



# Styremøte

Innkalling med sakspapirer

19. mai 2016 kl. 8.00 – 12.30

Sted:  
Radisson Blu Hotell Bodø

Saker til behandling:

| Saksnummer | Saksnavn                                                              | Side |
|------------|-----------------------------------------------------------------------|------|
| 24 - 2016  | Godkjenning av innkalling og saksliste                                | 1    |
| 25 - 2016  | Godkjenning av protokoll fra styremøte 15. mars 2016                  | 2    |
| 26 - 2016  | Tema: Styrearbeid i helseforetak/Sykehusapotek Nord HF                | 11   |
| 27 - 2016  | Virksomhetsrapport per april og rapport for 1. tertial                | 39   |
| 28 - 2016  | Risikovurdering overordnede risikomål                                 | 58   |
| 29 - 2016  | Informasjonssikkerhet ROS-analyse                                     | 105  |
| 30 - 2016  | Saker til informasjon                                                 | 136  |
|            | <i>Fra direktør:</i>                                                  |      |
|            | 1. Utredning nasjonalt sykehusapotekforetak                           |      |
|            | 2. Lokaler og utstyr                                                  |      |
|            | 3. Hemmelige legemiddelpriser                                         | 137  |
|            | 4. Prosjektrapport om legemiddelleveranser til Helgelandssykehuset HF |      |
|            | 5. Lønnsoppgjøret 2016                                                |      |
|            | 6. Ka'skjer april/mai 2016                                            | 138  |
| 31 - 2016  | Eventuelt                                                             |      |
|            | 1. Evaluering av møtet                                                |      |



Styrets medlemmer i Sykehusapotek Nord  
Observatør fra brukerutvalget i Sykehusapotek Nord

Deres ref.:

Vår ref.:  
2016/67

Dato:  
12.05.2016

### **Innkalling til styremøte i Sykehusapotek Nord HF 19. mai 2016**

I henhold til tidligere avtalt møteplan og i samråd med styreleder, innkalles med dette til styremøte i Sykehusapotek Nord HF torsdag 19. mai 2016 kl. 8.00-12.30.

Møtet avholdes på Radisson Blu Hotell i Bodø.

Styremøtet vil ved behov bli lukket for offentligheten for behandling av saker og/eller orienteringer som er unntatt offentlighet.

Saksdokumenter er vedlagt.

Forfall meldes Sykehusapotek Nord på telefon 77 62 62 56 eller på e-post til [foretak@sykehusapotek-nord.no](mailto:foretak@sykehusapotek-nord.no).

Med vennlig hilsen

Björg Helene Jenssen  
styreleder

Espen Mælen Hauge  
direktør



| <b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b> |                                        |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------|
| Styresak nr:                                  | 24 – 2016                              |
| Møtedato:                                     | 19. mai 2016                           |
| Saksbehandler:                                | Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen |

I samråd med styreleder er følgende saksliste satt opp til styremøtet 19. mai 2016:

| Saksnummer | Saksnavn                                                              | Side |
|------------|-----------------------------------------------------------------------|------|
| 24 - 2016  | Godkjenning av innkalling og saksliste                                | 1    |
| 25 - 2016  | Godkjenning av protokoll fra styremøte 15. mars 2016                  | 2    |
| 26 - 2016  | Tema: Styrearbeid i helseforetak/Sykehusapotek Nord HF                | 11   |
| 27 - 2016  | Virksomhetsrapport per april og rapport for 1. tertial                | 39   |
| 28 - 2016  | Risikovurdering overordnede risikomål                                 | 58   |
| 29 - 2016  | Informasjonssikkerhet ROS-analyse                                     | 105  |
| 30 - 2016  | Saker til informasjon                                                 | 136  |
|            | <i>Fra direktør:</i>                                                  |      |
|            | 1. Utredning nasjonalt sykehusapotekforetak                           |      |
|            | 2. Lokaler og utstyr                                                  |      |
|            | 3. Hemmelige legemiddelpriser                                         | 137  |
|            | 4. Prosjektrapport om legemiddelleveranser til Helgelandssykehuset HF |      |
|            | 5. Lønnsoppgjøret 2016                                                |      |
|            | 6. Ka'skjer april/mai 2016                                            | 138  |
| 31 - 2016  | Eventuelt                                                             |      |
|            | 1. Evaluering av møtet                                                |      |

#### *Direktørens innstilling til vedtak:*

*Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte den 19. mai 2016.*

Espen Mælen Hauge  
direktør



|                                                             |                                        |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 15. mars 2016</b> |                                        |
| Styresak nr.:                                               | 25 – 2016                              |
| Møtedato:                                                   | 19. mai 2016                           |
| Saksbehandler:                                              | Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen |

*Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner protokoll fra styremøtet 15. mars 2016.*

Espen Mælen Hauge  
Direktør



# Protokoll

---

**Møtetype:** Styremøte i Sykehusapotek Nord

**Tidspunkt:** 15. mars 2016 kl. 9.45 – 16.00

**Møtested:** Helgelandssykehuset Mo i Rana

**Tilstede:** Anne Helen Hansen, styreleder  
Jan Norum, styrets nestleder  
Kristin Larssen, styremedlem  
Svein Iversen, styremedlem  
Björg Helene Jenssen, styremedlem  
Margit Steinholt, styremedlem  
Sissi Lundblad, styremedlem

**Observatør:** Martin Moe, leder av brukerutvalget

**Fra administrasjonen:**

Espen Mælen Hauge, direktør  
Helge K. Kjerulf Pettersen, økonomisjef  
Margaret Aarag Antonsen, fagsjef

**Fra Helgelandssykehuset:**

Per Martin Knutsen, administrerende direktør – deltok under sak 14

---

Sakene ble behandlet i følgende rekkefølge:  
12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 18, 19, 21, 22 og 23.

## **Sak 12/16 Godkjenning av innkalling og saksliste**

*Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte 15. mars 2016..*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte 15. mars 2016.

## **Sak 13/16 Godkjenning av protokoll fra styremøte 4. februar 2016**

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøte 4. februar 2016.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

### *Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøte 4. februar 2016.

## **Sak 14/16 Tema: Samarbeid med Helgelandssykehuset**

Administrerende direktør for Helgelandssykehuset HF, Per Martin Knutsen, deltok under behandlingen av denne saken.

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF gjennomførte diskusjoner rundt samarbeidet med Helgelandssykehuset.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

### *Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF gjennomførte diskusjoner rundt samarbeidet med Helgelandssykehuset.

## **Sak 15/16 Godkjenning av årsregnskap 2015**

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord fastsetter det fremlagte årsregnskapet for 2015 bestående av resultatregnskap, balanse, kontantstrøm, noter og årsberetning, samt disponering av årsresultat, som Sykehusapotek Nords årsregnskap for 2015.*

*Direktørens fremmet følgende endrede innstilling til vedtak:*

---

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF innstiller overfor foretaksmøtet at det fremlagte årsoppgjør med resultatregnskap, balanse, kontantstrøm, noter og årsberetning, samt disponering av årsresultat, fastsettes som Sykehusapotek Nord HF's regnskap for 2015.
2. Styret innstiller overfor foretaksmøtet at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnfastsettelse.
3. Styrets beretning 2015 vedtas.

Direktørens endrede innstilling ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF innstiller overfor foretaksmøtet at det fremlagte årsoppgjør med resultatregnskap, balanse, kontantstrøm, noter og årsberetning, samt disponering av årsresultat, som Sykehusapotek Nord HF's regnskap for 2015.
2. Styret innstiller overfor foretaksmøtet at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnfastsettelse.
3. Styrets beretning 2015 vedtas.

## **Sak 16/16 Virksomhetsrapport per januar og februar 2016**

*Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapportene for januar og februar 2016 til orientering.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapportene for januar og februar 2016 til orientering.

## **Sak 17/16 Årlig melding 2015 til Helse Nord**

*Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar vedlagte melding som Sykehusapotek Nord HF's årlige melding til Helse Nord RHF for 2015.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

#### *Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar vedlagte melding som Sykehusapotek Nord HFs årlige melding til Helse Nord RHF for 2015.

### **Sak 18/16    Innspill til plan 2017-2020, inkludert rullering av investeringsplan 2017-2024**

#### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

1. *Styret for Sykehusapotek Nord vedtar denne saken som styrets innspill til plan- og budsjettarbeid i Helse Nord for 2017-2024.*
2. *Styret ber om at Sykehusapotek Nord får følgende investeringsrammer:  
2016: 3,9 millioner  
2017: 13 millioner  
2018: 3 millioner  
2019: 3 millioner  
2020: 3 millioner*
3. *Styret for Sykehusapotek Nord ber om at Helse Nord tar opptrappingsplanen for klinisk farmasi til følge, og legger opptrapping av klinisk farmasi inn i Helse Nords plan for 2017- 2020.*
4. *Styret for Sykehusapotek Nord ber om at Helse Nord RHF vurderer finansiering og gjennomføring av ny organisasjonsmodell med klinisk farmasøyt på Intensiv og oppvåkningsavdelingen ved UNN Tromsø, og tar dette tiltaket inn i Helse Nords plan for 2017-2020.*

#### *Direktørens fremmet følgende endrede innstilling til vedtak:*

---

1. *Styret for Sykehusapotek Nord vedtar denne saken som styrets innspill til plan- og budsjettarbeid i Helse Nord for 2017-2024.*
2. *Styret ber om at Sykehusapotek Nord får følgende investeringsrammer:  
2016: 3,9 millioner  
2017: 13 millioner  
2018: 3 millioner  
2019: 3 millioner  
2020: 3 millioner*
3. *Styret for Sykehusapotek Nord ber om at Helse Nord RHF legger opptrapping av klinisk farmasi inn i Helse Nords plan for 2017- 2020.*

*Endelig vedtak:*

---

1. Styret for Sykehusapotek Nord vedtar denne saken som styrets innspill til plan- og budsjettarbeid i Helse Nord for 2017-2024.
2. Styret ber om at Sykehusapotek Nord får følgende investeringsrammer:  
2016: 3,9 millioner  
2017: 13 millioner  
2018: 3 millioner  
2019: 3 millioner  
2020: 3 millioner
3. Styret for Sykehusapotek Nord ber om at Helse Nord RHF legger opptrapping av klinisk farmasi inn i Helse Nord's plan for 2017- 2020.

## **Sak 19/16 Oppdragsdokumentet 2016**

*Direktørens innstilling til vedtak:*

---

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tar Oppdragsdokument 2016 til etterretning.
2. På vegne av styret i Sykehusapotek Nord HF har direktøren i Sykehusapotek Nord ansvar for gjennomføring av kravene som er stilt i oppdragsdokumentet.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tar Oppdragsdokument 2016 til etterretning.
2. På vegne av styret i Sykehusapotek Nord HF har direktøren i Sykehusapotek Nord ansvar for gjennomføring av kravene som er stilt i oppdragsdokumentet.

## Sak 20/16 Forslag til opptrappingsplan klinisk farmasi

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF ber direktøren innarbeide de innspill til opptrappingsplanforslaget som fremkom i møtet i et nytt, endelig forslag til opptrappingsplan for klinisk farmasi i Helse Nord. Opptrappingsplanen oversendes til det regionale helseforetaket for videre oppfølging.
2. Styret for Sykehusapotek Nord HF tilrår at utprøving av en ny organisasjonsmodell med klinisk farmasøyt på Intensiv- og oppvåkningsavdelingen ved UNN HF, fremsettes som et prioritert tiltak i Helse Nord planprosesser, og som en opptakt til farmasiplanen.

Direktøren trekker punkt 1.

### *Styremedlem Bjørg Helene Jenssen fremmet følgende forslag til nytt punkt 1:*

---

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF har fått seg forelagt utkast til opptrappingsplan for klinisk farmasi. Styret ber direktøren innarbeide de innspill som fremkom i styremøtet. Nytt utkast til opptrappingsplanen for klinisk farmasi oversendes Helse Nord RHF for videre oppfølging.

Styremedlem Bjørg Helene Jenssens forslag til punkt 1 og direktørens innstilling til punkt 2 ble enstemmig vedtatt.

### *Endelig vedtak:*

---

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF har fått seg forelagt utkast til opptrappingsplan for klinisk farmasi. Styret ber direktøren innarbeide de innspill som fremkom i styremøtet. Nytt utkast til opptrappingsplanen for klinisk farmasi oversendes Helse Nord RHF for videre oppfølging.
2. Styret for Sykehusapotek Nord HF tilrår at utprøving av en ny organisasjonsmodell med klinisk farmasøyt på Intensiv- og oppvåkningsavdelingen ved UNN HF, fremsettes som et prioritert tiltak i Helse Nord planprosesser, og som en opptakt til farmasiplanen.

## **Sak 21/16 Sluttrapport for SamStem-prosjektet – regional innføring av legemiddelsamstemming i Helse Nord**

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner sluttrapport for SamStem-prosjektet, regional innføring av samstemming av legemiddellister i Helse Nord.*

### *Styreleder fremmet følgende forslag til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner sluttrapport for SamStem-prosjektet, regional innføring av samstemming av legemiddellister i Helse Nord. Styret er fornøyd med at samstemming av legemiddellister videreføres ut over prosjektperioden.*

Styreleders forslag ble enstemmig vedtatt.

### *Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner sluttrapport for SamStem-prosjektet, regional innføring av samstemming av legemiddellister i Helse Nord. Styret er fornøyd med at samstemming av legemiddellister videreføres ut over prosjektperioden.

## **Sak 22/16 Saker til informasjon**

*Fra direktør:*

1. Risikostyringspolicy
2. Veiledning om smertestillende til mindreårige kunder (NRK forbrukerinspektørene)
3. Nye nettsider
4. Inhalasjonsveiledning i apotek
5. Styreseminar 14-15. september, endring av sted
6. Oppdaterte vedtekter for Sykehusapotek Nord HF
7. Ka'skjer mars 2016
8. (Ny) Prosjekt utredning av felles nasjonalt sykehusapotekforetak
9. (Ny) Status driftssituasjonen ved Sykehusapoteket i Bodø
10. (Ny) Oppsigelse av kommunale rådgivningsavtaler i Nord-Troms

### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonssakene til orientering.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

## **Sak 23/16 Eventuelt**

Punkter til oppfølging:

- Samarbeid med kommunene – hvordan oppfylle Sykehusapotek Nords oppdrag
- Oppfølging av utredning om nasjonalt sykehusapotekforetak

Evaluerings av møtet.

- Bra å være på Helgeland og få møte administrerende direktør for Helgelandssykehuset.
- Kunne fått møtt en av Sykehusapotek Nords farmasøyter og representant for brukerne på Helgelandssykehuset for å høre deres erfaring med tjenesten
- Gode sakspapirer
- Gode forberedelser til møtet
- Gode innspill og diskusjoner i styret





|                |                                                                                                    |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tema:</b>   | <b>Styrearbeid i helseforetak/Sykehusapotek Nord HF</b>                                            |
| Styresak nr.:  | 26 – 2016                                                                                          |
| Møtedato:      | 19. mai 2016                                                                                       |
| Saksbehandler: | Direktør Espen Mælen Hauge                                                                         |
| Vedlegg:       | Styrearbeid i helseforetak – god rolleforståelse og god rolleutøvelse.<br>Strategiplan 2016 - 2020 |

***Tema: Styrearbeid i helseforetak/Sykehusapotek Nord HF***

Under denne sak presenteres Sykehusapotek Nords rolle og ansvarsområder som en introduksjon til nytt styre. Presentasjonen tar utgangspunkt i Sykehusapotek Nords strategidokument og vedlagte brosjyre Styrearbeid i helseforetak, som ble gitt ut av Helse Nord RHF i 2012. Introduksjonen er også en innledning til diskusjon og forventningsavklaring. Hver styremedlem bes forberede en muntlig presentasjon av seg selv og hvilke forventninger de har til vervet som styremedlem i helseforetaket. Dette tas som en runde rundt bordet.

***Direktørens innstilling til vedtak***

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF drøftet forventningsavklaringer, rolleforståelse og rolleutøvelse som styre for helseforetak.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

# STYREARBEID I HELSEFORETAK

HELSE  NORD

- GOD ROLLEFORSTÅELSE OG GOD ROLLEUTØVELSE



# KVALITET TRYGGHET RESPEKT

Veilederen gir en kort orientering om styrearbeid i helseforetak, og den er ment som et bidrag til styrenes rolleforståelse og rolleutøvelse. Veilederen sammenfatter gjeldende rettsregler og gitte styringskrav, samt inneholder en omtale av styrearbeid som er av mer veiledende karakter. Veilederen er oppdatert pr. juli 2011, og den vil revideres ved behov. Veilederen er tilgjengelig i elektronisk versjon på [www.helse-nord.no](http://www.helse-nord.no).

# INNHALDSFORTEGNELSE

|                                                                                                     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Velkommen til styrearbeid i helseforetak                                                            | 6  |
| <b>1. INTRODUKSJON</b>                                                                              | 8  |
| 1.1 Helseforetaksmodellen                                                                           | 9  |
| 1.2 Samfunnsoppdraget                                                                               | 10 |
| 1.3 Samfunnsansvaret                                                                                | 11 |
| 1.3.1 Etikk - etiske retningslinjer                                                                 | 11 |
| <b>2. RAMMER FOR STATENS EIERSKAP</b>                                                               | 12 |
| 2.1 Konstitusjonelle rammer - politisk og konstitusjonelt ansvar                                    | 12 |
| 2.2 Kontakt mellom Stortinget og helseforetak                                                       | 12 |
| 2.3 Riksrevisjonens kontroll                                                                        | 12 |
| 2.4 Helseforetaksloven - rettslige rammer for Helse Nord RHF's eierstyring                          | 15 |
| 2.4.1 Fastsetting av vedtekter og oppnevning av styremedlemmer                                      | 16 |
| 2.4.2 Foretaksmøtet - foretakets øverste organ                                                      | 16 |
| 2.4.3 Oppdragsdokumentet - den helhetlige overordnede bestillingen                                  | 17 |
| 2.4.4 Oppfølgingsmøter mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene                       | 17 |
| 2.5 Regjeringens eierskapspolitikk ( <a href="http://www.eierpolitikk.no">www.eierpolitikk.no</a> ) | 18 |
| <b>3. STYRET - OG GOD VIRKSOMHETSSTYRING</b>                                                        | 20 |
| 3.1 Styret som kollegium                                                                            | 20 |
| 3.2 Styrets sammensetning (§§ 21-25)                                                                | 22 |
| 3.2.1 Eieroppnevnte styremedlemmer                                                                  | 22 |
| 3.2.2 Ansattevalgte styremedlemmer                                                                  | 22 |
| 3.2.3 Opplæring og støtte til nye styremedlemmer                                                    | 22 |
| 3.2.4 Tjenestetid, tidligere avgang m. m.                                                           | 24 |

|                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.2.5 Fastsettelse av styregodtgjørelse                                                               | 24 |
| 3.3 Styrene - rammer og viktige oppgaver for styrene                                                  | 24 |
| 3.3.1 Styrets forvaltningsansvar og tilsynsansvar                                                     | 24 |
| 3.3.2 Bruk av styrekomiteer/styreutvalg                                                               | 26 |
| 3.3.3 Internkontroll og risikostyring                                                                 | 26 |
| 3.3.4 Tilsetting og avlønning av daglig leder og andre ledende ansatte                                | 27 |
| 3.3.5 Rapportering til eier - årlig melding, årsregnskap og årsberetning                              | 28 |
| 3.3.6 Begrensinger i styrets kompetanse                                                               | 28 |
| 3.3.7 Representasjon og styreansvar                                                                   | 29 |
| <b>4. PRAKTISK STYREARBEID</b>                                                                        | 30 |
| 4.1 Styreleders særlige oppgaver                                                                      | 30 |
| 4.2 Styresekretær                                                                                     | 30 |
| 4.3 Strategi-, kontroll-, organiserings- og egenoppgaver                                              | 32 |
| 4.4 Mer om styrets egenoppgaver                                                                       | 32 |
| 4.4.1 Årsplan                                                                                         | 33 |
| 4.4.2 Instruks for styret og instruks for administrerende direktør                                    | 33 |
| 4.4.3 Styremøter og styrets arbeidsform                                                               | 35 |
| 4.4.4 Styredokumentene - styrets beslutningsgrunnlag                                                  | 35 |
| 4.4.5 Styreprotokoll og protokollasjon (Helseforetaksloven § 26 fjerde ledd)                          | 36 |
| 4.4.6 Styrets evaluering av egen virksomhet                                                           | 36 |
| 4.5 Forholdet til annen lovgivning                                                                    | 38 |
| 4.5.1 Regnskapsloven, krav til revisor                                                                | 38 |
| 4.5.2 Forvaltningsloven, offentleglova og arkivloven                                                  | 38 |
| <b>5. STYRELITTERATUR</b>                                                                             | 42 |
| <b>6. SENTRALE DOKUMENTER</b> <a href="http://www.bibsys.no">www.bibsys.no</a>                        | 42 |
| <b>7. SENTRALE LOVER, FORSKRIFTER OG AVTALER</b> <a href="http://www.lovdatab.no">www.lovdatab.no</a> | 43 |
| <b>8. AVTALER OG REGLEMENT</b>                                                                        | 43 |

# VELKOMMEN TIL STYREARBEID I HELSEFORETAK

## Kjære styremedlem!

**Takk for at du har tatt på deg vervet som medlem av styret i et helseforetak.**

Å delta i ledelse og styring av spesialisthelsetjenesten er et privilegium som innebærer ansvar for tjenestene til befolkningen, arbeidsgiverfunksjon for kompetente og engasjerte medarbeidere, å ha god kontakt med kommunene og helseforetakets omgivelser og ansvar for forvaltning av store offentlige ressurser. Spesialisthelsetjenesten er en kompleks sektor som de fleste vil lære mye av å komme i nær kontakt med.

Styremøte Sykehusapotek Nord HF  
19. mai 2016

Styrene i helseforetakene står ansvarlig for helseforetakets samlede virksomhet overfor Helse Nord RHF som eier samtlige helseforetak i Helse Nord på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Nord RHF har det såkalte "sørge-for-ansvaret". Det betyr å sikre at befolkningen har tilgang til nødvendige helsetjenester. Helseforetaket har, innenfor nærmere angitte rammer, ansvar for at tjenestene leveres til befolkningen.

Styrene har medlemmer med ulik bakgrunn. Sammen skal styremedlemmene gjennom en konstruktiv bruk av den samle-

de kompetansen og i et konstruktivt samspill med helseforetakets administrasjon og Helse Nord RHF realisere sitt oppdrag. Verdien trygghet, kvalitet og respekt er et godt fundament for det arbeidet som skal gjøres på ulike nivå i virksomheten, også i helseforetakets styre. Helse Nord har som sitt slagord "samarbeid framfor konkurranse". Dette perspektivet er det viktig at styrene har med seg i sitt arbeid.

Helse Nord RHF vil oppfordre styremedlemmene til aktivt engasjement i arbeidet til beste for en tjeneste samfunnet er avhengig og opptatt av. Denne veilederen

skal være et grunnlag for rolleforståelse og ikke minst intern diskusjon i styret for stadig å utvikle bevisstheten om oppdraget.

Lykke til – dere gjør en forskjell!

Beste hilsen



**Bjørn Kaldhol**  
Styreleder Helse Nord RHF





**Grunnpilaren i helsepolitikken er en offentlig styrt helsetjeneste som skal gi hele befolkningen likeverdig tilgang til gode helsetjenester – uansett sosial og økonomisk status eller bosted. Regjeringen mener helseforetaksmodellen er den organisasjonsform som i dag ivaretar denne verdien på best mulig måte (politisk plattform for flertallsregjeringen).**

Helseforetaksmodellen ble innført i 2002 gjennom Lov om helseforetak m.m. (Ot. prp. nr. 66 (2000-2001). Dette innebar at eierskapet til sykehusene ble overført fra 19 fylkeskommuner til staten, etter 30 år med fylkeskommunalt eierskap. Sykehusene ble overført til staten 19. mai 2016.

husene ble organisert som selvstendige rettssubjekter i form av helseforetak med egne styrever. Det statlige eierskapet styrker statens formelle styringsposisjon i spesialisthelsetjenesten ved at eierrollen kommer i tillegg til statens øvrige roller, som politikktutformer, finansør (bestiller), myndighetsutøver og tilsynsmyndighet.

”Slagordet” for helseforetaksmodellen var sterkere nasjonal politisk styring og en myndiggjøring av det utøvende ledd (helseforetakene).

Et sentralt punkt i modellen var å få til en fornuftig ”bro” mellom politisk styring og selve tjenesteutføringen. For dette formål

ble de regionale helseforetakene (RHF) etablert. De regionale helseforetakene ble gitt en viktig formidlings- og koordinerende rolle mellom det nasjonale politiske nivået og helseforetakene som det utøvende ledd.

De regionale helseforetakene har to viktige roller: De har et sørge-for ansvar for befolkningen og eier helseforetakene i helseregionen (helseforetaksloven § 1). Sørge-for ansvaret innebærer å sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys en forsvarlig, tilrettelagt og god spesialisthelsetjeneste (spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a). De regionale helseforetakene skal gjennomføre sitt sørge-for ansvar innen-

for de rammer og krav som foreligger – gjennom bruk av egne helseforetak eller ved kjøp av tjenester fra private aktører.

Helseforetakene er den virksomhet som leverer hovedmengden av tjenester til innbyggerne. Helseforetakenes hovedfokus er ment å være selve tjenesteleveransen, dens innhold, kvalitet og effektivitet.

Helse Nord er den offentlige spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge og på Svalbard. Foretaksgruppen Helse Nord består av et regionalt helseforetak og fem helseforetak – som følger: Helse Finnmark HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Sykehusapotek Nord HF, Nordlandssykehuset HF og Helgelands-sykehuset HF.

Pasientgrunnlaget i regionen er ca. 465 000, og foretaksgruppen har ca. 12 500 ansatte.

## 1.2 SAMFUNNSOPPDRAGET

**Formålet med statens sektorpolitiske eierskap er å ha et sektorpolitisk virkemiddel, for å oppnå sektorpolitiske mål på oppdrag spesifisert fra eier og samtidig drive kostnadseffektivt.**

Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet eier de fire regionale helseforetakene. De fire regionale helseforetakene eier sine respektive underliggende helseforetak. Helseforetaksloven fastsetter de rettslige rammene for organiseringen av de regionale helseforetakene og helseforetakene (§§ 1-4). Statens eierskap til de regionale helseforetakene er et sektorpolitisk eierskap.

En sentral og ofte uttrykt målsetting er at det statlige eierskapet skal sikre helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og god ressursbruk for å ivareta og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester til befolkningen, samt legge til rette for forskning, undervisning og innovasjon. Dette er helseforetaksmodellens spesifikke samfunnsoppdrag.

Styremøte Sykehusapotek Nord HF  
19. mai 2016

## 1.3 SAMFUNNSANSVARET

**I tillegg til det spesifikke samfunnsoppdraget har helseforetakene et mer generelt samfunnsansvar.**

Regjeringen har i sin eierskapspolitikk (se pkt 0) uttrykt klare forventninger til at statlig eide virksomheter skal være ledende i arbeidet med samfunnsansvar (Corporate Social Responsibility, CSR). Kravet til samfunnsansvar følger også av Statens prinsipper for godt eierskap. Å vise samfunnsansvar innebærer å forholde seg åpent til alle som har legitime interesser til virksomheten, og å drive virksomheten slik at den gir et positivt bidrag til samfunnet.

I eierskapspolitikken er det formulert forventninger om samfunnsansvar til fire hovedområder knyttet til menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter, arbeid mot korrupsjon, samt miljø og klima. De regionale helseforetakene og helseforetakenes samfunnsansvar innebærer et ansvar for hvordan virksomheten virker inn på disse områdene enten det gjelder kjøp av tjenester eller effekter av egen virksomhet.

Styret har et overordnet ansvar i forhold til helseforetakets samfunnsansvar, mens den praktiske utøvelsen tilligger daglig leder. Styret må sørge for at det etableres gode rutiner eller retningslinjer for å ivareta

samfunnsansvaret. I foretaksmøte i Helse Nord RHF, den 26. januar 2011, er det stilt krav til at styret og daglig leder er kjent med kravene til samfunnsansvar, og at virksomheten håndterer dette på en fremtidsrettet måte, som del av sin operasjonelle og strategiske virksomhetsstyring.

### 1.3.1 Etikk – etiske retningslinjer

**Det er uttrykt en klar forventning til at statlig eide virksomheter skal ha fastsatt etiske retningslinjer som en del av sitt samfunnsansvar. Etiske retningslinjer setter generelle normer og prinsipper for etisk ansvarlig opptreden.**

De regionale helseforetakene og helseforetakene forvalter sentrale velferdsgoder for befolkningen, og det er grunnleggende viktig at både ansatte og styremedlemmer har den nødvendige tillit i offentligheten. I foretaksmøte i Helse Nord RHF, den 26. januar 2011, er det stilt krav til at de regionale helseforetakene og helseforetakene skal ha etiske retningslinjer, som er kjente og tilgjengelige på foretakets hjemmeside på internett. De etiske retningslinjene skal gjelde de ansatte, og så langt de passer også styremedlemmer og andre som representerer helseforetaket.

**Mer om våre etiske retningslinjer, se: [www.helse-nord.no/etikk](http://www.helse-nord.no/etikk)**



**Helseforetaksmodellen innebærer at de regionale helseforetakene og helseforetakene er egne rettssubjekter. Dette stiller krav til hvordan politiske føringer og øvrige styringskrav kommuniseres, og hvordan og i hvilken grad det bør gripes inn i virksomhetenes drift.**

## 2.1 KONSTITUSJONELLE RAMMER - politisk og konstitusjonelt ansvar

Det statlige eierskapet reguleres av Grunnloven § 19, der det fremgår at det er regjeringen som forvalter statens aksjer og eierskap i statsforetak og andre selskap, som f. eks. de regionale helseforetakene.

I henhold til Grunnloven § 12 tredje ledd er forvaltningen av eierskapet delegert til det departementet virksomheten hører inn under. For de regionale helseforetakene er dette Helse- og omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgsministerens forvaltning av eierskapet til de regionale helseforetakene utøves under politisk (parlamentarisk) og konstitusjonelt ansvar<sup>1</sup>.

1) Det parlamentariske ansvaret for statsrådene overfor Stortinget for eget departementsvirksomhet. Det parlamentariske ansvar kan gjøres gjeldende overfor den enkelte statsråd eller for regjeringen som kollegium (mistillitsvotum). Det konstitusjonelle ansvaret er statsrådets strafferettslige ansvar for brudd på grunnlov og lov (ansvar for riksretten). Det konstitusjonelle ansvar er et individuelt ansvar for den enkelte statsråd.

statsråd eller for regjeringen som kollegium (mistillitsvotum). Det konstitusjonelle ansvaret er statsrådets strafferettslige ansvar for brudd på grunnlov og lov (ansvar for riksretten). Det konstitusjonelle ansvar er et individuelt ansvar for den enkelte statsråd.

## 2.2 KONTAKT MELLOM STORTINGET OG HELSEFORETAK

En konsekvens av Grunnlovens § 12 er at Stortinget ikke står i noe direkte forhold til selskapene. Det skal imidlertid legges til rette for at Stortinget og stortingsrepresentantene får den informasjon de etterspør. Som følge av at de regionale helseforetakene eier helseforetakene, skal kontakten mot helseforetakene alltid kanaliseres gjennom det regionale helseforetaket. Som følge av statsrådets politiske og konstitusjonelle ansvar, skal Helse- og omsorgsdepartementet være informert om slik kontakt, og informeres i forkant om avtalte møter.

## 2.3 RIKSREVISJONENS KONTROLL

Riksrevisjonen fører kontroll med statsrådets (Helse- og omsorgsdepartementets) forvaltning av det statlige eierskapet. Riksrevisjonen kan foreta undersøkelser i regionale helseforetak, helseforetak og heleide datterselskap etter riksrevisjonsloven og instruks fastsatt av







Styremøte Sykehusapotek Nord HF  
19. mai 2016

Foto: Jan Fredrik Frantzen, UNN

Stortinget (§ 45). Riksrevisjonen har rett til å kreve de opplysninger den finner påkrevd for sin kontroll, både fra foretaket selv og fra revisor, eventuelt selv foreta undersøkelser (Riksrevisjonsloven § 12). Formålet med Riksrevisjonenes kontroll er å undersøke om statsrådets forvaltning av eierskapet og statens interesser er i overensstemmelse med Stortingets vedtak og forutsetninger. Riksrevisjonen skal på den måten bidra til at fellesskapets midler og verdier blir forvaltet og brukt slik Stortinget har bestemt.

Riksrevisjonen foretar årlige selskapskontroller og forvaltningsrevisjoner i foretakene. Resultatet av den årlige selskapskontrollen og resultatet av forvaltningsrevisjoner rapporteres til Stortinget i henholdsvis Dokument 3:2 og Dokument 3-serien.

Riksrevisjonen skal varsles om og har rett til å være til stede og tale på foretaksmøtene (Riksrevisjonsloven § 13).

I saker som Riksrevisjonen vurderer å legge fram for Stortinget er dokumentene underlagt utsatt offentlighet. Dette betyr at dokumentene først kan offentliggjøres, når saken er mottatt i Stortinget (offentleglova § 5, riksrevisjonsloven § 18 andre ledd).

## 2.4 HELSEFORETAKSLOVEN

### - rettslige rammer for Helse Nord RHF's eierstyring

Helse Nord RHF vil i sin eierstyring av helseforetakene forholde seg til de rammer og mål som er fastsatt av Stortinget og videreført av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom Oppdragsdokument og protokoller fra foretaksmøtene. Disse rammer og mål blir videreutviklet av Helse Nord RHF gjennom for eksempel fastsetting av strategier, planer, budsjetter mv. og danner grunnlaget for den eierstyring som utøves i forhold til helseforetakene.

Helseforetaksloven fastsetter de rettslige rammene for eiers, styrets og administrerende direktørs myndighet. Helse Nord RHF's eierstyring skal skje gjennom

- fastsetting av vedtekter
- oppnevning av styremedlemmer
- oppdragsdokument som overleveres hvert år til helseforetakene
- gjennom enkeltstående vedtak i foretaksmøter

Eierstyringen skal skje i henhold til disse formalkravene:

#### 2.4.1 Fastsetting av vedtekter og oppnevning av styremedlemmer

Den regionale eierstyringen skjer ved at overordnede og langsiktige styringskrav gis i helseforetakenes vedtekter. Vedtektene for helseforetakene ble fastsatt i stiftelsesvedtaket (§§ 10, 11). Endringer i vedtektene fastsettes av foretaksmøtet (§ 12).

I tillegg skjer den regionale eierstyringen ved oppnevning av styremedlemmer i styrene for helseforetakene (§ 21). Nærmere orientering om rammer og prosess i forbindelse med oppnevning av styremedlemmer omtales under pkt 3.2.

#### 2.4.2 Foretaksmøtet – foretakets øverste organ

Foretaksmøtet er omtalt i helseforetaksloven kapittel 5 og vedtektene. Foretaksmøtet er helseforetakets øverste organ. Eier kan ikke utøve eierstyring utenom foretaksmøtet (§ 16, første ledd).

I foretaksmøtet i helseforetakene er det Helse Nord RHF som er eier.

For helseforetakene (vedtektenes § 10):

- Skal det avholdes foretaksmøte i begynnelsen av februar hvert år, der Helse Nord RHF stiller organisatoriske og økonomiske styringskrav.
- Skal det avholdes foretaksmøte innen utgangen av juni måned hvert år for fastsettelse av årsregnskap, årsberetning (§ 43) og behandling av årlig melding (§ 34).
- Skal foretaksmøtet videre håndtere saker som ifølge lov, forskrift eller vedtekter hører under foretaksmøtet.
- Ytterligere foretaksmøter besluttet av Helse Nord RHF og kan avholdes ved behov.

#### Innkalling (§ 17)

Det er eier som innkaller til foretaksmøte, etter bestemmelsene i § 18. I foretaksmøtet innkalles og deltar styret og daglig leder. Revisor innkalles, dersom sakene som behandles tilsier det, eller dersom revisjonen krever det.

Riksrevisjonen skal varsles og har rett til å være til stede i foretaksmøtet i helseforetakene jf. helseforetaksloven § 45. Styreleder og daglig leder plikter å være til stede i foretaksmøte.

Dersom styreleder eller daglig leder har gyldig forfall, skal det utpekes

stedfortreder<sup>2</sup> fra henholdsvis styret eller administrasjonen (§ 17).

#### Møteledelse og protokoll (§ 19)

I foretaksmøte i helseforetakene er det styreleder for det regionale helseforetaket eller den hun/han gir fullmakt som åpner foretaksmøtet – for deretter å overlate møteledelsen til styreleder i helseforetaket. Det skal føres protokoll fra foretaksmøtet, som gjengir eiers vedtak. Er styremedlem eller daglig leder uenig i eiers vedtak, skal dette føres inn i protokollen. I etterkant av foretaksmøtene slutfører eier protokollen og oversender den til styreleder, daglig leder og revisor. Protokollen legges også ut på det regionale helseforetakets hjemmesider.

*2) Etter gjeldende praksis er det krav til utstedelser av fullmakt ved bruk av stedfortreder. Det er ikke krav til utstedelse av fullmakt dersom nestleder er stedfortreder for styreleder.*

#### 2.4.3 Oppdragsdokumentet – den helhetlige overordnede bestillingen

Den tjenesteleveransen som helseforetakene skal gi, er kompleks og omfatter forventninger til både leveransen (omfang og kvalitet) og krav til de rammer tjenesten leveres innenfor.

Helse Nord RHF har valgt å samle disse komplekse krav og forventninger i et eget dokument, oppdragsdokumentet, som sammen med protokollen fra foretaksmøtet i februar danner den helhetlige "bestillingen" til helseforetaket. Oppdragsdokumentet sendes ut så snart det regionale helseforetaket har mottatt oppdragsdokumentet fra Staten, og det stadfestes i foretaksmøtet.

#### 2.4.4 Oppfølgingsmøter mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene

Helse Nord RHF's formelle styring og eventuelle instruering av helseforetak skjer gjennom foretaksmøte. Dette er likevel ikke til hinder for kontakt og styringsdialog mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene utenom foretaksmøtet. Ved vurdering av arten og omfanget av slik kontakt, må det legges vekt på å etablere hensiktsmessige kommunikasjonsformer.

Det regionale helseforetaket skal følge opp helseforetakets evne til å levere de resultater som er forutsatt og utviklingen for øvrig. Som ledd i dette holder det regionale helseforetaket regelmessige oppfølgingsmøter med ledelsen (styret og daglig ledelse) i helseforetakene.

Dette skjer gjennom oppfølgings-/dialogmøter mellom adm. direktor<sup>20</sup>



tør i Helse Nord RHF og adm. direktør i helseforetaket samt gjennom møter mellom RHF-styret og HF-styrene, herunder styreledermøte. Helseforetakene vil i slike møter kunne bli bedt om å redegjøre for resultatutvikling, planavvik og tiltak for å nå krav som er satt i oppdragsdokument og foretaksmøter med hensyn til pasienttilbud (aktivitet og kvalitet) og økonomisk resultatutvikling. Videre informerer RHF-et helseforetakene om ulike forhold. Dette kan dreie seg om gjennomgang av den samlede resultatutviklingen i foretaksgruppen eller en orientering om strategiske spørsmål.

Videre har helseforetakene mulighet til å ta opp saker de ønsker å drøfte med Helse Nord RHF. Rammene for eierstyring er ikke til hinder for at eier kan ta opp forhold helseforetakene bør vurdere i tilknytning til sin virksomhet og utvikling. De synspunkter eier gir uttrykk for i slike møter er å betrakte som "innspill" til ledelsen i helseforetakene.

## 2.5 REGJERINGENS EIERSKAPSPOLITIKK ([www.eierpolitikk.no](http://www.eierpolitikk.no))

Staten er en stor eier, og har både forretningsmessige og sektorpolitiske eierskap. Som eier forvalter staten betydelige verdier på vegne av de berørte saksparter. 19. mai 2016

av fellesskapet. Dette stiller krav til at virksomhetene drives profesjonelt og ansvarlig.

Dokumentet "Regjeringens eierpolitikk" klargjør hvilke forventninger og krav regjeringen stiller til eier, styrer og ledelse i statlig eide virksomheter. Denne politikken er forankret i Stortinget gjennom behandlingen av eierskapsmeldingen (St meld nr 13 (2006-2007). Et aktivt og langsiktig eierskap). Ny eierskapsmelding som i stor grad viderefører eierpolitikken med enkelte justeringer ble fremlagt, den 1. april 2011.

Staten har videre utformet Statens prinsipper for godt eierskap, som er i tråd med allment aksepterte eierstyringsprinsipper. Prinsippene er først og fremst utformet for forretningsmessige eierskap, men har også relevans for sektorpolitiske eierskap.

I foretaksmøte i Helse Nord RHF, den 26. januar 2011, ble det lagt til grunn at styrene og ledelsen i helseforetakene er kjent med forventninger og krav som følger av regjeringens eierskapspolitikk. Informasjon om regjeringens eierpolitikk m. m. ble oversendt styreleder og adm. direktør i helseforetakene i Helse Nord i brev av 23. mars 2011.



**Styret i helseforetakene er for Helse Nord et av de viktigste virkemidlene for god virksomhetsstyring. Det finnes mange ulike definisjoner på hva god virksomhetsstyring eller corporate governance er. En definisjon er at corporate governance er interaksjonen mellom ulike aktører i styringen av en virksomhet mot måloppnåelse og verdiskapning.**

Ofte betraktes eier, styret og daglig leder som de viktigste aktørene. I tillegg kommer virksomhetens interessenter som f.eks. ansatte og brukere og deres organisasjoner, samarbeidsparter, leverandører, lokalt/regionalt nærmiljø, andre sektorer og øvrige omgivelser. God virksomhetsstyring omhandler rollefordelingen og spillet mellom eier, styret og daglig leder. God virksomhetsstyring omhandler også spillet mellom virksomheten og dens interessenter.

Helse Nord RHF ønsker som eier å legge til rette for god virksomhetsstyring. Helseforetaksmodellen bygger på en klar rollefordeling mellom eier, styre og daglig leder. Det er viktig at rettsregler, vedtekter, instruksjoner (for styret, for daglig leder), styringskrav m.m. som regulerer rollefordelingen er kjent og følges.

Det er også viktig at styret i helseforetakene samarbeider med sine interessenter, bl.a. i helseforetaksloven (§§ 35, 41), i vedtektene, foretaksmøtene og i kravene til samfunnsansvar.

## 3.1 STYRET SOM KOLLEGIUM

Styret er et kollegialt organ som treffer beslutninger i styremøter. Et kollegialt organ kjennetegnes ved at styrelederen ikke har instruksjonsmyndighet over styremedlemmene, og at det enkelte styremedlem ikke skal representere bestemte interesser eller grupper.

Styremedlemmer kan utsettes for sterke forventninger om å engasjere seg i enkeltsaker og enkelthensyn. Det kan være en krevende balansegang for styremedlemmet og også utfordre styret ved at oppmerksomhet rettes inn mot detaljer heller enn en strategisk og overordnet tilnærming.

Forutsetningen for at styret skal kunne opptre som et kollegium er at styremedlemmene har god forståelse av styrets rolle og formålet og rammene for virksomheten.



## 3.2 STYRETS SAMMENSETNING (§§ 21-25)

Helseforetakene forvalter viktige samfunnsoppgaver og store ressurser på vegne av fellesskapet. Styret skal sørge for at virksomheten oppnår mål på oppdrag fra eier og samtidig driver kostnadseffektivt.

Styret må settes sammen slik at det samlet sett har en kompetanse som står i forhold til de oppgavene styret har, og de utfordringene helseforetaket står overfor. Styrets sammensetning skal bidra til at styret kan balansere ulike interesser og ta en aktiv rolle for å drifte og utvikle spesialisthelsetjenesten og samtidig sikre at dette skjer i tråd med nasjonal helsepolitikk.

Det forventes videre at styrene legger opp sitt arbeid slik at de gjennom gode prosesser sørger for både å bringe inn nødvendig kunnskap fra og formidle informasjon til relevante interessenter/miljøer. Styrene for helseforetakene består av både eieroppnevnte styremedlemmer og ansattevalgte styremedlemmer.

### 3.2.1 Eieroppnevnte styremedlemmer

Eieroppnevnte styremedlemmer i helseforetakene, herunder styreleder og nestleder, velges av (eier) foretaksmøtet (§ 21).

Fra 2006 (jfr. "Soria Moria 1"-plattform for regjeringssamarbeid mellom Ap, SV og Sp 2005-2009) er det forutsatt at et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene skal oppnevnes blant foreslåtte folkevalgte. Disse styremedlemmene kan bl.a. bidra med verdifull kompetanse og innsikt i politiske prosesser. I forkant av oppnevningen tilskriver eier (Helse Nord RHF) kommuner, fylkeskommuner og Sametinget og ber om forslag til kompetente folkevalgte kandidater til styrene.

Aktuelle folkevalgte kandidater til styrene for helseforetakene omfatter både personer med nåværende og tidligere politiske verv.

Det enkelte styremedlem skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper. Dette gjelder også eieroppnevnte styremedlemmene foreslått blant folkevalgte.

I forbindelse med oppnevningen legges det vekt på at styrene samlet

sett har en kompetanse som står i forhold til de oppgavene styret har og de utfordringene helseforetakene står overfor. I tillegg til kompetansekravene legges det vekt på at styret samlet sett har en bredde både geografisk, partipolitisk og aldersmessig, samt ivaretar kravet til kjønnsmessig balanse (Likestillingsloven § 21). Det er videre praksis for å balansere hensynet til kontinuitet og fornyelse i styret.

### 3.2.2 Ansattevalgte styremedlemmer

Ansattevalgte styremedlemmer bidrar ofte med kunnskap om foretak-sinterne forhold som kan være vesentlig for styrets vurderinger.

Inntil en tredel av styremedlemmene skal velges av og blant de ansatte (Helseforetaksloven §§ 22, 23). De ansatte har en ubetinget rett til å være representert i styret i Helse Nord RHF og en betinget rett til å være representert i styret for helseforetaket (dersom det har mer enn 30 ansatte).

Til styret i Helse Nord RHF velges ansattevalgte blant de ansatte i Helse Nord RHF/underliggende helseforetak. Til styret i helseforetaket velges ansattevalgte blant de ansatte i helseforetaket. Forskrift om ansattes rett til representasjon gir nærmere bestemmelser knyttet til valg av representanter for de ansatte.

Ansattevalgte styremedlemmer er likeverdige styremedlemmer på linje med eieroppnevnte, med samme ansvar og rettigheter. Det følger imidlertid av vedtektene § 6 at ansattevalgte styremedlemmer i helseforetakene, med utgangspunkt i de partsforhold som foreligger, ikke deltar i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettstvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

### 3.2.3 Opplæring og støtte til nye styremedlemmer

Det er viktig at nye styremedlemmer får god opplæring og støtte til å forstå og utøve styrearbeidet på en god måte. Dette er et særlig ansvar for styreleder, enten ved at styreleder selv sørger for opplæring og støtte til nye styremedlemmer, eller delegerer dette til andre. Styret kan også gjennomføre styreseminarer for å styrke styret som kollegium.

Nye styremedlemmer i helseforetakene får i etterkant av oppnevningen nødvendig informasjon fra eget helseforetak og/eller Helse Nord RHF. I regi av Helse Nord RHF avholdes det styreseminar for styrene i helseforetakene. Dette er også et ledd i å bidra til kompetansebygging for nye styremedlemmer og i styrene som kollegium.

### 3.2.4 Tjenestetid, tidligere avgang m. m.

Styremedlemmene oppnevnes for to år. Et styremedlem blir stående inntil nytt styremedlem er valgt, selv om tjenestetiden er utløpt (§ 24). Et styremedlem kan gjenoppnevnes for flere perioder.

Når særlige grunner foreligger, kan styremedlemmet tre tilbake før tjenestetiden er utløpt (Helseforetaksloven § 25). Hvilke særlige grunner som omfattes, vurderes konkret i den enkelte sak. Dette kan være f. eks. familiære eller helsemessige forhold, eventuelt at rollen som styremedlem er uforenelig med andre forhold eller posisjoner styremedlemmet innehar. Helse Nord RHF kan i foretaksmøte også avsette eller bytte ut ett eller flere eieroppnevnte styremedlemmer. Det kreves ingen bestemt grunn for en slik beslutning i foretaksmøtet. Foretaksmøtet kan ikke avsette eller bytte ut ansattevalgte styremedlemmer.

Ved suppleringsvalg kan det fastsettes kortere tjenestetid (Helseforetaksloven § 24 første ledd siste setning). I situasjoner der eieroppnevnte styremedlemmer har fratrådt som styremedlem før tjenestetiden er ute, er etablert praksis at nye styremedlemmer blir valgt med kortere tjenestetid enn to år, dvs. med en tjenestetid fra valg og frem til nye styremedlemmer er innvalgt.

Styremøte Sykehusapotek Nord HLF  
19. mai 2016

### 3.2.5 Fastsettelse av styregodtgjørelse

Foretaksmøtet fastsetter styrehonorar for styremedlemmene. Styrehonorar for styremedlemmene i helseforetakene har blitt fastsatt i forbindelse med oppnevning av nye styremedlemmer annet hvert år. Ved fastsettelsen har de regionale helseforetakene valgt å følge den utviklingen som foretas av Helse- og omsorgsdepartementet i forhold til styret i Helse Nord RHF.

## 3.3 STYRENE - RAMMER OG VIKTIGE OPPGAVER FOR STYRENE

Styret er virksomhetens øverste styringsorgan. De rettslige rammene for styrenes oppgaver og plikter fremgår av helseforetaksloven og da særlig (kap. 6 og 7) og vedtektene. Det er viktig for styret å ha kunnskap om disse bestemmelsene og ta hensyn til dette i utøvelsen av sitt arbeid.

### 3.3.1 Styrets forvaltningsansvar og tilsynsansvar

Styrets hovedoppgaver omtales ofte som forvaltningsansvaret (Helseforetaksloven § 28) og tilsynsansvaret (Helseforetaksloven §§ 28, 29).

Med styrets forvaltningsansvar menes at styret har det overordnede ansvaret og den overordnede myndigheten for forvaltningen av helseforetaket. Foretaksmøtet er helseforetakets øverste organ, men deltar ikke i forvaltningen av foretaket. Styret må rette seg etter gitte styringskrav (foretaksmøte, oppdragsdokument m.m.).

Helseforetaksloven slår fast at styret som del av sitt forvaltningsansvar må:

- Sørge for forsvarlig organisering av foretaket.
- Fastsette planer og budsjetter for foretakets virksomhet.
- Holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling.

Styret skal også sørge for at betryggende kontroll av bokføring og formuesforvaltning.

Helseforetaksloven slår fast at styret som del av sitt tilsynsansvar må:

- Føre tilsyn med den daglige ledelse.
- Føre tilsyn med helseforetakets virksomhet, og at den drives i samsvar med målene, vedtektene, styringskrav og vedtatte planer og budsjetter.

Den daglige driften av helseforetaket er et ansvar for helseforetakets daglig leder (Helseforetaksloven § 38). Styret kan tydeliggjøre sine krav og forventninger til daglig leder gjennom fastsetting av instruks for administrerende direktør (Helseforetaksloven § 29 andre ledd). Mange av helseforetakene har fastsatt slik instruks (se nærmere om fastsetting av instruks for administrerende direktør under pkt 4.4.2).

Daglig leder må følge retningslinjer og pålegg styret har gitt, dvs. daglig leder er underlagt styrets instruksjonsmyndighet (Helseforetaksloven § 28 første ledd). Styrets retningslinjer og pålegg utformes normalt på overordnet nivå, slik at daglig leder har handlingsrom til å lede virksomheten.

Helseforetaksloven stiller krav til at daglig ledelse hver fjerde måned skal gi styret skriftlig rapport om helseforetakets økonomiske stilling og virksomhet. Gjeldende praksis er imidlertid månedlige rapporter. Dette skal sikre at styret regelmessig får den informasjon det trenger for å ivareta sitt forvaltnings- og tilsynsansvar. Det er i tillegg viktig at styret og daglig ledelse i fellesskap blir enige om hvordan rapporteringen skal struktureres (form/innhold).



### 3.3.2 Bruk av styrekomiteer/styreutvalg

Enkelte styrer har valgt å opprette flere styrekomiteer/styreutvalg til saksforberedende arbeid. Fordelen med bruk av komiteer/utvalg er at dette kan bidra til grundig saksforberedelser på komplekse felt og frigjøre tid i styremøtene. Ulempen er at bruk av komiteer/utvalg kan pulverisere styrets ansvar.

Bruken av komiteer/utvalg bør derfor begrenses og kun benyttes, der sakenes kompleksitet og omfang krever det. Bruk av styrekomiteer/styreutvalg endrer ikke på styrets ansvar for å treffe beslutningene i styremøtet.

### 3.3.3 Internkontroll og risikostyring

Internkontroll er et ledelsesverktøy for intern styring og kontroll av virksomheten for å forebygge, forhindre og avdekke svikt. Begrepet internkontroll blir forstått på ulike måter. Internkontroll i helseforetakene er systemer, prosesser og rutiner som styret, daglig leder og ansatte gjennomfører for å sikre

- målrettet og effektiv drift
- pålitelig styringsinformasjon
- overholdelse av lover, regler, styringskrav og selvpålagte krav

Et bærende prinsipp er at intern styring og kontroll må tilpasses virksomhetens risiko og egenart. Risiko må derfor identifiseres, analyseres og kontrolleres (risikostyring). I foretaksmøtene i januar 2008 ble styrene i RHF-ene pålagt å påse at de regionale helseforetakene har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring i foretaksgruppene.

Daglig leder har ansvar for å etablere et forsvarlig internkontrollsystem og holde styret tilstrekkelig orientert. Styret har ansvar for at internkontrollen blir fulgt opp i et tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte. Styret skal videre påse at det blir truffet tiltak for å korrigere svikt.

Det er stilt en rekke styringskrav som omfatter styrets ansvar for internkontroll i foretaksmøtene, herunder krav til styret om å følge opp rapporter fra ulike tilsyn. Det er også stilt eksplisitte krav til internkontroll i bl.a. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, brann- og sikkerhetslovgivningen, næringsmiddelovgivningen og internkontrollforskriften.

### Revisjonskomité og internrevisjon

I foretaksmøtene i de regionale helseforetakene i januar 2005/januar 2006 ble det stilt krav til etablering av revisjonskomité og internrevisjon i de regionale helseforetakene og foretaksgruppene.

Revisjonskomiteen i Helse Nord RHF består av fire medlemmer valgt av og blant styrets medlemmer. Minst ett av komiteens medlemmer skal ha regnskaps- eller revisjonsfaglig kompetanse, og minst ett medlem velges blant ansatterepresentantene. Revisjonskomiteens formål er å styrke styrets fokus på virksomhetsstyring, tilsyn og kontroll i foretaksgruppen. I henhold til styrevedtatt instruks skal komiteen bl.a. føre tilsyn med at det er etablert risikostyring og internkontroll tilpasset risikoen i foretaksgruppen, se etter at Helse Nord har en uavhengig og effektiv intern revisjon og følge opp ekstern revisjons arbeid. Revisjonskomiteen utfører normalt sine oppgaver ved å benytte Helse Nord RHF's internrevisjon, men kan også innhente ekstern bistand.

Internrevisjonens ansvar, myndighet og oppgaver, samt krav til planlegging, kommunikasjon og rapportering, fremgår av egen instruks, vedtatt av styret. Internrevisjonen skal på vegne av styret i Helse Nord RHF overvåke og bidra til forbedringer i det regionale helseforetakets og foretaksgruppens virksomhetsstyring, risikosty-

ring og internkontroll. Internrevisjonen er underlagt styret i Helse Nord RHF, men administrativt underlagt administrerende direktør, og er i sitt arbeid faglig uavhengig av alle som kan revideres av internrevisjonen.

### 3.3.4 Tilsetting og avlønning av daglig leder og andre ledende ansatte

En av styrets viktigste oppgaver er å tilsette og sørge for at helseforetaket har en kompetent daglig leder (§ 36). Styret treffer også vedtak om å si opp eller avskjedige daglig leder. Styret fastsetter og justerer daglig ledelses lønn. Evaluering av daglig leder gjennomføres ofte i forbindelse med lønnsjusteringer.

Styret har en utfordring i å håndtere lønnsfastsettelsen til daglig leder og andre ledende ansatte i en balanse mellom å kunne tilby vilkår som er tilstrekkelig attraktive og som samtidig vinner forståelse og aksept i samfunnet.

Nærings- og handelsdepartementet har fastsatt Retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper. Gjennom disse regningslinjene klargjør staten relevante prinsipper for ansvarlig og god lederlønnspolitik, både i forbindelse med fastsetting

og justering av lønn for daglig leder og andre ledende ansatte. Retningslinjene slår fast at lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende. I foretaksmøtene i januar 2011 forutsettes at styrene er kjent med og forholder seg til retningslinjene.

Lønnsforholdene for daglig leder i helseforetaket skal framgå av årsregnskapet. Departementet redegjør for samtlige daglige lederes lønnsforhold i Prop. 1 S.

### 3.3.5 Rapportering til eier - årlig melding, årsregnskap og årsberetning

Som eier skal departementet/de regionale helseforetakene, på lik linje med andre eiere, ha korrekt og relevant rapportering om virksomheten i foretakene. Ved behov kan skriftlig informasjon innhentes. Rapportering skjer i oppfølgingsmøtene nevnt under pkt 0, samt gjennom årlig melding og gjennom årsregnskap og årsberetning.

Styret i helseforetaket skal hvert år sende årlig melding til Helse Nord RHF (Helseforetaksloven § 34, vedtektene §§ 13-15), og denne skal være administrativt behandlet av Helse Nord RHF innen 21. februar. Årlig melding skal det redegjøres for virksomheten i helseforetaket.

i helseforetaket foregående år og for gjennomføringen av de styringskrav Helse Nord RHF har stilt i foretaksmøter og oppdragsdokument. Denne rapporteringen utgjør et viktig grunnlag for Helse Nord RHF's resultatoppfølging. Meldingen skal også inneholde en plan for virksomhetene i de kommende år. Planen utgjør et viktig grunnlag for utarbeidelse av de årlig rullerende langtidsplaner/langtidsbudsjett.

Helseforetakene skal føre regnskap etter regnskapslovens prinsipper, og årsregnskap og årsberetning skal godkjennes av foretaksmøtet (§ 43).

### 3.3.6 Begrensinger i styrets kompetanse

Helseforetaksloven § 30-32 begrenser styrets kompetanse (myndighet).

Det er foretaksmøtet i Helse Nord RHF som gjør vedtak i saker av vesentlig betydning (§ 30). Det er gitt nærmere regulering av hvilke saker dette gjelder i vedtektene. Hvilke saker som er av vesentlig betydning må vurderes konkret i den enkelte sak. I helseforetakene skal slike saker forelegges departementet av styret i Helse Nord RHF som eier helseforetaket.

Det er videre foretaksmøtet som treffer vedtak om pantsettelse eller salg av fast eiendom etter forslag fra styret (§ 31). Det er gitt nærmere regulering av hvilke saker dette gjelder i vedtektene.

Sykehusvirksomhet kan ikke selges uten Stortingets samtykke (§ 32). Formålet med bestemmelsen er å sikre betryggende demokratisk behandling og å unngå utilsiktet privatisering av sykehusvirksomhet.

### 3.3.7 Representasjon og styreansvar

#### Representasjon (§§ 39, 40)

Det er styret som representerer det respektive foretaket utad. Styret kan binde helseforetaket ved å inngå avtaler med tredjemann, f. eks. driftsavtaler med private leverandører. Daglig leder representerer helseforetaket utad i saker som hører inn under helseforetakets daglige ledelse.

#### Styrets ansvar (§ 49)

Det fremgår av helseforetaksloven § 49 at styremedlemmer og daglig leder har en plikt til å erstatte tap som vedkommende forsettlig eller uaktsomt har voldt foretaket, helseforetakets eier eller andre under utførelsen av sin oppgave. Beslutning om at helseforetaket skal gjøre ansvaret gjeldende treffes av foretaksmøtet. Erstatningsansvaret kan lempes etter skadeerstatningsloven § 5-2.



**Styret er gitt definerte oppgaver som det skal ivareta gjennom å treffe selvstendige beslutninger. Hvert enkelt styremedlem må gjennom bruk av egen kompetanse, erfaringer, vurderingsevne og tid ta ansvar for helseforetakets beste, sett i den sammenheng virksomheten inngår i og innenfor de rammer som foreligger.**

#### 4.1 STYRELEDERS SÆRLIGE OPPGAVER

Styrelederen leder styret. Styret er et kollegium, og styreleder har ingen instruksjonsmyndighet over styremedlemmene. Styrelederens oppgave er bl.a. å bidra til at styremedlemmenes samlede kompetanse brukes for å oppnå mål og verdiskapning for helseforetaket. Selv om styret er et kollegium, vil styrets arbeidsform og fungeringsmåte påvirkes sterkt av hvordan styreleder utøver sin rolle.

Det er styreleder som sørger for at det avholdes styremøter, når det er behov for det. Styremedlemmer og daglig leder kan også kreve at styremøte blir avholdt (Helseforetaksloven § 26). Det er videre styreleder som sørger for at saker som hører inn under styrets ansvar blir behandlet av styret. Dette betyr at styreleder har et stort ansvar for at det drives forsvarlig styrearbeid i foretaket (innhold).

Styremøte Sykehusapotek Nord HF  
19. mai 2016

Styreleder planlegger styremøtet i samråd med daglig leder og må sørge for at daglig leder oppfyller sin plikt til å forberede saker, og at styret får god informasjon og et godt beslutningsgrunnlag (form).

Styreleder skal sørge for at styret arbeider målrettet og godt sammen, og at det er åpenhet og trygghet i styret, slik at ulike synspunkter kan bringes frem. Styreleder leder styremøtene og påser at protokollen gjengir styrebehandlingen korrekt (Helseforetaksloven § 26).

Styrelederen er en viktig støttespiller (støtte) og sparringspartner (utfordre) for daglig leder.

Styreleder må ha forståelse for den politiske konteksten som helseforetakene opererer innenfor. Styreleder må for eksempel kunne bedømme, når det er nødvendig å informere Helse Nord RHF i saker som har eller kan få politiske konsekvenser. Styreleder må også vise rolleforståelse i samspillet mellom styre og Helse Nord RHF, og mellom styre og daglig ledelse. Styrelederrollen blir med dette både mer krevende og ansvarsfull enn rollen til de øvrige styremedlemmene.



## 4.2 STYRESEKRETÆR

Mange av styrene har en styresekretær. Styresekretær avlaster daglig leder gjennom utarbeiding av dagsorden, koordinering av saksdokumenter og innkalling til styremøte. Styresekretær skal videre holde oversikt over styremedlemmenes personalia og kontakthinformasjon. Styresekretær kan også avlaste styreleder ved å skrive protokoll.

Nærmere bestemmelser om styresekretærs rolle og oppgaver kan reguleres i instruks for styret.

## 4.3 STRATEGI-, KONTROLL-, ORGANISERINGS- OG EGENOPPGAVER

Med utgangspunkt i styrets forvaltningsoppgaver (Helseforetaksloven § 28) og tilsynsoppgaver (Helseforetaksloven § 29) kan styrets hovedoppgaver organiseres som følger:

Forvaltningsansvaret (§ 28) består i strategioppgaver og organiseringsoppgaver:

- Strategioppgaver innebærer å etablere mål og sette kurs for å

nå disse gjennom fastsetting av strategiske planer og rammer for operative planer, samt budsjetter.

- Organiseringsoppgaven innebærer å sørge for at helseforetaket er riktig organisert, har de nødvendige ressurser og ansvarsfordeling samt adekvate kommunikasjons- og rapporteringslinjer.

Tilsynsansvaret (§ 29) består i kontrolloppgaver:

- Kontrolloppgaven innebærer å forvisse seg om at helseforetaket er på målsatt kurs innenfor rammebetingelser, samt sørge for internkontroll og risikostyring, og om nødvendig sørge for at korrigerende tiltak treffes.
- I tillegg til oppgaver som følger av forvaltningsansvaret og tilsynsansvaret kommer styrets egenoppgaver som innebærer å fastsette mål og plan for eget arbeid, etablere gode arbeidsformer og evaluere eget arbeid.

Styret må i sitt praktiske arbeid ta utgangspunkt i hva styret selv definerer som sine hovedoppgaver. Styrets hovedoppgaver skal fremgå av instruks for styret. Styret må finne en hensiktsmessig fordeling og tidsbruk mellom hovedoppgavene, gitt helseforetakets situasjon og utfordringer.

## 4.4 MER OM STYRETS EGENOPPGAVER

Styret møtes i forbindelse med styremøter og styreseminarer og har ofte tidsbegrensinger i sitt arbeid. Dette gjør styret spesielt utsatt for «kommunikasjonstap» og setter store krav til styrets arbeidsform. Mange av styrene har innledende diskusjoner om styrets oppgaver og arbeidsform. Dette for å bidra til at styret arbeider med de riktige oppgavene og arbeider på en god måte før, under og etter styremøtene.

Det følger av statens ti prinsipper for godt eierskap at styret bør ha en plan for eget arbeid. Nedenfor følger omtale av årsplaner og styringsinstrukser som mer konkrete hjelpemidler for å planlegge eget arbeid.

### 4.4.1 Årsplan

Mange av styrene i helseforetakene har fastsatt årsplaner for styrets arbeid, som konkretiserer hvordan styrets hovedoppgaver skal dekkes gjennom året. Årsplanen tidfester styremøtene og gir oversikt over hvilke styresaker som skal behandles i hvert av styremøtene. Antall styremøter og lengden på styremøtene må tilpasses helseforetakets situasjon. Årsplanen angir gjerne også hvem som skal forberede saken for styret.

Årsplanen består ofte av to deler: En fast del, der sakslisten er lik fra møte til møte (ordinære saker) og en variabel del, der sakene varierer fra møte til møte (tema). Årsplanen er et redskap for å skape oversikt, strukturere styrearbeidet og for å prioritere tiden, slik at de riktige og viktige sakene får bredest plass.

### 4.4.2 Instruks for styret og instruks for administrerende direktør

I foretaksmøtene i januar 2011 ble det stilt krav til at styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder. Det oppfordres til å samarbeide om utformingen av instruksene innad i regionen og mellom regionene. Det oppfordres også til å publisere instruksene på helseforetakets hjemmesider på internett.

### Instruks for styret

De fleste styrene i helseforetakene har fastsatt instruks for styret. Instruks for styret angir nærmere regler om styrets arbeid og saksbehandling. Styreinstruksen kan inneholde regler om struktur på styrearbeidet, krav til styredokumentasjon, styrets saksbehandling, styremedlemmenes plikter og rettigheter, og styrese-





Styremøte Sykehusapotek Nord HF  
19. mai 2016

Foto: Jan Fredrik Frantzen, UNN

ekretærens rolle og oppgaver. Instruks for styret kan også foreta en overordnet rolleavklaring mellom styret og daglig leder.

#### Instruks for administrerende direktør

De fleste styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene har fastsatt instruks for daglig leder (Helseforetaksloven § 29). Adgangen til å fastsette instruks for daglig leder må ses i sammenheng med styrets tilsynsoppgaver. Instruks for daglig leder kan for eksempel fastsette regler for daglig leders oppgaver, plikter og rettigheter. Instruks for daglig leder kan også foreta en overordnet rolleavklaring mellom styret og daglig leder.

#### 4.4.3 Styremøter og styrets arbeidsform

Styreleder skal sørge for at styremøtene holdes så ofte som nødvendig. Både styremedlemmer og daglig leder kan kreve at styret sammenkalles. Daglig leder har rett og plikt til å delta og uttale seg i styremøtene (Helseforetaksloven § 26).

God gjennomføring av styremøtene krever godt forberedte deltakere og en god struktur på styremøtene. Her bør det enkelte styre finne den formen de mener fungerer best i sin situasjon. Det er gitt regler om vedtaksførhet og flertallskrav (Helseforetaksloven § 27).

Øvrige regler om styrets arbeid og saksbehandling kan fastsettes i instruks for styret.

#### 4.4.4 Styredokumentene - styrets beslutningsgrunnlag

Styremedlemmene bør varsles om hvilke saker som skal behandles i styremøtet og få mulighet til å sette seg inn i sakene på forhånd. Det er viktig med god kvalitet på styredokumentene. Det er daglig leder som har ansvar for utarbeidelse av styredokumentene.

Det er ønskelig at Helse Nord RHF's rutine for utsending av styresaker også følges i helseforetakene, med utsendelse 12-14 dager før styremøte og helst ikke mindre enn én uke. Unntaket er styresaker som av spesielle årsaker krever kortere frister.

Styret må på sin side sette krav til utformingen av styredokumentene, både når det gjelder form og innhold. Det er viktig at dokumentene er utformet og tilpasset styrets behov for beslutningsgrunnlag i den enkelte sak. Saken skal fremstilles konsist, informasjonen skal være sortert, og det vesentligste skal trekkes ut.

Dokumentene skal inneholde en klar konklusjon eller anbefaling<sup>29</sup>

fra daglig leder. En godt utformet styredokumentasjon bidrar til at styremedlemmene kan sette seg inn i saken på forhånd, forstå hva saken gjelder og stille relevante spørsmål, før styret gjør vedtak.

#### 4.4.5 Styreprotokoll og protokollasjon (Helseforetaksloven § 26 fjerde ledd)

Det skal føres protokoll fra styremøtene som skal underskrives av samtlige tilstedeværende styremedlemmer. Det er styret som beslutter hvilken form protokollen skal ha. Protokollen skal minst angi tid, sted, deltakere, hva den enkelte sak gjelder og styrets beslutning. Ved uenighet kan styremedlemmer eller daglig leder kreve uenighet protokollført.

#### 4.4.6 Styrets evaluering av egen virksomhet

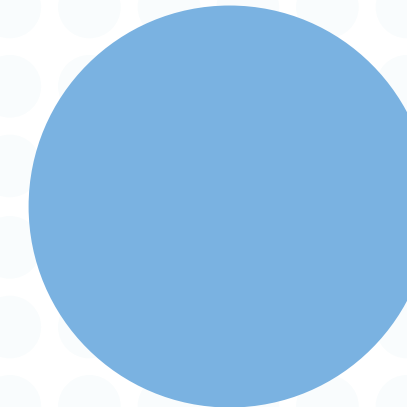
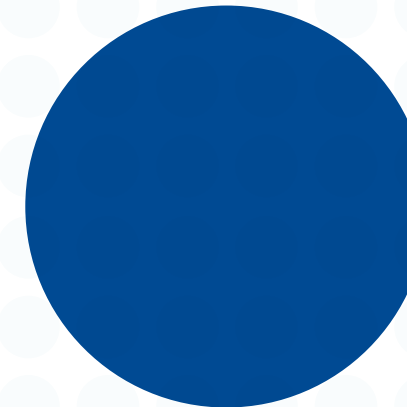
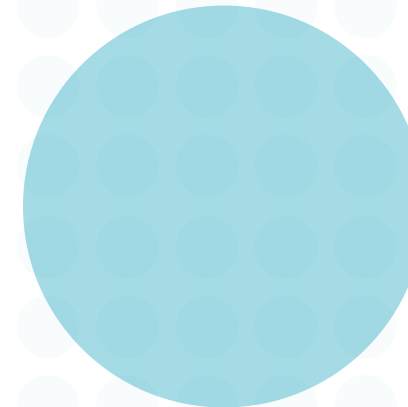
Det følger av statens ti prinsipper for eierstyring at styret skal gjennomføre evaluering av egen virksomhet. I foretaksmøtene i januar 2011 ble det stilt krav til at styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene skal gjennomføre slik evaluering.

Evalueringen skal gjennomføres en gang pr. år, gjerne mot slutten av året. Styremøte Sykehusapotek Nord 19. mai 2016

av året. Hele styret, både eieroppnevnte og ansattevalgte styremedlemmer, og daglig leder bør være med i evalueringen. Evalueringen skal ta utgangspunkt i hva som er styrets viktigste oppgaver og helseforetakets utfordringer, og vurdere om styrets sammensetning, arbeidsform og fungeringsmåte bidrar positivt til styrets håndtering av disse oppgavene.

Evalueringen kan avdekke områder, der nåværende praksis må klargjøres eller endres. Resultatet av evalueringen skal presenteres og behandles/diskuteres i et påfølgende styremøte.

Evalueringen kan gjennomføres ved bruk av samtaler, intervjuer eller eget evalueringsskjema. Styret kan velge å gjennomføre evalueringen selv eller ved å engasjere eksternt bistand. Det er imidlertid sentralt at styret klargjør hva som er styrets viktige oppgaver og helseforetakets utfordringer, slik at evalueringen gjøres i forhold til dette.



Formidling av resultatene av evalueringen  
til Helse Nord RHF

I teorien om styrearbeid/styreledelse skilles mellom ulike typer evalueringer, f.eks.:

- Utviklingsevaluering: Rettet mot styret selv, for å tydeliggjøre hva som fungerer bra og hva som er forbedringsområder i styrets eget arbeid.
- Rekrutteringsevaluering: Rettet mot Helse Nord RHF, for å gi eier kunnskap om styrets sammensetning (f.eks. som grunnlag for valg av nye styremedlemmer).

Styrets evaluering av eget arbeid i helseforetakene er først og fremst et verktøy for internt forbedringsarbeid i styret (utviklingsevaluering). Styret skal imidlertid oppsummere og formidle deler av resultatene av evalueringen til eier i årlig melding og på forespørsel. Formidling skal skje slik at eier får nødvendige opplysninger, men uten at evalueringen forringer sin verdi som internt forbedringsarbeid i styret. Hensikten er at eier skal få et bedre kunnskapsgrunnlag for å vurdere styrets fungeringsmåte, særlig når det gjelder styrets sammensetning i forhold til de oppgaver styret har og de utfordringene foretaket står overfor (rekrutteringsevaluering).

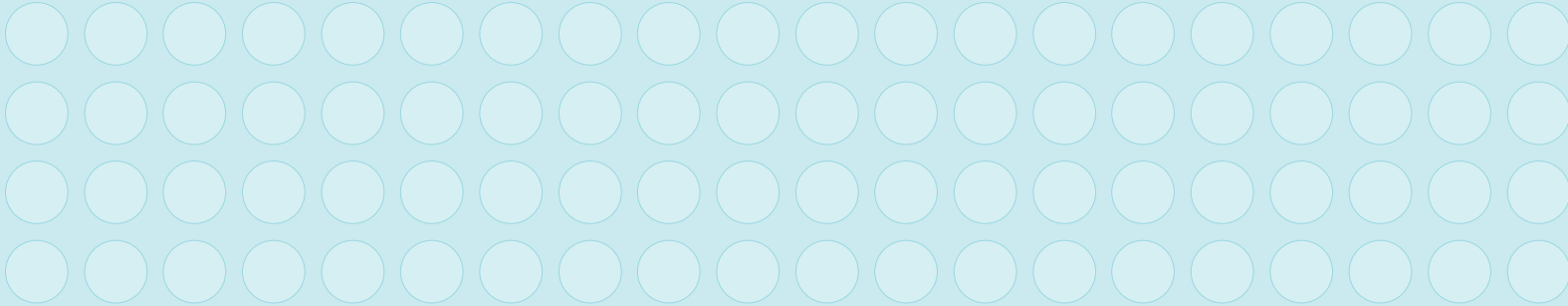
4.5 FORHOLDET TIL ANNEN LOVGIVNING

4.5.1 Regnskapsloven, krav til revisor

Av helseforetaksloven § 43 følger at regnskapsloven gjelder i sin helhet for helseforetakene. Dette betyr at både de regionale helseforetakene og helseforetakene skal føre regnskap etter regnskapslovens regler og prinsipper.

Det innebærer bl.a at inntekter og kostnader skal periodiseres, og at årlige avskrivninger skal framgå av driftsregnskapet. Investeringer føres som tilgang i balansen. Helse Nord RHF avlegger konsolidert regnskap. Konkurs og gjeldsforhandlinger etter konkursloven kan ikke åpnes i helseforetak (Helseforetaksloven § 5 fjerde ledd).

Helseforetakene skal ha revisor som velges av Helse Nord RHF i foretaksmøtet (§ 45). Årsregnskapet skal revideres av registrert revisor eller statsautorisert revisor. Revisor skal innkalles til foretaksmøtet, dersom sakene som behandles tilsier det, eller dersom Riksrevisjonen krever det (§ 18 første ledd).



#### 4.5.2 Forvaltningsloven, offentleglova og arkivloven

Det følger av helseforetaksloven § 5 at forvaltningsloven (med visse begrensninger), offentleglova og arkivloven gjelder for helseforetakene. Helseforetakene regnes som offentligrettslige organer.

##### Dokumentoffentlighet

Helseforetakene er omfattet av rettsregler om dokumentoffentlighet. Det skal derfor gis innsyn i styredokumenter, styreprotokoller og foretaksprotokoller (offentleglova §§ 2, 14, offentlegforskrifta).

##### Møteoffentlighet

Helseforetakene er ikke omfattet av rettsregler om møteoffentlighet. Det er imidlertid krav til åpne styremøter (jf. styringskrav gitt i styringsdokumentet for 2004).

Åpne styremøter er begrunnet i at hensynet bak offentlighetsprinsippet må veie tungt på arenaer, der det treffes beslutninger knyttet til forvaltningen av samfunnets ressurser og fellesgoder. En eventuell lukking av styremøtene krever kvalifisert begrunnelse.

Dette betyr at styremøtet kun kan lukkes, dersom det foreligger et reelt og sannsynlig behov for å lukke møtet, og at en lukking av møtet er

forenlig med prinsippene i unntaksbestemmelsene i offentleglova.

Det er ikke krav til åpne foretaksmøter. Offentlighetens interesse ivaretas gjennom retten til innsyn i foretaksprotokollene.

##### Taushetsplikt

Det enkelte styremedlems taushetsplikt er regulert i forvaltningsloven §§ 13-13f. Taushetsplikten gjelder f. eks. personlige forhold og driftsforhold som det av konkurransemessig hensyn er av betydning å hemmeligholde. Eventuell taushetsplikt må også vurderes ut fra generelle prinsipper om å opptre forsvarlig overfor virksomheten. En eventuell nærmere omtale av styremedlemmers taushetsplikt kan tas inn i instruksen for styret.

##### Inhabilitet

Styret som et kollegialt organ og styremedlemmene er bundet av reglene om inhabilitet (forvaltningsloven § 6 flg). Styremedlemmer som antar at de kan være inhabile skal gjøre styret oppmerksom på dette. Avgjørelsen treffes av styret uten at det aktuelle styremedlemmet selv deltar i avgjørelsen (forvaltningsloven § 8 andre ledd).



## 5 STYRELITTERATUR

- Levorsen, Stein O, 2010, Styrearbeid i praksis: innføring i styrets hovedoppgaver og arbeidsform
- Huse, Morten, Søland Arild, 2009, Styreledelse: Styret som team og prosessorientert styrearbeid
- Husaas, Trine, Kilaas, Bodil, 2009, Styrets arbeid og ansvar
- Granden, Gro 2009, Styrearbeid: En håndbok for ansatte i selskap og konsern
- Selvik, Arne 2009, Styreverden
- Gulli, Ole Chr 2007, Styrehåndboken
- Den norske Revisorforening 2006, Styrets arbeid og ansvar

## 6 SENTRALE DOKUMENTER

[www.bibsys.no](http://www.bibsys.no)

- Ot. prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m. m.
- Innst. O. nr. 118 (2000-2001) Om lov om helseforetak m. m.
- Prop 1 S (2010-2011) Proposisjon til Stortinget (for budsjettåret 2011)
- Prop 1 S (2010-2011) Proposisjon til Stortinget (for budsjettåret 2012)
- St.meld. nr. 13 (2006-2007) Et aktivt og langsiktig eierskap
- St.meld. nr. 10 (2008-2009) Næringslivets samfunnsansvar i en global økonomi
- St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen
- St.meld. nr. 16 (2010-2011) Nasjonal Helse- og omsorgsplan 2011-2015

## 7 SENTRALE LOVER, FORSKRIFTER OG AVTALER

[www.lovdato.no](http://www.lovdato.no)

- Helseforetaksloven
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Helsepersonelloven
- Pasientrettighetsloven
- Arbeidsmiljøloven
- Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten
- Riksrevisjonsloven
- Offentleglova
- Forvaltningsloven
- Lov om offentlig innkjøp
- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- Folkehelseloven
- Helse- og omsorgstjenesteloven
- EØS-avtalen (for eksempel forbud mot offentlig støtte (EØS avtalens 61 (1), offentlige anskaffelser og konkurransereglene)
- Statens økonomireglement (Reglement for økonomistyring i staten, fastsatt av Finansdepartementet) (f eks § 10)

## 8 ANDRE NETTSTEDER

Styrene i helseforetakene:

- [www.helse-nord.no/styrene](http://www.helse-nord.no/styrene)

Andre nettsider:

- [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)
- [www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no)
- [www.pasientombudet.no](http://www.pasientombudet.no)





**SYKEHUSAPOTEK NORD**  
DAVVI BUOHCCEVIESSOAPOTEHKA



---

# STRATEGI FOR SYKEHUSAPOTEK NORD 2016 – 2020.

---

VEDTATT I STYRET 03.12.15 SAK 54-2015





## I. Sykehusapotek Nords formål og hovedoppgave

Sykehusapotek Nord støtter opp under Helse Nords kvalitetsstrategi og skal sikre sykehusene i Nord-Norge legemiddelforsyning av høy kvalitet og til lavest mulig pris. Sykehusapotek Nord skal kvalitetssikre legemiddelbruken gjennom farmasøytisk kompetanse, produksjons- og forsyningsberedskap, samt bidra til at pasientens legemiddelterapi ved utskriving opprettholdes uten avbrudd, uansett behandlingsnivå.

Dette oppnås ved å være en sikker leverandør av alle apotekvarer som helseforetakene bestiller, drive publikumsapotekutsalg med reseptekspedisjon og selvvalg, produsere alle legemidler som må lages og pakkes til den enkelte pasient, gi rådgivning til helsepersonell og pasienter om riktig bruk og håndtering av legemidler herunder lage en opptappingsplan for klinisk farmasi, utøve og ta i bruk forskning, samt samordne og kvalitetssikre sykehusapotektenestene i hele Helse Nord.

## II. Visjon og verdigrunnlag

Visjon:

*Kunnskap gir kvalitet - Trygg legemiddelhåndtering skal være en integrert del av pasientforløpet.*

Verdigrunnlag:

Kvalitet, trygghet og respekt er nedfelt som de tre nasjonale kjerneverdiene for spesialisthelsetjenesten. Sykehusapotek Nord skal bidra til en spesialisthelsetjeneste i Nord-Norge som ivaretar kjerneverdiene. Gjennom visjonen fører sykehusapotekets kunnskap og kompetanse til kvalitet i legemiddelbehandlingen i spesialist – og primærhelsetjenesten.

## III. Overordnede mål

- *Bedre pasientsikkerhet gjennom trygg og forsvarlig legemiddelbruk*

Målet skal sikre at det iverksettes tiltak som bidrar til økt pasientsikkerhet gjennom bedre legemiddelbruk i hele pasientforløpet.

- *God sykehusøkonomi gjennom sikker, faglig og økonomisk rasjonell legemiddelforsyning*

Målet skal sikre at det iverksettes tiltak som sikrer kostnadseffektivitet ved anskaffelse, distribusjon, produksjon og bruk av legemidler.

- *God samhandling*

Målet om god samhandling internt, med helseforetakene og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten sikrer at trygg legemiddelhåndtering inngår i helhetlige behandlingsskjeder for pasientene i Helse Nord.

Målene oppnås gjennom særlig oppmerksomhet på følgende prioriterte tiltak:

1. Attraktive og lønnsomme apotekutsalg med et produktutvalg tilpasset sykehusets og sykehusapotekets brukere.
2. Innføre elektronisk løsning for bestilling og utarbeidelse av dokumentasjon knyttet til produksjon av legemidler, og ta i bruk nye lokaler med tidsriktig standard for forsvarlig produksjon og sykehusapotekdrift.
3. Ta i bruk IMM-metoden som standard for å kvalitetssikre legemiddelbehandlingen til pasienter gjennom hele pasientforløpet.



4. Kvalitetssikre og effektivisere legemiddelforsyningen ved å ta i bruk elektroniske, automatiserte løsninger for bestilling og lagerhold av legemidler og andre apotekvarer, samt øke antall apotekstyrte legemiddellagre.

#### **IV. Innsatsområder**

Følgende fire innsatsområder skal bidra til å nå målene, heve kvaliteten på sykehusenes legemiddelbruk, redusere risikoen for feil i pasientbehandlingen, og videreutvikle en organisasjonskultur basert på kompetanse og stolthet:

##### **1. Pasientens helsetjeneste**

Sykehusapotek Nord skal være en del av det tverrfaglige samarbeidet i hele pasientforløpet. Pasienten skal settes i sentrum. Vi skal gjøre legemiddelbehandlingen for pasienten bedre ved å:

- Sørge for farmasøytisk kompetanse i legemiddelbehandlingen for den enkelte pasient gjennom mer klinisk farmasi og rådgivningstjenester til pasienter i sykehus og kommuner.
- Sikre samstemte legemiddellister og riktig legemiddelbruk ved overføring mellom behandlingsnivåene.
- Ivareta legemiddelberedskap for å sikre tilgangen til legemidler.
- Gi veiledning, praktisk informasjon, motivasjon og opplæring i riktig bruk av legemidler.
- Ta brukerne med i planprosesser, evaluering og utvikling av tjenester.
- Brukermedvirkning gjennom kunnskapsformidling og informasjon.

##### **2. Forskning og kompetanseutvikling**

Sykehusapotek Nord skal gjennom å ha kunnskap, bruke kunnskap og dele kunnskap, være det fremste kompetansesenteret innenfor sykehusfarmasi i Helse Nord, og ivareta en sentral plass i faglige nettverk i landsdelen. Vi skal gi muligheter for kompetanseutvikling for alle ansatte ved å:

- Utvikle samarbeidet med universiteter og høyskoler.
- Sikre riktig kompetanse på rett sted.
- Være en aktiv bidragsyter og rådgiver i tverrfaglige team.
- Planlegge videreutvikling av ansattes kompetanse til beste for helseforetak og pasienter.
- Sikre at ansatte har forståelse for teknologisk utvikling og kan utnytte elektroniske verktøy.
- Utøve og ta i bruk forskning for å fremme økt kvalitet, innovasjon og framtidstenkning.

##### **3. Infrastruktur og teknologi**

Sykehusapotek Nord skal holde til i moderne, forsvarlige lokaler og være et foretak som effektivt bruker og tilbyr teknologiske løsninger. Vi skal nyttiggjøre kostnadseffektive og brukervennlige teknologiske løsninger ved å:

- Effektivisere driften av alle arbeidsprosesser gjennom automatisering og bruk av elektroniske verktøy.
- Være medvirker og rådgiver i utviklingen av elektronisk forskrivningssystemer, herunder e-kurve og e-system for bestilling og produksjon av infusjoner.
- Følge med den teknologiske utviklingen og tilpasse teknologiske løsninger.
- Samarbeide med regionale og nasjonale IKT-nettverk.

#### 4. Organisasjonsutvikling

Sykehusapotek Nord skal være en attraktiv arbeidsplass med høy faglig profil som medarbeiderne er stolte av. Vi skal sikre optimal utnyttelse av organisasjonens ressurser ved å:

- Være riktig organisert i forhold til interne behov og omgivelser i endring.
- Videreutvikle en samlet kultur for endring, forbedringsarbeid og gjennomføringskraft.
- Skape et godt arbeidsmiljø for å fremme samarbeid, åpenhet og sosialt samhold.
- Sikre god ledelse gjennom målrettede lederutviklingstiltak.
- Sikre motivasjon, lagånd, tillit og trygghet, og måle medarbeidertilfredshet regelmessig.
- Ha et driftsresultat som sikrer fremtidig investeringer og faglige aktiviteter.

| <b>Virksomhetsrapport per april 2016, rapport for 1. tertial</b> |                                          |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Styresak nr.:                                                    | 27 – 2016                                |
| Møtedato:                                                        | 19. mai 2016                             |
| Saksbehandler:                                                   | Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen   |
| Vedlegg:                                                         | Målekort (u.off. offl. § 23 første ledd) |

I henhold til oppdragsdokument legges virksomhetsrapport per april 2016 fram for styret til orientering.

Saken inneholder også rapporteringspunkter til Helse Nord per 1. tertial i henhold til mal for tertialrapport og årlig melding 2016. Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2016, foretaksspesifikke mål 2016 og styringsparametere 2016.

#### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar vedlagte virksomhetsrapport som styrets rapport til Helse Nord RHF for 1. tertial 2015.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

## Saksfremlegg

Regnskapet per april 2016 viser et overskudd på 0,26 millioner. For samme periode i 2015 var resultatet et overskudd på 0,55 millioner. Det er budsjettert med et underskudd på 0,77 millioner per april, slik at resultatet er 0,81 millioner høyere enn budsjettert.

|                            | April      |            |            |             |               | Januar - april |            |               |             |              |
|----------------------------|------------|------------|------------|-------------|---------------|----------------|------------|---------------|-------------|--------------|
|                            | Regn.      | Bud.       | Avvik      | 2015        | Endr.         | Regn.          | Bud.       | Avvik         | 2015        | Endr.        |
| Omsetning                  | -38 971    | -37 211    | -1 760     | -34 910     | 12 %          | -156 120       | -149 011   | -7 109        | -140 505    | 11 %         |
| Varekjøp                   | 31 906     | 29 785     | 2 121      | 27 430      | 16 %          | 125 245        | 118 942    | 6 303         | 111 382     | 12 %         |
| Pers.kost.                 | 6 686      | 6 581      | 105        | 5 891       | 14 %          | 25 837         | 25 715     | 122           | 23 672      | 9 %          |
| Andre kost.                | 1 319      | 1 381      | -62        | 1 238       | 7 %           | 5 430          | 5 338      | 91            | 5 270       | 3 %          |
| Skatt og finans            | -270       | -27        | -243       | -90         | 202 %         | -650           | -216       | -433          | -364        | 78 %         |
| <b>Resultat</b>            | <b>670</b> | <b>509</b> | <b>161</b> | <b>-441</b> | <b>-252 %</b> | <b>-259</b>    | <b>768</b> | <b>-1 026</b> | <b>-546</b> | <b>-53 %</b> |
| Vareforbruk <sup>1</sup>   | 85,5 %     | 84,8 %     | 0,7 %      | 85,1 %      | 0,4 %         | 84,5 %         | 84,6 %     | -0,1 %        | 85,8 %      | -1,3 %       |
| Pers.andel <sup>2</sup>    | 17,2 %     | 17,7 %     | -0,5 %     | 16,9 %      | 0,3 %         | 16,5 %         | 17,3 %     | 0,7 %         | 16,8 %      | 0,3 %        |
| Resultatandel <sup>3</sup> | -1,7 %     | -1,4 %     | -0,4 %     | 1,3 %       | -3,0 %        | 0,2 %          | -0,5 %     | 0,7 %         | 0,4 %       | -0,2 %       |

Resultatet for april er et underskudd på 0,67 millioner. Det var budsjettert med et underskudd på 0,51 millioner, slik at resultatet er 0,16 millioner lavere enn budsjettert. For april 2015 var resultatet et overskudd på 0,44 millioner.

## Inntekter

Inntektene er 7,11 millioner høyere enn budsjettert, og 15,62 millioner høyere enn på samme tidspunkt i 2015.

|               | April         |               |              |               |               | Januar - april |                |              |                |               |
|---------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|----------------|----------------|--------------|----------------|---------------|
|               | Regn.         | Bud.          | Avvik        | 2015          | Endr.         | Regn.          | Bud.           | Avvik        | 2015           | Endr.         |
| Sykehuseksp.  | 14 630        | 12 842        | 1 788        | 12 369        | 18,3 %        | 66 881         | 56 800         | 10 081       | 54 928         | 21,8 %        |
| Produksjon    | 4 102         | 4 374         | -273         | 3 522         | 16,4 %        | 17 524         | 16 967         | 557          | 14 427         | 21,5 %        |
| Publikum      | 18 688        | 18 355        | 333          | 17 538        | 6,6 %         | 65 614         | 68 650         | -3 037       | 65 873         | -0,4 %        |
| Rådgivning    | 1 194         | 1 303         | -108         | 1 175         | 1,6 %         | 4 739          | 5 245          | -506         | 4 159          | 14,0 %        |
| Annet         | 357           | 337           | 20           | 306           | 16,7 %        | 1 362          | 1 349          | 14           | 1 118          | 21,8 %        |
| <b>Totalt</b> | <b>38 971</b> | <b>37 211</b> | <b>1 760</b> | <b>34 910</b> | <b>11,6 %</b> | <b>156 120</b> | <b>149 011</b> | <b>7 109</b> | <b>140 505</b> | <b>11,1 %</b> |

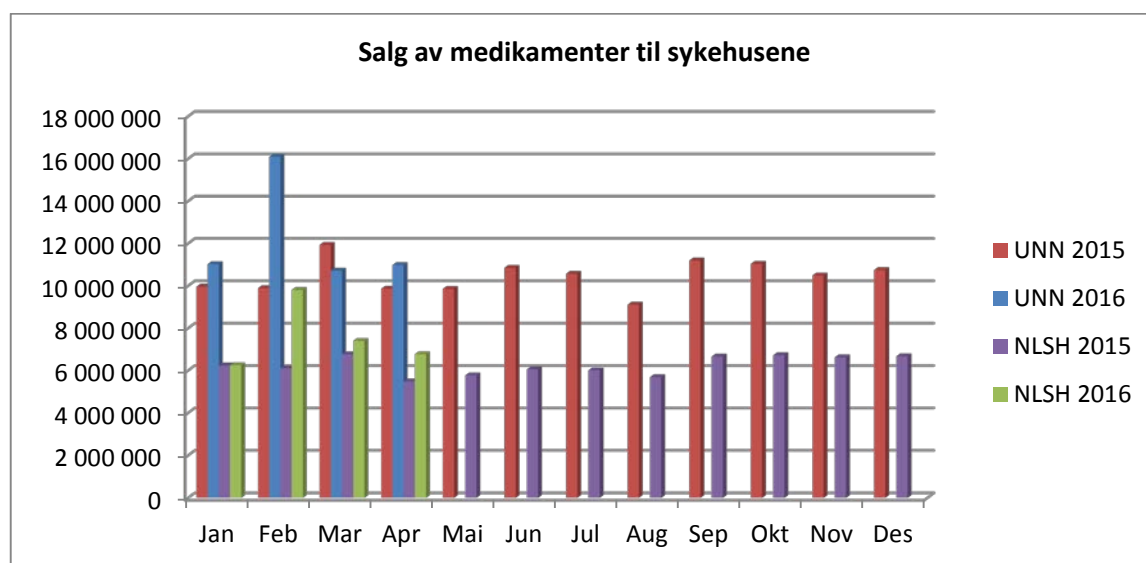
Tabellen over viser inntektene fordelt på virksomhetsområde. Endringene blir nærmere kommentert nedenfor.

<sup>1</sup> Varekostnader dividert på varesalg.

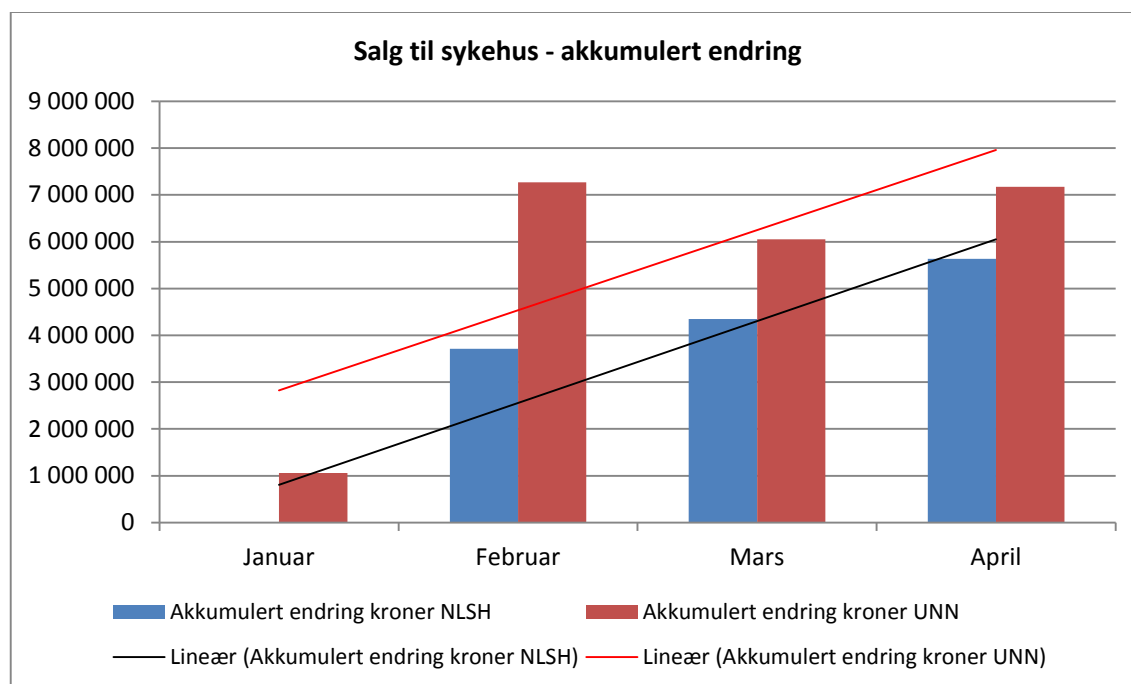
<sup>2</sup> Personalkostnader dividert på omsetning.

<sup>3</sup> Resultat dividert på omsetning.



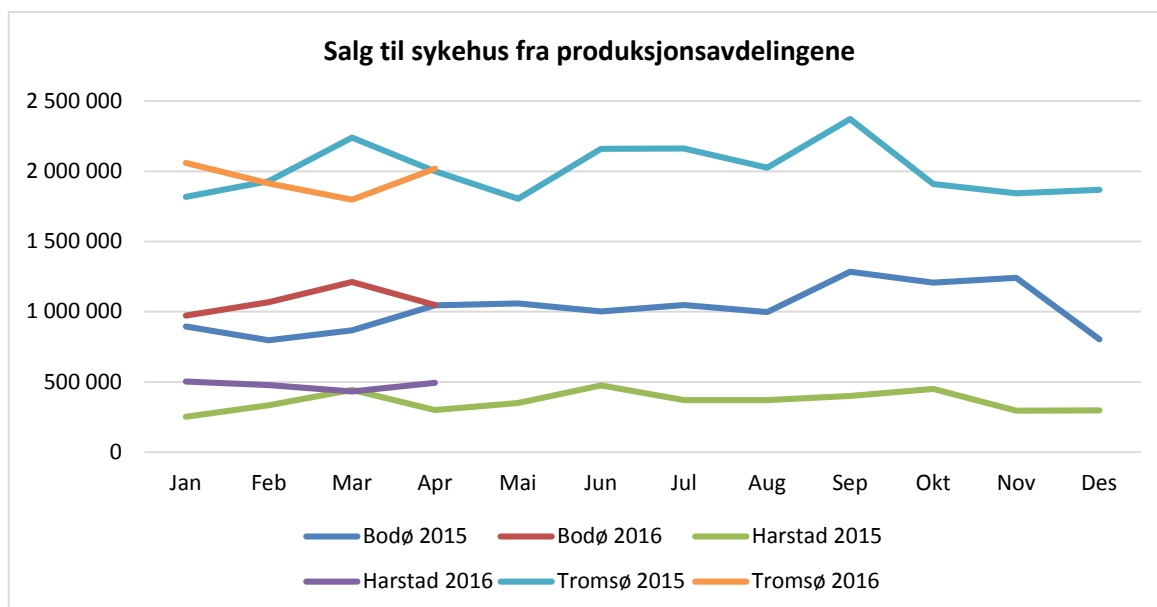


Figuren over viser utviklingen i salg av medikamenter (både fra sykehusekspedisjoner og produksjonsavdelinger) til UNN og NLSH i 2015 og hittil i 2016.

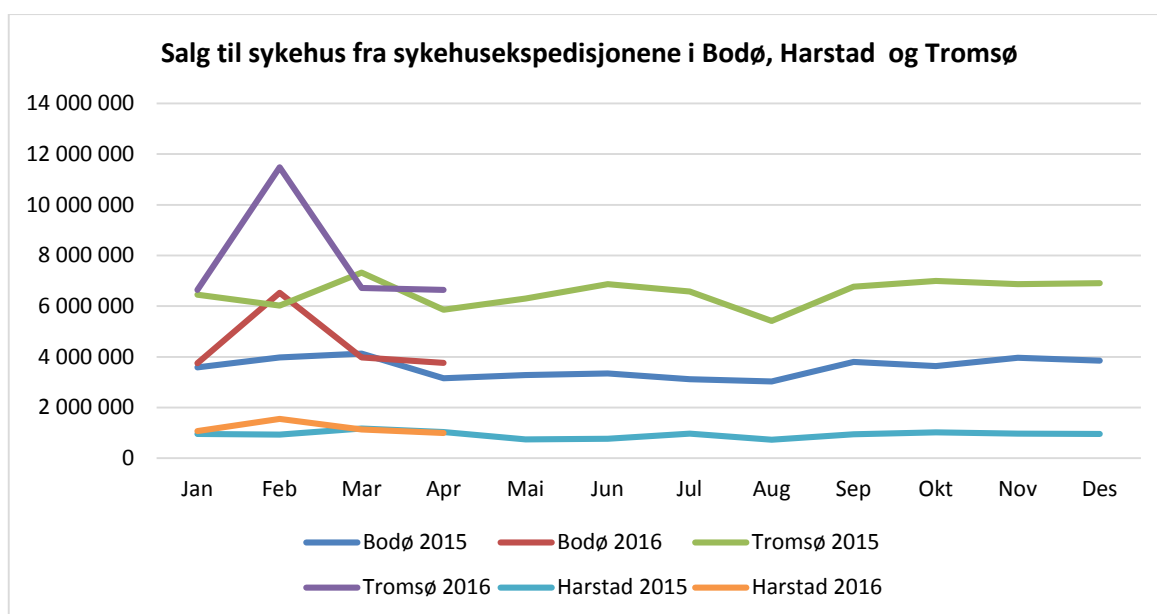


Figuren over viser akkumulert endring i kroner i salg av legemidler til UNN og NLSH.

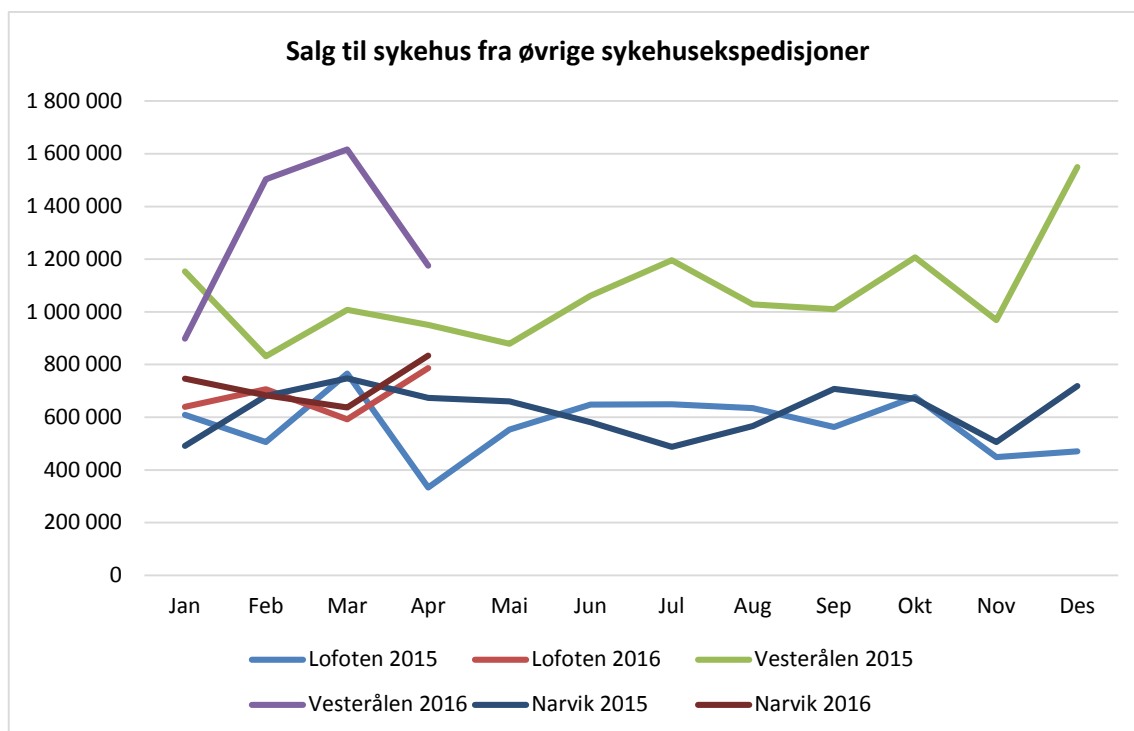
Med unntak av i mars har salget av legemidler til UNN vært høyere enn i 2015 for alle måneder hittil i år. Salget til NLSH har vært høyere enn i 2015 for alle måneder.



Figuren over viser at det har vært en økning i salget til sykehusene fra produksjonsavdelingene i Bodø og Harstad, mens det har vært en reduksjon i Tromsø.



Figuren over viser at det særlig er omsetningen i februar som har medført økning i omsetningen i sykehusekspedisjonene i Bodø, Harstad og Tromsø. Dette kommer av høyt salg av infliximab (Remsima, Remicade og Inflectra) som følge av nye LIS-avtaler.



Figuren over viser at det har vært økning i omsetningen ved alle de mindre sykehusekspedisjonene. Økningen har vært størst i Vesterålen.

#### Salg til Nordlandssykehuset

Det har vært en økning i salget av medikamenter til NLSH på 22,9 %. Det er en økning på 21,0 % i Bodø, 31,7 % i Vesterålen og 23 % i Lofoten.

Antall solgte pakninger til NLSH Bodø øker med 2,2 %, mens gjennomsnittsprisen per definerte døgndose (DDD)<sup>4</sup> har økt med 7,5 %. Økningen er dermed både forårsaket av økt aktivitet og økt gjennomsnittspris på legemidler.

Endringen i salg til NLSH Bodø kommer hovedsakelig av følgende virkestoffer:

| Virkestoff (legemiddel)                   | 2015      | 2016      | Endring   |
|-------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Infliximab (Remicade, Remsima, Inflectra) | 2 523 890 | 3 552 577 | 1 028 688 |
| Rituximab (MabThera)                      | 1 160 110 | 1 798 402 | 638 291   |
| Nivolumab (Opdivo)                        |           | 626 353   | 626 353   |
| Vedolizumab (Entyvio)                     | 360 115   | 918 878   | 558 763   |
| Alemtuzumab (Lemtrada)                    | 257 506   | 678 116   | 420 610   |
| Ipilimumab (Yervoy)                       | 452 731   |           | -452 731  |

<sup>4</sup> **Definert døgndose** (forkortes **DDD**) er en internasjonal, standardisert måleenhet for legemiddelforbruk og fastsettes av [Verdens helseorganisasjon](#) (WHO). WHO definerer at DDD er «antatt gjennomsnittlige døgndose brukt ved preparatets hovedindikasjon hos voksne»

Legemidler som ikke var i bruk de fire første månedene av 2015 er brukt i 2016 i Bodø. Det er også økning for en del andre legemidler, blant annet Remsima, MabThera og Entyvio.

I Lofoten har antall solgte pakninger økt med 4,1 %, mens gjennomsnittsprisen per DDD har økt med 51,5 %. Det er dermed hovedsakelig salg av dyrere legemidler som årsak til økningen. Det er særlig salget av Octagam som øker. Økningen er på 0,34 millioner.

I Vesterålen har antall solgte pakninger gått ned med 4,9 %, mens gjennomsnittsprisen per DDD har økt med 36,1 %. Trastuzumab (Herceptin) har størst økning med 0,47 millioner, mens Soliris øker med 0,46 millioner.

#### Salg til Universitetssykehuset Nord-Norge

Det har vært en økning på 17,2 % i salget til UNN. Økningen er på 16,7 % i Tromsø, 22,8 % i Harstad og 11,9 % i Narvik.

I Tromsø har det vært en reduksjon på 2,7 % i salget til UNN fra produksjonsavdelingen. Salget av legemidler til UNN fra sykehusekspedisjonen i Tromsø har økt med 22,7 %. På grunn av endrede varenummer for endoser (en pakning med 50 doser ble tallet som 50 pakninger med gammelt varenummer, med nytt varenummer telles en pakning med 50 pakninger som en pakning) er det vanskelig å si noe om antall pakninger, men økningen kommer hovedsakelig av økt salg av kostbare legemidler.

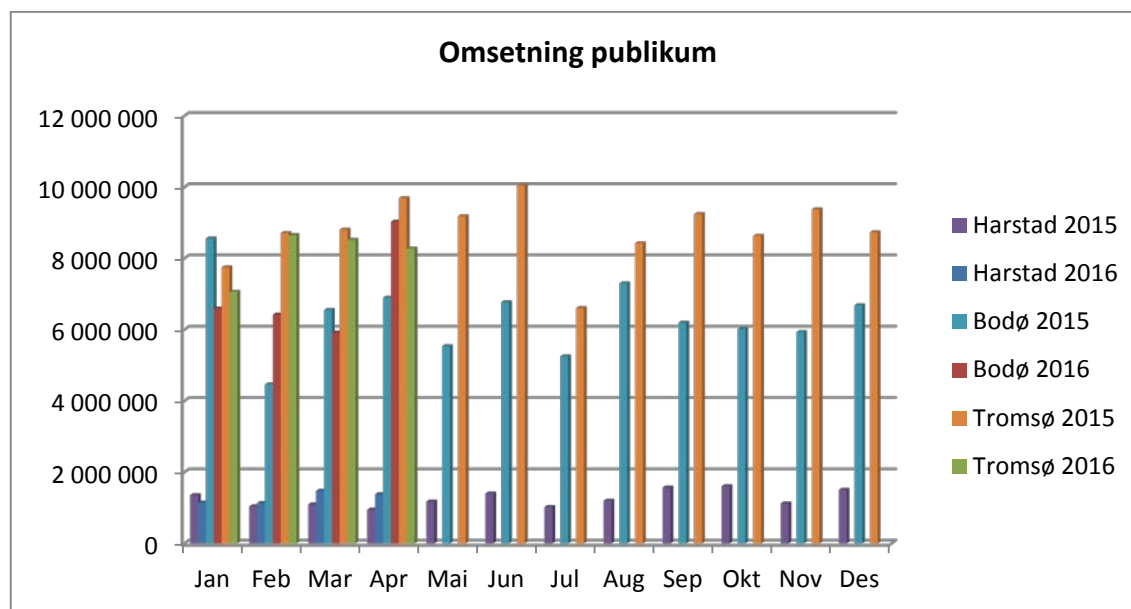
Endringen i Tromsø kommer hovedsakelig av følgende virkestoffer:

| Virkestoff (legemiddel)                   | 2015      | 2016      | Endring   |
|-------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Infliximab (Remicade, Remsima, Inflectra) | 4 741 564 | 6 970 677 | 2 229 112 |
| Alemtuzumab (Lemtrada)                    | 257 505   | 1 869 873 | 1 612 368 |
| Rituximab (MabThera)                      | 2 014 261 | 2 963 389 | 949 127   |
| Bevacizumab (Avastin)                     | 898 011   | 1 290 559 | 392 547   |
| Iohexol (Omnipaque)                       | 16 692    | 344 712   | 328 019   |
| Pembrolizumab (Keytruda)                  |           | 316 925   | 316 925   |
| Aflibercept (Eylea)                       | 1 126 111 | 1 428 875 | 302 763   |
| Pertuzumab (Perjeta)                      | 111 925   | 400 996   | 289 070   |
| Iomeprol (Iomeron)                        | 359 387   | 23 164    | -336 223  |
| Trastuzumab (Herceptin)                   | 1 402 358 | 981 248   | -421 110  |
| Ipilimumab (Yervoy)                       | 962 090   |           | -962 090  |

I Harstad øker salget både fra produksjon og fra sykehusekspedisjon. Fra produksjon er økningen på 43 %, mens den er på 15,5 % fra sykehusekspedisjonen. Også i Harstad øker salget av kostbare legemidler. Rituximab (MabThera) har størst økning med 0,26 millioner. Bevacizumab (Avastin) øker med 0,17 millioner. Tocilizumab (RoActemra) er det legemidlet som har størst reduksjon, reduksjonen er på 0,07 millioner.

I Narvik er det også økt salg av kostbare legemidler som forklarer økningen. Rituximab (MabThera) har størst økning med 0,1 millioner.

### Salg til publikum



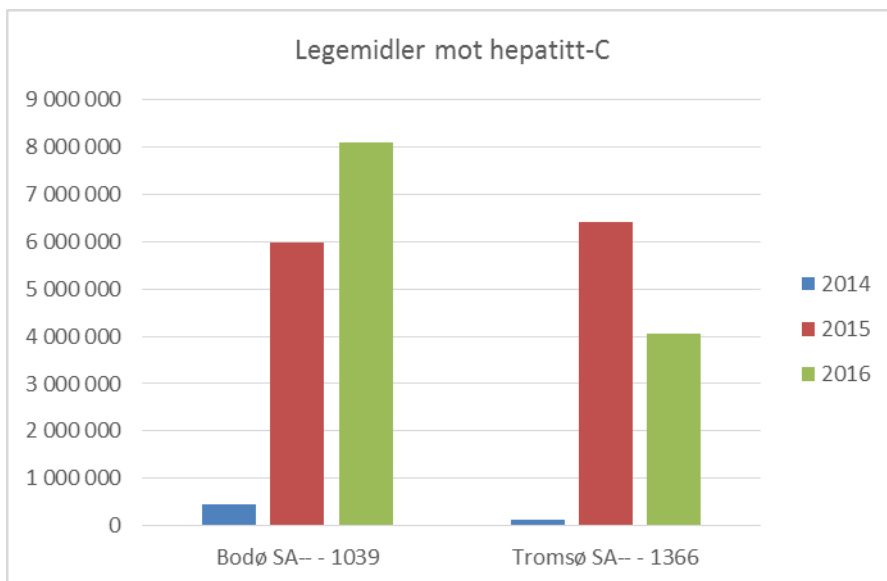
Figuren over viser utviklingen av omsetningen i publikumsavdelingene i 2015 og hittil i 2016.

Omsetningen i publikumsavdelingene er redusert med 0,4 % i forhold til samme periode i 2015. I Tromsø har det vært en reduksjon på 7,0 %, mens det har vært en økning på 5,6 % i Bodø og 15,8 % i Harstad. Særlig stor økning var det i Bodø og Harstad i april, da omsetningen i Bodø var 30,9 % høyere enn i april 2015. I Harstad var omsetningen 45,9 % høyere enn i april 2015.

I Tromsø er det en generell nedgang i antall ekspederte resepter, antall solgte pakninger og i salg av handelsvarer. I Bodø og Harstad er det en økning i antall ekspederte resepter, solgte pakninger og i salg av handelsvarer.

De siste årene har det vært en stor økning i omsetningen i publikumsavdelingene. Denne har i stor grad vært forårsaket av introduksjon av nye legemidler, blant annet Sovaldi, Daklinza og Harvoni (til behandling av hepatitt-C). I Tromsø er omsetningen av disse legemidlene redusert i 2016, mens økningen har fortsatt i Bodø. Figuren nedenfor illustrerer dette:





Reduksjonen i omsetningen av disse legemidlene i Tromsø er på totalt 2,4 millioner, og forklarer alene hele omsetningsnedgangen i Tromsø. Tilsvarende forklarer økningen i Bodø hele omsetningsøkningen.

I Harstad er det salget av handelsvarer<sup>5</sup> som øker mest, økningen er på 22,5 %. Økningen i salg av legemidler er på 12,4 %.

#### *Rådgivning og klinisk farmasi*

Omsetningen av rådgivningstjenester har økt med 14,0 % i forhold til 1. tertial 2015. Dette kommer av økning i salget av tjenester til Helgelandssykehuset, deltagelse i prosjekt for pasientsentrert behandling, og bistand til Helse Nord i forbindelse med innføring av elektronisk kurve.

## **Kostnader**

### *Varekostnader*

Varekostnadene er 6,30 millioner høyere enn budsjettert, og 13,9 millioner høyere enn per april 2015. Dette har sammenheng med den økte omsetningen.

Vareforbruket<sup>6</sup> er på 84,4 % per april. Dette er 0,9 prosentpoeng høyere enn budsjettert og 0,5 prosentpoeng lavere enn i 2015.

<sup>5</sup> Handelsvarer er alt som ikke er legemidler.

<sup>6</sup> Vareforbruk er varekostnader dividert på varesalg (tjenestesalg holdes utenom). Vareforbruket viser hvor stor del av inntektene som brukes til å kjøpe varer for videresalg. Lav avanse gir høyt vareforbruk.

Dekningsbidraget<sup>7</sup> er 0,8 millioner høyere enn budsjettet og 1,8 millioner høyere enn per 1. tertial 2015.

Dekningsbidraget er 2,2 millioner høyere enn budsjettet for salg fra sykehusekspedisjonene, mens det er 1,5 millioner lavere enn budsjettet for salg til publikum.

#### *Personalkostnader og bemanning*

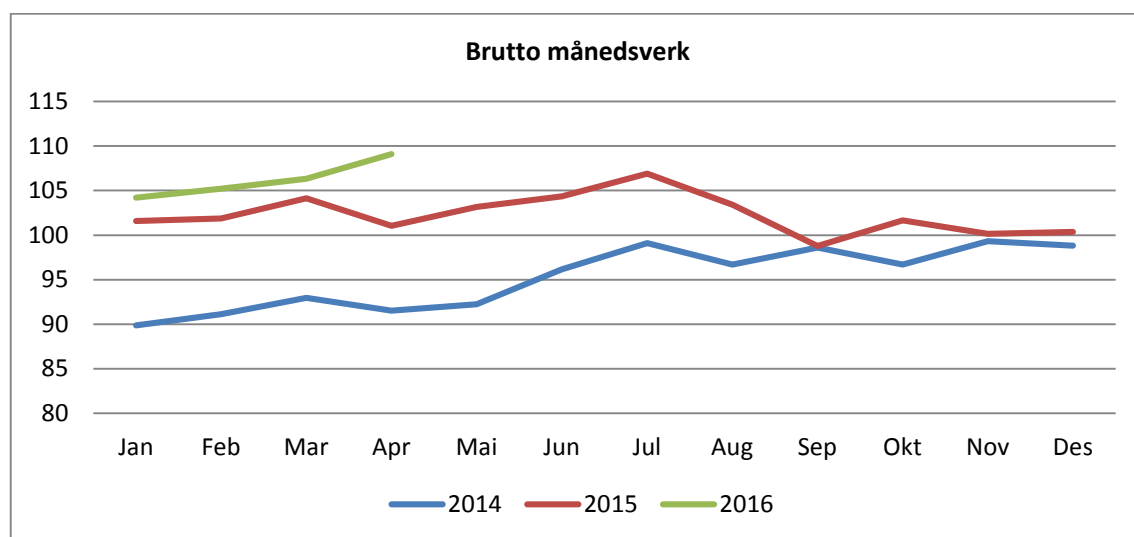
Personalkostnadene er 0,12 millioner høyere enn budsjettet. Som følge av foreldrepermisjoner og sykefravær er lønnskostnadene 0,7 millioner høyere enn budsjettet. Dette kompenseres av at syke- og svangerskapsrefusjoner er 0,6 millioner høyere enn budsjettet.

Lønnskostnadene er høyere enn budsjettet som følge av bruk av sykevikarer og at enkelte stillinger har blitt besatt noe tidligere enn forutsatt i budsjettet.

I forhold til 1. tertial 2015 har personalkostnadene økt med 2,2 millioner. Dette kommer av økning i antall ansatte og av generell forventet lønnsøkning.

Antall brutto månedsverk per april 2016 er 106,8. Dette er en økning på 4,6 månedsverk i forhold til april 2015.

Bemanningen har økt i forbindelse med økning i foretaksadministrasjonen og etablering av organisasjon for å planlegge produksjon av radiofarmaka. I tillegg er det noe økning som følge av bruk av sykevikarer.



Figuren over viser brutto månedsverk siste tre år.

<sup>7</sup> Dekningsbidrag er alle inntekter med fradrag for varekostnader. Dekningsbidraget skal dekke personalkostnader, avskrivninger, andre driftskostnader med videre.

### Andre driftskostnader

---

Andre driftskostnader er 0,1 millioner høyere enn budsjettet. Det har vært høyere kostnader enn budsjettet til utstyr og driftsmateriell, blant annet som følge av ombygging av laboratorier og kjøp av mindre utstyr og inventar i forbindelse med ombygginger. Kontingenter er høyere enn budsjettet som følge av økning i kostnader til Legemiddelinnkjøps samarbeidet (LIS).

Reisekostnadene er høyere enn budsjettet blant annet på grunn av kompetanseoppbygging for produksjon av radiofarmaka.

### Investeringer

Det er investert for 3,4 millioner i 2016. Til sammen er det investert for 5,4 millioner som ikke er aktivert<sup>8</sup> per april 2016. Investeringene fordeler seg slik (beløp i hele tusen):

| Prosjekt                   | Sted   | Beløp |
|----------------------------|--------|-------|
| Ny isolator                | Tromsø | 749   |
| Lagerautomater/oppussing   | Tromsø | 4 263 |
| Ny produksjonsavdeling     | Bodø   | 239   |
| Lagerautomater/nytt apotek | Bodø   | 129   |
| Sum                        |        | 5 380 |

I tillegg til disse prosjektene er cytostatikallaboratoriet i Harstad under ombygging, det settes blant annet inn en isolator. Dette prosjektet er ikke med i oversikten da UNN betaler for ombyggingen.

En lagerautomat er nå i drift i Tromsø, denne vil bli aktivert når prøvedriften er avsluttet.

I følge plan skal alle de aktive investeringsprosjektene være avsluttet i løpet av første halvår 2016.

### Prognose

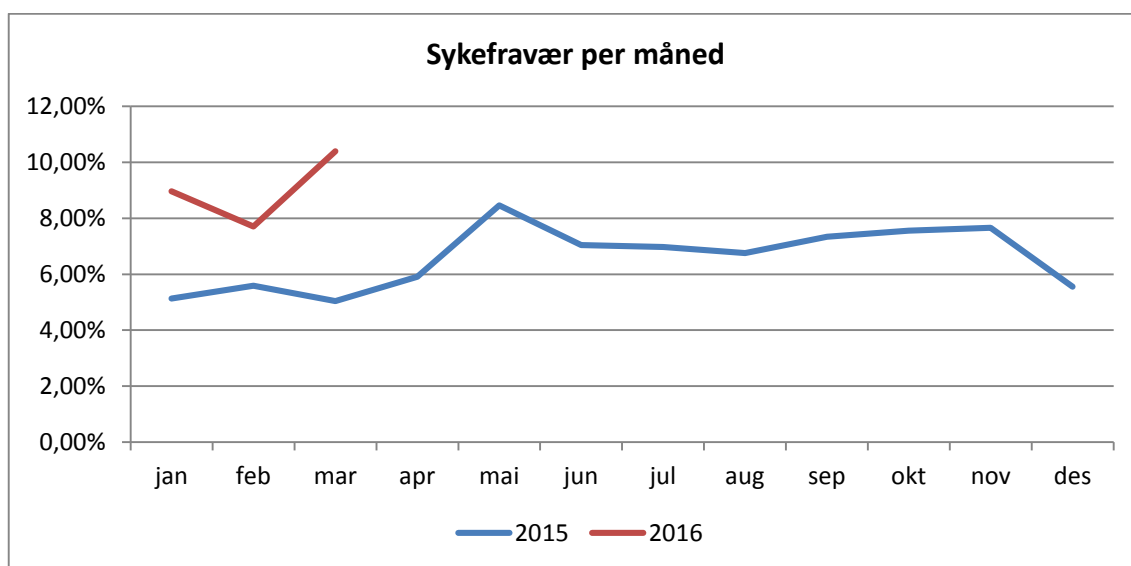
Prognostisert resultat er et resultat i tråd med styringsmålet, det vil si balanse. Foreløpig tilsier utviklingen at dette er en realistisk prognose. Resultatene varierer så pass mye fra måned til måned at prognosen foreløpig ikke er endret som følge av at resultatet er bedre enn budsjettet.

### Sykefravær

Sykefraværet per mars 2016 var på 9,0 %. Per mars 2015 var sykefraværet på 5,3 %.

---

<sup>8</sup> Investeringen er ikke avsluttet, det vil si at avskrivning/kostnadsføring ikke har startet.



|                 | S.fravær 1-3 d | Fravær 4-16 d | Fravær 17-56 d | Fravær > 56 d | Sum fravær |
|-----------------|----------------|---------------|----------------|---------------|------------|
| 1. kvartal 2015 | 1,9 %          | 0,7 %         | 0,5 %          | 2,2 %         | 5,2 %      |
| 1. kvartal 2016 | 0,1 %          | 0,9 %         | 3,2 %          | 4,9 %         | 9,0 %      |
| Endring         | -1,8 %         | 0,2 %         | 2,7 %          | 2,7 %         | 4,8 %      |

I forhold til 1. kvartal 2015 har det vært en reduksjon i det korte fraværet, mens det har vært en økning i det lange fraværet.

Helse Nords krav er at gjennomsnittlig sykefravær skal være under 7,5 % for 2016. Per 1. kvartal 2016 er fraværet 1,5 prosentpoeng høyere enn kravet.

Sykehusapotek Nord har en rekke tiltak som fokuserer på og forebygger sykefravær, for eksempel foretakssamling, arbeidsmiljøutvalg og samarbeidsutvalg (AMU og SU), stressmestringskurs, IA-virksomhet og bedriftshelsetjeneste.

I tillegg har vi under risikovurdering av de overordnede styringsmål fra Helse Nord vurdert å sette i verk følgende nye tiltak, lederopplæring i sykefraværsoppfølging, ergonomisk tilpasning av arbeidsplassene, analyser av fraværsårsaker og individuelle oppfølgingsplaner for å redusere sykefraværet

## Pasientsikkerhet og samstemming

Sykehusapotek Nord har fortsatt fokus på å bistå sykehusene i arbeidet med tiltakspakken "samstemming av legemiddellister". Hovedfokuset er nå på å rulle ut tiltaket i UNN, og å følge opp de foretakene hvor tiltaket er implementert (NLSH og HSYK). I Helgelandssykehuset er det nå startet et prøveprosjekt med farmasøyt som

gjennomfører samstemming av legemiddellister i akuttmottaket ved sykehuset i Mo i Rana.

I tillegg arbeider Sykehusapotek Nords deltagere i e-kurveprosjektet med å sikre gode verktøy som vil forenkle samstemmingsprosessen.

## **Risikostyring og internkontroll**

Det skal være gjennomført risikovurderinger i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord.

Risikovurderinger av Helse Nords overordnede mål ble gjennomført 19. april 2016. Målene er tilpasset Sykehusapotek Nords virksomhet, se styresak 28-2016 der det er redegjort for risikovurderingen.

Risikovurderinger er også blitt gjennomført av informasjonssikkerhet (styresak 29 – 2016) og i forbindelse med ulike prosjekter, blant annet flytting til nytt apotek i Bodø og vurdering av leveranse av legemidler til Helgelandssykehuset.

## **Samordning av anskaffelser**

Sykehusapotek Nord skal innen 28.2.2016 ha oppdatert oversikt over foretakets løpende konkurransebaserte avtaler, og levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres og/- eller startes opp i løpet av 2016.

Sykehusapotek Nord har oversikt over løpende konkurransebaserte avtaler. Det er ikke planer om å gjennomføre eller starte opp nye konkurransebaserte anskaffelser i løpet av 2016.

## **Pasientens helsetjeneste – ventetid, variasjon og effektivitet**

Sykehusapotek Nord skal utvikle lokale mål for pasientopplevd kvalitet og bruke resultatene i forbedringsarbeidet.

Dette er ikke gjennomført per 1. tertial. Det er krevende å lage gode mål for pasientopplevd kvalitet for Sykehusapotek Nords virksomhet, men det jobbes med å lage slike.

## **Helse, miljø og sikkerhet (HMS)**

Sykehusapotek Nord skal følge opp felles regional plan for gjennomføring og videreutvikling av medarbeiderundersøkelsen.



For å oppfylle dette deltar Sykehusapotek Nord i planleggingen av gjennomføring og i videreutvikling av medarbeiderundersøkelsen. Sykehusapotek Nord skal gjennomføre medarbeiderundersøkelsen i tråd med Helse Nords plan.

Helseforetakene skal samordne sin virksomhet under ferieavvikling. Dette gjør Sykehusapotek Nord ved å ta hensyn til sykehusenes lavdriftsperioder når ferieavviklingen planlegges.

### **Saker til HF-styrebehandling**

Det skal gjennomføres tertialvis styrebehandling av status for oppfølging av oppdragsdokument 2016, med fokus på krav som blir vanskelig å få gjennomført i 2016, med tiltak.

En slik styrebehandling er ikke gjennomført per 1. tertial, men i likhet med i 2015 planlegges dette gjennomført per 2. tertial.

| <b>Overordnede risikostyringsmål 2016</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Styresak nr.:                             | 28 – 2016                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Møtedato:                                 | 19. mai 2016                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Saksbehandler:                            | Direktør Espen Mælen Hauge                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Ref. tidl. saker                          | 16-2013, 33-2014                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Vedlegg:                                  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Overordnede risikostyringsmål fra HOD</li> <li>2. Risikostyring i foretaksgruppen – overordnede mål</li> <li>3. Riskrapport om implementering av IMM</li> <li>4. Riskrapport om sykefravær og arbeidsmiljø</li> <li>5. Total oversikt risk og tiltak overordnede styringsmål</li> </ol> |

### Kort saksresyme

En samlet gjennomgang av tilstanden i foretaket til styret er planlagt for styreseminaret i september. Den vil inkludere også denne risikovurderingen av Helse Nords overordnede risikostyringsmål for 2016.

Administrerende direktør for Helse Nord RHF har besluttet to målområder for risikostyringen i 2016:

- 1) Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen
- 2) Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell

Sykehusapotek Nord har tatt i bruk risikovurderingsverktøyet Whatif™ som sitt hjelpemiddel ved analysene.

Som det fremgår av de vedlagte analyserapportene er implementering av IMM en kritisk suksessfaktor for måloppnåelse på målområdet kvalitet- og pasientsikkerhet. Ved vurderingen av IMM avdekket vi tre områder knyttet til fasiliteter, sykehussamarbeid og økonomi, som høy risiko (rød), og disse er omtalt nærmere i saken.

Arbeidsmiljø og sykefraværarbeid er viktige faktorer for å sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell. Vi avdekket to områder knyttet til rekruttering og sykefraværsomfang som ga høy risiko.

Flere sannsynlighets- og konsekvensreducerende tiltak er listet opp i tiltaksrapporten. For gule og grønne risikoområder vises til rapportene for detaljer.

### *Direktørens innstilling til vedtak*

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar analysen av de overordnede risikostyringsmålene til orientering. Styret ber direktøren følge opp tiltakene i rapportene og presentere status for arbeidet i styremøtet 15. september 2016.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

## Saksfremlegg

### 1. Internkontroll og risikostyring

---

Som det fremgår av Oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF til Sykehusapotek Nord HF for 2016, er internkontroll og risikostyring i stor grad regulert gjennom lover, forskrifter og pålegg fra overordnede myndigheter. Helseforetakene skal etterleve kravene i helseforetaksloven, i forskrifter om internkontroll, i pålegg fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og fra Helse Nord RHF.

Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på risiko- og sårbarhets (ROS)-analyser skal behandles særskilt av helseforetakets styre i løpet av året. Dette legges imidlertid allerede frem for styret som sak 30 – 2016 i dette møtet.

Styret skal minimum en gang i året ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaket for å følge opp internkontroll og tiltak etter avvik. Dette planlegges for styreseminaret/møtet i september 2016. Saken vil da være basert på ledelsens gjennomgang. Foretaksledelsen skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av foretakets interne styring og kontroll. Gjennomgangen skal omfatte, og konkludere på:

- Kvalitet og pasientsikkerhet, inklusive vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte.
- Informasjonssikkerhet.
- Klima og miljø.
- Beredskap.

Gjennomgangen skal være basert på relevant informasjon, inklusive:

- Sammenlignbar statistikk.
- Resultater fra gjennomførte eksterne og interne tilsyn og revisjoner og status for oppfølging av disse.
- Gjennomførte risikovurderinger, i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord.

Før vi tar en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaket til styret har vi risikovurdert Helse Nords overordnede risikostyringsmål for 2016 i denne sak.

### 2. Helse Nords overordnede mål 2015-2018 – risikostyringsmål 2016

---

Ifølge retningslinjene for risikostyring i Helse Nord fastsetter administrerende direktør for det regionale helseforetaket målene som skal ligge til grunn for risikostyring. RHF-direktøren har avstemt styringsmålene fra HOD (vedlegg 1) med de overordnede mål som grunnlag for årets rullering av Plan for Helse Nord 2017-2020. Administrerende direktør har besluttet to målområder for risikostyringen i 2016, og dermed lagt vekt på to av Helse Nords viktigste syv mål for de nærmeste årene:

- **Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen.**

- **Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell**

Disse målene, herunder delmål, er nærmere beskrevet i vedlegg 2. Det er disse ledelsen ved Sykehusapotek Nord har gjort en risikoanalyse av. Etter vanlig praksis har vi tilpasset målene slik at de passer vår virksomhet.

De øvrige fem målene for Helse Nord er:

- Videreutvikle samhandlingen med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp.
- Realisere forskningsstrategien.
- Sikre god pasient- og brukarmedvirkning.
- Innfri de økonomiske mål i perioden.
- Oppgradere utstyr og utvikle bygg i samsvar med planer og faglig utvikling

### *3. Sykehusapotek Nords risikovurdering av de overordnede mål – innledning*

---

Sykehusapotek Nord har som en del av sin riskpolicy tatt i bruk risikovurderingsverktøyet Whatif™ som hjelpemiddel ved analysene. Rapportene fra WhatIf, som ble utarbeidet etter ledermøtet 19. april 2016, ligger som vedlegg nummer 3 – 5. Som det fremgår av disse mener direktøren at implementering av IMM<sup>1</sup> er en kritisk suksessfaktor for måloppnåelse på kvalitet- og pasientsikkerhet. Arbeidsmiljø og sykefravær er suksessfaktorer for å nå målet om å sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell.

Prinsippet bak WhatIf som risikoanalyseverktøy er det samme som følger av Helse Nords retningslinjer for risikovurdering og egen riskpolicy. Her tas i bruk en fargekartmatrise (grønn; gul; rød) som viser en sannsynlighetsdimensjon (lite sannsynlig; sannsynlig; meget sannsynlig; svært sannsynlig) og en konsekvensdimensjon (lite alvorlig; moderat alvorlig; alvorlig; katastrofalt) og risikoen plottes inn på kartet alt etter hvor sannsynlig det er at den inntreffer og virkningen vi antar den vil gi. Konsekvensdimensjonen må omdefineres alt etter hvilken problemstilling som vurderes.

#### *3.1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen*

---

For å oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen mener altså direktøren at det er nødvendig å implementere IMM (Integrated Medicines Management), som er en metode for å øke legemiddelsikkerhet og kvalitet hos pasienter.

---

<sup>1</sup> Integrated Medicines Management (IMM) er en metode for å øke legemiddelsikkerhet og kvalitet hos pasienter, og består tradisjonelt av legemiddelavstemming, legemiddelgjennomgang og utskrivelsesdokument med spesifikt fokus på legemiddelendringer, årsaker til endringer og instruksjoner for videre oppfølging. Samstemming etter IMM modellen har for eksempel vist å redusere antall feil i legemiddellister.

Begrunnelsen for å risikovurdere dette er at *Kvalitetsstrategien for Helse Nord 2016-2020 - Det gode pasientforløp*, oppstiller pasientsikkerhet som en av satsningene, og der et av fokusområdene er legemiddelsikkerhet. Herunder nevnes innføring av klinisk farmasi og Integrated Medicines Management-metodikken som tiltak for å kvalitetssikre legemiddelbehandlingen i sykehusene.

For å oppnå målsetningen i kvalitetsstrategien ble Sykehusapotek Nord i fjor høst bedt om å utarbeide et forslag til opptrappingsplan for klinisk farmasi i Helse Nord. En slik plan passer strategisk med et av våre egne innsatsområder, pasientens helsetjeneste, der det i strategiplanen står:

- *Å sørge for farmasøytisk kompetanse i legemiddelbehandlingen for den enkelte pasient gjennom mer klinisk farmasi og rådgivningstjenester til pasienter i sykehus og kommuner.*

Tilsvarende finner vi dette igjen i Oppdragsdokumentet for 2016:

- *Sykehusapotek Nord skal drive farmasøytisk forskning, tjenesteutvikling, pasientveiledning og kompetanseheving i hele helseregionen. Det forutsettes at sykehusapotekets rolle som rådgiver overfor helseforetakene innen klinisk farmasi styrkes.*

### 3.2. Risikomål – implementere IMM (Integrated Medicines Management)

Risikoanalyserapporten (vedlegg 3) viser at implementering av IMM er en kritisk suksessfaktor for å oppnå god legemiddelsikkerhet. Konsekvensdimensjonen vi vurderte dette etter er om IMM tas i bruk som standard (standardisert, standard for de store pasientgruppene, delvis standardisert, ikke standard). Herunder analyserte vi ti risikoområder hvor vi vurderte tre av disse som høy risiko (rød), to som medium risiko (gul) og fem som lav risiko (grønn). Deretter foreslo vi 16 tiltak som ville kunne redusere risikoen, både sannsynlighetsreduserende og konsekvensreduserende tiltak. Tiltakene er lagt ved i en egen tiltaksrapport (vedlegg 5)

Det som ble vurdert som mest risikofylt for å kunne sikre måloppnåelse var for det første knyttet til fasiliteter: hva om farmasøytene som skal arbeide med IMM-metoden ikke har kontorarbeidsplasser? Dette anså vi som svært sannsynlig og med alvorlig konsekvens. Situasjonen er slik i dag og problemstillingen er høyst relevant, men tiltak for å redusere risiko kan være å leie eksterne lokaler og/eller synliggjøre behovet for kontorplasser for utleierne (sykehusene).

For det andre spurte vi oss, forutsatt at finansieringsmodellen for opptrapping klinisk farmasi bygger på at sykehusene må medfinansiere, hva om sykehusene ikke kjøper kliniske tjenester? Dette anså vi som meget sannsynlig og med konsekvensdimensjonen ikke standard. Situasjonen er delvis slik i dag, men tiltak for å redusere risiko kan være at vi tar i bruk en innsalgsstrategi, at vi tar opp med det regionale helseforetaket hvordan konkrete mål om klinisk farmasi kan nedfelles i oppdragsdokumentene, samt sette i verk en regional arbeidsgruppe fra det klinisk-faglige miljøet for å utarbeide en detaljert opptrappingsplan for klinisk farmasi.



Det tredje høyrisikoområdet vi fant under dette risikomålet var knyttet til økonomi: hva om Helse Nord ikke vedtar foreslått finansieringsmodell? Vi vurderte dette som sannsynlig og med katastrofal konsekvens forutsatt ingen finansiering fra Helse Nord. Et konsekvensreducerende tiltak var også her å utarbeide en innsalgprogram, samt ta dette opp i egnede fora både med RHF-ets og HF-enes ledelser.

For gule og grønne risikoområder vises til rapporten for detaljer.

### 3.3. Risikomål – sykefravær og arbeidsmiljø

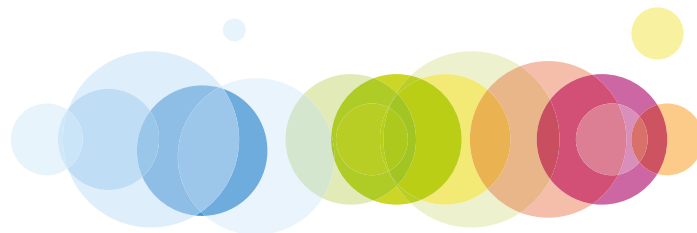
---

Risikoanalyserapporten (vedlegg 4) viser at vi anser arbeidsmiljø og sykefraværarbeid som en kritisk suksessfaktor for å sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell. Konsekvensdimensjonene vi vurderte dette etter var for arbeidsmiljø: særdeles bra arbeids miljø, bra arbeidsmiljø, nokså godt arbeidsmiljø, lite godt arbeidsmiljø. Sykefravær vurderte vi etter: drift: ideell drift, normal drift, redusert drift, bortfall fra tjenester. Det ble analysert seks risikoområder, hvor vi avdekket to med høy risiko (rød), to som medium risiko (gul) og to som lav risiko (grønn). Deretter foreslo vi 19 tiltak som ville kunne redusere risikoen, både sannsynlighetsreducerende og konsekvensreducerende tiltak. Tiltakene er lagt ved i en egen tiltaksrapport (vedlegg 5)

Det som ble vurdert som mest risikofylt for å kunne sikre måloppnåelse var for det første knyttet til rekruttering: hva om vi ikke får tak i nok farmasøyter? For så vidt gjelder dette til alle våre funksjonsområder, men særlig for arbeidet med klinisk farmasi. Vanskelig rekruttering anså vi som meget sannsynlig og konsekvensen blir bortfall av tjenester. Situasjonen er slik i dag, og selv om vi allerede har forhold som reduserer risikoen, f.eks. praksisplassordning og tariffavtale, tror vi at nye tiltak for å redusere risiko kan være tilrettelegging for kompetanseutvikling og spennende arbeidsoppgaver, lønnstiltak for rekruttering og stabilisering og/eller markedsføring av farmasøytstudiet.

For det andre, og for å oppfylle Helse Nords delmål under dette risikomålet, spurte vi: hva om sykefraværet overstiger 7,5 %? Dette anså vi som meget sannsynlig og konsekvensen vil være redusert drift. Selv om vi har en rekke tiltak som fokuserer på og forebygger sykefravær, for eksempel foretakssamling, arbeidsmiljøutvalg og samarbeidsutvalg (AMU og SU), stressmestringskurs, IA-handlingsplan og bedriftshelsetjeneste, tror vi også at lederopplæring i sykefraværsoppfølging, ergonomisk tilpasning av arbeidsplassene, analyser av fraværsårsaker og individuelle oppfølgingsplaner reduserer risikoen for høyt sykefravær.

For gule og grønne risikoområder vises til rapporten for detaljer.



# Styringsmål 2016

**Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen**

**Mål 2016:**

1. Gjennomsnittlig ventetid er under 65 dager
2. Ingen fristbrudd
3. Andel kreftpasienter i et pakkeforløp er minst 70%
4. Variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom HF er redusert
5. Variasjonen i gjennomsnittlig liggetider innenfor fagområder er redusert
6. Variasjonen i andel dagbehandling innenfor fagområder er redusert

**Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

**Mål 2016:**

1. Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå
2. Antall tvangsinnleggelser for voksne er redusert
3. Andel årsverk i distriktspsykiatriske sentre er økt i forhold til sykehus i psykisk helsevern for voksne

**Bedre kvalitet og pasientsikkerhet**

**Mål 2016:**

1. Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7%
2. Det skal ikke være korridorpasienter

Helse- og omsorgsminister Bent Høie

Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:  
Fjellberg og Bang, 75 51 29 00

Sted/Dato:  
Bodø, 29.1.16

## Risikostyring 2016 i foretaksgruppen – overordnede mål

### Formål

Risikostyring er et verktøy for proaktiv styring som gir grunnlag for å identifisere, vurdere og håndtere potensiell risiko ved hjelp av en strukturert tilnærming. Risikostyring tydeliggjør sammenhengen mellom de målene helseforetakene i Helse Nord styrer etter og risikoer som kan true oppfyllingen av disse målene.

I tråd med årshjulet for risikostyring *Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord* har adm. direktør i Helse Nord RHF satt overordnede mål for risikostyring for 2016. Disse målene er satt ut fra de utfordringene som er vurdert å kreve mest oppmerksomhet i 2016.

### Sammendrag

Helse Nord RHF skal sørge for en spesialisthelsetjeneste i Nord-Norge og på Svalbard som bygger på verdiene **kvalitet, trygghet og respekt**. Med dette menes kvalitet i prosess og resultat, trygghet for tilgjengelighet og omsorg, og respekt i møtet med pasienten. Alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester, uavhengig av diagnose, bosted, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Det skal arbeides for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres ved planlegging, utredning, beslutning om, og iverksetting av tjenestetilbud.

*Helse i nord, der vi bor* er vår visjon. Befolkningens helse og særskilte utfordringer skal være sentralt for prioritering og utvikling av tjenesten. Befolkningen skal i all hovedsak kunne få sine helsetjenester i nord. Helsetjenesten skal være nært der folk bor kombinert med samling av oppgaver som krever høyspesialisert kompetanse.

Utvikling og forbedring av helsetjenesten skal skje i et samarbeid mellom helseforetakene, kommunene og andre som yter helsetjenester.

Helsetjenesten skal baseres på nasjonale og regionale prioriteringer. Helseforetakene skal drive etter gjeldende lovbestemmelser og myndighetskrav og bidra til at Helse Nord når sine mål innen pasientbehandling, forskning, utdanning, innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende. Det skal arbeides etter systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med lovgivningen.

Økonomisk kontroll er viktig for en stabil og forutsigbar drift, utvikle pasientbehandlingen og sørge for handlingsrom til nye investeringer. Helse Nord RHF har et helhetlig ansvar for å prioritere og å avveie forholdet mellom drift og investeringer.

Helse Nord skal videreutvikle og forbedre helsetilbudet. For å oppnå dette skal foretaksgruppen ha økonomisk overskudd i en periode for å sikre bærekraft og likviditet til å gjennomføre investeringene. Helse Nords konsernbestemmelser for investeringer bidrar til et beslutningsgrunnlag som dekker kvalitet, økonomi, organisasjonsutvikling og andre konsekvenser. Konsernbestemmelsene er derfor et viktig virkemiddel for å prioritere riktig mellom drift og investeringer.

Helse Nords viktigste mål for planperioden er:

1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen
2. Videreutvikle samhandlingen med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp
3. Realisere forskningsstrategien
4. Sikre god pasient- og brukervedvirkning
5. Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell
6. Innfri de økonomiske mål i perioden
7. Oppgradere utstyr og utvikle bygg i samsvar med planer og faglig utvikling

I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2016 står det at Helse Nord skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede mål<sup>1</sup>:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Disse styringsmålene for 2016 er en del av Helse Nords mål nummer 1; *oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen*.

Delmålene er risikovurdert med hensyn til Helse Nord RHF's interne vurdering av sannsynlighet og konsekvens for manglende oppfyllelse av delmål. Det er senere gjort en vurdering av de områder som faller i "rød sone".

Administrerende direktør foreslår følgende to målområder for risikostyringen i 2016. Alle er i tråd med overordnede mål i Helse Nords langsiktige plan. Årlig rullering for 2017-2020 styrebehandles juni 2016.

## Helse Nords mål 1

Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen

*Delmål:*

*Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen*

1. Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager
2. Ingen fristbrudd
3. Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 % eller mer

---

<sup>1</sup> Styringsmål for 2016 fra Helse- og omsorgsdepartementet er vedlagt

4. Variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom HF er redusert
5. Variasjon i gjennomsnittlig liggetider innenfor fagområder er redusert
6. Variasjon i andel dagbehandling innenfor fagområder er redusert
7. Alle tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet skal være implementert i alle relevante enheter innen utgangen av 2016
8. Andel pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, er over 70 %

Delmål 4 til 6 ser nærmere på variasjon. Helse Nord RHF vil komme tilbake med en spesifisering av hvilke indikatorer og fagområder som er relevante innen utgangen av mars 2016. Disse skal risikovurderes av Helse Nord RHF i 2016.

#### *Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

1. Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå
2. Antall tvangsinnleggelser for voksne er redusert
3. Andel årsverk i distriktpsykiatriske sentre er økt i forhold til sykehus i psykiske helsevern for voksne

#### *Bedre kvalitet og pasientsikkerhet*

1. Ingen sykehuspåførte infeksjoner innen utgangen av 2016
2. Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7%
3. Det skal ikke være korridorpasienter

Krav fra Helse- og omsorgsdepartementet i oppdragsdokument 2016 er at andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 prosent ved prevalensundersøkelsene. Helse Nord RHF opprettholder likevel kravet til helseforetakene om at sykehuspåførte infeksjoner som kan forebygges, skal være null innen utgangen av 2016.

Kunnskap om variasjon i tjenesten skal brukes aktivt som grunnlag for forbedringsarbeid. Bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og private vil føre til bedre utnyttelse av ledig kapasitet og økt valgfrihet, og pasientene skal slippe unødig ventetid. Innføring av fritt behandlingsvalg og ny pasient- og brukerrettighetslov legger til rette for dette. Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de helseforetakene, men bedre samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester betyr bedre utnyttelse av ledig kapasitet og økt valgfrihet for pasientene.

Bemanning, utdanning, kompetanseutvikling, forskning, innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge en god og forsvarlig pasientbehandling. Pasientene skal oppleve respekt og åpenhet i møte med helsetjenesten, og få delta i beslutningene om egen behandling og hvordan den gjennomføres. Pasientforløpene i regionen skal være gode og effektive. I 2015 ble det innført 28 nye pakkeforløp for kreftpasienter.

Distriktpsykiatriske sentre skal ha gode akuttjenester gjennom døgnet, og åpne utadrettede tjenester skal tilstrebes. Pasientene skal oppleve en tjeneste basert på frivillighet og redusert og riktig bruk av tvang. Distriktpsykiatriske sentre som nøkkelstruktur skal legges til grunn for de fremtidige tjenestene innen TSB.



Alle tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet skal være implementert i alle relevante enheter innen utgangen av 2016.

## **Helse Nords mål 2**

### **Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell**

#### *Delmål:*

- Et sykefravær under 7,5 % for 2016

Et lavt sykefravær er også med på å fremme et godt arbeidsmiljø preget av trygghet, kontinuitet og kompetanse. Dette bidrar til økt samarbeid og kan fremme pasientsikkerhet.

Å redusere sykefraværet i regionen vil ha positive effekter for medarbeidere, pasienter og arbeidsmiljø, som vil bidra til økt kompetanse, kontinuitet og økonomi i foretakene. Mindre turnover i bemanningen fremmer pasientsikkerhet.

For å arbeide systematisk med sykefravær skal alle helseforetak registrere sykefraværet, ha rutiner for å følge opp sykmeldte og dokumentere at disse etterlevs.

Alle foretak i Helse Nord har i tillegg inngått en IA avtale hvor reduksjon av sykefravær er ett av tre konkrete delmål. Det er ikke nok å bare registrere og dokumentere kostnader, det må jobbes målrettet med å finne årsakssammenhenger og kartlegge hva som er det reelle handlingsrommet til å påvirke dette.

Helse Nord må gjennom konkrete måltall og oppfølgende rapporteringskrav sørge for at foretakene har et kontinuerlig fokus på sykefraværssarbeid, som er både helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende. Den første delen handler om å skape trivsel, utvikling og vekst, den andre om å forhindre skader og sykdom, og den tredje om å gjøre eventuelle sykefravær kortest mulig.



---

## Implementering av IMM

---



Sykehusapotek Nord HF

Laget den : 2016-04-19 12:59:29

Analyseobjekt : Overordnede styringsmål

Sist oppdatert : 2016-05-09 10:23:59

den Kontoeier : Kjersti Gjerdevik

---

## Deltakere

---

|              |                         |
|--------------|-------------------------|
| Analyseleder | Kjersti Gjerdevik       |
|              | Stian Eilertsen         |
|              | Margaret Aarag Antonsen |
|              | Helge K Pettersen       |
|              | Espen Mælen Hauge       |
|              | Cicilia Nicolaisen      |
|              | Camilla H Bjørnstad     |
|              | Airin Nordgård          |
|              | Hans Jørgen Sevatdal    |

---

## Om Whatif verktøyet og Whatif metoden

---

Whatif er et webverktøy for styring av risiko som tar i bruk ansattes kunnskaper og erfaring for sikre mangfold og engasjement.

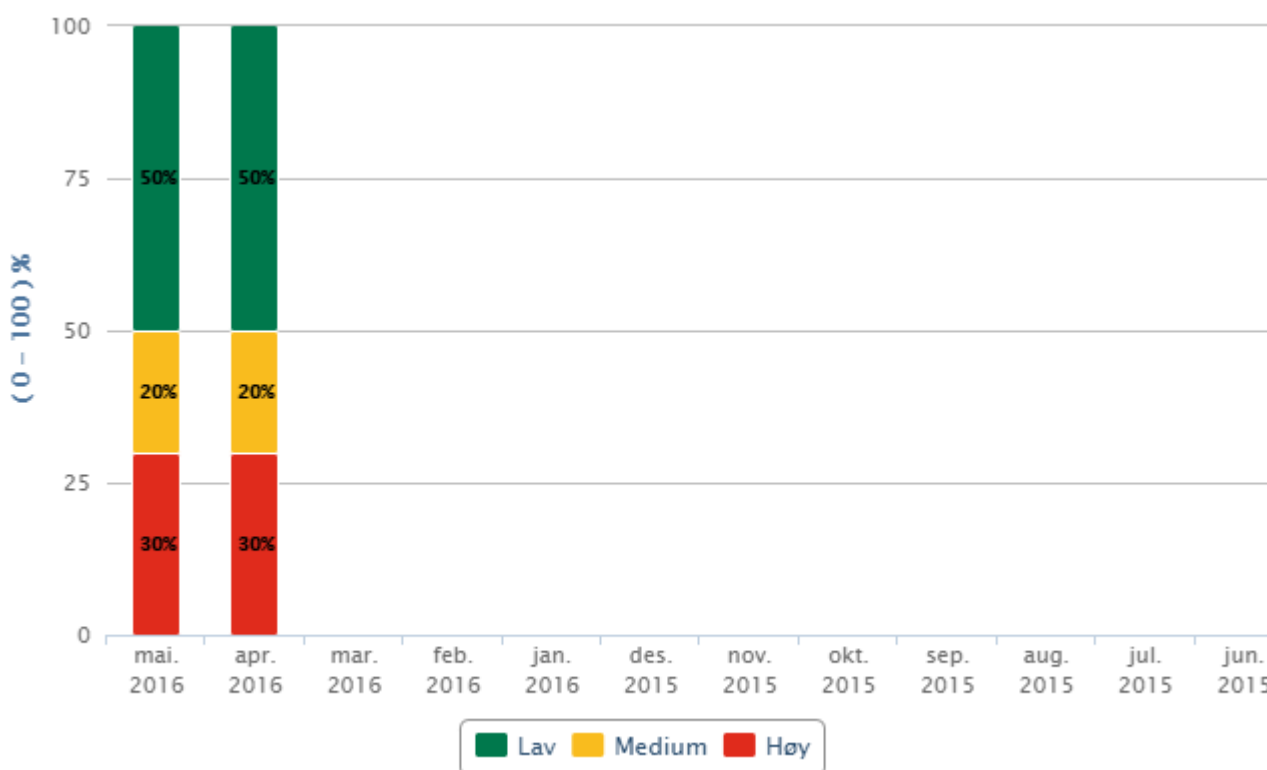
---

## Konsekvensdimensjoner

---

|                               | <b>Ikke alvorlig</b> | <b>Lite alvorlig</b>                  | <b>Alvorlig</b>      | <b>Kritisk</b> |
|-------------------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------------|----------------|
| <b>Ta i BRuk Som standard</b> | Standardisert        | Standard For de store pasientgruppene | Delvis standardisert | Ikke standard  |

## Risikobildet for de siste 12 månedene



## RISIKO



Selvlaget kort: 1

### 16 tiltak vil kunne forbedre risikobildet

|    |              |
|----|--------------|
| 0  | Gjennomførte |
| 16 | Gjenstår     |

**3** Høy risiko

-  Fasiliteter
  -  Samarbeid med sykehus
  -  Økonomi
- 

**2** Medium risiko

-  Organisasjon
  -  Rekruttering
- 

**5** Lav risiko

-  IKT/Dokumentasjon
  -  IKT Tilgang
  -  Organisasjonsendring
  -  Kompetanse
  -  Vedtak om opptrapping av klinisk farmasi
- 

**1** Ikke relevant risiko

-  Økonomi

# HØY RISIKO

## Fasiliteter

Hva om vi ikke har kontorplasser?

-  Svært sannsynlig - Alvorlig
- 

## Scenario historikk

---

**Dagens status:**

  
2016-04-19

**Tidligere  
plasseringer:**

2016-04-19    2016-05-09

---

**Tiltak**

---

**Leie eksterne lokaler**

Ansvarlig: Espen Mælen Hauge

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreducerende

Frist: 2016-10-24

Kommentar til gjennomført tiltak:

**Synliggjør behov til utleier**

Be om flere arbeidsplasser hos utleier

Ansvarlig: Espen Mælen Hauge

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreducerende

Frist: 2016-10-24

Kommentar til gjennomført tiltak:



# Samarbeid med sykehus

Hva om sykehusene ikke kjøper kliniske tjenester?

 Meget sannsynlig - Katastrofalt

---

## Scenario historikk

---

### Dagens status:



2016-04-19

### Tidligere plasseringer:

2016-04-19    2016-05-09

---

## Kommentar til sannsynlighet/tilstand

---

Forutsetter at finansieringsmodellen bygger på at sykehusene må medfinansiere tjenestene

---

## Tiltak

---

### Innsalgsstrategi

Utarbeide innsalgsprogram

- hvem hva hvor når innsalg av klinisk farmasi
- fortelle suksesshistorier

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende og Konsekvensreduserende

Frist: 2016-08-30

Kommentar til gjennomført tiltak:

### Oppdragsdokument

Oppdragsdokumentene til HFene må inneholde konkretiserte mål for opptrapping av klinisk farmasi

Ansvarlig: Espen Mælen Hauge

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:

### **Samarbeid med sykehus**

Opprette arbeidsgruppe sammen med sykehusene for å beslutte detaljert opptrappingsplan

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-08-30

Kommentar til gjennomført tiltak:

# Økonomi

Hva om Helse Nord ikke vedtar foreslått finansieringsmodell?

 Sannsynlig - Katastrofalt

---

## Scenario historikk

---

**Dagens status:**



2016-04-19

---

## Kommentar til konsekvens

---

Forutsetning for risiko ingen finansiering fra Helse Nord

---

## Tiltak

---

### Innsalgsstrategi

Utarbeide innsalgsprogram med hvem hva hvor når  
- suksesshistorier

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Konsekvensreducerende

Frist: 2016-08-30

Kommentar til gjennomført tiltak:

### Oppfølgingsmøte RHF 1. tertial

Diskutere finansieringsmodell på oppfølgingsmøte

Ansvarlig: Espen Mælen Hauge

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreducerende

Frist: 2016-06-08

Kommentar til gjennomført tiltak:

### **Direktørmøte**

Tas opp på direktørmøte 11. mai

Ansvarlig: Espen Mælen Hauge

Estimert kostnad:

Frist: 2016-05-11

Kommentar til gjennomført tiltak:

# MEDIUM RISIKO

## Organisasjon

Hva om organiseringen internt ikke er god nok?

 Sannsynlig - Alvorlig

---

### Scenario historikk

---

**Dagens status:**



2016-04-19

---

### Tiltak

---

#### Planlegg organisering

Utrede andre mulige organiseringer av kliniske tjenester

Ansvarlig: Espen Mælen Hauge

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-10-07

Kommentar til gjennomført tiltak:

# Rekruttering

Hva om vi ikke greier å rekruttere nok farmasøyter ved vedtak av plan?

 Meget sannsynlig - Moderat alvorlig

---

## Scenario historikk

---

### Dagens status:



2016-04-19

---

## Tiltak

---

### Rekrutteringsplan

Rekrutteringsplan må utarbeides

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-09-01

Kommentar til gjennomført tiltak:

### Øke antall studieplasser

Påvirke ungdom til å studere farmasi. (markedsføring av studiet i diverse kanaler

Melde inn økt behov for studieplasser

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:



# LAV RISIKO

## IKT/Dokumentasjon

Hva om vi ikke kan dokumentere arbeidet tilfredsstillende?

 Sannsynlig - Lite alvorlig

---

### Scenario historikk

---

**Dagens status:**



2016-04-19

---

### Tiltak

---

#### Tilpasse elektronisk kurve

Bringe inn våre behov til elektronisk kurve gruppen (EK-gruppen)

Ansvarlig: Camilla H Bjørnstad

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-06-24

Kommentar til gjennomført tiltak:

#### Vedtak HOS

Vedtak HOS må gjennomføres

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-10-24

Kommentar til gjennomført tiltak:

# IKT Tilgang

Hva om vi ikke får tilganger til klinisk relevant data?

 Lite sannsynlig - Alvorlig

---

## Scenario historikk

---

**Dagens status:**



2016-04-19

---

## Tiltak

---

### Vedtak i klinisk IKT råd

Sikre at vedtak blir gjort i klinisk IKT råd vedr tilganger for farmasøyter

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Konsekvensreduserende

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:

# Organisasjonsendring

Hva om slås sammen til et nasjonalt sykehusapotekforetak?

 Sannsynlig - Lite alvorlig

---

## Scenario historikk

---

**Dagens status:**



2016-04-19

# Kompetanse

Hva om kvaliteten på tjenestene ikke blir tilfredsstillende?

 Lite sannsynlig - Alvorlig

---

## Scenario historikk

---

**Dagens status:**



2016-04-19

---

## Tiltak

---

### Revidere opplæringsplan

Opplæringsplan må revideres iht nasjonal anbefaling

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Konsekvensreduserende

Frist: 2016-12-30

Kommentar til gjennomført tiltak:

# Vedtak om opptrapping av klinisk farmasi

Hva om Helse Nord ikke vedtar planen?

 Lite sannsynlig - Alvorlig

---

## Scenario historikk

---

### Dagens status:

  
2016-04-19

---

## Tiltak

---

### Direktørmøte Helse Nord

Ta opp saken i Direktørmøte i Helse Nord

Ansvarlig: Espen Mælen Hauge

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Konsekvensreduserende

Frist: 2016-05-11

Kommentar til gjennomført tiltak:



---

## Sykefravær og arbeidsmiljø

---



Sykehusapotek Nord HF

Laget den : 2016-04-19 15:49:33

Analyseobjekt : Overordnede styringsmål

Sist oppdatert : 2016-05-09 10:25:21

den Kontoeier : Kjersti Gjerdevik



---

## Deltakere

---

|              |                         |
|--------------|-------------------------|
| Analyseleder | Kjersti Gjerdevik       |
|              | Stian Eilertsen         |
|              | Helge K Pettersen       |
|              | Espen Mælen Hauge       |
|              | Margaret Aarag Antonsen |
|              | Airin Nordgård          |
|              | Camilla H Bjørnstad     |
|              | Hans Jørgen Sevatdal    |
|              | Cicilia Nicolaisen      |

---

## Hensikt

---

Risikovurdering overordnede styringsmål for foretaket

---

## Om Whatif verktøyet og Whatif metoden

---

Whatif er et webverktøy for styring av risiko som tar i bruk ansattes kunnskaper og erfaring for sikre mangfold og engasjement.

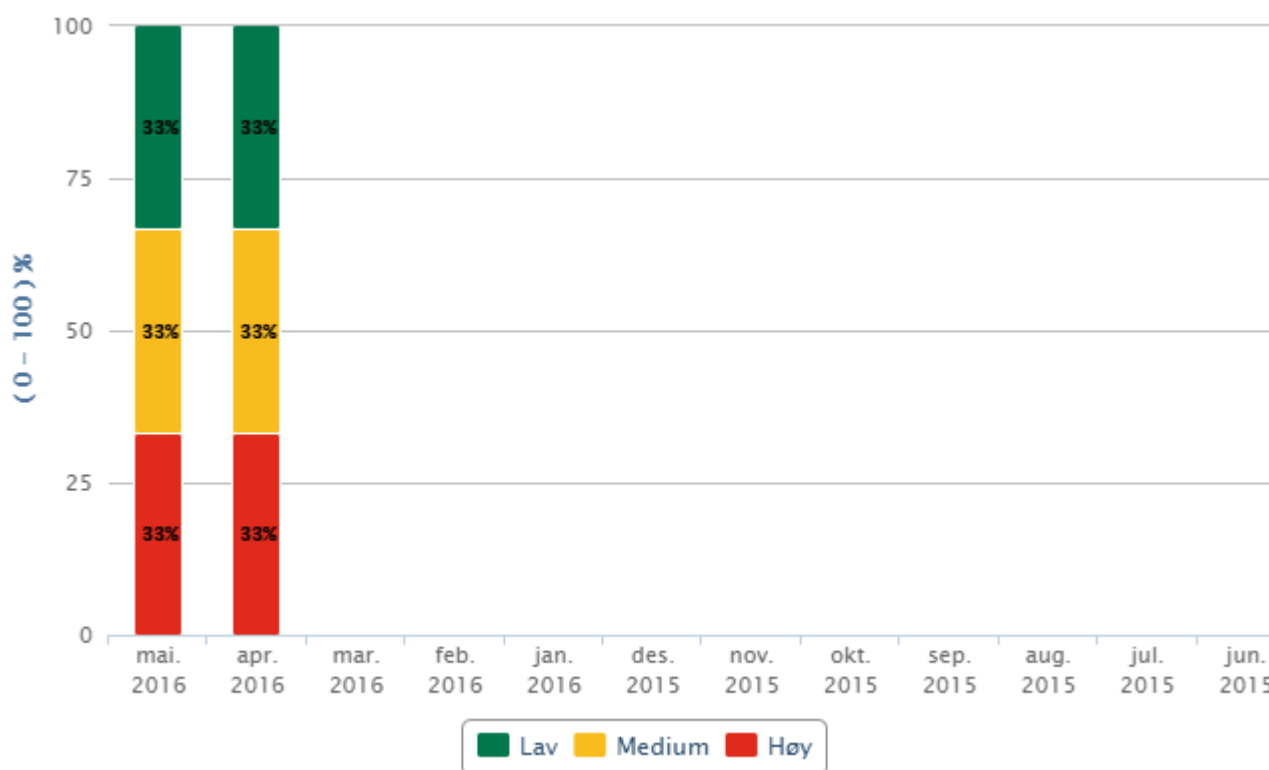
---

## Konsekvensdimensjoner

---

|                     | <b>Ikke alvorlig</b>      | <b>Lite alvorlig</b> | <b>Alvorlig</b>         | <b>Kritisk</b>         |
|---------------------|---------------------------|----------------------|-------------------------|------------------------|
| <b>Drift</b>        | ideel drift               | normal drift         | redusert drift          | bortfall av tjenester  |
| <b>Arbeidsmiljø</b> | særdeles bra arbeidsmiljø | bra arbeidsmiljø     | nokså godt arbeidsmiljø | lite godt arbeidsmiljø |

## Risikobildet for de siste 12 månedene



## RISIKO

- 2 Høy risiko ■ ■
- 2 Medium risiko ■ ■
- 2 Lav risiko ■ ■
- 1 Ikke relevant risiko ■

Selvlaget kort: 1

### 19 tiltak vil kunne forbedre risikobildet

0 Gjennomførte  
19 Gjenstår

**2** Høy risiko Rekruttering Sykefravær**2** Medium risiko Rekruttering Ledelse**2** Lav risiko Arbeidsmiljø Arbeidsmiljø**1** Ikke relevant risiko Arbeidsmiljø

# HØY RISIKO

## Rekruttering

Hva om vi ikke får tak i nok farmasøyter?

 Meget sannsynlig - Katastrofalt

### Scenario historikk

**Dagens status:**

2016-04-20

**Tidligere  
plasseringer:**

2016-04-19

---

## Konsekvensdimensjoner

---

**Drift**                      bortfall av tjenester

---

## Dagens barrierer

---

Praksisplasser (S)

Tariffavtale (S)

---

## Tiltak

---

### Kompetanseutvikling

Sørge for etter- og videreutdanning

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:

### Spennende arbeidsoppgaver

Sørge for spennende arbeidsoppgaver ved å utvikle tjenester, tilby attraktive oppgaver

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:

### Vurdere lønnstiltak

Differensiere mellom lokasjoner

Sign on fee

Stay on fee

Lønn under utdanning

Ansvarlig: Espen Mælen Hauge

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:

**Reklamere for farmasøytstudie**

Delta på utdanningsmesser

Informere på NFF kretsmøter

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:

# Sykefravær

Hva om sykefraværet overstiger 7.5%?

 Meget sannsynlig - Alvorlig

---

## Scenario historikk

---

### Dagens status:



2016-04-20

### Tidligere plasseringer:

2016-04-19

---

## Konsekvensdimensjoner

---

**Drift**                      redusert drift

---

## Dagens barrierer

---

Foretakssamling (K) (S)

AMU og SU (K) (S)

Stressmestringskurs (K) (S)

IA bedrift (K) (S)

Bedriftshelsetjeneste (K) (S)

---

## Tiltak

---

### Lederopplæring

Lederopplæring i sykefraværsoppfølging

Ansvarlig: Espen Mælen Hauge

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende og Konsekvensreduserende

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:

### **Ergonomisk tilpasning**

Sikre ergonomiske forhold

Fokus på ergonomi ved innføring av nye arbeidsprosesser

Ansvarlig: Espen Mælen Hauge

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:

### **Analyse fraværsårsak**

Analyser fraværsårsak og lag individuelle oppfølgingsplaner

Ansvarlig: Espen Mælen Hauge

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:



# MEDIUM RISIKO

## Rekruttering

Hva om vi ikke får tak i nok apotekteknikere med rett kompetanse?

 Sannsynlig - Alvorlig

---

### Scenario historikk

---

#### Dagens status:



2016-05-09

#### Tidligere plasseringer:

2016-04-19    2016-04-20

---

### Konsekvensdimensjoner

---

**Drift**                      redusert drift

---

### Dagens barrierer

---

Tariffavtale (S)

Praksisplasser (S)

---

### Tiltak

---

#### Ansette andre yrkesgrupper

Ansette andre yrkesgrupper i apotekteknikerstillinger

Ansvarlig: Espen Mælen Hauge

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:

### **Vurdere rekrutteringsstipend**

Vurdere mulighetene for rekrutteringsstipend

Ansvarlig: Espen Mælen Hauge

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:

### **Reklamere for apotekteknikerutdanninga**

- Delta på utdanningsmesser for ungdomsskoleelever
- Still opp på rekrutteringstiltak
- sosiale medier

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:

# Ledelse

Hva om vi ikke har gode ledere ?

 Lite sannsynlig - Katastrofalt

---

## Scenario historikk

---

### Dagens status:



2016-05-09

### Tidligere plasseringer:

2016-04-19    2016-04-20

---

## Konsekvensdimensjoner

---

**Arbeidsmiljø**                      lite godt arbeidsmiljø

---

## Tiltak

---

### Opphør av lederfunksjon

Vurder mulige exit strategier

Ansvarlig: Espen Mælen Hauge

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:

### Veiledningstiltak

medarbeidersamtale,  
coaching

Ansvarlig: Espen Mælen Hauge

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:

### **Nyansattopplæring for ledere**

Etablere nyansattopplæring for ledere i foretaket  
- opplæringspakke

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:

### **God ansettelsesprosess**

Følge retningslinjer/prosedyrer for ansettelse

Ansvarlig: Espen Mælen Hauge

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:

# LAV RISIKO

## Arbeidsmiljø

Hva om ansatte ikke får den nødvendige kompetansehevingen for å utføre jobben?

 Lite sannsynlig - Alvorlig

---

### Scenario historikk

---

#### Dagens status:



2016-04-20

#### Tidligere plasseringer:

2016-04-19

---

### Konsekvensdimensjoner

---

#### Arbeidsmiljø

nokså godt arbeidsmiljø

---

### Dagens barrierer

---

Robust kompetansebudsjett (S)

Kompetanseplan (S)

---

### Tiltak

---

#### Dokumentasjon av kompetanse

Utvikle system for dokumentasjon av kompetanse

Implementering av Dossier

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:

#### **Oppdaterte stillingsinstrukser**

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:

#### **Individuelle kompetanseplaner**

Alle skal ha individuelle kompetanseplaner

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:

#### **Oppdaterte opplæringsplaner**

I henhold til krav internt/eksternt

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:

# Arbeidsmiljø

Hva om medarbeiderne ikke trives?

 Lite sannsynlig - Alvorlig

---

## Scenario historikk

---

### Dagens status:



2016-04-20

### Tidligere plasseringer:

2016-04-19

---

## Konsekvensdimensjoner

---

**Arbeidsmiljø** nokså godt arbeidsmiljø

---

## Dagens barrierer

---

MU (S)

---

## Tiltak

---

### Gjennomføre MU tiltak

Ansvarlig: Espen Mælen Hauge

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreducerende

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:



Risiko rapport og tiltaksplan (Overordnede styringsmål)

9. mai 2016

totalt : 35, Under arbeid : 35, Gjennomførte : 0

| Scenario                                                                          | Objekt                  | Kategori                     | kortstokk navn             | Tiltak Detaljer                                                                                                                    | Opprinnelig risiko | Ansvarlig               | Frist      | Risiko etter tiltak | Status |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|------------|---------------------|--------|
| <b>Samarbeid med sykehus</b><br>Hva om sykehusene ikke kjøper kliniske tjenester? | Overordnede styringsmål | Kvalitet og pasientsikkerhet | Implementering av IMM      | <b>Innsalgsstrategi</b><br>Utarbeide innsalgsprogram - hvem hva hvor når<br>innsalg av klinisk farmasi - fortelle suksesshistorier | risiko score: 7.0  | Margaret Aarag Antonsen | 2016-08-30 |                     |        |
| <b>Samarbeid med sykehus</b><br>Hva om sykehusene ikke kjøper kliniske tjenester? | Overordnede styringsmål | Kvalitet og pasientsikkerhet | Implementering av IMM      | <b>Oppdragsdokument</b><br>Oppdragsdokumentene til HFene må inneholde konkretiserte mål for opptrapping av klinisk farmasi         | risiko score: 7.0  | Espen Mælen Hauge       | 2016-12-31 |                     |        |
| <b>Samarbeid med sykehus</b><br>Hva om sykehusene ikke kjøper kliniske tjenester? | Overordnede styringsmål | Kvalitet og pasientsikkerhet | Implementering av IMM      | <b>Samarbeid med sykehus</b><br>Opprette arbeidsgruppe sammen med sykehusene for å beslutte detaljert opptrappingsplan             | risiko score: 7.0  | Margaret Aarag Antonsen | 2016-08-30 |                     |        |
| <b>Fasiliteter</b><br>Hva om vi ikke har kontorplasser?                           | Overordnede styringsmål | Kvalitet og pasientsikkerhet | Implementering av IMM      | <b>Leie eksterne lokaler</b>                                                                                                       | risiko score: 7.0  | Espen Mælen Hauge       | 2016-10-24 |                     |        |
| <b>Fasiliteter</b><br>Hva om vi ikke har kontorplasser?                           | Overordnede styringsmål | Kvalitet og pasientsikkerhet | Implementering av IMM      | <b>Synliggjør behov til utleier</b><br>Be om flere arbeidsplasser hos utleier                                                      | risiko score: 7.0  | Espen Mælen Hauge       | 2016-10-24 |                     |        |
| <b>Rekruttering</b><br>Hva om vi ikke får tak i nok farmasøyter?                  | Overordnede styringsmål | HMS og rekruttering          | Sykefravær og arbeidsmiljø | <b>Kompetanseutvikling</b><br>Sørge for etter- og videreutdanning                                                                  | risiko score: 7.0  | Margaret Aarag Antonsen | 2016-12-31 |                     |        |

Risiko rapport og tiltaksplan (Overordnede styringsmål)

9. mai 2016

totalt : 35, Under arbeid : 35, Gjennomførte : 0

| Scenario                                                                       | Objekt                  | Kategori                     | kortstokk navn             | Tiltak Detaljer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Opprinnelig risiko | Ansvarlig               | Frist      | Risiko etter tiltak | Status |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|------------|---------------------|--------|
| <b>Rekruttering</b><br>Hva om vi ikke får tak i nok farmasøyter?               | Overordnede styringsmål | HMS og rekruttering          | Sykefravær og arbeidsmiljø | <b>Spennende arbeidsoppgaver</b><br>Sørge for spennende arbeidsoppgaver ved å utvikle tjenester, tilby attraktive oppgaver<br><br><b>Vurdere lønnstiltak</b><br>Differensiere mellom lokasjoner Sign on fee Stay on fee Lønn under utdanning<br><br><b>Reklamere for farmasøytstudie</b><br>Delta på utdanningsmesser Informere på NFF kretsmøter | risiko score: 7.0  | Margaret Aarag Antonsen | 2016-12-31 |                     |        |
| <b>Rekruttering</b><br>Hva om vi ikke får tak i nok farmasøyter?               | Overordnede styringsmål | HMS og rekruttering          | Sykefravær og arbeidsmiljø |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | risiko score: 7.0  | Espen Mælen Hauge       | 2016-12-31 |                     |        |
| <b>Rekruttering</b><br>Hva om vi ikke får tak i nok farmasøyter?               | Overordnede styringsmål | HMS og rekruttering          | Sykefravær og arbeidsmiljø |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | risiko score: 7.0  | Margaret Aarag Antonsen | 2016-12-31 |                     |        |
| <b>Sykefravær</b><br>Hva om sykefraværet overstiger 7.5%?                      | Overordnede styringsmål | HMS og rekruttering          | Sykefravær og arbeidsmiljø | <b>Lederopplæring</b><br>Lederopplæring i sykefraværsoppfølging                                                                                                                                                                                                                                                                                   | risiko score: 5.4  | Espen Mælen Hauge       | 2016-12-31 |                     |        |
| <b>Sykefravær</b><br>Hva om sykefraværet overstiger 7.5%?                      | Overordnede styringsmål | HMS og rekruttering          | Sykefravær og arbeidsmiljø | <b>Ergonomisk tilpasning</b><br>Sikre ergonomiske forhold Fokus på ergronomi ved innføring av nye arbeidsprosesser                                                                                                                                                                                                                                | risiko score: 5.4  | Espen Mælen Hauge       | 2016-12-31 |                     |        |
| <b>Sykefravær</b><br>Hva om sykefraværet overstiger 7.5%?                      | Overordnede styringsmål | HMS og rekruttering          | Sykefravær og arbeidsmiljø | <b>Analyse fraværsårsak</b><br>Analyser fraværsårsak og lag individuelle oppfølgingsplaner                                                                                                                                                                                                                                                        | risiko score: 5.4  | Espen Mælen Hauge       | 2016-12-31 |                     |        |
| <b>Økonomi</b><br>Hva om Helse Nord ikke vedtar foreslått finansieringsmodell? | Overordnede styringsmål | Kvalitet og pasientsikkerhet | Implementering av IMM      | <b>Innsalgsstrategi</b><br>Utarbeide innsalgsprogram med hvem hva hvor når - suksesshistorier                                                                                                                                                                                                                                                     | risiko score: 5.0  | Margaret Aarag Antonsen | 2016-08-30 |                     |        |

Risiko rapport og tiltaksplan (Overordnede styringsmål)

9. mai 2016

totalt : 35, Under arbeid : 35, Gjennomførte : 0

| Scenario                                                                                      | Objekt                  | Kategori                     | kortstokk navn             | Tiltak Detaljer                                                                                                                                               | Opprinnelig risiko | Ansvarlig               | Frist      | Risiko etter tiltak | Status |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|------------|---------------------|--------|
| <b>Økonomi</b><br>Hva om Helse Nord ikke vedtar foreslått finansieringsmodell?                | Overordnede styringsmål | Kvalitet og pasientsikkerhet | Implementering av IMM      | <b>Oppfølgingsmøte RHF 1. tertial</b><br>Diskutere finansieringsmodell på oppfølgingsmøte                                                                     | risiko score: 5.0  | Espen Mælen Hauge       | 2016-06-08 |                     |        |
| <b>Økonomi</b><br>Hva om Helse Nord ikke vedtar foreslått finansieringsmodell?                | Overordnede styringsmål | Kvalitet og pasientsikkerhet | Implementering av IMM      | <b>Direktørmøte</b><br>Tas opp på direktørmøte 11. mai                                                                                                        | risiko score: 5.0  | Espen Mælen Hauge       | 2016-05-11 |                     |        |
| <b>Rekruttering</b><br>Hva om vi ikke greier å rekruttere nok farmasøyter ved vedtak av plan? | Overordnede styringsmål | Kvalitet og pasientsikkerhet | Implementering av IMM      | <b>Rekrutteringsplan</b><br>Rekrutteringsplan må utarbeides                                                                                                   | risiko score: 3.9  | Margaret Aarag Antonsen | 2016-09-01 |                     |        |
| <b>Rekruttering</b><br>Hva om vi ikke greier å rekruttere nok farmasøyter ved vedtak av plan? | Overordnede styringsmål | Kvalitet og pasientsikkerhet | Implementering av IMM      | <b>Øke antall studieplasser</b><br>Påvirke ungdom til å studere farmasi.<br>(markedsføring av studiet i diverse kanaler Melde inn økt behov for studieplasser | risiko score: 3.9  | Margaret Aarag Antonsen | 2016-12-31 |                     |        |
| <b>Organisasjon</b><br>Hva om organiseringen internt ikke er god nok?                         | Overordnede styringsmål | Kvalitet og pasientsikkerhet | Implementering av IMM      | <b>Planlegg organisering</b><br>Utrede andre mulige organiseringer av kliniske tjenester                                                                      | risiko score: 3.9  | Espen Mælen Hauge       | 2016-10-07 |                     |        |
| <b>Rekruttering</b><br>Hva om vi ikke får tak i nok apotekteknikere med rett kompetanse?      | Overordnede styringsmål | HMS og rekruttering          | Sykefravær og arbeidsmiljø | <b>Ansette andre yrkesgrupper</b><br>Ansette andre yrkesgrupper i apotekteknikerstillinger                                                                    | risiko score: 3.9  | Espen Mælen Hauge       | 2016-12-31 |                     |        |
| <b>Rekruttering</b><br>Hva om vi ikke får tak i nok apotekteknikere med rett kompetanse?      | Overordnede styringsmål | HMS og rekruttering          | Sykefravær og arbeidsmiljø | <b>Vurdere rekrutteringsstipend</b><br>Vurdere mulighetene for rekrutteringsstipend                                                                           | risiko score: 3.9  | Espen Mælen Hauge       | 2016-12-31 |                     |        |



Risiko rapport og tiltaksplan (Overordnede styringsmål)

9. mai 2016

totalt : 35, Under arbeid : 35, Gjennomførte : 0

| Scenario                                                                                 | Objekt                  | Kategori                     | kortstokk navn             | Tiltak Detaljer                                                                                                                                       | Opprinnelig risiko | Ansvarlig               | Frist      | Risiko etter tiltak | Status |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|------------|---------------------|--------|
| <b>Rekruttering</b><br>Hva om vi ikke får tak i nok apotekteknikere med rett kompetanse? | Overordnede styringsmål | HMS og rekruttering          | Sykefravær og arbeidsmiljø | <b>Reklamere for apotekteknikerutdanning</b><br>-Delta på utdanningsmesser for ungdomsskoleelever - Still opp på rekrutteringstiltak - sosiale medier | risiko score: 3.9  | Margaret Aarag Antonsen | 2016-12-31 |                     |        |
| <b>Ledelse</b><br>Hva om vi ikke har gode ledere ?                                       | Overordnede styringsmål | HMS og rekruttering          | Sykefravær og arbeidsmiljø | <b>Opphør av lederfunksjon</b><br>Vurder mulige exit strategier                                                                                       | risiko score: 3.0  | Espen Mælen Hauge       | 2016-12-31 |                     |        |
| <b>Ledelse</b><br>Hva om vi ikke har gode ledere ?                                       | Overordnede styringsmål | HMS og rekruttering          | Sykefravær og arbeidsmiljø | <b>Veiledningstiltak</b><br>medarbeidersamtale, coaching                                                                                              | risiko score: 3.0  | Espen Mælen Hauge       | 2016-12-31 |                     |        |
| <b>Ledelse</b><br>Hva om vi ikke har gode ledere ?                                       | Overordnede styringsmål | HMS og rekruttering          | Sykefravær og arbeidsmiljø | <b>Nyansattopplæring for ledere</b><br>Etablere nyansattopplæring for ledere i foretaket - opplæringspakke                                            | risiko score: 3.0  | Margaret Aarag Antonsen | 2016-12-31 |                     |        |
| <b>Ledelse</b><br>Hva om vi ikke har gode ledere ?                                       | Overordnede styringsmål | HMS og rekruttering          | Sykefravær og arbeidsmiljø | <b>God ansettelsesprosess</b><br>Følge retningslinjer/prosedyrer for ansettelse                                                                       | risiko score: 3.0  | Espen Mælen Hauge       | 2016-12-31 |                     |        |
| <b>Vedtak om opptrapping av klinisk farmasi</b><br>Hva om Helse Nord ikke vedtar planen? | Overordnede styringsmål | Kvalitet og pasientsikkerhet | Implementering av IMM      | <b>Direktørmøte Helse Nord</b><br>Ta opp saken i Direktørmøte i Helse Nord                                                                            | risiko score: 2.3  | Espen Mælen Hauge       | 2016-05-11 |                     |        |
| <b>Kompetanse</b><br>Hva om kvaliteten på tjenestene ikke blir tilfredsstillende?        | Overordnede styringsmål | Kvalitet og pasientsikkerhet | Implementering av IMM      | <b>Revidere opplæringsplan</b><br>Opplæringsplan må revideres iht nasjonal anbefaling                                                                 | risiko score: 2.3  | Margaret Aarag Antonsen | 2016-12-30 |                     |        |



Risiko rapport og tiltaksplan (Overordnede styringsmål)

9. mai 2016

totalt : 35, Under arbeid : 35, Gjennomførte : 0

| Scenario                                                                                              | Objekt                  | Kategori                     | kortstokk navn             | Tiltak Detaljer                                                                                                   | Opprinnelig risiko | Ansvarlig               | Frist      | Risiko etter tiltak | Status |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|------------|---------------------|--------|
| <b>IKT Tilgang</b><br>Hva om vi ikke får tilganger til klinisk relevant data?                         | Overordnede styringsmål | Kvalitet og pasientsikkerhet | Implementering av IMM      | <b>Vedtak i klinisk IKT råd</b><br>Sikre at vedtak blir gjort i klinisk IKT råd vedr tilganger for farmasøyter    | risiko score: 2.3  | Margaret Aarag Antonsen | 2016-12-31 |                     |        |
| <b>Arbeidsmiljø</b><br>Hva om medarbeiderne ikke trives?                                              | Overordnede styringsmål | HMS og rekruttering          | Sykefravær og arbeidsmiljø | <b>Gjennomføre MU tiltak</b>                                                                                      | risiko score: 2.3  | Espen Mælen Hauge       | 2016-12-31 |                     |        |
| <b>Arbeidsmiljø</b><br>Hva om ansatte ikke får den nødvendige kompetansehevingen for å utføre jobben? | Overordnede styringsmål | HMS og rekruttering          | Sykefravær og arbeidsmiljø | <b>Dokumentasjon av kompetanse</b><br>Utvikle system for dokumentasjon av kompetanse<br>Implementering av Dossier | risiko score: 2.3  | Margaret Aarag Antonsen | 2016-12-31 |                     |        |
| <b>Arbeidsmiljø</b><br>Hva om ansatte ikke får den nødvendige kompetansehevingen for å utføre jobben? | Overordnede styringsmål | HMS og rekruttering          | Sykefravær og arbeidsmiljø | <b>Oppdaterte stillingsinstrukser</b>                                                                             | risiko score: 2.3  | Margaret Aarag Antonsen | 2016-12-31 |                     |        |
| <b>Arbeidsmiljø</b><br>Hva om ansatte ikke får den nødvendige kompetansehevingen for å utføre jobben? | Overordnede styringsmål | HMS og rekruttering          | Sykefravær og arbeidsmiljø | <b>Individuelle kompetanseplaner</b><br>Alle skal ha individuelle kompetanseplaner                                | risiko score: 2.3  | Margaret Aarag Antonsen | 2016-12-31 |                     |        |
| <b>Arbeidsmiljø</b><br>Hva om ansatte ikke får den nødvendige kompetansehevingen for å utføre jobben? | Overordnede styringsmål | HMS og rekruttering          | Sykefravær og arbeidsmiljø | <b>Oppdaterte opplæringsplaner</b><br>I henhold til krav internt/eksternt                                         | risiko score: 2.3  | Margaret Aarag Antonsen | 2016-12-31 |                     |        |
| <b>IKT/Dokumentasjon</b><br>Hva om vi ikke kan dokumentere arbeidet tilfredsstillende?                | Overordnede styringsmål | Kvalitet og pasientsikkerhet | Implementering av IMM      | <b>Tilpasse elektronisk kurve</b><br>Bringe inn våre behov til elektronisk kurve gruppen (EK-gruppen)             | risiko score: 1.7  | Camilla H Bjørnstad     | 2016-06-24 |                     |        |

Risiko rapport og tiltaksplan (Overordnede styringsmål)

9. mai 2016

totalt : 35, Under arbeid : 35, Gjennomførte : 0

| Scenario                                                                               | Objekt                  | Kategori                     | kortstokk navn        | Tiltak Detaljer                                 | Opprinnelig risiko | Ansvarlig               | Frist      | Risiko etter tiltak | Status |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|------------|---------------------|--------|
| <b>IKT/Dokumentasjon</b><br>Hva om vi ikke kan dokumentere arbeidet tilfredsstillende? | Overordnede styringsmål | Kvalitet og pasientsikkerhet | Implementering av IMM | <b>Vedtak HOS</b><br>Vedtak HOS må gjennomføres | risiko score: 1.7  | Margaret Aarag Antonsen | 2016-10-24 |                     |        |

| <b>Informasjonssikkerhet ROS-analyse</b> |                                                                                     |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Styresak nr.:                            | 29 – 2016                                                                           |
| Møtedato:                                | 19. mai 2016                                                                        |
| Saksbehandler:                           | Direktør Espen Mælen Hauge og it-leder Stian Eilertsen                              |
| Tidligere sak:                           | 28 – 2015; 56-2015                                                                  |
| Vedlegg:                                 | 1. Styresak 56-2015<br>2. Risikorapport IT-sikkerhet<br>3. Risiko og tiltaksplan IT |

### Kort saksresyme

Som det fremgår av oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF til Sykehusapotek Nord HF for 2016, skal området informasjonssikkerhet med tilhørende status på risiko- og sårbarhets (ROS)-analyser behandles særskilt av helseforetakets styre innen 01.01.17. Følgende sak er en oppfølging av dette og to tidligere styresaker hvor det blant annet ble avdekket flere avvik. Disse er imidlertid i hovedsak lukket, men som vår siste risikoanalyse viser gjenstår fortsatt noen tiltak.

Saksfremlegget må leses i sammenheng med vedlagte rapporter som er basert på risikopolicy og retningslinjer i Helse Nord og Sykehusapotek Nord, samt analyseverktøyet WhatIf. Fire kritiske suksessfaktorer for å oppnå god informasjonssikkerhet er vurdert. Dette er administrativ og organisatoriske sikkerhet (roller, prosedyrer, kontroller); fysisk sikring; teknisk løsning, samt elektronisk pasientjournal (EPJ)/Fagsystem (sikkerhetskrav og bruk/tilgang til helseopplysninger).

Av 15 foreslåtte tiltak som ville kunne redusere risikoen er 11 av disse gjennomført. Blant de som gjenstår, og som er det største avviket, finner vi manglende loggkontrollfunksjon i apoteksystemet Farmapro. Ved oppgradering til ny Farmapro-versjon er denne funksjonaliteten lagt til, og det vil derfor bli utarbeidet prosedyrer for loggkontroll.

### Direktørens innstilling til vedtak

---

*Styret for Sykehusapotek Nord tar risikoanalysen til etterretning.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

## Saksfremlegg

### 1. Bakgrunn for ROS-analyse informasjonssikkerhet og risikostyring

---

Som det fremgår av Oppdragsdokumentet punkt 2.3 fra Helse Nord RHF til Sykehusapotek Nord HF for 2016, er internkontroll og risikostyring i stor grad regulert gjennom lover, forskrifter og pålegg fra overordnede myndigheter. Helseforetakene skal etterleve kravene i helseforetaksloven, i forskrifter om internkontroll, og i pålegg fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og fra Helse Nord RHF.

Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på risiko- og sårbarhets (ROS)-analyser skal behandles særskilt av helseforetakets styre innen 01.01.17. Dette legges imidlertid allerede i dette møtet frem for styret under denne sak.

I styremøtet 4. juni 2015, sak 28-2015, ble status for informasjonssikkerhet i Sykehusapotek Nord beskrevet slik: Det ingen indikasjoner på at Sykehusapotek Nord er i konflikt med gjeldene lovkrav og forskrifter per dags dato. Det forventes at forestående ROS-analyse og internrevisjon vil avdekke forbedringspunkter. Det forventes også at implementeringen av Styringssystem for informasjonssikkerhet vil gi Sykehusapotek Nord en helhetlig tankegang om tema informasjonssikkerhet. Fokus på nasjonalt samarbeid og utveksling av erfaringer med andre sykehusapotekforetak vil være viktig i tiden fremover.

Dette ble fulgt opp i styremøtet 3. desember 2015 (sak 56-2015, jfr. vedlegg 1) etter at det var gjennomført risikovurdering av informasjonssikkerheten ved Sykehusapotek Nord. Retningslinjer og spørsmål som ble tatt i bruk i vurderingen er utarbeid og grundig diskutert i informasjonssikkerhetsforumet i Helse Nord, og benyttes ved alle ROS-analyser av informasjonssikkerhet i helseforetakene. Styret tok da risikoanalysen til etterretning med følgende vedtak:

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar risikoanalysen til etterretning og ber direktøren til styremøtet 15.03.16 lukke de avvik som ble avdekket i analysen, samt informere styret om avviksbehandlingen i egen styresak.*

### 2. Ny risikovurdering, oppfølging av sak 56-2015

---

#### 2.1. Innledning

---

Risikovurderingsrapportene som ligger vedlagt svarer ut styrets bestilling i sak 56-2015. Saken er forsinket på grunn av stor arbeidsmengde i forbindelse med ombyggingene med videre. Som det fremgår av rapportene er det de samme risikofaktorene som er vurdert denne gang. Nå har vi imidlertid tatt i bruk risikovurderingsverktøyet Whatif™ som analyseverktøy og som er et ledd i Sykehusapotek Nords riskpolicy.

Prinsippet bak WhatIf som risikoanalyseverktøy er det samme som følger av Helse Nords retningslinjer for risikovurdering. Her tas i bruk en fargekartmatrise (grønn; gul; rød) som viser en sannsynlighetsdimensjon (lite sannsynlig; sannsynlig; meget



sannsynlig; svært sannsynlig) og en konsekvensdimensjon (lite alvorlig; moderat alvorlig; alvorlig; katastrofalt). Risikoen plottes inn på kartet alt etter hvor sannsynlig det er at den inntreffer og virkningen vi antar den vil gi. Konsekvensdimensjonen må omdefineres alt etter som hvilken problemstilling som vurderes.

## *2.2. De fire risikofaktorene – lukking av avvik*

---

Rapporten i vedlegg 2 viser, som ved forrige analyse, fire kritiske suksessfaktorene for å oppnå god informasjonssikkerhet. Disse er:

- Administrativ og organisatoriske sikkerhet (roller, prosedyrer, kontroller)
- Fysisk sikring
- Teknisk løsning
- Elektronisk pasientjournal (EPJ)/Fagsystem (sikkerhetskrav og bruk/tilgang til helseopplysninger)

Ved forrige risikoanalyse var det åtte kritiske suksessfaktorer som ble vurdert til høy risiko. Det har siden blitt gjennomført tiltak for å rette opp avvikene, men fortsatt gjenstår ett område på rødt. Dette er et avvik om EPJ/ Fagsystem: hva om det ikke gjennomføres jevnlig loggkontroller? Dette kan medføre at vi ikke får avdekket eventuell ureglementert innsyn (snoking).

Vi har vurdert 14 risikoområder der vi nå altså har avdekket kun ett område med høy risiko (rød), fire som medium risiko (gul) og åtte som lav risiko (grønn). Av 15 foreslåtte tiltak som ville kunne redusere risikoen, både sannsynlighetsreduserende og konsekvensreduserende tiltak, er 11 av disse gjennomførte. Konsekvensdimensjonen er den standardiserte alvorlighetsgraderingen. Tiltakene er lagt ved i en egen tiltaksrapport (vedlegg 3).

Det som gjenstår som det største avviket gjelder manglende funksjonalitet i apoteksystemet Farmapro. Grunnen til at avviket ennå ikke er lukket skyldes at loggkontrollfunksjonen ikke har vært tilgjengelig i systemversjonene hittil. I april gjennomførte vi en oppgradering til ny Farmapro-versjon der denne funksjonaliteten er blitt lagt til, og det vil derfor bli utarbeidet prosedyrer for loggkontroll. Vi antar at det også vil gi effekt at systembrukere vet at det kan bli foretatt kontroll, og dermed avstår fra ureglementert innsyn.

For gule og grønne risikoområder vises til rapporten for detaljer.

## *3. Oppsummering*

---

Etter direktørens oppfatning er informasjonssikkerheten god ved Sykehusapotek Nord. I løpet av det siste året har det vært gjennomført mange tiltak som har forbedret sikkerheten betydelig. Det gjenstår fortsatt noen risikoer som det vil jobbes for å eliminere, og vi kan ikke utelukke at det vil kunne oppstå problemstillinger i fremtiden som utfordrer informasjonssikkerheten. Imidlertid er kvaliteten på arbeidet med dette

fagområdet blitt vesentlig forbedret i det siste og med egen IT-kompetanse, som både vier informasjonssikkerhet nødvendig oppmerksomhet og trygg håndtering.



|                | <b>Informasjonssikkerhet ROS-analyse</b> |
|----------------|------------------------------------------|
| Styresak nr:   | 56 – 2015                                |
| Møtedato:      | 3. desember 2015                         |
| Saksbehandler: | It-leder Stian Eilertsen                 |
| Tidligere sak: | 28 - 2015                                |
| Vedlegg:       | Risikovurdering / OL1653                 |

### **Kort saksresyme**

I følge oppdragsdokumentet skal ledelsens gjennomgang styrebehandles. Gjennomgangen skal blant annet inneholde, ROS-analyser for gjennomgang av informasjonssikkerhet. Som en oppfølging av styresak 28-2015 og oppdragsdokumentet 2015, er det ved hjelp av retningslinjer utarbeidet av informasjonssikkerhetsforum i Helse Nord gjennomført en risikovurdering av informasjonssikkerhet ved Sykehusapotek Nord, nærmere bestemt relevante problemstillinger under disse fire mål/krav:

- 1) administrativ og organisatoriske sikkerhet (roller, prosedyrer, kontroller)
- 2) fysisk sikring
- 3) teknisk løsning
- 4) EPJ /Fagsystem (sikkerhetskrav og bruk/tilgang til helseopplysninger).

Risikoanalysen viser at foretaket på enkelte områder er sårbare og har avvik som må utbedres med det aller første.

Tiltakene som er foreslått anses som realistisk å gjennomføre innen 15.03.16. Direktøren har ansvar for å jobbe systematisk med lukking av disse avvikene og vil med god hjelp av IT-leder og øvrig lederteam sørge for dette.

### ***Direktørens innstilling til vedtak***

---

*Styret for Sykehusapotek Nord tar risikoanalysen til etterretning og ber direktøren til styremøtet 15.03.16 lukke de avvik som ble avdekket i analysen, samt informere styret om avviksbehandlingen i egen styresak.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

## Saksfremlegg

### 1. Bakgrunn

---

I styremøtet 4. juni 2015, sak 28-2015, ble status for informasjonssikkerhet i Sykehusapotek Nord presentert. Statusen ble oppsummert slikt:

«Som databehandlingsansvarlige så er det ingen indikasjoner på at Sykehusapotek Nord er i konflikt med gjeldene lovkrav og forskrifter per dags dato. Det forventes at forestående ROS-analyse og internrevisjon vil avdekke forbedringspunkter. Det forventes også at implementeringen av Styringssystem for informasjonssikkerhet vil gi Sykehusapotek Nord en helhetlig tankegang om tema informasjonssikkerhet. Fokus på nasjonalt samarbeid og utveksling av erfaringer med andre sykehusapotekforetak vil være viktig i tiden fremover.»

Styret gjorde følgende vedtak:

«Styret for Sykehusapotek Nord tar status om informasjonssikkerhetsarbeidet til orientering. Styret ber direktøren foreta nødvendig risikovurdering og implementering av styringssystem for informasjonssikkerhet og legge frem en oppdatert status i styremøtet 3. desember 2015.»

Som en oppfølging av styresak 28-2015 og oppdragsdokumentet 2015 punktene 9.2 – 10 fra Helse Nord RHF, er det gjennomført en risikovurdering av informasjonssikkerheten ved Sykehusapotek Nord.

### 2. Risikovurderingen har sett på følgende mål /krav:

---

1. Administrativ og organisatoriske sikkerhet (roller, prosedyrer, kontroller)
2. Fysisk sikring
3. Teknisk løsning
4. EPJ<sup>1</sup>/Fagsystem (sikkerhetskrav og bruk/tilgang til helseopplysninger)

Retningslinjer og spørsmål som er tatt i bruk i vurderingen er utarbeid og grundig diskutert i informasjonssikkerhetsforumet i Helse Nord, og benyttes ved alle ROS-analyser av informasjonssikkerhet i helseforetakene. Imidlertid er det kun spørsmål med relevans for Sykehusapotek Nord som vi har sett nærmere på.

#### 2.1. Administrativ og organisatoriske sikkerhet

---

Her ble følgende med høy risiko avdekket:

R2

##### **Kritisk suksessfaktor:**

Hva om virksomhetens ledelse ikke har avklart at behandlinger av helse- og personopplysninger virksomheten foretar er lovlige.

##### **Risiko for manglende måloppnåelse:**

Det er ikke avklart.

##### **Tiltak:**

---

<sup>1</sup> Elektronisk pasientjournal

Gjennomgang oppdatering av dokument OL1653<sup>2</sup>, ny risikovurdering må gjennomføres.

R3

**Kritisk suksessfaktor:**

Hva om det ikke er etablert prosedyrer for å analysere hendelsesregistrene.

**Risiko for manglende måloppnåelse:**

Det er ikke etablert prosedyre for dette.

**Tiltak:**

Etablere prosedyre.

## *2.2. Fysisk sikring*

---

Her ble følgende med høy risiko avdekket:

R2

**Kritisk suksessfaktor:**

Det skrives ikke ut informasjon til printere som ikke er sikret og papirene hentes umiddelbart.

**Risiko for manglende måloppnåelse:**

Det skrives ut på usikret printer og papirer hentes ikke umiddelbart.

**Tiltak:**

Nære skrivere. Avviksregistrering.

## *2.3. Teknisk løsning*

---

Her ble det ikke avdekket høy risiko.

## *2.4. EPJ/Fagsystem (sikkerhetskrav og bruk/tilgang til helseopplysninger)*

---

Her ble følgende med høy risiko avdekket:

R4

**Kritisk suksessfaktor:**

Hva om ansatte ikke behandler sensitive utskrifter/etiketter og lignende korrekt?

**Risiko for manglende måloppnåelse:**

Risikoen er at sensitiv informasjon kommer på avveie.

**Tiltak:**

Gjennomføre kurs, presisere overfor ansatte, innføre sikker print, sørge for at skrivere er i umiddelbar nærhet.

R5

**Kritisk suksessfaktore:**

---

<sup>2</sup> Docmap nr OL1653: Samlet oversikt over behandlinger av helse- og personopplysninger

Hva om ansatte får tilgang til klinisk system uten å ha tatt e-læringskurs for informasjonssikkerhet.

**Risiko for manglende måloppnåelse:**

Ansatte får tilgang til klinisk system uten å ha tatt e-læringskurs for informasjonssikkerhet.

**Tiltak:**

Sørge for at alle gjennomfører kursene. Ta inn i opplæringsplanen.

R7

**Kritisk suksessfaktor:**

Hva om det ikke gjennomføres jevnlige loggkontroller?

**Risiko for manglende måloppnåelse:**

Eventuelt ureglementert innsyn (snoking) blir ikke avdekket.

**Tiltak:**

Innføre rutiner for loggkontroll, finn ut hvilke muligheter for dette som finnes i FarmaPro.

R8

**Kritiske suksessfaktorer:**

Hva om det ikke er etablert en sikker løsning for elektronisk kommunikasjon med pasienter?

**Risiko for manglende måloppnåelse:**

E-post og SMS benyttes i kommunikasjon med kundene.

**Tiltak:**

Utarbeide skriftlig prosedyre for bruk av e-post, faks og SMS.

### **3. Prosess for lukking av avvik**

---

Risikoanalysen viser at Sykehusapotek Nord på enkelte områder er sårbare og har avvik som må utbedres uten unødig opphold. Tiltakene som er foreslått anses som realistisk å gjennomføre innen 15.3.16. Direktøren har ansvar for å jobbe systematisk med lukking av disse avvikene og vil med god hjelp av IT-leder og øvrig lederteam sørge for dette.

Samtidig vil det bli tatt initiativ til nye ROS-analyser, herunder blant annet etablering av dataverktøy for produksjon av cytostatika, fysisk sikring av servere, samt databehandleravtaler. Styret vil få informasjon om håndtering av avviksbehandlingen i styremøtet i mars.

### **4. Oppsummering**

---

Gjennomføring av risikovurderingen avdekkes sårbarheter som snarest mulig bør lukkes. Sykehusapotek Nord bør også gjennomføre flere risikovurderinger for å kunne avdekke sårbarheter.



---

## IT - sikkerhet

---



Sykehusapotek Nord HF

Laget den : 2016-04-28 09:11:39

Analyseobjekt : IT

Analyse navn : IT- sikkerhet



Sist oppdatert : 2016-05-09 09:55:15

den

Kontoeier

: Kjersti Gjerdevik

---

## Deltakere

---

Analyseleder

Kjersti Gjerdevik

Margaret Aarag Antonsen

Stian Eilertsen

Espen Mælen Hauge

Helge K Pettersen

---

## Om WhatIf verktøyet og WhatIf metoden

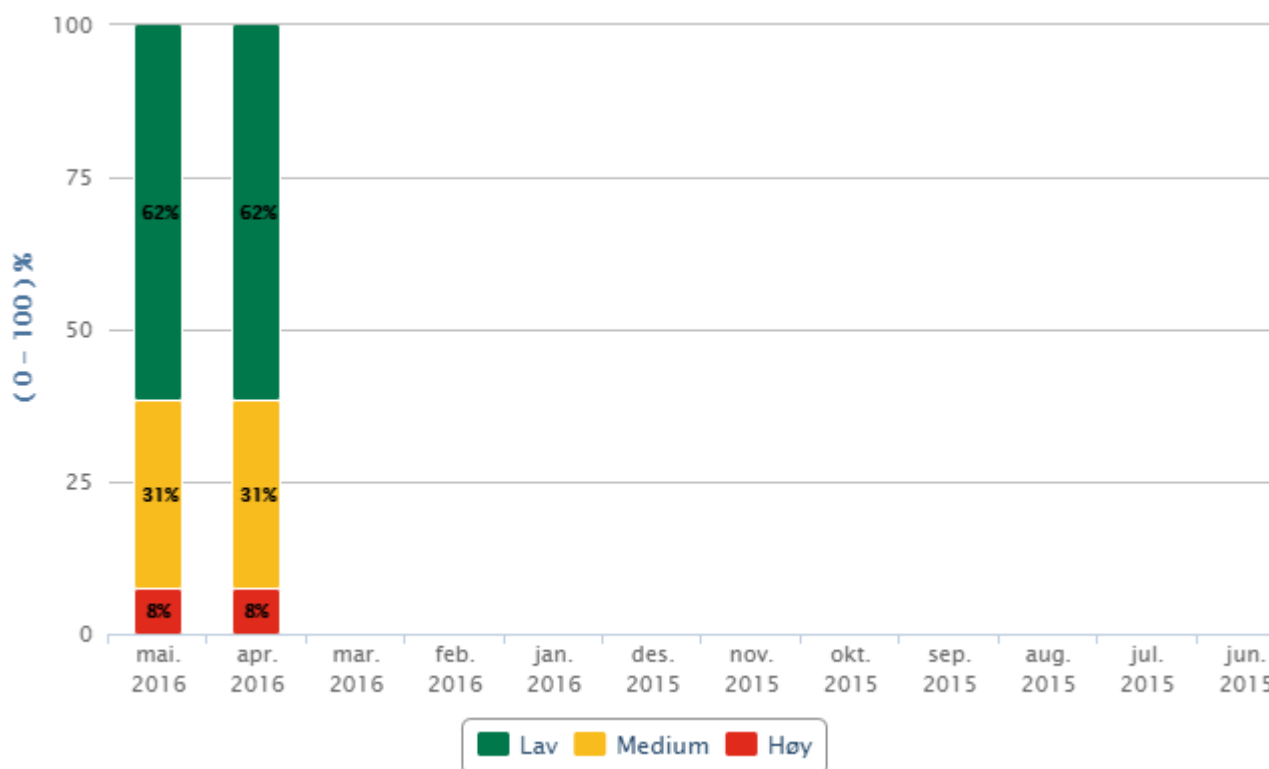
---

Whatif er et webverktøy for styring av risiko som tar i bruk ansattes kunnskaper og erfaring for sikre mangfold og engasjement.

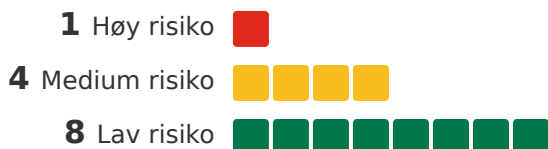
---

## Risikobildet for de siste 12 månedene

---



# RISIKO



Selvlaget kort: 0

## 15 tiltak vil kunne forbedre risikobildet

11 Gjennomførte  
4 Gjenstår

---

### 1 Høy risiko

 EPJ/Fagsystem

---

### 4 Medium risiko

 EPJ/Fagsystem  
 EPJ/Fagsystem  
 Fysisk sikring  
 Admin og organisatorisk sikkerhet

---

### 8 Lav risiko

 EPJ/Fagsystem  
 EPJ/Fagsystem  
 Teknisk løsning  
 Fysisk sikring  
 Fysisk sikring  
 Fysisk sikring  
 Admin og organisatorisk sikkerhet  
 Admin og organisatorisk sikkerhet

# HØY RISIKO

## EPJ/Fagsystem

Hva om det ikke gjennomføres jevnlig loggkontroller?

 Svært sannsynlig - Alvorlig

---

### Scenario historikk

---

#### Dagens status:



2016-05-09

#### Tidligere plasseringer:

2016-04-28

---

### Kommentar til sannsynlighet/tilstand

---

Vi får ikke avdekket eventuell ureglementert innsyn (snoking)

---

### Tiltak

---

#### Innføring rutiner

Innføre rutiner for loggkontroll,  
finn ut hvilke muligheter for dette som finnes i FarmaPro

Ansvarlig: Stian Eilertsen

Estimert kostnad:

Frist: 2015-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak: Ikke mulig å utføre dette i farmapro  
5.13i Vil bli muligheter i 5.14b - vil bli sett på dette da

**Kvittert** 2016-10-30 **av** Stian Eilertsen

### **Informasjon**

Informere om at det vil bli gjennomført loggkontroll - forebyggende

- neste hvaskjera møte

Ansvarlig: Stian Eilertsen

Estimert kostnad:

Frist: 2016-05-28

Kommentar til gjennomført tiltak:

# MEDIUM RISIKO

## EPJ/Fagsystem

Hva om det ikke er etablert en sikker løsning for elektronisk kommunikasjon med pasienter?

 Sannsynlig - Moderat alvorlig

---

### Scenario historikk

---

#### Dagens status:



2016-05-09

#### Tidligere plasseringer:

2016-04-28

---

### Dagens barrierer

---

E-post og SMS benyttes (S)

---

### Tiltak

---

#### Utarbeide prosedyre

Utarbeide skriftlig prosedyre for bruk av e-post, faks og SMS

Ansvarlig: Stian Eilertsen

Estimert kostnad:

Frist: 2015-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak: Utarbeidet (av Truls)

**Kvittert** 2015-12-31 **av** Stian Eilertsen

# EPJ/Fagsystem

Hva om rutiner for å gi og fjerne tilganger ikke følges?

 Meget sannsynlig - Moderat alvorlig

---

## Scenario historikk

---

**Dagens status:**



2016-04-28

---

## Tiltak

---

### Prosedyre lesebekreftelse

Sende ut prosedyre med lesebekreftelse - oppfølging av gjennomføring

Ansvarlig: Stian Eilertsen

Estimert kostnad:

Frist: 2015-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:

# Fysisk sikring

Hva om de ansatte ikke låser pc-en sin?

 Meget sannsynlig - Moderat alvorlig

---

## Scenario historikk

---

### Dagens status:



2016-05-09

### Tidligere plasseringer:

2016-04-28

---

## Kommentar til sannsynlighet/tilstand

---

Farmapro - pcene kan ikke låses

---

## Kommentar til konsekvens

---

Farmapro - pcene kan ikke låses

---

## Tiltak

---

### Holdningskampanje

Vurder IT - sikkerhets holdningskampanje ila 2016

Ansvarlig: Stian Eilertsen

Estimert kostnad:

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:

# Admin og organisatorisk sikkerhet

Hva om det ikke er etablert prosedyrer for å analysere hendelsesregistrene?

 Sannsynlig - Alvorlig

---

## Scenario historikk

---

### Dagens status:

  
2016-04-28

---

## Tiltak

---

### Etablere prosedyre

Det må etableres prosedyre for dette

Ansvarlig: Stian Eilertsen

Estimert kostnad:

Frist: 2016-05-29

Kommentar til gjennomført tiltak: dette bør gjøres når farmapro 5.14b er oppdatert, i samråd med avd.ledere. forventes å ha på plass ila 2016

**Kvittert** 2016-07-29 **av** Stian Eilertsen



# LAV RISIKO

## EPJ/Fagsystem

Hva om ansatte får tilgang til klinisk system uten å ha tatt e-læringskurs for informasjonssikkerhet?

 Lite sannsynlig - Moderat alvorlig

---

### Scenario historikk

---

#### Dagens status:



2016-04-28

#### Tidligere plasseringer:

2016-04-28    2016-05-09

---

### Tiltak

---

#### Opplæringsplaner

Oppdatere opplæringsplaner - ta inn sikkerhetskurs

Ansvarlig: Stian Eilertsen

Estimert kostnad:

Frist: 2015-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak: Oppdatert for alle

**Kvittert** 2015-12-31 **av** Stian Eilertsen

#### Kurs gjennomføring

Sørge for at alle gjennomfører kursene

oppfølging av gjennomføring

Ansvarlig: Stian Eilertsen

Estimert kostnad:

Frist: 2015-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak: Iht opplæringsplaner

**Kvittert** 2015-12-31 **av** Stian Eilertsen

# EPJ/Fagsystem

Hva om ansatte ikke behandler sensitive utskrifter/etiketter o.l korrekt?

 Lite sannsynlig - Alvorlig

---

## Scenario historikk

---

### Dagens status:



2016-04-28

### Tidligere plasseringer:

2016-04-28    2016-05-09

---

## Tiltak

---

### Nære skrivere

Sørge for at skrivere er i umiddelbar nærhet

Ansvarlig: Stian Eilertsen

Estimert kostnad:

Frist: 2015-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak: I etableringsfasen av dette. Bodø - sikker print til nære skrivere Sentrale skrivere er satt opp (Bodø)

Tromsø: ombygging pågår - nære skrivere planlagt Harstad: ok alle andre lokasjoner: ok

**Kvittert** 2015-12-31 **av** Stian Eilertsen

### Sikker print

Innføre sikker print

Ansvarlig: Stian Eilertsen

Estimert kostnad:

Frist: 2015-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak: Bodø - tiltak gjort Tromsø - tiltak gjort resten av foretaket - ok

**Kvittert 2015-12-31 av Stian Eilertsen**

**Presisering ansatte**

Presisering av rutiner til ansatte

Ansvarlig: Stian Eilertsen

Estimert kostnad:

Frist: 2015-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak: Kontinuerlig påminnelse ift korrekte rutiner ved sensitive utskrifter

**Kvittert 2015-12-31 av Stian Eilertsen**

**Gjennomføre kurs**

Gjennomføre kurs om behandling av sensitiv utskrift etc

Ansvarlig: Stian Eilertsen

Estimert kostnad:

Frist: 2015-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak: Inngår i Informasjonssikkerhetskurs. får ikke tilganger før man har bestått kurs inngår i opplæringsplaner

**Kvittert 2015-12-31 av Stian Eilertsen**

# Teknisk løsning

Hva om helse- og personopplysninger blir lagret lokalt?

 Lite sannsynlig - Moderat alvorlig

---

## Scenario historikk

---

**Dagens status:**



2016-04-28

# Fysisk sikring

Hva om de ansatte ikke kjenner til prosedyrer for makulering av sensitiv informasjon?

 Lite sannsynlig - Moderat alvorlig

---

## Scenario historikk

---

### Dagens status:



2016-05-09

### Tidligere plasseringer:

2016-04-28

---

## Dagens barrierer

---

Rutiner: ansatte makulerer sensitiv informasjon (S)

# Fysisk sikring

Hva om man skriver ut på usikret printer og ikke blir hentet umiddelbart?

 Lite sannsynlig - Alvorlig

---

## Scenario historikk

---

### Dagens status:



2016-05-09

### Tidligere plasseringer:

2016-04-28

---

## Dagens barrierer

---

Sikker print etablert BODO (S)

---

## Tiltak

---

### Avvik

Det må registeres avvik

Ansvarlig: Stian Eilertsen

Estimert kostnad:

Frist: 2016-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak:

# Fysisk sikring

Hva om brukerutstyret ikke er sikret slik at uautorisert får tilgang til helse- og personopplysninger?

 Lite sannsynlig - Moderat alvorlig

---

## Scenario historikk

---

### Dagens status:



2016-05-09

### Tidligere plasseringer:

2016-04-28

---

## Dagens barrierer

---

Brukerutstyr plassert i sikrede lokaler (S)

Tilgangsstyring etablert (S)



# Admin og organisatorisk sikkerhet

Hva om virksomhetens ledelse ikke har avklart at behandling av helse- og personopplysninger som virksomheten foretar seg er lovlige

 Lite sannsynlig - Moderat alvorlig

---

## Scenario historikk

---

### Dagens status:



2016-05-09

### Tidligere plasseringer:

2016-04-28

---

## Dagens barrierer

---

Personverneombud etablert og opplært (S)

---

## Tiltak

---

### Oppdatere OL1653

Må oppdatere OL1653 - ny risikovurdering gjennomføres

Ansvarlig: Stian Eilertsen

Estimert kostnad:

Frist: 2015-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak: OL1653 er oppdatert - ny risikogjennomgang generelt ila 2016

**Kvittert** 2015-12-31 **av** Stian Eilertsen

# Admin og organisatorisk sikkerhet

Hva om det ikke er sendt melding/søkt konsesjon til Datatilsynet for alle behandlinger av helse- og personopplysninger

 Lite sannsynlig - Lite alvorlig

---

## Scenario historikk

---

### Dagens status:



2016-05-09

### Tidligere plasseringer:

2016-04-28

---

## Dagens barrierer

---

Personvernombud (K)

Etablert oversikt over behandlinger av helse- og personopplysninger  
OL1653 (K)

---

## Tiltak

---

### Kontroll søknad

Kontroller at dette er søkt om.

Informasjon om søknads/meldeplikt

Ansvarlig: Stian Eilertsen

Estimert kostnad:

Tiltaket er: Sannsynlighetsreduserende

Frist: 2015-12-31

Kommentar til gjennomført tiltak: pga personvernombud frafaller kravet om meldeplikt

**Kvittert 2015-12-31 av Stian Eilertsen**

| Risiko rapport og tiltaksplan (IT)                                                                                      |        |                      |                |                                                                                                                         |                    |                 |            |                     |                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|------------|---------------------|-----------------------------------------------|
| 9. mai 2016                                                                                                             |        |                      |                |                                                                                                                         |                    |                 |            |                     |                                               |
| totalt : 15, Under arbeid : 3, Gjennomførte : 11                                                                        |        |                      |                |                                                                                                                         |                    |                 |            |                     |                                               |
| Scenario                                                                                                                | Objekt | Kategori             | kortstokk navn | Tiltak Detaljer                                                                                                         | Opprinnelig risiko | Ansvarlig       | Frist      | Risiko etter tiltak | Status                                        |
| <b>EPJ/Fagsystem</b><br>Hva om det ikke gjennomføres jevnlige loggkontroller?                                           | IT     | Informasjonssikkerhe | IT - sikkerhet | <b>Innføring rutiner</b><br>Innføre rutiner for loggkontroll, finn ut hvilke muligheter for dette som finnes i FarmaPro | risiko score: 7.0  | Stian Eilertsen | 2015-12-31 | risiko score: 7.0   | Kvittert 2016-10-30 av <b>Stian Eilertsen</b> |
| <b>EPJ/Fagsystem</b><br>Hva om det ikke gjennomføres jevnlige loggkontroller?                                           | IT     | Informasjonssikkerhe | IT - sikkerhet | <b>Informasjon</b><br>Informere om at det vil bli gjennomført loggkontroll - forebyggende - neste hvaskjera møte        | risiko score: 7.0  | Stian Eilertsen | 2016-05-28 |                     |                                               |
| <b>Admin og organisatorisk sikkerhet</b><br>Hva om det ikke er etablert prosedyrer for å analysere hendelsesregistrene? | IT     | Informasjonssikkerhe | IT - sikkerhet | <b>Etablere prosedyre</b><br>Det må etableres prosedyre for dette                                                       | risiko score: 3.9  | Stian Eilertsen | 2016-05-29 | risiko score: 3.9   | Kvittert 2016-07-29 av <b>Stian Eilertsen</b> |
| <b>Fysisk sikring</b><br>Hva om de ansatte ikke låser pc-en sin?                                                        | IT     | Informasjonssikkerhe | IT - sikkerhet | <b>Holdningskampanje</b><br>Vurder IT - sikkerhets holdningskampanje ila 2016                                           | risiko score: 3.9  | Stian Eilertsen | 2016-12-31 |                     |                                               |
| <b>EPJ/Fagsystem</b><br>Hva om rutiner for å gi og fjerne tilganger ikke følges?                                        | IT     | Informasjonssikkerhe | IT - sikkerhet | <b>Prosedyre lesebekreftelse</b><br>Sende ut prosedyre med lesebekreftelse - oppfølging av gjennomføring                | risiko score: 3.9  | Stian Eilertsen | 2015-12-31 |                     |                                               |
| <b>EPJ/Fagsystem</b><br>Hva om det ikke er etablert en sikker løsning for elektronisk kommunikasjon med pasienter?      | IT     | Informasjonssikkerhe | IT - sikkerhet | <b>Utarbeide prosedyre</b><br>Utarbeide skriftlig prosedyre for bruk av e-post, faks og SMS                             | risiko score: 2.8  | Stian Eilertsen | 2015-12-31 | risiko score: 2.8   | Kvittert 2015-12-31 av <b>Stian Eilertsen</b> |

| Risiko rapport og tiltaksplan (IT)                                                                                                                                              |        |                      |                |                                                                                    |                    |                 |            |                     |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|------------|---------------------|-----------------------------------------------|
| 9. mai 2016                                                                                                                                                                     |        |                      |                |                                                                                    |                    |                 |            |                     |                                               |
| totalt : 15, Under arbeid : 3, Gjennomførte : 11                                                                                                                                |        |                      |                |                                                                                    |                    |                 |            |                     |                                               |
| Scenario                                                                                                                                                                        | Objekt | Kategori             | kortstokk navn | Tiltak Detaljer                                                                    | Opprinnelig risiko | Ansvarlig       | Frist      | Risiko etter tiltak | Status                                        |
| <b>Fysisk sikring</b><br>Hva om man skriver ut på usikret printer og ikke blir hentet umiddelbart?                                                                              | IT     | Informasjonssikkerhe | IT - sikkerhet | <b>Avvik</b><br>Det må registeres avvik                                            | risiko score: 2.3  | Stian Eilertsen | 2016-12-31 |                     |                                               |
| <b>EPJ/Fagsystem</b><br>Hva om ansatte ikke behandler sensitive utskrifter/etiketter o.l korrekt?                                                                               | IT     | Informasjonssikkerhe | IT - sikkerhet | <b>Nære skrivere</b><br>Sørge for at skrivere er i umiddelbar nærhet               | risiko score: 2.3  | Stian Eilertsen | 2015-12-31 | risiko score: 2.3   | Kvittert 2015-12-31 av <b>Stian Eilertsen</b> |
| <b>EPJ/Fagsystem</b><br>Hva om ansatte ikke behandler sensitive utskrifter/etiketter o.l korrekt?                                                                               | IT     | Informasjonssikkerhe | IT - sikkerhet | <b>Sikker print</b><br>Innføre sikker print                                        | risiko score: 2.3  | Stian Eilertsen | 2015-12-31 | risiko score: 2.3   | Kvittert 2015-12-31 av <b>Stian Eilertsen</b> |
| <b>EPJ/Fagsystem</b><br>Hva om ansatte ikke behandler sensitive utskrifter/etiketter o.l korrekt?                                                                               | IT     | Informasjonssikkerhe | IT - sikkerhet | <b>Presisering ansatte</b><br>Presisering av rutiner til ansatte                   | risiko score: 2.3  | Stian Eilertsen | 2015-12-31 | risiko score: 2.3   | Kvittert 2015-12-31 av <b>Stian Eilertsen</b> |
| <b>EPJ/Fagsystem</b><br>Hva om ansatte ikke behandler sensitive utskrifter/etiketter o.l korrekt?                                                                               | IT     | Informasjonssikkerhe | IT - sikkerhet | <b>Gjennomføre kurs</b><br>Gjennomføre kurs om behandling av sensitiv utskrift etc | risiko score: 2.3  | Stian Eilertsen | 2015-12-31 | risiko score: 2.3   | Kvittert 2015-12-31 av <b>Stian Eilertsen</b> |
| <b>Admin og organisatorisk sikkerhet</b><br>Hva om virksomhetens ledelse ikke har avklart at behandling av helse- og personopplysninger som virksomheten foretar seg er lovlige | IT     | Informasjonssikkerhe | IT - sikkerhet | <b>Oppdatere OL1653</b><br>Må oppdatere OL1653 - ny risikovurdering gjennomføres   | risiko score: 1.7  | Stian Eilertsen | 2015-12-31 | risiko score: 1.7   | Kvittert 2015-12-31 av <b>Stian Eilertsen</b> |



| Risiko rapport og tiltaksplan (IT)                                                                                                                                 |        |                       |                |                                                                                                 |                    |                 |            |                     |                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|------------|---------------------|-----------------------------------------------|
| 9. mai 2016                                                                                                                                                        |        |                       |                |                                                                                                 |                    |                 |            |                     |                                               |
| totalt : 15, Under arbeid : 3, Gjennomførte : 11                                                                                                                   |        |                       |                |                                                                                                 |                    |                 |            |                     |                                               |
| Scenario                                                                                                                                                           | Objekt | Kategori              | kortstokk navn | Tiltak Detaljer                                                                                 | Opprinnelig risiko | Ansvarlig       | Frist      | Risiko etter tiltak | Status                                        |
| <b>EPJ/Fagsystem</b><br>Hva om ansatte får tilgang til Helse systemet og data til bruk i andre systemer for informasjonssikkerhet?                                 | IT     | Informasjonssikkerhet | IT - sikkerhet | <b>Opplæringsplaner</b><br>Oppdatere opplæringsplaner - ta inn sikkerhetskurs                   | risiko score: 1.7  | Stian Eilertsen | 2015-12-31 | risiko score: 1.7   | Kvittert 2015-12-31 av <b>Stian Eilertsen</b> |
| <b>EPJ/Fagsystem</b><br>Hva om ansatte får tilgang til Helse systemet og data til bruk i andre systemer for informasjonssikkerhet?                                 | IT     | Informasjonssikkerhet | IT - sikkerhet | <b>Kurs gjennomføring</b><br>Sørge for at alle gjennomfører kursene oppfølging av gjennomføring | risiko score: 1.7  | Stian Eilertsen | 2015-12-31 | risiko score: 1.7   | Kvittert 2015-12-31 av <b>Stian Eilertsen</b> |
| <b>Admin og organisatorisk sikkerhet</b><br>Hva om det ikke er sendt melding/søkt konsesjon til Datatilsynet for alle behandlinger av helse- og personopplysninger | IT     | Informasjonssikkerhet | IT - sikkerhet | <b>Kontroll søknad</b><br>Kontroller at dette er søkt om. Informasjon om søknads/meldeplikt     | risiko score: 1.0  | Stian Eilertsen | 2015-12-31 | risiko score: 1.0   | Kvittert 2015-12-31 av <b>Stian Eilertsen</b> |

| Saker til informasjon |                                                                                                              |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Styresak nr.:         | 30 – 2016                                                                                                    |
| Møtedato:             | 19. mai 2016                                                                                                 |
| Saksbehandler:        | Direktør Espen Mælen Hauge                                                                                   |
| Vedlegg:              | Til punkt nr.:<br>3. Nye rutiner for behandling av enhetspriser på legemidler<br>6. Ka'skjer, april/mai 2016 |

### *Saker til informasjon:*

#### *Fra direktør:*

1. Utredning nasjonalt sykehusapotekforetak
2. Bygg og utstyr
3. Hemmelige legemiddelpriser
4. Status leveringsprosjektet Helgelandsykehuset
5. Status lønnsoppgjøret 2016
6. Ka'skjer april/mai 2016

#### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonssakene til orientering.*

Espen Mælen Hauge  
direktør



De Regionale Helseforetak og helseforetakene

## Nye rutiner for behandling av enhetspriser på legemidler

### 1. Bakgrunnen for den nye rutinen

Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS) var frem til 1. juni 2015 basert på en samarbeidsavtale om felles legemiddelinnkjøp mellom de fire regionale helseforetakene (RHF). LIS ble i praksis drevet av LIS-administrasjonen, organisatorisk underlagt Sykehusapotekene HF. 1. juni 2015 ble LIS innlemmet i Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS), som en avdeling i HINAS.

LIS har historisk sett hatt en praksis om at enhetspriser på legemidler inngitt i offentlige anbud bør være offentlig tilgjengelige fordi helseforetakene bruker store summer hvert år på innkjøp av legemidler. Porteføljen for innkjøp av legemidler var eksempelvis på 5,8 milliarder kroner i 2014. LIS har på den bakgrunn hatt en praksis hvor legemiddelpriser og rabatter som oppnås i LIS-anbudene har vært tilgjengelige på LIS sin hjemmeside. Videre har LIS hatt en praksis hvor prisene deles med andre interessenter og offentlige myndigheter.

Etter at LIS ble innlemmet i HINAS har spørsmålet om offentlig tilgjengelige legemiddelpriser blitt utredet på nytt. Det er konkludert med at enhetspriser/rabatter fra LIS AIP på legemidler er konkurransesensitiv informasjon som er beskyttet av lovbestemt taushetsplikt. Alle som gjennom sitt virke får befatning med enhetsprisene og rabatter må følgelig behandle opplysningene der etter, for at ikke de selv eller arbeidsgiver skal risikere sanksjoner.

HINAS/LIS er klar over at dette berører en større personkrets og det er etter vårt syn fortsatt nødvendig at ansatte i helseforetakene, herunder LIS-kontaktene, innkjøpsrådgivere, farmasøyter, sykehusapotekene og øvrig helsepersonell som har befatning med evalueringen av anbudene, samt bruken av rammeavtalene, har tilgang til enhetsprisene (for eksempel behandlende lege). Dette gjelder også grossister helseforetakene har rammeavtale med for distribusjon av legemidler. Enkelte pasienter vil i noen tilfeller også kunne ha rett til innsyn i prisene som et ledd i sin rett til å medvirke til valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Dette innebærer imidlertid ikke at prisene lovlig kan deles med ulike pasientforeninger eller andre aktører utenfor helseforetakene (hverken private eller offentlige aktører). Dette prinsippet gjelder både ved gjennomføringen av anbudskonkurransene og i den påfølgende avtaleperioden.

post: Boks 40  
9811 Vadsø  
telefon: 78 95 07 00  
e-post: [post@hinas.no](mailto:post@hinas.no)  
bank: 1503.26.42516  
org.nr: 985 213 496  
[www.hinas.no](http://www.hinas.no)

Avdeling Oslo  
Legemiddelinnkjøpssamarbeid (LIS)  
post: postboks 1635 Vik  
0119 Oslo

Avdeling Tromsø  
post: Sjølundveien 7  
9016 Tromsø





## 2. Grunnlaget for taushetsplikten

Det rettslige grunnlaget for helseforetakenes og HINAS/LIS sin taushetsplikt om enhetspriser følger av forvaltningsloven § 13 første ledd nr.2. Praksis fra Justisdepartementets lovavdeling, Sivilombudsmannen og Klagenemnda for offentlige anskaffelser er klar på at enhetspriser som hovedregel skal anses som forretningshemmeligheter som det er av konkurransemessig betydning å hemmeligholde av hensyn til leverandørene. Enhetspriser skal derfor unntas fra innsyn, jf. offentleglova § 13. Dette vil også omfatte opplysninger om rabatter eller volumpriser der enhetspris kan beregnes gjennom innsyn i disse. Dette gjelder videre i alle faser av anskaffelsen og også etter at helseforetakene overtar ansvaret for avtalene, og selv etter avtaler har opphørt. Spørsmål om innsyn må følgelig behandles i henhold til offentleglova og forvaltningsloven av det helseforetak henvendelsen rettes mot.

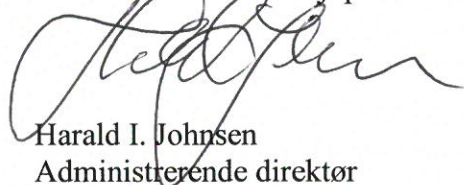
Brudd på taushetsplikten kan danne grunnlag for krav om erstatning for økonomisk tap som aktuell tilbyder/leverandør har blitt påført som følge av at forretningshemmeligheter offentliggjøres, jf. alminnelige erstatningsrettslige prinsipper. Manglende overholdelse av lovbestemt taushetsplikt er videre brudd på den ansattes lojalitetsplikt, jf. arbeidsmiljølovens § 15-7, som avhengig av bruddets art kan sanksjoneres med advarsel, oppsigelse eller avskjed. I ytterste konsekvens kan krenkelse av forretningshemmeligheter og brudd på taushetsplikten danne grunnlag for straffansvar jf. straffeloven §§ 207 og 209.

## 3. Avslutning

HINAS/LIS og helseforetakene gjennomgår nå sine rutiner for hvilke opplysninger som publiseres og vil innskjerpe dagens praksis for å unngå fremtidige brudd på taushetsplikten. Enhetspriser skal ikke deles med andre enn helseforetakene som er part i rammeavtalene. Dette inkluderer LIS-kontaktene, innkjøpsrådgivere, farmasøyter, sykehusapotekene og øvrig helsepersonell som har befatning med evaluering av anbudene og bruken av rammeavtalene.

Dersom det er spørsmål til den nye rutinen, kan disse rettes til HINAS.

Helseforetakenes Innkjøpsservice AS



Harald I. Johnsen  
Administrerende direktør

Kopi:

Statens legemiddelverk

Legemiddelindustrien (LMI)

Apotekforeningen



## Stort og smått, 28.04.16

### Direktørens (hjørne) side:

#### Vårens vakreste eventyr!

«Og en trekkfugl vender tilbake, om ikke annet, så på trass,» synger Lillebjørn Nilsen om et av vårens vakreste eventyr. Nå finnes det faktisk en app for dette. WhatBird, heter den og kan brukes til å identifisere fuglesang. Jeg forsøkte selv å plystre til app'en her om dagen, og da svarte den med at jeg er en kjøttmeis!

Andre kaller Holmenkollstafetten for vårens vakreste eventyr - som jo ikke noe med oss å gjøre - men kanskje skulle vi tørre å utfordre oss selv? Hva med neste år?

Atter andre ser på tarifforhandlingene som vårens vakreste eventyr, når overenskomster, lønnstabeller og arbeidstakernes rettigheter settes i spill. Men det var vel neppe vakre eventyr Else Mari og hennes forhandlingsutvalg tenkte mest på i løpet av de seneste dagene da vi møttes til lokalt tariffoppgjør for farmasøytene. Jeg forstår at det sikkert ikke bare er enkelt når sjefen begynner å brumme ergerlig og «trompe frem si mening», som det heter i Vømmøl Spellemannslags Høvlerivisa. Temperaturen kan noen ganger bli høg i slike møter og det er sannelig ikke godt å vite hvor vi har hverandre da. Men vi blir enige til slutt, for som det også heter i samme visa «... Når vi kræv høgar lønn pr. mann; Og hvis han byne prøv sæ han; Truge vi med streik». Vit det i alle fall, de tillitsvalgte gjør en stor innsats for dere, for felleskapet og er svært dedikerte. Vi har berømmet dem for engasjementet, gjør det gjerne du, også. Det fortjener de.

I år vil jeg uansett kåre nye apotek til vårens vakreste eventyr, tenk det, total make-over i Tromsø og nye lagerroboter overalt, og splitter nytt apotek i Bodø med grand opening 7. juni. spennende, og jeg gleder meg til dette - og med dere.

Spennning knytter det seg også til nye utfordringer lenger borti vegen. Dette er noe som er kommet litt plutselig på oss, og vi vet ennå ikke så mye mer enn dette. På mandag ble de fire regionale helseforetaksdirektørene enig om å starte en felles utredning av muligheten for å slå sammen sykehusapotekforetakene i regionene til ett felles sykehusapotekforetak. Utredningen skal fortrinnsvis være klar tidlig høsten 2016. For arbeidet med utredningen legges til grunn et felles mandat som utarbeides av de fire RHF-ene så raskt som mulig. I allfall vil dette ikke gå upåaktet hen og dere får vite så snart jeg vet mer.

**Lev vel, nå er det vår vår!**

**Espen**



## Generisk ordinerer på Helgeland:

16. november innførte Helgelandssykehuset generisk ordinerer.

Innføringen innebærer at lege ordinerer virkestoffet eller det generiske navnet på legemidlene. Sykepleier dokumenterer handelsnavnet på legemidlet som pasienten faktisk får utdelt.

Endringen gjøres for å sikre at pasienten får riktig medikament og for å hindre dobbeltdoser. Trine, Kirsti og Berit har ledet arbeidsgruppen og gjennomført internopplæringen. God jobbet!

(ps. Saken har blitt utsatt i påvente av bilde av Helgelandsgjengen, den som venter på noe godt osv..☺)



## JUBILANTER:

Inger Kronen fylte 60 år 29.mars

Stine Haustreis fylte 30 år 31. mars



## GRATULERER SÅ MYE!

## Personsensitive opplysninger:

It-leder som også har rolle som personvernombud ber dere være ekstra oppmerksomme på dokumenter med person opplysninger i disse dager med ombygging og flytting. Skulle dere komme over noen slike dokumenter er det bare å avklare med nærmeste leder, og makulere av hjertets lyst.

Mai er en god måned for makulering!

*Stian*



## Nye ansatte - velkommen!

**Marita Riise** er fast ansatt som apotektekniker ved sykehusekspedisjonen i Bodø fra 29.03.16

**Lena O. Paulsen** er midlertidig ansatt som assistent ved publikum i Bodø fra 09.03.16.

**Mona M. Lyftingsmo** er midlertidig ansatt som farmasøyt i produksjons i Bodø fra 07.04.16

**Henrikke Strøm** er midlertidig ansatt som apotektekniker ved publikum fra 01.05.16

## Farmasøyt-støtte til Kirurgisk ortopedisk klinikk

Kirurgisk-ortopedisk klinikk og Sykehusapotek Nord Bodø har inngått en samarbeidsavtale som innebærer farmasøyt-støtte til klinikkens tre sengeposter i Bodø.

[Under kan du lese mer om avtalen og samarbeidet.](#)

Previsitt på A6. F v: Overlege Kåre Nordland, LIS Roar Sandøy, sykehusfarmasøyt Kristin Larssen og sykepleier Mailen Eliassen.

Foto: Ø Johansen





## Nytt fra Fag- og Kvalitetsavdelingen

3. mars gikk startskuddet for tjenesten Inhalasjonsveiledning i apotek. Apotekforeningen har laget opplæring og standarden som vi arbeider etter. Målet er at det i 2016 skal gis 60 000 veiledninger i apotek. Nasjonalt ble det i mars gitt 5 316 veiledninger, hvorav 151 veiledninger ble gitt i sykehusapotek. I våre apotek ble det gjennomført 11 veiledninger, hvor de fleste ble gitt i Tromsø – gratulerer.

I forbindelse med innføringen av tjenesten er det blant annet utarbeidet e-læringskurs. Dette er greie kurs som også kan være nyttige for andre enn de i publikum å gå igjennom. Kursene finner dere på Apokus. For mer informasjon om tjenesten se

<http://www.apotek.no/apotekbransjen/inhalasjonsveiledning-i-apotek.aspx>

I marsmøtet gjorde fagsjefgruppa i Helse Nord et viktig vedtak – de besluttet å etablere en Regional Legemiddelkomite. Mandatet for komiteen er ikke klart, men vi håper at vi nå skal ha et regionalt fora hvor vi kan be om regionale føringer innenfor legemiddelhåndtering, legemiddelberedskap og andre viktige tema knyttet til legemidler og pasientsikkerhet.

Margaret, Kjersti og Aírin



## Økonominytt:

Det går fortsatt bra i Sykehusapotek Nord. Overskuddet per mars er på 0,9 millioner. Dette er 1,2 millioner høyere enn budsjettet. Resultatet er bedre enn budsjettet for alle apotekene våre. På grunn av at sykehusene kjøpte mye legemidler i februar er det særlig sykehusekspedisjonene som gjør at vi har overskudd.

Publikumsavdelingene er litt bak budsjett. I Tromsø merkes det at det bygges om og at hovedinngangen til sykehuset er flyttet, slik at det her er nedgang i antall kunder og i salget. I Harstad er det en økning på ca. 10 % i antall ekspederte resepter, og nesten en tilsvarende økning i omsetningen. I Bodø kan man merke at apoteket er bedre plassert etter at sykehuset har bygd om, og i uke 15 var det 500 kunder som trakk kølapp, noe som er ny ukesrekord!

For produksjonsavdelingene er det økning på 42 % i antall cytostatikakurer i Harstad, 11 % i Bodø og en nedgang på 15 % i Tromsø.

Rådgivningsvirksomheten fortsetter å øke, og per mars er det en økning på 19 % i inntekter. Dette kommer av at vi bidrar på flere områder enn tidligere, klinisk farmasi øker, blant annet i Harstad, vi har økt antall ansatte på Helgeland, og vi hjelper Helse Nord med implementering av elektronisk kurve.

Målekortet for mars er lagt ut på intranett, så de som ønsker mer informasjon om hvordan det går kan se på dette.

Ombygginger og flyttinger i alle apotekene nærmer seg ferdigstillelse. Det er flott å se at apotekene drives godt på tross av tidvis vanskelige arbeidsforhold på grunn av bygging og planlegging. Det blir spennende å se hvordan moderne lokaler og nytt utstyr vil påvirke utviklingen fremover.



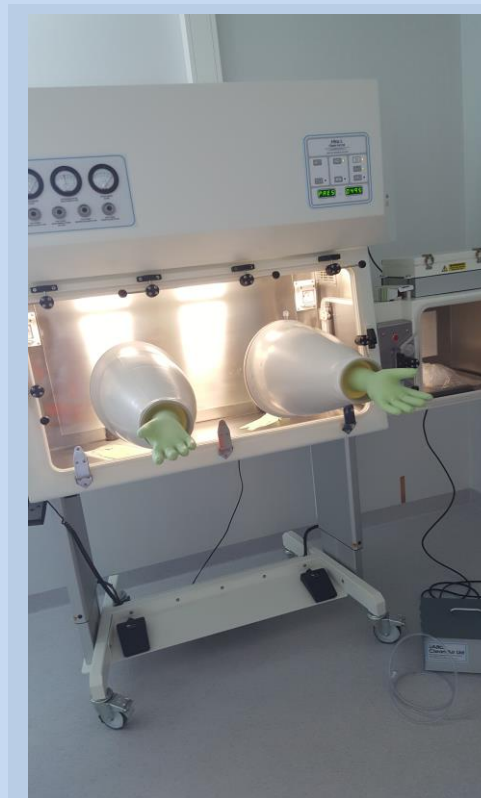
**HELGE**

## Nytt Apotek i Bodø:

Det jobbes iherdig i Bodø for tiden, med å få alle detaljer på plass til nytt apotek. To roboter, tre isolatorer, rørpost og masse produksjons utstyr er kommet på plass. Montering av innredning har startet og vi begynner så smått å se konturene av hvordan det nye apoteket blir. Det blir intens jobbing frem mot flyttehelga 27-29.04. Før første dag i helt nye lokaler den 30.05 ☺

Det gledes!!!

Bodil og jentan på opplæring i negativisolator. Bodil notere flittig for å få inn i prosedyran ☺



## Publisering av artikkel av Vigdis Staven:

Vigdis Staven sin artikkel hvor hun beskriver en metodikk for å kontrollere fysisk uforliklighet mellom TPN og legemidler når administrert via Y-sett er nå publisert. Denne artikkelen er en del av Vigdis sin PhD.

<http://nutritionj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12937-016-0149-x>

## Nye internett sider i foretaket 08.06!

Er det noen som sitter på gode illustrasjonsbilder som vi kan bruke på nettsidene våre? I så fall send på e-post til

[cicilia.nicolaisen@sykehusapotek-nord.no](mailto:cicilia.nicolaisen@sykehusapotek-nord.no)

## Video om samstemming ved NLSH!

Det har kommet ut video om samstemming ved NLSH med lokale filmstjerner fra Bodø; [Mona](#) og [Marianne](#) ☺



Tusen takk for masse flott stoff til Ka Skjer!

Det er utrolig artig å se alt det spennende og forskjellig som skjer i foretaket ☺

Fortsett å sende stort og smått på e-post til [cicilia.nicolaisen@sykehusapotek-nord.no](mailto:cicilia.nicolaisen@sykehusapotek-nord.no)

Neste utgave kommer i Juni

**Cicilia**