



Styresak 014-2017

Referatsaker til styret

Saksbehandler: Gro Ankill
Dato dok: 15.02.2017
Møtedato: 21.02.2017
Vår ref: 2011/2354

Vedlegg (t):

Innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Bakgrunn:

Følgende dokumenter legges frem som referatsaker for styret:

1. Protokoll styremøte Helse Nord RHF 14.12.2016
2. Protokoll styremøte Helse Nord RHF 01.02.2017
3. Protokoll fra drøftingsmøte med foretakstillitsvalgte 06.02.2017
4. Protokoll fra drøftingsmøte med hovedverneombudet 06.02.2017
5. Protokoll fra AMU-møte 07.02.2017
6. Mandat strategisk utviklingsplan Nordlandssykehuset HF
7. Internrevisjonsrapport 10-2016 Samstemming av legemiddellister i Helse Nord - oppsummering
8. Internrevisjonsrapport 05/2016 - Vedlikehold og utvikling av kompetanse i Nordlandssykehuset HF
9. Tilsyn ambulanse Fauske – lukking av avvik, fra Arbeidstilsynet av 08.02.2017

Presseprotokoll

Vår ref.:
2016/32-112/012

Referent/dir.tlf.:
Karin Paulke, 906 88 713

Sted/Dato:
Bodø, 14.12.2016

Møtetype:	Styremøte i Helse Nord RHF
Møtedato:	14. desember 2016 - kl. 8.30
Møtested:	Helse Nord RHF's lokaler, Bodø

Tilstede

Navn:	
Marianne Telle	styreleder
Inger Lise Strøm	nestleder
Fredrik Sund	styremedlem
Johnny-Leo Jernsletten	styremedlem
Kari Jørgensen	styremedlem
Kari B. Sandnes	styremedlem
Sissel Alterskjær	styremedlem
Svenn Are Jenssen	styremedlem
Arne Ketil Hafstad	observatør fra Regionalt brukerutvalg

Forfall

Navn:	
Line Miriam Sandberg	styremedlem
Arnfinn Sundsfjord	styremedlem

Fra administrasjonen

Navn:	
Lars Vorland	adm. direktør
Karin Paulke	stabsdirektør
Geir Tollåli	fagdirektør
Hilde Rolandsen	direktør for eieravdelingen
Siv Høymork	kvalitets- og forskningsdirektør
Siw Sandvik	kommunikasjonsdirektør
Tor Solbjørg	revisjonssjef
Ida Marthinussen	informasjonssikkerhetsleder - under behandling av styresak 153-2016

I starten av styremøtet orienterte Arne Ketil Hafstad, leder for det Regionale brukerutvalget om brukerutvalgets arbeid i 2016, jf. styresak 75-2006, vedtakspunkt 2, 4. avsnitt.

Styresak 145-2016 Godkjenning av innkalling og saksliste

- Sak 145-2016 Godkjenning av innkalling og saksliste
- Sak 146-2016 Godkjenning av protokoll fra styremøte 23. november 2016
- Sak 147-2016 Budsjett 2017 Helse Nord IKT HF
- Sak 148-2016 Budsjett 2017 Helse Nord RHF, oppfølging av styresak 115-2016
- Sak 149-2016 Virksomhetsrapport nr. 11-2016
Saksdokumentene var lagt frem ved møtestart.
- Sak 150-2016 Investeringsplan 2016/2017-2024, oppdatering
- Sak 151-2016 DIPS Arena og Elektronisk medikasjon og kurve - videreføring etter avslutning av FIKS-programmet, oppfølging av styresak 51-2016
- Sak 152-2016 Ledelsens gjennomgang av virksomheten - oppfølging av de viktigste risikoområdene i foretaksgruppen, oppfølging av styresak 141-2015
Saksdokumentene var ettersendt.
- Sak 153-2016 Informasjonssikkerhet i foretaksgruppen - lukking av svakheter, oppfølging av styresak 95-2015
Saksdokumentene var ettersendt.
- Sak 154-2016 Satsingsprosjekt helsefaglæringer 2014-2016 - sluttrapport, oppfølging av styresak 153-2012
- Sak 155-2016 Felles eide selskap - omdanning av Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS og Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS fra ansvarlig selskap (ANS) til helseforetak (HF)
- Sak 156-2016 Plan for internrevisjon 2017-2018
- Sak 157-2016 Orienteringssaker
1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundtlig*
 2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundtlig*
 3. Oppfølging av IR-rapport 05/2014: Kompetanse, arbeids- og hviletid i bilambulansetjenesten i Helse Nord - status i helseforetakene, oppfølging av styresak 106-2014 og 69-2015
 4. Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2015 - Dokument 3:2 (2016-2017), informasjon
 5. NOU 2016:25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten - Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?*
- Sak 158-2016 Referatsaker
1. e-post (med vedlagt brev) av 22. november 2016 fra FFO Finnmark ad. utredning sykehustjenester i Finnmark
 2. e-post (med vedlagt brev) av 23. november 2016 fra rådsmedlem Henrik Olsen, Sametinget ad. strategisk utvikling av spesialisthelsetjenesten til den samiske befolkningen
 3. e-post (med vedlagt brev) av 25. november 2016 fra Alf Birger Olsen ad. FFO Finnmarks henvendelse til Helse Nord om lokalsykehusutredning i Vest-Finnmark
 4. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 23. og 29. november 2016

5. Revisjonsutvalgets møte- og aktivitetsplan for 2017
6. Protokoll fra drøftingsmøte 13. desember 2016 ad. *DIPS Arena og Elektronisk medikasjon og kurve - videreføring etter avslutning av FIKS-programmet*
Kopi av protokollen legges frem ved møtestart.

Sak 159-2016

Eventuelt

Styrets vedtak:

Innkallingen og saklisten godkjennes.

**Styresak 146-2016 Godkjenning av protokoll fra styremøte
23. november 2016**

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 23. november 2016 godkjennes.

Styresak 147-2016 Budsjett 2017 Helse Nord IKT HF

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner budsjett 2017 for Helse Nord IKT HF slik det fremgår av saksfremlegget.
2. Økonomisk resultat for 2017 fastsettes til kr. 0,-.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner budsjett 2017 for Helse Nord IKT HF slik det fremgår av saksfremlegget.
2. Økonomisk resultat for 2017 fastsettes til kr. 0,-.

**Styresak 148-2016 Budsjett 2017 Helse Nord RHF, oppfølging av
styresak 115-2016**

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner budsjett 2017 for Helse Nord RHF med de endringer som fremgår av saksfremlegget.

2. Overskuddskravet i Helse Nord RHF for 2017 fastsettes til 269 mill. kroner.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner budsjett 2017 for Helse Nord RHF med de endringer som fremgår av saksfremlegget.
2. Overskuddskravet i Helse Nord RHF for 2017 fastsettes til 269 mill. kroner.

Styresak 149-2016 Virksomhetsrapport nr. 11-2016

Saksdokumentene var 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. 11-2016 til orientering.
2. *Styret er tilfreds med den positive utviklingen i foretaksgruppen med hensyn til økonomi og kvalitet.*

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 11-2016 til orientering.
2. Styret er tilfreds med den positive utviklingen i foretaksgruppen med hensyn til økonomi og kvalitet.

Styresak 150-2016 Investeringsplan 2016/2017-2024, oppdatering

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Helseforetakenes investeringsrammer til HF-styrets disposisjon endres i tråd med saksutredningen:
 - a) Finnmarkssykehuset HF - 25 mill. kroner
 - b) Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 8 mill. kroner
 - c) Nordlandssykehuset HF - 17 mill. kroner

2. Investeringsrammer p85 i plan 2016/2017-2024 legges til helseforetakenes investeringsrammer og endres til:
- a) Finnmarkssykehuset, Nye Kirkenes sykehus 1 485 mill. kroner
 - b) Nordlandssykehuset Bodø 3 673,9 mill. kroner
 - c) Universitetssykehuset Nord-Norge, PET-senter 567,9 mill. kroner
+ 99 mill. kroner (kontoretasjer)

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Helseforetakenes investeringsrammer til HF-styrets disposisjon endres i tråd med saksutredningen:
- a) Finnmarkssykehuset HF - 25 mill. kroner
 - b) Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 8 mill. kroner
 - c) Nordlandssykehuset HF - 17 mill. kroner
2. Investeringsrammer p85 i plan 2016/2017-2024 legges til helseforetakenes investeringsrammer og endres til:
- a) Finnmarkssykehuset, Nye Kirkenes sykehus 1 485 mill. kroner
 - b) Nordlandssykehuset Bodø 3 673,9 mill. kroner
 - c) Universitetssykehuset Nord-Norge, PET-senter 567,9 mill. kroner
+ 99 mill. kroner (kontoretasjer)

Styresak 151-2016 DIPS Arena og Elektronisk medikasjon og kurve - videreføring etter avslutning av FIKS-programmet, oppfølging av styresak 51-2016

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

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om *DIPS Arena og Elektronisk medikasjon og kurve - videreføring etter avslutning av FIKS-programmet* til orientering.
2. Styret gir sin tilslutning til videreføring av arbeidet med *DIPS Arena og Elektronisk medikasjon og kurve* i tråd med alternativ 2. ***Styret forutsetter at medvirkning fra tillitsvalgte/vernetjenesten på RHF- og HF-nivå presiseres i prosjektmandatet og styringsmodellen.***

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om *DIPS Arena og Elektronisk medikasjon og kurve - videreføring etter avslutning av FIKS-programmet* til orientering.

2. Styret gir sin tilslutning til videreføring av arbeidet med *DIPS Arena* og *Elektronisk medikasjon og kurve* i tråd med alternativ 2. Styret forutsetter at medvirkning fra tillitsvalgte/vernetjenesten på RHF- og HF-nivå presiseres i prosjektmandatet og styringsmodellen.

Styresak 152-2016 Ledelsens gjennomgang av virksomheten - oppfølging av de viktigste risikoområdene i foretaksgruppen, oppfølging av styresak 141-2015

Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om ledelsens gjennomgang av intern styring og kontroll, inkludert risikostyring til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om ledelsens gjennomgang av intern styring og kontroll, inkludert risikostyring til orientering.

Styresak 153-2016 Informasjonssikkerhet i foretaksgruppen - lukking av svakheter, oppfølging av styresak 95-2015

Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om status for arbeidet med informasjonssikkerhet i foretaksgruppen til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å legge frem en langsiktig plan for området informasjonssikkerhet, ved at dette blir omtalt og innarbeidet ved rullering av langsiktig plan, som legges frem i juni 2017.
3. Styret ber adm. direktør om å legge frem en egen styresak om status og handlingsplan for informasjonssikkerhet innen utgangen av 2017.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om status for arbeidet med informasjonssikkerhet i foretaksgruppen til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å legge frem en langsiktig plan for området informasjonssikkerhet, ved at dette blir omtalt og innarbeidet ved rullering av langsiktig plan, som legges frem i juni 2017.
3. Styret ber adm. direktør om å legge frem en egen styresak om status og handlingsplan for informasjonssikkerhet innen utgangen av 2017.

Styresak 154-2016 Satsingsprosjekt helsefaglæringer 2014-2016 - sluttrapport, oppfølging av styresak 153-2012

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar sluttrapport *Satsingsprosjekt helsefaglæringer 2014-2016* til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å sørge for at forventningene om et inntak av helsefaglæringer som samsvarer med helseforetakenes langsiktige rekrutteringsbehov for helsefagarbeidere i fulle stillinger, opprettholdes i oppdragsdokumentene fremover.
3. Styret ber adm. direktør videre om å sørge for at det etableres piloter for å teste oppgavegliding/-deling tilknyttet helsefagarbeideres arbeidsfelt.
4. Styret ber om at regionalt nettverk og satsning på helsefagarbeiderlæringer gjennom felles regionale forbedringstiltak videreføres.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar sluttrapport *Satsingsprosjekt helsefaglæringer 2014-2016* til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å sørge for at forventningene om et inntak av helsefaglæringer som samsvarer med helseforetakenes langsiktige rekrutteringsbehov for helsefagarbeidere i fulle stillinger, opprettholdes i oppdragsdokumentene fremover.
3. Styret ber adm. direktør videre om å sørge for at det etableres piloter for å teste oppgavegliding/-deling tilknyttet helsefagarbeideres arbeidsfelt.

4. Styret ber om at regionalt nettverk og satsning på helsefagarbeiderlæringer gjennom felles regionale forbedringstiltak videreføres.

**Styresak 155-2016 Felles eide selskap - omdanning av
Helseforetakenes nasjonale
luftambulansetjeneste ANS og
Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS
fra ansvarlig selskap (ANS) til helseforetak
(HF)**

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS og Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS omdannes fra ansvarlig selskap (ANS) til helseforetak (HF).
2. Stiftelsesdokumenter for de to helseforetakene forelegges styret i Helse Nord RHF tidlig i 2017.
3. Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS skal ved omdanning til helseforetak endre navn til *Pasientreiser HF*.
4. Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS skal ved omdanning til helseforetak endre navn til *Luftambulansetjenesten HF*.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS og Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS omdannes fra ansvarlig selskap (ANS) til helseforetak (HF).
2. Stiftelsesdokumenter for de to helseforetakene forelegges styret i Helse Nord RHF tidlig i 2017.
3. Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS skal ved omdanning til helseforetak endre navn til *Pasientreiser HF*.
4. Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS skal ved omdanning til helseforetak endre navn til *Luftambulansetjenesten HF*.

Styresak 156-2016 Plan for internrevisjon 2017-2018

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Plan for internrevisjon 2017-2018* som fremlagt.
2. Revisjonsutvalget kan vedta endringer/justeringer i planen.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Plan for internrevisjon 2017-2018* som fremlagt.
2. Revisjonsutvalget kan vedta endringer/justeringer i planen.

Styresak 157-2016 Orienteringssaker

Det ble gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
 - a) *Frokostseminar i Helse Nord RHF 25. november 2016*
 - b) *Samhandlingskonferanse 29. november 2016*
 - o Informasjon om konferansen og styreleders innlegg.
 - o Presentasjonen som styreleder Telle holdt på konferansen, vil bli oversendt til styret i Helse Nord RHF.
 - c) *Styreledermøte i Helse Nord 30. november 2016*
 - o Informasjon om sakene som ble diskutert.
 - d) *Kontaktmøte med statsråd Bent Høie 5. desember 2016*
 - e) *Styrets egnevaluering 31. januar 2017*
 - o Avklaring av programmet for dagen før styremøtet (1. februar 2017).
 - o Møtet starter kl. 14.00, den 31. januar 2017.
 - o Møtet avholdes i Helse Nord RHF's lokaler i Bodø.
 - f) *Styremøte i Helse Nord RHF 23. mai 2017*
 - o Møtested endres til Tromsø.
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
 - a) *Styresak 155-2016 Felles eide selskap - omdanning av Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS og Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS fra ansvarlig selskap (ANS) til helseforetak (HF)*
 - o Adm. direktør orienterte styret om Helse- og omsorgsdepartementets håndtering av endringen fra ANS til HF med hensyn til helseforetakslovens § 30.
 - b) *Risikostyring 2017 i foretaksgruppen - overordnede mål:* Adm. direktør orienterte om foretaksgruppens overordnede mål for risikostyringen i 2017.

- c) *Alvorlige hendelser:*
 - *Sak nr. 1:* Pasient under behandling i spesialisthelsetjenesten - alvorlig hendelse:
 - Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn av 2. desember 2016:
 - Ikke nødvendig med tilsynsmessig oppfølging, fordi det ikke foreligger mistanke om vesentlig svikt i den helsehjelpen som er gitt.
 - Oppfølging av varselet er avsluttet.
 - *Sak nr. 2:* Pasient under behandling på avdeling for nevrokirurgi - alvorlig hendelse:
 - Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn foreligger ikke pr. dags dato. *Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13 jf Fvl. § 13, 1 ledd nr. 1.*
 - d) *Reise til Malawi* 23. til 29. november 2016, jf. presentasjon i styremøte 23. november 2016 om prosjekt TB i Malawi: Informasjon
 - e) *Table Top øvelse sammen med Forsvaret* 13. desember 2016: Informasjon om øvelsen og videre oppfølging i Helse Nord RHF
 - f) *Møte i gynekologisk forum* 9. desember 2016 i Tromsø
 - g) *Ny ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet* fra 1. januar 2017
 - Ny ekspedisjonssjef tiltrer 1. januar 2017 - Målfrid Bjærum.
 - h) *Utredning av et nasjonalt sykehusapotekforetak*
 - Prosjektet er nå avsluttet, og RHF-ene går ikke videre med arbeidet om etablering av et slikt felles eid selskap.
 - Sykehusapotekene i Norge vil jobbe videre for å bedre samhandlingen og samarbeidet på ulike områder.
 - i) *Beslutningsforum for nye metoder*
 - Adm. direktør orienterte styret om ulike problemstillinger og utfordringer knyttet til det nasjonale systemet for nye metoder.
3. Oppfølging av IR-rapport 05/2014: Kompetanse, arbeids- og hviletid i bilambulansetjenesten i Helse Nord - status i helseforetakene, oppfølging av styresak 106-2014 og 69-2015
 4. Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2015 - Dokument 3:2 (2016-2017), informasjon
 5. NOU 2016:25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten - Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?*

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

I styresak 157-2016/3 *Oppfølging av IR-rapport 05/2014: Kompetanse, arbeids- og hviletid i bilambulansetjenesten i Helse Nord - status i helseforetakene, oppfølging av styresak 106-2014 og 69-2015* vedtok styret i Helse Nord RHF følgende:

Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om å følge opp de fokusområdene som fortsatt ikke er påbegynt.

Styresak 158-2016 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. e-post (med vedlagt brev) av 22. november 2016 fra FFO Finnmark ad. utredning sykehustjenester i Finnmark
2. e-post (med vedlagt brev) av 23. november 2016 fra rådsmedlem Henrik Olsen, Sametinget ad. strategisk utvikling av spesialisthelsetjenesten til den samiske befolkningen
3. e-post (med vedlagt brev) av 25. november 2016 fra Alf Birger Olsen ad. FFO Finnmarks henvendelse til Helse Nord om lokalsykehusutredning i Vest-Finnmark
4. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 23. og 29. november 2016
5. Revisjonsutvalgets møte- og aktivitetsplan for 2017
6. Protokoll fra drøftingsmøte 13. desember 2016 ad. *DIPS Arena og Elektronisk medikasjon og kurve - videreføring etter avslutning av FIKS-programmet*
Kopi av protokollen legges frem ved møtestart.

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 159-2016 Eventuelt

Ingen saker ble fremmet.

Bodø, den 14. desember 2016

*godkjent av Marianne Telle,
i etterkant av styremøtet,
den 14DES2016 - kl. 12.30*

Marianne Telle

Presseprotokoll

Vår ref.:
2017/2-7/012

Referent/dir.tlf.:
Karin Paulke, 906 88 713

Sted/Dato:
Bodø, 1.2.2017

Møtetype:	Styremøte i Helse Nord RHF
Møtedato:	1. februar 2017 - kl. 8.30
Møtested:	Helse Nord RHF's lokaler, Bodø

Tilstede

Navn:	
Marianne Telle	styreleder
Inger Lise Strøm	nestleder
Arnfinn Sundsfjord	styremedlem
Fredrik Sund	styremedlem
Kari Jørgensen	styremedlem
Kari B. Sandnes	styremedlem
Line Miriam Sandberg	styremedlem
Sissel Alterskjær	styremedlem
Svenn Are Jenssen	styremedlem
Gunn Strand Hutchinson	vararepresentant for observatør fra Regionalt brukerutvalg - <i>møter for Arne Ketil Hafstad</i>

Forfall

Navn:	
Johnny-Leo Jernsletten	styremedlem
Arne Ketil Hafstad	observatør fra Regionalt brukerutvalg

Fra administrasjonen

Navn:	
Lars Vorland	adm. direktør
Karin Paulke	stabsdirektør
Finn Henry Hansen	direktør
Geir Tollåli	fagdirektør
Hilde Rolandsen	direktør for eieravdelingen
Kristian I. Fanghol	direktør
Siv Høymork	kvalitets- og forskningsdirektør
Siw Sandvik	kommunikasjonsdirektør
Tor Solbjørg	revisjonssjef
Erik Arne Hansen	regnskapssjef
Ingvild Jakobsen	rådgiver

I forkant av styremøtet gjennomførte styret i Helse Nord RHF styrets egnevaluering for 2016. Oppsummeringen fra evalueringen vil bli oversendt Helse- og omsorgsdepartementet, når den er ferdig.

Styresak 1-2017 Godkjenning av innkalling og saksliste

- Sak 1-2017 Godkjenning av innkalling og saksliste
- Sak 2-2017 Godkjenning av protokoll fra styremøte 14. desember 2016
- Sak 3-2017 Oppdragsdokument 2017 til helseforetakene
- Sak 4-2017 Budsjett 2017 - konsolidert
- Sak 5-2017 Stiftelse av Pasientreiser HF
- Sak 6-2017 Stiftelse av Luftambulansetjenesten HF
- Sak 7-2017 Orienteringssaker
1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
 2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
 - Resultat 2016 - foreløpige regnskapstall
- Sak 8-2017 Referatsaker
1. Brev av 11. januar 2017 fra Jann-Arne Løvdahl, ordfører Vefsn Kommune ad. Helgelandssykehuset 2025 - prosessen fremover
 2. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 25. januar 2017
Kopi av protokollen legges frem ved møtestart.
 3. Protokoll fra drøftingsmøte 30. januar 2017 ad. Oppdragsdokument 2017 til helseforetakene
Kopi av protokollen legges frem ved møtestart.
- Sak 9-2017 Eventuelt
- A. Fagfelt habilitering - status på ventetider/fristbrudd
 - B. Ventetider hos audiografer
 - C. Medbestemmelse/medvirkning i felles eide selskap

Styrets vedtak:

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

Styresak 2-2017 Godkjenning av protokoll fra styremøte 14. desember 2016

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 14. desember 2016 godkjennes.

Styresak 3-2017 Oppdragsdokument 2017 til helseforetakene

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar oppdragsdokument 2017 til helseforetakene med de endringer som kom frem under behandling av saken.
2. Oppdragsdokument 2017 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 2017.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar oppdragsdokument 2017 til helseforetakene med de endringer som kom frem under behandling av saken.
2. Oppdragsdokument 2017 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 2017.

Styresak 4-2017 Budsjett 2017 - konsolidert

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Resultatkravet til Helse Nord RHF reduseres med 33 mill. kroner. Resultatkrav for 2017 vedtas slik:

Helse Nord RHF	+236 mill. kroner
Finnmarkssykehuset HF	+30 mill. kroner
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	+40 mill. kroner
Nordlandssykehuset HF	+5 mill. kroner
Helgelandssykehuset HF	+20 mill. kroner
Sykehusapotek Nord HF	0
Helse Nord IKT	0
Sum foretaksgruppen	+331 mill. kroner

2. Styret i Helse Nord RHF tar til orientering at styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF planlegger med et overskudd som er 25 mill. kroner høyere enn resultatkravet.

3. Styret godkjenner konsolidert budsjett 2017, med et samlet planlagt overskudd på 331 mill. kroner.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Resultatkravet til Helse Nord RHF reduseres med 33 mill. kroner. Resultatkrav for 2017 vedtas slik:

Helse Nord RHF	+236 mill. kroner
Finnmarkssykehuset HF	+30 mill. kroner
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	+40 mill. kroner
Nordlandssykehuset HF	+5 mill. kroner
Helgelandssykehuset HF	+20 mill. kroner
Sykehusapotek Nord HF	0
Helse Nord IKT	0
Sum foretaksgruppen	+331 mill. kroner

2. Styret i Helse Nord RHF tar til orientering at styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF planlegger med et overskudd som er 25 mill. kroner høyere enn resultatkravet.
3. Styret godkjenner konsolidert budsjett 2017, med et samlet planlagt overskudd på 331 mill. kroner.

Styresak 5-2017 Stiftelse av Pasientreiser HF

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

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar å stifte *Pasientreiser HF* i henhold til vedlagte stiftelsesdokument, som omfatter styrets sammensetning, vedtekter ***med de endringer som kom frem under behandling av saken*** og valg av revisor. Vedlagte foretaksavtale godkjennes. Styret gir adm. direktør fullmakt til å signere dokumentene på vegne av styret.
2. Styret slutter seg til at Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF skal ha en eierandel på 20 prosent i *Pasientreiser HF*, mens Helse Sør-Øst RHF skal ha en eierandel på 40 %.
3. Som ledd i stiftelsen skyter hver av eierne (de fire regionale helseforetak) inn sin andel av selskapet Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS (selskapets eiendeler).

4. Opprettelsen av *Pasientreiser HF* skjer i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og i henhold til likelydende styrevedtak. Helseforetaket vil formelt være stiftet på det tidspunkt hvor samtlige av de fire likelydende styrevedtak er fattet.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar å stifte Pasientreiser HF i henhold til vedlagte stiftelsesdokument, som omfatter styrets sammensetning, vedtekter med de endringer som kom frem under behandling av saken og valg av revisor. Vedlagte foretaksavtale godkjennes. Styret gir adm. direktør fullmakt til å signere dokumentene på vegne av styret.
2. Styret slutter seg til at Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF skal ha en eierandel på 20 prosent i *Pasientreiser HF*, mens Helse Sør-Øst RHF skal ha en eierandel på 40 %.
3. Som ledd i stiftelsen skyter hver av eierne (de fire regionale helseforetak) inn sin andel av selskapet Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS (selskapets eiendeler).
4. Opprettelsen av *Pasientreiser HF* skjer i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og i henhold til likelydende styrevedtak. Helseforetaket vil formelt være stiftet på det tidspunkt hvor samtlige av de fire likelydende styrevedtak er fattet.

Protokolltilførsel til styresak 5-2017:

I forbindelse med omgjøring av den selskapsrettslige statusen til Pasientreiser og Luftambulansetjenesten og det økende antallet nasjonale selskapsdannelser i spesialisthelsetjenesten, mener vi det er et behov for en helhetlig gjennomgang av hvordan medbestemmelse skal ivaretas når de regionale helseforetakene samordner seg for å løse felles oppgaver og der de eier virksomheter sammen.

Sissel Alterskjær /s/

Kari B. Sandnes /s/

Fredrik Sund /s/

Styresak 6-2017

Stiftelse av Luftambulansetjenesten HF

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

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar å stifte *Luftambulansetjenesten HF* i henhold til vedlagte stiftelsesdokument, som omfatter styresammensetning, vedtekter og valg av revisor **med de endringer som kom frem under behandling av saken**. Vedlagte foretaksavtale godkjennes. Styret gir adm. direktør fullmakt til å signere dokumentene på vegne av styret.
2. Styret i Helse Nord RHF slutter seg til at Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF skal ha en eierandel på 20 % i *Luftambulansetjenesten HF*, mens Helse Sør-Øst RHF skal ha en eierandel på 40 %.
3. Som ledd i stiftelsen skyter hver av eierne (de fire regionale helseforetak) inn sin andel av selskapet Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS (selskapets eiendeler).
4. Opprettelsen av *Luftambulansetjenesten HF* skjer i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og i henhold til likelydende styrevedtak. Helseforetaket vil formelt være stiftet på det tidspunkt hvor samtlige av de fire likelydende styrevedtak er fattet.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar å stifte Luftambulansetjenesten HF i henhold til vedlagte stiftelsesdokument, som omfatter styresammensetning, vedtekter og valg av revisor med de endringer som kom frem under behandling av saken. Vedlagte foretaksavtale godkjennes. Styret gir adm. direktør fullmakt til å signere dokumentene på vegne av styret.
2. Styret i Helse Nord RHF slutter seg til at Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF skal ha en eierandel på 20 % i *Luftambulansetjenesten HF*, mens Helse Sør-Øst RHF skal ha en eierandel på 40 %.
3. Som ledd i stiftelsen skyter hver av eierne (de fire regionale helseforetak) inn sin andel av selskapet Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS (selskapets eiendeler).
4. Opprettelsen av *Luftambulansetjenesten HF* skjer i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og i henhold til likelydende styrevedtak. Helseforetaket vil formelt være stiftet på det tidspunkt hvor samtlige av de fire likelydende styrevedtak er fattet.

Protokolltilførsel til styresak 5-2017:

I forbindelse med omgjøring av den selskapsrettslige statusen til Pasientreiser og Luftambulansetjenesten og det økende antallet nasjonale selskapsdannelser i spesialisthelsetjenesten, mener vi det er et behov for en helhetlig gjennomgang av hvordan medbestemmelse skal ivaretas når de regionale helseforetakene samordner seg for å løse felles oppgaver og der de eier virksomheter sammen.

Sissel Alterskjær /s/

Kari B. Sandnes /s/

Fredrik Sund /s/

Styresak 7-2017 Orienteringssaker

Det ble gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
 - *Foretaksmøte i Helse Nord RHF 10. januar 2017* - informasjon
 - *Styreledermøte 26. januar 2017* - informasjon
 - *Nordland Fylkeskommune, henvendelse*
 - o Ønske om å møte Helse Nord RHF til gjensidig orientering/informasjon, jf. møtene med Stortingets Nord-Norgebenk.
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
 - a) *Resultat 2016 - foreløpige regnskapstall*
 - o Informasjon om foreløpig resultat for 2016 og oversikt over ventetider og fristbrudd pr. desember 2016.
 - b) *Helgelandssykehuset 2025 - prosessen fremover, jf. styresak 8-2017/1 Brev av 11. januar 2017 fra Jann-Arne Løvdahl, ordfører Vefsn Kommune ad. Helgelandssykehuset 2025 - prosessen fremover: Informasjon om status i arbeidet og prosessen fremover*
 - c) *Alvorlige hendelser:*
 - o *Sak nr. 1: Pasient under behandling i spesialisthelsetjenesten - alvorlig hendelse:*
 - Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn av 11. januar 2017:
 - Ikke nødvendig med videre tilsynsmessig oppfølging av hendelsen.
 - Oppfølging av varslet er avsluttet.
 - o *Sak nr. 2: Pasient under behandling i spesialisthelsetjenesten - dødsfall:*
 - Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn av 17. januar 2017:
 - Ikke nødvendig med videre tilsynsmessig oppfølging av hendelsen.
 - Oppfølging av varslet er avsluttet.
 - o *Sak nr. 3: Pasient under behandling på lungeavdeling - dødsfall:*
 - Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn av 27. januar 2017:
 - Ikke nødvendig med videre tilsynsmessig oppfølging av hendelsen.
 - Statens Helsetilsyn ber om å få tilsendt kopi av HF-ets egen rapport, når den foreligger.
 - Oppfølging av varslet er avsluttet.

- *Sak nr. 4:* Pasient under behandling på ortopedisk avdeling - alvorlig hendelse:
 - Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn av 18. januar 2017:
 - Ikke nødvendig med videre tilsynsmessig oppfølging av hendelsen.
 - Statens Helsetilsyn ber om å få tilsendt kopi av HF-ets egen rapport, når den foreligger.
 - Oppfølging av varslet er avsluttet.
 - *Sak nr. 5:* Pasient under behandling i spesialisthelsetjenesten - dødsfall:
 - Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn foreligger ikke pr. dags dato.
 - *Sak nr. 6:* Pasient under behandling i spesialisthelsetjenesten - alvorlig hendelse/dødsfall:
 - Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn foreligger ikke pr. dags dato.
- Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13 jf Fvl. § 13, 1 ledd nr. 1.*
- d) *Dagens Medisin - arenamøte om lungekreft* 11. januar 2017: Informasjon om deltakelse og program
 - e) *Styringskonferanse 2017 og utdeling av Bedre stat-prisen* 25. januar 2017: Informasjon om konferansen, nominasjon av Nye metoder til Bedre stat-prisen og vinneren av prisen (kjernejournal)
 - f) *Dagens Medisin - arenamøte om hemmelige/åpne legemiddelpriser* 26. januar 2017: Informasjon om deltakelse og program
 - g) *Møte med Norsk Sykepleierforbund* 27. januar 2017: Informasjon om møtet og temaene som ble diskutert
 - h) *Besøk av ny ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet, Målfrid Bjærum* 31. januar 2017: Informasjon om besøket i Bodø

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 8-2017 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Brev av 11. januar 2017 fra Jann-Arne Løvdahl, ordfører Vefsn Kommune ad. Helgelandssykehuset 2025 - prosessen fremover
2. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 25. januar 2017
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
3. Protokoll fra drøftingsmøte 30. januar 2017 ad. Oppdragsdokument 2017 til helseforetakene
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 9-2017 Eventuelt

A. Fagfelt habilitering - status på ventetider/fristbrudd

Observatør fra Regionalt brukerutvalg, RBUs nestleder Gunn Strand Hutchinson viste til *RBU-sak 6-2017 Fagfelt habilitering - status på ventetider/fristbrudd, oppfølging av RBU-sak 59-2016* (RBU-møte 25. januar 2017) og stilte spørsmål ad. oppfølgingen av ventetider innen fagfeltet og variasjoner mellom lokalsykehus og mellom tilbudet til barn/unge og tilbudet til voksne.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om å følge opp spørsmålet ad. variasjoner innen ventetider mellom lokalsykehus og mellom tilbudet til barn/unge og tilbudet til voksne, i tillegg til situasjonen rundt fristbrudd i fagfelt habilitering.

B. Ventetider hos audiografer

Observatør fra Regionalt brukerutvalg, RBUs nestleder Gunn Strand Hutchinson viste til *RBU-sak 7-2017 Ventetider hos audiografer, oppfølging av RBU-sak 71-2016, sak B* (RBU-møte 25. januar 2017) og stilte spørsmål ad. utviklingen av ventetider hos audiografer.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om å følge ventetidsutviklingen hos audiografer for å sikre at brukerne i Helse Nord får tilbud på hørselsutredning og tilpasning av høreapparater innenfor akseptabel ventetid.

C. Medbestemmelse/medvirkning i felles eide selskap

Styremedlem Sissel Alterskjær stilte spørsmål hvordan medbestemmelse/medvirkning ivaretas i felles eide selskap.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen fra adm. direktør til orientering.

Bodø, den 1. februar 2017

*godkjent av Marianne Telle,
i etterkant av styremøtet,
den 01FEB2017 - kl. 11.00*

Marianne Telle



PROTOKOLL

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

06. Februar 2017
Kl.09.30 – 10.00
Møterom: G-fløy

Fra arbeidsgiver:

Fra fagforeningene:

Navn	Navn	Tilstede	Forfall
Per-Ingve Norheim, Seniorrådgiver HR-avdelingen	Johnny R. Jensen (NSF)	X	
Jørgen Hansen, Klinikksjef AKUM	Ikke valgt (NETF)		
Randi Marie Larsen, Ass.klinikksjef AKUM	Marianne Hildal (NFF)		X
Marit Barosen, Økonomisjef	Britt Karin Bakkefjell (Utdanningsf)		
	Louise Kjelstrup (Forskerne)		
Lillian Søttar, Rådgiver HR-avdelingen	Rolf Schjem (Presteforeningen)		
	Svein Kligen (Akademiker forb.)		
	Simon Mikalsen (Maskinistforb.)	X	
	Liv Berit Moe (Radiografforb)		
	Karina Hjerde (Fagforbundet)	X	
	Ikke valgt (FO)		
	Roar Skogøy (El og It forbundet)		
	Merete Danielsen (Delta)		X
	Beate Sjøvik Hansen (Parat)		X
	Ingeborg K. Pedersen (DNJ)		
	Ann-Jeanette Jensen (NITO)		X
	Paal Koren (DNLF)		X
	Benjamin Storm (DNLF)		X
	Andreas Vikan Seljeseth (NPF)		X
	Christian Sjøvik Hansen (Econa)		
	Anne Landsem (Tekna)		X
	Marit Nordmo (Samfunnsviterne)		

* tilstede deler av møtet

AMU sak 7/2017 Organisasjonsendring AKUM. Ledelse anestesisykepleiere i K2 og kirurgisk motta/post operativ K2

Partene slutter seg til saken.

AMU sak 6/2017 Omorganisering av pasientreiser Lofoten

Partene har drøftet saken som tas til orientering.

Nordlandssykehuset HF

Johnny R. Jensen

Marianne Hildal

Louise Kjelstrup

Svein Kligen

Karina Hjerde

Roar Skogøy

Ann-Jeanette Jensen

Anne Landsem

Hedda Soløy-Nilsen/Benjamin Storm/Paal Koren

Beate Søvik Hansen

Liv Berit Moe

Britt Karin Bakkefjell

Rolf Schjem

Simon Mikalsen

Marit Nordmo

Merete Danielsen

Andreas Vikan Seljeseth

Christian Søvik Hansen

Ragnhild K. Pedersen



PROTOKOLL

fra drøftingsmøte i henhold til Arbeidsmiljøloven mellom Nordlandssykehuset HF og hovedverneombud

06. Februar 2016

Kl. 09.30 – 10.00

Møterom: G-fløy

Fra arbeidsgiver:

Hovedverneombud:

Navn	Navn	Tilstede	Forfall
Per-Ingve Norheim, Seniorrådgiver HR-avdelingen	Jeanette Mikalsen	X	
Jørgen Hansen, Klinikksjef AKUM			
Randi Marie Larsen, Ass.klinikksjef AKUM			
Marit Barosen, Økonomisjef			
Lillian Søttar, Rådgiver HR-avdelingen			

* tilstede deler av møtet

AMU sak 7/2017 Organisasjonsendring AKUM. Ledelse anesthesisykepleiere i K2 og kirurgisk motta/post operativ K2

Partene slutter seg til saken.

AMU sak 6/2017 Omorganisering av pasientreiser Lofoten

Partene har drøftet saken som tas til orientering.

Nordlandssykehuset

Hovedverneombud



Protokoll fra AMU-møte
Tirsdag 7. februar 2017
kl. 12.30 – 14.30
Møterom administrasjonen G04.027/Skype

Arbeidsgivers representanter:	Til stede	Vararepresentanter:	Til stede
Liss Eberg, HR-sjef	X		
Øystein R. Johansen, klinikkssjef Kir/ort	X		
Gro-Marith Villadsen, rådgiver dir.	X		
Nina Jamissen, klinikkssjef Kvinne/barn	X		
Gunn Bente Andresen, enhetsleder pasientreiser	Forfall	Per-Ingve Norheim	X
Arbeidstakers representanter:		Vararepresentanter:	
Hovedverneombud Jeanette Mikalsen	X		
Johnny Jensen, NSF	X		
Karina Hjerde, Fagforbundet	X		
Andreas Vikan Seljeseth, Akademikerne	Forfall		
May Britt Allstrin, Delta	Forfall	Merete Danielsen	X
Øvrige faste medlemmer:			
Representant fra Stamina	X		
Representant fra HMS	X		
Sekretær for AMU: Anita Olsen	Forfall	Inger Nohr	X

Øvrige til stede:
Marit Barosen – på sak
Jørgen Hansen – på sak
Øystein Hoel – på sak

AMU-sak 4/2017

Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

AMU-sak 5/2017

Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 19. januar 2017

Innstilling til vedtak:

Protokoll fra AMU-møtet 19. januar 2017 godkjennes.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Protokoll fra AMU-møtet 19. januar 2017 godkjennes.

AMU-sak 6/2017

Omorganisering av pasientreiser Lofoten

Innstilling til vedtak:

AMU tar saken til orientering.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

AMU tar saken til orientering.

AMU-sak 7/2017

Organisasjonsendring AKUM. Ledelse anestesisykepleiere i K2 og kirurgisk mottak/post operativ K2.

Innstilling til vedtak:

1. AMU slutter seg til forslaget om å slå sammen anestesisykepleierne i K2 og K8 til en enhet med felles enhetsleder.
2. AMU slutter seg til forslaget om egen enhetsleder i kirurgisk mottak/post operativ i K2, organisert i avdeling for operasjon og anestesi.
3. AMU vedtar at dagens verneområde videreføres, med eget verneområde i hver etasje.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. AMU slutter seg til forslaget om å slå sammen anestesisykepleierne i K2 og K8 til en enhet med felles enhetsleder.
2. AMU slutter seg til forslaget om egen enhetsleder i kirurgisk mottak/post operativ i K2, organisert i avdeling for operasjon og anestesi.
3. AMU vedtar at dagens verneområde videreføres, med eget verneområde i hver etasje.

AMU-sak 8/2017**Saker til orientering****Innstilling til vedtak:**

AMU tar sakene til orientering.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

AMU tar sakene til orientering.



Mandat

Strategisk utviklingsplan Nordlandssykehuset HF 2017-2030

Versjon		Utarbeidet av	Godkjent av	Dato
0.1	Nytt dokument	GMV & JTH	PMS og BS	26.10.16
0.5	Revidert dokument	GMV & JTH		03.01.17
0.8	Revidert dokument	JTH & GMV		06.01.17
0.9				
1.0				

Sted Bodø..... Dato...03.01.2017.....

.....

adm.direktør

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING.....	3
2	Beskrivelse av oppdraget	3
2.1	Hensikt	3
2.2	Struktur.....	3
3	AVHENGIGHETER.....	4
4	ORGANISERING, ROLLER OG RESSURSBEHOV	4
4.1	Organisering	4
4.2	Ansvar og oppgaver	4
4.2.1	Direktør	4
4.2.2	Ledergruppen	5
4.2.3	Styringsgruppe	5
4.2.4	Utredningsgruppe.....	5
4.2.5	Utredningsleder.....	5
4.2.6	Referansegruppe	5
4.2.7	Arbeidsgrupper	5
4.3	Hoveddokumentets oppbygning.....	6
5	MILEPÆLER	7
6	RISIKO	7
7	INTERESSENTANALYSE OG KOMMUNIKASJONSPLAN.....	7
8	BUDSJETT OG RESSURSRAMMER	7

1 INNLEDNING

Nordlandssykehuset HF skal høsten 2016 starte opp med et arbeid som skal munne ut i en strategisk utviklingsplan i løpet av 2017. Dette arbeidet skal gjennomføres med bred involvering, og flere av plandelene skal styrebehandles av foretaksstyret.

Arbeidet organiseres som et planarbeidet i linjen med egen utredningsgruppe og ledes av en utredningsleder for oppdraget.

Strategisk utviklingsplan skal peke ut en retning for hvordan helseforetaket skal utvikle sin virksomhet for å møte et fremtidig behov for helsetjenester for befolkningen i vårt opptaksområde. Strategisk plan skal vise vei om hvordan Nordlandssykehuset kan møte Stortingets krav om å skape pasientens helsetjeneste.

2 Beskrivelse av oppdraget

Strategisk utviklingsplan skal være et dokument som gir retning for hvordan vi i perioden 2017 – 2030 løser helseforetakets samfunnsoppdrag som er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

2.1 Hensikt

Strategisk utviklingsplan for Nordlandssykehuset HF 2017 - 2030 skal:

- Gi en samlet framskrivning av behovet for spesialisthelsetjenester i opptaksområdet, herunder behov som følger av lokale-, område- og regionale funksjoner.
- Beskrive hvordan NLSH HF mest hensiktsmessig for pasient og virksomheten skal møte dette behovet. Herunder tilrettelegge for:
 - Hensiktsmessige pasientstrømmer mellom egne og andre sykehus.
 - Hensiktsmessige pasientstrømmer mellom Nordlandssykehuset HF og kommunehelsetjenesten.
 - Pasientfokustert samhandling internt og eksternt.
 - Bidra til nødvendige prioriteringer i tjenestetilbudet basert på framskrivninger, forventet medisinsk utvikling og satsninger på prioriterte områder.
- Skal også beskrive nødvendig utvikling av støttefunksjoner, teknologi og infrastruktur for å fremme ønsket utvikling av primæroppdraget.

2.2 Struktur

Strategisk utviklingsplan bygges opp i tre nivåer etter følgende struktur:

- Overordnet toppdokument som inneholder den overordnede strategi for Nordlandssykehuset HF i perioden
- Hoveddokument som inneholder NLSH hovedmål og strategier
- Områdespesifikke satsningsområder beskrives i ulike dokumenter som settes sammen til et sluttokument

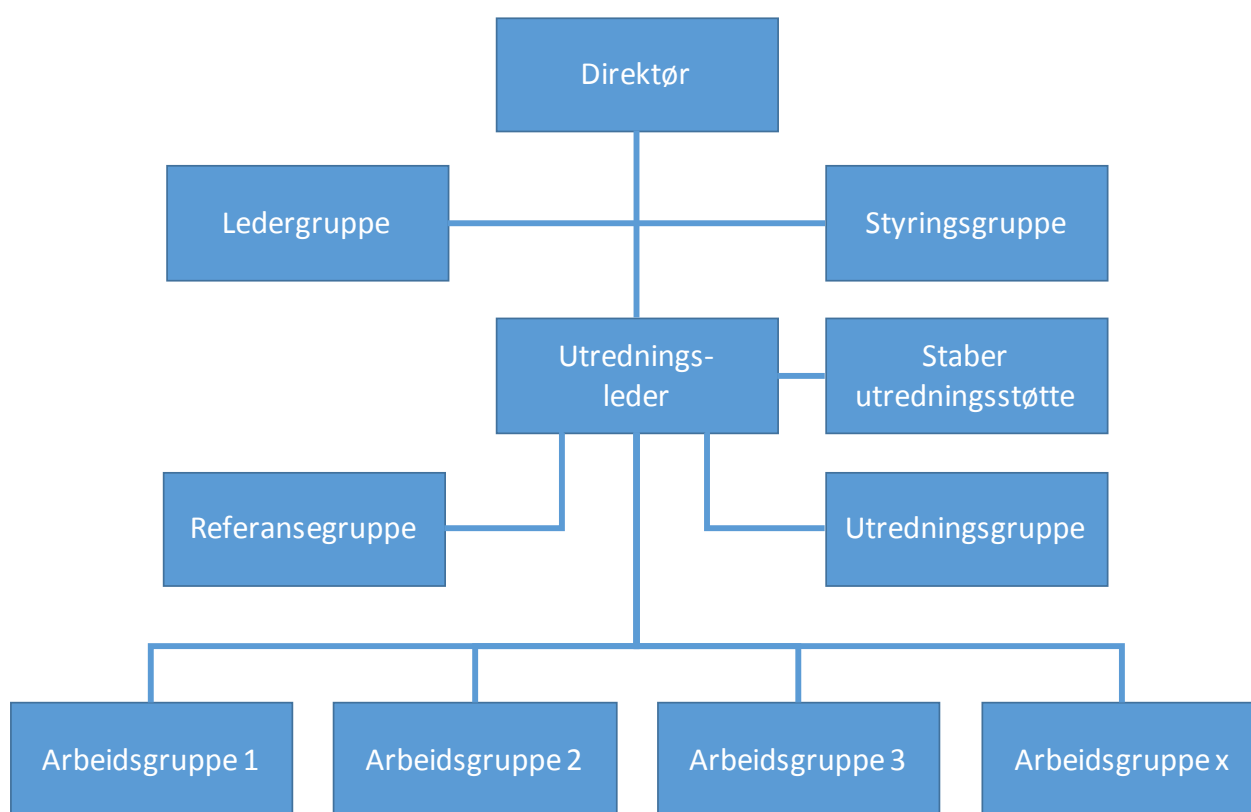
3 AVHENGIGHETER

Det legges til grunn at planen bygger på nasjonale og regionale strategier, planer og føringer.

4 ORGANISERING, ROLLER OG RESSURSBEHOV

4.1 Organisering

Organisering av arbeidet med strategisk utviklingsplan



4.2 Ansvar og oppgaver

For utvikling av strategisk plan beskriver de følgende punkter ansvar og oppgaver som er tillagt de ulike rollene som er vist i organisasjonsfiguren i punkt 4.1.

4.2.1 Direktør

- Overordnet ansvarlig for arbeidet og dets resultater
- Ansvarlig for å etablere styringsgruppe, referansegruppe og utredningsgruppe, sørge for at forutsetninger er tilstede, overordnet overvåke framgangen gjennom styringsgruppa, iverksette tiltak om nødvendig
- Sikre at arbeidet følger nasjonale strategier og føringer
- Forankre arbeidet og strategier hos styret

4.2.2 Ledergruppen

- Holdes løpende orientert om arbeidet
- Gir innspill til prosessen, innhold, retning m.v.
- Sikre at utredningsgruppens rapportering og oppfølging gjennomføres på en tilfredsstillende måte
- Ledergruppen behandler mandat, endringer i mandatet og legge anbefaling fram for oppdragsgiver
- Mandat, herunder mål og milepælplan følges opp
- Ledergruppen behandler risikovurdering etter behov

4.2.3 Styringsgruppe

- Rådgivende organ som bistår direktør i styringen av utarbeidelsen av strategisk utviklingsplan
- Styringsgruppe har representanter for tillitsvalgte, vernetjeneste m.v.
- Bistå til at forutsetninger er tilstede
- Bistå til forankring og godkjenning av mandat
- Løpende kontroll med utviklingen av innholdet i strategisk utviklingsplan
- Gi innspill som bidrar til implementeringsprosessen av strategisk utviklingsplan vis a vis ulike interessenter

4.2.4 Utredningsgruppe

- Ansvar for at arbeidet har fremdrift
- Samler informasjon og sammenstiller denne. Lager utkast av dokumenter som kan brukes til diskusjon
- Ansvar for å få gjennomført analyser
- Ansvar for å få gjennomført risikoanalyser

4.2.5 Utredningsleder

- Lede og motivere utviklingsgruppe og arbeidsgrupper mot strategiarbeidets mål
- Se til at leveranser har riktig kvalitet, leveres til rett tid og i henhold til vedtatt milepælplan
- Fatte beslutninger innenfor rammer gitt av styringsgruppen, herunder endringer som ikke påvirker prosjektets resultat
- Følge opp avvik
- Rapportere til direktør, ledergruppe og styringsgruppe

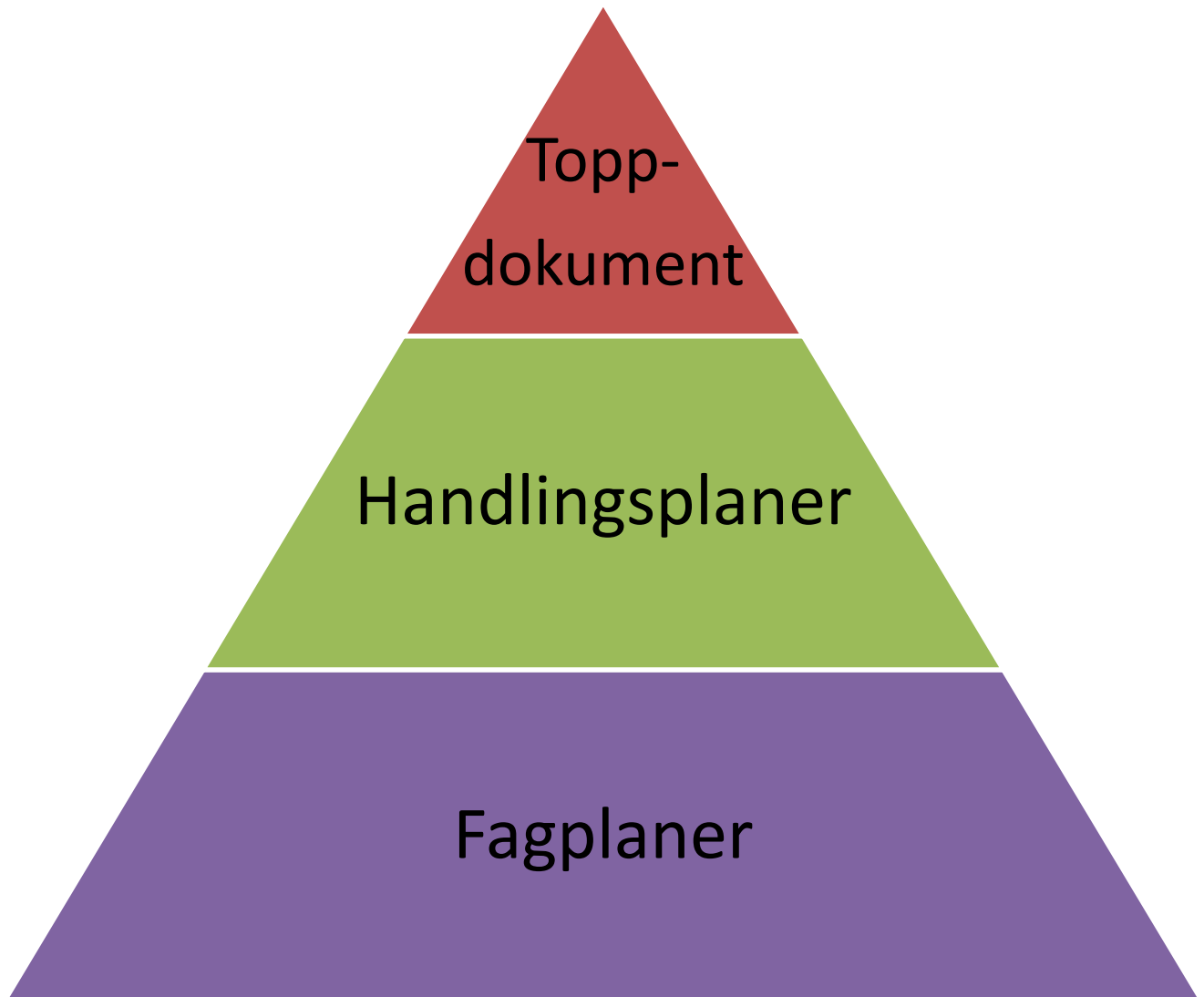
4.2.6 Referansegruppe

Skal settes sammen av grupper og personer fra sentrale interessenter til Nordlandssykehuset. Det vil si representanter oppnevnt av OSO, brukerutvalg, Helse Nord og andre.

4.2.7 Arbeidsgrupper

Det vil være behov for å etablere flere arbeidsgrupper for å løse oppgaver. Disse vil bli etablert etter hvert som strategiarbeidet er kommet i gang. Gruppene skal være sammensatt av personer med kjennskap til feltet, tillitsvalgte og brukere.

4.3 Hoveddokumentets oppbygning



Toppdokumentet skal inneholde generelle hovedstrategier for Nordlandssykehuset 2017-2030. Kort beskrivelse av disse, maks 6-8 sider.

Handlingsplaner skal beskrive hvordan Nordlandssykehuset skal nå sine hovedstrategier. Dokumentets størrelse vil være på 40-60 sider. Handlingsplanene skal rette seg mot tjenesteorienterte mål, og beskrive de sentrale punktene i hovedstrategiene.

Fagplaner uttrykker hva som skal bli bedre beskriver utvikling, kompetanse, kvalitet og kunnskap i for spesifikke områder i Nordlandssykehuset.

5 MILEPÆLER

Under er det vist en tentativ plan for milepæler.

Milepæler	Dato	
M1	Strategisamling ledergruppen – oppstart	15-17 juni 2016
M2	Etablering av redaksjonsgruppen	17 juni 2016
M3	Innspill fra ledere i NLSH ledersamling	28 okt. 2016
M4	AD godkjenner mandat	Jan 2017
M5	Styret orienteres om foreløpig utkast til toppdokument	Mars 2017
M6	Beslutning av prosjekter om områdespesifikke arbeidsgrupper og fremdriftsplaner	Q1 2017
M7	Bestilling fra AD på etablering av områdespesifikke arbeidsgrupper	Q1 2017
M8	Slutføring av arbeidet til arbeidsgrupper	Q3 2017
M9	Sammenstilling av alle tre nivåer i strategisk utviklingsplan av redaksjonskomite	Q4 2017
M10	Utvikle og iverksette en plan for implementering av strategisk utviklingsplan	Q4 2017
M11	Styrets godkjenning av strategisk utviklingsplan	Feb 2018
M12	Strategisk utviklingsplan ferdigstilt og overleveres til linjeorganisasjonen	Q2-2018

6 RISIKO

Det skal gjennomføres en risikoanalyse.

7 INTERESSENTANALYSE OG KOMMUNIKASJONSPLAN

Det gjennomføres en interessentanalyse og skal utarbeides en kommunikasjonsplan.

8 BUDSJETT OG RESSURSRAMMER

Utarbeidelse av strategisk utviklingsplan løses innenfor ordinære driftsrammer ved Nordlandssykehuset HF.

Internrevisjonsrapport 10/2016

**Samstemming av legemiddellister
i Helse Nord – oppsummering**

Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 22.06.2016

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	4
1.1 Regionale føringer	4
2 Formål og omfang	5
2.1 Formål med revisjonen.....	5
2.2 Omfang og avgrensninger.....	5
2.3 Fokusområder og revisjonskriterier	5
2.4 Definisjoner og begrepsfortolkninger vedrørende status	6
3 Metoder.....	7
4 Observasjoner og vurderinger.....	7
4.1 Status for tiltaksimplementering.....	7
4.1.1 Observasjoner.....	7
4.1.2 Internrevisjonens vurdering av status for tiltaksimplementering.....	10
4.2 Rapportering til styret	11
4.2.1 Observasjoner.....	11
4.2.2 Internrevisjonens vurdering av rapportering til styret	11
4.3 Handlingsplaner	12
4.3.1 Observasjoner.....	12
4.3.2 Internrevisjonens vurdering av handlingsplaner.....	12
5 Konklusjon og anbefalinger	13
5.1 Konklusjon.....	13
5.2 Anbefalinger.....	14

Sammendrag

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i alle sykehusforetakene i Helse Nord i perioden januar - april 2016.

Formål med revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å undersøke 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 2016.

Omfang og avgrensninger

Revisjonen omfatter de tre tiltakene i nasjonal tiltakspakke og tilhørende tre prosess-indikatorer. Hvordan samstemming blir utført i de kliniske enhetene inngår ikke, kun hvordan det er lagt opp til at dette skal skje og hvordan gjennomføringen følges opp.

Metoder

Det er gjennomført dokumentgjennomgang, intervjuer og test.

Konklusjon

Vår vurdering av om det er rimelig sikkerhet for at foretakene innen utgangen av 2016 oppnår målene vedrørende samstemming av legemiddellister, oppsummeres slik:

Mål i OD 2016	Sikkerhet for måloppnåelse			
	NLSH	HSYK	FIN	UNN
<i>a) Tiltakspakken er spredt til alle relevante enheter</i>	Høy	Høy	Lav	Middels
<i>b) Tiltakspakken inngår i sykehusenes ordinære aktivitet</i>	Høy	Middels	Lav	Lav

Anbefalinger

Internrevisjonen har anbefalt foretakene å:

1. Gjennomgå og oppdatere spredningsplanen for å sikre konsistens i hvordan relevante enheter defineres og synliggjøres (alle).
2. Forsikre seg om at det ved alle relevante enheter er avklart og kommunisert hvem som har ansvar for tiltaksgjennomføring, resultatoppnåelse og forbedringsarbeid (alle).
3. Sørge for aktiv ledelsesoppfølging av implementeringsprosessen i gjenstående enheter (UNN).
4. Sørge for at alle tiltakspakkens målinger gjennomføres som anbefalt i nasjonal måleveiledning og inkludere måleresultater i rapportering til ledelse og styre (HSYK, FIN og UNN).
5. Legge nasjonale kriterier, supplert med regionale/interne avklaringer, til grunn for framtidige statusrapporteringer (HSYK, FIN og UNN).
6. Ta initiativ til en regional avklaring av hvilken status og hvilke måleresultater som forventes når tiltakspakken «inngår som del av ordinær aktivitet» (NLSH).

1 Innledning

Internrevisjonen i Helse Nord RHF har revidert arbeidet med samstemming av legemiddellister ved alle sykehusforetakene i Helse Nord i perioden januar-april 2016. Oppdraget inngår i vedtatt revisjonsplan for 2016-2017. Hege Knoph Antonsen har vært oppdragsleder og revisjonssjef Tor Solbjørg har hatt det overordnede ansvaret. Rapportutkast har vært sendt de reviderte foretakene for uttalelser og kvalitetssikring, før endelige rapporter ble avgitt som følger:

- Nordlandssykehuset HF (NLSH), 06/2016, 13.06.2016
- Helgelandssykehuset HF (HSYK), 07/2016, 21.06.2016
- Finnmarkssykehuset HF (FIN), 08/2016, 10.06.2016
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), 09/2016, 10.06.2016

Denne rapporten oppsummerer revisjonene i helseforetakene.

1.1 Regionale føringer

Helse Nord RHF har de siste årene stilt krav i oppdragsdokumentene til helseforetakene om gjennomføring av tiltakspakkene som inngår i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7*. I *Oppdragsdokument 2016* (OD 2016) var kravene:

- Pasientsikkerhet, mål 2016 (pkt. 4.2):
 - Alle innsatsområder igangsatt i Pasientsikkerhetskampanjen skal være spredt til alle relevante enheter.
 - Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i månedlig virksomhetsrapport.
- Risikostyring i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord, skal omfatte følgende delmål (pkt. 2.3):
 - Alle tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet skal være implementert i alle relevante enheter innen utgangen av 2016.
- Styrebehandling (pkt. 9.2):
 - Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i månedlig virksomhetsrapport.
 - Status, handlingsplaner og utfordringer for pasientsikkerhet og kvalitet i pasienttilbudet styrebehandles en gang årlig. Blant annet skal sakene omfatte status for innføringen av tiltakspakker i Pasientsikkerhetsprogrammet.

Kravene om styrebehandling var likelydende i 2015.

2 Formål og omfang

2.1 Formål med revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å undersøke 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 2016.

2.2 Omfang og avgrensninger

Revisjonen omfatter følgende tiltak fra pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke for innsatsområdet «samstemming av legemiddellister»:

- Innhent legemiddelinformasjon og samstem legemiddellisten i samråd med pasienten.
- Inkluder samstemt legemiddelliste i epikrise.
- Gi en samstemt legemiddelliste og informasjon om endringer til pasienten.

Revisjonen omfatter også tiltakspakkens tre¹ prosessindikatorer:

- Andel nye pasienter hvor det er dokumentert utført samstemming av legemiddelliste.
- Andel pasienter hvor det er dokumentert utført samstemming av legemiddelliste ved utskrivelse.
- Evaluering av legemiddelsamstemming og kvalitet på legemiddelavsnittet i epikrise ved utskrivelse.

I denne revisjonen har vi ikke undersøkt hvordan samstemminger blir utført i de kliniske enhetene, kun hvordan det er lagt opp til at dette skal skje og hvordan gjennomføringen følges opp ved målinger og andre handlinger.

2.3 Fokusområder og revisjonskriterier

Med utgangspunkt i formålet, har revisjonen vært konsentrert om tre fokusområder. Innenfor hvert av fokusområdene er det definert revisjonskriterier med grunnlag i *Oppdragsdokument 2016* og pasientsikkerhetsprogrammets nasjonale beskrivelse, *Tiltakspakke for samstemming av legemiddellister (versjon 4)*. Revisjonskriteriene er de krav og forventninger som revisjonens observasjoner sammenlignes med.

¹ Tidligere versjoner av tiltakspakken har omfattet to «obligatoriske» og to «frivillige» prosessindikatorer. I versjon 4 (fra november 2015) ble dette endret, og pakken inneholder nå tre tilhørende prosessindikatorer som alle er «sterkt anbefalt».

Følgende fokusområder og kriterier er lagt til grunn for internrevisjonens arbeid og vurderinger:

1. Status for tiltaksimplementering
 - a. Alle sentrale elementer fra pasientsikkerhetsprogrammets beskrivelser er inkludert i prosedyrer og opplæringsmateriell.
 - b. Alle relevante enheter inngår i foretakets spredningsplan.
 - c. Tiltakspakkens målinger inngår i tiltaksgjennomføringen.
 - d. Foretaksledelsen er orientert om oppdatert status for implementering av tiltakene.
2. Statusrapportering til styret
 - a. Statusrapporter om innføring av tiltakspakker i Pasientsikkerhetsprogrammet styrebehandles, i samsvar med krav i oppdragsdokumentene.
 - b. Utfordringer for foretakets videre arbeid med tiltakspakken framkommer i styresakene.
3. Handlingsplaner
 - a. Det er utarbeidet handlingsplaner som omfatter alle enheter/tiltak hvor implementering ikke er fullført.
 - b. Det er klart definert hva som skal gjøres, når dette skal skje og hvem som er ansvarlig.
 - c. Handlingsplaner sannsynliggjør måloppnåelse innen utgangen av 2016.

2.4 Definisjoner og begrepsfortolkninger vedrørende status

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet har utarbeidet et felles opplegg for angivelse av status for innføring av tiltakspakkene ved bruk av fargekoder, slik²:

Grå: *Innsatsområdet er ikke relevant for denne enheten.*

Rød: *Denne enheten har ingen aktivitet på dette tiltaket, verken målinger eller tiltak fra tiltakspakken.*

Gul: *Tiltakspakken er iverksatt på en eller flere enheter. Her inkluderes også de som deltar i læringsnettverk på innsatsområdet. Her inkluderes også enheter som har iverksatt målinger men ikke tiltak fra tiltakspakken.*

Grønn: *Tiltakspakken er iverksatt på samtlige relevante enheter og målinger registreres.*

I OD 2016 har Helse Nord RHF benyttet målformuleringer med noe annen ordlyd enn i denne statusskalaen, se kap. 1.1 foran. Etter hva internrevisjonen er kjent med, har det ikke vært nærmere definert hvordan disse målene skal forstås. I denne revisjonen har vi valgt å legge følgende begrepsfortolkninger til grunn:

² Definisjonene er bekreftet i e-post fra Helsedirektoratet til Helse Nord RHF 7. mars 2016.

- At tiltakspakken er *spredd til en enhet* innebærer at enheten er klar til å starte tiltaksgjennomføringen ved at prosedyrer er vedtatt, opplæring er gjennomført, og det er avklart hvordan tiltaksgjennomføringen skal dokumenteres, måles og følges opp (omtrent som nasjonal gul).
- At tiltakspakker *inngår som en del av ordinær aktivitet* innebærer at enheten har bekreftet at tiltakene er iverksatt og kan vise til akseptable måleresultater på tilhørende prosessindikatorer (nasjonal grønn + akseptable måleresultater).

3 Metoder

Følgende metoder er benyttet i revisjonen ved hvert av helseforetakene:

- Dokumentgjennomgang.
Dokumenter tilsendt fra foretaket og innhentet via dets websider er gjennomgått og vurdert opp mot revisjonskriteriene, samt benyttet i forberedelser til intervju.
- Intervju.
Det er gjennomført intervju med utvalgte nøkkelpersoner i foretaksledelse og stab, samt enkelte medarbeidere ved Sykehusapotek Nord som har bidratt aktivt i arbeidet med innføring og oppfølging av tiltakspakken i foretaket.
- Test.
Det ble undersøkt om det foreligger måleresultater som er dekkende for alle enheter der foretaket selv anser tiltakspakken som implementert (grønn status). Undersøkelsen ble utført ved at registrerte måleresultater ble sammenholdt med foretakets ferskeste rapportering om status for iverksetting av tiltakspakken. Resultatet av sammenligningen, og internrevisjonens spørsmål i denne forbindelse, ble diskutert med det enkelte foretak.

4 Observasjoner og vurderinger

4.1 Status for tiltaksimplementering

4.1.1 Observasjoner

Helse Nord RHF avga følgende statusrapportering per mars 2016, til nasjonal styringsgruppe for pasientsikkerhetsprogrammet:

Tabell 1. Status mars 2016

Foretak/sykehus	Samstemming legemiddellister
Finnmarkssykehuset – Psykiatri/rus	0/0
Finnmarkssykehuset – Hammerfest	0/2
Finnmarkssykehuset – Kirkenes	0/2
UNN – Tromsø	4/21
UNN – Harstad	2/5
UNN – Narvik	0/1
Nordlandssykehuset – Bodø	19/19
Nordlandssykehuset – Lofoten	6/6
Nordlandssykehuset – Vesterålen	4/5
Helgeland – Mo i Rana	2/2
Helgeland – Mosjøen	2/2
Helgeland – Sandnessjøen	1/1

Nevneren angir antall enheter ved sykehuset hvor denne tiltakspakken er definert som relevant.

Telleren angir hvor mange av disse enhetene som har iverksatt tiltakspakken og registrerer målinger.

Arbeidet med innføring av tiltakspakken ledes av en lokal innsatsleder i foretakets stab. Ved Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset ivaretas denne rollen av en rådgivningsfarmasøyt fra Sykehusapotek Nord (SANO), i tett samarbeid med foretakets eget personell.

Internrevisjonen har konstatert at alle sentrale elementer fra *Tiltakspakke for samstemming av legemiddellister* er inkludert i foretakenes interne prosedyrer om samstemming, samt i utarbeidet opplæringsmateriell for leger og sykepleiere. Ved UNN og Nordlandssykehuset framkom det imidlertid eksempler på andre dokumenter i Docmap³ som, ut fra vår vurdering av innholdet, burde inkludere samstemming av legemiddellister, men hvor dette ikke var omtalt. I Finnmarkssykehuset har det i liten grad vært gjennomført opplæringstiltak.

Foretakene har utarbeidet spredningsplaner for innføring av tiltakspakkene i pasient-sikkerhetsprogrammet. Her skal det framkomme hvilke enheter som betraktes som relevante for denne tiltakspakken. Internrevisjonen har sammenholdt spredningsplanen med foretakenes organisasjonskart og diskutert enkelte spørsmål rundt dette i oppsummeringsmøtene. Resultatet fra denne gjennomgangen kan oppsummeres slik:

³ Docmap er Helse Nords IT-system for dokumentstyring og avviksbehandling

- Nordlandssykehuset:
Det er synliggjort at alle foretakets sengeposter er inkludert i spredningsplanen, men enheter som omfattes bare av deler av tiltakspakken er ikke angitt på en konsekvent måte. Føde/barsel Vesterålen og Lofoten er definert som relevante enheter, men det framkom at det var usikkerhet knyttet til om dette er riktig.
- Helgelandssykehuset:
Spredningsplanen har ikke synliggjort hvilke relevante enheter foretaket har på lavere nivå enn sykehusenhet. I praksis blir imidlertid tiltakspakken betraktet som relevant for alle foretakets døgneheter, med unntak av fødeenhetene.
- Finnmarkssykehuset:
Spredningsplanen har ikke omfattet alle aktuelle klinikker/enheter og det har ikke vært synliggjort hvilke relevante enheter foretaket har på lavere nivå enn klinikk-nivå. En utvidet spredningsplan var på tidspunktet for revisjonen til behandling hos foretaksledelsen. Her inkluderes alle foretakets døgneheter, med unntak av føde- og intensivenehetene.
- Universitetssykehuset Nord-Norge:
Spredningsplanen inkluderer alle foretakets døgneheter, men for enkelte enheter framkommer ikke dette tydelig. Det er ikke samsvar mellom antall relevante enheter i spredningsplanen (37) og antall enheter i rapportert spredningsstatus (27).

Gjennomgangen viste at foretakene har tatt ulike beslutninger med hensyn til om spredningsplanene skal omfatte fødeenhetene, akuttmottakene og intensivenehetene, og hvordan dette eventuelt skal synliggjøres i spredningsplan/-oversikter.

Internrevisjonen har undersøkt om foretakene har lagt til grunn at tiltakspakkens tre prosessmålinger skal gjøres i alle relevante enheter, basert på sist rapporterte statusoversikt. Følgende framkom:

- Nordlandssykehuset:
Som hovedregel forutsettes det registreringer av alle tre målingene for at tiltakspakken betraktes som iverksatt, men gjennomgang viste at noen enheter mangler målinger og at noen enheter gjør felles målinger med andre.
- Helgelandssykehuset:
Bare registreringer av målinger for «andel samstemt inn» har vært forutsatt for at tiltakspakken betraktes som iverksatt. Det forelå slike måleresultater for alle enheter rapportert «grønn» ved siste statusrapportering. I noen av enhetene var det også registrert resultater for de andre målingene, utført av farmasøyter.
- Finnmarkssykehuset:
De som ble intervjuet ga uttrykk for at status «grønn» forutsetter registreringer av måleresultater. Slike måleresultater har hittil ikke vært registrert, og ingen enheter er rapportert «grønn». Det legges opp til å avklare hvordan og av hvem målingene skal gjøres, som del av planlagt pilotprosjekt høsten 2016.
- Universitetssykehuset Nord-Norge:
Bare registreringer av målinger for «andel samstemt inn» har vært forutsatt for at

tiltaksapakken betraktes som iverksatt. Det forelå slike måleresultater for alle enheter rapportert «grønn» ved siste statusrapportering. Endringene i versjon 4 av tiltaksapakken, der skillet mellom obligatoriske og frivillige målinger ble opphevet, var ikke kjent for foretakets nøkkelpersonell. Vi fikk opplyst at endringene ikke var kommunisert ut til foretaket. Det var uavklart hvordan og av hvem målinger av «andel samstemt ut» og «kvalitet i legemiddelavsnittet i epikrise» skal gjøres.

Internrevisjonen konstaterer at det fra nasjonalt hold ikke er lagt opp til at måleresultater skal påvirke statusvurderingen, da det kan rapporteres status «grønn» (iverksatt) selv om prosessmålinger skulle vise lav gjennomføringsgrad for aktuelle tiltak. Foretakene har heller ikke lagt slike krav til grunn for sine statusvurderinger. Eksempelvis framkom at én enhet var vurdert «grønn» selv om åtte av de ti siste målingene av «andel samstemt ut» viste resultater på $\leq 30\%$.

Statusvurderinger utført av de kliniske enhetene selv og/eller av innsats-/programleder har, i alle foretakene, regelmessig vært rapportert til foretaksledelsen. Det var imidlertid noe uklart hva som i praksis legges til grunn for disse statusangivelsene, spesielt i Helgelandssykehuset. I Nordlandssykehuset har regelmessig rapportering til ledelsen inkludert aggregerte resultater fra tilhørende prosessmålinger (andel samstemt INN og UT) pr. lokasjon og klinikk, samt resultater fra målinger av kvalitet i epikrisenes legemiddelavsnitt. Også i Helgelandssykehuset inkluderes måleresultater i rapportene, der slike resultater finnes.

Ved alle foretakene unntatt UNN, var det i tillegg gjennomført interne revisjoner knyttet til samstemming i 2015. Rapporter fra disse revisjonene var sendt til ledelsen.

4.1.2 Internrevisjonens vurdering av status for tiltaksimplementering

Etter internrevisjonens vurderinger er alle sentrale elementer fra pasientsikkerhetsprogrammets beskrivelse av tiltaksapakken inkludert i foretakenes prosedyrer og opplæringsmateriell.

Vi anser det som hensiktsmessig at alle foretakene oppdaterer spredningsplanene, slik at det synliggjøres hvilke enheter tiltaksapakken er relevant for og hvilke enheter som evt. bare omfattes av deler av tiltaksapakken. I Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset, hvor forbedringsbehovet var størst, er oppdatering av spredningsplanene påbegynt. Spørsmål om hvorvidt spredningsplanene skal omfatte fødeenhetene, akuttmottakene og intensivenhetene, og hvordan dette eventuelt skal synliggjøres i planer/oversikter, synes fornuftig å avklare regionalt. Framtidige rapporteringer om antall relevante enheter bør samsvare med angivelser i oppdaterte spredningsplaner.

Etter internrevisjonens vurdering mangler foretak som ikke har iverksatt alle tiltaksprogrammets målinger, grunnlag for å rapportere status «Grønn - tiltaksapakken iverksatt».

Dette gjelder spesielt UNN og Helgelandssykehuset som har flere «grønne» enheter som kun måler «andel samstemt inn».

Videre anser vi det som uheldig at det nasjonalt ikke er lagt opp til at grønn status forutsetter resultater på et definert nivå for de aktuelle prosessindikatorne. Dermed er det viktig at måleresultater følger statusvurderingen som rapporteres til ledelsen. Foretakenes framtidige rapporteringer om status bør baseres på oppdaterte spredningsplaner, nasjonale kriterier for statusvurdering, samt regionale/interne avklaringer i situasjoner der nasjonal beskrivelse kan tolkes ulikt.

4.2 Rapportering til styret

4.2.1 Observasjoner

Det har vært reist spørsmål til Helse Nord RHF fra helseforetakene om forventninger til innhold i virksomhetsrapportens avsnitt om pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker. Svar fra regional programleder ble distribuert per e-post til lokale programledere i juli 2015. Her framkommer det at RHF-et ikke ønsker å standardisere virksomhetsrapportens innhold, men at denne skal bidra til oppmerksomhet omkring framdrift og aktuelle utfordringer. Avslutningsvis heter det «Vi ønsker konkrete beskrivelser av arbeidet som foregår og resultater av målinger, – prosessmål og resultatmål, der de foreligger. Det vil variere fra måned til måned hva som er aktuelt å rapportere om».

Statusrapporter om implementering av tiltakspakken har, ved alle foretakene, vært styrebehandlet flere ganger i 2015/2016, som del av ulike saker. I tre foretak inngår en kortfattet statusbeskrivelse/-oversikt for pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder som fast punkt i månedlig virksomhetsrapport. Det fjerde foretaket, UNN, har fra høsten 2015 valgt en rapporteringsstruktur der månedlig rapport omtaler status for bare ett utvalgt innsatsområde (rullerende).

Foretakene har i ulik grad omtalt utfordringer for implementering av tiltakspakken i sine saksframlegg for styrene i 2015 og 2016. Ved tre av foretakene framkom at det forelå relevante risikofaktorer som ikke var nevnt i saksframleggene, og at styrene i enkelte tilfeller hadde mottatt noe upresis informasjon om utfordringer og sannsynlighet for måloppnåelse. Ved det fjerde foretaket, Nordlandssykehuset, avdekket vi ikke vesentlige utfordringer som ikke var nevnt i styresakene.

4.2.2 Internrevisjonens vurdering av rapportering til styret

Internrevisjonen har vurdert at Nordlandssykehusets statusrapportering til styret om implementering av tiltakspakken, samsvarer med krav i oppdragsdokumentene og inneholder relevant og utfyllende informasjon. Vi anser at øvrige foretaks styrerapportering har forbedringspotensial, enten fordi rapporteringen ikke følger oppdragsdokumentenes krav til hyppighet, eller fordi den med fordel kunne vært mer presis eller mer utfyllende om resultater, utfordringer og planer.

4.3 Handlingsplaner

4.3.1 Observasjoner

Gjennom revisjonen framkom følgende om handlingsplan for videre implementering:

- Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset:
Det foreligger ikke konkrete handlingsplaner for videre spredning av tiltakspakken, da denne har vært ansett som iverksatt ved alle relevante enheter, unntatt ved NLSH, Føde/barsel Vesterålen (usikkert om tiltakspakken er relevant i denne enheten).
- Universitetssykehuset Nord-Norge:
Det foreligger oppdatert handlingsplan for videre implementering av tiltakspakken, og det planlegges ut fra målsetting om at alle relevante enheter skal ha implementert pakken innen 31.12.2016. Handlingsplanen omfatter ikke innføring av andre målinger enn «andel samstemt inn». Alle vi intervjuet anså det sannsynlig at tiltakspakken er innført i alle relevante enheter innen utgangen av 2016, men framhevet at dette vil kreve aktiv ledelsesoppfølging.
- Finnmarkssykehuset:
På revisjonstidspunktet forelå et utkast til prosjektbeskrivelse for pilotprosjekt høsten 2016 om samstemming i Medisinsk avdeling/akuttmottaket, Kirkenes. Implementering i resten av foretaket var tenkt gjennomført fra 2017. Foretaksledelsens representanter ga imidlertid uttrykk for en forventning om at tiltakspakken vil bli innført i (hele) foretaket innen utgangen av 2016 (til grønn markering). I ettertid har vi mottatt justert tidsplan hvor oppstart av piloten er framskyndet til før ferien.

I Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset er oppmerksomheten endret fra iverksetting til forbedring av gjennomføringen av tiltakspakken. Ansvaret for dette ligger i linjeledelsen, men linjen tilbys veiledning og bistand ved behov. I tillegg til resultater fra tiltakspakkens faste målinger, har enhetene her fått informasjon om kvaliteten i eget samstemmingsarbeid gjennom tilbakemeldinger fra farmasøyter i Sykehusapotek Nord. Farmasøytene har, etter avtale med helseforetakene, utført både egne samstemminger (kvalitetsmålinger) og interne revisjoner av samstemming av legemiddellister.

4.3.2 Internrevisjonens vurdering av handlingsplaner

Vi anser det som en forutsetning for foretakenes måloppnåelse at arbeidet har høy prioritet i lederlinjen. Eventuelt manglende samsvar mellom «relevant enhet», formell organisatorisk enhet og enhetsnivå for målinger vil, etter vår vurdering, medføre risiko for manglende ledelsesoppfølging av forbedringsarbeid. Av denne grunn mener vi at det vil være hensiktsmessig at foretakene forsikrer seg om at det er klart definert og kommunisert hvem som har ansvar for resultatoppnåelse, forbedringsarbeid og løpende oppfølging i alle relevante enheter i oppdatert spredningsplan.

Internrevisjonen har konstatert at handlingsplanen i UNN er et «levende dokument» som benyttes i styring og støtte av implementeringsprosessen. Etter vår vurdering er det ikke avdekket forhold som tilsier at tiltakspakken ikke kan være spredt til alle relevante enheter innen utgangen av 2016, men vi vurderer framdriftsplanen som stram. Fravær av planer for innføring av to av tiltakspakkens tre målinger, gjør det enda mer krevende for foretaket å oppnå status «grønn» innen utgangen av året.

Planer om pilotprosjekt i Finnmarkssykehuset er behandlet i ledelsen, og det legges opp til å fullføre et pilotprosjekt i løpet av 2016. Informasjonen vi mottok viste at det var behov for bedre kommunikasjon internt i foretaket for å sikre felles forståelse av dagens status, hva som kreves for måloppnåelse, og hva de foreslåtte planene legger opp til, som grunnlag for ledelsens beslutninger.

I Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset har vi konstatert at det gjennomføres, eller er planer om, flere ulike oppfølgingstiltak for å bidra til evaluering og forbedring av gjennomføringen. Oppnådde resultater viser at det er behov for slike tiltak.

Måleveiledning i nasjonal beskrivelse av tiltakspakken framholder stabil resultatoppnåelse på > 90 % som tommelfingerregel for å kunne redusere antall målinger. Etter hva internrevisjonen er kjent med, har det ikke vært nærmere definert i foretaksgruppen hvilke resultater som forventes som grunnlag for rapportering om at tiltakspakken «inngår som del av ordinær aktivitet», jf. mål i OD 2016. Vi finner det naturlig at dette avklares og kommuniseres til alle sykehusforetakene, og vi har i internrevisjonsrapport 06/2016 anbefalt Nordlandssykehuset å ta initiativ til en slik regional avklaring.

5 Konklusjon og anbefalinger

5.1 Konklusjon

Internrevisjonens vurdering av om det er rimelig sikkerhet for at foretakene innen utgangen av 2016 oppnår målene vedrørende samstemming av legemiddellister, oppsummeres slik:

Mål i OD 2016	Sikkerhet for måloppnåelse			
	NLSH	HSYK	FIN	UNN
<i>a) Tiltakspakken er spredt til alle relevante enheter</i>	Høy	Høy	Lav	Middels
<i>b) Tiltakspakken inngår i sykehusenes ordinære aktivitet</i>	Høy	Middels	Lav	Lav

5.2 Anbefalinger

Internrevisjonen har anbefalt foretakene å:

1. Gjennomgå og oppdatere spredningsplanen for å sikre konsistens i hvordan relevante enheter defineres og synliggjøres (alle).
2. Forsikre seg om at det ved alle relevante enheter er avklart og kommunisert hvem som har ansvar for tiltaksgjennomføring, resultatoppnåelse og forbedringsarbeid (alle).
3. Sørge for aktiv ledelsesoppfølging av implementeringsprosessen i gjenstående enheter (UNN).
4. Sørge for at alle tiltakspakkens målinger gjennomføres som anbefalt i nasjonal måleveiledning og inkludere måleresultater i rapportering til ledelse og styre (HSYK, FIN og UNN).
5. Legge nasjonale kriterier, supplert med regionale/interne avklaringer, til grunn for framtidige statusrapporteringer (HSYK, FIN og UNN).
6. Ta initiativ til en regional avklaring av hvilken status og hvilke måleresultater som forventes når tiltakspakken «inngår som del av ordinær aktivitet» (NLSH).

Internrevisjonsrapport 03/2016

**Vedlikehold og utvikling av kompetanse –
Nordlandssykehuset HF**

Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 10.05.2016

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	4
2 Formål og omfang.....	4
2.1 Formål med revisjonen.....	4
2.2 Omfang og avgrensninger.....	4
2.3 Regelverk.....	5
2.3.1 Regionale føringer.....	5
2.4 Fokusområder og revisjonskriterier.....	5
3 Metoder.....	6
4 Observasjoner.....	6
4.1 Organisering, ansvar og rollefordeling.....	6
4.2 Behovsvurdering og kompetanseoversikt.....	7
4.3 Handlingsplan for vedlikehold og utvikling.....	8
4.4 Gjennomføring og dokumentasjon av tiltak.....	8
4.5 Rapportering, kontroll og oppfølging.....	9
5 Vurdering, konklusjon og anbefalinger.....	9
5.1 Internrevisjonens vurderinger.....	9
5.2 Konklusjon.....	10
5.3 Anbefalinger.....	11
Vedlegg 1 - Dokumentoversikt.....	12

Sammendrag

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Nordlandssykehuset i perioden november 2015 – mai 2016.

Formål og omfang av revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at det er etablert en intern styring og kontroll i Nordlandssykehuset som gir rimelig sikkerhet for at helsepersonells fagkompetanse vedlikeholdes og utvikles, i samsvar med foretakets behov.

Revisjonen har omfattet de aktiviteter og tiltak som gjennomføres for å:

- Opprettholde den kompetansen som foretakets helsepersonell har (vedlikehold)
- Tilføre ny kompetanse slik at helsepersonellet er i stand til å løse nye oppgaver eller ta i bruk ny teknologi eller kunnskap (utvikling)

Forskerstillinger, utdanningsstillinger, vikarer og rekruttering inngår ikke i revisjonen.

Revisjonshandlingene har vært rettet mot følgende fokusområder:

1. Organisering, ansvar og rollefordeling
2. Behovsvurdering og kompetanseoversikt
3. Handlingsplan for vedlikehold og utvikling
4. Gjennomføring og dokumentasjon av tiltak
5. Rapportering, kontroll og oppfølging

Konklusjon

Internrevisjonen har konstatert at det i Nordlandssykehuset gjennomføres mange kompetansetiltak, men at det mangler felles føringer for vedlikehold og utvikling av kompetanse. Internrevisjonen konstaterer videre at det ved flere enheter er mangler/ svakheter både i oversikten over enhetens eksisterende kompetanse og vurderingene av hvilken kompetanse det er behov for. Dermed er det usikkert om de kompetansetiltakene som planlegges og iverksettes samsvarer med enhetens reelle behov.

Ut fra dette konkluderer internrevisjonen med at den interne styring og kontroll i Nordlandssykehuset har svakheter som bør forbedres for å gi rimelig sikkerhet for at helsepersonells fagkompetanse vedlikeholdes og utvikles, i samsvar med foretakets behov.

Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Nordlandssykehuset å:

1. Innføre retningslinjer som gir føringer for hvordan arbeidet med vedlikehold og utvikling av kompetanse skal utføres, med tilhørende maler og verktøy.
2. Vurdere og beskrive kompetansebehovet på egnet nivå i foretaket.
3. Sørge for at det foreligger oppdaterte kompetanseoversikter i alle enheter.
4. Sørge for at det utarbeides handlingsplaner i alle enheter som viser hvilke kompetansetiltak som skal prioriteres i en definert tidsperiode.
5. Dokumentere gjennomførte kompetansetiltak slik at det framkommer klart hva som har vært tema og hvem som har deltatt.

1 Innledning

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Nordlandssykehuset i perioden november 2015 – mai 2016. Oppdraget inngår i vedtatt revisjonsplan for 2015/2016, og tilsvarende revisjon gjennomføres i alle sykehusforetakene i regionen. Internrevisor Bjørn Ole Kristiansen har vært oppdragsleder og revisjonssjef Tor Solbjørg har hatt det overordnede ansvar. Revisjonen har omfattet følgende aktiviteter:

- Melding om internrevisjon sendt 20.11.2015
- Dokumentgjennomgang
- Stedlige intervjuer og tester i perioden 12.01. - 15.01.2016
- Oppsummeringsmøte 18.01.2016
- Rapportutkast sendt Nordlandssykehuset 22.03.2016
- Tilbakemelding fra Nordlandssykehuset på rapportutkast, 29.04.2016

2 Formål og omfang

2.1 Formål med revisjonen

Formålet med revisjonen er å bekrefte at det er etablert en intern styring og kontroll i Nordlandssykehuset som gir rimelig sikkerhet for at helsepersonells fagkompetanse vedlikeholdes og utvikles, i samsvar med foretakets behov.

2.2 Omfang og avgrensninger

Revisjonen omfatter de aktiviteter og tiltak som gjennomføres for å:

- Opprettholde den kompetansen som foretakets helsepersonell har (vedlikehold av kompetanse).
- Tilføre ny kompetanse slik at helsepersonellet er i stand til å løse nye oppgaver eller ta i bruk ny teknologi eller kunnskap (utvikling av kompetanse).

I denne revisjonen har vi ikke inkludert forskerstillinger, utdanningsstillinger, vikarer og rekruttering.

Nordlandssykehuset består av stab-/støtteenheter (herunder HR-avdeling), og åtte klinikker. Vi valgte å gjøre nærmere undersøkelse i følgende tre klinikker med utvalgte underliggende avdelinger og enheter:

Klinikk	Avdeling	Enhet
Klinikk hode- og bevegelse (HBEV)		Sengeenhet for HBEV
		Kliniske service funksjoner
Psykisk helse og rusklinikk (PHR)	Spesialpsykiatrisk	Rus og psykiatri
		Sikkerhetsenheten

	Lofoten DPS	BUP Lofoten VOP Lofoten
Akuttmedisinsk klinikk (AKUM)	Operasjon og anestesi	Anestesienheten
	Avd. Lofoten	Overvåking/Mottakelse/Dagkirurgi

2.3 Regelverk

Følgende regelverk er sentralt i denne revisjonen:

- Specialisthelsetjenesteloven, § 3-10 Opplæring, etterutdanning og videreutdanning
- Helsepersonelloven, kap. 2 - krav til helsepersonells yrkesutøvelse
- Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten, §§ 3 og 4

2.3.1 Regionale føringer

Foretakene har deltatt i Helse Nord RHF's arbeid med utarbeidelsen av Strategisk kompetanseplan Fase 1 og 2. I oppdragsdokumentene (OD) fra Helse Nord RHF er det lagt føringer for helseforetakene, blant annet:

- Rekruttere, beholde og utvikle kompetanse hos medarbeidere i spesialisthelsetjenesten og sikre bærekraftig utvikling (Langsiktig mål OD 2014 og 2015).
- Gjennomføre analyser og utarbeide planer for håndtering av behov for personell. Særlig innsats må rettes mot behovet for mer kompetanse for å sikre gode tjenestetilbud (OD 2014).
- Sikre tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, med spesielt fokus på behovet for operasjonssykepleiere, radiologer og intensivsykepleiere (OD 2015).

2.4 Fokusområder og revisjonskriterier

Med utgangspunkt i formålet har revisjonen vært konsentrert om fem fokusområder. Innenfor hvert av fokusområdene har det vært definert revisjonskriterier utledet fra aktuelt regelverk, oppdragsdokumentene til foretaket, samt COSOs rammeverk for intern styring og kontroll¹. Revisjonskriterier er de krav og forventninger som revisjonens observasjoner sammenlignes med. Følgende fokusområder og kriterier er lagt til grunn for internrevisjonens arbeid og vurderinger:

1. Organisering, ansvar og rollefordeling
 - Ansvar og oppgaver er klart og hensiktsmessig fordelt
2. Behovsvurdering og kompetanseoversikt
 - Sentrale og lokale kompetansekrav er kjent for lederne
 - Det foreligger en oppdatert oversikt over kompetansebehov

¹ COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission): Internkontroll – et integrert rammerk, 2013.

- Det foreligger en oppdatert oversikt over eksisterende kompetanse (kompetanseoversikt)
3. Handlingsplan for vedlikehold og utvikling
 - Vedlikeholds- og utviklingsbehov er vurdert
 - Handlingsplan for vedlikehold og utvikling av kompetanse er fastsatt
 - Nødvendige ressurser blir stilt til rådighet for gjennomføring av planen
 4. Gjennomføring og dokumentasjon av tiltak
 - Planlagte kompetansetiltak gjennomføres og dokumenteres
 - Medgåtte ressurser til kompetansetiltak kan dokumenteres
 5. Rapportering, kontroll og oppfølging
 - Status rapporteres jevnlig i lederlinjen
 - Etterlevelse av fastsatt handlingsplan følges opp i lederlinjen

3 Metoder

Følgende metoder er benyttet i revisjonsoppdraget:

- **Dokumentgjennomgang**
Dokumenter innhentet fra foretakets intranett og dokumenter internrevisjonen har mottatt fra foretaket er gjennomgått og vurdert opp mot kriteriene. Dokumentene er også brukt i forberedelser til intervjuer. Se *Vedlegg 1, Dokumentoversikt*.
- **Intervjuer**
Vi har intervjuet ledere i stab og linje, rådgivere og tillitsvalgte (gruppeintervju), til sammen 26 personer.

4 Observasjoner

4.1 Organisering, ansvar og rollefordeling

Nordlandssykehuset har organisert sin kliniske virksomhet i åtte klinikker med følgende ledernivåer: klinikkjef, avdelingsleder (ikke alle klinikker) og enhetsleder.

Det fremkom i intervjuene at linjeledelsen har hovedansvaret for vedlikehold og utvikling av kompetanse. I tillegg ble det opplyst at HR-avdelingen er tillagt sentrale oppgaver som å koordinere bruken av felles opplæringsmidler, innvilge individuelle utdanningsløp (i samråd med klinikkjefene), utvikle opplæringsprogram m.m.

Det er i liten grad gitt overordnede føringer for hvordan ledere skal ivareta sitt ansvar for vedlikehold og utvikling av kompetanse, herunder krav om kompetanseoversikter,

kompetanseplan, dokumentasjon av gjennomførte kompetansetiltak, og krav til innhold i disse.

Internrevisjonen fikk opplyst at det har vært igangsatt arbeid med å utarbeide en strategisk kompetanseplan for foretaket, men at dette arbeidet nå var utsatt inntil videre. Det foreligger et notat om «Strategiske føringer for kunnskapsutvikling i Nordlandssykehuset», men det er uklart hvordan dette er gjort kjent og brukes i foretaket.

Foretaket deltar aktivt i det regionale nettverket som arbeider med en regional strategi for hvordan e-læring skal utvikles og styres. HR-avdelingen opplyste at de deltar i en regional arbeidsgruppe som vurderer anskaffelse av felles kompetansestyringsverktøy.

Risiko for mangelfull kompetanse har inngått i risikovurderinger i enkelte omstillingsprosesser, bl.a. vedrørende organisering av traumebehandling innen psykisk helse. Høsten 2015 ble det gjort en konsekvensvurdering av midlertidig stans i tildeling av midler til kompetansetiltak. Ut over dette er det ikke utført dokumenterte risikovurderinger relatert til kompetanse, etter det internrevisjonen har fått opplyst.

4.2 Behovsvurdering og kompetanseoversikt

I revisjonen fremkom det at det er ulikt i hvilken grad følgende elementer er vektlagt i behovsvurderingene i enhetene:

- Kompetansesammensetning (profesjon/grunnutdanning/spesialistutdanning) som kreves for å ivareta enhetens oppgaver
 - I en enhet var det et mål at «de fleste» fysioterapeuter skal ha spesialkompetanse, men per i dag er det ikke utarbeidet egen funksjonsbeskrivelse for spesialistene, og i praksis er det liten forskjell i arbeidsoppgaver mellom spesialister og ikke-spesialister
 - I noen enheter har alle ansatte spesialistutdanning
 - Alle stillinger i klinikk psykisk helse og rus utlyses med krav om relevant treårig høyskoleutdanning og ønske om gjennomføring av videreutdanning
 - Klinikk psykisk helse og rus innvilger utdanningsløp over eget budsjett, ut over de løp som innvilges gjennom HR
 - Det fremkom i intervjuene at det manglet spesialistkompetanse i Lofoten og Vesterålen DPS, mens man i Bodø var i ferd med å få overdekning.
- Kompetanse som må vedlikeholdes gjennom regelmessig oppfriskning/trening (HLR, MTU, traume, medikamenthåndtering, osv.)
 - Enkelte spesialistgrupper har avtalefestet krav om å dokumentere vedlikehold av sin spesialistkompetanse, men arbeidsgiver har ikke etablert systemer for å påse at kompetansen opprettholdes. I stor grad er initiativet til å melde inn planer og behov for slike aktiviteter overlatt til den ansatte.

- De utviklingsbehov enheten har fremover, for å møte nye/endrede krav og oppgaver

Det fremkom også at dokumentasjonen av enhetenes vurdering av kompetansebehov manglet eller var mangelfullt.

Internrevisjonen etterspurte ajourførte kompetanseoversikter for de ansatte i de utvalgte avdelingene. Slik dokumentert oversikt finnes i enkelte enheter, mens flere ledere opplyste at de har oversikt bare «i hodet» fordi de kjenner personalgruppen sin godt. Det er ulikt i hvilken grad oversikten benyttes aktivt og hvordan den er gjort tilgjengelig for andre enn leder.

4.3 Handlingsplan for vedlikehold og utvikling

Handlingsplaner for vedlikehold og utvikling av kompetanse foreligger i flere avdelinger og enheter. Det er ikke gitt føringer for hva handlingsplanen skal inneholde/omfatte, og innholdet varierte. Eksempler:

- Oversikt over internundervisning de neste 6 mnd.
- Kurs kommende år
- Handlingsplan for de neste 3 årene

Det ble opplyst at mange enheter innarbeidet pliktige vedlikeholdstreninger i turnus eller fagdager.

HR-avdelingen koordinerer og tilrettelegger mange tiltak, opplæringsprogrammer og interne kurs, etter meldt behov fra klinikkene. Behov eller ønsker fremkommer ved at HR-avdelingen sender forespørsel til klinikkene, hvor de ber om tilbakemelding på aktuelle tiltak for kompetanseutvikling neste år. HR-avdelingen legger til grunn at behovet som meldes er prioritert og hentet fra avdelingens kompetanseplan. Tiltak de utvikler, kan være åpne for deltagere fra flere klinikker. Det ble opplyst at det også foregikk kompetansedeling mellom enheter og avdelinger i klinikk.

Opplysninger i intervju viste at ledere, særlig enhetsledere, i liten grad har muligheter til å fremme innspill om behov for ressurser til kompetansetiltak i budsjettprosessene. De fleste får tildelt budsjett basert på historiske data.

4.4 Gjennomføring og dokumentasjon av tiltak

Det er ikke gitt felles overordnede føringer for hvordan gjennomføring og deltakelse i kompetansetiltak skal dokumenteres. Ett av verktøyene som er tilgjengelig for slik dokumentasjon, er Personalportalen. Det ble opplyst at det var opp til den enkelte ansatte om de ville vedlikeholde sin CV her.

Internrevisjonen fikk opplyst at de fleste kompetansetiltak det var bevilget ressurser til, ble gjennomført, med unntak av midlertidig stans høsten 2015 (generell kostnadskutt).

Både ledere og tillitsvalgte ga uttrykk for at tilrettelegging for gjennomføring av tiltak i daglig drift i all hovedsak fungerer bra. Videre ble det opplyst at tid til deltakelse i internundervisning er innarbeidet i turnus i flere avdelinger, og at noen har internundervisning som fast punkt på agendaen i personalmøter. Flere ledere opplyste at ansatte som har deltatt på opplæring/kurs var forpliktet til å gjennomføre internundervisning i ettertid for å dele kompetansen med andre.

Gjennomførte kompetansetiltak dokumenteres i varierende grad på individnivå. Vi har merket oss følgende:

- Gjennomført utdanning/spesialisering dokumenteres som oftest i personalmappe
- Pliktig vedlikehold i regi av interne instruktører dokumenteres (i hovedsak av instruktørene), eksempelvis MTU – HLR – Traume
- Deltagelse på eksterne kurs dokumenteres i noen enheter
- Internopplæring i klinikkene blir, hos de fleste, ikke dokumentert. Tiltak som gjennomføres i regi av HR, blir dokumentert i HR, men ikke alltid ført i kompetanseoversikt i aktuell enhet
- Opplæringer som gjennomføres i e-læringsbasen Campus blir dokumentert elektronisk. Leder har tilgang til rapporter og oversikter for sine ansatte.

Det er ikke utarbeidet rapporter eller oversikter som viser hvilke samlede ressurser som har gått med til kompetansetiltak i den enkelte enhet.

4.5 Rapportering, kontroll og oppfølging

Ledelsens gjennomgang er et sentralt oppfølgingstiltak som gjennomføres på alle ledernivåer i Nordlandssykehuset. Kontroll og oppfølging i Ledelsens gjennomgang skjer ved en gjennomgang av utførte handlinger, redegjørelse for status og orientering om planer. I en av klinikkene fremkom det at mellomlederne spesifikt må bekrefte at enheten har den kompetanse som er nødvendig for å drifte forsvarlig. Når det bestemmes tiltak i gjennomgangen, følges disse opp ved at tiltakene må «kvitteres ut».

Oppfølging av kompetansestyring skjer også via annen dialog i lederlinjen, men i intervjuene ble det gitt uttrykk for at temaet har varierende fokus. Det ble også opplyst at status for vedlikehold og utvikling av kompetanse ikke rapporteres i lederlinjen.

Ingen av lederne vi intervjuet hadde gjennomført rutinemessige eller systematiske evalueringer av tiltakenes effekt opp mot mål/behov.

5 Vurdering, konklusjon og anbefalinger

5.1 Internrevisjonens vurderinger

Internrevisjonen anser at å definere virksomhetens kompetansebehov og å holde oversikt over den kompetansen man har til disposisjon, er grunnelementer som må

være på plass i foretaket. Disse to elementene bør være utformet slik at de kan sees i forhold til hverandre for å identifisere kompetansegap, og begge bør oppdateres regelmessig. Detaljeringsgraden kan tilpasses organisasjonsnivå, slik at de mest detaljerte oversikter over behov og tilgjengelig kompetanse foreligger på operativt nivå. Slike oversikter fantes bare i enkelte enheter, og behovsvurderingene hadde varierende innhold og omfang.

Når disse grunnleggende elementene er mangelfullt ivaretatt, er det vanskelig å vurdere/prioritere hvilke kompetansetiltak som er mest hensiktsmessige for virksomheten. Ikke alle enhetene hadde utarbeidet handlingsplaner, de som ble fremlagt var ulike i innhold og omfang, og i noen tilfeller fremstår de som ufullstendige. Dette innebærer redusert sikkerhet for at tiltakene som iverksettes er i samsvar med virksomhetens reelle behov. Handlingsplaner med konkrete kompetansetiltak som prioriteres i en definert tidsperiode (minimum årlig) vil bl.a. være et godt grunnlag for fordeling og disponering av ressurser til kompetansetiltak.

Internrevisjonen har konstatert at tiltak som blir gjennomført ikke alltid dokumenteres slik at det fremkommer hva som har vært tema og hvem som har deltatt. Mangelfull dokumentasjon vanskeliggjør arbeidet med å holde oversikt over eksisterende/tilgjengelig kompetanse, og vurdere behov for nye tiltak.

Etter vårt syn vil oversikt over hvor store ressurser som er benyttet til kompetanseutvikling være nyttig, bl.a. i fremtidig planlegging og budsjettprosesser.

Etter internrevisjonens oppfatning ville overordnede føringer og felles verktøy for arbeidet med vedlikehold og utvikling av kompetanse være til stor nytte for enhetene i foretaket. Uten en slik felles plattform utvikles forskjellige løsninger, noe som bl.a. vanskeliggjør aggregering av informasjon. Videre mener vi det er viktig med aktiv ledelsesoppfølging for å fastslå om den interne styring og kontroll fungerer som forventet, slik at kompetansenivået vedlikeholdes og utvikles i tråd med virksomhetens behov.

5.2 Konklusjon

Internrevisjonen har konstatert at det i Nordlandssykehuset gjennomføres mange kompetansetiltak, men at det mangler felles føringer for vedlikehold og utvikling av kompetanse. Internrevisjonen konstaterer videre at det ved flere enheter er mangler/svakheter både i oversikten over enhetens eksisterende kompetanse og vurderingene av hvilken kompetanse det er behov for. Dermed er det usikkert om de kompetansetiltakene som planlegges og iverksettes samsvarer med enhetens reelle behov.

Ut fra dette konkluderer internrevisjonen med at den interne styring og kontroll i Nordlandssykehuset har svakheter som bør forbedres for å gi rimelig sikkerhet for at helsepersonells fagkompetanse vedlikeholdes og utvikles, i samsvar med foretakets

behov.

5.3 Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Nordlandssykehuset å:

1. Innføre retningslinjer som gir føringer for hvordan arbeidet med vedlikehold og utvikling av kompetanse skal utføres, med tilhørende maler og verktøy.
2. Vurdere og beskrive kompetansebehovet på egnet nivå i foretaket.
3. Sørge for at det foreligger oppdaterte kompetanseoversikter i alle enheter.
4. Sørge for at det utarbeides handlingsplaner i alle enheter som viser hvilke kompetansetiltak som skal prioriteres i en definert tidsperiode.
5. Dokumentere gjennomførte kompetansetiltak slik at det framkommer klart hva som har vært tema og hvem som har deltatt.

Vedlegg 1 - Dokumentoversikt

Dokumenter som er gjennomgått i forbindelse med revisjonen:

Styrende dokumenter:

AKUM – Akuttmedisinsk klinikk

- MS0430 Kompetanseplan AKUM Lofoten 2014-2016
- MS0455 Handlingsplan AKUM Lofoten, Operasjon og overvåkning
- MS0434 Handlingsplan AKUM Lofoten, Enhet Overvåkning, 2015
- Internundervisning 1.halvår 2014, AKUM, Anestesienhet

HBEV – Hode- og bevegelsesklinikk

KSF – Kliniske Service Funksjoner

- MS0646 Innledning - kompetansehevingsplaner i KSF
- Anbefalt kompetanseøkning 2015
- Kompetansehevingsplaner 2013 – 2015, Docmap: MS0365 – 0390 – 0389 - 0395 – 0412 – 0461

PHR – Psykisk helse og rusklinikk

- PR31229 Opplæring i vurdering av selvmordsrisiko
- Styresak 104-2014, Moderniseringsprosjektet i PHR, status og videre utvikling

Rus og psykiatri

- PR37226 Kvalitetssikring av medisinskfaglige rutiner
- PR14572 Opplæring i legemiddelhåndtering Rus og Psykiatriposten
- Kompetanseplan ROP, 2015

Sikkerhetsenheten

- MS0264 Kompetanseplan for Sikkerhetsenheten, 2015
- PR22882 Hospitering ved Sikkerhetsenheten
- PR31229 Opplæring i vurdering av selvmordsrisiko
- Halvårsplan internopplæring, 2016

Lofoten DPS

- BUP Lofoten på vei inn i fremtida – veien dit?
- VOP Lofoten - Internundervisning 2014 og 2015

HR-avdelingen og fellesdokumenter for foretaket

- Strategiske føringer for kunnskapsutvikling i NLSH, 2013
- Planer for videreutdanning i NLSH, 2015-2017
- Retningslinjer for støtte til ekstern videreutdanning, samt søknadsskjema
- PR22249 Opplæring MTU i NLSH

- 16 ulike Utdanningsprogrammer – utviklet av HR
- 62 ulike Interne kurs og konferanser – utviklet av HR
- Virksomhetsplan for HR-avdelingen, 2010-2013
- Årlig melding 2014

Resultatdokumenter:

AKUM – Akuttmedisinsk klinikk

- Kursoversikt – AKUM, Anestesienhet
- Ledelsens gjennomgang 2014, Avdeling Operasjon og overvåkning, AKUM Lofoten

HBEV – Hode- og bevegelsesklinikk

KSF – Kliniske Service Funksjoner

- Oversikt kompetansebehov 2015
- Årshjul 2016

PHR – Psykisk helse og rusklinikk

Rus og psykiatri

- SJ5704 Gjennomgang av smittevernhåndbok – kvitteringsliste (årlig)
- Oversikt gjennomførte kurs/konferanser 2015

Sikkerhetsenheten

- SJ1104 Sjekkliste for opplæring legemiddelhåndtering

Lofoten DPS

- Kompetanseoversikt VOP, 2015

HR-avdelingen og fellesdokumenter for foretaket

- Aktivitetsoversikt – Seksjon for kunnskapsbygging 2013
- Gjennomgang av aktuelle regionale fagplaner, 2015, oppsummert kompetansebehov – forslag tiltak
- Kartlegging av kompetansebehov 2014, følgebrev og skjema
- Campus – oversikt over 105 ulike e-læringskurs, 2015
- Risikovurdering i Årlig melding 2014
- Konsekvensvurdering av reduksjon i midler til kompetanseutvikling, høst 2015



NORDLANDSSYKEHUSET HF

8092 BODØ

Orgnr 983974910

Tilsyn - NORDLANDSSYKEHUSET HF AMBULANSE FAUSKE

Vi viser til tilsyn den 12.07.2016.

I brev av 30.01.2017 redegjør Nordlandssykehuset HF for prosessen med kartlegging og risikovurdering av inneklimate. Prosessen er ikke fullført, og virksomheten skriver selv at det vil være *"hensiktsmessig å hente inn ekstern kompetanse for å kartlegge helheten i luftkvaliteten på stasjonen. Under dette inngår kartlegging av temperatur og luftfuktighet over tid, mikrobemåling, samt kvalitetssikre god nok luftutskifting fra ventilasjonsanlegg."* Arbeidstilsynet legger til grunn at dette vil bli gjennomført, jf. bl.a. utarbeidet handlingsplan

Pålegget om kartlegging og risikovurdering henger sammen med pålegget om tiltak, og siden Nordlandssykehuset HF er godt i gang med en kartlegging som vil lede ut i nødvendige utbedringstiltak, velger vi etter en helhetsvurdering å lukke kartleggingspålegget.

Oppfylte pålegg

Pålegg - Inneklima - kartlegging og risikovurdering


Vi viser til det som er beskrevet over.

Informasjon til verneombudet

Verneombudet skal gjøres kjent med vedtak fra Arbeidstilsynet, jf. arbeidsmiljøloven §§ 6-2 sjettede ledd og 18-6 åttende 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 73 19 97 00. Dersom dere har spørsmål til saken, kontakt saksbehandler, oppgi referansenummer 2016/30721.



Med hilsen
Arbeidstilsynet

John Arve Skarstad
tilsynsleder
(sign.)

Jon Helge Vaeng
seniorrådgiver
(sign.)

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

Kopi til:
Foretakshovedverneombudet og lokalt verneombud
NORDLANDSSYKEHUSET HF AMBULANSE FAUSKE, 8200 FAUSKE
FYLKESMANNEN I NORDLAND, Moloveien 10, 8003 BODØ