



Styresak 18-2015 Referatsaker til styret

Saksbehandler:
Gro Ankill

Saksnr.:
2011/2354

Dato:
11.02.2015

Følgende dokumenter legges frem som referatsaker for styret:

1. Protokoll styremøte Helse Nord RHF 17.12.2015
2. Protokoll foretaksmøte Nordlandssykehuset HF 02.04.2015
3. Protokoll styremøte Helse Nord RHF 02.04.2015
4. Protokoll drøftingsmøte med tillitsvalgte 17.02.2015 (ettersendes)
5. Protokoll møte i AMU 18.02.2015 (ettersendes)
6. Protokoll Brukerutvalget i NLSH 17.02.2015 (ettersendes)
7. Foreløpig rapport fra tilsyn med spesialisthelsetjenestens håndtering av henvisninger og viderehenvisninger av pasienter med kreft fram til start av nødvendig helsehjelp
8. Plan for internrevisjon 2015-2016 i Helse Nord RHF
9. Uttalelse rus- og psykiatritilbud, fra Lofotrådet 12.12.2014
10. Oversendelse av tilsynsrapport - forhåndsvarsel om vedtak, fra DSB 14.01.2015
11. Tilsvaer vedr forhåndsvarsel om vedtak, til DSB 06.02.2015
12. Oversendelse av samlerapport fra tilsyn med psykisk helsevern til barn og unge i 2013 og 2014, fra Fylkesmannen i Finnmark 05.08.2014
13. Avslutning av tilsyn med psykisk helsevern til barn og unge i Nordlandssykehuset HF, fra Fylkesmannen i Nordland 04.12.2014
14. Oppfølging etter tilsyn og lukking av avvik, til Statsarkivet 30.01.2015
15. Tilsyn ambulanse Fauske - vedtak om tvangsmulkt, fra Arbeidstilsynet 06.01.2015
16. Tilsyn Ambulansestasjon på Gravdal 2014 – fristutsettelse, fra Arbeidstilsynet 10.02.2015

Innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Avstemming:

Vedtak:

Presseprotokoll

Vår ref.:
2013/298-93/012

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

Sted/Dato:
Bodø, 17.12.2014

Møtetype:	Styremøte i Helse Nord RHF
Møtedato:	17. desember 2014 – 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
Steinar Pettersen	styremedlem
Mildrid Pedersen	observatør fra Regionalt brukerutvalg

Forfall

Ingen hadde meldt forfall til dette styremøtet.

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
Hege K. Antonsen	internrevisor

I forkant av styremøtet orienterte kvalitets- og forskningsdirektør Rune Sundset om diagnostikk - nye metoder, herunder PET (og proton).

I starten av styremøtet orienterte Mildrid Pedersen, leder for det Regionale brukerutvalget om brukerutvalgets arbeid i 2014, jf. styresak 75-2006, vedtakspunkt 2, 4. avsnitt.

Styresak 140-2014 Godkjenning av innkalling og saksliste

- Sak 140-2014 Godkjenning av innkalling og saksliste
- Sak 141-2014 Godkjenning av protokoll fra styremøte
26. november 2014
- Sak 142-2014 Virksomhetsrapport nr. 11-2014
Saksdokumentene var ettersendt/lagt frem ved møtestart.
- Sak 143-2014 Budsjett 2014 – justering av rammer nr. 2 og endring av
resultatkrav
Saksdokumentene var ettersendt.
- Sak 144-2014 Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, PET-senter –
forprosjektrapport, oppfølging av styresak 18-2014
Saksdokumentene var ettersendt.
- Sak 145-2014 Universitetssykehuset Nord-Norge Harstad - salg av eiendommer
- Sak 146-2014 Regionale protonsentre - idéfaserapport
- Sak 147-2014 Miljø- og klimatiltak i spesialisthelsetenesten – statusrapport 2011-
2014 og prosjektbudsjett for 2015
- Sak 148-2014 Risikostyring 2015 i foretaksgruppen - overordnede mål
Saksdokumentene var ettersendt.
- Sak 149-2014 Plan for internrevisjon 2015-2016
- Sak 150-2014 Orienteringssaker
1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
 2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
 3. Psykisk helsevern og rusbehandling - behov og målsettinger for
vekst, oppfølging av styresak 103-2014
Saksdokumentene var ettersendt.
 4. Anskaffelse private spesialiserte rehabiliteringstjenester,
orientering om resultatet av anskaffelsen - oppfølging av
styresak 144-2013
 5. Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø og
Nordlandssykehuset Bodø - etablering av permanent
parkeringshus, vurdering, oppfølging av styresak 60-2013
- Sak 151-2014 Referatsaker
1. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 25. november 2014
ad. valg av styrer i henholdsvis regionale helseforetak og
helseforetak - antall ansattevalgte styremedlemmer
 2. Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper
for 2013
Dokumentet er lagt ut Riksrevisjonens nettside – se her:
[Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper
for 2013](#)

3. Protokoll fra møte i Revisjonsutvalget, den 26. november 2014
4. Revisjonsutvalgets møte- og aktivitetsplan for 2015
5. Protokoll fra møte i arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalg, den 10. desember 2014
*Saken er etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.
Kopi av protokollen var ettersendt.*
6. Brev fra statsråd Bent Høie til Den norske legeforening, Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund av 9. desember 2014 ad. utvidelse av ansattes representasjon i helseforetakenes og de regionale helseforetakenes styrer
*Saken er etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.
Kopi av brevet var lagt frem ved møtestart.*
7. Brev fra styreleder Bjørn Kaldhol til overlege Jan Størmer, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, sendt 15. desember 2014 ad. Bekymringsmelding vedr styresak 133-2014 FIKS-program – realisering av resultatmål og effektmål, inkl. økonomiske konsekvenser av IKT-investeringer, oppfølging av styresak 127-2013, jf. styresak 138-2014/6
*Saken er etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.
Kopi av brevet var lagt frem ved møtestart.*
8. Brev fra overlege Jan Størmer, Universitetssykehuset Nord-Norge HF av 16. desember 2014 ad. tilbakemelding på svar fra styreleder Bjørn Kaldhol, jf. styresak 151-2014/7
*Saken er etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.
Kopi av brevet var lagt frem ved møtestart.*

Sak 152-2014

Eventuelt

Styrets vedtak:

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

**Styresak 141-2014 Godkjenning av protokoll fra styremøte
26. november 2014**

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 26. november 2014 godkjennes.

Styresak 142-2014 Virksomhetsrapport nr. 11-2014

Saksdokumentene var ettersendt/lagt frem ved møtestart.

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

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 11-2014 til orientering.
2. *Styret ber adm. direktør om å følge opp helseforetakene i regionen med hensyn til gjennomføringen av konkrete omstillingstiltak, både på kort og lang sikt.*
3. *Styret ber videre om at det utarbeides en dypanalyse av bærekraftanalysene i helseforetakene som legges frem for styret våren 2015.*

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 11-2014 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å følge opp helseforetakene i regionen med hensyn til gjennomføringen av konkrete omstillingstiltak, både på kort og lang sikt.
3. Styret ber videre om at det utarbeides en dypanalyse av bærekraftanalysene i helseforetakene som legges frem for styret våren 2015.

Styresak 143-2014 Budsjet 2014 – justering av rammer nr. 2 og endring av resultatkrav

Saksdokumentene var ettersendt.

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

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar å redusere basisrammen til helseforetakene som følge av reduserte pensjonskostnader i 2014.
2. Styret vedtar at nye resultatkrav til helseforetakene fastsettes slik at forutsetningene for økonomisk resultatvurdering i helseforetakene ikke endres. Styret fastsetter resultatkravene til helseforetakene som følger:

Finnmarkssykehuset HF	+134 mill. kroner
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	+627 mill. kroner
Nordlandssykehuset HF	+338 mill. kroner
Helgelandssykehuset HF	+118 mill. kroner
Sykehusapotek Nord HF	+11 mill. kroner
Helse Nord IKT	+8,5 mill. kroner
Helse Nord RHF	+366,6 mill. kroner
SUM	+1 603,1 mill. kroner

- De endrede resultatkrav stadfestes i foretaksmøtene med helseforetakene, fortrinnsvis i første ordinære foretaksmøte i februar 2015.
- Styret tar de administrative bevilgningene til orientering, *jf. vedlegg*.
- Inntektsrammen for helseforetakene justeres og fastsettes slik:

Basisramme 2014 (1000 kr)	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Sum basisramme 2014 per desember 2013	1 261 489	291 000	1 408 086	4 406 616	2 674 326	1 178 092	11 219 610
Forskningsmidler	-22 000			20 000	2 000		0
Etablering av nytt nødnett	-2 800		700	700	700	700	0
DRG-nettverk	-100			100			0
FUNNK-e	-1 580		390		820	370	0
Barentssamarbeid	921		-921				0
Blodbestrålingsenhet	-1 530				1 530		0
Tertialets forbedringsarbeid (nyfødt intensiv)	-250			250			0
Kostnad per pasient (KPP)	-1 000		100	400	400	100	0
Samarbeid med regionssykehuset i Arkangelsk	-175			175			0
Etablering av familieambulatorium		-2 000			2 000		0
FIKS prosjektstøtte	-20 000		1 739	12 971	2 757	2 533	0
FIKS oppdatert fordeling			343	-1 465	1 102	20	0
Kvalitetsmidler ubrukt 2013							0
DeVaVi	-450			450			0
Individuell pasientmedvirkning	-2 500			2 500			0
Økt overskudd	-43 000	43 000					0
<i>Kompetanse nyfødt/intensiv</i>	<i>-150</i>				<i>150</i>		<i>0</i>
<i>Pensjon</i>	<i>-49 300</i>		<i>-95 821</i>	<i>-252 763</i>	<i>-161 658</i>	<i>-89 758</i>	<i>-649 300</i>
<i>Fagnettverk</i>	<i>-1 263</i>			<i>749</i>	<i>494</i>	<i>20</i>	<i>0</i>
<i>Satsningsprosjekt helsefaglæringer</i>	<i>-500</i>				<i>500</i>		<i>0</i>
<i>Endring takster PET</i>				<i>2 130</i>			<i>2 130</i>
<i>Tuberkuloseforebyggende arbeid</i>	<i>125</i>						<i>125</i>
<i>Tilbakeføring økt tilskudd innkjøpsfunksjon</i>	<i>3 000</i>		<i>-480</i>	<i>-1 257</i>	<i>-786</i>	<i>-478</i>	<i>0</i>
<i>Helsesøster Svalbard</i>	<i>-250</i>			<i>250</i>			<i>0</i>
<i>Avslutning respiratorprosjekt</i>	<i>-150</i>			<i>150</i>			<i>0</i>
<i>Kvalitetsmidler flyttes 2015</i>		<i>3 680</i>	<i>-500</i>	<i>-2 045</i>	<i>-785</i>	<i>-350</i>	<i>0</i>
<i>Barentssamarbeid prosjektmidler</i>	<i>-200</i>		<i>200</i>				<i>0</i>
<i>Tertialets forbedringsarbeid "Slagalarm"</i>	<i>-250</i>				<i>250</i>		<i>0</i>
<i>Tertialets forbedringsarbeid "Fra sist til først"</i>	<i>-250</i>		<i>250</i>				<i>0</i>
<i>Anskaffelse rehabiliteringstjenster</i>	<i>-280</i>			<i>280</i>			<i>0</i>
<i>Opprydding oppgjør med andre regioner</i>	<i>-2 000</i>		<i>320</i>	<i>838</i>	<i>524</i>	<i>318</i>	<i>0</i>
Justert basisramme 2014	1 115 557	335 680	1 314 406	4 191 029	2 524 324	1 091 568	10 572 565

Øvrig ramme 2014	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Omlagging arbeidsgiveravgift	763			50 794	26 286		77 844
Sykestueprosjekt			8 900				8 900
Kvalitetsregistre	30 500						30 500
Prostatacentre		-		1 550	1 550		3 100
Dropouts		-		2 000			2 000
Tilskudd til turnustjeneste(estimat)	151		757	1 754	1 268	772	4 701
<i>Ø-hjelpsplasser</i>			<i>179</i>	<i>598</i>	<i>351</i>	<i>192</i>	<i>1 320</i>
SUM	31 415	-	9 836	56 695	29 455	964	128 365

Øremerket tilskudd 2014	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
NST				34 828			34 828
Senter for antibiotikaresistens (nasjonal tjeneste)				3 533			3 533
<i>NMK (nasjonal tjeneste) finansiering fra Helse Sør-Øst fra 2014</i>				0			0
Nasjonal komp.tjeneste for barn og unge med fun	2 130						2 130
Nasjonal komp.tjeneste for inkontinens og bekkenbunnsyk.				2 130			2 130
Regionsentere for døvblinde	38 888			6 991			45 880
Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde				2 578			2 578
Ufordelt kompetansesentra		3 122					3 122
Forskning resultatbasert	34 182		2 268	58 483	9 461	906	105 300
<i>Forskningsmidler</i>	<i>(450)</i>					<i>450</i>	<i>-</i>
Regionalt behandlingstilbud ved tvangslidelser hos barn og unge				300			300
Forsøksordning tannhelsetjenester				4 700			4 700
<i>Transporttilbud psykisk syke</i>	<i>-</i>		<i>332</i>	<i>788</i>	<i>556</i>	<i>324</i>	<i>2 000</i>
SUM	74 750	3 122	2 600	114 331	10 017	1 680	206 500

6. Investeringsrammen fastsettes slik:

Investeringsrammer	2014	2015
Sum Finnmarkssykehuset	239 750	441 000
Sum UNN	541 350	520 000
SUM NLSH	816 450	590 100
SUM Helgelandssykehuset	55 650	87 100
SUM HN-IKT	112 800	191 000
Sykehusapotek utstyr og nye lokaler	3 000	23 000
FIKS	83 700	69 300
RHF Felles regionale IKT prosjekt	10 000	0
Pasientens innsyn i egen journal		25 000
Omstillingsmidler/ENØK		0
<i>RHF styrets disp avsatt til kontorfløy NLSH</i>	<i>0</i>	<i>85 000</i>
PET senter		25 000
Datarom UNN P 85		6 000
Kirkenes p 85		
A-fløy p 85		
Pasienthotell p 85		32 000
FIKS P 85		
Sum Helse Nord RHF	10 000	173 000
Sum investeringsplan	1 862 700	2 094 500

7. Adm. direktør gis fullmakt til mindre administrative endringer i helseforetakenes inntektsrammer.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar å redusere basisrammen til helseforetakene som følge av reduserte pensjonskostnader i 2014.
2. Styret vedtar at nye resultatkrav til helseforetakene fastsettes slik at forutsetningene for økonomisk resultatvurdering i helseforetakene ikke endres. Styret fastsetter resultatkravene til helseforetakene som følger:

Finnmarkssykehuset HF	+134 mill. kroner
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	+627 mill. kroner
Nordlandssykehuset HF	+338 mill. kroner
Helgelandssykehuset HF	+118 mill. kroner
Sykehusapotek Nord HF	+11 mill. kroner
Helse Nord IKT	+8,5 mill. kroner
Helse Nord RHF	+366,6 mill. kroner
SUM	+1 603,1 mill. kroner

3. De endrede resultatkrav stadfestes i foretaksmøtene med helseforetakene, fortrinnsvis i første ordinære foretaksmøte i februar 2015.
4. Styret tar de administrative bevilgningene til orientering, jf. vedlegg.

5. Inntektsrammen for helseforetakene justeres og fastsettes slik:

Basisramme 2014 (1000 kr)	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Sum basisramme 2014 per desember 2013	1 261 489	291 000	1 408 086	4 406 616	2 674 326	1 178 092	11 219 610
Forskningsmidler	-22 000			20 000	2 000		0
Etablering av nytt nødnett	-2 800		700	700	700	700	0
DRG-nettverk	-100			100			0
FUNNK-e	-1 580		390		820	370	0
Barentssamarbeid	921		-921				0
Blodbestrålingsenhet	-1 530				1 530		0
Tertialets forbedringsarbeid (nyfødt intensiv)	-250			250			0
Kostnad per pasient (KPP)	-1 000		100	400	400	100	0
Samarbeid med regionssykehuset i Arkangelsk	-175			175			0
Etablering av familieambulatorium		-2 000			2 000		0
FIKS prosjektstøtte	-20 000		1 739	12 971	2 757	2 533	0
FIKS oppdatert fordeling			343	-1 465	1 102	20	0
Kvalitetsmidler ubrukt 2013							0
DeVaVi	-450			450			0
Individuell pasientmedvirkning	-2 500			2 500			0
Økt overskudd	-43 000	43 000					0
<i>Kompetanse nyfødt/intensiv</i>	<i>-150</i>				<i>150</i>		<i>0</i>
<i>Pensjon</i>	<i>-49 300</i>		<i>-95 821</i>	<i>-252 763</i>	<i>-161 658</i>	<i>-89 758</i>	<i>-649 300</i>
<i>Fagnettverk</i>	<i>-1 263</i>			<i>749</i>	<i>494</i>	<i>20</i>	<i>0</i>
<i>Satsningsprosjekt helsefaglæringer</i>	<i>-500</i>				<i>500</i>		<i>0</i>
<i>Endring takster PET</i>				<i>2 130</i>			<i>2 130</i>
<i>Tuberkuloseforebyggende arbeid</i>	<i>125</i>						<i>125</i>
<i>Tilbakeføring økt tilskudd innkjøpsfunksjon</i>	<i>3 000</i>		<i>-480</i>	<i>-1 257</i>	<i>-786</i>	<i>-478</i>	<i>0</i>
<i>Helsesøster Svalbard</i>	<i>-250</i>			<i>250</i>			<i>0</i>
<i>Avslutning respiratorprosjekt</i>	<i>-150</i>			<i>150</i>			<i>0</i>
<i>Kvalitetsmidler flyttes 2015</i>		<i>3 680</i>	<i>-500</i>	<i>-2 045</i>	<i>-785</i>	<i>-350</i>	<i>0</i>
<i>Barentssamarbeid prosjektmidler</i>	<i>-200</i>		<i>200</i>				<i>0</i>
<i>Tertialets forbedringsarbeid "Slagalarm"</i>	<i>-250</i>				<i>250</i>		<i>0</i>
<i>Tertialets forbedringsarbeid "Fra sist til først"</i>	<i>-250</i>		<i>250</i>				<i>0</i>
<i>Anskaffelse rehabiliteringstjenster</i>	<i>-280</i>			<i>280</i>			<i>0</i>
<i>Opprydding oppgjør med andre regioner</i>	<i>-2 000</i>		<i>320</i>	<i>838</i>	<i>524</i>	<i>318</i>	<i>0</i>
Justert basisramme 2014	1 115 557	335 680	1 314 406	4 191 029	2 524 324	1 091 568	10 572 565

Øvrig ramme 2014	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Omlegging arbeidsgiveravgift	763			50 794	26 286		77 844
Sykestueprosjekt			8 900				8 900
Kvalitetsregistre	30 500						30 500
Prostataentre		-		1 550	1 550		3 100
Dropouts		-		2 000			2 000
Tilskudd til turnustjeneste(estimat)	151		757	1 754	1 268	772	4 701
<i>Ø-hjelpsplasser</i>			<i>179</i>	<i>598</i>	<i>351</i>	<i>192</i>	<i>1 320</i>
SUM	31 415	-	9 836	56 695	29 455	964	128 365

Øremerket tilskudd 2014	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
NST				34 828			34 828
Senter for antibiotikaresistens (nasjonal tjeneste)				3 533			3 533
NMK (nasjonal tjeneste) finansiering fra Helse Sør-Øst fra 2014				0			0
Nasjonal komp.tjeneste for barn og unge med fun	2 130						2 130
Nasjonal komp.tjeneste for inkontinens og bekkenbunnsyk.				2 130			2 130
Regionsentere for døvblinde	38 888			6 991			45 880
Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde				2 578			2 578
Ufordelt kompetansesentra		3 122					3 122
Forskning resultatbasert	34 182		2 268	58 483	9 461	906	105 300
<i>Forskningsmidler</i>	<i>(450)</i>					<i>450</i>	<i>-</i>
Regionalt behandlingstilbud ved tvangslidelser hos barn og unge				300			300
Forsøksordning tannhelsetjenester				4 700			4 700
<i>Transporttilbud psykisk syke</i>	<i>-</i>		<i>332</i>	<i>788</i>	<i>556</i>	<i>324</i>	<i>2 000</i>
SUM	74 750	3 122	2 600	114 331	10 017	1 680	206 500

6. Investeringsrammen fastsettes slik:

Investeringsrammer	2014	2015
Sum Finnmarkssykehuset	239 750	441 000
Sum UNN	541 350	520 000
SUM NLSH	816 450	590 100
SUM Helgelandssykehuset	55 650	87 100
SUM HN-IKT	112 800	191 000
Sykehusapotek utstyr og nye lokaler	3 000	23 000
FIKS	83 700	69 300
RHF Felles regionale IKT prosjekt	10 000	0
Pasientens innsyn i egen journal		25 000
Omstillingsmidler/ENØK		0
<i>RHF styrets disp avsatt til kontorfløy NLSH</i>	<i>0</i>	<i>85 000</i>
PET senter		25 000
Datarom UNN P 85		6 000
Kirkenes p 85		
A-fløy p 85		
Pasienthotell p 85		32 000
FIKS P 85		
Sum Helse Nord RHF	10 000	173 000
Sum investeringsplan	1 862 700	2 094 500

7. Adm. direktør gis fullmakt til mindre administrative endringer i helseforetakenes inntektsrammer.

**Styresak 144-2014 Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø,
PET-senter – forprosjektrapport, oppfølging
av styresak 18-2014**

Saksdokumentene var ettersendt.

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

1. ***Styret i Helse Nord RHF anser det som nødvendig at det etableres et PET-senter i regionen for å sikre befolkningen et likeverdig tilbud.***
2. Styret ~~i Helse Nord RHF~~ godkjenner at forprosjektrapporten *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø PET-senter* med en arealramme på 4.212 m² legges til grunn for den videre utredningen av prosjektet.
3. Kostnadsrammen fastsettes til 536,3 mill. kroner (p85 inkl. prisstigning og byggelånsrenter). Styringsmålet for prosjektet settes til 493,1 mill. kroner (p50-2017), og rammen for dette legges til Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Rammen innebærer at prosjektet planlegges for oppstart med to scannere.
4. Styret godkjenner at det søkes om inntil 70 % lånefinansiering i Helse- og omsorgsdepartementet til realisering av prosjektet.
5. Styret ber adm. direktør påse at driftskostnadene for PET-senteret planlegges til et nøkternt nivå, og at det innen 30. mai 2015 er foretatt analyser av de økonomiske konsekvenser for regionen i sum og for det enkelte helseforetak.
6. Styret ber adm. direktør om å få saken til endelig behandling, når ekstern kvalitetssikring og detaljprosjektering er gjennomført.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF anser det som nødvendig at det etableres et PET-senter i regionen for å sikre befolkningen et likeverdig tilbud.
2. Styret godkjenner at forprosjektrapporten *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø PET-senter* med en arealramme på 4.212 m² legges til grunn for den videre utredningen av prosjektet.
3. Kostnadsrammen fastsettes til 536,3 mill. kroner (p85 inkl. prisstigning og byggelånsrenter). Styringsmålet for prosjektet settes til 493,1 mill. kroner (p50-2017), og rammen for dette legges til Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Rammen innebærer at prosjektet planlegges for oppstart med to scannere.

4. Styret godkjenner at det søkes om inntil 70 % lånefinansiering i Helse- og omsorgsdepartementet til realisering av prosjektet.
5. Styret ber adm. direktør påse at driftskostnadene for PET-senteret planlegges til et nøkternt nivå, og at det innen 30. mai 2015 er foretatt analyser av de økonomiske konsekvenser for regionen i sum og for det enkelte helseforetak.
6. Styret ber adm. direktør om å få saken til endelig behandling, når ekstern kvalitetssikring og detaljprosjektering er gjennomført.

Styresak 145-2014 Universitetssykehuset Nord-Norge Harstad - salg av eiendommer

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner salget av eiendommene i Harstad fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF i tråd med saksfremlegget.
2. Styret forutsetter at det foreligger en godkjent reguleringsplan fra Harstad kommune, før salg eventuelt gjennomføres.
3. Ved eventuelt salg skal disponering av frigjorte ressurser foretas i samsvar med vedtak i *styresak 111-2005 Prinsipper for investering, finansiering og kapitalforvaltning i Helse Nord*.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner salget av eiendommene i Harstad fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF i tråd med saksfremlegget.
2. Styret forutsetter at det foreligger en godkjent reguleringsplan fra Harstad kommune, før salg eventuelt gjennomføres.
3. Ved eventuelt salg skal disponering av frigjorte ressurser foretas i samsvar med vedtak i *styresak 111-2005 Prinsipper for investering, finansiering og kapitalforvaltning i Helse Nord*.

Styresak 146-2014 Regionale protonsentre - idéfaserapport

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF sluttar seg til idéfaserapporten for regionale sentre for protonterapi og legg til grunn at rapporten gir eit godt grunnlag for å vidareføre arbeidet til konseptfase.
2. Styret anbefaler at det i konseptfasen blir etablert eit prosjekt pr. region, samtidig som det nasjonale prosjektarbeidet blir vidareført for å handtere nødvendig faglig samordning.
3. Den enkelte helseregion fastsetter sjølv tidspunkt for oppstart av regional konseptfase.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF sluttar seg til idéfaserapporten for regionale sentre for protonterapi og legg til grunn at rapporten gir eit godt grunnlag for å vidareføre arbeidet til konseptfase.
2. Styret anbefaler at det i konseptfasen blir etablert eit prosjekt pr. region, samtidig som det nasjonale prosjektarbeidet blir vidareført for å handtere nødvendig faglig samordning.
3. Den enkelte helseregion fastsetter sjølv tidspunkt for oppstart av regional konseptfase.

Styresak 147-2014 Miljø- og klimatiltak i spesialisthelsetenesten – statusrapport 2011-2014 og prosjektbudsjett for 2015

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tek utgreiinga om arbeidet i samarbeidsprosjektet til orientering og sluttar seg til tilrådingane som er gitt i statusrapporten for det vidare arbeidet med miljø- og klimautfordringane i sektoren.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tek utgreiinga om arbeidet i samarbeidsprosjektet til orientering og sluttar seg til tilrådingane som er gitt i statusrapporten for det vidare arbeidet med miljø- og klimautfordringane i sektoren.

**Styresak 148-2014 Risikostyring 2015 i foretaksgruppen -
overordnete mål**

Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om de overordnede målene som legges til grunn for risikostyringen i Helse Nord i 2015, til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å iverksette nødvendige tiltak for å nå målene som er satt for risikostyringen i Helse Nord i 2015.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om de overordnede målene som legges til grunn for risikostyringen i Helse Nord i 2015, til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å iverksette nødvendige tiltak for å nå målene som er satt for risikostyringen i Helse Nord i 2015.

Styresak 149-2014 Plan for internrevisjon 2015-2016

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Plan for internrevisjon 2015-2016 vedtas som fremlagt.
2. Revisjonsutvalget kan vedta endringer/justeringer i planen.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Plan for internrevisjon 2015-2016 vedtas som fremlagt.
2. Revisjonsutvalget kan vedta endringer/justeringer i planen.

Styresak 150-2014 Orienteringssaker

Det ble gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
 - *Neste styremøte i Helse Nord RHF, den 4. februar 2015*
 - o Informasjon om planlagt program og praktiske detaljer.
 - *Foretaksmøte i Helse Nord RHF, den 7. januar 2015*
 - o Informasjon om foreløpig program.
 - o Styret møtes dagen før til styrets egnevaluering.
 - o Individuell påmelding til arrangementet.
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
 - *Stortingsmelding 11 (2014-2015) Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*
 - o Informasjon om stortingsmeldingen generelt og enkelte punkter spesielt.
 - o Helse Nord har en positiv utvikling i kvalitetsindikatorer.
 - o Nedgang i antall fristbrudd er særskilt kommentert.
 - *Bilambulansetjenesten i Helse Nord, sak om kvalitet og responstid*
 - o Det ble vist til styresak 137-2014/8: Styret ønsket at sak om evaluering av bilambulansetjenesten gjøres om til en sak om kvalitet og responstid i bilambulansetjenesten.
 - o Informasjon om orienteringssak som fremmes i februar 2015 ad. responstid.
 - *DIPS Arena - videre utviklingsarbeid:*
 - o Informasjon om forsinkede leveranser og videre utviklingsarbeid.
 - *Helseforetakenes arbeidsmiljøkonferanse, den 27. november 2014 på Gardermoen: Informasjon*
 - *Nasjonal samhandlingskonferanse, den 1. desember 2014 på Geilo: Informasjon*
 - *Seminar med Legemiddelindustriens medlemsbedrifter - nasjonalt beslutningssystem, den 4. desember 2014 i Oslo: Informasjon*
 - *TV2-reportasjer om anskaffelse av EPJ-systemer 2003/2009: Informasjon om møter og intervju*
 - *Disputas Ane Kokkvoll, den 11. desember 2014 i Hammerfest: Tema Managing childhood obesity, the Finnmark Activity School*
 - *Kontraktsoverlevering fra Evry, den 16. desember 2014 i Bodø: Informasjon*
 - *Seniorpolitikk i foretaksgruppen*
 - o Det ble vist til styresak 34-2014 Seniorpolitikk i Helse Nord – forslag, oppfølging av styresak 40-2012.
 - o Det er reist spørsmål omkring håndtering av seniordager.
 - o Informasjon om saken.
 - *Forbruk av månedsverk i foretaksgruppen, orientering - oppfølging av styresak 115-2014*
 - o Det ble vist til styresak 115-2014, vedtakets punkt 2: Styret ber adm. direktør om å følge opp forbruk av månedsverk i foretaksgruppen og gi en orientering om dette i et senere styremøte.
 - o Informasjon om forbruk av månedsverk.
 - o Notatet som adm. direktør refererte til, sendes til styret i Helse Nord RHF.

- *Alvorlige hendelser:*

- Sak nr. 1: Intensivavdeling ved helseforetak - dødsfall av eldre pasient
 - Det ble vist til *styresak 137-2014/2 Orienteringssaker*, informasjon fra adm. direktør til styret, siste strekpunkt, sak nr. 3.
 - Tilbakemelding fra Helsetilsynet i Troms av 26. november 2014: Det er ikke nødvendig med stedlig tilsyn, men saken ansees som alvorlig og overføres derfor til Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging.
- Sak nr. 2: Pasient under behandling ved voksenpsykiatrisk poliklinikk ble meldt savnet og er sannsynlig omkommet..
 - Det ble vist til *styresak 137-2014/2 Orienteringssaker*, informasjon fra adm. direktør til styret, siste strekpunkt, sak nr. 1.
 - Tilbakemelding fra Helsetilsynet i Troms av 8. desember 2014: Det er ikke nødvendig med stedlig tilsyn, men saken ansees som alvorlig og overføres derfor til Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging.

Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13 jf Fvl. § 13, 1 ledd nr. 1.

3. Psykisk helsevern og rusbehandling - behov og målsettinger for vekst, oppfølging av styresak 103-2014
Saksdokumentene var ettersendt.
4. Anskaffelse private spesialiserte rehabiliteringstjenester, orientering om resultatet av anskaffelsen - oppfølging av styresak 144-2013
5. Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø - etablering av permanent parkeringshus, vurdering, oppfølging av styresak 60-2013

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 151-2014 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 25. november 2014 ad. valg av styrer i henholdsvis regionale helseforetak og helseforetak - antall ansattevalgte styremedlemmer
2. Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013
Dokumentet er lagt ut Riksrevisjonens nettside – se her:
[*Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013*](#)
3. Protokoll fra møte i Revisjonsutvalget, den 26. november 2014
4. Revisjonsutvalgets møte- og aktivitetsplan for 2015
5. Protokoll fra møte i arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalg, den 10. desember 2014
*Saken var etteranmeldt og kom i tillegg til tidligere utsendt saksliste.
Kopi av protokollen var ettersendt.*

6. Brev fra statsråd Bent Høie til Den norske legeforening, Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund av 9. desember 2014 ad. utvidelse av ansattes representasjon i helseforetakenes og de regionale helseforetakenes styrer
*Saken er etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.
Kopi av brevet var lagt frem ved møtestart.*
7. Brev fra styreleder Bjørn Kaldhol til overlege Jan Størmer, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, sendt 15. desember 2014 ad. Bekymringsmelding vedr styresak 133-2014 FIKS-program – realisering av resultatmål og effektmål, inkl. økonomiske konsekvenser av IKT-investeringer, oppfølging av styresak 127-2013, jf. styresak 138-2014/6
*Saken var etteranmeldt og kom i tillegg til tidligere utsendt saksliste.
Kopi av brevet var lagt frem ved møtestart.*
8. Brev fra overlege Jan Størmer, Universitetssykehuset Nord-Norge HF av 16. desember 2014 ad. tilbakemelding på svar fra styreleder Bjørn Kaldhol, jf. styresak 151-2014/7
*Saken var etteranmeldt og kom i tillegg til tidligere utsendt saksliste.
Kopi av brevet var lagt frem ved møtestart.*

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 152-2014 Eventuelt
Ingen saker ble fremmet.

Bodø, den 17. desember 2014

*godkjent av Bjørn Kaldhol,
i etterkant av styremøtet,
den 17DES2014 – kl. 13.45*

Bjørn Kaldhol

Presseprotokoll

Vår ref.:
2014/711-7/012

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

Sted/Dato:
Bodø, 4.2.2015

Møtetype:	Styremøte i Helse Nord RHF
Møtedato:	4. februar 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 B. Sandnes	styremedlem
Line Miriam Sandberg	styremedlem
Sissel Alterskjær	styremedlem
Svenn Are Jenssen	styremedlem
Mildrid Pedersen	observatør fra Regionalt brukerutvalg

Forfall

Navn:	
Kari Jørgensen	styremedlem

Fra administrasjonen

Navn:	
Lars Vorland	adm. direktør
Karin Paulke	stabsdirektør
Kristian I. Fanghol	kommunikasjonsdirektør
Geir Tollåli	fagdirektør
Hilde Rolandsen	direktør for eieravdelingen
Hege Knoph Antonsen	internrevisor
Ingvild Fjellberg	rådgiver

I forkant av styremøtet fikk styret i Helse Nord RHF en omvisning på Nordlandssykehuset Bodø - K-fløyen.

Styresak 1-2015 Godkjenning av innkalling og saksliste

- Sak 1-2015 Godkjenning av innkalling og saksliste
- Sak 2-2015 Godkjenning av protokoll fra styremøte 17. desember 2014
- Sak 3-2015 Budsjett 2015 – konsolidert
- Sak 4-2015 Oppdragsdokument 2015 til helseforetakene
- Sak 5-2015 Orienteringssaker
1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundtlig*
 2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundtlig*
 - Resultat 2014 – foreløpige regnskapstall
- Sak 6-2015 Referatsaker
1. e-post fra psykologspesialist Børge Mathiassen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF av 18. november 2014 med vedlagt brev ad. Status psykisk helsevern for barn og unge i Helse Nord RHF
 2. Brev fra tillitsvalgte ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (mottatt 19. desember 2014) ad. nedprioritering av psykisk helsevern og rus ved UNN
 3. Brev fra Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad AS av 23. desember 2014 ad. anbudsrunde for kjøp av private rehabiliteringstjenester for 2015
 4. Brev fra Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon av 5. januar 2015 ad. psykisk helse og rusbehandling i Helse Nord RHF
 5. Brev fra foreningen barn av rusmisbrukere av 5. januar 2015 ad. psykisk helse og rusbehandling i Helse Nord RHF
 6. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg, den 21. januar 2015
 7. Brev fra Mental Helse Nordland, Troms og Finnmark av 4. januar 2015 ad. psykisk helse og rusbehandling i Helse Nord RHF
Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.
 8. Brev fra LPP Nordland, Harstad og Tromsø av 4. januar 2015 ad. psykisk helse og rusbehandling i Helse Nord RHF
Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.
 9. Brev av 2. februar 2015 til psykologspesialist Børge Mathiassen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF med tilbakemelding på hans brev av 18. november 2014 ad. Status psykisk helsevern for barn og unge i Helse Nord RHF, jf. styresak 6-2015/1
Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.
 10. Brev av 2. februar 2015 til Barn av rusmisbrukere ad. kommentarer på brev til Helse- og omsorgsminister Bent Høie fra Barn av rusmisbrukere– *Psykisk helse og rusbehandling i Helse Nord RHF*
Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.
 11. Brev av 2. februar 2015 til LPP ad. Svar på deres brev til helse- og omsorgsminister Bent Høie fra om *Psykisk helse og rusbehandling i Helse Nord*
Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.

12. Brev av 2. februar 2015 til Mental Helse Nordland, Troms og Finnmark ad. Kommentarer på brev til Helse- og omsorgsminister Bent Høie fra Mental Helse Nordland, Troms og Finnmark – *Psykisk helse og rusbehandling i Helse Nord RHF*
Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.
13. Brev av 2. februar 2015 til RIO/Marborg ad. Kommentarer på brev til Helse- og omsorgsminister Bent Høie fra RIO/Marborg – *Psykisk helse og rusbehandling i Helse Nord RHF*
Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.

Sak 7-2015

Eventuelt

A. Prosjekt ad. oppgaveglidning mellom radiografer og radiologer

Styrets vedtak:

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

Styresak 2-2015 Godkjenning av protokoll fra styremøte 17. desember 2014

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 17. desember 2014 godkjennes.

Styresak 3-2015 Budsjett 2015 – konsolidert

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Resultatkravet til Nordlandssykehuset HF reduseres med 80 mill. kroner. Resultatkrav for 2015 i foretaksgruppen vedtas som følger:

Helse Nord RHF	+ 365 mill. kroner
Finnmarkssykehuset HF	+25 mill. kroner
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	+40 mill. kroner
Nordlandssykehuset HF	Underskudd inntil -75 millioner
Helgelandssykehuset HF	+15 mill. kroner
Sykehusapotek Nord HF	0
Helse Nord IKT	0
Sum	+ 370 mill. kroner

2. Investeringsrammen til Universitetssykehuset Nord-Norge HF økes med 16,3 mill. kroner til renovering av Åsgård.
3. Styret i Helse Nord RHF godkjenner konsolidert budsjett 2015.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Resultatkravet til Nordlandssykehuset HF reduseres med 80 mill. kroner.
Resultatkrav for 2015 i foretaksgruppen vedtas som følger:

Helse Nord RHF	+ 365 mill. kroner
Finnmarkssykehuset HF	+25 mill. kroner
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	+40 mill. kroner
Nordlandssykehuset HF	Underskudd inntil -75 millioner
Helgelandssykehuset HF	+15 mill. kroner
Sykehusapotek Nord HF	0
Helse Nord IKT	0
Sum	+ 370 mill. kroner

2. Investeringsrammen til Universitetssykehuset Nord-Norge HF økes med 16,3 mill. kroner til renovering av Åsgård.
3. Styret i Helse Nord RHF godkjenner konsolidert budsjett 2015.

Styresak 4-2015 Oppdragsdokument 2015 til helseforetakene

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar oppdragsdokument 2015 til helseforetakene.
2. Oppdragsdokument 2015 fremmes for behandling i foretaksmøte med det enkelte helseforetak.
3. På vegne av styret i Helse Nord RHF gis adm. direktør ansvar for å følge opp helseforetakenes gjennomføring av kravene i oppdragsdokument 2015.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar oppdragsdokument 2015 til helseforetakene.
2. Oppdragsdokument 2015 fremmes for behandling i foretaksmøte med det enkelte helseforetak.
3. På vegne av styret i Helse Nord RHF gis adm. direktør ansvar for å følge opp helseforetakenes gjennomføring av kravene i oppdragsdokument 2015.

Styresak 5-2015 Orienteringssaker

Det ble gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
 - *Åpning av nasjonalt helseatlas og besøk av statsråd Bent Høie på Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, den 13. januar 2015:*
 - o Informasjon om besøket og helseatlas
 - *Møte med Nord-Norgebenken på Stortinget i Oslo, den 19. februar 2015*
 - o Informasjon
 - *Styremøte i Helse Nord RHF i Tromsø, den 26. februar 2015*
 - o Informasjon om foreløpig program og praktiske opplysninger
 2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
 - *Resultat 2014 – foreløpige regnskapstall*
 - o Informasjon om status i helseforetakene og foretaksgruppen totalt
 - *Styresak 6-2015/3 Referatsaker ad. Brev fra Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad AS av 23. desember 2014 ad. anbudsrunde for kjøp av private rehabiliteringstjenester for 2015*
 - o Informasjon om svarbrev til RNNK av 8. januar 2015.
 - *Styresak 91-2014 Anskaffelse av pasientreiser landeveistransport 2015 - strategidokument:*
 - o Informasjon om ny utlysning av anbud for to områder i opptaksområde til Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
 - *Jubileumskonferanse for Regionalt senter for sykkelig overvekt, den 14. januar 2015 i Bodø: Informasjon om konferansen (åpning ved adm. direktør Vorland).*
 - *Møte med regionveisjef Naimak, den 15. januar 2015 i Bodø: Informasjon*
 - *Høringskonferanse om Fremtidens Helgelandssykehus, den 20. januar 2015 i Brønnøysund: Informasjon*
 - *Leder for en dag - besøk av Thomas Simonsen fra Hadsel, den 22. januar 2015: Informasjon om Ungt entreprenørskap og tiltak Leder for en dag.*
 - *Møte mellom Helse Nord RHF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Nordreisa Kommune, den 26. januar 2015 i Tromsø ad. Sonjatun sykestue: Informasjon om møtet.*
 - *Seminar med utstyrsleverandørene om metodevurdering, den 29. januar 2015: Informasjon*
 - *Alvorlige hendelser i foretaksgruppen:*
 - o Sak nr. 1: Pasient ved psykisk helse- og rusklinikk - dødsfall
 - o Sak nr. 2: Alvorlig hendelse i forbindelse med en fødsel
 - o Sak nr. 3: Pasient i påvente av spesialistkonsultasjon - dødsfall
 - o Sak nr. 4: Pasient ved psykisk helse- og rusklinikk - dødsfall
- Alle sakene er meldt til Statens Helsetilsyn i henhold til § 3.3 om alvorlig hendelse. Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13 jf Fvl. § 13, 1 ledd nr. 1.

- o *Styresak 3-2015 Budsjett 2015 – konsolidert:*
 - I tilknytning til styresak 3-2015 orienterte adm. direktør om den økonomiske situasjonen i Nordlandssykehuset HF og ga uttrykk for uro for gjennomføringen av omstillingstiltakene i henhold til planen.
Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. helseforetaksloven § 26a, punkt 4.

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 6-2015 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. e-post fra psykologspesialist Børge Mathiassen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF av 18. november 2014 med vedlagt brev ad. Status psykisk helsevern for barn og unge i Helse Nord RHF
2. Brev fra tillitsvalgte ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (mottatt 19. desember 2014) ad. nedprioritering av psykisk helsevern og rus ved UNN
3. Brev fra Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad AS av 23. desember 2014 ad. anbudsrunde for kjøp av private rehabiliteringstjenester for 2015
4. Brev fra Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon av 5. januar 2015 ad. psykisk helse og rusbehandling i Helse Nord RHF
5. Brev fra foreningen barn av rusmisbrukere av 5. januar 2015 ad. psykisk helse og rusbehandling i Helse Nord RHF
6. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg, den 21. januar 2015
7. Brev fra Mental Helse Nordland, Troms og Finnmark av 4. januar 2015 ad. psykisk helse og rusbehandling i Helse Nord RHF
Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.
8. Brev fra LPP Nordland, Harstad og Tromsø av 4. januar 2015 ad. psykisk helse og rusbehandling i Helse Nord RHF
Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.
9. Brev av 2. februar 2015 til psykologspesialist Børge Mathiassen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF med tilbakemelding på hans brev av 18. november 2014 ad. Status psykisk helsevern for barn og unge i Helse Nord RHF, jf. styresak 6-2015/1
Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.
10. Brev av 2. februar 2015 til Barn av rusmisbrukere ad. kommentarer på brev til Helse- og omsorgsminister Bent Høie fra Barn av rusmisbrukere– *Psykisk helse og rusbehandling i Helse Nord RHF*
Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.
11. Brev av 2. februar 2015 til LPP ad. Svar på deres brev til helse- og omsorgsminister Bent Høie fra om *Psykisk helse og rusbehandling i Helse Nord*
Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.

12. Brev av 2. februar 2015 til Mental Helse Nordland, Troms og Finnmark ad.
Kommentarer på brev til Helse- og omsorgsminister Bent Høie fra Mental Helse Nordland, Troms og Finnmark – *Psykisk helse og rusbehandling i Helse Nord RHF*
Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.
13. Brev av 2. februar 2015 til RIO/Marborg ad. Kommentarer på brev til Helse- og omsorgsminister Bent Høie fra RIO/Marborg – *Psykisk helse og rusbehandling i Helse Nord RHF*
Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 7-2015 Eventuelt

A. Prosjekt ad. oppgaveglidning mellom radiografer og radiologer
Styremedlem Line Miriam Sandberg stilte spørsmål om prosjekt ad. oppgaveglidning mellom radiografer og radiologer.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om tilbakemelding i denne saken i neste styremøte.

Bodø, den 4. februar 2015

*godkjent av Bjørn Kaldhol,
i etterkant av styremøtet,
den 04FEB2015 – kl. 11.45*

Bjørn Kaldhol

Protokoll

Vår ref.:
2015/715-2/012

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

Sted/Dato:
Bodø, 4.2.2015

Møtetype:	Foretaksmøte
Møtedato:	4. februar 2015 - kl. 14.15
Møtested:	Helse Nord RHF's lokaler, Bodø

Tilstede - fra Helse Nord RHF:

Navn:	
Bjørn Kaldhol	styreleder
Sissel Alterskjær	styremedlem
Lars Vorland	adm. direktør
Karin Paulke	stabsdirektør

Tilstede - fra Nordlandssykehuset HF:

Navn:	
Svein Blix	styreleder
Erik Arne Hansen	styremedlem
Paul Martin Strand	adm. direktør

Tilstede - fra revisjonsselskapet KPMG:

Navn:	
Ingar Andreassen	stat. aut. revisor

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med helseforetaksloven § 45.

Sak 1-2015 Godkjenning av innkalling

Styreleder i Helse Nord RHF, Bjørn Kaldhol, med fullmakt til å utøve eiermyndighet på vegne av Helse Nord RHF ønsket velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Han ga ordet til styreleder i Nordlandssykehuset HF, Svein Blix. Foretaksmøtet ledes av styreleder i Nordlandssykehuset HF, Svein Blix.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2-2015 Godkjenning av sakliste

Møtelederen spurte om noen hadde merknader til den utsendte sakslisten. Det var ingen merknader til sakslisten.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Sakslisten godkjennes.

Sak 3-2015 Valg av representant til å underskrive protokollen sammen med møteleder

Lars Vorland ble foreslått til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Lars Vorland ble valgt til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Sak 4-2015 Oppdragsdokument 2015 Nordlandssykehuset HF

Det vises til saksfremlegget. Styreleder Bjørn Kaldhol redegjorde for saken.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

1. Foretaksmøtet vedtar vedlagte dokument som oppdragsdokument 2015 for Nordlandssykehuset HF.
2. På vegne av styret i Helse Nord RHF har adm. direktør i Helse Nord RHF ansvar for å følge opp helseforetakets gjennomføring av kravene som er stilt i oppdragsdokumentet 2015.

Sak 5-2015 Endring av resultatkrav 2014 - Nordlandssykehuset HF

Det vises til saksfremlegget. Styreleder Bjørn Kaldhol redegjorde for saken.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Nytt resultatkrav 2014 for Nordlandssykehuset HF settes til +338 mill. kroner.

Bodø, den 4. februar 2015



.....
Svein Blix, styreleder
Nordlandssykehuset HF



.....
Lars Vorland, adm. direktør
Helse Nord RHF



Fylkesmennene i Finnmark, Troms og Nordland

Foreløpig rapport fra tilsyn med spesialisthelsetjenestens håndtering av henvisninger og viderehenvisninger av pasienter med kreft fram til start av nødvendig helsehjelp

ved

- **Finnmarkssykehuset HF, Hammerfest og Kirkenes**
 - **UNN HF, Tromsø, Narvik og Harstad**
 - **Nordlandssykehuset HF, Bodø**
 - **Helgelandssykehuset HF, Mo i Rana**

1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter tilsyn ved Finnmarkssykehuset HF, Hammerfest og Kirkenes, UNN HF, Tromsø, Narvik og Harstad, Nordlandssykehuset HF, Bodø og Helgelandssykehuset HF, Mo i Rana. Tilsyn er gjennomført i gynekologiske og kirurgiske avdelinger i perioden 6.10.2014 – endelig rapport.

Fylkesmannen i fylket er gitt myndighet til å føre tilsyn med helsetjenesten etter Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 2. Tilsynet inngår som en del av den planlagte tilsynsvirksomheten til Fylkesmennene i Finnmark, Troms og Nordland.

Formålet med dette tilsynet har vært å undersøke om foretakene følger regelverket når det gjelder ansiennitetsdato og rettighetsstatus ved viderehenvisninger/mottak av viderehenvisninger for samme pasientforløp/tilstand.

Tilsynet skjer på bakgrunn av det landsomfattende tilsynet med håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft som fylkesmennene i Finnmark, Troms og Nordland gjennomførte i 2012. Foretakene som ble tilsett i 2012 var Helse Finnmark HF (nå Finnmarkssykehuset HF), Hammerfest, UNN HF, Tromsø og Harstad, Nordlandssykehuset HF, Bodø og Helgelandssykehuset HF, Sandnessjøen.

For pasienter med mistanke om kreft eller andre alvorlige sykdommer kan svikt i håndtering og vurdering av henvisninger og viderehenvisninger få alvorlige følger for den enkelte. Håndtering av henvisninger og en forsvarlig utrednings- og behandlingslogistikk, krever at foretakene har sikre og effektive pasientadministrative systemer.

I følge samlerapporten fra det landsomfattende tilsynet, *Rapport fra Helsetilsynet 4/2013*, avdekket det landsomfattende tilsynet i 2012 svikt i spesialisthelsetjenestenes håndtering av henvisninger fra fastlegene og internhenvisninger mellom sykehusavdelinger og viderehenvisninger mellom foretak.

Her er et utdrag fra rapporten:

- Tilsynet har vist at flere foretak ikke har håndtert henvisninger i samsvar med regelverket.
- Foretak sikrer ikke at ansiennitetsdato og rettighetsstatus formidles ved viderehenvisning og foretak sikrer ikke at disse opplysningene innhentes ved mottak av henvisninger.
- Manglende formidling og innhenting av ansiennitetsdato innebærer brudd på ventelisteforskriften.
- Ved mottak av viderehenvisninger gjennomfører også flere foretak nye rettighetsvurderinger for pasienter som allerede er vurdert som rettighetspasienter.
- Pasientens rettighetsstatus innhentes ikke, og det gis nye juridiske frister for samme pasientforløp/tilstand.
- Manglende sikring av informasjon om ansiennitetsdato og rettighetsstatus skjer både ved interne henvisninger mellom avdelinger/enheter i samme helseforetak og ved viderehenvisninger mellom to foretak.

I vår region ble det påpekt avvik fra regelverket ved alle foretakene unntatt UNN HF, Harstad. Foretakene rettet opp avvikene og det aktuelle tilsynet ble avsluttet i våren 2013.

Helse Nord utarbeidet i etterkant av tilsynet, to regionale prosedyrer, PR 23898 og PR 25586, som skulle sikre at viderehenvisninger ble håndtert i henhold til regelverket.

I 2013 gjennomførte Helse Nord en internrevisjon med tema henvisninger og ventelister. I følge Internrevisjonsrapport 06/2013 av 09.10.13 framkommer følgende:

Internrevisjonens tester har vist at foretakene ikke registrer henvisninger fra andre helseforetak på en slik måte at ansiennitetsdato, rettighetsvurdering og evt. dato for oppstart av behandling videreføres fra henvisende foretak.

2. Beskrivelse av virksomheten

Foretaksgruppen Helse Nord består av et regionalt helseforetak (RHF) og fem helseforetak (HF); Finnmarkssykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), Nordlandssykehuset HF, Helgelandssykehuset HF og Sykehusapotek Nord HF. Helse Nord ledes av et styre.

Hvert av foretakene har egne styrer og ledes av en adm. direktør.

Helse Nord's regionale prosedyrer for mottak av henvisninger fra annet sykehus, PR 25586 og sending av henvisninger til annet sykehus, PR 23898 ble godkjent og distribuert i DocMap 17.06.13.

Alle helseforetakene i Helse Nord benytter journalsystemet DIPS, men det foreligger ikke et virksomhetsovergrepene journalsystem hvor det kan innhentes informasjon om pasienter mellom helseforetakene. Unntaket er ved UNN HF der DIPS er virksomhetsovergrepene mellom foretakene i Tromsø, Narvik og Harstad. Dette innebærer at dersom ansiennitetsdato og rettighetsvurdering ikke er oppgitt i viderehenvisninger til UNN HF, Tromsø fra sykehus i

Nordland og Finnmark, må dette etterspørres. Ved viderehenvisninger til UNN HF, Tromsø fra Harstad og Narvik sykehus er opplysninger om ansiennitetsdato og rettighetsvurdering tilgjengelig i DIPS.

3. Gjennomføring

Revisjonsvarsel ble utsendt 06.10.14. Oversikt over dokumenter virksomheten har oversendt i forbindelse med tilsynet er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Tilsynet er blitt gjennomført som et stikkprøvetilsyn hvor et utvalg pasientjournaler fra gynekologiske og kirurgiske avdelinger er blitt gransket.

Vi har mottatt opplysninger fra pasientadministrativ system (PAS) og elektronisk pasientjournal (EPJ) for 120 pasienter, herunder primærhenvisning med mottaksdato, rettighetsvurdering og viderehenvisning. Av den tilsendte journaldokumentasjon for de 120 pasientene var 52 aktuelle for dette tilsynet. Årsak til dette var at noen pasienter ikke var blitt viderehenvist til UNN HF, Tromsø, noen pasienter var innlagt som øyeblikkelig hjelp og noen pasientforløp var for gamle.

Journalgjennomgangen foregikk på UNN HF, Tromsø 25.11-26.11.14.

Sluttmøte 1 ble holdt ved UNN HF, Tromsø 26.11.14.

På sluttmøtet deltok UNN HF, Harstad og Narvik og Nordlandssykehuset HF, Bodø som videodeltakere.

Finnmarkssykehuset HF, Hammerfest og Kirkenes og Helgelandssykehuset HF, Mo i Rana ble av tekniske grunner ikke koblet til sluttmøtet.

Sluttmøte 2 ble holdt som videokonferanse 28.11.14 med Helgelandssykehuset HF, Mo i Rana.

Sluttmøte 3 ble holdt som videokonferanse 16.12.14 med Finnmarkssykehuset HF, Kirkenes og Hammerfest.

4. Hva tilsynet omfattet

Fylkesmannen har undersøkt om foretaket sikrer at ansiennitetsdato og rettighetsstatus formidles ved viderehenvisninger, og om mottakende foretak innhenter/viderefører opplysningene om ansiennitetsdato og rettighetsstatus.

5. Funn

Tilsynet har avdekket at foretakene ikke følger regelverket når det gjelder ansiennitetsdato og rettighetsstatus ved viderehenvisninger/mottak av viderehenvisninger for pasientforløp. Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, forskrift om prioritering av helsetjenester og forskrift om ventelisteregistrering.

Kartlegging og oppfølging av henvisninger og viderehenvisninger:

5.1 Viderehenvisninger fra Finnmarkssykehuset HF, Kirkenes (4) og Hammerfest (6) til UNN HF, Tromsø

- Finnmarkssykehuset HF, Kirkenes og Hammerfest:
I 7 av 10 journaler er ansiennitetsdato og rettighetsvurdering oppgitt i viderehenvisningen
- UNN HF, Tromsø:
I 6 av de 10 journalene til viderehenviste pasienter, er ikke ansiennitetsdato/rettighetsvurdering videreført eller etterspurt

5.2 Viderehenvisninger fra Nordlandssykehuset HF, Bodø til UNN HF, Tromsø:

- Nordlandssykehuset HF, Bodø:
I 9 av 9 journaler er verken ansiennitetsdato eller rettighetsvurdering oppgitt i viderehenvisningen
- UNN HF, Tromsø:
I de 9 journalene til de viderehenviste pasientene er ikke ansiennitetsdato og rettighetsvurdering etterspurt

5.3 Viderehenvisninger fra Helgelandssykehuset HF, Mo i Rana til UNN HF, Tromsø:

- Helgelandssykehuset HF:
I 2 av 2 journaler er verken ansiennitetsdato eller rettighetsvurdering oppgitt i viderehenvisningen, men i den ene var ansiennitetsdato og rettighetsvurdering oppgitt i en tidligere henvisning til UNN HF, Tromsø
- UNN HF, Tromsø
I de 2 journalene til de viderehenviste pasientene er ikke ansiennitetsdato og rettighetsvurdering etterspurt

5.4 Viderehenvisninger fra UNN HF, Narvik til UNN HF, Tromsø:

- UNN HF, Narvik:
I 6 av 6 journaler er ansiennitetsdato og rettighetsvurdering tilgjengelige opplysninger i journalsystemet
- UNN HF, Tromsø:
I 1 av de 6 journalene er det gitt ny ansiennitetsdato og rettighetsvurdering

5.5 Viderehenvisninger fra UNN HF, Harstad til UNN HF, Tromsø:

- UNN HF, Harstad:
I 7 av 7 journaler er ansiennitetsdato og rettighetsvurdering tilgjengelige opplysninger i journalsystemet
I 1 av 7 journaler er det gitt ny ansiennitetsdato i Harstad etter tverrfaglig møte Tromsø i samme forløp
- UNN HF, Tromsø:
I 1 av de 7 journalene er det gitt ny ansiennitetsdato og rettighetsvurdering

5.6. Viderehenvisninger til UNN HF, Tromsø

- Gynekologisk avdeling:
I 9 av 10 journaler med viderehenvisninger fra andre sykehus er det gitt ny ansiennitetsdato og rettighetsvurdering. I de journalene der ansiennitetsdato og rettighetsvurdering framgikk av viderehenvisningen, ble disse opplysningene ikke videreført. I de journalene der ansiennitetsdato og rettighetsvurdering ikke var oppgitt, ble opplysningene ikke etterspurt. 1 av de 10 var henvist fra fastlege
- Kirurgisk avdeling:
I 1 av 8 journaler er det gitt ny ansiennitetsdato

De beskrevne manglene som gjelder ansiennitetsdato og rettighetsstatus ved viderehenvisninger er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og § 3-2, pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b annet ledd og § 2-2, forskrift om prioritering av helsetjenester § 4 første ledd og § 5 og forskrift om ventelisteregistrering § 3 og § 4.

Rapporten omhandler bare regelverksbruddene på de områdene som var gjenstand for tilsyn, og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens behandling av de aktuelle pasientene.

6. Regelverk

- Lov av 30. mars 1984 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten
- Lov av 2. juli 1999 om spesialisthelsetjenesten m.m
- Lov av 2. juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter
- Forskrift av 21. desember 2000 om pasientjournal
- Forskrift av 1. desember 2000 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd
- Forskrift av 7. juli 2000 om ventelisteregistrering
- Forskrift av 20. desember 2002 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten

7. Dokumentunderlag

Følgende dokumentasjon ble oversendt under forberedelsen av revisjonen:

- 15 journaler fra Finnmarkssykehuset HF, Kirkenes
- 16 journaler fra Finnmarkssykehuset HF, Hammerfest
- 25 journaler fra UNN HF, Tromsø
- 12 journaler fra UNN HF, Narvik
- 17 journaler fra UNN HF, Harstad
- 20 journaler fra Nordlandssykehuset HF, Bodø
- 15 journaler fra Helgelandssykehuset HF, Mo i Rana

Dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket:

- Prosedyren *Ventelistehåndtering i K3K*, gyldig fra 09.05.14

Korrespondanse mellom virksomhetene og fylkesmennene:

- Varsel om tilsyn i brev fra fylkesmennene i Finnmark, Troms og Nordland
- Program for tilsynene ble sendt ut 07.11.2014

8. Deltakere ved tilsynet

I tabellen under er det gitt en oversikt over deltakerne på de tre sluttmøtene.

Navn	Funksjon / stilling	Sluttmøte 1 - 26.11.14 UNN HF Tromsø, Narvik og Harstad og Nordlandssykehuset HF Bodø

Connie Hoel	kreftkoordinator Gastro/kir UNN Tromsø			x
Gro Jensen	avdelingsleder Gastro/kir UNN Tromsø			x
Tone Nordøy	klinikksjef K3K UNN Tromsø			x
Lise Balteskard	avdelingsleder Kvalitet FFS UNN Tromsø			x
Ingard Nilsen	avdelingsleder/overlege Føde/gyn UNN Tromsø			x
Hans Krogstad	seksjonsoverlege Føde/gyn UNN Harstad			x (pr video)
Anders Nordgård	avdelingsleder Kir UNN Harstad			x (pr video)
Maria Rene Normann	seksjonsleder Føde/gyn UNN Harstad			x (pr video)
Kari Fiske	seksjonsleder Føde/gyn UNN Narvik			x (pr video)
Lars Olav Dahle	overlege Føde/gyn UNN Narvik			x (pr video)
Bodil Eilertsen	jordmor Føde/gyn UNN Narvik			x (pr video)
Terje Svendsen	kvalitetsleder NLSH Bodø			x (pr video)
Geir Jeremiassen	avdelingsleder Kir/ort NLSH Bodø			x (pr video)
Øystein Johansen	klinikksjef Kir/ort NLSH Bodø			x (pr video)
Torben Ness	rådgiver intern IT NLSH Bodø			x (pr video)
Heidi Frostad Sivertsen	avdelingsoverlege Kvinneklinikken NLSH Bodø			x (pr video)
Marianne Nøstvik	enhetsleder for medisinsk kontortjeneste Kvinneklinikken, NLSH Bodø			x (pr video)
Linda Njarga	revisor			x
Tone Indergaard	revisor			x
Grethe Ellingsen	revisjonsleder			x
				Sluttmøte 2 - 28.11.14 Helgelandssykehuset HF Mo i Rana
Tom Dahlberg	EPJ konsulent HSYK Mo i Rana			x (pr video)
Ranveig Aspevik	avdelingsoverlege Kirurgisk avdeling HSYK Mo i Rana			x (pr video)
Tone Indergaard	revisor			x (pr video)

Grethe Ellingsen	revisjonsleder		x (pr video)
			Sluttmøte 3 - 16.12.14 Finnmarkssykehuset HF Kirkenes og Hammerfest
Uwe Agledal	avdelingsoverlege Kirurgi Finnmarkssykehuset HF, Hammerfest		x (pr video)
Harald Gunnar Sunde	medisinsk fagsjef Finnmarkssykehuset HF		x (pr video)
Lise Beate Dalsaunet	avdelingsleder Kir- /ortopedisk og føde-/gynekologisk avdeling Finnmarkssykehuset HF, Hammerfest		x (pr video)
Linda Njarga	revisor		x (pr video)
Grethe Ellingsen	revisjonsleder		x (pr video)

Fra tilsynsmyndighetene deltok:

Linda Njarga revisor, rådgiver/sykepleier, Fylkesmannen i Finnmark

Tone Indergaard, revisor, ass. fylkeslege, Fylkesmannen i Troms

Grethe Ellingsen, revisjonsleder, seniorrådgiver/sykepleier, Fylkesmannen i Nordland

Vedtatt av styret i Helse Nord RHF 17. desember 2014, styresak 149-2014

Plan for internrevisjon 2015-2016

Formål

I Instruks for internrevisjonen i Helse Nord RHF, pkt 5.2, stilles følgende krav til planleggingen av internrevisjonens arbeid: *Internrevisjonen skal utføre arbeidet i henhold til en toårig revisjonsplan basert på risiko- og vesentlighets-betraktninger, som rulleres årlig. Revisjonsplanen forelegges administrerende direktør for uttalelse, behandles i revisjonsutvalget og vedtas av styret.*

Styret vedtok i sak 149-2014 følgende plan for internrevisjon 2015-2016:

Nr	Tema	Formål
1.	Strykninger av planlagte operasjoner REVISJON PÅGÅR	Bekreftede at etablert praksis knyttet til registrering av strykninger fra planlagt operasjonsprogram samsvarer med nasjonale føringer og gir pålitelig og sammenlignbar rapportering, samt at resultatene benyttes til internt forbedringsarbeid.
2.	Refusjon fra NAV for foretakenes løpende ytelser ved arbeidstakers fravær REVISJON PÅGÅR	Bekreftede at det er etablert en intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at foretaket mottar den refusjon det er berettiget til fra NAV, for løpende ytelser ved arbeidstakers fravær.
3.	Oppfølging av vedtatte fagplaner	Bekreftede at styrevedtatte fagplaner blir fulgt opp og at foretakene har styring med ressursbruken relatert til planene, uavhengig av finansieringsmåte. Samtidig, vurdere hvordan fagplanene benyttes i arbeidet for å oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet, bedre samhandlingen med kommunehelsetjenesten, sikre helhetlige pasientforløp, og bedre pasient- og brukermedvirkningen.
4.	Samstemming av legemiddellister	Kartlegge status i foretakenes arbeid med innføring av Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke for samstemming av legemiddellister, og bekrefte at foretakene har konkrete planer som gir rimelig sikkerhet for at tiltakene er implementert innen utgangen av 2015.

5.	Vedlikehold og utvikling av kompetanse	Bekreftede at foretakene fastsetter planer for vedlikehold og utvikling av medarbeidernes kompetanse, og at tiltak for å etterleve planene blir gjennomført i praksis.
6.	Bruk av innkjøpssystem og overholdelse av innkjøpsavtaler	Bekreftede at foretakene har en internkontroll som gir rimelig sikkerhet for oppnåelse av regionale mål for omsetning, avtaledekning og avtaleloyalitet gjennom innkjøps- og logistikksystemer, og at regelverk om offentlige anskaffelser etterleves.
7.	Informasjonssikkerhet i forbindelse med endringsprosesser	Bekreftede at kravene til informasjonssikkerhet blir ivaretatt i samsvar med gjeldende regelverk ved endringer i IT-arkitektur og infrastruktur.
8.	Styring og kontroll med et utvalgt byggeprosjekt	Bekreftede at det er etablert tilstrekkelig styring og kontroll med et utvalgt byggeprosjekt, med særlig fokus på økonomistyring.
9.	Oppfølging av private institusjoner	Bekreftede at Helse Nord RHF har etablert og gjennomfører en tilfredsstillende oppfølging av private institusjoner innen psykisk helsevern, rusbehandling og rehabilitering som det er inngått avtale med, og gjennomføre kontroller i slike institusjoner.
10.	Varsling av kritikkverdige forhold	Bekreftede at foretakene har etablert prosedyrer/rutiner for varsling i henhold til arbeidsmiljølovens krav, og at vedtatte rutiner etterleves.
11.	Forebygging og avdekking av misligheter	Kartlegge hvilke rutiner og prosedyrer som er etablert for å bidra til at misligheter ikke blir begått og at gjennomførte misligheter blir avdekket, samt kontrollere etterlevelsen av slike prosedyrer.

Revisjonsutvalget kan vedta endringer/justeringer i planen.

Nordlandssykehuset HF

Postboks 1480
8092 Bodø

Nlsh-postmottak@nordlandssykehuset.no

Besøksadresse: Rådhuset, Leknes
Postadresse: Boks 406, 8376 Leknes
Bankkonto: 4550.19.02113
Telefon: 76 05 43 70
Mobil: 95 88 82 50
95300172
Org.nr. 971 396 679 MVA
E-post: post@lofotradet.no
Internett: www.lofotradet.no

Lofoten, 12.12.2014

Deres ref.: Styret for Nordlandssykehuset HF

Vår ref.: Jonny Finstad 2014

Psykiatrisk sengepost Nordlandssykehuset Lofoten

Lofotrådet er svært bekymret for det samlede tilbudet innen psykisk helse og rusklinikken i Nordlandssykehuset.

Etter nedleggelsen av traumeavdelingen i Bodø, ble Lofotrådet og brukerne orientert om at de distrikts-psykiatriske sentrene skulle styrkes og settes i stand gjennom en opptrappingsplan, for å ivareta tilbudet til denne økende gruppen av pasienter.

Det er derfor uforståelig og uakseptabelt at Nordlandssykehuset nå legger opp til å fjerne de 5 sengeplassene med døgntilbud i Nordlandssykehuset Lofoten – og at dette tilbudet skal gis fra Bodø eller Vesterålen i fremtiden.

Dette er også i strid med føringer lagt av regjeringen, ved at veksten innenfor psykisk helsevern skal være større enn innen behandling av somatiske lidelser.

Lofotrådet krever at befolkningen i Lofoten skal få del i den nasjonale veksten i den nasjonale opptrappingen innen rus/psykiatri, og aksepterer ikke at tilbudet bygges ned i Lofoten.

Lofotrådet krever å bli informert av Nordlandssykehuset snarest om de planer som foreligger vedr. forslag om å fjerne de 5 sengeplassene med døgntilbud i Nordlandssykehuset Lofoten. Vi gjør oppmerksom på at den foreslåtte ordningen ikke har vært konsekvens utredet eller vært sendt til høring i de berørte kommunene.

Vennlig hilsen

Jonny Finstad
leder

Sendes kun elektronisk

Vår saksbehandler
Villy Rønneberg, tlf. 33412500

Dokumentdato
14.01.2015
Deres dato

Vår referanse
2014/10413/rovi
Deres referanse

NORDLANDSSYKEHUSET HF

Arkivkode 563
Tilsynsid 8085

8092 BODØ

Oversendelse av tilsynsrapport - Forhåndsvarsel om vedtak

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) gjennomførte tilsyn ved Nordlandssykehuset 16.12.2014-18.12.2014.

Vedlagt følger DSBs rapport fra tilsynet.

DSB ber om en tilbakemelding med redegjørelse for hvordan avvikene vil bli fulgt opp og angivelse av når avvikene vil være lukket.

Tilbakemeldingen sendes DSB innen 06.02.2015.


Dersom det ikke foreligger en tilfredsstillende tilbakemelding innen fristen, vil DSB vurdere å treffe vedtak om lukking av avvikene iht. lov 24. mai 1929 nr 4 om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr (el-tilsynsloven) § 6, 1. ledd. I et eventuelt vedtak vil det bli satt en frist for lukking av avvikene.

Det gis anledning til å uttale seg vedrørende forhåndsvarselet, jf. forvaltningsloven § 16. Det gis en frist til 06.02.2015 med å komme med en eventuell uttalelse i saken.

Eventuelle spørsmål kan rettes til Villy Rønneberg, postmottak@dsb.no, tlf 33 41 25 00.

Med hilsen
for Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
Enhet for elektriske produkter

for 
Bjørn Nyrud
avdelingsleder


Villy Rønneberg
senioringeniør

Vedlegg: Tilsynsrapport

Rapport fra tilsyn: 16.12.2014-18.12.2014

Informasjon om tilsynsobjekt

Klient	Foretaksnr (Orgnr 1)	Bedriftsnr (Orgnr 2)
NORDLANDSSYKEHUSET HF	983974910	

Kontaktpersoner

Virksomhet	Navn	Funksjon	Telefon
DSB	Villy Rønneberg	Leder	
NORDLANDSSYKEHUSET HF			

Bakgrunn for tilsynet

Hensikten med tilsynet var å få inntrykk av virksomhetens forebyggende arbeid og etterlevelse av regelverk på utvalgte områder.

Tilsynet ble gjennomført med hjemmel i følgende lover og forskrifter:

- Forskrift 6. desember 1996 om systematisk, helse, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)
- Forskrift om elektriske lavspenningsanlegg
- Forskrift om elektroforetak og kvalifikasjonskrav for arbeid knyttet til elektriske anlegg og elektrisk utstyr
- Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr
- Forskrift om sikkerhet ved arbeid i og drift av elektriske anlegg

Tema for tilsynet

- Oppfølging av tidligere revisjoner
- HMS/ kvalitet:
 - Rapporteringer
 - Avvikshåndtering
 - Interne revisjoner
 - Risikoanalyseprosesser
 - Melderutiner
 - Interne beredskapsplaner (Prosedyrer når alt svikter, nettbortfall og generatorsvikt)
- Bruk av elektromedisinsk utstyr:
 - Opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr (EMU)
 - Rutiner for melding av uhell og nestenuhell ved bruk av elektromedisinsk utstyr
 - Interne beredskapsplaner (Prosedyrer når alt svikter, nettbortfall og generatorsvikt)
- Elektromedisinsk utstyr:
 - Statistikk og mål
 - Vedlikehold, restanser i vedlikeholdet
 - Risikovurderinger
 - Registreringsrutiner
 - Rapporteringer
 - Opplæring av elektroteknisk personell
- Elektriske anlegg og elektrisk utstyr:
 - Forebyggende vedlikehold el.utstyr og elinstallasjon, restanser i vedlikeholdet
 - Statistikk og mål
 - Rapporteringer
 - Risikovurdering
 - Opplæring av elektroteknisk personell
 - Interne beredskapsplaner (Hva gjøres når alt svikter, nettbortfall og generatorsvikt)

Resultater fra tilsynet

Det ble avdekket 4 avvik innenfor de områder som ble revidert under tilsynet.
I det etterfølgende beskrives avvikene samt generelt inntrykk.

Definisjoner

Avvik: ”Manglende etterlevelse av krav fastsatt i eller i medhold av lov”.

Anmerkning: ”Et forhold som tilsynsetaten mener det er nødvendig å påpeke, men som ikke omfattes av definisjonen for avvik. Virksomhetens manglende etterlevelse av egne regler som er strengere enn lovkravene, vil fra tilsynsetatens side ikke betraktes som et avvik, men kan omtales som en anmerkning.”

Generelt inntrykk

IK/ HMS

Sykehusets prosedyrer er oppbevart i DocMap og er lett tilgjengelige for de ansatte. Nordlandssykehuset har en prosedyre som beskriver interne revisjoner. Det er ikke foretatt interne revisjoner ved medisinteknisk avdeling eller ved drift/ elektro i 2013 eller i 2014. Uhellsmeldinger registreres i DocMap og det meldes også fra til leder. Defekt utstyr overleveres til Medisinteknisk avdeling.

Medisinteknisk avdeling

Etterslepet på det periodiske vedlikeholdet er betydelig redusert sammenlignet med opplysningene som ble gitt under tilsynet i 2013.

Det er et 50-talls jobber som har gått over fristen, men det virker som man har bra oversikt og forklaring på de fleste restansene.

Det er høyt fokus på registreringer av type brukerfeil med tilbakemelding til klinikkene.

Det gis uttrykk for et stadig bedre samarbeid mellom de tre sykehusene i helseforetaket, noe som forenkler hverdagen og gjør det lettere med erfaringsutveksling.

Etter bemanningsøkningen på behandlingshjelpemidler virker det som enheten har god kontroll på oppfølging av medisinsk utstyr som befinner seg hjemme hos privatpersoner eller i kommunale institusjoner.

Prehospital klinikk

Det er etablert prosedyrer både overordnet og på avdelingen som omhandler opplæring i bruk av medisinsk utstyr. Prosedyrene beskriver de faktiske aktiviteter rundt opplæring i sikker bruk av medisinsk utstyr, og det er utarbeidet et eget skjema for dokumentering av gitt opplæring. Det er utarbeidet et nyansatt program som også gjelder vikarer.

I tillegg benyttes Nakos som er et web-basert system for e-læring.

Drift/ elektro

Portico benyttes som verktøy for registrering av arbeidsordre. Dette systemet har erstattet Merida. Modulen i Portico for preventivt vedlikehold er under utvikling, og det innebærer at man opererer med papirbaserte systemer for preventivt vedlikehold, noe som gjør det vanskelig å holde god oversikt over aktivitetene.

De elektriske anleggene har blitt oppgradert etter hvert som nye deler av sykehuset har blitt ferdigstilt.

Utbygging samtidig med sykehusdrift har vært og er fortsatt utfordrende.

Opplæring i Forskrift om sikkerhet i arbeide med elektriske anlegg og utstyr gis årlig. Opplæringen gis også til instruert personell.

Avvik

Følgende avvik ble avdekket under tilsynet:

Følgende avvik ble avdekket under tilsynet:

Avvik nr: 1

Beskrivelse

Helseforetaket mangler rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen.

Regelverkshenvisning

Forskrift 6. desember 1996 om systematisk, helse, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)

- § 5. Innholdet i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet. Krav til dokumentasjon

Kommentar

Ref. avvik 1 og anmerkning 4 fra 2013

På drift/ elektro er det systematiske arbeidet med preventivt vedlikehold fremdeles mangelfullt.

Det blir ikke rapportert på status for preventivt vedlikehold og evt restanser på det arbeidet som utføres av drift/ elektro. Det samme gjelder for medisinteknisk avdeling.

Ledelsen etterspør heller ikke rapporter eller statusoppdateringer på det preventive vedlikeholdet fra denne avdelingen.

Avvik nr: 2

Beskrivelse

Det systematiske arbeidet for preventivt vedlikehold (PV) på de elektriske anleggene er mangelfullt.

Regelverkshenvisning

Forskrift om elektriske lavspenningsanlegg

- § 9 Ansvar - Hvem forskriften retter seg mot

Forskrift 6. desember 1996 om systematisk, helse, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)

- § 5. Innholdet i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet. Krav til dokumentasjon

Kommentar

Ref. avvik 1 fra 2013

Drift/ elektro har nå lagt inn feilkoder i Portico som benyttes ifm registreringer, men avdelingen har ingen oversikt over restansen og hvor stort etterslepet er i forhold til tidsfristene som er satt i systemet.

Avvik nr: 3

Beskrivelse

Medisinteknikere ved Lofoten sykehus mangler samtykke til å kunne arbeide med reparasjon av elektromedisinsk utstyr.

Regelverkshenvisning

Forskrift om elektroforetak og kvalifikasjonskrav for arbeid knyttet til elektriske anlegg og elektrisk utstyr

- § 8 Kvalifikasjonskrav ved reparasjon av elektrisk utstyr

Kommentar

Ref. avvik 2 fra 2013

Medisinteknisk avdeling (MTA) har inngått avtaler med ansatte som mangler samtykke. MTA i Bodø har god dialog og tett oppfølging med teknikerne i Lofoten, men de mangler kvalifikasjoner til å kunne utføre selvstendig reparasjon av elektromedisinsk utstyr.

Avvik nr: 4

Beskrivelse

Opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr er mangelfullt dokumentert.

Regelverkshenvisning

Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr
- § 8 Opplæring av brukere

Kommentar

Dokumentasjon av opplæringen i enhet for AMK/ Akuttmottak/ OBS post baserer seg på en egenkontroll hvor de ansatte selv fyller ut skjemaene. Internt krav er at opplæring skal gjøres to ganger pr år. Flere av opplæringslistene hadde ikke blitt fylt ut siden 2013, og noen av listene var tomme. Fagansvarlig har ikke fulgt opp for å påse at opplæringen er dokumentert.

Oppfølging av tilsynet

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap ber om en tilbakemelding med redegjørelse for hvordan avvikene vil bli fulgt opp og angivelse av når avvikene vil være lukket.

Tilbakemeldingen sendes DSB innen 06.02.2015.

Eventuelle spørsmål kan rettes til Villy Rønneberg, postmottak@dsb.no, tlf 33 41 25 00.

Vedlegg 1 Dokumenter

Oversikt over dokumenter som ble benyttet under tilsynet:

- Rapport etter interne revisjoner for 2013 hvor elektro og elektromedisin har vært tema.
- Prosedyre på hvordan utplukk av tema for interne revisjoner foregår og plan for interne revisjoner for 2014.
- De siste gjennomførte risikoanalyser av de elektriske anleggene ved Nordlandssykehuset HF.
- Prosedyre for risikovurdering innen elsikkerhet (elektro).
- Prosedyrer for drift og vedlikehold av elektriske anlegg og elektrisk utstyr samt sjekklister som følges ved det forebyggende arbeidet (tavlekontroll, kontroll av rom og kontroll av elektrisk utstyr m.m.)
- Prosedyre for risikovurdering innen elektromedisin.
- Prosedyre som beskriver kontroll av el-installasjon hos brukere av behandlingshjelpemidler.
- Planer i forbindelse med strømbortfall (hvor også nødstrømsystemene svikter)
- Prosedyre for melding av uhell til DSB
- Dokumentasjon som viser kompetanse til ansatte som utfører reparasjon av elektromedisinsk utstyr
- Dokumentasjon på gjennomført opplæring av elektrofagfolk og instruert personell
- Vedlikeholdsdata-baser for elektro og elektromedisin

Vedlegg 2 Deltakere

Navn	Funksjon/rolle	Virksomhet	Apnings møte	Intervju	Sluttmøte
Villy Rønneberg	Leder	DSB	X	X	X
Kjell Sæther	Deltaker	DSB	X	X	X
Gry Dahl	Koordinator	HR-avdelingen	X		X
Ragnhild Strand	Hovedverneombud		X		X
Harry Johansen	Seksjonsleder	Drift – elektro	X	X	
Svein-Arild Vangen	Fagingeniør	Drift og eiendom	X	X	X
Britt Helen Rædergård	Sikkerhetskoordinator	Drift – brann og sikkerhet	X	X	X
Øystein Hoel	Leder	Drift – brann og sikkerhet	X		
Rigman Pents	Assisterende avdelingsleder	Drift og eiendom	X	X	X
Kjell Berstad	Leder	Medisinsk teknisk avdeling	X	X	X
Hanne-Marit Brenden	Enhetsleder	Akuttmottak	X	X	X
Lisbeth P. Stavdal	Rådgiver	Prehospital klinikk	X	X	X
Helmer Jakobsen	Klinikksjef	Prehospital klinikk	X	X	X

Mattis Andreassen	AMK-leder	Prehospital klinikk	X	X	
Malvin Gismervik	Avdelingsingeniør	Medisinsk teknisk avdeling			X
Bernt Toldnes	Leder	Drift og eiendom			X
Per-Ingve Norheim	Rådgiver	HR-avdelingen			X



Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
Hovedkontor
Postboks 2014
3103 Tønsberg

Deres ref.: 2014/10413/rovi

Vår ref.:
2014/1421/PIN

Dato:
06.02.2015

Oversendelse av tilsynsrapport - Forhåndsvarsel om vedtak

Vi viser til DSBs brev av 14.01.2015 vedrørende ovennevnte sak.

Her følger vår redegjørelse for hvordan avvikene vil bli fulgt opp med angivelse av når de vil være lukket.

Avvik nr. 1

«Helseforetaket mangler rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen.»

I Medisinteknisk avdeling (MTA) har vi god oversikt over preventivt vedlikehold på utstyret og restansene der. Ordningen med jevnlig møter på avdelingen med fokus på preventivt vedlikehold og restanser har fungert bra, slik at dette er en rutine som videreføres.

Alt utstyret som er registrert, og som skal ha regelmessig vedlikehold, er linket opp mot en preventiv vedlikeholdsgenerator som genererer jobber med de intervallene som er valgt. På den måten vil det hele tiden dukke opp jobber som må gjøres innen en gitt tidsfrist.

Utstyr som er inne til preventivt vedlikehold er i utgangspunktet utstyr som er i orden. Utstyr med hyppig preventivt vedlikehold har høy prioritet. I perioder med mye akutte utstyrsfeil kan ventetiden for preventivt vedlikehold øke noe da akutte behov for reparasjoner vil måtte prioriteres.

Ansvar for oppfølging av preventivt vedlikehold ligger hos leder for Medisinteknisk avdeling. Det innføres i 2015 en rutine der leder for MTA skal rapportere kvartalsvis til økonomisjef på status for preventivt vedlikehold.

Senter for Drift og eiendom har oversendt funksjonsbeskrivelse for ny kontrollmodul til programmerer i Portico. Kontrollmodulen vil ivareta varsel til kontrollør om hvilket periodisk vedlikehold som skal utføres på ulike bygningsdeler og utstyr, og når arbeidet skal utføres. I funksjonsbeskrivelsen er vektlagt at vi skal ha god oversikt over ressursbruk og

restanser. Kontrollmodulen skal være på plass og klar for innfasing i daglige drift i løpet av april 2015.

Ledelsen ved Drift og eiendom har hele veien vært kjent med utfordringene med implementeringen av kontrollmodulen og har sammen med fagingeniører og seksjonsleder jobbet iherdig med å finne en løsning på problemstillingene.

Status i forhold til det preventive vedlikehold vil heretter bli en del av den årlige ledelsens gjennomgang i Drift & eiendom.

Avvik nr. 2

«Det systematiske arbeidet for preventivt vedlikehold (PV) på de elektriske anleggene er mangelfullt.»

Angivelse av feilkoder på arbeidsmeldinger fungerer per i dag.

Når det gjelder bruken av disse data, skal funksjonen for feilkodeangivelse utvikles videre. Med dette menes at statistikker/rapporter enkelt skal kunne genereres for valgte feilkoder for gitte bygg i valgte tidsperioder.

Vi vil be programmerer om å gjøre dette arbeidet samtidig med utvikling av ny kontrollmodul. Hvis begge arbeidene ikke kan gjøres parallelt, vil vi prioritere slik at arbeidet i vårt svar på avvik 1 utføres først.

Avvik nr. 3

«Medisinteknikere ved Lofoten sykehus mangler samtykke til å kunne arbeide med reparasjon av elektromedisinsk utstyr»

Vi mangler fremdeles ansatte med Samtykke i Lofoten. Det er imidlertid inngått avtaler med ansatte som mangler samtykke. Ansatte i Lofoten skal i tillegg konferere med Bodø før de foretar eventuelle operative inngrep i utstyr, og de får jevnlig besøk av noen med nødvendig kompetanse fra Bodø. MTA har en ansatt i Lofoten som til neste år har anledning til å søke samtykke for selvstendig å kunne reparere MTU. Vi har ikke lyktes å få noen med rett kompetanse til Lofoten, så dette er den beste løsningen vi har for øyeblikket.

Avvik nr. 4

«Opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr er mangelfullt dokumentert.»

Avdelingen har aktuelle prosedyrer elektronisk gjennom kvalitetssystemet Docmap. Her har vi oversikt over medisinsk teknisk utstyr, (OL2083 MTU i akuttmottaket/observasjonsposten). Vi har opprettet en sjekklister i Docmap (SJ7747 Egensjekk MTU akuttmottak og observasjonspost) hvor ansatte får varsel per mail to ganger i året om at medisinsk teknisk utstyr må gjennomgås.

Den ansatt må signere elektronisk på at man har gjennomgått alt utstyr som er påkrevd.

Enhetsleder har ansvaret for å sende ut denne mailen til ansatte og holde maillisten oppdatert med tanke på nyansatte og eventuelt fravær. Dette har vi laget en prosedyre på (RL4641 Egenkontrollskjema MTU, veileder for ledere). Innen utgangen av mars 2015 skal opplæring basert på nytt system være dokumenter for alle aktuelle ansatte ved avdelingen.

Med vennlig hilsen

Paul Martin Strand
Direktør

—



FYLKESMANNEN I FINNMARK
Helse- og sosialavdelingen

Helse Nord RHF
8038 BODØ

FINNMÁRKKU FYLKKAMÁNNI
Deavvašvuoda- ja sosiálaássodat

Helse Nord RHF Saksarkiv	
Saksnr. 2014/361	Dok.nr: 10
02 SEPT 2014	
Arkivkode: 302	
Kassasjon:	
Saksbeh.Vår dato 05.08.2014 FAG	U.off:

Deres ref

Deres dato

Vår ref
Sak 2013/239
Ark 734.0

Saksbehandler/direkte telefon: Geir Åge Bendiksen - 78 95 03 93

Oversendelse av samlerapport - tilsyn med psykisk helsevern til barn og unge

Vedlagt følger en samlerapport for det landsomfattende tilsynet med psykisk helsevern til barn og unge i 2013 og 2014. I tillegg til oppsummering av funnene i det enkelte helseforetak løfter rapporten fram følgende:

Gjennomgående funn:

- Foretakene har etablert robuste strukturer som sikrer mottak og vurdering av henvisning innen 10 virkedager, og oppstart av nødvendig helsehjelp innen fastsatt frist. Det er etablert rapporterings- og kontrollordninger som gjør at ledelsen kan følge med på om frister overholdes og fange opp svikt dersom dette oppstår.
- Den helhetlige utredningen, herunder kartlegging av rus og selvmordsrisiko er et sårbart område. Tilsynet viser at vedtatte rutiner og prosedyrer ikke alltid følges.
- Det er i liten grad etablert rapporterings- og kontrollordninger hvor ledelsen følger med på innholdet i utredningsarbeidet/at rutiner etterleves, fanger opp eventuelle svikt og iverksetter korrigerende tiltak. Dette har medført svikt i utredningsarbeidet og medfører stor fare for svikt i fremtiden. Svikt i utredningsarbeidet kan føre til feil behandling.
- Utredningsplaner og behandlingsplaner, i tråd med faglige anbefalinger, gjenfinnes ikke i flertallet av journalene. Utredningsplaner har blant annet som formål å sikre en helhetlig utredning innen forsvarlig tid. Behandlingsplaner er et redskap for å sikre gode tjenester, evaluering av mål og metode, samhandling med pasient og pårørende, avklare når pasienten er utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten med mer. Klare utskrivningskriterier er særlig viktig sett opp mot samhandlingsreformen.

Avvik påpekt hos det enkelte helseforetak vil bli fulgt opp av de respektive fylkesmennene. Vi håper imidlertid at de gjennomgående funnene vil være nyttige for Helse Nord RHF i deres overordnede arbeid med kvalitetsforbedring av tjenestene.

Med hilsen

Karin Straume
fylkeslege

Geir Åge Bendiksen
seniorrådgiver

Dette dokumentet er godkjent elektronisk og derfor uten underskrift.

Kopi til:

Fylkesmannen i Nordland	Moloveien 10	8002	Bodø
Fylkesmannen i Troms	Postboks 6105	9291	Tromsø

Vedlegg

1 Samlerapport



Fylkesmannen i Finnmark

Samlerapport fra tilsyn med psykisk helsevern til barn og unge

I 2013 og 2014

Helse Nord RHF

Virksomhetens adresse: 8038 Bodø
Tidsrom for tilsynet: 2013-2014

Sammendrag

Det er i 2013 og 2014 gjennomført tilsyn med spesialisthelsetjenesten i Helse Nord RHF der temaet har vært psykisk helsevern til barn og unge. Det er gjennomført tilsyn som systemrevisjon ved henholdsvis Helgelandssykehuset HF – BUP Mosjøen, Nordlandssykehuset HF – BUP Ytre Salten i Bodø, UNN HF – BUP Sør Troms, og Finnmarkssykehuset HF, BUP Karasjok.

Revisjonene inngår som en del av den planlagte tilsynsvirksomheten i 2013 og 2014, og er en del av et landsomfattende tilsyn gjennomført på oppdrag fra Statens helsetilsyn. Tilsynet ble utført av et regionalt team med deltakere fra fylkesmennene i Finnmark, Troms og Nordland.

Det landsomfattende tilsynet bestod i tillegg av en egenvurdering av praksis ved samtlige BUP i hvert helseforetak. Det er samsvar mellom tilsynets funn og foretakets egenvurderinger. Funn i egenvurderingene gjengis ikke i denne rapporten utover dette.

I denne rapporten oppsummeres funn fra det enkelte tilsyn. Gjennomgående funn er løftet fram med tanke på å fremme arbeidet med faglig utvikling av helsetjenestene i regionen.

Det vises også til vedlagte tilsynsrapporter fra de enkelte helseforetakene/ BUP

Tilsynet har undersøkt om helseforetakene gjennom systematisk styring og ledelse har lagt til rette for, og følger opp at barn og unge får forsvarlig psykisk helsevern ved de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene.

Tilsynet har vurdert om pasientforløpene i BUP er preget av:

- God fremdrift og kontinuitet

- God kvalitet i arbeidet, inkludert samhandling med både pasient, foresatte og førstelinjetjenesten eventuelt skole, PPT og barnevern.

Pasientforløpet kan deles inn i følgende fire faser som alle inngikk i tilsynet:

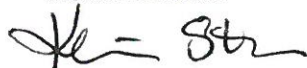
- Mottak og vurdering av henvisning
- Utredning og diagnostisering
- Behandling
- Avslutning og oppfølging av behandling.

Tilsynet konkluderte med avvik ved Helgelandssykehuset HF – BUP Mosjøen, Nordlandssykehuset HF – BUP i Bodø, UNN HF – BUP Sør Troms.

Ved Finnmarkssykehuset HF, BUP Karasjok ble det ikke påpekt avvik.

Dato:

Karin Straume



fylkeslege i Finnmark

Svein Steinert



fylkeslege i Troms

Jan Petter Lea



Fylkeslege i Nordland

Innhold

Sammendrag	1
1. Innledning.....	4
2. Gjennomføring	4
3. Hva tilsynet omfattet.....	4
4. Funn / hovedkonklusjoner	5
5. Regelverk.....	9
6. Deltakere ved tilsynet	10

1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter tilsyn som systemrevisjoner ved Helgelandssykehuset HF – BUP Mosjøen, Nordlandssykehuset HF – BUP Ytre Salten i Bodø, UNN HF – BUP Sør Troms, og Finnmarkssykehuset HF, BUP Karasjok.

Revisjonene inngår som en del av Fylkesmannens planlagte tilsynsvirksomhet i 2013/2014, og er en del av et landsomfattende tilsyn, gjennomført etter oppdrag fra Statens helsetilsyn.

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med helsetjenesten etter Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten.

Formålet med systemrevisjoner er å vurdere om virksomheten ivaretar ulike krav i lovgivningen gjennom sin internkontroll.

Revisjonene omfattet undersøkelse om:

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

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser.

I denne rapporten oppsummeres funn fra det enkelte tilsyn. Gjennomgående funn er løftet fram med tanke på å fremme arbeidet med faglig utvikling av helsetjenestene i regionen.

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

2. Gjennomføring

Tilsynsbesøkene ble gjennomført i perioden 30.9.2014 – 23.1.2014. Det var avsatt 3 dager til tilsynsbesøk i hvert av helseforetakene. Tilsynsbesøkene omfattet åpningsmøter, gjennomgang av dokumenter og journaler, intervjuer og sluttmøter hvor aktuelle funn ble presentert for foretakets ledelse. Tilsynet fikk bistand fra merkantilt personell i foretakene til gjennomgang av pasientjournalene. Ved BUP Sør-Troms deltok BUP leder i journalgjennomgangen.

Det landsomfattende tilsynet bestod i tillegg av en egenvurdering av praksis ved samtlige BUP i hvert helseforetak. Det er samsvar mellom tilsynets funn og foretakets egenvurderinger. Funn i egenvurderingene gjengis ikke i denne rapporten utover dette.

3. Hva tilsynet omfattet

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

Tilsynet omfattet foretakenes polikliniske virksomhet.

Tilsynets hovedmålsetting var å undersøke om helseforetaket sørger for at pasientforløpet i disse tjenestene er preget av:

- God fremdrift og kontinuitet
- God kvalitet i arbeidet, inkludert samhandling med både pasient, foresatte og førstelinjetjenesten eventuelt skole, PPT og barnevern.

Pasientforløpet kan deles inn i følgende fire faser som alle inngikk i tilsynet:

- Mottak og vurdering av henvisning
- Utredning og diagnostisering
- Behandling
- Avslutning og oppfølging av behandling.

God behandling er helt avhengig av korrekte diagnoser basert på gode utredninger. Derfor var dette tilsynet innrettet med hovedfokus på de to første delene av pasientforløpet, og i mindre grad mot selve behandlingen og avslutningsfasen.

For å kunne bedømme om pasientforløpene er forsvarlige, ble det av praktiske hensyn valgt ut journaler fra følgende to pasientgrupper:

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

Disse to pasientgruppene representerer de hyppigste henvisningsgrunnene til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, de er godt representert i alle landets poliklinikker og de gir bra treffsikkerhet i forhold til selvmordsrisiko og rusproblematikk som inngår som tema i tilsynet.

Det landsomfattende tilsynet bestod i tillegg av en egenvurdering av praksis ved samtlige BUP i hvert helseforetak. Det er samsvar mellom tilsynets funn og foretakets egenvurderinger. Funn i egenvurderingene gjengis ikke i denne rapporten utover dette.

4. Funn / hovedkonklusjoner

Tilsynet konkluderte med avvik ved Helgelandssykehuset HF – BUP Mosjøen, Nordlandssykehuset HF – BUP i Bodø, UNN HF – BUP Sør Troms.

Ved Finnmarkssykehuset HF, BUP Karasjok ble det ikke påpekt avvik.

Helgelandssykehuset HF:

Avvik:

Helgelandssykehuset HF sørger ikke for at utredning og diagnostisering av barn og unge danner et godt grunnlag for forsvarlig behandling ved BUP Mosjøen.

Avvik fra Lov om spesialisthelsetjenesten § 2-2 og Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 4.

Avviket bygger på følgende:

- Virksomheten har rutiner for utarbeidelse av utredningsplaner i tråd med faglige anbefalinger. Rutinene følges ikke og er derfor ikke styrende for en planmessig og systematisk utredning;

Det foreligger få utredningsplaner og derfor lite informasjon om hvilken utredning som planlegges, hvordan den skal gjøres, hvem som skal delta, og når utredningen er tenkt gjennomført.

- Innsendt dokumentasjon viser at mangelen på utredningsplaner ble avdekket ved internrevisjon i 2011.
- BUP Mosjøen følger ikke egne prosedyrer og faglige retningslinjer for bruk av det multiaksiale diagnosesystemet. Dette er derfor ikke styrende for en helhetlig og tverrfaglig utredning;

Det foreligger bare unntaksvis diagnostiske konklusjoner etter alle seks akser i pasientjournalene. Det er ikke faglig begrunnet hvorfor noen av aksene ikke er konkludert.

- Det foreligger ikke rutiner for kartlegging av rusmiddelbruk hos pasienter over 12 år. Dette er ikke gjennomført i flertallet av utredningene.
- Tilsynet har avdekket at den somatiske aksene sjelden er konkludert i utredningsarbeidet. Mangel på legespesialist i barne- og ungdomspsykiatri er et uttalt sårbart område. Dette er meldt oppover i helseforetakets styringslinje men ledelsen har ikke undersøkt om mangelen på legespesialist har konsekvenser for forsvarligheten i utredningsarbeidet. Særlig med tanke på somatisk diagnostikk og det tverrfaglige samarbeidet rundt pasientene.

UNN HF:

Avvik:

UNN HF sørger ikke for at diagnostisering av kliniske tilstander hos barn og unge som trenger helsehjelp fra BUP Sør-Troms er basert på en systematisk og tverrfaglig utredning.

Avvik fra Lov om spesialisthelsetjenesten § 2-2 og Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 4.

Avviket bygger på følgende:

- Virksomheten har utarbeidet skriftlige rutiner for utredningsplaner, i tråd med faglige anbefalinger. Disse rutinene følges bare unntaksvis.
 - Det foreligger få utredningsplaner og lite skriftlig informasjon i gjennomgåtte journaler om hvilken utredning som planlegges, hvordan den skal gjøres, hvem som skal delta, og når utredningen er planlagt gjennomført.
- BUP Sør-Troms har egne prosedyrer i tråd med faglige retningslinjer for bruk av det multiaksiale diagnosesystemet. Prosedyren følges bare unntaksvis.
 - Det foreligger bare unntaksvis diagnostiske konklusjoner etter alle seks akser i pasientjournalene. Det er ikke faglig begrunnet hvorfor noen av aksene ikke er vurdert/konkludert.
- Det foreligger rutiner for kartlegging av rusmiddelbruk hos pasienter over 12 år via kartleggingsverktøyet DAWBA. Kartleggingen og eventuell vurdering og oppfølging er ikke dokumentert i fleiallet av pasientjournalene.
- Barn og unge henvist på grunn av uro og utagerende adferd og mistanke om ADHD blir ikke kartlagt for selvmordsfare som en del av den faste kartleggingen.
- Ledelsen har ikke etablert rapporterings- eller kontrollrutiner for hvordan overnevnte rutiner og prosedyrer etterleves og leder til god praksis.
- BUP har skriftlige rutiner for utarbeidelse av behandlingsplaner i samarbeid med pasient/foresatte. Behandlingsplaner som er i tråd med faglige anbefalinger gjenfinnes i liten grad i journal.

Finnmarkssykehuset HF

Tilsynet avdekket ingen avvik på det reviderte området. Det ble heller ikke gitt merknad.

Tilsynsmyndigheten har merket seg at Helse Finnmark HF og BUP Karasjok har planlagt tjenesteytingen i tråd med faglige retningslinjer og anbefalinger. Ledelsen følger med på om vedtatte planer etterleves og leder til god nok praksis på det reviderte området. Med planer menes her intern organisering, møtестruktur, kompetanse, rutiner, faglige og metodiske verktøy, risikovurderinger, tiltak for å avdekke svikt mv. Korrigerende tiltak iverksettes når svikt eller fare for svikt oppstår.

Journalgjennomgangen og intervjuene med de ansatte underbygger at tjenesteytingen er i tråd med faglige retningslinjer og anbefalinger på området.

Nordlandssykehuset HF

Avvik 1

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

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

Avviket bygger på følgende:

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

Avvik 2

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

Avvik fra Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og Internkontrollforskriften § 4

Avviket bygger på følgende:

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

- Kartlegging i henhold til egne rutiner gjenfinnes i liten grad i de aktuelle pasientjournaler Tilsynet har gjennomgått. Det er uklart hvordan eventuell identifisert rusproblematikk følges opp.

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

Gjennomgående funn:

- Foretakene har etablert robuste strukturer som sikrer mottak og vurdering av henvisning innen 10 virkedager, og oppstart av nødvendig helsehjelp innen fastsatt frist. Det er etablert rapporterings- og kontrollordninger som gjør at ledelsen kan følge med på om frister overholdes og fange opp svikt dersom dette oppstår.
- Den helhetlige utredningen, herunder kartlegging av rus og selvmordsrisiko er et sårbart område. Tilsynet viser at vedtatte rutiner og prosedyrer ikke alltid følges.
- Det er i liten grad etablert rapporterings- og kontrollordninger hvor ledelsen følger med på innholdet i utredningsarbeidet/at rutiner etterleves, fanger opp eventuelle svikt og iverksetter korrigerende tiltak. Dette har medført svikt i utredningsarbeidet og medfører stor fare for svikt i fremtiden. Svikt i utredningsarbeidet kan føre til feil behandling.
- Utredningsplaner og behandlingsplaner, i tråd med faglige anbefalinger, gjenfinnes ikke i flertallet av journalene. Utredningsplaner har blant annet som formål å sikre en helhetlig utredning innen forsvarlig tid. Behandlingsplaner er et redskap for å sikre gode tjenester, evaluering av mål og metode, samhandling med pasient og pårørende, avklare når pasienten er utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten med mer. Klare utskrivningskriterier er særlig viktig sett opp mot samhandlingsreformen.

5. Regelverk

- Lov av 30. mars 1984 nr 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten
- Lov av 2. juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Lov av 2. juli 1999 nr 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- Lov av 2. juli 1999 nr 63 om pasient- og brukerrettigheter
- Lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell
- Forskrift av 1. desember 2000 nr 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
- Forskrift av 20. desember 2002 nr 120 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift av 21. desember 2000 nr 1385 om pasientjournal

6. Deltakere ved tilsynet

Evy Basso Fylkesmannen i Troms, revisor

Fred Müller Fylkesmannen i Nordland, revisor

Geir Åge Bendiksen Fylkesmannen i Finnmark, revisjonsleder



Nordlandssykehuset HF Bodø
Postboks 1480
8092 Bodø

Saksb.: Anne-Grethe Karlsson
Vår ref: 2012/8092
Deres ref: 2013/2527
Vår dato: 04.12.2014
Deres dato: 06.11.2014
Arkivkode: 734.0

Landsomfattende tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge i spesialisthelsetjenesten - Nordlandssykehuset, Psykiatri og rusklinikken, BUP Lofoten - avslutning av tilsyn

Vi viser til brev fra Nordlandssykehuset Psykiatri og rusklinikk/ DPS Lofoten hvor det redegjøres for egenvurdering fra BUP Lofoten gjennomført i oktober 2014.

Det er tidligere redegjort for tiltak for å lukke avvik påvist ved egenvurderinger i forbindelse med landsomfattende tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge i spesialisthelsetjenesten.


Det fremgår av tilsendt dokumentasjon at det har vært en vesentlig bedring for de fleste av de syv undersøkte områdene. Det settes i de fleste tilfellene diagnoser på alle seks akser, og det foretas kartlegging av selvmordsfare og rusmiddelbruk. Tiden mellom første og andre konsultasjon er bedret, og tiden mellom første og andre konsultasjon er oftest akseptabel.


På bakgrunn av den siste egenvurderingen, er det Fylkesmannens vurdering at de iverksatte tiltak har hatt ønsket effekt.

Alle avvik er likevel ikke lukket. Andel pasienter som får iverksatt nødvendig helsehjelp innen fastsatt frist, har gått ned. Det er redegjort for dette, og det vises til at behandlerkapasiteten har vært betydelig redusert. Nå er nye behandlere på plass, og kapasiteten bedret. Det er anført at situasjonen skal være helt normalisert innen februar/ mars 2015. Da vil også BUP Lofoten være en del av BUPA i Psykisk helse- og rusklinikken.

Fylkesmannen avslutter med dette tilsynet. Det forventes at Nordlandssykehuset HF viderefører de gode prosessene som er igangsatt og lukker avvikene.

Med hilsen


Jan-Petter Lea (e.f.)
fylkeslege


Anne-Grethe Karlsson
assisterende fylkeslege

Dette brevet er godkjent elektronisk.

Kopi til:

Statens helsetilsyn

Nordlandssykehuset Lofoten, BUP

Postboks 8128 Dep

Postboks 873

0032 OSLO

8376 LEKNES



Statsarkivet
Maskinistgata 1
7042 Trondheim

Deres ref.:
2013/13065KNKN

Vår ref.:
2013/1116/VAS

Dato:
30.01.2015

Oppfølging etter tilsyn og lukking av avvik - Nordlandssykehuset HF

Det vises til tidligere korrespondanse og spesielt til Deres brev av 02.06.2014 og 09.01.2015.

Avvik 1 Uklar arkivorganisering

Når det gjelder arkivverdige dokumenter til sykehuset i Lofoten så mottas disse dokumenter på sykehuset i Bodø og blir registrert og arkivlagt her. Disse henvendelser svares senere opp av saksbehandlere i Lofoten, som er ePhortebrukere. Til dette kan også tilføyes at NLSH har svært få saksbehandlere i Lofoten da all klinikkledelse samt det meste av stab og støttefunksjoner er lokalisert i Bodø.

Dersom det, mot formodning, mottas arkivverdig post på sykehuset i Lofoten så sendes dette over til arkivtjenesten Bodø for registrering i ePhorte. Nordlandssykehuset har en offisiell postadresse og den er i Bodø samt et offisielt elektronisk postmottak, som enn så lenge åpnes av ansatt i administrasjonen i Bodø på vegne av arkivtjenesten. Arkivtjenesten skal ta over denne oppgaven i løpet av våren 2015.

Når det gjelder sykehuset i Vesterålen så forholder det seg på samme måte som Lofoten, med unntak av at HR-kontoret har en stedlig medarbeider i Vesterålen som sørger for at eventuell arkivverdig post som mottas i Vesterålen og skal arkivlegges i en personalmappe blir utført. I tillegg har Senter for drift og eiendom, som arkivtjenesten er del av, en medarbeider lokalisert i Vesterålen som på vegne av arkivtjenesten kan utføre innskanning av post.

Siden Statsarkivets tilsyn i Bodø den 4.6.13 har det vært satt stort fokus på at ePhorte skal benyttes som sak- og arkivsystem, implementering av systemet var tatt opp som egen sak i direktørens ledermøte den 9.9.2014 og ePhorte er pr i dag i mye større bruk i helseforetaket enn tidligere. Stabsavdelingene har tatt systemet i bruk og sykehusets øvrige senter og klinikker tar det nå fortløpende i bruk. Det er godt kjent i sykehusets klinikkledelse at systemet skal brukes og i de klinikker hvor det ennå gjenstår opplæring av brukere så leveres inn- og utgående korrespondanse til skanning på post- og dokumentsenteret eller i administrasjonen.

Avvik 2 Manglende arkivplan

Her opprettholdes vår søknad om utsettelse av ferdigstilling, jfr vårt brev av 05.01.2015

Avvik 4 Manglende rutiner for å ha elektroniske saksdokumenter

Den rutinen vi manglet ved oversendelse av vårt brev 12.05.2014 følger vedlagt. Øvrige rutiner er oversendt i vår ekspedisjon datert 12.5.14. Vi anser nå at de rutiner som skal inn i den ferdige arkivplanen er på plass.

Avvik 5 Avsluttet periode i elektronisk arkiv ikke deponert til arkivdepot

Skriftlig avtale om avlevering er inngått med Riksarkivet 08.01.2015 og selve arkivuttrekket ble avsendt 21.01.2015.

Avvik 7 Avvik i arkivlokalene

Alle avvik på arkivlokaler er lukket med unntak av adgangskontroll og fuktighetsvarsling. Arbeidet er startet og vil bli slutført medio mars 2015.

— Vår søknad om utsettelse med ferdigstilling av arkivplan til 31.12.2015 opprettholdes. Som vedlegg til dette brev følger også en foreløpig bestandsoversikt over vårt arkivmateriale.

Med vennlig hilsen

Vivi-Ann Samuelsen
arkivleder



NORDLANDSSYKEHUSET HF
v/direktøren
Postboks 1480
8092 BODØ

Tilsyn - AMBULANSE FAUSKE

Vi viser til tilsynet hos virksomheten den 06.03.2013.

Vedtak om tvangsmulkt

I brev fra oss 28.11.2014 fikk dere frist til 19.12.2014 for å komme med kommentarer til varsel om tvangsmulkt.

Vi har fortsatt ikke mottatt noen tilbakemelding om at pålegget er oppfylt. Derfor får dere nå brev med vedtak om å betale tvangsmulkt dersom pålegget ikke blir oppfylt innen fristen.

Arbeidstilsynet har hjemmel i arbeidsmiljøloven § 18-7 til å fastsette tvangsmulkt. **Vi gir dere tvangsmulkt for følgende:**

Pålegg - Arbeidstidsordning - vurdering av forsvarlighet (virksomheter over 50 ansatte)

Arbeidsgiver skal vurdere om arbeidstidsordningen er fullt forsvarlig slik at hensynet til helse, velferd og sikkerhet er ivaretatt. På bakgrunn av vurderingen skal det eventuelt iverksettes nødvendige tiltak. Verneombud/ansattes representant skal medvirke i vurderingen av arbeidstidsordningen samt i utarbeidelse og iverksettelse av nødvendige tiltak.

Arbeidsmiljøutvalget skal behandle helse- og velferdsmessige spørsmål knyttet til arbeidstidsordningen.

Vilkår:

For å kunne vurdere om pålegget er oppfylt, må vi innen fristen ha mottatt:

- Kopi av risikovurderingen av arbeidstidsordningen for ansatte med hjemnevakt i Saltdalen
- Beskrivelse av eventuelle tiltak
- Beskrivelse av hvordan verneombud/ansattes representant har medvirket
- Referat fra Arbeidsmiljøutvalgets behandling av saken





Hjemmel: arbeidsmiljøloven §§ 10-2 første ledd, 3-1 første ledd og andre ledd bokstav c og 7-2 andre ledd bokstav f, forskrift om organisering, ledelse og medvirkning § 7-1 andre ledd og sjette ledd og forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften) § 5 andre ledd nr. 6

Begrunnelse:

Arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstidsordningen i virksomheten er slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger, og slik at det er mulig å ivareta sikkerhetshensyn. Arbeidsgiver skal vurdere arbeidstidsordningen og iverksette tiltak dersom arbeidstidsordningen ikke ivaretar hensynet til helse, velferd og sikkerhet. Vurdering og utarbeidelse av tiltak skal gjøres i samarbeid med arbeidstakerne og deres tillitsvalgte. I tillegg skal arbeidsmiljøutvalget behandle helse- og velferdsmessige spørsmål knyttet til arbeidstidsordninger.

Vurderinger skal gjentas ved endringer som kan ha betydning for arbeidstakernes helse, velferd eller sikkerhet, og skal dokumenteres og oppbevares i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal oppbevares slik at opplysningene kan anvendes på et senere tidspunkt. Dette følger av arbeidsmiljøloven §§ 10-2 første ledd, 3-1 første ledd og andre ledd bokstav c og § 7-2 andre ledd bokstav f, jf. forskrift om organisering, ledelse og medvirkning § 7-1 andre og sjette ledd og internkontrollforskriften § 5 andre ledd nr. 6.

Et hovedformål med arbeidstidsbestemmelsene er å sikre at arbeidstakerne har en arbeidstid som ikke påfører dem og deres nærmeste familie unødige helsemessige og sosiale belastninger og slik at det er mulig å ivareta sikkerhetshensyn. For å verne arbeidstakerne mot for lang og ubekvem arbeidstid og sikre balanse mellom arbeid og hvile, fastsetter arbeidsmiljøloven regler om hvor lang arbeidstiden kan være og når på døgnet arbeidstiden kan plasseres. Kravet om full forsvarlig arbeidstidsordning gjelder selv om ordningen er i samsvar med rammene i arbeidstidskapitlet og eventuelt inngåtte avtaler.

Under tilsynet kom det frem at arbeidstidsordningen for ansatte i Saltdalen med hjemmevakt kan være belastende og medføre risiko når det gjelder nødvendig grad av årvåkenhet ifm utrykninger og lange vakter. Arbeidsgiver har ikke, i samarbeid med arbeidstakerne, vurdert arbeidstidsordningens betydning for arbeidstakernes helse, sikkerhet og velferd. Arbeidsmiljøutvalget har ikke vurdert helse- og velferdsmessige spørsmål knyttet til arbeidstidsordningen.

Det foreligger brudd på bestemmelsen om vurdering av arbeidstidsordningen.

Dersom ovenstående ikke er oppfylt innen den 27.02.2015, vil Arbeidstilsynet kreve inn tvangsmulkt på kr 1 500 pr. virkedag (mandag til lørdag).



Hva skjer hvis dere ikke oppfyller punktet innen fristen?

Dersom punktet ikke er oppfylt innen fristen, må virksomheten betale tvangsmulkt. Først når Arbeidstilsynet har mottatt skriftlig tilbakemelding om at punktet er oppfylt, og vi har avsluttet punktet, vil tvangsmulktbeløpet slutte å øke.

Statens innkrevingsentral krever inn alle tvangsmulker for Arbeidstilsynet. Dere vil få et eget brev med regning fra Statens innkrevingsentral. Dersom dere ikke betaler tvangsmulkten til Statens innkrevingsentral innen fristen, vil beløpet med gebyr bli krevd inn med tvang.

Dere kan klage

Dere kan klage på vedtak jf. forvaltningsloven § 28. Fristen for å klage er tre uker fra dere mottar vedtaket. For nærmere informasjon om klageinstans, fremgangsmåte ved klage og retten til å se sakens dokumenter, se www.arbeidstilsynet.no/klage.

Hva må dere gjøre?

Dere må sende oss en skriftlig tilbakemelding for hvert enkelt punkt innen fristen. Tilbakemeldingen skal undertegnes av arbeidsgiver eller en stedfortreder. Tilbakemeldingen kan også undertegnes av verneombudet eller en representant for de ansatte.

Informasjon til verneombudet


Verneombudet skal gjøres kjent med vedtak fra Arbeidstilsynet, jf. arbeidsmiljøloven §§ 6-2 sjette ledd og 18-6 åttende ledd. Vi har sendt en egen kopi av dette brevet til verneombudet.

Har dere behov for mer informasjon?

Dere finner mer informasjon om Arbeidstilsynet og om regelverket på www.arbeidstilsynet.no og www.regelhjelp.no. Dere kan også kontakte oss på telefon 815 48 222. Dersom dere har spørsmål til saken, kontakt saksbehandler, oppgi referansenummer 2013/2371.



001000425275



Med hilsen
Arbeidstilsynet

Angela Westphal
tilsynsleder
(sign.)

Roar Wulff Førde
seniorinspektør
(sign.)

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

Kopi til:

NORDLANDSSYKEHUSET HF v/verneombudet ambulanse sone 3, Prehospital klinikk,
Postboks 1480, 8092 BODØ

NORDLANDSSYKEHUSET HF v/enhetleder ambulanse sone 3, Prehospital klinikk, Postboks
1480, 8092 BODØ

NORDLANDSSYKEHUSET HF v/hovedverneombudet, 8092 BODØ

NORDLANDSSYKEHUSET HF v/klinikkjef, Prehospital klinikk, Postboks 1480, 8092
BODØ



NORDLANDSSYKEHUSET BODØ

8092 BODØ

Tilsyn - NORDLANDSSYKEHUSET BODØ

Vi viser til tilsynet hos virksomheten den 11.04.2014.

Tilsynet ble utført på/ved Ambulansestasjon på Gravdal

Fristutsettelse

Vi viser til søknad av 30.01.2015 om fristutsettelse. Verneombud/hovedvernombud er informert omsøknaden. Vi har vurdert forespørselen.

Dere er i gang med å utbedre forholdene og utbedringene medførte en del byggetekniske tiltak. Vi finner å kunne forlenge fristen i hht deres ønske.

Alle pålegg har fått ny frist til 01.07.2015.

Fristutsettelsen gjelder følgende:

Pålegg - Arbeidsplasser og arbeidslokaler - luftkvalitet (utleier)

Virksomheten skal gjennomføre tiltak som sikrer at arbeidslokalene er utformet og innredet slik at de enkelte arbeidsplasser, personalrom mv. får tilfredsstillende klima med hensyn til temperatur, fuktighet, trekk, luftkvalitet og sjenerende lukt, og beskyttelse mot giftige eller helsefarlige stoffer mv.

Vilkår:

For å kunne vurdere om pålegget er oppfylt, må vi innen fristen ha mottatt:

- Beskrivelse av gjennomførte tiltak. Tiltak må være i samsvar med behov gitt av aktiviteter, personbelastning og øvrige forhold som påvirker luftkvaliteten i lokalene
- Beskrivelse av hvordan leietaker og dennes arbeidstakere har medvirket



000000079174

775537 - 2 - 3



Hjemmel: arbeidsmiljøloven § 4-4 første ledd og forskrift om utforming og innretning av arbeidsplasser og arbeidslokaler (arbeidsplassforskriften) §§ 1-3 fjerde ledd, 2-1 første ledd og 2-14

Ny frist settes til: **01.07.2015**

Pålegg - Arbeidsplasser og arbeidslokaler - rom for renholdsutstyr (utleier)

Virksomheten skal etablere rom for renholdsutstyr som er innredet og utstyrt i samsvar med den planlagte rengjøringsmetode.

Vilkår:

For å kunne vurdere om pålegget er oppfylt, må vi innen fristen ha mottatt:

- Beskrivelse av etablert løsning for rom for renholdsutstyr
- Beskrivelse av hvordan leietaker og dennes arbeidstakere har medvirket

Hjemmel: arbeidsmiljøloven § 4-4 andre ledd og forskrift om utforming og innretning av arbeidsplasser og arbeidslokaler (arbeidsplassforskriften) §§ 1-3 fjerde ledd og 3-8

Ny frist settes til: **01.07.2015**

Pålegg - Arbeidsplasser og arbeidslokaler - garderøber

Arbeidsgiver skal sørge for tilfredsstillende garderøber for kvinner og menn. Verneombud/ansattes representant skal medvirke.

Vilkår:

For å kunne vurdere om pålegget er oppfylt, må vi innen fristen ha mottatt:

- Beskrivelse av virksomhetens garderøber for kvinner og menn
- Beskrivelse av hvordan verneombud/ansattes representant har medvirket

Hjemmel: arbeidsmiljøloven §§ 3-1 første ledd og 4-4 første ledd og forskrift om utforming og innretning av arbeidsplasser og arbeidslokaler (arbeidsplassforskriften) § 3-4

Ny frist settes til: **01.07.2015**

Pålegg - Arbeidsplasser og arbeidslokaler - utforming og innredning

Arbeidsgiver skal sørge for at arbeidslokalet og atkomsten er utformet og innredet med sikte på den virksomheten og de arbeidsplasser som skal finnes i lokalet, og at en tilfredsstillende velferdsmessig standard er ivaretatt.

Vilkår:

For å kunne vurdere om pålegget er oppfylt, må vi innen fristen ha mottatt:

- Beskrivelse av hvordan arbeidslokalet og atkomsten er utformet og innredet med sikte på den virksomheten og de arbeidsplasser som skal finnes i lokalet, og hvordan hensynet til en tilfredsstillende velferdsmessig standard er ivaretatt.
- Nye pålegg kan bli varslet etter at vi ha fått tilbakemeldingen.

Hjemmel: arbeidsmiljøloven § 4-4 første ledd og forskrift om utforming og innretning av arbeidsplasser og arbeidslokaler (arbeidsplassforskriften) § 2-1 første ledd

Ny frist settes til: **01.07.2015**

Hva må dere gjøre?

Dere må sende oss en skriftlig tilbakemelding for hvert enkelt punkt innen fristen. Tilbakemeldingen skal undertegnes av arbeidsgiver eller en stedfortreder. Tilbakemeldingen kan også undertegnes av verneombudet eller en representant for de ansatte.

Informasjon til verneombudet


Verneombudet skal gjøres kjent med vedtak fra Arbeidstilsynet, jf. arbeidsmiljøloven §§ 6-2 sjettede ledd og 18-6 åttendede ledd. Vi har sendt en egen kopi av dette brevet til verneombudet. Hvis virksomheten ikke har verneombud, skal arbeidsgiveren gi kopien til representanten for de ansatte.

Har dere behov for mer informasjon?

Dere finner mer informasjon om Arbeidstilsynet og om regelverket på www.arbeidstilsynet.no og www.regelhjelp.no. Dere kan også kontakte oss på telefon 815 48 222. Dersom dere har spørsmål til saken, kontakt saksbehandler, oppgi referansenummer 2014/68322.



001000079188



Med hilsen
Arbeidstilsynet

Hallgerd Sjøvoll, for
Angela Westphal
tilsynsleder
(sign.)

Heidi Ellefsen
senioringeniør
(sign.)

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

Kopi til:
Ambulansestasjon Gravdal v enhetsleder Brit Ragna Rønning
Virksomhetens verneombud
NORLANDSSYKEHUSET HF, 8092 BODØ