



<i>Møtetype</i>	Workshop/Arbeidsgruppemøte – Arbeidsgruppe 1
<i>Møtedato</i>	17.05.12
<i>Møtested</i>	Mo i Rana
<i>Tilstede</i>	Gunnleiv Birkeland, Stefan Dehof, Istvan Gàl, Svein Arne Monsen, Tore Dahl, Anne Sofie Tverbakk, Ida S. Berg, Dag Utnes, Fred A. Mürer (leder og ref). Arnt Ove Okstad (WSP), Katrine P. Sanila (WSP), Øystein Berge (?) (Cowi), var tilstede under deler av møtet. Forfall: Mette Lindegaard

Sak	Tema	Ansvar	Frist
	Info om at Reidar Berntsen har trukket seg fra prosjektgruppen		
	Gjennomgang av referat fra forrige møte		
	<p>Tema for dagens workshop/arbeidsgruppemøte:</p> <ul style="list-style-type: none">• Eventuelle suppleringer for planprogrammet med fokus på konsekvensutredning 1 (KU1)• Eventuelle suppleringer eller kommentarer på tema under helsefaglige utredninger• (Kommentarer på rapportene så langt , kvalitetssikring og faktagrunnlag)• Oppsummering fra gruppelederne <p>Punkter fra diskusjonen i gruppen: Mandatet - framskrivinger. Framskrivning av pasientgrunnlag fra utviklingsplanen. Justering og kvalitetssikring foretatt i 2016. Bør hentes fram igjen ifbm helsefaglige utredninger.</p> <p>Rapport Anbefalinger av utredningsalternativer – «Grovsilingsrapporten»</p> <ul style="list-style-type: none">• Flere av gruppens medlemmer ga uttrykk for at det som ble anført i forrige møte 17.03 fortsatt var gjeldende. Fortsatt ikke god nok dokumentasjon til å si at det ikke er særskilte grunner til å ta med Hemnes og Leirfjord i KU 1. Transportberegningene inneholder fortsatt ikke beregninger vedr akutttransport og Sandnessjøen/Leirfjord/Mosjøen bør ses som ett arbeidsmarked, der pendleravstand kan være 25-30 min. Det ble vist til andre sykehusprosjekter med slike avstander (Østfold, Møre og Romsdal). Etterlyst evaluering/vurdering fra disse.• Pendling/reiseavstand –hva er akseptabelt. Flere av gruppens medlemmer mente at ca 25 min var akseptabelt ift at rapporten anga det som gjennomsnittlig reisevei i landet. «Tvungen/frivillig» pendling ble også diskutert, pendlervillighet kan være ulik i landet.• Hemnes eller Leirfjord som lokalisasjon vil kunne redusere antall DMS'er – gunstig økonomisk.		

	<p>Rapport Planprogram for idéfasen. Ikke innspill til nye emner i KU1, men bør presiseres at Helgelandssykehusets behov = pasientenes behov (4. emne i tabell KU 1, kap 6)</p> <p>Helsefaglige utredninger Flere måter å systematisere emnene, jfr foil 2 og 4 i foilene til arbeidsgruppene. Andre emner som foreslås tatt med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forskning og innovasjon • Telemonitorering/telemedisin • Prehospital tjeneste <ul style="list-style-type: none"> ○ Samhandling inhosptalt/prehospital ○ Avstand til definitiv behandling (f.eks. PCI, trombektomi v/hjerneslag, traumebehandling) • Vaktberedskap (utvikling/vurdering) • Samhandling somatikk/psykisk helse/rus • Samhandling om beredskap • Brukertjenester (brukerkontor, senter etc) • Pasientens helsetjeneste med økte pasientrettigheter • Elektronisk pasientjournal (EPJ) med elektronisk kurve, beslutningsstøtte, brukergrensesnitt med økte tilganger for pasientene <p>Punktene fra diskusjonene i arbeidsgruppen ble presentert i plenum av gruppeleder.</p>		

Vedlegg:

- Referat arbeidsgruppemøte 17.03.2017