



## Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:

Sted/Dato:

Astrid Balto Olsen, 78421110

Hammerfest, 17. september 2014

### Saksnummer 68/2014

Saksansvarlig: Astrid Balto Olsen, administrasjonssekretær

Møtedato: 25. september 2014

---

## Godkjenning av protokoll fra styremøtet 28. august 2014

### Administrerende direktørs forslag til vedtak:

Styret i Finnmarkssykehuset HF godkjenner protokoll fra styremøtet 28. august 2014.

Torbjørn Aas

Administrerende direktør

### Vedlegg:

1. Protokoll fra styremøtet 28. august 2014



Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

# PROTOKOLL

28. august 2014

Astrid Balto Olsen / Administrasjonssekretær  
28.08.2014



Deres ref:

Vår ref:  
2014/173Dato:  
28.08.2014

Ulf Syversen	Styreleder	Til stede	
Kristin Rajala	Nestleder	Til stede	
Evy Adamsen	Medlem	Til stede	
Gudrun B. Rollesfen	Medlem	Til stede	
Ivan Olsen	Medlem	Til stede	
Jan-Petter Monsen	Medlem	Til stede	
Marit Rakfjord	Medlem	Til stede	
Mona Søndena	Medlem	Til stede	
Ole I. Hansen	Medlem	Til stede	
Svein Størdal	Medlem	Til stede	

### Observatør

Unni Salamonsen	Leder i Brukerutvalget Finnmarkssykehuset
-----------------	-------------------------------------------

### Fra administrasjonen møtte:

Torbjørn Aas	Administrerende direktør
Astrid Balto Olsen	Administrasjonssekretær, førte protokoll
Stein Erik Breivikås	Økonomisjef
Ole Martin Olsen	Administrasjonssjef
Harald Sunde	Medisinsk fagsjef
Øyvinn Grongstad	Drifts- og eiendomssjef
Jørgen Nilsen	Klinikkjef Klinik Prehospitaltjeneste
Rita Jørgensen	Klinikkjef Klinik Kirkenes
Eilert Sundt	Kommunikasjonsrådgiver



Kommunikasjonsrådgiver Eilert Sundt gjennomgikk IPad løsning for styret.

Dr. Airazat M. Kazaryan, Kirkenes sykehus presenterte sitt forskningsarbeid innen Leverkirurgi.

## **Sak 56/2014 Godkjenning av innkalling og saksliste**

Det innkalles herved til styremøte i Finnmarkssykehuset HF **28. august 2014 kl. 08.00 – 13.30 på Rica Arctic Hotel, Kirkenes**

08.00-09.00 Gjennomgang Ipad løsning styret  
11.00-11.30 Presentasjon av sitt forskningsarbeid v/ dr. Airazat M. Kazaryan, Kirkenes sykehus

Sak 56/2014 Godkjenning av innkalling og saksliste  
Sak 57/2014 Godkjenning av protokoll fra styremøtet 5. juni 2014  
Sak 58/2014 Muntlig informasjon fra styreleder og administrerende direktør  
Sak 59/2014 Virksomhetsrapport Finnmarkssykehuset - mai 2014  
Sak 60/2014 Virksomhetsrapport Finnmarkssykehuset – juni / juli 2014  
Sak 61/2014 Fritt behandlingsvalg  
Sak 62/2014 Internrevisjonsprosjektet kompetanse, arbeids- og hviletid i bilambulansetjenesten  
Sak 63/2014 Møteplan 2015 – Styret i Finnmarkssykehuset HF  
Sak 64/2014 Akuttbehandling av hjerneslag i Finnmark 2013  
Sak 65/2014 Referatsaker  
Sak 66/2014 Eventuelt

### **Vedtak:**

Styret i Finnmarkssykehuset HF godkjenner innkalling og saksliste.

Enstemmig vedtatt

## **Sak 57/2014 Godkjenning av protokoll fra styremøtet 5. juni 2014**

### **Administrerende direktørs forslag til vedtak:**

Styret i Finnmarkssykehuset HF godkjenner protokoll fra styremøtet 5. juni 2014.

### **Vedtak:**

Styret i Finnmarkssykehuset HF godkjenner protokoll fra styremøtet 5. juni 2014.

Enstemmig vedtatt



## **Sak 58/2014 Muntlig informasjon fra styreleder og administrerende direktør**

### **Orientering fra styreleder**

- Styremøte Helse Nord RHF (sammenligningen av kostnader i Helse Nord regionen)
- Nasjonal personalsikkerhetskonferanse 2014 i uke 36 – styreleder og direktør deltar

### **Orientering fra Administrerende direktør**

- Finnmarkssykehusets informasjon til styret i Helse Nord RHF 27. august 2014
- Arbeidstilsynets tilsyn av Finnmarkssykehuset – Klinikk Hammerfest
- Spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta / Vest-Finnmark

### **Administrerende direktørs forslag til vedtak:**

Styret i Finnmarkssykehuset tar informasjon fra styreleder og administrerende direktør til orientering.

### **Vedtak**

Styret i Finnmarkssykehuset tar informasjon fra styreleder og administrerende direktør til orientering.

Enstemmig vedtatt

## **Sak 59/2014 Virksomhetsrapport Finnmarkssykehuset HF – mai 2014**

### **Administrerende direktørs forslag til vedtak:**

Styret i Finnmarkssykehuset HF tar redegjørelsen for den økonomiske utviklingen til etterretning.

### **Vedtak**

Styret i Finnmarkssykehuset HF tar redegjørelsen for den økonomiske utviklingen til etterretning.

Enstemmig vedtatt

## **Sak 60/2014 Virksomhetsrapport Finnmarkssykehuset HF – juni-juli 2014**

### **Administrerende direktørs forslag til vedtak:**

Styret i Finnmarkssykehuset HF tar redegjørelsen for den økonomiske utviklingen til etterretning.



## Vedtak

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF tar redegjørelsen for den økonomiske utviklingen til etterretning.
2. Styret konstaterer at Finnmarkssykehuset HF per juli 2014 har et underskudd på 10,1 millioner kroner, dvs. 18,9 millioner svakere enn budsjett. Styret ble orientert om at forventet effekt av pågående tiltak samt budsjettbufferer fører til at prognosen for året likevel kan opprettholdes på 10 millioner i overskudd. Styret understreker at dette krever svært høyt fokus på tiltaksgjennomføring framover og ber administrasjonen følge dette arbeidet tett opp.
3. Styret understreker også at prognosen er 5 millioner svakere enn vedtatt budsjettkrav på 15 millioner. Styret ber derfor administrasjonen i neste møte også vurdere hvilke ytterligere tiltak som kan gjennomføres for at det opprinnelige budsjettkravet oppnås.

Enstemmig vedtak

## Sak 61/2014 Fritt behandlingsvalg

### Administrerende direktørs forslag til vedtak:

Styret i Finnmarkssykehuset HF støtter administrerende direktørs forslag til høringsbrev i denne saken.

### Vedtak

Styret i Finnmarkssykehuset HF støtter administrerende direktørs forslag til høringsbrev i denne saken.

### **Høring – "Fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten"**

*Finnmarkssykehuset har mottatt høringsnotatet om fritt behandlingsvalg (FBV), og har forståelse for at departementet ønsker en optimal organisering av helsetjenesten i Norge, til det beste for alle beboere. Dette er et mål vi gir vår fulle tilslutning.*

*Forslaget slik det er beskrevet har både sterke og svake sider. Fra vårt ståsted synes enkelte bivirkninger mangelfullt belyst, og en del viktige spørsmål ubesvart. Det er dette vi har fokusert på i vårt hørings svar.*

*Innledningsvis noen ord om prinsipper og forutsetninger vi legger til grunn for drift av Finnmarkssykehuset:*

- **Desentralisert struktur:**

*Bosetningsstrukturen i Finnmark er utfordrende for Finnmarkssykehuset, ved at vi har en liten befolkning spredt utover et stort geografisk område. For å imøtekomme pasientenes ønsker om kort reisevei og lett tilgjengelig spesialisthelsetjeneste, har vi desentralisert våre tjenester i stor grad. Innen de somatiske fagområdene har vi aktivitet ved våre to sykehus i Hammerfest og Kirkenes, men også et stort spesialisthelsesenter i Alta, spesialistlegesenter i Karasjøk, samt ambulering mot*



*Vadsø og Nordkapp. Innen de psykiatriske fagfeltene har vi behandlingstilbud i Hammerfest, Alta, Karasjok, Lakselv, Tana og Kirkenes.*

- **NEON – Nærmeste Effektive OmsorgsNivå.**  
*Etter at helseforetakene for noen år siden overtok finansieringsansvaret for pasientreiser fra trygden, har vi arbeidet for ytterligere desentralisering av tjenester, og arbeider med å etablere nye tilbud i eget foretak. Slik etablering med flytting av aktivitet fra Tromsø til Finnmark, skal ha den effekt at mest mulig av våre budsjetter kan brukes til behandling, ikke til befordring av pasienter.*
- **Ventetider/fristbrudd:**  
*Finnmarkssykehuset har gjennom de siste årene gjort et godt arbeid for å korte ned ventetidene for folk som er søkt inn til oss, slik at pasienter har kortere ventetid enn tidligere. Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med rett er nå på ca 55 dager, mens de uten rett må vente i 85 dager. Antall fristbrudd har sunket betraktelig og bestod i mai 2014 av bare 24 brudd, noe som utgjorde 3 % av konsultasjonene (lavest i Helse Nord). Dette viser at målrettet arbeid med ventetider lar seg gjennomføre i den offentlige helsetjenesten.*

#### **Til forslaget om "fritt behandlingsvalg" har vi følgende innspill:**

- **Kommentarer som berør psykisk helse og rus**  
*Det er i høringen klargjort at FBV først ønskes innført innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern. Vi har derfor konkrete høringsinnspill til dette.*

*Det vil kunne være vanskeligere og mer komplisert å gjennomføre fritt behandlingsvalg innen feltene psykisk helse og rus enn i somatikken. Bakgrunnen for det er at det er utfordrende å fastslå hva som er god og riktig behandling innenfor disse feltene. I tillegg til at diagnoser kan utarte seg tildels forskjellig hos forskjellige mennesker så er det også en del uenigheter i fagfeltet. Rettsvurderingen i forbindelse med 22.julisaken er et godt eksempel på dette.*

*Det har over en periode vært fokusert på hva markedsorienteringen av offentlig sektor, eksemplifisert ved new public management, kan medføre. Dersom hovedmotivasjonen for å levere helsetjenester er økonomisk overskudd, kan konsekvensen være at pasienten ikke får det beste faglige tilbudet, men et tilbud som gir mer penger til tilbydereren. Pasienten kan få feil/dårlig behandling, i tillegg til at pasienten blir holdt i terapi over mye lengre tid en nødvendig. Det kan igjen være med på å svekke mestringsfølelsen som er viktig for pasienter med rus- og psykiske lidelser. Videre kan det være kontraindisert slik at pasienten blir dårligere av behandlingen i stedet for bedre. Det vil for eksempel være viktig for pasienter med emosjonell personlighetsforstyrrelse å ha gode rammer å forholde seg til, ikke å få flest mulig timer eller trekke ut avtalene utover det som er avtalt.*



*Pasienter med psykisk lidelse og/eller rusproblematikk har et særlig behov når det gjelder for- og ettervern. Samarbeid med familie og slekt, samt fastlege og andre involverte fra kommunen er viktig for å gi pasienten best mulig behandling. Det er også viktig for å gi de pasientene som ikke blir friske et godt liv, på tross av sin sykdom. Det vil være krevende for en privat institusjon som ligger i en helt annen landsdel å følge opp pasienten godt nok i for- og ettervern.*

*Pasienter med psykiske lidelser og rusproblematikk går ofte til behandling hver uke over mange uker i strekk. En moderat depresjon med suicidale tanker kan føre til at pasienten de første ukene må ha 2 behandlingstimer i uken for deretter å gå over til 1 behandlingstime som vil foregå over flere uker. Hvordan skal det løses hvis for eksempel en pasient i Finnmark velger privat behandler i Stavanger? Skal pasienten bo i Stavanger så lenge behandlingen pågår, eller reise mellom Stavanger og Finnmark flere ganger i uken? Eller skal behandleren reise til Finnmark flere ganger i uken? Vil det være lønnsomt for en privat aktør? Hva vil det koste samfunnet, ikke bare i kostnader som omhandler selve behandlingen og reisene, men hva vil den samfunnsøkonomiske kostnaden bli?*

*Når det gjelder pasienter med avhengighetsproblematikk vet vi at de "shopper" mye allerede med de ordningene vi har i dag. Ikke fordi de ønsker å utnytte systemet, men mer fordi det ligger i avhengighetens natur å håpe på at "mirakelkuren" skal finnes ved neste behandlingssted. I tillegg ønsker mange seg bort fra den plassen hvor de har sine ruskamerater, men glemmer bort at det er den plassen de skal tilbake til og hvor de skal leve etter endt behandlingsopphold. Så, for- og ettervern, samarbeid med alle de som er relevante i hjemkommunen er særdeles viktig.*

*Ved innføring av behandlingsvalg innen psykisk helsevern og rus, anbefaler vi at det lages kontrollfunksjoner for å sikre at pasientene får relevant og god behandling. Det bør da for eksempel legges rammer for hvilke behandlingsmetoder som skal benyttes. De bør være knyttet opp mot diagnoseveilederne. Det bør settes maks antall timer for de forskjellige diagnosene, samt at ekstern spesialist skal vurdere en eventuell forlengelse av avtalen. Hvis stedlig spesialisthelsetjeneste også gir tilbud til pasienten, for eksempel at pasienten er lokalt innlagt på en døgnavdeling, men får poliklinisk behandling av privat aktør, bør det være krav om samarbeid og utveksling av informasjon om pasientens behandling og prognose. Hvis en pasient benytter seg av fritt behandlingsvalg bør pasienten være nødt til å godta slik utveksling av informasjon når han/hun får behandling fra to spesialisttjenester samtidig.*

- **Diagnose og fritt behandlingsvalg**

*Vi finner også grunn til å bemerke utfordringer knyttet til fastsettelse av diagnose som skal legges til grunn for pasientens rett til fritt behandlingsvalg. Det er ikke slik at de pasientene som henvises til spesialisthelsetjenesten i hovedsak har en entydig og enkeltstående sykdomstilstand. I praksis er langt de fleste somatiske pasienter som henvises i en uavklart tilstand. Dette kan bli innebære at det ikke er stilt en hoveddiagnose, at man opererer upresis diagnose og at man vet for lite om samtidige lidelser (komorbiditet).*





*Ved en vurderingsfrist på 10 dager er dette problemstillinger som gjør at fritt behandlingsvalg vil kreve at pasienten må ta valg på et tidspunkt hvor ingen vet hvilken behandling som vil være riktig.*

- **Medisinsk-faglig informasjonsoverføring og IKT**

*Overføring av journalnotat etter behandling er ikke nevnt i høringsnotatet. Mange av disse pasientene er eldre kronikere, og det er naturlig nok viktig for stedlig helsevesen å vite hva som er gjort og hva som er planlagt gjort med disse pasientene. Dette er viktig fordi pasientene kan ha kontroller for andre tilstander lokalt og fordi vedkommende kan komme til å få akutte innleggelser lokalt mens vedkommende pasient er under oppfølging av privat tjenestetilbyder.*

*Dette særdeles viktige prinsippet kan ordnes ved at privat tjenestetilbyder forpliktes til at privat tjenestetilbyder etter hvert pasientbesøk og hvert pasientopphold sender journalnotat til fastlege samt lokalt helseforetak/sykehus.*

*På generelt grunnlag vil innføring av fritt behandlingsvalg kunne gi betydelige utfordringer innenfor IKT-området, slik det også påpekes i høringsnotatet. Finnmarkssykehuset vil med utgangspunkt i et pasientsikkerhetsperspektiv presisere viktigheten av at dette området er tilstrekkelig utviklet og tilgjengelig før fritt behandlingsvalg iverksettes.*

- **Personell og rekruttering**

*Et sentralt spørsmål ved innføring av FBV, med en mulig økning av kapasiteten hos private behandlere, er hvor disse skal hente sine personellresurser fra. Dersom kvalifisert personell fra offentlig helsetjeneste søker seg inn mot privat tjenesteyting, vil særlig små og distriktplasserte helseforetak som Finnmarkssykehuset kunne lide under dette. Vi arbeider i dag aktivt med rekruttering og stabilisering, men erfarer at det er utfordrende å få fram den gode, stabile staben med kvalitetsarbeidere vi ønsker. Med et voksende privat tjenestetilbud som konkurrent på et allerede presset arbeidsmarked, vil arbeidet med stabilisering og rekruttering til Finnmarkssykehuset kunne bli ytterligere utfordrende.*

- **Pasientreiser og ”fritt behandlingsvalg”**

*I følge høringsnotatet skal alle pasienter som blir vurdert til å ha behov for nødvendig spesialisthelsetjeneste kunne tilbys fritt behandlingsvalg hos leverandører av slik hjelp. Det skilles ikke mellom medisinsk eller kirurgiske fag, det skilles ikke mellom utredning og behandling, og det er ikke anført hvor lenge en pasient skal kunne følges opp og kontrolleres av en slik tjeneste.*

*Dersom tilbudet kun hadde dreid seg om ferdig utredede tilstander som lyskebrokk, hofteartrose osv som trengte et enkeltstående operativt tilbud, ville man hatt med et tiltak og en organisering som ville vært avgrenset, oversiktlig og lett håndterbar. Imidlertid har høringsforslaget åpnet opp for at alle former for sykdommer og plager, fra utredning til behandling og oppfølging, skal kunne henvises til ”fritt*



*behandlingsvalg". Dette betyr, slik vi ser det, at for eksempel en pasient med kronisk hjertesvikt eller astma, som er søkt til spesialisthelsetjenesten og blitt vurdert som trengende spesialisthelsetjeneste, vil kunne søke seg til private tjenestetilbydere for eksempel på Østlandet eller Sørlandet og reise dit – i prinsippet uendelig mange ganger - for utredning, behandling og oppfølging. Pasientgruppen det dreier seg om er ofte gamle, de vil trenge ledsagere, og vil på lange reiser komme til å trenge hotellovernattinger. Ettersom finansieringen av pasientreiser skal følge dagens ordning, dvs. at helseforetaket der pasienten bor skal betale reisen, vil dette bety at pasientreiser i Finnmark i verste fall må sko seg for å betale store summer for mange og lange reiser, dvs. stikk i strid med tidligere beskrevne NEON-tankegang. Dette vil igjen bety at Finnmarkssykehuset må regne med å redusere sin aktivitet for å få råd til slike pasientreiser.*

*Det må nevnes at dette eksempelet på ingen måte er søkt; Finnmarkssykehuset har i dag en stor økonomisk belastning ved å måtte betale for tjenester utført av en privat utbyder innen psykiatri, som fikk en avtale om pasientbehandling som følge av lange ventelister klinikken hadde i 2012. Pasientene som ble innlemmet i dette tilbudet følges fortsatt opp med regelmessige, hyppige kontroller, og Finnmarkssykehuset har kostnader på 1 million per mnd pga dette.*

- **Incitament til overbehandling**

*Et særdeles bekymringsfullt element i det å trekke private aktører sterkere inn i det offentlige helsevesenet, er at disse private aktørene vil kunne komme til å presse på for undersøkelser og behandlinger, der aktørenes egen profitt, ikke faglige forhold, er styrende for aktiviteten. Hvis ordningen skal settes ut i live må man ha kontrollsystemer som følger opp, og hindrer uvettig overdiagnostikk, overbehandling og overkontrollering.*

- **Uavklarte spørsmål**

*Finnmarkssykehuset vil avslutningsvis peke på noen spørsmål vi ikke finner besvart, men som etter vårt syn innebærer viktige avklaringer:*

- *Er den private aktøren eller Helseforetaket ansvarlig ved nærstående eller oppståtte fristbrudd?*
- *Hvem er ansvarlig for å kontakte HELFO ved oppståtte eller nærstående fristbrudd?*
- *Skal Helseforetaket som har gitt rett og fastsatt frist, eller den aktør som skal gi helsehjelpen dekke kostnadene ved fristbrudd?*
- *Kan en aktør som blir valgt av pasienten etter at vedkommende har fått innvilget rett til helsehjelp og frist, nekte å ta imot pasienten? Dette kan være aktuelt hvis aktøren ser at man ikke har kapasitet til å ta imot alle man blir valgt av, eller fordi man siler bort «kompliserte» og ulønnsomme pasienter. Hvis svaret er ja, hvem har da ansvar for overholdelse av frist overfor pasienten og forsvarlighet i det videre forløp?*



- **Avslutning**

*Det er positive aspekter ved innføring av fritt behandlingsvalg, og det er avgjørende at vi ikke mister pasientfokus i vårt felles arbeid for å bedre norsk helsevesen.*

*På samme tid mener vi det er viktig å se at det er forskjell å tilby spesialisthelsetjenester i ulike deler av landet. Det er grunn til å tro at befolkningen ved å benytte seg av "fritt behandlingsvalg" vil oppleve god behandling rundt om i landet så lenge behandlingen er planlagt og forhåndbestilt. Når man i forbindelse med akutt sykdom ønsker og trenger et velfungerende lokalsykehus med godt utstyr og dyktige fagfolk, så kan man i verste fall risikere å møte et sykehus der både penger og fagfolk er drenert til sentrale strøk som følge av fritt behandlingsvalg, ettersom sykehuset har opplevd både reduserte inntekter pga færre operasjoner/ polikliniske besøk, og økte kostnader som følge av pasientreiser rundt om i landet.*

Enstemmig vedtak

## **Sak 62/2014 Internrevisjonsprosjektet kompetanse, arbeids- og hviletid i bilambulansetjenesten**

### **Administrerende direktørs forslag til vedtak:**

Styret i Finnmarkssykehuset HF tar tiltaksplan og matrise utarbeidet i forhold til internrevisjonsrapporten "Kompetanse, arbeids- og hviletid i bilambulansetjenesten i Finnmarkssykehuset HF" til orientering.

### **Vedtak**

Utsettes til neste møte.

Enstemmig vedtatt

## **Sak 63/2014 Møteplan 2015 – Styret i Finnmarkssykehuset HF**

### **Administrerende direktørs forslag til vedtak:**

Styret i Finnmarkssykehuset HF vedtar følgende møteplan for 2015:

- 12. februar 2015 i Hammerfest
- 25. mars 2015 i Bodø
- 28. mai 2015 i Hammerfest
- 18. juni 2015 i Hammerfest
- 27. august 2015 i Kirkenes
- 30. september 2015 i Alta
- 28. oktober 2015 i Tromsø
- 2. og 3. desember 2015 i Hammerfest



Styreseminarer:

25. – 26. mars i regi av Helse Nord RHF

28. – 29. oktober i regi av Helse Nord RHF

### **Vedtak**

Styret i Finnmarkssykehuset HF vedtar følgende møteplan for 2015:

12. februar 2015 i Tromsø

25. mars 2015 i Bodø

28. mai 2015 i Hammerfest

18. juni 2015 i Karasjok

27. august 2015 i Kirkenes

30. september 2015 i Alta

28. oktober 2015 i Tromsø

2. og 3. desember 2015 i Hammerfest

Styreseminarer:

25. – 26. mars i regi av Helse Nord RHF

28. – 29. oktober i regi av Helse Nord RHF

Enstemmig vedtak

## **Sak 64/2014 Akuttbehandling av hjerneslag i Finnmark 2013**

### **Administrerende direktørs forslag til vedtak:**

Styret i Finnmarkssykehuset HF tar presentasjonen til om akuttbehandling av hjerneslag i Finnmark 2013 til orientering.

### **Vedtak**

Utsettes til neste møte.

Enstemmig vedtak

## **Sak 54/2014 Referatsaker**

### **Administrerende direktørs forslag til vedtak:**

Styret i Finnmarkssykehuset HF tar referatsakene til orientering:

- Referat fra Informasjons- og drøftingsmøtet 18. august 2014
- Referat fra FAMU 18. august 2014

- Oppdragsdokument 2014 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 93 S (2013-2014)
- Avsluttet tilsyn Finnmarkssykehuset, Klinikk Hammerfest
- Norsk Pasientskadeerstatning – statistikk for regional helseforetak 2013

**Vedtak:**

Styret i Finnmarkssykehuset HF vil formelt behandle disse referatsakene på styremøtet 25. september 2014.

Enstemmig vedtatt

**Sak 43/2014 Eventuelt**

Styret ber om at det på neste styremøte blir gitt en orientering om status på arbeidet med ny organisering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Neste styremøte er i Alta 25. september 2014.

Møtet ble avsluttet kl. 1330.

Ulf Syversen  
Styreleder

*Protokollen er godkjent av styreleder i etterkant av styremøte.*