



Styremøte

Innkalling med sakspapirer

26. oktober 2016 kl. 9.30 – 13.00

Sted:
Scandic Grand Hotell Tromsø

Saker til behandling:

Saksnummer	Saksnavn	Side
45 - 2016	Godkjenning av innkalling og saksliste	1
46 - 2016	Godkjenning av protokoll fra styremøte 15. september 2016	2
47 - 2016	Virksomhetsrapport per september 2016	10
48 - 2016	Rapport over avvik i Sykehusapotek Nord 2015-2016	24
49 - 2016	Høring – rapport om etablering av nasjonalt sykehusapotekforetak	86
50 - 2016	Saker til informasjon	165
	<i>Fra direktør:</i>	
	1. Åpen og god dialog i sykehusene i Helse Nord	166
	2. Internrevisjon fra Helse Nord – Risikostyring i Sykehusapotek Nord HF	
	3. Status leveranser til Helgelandssykehuset HF	
	4. Medarbeiderundersøkelsen	
	5. Informasjon fra Brukerutvalget i Sykehusapotek Nord	
44 - 2016	Eventuelt	
	1. Evaluering av møtet	



Styrets medlemmer i Sykehusapotek Nord
Observatør fra brukerutvalget i Sykehusapotek Nord

Deres ref.:

Vår ref.:
2016/109

Dato:
19.10.2016

Innkalling til styremøte i Sykehusapotek Nord HF 26. oktober 2016

I henhold til tidligere avtalt møteplan og i samråd med styreleder, innkalles med dette til styremøte i Sykehusapotek Nord HF onsdag 26. oktober 2016 kl. 9.30-13.00.

Møtet avholdes på Scandic Grand Hotell i Tromsø.

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.

Med vennlig hilsen

Bjørg Helene Jenssen
styreleder

Espen Mælen Hauge
direktør



Godkjenning av innkalling og saksliste

Styresak nr:	45 – 2016
Møtedato:	26. oktober 2016
Saksbehandler:	Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen

I samråd med styreleder er følgende saksliste satt opp til styremøtet 26. oktober 2016:

Saksnummer	Saksnavn	Side
45 - 2016	Godkjenning av innkalling og saksliste	1
46 - 2016	Godkjenning av protokoll fra styremøte 15. september 2016	2
47 - 2016	Virksomhetsrapport per september 2016	10
48 - 2016	Rapport over avvik i Sykehusapotek Nord 2015-2016	24
49 - 2016	Høring – rapport om etablering av nasjonalt sykehusapotekforetak	86
50 - 2016	Saker til informasjon	165
	<i>Fra direktør:</i>	
	1. Åpen og god dialog i sykehusene i Helse Nord	166
	2. Internrevisjon fra Helse Nord – Risikostyring i Sykehusapotek Nord HF	
	3. Status leveranser til Helgelandssykehuset HF	
	4. Medarbeiderundersøkelsen	
	5. Informasjon fra Brukerutvalget i Sykehusapotek Nord	
44 - 2016	Eventuelt	
	1. Evaluering av møtet	

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte den 26. oktober 2016.

Espen Mælen Hauge
direktør



Godkjenning av protokoll fra styremøte 15. september 2016	
--	--

Styresak nr.:	46 – 2016
---------------	-----------

Møtedato:	26. oktober 2016
-----------	------------------

Saksbehandler:	Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen
----------------	--

Direktørens innstilling til vedtak:

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

Espen Mælen Hauge
Direktør

Protokoll

Møtetype: Styremøte i Sykehusapotek Nord

Tidspunkt: 15. september 2016 kl. 8.30 – 14.50

Møtested: Landego Fyr, Bodø

Tilstede: Bjørg Helene Jenssen, styreleder
Jan Norum, styrets nestleder
Andrea Pretscher, styremedlem
Hilde Gustavsen Erstad, styremedlem
Svein Iversen, styremedlem
Sissi Lundblad, styremedlem
Lars Småbrekke, styremedlem

Forfall:

Observatør: Martin Moe, leder av brukerutvalget

Fra administrasjonen:

Espen Mælen Hauge, direktør
Helge K. Kjerulf Pettersen, økonomisjef
Margaret Aarag Antonsen, fagsjef
Hans Jørgen Sevatdal, sykehusapoteker
Camilla Bjørnstad, sykehusapoteker
Stian Eilertsen, it-leder
Cicilia Nicolaisen, kontorleder

Sakene ble behandlet i følgende rekkefølge:
32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 42

Sak 32/16 Godkjenning av innkalling og sakliste

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og sakliste for styremøte 15. september 2016.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

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

Sak 33/16 Godkjenning av protokoll fra styremøte 19. mai 2016

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøtet 19. mai 2016.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøtet 19. mai 2016.

Sak 34/16 Virksomhetsrapport per august 2016

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per august 2016 til orientering.

Styret fremmet følgende tillegg til direktørens innstilling til vedtak:

Styret ser med bekymring på at tilgangen til publikumsavdelingen i Tromsø er svekket, og at UNN sine h-resepter i økende grad går utenom sykehusapoteket. Styret ber direktøren ta opp disse forholdene i aktuelle fora.

Direktørens innstilling med styrets tillegg ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per august 2016 til orientering.
2. Styret ser med bekymring på at tilgangen til publikumsavdelingen i Tromsø er svekket, og at UNN sine h-resepter i økende grad går utenom sykehusapoteket. Styret ber direktøren ta opp disse forholdene i aktuelle fora.

Sak 35/16 Budsjett 2017, premisser og føringer

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord tar premissene for budsjett 2017 til orientering.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord tar premissene for budsjett 2017 til orientering.

Sak 36/16 Rapport til Helse Nord RHF per 2. tertial 2016

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar vedlagte rapport som styrets rapport til Helse Nord RHF for 2. tertial 2016.

Styreleder fremmet følgende tillegg til direktørens innstilling:

Styret ber direktøren legge frem en sak om utvikling av mål for pasient- og kundeopplevd kvalitet innen utgangen av 2016.

Direktørens innstilling med styreleders tillegg ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar vedlagte rapport som styrets rapport til Helse Nord RHF for 2. tertial 2016.
2. Styret ber direktøren legge frem en sak om utvikling av mål for pasient- og kundeopplevd kvalitet innen utgangen av 2016..

Sak 37/16 Ledelsens gjennomgang

Direktørens innstilling til vedtak:

1. *Styret i Sykehusapotek Nord HF tar informasjonen om intern styring og kontroll, inklusive status på risikostyring og oppfyllelse av oppdragsdokument 2016 til orientering.*

2. Styret ber direktøren om å gi en oppdatert status (foreløpig årlig melding) i styremøtet i desember.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

1. Styret i Sykehusapotek Nord HF tar informasjonen om intern styring og kontroll, inklusive status på risikostyring og oppfyllelse av oppdragsdokument 2016 til orientering.
2. Styret ber direktøren om å gi en oppdatert status (foreløpig årlig melding) i styremøtet i desember.

Sak 38/16 Oppfølging av Helse Nords kvalitetsstrategi inkl. status Sykehusapotek Nords strategiplan

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar redegjørelsen om oppfølgingen av Helse Nords kvalitetsstrategi til orientering og mener Sykehusapotek Nord bygger opp under de regionale satsningsområdene både strategisk og i aktivt pasientsikkerhetsarbeid.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar redegjørelsen om oppfølgingen av Helse Nords kvalitetsstrategi til orientering og mener Sykehusapotek Nord bygger opp under de regionale satsningsområdene både strategisk og i aktivt pasientsikkerhetsarbeid.

Sak 39/16 Prosjektmandat og fremdriftsplan for prosjekt «Utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak»

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord tar fremlagt mandat og fremdriftsplan for prosjektet «Utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak» til orientering

Styret fremmet følgende tillegg til direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord er opptatt av at sykehusapotek-tjenesten i regionen styrkes, uavhengig av framtidig organisasjonsmodell.

Styret ber om åpenhet i det videre arbeidet med utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak.

Direktørens innstilling med styrets tillegg ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

1. Styret for Sykehusapotek Nord tar fremlagt mandat og fremdriftsplan for prosjektet «Utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak» til orientering
2. Styret for Sykehusapotek Nord er opptatt av at sykehusapotek-tjenesten i regionen styrkes, uavhengig av framtidig organisasjonsmodell.
3. Styret for Sykehusapotek Nord ber om åpenhet i det videre arbeidet med utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak.

Sak 40/16 Oppnevning av brukerutvalg i Sykehusapotek Nord 2016-2018

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret vedtar direktørens innstilling til sammensetning av brukerutvalget for 2016-2018.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret vedtar Direktørens innstilling til sammensetning av brukerutvalget for 2016-2018.

Sak 41/16 Møteplan 2017

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar møteplan for 2017 som følger:

- 9. februar 2017 Tromsø
- 29. mars 2017 Bodø
- 29. - 30. mars 2017 Bodø – regionalt styreseminar med HF-ene
- 1. juni 2017 Harstad
- 20.- 21. september 2017 Styreseminar og styremøte

- 25. oktober 2017 Tromsø
- 25. - 26. oktober 2017 Tromsø – regionalt styreseminar med HF-ene
- 14. desember 2017 Bodø

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar møteplan for 2017 som følger:

- 9. februar 2017 Tromsø
- 29. mars 2017 Bodø
- 29. - 30. mars 2017 Bodø – regionalt styreseminar med HF-ene
- 1. juni 2017 Harstad
- 20.- 21. september 2017 Styreseminar og styremøte
- 25. oktober 2017 Tromsø
- 25. - 26. oktober 2017 Tromsø – regionalt styreseminar med HF-ene
- 14. desember 2017 Bodø

Sak 42/16 Evaluering av direktør og fastsetting av lønn

Saken ble behandlet unntatt offentlighet, jfr. Offl. §23, 1. ledd

Styreleder fremmet følgende forslag til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF gir styreleder fullmakt til å slutføre lønnsfastsettelsen for direktøren.

Styreleders forslag ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF gir styreleder fullmakt til å slutføre lønnsfastsettelsen for direktøren.

Sak 43/16 Saker til informasjon

Fra direktør:

1. Åpenhet og god dialog i helseforetakene
2. DIFA og systemstøtteprosjektet

Direktørens innstilling til vedtak

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonssakene til orientering.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Sak 44/16 Eventuelt

Direktøren vurderer om det er behov for et ekstraordinært møte i forbindelse med utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak.

Det er planlagt et felles årshjul for hele Helse Nord.

Evaluering av møtet.



Virksomhetsrapport per september 2016	
Styresak nr.:	47 – 2016
Møtedato:	26. oktober 2016
Saksbehandler:	Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen
Vedlegg:	Målekort (u.off. offl. § 23 første ledd)

I henhold til oppdragsdokument legges virksomhetsrapport per september 2016 fram for styret til orientering. Rapporten er oversendt Helse Nord RHF administrativt.

Direktørens innstilling til vedtak

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten for september 2016 til orientering.

Espen Mælen Hauge
direktør

Saksfremlegg

Regnskapet per september 2016 viser et overskudd på 2,85 millioner. For samme periode i 2015 var resultatet et overskudd på 4,00 millioner. Det er budsjettert med et overskudd på 3,16 millioner per september, slik at resultatet er 0,31 millioner lavere enn budsjettert.

For september var resultatet et underskudd på 0,90 millioner. Det var budsjettert med et overskudd på 0,14 millioner, slik at resultatet for september ble 1,04 millioner lavere enn budsjettert.

Som følge av at det forventes lavere pensjonskostnader enn budsjettert er resultatkravet endret fra null til et overskuddskrav på 3 millioner. Budsjettet er endret i henhold til dette.

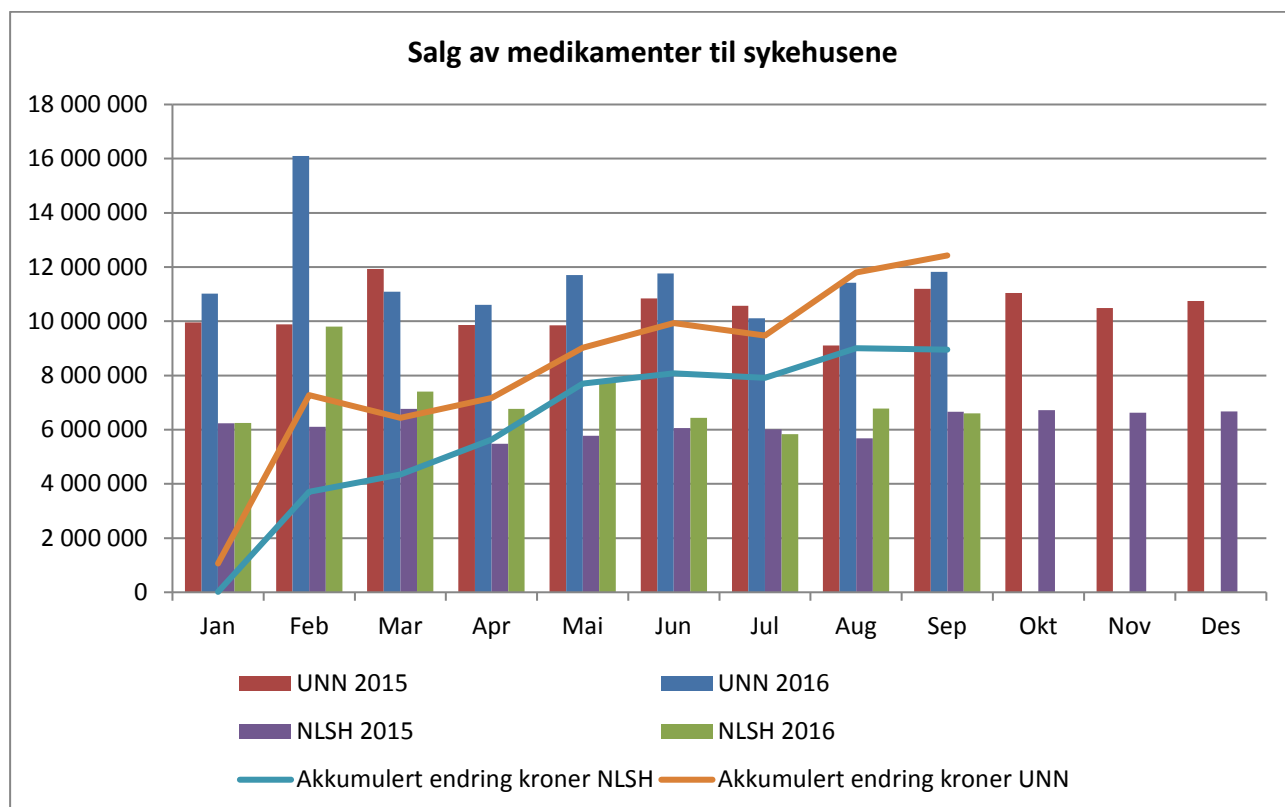
Inntekter

Inntektene er 7,19 millioner høyere enn budsjettert, og 26,98 millioner høyere enn på samme tidspunkt i 2015.

Høyere omsetning til sykehusene enn budsjettert gjør at total omsetning blir høyere enn budsjettert. For publikumsavdelingene samlet er det en liten nedgang i omsetningen i forhold til samme periode i 2015, og omsetningen er lavere enn budsjettert.

Salg til sykehus

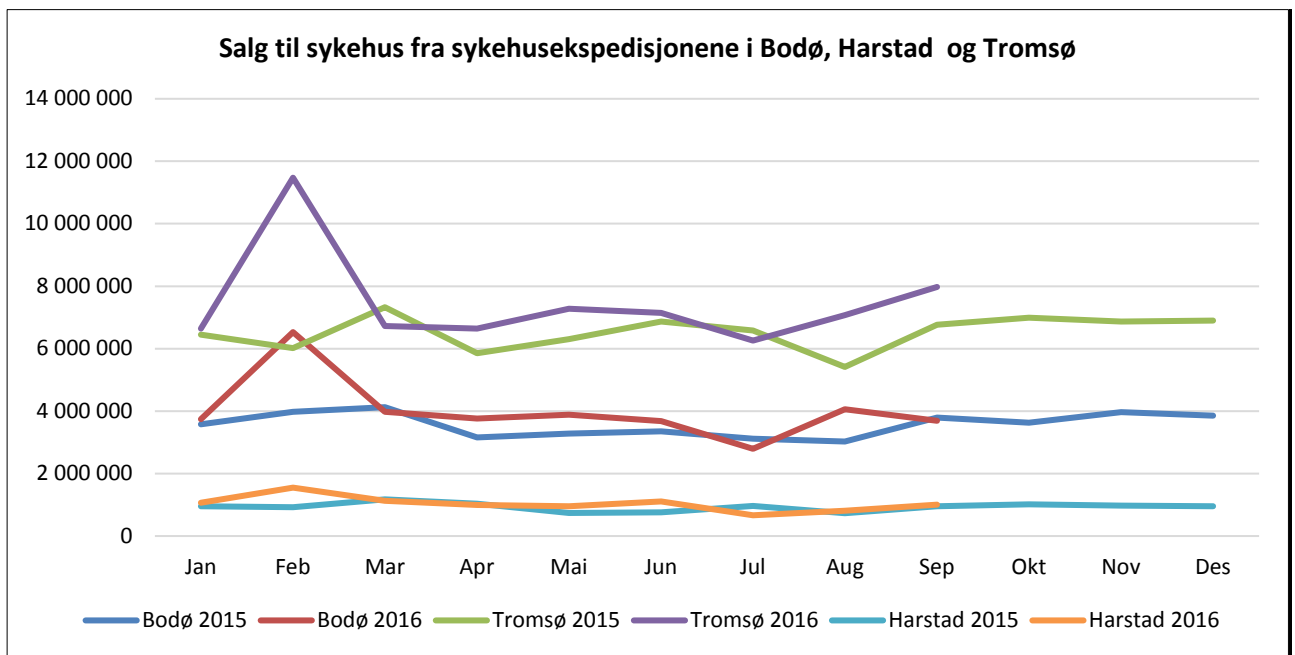
Salget av medikamenter til Nordlandssykehuset har økt med 16,3 %, mens salget til UNN har økt med 13,3 % i forhold til september 2015.



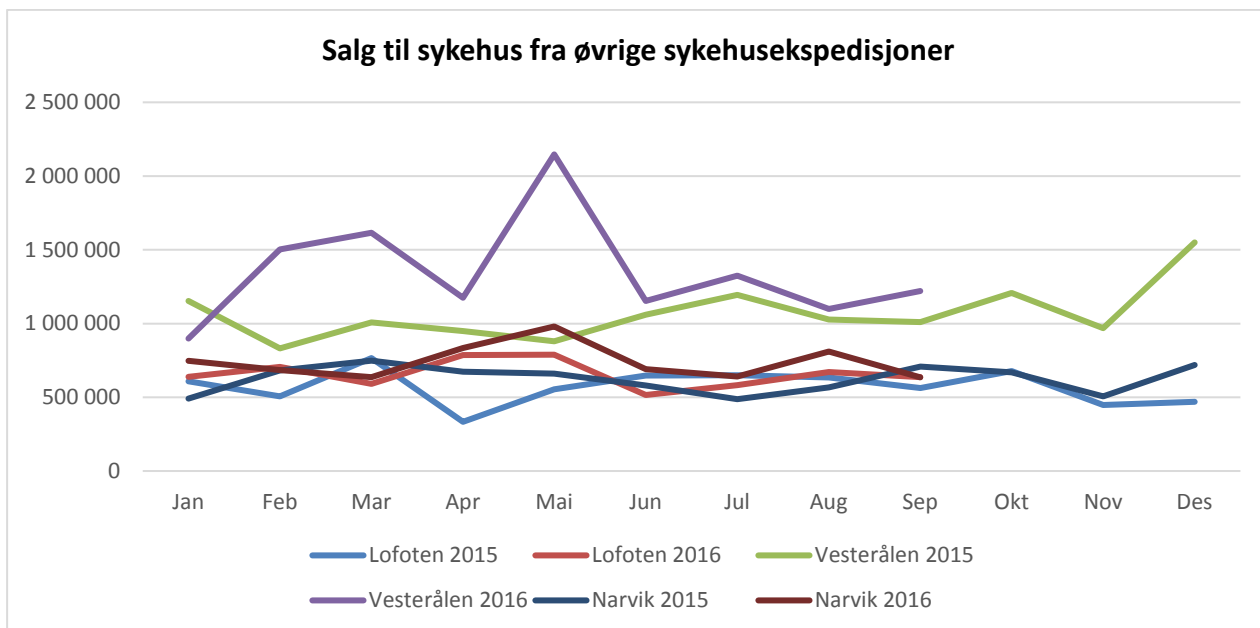
Omsetningen til NLSH i Bodø har økt med 13,1 %, i Lofoten er økningen på 12,4 % og i Vesterålen på 33,1 %.

Omsetningen til UNN Tromsø har økt med 12,8 %, i Harstad er økningen på 14,3 % og i Narvik på 19,0 %.

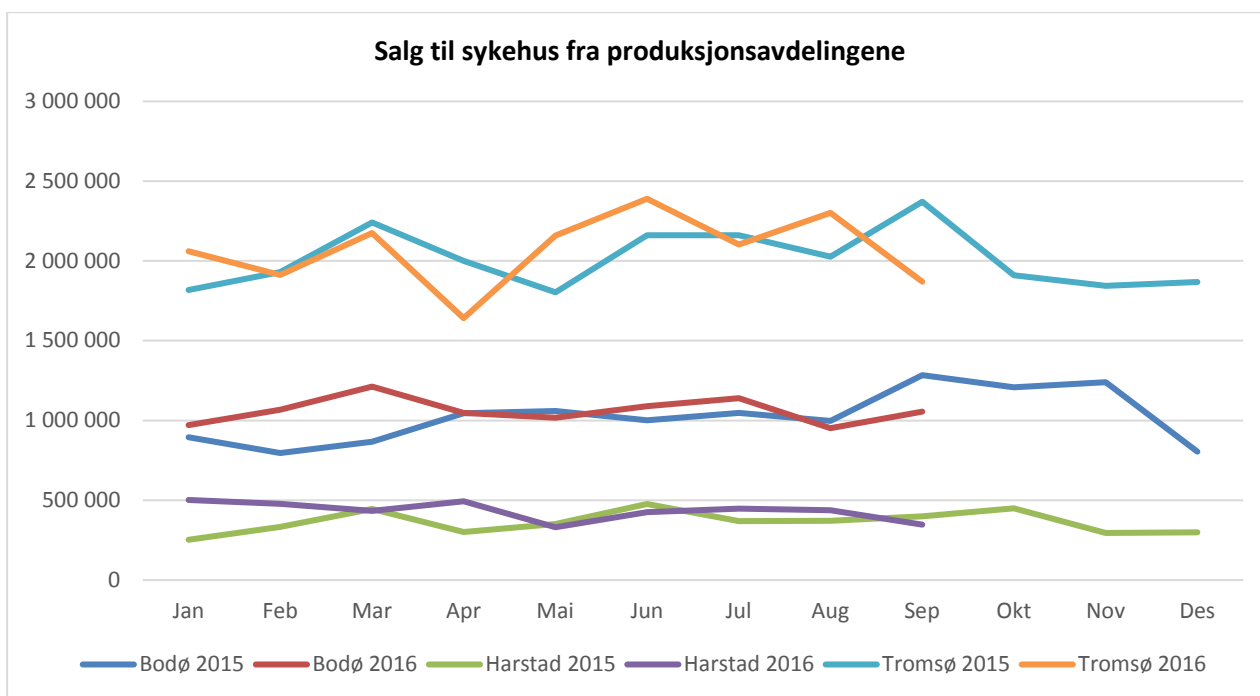
I forhold til i 2015 har det vært økning de fleste månedene i 2016. Unntakene er juli og september for salg til NLSH og mars og juli for salg til UNN.



Sykehusekspedisjonen i Bodø har hatt en økning på 15 %, Tromsø har hatt en økning på 17 % mens økningen er på 13 % i Harstad. Som figuren viser bidrar salget i februar mye til økningen, men det omsetningen har stort sett vært høyere enn i 2015 de øvrige månedene også.



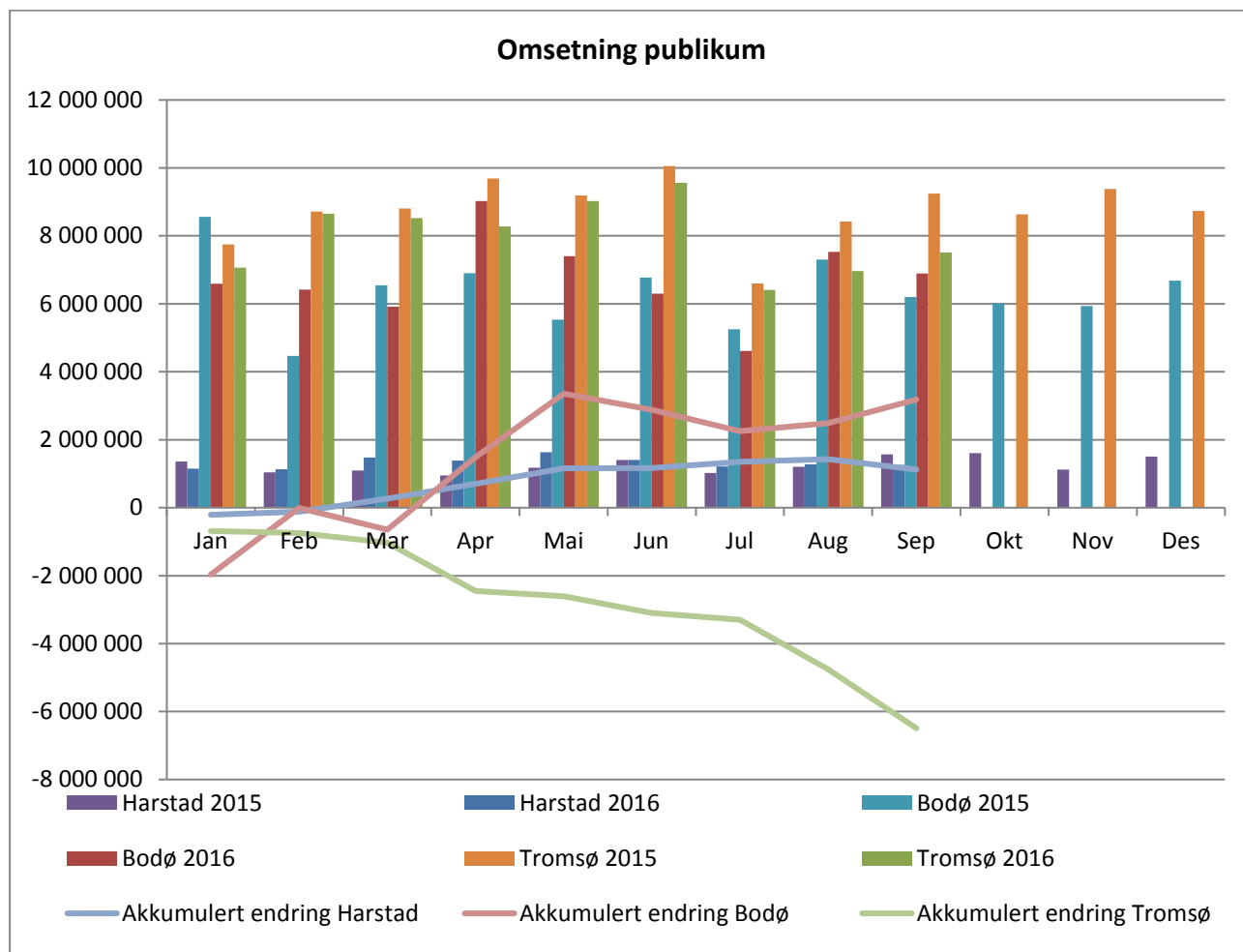
Som figuren viser har det vært en særlig stor økning i salget i Vesterålen. Her er det økt salg av enkelte kostbare legemidler som forklarer økningen.



Det har vært økning i omsetningen til sykehus i alle produksjonsavdelingene. Økningen er størst i Harstad med 18 %, mens Bodø har en økning på 6 % og Tromsø på 1 %.

Salg til publikum

Omsetningen i publikumsavdelingene er redusert med 1,5 % i forhold til samme periode i 2015. I Harstad har det vært en økning på 10,4 %, i Bodø på 5,5 % mens det i Tromsø er en nedgang på 8,3 %.



Økningen i Harstad kommer av økning i salg av handelsvarer og i salg av legemidler. Det er økning i antall ekspederte resepter på 11,7 %. Omsetningen av handelsvarer har økt med 17,3 %.

I Bodø er det økning på 8,5 % i omsetningen av handelsvarer, mens antall ekspederte resepter har økt med 13,5 %.

Som figuren viser er salget i Tromsø lavere enn i 2015 alle månedene hittil i 2016. I Tromsø er det nedgang i antall ekspederte resepter på 0,7 %. Omsetningen av handelsvarer er redusert med 4,0 %. Omsetningsnedgangen er større enn det reduksjonen i antall resepter skulle tilsi, dette kommer av en nedgang i salget av dyre legemidler. Årsaken til omsetningsnedgangen er sannsynligvis midlertidig flytting av hovedinngangen på UNN Tromsø, noe som gjør at det blir en omvei for pasientene å komme til apoteket.

Rådgivning og klinisk farmasi

Rådgivningsinntektene er 0,11 millioner lavere enn budsjettet. I forhold til i 2015 har rådgivningsinntektene økt med 21,4 %. Økningen kommer av deltagelse i prosjekt for innføring av elektronisk kurve i Helse Nord, deltagelse i prosjekt for pasientsentrert behandling på UNN og økning av klinisk farmasi i Bodø.

Salg av kommunal rådgivning er 1,03 millioner lavere enn budsjettet. Dette kommer av fravær og at ansatte har vært opptatt med andre oppgaver. Det forventes at aktiviteten mot kommunene vil øke resten av året.

Kostnader

Varekostnader

Som følge av at omsetningen er høyere enn budsjettet er varekostnadene 7,19 millioner høyere enn budsjettet. Varekostnadene er 26,98 millioner høyere enn per september 2015.

Vareforbruket er på 84,5 % hittil i år. Dette er 0,1 prosentpoeng lavere enn budsjettet, og 1,5 prosentpoeng lavere enn per september 2015.

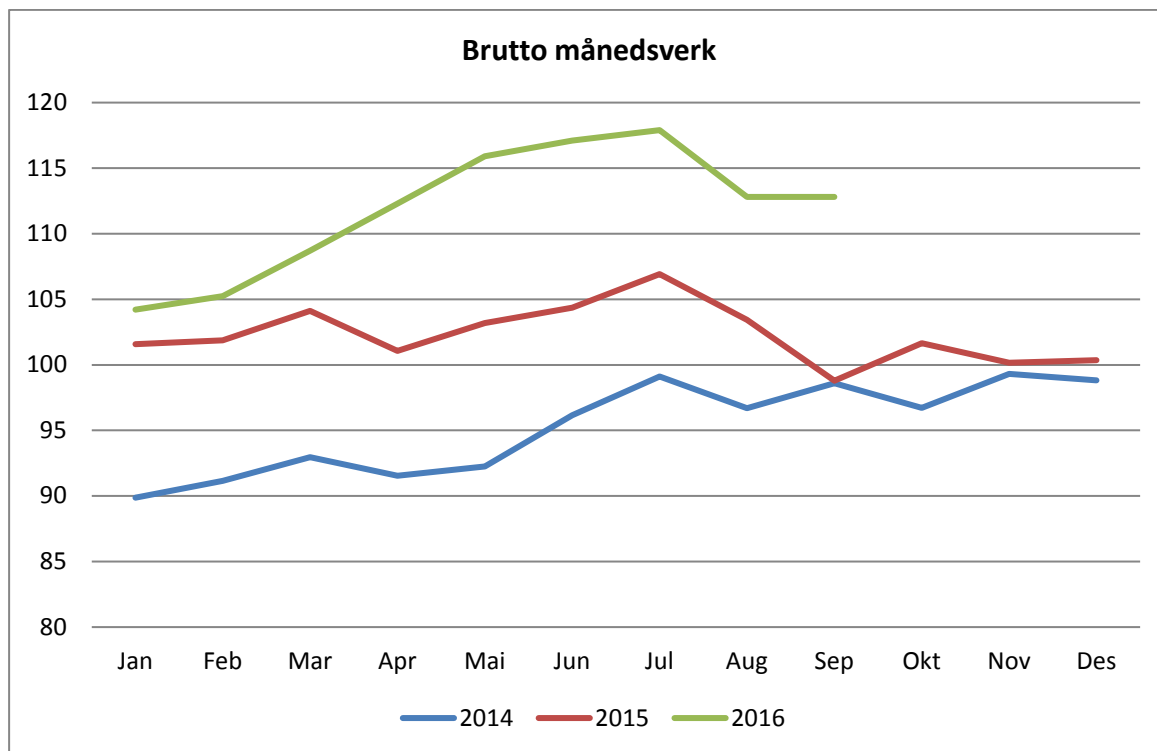
Dekningsbidraget er på 69,14 millioner, dette er 1,21 millioner høyere enn budsjettet. Dekningsbidraget har økt med 4,84 millioner i forhold til september 2015.

Dekningsbidraget er 1,87 millioner høyere enn budsjettet for salg fra sykehusekspedisjonene, 1,98 millioner høyere enn budsjettet for produksjonsavdelingen, mens det er 2,51 millioner lavere enn budsjettet for salg til publikum og 0,11 millioner lavere enn budsjettet for salg av rådgivning og klinisk farmasi.

Lønns- og personalkostnader

Personalkostnadene er 0,55 millioner høyere enn budsjettet. Syke- og fødselsrefusjoner er 1,54 millioner høyere enn budsjettet, mens lønn til ansatte er 2,28 millioner høyere enn budsjettet.

Lønnskostnadene er høyere enn budsjettet som følge av bruk av økningen i aktiviteten innen rådgivning og klinisk farmasi, sykevikarer og bruk av ekstrahjelp og overtid i forbindelse med ombygging og flytting av apotek.



Antall brutto månedsverk per september 2016 er 111,9. Dette er en økning på 9,1 månedsverk i forhold til september 2015. Bemanningen har økt i forbindelse med økning i foretaksadministrasjonen og etablering av organisasjon for å planlegge produksjon av radiofarmaka. Bemanningen er også styrket i produksjonsavdelingene, samt at aktiviteten har økt innen klinisk farmasi og rådgivning. I tillegg er det noe økning som følge av bruk av sykevikarer og innleie av ekstrahjelp og bruk av overtid i forbindelse med flytting og ombygging.

Andre driftskostnader

Andre driftskostnader er 1,64 millioner høyere enn budsjettert. Det har vært høyere kostnader enn budsjettert til utstyr og driftsmateriell, blant annet som følge av ombygging av laboratorier og kjøp av utstyr og inventar i forbindelse med ombygginger.

Ombygging av ventilasjonsanlegget ved produksjonsavdelingen i Tromsø har blant annet medført en merkostnad på 0,24 millioner og utstyr og inventar har et merforbruk på 0,65 millioner. Nytt apotek i Bodø har også medført høyere kostnader enn tidligere til renhold og telefonitjenester med videre.

Kostnadene til LIS-samarbeidet har økt i forhold til tidligere år og reisekostnadene er høyere enn budsjettert.

Investeringer

Det er investert for 14,45 millioner i 2016. Til sammen er det investert for 15,2 millioner i 2015 og 2016. 5,4 millioner er ikke aktivert per september 2016. Investeringene fordeler seg slik (beløp i hele tusen):

Prosjekt	Sted	Beløp
Isolator	Tromsø	603
Lagerautomater/oppussing	Tromsø	7 787
Ny produksjonsavdeling	Bodø	2 356
Lagerautomater/inventar og lignende	Bodø	4 432
Sum		15 178

I tillegg til disse prosjektene er cytostatikalaboratoriet i Harstad bygget om og det er blant annet satt inn en isolator. Dette prosjektet er ikke med i oversikten da UNN betaler for ombyggingen.

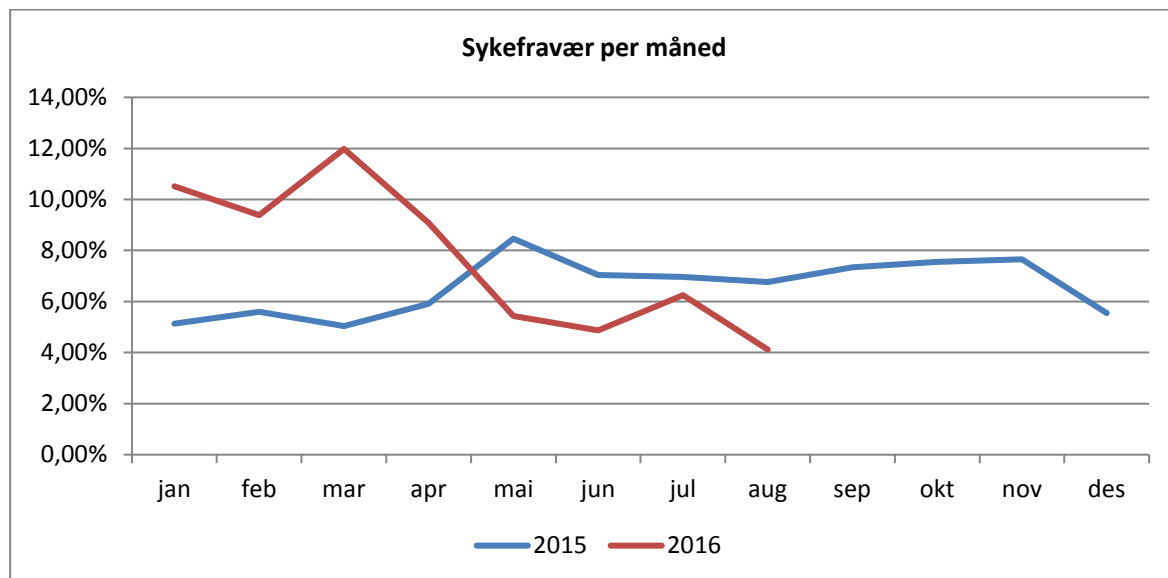
Alle investeringsprosjektene er nå bortimot ferdige, og avskrivning av deler av investeringene startet i august.

Prognose

Prognostisert resultat er et resultat i tråd med styringsmålet, det vil si et overskudd på tre millioner kroner.

Sykefravær

Sykefraværet per august 2016 var på 7,7 %. Dette er en økning på 1,3 prosentpoeng i forhold til fraværet per august 2015. Det er særlig det lange fraværet som har økt.



Som figuren over viser er fraværet på vei ned, og fraværet i august 2016 er 2,6 prosentpoeng lavere enn det var i mai 2015.

Avviksrapport	
Styresak nr.:	48 – 2016
Møtedato:	26. oktober 2016
Saksbehandler:	Direktør Espen Mælen Hauge
Vedlegg:	Avviksrapport – Sykehusapotek Nord – jan 2015 t.o.m. aug 2016

Saken i korte trekk

Avviksrapporten baseres på avvik meldt i perioden januar 2015 til august 2016 i Sykehusapotek Nord (SANO).

Trending av avvikene i perioden tyder på at melding av avvik fortsatt er på vei oppover, men at det ikke er alle avvik som meldes. Rapporten tar for seg trender både på overordnet nivå og ned til avdelingsnivå.

Enheter som tidligere har hatt stor økning i antall meldte avvik har nå en markant nedgang. 77% av avvikene er oppdaget av kunder, mot 33% gjennomsnittlig i foretaket. Feilekspederinger er den viktigste kvalitetsindikatoren i apotek. Det er viktig å følge med på disse avvikene, men det viser seg at det er ulike vurderinger av hva som er feilekspederinger og statistikken blir ikke her optimal.

Det er svakheter i materialet som rapporten er bygd på. Mange avvik har mangelfull kategorisering slik at det ikke er mulig å få ut komplett statistikk av hvilke prosesser avvikene skjedde i. Det er også ulik vurdering av avvikenes risiko. For å kunne forbedre melding av avvik er det flere områder der det må jobbes videre, blant annet få opp antallet meldte avvik og ha fokus på avvik i det daglige. Alle må få opplæring i avviksregistrering og ledere må få opplæring i avvikshåndtering.

Registrerte avvik må brukes aktivt i å kartlegge risikoområder.

Direktørens innstilling til vedtak

Styret i Sykehusapotek Nord HF tar avviksrapporten til orientering, og slutter seg til direktørens vurderinger og plan for videre rapportering og oppfølging av avvik.

Espen Mælen Hauge
direktør

Saksfremlegg

1. Innledning

Dette saksfremlegget er basert på vedlagte avviksrapports første del om rapportering på foretaksnivå. Avviksrapporten baseres på avvik meldt i perioden 2015 og til august 2016 i Sykehusapotek Nord (SANO). Årsaken til at rapporten omfatter både 2015 og 2016, er at forrige avviksrapport sist var laget for 2014. Historiske data på antall avvik i foretaket er registrert fra og med 2007.

Trending av avvikene i perioden tyder på at melding av avvik fortsatt er på vei oppover, men at det ikke er alle avvik som meldes. Rapporten tar for seg trender både på overordnet nivå og ned til avdelingsnivå. Det viser seg at mange av de samme mønstrene går igjen. Det som skiller seg ut er:

- Enheter som tidligere har hatt stor økning i antall meldte avvik, men der det nå er en markant nedgang.
- Enheter der opp til 77% av avvikene er oppdaget av kunder, mot 33% gjennomsnittlig i foretaket.

Feilekspederinger er den viktigste kvalitetsindikatoren i apotek. Dette innebærer at et legemiddel har gjennomgått alle faste kontrollrutiner og er klargjort for utlevering/utlevert til kunde, før avviket oppdages. Feilekspederinger kan oppstå i alle avdelinger, både ved ekspedering av legemidler på resept i Publikumsavdelingen og legemidler på ordrebestilling i Sykehusekspedisjonen. Feilekspederinger i Produksjonsavdelingen innebærer at tilvirket produkt har gjennomgått alle kontroller og er godkjent for utlevering før avviket oppdages. Dette er pr definisjon også en tilbakekalling og skal meldes til Legemiddelverket. Det er viktig å følge med på disse avvikene, men det viser seg at det også her er ulike vurderinger av hva som er feilekspederinger og statistikken blir heller ikke her optimal.

2. Avvikstyper

Hovedfokuset i rapporten er avvik *egen* enhet, siden oppfølging av disse avvikene er mest relevant for forbedringsarbeid i organisasjonen. Avvik *egen* enhet, er melding av avvik som har oppstått i SANO og som SANO har ansvar for å behandle.

I kvalitetssystemet til Sykehusapotek Nord finnes også fire andre avvikstyper:

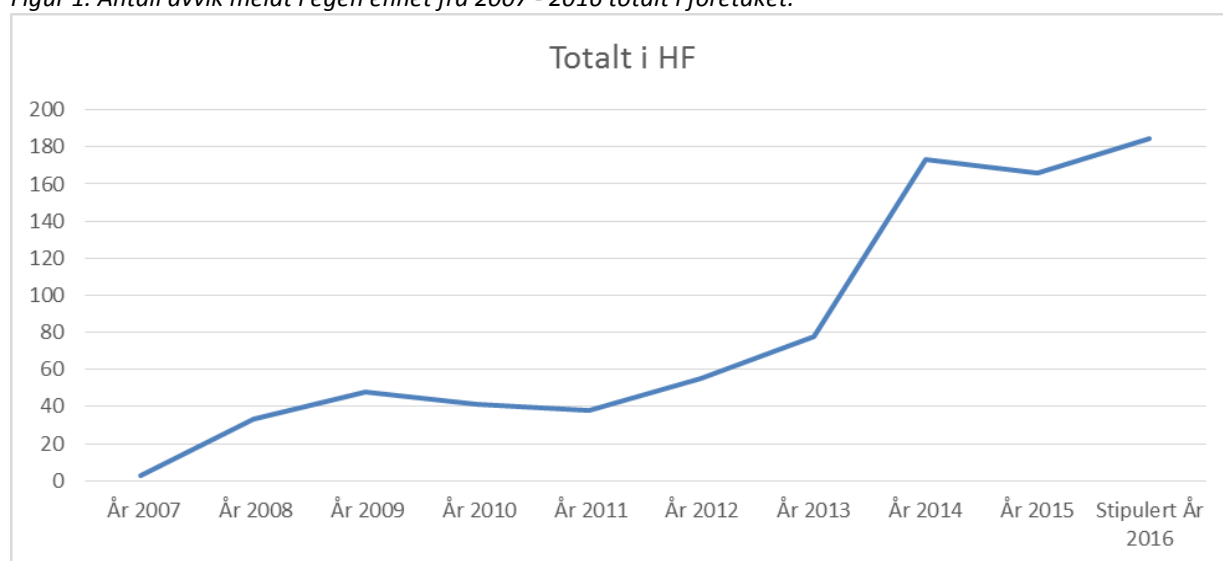
- Avvik ANDRE enheter (Melding av avvik som ikke har oppstått i SANO, og der andre enheter har ansvar for å behandle avviket.)
- Forbedringsforslag (Forslag til forbedringer for å øke kvalitet eller forebygge feil.)
- Pasienthendelseskjema (Melde fra om uønskede hendelser som førte til eller kunne ha ført til betydelig personskade.)
- Skademelding personal (Melde om skader, ulykker eller yrkesrelatert sykdom hos eget personale.)

3. Sykehusapotek Nord HF

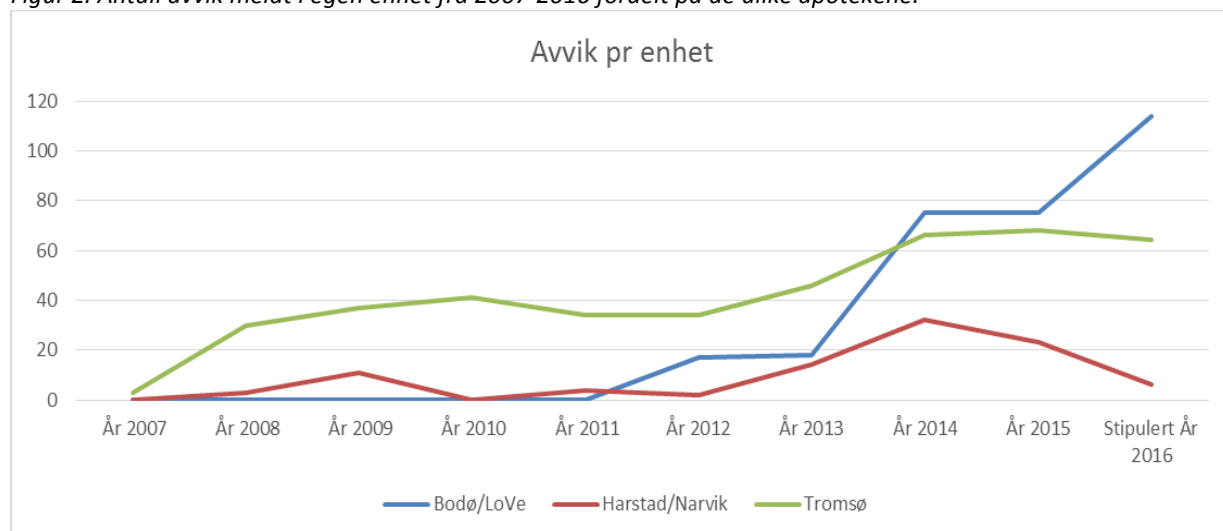
Sykehusapotek Nord startet i varierende grad med Docmap som avvikssystem fra 2007. I perioden 2007-2010 ble avvik registrert både elektronisk og på papir oppbevart i de enkelte avdelingene. Grafene viser kun avvik som er registrert elektronisk, og kan derfor gi et bilde av en brattere økning i antall avvik enn reelt når avvik gikk over fra papirskjema til elektroniske skjema.

3.1. Historikk – avvik EGEN enhet

Figur 1. Antall avvik meldt i egen enhet fra 2007 - 2016 totalt i foretaket.



Figur 2. Antall avvik meldt i egen enhet fra 2007-2016 fordelt på de ulike apotekene.

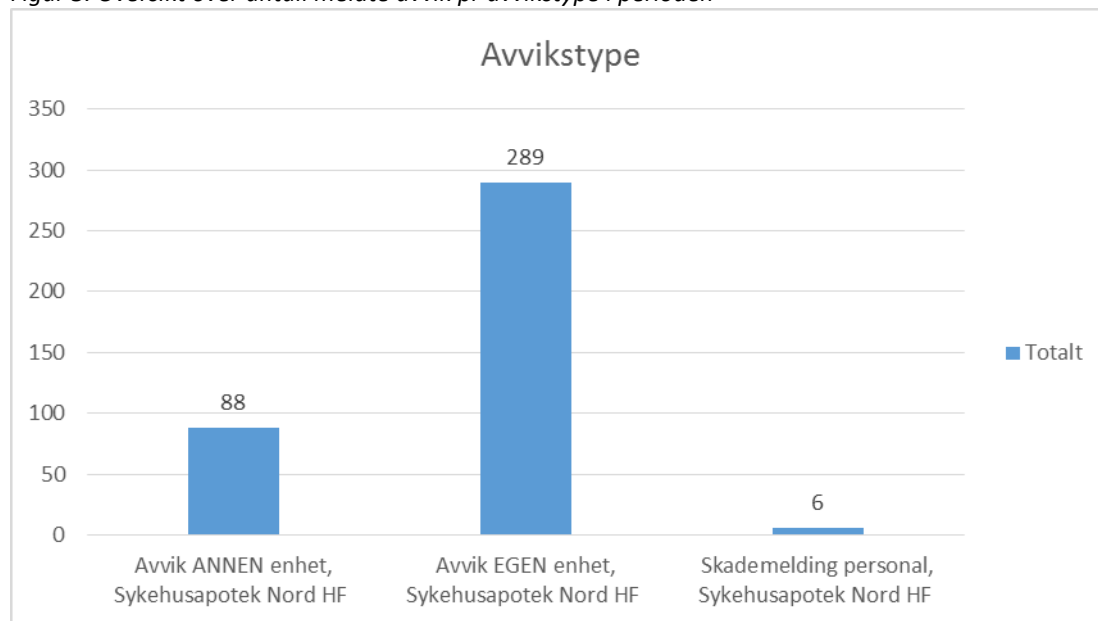


Totalt sett ser det ut til at kulturen for å melde avvik fremdeles er økende. Unntaket er Harstad som i 2016 har en 65 % nedgang i avvik sammenlignet med 2015 og 75 % nedgang sammenlignet med 2014. Basert på at antall avvik har gått så mye ned i noen apotek og er økende i andre apotek, samt trender i de ulike avdelingene (som vist i rapporten), er

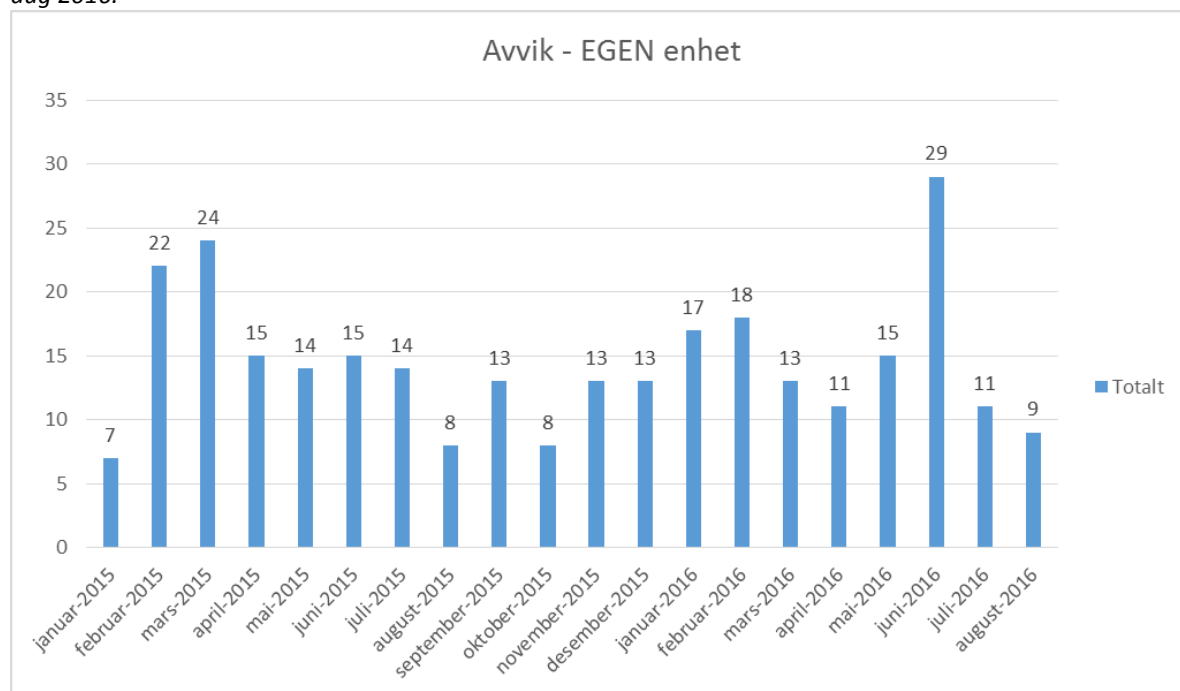
sannsynligheten stor for at vi enda ikke har nådd toppen i forhold til at alle avvik registreres. Her må det enda gjøres en del oppfølgingsarbeid for å sikre god meldekultur.

3.2. Oversikt over antall avvik meldt pr enhet i perioden januar 2015 - august 2016 – alle avvikstyper

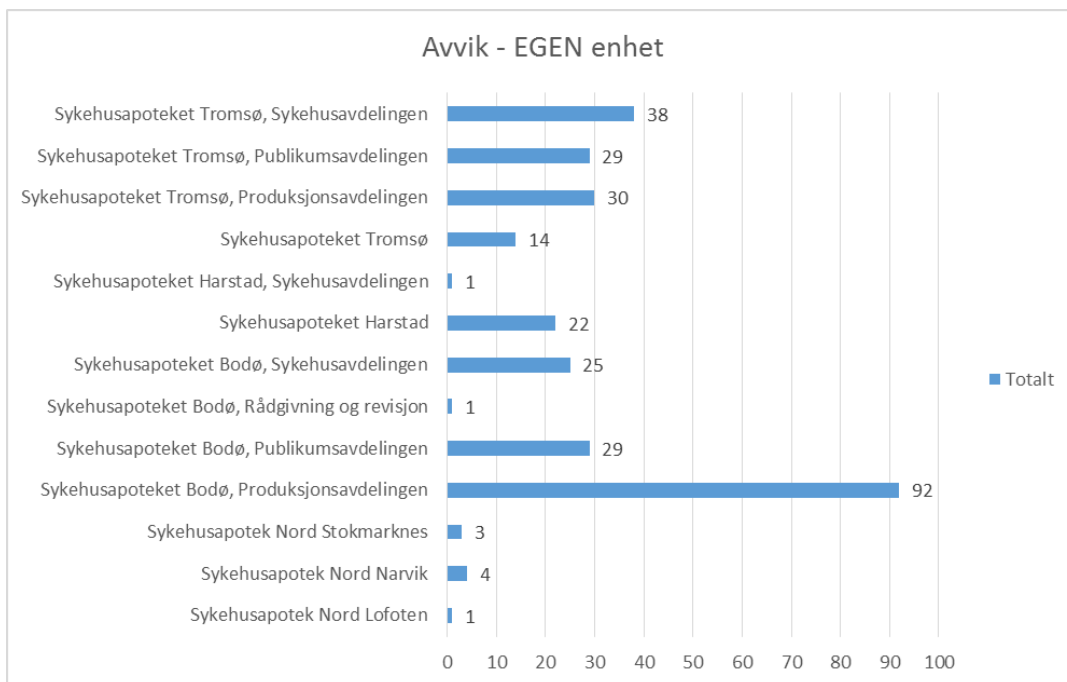
Figur 3. Oversikt over antall meldte avvik pr avvikstype i perioden



Figur 5. Totalt antall avvik i «EGEN enhet» registrert i perioden. 166 avvik i 2015 og 123 avvik fra 1. jan – 31. aug 2016.



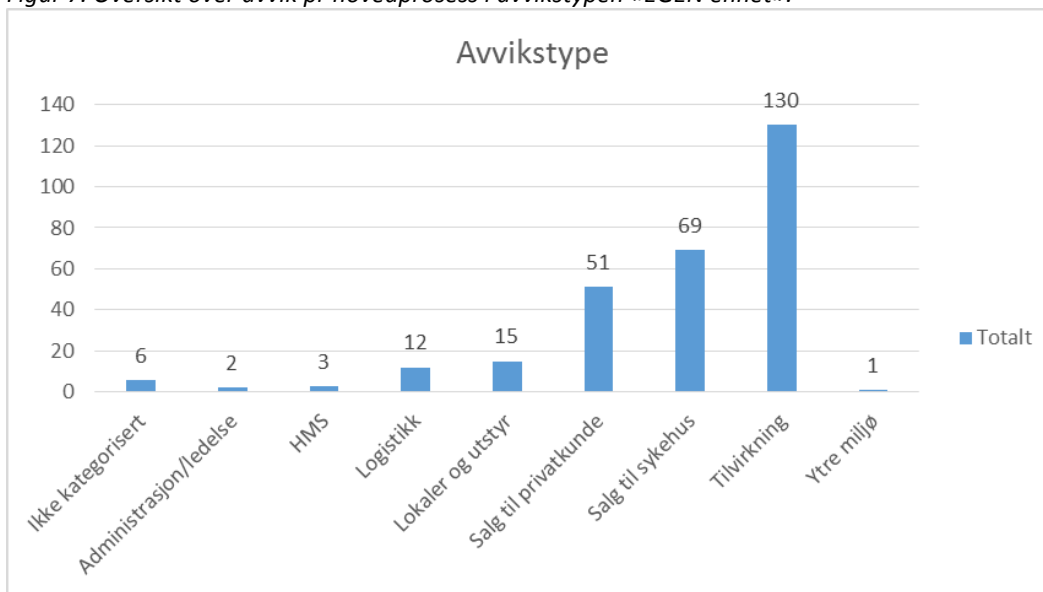
Figur 6. Antall avvik meldt pr enhet i perioden



Produksjonsavdelingen i Bodø skiller seg ut med hensyn på antall meldte avvik. Dette er på bakgrunn av stort fokus på dette området i forbindelse med innflytting i nye lokaler og innføring av nye arbeidsmetoder og arbeidsflyt.

På grunn av begrensede muligheter for valg av rapporter i Docmap, angir oversikten avvik basert på hvilken avdeling melder avviket er registrert på i Docmap. Dette er nødvendigvis ikke sammenfallende med hendelsessted for avviket (i Docmap er man bare registrert som ansatt i én avdeling selv om man daglig arbeider i flere avdelinger). Videre i rapporten er derfor avvikene vurdert i forhold til hvilken prosess de skjedde i innad i apoteket.

Figur 7. Oversikt over avvik pr hovedprosess i avvikstypen «EGEN enhet».



3.3. Hvem avdekket avvikene?

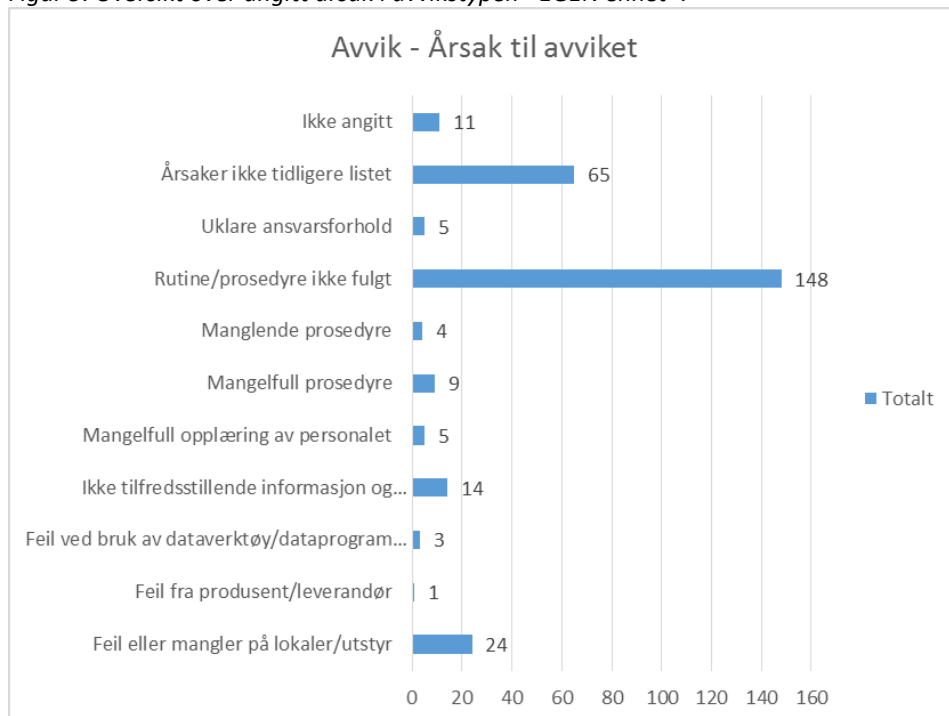
Figur 8. Hvem som avdekket avvikene, er fordelt på følgende kategorier:



Her viser figuren at de fleste avvikene som er registrert i foretaket er oppdaget av de ansatte selv (67%). Dette vitner om en god meldekultur.

3.4. Årsaker til avvik

Figur 9. Oversikt over angitt årsak i avvikstypen «EGEN enhet».



Figuren viser at den vanligste årsaken til avvik i perioden er at prosedyre finnes, men er ikke fulgt. Her bør man gjøre en jobb i den enkelte avdeling slik at alle er klare over hvilke prosedyrer som gjelder. Per i dag så er det hovedsakelig ved nyansettelser og ved endringer i prosedyrer at det er krav til lesebekreftelse. Kanskje burde det vært en årlig gjennomgang med

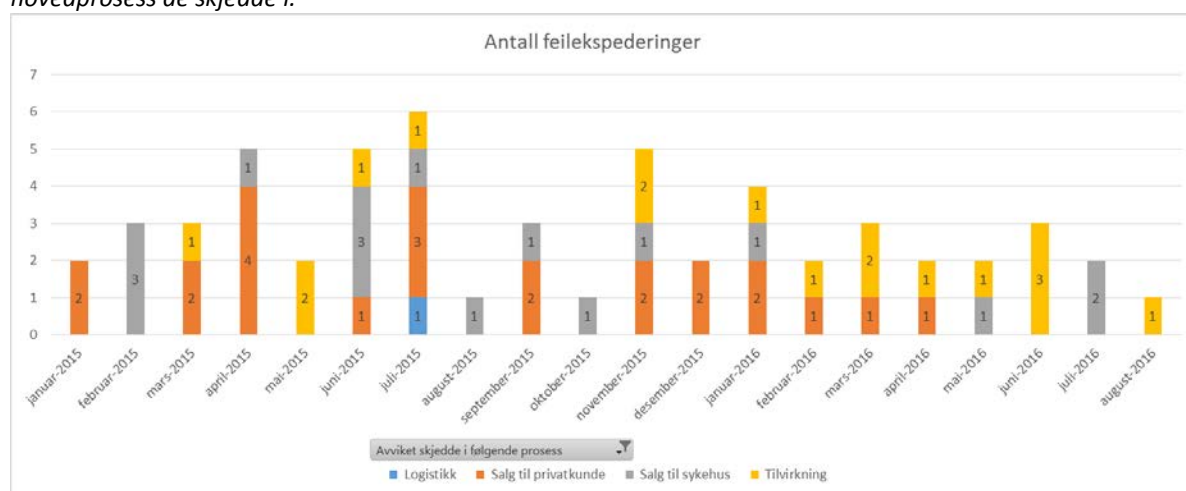
lesebekreftelse av de viktigste prosedyrene i den enkelte avdeling. På denne måten får alle oppfrisket kunnskapen med jevne mellomrom, og vi får en dokumentasjon på at prosedyrene er kjent blant de ansatte. Dette kan tas inn som en slags årlig «resertifisering».

3.5. Feilekspederinger 2015-16

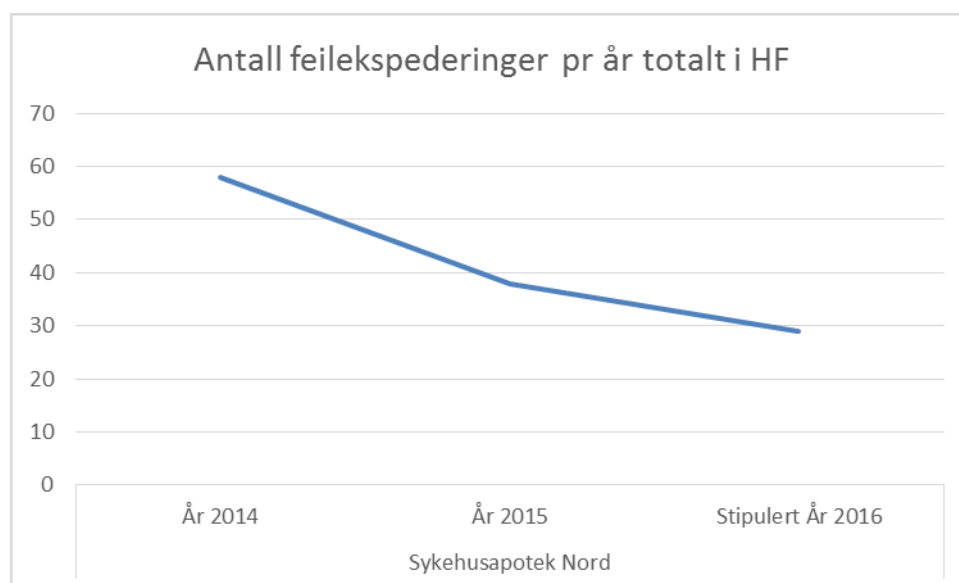
Feilekspedering: Feil ved utlevering av legemiddel, oppdaget etter sluttkontroll enten av ansatt eller kunde. Jevnlige oppfølging av feilekspederinger er den viktigste kvalitetsindikatoren i apotek.

Antall feilekspederinger var 38 stk. i 2015 og 19 stk. i 2016 (t.o.m. aug.). Til sammenligning var det registrert 58 feilekspederinger i 2014.

Figur 10. Antall feilekspederinger 2015-16 pr måned for foretaket. Avvikene er markert etter hvilken hovedprosess de skjedde i.



Figur 11. Antall feilekspederinger 2014-16 pr år for foretaket.



I følge figuren ser det ut til at antall feilekspederinger har gått ned totalt sett i foretaket. Dette er imidlertid svært usikkert da også ser ut til at ikke alle avvik meldes, og at feilekspederinger ikke angis riktig i hvert tilfelle. For å være sikre på trender i antall feilekspederinger må vi først sikre at alle avvik faktisk blir meldt og at de blir registrert riktig i Docmap.

4. Direktørens vurdering

Direktøren er enig i de vurderingene som er beskrevet i rapporten. Det er svakheter i materialet som rapporten er bygd på. Mange avvik har mangelfull kategorisering slik at det ikke er mulig å få ut komplett statistikk over hvilke prosesser avvikene skjedde i, det er også ulik vurdering av avvikenes risiko. Der et avvik er registrert med høy risiko et sted, er et tilsvarende avvik registrert med lav risiko et annet sted. Dette gjør det vanskelig å sammenligne alvorlighetsgrad.

For eksempel: Vurderes risiko etter hva som faktisk skjedde eller hva som kunne ha skjedd? Har et avvik lav risiko dersom det var feil utlevering av et legemiddel der det i dette tilfellet ikke fikk noen følger for pasienten? Hva hvis det tilfeldigvis var et annet legemiddel der konsekvensene kunne vært fatale? Og der rutinene er de samme ved utlevering?

For å kunne forbedre melding av avvik er det flere områder der det må jobbes videre:

- Få opp antallet meldte avvik
- Ha fokus på avvik i det daglige, da er det lettere å huske på og melde når avviket oppstår.
- Ta opp siste registrerte avvik og gjennomgå disse på avdelingsmøter.
- Ha en gjennomgang av hva et avvik er og når man skal melde.
- Arbeide videre med registrerte avvik og se på trender i avdelingene, da ser de ansatte også nytten i å melde avvik.
- Ha fokus på, og gjennomgå avvik på for eksempel personalmøter/ledermøter osv.
- Behandle avvikene korrekt i Docmap.
- Opplæring av avdelingsledere (det er avdelingslederne som kategoriserer og behandler avvikene).

På veien videre vil være viktig å fortsette arbeidet med å få opp antall meldte avvik. Målet er at alle aktuelle avvik i foretaket meldes. En utflatet kurve over antall avvik per år kan indikere at målet er oppnådd.

Alle må få opplæring i avviksregistrering og ledere må få opplæring i avvikshåndtering.

Registrerte avvik må brukes aktivt i å kartlegge risikoområder som det skal arbeides videre med for eksempel i risikovurderinger / internrevisjoner med videre. Avvik må registreres korrekt ved å hake av for feilekspedering der dette er tilfelle, som er en viktig kvalitetsindikator, og følge med antall feilekspederinger og se på utvikling per år.

Avviksrapporten ble diskutert i direktørens lederteam i møte 18. oktober 2016 og oppsummeringen fra saken beskriver følgende plan for videre rapportering og oppfølging av avvik slik:

- Registrering og avviksvurdering bør harmoniseres bedre, for eksempel ved å lage et opplæringsopplegg for hvordan avvik skal meldes, og hva som skal meldes.
- Avviksmeldekulturen kan fortsatt bli bedre.
- God rapport.
- Må finne en måte å bruke avvikene i den daglige styringen av foretaket, apotekene og avdelingene.
- Fagsjef koordinerer felleskampanje for avviksmelding.
- Deler av rapporten legges fram for styret.
- Fagavdelingen kommer i løpet av høsten med et forslag til hvordan arbeidet i foretaket skal gjennomføres.

Avviksrapport – Sykehusapotek Nord - jan 2015 t.o.m. aug 2016

Innholdsfortegnelse

Oppsummering.....	2
Innledning	3
Sykehusapotek Nord HF.....	4
Sykehusapoteket i Bodø/LoVe	10
Tilvirkning - Bodø	12
Salg til sykehus - Bodø	17
Salg til privatkunde - Bodø	20
Logistikk - Bodø	23
HMS.....	23
Administrasjon/Ledelse	23
Lokaler og utstyr	23
Ytre miljø.....	23
Ikke kategoriserte avvik.....	23
Sykehusapoteket i Tromsø.....	24
Salg til sykehus - Tromsø	26
Salg til privatkunde - Tromsø	31
Tilvirkning – Tromsø.....	35
HMS – Tromsø	39
Ytre miljø – Tromsø.....	39
Administrasjon og ledelse – Tromsø.....	39
Logistikk – Tromsø.....	39
Lokaler og utstyr – Tromsø.....	39
Sykehusapoteket i Harstad/Narvik.....	40
Salg til privatkunde - Harstad	42
Tilvirkning – Harstad	45
Salg til sykehus – Harstad/Narvik.....	48
Logistikk – Harstad/Narvik.....	50
Ytre miljø - Harstad/Narvik	50
Lokaler og utstyr – Harstad/Narvik.....	50
Avvik som apotekene har meldt på andre enheter (Avvik ANNEN enhet).....	51
Skademelding personal (Skader på eget personale).....	53
Pasienthendelsesskjema (Skader påført pasienter)	53

*Denne rapporten gir en oversikt over avvik i **egen** enhet – apotekene er her selv ansvarlig for å behandle avvikene. En oversikt over andre avvikstyper er gitt sist i rapporten. 2016 er det tredje året med reviderte avviksskjema, der kategorisering av avvik i prosesser er inkludert i skjemaet. For beskrivelse av avvikssystemet, se PB 1074 Avviksregistrering – Prosess.*

Oppsummering

Rapporten baseres på avvik meldt i perioden 2015 og til august 2016 i Sykehusapotek Nord (SANO). Årsaken til at rapporten omfatter både 2015 og 2016, er at forrige avviksrapport sist var laget for 2014. Historiske data på antall avvik i foretaket er registrert fra og med 2007.

Trending av avvikene i perioden tyder på at melding av avvik fortsatt er på vei oppover, men at det ikke er alle avvik som meldes. Rapporten tar for seg trender både på overordnet nivå og ned til avdelingsnivå. Det viser seg at mange av de samme mønstrene går igjen. Det som skiller seg ut er:

- Enheter som tidligere har hatt stor økning i antall meldte avvik, men der det nå er en markant nedgang.
- Enheter der opp til 77% av avvikene er oppdaget av kunder, mot 33% gjennomsnittlig i foretaket.

Det er imidlertid flere svakheter i materialet som rapporten er bygd på. Mange avvik har mangelfull kategorisering slik at det ikke er mulig å få ut komplett statistikk av hvilke prosesser avvikene skjedde i. Det er også ulik vurdering av avvikenes risiko. Der et avvik er registrert med høy risiko et sted, er et tilsvarende avvik registrert med lav risiko et annet sted. Dette gjør det vanskelig å sammenligne alvorlighetsgrad. (Eks: Vurderes risiko etter hva som faktisk skjedde eller hva som kunne ha skjedd? Har et avvik lav risiko dersom det var feil utlevering av et legemiddel der det i dette tilfellet ikke fikk noen følger for pasienten? Hva hvis det tilfeldigvis var et annet legemiddel der konsekvensene kunne vært fatale? Og der rutinene er de samme ved utlevering?)

Feilekspederinger er den viktigste kvalitetsindikatoren i apotek. Dette innebærer at et legemiddel har gjennomgått alle faste kontrollrutiner og er klargjort for utlevering/utlevert til kunde, før avviket oppdages. Feilekspederinger kan oppstå i alle avdelinger, både ved ekspedering av legemidler på resept i Publikumsavdelingen og legemidler på ordrebestilling i Sykehusekspedisjonen. Feilekspederinger i Produksjonsavdelingen innebærer at tilvirket produkt har gjennomgått alle kontroller og er godkjent for utlevering før avviket oppdages. Dette er pr definisjon også en tilbakekalling og skal meldes til Legemiddelverket. Det er viktig å følge med på disse avvikene, men det viser seg at det også her er ulike vurderinger av hva som er feilekspederinger og statistikken blir heller ikke her optimal.

For å kunne forbedre melding av avvik er det flere områder der det må jobbes videre:

- Få opp antallet meldte avvik
 - o Ha fokus på avvik i det daglige. Da er det lettere å huske på og melde når avviket oppstår.
 - o Ta opp siste registrerte avvik og gjennomgå disse på avdelingsmøter. Gjennomgang av hva et avvik er og når man skal melde.
 - o Arbeide videre med registrerte avvik og se på trender i avdelingene. Da ser de ansatte også nytten i å melde avvik.
 - o Ha fokus på, og gjennomgå avvik på for eksempel personalmøter/ledermøter osv.
- Behandle avvikene korrekt i Docmap
 - o Opplæring av avdelingsledere (Det er avdelingslederne som kategoriserer og behandler avvikene.)

Forslag til mål 2017:

- Fortsette arbeidet med å få **opp** antall meldte avvik. Mål: Alle aktuelle avvik i foretaket meldes. En utflatet kurve over antall avvik pr år *kan* indikere at målet er oppnådd.
- Opplæring i avviksregistrering (alle) og avvikshåndtering (ledere).
- Bruke registrerte avvik aktivt i å kartlegge risikoområder som det skal arbeides videre med for eksempel i risikovurderinger / internrevisjoner mv.
- Følge med antall feilekspederinger. Dette er en viktig kvalitetsindikator. Se på utvikling pr år. Viktig at alle avvik registreres riktig med hensyn til avhaking på feilekspedering (ja/nei).

Innledning

Avvikstyper

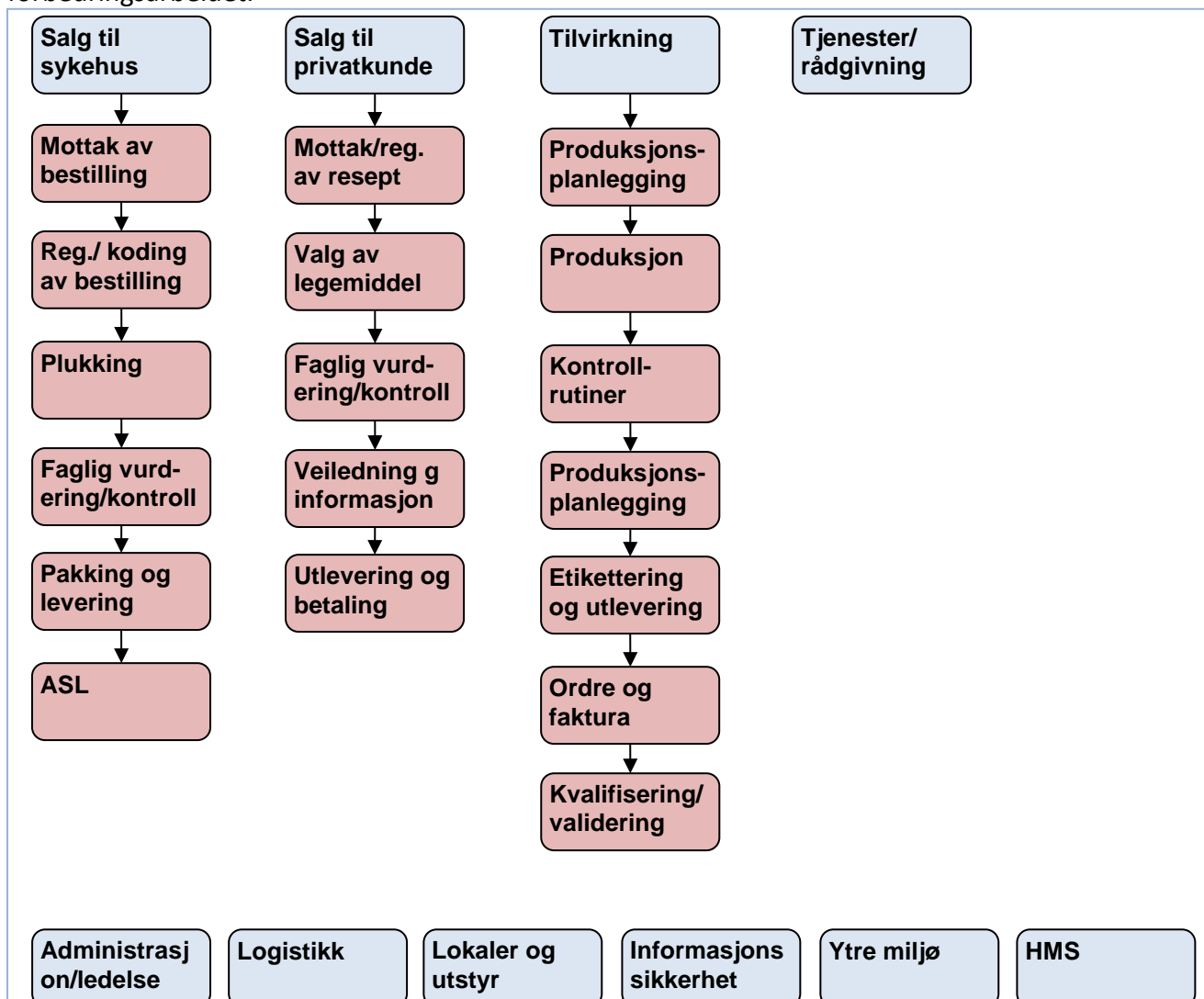
I kvalitetssystemet til Sykehusapotek Nord finnes 5 ulike avvikstyper:

- Avvik EGEN enhet (Melding av avvik som har oppstått i SANO og som SANO har ansvar for å behandle.)
- Avvik ANDRE enheter (Melding av avvik som ikke har oppstått i SANO, og der andre enheter har ansvar for å behandle avviket.)
- Forbedringsforslag (Forslag til forbedringer for å øke kvalitet eller forebygge feil.)
- Pasienthendelsesskjema (Melde fra om uønskede hendelser som førte til eller kunne ha ført til betydelig personskade.)
- Skademelding personal (Melde om skader, ulykker eller yrkesrelatert sykdom hos eget personale.)

Hovedfokuset i denne rapporten er avvik EGEN enhet, da oppfølging av disse avvikene er mest relevant for forbedringsarbeid i organisasjonen.

Prosesser

I rapporten er avvikene vurdert med hensyn på hvilke «hovedprosesser» avvikene skjedde i, innad i det enkelte sykehusapotek (Hovedprosesser = blå figurer). Hovedprosess registreres av melder/nærmeste leder. «Salg til sykehus», «Salg til privatkunde» og «Tilvirkning» er i tillegg kategorisert i prosesstrinn (røde figurer). Riktig prosesstrinn velges av nærmeste leder. Ved å sortere avvikene i riktige prosesser/prosesstrinn, er det enklere å se mønster i avvikene og bruke denne informasjonen videre i forbedringsarbeidet.

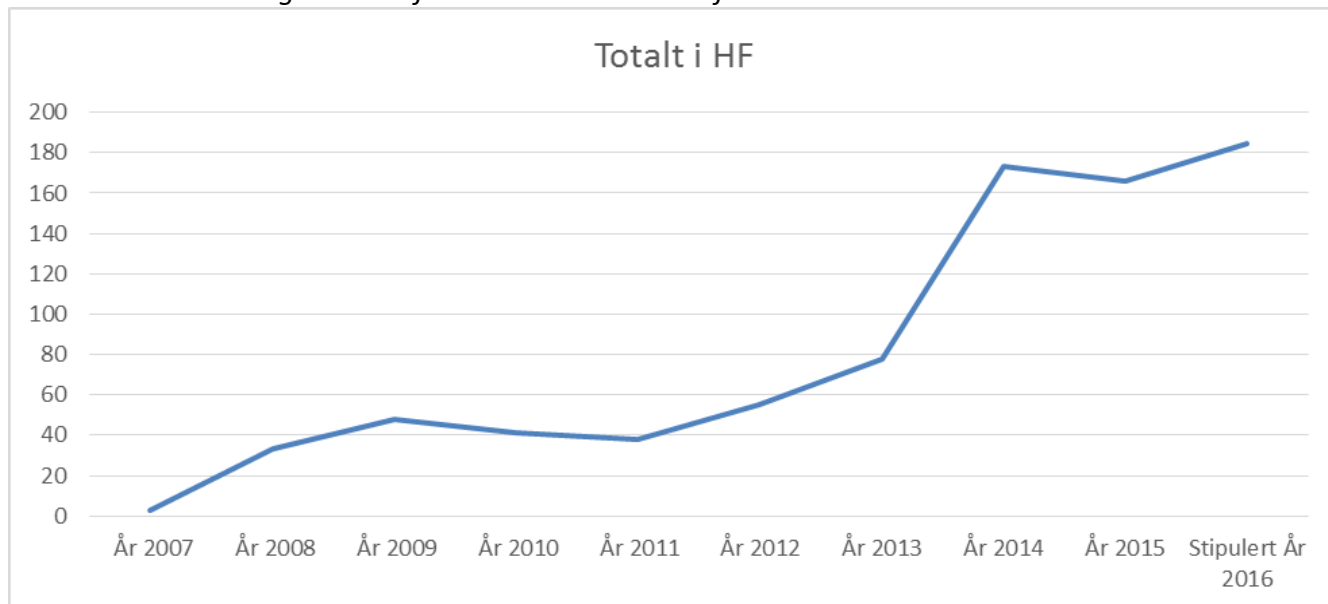


Sykehusapotek Nord HF

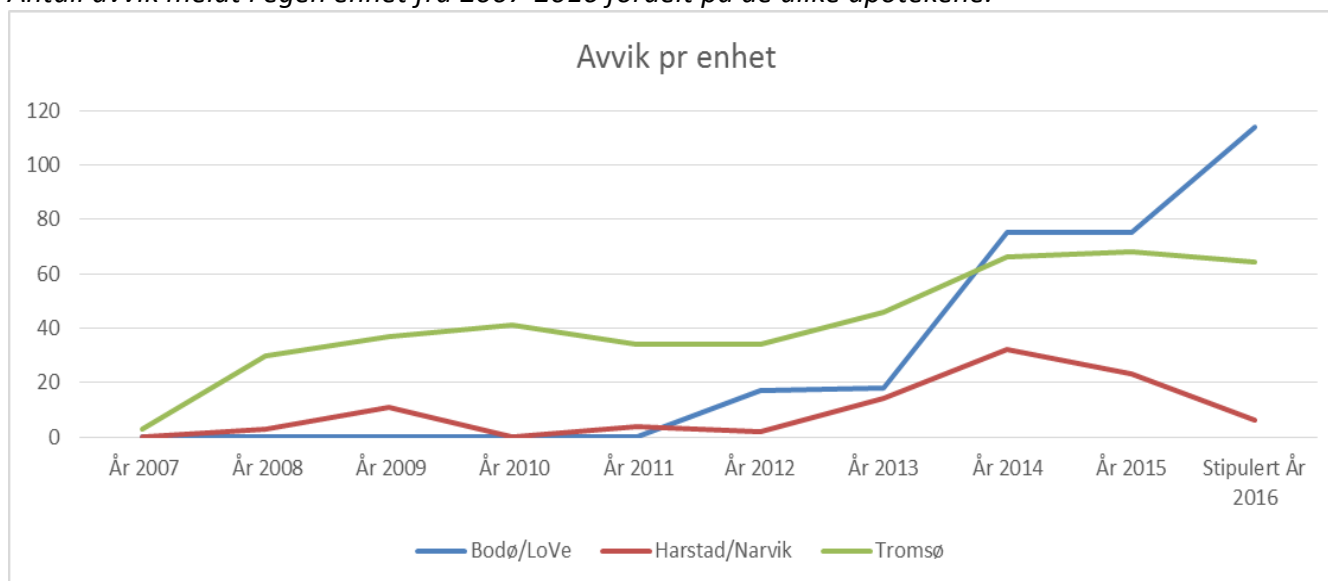
Sykehusapotek Nord startet i varierende grad med Docmap som avvikssystem fra 2007. I perioden 2007-2010 ble avvik registrert både elektronisk og på papir oppbevart i de enkelte avdelingene. Grafene viser kun avvik som er registrert elektronisk, og kan derfor gi et bilde av en brattere økning i antall avvik enn reelt når avvik gikk over fra papirskjema til elektroniske skjema.

Historikk – avvik EGEN enhet

Antall avvik meldt i egen enhet fra 2007 - 2016 totalt i foretaket.



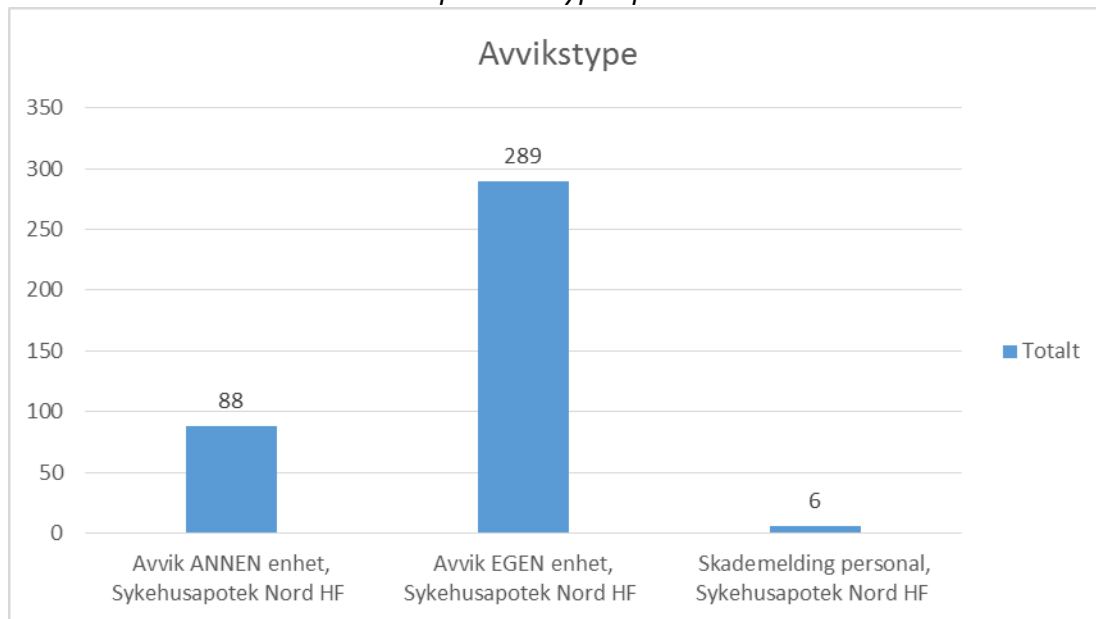
Antall avvik meldt i egen enhet fra 2007-2016 fordelt på de ulike apotekene.



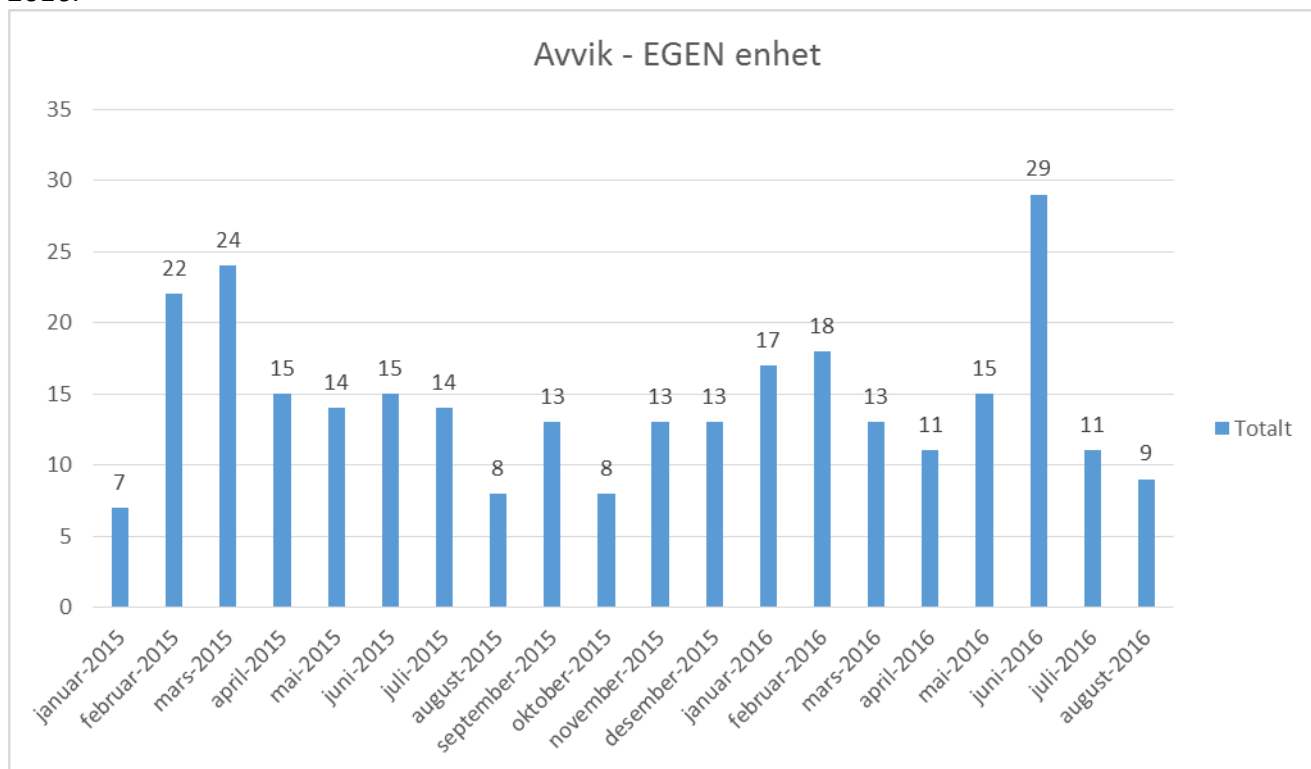
Totalt sett ser det ut til at kulturen for å melde avvik fremdeles er økende. Unntaket er Harstad som i 2016 har en 65 % nedgang i avvik sammenlignet med 2015 og 75 % nedgang sammenlignet med 2014. Basert på at antall avvik har gått så mye ned i noen apotek og er økende i andre apotek, samt trender i de ulike avdelingene (som vist i kapitlene under), er sannsynligheten stor for at vi enda ikke har nådd toppen i forhold til at alle avvik registreres. Her må det enda gjøres en del oppfølgingsarbeid for å sikre god meldekultur.

Oversikt over antall avvik meldt pr enhet i perioden 2015 - aug 2016 – alle avvikstyper

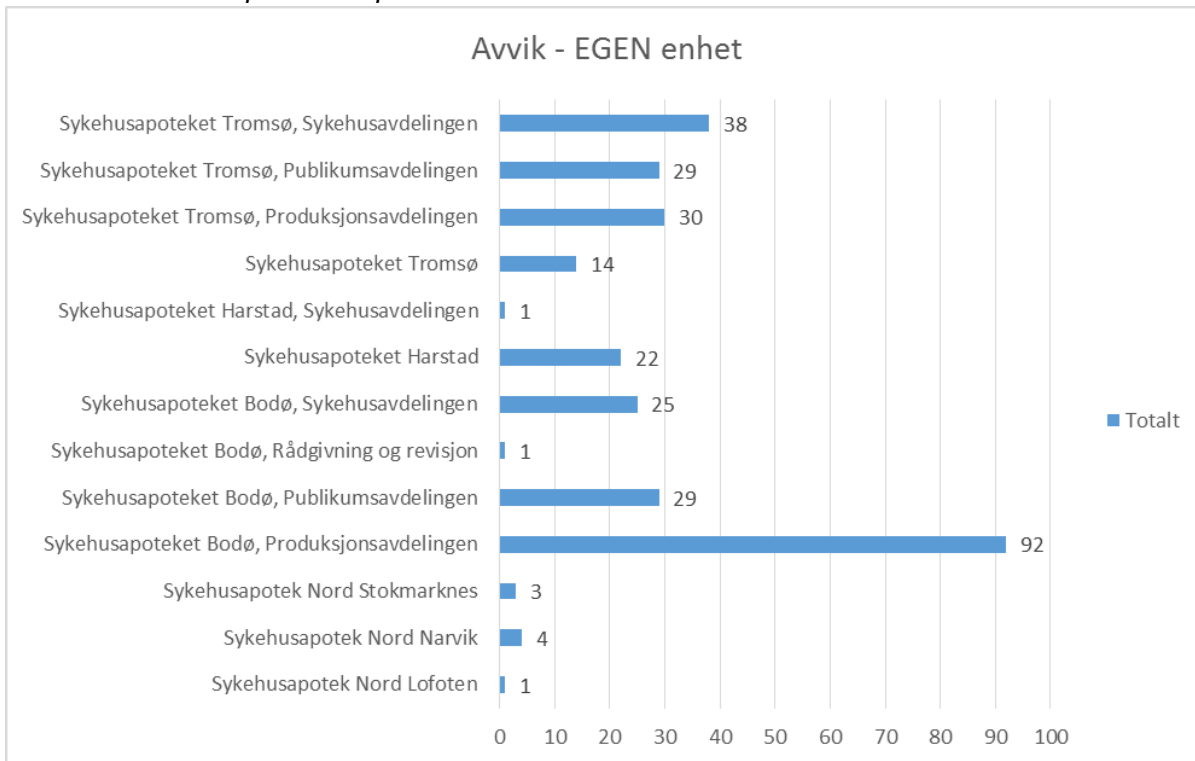
Oversikt over antall meldte avvik pr avvikstype i perioden



Totalt antall avvik i «EGEN enhet» registrert i perioden. 166 avvik i 2015 og 123 avvik fra 1. jan – 31. aug 2016.



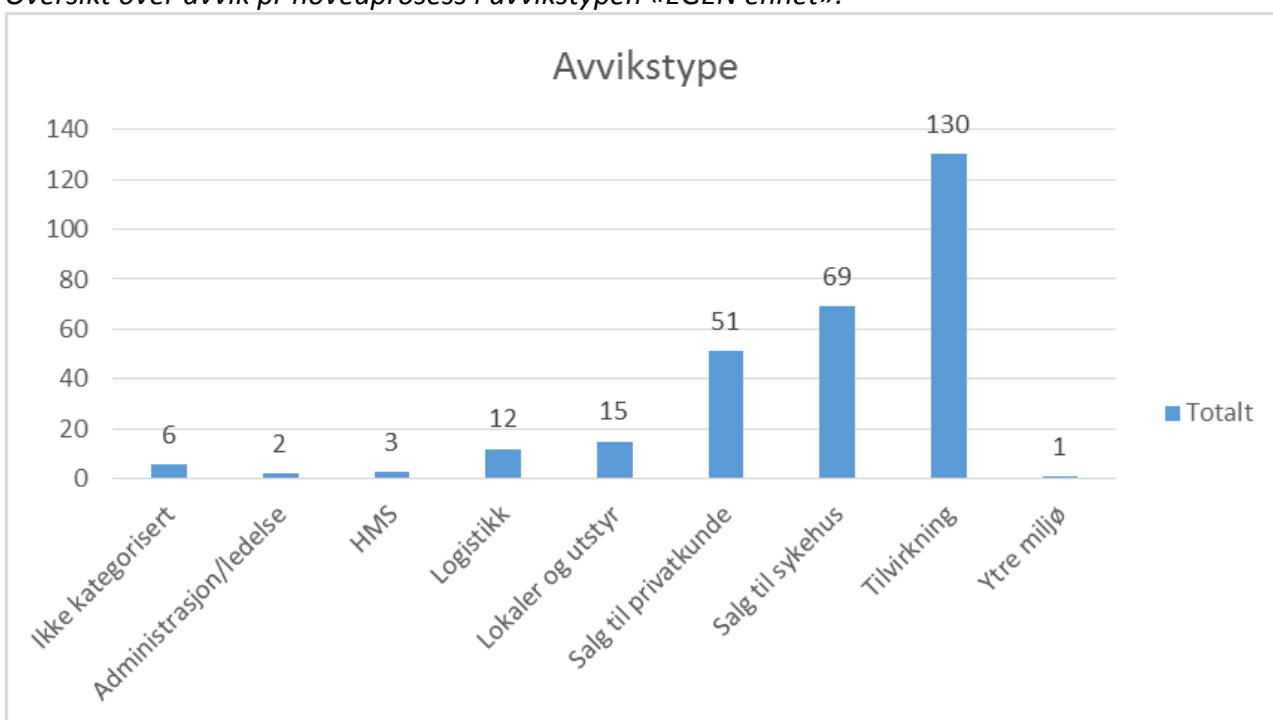
Antall avvik meldt pr enhet i perioden



Produksjonsavdelingen i Bodø skiller seg ut med hensyn på antall meldte avvik. Dette er på bakgrunn av stor fokus på dette området i forbindelse med innflytting i nye lokaler og innføring av nye arbeidsmetoder og arbeidsflyt.

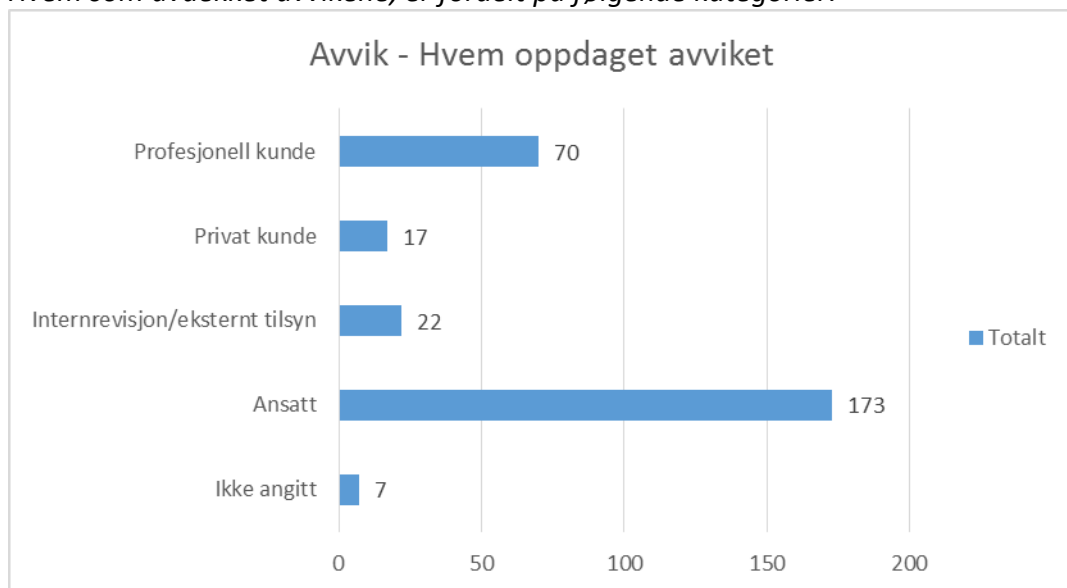
Pga begrensede muligheter for valg av rapporter i Docmap, angir oversikten avvik basert på hvilken avdeling melder avviket er registrert på i Docmap. Dette er nødvendigvis ikke sammenfallende med hendelsessted for avviket. (I Docmap er man bare registrert som ansatt i en avdeling selv om man daglig arbeider i flere avdelinger). Videre i rapporten er derfor avvikene vurdert i forhold til hvilken prosess de skjedde i innad i apoteket.

Oversikt over avvik pr hovedprosess i avvikstypen «EGEN enhet».



Hvem avdekket avvikene?

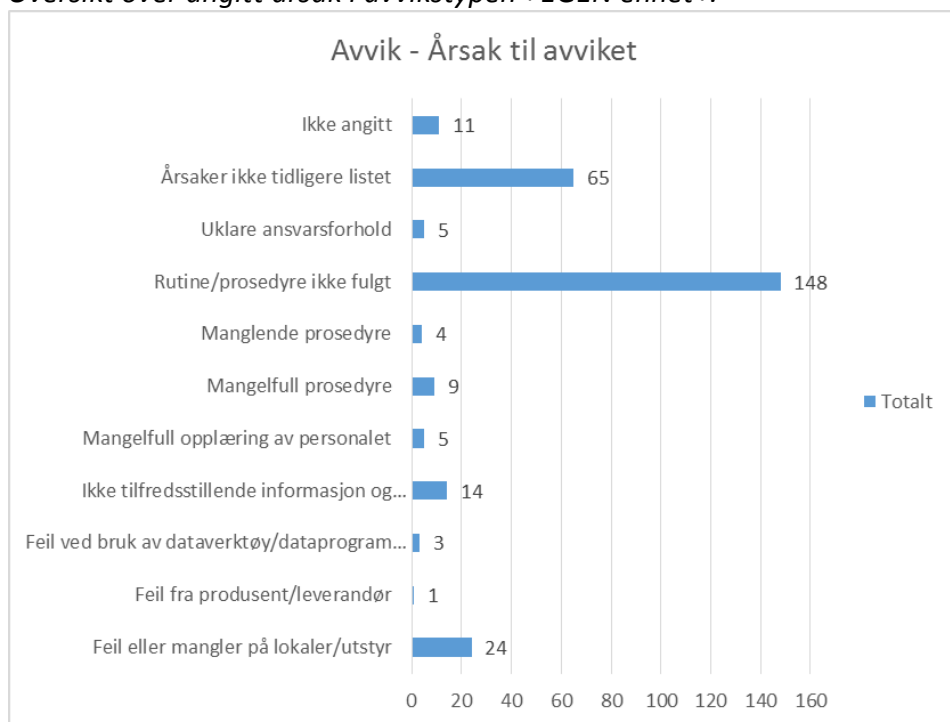
Hvem som avdekket avvikene, er fordelt på følgende kategorier:



Her viser figuren at de fleste avvikene som er registrert i foretaket er oppdaget av de ansatte selv (67%). Dette vitner om en god meldekultur.

Årsaker til avvik

Oversikt over angitt årsak i avvikstypen «EGEN enhet».



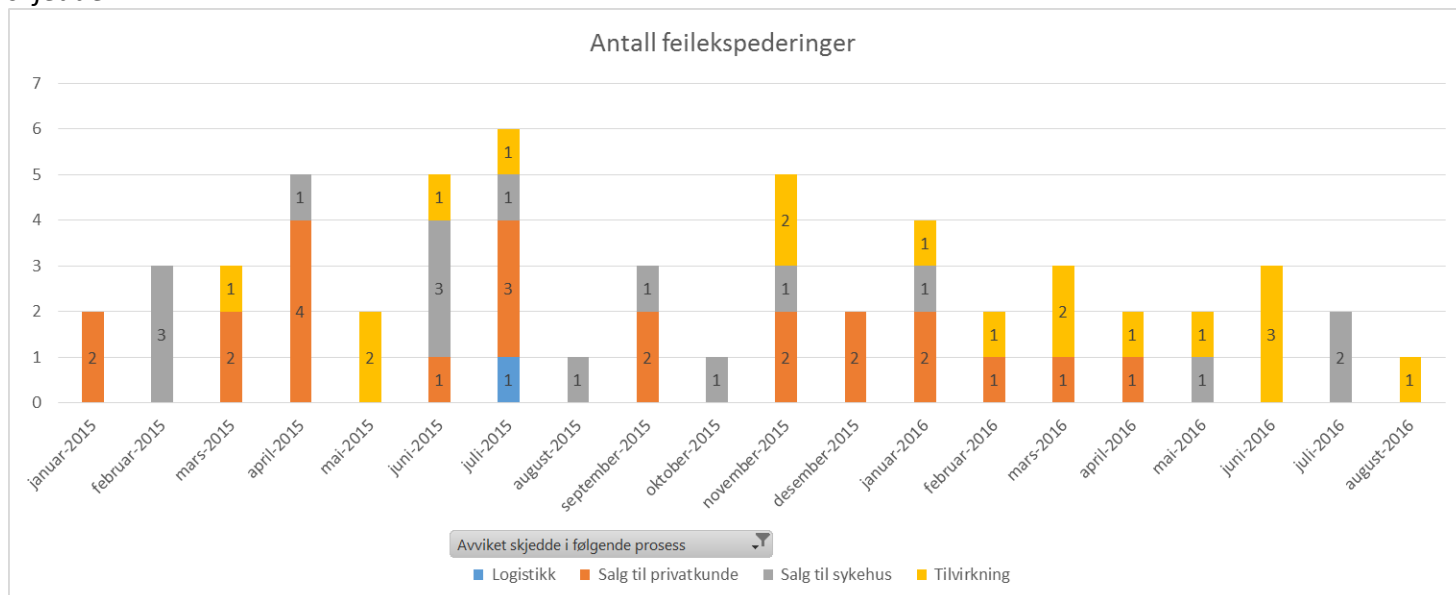
Figuren viser at den vanligste årsaken til avvik i perioden er at prosedyre finnes, men er ikke fulgt. Her bør man gjøre en jobb i den enkelte avdeling slik at alle er klare over hvilke prosedyrer som gjelder. Pr i dag så er det hovedsakelig ved nyansettelser og ved endringer i prosedyrer at det er krav til lesebekreftelse. Kanskje burde det vært en årlig gjennomgang med lesebekreftelse av de viktigste prosedyrene i den enkelte avdeling. På denne måten får alle oppfrisert kunnskapen med jevne mellomrom og vi får en dokumentasjon på at prosedyrene er kjent blant de ansatte. Dette kan tas inn som en slags årlig «resertifisering».

Feilekspederinger 2015-16

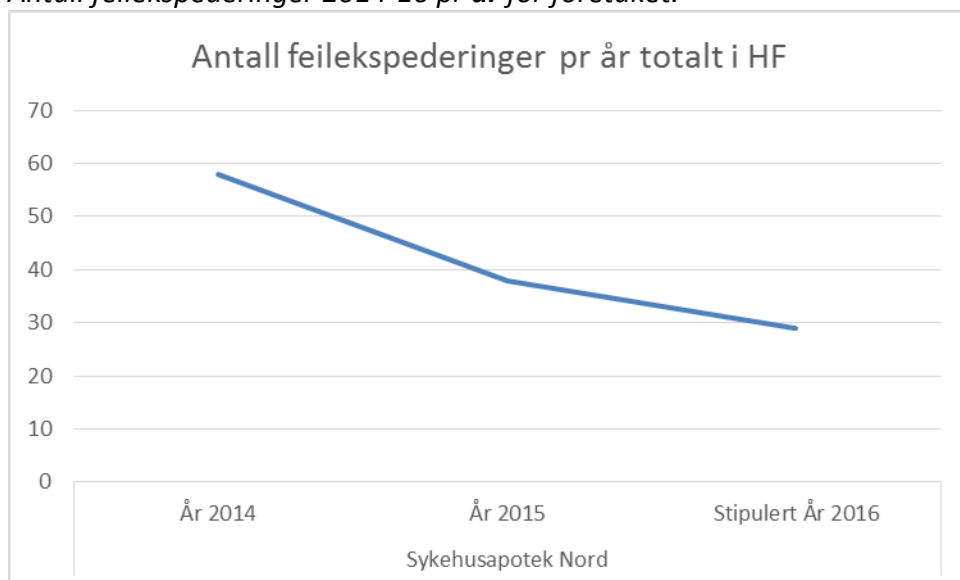
Feilekspedering: Feil ved utlevering av legemiddel, oppdaget etter sluttkontroll enten av ansatt eller kunde. Jevnlig oppfølging av feilekspederinger er den viktigste kvalitetsindikatoren i apotek.

Antall feilekspederinger var 38 stk i 2015 og 19 stk i 2016 (t.o.m. aug). Til sammenligning var det registrert 58 feilekspederinger i 2014.

Antall feilekspederinger 2015-16 pr måned for foretaket. Avvikene er markert etter hvilken hovedprosess de skjedde i.



Antall feilekspederinger 2014-16 pr år for foretaket.



I følge figuren ser det ut til at antall feilekspederinger har gått ned totalt sett i foretaket. Dette er imidlertid svært usikkert da også ser ut til at ikke alle avvik meldes at feilekspederinger ikke angis riktig i hvert tilfelle. For å være sikre på trender i antall feilekspederinger må vi først sikre at alle avvik faktisk blir meldt og at de blir registrert riktig i Docmap.

Avvik som andre har meldt på Sykehusapotek Nord

Under er en oversikt over avvik som er meldt av enheter på sykehuset til Sykehusapotek Nord. Disse er kun oppsummert her og er ikke med i den totale statistikken over avvik. Dette pga av de meldes på andre avviksskjema enn våre egne.

Avvik meldt til Sykehusapoteket i Bodø/LoVe

Tittel	Avvikstype	Hendelses- dato	Lukket dato	Organisasjonsenhet
manglende levering av medisiner	Avvik annen avdeling, NLSH	09.01.2015	25.03.2015	Medisinsk avdeling Vesterålen NLSH
Kur til Sørfold som ikke ble sendt som avtalt	Pasienthendelsesskjema for NLSH	11.02.2015	19.02.2015	Enhet for blodsykdommer og kreft NLSH
Mangel på Mucomyst	Avvik annen avdeling, NLSH	24.05.2015	07.07.2015	Felles intensiv og akuttmottak Vesterålen AKUM NLSH
Manglende medisin ved levering fra apotek	Avviksmelding egen avdeling, NLSH	22.03.2016	23.03.2016	PHR-Døgnetenhet spiseforstyrrelser (REDE) NLSH

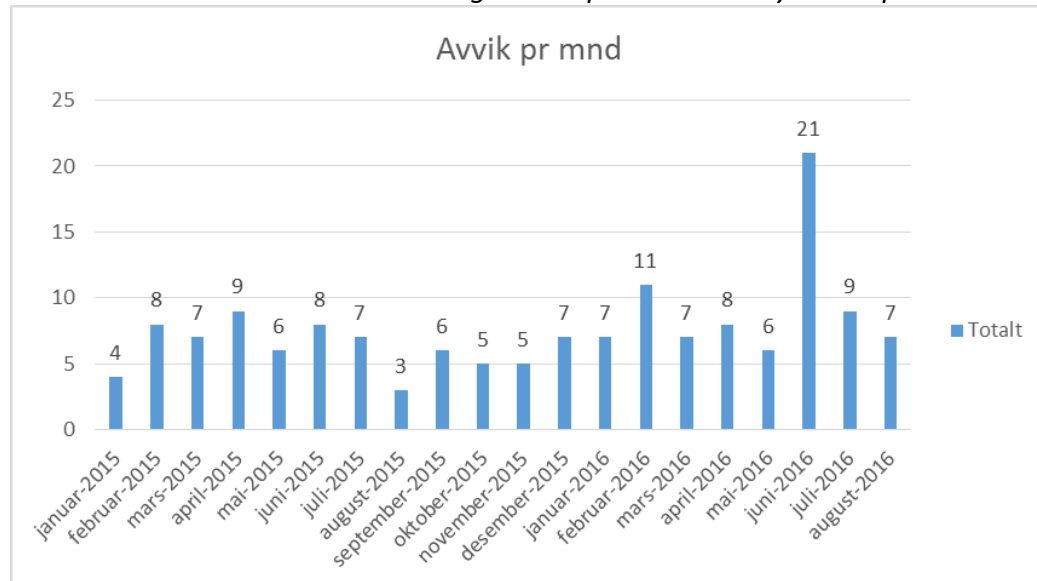
Avvik meldt til Sykehusapoteket i Tromsø/Harstad/Narvik

Tittel	Avvikstype	Hendelses- dato	Lukket dato	Organisasjonsenhet
Paracetamol braun inf. 100 mg/ml	Avvik annen avdeling/seksjon, UNN	28.01.2015	21.08.2015	Nevrokirurgi-, øre-nese-hals- og øyeavdeling (NKØØ) UNN
Medikamenter	Avvik annen avdeling/seksjon, UNN	26.03.2015		Ambulanse seksjon 2 UNN
Ikke fylt opp medisinlager etter basisliste før helg	Avvik annen avdeling/seksjon, UNN	19.06.2015		Kreftavdelingen UNN
Datomerking av Adrenalin 1 mg/ml	Avvik annen avdeling/seksjon, UNN	07.07.2015	08.09.2015	Forskningsposten UNN
Mangler viktige medisiner fra basisliste på medisinrom	Avvik annen avdeling/seksjon, UNN	10.07.2015		Kreftavdelingen UNN
Mangler medisiner på medisinrom som står på basisliste	Avvik annen avdeling/seksjon, UNN	15.07.2015	19.10.2015	Kreftavdelingen UNN
Går fritt for medisiner i løpet av helga	Avvik annen avdeling/seksjon, UNN	06.09.2015	15.10.2015	Intensiv Tromsø UNN
Feil dose medikament	Pasienthendelsesskjema for UNN	23.11.2015		Kreft poliklinikk UNN
Feil medikamentkonsentrasjon	Avvik annen avdeling/seksjon, UNN	23.11.2015	01.12.2015	Kreft poliklinikk UNN
Lang produksjonstid	Avvik annen avdeling/seksjon, UNN	15.12.2015	01.06.2016	Kreft poliklinikk UNN
Feil merking av cytostatika poser	Avvik annen avdeling/seksjon, UNN	27.01.2016	15.06.2016	Kreftavdelingen UNN
Tomt for morfin i medisinskap for ambulansene	Avvik annen avdeling/seksjon, UNN	08.02.2016	18.03.2016	Ambulanse seksjon 2 UNN
Svikt i dosekontroll på cytostatikaskjema. Feil cytdose fra apotek	Avvik annen avdeling/seksjon, UNN	15.03.2016	01.06.2016	Kreft poliklinikk UNN
Svikt i dosekontroll på cytostatikaskjema. Feil cytdose fra apotek.	Avviksmelding egen avdeling/seksjon, UNN	15.03.2016	13.04.2016	Kreft poliklinikk UNN
Feil levering fra sykehusapoteket	Avvik annen avdeling/seksjon, UNN	01.04.2016	14.04.2016	Hjertemedisinsk sengepost/utredning UNN
Forsinket levering av cytostatika	Avvik annen avdeling/seksjon, UNN	03.05.2016	15.06.2016	Barne og ungdomsseksjonen UNN
ketalar	Avvik annen avdeling/seksjon, UNN	22.05.2016	08.06.2016	Lungesengepost/lab/poliklinikk
navelbine	Avvik annen avdeling/seksjon, UNN	31.05.2016	08.06.2016	Lungesengepost/lab/poliklinikk
manglende medisiner	Forbedringsforslag for UNN	04.06.2016	26.07.2016	Intensiv Tromsø UNN

Sykehusapoteket i Bodø/LoVe

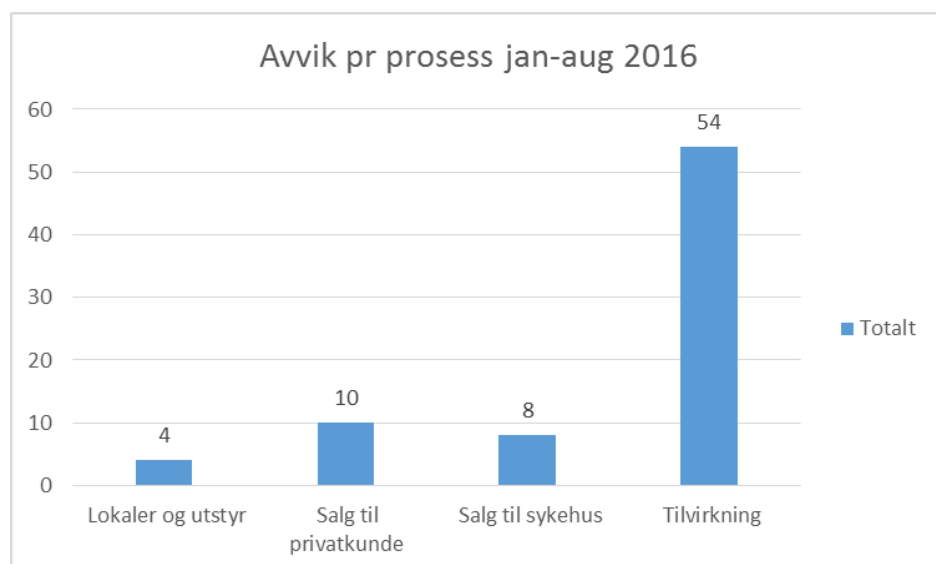
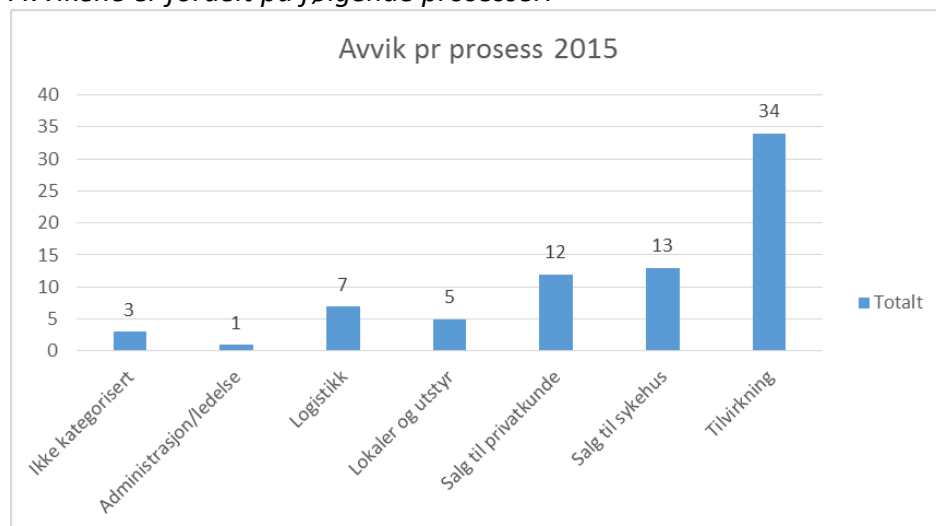
I 2015 var det 75 registrerte avvik ved Sykehusapoteket i Bodø. Hittil i 2016 er det registrert 76 avvik.

Totalt antall avvik «EGEN enhet» registrert i perioden ved Sykehusapoteket i Bodø.

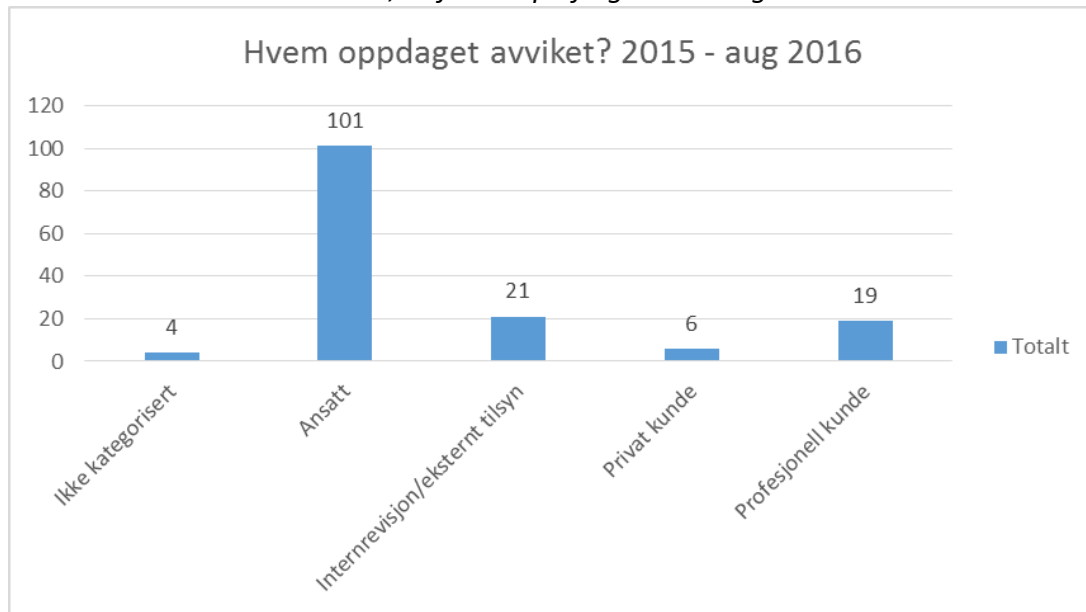


(Juni 2016 = første måned etter innflytting i nytt apotek Bodø)

Avvikene er fordelt på følgende prosesser:



Hvem som avdekket avvikene, er fordelt på følgende kategorier:



Årsaker til avviket

Oversikt over angitt årsak til avvik i perioden

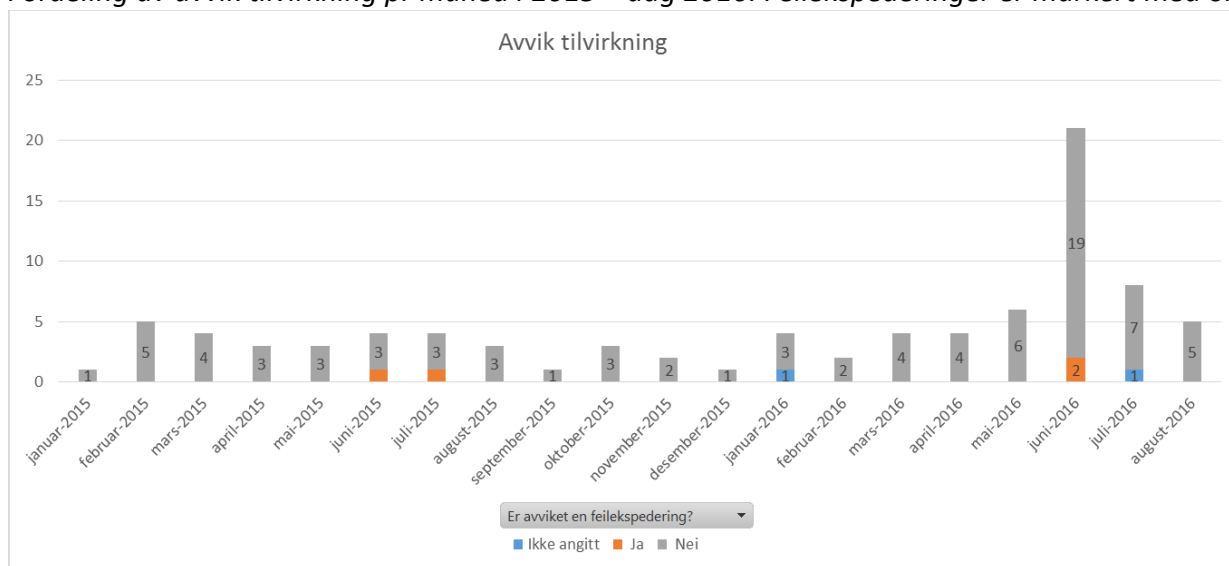


Også her er det årsaken «Rutine/prosedyre ikke fulgt» som skiller seg ut.

Tilvirkning - Bodø

I 2015 – aug 2016 har det vært registrert totalt 88 avvik i prosessen «Tilvirkning» ved Sykehusapoteket i Bodø.

Fordeling av avvik tilvirkning pr måned i 2015 – aug 2016. Feilekspederinger er markert med oransje.



Ved gjennomgang av avvik i tilvirkning, ser det ut til at mange av avvikene er feil som er oppdaget og tatt hånd om av de faste kontrollpunktene. Dette er egentlig ikke avvik, men nesten-avvik. Det er for tiden ikke noen felles metode for registrering av nesten-avvik.

Det har vært to feilekspederinger i 2015 og to i 2016. I tilvirkning er en feilekspedering at et tilvirket produkt gjennomgår alle kontrolltrinn inkludert sluttkontroll uten at feil ved produktet oppdages. Dette kan være feil legemiddel, styrke, mengde, merking, holdbarhet. Alle slike feil er **meldepliktige** til Legemiddelverket.

Det var registrert 4 feilekspederinger i tilvirkning i perioden. Ved nærmere ettersyn, er nok ikke alle disse feilekspederinger etter definisjonen.

Feilekspederinger i tilvirkning 2015-2016

Bekreftet kur ikke ført på liste, etterlyst etter 2 timer
Cytkur sendt til feil avdeling
Cytostatikakur blandet i feil mengde oppløsningsvæske
Sprøyteopptrekk ikke merket på cytkur

Hvem oppdaget avviket? 2015 – aug 2016



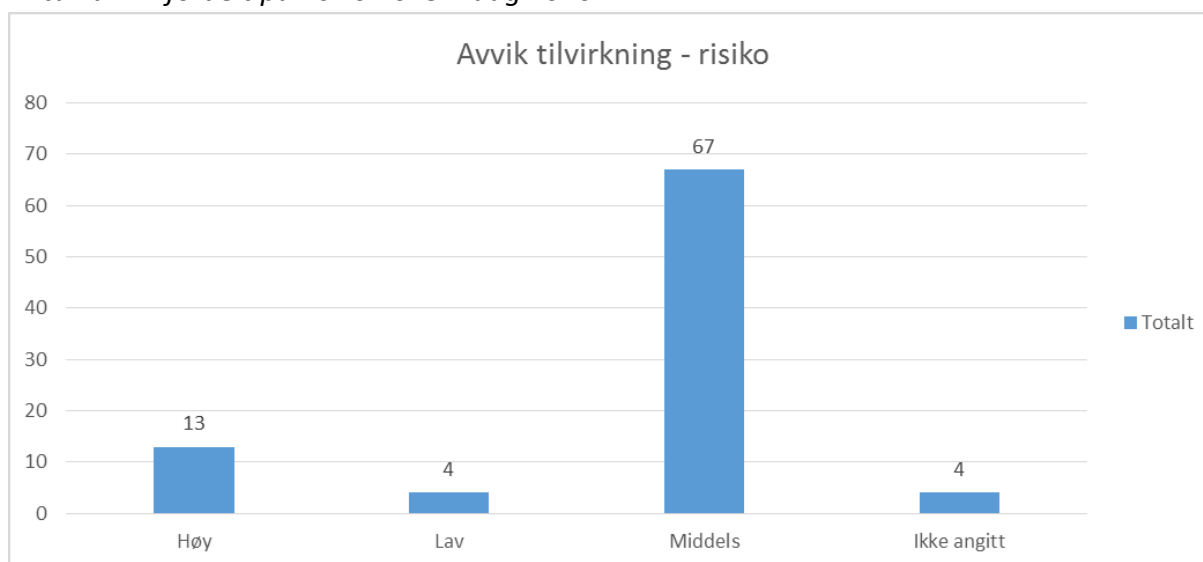
Figuren viser at de fleste avvikene som er registrert er oppdaget av ansatte på apoteket.

Følgende avvik ble oppdaget av kunde og ikke internt på apoteket

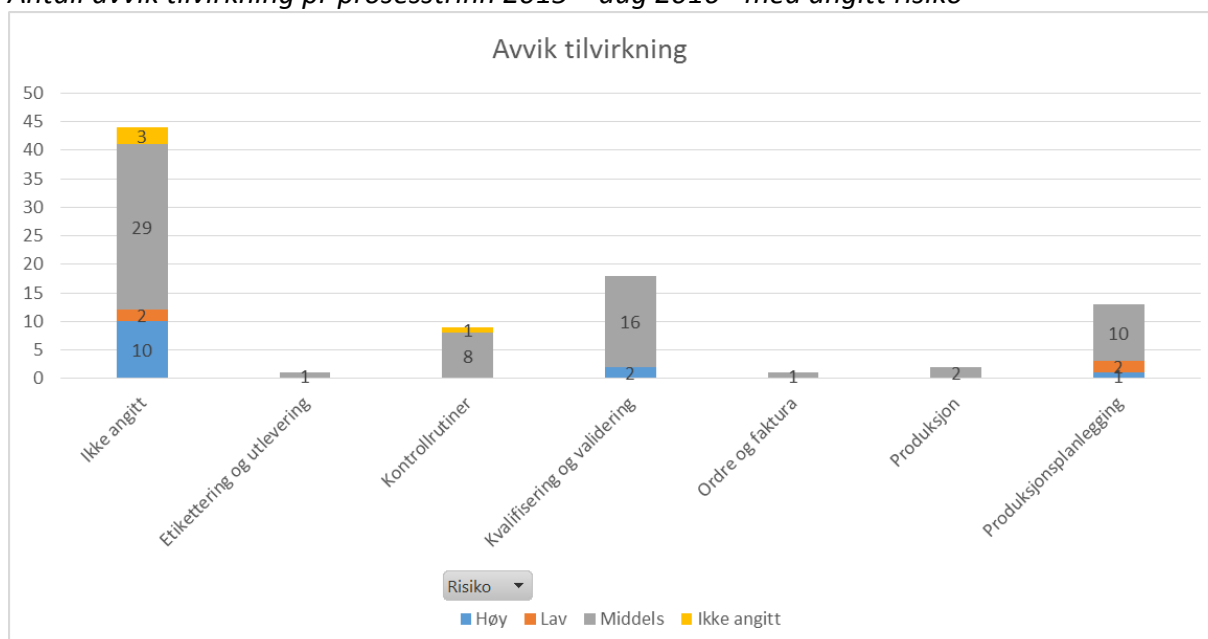
Antall av Antall Tittel	Hvem avdekket avviket Profesjonell kunde
Bekreftet kur ikke ført på liste, etterlyst etter 2 timer	1
Cytkur sendt til feil avdeling	1
Cytostatikakur blandet i feil mengde oppløsningsvæske	1
Eposin sendt til avdeling uten rød lysbeskyttende pose	1
Feil dato	1
Feil volum oppløsningsmiddel i cyt-kur	1
Kurer produsert med fweil pnr.	1
Totalsum	7

Dette er avvik som ikke har blitt fanget opp av apotekets kontrollsystem. Her vil de avvikene som omhandler feil ved tilvirket produkt, i prinsippet være feilekspederinger/tilbakekallinger.

Antall avvik fordelt på risiko 2015 – aug 2016



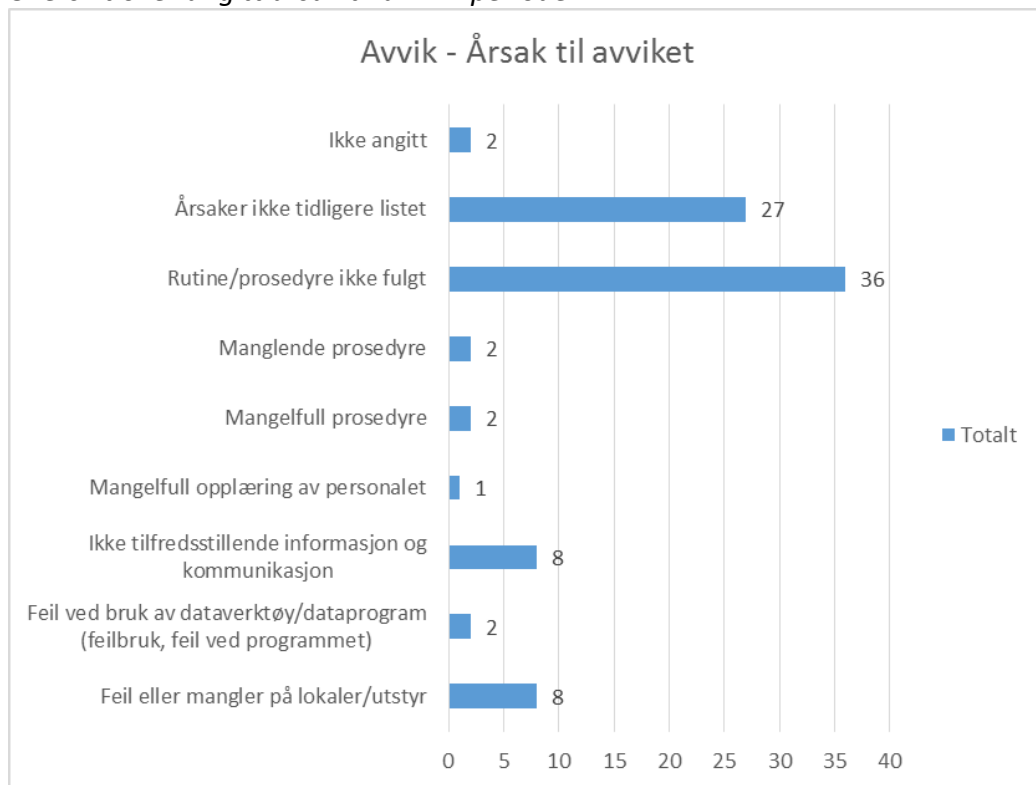
Antall avvik tilvirkning pr prosesstrinn 2015 – aug 2016 - med angitt risiko



Halvparten av avvik i tilvirkning er ikke kategorisert i forhold til hvilken prosess avviket skjedde i, og det er derfor vanskelig å kunne trekke konklusjoner ut fra dette.

Årsak til avviket

Oversikt over angitt årsak til avvik i perioden



Oversikt avvik

Oversikt over avvik pr prosesstrinn, inkludert risikovurdering - Tilvirkning.

Tittel	Risiko	Prosesstrinn - Ved avvik	Antall av Antall
<input type="checkbox"/> Cytostatikakur blandet i feil mengde oppløsningsvæske	<input type="checkbox"/> Middels	Produksjonsplanlegging	1
<input type="checkbox"/> Feil framplukk av na.kl cyt	<input type="checkbox"/> Middels	Produksjonsplanlegging	1
<input type="checkbox"/> feil produksjonr	<input type="checkbox"/> Middels	Produksjonsplanlegging	1
<input type="checkbox"/> Flere cyturer bekrefte mellom kl 0900 og 930. Første kur levert kl 1030	<input type="checkbox"/> Middels	Produksjonsplanlegging	1
<input type="checkbox"/> Forlite stoff plukket frem til cyt-kur	<input type="checkbox"/> Middels	Produksjonsplanlegging	1
<input type="checkbox"/> Fremplukk til smertekassett endret - ikke signert for	<input type="checkbox"/> Middels	Produksjonsplanlegging	1
<input type="checkbox"/> Knr er dobbeltført for produksjonsnr. fra og med 1607051 t.o.m. 1607058	<input type="checkbox"/> Middels	Produksjonsplanlegging	1
<input type="checkbox"/> Kur gjort i stand og sluset inn til produksjon mens ny dose var faket ned uten at cytansvarlig farmasøyt var informert.	<input type="checkbox"/> Høy	Produksjonsplanlegging	1
<input type="checkbox"/> Plukket frem feil infusjonspose til cyt-kur	<input type="checkbox"/> Lav	Produksjonsplanlegging	1
<input type="checkbox"/> plukket og kontrollert feil størrelse på natriumklorid	<input type="checkbox"/> Middels	Produksjonsplanlegging	1
<input type="checkbox"/> Produsert to easypump for mange	<input type="checkbox"/> Lav	Produksjonsplanlegging	1
<input type="checkbox"/> To kurer har fått samme produksjonsnr	<input type="checkbox"/> Middels	Produksjonsplanlegging	1
<input type="checkbox"/> To rekvisisjoner uten legesignering har gått gjennom farmasøyt kontroll	<input type="checkbox"/> Middels	Produksjonsplanlegging	1
Totalsum			13

Tittel	Risiko	Prosesstrinn - Ved avvik i Tilvirkning	Antall av Antall
<input type="checkbox"/> Cytur produsert en dag for tidlig jfr. prodnr. 1607170	<input type="checkbox"/> Middels	Produksjon	1
<input type="checkbox"/> Sprøyteopptrekk ikke merket på cytur	<input type="checkbox"/> Middels	Produksjon	1
Totalsum			2

Tittel	Risiko	Prosesstrinn - Ved avvik i Tilvirkning	Antall av Antall
☒ Cytarbeidsseddel skrevet og plukket uten farm kontroll av rekv	☒ Middels	Kontrollrutiner	1
☒ Feil dato	☒ Middels	Kontrollrutiner	1
☒ For lite virkestoff på lager	☒ Middels	Kontrollrutiner	1
☒ Mikrobiologisk vekst	☒ Middels	Kontrollrutiner	1
☒ Mikrobiologisk vekst hanskeprøve	☒ Middels	Kontrollrutiner	1
☒ Vekst hanskeprøve	☒ Middels	Kontrollrutiner	1
	☒ Ikke angitt	Kontrollrutiner	1
☒ vekst mikrobiologiske kontroller	☒ Middels	Kontrollrutiner	1
☒ Vekst mikrobiologiske prøver	☒ Middels	Kontrollrutiner	1
Totalsum			9

Tittel	Risiko	Prosesstrinn - Ved avvik i Tilvirkning	Antall av Antall
☒ Feil merking på smertekassett	☒ Middels	Etikettering og utlevering	1
Totalsum			1

Tittel	Risiko	Prosesstrinn - Ved avvik i Tilvirkning	Antall av Antall
☒ Glemt anføring av Ilomedin	☒ Middels	Ordre og faktura	1
Totalsum			1

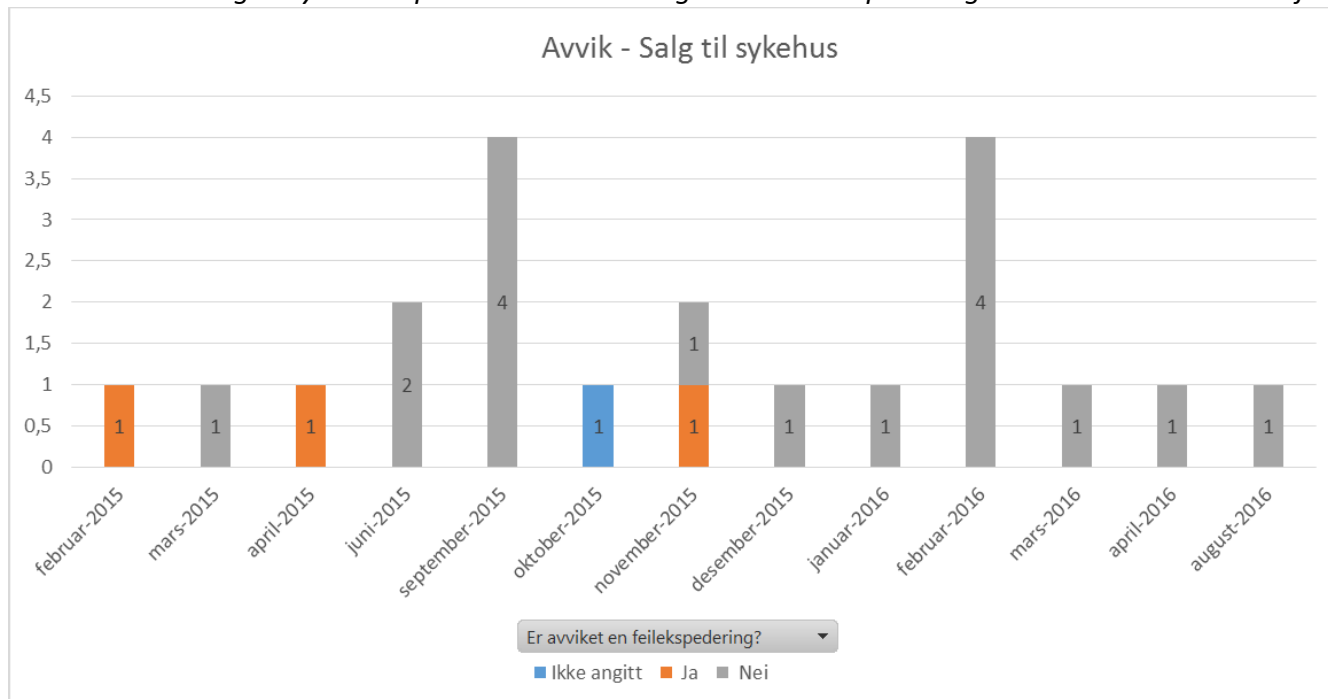
Tittel	Risiko	Prosesstrinn - Ved avvik i Tilvirkning	Antall av Antall
☒ Avvik avdekket ved validering av benker og renrom	☒ Middels	Kvalifisering og validering	1
☒ Mikrobiologisk vekst - hanskeprøve	☒ Middels	Kvalifisering og validering	1
☒ Mikrobiologisk vekst hanskeprøve	☒ Middels	Kvalifisering og validering	9
☒ Mikrobiologisk vekst hanskeprøve.	☒ Middels	Kvalifisering og validering	1
☒ Mikrobiologisk vekst hanskeprøver	☒ Høy	Kvalifisering og validering	1
☒ Mikrobiologisk vekst nedfallsskål	☒ Middels	Kvalifisering og validering	1
☒ Mikrobiologisk vekst ukentlig miljøkontroll	☒ Høy	Kvalifisering og validering	1
☒ Mikrobiologisk vekst, luftprøver	☒ Middels	Kvalifisering og validering	1
☒ Vekst kontaktplate	☒ Middels	Kvalifisering og validering	1
☒ vekst mikrobiologiske kontroller	☒ Middels	Kvalifisering og validering	1
Totalsum			18

Tittel	Risiko	Prosesstrinn - Ved avvik i Tilv	Antall av Antall
☐ Anført feil preparat	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ Arbeidsseddel cytostatika mangler sluttkontroll	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ Avvik fra prosedyre ved utsettelse av kur	☐ Høy	Ikke angitt	1
☐ Bekreftet kur ikke ført på liste, etterlyst etter 2 timer	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ Cytkur sendt til feil avdeling	☐ Høy	Ikke angitt	1
☐ Cytkurer registrert med produksjonsnummer, ikke ført inn i produksjon	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ Eposin sendt til avdeling uten rød lysbeskyttende pose	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ Feil anføring	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ feil forsendelse	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ Feil fremplukk smertekassett	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ Feil infusjonspose - Cyt	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ Feil navn på etikett	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ Feil produksjonsnummer ble notert på cytkur ved avspritning	☐ Høy	Ikke angitt	1
☐ Feil på etikett	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ Feil volum oppløsningsmiddel i cyt-kur	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ Feilplukk cytostatika	☐ Høy	Ikke angitt	1
	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ feiltasting i ordre	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ For lite personale i produksjon	☐ Høy	Ikke angitt	1
☐ fremplukk av feil preparat	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ Glemt å levere avrundings skjema med cytkur	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ glemt å sende avrundings skjema med cytkur	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ istandgjort feil kur	☐ Høy	Ikke angitt	1
	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ kalsiumfolinat til feil pasient	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ Kur produsert og levert ut uten dobbeltkontroll av virkestoff	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ Kurer produsert med fweil pnr.	☐ Ikke angitt	Ikke angitt	1
☐ Manglende arbeidsseddel	☐ Lav	Ikke angitt	1
☐ Manglende merking av sprøyteopptrekk	☐ Høy	Ikke angitt	1
☐ manglende signatur på rekvisisjon for ferdig kur	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ Mikrobiologisk vekst hanskeprøve	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ Mikrobiologisk vekst hanskeprøve	☐ Høy	Ikke angitt	1
	☐ Middels	Ikke angitt	2
☐ Mikrobiologisk vekst, hanskeprøve	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ Oppdagat arbeidssedler med manglende farmasøyt signatur for sluttkontroll	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ Resultater over grenseverdier miljøkontroller PQ/PV	☐ Lav	Ikke angitt	1
☐ Signering av arbeidsseddel	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ Signering av opptrekk kontroll mangler	☐ Ikke angitt	Ikke angitt	1
☐ Skrevet på feil k. nr. på pose i cytproduksjon	☐ Høy	Ikke angitt	1
☐ Smerteblanding lagt på kjøla	☐ Ikke angitt	Ikke angitt	1
☐ To cytkurer har samme produksjonsnummer	☐ Middels	Ikke angitt	1
☐ Varemottak, kjølevarer blir stående på benken	☐ Høy	Ikke angitt	1
☐ Vekst mikrobiologiske prøver	☐ Middels	Ikke angitt	1
Totalsum			44

Salg til sykehus - Bodø

I 2015 – aug 2016 har det vært registrert totalt 21 avvik i prosessen «Salg til sykehus» ved Sykehusapoteket i Bodø.

Antall avvik i «salg til sykehus» pr måned 2015 – aug 2016. Feilekspederinger er markert med oransje.

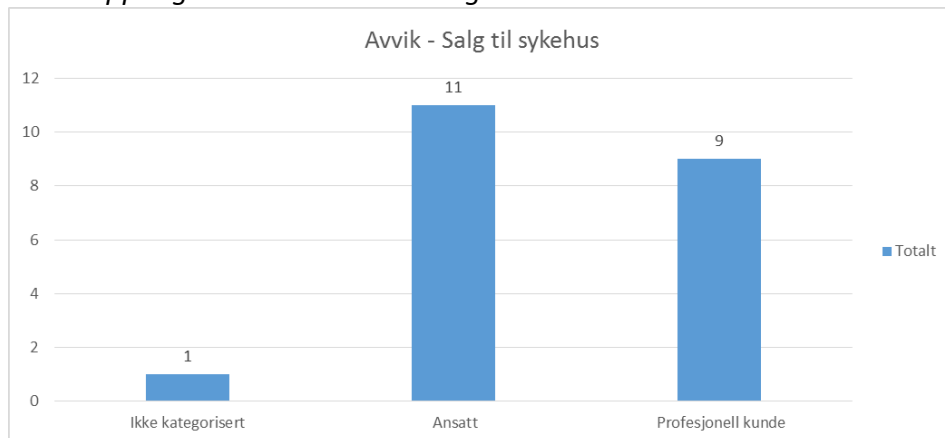


Det har vært 3 feilekspederinger i 2015 og ingen i 2016. I «Salg til sykehus» er en feilekspedering manglende samsvar mellom bestilt og utlevert/klargjort legemiddel. Feilen oppdages etter at alle kontrollrutiner er gjennomført.

Feilekspederinger 2015-2016

Antall av Antall	Er avviket en feilekspedering?
Tittel	Ja
Feil mengde levert av et legemiddel.	1
Leveranse til feil avd	1
Levering av feil medisin til feil avdeling	1
Totalsum	3

Hvem oppdaget avviket? 2015 – aug 2016



Nesten halvparten av avvikene oppdages av kunde. Dette kan være et tegn på at ikke alle avvik som oppdages av ansatte selv meldes i Docmap.

Følgende avvik ble oppdaget av kunde og ikke internt på apoteket –

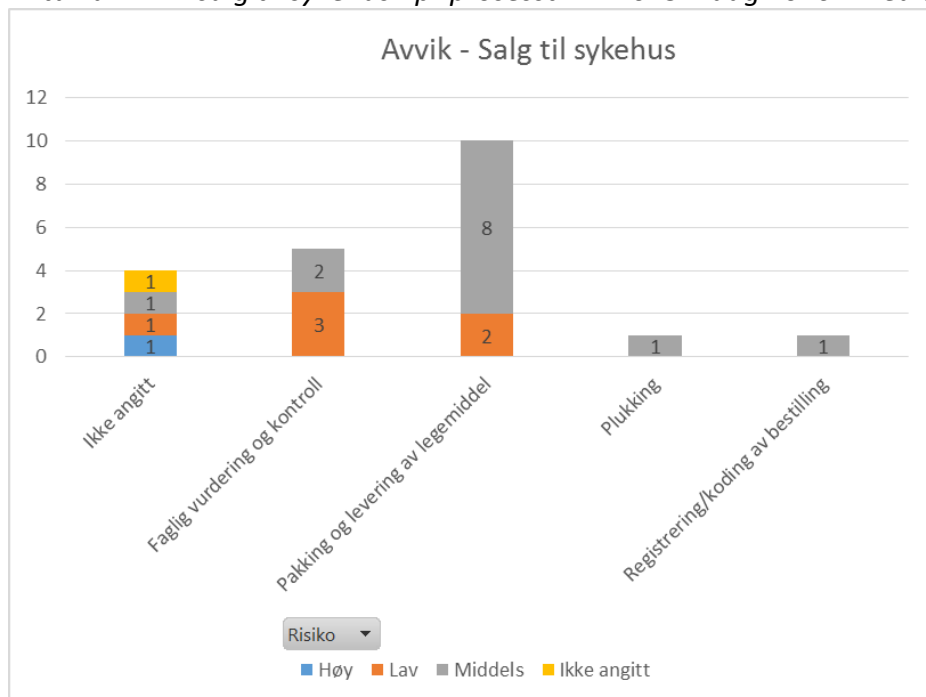
Bodø

Tittel
Feil mengde levert av et legemiddel.
feilmerket boks
Forbyttet vare til 2 avdelinger
Ikke mottatt vare
Levert for lite Oxynorm
Medisin levert feil avdeling
Medisinbokser ikke lukket
Totalsum

Lo/Ve

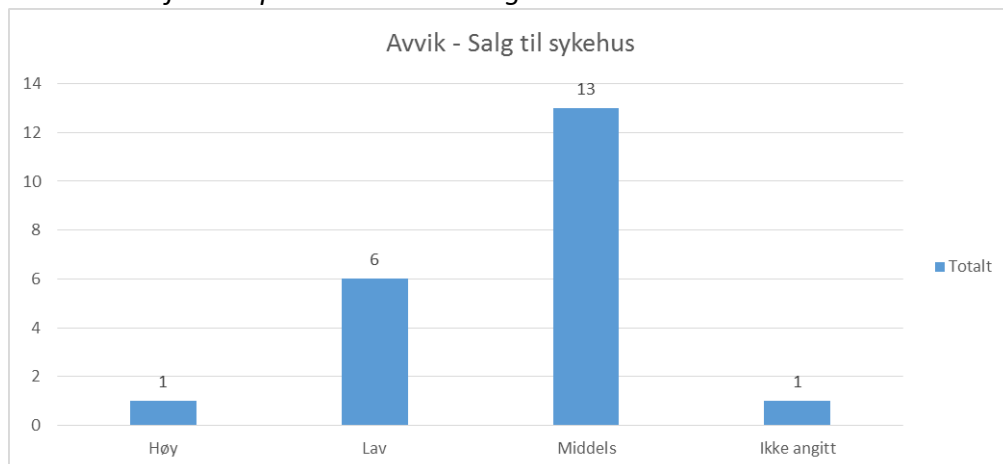
Tittel
Health Tech
Totalsum

Antall avvik i «salg til sykehus» pr prosessstrinn 2015 – aug 2016 - med angitt risiko



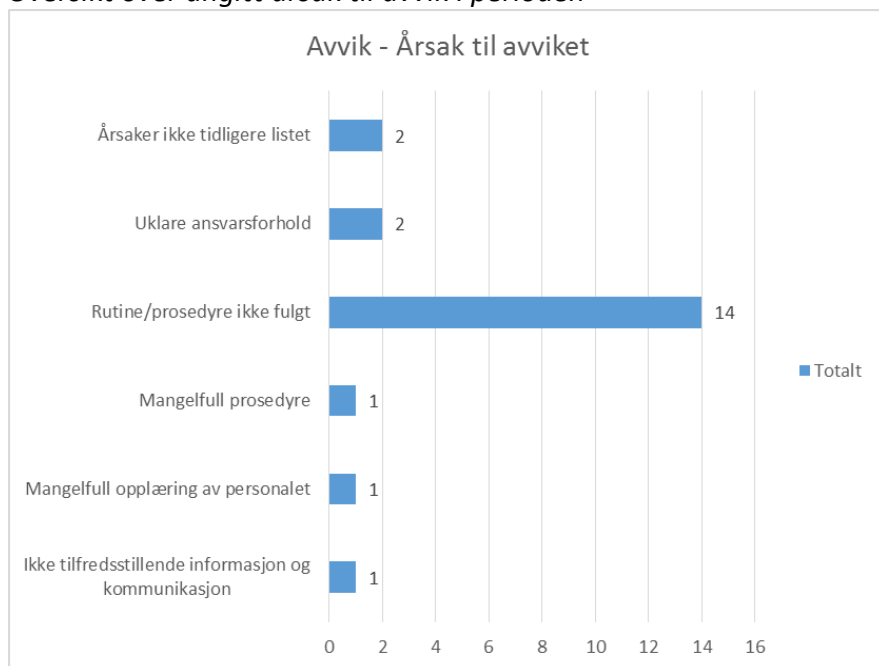
Mange av avvikene i Sykehusekspedisjonen går på feil merking av bokser og dermed at boksene sendes til feil avdeling. Vi forventer at dette bedrer seg etter at lagerrobot og printede etiketter med avdelingsnavn, som kontrolleres av farmasøyt sammen med ordre og bestilling, har blitt tatt i bruk juni 2016. Innføring av ordreplukk i Tønsys til høsten 2016 vil føre til en ytterligere kvalitetssikring.

Antall avvik fordelt på risiko 2015 – aug 2016



Årsak til avviket

Oversikt over angitt årsak til avvik i perioden



Oversikt avvik

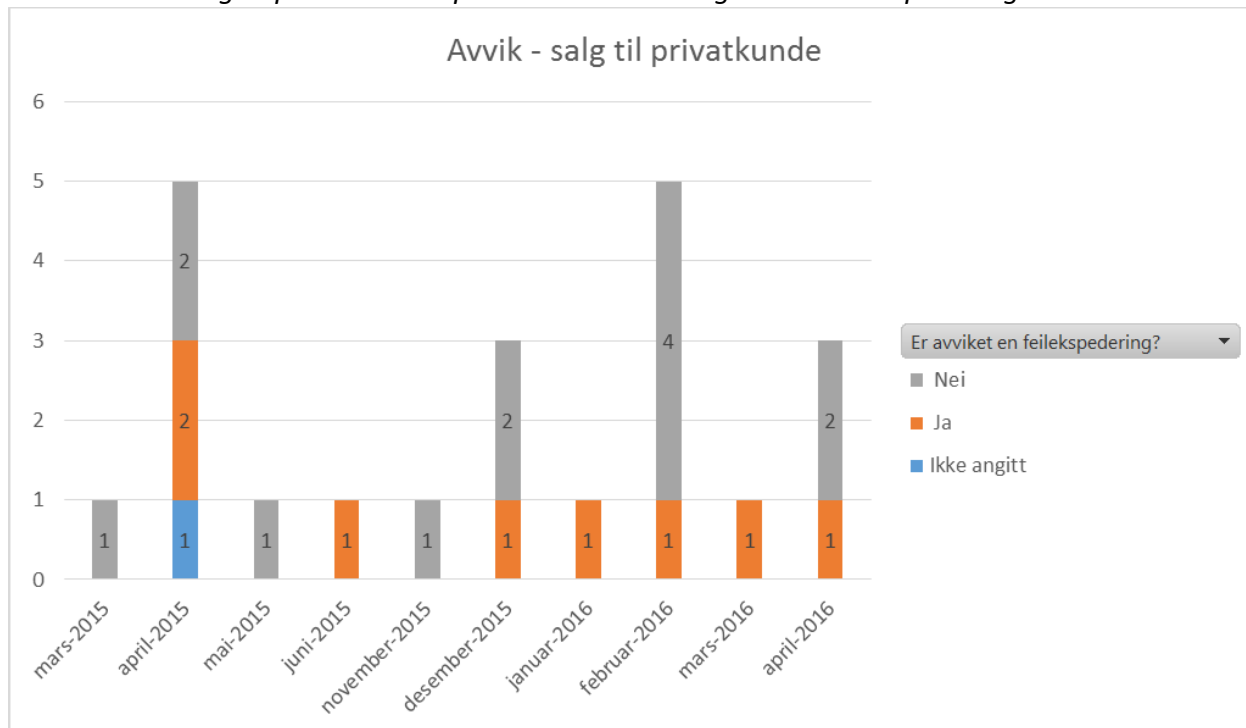
Oversikt over avvik pr prosenstrinn, inkludert risikovurdering – Salg til sykehus

Tittel	Risiko	Prosesstrinn - Ved avvik i Salg til sykehus	Antall av Antall
En medisinboks merket med to forskjellige			
☐ avdelingsnavn	Middels	Pakking og levering av legemiddel	1
☐ Feil mengde levert av et legemiddel.	Middels	Plukking	1
☐ Feillevering av medisinbestilling	Middels	Pakking og levering av legemiddel	1
☐ feilmerket boks	Middels	Pakking og levering av legemiddel	1
☐ Forbyttet vare til 2 avdelinger	Middels	Pakking og levering av legemiddel	1
☐ Forsinket leveranse til Revma pol avd.	Middels	Registrering/koding av bestilling	1
☐ Health Tech	Ikke angitt	Ikke angitt	1
☐ Ikke mottatt vare	Middels	Pakking og levering av legemiddel	1
Kontroll av kjøleskapstemperatur/ legemidler			
☐ uten eier	Lav	Ikke angitt	1
☐ Leveranse til feil avd	Middels	Pakking og levering av legemiddel	1
☐ Levering av feil medisin til feil avdeling	Lav	Faglig vurdering og kontroll	1
☐ Levert for lite Oxynorm	Middels	Faglig vurdering og kontroll	1
☐ Levert varer som ikke er strekkodet	Middels	Faglig vurdering og kontroll	1
☐ Manglende A og B-regnskap	Middels	Ikke angitt	1
☐ Medisin levert feil avdeling	Middels	Pakking og levering av legemiddel	2
☐ Medisinbokser ikke lukket	Lav	Pakking og levering av legemiddel	1
☐ Overset bestilling	Høy	Ikke angitt	1
☐ Returmedisiner ble sendt tilbake til NPS-avd.	Lav	Pakking og levering av legemiddel	1
Utlevert uten etiknett Pakke til			
☐ Tømme/kontrastregime"	Lav	Faglig vurdering og kontroll	1
☐ Utlevert var uten strekkodekontroll	Lav	Faglig vurdering og kontroll	1
Totalsum			21

Salg til privatkunde - Bodø

I 2015 – aug 2016 har det vært registrert totalt 22 avvik i prosessen «Salg til privatkunde» ved Sykehusapoteket i Bodø.

Antall avvik «salg til privatkunde» pr måned 2015 – aug 2016. Feilekspederinger er markert med oransje.



Det har vært 4 feilekspederinger i 2015 og 4 i 2016. I «Salg til privatkunde» er en feilekspedering manglende samsvar mellom legemiddel bestilt på resept og det som er utlevert/klargjort. Feilen oppdages etter at alle kontrollrutiner er gjennomført.

Feilekspederinger 2015-2016

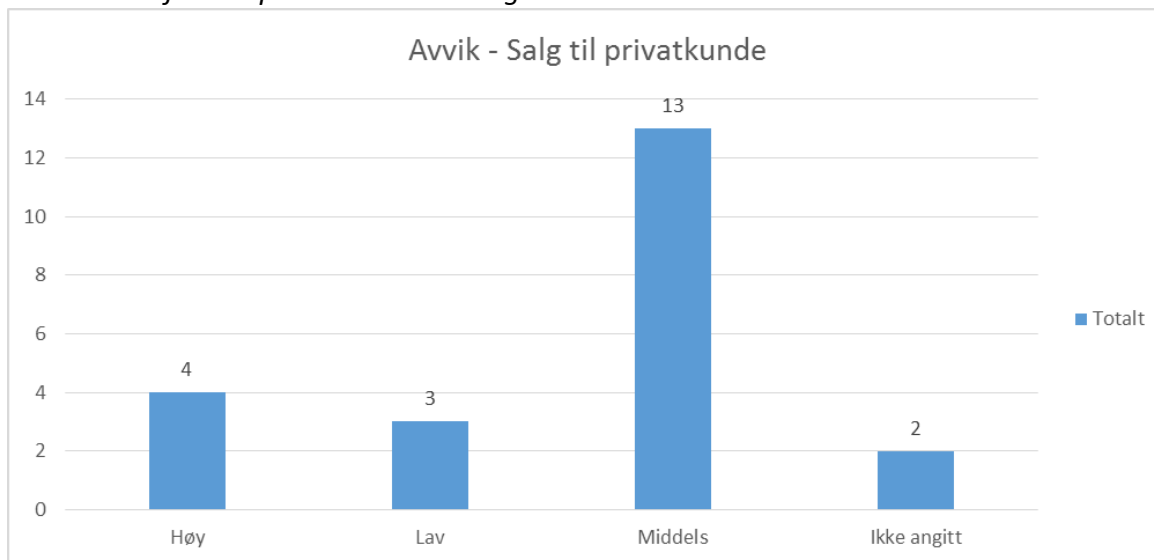
Tittel
Ekspedert feil styrke
Feil etikett på feil preparat
Feil etikett på preparat
Feil levering
Leverte ut metex sprøyte i stedet for penn
Utlevering av feile varer
Utlevert annen type Nacl enn det som ble anført
Utlevert legemiddel med feil bruksanvisning på etikett.

Antall avvik «salg til privatkunde» pr prosesstrinn 2015 – aug 2016



Ingen avvik i «salg til privatkunde» har blitt kategorisert i aktuelle prosesser.

Antall avvik fordelt på risiko 2015 – aug 2016



Hvem oppdaget avviket? 2015 – aug 2016



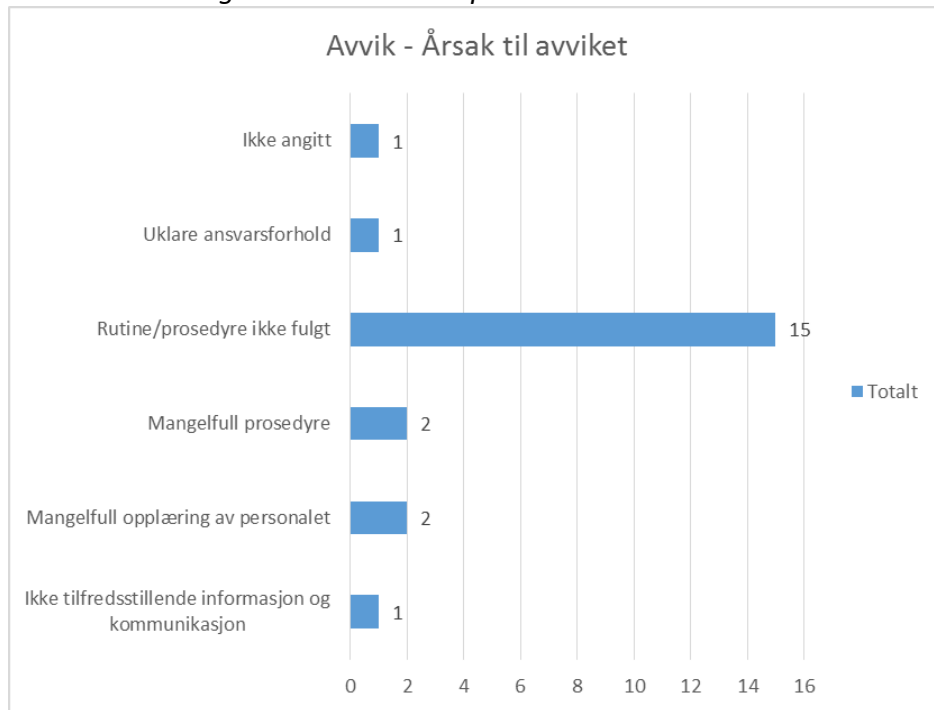
Følgende avvik ble oppdaget av kunde og ikke internt på apoteket

Antall av Antall	
Tittel	
	Ekspedert feil styrke
	Feil levering
	Glemt og utlevere vare
	Lvert feil vare til kunde
	Lverte ut metex sprøyte i stedet for penn
	Utlevering av feile varer
	Utlevert legemiddel med feil bruksanvisning på etikett.
Totalsum	

Feilekspederinger og avvik oppdaget av kunde er i høy grad sammenfallende. Dette tyder på at de fleste feilekspederinger som når ut til kunder merkes riktig som feilekspedering i Docmap.

Årsak til avviket

Oversikt over angitt årsak til avvik i perioden



«Rutine/prosedyre ikke fulgt» er årsaken som er hyppigst angitt i avvikene.

Oversikt avvik

Oversikt over avvik pr prosesstrinn, inkludert risikovurdering – Salg til privatkunde

Tittel	Risiko	Prosesstrinn	Er avviket en feilekspedering?	Antall av Antall
Ikke utlevert legemiddel	Lav		Nei	1
Ekspedert feil styrke	Middels		Ja	1
Enkel Navelbine med etikett på kjøla	Middels		Nei	1
Etikett	Ikke angitt			1
Feil arkivering	Ikke angitt		Nei	1
Feil etikett på feil preparat	Høy		Ja	1
Feil etikett på preparat	Høy		Ja	1
Feil levering	Høy		Ja	1
Forsendelse uten strekkode	Middels		Nei	1
Glemt fast levering	Middels		Nei	1
Glemt og utlevere vare	Middels		Nei	1
Ikke bestilt legemiddel til rett tid	Middels		Nei	1
Ikke overstyrt strekkode før legemiddel ble sendt	Middels		Nei	1
Leverte feil vare til kunde	Lav		Nei	1
Leverte ut metex sprøyte i stedet for penn	Lav		Ja	1
Manglende strekkdekontroll på SmofKabiven	Middels		Nei	1
Resept etikett på legemiddelpakning på lager	Middels		Nei	1
Sendte to legemidler i posten til kunde uten at de	Høy		Nei	1
Utlevering av feile varer	Middels		Ja	1
Utlevert annen type Nad enn det som ble anført	Middels		Ja	1
Utlevert Cytotec utgått på dato	Middels		Nei	1
Utlevert legemiddel med feil bruksanvisning på et	Middels		Ja	1
Totalsum				22

Logistikk - Bodø

Tittel	Risiko	Antall av Antall
<input type="checkbox"/> Feil på lager i NARK1	Lav	1
<input type="checkbox"/> Feilhåndtering av Jetpak	Middels	1
<input type="checkbox"/> Funnet på lager ster. vann 20 ml hgl utgått på dato	Middels	1
<input type="checkbox"/> Legemidler ikke gått i bestilling	Middels	1
<input type="checkbox"/> Legemidler sendt til feil kunde	Middels	1
<input type="checkbox"/> Sovaldi	Middels	1
<input type="checkbox"/> Telling a-skap	Middels	1
Totalsum		7

Det har nok vært en underrapportering i antall avvik der legemidler ikke har gått i bestilling. Denne feilkilden er nå eliminert, da alle varer nå er lagerstyrt.

HMS

Ingen avvik i perioden.

Administrasjon/Ledelse

Tittel	Risiko	Antall av Antall
<input type="checkbox"/> Fakturert feil timespris til Bodø kommune	Lav	1
Totalsum		1

Lokaler og utstyr

Tittel	Risiko	Antall av Antall
<input type="checkbox"/> Avvik fra vaskeprosedyre cyt-lab.	Høy	1
<input type="checkbox"/> Boomerang	Ikke angitt	1
<input type="checkbox"/> Feilbruk av LAF benk	Høy	1
<input type="checkbox"/> Glemt å låse hovedinngang	Lav	1
<input type="checkbox"/> Løs takplate	Lav	1
<input type="checkbox"/> Strømbrudd og avbrudd i temperaturovervåkning	Middels	1
<input type="checkbox"/> Temperatur apoteket	Lav	1
<input type="checkbox"/> Temperaturavvik Cyt-forrom	Middels	1
<input type="checkbox"/> Trykkfall på endoserom	Ikke angitt	1
Totalsum		9

Da nye lokaler er tatt i bruk etter juni 2016, kan en del avvik som følge av gamle og utdaterte lokaler elimineres. Det er imidlertid mye nytt utstyr og programvare som er tatt i bruk, som nok vil generere nye typer avvik.

Ytre miljø

Ingen avvik i perioden.

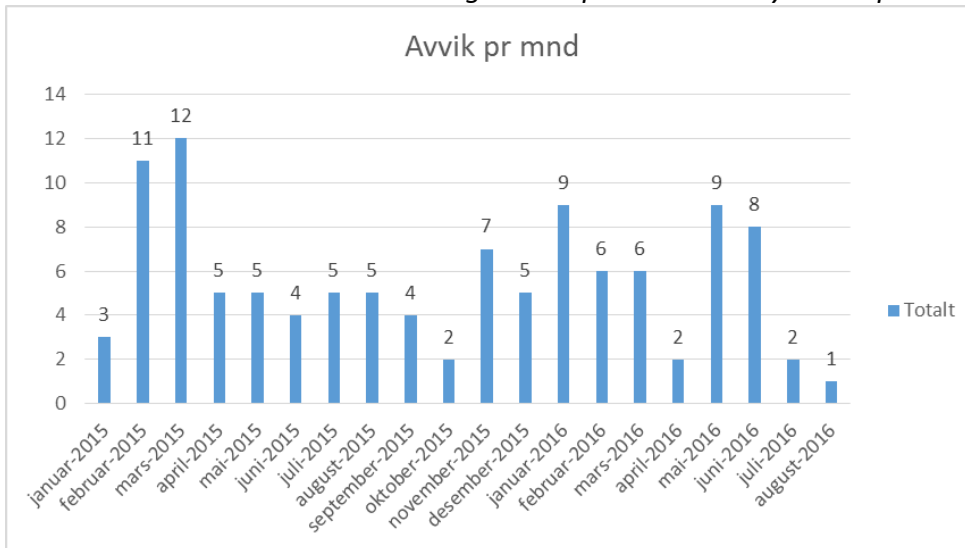
Ikke kategoriserte avvik

Tittel	Risiko	Antall av Antall
<input type="checkbox"/> Feil kontrollnr på rituximab-pose	Middels	1
<input type="checkbox"/> Mikrobiologisk vekst hanskeprøve	Middels	1
<input type="checkbox"/> Mikrobiologisk vekst, hanskeprøve.	Middels	1
Totalsum		3

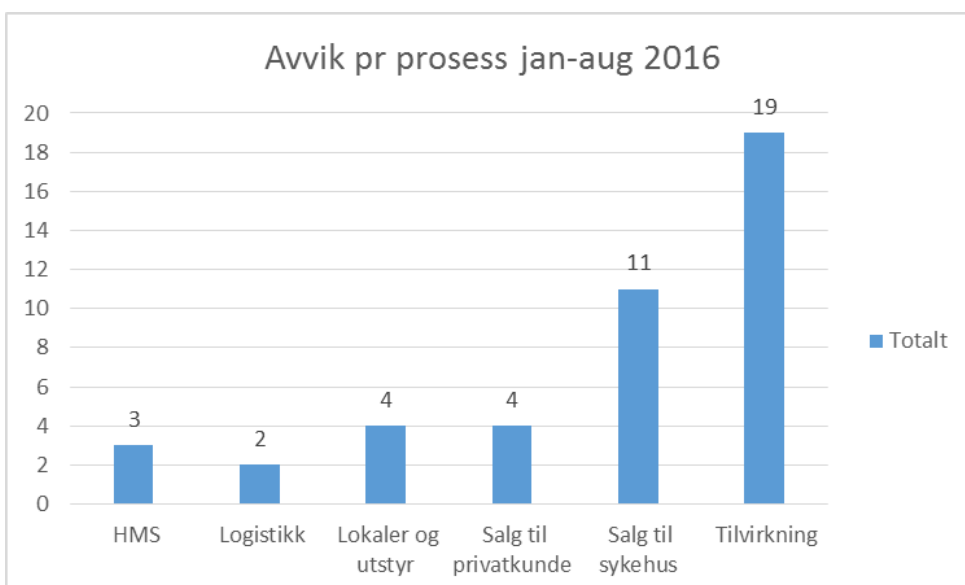
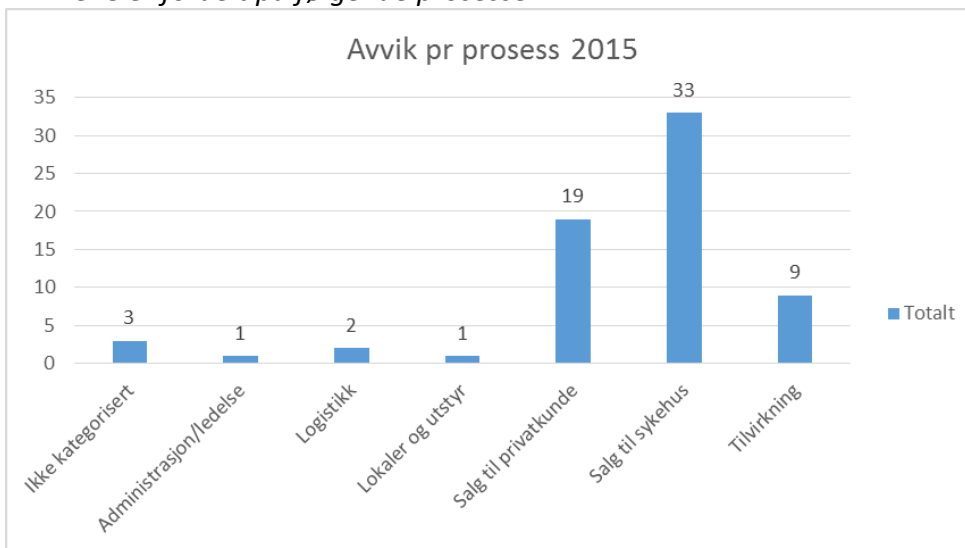
Sykehusapoteket i Tromsø

I 2015 var det 68 registrerte avvik ved Sykehusapoteket i Tromsø. Hittil i 2016 er det registrert 43 avvik.

Totalt antall avvik «EGEN enhet» registrert i perioden ved Sykehusapoteket i Tromsø.

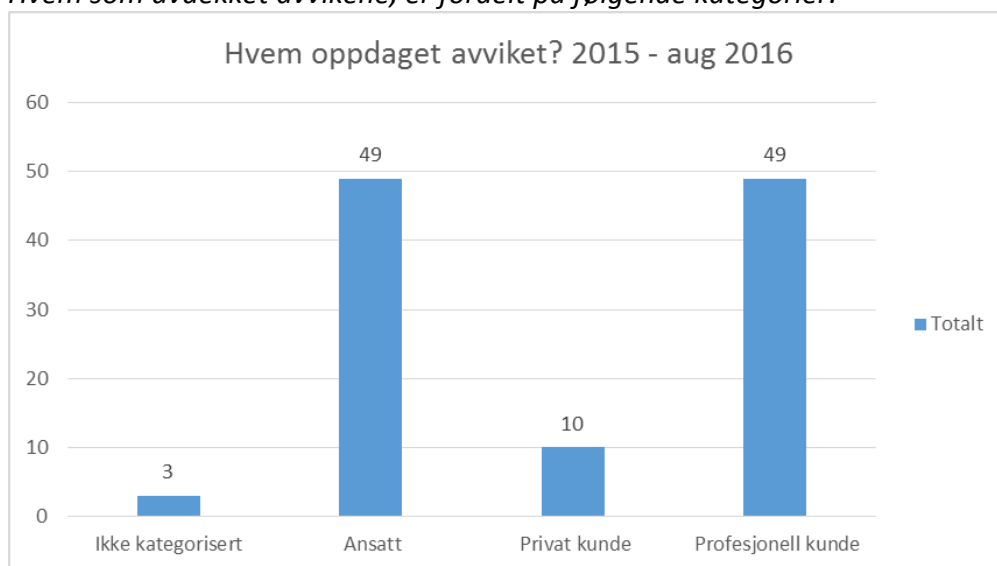


Avvikene er fordelt på følgende prosesser:



Figuren viser en markant nedgang i avvik i «Salg til sykehus» og en økning i «Tilvirkning». Usikkert om dette er forårsaket av reelle endringer i antall avvik eller endringer i meldekultur.

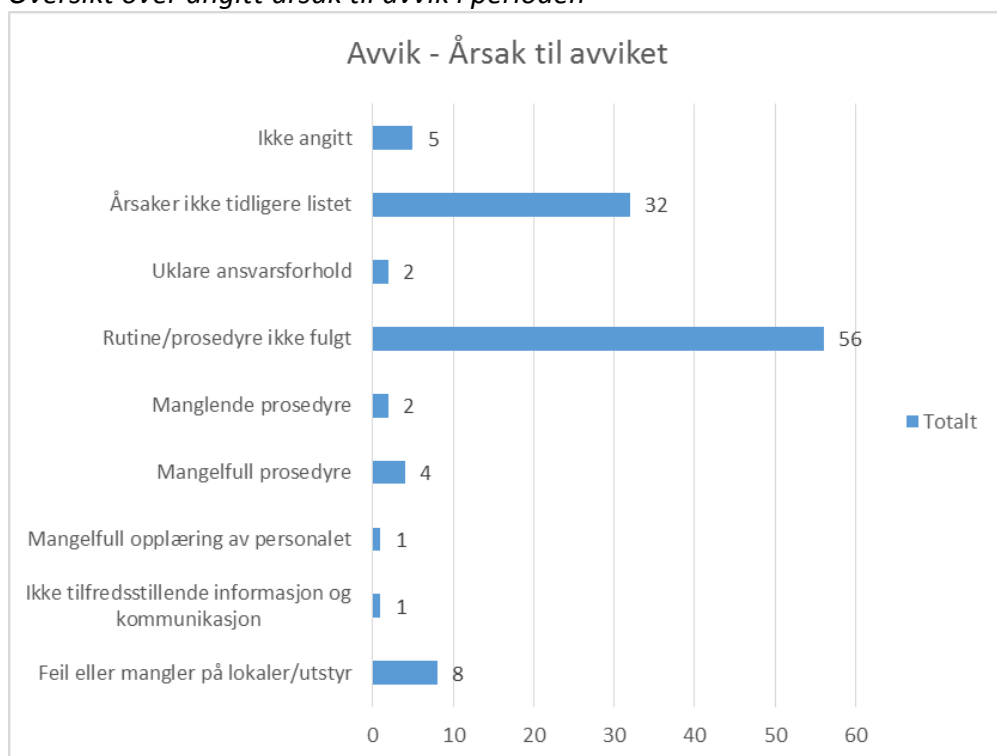
Hvem som avdekket avvikene, er fordelt på følgende kategorier:



Figuren viser at det er like mange avvik som er oppdaget av kunder som av egne ansatte. Dvs at 50% av avvikene er oppdaget av kunde. Dette er en del mer enn gjennomsnittet i foretaket (33%). Dette kan tyde på en underrapportering av avvik oppdaget av egne ansatte.

Årsak til avviket

Oversikt over angitt årsak til avvik i perioden

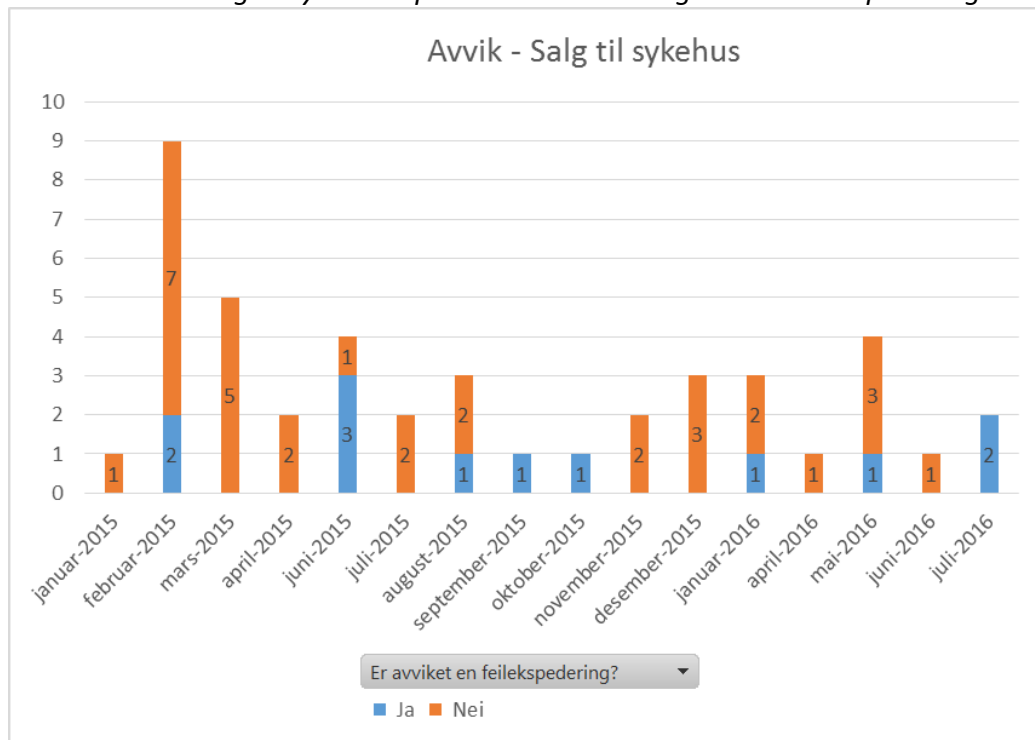


Også her er det årsaken «Rutine/prosedyre ikke fulgt» som skiller seg ut.

Salg til sykehus - Tromsø

I 2015 – aug 2016 har det vært registrert totalt 44 avvik i prosessen «Salg til sykehus» ved Sykehusapoteket i Tromsø.

Antall avvik i «salg til sykehus» pr måned 2015 – aug 2016. Feilekspederinger er markert med blått.

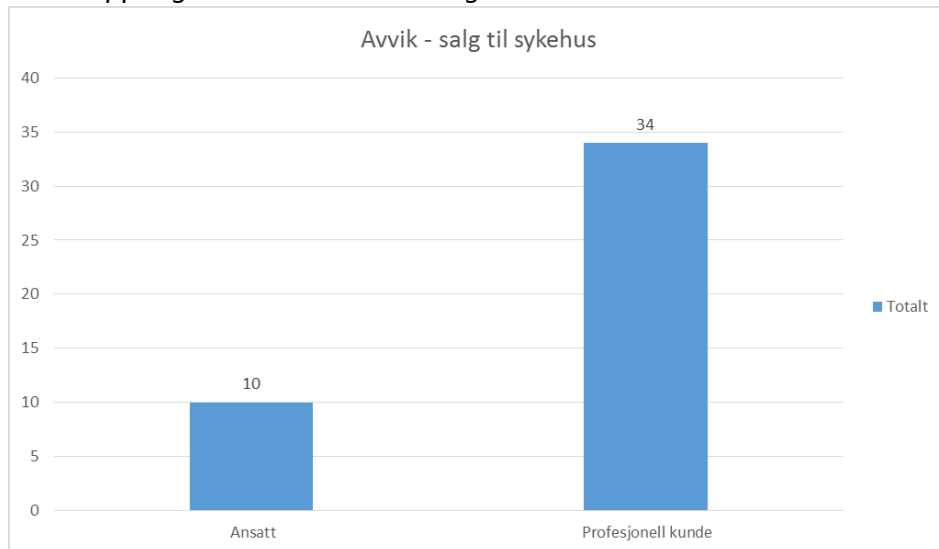


Det har vært 8 feilekspederinger i 2015 og 4 i 2016. I «Salg til sykehus» er en feilekspedering manglende samsvar mellom bestilt og utlevert/klargjort legemiddel. Feilen oppdages etter at alle kontrollrutiner er gjennomført.

Feilekspederinger 2015-2016

Antall av Antall
Tittel
Feil utlevering
Feillevering
Feillevert styrke
Forveksling av kjølevarer
Glemt å levere Mycostatin som var bestilt i fritekst
Glemt å ta ut rett antall tabletter fra anbrutt eske
Leverte feil styrke
Leverte for lite Hepatitt B immunglobulin
Leverte tabletter istedet for kapsler
Leverte øyedråper istede for øyesalve (kloramfenikol)
Salg av anbrutt pakning Bactrim mikstur
Sendt Lidokain som går ut i september til Ambulanse Vannvåg

Hvem oppdaget avviket? 2015 – aug 2016

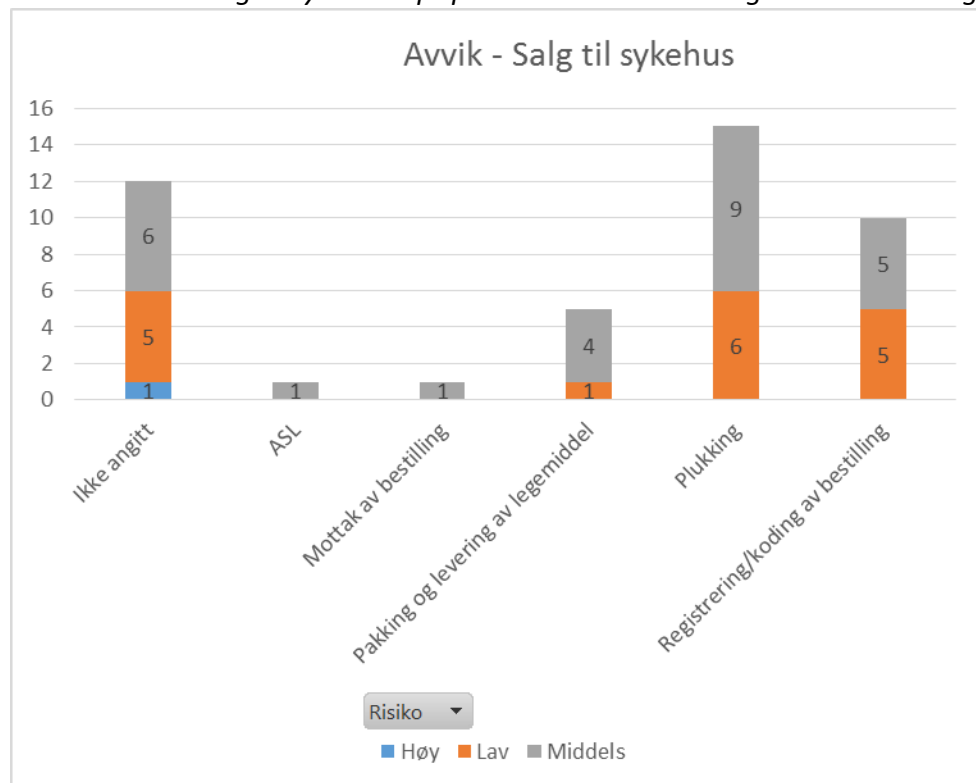


Figuren viser at de fleste avvikene som er meldt oppdages av kunde og ikke internt på apoteket. Dette kan være et tegn på at ikke alle avvik som oppdages internt meldes.

Følgende avvik ble oppdaget av kunde og ikke internt på apoteket

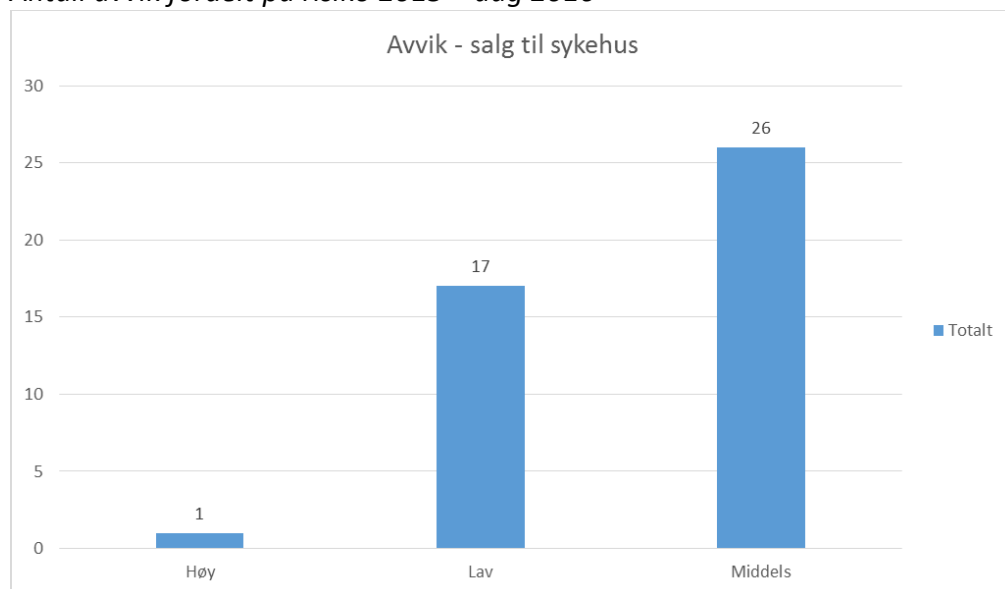
Tittel
Feil plukk
FEILKODING
Feilleveranse
Feillevering
Feillevert styrke
Feilmerking av varelevering
Feilplukk
Forveksling av kjølevarer
Glemt å levere Mycostatin som var bestilt i fritekst
Glemte å levere vare
Ikke levert kasse til avdeling
Ikke levert vare
Lvert feil antall
Lvert feil antall Burows væske
Lvert feil antall tabletter til avdeling
Lvert feil styrke
Lvert for få Avastin til Øye pol
Lvert for lite Abilify injeksjon til Akuttpost Sør
Lvert for lite Hepatitt B immunglobulin
Lvert for mange Formaldehyd til Hud pol
Lvert tabletter istedet for kapsler
Lvert øyedråper istede for øyesalve (kloramfenikol)
Manglende levering av Brilique
Medisiner levert til feil avdeling
Oncotice sendt til DMS Finnsnes frosset
Plukket og levert feil antall
PLUKKFEIL
Salg av anbrutt pakning Bactrim mikstur
Sendt Lidokain som går ut i september til Ambulanse Vannvåg
Solgt Prematur med utgått dato
TEst
Utlevert dobbel mengde A-prep
Utlevert feil antall pakninger
UTLEVERT FEIL STYRKE KETALAR iv.

Antall avvik i «salg til sykehus» pr prosenstrinn 2015 – aug 2016 – med angitt risiko



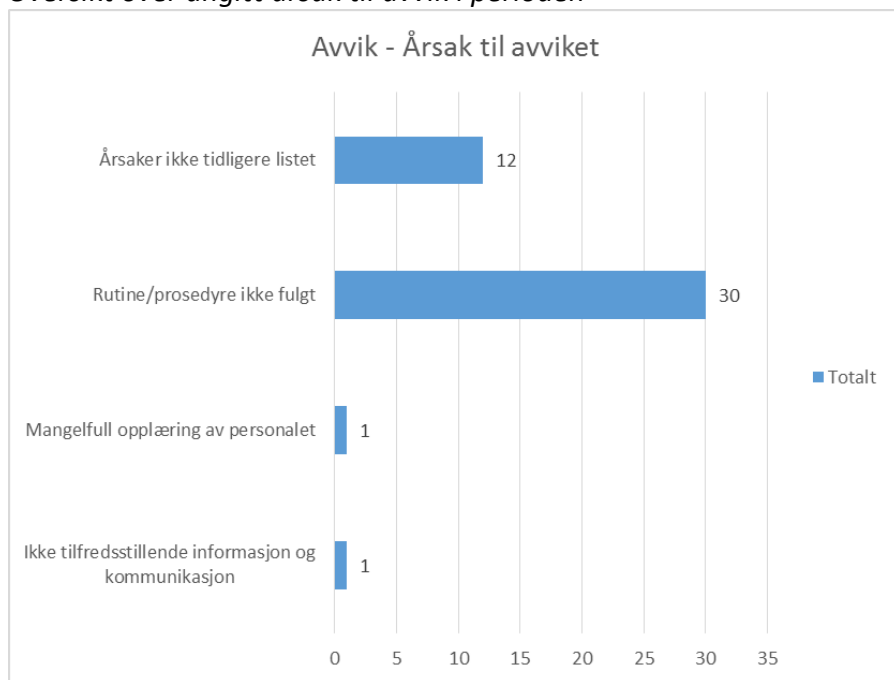
Mange av avvikene går ut på levering av feil legemiddel / feil antall av legemidler. Dette skal i teorien bedres etter at lagerrobot er innført, og det bør følges opp om det skjer. Mange avvik er ikke kategorisert i prosenstrinn, og det er derfor ikke et helt korrekt bilde av fordeling av avvikene.

Antall avvik fordelt på risiko 2015 – aug 2016



Årsak til avviket

Oversikt over angitt årsak til avvik i perioden



Også her er det årsaken «Rutine/prosedyre ikke fulgt» som skiller seg ut.

Oversikt over avvik pr prosesstrinn, inkludert risikovurdering – Salg til sykehus

Tittel	Prosesstrinn - Ved avvik i Salg til	Risiko	Antall av Antall
<input type="checkbox"/> Feil utlevering	<input type="checkbox"/> Registrering/koding av bestilling	Middels	1
<input type="checkbox"/> FEILKODING	<input type="checkbox"/> Registrering/koding av bestilling	Lav	1
<input type="checkbox"/> Feillevert styrke	<input type="checkbox"/> Registrering/koding av bestilling	Middels	1
<input type="checkbox"/> FORBYTTET KUNDER	<input type="checkbox"/> Registrering/koding av bestilling	Lav	1
<input type="checkbox"/> Ikke bestilt medisin til Psto Døgn 2	<input type="checkbox"/> Registrering/koding av bestilling	Middels	1
<input type="checkbox"/> Levert feil styrke	<input type="checkbox"/> Registrering/koding av bestilling	Middels	1
<input type="checkbox"/> Levert for få Avastin til Øye pol	<input type="checkbox"/> Registrering/koding av bestilling	Lav	1
<input type="checkbox"/> Levert for mange Formaldehyd til Hud pol	<input type="checkbox"/> Registrering/koding av bestilling	Lav	1
<input type="checkbox"/> Levert tabletter istedet for kapsler	<input type="checkbox"/> Registrering/koding av bestilling	Lav	1
<input type="checkbox"/> Utlevert dobbel mengde A-prep	<input type="checkbox"/> Registrering/koding av bestilling	Middels	1
Totalsum			10

Tittel	Prosesstrinn - Ved avvik	Risiko	Antall av Antall
Feil plukk	Plukking	Middels	1
Feilkoding Intensiv	Plukking	Lav	1
Feilplukk	Plukking	Middels	1
Forglemte vare	Plukking	Lav	1
Ikke levert vare	Plukking	Middels	1
Levert feil antall	Plukking	Lav	1
Levert for lite Abilify injeksjon til Akuttpost Sør	Plukking	Middels	1
Levert øyedråper istede for øyesalve (kloramfenikol)	Plukking	Middels	1
Manglende levering av Brilique	Plukking	Middels	1
Plukket og levert feil antall	Plukking	Middels	1
PLUKKFEIL	Plukking	Middels	1
Sendt Lidokain som går ut i september til Ambulanse Vannvåg	Plukking	Lav	1
Utlevert A-prep. uten å kode	Plukking	Lav	1
UTLEVERT FEIL STYRKE KETALAR iv.	Plukking	Middels	1
Utlevert vare med utgått dato	Plukking	Lav	1
Totalsum			15

Tittel	Prosesstrinn - Ved avvik i Salg til sykehus	Risiko	Antall av Antall
Feilmerking av varelevering	Pakking og levering av legemiddel	Lav	1
Forveksling av kjølevarer	Pakking og levering av legemiddel	Middels	1
Glemte å levere vare	Pakking og levering av legemiddel	Middels	1
Ikke levert kasse til avdeling	Pakking og levering av legemiddel	Middels	1
Medisiner levert til feil avdeling	Pakking og levering av legemiddel	Middels	1
Totalsum			5

Tittel	Prosesstrinn - Ved avvik i Salg til sykehus	Risiko	Antall av Antall
Ikke levert Burinex til Geriatrik	ASL	Middels	1
Totalsum			1

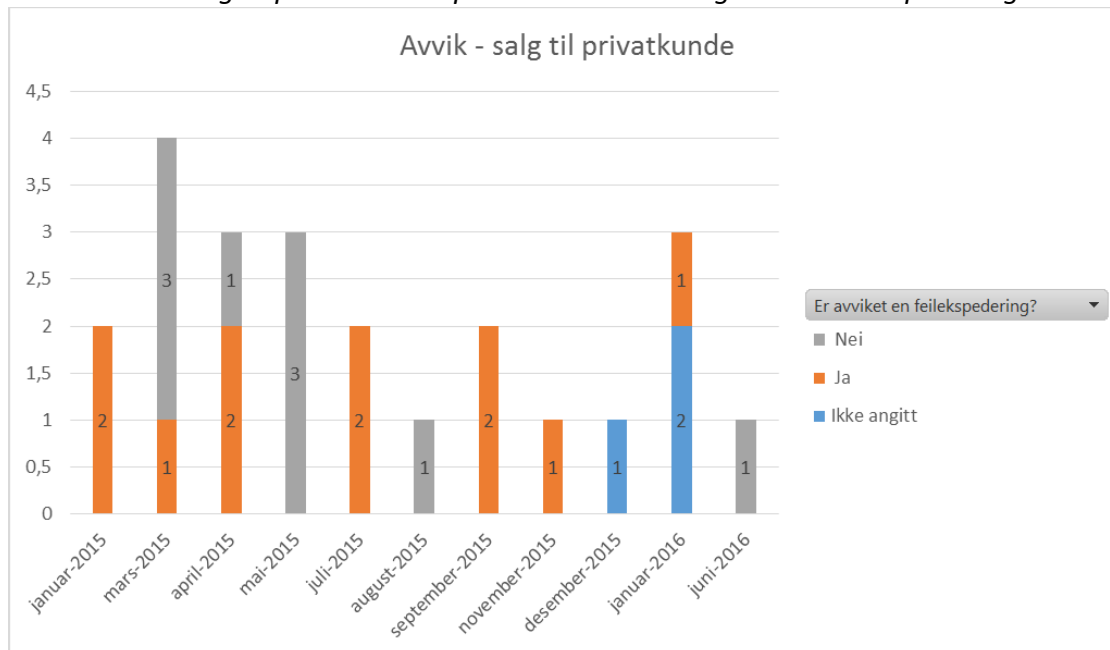
Tittel	Prosesstrinn - Ved avvik i Salg til sykehus	Risiko	Antall av Antall
Feilleveranse	Ikke angitt	Lav	1
Feillevering	Ikke angitt	Høy	1
Glemt å levere Mycostatin som var bestilt i fritekst	Ikke angitt	Middels	1
Glemt å ta ut rett antall tabletter fra anbrutt eske	Ikke angitt	Lav	1
Levert feil antall Burows væske	Ikke angitt	Middels	1
Levert feil antall tabletter til avdeling	Ikke angitt	Middels	1
Levert for lite Hepatitt B immunglobulin	Ikke angitt	Lav	1
Oncotice sendt til DMS Finnsnes frosset	Ikke angitt	Middels	1
Ordre overført fra TØNSYS 2 ganger	Ikke angitt	Lav	1
Salg av anbrutt pakning Bactrim mikstur	Ikke angitt	Lav	1
Solgt Prematur med utgått dato	Ikke angitt	Middels	1
Utlevert feil antall pakninger	Ikke angitt	Middels	1
Totalsum			12

*Et avvik, merket «Test» er ikke med i oppsummeringen.

Salg til privatkunde - Tromsø

I 2015 – aug 2016 har det vært registrert totalt 23 avvik i prosessen «Salg til privatkunde» ved Sykehusapoteket i Tromsø.

Antall avvik «salg til privatkunde» pr måned 2015 – aug 2016. Feilekspederinger er markert med oransje.

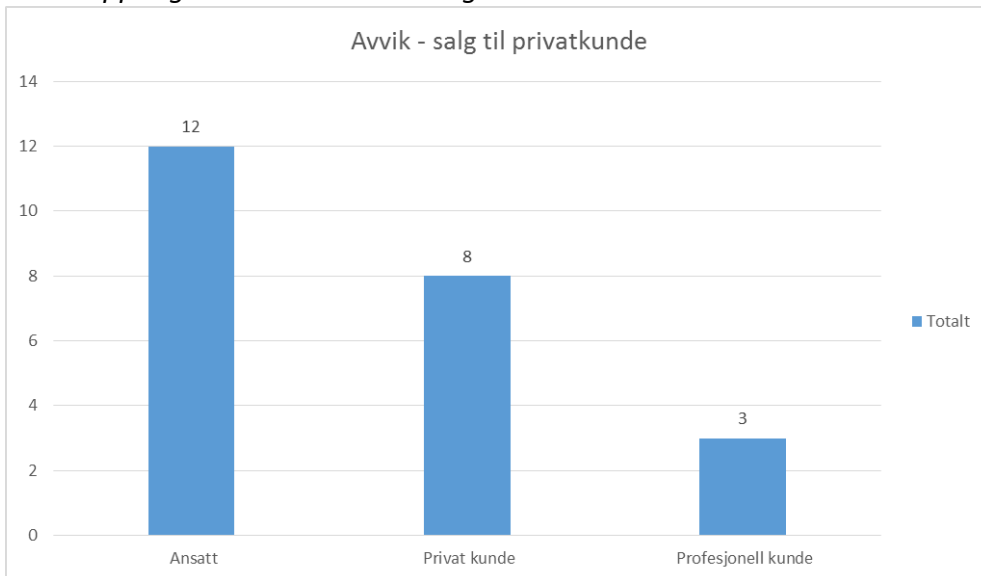


Det har vært 10 feilekspederinger i 2015 og 1 i 2016. I «Salg til privatkunde» er en feilekspedering manglende samsvar mellom legemiddel bestilt på resept og det som er utlevert/klargjort. Feilen oppdages etter at alle kontrollrutiner er gjennomført.

Feilekspederinger 2015-2016

Tittel
Eksp for mye A-prep på e-resept
Ekspedert feil legemiddelform
Feil bruksanvisning, Atropin øyedråper.
Feilekspedering
Feilekspedisjon
Glemt medisin i kjøleskap
Ikke levert ut klargjorte legemidler som ligger i kjøleskap
Oppdaget feil feil i forbindelse med tidligere utliveringer av næringsmidler på resept
Utlevert feil preparat
Utlevert sprøyte istedenfor penn
Utlevert ublandet Spektramox pulver til mikst

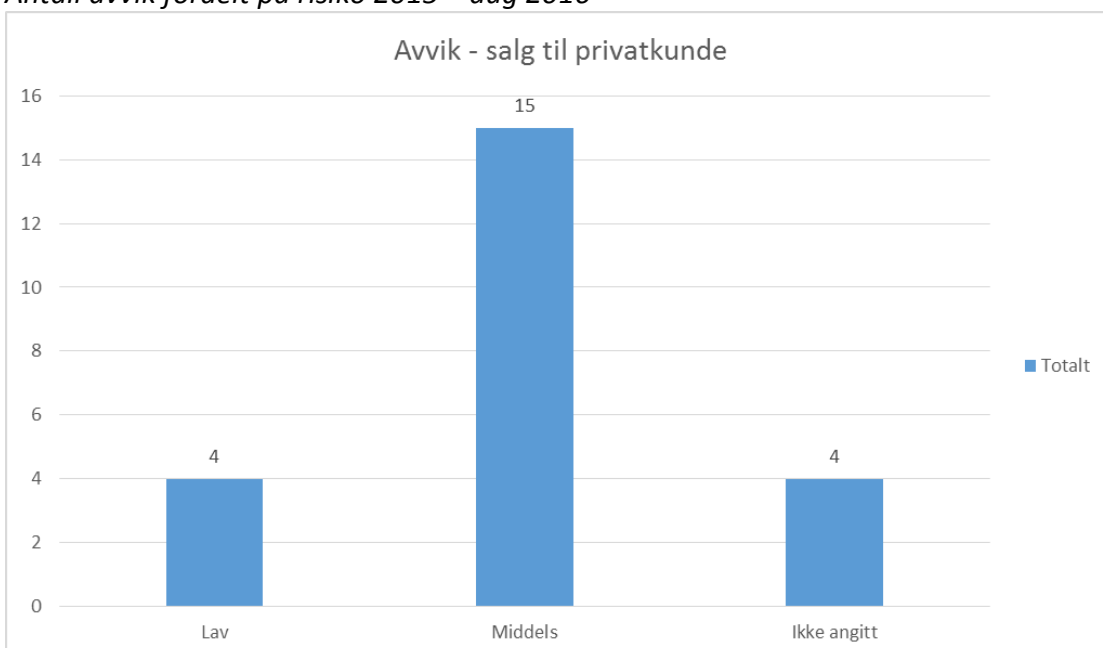
Hvem oppdaget avviket? 2015 – aug 2016



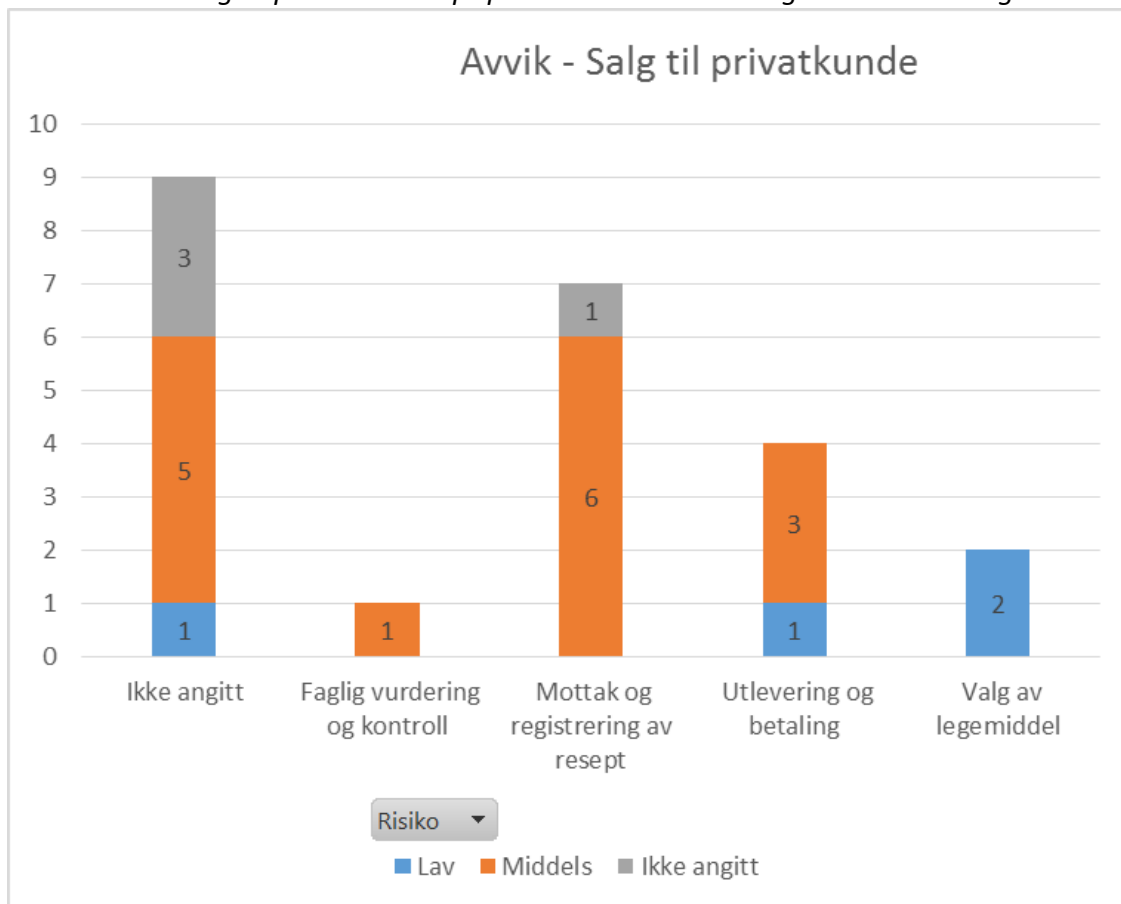
Følgende avvik ble oppdaget av kunde og ikke internt i apoteket.

Tittel
Eksp for mye A-prep på e-resept
Feil bruksanvisning
Feil bruksanvisning, Atropin øyedråper.
Feil i dosering
Feil valg av betaling ved generisk bytte
Frost i postforsendelse til kunde
Frost i postpakke sendt til kunde
Orgalutran spr.
Utlevert feil preparat
Utlevert sprøyte istedenfor penn
Utlevert ublandet Spektramox pulver til mikst

Antall avvik fordelt på risiko 2015 – aug 2016



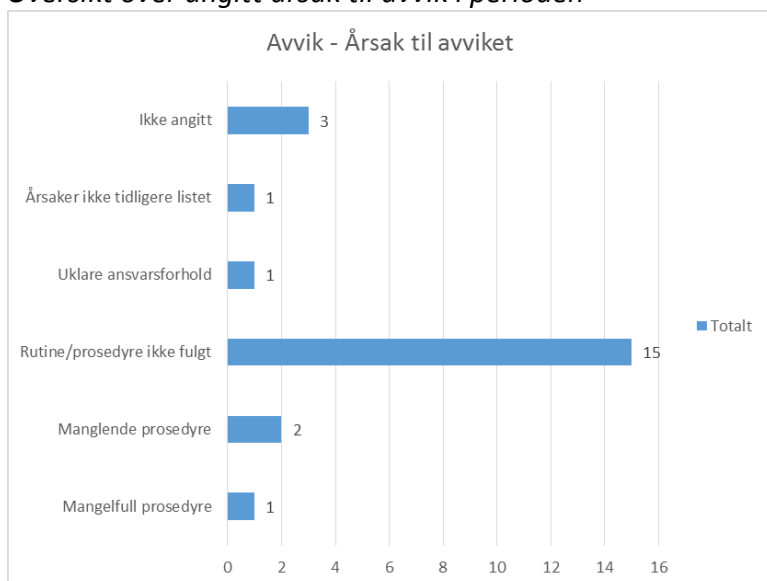
Antall avvik «salg til privatkunde» pr prosenstrinn 2015 – aug 2016 – med angitt risiko



Mange avvik er ikke kategorisert i prosenstrinn, og det er derfor ikke et helt korrekt bilde av fordeling av avvikene.

Årsak til avviket

Oversikt over angitt årsak til avvik i perioden



Også her er det årsaken «Rutine/prosedyre ikke fulgt» som skiller seg ut.

Oversikt over avvik pr prosesstrinn, inkludert risikovurdering – Salg til privatkunde.

Tittel	Prosesstrinn - Ved avvik i Salg til privatkunde	Risiko	Antall av Antall
<input type="checkbox"/> Ekspedert feil legemiddelform	<input type="checkbox"/> Mottak og registrering av resept	Middels	1
<input type="checkbox"/> Feil bruksanvisning	<input type="checkbox"/> Mottak og registrering av resept	Middels	1
<input type="checkbox"/> Feil bruksanvisning, Atropin øyedråper.	<input type="checkbox"/> Mottak og registrering av resept	Middels	1
<input type="checkbox"/> Feil dosering registrert på etikett	<input type="checkbox"/> Mottak og registrering av resept	Middels	1
<input type="checkbox"/> Feilekspedering	<input type="checkbox"/> Mottak og registrering av resept	Middels	1
<input type="checkbox"/> Forsinket utlevering	<input type="checkbox"/> Mottak og registrering av resept	Middels	1
<input type="checkbox"/> Orgalutran spr.	<input type="checkbox"/> Mottak og registrering av resept	Ikke angitt	1
Totalsum			7

Tittel	Prosesstrinn - Ved avvik i Salg til privatkunde	Risiko	Antall av Antall
<input type="checkbox"/> Feil i dosering	<input type="checkbox"/> Faglig vurdering og kontroll	Middels	1
Totalsum			1

Tittel	Prosesstrinn - Ved avvik i Salg til privatkunde	Risiko	Antall av Antall
<input type="checkbox"/> Feilekspedisjon	<input type="checkbox"/> Valg av legemiddel	Lav	1
<input type="checkbox"/> Utlevert sprøyte istedenfor penn	<input type="checkbox"/> Valg av legemiddel	Lav	1
Totalsum			2

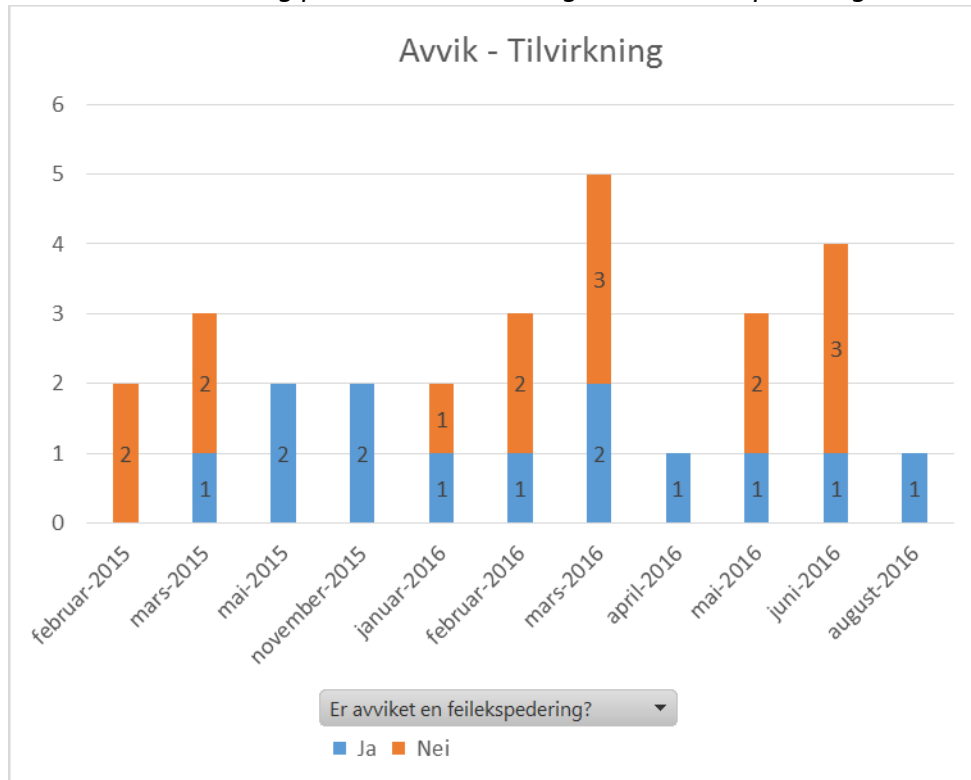
Tittel	Prosesstrinn - Ved avvik i Salg til privatkunde	Risiko	Antall av Antall
<input type="checkbox"/> Glemt medisin i kjøleskap	<input type="checkbox"/> Utlevering og betaling	Middels	1
<input type="checkbox"/> Ikke levert ut klargjorte legemidle som ligger i kjøleskap	<input type="checkbox"/> Utlevering og betaling	Middels	1
<input type="checkbox"/> Solgt legemiddel utgått på dato	<input type="checkbox"/> Utlevering og betaling	Lav	1
<input type="checkbox"/> Utlevert ublandet Spektramox pulver til mikst	<input type="checkbox"/> Utlevering og betaling	Middels	1
Totalsum			4

Tittel	Prosesstrinn - Ved avvik i Salg til privatkunde	Risiko	Antall av Antall
<input type="checkbox"/> Avik ved utlevering av hizentra	<input type="checkbox"/> Ikke angitt	Lav	1
<input type="checkbox"/> Eksp for mye A-prep på e-resept	<input type="checkbox"/> Ikke angitt	Middels	1
<input type="checkbox"/> Feil styrke Propranolol mikstur	<input type="checkbox"/> Ikke angitt	Middels	1
<input type="checkbox"/> Feil valg av betaling ved generisk bytte	<input type="checkbox"/> Ikke angitt	Middels	1
<input type="checkbox"/> Frost i postforsendelse til kunde	<input type="checkbox"/> Ikke angitt	Ikke angitt	1
<input type="checkbox"/> Frost i postpakke sendt til kunde	<input type="checkbox"/> Ikke angitt	Ikke angitt	1
<input type="checkbox"/> Oppdaget feil feil i forbindelse med tidligere utleveringer av n	<input type="checkbox"/> Ikke angitt	Middels	1
<input type="checkbox"/> Utlevert feil	<input type="checkbox"/> Ikke angitt	Ikke angitt	1
<input type="checkbox"/> Utlevert feil preparat	<input type="checkbox"/> Ikke angitt	Middels	1
Totalsum			9

Tilvirkning – Tromsø

I 2015 – aug 2016 har det vært registrert totalt 28 avvik i prosessen «Tilvirkning» ved Sykehusapoteket i Tromsø.

Antall avvik tilvirkning pr måned 2015 – aug 2016. Feilekspederinger er merket med blått.

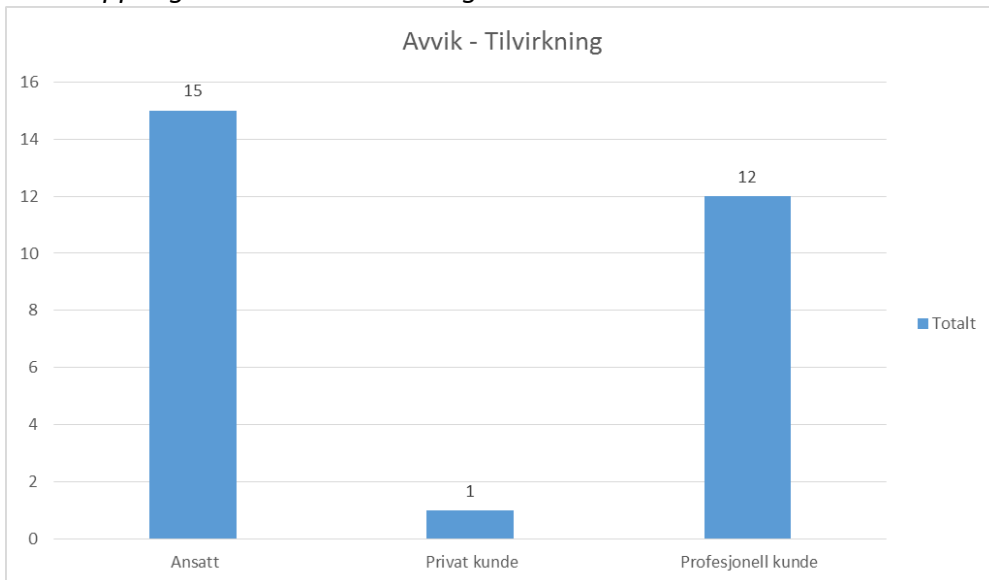


Det har vært 4 feilekspederinger i 2015 og 11 i 2016. I tilvirkning er en feilekspedering at et tilvirket produkt gjennomgår alle kontrolltrinn inkludert sluttkontroll uten at feil ved produktet oppdages. Dette kan være feil legemiddel, styrke, mengde, merking, holdbarhet. Alle slike feil er **meldepliktige** til Legemiddelverket.

Feilekspederinger 2015-2016

Tittel
Adresselapp på grønnpose byttet om
Byttet om på etiketter
Cyt kur produsert før bekreftelse
Feil dose cytostatika
Feil på etikett til smertekassett
Feil utløpsdato på mikstur
Feil virkestoff på etikett smertekassett prodnr 604860
Feil væske brukt til oppløsning av Bortezomib
Feilmerking av cyt.pose
Feilproduksjon av antibiotikapumper
Høydose MTX utblandet i feil volum
Utblanding av cyt i feil medium

Hvem oppdaget avviket? 2015 – aug 2016

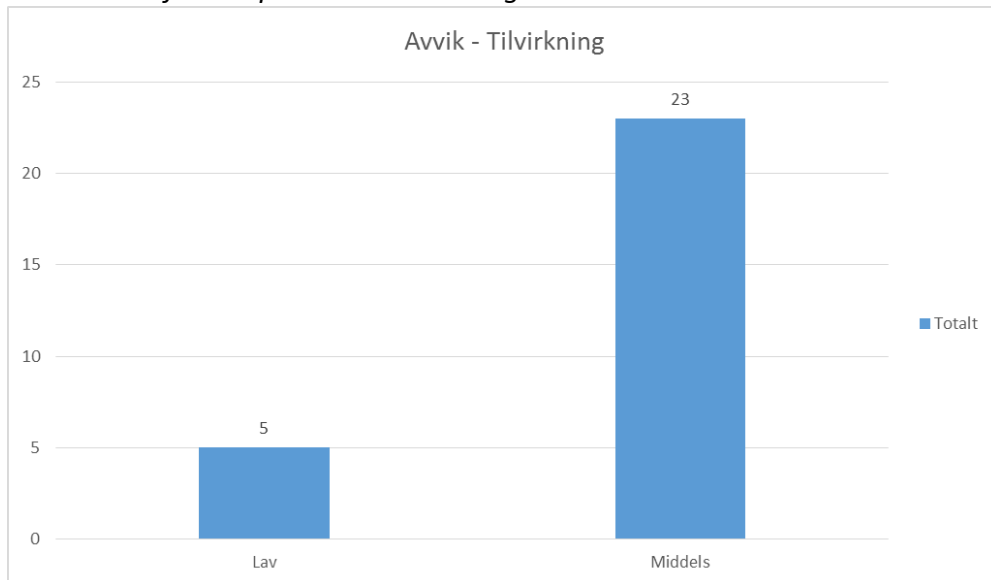


Følgende avvik ble oppdaget av kunde og ikke internt i apoteket.

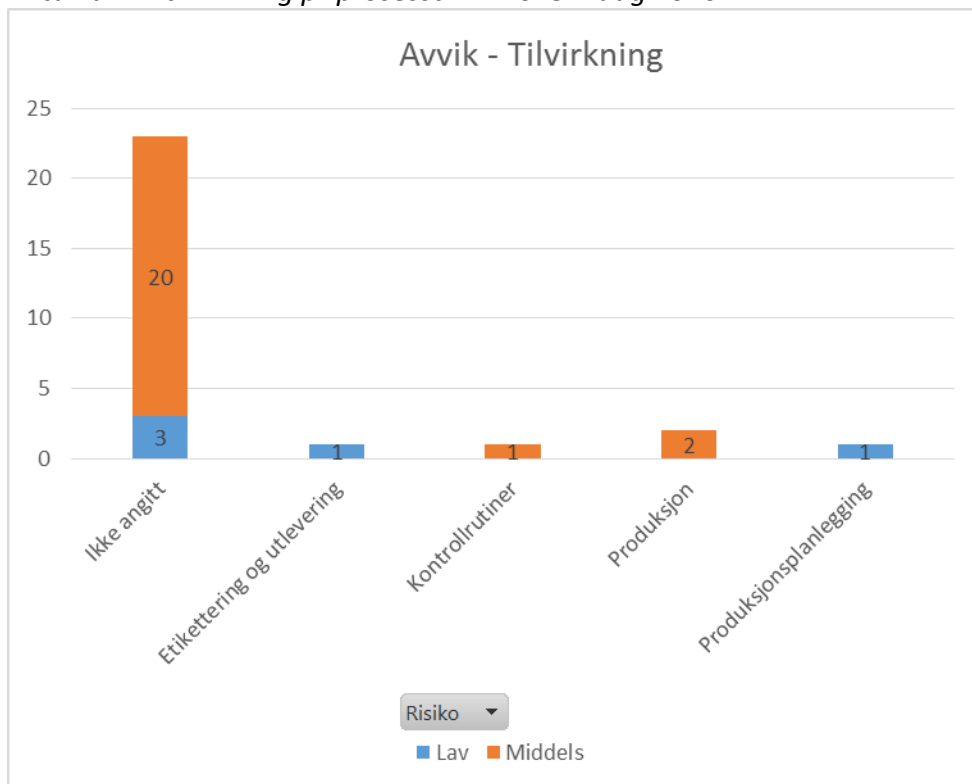
Tittel
Adresselapp på grønnpose byttet om
Byttet om på etiketter
Cyt kur produsert før bekreftelse
Feil dose cytostatika
Feil personnummer
Feil utløpsdato på Cytotec
Feil utløpsdato på mikstur
Feil virkestoff på etikett smertekassett prodnr 604860
Feilmerking av cyt.pose
Feilproduksjon av antibiotikapumper
Høydose MTX utblandet i feil volum
Produsert mikstur av feil styrke til PU
Utblanding av cyt i feil medium

Feilekspederinger og avvik oppdaget av kunde er sammenfallende. Dette tyder på at de fleste feilekspederinger som når ut til kunder merkes riktig som feilekspedering i Docmap.

Antall avvik fordelt på risiko 2015 – aug 2016



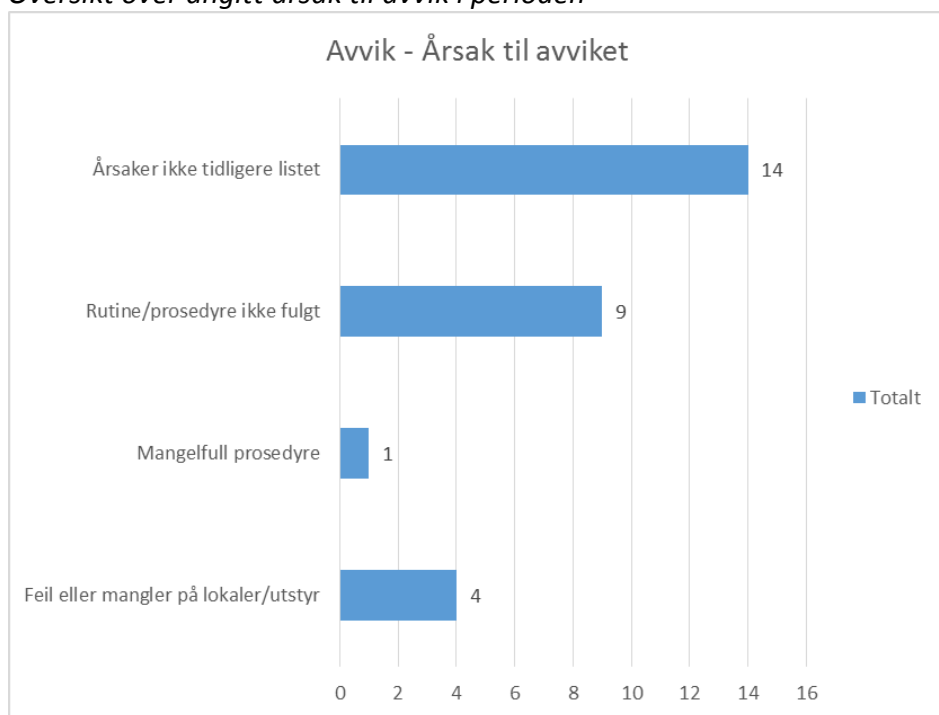
Antall avvik tilvirkning pr prosesstrinn 2015 – aug 2016



De fleste avvikene er ikke kategorisert i prosesstrinn. Det er derfor vanskelig å se trender i hvor avvikene oppstår.

Årsak til avviket

Oversikt over angitt årsak til avvik i perioden



Her er det årsaken «Årsaker ikke tidligere listet» som er mest brukt.

Oversikt over avvik pr prosesstrinn, inkludert risikovurdering – Tilvirkning.

Tittel	Prosesstrinn - Ved avvik i Til	Risiko	Antall av Antall
Adresselapp på grønnpose byttet om	Ikke angitt	Middels	1
Botox-sprøyter feilprodusert	Produksjon	Middels	1
Byttet om på etiketter	Ikke angitt	Middels	1
Cyt kur produsert før bekreftelse	Ikke angitt	Middels	1
cytostatikaproduksjon på Barneavdelinga	Ikke angitt	Lav	1
Endret nummer på virkestoffetikett	Ikke angitt	Middels	1
Feil Avveing av Propranolol Mikstur	Produksjon	Middels	1
Feil dose cytostatika	Ikke angitt	Middels	2
Feil klistrelapp på infusjonspose	Ikke angitt	Middels	1
Feil opptrekk under produksjon av sprøyter prodnr 16050843-16050848	Ikke angitt	Middels	1
Feil personnummer	Kontrollrutiner	Middels	1
Feil på etikett til smertekassett	Produksjonsplanlegging	Lav	1
Feil utløpsdato på Cytotec	Ikke angitt	Middels	1
Feil utløpsdato på mikstur	Etikettering og utlevering	Lav	1
Feil virkestoff på arbeidsseddel og etikett	Ikke angitt	Lav	1
Feil virkestoff på etikett smertekassett prodnr 604860	Ikke angitt	Middels	1
Feil væske brukt til oppløsning av Bortezomib	Ikke angitt	Middels	1
Feilmerking av cyt.pose	Ikke angitt	Middels	1
Feilproduksjon av antibiotikapumper	Ikke angitt	Middels	1
Høydose MTX utblandet i feil volum	Ikke angitt	Middels	1
Ikke gjennomført kontroll av rekvisisjon	Ikke angitt	Middels	1
Lagt inn HELT feil dose cytarabin	Ikke angitt	Middels	1
Produksjon av kurer på Barneavdeling	Ikke angitt	Middels	1
Produsert mikstur av feil styrke til PU	Ikke angitt	Middels	1
Satt på codan-sett, brukes til blæreskylling	Ikke angitt	Lav	1
Studie lagt inn på feil arbeidsseddel	Ikke angitt	Middels	1
Utblanding av cyt i feil medium	Ikke angitt	Middels	1
Totalsum			28

38

HMS – Tromsø

Tittel	Risiko	Antall av Antall
<input type="checkbox"/> HMS	Middels	3
Totalsum		3

Ytre miljø – Tromsø

Ingen avvik i perioden.

Administrasjon og ledelse – Tromsø

Tittel	Risiko	Antall av Antall
<input type="checkbox"/> Ikke registrert ferie i GAT	Middels	1
Totalsum		1

Logistikk – Tromsø

Tittel	Risiko	Antall av Antall
<input type="checkbox"/> Destruksjon	Ikke angitt	1
<input type="checkbox"/> Forsendelse - manglende tlf nummer	Middels	1
<input type="checkbox"/> Manglende/forsinket levering fra Alliance	Ikke angitt	1
<input type="checkbox"/> Skade	Middels	1
Totalsum		4

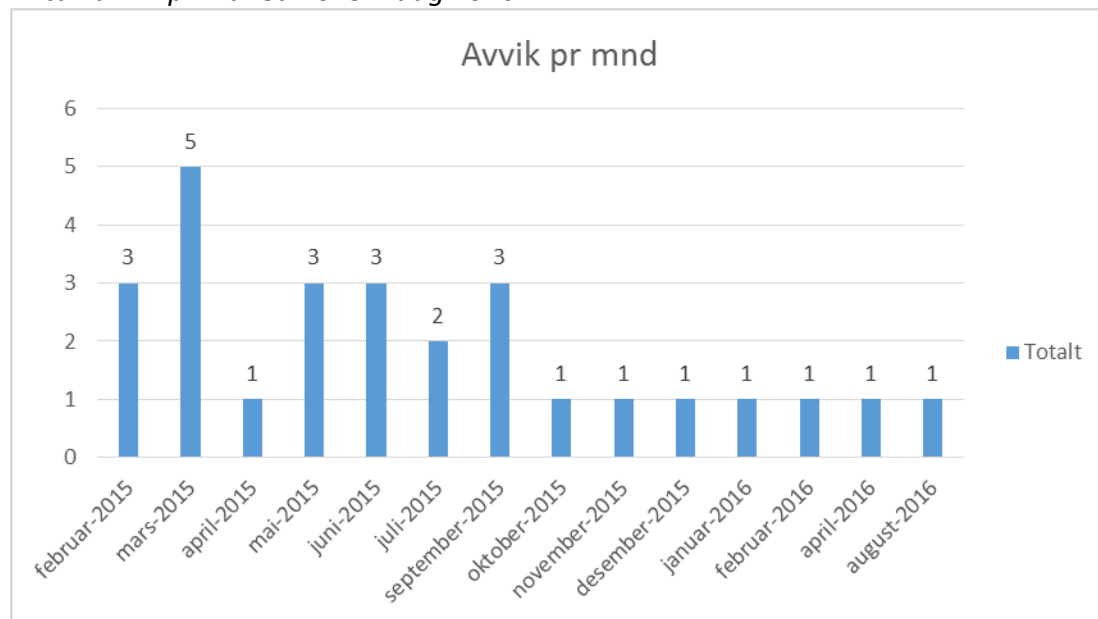
Lokaler og utstyr – Tromsø

Tittel	Risiko	Antall av Antall
<input type="checkbox"/> Avvik fra prosedyre for mikrobiologisk kontrol	Lav	1
<input type="checkbox"/> Avvik fra prosedyre for mikrobiologisk kontrol	Middels	1
<input type="checkbox"/> Matlukt på Cytlab	Lav	1
<input type="checkbox"/> Produksjon i LAF-benk på Barneavdelinga	Lav	1
<input type="checkbox"/> Undertrykk kraftigere enn vanlig på cytostatik	Lav	1
Totalsum		5

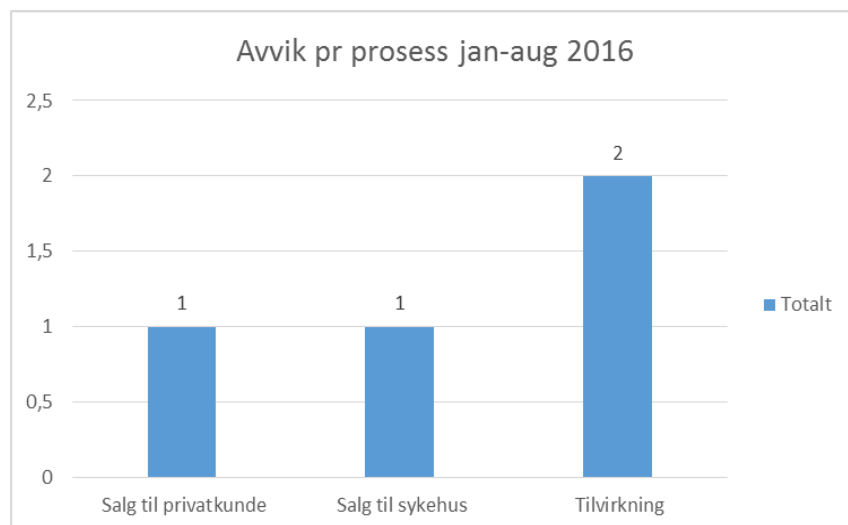
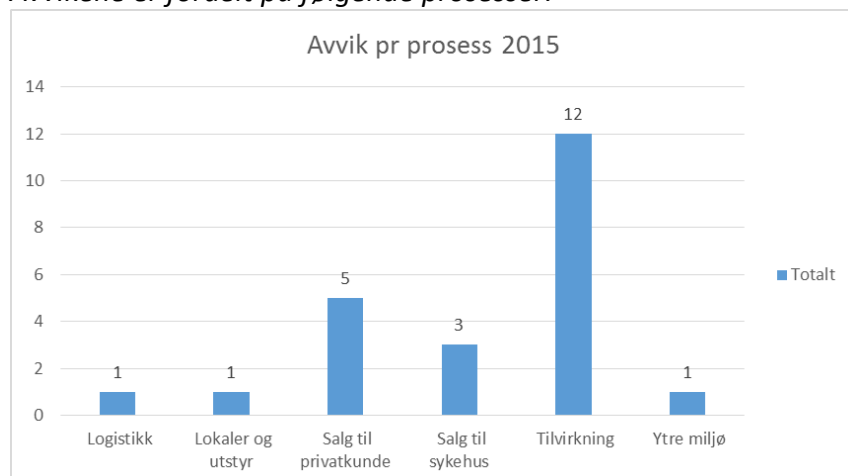
Sykehusapoteket i Harstad/Narvik

I 2015 var det 23 registrerte avvik ved Sykehusapoteket i Harstad. Hittil i 2016 er det registrert 4 avvik. Til sammenligning var det registrert 31 avvik i 2014.

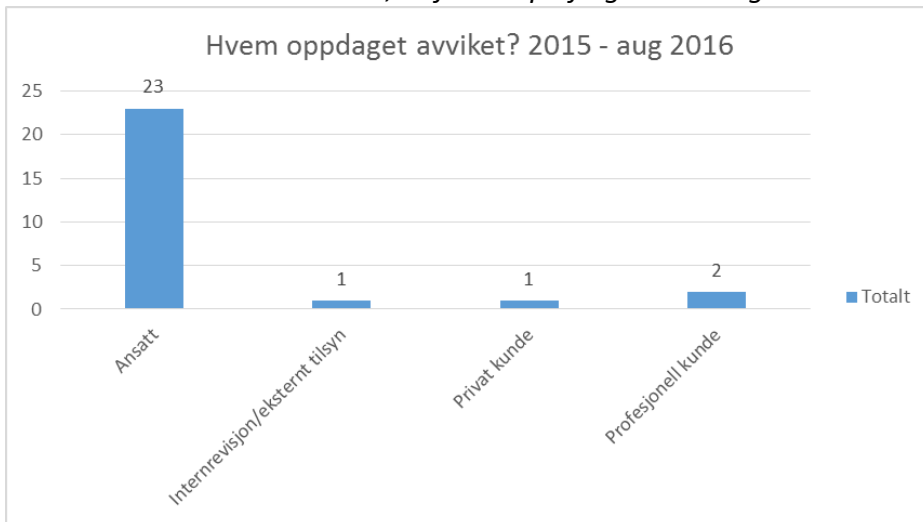
Antall avvik pr måned 2015 – aug 2016



Avvikene er fordelt på følgende prosesser:

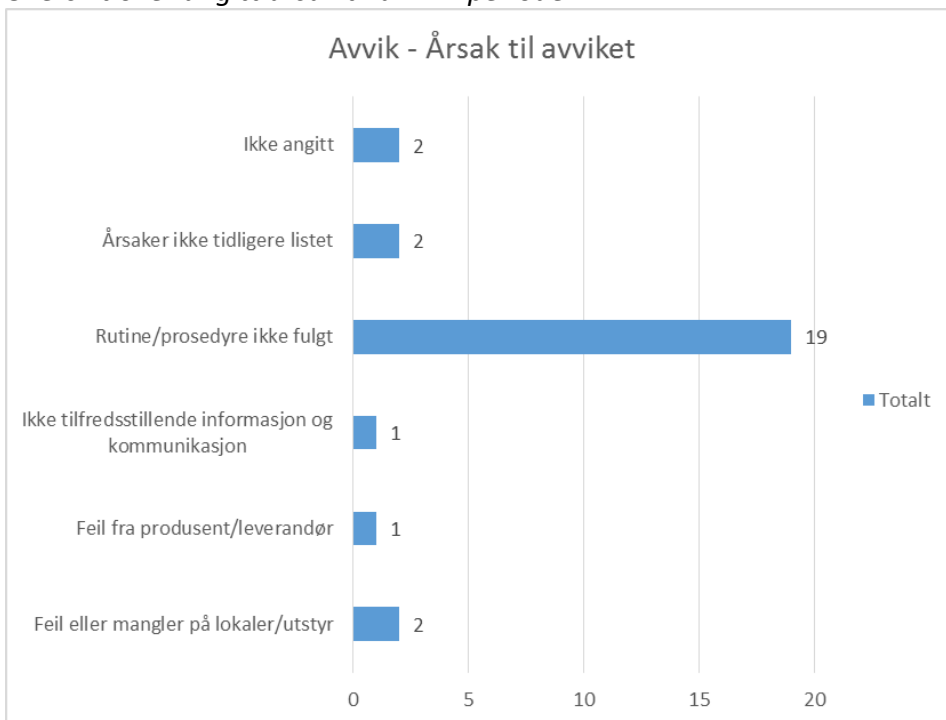


Hvem som avdekket avvikene, er fordelt på følgende kategorier:



Årsak til avviket

Oversikt over angitt årsak til avvik i perioden

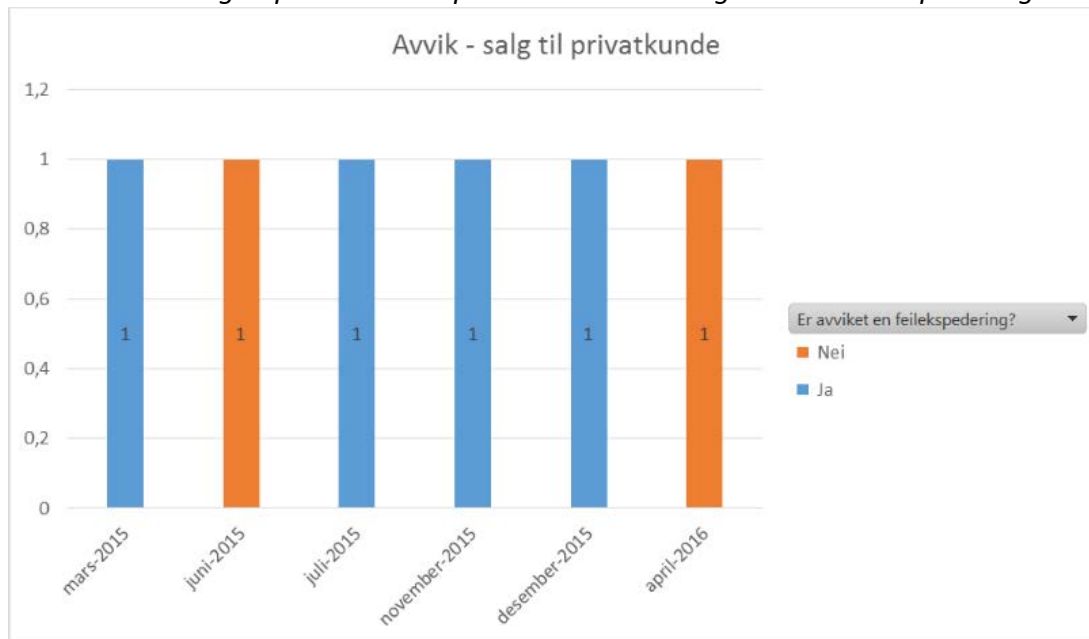


Også her er det årsaken «Rutine/prosedyre ikke fulgt» som skiller seg ut.

Salg til privatkunde - Harstad

I 2015 – aug 2016 har det vært registrert totalt 6 avvik i prosessen «Salg til privatkunde» ved Sykehusapoteket i Harstad.

Antall avvik «salg til privatkunde» pr måned 2015 – aug 2016 – Feilekspederinger er merket med blått.



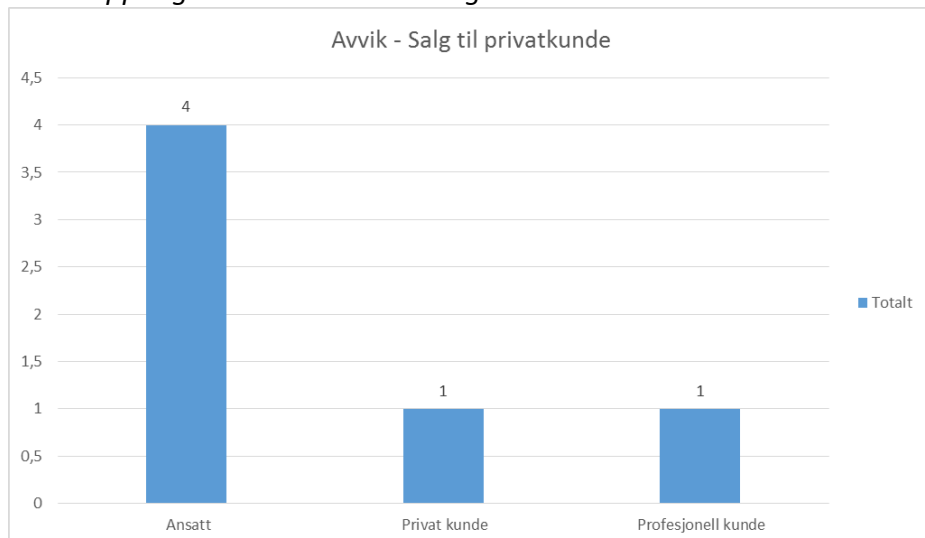
Det har vært 4 feilekspederinger i 2015 og ingen i 2016. I «Salg til privatkunde» er en feilekspedering manglende samsvar mellom legemiddel bestilt på resept og det som er utlevert/klargjort. Feilen oppdages etter at alle kontrollrutiner er gjennomført.

Feilekspederinger 2015-2016

Tittel
Feil dosering Neurontin
Feil dosering på etikett Bactrim tab
Feil dosering på Kiovig
Feilekspedisjon: Feil dose utlevert

Etter gjennomgang av avvikene ser det ut til at alle 6 avvikene er feilekspederinger. Feil dose utlevert (1) eller feil dosering på etiketten av utlevert legemiddel (5).

Hvem oppdaget avviket? 2015 – aug 2016



Følgende avvik ble oppdaget av kunde og ikke internt i apoteket.

Tittel
Feil dosering på etikett Bactrim tab
Feilekspedisjon: Feil dose utlevert

Antall avvik fordelt på risiko 2015 – aug 2016



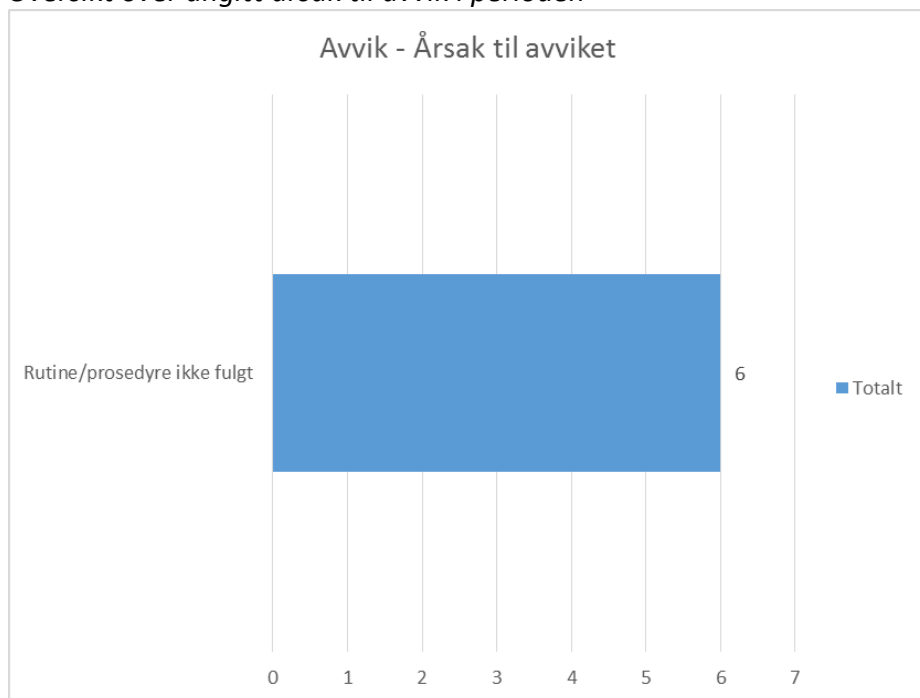
Antall avvik «salg til privatkunde» pr prosessstrinn 2015 – aug 2016 – med angitt risiko



Ingen avvik i «salg til privatkunde» har blitt kategorisert i aktuelle prosesser. Pga dette og at det er få avvik, er det vanskelig å se trender i meldingene.

Årsak til avviket

Oversikt over angitt årsak til avvik i perioden



Alle avvik er meldt med årsak «Rutine/prosedyre ikke fulgt».

Oversikt over avvik pr prosesstrinn, inkludert risikovurdering – Salg til privatkunde.

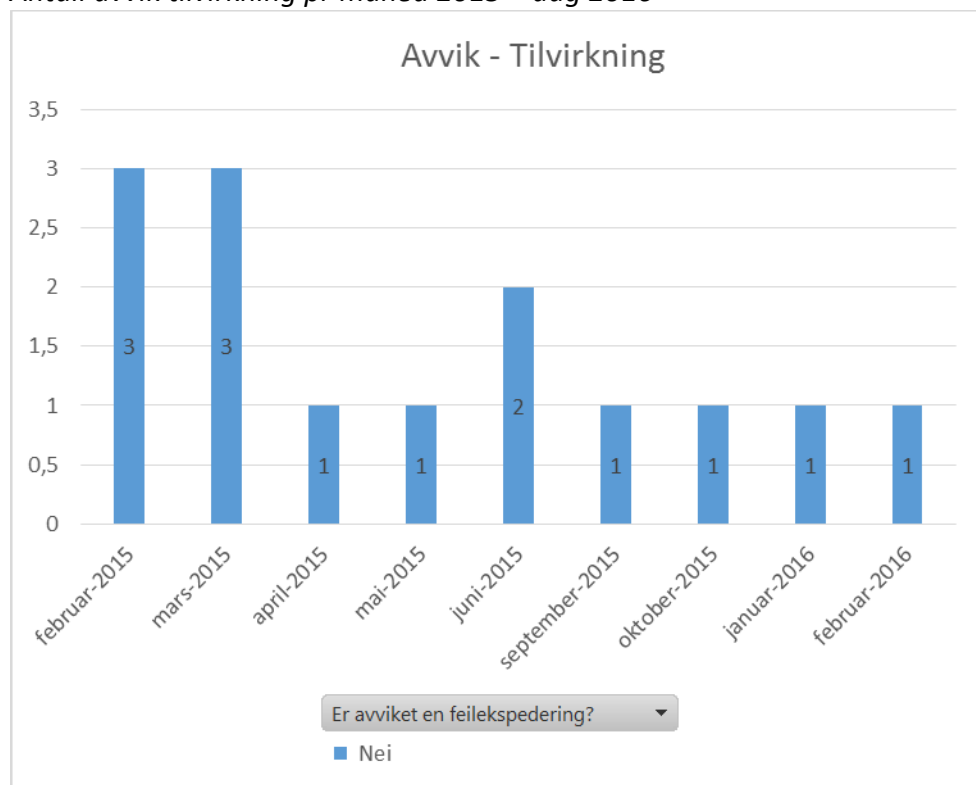
Tittel	Risiko	Antall av Antall
Feil dosering Neurontin	Middels	1
Feil dosering på Enbrel	Middels	1
Feil dosering på etikett Bactrim tab	Middels	1
Feil dosering på Folsyre 1mg	Middels	1
Feil dosering på Kiovig	Lav	1
Feilekspedisjon: Feil dose utlevert	Lav	1
Totalsum		6

Avvik feil dose utlevert: Pasient har fått utlevert Bicalutamid 150 mg i stedet for 50 mg og brukt dette i en måned før det ble oppdaget. Det hadde i dette tilfellet gått bra, men det må diskuteres om risiko skal vurderes i forhold til hva som faktisk ble konsekvensen eller hva som kunne blitt konsekvensen dersom det for eksempel hadde vært et annet legemiddel. Det ser ut til at risiko vurderes ulikt i foretaket.

Tilvirkning – Harstad

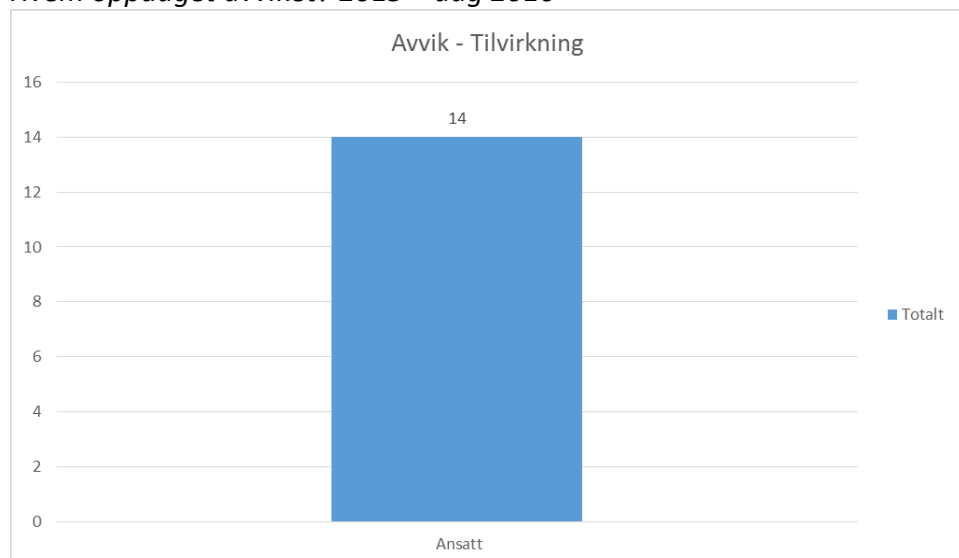
I 2015 – aug 2016 har det vært registrert totalt 14 avvik i prosessen «Tilvirkning» ved Sykehusapoteket i Harstad.

Antall avvik tilvirkning pr måned 2015 – aug 2016



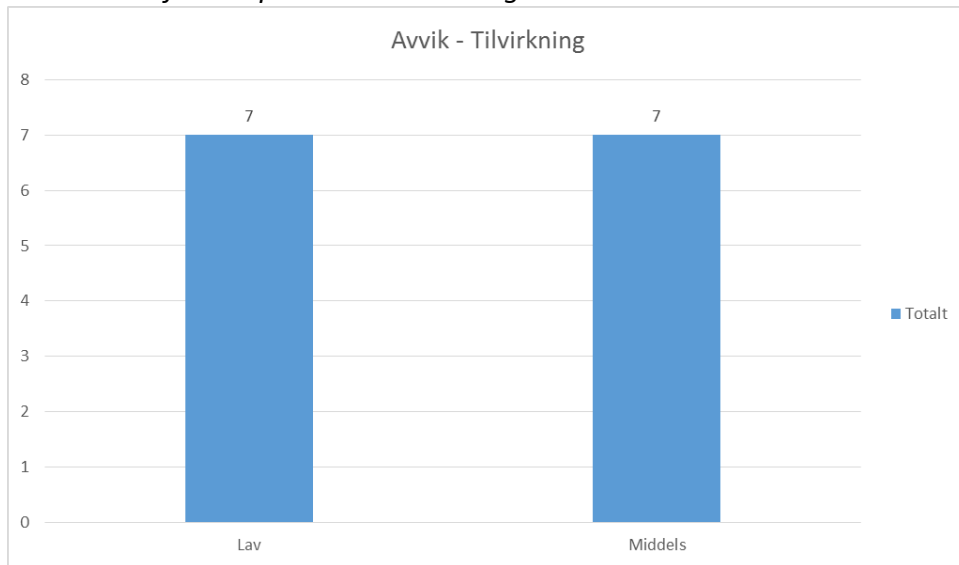
Det er ikke registrert noen feilekspederinger i tilvirkning i perioden.

Hvem oppdaget avviket? 2015 – aug 2016

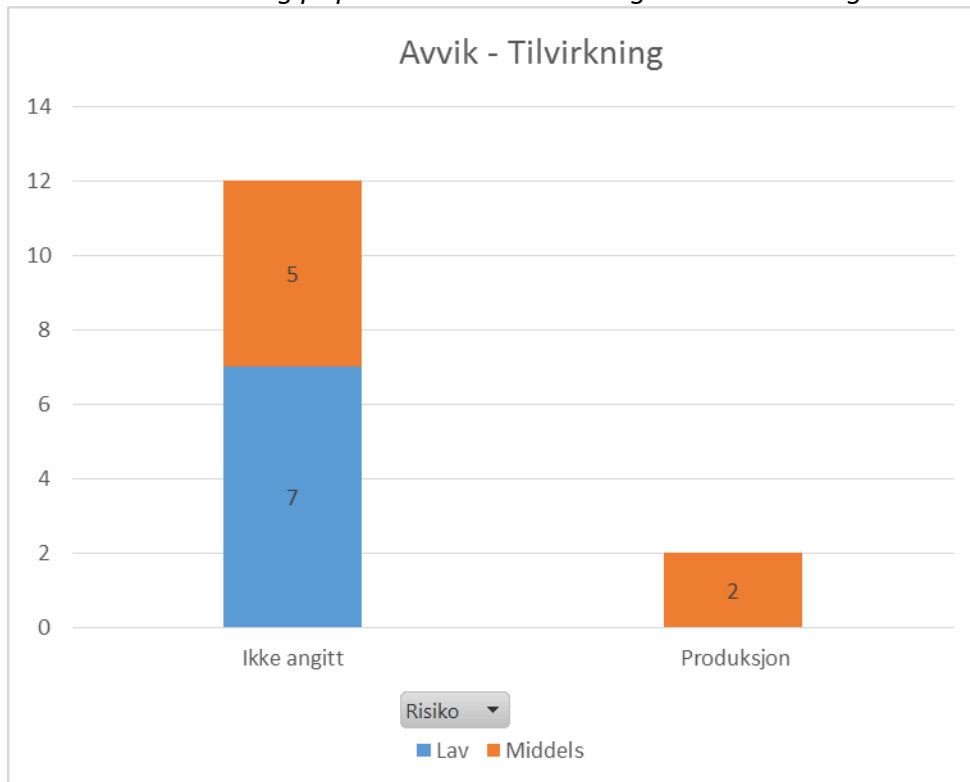


Alle avvik har blitt oppdaget av de ansatte selv.

Antall avvik fordelt på risiko 2015 – aug 2016



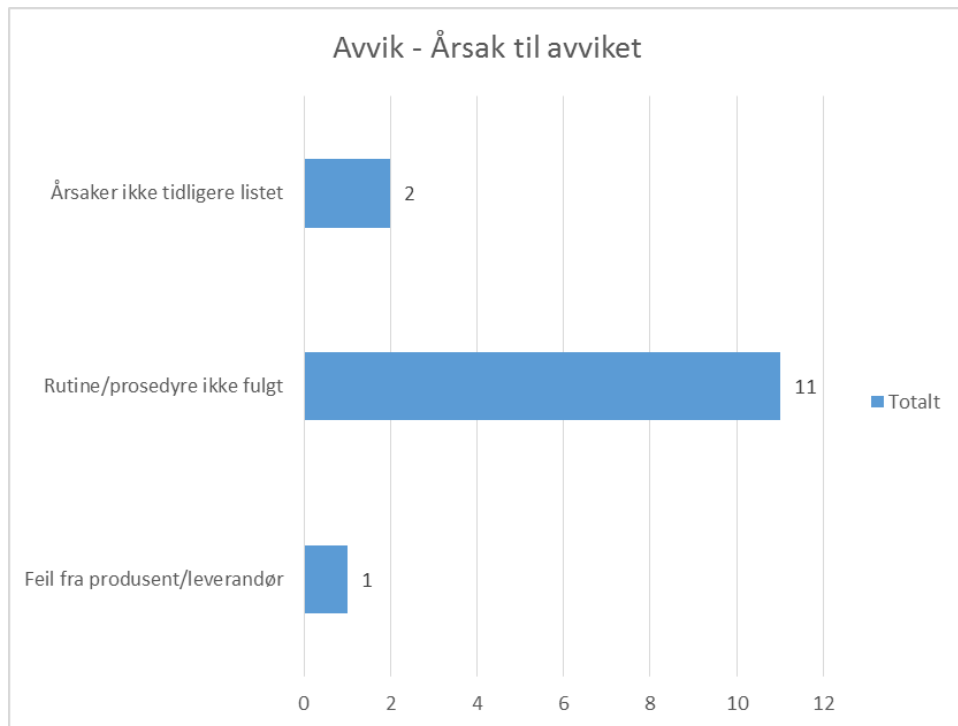
Antall avvik tilvirkning pr prosesstrinn 2015 – aug 2016 – med angitt risiko



I 12 av 14 avvik, er ikke prosesstrinn angitt. Det er derfor ikke mulig å vurdere hvilke prosesser der avvik er mest hyppig.

Årsak til avviket

Oversikt over angitt årsak til avvik i perioden



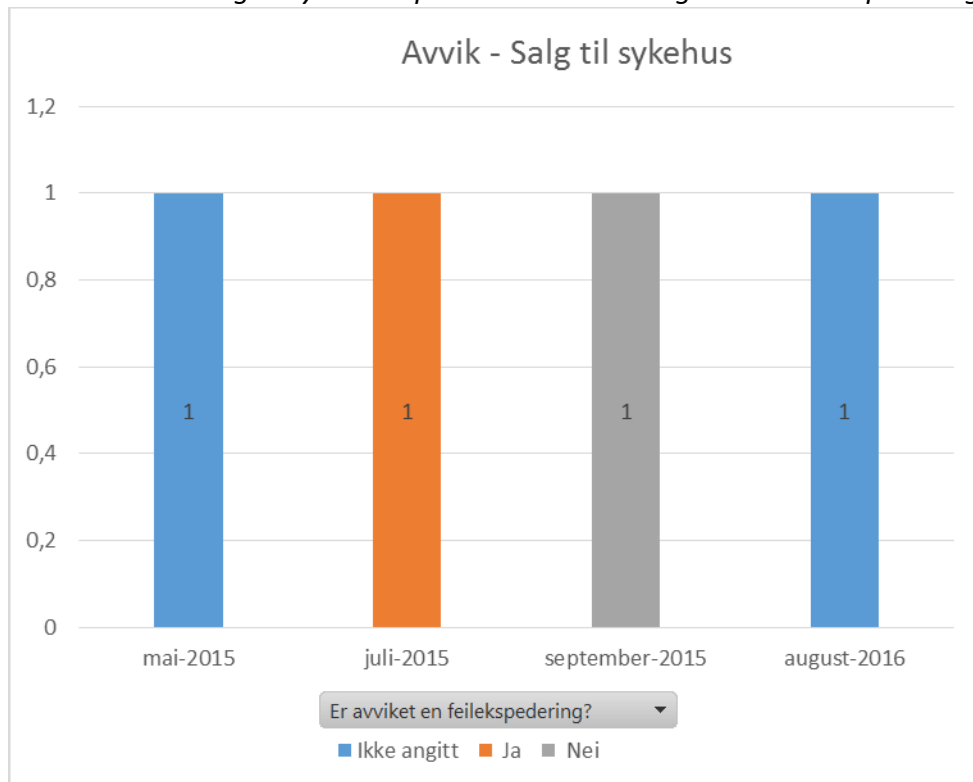
Oversikt over avvik pr prosesstrinn, inkludert risikovurdering – Tilvirkning.

Tittel	Prosesstrinn - Ved avvik i Tilvirkning	Risiko	Antall av Antall
☐ Bruk av adapter ved tilberedning av Vidaza	☐ Ikke angitt	Middels	1
☐ Cytostatika tilsatt i feil pose	☐ Ikke angitt	Middels	1
☐ En farmasøyt tok både før- og etterkontroll	☐ Produksjon	Middels	1
☐ Feil etikett Velcade	☐ Ikke angitt	Lav	1
☐ Feil opptrekk i sprøyte	☐ Ikke angitt	Lav	1
☐ glemte å stenge slangen	☐ Ikke angitt	Middels	1
☐ Kontroll av cytostatika-kur	☐ Ikke angitt	Lav	1
☐ Kontroll cytostatikakur	☐ Produksjon	Middels	1
☐ Ny kur - samme farmasøyt kontrollerte	☐ Ikke angitt	Middels	1
☐ Opptrekk ikke merket av på sprøyte	☐ Ikke angitt	Lav	1
☐ Probermer ved utblanding av Vidaza	☐ Ikke angitt	Lav	1
☐ Slange ikke fylt med NaCl og ikke lukket med k	☐ Ikke angitt	Lav	1
☐ Ufullstendig oppløsning av Mitomycin	☐ Ikke angitt	Lav	1
☐ Velcade - for lite volum trekt opp i sprøyte	☐ Ikke angitt	Middels	1
Totalsum			14

Salg til sykehus – Harstad/Narvik

I 2015 – aug 2016 har det vært registrert totalt 4 avvik i prosessen «Salg til sykehus» ved Sykehusapoteket i Harstad/Narvik.

Antall avvik i «salg til sykehus» pr måned 2015 – aug 2016. Feilekspederinger er merket med oransje.

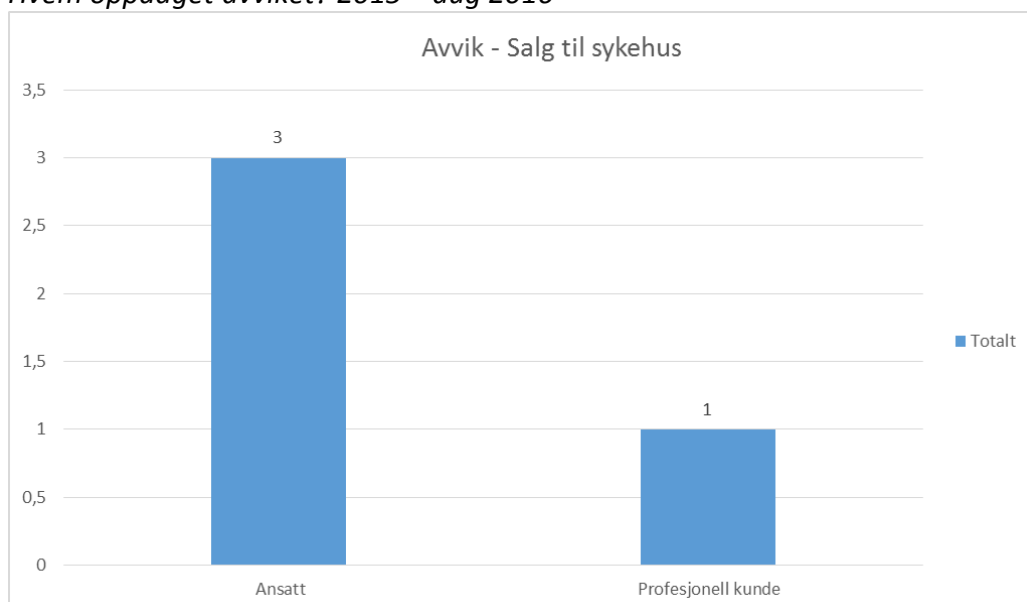


Det har vært 1 feilekspedering i 2015 og ingen i 2016. I «Salg til sykehus» er en feilekspedering manglende samsvar mellom bestilt og utlevert/klargjort legemiddel. Feilen oppdages etter at alle kontrollrutiner er gjennomført.

Feilekspederinger 2015-2016

Tittel
Levert feil vare til Kirurgen

Hvem oppdaget avviket? 2015 – aug 2016

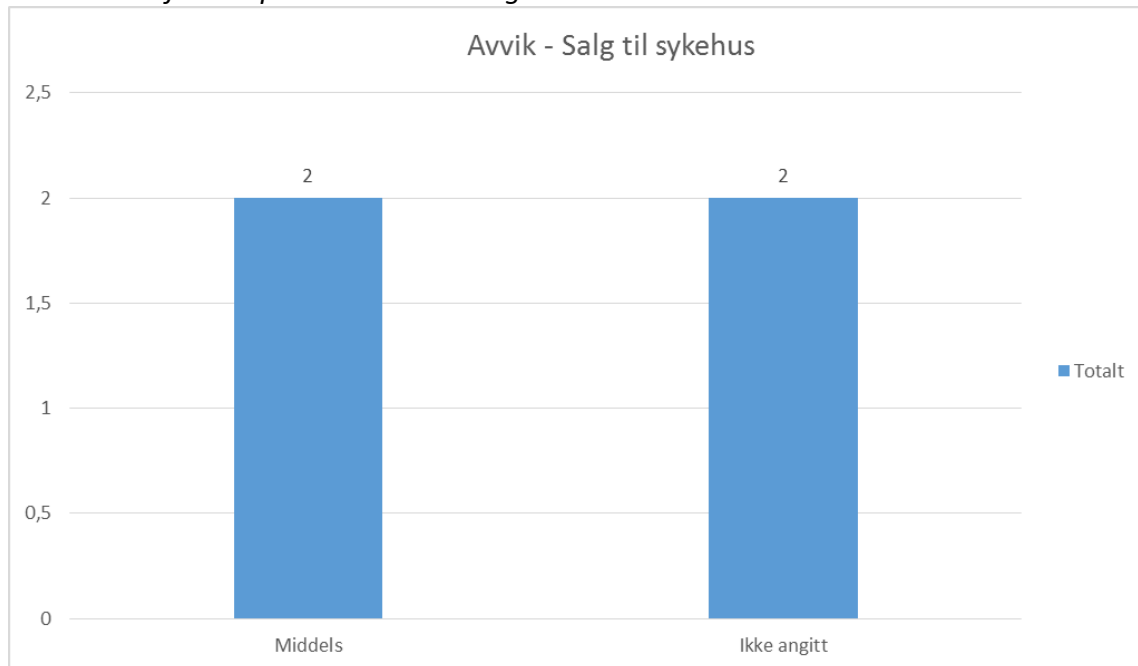


Følgende avvik ble oppdaget av kunde og ikke internt i apoteket.

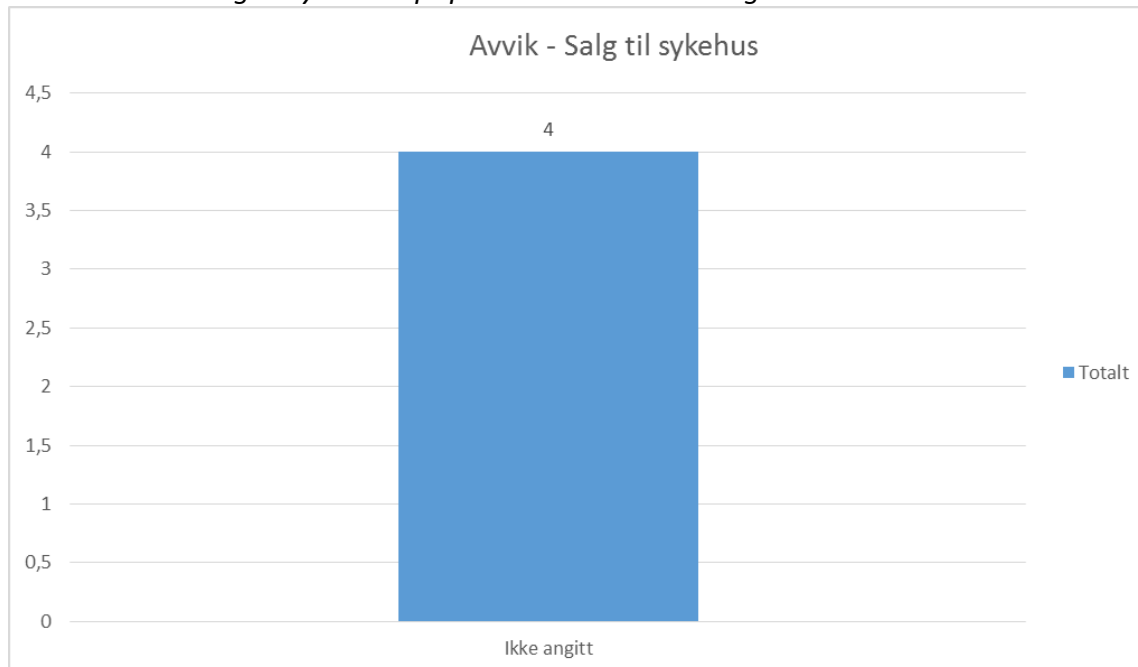
Tittel
Feilekspedisjon

Tittel bør være beskrivende for avviket som har skjedd slik at det er lett å få oversikt over hva det gjelder.

Antall avvik fordelt på risiko 2015 – aug 2016



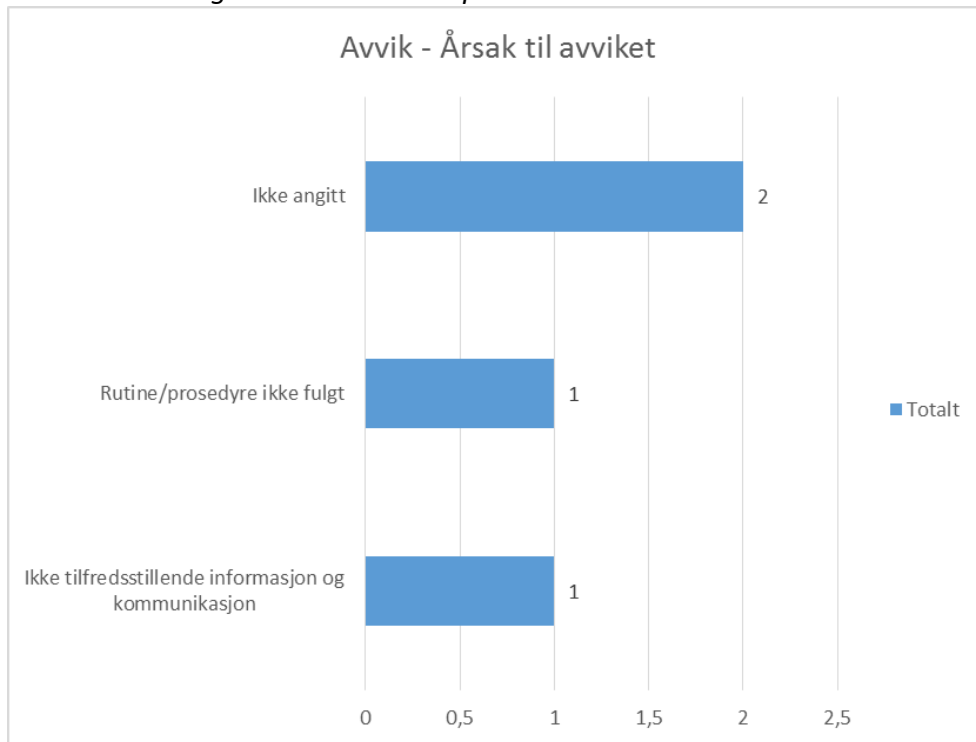
Antall avvik i «salg til sykehus» pr prosessstrinn 2015 – aug 2016



Ingen avvik i «salg til sykehus» har blitt kategorisert i aktuelle prosesser.

Årsak til avviket

Oversikt over angitt årsak til avvik i perioden



Oversikt over avvik pr prosesstrinn, inkludert risikovurdering – Salg til sykehus.

Tittel	Prosesstrinn - Ved avvik i Salg til sykehus	Risiko	Antall av Antall
Feilekspedisjon	Ikke angitt	Ikke angitt	1
Kodet og bestilt feil vare	Ikke angitt	Ikke angitt	1
Legemiddel sendt til feil avdeling	Ikke angitt	Middels	1
Levert feil vare til Kirurgen	Ikke angitt	Middels	1
Totalsum			4

Logistikk – Harstad/Narvik

Tittel	Risiko	Antall av Antall
Feil i varebeholdning	Lav	1
Totalsum		1

Ytre miljø - Harstad/Narvik

Tittel	Risiko	Antall av Antall
Matsøppel	Lav	1
Totalsum		1

Lokaler og utstyr – Harstad/Narvik

Tittel	Risiko	Antall av Antall
Oppvekst cytrom	Høy	1
Totalsum		1

Avvik som apotekene har meldt på andre enheter (Avvik ANNEN enhet)

(Apotekene har *ikke* ansvar for å behandle avvikene.)

Gyldighetsområde	Tittel	Antall av Antall
<input type="checkbox"/> Sykehusapotek Nord Lofoten	Oxynorm avvik	1
<input type="checkbox"/> Sykehusapotek Nord Stokmarknes	Avvik B-prep.	1
	avvik B-preparat	1
	Mangel i narkotikabeholdning	1
	Temperatur medisinrom	1
<input type="checkbox"/> Sykehusapoteket Bodø	Innsekter i produksjonslokaler (rentrom) apotek	1
<input type="checkbox"/> Sykehusapoteket Bodø, Produksjonsavdelingen	Branntavle	1
	Cytostatikakurer rekvirert til feil avd.	1
	Feil rekvisisjon	1
	Kjølevarer glemt pakket ut?	1
	Rekvirert feil dose cytostatika	1
	Retur A-preparater	1
	Stikkskade	1
<input type="checkbox"/> Sykehusapoteket Bodø, Publikumsavdelingen	Bestilling av cytkur over helg	1
	Feil dose på cytostatikakur	1
	Feil navn på resept	1
	Feil pasientnavn på resepter	1
	Feilrekvirering av medisin på resept, feil dosering	1
	Rekvirering av feil cellegiftdose	1
	Rekvirering av feil dose cellegift	1
<input type="checkbox"/> Sykehusapoteket Bodø, Sykehusavdelingen	Pasientopplysninger på avveie	1
Totalsum		21

Gyldighetsområde	Tittel	Antall av Antall
<input type="checkbox"/> Sykehusapotek Nord Narvik	ikke mottatt alle varene	1
	mottok alle varene som skulle til Lofoten	1
	mottok ikke varene	1
<input type="checkbox"/> Sykehusapoteket Harstad	Avvik etter farmasøytisk revisjon i kurvføring	1
	Avvik etter farmasøytisk revisjon i kurvføring	2
	Avvik etter farmasøytisk revisjon i kurvføring ved Kir B	1
	Avvik etter farmasøytisk revisjon i kurvføring ved Med A	1
	Avvik etter farmasøytisk revisjon i kurvføring ved Med B	1
	Avvik etter farmasøytisk revisjon i kurvføring, Akutten	1
	Avvik etter kurverevisjon, Intensiv	1
	Feil benevning på cytostatika	1
	Feil navn og fødselsdato på resept	1
	Fenemal endoser i ekstraskuff på medisinrom	1
	Ikke notert at det skal være 2 kurdager	1
	Manglende preparat i kur	1
	Observerte A- og B-preparater i tilleggskuff	1
	Paralgin forte i grønnkasse	1
	Revisjon i kurvføring	1
Totalsum		19

Gyldighetsområde	Tittel	Antall av Antall
Sykehusapoteket Tromsø	Skadet postpakke	1
Sykehusapoteket Tromsø, Produksjonsavdelingen	Cyt-bestilling mangler merking endring""	3
	Cytostatikabestilling til feil pasient	1
	Doseendring på bekreftelse	2
	Feil dose angitt på cytostatikakort.	1
	Feil dose angitt på cytostatika-kort.	1
	Feil dose på bestilling av Peg-asparginase i.m.	1
	Feil dose på cyt-rekvisisjon	1
	Flere bestillinger fra ulike avdelinger til samme pasient med ulik dosering	1
	Håndskreven cyt-bestilling	1
	Håndskrevet cyt-bestilling	1
	Håndskrevet cytostatikabestilling	1
	Håndskrevne bestillingsskjema for cytostatika	1
	Levert feil dose cytostatika som resultat av slurvete bestilling	1
	Mangelfull cytostatikarekvisisjon	1
	Manglende merking av endring på cytostatikabestilling	1
	Mangler merking doseendring	1
	Sein bestilling av cytostatika	1
	Slurvete skrevet cytostatikabestilling	1
	Ufullstendig cytostatikabestilling	1
Sykehusapoteket Tromsø, Publikumsavdelingen	Feil dosering på Kaptopril til barn på 5-6 måneder	1
	Feil navn på resept	1
	Feil pasient på resepten	1
	Feil pasient/navn på resept	1
	Feil personalia på resept	1
	Frostindikator utløst ved forsendelse	2
	Kopu resept uten navn	1
	Resept på feil pasient i DIPS	1
	Resept uten pasientnavn	1
	Utlevering av substitusjonsbehandling uten samtykke fra LAR	1
Sykehusapoteket Tromsø, Rådgivning og revisjon	Avvik i forhold til skriftlige retningslinjer ved UNN med prosedyre; Førings av feberkurve med brun kant, PR31557.	5
	Avvik i forhold til skriftlige retningslinjer ved UNN med prosedyre; Førings av feberkurve med brun kant; PR31557.	6
	Avvik prosedyre Førings av feberkurve med brun kant PR31557""	1
	Avvik prosedyre PR21626 medisinerings etter generelle skriftlige direktiv""	1
	Feil form av legemiddel gitt til pasient på to legemidler	1
Totalsum		48

Skademelding personal (Skader på eget personale)

(Apotekene har ansvar for å behandle avvikene)

Gyldighetsområde	Tittel	Antall av Antall
<input type="checkbox"/> Sykehusapoteket Bodø, Produksjonsavdelingen	Ryggvondt	1
	Stikkskade	2
<input type="checkbox"/> Sykehusapoteket Tromsø	Skadet hånd	1
<input type="checkbox"/> Sykehusapoteket Tromsø, Produksjonsavdelingen	Kutt i fingertupp	1
	Stikkskade	1
Totalsum		6

Pasienthendelsesskjema (Skader påført pasienter)

(Apotekene har ansvar for å behandle avvikene)

Ingen avvik i perioden.

Høring - utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak	
Styresak nr.:	49 – 2016
Møtedato:	26. oktober 2016
Saksbehandler:	Direktør Espen Mælen Hauge
Vedlegg:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sluttrapport. Utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak, versjon 1.0. Godkjent av styringsgruppen 14. oktober 2016 2. Brev av 14.10.16 fra styringsgruppen til de fire regionale helseforetakene om regional forankring

Saken i korte trekk

På oppdrag fra AD-møtet har de fire regionale helseforetakene, i perioden mai til oktober 2016, gjennomført prosjektet «Utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak». Prosjektets oppdrag har vært å beskrive nå-situasjonen med fire regionale sykehusapotekforetak, samt evaluere dagens regionale organisering og et nasjonalt sykehusapotekforetak.

En enstemmig sluttrapport, godkjent av styringsgruppen, anbefaler at et nasjonalt sykehusapotekforetak etableres, gitt at noen spesifiserte forhold, blant annet knyttet til omstillingsprosessen, økonomiske rammer, IKT-løsninger, kobling mot sykehusene, samt lokal tilhørighet, utredes i det videre arbeidet.

Videre prosess er at styringsgruppen fremmer saken for behandling i AD-møtet etter at det er gjennomført en forankringsrunde/høring i regionene.

Saken gjengir utredningsrapportens oppsummering og anbefaling, beskriver høringsprosessen og diskuterer for og mot et nasjonalt sykehusapotekforetak.

Direktøren anbefaler at spesielt usikkerheter diskuteres, og at det særlig gis tilbakemelding på to spørsmål:

- Hvordan kan de skisserte strategiske fokusområdene sikre kundefokus, samt tett og god dialog med brukerne i et nasjonalt helseforetak?
- Hvordan sikre at den tette integrasjonen og det gode samarbeidet mellom sykehusapotekene og helseforetak ivaretas også i ny modell?

Dette vil være styrets innspill til den samlede regionale tilbakemeldingen til styringsgruppen.

Direktørens innstilling til vedtak

Styret for Sykehusapotek Nord HF mener at sykehusapotekordningen slik den er i dag er av største betydning for sykehusdrift, og at en omorganisering som beslattes på et for tynt og forhastet grunnlag vil kunne ødelegge det gode arbeidet som i dag gjøres i sykehusapotek, og svekke den nære koblingen mellom sykehus- og sykehusapotekdrift.

Styret mener at rapporten beskriver mange gode grunner både for og mot etablering av et nasjonalt sykehusapotekforetak. Imidlertid mener styret at sluttrapporten ikke gir et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for å anbefale dette.

Prosjektets begrunnelse for anbefalingen har ikke en overvekt av argumenter verken på den ene eller annen side slik at en klar anbefaling er vanskelig å gi, og at det er for mange forbehold som gir for stort grunnlag for tvil om beslutningsgrunnlaget.

Prosjektets anbefaling slik den fremkommer i sluttrapporten gir således ikke tilstrekkelig trygghet for at et nasjonalt sykehusapotekforetak vil kunne ivareta lokal tilhørighet og det tette samarbeidet mellom sykehusapotekene og sykehusene, noe som er avgjørende for god drift av sykehusapotekene.

Styret mener derfor at de forbehold som prosjektgruppen legger til grunn ved siden av sin anbefaling er av vesentlig betydning å få utredet før en beslutning kan tas. Ikke før disse forhold er utredet vil det foreligge et tilstrekkelig og nødvendig beslutningsgrunnlag.

I en slik videre utredning må det også legges vekt på andre nasjonale utredninger, og særlig om ny organisering av eierskapet til spesialisthelsetjenesten (Kvinnslandutvalget), som styret mener vil kunne ha stor betydning for beslutningen om etableringen av et nasjonalt sykehusapotekforetak.

På dette grunnlag støtter styret for Sykehusapotek Nord HF ikke opp om sluttrapportens anbefaling og mener at beslutningen om etableringen av nasjonalt sykehusapotek må utsettes til det er gjennomført en grundigere utredning.

Espen Mælen Hauge
Direktør

Saksfremlegg

1. Innledning

På oppdraget fra AD-møtet (sak 043-2016) har de fire regionale helseforetakene, i perioden mai til oktober 2016, gjennomført prosjektet «Utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak». Prosjektets oppdrag har vært å beskrive nå-situasjonen med fire regionale sykehusapotekforetak, samt evaluere dagens regionale organisering og et nasjonalt sykehusapotekforetak.

Styret har tidligere hatt temaet til behandling i møtene 15. mars, 19. mai og 15. september 2016. I styresak 39-2016 traff styret for Sykehusapotek Nord følgende vedtak:

1. Styret for Sykehusapotek Nord tar fremlagt mandat og fremdriftsplan for prosjektet «Utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak» til orientering
2. Styret for Sykehusapotek Nord er opptatt av at sykehusapotekjenesten i regionen styrkes, uavhengig av framtidig organisasjonsmodell.
3. Styret for Sykehusapotek Nord ber om åpenhet i det videre arbeidet med utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak.

Prosjektet leverte fra seg en enstemmig sluttrapport som anbefaler at et nasjonalt sykehusapotekforetak etableres, gitt at noen spesifiserte forhold, blant annet knyttet til omstillingsprosessen, økonomiske rammer, IKT-løsninger, kobling mot sykehusene, samt lokal tilhørighet, utredes i det videre arbeidet.

Det skal nå gjennomføres en regional forankringsprosess av leveransen fra prosjektet hvor styringsgruppens representanter har ansvaret for å koordinere prosessen i hver region. Fristen for å sende inn en samlet tilbakemelding per region er satt til 18. november 2016.

Prosjektgruppen hadde sitt siste prosjektgruppemøte den 26. september 2016 og har ferdigstilt sitt arbeid. Det er per nå ikke planlagt noen ytterligere aktiviteter i prosjektgruppen. Sluttrapporten ble behandlet i styringsgruppen den 6. oktober 2016. Innspill fra den regionale forankingsrunden vil diskuteres i styringsgruppen den 25. november 2016. For å sikre tilstrekkelig med tid og en god forankring i regionene har styringsgruppen besluttet at sluttrapporten legges frem for AD-møtet den 12. desember 2016 og at det tas sikte mot behandling i RHF-styrene i januar 2017. Datoene kan bli endret.

2. Sluttrapport om utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak – oppsummering og anbefaling

Det vises til vedlagte rapport som ble godkjent av prosjektets styringsgruppe 14. oktober 2016. Rapporten har følgende oppsummering og anbefaling (teksten i det følgende og punktene 2.1 – 2.4 er hentet der):

Prosjektets oppdrag var å evaluere dagens regionsvise organisering og en mulig nasjonal organisering av sykehusapotekene

Det er i dag fire regionale sykehusapotekforetak, som til sammen eier 30 sykehusapotek. De hadde i 2015 en samlet omsetning på 5 442 MNOK, og totalt 1 182 årsverk per juni 2016. Sykehusapotekforetakene varierer i størrelse, og drives generelt godt. De er en viktig del av spesialisthelsetjenesten ved å sikre befolkningens og sykehusenes tilgang til legemidler og viktig farmasøytisk rådgivning. Sykehusapotekforetakene har, på et overordnet nivå, mange likhetstrekk. Men ettersom de eies og drives regionalt er det delvis betydelige ulikhet både organisatorisk, og på system og prosessnivå.

2.1. Hovedfunn fra nåsituasjonsanalysen viser at:

- Det gjøres mye arbeid i hvert foretak, blant annet knyttet til fag og kvalitetsarbeid som opplæring, prosedyrer, som i liten grad deles regionene i mellom.
- Dagens beredskapsplaner og -tiltak er i hovedsak på regions- og foretaksnivå.
- Dagens IKT-systemer er i stor grad knyttet opp mot regionenes systemporteføljer, men sykehusapotekforetakene har noen felles enkeltsystemer. Det er ulikt hvor langt regionene og de forskjellige forretningsområdene har kommet på å ta i bruk elektroniske hjelpemidler og roboter/automatisering.
- Dagens tette integrasjon og samarbeid med sykehusene, samt de respektive regionale helseforetak oppleves som godt og ansees som viktig.
- De fire foretaksadministrasjonene ivaretar, i stor grad, de samme funksjonene, men selve utførelsen og arbeidsmåten varierer noe.
- Det er ulik produktivitet.
- Flere endringer har skjedd siden 2007. Endringene er knyttet til teknologi, tjenestene og metodene som tilbys og brukes, samt noen organisatoriske endringer knyttet til sentralisering av lagerfunksjoner og opprettelse av nasjonale utvalg og funksjoner.

2.2. Prosjektet har definert syv strategiske fokusområder for sykehusapotekene som er benyttet i evalueringen:

- **Pasientsikkerhet og kvalitet:** Bedre pasientsikkerhet, trygg legemiddelbruk og mindre uønsket variasjon ved økt bruk av farmasifaglig kompetanse og brukermedvirkning.
- **Beredskap og forsyning:** Sikre en likeverdig produksjon- og forsyningsberedskap av legemidler, samt tilgang på farmasøytiske beredskap.
- **Forskning og innovasjon:** Sikre utvikling av forskning og innovasjon.
- **Ledelse, kompetanse og arbeidsmiljø:** Den mest attraktive arbeidsgiveren innen farmasi med en sterk faglig profil.
- **Etikk og ytre miljø:** Etterleve etiske retningslinjer og bidra til miljø- og klimahensyn i hele verdikjeden.
- **Økonomi, analyse og effektivitet:** Bidra til god sykehusøkonomi og lave legemiddelkostnader gjennom kostnadseffektive prosesser og god styringsinformasjon.

- **Teknologi:** I front på utnyttelse av teknologiske løsninger som understøtter pasientsikkerhet og sikker legemiddelbruk.

2.3. Skissert nasjonal modell - gevinstområder

Skissert nasjonal modell innebærer sentraliserte støttefunksjoner, samt desentral områdeledelse for å sikre nærhet til de lokale apotekene og sykehusene. Evalueringen av de strategiske fokusområdene og analyser av mulige gevinstområder viser:

- Et nasjonalt foretak vil føre til en effektivisering av forvaltningen. Dette gir mulighet for å takle en fremtidig vekst og økt utvikling innen flere områder med dagens antall årsverk, og dermed mer helse for pengene.
- Et nasjonalt foretak vil etablere standardiserte prosesser, felles opplæring og sikre økt kunnskapsdeling. Dette vil bidra til bedre pasientsikkerhet og mindre uønsket variasjon i tilbudet.
- Beredskap/forsyning og forskning/innovasjon er områder, hvor dagens organisering ikke underbygger et tilstrekkelig nasjonalt fokus. Det er, innen forskning og innovasjon, fragmenterte satsninger og små regionale miljøer som ikke gir en tilstrekkelig kritisk mengde.
- Innen teknologi vil et nasjonalt foretak sikre et felles løft innen investeringer, utvikling og bruk av nye teknologiske hjelpemidler.
- En nasjonal organisering vil øke mulighetene rundt virksomhetsstyring, analyse og sammenligning på tvers. Dette vil bidra til økt effektivitet og bedre sykehusøkonomi.

Prosjektgruppen anser tidspunktet for etableringen av et nasjonalt sykehusapotekforetak som riktig. Det er politiske signaler og føringer som trekker i retning av nasjonale modeller og økt samarbeid på tvers av helseregionene i Norge.

2.4. Anbefaling med forbehold

En enstemmig prosjektgruppe anbefaler at et nasjonalt sykehusapotekforetak etableres, gitt at følgende forhold utredes i det videre arbeidet:

- ✓ Den nasjonale modellen må sikre både effektive ledelseslinjer og en lokal tilhørighet. Den nære kobling mellom sykehusapotekene og sykehusene må videreføres.
- ✓ Det må tilrettelegges for IKT-løsningene som ivaretar samhandlingen med sykehusene innenfor de regionale systemene.
- ✓ Det må sikres økonomiske rammer som muliggjør en god omstilling, samt en finansieringsmodell som muliggjør ønskede satsninger og gevinstuttak.
- ✓ Utvalgte regionale løsninger, som satsning på klinisk farmasi og samarbeidsavtalen mellom Sykehusapotek Nord og UNN om drift av radiofarmakaproduksjon ved PET-senteret, må ivaretas i ny modell.
- ✓ Det må etterstrebes en effektiv omstillingsprosess, hvor de ansatte og organisasjonene ivaretas og involveres på en god måte.
- ✓ Det må gjøres en forankring og involvering av sykehusene i behandlingsprosessen og det videre arbeidet.

- ✓ Det må sikres nødvendig re- eller omorganisering av tillitsvalgtapparat, samt reforhandling av lovfestede tariffavtaler.

Risikoanalysen viser at det bør fokuseres på tiltak som reduserer risikoene relatert til roller og ansvar, kompleksitet innen IKT, beholde ansatte, sikre videreføring av sykehusapotekenes tette samarbeid med de sykehusene og de regionale helseforetakene.

3. Regional forankring av leveranse fra prosjekt «Utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak»

Styringsgruppen har den 14. oktober 2016 sendt sluttrapporten til de fire regionale helseforetakene, og i følgebrevet går det blant annet frem at det i forkant av behandlingen i AD-møtet ønskes gjennomført en forankringsprosess i hver enkelt region. Om gjennomføringen av forankringen heter det:

- Styringsgruppens representanter har ansvaret for å sikre en god forankringsprosess i egen region.
- Hver region avklarer hvordan den regionale forankringsprosessen skal gjennomføres.
- Sykehusapotekenes administrerende direktører vil parallelt gjennomføre en forankring av sluttrapporten i eget styre. Det anbefales at innspill fra denne forankringen inkluderes i regionens samlede tilbakemelding.
- De regionale helseforetakene sender en samlet tilbakemelding.

Videre heter det i følgebrevet: «Et overordnet mål for et eventuelt nasjonalt apotekforetak er å bidra til en kvalitativt bedre og økonomisk mer fordelaktig apotekjeneste til sykehusene. Dette kan bare oppnås ved å ha høy oppmerksomhet på hvert enkelt sykehus sine behov og ønsker. En nasjonal apotekorganisasjon må klare å utnytte den samlede kapasiteten og kompetansen som er tilgjengelig for å kunne levere tjenestene med best kvalitet og pris til hvert enkelt sykehus.»

Prosjektets styringsgruppe ønsker derfor særlig tilbakemelding på følgende hovedtemaer:

- Hvordan kan de skisserte strategiske fokusområdene sikre kundefokus, samt tett og god dialog med brukerne i et nasjonalt helseforetak?
- Hvordan sikre at den tette integrasjonen og det gode samarbeidet mellom sykehusapotekene og helseforetak ivaretas også i ny modell?

Helse Nords direktørmøte (nettverksmøte mellom RHF-ets direktører og HF-direktørene) diskuterte saken i møtet 12.10.2016, og ga uttrykk for at forankringen måtte gjennomføres som en høring. Forberedelsen til saken i direktørmøtet var et notat fra sykehusapotekdirektøren basert på et utkast til sluttrapport. Formålet med saken var å diskutere prosjektgruppens anbefaling og gi innspill til den videre prosess.

Direktørmøtet oppsummerte diskusjonen slik:

- Spørsmålet om organisering av sykehusapotekene er av største betydning for driften av sykehusene. Derfor er det avgjørende å få gjort de nødvendige vurderinger mht. konsekvenser for sykehusdriften, med særlig vekt på kvalitet

og utvikling. Helse Nord ønsker at et forslag sendes på høring til berørte interesser, inkludert styrene, før de eventuelt fremmes for de ulike organ. Saken settes på dagsorden igjen i direktørmøte 9. november 2016 når rapporten fra styringsgruppen for prosjektet foreligger.

4. Direktørens vurdering

Direktøren har vært medlem av prosjektgruppen som utarbeidet rapporten og konkluderte enstemmig med å anbefale etablering av et nasjonalt sykehusapotekforetak. Grunnen til anbefalingen er at prosjektgruppen mener sammenslåing vil gi gevinster (se punkt 2.3). Det var også direktørens ansvar å ta et standpunkt, men konklusjonen var likevel ikke åpenbar eller enkel å trekke. Dette vises særlig av de forbehold som prosjektgruppen lister opp og som direktøren er enig i. (se punkt 2.4). Det er således grunn til å være i tvil om det er mest riktig å la sykehusapotekene være organisert som i dag eller om de bør slås sammen til ett nasjonalt sykehusapotekforetak.

Tvilen vises altså nettopp gjennom de syv punktene listet opp under anbefalingen. Dette er forhold som må ivaretas i en eventuell nasjonal modell, og her trekkes særlig frem forutsetningen om lokal tilhørighet og den nære kobling som i dag er mellom sykehusapotekene og sykehusene. Dersom man ikke har tro på at dette er gjennomførbart også i en nasjonal modell bør man være varsom med å fusjonere. Tvilen fremkommer også ved at dette er skjønnsmessige vurderinger, det vil si antagelser om at en nasjonal organisering vil gi gevinst. Direktøren har etter en avveining antatt at de beskrevne gevinstene kan realiseres.

Imidlertid er det også mulig å oppfatte dette annerledes. I begrunnelsen argumenterer prosjektgruppen med at politiske signaler og føringer trekker i retning av nasjonale modeller og økt samarbeid på tvers av helseregionene i Norge. Dette har blant annet ført til etableringer av nasjonale helseforetak som for eksempel Sykehusbygg HF og Sykehusinnkjøp HF. Det er imidlertid ikke gitt at det samme bør gjelde for sykehusapotekordningen. Denne adskiller seg klart fra bygg og innkjøp ved at formålet med sykehusapotek er pasientnær og har en mye tettere kobling til klinikken. Det kan være en risiko for at dette fagmiljøet og samhandlingen kan splittes ved etableringen av et nasjonalt sykehusapotekforetak. Det må i så fall unngås.

Det kan dessuten vurderes slik at de samme gevinstene også kan realiseres i dagens organisering, for eksempel kan bedre pasientsikkerhet gjennom standardisering gjennomføres og oppnås som et felles prosjekt uten sammenslåing. Videre kan for eksempel beredskap og forsyning trolig forbedres på landsbasis, men om tilsvarende gevinst vil gjelde regionalt er ikke dokumentert. Dessuten kan for eksempel forskning og innovasjonsgevinst også vurderes annerledes; en sammenslåing av fire forskningssvake foretak gir ikke nødvendigvis styrket forskning og det tette samarbeidet med de forskningssterke sykehusforetakene kan svekkes.

Et siste eksempel er teknologi. Det er helt nødvendig for sykehusapotekene å erstatte funksjonalitet som blir borte når FarmaPro fases ut. Det må etableres et prosjekt for anskaffelse av løsninger for økonomi, logistikk og kasse/POS. Samtidig må prosjektet integrere inn løsningen fra Apotekforeningens DIFA-prosjekt og fungere som

mottaksprosjekt for dette. Hovedspørsmålet blir om man skal gå sammen om en felles nasjonal løsning eller etablere regionale løsninger tilpasset regional systemportefølje. Dersom man strategisk velger nasjonal løsning istedenfor regionale vil dette være fullt ut gjennomførbart som et felles nasjonalt samarbeidsprosjekt, tilsvarende dagens IKT-systemstøtteprosjekt (jfr. styresak 43-2016 nr 2), uten at dette krever ett sammenslått sykehusapotekforetak.

Selv om direktøren i sin tvil om det ene eller det andre vil være et riktig standpunkt var det avgjørende for valget antagelsen om at de andre regionene vil gå inn for sammenslåing uansett om Nord blir med eller ikke. Det vil neppe være hensiktsmessig for Sykehusapotek Nord å stå utenfor. I dag er vi på mange områder avhengig av et nært samarbeid med de andre sykehusapotekforetakene både faglig og administrativt for å få driften til å fungere. Dette gjelder for eksempel felles grossistadministrasjon og representative nasjonale faglige utvalg og råd. Det går an å tenke seg et fortsatt samarbeid mellom ett sammenslått sykehusapotek fra Sør-øst, Vest og Midt på den ene siden og Nord på den andre, men dette vil neppe være hensiktsmessig. I dag er de fire samarbeidspartene ideelt sett likestilt, men i en to-parts modell vil tyngdepunktet trolig bli for vanskelig for Nord å få innflytelse i eller drahjelp fra. Da er det bedre å være helt sammenslått.

5. Styrets høringsuttalelse

Når styret nå skal drøfte og gi sine innspill skal dette inkluderes i Helse Nords samlede tilbakemelding til prosjektets styringsgruppe som deretter går til AD-møtet. Direktøren anbefaler at spesielt usikkerheter diskuteres, jfr. punkt 2.4 og punkt 4 overfor. Dette fremkommer for så vidt også av forankringsbrevet til RHF-et, som særlig ba om tilbakemelding på to spørsmål:

- Hvordan kan de skisserte strategiske fokusområdene sikre kundefokus, samt tett og god dialog med brukerne i et nasjonalt helseforetak?
- Hvordan sikre at den tette integrasjonen og det gode samarbeidet mellom sykehusapotekene og helseforetak ivaretas også i ny modell?

Dette vil bli styrets innspill til den samlede regionale tilbakemeldingen til styringsgruppen. Direktøren har ikke fremsatt en innstilling til vedtak som foreslår uttrykkelige synspunkt, og foreslår at styret formulerer et vedtak som gir en begrunnet anbefaling til Helse Nord RHF som sin høringsuttalelse.

Sluttrapport

Utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak



Innholdsfortegnelse

Kapittel	Side
1. Oppsummering og anbefaling	3
2. Innledning	7
3. Strategiske fokusområder	14
4. Nåsituasjonsanalyse	16
5. Pågående nasjonale prosesser og føringer	33
6. Beskrivelse av nasjonal organisasjonsmodell	36
7. Evaluering av de to organisasjonsmodellene	40
8. Overordnet risikovurdering av nasjonal modell	61
9. Vedlegg	63

Oppsummering og anbefaling (1/2)

Prosjektets oppdrag var å evaluere dagens regionsvise organisering og en mulig nasjonal organisering av sykehusapotekene

Det er i dag fire regionale sykehusapotekforetak, som til sammen eier 30 sykehusapotek. De hadde i 2015 en samlet omsetning på 5 442 MNOK, og totalt 1 182 årsverk pr. juni 2016. Sykehusapotekforetakene varierer i størrelse, og drives generelt godt. De er en viktig del av spesialisthelsetjenesten ved å sikre befolkningens og sykehusenes tilgang til legemidler og viktig farmasøytisk rådgivning.

Sykehusapotekforetakene har, på et overordnet nivå, mange likhetstrekk. Men ettersom de eies og drives regionalt er det delvis betydelige ulikheter både organisatorisk, og på system og prosessnivå.

Hovedfunn fra nåsituasjonsanalysen viser at:

- Det gjøres mye arbeid i hvert foretak, blant annet knyttet til fag og kvalitetsarbeid som opplæring, prosedyrer, som i liten grad deles regionene i mellom.
- Dagens beredskapsplaner og -tiltak er i hovedsak på regions- og foretaksnivå.
- Dagens IKT-systemer er i stor grad knyttet opp mot regionenes systemporteføljer, men sykehusapotekforetakene har noen felles enkeltsystemer. Det er ulikt hvor langt regionene og de forskjellige forretningsområdene har kommet på å ta i bruk elektroniske hjelpemidler og roboter/automatisering.
- Dagens tette integrasjon og samarbeid med sykehusene, samt de respektive regionale helseforetak oppleves som godt og ansees som viktig.
- De fire foretaksadministrasjonene ivaretar, i stor grad, de samme funksjonene, men selve utførelsen og arbeidsmåten varierer noe.
- Det er ulik av produktivitet.
- Flere endringer har skjedd siden 2007. Endringene er knyttet til teknologi, tjenestene og metodene som tilbys og brukes, samt noen organisatoriske endringer knyttet til sentralisering av lagerfunksjoner og opprettelse av nasjonale utvalg og funksjoner.

Prosjektet har definert syv strategiske fokusområder for sykehusapotekene som er benyttet i evalueringen:

- 📄 **Pasientsikkerhet og kvalitet:** *Bedre pasientsikkerhet, trygg legemiddelbruk og mindre uønsket variasjon ved økt bruk av farmasifaglig kompetanse og brukermedvirkning.*
- 🏪 **Beredskap og forsyning:** *Sikre en likeverdig produksjon- og forsyningsberedskap av legemidler, samt tilgang på farmasøytiske beredskap.*
- 🔬 **Forskning og innovasjon:** *Sikre utvikling av forskning og innovasjon.*
- 👤 **Ledelse, kompetanse og arbeidsmiljø:** *Den mest attraktive arbeidsgiveren innen farmasi med en sterk faglig profil.*
- 🌱 **Etikk og ytre miljø:** *Etterleve etiske retningslinjer og bidra til miljø- og klimahensyn i hele verdikjeden.*
- 📈 **Økonomi, analyse og effektivitet:** *Bidra til god sykehusøkonomi og lave legemiddelkostnader gjennom kostnadseffektive prosesser og god styringsinformasjon.*
- 🔧 **Teknologi:** *I front på utnyttelse av teknologiske løsninger som understøtter pasientsikkerhet og sikker legemiddelbruk.*

Oppsummering og anbefaling (2/2)

Skissert nasjonal modell innebærer sentraliserte støttefunksjoner, samt desentral områdeledelse for å sikre nærhet til de lokale apotekene og sykehusene. Evalueringen av de strategiske fokusområdene og analyser av mulige gevinstområder viser:

- Et nasjonalt foretak vil føre til en effektivisering av forvaltningen. Dette gir mulighet for å takle en fremtidig vekst og økt utvikling innen flere områder med dagens antall årsverk, og dermed mer helse for pengene.
- Et nasjonalt foretak vil etablere standardiserte prosesser, felles opplæring og sikre økt kunnskapsdeling. Dette vil bidra til bedre pasientsikkerhet og mindre uønsket variasjon i tilbudet.
- Beredskap & forsyning og forskning & innovasjon er områder, hvor dagens organisering ikke underbygger et tilstrekkelig nasjonalt fokus. Det er, innen forskning og innovasjon, fragmenterte satsninger og små regionale miljøer som ikke gir en tilstrekkelig kritisk mengde.
- Innen teknologi vil et nasjonalt foretak sikre et felles løft innen investeringer, utvikling og bruk av nye teknologiske hjelpemidler.
- En nasjonalt organisering vil øke mulighetene rundt virksomhetsstyring, analyse og sammenligning på tvers. Dette vil bidra til økt effektivitet og bedre sykehusøkonomi.

Prosjektgruppen anser tidspunktet for etableringen av et nasjonalt sykehusapotekforetak som riktig. Det er politiske signaler og føringer som trekker i retning av nasjonale modeller og økt samarbeid på tvers av helseregionene i Norge.

En enstemmig prosjektgruppe anbefaler at et nasjonalt sykehusapotekforetak etableres, gitt at følgende forhold utredes i det videre arbeidet:

- Den nasjonale modellen må sikre både effektive ledelseslinjer og en lokal tilhørighet. Den nære kobling mellom sykehusapotekene og sykehusene må videreføres.
- Det må tilrettelegges for IKT-løsningene som ivaretar samhandlingen med sykehusene innenfor de regionale systemene.
- Det må sikres økonomiske rammer som muliggjør en god omstilling, samt en finansieringsmodell som muliggjør ønskede satsninger og gevinstuttak.
- Utvalgte regionale løsninger, som satsning på klinisk farmasi og samarbeidsavtalen mellom Sykehusapotek Nord og UNN om drift av radiofarmakaproduksjon ved PET-senteret, må ivaretas i ny modell.
- Det må etterstrebes en effektiv omstillingsprosess, hvor de ansatte og organisasjonene ivaretas og involveres på en god måte.
- Det må gjøres en forankring og involvering av sykehusene i behandlingsprosessen og det videre arbeidet.
- Det må sikres nødvendig re- eller omorganisering av tillitsvalgtapparat, samt reforhandling av lovfestede tariffavtaler.

Risikoanalysen viser at det bør fokuseres på tiltak som reduserer risikoene relatert til roller og ansvar, kompleksitet innen IKT, beholde ansatte, sikre videreføring av sykehusapotekenes tette samarbeid med de sykehusene og de regionale helseforetakene.

Prosjektet har utarbeidet et første utkast til mandat for en eventuell etableringsfase. Mandatet må bearbeides videre ved beslutning om å etablere et nasjonalt foretak.

Oppsummering av evalueringen pr fokusområde

Strategisk fokusområde	Dagens organisering	Nasjonalt sykehus- apotekforetak	Hovedbegrunnelse for vurderingene
Pasientsikkerhet og kvalitet			Sykehusapotekforetakene drives generelt godt i dag. Det er et høyt fokus på pasientsikkerhet og kvalitet. En nasjonal organisering vil etablere standardiserte arbeidsprosesser, lik opplæring og øke bruken av beste praksis. Det vil bli en større tyngde bak nasjonale satsninger, som eksempelvis lukket legemiddelsøyfe og endose. Samlet sett vil dette bidra til bedre pasientsikkerhet og kvalitet.
Beredskap og forsyning			Det er i dag i hovedsak etablert lokale og regionale tiltak knyttet til beredskap og forsyning. En nasjonal modell vil sikre et helhetlig nasjonalt fokus og oversikt.
Forskning og innovasjon			Det er, i dag, et tett samarbeid med sykehusene og universitetene på forskning, men de regionale miljøene er små. Det er vurdert at en nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi og et samlet fokus vil medføre økt gjennomføringskraft og synlighet.
Ledelse, kompetanse og arbeidsmiljø			Sykehusapotekforetakene er en attraktiv arbeidsgiver i dag. Det er en fare for at en nasjonal organisering medfører at medarbeidere kan miste følelsen av tilhørighet og identitet. Det kan også gi nye muligheter ved å samle fagmiljøer.
Etikk og ytre miljø	(*)		Alle de foretakene er ISO-sertifisert. Sykehusapotekforetakene følger regionale etiske retningslinjer og opplever få etiske dilemmaer. Et nasjonalt foretak muliggjør økt fokus og påvirkningskraft i flere ledd av verdikjeden i fremtiden
Økonomi, analyse og effektivitet			Det er en god økonomiforvaltning i hvert foretak. Det er etablert nasjonale samarbeidsområder. En nasjonal organisering vil effektivisere støttefunksjoner. Dette gir mulighet for å takle en fremtidig vekst og økt utvikling innen flere områder med dagens antall årsverk, og dermed mer helse for pengene.
Teknologi			Et nasjonalt foretak vil sikre et felles løft innen investeringer, utvikling og bruk av nye teknologiske hjelpemidler.

(*) Området er kun vurdert på et overordnet nivå siden etikk og miljø ikke var en del av den initiale nåsituasjonskartleggingen



Innholdsfortegnelse

Kapittel	Side
1. Oppsummering og anbefaling	3
2. Innledning	
• Bakgrunn og prosjektorganisering	
• Leveranser	
• Fremdriftsplan	7
• Prosjektmodell	
• Intervjuobjekter og prosjektaktiviteter	
• Datagrunnlag	
3. Strategiske fokusområder	14
4. Nåsituasjonsanalyse	16
5. Pågående nasjonale prosesser og føringer	33
6. Beskrivelse av nasjonal organisasjonsmodell	36
7. Evaluering av de to organisasjonsmodellene	40
8. Overordnet risikovurdering av nasjonal modell	61
9. Vedlegg	63

Bakgrunn for arbeidet og prosjektorganiseringen

Bakgrunn

- I oktober 2007 besluttet de fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene å iverksette en utredning om etablering av et felles nasjonalt selskap av sykehusapotekene. Sluttrapporten fra dette arbeidet ble ferdigstilt i desember 2007.
- Konklusjonen fra prosjektet i 2007 oppsummerte med at et nasjonalt foretak synes å være et reelt løsningsalternativ. Evalueringen synliggjorde mulige gevinster innen flere av sykehusapotekenes kjerneområder.
- I 2007 ble det ikke konkludert på en omforent anbefaling med begrunnelsen at det var nødvendig med en strategisk avklaring av sykehusapotekenes rolle.
- I 2016 valgte de fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene å ta opp arbeidet på nytt.
- I AD-møtet 13. april 2016 (sak 043-2016) ble det vedtatt at et felles sykehusapotekforetak skulle utredes av de fire regionale helseforetakene i fellesskap.
- Prosjektet har vært organisert med en styringsgruppe med representanter fra de fire regionene, samt konserntillitsvalgte, konsernverneombud og brukerrepresentant. Prosjektgruppen har bestått av representanter fra alle de fire sykehusapotekforetakene, hovedtillitsvalgte, hovedverneombud, brukerrepresentant og ekstern prosjektledelse.

Prosjektorganisering



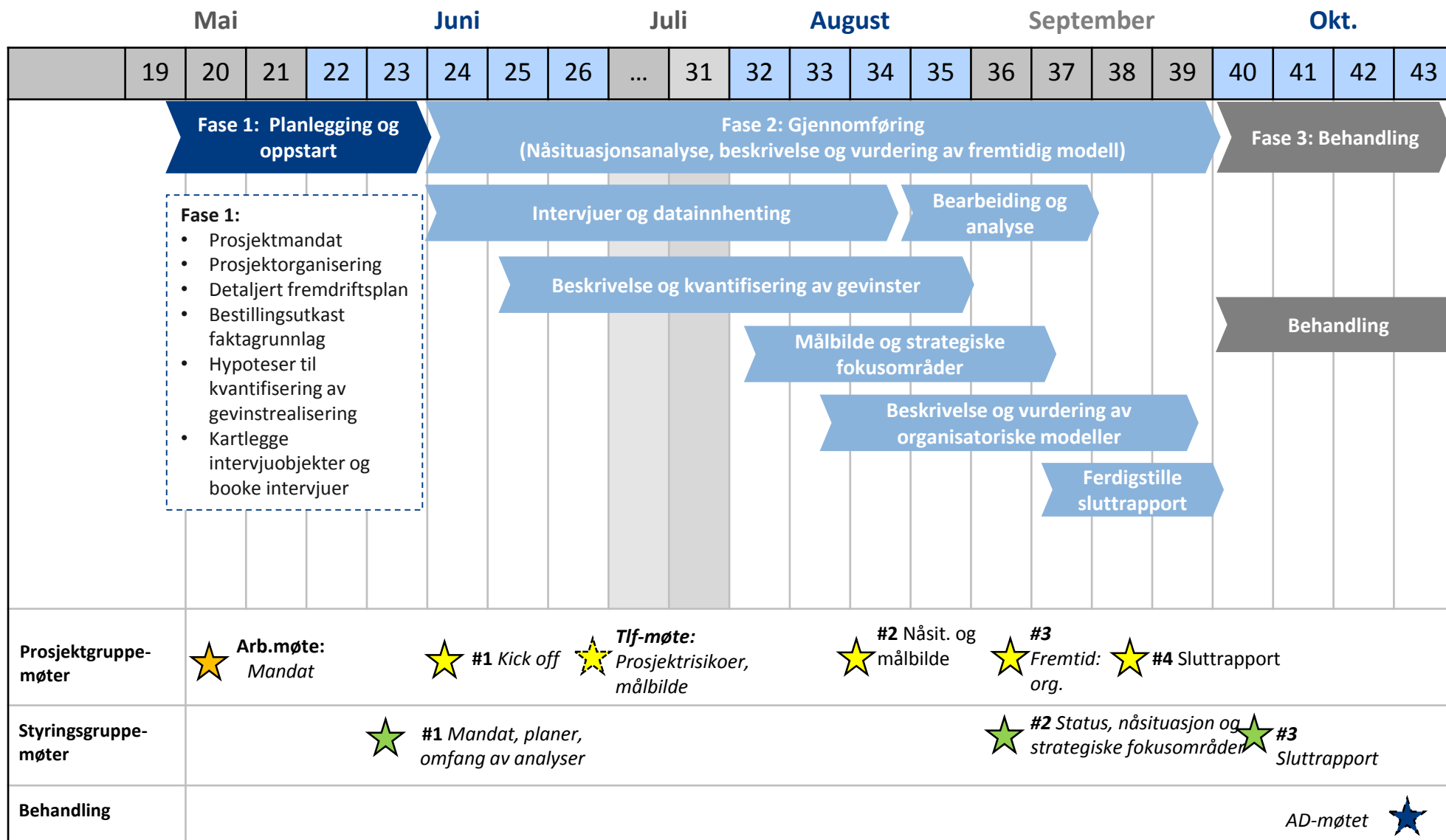
Prosjektets overordnede målsetting har vært å utrede og vurdere etablering av et nasjonal sykehusapotekforetak

Prosjektets leveranser (fra vedtatt mandat)

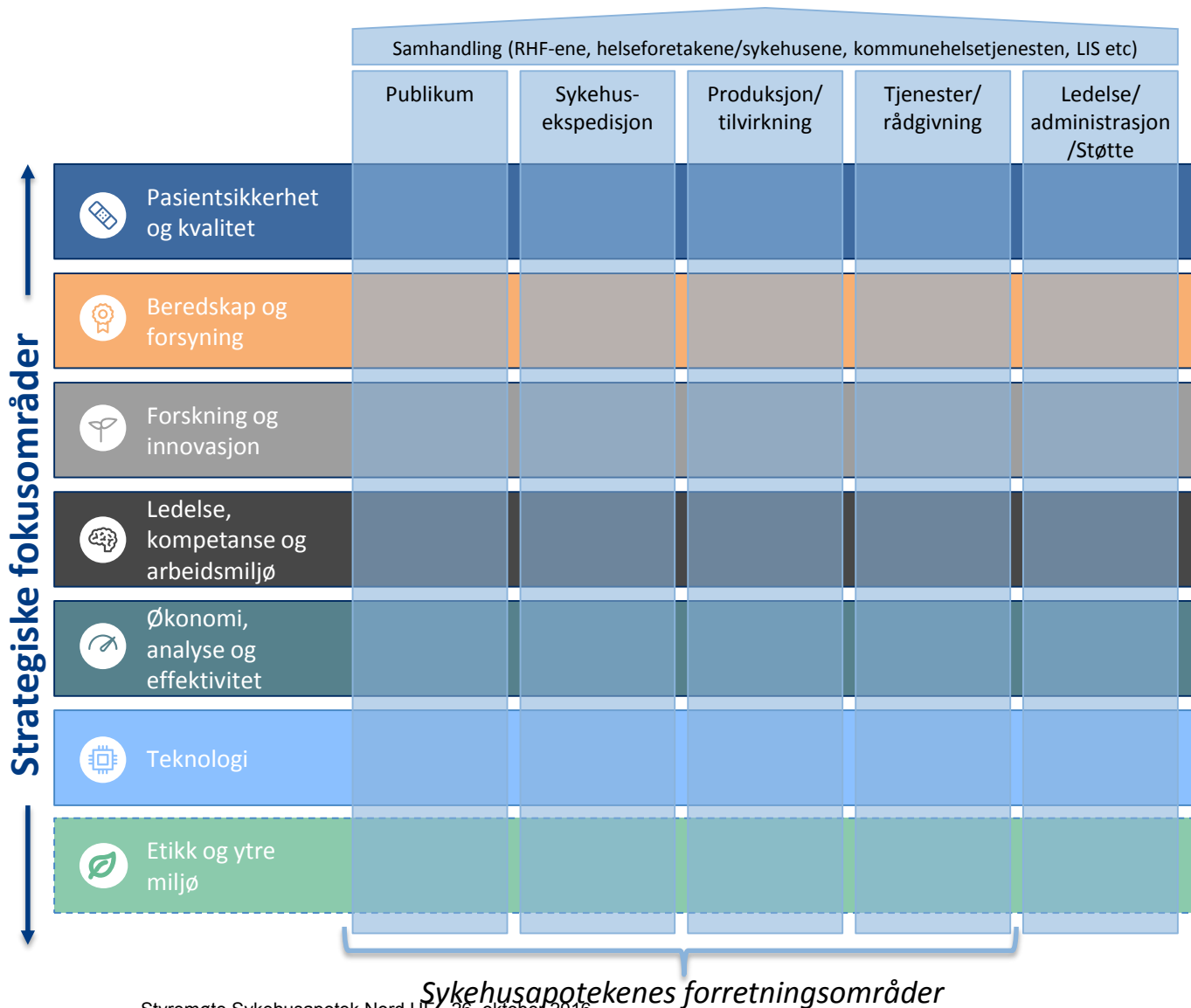
- Ta **utgangspunkt** i utredningen gjort i 2007 og beskrive endringene som har skjedd siden 2007.
- Definere et overordnet **målbilde** og **strategiske fokusområder** for sykehusapotekene.
- Overordnet beskrive pågående **nasjonale prosesser** og **føringer** som kan påvirke en fremtidig organisering av sykehusapotekene.
- Kartlegge og beskrive **dagen situasjon**, inkludert styringsmodeller, organisering, nøkkeltall og grensesnitt og samarbeid med de regionale helseforetakene, helseforetak og andre relevante samarbeidspartnere.
- Beskrive **alternativ organisering** av sykehusapotekene i Norge som et nasjonalt sykehusapotekforetak inkl. organisering og eierbrøk.
- **Evaluere de to organisasjonsmodellene** (dagen organisering og nasjonalt sykehusapotekforetak) opp mot regionale og nasjonale føringer, målbilde, strategiske fokusområder og gevinster.
- Etablere **gevinstoversikt**, herunder kvantifisere hensiktsmessige gevinster, som viser hvilke gevinster som kan realiseres i dagens situasjon og ved etablering av et nasjonalt foretak.
- **Anbefale** fremtidig organisasjonsmodell med en tilhørende overordnet risikovurdering.
- Utarbeide **mandat** for planleggingsfasen i prosjektet.

Styringsgruppen gav i første styringsgruppemøte et sett med føringer for gjennomføringen av arbeidet. Se vedlegg 1.

Prosjektet ble gjennomført i perioden fra mai til oktober 2016



Prosjektet har benyttet en helhetlig modell til å beskrive dagens situasjon, et nasjonalt sykehusapotekforetak og gevinster



Kommentarer til modellen:

- Modellene har utviklet seg gjennom prosjektperioden og har dermed ført til litt ulik oppbygning i nåsituasjonsanalysen og evalueringen.
- De strategiske fokusområdene står ikke i prioritert rekkefølge.

Nåsituasjonsanalysen:

- De fire forretningsområdene beskrevet hver for seg, og har samme oppbygning: Generelt, pasientsikkerhet & kvalitet, kompetanse og økonomi & effektivitet.
- Ledelse, analyse og arbeidsmiljø er beskrevet i delen som omhandler foretaksadministrasjonen.
- Beredskap & forsyning, Forskning & innovasjon og Teknologi er beskrevet felles for alle forretningsområdene.
- Samarbeid/integrasjon er beskrevet for seg.
- Etikk og ytre miljø er ikke beskrevet som en del av nåsituasjonsanalysen, men er benyttet på et overordnet nivå i evalueringen av de to organisasjonsmodellene.

Evalueringen av de to organisasjonsmodellene:

- De strategiske fokusområdene brukes som evalueringskriterier på tvers av forretningsområder og foretaksadministrasjon.
- Se beskrivelse av evalueringsmodell på s. 40-41.

Det er gjennomført 20 intervjuer og en IKT-workshop. I tillegg er utvalgte nøkkeltall samlet inn

Navn	Enhet	Region	Stilling	Organisasjonsnivå
Berit Berntsen	Sjukhusapoteka Vest HF	Vest	HR-/organisasjonssjef	Hovedkontor
Lene Jakobsen	–	Vest	Sykehusapoteker	Sykehusapotek
Baard Christian Schem	Helse Vest RHF	Vest	Fagdirektør	RHF
Ola Rye	Sjukhusapoteka Vest HF	Vest	Kst. adm. direktør	Hovedkontor
Jimmy Tvedt Thomsen	Sjukhusapoteka Vest HF	Vest	IT-sjef	Hovedkontor
Åse Østrem	Sykehusapotek Ålesund	Midt-Norge	Sykehusapoteker	Sykehusapotek
Eva Kvål	Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Midt-Norge	Fagdirektør	Hovedkontor
Turid V. Riset	Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Midt-Norge	Adm. direktør	Hovedkontor
Jan Erik Thoresen	Helse Midt-Norge RHF	Midt-Norge	Eierdirektør	RHF
Hans Christian Alstad	Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Midt-Norge	IKT-sjef	Hovedkontor
Espen Mælen Hauge	Sykehusapotek Nord HF	Nord	Adm. direktør	Hovedkontor
Margaret A. Antonsen	Sykehusapotek Nord HF	Nord	Fagsjef	Hovedkontor
Camilla Bjørnstad	–	Nord	Sykehusapoteker	Sykehusapotek
Rune Sundset	Helse Nord RHF	Nord	Direktør kvalitet & forskning	RHF
Stian Eilertsen	Sykehusapotek Nord HF	Nord	IT-leder	Hovedkontor
Tore Prestegard	Sykehusapotekene HF	Sør-Øst	Adm. direktør	Hovedkontor
Jan Rune Amundsen	Sykehusapotekene HF	Sør-Øst	Økonomidirektør	Hovedkontor
Malou Ørbek Nilsen	Sykehusapotekene HF	Sør-Øst	HR-direktør	Hovedkontor
Jalil Djahromi	Sykehusapotek Oslo	Sør-Øst	Sykehusapoteker	Sykehusapotek
Tore Robertsen	Helse Sør-Øst RHF	Sør-Øst	Eierdirektør	RHF
Jan Erik Augestad	Sykehusapotekene HF	Sør-Øst	IT-direktør	Hovedkontor
Rita R. Antonsen	Farmasiforbundet/YS	Alle	Foretakstillitsvalgt	
Susanne Pieper	NFF/SAN	Alle	Foretakstillitsvalgt	
Linda Baug Tjøre	Sykehusapotek Nord HF - 26. oktober 2016	Alle	Foretaks-hovedverneombud	

Prosjektet har gjennomført følgende aktiviteter i prosjektperioden:

- Gjennomført 4 fysiske heldagsmøter og 1 telefonmøte med prosjektgruppen
- Gjennomført 20 intervjuer med representanter fra ulike helseregioner, ulike organisatoriske nivåer og ulike stillinger.
- Feltbesøk/omvisning hos Sykehusapotekene i Oslo og Tromsø.
- Gjennomført IKT-workshop, hvor de fire IT-direktørene/IT-sjefene i Sykehusapotekforetakene deltok.
- Kartlagt faktainformasjon knyttet til organisasjon, økonomi samt aktivitetsinformasjon på utvalgte områder.
- Gjennomført et møte med administrerende direktør for Legemiddelinnkjøpsamarbeidet (LIS) i HINAS.

Om datagrunnlaget for de kvantitative analysene

Viktige punkter relatert til datagrunnlaget

Kilder:

- Datagrunnlaget er basert på Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk (SLS) og innrapporterte tall på omsetning og antall ansatte fra hver av regionene.
- Det er valgt å anonymisere virksomhetene på sykehusapotekapotek-nivå. Hovedformålet med analysene er å synliggjøre at det er en variasjon på tvers av regioner og sykehusapotek.

Svakheter i datagrunnlaget:

- SLS kan inneholde mangler/ulikheter som ikke avdekkes på et aggregert nivå.
- Dataene som ikke er hentet fra SLS er manuelt innrapportert. Det kan ha forekommet mangler/ulikheter i innrapporteringen.
- Regionene har ulike strukturer og delvis ulikt tjenestespekter.
 - Ulikheter mellom regionene kan medføre at nøkkeltall ikke er helt sammenlignbare.
 - Det er derfor utført noen korrigeringer på et overordnet nivå for å gjøre analyser på tvers av regionene mer sammenlignbare.
- Det gjøres oppmerksom på at regionenes ulik organisering og tjenestespekter har gjort det utfordrende å sammenligne på tvers. Variasjon som presenterer kan derfor skyldes naturlige forskjeller. Det vil derfor være noen svakheter i analysene og konklusjonene bør trekkes på overordnet nivå.

Innholdsfortegnelse

Kapittel	Side
1. Oppsummering og anbefaling	3
2. Innledning	7
3. Strategiske fokusområder	14
4. Nåsituasjonsanalyse	16
5. Pågående nasjonale prosesser og føringer	33
6. Beskrivelse av nasjonal organisasjonsmodell	36
7. Evaluering av de to organisasjonsmodellene	40
8. Overordnet risikovurdering av nasjonal modell	61
9. Vedlegg	63

Prosjektet har utarbeidet; **Strategiske fokusområder for Sykehusapotekene 2017-2022**



Innspill til overordnet målbilde *

Pasientsikkerhet og kvalitet



Bedre pasientsikkerhet, trygg legemiddelbruk og mindre uønsket variasjon ved økt bruk av farmasifaglig kompetanse og brukermedvirkning

- Hovedfokus: Standardiserte prosedyrer, fokus på helhetlig pasientforløp, samhandling på tvers av behandlingsnivå, brukermedvirkning i alle ledd og bruk av farmasifaglig kompetanse i tverrfaglige team

Beredskap og forsyning



Sikre en likeverdig produksjon- og forsyningsberedskap av legemidler, samt tilgang på farmasøytiske beredskap

- Hovedfokus: Sikre sykehusenes legemiddelforsyning (produksjon og forsyningsikkerhet), produktutvalg tilpasset helseforetakene og apotekenes brukere

Forskning og innovasjon



Sikre utvikling av forskning og innovasjon

- Hovedfokus: Egeninitiert forskning, attraktiv samarbeidspartner, fremtidsstenkende og innovativ

Ledelse, kompetanse og arbeidsmiljø



Den mest attraktive arbeidsgiveren innen farmasi med en sterk faglig profil

- Hovedfokus: Godt og involverende arbeidsmiljø, kontinuerlig ledelsesutvikling, kultur for forbedringer, målrettet kompetanseutvikling, riktig kompetanse på rett sted og til riktig tid

Etikk og ytre miljø



Etterleve etiske retningslinjer og bidra til miljø- og klimahensyn i hele verdikjeden

- Hovedfokus: Felles nasjonal strategi for samfunnsansvar, etablere nasjonale etiske retningslinjer, bidra til «grønne» sykehus og etisk handel

Økonomi, analyse og effektivitet



Bidra til god sykehusøkonomi og lave legemiddelkostnader gjennom kostnadseffektive prosesser og god styringsinformasjon

- Hovedfokus: Effektive arbeidsprosesser, styringsinformasjon og analysekompetanse som dekker sykehusenes behov, og effektive innkjøpsprosesser

Teknologi



I front på utnyttelse av teknologiske løsninger som understøtter pasientsikkerhet og sikker legemiddelbruk

- Hovedfokus: Økt digitalisering, automatisering og teknologisk understøttelse av arbeidsprosesser og økt samhandling på tvers av behandlingsnivåer og geografi

* Endelig målbilde bør defineres gjennom en bredere strategisk prosess i et nasjonalt selskap, alt. et utvidet nasjonalt samarbeid

Innholdsfortegnelse

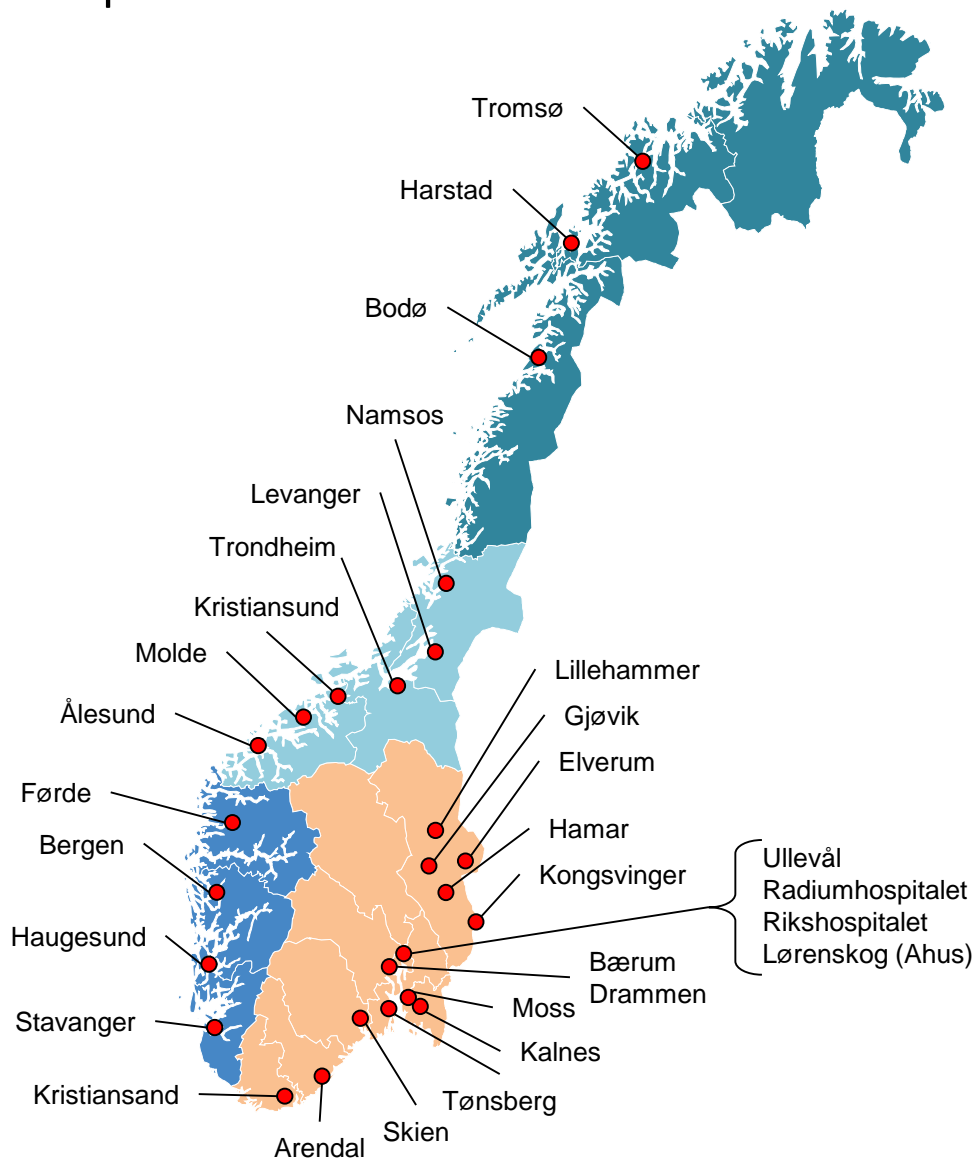
Kapittel	Side
1. Oppsummering og anbefaling	3
2. Innledning	7
3. Strategiske fokusområder	14
4. Nåsituasjonsanalyse	16
• Hovedfunn	
• Kvalitativ beskrivelse	
• Kvantitativ beskrivelse	
• Endringer siden 2007	
5. Pågående nasjonale prosesser og føringer	33
6. Beskrivelse av nasjonal organisasjonsmodell	36
7. Evaluering av de to organisasjonsmodellene	40
8. Overordnet risikovurdering av nasjonal modell	61
9. Vedlegg	63

Sykehusapotekforetakene drives godt i dag og har utviklet seg i litt ulike retninger da de eies og drives regionalt

Hovedfunn fra nåsituasjonsanalysen

- Det er i dag fire sykehusapotekforetak, en i hver helseregion, som til sammen eier 30 sykehusapotek, med en totalomsetning på 5 442MNOK i 2015 og 1 182 årsverk pr. juni 2016
 - De fire sykehusapotekforetakene varierer i størrelse, sett i antall årsverk og/eller omsetning. Det er varierende produktivitet.
- Sykehusapotekforetakene drives godt i dag. De er en viktig del av spesialisthelsetjenesten ved å sikre befolkningens og sykehusenes tilgang til legemidler og viktig farmasøytisk rådgivning.
- Sykehusapotekforetakene har, på et overordnet nivå, mange likhetstrekk. Men ettersom de eies og drives regionalt er det delvis betydelige ulikheter både organisatorisk, og på system og prosessnivå.
 - De fire sykehusapotekforetakene har hatt og har ulike strategiske fokusområder, noe som gjenspeiles i ulike satsningsområder, finansieringsmodeller, grad av kommersialisering i publikumsavdelingene og bemanning i foretaksadministrasjonene.
- Den nasjonale samhandlingen har, de siste årene, blitt forsterket gjennom flere samarbeidsfora hvor Sykehusapotekforetakene møtes.
- Det gjøres mye arbeid i hvert foretak, blant annet knyttet til fag og kvalitetsarbeid som opplæring, prosedyrer, som i liten grad deles regionene i mellom.
- Dagens beredskapsplaner- og tiltak er i hovedsak på regions- og foretaksnivå. Det etterspørres, i tillegg til de regionale planene, en mer nasjonal tilnærming og plan for legemiddelberedskap.
- Dagens IKT-systemer er i stor grad knyttet opp mot regionenes systemporteføljer, men sykehusapotekforetakene har noen felles enkeltsystemer. Det er ulikt hvor langt regionene og de forskjellige forretningsområdene har kommet på å ta i bruk elektroniske hjelpemidler og roboter/automatisering.
- Dagens tette integrasjonen og samarbeid med sykehusene og sine respektive RHF oppleves som godt og ansees som viktig.
- De fire foretaksadministrasjonene ivaretar i stor grad de samme funksjonene, men selve utførelse og arbeidsmåten varierer noe.
- Det har siden 2007 skjedd endringer knyttet til:
 - *Teknologi* ved økt bruk av teknologiske hjelpemidler og systemer.
 - *Tjenester og metode* ved satsning på nye tjenester som eksempelvis klinisk farmasi og innføring av IMM metodikk.
 - *Organisatoriske* endringer knyttet til blant annet sentralisering av lagerproduksjon, opprettelse av flere nasjonale utvalg (eksempelvis Publikumsutvalget) og funksjoner (eksempelvis Mangelsenteret og grossistadministrasjon), samt fokus på lønnsomhet i publikumsavdelingene grunnet ESA-saken.

På landsbasis er det 30* sykehusapotek fordelt på fire regioner som eies av de fire sykehusapotekforetakene

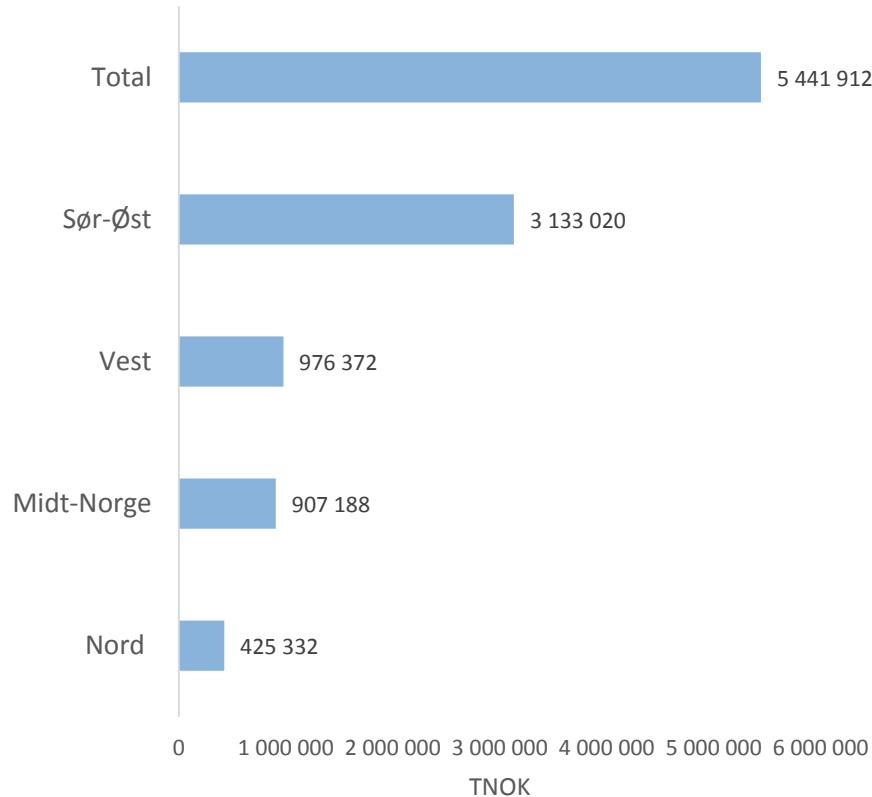


Organisering av sykehusapotekene

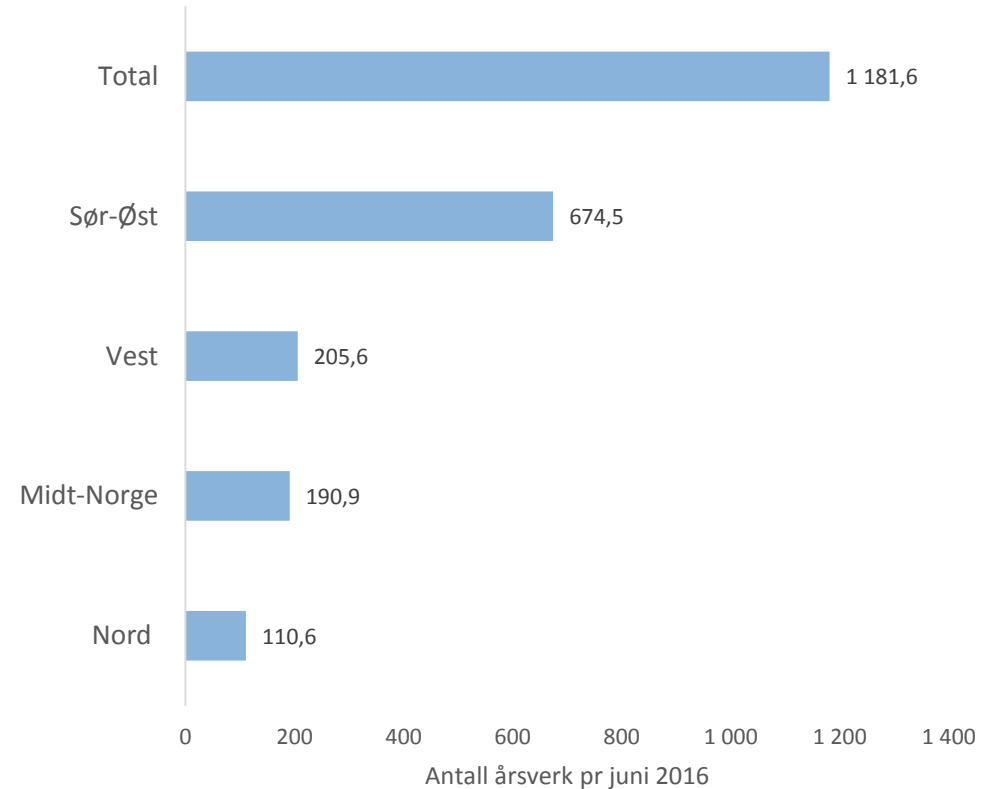
- **Sykehusapotek Nord HF** – statlig eid helseforetak under Helse Nord RHF, med sentraladministrasjon i Tromsø. Foretaket eier og styrer sykehusapotek i Tromsø, Bodø og Harstad, og samt enkelte mindre avdelinger ved sykehusene i Narvik, Lofoten, Vesterålen, Kirkenes, Mo, Sandnessjøen og Mosjøen.
- **Sykehusapotekene i Midt-Norge HF** – statlig eid helseforetak under Helse Midt-Norge RHF, med sentraladministrasjon i Trondheim. Foretaket eier og styrer seks sykehusapotek i henholdsvis Namsos, Levanger, Trondheim, Kristiansund, Molde og Ålesund.
- **Sykehusapoteka Vest HF** – statlig eid helseforetak under Helse Vest RHF, med sentraladministrasjon i Bergen. Foretaket eier og styrer sykehusapotekene i Bergen, Førde, Stavanger og Haugesund.
- **Sykehusapotekene HF** – statlig eid helseforetak under Helse Sør-Øst RHF, med sentraladministrasjon i Oslo. Foretaket eier og styrer 17 sykehusapotek.
- Organisasjonskart for hver sykehusapotekforetak ligger i vedlegg.
- Som vises på de to neste sidene varierer sykehusapotekforetakene i størrelse i omsetning og antall årsverk, både mellom regionene (totalt pr region) og mellom de lokale sykehusapotekene.

I 2015 hadde apotekforetakene totalt en omsetning på 5.441 MNOK og pt (juni 2016) til sammen 1182 årsverk

Omsetning 2015



Antall årsverk pr juni 2016*

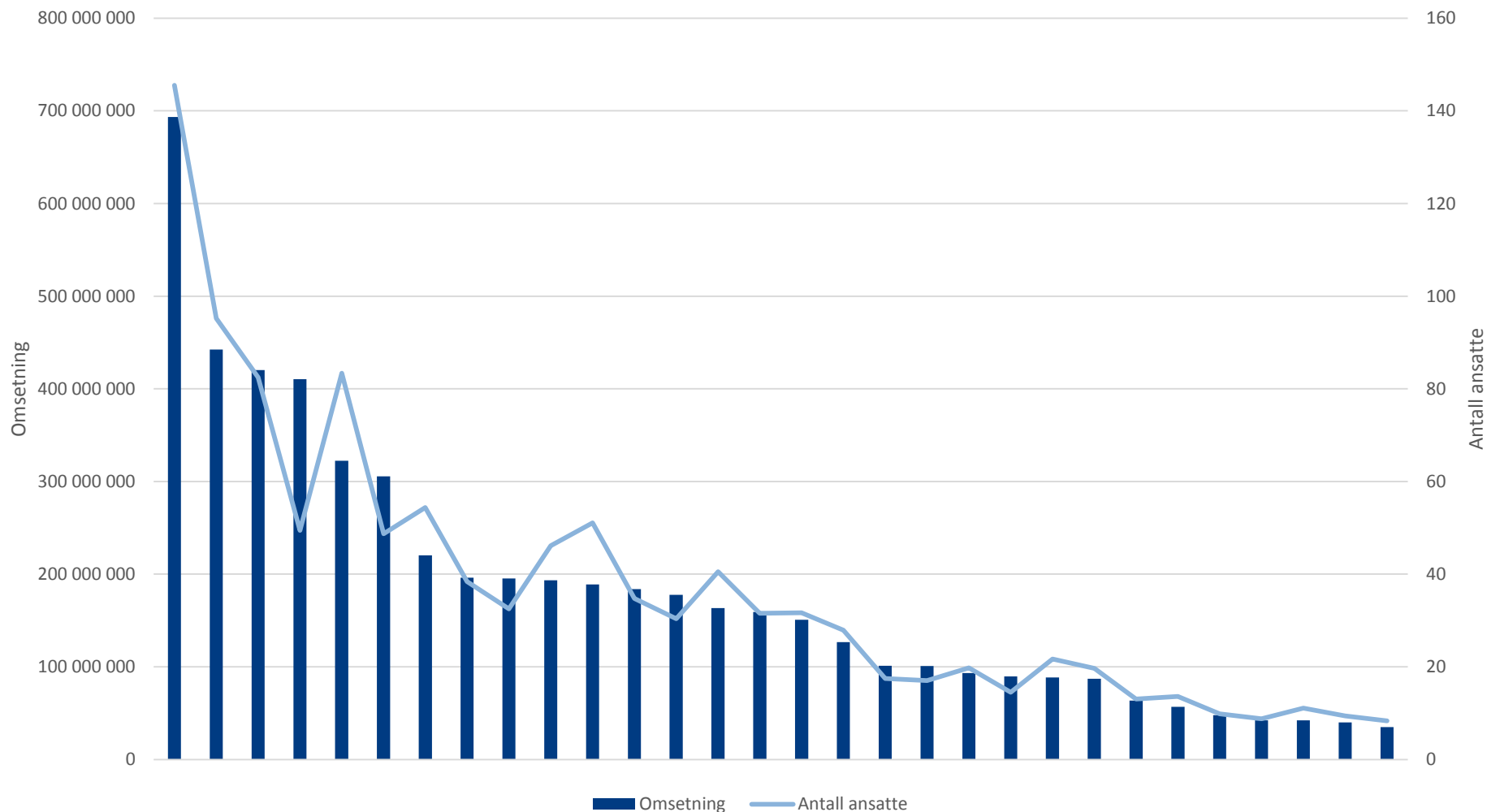


Sør-Øst: Inneholder nasjonale felles tjenester som SLS, GA, Forvaltning SA, Mangelsenter og Farmapro support + IT som er outsourcet hos de andre foretakene. Det er også ekskludert 0,35 prosjektstilling oppimot RHF. Midt: Ekskludert 1 prosjektstilling Vest: Ekskludert 4,6 prosjektstillinger og 0,6 tillitsvalgapparat

*Antall årsverk 31.12.2015 og pr juni 2016 er tilnærmet lik.

Kilde: Innrapporterte tall fra økonomiavdelingene i foretakene

Omsetning 2015 og årsverk pr juni 2016 per sykehusapotek



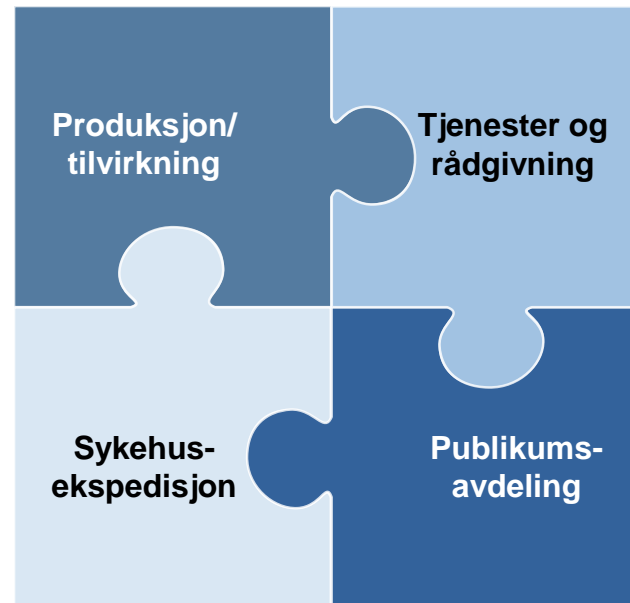
Sykehusapotekene består av 4 forretningsområder som er ytterligere beskrevet på de neste sidene

Produksjon/ tilvirkning

Sykehusapotekforetakenes produksjonsavdelinger tilvirker legemiddel, iht. apotekenes leveringsplikt, som ikke er tilgjengelig i markedet, eller som har kort holdbarhet. Produksjonsavdelingen produserer legemidler som leveres til sykehusene, publikumsutsalget og private sykehus. Det skilles mellom lagerproduksjon (steril/ikke steril) og annen pasientspesifikk produksjon.

Sykehusekspedisjon

Sykehusekspedisjonen står for forsyning av legemidler og andre apotekvarer til sykehusene. Den sørger for at legemidler som trengs i behandling til enhver tid er tilgjengelig på sykehusene, samt rådgivning for bruk av legemiddele som selges til sykehuset. Sykehusekspedisjonen ivaretar også funksjoner som apotekstyrt legemiddellager, bidrag til legemiddelkomiteene på sykehus, bidrar i LIS*-arbeid, samt leverer kompetansen til utviklingsprosjekter



Tjenester og rådgivning




Det skilles mellom generell farmasøytisk rådgivning og klinisk farmasi. De kliniske farmasøytene inngår i tverrfaglige team på sykehusene for å sikre optimal legemiddelbehandling av den enkelte pasient. Tjenester og rådgivning inkluderer legemiddelgjennomganger, samstemming av legemiddellister, tilsynsvirksomhet, opplæring, samt leverer kompetanse til utviklingsprosjekter. Tjenester og rådgivning leveres i hovedsak til sykehusene, men også til en viss grad til kommunene.

Publikumsavdeling

Publikumsavdelingen er et apotekutsalg som er åpent for alle kunder, pasienter og pårørende, og er lokalisert på sykehusene. Avdelingen gir informasjon og råd til publikum om deres legemidler slik at de er i stand til å mestre legemiddelbehandlingen. Avdelingen er en integrerte del av spesialisthelsetjenesten og pasientforløpet gjennom å sørge for at pasienter ikke får brudd i sin legemiddelbehandling når de forlater sykehuset.





Det stor grad av ulike prosedyrer innen produksjon siden disse avhenger av produksjonslokalene. Området mangler elektroniske støttesystemer

Dagens situasjon	
<p>Generelt</p>	<p>Alle sykehusapotekapotek, men unntak av noen få, har produksjonsavdelinger. Omfanget av legemiddelproduksjonen varierer fra sykehus til sykehus, men produktene som produseres er i stor grad like. Lagerproduksjon er sentralisert til to lokasjoner i Norge, Oslo og Bergen. Valg av organisering og plassering er basert på beredskapsbehov, holdbarhet og effektivitet. Utover produksjonen som leveres til sykehusene, produseres også legemidler som selges til reseptkunder, andre apotek, helseinstitusjoner og grossister i Norge. Produksjonen er en helt avgjørende del av behandlingen av inneliggende pasienter. Alle sykehus har behov for å utføre tilberedninger ute på post av preparater som må tilberedes umiddelbart før bruk, eller som på grunn av holdbarhet ikke kan bestilles bruksferdig fra apoteket.</p>
<p> Pasientsikkerhet og kvalitet</p>	<p>All produksjon som utføres av sykehusapotekene skjer i henhold til europeisk GMP-regelverk, nasjonale lover og forskrifter. Lokale forhold gjør likevel at produksjon gjennomføres på ulik både mellom regionene, men også i en viss grad innad i regionene. Hoveddelen av prosesser og kontrollpunkter gjøres manuelt av teknikere eller farmasøyter. Det er i dag ulike kvalitetssystem innenfor hver av regionene, hvor detaljerte prosesser og prosedyrer i stor grad er skreddersydd til hvert produksjonssted. Dette skyldes delvis ulik tolkning av nasjonale standarder og behov for lokale løsninger. Pasientspesifikk produksjon spiller en sentral rolle i pasientbehandlingen på det enkelte sykehus. Mindre deler av produksjonen bestilles gjennom elektroniske bestillingssystemer, mens majoriteten bestilles fremdeles gjennom telefon/faks. Det er en oppfattelse av at det mangler elektroniske bestillings- og støttesystemer på dette området.</p>
<p> Ledelse*, kompetanse og arbeidsmiljø*</p>	<p>Hver enkel region har egen opplæring for produksjon. F.eks. har de i Helse Sør-Øst er det utviklet et eget produksjonsakademi for apotekteknikere, som delvis benyttes av andre regioner ved ledig kapasitet. Det er i varierende grad av dokumenterte kompetanseplaner/kompetansekrav til ansatte. Arbeidet rundt opplæring er svært ressurs- og tidskrevende. Produksjonskompetanse er kritisk i farmasi-Norge i dag. Det ansees som viktig å opprettholde kompetansen både nasjonalt og lokalt.</p>
<p> Økonomi, analyse* og effektivitet</p>	<p>Det er ulike finansieringsmodeller for produksjon, som f.eks. basisfinansiering i Vest. Produksjon gjennomføres til selvkost (dvs. skalafordeler mht. pris pr enhet). Lagerproduksjon har redusert omfang de siste årene. Kostnadsdekning opprettholdes gjennom prisøkninger. Det er ulike priser for legemidlene i hver av regionene grunnet forskjeller i prismodell og kostnadsstrukturer. Dagens organisering innenfor produksjon oppleves som effektiv, men allikevel påpekes det at en større samordning av flere typer produksjon kunne vært mer effektivt.</p>






Tjenester og rådgivning ansees som et lite, men strategisk viktig området for sykehusapotekforetakene

Dagens situasjon	
Generelt	Sykehusapotekforetakene i Norge tilbyr mange av de samme tjenestene til sykehus, og til en begrenset grad til kommuner, innen tjenester og rådgivning, f.eks. legemiddelgjennomganger, samstemming av legemiddellister, tilsynsvirksomhet og opplæring. Sykehusapotekforetakene driver med klinisk farmasi gjennom deltakelse i tverrfaglige team på sykehus. Det har blitt et større fokus på klinisk farmasi de siste årene. Dette ansees som et svært viktig satsningsområde for å bedre pasientsikkerheten. Tjenester og rådgivning foregår tett på de lokale sykehusene og etterspørselen etter disse tjenestene styres i stor grad av sykehusene. Det oppleves tidvis som krevende å bemanne etter etterspørselen siden den varierer (spesielt for sykehusapotekforetakene med en timesbasert prismodell).
 Pasientsikkerhet og kvalitet	IMM-metodikken** brukes i hele landet innen klinisk farmasi, men regionene utarbeider egne prosedyrer og opplæring basert på dette. De kliniske farmasøytene bruker både sykehusenes og sykehusapotekforetakenes kvalitetssystemer. Det er varierende samarbeid mellom sykehusapotekene innad og mellom regioner. Noen regioner anser at samarbeidet på dette området er godt. Klinisk farmasi og rådgivning ansees som en av de viktigste tiltakene for å sikre riktig legemiddelbruk og bedre pasientsikkerheten, men utfordringen ligger i å få sykehusene til å ta i bruk tjenesten.
 Ledelse*, kompetanse og arbeidsmiljø*	Det er utarbeidet en nasjonal kompetanseplan for kliniske farmasøytter, men regionene bygger i stor grad opp eget opplæringsopplegg, sender farmasøytter på etterutdanning på universitet (f.eks. hos UiT eller NTNU) eller kjøper opplæring hos andre sykehusapotekforetak. Miljøet innen tjenester og rådgivning ansees i dag som lite, men er i vekst og ansees som strategisk viktig for sykehusapotekforetakene.
 Økonomi, analyse* og effektivitet	Det benyttes i dag ulike prismodeller i regionene. Alle regionene har timesbasert prising av farmasøytisk rådgivning. Når det gjelder klinisk farmasi er det todelt: Midt-Norge og snart Nord har rammefinansiering fra RHF-et til å dekke et bestemt antall årsverk med kliniske farmasøytter, mens Vest og Sør-Øst har timesbasert prising. Midt-Norge og Nord har jobbet hardt for å få innført rammefinansiering av klinisk farmasi i sine regioner. Det er ulik oppfatning og erfaring ved de to finansieringsmodellene: Regionene som benytter rammefinansiering oppfatter at denne finansieringsformen er avgjørende for å få sykehusene til å bruke klinisk farmasi siden sykehusene kan velge bort farmasi ved behov for å kutte kostnader. Timesbasert prising oppfattes som en modell som gir bedre insentiver til utvikling av tjenester og kvalitet gjennom høyere krav fra «kunde». Det er mangel på IKT og andre kliniske støtteverktøy både for å kunne bedre pasientsikkerheten og øke effektiviteten.






Det er et ulikt strategisk fokus mellom de 4 regionene på publikumsavdelingene som blant annet gjenspeiles i ulikt fokus på mersalg og salg av handelsvarer

Dagens situasjon	
<p>Generelt</p>	<p>Det finnes i dag 30 publikumsutsalgs i Norge (17 SØ, 4 V, 3 N og 6 MN. De privateide sykehusapotekene ved Lovisenberg sykehus og Diakonhjemmet er ikke eid av de fire RHF-ene. Apotekene selger alle etterspurte legemidler (inkl. apotekproduserte legemidler til kundegrupper med spesielle behov) og handelsvarer. Sortimentet som hvert apotek fører varierer fra apotek til apotek, avhengig av hva sykehuset og lokal administrasjon ønsker og behov. Publikumsavdelingen ble i 2014 pålagt krav til lønnsomhet (etter en kjennelse fra ESA). Pålegget har medført behov for separate regnskap, større fokus på handelsvarer og ombygging av flere apotek. Publikumsavdelingene har et utstrakt nasjonalt samarbeid gjennom et publikumsutvalg som er et strategisk samarbeid for å sikre omforent vei videre. Områder som diskuteres er varesortiment, kampanjer etc. Sykehusapotekene står likevel fritt til å velge eget sortiment. Det er forskjeller mellom regionene, ift. strategisk fokus og ønske om å drive med mersalg og salg andre apotekvarer enn legemidler (handelsvarer), i apotekene.</p>
<p> Pasientsikkerhet og kvalitet</p>	<p>Prosedyrer blir i dag utviklet i hver av regionene og regionene bruker ulike kvalitetssystemer. Det er i samarbeid med grossist etablert felles tematiske fagkort til utdeling i apotekene. Felles internettside for alle sykehusapotek med temasider innen Helse og Velvære lanseres høsten 2016. Regionenes brukerutvalg gir innspill til utforming av publikumsavdelingene, brosjyremateriell og sortiment av apotekets handelsvarer.</p>
<p> Ledelse*, kompetanse og arbeidsmiljø*</p>	<p>Regionene har i varierende grad egne kompetanseplaner, opplæring og lederutvikling innen publikumsavdelingene. Kompetanseutvikling og opplæring på nye legemidler skjer gjennom Apokus (i regi av Apotekforeningen), som er et nettbasert kompetanse og utviklingscenter. Apokus benyttes av alle apotek i hele Norge (også private apotek). Sykehusapotekene er representert i utvalg som videreutvikler tilbudet i Apokus.</p>
<p> Økonomi, analyse* og effektivitet</p>	<p>Alle sykehusapotekforetakene har egne regnskaper og krav til lønnsomhet i publikumsavdelingen. I kjølvannet av ESA-saken har det bli gjennomført store endringer for å tilrettelegge for økt mersalg og lønnsomhet. Valg av sortiment, priser, profilering etc er opp til hvert enkelt foretak, men publikumsutvalget kommer opp med føringer/anbefalinger. Det er spesielt forskjeller innenfor pris og valg av sortiment for handelsvarer. Prisene for reseptbelagte legemidler følger apotekenes avansemodell** og er dermed likt i alle sykehusapotekene.</p> <p>Grossistadministrasjonen, som er en nasjonalt fellestjeneste lokalisert i Oslo, arbeider blant annet med å sikre at sykehusapotekene får lik innkjøpspris på legemidler, gjennom en felles avtale med grossist.</p> <p>Alle apotekene benytter bransjesystemene FarmaPro (til ordre, lager, faktura, innkjøp), men har ellers ulike støttesystemer. Enkelte apotek har plukkroboter som de anser har ført til bedre effektivitet (bla. gjennom mindre behov for manuell dobbeltkontroll og raskt plukk). Det gjøres lite sammenligning av apotekene på nasjonalt nivå, Sør-Øst ligger lengst fremme ved å ta i bruk SLS*** som styringsinformasjon til publikumsutvalgene. SLS er ikke tilstrekkelig implementert nasjonalt og det er ulik grad av kompetanse på SLS i regionene.</p>

Styremøte Sykehusapotek Nord HF - 26. oktober 2016



Legemiddelhåndtering i sykehusekspedisjon er i ulik grad automatisert. Det har blitt et økt behov for rådgivning i tillegg til ren legemiddelforsyning de siste årene

Dagens situasjon	
Generelt	Sykehusekspedisjonen forsyner alle landets sykehus, bortsett fra sykehusene i Finnmark, Helgeland og Tynset. Avdelingene har valgt ulike former for løsninger for å effektivisere logistikken rundt legemiddelforsyning til sykehusene. Flere av ekspedisjonene har valgt lagerroboter, mens andre har endose-maskiner eller andre løsninger og hjelpemidler. Ekspedisjonen leverer også rådgivning med produktene som selges til sykehuset. Flere av sykehusekspedisjonene tilbyr «Apotekstyrt legemiddellager» (ASL), hvor apoteket har totalansvaret for påfylling av legemidler på sykehuslagrene. Det nasjonale innkjøpssamarbeid (LIS**) utformer anbud og forhandler priser på vegne av sykehusene, men foretakene velger selv legemidler og inngår avtaler. Hvilke produkter som kjøpes inn avhenger av hva sykehusene (helseforetakene), gjennom sine legemiddelkomiteer (for de sykehusene som har det), ønsker. Dette gjør oppfølgingen krevende for sykehusapotekene og LIS-organisasjonen. Sykehusekspedisjonen ivaretar en viktig rolle i legemiddelberedskapene til sykehusene (beredskap beskrives ytterligere på side 25).
 Pasientsikkerhet og kvalitet	Prosedyrer er tett knyttet opp mot de tekniske løsningen som velges (både for bestilling og for plukk) og hvilke kvalitetssystem som benyttes, og varierer dermed både mellom og innad i regionene. Det har blitt et økt fokus på «lukket legemiddelslyffe» (LLS) de siste årene, noe som innebærer at hvert legemiddel skal være sporbart og koblet til den enkelte pasient. Det varierer hvor langt regionene har kommet med LLS. En del av LLS er bruk av endose. Endose-produksjon er i hovedsak sentralisert til sykehusapoteket i Skien, med unntak av Trondheim, Kalnes og Ahus som produserer egne. Kapasiteten ansees ikke som tilstrekkelig ved en eventuell overgang til endose på landsbasis. Gode tekniske løsninger og hjelpemidler (som plukkroboter og elektronisk bestilling) bidrar til økt kvalitet og pasientsikkerhet.
 Ledelse*, kompetanse og arbeidsmiljø*	Det er varierende grad av kompetanseutviklingsplaner innenfor sykehusekspedisjon og opplæring er i stor grad knyttet til de tekniske løsningene og gjøres lokalt. Enkelte har egen opplæring knyttet til apotekstyrt legemiddellager. Sykehusekspedisjonen har merket et økt behov for farmasøytisk rådgivning til sykehusene og mer kompetansehevingsaktiviteter innen dette etterspørres da det i liten grad tilbys i dag.
 Økonomi, analyse* og effektivitet	Bestilling av legemidler fra sykehusene til ekspedisjonen er, i flere av regionene, i stor grad automatisert, men regionene har ulike systemer (TønSys og Delta). De elektroniske bestillingssystemene har bedret pasientsikkerheten og effektiviteten i regionene. Det er et høyt fokus på effektivitet innen logistikk. Sykehusapotekene opplever at LIS er til god hjelp for å forhandle priser, men at det allikevel brukes mye tid og ressurser for å håndtere LIS-legemidlene i hvert apotek. Det er ulike finansieringsmodeller og gevinstdelingsmodeller som brukes i regionene. Gevinstdelingsmodellene innebærer en fordeling mellom sykehusene og sykehusapotekforetakene av LIS-rabatten.



Det etterspørres en mer nasjonal tilnærming og plan for legemiddelberedskap i tillegg til de regionale planene. Aktiviteten innen forskning og innovasjon er generelt lav

Dagens situasjon



Beredskap og forsyning

Befolkningen og sykehusene må sikres tilgang til viktige legemidler både i normalsituasjoner, ved større ulykker, katastrofer og kriser, samt ved langvarig forsyningsvikt av enkelte legemidler. Legemiddelmangel og beredskap får et stadig større fokus. De regionale helseforetakene overtok fra 1. januar 2015 ansvaret for beredskapssikringen av legemidler som benyttes i spesialisthelsetjenesten. Sykehusapotekforetakene operasjonaliserer dette ansvaret og det oppleves at dette fungerer godt. Tett samhandling med sykehusene trekkes frem som spesielt viktig innen beredskap. I juni 2015 ble det laget en rapport om «Nasjonal legemiddelberedskap for spesialisthelsetjenesten» i regi av de fire regionale helseforetakene. Rapporten anbefalte flere tiltak. Disse er delvis implementert

En av tiltakene som er implementert er en nasjonal legemiddelovervåkingstjeneste (kalt Mangelsenteret) i Oslo som alle sykehusapotekene er koblet til og opplever at fungerer bra. Det jobbes med å etablere en regional legemiddelkomite i Nord, med informasjon fra Mangelsenteret, som blant annet vil ha beredskapsansvar. For beredskap av legemidler som må produseres fungerer det enkelte sykehusapotek som beredskapsenhet. I Nord er store geografiske avstander en utfordring da det kun er tre sykehusapotek med mulighet til produksjon. Både Legemiddelmeldingen og rapporten: Nasjonal legemiddelberedskap for spesialisthelsetjenesten understreker viktigheten av å opprettholde muligheter for produksjon innen landets grenser. Det meste av legemidler til bruk i spesialisthelsetjenesten er beredskapslagret på sykehusapotekene eller i det nasjonale beredskapslageret for legemidler til bruk i spesialisthelsetjenesten som ble overført fra Helsedirektoratet til RHF-ene 1. jan 2015. I praksis fungerer dette ved at sykehuset og sykehusapoteket avtaler hvilke legemidler sykehusapoteket øker sitt lager utover normal lagerstørrelse. Noen sykehus har i tillegg noe legemidler beredskapslagret i egne lagre. Det er det enkelte sykehus som har ansvaret for beredskap (også for legemidler). Sykehusapotekene har avtaler med de fleste sykehusene for å håndtere dette. Det finnes i dag ikke en helhetlig nasjonal helhetlig beredskapsplan for legemidler i spesialisthelsetjenesten. Dette etterspørres. Dagens beredskapstiltak og planer er i hovedsak på RHF og HF nivå.



Forskning og innovasjon

Aktiviteten innen forskning og innovasjon er varierende mellom regionene. Helseregionene har ulike forskningsstrategier som sykehusapotekforetakene i varierende grad er en del av. Det er lite forskning på eksempelvis produksjon, mer innen klinisk farmasi. Noen av sykehusapotekforetakene har tilknyttet seg PHD-studenter og masterstudenter, noen har såkalt D-stillinger og noen har forskningssamarbeid med Universitet. Administrering av forskning og innovasjon er tidkrevende og f.eks. Nord påpeker at det er vanskelig når de er så små, men belyser at de får midler til forskningsadministrasjon fra sitt RHF nå. De regionale helseforetakene har forskningsmidler som helseforetakene kan søke om, men det varierer hvor aktive sykehusapotekforetakene er på å søke om disse. I tillegg kan sykehusapotekforetakene søke forskningsmidler gjennom andre kanaler (eks. stiftelser og fond), men mottar midler i varierende grad. I Sør-Øst dekker sykehusapotekforetaket det meste av forskning og innovasjon selv.

Forskning foregår i stor grad i klinikkene og med pasienter som sykehusene er ansvarlig for. Sykehusapotekene er i disse forskningsprosjektene en bidragsyter og dermed avhengig av å ha gode relasjoner til det lokale sykehuset. I Midt gjøres det også forskningsprosjekter i samarbeid med Sintef. Aktiviteten innen innovasjon er generelt sett lav.

Dagens IT-systemer er i stor grad knyttet opp mot regionenes systemportefølje



Dagens situasjon

IT-strategi	IT-strategisk har foretakene utviklet seg ulikt ettersom hver region har ulike strategier og sykehusapotekene er sterkt integrert med resten av regionen. Dagens IT-struktur er tilpasset dagens organisering og det er lite strategisk nasjonal samkjøring på systemsiden. I dag driftes systemene i stor grad av de regionale IKT-selskapene, se oversikt side 28. Dagens driftig og systemportefølje ansees som sårbar i noen av regionene og tidvis avhengig av enkeltpersoner.				
Systemarkitektur	Systemporteføljen til sykehusapotekforetakene varierer i stor grad fra foretak til foretak. Dette skyldes i hovedsak at foretakene har valgt å gå for ulike løsninger og/eller at valg av løsning til en viss grad er tilpasset systemarkitektur i resten av regionene. Regionene står foran store investeringer i IKT på apoteksiden. Bransjesystemet FarmaPro er dagens OLF-system (Ordre, lager, faktura, innkjøp) som benyttes av alle apoteker i Norge, private og sykehusapotek. Systemet skal byttes ut i perioden 2019 - 2021, og det arbeides med å komme opp med alternativer. Det er to forskjellige bestillingssystemer, som brukes innenfor sykehusekspedisjon, som er utbredt i sykehusapotek Norge, Delta og Tønssys. Nord, Vest og deler av Sør-øst benytter Tønssys mens resterende del av Sør-øst og Midt-Norge benytter Delta. Som kurveløsning benytter Sør-øst og Nord (fra 2017) Metavision, Vest har Meona (mulig også for å håndtere bestilling av cytostatika) og Midt-Norge har pågående prosess rundt anskaffelse av elektronisk kurveløsning. Kurveløsningene er sykehusenes grensesnitt inn i mot systemporteføljen til sykehusapotekene. Det er i dag fire ulike ERP-løsninger, men det er pågående prosjekter i alle regioner for vurdering rundt valg av ERP-system ved bortfallet av funksjoner som p.t. finnes i FarmaPro. I den forbindelse vurderes også nasjonalt ERP-system for sykehusapotekene.				
Integrasjon med RHFet	Vest, Midt-Norge og Nord er sterkt integrert i det regionale foretaket gjennom driften av IT/IKT og er underlagt strategier og policyer som regionen har satt i forhold til IKT sikkerhet, prosjektportefølje og risikostyring. Sykehusapotekene Sør-øst har egne strategier, policyer og driftsorganisasjon, men er som de tre andre systemmessig integrert hvor det er direkte grensesnitt til sykehuset. Dette gjelder i hovedsak kurveløsninger og ERP.				
Nasjonale samarbeid	Nasjonalt IKT-forum for de fire sykehusapotekforetakene ble etablert våren 2016 med deltakere fra hver av regionene. Hensikt med forumet er å samordne og evt. samkjøre behov og tiltak på IT-siden. Det nasjonale prosjektet «Forprosjektet for systemstøtte for legemiddelkjeden og sykehusapotekene» gjennomføres for å sikre en omforent forståelse av dagens situasjon, fremtidig mål bilde for sykehusapotekene og områder for nasjonalt samarbeid. I det nasjonale prosjekter er det både representanter fra alle de fire sykehusapotekforetakene, HEMIT, Helse Vest IKT og Nasjonal IKT.				
Drift og utviklingskostnader	IT Driftskostnader IT Utviklingskostnader* <small>Styremøte Sykehusapotek Nord HF - 26. oktober 2016</small>	Sør-øst 17 856 779 7 886 437	Vest 14 518 008 2 000 000	Midt-Norge 10 055 000 1 000 000	Nord 3 915 000 0

* Oppgitte utviklingskostnadene er basert på årets budsjetter og vil variere fra år til år avhengig av hva som er på planene innen IKT. 119

Foretaksadministrasjonene ivaretar i stor grad de samme funksjonene, men selve utførelse og systemene er tett knyttet opp mot helseregionene

Dagens situasjon	
Generelt	<p>Foretaksadministrasjonene varierer i størrelse, oppbygning og inndeling av årsverk, samt grad av produktivitet som vist på de neste to sidene. Det er flere grunner til dette, noe som utypes mer på de neste sidene. Administrasjonene på foretaksnivå ivaretar i stor grad de samme funksjonene, men selve utførelse og arbeidsmåten varierer noe. Organisasjonskartene som viser foretaksadministrasjonenes oppbygning ligger i vedlegg 3). Tre av fire foretak har med alle apotekerne i ledergruppene og avstanden fra apotek til administrasjonen oppleves som veldig kort. Det ble gitt noen tilbakemeldingene på at regionenes administrasjoner oppleves som store, samt stilt spørsmål til faktisk verdi i ytterste ledd.</p> <p>De administrative støttesystemene er i stor grad knyttet opp mot den enkelte helseregion.</p>
Økonomi og analyse	<p>Sykehusapotekforetakene har alle egne økonomiavdelinger. Hvert enkelt foretak har utviklet egne rapporter som benyttes (Økonomirapporter, salgsrapporter, etc). I alle regioner er regnskapsføringen og lønn outsourcet. Nord, Midt-Norge og Vest kjøper regnskapstjenester internt i regionen, mens Sør-Øst kjøper tjenesten av en privat aktør. Vest og Sør-Øst har mer analysekapasitet som gir større muligheter innenfor strukturert styring og støtte til de lokale apotekene. Nord og Midt-Norge savner dette. Sør-Øst drifter to felles tjenester (som finansieres av alle de 4 Sykehusapotekforetakene): Grossistadministrasjonen og Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk (SLS). SLS benyttes av alle regionene, men i varierende grad da det er ulik grad av kompetanse på SLS i regionene. SLS oppleves som verdiskapende, men det påpekes at det er et potensiale som bør utnyttes i større grad enn det gjøres i dag.</p>
Arbeidsmiljø	<p>Alle foretak bortsett fra Nord har egen HR-direktør. De lokale apotekene håndterer i hovedsak personalsaker og rekruttering selv, men med bistand fra HR i foretaksadministrasjonen. I Nord håndteres personalsaker av apoteker eller administrerende direktør. Hver enkel region har egne systemer og opplegg rundt ledelsesutvikling, lederstøtte og rekruttering. F.eks. har Vest tilgang til stor HR-systemportefølje gjennom helse Vest. Flesteparten av apotekene opplever det som enkelt å ansatte kvalifisert arbeidskraft, men det kan være mer krevende i enkelte områder, spesielt i Nord. Det er tillitsvalgte både for farmasøyter og apoteketeknikere på det enkelte sykehusapotek og hovedtillitsvalgte på foretaksnivå. Disse arbeider for å sikre at medlemmene har trygge arbeidsforhold og ivareta deres faglige, økonomiske og sosiale interesser. Lønnsforhandlinger gjennomføres innenfor hver av foretakene. Dette oppleves som tidskrevende både for tillitsvalgte og ledelse. Alle sykehusapotekforetakene jobber systematisk med HMS og har verneombud både på det enkelte sykehusapotek og foretaksnivå. FHVO har og et godt samarbeid med KHVO i Helse Foretakene. Verneombudet ivaretar arbeidstakerens interesser i saker som angår arbeidsmiljøet, og er sentrale personer i forebyggende arbeid på arbeidsplassen. Arbeidsmiljøloven med tilhørende forskrifter setter rammene for oppgavene til verneombudet. Sykehusapotekforetakene scorer generelt høyt på medarbeiderundersøkelser.</p>
Fag og kvalitet	<p>Fag og kvalitet er i stor grad beskrevet pr forretningsområde, s. 21-24. Fag og kvalitet håndteres både innenfor administrasjonen og på hvert enkelt apotek. Alle foretaksadministrasjonene har flere som jobber innen dette område, som vist i oversikten over årsverk i foretaksadministrasjonen på s. 28. Samarbeidet rundt prosedyrer og prosesser varierer fra forretningsområde til forretningsområde (er mer beskrevet pr forretningsområde). Sykehusapotekforetakene har i dag ulike kvalitetssystemer, noe som vanskeliggjør standardisering av arbeidsprosesser og prosedyrer på tvers av regionene. Regionene opplever dette som et område hvor det er knapt med ressurser og hvor det er et stort potensiale.</p>

Utformingen av administrasjonen avhenger av regionens størrelse og organisering

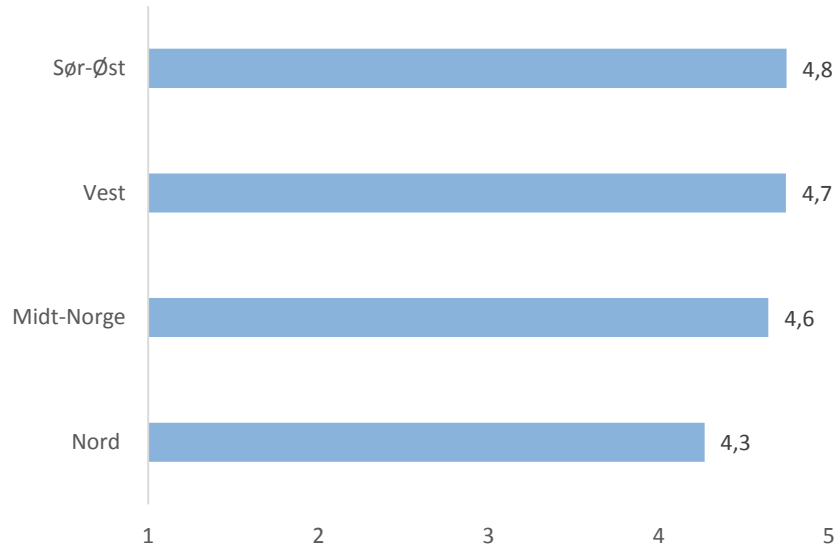
Økonomiavdelingen varierer fra foretak til foretak. Sør-Øst har egen driftsavdeling for å støtte apotekene. Det er også 6,4 årsverk som jobber i fellestjenester for alle sykehusapotekforetakene. Tall på årsverk er pr. juni 2016

	Nord	Sør-Øst	Vest	Midt-Norge	
Ledelse	1	1	1	1	
Økonomi	1	9,9	4,5	2	Sør-Øst: Inkl. vareflyt og Farmapro service desk Vest: Inkl. innleid økonomisjef og kjedekontor (1,5)
Regnskap	UNN	Visma	Helse Vest	Helse Møre og Romsdal	
Fag	2	2,5	4,6	3	Vest: ikke inkludert 4,6 prosjektstillinger inn mot Helse Vest Midt: Ikke inkludert 1 prosjektstilling inn mot Helse Midt Sør-Øst: Ekskludert 0,35 stilling mot RHF
Kvalitet	0,6	2	1	1	
HR	0	4	3	2	Nord: HR håndteres av direktør, økonomisjef, apotekere og avdelingsledere
IT/IKT	1	8,2	1	2	
	Delvis internt og Delvis Helse Nord IKT	Driftes internt	Driftes av Helse Vest IKT	Driftes av HEMIT	Årsverk i de regionale IKT-selskapene er ikke inkludert i tallene
Støtte/Annet	0,7	0	0	0	Nord: 0,2 leder forskningsutvalg, 0,5 sekretærstøtte
Kommunikasjonsrådgiver	0	1	1	1	
Apotekdrift	0	6	0	0	Sør-Øst: Inkl. fagutviklere
Fellestjenester for alle sykehusapotek	0	6,4	0	0	Sør-Øst: Det er ikke alle fellestjenester som faktureres (Farmapro, økonomi og IT).
Total	6,3	41	16,1	12	

Valg av lokal apotekadministrasjon og støtte versus sentralisert administrasjon vil ha betydning for tallene over. Eksempelvis vil en administrasjon hvor en har bemannet opp sentralisert administrasjon for å støtte lokalapoteket fremstå som større og komme dårligere ut på produktivitetsberegningen på neste side, sammenlignet med en hvor de administrative stillingene tilhører lokalapoteket.

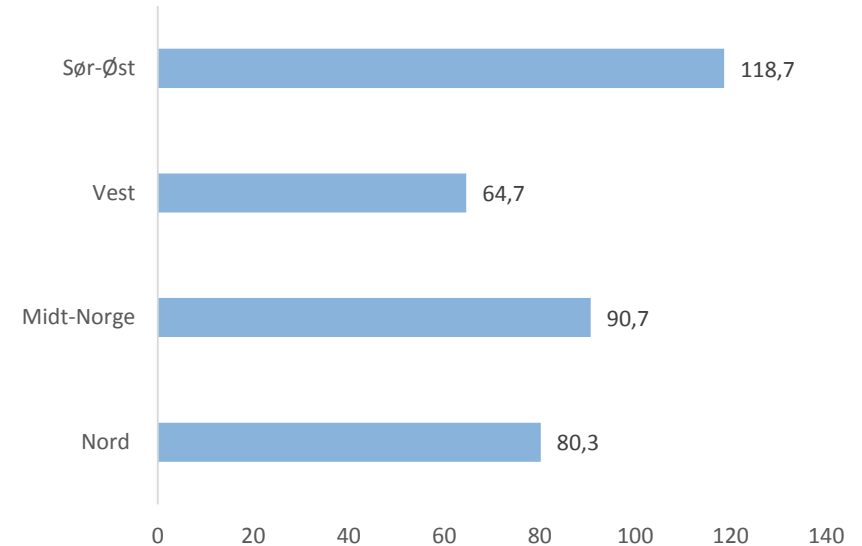
Produktivitet på stabsnivå antyder stordriftsfordeler, mens på totalnivå er potensialet mindre

Omsetning/årsverk totalt* (I MNOK)



Oppstillingen tyder på at foretakene er relativt like i forhold til driftsmodell og produktivitet på totalnivå

Omsetning/årsverk innen administrasjon** (I MNOK)



Oppstillingen tyder på at det er skalafordeler på stabsnivå. Store foretak har høyere produktivitet. Variasjonen i produktivitet kan også skyldes andre forhold som:

- Plassering av administrativ støtte til lokalapotekene: Enten som en del av foretaksadministrasjonen eller som en del av lokalapoteket
- Lokale satsningsområder og prioriteringer som har medført ulik oppbygning av administrasjonen
- Geografiske ulikheter

* Nord er justert for vesentlige endringer mellom 31.12.2015 og 1.6.2016
Styremøte Sykehusapotek Nord HF - 26. oktober 2016

**Ekskludert IT/IKT grunnet ulike modeller og felleseide funksjoner som driftes av Sør-Øst.

Samarbeid mellom sykehusapotekforetakene og deres respektive RHF og sykehus er tett. Samarbeid med kommunene er begrenset av dagens lovverk

	Dagens situasjon
Generelt	Sykehusapotekforetakene opplever det som tidvis krevende at de har fire forskjellige eiere og fire forskjellige styrever ved at dette kan virke begrensende for et godt samarbeid og utvikling. Det påpekes allikevel at samarbeidet mellom hvert sykehusapotekforetak og sine respektive eiere og styrever oppleves som godt
De regionale helseforetakene	Sykehusapotekforetakene eies av RHF-ene og får oppdragsdokumentet fra dem. Oppdragsdokumentene utformes i stor grad i et tett samarbeid mellom RHF-et og sykehusapotekforetaket. Sykehusapotekforetakene styres i regionene som en del av en regional helhet. Sykehusapotekforetakene opplever at de har handlingsrom og ikke styres «for strengt». RHF-et og sykehusapotekforetakene anser samarbeidet som godt. Det er etablert flere fora i regi av RHF-et som Sykehusapotekforetakene deltar på (direktørmøter: fag, økonomi, IKT osv.). Sykehusapotekforetakene inkluderes som oftest i RHF-enes overordnede strategier og planer, men er i varierende grad beskrevet.
Sykehus	De lokale sykehusapotekene er sterkt integrert i sykehuset både på systemsiden, prosessmessig og fysisk. Eksempelvis jobber de kliniske farmasøytene ute på post, produksjonsavdelingen jobber tett med legene og sykepleierne på sykehusene med skreddersydde legemidler til enkeltpasienter og apotekstyrt legemiddellager utføres ute på post. Publikumsavdelingen er den avdelingen som oppleves lengst distansert fra sykehuset, men de samarbeider tett med sykehuset rundt valg av sortiment etc. Det tette samarbeidet mellom både lokalapotek og sykehusene, samt mellom foretaksledelsene og sykehusene anses som essensielt for en god drift av sykehusapotekene. Det er i dag etablert flere fora hvor sykehusapotekforetakene møter sykehusets ledere (f.eks. ulike direktørmøter). Den tette kontakten sykehusapotekene får med sine «kunder», sykehusene, gjennom disse foraene anses som svært viktig. I Vest sitter HF-ene i styret og dette oppleves som nyttig for samarbeidet.
Kommunehelsetjenesten	Det har vært en nedskalering av samarbeidet med kommunene og dette er i dag lite samarbeid. Anskaffelsesregelverket og Lov om helseforetak legger begrensninger for kjøp av tjenester fra sykehusapoteket siden sykehusapotekene ikke kan delta i anbudskonkurranser mot private tilbydere. Kommunene er bla. pålagt å gjøre legemiddelgjennomganger, men kan kun kjøpe denne tjenesten av sykehusapotekene hvis beløpet er innenfor grensen for direkte kjøp. Kommunene kjøper tjenester som kurs, opplæring, legemiddelgjennomganger og produserte legemidler (igjennom PUB) av sykehusapotekene, men da i en begrenset mengde. Regelverket oppleves som en stor hindring for et godt samarbeid med kommunehelsetjenesten og ansees ikke i tråd med samhandlingsreformen og «pasientens helsetjeneste».
Sykehusapotekene	Samarbeidet mellom de 4 sykehusapotekforetakene ansees som godt og har blitt forbedret på mange områder de siste årene (f.eks. gjennom Publikumsutvalget og ulike etablerte foraer hvor foretaksledelsene møtes). Det ble i 2015 gjennomført et eget prosjekt for å stramme opp samarbeidet mellom sykehusapotekene. Det er allikevel et potensiale for økt samarbeid og deling av kompetanse mellom de ulike praksisområdene av regionene. Samarbeidet innen hvert forretningsområde beskrives nærmere på s. 21 - 24)

Styremøte Sykehusapotek Nord- og sentralt på 2016

123

Det har siden 2007 skjedd endringer både knyttet til teknologi, tjenester og metode, samt organisatoriske endringer i de fire sykehusapotekforetakene

Større endringer siden 2007

Teknologi:

- Økt bruk av teknologiske hjelpemidler for å effektivisere og øke kvaliteten på prosesser (f.eks. innføring av varelagerautomater, plukkroboter og produksjonsrobot).
- Bruk og forvaltning av systemene FarmaPro, TønSys, Cytodose, Delta og andre applikasjoner til f.eks. kvalitets- og virksomhetsstyring.
- Økt integrasjon av IKT-systemene innad i regionene

Tjenester og metode:

- Økt utbredelse av ASL (apotekstyrt legemiddellager) i noen regioner.
- Økt fokus på pasientsikkerhet i helsetjenesten (klinisk farmasi).
- Innføring av Integrated Medicine Management (IMM) som verktøy ved levering av klinisk farmasi.
- Sterkt redusert aktivitet mot kommunehelsetjenesten grunnet konkurranseregler og at sykehusapotekene er mer spisset mot spesialisthelsetjenesten.

Organisatoriske:

- Sentralisert nasjonal lagerproduksjon – Bergen og Oslo
- ESA-saken har medført et økt eierkrav til lønnsomhet (krav om bla. separate regnskaper) og profesjonalisering av tjenester og personale
- Økt samordning av driften innad i regionene, samt økt nasjonalt samarbeid gjennom ulike utvalg:
 - Publikumsutvalg
 - IKT-Utvalg
 - Vareflytutvalget
- Etablering av nasjonale funksjoner:
 - Opprettelse av grossistadministrasjon for forvaltning av grossistavtalen
 - Utvikling og bruk av Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk (SLS)
 - Mangelsenteret
- Overføringen av LIS (legemiddelinnkjøps samarbeidet) til HINAS og som virksomhetsoverdras til Sykehusinnkjøp HF i oktober 2016

Innholdsfortegnelse

Kapittel	Side
1. Oppsummering og anbefaling	3
2. Innledning	7
3. Strategiske fokusområder	14
4. Nåsituasjonsanalyse	16
5. Pågående nasjonale prosesser og føringer <ul style="list-style-type: none">• Kvinnslandutvalget• Nasjonal helse- og sykehusplan• Legemiddelmelding• Oppdragsdokumenter• Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS)	33
6. Beskrivelse av nasjonal organisasjonsmodell	36
7. Evaluering av de to organisasjonsmodellene	40
8. Overordnet risikovurdering av nasjonal modell	61
9. Vedlegg	63

Nasjonal helse- og sykehusplan trekker i retning av mer regionovergripende samordning for å styrke og forbedre tilbudet til pasienten

Nasjonale prosesser og føringer	Beskrivelse
<p>Kvinnsland-utvalget</p>  <p>KVINNSLAND-UTVALGET</p>	<p>Regjeringen oppnevnte i oktober 2015 et utvalg som skal utrede alternative modeller for hvordan statlig eierskap til spesialisthelsetjenesten kan organiseres. Utvalget skal også vurdere inndelingen i helseregioner og hvor mange helseforetak det bør være, samt eierskap til og forvaltning av bygg. I regjeringsplattformen fremgår det at de regionale helseforetakene skal legges ned. Utvalget skal utarbeide risikoanalyser for implementering av modellene som bl.a. skal inkludere konkrete vurderinger av risiko knyttet til tilgang til/tap av kompetanse, redusert pasientbehandling, effekt på pasientsikkerhet og beredskapsevne, behov for tilpasning av IKT-systemer og annen kritisk infrastruktur, samt evne til å opprettholde kostnadskontroll. <i>Utvalget skal legge fram sin tilråkning (NOU) innen 1. desember 2016.</i></p>
<p>Nasjonal helse og sykehusplan 2016 - 2019 (Meld. St. 11, 2015 – 2016)</p> 	<p>Regjeringen ønsker i større grad å vektlegge nasjonal styring og koordinering på tvers av regionene. En av de to foreslåtte grepene er «mer regionovergripende samordning og organisering på utvalgte områder». Regjeringen vil, gjennom nasjonal organisering, sikre standardisert og effektive oppgaveløsning av flere oppgaver i spesialisthelsetjenesten. Målet med regionovergripende samordning og de felleseide selskapene er å styrke og forbedre tilbudet til pasientene, herunder å sikre samordning, likhet og likeverdighet, samt å bidra til at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse. <i>Sykehusapotek er ikke konkret nevnt som aktuelt for nasjonalt foretak i helse og sykehusplanen.</i></p>
<p>Legemiddel-meldingen (Meld. St. 28, 2014 – 2015)</p> 	<p>Regjeringen ønsker gjennom legemiddelmeldingen og oppdatere sine mål slik at de blir mer i tråd med de generelle helsepolitiske målene og foreslår at den overordnede visjonen for legemiddelpolitikken er at den skal bidra til bedre folkehelse. Følgende mål foreslås:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sikre god kvalitet ved behandling med legemidler • Legemidler skal ha lavest mulig pris • Likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler • Legge til rette for forskning og innovasjon <p>Med kvalitet trekker meldingen frem god kvalitet i alle ledd, fra utvikling av legemidler til bruk, samt tilrettelegging for brukermedvirkning slik at pasienten får best mulig effekt av behandlingen. Meldingen trekker også frem at utviklingen går i retning av at mer avansert pasientbehandling i større grad foregår i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og at dette krever økt kompetanse på legemiddelområdet, både på system- og pasientnivå, og kompetanse på tilberedning av legemidler.</p>
<p>Sykehusapotekforetakenes Oppdrags- og styringsdokumenter for 2016</p>	<p>Prosjektet har gjennomgått Sykehusapotekforetakenes oppdrags- og styringsdokumenter. Formålet med disse dokumentene er å delegere sørge for ansvaret i regionene og fokuset er dermed i stor grad på foretaksspesifikke oppgaver og lite på nasjonalt samarbeid. Prosjektet anser det dermed ikke som hensiktsmessig å inkludere detaljer fra disse inn i rapporten. Et styringsdokument for et nasjonalt foretak vil både ivareta et nasjonalt og regionalt fokus.</p>

Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS) vil fremover jobbe med å forbedre dagens organisering av legemiddelinnkjøp

Sentrale momenter

Dagens organisering av LIS

Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS) er i dag en del HINAS, men vil virksomhetsoverdras til nyetablerte Sykehusinnkjøp den 26. oktober 2016. Formålet med LIS er å legge grunnlag for avtaler på kjøp og levering av legemidler og andre apotekvarer etter oppdrag fra helseforetakene og dermed redusere kostnader for disse produktene. LIS innhenter tilbud på legemidler som anvendes i helseforetakene. Det er etablert et LIS fagråd og 5 LIS spesialistgrupper. Fagrådets hovedoppgave er å gi administrasjonen råd knyttet til utlysning og vurdering av anbud og legemiddeløkonomi. Fagrådet består av representanter fra helseforetakene og sykehusapotek. Spesialistgruppene har som mandat å konkurransetsette legemidler innenfor den terapeutiske gruppen de representerer og utarbeider terapianbefalinger. De er sammensatt på ulike måter med blant annet representanter fra ulike helseforetak, legeforskningsforeninger, pasientorganisasjoner, sykepleiere og Statens legemiddelverk. En viktig del av operasjonaliseringen av LIS er LIS-kontaktene som er knutepunktet mellom helseforetakene og LIS sentralt. Det er en LIS-kontakt for hvert helseforetak, som i stor grad er representanter fra sykehusapotekene, som er ansvarlig for oppfølging av avtalene, tilrettelegger for valg av leverandører og samarbeider med ulike faggrupper internt i sine sykehus/foretak.

Mulige endringer i LIS i tiden fremover

En intern arbeidsgruppe i HINAS ferdigstiller i slutten av september 2016 en rapport som tar utgangspunkt i det nasjonale standardiseringsarbeidet som har vært gjort innen kategorisering av innkjøp, NSSIL. Her er legemidler en egen kategori og rapporten beskriver forbedringsområder innen legemiddelinnkjøp. Det vil i kjølvannet av dette startes et forbedringsarbeid. Områder som ble diskuterte i møtet mellom LIS og prosjektet, og som LIS vil vurdere fremover var bla.:

- Organisering av anbudsprosessene
 - Optimalisering av LIS-kontaktene og deres arbeid
 - Fremtidig avtalepart mot leverandør (bør det være LIS eller helseforetakene slik som i dag)
- Mandater og utvelgelse av representanter til fagrådet og spesialistgruppene
- Det nedlagte LIS-styrets rolle ble reopnevnt som referansegruppe for HINAS' direktør. Hvordan skal denne gruppen brukes i fremtiden?

Legemiddelinnkjøp og et evt. nasjonal sykehusapotekforetak

LIS påpeker at det fortsatt vil være det enkelte helseforetak som er «kunden» og at etableringen av et nasjonalt sykehusapotekforetak i seg selv ikke vil endre på forholdet til legemiddelinnkjøpssamarbeidet i særlig grad. Noen fordeler ved et nasjonalt sykehusapotekforetak knyttet til legemiddelinnkjøp trekkes likevel frem:

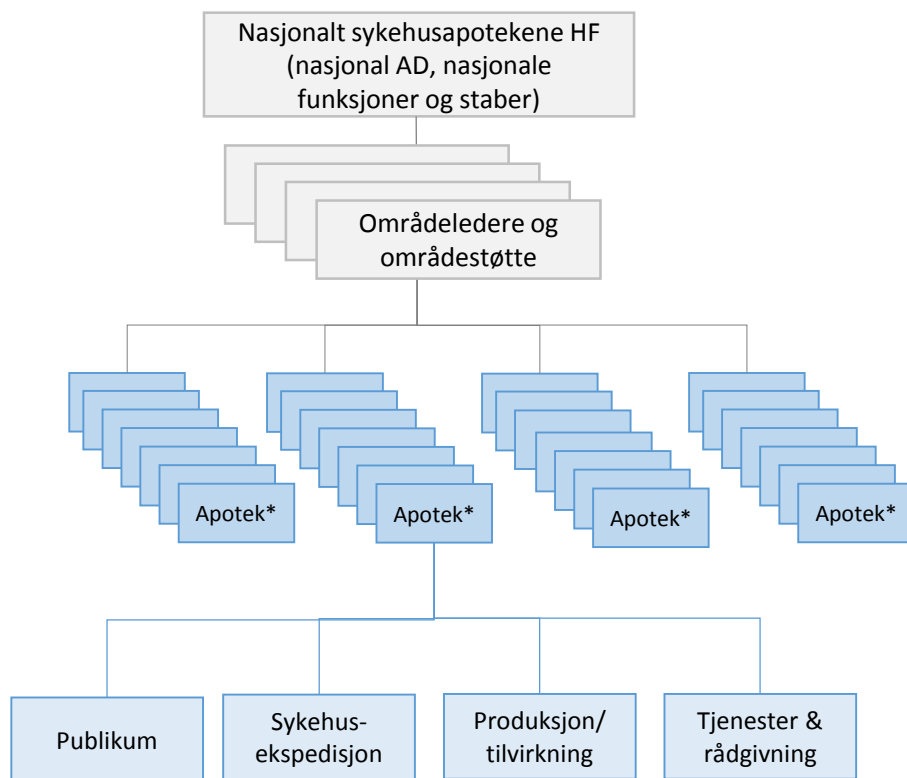
- Arbeidet sykehusapotekene gjør på området vil i større grad kunne effektiviseres og strømlinjeformes
- Ett hovedkontaktpunkt mellom LIS og sykehusapotekene
- Sykehusapotekene vil kunne få en sterkere stemme i problemstillinger knyttet til legemiddelinnkjøp
- Det kan stilles strengere krav mot leverandørene (i dag oppleves det at det stilles for få krav til leverandørene da ansvaret blir pulverisert mellom Mangelsenteret, LIS, sykehusapotekforetakene og øvrige helseforetak)

LIS anser det som viktig å involvere sykehusapotekene og LIS-kontaktene i større grad i fremtiden. Det foreslås at det opprettes en tett kontakt mellom LIS og et eventuelt etableringsprosjekt av nasjonalt sykehusapotekforetak.

Innholdsfortegnelse

Kapittel	Side
1. Oppsummering og anbefaling	3
2. Innledning	7
3. Strategiske fokusområder	14
4. Nåsituasjonsanalyse	16
5. Pågående nasjonale prosesser og føringer	33
6. Beskrivelse av nasjonal organisasjonsmodell	36
• Organisering	
• Funksjoner	
• Eierbrøk	
7. Evaluering av de to organisasjonsmodellene	40
8. Overordnet risikovurdering av nasjonal modell	61
9. Vedlegg	63

Funksjonsskisse av nasjonalt sykehusapotekforetak (1/3)



*Med tilhørende apoteker

FORKLARING TIL OVERORDNET MODELL:

I en nasjonal modell vil sykehusapotekene være, som i dag, lokalisert på og i tett samarbeid med sykehusene. Som beskrevet i nåsituasjonsanalysen har apotekene følgende forretningsområder:

- Publikum
- Sykehusekspedisjon
- Produksjon/tilvirkning
- Tjenester & Rådgivning.

Ikke alle lokalapotek har alle forretningsområdene i dag. Dette har sammenheng med flere forhold. Eksempelvis har Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet en felles sykehusekspedisjon. Dette vil også være tilfellet i en nasjonal modell, avdelingsstrukturer tenkes uendret.

Prosjektet har kun vurdert funksjoner i et nasjonalt foretak, ikke geografi. Benevnelsen «områder», fremfor «regioner» er valgt for å fristille modellen fra dagens regionale inndeling.

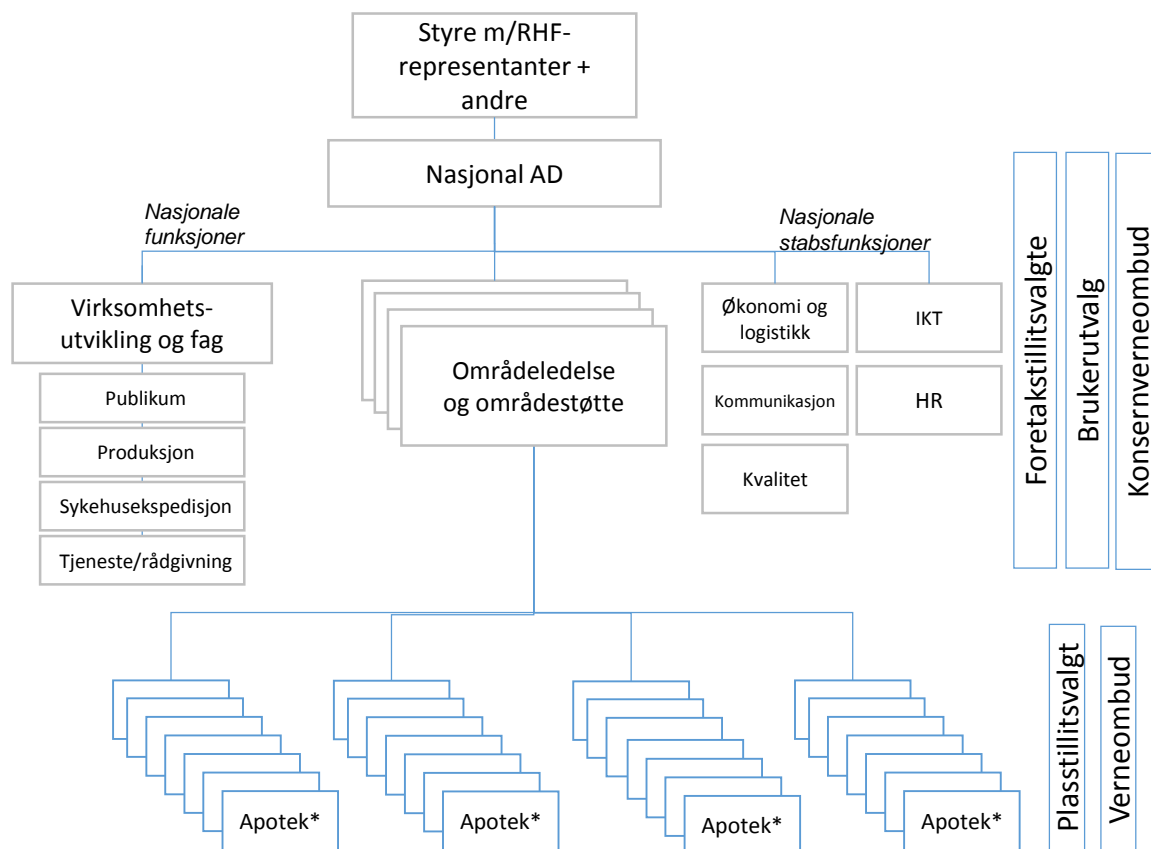
Antall og omfang av områdeledere og områdestøtte vil utredes i neste fase.

Apotekerne vil i modellen rapportere til områdelederne som rapporterer til administrerende direktør.

Dette prosjektet har gjort en vurdering av hvilke funksjoner i foretaksadministrasjonene som kan håndteres nasjonalt. Disse utdypes nærmere på de neste sidene.

Det er ulikheter mellom regionene ift hvilke støttefunksjoner som i dag utføres på apoteknivå. Det vil kartlegges og gås opp i neste fase.

Funksjonsskisse av nasjonalt sykehusapotekforetak (2/3)



*Med tilhørende apoteker

FORKLARING TIL NASJONALT NIVÅ:

Organisasjonen er designet med nasjonale funksjoner:

- Virksomhetsutvikling og fag
- Områdeledelse
- Nasjonale stabsfunksjoner

Nasjonale funksjoner skal bidra med utvikling og støtte til lokalapotekene på de ulike sykehusene

Antall områder og inndeling av apotekene må tilpasses dagens og fremtidige strukturer i spesialhelsetjenesten i Norge.

I tillegg til områdeleder vil det etableres områdestøttefunksjoner. Behovet vil kartlegges og avklares i neste fase av prosjektet.

Tillitsvalgte og verneombud vil organiseres iht. det som er lovpålagt med representanter på alle nivå.

Brukerutvalget er et rådgivende organ for beslutningstakere: Styret, de ledende administrasjoner/avdelinger og deres ansatte.

Funksjonsskisse av nasjonalt sykehusapotekforetak (3/3)

Overordnet beskrivelse av hovedoppgaver

Nasjonal funksjoner:

Er ansvarlig for følgende strategiske oppgaver (ikke uttømmende):

- **Virksomhetsutvikling og Fag:** Strategiutvikling, forretningsstrategi, virksomhetsutvikling, forskning & innovasjon, legemiddelstatistikk (SLS), samt driftsstøtte til henholdsvis Publikum, Produksjon, Tjenester/Rådgivning og Sykehusekspedisjon avdelingene regionalt.
- **Økonomi og logistikk:** Mål og resultatstyring, rapportering, budsjettering, finansiering, risiko, data og analysestøtte til foretaket, kjedekontor, logistikk, økonomisk langtidsplan (ØLP)
- **Kommunikasjon:** Kommunikasjonsstrategi. Intern og ekstern kommunikasjon, bla. grafisk profil, informasjonsmateriell, nettside, media.
- **Kvalitet:** Kvalitetsstrategi, intern revisjoner, ISO-sertifisering, vedlikehold av kvalitetssystem, nasjonale prosedyrer, faglige oppdateringer.
- **IKT:** Ansvar, oppgaver og IKT-driftsmodell vil vurderes som en del av etableringsfasen.
- **HR:** Kompetanse- og ledelsesutvikling, personalhåndbøker, rekruttering, prestasjonsstyring, administrasjon av arbeidsforhold, endringsledelse, belønning og goder.
- **Områdeledelse og støtte:** Oppfølging og støtte til lokalapotekene i sitt respektive område. Behovet for støtte vil gås opp som en del av neste fase i prosjektet.

Eierbrøk-modell

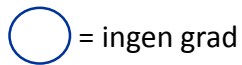
Det er to eierbrøkmodeller som tidligere er benyttet på nasjonale helseforetak. En modell tar for seg en 25/25/25/25 fordeling hvor hvert av RHFene har like posisjoner. Den andre modellen har en 20/20/20/40 fordeling hvor Helse Sør-Øst eier 40% og de resterende tre eier 20%. Prosjektet har ikke mandat til å velge/anbefale eier-modell.

Innholdsfortegnelse

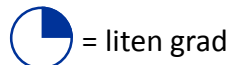
Kapittel	Side
1. Oppsummering og anbefaling	3
2. Innledning	7
3. Strategiske fokusområder	14
4. Nåsituasjonsanalyse	16
5. Pågående nasjonale prosesser og føringer	33
6. Beskrivelse av nasjonal organisasjonsmodell	36
7. Evaluering av de to organisasjonsmodellene	40
• Evalueringsmodell	
• Evaluering av dagens modell	
• Evaluering av nasjonal organisering	
• Kvantifisering av gevinster	
• Oppsummering av evaluering	
8. Overordnet risikovurdering av nasjonal modell	61
9. Vedlegg	63

Forklaring av evalueringsmodell (1/2)

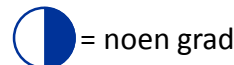
- **Valg av tilnærming:** Prosjektet har utarbeidet en evalueringsmodell basert på tidligere vurderinger av andre nasjonale selskaper og tjenester.
- **Omfang:** Iht. mandatet er det to organisasjonsmodeller som evalueres:
 1. Dagens organisering
 2. Nasjonalt sykehusapotekforetak
- **Områder:** Det vurderes i hvor stor grad de to modellene oppfyller de strategiske fokusområdene som er beskrevet på side 14:
 1. Pasientsikkerhet og kvalitet
 2. Beredskap og fornying
 3. Forskning og innovasjon
 4. Ledelse, kompetanse og arbeidsmiljø
 5. Etikk og ytre miljø
 6. Økonomi, analyse og effektivitet
 7. Teknologi
- **Grad av oppfyllelse:** Det benyttes «Harvey balls» for å illustrere i hvor stor grad prosjektet opplever at modellen bidrar til å realisere det aktuelle strategiske fokusområdet.



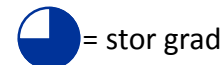
= ingen grad



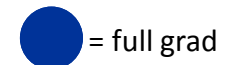
= liten grad



= noen grad



= stor grad



= full grad

- **Illustrasjon av ulik grad av oppfyllelse:** Det er regionale forskjeller. Grad av oppfyllelse er derfor nyansert for å gi et mest mulig nyansert og korrekt bilde.

Noen regioner oppfyller fokusområdet i «stor grad» →



← Alle regioner oppfyller *minimum* fokusområdet i «noen grad»





Forklaring av evalueringsmodell (2/2)

Øvrige kommentarer til evalueringsmodellen:





- Styringsgruppen påpekte i sitt første møtet at «gevinster relatert til pasientsikkerheten og kvalitet er helt avgjørende. Deretter må det vurderes om tjenesten er konkurransedyktig».
- Det nasjonale sykehuseapotekforetaket sin geografiske lokalisering er ikke tatt med i vurderingen.
- Ettersom det er organiseringen som skal vurderes er alle vurderinger rundt grad av oppfyllelse uavhengig av dagens rammevilkår.
- Gevinster og utfordringer innen hvert strategisk fokusområde er beskrevet og hentet fra:
 - Gjennomførte intervjuer
 - Prosjektgruppen
 - Kvantitative analyser
- Kostnader knyttet til selve etableringen av en ny organisasjonsmodell er ikke omfattet av mandatet til denne utredningen. Det henvises til risikovurderingen, side 61 og risikovurderingen i mandatet for neste fase (se vedlegg).
- Oppsummering og anbefaling av organisasjonsmodell er basert på diskusjon i prosjektgruppen og gjennomførte evaluering.

Evaluering av dagens modell





Evaluering av dagens organisering (1/4)

Strategisk fokusområde /overordnede mål	Grad av oppfyllelse	VURDERING	
		Fordeler med dagens modell	Utfordringsbilde i dagens modell
<p> Pasientsikkerhet og kvalitet Bedre pasientsikkerhet, trygg legemiddelbruk og mindre uønsket variasjon ved økt bruk av farmasifaglig kompetanse og brukermedvirkning</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Sykehusapotekforetakene drives generelt godt i dag. Det er høyt fokus på pasientsikkerhet og kvalitet. • Stor grad av detaljerte prosedyrer og kontrollpunkter for å bidra til pasientsikkerhet. • Tett samarbeid med de lokale sykehusene som bidrar til skreddersydde tjenester av høy kvalitet. • Etablert større samhandling mellom sykehusapotekene de siste årene. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liten grad av standardiserte prosedyrer, opplæring og bruk av beste praksis på tvers av regionene. • Stor grad av manuelt arbeid og kontrollpunkter, spesielt innen produksjon, er utfordrende for pasientsikkerheten. • Hver region, og til en viss grad hvert apotek, bruker mye ressurser på å utvikle og forvalte egne prosedyrer. • Manglende kapasitet til å videreutvikle tjenestene videre.
<p> Beredskap og forsyning Sikre en likeverdig produksjon- og forsyningsberedskap av legemidler, samt tilgang på farmasøytiske beredskap</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Nasjonal legemiddelovervåkingstjeneste (kalt Mangelsenteret). • Egne beredskapslager på sykehus og apotekene, samt et på nasjonalt nivå for spesialisthelsetjenesten. • Etablert grossistsamarbeid bidrar til tryggere legemiddelleveranser. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende nasjonalt fokus og helhetlig nasjonal beredskapsplan for legemidler i spesialisthelsetjenesten. • Tidvis uoversiktlig totaloversikt over beredskapen.

Evaluering av dagens organisering (2/4)



Strategisk fokusområde /overordnede mål	Grad av oppfyllelse	VURDERING	
		Fordeler med dagens modell	Utfordringsbilde i dagens modell
<p> Forskning og innovasjon Sikre utvikling av forskning og innovasjon</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Tett samarbeid med sykehusene og universitetene på forskning. • En del av forskningsmidler søkes gjennom RHF-ene. Dagens organisering gjør dette enklere. • Kan søke forskningsmidler gjennom andre kanaler (eks. stiftelser og fond), men mottar midler i varierende grad. • Kort vei fra idé/lokale initiativ til regional ledelse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ulike forskningsstrategier og fokus i regionene. • Tidvis liten aktivitet og synlighet innen forskning. • Under kritisk størrelse for å kunne fremstå som et tydelig forskningsmiljø. • Liten kapasitet til forskningsadministrasjon (f.eks. søknader, samarbeid med universiteter osv.). • Varierende kapasitet til å drive med innovasjon, noe som har resultert i lav aktivitet.
<p> Ledelse, kompetanse og arbeidsmiljø Den mest attraktive arbeidsgiveren innen farmasi med en sterk faglig profil</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Sykehusapotekene har, generelt, utstrakt bruk av opplæring innen alle forretningsområder, samt bruk av lederutviklingsprogrammer. • Enkelte akademier/opplæringstiltak benyttes på tvers av regionene. • Kort avstand mellom HR-enheten og lokale apotek i personalsaker. • Forståelse av kultur og regionale forskjeller. • Høy score på medarbeiderundersøkelser. • God påvirkningskraft fra arbeidstaker til arbeidsgiver. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mye ressurskrevende arbeid i hver region knyttet til opplæring og kompetanse som i liten grad deles mellom regioner. • Parallelt arbeid relatert til lønnsforhandlinger gjennomføres i fire regioner.

Evaluering av dagens organisering (3/4)

Strategisk fokusområde /overordnede mål	Grad av oppfyllelse	VURDERING	
		Fordeler med dagens modell	Utfordringsbilde i dagens modell
<p> Etikk og ytre miljø Etterleve etiske retningslinjer og bidra til miljø- og klimahensyn i hele verdikjeden</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Alle fire regionene er ISO-sertifisert. • Sykehusapotekforetakene følger regionale etiske retningslinjer. • Regionene opplever få etiske dilemmaer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tid og ressurskrevende med ISO-sertifisering.
<p> Økonomi, analyse og effektivitet Bidra til god sykehusøkonomi og lave legemiddelkostnader gjennom kostnadseffektive prosesser og god styringsinformasjon</p>		<ul style="list-style-type: none"> • God økonomiforvaltning i hvert foretak. • Nasjonale samarbeidsområder, grossistadministrasjon (avtaler mot grossist) og SLS (legemiddelstatistikk), fungerer godt, men har rom for effektivisering og bedre utnyttelse. • Økt fokus på lønnsomhet i publikumsavdelingen gjennom ESA-saken. • Jobber med effektivisering innenfor hver av regionene for alle forretningsområder. 	<ul style="list-style-type: none"> • Overlappende funksjoner i de fire foretaksadministrasjonene og en grad av dobbeltarbeid og ineffektivt. • På tross av samarbeidsarenaer som bla. grossistadministrasjon, Publikumsutvalg og SLS brukes det mye ressurser i hver region på dette. Samarbeidsforaene er kun veiledende ikke førende. • Varierende grad av kapasitet til å drive med analyse og virksomhetsstyring/utvikling, både til egen virksomhet og som tjeneste til sykehusene og resten av helse-Norge. • Lite harmoniserte prismodeller gjør det vanskelig å sammenligne priser på tvers av regionen.







Evaluering av dagens organisering (4/4)

Strategisk fokusområde /overordnede mål	Grad av oppfyllelse	VURDERING	
		Fordeler med dagens modell	Utfordringsbilde i dagens modell
<p> Teknologi</p> <p>I front på utnyttelse av teknologiske løsninger som understøtter pasientsikkerhet og sikker legemiddelbruk</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Regional IKT-forvaltning med lav risiko. • IKT-forvaltningen skjer i en avstemt portefølje oppimot sykehusene. 	<ul style="list-style-type: none"> • Flere av dagens IKT-systemer er ikke optimale, ei heller tilpasset sykehusapotekenes virksomhet. • Stedvis langt bak på elektroniske hjelpemidler innen produksjon. • IKT-systemene er i stor grad knyttet opp mot regionenes systemporteføljer. Dette vanskeliggjør mulighet for benchmarking og analyser på tvers av regioner da output er noe ulik. • IT-systemene driftes og utvikles i dag i hver av regionen, noe som er ressurskrevende.







Evaluering av nasjonalt sykehusapotekforetak

Evaluering av nasjonalt foretak (1/4)

Strategisk fokusområde /overordnede mål	Grad av oppfyllelse	VURDERING	
		Gevinster	Utfordringer
<p> Pasientsikkerhet og kvalitet</p> <p>Bedre pasientsikkerhet, trygg legemiddelbruk og mindre uønsket variasjon ved økt bruk av farmasifaglig kompetanse og brukermedvirkning</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Økt pasientsikkerhet gjennom standardiserte arbeidsprosesser, lik opplæring og bruk av beste praksis. • Økt felles trykk og gjennomføringskraft på utvikling og bruk av nye teknologiske hjelpemidler som reduserer behovet for manuelt arbeid. • Reduksjon av dobbeltarbeid med eksempelvis utvikling og forvaltning av prosedyrer. • Frigjøre kapasitet til å bygge opp og videreutvikle flere tjenester innen eksempelvis klinisk farmasi og undervisningsløp for ulike målgrupper. • Større tyngde bak nasjonale satsninger, som eksempelvis lukket legemiddelsløyfe og endose, som bidrar til bedre pasientsikkerhet. • Mer koordinert nasjonal brukermedvirkning. 	<ul style="list-style-type: none"> • Det vil være krevende å harmonisere og enes om felles arbeidsprosesser. • Ulike insentiver og interesser blant fire regionale eiere kan utfordre en felles strategisk retning. Eksempelvis ulike strategiske ønsker og prioriteringer i regionene knyttet til bla. klinisk farmasi.
<p> Beredskap og forsyning</p> <p>Sikre en likeverdig produksjon- og forsyningsberedskap av legemidler, samt tilgang på farmasøytiske beredskap</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Nasjonal helhetlig beredskapsplan og samlet nasjonalt fokus på legemiddelberedskap og forsyning som sikrer trygge legemiddelleveranser og bidrar til å forebygge mangelsituasjoner. • Nasjonal oversikt og god utnyttelse av beredskapslagre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lokal geografi og regionale forhold kan være vanskeligere å ta hensyn til. • Behov for kobling mot regionale beredskapsplaner og oppfølging av regionale beredskapsplaner.





Evaluering av nasjonalt foretak (2/4)



Strategisk fokusområde /overordnede mål	Grad av oppfyllelse	VURDERING	
		Gevinster	Utfordringer
<p> Forskning og innovasjon Sikre utvikling av forskning og innovasjon</p>		<ul style="list-style-type: none"> Felles forskningsstrategier og fokus som medfører større gjennomføringskraft. Større forsknings- og innovasjonsmiljø med større synlighet. <ul style="list-style-type: none"> Kan øke mulighetene for mer forskningsmidler Kan tiltrekke seg flere forskere Felles forskningsadministrasjon som kan bidra i arbeid med eksempelvis søknader, samarbeid med universiteter. Kapasitet til å utvikle fremtidsrettede tjenester og jobbe med innovasjon. 	<ul style="list-style-type: none"> En del forskningsmidler søkes gjennom RHF-ene. Modellen for å søke på disse må gås opp. Selv ved et nasjonalt foretak vil forskningsmiljøet kunne fremstå som små sammenlignet med andre miljøer. Forskning gjøres i stor grad ute på sykehusene eller i tilknytning til utdanningsstedene og den tette lokale kontakten med disse vil kunne svekkes. Lengre vei til ledelsen ved lokale ideer og initiativ.
<p> Ledelse, kompetanse og arbeidsmiljø Den mest attraktive arbeidsgiveren innen farmasi med en sterk faglig profil</p>		<ul style="list-style-type: none"> Reduksjon av dobbeltarbeid knyttet kompetanseutvikling og opplæring. <ul style="list-style-type: none"> Felles kompetanseplaner og opplæring innen alle forretningsområder. Større utnyttelse av allerede eksisterende opplæringsakademier og aktiviteter på tvers av regioner. Fremstå som en mer attraktiv arbeidsgiver for gode fagpersoner, pga. større fagmiljø, bedre utviklings- og karrieremuligheter og muligheter for forflytning. Mulighet for felles bruk av spisskompetanse på tvers av apotek og regioner. 	<ul style="list-style-type: none"> Kulturforskjellene mellom de ulike regionene og apotekene kan være vanskelig å harmonisere. Medarbeidere kan miste følelse av tilhørighet og identitet ved en nasjonal organisasjon. Noe opplæring, eksempelvis knyttet til lokale løsninger (bl.a. teknologiske løsninger innen sykehusekspedisjon) må fortsatt foregå lokalt. Potensiell lang avstand mellom HR-enheten og lokale apotek i personalsaker- Mer kompleks håndtering av lønnsforhandlinger (tariffavtaler og bestemmelser må harmoniseres).



Evaluering av nasjonalt foretak (3/4)

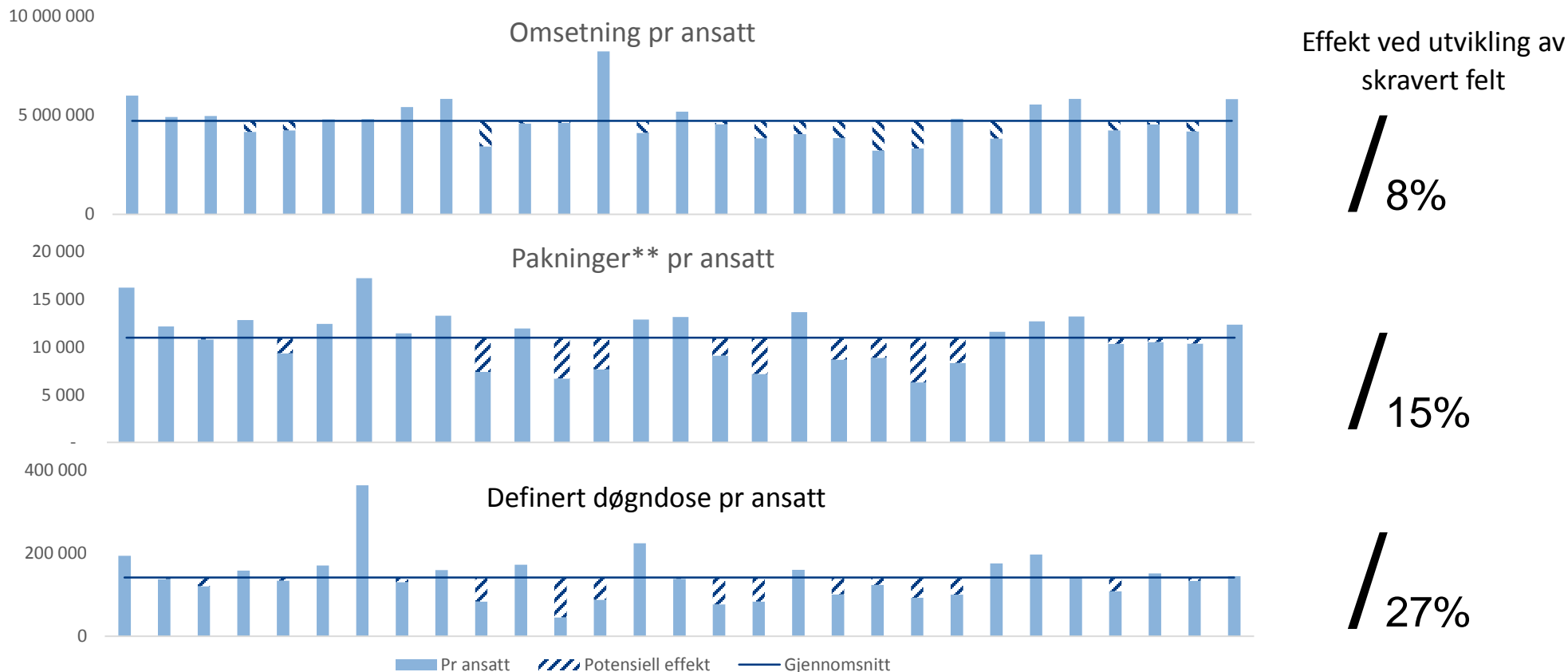
Strategisk fokusområde /overordnede mål	Grad av oppfyllelse	VURDERING	
		Gevinster	Utfordringer
<p>Etikk og ytre miljø Etterleve etiske retningslinjer og bidra til miljø- og klimahensyn i hele verdikjeden</p>		<ul style="list-style-type: none"> Felles nasjonal strategi. En nasjonal ISO-sertifisering er tids- og ressursbesparende. Felles styrke og fokus på miljø- og klimahensyn i flere deler av verdikjeden. 	
<p>Økonomi, analyse og effektivitet Bidra til god sykehusøkonomi og lave legemiddelkostnader gjennom kostnadseffektive prosesser og god styringsinformasjon</p>		<ul style="list-style-type: none"> Kostnadseffektive administrasjoner som gir potensiale til å takle fremtidig vekst eller arbeid med utvikling og prioriterte områder med samme antall årsverk (se analyse s. 54-55) Styrket felles analysemiljø som bidrar til bedre og effektiv virksomhetsstyring. God legemiddelstatistikk til sykehusene og resten av helse-Norge. Harmoniserte og like prismodeller i hele Norge medfører at sykehus får like priser på sykehusapotekenes tjenester og legemidler om produseres. Sterkere kjedestyring i publikumsavdelingene: Felles kampanjer, profilering, markedsføring benchmarking. Potensial for økt lønnsomhet innen PUB (se egen analyse, s. 56-58. som kan bidra til finansiering av andre satsningsområder. Valg av strategi påvirker mulighetsrommet. Sterkere forvaltningskraft mot grossist. 	<ul style="list-style-type: none"> For sterk kjedestyring vil vanskeliggjøre muligheten til å tilpasse seg sykehusenes ønsker knyttet til produktsortiment. Prismodellen for klinisk farmasi må alternativt være forskjellig fra region til region (se nåsituasjonen, s. 22). Fare for lengre beslutningsveier og økt byråkrati.

Evaluering av nasjonalt foretak (4/4)

Strategisk fokusområde /overordnede mål	Grad av oppfyllelse	Gevinster	VURDERING Ulemper
<p> Teknologi</p> <p>I front på utnyttelse av teknologiske løsninger som understøtter pasientsikkerhet og sikker legemiddelbruk</p>		<ul style="list-style-type: none"> • En nasjonal IKT-strategi. • Mer optimale og tilpassende felles IKT-løsninger. • Økt felles trykk og gjennomføringskraft på utvikling og bruk av nye teknologiske hjelpemidler som bidrar til bedre pasientsikkerhet og effektivitet. • Større grad av standardiserte IKT-systemer forenkler samarbeid på tvers av regionene. Dette gir en økt mulighet for benchmarking og analyser. • Mer effektiv ressursutnyttelse av IKT-drift og utvikling, eliminering av dobbeltarbeid. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ved harmonisering av IKT-systemer nasjonalt må mange bytte systemer. • Like systemer vil gi gevinster, men vil også være kostbart og krevende å innføre. • Et nasjonalt foretak må forholde seg til fire regionale IKT-strategier og IKT-løsninger <ul style="list-style-type: none"> ○ Vil være behov for mange integrasjoner mot regionale og lokale systemer som eksempelvis kurvesystemer ved sykehus.

Kvantifisering av gevinster

Utvalgte aktivitetstall viser at det i dag er variasjon mellom de lokale apotekene* og at det kan være et potensiale for å tåle økt fremtidig aktivitetsnivå



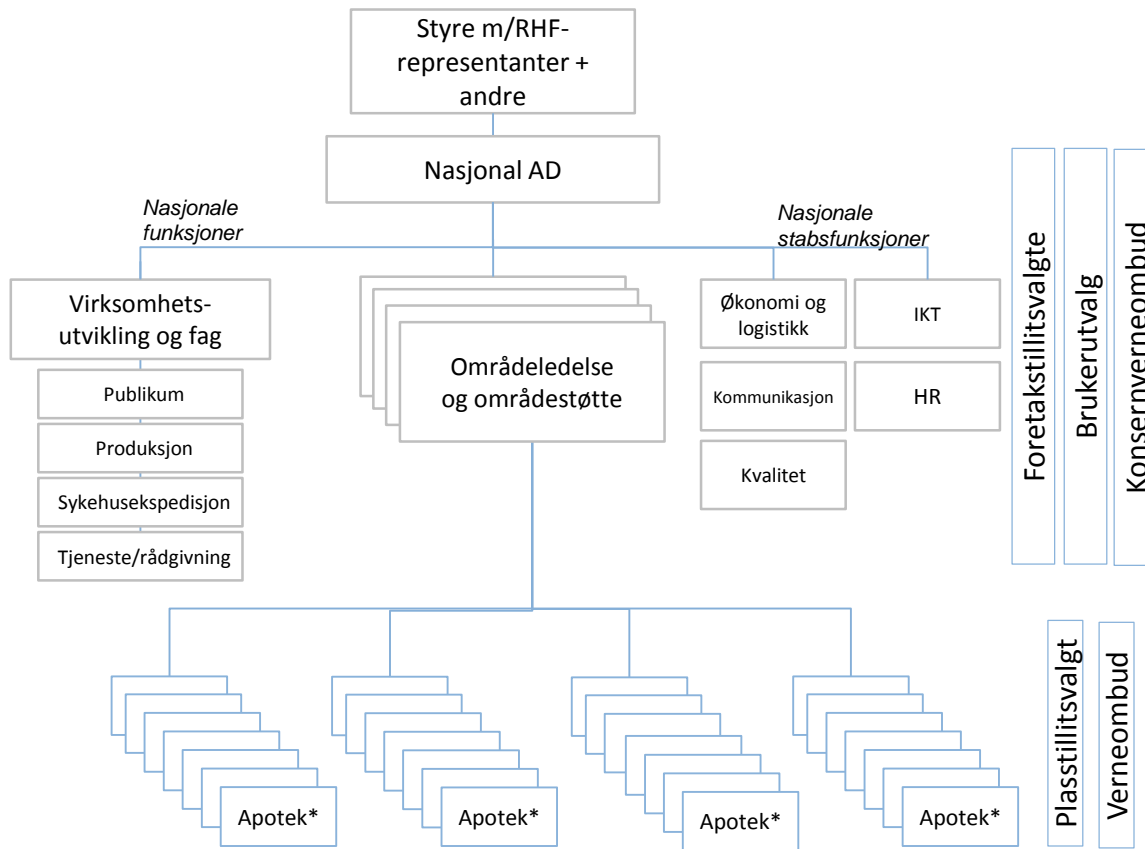
Prosjektet har sett på utvalgte aktivitetstall for sykehusapotekforetakene, som meldes inn til Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk (SLS), pr ansatt. Det er noen usikkerhet knyttet til tallene, men de er ment for å vise at det i dag er en variasjon mellom dagens lokale sykehusapotek. Ved et nasjonalt sykehushusapotek er det rimelig og anta at en økt effektivisering og deling av beste praksis på tvers vil gjøre apotekene i stand til å tåle et fremtidig **økt aktivitetsnivå på mellom 8 og 27%** med uendret antall årsverk (men dette kan kreve en endret kompetansemiks). Beregningene har tatt utgangspunkt i at alle apotek som i dag er under gjennomsnittlig nivå øker opp til gjennomsnittet.

*Analysen inneholder ikke Kalnes, da dette sykehusapoteket åpnet august 2015, og tallene er derfor ikke representative for hele 2015

**Pakninger inkluderer alle pakninger produsert av sykehusapotek; produserte pakninger og pakninger solgt via PUB og Sykehusekspedisjon

Kilde: 2015 tall fra Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk og innrapporterte tall på ansatte

Gjennom økt standardisering og eliminering av dobbeltarbeid vil en nasjonal organisering muliggjøre en kvalitetsøkning på flere områder med samme antall ressurser



*Med tilhørende apoteker

Vurdering av årsverk i sykehusapotekadministrasjonen:

En nasjonal organisering vil bidra til en felles nasjonal strategi for økt standardisering og utvikling innenfor de fire forretningsområdene. Felles standarder, kvalitetssystem, opplæringsprogrammer og bruk av beste praksis på tvers vil bidra til en kvalitetsheving og redusere uønsket variasjon.

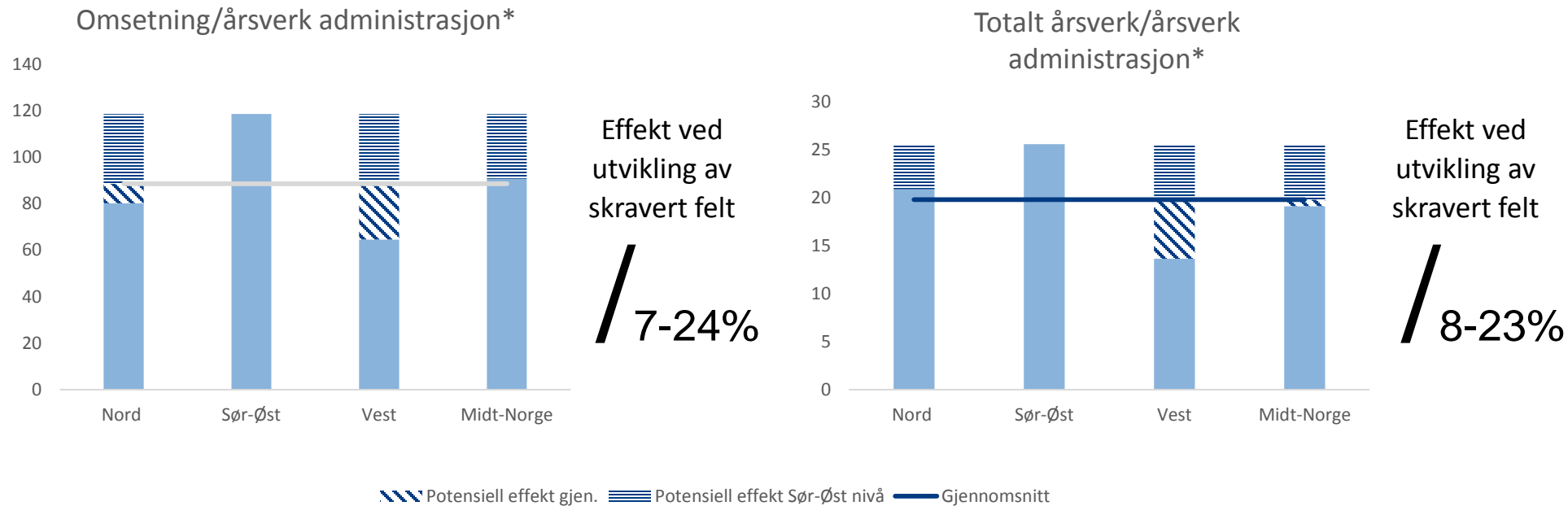
Det er pr. juni 2016 ansatt 75,4 årsverk i de regionale administrasjonene (se nåsituasjonsanalysen side 28). Kartlegginger har vist at det i dag er dobbeltarbeid innenfor:

- HR
- Økonomi og virksomhetsstyring
- Fag og kvalitet

Det er vurdert at en nasjonal organisering vil effektivisere administrative støttefunksjoner, noe som muliggjøre å reforede ressurser som vil bidra til å nå målbildet gjennom økt beredskap, bedre pasientsikkerhet og kvalitet, samt mer forskning, innovasjon og utvikling av virksomheten.

Gjennom en effektivisering av den nasjonale sykehusapotekadministrasjonen, i tillegg til utnyttelse av fremtidig teknologi, ser en for seg at den nasjonale administrasjonen kan takle det økende volumet helsevesenet står ovenfor uten å måtte øke antall administrative ressurser i noe særlig grad de neste årene. Se scenarioanalyse på neste side.

Stordriftsfordeler kan bidra til at en nasjonal administrasjon, med dagens bemanning og oppgaver, vil tåle en vekst inntil 24% i årene som kommer

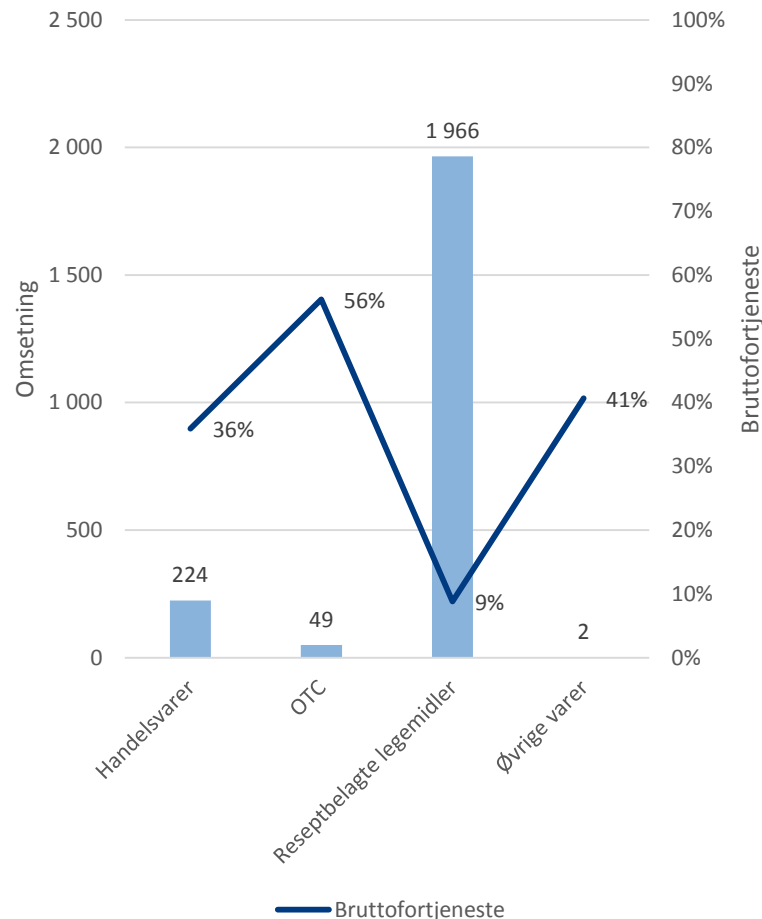


Skraverte feltene viser potensialet ved en benchmarking mot gjennomsnittet og en mot Sykehusapotekene Sør-Øst

Prosjektet har sett på to overordnede produktivitetsmål knyttet til foretaksadministrasjonene. Tallene viser at det er varierende produktivitet og at det er rimelig og anta at en nasjonalt administrasjon vil kunne **tåle en vekst på inntil 7 - 24% eller har potensiale til å gjøre mer på administrasjonsnivå, som virksomhetsutvikling eller andre prioriterte områder, med uendret antall årsverk.** Det vil kunne være behov for en endret kompetansemiks. Nasjonale funksjoner bør tilstrebes å dekkes inn med eksisterende kompetanse i regionene.

Kilde: 2015 tall fra Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk og innrapporterte tall på ansatte

Publikumsutsalgene omsatte i 2015 totalt for 2,2 milliarder kroner. Det er et potensiale med økt inntjening i publikumsutsalg gjennom økt reseptfangst



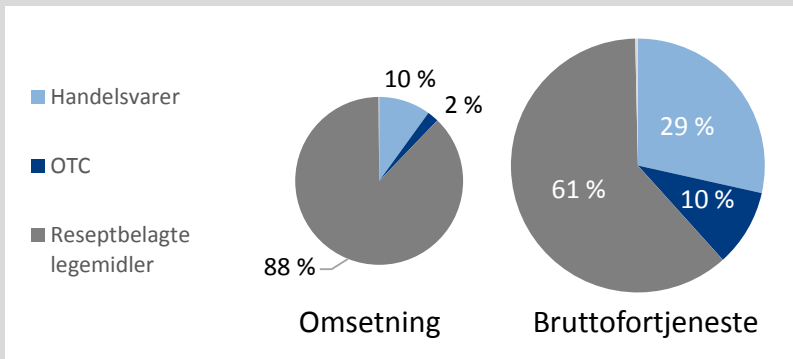
- Publikumsutsalgene omsatte i 2015 totalt for 2,2 milliarder kroner. Av dette var 1,9 milliarder kroner knyttet til reseptbelagte legemidler.
 - Prisene på reseptbelagte legemidlene er underlagt makspriser satt av Statens Legemiddelverk
- Til tross for regulerte priser bidro reseptbelagte legemidler med en bruttofortjeneste på hele 173 millioner i 2015.
- Gjennom økt reseptfangst fra pasienter på sykehuset, kan sykehusapotekene øke sin inntjening på dette området. Den økte inntjeningen kan bidra til å finansiere ønsket utvikling og forbedring av sykehusapotekene i fremtiden.

Eksempel:

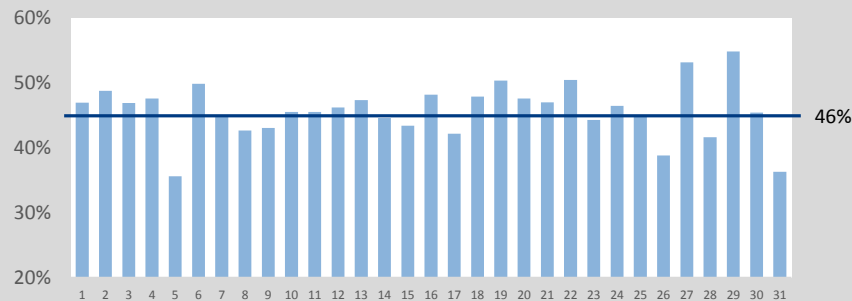
- En økning i reseptbelagte legemidler med 1% tilsvarer en økt bruttofortjeneste på 1,7 millioner
- En økning i totalomsetning på publikumsutsalgene med 1% tilsvarer en økning i bruttofortjeneste med 2,8 millioner
- For økt reseptfangst (inkl. H-resepter) er det viktig med informasjon fra legen til brukeren, samt fokus på ventetid og tilgjengelighet (åpningstid).
- Det er rimelig og anta at et nasjonalt sykehusapotekforetak gjennom en tydeligere profil og synlighet kan øke sin markedsandel (og dermed reseptfangst) over tid

I dagens publikumsutsalg varierer bruttofortjenesten på handelsvarer og OTC-varer fra 36% til 55%

Fordeling av omsetning og bruttofortjeneste innenfor publikumsutsalg



Bruttofortjenesten i handelsvarer og OTC per apotek

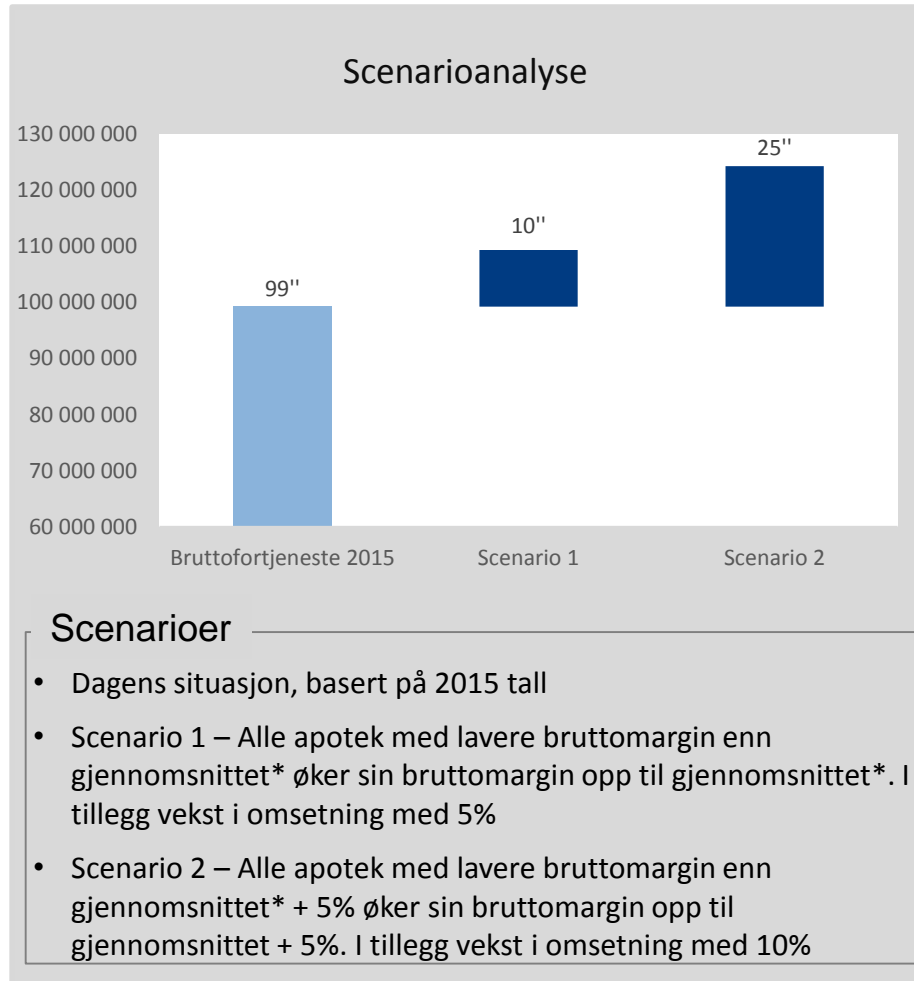


- I 2015 omsatte sykehusapotekene totalt for 273 millioner i handels- og OTC-varer. Dette utgjorde 12% av totalomsetning og 39% av bruttofortjenesten innenfor publikumsutsalget.
- Analysene viser at det er en stor variasjon i bruttofortjeneste på handelsvarer og OTC-varer fra apotek til apotek, både nasjonalt og internt i regionene.
 - Bruttofortjenesten varierer fra 36% til 55% med et gjennomsnitt* på 46%.
- Variasjonene kan skyldes blant annet forskjeller i salgsfokus, kampanjer og ulike produktmikser.
 - Prisene mellom foretakene er i dag harmonisert. Variasjonene skyldes derfor ikke prisforskjeller.

Forklaring type varer:

OTC (Over-the-Counter): Reseptfrie legemidler (Legemidler i reseptgruppe F eller reseptgruppe CF).
 Handelsvarer: Produkter som ikke er legemidler, eks. hår- og hudprodukter, kosmetikk etc.

Ved økt fokus på salg av OTC- og handelsvarer har sykehusapotekene et potensiale til å øke bruttofortjenesten i publikumsavdelingen



- Prosjektet har analysert potensialet i økt bruttofortjeneste på handels- og OTC-varer. Resultatene viser at bruttofortjenesten vil øke med henholdsvis 10 millioner og 25 millioner i scenario 1 og 2.
- Potensialet kan utnyttes gjennom sterkere kjedestyring med mer fokus på kampanjer, evaluering av dagens produktmiks, innføring av nye produkter, samt bruk av styringsdata
 - Eksempler fra Sykehusapotekene Sør-Øst viser gode resultater ved bruk av styringsdata og salgsfokus
- Deler av gevinsten kan realiseres i dagens regionale organisering. Det vurderes likevel at gevinster kan realiseres mer effektivt i et nasjonalt foretak ved en sterkere kjedestyring, fells kampanjer, benchmarking på tvers.
- Det er kulturelle utfordringer ved innføring av sterkere kjedestyring. Det er i dag ulike regionale strategier rundt markedsfokus og varesortiment. Dette, i sammenheng med foretakets strategi, må også vurderes ved en eventuell utnyttelse av potensialet innenfor handels- og OTC-varer. En sentral forutsetning for gevinstene er de fysiske rammene, eks. lokaler, er tilgjengelig.
- Økt inntjening kan bidra til å finansiere strategiske satsningsområder for sykehusapotekene.

Oppsummering av evalueringen pr fokusområde

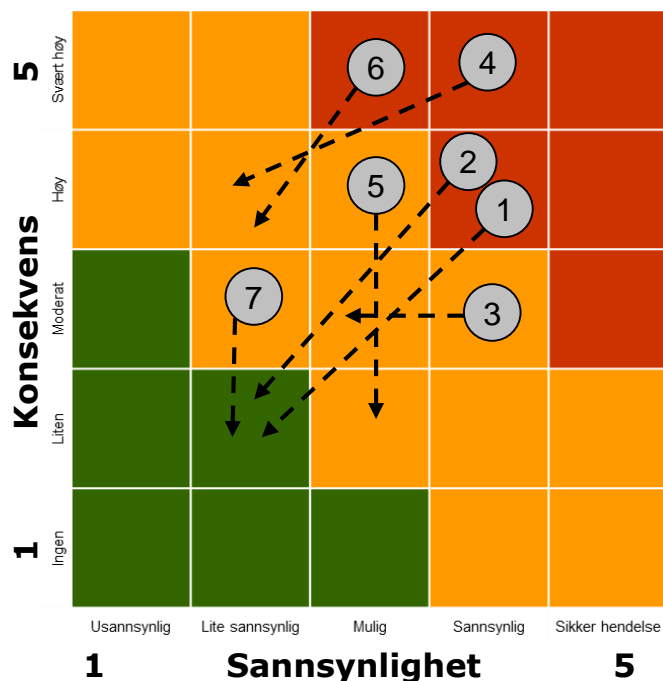
Strategisk fokusområde	Dagens organisering	Nasjonalt sykehus- apotekforetak	Hovedbegrunnelse for vurderingene
Pasientsikkerhet og kvalitet			Sykehusapotekforetakene drives generelt godt i dag. Det er et høyt fokus på pasientsikkerhet og kvalitet. En nasjonal organisering vil etablere standardiserte arbeidsprosesser, lik opplæring og øke bruken av beste praksis. Det vil bli en større tyngde bak nasjonale satsninger, som eksempelvis lukket legemiddelsøyfe og endose. Samlet sett vil dette bidra til bedre pasientsikkerhet og kvalitet.
Beredskap og forsyning			Det er i dag i hovedsak etablert lokale og regionale tiltak knyttet til beredskap og forsyning. En nasjonal modell vil sikre et helhetlig nasjonalt fokus og oversikt.
Forskning og innovasjon			Det er, i dag, et tett samarbeid med sykehusene og universitetene på forskning, men de regionale miljøene er små. Det er vurdert at en nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi og et samlet fokus vil medføre økt gjennomføringskraft og synlighet.
Ledelse, kompetanse og arbeidsmiljø			Sykehusapotekforetakene er en attraktiv arbeidsgiver i dag. Det er en fare for at en nasjonal organisering medfører at medarbeidere kan miste følelsen av tilhørighet og identitet. Det kan også gi nye muligheter ved å samle fagmiljøer.
Etikk og ytre miljø	(*)		Alle de foretakene er ISO-sertifisert. Sykehusapotekforetakene følger regionale etiske retningslinjer og opplever få etiske dilemmaer. Et nasjonalt foretak muliggjør økt fokus og påvirkningskraft i flere ledd av verdikjeden i fremtiden
Økonomi, analyse og effektivitet			Det er en god økonomiforvaltning i hvert foretak. Det er etablert nasjonale samarbeidsområder. En nasjonal organisering vil effektivisere støttefunksjoner. Dette gir mulighet for å takle en fremtidig vekst og økt utvikling innen flere områder med dagens antall årsverk, og dermed mer helse for pengene.
Teknologi			Et nasjonalt foretak vil sikre et felles løft innen investeringer, utvikling og bruk av nye teknologiske hjelpemidler.

(*) Området er kun vurdert på et overordnet nivå siden etikk og miljø ikke var en del av den initiale nåsituasjonskartleggingen

Innholdsfortegnelse

Kapittel	Side
1. Oppsummering og anbefaling	3
2. Innledning	7
3. Strategiske fokusområder	14
4. Nåsituasjonsanalyse	16
5. Pågående nasjonale prosesser og føringer	33
6. Beskrivelse av nasjonal organisasjonsmodell	36
7. Evaluering av de to organisasjonsmodellene	40
8. Overordnet risikovurdering av nasjonal modell	61
9. Vedlegg	63

Overordnet risikovurdering med tiltak av en nasjonal organisasjonsmodell



- ➔ = forventet endring av risiko etter innført tiltak

#	Risiko- og tiltaksbeskrivelse
1	<p>Risiko: Dersom det er en uklar ansvars- og rollefordeling mellom nasjonalt sykehusapotek HF, RHFene og øvrige HF vil samarbeid og leveranseevne kunne svekkes, og noen av gevinstene ved en nasjonal organisering vil ikke hentes ut.</p> <p>Tiltak: God og riktig eierrepresentasjon i styret. Organisering, styringsprinsipper, avtaleverk og fullmakter etableres som en del av etableringsprosjektet og avklares med øvrige interessenter.</p>
2	<p>Risiko: Dersom nasjonal administrasjon oppleves som langt unna for de lokale sykehusapotekene, både organisatorisk og geografisk, kan det føre til manglende forståelse for lokale problemstillinger og mindre rom for lokale tilpasninger.</p> <p>Tiltak: Sikre en organisering som sikrer effektive samarbeidsformer og kommunikasjon. Områdeledelse med nødvendig støtte foreslås etablert for å ivareta den lokale nærheten.</p>
3	<p>Risiko: Dersom ledelsen i nasjonalt sykehusapotek HF sentraliseres ett sted og tas ut av dagens regionale møtearenaer, kan avstanden fra ledelse til sykehusene og RHFene oppleves som lang og samarbeidet med sykehusene og RHFene svekkes.</p> <p>Tiltak: Gå opp dagens møtearenaer mellom sykehusapotekene og HF/RHF, og sikre videreføring av nødvendige fora.</p>
4	<p>Risiko: Dersom etablering av felles IKT-løsninger ikke prioriteres i tilstrekkelig grad vil det medføre til tilfredsstillende løsninger og manglende integrasjoner mot regionale systemer, samt føre til økte innføringskostnader</p> <p>Tiltak: IKT- og systemstøtte prioriteres, etableres og tilføres tilstrekkelig med ressurser som en egen arbeidsstrøm i etableringsprosjektet.</p>
5	<p>Risiko: Dersom en endelig beslutning og/eller etableringsprosessen av et nasjonalt selskap trekker ut på tid kan det medføre at sentrale medarbeidere slutter. Dette vil det føre til tap av kompetanse og erfaring.</p> <p>Tiltak: Tydeliggjøre gevinsten med en ny organisering. Sikre god involvering og kommunikasjon. Sikre en forutsigbar og åpen prosess. Gjøre regionale kompetansekartlegginger i etableringsprosjektet for å matche ressurser mot fremtidige stillinger og kommunisere dette tidlig.</p>
6	<p>Risiko: Dersom nasjonal finansieringsmodell ikke understøtter utviklingen av et nasjonalt selskap og gjennomføring av prioriterte initiativ, vil ikke ønskede gevinster realiseres.</p> <p>Tiltak: Gjøre en overordnet kartlegging av sykehusapotekforetakenes finansielle situasjon i dag. Finansierings- og prismodell utredes videre som en del av etableringsprosjektet.</p>
7	<p>Risiko: Dersom nasjonalt sykehusapotekforetak HF innfører høy grad av standardisering kan det redusere muligheten for lokale tilpasninger og kan skape misnøye blant sykehusapotekenes «kunder» (publikum og sykehusene), samt manglende eierskap fra ansatte i sykehusapotekene.</p> <p>Tiltak: Involverer sykehusapotekene arbeidet med standardisering. Tillate lokale tilpasninger på utvalgte områder.</p>

Innholdsfortegnelse

Kapittel	Side
1. Oppsummering og anbefaling	3
2. Innledning	7
3. Strategiske fokusområder	14
4. Nåsituasjonsanalyse	16
5. Pågående nasjonale prosesser og føringer	33
6. Beskrivelse av nasjonal organisasjonsmodell	36
7. Evaluering av de to organisasjonsmodellene	40
8. Overordnet risikovurdering av nasjonal modell	61
9. Vedlegg	
• Føringer fra styringsgruppen til mandatet, samt kommentarer fra prosjektgruppen	
• Kommentarer til kvantifisering av gevinster	
• Organisasjonsfigurer dagens fire sykehusapotekforetak	
• Utkast til mandat «Etablering av nasjonalt sykehusapotekforetak»	
	63

Vedlegg

1. Føringer fra styringsgruppen til mandatet, samt kommentarer fra prosjektgruppen
2. Kommentarer til kvantifisering av gevinster
3. Organisasjonsfigurer dagens fire sykehusapotekforetak
4. Utkast til mandat «Etablering av nasjonalt sykehusapotekforetak»

Prosjektets overordnede målsetting er å utrede og vurdere etablering av et nasjonal sykehusapotekforetak.

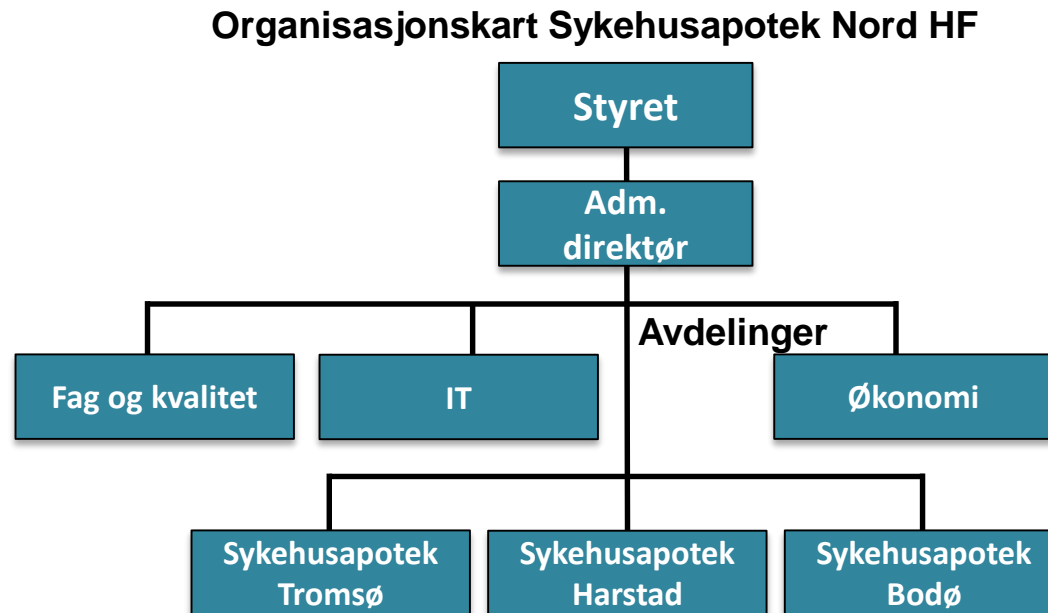
Leveranser, føringer fra styringsgruppen og kommentarer

1. Ta utgangspunkt i utredningen fra 2007. Beskrive endringene som har skjedd siden 2007
2. Definere et overordnet mål bilde og strategiske fokusområder for sykehusapotekene
 - *Kommentar:* Prosjektgruppen har utarbeidet et forslag til strategiske fokusområder for sykehusapotekene som kan ansees som innspill til et overordnet mål bilde. Hvis regionene beslutter å etablere et nasjonalt selskap, vil det gjennomføres en strategiprosess når selskapet er etablert.
3. Overordnet beskrive pågående nasjonale prosesser og føringer som kan påvirke en fremtidig organisering av sykehusapotekene
 - *Føring fra styringsgruppen:* Det er nyttig å peke på omkringliggende utredninger som Kvinnslandutvalget, men det kan på nåværende tidspunkt ikke legges føringer for denne utredningen.
 - *Kommentar:* Prosjektet fant lite relevant i deres foretaksspesifikke dokumenter som gav føringer for dette arbeidet og har dermed valgt og ikke inkludere dette.
4. Kartlegge og beskrive dagen situasjon, inkludert styringsmodeller, organisering, nøkkeltall og grensesnitt og samarbeid med de regionale helseforetakene, helseforetak og andre relevante samarbeidspartnere
 - *Føring fra styringsgruppen:* Prosjektgruppen må sikre at alle deler av virksomheten til sykehusapotekene, inkl. undervisning, forskning, innovasjon, er overordnet beskrives i nå-situasjonsbeskrivelsen. Styringsgruppen fastlegger et tak på 4-5 intervjuer pr region, maks 15-20 intervjuobjekter. Prosjektgruppen må sikre en bredde i intervjuobjekter på tvers av regionene.
 - *Kommentar:* Prosjektgruppen anså det som viktig å inkludere teknologiperspektivet og gjennomførte en IKT-workshop med IT-direktørene i sykehusapotekforetakene
5. Beskrive alternativ organisering av sykehusapotekene i Norge som et nasjonalt sykehusapotekforetak inkl. organisering og eierbrøk
 - *Føringer fra styringsgruppen:* Oppdraget er å utrede ett nasjonalt sykehusapotek. Evt. alternative scenarier vil det tas stilling til, dersom utfallet fra dette prosjektet blir at et felles nasjonalt sykehusapotek med alle funksjoner ikke er hensiktsmessig. Eierbrøk må avklares underveis. Styringsgruppen gjør endelig anbefaling.
6. Evaluere de to organisasjonsmodellene (dagen organisering og nasjonalt sykehusapotekforetak) opp mot regionale og nasjonale føringer, mål bilde, strategiske fokusområder og gevinster
7. Etablere gevinstoversikt, herunder kvantifisere hensiktsmessige gevinster, som viser hvilke gevinster som kan realiseres i dagens situasjon og ved etablering av et nasjonalt foretak
 - *Føringer fra styringsgruppen:* Gevinster relatert til kvalitet og pasientsikkerheten er helt avgjørende. Deretter må det vurderes om tjenesten er konkurransedyktig. Kvantitative gevinster skal analyseres på et nøkternt nivå. Gevinster for helseforetakene, som kunder, skal også beskrives kvalitativt.
 - *Kommentar:* Underveis i prosjektperioden viste det seg vanskeligere enn først antatt å skaffe sammenlignbare tall til å kvantifisere gevinster (se s. 12). Prosjektgruppen har forholdt seg til føringen om et nøkternt nivå på kvantifisering, men ansett som det som noe krevende for å få et godt nok beslutningsgrunnlag.
8. Anbefale fremtidig organisasjonsmodell med en tilhørende overordnet risikovurdering
 - *Føringer fra styringsgruppen:* Det skal gjennomføres en overordnet risikovurdering av en fremtidig organisasjonsmodell. Risikovurdering av en evt. videre prosess vil inngå i arbeidet med mandat for planleggingsfasen.
9. Utarbeide mandat for planleggingsfasen i prosjektet
 - *Kommentar:* Prosjektet har laget et utkast til mandat for neste fase, men påpeker at dette bør jobbes videre med og foreslår at dette gjøres i oktober/november 2016.

Kommentarer til kvantifisering av gevinster

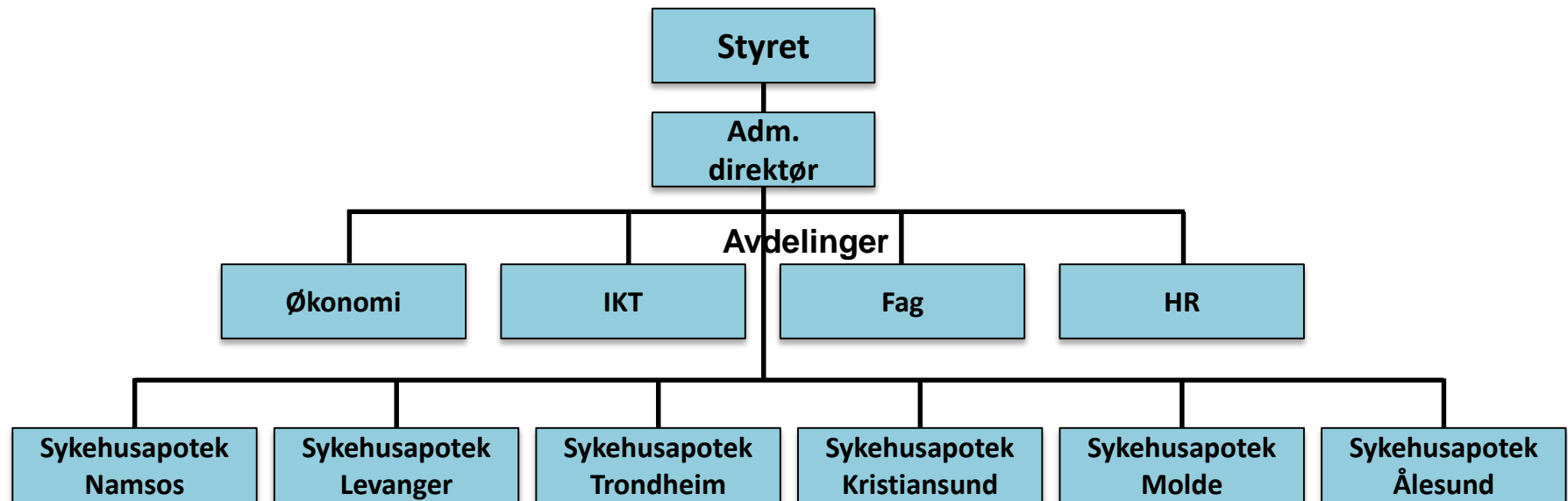
Område	Kvantitative muligheter – Initialt forslag	Kommentarer
Publikum	Kartlegge potensiale ved samordning rundt prising av handelsvarer gjennom analyse og sammenligning av dekningsbidrag pr omsatt kr. Samt analyse av handelsvarevolum i forhold til antall reseptbelagte varer/ekspederinger for å analysere effekter av kjedestyring og økt mersalg	<ul style="list-style-type: none"> • Kvantifisert
Produksjon	Kartlegge forskjeller mellom de to eksisterende lagerproduksjonene og se på potensiale i en eventuell sentralisering	<ul style="list-style-type: none"> • Lite tilgjengelig data og data som var tilgjengelig var ikke sammenlignbar på tvers mellom Vest og Sør-øst
Sykehusekspedisjon	Nøktern analyse av kost per aktivitetsindikator (for eksempel pakninger) for å få frem variasjon mellom foretakene. Få frem eventuelle forskjeller i automatisering	<ul style="list-style-type: none"> • Resultatene fra analysen antyder at tallene på ansatte ikke er sammenlignbare, dette vurderes hvorvidt det skal være en del av rapporten eller ikke
Tjenester/ Rådgivning	Ikke hensiktsmessig å kartlegge	
Ledelse/ administrasjon/ Støtte	Prosjektgruppen skisserer opp et forslag til mulig organisasjonsmodell ved omlegging til nasjonalt sykehusapotekforetak herunder behov for sentral administrasjon og regionale administrasjoner. Gevinsten vil da presenteres som kapasitet som kan frigjøres til å bidra til mer helse. Se på administrasjonseffektivitet i dag, mot stordriftsfordeler (bruke sør-øst som eksempel)	<ul style="list-style-type: none"> • Kvantifisert på overordnet nivå

Organisasjonskart for Sykehusapotek Nord HF

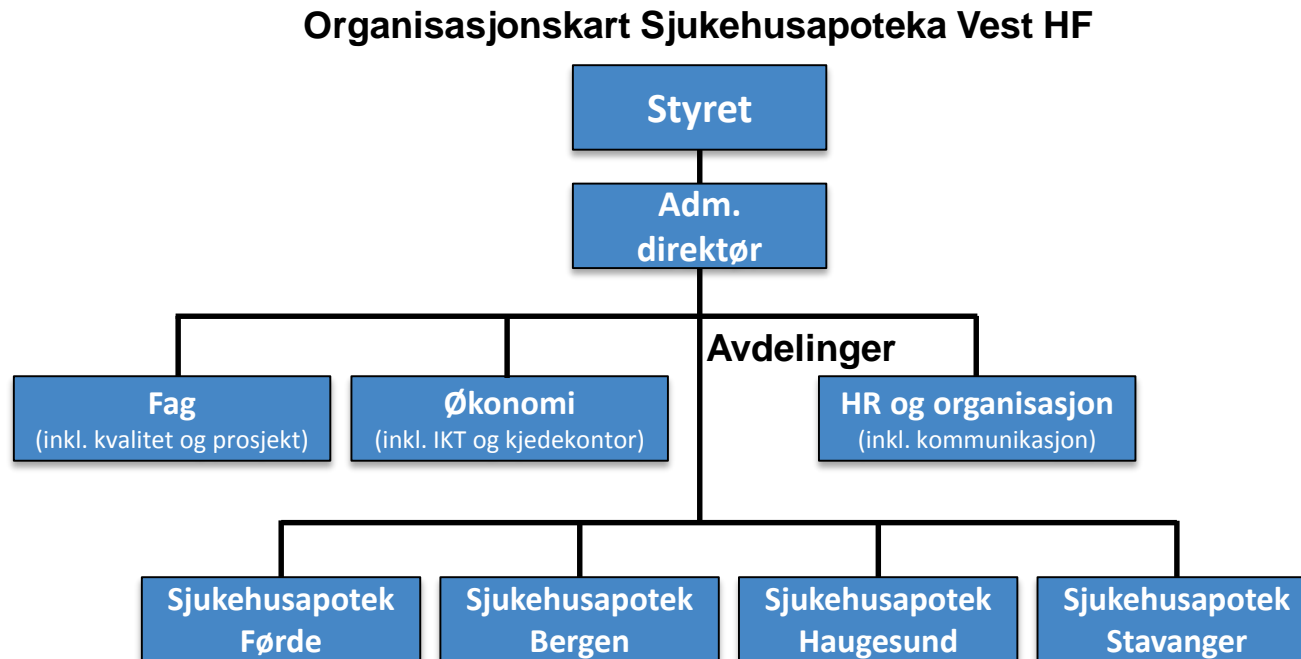


Organisasjonskart for Sykehusapotekene i Midt-Norge HF

Organisasjonskart Sykehusapotekene i Midt-Norge HF

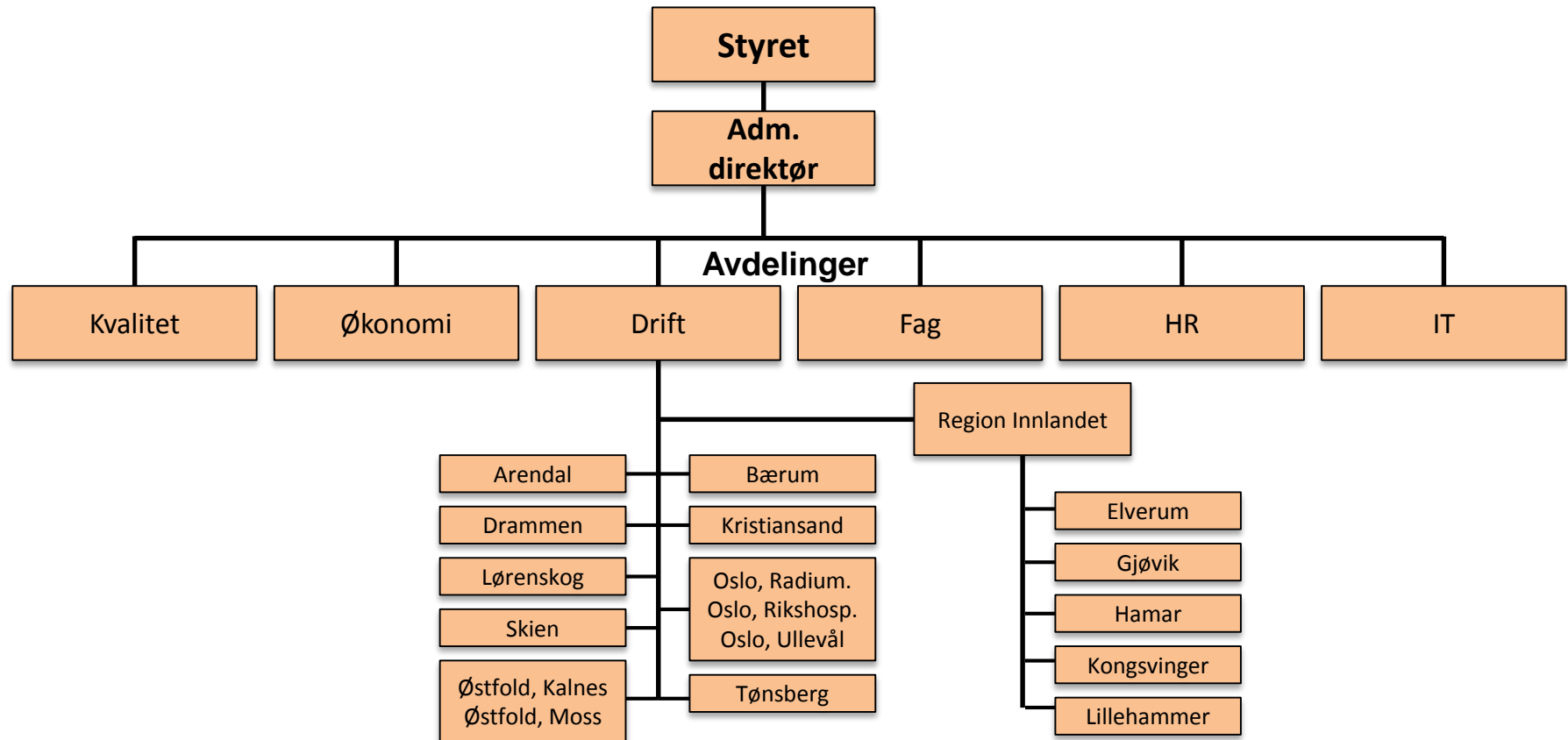


Organisasjonskart for Sjukehusapoteka Vest HF



Organisasjonskart Sykehusapotekene HF (Sør-Øst)

Organisasjonskart Sykehusapotekene HF



Utkast til mandat «Etablering av nasjonalt sykehusapotekforetak»

- Prosjektet har utarbeidet en versjon 0.6 av mandat for «Etablering av nasjonalt sykehusapotek».
 - Se eget vedlegg
- Mandatet må bearbeides videre ved beslutning om å etablere et nasjonalt foretak.

Dokumentkontroll		
Saksbehandler	Gjennomgang	Godkjent av
Ekstern prosjektleder	Prosjektgruppen	Styringsgruppen

Distribusjonsliste	
Helse Nord RHF	
Helse Midt-Norge RHF	
Helse Vest RHF	
Helse Sør-Øst RHF	
Sykehusapotekene Nord	
Sykehusapotekene Midt-Norge	
Sykehusapoteka Vest	
Sykehusapotekene Sør-Øst	

Endringslogg			
Versjon	Dato	Endring	Endret av
0.1	15.09.16	Dokument opprettet	Ekstern prosjektleder
0.2	16.09.16	Kvalitetssikring alle kapitler	Ekstern prosjektmedarbeider
0.6	02.10.16	Oppdatert med innspill fra prosjektgruppen	Prosjektgruppen
0.8	19.09.16	Gjennomgang med prosjekteier	Prosjekteier og ekstern prosjektleder
0.9		Versjon sendt til styringsgruppen	Ekstern prosjektleder
1.0		Godkjent av styringsgruppen	

Prosjektmandat v.0.3 Side 1 av 7 Sist oppdatert 02.10.2016 18:06:42

Til:
Helse Nord RHF
Helse Vest RHF
Helse Midt-Norge RHF
Helse Sør-Øst RHF

Oslo, 14. oktober 2016

Regional forankring av leveranse fra prosjekt «Utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak»

På oppdraget fra AD-møtet (sak 043-2016) har de fire regionale helseforetakene, i perioden mai til oktober 2016, gjennomført prosjektet «Utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak». Prosjektets oppdrag har vært å beskrive nå-situasjonen med fire regionale sykehusapotekforetak, samt evaluere dagens regionale organisering og et nasjonal sykehusapotekforetak.

Sluttrapporten ble behandlet i styringsgruppen den 6. oktober 2016. Videre prosess er at styringsgruppen fremmer saken for behandling i AD-møtet 12. desember 2016. I forkant av behandlingen i AD-møtet ønsker styringsgruppen å gjennomføre en forankringsprosess i hver enkelt region.

Om gjennomføringen av forankringen:

- Styringsgruppens representanter har ansvaret for å sikre en god forankringsprosess i egen region.
- Hver region avklarer hvordan den regionale forankringsprosessen skal gjennomføres.
- Sykehusapotekenes administrerende direktører vil parallelt gjennomføre en forankring av sluttrapporten i eget styre. Det anbefales at innspill fra denne forankringen inkluderes i regionens samlede tilbakemelding.
- De regionale helseforetakene sender en samlet tilbakemelding.

Særskilte områder:

Et overordnet mål for et eventuelt nasjonalt apotekforetak er å bidra til en kvalitativt bedre og økonomisk mer fordelaktig apotekjeneste til sykehusene. Dette kan bare oppnås ved å ha høy oppmerksomhet på hvert enkelt sykehus sine behov og ønsker. En nasjonal apotekorganisasjon må klare å utnytte den samlede kapasiteten og kompetansen som er tilgjengelig for å kunne levere tjenestene med best kvalitet og pris til hvert enkelt sykehus. Prosjektets styringsgruppe ønsker derfor særlig tilbakemelding på følgende hovedtemaer:

- Hvordan kan de skisserte strategiske fokusområdene sikre kundefokus, samt tett og god dialog med brukerne i et nasjonalt helseforetak?
- Hvordan sikre at den tette integrasjonen og det gode samarbeidet mellom sykehusapotekene og helseforetak ivaretas også i ny modell?

Frist for innspill fra de regionale helseforetakene er satt til 18. november 2016.

Innspill sendes til prosjektleder Camilla Kluge Foss, ckluge@deloitte.no.

Spørsmål underveis kan rettes til styringsgruppens medlemmer eller til styringsgruppens leder Steinar Marthinsen, Helse Sør-Øst RHF, steinar.marthinsen@helse-sorost.no, mob: 906 54 761.

Med vennlig hilsen

Steinar Marthinsen
Styringsgruppens leder



Saker til informasjon	
Styresak nr.:	50 – 2016
Møtedato:	26. oktober 2016
Saksbehandler:	Direktør Espen Mælen Hauge
Vedlegg:	1. Åpen og god dialog i sykehusene i Helse Nord – oversendelsesbrev 2. Åpen og god dialog i sykehusene i Helse Nord - verktøykasse

Saker til informasjon:

Fra styreleder:

Fra direktør:

1. Åpen og god dialog i sykehusene i Helse Nord
2. Internrevisjon fra Helse Nord – Risikostyring i Sykehusapotek Nord HF
3. Status leveranser til Helgelandssykehuset HF
4. Medarbeiderundersøkelsen
5. Informasjon fra Brukerutvalget i Sykehusapotek Nord

Direktørens innstilling til vedtak

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonssakene til orientering.

Espen Mælen Hauge
direktør

Helseforetakene i Helse Nord
Konserntillitsvalgte
Konsernverneombud

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler/dir.tlf.:
Knut Langeland/ 93063720

Sted/Dato:
Bodø, 13.10.2016

Åpen og god dialog i sykehusene i Helse Nord – felles verktøykasse.

Det vises til helseministerens brev av 16. mars 2016 der han ber de regionale helseforetakene om å forsterke arbeidet med å gjennomføre tiltak for å sikre en åpen og god dialog i sykehusene. I vårt brev av 27.04.2016 til helseforetakene varslet vi også at vi ville følge dette opp med en felles handlingsplan til helseforetakene.

Vedlagt oversendes et dokument, en felles verktøykasse for arbeidet med åpen og god dialog i sykehusene i Helse Nord. Den skal først og fremst være et supplerende bidrag i arbeidet som helseforetakene gjør. Dokumentet er utviklet etter to arbeidsmøter med en referansegruppe bestående av medarbeidere, tillitsvalgte og ledere fra Helse Nord.

Dokumentet *Åpen og god dialog i sykehusene i Helse Nord – felles verktøykasse* vil bli lagt fram for styret i Helse Nord RHF, det vil bli brukt som grunnlag for en sekvens på felles styreseminar 26-27. oktober og vil være tema i ulike andre sammenhenger utover i 2017. Helseforetakene ønskes lykke til med det viktige arbeidet for å styrke åpen og god dialog i sykehusene i Helse Nord og vi håper dokumentet kan være til nytte i arbeidet.

Beste hilsen

Brevet er elektronisk godkjent

Lars Vorland
Administrerende direktør

Knut Langeland
HR sjef

1 vedlegg - *Åpen og god dialog i sykehusene i Helse Nord – verktøykasse*

Åpen og god dialog i sykehusene i Helse Nord – verktøykasse

1. Bakgrunn

Helseministeren har satt pasientsikkerhet på dagsorden i sammenheng med helse-, miljø og sikkerhetsarbeid. Ambisjonen er å sikre at det skapes en kultur preget av åpenhet, god dialog og læring. Slikt arbeid er evigvarende prosesser. Dette er problemstillinger som ledelse og medarbeidere i helseforetakene har vært og er opptatt av. Oppgaven må løses på lokalt hold i et samarbeid mellom ledelse, tillitsvalgte og vernetjeneste og medarbeidere på alle nivå. I Helse Nord RHF har vi valgt å bruke dette som et utgangspunkt for å stimulere til en samlet og styrket innsats på dette feltet. Derfor har vi, i tillegg til arbeidet som gjøres i helseforetakene, utviklet en verktøykasse med forslag som kan brukes i det lokale arbeidet. Til å bidra i arbeidet inviterte vi en referansegruppe bestående av medarbeidere, ledere og representanter for tillitsvalgte og vernetjeneste i helseforetakene. De har deltatt som enkeltpersoner og ikke på vegne av sin arbeidsgiver. Gruppen har i to arbeidsmøter gitt innspill på dagens situasjon og bidratt i utvikling av verktøykassen. Helse Nord RHF er ansvarlig for innholdet i dokumentet som i stor grad reflekterer innspill fra arbeidsmøtene. Dokumentet gir seg ikke ut for å være uttømmende, men ett av flere bidrag inn i arbeidet med å styrke åpen og god dialog i sykehusene i Helse Nord.

Føringer for arbeidet

Sett fra oppdragsgivers side er Helse Nord RHF opptatt av at arbeidet skal baseres på at:

- det er et lederansvar å organisere virksomheten slik at åpen og god dialog kan finne sted
- vi har alle et medansvar for vårt eget arbeidsmiljø og vi kan alle skape bedre kulturer der vi er
- dette skal resultere i læring og forbedring langs flere dimensjoner i arbeidet i helseforetakene
- det skal i stor grad bygge på eksisterende organisasjon og styrke evnen til å takle problemstillingene på eksisterende møteplasser
- det skal styrke ledere/medarbeidere/tillitsvalgte/verneombud sin bevissthet om temaet og økte kunnskaper og ferdigheter knyttet til hvordan det kan følges opp

Innholdet i verktøykassen er tidløst og foreslås brukt som del av det arbeid som foregår i styre, ledelse, i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjeneste og i utvikling av arenaer for dialog med medarbeidere.

2. Situasjonsbeskrivelse

- Pasienterfaringsundersøkelser, pasientsikkerhetskulturundersøkelser, medarbeiderundersøkelser og referansegruppens situasjonsbeskrivelser viser at det er et komplekst og sammensatt bilde med stor lokal variasjon

- Fra mange deler av organisasjonen rapporteres det om godt samarbeid, god åpenhet og lokalt gode resultater.
- Til tross for stor lokal variasjon er det enighet om at det er et stort potensial for forbedring av åpenhet, involvering, avviksmelding og håndtering og oppfølging av avvikene slik at det oppstår læring og forbedring.
- Det blir beskrevet en hverdag der grupperinger lever "parallelle liv", virkelighetsbeskrivelsen varierer mellom overordnet ledelse og de som står nærmest til primæroppgavene. Det foregår mye og viktig faglig aktivitet som ikke gjenspeiles i linjeledelsen.
- Det meldes for lite avvik, folk kan kvie seg for å melde inn avvik hvis de tror at det kan gå ut over kollegaer/en selv og avvik brukes ikke systematisk som kilde til læring.
- Oppfølgingen og håndteringen av avvik, og kommunikasjonen om hva som blir gjort med avvikene er mangelfull
- Det er stedvis store kontrollspenn og mange opplever fravær av overordnet leder i hverdagen.
- Vedvarende fokus på kostnadseffektiv drift har skapt en mer presset hverdag, enkelte melder inn savn av det klassiske "personalkontoret" som hadde den ansattes ve og vel som sitt hovedanliggende.
- Førstelinjeledere har høyt arbeidspress, har mange folk under seg og stort ansvar, men opplever i varierende grad å være satt i stand til å mestre lederrollen.
- Det finnes gode og etablerte møteplasser mellom ledelse, tillitsvalgte og vernetjeneste, særlig på øverste nivå. Det er mange steder en utfordring å få til slike på alle nivå i organisasjonen med påfølgende konsekvenser for medvirkning og samarbeid.

3. Teoretiske perspektiver på organisering av helseforetak

Dette delkapittelet er en organisasjonsfaglig utdyping for å ramme inn og forsterke situasjonsbeskrivelsen som ble gitt på innledende arbeidsmøter. Deler av analysen bygger på arbeidet med å lage Nasjonal lederplattform.

Ulike perspektiver i spesialisthelsetjenesten

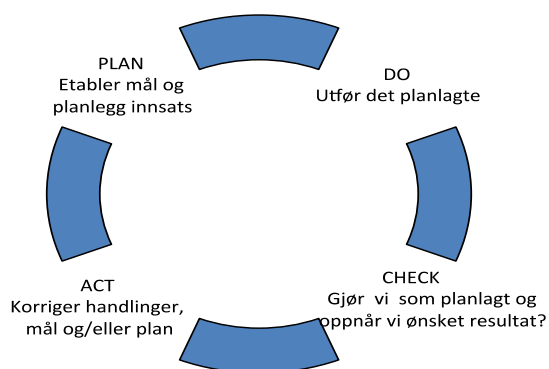
En konklusjon fra forskningsprogrammet LOST er at helseforetakene i sin operative kjerne i stor grad har forblitt upåvirket, til tross for omfattende reformer og strukturelle endringer. Beslutninger "ovenfra" kommer ikke alltid godt nok i inngrep med den profesjonsdrevne dialogen om oppgaveløsning "nedenfra". Helsetjenesten er organisert etter spesialiteter. Det gir en ekstra utfordring i å forme tjenesten rundt pasienten som oftest beveger seg "horisontalt" gjennom organisasjonen. Spesialisthelsetjenestens rommer ulike "verdanskuelser" som historisk har vektlagt ulike sider ved virksomheten. Mintzberg (2001) stiliserer dette i retning av at legenes verden er rettet inn mot **behandling** (*cure*), sykepleieres og pleiepersonellens verden er preget av **pleie** (*care*) og ledere og administratorers verden er rettet inn mot styring og kontroll (*control*). Mintzberg advarer mot kløftene som kan oppstå mellom ulike verdener hvis ikke partene i større grad greier å

ta hverandres perspektiv. Til hjelp i et slikt arbeid kreves det ulike mekanismer for å sikre integrasjon og god samhandling.

Det er en felles utfordring for ledere, medarbeidere, fagforeninger og vernetjeneste å skape et godt og helhetlig samspill mellom nivåer, enheter og ”verdener”, og å kunne legge opp og bidra i prosesser som skaper større grad av felles virkelighetsoppfatning og større forståelse og respekt for at det innen dette samlede bildet finnes forskjeller i perspektiv.

Kvalitetstenkning og kontinuerlig forbedring

Undersøkelser i forbindelse med utarbeidelse av nasjonale lederkrav viste at ledere i for liten grad opplevde å ha kunnskap og metoder for å kunne drive kontinuerlig forbedring, og at det i for liten grad var mulig å dokumentere god kvalitet i behandlingen. En forutsetning for i det hele tatt å komme inn i en forbedringsprosess er at det må foreligge noen data som sier noe ubestridelig om hvor godt en tjeneste utøves. Det registreres i for liten grad resultater av behandling. Eksisterende data blir heller ikke i tilstrekkelig grad brukt aktivt og systematisk i forbedringsarbeid. Omvendt blir det vist til at det kan utløse energi og bidra til store forbedringer når det samles inn data om resultatet av eget arbeid og utarbeides et godt kunnskapsgrunnlag for å velge nye behandlingsopplegg. Ledere opplever i for liten grad å ha kunnskap om bruk av metoder og verktøy for å drive forbedring, og tilgang til sentral styringsinformasjon som sier noe om hvor godt de utfører tjenesten.



3

Kvalitetshjul (Demming)

Det har gjennom de siste tiår skjedd gjennombrudd i en rekke bransjer med utgangspunkt i en systematisk tankegang om hva som skal til for å skape kvalitet. Kvalitetstenkningen er en videreføring av tradisjoner som har lagt vekk på standardisering. Det er ikke selve standarden, men systematikken for å følge opp resultater, analysere og forstå avvik og komme med korrektive tiltak som gir effekt. De sentrale skrittene i styring av kvalitet er utsjekk om resultatene er i tråd med de målene som er satt (Check), og systematikk rundt avvikshåndtering (Act). Hva er

direkte og underliggende årsaker til at målene ikke er nådd, hva er de beste korrigerende tiltak for å nå oppsatte mål? Ikke minst i arbeidet med pasientsikkerhet er det avgjørende at det gjøres gode registreringer av avvik, og at disse blir vurdert på hensiktsmessige måter.

Det profesjonelle handlingsrom under press

Organiseringen av helsetjenesten springer historisk ut av den samme tradisjon som laugs- og håndverkskulturen i Europa. Innen et laug har fagfolkene selv kontroll på utdanning og de forvalter retten til å praktisere faget. Den som har mesterbrevet har gått sin lære og bestått sin prøve og det er det som er folkets trygghet (mer utførlig beskrevet hos Fosse, 2007).

I mange bransjer og industrier har det vært bølger av standardisering med tidvis dramatiske forbedringer. Det har også vært flere motbevegelser i form av fagfolk som på ulike vis og med gode grunner har hevdet at det faglige skjønnet får for lite plass og at handlingsrommet blir for lite. Resultat vil kunne forringes, medarbeidere blir demotiverte og standarden passer ikke til alle de unike situasjoner som oppstår. Pendelen har svingt og den svinger fortsatt.

I dagens helseforetak er det en brytningstid. Dels er det sterke profesjonelle drivkrefter i retning av å opprettholde faglig autonomi med et stort lokalt handlingsrom, dels er det ulike sterke initiativ for å skape en stadig mer standardisert tjeneste og behandling. Ledere og fagfolk rapporterer både om for lite og for mye standardisering. Flere behandlingstilbud er velegnet for å tenke mer standardisering. Samtidig må det diskuteres hva som er et rimelig detaljeringsnivå og hvordan dette best kan beskrives, implementeres og følges opp. På den andre siden hevdes det at for utstrakt standardisering kommer i konflikt med det faglige skjønn som må utøves i hvert enkelt unike og sammensatte tilfelle.

Det er noen viktige lærdommer når man ser på helseforetak i lys av historiske industrialiseringsprosesser. Manglende involvering av medarbeidere og fagfolk i å etablere standarder og arbeidsprosedyrer kan føre til motreaksjoner og det som blir kalt *subversiv kreativitet* (Skorstad, 2002). Subversiv kreativitet innebærer at medarbeideres krefter og oppfinnsomhet brukes for å omgå og motarbeide det som er besluttet. Det har vist seg å være en grense for hvor langt det er mulig og hensiktsmessig å formulere standarder og regler. Studier av profesjonell ekspertise viser at det er andre mekanismer enn å følge regler som gir best resultat i kritiske situasjoner, blant annet evnen til å se familielikheter og forskjeller på tvers av en rekke beslektede situasjoner (Schön, 1983). Slike ferdigheter vil best kunne oppøves ved at dyktige utøvere av faget kommer sammen for å diskutere eksempler, og vil ikke kunne erstattes av standarder.

Konsekvenser for åpen og god dialog og læring i sykehusene

Det er en oppgave både for ledere, medarbeidere, arbeidstakerorganisasjoner og vernetjeneste å bringe de ulike virkelighetsforståelsene i bedre kontakt med hverandre og bidra til å skape større grad av felles virkelighetsbilde. Botemiddelet mot oppsplittede og

parallele virkelighetsforståelser er forskjellige former for dialog og integrasjon. Dette innebærer blant annet gode arenaer for samhandling der de ulike virkelighetsforståelsene kan møtes og der man får tilgang til hverandres perspektiv og tankesett. Gjennom forståelsen av de ulike verdenene kan det skapes aksept og respekt for nødvendigheten av ulike roller og ulike organisasjonslogikker. Dette kan virke integrerende og redusere mulige motsetninger i et helseforetak og på sikt bidra til større grad av åpenhet, læring og nysgjerrighet på tvers av enheter og nivåer.

Manglende åpenhet i form av at avvik ikke blir rapportert er en del av et større og mer sammensatt bilde. Kvalitetsutfordringen dreier seg både om å sette mål og etablere standarder, om å følge opp og sikre at resultater blir oppnådd, og systematiske analyser av avvik og hva som kan gjøres av tiltak. På denne måten blir arbeidet med videreføre en tenkning rundt kontinuerlig forbedring og arbeid med å fremme åpenhet og læring to sider av samme sak.

Spenningen mellom faglig autonomi og standardisering har flere konsekvenser som berører åpenhet, god dialog og læring. På et plan er det opplagt at helseforetak over tid ikke kan unnlate å standardisere behandling i større grad enn i dag. Faglig autonomi har ingen egenverdi sett fra et pasientperspektiv med mindre det innebærer en bedre behandling. På den annen side virker det like klart at ikke alt lar seg fange opp gjennom standardisering og prosedyrer om man forsøker aldri så hardt. Det vil alltid være et grensepunkt der det til syvende og sist må gjøres en samlet vurdering og avveining fra kyndige fagpersoner ut fra et sett av foreliggende faktorer. Uansett angrepsvinkel innebærer dette at fagfolk må involveres aktivt i arbeidet både med å etablere og sikre og videreutvikle standarder (Fossen, 2011). Ledelse må i større grad dreie seg om å legge til rette for og stimulere til god oppgaveløsning blant fagfolkene, og å sikre at virksomheter som driver med de samme tingene bør arbeide på tilnærmet de samme måtene med de samme metodene.

4. Hovedområder i verktøykassen

Arbeidet i referansegruppen resulterte i 3 hovedområder for verktøykassen; Samarbeid med tillitsvalgte og vernetjeneste, Ledelse og Kontinuerlig forbedring. I dette kapitlet utdyper vi hver av disse overskriftene og mulige tiltak som kan iverksettes innenfor hver av de.

Samarbeid med tillitsvalgte og vernetjeneste

Det er mange steder et godt samarbeid og godt etablerte møteplasser mellom ledelse og tillitsvalgte, og mellom ledelse og verneombud, men det kan utvikles videre. Rolle, funksjon og ansvarsområde for tillitsvalgt og verneombud er distinkt forskjellig og ivaretar ulike sider av arbeidstakernes behov og interesser. Vernetjenesten har arbeidsmiljøloven som sitt primære utgangspunkt. Tillitsvalgte arbeider primært med utgangspunkt i hovedavtalen. Det er viktig å etablere samarbeidsformer som løfter fram begge temaene. God forståelse for særpreg og innretning på rollene er viktig både for ledere, tillitsvalgte og verneombud. For

vernetjenesten er det etablert KVAM-strukturer på alle nivåer fra enhets- og avdelingsnivå og til AMU på toppen. Nedover i systemet er det ulik praktisering og samarbeidet fungerer ikke alltid så godt. Saksfeltet for samarbeid kan med fordel utvides til også å gjelde områder som pasientsikkerhet og omstilling. Det foreslås derfor utvidete møteplasser mellom ledelse og tillitsvalgte på tvers av nivåer og avdelinger. Partsamarbeidet inkluderer mer enn de formelle møteplassene.

I arbeidet med god og åpen dialog i helseforetaket foreslås en vurdering av bl.a:

- KVAM-møter må gjennomføres 4 ganger i året, og saksfeltet må utvides slik at også pasientsikkerhet, kvalitet og forbedringsarbeid er på dagsorden.
- KVAM-møter bør tas ned på avdelingsnivå
- Videregående kurs for å skolere verneombud i Helse Nord på tvers av helseforetak for å styrke kompetanse, rolleforståelse og påvirkning.
- Det bør etableres samarbeidsavtaler mellom ledelse og tillitsvalgte med enighet om mål og virkemidler
- Felles opplæring for ledere, tillitsvalgte og verneombud på nøkkelområder:
 - Forståelse av Hovedavtalen og hva den innebærer
 - Forståelse av rollene som leder, tillitsvalgt og verneombud
 - Hvordan få til god medvirkning i hverdagen?
 - Forbedringsarbeid og avvikshåndtering (jamfør eget punkt om kontinuerlig forbedring)
 - Pasientsikkerhet
- Tilrettelegging for at det blir attraktivt å være tillitsvalgt og verneombud, kursing, reell medvirkning med viktige saker på riktige arenaer.

Ledelse og lederutvikling

Ledelsen har en nøkkelrolle og ansvar i å skape et klima for åpenhet, god dialog og læring. Dette inkluderer kunnskap om og ferdighet i hvordan få til god medvirkning i hverdagen, hvordan holde den faglige dialogen gående og hvordan skape godt samarbeid med tillitsvalgte og vernetjeneste. Metodekunnskap om hvordan drive forbedringsarbeid og bruk av avvik som kilde til læring er et annet område. Kommunikasjonsferdigheter og evne til å skape og nyttiggjøre seg utvidete arenaer for dialog og samhandling på tvers av nivåer og avdelinger er et annet felt. Det må inngå som en del av rolleforståelsen til ledere at de har et ansvar for å involvere medarbeiderne sine i kontinuerlige prosesser for å tenke utvikling og forbedring. Dette må innarbeides gjennom rekrutteringsprogram for nye ledere. Ikke minst er det viktig at førstelinjeledere blir skolert og opplever mestring i rollen.

I arbeidet med god og åpen dialog i helseforetaket foreslås en vurdering av bl.a:

Det understrekes at det allerede er omfattende og gode eksisterende tiltak både lokalt og regionalt. Hypotesen er at dette tilbudet i mindre grad er allment kjent og benyttet. Et første arbeid innen ledelsesfeltet er systematisering av hva som allerede finnes av verktøy og tiltak.

- Utarbeidelse av felles moduler for lederutvikling i Helse Nord

- Felles obligatoriske kunnskapsmoduler for ledere:
 - Lov- og avtaleverk, jamfør punktet om partssamarbeid
 - Forbedringsarbeid og avvikshåndtering, jamfør eget punkt .
 - Pasientsikkerhet

Tematikk knyttet til åpenhet, dialog og læring må introduseres som en del av disse modulene.

- Videreutvikling av tilbud spesielt rettet mot førstelinjeledere
- Videreutvikle campuskurs
- Utarbeidelse av tydeligere rolleforventninger til ledere:
 - Synlighet i ledelse - bli kjent med virksomheten, skape arenaer hvor en treffer alle medarbeidere i organisasjonen, Et mål at alle klinikkledere treffer alle medarbeidere minst en gang i året
 - God dialog om fagspørsmål med linjeledelse, innføre trenivå møter
 - Utvikle mekanismer for tilbakemelding, gi og ta tilbakemelding, gå foran som godt eksempel, bidra til en tilbakemeldingskultur
- Felles rekrutteringsprogram i regionen for nye ledere i Helse Nord
- Fortsatt sikre god rekruttering av medarbeidere med erfaring fra klinisk virksomhet inn i ledelse

Kontinuerlig forbedring og avvikshåndtering

Hovedbildet er at den enkelte medarbeider i for liten grad inviteres til å delta i målrettet arbeid, refleksjon over egen praksis og prosesser for å drive kontinuerlig forbedring. På dette området kan det hentes mye læring fra virksomheter som har greid å få sikkerhet, kvalitet og kontinuerlig forbedring til å bli bærebjelken i organisering og ledelse. Det samme gjelder hvordan avvik registreres, behandles og følges opp. I vår forståelse er kontinuerlig forbedring hovedoverskriften og bruk av avviksmeldinger et eksempel på en av flere måter å drive et forbedringsarbeid.

Avviksrapporteringen er i dag mangelfull. Det fremkommer flere områder som kan forbedres. Avvikssystemet kan oppleves å ikke være enkelt nok. Folk er for dårlig opplært i bruken av systemet. Det hefter noe negativt med ordet ”avvik”, noen kan ha negative erfaringer når det meldes om avvik og medarbeidere kan kvie seg for å legge inn noe som er negativt om kollegaer. Det er uklart og ulikt praksis rundt håndtering av avviksmeldinger. Medarbeidere ser ikke alltid at det fører til noe og nytter. Det reises spørsmål om person og sak frikoples når saker løftes videre oppover i systemet, slik at sakene kommer i fokus og ikke hvem som eventuelt har gjort feil. Mye gjenstår før man kan konkludere med at avvikssystemet har blitt en systematisk mekanisme for læring og forbedring.

Arbeidet med god og åpen dialog i helseforetaket foreslås en vurdering av bl.a :

Kontinuerlig forbedring

- Det må sikres at avdelingen har etablert klare faglige mål for enheten, både på kort og mellomlang sikt (1 og 3 års horisont).
- Det må sikres at avdelingen har arena for regelmessig refleksjon over egen praksis (ref. kvalitetsregistre eller egne data som kilde)
- Kliniske fagrevisjoner innenfor utvalgte områder er et godt egnet tiltak
- Det må skapes arenaer der hver enkelt medarbeider får anledning til å komme med forslag til forbedring. Vi erkjenner at de som står i første linje har gode forslag, og gjerne vil bidra hvis det blir skapt en god anledning.
- Et tilstrekkelig antall ledere, medarbeidere, foreningsrepresentanter og verneombud må gjennomgå opplæring i forbedringsarbeid.
- Konsulentbruk må minimaliseres, interne krefter må identifiseres og skoleres
- Ledere og forbedringsveiledere må utfordre organisasjonen - vær kreativ - bruk piloter og småskala testing.
- Det må sikres ressurser slik at det faglige nettverket har et mandat, er godt ledet og lærer av hverandre.
- Vinneren av tertialets forbedringsarbeid inviteres til presentere sitt arbeid i tilsvarende klinikker/avdelinger i andre enheter.

Avvikshåndtering

- Styre, administrerende direktør og kliniksjefer må etablere klare forventninger og klare retningslinjer for rapportering og håndtering av avvik
- Det må synliggjøres en sammenheng mellom avviksbehandling og kvalitetsarbeid.
- Avvik må være fast tema på agenda i alle ledermøter, avdelingsmøter og personalmøter. Skal referatføres. Dette i tillegg til KVAM-møter.
- Vurdere om enheter med vaktgående personell (ø-hjelpsvirksomhet eller annen risikofylt virksomhet) har tilfredsstillende arena for å gjennomgå avvik/uønskede hendelser. For eksempel leger som går i vakt i akuttmottak.
- Ledere må bli målt på å få avvik synliggjort. Få avvik inn i virksomhetsstyringen.
- Det må etableres møtestrukturer der avvik blir fulgt opp med årsaksanalyser, korrektive tiltak og tilbakemeldingssløyfe innenfor gitt tidsperiode til resten av organisasjonen.
- Det er en lederoppgave å definere hvilken type avvik som skal gjøres gjenstand for årsaksanalyse.
- Foretaket må ha retningslinjer for behandling og lukking av avvik, og sikre at ledere er kjent med dem. Sikre at behandling/oppfølging skjer sammen med de involverte innenfor en gitt tidsramme.
- Etablere månedens eksempel (catch of the month) - synliggjøre AT avvik kommer frem, og hva de involverte har lært.
- Det må sikres at første-linje ledere har kunnskap om og er godt trent i bruken av avviksmeldinger og annen forbedringsmetodikk.

Deltakere i referansegruppe:

(noen av deltakerne deltok bare på et av møtene)

Merete Myrvang, kommunikasjonsrådgiver Helgelandssykehuset

Eirik Holand, psykologspesialist Helgelandssykehuset

Espen Mælen Hauge, adm.dir. Sykehusapotek Nord

Hilde Elisabeth Normann, rådgiver Nordlandssykehuset

Hedda Soløy, foretakstillitsvalgt Akademikerne Nordlandssykehuset

Bjørn Erik Faldaas, fagutviklingssykepleier Nordlandssykehuset

Trine Kaspersen, enhetsleder Nordlandssykehuset

Trine Olsen, avdelingsleder UNN

Mai Britt Martinsen foretakstillitsvalgt UNIO UNN

Kari Brøndbo, seksjonsleder UNN

Einar Rebni, foretakshovedverneombud UNN

Ingvild Agledahl, lege i spesialisering Finnmarkssykehuset

Ulrika Larsson, konserntillitsvalgt Akademikerne

Bengt Ole Larsen, konsernhovedverneombud

Anne Marie Jensen, konserntillitsvalgt Delta

Fra Helse Nord RHF har følgende deltatt:

Knut Langeland HR sjef, Ingvild Marie Jakobsen kvalitetsrådgiver, Randi Brendberg fagsjef, Siw Sandvik kommunikasjonsdirektør, Hilde Rolandsen eierdirektør og Kristian Fanghol direktør stab.

Ekstern rådgiver har vært: Øystein Fossen.