



Styresak 027-2017

Referatsaker til styret

Saksbehandler: Gro Ankill
Dato dok: 27.03.2017
Møtedato: 28.-29.03.2017
Vår ref: 2011/2354

Vedlegg (t):

Innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Bakgrunn:

Følgende dokumenter legges frem som referatsaker for styret:

1. Protokoll styremøte Helse Nord RHF 22.02.2017
2. Protokoll fra drøftingsmøte med foretakstillitsvalgte 13.03.2017
3. Protokoll fra drøftingsmøte med hovedverneombudet 13.03.2017
4. Protokoll fra drøftingsmøte med foretakstillitsvalgte 27.03.2017
5. Protokoll fra drøftingsmøte med hovedverneombudet 27.03.2017
6. Protokoll fra AMU 27.03.2017
7. Referat fra møte i OSO 13.02.2017
8. Brev ang ambulansetjenesten fra Sortland Eldreråd av 14.02.2017
9. Ønske om risikovurdering knyttet til eventuell flytting av ambulanshelikopter på Evenes, brev til Helse Nord RHF av 01.03.2017
10. Referat fra møte i Brukerutvalget 21.03.2017
11. Innspill til utvikling av ny inntektsmodell for somatikk, brev til Helse Nord 28.03.2017
12. Rapport fra tilsyn med sepsisbehandling i akuttmottaket, fra Fylkesmannen 09.03.2017
13. NLSH som digitalt referansesykehus, Pulsen (intranett) 28.03.2017
14. Høringssvar NLSH - Nasjonal faglig retningslinje for kompetanse og kvalitet i nyfødtintensivavdelinger av 10.03.2017

Presseprotokoll

Vår ref.:
2017/2-15/012

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

Sted/Dato:
Tromsø, 22.2.2017

Møtetype:	Styremøte i Helse Nord RHF
Møtedato:	22. februar 2017 - kl. 8.30
Møtested:	Radisson Blu Hotel, Tromsø

Tilstede

Navn:	
Marianne Telle	styreleder
Inger Lise Strøm	nestleder
Arnfinn Sundsfjord	styremedlem
Fredrik Sund	styremedlem
Kari Jørgensen	styremedlem
Kari B. Sandnes	styremedlem
Line Miriam Sandberg	styremedlem
Sissel Alterskjær	styremedlem
Svenn Are Jenssen	styremedlem
Arne Ketil Hafstad	observatør fra Regionalt brukerutvalg

Forfall

Navn:	
Johnny-Leo Jernsletten	styremedlem

Fra administrasjonen

Navn:	
Lars Vorland	adm. direktør
Karin Paulke	stabsdirektør
Geir Tollåli	fagdirektør
Hilde Rolandsen	direktør for eieravdelingen
Kristian I. Fanghol	direktør
Siv Høymork	kvalitets- og forskningsdirektør
Siw Sandvik	kommunikasjonsdirektør
Tor Solbjørg	revisjonssjef

I forkant av styremøtet orienterte eierdirektør Hilde Rolandsen om Pasientreiser - brukerundersøkelse 2016.

Styresak 10-2017 Godkjenning av innkalling og saksliste

- Sak 10-2017 Godkjenning av innkalling og saksliste
- Sak 11-2017 Godkjenning av protokoll fra styremøte 1. februar 2017
- Sak 12-2017 Koronar angiografi og PCI i behandling av hjerteinfarkt - organisering av tilbudet i Helse Nord
*Saksdokumentene var ettersendt.
Styresaken er trukket fra behandling i dette styremøtet.*
- Sak 13-2017 NOU 2016:25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten - Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* - høring fra Helse- og omsorgsdepartementet
- Sak 14-2017 Smittevernplan 2016-2020 og Tuberkulosekontrollprogram 2016-2020 for Helse Nord
- Sak 15-2017 Felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå
- Sak 16-2017 Virksomhetsrapport nr. 1-2017
Saksdokumentene var ettersendt.
- Sak 17-2017 Felles e-læringsstrategi for Helse Nord 2016-2020
- Sak 18-2017 Internrevisjonsrapport nr. 11/2016: Tvungent psykisk helsevern i Nordlandssykehuset HF
- Sak 19-2017 Revisjonsutvalgets årsrapport 2016, vedlagt internrevisjonens årsrapport 2016
- Sak 20-2017 Orienteringssaker
1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
 2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
 3. Oppfølging av IR-rapport 09/2015: Oppfølging av vedtatte fagplaner i Helse Nord, oppfølging av styresak 21-2016
 4. Oppfølging av IR-rapport 05/2016: Vedlikehold og utvikling av kompetanse i Helse Nord, oppfølging av styresak 76-2016
- Sak 21-2017 Referatsaker
1. Beslutningsforum for nye metoder - årsoppsummering 2016
 2. Brev fra revisjonsselskap BDO av 12. desember 2016 ad. oppsummering etter interimsrevisjon
 3. Brev fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF av 25. januar 2017 ad. Nødvendig flytting av ambulanshelikopterbase på Evenes
 4. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 30. januar 2017
 5. Protokoll fra drøftingsmøte 13. februar 2017 ad. *NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten - Hvordan bør statens eierskap innrettes framover? - høring*
Kopi av protokollen var ettersendt.

6. E-post med vedlegg fra LO Stat, distriktskontoret i Bodø av 9. februar 2017 ad. Uttalelse om akuttkirurgisk beredskap ved lokalsykehusene, Gravdal og Narvik
*Saken var etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.
Kopi av e-posten var ettersendt.*
7. Protokoll fra drøftingsmøte 21. februar 2017 ad. Koronar angiografi og PCI i behandling av hjerteinfarkt - organisering av tilbudet i Helse Nord
*Saken var etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.
Drøftingsmøtet ble avlyst. Ingen saksdokument ble lagt frem.*
8. E-post (med vedlegg) fra Fylkesrådet i Troms av 20. februar 2017 ad. Uttalelse: Ett PCI-senter for hele Nord-Norge
*Saken var etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.
Kopi av e-posten (og vedlegget) var lagt frem ved møtestart.*
9. E-post fra Finnmark Fylkeskommune av 17. februar 2017 ad. Uttalelse fra Finnmark fylkesutvalg til Helse Nord vedrørende Hjerteinfarkt og PCI - Et likeverdig tilbud i Helse Nord?
*Saken var etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.
Kopi av e-posten var lagt frem ved møtestart.*

Sak 22-2017

Eventuelt

Styrets vedtak:

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

Styresak 11-2017

**Godkjenning av protokoll fra styremøte
1. februar 2017**

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 1. februar 2017 godkjennes.

Styresak 12-2017

**Koronar angiografi og PCI i behandling av
hjerteinfarkt - organisering av tilbudet i Helse Nord**
*Saksdokumentene var ettersendt.
Styresaken er trukket fra behandling i dette styremøtet.*

Styresak 13-2017

NOU 2016:25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten - Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* - høring fra Helse- og omsorgsdepartementet

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

1. Styret i Helse Nord RHF mener NOU 2016:25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten - Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* representerer en god gjennomgang av de organisatoriske utfordringene i styringen av spesialisthelsetjenesten og gir et godt grunnlag for å videreutvikle organiseringen til å bli enda bedre.
2. Styret vil understreke at regionaliseringsprinsippet for organiseringen av spesialisthelsetjenesten fortsatt må ligge til grunn. Ved ev. endringer i organiseringen av statens eierskap til spesialisthelsetjenesten må det sikres at tjenestene til befolkningen kan planlegges i en regionalisert modell.
3. Styret mener at dagens ordning med et regionalt beslutningsnivå, fire regioner og fire regionsykehus bør videreføres.
4. Styret vil tilrå at det i framtidig organisering legges stor vekt på å utvikle de legitimitetsskapende deler av organiseringen og vil anbefale at ordningen med styrer for helseforetakene opprettholdes.
5. Styret vil tilrå at det lovfestes etablert et rådsorgan mellom spesialisthelsetjenesten og representanter for regionale og kommunale myndigheter.
6. Ansvar for eiendomsforvaltningen bør tillegges det nivået som har operativt ansvar for spesialisthelsetjenesten. Krav til nivå på vedlikehold, husleieordninger etc. bør ev. håndteres som rammebetingelser for driften gitt av eier.
7. ***Styret ber om at utdanning og forskning og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og UH¹-sektoren ivaretas i den fremtidige organiseringen av spesialisthelsetjenesten, uavhengig av organiseringsform som velges.***

Enstemmig vedtatt.

¹ UH: universiteter/høgskoler

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF mener NOU 2016:25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten - Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* representerer en god gjennomgang av de organisatoriske utfordringene i styringen av spesialisthelsetjenesten og gir et godt grunnlag for å videreutvikle organiseringen til å bli enda bedre.
2. Styret vil understreke at regionaliseringsprinsippet for organiseringen av spesialisthelsetjenesten fortsatt må ligge til grunn. Ved ev. endringer i organiseringen av statens eierskap til spesialisthelsetjenesten må det sikres at tjenestene til befolkningen kan planlegges i en regionalisert modell.
3. Styret mener at dagens ordning med et regionalt beslutningsnivå, fire regioner og fire regionsykehus bør videreføres.
4. Styret vil tilrå at det i framtidig organisering legges stor vekt på å utvikle de legitimitetsskapende deler av organiseringen og vil anbefale at ordningen med styrer for helseforetakene opprettholdes.
5. Styret vil tilrå at det lovfestes etablert et rådsorgan mellom spesialisthelsetjenesten og representanter for regionale og kommunale myndigheter.
6. Ansvar for eiendomsforvaltningen bør tillegges det nivået som har operativt ansvar for spesialisthelsetjenesten. Krav til nivå på vedlikehold, husleieordninger etc. bør ev. håndteres som rammebetingelser for driften gitt av eier.
7. Styret ber om at utdanning og forskning og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og UH²-sektoren ivaretas i den fremtidige organiseringen av spesialisthelsetjenesten, uavhengig av organiseringsform som velges.

Styresak 14-2017 Smittevernplan 2016-2020 og Tuberkulosekontrollprogram 2016-2020 for Helse Nord

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

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Smittevernplan 2016-2020 og Tuberkulosekontrollprogram 2016-2020 for Helse Nord* som retningsgivende for den videre utviklingen av smittevernarbeidet i Helse Nord.
2. Tiltak som er foreslått i planen, vil bli vurdert i budsjett og oppdragsdokument i årene fremover.

² UH: universiteter/høgskoler

3. **Styret ber om å få lagt frem årlig rapport fra fagråd for infeksjon, smittevern og mikrobiologi, herunder status for regionen.**

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Smittevernplan 2016-2020 og Tuberkulosekontrollprogram 2016-2020 for Helse Nord* som retningsgivende for den videre utviklingen av smittevernarbeidet i Helse Nord.
2. Tiltak som er foreslått i planen, vil bli vurdert i budsjett og oppdragsdokument i årene fremover.
3. Styret ber om å få lagt frem årlig rapport fra fagråd for infeksjon, smittevern og mikrobiologi, herunder status for regionen.

Styresak 15-2017 Felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå

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

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå i helseforetak* som retningsgivende for foretaksgruppen.
2. Styret viser til *Oppdragsdokument 2017 til helseforetakene* som ble overlevert i foretaksmøte 1. februar 2017, der det er gitt krav til helseforetakene om å implementere felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå i eget helseforetak, jf. punkt 4.2.
3. Styret ber adm. direktør om å vurdere de økonomiske rammene for brukermedvirkning i budsjettprosessen i årene fremover.
4. **Styret ber adm. direktør om å arbeide for en harmonisering av honoreringssystemet på tvers av regionene.**

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå i helseforetak* som retningsgivende for foretaksgruppen.

2. Styret viser til *Oppdragsdokument 2017 til helseforetakene* som ble overlevert i foretaksmøte 1. februar 2017, der det er gitt krav til helseforetakene om å implementere felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå i eget helseforetak, jf. punkt 4.2.
3. Styret ber adm. direktør om å vurdere de økonomiske rammene for brukermedvirkning i budsjettprosessen i årene fremover.
4. Styret ber adm. direktør om å arbeide for en harmonisering av honoreringssystemet på tvers av regionene.

Styresak 16-2017 Virksomhetsrapport nr. 1-2017

Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 1-2017 til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 1-2017 til orientering.

Styresak 17-2017 Felles e-læringsstrategi for Helse Nord 2016-2020

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF vedtar *Felles e-læringsstrategi for Helse Nord 2016-2020* som retningsgivende for organisering, samarbeid, utvikling og deling av e-læring i foretaksgruppen.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF vedtar *Felles e-læringsstrategi for Helse Nord 2016-2020* som retningsgivende for organisering, samarbeid, utvikling og deling av e-læring i foretaksgruppen.

Styresak 18-2017 Internrevisjonsrapport nr. 11/2016: Tvungent psykisk helsevern i Nordlandssykehuset HF

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar *Internrevisjonsrapport nr. 11/2016: Tvungent psykisk helsevern i Nordlandssykehuset HF* til orientering.
2. Styret ber adm. direktør legge fram Nordlandssykehuset HFs styrebehandlede handlingsplan med tiltak for å møte internrevisjonens anbefalinger, senest i september 2017.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar *Internrevisjonsrapport nr. 11/2016: Tvungent psykisk helsevern i Nordlandssykehuset HF* til orientering.
2. Styret ber adm. direktør legge fram Nordlandssykehuset HFs styrebehandlede handlingsplan med tiltak for å møte internrevisjonens anbefalinger, senest i september 2017.

Styresak 19-2017 Revisjonsutvalgets årsrapport 2016, vedlagt internrevisjonens årsrapport 2016

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar revisjonsutvalgets årsrapport for 2016, vedlagt internrevisjonens årsrapport for 2016, til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar revisjonsutvalgets årsrapport for 2016, vedlagt internrevisjonens årsrapport for 2016, til orientering.

Styresak 20-2017 Orienteringssaker

Det ble gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
 - a) *Middag med helse- og omsorgskomiteen* 8. februar 2017: Informasjon om deltakelse - sammen med adm. direktør Lars Vorland
 - b) *Møte med KS Nord ad. samhandling* 24. februar 2017: Informasjon
 - c) *Møte med styreledere og adm. direktører i sykehusforetak i Helse Nord* 1. mars 2017: Informasjon om møtet og tema (samhandling i regionen)
 2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
 - a) *Alvorlige hendelser:*
 - *Sak nr. 1:* Det ble vist til *styresak 7-2017 Orienteringssaker*, adm. direktørs orienteringer, punkt c) ad. alvorlige hendelser, sak nr. 5
 - Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn av 6. februar 2017:
 - Statens Helsetilsyn ser alvorlig på den informasjon som er mottatt.
 - Fylkesmannen følger opp saken tilsynsmessig, og saken overføres til fylkesmannen.
 - *Sak nr. 2:* Det ble vist til *styresak 7-2017 Orienteringssaker*, adm. direktørs orienteringer, punkt c) ad. alvorlige hendelser, sak nr. 6
 - Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn av 6. februar 2017:
 - Statens Helsetilsyn ser alvorlig på den informasjon som er mottatt.
 - Fylkesmannen følger opp saken tilsynsmessig, og saken overføres til fylkesmannen.
- Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13 jf. Fvl. § 13, 1 ledd nr. 1.*
- b) *Helse- og omsorgsdepartementets vintermøte 2017* 6. februar 2017: Informasjon om deltakelse og program
 - c) *Nasjonalt læringsnettverk «Tidlig oppdagelse av forverret tilstand»* 8. februar 2017: Informasjon om åpning v/adm. direktør og program
 - d) *Regional Pasientsikkerhetskonferanse* 15. - 16. februar 2017: Informasjon om arrangementet og åpning v/adm. direktør
 - e) *Helsepolitisk seminar* i regi av arbeidsgiverforeningen Spekter 17. februar 2017: Informasjon om deltakelse og tema (helsepolitiske veivalg)
3. Oppfølging av IR-rapport 09/2015: Oppfølging av vedtatte fagplaner i Helse Nord, oppfølging av styresak 21-2016
 4. Oppfølging av IR-rapport 05/2016: Vedlikehold og utvikling av kompetanse i Helse Nord, oppfølging av styresak 76-2016

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 21-2017 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Beslutningsforum for nye metoder - årsoppsummering 2016
2. Brev fra revisjonsselskap BDO av 12. desember 2016 ad. oppsummering etter interimrevisjon
3. Brev fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF av 25. januar 2017 ad. Nødvendig flytting av ambulanshelikopterbase på Evenes
4. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 30. januar 2017
5. Protokoll fra drøftingsmøte 13. februar 2017 ad. *NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten - Hvordan bør statens eierskap innrettes framover? - høring*
Kopi av protokollen var ettersendt.
6. E-post med vedlegg fra LO Stat, distriktskontoret i Bodø av 9. februar 2017 ad. Uttalelse om akuttkirurgisk beredskap ved lokalsykehusene, Gravdal og Narvik
Saken var etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.
Kopi av e-posten var ettersendt.
7. Protokoll fra drøftingsmøte 21. februar 2017 ad. Koronar angiografi og PCI i behandling av hjerteinfarkt - organisering av tilbudet i Helse Nord
Saken var etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.
Drøftingsmøtet ble avlyst. Ingen saksdokument ble lagt frem.
8. E-post (med vedlegg) fra Fylkesrådet i Troms av 20. februar 2017 ad. Uttalelse: Ett PCI-senter for hele Nord-Norge
Saken var etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.
Kopi av e-posten (og vedlegget) var lagt frem ved møtestart.
9. E-post fra Finnmark Fylkeskommune av 17. februar 2017 ad. Uttalelse fra Finnmark fylkesutvalg til Helse Nord vedrørende Hjerteinfarkt og PCI - Et likeverdig tilbud i Helse Nord?
Saken var etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.
Kopi av e-posten var lagt frem ved møtestart.

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 22-2017 Eventuelt

Ingen saker ble fremmet.

Tromsø, den 22. februar 2017

*godkjent av Marianne Telle,
i etterkant av styremøtet,
den 22FEB2017 - kl. 11.20*

Marianne Telle



PROTOKOLL

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

13. Mars 2017
Kl.08.15 – 11.00
Møterom: G-fløy

Fra arbeidsgiver:

Fra fagforeningene:

Navn	Navn	Tilstede	Forfall
Per-Ingve Norheim, Seniorrådgiver HR-avdelingen	Johnny R. Jensen (NSF)		X
	Ikke valgt (NETF)		
Beate Sørslett, Medisinsk direktør	Marianne Hildal (NFF)	X	
Astrid Jakobsen, Seksjonsleder HR-kunnskap og rekruttering	Greta Kvalnes (Utdanningsf)		X
Gro Ankill, Administrasjonssjef	Louise Kjelstrup (Forskerne)		
Trine Kaspersen, Avdelingsleder SKSD	Rolf Schjem (Presteforeningen)		X
Jan Terje Henriksen, Avdelingsleder AFFP	Svein Kligen (Akademiker forb.)		
	Simon Mikalsen (Maskinistforb.)		
	Liv Berit Moe (Radiografforb)		X
Lillian Søttar, Rådgiver HR-avdelingen	Anne Lise Løvli (Fagforbundet)	X	
	Ikke valgt (FO)		
	Roar Skogøy (El og It forbundet)		
	Merete Danielsen (Delta)	X	
	Beate Sjøvik Hansen (Parat)		
	Reidun Karlsen (DNJ)		
	Ann-Jeanette Jensen (NITO)		X
	Paal Koren (DNLF)	X	
	Benjamin Storm (DNLF)		X
	Andreas Vikan Seljeseth (NPF)		X
	Christian Sjøvik Hansen (Econa)		
	Anne Landsem (Tekna)		X
	Marit Nordmo (Samfunnsviterne)		

* tilstede deler av møtet

AMU sak 15/2017 Internrevisjonsrapport 03/2016 – Vedlikehold og utvikling av kompetanse – Nordlandssykehuset HF

Partene har drøftet saken og ønsker en gjennomgang av kompetansemodulen.

Protokolltilførsel DNLf:

Legeforeningen mener Personal portalen som registreringsverktøy ikke er spesielt godt egnet og mener denne ideen ikke er tilrettelagt for legegruppen. Usikker på hvordan dette kan påvirke utdanningen av LiS løp, hvem som styrer dette og kursing av Overleger. Det er behov for en utredning i forhold til hvordan dette skal implementeres for lege gruppen.

AMU sak 11/2017 Etablering av Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD) – Videre prosess mot trinn 2

Partene har drøftet saken og gir sin tilslutning.

AMU sak 13/2017 Strategisk utviklingsplan Nordlandssykehuset HF 2017 – 2035. Orientering om drøftingsutkast til toppdokumentasjon

Partene tar saken til orientering.

AMU sak 14/2017 Årlig melding 2016

Partene har drøftet saken som tas til orientering.

AMU sak 16/2017 Nasjonal helse- og sykehusplan. Fremtidig organisering av kirurgisk akuttberedskap, fødevirksomhet og elektiv kirurgi ved Nordlandssykehuset Lofoten

Partene har drøftet saken og støtter hovedkonklusjonene i rapporten.

AMU sak 12/2017 Skade på personell 2016

Partene har drøftet saken som tas til orientering.

Eventuelt:

Rullering av plan for drift og investering 2018 – 2025

Etter en kort muntlig orientering er det enighet om å sette saken opp til et ekstraordinært drøftingsmøte før styremøte den 28. mars.

Nordlandssykehuset HF

Johnny R. Jensen

Marianne Hildal

Louise Kjelstrup

Svein Klingen

Anne Lise Løvli

Roar Skogøy

Ann-Jeanette Jensen

Anne Landsem

Hedda Soløy-Nilsen/Benjamin Storm/Paal Koren

Liv Berit Moe

Greta Kvalnes

Rolf Schjem

Simon Mikalsen

Marit Nordmo

Merete Danielsen

Andreas Vikan Seljeseth

Christian Søyvik Hansen

Reidun Karlsen

Beate Søyvik Hansen



PROTOKOLL

fra drøftingsmøte i henhold til Arbeidsmiljøloven mellom Nordlandssykehuset HF og hovedverneombud

13. Mars 2016
Kl. 08.15 – 10.00
Møterom: G-fløy

Fra arbeidsgiver:		Hovedverneombud:	
Navn	Navn	Tilstede	Forfall
Per-Ingve Norheim, Seniorrådgiver HR-avdelingen	Jeanette Mikalsen	X	
Beate Sørslett, Medisinsk direktør			
Astrid Jakobsen, Seksjonsleder HR-kunnskap og rekrutering			
Gro Ankill, Administrasjonssjef			
Trine Kaspersen, Avdelingsleder SKSD			
Jan Terje Henriksen, Avdelingsleder AFFP			
Lillian Søttar, Rådgiver HR-avdelingen			

* tilstede deler av møtet

AMU sak 15/2017 Internrevisjonsrapport 03/2016 – Vedlikehold og utvikling av kompetanse – Nordlandssykehuset HF

Partene har drøftet saken og ønsker en gjennomgang av kompetansemodulen.

AMU sak 11/2017 Etablering av Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD) – Videre prosess mot trinn 2

Partene har drøftet saken og gir sin tilslutning.

AMU sak 13/2017 Strategisk utviklingsplan Nordlandssykehuset HF 2017 – 2035. Orientering om drøftingsutkast til toppdokumentasjon

Partene tar saken til orientering.

AMU sak 14/2017 Årlig melding 2016

Partene har drøftet saken som tas til orientering.

AMU sak 16/2017 Nasjonal helse- og sykehusplan. Fremtidig organisering av kirurgisk akuttberedskap, fødevirksomhet og elektiv kirurgi ved Nordlandssykehuset Lofoten

Partene har drøftet saken og støtter hovedkonklusjonene i rapporten.

AMU sak 12/2017 Skade på personell 2016

Partene har drøftet saken som tas til orientering.

Eventuelt:

Rullering av plan for drift og investering 2018 – 2025

Etter en kort muntlig orientering er det enighet om å sette saken opp til et ekstraordinært drøftingsmøte før styremøte den 28. mars.

Nordlandssykehuset

Hovedverneombud



PROTOKOLL

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

27. Mars 2017
Kl.12.00 – 13.00
Møterom: G-fløy

Fra arbeidsgiver:

Fra fagforeningene:

Navn	Navn	Tilstede	Forfall
Liss Eberg, HR-sjef	Johnny R. Jensen (NSF)	X	
Per-Ingve Norheim, Seniorrådgiver HR-avdelingen	Ikke valgt (NETF)		
Trude Grønlund, Klinikksjef PHR klinikken	Marianne Hildal (NFF)		X
Marit Barosen, Økonomisjef	Britt-Tove Bakken (Utdanningsf)	X	
Gro Ankill, Administrasjonssjef	Louise Kjelstrup (Forskerne)		
	Rolf Schjem (Presteforeningen)		X
	Svein Klinge (Akademiker forb.)		
Lillian Søttar, Rådgiver HR-avdelingen	Simon Mikalsen (Maskinistforb.)	X	
	Liv Berit Moe (Radiografforb)		X
	Karina Hjerde (Fagforbundet)	X	
	Ikke valgt (FO)		
	Roar Skogøy (El og It forbundet)		
	Merete Danielsen (Delta)	X	
	Beate Søvik Hansen (Parat)		
	Elisabeth Fjukstad (DNJ)		
	Ann-Jeanette Jensen (NITO)		X
	Hedda Beate S. Nilsen (DNLF)	X	
	Benjamin Storm (DNLF)		
	Andreas Vikan Seljeseth (NPF)	X	
	Christian Søvik Hansen (Econa)		
	Anne Landsem (Tekna)		X
	Marit Nordmo (Samfunnsviterne)		

* tilstede deler av møtet

AMU sak 18/2017 Organisering DPS LoVe

Partene har drøftet og slutter seg til saken.

Styresak 19/2017 Rullering av plan for drift og investering 2018-2025

Partene har drøftet saken som tas til orientering.

Nordlandssykehuset HF

Johnny R. Jensen

Marianne Hildal

Liv Berit Moe

Britt-Tove Bakken

Louise Kjelstrup

Rolf Schjem

Svein Klingen

Simon Mikalsen

Karina Hjerde

Marit Nordmo

Roar Skogøy

Merete Danielsen

Ann-Jeanette Jensen

Andreas Vikan Seljeseth

Anne Landsem

Christian Søvik Hansen

Hedda Soløy-Nilsen/Benjamin Storm/Paal Koren

Elisabeth Fjukstad

Beate Søvik Hansen



PROTOKOLL

fra drøftingsmøte i henhold til Arbeidsmiljøloven mellom Nordlandssykehuset HF og hovedverneombud

27. Mars 2017

Kl. 12.00 – 13.00

Møterom: G-fløy

Fra arbeidsgiver:

Hovedverneombud:

Navn	Navn	Tilstede	Forfall
Liss Eberg, HR-sjef	Jeanette Mikalsen	X	
Per-Ingve Norheim, Seniorrådgiver HR-avdelingen			
Trude Grønlund, Klinikksjef PHR klinikken			
Marit Barosen, Økonomisjef			
Gro Ankill, Administrasjonssjef			
Lillian Søttar, Rådgiver HR-avdelingen			

* tilstede deler av møtet

AMU sak 18/2017 Organisering DPS LoVe

Partene har drøftet og slutter seg til saken.

Styresak 19/2017 Rullering av plan for drift og investering 2018-2025

Partene har drøftet saken som tas til orientering.

Nordlandssykehuset

Hovedverneombud


Protokoll fra AMU-møte
Tirsdag 14. mars
Ny tid Mandag 27. mars 2017
kl. 13.00 – 15.00
Møterom administrasjonen G04.027/Skype

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

Øvrige til stede:
Trine Kaspersen – på sak
Jan Terje Henriksen – på sak
Gro Ankill – på sak
Astrid Jakobsen – på sak
Nora Frydendal Hoem – på sak
Trude Grønlund – på sak

AMU-sak 9/2017

Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

AMU-sak 10/2017

Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 7. februar 2017

Innstilling til vedtak:

Protokoll fra AMU-møtet 7. februar 2017 godkjennes.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Protokoll fra AMU-møtet 7. februar 2017 godkjennes.

AMU-sak 11/2017

Etablering av Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD) – videre prosess mot trinn 2

Innstilling til vedtak:

1. AMU tar saken til orientering.
2. AMU gir sin tilslutning til at overføring av medisinsk kontortjeneste i Vesterålen overføres fra medisinsk klinikk til Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD) 20. mars 2017.

Forslag til nytt vedtakspunkt 2:

3. AMU gir sin tilslutning til at overføring av medisinsk kontortjeneste i Vesterålen overføres fra medisinsk klinikk til Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD) i månedsskifte april/mai 2017.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt med nytt vedtakspunkt 2.

Vedtak:

1. AMU tar saken til orientering.
2. AMU gir sin tilslutning til at overføring av medisinsk kontortjeneste i Vesterålen overføres fra medisinsk klinikk til Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD) i månedsskifte april/mai 2017.

AMU-sak 12/2017

Skader på personell 2017

Innstilling til vedtak:

1. AMU viser til sak om skader på personell 2016 og minner om at arbeid med forebygging av uheldige hendelser og skader på personell må foregå kontinuerlig.
2. AMU ber alle enheter etterse og sørge for at rutinene for opplæring og bruk av avvikssystemet fungerer etter hensikten.
3. Personell som yter helsehjelp trenger jevnlig påminnelser om tiltak for å forebygge/følge opp stikk-/kuttskader samt unngå uheldig eksponering av kroppsvæsker. AMU anmoder de linjeledere og ansatte som dette angår om å følge rådene/prosedyrene som fremgår av denne saken og av ens egne arbeids-/rutinebeskrivelser.
4. Tunge løft og krevende forflytninger preger manges arbeidshverdag og innebærer økt risiko for akutte uheldige hendelser og muskel-skjelettplager som utvikles gradvis over år. AMU ber HR-sjefen vurdere tiltak som kan settes inn i HMS-planen rettet mot dette tema.
5. AMU viser til Oppdragsdokument 2017 og imøteser tertialvis rapportering og oppfølging av krav blant annet knyttet til håndtering av vold og trusler.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. AMU viser til sak om skader på personell 2016 og minner om at arbeid med forebygging av uheldige hendelser og skader på personell må foregå kontinuerlig.
2. AMU ber alle enheter etterse og sørge for at rutinene for opplæring og bruk av avvikssystemet fungerer etter hensikten.
3. Personell som yter helsehjelp trenger jevnlig påminnelser om tiltak for å forebygge/følge opp stikk-/kuttskader samt unngå uheldig eksponering av kroppsvæsker. AMU anmoder de linjeledere og ansatte som dette angår om å følge rådene/prosedyrene som fremgår av denne saken og av ens egne arbeids-/rutinebeskrivelser.
4. Tunge løft og krevende forflytninger preger manges arbeidshverdag og innebærer økt risiko for akutte uheldige hendelser og muskel-skjelettplager som utvikles gradvis over år. AMU ber HR-sjefen vurdere tiltak som kan settes inn i HMS-planen rettet mot dette tema.
5. AMU viser til Oppdragsdokument 2017 og imøteser tertialvis rapportering og oppfølging av krav blant annet knyttet til håndtering av vold og trusler.

AMU-sak 13/2017

Strategisk utviklingsplan Nordlandssykehuset HF 2017 – 2035 Orientering om drøftingsutkast til toppdokument

Innstilling til vedtak:

1. AMU tar saken til orientering.
2. AMU bes om å bli orientert når utkast til nytt toppdokument foreligger høsten 2017.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. AMU tar saken til orientering.
2. AMU bes om å bli orientert når utkast til nytt toppdokument foreligger høsten 2017.

AMU-sak 14/2017

Årlig melding 2016

Innstilling til vedtak:

AMU tar saken til orientering.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

AMU tar saken til orientering.

AMU-sak 15/2017

Internrevisjonsrapport 03/2016 – Vedlikehold og utvikling i kompetanse i Nordlandssykehuset HF

Innstilling til vedtak:

AMU gir sin tilslutning til oppfølging forbedringspunktene i henhold til internrevisjonens anbefalinger vedrørende vedlikehold og utvikling av kompetanse i Nordlandssykehuset HF.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

AMU gir sin tilslutning til oppfølging forbedringspunktene i henhold til internrevisjonens anbefalinger vedrørende vedlikehold og utvikling av kompetanse i Nordlandssykehuset HF.

AMU-sak 16/2017

Nasjonal helse- og sykehusplan.

Fremtidig organisering av kirurgisk akuttberedskap, fødevirksomhet og elektiv kirurgi ved Nordlandssykehuset Lofoten

Innstilling til vedtak:

AMU tar saken til orientering.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

AMU tar saken til orientering.

AMU-sak 17/2017

Saker til orientering

Innstilling til vedtak:

AMU tar sakene til orientering.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

AMU tar sakene til orientering.

AMU-sak 18/2017

Organisering av DPS LoVe

Innstilling til vedtak:

AMU slutter seg til at en har en enhetlig ledelse av Lofoten og Vesterålen DPS.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

AMU slutter seg til at en har en enhetlig ledelse av Lofoten og Vesterålen DPS.



REFERAT OVERORDNET SAMARBEIDSORGAN (OSO)

Dato : 13.02.2017

Sted : Nordlandssykehuset, Bodø

Tidspunkt: 10:30

Saksbehandler:Steinar Pleym Pedersen/Randi Angelsen	Vår ref.:2016/3545 /SPP
	M=møtt F= forfall



Leder	
Kommunalsjef Nils Olav Hagen, Vestvågøy kommune	M
Øvrige kommunale medlemmer	
Ola Morten Teigen, rådmann Hadsel kommune	M
Sture Jakobsen, helse- og sosialsjef Sortland kommune	M
Jan Håkon Juul, kommuneoverlege Vågan kommune	Forfall – meldt dagen før møtet
Eirik Andre Hopland, rådmann Hamarøy kommune	M
Mona Karlsen, rådgiver Bodø Kommune	Forfall
Vara Jarand Gjestland	Forfall
Nils-Are Johnsplass, kommunalsjef helse og omsorg, Fauske kommune	Forfall
Vara Lisbeth Movik, avdelingsleder Beiarn kommune	M
Helseforetakets øvrige medlemmer	
Paul Martin Strand, adm.dir Nordlandssykehuset	M
Trude Grønlund, klinikk sjef Rus/psyk.klinikken	M
Olaug Kråkmo, klinikk sjef Medisin	M
Tove Beyer Kaspersen, ass. klinikk sjef Hode/bevegelse	M
Tony Bakkejord, klinikk sjef Hode/bevegelse	F
Harald Stordahl, klinikk sjef Prehospital	M
Markus Jântti, enhetsleder Diagnostisk klinikk Lofoten	F
Lars Solstad, avdelingsleder AKUM, Lofoten	F
Gro-Marith Villadsen, direktørens stab	M
Brukerrepresentant	
Barbara Priesemann	M
Arbeidstakerrepresentant	
Karina Hjerde, LO	F
Jonny Jensen, Norsk sykepleierforbund	M
Gry Berit Alveness, LO	M
Fylkesmann	
Yngve Osbak	M
Universitetene	
Bodil Svendsgård, Nord universitet i Nordland/Bodø	M
Arnfinn Andersen, UiT Norges arktiske universitet	M

KS	
Guri Moen Lajord	M
Andre	
Randi Angelsen, Kommunikasjonssjef Nordlandssykehuset/møtesekretær	M
Erik Martinsen, praksiskonsulent Lofoten	F

Agenda:

- 1/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste
- 2/2017 Godkjenning av referat fra møtet 23.11.16
- 3/2017 Endring av vedtektene
- 4/2017 Bachelor i prehospitalt arbeid - paramedic
- 5/2017 Avviksmeldinger 2016
- 6/2017 Oppdragsdokumentet 2017
- 7/2017 Dialogmøtet 2017 – program – møteledelse
- 8/2017 Nasjonal Helse- og sykehusplan – orienteringssak status i arbeidet Nordlandssykehuset
- 9/2017 Erfaringsmøtene med kommunene 2016
- 10/2017 Praksissykepleier i Vesterålen – videreføring
- 11/2017 Kommunal øyeblikk hjelp døgnplasser – somatikk og psykisk helse og rus (KAD) – status
- 12/2017 Kommunerepresentantene orienterer om aktuelle saker sett fra kommunalt nivå
- 13/2017 Adm.dir orienterer om aktuelle saker sett fra helseforetakets side
- 14/2017 Referater
- 15/2017 Eventuelt

Sakskart:

Saksnr.	Saksfremstilling
1/2017	<p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: right;">Vedtak:</p> <p>1. Innkalling og saksliste godkjennes.</p>
2/2017	<p>Godkjenning av referat fra møtet 23.11.16</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: right;">Vedtak:</p> <p>1. Referat fra møtet 23.11.16 godkjennes.</p>
3/2017	<p>Endring av vedtektene for Overordnet samarbeidsorgan</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: right;">Vedtak:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. I OSOs vedtekter § 3 tilføyes: En representant fra UiT Norges arktiske universitet i Tromsø og en representant fra Nord universitet i Bodø. 2. OSOs vedtekter § 7 endres til: <p><i>OSO kan med 2/3 flertall av de fremmøtte deltakerne foreslå endringer av vedtektene. Vedtektsendringene drøftes på et møte, og vedtas med minst 2/3 flertall på neste møte.</i></p> <p><i>Endringen meldes den enkelte kommune og helseforetaket.</i></p> <p>3. Vedtaket sendes kommunene og helseforetaket for endelig godkjenning.</p>
4/2017	<p>Bachelor i prehospitalt arbeid - paramedic</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <p>1. OSO er tilfreds med at ordningen kommer på plass.</p>
5/2017	<p>Avviksmeldinger 2016</p> <p>. . Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. OSO viser til vedlagte rapport for avvik i 2016. 2. OSO ber helseforetaket og kommunene gjensidig arbeide videre med nødvendige forbedringer slik at særlig avvik knyttet til epikriser/EVU kan elimineres.
6/2017	<p>Oppdragsdokumentet 2017</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <p>1. OSO tar informasjonen om Oppdragsdokumentet for 2017 til etterretning.</p>
7/2017	<p>Dialogmøtet med kommunene 2017 – program - møteledelse</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Åpning ved styreleder Hulda Gunlaugsdotter, inkl sentrale elementer fra Oppdragsdokumentet. b) -Fylkesmannen – mål og oppgaver i Helse- og omsorgsavdelingen 2017, inkl

	<p>nytt lovverk som trer i kraft sommeren 2017 (Endringer i psykisk helsevernloven mv). -Klinikkisjef Trude Grønland, politi og brukere om konsekvenser av lovendringen</p> <p>c) Kommunalt tilbud om øyeblikkelig hjelp – organisering og innhold ved kommuneoverlege Jan Håkon Juul, Vågan kommune</p> <p>d) Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Nordland (USHT) ved kommunalsjef Lars Pleyrn Ludvigsen, Vestvågøy kommune</p> <p>e) Samhandlingsbarometeret – hensikt og mål ved Bjørn Engum</p> <p>f) Åpen post</p> <p><i>Møteleder: Nils Olav Hagen</i></p>
8/2017	<p>Nasjonal Helse- og sykehusplan – orienteringssak status i arbeidet Nordlandssykehuset</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <p>1. Leder i OSO, Nils Olav Hagen og adm direktør i Nordlandssykehuset Paul Martin Strand, tar etter fremlegg av rapporten 1. mars 2017, kontakt med sin respektive representanter I OSO for fullmakt til å behandle saken i telefonmøte 20. mars 2017.</p>
9/2017	<p>Erfaringsmøtene med kommunene 2016</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <p>1. OSO tar saken til orientering. 2. OSO ber klinikkene og kommunene samarbeide om de områder det er merknader til.</p>
10/2017	<p>Praksissykepleier i Vesterålen – orientering - videreføring</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <p>1. Saken utsettes. 2. Ny sak fremmes høsten 2017, og før budsjettbehandlingen i kommunene.</p>
11/2017	<p>Kommunal øyeblikk hjelp døgnplasser – somatikk og psykisk helse og rus (KAD) – status</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. OSO er fornøyd med at pasientgruppene som får sitt tilbud ved KAD er i henhold til forutsetningene. 2. OSO har forståelse for at KAD psykisk helse- og rus må innføres over tid, samtidig som det er svært positivt at ordningen er etablert eller under aktiv etablering. 3. For øvrig tar OSO saken til orientering.
12/2017	<p>Kommunerepresentantene orienterer om aktuelle saker sett fra kommunalt nivå</p> <p>Det ble orientert om flg saker:</p> <p>Beiarn: orientering med arbeidet med DIGIPRIO – helse: en mobilapp for sikre helsetjenester i kommunene Beiarn, Saltdal, Fauske, Meløy, Gildeskål, Sørfold, Steigen og Røyrvik.</p> <p>Hamarøy: Fokus på kostnadseffektiv drift og omsorgstrappa.</p> <p>Sortland: Arbeider med Velferdsteknologi-prosjektet. Samhandlingsavvik på Questback, pilotkommuner er Øksnes og Hadsel. Vellykket - går videre. Sortland er også pilot for kvalitetsarbeid for trygghetsstandard i sykehjem.</p> <p>Hadsel: Velferdsteknologi-arbeid. Snitt-tid beboere i sykehjem er tre år i Hadsel.</p> <p>Vestvågøy/Lofoten: Rekrutteringsutfordringer leger. Samt vanskeligheter med å beholde legene. Stor utfordring for den interkommunale legevakten. Forbedringsnettverket avviklet. Paul Martin Strand sier det vil bli vurdert en videreføring av fagnettverk som en del av linjeorganisasjonen.</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasjonen tas til orientering.
13/2017	<p>Adm. Direktør orienterer om aktuelle saker sett fra helseforetakets side</p> <p>Det ble orientert om flg saker:</p> <p>Kvinslandsrapporten - Nordlandssykehusets hørings svar til Helse Nord er under utarbeidelse.</p> <p>PCI-saken. Venter på innstillingen fra direktør i Helse Nord til styret denne uken.</p> <p>Økonomi: Nordlandssykehuset forventer bedre resultat enn først antatt. Prognosen nå er -27 mill.</p> <p>Ny kontorbrakke med 20 arbeidsplasser vil bli etablert i Lofoten. Åpner for endringer/utbygging fra ca 2020.</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p>

	1. Informasjonen tas til orientering.
14/2017	<p>Referater</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dialogmøte med Bodø kommune – 13.12.16 – referat 2. Invitasjon – innspill saker til OSO 3. Jordmortjenesten Hamarøy, Tysfjord og Steigen – referat fra møte 4. Transittrom akutt rus/psyk pasienter – Lofoten 5. PCI – høringsuttalelser 6. Tjenestebasert adressering <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Referatene tas til orientering.
15/2017	<p>Eventuelt</p> <p>Ingen saker.</p>



Styret i Nordlandssykehuset, v/Hulda Gunnlaugsdottir

Nordlandssykehuset HF
Postboks 1480
8092 BODØ

AMBULANSETJENESTEN

Sortland eldreråd har på møte 25.01. d.å. behandlet ovennevnte sak og vil gi følgende uttalelse:

Sortland eldreråd er orientert om situasjonen etter at styret for Nordlandssykehuset har redusert ambulanskapasiteten i kommunen.

Ledelsen for helsetjenesten i kommunen viser til at det pr dags dato er rapportert flere uheldige situasjoner som en konsekvens av dette. Typisk har vært at legenes kapasitet har blitt bundet opp med pasienter som burde vært transportert til sykehuset på et tidligere tidspunkt. Et tilfelle var spesielt alvorlig da akutt syk pasient ute på bygda måtte vente lenge på ambulanse fra en annen kommune, mens legen ikke kunne forlate en alvorlig syk pasient på kontoret.

Hendelsene vi er orientert om vil Sortland eldreråd beskrive som på kanten av uforsvarlighet.

I tillegg til avvikene som har skjedd, har den reduserte ambulanskapasiteten skapt en utrygghet for kommunens innbyggere. Vi frykter det er et tidsspørsmål før vi ser konsekvenser mer alvorlige enn de vi så langt har sett.

Sortland Eldreråd ber styret for Nordlandssykehuset nøye følge med ambulanseberedskapen i Sortland og Vesterålen. Sortland Eldreråd ber også vår lokale helsetjeneste følge nøye med konsekvensene av den reduserte kapasiteten og rapportere fortløpende til Nordlandssykehuset. Det er av største betydning at vi har en god ambulanseberedskap, intet mindre.

Med hilsen

Mai-Helen Walsnes
leder Sortland eldreråd



Helse Nord RHF
Adm dir Lars Vorland

8038 Bodø

Deres ref.:

Vår ref.:
2013/1846/PST001

Dato:
01.03.2017

Ønske om risikovurdering knyttet til eventuell flytting av ambulanshelikopter på Evenes

Styret i Helse Nord RHF vedtok baseplassering på Evenes i september 2013, basert på rapporten Ambulanshelikopter mellom Bodø og Tromsø – utredning av kapasitet og dekning. I denne rapporten stod valget mellom Evenes lufthavn, og Stokmarknes sykehus. Viser derfor til nylig henvendelse fra UNN om å flytte ambulanshelikopterbasen på Evenes bort fra flyplassområdet, men også til reaksjoner fra politikere i berørte kommuner i Midtre Hålogaland.

Nordlandssykehuset HF ønsker med dette å formidle et ønske om risikovurdering knyttet til en eventuell flytting av ambulanshelikopteret på Evenes.

Dersom en slik vurdering viser at det er grunn til å endre på lokaliseringen, ber vi om ny lokalisering forelegges HF-styrene, og at Stokmarknes igjen vurderes som alternativ til baseplassering. Dette er begrunnet i konklusjonen fra nevnte rapport hvor nettopp samlokalisering med forsvaret på Evenes var et sentralt argument for valg av Evenes som lokasjon for basen, samt en bekymring knyttet til operativ tilgjengelighet i vårt eget nedslagsfelt.

Nordlandssykehuset HF Styret ba i vedtak sak 13-2017 om å få seg forelagt sak i førstkommende styremøte angående de nye aspekter ved lokaliseringen av basen. Jeg tenker det er mest hensiktsmessig at jeg i slik sak kan redegjøre for hvilken prosess det regionale nivå vil iverksette foranlediget av henvendelsen fra UNN og NLSH HF, og ber derfor om en tilbakemelding på dette.

Med vennlig hilsen


NORDLANDSSYKEHUSET HF
Administrerende direktør

Paul Martin Strand

Administrerende direktør

Kopi: Fagdirektør HNRHF Geir Tollåli

Med dir NLSH HF Beate Sørslett

Klinikksjef Prehospital NLSH HF Harald Stordahl



Brukerutvalget - referat fra møte 21.03.2017

Sted: Nordlandssykehuset Bodø

Tid: 12:30 – 16:15

Møterom/sted:		Vår ref.:2016/3544 /SPP	
Deltagere :		Tilstede	Forfall
Barbara Priesemann	SAFO - leder	X	
Carl Eliassen	MARBORG, nestleder	X	
Arild Amundsen	Mental Helse	X	
Karsten Seglan	FFO – LHL	X	
Helge Jenssen	FFO - LPP	X	
Mai-Helen Walsnes	Nordland fylkes eldreråd	X	
Per Dalhaug	Kreftforeningen	X	
Inga Karlsen	Samisk representant		X
Marit Madsen	Samisk representant	X	
Fra NLSH:			
Paul Martin Strand	Adm.direktør NLSH	X	
Steinar Pleym Pedersen	Saksbehandler/sekretær	X	
Andre:			
Irene Flatvoll Pedersen	Leder AMK - Prehospital klinikk sak 21/2017		
Jan Ove Edvardsen	Leder ambulansetjenesten - Prehospital klinikk sak 21/2017		
Fred Asle Nordvik	Leder portørtjenesten - Prehospital klinikk sak 21/2017		
Beate Sørslett – sak 22/2017	Medisinsk direktør – sak 22/2017 og sak 26/2017		
Astrid Dalhaug	Avd.leder og overlege Enhet for blodsykdommer og kreft – sak 25/2017		
Kari Bøckmann	Rådgiver medisinsk direktør		
Stian Molvik	Koordinerende enhet		
Anniken Evjen	Lærings- og mestringssenteret		

Agenda:

19/2017	Godkjenning av innkalling og saksliste
20/2017	Godkjenning av referat fra møtet 14. februar 2017
21/2017	Prehospital klinikk – informasjon om klinikken
22/2017	Nasjonal helse- og sykehusplan – høringsuttalelse
23/2017	Etablering av ungdomsråd – innspill i forbindelse med oppnevning av medlemmer
24/2017	Involvering og støtte til pårørende – implementering av nasjonal veileder i Nordlandssykehuset
25/2017	Orientering om enhet for blodsykdommer og kreft
26/2017	Årlig melding 2016 til Helse Nord RHF
27/2017	Styresaker
28/2017	Administrerende direktør orienterer
29/2017	BUs leder orienterer
30/2017	BUs medlemmer orienterer om deltakelse i eksterne fora/prosjekt
31/2017	Referater

Saksnr.	Saksfremstilling	
19/2017	Godkjenning av innkalling og saksliste Det vises til innkalling og saksliste, utsendt på vanlig måte. Sakslisten er utarbeidet av BUs arbeidsutvalg. Enstemmig Vedtak: 1. Innkalling og saksliste godkjennes.	
20/2017	Godkjenning av referat fra møtet 14. februar 2017 Enstemmig Vedtak: 1. Referatet fra møtet 14.2.2017 godkjennes.	
21/2017	Prehospital klinikk – informasjon om klinikken Enstemmig Vedtak: 1. Brukerutvalget viser til omfattende informasjon om Prehospital klinikk, og understreker viktigheten av en velfungerende klinikk med svært mange viktige oppgaver i et spredt geografisk område. 2. Brukerutvalget takker representantene for Prehospital klinikk for grundig og god informasjon om virksomheten i klinikken.	
22/2017	Nasjonal Helse- og sykehusplan – høringsuttalelse Enstemmig Vedtak: 1. Brukerutvalget er svært fornøyd med prosessen og BUs deltakelse i arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan. 2. Brukerutvalget mener faglige argumenter og geografiske hensyn er balansert	

	<p>på en fornuftig måte.</p> <p>3. Brukerutvalget anbefaler styret for Nordlandssykehuset HF å vedta de konklusjoner/anbefalinger som ligger i rapporten.</p>	
23/2017	<p>Etablering av ungdomsråd – oppnevning av medlemmer - innspill fra BU</p> <p>Psykologspesialist/rådgiver for medisinsk direktør Kari Bøckmann orienterte innledningsvis i saken</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Administrasjonen tar med seg de innspill Brukerutvalget kom med. 2. Det bør vurderes om Ungdomsrådets leder skal tiltre Brukerutvalget som likestilt medlem. 3. Brukerutvalget bes om å bli holdt orientert om etableringen av Ungdomsrådet. 4. Brukerutvalgets medlemmer tar kontakt med organisasjonene for å bidra i prosessen med rekruttering av representanter til det kommende Ungdomsrådet. 	
24/2017	<p>Involvering og støtte til pårørende - implementeringa av nasjonal pårørendeveileder i Nordlandssykehuset - Utkast mandat</p> <p>Psykologspesialist/rådgiver for medisinsk direktør Kari Bøckmann orienterte innledningsvis i saken</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget anbefaler vedlagte mandat for det videre arbeidet i Nordlandssykehuset. 2. Brukerutvalget ber om at brukermedvirkning ivaretas under implementering av nasjonal pårørendeveileder i Nordlandssykehuset. 	
25/2017	<p>Orientering av enhet for blodsykdommer og kreft</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget takker overlege/leder for enheten, Astrid Dahlhaug for grundig og god informasjon om virksomheten i enheten. 2. Brukerutvalget ser positivt på å utnevne egen representant for å styrke brukersiden i enheten. 3. Brukerutvalget tar informasjonen til orientering. 	
26/2017	<p>Årlig melding 2016</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p>	

	<p>1. Brukerutvalget tar Årlig melding for 2016 til orientering.</p>	
27/2017	<p>Styresaker</p> <p>Styresakene er ikke utsendt/klare på tidspunktet BUs dokumenter ble sendt ut.</p> <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <p>1. Arbeidsutvalget vil velge hvilke saker AU på vegne av Brukerutvalget skal behandle.</p>	
28/2017	<p>Administrerende direktør orienterer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kort orientering om PCI-saken, som trolig blir behandlet i Helse Nords styre i april. 	
29/2017	<p>BUs leder orienterer</p> <p>1. Kort orientering om planlagt åpning av Pasient- og pårørendetorget (brukerkontoret) i K-fløya i Nordlandssykehuset Bodø den 10.5.2017 (oppfølging av sak 7/2017)</p>	
30/2017	<p>BUs medlemmer orienterer om deltakelse i eksterne fora/prosjekt</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arild Amundsen – ref. fra møter vedr. sammenslåing av Spis/ambulant team 26.1.17 og 17.2.17 2. Helge Jenssen ref fra møte i Klinisk etikkomite 28.2 og 1.3 3. Helge Jenssen – ref fra FACT-seminar 31.01.17 4. Rehab-prosjektet i Nordlandssykehuset Vesterålen v. Mai-Helen Walsnes 5. Parkeringsforhold ved Nordlandssykehuset Bodø v. Per Dalhaug <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <p>1. Saken utsatt på grunn av tidsmangel.</p>	
31/2017	<p>Referater</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Norilco – brev vedr. stomisykepleier 2. Nasjonal brukerundersøkelse – reiser med rekvisisjon i Helse Nord <p>Enstemmig</p> <p style="text-align: center;">Vedtak:</p> <p>1. Saken utsatt på grunn av tidsmangel.</p>	

—



Helse Nord RHF

8038 Bodø

Deres ref.:
2017/69-1/ 119

Vår ref.:
2017/387/GAN

Dato:
28.03.2017

Innspill til utvikling av ny inntektsfordelingsmodell for somatikk i HN.

Viser til brev av 26.01.2017 der Helse Nord RHF ber helseforetakene om innspill til utvikling av ny inntektsmodell for somatikk. Det bes i denne forbindelse om:

- En oversikt over hva helseforetaket mener er feil og mangler med dagens modell
- Vurderinger og forslag til hvordan en ny modell kan settes opp for å unngå det som i dag oppleves som mangler med vedtatt modell

Dagens inntektsfordelingsmodell for somatikk ble revidert i 2013 jf Helse Nord styresak 58-2013. Hovedformålet med inntektsfordelingsmodellen i Helse Nord er «å fordele inntekter mellom helseforetakene på en måte som legger til rette for et likeverdig tilbud til befolkningen i Nord-Norge». Øvrige målsetninger er:

- Stimulere til effektiv ressursbruk og kontinuerlig forbedringsarbeid i de enkelte helseforetak og i foretaksgruppen samlet.
- Støtte opp under intern samhandling og utnyttelse av den samlede kapasitet og kompetanse i foretaksgruppen.
- Bidra til en inntektsfordeling mellom foretakene som skaper best mulig samsvar mellom de oppgaver som skal ivaretas og de ressurser som tildeles.

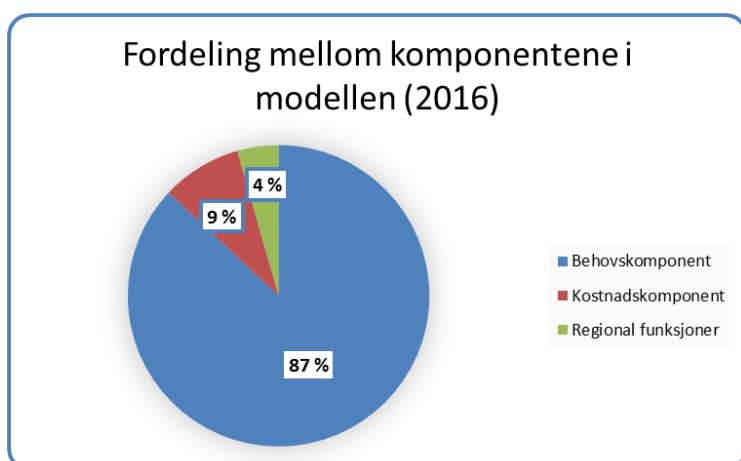
Nordlandssykehuset har etter revisjon av modellen erfart at modellen ikke i god nok grad oppfyller målsetningen om likeverdig tilbud til befolkningen i Helse Nord.

Basisrammen i Helse Nord fordeles til helseforetakene til ulike funksjoner, basert på ulike fordelingsmodeller. I figuren nedenfor fremkommer funksjonsfordelt basisramme jf plan for 2017-2020 slik denne ble vedtatt i juni 2016 (2017-tall):

Sum av Basisramme	Kolonnetiketter						
Radetiketter	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	RHF	Totalsum	
Ambulanse	180 659	318 135	222 855	138 534	370 686	1 230 869	
Pasientreiser	248 573	205 670	244 377	141 744	25 955	866 318	
Psykisk helse	291 524	962 342	790 766	264 182	106 384	2 415 199	
TSB (rus)	38 797	186 862	67 049	50 187	35 042	377 937	
Somatikk	720 313	3 019 048	1 468 814	730 220	722 269	6 660 664	
Overgangsordninger	44 247	119 338	101 299	31 221		296 105	
Kapital	94 432	289 847	266 653	69 749	220 001	940 682	
Felleskostnader/adm					168 533	168 533	
Totalsum	1 618 546	5 101 242	3 161 815	1 425 836	1 648 869	12 956 307	

I plan for 2017-2020 var det lagt til grunn en samlet basisramme på om lag 13 mrd kr, der inntektsfordelingsmodellen for somatikk fordeler om lag 50 % (6,6 mrd).

I 2016 fordelte inntektsfordelingsmodellen somatikk alene om lag 6 mrd kr mellom helseforetakene i Helse Nord basert på kriterier i behovskomponenten, kostnadskomponenten og mobilitetskomponenten. Av dette var 87 % knyttet til behovskomponenten og 13 % til kostnadskomponenten, der 4 % var øremerket regionale funksjoner og 9 % kostnadsulempet for øvrig.



Dette gir følgende fordeling i mill kr:

Inntektsfordeling somatikk (1000 kr)	Behovskomponent, andel	Behovskomponent	Kostnadskomponent	Regionale funksjoner	Mobilitetskomponent	Total bevilgning revidert modell
Finmark	15,453 %	798 440	96 196	4 755	-179 077	720 313
UNN	39,047 %	2 017 518	409 758	226 755	365 017	3 019 049
NLSH	28,554 %	1 475 356	-	26 726	-33 267	1 468 814
Helgeland	16,947 %	875 624	2 681	4 586	-152 672	730 220
Helse Nord	100,000 %	5 166 938	508 635	262 822	-	5 938 395

BEHOVSKOMPONENTEN

Behovskomponenten skal fordele midlene ihht befolkningens behov ut fra alder, antall uføre, antall sosialhjelpsmottakere, dødelighet mv, og de grunnlagsdata som er benyttet oppfattes som riktige og vektning i stor grad i samsvar med modellene i landet for øvrig. Behovskomponenten oppdateres årlig med befolkningsdata fra Statistisk sentralbyrå. Som vi skal komme tilbake til mener vi at slik oppdatering også må finne sted for befolkningsdata i kostnadskomponenten.

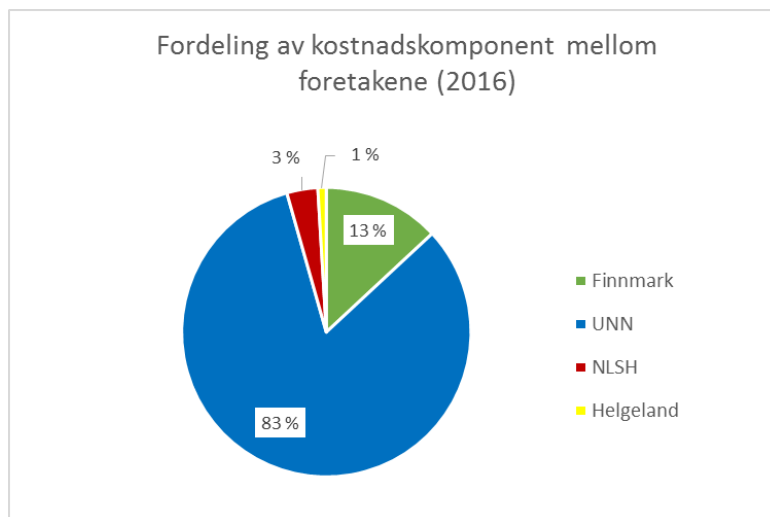
Nordlandssykehuset har så langt ikke avdekket forhold i behovskomponenten som bør gi grunnlag for justering.

KOSTNADSKOMPONENTEN

Kostnadskomponenten kompenserer for

- a) Statistisk signifikante forhold som gir enkelte helseforetak relative kostnadsulemper (heretter omtalt som «kostnadsulempekomponent»)
- b) Spesifiserte regionale og universitetssykehus funksjoner

Midlene i kostnadskomponenten trekkes ut fra den samlede rammen i inntektsfordelingsmodellen, og fordeles deretter på foretakene etter egne kriterier. I 2016 ble 771 mill kr fordelt gjennom kostnadskomponenten. Fordelingen av midlene i kostnadskomponenten mellom foretakene var for 2016 som følger:



Som det fremgår av figuren ble 4 % (34 mill kr) av midlene fordelt til sykehusene i Nordland med 3 % til Nordlandssykehuset og 1 % til Helgelandssykehuset, mens resterende 96 % (737 mill kr) gikk til sykehusene i Troms og Finnmark, med 83 % til UNN og 13 % til Finnmarkssykehuset. Modellen refordeler altså om lag 350 mill (som er Nordlandssykehusets og Helgelandssykehusets andel av behovskomponenten) til Universitetssykehuset (Troms og Ofoten) og Finnmarkssykehuset.

Av dette er om lag 230 mill kroner av «kostnadsulempe komponenten» (på totalt 508 mill kr), fordelt med 145 mill kr fra Nordlandssykehuset og 85 mill kr fra Helgelandssykehuset, til Universitetssykehuset og Finnmarkssykehuset. Dette er overføringer begrunnet i beregnede kostnadsulemper knyttet til spesielle faktorer som man nasjonalt har funnet statistiske sammenhenger for gir høyere kostnadsnivå. Dette er altså ikke komponenter ment for særlig finansiering av Universitets- eller regionsykehus funksjon.

Hovedbegrunnelsen for ulikhet i finansiering gjennom «kostnadsulempe komponenten» er at sykehusene i Troms og Finnmark gjennom anvendelse av modellen blir vurdert å ha store

Ved gjennomgang av premissene i inntektsfordelingsmodellen somatikk har Nordlandssykehuset avdekket feil, mangler og opplevd urimeligheter knyttet til bruken av kostnadskomponenten.

Dette omfatter:

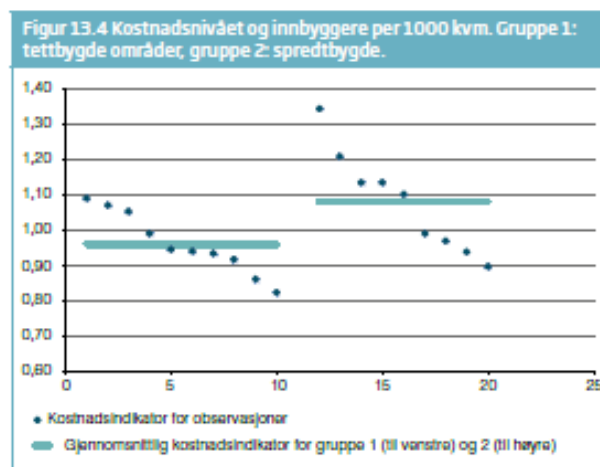
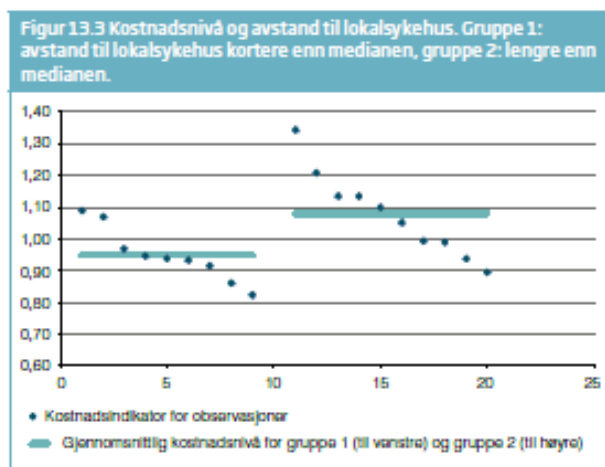
1. For kostnadsulempe modellen
 - Feil i grunnlagsdata knyttet til reisetid pr HF i kostnadskomponenten
 - Urimeleg vektig av kostnadsulemper i kostnadskomponenten
2. For særskilte funksjoner
 - Feil/mangler ved finansiering av høyspesialiserte funksjoner i kostnadskomponenten

I det følgende redegjøres for Nordlandssykehusets krav om korreksjon av feil og ønsker om utbedring av urimeligheter i kostnadsulempe beregningene, samt innspill til justering av elementer i modellen som per i dag motvirker formålet om et likeverdig tilbud til befolkningen.

Feil i reisetid i kostnadskomponenten i «kostnadsulempe beregningene»

Statistiske analyser på nasjonale data ligger til grunn for at man i modellene som benyttes i regionene søker å kompensere for gjennomsnittlig reisetid til nærmeste lokalsykehus, da dette viser seg å være en forklaringsvariabel til ulike kostnadsnivå ved helseforetakene.

Definisjonen av reisetid i inntektsfordelingsmodellen er «gjennomsnittlig reisetid fra kommunesentrum til nærmeste lokalsykehus». Kostnadsulempen knyttet til reise (geografi og avstand til sykehus) understøttes av analyser fra Samdata som viser at foretakene har et høyere kostnadsnivå når avstand til (lokal)sykehus er lengre og i mer spredtbygde områder.



I modellanvendelsen i Helse Nord er følgende gjennomsnittlig reisetid i minutter benyttet:

	Reisetid
Finmark	154,740
UNN	73,750
Nordland	39,320
Helgeland	45,370

Mangler /urimeligheter ved vektning av kostnadsulemper i kostnadskomponenten

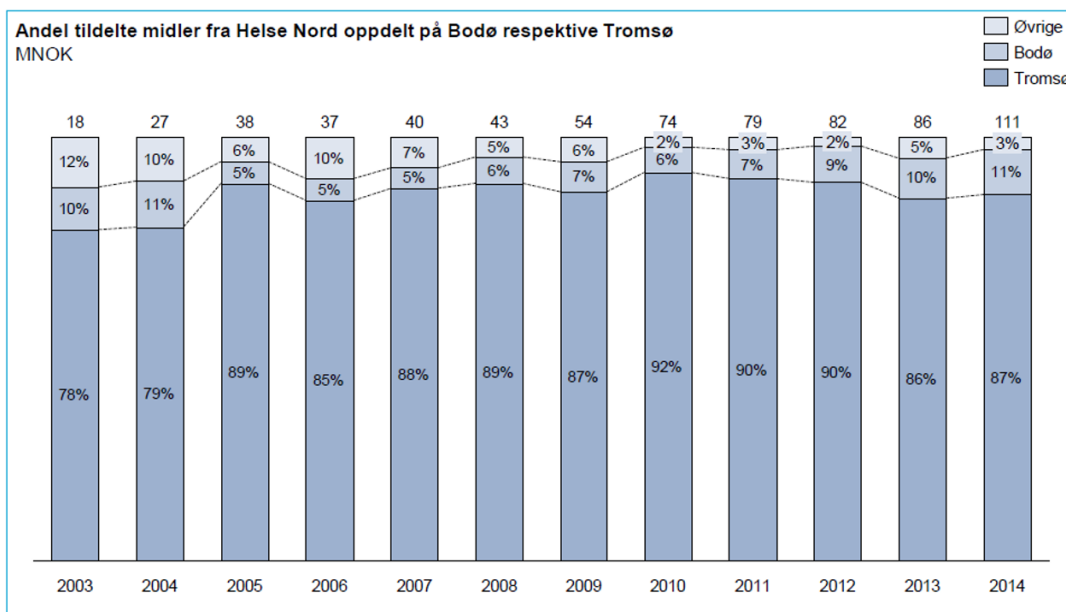
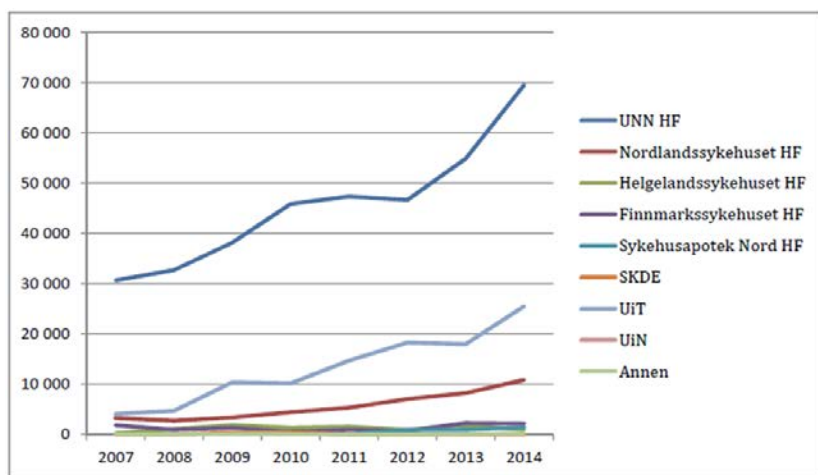
I Helse Nord's inntektsfordelingsmodell er samtlige kostnadsdrivere vektet likt og med en 100 % økonomisk uttelling for relative forskjeller mellom helseforetakene for de enkelte kostnadsdrivere. Både Helse Midt og Helse Vest har lavere vekt på kostnadsdriverne «forskning» og «langtidsliggere». Begge disse regionene har drøftinger hvor det argumenteres for en lavere vektning av relative forskjeller mellom helseforetakene for disse forhold. Begrunnelsene er at dette er forhold som riktignok gir kostnadsulemper, men som også medfører særskilte inntektsfordeler. For «forskningsaktivitet» gis det også særskilte tilskudd og prosjektfinansieringer fra regionen og andre, for «langtidsliggere» er merkostnader hensyntatt i ISF for spesielle diagnosegrupper.

Forskningen

Nordlandssykehuset mener de relative forskjeller i forskningsaktivitet i Helse Nord er vektet uforholdsmessig høyt i kostnadskomponenten sammenlignet med øvrige helseregioner. Helse Vest har valg å vektlegge forskning med 55 %, mens Helse Midt har valgt 75 % (flere har imidlertid argumentert for at dette er uforholdsmessig høyt). Kostnadsulempen for forskning beregnes ut fra antall forskningspoeng produsert ved det enkelte foretak ift antall produserte DRG-poeng.

Som drøftet hos region Midt og region Vest er en særlig utfordring ved å legge antall produserte DRG-poeng ift forskningspoeng til grunn for beregningen av kostnadsulempe, at forskningen i stort omfang finansieres gjennom flere kilder. I tillegg til overføringene gjennom kostnadskomponenten får flere forskningsprosjekter også særskilt finansiering fra Helse Nord eller eksterne aktører (herunder Norsk forskningsråd mv). Hoved andelen av forskningsmidlene som årlig tildeles fra Helse Nord etter søknadsrunde går til forskningsprosjekter ved Universitetssykehuset i Tromsø. Videre har Universitetssykehuset også fått særskilt finansiering av nasjonale forskningsaktiviteter (Nasjonalt senter for e-helseforskning). Større forskningsmiljøer settes i stand til også å utløse nasjonale midler. Det er vanskelig å skille kostnader til forskning fra kostnader til pasientbehandling. Gjennom dagens modell finansieres forskning mange ganger – både gjennom finansiering av høyspesialiserte funksjoner, ISF-finansiering, kompensasjon for utdanning, ekstern finansiering og som særfinansiering gjennom basisrammen. Det betyr at også forskningspoeng som genereres «uten kostnadsulempe» for et foretak, i neste omgang legges til grunn for beregning av kostnadsulempe – og bidrar til å øke finansieringen gjennom kostnadskomponenten. Konsekvensen er at forskningsmiljøer som allerede er godt finansiert styrkes, mens miljøer med dårligere grunnfinansiering og dårligere utgangspunkt for å øke forskningen svekkes ytterligere. Det skapes en dynamikk som øker ulikheter og bidrar til forvitring av forskningsmiljøene utover regionens største.

Oversikt over tildeling av forskningsmidler de siste årene viser at det alt vesentlige av forskningsmidler tildeles Universitetssykehuset og Universitetet i Tromsø:



En analyse av forskningsaktiviteten i Nordlandssykehuset sett opp mot Universitetssykehuset viser imidlertid at Nordlandssykehuset inntil nå har maktet å produsere et like høyt antall forskningspoeng pr årsverk som Universitetssykehuset. Dette framstår som et paradoks når man samtidig ser at kr til forskning pr årsverk ved helseforetakene er mange ganger høyere for Universitetssykehuset enn for Nordlandssykehuset.

Langtidsliggedager

Definisjonen av langtidsliggedager i sykehus er «liggedager ut over trimpunktet for den enkelte diagnoserelaterte gruppe».

Helse Nord kompenserer også relative forskjeller mellom HF i omfang av langtidsliggedager med 100 %. Til sammenligning benytter Helse Midt 75 % og Helse Vest 37,5 %.

Det er i andre regioner argumentert for at langtidsliggedager bør tas ut av modellen ettersom pasienter som har behov for behandling som krever lang liggetid før ferdigbehandling normalt vil kompenseres gjennom DRG-poeng. Det er også sannsynlig at antall langtidsliggedager påvirkes av hvordan det enkelte sykehus praktiserer avtalene med kommunene om utskrivningsklare pasienter. Dvs at et sykehus som har en praksis som bidrar til økning av antall

Regionale funksjoner i kostnadskomponent	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Koordinering rehabilitering		3 906			3 906
Pasienttelefon		-	1 585		1 585
Regional AMK/flykoordinering		8 100	-		8 100
Svalbard		27 093	-		27 093
Arbeids- og miljømedisinsk senter		16 200	-		16 200
Fedmebehandling - regionalt senter, veiledning, kompetanse		-	2 323		2 323
Nasjonal behandlingstjenese for avansert trombocytimmunologi		5 350	-		5 350
Miljøgiftsenter		2 313	-		2 313
Regionalt. Komsenter for klinisk pasientsikkerhet		-	3 447		3 447
Registerdrift UNN		8 496	-		8 496
Nasjonalt senter for telemedisin		6 012	-		6 012
Nevromuskulært kompetansesenter		-	-		-
NORM		6 141	-		6 141
Pusterom		697	-		697
Regionale fagmiljø narkolepsi		178	-		178
Styrking kompetansesentra 2012-2015		1 093	-		1 093
Senter for smittevern		5 478	-		5 478
Vardesentre		580	352		932
Donoransvarlig lege		896	890		1 785
Nasjonal komp. Tjeneste for inkontinens og bekkenbuksykdommer		3 127	-		3 127
Revmatologi	314	775	73		1 161
Traumekoordinator		1 316	-		1 316
Trykktank		659	-		659
Lindring i Nord		2 863	-		2 863
Tuberkuloseprogram		737	383		1 120
Helseteam		313	311		624
URE helseteam		30	26		56
Miljøgiftsenter		1 043	-		1 043
Diagnostisk enhet for uavklarte tilstander		1 251	-		1 251
Prostatasenter		3 233	3 217		6 450
Regional overvektskonsulent			311		311
Kompetanse nyfødt intensiv			519		519
Overlegestilling innen transfusjon og immunologi (50 %)			623		623
SUM eks utdanning/undervisning	314	107 879	14 060	-	122 252
Utdanning/undervisning	4 441	118 877	12 667	4 586	140 570
Sum regionale funksjoner	4 755	226 755	26 726	4 586	262 822
Andel	2 %	86 %	10 %	2 %	100 %

Sentralsykehusfunksjoner uten finansiering

Det gis ikke særskilt finansiering for sentralsykehusfunksjoner Nordlandssykehuset utfører for befolkningen i Nordland. For tjenester som ikke har ISF-finansiering utgjør dette en betydelig økonomisk merbelastning for Nordlandssykehuset. Eksempler på slike tjenester er: Henteteam nyfødt intensiv, MDT-møter, vaktberedskap psykiatri og flere fagområder somatikk, konferering dagtid med spesialister innenfor patologi, mikrobiologi, infeksjon etc.

Konklusjon:

Inntil disse forhold er mer presist beregnet mener Nordlandssykehuset at kompensasjon for sentralsykehusfunksjoner, som må gjenfinnes under egen linje under særskilte funksjoner, må settes til minimum 10 mill kr.

Underfinansiering regionale funksjoner i Nordlandssykehuset

Foretaket er også underfinansiert innenfor området særskilte regionale funksjoner. Regionalt senter for sykkelig overvekt har pr i dag netto kostnader på om lag 4-6 mill kr ut over rammen fra Helse Nord på 2,6 mill kr.

Konklusjon:

Finansiering av regionalt senter for sykkelig overvekt må økes slik at samlede netto kostnader dekkes.

Finansiering av utdanningsaktiviteter

Beløpet som fordeles til utdanningsaktiviteter gjennom dagens inntektsfordelingsmodell (152,9 mill kr fom 2017) skal «inkludere kompensasjon for utdanning generelt, ikke bare medisinerere». Frem tom 2017 har fordelingen imidlertid kun tatt utgangspunkt i en vektingsmodell for medisinerstudenter, og dette har gitt en fordeling til foretakene med

- 2,9 % til Helgelandssykehuset
- 8,8 % til Nordlandssykehuset
- 10,4 % til Finnmarkssykehuset
- 77,7 % til Universitetssykehuset Nord-Norge

Kartlegging av den samlede utdanningsaktiviteten i foretakene i 2016 viser imidlertid at den faktiske undervisningsbelastning er fordelt som følger:

- 9,3 % i Helgelandssykehuset
- 27,3 % i Nordlandssykehuset
- 11,2 % i Finnmarkssykehuset
- 52,2 % i Universitetssykehuset Nord-Norge

Kartlegging av undervisningsoppgaver viser at om lag 40 mill kr (2017-kr) må omfordeles mellom helseforetakene for å oppfylle forutsetningen om finansiering av foretakenes samlede utdanningsoppgaver

Konklusjon:

Fordeling av midler knyttet til utdanningsaktiviteter må endres ihht kartlegging av den samlede utdanningsaktiviteten i helseforetakene.

MOBILITETSKOMPONENTEN

Mobilitetskomponenten skal sørge for at ressursene i basisrammen følger med når pasientene mottar behandling fra andre enn bostedsforetaket.

Feil/mangler i prinsipp for betaling for gjestepasienter gjennom mobilitetskomponent

Den feilaktige bruk av gjennomsnittlig reiseavstand til nærmeste lokalsykehus og den spesielle vektningen av relative forskjeller mellom helseforetakene med hensyn til nivå på forskningsaktiviteten og «langtidsliggere» medfører at man i Helse Nord får indikatorer for «predikert kostnadsindeks» med særlig store forskjeller mellom de fire helseforetakene.

Som drøftet ovenfor gir dette store omfordelingseffekter mellom helseforetakenes basisbevilgninger.

Og det gir en ytterligere effekt: Innenfor Helse Nord kompenseres gjestepasienter med 100 % for de predikerte kostnadsulempene i pasientbehandlingen knyttet til gjestepasienter. Dvs at dersom helseforetaket som behandler pasienten har en predikert kostnadsindeks på 1,1, vil helseforetaket kompenseres med 110 % pr DRG-poeng.

Den predikerte kostnadsindeks, eks for Nordlandssykehuset på 0,91 og for Universitetssykehuset 1,06 medfører ulike priser for gjestepasientopphold mellom helseforetakene. Nordlandssykehuset har 15 % lavere inntekt for en gjestepasient fra Universitetssykehuset, enn hva man må betale for en tilsvarende pasient fra Nordlandssykehuset ved Universitetssykehuset. Dette til tross for at de fleste av våre pasienter som mottar behandling utenfor Finnmarkssykehuset, Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset får sin behandling ved Universitetssykehuset i Tromsø, og ved regionale funksjoner som allerede har særskilt finansiering.

Ibhm ny inntektsfordelingsmodell i Helse Midt ble det argumentert for at marginalkostnaden ved behandling av en ekstra gjestepasient er mindre enn 100 %. Finansiering av gjestepasienter med opp til 110 % gir incitament for å «markedsføre» tjenester for innbyggere i andre helseforetak. Og det gir ikke incitament til å desentralisere tjenester.

Konklusjon:

For å unngå incitament for å «hente» pasienter fra andre foretak, samt unngå dobbel kompensasjon for flere pasientgrupper, bør betaling gjennom mobilitetskomponenten derfor reduseres til mindre enn 100 % DRG.

NORDLANDSSYKEHUSETS KRAV/INNSPILL TIL JUSTERINGER I SOMATIKKMODELLEN

- «Reisetid til nærmeste lokalsykehus» i kostnadskomponenten må korrigeres og baseres på offentlig tilgjengelige kilder. Særlig gjelder dette befolkningstall pr kommune, som også må revideres med samme frekvens som befolkningstallene i behovskomponenten – dvs årlig oppdatering. Det forutsettes i det videre at gjennomsnittlige reisetiden til befolkningen legges til grunn for beregninger.
- Nordlandssykehuset ber om en innvekting av de relative forskjeller mellom helseforetakenes forskningsaktivitet og langtidsliggedager tilsvarende Helse Midt og Helse Vest. Vektingen av forskning bør justeres ned til 50 %, slik at modellen bidrar til å stimulere til forskningsaktivitet i samtlige helseforetak – ikke til ytterligere styrking av foretak som allerede er sterke, og svekkelse av de svakeste.
- Sentralsykehusfunksjoner uten ISF-finansiering må tas inn i inntektsfordelingsmodellen. Inntil disse forhold er mer presist beregnet mener Nordlandssykehuset at kompensasjon for sentralsykehusfunksjoner, som må gjenfinnes under egen linje under særskilte funksjoner, må settes til minimum 10 mill kr.
- Finansiering av regionalt senter for sykelig overvekt må økes slik at samlede netto kostnader dekkes.
- Fordeling av midler knyttet til utdanningsaktiviteter må endres ihht kartlegging av den samlede utdanningsaktiviteten i helseforetakene.

- Sats for betaling av gjestepasienter i mobilitetskomponenten bør reduseres til mindre enn 100 % DRG, slik at man unngår dobbel kompensasjon for flere pasientgrupper, samt unngår incitament for å «hente» pasienter fra andre foretak.

Med vennlig hilsen

Paul Martin Strand
Administrerende direktør
(sign.)

Gro Ankill
Administrasjonssjef
(sign.)

Vedlegg 1 Beregnet gjennomsnittlig reisetid til sykehus i Nord-Norge jf befolkningsdata fra SSB og NAF Ruteplanlegger

Kommune	Innbyggere	Kjøretid nærmeste sykehus	Kilde NAF	Kommune	Innbyggere	Kjøretid nærmeste sykehus	Kilde NAF	Kommune	Innbyggere	Kjøretid nærmeste sykehus	Kilde NAF	Kommune	Innbyggere	Kjøretid nærmeste sykehus	Kilde NAF
UNN Narvik				NLSH Lofoten				HLSH Mo				Hammerfest			
Ballangen	2601	46	119646	Flakstad	1336	26	34736	Hermes	4486	43	192898	Alta	20097	133	2672901
Tysfjord	1000	93	93000	Moskenes	1062	57	60534	Lurøy	1923	135	259605	Hammerfest	10455	4	41820
Evenes	1386	57	79002	Vågan	9350	71	663850	Nesna	1838	62	113956	Hasvik	1054	363	382602
Lødingen	2182	134	292388	Vestvågøy	11198	8	89584	Rana	26039	7	182273	Karasjok	2668	193	514924
Narvik	18852	6	113112					Rødøy	1268	195	247260	Kautokeino	2956	235	694660
Tjeldsund	1266	105	132930					Træna	478	393	187854	Kvalsund	1035	37	38295
												Loppa	951	245	232995
UNN Harstad				NLSH Vesterålen				HLSH Sandnessjøen				Måsøy	1215	167	202905
Gratangen	1127	92	103684	Øksnes	4 529	67	303443	Alstadhaug	7437	5	37185	Nordkapp	3276	177	579852
Hartad	24681	2	49362	Sortland	10 214	28	285992	Dønna	1402	58	81316	Porsanger	3978	140	556920
Ibestad	1407	86	121002	Hadsel	8 082	2	16164	Herøy	1743	66	115038				
Kvæfjord	3105	22	68310	Andøy	4 980	120	597600	Leirfjord	2216	25	55400				
Lavangen	1011	111	112221	Bø	2 632	85	223720					Kirkenes			
Salangen	2193	128	280704					HLSH Mosjøen				Berlevåg	1000	232	232000
Skånland	2981	35	104335					Grane	1462	38	55556	Båtsfjord	2211	208	459888
				NLSH Bodø				Hattfjellidal	1465	65	95225	Gamvik	1139	293	333727
UNN Tromsø				Bodø	50 488	3	151464	Vefsn	13427	4	53708	Lebesby	1318	300	395400
Balsfjord	5692	78	443976	Fauske	9 604	54	518616	Bindal	1465	237	347205	Nesseby	959	105	100695
Bardu	4054	136	551344	Beiar	1 034	105	108570	Brønnøy	7962	148	1178376	Sør-Varanger	10227	5	51135
Berg	921	168	154728	Saltidal	4 700	81	380700	Sømna	2031	158	320898	Tana	2922	121	353562
Dyrøy	1155	162	187110	Gildeskål	2 043	82	167526	Vega	1244	179	222676	Vadsø	6160	150	924000
Kåfjord	2180	164	357520	Meløy	6 471	103	666513	Vevelstad	507	158	80106	Vardø	2137	209	446633
Karlsøy	2277	65	148005	Sørfold	1 963	66	129558								
Kvænangen	1230	272	334560	Steigen	2 543	184	467912								
Lenvik	11549	134	1547566	Hamarøy	1 824	186	339264								
Lyngen	2944	108	317952	Tysfjord	1 974	236	465864								
Målselv	6715	105	705075	Røst	551	239	131689								
Nordreisa	4872	211	1027992	Værøy	765	195	149175								
Storfjord	1900	85	161500												
Skjervøy	2895	228	660060												
Sørreisa	3450	136	469200												
Torsken	887	198	175626												
Tranøy	1541	154	237314												
Tromsø	72672	9	654048												
Svalbard	2642														
(har egen finansiering som regional funksjon + flykost dekkes av HN ikke HF UNN)															
Sum	193368		9803272	Sum	137343		5952474		78393		3826535		75758		9214914
Gjnsnitt min	50,70			Gjnsnitt min	43,34				48,81				121,64		

Vedlegg 2 Beregnet gjennomsnittlig reisetid til sykehus i Nord-Norge jf befolkningsdata fra SSB og reisetider fra Helse Nord's inntektsfordelingsmodell

Kommune	Innbyggere	Kjøretid nærmeste sykehus		Kommune	Innbyggere	Kjøretid nærmeste sykehus		Kommune	Innbyggere	Kjøretid nærmeste sykehus		Kommune	Innbyggere	Kjøretid nærmeste sykehus	
		Kilde RHF fra Magnussen				Kilde RHF fra Magnussen				Kilde RHF fra Magnussen				Kilde RHF fra Magnussen	
UNN Narvik				NLSH Lofoten				HLSH Mo				Hammerfest			
Ballangen	2601	82	213282	Flakstad	1336	25	33400	Hemnes	4486	52	233272	Alta	20097	157	3155229
Tysfjord	1000	93	93000	Moskenes	1062	48	50976	Lurøy	1923	88	169224	Hammerfest	10455	0	0
Evenes	1386	64	88704	Vågan	9350	76	710600	Nesna	1838	56	102928	Hasvik	1054	365	384710
Lødingen	2182	83	181106	Vestvågøy	11198	0	0	Rana	26039	0	0	Karasjok	2668	248	661664
Narvik	18852	0	0					Rødøy	1268	223	282764	Kautokeino	2956	310	916360
Tjeldsund	1266	51	64566					Træna	478	213	101814	Kvalsund	1035	60	62100
												Loppa	951	465	442215
UNN Harstad				NLSH Vesterålen				HLSH Sandnessjøen				Måsøy	1215	113	137295
Gratangen	1127	58	65366	Øksnes	4 529	76	344204	Alstadhaug	7437	0	0	Nordkapp	3276	206	674856
Harstad	24681	0	0	Sortland	10 214	73	745622	Dønna	1402	41	57482	Porsanger	3978	162	644436
Ibestad	1407	76	106932	Hadsel	8 082	0	0	Herøy	1743	62	108066				
Kvæfjord	3105	43	133515	Andøy	4 980	150	747000	Leirfjord	2216	16	35456				
Lavangen	1011	81	81891	Bø	2 632	169	444808					Kirkenes			
Salangen	2193	109	239037					HLSH Mosjøen				Berlevåg	1000	303	303000
Skånland	2981	44	131164					Grane	1462	128	187136	Båtsfjord	2211	231	510741
Bjarkøy	455	78	35490					Hattfjellidal	1465	125	183125	Gamvik	1139	387	440793
UNN Tromsø				NLSH Bodø				Vefsn	13427	0	0	Lebesby	1318	302	398036
Balsfjord	5692	105	597660	Bodø	50 488	0	0	Bindal	1465	162	237330	Nesseby	959	246	235914
Bardu	4054	91	368914	Fauske	9 604	61	585844	Brønnøy	7962	163	1297806	Sør-Varanger	10227	0	0
Berg	921	206	189726	Beim	1 034	87	89958	Sømna	2031	200	406200	Tana	2922	169	493818
Dyrøy	1155	131	151305	Saldal	4 700	86	404200	Vega	1244	164	204016	Vadsø	6160	191	1176560
Kåfjord	2180	141	307380	Gildeskål	2 043	73	149139	Vevelstad	507	120	60840	Vardø	2137	274	585538
Karlsøy	2277	123	280071	Meløy	6 471	128	828288								
Kvænangen	1230	339	416970	Sørfold	1 963	78	153114								
Lenvik	11549	169	1951781	Steigen	2 543	159	404337								
Lyngen	2944	112	329728	Hamarøy	1 824	172	313728								
Målselv	6715	130	872950	Tysfjord	1 974	136	268464								
Nordreisa	4872	221	1076712	Røst	551	288	158688								
Storfjord	1900	124	235600	Værøy	765	203	155295								
Skjervøy	2895	242	700590												
Sørreisa	3450	157	541650												
Torsken	887	172	152564												
Trønøy	1541	149	229609												
Tromsø	72672	0	0												
Svalbard	2642														
<i>(har egen finansiering som regional funksjon + flykost dekkes av HN ikke HF UNN)</i>															
Sum	193823		9837263	Sum	137343		6587665		78393		3667459		75758		11223265
Gjnsnitt min	50,75			Gjnsnitt min	47,97				46,78				148,15		



Nordlandssykehuset HF Bodø
v/adm. direktør
Postboks 1480
8092 Bodø

Saksb.: Grethe Ellingsen
e-post: fmnogel@fylkesmannen.no
Tlf: 75 53 15 17
Vår ref: 2016/4892
Deres ref:
Vår dato: 09.03.2017
Deres dato:
Arkivkode: 734.0

Rapport fra tilsyn med sepsisbehandling i akuttmottak ved Nordlandssykehuset HF Bodø

Fylkesmannen viser til tidligere korrespondanse og e-post av 2.3.2017 ved kvalitetsleder Terje Svendsen.

Vi oversender herved endelig rapport fra tilsyn med sepsisbehandling i akuttmottak som ble gjennomført i perioden 6.9.2016-9.3.3.2017.

Vi anbefaler at foretaket gjør en egen vurdering av hvilke forhold som påvirker og har bidratt til lovbruddet.


Fylkesmannen ber **innen 27. april 2017** om å få tilsendt foretakets plan for å rette lovbruddet. Planen må inneholde:

- ✓ Tiltak som settes i verk for å rette på lovbruddet, herunder virksomhetens frister for å sikre framdrift
- ✓ Hvordan ledelsen vil følge med på og kontrollere at tiltakene er iverksatt
- ✓ Hvordan ledelsen vil gjennomgå om tiltakene har virket som planlagt etter at de har fått virke en stund

Vi vil komme tilbake 8 og 14 måneder etter tilsynet og gå gjennom 33 journaler med samme kriterier som ved tilsynet. Dette vil dere få nærmere informasjon om.

Rapporten er offentlig, og blir lagt ut på www.helsetilsynet.no.

Med hilsen


Jan-Petter Lea (e.f.)
fylkeslege


Grethe Ellingsen
seniorrådgiver

Dette brevet er godkjent elektronisk.

Kopi til:

Statens helsetilsyn Postboks 8128 Dep 0032 OSLO
Helse Nord RHF Postboks 1445 8038 BODØ



Fylkesmannen i Nordland

Rapport fra tilsyn med sepsisbehandling i akuttmottak

ved

Nordlandssykehuset HF Bodø

Virksomhetens adresse: Postboks 1480, 8092 Bodø
Tidsrom for tilsynet: 6.9.2016 – 9.3.2017
Kontaktperson i virksomheten: enhetsleder Hanne-Marit Brenden

Sammendrag

Statens helsetilsyn har besluttet at det i 2016-2017 skal gjennomføres landsomfattende tilsyn med helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres gjenkjennelse og behandling av pasienter med sepsis.

Fylkesmannen i Nordland har gjennomført tilsyn med Nordlandssykehuset HF Bodø. Denne rapporten beskriver de avvik som ble påpekt innen de reviderte områdene. Systemrevisjonen omfattet følgende områder:

Identifisering og oppstart av behandling av pasienter med sepsis eller mistanke om sepsis i akuttmottaket.

Under tilsynet skulle vi undersøke om helseforetaket sikrer:

- forsvarlig mottak, registrering og prioritering (triage) av pasienter med sepsis eller spørsmål om sepsis ved innkomst i akuttmottaket
- forsvarlig undersøkelse og diagnostisering av pasientene under oppholdet i akuttmottaket
- forsvarlig oppstart av behandling av pasientene i akuttmottaket
- forsvarlig observasjon av pasientene i akuttmottaket
- forsvarlig klargjøring og overføring av pasientene til andre avdelinger med føringer/plan for videre observasjon og tiltak

Tilsynslaget har gjennomgått 66 journaler til pasienter som kom til akuttmottaket med sepsis eller mistanke om sepsis.

Det ble påpekt ett avvik:

Avvik 1

Flere pasienter med sepsis fikk ikke startet behandling med antibiotika innen tidsfrister fastsatt i nasjonale retningslinjer og sykehusets rutine. Pasientene med alvorlig sepsis som måtte vente mer enn en time fikk ikke forsvarlig behandling.

Dato: 9.3.2017

Helga Arianson
revisjonsleder


Grethe Ellingsen
revisor

Innhold

Sammendrag	1
1. Innledning.....	4
2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold	4
3. Gjennomføring	5
4. Hva tilsynet omfattet.....	5
5. Funn	6
6. Regelverk.....	8
7. Dokumentunderlag	8
8. Deltakere ved tilsynet.....	9

1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon i akuttmottaket ved Nordlandssykehuset HF Bodø i perioden 6.9.2016 – 9.3.2017. Dette er en del av landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten som blir gjennomført i 2016/17 og et av de planlagte tilsynene som Fylkesmannen i Nordland gjennomfører dette året. Fylkeslegene i Finnmark, Troms og Nordland har pekt ut et felles tilsynslag som har gjennomført tilsynet i disse fylkene.

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten etter *lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten* § 2.

Formålet med systemrevisjonen er å vurdere om virksomheten ivaretar ulike krav i lovgivningen gjennom sin internkontroll. Revisjonen omfatter undersøkelse om:

- hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfatter
- tiltakene følges opp i praksis og om nødvendig korrigeres
- tiltakene er tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser.

Denne rapporten omhandler avvik som er avdekket under revisjonen og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfatter.

- **Avvik** er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift

Bakgrunnen for beslutningen om tilsyn med sepsisbehandling er blant annet at Statens helsetilsyn har mottatt mange varsler etter varselordningen i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a om alvorlig infeksjon og sepsis, der det har vært for sen erkjennelse av infeksjon og forsinket oppstart av antibiotikabehandling.

Statens helsetilsyn har etablert et forskningsprosjekt for å få mer kunnskap om hvordan planlagt tilsyn kan bidra til å bedre kvaliteten på helsetjenestene. Data som er samlet inn fra pasientjournaler ved dette tilsynet vil også bli brukt til å evaluere hvilken effekt tilsyn har på tjenestekvaliteten. Som en del av tilsynet og prosjektet vil vi derfor om 8 måneder og 14 måneder foreta nye stikkprøver i journaler for den aktuelle pasientgruppen.

2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold

Nordlandssykehuset HF består av tre sykehus henholdsvis i Bodø, Lofoten og Vesterålen, og betjener et geografisk område med ca. 131.000 innbyggere. Foretaket har hovedkontoret i Bodø og ledes av administrerende direktør.

Foretaket er inndelt i åtte klinikker, herunder *prehospital klinikk* og *medisinsk klinikk*. Hver av klinikkene ledes av en klinikkssjef som rapporterer til administrerende direktør.

Prehospital klinikk består av tre underliggende avdelinger, herunder *AMK/akuttmottak/observasjon*. Avdelingen ledes av en avdelingsleder som rapporterer til klinikkssjef. Enhetsleder for *AMK/akuttmottak/observasjon* har rapporteringsansvar til avdelingsleder.

Legene som jobber i akuttmottaket er organisert i sin moderavdeling, mens sykepleiere og merkantilt personell er ansatt i akuttmottaket. Administrerende direktør er det første felles organisatoriske nivå for ansatte i de ulike avdelinger som er involvert i behandling av pasienter i akuttmottaket.

Medisinsk klinikk er nå i en omstillingsprosess. Fram til 1.2.2017 besto klinikken av fem avdelinger samt medisinsk faglig avdeling der legene var organisert. Fram til nyttår ble medisinsk faglig avdeling ledet av en avdelingsoverlege. Etter nytt organisasjonskart inndeles klinikken i sju avdelinger og legene blir organisert i avdeling etter faglig tilhørighet.

Sykehuset bruker RETTS (Rapid Emergency Triage and Treatment System) som triageverktøy, og målsetningen er at pasienter med sepsis skal få startet med antibiotika innen en time.

Våren 2016 igangsatte *medisinsk klinikk* i Bodø prosjektet *Krafttak mot blodforgiftning*. Helsepersonell ved akuttmottaket og medisinske leger har fått opplæring i hvordan de systematisk og raskt kan oppdage om pasienten har en alvorlig sepsis, og videre behandling av denne.

3. Gjennomføring

Systemrevisjonen omfattet følgende aktiviteter:

Revisjonsvarsel ble utsendt 6.9.2016.

Journalgjennomgang fant sted den 7.11.2016 og 5.1.2017

Åpningsmøte ble holdt 11.1.2017.

Intervjuer

16 personer ble intervjuet.

Dokumentasjon

Oversikt over dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket er gitt i kapitlet *Dokumentunderlag*.

Omvisning i akuttmottaket ble gjennomført den 11.1.2017.

Sluttmøte ble avholdt 12.1.2017.

4. Hva tilsynet omfattet

Ved tilsynet har vi undersøkt om Nordlandssykehuset HF har styring og fører kontroll med at pasienter som blir innlagt med sepsis eller mistanke om sepsis, blir identifisert og behandlet i tråd med kravene i helselovgivningen.

Tilsynet var avgrenset til aktiviteter i selve akuttmottaket, og aktiviteter som planlegges og bestilles fra akuttmottaket.

Vi undersøkte særlig om Nordlandssykehuset HF hadde:

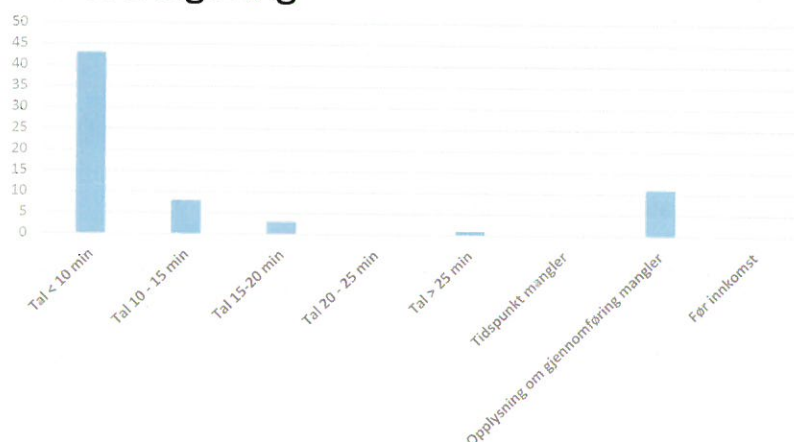
- forsvarlig mottak, registrering og prioritering (triage) av pasienter med sepsis eller spørsmål om sepsis ved innkomst i akuttmottaket
- forsvarlig undersøkelse og diagnostisering av pasientene under oppholdet i akuttmottaket
- forsvarlig oppstart av behandling av pasientene i akuttmottaket
- forsvarlig observasjon av pasientene i akuttmottaket
- forsvarlig klargjøring og overføring av pasientene til andre avdelinger med føringer/plan for videre observasjon og tiltak

5. Funn

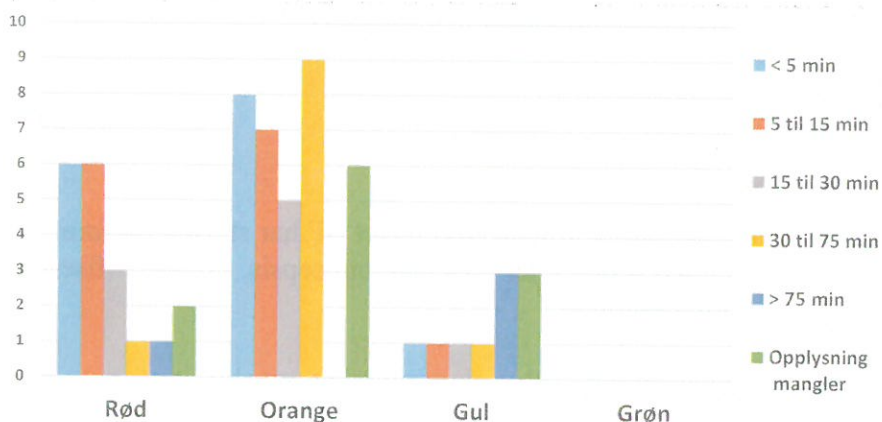
Tilsynslaget har gjennomgått journaler fra pasienter som kom til akuttmottak med sepsis eller mistanke om sepsis. De 66 pasientene som ble inkludert hadde infeksjon og minst to SIRS-kriterier.

33 journaler var fra 01.10.2015 og bakover i tid (P0), og 33 var fra 01.12.2016 og bakover i tid (P1). I framstillingen under er P0 og P1 slått sammen. Gjennomgangen viste:

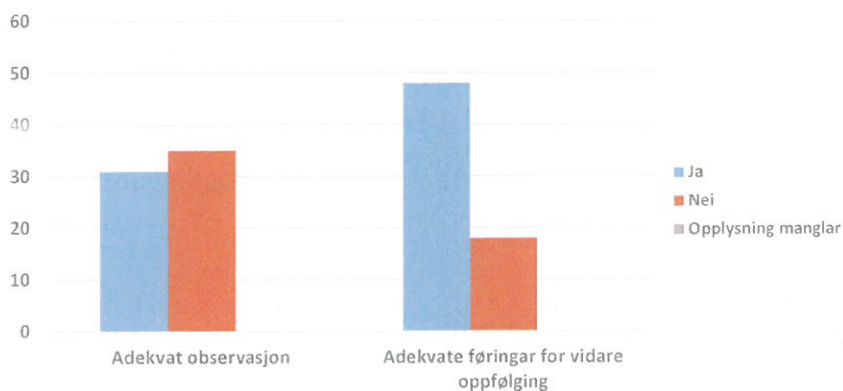
Tid til triagering



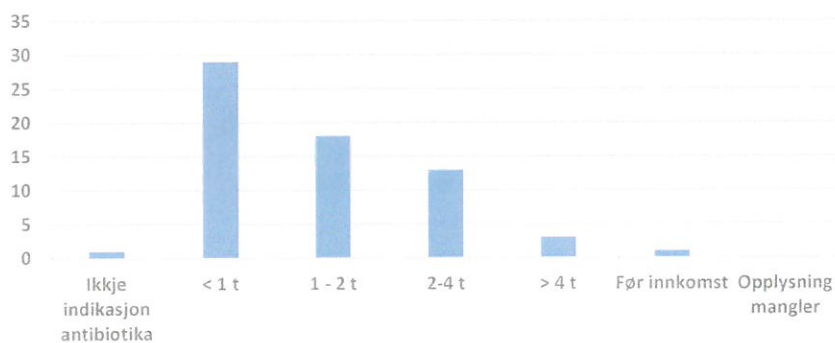
Tid til legeundersøkelse



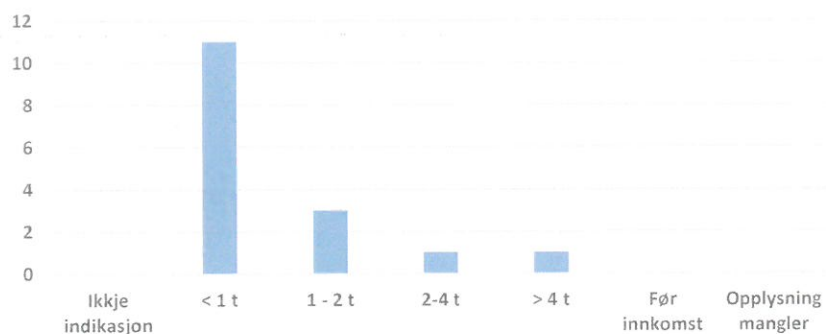
Adekvat observasjon og føringer for videre oppfølging



Tid til antibiotika alle pasienter



Tid til antibiotika for pasienter med alvorlig sepsis



Det ble påpekt ett avvik.

Avvik 1

Flere pasienter med sepsis fikk ikke startet behandling med antibiotika innen tidsfrister fastsatt i nasjonale retningslinjer og sykehusets rutine. Pasientene med alvorlig sepsis som måtte vente mer enn en time fikk ikke forsvarlig behandling.

Avvik fra følgende myndighetskrav:

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9

Avviket bygger på:

- Gjennomgang av 66 journaler viste at:
 - Av kirurgiske pasienter med alvorlig sepsis måtte 2 av 4 vente henholdsvis 190 og 460 minutter før de fikk startet antibiotikabehandling. Disse to pasientene fikk ikke forsvarlig behandling
 - 11 av 12 indremedisinske pasienter med alvorlig sepsis fikk startet antibiotikabehandling innen 1 time
 - 34 sepsispasienter fikk startet antibiotikabehandling etter mer enn en time og 16 måtte vente mer enn to timer
 - Observasjoner av vitale funksjoner for hele oppholdet i akuttmottaket, var ikke dokumentert i flere journaler, jf. egne rutiner
 - Tid til legetilsyn var mangelfullt dokumentert

Det ble også bekreftet ved intervju at sepsispasienter som skulle til kirurgisk avdeling ofte fikk sen oppstart av antibiotikabehandling.

6. Regelverk

- Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.
- Forskrift av 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal
- Forskrift av 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

7. Dokumentunderlag

Virksomhetens egen dokumentasjon knyttet til den daglige drift og andre forhold av betydning som ble oversendt under forberedelsen av revisjonen:

- Gjennomgang av 66 journaler
- Organisasjonskart
- Vaktteam på medisinsk avdeling
- «Velkommen til Prehospital klinikk!»
- Oversikt over ansatte ved akuttmottaket/AMK/Observasjonsenheten
- Vaktgående leger Medisinsk klinikk
- Stillingsbeskrivelser
- «Arbeidsinstruks for vakthavende LIS fra 20.04.15
- «Velkommen til turnustjeneste ved medisinsk klinikk NLSH Bodø»
- «Retts triage av pasienter i akuttmottaket»
- Kapittel 47 i RETTS

- Flytskjema for å avdekke sepsis
- Observasjonskurve
- «Mottak av pasienter med mulig smitte i Akuttmottaket, Nordlandssykehuset Bodø»
- «Overføring etter hjertekirurgi»
- «Overføring av kir/ort pasienter fra høyere omsorgsnivå»
- «Pasientforløp Akuttmottaket»
- Avvikshåndtering i Docmap
- Kort beskrivelse av sepsisprosjektet i akuttmottaket
- Eksempel på program for turnuslegene
- «Sjekkliste for turnuslegevikarer, turnusleger og LISer»
- Utskriftsrapporter - Avvik

Dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket:

- Prosjekt «Sepsismottak»
- Nytt organisasjonskart medisinsk klinikk
- Rettstall for oktober og november 2016

Korrespondanse mellom virksomheten og Fylkesmannen:

- Varsel om tilsyn i brev av 6.9.2016
- Dokumentasjon tilsendt i e-post av 5.10.2016 og 4.11.2016
- Program utsendt i brev av 2.12.2016

8. Deltakere ved tilsynet

I tabellen under er det gitt en oversikt over deltakerne på åpningsmøte og sluttmøte, og over hvilke personer som ble intervjuet.

Navn	Funksjon / stilling	Åpningsmøte	Intervju	Sluttmøte
Tor Arne Lillevik	sykepleier	X	X	
Christian Kjellmo	LIS medisin		X	
Cecilie Rød	sykepleier		X	X
Siri Uteng Hansen	LIS medisin		X	
Tone Ekremsæter	sykepleier	X	X	
Filipp Fremming	turnuslege medisin	X	X	X
Bjørn Helge Haug	LIS medisin	X	X	
Wenche Brandtzæg	sykepleier	X	X	X
Hanne Winge Kvarenes	overlege/rådgiver		X	X
Hanne-Marit Brenden	enhetsleder akuttmottak	X	X	X
Irene Flatvoll-Pedersen	avdelingsleder akuttmottak	X	X	X
Olaug Kråkmo	klinikk sjef medisinsk klinikk	X	X	X
Harald Stordal	klinikk sjef prehospitalet klinikk	X	X	X

Beate Sørslett	medisinsk direktør		X	
Paul Martin Strand	administrerende direktør		X	
Stig Stavnes	LIS anesthesi		X	
Terje Svendsen	kvalitetsleder	X		
Asbjørn Jørgensen	avdelingsleder	X		X
Kirsten Johansen	rådgiver	X		
Eystein Præsteng Larsen	jurist			X
Jan-Petter Lea	fylkeslege			X

Fra tilsynsmyndighetene deltok:

Helga Arianson, fylkeslege, Fylkesmannen i Hordaland, revisjonsleder

Tone Indergaard, ass. fylkeslege, Fylkesmannen i Troms

Sunniva Helena Sømhovd, rådgiver/ jurist, Fylkesmannen i Finnmark

Erik Solligård avdelingssjef og overlege St. Olavs Hospital Trondheim

Grethe Ellingsen, seniorrådgiver/ sykepleier, Fylkesmannen i Nordland

NLSH som digitalt referansesykehus

- Nordlandssykehuset kan bli et digitalt referansesykehus innenfor pasientdialog, arbeidsprosesser og velferdsteknologi, slo Telenors e-helse-sjef Lars Bakken fast da han og representanter for den norske telegiganten møtte ledelsen i NLSH og Helse Nord i Bodø nylig.

Av: [webredaktør Børre Arntzen](#)

Telenor har store planer for hva selskapet kan gjøre i helsesektoren og på møtet i Bodø fikk Lars Bakken og kolleger høre hva som allerede er gjort digitalt i Nordlandssykehuset.

- Nordlandssykehuset er helt klart i front i Norge innen digitalisering og eHelse, og her blir det interessante diskusjoner fremover, var Bakkens konklusjon.

- Spennende

- Det var et interessant møte med en stor bransjeaktør som Telenor og det skal bli spennende å se om et eventuelt samarbeid kan hjelpe oss med å nå vårt strategiske mål på området, nemlig at Nordlandssykehuset skal være i front i anvendelsen av smarte digitale løsninger for klinisk overblikk, effektiv logistikk og samhandling, sier adm direktør Paul Martin Strand.

Han fortalte Telenor-sjefene om hva som allerede er under innføring av digitale løsninger på forskjellige områder, som innsjekk med betalingsløsninger, akutt og sengepost tavler, og en tidlig pilotering av sensorteknologi på sengerom. Også tanker rundt digitaliserte løsninger for kommunikasjon med pasienter i deres hjem og utfordrende digitale områder i den prehospital kjeden var tema.

- Vi er i god prosess nå de siste årene. Under overskriften "Klinisk overblikk og effektiv logistikk" arbeider vi med innføringen av flere digitale systemer. Nå ønsker vi konkret å se på hvordan vi kan få større nytteverdi av den kommende oppdateringen av automatisert lab-løsning, vi håper vi skal finne løsninger som for klinikerne på sykehus og mulig fastlegene kan oppleve økt nytte av. Alt for å få bedre pasientbehandling og samhandling, sier Strand.

Fire områder for e-helse i Telenor

Telenor e-helse fikk presentere sin tilnærming til digitalisering og mobilitet i sykehus fremover. De har strukturert dette i fire hovedområder: Mobil arbeidsflyt, pasientinvolvering, avstandsoppfølging og optimalisering av arbeidsprosesser på tvers "i systemet".

- Vi skal nå se på om vi kan finne samarbeidsformer fremover for å få på plass gode digitale løsninger, og som sagt er det flott for oss å jobbe sammen med et sykehus som er så offensiv på dette området, sa Lars Bakken.

Også divisjonsdirektør Bedrift i Telenor Norge, Ove Fredheim og senior forretningsutvikler Christian Gilhuus-Moe deltok på møtet. Fra Helse Nord var blant andre adm direktør Lars Vorland med.

Presentasjoner:

[Last ned Paul Martin Strands presentasjon av «digitale NLSH» \(3MB\)](#)



Telenors e-helse-sjef Lars Bakken (tv) og adm dir NLSH, Paul Martin Strand.

Last ned Lars Bakkens presentasjon av «Digitale sykehus» (2MB)

Publisert: 28.03.2017 kl. 10:30 | Endret: 28.03.2017 kl. 10:32

[Tilbake](#)

[Til toppen](#)

[Skriv ut](#)



Helsedirektoratet

Pb 7000 St. Olavs pl.
0130 Oslo

Deres ref.:
16/16933

Vår ref.:
2017/171/BESO

Dato:
10.03.2017

Høringsinnspill - Nasjonal faglig retningslinje for kompetanse og kvalitet i nyfødteintensivavdelinger

Viser til vedlagte høringsinnspill fra Nordlandssykehuset HF.

Med vennlig hilsen

Beate Sørslett
medisinsk direktør

Kopi til:
Helse Nord RHF

Tilbakemeldingsskjema

Ekstern høring - Nasjonal faglig retningslinje for kompetanse og kvalitet i nyfødttintensivavdelinger

Høringsinnspill:

- Vennligst benytt skjema under (både til generelle kommentarer og kommentarer knyttet til bestemte områder)
- **Frist:** 13. mars 2017

Navn høringsinstans: Nordlandssykehuset Bodø

Generelle kommentarer

Hørings svar på forslag til nasjonal faglig retningslinje for kompetanse og kvalitet i nyfødttintensivavdelinger

Viser til forslag til nasjonal faglig retningslinje for kompetanse og kvalitet i nyfødttintensivavdelinger utarbeidet av HelseDirektoratet, sendt på høring 16.01.17 med høringsfrist 13.03.17.

Nordlandssykehuset Bodø har alltid hatt en omfattende virksomhet innen nyfødttintensivomsorgen, og det har vært geografiske og klimatiske gode grunner til å opprettholde to miljøer i Nord-Norge som har vært kapabel til å ivareta disse pasientene. Avdelingen har i alle år innehatt, rekruttert og videreutviklet kompetanse både på lege- og sykepleiersiden som har gitt en god og robust bemanning til å håndtere alle aspekter ved nyfødttmedisinen. 80% av sykepleierne har spesialutdanning og det er etablert tertiærvaktordning (nyfødttvakt) der 5 av avdelingens overleger deltar. Disse legene har alle jobbet ved de store nyfødttintensiv avdelingene nasjonalt og en også i Dublin. For å holde kompetanse vedlike hospiteres det regelmessig til blant annet Uppsala og Stockholm.

I september 2014 ble en opprivende prosess internt i Helse Nord avsluttet med det resultat at premature med alder under 26 uker skulle

sentraliseres til UNN. Denne prosessen skapte svært utfordrende samarbeidsforhold mellom de involverte avdelingene, men Nordlandssykehuset og UNN har nå funnet en fin måte å samarbeide også om disse pasientene på. Våre to avdelinger har i dag et velfungerende samarbeid der vi regelmessig avlaster hverandre med pasienter ved kapasitetsutfordringer, værforhold som umuliggjør transport og samtidighetskonflikter. Dette samarbeidet er fundamentert på at avdelingene, om man ser bort fra de minste premature, innehar så godt som likeverdig faglig kompetanse, og kvalitetsmessig tilbyr behandling på samme nivå.

Nyfødtintensiv ved Nordlandssykehuset er derfor meget overrasket over at det nå som lyn fra klar himmel foreslås en så omfattende omorganisering av nyfødtintensivavdelingene i Norge uten at dette har vært diskutert og vurdert i fagmiljøene på forhånd. Alle regionale helseforetak har i løpet av de siste årene hatt grundige gjennomgang av organiseringen av nyfødtomsorgen og har etablerte funksjonsfordelinger som nylig har trått i kraft. Det er ikke støtte i Norsk nyfødtmedisinsk register for at ytterligere sentralisering gir økt kvalitet, og utenlandske studier fra store senter har liten relevans for de små forhold som er i Norge.

Vi reagerer på sammensetningen av referansegruppen helsedirektoratet har valgt til denne retningslinjen. Av referansegruppens 22 medlemmer har 7 bakgrunn fra OUS, og ingen andre foretak i Helse Sør-Øst er representert. Det er bare en lege som ikke er ansatt ved universitetssykehus med i referansegruppen. Etter vår mening har dette ført til en uhensiktsmessig skjev representasjon i gruppen, og man kan stille spørsmål ved habiliteten. Sammensetningen av referansegruppen har sannsynligvis hatt utfall for arbeidets anbefalinger og konklusjon.

Ved en pennestrøk er kategori 3b avdelingene som tidligere har behandlet premature fra uke 26, strøket fra organisasjonskartet, og man forholder seg bare til kategori 3a og 3c. Forslaget betyr at alle nyfødte med gestasjonsalder mellom uke 26 og 28, fødselsasyksi som skal behandles med hypotermi (kjølebehandling) og nyfødte som trenger respiratorbehandling mer enn 2 døgn, skal sentraliseres til kategori 3c, dvs UNN, St Olav, Haukeland og OUS. Alle disse pasienten behandles rutinemessig ved Nordlandssykehuset Bodø i dag.

Nordlandssykehuset reagerer sterkt på dette forslaget, og kan ikke se at det skal kunne gi noen vesentlig kvalitetsmessig forbedring av omsorgen innenfor nyfødtintensivbehandlingen.

For foreldre og barn i Nordland vil dette forslaget være svært belastende ved at en stor gruppe foreldre og nyfødte får flyttet sin behandling enda lengre vekk fra sin familie og sine hjem.

Belastningen på ambulanseflytjenesten vil øke betydelig da en større andel kvinner i truende fødsel må transporteres mellom Bodø og Tromsø ved truende fødsel, og tilbake igjen når fødselen er avverget.

Forslaget legger opp til at det i realiteten skal drives intensivbehandling av nyfødte bare ved 4 avdelinger i Norge. De små avdelingene må likevel fortsatt kunne gjennomføre den livsviktige første stabiliseringen og behandlingen av uventet syke nyfødte/prematur før de kan sendes videre. Hvordan skal disse avdelingene opprettholde kompetansen til denne viktige behandlingen?

Det aller mest betenkelige med dette forslaget er imidlertid at man legger opp til transport av de aller sykeste og svakeste nyfødte, de som må kjølebehandles pga fødselsasfyksi og nyfødte som behandles med respirator. En slik transport med helikopter og ambulansefly under de klimaforholdene som er i Nord-Norge, kan ikke sammenlignes med ambulansetransport i andre deler av verden. En ting er usikkerhet som flyplasser er åpne for transport og fly er tilgjengelig, noe annet er belastningen for barnet ved selve transporten og faren for komplikasjoner som hjerneblødninger.

En slik transport er betraktet som så risikofull at samarbeidsavtalen mellom Nordlandssykehuset og UNN om premature født mellom uke 24 og 26 som ble innført i september 2014, inneholder et eget punkt om at barn i denne gruppen som ikke kan transporteres til UNN intrauterint, men fødes i Bodø, ikke skal transporteres til UNN pga risiko ved transport. Disse barna skal altså behandles i Bodø da det oppfattes som sikrere enn å utsette dem for transporten mellom sykehusene i ambulansefly/helikopter i allslags vær og forhold.

Nå ligger det altså et forslag på bordet om at en stor gruppe nyfødte rutinemessig skal utsettes for denne risikoen under transport, uten at man kan vise til at det vil øke kvaliteten i behandlingen eller bedring av behandlingsresultat.

For Helse Nord og lokalsykehusene i Nordland har Nordlandssykehusets henteteam (kuvøseteam) for syke nyfødte vært svært viktig. Det har de siste årene ved gjentatte anledninger vært vektlagt fra Helse Nord at det er viktig å bevare to likeverdige henteteam for uventet syke nyfødte ved lokalsykehus. Både UNN og Nordlandssykehuset har i mange år hatt velfungerende kuvøseteam for å hente akutt syke nyfødte ved andre sykehus og for å transportere nyfødte med behov for kirurgi (hjertesyke barn og barn med andre medfødte misdannelser) til sykehus med barnekirurgisk kompetanse, oftest St Olav og OUS Rikshospitalet. Avdelingene ved Nordlandssykehuset og UNN har hatt lang tradisjon for å avlaste hverandre ved hentebehov som ikke har kunnet bli innfridd ved samtidighetskonflikt, flyforbud pga vær og utstyrsfeil ved reisekuvøse. Dette har ført til en robust og pålitelig sikkerhet for lokalsykehusene i regionen.

Forslaget til endring i organiseringen av avdelingene vil slik vi ser det, redusere det faglige innholdet i nyfødtmiljøet og kompetansen ved Nordlandssykehuset Bodø i en slik grad at det er vanskelig å se for seg hvordan vårt kuvøseteamet kan levere det samme gode tilbudet videre. Vårt kuvøseteam har i alle år praktisert det prinsipp at man ikke kan (skal) gi behandling utenfor sykehuset som man ikke kan utføre i egen avdeling. I 2016 hadde vårt henteteam 52 oppdrag, og i perioden 2014 - 2016 har vi utført 119 henteoppdrag. Ved gjennomgang av disse oppdragene har 11 (9%) av oppdragene resultert i intubering og respiratorbehandling før og under transport. I tillegg til disse er det mange som ble behandlet med annen respirasjonsstøtte, og behovet er sjelden avklart før kuvøseteam er ankommet lokalsykehuset.

Dersom Nordlandssykehuset ikke vurderes kompetent til å behandle nyfødte med respirator i egen avdeling, vil det bli svært krevende å argumentere for at vårt kuvøseteam skal gjennomføre respiratorbehandling ved lokalsykehus og under transport. Det vil være svært betenkelig mtp pasientsikkerhet og kvalitet i tjenesten.

I praksis vil det medføre at det vil være vanskelig for Nordlandssykehusets kuvøseteam å påta seg et oppdrag som kan resultere i behov for respiratorbehandling under transporten, og en konsekvens av dette vil igjen være at UNN vil måtte utføre en økende andel av henteturer med

uavklart behandlingsbehov.
 Dette vil etter vår vurdering medføre at Nordlands lokalsykehus og nyfødte risikerer et betydelig dårligere tilbud enn i dag, og at man risikerer samtidighetskonflikter, værkanseleringer og kapasitetsutfordringer som ikke kan håndteres på en kvalitetsmessig tilfredsstillende måte som i dag.

Nordlandssykehuset ber derfor Helsedirektoratet tenke seg godt om i forhold til de negative konsekvensene forslaget til faglig retningslinje for kompetanse og kvalitet i nyfødteintensivavdelinger vil utløse for nyfødteintensivavdelingen ved Nordlandssykehuset, premature og andre akutt syke nyfødte i Nordland og i Helse Nord. Etter vår oppfatning er det svært gode grunner til at nyfødteintensiv ved Nordlandssykehuset fortsetter å ha behandlingstilbud tilsvarende nivå 3b i dag, med premature fra uke 26 og alle andre aspekter ved intensivbehandling av nyfødte

Vi ber derfor om at forslaget ikke vedtas slik det ligger nå, men at organiseringen av nyfødteintensivavdelingene videre føres slik den er nå, i alle fall for Helse Nord.

Kapittel 1 – God behandling med etisk refleksjon til barnets beste	Kommentarer til anbefalingene
1) Behandling av syke nyfødte bør tilpasses det enkelte barnet, være til barnets beste og inkludere etisk refleksjon og vurdering	
Kapittel 2 – Nasjonal organisering av avdelinger for syke nyfødte	Kommentarer til anbefalingene
1) Alle helseforetak med kvinneklinikk bør ha en avdeling for syke nyfødte	
2) Avdelinger for syke nyfødte bør inndeles i kategorier basert på sykdomsgrad og behandlingsbehov	

3) Det bør kun være en 3 c avdeling i hver helseregion	Bør opprettholde kategori 3b, i alle fall for helse Nords vedkommende, og nordlandssykehuset bør opprettholde dagens tilbud.
4) Kompetansekrav for å oppnå nytt behandlingsnivå	
Kapittel 3 – Bemanning og kompetanse ved avdelinger for syke nyfødte	Kommentarer til anbefalingene
1) Bemanningsnorm for avdelinger for syke nyfødte	
2) Nyfødtavdelinger bør planlegge bemanning slik at risiko	
3) for personellmangel unngås	
4) Kompetanse i kategori 2-avdelinger (behandler barn etter uke 32 vanligvis > 1800 g)	
5) Kompetanse i kategori 3a-avdelinger (behandler premature barn fra uke 28.0, vanligvis >1200 g)	
6) Kompetanse i kategori 3 c-avdelinger (behandler alle grupper premature nyfødte)	Støttes, men bør opprettholde kategori 3b. Nordlandssykehuset bør beholde dagens tilbud.
Kapittel 4 – Kvalitetsindikatorer i nyfødtavdelinger	Kommentarer til anbefalingene
1) Norsk nyfødtmedisinsk kvalitetsregister bør benyttes av alle nyfødtavdelinger og være et register som bidrar i arbeidet med nasjonale kvalitetsindikatorer	
2) Det innføres nasjonale kvalitetsindikatorer for nyfødtavdelinger	
3) Regionsforetakene bør følge opp kvalitet i nyfødtavdelingene	
Kapittel 5 – Samarbeid mellom behandlingsnivåer i nyfødtmedisin	Kommentarer til anbefalingene
1) Samarbeid om enkelt-pasienter og behandlingsretningslinjer	
2) Samarbeid ved overflytting mellom behandlingsnivåer	

3) Samarbeid om opplæring og forskning	
4) Avdelinger bør samarbeide om pasienter med behov for kompetanse fra nasjonale behandlingssentra	
Kapittel 6 – Foreldre er en viktig del av behandlingsteamet for syke nyfødte	Kommentarer til anbefalingene
1) Foreldre bør være en viktig del av behandlingsteamet	
2) Foreldre med kritisk syke barn skal sikres praktisk og økonomisk mulighet til å være sammen med barnet sitt	
3) Foreldre skal tilbys samtaler med personale utenfor nyfødtavdelingen	
4) Foreldre til syke nyfødte i nyfødtintensivavdeling bør få tilbud om oppfølging av barnets helsetilstand	