

Saksbehandler: diverse

STYRESAK 60-2009 ORIENTERINGSSAKER

Møtedato: 22. juni 2009

Det vil bli gitt orientering om arbeidet med følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
3. Stortingsmelding 12 (2008-2009) ”En gledelig begivenhet: Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg”
4. Tilsyn av strålevernet ved Nordlandssykehuset HF, jf. *styresak 47-2009/6 Referatsaker Sakspapirene ettersendes.*
5. Internrevisjonsrapport nr. 05/08: Internkontroll knyttet til byggeprosjekter og bygningsmessig vedlikehold i HF-ene – oppsummering, jf. styresak 48-2008
6. Lederutvikling i Helse Nord

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, den 12. juni 2009

Lars Vorland
Adm. direktør

Saksbehandler: Bjørn Kaldhol, tlf. 901 75 401

STYRESAK 60-2009/1

INFORMASJON FRA STYRELEDER TIL STYRET

Møtedato: 22. juni 2009

Legges frem muntlig av styreleder.

Saksbehandler: Lars Vorland, tlf. 75 51 29 10

STYRESAK 60-2009/2

INFORMASJON FRA ADM. DIREKTØR TIL STYRET

Møtedato: 22. juni 2009

Legges frem muntlig av adm. direktør.

STYRESAK 60-2009/3**STORTINGSMELDING 12 (2008-2009) "EN GLEDELIG BEGIVENHET: OM EN SAMMENHENGENDE SVANGERSKAPS-, FØDSELS- OG BARSELOMSORG"**

Møtedato: 22. juni 2009

Formål/sammendrag

Denne saken presenterer Stortingsmelding 12 (2008 – 2009): "En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg." Saken belyser kort innholdet i meldingen, med konsekvenser for det regionale helseforetaket og helseforetakene i landsdelen. Helse- og sosialkomiteens innstilling ble lagt fram 14. mai 2009, og Stortingsmeldingen skal behandles i Stortinget i juni 2009. Styret i Helse Nord RHF vil bli framlagt sak til behandling til høsten.

Sammendrag av meldingen.

Regjeringen legger vekt på følgende fem innsatsområder for å nå målet om at et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen skal oppleves som en gledelig begivenhet både av gravide og fødende og hennes familie:

- En helhetlig svangerskapsomsorg
- Et trygt fødetilbud
- Et familievennlig barseltilbud
- Kvalitet i alle ledd
- Et bredt brukerperspektiv

Svangerskaps- og fødselsomsorgen i Norge holder høy kvalitet i internasjonal sammenheng, samtidig som den kan forbedres på en del viktige områder. Det uttales at det ikke har lyktes å skape den nødvendige tilliten i befolkningen til at tilbudet er trygt nok, tilgjengelig og av høy faglig kvalitet. Fra gravide og fødende har det vært hevdet at tjenesten framstår som fragmentert og lite sammenhengende.

Etter Regjeringens syn er det i framtidig organisering av den lokale jordmortjenesten behov for å vurdere oppgavefordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det framholdes at det finnes to alternativer for endret organisering av jordmortjenesten; enten at kommuner og helseforetak inngår avtaler om jordmortjenesten, eller at den kommunale jordmortjenesten forankres i helseforetakene. De to modellene omtales nærmere i meldingen. Uavhengig av valg av modell bør jordmødre pålegges, gjennom lokale samarbeidsavtaler, å samarbeide med de ulike fagmiljøene i kommunen. Allmennleger/fastleger vil fortsatt ha en sentral rolle i svangerskapsomsorgen. Framtidig organisering av lokale jordmortjenester vil det bli tatt stilling til i forbindelse med samhandlingsreformen.

Helse – og sosialkomiteens flertall mener at en overføring av ansvaret for den kommunale jordmortjenesten til spesialisthelsetjenesten ikke vil være i samsvar med målet om å styrke primærhelsetjenesten. Selv om den lokale jordmortjenesten som hovedregel skal være et kommunalt ansvar, stiller imidlertid *flertallet* seg positivt til at det kan inngås avtaler om ulike former for ansvarsfordeling mellom kommuner og helseforetak. Dette er særlig aktuelt for mindre kommuner, der stillingsbrøkene for jordmødre er små.

Det foreslås videre at inndelingen i tre nivåer av fødeinstitusjoner (kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue) opprettholdes, men at de nåværende tallgrensene oppheves og erstattes av nasjonale kvalitetskrav til fødeinstitusjoner. Kvalitetskravene skal utarbeides av Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene. Nasjonalt råd for fødselsomsorg skal trekkes inn i arbeidet. De regionale helseforetakene skal pålegges å etablere et system som sikrer at kvalitetskravene følges opp.

For å gi et desentralisert fødetilbud foreslås at jordmorstyrte fødestuer kan opprettes utenfor sykehus eller i sykehus uten fødeavdeling. Jordmorstyrte fødestuer skal også kunne opprettes i sykehus i tilslutning til større fødeavdelinger for å gi et differensiert tilbud. Fødestuer skal ta i mot kvinner med forventet normal fødsel av friskt barn.

Fødetilbud for risikofødsler skal legges til kvinneklinikker. Disse skal ha tilstedevakt av fødsels- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning og barneavdeling for intensivbehandling av nyfødte. Fødetilbud til kvinner med særlig behov for oppfølging skal sentraliseres. Det uttales at de regionale helseforetakene bør vurdere behovet for flerregionale funksjoner og/eller landsfunksjoner.

Nye oppgaver for RHF-ene

Regjeringen foreslår at de regionale helseforetakene, sammen med berørte kommuner, pålegges å utarbeide en flerårig helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet i regionen. Denne skal også omfatte svangerskaps- og barselomsorg. Den skal sikre kapasitet i forhold til fødselstall og være i samsvar med utvikling av akutttilbud ved lokalsykehus. De fødende i skal sikres et desentralisert, differensiert og forutsigbart fødetilbud, også i høytider og ferier. Den skal omfatte planer for rekruttering og plassering av utdanningsstillinger for spesialister i fødselshjelp. . Brukere med relevant kompetanse skal trekkes inn ved utarbeidelse av planen. Medisinsk fødselsregister skal utvikles og tydeliggjøres som redskap for kvalitetsforbedring.

Regjeringen ønsker å skape et mer enhetlig system for finansiering og tydelig ansvars plassering for følgetjenesten. Det foreslås at ansvaret for følgetjenesten legges til regionale helseforetak i tråd med ansvar for annen syketransport inklusiv ambulansetjeneste. Regjeringen mener at et samlet ansvar for fødetilbud og følgetjeneste vil legge til rette for at helseforetakene kan gi et helhetlig tilbud tilpasset lokale forhold og eventuelle endringer i fødetilbudet.

Komiteens flertall mener det må innføres en individuell rett til følgetjeneste for gravide med mer enn én times reisevei til fødestedet, dersom den gravide selv ønsker dette. *Flertallet* vil understreke at følgetjenesten må utføres av kvalifisert personell som lege eller jordmor. På bakgrunn av dette fremmer *flertallet* følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å fremlegge forslag til en lovbestemmelse som sikrer en individuell rett til følgetjeneste for gravide kvinner med mer enn én times reisevei til fødestedet."

Perinatalkomiteene skal videreutvikles som ledd i kvalitetsarbeidet innenfor det enkelte RHF og i samarbeid med primærhelsetjenesten. Disse skal også bidra til å følge opp at fødeinstitusjonene følger nasjonale kvalitetskrav og faglige retningslinjer

Komiteens tilråding

Komiteens tilråding til I-VII er fremmet av flertallet i komiteen (Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre).

Komiteens tilråding til VIII og IX er fremmet av en samlet komité.

Komiteen rår Stortinget til å gjøre følgende vedtak:

I

Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2010 om å fremlegge forslag til en tilskuddsordning som kan bidra til utvikling av et bedre og mer sammenhengende tilbud gjennom hele svangerskapet, fødsel og barseltid. Ordningen må utformes slik at den bidrar til å utvikle bedre tilbud til gravide og familier med særlige behov.

II

Stortinget ber Regjeringen om å fremlegge forslag til en lovbestemmelse som sikrer en individuell rett til følgetjeneste for gravide kvinner med mer enn én times reisevei til fødestedet.

III

Stortinget ber Regjeringen opprette rådgivere på alle barneavdelinger på sykehus som skal ha en koordinerende og rådgivende funksjon for familier som venter eller får et barn med nedsatt funksjonsevne.

IV

Stortinget ber Regjeringen bidra til at kommunene oppretter koordinatorene for familier med barn som har behov for sammensatte tjenester på grunn av nedsatt funksjonsevne.

V

Stortinget ber Regjeringen om å kartlegge personellsituasjonen ved de forsterkede fødestuene i et 5–10 års perspektiv og iverksette tiltak for å skape nødvendig trygghet og forutsigbarhet.

VI

Stortinget ber Regjeringen om å øke utdanningskapasiteten for jordmødre.

VII

Stortinget ber Regjeringen bidra til at kapasiteten for utdanning av helsefagarbeidere med kompetanse innen barsel- og barnepleie økes for å sikre tilstrekkelig kapasitet.

VIII

Stortinget ber Regjeringen om å fremme forslag til tiltak for å styrke jordmortjenesten både med hensyn til kapasitet og kvalitet, og at dette forelegges Stortinget i egnet form.

IX

St.meld. nr. 12 (2008–2009) – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. En gledelig begivenhet – vedlegges protokollen.

Vurdering

Situasjonen i Helse Nord er at vi har en desentralisert og differensiert fødselsomsorg. Vi har 7 fødestuer, 7 fødeavdelinger og 2 Kvinneklinikker. Det var i underkant av 5400 fødsler i 2008. Det er jfr. Statistisk Sentralbyrås prognoser ikke forventet vesentlig økning i antallet fødsler fram til 2020. Kapasiteten i Helse Nord er god. Det er totalt ca. 230 senger, noe som gir et gjennomsnitt på 23,4 fødsler pr. seng pr. år eller gjennomsnittlig 1 fødsel pr. seng annen hver uke.

Utfordringer i Helse Nord

Utarbeiding av en lokal plan i samarbeid med 89 kommuner vil være avhengig av:

- Beslutning om ansvar/organisering jfr. samhandlingsreformen
- Lokalsykehusstrategien og traumesystemet (akuttberedskap)
- Rekrutteringssituasjonen for jordmødre med små deltidsstillinger

Dagens jordmorkapasitet i kommunene er ikke tilstrekkelig framgår det av meldingen. Regjeringen vil øke tilgjengelighet til lokal jordmortjeneste og det foreslås å øke antallet plasser ved jordmorutdanningen. Utfordringen er imidlertid ikke alene antallet jordmødre som utdannes, men at kommunene hver for seg har en liten stillingsprosent å tilby jordmødrene. Dersom ikke andelen økes til 100 % vil det ikke bli mer attraktivt å arbeide i den kommunale jordmortjenesten. Helseforetakene i nord har ikke problemer med rekruttering av jordmødre.

Vår utfordring framover vil være utdanning av spesialister i gynekologi. Det er liten ettervekst av spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer i Helse Nord. 15 av 19 leger i spesialisering (LIS) er ansatt ved UNN Tromsø og NLSH Bodø. Fem lokalsykehus mangler LIS og fire har én hver.

Følgetjenesten blir et RHF-ansvar. Så langt har det ikke vært gitt signaler om hvordan finansieringen av denne følgetjenesten skal håndteres. Helse Nord bør søke pragmatiske løsninger, ikke dyre ordninger til liten nytte. Jordmorvurdering før transport bør være avgjørende for type transport og ledsagelse.

Økonomiske konsekvenser

Mange av tiltakene for å få en mer sammenhengende tjeneste er avhengig av økte økonomiske ressurser. Det sier meldingen ingenting om. Det vurderes heller ikke om ISF er fornuftig i fødselshjelpen.

Det fremkommer i meldingen lite konkret om hvilke kvalitetskrav som skal legges til grunn for de ulike nivåene. Disse skal utarbeides av Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene. Dette kan ta tid, og i mellomtiden vil det ikke være noen myndighetsgodkjente faglige retningslinjer for arbeidet med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge.

Konklusjon

Stortingsmeldingen om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg har vært "etterlengt" over lang tid. Både pga at det har vært betydelig uro rundt organiseringen av fødselsomsorgen i henhold til de eksisterende faglige retningslinjene, vedtatt av Stortinget i 2001, og nivådelingen med tallverdier for de ulike nivåene og spørsmål rundt kvalitet i tjenesten.

Meldingen er tydelig på behovet for en sammenhengende tjeneste og ansvar for planleggingen av denne. På området kvalitet gir meldingen ingen klare svar på hvilke mål som skal legges til grunn. Her blir oppfølgingsarbeidet, i regi av Helsedirektoratet, av avgjørende betydning for at vi skal få felles nasjonale standarder å forholde oss til som grunnlag for videre utvikling av et viktig tjenesteområde. Økonomiske konsekvenser er lite vurdert.

Av utfordringer framover ser adm. direktør at det er et underskudd av gynekologer i dag, og at dette høyst sannsynlig vil øke fram mot 2015-2020. Når det gjelder jordmødre er det tilstrekkelig tilgang foreløpig. I kommunene sliter en med å finne budsjettmidler til å tilsette dem. Arbeidssituasjonen gir særlig de mindre kommunene, problemer med å rekruttere og beholde jordmødre. Samarbeidsavtaler med helseforetakene, som ledd i en samlet tjeneste, kan her være et viktig tiltak.

Utrykt vedlegg: Stortingsmelding 12 (2008-2009): ”En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.”

STYRESAK 60-2009/4

**TILSYN AV STRÅLEVERNET VED
NORDLANDSSYKEHUSET HF,
JF. STYRESAK 47-2009/6 REFERATSAKER**

Møtedato: 22. juni 2009

Sakspapirene ettersendes.

STYRESAK 60-2009/5**INTERNREVISJONSRAPPORT NR. 05/08:
INTERNKONTROLL KNYTTET TIL
BYGGEPROSJEKTER OG BYGNINGSMESSIG
VEDLIKEHOLD I HF-ENE – OPPSUMMERING,
JF. STYRESAK 48-2008**

Møtedato: 22. juni 2009

Bakgrunn

Det ble i 2008 gjennomført en intern revisjon i forhold til internkontroll knyttet til byggeprosjekter og bygningsmessig vedlikehold i HF-ene. Revisjonen ble rapportert i internrevisjonsrapport nr. 05/08. Styret i helse Nord behandlet rapporten i styresak 48-2008 og fattet følgende vedtak i sakens punkt 3:

Styret ber om senest i løpet av våren 2009 å bli orientert om status for de problemstillinger som tas opp i rapporten.

I denne saken gis en tilbakemelding i forhold til rapportens oppsummering av de områdene den interne revisjonen påpekte kontrollmessige svakheter.

Kontrollmessige svakheter knyttet til byggeprosjekter og bygningsmessig vedlikehold

Revisjonen omfattet to byggeprosjekter og to anlegg der vedlikeholdet ble kontrollert. Følgende kontrollmessige svakheter ble konstatert ved flere av de reviderte enheter.

1. *Mangel på systematiske, dokumenterte risikovurderinger. Gjelder alle.*

Svar: Det skal gjennomføres ROS-analyser for samtlige nybygg. Dette gjøres allerede for alle store prosjekter i henhold til veileder for tidligfaseplanlegging for store byggeprosjekter. Når det gjelder ROS-analyser for eksisterende anlegg, vil det inngå i et felles opplegg for ROS-analyser for hele Helse Nord. Et slikt opplegg er under utarbeidelse i Eieravdelingen i Helse Nord. ROS-analyser basert på felles mål vil således bli gjennomført for alle anlegg med oppstart høsten 2009. Helse Nord har i 2007 gjennomført tekniske analyser i forhold brannsikringskrav. Disse kravene ble innarbeidet i HF-enes oppdragsdokument for 2008, men bare delvis gjennomført av hensyn til økonomiske begrensninger i forhold til vedlikehold av bygg.

2. *Med ett unntak har det vært beskjedne fokus på etikk.*
3. *Ingen av foretakene har etablert rutiner som gir ledelsen oversikt over eventuelle forbindelser mellom sentrale medarbeidere og potensielle leverandører/forbindelser.*

Felles svar på 2 og 3: Det er vedtatt egne generelle etiske regler som er felles for Helse Nord. Kartlegging av forbindelser mellom sentrale medarbeidere og potensielle leverandører i forbindelse byggeprosjekter og vedlikehold av bygg er ikke foretatt av Helse Nord.

Det vil bli tatt initiativ til å utarbeide felles rutiner med henvisning til de etiske retningslinjene slik at anbefalingene i begge punktene (2 og 3) foran kan bli ivaretatt. Dette vil bli gjort i løpet av 2009.

4. *Manglende oversikt over inngåtte rammeavtaler (gjelder ikke byggeprosjektene) og til dels manglende etterlevelse av disse. Det har også vært andre svakheter i rutiner som skal sikre etterlevelse av lov og forskrift om offentlige anskaffelser.*

Svar: Det er fra 1. juni 2009 inngått felles rammeavtaler for Helse Nord gjeldende for tekniske konsulenter i forbindelse med teknisk rådgivning for mindre vedlikeholds- og investeringsprosjekter (avtalene gjelder ikke de store byggeprosjektene). Når det gjelder leveranse av tekniske tjenester (rørlegger, snekker, elektriker med mer), har de fleste HF og avdelinger ordnede rutiner, men det må påregnes at personell i enkelte foretak og anlegg har for liten kunnskap og bestillerkapasitet og derfor ikke følger regelverket for offentlige anskaffelser. Helse Nord vil påpeke dette overfor HF-ene, men har ikke lagt inn kapasitet til å føre god nok kontroll med HF-ene i forhold til dette.

5. *Ved enkelte foretak fremstår innholdet i attestasjons- og anvisningsfunksjonene som uklart, og det er usikkerhet rundt beløpsmessige grenser for bestilling, attestasjon og anvisning.*

Svar: Det vises til egen sak om fullmaktsstrukturen i Helse Nord der det redegjøres for at fullmaktsstrukturen i Helse Nord og HF-ene skal gjennomgås i 2009. De forholdene som påpekes i rapporten om byggeprosjekter og vedlikehold, vil bli ivare tatt gjennom fellesprosjektet.

6. *Styringsdialog, rapportering, orienteringer og oppfølging i foretakene har til dels foregått uten skriftlig dokumentasjon. Det er også konstatert rutinemessige svakheter knyttet til økonomirapporteringen for bygningsmessig vedlikehold.*

Svar: I store byggeprosjekter er styringsdialogen og rapporteringen omfattende og skriftlig. I mindre prosjekter og i forhold til vedlikehold ville styringsdialogen og rapporteringen vært bedre med et elektronisk vedlikeholdssystem.

Fra 2009 ble det implementert ny kontoplan som skal ivareta mulighetene for rapportering på bygningsmessig vedlikehold. Dette er gjort ved at kontoplanene i Norsk Standard for vedlikeholdskostnader ("FDV") er koblet tettere opp mot artskontoplanen for finansregnskapet i Helse Nord. Fra utgangen av 2009 vil man derfor kunne redegjøre for kostnader til bygningsmessig vedlikehold på en ens måte for hele Helse Nord. Dermed vil det fra regnskapsåret 2009 bli enklere å utarbeide gode årlige vedlikeholdsrapporter.

Helse Nord har planer om felles vedlikeholdssystem (noen HF har allerede dette på plass) som ytterligere vil styrke rapporteringen av vedlikehold bedre.

Vurderinger og anbefalinger

Adm. direktør vil følge opp de punktene som ennå ikke er avklart i forhold til rapporten fra internrevisjonen på den måten som er anvist i svarene på de enkelte punktene.

STYRESAK 60-2009/6

LEDERUTVIKLING I HELSE NORD

Møtedato: 22. juni 2009

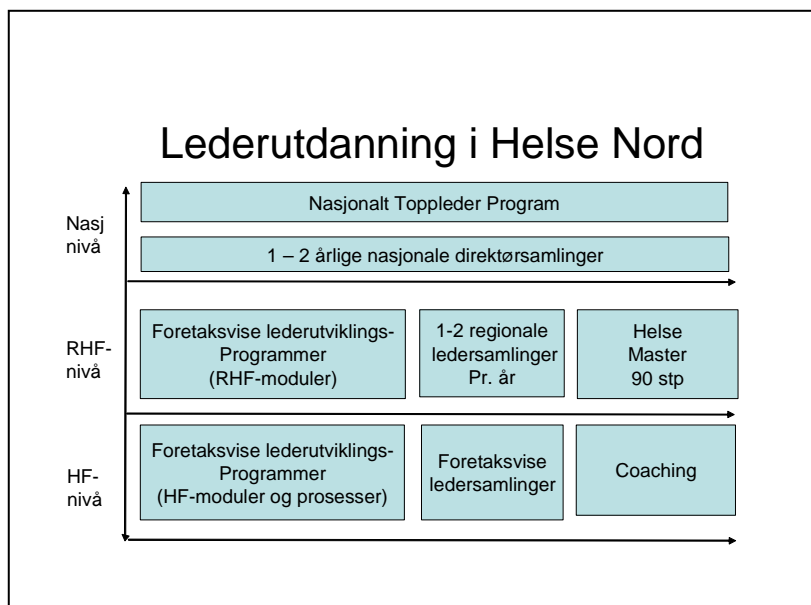
Formål/sammendrag

Styret i Helse Nord RHF har etterspurt en sak som presenterer foretakets utviklingstilbud til ledere og medarbeidere som aspirerer til lederstillinger i Helse Nord.

I det følgende gis en kort presentasjon av lederutvikling og -opplæringstilbudet; hvilke tilbud det er, innhold i tilbudet, målgrupper, hvilke nivå i organisasjonen det gis på. I egne vedlegg gis ytterligere beskrivelser og noe statistikk over resultater, der dette er tilgjengelig.

Læring og kunnskapsutvikling i organisasjoner kan betraktes som kontinuerlige prosesser i organisasjonens daglige liv – i løsning av konkrete utfordringer, i kommunikasjon og samtaler med kolleger, gjennom observasjoner og gjennom samhandling. Vårt perspektiv er derfor at tilbudet må settes sammen bredt hvor det legges til rette for både individuelle kognitive læringsprosesser og kursing så vel som dialog - og kunnskapsutvekslingsarenaer.

Lederutvikling og -utdanningstilbudet i Helse Nord kan oppsummert presenteres på følgende måte; ulike tilbud på ulike nivå som til sammen tar sikte på å fremstå som et helhetlig lederutviklingstilbud for ledere og medarbeidere som aspirerer til lederutfordringer i Helse Nord. Noen av lederutviklingstilbudene, har tidligere blitt vedtatt i egne saksfremlegg til styret.



Det er fortsatt et stykke frem til vi har fått på plass et helhetlig tilbud som vi er helt tilfreds med, men det foregår kontinuerlige utviklingsprosesser på eksisterende tilbud samt utvikling av nye tilbud som beveger oss gradvis i ønsket retning.

I tillegg til det lederutviklingstilbud presentert i modellen, vil Helse Nord RHF utvikle et langsiktig program hvor ”Verdibasert ledelse” er et

sentralt tema. En prosjektleder er nylig ansatt.

Kort om lederutviklingstiltakene

Helse Nord RHF har siden etableringen i 2002 vektlagt lederutvikling og -opplæring med ulike tiltak. I dette ligger behovet for å øke den formelle og reelle kompetansen knyttet til ledelse særlig for kliniske ledere i den hensikt å bla oppnå en "...effektiv organisasjonsstruktur og verdifokusert organisasjonskultur..." som vi har formulert det i Oppdragsdokumentet 2009.

Nasjonalt Topplederprogram

Dette er et nasjonalt program, ledet av en styringsgruppe satt sammen avrepresentanter fra de fire helseregioner, på oppdrag av det nasjonale AD-møtet. Programmet har et sekretariat med fast ansatt daglig leder. <http://www.helse-midt.no/toppleder>

De fire regionale heleforetakene velger 30 deltakere, til hvert kull, herav seks kandidater fra Helse Nord. Dette er kandidater som har vist en spesiell vilje og evne til ledelse. Det tas opp to kull pr. år. Gjennom programmet legges det opp til at kandidaten blir støttet og får tilrettelagt for å styrke og utvikle sin kunnskap, holdninger og ferdigheter med formål å gjøre kandidaten til en god leder og en potensiell toppleder.

Nasjonale direktørsamlinger

Styringsgruppen for Nasjonalt Topplederprogram har også påtatt seg oppgaven med å gjennomføre en til to samlinger årlig for landets foretaksdirektører. Samlingene har hatt varierende, tematisk innhold avhengig av hvilke utfordringer AD-møtet har valgt å rette fokus mot. Det har også vært forsøkt ulike regier og metoder for gjennomføring av samlingene. Hver samling har hatt ca. 50 HF- og RHF-direktører og holdes ulike steder i landet, med én av helseregionene som vertskap.

Foretaksvise lederutviklingsprogrammer – Helse Nord RHF-moduler

Foretakene i Helse Nord gjennomfører med ujevne mellomrom egne lederutviklingsprogrammer. Disse kan være skreddersydd for ulike formål, for eksempel knyttet til konkrete omstillingsprosesser, ha fokus på utfordringer spesielt for mellomledere, være knyttet til implementering av ulike lederverktøy for sykefraværsoppfølging, personalledelse som forvaltning av seniorpolitikk eller rett og slett opplæring i arbeidsgiverrollen i lønnsforhandlinger mv. I slike sammenhenger kan HN RHF ha ulike roller og funksjoner. Vi mener at det er særdeles viktig at HF-ene har egne programmer som kan styrke kompetanse til mellomledernivået i foretakene. Dette er et område som HF-ene etter Arbeidstilsynets GodVakt!-kampanje i 2005/2006 har hatt fokus på å utvikle.

Masterutdanning i Helseledelse

Dette er et foretaksovergripende tilbud, fra Helse Nord RHF-nivået. Helse Nord RHF har gode erfaringer med å kombinere formal kompetansebygging knyttet til ledelse med kulturbygging på tvers av foretakene. Masterstudiet er en del av Helse Nord's strategiske satsning på utvikling av lederskapet i foretaksgruppen. Det første kullet leverte sine oppgaver sommeren 2007. Helse Nord er nå i gang med sitt andre kull i satsning med egen master i helseledelse. Ledere som deltar i masterprogrammet vil ha ulik erfaring og bakgrunn. Det legges hovedvekt på formal kompetansebygging. Et samlingsbasert deltidsprogram må imidlertid også inneholde tilstrekkelig elementer som bidrar til kulturbygging blant ledere på tvers av foretakene og bidrar til realiseringen av Helse Nord's visjon. Masterprogrammet ivaretar behovet for kompetanseutvikling av ledere og skal være slik at det møter fremtidige utfordringer i spesialisthelsetjenesten.

Regional ledersamling

Dette er den regionale topplederarena. Omfanget av hver samling har vært omkring 80-100 deltakere/ledere og målgruppen har primært vært kliniske ledere og foretaksledere.

Kulturbygging og strategiforankring for sentrale ledere i foretaksgruppen er en målsetning.

For ledergruppen i Helse Nord er dette den viktigste arenaen for å møte kliniske ledere i foretaksgruppen. Lederne møtes på tvers av foretaksgruppen for gjensidig erfaringsutveksling og refleksjon.

Faglige tema har bl. a. vært:

- 2005: Virksomhetsstyring, kompetanseutvikling og pasientopplevelse/kvalitet
- 2006: Kvalitet i pasientbehandlingen, fremtidens lederskap/ foretaksledelse og etikk
- 2007: Tema på strategi og ledelse, hvor de fleste innlegg var studentoppgaver fra første Helsemasterkull og fra Nasjonalt Topplederprogram
- 2008: Riktig kvalitet og samhandling i pasientforløpet gir god økonomi
- 2009: Teamledelse og ledelse på distanse i store desentraliserte organisasjoner.

Gjennomgående er det gode tilbakemeldinger på samlingene.

Ledercoaching

Helse Nord RHF og de lokale helseforetakene gikk i 2005 sammen om å lage et nytt utdanningsprogram i coaching. Programmets overordnede mål er å bidra til at alle ledere i foretakene skal få tilbud om coaching. Videre var hensikten å fremme coaching som arbeidsform i Helse Nord og å utvikle en coachlik ledelse. Hensikten var også et ønske om å fremme et levende coaching nettverk i Helse Nord, og å utvikle kunnskap om hvordan coaching bidrar til å utvikle ledere og lederskap. På deltakernivå er målet å bli trygge på å planlegge, gjennomføre og evaluere coachingsamtaler på en selvstendig og virkningsfull måte, samt lære coaching metoder generelt, og ledercoaching spesielt. En masteroppgave skal evaluere de versjoner av programmet som har vært gjennomført i foretakene i Helse Nord. Videre satsing på dette programmet vil eventuelt komme tilbake til når evalueringen er gjennomført.

Foretaksvise ledersamlinger

Foretaksvise ledersamlinger kjøres i sin helhet i regi av helseforetakene selv og Helse Nord RHF's rolle er som regel bidragsyter i form av foredrag og diverse innspill i programmene. Programmene er forskjellige, på samme måte som samlingene beskrevet på nasjonalt og regionalt nivå.

Vurdering

Helse Nord har et bredt spekter av lederutviklingstilbud til både ledere og medarbeidere som aspirerer til lederstillinger. Dette har vært bygget opp gjennom en bevisst satsing fra reformens oppstart i 2002. De ulike programmene og arenaer er løpende gjenstand for evaluering, forbedring og utvikling. Dette gjøres av ulike miljøer på de forskjellige organisatoriske nivå. Evalueringene kan være både interne og eksterne. Denne kontinuerlige forbedringsfilosofien synes å være egnet til denne type lederutviklingstiltak og medvirker til at en har gjennomgående høye (gode) score på evalueringene som gjøres.

I tråd med reformens intensjoner er det behov for fortsatt utvikling av lederskapet i spesialisthelsetjenesten. En ytterligere satsing innen leder- og organisasjonsutviklingsområdet er på trappene. En planlegger blant annet en gjennomgang av organisasjonens verdigrunnlag, oppbygging av et langsiktig program for verdibasert ledelse med sikte på å utvikle organisasjonens kultur. Dette understreker at det fundament som hittil er lagt, vil forsterkes og danne grunnlaget for en enda mer fokusert og bevisst satsing på å utvikle lederskapet i Helse Nord. Derigjennom ønsker vi å oppnå en "...effektiv organisasjonsstruktur og verdifokusert organisasjonskultur..." som vi har formulert det i Oppdragsdokumentet 2009.

Avslutning

Lederutvikling og -utdanningstilbudet i Helse Nord består av ulike tilbud på ulike nivå som til sammen tar sikte på å fremstå som et helhetlig lederutviklingstilbud for ledere og medarbeidere som aspirerer til lederutfordringer i Helse Nord.

Det er fortsatt et stykke frem til vi har fått på plass et helhetlig tilbud som vi er helt tilfreds med, men det foregår kontinuerlige utviklingsprosesser på eksisterende tilbud samt utvikling av nye tilbud som beveger oss gradvis i ønsket retning.

En ytterligere satsing innen leder- og organisasjonsutviklingsområdet er nødvendig. En gjennomgang av organisasjonens verdigrunnlag og oppbygging av et langsiktig program for verdibasert ledelse med sikte på å utvikle organisasjonens kultur, må gjennomføres.

Vedlegg:

1. Fagplan Nasjonalt Topplederprogram
2. Nasjonalt Topplederprogram – statistikk
3. Styringsgruppens anbefaling etter evaluering av Nasjonalt Topplederprogram
4. Lederutviklingsprogram 2008 – 2010 – Helse Finnmark
5. Sluttevaluering Helse Master – kull I
6. Helse Master i Helse Nord; innhold, målgruppe og foreløpige resultater.

Styringsgruppen for nasjonale ledelsesutviklingstiltak

**Nasjonalt topplederprogram
for
helseforetakene**

Fagplan

**Godkjent juni 2005
Revidert februar 2006**

1. Hvorfor nasjonalt program

1.1 Utgangspunkt

Helsetjenesten er en av de viktigste bidragsyterne til velferdsstaten. Helseforetakene er blant Norges største virksomheter. De forbruker en relativt stor andel av fellesskapets ressurser og leverer tjenester som er viktige for enkeltmenneskers livsløp og livskvalitet.

Spesialisthelsetjenesten preges av at kunnskapsfronten innen de medisinske fagene er i rask bevegelse. Å sikre fornyelse og kvalitet i tjenesten innenfor de gitte økonomiske rammene, medfører et betydelig behov for kontinuerlig omstilling og endring.

Disse og flere andre forhold gjør det nødvendig å ta styring og ledelse av helseforetakene på alvor. Helseforetakenes posisjon som bærere av viktige verdier i velferdssamfunnet tilsier at det tas et nasjonalt grep om ledelsesutfordringene, ikke for å gjøre all ledelse i sykehus lik, men for å sikre at alle ledere i sykehus jobber mot de samme mål.

Sykehusreformen tydeliggjør behovet for økt satsing på leder- og ledelsesutvikling. Ved utskilling av sykehusene fra forvaltningen og omgjøring til selvstendige foretak, ble sykehusledernes spillerom for utøvelse av lederskap kraftig utvidet, ansvaret ble presisert og det ble koplet myndighet til ansvaret. Sykehusreformen er på mange måter like mye en ansvars- og lederskapsreform som en eierskapsreform.

Anerkjennelsen av behovet for et nasjonalt opplegg for ledelsesutvikling ble nedfelt i i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m., Innst. O nr. 118 (2000-2001), i rapporten Sykehusreformen – noen eierperspektiv (september 2001) og i budsjettproposisjonene i perioden 2003-2005. En styringsgruppe bestående av representanter for de fem regionale helseforetakene fikk i foretaksmøtene januar 2005 i oppdrag å realisere et nasjonalt topplederprogram for kandidater til topplederstillinger i helseforetakene. I utformingen av programmet er det trukket viktig lærdom fra et pilotprogram som ble gjennomført i perioden 2003-2004.

Topplederne i helseforetakene har utfordringer i forhold til tjenestenes innhold og rammebetingelser. Sektoren preges av sterk politisk styring, regulerte inntektsstrømmer, et stort engasjement i lokalmiljøet og et gjensidig avhengighetsforhold til primærhelsetjenesten. Å forstå og ta hensyn til de eksterne rammebetingelsene, er avgjørende for å bli en god toppleder. Internt i helseforetakene møter topplerne krevende utfordringer blant annet på grunn av virksomhetenes størrelse og kompleksitet, kunnskapsintensivitet og dynamikken i den teknologiske utviklingen. De ulike hensyn kommer ofte i konflikt med hverandre, og for å takle dilemmaene kreves både teoretisk, praktisk og personlig innsikt.

Regionale og lokale tiltak vil komme i tillegg til den nasjonale satsningen, og vil være helt nødvendig for å oppnå en tilstrekkelig satsing på leder- og ledelsesutvikling i helseforetakene.

1.2 Programmets særpreget

Det nasjonale topplederprogrammet skal bidra til verdiforankring og til utvikling av et felles sett av kunnskap og ferdigheter hos de fremtidige topplerne i spesialisthelsetjenesten. Gjennom et slikt fellesskap legges det til rette for å sikre en helhetlig helsetjeneste for befolkningen på tvers av regionene.

Programmet bygger på de tre kjerneverdiene kvalitet i prosess og resultat, trygghet for tilgjengelighet og omsorg og respekt i møte med pasienten. Det legges vekt på utvikling og foredling av relevante ferdigheter innen verdibasert, resultatorientert, strategisk, og operativ ledelse.

Utvikling av det personlige lederskapet vil gå som en rød tråd gjennom hele programmet ved at deltakerne kontinuerlig utfordres mht verdigrunnlag og egne kvaliteter og begrensninger i utøvelse av lederskapet. Teori omformes til praktisk kunnskap gjennom debatt, egne presentasjoner, trening, tilbakemeldinger og refleksjon.

Programmet skiller seg spesielt fra andre programmer innen helseledelse ved sitt nasjonale perspektiv og ved en sterk forankring i sektoren. Det vil bli lagt stor vekt på å utvikle deltakernes forståelse av helsetjenestens rolle og plass i samfunnet, inkludert helseforetakenes forhold til omverden lokalt, regionalt og sentralt. RHF-ene styrer programmet i fellesskap gjennom styringsgruppen for nasjonale ledelsesutviklingstiltak, og både rekruttering og oppfølging av deltakerne er godt forankret i helseforetakenes toppledelse. I gjennomføringen av programmet deltar også ressurser fra helseforetakene gjennom å formidle ledelsesutfordringer og –erfaringer som kollegaer i andre helseforetak vil kunne dra nytte av.

2. Målgruppe, opptakskrav og finansiering

2.1 Målgruppe

Målgruppen for toppledeprogrammet er ledere på høyt nivå i helseforetakene som har vist talent for ledelse og som har ambisjoner om en karrierevei innen sykehusledelse.

2.2 Opptakskrav

Deltakeren må ha minst 3 års høyere utdanning og minst 2 års ledererfaring fra sykehus eller erfaring fra overordnet ledelse av sykehus.

Hvert regionalt helseforetak (RHF) er tildelt 6 plasser pr. kull. I tillegg reserveres en plass for deltaker fra den sentrale helseforvaltning. HF-direktøren innstiller til RHF-direktøren som foretar den endelige utvelgelsen. Innstillingen skal inneholde en vurdering av kandidaten og en plan for oppfølging av den enkelte.

2.3 Finansiering

Undervisning, kost og losji og reiseutgifter dekkes av arrangør. Hver enkelt deltaker dekker utgifter til studiemateriell. Til studieturen dekkes reise og overnatting m. frokost. Nødvendig vikarhjelp dekkes av arbeidsgiver.

3. Organisering og arbeidsmåter

Programmet vil bli gjennomført med en kombinasjon av samlinger og hjemmearbeid. Programmet varer i 11 uker, med 6 uker samling og 5 uker hjemmearbeid. I dette inngår personlig utviklingsarbeid, forelesninger, individuelle og kollektive øvelser, ekskursjoner, studietur, litteraturstudier og skriftlig fordypningsoppgave. Deltakeren får permisjon med lønn fra arbeidsgiver i til sammen 11 uker. I tillegg skal det gis permisjon til en to-dagers obligatorisk oppfølgingssamling ca to måneder etter programmets slutt. For at deltakerne skal kunne dra nytte av og yte sitt eget bidrag inn i programmet, forutsettes det at deltakerne blir fritatt for arbeidsoppgaver i eget foretak i hele programperioden.

Programmet vil ha et faglig innhold med solid teoretisk forankring, men vil også sikre internalisering gjennom metoder som fremmer personlig utvikling. Hver enkelt modul vil ta utgangspunkt i sentrale problemstillinger som møter en toppleder. Arbeidsmåtene vil være prosessorienterte og vektlegge øvelser, problemløsning, erfaringsutveksling og forelesninger med refleksjoner. Det er en forutsetning at deltakerne er aktive og tar medansvar for felles læring. Ved hvert kull vil det være tilknyttet fire prosesskonsulenter som følger kullet gjennom hele perioden.

4. Mål

Etter endt utdanning skal deltakerne ha styrket sin evne til å

- vurdere helseforetaket i et samfunnsperspektiv
- angi retning for utvikling og endring i helseforetaket
- levere sykehustjenester som fremmer kvalitet i prosess og resultat, trygghet for tilgjengelighet og omsorg og respekt i møte med pasienten
- og, ikke minst, kunne vurdere egne holdninger, kvaliteter og begrensninger mht å utøve topplederskap i helseforetakene.

5. Innhold

Kurset vil ta utgangspunkt i en toppleders utfordringer og vil på ulike måter omhandle følgende tema:

- Grunnforutsetningene for god ledelse
 - Helsetjenestens verdigrunnlag i teori og praksis
 - Lojalitet
 - Prioritering
 - Ledelse i skjæringspunktet mellom etikk, fag, økonomi og politikk
- Hvordan håndterer jeg de eksterne rammebetingelsene?
 - Helseforetakene i samfunnet – utviklingstrekk og status
 - Sykehusreformen
 - Økonomiske rammebetingelser
 - Helsepolitiske aktører
 - Lokale og sentrale interessegrupper
 - Samhandling med primærhelsetjenesten
 - Strategisk ledelse
 - Strukturendringer og funksjonsfordeling
- Hvordan møter jeg styringsutfordringene?
 - Målstyring
 - Kvalitet og ledelse
 - Fag og ledelse
 - Kompleksitet og styring
 - Økonomistyring
 - Prosessplanlegging
 - Teambygging
 - Endringsledelse
 - Arbeidsgiverrollen
- Hvordan utøver jeg mitt personlige lederskap?
 - Egen lederstil – muligheter og utfordringer
 - Relasjonsledelse
 - Intern kommunikasjon (motivasjon, konflikthåndtering, formidling av ledelsesbudskap, muntlige og skriftlige presentasjoner osv)
 - Ekstern kommunikasjon, inkl. mediatrening

6. Vurdering og tilbakemelding

Deltakerne vil få tilbakemelding på sin innsats og utvikling i topplederprogrammet gjennom

- Prosessarbeid i mindre grupper
- Tilbakemeldinger på egne presentasjoner/innlegg i plenum
- Vurdering av skriftlig og muntlig presentasjon av fordypningsoppgave
”Trekantsamtale” med deltaker, arbeidsgiver og prosesskonsulent etter gjennomført program (frivillig).

Utgangspunktet for vurderinger og tilbakemeldinger vil være de utviklingsmål den enkelte deltaker, sammen med sin overordnede, har definert for deltakelsen samt det den enkelte viser av seg selv gjennom programmet.

7. Litteratur

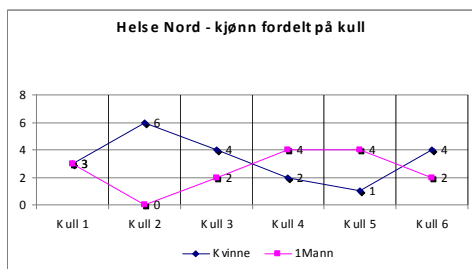
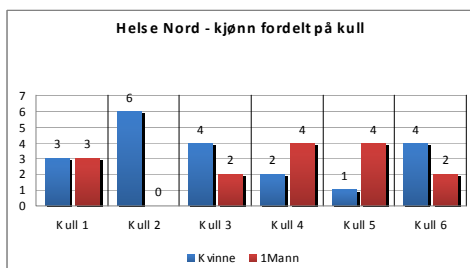
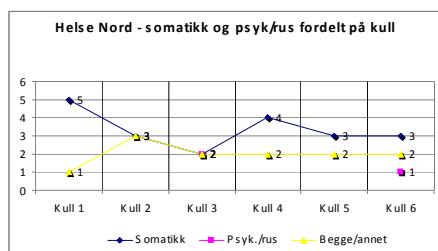
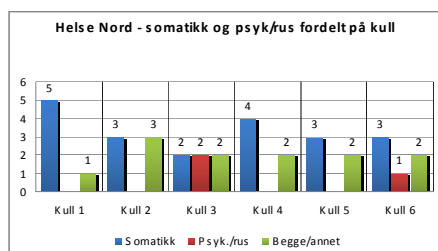
Det vil bli gitt henvisninger til nødvendig litteratur i forbindelse med fordypningsoppgaven. I tillegg vil det bli gitt litteraturhenvisninger til de ulike temaene som berøres i løpet av programmet.

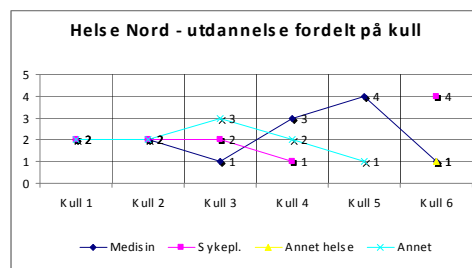
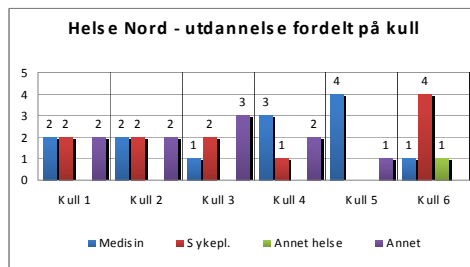
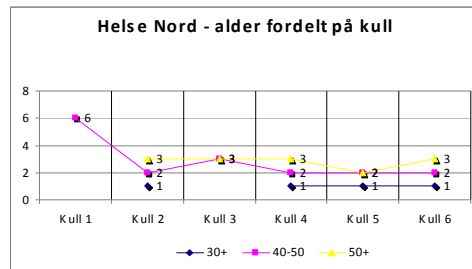
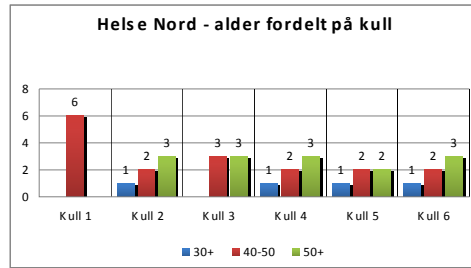
Nasjonalt Topplederprogram – statistikk

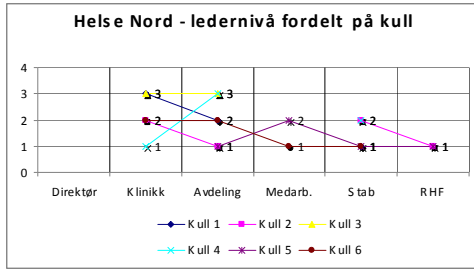
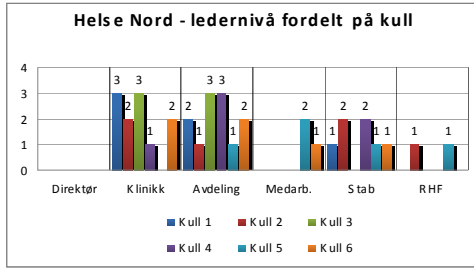
I dette vedlegget har vi presentert noe statistikk for kandidatene fra Helse Nord, de seks første kullene. Det betyr kullene frem til 2009.

Totalt er det 6 kandidater på hvert kull, slik at frem til 2009, har vi fått 36 kandidater gjennom programmet.

De ulike tabeller skal være selvforklarende, slik at det gis ikke ytterligere kommentarer.







Anbefaling etter evaluering av NTP

Til: RHF-direktørene

Fra: Styringsgruppen for nasjonale ledelsesutviklingstiltak

Dato: 25.02.09

Sak: Ekstern evaluering av NTP – anbefalinger

Vi viser til rapporten Evaluering av Nasjonalt topplederprogram for helseforetakene (NTP) av 31.12.08 som ble oversendt til de regionale helseforetakene fra Styringsgruppen for nasjonale ledelsesutviklingstiltak den 26.1.09 sammen med et notat av 20.1.09 om økonomiske forhold.

Styringsgruppen har i møte 9.2.09 behandlet rapporten og vil i det følgende gi noen kommentarer til denne og noen anbefalinger til oppfølging.

1. Om rapportens datagrunnlag

Rapporten svarer i hovedsak på oppdraget, men har noen klare svakheter i datagrunnlaget. Spørreskjemaundersøkelsen gir et solid grunnlag for å trekke konklusjoner vedrørende deltakernes opplevelse av programmet. Rapportens svakeste punkt er det spinkle datagrunnlaget når det gjelder synspunkter fra deltakernes overordnede, HF-direktørene og andre sentrale aktører i spesialisthelsetjenesten.

2. Om rapportens konklusjoner

Rapporten konkluderer med at **NTP i hovedsak oppfylder programmets målsetninger og at disse målsetningene er i tråd med utfordringsbildet for helseledere**, slik departementet definerer dette. Programmet er spesielt sterke på å etablere et helhetlig perspektiv hos lederne og på personlig erkjennelse, begge deler grunnpilarer i programmets profil.

Med det alt overveiende positive evalueringresultatet, vil styringsgruppen **anbefale at NTP videreføres, og at programmets grunnleggende profil fortsatt legges til grunn**. Innenfor denne hoveddrammen, kommenteres rapportens forbedringsforslag nedenfor.

2.1 Forbedringsforslag

Styringsgruppen har spesielt merket seg forslag som kan bidra til å **øke sannsynligheten for varig utbytte av deltakelsen** både for den enkelte og for helseforetaket. Vi mener dette er et kjernepunkt i utviklingen av programmet og ser at foretakene kan ha **spesielt stort behov for utbytte innen planlegging og gjennomføring av endrings- og omstillingstiltak**.

2.1.1 Om erfaringsbasert læring vs teoretisk fokus

Styringsgruppen mener at ambisjonen om varig utbytte best kan realiseres ved å **videreføre og raffinere metodikken erfaringsbasert læring** som allerede i dag er en grunnpilar i programmet.

Metoden kan synliggjøres og rendyrkes gjennom

- **å gjennomgå alle hovedtemaene i programmet med ambisjon om å oppnå enda bedre deltakerinvolvering og læringseffekt**, herunder bør lærdom om endringsprosesser, som i praksis berøres i nesten alle foredrag og i mange av basisgruppeøvelsene, systematiseres og tydeliggjøres
- **å revidere opplegget for fordypningsoppgaven ved at deltakerne får ta med seg en konkret problemstilling fra foretaket inn i programmet**, gjerne i form av et forbedringsprosjekt som utredes og belyses gjennom teori og erfaringsutveksling og følges opp med gjennomføring etter endt program

- **å bedre kvaliteten på de obligatoriske samtaler mellom deltaker og overordnet før og etter programmet**, for eksempel ved å knytte arbeidet med problemstilling fra foretaket til målsettingsnotatet og ellers gjøre målene med deltakelsen mer konkrete og testbare.

Med utgangspunkt i erfaringsbasert læring, **anbefaler styringsgruppen ikke at programmet skifter fokus til et mer teoretisk program**, hvis man med dette mener at forelesninger om teoretiske begreper skal gå på bekostning av erfaringsbaserte innlegg. Mange av deltakerne har allerede ledelsesutdannelse fra universitet eller høyskole, og et 11 ukers kurs vil aldri kunne erstatte slike studier.

Dette er likevel ikke ensbetydende med at programmet ikke skal ha en solid forankring i forskningsbaserte metoder og at man innenfor de gitte hovedtemaene kan belyse erfaring og praksis også fra en teoretisk synsvinkel. **Styringsgruppen er åpen for å knytte til seg mer ledelsesfaglig kompetanse**, for eksempel som en støtte i revisjonen av programmet, men innser at en mer permanent ansettelse vil bety at den økonomiske rammen for programmet må utvides. Styringsgruppen er fornøyd med at ressursbruken til NTP er så vidt lav i forhold til f.eks AFFs Solstrandprogram. For øvrig kan programmets samlede faglige ekspertise styrkes ved at det på sikt knyttes ytterligere lederutviklingsressurser fra foretakene til programmet.

Når det gjelder anbefalingen om å styrke opplæringen i konkret metodebruk, er styringsgruppen i tvil om programmets målgruppe er den rette for slik opplæring. Vi er også i tvil om et nasjonalt program bør være bærer av en spesiell endringsmetodikk, siden foretakene ellers står fritt til å velge sine egne endringsverktøy. **Vi foreslår å opprettholde en mer overordnet tilnærming til endringsledelse**, med vekt på kultur og holdninger, men vil fokusere mer eksplisitt på metodevalgene i de mange casene om endring som blir presentert. Slik vil deltakerne bli kjent med noen hovedretninger innen endringsmetodikk. I tillegg vil deltakerne gjennom et revidert opplegg for fordypningsoppgave, få mulighet til å velge fordypning innen endringsmetodikk.

2.1.2. Rekruttering og programmets omfang

Styringsgruppen anbefaler at det arbeides videre i alle ledd med å sikre riktig rekruttering til NTP. Når det gjelder deltakernes profil, mener vi at vi med noen unntak, holder oss innenfor målgruppen. Ca to av fem fra hhv 2. og 3. linje og en av fem fra stab eller annet, er akseptabelt, men det er viktig å være oppmerksom på evt forskyvning over tid nedover i og utover linjen. **Styringsgruppen anbefaler en øvre aldersgrense på deltakere, for eksempel 60 år.**

Det er viktig å holde stramt på at deltakere på NTP skal være ansatte som allerede har vist stor evne og vilje til ledelse. En observasjon fra praksis er at ledere som er *på vei inn* i en topplederstilling (nivå 2 eller 1), ser ut til å ha spesielt stort utbytte av deltakelse. Det finnes noen eksempler på direkte ”feilsendinger”, men disse er ikke mange, og gjerne knyttet til kandidater som kommer inn i siste liten. Det er derfor viktig at alle regionene har en **gjennomtenkt reserveliste** som man kan plukke fra ved frafall.

Om man ønsker å innta en strengere praksis mht. reelle topplederkandidater, vil forslaget i evalueringsrapporten om å gå ned til ett kull i året kunne ha noe for seg. Da kunne man også vurdere å utvide programmet med 2-3 uker. **Gitt at målgruppen opprettholdes, anbefaler styringsgruppen å opprettholde to kull årlig** og mener at rekrutteringsgrunnlaget fortsatt er stort nok for dette.

Rapportens anbefalinger om rekrutteringsprosedyrene kan bære preg av uvitenhet om styringsgruppens rolle. NTPs programledelse bør ikke ha noe avgjørende ord i rekrutteringen. **Hvert RHF bør bestemme som i dag**, og kan gjerne utøve en noe sterkere styring over den endelige utvelgelsen. Samtidig er det greit at man internt i de ulike HF-ene har ulike prosedyrer for utvelgelse av kandidater. Det viktigste er at **linjen er involvert og at hvert forslag begrunnes fra foretakets ledelse**.

De ovenfor nevnte forslag til tiltak er dimensjonert for å tilpasses dagens ressursrammer for arbeidet med nasjonale ledelsesutviklingstiltak. Om man ønsker å utvikle den nasjonale satsingen med flere tiltak kunne det **etableres et slags nasjonalt senter for ledelse**, og evalueringsrapporten kunne være en anledning til å blåse liv i denne ideen. Et senter med utvidet aktivitet ville i tillegg gjøre nasjonal ledessatsing som eivirkemiddel mer robust både personellmessig og faglig.

Eksempler på aktiviteter som kunne tilbys i tillegg til det ”tradisjonelle” topplederprogrammet er tiltak innen endringsledelse, operasjonalisere kjerneverdiene i ulike kursopplegg (kvalitet, trygghet, respekt) og evt. mer skreddersydde program tilpasset ny politikk eller nye behov.

Styringsgruppen mener det er en forutsetning for lykkes med et evt. nasjonalt senter at man opprettholder den nære tilknytningen til RHF-ene. En god forankring i sektoren gir store gevinster i forhold til bl.a. relevans og rekruttering, som det vil koste mye markedsføring og tilleggsressurser å få like bra.

3. Anbefalinger

Styringsgruppen anbefaler at

- 1) NTP videreføres med programmets grunnleggende profil som utgangspunkt
- 2) det gjennomføres tiltak for å sikre varig utbytte av deltakelsen, spesielt innen endring og omstilling, herunder
 - i) gjennomgå alle hovedtemaene i programmet med ambisjon om å oppnå enda bedre deltakerinvolvering og læringseffekt
 - ii) revidere opplegget for fordypningsoppgaven ved at deltakerne får ta med seg en konkret problemstilling fra foretaket inn i programmet
 - iii) bedre kvaliteten på den obligatoriske samtalen mellom deltaker og overordnet før og etter programmet
- 3) staben ved NTP suppleres med ledelsesfaglig kompetanse, og det settes av tilleggsressurser til dette.
- 4) RHF-ene opprettholder kontrollen med rekruttering av sine egne som i dag, og arbeider videre med å sikre riktig rekruttering til NTP, herunder
 - i) holde stramt på at deltakere på NTP skal være ansatte som allerede har vist stor evne og vilje til ledelse
 - ii) kreve at linjen i HF-ene er involvert og at hvert forslag begrunnes fra foretakets ledelse
 - iii) innføre en øvre aldersgrense for deltakelse på 60 år
 - iv) sørge for at alle regionene har en klarert reserveliste
- 5) to kull årlig opprettholdes (gitt at målgruppen videreføres)
- 6) styringsgruppen utreder behov for utvidede oppgaver og dannelse av et mer permanent nasjonalt senter for ledelse.

Lederutviklingsprogram 2008-2010 – Helse Finnmark

Målgruppe

Programmet retter seg mot alle med lederansvar både i kliniske, merkantile og andre funksjoner. Programmet skal passe både for nye ledere og erfarne ledere, fordi programmet søker å møte den enkelte i sin hverdag. Antall deltakere på hvert program er 21 stk.

Målgruppen er avdelingsoverleger, avdelingssjefer/avdelingsledere og avdelingssykepleiere i foretaket.

Ramme

Programmet er basert på 4 samlinger av 2 dagers varighet. Mellom hver samling skal deltakerne gjennomføre tiltak knyttet til eget lederskap.

Kostnader

Direktøren dekker direkte kostnader knyttet til utvikling og gjennomføring av programkonseptet (materiell, pensumbok), samlingene på hotell, innleide forelesere, samt reise og opphold på kurssted. Det avsettes ikke ressurser til avdelingene så disse må selv sørge for tilstrekkelig bemanning innenfor eget budsjett.

Samlinger

4 samlinger á 2 dager. Det skal gjennomføres en evaluering etter hver samling.

Samlinger	Tidspunkt
Samling 1	Februar
Samling 2	April
Samling 3	September
Samling 4	November

Case

Etter 2. og 3. samling vil deltakerne få utlevert en case som de skal løse parvis. Disse skal innleveres med 2 ukers frist før neste samling. Ved samling 3 og 4 vil det legges opp til fremlegg av 5 besvarelser slik at alle deltakerne vil måtte presentere eget arbeid i løpet av programmet. Fremlegget beregnes til 10 min pr presentasjon.

Basisgrupper

Til programmet tas det opp 21 deltakere. Storgruppen deles inn i grupper á 7 deltakere. Basisgruppene har de samme medlemmene gjennom hele programmet. Basisgruppene er en arena for erfaringsbasert læring. Basisgruppene er også en arena for å diskutere/få en tilbakemelding på egen ledergjerning. På samlingene foregår det meste av prosessarbeidet i gruppene. Storgruppen brukes til faglige forelesninger, debatter og oppsummeringer.

Arbeidsgruppe

Består av 4 deltakere. Ny arbeidsgruppe er under etablering. Foreløpig består den av Liss Heidi Pettersen, Marianne Sivertsen Næss og Violet K. Bjørgve (faglig ansvarlig).

PROGRAM

Før deltakerne møter til 1 samling skal de ha gjort følgende forberedelser;

- Skrive et notat om seg selv som leder og velge seg et lederprosjekt basert på utfordringer en opplever i egne lederrolle.

1. samling	Perspektiver på ledelse og utfordringer
▪	Virksomhetens verdier, mål og rammer - Ledelsesmessige utfordringer.
▪	Helse Nord, styringsstrukturer
▪	Hovedvernombud, tillitsvalgte, vernetjenesten
▪	Ledesperspektivet
▪	Innføring 360° test
Forslag: foredragsholdere: Eva Håheim Pedersen / Helse Nord RHF Ekstern foreleser innenfor nyere lederskapsteori og verdibasert ledelse: Olav Daae v/Høgskolen i Harstad	

Mellomperiode 1

Gruppene får en mindre oppgave som de skal forberede til neste samling. Hver deltaker får en individuell oppgave knyttet til eget lederskap og rolleforventninger. Gjennomføring av 360° lederevaluering.

2. samling	Det personlige lederskap.
▪	360° test – lederstilindikator. Forteller noe om din egen opplevelse av deg i rollen som leder i forhold til andres opplevelse av deg som leder
▪	Personlighet og ledelse (selvinnsikt og utvikling av andre) <ul style="list-style-type: none">○ Det personlige lederskapet
▪	Case: det personlige lederskapet og egen lederrolle
Forslag: foredragsholdere: Berit Irene Antonsen v/UNN. Ekstern foreleser: ?	

Mellomperiode 2

Gruppene får en case som de skal løse til neste samling.

3. samling	Endringsledelse – har jeg handlekraft og endringsvilje?
▪	Trekk ved organisasjoners <ul style="list-style-type: none">○ Formelle elementer; strategi, struktur og systemer○ Uformelle elementer; kultur og maktforhold
▪	Kultur for endring; handlekraft og endringsvilje
▪	Endringsprosessen – en oversettelsesprosess <ul style="list-style-type: none">○ årsaker til motstand○ den positive motstanden○ endringsutfall
Foredragsholdere: , Dag Ingvar Jacobsen v/Universitetet i Agder	

Mellomperiode 3

Gruppene får en case som de skal løse til neste samling.

4. samling	Kommunikasjon og ledelse
	<ul style="list-style-type: none">▪ Bevissthet rundt eget omdømme (verdier+atferd+kultur = omdømme) Organisatorisk omdømme: hvordan intern selvforståelse og ønsket omdømme legger føringer på de utadvendte sidene.
	<ul style="list-style-type: none">▪ Informasjon og kommunikasjon Medias rolle
	<ul style="list-style-type: none">▪ Case: Hvordan internt bli bevisst eget omdømme og hvordan kommunisere internt og eksternt?
Forslag foredragsholdere: Arild Wæraas v/Universitetet i Tromsø. Journalist ? Egne ressurser: Marit Kvarum	

Oppfølging

Det gis mulighet til å arrangere en årlig samling etter at programmet er avsluttet. Dette må gruppene selv arrangere og finansiere av egen budsjett. Dersom det er ønskelig å bruke ekstern foreleser til samlingen så vil foretaket dekke en ekstern foredragsholder.

Sluttevaluering helsemasteren – kull I

I hvilken grad har dine forventninger til det faglige innholdet blitt innfridd i følgende tema:	Liten grad				Stor grad
1. Helseøkonomi			1	4	7
2. Finansiering og resultatmåling			2	4	6
3. Etikk og ledelse			1	5	6
4. Økonomi og aktivitetsstyring				5	7
5. Ledelse av ekspertorganisasjoner			1	5	6
6. Endring og endringsledelse		1	3	4	4

I hvilken grad mener du at du har fått innsikt i følgende områder:	Liten grad				Stor grad
1. Samspill mellom politikk, administrasjon og fag				6	5
2. Rammvilkår for utøvelse av ledelse			3	4	5
3. Økonomistyring internt i sykehuset			3	5	4
4. Økonomiske rammer for spesialisthelsetjenesten		1		4	6
5. Reformert i offentlig sektor			1	3	8
6. Helsereitt		2	2	6	2
7. Prioriteringsproblemer i helsesektoren			2	7	3

I hvilken grad er du enig i følgende utsagn:	Svært enig	Enig	Uenig	Svært uenig
1. Jeg har lært nok om ledesspørsmål		8	3	
2. Jeg har fått nok innsikt i økonomiske problemstillinger	2	8	1	
3. Jeg har lært tilstrekkelig mye om organisering av helsesektoren	5	6		
4. Jeg har fått mer tillitt til mine egne muligheter for å utøve ledelse gjennom studiet	5	5	1	
5. Jeg har personlig hatt stort utbytte av studiet	11			
6. Jeg har utviklet meg positivt som leder gjennom studiet	4	6		
7. Den sosiale delen av studiet har vært viktig for min egen læring	3	7	1	
8. Det er viktige tema som ikke har vært tatt opp under studiet	1	5	4	1
9. Studiet burde vært organisert på andre måter		1	5	3

Kommentarer:

Til punkt 8) – (Det er viktige tema som ikke har vært tatt opp under studiet) Eventuelt hvilke tema:

- Lederutvikling
- Mer innovasjon i siste modul
- Personlig lederutvikling
- Utfordringer og problemstillinger knyttet til psykisk helsevern

Til punkt 9) – (Studiet burde vært organisert på andre måter) – Begrunn eventuelt dette:

- Begynne med organisasjonsteori

Gi eventuelle kommentarer her som gjelder gjennomføringen av studiet fra oppstart og til avslutning 1. desember 2006.

- Meget lærerikt, nyttig og ganske utfordrende. Krever nok mer arbeidsinnsats enn jeg hadde forventet på forhånd. Det sosiale har fungert over all forventning, tross betydelige forskjeller i bakgrunn. Særdeles godt utvalgte forelesere, - jeg er imponert over arbeidet som er lagt ned i planleggingen og organiseringen.
- Kjempefornøyd med alt. Har ikke lært nok og det betyr at jeg kan tenke meg å lære mer. Det samme gjelder innsikt i økonomiske problemstillinger.
- Mulig at rekkefølgen på de ulike modulene burde vært stokket om. Eks. siste samling kunne kanskje vært "etikk".
- Jeg er svært fornøyd
- Enkelt personer virker å ha hatt større innflytelse enn andre i opplegg og regi.

Helse Master i Helse Nord;

Innhold, målgruppe og foreløpige resultater.

Innhold

Masterprogrammet er bygget opp med 6 moduler på 10 studiepoeng og med påfølgende masteroppgave med følgende faglige sammensetning:

	Studiepoeng	Hovedtema pr modul
Modul 1	10	Samfunnsøkonomi og finansieringssystem – helseøkonomi – kost- nytte – NPM mv
Modul 2	10	Rammebetingelsene for helsesektoren – helheten og de ulike rollene. Ledelse av ekspertorganisasjoner – kunnskapsorganisasjoner – profesjonsorganisasjoner
Modul 3	10	Organisasjon – kultur – struktur – innovasjon og prestasjonsutvikling
Modul 4	10	Etikk og ledelse i helsesektoren – etiske dilemmaer mv Prioriteringer
Modul 5	10	Virksomhetsstyring og økonomistyring
Modul 6	10	Medisinsk utvikling – medisinsk statistikk, epidemiologi og metodevurdering
Masteroppgave	30	Oppgaven som et selvstendig arbeid, inkludert nødvendig opplegg rundt forskningsmetodikk og vitenskapsfilosofi

Målgruppe

Deltakere på studiet er 25 - 30 ledere i helseforetakene, fortrinnsvis kliniske ledere og med vekt på å få med legeledere. Opptak skjer i samarbeid mellom partene, men helseforetakene har et sentralt rekrutteringsansvar. Opplegget skal sikre at det ivaretas en målsetting om en kulturskapende dimensjonen ved å kjøre et felles løp for studentene. Ressursmessig vil det også være mest effektivt. Dvs at det vil ikke være avgjørende at det gis et bredt og variert studietilbud. Det er viktigere å skape "klasseeffekt" og kulturbygging rundt dette innenfor et kvalitativt godt opplegg med relevant innhold mht lederhverdagen.

Forutsetningen er at det teoretiske stoffet må kunne anvendes i egen praksis for dermed å komme til nytte for både avdelingen og sykehuset, og helseregionen som helhet. Prosjekter underveis og masteroppgavene bør fortrinnsvis ta utgangspunkt i "dagsaktuelle utfordringer" og det teoretiske stoffet må kunne anvendes til å analysere en relevant problemstilling. På denne måten vil teorien bli knyttet til og anvendt på egen ledersituasjon og kunne komme til direkte nytte både for den enkelte leder og Helse Nord.

Opptak og gjennomføring

Følgende resultater har vi så langt for de to kullene med mastere.

Helseforetak	Kull I		Kull II		Sum	
	15 kv	12 m	15 kv	12 m	30 kv	24 m
Helgelandssykehuset:	2		2		4	
Nordlandssykehuset	9		5 + 1		15	
Hålogalandssykehuset	3		-		3	
Universitetssykehuset	8		14		22	
Helse Finnmark	3		2		5	
Helse Nord RHF	2		2		4	
Norsk Luftambulans			1		1	
Sum	27		27		54	

Oppsummering for kull I; totalt 27 studenter - 15 kvinner og 12 menn (i tillegg var det 2 studenter som startet men falt fra ila første semester, 1 kv og 1 mann)

Av de 27 har alle 27 fullført studiet og levert masteroppgave. De 3 siste leverte ved årsskifte 2008/2009.

I **vedlegg 5** presenteres en sluttevaluering som Handels Høgskolen i Bodø fikk gjort etter det første kullet.

Oppsummering for kull II: 27 studenter - 15 kvinner og 12 menn (i tillegg har 1 student falt fra ila første semester pga sykdom). Siden utdanningen ikke er ferdig, har vi ikke fått endelige resultater på gjennomføring, men så langt har alle levert og bestått de første 5 av 6 paper. Siste paper før start med Masteroppgaven, leveres 02. juni.

Saksbehandler: diverse

STYRESAK 61-2009 REFERATSAKER

Møtedato: 22. juni 2009

Vedlagt oversendes kopi av følgende:

1. E-post av 20. mai 2009 fra Landsforeningen for Polioskadde, lag for Troms og Nordland med uttalelse ad. oppfølgingskontroller og rehabiliteringstilbud i helseregion Nord
2. Brev av 13. mai 2009 fra Arbeidstilsynet til Helse Finnmark HF ad. lukking av pålegg av 28. mai 2008
Brevet er unntatt off., jf. Offl. § 13.1.
3. Brev av 20. mai 2009 fra Helsetilsynet i Finnmark ad. tilsynssak mot NN
Brevet er unntatt off., jf. Offl. § 13.1.
4. Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, den 29. april 2009
5. Brev av 28. april 2009 fra Arbeidstilsynet til Helgelandssykehuset HF ad. vedtak om pålegg – God Vakt!

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, den 12. juni 2009

Lars Vorland
Adm. direktør

Saksbehandler:

STYRESAK 61-2009/1

**E-POST AV 20. MAI 2009 FRA LANDSFORENINGEN
FOR POLIOSKADDE, LAG FOR TROMS OG
NORDLAND MED UTTALELSE AD.
OPPFØLGINGSKONTROLLER OG
REHABILITERINGSTILBUD I HELSEREGION NORD**

Møtedato: 22. juni 2009

Se vedlagt kopi.

Postmottak Helse Nord

Fra: Leif Erik Storø TLFPS [myleif@bluezone.no]
Sendt: 20. mai 2009 01:44
Til: Postmottak Helse Nord
Kopi: Trygve Stenvik; Stein Johnsen; Roald Wikran
Emne: OPPFØLGINGSKONTROLLER OG REHABILITERINGSTILBUD FOR POLIOSKADDE I
 HELSEREGION NORD
Vedlegg: Brev til Helse Nord mai 09-KF.doc

Hei!

Jeg sender over en uttalelse til Helse Nord v/fagdirektør Jan Norum og Styret i Helse Nord, fra Nordland og Troms lag for polioskadde under LFPS, Landsforeningen For Polioskadde.

Kopi går til LFPS ved Stein Johnsen og Trygve Stenvik, og til NHF Nord Norge ved Roald Wikran.

Med vennlig hilsen Leif Erik Storø, leder for Troms lag for polioskadde.

PS: Ønsker tilbakemelding på at e-post melding er mottatt og at den kan bringes videre til adressat.

HELSE ●●● NORD RHF
Arkivsaksnr.: 200800115 - 60
Jour.dato: 25 MAI 2009
Arkivnr.: 327
Saksbeh.: LI

Kopi: LHV, JW, LI?

Til
Helse Nord v/fagdirektør Jan Norum
og Styret i Helse Nord

VEDR. OPPFØLGINGSKONTROLLER OG REHABILITERINGSTILBUD FOR POLIOSKADDE I HELSEREGION NORD

Behandling og oppfølging av Seinskader etter poliomyelitt er lite kjent blant fastleger, fysioterapeuter og annet helsepersonell i og utenfor sykehusene i Helse Nord. Dette på tross av at poliioskadde er den største diagnosegruppen innen NHF.

- Etter diagnostisering av seinskader, føler de fleste behov for oppfølgingskontroller i spesialisthelsetjenesten. Dette var tidligere prioritert som satsingsområde for FMR/UNN, men ble nedprioritert på grunn av budsjettinnskrenkninger. – Behovet er absolutt til stede, ikke minst fordi kunnskaper om og forståelse av seinskader etter polio er lite kjent blant helsepersonell generelt i vår region.
- Valnesfjord Helsesportssenter er tildelt oppgaven med å gi rehabiliterings- og opptreningstilbud for oss. Når vi søker om treningsopphold, får vi tilbakemeldinger om at vi ikke er en prioritert diagnosegruppe, og at ventetiden er lang. De vil heller ikke ta oss inn i poliogruppe slik de tidligere har gjort.
- Poliioskadde som er "friske nok" til å få behandlingsreise, håper i beste fall å få behandlingsreise hvert annet år. Det skjer ofte store endringer i mellomtiden, og slitasjene øker både fysisk og psykisk.
- Poliioskadde som ikke er "kvalifisert" for behandlingsreise (i forhold til Rikshospitalets kriterier), står nær sagt uten behandlingstilbud. Dette avgrenses blant annet av antall rullestoler flyene aksepterer, hvorvidt den poliioskadde er avhengig av bistand til daglige aktiviteter osv.

Helsedirektoratet har satsset sterkt på å få utarbeidet kompetanse på rehabilitering, og har fått utarbeidet "Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet i forebygging og behandling". (<http://www.helsedirektoratet.no/fysiskaktivitet/aktivitetshandboken/>). Boken er utsendt til alle landets leger, og omtaler også seinskader etter polio. Vi håper denne boken kan bidra til at flere poliioskadde blir utredet, da det antas å være store mørketall med udiagnostiserte polioseinskader i regionen.

Poliioskadde bor spredt i helseregionen, avstandene er lange og kostbare, og det er vanskelig å finne naturlige møteplasser for utveksling og erfaring, og ikke minst – bli forstått av andre. Seinskader er heller ikke kjent i den allmenne befolkningen, og vi får derfor i liten grad dekket våre behov for gjenkjennelse, anerkjennelse og støtte. Derfor er kontinuitet i utredning, oppfølging og behandling så viktig for å kunne få vurdert endringene som skjer i helsetilstanden, trene opp og vedlikeholde funksjoner, og forebygge mot overbelastninger.

På bakgrunn av dette, ber vi Helse Nord om å satse sterkere for et bedre oppfølgings- og opptreningstilbud for polioskadde i regionen, og vil gjerne samarbeide om utforming av et mer helhetlig og bedre tilbud. Det er kun i spesialisthelsetjenesten (FMR/UNN og Valnesfjord Helsecenter) at kunnskapene om seinskader er tilgjengelige.

For LFPS Nordland og LFPS Troms

Gunnar Olsen
Leder LFPS Nordland

Leif-Erik Storø
Leder LFPS Troms

Kopi:
Hovedstyret i LFPS

Saksbehandler:

STYRESAK 61-2009/2

**BREV AV 13. MAI 2009 FRA ARBEIDSTILSYNET TIL
HELSE FINNMARK HF AD. LUKKING AV PÅLEGG AV
28. MAI 2008**

Brevet er unntatt off., jf. Offl. § 13.1.

Møtedato: 22. juni 2009

Saksbehandler:

STYRESAK 61-2009/3

**BREV AV 20. MAI 2009 FRA HELSETILSYNET I
FINNMARK AD. TILSYNSSAK MOT NN**

Brevet er unntatt off., jf. Offl. § 13.1.

Møtedato: 22. juni 2009

Saksbehandler:

STYRESAK 61-2009/4

**PROTOKOLL FRA MØTE I REGIONALT
BRUKERUTVALG, DEN 29. APRIL 2009**

Møtedato: 22. juni 2009

Se vedlagt kopi.

Adresseliste

PROTOKOLL - MØTE I REGIONALT BRUKERUTVALG 29.04.2009

Regionalt brukerutvalg, Helse Nord avholdt møte 29.04. 2009 på Rica hotell, Bodø
Kl. 13.00 – 14.30

Tilstede:

Sissel brufors Jensen, FFO Nordland, leder
Ragnar Moan, RIO Nord, nestleder
Mildrid Pedersen, FFO Troms
Asle Sletten, FFO Troms
Arnfinn Sarilla, FFO Finnmark
Ragnvald Mortensen, FFO Nordland
Ernly Eriksen, SAFO
Ernst Eidem, Fylkeseldrerådet, vara for Turid Gaarder

Arnborg Ramsvik, Helse Nord RHF

Meldt forfall: Turid Gaarder, Fylkeseldrerådet

Ragnvald Mortensen, FFO Nordland fratradte møtet kl. 13.50

Saksliste:

Sak 15 / 2009: Innkalling og godkjenning av saksliste

Sak 16 / 2009: Godkjenning av protokoll fra møte 11.02.09

Sak 17 / 2009: Styresaker

Sak 18 / 2009: Orienteringssaker

Sak 19 / 2009: Oppsummering av Brukerkonferansen 2009

Sak 20 / 2009: Eventuelt

Sak 15 / 2009: Innkalling og godkjenning av saksliste

Til eventuelt:

1. Punkt. 5 styresak 34-2009, styremøte 22.04.09

Vedtak: Innkalling og saksliste godkjent

Sak 16 / 2009: Godkjenning av protokoll fra møte 11.02.09

Vedtak: Protokoll fra møte 11.02.2009 godkjent

Sak 17 / 2009: Styresaker

Det ble ikke orientert om noen styresaker i dette møtet. Gjennomgang av kommende styresaker i neste møte.

Ambulansesebåt, Helgeland kan være sak av interesse for RBU.

Byggesaker kan være saker av interesse for RBU

Vedtak: RBU påpeker viktigheten av at brukerne kommer tidlig inn i prosessen ved planlegging av bygningsmessig art.

Sak 18 / 2009: Orienteringssaker

1. RBU's hørings svar på forskningsstrategien

Vedtak : tatt til orientering

2. Referat fr Brukerutvalget på UNN HF.

RBU savner referat fra de øvrige HFenes brukerutvalg. Brukerutvalgene oppfordres til å melde saker de ønskes løftet, til RBU

Vedtak: Referat BU, UNN HF tatt til orientering.

RBU sender henstilling om å motta protokoll fra de øvrige HF's brukerutvalg.

3. Styresak 21-2009: Parkeringsforhold ved sykehusene i Helse Nord

Vedtak: tatt til orientering

4. Tilbakemelding på sak 14 / 2009: Rio Nord bekymringsmelding vedr. NAV pasientformidling / HELFO

HELFO Pasientformidling het tidligere NAV Pasientformidling. HELFO er en forkortelse for Helseøkonomiforvaltningen.

HELFO og dermed HELFO Pasientformidling har gått ut av NAV og er en egen enhet. De sorterer nå under Helsedirektoratet. Resten av NAV sorterer under Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Til opplysning er HELFO fremdeles plassert under NAV sine nettsider.

Konkret i forhold til spørsmålene om kjøp av behandlingsplasser v/ fristbrudd for pasienter som har blitt henvist til spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk og Helse Nord sitt ansvar for kvalitetssikring med mer:

HELFO Pasientformidling har egne avtaler med rusbehandlingsinstitusjoner helt uavhengig av Helse Nord. Med andre ord er ikke kjøp av slike fristbruddplasser noe Helse Nord har kontroll over eller ansvar for.

Den riktige plassen å sende henvendelser om dette blir dermed:

HELFO Pasientformidling

Postadresse: Serviceboks 1412, 1602 Fredrikstad

Alternativt kan henvendelser også rettes direkte til Helsedirektoratet, som er overordnet myndighet.

Sak 19 / 2009: Oppsummering av Brukerkonferansen 2009

Underveis i Brukerkonferansen kommet mange gode tilbakemeldinger. Spesielt er det gitt tilbakemelding på svært gode faglige foredrag fra Helse Nord RHF. En så det positive i å legge konferansen til Bodø for dermed lettere å ha tilgang på foredragsholdere fra RHFet.

Brukerprisen 2009 utdelt for første gang. Prisen gikk til Birgit Granhaug, Mo i Rana.

Sak 20 / 2009: Eventuelt

1. Punkt. 5 styresak 34-2009, styremøte 22.04.09

34-2009, p. 5: Foretakene må samarbeide med ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten i utarbeidelsen, gjennomføring og oppfølging av omstillingstiltakene. Det må gjennomføres konsekvensanalyser av omstillingstiltakene i fht. pasienttilbud og ansattes arbeidsmiljø, og det skal være forutsigbarhet og ryddighet i prosessene.

Vedtak: RBU ber om at brukermedvirkning også tas med som en naturlig del av omorganiseringen.

Saksbehandler:

STYRESAK 61-2009/5

**BREV AV 28. APRIL 2009 FRA ARBEIDSTILSYNET TIL
HELGELANDSSYKEHUSET HF AD. VEDTAK OM
PÅLEGG – GOD VAKT!**

Møtedato: 22. juni 2009

Se vedlagt kopi.



Arbeidstilsynet

VÅR DATO
28.04.2009

VÅR REFERANSE
2008/36383 37588/2009

DERES DATO

DERES REFERANSE

HELSE	000	MONS	1	VÅR SAKSBEHANDLER Aif Brattereg tlf 950 55 551
Arkivsak nr.	200800157 - 3			
Utdato:	08 JUN 2009			
Arkivnr.	302			
Saksnr.	GBAA			

Helgelandssykehuset
Foretaksledelsen
8607 Mo i Rana

KOPI

Kopi: LHV, U7

VEDTAK OM PÅLEGG - GOD VAKT!

Det vises til varsel om pålegg av 12.11.2008, samt til foretakets tilbakemelding av 19.12.2008. Vi vil sterkt beklage at det på grunn av interne forhold har tatt lang tid å gjennomføre den videre behandlingen av saken.

Begrunnelse for pålegg

I sitt tilsvarende aksepterer foretaket de beskrivelsene som ligger til grunn for de varslede påleggene:

1. Til det varslede pålegget, deltakelse i helse-, miljø og sikkerhetsarbeidet fra legene, anfører foretaket at ingen utelukkes fra å delta i de fora hvor arbeidsmiljøet diskuteres, men at de ansatte selv må ta initiativ til å frigjøre seg fra andre oppgaver for å delta. Arbeidstilsynet vil til dette nevne at det er arbeidsgivers plikt å sørge for at helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet fungerer på arbeidsplassen, jf arbeidsmiljøloven § 2-1. Samtidig har alle arbeidstakere plikt til å medvirke ved utforming, gjennomføring og oppfølging av det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, jf arbeidsmiljøloven § 2-3. Arbeidsgiver må derfor sørge for å gjøre de organisatoriske endringer som er nødvendig både for å tilrettelegge for deltakelse og for å pålegge deltakelse fra alle yrkesgrupper i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet.
2. Til det varslede pålegget om å sørge for å gi ansatte opplæring i det databaserte avvikssystemet (DocMap) anfører foretaket at det er gjort et omfattende arbeid for å sette de ansatte i stand til å håndtere systemet, men at det gis tilbakemeldinger på at ansatte fremdeles føler seg usikker. Kvalitetsleder arbeider derfor med nye metoder som en håper skal endre situasjonen til det bedre. Arbeidstilsynet verdsetter det arbeidet som gjøres for å bedre situasjonen, men velger allikevel å opprettholde pålegget.

Pålegg

Arbeidstilsynet har hjemmel til å gi pålegg og til å sette vilkår i arbeidsmiljøloven § 18-6 første og sjettede ledd. På bakgrunn av det ovennevnte gis det følgende pålegg:

1. Delaktighet fra alle yrkesgrupper

Virksomheten må iverksette tiltak slik at legene får delta i møtearenaer felles med andre yrkesgrupper, for å sikre dialog og samarbeid, jf. forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften) § 5 andre ledd nr. 2. Dette er viktig for at arbeidstakerne skal kunne delta i utøvelsen av internkontroll slik internkontrollforskriften stiller krav om i § 4, andre ledd.

Forslag til frist for gjennomføring: 1. oktober 2009

POSTADRESSE
Postboks 343
9305 Finnes
Norge

E-POST
nord-norge@arbeidstilsynet.no
INTERNETT
www.arbeidstilsynet.no

TELEFON
81 54 82 22
TELEFAKS
77 85 01 21

ORGANISASJONSNR
974771713



Vilkår: Pålegget anses som oppfylt når Arbeidstilsynet har mottatt en skriftlig redegjørelse for hvordan pålegget er oppfylt og referat som viser at pålegget er blitt behandlet i foretakets arbeidsmiljøutvalg. Dersom hovedverneombudets oppfatning avviker fra arbeidsgivers, skal vi gjøres kjent med dette.

2. Avvikssystem

Virksomheten må gjøre tiltak for å gi ansatte opplæring i databasert avvikssystem (DocMap), jf. forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften) § 5 andre ledd nr. 2. Dette er viktig for at arbeidstakerne skal kunne delta i utøvelsen av internkontroll slik internkontrollforskriften stiller krav til i § 4, 2. ledd.

Forslag til frist for gjennomføring: 1. oktober 2009

Vilkår: Pålegget anses som oppfylt når Arbeidstilsynet har mottatt en skriftlig redegjørelse for hvordan pålegget er oppfylt og referat som viser at pålegget er blitt behandlet i foretakets arbeidsmiljøutvalg. Dersom hovedverneombudets oppfatning avviker fra arbeidsgivers, skal vi gjøres kjent med dette.

Mulige konsekvenser av at påleggene ikke oppfylles innen fristen

Hvis Arbeidstilsynet ikke har mottatt skriftlig tilbakemelding om at pålegget er oppfylt innen fastsatt frist, kan Arbeidstilsynet ilegge en løpende tvangsmulkt eller engangsmulkt, jf. arbeidsmiljøloven § 18-7. Arbeidstilsynet kan også helt eller delvis stanse virksomhetens aktiviteter inntil pålegget er etterkommet, jf. arbeidsmiljøloven § 18-8.

Klagerett

Vedtaket kan påklages etter forvaltningsloven § 28. Fristen for å klage er tre uker fra mottak av dette brevet. Direktoratet for arbeidstilsynet er klageinstans. Klagen skal sendes Arbeidstilsynet Nord-Norge. For nærmere fremgangsmåte ved klage, vises det til vedlagte orientering.

Orientering til verneombud/ ansattes representant

Etter arbeidsmiljøloven §§ 6-2 sjette ledd og 18-6 åttende ledd skal verneombudet, eventuelt tillitsvalgte og ansattes representanter gjøres kjent med de pålegg som gis. Kopi av vedtaket er vedlagt.

Med hilsen
Arbeidstilsynet Nord-Norge

Roy Nordfonn
tilsynsleder
(sign.)

Alf Bratteng
seniorinspektør
(sign.)

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



Kopi til:

Hovedverneombud Jim Roger Fagerdahl, Postboks 613

Helgelandssykehuset

Helse Nord RHF

Fylkesmannen i Nordland, asvd. Helse

Hovedtillitsvalgte i Helgelandssykehuset

(distribueres av foretaket selv)

8801 Sandnessjøen

8032 Bodø

8002 Bodø

Vedlegg: Melding om rett til å klage over forvaltningsvedtak

Saksbehandler: Karin Paulke, tlf. 75 51 29 36

STYRESAK 62-2009 EVENTUELT

Møtedato: 22. juni 2009

STYRESAK 60-2009/4**TILSYN AV STRÅLEVERNET VED
NORDLANDSSYKEHUSET HF,
JF. STYRESAK 47-2009/6 REFERATSAKER**
Sakspapirene ble ettersendt.

Møtedato: 22. juni 2009

Det vises til *styresak 47-2009/6 Referatsaker*, hvor styret ba adm. direktør om tilbakemelding på status i Nordlandssykehuset HF's oppfølging av rapporten fra Statens Stråleverns rapport.

Denne saken er en orientering om handlings-/fremdriftsplan for å lukke avvik og anmerkninger etter tilsyn fra Statens strålevern i Nordlandssykehuset Bodø og Lofoten i perioden 20. til 22. april 2009

Oppsummert fra tilsynet

Tilsynet avdekket ti avvik og det ble gitt fem anmerkninger til forbedring.

Oversikt over avvik

1. Virksomheten har ikke en organisasjon som ivaretar strålevern og strålebruk.
2. Virksomheten mangler et system for systematisk opplæring i strålevern, strålebruk og apparatspesifikk opplæring.
3. Virksomheten kunne ikke dokumentere at bygningsmessig skjerming av rom og merking av arbeidsplass med røntgenundersøkelser var tilfredsstillende for å ivareta dosegrensene.
4. Virksomheten har ikke kalibrert verifisert doseangivende system på diverse røntgenapparat.
5. Virksomheten har ikke fulgt opp de respektive dosene som overskred de nasjonale referanseverdiene. Virksomheten har ikke etablert representative doser for samtlige typiske røntgendiagnostiske undersøkelser.
6. Virksomheten kunne ikke dokumentere at sykepleiere som betjente fastmontert angiografi apparat i forbindelse med biventrikulær pacemakerinnleggelse hadde tilsvarende kunnskap om strålebruk og strålevern som en radiograf.
7. Virksomheten overholdt ikke kravet om persondosimetri for alle ansatte som arbeidet i kontrollert og/eller overvåket område.
8. Virksomheten har ikke fulgt opp gjentakende høye personaldoser.
9. Virksomheten utførte ikke fortløpende dosemonitorering ved samtlige CT-undersøkelser, konvensjonelle røntgenundersøkelser av mage/tarmkanaler, angiografi og intervensjonsundersøkelser og undersøkelser spesielt innrettet på barn.
10. Virksomheten anvender gammelt røntgenapparat som ikke har noen form for vedlikehold eller kvalitetskontroll til medisinske røntgenundersøkelser på pasienter (gjelder bildediagnostisk avdeling Lofoten).

Oversikt over anmerkninger

1. Virksomhetens kontrakt med Universitetssykehuset Nord-Norge HF's kompetansesenter for diagnostisk fysikk inneholder en del uklarheter.
2. Virksomheten har ikke utarbeidet strålevernshåndbok.
3. Virksomheten har ikke utført noen form for kvalitetskontroll av parametrene som påvirker stråledose og bilde kvalitet utover ordinær service av utstyr frem til dags dato.

4. Virksomheten hadde ikke merket overgangen mellom sjalterom og røntgenrom med varselskilt for kontrollert område ved samtlige røntgenrom ved radiologisk avdeling Bodø. Begrepene kontrollert og overvåket område var heller ikke kjente begreper blant alt personell som arbeider i kontrollert og overvåket område, spesielt personell ansatt utenfor radiologisk avdeling.
5. Virksomheten har mangelfull kompetanse innen doseparametre, typiske dosenivåer, risikovurdering, bestråling av foster (doseestimering og risikovurdering) etc.

Behandling av rapporten i Nordlandssykehuset HF

Nordlandssykehuset HF har behandlet rapporten og besvart denne i brev til Statens strålevern den 15. juni 2009. Vedlagt brevet er handlings-/fremdriftsplan utarbeidet av bildediagnostisk avdeling, med beskrevne tiltak i forhold til de avvik og anmerkninger som er fremkommet.

Nordlandssykehuset HF opplyser videre at medisinsk strålebruk utøves ved en rekke klinikker/avdelinger/seksjoner i Nordlandssykehuset HF, og at ansvaret for å ivareta strålevern ved virksomheten ligger i linjen ved hver klinikk/avdeling/seksjon.

Det forutsettes derfor at hver berørt klinikk/avdeling svarer for sine respektive områder. Handlings-/fremdriftsplaner for andre avdelinger enn bildediagnostisk avdeling er foreløpig ikke beskrevet.

Tiltak

Alle avvik og merknader er besvart med konkrete tiltak, med ansvarlig og tidsfrister for når arbeidet skal være gjort. Alle avvik skal etter plan være lukket innen utgangen av 2009.

Tiltakene er både av systemisk karakter og spesifikt rettet mot enkeltstående prosesser. Tiltakene retter seg både mot personell og teknisk utstyr og fysisk miljø, herunder:

- Ansvar for strålevernet tydeliggjøres og synliggjøres i linjen ved hver klinikk/avdeling hvor medisinsk strålebruk utøves.
- Roller i strålevarnarbeidet avklares og det avsettes ressurser til å utføre nødvendig strålevern, eks for strålevernkoordinator og strålevernkontakter.
- Strålevernutvalg for Nordlandssykehuset aktiveres og det opprettes strålevernutsvalg ved diagnostisk klinikk.
- Utarbeide kvalitetssystem for internkontroll i DocMap, med alle strålevernrelaterte prosedyrer, strålevernshåndbok, vedlikeholdsrutiner for utstyr, kompetanseplan og plan for vedlikehold av kompetanse for ansatte, revisjon av systemet og avvikshåndtering
- Styrke HMS-arbeidet og samarbeid med HMS -ansvarlig i foretaket.
- Utarbeide et fast opplæringsprogram innen strålevern og strålebruk ved radiologisk avdeling med kontrollskjema for apparatspesifikk opplæring.
- Opplæringen tilpasses ulike personellkategorier (leger, radiografer, sykepleiere, hjelpepleiere, serviceingeniører, medisinske fysikere, renholdere etc.).
- Opplæringen tilbys også personell utenfor radiologisk avdeling.

Det søkes bistand hos kompetansesenter for diagnostisk fysikk ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF for å etablere rutiner og prosesser.

Avvikene følges for øvrig opp av Statens strålevern.

Vedlegg: Svar på rapport etter tilsyn fra Nordlandssykehuset, vedlagt handlingsplan fra bildediagnostisk avdeling Bodø, Tromsø, Hammerfest



Statens Strålevern

Postboks 55
1332 ØSTERÅS

Deres ref.:

Vår ref.:
2009/606/TE1

Dato:
15.06.2009

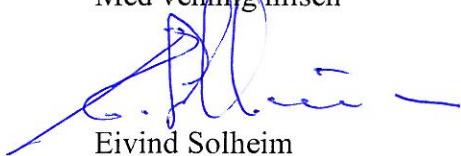
Svar på rapport etter tilsyn 20. - 22. april 2009 ved Nordlandssykehuset HF, enhetene i Bodø og Lofoten.

Det vises til tilsynsrapport (ref.nr.:2006/00095/327.0/EGF) fra ovennevnte tilsyn. I følge rapporten avdekket tilsynet 10 avvik og 5 anmerkninger.

Medisinsk strålebruk utøves ved en rekke klinikker/avdelinger/seksjoner i Nordlandssykehuset. Ansvar for å ivareta strålevern ved virksomheten ligger i linjen ved hver klinikk/avdeling/seksjon. Jeg regner med at hver berørt klinikk/avdeling svarer for sine respektive områder.

Rapporten har vært til behandling i Bildediagnostisk avdeling og det er utarbeidet en handlingsplan/fremdriftsplan i forhold til de avvik og anmerkninger som fremkom i rapporten. Fremdriftsplanen/handlingsplanen følger vedlagt

Med vennlig hilsen



Eivind Solheim
Direktør



Terje Haug
Klinikkssjef

HANDLINGSPLAN/FREMDRIFTSPLAN FOR Å LUKKE AVVIK OG ANMERKNINGER ETTER TILSYN FRA STATENS STRÅLEVERN 20. – 22. APRIL 2009

AVVIK

Avvik 1

Virksomheten har ikke en organisasjon som ivaretar strålevern og strålebruk

Ansvar for å ivareta strålevernet i Nordlandssykehuset ligger i linjen ved hver klinikk/avdeling hvor medisinsk strålebruk utøves.

Dette ansvaret er pr. i dag ikke tydeliggjort og kjent ved alle avdelinger som bruker røntgenapparat. Det er også viktig å presisere at strålevernsansvarlig og strålevernskontakter ikke er ansvarlig for at virksomheten ivaretar strålevernet.

Navnet strålevernsansvarlig bør bli erstattet med strålevernskoordinator for å markere at vedkommende ikke er *ansvarlig*, rollens oppgave blir som koordinator/rådgiver i strålevern.

Tiltak

- Avklare innholdet i kontrakten som er inngått med Kompetansesenter for diagnostisk fysikk, UNN. Det gjelder spesielt å avklare fysikerressurser vi har tilgjengelig (stillingsandel) og hvilke oppgaver som ivaretas av fysikerne ved kompetansesenteret. Det må settes krav om leveranser i forhold til avtalens innhold. For eksempel :Etablering av rutiner for gjennomføring av årlige statuskontroller av røntgenutstyr må utarbeides snarest , senest innen 2009 for å få dette inn i handlingsplaner for 2010. Det må inngås avtale som også ivaretar MR og nukleærmedisin

Ansvarlig: Direktør/Klinikkssjef Diagnostisk klinikk

Tidsfrist: Snarest – innen 1. oktober 2009

- Synliggjøre ansvarslinjene når det gjelder ivaretagelse av strålevernet i sykehuset. Dette må tas opp i direktørens ledergruppe. Viktig å tydeliggjøre hvem som har ansvaret for oppfølging av avdelinger utenfor radiologisk avdeling
En løsning kan for eksempel være at Diagnostisk klinikk få et utvidet systemansvar for alle klinikker/avdelinger som tar i bruk røntgenapparater

Ansvarlig for gjennomføring: Foretaksdirektør/klinikkssjefer

Tidsfrist: I løpet av oktober 2009

- Det må avklares hvem som er strålevernsansvarlig (strålevernskoordinator) i foretaket og hvilket ansvar/oppgaver som tillegges denne. Det bør også kartlegges hvor mye tid som skal stilles til rådighet for å kunne ivareta dette viktige ”fagområde”.

Strålevernsansvarlig gis en uavhengig plassering i organisasjonen – denne funksjonen må tydeliggjøres i organisasjonskart (for eksempel som en stabsfunksjon)

Ansvarlig: Foretaksdirektør/klinikkssjefer

Tidsfrist: Innen oktober 2009

- Strålevern legges inn som et eget område synlig på sykehusets intranett. Her skal ansatte finne ansvarskart, strålevernsansvarlig (koordinator) strålevernskontakter, lover, forskrifter, strålevernhåndbok osv. Undervisningsopplegg legges også ut på nettet.

Ansvarlig: Klinikkssjef Diagnostisk klinikk

Avd.leder radiologisk avdeling kontakter webredaktør for å sikre en prosess for å få lagt dette ut på nettet

Tidsfrist: Innen utgangen av 2009

- Strålevern må inn som en naturlig del av sykehusets HMS arbeid. Det tas initiativ for å etablere et formelt samarbeid med HMS ansvarlig i sykehuset
Alle prosedyrer etc skal legges inn i Doc Map.
Utarbeide handlingsplan for revisjon av strålevernrelaterte prosedyrer (legges inn i HMS plan for 2010)
Strålevern skal være et naturlig tema på alle personalmøter(HMS som skal inkl. strålevern kal være tema på slike møter)

Ansvarlig: Klinikksjef Diagnostisk klinikk/avdelingsleder/enhetsledere Radiologisk avdeling
Tidsfrist: Innen utgangen av 2009

- Strålevernutvalg for hele Nordlandssykehuset reaktiveres .Strålevernutvalget skal bistå i utarbeidelse av handlingsplan for stråleverket i sykehuset. Det skal legges opp til jevnlig samarbeidsmøter. Informasjon fra møtene legges ut på hjemmesider og intranettet
Ansvarlig: Strålevernansvarlig
Tidsfrist: Første møte avholdes i september 2009

- Diagnostisk klinikk oppretter strålevernvalg hvor klinikksjef/avd.leder/strålevernkontakter og verneombud utgjør utvalgets medlemmer

Ansvarlig: Klinikksjef/avdelingsleder har ansvar for at utvalget har jevnlig møter. Det utarbeides møteplan
Tidsfrist: Innen september 2009

- Det er i forbindelse med et pågående OU-prosesserarbeidet i klinikken nettopp foretatt en revisjon av stillingsbeskrivelser for strålevernkontakter på avdeling/enhetsnivå
- Det avsettes tid til strålevernarbeid internt i Radiologisk avdeling for strålevernkontaktene – i første omgang 1 dag pr. måned. Dette legges inn i arbeidsplan for å sikre at alle strålevernkontaktene får den samme dagen til disposisjon Dette for å sikre mulighetene for samhandling/møter.

Ansvarlig: Avdelingsleder/enhetsleder er ansvarlig for å sikre at det avsettes tid til å utføre oppgaven som strålevernkontakt. Det må avsettes tid til bl.a å få alle strålevernrelaterte prosedyrer lagt inn i kvalitetssystemet
Tidsfrist: Innen 1. september 2009

- Utarbeidelse av strålevernrelaterte prosedyrer
Ansvarlig: Avd.leder kontakter fysiker og medisinsk tekn.ansvarlig i sykehuset for å etablere rutiner for vedlikehold og kvalitetskontroll av apparatur for medisinsk strålebruk
Tidsfrist: Innen utgangen av 2009
- Revisjoner innen medisinsk røntgen og MR-undersøkelser
Bilediagnostisk avdeling tar initiativ til i samarbeid med fysiker å etablere en handlingsplan for internrevisjon
Ansvarlig: Avdelingsleder Radiologisk avdeling
Tidsfrist: Innen utgangen av 2009

Avvik 2

Virksomheten mangler et system for systematisk opplæring i strålevern, strålebruk og apparatspesifikk opplæring

Tiltak

- Radiologisk avdeling utarbeider et fast opplæringsprogram innen strålevern og strålebruk (jfr.5.6.4 i Veileder om medisinsk bruk av røntgen og MR-apparatur underlagt godkjenning). Gjennomført opplæringen skal være dokumenterbar. Kontrollskjema for apparatspesifikk opplæring utvides med dette i tillegg. Opplæringen tilpasses ulike personellkategorier(leger, radiografer, sykepl., hjelpepl.,serviceingeniører, medisinske fysikere vaskepersonell etc).
- Personell settes ikke til selvstendig arbeid på apparat før opplæring er gjennomført og dokumentert.
- Gjennomgang av opplæringsprogram og dokumentasjon skal revideres årlig. Settes inn som en del av avdelingens handlingsplan for HMS
- Opplæring tilbys også til personell utenfor Radiologisk avdeling

Ansvarlig: Avdelingsleder/enhetsleder Radiologisk avdeling i samarbeid med strålevernkontaktene

Tidsfrist: Innen utgangen av 2009 (inn i Handlingsplan for HMS 2010)

- Strålevern settes opp som tema på personalmøter(HMS) og i KVAM-gruppene

Ansvarlig: Avd.leder Radiologisk avdeling

Tidsfrist: Innføres fra dags dato

Avvik 3

Virksomheten kunne ikke dokumentere at bygningsmessig skjerming av rom og merking av arbeidsplass m røntgenundersøkelser var tilfredsstillende få ivareta dosegrensene, dvs. allmennheten skal ikke kunne bli eksponert for mer enn 0,25 mSv/år og arbeidstakere utenfor overvåket område skal ikke kunne bli eksponert for mer enn 1 mSv/år

Tiltak

- Iverksetting av måling i sluse på lab. 1 for å dokumentere dosenivå. Her kontaktes med.teknisk avdeling og strålefysiker.
- Det skal merkes tydelig på plakat hva de ulike fargene betyr
- Innskjerping av rutiner slik at blydører lukkes ved eksponering

Ansvarlig: Enhetsleder Radiologisk avdeling Bodø

Tidsfrist: Innen 1. september 2009

- Mobile C-buer (operasjon og dagkirurgi) merkes med hva som er sikker avstand
Ansvarlig: Strålevernkontakt ved Radiologisk avdeling har påtatt seg arbeidet med å få dette gjort
Frist: Snarest (innen juni 2009)

Avvik 4

Virksomheten har ikke kalibrert/verifisert doseangivende system på diverse røntgenapparat

Tiltak

- Avd.leder for Radiologisk avdeling tar kontakt med kompetansesenter for diagnostisk fysikk v/UNN for å etablere rutiner og prosedyrer

Ansvarlig: Avdelingsleder

Tidsfrist: Innen utgangen av 2009

Avvik 5

Virksomheten har ikke fulgt opp de respektive dosene som oversted de nasjonale referanseverdiene. Virksomheten har ikke etablert representative doser for samtlige typiske røntgendiagnostiske undersøkelser

Tiltak

- Radiologisk enhet i Vesterålen kontakter GE for å se på mulighetene for å få justert stråledosen. I samarbeid med strålefysiker optimalisere dosene
- Barn skal kun unntaksvis undersøkes på lab. 2 i Vesterålen
- Avdelingen vil i samarbeid med Strålevernkontakt etablere prosedyrer for å få på plass representative doser og utarbeide handlingsplan for å følge opp dette. Dette er en fortløpende prosess.

Ansvarlig: Avd.leder/enhetsleder Radiologisk avdeling

Tidsfrist: Iverksettes snarest

Avvik 6

Virksomheten kunne ikke dokumentere at sykepleiere som betjente fastmontert angiografi apparat ifm biventrikulær pacemakerinnleggelse hadde tilsvarende kunnskap om strålebruk og strålevern som en radiograf

Ansvar for å sikre at personell/ansatte som kan bli eksponert for stråling har tilstrekkelig kompetanse innen strålevern og strålebruk, ligger i linjen.

Tiltak

- Tilstedeværelse av radiograf ved disse undersøkelsene inntil tilstrekkelig opplæring av annet personell er dokumentert.
- Bildediagnostisk avdeling utarbeider apparatspesifikk opplæringsprogram med sertifisering og opplæring i strålebruk/strålevern for sykepleier/lege som skal betjene ovennevnt apparatur. Dette gjøres i samarbeid med Kompetansesenter for diagnostisk fysikk

Ansvarlig: Strålevernkontakt og fagansvarlig ved angio/intervensjon

Tidsfrist: 1. januar 2010

Avvik 7

Virksomheten overholdt ikke kravet om persondosimetri for alle ansatte som arbeidet i kontrollert og/eller overvåket område

Tiltak

- Det må utarbeides retningslinjer i foretaket om hvem som skal bære persondosimetre når det gjelder personell utenfor bildediagnostisk avdeling.
Når det gjelder bildediagnostisk avdeling bærer alt personell utsatt for stråling, persondosimetre

Ansvarlig: Strålevernsansvarlig i samarbeid med foretaksledelsen

Tidsfrist: Innen utgangen av 2009

Avvik 8

Virksomheten har ikke fulgt opp gjentakende høye personaldoser

Tiltak

- Oppfølging av personaldoser skal inn i HMS handlingsplan. Tema på personalmøter
- Prosedyre er utarbeidet

Ansvarlig: Avdelingsleder Radiologisk avdeling

Tidsfrist: Fortløpende arbeid

Avvik 9

Virksomheten utførte ikke fortløpende dosemonitorering ved samtlige CT undersøkelser, konvensjonelle røntgenundersøkelser av mage/tarmkanaler, angiografi og intervensjonsundersøkelser og undersøkelser spesielt innrettet på barn

Tiltak

- Det gjennomføres en gjennomgang av rutiner for registrering av doser
Der doser ikke registreres automatisk skal det legges inn manuelt i DIPS/TRIS
Ansvarlig: Enhetsledere Radiologisk avdeling
Tidsfrist: Snarest

Avvik 10

Virksomheten anvender gammelt røntgenapparat som ikke har noen form for vedlikehold eller kvalitetskontroll til medisinske røntgenundersøkelser på pasienter (gjelder bildediagnostisk avdeling Lofoten)

Tiltak

- Det tas kontakt med med.tekn.avdeling for å utarbeide plan for vedlikehold av utstyret som er gammelt, men som fremdeles er i bruk
- Barn vil unntaksvis undersøkes på denne lab
Ansvarlig: Enhetsleder Lofoten
Tidsfrist: Innen utgangen av 2009

ANMERKNINGER

Anmerkning 1

Virksomhetens kontrakt med UNN kompetansesenter for diagnostisk fysikk inneholder en del uklarheter.

Tiltak:

- Dette tema er satt opp under tiltak når det gjelder avvik 1
Ansvarlig: Foretaksdirektør/klinikksjef
Tidsfrist: Må være på plass innen

Anmerkning 2

Virksomheten har ikke utarbeidet strålevernshåndbok

Tiltak:

- Dette arbeidet er nå i gang. Strålevernskontakt ved radiologisk avdeling har påtatt seg oppgaven med å få arbeidet strålevernshåndbok. Arbeidet nærmer seg slutten. Arbeidet vil være ferdig over sommeren 2009

Anmerkning 3

Virksomheten har ikke utført noen form for kvalitetskontroll av parametrene som påvirker stråledose og bildekvalitet utover ordinær service av utstyr frem til dags dato

Tiltak:

- Det tas kontakt med kompetansesenteret for diagnostisk fysikk for å starte dette arbeidet. I arbeidet trekkes også inn fysiker ved Nordlandssykehuset og med.tekn.avdeling
Ansvarlig: Klinikksjef diagnostisk klinikk/avdelingsleder radiologisk avdeling
Tidsfrist: Innen utgangen av 2009

Anmerkning 4

Virksomheten hadde ikke merket overgangen mellom sjalterom og røntgenrom med varselskilt for kontrollert område ved samtlige røntgenrom ved radiologisk avdeling Bodø.

Begrepene kontrollert og overvåket område var heller ikke kjente begreper bland alt personell som arbeider i kontrollert og overvåket område, spesielt personell ansatt utenfor radiologisk avdeling

Tiltak:

- Merking iverksettes. Prosedyre for klassifisering og merking av arbeidsplassen skal tas opp som tema for å sikre felles forståelse for dette. Legges inn som undervisningstema i avdelingen
Ansvarlig: Enhetsleder radiologisk avdeling Bodø
Tidsfrist: Innen juni 2009

Anmerkning 5

Virksomheten har mangelfull kompetanse innen doseparametre, typiske dosenivåer, risikovurdering, bestråling av foster (doseestimering og risikovurdering), etc.

Tiltak:

- Tema for intern undervisning
- Iverksette avtalen som er inngått med hensyn på undervisning. Fysikerne ved kompetansesenteret skal bistå i undervisning av personell i strålevern, doseoptimalisering og bruk av røntgenutstyr
- Fokus på dette i strålevernhandboka
- Be om å få låne/tilgang til UNN's program for doseberegning av dose til foster
- Opplæring i bruk av ovennevnte program

Ansvarlig: Enhetsledere radiologisk avdeling/fysiker

Tidsfrist: Innen utgangen av 2009