



Styresak 026-2019

Referatsaker til styret

Saksbehandler: Gro Ankill
Dato dok: 19.03.2019
Møtedato: 27.03.2019
Vår ref: 2019/1166

Vedlegg (t):

Innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Bakgrunn:

Følgende dokumenter legges frem som referatsaker for styret:

1. Protokoll fra styremøte i Helse Nord RHF 27.02.2019
2. Referat møte i Ungdomsrådet 19.02.2019
3. Referat OSO 28.02.2019
4. Protokoll fra drøftingsmøte med foretakstillitsvalgte 18.03.2019
5. Protokoll fra drøftingsmøte med hovedverneombud 18.03.2019
6. Protokoll fra AMU 21.03.2019
7. Referat fra møte i Brukerutvalget 20.03.2019
8. Rapport fra inspeksjon ved Nordlandssykehuset Bodø Sentrum – avfallshåndtering, fra Fylkesmannen 28.09.2018
9. Avslutning av tilsyn – avfallshåndtering, fra Fylkesmannen 06.12.2018
10. Styrearbeid i helseforetak - veileder Helse Nord RHF, oppdatert 27.02.2019

Presseprotokoll

Vår ref.:
2019/210-7

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

Sted/dato:
Tromsø, 27.2.2019

Møtetype:	Styremøte i Helse Nord RHF
Møtedato:	27. februar 2019 - kl. 9.30
Møtested:	Clarion Hotel The Edge, Tromsø

Tilstede

Navn:	
Renate Larsen	styreleder
Fredrik Sund	styremedlem
Kari Jørgensen	styremedlem
Kari B. Sandnes	styremedlem
Sissel Alterskjær	styremedlem
Svenn Are Jenssen	styremedlem
Tom Børje Eriksen	styremedlem
Knut Georg Hartviksen	observatør fra Regionalt brukerutvalg

Forfall

Navn:	
Inger Lise Strøm	styrets nestleder
Beate Rahka-Knutsen	styremedlem
Tom Erik Forså	styremedlem

Fra administrasjonen

Navn:	
Lars Vorland	adm. direktør - <i>forlot styremøtet kl. 11.30</i>
Karin Paulke	stabsdirektør
Anne May Knudsen	kommunikasjonsdirektør
Geir Tollåli	fagdirektør
Hilde Rolandsen	direktør for eieravdelingen - <i>møtte som adm. direktørs stedfortreder fra kl. 11.30</i>
Siv Høymork	kvalitets- og forskningsdirektør
Tor Solbjørg	revisjonssjef
Jan Eskil Severinsen	kommunikasjonsrådgiver
Arpad Totth	med. rådgiver

I forkant av styremøtet orienterte adm. direktør Lars Vorland om *Internasjonal helse og Helse Nord RHF's prosjekt i Malawi*.

I forbindelse med behandling av *styresak 10-2019 Godkjenning av innkalling og saksliste* spurte styreleder Larsen om det foreligger habilitet eller andre særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til styremedlemmenes upartiskhet i noen styresaker som skal behandles i dagens styremøte.

Styresak 10-2019 Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 10-2019	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 11-2019	Godkjenning av protokoll fra styremøte 7. februar 2019
Sak 12-2019	Regional fagplan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helse Nord 2019-2025, oppfølging av styresak 74-2016
Sak 13-2019	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - tiltaksplan, oppfølging av styresak 121-2018
Sak 14-2019	Virksomhetsrapport nr. 1-2019 <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
Sak 15-2019	Økonomien i foretaksgruppen og analyse av økningen i personalkostnader, oppfølging av styresak 147-2018 <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
Sak 16-2019	Felleseide foretak - eierandel, kostnader m. m., oppfølging fra styremøte 20. juni 2018
Sak 17-2019	Nasjonale e-helseløsninger - finansieringsmodell, mulige endringer fra 2020, oppfølging fra styremøte 20. juni 2018
Sak 18-2019	Etiske retningslinjer for Helse Nord - revisjon
Sak 19-2019	Styrearbeid i helseforetak, veileder for Helse Nord - oppdatering
Sak 20-2019	Styrets revisjonsutvalgs årsrapport for 2018, vedlagt internrevisjonens årsrapport for 2018
Sak 21-2019	Rekruttering av ny adm. direktør - tentativ tidsplan og utkast til kravspesifikasjon <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
Sak 22-2019	Orienteringssaker 1. Informasjon fra styreleder til styret – <i>mundtlig</i> 2. Informasjon fra adm. direktør til styret – <i>mundtlig</i> 3. Fagråd for infeksjon, smittevern og mikrobiologi - årlig rapport, herunder status for regionen - oppfølging av styresak 14-2017 4. Pakkeforløp for kreft - årsaken til nedgangen i resultatene, oppfølging fra styremøte 19. desember 2018 5. Helgelandssykehuset 2025 - prosess <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i> 6. Pasientreiser i Helse Nord, klager til fylkesmenn i Nord-Norge - utvikling, status og tiltak
Sak 23-2019	Referatsaker 1. Protokoll fra drøftingsmøte 19. februar 2019 ad. Etiske retningslinjer for Helse Nord, revisjon <i>Kopi av protokollen var ettersendt.</i>

- Sak 24-2019
2. Protokoll fra drøftingsmøte 19. februar 2019 ad. Regional fagplan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2019-2025
Kopi av protokollen var ettersendt.
 3. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 7. februar 2019
Eventuelt

Styrets vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes.

**Styresak 11-2019 Godkjenning av protokoll fra styremøte
7. februar 2019**

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 7. februar 2019 godkjennes.

**Styresak 12-2019 Regional fagplan for tverrfaglig spesialisert
rusbehandling (TSB) i Helse Nord 2019-
2025, oppfølging av styresak 74-2016**

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

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Regional fagplan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helse Nord 2019-2025* som retningsgivende for den videre utviklingen av fagområdet i foretaksgruppen. ***Styret ber adm. direktør om å sørge for at ungdomsrådene i Helse Nord involveres i den videre utviklingen av fagområdet også for barn og unge.***
2. Styret godkjenner oppstart av tiltakene i fase 1 innenfor rammen som ligger i *Regional fagplan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helse Nord 2019-2025*.
3. Styret ber adm. direktør vurdere prioritering av tiltakene i fase 2 i forbindelse med rullering av langsiktig økonomisk plan som legges frem for styret i juni 2019 ***og fremover.***
4. Styret ber adm. direktør legge frem en egen styresak med vurdering av erfaringer fra opprettelse av fire akuttplaner ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF og anbefaling av omfang og videre finansiering, senest høsten 2020.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Regional fagplan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helse Nord 2019-2025* som retningsgivende for den videre utviklingen av fagområdet i foretaksgruppen. Styret ber adm. direktør om å sørge for at ungdomsrådene i Helse Nord involveres i den videre utviklingen av fagområdet også for barn og unge.
2. Styret godkjenner oppstart av tiltakene i fase 1 innenfor rammen som ligger i *Regional fagplan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helse Nord 2019-2025*.
3. Styret ber adm. direktør vurdere prioritering av tiltakene i fase 2 i forbindelse med rullering av langsiktig økonomisk plan som legges frem for styret i juni 2019 og fremover.
4. Styret ber adm. direktør legge frem en egen styresak med vurdering av erfaringer fra opprettelse av fire akuttplasser ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF og anbefaling av omfang og videre finansiering, senest høsten 2020.

Styresak 13-2019 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - tiltaksplan, oppfølging av styresak 121-2018

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

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om tiltaksplaner i helseforetakene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) til orientering.
2. Styret ber adm. direktør sørge for at helseforetakene gjennomfører nødvendige tiltak for å sikre at tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern og TSB bedres. *Styret ber adm. direktør om en tilbakemelding om status i gjennomføringen av tiltak tidlig høsten 2019 og deretter med jevne mellomrom.*

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om tiltaksplaner i helseforetakene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) til orientering.
2. Styret ber adm. direktør sørge for at helseforetakene gjennomfører nødvendige tiltak for å sikre at tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern og TSB bedres. Styret ber adm. direktør om en tilbakemelding om status i gjennomføringen av tiltak tidlig høsten 2019 og deretter med jevne mellomrom.

Styresak 14-2019

Virksomhetsrapport nr. 1-2019

Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 1-2019 til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 1-2019 til orientering.

Styresak 15-2019

Økonomien i foretaksgruppen og analyse av økningen i personalkostnader, oppfølging av styresak 147-2018

Saksdokumentene var ettersendt.

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

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om analysen av økningen i personalkostnader til orientering.
2. Styret ber adm. direktør legge frem en ny styresak innen oktober 2019 som omhandler helseforetakenes resultater av iverksatte tiltak.
3. *Styret ber adm. direktør om å jobbe videre med analyse av den langsiktige utviklingen i foretaksgruppen, herunder HR og økonomi, aktuelle tiltak innen overføring av oppgaver og gjensidig læring i foretaksgruppen på ulike områder (f. eks. bemanningsenhet).*

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om analysen av økningen i personalkostnader til orientering.
2. Styret ber adm. direktør legge frem en ny styresak innen oktober 2019 som omhandler helseforetakenes resultater av iverksatte tiltak.
3. Styret ber adm. direktør om å jobbe videre med analyse av den langsiktige utviklingen i foretaksgruppen, herunder HR og økonomi, aktuelle tiltak innen overføring av oppgaver og gjensidig læring i foretaksgruppen på ulike områder (f. eks. bemanningsenhet).

**Styresak 16-2019 Felleseide foretak - eierandel, kostnader m. m.,
oppfølging fra styremøte 20. juni 2018**

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om eierandel, kostnader m. m. for de felleseide foretak til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om eierandel, kostnader m. m. for de felleseide foretak til orientering.

**Styresak 17-2019 Nasjonale e-helseløsninger -
finansieringsmodell, mulige endringer fra
2020, oppfølging fra styremøte 20. juni 2018**

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

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om nasjonale e-helseløsninger - finansieringsmodell og mulige endringer fra 2020 til orientering.
2. Styret ~~er bekymret for~~ konstaterer at en endring av finansieringsmodellen for nasjonale e-helseløsninger slik den er foreslått, vil påvirke Helse Nord RHF's økonomiske bæreevne i så stor grad at det allerede vedtatte regionale investeringsprogrammet i bygg, medisinsk-teknisk utstyr og IKT-løsninger ikke kan gjennomføres som planlagt. *Det bør bevilges nye statlige midler til en slik endring.*
3. Styret ber adm. direktør om å legge frem ny styresak, dersom den nasjonale finansieringsmodellen for e-helseløsninger gjeldende fra 2020 endres slik at samfinansieringen økes ytterligere.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om nasjonale e-helseløsninger - finansieringsmodell og mulige endringer fra 2020 til orientering.
2. Styret konstaterer at en endring av finansieringsmodellen for nasjonale e-helseløsninger slik den er foreslått, vil påvirke Helse Nord RHF's økonomiske bæreevne i så stor grad at det allerede vedtatte regionale investeringsprogrammet i bygg, medisinsk-teknisk utstyr og IKT-løsninger ikke kan gjennomføres som planlagt. Det bør bevilges nye statlige midler til en slik endring.

3. Styret ber adm. direktør om å legge frem ny styresak, dersom den nasjonale finansieringsmodellen for e-helseløsninger gjeldende fra 2020 endres slik at samfinansieringen økes ytterligere.

Styresak 18-2019 Etiske retningslinjer for Helse Nord - revisjon

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar de reviderte etiske retningslinjer som gjeldende for ansatte, ledere og styremedlemmer i Helse Nord med de endringer som kom frem under behandling av saken.
2. Styret ber adm. direktør om å oversende de reviderte etiske retningslinjene til helseforetakene, og sørge for at de gjøres lett tilgjengelig for medarbeidere, samarbeidspartnere, jobbsøkere, pasienter og pårørende og andre interessenter.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar de reviderte etiske retningslinjer som gjeldende for ansatte, ledere og styremedlemmer i Helse Nord med de endringer som kom frem under behandling av saken.
2. Styret ber adm. direktør om å oversende de reviderte etiske retningslinjene til helseforetakene, og sørge for at de gjøres lett tilgjengelig for medarbeidere, samarbeidspartnere, jobbsøkere, pasienter og pårørende og andre interessenter.

Styresak 19-2019 Styrearbeid i helseforetak, veileder for Helse Nord - oppdatering

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om gjennomgangen og oppdateringen av *veilederen for styrearbeid i helseforetak* i Helse Nord til orientering.
2. Styret viser til *styresak 125-2011 Styrearbeid i helseforetak - veileder Helse Nord* (styremøte i Helse Nord RHF 26. oktober 2011), og presiserer at den oppdaterte utgaven nå er gjeldende for helseforetakene i Helse Nord.
3. Styret ber adm. direktør om å oversende oppdatert utgave av *veilederen* til helseforetakene.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om gjennomgangen og oppdateringen av *veilederen for styrearbeid i helseforetak* i Helse Nord til orientering.
2. Styret viser til *styresak 125-2011 Styrearbeid i helseforetak - veileder Helse Nord* (styremøte i Helse Nord RHF 26. oktober 2011), og presiserer at den oppdaterte utgaven nå er gjeldende for helseforetakene i Helse Nord.
3. Styret ber adm. direktør om å oversende oppdatert utgave av veilederen til helseforetakene.

Styresak 20-2019 Styrets revisjonsutvalgs årsrapport for 2018, vedlagt internrevisjonens årsrapport for 2018

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar styrets revisjonsutvalgs årsrapport for 2018, vedlagt Internrevisjonens årsrapport for 2018, til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar styrets revisjonsutvalgs årsrapport for 2018, vedlagt Internrevisjonens årsrapport for 2018, til orientering.

Styresak 21-2019 Rekruttering av ny adm. direktør - tentativ tidsplan og utkast til kravspesifikasjon *Saksdokumentene var ettersendt.*

I forbindelse med dette styremøtet ble det avholdt *møte mellom konsulentselskap Amrop Delphi AS og styret i Helse Nord RHF* ad. rekruttering av ny adm. direktør, tentativ tidsplan og utkast til kravspesifikasjon.

Styreleder la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i kursiv):

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjon fra styreleder om prosessen for rekruttering av ny adm. direktør i Helse Nord RHF til orientering.
2. Styret tar forslag til tidsplan med milepæler til orientering.
3. Styret tar utkast til kravspesifikasjonen til orientering *med de endringer og innspill som kom frem under behandling av saken og ble diskutert i møte med konsulentselskapet Amrop Delphi AS i forkant av styremøte 27. februar 2019.*

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjon fra styreleder om prosessen for rekruttering av ny adm. direktør i Helse Nord RHF til orientering.
2. Styret tar forslag til tidsplan med milepæler til orientering.
3. Styret tar utkast til kravspesifikasjonen til orientering med de endringer og innspill som kom frem under behandling av saken og ble diskutert i møte med konsultantselskapet Amrop Delphi AS i forkant av styremøte 27. februar 2019.

Styresak 22-2019 Orienteringssaker

Det ble gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundtlig*
 - *Statsrådens besøk i Tromsø og Hammerfest 12. februar 2019* ad.
Regjeringserklæringen om sammenslåing av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Finnmarkssykehuset HF - informasjon om møtet
 - *Styreleder i Universitetssykehuset Nord-Norge HF - informasjon om fratreddelse*
 - o Ansgar Gabrielsen har bedt om å kunne fratre vervet som styreleder etter ca. ett år.
 - o Ønsket er etterkommet av styreleder.
 - o Styret i Helse Nord RHF må oppnevne styrets underutvalg for valg av ny styreleder i Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
 - *Neste styremøte i Helse Nord RHF 27. mars 2019*
 - o Informasjon om planlagt program så langt.
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundtlig*
 - a) *Statsrådens besøk i Tromsø og Hammerfest 12. februar 2019* ad.
Regjeringserklæringen om sammenslåing av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Finnmarkssykehuset HF - informasjon
 - b) *Regional pasientsikkerhetskonferanse 2019 - 13. og 14. februar 2019 i Bodø:*
Informasjon
 - c) *Alvorlige hendelser:*
Adm. direktør orienterte om alvorlige hendelser i foretaksgruppen siden siste styremøte 7. februar 2019.
Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13 jf. Fvl. § 13, 1 ledd nr. 1.
 - d) *Hammerfest nye sykehus - anmodning om bruk av deler av usikkerhetsrammen:*
Informasjon
 - o Orientering om styresak tentativt april/mai 2019 ad. bruk av usikkerhetsramme.
 - o Tidsplan avhenger av styrebehandling i Finnmarkssykehuset HF.
Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 14 jf. Fvl. § 18a.
 - e) *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø - erverv av tomt:* Informasjon
Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 14 jf. Fvl. § 18a.
3. Fagråd for infeksjon, smittevern og mikrobiologi - årlig rapport, herunder status for regionen - oppfølging av styresak 14-2017
4. Pakkeforløp for kreft - årsaken til nedgangen i resultatene, oppfølging fra styremøte 19. desember 2018

5. Helgelandssykehuset 2025 - prosess
Saksdokumentene var ettersendt.
6. Pasientreiser i Helse Nord, klager til fylkesmenn i Nord-Norge - utvikling, status og tiltak

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

I *styresak 22-2019/1 Orienteringssaker*, informasjon fra styreleder til styret, punkt a) ad. *Styreleder i Universitetssykehuset Nord-Norge HF - informasjon om fratreddelse* vedtok styret i Helse Nord RHF følgende:

1. Styret oppnevner følgende styremedlemmer til styrets underutvalg for valg av ny styreleder i Universitetssykehuset Nord-Norge HF:
 - *Renate Larsen*
 - *Kari Jørgensen*
 - *Fredrik Sund*
2. Styret ber styrets underutvalg, i samarbeid med adm. direktør i Helse Nord RHF, om å finne egnet kandidat til vervet som styreleder i Universitetssykehuset Nord-Norge HF i tråd med innspill og føringer fra styret.

Styresak 23-2019 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Protokoll fra drøftingsmøte 19. februar 2019 ad. Etiske retningslinjer for Helse Nord, revisjon
Kopi av protokollen var ettersendt.
2. Protokoll fra drøftingsmøte 19. februar 2019 ad. Regional fagplan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2019-2025
Kopi av protokollen var ettersendt.
3. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 7. februar 2019

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 24-2019

Eventuelt

Ingen saker ble fremmet.

Tromsø, den 27. februar 2019

*godkjent av Renate Larsen,
i etterkant av styremøtet,
den 27FEB2019 - kl. 14.55*

Renate Larsen



Referat, møte i Ungdomsrådet, Nordlandssykehuset HF 190219

Sted: Lærings- og mestringssenteret 15.30-19.30

Deltagere :		Tilstede	Forfall
Emma Lovise Larsen	Leder	x	
Matilde Mørk Pedersen	Nestleder	x	
Marie Dahlskjær		x	
Sofie Jonette Berg		x	
Einar Steinholt		x	
Viktoria Linea Høybakk		x	
Jens Jensen		x	
Sarah Gjerstad			x
Lars Herman Nordland		x	
Danielle Johanna Hansen		x	
Mathias Klæboe			x
Fra NLSH:			
Kari Bøckmann	Koordinator UR	x	
Tone Johnsen	HBEV		x
Monica Gjeseth	Barnemedisin		x
Kirsti Jørgensen	BUPA	x	
Tove Sørensen	Helse Nord IKT HF	Sak 3/2019	
Oddgeir Strømsnes	Helse Nord IKT HF	Sak 3/2019	
Marit Wågan	Helse Nord IKT HF	Sak 3/2019	
Roger Halvorsen	BUPA	Sak 7/2019	
Andre:			
Nikolai Raabye Haugen	Unge funksjonshemmede	x	

Agenda:

01/2019	Godkjenning av innkalling
02/2019	Godkjenning av referat
03/2019	Digitale pasienttjenester i Helse Nord
04/2019	Årsmelding 2019
05/2019	Helgesamling 29-31/3
06/2019	Oppnevning av UR for perioden 2019-2021
07/2019	Implementering av pakkeforløp i BUPA
08/2019	Oppdrag gjennomført siden sist
09/2019	Videre arbeid - fordeling
10/2019	Hippo-prosjektet

Saksnr.	Saksfremstilling	
01/2019	Godkjenning av innkalling og referat Vedtak 1. Innkalling godkjennes	
02/2019	Godkjenning av referat 171218 Vedtak 1. Referat godkjennes	
03/2019	Digitale pasienttjenester i Helse Nord Innledning v/Tove Sørensen, Oddgeir Strømsnes og Marit Wågan, digitale pasienttjenester i Helse Nord IKT HF. Helse Nord IKT HF skal forbedre sine digitale tjenester og ønsket i den forbindelse å innhente ungdomsrådets erfaringer med tjenesten «pasientjournal». De ønsket også å høre hvilke ønsker ungdomsrådet eventuelt har for videreutvikling og forbedring av «pasientjournal». Flere av ungdommene i benytter pasientjournalen på helsenorge.no regelmessig. Innspill fra ungdomsrådet: - Irriterende at det ikke er tilgang på timer i alle klinikker. Det bør ikke være noen som får lov å være unntatt for ordningen. - Det er fint å sjekke om det faktisk stemmer det som står i journalen. Flott å ha henvisninger, timer og resepter lett tilgjengelig. - Når det skrives alvorlige ting i journalen er det fint om det er formidlet muntlig først. - Kunne dere hatt flere ordforklaringer, også på vaksinekortene? - Nyere henvisninger og timer er ikke alltid tilgjengelig på helsenorge.no. Hvorfor det? - Hva er egentlig pasientsky? Henger det sammen med DIPS arena? Forvirrende å forholde seg til flere ulike systemer. Det optimale hadde vært om alle helseopplysningene finnes i ett system. Det optimale hadde vært om primær- og spesialisthelsetjenesten hadde samme plattform. - Fint at dialogmulighet på helsenorge.no kommer i framtiden. - Det burde være søkefelt, for eksempel bør det være mulig å søke på ordet epikrise. - Når man bruker telefonen er det vanskelig å finne fram, det er litt for mange klikk. - Det er ønskelig med varslingstjenester på timer og henvisninger og når resepter begynner å gå ut - Det brukes for mye legespråk. Det er dumt å ikke forstå det som står.	

	- Det er lurt å gå gjennom journalen sammen med noen. Det bør snakkes om journaltilgangen tidlig i behandlingsforløpet og gjøres avtaler om gjennomgang. Dette bør beskrives eksplisitt som et tiltak i pakkeforløpene. - Noen syns foreldrene skal ha innsyn fram til barnet er 18 år, dersom barnet vil. Men man må se an situasjonen og muligheten for differensiering. «Det må skilles mellom dokumentene bare jeg kan se og det foreldrene også kan se». En ungdom kan finne på å avbryte behandlingen eller ikke fortelle om det som er viktig dersom han/hun tror at foreldrene må få vite det som blir fortalt. Det er viktig at informasjonsdeling med foreldre er tema og at behandler har ansvaret for å ta opp dette. - Som 13-åring kan en bli vettskremt av det som står i journalen. - Det er trygt at foreldrene kan hjelpe å følge med på det somatiske, men hva jeg sliter psykisk med, bør jeg få ha for meg selv. Men jeg som pasient skal ha veto. - Å kunne se på hva som er skrevet bidrar til sikkerhet og forutsigbarhet for pasienten. - Dialog-verktøy for utveksling av faktainformasjon kan være bra. Vedtak 1. Ungdomsrådet takker for orienteringen og stiller seg til rådighet for å diskutere saken videre og eventuelt prøve ut nye løsninger dersom digitale pasienttjenester ved Helse Nord IKT ønsker dette.	
04/2019	Årsmelding 2019 Matilde skriver kommentar fra leder/nestleder i Ungdomsrådet til årsmeldingen 2019.	
05/2019	Helgesamling 29-31/2019 Helgesamling arrangeres 29-31/3 på Thon hotel Nordlys i Bodø. Dette er siste møte i det sittende Ungdomsrådet. <u>Tid:</u> Fra kl 18.00 29/3 til kl 15.00 31/3 <u>Forslag til saker:</u> Tekst rettet mot ungdom på nordlandssykehuset.no (ferdigstilling) Oppdragsdokumentet – invitere ulike klinikker til å diskutere overganger med ungdommene i løpet av helgen og legge plan for 2019 Prinsipper for gode overganger fra barn til voksen (ferdigstilling) Hippo-prosjektet Evalueringsav virksomhetsperioden 2017-2019 + gjennomgang av mandat	

	<u>Sosialt:</u> Bowling eller escape-room Fredag: Møterom på Peppes pizza Lørdagskveld: Middag hos Kari	
06/2019	Oppnevning av UR for perioden 2019-2021 Nordlandssykehusets første ungdomsråd ble oppnevnt 15. mai 2017 og hadde sitt første møte 19. juni samme år. Virksomhetsperioden for ungdomsråd ved Nordlandssykehuset er ifølge mandatet satt til 2 år. Ungdomsrådet for 2019-2021 skal oppnevnes i Nordlandssykehusets styre 29. april. 2019. Videre prosess: - Det sendes ut brev til alle organisasjoner der det oppfordres til å nominere ungdommer som ønsker å sitte i ungdomsrådet til Nordlandssykehuset HF. Nominasjon og oppnevning vil gjøres etter en fast mal, på samme måte som ved oppnevningen i 2019. - Kari snakker med alle sittende medlemmer med tanke på gjenvalg. Også leder og nestleder skal velges på ny og alle får spørsmål om dette kan være aktuelt for dem. - Matilde stiller ikke til gjenvalg	
07/2019	Implementering av pakkeforløp i BUPA (oppfølgingssak 41/2018) Orientering ved avdelingsleder, Roger Halvorsen. Ungdomsrådet har i forbindelse med implementering av pakkeforløp i BUPA blitt forespurt om hvilke feedback-verktøy de foretrekker når de er til behandling. Ungdomsrådet ba om en orientering om hva et feedback-verktøy er, og hvilke alternativer som finnes. Innspill fra UR: - Det er stress å fylle ut et skjema etter hver time og det å fylle ut et skjema om hvordan en syns timen har vært hver gang, kan føre til at man føler press for å late som timen var bedre enn den faktisk var. Ergo – kanskje ikke gjøre dette kjempeofte. En konkurranseorientert ungdom vil kanskje også se dette som en konkurranse framfor å kjenne etter og bli litt pleasing. - Det må ikke bli for manualisert når en skal snakke sammen om det en måler. - Det må alltid tas hensyn til maktforholdet. Hvordan er det for en 12-åring å si fra om at han ikke syns timen ikke har vært god? - Kursing av behandlere om hvordan en bør snakke med ungdommen om feedbackverktøy må følge innføringen. Husk at ungdommene er forskjellige. - Det må også være mulighet for behandlerbytte/klagefunksjon i BUPA. Det er ikke lett å få behandlerbytte (basert på tilbakemelding fra flere pasienter). Hvem snakker man med tidlig om man er misfornøyd? «Jeg hadde aldri satt meg ned med et skjema. Da måtte det ha skjedd noe som hadde gjort meg veldig sint eller frustrert.» Det burde vært mer formalisert og mulig å be om behandlerbytte der en kan si fra til noen andre enn den behandleren en faktisk er misfornøyd med. Det er	-

	behovene til ungdommen som er det viktige, ikke følelsene til behandleren. - Det er lett at pasientene og familiene heller slutter i behandling enn å be om behandlerskifte. - Anonymt tilbakemeldingssystem ved avslutning av behandlingen er en selvfølge. Vedtak 1. Ungdomsrådet takker for orienteringen 2. Ungdomsrådet ber representant for BUPA komme tilbake senere med konkrete eksempler på aktuelle feedback-systemer slik at de får sett på hvilke formuleringer som benyttes.	
08/2019	Oppdrag gjennomført siden sist: • Undervisning 6. års medisinstudenter 2/1-19: Sofie Jonette og Lars • Regional pasientsikkerhetskonsferanse 13-14/2-19: Emma (deltager), Marie (paneldebatt) og Danielle (parallellsesjon). Nikolai fra Unge funksjonshemmede holdt avslutningsforedraget på konferansen. • Pakkeforløp i BUPA, møte 19/12-18: Danielle • Tekst til nordlandssykehuset.no: Viktoria	
09/2019	Videre arbeid – fordeling • Undervise LIS1-leger 28/2: Sofie Jonette og Lars Herman • Undervise praksisstudenter sykepleie 23/4: Einar og Viktoria • Lederkonferanse N-BUP i Trondheim 8.-9. mai, foredrag: Emma; Lars Herman, Danielle og Mathilde. Tittel: Hva er viktig for oss i møte med dere. • Samhandlingskonferansen 11.-12. juni Svolvær, foredrag: Lars-Herman, Mathilde og Danielle. Tittel: Overgangen fra barn til voksen i helsetjenesten: Hva er viktig for oss?	
10/2018	Hippo-prosjektet Oppfølging av sak 38/2018. Vedtak 1. Ungdomsrådet ber om å få bruke kr. 30 000,- av sitt budsjett i 2019 til utvikling av prototype og produksjon av maskot som skal brukes innen barnemedisin. Målet med innføringen er at maskoten kan brukes til å forebygge traumer hos barn som skal gjennomgå medisinske prosedyrer. 2. Ungdomsrådet ønsker å bidra i utvikling av helhetlig informasjon- og opplæringsmateriell som inkluderer maskoten, i samarbeid med barneavdelingen og kommunikasjonsavdelingen.	

Neste møte: Helgesamling 29-31/3, Thon hotel Nordlys



MØTEREFERAT OVERORDNET SAMARBEIDSORGAN (OSO)

Dato : 28.02.2019

Sted : Nordlandssykehuset, Bodø

Tidspunkt: 10:30 – 14:15

Saksbehandler:Steinar Pleym Pedersen	Vår ref.:2018/3853 /SPP



Heidi Wiik, rådgiver Vestvågøy kommune	M
Jan Håkon Juul, K-overlege Vågan og Vestvågøy kommune	M
Elise Gustavsen, rådmann Øksnes kommune	M
Marion Celius, helse- og omsorgssjef Hadsel kommune	Via Skype
Geir Mikkelsen, Fauske kommune	Forfall
Mona Karlsen, rådgiver Bodø kommune	M
Marit Nybakk, virksomhetsleder helse, Saltdal kommune	M
Helseforetaket	
Paul Martin Strand, adm.dir Nordlandssykehuset	M
Hedda Soløy Nilsen, klinikkssjef Psykisk helse- og rus klinikk	M
Olaug Kråkmo, klinikkssjef Medisinsk klinikk	M
Harald Stordahl, klinikkssjef Prehospital klinikk	M
Tonje Hansen, fagsjef Nordlandssykehuset	M
David Sørensen, avdelingsleder Medisinsk klinikk Lofoten	M
Desiree S. Høgmo, avdelingsleder PHR klinikken LOVE	M
Brukerrepresentant	
Barbara Priesemann	M
Arbeidstakerrepresentant	
Johnny Jensen, Norsk sykepleierforbund	M
Fylkesmannen	
Yngve Osbak, Fylkesmannen i Nordland	M
Morten Sundnes kst Fylkeslege	M
Universitetene	
Trine Karlsen, Nord universitet	M
Silje C. Wangberg, Norges arktiske universitet	M
KS	
Lisa Friborg	M
Andre	
Randi Angelsen, Kommunikasjonssjef Nordlandssykehuset	M
Stian Wik Rasmussen, helseleder Bodø kommune	4/19

Agenda

- 1/19 Godkjenning av innkalling og saksliste
- 2/19 Godkjenning av protokoll fra møtet 3.12.18
- 3/19 Kommunal øyeblikkelig hjelp – døgnopphold (ØHD). Status pr. 2017
- 4/19 ALIS- nord spesialistutdanning for allmennleger
- 5/19 Endelig studieportefølje Fakultet for sykepleie og helsevitenskap 2019/2020 – orientering
- 6/19 Oppdragsdokumentet 2019 – særlig fokus på samhandlingsavsnittet
- 7/19 OSO-sak 46/18 – oppfølging – etablering av partssammensatt utvalg
- 8/19 Tjenesteavtale 3+5 revidering – og revidering av øvrige avtaler – prosedyrevalg
- 9/19 Etablering av Pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT) mulig pilot med Hadsel kommune
- 10/19 Fylkesmannen orienterer
- 11/19 Kommunene orienterer regionvis om aktuelle samhandlingssaker
- 12/19 Adm.dir orienterer om aktuelle samhandlingssaker inkludert
- 13/19 Orientering av driftssituasjonen voksenpsykiatri Vesterålen
- 14/19 Referater

Saksnr.	Saksfremstilling
1/19	Godkjenning av innkalling og saksliste Det vises til innkalling og saksliste sendt ut 8.2.19 Enstemmig vedtak: 1. Innkalling og saksliste godkjennes.
2/19	Godkjenning av protokoll/referat fra møtet 3.12.18 Det vises til vedlagte referat, som også ble sendt OSOs medlemmer i etterkant av møtet. Enstemmig vedtak: 1. Protokoll/referatet godkjennes.
3/19	Kommunal øyeblikkelig hjelp – døgnopphold (ØHD). Status pr. 2017 Forslag til vedtak: 1. OSO viser til aktivitetsoversikten ved de kommunale ØHD-tilbudene i kommunene.

	- OSO finner variasjonene kommunene imellom alt for stor, og utleder av dette at tilbudet til befolkningen i enkelte kommuner ikke er i henhold til Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-5 og Tjenesteavtale 4. - OSO bes vurdere å opprette et eget KSU som kan bidra til utvikling av ØHD-tilbudet i kommunene. - OSO ber om tilsvarende sak for aktivitet ØHD 2018. <i>Behandling:</i> Kommunesiden fremmet forslag om utsettelse pga uklarhet knyttet til tallmaterialet. Adm. dir trakk forslag til vedtak. Enstemmig vedtak: - Saken utsettes. - OSO ber om ny behandling etter at tall for aktivitet ØHD 2018 er innhentet.
4/19	ALIS – Nord – spesialistutdanning for allmennleger Det ble påpekt at kommunene ikke skal søke om å bli godkjent utdanningsenhet, men kun registrere seg. Enstemmig Vedtak: - OSO viser til saksfremlegget og mener det er av vesentlig betydning at en får etablert gode utdanningsløp for allmennleger i spesialisering. - Kommune må inngå avtaler med helseforetakene om å oppnå læringsmål som ikke kan gjøres i kommunehelsetjenesten. Kommunerepresentant Jan Håkon Juul tar ansvar for at kommunesiden utarbeider forslag til avtale. - Interesserte kommuner oppfordres til å ta kontakt med Nordlandssykehuset med henblikk på å utarbeide særskilt avtale.
5 /19	Endelig studieportefølje Fakultet for sykepleie og helsevitenskap 2019/2020 – orientering Enstemmig Vedtak: OSO tar informasjonen til orientering.
6/19	Oppdragsdokumentet 2019 – særlig fokus på samhandlingsavsnittet

	Enstemmig Vedtak: OSO ønsker å få sak tilbake etter at Nordlandssykehuset HF har drøftet OD nærmere.
7/19	Oppfølging OSO-sak 46/18 - Nordlandssykehuset – strategisk utviklingsplan – status i arbeidet. Saksbehandler: Mona Karlsen/Steinar Pleyrn Pedersen Forslag til vedtak: - I henhold til Tjenesteavtale nr. 6 pkt. 4.1 etableres det ett partssammensatt utvalg (PU). - Utvalget skal bestå av 3 representanter fra hver av partene samt nødvendig sekretariatsressurs. - Medlemmene i PU velges for 4 år av gangen i samme tidsperiode som OSO. - Mål og myndighet for PU i henhold til saksfremstillingen, men PU bes i konstituerende møte gjennomgå dette og evt komme med endringer som deretter vedtas av OSO. - Sekretariatsfunksjonen alternerer mellom partene og tilsvare valgperioden. I første periode legges sekretariatet til kommunene. Kommunene bes drøfte hvordan dette skal løses. <i>Behandling:</i> Kommunesiden fremmet forslag om at Nordlandssykehuset tar sekretariatsansvaret. Nordlandssykehuset fremmet forslag om at kommunene oppnevner 3 representanter til PU innen 1. mai. Partene er enig om at OSO evaluerer PUs virksomhet i siste møte 2019. Enstemmig vedtak: - I henhold til Tjenesteavtale nr. 6 pkt. 4.1 etableres det ett partssammensatt utvalg (PU). - Utvalget skal bestå av 3 representanter fra hver av partene samt nødvendig sekretariatsressurs.

	3. Medlemmene i PU velges for 4 år av gangen i samme tidsperiode som OSO. 4. Mål og myndighet for PU i henhold til saksfremstillingen, men PU bes i konstituerende møte gjennomgå dette og evt komme med endringer som deretter vedtas av OSO. 5. Sekretariatsfunksjonen legges til Samhandlingsavdelingen i Nordlandssykehuset 6. Kommunene oppnevner 3 representanter innen 1.5.19 og de kommunale representantene i OSO sørger for oppnevningen. 7. OSO evaluerer PUs virksomhet i desembermøtet 2019.
8/19	Tjenesteavtale 3+5 revidering – og revidering av øvrige avtaler – prosedyrevalg Enstemmig vedtak: 1. OSO slutter seg til at Overordnet samarbeidsavtale og tjenesteavtalene 1- 13 revideres i andre halvdel av 2019. 2. OSO ber om at egen sak om revidering og prosedyre for arbeidet fremmes i septembermøtet. OSO ber om at arbeidsmetodikken med eget KSU også blir fulgt i denne revideringen.
9/19	Etablering av Pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT) – mulig pilot med Hadsel kommune Enstemmig vedtak: 1. I henhold til Oppdragsdokumentet for 2019 skal det forsøkes etablert samarbeid med kommuner om tjenestetilbud til kronikere og stormottakere av helsetjenester med henblikk på å forbedre samordningen av tjenestene til disse pasientene. 2. OSO anbefaler at en ser til metoden PSHT, og at det forsøkes etablert et prosjekt mellom Nordlandssykehuset Vesterålen og Hadsel kommune. 3. Samhandlingsavdelingen følger opp med kontakt med Hadsel kommune og aktuelle miljø ved Nordlandssykehuset Vesterålen. Om ønskelig vil Samhandlingsavdelingen bidra til oppstartmøte hvor representanter fra UNN inviteres. 4. OSO ber om å bli orientert om fremdriften i prosjektet.
10/19	Fylkesmannen orienterer Se: https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/nasjonal-kompetansetjeneste-tsb/vare-publikasjoner/skriftserie-og-handboker/erfaringer-med-akutte-tjenester-i-tsb

	Fylkesmannens repr var særlig opptatt av gode samhandlingstiltak som har fokus på gode pasientforløp. Fylkesmannen ønsker å være godt informert om slike forhold. Enstemmig vedtak: 1. OSO tar informasjonen fra Fylkesmannen til orientering.
11/19	Kommunene orienterer regionvis om aktuelle samhandlingssaker Det ble orientert om flg: 1) Utvikling av teknologiske velferdstiltak i Vesterålen 2) Om godt samarbeid gjennom RKK-Vesterålen 3) Om god nytte av erfaringsmøtene – kan også utvikles mer 4) Etablert FACT 5) Behov for mer forebyggende arbeid knyttet til ungdoms psykiske helse 6) Deltakelsen på Dialogmøtet i mars noe dårlig fra Salten 7) Ikke bra at FACT Bodø er «ute av drift» 8) Felles legevakt Fauske, Sørfold og Saltdal etableres pr. 1.6.19 9) Enstemmig vedtak: 1. OSO tar informasjonen fra kommunene til orientering.
12/19	Adm.dir orienterer om aktuelle samhandlingssaker Det ble orientert om: 1. Nytilsatt kliniksjeff Hedda Soløy Nilsen – presentasjon 2. Dialogmøtet 2019 3. Driftssituasjonen voksenpsykiatrien i Vesterålen. 4. For øvrig viste Adm.dir til sakene som var drøftet og som på ulikt vis formidlet forhold som en ikke trengte å ta opp på nytt. Enstemmig vedtak: 1. OSO tar informasjonen fra adm.dir til orientering.
13/19	Referatsaker 1. Bent Høie – sykehustalen 2019 – sendt ut tidligere 2. Hepatitt C – referat fra møte i Vågan 29.01.19 3. Fastlegerådet – innkalling til møte 9.1.19 4. Fastlegerådet – referat fra møtet 9.1.19 Enstemmig

	vedtak: 1. OSO tar referatsakene til orientering, men påpekte at mandatet for Fastlegerådet som ligger ved saken kan være feil. Dette rettes opp.
	Sak om «løpende saker» kommer i neste møte, som er 26.april.



PROTOKOLL

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

18. Mars 2019

Kl. 08.15 – 11.00

Møterom: G-fløy

Fra arbeidsgiver:

Fra fagforeningene:

Navn	Navn	Tilstede	Forfall
Per-Ingve Norheim, Seniorrådgiver HR-avd	Johnny R. Jensen (NSF)	X	
Liss Eberg, HR-sjef	Marit Maarnes (NETF)		
Harald Stordahl, klinikkssjef Prehospital	Marianne Hildal (NFF)		X
Jan Ove Edvardsen, Avdelingsleder Ambulanse	Britt-Tove Bakken (Utdanningsf)		
Beate Sørslett, Medisinsk direktør	Louise Kjelstrup (Forskerne)		
Marit Barosen, Økonomisjef	Rolf Schjem (Presteforeningen)		
Gro Ankill, Administrasjonssjef	Svein Klingen (Akademiker forb.)		
Lena Rolandsen, Rådgiver HR-HMS	Mads Isaksen (Maskinistforb.)		
Elin Nordby, Rådgiver HR-HMS	Liv Berit Moe (Radiografforb)	X	
Nora Miller, Rådgiver seksjon for pasientsikkerhet	Karina Hjerde (Fagforbundet)	X	
Eivind Solheim, avdelingsleder Nytt sykehusbygg	Ikke valgt (FO)		
Hilde Normann, Konst.seksjonsleder pasientsikkerhet	Roar Skogøy (El og It forbundet)	X	
Tonje Elisabeth Hansen, Fagsjef	Merete Danielsen (Delta)		X
Lillian Søttar, Rådgiver HR-avdelingen	Beate Søvik Hansen (Parat)	X	
	Elisabeth Fjukstad (DNJ)		
	Skjalg Andersen (NITO)		
	Frida Andræ (DNLf)	X	
	Ikke valgt (DNLf)		
	Andreas Vikan Seljeseth (NPF)		
	Eirik Pettersen (Econa)		
	Anne Landsem (Tekna)		
	Stian Molvik (Samfunnsviterne)	X	

* tilstede deler av møtet

AMU sak 12/2019 Organisasjonsendring ambulanseavdelingen – områdeinndeling

Partene har drøftet saken og slutter seg til forslaget om ny organisasjonsplan, med følgende protokolltilførsel fra Fagforbundet:

Fagforbundet mener det er behov for ass.enhetsleder på hvert område.

AMU sak 13/2019 Årlig melding 2018

Partene har drøftet saken som tas til orientering med følgende protokolltilførsel fra NSF:

Punktet 6.4.3 beskrives særskilt fokus på HMS indikatoren AML brudd. NSF vil presisere at ADs tilnærming med å få tillitsvalgte til å inngå avtale om avvik fra AML, faktisk dekker over belastningen mange har i foretaket ved doble vakter overtid og merarbeid. En skjuler symptomer. Det har i flere år ikke lyktes NSF å få foretaket med på gjennomgang av faktisk bemanning bruk av overtid og merarbeid. Heller ingen vilje til å risikovurdere arbeidsplaner på de mest berørte sengepostene, som over år scorer lavt på arbeidsforhold i MU. Isteden for å leter etter årsakene å se de i ett større perspektiv velger AD aktiv å dekke over problemene isteden for å løse de. Intensjonen med AMLs mulighet til å utvide avvik fra loven er ment brukt i kortvarige ekstraordinære situasjoner. Ikke hele året som ved NLSH. I ett HMS perspektiv gir ikke foretakets strategi mening.

Styresak XX/2019 Virksomhetsrapport januar og februar

Partene har drøftet saken som tas til orientering med følgende protokolltilførsel fra NSF:

Punktet 3.3 beskriver reduksjon i AML brudd. NSF vil presisere at ADs tilnærming med å få tillitsvalgte til å inngå avtale om avvik fra AML, dekker over belastningen mange har i foretaket ved doble vakter overtid og merarbeid. En skjuler symptomer. Intensjonen med AMLs mulighet til å utvide avtaler om avvik fra loven er ment brukt i kortvarige ekstraordinære situasjoner. Ikke hele året som ved NLSH. Uregelmessig registrering av avtaler om avvik fra AML bidrar til at NSF mener det knytter seg usikkerhet til den reelle nedgangen.

AMU sak 11/2019 Handlingsplan for bedriftshelsetjenesten 2019

Partene slutter seg til handlingsplan for bedriftshelsetjenesten 2019.

AMU sak 14/2019 Presentasjon av kollegastøtteordningen i Nordlandssykehuset HF

Partene tar saken til orientering.

Styresak 19/2019 Planlegging av innflytting i høyblokka i Bodø sentrum, fløy B

Partene tar saken til orientering.

AMU sak 14/2019 ForBedring 2019 – Muntlig orientering om status og videre oppfølging

Partene tar saken til orientering.

Nordlandssykehuset HF

Johnny R. Jensen

Marianne Hildal

Louise Kjelstrup

Svein Klingen

Karina Hjerde

Merete Danielsen

Skjalg Andersen

Anne Landsem

Frida Andræ

Marit Maarnes

Liv Berit Moe

Britt-Tove Bakken

Rolf Schjem

Mads Isaksen

Roar Skogøy

Beate Søvik Hansen

Stian Molvik

Andreas Vikan Seljeseth

Eirik Andreas Pettersen

Elisabet Fjukstad



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDÁ SKIHPPIJVIESSO
BODØ

HELSE  NORD

PROTOKOLL

fra drøftingsmøte i henhold til Arbeidsmiljøloven mellom Nordlandssykehuset HF og hovedverneombud

18. Mars 2019

Kl. 08.15 – 11.00

Møterom: G-fløy

Fra arbeidsgiver:

Hovedverneombud:

Navn	Navn	Tilstede	Forfall
Per-Ingve Norheim, Seniorrådgiver HR-avd	Jeanette Mikalsen	X	
Liss Eberg, HR-sjef			
Harald Stordahl, klinikkssjef Prehospital			
Jan Ove Edvardsen, Avdelingsleder Ambulanse			
Beate Sørslett, Medisinsk direktør			
Marit Barosen Økonomisjef			
Gro Ankill, Administrasjonssjef			
Lena Rolandsen, Rådgiver HR-HMS			
Elin Nordby, Rådgiver HR-HMS			
Nora Miller, Rådgiver seksjon for pasientsikkerhet			
Eivind Solheim, avdelingsleder Nytt sykehusbygg			
Hilde Normann, Konst.seksjonsleder pasientsikkerhet			
Tonje Elisabeth Hansen, Fagsjef			
Lillian Søttar, Rådgiver HR-avdelingen			

* tilstede deler av møtet

AMU sak 12/2019 Organisasjonsendring ambulanseavdelingen – områdeinndeling

Partene har drøftet saken og slutter seg til forslaget om ny organisasjonsplan.

AMU sak 13/2019 Årlig melding 2018

Partene har drøftet saken som tas til orientering.

Styresak XX/2019 Virksomhetsrapport januar og februar

Partene har drøftet saken som tas til orientering.

AMU sak 11/2019 Handlingsplan for bedriftshelsetjenesten 2019

Partene slutter seg til handlingsplan for bedriftshelsetjenesten 2019.

AMU sak 14/2019 Presentasjon av kollegastøtteordningen i Nordlandssykehuset HF

Partene tar saken til orientering.

Styresak 19/2019 Planlegging av innflytting i høyblokka i Bodø sentrum, fløy B

Partene tar saken til orientering.

AMU sak 14/2019 ForBedring 2019 – Muntlig orientering om status og videre oppfølging

Partene tar saken til orientering.

Nordlandssykehuset

Hovedverneombud



Protokoll fra AMU-møte
Torsdag 21. mars 2019
kl. 09.00 – 11.00
Møterom administrasjonen G04.027/Skype

Arbeidsgivers representanter:	Til stede	Vararepresentanter:	Til stede
Liss Eberg, HR-sjef	X		
Gro-Marith Villadsen, konst.klinikkssjef AKUM	Forfall	David Sørensen	X
Tove Beyer, ass.klinikkssjef HBEV	X		
Gunn Hege Valøy, ass.klinikkssjef Kir/ort	Forfall	Bjørnar Hansen	X
Frode Hansen, ass.klinikkssjef Prehospital	X		
Arbeidstakers representanter:		Vararepresentanter:	
Hovedverneombud Jeanette Mikalsen	X		
Johnny Jensen, NSF	X		
Karina Hjerde, Fagforbundet	X		
Andreas Vikan Seljeseth, Akademikerne	Forfall	Frida Andrae	X
Merete Danielsen, Delta	Forfall	Forfall	
Øvrige faste medlemmer:			
Representant fra Hemis Arnfinn Gundersen			
Representant fra HMS: Kjell Roger Storø	Forfall	Lena Rolandsen	X
Sekretær for AMU: Anita H Olsen	X		

Øvrige til stede:
Jan Ove Edvardsen og Christer Rønnåbakk – på sak
Beate Sørslett – på sak
Gro Ankill – på sak
Marit Barosen – på sak
Nora Vaag Miller – på sak
Per-Ingve Norheim – på sak

AMU-sak 9-2019

Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

AMU-sak 10-2019

Godkjenning av protokoll

Innstilling til vedtak:

Protokoll fra AMU-møte 15. februar 2019 godkjennes.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Protokoll fra AMU-møte 15. februar 2019 godkjennes.

AMU-sak 11-2019

Handlingsplan for bedriftshelsetjenesten 2019

Innstilling til vedtak:

AMU anbefaler direktøren å vedta vedlagte handlingsplan for bedriftshelsetjenesten.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

AMU anbefaler direktøren å vedta vedlagte handlingsplan for bedriftshelsetjenesten.

AMU-sak 12-2019

Organisasjonsendring ambulanseavdelingen - områdeinndeling

Innstilling til vedtak:

1. AMU vurderer at forslaget gir grunnlag for fullt forsvarlig arbeidsmiljø, og slutter seg således til forslaget om ny organisasjonsplan.
2. AMU vedtar at område 2 blir eget verneområde og det nye område 6 blir eget verneområde.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. AMU vurderer at forslaget gir grunnlag for fullt forsvarlig arbeidsmiljø, og slutter seg således til forslaget om ny organisasjonsplan.
2. AMU vedtar at område 2 blir eget verneområde og det nye område 6 blir eget verneområde.

Protokolltilførsel fra HVO:

I henhold til Arbeidsmiljøloven's intensjon om medvirkning er det i denne saken ikke oppfylt. Vernetjenesten i Prehospital har ikke deltatt i OU-prosessen.

HVO ytrer også bekymring på vegne av vernetjenesten i Prehospital klinikk som omhandler kommunikasjon og samhandling mellom verneombud og leder.

AMU-sak 13-2019

Årlig melding 2018

Innstilling til vedtak:

AMU tar saken til orientering.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

AMU tar saken til orientering.

AMU-sak 14-2019

Saker til orientering

Innstilling til vedtak:

AMU tar sakene til orientering.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

AMU tar sakene til orientering.

AMU-sak 15-2019

Planlegging av innflytting i høyblokka i Bodø sentrum, B-fløy

Innstilling til vedtak:

AMU tar saken til orientering.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

AMU tar saken til orientering.



Referat fra møte i Brukerutvalget 19.mars 2019

Sted: G04038

Tid: 12.30-16.00, formøte k.l 11.00. Lunsj kl. 12.00.

Deltagere:		Tilstede	Forfall
Barbara Priesemann – leder	SAFO	x	
Paul Daljord - nestleder	FFO - Diabetesforbundet	x	
Ole André Korneliussen	Mental Helse	x	
Nikolai Raabye Haugen (vara)	FFO	x	
Ivar Martin Nordgård	Kreftforeningen	x	
Mai-Helen Walsnes	Nordland fylkes eldreråd	x	
Kitt Anne Jorid Hansen	RIO		x
Marit Madsen (vara)	Samisk representant	x	
Marie Dahlskjær (vara)	Ungdomsrådet	x	
Fra NLSH:			
Paul Martin Strand	Administrerende direktør		
Beate Sørslett	Medisinsk direktør	Sak 22/2019	
Kari Bøckmann	Saksbehandler/sekretær		
Rigmor Knutsen	Barnemedisin	Sak 21/2019	
Lars Haukland	Barnemedisin	Sak 22/2019	

- 17/2019 Godkjenning av innkalling og saksliste
- 18/2019 Godkjenning av referat fra møtet 12.02.19
- 19/2019 Styrets årsberetning og årsregnskap
- 20/2019 Årlig melding
- 21/2018 PasOpp og forbedringsprosjekt om behandling av diabetes i barneavdelingen
- 22/2019 Orientering om tilbudet ved barnehabiliteringen
- 23/2019 Årsmelding
- 24/2019 Samhandlingskonferansen
- 25/2019 Personvernansyn ved oppnevning av brukermedvirkere
- 26/2019 Adm. dir. orienterer om aktuelle saker
- 27/2019 BU's leder orienterer om aktuelle saker
- 28/2019 BU's medlemmer orienterer om aktuelle saker/møter de har deltatt på og annet
- 29/2019 Oppnevninger
- 30/2019 Referatsaker

Saksnr.	Saksfremstilling	Ansv.
17/2019	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedtak 1. Innkalling og saksliste godkjennes	
18/2019	Godkjenning av referat fra møte 12.02.19 Vedtak 1. Referat godkjennes	

19/2019	Styrets årsberetning og årsregnskap Orientering v/ Paul Martin Strand Vedtak: 1. Brukerutvalget tar styrets årsberetning og årsregnskap til etterretning	
20/2019	Årlig melding Orientering v/ Paul Martin Strand Vedtak: 1. Brukerutvalget tar årlig melding til orientering. 2. Brukerutvalget ber om å få årlig melding til behandling i god tid før det skal styrebehandles. 3. Brukerutvalget ber om en nærmere orientering om følgende punkter i årlig melding: Pkt 3.3. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), punkt 8: Styrke kompetansen for behandling av psykiske lidelser blant personer med utviklingshemning. Pkt 5. Sikre god pasient- og brukermedvirkning, punkt 4: Legge til rette for god kommunikasjon også for pasienter med funksjonsnedsettelse. Det ønskes en nærmere beskrivelse av hvilke tiltak Nish har gjennomført i 2018 samt hvilke tiltak som eventuelt planlegges gjennomført framover.	
21/2019	PasOpp og forbedringsprosjekt om behandling av diabetes i barneavdelingen Orientering v/ Rigmor Knutsen Vedtak 1. Brukerutvalget takker for en grundig orientering og er meget fornøyd med forbedringsarbeidet som er igangsatt knyttet til oppfølging av barn og unge med diabetes. Brukerutvalget forutsetter at igangsatte tiltak videreføres. 2. Brukerutvalget oppfordrer barnemedisin til å involvere Ungdomsrådet ved videreføring/videreutvikling av prosjektet.	
22/2019	Orientering om tilbudet ved barnehabiliteringen Orientering v/ overlege Lars Haukland Fire utfordringer beskrives: 1. Det er kommet nye prioriteringsveiledere som har gitt pasienten økte rettigheter mht tidsfrister for utredning og behandling. Retningslinjer for oppfølging av diagnoser anbefaler flere kontroller og utredninger, med utgangspunkt i pasientens diagnose, ikke ut fra vurderte behov i hver enkelt sak. Fristene er korte. 2. Antallet pasienter er økt. 3. Rekruttering av fagfolk. Barnehabiliteringen mangler pr tiden seksjonsoverlege. Stilling er lyst ut, men så langt ikke besatt. 4. Både barnehabiliteringen og poliklinikken har for små lokaler. Det er ikke så mange løsninger på aktuell situasjon i nær framtid og barnehabiliteringen er ikke tilfreds med situasjonen. Hvordan en forholder seg til fristbruddene er jevnlig til diskusjon og det arbeides systematisk med	

	problemstillingen, både mtp inntaksvurderinger, samhandling med kommunale tjenester og rekruttering av helsepersonell. De ansatte ved barnehabiliteringen jobber bra. Aktiviteten ved barnehabiliteringen er høyere i fjor og hittil i år enn noen gang tidligere. Barnehabiliteringen er mer effektive og ser flere pasienter både til utredning og kontroller enn tidligere. Øvrige barneleger bistår barnehabiliteringen ved behov. Tross dette øker ventelistene. Vedtak 1. Brukerutvalget takker for orienteringen. 2. Brukerutvalget ser med bekymring på situasjonen. 3. Brukerutvalget ber direktøren tilrettelegge for økte arealer for barnehabiliteringen.	
23/2019	Årsmelding Utkast til årsmelding er vedlagt. I denne saken hadde brukerutvalgets medlemmer forberedt innspill på følgende områder: • Fra brukerutvalgets mandat: «Brukerutvalget har som oppgave å ha en koordinerende rolle i utviklingen av brukermedvirkning som redskap i Nordlandssykehuset, både på individ og systemnivå, samt være premissleverandør og pådriver for at brukerkompetanse blir benyttet som et grunnlag for tjenesteutforming og gjennomføring». Hvordan ble dette arbeidet med i 2018? • Saker brukerutvalget ønsker å prioritere i 2019 <u>Videre arbeid:</u> Alle medlemmer gjennomgår årsmeldingen på nytt og gir tilbakemelding på eventuelle mangler. Punkt 1 ble diskutert i BU's formøte og tilbakemelding sendes sekretær. Frist for tilbakemelding: 1. april	
24/2019	Samhandlingskonferansen Brukerutvalget har fått i oppdrag å holde innlegg på Samhandlingskonferansen 2019, 11-12/6. Tema: Brukermedvirkning i behandling av pasienter med psykisk helse- og ruslidelser, sett fra Brukerutvalgets ståsted. Vedtak 1. Forslag til tittel: Behandling av pasienter med psykisk helse- og ruslidelser. Hva er viktig for pasientene? Som foredragsholder stiller Barbara Priesemann 2. Brukerutvalget kan stille med tre representanter på Samhandlingskonferansen. De som skal delta er Ivar Martin Nordgaard, Paul Daljord og Ole Andre Korneliussen (vara Mai Helen Walsnes)	
25/2019	Personvern hensyn ved oppnevning av brukermedvirkere I forbindelse med oppnevning av brukerrepresentanter til forbedringsprosjekter og navngiving av disse i referat og årsmeldinger ble personvernombud Julie Rydland Antonsen kontaktet. Hun kom med følgende uttalelse: <i>Det bør være en fast regel at navn ikke oppgis. Dersom vedkommende avgir gyldig samtykke til at informasjonen er offentlig, er ikke anonymisering strengt tatt nødvendig. Men det er likevel slik at navn bare bør vises offentlig dersom det er nødvendig å oppfylle formålet bak bruken av opplysningene (som jeg forstår er gjennomføring av forbedringsprosjekt). Dette betyr at hvis gjennomføring av</i>	

	<i>forbedringsprosjekt lar seg gjøre uten å gjøre identiteten til disse menneskene offentlig tilgjengelig, bør opplysningene anonymiseres – selv om vedkommende skulle ha samtykket til offentlig tilgjengeliggjøring.</i> <i>For at et samtykke skal være gyldig, må det være både informert, utvetydig og frivillig. I tillegg må samtykket være gitt gjennom en aktiv handling, og det må være like enkelt å trekke tilbake samtykket som det var å gi det. Det beste er å utforme en skriftlig samtykkeerklæring som leses gjennom og signeres av deltakerne. Samtykkeerklæringen må gi tilstrekkelig informasjon om bruken av personopplysningene. Og lagres på sikker måte som også muliggjør tilbaketrekking av samtykkene.</i> <i>Jeg anbefaler derfor at opplysningene publiseres i anonym form, og at det utarbeides en samtykkeerklæring som sikrer at kravene til gyldig samtykke ivaretas. Det bør også utarbeides en rutine som sørger for sikker oppbevaring og sletting av disse, dersom det blir aktuelt.</i> Vedtak: 1. Av personvern hensyn vil vi ikke offentliggjøre navn på personer som deltar i forbedringsprosjekter i regi av Nordlandssykehuset med mindre folk har uttrykkelig samtykket til dette. 2. Brukerutvalget ber sekretær om å utarbeide rutiner for oppnevning av brukerrepresentanter i forbedringsprosjekter (avtale, samtykke og taushetserklæring). Dette skal gjøres i samarbeid med personvernombudet på Nordlandssykehuset.	
26/2019	Adm. dir. orienterer om aktuelle saker Aktuelle styresaker: • Oppstart av prosjekttinnrammingsfase for modernisering av bygg, Rønvik • Planlegging av innflytting i høyblokka, fløy B Status - Reduksjon av stillinger på LMS-senteret Status - Venterom i Vesterålen for pasienter innen psykisk helsevern Bytte av vara-representant i BU: Sian Munkvold går ut som vara for Kitt Anne Jorid Hansen. Vedtak 1. Orienteringen tas til etterretning. 2. Brukerutvalget ber om at det oppnevnes brukerrepresentant tidlig i forbindelse med modernisering av bygg, Rønvik	
27/2019	BU's leder orienterer om aktuelle saker OSO Medie-sak om buss-trasse. Fravær Vedtak 1. Orienteringen tas til etterretning.	
28/2019	BU's medlemmer orienterer om aktuelle saker/møter de har deltatt på og annet. Pasientsikkerhetskonferansen v/Paul Regional konferanse om rus og avhengighet (Oppsummering vedlagt) Referat fra KEK v/Helge Jensen	

	Vedtak 1. Orienteringene tas til orientering.	
29/2019	Oppnevninger Ingen	
30/2019	Referatsaker OSO-møte Møte i Ungdomsrådet 19/2-19 Invitasjon til å foreslå medlemmer til ungdomsrådet for perioden 2019-2021 Årlig melding Sykehusapotek Nord Vedtak 1. Referatsakene tas til etterretning	

Neste møte: 23/4-19



Fylkesmannen i Nordland

NORDLANDSSYKEHUSET HF
FORETAKSSTAB/STØTTESTJENESTER -NLSH

8092 Bodø

Bodø, 28. september 2018

Deres ref.:
Knut Stien, senter for drift og eiendom

Vår ref.(bes oppgitt ved svar):
2018/5451
Saksbehandler:
Marit Torsvik

Inspeksjonsrapport: Inspeksjon ved Nordlandssykehuset HF Bodø sentrum

Kontrollnummer: 2018.018.I.FMNO

Kontaktpersoner ved inspeksjonen:

Fra virksomheten:

Knut Stien, senter for drift og eiendom
(koordinator for avfallshåndtering)

Fra Fylkesmannen i Nordland:

Marit Torsvik

Andre deltagere fra virksomheten:

Bernt Toldnes, senter for drift og eiendom
(driftssjef)
Bjørnar Liland, senter for drift og eiendom
(fagingeniør)
Fred-Asle Nordvik, prehospital klinikk
(leder portøravdelingen)
Terje Svendsen, kvalitetssystemer,
internkontroll og prosessstøtte
(kvalitetsleder)
Sverre Andre Sittlinger, kvalitetssystemer,
internkontroll og prosessstøtte (rådgiver)
Mari Darell, diagnostisk klinikk (patologen)
Berit Joakimsen, diagnostisk klinikk
(laboratoriemedisin)
Margaret Lie, diagnostisk klinikk
(laboratoriemedisin)
Bente Strømmen Bakhtiar, diagnostisk
klinikk (kvalitet og rådgivning)

*Andre deltagere fra Fylkesmannen i
Nordland:*

Anette Pettersen

Resultater fra inspeksjonen

Denne rapporten omhandler resultatet fra inspeksjon ved Nordlandssykehuset HF Bodø sentrum den 26. september 2018. Rapporten er å anse som endelig dersom vi ikke får tilbakemelding om faktiske feil innen to uker etter at rapporten er mottatt.

Fylkesmannen i Nordland avdekket 1 avvik og ga 1 anmerkning(er) under inspeksjonen.

Avvik:

- Virksomheten har ikke en forsvarlig lagring av farlig avfall

Anmerkninger:

- Virksomhetens internkontroll kan forbedres

Avvik og anmerkninger er nærmere beskrevet fra side 5 og utover i rapporten.

Oppfølgingen etter inspeksjonen er nærmere beskrevet på side 3.

Elektronisk dokumentert godkjenning, uten underskrift

28. september 2018 Marit Torsvik

dato

kontrollør

Oddlaug E. Knutsen

seksjonsleder

Fylkesmannen i Nordland

Kopi av rapporten sendes til:

- Bodø kommune

1. Informasjon om den kontrollerte virksomheten

Ansvarlig enhet

Navn: NORDLANDSSYKEHUSET HF FORETAKSSTAB/STØTTESTJENESTER -NLSH	
Organisasjonsnr.: 993562696	Eies av: 983974910
Bransjenr. (NACE-kode): 86.101 - Alminnelige somatiske sykehus	

Kontrollert enhet

Navn: Nordlandssykehuset HF Bodø sentrum	Anleggsnr.: 1804.0230.01
Kommune: Bodø	Fylke: Nordland
Anleggsaktivitet: Annen aktivitet	
Tillatelse gitt:	Sist endret:

2. Bakgrunn for inspeksjonen

Inspeksjonen ble gjennomført for å kontrollere om gjeldende krav fastsatt i eller i medhold av forurensningsloven overholdes. Inspeksjonen inngår i Fylkesmannens aksjon for avfall fra sykehus og laboratorier.

Tilsynet ble gjennomført i medhold av forurensningsloven § 48.

Inspeksjonstema

- Internkontroll
- Avfall
- Utslipp til vann

Rapporten omhandler avvik og anmerkninger som ble avdekket under inspeksjonen og gir ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens miljøarbeid eller miljøstatus.

Definisjoner

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

Anmerkning: Et forhold som tilsynsetatene mener er nødvendig å påpeke for å ivareta ytre miljø, men som ikke omfattes av definisjonen for avvik.

Andre forhold: Saker som framkom under inspeksjonen og som det kan være nyttig for virksomheten og saksbehandlere å kjenne til. Her kan også inngå kommentarer til tema som ble tatt opp under inspeksjonen, men der det ikke ble gitt avvik eller anmerkninger.

3. Oppfølging etter inspeksjonen

Nordlandssykehuset HF plikter snarest å rette opp de avvik som er beskrevet i denne rapporten. For at Fylkesmannen skal kunne avslutte saken, må Nordlandssykehuset HF innen 1. desember 2018 sende en skriftlig redegjørelse som viser hvordan avvik er rettet.

Vi ber også om at virksomheten sender inn en kort redegjørelse for hvordan anmerkningen er vurdert, eventuelt hvordan det vil bli fulgt opp.

Vi ber om at dere stiler svarbrevet eller e-post (fmnopost@fylkesmannen.no) til Fylkesmannen i Nordland v/Marit Torsvik.

4. Pålegg om opplysninger

Nordlandssykehuset HF må sende Fylkesmannen i Nordland følgende opplysninger innen 1. desember 2018 (jf. *forurensningsloven* § 49):

- Tiltak som er gjennomført i forhold til merking av emballasje for oppsamling og lagring av farlig avfall (EAL-kode med beskrivelse, gjelder hele Nordlandssykehuset HF Bodø sentrum på områder der det oppbevares farlig avfall)
- Tiltak som er gjennomført for å hindre utslipp til ytre miljø i tilfelle lekkasje på 1000 liters kjemikalietank for oppsamling og lagring av organiske løsemidler (gjelder en bestemt tank som finnes i U2, O-fløy)

Klageadgang

Dere har rett til å klage på pålegg om opplysninger dersom dere mener at dere ikke har plikt eller lovlig adgang til å gi opplysningene. En klage bør begrunnes og skal sendes Fylkesmannen i Nordland senest 3 dager etter mottakelsen av denne rapporten (jf. *forvaltningsloven* § 14). En klage kan fremsettes både skriftlig og muntlig.

5. Vedtak om gebyr

Vi viser til varsel og informasjon om gebyrplikt som ble gitt til virksomheten den 4. september 2018. Virksomheter skal betale gebyr for kontroll utført av Fylkesmannen i samsvar med § 39-3 i *forurensningsforskriften*. Gebyret skal dekke kostnader med forberedelser, gjennomføring og oppfølging av kontrollen. Gebyrsatser for kontroll av virksomheter etter *forurensningsloven* er fastsatt i *forurensningsforskriften* §§ 39-7 og 39-8.

På bakgrunn av medgått og forventet ressursbruk vil Nordlandssykehuset HF bli ilagt et gebyr på kr 17 200,- for inspeksjonen, jf. *forurensningsforskriften* §§ 39-7 og 39-8. Dette tilsvarer gebyrsats 3 for tilsyn av inntil en dags varighet. Virksomheten vil få tilsendt en faktura fra Miljødirektoratet for innbetaling til statskassen. Vi viser forøvrig til *forurensningsforskriftens* kapittel 39 for ytterligere informasjon om innkreving av gebyr til statskassen.

Klageadgang

Vedtaket om gebyr kan påklages til Miljødirektoratet, jf. § 28 i *forvaltningsloven*. Eventuell klage bør være skriftlig begrunnet og adressert til Miljødirektoratet, men sendes via Fylkesmannen i Nordland. Fylkesmannen vil vurdere endring av vedtaket eller sende saken videre til Miljødirektoratet for endelig vedtak. En eventuell klage vil ikke få oppsettende virkning, og gebyret som er fastsett ovenfor må betales inn. Dersom Miljødirektoratet tar klagen til følge, vil for mye innbetalt beløp bli refundert.

6. Innsyn

Denne rapporten vil være tilgjengelig for offentligheten via postjournalen til Fylkesmannen i Nordland (jf. offentleglova).

7. Avvik

Vi fant følgende avvik under inspeksjonen:

Avvik 1

Virksomheten har ikke en forsvarlig lagring av farlig avfall.

Avvik fra:

Forskrift om gjenvinning og behandling av avfall (avfallsforskriften) § 11-5

Kommentarer:

I avfallsforskriftens § 11-5 stilles det krav om forsvarlig oppbevaring mv. av farlig avfall. Det framkommer her at farlig avfall ikke skal blandes med annet vanlig avfall og heller ikke blandes med andre typer farlig avfall. Videre skal avfallet oppbevares på et område som ikke er tilgjengelig for allmennheten og det skal merkes, emballeres og lagres slik at det ikke kan medføre forurensning til omgivelsene.

Merking av emballasje for oppsamling og lagring av farlig avfall

Ved Nordlandssykehuset HF oppbevares farlige avfall rundt omkring på den enkelte avdeling. Deklarering og levering til godkjent mottak ble oppgitt å skje direkte fra hver avdeling. Nærmere informasjon om håndteringen av ulike typer farlig avfall finnes i en egen avfallshåndbok, kap 3.2.1. Dette kapittelet sier imidlertid ingenting om kravet til merking av emballasje for oppbevaring av farlig avfall, herunder hvilken EAL-kode som skal brukes. Vi kunne heller ikke finne noen slik merking på de områdene som ble besøkt under befaringen. I et tilfelle ble farlig avfall og produkter lagret om hverandre, uten at det fantes noe merking av hva som er avfall, se bilde 1 og 2.



1



2

Bilde 1 og 2 Avfallsrom hos patologen. Ringen viser det som ble sagt å være avfall.

Befaring hos patologen og på laboratoriet viste ellers at det finnes plastkanner plassert rundt omkring for oppsamling av farlig avfall på steder der det oppstår slikt avfall (se bilde 3 – 6). Vi kunne ikke finne noe merking på noen av disse plastkannene. Det ble imidlertid oppgitt at innholdet ble deklartert og levert inn som farlig avfall.



3



4



5

Bilde 3 – 5 Plastkanner for oppsamling av farlig avfall hos patologen og laboratoriet



Bilde 6 Plastkanna for oppsamling av farlig avfall under benk på laboratoriet

I kjelleretasjen på O-fløyen fantes det en egen tank for oppsamling av kjemisk avfall (bilde 7). Heller ikke her fantes det noe merking som viste at innholdet er et farlig avfall med tilhørende EAL-kode (bilde 7 og 8). Vi gjør oppmerksom på at det kun var O-fløyen som inngikk i den delen av befaringen som omhandler lagring av farlig avfall. I henhold til Avfallsdeklarering.no finnes det i tillegg registrert ca. 30 ulike typer farlig avfall som er deklartert på Nordlandssykehuset HF Somatikk. Disse områdene ble, av hensyn til tilgjengelig tid på tilsynet, ikke tatt med under befaringen.



7



8



9



10

Bilde 7 - 10 Kjemikalietank for oppsamling av organiske løsemidler (U2, O-fløy). Sluk i gulv er vist med pil. Kjemikalietanken er plassert i et eget avlåst område. Dette avfallet har sin kilde blant annet fra flere punkt (se pil på det siste bildet) på laboratoriet der organisk løsemiddel helles ut og overføres via sug til kjemikalietanken i kjelleren. Det finnes også punktavsug i avtrekksskap der organiske løsemidler overføres direkte til kjemikalietanken.

Lekkasjesikring ved kjemikalietank

I avfallshåndboka kap 3.2.1.1.2 framkommer det at Nordlandssykehuset HF Bodø sentrum har en oppsamlingstank for kjemisk avfall fra laboratoriet (bilde 7). Her samles 8 forskjellige organiske løsemidler i samme tank, blant annet formalin og xylen. Under tilsynet ble det lagt fram en egen risikovurdering som er utført av Stamina Helse AS i 2015. Denne risikovurderingen begrenser seg til vurdering av helsefare. Det framkommer imidlertid at lekkasjer vil dreneres ned i sluk på gulv. Bilde 7 bekrefter at tanken er plassert direkte på gulv med sluk. Vi kunne ikke se noe synlig tegn til mulighet for oppsamling i tilfelle lekkasje. I avfallshåndboken heter det videre at det finnes alarm som utløses ved fylling over 80 %. Under gjennomføringen av tilsynet kom det fram at det

ikke finnes noen slik alarm, men at overvåking av nivå på tank skjer via daglige inspeksjoner. Totalt sett kan vi ikke se at hensynet til ytre miljø ved kjemikalietanken er ivarettatt i den dokumentasjonen som ble lagt fram under tilsynet.

8. Anmerkninger

Følgende forhold ble anmerket under inspeksjonen:

Anmerkning 1

Virksomhetens internkontroll kan forbedres

Kommentarer:

Under tilsynet ble det framlagt internkontrolldokumentasjon i styringssystemet Docmap.

- Miljøriskovurderingen ble presentert på et overordnet nivå. Det framkom at denne er basert på risikovurderinger som er utført på hver enkelt avdeling. Det ble vist til mal for gjennomføring av slik risikovurdering. Via styringssystemet fantes det imidlertid ingen enkel måte å få fram underlaget til miljørisikovurdering for hvert enkelt område eller avdeling. Vi kunne for eksempel ikke se hva som lå til grunn for at håndteringen av organiske kjemikalieavfall er vurdert med lav risiko. Her vises det særlig til sluk i gulv under kjemikalietank (bilde 7) og punkt for å tømme organiske løsemidler, noe som like gjerne kan havne i utslagsvasken like ved (bilde 10). For øvrig vises det til avvik 1.
- Avvikssystemet for Nordlandssykehuset HF viser at det i perioden januar – august 2018 er registrert ca. 30 hendelser som omhandler klima og miljø. I praksis viser det seg at de fleste av disse hendelsene egentlig gjelder indre miljø. Det ble lagt fram et par eksempler på avvik som gjelder avfallshåndtering. Ut fra virksomhetens type og omfang hadde vi forventet å finne langt flere registreringer av hendelser som gjelder ytre miljø, særlig i forhold til håndtering av avfall. Vi legger her til grunn innholdet i avfallshåndboka, som gir en detaljert og omfattende beskrivelse av hvordan ulike typer avfall skal håndteres. Observasjoner som vist på bilde 1 og 2 er eksempel på en uønsket situasjon som burde ha vært registrert i avvikssystemet.

9. Dokumentunderlag

Lovgrunnlaget for inspeksjonen var:

- Lov om vern mot forurensninger og om avfall (forurensningsloven) med underliggende forskrifter
- Forskrift om begrensning av forurensning (forurensningsforskriften)
- Forskrift om gjenvinning og behandling av avfall (avfallsforskriften)
- Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften)
- Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv.

Fremlagt dokumentasjon som ble benyttet for å verifisere faktiske forhold:

- Internkontrolldokumentasjon hentet opp via Docmap
- Avfallshåndteringsplan av 29.06.2017
- Avfallshåndbok av 28.06.2017
- Vurdering av risiko ved kjemikalietank av 09.06.2015

10. Informasjon til virksomheten

Regelverk som det ble informert om:

- Forskrift om gjenvinning og behandling av avfall (avfallsforskriften)

Nordlandssykehuset HF Bodø
Postboks 1480
8092 Bodø

Saksb.: Marit Torsvik
e-post: fmnomat@fylkesmannen.no
Tlf: 75531638
Vår ref: 2018/5451
Deres ref: 2018/2698
Vår dato: 06.12.2018
Deres dato: 29.11.2018
Arkivkode: 470

Avslutning av tilsyn ved Nordlandssykehuset HF Bodø

Vi viser til helseforetaket sin tilbakemelding av 29.11.2018.

Fylkesmannen tar helseforetaket sin tilbakemelding til etterretning. Vi anser med dette den videre oppfølgingen av vårt tilsyn den 26.09.2018 ved Nordlandssykehuset HF Bodø som avsluttet.

Vi har ingen kommentarer til den tilbakemeldingen som dere har sendt til oss. Dere er selv-sagt velkommen til å ta kontakt dersom det i ettertid skulle oppstå noe som dere ønsker å diskutere med oss.

Til orientering har vi publisert informasjon fra tilsyn med avfall fra sykehus og laboratorier i Nordland her:

<https://www.fylkesmannen.no/nb/Nordland/Tilsyn/tilsyn-med-avfall-fra-sykehus-og-laboratorier/>

En oppsummering av den nasjonale aksjonen vil bli publisert på Miljødirektoratet sine nettsider.

Med hilsen

Sten D. Bruaas (e.f.)
fung. seksjonsleder

Marit Torsvik
senioringeniør

Dette brevet er godkjent elektronisk og har derfor ikke underskrift.

Styrearbeid i helseforetak

God rolleforståelse og god rolleutøvelse

Veilederen gir en kort orientering om styrearbeid i helseforetak, og den er ment som et bidrag til styrenes rolleforståelse og rolleutøvelse. Veilederen sammenfatter gjeldende rettsregler og gitte styringskrav, samt inneholder en omtale av styrearbeid som er av mer veiledende karakter. Veilederen er oppdatert pr. juli 2011, og den vil revideres ved behov. Veilederen er tilgjengelig i elektronisk versjon på [Helse Nord RHF's nettsted](#).

Innholdsfortegnelse

Velkommen til styrearbeid i helseforetak	4
1. Introduksjon	5
1.1 Helseforetaksmodellen	5
1.2 Samfunnsoppdraget	5
1.3 Samfunnsansvaret	6
1.3.1 Etiske retningslinjer	6
2. Rammer for statens eierskap	7
2.1 Konstitusjonelle rammer – politisk og konstitusjonelt ansvar	7
2.2 Kontakt mellom Stortinget og helseforetak	7
2.3 Riksrevisjonens kontroll	7
2.4 Helseforetaksloven - rettslige rammer for Helse Nord RHF's eierstyring.....	8
2.4.1 Fastsetting av vedtekter og oppnevning av styremedlemmer	8
2.4.2 Foretaksmøtet – foretakets øverste organ	8
2.4.3 Oppdragsdokumentet – den helhetlige overordnede bestillingen	9
2.4.4 Oppfølgingsmøter mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene	9
2.5 Regjeringens eierskapspolitikk (www.eierpolitikk.no)	10
3. Styret – og god virksomhetsstyring	11
3.1 Styret som kollegium.....	11
3.2 Styrets sammensetning (§§ 21-25)	11
3.2.1 Eieroppnevnte styremedlemmer	12
3.2.2 Ansattevalgte styremedlemmer	12
3.2.3 Opplæring og støtte til nye styremedlemmer	12
3.2.4 Tjenestetid, tidligere avgang m. m.	13
3.2.5 Fastsettelse av styregodtgjørelse.....	13
3.3 Styrene – rammer og viktige oppgaver for styrene	13
3.3.1 Styrets forvaltningsansvar og tilsynsansvar	13
3.3.2 Bruk av styrekomiteer/styreutvalg	14
3.3.3 Internkontroll og risikostyring	14
3.3.4 Tilsetting og avlønning av daglig leder og andre ledende ansatte	15
3.3.5 Rapportering til eier - årlig melding, årsregnskap og årsberetning	16
3.3.6 Begrensinger i styrets kompetanse	16
3.3.7 Representasjon og styreansvar	17
4. Praktisk styrearbeid	17
4.1 Styreleders særlige oppgaver	17
4.2 Styresekretær.....	18

4.3	Strategi-, kontroll-, organiserings- og egenoppgaver	18
4.4	Mer om styrets egenoppgaver	19
4.4.1	Årsplan	19
4.4.2	Instruks for styret og instruks for administrerende direktør	19
4.4.3	Styremøter og styrets arbeidsform.....	20
4.4.4	Styredokumentene – styrets beslutningsgrunnlag	20
4.4.5	Styreprotokoll og protokollasjon (Helseforetaksloven § 26 fjerde ledd).....	20
4.4.6	Styrets evaluering av egen virksomhet	20
4.5	Forholdet til annen lovgivning	21
4.5.1	Regnskapsloven, krav til revisor.....	21
4.5.2	Forvaltningsloven, offentleglova og arkivloven	21
5.	Styrelitteratur (et utdrag fra BIBSYS www.bibsys.no)	23
6.	Sentrale dokumenter (www.regjeringen.no).....	23
7.	Sentrale lover og forskrifter (www.lovdata.no)	23
8.	Avtaler og reglement.....	23
9.	Annen informasjon	24

Velkommen til styrearbeid i helseforetak v/styreleder i Helse Nord RHF

Kjære styremedlem!

Takk for at du har tatt på deg vervet som medlem av styret i et helseforetak. Å delta i ledelse og styring av spesialisthelsetjenesten er et stort samfunnsansvar og samtidig et privilegium. Det innebærer ansvar for helsetjenestene til befolkningen i Nord-Norge og arbeidsgiverfunksjon for kompetente og engasjerte medarbeidere i landsdelen. Vervet innebærer også at du vil ha god kontakt med kommunene og helseforetakets omgivelser, og ansvar for forvaltning av store offentlige ressurser. Spesialisthelsetjenesten er viktig for hele befolkningen, både som pasient, pårørende eller bare som en trygghet hvis noe skulle med en selv eller ens kjære.

Oppdraget til Helse Nord er å gi alle i Nord-Norge den beste helsetjenesten i den landsdelen der de bor. Dette i en langstrakt geografi hvor det mange steder er langt mellom husene. Oppdraget er utfordrende, men vi klarer det fordi vi står sammen og kjenner landsdelen vår. Helhetlig tenking og en samlet styring av sykehusene i Nord-Norge gir oss bedre rammebetingelser som for eksempel sterkere kompetanse, bedre IKT-systemer, bedre bygg og mer avansert utstyr. Et godt samarbeid gir bedre og sikrere pasientbehandling.

Styrene i helseforetakene står ansvarlig for helseforetakets samlede virksomhet overfor Helse Nord RHF. Helse Nord RHF eier samtlige helseforetak i Helse Nord på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Nord RHF har det såkalte «sørge for»-ansvaret. Det betyr å sikre at befolkningen får nødvendige helsetjenester. Helseforetaket har, innenfor nærmere angitte rammer, ansvaret for å gi tjenestene til befolkningen.

Styrene har medlemmer med ulike bakgrunn. Sammen skal styremedlemmene gjennom konstruktiv bruk av den samlede kompetansen, og i et samspill med helseforetakets administrasjon og Helse Nord RHF, oppfylle vårt oppdrag – til beste for pasientene. Verdien trygghet, kvalitet og respekt er et godt fundament for det arbeidet som skal gjøres, også i helseforetakets styre. Helse Nords strategi er «forbedring gjennom samarbeid». Står det enkelte foretak alene blir vi fort små. Sammen får vi til mer. Dette perspektivet er det viktig at styrene har med seg i sitt arbeid.

Helse Nord RHF vil oppfordre styremedlemmene til aktivt engasjement i arbeidet til beste for en tjeneste samfunnet er avhengig og opptatt av. Denne veilederen skal være et grunnlag for rolleforståelse, og ikke minst intern diskusjon i styret for stadig å utvikle bevisstheten rundt oppdraget.

Lykke til – dere gjør en forskjell!

Beste hilsen
Renate Larsen
styreleder Helse Nord RHF

1. Introduksjon

1.1 Helseforetaksmodellen

Grunnpilaren i helsepolitikken er en offentlig styrt helsetjeneste som skal gi hele befolkningen likeverdig tilgang til gode helsetjenester – uansett sosial og økonomisk status eller bosted.

Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet eier de fire regionale helseforetakene. De fire regionale helseforetakene eier sine respektive underliggende helseforetak. Helseforetaksloven fastsetter de rettslige rammene for organiseringen av foretakene.

Helseforetaksmodellen ble innført da helseforetaksloven trådte i kraft 1. januar 2002. Eierskapet til sykehusene ble overført til staten, etter 30 år med fylkeskommunalt eierskap. Sykehusene ble organisert som selvstendige rettssubjekter i form av helseforetak med egne styrever.

Det statlige eierskapet styrker statens mulighet til å styre spesialisthelsetjenesten ved at eierrollen kommer i tillegg til statens øvrige roller, som politikkutformer, finansiør (bestiller), myndighetsutøver og tilsynsmyndighet.

De regionale helseforetakene har to viktige lovpålagte oppgaver; de eier helseforetakene i helseregionen (eieransvar) og skal sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester (sørge-for-ansvar). Spesialisthelsetjenestene skal enten tilbys av egne helseforetak eller kjøpes fra private aktører.

Helse Nord er den offentlige spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge og på Svalbard. Foretaksgruppen Helse Nord består av et regionalt helseforetak og seks helseforetak – som følger: Finnmarkssykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Sykehusapotek Nord HF, Nordlandssykehuset HF, Helgelandssykehuset HF og Helse Nord IKT HF.

Helse Nord RHF eier flere nasjonale helseforetak sammen med de øvrige regionale helseforetakene (Pasientreiser HF, Luftambulansetjenesten HF, Helsetjenestens driftsorganisasjon (HDO) HF, Nasjonal IKT HF, Sykehusbygg HF og Sykehusinnkjøp HF).

Helse Nord RHF inngår også avtaler om kjøp av spesialisthelsetjenester fra private leverandører og inngår avtaler med private lege- og psykologspesialister.

Pasientgrunnlaget i regionen er ca. 465 000, og foretaksgruppen har ca. 19 000 medarbeidere.

1.2 Samfunnsoppdraget

Formålet med statens sektorpolitiske eierskap er å ha et sektorpolitisk virkemiddel, for å oppnå sektorpolitiske mål på oppdrag spesifisert fra eier og samtidig drive kostnadseffektivt.

Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet eier de fire regionale helseforetakene. De fire regionale helseforetakene eier sine respektive underliggende helseforetak. Helseforetaksloven fastsetter de rettslige rammene for organiseringen av de regionale

helseforetakene og helseforetakene (§§ 1-4). Statens eierskap til de regionale helseforetakene er et sektorpolitisk eierskap.

En sentral og ofte uttrykt målsetting er at det statlige eierskapet skal sikre helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og god ressursbruk for å ivareta og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester til befolkningen, samt legge til rette for forskning, undervisning og innovasjon. Dette er helseforetaksmodellens spesifikke samfunnsoppdrag.

1.3 Samfunnsansvaret

I tillegg til det spesifikke samfunnsoppdraget har helseforetakene et mer generelt samfunnsansvar.

Regjeringen har i sin eierskapspolitikk uttrykt klare forventninger til at statlig eide virksomheter skal være ledende i arbeidet med samfunnsansvar (Corporate Social Responsibility (CSR)). Kravet til samfunnsansvar følger også av Statens prinsipper for godt eierskap. Å vise samfunnsansvar innebærer å forholde seg åpent til alle som har legitime interesser til virksomheten, og være en pådriver for utvikling (f. eks. innenfor klima og miljø).

I eierskapspolitikken er det formulert forventninger om samfunnsansvar til fire hovedområder knyttet til menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter, arbeid mot korrupsjon, samt miljø og klima. De regionale helseforetakene og helseforetakenes samfunnsansvar innebærer et ansvar for hvordan virksomheten virker inn på disse områdene enten det gjelder kjøp av tjenester eller effekter av egen virksomhet.

Styret har et overordnet ansvar i forhold til helseforetakets samfunnsansvar, mens den praktiske utøvelsen tilligger daglig leder. Styret må sørge for at det etableres gode rutiner eller retningslinjer for å ivareta samfunnsansvaret. I foretaksmøte i Helse Nord RHF, den 26. januar 2011 er det stilt krav til at styret og daglig leder er kjent med kravene til samfunnsansvar, og at virksomheten håndterer dette på en fremtidsrettet måte, som del av sin operasjonelle og strategiske virksomhetsstyring.

1.3.1 Etiske retningslinjer

Helseforetakene skal ha etiske retningslinjer, som er kjente og tilgjengelige på foretakets hjemmeside på internett. De etiske retningslinjene skal gjelde for alle medarbeidere, styremedlemmer og andre som representerer helseforetaket.

2. Rammer for statens eierskap

Helseforetaksmodellen innebærer at de regionale helseforetakene og helseforetakene er egne rettssubjekter. Dette stiller krav til hvordan politiske føringer og øvrige styringskrav kommuniseres, og hvordan og i hvilken grad det bør gripes inn i virksomhetenes drift.

2.1 Konstitusjonelle rammer – politisk og konstitusjonelt ansvar

Det statlige eierskapet reguleres av Grunnloven § 19, der det fremgår at det er regjeringen som forvalter statens aksjer og eierskap i statsforetak og andre selskap, som f. eks. de regionale helseforetakene.

I henhold til Grunnloven § 12 tredje ledd er forvaltningen av eierskapet delegert til det departementet virksomheten hører inn under. For de regionale helseforetakene er dette Helse- og omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgsministerens forvaltning av eierskapet til de regionale helseforetakene utøves under politisk (parlamentarisk) og konstitusjonelt ansvar¹.

2.2 Kontakt mellom Stortinget og helseforetak

En konsekvens av Grunnlovens § 12 er at Stortinget ikke står i noe direkte forhold til selskapene. Det skal imidlertid legges til rette for at Stortinget og stortingsrepresentantene får den informasjon de etterspør. Som følge av at de regionale helseforetakene eier helseforetakene, skal kontakten mot helseforetakene alltid kanaliseres gjennom det regionale helseforetaket. Som følge av statsrådets politiske og konstitusjonelle ansvar, skal Helse- og omsorgsdepartementet være informert om slik kontakt, og informeres i forkant om avtalte møter.

2.3 Riksrevisjonens kontroll

Riksrevisjonen fører kontroll med statsrådets (Helse- og omsorgsdepartementets) forvaltning av det statlige eierskapet. Riksrevisjonen kan foreta undersøkelser i regionale helseforetak, helseforetak og heleide datterselskap etter riksrevisjonsloven og instruks fastsatt av Stortinget (§ 45). Riksrevisjonen har rett til å kreve de opplysninger den finner påkrevd for sin kontroll, både fra foretaket selv og fra revisor, eventuelt selv foreta undersøkelser (Riksrevisjonsloven § 12).

Formålet med Riksrevisjonens kontroll er å undersøke om statsrådets forvaltning av eierskapet og statens interesser er i overensstemmelse med Stortingets vedtak og forutsetninger. Riksrevisjonen skal på den måten bidra til at fellesskapets midler og verdier blir forvaltet og brukt slik Stortinget har bestemt.

Riksrevisjonen foretar årlige selskapskontroller og forvaltningsrevisjoner i foretakene. Resultatet av den årlige selskapskontrollen og resultatet av forvaltningsrevisjoner rapporteres til Stortinget i henholdsvis Dokument 3:2 og Dokument 3-serien.

¹ Det parlamentariske ansvaret er statsrådets politiske ansvar overfor Stortinget for eget departementsområde. Det parlamentariske ansvar kan gjøres gjeldende overfor den enkelte statsråd eller for regjeringen som kollegium (mistillitsvotum). Det konstitusjonelle ansvaret er statsrådets strafferettslige ansvar for brudd på grunnlov og lov (ansvar for riksretten). Det konstitusjonelle ansvar er et individuelt ansvar for den enkelte statsråd.

Riksrevisjonen skal varsles om og har rett til å være til stede og tale på foretaksmøtene (Riksrevisjonsloven § 13).

I saker som Riksrevisjonen vurderer å legge fram for Stortinget er dokumentene underlagt utsatt offentlighet. Dette betyr at dokumentene først kan offentliggjøres, når saken er mottatt i Stortinget (offentleglova § 5, riksrevisjonsloven § 18 andre ledd).

2.4 Helseforetaksloven - rettslige rammer for Helse Nord RHF's eierstyring

Helse Nord RHF vil i sin eierstyring av helseforetakene forholde seg til de rammer og mål som er fastsatt av Stortinget og videreført av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom Oppdragsdokument og protokoller fra foretaksmøtene. Disse rammer og mål blir videreutviklet av Helse Nord RHF gjennom for eksempel fastsetting av strategier, planer, budsjetter mv. og danner grunnlaget for den eierstyring som utøves i forhold til helseforetakene.

Helseforetaksloven fastsetter de rettslige rammene for eiers, styrets og administrerende direktørs myndighet. Helse Nord RHF's eierstyring skal skje gjennom

- fastsetting av vedtekter
- oppnevning av styremedlemmer
- oppdragsdokument som overleveres hvert år til helseforetakene
- og gjennom enkeltstående vedtak i foretaksmøter

Eierstyringen skal skje i henhold til disse formalkravene:

2.4.1 Fastsetting av vedtekter og oppnevning av styremedlemmer

Den regionale eierstyringen skjer ved at overordnede og langsiktige styringskrav gis i helseforetakenes vedtekter. Vedtektene for helseforetakene ble fastsatt i stiftelsesvedtaket (§§ 10, 11). Endringer i vedtektene fastsettes av foretaksmøtet (§ 12).

I tillegg skjer den regionale eierstyringen ved oppnevning av styremedlemmer i styrene for helseforetakene (§ 21). Nærmere orientering om rammer og prosess i forbindelse med oppnevning av styremedlemmer omtales under punkt 3.2 nedenfor.

2.4.2 Foretaksmøtet – foretakets øverste organ

Foretaksmøtet er omtalt i helseforetaksloven kapittel 5 og vedtektene. Foretaksmøtet er helseforetakets øverste organ. Eier kan ikke utøve eierstyring utenom foretaksmøtet (§ 16, første ledd).

I foretaksmøtet i helseforetakene er det *Helse Nord RHF* som er eier.

For helseforetakene (vedtektenes § 10):

- skal det avholdes foretaksmøte i begynnelsen av februar hvert år, der Helse Nord RHF stiller organisatoriske og økonomiske styringskrav
- skal det avholdes foretaksmøte innen utgangen av juni måned hvert år for fastsettelse av årsregnskap, årsberetning (§ 43) og behandling av årlig melding (§ 34).
- skal foretaksmøtet videre håndtere saker som i følge lov, forskrift eller vedtekter hører under foretaksmøtet.

- Ytterligere foretaksmøter besluttet av Helse Nord RHF og kan avholdes ved behov.

Innkalling (§ 17)

Det er eier som innkaller til foretaksmøte, etter bestemmelsene i § 18. I foretaksmøtet innkalles og deltar styret og daglig leder. Revisor innkalles, dersom sakene som behandles tilsier det, eller dersom revisjonen krever det.

Riksrevisjonen skal varsles og har rett til å være til stede i foretaksmøtet i helseforetakene jf. helseforetaksloven § 45. Styreleder og daglig leder plikter å være til stede i foretaksmøte.

Dersom styreleder eller daglig leder har gyldig forfall, skal det utpekes stedfortreder² fra henholdsvis styret eller administrasjonen (§ 17).

Møteledelse og protokoll (§ 19)

Individuelle foretaksmøter

I foretaksmøte i helseforetakene er det styreleder for det regionale helseforetaket eller den hun/han gir fullmakt som åpner foretaksmøtet – for deretter å overlate møteledelsen til styreleder i helseforetaket.

Felles foretaksmøter

I tråd med etablert praksis er det styreleder for det regionale helseforetaket (eller den hun/han gir fullmakt) som åpner og leder felles foretaksmøte.

Det skal føres protokoll fra foretaksmøtet, som gjengir eiers vedtak. Er styremedlem eller daglig leder uenig i eiers vedtak, skal dette føres inn i protokollen. I etterkant av foretaksmøtene slutfører eier protokollen og oversender den til styret i helseforetaket, daglig leder og revisor. Protokollen legges også ut på det regionale helseforetakets hjemmesider.

2.4.3 Oppdragsdokumentet – den helhetlige overordnede bestillingen

Den tjenesteleveransen som helseforetakene skal gi, er kompleks og omfatter forventninger til både leveransen (omfang, og kvalitet) og krav til de rammer tjenesten leveres innenfor.

Helse Nord RHF har valgt å samle disse komplekse krav og forventninger i et eget dokument, oppdragsdokumentet, som sammen med protokollen fra foretaksmøtet i februar danner den helhetlige ”bestillingen” til helseforetaket.

Oppdragsdokumentet sendes ut, så snart det regionale helseforetaket har mottatt oppdragsdokumentet fra Staten, og det stadfestes i foretaksmøtet.

2.4.4 Oppfølgingsmøter mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene

Helse Nord RHF's formelle styring og eventuelle instruering av helseforetak skjer gjennom foretaksmøte. Dette er likevel ikke til hinder for kontakt og styringsdialog mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene utenom foretaksmøtet. Ved

² Etter gjeldende praksis er det krav til utstedelser av fullmakt ved bruk av stedfortreder. Det er ikke krav til utstedelse av fullmakt dersom nestleder er stedfortreder for styreleder.

vurdering av arten og omfanget av slik kontakt, må det legges vekt på å etablere hensiktsmessige kommunikasjonsformer.

Det regionale helseforetaket skal følge opp helseforetakets evne til å levere de resultater som er forutsatt og utviklingen for øvrig. Som ledd i dette holder det regionale helseforetaket regelmessige oppfølgingsmøter med ledelsen (styret og daglig ledelse) i helseforetakene.

Dette skjer gjennom oppfølgings-/dialogmøter mellom adm. direktør i Helse Nord RHF og adm. direktør i helseforetaket samt gjennom møter mellom RHF-styret og HF-styrene, herunder styreledermøte.

Helseforetakene vil i slike møter kunne bli bedt om å redegjøre for resultatutvikling, planavvik og tiltak for å nå krav som er satt i oppdragsdokument og foretaksmøter med hensyn til pasienttilbud (aktivitet og kvalitet) og økonomisk resultatutvikling. Videre informerer RHF-et helseforetakene om ulike forhold. Dette kan dreie seg om gjennomgang av den samlede resultatutviklingen i foretaksgruppen eller en orientering om strategiske spørsmål. Videre har helseforetakene mulighet til å ta opp saker de ønsker å drøfte med Helse Nord RHF. Rammene for eierstyring er ikke til hinder for at eier kan ta opp forhold helseforetakene bør vurdere i tilknytning til sin virksomhet og utvikling. De synspunkter eier gir uttrykk for i slike møter er å betrakte som "innspill" til ledelsen i helseforetakene.

2.5 Regjeringens eierskapspolitikk (www.eierpolitikk.no)

Staten er en stor eier, og har både forretningsmessige og sektorpolitiske eierskap. Som eier forvalter staten betydelige verdier på vegne av fellesskapet. Dette stiller krav til at virksomhetene drives profesjonelt og ansvarlig.

Dokumentet *Regjeringens eierpolitikk*³ klargjør hvilke forventninger og krav regjeringen stiller til eier, styrer og ledelse i statlig eide virksomheter. Denne politikken er forankret i Stortinget gjennom behandlingen av eierskapsmeldingen (St.meld. nr. 13 (2006-2007) Et aktivt og langsiktig eierskap). Ny eierskapsmelding ble sist lagt frem i juni 2014 (jf. Meld. St. 27 (2013-2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap⁴).

Staten har videre utformet Statens prinsipper for godt eierskap, som er i tråd med allment aksepterte eierstyringsprinsipper. Prinsippene er først og fremst utformet for forretningsmessige eierskap, men har også relevans for sektorpolitiske eierskap.

I foretaksmøte i Helse Nord RHF, den 26. januar 2011 ble det lagt til grunn at styrene og ledelsen i helseforetakene er kjent med forventninger og krav som følger av regjeringens eierskapspolitikk. Informasjon om regjeringens eierpolitikk m. m. ble oversendt styreleder og adm. direktør i helseforetakene i Helse Nord i brev av 23. mars 2011.

3

https://www.regjeringen.no/contentassets/459cfd3bfaad4f6abe4437d91c0f890a/regjeringenseierpolitikk_2015.pdf

⁴ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Meld-St-27-20132014/id763968/>

3. Styret – og god virksomhetsstyring

Styret i helseforetakene er for Helse Nord et av de viktigste virkemidlene for god virksomhetsstyring. Det finnes mange ulike definisjoner på hva god virksomhetsstyring eller corporate governance er. En definisjon er at corporate governance er interaksjonen mellom ulike aktører i styringen av en virksomhet mot måloppnåelse og verdiskapning.

Ofte betraktes eier, styret og daglig leder som de viktigste aktørene. I tillegg kommer virksomhetens interessenter som f.eks. ansatte og brukere og deres organisasjoner, samarbeidsparter, leverandører, lokalt/regionalt nærmiljø, andre sektorer og øvrige omgivelser. God virksomhetsstyring omhandler rollefordelingen og samspillet mellom eier, styret og daglig leder. God virksomhetsstyring omhandler også samspillet mellom virksomheten og dens interessenter.

Helse Nord RHF ønsker som eier å legge til rette for god virksomhetsstyring. Helseforetaksmodellen bygger på en klar rollefordeling mellom eier, styre og daglig leder. Det er viktig at rettsregler, vedtekter, instruksjoner (for styret, for daglig leder), styringskrav m. m. som regulerer rollefordelingen er kjent og følges.

Det er også stilt krav til helseforetakenes samarbeid med sine interessenter, bl.a. i helseforetaksloven (§§ 35, 41), i vedtektene, foretaksmøtene og i kravene til samfunnsansvar.

3.1 Styret som kollegium

Styret er et kollegialt organ som treffer beslutninger i styremøter. Et kollegialt organ kjennetegnes ved at styrelederen ikke har instruksjonsmyndighet over styremedlemmene, og at det enkelte styremedlem ikke skal representere bestemte interesser eller grupper.

Styremedlemmer kan utsettes for sterke forventninger om å engasjere seg i enkeltsaker og enkelthensyn. Det kan være en krevende balansegang for styremedlemmet og også utfordre styret ved at oppmerksomhet rettes inn mot detaljer heller enn en strategisk og overordnet tilnærming.

Forutsetningen for at styret skal kunne opptre som et kollegium er at styremedlemmene har god forståelse av styrets rolle og formålet og rammene for virksomheten.

3.2 Styrets sammensetning (§§ 21-25)

Helseforetakene forvalter viktige samfunnsoppgaver og store ressurser på vegne av fellesskapet. Styret skal sørge for at virksomheten oppnår mål på oppdrag fra eier og samtidig driver kostnadseffektivt.

Styret må settes sammen slik at det samlet sett har en kompetanse som står i forhold til de oppgavene styret har, og de utfordringene helseforetaket står overfor. Styrets sammensetning skal bidra til at styret kan balansere ulike interesser og ta en aktiv rolle for å drifte og utvikle spesialisthelsetjenesten og samtidig sikre at dette skjer i tråd med nasjonal helsepolitikk.

Det forventes videre at styrene legger opp sitt arbeid slik at de gjennom gode prosesser sørger for både å bringe inn nødvendig kunnskap fra og formidle informasjon til relevante interessenter/miljøer. Styrene for helseforetakene består av både eieroppnevnte styremedlemmer og ansattevalgte styremedlemmer.

3.2.1 Eieroppnevnte styremedlemmer

Eieroppnevnte styremedlemmer i helseforetakene, herunder styreleder og nestleder, velges av (eier) foretaksmøtet (§ 21).

I forkant av oppnevningen tilskriver eier (Helse Nord RHF) kommuner, fylkeskommuner og Sametinget og ber om forslag til kompetente folkevalgte kandidater til styrene.

Det enkelte styremedlem skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper.

I forbindelse med oppnevningen legges det vekt på at styrene samlet sett har en kompetanse som står i forhold til de oppgavene styret har, og de utfordringene helseforetakene står overfor. I tillegg til kompetansekravene legges det vekt på at styret samlet sett har en bredde både geografisk og aldersmessig, samt ivaretar kravet til kjønnsmessig balanse (Likestillingsloven § 21). Det er videre praksis for å balansere hensynet til kontinuitet og fornyelse i styret.

3.2.2 Ansattevalgte styremedlemmer

Ansattevalgte styremedlemmer bidrar ofte med kunnskap om foretaksinterne forhold som kan være vesentlig for styrets vurderinger.

Inntil en tredel av styremedlemmene skal velges av og blant de ansatte (Helseforetaksloven §§ 22, 23). De ansatte har en ubetinget rett til å være representert i styret i Helse Nord RHF og en betinget rett til å være representert i styret for helseforetaket (dersom det har mer enn 30 ansatte).

Til styret i Helse Nord RHF velges ansattevalgte blant de ansatte i Helse Nord RHF/underliggende helseforetak. Til styret i helseforetaket velges ansattevalgte blant de ansatte i helseforetaket. Forskrift om ansattes rett til representasjon gir nærmere bestemmelser knyttet til valg av representanter for de ansatte.

Ansattevalgte styremedlemmer er likeverdige styremedlemmer på linje med eieroppnevnte, med samme ansvar og rettigheter. Det følger imidlertid av vedtektene § 6 at ansattevalgte styremedlemmer i helseforetakene, med utgangspunkt i de partsforhold som foreligger, ikke deltar i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettsvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

3.2.3 Opplæring og støtte til nye styremedlemmer

Det er viktig at nye styremedlemmer får god opplæring og støtte til å forstå og utøve styrearbeidet på en god måte. Dette er et særlig ansvar for styreleder, enten ved at styreleder selv sørger for opplæring og støtte til nye styremedlemmer, eller delegerer dette til andre. Styret kan også gjennomføre styreseminarer for å styrke styret som kollegium.

Nye styremedlemmer i helseforetakene får i etterkant av oppnevningen nødvendig informasjon fra eget helseforetak og/eller Helse Nord RHF. I regi av Helse Nord RHF avholdes det styreseminar for styrene i helseforetakene. Dette er også et ledd i å bidra til kompetansebygging for nye styremedlemmer og i styrene som kollegium.

3.2.4 Tjenestetid, tidligere avgang m. m.

Styremedlemmene oppnevnes for to år. Et styremedlem blir stående inntil ett nytt styremedlem er valgt, selv om tjenestetiden er utløpt (§ 24). Et styremedlem kan gjenoppnevnes for flere perioder.

Når særlige grunner foreligger, kan styremedlemmet tre tilbake før tjenestetiden er utløpt (Helseforetaksloven § 25). Hvilke særlig grunner som omfattes, vurderes konkret i den enkelte sak. Dette kan være f. eks. familiære eller helsemessige forhold, eventuelt at rollen som styremedlem er uforenlig med andre forhold eller posisjoner styremedlemmet innehar. Helse Nord RHF kan i foretaksmøte også avsette eller bytte ut ett eller flere eieroppnevnte styremedlemmer. Det kreves ingen bestemt grunn for en slik beslutning i foretaksmøtet. Foretaksmøtet kan ikke avsette eller bytte ut ansattevalgte styremedlemmer.

Ved suppleringsvalg kan det fastsettes kortere tjenestetid (Helseforetaksloven § 24 første ledd siste setning). I situasjoner der eieroppnevnte styremedlemmer har fratrådt som styremedlem før tjenestetiden er ute, er etablert praksis at nye styremedlemmer blir valgt med kortere tjenestetid enn to år, dvs. med en tjeneste tid fra valg og frem til nye styremedlemmer ordinært skal velges.

3.2.5 Fastsettelse av styregodtgjørelse

Foretaksmøtet fastsetter styrehonorar for styremedlemmene. Styrehonorar for styremedlemmene i helseforetakene har blitt fastsatt i forbindelse med oppnevning av nye styremedlemmer annet hvert år. Ved fastsettelsen har de regionale helseforetakene valgt å følge den utviklingen som foretas av Helse- og omsorgsdepartementet i forhold til styret i Helse Nord RHF.

Det utbetales ikke honorar til styremedlemmer utover fastsatt styregodtgjørelse. Styremedlemmer som utfører arbeidsoppgaver for helseforetaket som ikke kan sies å inngå i en ordinær styreverole, kan tilgodeses særskilt kompensasjon. Slik kompensasjon må godkjennes av styreleder i Helse Nord RHF med etterfølgende rapportering i styret.

3.3 Styrene – rammer og viktige oppgaver for styrene

Styret er virksomhetens øverste styringsorgan. De rettslige rammene for styrenes oppgaver og plikter fremgår av helseforetaksloven og da særlig kapittel 6 og 7 og vedtektene. Det er viktig for styret å ha kunnskap om disse bestemmelsene og ta hensyn til dette i utøvelsen av sitt arbeid.

3.3.1 Styrets forvaltningsansvar og tilsynsansvar

Styrets hovedoppgaver omtales ofte som forvaltningsansvaret (Helseforetaksloven § 28) og tilsynsansvaret (Helseforetaksloven §§ 28, 29).

Med styrets forvaltningsansvar menes at styret har det overordnede ansvaret og den overordnede myndigheten for forvaltningen av helseforetaket. Foretaksmøtet er helseforetakets øverste organ, men deltar ikke i forvaltningen av foretaket. Styret må rette seg etter gitte styringskrav (foretaksmøte, oppdragsdokument m. m.).

Helseforetaksloven slår fast at styret som del av sitt **forvaltningsansvar** må

- sørge for forsvarlig organisering av foretaket
- fastsette planer og budsjetter for foretakets virksomhet
- holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling

Styret skal også sørge for at betryggende kontroll av bokføring og formuesforvaltning.

Helseforetaksloven slår fast at styret som del av sitt **tilsynsansvar** må

- føre tilsyn med den daglige ledelse
- føre tilsyn med helseforetakets virksomhet, og at den drives i samsvar med målene, vedtektene, styringskrav og vedtatte planer og budsjetter.

Den daglige driften av helseforetaket er et ansvar for helseforetakets daglig leder (Helseforetaksloven § 38). Styret kan tydeliggjøre sine krav og forventninger til daglig leder gjennom fastsetting av instruks for administrerende direktør (Helseforetaksloven § 29 andre ledd). Mange av helseforetakene har fastsatt slik instruks (se nærmere om fastsetting av instruks for administrerende direktør under punkt 4.4.2).

Daglig leder må følge retningslinjer og pålegg styret har gitt, dvs. daglig leder er underlagt styrets instruksjonsmyndighet (Helseforetaksloven § 28 første ledd). Styrets retningslinjer og pålegg utformes normalt på overordnet nivå, slik at daglig leder har handlingsrom til å lede virksomheten.

Helseforetaksloven stiller krav til at daglig ledelse hver fjerde måned skal gi styret skriftlig rapport om helseforetakets økonomiske stilling og virksomhet. Gjeldende praksis er imidlertid månedlige rapporteringer. Dette skal sikre at styret regelmessig får den informasjon det trenger for å ivareta sitt forvaltnings- og tilsynsansvar. Det er i tillegg viktig at styret og daglig ledelse i fellesskap blir enige om hvordan rapporteringen skal struktureres (form/innhold).

3.3.2 Bruk av styrekomiteer/styreutvalg

Enkelte styrer har valgt å opprette flere styrekomiteer/styreutvalg til saksforberedende arbeid. Fordelen med bruk av komiteer/utvalg er at dette kan bidra til grundig saksforberedelser på komplekse felt og frigjøre tid i styremøtene. Ulempen er at bruk av komiteer/utvalg kan pulverisere styrets ansvar.

Bruken av komiteer/utvalg bør derfor begrenses og kun benyttes, der sakenes kompleksitet og omfang krever det. Bruk av styrekomiteer/styreutvalg endrer ikke på styrets ansvar for å treffe beslutningene i styremøtet

3.3.3 Internkontroll og risikostyring

Internkontroll er et ledelsesverktøy for intern styring og kontroll av virksomheten for å forebygge, forhindre og avdekke svikt.

Forskrift om internkontroll ble f.o.m. 1. januar 2017 avløst av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten definerer *styringssystem* som den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Begrepet styringssystem er i stor grad sammenfallende med kravene til internkontroll.

Forskriften stiller krav til at ledelsen minst én gang årlig, systematisk gjennomgår og vurderer hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Dette omtales formelt som «ledelsens gjennomgang», og skal behandles i styret.

Et bærende prinsipp er at intern styring og kontroll må tilpasses virksomhetens risiko og egenart. Risiko må derfor identifiseres, analyseres og kontrolleres (risikostyring).

Daglig leder har ansvar for å etablere et forsvarlig styringssystem og holde styret tilstrekkelig orientert. Styret har ansvar for å påse at styringssystemet etterleveres.

Revisjonsutvalg og internrevisjon

I foretaksmøtene i de regionale helseforetakene i januar 2005/januar 2006 ble det stilt krav til etablering av revisjonsutvalg og internrevisjon i de regionale helseforetakene og foretaksgruppene.

Revisjonsutvalget i Helse Nord RHF består av fire medlemmer valgt av og blant styrets medlemmer. Minst ett av komiteens medlemmer skal ha regnskaps- eller revisjonsfaglig kompetanse, og minst ett medlem velges blant ansattevalgte styremedlemmer.

Revisjonsutvalgets formål er å styrke styrets fokus på virksomhetsstyring, tilsyn og kontroll i foretaksgruppen. I henhold til styrevedtatt instruks skal komiteen bl.a. føre tilsyn med at det er etablert risikostyring og internkontroll tilpasset risikoen i foretaksgruppen, se etter at Helse Nord har en uavhengig og effektiv intern revisjon og følge opp ekstern revisjons arbeid. Revisjonsutvalget utfører normalt sine oppgaver ved å benytte Helse Nord RHF's internrevisjon, men kan også innhente ekstern bistand.

Internrevisjonens ansvar, myndighet og oppgaver, samt krav til planlegging, kommunikasjon og rapportering, fremgår av egen instruks, vedtatt av styret. Internrevisjonen skal på vegne av styret i Helse Nord RHF overvåke og bidra til forbedringer i det regionale helseforetakets og foretaksgruppens virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll. Internrevisjonen er underlagt styret i Helse Nord RHF, men administrativt underlagt administrerende direktør, og er i sitt arbeid faglig uavhengig av alle som kan revideres av internrevisjonen.

3.3.4 Tilsetting og avlønning av daglig leder og andre ledende ansatte

En av styrets viktigste oppgaver er å tilsette og sørge for at helseforetaket har en kompetent daglig leder (§ 36). Styret treffer også vedtak om å si opp eller avskjedige

daglig leder. Styret fastsetter og justerer daglig ledelses lønn. Evaluering av daglig leder gjennomføres ofte i forbindelse med lønnsjusteringer.

Styret har en utfordring i å håndtere lønnsfastsettelsen til daglig leder og andre ledende ansatte i en balanse mellom å kunne tilby vilkår som er tilstrekkelig attraktive og som samtidig vinner forståelse og aksept i samfunnet.

Nærings- og handelsdepartementet har fastsatt *Retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper*⁵. Gjennom disse retningslinjene klargjør staten relevante prinsipper for ansvarlig og god lederlønnspolitik, både i forbindelse med fastsetting og justering av lønn for daglig leder og andre ledende ansatte. Retningslinjene slår fast at lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende. I foretaksmøtene i januar 2011 forutsettes at styrene er kjent med og forholder seg til retningslinjene.

Lønnsforholdene for daglig leder i helseforetaket skal framgå av årsregnskapet. Departementet redegjør for samtlige daglige lederes lønnsforhold i Prop. 1 S.

Det vises her til helseforetakenes vedtekter, jf. § 6a *Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår*.

3.3.5 Rapportering til eier - årlig melding, årsregnskap og årsberetning

Som eier skal departementet/de regionale helseforetakene, på lik linje med andre eiere, ha korrekt og relevant rapportering om virksomheten i foretakene. Ved behov kan skriftlig informasjon innhentes. Rapportering skjer i oppfølgingsmøtene nevnt under punkt 2.4.4, samt gjennom årlig melding og gjennom årsregnskap og årsberetning.

Styret i helseforetaket skal hvert år sende årlig melding til Helse Nord RHF (Helseforetaksloven § 34, vedtektene §§ 13-15), og denne skal være administrativt behandlet av Helse Nord RHF innen 21. februar. I årlig melding skal det redegjøres for virksomheten i helseforetaket foregående år og for gjennomføringen av de styringskrav Helse Nord RHF har stilt i foretaksmøter og oppdragsdokument. Denne rapporteringen utgjør et viktig grunnlag for Helse Nord RHF's resultatoppfølging. Meldingen skal også inneholde en plan for virksomhetene i de kommende år. Planen utgjør et viktig grunnlag for utarbeidelse av de årlig rullerende langtidsplaner/langtidsbudsjett.

Helseforetakene skal føre regnskap etter regnskapslovens prinsipper, og årsregnskap og årsberetning skal godkjennes av foretaksmøtet (§ 43).

3.3.6 Begrensinger i styrets kompetanse

Helseforetaksloven § 30-32 begrenser styrets kompetanse (myndighet).

Det er foretaksmøtet i Helse Nord RHF som gjør vedtak i saker av vesentlig betydning (§ 30). Det er gitt nærmere regulering av hvilke saker dette gjelder i vedtektene. Hvilke saker som er av vesentlig betydning må vurderes konkret i den enkelte sak. I

⁵ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/retningslinjer-for-lonn-og-annen-godtgjorelse/id2401045/>

helseforetakene skal slike saker forelegges departementet av styret i Helse Nord RHF som eier helseforetaket.

Det er videre foretaksmøtet som treffer vedtak om pantsettelse eller salg av fast eiendom etter forslag fra styret (§ 31). Det er gitt nærmere regulering av hvilke saker dette gjelder i vedtektene.

Sykehusvirksomhet kan ikke selges uten Stortingets samtykke (§ 32). Formålet med bestemmelsen er å sikre betryggende demokratisk behandling og å unngå utilsiktet privatisering av sykehusvirksomhet.

3.3.7 Representasjon og styreansvar

Representasjon (§§ 39, 40)

Det er styret som representerer det respektive foretaket utad. Styret kan binde helseforetaket ved å inngå avtaler med tredje part. Daglig leder representerer helseforetaket utad i saker som hører inn under helseforetakets daglige ledelse.

Styrets ansvar (§ 49)

Det fremgår av helseforetaksloven § 49 at styremedlemmer og daglig leder har en plikt til å erstatte tap som vedkommende forsettlig eller uaktsomt har voldt foretaket, helseforetakets eier eller andre under utførelsen av sin oppgave. Beslutning om at helseforetaket skal gjøre ansvaret gjeldende treffes av foretaksmøtet. Erstatningsansvaret kan lempes etter skadeerstatningsloven § 5-2.

Det vises til *styresak 72-2012 Styreansvarsforsikring* (styremøte 21./22. juni 2012). Det er ikke behov for, eller tjenlig å tegne styreansvarsforsikring. Det er i praksis liten risiko for at det enkelte styremedlemmet/daglig leder vil bli holdt personlig ansvarlig i en erstatningssituasjon, og der det eventuelt skjer, foreligger handlingsalternativ som kan gi samme dekningsomfang. Styreansvarsforsikring anses derfor ikke å gi ytterligere fordeler.

4. Praktisk styrearbeid

Styret er gitt definerte oppgaver som det skal ivareta gjennom å treffe selvstendige beslutninger. Hvert enkelt styremedlem må gjennom bruk av egen kompetanse, erfaringer, vurderingsevne og tid ta ansvar for helseforetakets beste, sett i den sammenheng virksomheten inngår i og innenfor de rammer som foreligger.

4.1 Styreleders særlige oppgaver

Styrelederen leder styret. Styret er et kollegium, og styreleder har ingen instruksjonsmyndighet over styremedlemmene. Styrelederens oppgave er bl.a. å bidra til at styremedlemmenes samlede kompetanse brukes for å oppnå mål og ivareta oppdraget gitt av eier i oppdragsdokument og andre styrende dokumenter. Selv om styret er et kollegium, vil styrets arbeidsform og fungeringsmåte påvirkes sterkt av hvordan styreleder utøver sin rolle.

Det er styreleder som sørger for at det avholdes styremøter, når det er behov for det. Styremedlemmer og daglig leder kan også kreve at styremøte blir avholdt (Helseforetaksloven § 26). Det er videre styreleder som sørger for at saker som hører

inn under styrets ansvar blir behandlet av styret. Dette betyr at styreleder har et stort ansvar for at det drives forsvarlig styrearbeid i foretaket (*innhold*).

Styreleder planlegger styremøtet i samråd med daglig leder og må sørge for at daglig leder oppfyller sin plikt til å forberede saker, og at styret får god informasjon og et godt beslutningsgrunnlag (*form*).

Styreleder skal sørge for at styret arbeider målrettet og godt sammen, og at det er åpenhet og trygghet i styret, slik at ulike synspunkter kan bringes frem. Styreleder leder styremøtene og påser at protokollen gjengir styrebehandlingen korrekt (Helseforetaksloven § 26).

Styrelederen er en viktig støttespiller (*støtte*) og sparringspartner (*utfordre*) for daglig leder.

Styreleder må ha forståelse for den politiske konteksten som helseforetakene opererer innenfor. Styreleder må for eksempel kunne bedømme, når det er nødvendig å informere Helse Nord RHF i saker som har eller kan få politiske konsekvenser. Styreleder må også vise rolleforståelse i samspillet mellom styre og Helse Nord RHF, og mellom styre og daglig ledelse. Styrelederrollen blir med dette både mer krevende og ansvarsfull enn rollen til de øvrige styremedlemmene.

4.2 Styresekretær

Styresekretær avlaster daglig leder gjennom utarbeiding av dagsorden, koordinering av saksdokumenter og innkalling til styremøte. Styresekretær skal videre holde oversikt over styremedlemmenes personalia og kontaktinformasjon. Styresekretær skriver protokoll fra styremøtene.

Nærmere bestemmelser om styresekretærs rolle og oppgaver kan reguleres i instruks for styret.

4.3 Strategi-, kontroll-, organiserings- og egenoppgaver

Med utgangspunkt i styrets forvaltningsoppgaver (Helseforetaksloven § 28) og tilsynsoppgaver (Helseforetaksloven § 29) kan styrets hovedoppgaver organiseres som følger:

Forvaltningsansvaret (§ 28) består i strategioppgaver og organiseringsoppgaver:

- Strategioppgaven innebærer å etablere mål og sette kurs for å nå disse gjennom fastsetting av strategiske planer og rammer for operative planer, samt budsjetter.
- Organiseringsoppgaven innebærer å sørge for at helseforetaket er riktig organisert, har de nødvendige ressurser og ansvarsfordeling samt adekvate kommunikasjons- og rapporteringslinjer.

Tilsynsansvaret (§ 29) består i kontrolloppgaver:

- Kontrolloppgaven innebærer å forvisse seg om at helseforetaket er på målsatt kurs innenfor rammebetingelser, samt sørge for internkontroll og risikostyring, og om nødvendig sørge for at korrigerende tiltak treffes.

- I tillegg til oppgaver som følger av forvaltningsansvaret og tilsynsansvaret kommer styrets egenoppgaver som innebærer å fastsette mål og plan for eget arbeid, etablere gode arbeidsformer og evaluere eget arbeid.

Styret må i sitt praktiske arbeid ta utgangspunkt i hva styret selv definerer som sine hovedoppgaver. Styrets hovedoppgaver skal fremgå av instruks for styret. Styret må finne en hensiktsmessig fordeling og tidsbruk mellom hovedoppgavene, gitt helseforetakets situasjon og utfordringer.

4.4 Mer om styrets egenoppgaver

Styret møtes i forbindelse med styremøter og styreseminarer og har ofte tidsbegrensinger i sitt arbeid. Dette gjør styret spesielt utsatt for «kommunikasjonstap» og setter store krav til styrets arbeidsform. Mange av styrene har innledende diskusjoner om styrets oppgaver og arbeidsform. Dette for å bidra til at styret arbeider med de riktige oppgavene og arbeider på en god måte før, under og etter styremøtene.

Det følger av statens ti prinsipper for godt eierskap at styret bør ha en plan for eget arbeid. Nedenfor følger omtale av årsplaner og styringsinstrukser som mer konkrete hjelpemidler for å planlegge eget arbeid.

4.4.1 Årsplan

Mange av styrene i helseforetakene har fastsatt årsplaner for styrets arbeid, som konkretiserer hvordan styrets hovedoppgaver skal dekkes gjennom året. Årsplanen tidfester styremøtene og gir oversikt over hvilke styresaker som skal behandles i hvert av styremøtene. Antall styremøter og lengden på styremøtene må tilpasses helseforetakets situasjon. Årsplanen angir gjerne også hvem som skal forberede saken for styret.

Årsplanen består ofte av to deler: En fast del, der sakslisten er lik fra møte til møte (ordinære saker) og en variabel del, der sakene varierer fra møte til møte (tema). Årsplanen er et redskap for å skape oversikt, strukturere styrearbeidet og for å prioritere tiden, slik at de riktige og viktige sakene får bredest plass.

4.4.2 Instruks for styret og instruks for administrerende direktør

Instruks for styret

Styrene i helseforetakene skal ha fastsatt instruks for styret. Instruks for styret angir nærmere regler om styrets arbeid og saksbehandling. Styreinstruksen kan inneholde regler om struktur på styrearbeidet, krav til styredokumentasjon, styrets saksbehandling, styremedlemmenes plikter og rettigheter og styresekretærens rolle og oppgaver. Instruks for styret kan også foreta en overordnet rolleavklaring mellom styret og daglig leder.

Instruks for administrerende direktør

Styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene skal ha fastsatt instruks for daglig leder (Helseforetaksloven § 29). Adgangen til å fastsette instruks for daglig leder må ses i sammenheng med styrets tilsynsoppgaver. Instruks for daglig leder kan for eksempel fastsette regler for daglig leders oppgaver, plikter og rettigheter. Instruks for daglig leder kan også foreta en overordnet rolleavklaring mellom styret og daglig leder.

4.4.3 Styremøter og styrets arbeidsform

Styreleder skal sørge for at styremøtene holdes så ofte som nødvendig. Både styremedlemmer og daglig leder kan kreve at styret sammenkalles. Daglig leder har rett og plikt til å delta og uttale seg i styremøtene (Helseforetaksloven § 26).

God gjennomføring av styremøtene krever godt forberedte deltakere og en god struktur på styremøtene. Her bør det enkelte styre finne den formen de mener fungerer best i sin situasjon. Det er gitt regler om vedtaksførhet og flertallskrav (Helseforetaksloven § 27). Øvrige regler om styrets arbeid og saksbehandling kan fastsettes i instruks for styret.

4.4.4 Styredokumentene – styrets beslutningsgrunnlag

Styremedlemmene bør varsles om hvilke saker som skal behandles i styremøtet og få mulighet til å sette seg inn i sakene på forhånd. Det er viktig med god kvalitet på styredokumentene. Det er daglig leder som har ansvar for utarbeidelse av styredokumentene.

Det er ønskelig at Helse Nord RHF's rutine for utsending av styresaker også følges i helseforetakene, med utsendelse 12-14 dager før styremøte og helst ikke mindre enn én uke. Unntaket er styresaker som av spesielle årsaker krever kortere frister.

Styret må på sin side sette krav til utformingen av styredokumentene, både når det gjelder form og innhold. Det er viktig at dokumentene er utformet og tilpasset styrets behov for beslutningsgrunnlag i den enkelte sak. Saken skal fremstilles konsist, informasjonen skal være sortert, og det vesentligste skal trekkes ut.

Dokumentene skal inneholde en klar konklusjon eller anbefaling fra daglig leder. En godt utformet styredokumentasjon bidrar til at styremedlemmene kan sette seg inn i saken på forhånd, forstå hva saken gjelder og stille relevante spørsmål, før styret gjør vedtak.

4.4.5 Styreprotokoll og protokollasjon (Helseforetaksloven § 26 fjerde ledd)

Det skal føres protokoll fra styremøtene som skal underskrives av samtlige tilstedeværende styremedlemmer. Det er styret som beslutter hvilken form protokollen skal ha. Protokollen skal minst angi tid, sted, deltakere, hva den enkelte sak gjelder og styrets beslutning. Ved uenighet kan styremedlemmer eller daglig leder kreve uenighet protokollført.

4.4.6 Styrets evaluering av egen virksomhet

Det følger av statens ti prinsipper for eierstyring at styret skal gjennomføre evaluering av egen virksomhet. I foretaksmøtene i januar 2011 ble det stilt krav til at styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene skal gjennomføre slik evaluering.

Evalueringen skal gjennomføres en gang pr. år, gjerne mot slutten av året. Hele styret, både eieroppnevnte og ansattevalgte styremedlemmer skal delta i evalueringen. Daglig leder bør være med i deler av evalueringen. Evalueringen skal ta utgangspunkt i hva som er styrets viktigste oppgaver og helseforetakets utfordringer, og vurdere om styrets sammensetning, arbeidsform og fungeringsmåte bidrar positivt til styrets håndtering av disse oppgavene.

Evalueringen kan avdekke områder, der nåværende praksis må klargjøres eller endres. Resultatet av evalueringen skal presenteres og behandles/diskuteres i et påfølgende styremøte.

Evalueringen kan gjennomføres ved bruk av samtaler, intervjuer eller eget evalueringsskjema. Styret kan velge å gjennomføre evalueringen selv eller ved å engasjere ekstern bistand. Det er imidlertid sentralt at styret klargjør hva som er styrets viktige oppgaver og helseforetakets utfordringer, slik at evalueringen gjøres i forhold til dette.

Formidling av resultatene av evalueringen til Helse Nord RHF

I teorien om styrearbeid/styreledelse skilles mellom ulike typer evalueringer, f. eks.:

- Utviklingsevaluering: Rettet mot styret selv, for å tydeliggjøre hva som fungerer bra og hva som er forbedringsområder i styrets eget arbeid.
- Rekrutteringsevaluering: Rettet mot Helse Nord RHF, for å gi eier kunnskap om styrets sammensetning (f. eks. som grunnlag for valg av nye styremedlemmer).

Styrets evaluering av eget arbeid i helseforetakene er først og fremst et verktøy for internt forbedringsarbeid i styret (utviklingsevaluering). Styret skal imidlertid oppsummere og formidle deler av resultatene av evalueringen til eier i årlig melding og på forespørsel. Formidling skal skje slik at eier får nødvendige opplysninger, men uten at evalueringen forringer sin verdi som internt forbedringsarbeid i styret. Hensikten er at eier skal få et bedre kunnskapsgrunnlag for å vurdere styrets fungeringsmåte, særlig når det gjelder styrets sammensetning i forhold til de oppgaver styret har og de utfordringene foretaket står overfor (rekrutteringsevaluering).

4.5 Forholdet til annen lovgivning

4.5.1 Regnskapsloven, krav til revisor

Av helseforetaksloven § 43 følger at regnskapsloven gjelder i sin helhet for helseforetakene. Dette betyr at både de regionale helseforetakene og helseforetakene skal føre regnskap etter regnskapslovens regler og prinsipper.

Det innebærer bl. a at inntekter og kostnader skal periodiseres, og at årlige avskrivninger skal framgå av driftsregnskapet. Investeringer føres som tilgang i balansen. Helse Nord RHF avlegger konsolidert regnskap. Konkurs og gjeldsforhandlinger etter konkursloven kan ikke åpnes i helseforetak (Helseforetaksloven § 5 fjerde ledd).

Helseforetakene skal ha revisor som velges av Helse Nord RHF i foretaksmøtet (§ 45). Årsregnskapet skal revideres av registrert revisor eller statsautorisert revisor. Revisor skal innkalles til foretaksmøtet, dersom sakene som behandles tilsier det, eller dersom Riksrevisjonen krever det (§ 18 første ledd).

4.5.2 Forvaltningsloven, offentleglova og arkivloven

Det følger av helseforetaksloven § 5 at forvaltningsloven (med visse begrensninger), offentleglova og arkivloven gjelder for helseforetakene. Helseforetakene regnes som offentligrettslige organer.

Dokumentoffentlighet

Helseforetakene er omfattet av rettsregler om dokumentoffentlighet. Det skal derfor gis innsyn i styredokumenter, styreprotokoller og foretaksprotokoller (offentleglova §§ 2, 14, offentlegforskrifta).

Møteoffentlighet

Helseforetakene er ikke omfattet av rettsregler om møteoffentlighet. Det er imidlertid krav til åpne styremøter (jf. styringskrav gitt i styringsdokumentet for 2004).

Åpne styremøter er begrunnet i at hensynet bak offentlighetsprinsippet må veie tungt på arenaer, der det treffes beslutninger knyttet til forvaltningen av samfunnets ressurser og fellesgoder. En eventuell lukking av styremøtene krever kvalifisert begrunnelse.

Dette betyr at styremøtet kun kan lukkes, dersom det foreligger et reelt og saklig behov for å lukke møtet, og at en lukking av møtet er forenlig med prinsippene i unntaksbestemmelsene i offentleglova.

Det er ikke krav til åpne foretaksmøter. Offentlighetens interesse ivaretas gjennom retten til innsyn i foretaksprotokollene.

Taushetsplikt

Det enkelte styremedlems taushetsplikt er regulert i forvaltningsloven §§ 13-13f. Taushetsplikten gjelder f. eks. personlige forhold og driftsforhold som det av konkurransemessig hensyn er av betydning å hemmeligholde. Eventuell taushetsplikt må også vurderes ut fra generelle prinsipper om å opptre forsvarlig overfor virksomheten. En eventuell nærmere omtale av styremedlemmers taushetsplikt kan tas inn i instruksen for styret.

Inhabilitet

Styret som et kollegialt organ og styremedlemmene er bundet av reglene om inhabilitet (forvaltningsloven § 6 flg). Styremedlemmer som antar at de kan være inhabile skal gjøre styret oppmerksom på dette. Avgjørelsen treffes av styret uten at det aktuelle styremedlemmet selv deltar i avgjørelsen (forvaltningsloven § 8 andre ledd).

5. Styrelitteratur (et utdrag fra BIBSYS www.bibsys.no)

Levorsen, Stein O, 2010, Styrearbeid i praksis: innføring i styrets hovedoppgaver og arbeidsform

Huse, Morten, Søland Arild, 2009, Styreledelse: styret som team og prosessorientert styrearbeid

Husaas, Trine, Kilaas, Bodil, 2009, Styrets arbeid og ansvar

Granden, Gro 2009, Styrearbeid: en håndbok for ansatte i selskap og konsern

Selvik, Arne 2009, Styreverden

Gulli, Ole Chr 2007, Styrehåndboken

Den norske Revisorforening 2006, Styrets arbeid og ansvar

6. Sentrale dokumenter (www.regjeringen.no)

- [Ot. prp. nr. 66 \(2000-2001\) Om lov om helseforetak m. m.](#)
- [Innst. O. nr. 118 \(2000-2001\) Om lov om helseforetak m. m.](#)
- [Prop 1 S \(2018-2019\) Proposisjon til Stortinget \(for budsjettåret 2019\)](#)
- [Regjeringens nettsted: Meld. St. 11 \(2015-2016\) Nasjonal helse- og sykehusplan \(2016-2019\)](#)
- [Regjeringens nettsted: Statlig eierskap](#)
- [Styrearbeid i regionale helseforetak - veileder fra Helse- og omsorgsdepartementet](#)

7. Sentrale lover og forskrifter (www.lovdato.no)

Helseforetaksloven

Spesialisthelsetjenesteloven

Helsepersonelloven

Pasientrettighetsloven

Arbeidsmiljøloven

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten

Riksrevisjonsloven

Offentleglova

Forvaltningsloven

Lov om offentlig innkjøp

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

Folkehelseloven

Helse- og omsorgstjenesteloven

8. Avtaler og reglement

- [EØS-avtalen \(for eksempel forbud mot offentlig støtte \(EØS avtalens 61 \(1\), offentlige anskaffelser og konkurransereglene\)](#)
- [Statens økonomireglement \(Reglement for økonomistyring i staten, fastsatt av Finansdepartementet\) \(f eks § 10\)](#)

9. Annen informasjon

Styrene i helseforetakene i regionen:

- [Finnmarkssykehuset HF](#)
- [Universitetssykehuset Nord-Norge HF](#)
- [Sykehusapotek Nord HF](#)
- [Nordlandssykehuset HF](#)
- [Helgelandssykehuset HF](#)
- [Helse Nord IKT HF](#)

Pasient- og brukerombudene i regionen:

- [Pasient- og brukerombud i Nordland](#)
- [Pasient- og brukerombud i Troms](#)
- [Pasient- og brukerombud i Finnmark](#)

Andre hjemmesider:

- [Helse- og omsorgsdepartementet](#)
- [Folkehelseinstituttet](#)
- [Helsebiblioteket](#)