2015 inkluderer en ryddig oversikt over oppfølging av avvikene og de gitte påleggene. På bakgrunn av dette har vi konkludert med at avvikene avdekket under tilsynet er fulgt opp på en tilfredsstillende måte. Avvikene er med dette lukket og tilsynssaken avsluttet.

Med hilsen

Eva G. Friberg
for
Eva G. Friberg
seksjonssjef

Reidun D. Silkoset
Reidun D. Silkoset
seniorrådgiver

Kopi: Strålevernkoordinator Liv Berit Moe



Arbeidstilsynet

VAR DATO
02.06.2015

DERES DATO
20.03.2014

VAR SAKSBEHANDLER
Tone Hegghammer tlf 992 90 543

VAR REFERANSE
2013/1106 218529/2015

DERES REFERANSE
2013/2482/PIN

1

Nordlandssykehuset - HMS-seksjon
Postboks 1480
8092 BODØ

TILBAKEMELDING I TILSYNSSAK ETTER SVAR PÅ VEDTAK OM PÅLEGG

Viser til sak angående inneklime ved Nordlandssykehuset. Vi har nå registrert at vi ikke har gitt dere tilbakemelding i saken etter innsendt svar på pålegg. Tilbakemeldingen ble gjennomgått da den ble mottatt, og ansett som god, men skriftlig tilbakemelding ble ikke gitt. Dette beklager vi.

Vi ønsker imidlertid å gi dere en tilbakemelding, slik at dere får bekreftet at pålegg anses som oppfylt av Arbeidstilsynet. Med tilbakemeldingen var vedlagt:

- Rapport fra Hemis av 09.03.2014 vedrørende pålegg fra Arbeidstilsynet – inneklime
- Utkast til retningslinje for kartlegging og risikovurdering av arbeidsmiljø relatert til innklime i avdelinger NLSH Sentrum som er/blir særskilt berørt av utbygging/renovering
- Metode for risikovurdering av inneklime
- Rapport fra Hemis/Multiconsult av 06.03.2014: Risikovurdering inneklime og arbeidsmiljøfaktorer i H N Nordlandssykehuset Bodø
- Rapport fra Hemis/Norconsult av 26.09.2013: Inneklime Nordlandssykehuset Bodø - vurdering av inneklime etter vannlekkasje
- Rapport fra Mycoteam av 17.07.2013: Nordlandssykehuset Bodø —muggsopp og støvsammensetning

Vi har gjennomgått den innsendte dokumentasjon og registrerte at dere har fått på plass flere tiltak:

Utvikling av metode for risikovurdering av inneklimeforhold:

Det ble opplyst at NLSH har utviklet, testet og gjennomført bruk av ny metodikk i nært samarbeid med bedriftshelsetjenesten HEMIS og yrkeshygieniker fra Norconsult/Multiconsult. Metoden skal hjelpe til å gjennomføre risikovurderinger i forhold til mulige helseskader hos ansatte på kort og lang sikt, og vurdere inneklimeforhold som fukt, kjemiske og mikrobiologiske faktorer. Den inkluderer også mulighet for å kunne vurdere risiko for særlig utsatte og sårbare grupper. Akseptkriterier inngikk i denne modellen for risikovurdering, gjennom resultat av graderingen av eksponeringskategorier og helsekonsekvens. Akseptabel risiko fremkommer i grønn og gul sone, uakseptabel risiko i rød. Ved vurdering av risiko for sårbare grupper, representerer også den oransje sone et uakseptabelt risikonivå.

Kartlegging og vurdering av inneklimeforhold

- Det var under utvikling retningslinje for kartlegging og risikovurdering av arbeidsmiljø relatert til innklime i avdelinger NLSH Sentrum som er/blir særskilt berørt av utbygging og renovering, og det ble benyttet sakkyndig bistand (bl.a. yrkeshygieniker).



000000128483

1118864 - 2 - 3



- Det er utført vurdering av inneklima etter vannlekkasje (jf rapport fra Multiconsult). Det ble konstatert at vannlekkasjene er stanset, og at årsaken til vannlekkasjene er rettet opp. Fuktighet er tørket ut, og alt av vått materiale er fjernet i den påfølgende oppryddingen. Overveiende alt av løst bygningsmateriale som har vært i berøring av vannlekkasjen er fjernet, herunder himlingsplater, isolasjon, gipsplater m.v.. Som beskrevet i rapporten er det viktig å fjerne alt fuktskadet materiale. Lokalene hadde imidlertid ingen eller meget begrenset ventilasjon. Det er et undertrykk-system som skal begrense forurensning av støv og mulig mugg fra over himlingen, og som vil øke luftutskiftet i lokalene når det tilføres luft gjennom vinduer eller åpne dører. Men det er da, som beskrevet i rapporten, ikke noe mulighet for å regulere eller kontrollere tilluften i form av filtrering, oppvarming omblending m.v.
- Forekomst av muggsopp og støv er kartlagt og analysert (jf rapport fra Mycoteam). Det ble funnet saltutslag i alle prøver (NB!: tegn på fukt, som må unngås). Av støv ble funnet moderat – rik forekomst av mineralske partikler i hovedsak fra byggematerialer, og en del biologisk fiber og partikler fra bygningsmaterialer (strå, papp, trefiber) ble påvist. Av muggsopp var det ingen/sparsom forekomst (ulike arter, sporer).
- Rapport etter Risikovurdering- inneklima og arbeidsmiljøfaktorer i HN, Nordlands-sykehuset Bodø som var basert på Multiconsult sin metode for risikovurdering av inneklima inneholdt beskrivelse av ulike kartlagte forhold.

Her har vi noen kommentarer:

Av rapportene framgikk forslag til tiltak, og det er viktig at sykehuset følger disse anbefalingene. Undersøkelsen av partikler og muggsopp viste at dette ikke er det største problemet i arbeidsmiljøet. Det er ikke uvanlig å påvise lave mengder av slike komponenter, og derfor er det også vanligvis ikke hensiktsmessig å foreta slike målinger. Tiltakene er i alle tilfeller de viktigste. Her vil vi bemerke at ventilasjonsforholdene ikke er akseptable i forhold til hva som er kravet til inneklima og ventilasjon i dag, men ut fra at forholdene er begrenset periode, kan det aksepteres, under forutsetning av at disse forhold blir meget bedre i de renoverte/nye lokaler.

Selv om det ikke måles forurensninger av særlig grad, kan det likevel være forhold som bidrar til helseproblemer. Fukt i seg selv kan i mange tilfeller være et større problem, bl.a. fordi at det lettere kan øke frigjørelsen av kjemiske stoffer fra materialer som går i oppløsning ved konstant fukttilgang. Dette er i liten grad påpekt som et vesentlig problem i rapportene. Nedbrytningsstoffer som bidrar til lukt, kan derfor være et større problem enn muggvekst, også fordi det kan være noe høyere temperatur innendørs som påvirker frigjøringen. Det kan derfor ikke utelukkes problemer hvis det skjer mye vannlekkasjer, og særlig når det ikke er ventilasjon i lokalene som gjør at man må basere seg på åpne vinduer (hvor også fuktig luft vil trekkes inn, avhengig av årstid og klima).

Det er imidlertid vurdert at de planlagte bygge- og anleggsarbeidene ikke vil omfatte tak eller andre konstruksjoner som skal kunne føre til fuktskader eller vannlekkasjer til N-fløyen. Dette framgår av rapporten til Multiconsult etter risikovurdering av byggeprosessen på oppdrag fra Hemis. Vi vil understreke at det er vanskelig å vurdere farepotensialet av kjemiske faktorer hvis man ikke kjenner til hvilke stoffer som brukes/danne/finnes, og hvilke forurensningsnivåer de forekommer i. Antall eksponeringshendelser sier lite om den dose man er utsatt for, men samtidig må det sies at kjemisk helsefare i mange tilfeller ikke er den største risiko i forbindelse med inneklima, med mindre man har påvisbare forurensningskilder.



Overvåking av arbeidsmiljø og helse:

For å overvåke luftkvaliteten, var det anskaffet en del måleinstrumenter som kontinuerlig måler støy, luftfuktighet, temperatur og CO₂. Ansvar for utplassering og drift av måleinstrumentene var lagt til Senter for drift og eiendom. Det var også anskaffet spesielle apparater som i vesentlig grad reduserer forekomst av uønsket mugg og virus. Maskinene er utplassert i lokaler som operasjonsstuer og områder med strenge krav til smittevern. I tillegg skulle gjennomføres oppfølgende arbeidshelsesamtaler av BHT for en større gruppe ansatte som har opplevd ulike former for negativ påvirkning av arbeidsmiljøet helt fra rivingen av tidligere K-fløy startet.

Kjemisk helsefare generelt:

Det er igangsatt et eget prosjekt for å oppgradere organisering og bruk av stoffkartoteket Ecoarchive i NLSH.

En rekke oppfølgingstiltak skulle i følge tilbakemeldingen skje løpende i renoveringsprosess som skulle pågå fram til april 2015. Det er bra hvis disse tiltak har fungert og at arbeidsmiljøarbeidet er fulgt opp som forutsatt. Arbeidstilsynet har ikke fått noen meldinger om spesielle problemer det siste året fra berørte parter, noe som kan tyde på at tiltakene hovedsakelig fungerer.

På grunnlag av tilbakemeldingene har vi lukket pålegget, men Arbeidstilsynet vil følge med utviklingen når det gjelder det å sikre et forsvarlig inneklima for de ansatte. Vi mener også at arbeidsmedisiner bør følge med i arbeidstakernes helsetilstand, og terskelen for å melde fra i forhold til sårbare grupper bør være lavere i slike tilfeller hvor det skjer sykehusdrift samtidig som renovering/utbygging foregår. I tillegg må situasjonen for alle ansatte vurderes over tid.

Med dette ønsker vi dere lykke til i det videre arbeidet.

Vi ber om at vårt referansenummer 2013/1106 oppgis ved svar.

Med hilsen
Arbeidstilsynet Nord-Norge

Hallgerd Sjøvoll
tilsynsleder
(sign.)

Tone Hegghammer
sjefingeniør/yrkeshygieniker SYH
(sign.)

Dette brevet er godkjent elektronisk i Arbeidstilsynet og har derfor ingen signatur.



001000128497