



## **Styresak 100-2016**

### **Referatsaker til styret**

Saksbehandler: Gro Ankill  
Dato dok: 08.11.2016  
Møtedato: 16.11.2016  
Vår ref: 2011/2354

Vedlegg (t):

#### **Innstilling til vedtak:**

Styret tar saken til orientering.

#### **Bakgrunn:**

Følgende dokumenter legges frem som referatsaker for styret:

1. Protokoll styremøte Helse Nord RHF 26.10.2016
2. Protokoll fra drøftingsmøte med foretakstillitsvalgte 31.10.2016
3. Protokoll fra AMU-møte 02.11.2016
4. Tilsyn – håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon, tilsynsrapport av 12.08.2016 og svarbrev av 19.10.2016
5. PCI til Nordlandssykehuset, vedtak fra Meløy kommunestyre 20.10.2016
6. Uttalelse til etablering av PCI-senter i Nordland, vedtak fra Saltdal kommunestyre 27.10.2016
7. Uttalelse – likeverdig behandling for hjertepasienter, Hadsel kommunestyre 27.10.2016
8. Særavtale om medvirkning og medbestemmelse iht hovedavtalens § 29 mellom partene i Nordlandssykehuset HF, av 01.10.2016
9. Referat fra møte i Brukerutvalget 08.11.2016

## Presseprotokoll

Vår ref.:  
2016/32-93/012

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

Sted/Dato:  
Tromsø, 26.10.2016

<b>Møtetype:</b>	Styremøte i Helse Nord RHF
<b>Møtedato:</b>	26. oktober 2016 - kl. 8.30
<b>Møtested:</b>	Radisson Blu Hotel, Tromsø

### Tilstede

<b>Navn:</b>	
Marianne Telle	styreleder
Inger Lise Strøm	nestleder
Arnfinn Sundsfjord	styremedlem
Fredrik Sund	styremedlem
Johnny-Leo Jernsletten	styremedlem
Kari Jørgensen	styremedlem
Kari B. Sandnes	styremedlem
Line Miriam Sandberg	styremedlem
Sissel Alterskjær	styremedlem
Svenn Are Jenssen	styremedlem
Jørgen Dahl	observatør fra Regionalt brukerutvalg - møtte for RBU-leder Arne-Ketil Hafstad

### Forfall

<b>Navn:</b>	
Arne Ketil Hafstad	observatør fra Regionalt brukerutvalg

### Fra administrasjonen

<b>Navn:</b>	
Lars Vorland	adm. direktør
Karin Paulke	stabsdirektør
Geir Tollåli	fagdirektør
Hilde Rolandsen	direktør for eieravdelingen
Kristian I. Fanghol	direktør
Siw Sandvik	kommunikasjonsdirektør
Erik Arne Hansen	regnskapssjef
Hege Knoph Antonsen	internrevisor

*I forkant av styremøtet presenterte revisjonsselskapet BDO en kort gjennomgang av risikovurderingen som er gjort, en overordnet vurdering av foretaksgruppen etter gjennomgangen med helseforetakene og en kort plan for årsrevisjonen. Orienteringen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 5.*

*I etterkant av dette styremøtet ble det avholdt åpent styreseminar for helseforetakene i Helse Nord, den 26. til 27. oktober 2016.*

## **Styresak 111-2016    Godkjenning av innkalling og saksliste**

Sak 111-2016	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 112-2016	Godkjenning av protokoll fra styremøte 22. september 2016
Sak 113-2016	Sivilombudsmannens besøksrapport 26. til 28. april 2016 - Universitetssykehuset Nord-Norge Åsgård, planlagte/iverksatte tiltak, oppfølging av styresak 103-2016
Sak 114-2016	Budsjett 2017 foretaksgruppen, rammer og føringer <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
Sak 115-2016	Budsjett 2017 Helse Nord RHF <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
Sak 116-2016	Virksomhetsrapport nr. 9-2016 <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
Sak 117-2016	Tertialrapport nr. 2-2016 <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
Sak 118-2016	Sykehusinnkjøp HF – Virksomhetsoverdragelse fra Helse Nord RHF <i>Saksdokumentene er unntatt offentlighet, jf. Offl. § 23, 1. ledd. Saksdokumentene var ettersendt.</i>
Sak 119-2016	Byggeprosjekter i Finnmarkssykehuset HF: Tertialrapport pr. 31. august 2016
Sak 120-2016	Byggeprosjekter i Nordlandssykehuset HF: Tertialrapport pr. 31. august 2016
Sak 121-2016	Byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF: Tertialrapport pr. 31. august 2016
Sak 122-2016	FIKS <sup>1</sup> -prosjekt: Tertialrapport pr. 31 august 2016
Sak 123-2016	Finnmarkssykehuset HF - salg av eiendom på Jansnes i Alta kommune
Sak 124-2016	Finnmarkssykehuset HF - salg av boliger og gamle Kirkenes sykehus
Sak 125-2016	Etablering av Helse Nord IKT HF - stadfestelse av tidligere vedtak
Sak 126-2016	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none"><li>1. Informasjon fra styreleder til styret – <i>mundlig</i></li><li>2. Informasjon fra adm. direktør til styret – <i>mundlig</i></li><li>3. Oppfølging av Internrevisjonsrapport 08/2015: Refusjon fra NAV for Helse Nord's løpende ytelser ved arbeidstakers fravær - oppfølging av styresak 86-2015</li></ol>

---

<sup>1</sup> FIKS: Felles innføring kliniske systemer

Sak 127-2016

Referatsaker

1. Protokoll fra drøftingsmøte 25. oktober 2016 ad. Budsjett 2017 foretaksgruppen – rammer og føringer  
*Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.*
2. Protokoll fra drøftingsmøte 25. oktober 2016 ad. Tertialrapport nr. 2-2016  
*Kopi av protokollen legges frem ved møtestart.*
3. Protokoll fra drøftingsmøte 20. oktober 2016 ad. Budsjett 2017 Helse Nord RHF – rammer og føringer  
*Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.*
4. Protokoll fra drøftingsmøte 20. oktober 2016 ad. Sykehusinnkjøp HF – Virksomhetsoverdragelse fra Helse Nord RHF  
*Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.*
5. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 4. oktober 2016
6. E-post av 24. september 2016 fra Erik Fjeldstad, leder i Hammerfest Arbeiderparti ad. felles uttalelse fra Alta og Hammerfest Arbeiderparti vedrørende vedtak om reduksjon av antall ambulansely i Alta
7. Brev fra Bodø Kommune av 14. oktober 2016 ad. Likeverdig behandling for hjertepasienter - uttalelse vedtatt 13.10.2016  
*Styresaken er etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt sakliste.*  
*Kopi av brevet var ettersendt.*
8. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 19. oktober 2016  
*Styresaken er etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt sakliste.*  
*Kopi av protokollen var ettersendt.*

Sak 128-2016

Eventuelt

- A. PCI-rapporten - tidspunkt for styrets behandling
- B. Fullmaktstrukturen i Helse Nord
- C. Spesialisthelsetjenester til samisk befolkning - status

Styrets vedtak:

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

**Styresak 112-2016      Godkjenning av protokoll fra styremøte  
22. september 2016**

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 22. september 2016 godkjennes.

**Styresak 113-2016    Sivilombudsmannens besøksrapport  
26. til 28. april 2016 -  
Universitetssykehuset Nord-Norge  
Åsgård, planlagte/iverksatte tiltak,  
oppfølging av styresak 103-2016**

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om oppfølgingen av tiltak etter Sivilombudsmannens besøksrapport ved Universitetssykehuset Nord-Norge fra april 2016 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om en ny orientering etter at saken er behandlet i styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF neste gang.
3. Styret ber videre om å bli orientert om resultatet av revisjonsbesøket ved Nordlandssykehuset HF, når besøksrapport foreligger.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om oppfølgingen av tiltak etter Sivilombudsmannens besøksrapport ved Universitetssykehuset Nord-Norge fra april 2016 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om en ny orientering etter at saken er behandlet i styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF neste gang.
3. Styret ber videre om å bli orientert om resultatet av revisjonsbesøket ved Nordlandssykehuset HF, når besøksrapport foreligger.

**Styresak 114-2016    Budsjet 2017 foretaksgruppen, rammer og  
føringer**

*Saksdokumentene var ettersendt.*

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

1. Styret i Helse Nord RHF viser til *styresak 72-2016 Plan 2017-2020 - inkl. rullering av investeringsplanen 2017-2024* (styremøte 15. juni 2016). Denne skal ligge til grunn for virksomheten i 2017.
2. Planlagt aktivitetsvekst i somatisk virksomhet i helseforetakene skal innrettes mot områder med lange ventetider og fristbrudd, og gjennomføring av fagplanene.

- Aktivitetsvekst skal være sterkere innen psykisk helsevern for voksne og TSB enn i somatisk virksomhet. Fristbrudd skal fjernes og ventetidene reduseres innen alle fagområder.
- Resultatkrav for Helse Nord RHF reduseres med 34 mill. kroner sammenlignet med styresak 72-2016. Resultatkrav for 2017 vedtas slik:

Helse Nord RHF/Styrets disposisjon	+ <b>235 215</b> mill. kroner
Finnmarkssykehuset HF	+30 mill. kroner
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	+40 mill. kroner
Nordlandssykehuset HF	+ 5 mill. kroner
Helgelandssykehuset HF	+20 mill. kroner
Sykehusapotek Nord HF	0
Helse Nord IKT HF	0
<b>Sum</b>	+ <b>330 310</b> mill. kroner

- Inntektsrammer for 2017 fastsettes til (i 1000 kr):

Basisramme 2017	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Vedtatt basisramme 2017 - per oktober 2016	1 334 599	189 000	1 509 303	4 653 198	2 925 597	1 311 225	11 922 922

Øvrig ramme 2017	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Omlagging arbeidsgiveravgift	796			52 928	27 381		81 105
Sykestuer Finnmark			9 500				9 500
Kvalitetsregistre   estimat, fordeles oppdragsdokument	30 700						30 700
Nasjonalt senter for e-helseforskning				36 700			36 700
Transporttilbud psykisk syke		0	687	1 635	1 152	677	4 150
Nøytral mva	138 064						138 064
Partikkelterapi		4150					4 150
Tilskudd til turnustjeneste   estimat, fordeles oppdragsdokument	111		813	2 100	1 729	878	5 631
Pilot Evenes		1000					1 000
<b>SUM øvrig ramme 2017 - per oktober 2016</b>	<b>169 671</b>	<b>5 150</b>	<b>11 000</b>	<b>93 363</b>	<b>30 262</b>	<b>1 554</b>	<b>311 000</b>

Kvalitetsbasert finansiering	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Ramme 2016			9 871	31 449	20 390	11 390	73 100
Oppdatering modell 2017			(3 936)	(3 756)	(10 195)	(6 413)	(24 300)
<b>SUM kvalitetsbasert finansiering - per oktober 2016</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>5 935</b>	<b>27 693</b>	<b>10 195</b>	<b>4 977</b>	<b>48 800</b>

Øremerket tilskudd Nasjonale tjenester (konto 3340)	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens				3 838			3 838
Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens styrking				3 161			3 161
Nasjonal komp.tjeneste for barn og unge med funksjonsneds.	2 314						2 314
Nasjonal komp.tjeneste for inkontinens og bekkenbunnsyk.				2 314			2 314
Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykiskhelsevern og rus			3 899				3 899
Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde				2 801			2 801
Ufordelt Nasjonale tjenester		33					33
Døvblindesentre	42 247			7 594			49 841
<b>SUM øremerket 2017 - per oktober 2016</b>	<b>44 560</b>	<b>33</b>	<b>3 899</b>	<b>19 708</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>68 200</b>

Øremerket tilskudd Forskning (konto 3320)	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Forskning resultatbasert	41 978		791	25 362	5 877	492	74 500
<b>SUM øremerket forskning 2017 - per oktober 2016</b>	<b>41 978</b>	<b>-</b>	<b>791</b>	<b>25 362</b>	<b>5 877</b>	<b>492</b>	<b>74 500</b>

6. Helseforetakene kan i 2017 ta opp investeringslån i tråd med fremdriften i prosjektene med lånetilsagn.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF viser til *styresak 72-2016 Plan 2017-2020 - inkl. rullering av investeringsplanen 2017-2024* (styremøte 15. juni 2016). Denne skal ligge til grunn for virksomheten i 2017.
2. Planlagt aktivitetsvekst i somatisk virksomhet i helseforetakene skal innrettes mot områder med lange ventetider og fristbrudd, og gjennomføring av fagplanene.
3. Aktivitetsvekst skal være sterkere innen psykisk helsevern for voksne og TSB enn i somatisk virksomhet. Fristbrudd skal fjernes og ventetidene reduseres innen alle fagområder.
4. Resultatkrav for Helse Nord RHF reduseres med 34 mill. kroner sammenlignet med styresak 72-2016. Resultatkrav for 2017 vedtas slik:

Helse Nord RHF/Styrets disposisjon	+ 215 mill. kroner
Finnmarkssykehuset HF	+30 mill. kroner
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	+40 mill. kroner
Nordlandssykehuset HF	+ 5 mill. kroner
Helgelandssykehuset HF	+20 mill. kroner
Sykehusapotek Nord HF	0
Helse Nord IKT HF	0
<b>Sum</b>	<b>+ 310 mill. kroner</b>

5. Inntektsrammer for 2017 fastsettes til (i 1000 kr):

Basisramme 2017	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Vedtatt basisramme 2017 - per oktober 2016	1 334 599	189 000	1 509 303	4 653 198	2 925 597	1 311 225	11 922 922

Øvrig ramme 2017	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Omlagging arbeidsgiveravgift	796			52 928	27 381		81 105
Sykestuer Finnmark			9 500				9 500
Kvalitetsregistre   estimat, fordeles oppdragsdokument	30 700						30 700
Nasjonalt senter for e-helseforskning				36 700			36 700
Transporttilbud psykisk syke		0	687	1 635	1 152	677	4 150
Nøytral mva	138 064						138 064
Partikkelterapi		4150					4 150
Tilskudd til turmstjeneste   estimat, fordeles oppdragsdokument	111		813	2 100	1 729	878	5 631
Pilot Evenes		1000					1 000
<b>SUM øvrig ramme 2017 - per oktober 2016</b>	<b>169 671</b>	<b>5 150</b>	<b>11 000</b>	<b>93 363</b>	<b>30 262</b>	<b>1 554</b>	<b>311 000</b>

Kvalitetsbasert finansiering	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Ramme 2016			9 871	31 449	20 390	11 390	73 100
Oppdatering modell 2017			(3 936)	(3 756)	(10 195)	(6 413)	(24 300)
<b>SUM kvalitetsbasert finansiering - per oktober 2016</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>5 935</b>	<b>27 693</b>	<b>10 195</b>	<b>4 977</b>	<b>48 800</b>

Øremerket tilskudd Nasjonale tjenester (konto 3340)	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens				3 838			3 838
Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens styrking				3 161			3 161
Nasjonal komp.tjeneste for barn og unge med funksjonsneds.	2 314						2 314
Nasjonal komp.tjeneste for inkontinens og bekkenbunnsyk.				2 314			2 314
Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykiskhelsevern og rus			3 899				3 899
Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde				2 801			2 801
Ufordelt Nasjonale tjenester		33					33
Døvblindesentre	42 247			7 594			49 841
<b>SUM øremerket 2017 - per oktober 2016</b>	<b>44 560</b>	<b>33</b>	<b>3 899</b>	<b>19 708</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>68 200</b>

Øremerket tilskudd Forskning (konto 3320)	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Forskning resultatbasert	41 978		791	25 362	5 877	492	74 500
<b>SUM øremerket forskning 2017 - per oktober 2016</b>	<b>41 978</b>	<b>-</b>	<b>791</b>	<b>25 362</b>	<b>5 877</b>	<b>492</b>	<b>74 500</b>

6. Helseforetakene kan i 2017 ta opp investeringslån i tråd med fremdriften i prosjektene med lånetilsagn.

## Styresak 115-2016 Budsjet 2017 Helse Nord RHF

*Saksdokumentene var ettersendt.*

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

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner *foreløpig* det fremlagte forslaget til budsjett 2017 for Helse Nord RHF *med den endringen i overskuddskravet som ble vedtatt i styresak 114-2016 Budsjett 2017 foretaksgruppen, rammer og føringer (som legges til styrets disposisjon).*
2. *Styret ber adm. direktør om å komme tilbake med en ny styresak i styremøte i desember 2016 som viser den overordnede utviklingen på bemanning og kostnadsstrukturen på de ulike områdene og omstillingskravet i Helse Nord RHF.*

*Enstemmig vedtatt.*



### Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner foreløpig det fremlagte forslaget til budsjett 2017 for Helse Nord RHF med den endringen i overskuddskravet som ble vedtatt i *styresak 114-2016 Budsjett 2017 foretaksgruppen, rammer og føringer* (som legges til styrets disposisjon).
2. Styret ber adm. direktør om å komme tilbake med en ny styresak i styremøte i desember 2016 som viser den overordnede utviklingen på bemanning og kostnadsstrukturen på de ulike områdene og omstillingskravet i Helse Nord RHF.

### **Styresak 116-2016 Virksomhetsrapport nr. 9-2016**

*Saksdokumentene var ettersendt.*

#### **Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 9-2016 til orientering.
2. Styret er fornøyd med utviklingen av sykefraværet i foretaksgruppen og ber adm. direktør om å fortsatt arbeide for ytterligere reduksjon i sykefraværet.
3. Styret ber adm. direktør om å orientere om følgene av sykehusstreiken i neste virksomhetsrapport.

*Enstemmig vedtatt.*

### Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 9-2016 til orientering.
2. Styret er fornøyd med utviklingen av sykefraværet i foretaksgruppen og ber adm. direktør om å fortsatt arbeide for ytterligere reduksjon i sykefraværet.
3. Styret ber adm. direktør om å orientere om følgene av sykehusstreiken i neste virksomhetsrapport.

### **Styresak 117-2016 Tertialrapport nr. 2-2016**

*Saksdokumentene var ettersendt.*

#### **Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapport nr. 2-2016 til orientering.

2. Styret ber adm. direktør om fortsatt å ha tett oppfølging av helseforetakenes arbeid med tiltak knyttet til de nasjonale kvalitetsindikatorene.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapport nr. 2-2016 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om fortsatt å ha tett oppfølging av helseforetakenes arbeid med tiltak knyttet til de nasjonale kvalitetsindikatorene.

**Styresak 118-2016    Sykehusinnkjøp HF –  
Virksomhetsoverdragelse fra Helse Nord RHF**  
*Saksdokumentene er unntatt offentlighet, jf. Offl. § 23, 1. ledd.  
Saksdokumentene var ettersendt.*

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar at Helse Nord RHF overdrar anskaffelsesvirksomheten til Sykehusinnkjøp HF, og ber adm. direktør gjennomføre virksomhetsoverdragelsen i tråd med saksfremlegget.
2. Styret ber adm. direktør følge opp at tilsvarende virksomhetsoverdragelse finner sted i underliggende helseforetak innen 31. desember 2016.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar at Helse Nord RHF overdrar anskaffelsesvirksomheten til Sykehusinnkjøp HF, og ber adm. direktør gjennomføre virksomhetsoverdragelsen i tråd med saksfremlegget.
2. Styret ber adm. direktør følge opp at tilsvarende virksomhetsoverdragelse finner sted i underliggende helseforetak innen 31. desember 2016.

**Styresak 119-2016 Byggeprosjekter i Finnmarkssykehuset HF:  
Tertialrapport pr. 31. august 2016**

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. august 2016 om utviklings- og byggeprosjekter i Finnmarkssykehuset HF til orientering.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. august 2016 om utviklings- og byggeprosjekter i Finnmarkssykehuset HF til orientering.

**Styresak 120-2016 Byggeprosjekter i Nordlandssykehuset HF:  
Tertialrapport pr. 31. august 2016**

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. august 2016 om byggeprosjekter i Nordlandssykehuset HF til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å legge frem egen sak med en nærmere orientering om plan for gjennomføring av renovering av AB-fløyen, forslag til sluttfinansiering og økonomiske konsekvenser for helseforetaket.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. august 2016 om byggeprosjekter i Nordlandssykehuset HF til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å legge frem egen sak med en nærmere orientering om plan for gjennomføring av renovering av AB-fløyen, forslag til sluttfinansiering og økonomiske konsekvenser for helseforetaket.

## **Styresak 121-2016    Byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF: Tertialrapport pr. 31. august 2016**

### **Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 30. august 2016 om byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF til orientering.
2. Styret er tilfreds med at utvidelsen av A-fløyen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF gjennomføres innenfor P85-rammen.
3. Styret er tilfreds med at gjennomføringen av renoveringen på Åsgård er gjort innenfor planlagt tid og kostnad. Prosjektet utgår fra tertialrapporten.
4. Styret forutsetter at gjennomføringen av PET-senteret løses innenfor P85-rammen. Styret ber adm. direktør legge frem en nærmere orientering om dette i neste tertialrapport.

*Enstemmig vedtatt.*

### Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 30. august 2016 om byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF til orientering.
2. Styret er tilfreds med at utvidelsen av A-fløyen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF gjennomføres innenfor P85-rammen.
3. Styret er tilfreds med at gjennomføringen av renoveringen på Åsgård er gjort innenfor planlagt tid og kostnad. Prosjektet utgår fra tertialrapporten.
4. Styret forutsetter at gjennomføringen av PET-senteret løses innenfor P85-rammen. Styret ber adm. direktør legge frem en nærmere orientering om dette i neste tertialrapport.

## **Styresak 122-2016    FIKS-prosjekt: Tertialrapport pr. 31 august 2016**

### **Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 2. tertial 2016 om Felles Innføring av Kliniske Systemer (FIKS) til orientering.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 2. tertial 2016 om Felles Innføring av Kliniske Systemer (FIKS) til orientering.

**Styresak 123-2016 Finnmarkssykehuset HF - salg av eiendom på Jansnes i Alta kommune**

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF ber Helse- og omsorgsdepartementet om fullmakt i foretaksmøte til å avhende eiendommen på Jansnes i Alta kommune (tidligere DPS-enhet) fra Finnmarkssykehuset HF i tråd med saksfremlegget.
2. Ved eventuelt salg skal frigjorte ressurser disponeres i samsvar med vedtak i *styresak 111-2005 Prinsipper for investering, finansiering og kapitalforvaltning i Helse Nord.*

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF ber Helse- og omsorgsdepartementet om fullmakt i foretaksmøte til å avhende eiendommen på Jansnes i Alta kommune (tidligere DPS-enhet) fra Finnmarkssykehuset HF i tråd med saksfremlegget.
2. Ved eventuelt salg skal frigjorte ressurser disponeres i samsvar med vedtak i *styresak 111-2005 Prinsipper for investering, finansiering og kapitalforvaltning i Helse Nord.*

**Styresak 124-2016 Finnmarkssykehuset HF - salg av boliger og gamle Kirkenes sykehus**

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF slutter seg til plan om avhending av boliger i Kirkenes og gamle Kirkenes sykehus i tråd med saksfremlegget.
2. Styret i Helse Nord RHF ber Helse- og omsorgsdepartementet om fullmakt i foretaksmøte til å avhende eiendommene i Kirkenes i Sør-Varanger kommune (boliger og gamle Kirkenes sykehus) fra Finnmarkssykehuset HF.

3. Ved eventuelt salg skal frigjorte ressurser disponeres i samsvar med vedtak i *styresak 111-2005 Prinsipper for investering, finansiering og kapitalforvaltning i Helse Nord*.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF slutter seg til plan om avhending av boliger i Kirkenes og gamle Kirkenes sykehus i tråd med saksfremlegget.
2. Styret i Helse Nord RHF ber Helse- og omsorgsdepartementet om fullmakt i foretaksmøte til å avhende eiendommene i Kirkenes i Sør-Varanger kommune (boliger og gamle Kirkenes sykehus) fra Finnmarkssykehuset HF.
3. Ved eventuelt salg skal frigjorte ressurser disponeres i samsvar med vedtak i *styresak 111-2005 Prinsipper for investering, finansiering og kapitalforvaltning i Helse Nord*.

## **Styresak 125-2016 Etablering av Helse Nord IKT HF - stadfestelse av tidligere vedtak**

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

Styret i Helse Nord RHF stadfester vedtaket i *styresak 73-2016 Etablering av Helse Nord IKT HF* (styremøte 15. juni 2016), punkt 1 til 6 slik de fremgår av protokoll fra styremøte 15. juni 2016.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF stadfester vedtaket i *styresak 73-2016 Etablering av Helse Nord IKT HF* (styremøte 15. juni 2016), punkt 1 til 6 slik de fremgår av protokoll fra styremøte 15. juni 2016.

## **Styresak 126-2016 Orienteringssaker**

Det ble gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
  - *100-årsjubileum Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, anestesivdelingen*
    - o Informasjon
  - *Regional brukerkonferanse 20. oktober 2016 - foredrag*
    - o Informasjon

- *Felles møte mellom styreledere og adm. direktører i RHF-ene* 24. oktober 2016
    - o Informasjon om saksliste (status i Kvinnslandsutvalgets arbeid, kontaktmøte med statsråden i desember 2016, refleksjoner etter streiken blant Akademikerne og kort gjennomgang av Husebekkutvalgets rapport).
  - *Felles oppfølgingsmøte etter 2. tertial 2016* 25. oktober 2016 - sammen med adm. direktør Lars Vorland
    - o Informasjon
  - *Styremøte i Helse Nord RHF* i mai 2017 - endring av møtedato og avtale om møtested
    - o Styremøtet flyttes fra 24. mai 2017 til 23. mai 2017.
    - o Møtet avholdes i Mosjøen.
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
- a) *Styresak 115-2016 Budsjett 2017 Helse Nord RHF:*
- o Under behandling av saken informerte adm. direktør om at det er satt inn feil beløp i avsnittet vedr. budsjett for regional perinatalkomité i vedlegget til styresaken (side 6 under beskrivelse av hvordan målene i 2017 skal oppnås, se mål nr. 1 *Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen*).
  - o Rammen er på 70.000 kroner, men det er lagt inn 0,7 mill. kroner.
- b) *Streiken blant arbeidstakere organisert i Akademikerne/Den norske Legeforening* - kort oppsummering av streiken og dens bakgrunn og informasjon om lønnsoppgjøret generelt
- c) *Alvorlige hendelser:*
- o *Sak nr. 1:* Pasient under behandling ved kirurgisk avdeling - alvorlig komplikasjon:
    - Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn av 26. september 2016:
      - Sjelden, men kjent og alvorlig komplikasjon.
      - Ikke nødvendig med tilsynsmessig oppfølging i saken.
  - o *Sak nr. 2:* To pasienter ved operasjons- og intensivklinikk - forsinket diagnostikk og flytting av pasient mellom ulike behandlingsnivå/klinikker:
    - Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn av 27. september 2016:
      - Ikke nødvendig med stedlig tilsyn.
      - Fylkesmannen følger opp sakene tilsynsmessig.
  - o *Sak nr. 3:* Pasient under behandling av spesialisthelsetjenesten - alvorlig hendelse:
    - Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn foreligger ikke pr. dags dato.
  - o *Sak nr. 4:* Pasient under behandling ved kirurgisk enhet - dødsfall:
    - Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn av 13. oktober 2016:
      - Ikke nødvendig med stedlig tilsyn.
      - Fylkesmannen følger opp saken tilsynsmessig.
- Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13 jf Fvl. § 13, 1 ledd nr. 1.*
- d) *Felles ledermøte med ledergruppene i HF-ene:* Informasjon om ledermøtet med Finnmarkssykehuset HF 27. september 2016 og Universitetssykehuset Nord-Norge HF 18. oktober 2016
- e) *Åpen høring Stortingets helse- og omsorgskomite ad. Meld. St. 34 (2015-2016) Prioriteringsmelding* 29. september 2016: Informasjon

- f) *Møte med Hattfjelldal kommune ad. ambulanse* 13. oktober 2016: Informasjon om møtet og diskusjonen
  - g) *Nedleggelse av grunnstein for prosjekt Alta Nærsykehus* 14. oktober 2016: Informasjon
  - h) *Statusmøte med Helse- og omsorgsdepartementet ad. system for nye metoder* 17. oktober 2016: Informasjon om møtet
  - i) *Regional brukerkonferanse* 20. oktober 2016: Informasjon om konferansen og adm. direktørs innlegg om *Nasjonal Råd og Beslutningsforum for nye metoder - arbeid og utfordringer*
  - j) *Møte i Nord-norsk samarbeidsorgan for helseutdanning* 21. oktober 2016: Informasjon og status i arbeidet
  - k) *Åpning av Nordlandssykehuset HF i Bodø* 28. september 2016: Kort informasjon om åpningen v/styrets nestleder Inger Lise Strøm
  - l) *Møter med Finnmarkssykehuset HF, kommuneoverlegene i Finnmark og med politiske partier, fylkesordførere, stortingsrepresentanter m. fl. ad. framtidig luftambulansetjeneste* 27. september 2016: Informasjon om møtet og konklusjonen etterpå
  - m) *Etablering av et felleseid foretak for sykehusapotekene i Norge, forslag:* Informasjon om status i arbeidet og adm. direktørs vurderinger av en slik etablering.
3. Oppfølging av Internrevisjonsrapport 08/2015: Refusjon fra NAV for Helse Nords løpende ytelser ved arbeidstakers fravær - oppfølging av styresak 86-2015

#### Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

### **Styresak 127-2016 Referatsaker**

Det ble referert fra følgende saker:

1. Protokoll fra drøftingsmøte 25. oktober 2016 ad. Budsjett 2017 foretaksgruppen – rammer og føringer  
*Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.*
2. Protokoll fra drøftingsmøte 25. oktober 2016 ad. Tertialrapport nr. 2-2016  
*Kopi av protokollen legges frem ved møtestart.*
3. Protokoll fra drøftingsmøte 20. oktober 2016 ad. Budsjett 2017 Helse Nord RHF – rammer og føringer  
*Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.*
4. Protokoll fra drøftingsmøte 20. oktober 2016 ad. Sykehusinnkjøp HF – Virksomhetsoverdragelse fra Helse Nord RHF  
*Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.*
5. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 4. oktober 2016
6. E-post av 24. september 2016 fra Erik Fjeldstad, leder i Hammerfest Arbeiderparti ad. felles uttalelse fra Alta og Hammerfest Arbeiderparti vedrørende vedtak om reduksjon av antall ambulansedy i Alta



7. Brev fra Bodø Kommune av 14. oktober 2016 ad. Likeverdig behandling for hjertepasienter - uttalelse vedtatt 13.10.2016  
*Styresaken er etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.  
Kopi av brevet var ettersendt.*
8. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 19. oktober 2016  
*Styresaken er etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.  
Kopi av protokollen var ettersendt.*

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

## **Styresak 128-2016    Eventuelt**

### *A. PCI-rapporten - tidspunkt for styrets behandling*

Styremedlem Sverre Are Jenssen stilte spørsmål ad. tidspunkt for styrets behandling.

Styrets vedtak:

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

### *B. Fullmaksstrukturen i Helse Nord*

Styremedlem Sverre Are Jenssen stilte spørsmål ad. beslutnings-/fullmaksstrukturen i Helse Nord.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om å legge frem en styresak med informasjon om beslutnings- og fullmaksstrukturen i Helse Nord.

*C. Spesialisthelsetjenester til samisk befolkning - status*

Styremedlem Johnny-Leo Jernsletten stilte spørsmål ad. det strategiske ansvaret for spesialisthelsetjenesten til den samiske befolkningen i Norge som Helse Nord RHF har fått i Oppdragsdokument 2017.

Styrets vedtak:

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

Tromsø, den 26. oktober 2016

*godkjent av Marianne Telle,  
i etterkant av styremøtet,  
den 26OKT2016 - kl. 12.31*

---

Marianne Telle



## PROTOKOLL

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

31. Oktober 2016  
Kl. 09.15 – 10.30  
Møterom: G-fløy

Fra arbeidsgiver:

Fra fagforeningene:

Navn	Navn	Tilstede	Forfall
Per-Ingve Norheim, Seniorrådgiver HR-avdelingen	Johnny R. Jensen (NSF)	X	
Beate Sørslett, Med.dir	Ikke valgt (NETF)		
Gro Ankill, Administrasjonssjef	Marianne Hildal (NFF)	X	
Marit Barosen, Økonomisjef	Britt Karin Bakkefjell (Utdanningsf)		
	Louise Kjelstrup (Forskerne)		
	Rolf Schjem (Presteforeningen)		X
Lillian Sørttar, Rådgiver HR-avdelingen	Svein Kligen (Akademiker forb.)		
	Are Antonsen (Maskinistforb.)		
	Liv Berit Moe (Radiografforb)		
	Karina Hjerde (Fagforbundet)		X
	Ikke valgt (FO)		
	Roar Skogøy (El og It forbundet)	X	
	May-Britt Allstrin (Delta)		X
	Beate Søvik Hansen (Parat)		
	Ingeborg K. Pedersen (DNJ)		
	Ann-Jeanette Jensen (NITO)		X
	Paal Koren (DNLF)	X	
	Hedda Soløy-Nilsen (DNLF)	X	
	Andreas Vikan Seljeseth (NPF)		X
	Christian Søvik Hansen (Econa)		
	Anne Landsem (Tekna)		X
	Marit Nordmo (Samfunnsviterne)		

\* tilstede deler av møtet

**AMU Sak 56/2016 Opprettelse av Senter for klinisk støtte og dokumentasjon.**

De foretakstillitsvalgte gir sin tilslutning til organisasjonskart og fremdriftsplan som er skissert som trinn 1 i saken.

**Sak: Budsjett 2017 – status. Muntlig orientering.**

Partene tar saken til orientering.

**Sak: Prosjekt «Klinisk overblikk og effektiv logistikk. Muntlig orientering.**

Saken tas til orientering.

---

Nordlandssykehuset HF

---

Johnny R. Jensen

---

Marianne Hildal

---

Louise Kjelstrup

---

Svein Kligen

---

Karina Hjerde

---

Liv Berit Moe

---

Britt Karin Bakkefjell

---

Rolf Schjem

---

Are Antonsen

---

Marit Nordmo

---

Roar Skogøy

---

May-Britt Allstrin

---

Ann-Jeanette Jensen

---

Andreas Vikan Seljeseth

---

Anne Landsem

---

Christian Søvik Hansen

---

Hedda Soløy-Nilsen/Paal Koren

---

Ragnhild K. Pedersen

---

Beate Søvik Hansen



**Protokoll fra AMU-møte  
Onsdag 2. november 2016  
kl. 12.00 – 14.00  
Store møterom administrasjonen/Skype**

<b>Arbeidsgivers representanter:</b>	<b>Til stede</b>	<b>Vararepresentanter:</b>	<b>Til stede</b>
Liss Eberg, HR-sjef	Forfall	Kerstin Thoresen	X
Øystein R. Johansen, klinikkssjef Kir/ort	X		
Gro-Marith Villadsen, rådgiver dir.	Forfall	Tove Beyer	X
Anne-Line B. Strand, prosjektleder	X		
Gunn Bente Andresen, enhetsleder pasientreiser	Forfall	Per-Ingve Norheim	X
<b>Arbeidstakers representanter:</b>		<b>Vararepresentanter:</b>	
Hovedverneombud Jeanette Mikalsen	X		
Johnny Jensen, NSF	X		
Karina Hjerde, Fagforbundet	X		
Andreas Vikan Seljeseth, Akademikerne	X		
May Britt Allstrin, Delta	Forfall	Forfall	
<b>Øvrige faste medlemmer:</b>			
Representant fra Stamina	Forfall		
Representant fra HMS	X		
Sekretær for AMU: Anita Olsen	X		

<b>Øvrige til stede:</b>
Beate Sørslett – på sak
Finn Berntsen – på sak
Marit Barosen – på sak
Hilde Normann – på sak

### **AMU-sak 53/2016**

#### **Godkjenning av innkalling og saksliste**

**Innstilling til vedtak:**

Innkalling og saksliste godkjennes.

**Avstemming:**

Enstemmig vedtatt.

**Vedtak:**

Innkalling og saksliste godkjennes.

### **AMU-sak 54/2016**

#### **Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 21. september 2016**

**Innstilling til vedtak:**

Protokoll fra AMU-møtet 21. september 2016 godkjennes.

**Avstemming:**

Enstemmig vedtatt.

**Vedtak:**

Protokoll fra AMU-møtet 21. september 2016 godkjennes.

### **AMU-sak 55/2016**

#### **Møteplan for AMU 2017**

**Innstilling til vedtak:**

AMU vedtar møteplan for 2017.

**Avstemming:**

Enstemmig vedtatt.

**Vedtak:**

AMU vedtar møteplan for 2017.

## AMU-sak 56/2016

### **Etablering av Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD)**

#### **Innstilling til vedtak:**

AMU gir sin tilslutning til organisasjonskart og fremdriftsplan skissert i trinn 1, og ber om at saken kommer tilbake til behandling i AMU i forkant av trinn 2.

#### **Avstemming:**

Enstemmig vedtatt.

#### **Vedtak:**

AMU gir sin tilslutning til organisasjonskart og fremdriftsplan skissert i trinn 1, og ber om at saken kommer tilbake til behandling i AMU i forkant av trinn 2.

## AMU-sak 57/2016

### **Saker til orientering**

#### **Innstilling til vedtak:**

AMU tar sakene til orientering.

#### **Avstemming:**

Enstemmig vedtatt.

#### **Vedtak:**

Enstemmig vedtatt.

## AMU-sak 58/2016

### **Referatsaker**

#### **Innstilling til vedtak:**

AMU tar saken til orientering

#### **Avstemming:**

Enstemmig vedtatt.

#### **Vedtak:**

AMU tar saken til orientering.

#### **Eventuelt:**

1. Per-Ingve Norheim orienterte om medarbeiderundersøkelsen (MU) 2016:  
Den blir sendt ut 14. november til alle ansatte med stillingsprosent over 30, og ligger ute i 3 uker. Det er ønskelig med høyest mulig svarprosent, så linjeledere må legge til rette for at alle ansatte får mulighet til å svare på undersøkelsen.  
Høsten 2017 kommer en ny nasjonal sammenslått undersøkelse om pasientsikkerhetskultur (PSKU) og MU. Denne undersøkelsen vil bli pilotert i januar 2017 i Avdeling for forskning og pasientsikkerhet (AFFP) og HR-avdelingen.



2. Hovedverneombudet stiller spørsmål om AMU skal informeres om tilsynssaker som ligger hos Arbeidstilsynet.



Helsetilsynet

Deres ref.:

Vår ref.:  
2016/1074/TESV

Dato:  
19.10.2016

## **Nordlandssykehuset HF planer for å lukke avvik vedrørende håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon**

— Viser til gjennomført tilsyn i perioden 14 til 16/6 – 2016 der formålet med dette tilsynet var å undersøke om ledelsen i foretaket sørger for at de forskriftene håndtering av Blod og blodkomponenter, celler og vev, inkludert smittetesting av donor og aktivitet knyttet til organdonasjon etterleves.

Det ble i dette tilsynet avdekket tre avvik:

1. Nordlandssykehuset HF er et godkjent donorsykehus, men har ikke etablert organisatorisk struktur og retningslinjer for oppgaver, ansvar og myndighet knyttet til organdonasjon.
2. Nordlandssykehuset HF har mangelfulle rutiner for samhandling mellom teknisk avdeling og beinbanken for å sikre at humant beinvev alltid blir lagret ved rett temperatur.
3. Nordlandssykehuset HF har overordnede retningslinjer og et eget opplæringsprogram for transfusjon av blod. Helseforetaket har ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp at involvert personell opprettholder god transfusjonspraksis.

Nordlandssykehuset HF har utarbeidet plan som har til hensikt å rette opp og lukke påpekte avvik. Når det gjelder oppfølging og kontroll av etterlevelse så foreligger det allerede planer for internrevisjoner for to av områdene Humane celler og vev og blod/blodkomponenter) det ble avdekket avvik på. For området organdonasjon vil Akuttmedisinsk klinikk sørge for at revisjon på dette området blir tatt med i klinikkens internrevisjonsplan.

Vedlegg 1	Plan for lukking av avvik 1 med tilhørende dokumenter
Vedlegg 2	Plan for lukking av avvik 2 med tilhørende dokumenter
Vedlegg 3	Plan for lukking av avvik 3 med tilhørende dokumenter
Vedlegg 4	Internrevisjonsplaner

Med vennlig hilsen

Terje Svendsen  
Kvalitetsleder

## Avvik 1:

**Nordlandssykehuset HF er et godkjent donorsykehus, men har ikke etablert organisatorisk struktur og retningslinjer for oppgaver, ansvar og myndighet knyttet til organdonasjon. (S)**

**Avvik fra følgende krav i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten**

### § 4a Innholdet i internkontrollen

**Avvik fra følgende krav forskrift om kvalitet og sikkerhet for humane organer beregnet for transplantasjon:**

#### § Personalets kompetans

#### § Internkontroll

Avviket bygger på følgende:	Beskrivelse av korrigerende tiltak og en plan som viser hvordan dere skal følge opp og evaluere tiltakene.	Ansvarlig og tidsfrist for lukking.
Nordlandssykehuset HF har utpekt donoransvarlig lege og to donoransvarlige intensivsykepleiere, men hadde ikke beskrevet ansvar, oppgaver og myndighet for disse funksjonene. Funksjonene fremgår heller ikke av helseforetakets organisasjonskart.	Det er utarbeidet egen funksjonsbeskrivelse for donoransvarlig lege og sykepleier (FB1537). Denne bygger på forslag utarbeidet av NOROD Norsk ressursgruppe for organdonasjon og Nasjonalt fagråd for organdonasjon i Helsedirektoratet. Funksjonsbeskrivelse er godkjent og er lagt inn i vårt prosedyreverk.  Vi bruker ikke benevnelsen donoransvarlige intensivsykepleiere, men ressursgruppe. Ressursgruppen består av to intensivsykepleiere som samarbeider med donoransvarlig lege. Organisasjonskartet er revidert slik at det nå går frem at AKUM/NLSH har funksjonen.	Klinikkssjef  Lukket 23.9.2016  Klinikkssjef
Det ble opplyst at involvert personell har deltatt på organdonasjonskurs i regi av Norsk Ressursgruppe for Organdonasjon (NOROD) og at det i tillegg hadde vært arrangert intern opplæring. Opplæringen var ikke dokumentert.	Intensivheten har god dekning av intensivsykepleiere. Under utdanning har de deltatt på organdonasjonskurs arrangert av NOROD. I tillegg har flere ansatte deltatt på kurs når det har vært arrangert i landsdelen. Dette legges inn som fravær/kurs. Hvilket kurs dokumenteres ikke Praksis endres nå til å registreres som Gjøremål og årsak: donorkurs Det skal i løpet av høsten 2016 implementeres et elektronisk system for kompetanseplaner hvor kurs vil bli signert og dokumentert for.	Enhetsleder intensiv  Endret registreringspraksis fra 1.9.2016  Dokumentere kurs i kompetansemodul når den er implementert
Det ble opplyst at helseforetaket følger Protokoll for Organdonasjon som er utarbeidet av Oslo universitetssykehus/ Rikshospitalet i samarbeid med NOROD, men at det ikke foreligger retningslinjer eller prosedyrer som beskriver oppgaver knyttet til organdonasjon eller bruk av protokollen.	Prosedyre for organdonasjon PR9273 har lagt på Intensivhetens område av NLSHs prosedyreverk, Docmap, siden 2007. Enheten bruker Protokoll for organdonasjon som er utarbeidet av OUS i samarbeid med NOROD. Denne er linket inn i Docmap og oppdateres når forfatterne reviderer protokollen. Tidligere brukte vi en egen kortversjon av Protokollen. Veilederen inneholder det vi selv mener er dekkende i behandling og monitorer ING av pasient og oppfølging av pårørende. Vi finner det lite hensiktsmessig å utarbeide eget.	Donoransvarlig anestesioverlege.  Lukket
Helseforetaket har en overordnet prosedyre for internrevisjon og revisjoner gjennomføres jevnlig. Aktiviteten knyttet til organdonasjon har ikke vært tema for internrevisjon siste to år.	AKUM vil legge inn en egen internrevisjon i klinikkens revisjonsteam i løpet av neste 4-årsplan.	Internrevisor AKUM Januar 2018

## Avvik 2:

Nordlandssykehuset HF har mangelfulle rutiner for samhandling mellom teknisk avdeling og beinbanken for å sikre at humant beinvev alltid blir lagret ved rett temperatur. (S)

Avvik fra følgende krav i forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev:

§ 8 Generelt krav til utstyr

§ 9 Krav til kritisk utstyr

§ 10 Oppbevaringsbetingelser

Avviket bygger på følgende:	Beskrivelse av korrigerende tiltak og en plan som viser hvordan dere skal følge opp og evaluere tiltakene.	Ansvarlig og tidsfrist for lukking.
Nordlandssykehuset har utarbeidet prosedyren Vedlikehold av ultrafryser. Prosedyren er gyldig for operasjonsenheter og senter for drift- og eiendom NLSH. Prosedyren beskriver rutinemessig vedlikehold, men omfatter ikke samhandling og fordeling av oppgaver mellom teknisk avdeling og beinbanken ved feil og driftsbrudd. Kommentar: Forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved humane celler og vev krever at nytt og reparert utstyr skal testes når det installeres, og valideres før bruk. Testresultatene skal dokumenteres. Fryserne som benyttes til lagring av humant beinvev er omfattet av denne bestemmelsen.	Ny prosedyre (PR42425) beskriver, foruten vedlikehold, også samhandling og fordeling av oppgaver mellom teknisk avdeling og beinbanken ved feil og driftsbrudd. Samme prosedyre beskriver også hvordan temperaturkontroll gjennomføres og dokumenteres. Vedlagt finnes vedlikeholds skjema og temperaturavlesnings dokumentasjon. Under punkt 4, eksterne referanser, er serviceavtalen lagt inn i ePhorte (arkivsystem). Ref.nr. 2016/866-5.  Drift og eiendom har også utarbeidet to overordnede prosedyrer, som omhandler vedlikehold av beinbankfryser og dokumentasjon for vedlikehold av fryser. Begge prosedyrene er godkjent og utgitt (PR42514 og PR42516).	Geir Jeremiassen          Geir Jeremiassen 01.12.16

## Avvik 3:

Nordlandssykehuset HF har overordnede retningslinjer og et eget opplæringsprogram for transfusjon av blod. Helseforetaket har ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp at involvert personell opprettholder god transfusjonspraksis. (A)

Avvik fra følgende krav i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten:

§ 4g Innholdet i internkontrollen

## Akuttmedisinsk klinikk

Avviket bygger på følgende:	Beskrivelse av korrigerende tiltak og en plan som viser hvordan dere skal følge opp og evaluere tiltakene.	Ansvarlig og tidsfrist for lukking.
<p>Nordlandssykehuset har overordnede transfusjonsprosedyrer for de tre sykehusene i Bodø, Lofoten og Vesterålen. Prosedyrene har samsvarende beskrivelse av identitetskontroll ved blodtransfusjon: Kontrollrutinene skal alltid utføres ved siden av pasienten, og aldri på medisinerrommet. Identitetskontroll av pasient og forlikelighet skal dokumenteres ved dobbel signatur på følgeskjema, hvorav minst den ene personen skal ha sertifisering for transfusjon av blodprodukter. Beskrivelsene av kontrollrutinene på følgeskjema, i materialet til sertifisering- og e-læringskurs er i overensstemmelse med overordnede prosedyrer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket krever at personell som skal transfundere blod, først skal sertifiseres ved å gjennomføre kurset Rutiner for transfusjon av blodprodukter. Samtlige blodtransfusjoner Helsetilsynet observerte ble utført av sertifiserte sykepleiere. Avdelingene hadde dokumentert gjennomført opplæring i varierende grad og på ulik måte.</li> <li>Ved tre av åtte stikkprøver ble det opplyst av informantene at sykepleier i enkelte tilfeller, eksempelvis om natten, valgte å gå alene inn til pasienten og transfundere blodet etter at dobbeltkontroll var utført på medisinerrom/tun.</li> </ul>	<p>I AKUM er det alltid to som kontrollerer blodtransfusjon i samme rom som pasienten befinner seg. Vi ble under revisjon kjent med at det ikke alltid er dobbeltkontroll av pasient armbånd (PT id).</p> <p>Ansatte i AKUM er godt kjent med transfusjonsprosedyren for NLSH. På bakgrunn av at internrevisjon har avdekket at det ikke alltid gjøres dobbeltkontroll nær pasienten blir det nå sendt ut skriftlig påminning om viktigheten av å følge rutine for å hindre at blodtransfusjon gis til feil pasient.</p>	

## Kir/Ort klinikk

Avviket bygger på følgende:	Beskrivelse av korrigerende tiltak og en plan som viser hvordan dere skal følge opp og evaluere tiltakene.	Ansvarlig og tidsfrist for lukking.
<p>Nordlandssykehuset har overordnede transfusjonsprosedyrer for de tre sykehusene i Bodø, Lofoten og Vesterålen. Prosedyrene har samsvarende beskrivelse av identitetskontroll ved blodtransfusjon: Kontrollrutinene skal alltid utføres ved siden av pasienten, og aldri på medisinerrommet. Identitetskontroll av pasient og forlikelighet skal dokumenteres ved dobbel signatur på følgeskjema, hvorav minst den ene personen skal ha sertifisering for transfusjon av blodprodukter. Beskrivelsene av kontrollrutinene på følgeskjema, i materialet til sertifisering- og e-læringskurs er i overensstemmelse med overordnede prosedyrer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket krever at personell som skal transfundere blod, først skal sertifiseres ved å gjennomføre kurset Rutiner for transfusjon av blodprodukter. Samtlige blodtransfusjoner Helsetilsynet observerte ble utført av sertifiserte sykepleiere. Avdelingene hadde dokumentert gjennomført opplæring i varierende grad og på ulik måte.</li> <li>Ved tre av åtte stikkprøver ble det opplyst av informantene at sykepleier i enkelte tilfeller, eksempelvis om natten, valgte å gå alene inn til pasienten og transfundere blodet etter at dobbeltkontroll var utført på medisinerrom/tun.</li> </ul>	<p>I Kir ort klinikk Vesterålen er det sendt ut mail fra enhetsleder til alle sykepleiere i sengeposten.</p> <p>I mailen beskriver enhetslederen avviket og gir beskjed om at alle sykepleierne skal lese gjennom prosedyren og kvittere for at de har gjort dette. Prosedyren ble vedlagt mailen.</p> <p>Bodø og Lofoten skal lukke avviket likt med Vesterålen. Enhetslederne ved de tre sengepostene i Bodø og ved sengeposten i Lofoten skal alle sende ut mail i løpet av november. Teksten vil bli lik den mailen som er sendt ut i Vesterålen.</p> <p>Vedlegg, mail sendt ut til sykepleiere i Vesterålen</p>	<p>Ansvarlig Klinikksjef</p> <p>Tidsfrist 1/12 - 2016</p>

Medisinsk klinikk

Avviket bygger på følgende:	Beskrivelse av korrigerende tiltak og en plan som viser hvordan dere skal følge opp og evaluere tiltakene.	Ansvarlig og tidsfrist for lukking.
<p>Nordlandssykehuset har overordnede transfusjonsprosedyrer for de tre sykehusene i Bodø, Lofoten og Vesterålen. Prosedyrene har samsvarende beskrivelse av identitetskontroll ved blodtransfusjon: Kontrollrutinene skal alltid utføres ved siden av pasienten, og aldri på medisinrommet. Identitetskontroll av pasient og forlikelighet skal dokumenteres ved dobbel signatur på følgeskjema, hvorav minst den ene personen skal ha sertifisering for transfusjon av blodprodukter. Beskrivelsene av kontrollrutinene på følgeskjema, i materialet til sertifisering- og e-læringskurs er i overensstemmelse med overordnede prosedyrer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Helseforetaket krever at personell som skal transfundere blod, først skal sertifiseres ved å gjennomføre kurset Rutiner for transfusjon av blodprodukter. Samtlige blodtransfusjoner Helsetilsynet observerte ble utført av sertifiserte sykepleiere. Avdelingene hadde dokumentert gjennomført opplæring i varierende grad og på ulik måte.</li> <li>● Ved tre av åtte stikkprøver ble det opplyst av informantene at sykepleier i enkelte tilfeller, eksempelvis om natten, valgte å gå alene inn til pasienten og transfundere blodet etter at dobbeltkontroll var utført på medisinrom/tun.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Alle som skal håndtere blod og blodprodukter skal ha gjennomgått transfusjonskurset. Ved sjekking av blod og blodprodukter – skal minimum den ene av de to ha kurset.</li> <li>● Kompetansen dokumenteres i Gat.</li> <li>● ID sjekking Skal kun foregå inne hos pasienten jmf. Prosedyre: Transfusjonsprosedyre PR 42345 og lokal prosedyre PR 19556</li> <li>● Ved dobbeltkontroll av produktforlikelighet og pasient, skal minimum den ene ha sertifisering for transfusjon.</li> <li>● Kontrollrutinene utføres alltid av to, hvorav minimum den ene er sertifisert, ved siden av pasienten.</li> </ul> <p>Informasjonsskriv skal være utarbeidet før 20.11.16, samt at PR42345 og PR19556 skal være gjennomgått på alle sengeenheter i klinikken.</p>	<p>Klinikkssjefen</p>



# HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Nordlandssykehuset HF  
v/ administrerende direktør  
Postboks 1480

8092 BODØ

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:

DATO: / DATE:

2016/889 4 KOR

12. august 2016

## Rapport etter tilsyn med håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktiviteter knyttet til organdonasjon

Vedlagt følger endelig rapport etter tilsyn gjennomført etter blodforskriften, forskrift om kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev og forskrift om kvalitet og sikkerhet for humane organer beregnet for transplantasjon.

Rapporten er offentlig og vil bli publisert på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Det ble avdekket tre avvik under tilsynet, og vi ber om at Nordlandssykehuset HF iverksetter tiltak for å rette opp påpekte avvik.

Helsetilsynet ber om å få tilsendt:

- helseforetakets handlingsplan for korrigerende tiltak
- beskrivelse av hvordan helseforetaket skal følge opp at iverksatte tiltak fungerer som planlagt

**Frist: 1. november 2016**

Etter at vi har mottatt de etterspurte dokumentene vil vi vurdere om tilsynet kan avsluttes.

Med hilsen

Heidi Merete Rudi  
fung. direktør

Kirsti Ørneseidet  
seniorrådgiver

*Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift*

Kopi til:  
Fylkesmannen i Nordland  
Helsedirektoratet  
Statens legemiddelverk

Saksbehandler: Kirsti Ørneseidet, tlf. 21 52 99 73





**HELSETILSYNET**  
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

**Rapport etter tilsyn  
ved  
Nordlandssykehuset HF**

**Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev  
samt aktiviteter knyttet til organdonasjon**

<b>Tidsrom for tilsynet:</b>	5. april – 12. august 2016
<b>Kontaktperson ved helseforetaket:</b>	Terje Svendsen, kvalitetsleder Nordlandssykehuset

**Sammendrag**

Statens helsetilsyn har gjennomført tilsyn ved Nordlandssykehuset HF. Tilsynet omfattet håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon og er utført i henhold til følgende forskrifter:

- *Forskrift om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre (blodforskriften)*
- *Forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev*
- *Forskrift om kvalitet og sikkerhet for humane organer beregnet for transplantasjon*

Tilsynet har lagt hovedvekt på hvordan følgende utvalgte oppgaver blir fulgt opp faglig og styringsmessig:

- identitetssikring
- sporbarhet – mulighet til å identifisere blod, blodkomponenter, celler, vev og organer fra donor/giver til mottaker og omvendt
- sporbarhet – mulighet til å finne tilbake til opprinnelse og detaljer for produkter som kommer i kontakt med blod, blodkomponenter, celler, vev og organer
- hindring av sykdomsoverføring via blod, blodkomponenter, celler, vev og organer

Tilsynet ble utført som en kombinasjon av informasjonsinnhenting, egenvurdering ved helseforetaket og tilsynsbesøk med stikkprøver utført av Helsetilsynet.

Hensikten med tilsynet har vært å styrke helseforetakets egne forbedringsaktiviteter innenfor alle områder som omfattes av forskriftene.

Tilsynet avdekket tre avvik:

1. Nordlandssykehuset HF er et godkjent donorsykehus, men har ikke etablert organisatorisk struktur og retningslinjer for oppgaver, ansvar og myndighet knyttet til organdonasjon.
2. Nordlandssykehuset HF har mangelfulle rutiner for samhandling mellom teknisk avdeling og beinbanken for å sikre at humant beinvev alltid blir lagret ved rett temperatur.
3. Nordlandssykehuset HF har overordnede retningslinjer og et eget opplæringsprogram for transfusjon av blod. Helseforetaket har ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp at involvert personell opprettholder god transfusjonspraksis.

Dato: 10. august 2016

Tone Blørstad  
revisjonsleder

Morten Venberget  
revisor

Kirsti Ørneseidet  
revisor

## Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Regelverk</b> .....	<b>6</b>
<b>3. Hva tilsynet omfatter</b> .....	<b>6</b>
<b>4. Beskrivelse av helseforetaket - spesielle forhold</b> .....	<b>8</b>
<b>5. Gjennomføring av tilsynet</b> .....	<b>8</b>
<b>6. Helsetilsynets funn</b> .....	<b>9</b>
<b>7. Vurdering av helseforetakets styringssystem</b> .....	<b>11</b>
<b>8. Dokumentunderlag</b> .....	<b>11</b>
<b>9. Deltakere ved tilsynsbesøket</b> .....	<b>13</b>

## 1. Innledning

Helsetilsynet fører jevnlig tilsyn med håndtering av blod, blodkomponenter, celler, vev og aktiviteter knyttet til organdonasjon. Dette gjennomføres etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 1, blodforskriften § 5 første og annet ledd, forskrift om håndtering av humane celler og vev § 56 og forskrift om humane organer beregnet for transplantasjon § 24.

Formålet med slike tilsyn er å vurdere om helseforetaket sikrer et høyt beskyttelsesnivå for mottakere, hindrer overføring av smitte og trykker sikkerheten og kvaliteten på blod, blodkomponenter, celler, vev og organer.

Denne rapporten er utarbeidet etter tilsyn ved Nordlandssykehuset HF. Tilsynet er utført etter regelverket listet opp i kapittel 2 *Regelverk*. Varsel om tilsyn ble sendt 5. april 2016 og endelig rapport ferdigstilt 12. august 2016.

## 2. Regelverk

- lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)
- lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven)
- forskrift om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre (blodforskriften)
- forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev
- forskrift om kvalitet og sikkerhet for humane organer beregnet for transplantasjon
- forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (internkontrollforskrift i helse- og omsorgstjenesten)

Blodforskriften, forskrift om håndtering av humane celler og vev og forskrift om humane organer til transplantasjon har egne bestemmelser om internkontroll. Disse kommer i tillegg til, og utfyller de generelle bestemmelsene i internkontrollforskriften i helse- og omsorgstjenesten.

## 3. Hva tilsynet omfatter

Helsetilsynet undersøkte praksis ved håndtering av blod, celler og vev, samt aktivitet knyttet til organdonasjon, etter tre ulike forskrifter.

### ■ *Blodforskriften:*

Håndtering av blod og blodkomponenter fra utlevering til blodtransfusjon ble valgt som hovedtema. Praksis innenfor følgende områder i transfusjonskjeden ble undersøkt ved hjelp av helseforetakets egenvurdering og tilsynsbesøk med stikkprøver:

- rett blod til rett pasient - identitetssikring av blodmottaker, blod og blodkomponenter
- sporbarhet fra blodgiver til mottaker og omvendt

■ *Forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev:* Tilsynet omfattet håndtering av humant beinvev og smittetesting av donorer av celler og vev. Innenfor disse områdene ble det sist ført tilsyn medio 2014. Ved dette tilsynet ble det derfor lagt hovedvekt på oppfølging etter siste tilsyn.

Tilsynet omfattet ikke befarings og stikkprøver ved diagnostisk klinikk, laboratoriemedisinsk avdeling – mikrobiologisk fagområde.

■ *Forskrift om kvalitet og sikkerhet for humane organer beregnet for transplantasjon:*

Retningslinjer for utvelgelse og testing av organdonorer ble valgt som hovedtema. Helseforetakets rutiner knyttet til organdonasjon ble undersøkt ved hjelp av dokumentgjennomgang, samtale med donoransvarlig lege og to donoransvarlige intensivsykepleiere.

□ Vi har vurdert hvordan ledelsen følger opp aktiviteten som er omfattet av dette tilsynet med vekt på:

- opplæring og kompetanse
- helseforetakets overordnede prosedyrer
- avvikssystemer og meldeordninger
- jevnlig og systematisk gjennomgang av aktiviteten ved for eksempel interne revisjoner og ledelsens gjennomgang

Selve pasientbehandlingen, eksempelvis indikasjon for og effekt av blodoverføring eller transplantasjon, var ikke en del av dette tilsynet.

**Avvik** er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift. Påpekte avvik klassifiseres som kritisk (K), stort (S) og annet (A).

Klassifisering av avvik:

**Kritisk avvik (K):** Avvik som utgjør en signifikant risiko for skade på donor eller mottaker av blod, celler, vev og/eller organer.

**Stort avvik (S):** Ikke kritisk avvik som utgjør en indirekte risiko for sikkerheten til donor og mottaker av blod, celler, vev og/eller organer ved:

- avvik fra gjeldende myndighetskrav for håndtering av blod, celler, vev og/eller organer
- svikt i prosedyrene for frigivelse av blod, celler, vev og/eller organer til bruk på mennesker, eller at ansvarlig person ikke har utført sine legale plikter
- manglende godkjenning fra Helsedirektoratet for aktuell aktivitet
- en kombinasjon av flere mindre mangler, som hver for seg ikke utgjør et stort avvik, men som til sammen utgjør et stort avvik og dermed skal rapporteres som det

**Andre avvik (A):** Avvik som ikke kan klassifiseres som kritisk eller stort, men som indikerer manglende samsvar med god praksis for håndtering av blod, celler, vev og/eller organer

**Merknad** er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring.

Rapporten omhandler avvik som ble avdekket under tilsynet og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av helseforetakets arbeid innenfor de områder tilsynet omfattet.

#### **4. Beskrivelse av helseforetaket - spesielle forhold**

Nordlandssykehuset HF omfatter sykehusene i Bodø, Lofoten og Vesterålen og betjener 136.000 innbyggere. Helseforetaket har organisert avdelinger og enheter innenfor de samme fagområdene fordelt på de tre sykehusene, i samme klinikk.

Helseforetakets blodbankvirksomhet er organisert i enheter under diagnostisk klinikk - laboratoriemedisinsk avdeling og har aktivitet ved de tre sykehusene. Transfusjon av blod foregår ved de kliniske avdelingene ved sykehusene Bodø, Lofoten og Vesterålen.

Nordlandssykehuset HF har godkjenning for donasjon, uttak, oppbevaring og merking av humant beinvev. Aktiviteten knyttet til håndtering av humant beinvev foregår ved akuttmedisinsk klinikk, avdeling for operasjon og anestesi og ved kirurgisk og ortopedisk klinikk, og ved kirurgisk ortopedisk klinikk, avdeling for drift og ortopedi i Bodø. Ultrafryser for oppbevaring av beinvev er plassert på avdeling for operasjon og anestesi.

Helseforetaket er godkjent donorsykehus og har utpekt en donoransvarlig lege. Legen er organisert i akuttmedisinsk klinikk i avdeling for anestesi og legetjenester. Godkjenningen omfatter utvelgelse av donor, testing av donor, preservasjon av organer og karakterisering av donor og organ. Utvelgelse av organdonorer skjer i samarbeid med nasjonalt transplantasjonssenter på Oslo universitetssykehus HF/ Rikshospitalet.

#### **5. Gjennomføring av tilsynet**

Tilsynet ble gjennomført som en kombinasjon av informasjons- og dokumentinnhenting, egenvurdering ved helseforetaket og tilsynsbesøk med stikkprøver utført av Helsetilsynet.

Hensikten med tilsynet har vært å styrke helseforetakets egne forbedringsaktiviteter innenfor alle områder som omfattes av tilsynet.

- **Varsel** om tilsyn ble sendt 5. april 2016  
Varselbrevet omfattet et egenrapportskjema for aktivitet innenfor de tre områdene. Helseforetaket skulle fylle ut skjemaet og returnere dette til Helsetilsynet sammen med etterspurte dokumenter. Varselet omfattet også informasjon og veiledning til helseforetaket om gjennomføring av egenvurdering knyttet til håndtering av blod og blodkomponenter.
- **Gjennomgang og vurdering** av dokumenter.

Oversikt over dokumenter Helsetilsynet har gjennomgått i forbindelse med tilsynet er gitt i kapittel 8, *Dokumentunderlag*.

- **Helseforetakets egenvurdering**

I forkant av tilsynsbesøket undersøkte og vurderte helseforetaket egen dokumentasjon for sporbarhet og opplæring ved transfusjon av blod og blodkomponenter etter veiledning fra Helsetilsynet. Undersøkelsene omfattet 40 blodtransfusjoner fordelt på flere kliniske avdelinger ved sykehusene i Bodø, Lofoten og Vesterålen.

- **Tilsynsbesøk** ble gjennomført 14. – 16. juni 2016.

Åpningsmøte ble holdt 14. juni ved Nordlandssykehuset HF - Bodø.

Helsetilsynet undersøkte transfusjonspraksis ved totalt åtte kliniske avdelinger fordelt slik: tre i Bodø, to i Lofoten og tre i Vesterålen. De kliniske avdelingene som ble undersøkt inngikk også i helseforetakets egenvurdering.

Helsetilsynet gjennomførte intervjuer med involvert personell, gjennomgang av dokumentasjon og befaring ved beinbanken i Bodø.

Donoransvarlig lege og donoransvarlige intensivsykepleiere ved Nordlandssykehuset HF ble intervjuet om organdonasjon.

Sluttmøte med presentasjon av helseforetakets egenvurdering og Helsetilsynets funn ble holdt 16. juni ved Nordlandssykehuset HF - Bodø. Involvert personell og ledere ved sykehusene i Lofoten og Vesterålen deltok via Skype. Medisinsk direktør deltok på deler av møtet via telefon.

## 6. Helsetilsynets funn

### ■ Avvik 1:

Nordlandssykehuset HF er et godkjent donorsykehus, men har ikke etablert organisatorisk struktur og retningslinjer for oppgaver, ansvar og myndighet knyttet til organdonasjon. (S)

Avvik fra følgende krav i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten  
§ 4a *Innholdet i internkontrollen*

Avvik fra følgende krav forskrift om kvalitet og sikkerhet for humane organer beregnet for transplantasjon:

§ 6 *Personalets kompetanse*

§ 7 *Internkontroll*

Avviket bygger på følgende:

- Nordlandssykehuset HF har utpekt donoransvarlig lege og to donoransvarlige intensivsykepleiere, men hadde ikke beskrevet ansvar, oppgaver og myndighet for disse funksjonene. Funksjonene fremgår heller ikke av helseforetakets organisasjonskart.
- Det ble opplyst at involvert personell har deltatt på organdonasjonskurs i regi av Norsk Ressursgruppe for Organdonasjon (NOROD) og at det i tillegg hadde

vært arrangert intern opplæring. Opplæringen var ikke dokumentert.

- Det ble opplyst at helseforetaket følger *Protokoll for Organdonasjon* som er utarbeidet av Oslo universitetssykehus/ Rikshospitalet i samarbeid med NOROD, men at det ikke foreligger retningslinjer eller prosedyrer som beskriver oppgaver knyttet til organdonasjon eller bruk av protokollen.
- Helseforetaket har en overordnet prosedyre for internrevisjon og revisjoner gjennomføres jevnlig. Aktiviteten knyttet til organdonasjon har ikke vært tema for internrevisjon siste to år.

#### ■ **Avvik 2:**

Nordlandssykehuset HF har mangelfulle rutiner for samhandling mellom teknisk avdeling og beinbanken for å sikre at humant beinvev alltid blir lagret ved rett temperatur. (S)

Avvik fra følgende krav i forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev:

- § 8 *Generelt krav til utstyr*
- § 9 *Krav til kritisk utstyr*
- § 10 *Oppbevaringsbetingelser*

Avviket bygger på følgende:

Nordlandssykehuset har utarbeidet prosedyren *Vedlikehold av ultrafryser*. Prosedyren er gyldig for operasjonsenheten og senter for drift- og eiendom NLSH. Prosedyren beskriver rutinemessig vedlikehold, men omfatter ikke samhandling og fordeling av oppgaver mellom teknisk avdeling og beinbanken ved feil og driftsbrudd.

- Ultrafryser for oppbevaring av beinvev er flyttet flere ganger, siste gang til oppstillingsplass K 08. 029. Etter rutinemessig avriming 12. oktober 2015 oppstod det en feil med fryseren. Helseforetaket kan ikke dokumentere eller opplyse om temperatur i fryser er kontrollert før beinvevet ble lagt tilbake etter flytting og reparasjon. Det foreligger heller ikke opplysninger som tilsier at alarmen som skal varsle teknisk avdeling om temperaturstigning i fryser, er kontrollert og virker som tiltenkt.

Kommentar: Forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved humane celler og vev krever at nytt og reparert utstyr skal testes når det installeres, og valideres før bruk. Testresultatene skal dokumenteres. Fryserne som benyttes til lagring av humant beinvev er omfattet av denne bestemmelsen.

#### ■ **Avvik 3:**

Nordlandssykehuset HF har overordnede retningslinjer og et eget opplæringsprogram for transfusjon av blod. Helseforetaket har ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp at involvert personell opprettholder god transfusjonspraksis. (A)

Avvik fra følgende krav i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten:

- § 4g *Innholdet i internkontrollen*

Avviket bygger på følgende:



Nordlandssykehuset har overordnede transfusjonsprosedyrer for de tre sykehusene i Bodø, Lofoten og Vesterålen. Prosedyrene har samsvarende beskrivelse av identitetskontroll ved blodtransfusjon: Kontrollrutinene skal alltid utføres ved siden av pasienten, og aldri på medisinrommet. Identitetskontroll av pasient og forlikelighet skal dokumenteres ved dobbel signatur på følgeskjema, hvorav minst den ene personen skal ha sertifisering for transfusjon av blodprodukter. Beskrivelsene av kontrollrutinene på følgeskjema, i materialet til sertifisering- og e-læringskurs er i overensstemmelse med overordnede prosedyrer.

- Helseforetaket krever at personell som skal transfundere blod, først skal sertifiseres ved å gjennomføre kurset Rutiner for transfusjon av blodprodukter. Samtlige blodtransfusjoner Helsetilsynet observerte ble utført av sertifiserte sykepleiere. Avdelingene hadde dokumentert gjennomført opplæring i varierende grad og på ulik måte.
- Ved tre av åtte stikkprøver ble det opplyst av informantene at sykepleier i enkelte tilfeller, eksempelvis om natten, valgte å gå alene inn til pasienten og transfundere blodet etter at dobbeltkontroll var utført på medisinrom/tun.

#### ■ Helseforetakets egenvurdering:

Nordlandssykehuset HF presenterte sin egenvurdering på tilsynsbesøkets sluttmøte. Helseforetaket konkluderte med at det foreligger dokumentasjon for sporbarhet på 40 undersøkte blodposer og at opplæring er gitt til involvert personell som har utført blodtransfusjon på de 40 utvalgte blodposene.

## 7. Vurdering av helseforetakets styringssystem

Av hensyn til pasientsikkerheten er bruk av blod, celler, vev og organer strengt regulert både faglig og styringsmessig. Ledelsen ved helseforetak med aktivitet innenfor disse områdene, skal blant annet sørge for at det er klart hvem som har ansvar for hva, og hvordan oppgaver og myndighet er fordelt.

Nordlandssykehuset HF har, som donorsykehus, et ansvar for utvelgelse av mulige organdonorer. Helsetilsynet finner det uheldig at kvalifikasjonskrav, oppgaver og myndighet for donoransvarlig lege og sykepleiere ikke var dokumentert skriftlig og fastsatt. Manglende organisering av donorsykehusfunksjonen kan føre til at aktuelle organdonorer ikke alltid fanges opp.

Helsetilsynet vil presisere at ledelsen ved Nordlandssykehuset har et overordnet ansvar for at involvert personell ved ulike organisatoriske enheter settes i stand til å samarbeide om viktige oppgaver knyttet til håndtering av blod til transfusjon, humant beinvev og ved utvelgelse av organdonorer.

## 8. Dokumentunderlag

Nordlandssykehusets HF egen dokumentasjon knyttet til den daglige drift og andre forhold av betydning som ble oversendt under forberedelsen av tilsynet:

- Utfylt egenrapportskjema
- Organisasjonskart
- Dokumentstyring i Docmap. Dokument nr: RL1660

- Internkontrollsystemet. Dokument nr: RL2341
- Internrevisjon. Dokument nr: PR19397
- Ledelsens gjennomgang. Dokument nr: RL 2339
- Avvik og forbedringsforslag. Dokument nr: PR 0007
- Pasienthendelser NLSH. Dokument nr: PR 17870
- Avvik og forbedringsforslag, saksgang i Docmap. Dokument nr: PR 28794
- Avviksbehandling i Diagnostisk klinikk. Dokument nr: PR 01961
- Godkjenning og liste over endringer, blodbankenheten Bodø
- Godkjenning og liste over endringer, blodbankenheten Vesterålen
- Godkjenning og liste over endringer, blodbankenheten Lofoten
- Godkjenning og liste over endringer humane celler og vev, Beinbanken NLSH
- Årsrapport humane celler og vev, Eurocet
- Godkjenning biobank
- Årsrapport testede donorer NLSH
- Godkjenning som donorsykehus
- Brev: informerer om godkjenning som donorsykehus
- Informasjon om aktivitet knyttet til organonasjon

Dokumentasjon som ble mottatt og gjennomgått under tilsynet:

- ID – merking av pasient. Dokument nr: PR 17432
- Transfusjonsprosedyre, NLSH, Bodø. Dokument nr: PR 17023
- Transfusjonsprosedyre, NLSH, Lofoten. Dokument nr: PR 19556
- Transfusjonsprosedyre, NLSH, Vesterålen. Dokument nr: PR 17993
- Følgeskjema
- Transfusjonsark
- Kvittering for mottatt blodprodukt
- Blodprøvetaking – Venøs. Dokument nr: PR 20347
- Helseforetakets gjennomførte internrevisjoner for områdene fra 2014 og 2015.
- Helseforetakets egenvurdering og oppsummering
- Rapport fra Ledelsens gjennomgang av foretaket 2015
- Sertifiseringskurs *Rutiner for blodtransfusjon*
- Sertifiseringsbevis
- E-læringskurs *Transfusjon av blodprodukter*, modul 4
- Opplæringsplan for nyansatte Kirurgisk ortopedisk klinikk avdeling Sengeområde NLSH
- Introduksjonsprogram for nyansatte ved kirurgisk avdeling, NLSH, Vesterålen
- Vedlikehold av ultrafryser. Dokument nr: PR 35282
- Samtykke for donor til beinbank med utvelgelseskriterier. Dokument nr: SJ 3855

Korrespondanse mellom Nordlandssykehuset HF og Helsetilsynet:

E-post kommunikasjon mellom, kvalitetsleder i Terje Svendsen og seniorrådgiver Kirsti Ørneseidet, vedrørende praktisk gjennomføring av tilsynet.

### 9. Deltakere ved tilsynsbesøket

Navn	Stilling	Åpnings møte	Presentasjon Lofoten sykehus (L) Vesterålen sykehus (V)	Sluttmøte
Terje Svendsen	kvalitetsleder	X		X
Beate Sørslett	medisinsk direktør	X		X
Oddny Kristin Remlo	enhetsleder, blodbankenheten	X		X
Liv Johansen	kvalitetsleder, diagnostisk klinikk	X		X
Margaret Li	avd. leder, laboratoriet	X		X
Ragni Rasch	enhetsleder R3, medisinsk klinikk	X		X
Mathias Solhaug	fagansvarlig, ort. akuttmedisinsk klinikk	X		X
Kristin Solberg	enhetsleder/ avdelingsleder	X		X
Nina Wetting	enhetsleder, A5	X		
Terje Haug	klunikksjef, diagnostisk klinikk	X		
Linda Jensen	sykepleier, R3			X
Kristin Johansen	rådgiver, medisinsk klinikk			X
Line Sivertsen	enhetsleder, røntgen			X
Birgit Andersen	fagansvar kvalitet, sentrallaboratoriet			X
Lars Lauritsen	intensivsykepleier, akuttmedisinsk klinikk	X	X(V)	
Bente Hansen	enhetsleder, akuttmedisinsk klinikk	X	X(V)	
Dorit Holdø	bioingeniør, blodbanken	X	X(V)	
Ida Baardsen	sykepleier, AKUM		X(V)	
Mary Anne Haugan	sykeleier, kir/ort sengepost		X(V)	
Lisa Haug	ass. enhetsleder, medisin		X(V)	
Ann Tove Sundbakk	enhetsleder, kir/ort		X(V)	X
Janne Løvdal	avdelingsleder, medisinsk klinikk	X	X(L)	X

Navn	Stilling	Åpnings møte	Presentasjon Lofoten sykehus (L) Vesterålen sykehus (V)	Sluttmøte
Eva Johansen	ass. enhetsleder, kir/ort	X	X(L)	X
Berit Skjørshammer	ass. enhetsleder, medisin	X	X(L)	X
Maria Bjørnsen	fagbioingeniør, diagnostisk klinikk	X	X(L)	
Lisa Halvorsen	sykeleier, kir/ort sengepost		X(L)	
Vibeke Høyen	sykepleier, medisin		X(L)	X
Glenn Hansen	enhetsleder, diagnostisk klinikk			X
Elisabeth Jensen	avdelingsleder, medisin			X
Vigdis Lorentzen	enhetsleder, kir/ort			X
Linda Katondo	enhetsleder, diagnostisk klinikk			X
Gunn Helgesen	fagansvarlig bioingeniør, blodbanken			X
Aud Rishaug	bioingeniør, blodbanken			X
Mirjana Arsenovic	spesialist immunologi og transfusjonsmedisin, ansvar for blodbankene			X
Astri Marie Blegeberg	avdelingsleder, intensiv og smerte			X
Hallvard Coch	enhetsleder, intensiv			X

seniorrådgiver Tone Blørstad (revisjonsleder)  
seniorrådgiver Morten Venberget (revisor)  
seniorrådgiver Kirsti Ørneseidet (revisor)

Helse Nord

Nordlandssykehuset v/styret

Postboks 1480

8092 BODØ

## Melding om vedtak

Fra møte i Kommunestyret den 20.10.2016.

Det underrettes om at det er fattet følgende vedtak i sak nr. 89/16.

### **PCI til Nordlandssykehuset.**

Det er på tide at det mest folkerike fylket i Nord Norge får dette tilbudet. Når hjertet svikter teller minuttene. I Nordland rammes ca. 1000 personer av hjerteinfarkt hvert år.

Det er store variasjoner på hvor lang tid det tar før pasienter med hjerteinfarkt får behandling. I dag er den beste behandlingen for dette en PCI-behandling. (utblokking av koronararteriene) Denne gis i dag i ved UNN i Tromsø som er det nærmeste sykehuset med slik behandling. For personer i Nordlandskommunene tar det lang tid før man når en slik behandling, og mange av pasientene må først gjennom en trombolysebehandling før man kommer under en PCI-behandling, på grunn av de store geografiske avstandene.

For hjertepasienter i Meløy kan det ta opp til 12 timer før de får endelig behandling. Nordland er et langstrakt fylke og mange innbyggere kan ha enda lengre transport før behandling. Dette er vesentlig lenger enn i øvrige deler av landet, for pasienter fra Tromsø tar det til sammenlikning gjennomsnittlig 90 minutter før behandling. Konsekvensen av lang transport tid spiller ikke på lag med hjertemuskelen. Hjerte muskelen er avhengig av å komme under behandling snarest mulig for å forhindre alvorlig følgeskader og lang rekonvalesent tid.

De store forskjellene mellom det tilbudet hjertepasienter i Nordland og pasienter i andre deler av landet får, krever at noe må gjøres med hvordan man organiserer PCI-behandlingen. En rekke land har et desentralisert PCI-tilbud, deriblant Sverige og Finland. Vi har stor tro på at det tette samarbeidet mellom UNN og Nordlandssykehuset, i kombinasjon med bruk av ny teknologi – gjør at det er et godt grunnlag for å opprette PCI-tilbudet ved Nordlandssykehuset slik at flere kan få den livsviktige behandlingen tidligere.

**For Meløy kommune** er Nordlandssykehuset en viktig og sentral funksjon. En oppbygging av en PCI-behandling ved Nordlandssykehuset vil være viktig for mange av våre innbyggere, og vil gi et livsviktig tilbud for pasientene.

Meløy kommunestyre vil med bakgrunn i dette oppfordre styret i Helse Nord om å opprette tilbud om PCI behandling ved Nordlandssykehuset i Bodø, også for å sikre et likeverdig tilbud til hjertepasientene i Nord-Norge.

Med hilsen



Sigurd Stormo  
Ordfører



Fra: Christin Kristensen[[christin.kristensen@saltdal.kommune.no](mailto:christin.kristensen@saltdal.kommune.no)]  
Dato: 01.11.2016 11:16:44  
Til: NLSH-Postmottak  
Tittel: Saltdal kommunestyrets uttalelse vedr. PCI senter i Nordland

---

Vedlagt oversendes særutskrift av Saltdal kommunestyrets vedtak vedr. etablering av PCI senter i Nordland

Med vennlig hilsen  
Christin Kristensen  
Organisasjonsrådgiver  
tlf. 75682018/48079140  
e-post: [christin.kristensen@saltdal.kommune.no](mailto:christin.kristensen@saltdal.kommune.no)





## Saksfremlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Utvalg for Helse og omsorg	67/16	19.10.2016
Kommunestyre	113/16	27.10.2016

Sign. Eksp. 31.10.16 CK	Eksp. til: Nordlandssykehuset v/styret i Helse Nord
----------------------------	--

## Uttalelse til etablering av PCI senter i Nordland

### Foreliggende dokumenter:

Uttalelse fra formannskapet i Bodø; avgitt i møtet 13. oktober d.å.  
Forslag til uttalelse fra Saltdal kommune

### Sakens bakgrunn:

Styret i Helse Nord skal i sitt møte i november behandle spørsmål om opprettelse av såkalt PCI-senter ved Nordlandssykehuset. Dette er et senter hvor man gjennomfører såkalt utblokking av hjerteinfarkt. Bakgrunnen for at Helse Nord skal behandle saken er en erkjennelse av at det i dag gis et veldig ulikt tilbud til hjertepasienter i helseregionen Nord, og pasienter fra Nordland kommer sent til behandling.

Bodø kommunes formannskap har enstemmig vedtatt uttalelse om oppretting av et PCI-senter ved Nordlandssykehuset. Uttalelsen er oversendt styret i Helse Nord. Formannskapet i Bodø oppfordrer andre kommuner i fylket om å vurdere å ta opp ovennevnte sak i sin kommune.

### Rådmannens innstilling

Ingen innstilling.

### Saksprotokoll i Utvalg for Helse og omsorg - 19.10.2016

### Behandling:

### Enstemmig innstilling:

#### Likeverdig behandling for hjertepasienter

Når hjertet svikter teller minuttene. I Nordland rammes ca. 1000 personer av hjerteinfarkt hvert år. Det er store variasjoner på hvor lang tid det tar før pasienter med hjertesvikt får behandling. I dag er den beste behandlingen for dette en såkalt PCI-behandling. Denne gis i dag i Tromsø, Trondheim og syv andre steder i landet. Tromsø er eneste sted i Nord-Norge der behandlingen tilbys.



Men for at PCI-behandlingen skal lykkes er man avhengig av at den skjer raskt. For personer i Nordlandskommunene tar det lang tid før man når en slik behandling, og mange av pasientene må først gjennom en såkalt «plumbobehandling» før man får en PCI-behandling, på grunn av de store geografiske avstandene.

For pasienter fra Salten tar det over 10 timer før de får behandling. Situasjonen er enda verre stilt for pasienter fra Helgeland. Dette er vesentlig lenger enn i øvrige deler av landet, for pasienter fra Tromsø tar det til sammenlikning 90 minutter.

Tiden det tar før behandling påvirker hjertemuskelens funksjon etter behandling er gjennomført, og dermed er konsekvensen av den lange transporttiden at befolkningen i Nordland har et dårligere helsetilbud enn resten av landet, med økt risiko for varige skader.

Et likeverdig helsetilbud er avgjørende for et velfungerende helsevesen. Det er en viktig verdi i vårt samfunn at vi kan få likeverdig hjelp uavhengig av hvor i landet vi bor. Vi erkjenner at det vil være lokale forskjeller, men det bør være et godt utgangspunkt å desentralisere der man kan – men sentralisere der man må.

De store forskjellene mellom det tilbudet hjertepasienter i Nordland og pasienter i andre deler av landet får, krever at noe må gjøres med hvordan man organiserer PCI-behandlingen. En rekke land har et desentralisert PCI-tilbud, deriblant Sverige og Finland. Vi har stor tro på at det tette samarbeidet mellom UNN og Nordlandssykehuset, i kombinasjon med bruk av ny teknologi – gjør at det er et godt grunnlag for å desentralisere PCI-tilbudet slik at langt flere kan få den livsviktige behandlingen langt tidligere.

Nordlandssykehuset har en viktig og sentral funksjon for vår del av landet. Det er svært viktig at det sørges for et godt og livsviktig tilbud sammen med en godt utbygd ambulanse-helikopter- og luftambulansetjeneste for distriktene. En oppbygging av en PCI-behandling med Nordlandssykehuset vil være viktig for mange av våre innbyggere, og vil gi et mer likeverdig tilbud for pasientene enn man har i dag.

Saltdal kommune vil med bakgrunn i dette oppfordre styret i Helse Nord om å etablere et PCI-senter i Nordlandssykehuset.

## **Saksprotokoll i Kommunestyre - 27.10.2016**

### **Behandling:**

#### **Enstemmig vedtak:**

#### **Likeverdig behandling for hjertepasienter**

Når hjertet svikter teller minuttene. I Nordland rammes ca. 1000 personer av hjerteinfarkt hvert år. Det er store variasjoner på hvor lang tid det tar før pasienter med hjertesvikt får behandling. I dag er den beste behandlingen for dette en såkalt PCI-behandling. Denne gis i dag i Tromsø, Trondheim og syv andre steder i landet. Tromsø er eneste sted i Nord-Norge der behandlingen tilbys.

Men for at PCI-behandlingen skal lykkes er man avhengig av at den skjer raskt. For personer i Nordlandskommunene tar det lang tid før man når en slik behandling, og mange av pasientene må først gjennom en såkalt «plumbobehandling» før man får en PCI-behandling, på grunn av de store geografiske avstandene.

For pasienter fra Salten tar det over 10 timer før de får behandling. Situasjonen er enda verre stilt for pasienter fra Helgeland. Dette er vesentlig lenger enn i øvrige deler av landet, for pasienter fra Tromsø tar det til sammenlikning 90 minutter.

Tiden det tar før behandling påvirker hjertemuskelens funksjon etter behandling er gjennomført, og dermed er konsekvensen av den lange transporttiden at befolkningen i Nordland har et dårligere helsetilbud enn resten av landet, med økt risiko for varige skader.

Et likeverdig helsetilbud er avgjørende for et velfungerende helsevesen. Det er en viktig verdi i vårt samfunn at vi kan få likeverdig hjelp uavhengig av hvor i landet vi bor. Vi erkjenner at det vil være lokale forskjeller, men det bør være et godt utgangspunkt å desentralisere der man kan – men sentralisere der man må.

De store forskjellene mellom det tilbudet hjertepasienter i Nordland og pasienter i andre deler av landet får, krever at noe må gjøres med hvordan man organiserer PCI-behandlingen. En rekke land har et desentralisert PCI-tilbud, deriblant Sverige og Finland. Vi har stor tro på at det tette samarbeidet mellom UNN og Nordlandssykehuset, i kombinasjon med bruk av ny teknologi – gjør at det er et godt grunnlag for å desentralisere PCI-tilbudet slik at langt flere kan få den livsviktige behandlingen langt tidligere.

Nordlandssykehuset har en viktig og sentral funksjon for vår del av landet. Det er svært viktig at det sørges for et godt og livsviktig tilbud sammen med en godt utbygd ambulanse-helikopter- og luftambulansetjeneste for distriktene. En oppbygging av en PCI-behandling med Nordlandssykehuset vil være viktig for mange av våre innbyggere, og vil gi et mer likeverdig tilbud for pasientene enn man har i dag.

Saltdal kommune vil med bakgrunn i dette oppfordre styret i Helse Nord om å etablere et PCI-senter i Nordlandssykehuset.

Fra: Kari Ingvaldsen[Kari.Ingvaldsen@hadsel.kommune.no]  
Dato: 02.11.2016 14:47:48  
Til: NLSH-Postmottak  
Tittel: Uttalelse fra Hadsel kommunestyre

---

Nordlandssykehuset Hf v/direktør

Deres ref.:

Vår ref.:  
2016/2029

Saksbehandler:  
Kari Ingvaldsen, 76 16 41 31

Dato:  
02.11.2016

## Likeverdig behandling for hjertepasienter - uttalelse

### Uttalelse fra Kommunestyret - 27.10.2016

#### Likeverdig behandling for hjertepasienter

Når hjertet svikter teller minuttene. I Nordland rammes ca. 1000 personer av hjerteinfarkt hvert år.

Det er store variasjoner på hvor lang tid det tar før pasienter med hjertesvikt får behandling. I dag er den beste behandlingen for dette en såkalt PCI-behandling. Denne gis i dag i Tromsø, Trondheim og syv andre steder i landet. Tromsø er eneste sted i Nord-Norge der behandlingen tilbys. Men for at denne behandlingen skal lykkes er man avhengig av at den skjer raskt. For personer i Nordlandskommunene tar det lang tid før man når en slik behandling, og mange av pasientene må først gjennom en såkalt «plumbobehandling» før man får en PCI-behandling, på grunn av de store geografiske avstandene.

For store deler av Nordland er det vesentlig lenger tid før man får behandling, enn i øvrige deler av landet. Tiden det tar før behandling påvirker hjertemuskelens funksjon etter behandling er gjennomført, og dermed er konsekvensen av den lange transporttiden at befolkningen i Nordland har et dårligere helsetilbud enn resten av landet, med økt risiko for varige skader.

Et likeverdig helsetilbud er avgjørende for et velfungerende helsevesen. Det er en viktig verdi i vårt samfunn at vi kan få likeverdig hjelp uavhengig av hvor i landet vi bor. Vi erkjenner at det vil være lokale forskjeller, men det bør være et godt utgangspunkt å desentralisere der man kan – men sentralisere der man må.

De store forskjellene mellom det tilbudet hjertepasienter i Nordland og pasienter i andre deler av landet får, krever at noe må gjøres med hvordan man organiserer PCI-behandlingen. En rekke land har et desentralisert PCI-tilbud, deriblant Sverige og Finland. Vi har stor tro på at det tette samarbeidet mellom UNN og Nordlandssykehuset, i kombinasjon med bruk av ny teknologi – gjør at det er et godt grunnlag for å desentralisere PCI-tilbudet slik at langt flere kan få den livsviktige behandlingen langt tidligere.

Nordlandssykehuset har en viktig og sentral funksjon for vår del av landet. Det er svært viktig at det sørges for et godt og livsviktig tilbud sammen med en godt utbygd ambulanshelikopter- og luftambulansetjeneste for distriktene. En oppbygging av en PCI-behandling med Nordlandssykehuset vil være viktig for mange av våre innbyggere, og vil gi et mer likeverdig tilbud for pasientene enn man har i dag.

**Hadsel kommune** vil med bakgrunn i dette oppfordre styret i Helse Nord om å ta disse momentene med i sin behandling av saken angående PCI senter.

Med vennlig hilsen

Kari Ingvaldsen  
formannskapssekretær

# SÆRAVTALE

## om medvirkning og medbestemmelse iht Hovedavtalens § 29 mellom partene i Nordlandssykehuset HF

### **Innledning**

Bakgrunnen for å inngå denne særavtalen er å skape best mulig samarbeidsgrunnlag mellom partene, slik at dette kan bidra til et godt arbeidsmiljø, god ledelse og gode resultater for Nordlandssykehuset HF.

Partene er enige om at forholdet mellom ledelsen og ansatte, her representert ved de tillitsvalgte, skal være basert på tillit og gjensidig respekt. Etablerte samarbeidsordninger skal være hensiktsmessige og godt fungerende. Gjennom medinnflytelse og samarbeid skal de ansatte med sin erfaring og innsikt være med å skape de økonomiske forutsetningene for Nordlandssykehuset HF's fortsatte utvikling og for trygge og gode arbeidsforhold, bærekraftig utvikling, et godt fungerende arbeidsmiljø og resultatoppgjør til beste for så vel Nordlandssykehuset HF som ansatte.

Det er en felles plikt for ledelsen, de ansatte og deres tillitsvalgte å ta initiativ til og aktivt støtte opp om og medvirke til samarbeid. Partene legger til grunn at de tillitsvalgtes kunnskap og erfaring utgjør en verdifull ressurs i drift og utvikling av virksomheten.

### **Del 1 Partsforhold, virkeområde og varighet**

#### **1.1 Partsforhold**

Lokal samarbeidsavtale er inngått med hjemmel i hovedavtalen og gjelder Nordlandssykehuset HF og følgende organisasjoner som har medlemmer ansatt ved Nordlandssykehuset HF:

LO v/Fagforbundet

YS v/Delta

UNIO v/NSF

SAN v/NITO

Akademikerne v /DNLF

#### **1.2 Virkeområde**

Avtalen skal sammen med hovedavtalen og arbeidsmiljøloven danne grunnlaget for samarbeidet mellom partene.

Avtalen skal sammen med hovedavtalen regulere tillitsvalgtes rettigheter og plikter ved Nordlandssykehuset HF.

Avtalen skal ikke gi dårligere vilkår enn hovedavtalen og arbeidsmiljøloven.

Avtalen omhandler ikke vernetjenesten. Vernetjenesten, herunder verneombud/hovedverneombud (HVO) og AMU, følger arbeidsmiljøloven.

### **1.3 Varighet**

Avtalen gjelder fra og med 1. oktober 2016 og fram til den sies opp av en av partene med 2 måneders varsel.

### **1.4 Formål med avtalen**

Avtalen skal bidra til å fremme samarbeid mellom de tillitsvalgte og arbeidsgiver ved Nordlandssykehuset HF.

Avtalen skal klargjøre hvordan hovedavtalens kapittel VII om informasjon, samarbeid og medbestemmelse skal praktiseres ved Nordlandssykehuset.

Avtalen skal regulere vilkårene for tillitsvalgtarbeid ved foretaket, jf. hovedavtalen del III.

### **1.5 Tvister**

En eventuell tvist om forståelse av avtalen skal løses ved forhandlinger og i samsvar med hovedavtalen § 13.

### **1.6 Opplæring i lokal samarbeidsavtale**

Partene skal i fellesskap gjøre avtalen kjent for ledere og tillitsvalgte i Nordlandssykehuset. Dette kan skje gjennom felles informasjon og opplæring.

## **Del 2      Informasjon, samarbeid og medbestemmelse**

### **2.1    Verdier og holdninger i samhandling**

Nordlandssykehusets verdier; kvalitet, trygghet og respekt, skal legges til grunn i samhandlingen på alle nivåer i foretaket.

Verdiene skal videreutvikles slik at de tydeliggjøres i holdninger og handlinger.

God samhandling forutsetter åpenhet og at de ansatte blir involvert i beslutningsprosessene. Partene skal utøve ansvarlighet.

Partene skal gjennom konstruktiv dialog bidra til å finne hensiktsmessige løsninger for driften.

De tillitsvalgte utgjør en verdifull ressurs i utvikling og drift av foretaket, og skal involveres så tidlig som mulig i saker som omfattes av avtaleverkets bestemmelser slik at de gis reell mulighet for medvirkning i prosessen.

Sakene skal behandles på det nivå i organisasjonen der det er hensiktsmessig.

I saker der man ikke oppnår enighet, er det viktig å skille mellom person og sak. Uenighet partene imellom må ikke få innvirkning på det langsiktige forhold mellom tillitsvalgte og arbeidsgiver. Partene skal gjennom konstruktiv dialog bidra til å finne hensiktsmessige løsninger.

## **2.2 Begrepsavklaringer**

### **Styringsrett**

Med styringsrett forstås den retten arbeidsgiver har til å lede, organisere og kontrollere egen virksomhet, samt retten til å inngå og avslutte arbeidsforhold. Styringsretten begrenses av lover og forskrifter, overenskomster, kollektive avtaler og individuelle avtaler.

### **Arbeidsgiver**

Med arbeidsgiver menes i denne avtale ledere i formelle lederstillinger, det vil si med personal-, fag og budsjettansvar.

### **Medvirkning**

Medarbeidere skal så tidlig som mulig og i størst mulig grad involveres i utrednings- og beslutningsprosesser.

Medvirkning ivaretas direkte av lederne og ansatte i Nordlandssykehuset hvor medarbeiderne selv medvirker i utformingen av de beslutninger som berører arbeidssituasjonen.

Medarbeidere skal så langt mulig oppleve forutsigbarhet i forhold til prosessers innhold, årsak og retning.

### **Medbestemmelse**

Medbestemmelse er representativt og ivaretas gjennom tillitsvalgte og strukturerte møtepunkter mellom arbeidsgiver og fagforeningene. Tillitsvalgte skal ha reell mulighet til å påvirke beslutninger som skal tas.

### **Informasjon og dialog**

Arbeidsgiver på alle nivå skal informere de tillitsvalgte på et så tidlig tidspunkt som mulig om forhold som får innvirkning på de ansattes arbeidssituasjon. Dette for å skape forståelse og forankring. Tilsvarende har tillitsvalgte informasjonsplikt overfor arbeidsgiver i viktige saker for foretaket.

Informasjonsutveksling og uformelle møter verken tilsvarende eller erstatter drøftinger men har som hensikt å involvere de tillitsvalgte på i de ulike prosessene.

### **Drøftinger**

Drøftinger holdes i formelle drøftingsmøter iht Hovedavtalen §§ 30-32

Arbeidsgiver har styringsrett i drøftingssaker, men plikter å grunnlegge sitt syn og å ta med tillitsvalgtes syn i sin vurdering før en avgjørelse tas.

Møteinnkalling og drøftingsnotat skal sendes en uke før drøftingsmøtet. Det skal foreligge dokumentasjon på at drøftingene er gjennomført ved protokoll eller referat.

Eksempler på saker som skal drøftes er:

- Foretakets driftsmessige og økonomiske status, herunder forhold av betydning for drift
- Budsjettforslag
- Sysselsettingsspørsmål
- De alminnelige lønns- og arbeidsforhold ved foretaket

- Omlegginger av viktighet for arbeidstakere og deres arbeidsforhold, herunder viktige endringer i driftsopplegg, metoder og det fysiske arbeidsmiljøet.
- Omorganiseringer og omstillinger

## **Forhandlinger**

Forhandlinger forutsetter at det foreligger en forhandlingsrett. Hovedregelen er at forbundet har 800 medlemmer på landsbasis i Spekterområdet og minimum 3 medlemmer i virksomheten. Flere forbund kan slå seg sammen for å få en felles forhandlingsrett. (HA § 5)

I forhandlinger er partene likeverdige og skal i fellesskap komme fram til enighet før beslutning kan iverksettes.

Saker det føres forhandlinger om inkluderer:

- Overenskomst del B, jf § 4-11 i Hovedavtalen
- Særavtaler, § 15-17 i Hovedavtalen
- Rettstvister, § 13 i Hovedavtalen
- Arbeidsreglement
- Eventuelt andre saker i henhold til lov og avtaleverk

## **2.3 Informasjon**

### **Informasjonskanaler**

Nordlandssykehuset har blant annet følgende informasjonskanaler:

- Pulsen
- Allmøter
- E-post
- Ledermøter og personalmøter
- Dialogmøter/fast møteplass
- Oppslag i avdelinger/enheter

Den best egnede kanal skal brukes avhengig av sak.

### **Arbeidsgiver**

Informasjon skal gis de tillitsvalgte på det nivå som er naturlig for den aktuelle sak.

Informasjonen skal gis uoppfordret, så tidlig som mulig og på en lettfattelig måte.

Arbeidsgiver skal informere de tillitsvalgte i forkant om den informasjon som vil bli gitt de ansatte. De foretakstillitsvalgte skal informeres først i saker på foretaksnivå og i andre viktige saker, for eksempel omstillingssaker av et visst omfang. Informasjonen gis på de faste møteplassene, men kan også gis gjennom andre informasjonskanaler ved behov.

### **Tillitsvalgte**

De tillitsvalgte skal ha tilgang på informasjon som er nødvendig for å kunne utøve sin rett til medvirkning og medbestemmelse. De tillitsvalgte skal bli tatt med på råd og få informasjon om forhold som kan berøre de ansattes arbeidssituasjon så tidlig som mulig og før de ansatte informeres. De tillitsvalgte kan gi arbeidsgiver råd om tidspunktet for når de ansatte skal få informasjon, og om innholdet i informasjonen.



## **Arenaer for samhandling**

### **Faste møteplasser og møteplan**

For å sikre god samhandling mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte på alle nivåer er det opprettet faste møteplasser i Nordlandssykehuset:

- Dialogmøte/samarbeidsmøte mellom direktør/HR-sjef og foretakstillitsvalgte
- Samarbeidsmøter mellom klinikksjef og klinikktilitsvalgte
- Samarbeidsmøter mellom ledere og tillitsvalgte på de ulike beslutningsnivåene i klinikkene/stabene

Uavhengig av de faste møteplassene skal arbeidsgiver innkalle tillitsvalgte til møte ved behov. Det skal settes opp en møteplan som viser møteaktivitetene for hvert halvår.

Etter drøfting mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte, fastsettes møtefrekvens og praktisk gjennomføring av møtene.

Møtetidspunktet skal legges slik at de tillitsvalgte i størst mulig grad kan delta.

Det er en forutsetning at partene stiller på møtet der med representanter med nødvendige fullmakter i møter der drøftinger og forhandlinger skjer. På dialogmøter kan det informeres om saker fra ulike fagpersoner uten at de har myndighet til å fatte beslutninger.

Det skal føres skriftlig dokumentasjon fra møtene.

Det er en forutsetning at møtestruktur og sammensetning organiseres på en slik måte at intensjonene i denne avtalen ivaretas på en god måte.

### **Arbeidsgrupper**

Arbeidsgiver kan opprette arbeidsgrupper etter behov.

Ved opprettelse av arbeids-, prosjekt- og styringsgrupper skal de tillitsvalgte uttale seg om gruppens sammensetning og mandat i henhold til hovedavtalen § 29.

Representasjon av tillitsvalgt i arbeidsgruppe erstatter ikke plikten til å gjennomføre drøftinger i hht. hovedavtalen §§ 30-32.

### **Faste råd og utvalg**

Faste samarbeidsarenaer hvor de tillitsvalgtes representanter har forslags- og stemmerett:

- Valgstyret for ansattes representanter i styret
- AMU

## **Dokumentasjon fra møter**

### **Protokoll i forbindelse med forhandlinger**

Det skal føres protokoll fra forhandlinger. Noen ganger kan forhandlingene føre til at det inngås avtale.

Protokoll skal inneholde: dato for møtet, hvem som er tilstede, hvilken sak det forhandles om, resultatet av forhandlingen, og hvis det ikke oppnås enighet, skal partenes syn vedrørende saken fremkomme.

Arbeidsgiver er ansvarlig for å føre protokoll. Begge parter skal undertegne.

### **Drøftingsnotat**

Drøftingsnotat skal utarbeides i forkant av de faste drøftingsmøtene og sendes ut ei uke før drøftingene finner sted.

Drøftingsnotat skal inneholde: dato for møtet, hvilken sak som drøftes, bakgrunn for saken, arbeidsgivers vurdering og forslag til løsning.

Arbeidsgiver er ansvarlig for å utarbeide drøftingsnotatet.

Når tillitsvalgte ber om drøftinger utenfor de faste drøftingsmøtene, skal den tillitsvalgte utarbeide et drøftingsnotat som et grunnlag for drøftingene.

### **Drøftingsprotokoll**

Drøftingsprotokoll skal føres i drøftinger om omlegginger av viktighet for arbeidstakere og deres arbeidsforhold og sysselsettingsspørsmål iht hovedavtalen § 31.

Protokoll skal sendes ut innen 14 dager etter møtet.

Drøftingsprotokoll skal inneholde: dato for møtet, hvem som er tilstede, hvilken sak som drøftes, resultat av drøftingen. Hvis det ikke oppnås enighet, skal partenes syn fremkomme.

Protokollen skal også inneholde arbeidsgivers konklusjon med begrunnelse.

Arbeidsgiver er ansvarlig for å føre protokoll.

Begge parter skal undertegne.

### **Drøftingsreferat**

Drøftingsreferat skal føres iht hovedavtalen § 30 når drøftingene gjelder arbeidstakernes alminnelige lønns- og arbeidsvilkår.

Arbeidsgiver skal fatte sin beslutning etter gjennomført drøfting og informere tillitsvalgte om beslutningen.

Referat skal sendes ut innen 14 dager etter møtet.

Drøftingsreferat skal inneholde: dato for møtet, hvem som er tilstede, hvilken sak som drøftes, arbeidsgivers og tillitsvalgtes syn. Hvis partene har ulikt syn skal dette framkomme.

Protokollen skal også inneholde arbeidsgivers konklusjon med begrunnelse.

Arbeidsgiver er ansvarlig for å føre referat.

Arbeidsgiver skal undertegne.

### **Referat**

Det kan også føres referat fra andre møter. Referat skal inneholde: dato for møtet, hvem som er tilstede og deres funksjon, hvilke saker det orienteres om.

Arbeidsgiver fører referat og signerer.

## **Del 3**

### **Tillitsvalgte, organisering og frikjøp**

Dette kapitler omhandler praktisering av hovedavtalens kapittel X.

### **Prinsipper**

Forbund med forhandlingsrett iht hovedavtalen § 5 kan velge tillitsvalgte.

Forbund med forhandlingsrett velger en foretakstillitsvalgt. I tillegg kan det velges klinikktillitsvalgte/hovedtillitsvalgte

og tillitsvalgte i et omfang som gjenspeiler forbundets størrelse og foretakets organisering.

## Tillitsvalgtes roller

### Foretaksnivå:

- Foretakstillitsvalgt skal samhandle med ledelsen om visjoner, verdier, strategier, mål, budsjett, endrings- og omstillingsarbeid
- Foretakstillitsvalgt skal samhandle med ledelsen om daglig drift og kvalitetsarbeid
- Foretakstillitsvalgte skal lede, koordinere, veilede og bistå tillitsvalgte i sine organisasjoner
- Foretakstillitsvalgte skal ivareta sine medlemmer i foretaksledelsen og staber
- Foretakstillitsvalgte er forhandlingspart i saker som gjelder arbeidsforhold og lønn
- Foretakstillitsvalgte er kontaktperson for klinikker der organisasjonen ikke har valgt egne tillitsvalgte
- Foretakstillitsvalgte skal melde fra om nyvalg og fratredelse til HR-sjef og den tillitsvalgtes nærmeste leder
- Arbeidstakerrepresentanter til AMU velges av foretakstillitsvalgte

### Klinikknivå / hovedtillitsvalgte:

- Klinikktillitsvalgte og hovedtillitsvalgte skal samhandle med ledelsen om visjoner, verdier, strategier, mål, budsjett, endrings- og omstillingsarbeid
- Klinikktillitsvalgte og hovedtillitsvalgte skal samhandle med ledelsen om daglig drift og kvalitetsarbeid
- Klinikktillitsvalgte og hovedtillitsvalgte skal lede, koordinere, veilede og bistå tillitsvalgte på lavere nivå
- Klinikktillitsvalgte og hovedtillitsvalgte skal ivareta medlemmer som er ledere på lavere nivå
- Klinikktillitsvalgte og hovedtillitsvalgte skal bistå sine medlemmer i krevende personalsaker på klinikknivå eller lavere nivå

### Øvrige nivå

- Tillitsvalgte skal samhandle med ledelsen om visjoner, verdier, strategier, mål, budsjett, endrings- og omstillingsarbeid
- Tillitsvalgte skal samhandle med ledelsen om daglig drift og kvalitetsarbeid
- Tillitsvalgte skal lede, koordinere, veilede og bistå tillitsvalgte på underliggende nivå

En tillitsvalgt kan ha flere roller der det er hensiktsmessig. Eksempel kan et forbund med få medlemmer ha en tillitsvalgt for en enhet/avdeling som også er hovedtillitsvalgt for forbundet.

## Tillitsvalgtordningen

Forholdene skal legges best mulig til rette for at tillitsvalgte skal kunne fungere i sine verv og tilegne seg de nødvendige kunnskaper. Tillitsvalgte gis nødvendig tid til å utføre sine oppgaver etter hovedavtalen og lovgivningen, herunder nødvendige møter med sin organisasjon i virksomheten, uten trekk i lønn, jf. hovedavtalen § 45. De tillitsvalgte er representanter og talsmenn for de organiserte ansatte og forplikter eget forbunds medlemmer i den utstrekning lov og tariffavtaler ikke er til hinder for dette jf. hovedavtalen § 5.

Partene skal avtale antall tillitsvalgte og fordelingen av disse. Dette skal være tilpasset foretakets aktivitet, størrelse, struktur, geografisk spredning og beslutningssystem.

For store forbund kan det inngås avtaler om frikjøp av tillitsvalgte.

Organisasjonstillitsvalgte (eksempelvis leder, nestleder eller medlem i et fylkesstyre) har ikke rettigheter som tillitsvalgt i foretaket, men har rettigheter i forhold til tjenestefri for å delta i kurs/møter.

### **Tjenestefri for tillitsvalgte og organisasjonstillitsvalgte (hovedavtalen § 52)**

Tillitsvalgte og organisasjonstillitsvalgte skal ikke uten tvingende grunn nektes tjenestefri når de skal delta i:

- a) Forhandlinger i Spekter
- b) Forbundsstyremøter, representantskapsmøter, hovedstyre, landsstyremøter, kongresser, landsmøter og landsforeningsmøter (se den enkelte hovedsammenslutnings hovedavtale for flere detaljer).
- c) Kurs for tillitsvalgte/organisasjonsfaglige kurs og konferanser som arrangeres av vedkommende forbund/forening, hovedorganisasjon og opplysningsorganisasjon
- d) Faglige delegasjoner
- e) Nytt som foreleser/kursleder i organisasjonens kurs og konferanser for tillitsvalgte

For a) og b): fri med lønn

For c), d) og e): samlet inntil 12 dager fri med lønn pr år.

### **Utøvelse av vervet som tillitsvalgt – praktiske forhold**

Foretaket skal daglig ha en representant som tillitsvalgte kan henvende seg til. Pr dato er dette seksjonsleder for HR ressursstyring og arbeidsgiverpolitikk.

Det skal legges til rette for at tillitsvalgte skal kunne utøve vervet sitt. Tillitsvalgte skal ha tilgang til låsbart skap og adgang til telefon. Der forholdene ligger til rette for det skal de tillitsvalgte ha adgang til arbeidsstedets kontortekniske utstyr og interne distribusjonskanaler for utsending av bl.a. protokoller og referater fra drøftings- og forhandlingsmøter.

### **Særaldersgrense**

Frikjøpte tillitsvalgte som i sin ordinære stilling har særaldersgrense, beholder denne i funksjon som frikjøpt tillitsvalgt. Den tillitsvalgte må derfor beholde sin opprinnelige stillingskode.

### **Reiseutgifter**

I de tilfeller det er nødvendig med reise i forbindelse med møter i funksjonen som tillitsvalgt, skal reiseutgifter dekkes iht foretakets gjeldende retningslinjer. Dette gjelder de reiser som er generert av arbeidsgiver. Reiser generert av forbundet, dekkes av forbundet.

Bodø,

Liss Eberg  
Liss Eberg  
Nordlandssykehuset HF

Johnny Reiner Jensen  
Johnny Reiner Jensen  
NSF

May-Britt Allstrin  
May-Britt Allstrin  
Delta

Karina Andersen Hjerde  
Karina Andersen Hjerde  
Fagforbundet

Hedda Beate Soløy-Nilsen  
Hedda Beate Soløy-Nilsen  
DNLF

Ann Jeanette Jensen  
Ann-Jeanette Jensen  
NITO



## Referat fra møte i Brukerutvalget - 8. 11.16

Sted: Nordlandssykehuset, Bodø  
Tid : 13:00 – 16:00

BUs medlemmer møttes på Zefyr hotell samt hadde omvisning før møtestart i poliklinisk område – K-fløya.

I innledningen til møtet hilste Paul Sigsten Amundsen på Brukerutvalget og orienterte kort om sitt virke i LHL/hjerneslag og at han var oppnevnt av BU i et forskningsprosjekt knyttet til hjerneslag.

Møterom/sted:		Vår ref.:2015/2727 /SPP	
<b>Deltagere :</b>		Tilstede	Forfall
Barbara Priesemann	SAFO - leder	M	
Carl Eliassen	MARBORG, nestleder		F
Siv-Elin Reitan	MARBORG		F
Arild Amundsen	Mental Helse	M	
Karsten Seglan	FFO – LHL	M	
Helge Jenssen	FFO - LPP	M	
Mai-Helen Walsnes	Nordland fylkes elderåd	M	
Per Dalhaug	Kreftforeningen	M	
Inga Karlsen	Samisk representant		F – meldt 8.11 om morgenen.
<b>Fra NLSH:</b>			
Paul Martin Strand	Adm.direktør NLSH	M	
Steinar Pleym Pedersen	Saksbehandler/sekretær	M	
<b>Andre:</b>			
Inger-Marie Sommerseth	Pasient- og brukerombud i Nordland – sakene 81, 82, 83, 84, 85 og 89		
Kjersti Syvertsen	Seniorrådgiver, Pasient- og brukerombud i Nordland - sakene 81, 82, 83, 84, 85 og 89		
Stian Molvik	Koordinerende enhet NLSH	M	
Gunn Hege Valøy	Ass. Klinikksjef kir/ort sak 86		
Torunn Nestvold	Klinikkoverlege kir/ort sak 86		
Beate Sørslett	Med.direktør sak 85		
Marit Barosen	Øk.sjef sak 87		

Agenda:

- 81/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste
- 82/2016 Godkjenning av referat fra møtet 14.9.16
- 83/2016 Pasient- og brukerombud – orientering – dialog
- 84/2016 Etablering av ny sykefrakt i Vesterålen – tilbud og erfaringer.
- 85/2016 Nasjonal helse- og sykehusplan – status i arbeidet. Orientering.
- 86/2016 Operasjonsrobot – orientering om virksomheten. Orientering ved klinikkoverlegen.
- 87/2016 Brukerutvalget – Budsjettarbeidet
- 88/2016 Brukerutvalget – møteplan 2017
- 89/2016 Når taushet IKKE er gull. Orientering fra seminar v. Helge Jenssen
- 90/2016 Valg av BU representanter
- 91/2016 Brukerutvalget – handlingsplan 2017 - 2018
- 92/2016 Adm. dir orienterer
- 93/2016 BUs leder orienterer
- 94/2016 BUs medlemmer orienterer
- 95/2016 Referater

Saksnr.	Beskrivelse / tiltak	Merknader
81/2016	<p><b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b></p> <p>Det vises til utsendt innkalling og saksliste.</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;"><b>Vedtak:</b></p> <p style="padding-left: 40px;">1. Innkalling og saksliste godkjennes med følgende endringer:</p> <p>Sak 90 utgår.</p> <p>Ny sak 90:</p> <p>Valg av brukerrepresentanter – til prosjekt knyttet til Fagenhet for Spis og ambulant enhet i seksjon for fag og ambulant BUPA og valg av en repr. til «Sølvsuperuka» 2017.</p>	
82/2016	<p><b>Godkjenning av referat fra møtet 14.9.16</b></p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;"><b>Vedtak:</b></p> <p style="padding-left: 40px;">1. Referatet godkjennes</p>	
83/2016	<p><b>Pasient- og brukerombud – orientering – dialog</b></p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;"><b>Vedtak</b></p> <p style="padding-left: 40px;">1. Brukerutvalget tar informasjonen til orientering. 2. Brukerutvalget inviterer pasient- og brukerombudet til ny informasjonsrunde høst 2017.</p>	

84/2016	<p><b>Etablering av ny syketransport i Vesterålen – tilbud og erfaringer</b></p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;"><b>Vedtak:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brukerutvalget er svært tilfreds med ordningen om syketransportbilen i Vesterålen.</li> <li>2. Brukerutvalget ber om at samme ordning blir vurdert i Lofoten.</li> </ol>	
85/2016	<p><b>Nasjonal helse- og sykehusplan – status i arbeidet</b></p> <p>Medisinsk direktør orienterte.</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;"><b>Vedtak</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saken tas til orientering.</li> <li>2. Brukerutvalget ønsker fortsatt å bli holdt løpende orientert om arbeidet.</li> </ol>	
86/2016	<p><b>Operasjonsrobot – orientering om virksomheten</b></p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;"><b>Vedtak:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brukerutvalget er svært tilfreds med at Nordlandssykehuset har fått anskaffet operasjonsrobot slik at sykehuset fortsetter å være ledende innen fagområder hvor den nyttes.</li> <li>2. Brukerutvalget ser med bekymring på at kurativ stråling mot prostatakreft ikke er tilgjengelig ved NLSH Bodø.</li> <li>3. Brukerutvalget ønsker egen sak om etablering av kurativ stråling i ett av de første kommende møter.</li> </ol>	
87/2016	<p><b>Budsjettarbeidet</b></p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;"><b>Vedtak:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brukerutvalget tar informasjonen/gjennomgangen av budsjettarbeidet til orientering.</li> </ol>	



88/2016	<p><b>Brukerutvalget – møteplan 2017</b></p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;"><b>Vedtak:</b></p> <p>1. Brukerutvalget fastsetter sin møteplan i 2017 slik:</p> <table border="1" data-bbox="328 526 547 815"> <tr><td>14.02</td></tr> <tr><td>21.03</td></tr> <tr><td>18.4</td></tr> <tr><td>09.05</td></tr> <tr><td>12.6</td></tr> <tr><td>24.8</td></tr> <tr><td>27.9</td></tr> <tr><td>7.11</td></tr> <tr><td>5.12</td></tr> </table> <p>2. Møtestart 12:30 – estimert avslutning ca 16:00.  3. Brukerutvalgets medlemmer møter 1 time før møtestart på Zefyr hotell.  4. Møtene avvikles i G-fløya – rom 26 eller 27.</p>	14.02	21.03	18.4	09.05	12.6	24.8	27.9	7.11	5.12	
14.02											
21.03											
18.4											
09.05											
12.6											
24.8											
27.9											
7.11											
5.12											
89/2016	<p><b>Når taushet IKKE er gull – seminar om barn som pårørende.</b></p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;"><b>Vedtak</b></p> <p>1. Brukerutvalget gir Helge Jenssen betydelig ros for det grundige referatet og orienteringen forøvrig.  2. Brukerutvalget understreker samtidig viktigheten av at medlemmer som deltar i eksterne kurs/seminar bidrar med kunnskapsoverføring til øvrige medlemmer i BU.</p>										
90/2016	<p><b>Valg av brukerrepresentanter</b></p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;"><b>vedtak:</b></p> <p>1. Som brukerrepresentant til «Sølvsuperuka 2017» velges Helge Jenssen  2. Som brukerrepresentant i forbindelse med sammenslåing av Fagenhet spis og ambulant enhet i seksjon for fag og ambulant BUPA velges Arild Amundsen.</p>										
91/2016	<p><b>Brukerutvalget – handlingsplan 2017 – 2018</b></p> <p>Enstemmig</p>										

	<p style="text-align: center;"><b>vedtak:</b></p> <p>Følgende skal tas inn i årlig handlingsplan for Brukerutvalget:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Årlig melding til Helse Nord RHF</li> <li>• Tertialrapportene</li> <li>• Pasienthendelser – pasientsaker – anonymiserte med henblikk på kunnskap om forbedring/læring</li> <li>• Pas-Opp</li> <li>• Pasient- og brukerombudet inviteres x 1/år til Brukerutvalget</li> <li>• Deltakelse på årlig samhandlingskonferanse</li> <li>• Fellesmøte med styret x 1/år</li> </ul> <p>Særskilt for 2017</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjennomgang av status for pakkeforløpene</li> <li>• Nasjonal helse- og sykehusplan – oppfølging av prosessen i NLSH</li> <li>• Møte koordinerende enhet i NLSH</li> </ul>	
92/2016	<p><b>Adm.dir orienterer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Status PCI-saken</li> <li>• Om Bus leders foredrag på ledersamlingen til NLSH</li> </ul> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;"><b>Vedtak:</b></p> <p>1. Informasjonen tas til orientering.</p>	
93/2016	<p><b>BUs leder orienterer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Om Karsten Seglan og egen deltakelse på Helse Nords brukerkonferansen</li> <li>• Vært med på åpningen av ny hovedinngang ved NLSH Bodø</li> <li>• Vært i flere møter i forbindelse med Nasjonal helse- og sykehusplan</li> </ul> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;"><b>Vedtak:</b></p> <p>Informasjonen tas til orientering</p>	
94/2016	<p><b>BUs medlemmer orienterer</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Per Dalhaug – om nytt prostatasenter</li> <li>2. Helge Janssen – ref. fra møte i klinisk etikkomite</li> <li>3. Arild Amundsen – KSU-pasientforløp PHR</li> </ol> <p>Enstemmig</p>	

	<b>Vedtak:</b>	
	2. Informasjonen tas til orientering.	
95/2016	<p><b>Referater</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanker om pasientbehandling – brev fra pasient</li> <li>2. Tanker om pasientbehandling – svar fra avdelingsoverlegen</li> <li>3. Referat fra Heidi Heinrich</li> <li>4. Kontaktlege Nordlandssykehuset</li> <li>5. Åpent brev vedr. busstrace til ny hovedinngang</li> </ol> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;"><b>Vedtak:</b></p> <p>3. Referatene tas til orientering.</p>	

**I Neste møte ønsker BU følgende saker:**

- Om kontaktlegeordningen
- Om kvalitetsutvalget – funksjon og brukermedvirkning

—