



Styresak 40-2015

Referatsaker til styret

Saksbehandler:
Gro Ankill

Saksnr.:
2011/2354

Dato:
18.03.2015

Følgende dokumenter legges frem som referatsaker for styret:

1. Protokoll styremøte Helse Nord RHF 26.02.2015
2. Protokoll Brukerutvalget i NLSH 17.03.2015 (ettersendes)
3. Protokoll drøftingsmøte med tillitsvalgte 18.02.2015 (ettersendes)
4. Protokoll møte i AMU 19.02.2015 (ettersendes)
5. Brev fra Andøy kommune vedr ambulanseberedskap, av 19.02.2015
6. Uttalelse fra Sykehusets venner, av 18.02.2015
7. Uttalelse vedrørende ambulansetjenesten i Meløy fra Meløy kommune, av 10.03.2015
8. Tilsynsrapport radiologisk enhet fra Statens strålevern, av 28.01.2015.
9. Varsel om pålegg fra Statens strålevern, av 18.02.2015
10. Referat fra møte i OSO 26.02.2015

Innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Avstemming:

Vedtak:

Presseprotokoll

Vår ref.:
2014/711-15/012

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

Sted/Dato:
Tromsø, 26.2.2015

Møtetype:	Styremøte i Helse Nord RHF
Møtedato:	26. februar 2015 – kl. 8.30
Møtested:	Scandic Ishavshotell, Tromsø

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
Hilde Rolandsen	direktør for eieravdelingen
Tor Solbjørg	revisjonssjef

I forkant av styremøtet orienterte fagdirektør Geir Tollåli om Nasjonalt beslutningssystem for nye metoder og NOU 2014:12 Prioriteringer i helsetjenesten.

Styresak 8-2015 Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 8-2015	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 9-2015	Godkjenning av protokoll fra styremøte 4. februar 2015
Sak 10-2015	NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten, høring
Sak 11-2015	Regional plan for plastikkirurgi 2015-2020
Sak 12-2015	Regional plan for revmatologi 2015-2019
Sak 13-2015	Regional plan for øre-nese-hals 2015-2025
Sak 14-2015	Desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord – konsekvenser av seleksjonskriterier m. m., oppfølging av styresak 7-2012, 121-2012 og 122-2012
Sak 15-2015	Finnmarkssykehuset Kirkenes - nybygg, godkjenning av entrepriser og justeringer av prosjektramme
Sak 16-2015	Nordlandssykehuset Vesterålen - salg av bygg for psykisk helsevern i Bø i Vesterålen til Bø kommune og Andøy kommune
Sak 17-2015	FIKS ¹ -prosjekt: Tertialrapport pr. 31. desember 2014
Sak 18-2015	Virksomhetsrapport nr. 1-2015 <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
Sak 19-2015	Brukermedvirkning i helseforskning i Norge, forslag til retningslinjer og tiltak
Sak 20-2015	Internrevisjonsrapport 08/2014: Strykninger av planlagte operasjoner i Helse Nord
Sak 21-2015	Revisjonsutvalgets årsrapport for 2014, vedlagt internrevisjonens årsrapport for 2014
Sak 22-2015	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none">1. Informasjon fra styreleder til styret – <i>mundlig</i>2. Informasjon fra adm. direktør til styret – <i>mundlig</i>3. Responstider i ambulansetjenesten, oppfølging av styresak 52-2009 og 137-2014/84. Overordnet ernæringsstrategi - status på etablering <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>5. Prosjekt ad. oppgaveglidning mellom radiografer og radiologer, oppfølging av styresak 7-2015, sak A6. Universitetssykehuset Nord-Norge HF - strategisk utviklingsplan, informasjon7. Kvalitetsstrategi i Helse Nord - plan for revidering
Sak 23-2015	Referatsaker <ol style="list-style-type: none">1. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget, den 26. januar 20152. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 5. februar 2015 ad. ESA - Sykehusapotek - Avslutning av sak, jf. <i>styresak 24-2014/3 ESAs² avgjørelse i sak om statsstøtte – sykehusapotekenes publikumsutsalg</i>

¹ FIKS: Felles innføring kliniske systemer

² ESA: EFTA Surveillance Authority, EFTAs overvåkningsorgan

3. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 3. februar 2015 ad. oppnevningbrev til 26 ordinære medlemmer av HelseOmsorg21-rådet
Kopi av brevet var ettersendt.
4. Brev fra Norsk Radiografforbund av 13. februar 2015 ad. oppgavedeling mellom radiografer og radiologer - oppfølging av opplegg for pilotprosjektet, jf. styresak 22-2015/5 Prosjekt ad. oppgaveglidning mellom radiografer og radiologer, oppfølging av styresak 7-2015, sak A
Kopi av brevet var ettersendt.
5. Brev fra Sykehusets venner i Vesterålen av 18. februar 2015 ad. Sykehuset i Vesterålen - akuttfunksjonen m. m.
Kopi av brevet var lagt frem ved møtestart.
6. Protokoll fra møte i arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalg av 25. februar 2015
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
7. Protokoll fra drøftingsmøte, den 25. februar 2015 ad. Nordlandssykehuset Vesterålen - salg av bygg for psykisk helsevern i Bø i Vesterålen til Bø kommune og Andøy kommune, jf. styresak 16-2015
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
8. Brev til overlege Jan Størmer, Universitetssykehuset Nord-Norge HF ad. bekymringsmelding til styret i Helse Nord RHF, jf. styresak 151-2014/7 og /8
Kopi av brevet var lagt frem ved møtestart.

Sak 24-2015

Eventuelt

Styrets vedtak:

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

Styresak 9-2015

**Godkjenning av protokoll fra styremøte
4. februar 2015**

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 4. februar 2015 godkjennes.

**Styresak 10-2015 NOU 2014:12 Åpent og rettferdig
- prioriteringer i helsetjenesten, høring**

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar høringsuttalelsen ad. *NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten.*
2. Styret vil presisere at det er helt sentralt å styrke prioriteringsarbeidet som et ledd i å bedre kvaliteten på helsetjenestene, og å gi dette arbeidet tydeligere ledelsesfokus og prioritering i hele helsetjenesten.
3. Styret er enig i at brukerorganisasjonene inviteres inn i prioriteringsprosesser.
4. Styret ber adm. direktør om å sørge for at det utvikles bedre informasjon om kunnskapsbasert prioritering av medisinske tiltak, herunder også satsning på videre utvikling av Helseatlas.no
5. Styret ber Helse- og omsorgsdepartementet om at prioriteringsutfordringene i kommunehelsetjenesten utredes.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar høringsuttalelsen ad. *NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten.*
2. Styret vil presisere at det er helt sentralt å styrke prioriteringsarbeidet som et ledd i å bedre kvaliteten på helsetjenestene, og å gi dette arbeidet tydeligere ledelsesfokus og prioritering i hele helsetjenesten.
3. Styret er enig i at brukerorganisasjonene inviteres inn i prioriteringsprosesser.
4. Styret ber adm. direktør om å sørge for at det utvikles bedre informasjon om kunnskapsbasert prioritering av medisinske tiltak, herunder også satsning på videre utvikling av Helseatlas.no
5. Styret ber Helse- og omsorgsdepartementet om at prioriteringsutfordringene i kommunehelsetjenesten utredes.

Styresak 11-2015 Regional plan for plastikkirurgi 2015-2020

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Regional plan for plastikkirurgi 2015-2020* som retningsgivende for den videre utviklingen av fagområdet.
2. Tiltak som er foreslått i planen, vil bli vurdert i budsjett og oppdragsdokument i årene fremover.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Regional plan for plastikkirurgi 2015-2020* som retningsgivende for den videre utviklingen av fagområdet.
2. Tiltak som er foreslått i planen, vil bli vurdert i budsjett og oppdragsdokument i årene fremover.

Styresak 12-2015 Regional plan for revmatologi 2015-2019

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

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Regional plan for revmatologi i Helse Nord 2015-2019* som retningsgivende for den videre utviklingen av tjenestetilbudet til denne pasientgruppen.
2. Tiltak som er foreslått i planen, vil bli vurdert i budsjett og oppdragsdokument i årene fremover.
3. ***Styret ber adm. direktør om å gi samarbeidet med kommunehelsetjenesten høy prioritet for å sikre at denne pasientgruppen får den nødvendige oppfølgingen i kommunene etter behandling i spesialisthelsetjenesten.***
4. ***Styret ber adm. direktør vurdere et prosjekt som utreder rehabilitering/opptrening i varmere strøk for de pasienter, der dette kan gi en helsemessig gevinst.***

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Regional plan for revmatologi i Helse Nord 2015-2019* som retningsgivende for den videre utviklingen av tjenestetilbudet til denne pasientgruppen.
2. Tiltak som er foreslått i planen, vil bli vurdert i budsjett og oppdragsdokument i årene fremover.
3. Styret ber adm. direktør om å gi samarbeidet med kommunehelsetjenesten høy prioritet for å sikre at denne pasientgruppen får den nødvendige oppfølgingen i kommunene etter behandling i spesialisthelsetjenesten.
4. Styret ber adm. direktør vurdere et prosjekt som utreder rehabilitering/opptrening i varmere strøk for de pasienter, der dette kan gi en helsemessig gevinst.

Styresak 13-2015 Regional plan for øre-nese-hals 2015-2025

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Regional plan for øre-nese-hals 2015-2025* som retningsgivende for utviklingen av tjenestetilbudet innen fagfeltet.
2. Tiltak som er foreslått i planen, vil bli vurdert i budsjett og oppdragsdokument i årene fremover.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Regional plan for øre-nese-hals 2015-2025* som retningsgivende for utviklingen av tjenestetilbudet innen fagfeltet.
2. Tiltak som er foreslått i planen, vil bli vurdert i budsjett og oppdragsdokument i årene fremover.

**Styresak 14-2015 Desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord -
konsekvenser av seleksjonskriterier m. m.,
oppfølging av styresak 7-2012, 121-2012 og
122-2012**

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om arbeidet med desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord til orientering.
2. Styret ber om at det gjennomføres en ROS-analyse innen utgangen av 2015.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om arbeidet med desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord til orientering.
2. Styret ber om at det gjennomføres en ROS-analyse innen utgangen av 2015.

**Styresak 15-2015 Finnmarkssykehuset Kirkenes - nybygg,
godkjenning av entrepriser og justeringer av
prosjektramme**

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner tildelingen av entreprisene B02 og B03 for Nye Kirkenes sykehus.
2. Styret godkjenner justering av prosjektrammen fra 1.310 til 1.370 millioner kroner (p50-2016) for Finnmarkssykehuset HF.
3. Styret godkjenner at p50-marginen til Finnmarkssykehuset HF styrkes med 40 millioner til endelig 1.410 millioner kroner.
4. Styret godkjenner at gjenværende margin på 50 millioner kroner forblir i Helse Nord RHF.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner tildelingen av entreprisene B02 og B03 for Nye Kirkenes sykehus.
2. Styret godkjenner justering av prosjektrammen fra 1.310 til 1.370 millioner kroner (p50-2016) for Finnmarkssykehuset HF.
3. Styret godkjenner at p50-marginen til Finnmarkssykehuset HF styrkes med 40 millioner til endelig 1.410 millioner kroner.
4. Styret godkjenner at gjenværende margin på 50 millioner kroner forblir i Helse Nord RHF.

Styresak 16-2015

Nordlandssykehuset Vesterålen - salg av bygg for psykisk helsevern i Bø i Vesterålen til Bø kommune og Andøy kommune

Adm. direktør trakk saken fra styrets behandling i dette styremøtet.

Styresak 17-2015

FIKS³-prosjekt: Tertialrapport pr. 31. desember 2014

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

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

³ FIKS: Felles innføring kliniske systemer

Styresak 18-2015 Virksomhetsrapport nr. 1-2015

Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 1-2015 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å følge opp gjennomføringen av omstillingsplanene i helseforetakene for å sikre resultatoppnåelse i 2015.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 1-2015 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å følge opp gjennomføringen av omstillingsplanene i helseforetakene for å sikre resultatoppnåelse i 2015.

Styresak 19-2015 Brukermedvirkning i helseforskning i Norge, forslag til retningslinjer og tiltak

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar rapporten *Brukermedvirkning i helseforskning i Norge* som retningsgivende for økt brukermidvirkning i forskningens ulike faser.
2. Styret vedtar retningslinjer og tiltak for brukermidvirkning i helseforskning i Norge som foreslått i saksfremlegget.
3. Styret ber adm. direktør om å følge opp at helseforetakene iverksetter de ulike tiltakene, og at disse vurderes i budsjettprosessen i årene fremover.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar rapporten *Brukermedvirkning i helseforskning i Norge* som retningsgivende for økt brukermidvirkning i forskningens ulike faser.
2. Styret vedtar retningslinjer og tiltak for brukermidvirkning i helseforskning i Norge som foreslått i saksfremlegget.
3. Styret ber adm. direktør om å følge opp at helseforetakene iverksetter de ulike tiltakene, og at disse vurderes i budsjettprosessen i årene fremover.

Styresak 20-2015 Internrevisjonsrapport 08/2014: Strykninger av planlagte operasjoner i Helse Nord

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar *Internrevisjonsrapport 08/2014: Strykninger av planlagte operasjoner i Helse Nord* til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å iverksette internrevisjonens anbefalinger slik at man får sammenlignbar og pålitelig rapportering i Helse Nord senest fra januar 2016, og å legge fram en orientering om status i oppfølgingsarbeidet i regionen i løpet av høsten 2015.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar *Internrevisjonsrapport 08/2014: Strykninger av planlagte operasjoner i Helse Nord* til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å iverksette internrevisjonens anbefalinger slik at man får sammenlignbar og pålitelig rapportering i Helse Nord senest fra januar 2016, og å legge fram en orientering om status i oppfølgingsarbeidet i regionen i løpet av høsten 2015.

Styresak 21-2015 Revisjonsutvalgets årsrapport for 2014, vedlagt internrevisjonens årsrapport for 2014

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar revisjonsutvalgets årsrapport for 2014, vedlagt internrevisjonens årsrapport for 2014, til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar revisjonsutvalgets årsrapport for 2014, vedlagt internrevisjonens årsrapport for 2014, til orientering.

Styresak 22-2015 Orienteringssaker

Det ble gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
 - *Frokostmøte med Nord-Norgebenken på Stortinget*, den 19. februar 2015 (utsatt fra høsten 2014): Informasjon om møtet og deltakere fra Stortinget.
 - *TV2-sak om anskaffelse av kliniske systemer 2003 og 2009*: Informasjon om mediasaken og redegjørelse for bakgrunnen for denne (ulovlig anskaffelse i 2003 og Riksrevisjonens oppfølging av denne). I den forbindelse refererte styreleder også fra brevet av 5. mai 2014 fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til Jan Størmer ad. varsling til HOD. Brevet distribueres til styret i Helse Nord RHF.
 - *Neste styremøte avholdes 26. mars 2015 i Bodø* – etter styreseminaret for helseforetakene. Påmeldingslink og annen informasjon er sendt i egen e-post av 5. februar 2015.
 - *Foretaksmøter med HF-ene* for godkjenning av årsregnskap og styrets beretning 2014, godkjenning av revisors godtgjørelse 2014 og årlig melding 2014 avholdes 24. april 2015 i Bodø.
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
 - *Resultat 2014 – foreløpige regnskapstall, jf. styresak 5-2015/2 Orienteringssaker, adm. direktørs muntlige orienteringer, første strekpunkt*: Informasjon om endring i resultatet for et helseforetak og foretaksgruppen som helhet.
 - *Anbud landeveistransport - ny utlysning i enkelte områder*: Informasjon om utlysningen og bakgrunnen for denne.
 - *Dips Arena - forsinkelse*: Informasjon om forsinkelsen og møte med leverandøren 10. februar 2015.
 - *Møte i Nord-norsk samarbeidsorgan for helseutdanning*, den 6. februar 2015 i Tromsø:
 - o Oppfølging av *styresak 90-2014 Kompetanseutfordringer i en pasientsentrert helsetjeneste*, jf. punkt 2 i vedtaket: *Styret gir tilslutning til etablering av et nordnorsk samarbeidsorgan for utdanning med sekretariat slik det er beskrevet i saksfremlegget. Styret viser i denne sammenheng til vedtak i vedtak i styresak 20-2014 Strategisk kompetanseplan, fase 2. Endelig sammensetning av organet fastsettes etter at rapporten er behandlet i KS (Kommunesektorens organisasjon) og Universitetene.*
 - o Informasjon om møtet og organiseringen av arbeidet (herunder etablering av arbeidsutvalg og sekretariat).
 - *Middag med statsråd Bent Høie og Stortingets helse- og omsorgskomiteé*, den 9. februar 2015 - sammen med styreleder Bjørn Kaldhol: Informasjon om faglig seminar i forkant av middagen.
 - *Møte med Fylkesråden, Fylkesordfører og gruppeledere Nordland Fylkesting*, den 10. februar 2015 ad. utvikling av sykehusorganisering på Helgeland - sammen med ledelsen i Helgelandssykehuset HF: Informasjon
 - *Høring i Stortingets helse- og omsorgskomiteé ad. Fritt behandlingsvalg*, den 18. februar 2015: Informasjon
 - *Møte i Beslutningsforum for nye metoder*, den 19. januar 2015 og 23. februar 2015: Informasjon om møtene og saker som er behandlet.

- *helseatlas.no*
 - o Presentasjon av helseatlas.no til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i møte 2. mars 2015.
 - o Positiv respons på lanseringen av helseatlas.no.
- 3. Responstider i ambulansetjenesten, oppfølging av styresak 52-2009 og 137-2014/8
- 4. Overordnet ernæringsstrategi - status på etablering
Saksdokumentene var ettersendt.
- 5. Prosjekt ad. oppgaveglidning mellom radiografer og radiologer, oppfølging av styresak 7-2015, sak A
- 6. Universitetssykehuset Nord-Norge HF - strategisk utviklingsplan, informasjon
- 7. Kvalitetsstrategi i Helse Nord - plan for revidering

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 23-2015 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget, den 26. januar 2015
2. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 5. februar 2015 ad. ESA - Sykehusapotek - Avslutning av sak, jf. *styresak 24-2014/3 ESAs⁴ avgjørelse i sak om statsstøtte – sykehusapotekenes publikumsutsalg*
3. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 3. februar 2015 ad. oppnevningbrev til 26 ordinære medlemmer av HelseOmsorg21-rådet
Kopi av brevet var ettersendt.
4. Brev fra Norsk Radiografforbund av 13. februar 2015 ad. oppgavedeling mellom radiografer og radiologer - oppfølging av opplegg for pilotprosjektet, jf. *styresak 22-2015/5 Prosjekt ad. oppgaveglidning mellom radiografer og radiologer, oppfølging av styresak 7-2015, sak A*
Kopi av brevet var ettersendt.
5. Brev fra Sykehusets venner i Vesterålen av 18. februar 2015 ad. Sykehuset i Vesterålen - akuttfunksjonen m. m.
Kopi av brevet var lagt frem ved møtestart.
6. Protokoll fra møte i arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalg av 25. februar 2015
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
7. Protokoll fra drøftingsmøte, den 25. februar 2015 ad. Nordlandssykehuset Vesterålen - salg av bygg for psykisk helsevern i Bø i Vesterålen til Bø kommune og Andøy kommune, jf. styresak 16-2015
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
8. Brev til overlege Jan Størmer, Universitetssykehuset Nord-Norge HF ad. bekymringsmelding til styret i Helse Nord RHF, jf. styresak 151-2014/7 og /8
Kopi av brevet var lagt frem ved møtestart.

⁴ ESA: EFTA Surveillance Authority, EFTAs overvåkningsorgan

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 24-2015

Eventuelt

Ingen saker ble fremmet.

Tromsø, den 26. februar 2015

*godkjent av Bjørn Kaldhol,
i etterkant av styremøtet,
den 26FEB2015 – kl. 13.30*

Bjørn Kaldhol



Andenes, 19 februar 2015.

Nordlandssykehuset HF
v/ Adm.dir Paul Martin Strand
Postboks 1480
8092 Bodø.

AMUBULANSEBEREDSKAP

Jeg viser til at Nordlandssykehuset har varslet midlertidige endringer i ambulanseberedskapen som en direkte følge av en utfordrende budsjettssituasjon i foretaket.

Konkret består endringen i at det ikke vil bli innleid ekstramannskaper på ambulansene i forbindelse med sykmeldinger m.v.

Konsekvensen av dette er at ambulanseberedskapen i Andøy vil bli sterkt redusert i de tilfellene hvor de faste mannskapene ikke er tilgjengelig.

For Andøy kommunes vedkommende er en slik svekkelse av ambulanseberedskapen uakseptabel. Utgangspunktet er at ambulanseberedskapen i Andøy er på et minimum. Det at ambulanseberedskapen i Andøy også er organisert gjennom en hjemmevaktsordning gjør at en ytterligere svekkelse av beredskapen lett kan sette liv og helse i fare.

Det at Andøy kommune også er vertskommende for Andøya Flystasjon tilsier at ambulanseberedskapen må organiseres og dimensjoneres i forhold til konsekvensene av en eventuell hendelse tilknyttet Forsvarets aktivitet. I den sammenheng vil jeg vise til at Forsvaret selv har meget kort responstid i forhold til eventuelle hendelser knyttet til flyaktiviteten ved stasjonen. I og med at Forsvaret ikke har en egen ambulanseberedskap, legger jeg til grunn at helseforetaket også har ansvar for ambulanseberedskapen i forhold til aktiviteten ved flystasjonen.

Jeg mener dette samlet sett må medføre at foretaket må reversere beslutningen om ikke å leie inn ekstra mannskaper til ambulanseberedskapen i forbindelse sykdom o.l.

Andøy kommune mener bestemt at gjennomføring av tiltaket vil gi en uforsvarlig ambulanseberedskap som i verste fall kan få fatale konsekvenser.

Med hilsen


Jonni Helge Solsvik

Gjenpart:
Helse Nord
Andøy kommunestyret
Vesterålen regionråd

Sykehusets Venner i Vesterålen
v/leder Rolf Kristensen
Mikkel Revs vei 13
8410 Lødingen

18. februar 2015-02-19

Sendes til
- Nordlandssykehuset v/administrerende direktør Paul Strand

Sykehuset i Vesterålen – akuttfunksjonen m.m.

Det er på nytt nødvendig å slå ring om sykehuset i Vesterålen – aller helst ring om lokalsykehusene over hele landet.

Årsmøtet i Sykehusets Venner Vesterålen, avholdt 16. februar 2015, ber politikerne og politiske partier, lokalt og sentralt (Stortingsrepresentanter spesielt) om å sette seg grundig inn i helseministerens forslag til Helseforetaks-reformen. Det mest graverende er forslagene om nedleggelse av akuttfunksjonene ved sykehus med mindre befolkningsgrunnlag enn 60.000. Nordland er antakelig det fylket som i tilfelle gjennomføring, på grunn av geografi, klima, vær og uvær, vil bli hardest rammet.

Allerede er foretaksmodellen og klinikkmodellen – sykehus uten demokratisk valgt styre, og sykehus uten stedlig direktør og avdelingsledere, blitt en svøpe for distriktene. Styrerepresentantene i foretaksmodellen blir ikke politisk valgt, men plukkes ut nærmest etter foretakledelsens (byråkratenes) forgodtbefinnende. Sykehusenes ansatte, de viktigste i alle sammenheng, er uten innflytelse på egen hverdag.

Begge modellene har i realiteten spilt falitt. Det samme kan i stor grad sies om Samhandlingsreformen som blant annet har skapt svingdørpatientene. Samfunnet har ikke tjent på denne ordningen, men skapt problemer både for pasienter, sykehus og kommuner.

Vanlig logikk tilsier at det er pasienten som skal stå i sentrum ved et hvert sykehus. I stedet har foretaksmodellen gjort sykehusene om til bedrifter. Det blir stadig og utidig snakket om produksjon, overskudd og underskudd, sjelden om mennesker med behov for helsehjelp. Kapasitet og antall pasienter er nøkkelord når tilbudene på sykehusene kuttes. Sykehuset i Vesterålen har allerede mistet mye. Et sykehus med fullverdig fødeavdeling og akuttfunksjon, er det absolutte minstemålet for det som kan kalles sykehus.

Årsmøtet i Sykehusets Venner Vesterålen slutter seg til «Høringsuttalelsen fra Folkebevegelsen for lokalsykehusene», vedtatt på landssamling i Oslo 27.–28. september 2014, og professor Bjarne Jensens rapport «Helsereformer på feil premisser». Sistnevnte etter initiativ av styret i Kommunenes Interesseforening for lokalsykehus, mai 2014.

Årsmøtet i Sykehusets Venner ber politikerne fra alle partier om å stoppe planene om en Helseforetak-reform som i sin mest ekstreme form, ved blant annet å legge ned sykehus og som svekker helsesektoren i distriktene.

Sykehusets Venner Vesterålen

Nordlandssykehuset HF
Postboks 1480
8092 Bodø

UTTALELSE VEDRØRENDE AMBULANSETJENESTEN I MELØY

Meløy kommune viser til Nordlandssykehusets varslede kutt i ambulansetjenesten i Nordland.

Vi er blitt kjent med at Nordlandssykehuset planlegger å gjennomføre en rekke kutt i en allerede presset prehospital ambulansetjeneste ved helseforetaket.

Meløy kommune ser med stor uro og bekymring på konsekvensene av de varslede kuttene.

Meløy kommune har fra kommunesenteret Ørnes til Nordlandssykehuset en avstand på 12 mil, men fra den sørligste delen av kommunen er det hele 22 mil, noe som også medfører større behov for beredskap. Vi har i tillegg flere bebodde øyer uten fastlandsforbindelse. De foreslåtte kutt vedrørende ambulansetjenesten vil kunne føre til risiko for at Meløy kommune eller deler av kommunen i lange perioder vil være uten ambulanse. Denne pasientkategori vil ikke ha drosje som et medisinskfaglig alternativ. Ambulanse er ofte også nødvendig ved helikoptertransport for å komme til landingssted.

Mye av pasientbehandlingen starter allerede i den prehospitaltjenesten, ved hjelp av kompetente fagfolk. Ambulansetjenesten er ikke lenger en transporttjeneste, men ivaretar pasientens behov for behandling og observasjon på tur inn til sykehus. Vi ser også et økende behov for ambulansetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, i og med at pasienter raskere føres tilbake til kommunene og dermed også vil få retur til sykehus i økende grad pga. uavklart eller forverret sykdomsbilde.

Dersom Nordlandssykehuset velger å gjennomføre de varslede sparetiltakene i ambulansetjenesten, vil dette føre til en svekkelse av akuttberedskapen av alvorlig art. Hvis ambulansetjenesten i Meløy svekkes som følge av at det trekkes ut ambulanse fra enkelte områder eller at ambulanser ikke bemannes ved sykdom og fravær, vil dette føre til at beredskapen blir betydelig svekket og at responstid blir kritisk lang.

De foreslåtte sparetiltakene vil kunne gå på bekostning av liv og helse. Meløy kommune er derfor sterkt kritisk til de foreslåtte kuttene i ambulansetjensten og krever at dagens beredskap opprettholdes.

Med vennlig hilsen



Hege Sørli
Rådmann Meløy kommune



Per Swensen
Ordfører Meløy kommune



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

Tilsyn ved Radiologisk enhet Bodø, Nordlandssykehuset HF

1. INNLEDNING

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

Kontaktpersoner ved Nordlandssykehuset HF enhet Bodø var:

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

Fra Strålevernet

- Seniorrådgiver Reidun D. Silkoset

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

2. AKTUELT REGELVERK

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

3. BAKGRUNN, OMFANG OG GJENNOMFØRING

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

Hendelse:

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

Oppfølging fra virksomheten:

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

Tilsynet fokuserte spesielt på følgende tema:

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

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

Etterspurt dokumentasjon

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

All etterspurt dokumentasjon ble oversendt Strålevernet innen fristen.

4. GENERELLE INNTRYKK

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

4.1 AVDELINGENS SYSTEMATISKE ARBEID MED STRÅLEVERN

Organisering av strålevern

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

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

Kvalitetssystem, prosedyrer og avvikssystem

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

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

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

Arbeid med internrevisjoner

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

Opplæring i strålevern, strålebruk og apparatspesifikk opplæring

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

4.2 MEDISINSK STRÅLEBRUK

Kompetanse innen medisinsk fysikk, kvalitetskontroll og vedlikehold

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

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

Strålevern av personale

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

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

Strålevern av pasient

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

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

Oppsummering strålevern av personale og pasient

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

5. FUNN UNDER TILSYNET – AVVIK OG ANMERKNINGER

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

5.1. DEFINISJONER

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

5.2. AVVIK

Avvik nr. 1: Varslingsplikt ved uønsket hendelse

Avvik: Uønsket hendelse er ikke varslet Strålevernet innen fristen.

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

Kommentar:

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

Avviket er basert på:

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

Avvik nr. 2: Avvikshåndtering

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

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

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

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

Avviket er basert på:

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

Avvik nr. 3: Opplæring i strålevern for radiologer

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

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

Kommentar:

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

Avviket er basert på:

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

Avvik nr.4: Kvalitetskontroll

Avvik: Virksomheten har ikke fulgt opp kvalitetskontrollrapport.

Hjemmel: Forskrift om strålevern og strålebruk § 48.

Kommentar:

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

Avviket er basert på:

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

Avvik nr.5: Persondosimeter

Avvik: Virksomheten har ikke fulgt opp persondosimeteravlesninger.

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

Kommentar:

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

Avviket er basert på:

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

5.3. ANMERKNINGER

Anmerkning nr. 1: Medisinsk fysiker

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

Kommentar:

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

Anmerkning nr. 2: Strålevernkoordinator

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

Kommentar:

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

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

Anmerkning: Prosedyren for oppfølging av høye pasientdoser er ikke optimal

Kommentar:

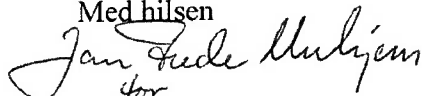
- Prosedyren for oppfølging av pasient ved høy DAP dose bør revideres, for blant annet å sikre oppfølgingen av pasient etter prosedyren.


6. OPPFØLGING ETTER TILSYNET

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

Vi takker for god tilrettelegging og konstruktivt samarbeid under tilsynet.

Med hilsen


for
Eva G. Friberg
seksjonssjef


Reidun D. Silkoset
seniorrådgiver



2015/26

Statens strålevern
Norwegian Radiation Protection AuthorityNordlandssykehuset HF
Postboks 1480
8092 Bodø

Deres ref.

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

Varsel om pålegg

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

Varsel om pålegg om retting av avvik

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

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

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

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

Frist for gjennomføring av pålegget: 1. juni 2015.

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

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

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

Frist for gjennomføring av pålegget: 1. juni 2015.

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

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

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

Frist for gjennomføring av pålegget: 1. juni 2015

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

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

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

Frist for gjennomføring av pålegget: 1. juni 2015.

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

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

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

Frist for gjennomføring av pålegget: 1. juni 2015.

Offentlighet i forvaltningen

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

Kommentarfrist til de varslede pålegg om retting

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

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

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

Med hilsen,

for
Hanne Kofstadmoen
avdelingsdirektør

for
Reideun D. Silke
Eva G. Friberg
seksjonssjef

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



REFERAT MØTE I OVERORDNET SAMARBEIDSORGAN (OSO)

Dato : 26. februar 2015

Sted : Nordlandssykehuset, Bodø – møterommet 9.etg.

Tidspunkt: 10:30 – 16:00

Saksbehandler: Steinar Pleym Pedersen/Inger K. Nohr

Vår
ref.:2014/2829
/SPP



Tilstede	M=møtt
Leder	
Adm. direktør Paul Martin Strand	M
Nestleder	
Rådmann Nils Olav Hagen, Moskenes kommune	M
Øvrige kommunale medlemmer	
Kirsten Pedersen, rådmann Andøy kommune	M
Sture Jakobsen, helse- og sosialsjef Sortland kommune	M
Solveig Nilsen, kommuneoverlege Flakstad kommune	M
Elisabeth Marie Larsen, rådmann Saltdal kommune	M
Mona Karlsen, rådgiver Bodø Kommune	M
Ole Reidar Sollund, kommunalsjef helse og omsorg, Fauske kommune	M
Helseforetakets øvrige medlemmer	
Trude Grønlund, klinikkjef Psykisk helse- og rusklinikken	M
Olaug Kråkmo, klinikkjef Medisinsk klinikk	M
Eystein Præsteng Larsen, jurist/rådgiver adm.dirs stab	M
Terje Tollåli, overlege medisinsk avdeling	M
Lars Solstad, avdelingsleder kirurgisk/ortopedisk klinikk Lofoten	Ikke møtt
Gro-Marith Villadsen, prosjektleder Vesterålen	M
Brukerrepresentant	
Barbara Priesemann	M
Arbeidstakerrepresentant	
Merete Lian, UNIO	M
Gry Berit Alvenes, LO	M (til 14:30)
Andre	
John Arve Skarstad, Fylkesmannen i Troms	M
Randi Angelsen, Kommunikasjonssjef Nordlandssykehuset	M
Erik Martinsen, praksiskonsulent NLSH	M
Guri Moen Lajord, KS	M
Inger Nohr	M

Agenda:

- 1/2015 Godkjenning av innkalling og saksliste
- 2/2015 Godkjenning av referat fra møtet 3.12.14
- 3/2015 Endring av Overordnet samarbeidsavtale og OSOs vedtekter – evaluering av tjenesteavtalene
- 4/2015 Forbruk av sykehustjenester i Salten – SKDEs analyse
- 5/2015 Oppdragsdokumentet 2015
- 6/2015 Pakkeforløp kreft – innfasing i Nordlandssykehuset
- 7/2015 Utskrivningsklare pasienter – status pr. 31.12 2014 og pr. 31.1.15
- 8/2015 IKT – samarbeidsutvalget – presisering/oppklaring av mandat
- 9/2015 Kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser(KAD) – rapport 2014
- 10/2015 Status i den kommunale psykiatrien - orientering
- 11/2015 Innkomne saker fra kommunene
- 12/2015 Referater
- 13/2015 Eventuelt

Sakskart:

Saksnr.	Saksfremstilling
1/2015	<p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <p>1. Innkalling og saksliste godkjennes.</p>
2/2015	<p>Godkjenning av referat fra møtet 3.12.14</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <p>1. Referatet godkjennes.</p> <p>Merknad:</p> <p>Sture Jakobsen ønsker en gjennomgang av sak 61/2014 i referat fra forrige møte vedr stemmerett – tas opp under sak 3/2015</p> <p>Ønske om gjennomgang av sak 68/2014 i referat fra forrige møte vedr fremdrift i arbeidet – tas opp under sak 10/2015</p>
3/2015	<p>Endring av Overordnet samarbeidsavtale og OSOs vedtekter. Evaluering av tjenesteavtalene</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <p>1. OSO anbefaler styret for Nordlandssykehuset og kommunene å slutte seg til følgende endringer i Overordnet samarbeidsavtale:</p>

Nytt avsnitt 3 i avtaletekst pkt 5:

Partene selv og *Overordnet samarbeidsorgan (OSO)* kan ved behov anbefale at det inngås tjenesteavtaler på andre områder. Tjenesteavtaler skal være vedlegg til samarbeidsavtalen. Ved utarbeidelse av tjenesteavtaler skal begge parter være representert. Brukere, ansatte og fagmiljøene skal være representert der dette er naturlig eller er bestemt i lov, forskrift, eller i andre avtaler.

Ny avtaletekst pkt. 6:

Partene er enige om at følgende samarbeidsformer skal etableres: *Overordnet samarbeidsorgan (OSO)*. OSO er et partssammensatt, overordnet rådgivende organ mellom NLSH HF og kommuner som har inngått denne samarbeidsavtalen. Partene oppnevner *7 representanter hver*.

Brukere og ansatte representert ved hovedsammenslutninger skal være representert i OSO i henhold til egen avtale.

Minst en av representantene fra helseforetaket skal ha medisinsk faglig lederansvar og minst en av representantene fra kommunene skal være kommuneoverlege/fastlege.

Partene skal utarbeide vedtekter for *Overordnet samarbeidsorgan* som blant annet inneholder mandat, sammensetning, sekretariatsfunksjoner, utvalg for tvisteløsning og etablering av andre samarbeidsfora. Vedtektene tas inn som vedlegg til denne avtalen.

2. OSO anbefaler styret for Nordlandssykehuset og kommunene å slutte seg til følgende endringer som er foreslått i Vedtektene for OSO:

§ 3 Representasjon

OSO har 14 medlemmer, hvor helseforetaket og kommunene har 7 representanter hver. Kommunenes representanter oppnevnes av kommunene via de etablerte regionrådene.

Regionene har slik representasjon:

Salten	3 medlemmer
Lofoten	2 medlemmer
Vesterålen	2 medlemmer

Nordlandssykehusets HF's representanter oppnevnes av direktøren.

Medlemmene oppnevnes for 4 år av gangen.

Medlemmene er administrativt eller faglig personell.

En brukerrepresentant, oppnevnt av Brukerutvalget v. helseforetaket, har møte- og talerett.

Fylkeslegens representant har møte- og talerett.

Arbeidstakerne representeres med ett medlem fra hver av partene. Disse har møte- og talerett.

En representant fra kommunesektorens organisasjon (KS, har møte- og talerett

Det oppnevnes personlig vara for alle faste representanter. Vararepresentantene får tilsendt alle saksdokumenter og kan møte på alle møtene, men har stemmerett bare når fast representant er fraværende. Forfall meldes sekretariatet så raskt som mulig. Vararepresentant innkalles av sekretariatet.

3. OSO avventer avklaring fra Helse Nord vedrørende det regionale helseforetakets evt.

	medvirkning i evaluering av samlet avtalesett mellom kommunene og helseforetaket.
4/2015	<p>Forbruk av sykehustjenester i Salten</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. OSO takker SKDE for den mottatte rapporten. 2. OSO tar for øvrig rapporten til etterretning. 3. OSO ber NLSH HF forberede en presentasjon for OSO av «samhandlingsbarometret» utviklet i Helse Førde og som er under implementering på UNN 4. OSO ber NLSH HF om en betraktning av forbruksmønster spesialisthelsetjenesten ved NLSH HF, med utgangspunkt i SKDE rapportene i sakene 51/2014 og 4/2015. Betraktningen ønskes innen utgangen av 2015.
5/2015	<p>Oppdragsdokumentet 2015</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. OSO viser til saksfremlegget. 2. OSO tar Oppdragsdokumentet 2015 til orientering. 3. I dialogmøtet 23. mars presenterer: <ul style="list-style-type: none"> - NLSH hvordan de skal møte utfordringene i oppdragsdokumentet, hvordan de ser det berører innbyggerne og kommunene og forhold NLSH og kommunene må samarbeide om for å få til. - Kommunene presenterer de utfordringene kommunene ser fra sitt ståsted, til Helsedirektoratets årlige rundskriv med nasjonale føringer innen helse- og omsorg til oppdragsdokumentet til NLSH.
6/2015	<p>Pakkeforløp kreft – innfasing i Nordlandssykehuset</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. OSO er tilfreds med arbeidet som er utført for å kvalitetssikre at pakkeforløpene for kreftsykdommene som er innført pr. 1. januar 2015 er godt ivaretatt. 2. Slike møteplasser mellom klinisk personell i helseforetaket og kommunene som presentasjon av forløpene medførte ble godt mottatt og ønskes flere av. 3. For øvrig tas informasjonen til etterretning
7/2015	Utskrivningsklare pasienter – status 2014 og pr. 31.1.15

	<p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <p>1. OSO ber om ny oversikt for 2014 hvor fakturerte døgn og betalingsdøgn er avstemt i forhold til kommunens betalingsplikt.</p>
8/2015	<p>IKT – samarbeidsutvalget – presisering/oppklaring av mandat</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <p>1. OSO beslutter at KSUet avvikles.</p>
9/2015	<p>Kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser(KAD) – rapport 2014</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <p>1. Saken utsettes til neste møte.</p>
10/2015	<p>Status i den kommunale psykiatrien – orientering</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <p>1. OSO tar informasjonen til orientering. 2. Informasjon fra Vesterålen v/Sture Jacobsen utsettes til neste møte</p> <p>Merknad: Informasjon fra klinikkjef Trude Grønlund vedr alle DPS. Informasjon fra Lofoten v/Nils Olav Hagen</p>
11/2015	<p>Innkomne saker fra kommunene</p> <p>1. NLSH HF orienterte om innkomne spørsmål fra kommunene</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psykiatritilbud døgnplasser Lofoten - Utredning sengepostene Lofoten - Fødetilbud sommer 2015 Lofoten - VDPS Vesterålen

	<p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <p>Sakene tatt til orientering</p>
<p>12/2015</p>	<p>Referater</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beredskapsplaner ved langvarig strømbrudd 2. Endring i sammensetningen av OSO – Nordlandssykehuset HF 3. Endring av sammensetningen av OSO – Vesterålen 4. Innspill til saker OSO 26.2.15 – brev til kommunene 5. Invitasjon til styret for Nordlandssykehuset HF – dialogmøte 6. Invitasjon til kommunene - dialogmøte 7. Kommunal psykiatri – status – brev til OSOs kommunale repr. 8. Lofotkommunene – elektroniske epikriser 9. Referater fra erfaringsmøtene med kommunene i desember 2014 10. Ukesrapport PLO – ukene 4 og 5 11. Praksissykepleier i Vesterålen – bekreftelse fra kommunene på deltakelse 12. Nyhetsbrev Pleie- og omsorgsmelding prosjektet – januar 2015 <p>Forslag til</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Referatene tas til orientering. <p>Merknad:</p> <p>Referatsak 12: Samarbeid om felles rutiner/forståelse mellom HF og kommunene.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blant annet: all planlagt nedetid skal varsles
<p>13/2015</p>	<p>Eventuelt</p> <p>Paul Martin Strand orienterte vedr. ambulansesaken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny ambulanseplan skal utarbeides, planlagt til 2. halvår 2015, skal styrebehandles - Inntil dette må lønnsbudsjettet holdes i den daglige driften/styringen - Ser på om flåtestyringsreglene kan innskjerpes slik at ressursene utnyttes best mulig

Neste møte i OSO er fastsatt til 30.april kl. 10:30 – 15:30 i Bodø.