



Styremøte

Innkalling med sakspapirer

1. juni 2017 kl. 9.30 – 15.00

Sted:
Pingvinhotellet, UNN Tromsø

Saker til behandling:

Saksnummer	Saksnavn	Side
23 - 2017	Godkjenning av innkalling og saksliste	1
24 - 2017	Godkjenning av protokoll fra styremøte 29. mars 2017	2
25 - 2017	Godkjenning av protokoll fra styremøte 4. april 2017	9
26 - 2017	Årsplan for styret – oppdatering og status	13
27 - 2017	Virksomhetsrapport per april 2017	16
28 - 2017	Rapport for 1. tertial 2017	33
29 - 2017	Risikovurdering Helse Nords overordnede risikomål	63
30 - 2017	Ledelsens gjennomgang	112
31 - 2017	Tema: Forskning	121
32 - 2017	Saker til informasjon	146
	<i>Fra direktør:</i>	
	1. IKT utvikling	
	a. DIFA, inkludert ERP og butikkdatasystem	
	b. Strekkodeprosjektet	147
	c. Produksjonsstøttesystem	
	d. Informasjonssikkerhet – status ROS	
	2. Internrevisjon i Helse Nord om risikostyring	
	3. Grossistanbud 2015 og opsjonsvurdering	
	4. Mandat nasjonalt sykehusapoteksamarbeid	
	5. Status per apotek	
	6. Foretaksmøte 19. mai 2017	
	7. Brukerutvalgsmøte 29. mai 2017	
	8. Info om styrets strategiseminar i Harstad 20. – 21. september 2017	
33 - 2017	Eventuelt	
	1. Evaluering av møtet	



Styrets medlemmer i Sykehusapotek Nord
Observatør fra brukerutvalget i Sykehusapotek Nord

Deres ref.:

Vår ref.:
2017/44

Dato:
24.05.2017

Innkalling til styremøte i Sykehusapotek Nord HF 1. juni 2017

I henhold til tidligere avtalt møteplan og i samråd med styreleder, innkalles med dette til styremøte i Sykehusapotek Nord HF torsdag 1. juni 2017 kl. 9.30-15.00.

Møtet avholdes på Pingvinhotellet ved UNN 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

Björg Helene Jenssen
styreleder

Espen Mælen Hauge
direktør



Godkjenning av innkalling og saksliste	
Styresak nr:	23 – 2017
Møtedato:	1. juni 2017
Saksbehandler:	Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen

I samråd med styreleder er følgende saksliste satt opp til styremøtet 1. juni 2017:

Saksnummer	Saksnavn	Side
23 - 2017	Godkjenning av innkalling og saksliste	1
24 - 2017	Godkjenning av protokoll fra styremøte 29. mars 2017	2
25 - 2017	Godkjenning av protokoll fra styremøte 4. april 2017	9
26 - 2017	Årsplan for styret – oppdatering og status	13
27 - 2017	Virksomhetsrapport per april 2017	16
28 - 2017	Rapport for 1. tertial 2017	33
29 - 2017	Risikovurdering Helse Nords overordnede risikomål	63
30 - 2017	Ledelsens gjennomgang	112
31 - 2017	Tema: Forskning	121
32 - 2017	Saker til informasjon	146
	<i>Fra direktør:</i>	
	1. IKT utvikling	
	a. DIFA, inkludert ERP og butikkdatasystem	
	b. Strekkodeprosjektet	147
	c. Produksjonsstøttesystem	
	d. Informasjonssikkerhet – status ROS	
	2. Internrevisjon i Helse Nord om risikostyring	
	3. Grossistanbud 2015 og opsjonsvurdering	
	4. Mandat nasjonalt sykehusapoteksamarbeid	
	5. Status per apotek	
	6. Foretaksmøte 19. mai 2017	
	7. Brukerutvalgsmøte 29. mai 2017	
	8. Info om styrets strategiseminar i Harstad 20. – 21. september 2017	
33 - 2017	Eventuelt	
	1. Evaluering av møtet	

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte den 1. juni 2017.

Espen Mælen Hauge
direktør

**Godkjenning av protokoll fra styremøte 29. mars 2017**

Styresak nr.: 24 – 2017

Møtedato: 1. juni 2017

Saksbehandler: Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner protokollen fra styremøtet 29. mars 2017.

Espen Mælen Hauge
Direktør

Protokoll

Møtetype: Styremøte i Sykehusapotek Nord

Tidspunkt: 29. mars 2017 kl. 8.00 – 13.00

Møtested: Radisson Blu Hotel Bodø

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

Observatør: Martin Moe, leder av brukerutvalget

Fra administrasjonen:

Espen Mælen Hauge, direktør
Margaret Aarag Antonsen, fagsjef
Hans Jørgen Sevatdal, sykehusapoteker i Bodø

Sak 10/17 Godkjenning av innkalling og saksliste

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte 29. mars 2017.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte 29. mars 2017.

Sak 11/17 Godkjenning av protokoll fra styremøte 9. februar 2017

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøtet 9. februar 2017.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøtet 9. februar 2017.

Sak 12/17 Årsplan for styret – oppdatering og status

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar årsplanen til orientering.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar årsplanen til orientering.

Sak 13/17 Årsregnskap 2016

Direktørens innstilling til vedtak:

- 1. Styret for Sykehusapotek Nord HF innstiller overfor foretaksmøtet at det fremlagte årsoppgjør med resultatregnskap, balanse, kontantstrøm, noter og årsberetning, samt disponering av årsresultat, fastsettes som Sykehusapotek Nord HF's regnskap for 2016.*
- 2. Styret innstiller overfor foretaksmøtet at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnsfastsettelse.*
- 3. Styrets beretning 2016 vedtas.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF innstiller overfor foretaksmøtet at det fremlagte årsoppgjør med resultatregnskap, balanse, kontantstrøm, noter og årsberetning, samt disponering av årsresultat, fastsettes som Sykehusapotek Nord HF's regnskap for 2016.
2. Styret innstiller overfor foretaksmøtet at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnsfastsettelse.
3. Styrets beretning 2016 vedtas.

Sak 14/17 Virksomhetsrapport per februar 2017

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per februar 2017 til orientering.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per februar 2017 til orientering.

Sak 15/17 Årlig melding 2016

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner Årlig melding 2016 som Sykehusapotek Nords rapport til Helse Nord RHF på Oppdragsdokumentet 2016.

Direktør fremmet nytt forslag til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar Årlig melding 2016 som Sykehusapotek Nords rapport til Helse Nord RHF på Oppdragsdokumentet 2016 til orientering.

Direktørens nye forslag ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar Årlig melding 2016 som Sykehusapotek Nords rapport til Helse Nord RHF på Oppdragsdokumentet 2016 til orientering.

Sak 16/17 Innspill til plan 2018-2021, inkludert rullering av investeringsplan

Direktørens innstilling til vedtak:

1. *Styret for Sykehusapotek Nord vedtar denne saken som styrets innspill til plan- og budsjettarbeid i Helse Nord for 2018-2021.*
2. *Styret ber om at Sykehusapotek Nord får følgende investeringsrammer:
2017: 3,0 millioner
2018: 18,0 millioner
2019: 4,5 millioner
2020: 3,0 millioner
2021: 3,0 millioner*
3. *Styret for Sykehusapotek Nord mener at det er viktig at den vedtatte opptrappingsplanen for klinisk farmasi følges, og at bevilgningene til denne opprettholdes i plan 2018-2021.*
4. *Styret for Sykehusapotek Nord ber om at Helse Nord RHF bevilger midler til prosjektleder for anskaffelse og implementering av nye ikt-løsninger for Sykehusapotek Nord og for bedre legemiddellogistikk i sykehusene.*
5. *Styret for Sykehusapotek Nord ber om at Helse Nord RHF inkluderer produksjonsstøttesystem i Helse Nords investeringsplan.*

Saken ble utsatt og behandles på ekstraordinært styremøte 4. april.

Sak 17/17 Plan for kontinuerlig forbedring og avvikshåndtering

Direktørens innstilling til vedtak:

1. *Styret i Sykehusapotek Nord HF godkjenner innretningen på arbeidet med kontinuerlig forbedring og avviksarbeid i Sykehusapotek Nord som beskrevet i den foreliggende saken, herunder organisasjonsmodell, Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og*

Helse Nords verktøykasse for åpen og god dialog som tiltak for å implementere og forvalte kvalitetssystemet.

2. *Styret gir sin tilslutning til gjennomføringsplanen for organiseringen av kvalitetsarbeidet.*
3. *Styret ber direktøren prioritere opprettelse av inntil hel stilling som kvalitetsleder innenfor rammen av gjeldende budsjett. Det må tas hensyn til tildelte kvalitetsmidler fra Helse Nord RHF, overskuddskrav i publikumsavdelingene, omdisponering av personell og prosjektressursbehovet på grunn av digital fornying og ny IKT-plattform for sykehusapotekene.*
4. *Styret ber direktøren rapportere status på oppfølgingen av denne sak i tertialvis virksomhetsrapportering i 2017 – 2018, første gang 2. tertial 2017 for behandling i styremøte 21. september 2017.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt

Endelig vedtak:

1. Styret i Sykehusapotek Nord HF godkjenner innretningen på arbeidet med kontinuerlig forbedring og avviksarbeid i Sykehusapotek Nord som beskrevet i den foreliggende saken, herunder organisasjonsmodell, Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og Helse Nords verktøykasse for åpen og god dialog som tiltak for å implementere og forvalte kvalitetssystemet.
2. Styret gir sin tilslutning til gjennomføringsplanen for organiseringen av kvalitetsarbeidet.
3. Styret ber direktøren prioritere opprettelse av inntil hel stilling som kvalitetsleder innenfor rammen av gjeldende budsjett. Det må tas hensyn til tildelte kvalitetsmidler fra Helse Nord RHF, overskuddskrav i publikumsavdelingene, omdisponering av personell og prosjektressursbehovet på grunn av digital fornying og ny IKT-plattform for sykehusapotekene.
4. Styret ber direktøren rapportere status på oppfølgingen av denne sak i tertialvis virksomhetsrapportering i 2017 – 2018, første gang 2. tertial 2017 for behandling i styremøte 21. september 2017.

Sak 18/17 Saker til informasjon

Fra direktør:

1. Hemmelige legemiddelpriser
2. Prosjekt for vurdering av bruk av regional ERP-løsning
3. Status PET-senteret
4. Våre MU-forpliktelser
5. Endringer møteplan 2017

Direktørens innstilling til vedtak

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonssakene til orientering.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonssakene til orientering.

Sak 19/17 Eventuelt

Styremedlem Lars Småbrekke: Orientering om utarbeidet masterprosjekt med tema avviksmeldinger i SANO.

Observatør fra brukerutvalget Martin Moe: Informerte om nyhetsoppslag i Dagbladet dd. angående inhalasjonsveiledningen.

Evaluerings av møtet:

Det ble litt travlere enn antatt pga. forsinkelser i flytrafikken fra Tromsø. Lærerikt og informativt.

Fint å kunne utsette behandling av sak til ekstraordinært styremøte for å få avklart spørsmål stilt til sak.

Gode saker, informative sakspapirer, godt engasjement.

**Godkjenning av protokoll fra styremøte 4. april 2017**

Styresak nr.: 25 – 2017

Møtedato: 1. juni 2017

Saksbehandler: Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner protokollen fra styremøtet 4. april 2017.

Espen Mælen Hauge
Direktør

Protokoll

Møtetype: Styremøte i Sykehusapotek Nord

Tidspunkt: 4. april 2017 kl. 16.00 – 16.25

Møtested: Telefon

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

Forfall: Lars Småbrekke, styremedlem
Martin Moe, observatør fra brukerutvalget

Fra administrasjonen:

Espen Mælen Hauge, direktør
Helge K. Kjerulf Pettersen, økonomisjef

Sak 20/17 Godkjenning av innkalling og saksliste

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte 4. april 2017.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte 4.april 2017.

Sak 21/17 Innspill til plan 2018-2021, inkludert rullering av investeringsplan

Direktørens innstilling til vedtak:

1. Styret for Sykehusapotek Nord vedtar denne saken som styrets innspill til plan- og budsjettarbeid i Helse Nord for 2018-2021.
2. Styret ber om at Sykehusapotek Nord får følgende investeringsrammer:
2017: 3,0 millioner
2018: 18,0 millioner
2019: 4,5 millioner
2020: 3,0 millioner
2021: 3,0 millioner
3. Styret for Sykehusapotek Nord mener at det er viktig at den vedtatte opptrappingsplanen for klinisk farmasi følges, og at bevilgningene til denne opprettholdes i plan 2018-2021.
4. Styret for Sykehusapotek Nord ber om at Helse Nord RHF bevilger midler til prosjektleder for anskaffelse og implementering av nye ikt-løsninger for Sykehusapotek Nord og for bedre legemiddellogistikk i sykehusene.
5. Styret for Sykehusapotek Nord ber om at Helse Nord RHF inkluderer produksjonsstøttesystem i Helse Nords investeringsplan.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

1. Styret for Sykehusapotek Nord vedtar denne saken som styrets innspill til plan- og budsjettarbeid i Helse Nord for 2018-2021.
2. Styret ber om at Sykehusapotek Nord får følgende investeringsrammer:
2017: 3,0 millioner
2018: 18,0 millioner
2019: 4,5 millioner
2020: 3,0 millioner
2021: 3,0 millioner
3. Styret for Sykehusapotek Nord mener at det er viktig at den vedtatte opptrappingsplanen for klinisk farmasi følges, og at bevilgningene til denne opprettholdes i plan 2018-2021.
4. Styret for Sykehusapotek Nord ber om at Helse Nord RHF bevilger midler til prosjektleder for anskaffelse og implementering av nye ikt-løsninger for Sykehusapotek Nord og for bedre legemiddellogistikk i sykehusene.

5. Styret for Sykehusapotek Nord ber om at Helse Nord RHF inkluderer produksjonsstøttesystem i Helse Nords investeringsplan.

Sak 22/17 Tilrådning om videreføring av prosjektet ”Elektronisk kurve og medikasjon” til fase 3

Direktørens innstilling til vedtak:

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonen om gjennomføring av fase 3 – Elektronisk Kurve og Medikasjon til orientering og støtter opp om videreføring av prosjektet.
2. Styret anbefaler at den forventede nytteverdi som elektronisk kurve vil få for sykehusapotekenes arbeid med pasientsikkerhet blir fremhevet og synliggjort som et særlig viktig tiltak for å nå det overordnede mål om optimal legemiddelbehandling for pasientene.
3. Styret vil spesielt holde frem at elektronisk kurve vil bidra til å oppnå bedre pasientsikkerhet gjennom trygg og forsvarlig legemiddelbruk, god sykehusøkonomi og god samhandling.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt

Endelig vedtak:

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonen om gjennomføring av fase 3 – Elektronisk Kurve og Medikasjon til orientering og støtter opp om videreføring av prosjektet.
2. Styret anbefaler at den forventede nytteverdi som elektronisk kurve vil få for sykehusapotekenes arbeid med pasientsikkerhet blir fremhevet og synliggjort som et særlig viktig tiltak for å nå det overordnede mål om optimal legemiddelbehandling for pasientene.
3. Styret vil spesielt holde frem at elektronisk kurve vil bidra til å oppnå bedre pasientsikkerhet gjennom trygg og forsvarlig legemiddelbruk, god sykehusøkonomi og god samhandling.

Årsplan for styret	
Styresak nr.:	26 – 2017
Møtedato:	1. juni 2017
Saksbehandler:	Direktør Espen Mælen Hauge
Vedlegg:	Årsplan for styret – oppdatering og status

Styrets årsplan viser hvilke saker som ble behandlet i forrige styremøte, samt plan for hvilke saker som skal behandles de neste 12 månedene.

Årsplanen skal gjøre det enklere for styret å planlegge hvilke saker som ønskes behandlet, samt at den gir en oversikt over hvilke saker som skal behandles på kommende styremøter.

Direktørens innstilling til vedtak

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar årsplanen til orientering.

Espen Mælen Hauge
direktør

Møtedato	Saksnr.	Ref tidl. sak nr.	Saktittel	Saksansvarlig	Vedtak
29.03.2017	10		Bodø: Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte 29. mars 2017.
29.03.2017	11		Godkjenning av protokoll	Styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøtet 9. februar 2017.
29.03.2017	12		Årsplan - oppdatering og status	Direktør	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar årsplanen til orientering.
29.03.2017	13		Årsregnskap 2016	Økonomisjef	1. Styret for Sykehusapotek Nord HF innstiller overfor foretaksmøtet at det fremlagte årsoppgjør med resultatregnskap, balanse, kontantstrøm, noter og årsberetning, samt disponering av årsresultat, fastsettes som Sykehusapotek Nord HFs regnskap for 2016. 2. Styret innstiller overfor foretaksmøtet at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnsfastsettelse. 3. Styrets beretning 2016 vedtas.
29.03.2017	14		Virksomhetsrapport per februar 2017	Økonomisjef	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per februar 2017 til orientering.
29.03.2017	15		Årlig melding 2016	Økonomisjef og fagsjef	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar Årlig melding 2016 som Sykehusapotek Nords rapport til Helse Nord RHF på Oppdragsdokumentet 2016 til orientering.
29.03.2017	16		Innspill til plan 2018-2021, inkludert rullering av investeringsplan 2018-2025	Økonomisjef	Saken ble utsatt og behandles på ekstraordinært styremøte 4. april.
29.03.2017	17	48-2016	Plan for kontinuerlig forbedring og avvikshåndtering	Fagsjef/direktør	1. Styret i Sykehusapotek Nord HF godkjenner innretningen på arbeidet med kontinuerlig forbedring og avviksarbeid i Sykehusapotek Nord som beskrevet i den foreliggende saken, herunder organisasjonsmodell, Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og Helse Nords verktøykasse for åpen og god dialog som tiltak for å implementere og forvalte kvalitetssystemet. 2. Styret gir sin tilslutning til gjennomføringsplanen for organiseringen av kvalitetsarbeidet. 3. Styret ber direktøren prioritere opprettelse av inntil hel stilling som kvalitetsleder innenfor rammen av gjeldende budsjett. Det må tas hensyn til tildelte kvalitetsmidler fra Helse Nord RHF, overskuddskrav i publikumsavdelingene, omdisponering av personell og prosjektressursbehovet på grunn av digital fornying og ny IKT-plattform for sykehusapotekene. 4. Styret ber direktøren rapportere status på oppfølgingen av denne sak i tertialvis virksomhetsrapportering i 2017 – 2018, første gang 2. tertial 2017 for behandling i styremøte 21. september 2017.
29.03.2017	18		Saker til informasjon: 1) Hemmelige legemiddelpriser 2) Prosjekt vurdering av regional ERP-løsning 3) Status PET-senteret 4) Våre MU-forpliktelser 5) Endring i møteplan 2017	Direktør/styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonssakene til orientering.
29.03.2017	19		Eventuelt	Styreleder	
29.03.2017			Regionalt styreseminar	Helse Nord RHF	
30.03.2017			Regionalt styreseminar	Helse Nord RHF	
04.04.2017	20		Telefon: Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte 4.april 2017.
04.04.2017	21		Innspill til plan 2018-2021, inkludert rullering av investeringsplan 2018-2025	Økonomisjef	1. Styret for Sykehusapotek Nord vedtar denne saken som styrets innspill til plan- og budsjettarbeid i Helse Nord for 2018-2021. 2. Styret ber om at Sykehusapotek Nord får følgende investeringsrammer: 2017: 3,0 millioner 2018: 18,0 millioner 2019: 4,5 millioner 2020: 3,0 millioner 2021: 3,0 millioner 3. Styret for Sykehusapotek Nord mener at det er viktig at den vedtatte opptrappingsplanen for klinisk farmasi følges, og at bevilgningene til denne opprettholdes i plan 2018-2021. 4. Styret for Sykehusapotek Nord ber om at Helse Nord RHF bevilger midler til prosjektleder for anskaffelse og implementering av nye ikt-løsninger for Sykehusapotek Nord og for bedre legemiddellogistikk i sykehusene. 5. Styret for Sykehusapotek Nord ber om at Helse Nord RHF inkluderer produksjonsstøttesystem i Helse Nords investeringsplan.
04.04.2017	22		Tilråddning om videreføring av prosjektet "Elektronisk kurve og medikasjon" til fase 3	Direktør	1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonen om gjennomføring av fase 3 – Elektronisk Kurve og Medikasjon til orientering og støtter opp om videreføring av prosjektet. 2. Styret anbefaler at den forventede nytteverdi som elektronisk kurve vil få for sykehusapotekenes arbeid med pasientsikkerhet blir fremhevet og synliggjort som et særlig viktig tiltak for å nå det overordnede mål om optimal legemiddelbehandling for pasientene. 3. Styret vil spesielt holde frem at elektronisk kurve vil bidra til å oppnå bedre pasientsikkerhet gjennom trygg og forsvarlig legemiddelbruk, god sykehusøkonomi og god samhandling.
01.06.2017	23		Tromsø: Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
01.06.2017	24		Godkjenning av protokoll 29. mars 2017	Styreleder	
01.06.2017	25		Godkjenning av protokoll 4. april 2017	Styreleder	
01.06.2017	26		Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
01.06.2017	27		Virksomhetsrapport per april 2017	Økonomisjef	
01.06.2017	28		Rapport for 1. tertial 2017	Økonomisjef	
01.06.2017	29		Risikovurdering Helse Nords overordnede risikomål	Direktør	
01.06.2017	30		Ledelsens gjennomgang	Direktør	
01.06.2017	31		Tema: Forskning	Fagsjef og forskningsleder	
01.06.2017	32		Informasjonssaker: 1) IKT-utvikling a) DIFA inkl. ERP-system og butikkdatasystem b) Strekkodeprosjektet c) Produksjonsstøttesystem d) Status IKT-sikkerhet 2) Interrevisjon i Helse Nord om risikostyring 3) G2015 og opsjonsvurdering 4) Mandat nasjonalt sykehusapoteksamarbeid 5) Status per apotek 6) Foretaksmøte 19. mai 7) Brukerutvalgsmøte 29. mai 8) info. om styrets strategiseminar i Harstad 20-21. september 2017	Direktør/styreleder	
01.06.2017	33		Eventuelt	Styreleder	
20.09.2017			Styrets strategiseminar		
21.09.2017			Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
21.09.2017			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
21.09.2017			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
21.09.2017			Virksomhetsrapport per august	Økonomisjef	
21.09.2017			Rapport for 2. tertial 2017	Økonomisjef	
21.09.2017			Premisser budsjett 2018	Økonomisjef	
21.09.2017			Møteplan 2018	Direktør	
21.09.2017			Tema:	Direktør	
21.09.2017			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
21.09.2017			Eventuelt	Styreleder	
21.09.2017			Evaluering av direktør/lønnsjustering	Styreleder	
25.10.2017			Tromsø: Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
25.10.2017			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
25.10.2017			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
25.10.2017			Virksomhetsrapport per september	Økonomisjef	
25.10.2017			Årlig styrebehandling av ledelsens gjennomgang av tilstanden i foretaket mht oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik.	Direktør	
25.10.2017			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
25.10.2017			Eventuelt	Styreleder	
25.10.2017			Regionalt styreseminar Tromsø		
26.10.2017			Regionalt styreseminar Tromsø		
14.12.2017			Bodø: Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
14.12.2017			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
14.12.2017			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
14.12.2017			Virksomhetsrapport per oktober	Økonomisjef	
14.12.2017			Budsjett 2018	Økonomisjef	
14.12.2017			Styrets arbeid og egenevaluering	Direktør	
14.12.2017			Tema:	Direktør	
14.12.2017			Informasjonssaker	Direktør/styreleder	
14.12.2017			Eventuelt	Styreleder	
2018/1			Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
2018/1			Godkjenning av protokoll	Styreleder	

2018/1			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
2018/1			Foreløpig regnskap 2017	Økonomisjef	
2018/1			Foreløpig årlig melding 2017	Økonomi og fagsjef	
2018/1			Oppdragsdokument 2018	Direktør	
2018/1			Oppsummering styrets egenevaluering 2017	Direktør	
2018/1			Årlige status, handlingsplaner og utfordringer for pasientsikkerhet og kvalitet i pasienttilbudet	Direktør	
2018/1			Tema:	Direktør	
2018/1			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
2018/1			Eventuelt	Styreleder	
2018/2			Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
2018/2			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
2018/2			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
2018/2			Årsregnskap 2017	Økonomisjef	
2018/2			Virksomhetsrapport per februar 2018	Økonomisjef	
2018/2			Årlig melding 2017	Økonomisjef og fagsjef	
2018/2			Innspill til plan 2019-2022, inkludert rullering av investeringsplan 2019-2026	Økonomisjef	
2018/2			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
2018/2			Eventuelt	Styreleder	

Virksomhetsrapport per april 2017	
Styresak nr.:	27 – 2017
Møtedato:	1. juni 2017
Saksbehandler:	Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen
Vedlegg:	Målekort (u.off. offl. § 23 første ledd)

I henhold til oppdragsdokument legges virksomhetsrapport per april 2017 fram for styret til orientering.

Direktørens innstilling til vedtak

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per april 2017 til orientering.

Espen Mælen Hauge
direktør

Saksfremlegg

Regnskapet per april 2017 viser et underskudd på 1,04 millioner. For samme periode i 2016 var resultatet et overskudd på 0,93 millioner. Det er budsjettert med et underskudd på 1,96 millioner per april, slik at resultatet er 0,91 millioner høyere enn budsjettert.

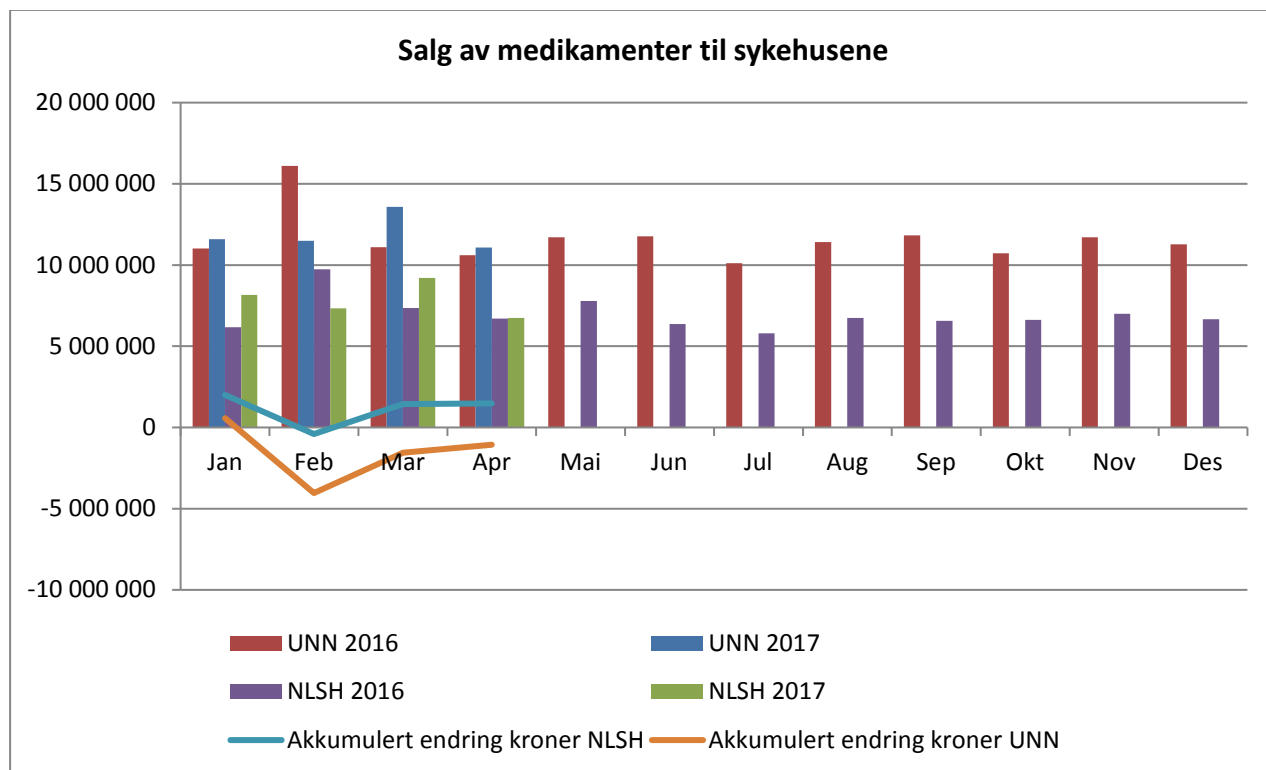
	April 2017					Akkumulert per april 2017				
	Resultat	Budsjett	Avvik	2016	Endring	Resultat	Budsjett	Avvik	2016	Endring
Omsetning	-36 861	-42 284	5 423	-38 963	-5,4 %	-159 580	-161 236	1 657	-156 066	2,3 %
Varekjøp	29 727	33 399	-3 672	31 899	-6,8 %	124 090	126 884	-2 793	125 192	-0,9 %
Dekningsbidrag	-7 134	-8 885	1 751	-7 063	1,0 %	-35 489	-34 353	-1 137	-30 874	14,9 %
Personalkostnader	7 224	7 256	-32	6 686	8,0 %	29 108	29 197	-89	25 837	12,7 %
Andre kostnader	1 827	1 935	-108	1 317	38,7 %	7 786	7 588	198	5 428	43,4 %
Skatt og finans	-357	-41	-316	-270	32,1 %	-364	-478	114	-650	-43,9 %
Resultat	1 559	276	1 283	670	-132,8 %	1 040	1 943	-903	-259	-502,2 %
Dekningsgrad	19,4 %	21,0 %	-1,7 %	18,1 %	1,2 %	22,2 %	21,3 %	0,9 %	19,8 %	2,5 %
Vareforbruk	89,6 %	87,2 %	2,4 %	89,1 %	0,6 %	85,8 %	87,1 %	-1,3 %	86,9 %	-1,1 %
Andel pers.kost.	19,6 %	17,2 %	2,4 %	17,2 %	2,4 %	18,2 %	18,1 %	0,1 %	16,6 %	1,7 %
Resultatandel	-4,2 %	-0,7 %	-3,6 %	-1,7 %	-2,5 %	-0,7 %	-1,2 %	0,6 %	0,2 %	-0,8 %

Resultatet for april er et underskudd på 1,60 millioner. Det var budsjettert med et underskudd på 0,28 millioner, slik at resultatet er 1,28 millioner lavere enn budsjettert. For april 2016 var resultatet et underskudd på 0,67 millioner.

Inntekter

Inntektene er 1,68 millioner lavere enn budsjettert, og 3,59 millioner høyere enn på samme tidspunkt i 2016.

Den samlede omsetningen i sykehusekspedisjonene og produksjonsavdelingene er høyere enn budsjettert, mens omsetningen i publikumsekspedisjonene og rådgivningsavdelingene er lavere enn budsjettert.

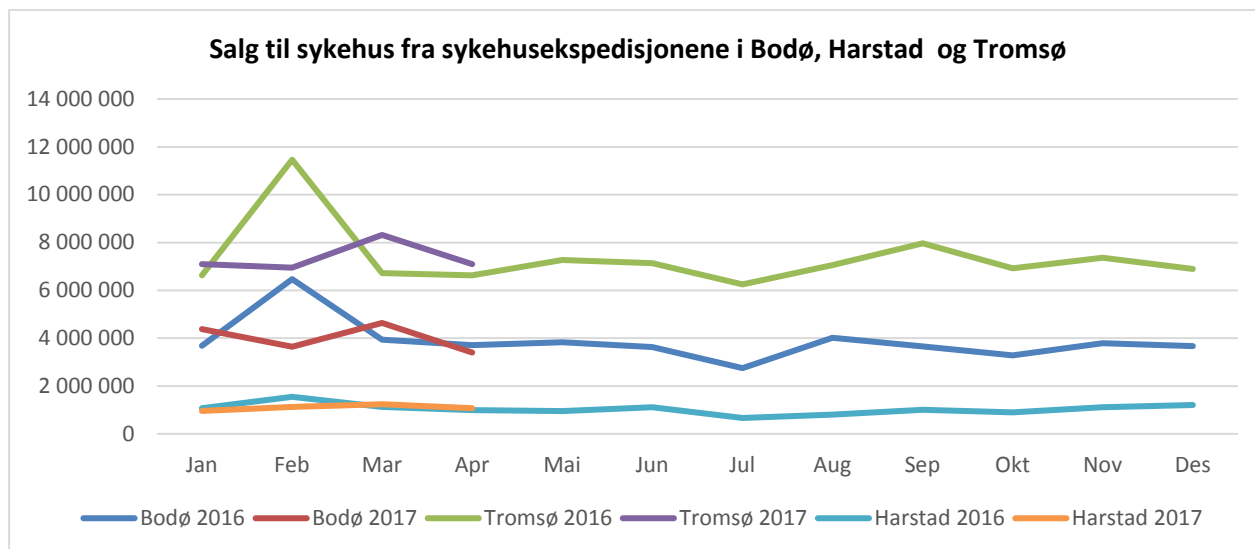


Figuren over viser utviklingen i salg av medikamenter (både fra sykehusekspedisjoner og produksjonsavdelinger) til UNN og NLSH i 2016 og hittil i 2017.

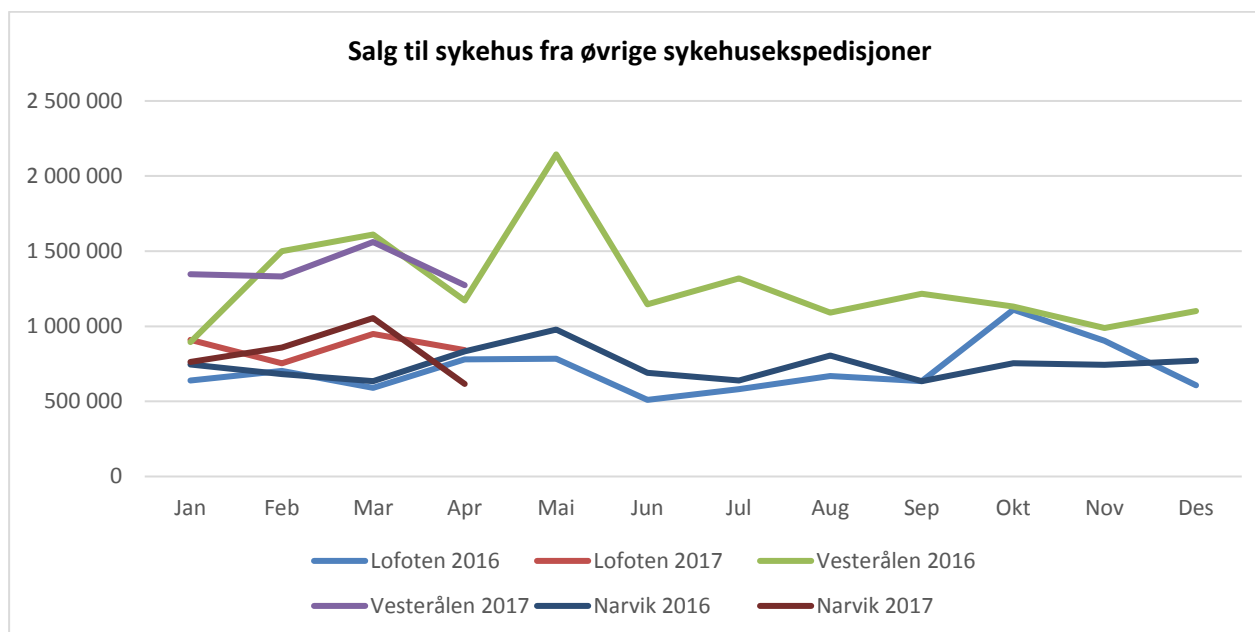
Det har det vært en økning i salget til NLSH på 4,9 %. Det er en økning på 1,8 % i Bodø, en økning på 6,5 % i Vesterålen og på 27,4 % i Lofoten.

Det har vært en reduksjon i salget til UNN på 2,2 %. Det har vært en reduksjon på 2,5 % i Tromsø og på 7,6 % i Harstad. I Narvik har omsetningen økt med 13,8 %.

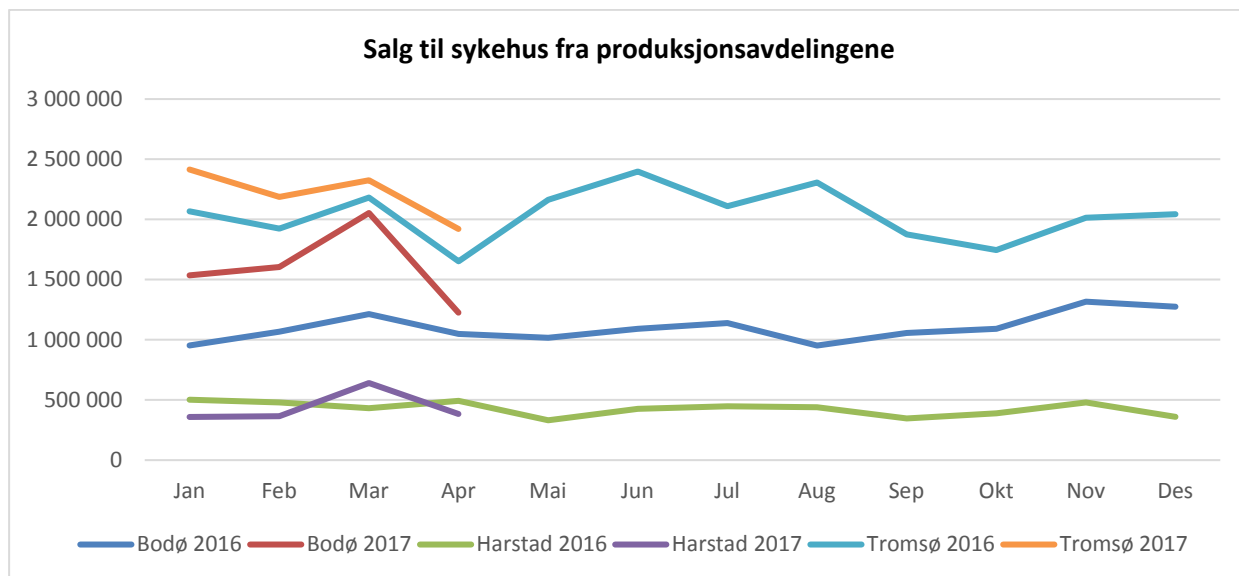
Reduksjonen i Harstad og Tromsø skyldes at det i februar 2016 ble solgt mye infliximab (Remsima, Remicade, Inflectra) på grunn av endringer i LIS-avtalene.



Sykehusekspedisjonen i Bodø har hatt en reduksjon på 9,7 %, Tromsø har hatt en reduksjon på 6,3 % mens reduksjonen er på 7,3 % i Harstad. Som figuren viser er det reduksjonen i salget i februar 2017 i forhold til februar 2016 som er årsaken til reduksjonen.



Størst økning har det vært i Lofoten der økningen er på 27,4 %. I Narvik er det en økning på 13,8 %, mens det i Vesterålen er en økning på 6,5 %.



Med unntak av for Harstad er det økning i omsetningen mot sykehus fra produksjonsavdelingene. Økningene kommer både av økt salg og av at det produseres dyrere legemidler enn tidligere.

Salg til Nordlandssykehuset

Det har vært en økning i salget av medikamenter til NLSH på 4,9 %. Det er en økning på 1,8 % i Bodø, 27,4 % i Lofoten og 6,5 % i Vesterålen.

Antall solgte pakninger til NLSH Bodø fra sykehusekspedisjonen øker med 2,1 %, mens gjennomsnittsprisen per definerte døgndose (DDD)¹ har økt med 0,1 %. Økningen er dermed hovedsakelig forårsaket av økt salg av pakninger.

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

Virkestoff (legemiddel)	2016	2017	Endring
Pembrolizumab (Keytruda)	0	541 092	541 092
Vedolizumab (Entyvio)	918 8781	1 449 786	530 908
Bevacizumab (Avastin)	378 120	773 514	395 394
Panitumumab (Vectibix)	0	361 201	361 201
Trabectedin (Yondelis)	0	292 355	292 355
Pertuzumab (Perjeta)	44 7490	311 136	266 387
Alemtuzumab (Lemtrada)	678 116	466 582	-211 535
Ranibizumab (Lucentis)	460 159	23 053	-437 106
Nivolumab (Opdivo)	626 353	181 152	-445 201
Infliximab (Remsima, Inflectra, Remicade)	3 552 577	1 856 375	-1 696 202

¹ **Definert døgndose** (forkortes **DDD**) er en internasjonal, standardisert måleenhet for legemiddelforbruk og fastsettes av [Verdens helseorganisasjon](#) (WHO). WHO definerer at DDD er «antatt gjennomsnittlige døgndose brukt ved preparatets hovedindikasjon hos voksne»

Legemidler som ikke var i bruk de fire første månedene av 2016 er brukt i 2017 i Bodø. Det er også økning for en del andre legemidler, blant annet Entyvio, Avastin og Perjeta. Nedgangen i salget av infliximab kommer av at det ble kjøpt flere pakninger enn normalt i februar 2016.

I Lofoten har antall solgte pakninger økt med 2,6 %, mens gjennomsnittsprisen per DDD har økt med 29,2 %. Det er dermed hovedsakelig salg av dyrere legemidler som årsak til økningen.

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

Virkestoff (legemiddel)	2016	2017	Endring
Pembrolizumab (Keytruda)	0	307 744	307 744
Immunoglobulins (Octagam)	430 174	672 198	242 024
Ipilimumab (Yervoy)	0	169 425	169 425

I Vesterålen har antall solgte pakninger økt med 7,1 %, mens gjennomsnittsprisen per DDD har økt med 29,2 %.

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

Virkestoff (legemiddel)	2016	2017	Endring
Infliximab (Remsima, Inflectra, Remicade)	761 894	1 211 855	449 961
Pembrolizumab (Keytruda)	0	360 788	360 788
Vedolizumab (Entyvio)	62 382	265 165	202 782
Nivolumab (Opdivo)	0	201 206	201 206
Panitumumab (Vectibix)	0	170 092	170 092
Trastuzumab (Herceptin)	422 927	176 053	-246 874

Salg til Universitetssykehuset Nord-Norge

Det har vært en reduksjon på 2,2 % i salget til UNN. Reduksjonen er på 2,5 % i Tromsø, 7,6 % i Harstad, mens det er en økning på 13,8 % i Narvik.

Antall solgte pakninger til UNN Tromsø fra sykehusekspedisjonen øker med 7,4 %, mens gjennomsnittsprisen per DDD er uendret. Økningen er dermed hovedsakelig forårsaket av økt salg av pakninger.

Endringen i salg til UNN Tromsø kommer hovedsakelig av følgende virkestoffer:

Virkestoff (legemiddel)	2016	2017	Endring
Pembrolizumab (Keytruda)	316 925	1 358 194	1 041 269
Remifentanil (Remifentanil, Ultiva)	80 748	439 287	358 539
Aflibercept (Eylea)	1 428 875	1 690 612	261 736
Botulinum toxin (Botox, Dysport, Xeomin, NeuroBloc)	565 280	777 618	212 337
Brentuximab vedotin (Adcetris)	229 706	0	-229 706
Infliximab (Remicade, Remsima, Inflectra)	6 976 674	3 649 523	-3 327 151

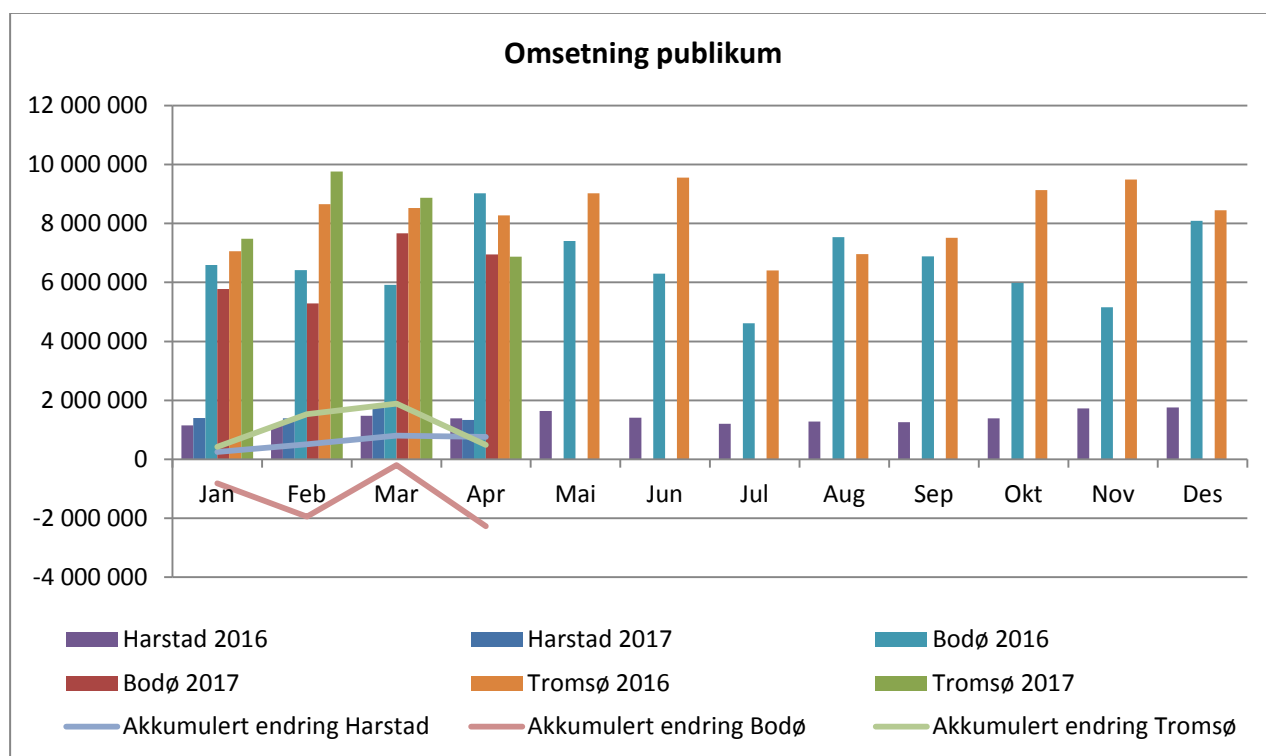
Antall solgte pakninger til UNN Harstad øker med 1,2 %, mens gjennomsnittsprisen per DDD er redusert med 9,6 %.

Endringen i salg til UNN Harstad kommer hovedsakelig av følgende virkestoffer:

Virkestoff (legemiddel)	2016	2017	Endring
Bortezomib (Velcade)	203 290		-203 290
Trastuzumab (Herceptin)	282 609	68 622	-213 987
Vedolizumab (Entyvio)	249 528	20 370	-229 158
Rituximab (MabThera)	453 724	150 143	-303 581
Bevacizumab (Avastin)	512 390	38 103	-474 287
Infliximab (Remicade, Remsima, Inflectra)	769 525	182 440	-587 086

Antall solgte pakninger til UNN Narvik øker med 1,4 %, mens gjennomsnittsprisen per DDD øker med 1,8 %. I Narvik er det særlig salget av pertuzumab (Perjeta) som forklarer omsetningsøkningen. Økningen i salget av pertuzumab er på 0,44 millioner.

Salg til publikum

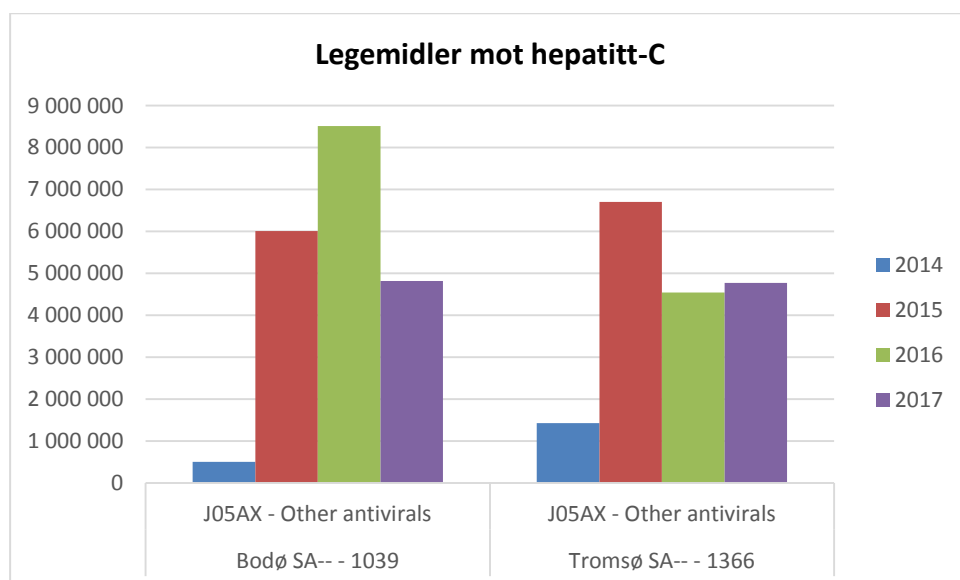


Figuren over viser utviklingen av omsetningen i publikumsavdelingene i 2016 og hittil i 2017.

Omsetningen i publikumsavdelingene er redusert med 1,6 % i forhold til samme periode i 2016. I Tromsø har det vært en økning på 1,5 %, mens det har vært en økning på 14,7 % i Harstad. I Bodø har det vært en reduksjon på 8,1 %.

I Tromsø er det en økning i antall solgte pakninger på resept på 4,8 %. I tillegg er det en økning i salg av handelsvarer og reseptfrie legemidler i selvvalget (økning i antall pakninger på henholdsvis 7,0 % og 7,9 %).

I Bodø er det en økning i solgte pakninger på resept på 12,9 %, det er også en betydelig økning i salget av handelsvarer og reseptfrie legemidler (økning i antall pakninger på henholdsvis 20,0 % og 45,5 %). Reduksjonen i omsetning kommer av en reduksjon i salg av legemidler til behandling av hepatitt-C. Salget av legemidler til behandling av hepatitt-C er redusert med 3,7 millioner i forhold til 2016, se figuren nedenfor.



I Harstad er det en økning i antall solgte pakninger på resept på 4,4 %. I tillegg er det en økning i salg av handelsvarer og reseptfrie legemidler i selvvalget (økning i antall pakninger på henholdsvis 8,5 % og 12,0 %).

Rådgivning og klinisk farmasi

Salg av rådgivningstjenester og klinisk farmasi er 0,2 millioner lavere enn budsjettet. Avviket kommer av lavere aktivitet mot kommunene enn budsjettet, og av at klinisk farmasøyt i Finnmarkssykehuset i henhold til opptrappingsplanen for klinisk farmasi ikke har startet.

I forhold til i 2016 har det vært en økning i omsetningen på 48,6 %. Økningen er en konsekvens av økningen innen klinisk farmasi, økt salg av tjenester til Universitetet i Tromsø, økte antall stillinger på Helgeland og økt salg av rådgivningstimer til prosjektet for implementering av elektronisk kurve i Helse Nord.

Kostnader

Varekostnader

Varekostnadene er 2,72 millioner lavere enn budsjettert, og 1,03 millioner høyere enn per april 2016.

Vareforbruket er på 85,8 % per april. Dette er 1,3 prosentpoeng lavere enn budsjettert og 1,1 prosentpoeng lavere enn per april 2016. Reduksjonen i vareforbruk er blant annet en konsekvens av økningen i salget av handelsvarer og reseptfrie legemidler i publikumsavdelingene.

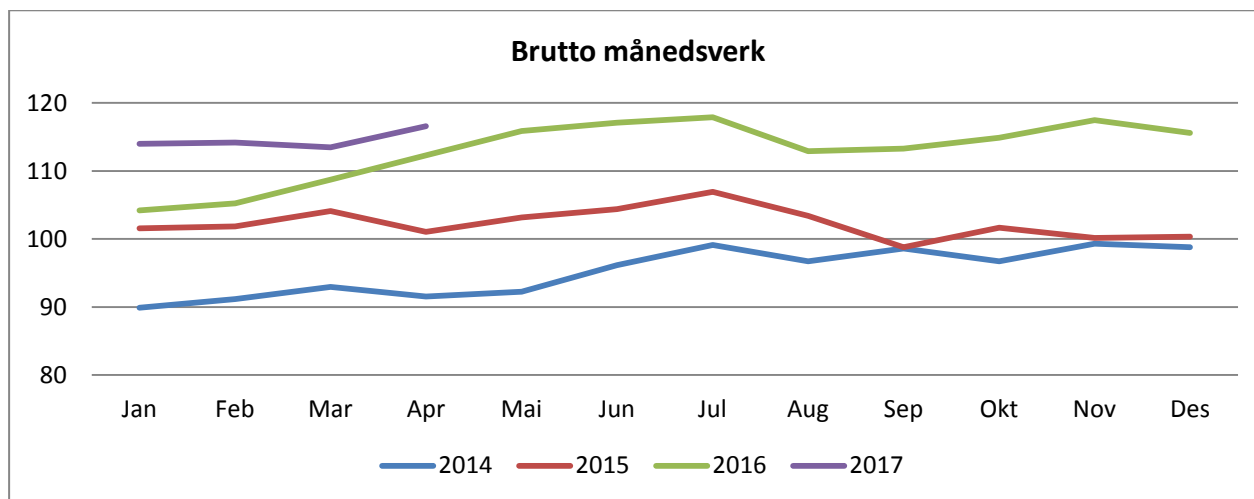
Dekningsbidraget er på 35,49 millioner, noe som er 1,14 millioner høyere enn budsjettert. Dekningsbidraget har økt med 4,62 millioner i forhold til 2016.

Dekningsbidraget er 1,40 millioner høyere enn budsjettert for salg fra sykehusekspedisjonene, 0,01 millioner høyere enn budsjettert for produksjonsavdelingen og 0,44 millioner høyere enn budsjettert for salg fra publikumsavdelingene.

Personalkostnader og bemanning

Personalkostnadene er som budsjettert. Kostnadene til kompetanseutvikling er 0,24 millioner høyere enn budsjettert, mens lønnskostnadene på grunn av ubesatte stillinger er 0,13 millioner lavere enn budsjettert.

Andelen personalkostander i forhold til omsetningen er på 18,2 %. Dette er 0,1 prosentpoeng høyere enn budsjettert og 1,7 prosentpoeng høyere enn for samme periode i 2016. Avviket i forhold til budsjett kommer av at inntektene er lavere enn budsjettert, mens økningen i forhold til i 2016 kommer av økningen i antall stillinger innen rådgivning og klinisk farmasi, samt innen produksjon.



Gjennomsnittlig brutto månedsverk per april 2017 er 114,6. Dette er en økning på 7,0 månedsverk i forhold til per april 2016. Bemanningen har økt med 2 stillinger i forbindelse etablering av organisasjon for å planlegge produksjon av radiofarmaka. Bemanningen er også styrket med 1,4 stillinger i produksjonsavdelingene og med 6,2 stillinger innen klinisk farmasi og rådgivning. I publikumsavdelingene har det vært en reduksjon i antall månedsverk.

Andre driftskostnader

Andre driftskostnader er 0,2 millioner høyere enn budsjettet. I forhold til 2016 har andre driftskostnader økt med 2,49 millioner. I forhold til i 2016 er det særlig kostnadene til husleie som har økt, dette i forbindelse med nytt apotek i Bodø. Som følge av gjennomførte investeringer har avskrivningskostnadene økt med 0,5 millioner i forhold til samme periode i 2016.

Som følge av innleie av ekstern bistand for å vurdere fremtidige it-løsninger for Sykehusapotek Nord er kostnader til eksterne konsulenter 0,71 millioner høyere enn budsjettet.

Finans og skatt

Renteinntektene er 0,08 millioner lavere enn budsjettet, dette på grunn av noe lavere likviditet enn forutsatt i budsjettet, samt redusert innskuddsrente fra og med april som følge av ny bankavtale. I forhold til i 2016 er finansinntektene redusert med 0,13 millioner som følge av redusert likviditetsbeholdning på grunn av investeringene i 2016 og redusert innskuddsrente.

Skattekostnaden er noe høyere enn budsjettet som følge av bedre resultat enn budsjettet i publikumsavdelingene.

Investeringer

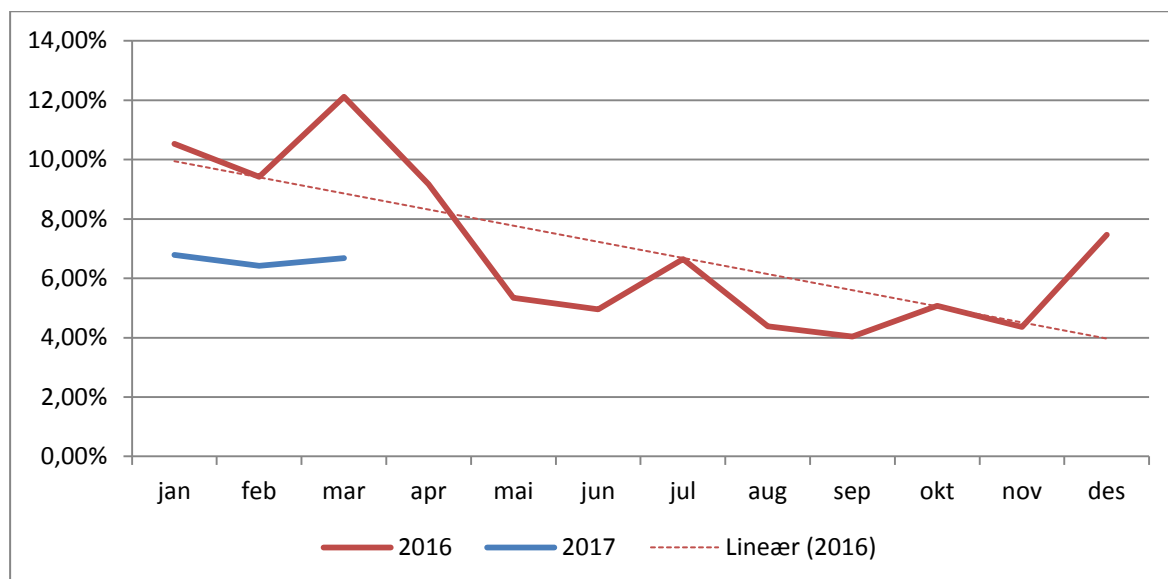
Det er investert for 0,13 millioner i 2017. Dette er diverse inventar til produksjonsavdelingen i Bodø.

Prognose

Prognostisert resultat er et resultat i tråd med styringsmålet, det vil si balanse. Resultatet per april er høyere enn budsjettet, men siden det er usikkerhet forbundet med utviklingen resten av året settes prognosen foreløpig til et resultat i balanse.

Sykefravær

Sykefraværet per mars 2017 var på 6,7 %. Per mars 2016 var sykefraværet på 10,7 %.



	S.fravær 1-3 d	Fravær 4-16 d	Fravær 17-56 d	Fravær > 56 d	Sum fravær
1. kvartal 2016	1,4 %	1,1 %	3,2 %	4,9 %	10,7 %
1. kvartal 2017	1,8 %	1,4 %	0,7 %	2,8 %	6,7 %
Endring	0,3 %	0,2 %	-2,5 %	-2,1 %	-4,0 %

I forhold til 1. kvartal 2016 har det vært en økning i det korte fraværet, mens det har vært en reduksjon i det lange fraværet.

Helse Nords krav er at gjennomsnittlig sykefravær skal være under 7,5 % for 2017. Per 1. kvartal 2017 er fraværet 0,8 prosentpoeng lavere enn kravet.

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

Rapport 1. tertial 2017 – godkjenning	
Styresak nr:	28 - 2017
Møtedato:	1. juni 2017
Saksbehandler:	Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen

I henhold til oppdragsdokumentet skal Sykehusapotek Nord HF utarbeide en rapport per tertial. Det skal rapporteres i henhold til mal fra Helse Nord RHF.

Rapporten skal behandles av styret før oversendelse til Helse Nord RHF

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar vedlagte rapport som styrets rapport til Helse Nord RHF for 1. tertial 2017.

Espen Mælen Hauge
direktør

Rapporteringsmal for tertialrapport og årlig melding 2017

For foretaksgruppen i Helse Nord



HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO



SYKEHUSAPOTEK NORD
DAVVI BUOHCCEVIESSOAPOTEHKA



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU



HELSE NORD IKT

Innhold

1	Om rapporteringen	3
3	Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.....	4
3.1	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	4
3.2	Somatikk.....	8
3.3	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	10
3.4	Samhandling med kommuner og private avtaleparter.....	13
3.5	Kvalitet	14
3.6	Pasientsikkerhet.....	16
3.7	Smittevern.....	16
3.8	Andre områder	18
3.8.1	Klima- og miljøtiltak.....	18
3.8.2	Personvern og informasjonssikkerhet.....	18
3.8.3	Beredskap.....	19
3.8.4	Forskning og innovasjon	20
4	Sikre god pasient- og brukermedvirkning.....	22
5	Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell	23
5.1	Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....	25
6	Innfri økonomiske mål i perioden	25
6.3	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	26
6.4	Anskaffelsesområdet.....	26
7	Risikostyring og internkontroll.....	28

1 Om rapporteringen

Denne malen skal brukes til helseforetakenes tertialrapporter og årlige melding for 2017 til Helse Nord RHF. Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2017, foretaksspesifikke mål 2017 og styringsparametere 2017.

I utgangspunktet gjelder alle rapporteringskravene for alle seks helseforetakene i Helse Nord. For felleskrav som åpenbart ikke gjelder for Sykehusapotek Nord HF (SANO) og Helse Nord IKT HF, ber vi om at kravet beholdes i malen og kommenteres som «ikke aktuelt» (dette for å beholde kontroll med nummereringen av rapporteringskravene).

Tekstboksen under hvert rapporteringskrav viser rapporteringsfrekvens og skal fylles ut.

Rapportering på styringsparametere og andre oppgaver er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg. Disse kommer til slutt i aktuelle kapitler.

Rapporteringsteksten skal kort beskrive tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

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

3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

1. Redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse målt ved følgende indikatorer:
 - o Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet.
 - o Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
 - o Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
 - o Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
 - o Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted.

Det skal rapporteres særskilt på utviklingen i disse indikatorene innen psykisk helsevern, ortopedi, hjertesykdommer, plastikkirurgi, øyesykdommer, og øre-nese-hals-sykdommer, hensyntatt ev. forskjeller i den enkelte indikators relevans for ulike fagområder.

Rapporteringstekst 1. tertial
Ikke aktuelt

2. Arbeide for overgang til rimeligere legemidler. Innen 1. mars skal det legges fram forslag til konkrete tiltak for hvordan det kan stimuleres til overgang til rimeligere men faglig likeverdige legemidler. Arbeidet skal initieres av Sykehusapotek Nord.

Rapporteringstekst 1. tertial
Temaet ble tatt opp i fagsjefmøte 17. februar, det ble da påpekt at Sykehusapotek Nord i fagsjefmøtene jevnlig har orientert om legemiddelforbruk i HF-ene, og om muligheter for ytterligere utnyttelse av LIS-avtalene. De øvrige HF-ene ble bedt om å samarbeide med Sykehusapotek Nord i videre arbeid, dette er ikke gjennomført. I ettertid er det kommet fram at det er satt i gang et interregionalt prosjekt for å utarbeide en felles plan for gjennomføring av tiltaket. Sykehusapotek Nord har gitt innspill til arbeidet gjennom regional LIS-kontakt og fagsjef. Videre arbeid avventes til notat, eventuelt plan, fra prosjektet foreligger.

Fagsjef vil fortsatt holde fagsjefmøtet orientert om forbruk og etterlevelse av LIS-anbefalingene som tidligere.

Det vises for øvrig til fagsjefmøtets behandling av sak 48-2017.

3. Gi en tilbakemelding på hvilke elementer i Raskere tilbake-ordningen som bør videreføres innenfor spesialisthelsetjenestens ordinære pasienttilbud, innen 1. mars.

Rapporteringstekst 1. tertial
Ikke aktuelt

4. Sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å tilby alle barn og andre sårbare grupper som avhøres ved Statens barnehus, medisinsk undersøkelse ut over de kliniske rettsmedisinske undersøkelsene som rekvireres av politiet. Undersøkelser som ikke krever spesialisert utstyr, skal foretas på barnehuset.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

5. Rapportere innen 15. mars på status for innføring og bruk av eksisterende tekniske løsninger for meldingsutveksling og samhandling. Rapporteringen skal omfatte løsninger mellom helseforetak i og utenfor egen region, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og for kjernejournal og e-resept. Rapporteringen skal inkludere en oversikt over områder hvor det fortsatt brukes papirbaserte rutiner.

Rapporteringstekst 1. tertial
Ikke aktuelt

6. Iverksette tiltak for å stimulere til flere metodevurderinger på medisinsk utstyr og organisering av tjenester.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

7. Ved endring i akutfunksjoner og andre vesentlige endringer i tjenestetilbudet skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring for å sikre at prosessen er gjennomført i henhold til veilederen for utviklingsplaner.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

8. Etablere en overordnet ernæringsstrategi innen 1. juni i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og «Kosthåndboken»¹.

¹ «Kosthåndboken»: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten

Rapporteringstekst 1. tertial
Ikke aktuelt

9. Implementere de regionale fagprosedyrene for barn som pårørende, og i tertialrapport 1 redegjøre for organisering og forankring av arbeidet.

Rapporteringstekst 1. tertial
Ikke aktuelt

10. Følge opp nasjonal strategi for persontilpasset medisin, sammen med Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

11. Etablere og videreutvikle felles forvaltning av regionale IKT-systemer innenfor retningslinjer gitt av systemeier. Helse Nord IKT skal forvalte administratortilganger på systemene som er en del av Helse Nords felles infrastruktur.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

12. Delta i Helse Nord RHF sitt arbeid med strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Helse Nord vil utdype oppgaven og ansvarsforhold i eget brev.

Rapporteringstekst 1. tertial
Mens vi avventer brevet fra Helse Nord er tolketjeneste i publikumsavdelingene den mest aktuelle problemstillingen i SANO. Her bruker vi så langt det er mulig eget personale som kan forskjellige språk eller har andre morsmål. Vi er i dialog med Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk vedrørende bruk av offentlig tolketjeneste og finansiering av dette.

13. Gjennomføre risikoanalyser på tilberedning av legemidler på sykehusavdelinger, og definere en standard knyttet til fasiliteter, rutiner og opplæring av personell som skal tilberede legemidler på sykehusavdelingene.

Rapporteringstekst 2. tertial
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

14. På bakgrunn av rapport «Lukket legemiddelsløyfe», utarbeidet i FIKS2-programmet, skal helseforetakene utarbeide en felles strategi for å oppnå en lukket legemiddelsløyfe. Helse Nord RHF vil komme tilbake til hvem som skal lede arbeidet.

Rapporteringstekst 2. tertial

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

15. Bidra i arbeidet med å utvikle samordnet og kvalitetssikret informasjon til innbyggerne på egne nettsider og etablere digitale innbyggertjenester på den nasjonale helseportalen helsenorge.no.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

16. De nasjonale systemene for oppgjørskontroll (CTRL) og samkjøringssystemet skal implementeres på pasientreisekontorene i henhold til den vedtatte implementeringsplanen.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

17. Pasientreisekontorene skal ferdigstille og implementere metode for kvalitetsforbedring/avvikshåndtering innen 31. desember.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

² Felles innføring kliniske systemer

18. Vurdere kompetansen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) når det gjelder personer med utviklingshemming og psykiske lidelser, og gi en tilbakemelding i tertialrapport 1.

Rapporteringstekst 1. tertial
Ikke aktuelt

Foretaksspesifikke krav:

Helse Nord IKT:

1. Bygge opp en virksomhetsarkitekturpraksis i tråd med anbefalinger gitt av Nasjonal IKT. Arkitekturområdet skal eies av Helse Nord RHF, men forvaltes av Helse Nord IKT i tett dialog med eier.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

2. Brudd på avtalt servicenivå slik disse fremkommer på tjenestenivå skal meldes i Helse Nords avvikssystem Docmap.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

3.2 Somatikk

1. Implementere pakkeforløp hjerneslag.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

2. Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse, skal være minst 20 %.

Rapporteringstekst 1. tertial
Ikke aktuelt

3. Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 %.

Rapporteringstekst 1. tertial
Ikke aktuelt

4. Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp skal være minst 70 %. (Samlet for 24 krefttyper) (OD og styringsparametere³)

Rapporteringstekst 1. tertial
Ikke aktuelt

5. Utvikle former for ambulante tjenester innen rehabilitering og voksen- og barnehabilitering.

Rapporteringstekst 2. tertial
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

6. Avvik fra målet om at alle fødende skal ha en jordmor hos seg, så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over, skal dokumenteres i avvikssystemet. Resultatene skal brukes til kvalitetsforbedring.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

7. Mer enn 40 % av pasienter under 80 år med ST-elevasjonsinfarkt (STEMI), med mindre enn 12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt, skal bli behandlet med trombolyse innen 30 minutter etter første medisinske kontakt eller koronar angiografi/PCI⁴ innen 90 minutter.

Rapporteringstekst 1. tertial
Ikke aktuelt

³ Andel nye pasienter som inngår i et pakkeforløp for lungekreft, brystkreft, prostatakreft og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, nyrekreft, livmorhalskreft, livmorkreft, eggstokkreft, hode- halskreft, lymfom, primær leverkreft, galleveiskreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi og kronisk lymfatisk leukemi.

⁴ Perkutan koronar intervensjon

8. Sikre bedre og mer standardiserte pasientforløp for pasienter med hjerteinfarkt.

Rapporteringstekst 1. tertial

Ikke aktuelt

3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

1. I samarbeid med kommunene skal antall tvangsinnleggelser for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen reduseres sammenliknet med 2016.

Rapporteringstekst 1. tertial

Ikke aktuelt

2. Tvangsmiddelbruk skal reduseres. Dette skal registreres som antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere.

Rapporteringstekst 1. tertial

Ikke aktuelt

3. Registrere og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Rapporteringstekst 1. tertial

Ikke aktuelt

4. Videreføre arbeidet med å etablere felles strukturer og rutiner for helhetlig oppfølging av barn og unge med psykiske lidelser i barnevernet jf. rapport fra 2015⁵.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

⁵ Rapport 2015: Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner.

5. Utarbeide samarbeidsavtaler som omfatter kommunale helsetjenester, kommunalt og statlig barnevern og psykisk helsevern for barn og unge som sikrer god og lett tilgjengelig helsehjelp til barn og unge i barnevernsinstitusjoner, poliklinisk og ambulant, samt veiledning til ansatte i institusjonene.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

6. Etablere barnevernansvarlig i Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i henhold til anbefalingene fra Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

7. Etablere Narkotikaprogram med domstolkontroll.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

8. Kvinner i LAR⁶ skal ha informasjon om LAR-behandling og graviditet, tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

9. Registrere utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt inngå samarbeidsrutiner med kommunene for å forberede utskrivninger om disse pasientene.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

⁶ Legemiddelassistert rehabilitering

10. Sørge for at komplette og kvalitetssikrede data på tvangsinnleggelser, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler leveres norsk pasientregister (NPR) ved ordinært rapporteringstidspunkt.

Rapporteringstekst 1. tertial
Ikke aktuelt

11. Gjennomføre ledelsesforankrede dialogmøter med pasienter/ brukerorganisasjoner om erfaringer med tvang i alle psykisk helsevern enheter som benytter tvang, som ledd i å redusere bruken av tvang. Dette skal skje i samarbeid med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

12. Sikre at omleggingen av finansieringsordningen for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling brukes som et virkemiddel for å understøtte ønsket faglig innretning av disse tjenestene.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

13. Øke poliklinisk/ambulant aktivitet i TSB uten reduksjon i døgntilbudet.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

14. Etablere et eget tilbud til sped- og småbarns psykiske helse (0–3 år).

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

15. Sikre at det er tilstrekkelig med utdanningsstillinger for den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

3.4 Samhandling med kommuner og private avtaleparter

1. Delta i læringsnettverket *Gode pasientforløp*⁷.

Rapporteringstekst 1. tertial
Ikke aktuelt

2. Delta i arbeid med å revidere strategi for avtalespesialister. Arbeidet koordineres av Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

3. Etablere gjensidige samarbeidsavtaler med avtalespesialister innen 1. juni.

Rapporteringstekst 1. tertial
Ikke aktuelt

4. Gi tilbakemelding på oppfølging av tjenesteavtale 2, 5 og 10 med kommunene i tertialrapport 2.

Rapporteringstekst 2. tertial
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

5. Delta i utarbeidelse av en oppdatert strategi for samhandling med kommunene. Arbeidet koordineres av Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

⁷ Læringsnettverk for å utvikle gode pasientforløp for eldre og kronisk syke.

6. Sikre at legemiddelhåndtering med god kvalitet inngår i hele behandlingskjeden. I samråd med Sykehusapotek Nord sørge for at samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene sikrer pasientene kontinuerlig legemiddelbehandling med god kvalitet ved skifte av omsorgsnivå.

Rapporteringstekst 1. tertial

Sykehusapotek Nord bidrar med undervisning i legemiddelhåndtering til ansatte i alle sykehusforetakene i Helse Nord, samt til sykepleierstudenter ved Universitetet i Tromsø og Nord universitet. Sykehusapotek Nord har også undervisning for kommuner med avtale om dette.

Sykehusapotek Nord bidrar med utarbeidelse, kvalitetssikring og oppfølging av rutiner for legemiddelhåndtering i sykehusene.

Ordningen med apotekstyrte legemiddellagre og innføring av Tønsys bestillingssystem for legemidler bidrar også til bedre kvalitet i legemiddelhåndteringen.

Sykehusapotek Nord tilbyr legemidler, også egenproduserte, til utskrivningsklare og utskrevne pasienter.

Sykehusapotek Nord har også deltatt i Fiks-programmets prosjektgruppe for å beskrive løsninger for lukket legemiddelsløyfe i Helse Nord, samt at farmasøyter fra Sykehusapotek Nord deltar i innføringen av elektronisk kurveløsning i Helse Nord.

7. Delta aktivt i arbeidet til nasjonal standardisering innen IKT-området jf. Stortingsmelding nr. 9⁸ 2012-2013, samt strategi for Nasjonal IKT HF. Egne bestillinger vil komme fra Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

3.5 Kvalitet

1. Ingen korridorpasienter.

Rapporteringstekst 1. tertial

Ikke aktuelt

2. Øke bruk av avvikssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyser, og ta i bruk samme klassifikasjonssystem som meldeordningen til Helsedirektoratet for bedre utnyttelse av meldingene.

Rapporteringstekst 1. tertial

⁸ Én innbygger – Én journal

Rapportering på OD 2017

Det er ikke blitt gjennomført hendelsesanalyser i Sykehusapotek Nord, men farmasøyter fra foretaket har bidratt i hendelsesanalyser gjennomført ved andre foretak i regionen.

Som del av et internt prosjekt for å videreutvikle system for kvalitetsstyring og kvalitetsledelse i foretaket arbeides det med rutiner rundt rapportering og oppfølging av avvik meldt i foretaket, dette som et ledd i arbeidet med kontinuerlig forbedring.

I arbeidet med utbedring av avviksrapporteringen i foretaket vil klassifikasjonssystemet til meldeordningen bli vurdert tatt inn, dersom det er aktuelt.

3. Tiltak i vedtatt kvalitetsstrategi for Helse Nord skal iverksettes:

- o Ta i bruk ny elektronisk løsning for GTT⁹-granskning og bruke statistikken aktivt i forbedringsarbeid.

Rapporteringstekst 1. tertial
Ikke aktuelt

- o Delta i arbeidet med å definere behov for pasientrapporterte erfaringer (PROMS¹⁰ og PREMS¹¹), samt ta i bruk elektronisk løsning når den er klar. Resultatene skal brukes i lokalt forbedringsarbeid. Det vil komme nærmere bestilling fra Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- o Utføre fagrevisjoner på utvalgte fagområder. Arbeidet ledes av Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst 1. tertial
Det er ikke gjennomført fagrevisjoner hvor personer fra Sykehusapotek Nord har deltatt.

- o Delta i utvikling av modulbasert opplæringsprogram i forbedringsarbeid.

Rapporteringstekst 1. tertial
Sykehusapotek Nord har en representant i arbeidsgruppen.

4. Alle ansatte skal ha nødvendig opplæring i pasientadministrative systemer, og opplæringen skal dokumenteres.

Rapporteringstekst Årlig melding

⁹ Global Trigger tool

¹⁰ Pasientrapporterte resultater av behandling

¹¹ Pasientrapporterte erfaringer

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

5. Rapportere tertialvis hvor mange hendelsesanalyser som er gjennomført.

Rapporteringstekst 1. tertial

Det er ikke blitt gjennomført hendelsesanalyser i Sykehusapotek Nord, men farmasøyter fra foretaket har bidratt i hendelsesanalyser gjennomført ved andre foretak i regionen.

3.6 Pasientsikkerhet

1. Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene rapporteres i tertialrapport.

Rapporteringstekst 1. tertial

Sykehusapotek Nord bidrar i sykehusenes implementering og oppfølging av Pasientsikkerhetsprogrammets tiltak Samstemming av legemiddellister.

3.7 Smittevern

1. Oppfylle smittevernforskriftens krav om å ha en lege som koordinerer smittevernarbeidet i institusjonen.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

2. Inkludere smittevern i tjenesteavtale 10 mellom hvert helseforetak og deres opptakskommuner.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

3. Innføre antibiotikastyringsprogram som sikrer et nøkternt forbruk av antibiotika i tråd med nasjonale retningslinjer. Dette skal blant annet omfatte:
 - o Legge til rette for et fungerende antibiotikateam (A-team).

Rapporteringstekst 1. tertial

Sykehusapotek Nord bistår sykehusforetakene med å fremskaffe og bearbeide statistikk over forbruk av antibiotika.

Farmasøyter fra Sykehusapotek Nord deltar i sykehusenes antibiotikateam.

- o Årlig rapportere forbruk, fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger.

Rapporteringstekst 1. tertial

Sykehusapotek Nord bistår sykehusforetakene med å fremskaffe og bearbeide statistikk over forbruk av antibiotika.

4. Prevalensundersøkelse av sykehusinfeksjoner skal utføres og rapporteres til Helse Nord RHF to ganger årlig. Hvert helseforetak skal etterspørre avdelingsvis bruk av prevalensresultater i pasientsikkerhetsarbeidet.

Rapporteringstekst 1. tertial

Ikke aktuelt

5. NOIS¹²-registrering: Det skal være minst 95 % oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften. Ved dyp postoperativ sårinfeksjon skal avdelingen gjennomgå pasientforløpet og iverksette tiltak.

Rapporteringstekst 1. tertial

Ikke aktuelt

6. Rapportere NOIS-resultater til Helse Nord RHF tertialvis.

Rapporteringstekst 1. tertial

Ikke aktuelt

Styringsparametere:

- Andel sykehusinfeksjoner er redusert sammenlignet med 2016.

Rapporteringstekst 1. tertial

Ikke aktuelt

- Bredspekteret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenlignet med 2012¹³.

Rapporteringstekst 1. tertial

¹² Overvåkningssystemet for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner

¹³ Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner)

Ikke aktuelt

3.8 Andre områder

3.8.1 Klima- og miljøtiltak

1. Resertifisere styringssystem etter ISO-14001:2015 innen 15.september.

Rapporteringstekst 2. tertial

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

2. Sette mål for de nasjonale miljøindikatorene. Resultater skal inngå i årlig klima- og miljørapport i tillegg til årlig melding. Miljøindikatorene med klimaregnskap utarbeides for:
 - o Energiforbruk
 - o Avfall
 - o Vann
 - o Innkjøp

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

3.8.2 Personvern og informasjonssikkerhet

1. Området informasjonssikkerhet med status på risiko- og sårbarhets (ROS)-analyser skal behandles av helseforetakets styre innen 1.6.17. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfyller krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen, og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Eventuelle avvik som er ikke lukket innen utløpet av 2016 skal rapporteres til Helse Nord RHF innen 1. mars med tilhørende tiltaksplan. Planen skal risikovurderes med hensyn til måloppnåelse.

Rapporteringstekst 1. tertial

Informasjonssikkerhet med tilhørende status på ROS-analyser ble styrebehandlet 19. mai 2016 og deretter 1. desember 2016.

Avvikene som ble identifisert er lukket, men ved gjennomføring av ROS-analyse på produksjonssystemet Cytopro er det avdekket manglene funksjonalitet og svakheter ved systemet. Helse Nord RHF jobber med finansiering av nytt produksjonssystem. Det er iverksatt kortsiktige tiltak for å redusere avdekte risikoer.

2. Innen 30.juni skal det utpekes personvernombud i samsvar med krav som følger av EUs nye personvernforordning.

Rapporteringstekst 2. tertial

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

3. Igangsette gjennomføring av Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) og HelseCERTs generelle anbefalte tiltak for beskyttelse mot dataangrep.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

4. Sikre at anskaffelser og innføring av IKT-systemer følger Helse Nord sine drifts- og sikkerhetsmessige krav.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

3.8.3 Beredskap

1. Implementere Helsedirektoratets Veileder for helsetjenestens organisering på skadested.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

2. Bidra i prosjekt som skal utrede muligheten for døgnkontinuerlig samisk språkkompetanse i AMK-sentraler, f.eks. ved hjelp av teknologi, og mulighetene for samarbeid mellom landets AMK-sentraler for å sørge for slik språkkompetanse. Nærmere bestilling vil komme fra Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst 2. tertial

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

3. Sikre at tiltakene knyttet til Riksrevisjonens rapport om beredskap innenfor IKT, vann og strøm blir fulgt opp.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

4. Sikre at planverk er koordinert med andre offentlige instanser (kommunenivå, sivil beredskap og Forsvaret).

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

5. Med bistand fra regional legemiddelkomite opprette og vedlikeholde lokale ROS-analyser for legemiddelberedskap og sikre tilstrekkelige beredskapslagre av legemidler herunder infusjonsvæsker. Regional legemiddelkomite skal i løpet av 2017 utarbeide retningslinjer for håndtering av mangelsituasjoner.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

3.8.4 Forskning og innovasjon

1. Delta i arbeidet med å vurdere mulighetene for økt samordning av kriteriene for nytte, samt evaluere forståelsen og effekten av nye kriterier for hhv kvalitet, nytte og brukervedvirkning.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

2. Implementere tiltak som beskrevet i Strategi for forskning og innovasjon 2016-2020, jf. vedtatt tiltaksplan for 2017, herunder forskning på samisk helse, inkludert behandlings- og helsetjenesteforskning.

Rapporteringstekst Årlig melding

Rapportering på OD 2017

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

3. Identifisere behov for forskning og innovasjonstiltak spesielt rettet mot den samiske befolkningen.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge:

1. Implementere nasjonalt system for måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

4 Sikre god pasient- og brukarmedvirkning

1. Utvikle flere samvalgsverktøy for å gi pasienter mulighet til å delta aktivt i egen behandling og sikre at kvalitetssikret verktøy som publiseres på helsenorge.no, tas i bruk.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

2. Implementere nasjonale retningslinjer for brukarmedvirkning og enhetlig praksis på systemnivå.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

3. Følge opp resultatene fra PasOpp¹⁴-undersøkelsen. Iverksette tiltak for å forbedre utskrivningsamtalen og sikre at pasient/pårørende får nødvendig informasjon:
 - o om sin sykdom
 - o om medikamentene
 - o får med seg oppdatert medikamentliste

Rapporteringstekst 1. tertial

Sykehusapotek Nord har ikke gjennomført noen særskilte tiltak, men arbeider som del av implementering av klinisk farmasi med å kvalitetssikre legemiddelinformasjon ved utskrivning.

Sykehusapotekenes publikumsavdelinger tilbyr inhalasjonsveiledning og gir annen relevant informasjon om medikamentene som utleveres.

4. Utvikle lokale mål for pasientopplevd kvalitet og bruke resultatene i forbedringsarbeidet.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

¹⁴ Nasjonale brukererfaringsundersøkelser

5 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

1. Motivere og legge til rette for at ansatte velger høyere stillingsprosent og helst 100 % stilling.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

2. Tilby nyutdannet helsepersonell hele faste stillinger i større grad.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

3. Implementere del 1 i ny spesialistutdanning for leger med ansettelse i LIS¹⁵-stillinger fra og med høsten 2017.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

4. Planlegge for å iverksette del 2 og 3 (LIS2 og 3) i ny ordning for spesialistutdanning.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

5. Innfri pålagt antall praksis-, turnus- og lærlingeplasser som beskrevet i vedlegg 1.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

¹⁵ Lege i spesialisering

6. Legge til rette for at lederopplæringene som tilbys, gir ledere en klar forståelse av deres ansvar for å innrette sin virksomhet i tråd med prinsippene for prioritering.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

7. Delta i prosjekt «Ledermobilisering» og utarbeide plan for gjennomføring.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

8. Delta i utviklingen av felles tiltak i strategi for leder- og ledelsesutvikling.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

9. Innføre «Kompetansemodulen» i henhold til prosjektets plan.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

10. Delta i arbeidet med regional bemanningsmodell som grunnlag for egne strategiske utviklings- og rekrutteringsplaner.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

11. Analysere rekrutteringsbehovet for helsefagarbeidere i fulltidsstillinger, og etablere pilotprosjekt for å teste oppgavedeling knyttet til helsefagarbeideres arbeidsfelt.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

5.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

1. Kartlegge omfanget av vold og trusler mot helsepersonell og medpasienter, og hvordan beredskap for forebygging og håndtering av vold og trusler ivaretas som en del av HMS-arbeidet.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

2. Samarbeide med tillitsvalgte og vernetjenesten i arbeidet med å utvikle tiltak for å forebygge og ivareta beredskap for håndtering av vold og trusler.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

3. Sikre systematisk rapportering av skader og uønskede hendelser på ansatte.

Rapporteringstekst 1. tertial

Det er laget eget rapporteringsskjema i Docmap for rapportering av skader og uønskede hendelser på ansatte. Ansatte oppfordres til å rapportere skader og uønskede hendelser.

4. Definere konkrete forbedringstiltak ut fra medarbeiderundersøkelsen 2016.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

5. Tertialvis redegjøre for foretakets arbeid med å redusere sykefravær til under 7,5 % herunder med et særskilt fokus på enheter med fravær over 10 %.

Rapporteringstekst 1. tertial

Sykehusapotek Nord har et sykefravær på 6,7 % per første kvartal 2017. Sykehusapotek Nord har tiltak som fokuserer på og forebygger sykefravær, for eksempel arbeidsmiljøutvalg og samarbeidsutvalg (AMU og SU), stressmestringskurs, IA-virksomhet og bedriftshelsetjeneste.

6 Innfri økonomiske mål i perioden

6.3 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

1. Ferdigstille registrering av alle data i nasjonal database for klassifikasjons-systemet innen 30. april.

Rapporteringstekst 2. tertial

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

2. Gjennomføre nødvendig vedlikehold som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard og kvalitet.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

3. Utarbeide en konkret 4-årig vedlikeholdsplan som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard og kvalitet over tid. Frist 1. oktober.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

4. Innføre nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) av medisinsk teknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler (BHM).

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

6.4 Anskaffelsesområdet

1. Organisere kompetanse slik at bestillerrolle overfor Sykehusinnkjøp blir ivaretatt.

Rapporteringstekst 1. tertial

Bestillerkompetansen er tillagt økonomisjefstillingen. For legemiddelinnkjøp i regi av Sykehusinnkjøp HF har vi organisert dette gjennom LIS-kontaktordningen, der sykehusfarmasøyter er kontaktpersoner for LIS (Legemiddelinnkjøp i Sykehusinnkjøp HF) og for HF-enes legemiddelkomiteer. Kompetanse til å

gjennomføre grossistinnkjøp av legemidler ivareta av logistikkansvarlige i respektive sykehusapotekavdelinger. Det samarbeides også på tvers av sykehusapotekforetakene som har egen grossistadministrasjon.

2. Sikre medvirkning i produktråd fra foretakets brukere av varer og tjenester.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

3. Implementere nasjonal kategoristruktur i innkjøpsvirksomheten.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

4. Implementere innkjøpssystem fullt ut i egen organisasjon, herunder:

- o Innen 30. november levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres i 2018.
- o Innen 31. desember kunne rapportere detaljert for alle vare- og tjenesteanskaffelser på artikkelnivå mht. hvilken avtale og til hvilke vilkår.

Rapporteringstekst 1. tertial

Sykehusapotek Nord holder på med en evaluering av Clockwork for å se om Clockwork kan oppfylle foretakets behov for ERP-system til erstatning for FarmaPro.

5. Kartlegge og utarbeide re-anskaffelsesplan av medisinsk teknisk utstyr i tråd med nasjonal struktur.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

7 Risikostyring og internkontroll

Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord for 2017

I kapittel 2 i OD er det definert fire overordnede mål for Helse Nord. Det pekes på at to av målene, med åtte delmål, skal gjøres særlig gjenstand for risikovurdering i helseforetakene. Dette rapporteres på i virksomhetsrapporter.

Disse er:

Målområde 1: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet

Delmål:

1. Sykehuspåførte infeksjoner skal være < 4,5 % (prevalensdata).
2. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under 60 dager.
3. Det skal ikke være fristbrudd.
4. Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.
5. Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk (aktivitet)¹⁶.
6. Mer enn 80 % av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming. Måling fra og med andre halvår 2017.
7. Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenliknet med 2012.

Målområde 4: Innfri de økonomiske mål i perioden

Delmål:

8. Økonomisk resultat i tråd med plan.

Gjennomførte risikovurderinger¹⁷, i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (RL1602). Det skal beskrives status på alle 8 delmål ovenfor i henhold til retningslinjene.

Rapporteringstekst 1. tertial

Risikovurderinger i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord ble gjennomført 14. mars.

Krav:

1. Innen 1. september skal foretakene utarbeide og styrebehandle plan som beskriver ledelsesmessige og organisatoriske tiltak som skal iverksettes for å imøtekomme krav og målsettinger i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Rapporteringstekst 1. tertial

¹⁶ Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument") og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).

¹⁷ Viser til brev oversendt foretakene 24.2.2016 «Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord i 2016»

Handlingsplan for kontinuerlig forbedring og avvikshåndtering ivareta dette kravet og er beskrevet i Sykehusapotek Nords styresak 17-2017.

2. Ledelsen og styret skal minimum en gang i året ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaket med henhold til oppfølging av risikovurdering og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Gjennomgangen skal omfatte og konkludere mht.:
- o Måloppnåelse innenfor de fire overordnede mål jf. kapittel 2.
 - o Vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte.
 - o Informasjonssikkerhet.
 - o Klima og miljø.
 - o Beredskap.
 - o Risikostyring.

Gjennomgangen skal være basert på relevant informasjon, inklusiv:

- o Sammenlignbar statistikk.
- o Resultater fra eksterne og interne tilsyn og revisjoner samt status for oppfølging av disse.
- o Gjennomførte risikovurderinger, jf. retningslinjer i Helse Nord (RL1602).
- o Lovkrav og forskrifter.

Rapporteringstekst 1. tertial

Ledelsens gjennomgang ble gjennomført 4. april. Resultatene fra gjennomgangen behandles i styremøte 1. juni.

Risikostyring 2017 – overordnede mål	
Sak nr.:	29 - 2017
Møtedato:	1. juni 2017
Saksbehandler:	Direktøren
Utrykte vedlegg:	OD 2017, jfr. styresak 6-2017 Riskpolicy, se vedlegg til sak 59-2016

Saken i korte trekk

I oppdragsdokumentet 2017 går det fram at Sykehusapotek Nord HF løpende skal vurdere hvilke vesentlige risikoer som er knyttet til virksomheten. Sykehusapotek Nord HF skal etterleve kravene i helseforetaksloven, i forskrifter om internkontroll, og i pålegg fra HOD og fra Helse Nord RHF. Sykehusapotek Nord HF er pålagt å etablere systemer for risikostyring for å forebygge, hindre og avdekke avvik.

Risikostyring er et verktøy for proaktiv styring som gir grunnlag for å identifisere, vurdere og håndtere potensiell risiko ved hjelp av en strukturert tilnærming. Risikostyring tydeliggjør sammenhengen mellom de målene foretaket styrer etter og risikoer som kan true oppfyllingen av disse målene. Risikostyring i Sykehusapotek Nord HF skal hindre at hendelser påvirker måloppnåelse negativt; bidra til bedre prioriteringer og ressursstyring; tydeliggjøre sammenheng mellom mål, risiko og tiltak; bidra til proaktiv styring; spisse styring og intern kontroll mot vesentlige områder, samt bedre kommunikasjon om risikoer som kan hindre måloppnåelse.

Ifølge oppdragsdokumentet 2017 fremgår at to av de fire overordnede målene, med åtte delmål, skal gjøres særlig gjenstand for risikovurdering i helseforetakene. Målområde 1: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet. Målområde 4: Innfri de økonomiske mål i perioden. Disse målområdene og delmål nr. 4 og 6 – 8 er vurdert som relevante og operasjonalisert slik at de kan relateres til Sykehusapotek Nord's drift.

For å oppfylle disse delmålene skal vi sørge for at apotek og sykehus er omforent om bestillingsrutiner vedrørende cytostatika og levere til avtalt tid. Sykehusapotek Nord skal arbeide aktivt for å implementere klinisk farmasi i sykehusene og bidra med farmasøyt kompetanse inn i antibiotikastydingsprogrammet, samt levere statistikk til sykehusene (SLS). Dessuten skal Sykehusapotek Nord ha et økonomisk resultat i tråd med plan.

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret i Sykehusapotek Nord HF tar informasjonen om risikostyring av overordnede mål til orientering, og ber om rapportering på oppfølging og status i styremøtet 21. september 2017.

Espen Mælen Hauge
direktør

Saksfremlegg

1. Formål med risikostyring

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

I henhold til egen riskpolicy skal Sykehusapotek Nord HF etterleve kravene i helseforetaksloven, i forskrifter om internkontroll, og i pålegg fra HOD og fra Helse Nord RHF. Sykehusapotek Nord HF er pålagt å etablere systemer for risikostyring for å forebygge, hindre og avdekke avvik.

Risikostyring i Sykehusapotek Nord HF skal:

- Hindre at hendelser påvirker måloppnåelse negativt
- Bidra til bedre prioriteringer og ressursstyring
- Tydeliggjøre sammenheng mellom mål, risiko og tiltak
- Bidra til proaktiv styring
- Spisse styring og intern kontroll mot vesentlige områder
- Bedre kommunikasjon om risikoer som kan hindre måloppnåelse

2. Oppdragsdokumentets krav til risikostyring og internkontroll

I oppdragsdokumentet 2017 (som styret ble forelagt i sak 6-2017) kapittel 7 går det fram at Sykehusapotek Nord HF løpende skal vurdere hvilke vesentlige risikoer som er knyttet til virksomheten. Ved endringer eller etablering av prosjekt og rutiner av vesentlig betydning skal risikovurdering foreligge før tiltak igangsettes.

Med utgangspunkt i definerte mål og strategier for virksomheten skal det minst én gang årlig foretas en gjennomgang av vesentlige risikoer for alle virksomhetsområder. Det er altså et krav at ledelsen og styret minimum en gang i året skal ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaket i henhold til oppfølging av risikovurdering og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, for så vidt det vises til styresak 30 – 2017 og senere planlagte styresaker om ledelsens gjennomgang i 2017.

Det skal for alle virksomhetsområder foretas en systematisk vurdering av om foretakets risikostyring og internkontroll er tilstrekkelig for å håndtere foretakets identifiserte risikoer på en forsvarlig måte. I kapittel fire i denne sak er det en kort beskrivelse av hvordan ledelsen har vurdert Helse Nords overordnede risikomål.

I oppdragsdokumentets kapittel 7 vises også til at ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten gjelder fra 1. januar 2017 og erstatter forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Hvordan denne er planlagt implementert i foretaket ble beskrevet i styresak 17- 2017 *Plan for kontinuerlig forbedring*.

3. Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord for 2017

I oppdragsdokumentet kapittel 2 er det definert fire overordnede mål for Helse Nord:

- Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.
- Sikre god pasient- og brukermedvirkning.
- Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell.
- Innfri de økonomiske mål i perioden.

Det pekes på at to av målene, med åtte delmål, skal gjøres særlig gjenstand for risikovurdering i helseforetakene. Disse er:

Målområde 1: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet

Delmål

1. Sykehuspåførte infeksjoner skal være < 4,5 % (prevalensdata).
2. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under 60 dager.
3. Det skal ikke være fristbrudd.
4. Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.
5. Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk (aktivitet).
6. Mer enn 80 % av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming. Måling fra og med andre halvår 2017.
7. Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenliknet med 2012.

Målområde 4: Innfri de økonomiske mål i perioden

Delmål

8. Økonomisk resultat i tråd med plan.

3.1. Oppdragsdokumentets krav for 2017

3.1.1. Krav 1

Innen 1. september skal foretakene utarbeide og styrebehandle plan som beskriver ledelsesmessige og organisatoriske tiltak som skal iverksettes for å imøtekomme krav og målsettinger i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Krav 1 er oppfylt gjennom styresak 17-2017. Styret vil bli orientert om utviklingen av denne saken i senere saker i 2017.

3.1.2. Krav 2

Ledelsen og styret skal minimum en gang i året ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaket med henhold til oppfølging av risikovurdering og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Om dette kravet vises til styresak 30 – 2017 og senere planlagte styresaker 2017.

4. Sykehusapotek Nords tilpasning til Helse Nords overordnede risikomål

Som beskrevet overfor er det i oppdragsdokumentet kapittel 2 henholdsvis kapittel 7 definert fire overordnede mål for Helse Nord. Det pekes på at to av målene, med åtte delmål, skal gjøres særlig gjenstand for risikovurdering i helseforetakene. Dette gjelder:

Målområde 1: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet
Målområde 4: Innfri de økonomiske mål i perioden.

I ledelsens møte 14. mars 2017 ble disse målområdene og delmålene vurdert og operasjonalisert slik at de kan relateres til Sykehusapotek Nords drift. Delmålene som er relevante for Sykehusapotek Nord er nr. 4 og 6 – 8:

4. Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.
6. Mer enn 80 % av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming. Måling fra og med andre halvår 2017.
7. Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenliknet med 2012.
8. Økonomisk resultat i tråd med plan.

Målområde 1: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet

For å oppfylle delmål 4 *Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid*, skal Sykehusapotek Nord sørge for at apotek og sykehus er omforent om bestillingsrutiner vedr cytostatika. I tillegg skal produktene leveres i henhold til avtalt tid.

For å oppfylle delmål 6 om at *mer enn 80% av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming*, skal Sykehusapotek Nord arbeide aktivt for å implementere klinisk farmasi i sykehusene.

For å oppfylle delmål 7 *Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10% sammenliknet med 2012* skal Sykehusapotek Nord bidra med farmasøyt kompetanse inn i antibiotika styringsprogrammet samt levere statistikk til sykehusene (SLS)

Målområde 4: Innfri de økonomiske mål i perioden

For å oppfylle delmål 8: *Økonomisk resultat i tråd med plan*, skal Sykehusapotek Nord sørge for å ha et økonomisk resultat i tråd med plan.

Rapportene fra disse fire risikovurderingene er vedlagt saken.



Apotek og sykehus er omforent om bestillingsrutiner vedr cytostatika

Whatif®

Sykehusapotek Nord HF

Laget den : 2017-03-14 09:49:31

Analyseobjekt : Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid

Analyse navn : Delmål OD 2017: Pakkeforløp

Sist oppdatert : 2017-03-14 11:39:18

den Kontoeier : Kjersti Gjerdevik

Report Comments

SaveCancel

Deltakere

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

Hensikt

Risikovurdere delmål gitt i Oppdragsdokumentet 2017

Utfyllende informasjon

Risikovurdering av overordnede mål gitt i Oppdagsdokumentet 2017.

OD Mål: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet.

OD Delmål: Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.

Delmål som er oversatt til Sano sin kontekst og riskovurdert her er;

APOTEK OG SYKEHUS ER OMFORENT OM BESTILLINGSRUTINER VEDR.
CYTOSTATIKA

Om Whatif verktøyet og Whatif metoden

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

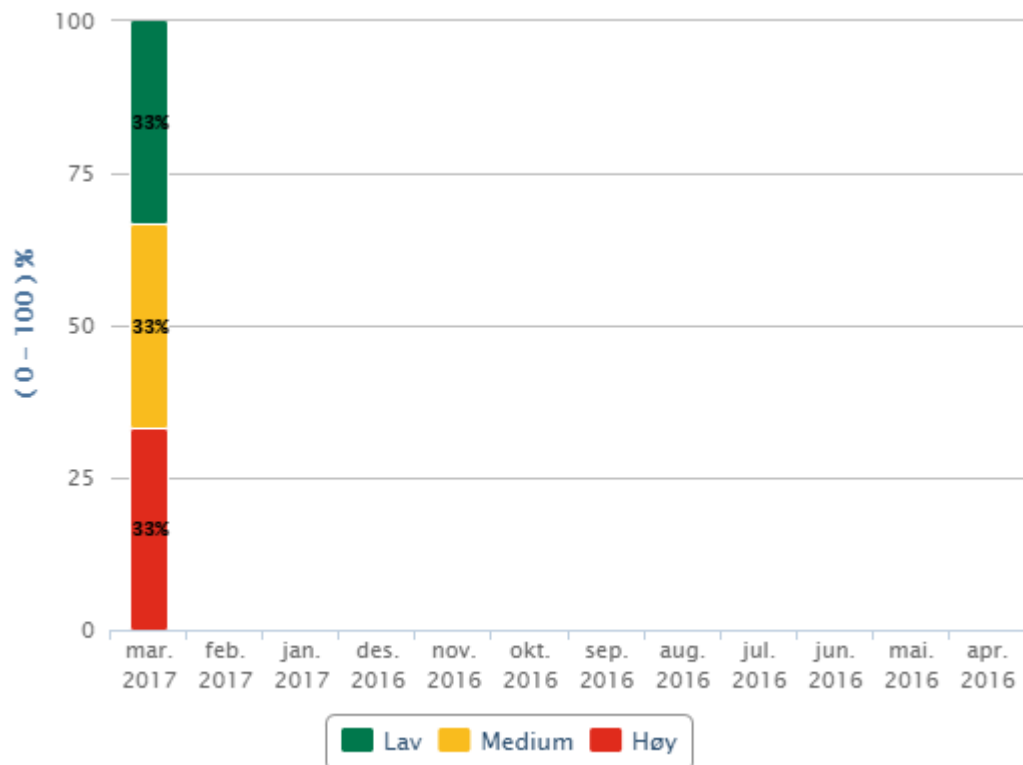
Sannsynlighetsdimensjoner

Usannsynlig	Lite sannsynlig	Sannsynlig	Meget Sannsynlig
1 gang pr år eller sjeldnere	1 gang pr mnd eller oftere	1 gang pr uke eller oftere	1 gang pr dag

Konsekvensdimensjoner

	Ikke alvorlig	Lite alvorlig	Alvorlig	Kritisk
Pasientsikkerhet	Full etterlevelse	Delvis etterlevelse	dårlig etterlevelse	Ingen etterlevelse

Risikobildet for de siste 12 månedene



RISIKO

- 1 Høy risiko ■
- 1 Medium risiko ■
- 1 Lav risiko ■

Selvlaget kort: 0

6 tiltak vil kunne forbedre risikobildet

- 0 Gjennomførte
- 6 Gjenstår

1 Høy risiko

■ System

1 Medium risiko

 Avtale

1 Lav risiko

 Avtale

HØY RISIKO

System

Hva om vi ikke har elektroniske bestillingssystemer?

 Svært sannsynlig - Alvorlig

Scenario historikk

Dagens status:


2017-03-14

Tiltak

Risikovurdering av anskaffelsesprosessen

Gi innspill til risikovurdering av anskaffelsesprosessen av elektronisk bestillingssystem

Ansvarlig: Espen Mælen Hauge

Frist: 2017-12-01

Interne ressurser

Tilstrekkelig med interne ressurser til anskaffelsesprosess av elektronisk bestillingssystem

Ansvarlig: Espen Mælen Hauge

Frist: 2017-08-31

Helse Nord investeringsplan

Sørge for at finansiering av elektronisk bestillingssystem kommer med i Helse Nord sin investeringsplan

Ansvarlig: Helge K Pettersen

Frist: 2017-03-29

MEDIUM RISIKO

Avtale

Hva om avtalen ikke følges?

 Meget sannsynlig - Moderat alvorlig

Scenario historikk

Dagens status:



2017-03-14

Tiltak

Dialogmøter

Gjennomføre dialogmøter vedrørende avtalen med sykehusene

Ansvarlig: Hans Jørgen Sevatdal

Frist: 2017-10-27

LAV RISIKO

Avtale

Hva om man ikke har en god avtale med avdelingene?

 Lite sannsynlig - Alvorlig

Scenario historikk

Dagens status:


2017-03-14

Tiltak

Innhold i avtale

Vurdere innhold i avtale med sykehusene/avdelingene

Ansvarlig: Hans Jørgen Sevatdal

Frist: 2017-06-23

Skriflig avtale

Vurdere behov for skriftlig avtale med sykehusene

Ansvarlig: Hans Jørgen Sevatdal

Frist: 2017-06-23



Produktene skal leveres i henhold til avtalt tid

Sykehusapotek Nord HF

Laget den : 2017-03-14 11:21:20

Analyseobjekt : Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid

Analyse navn : Delmål OD 2017: Pakkeforløp

Sist oppdatert : 2017-03-14 13:31:23

den Kontoeier : Kjersti Gjerdevik

Report Comments[Save](#)[Cancel](#)

Deltakere

Analysesleder	Kjersti Gjerdevik
	Camilla H Bjørnstad
	Margaret Aarag Antonsen
	Espen Mælen Hauge
	Helge K Pettersen
	Stian Eilertsen
	Airin Nordgård
	Hans Jørgen Sevatdal

Hensikt

Risikovurdere delmål gitt i Oppdagsdokumentet 2017

Utfyllende informasjon

Risikovurdering av overordnede mål gitt i Oppdagsdokumentet 2017.

OD Mål: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet.

OD Delmål: Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.

Delmål som er oversatt til Sano sin kontekst og riskovurdert her er;

- PRODUKTENE SKAL LEVERES I HENHOLD TIL AVTALT TID

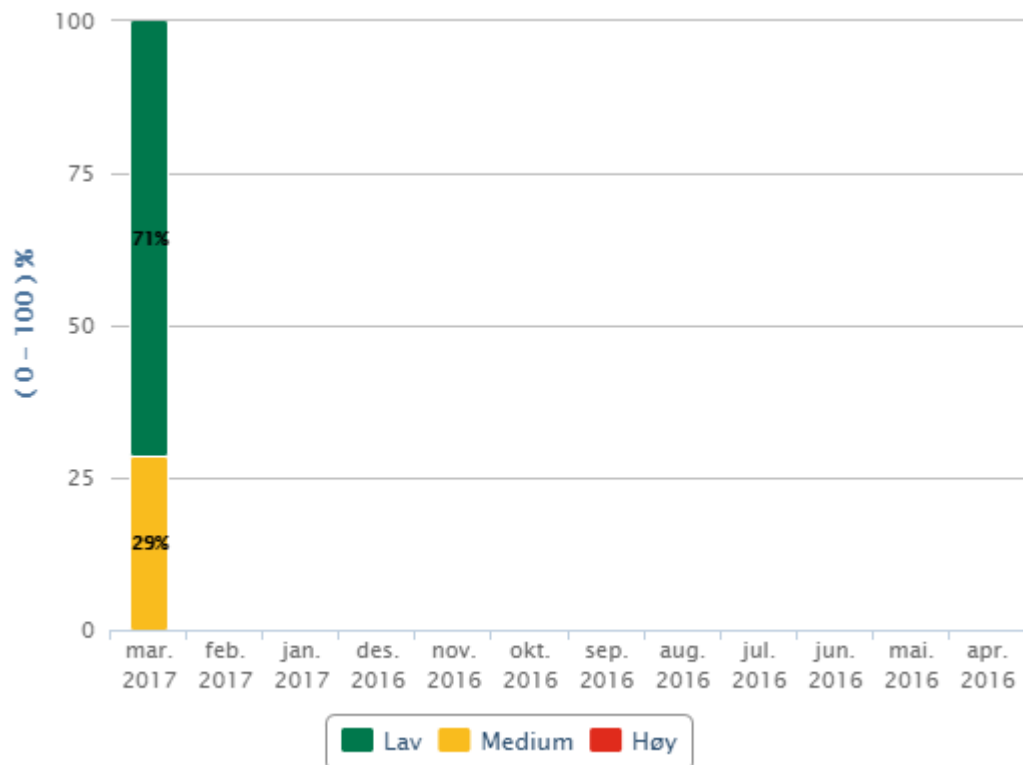
Om Whatif verktøyet og Whatif metoden

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

Konsekvensdimensjoner

	Ikke alvorlig	Lite alvorlig	Alvorlig	Kritisk
Leveranse	Leverer til riktig tid	litt forsinket	forsinket leveranse	ingen leveranse

Risikobildet for de siste 12 månedene



RISIKO

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

Selvlaget kort: 1

5 tiltak vil kunne forbedre risikobildet

- 0 Gjennomførte
- 5 Gjenstår

2 Medium risiko



System

 Utstyr

5 Lav risiko

 Bemanning

 Bemanning

 Arbeidsprosesser

 Grossist

 Bemanning

1 Ikke relevant risiko

 Bemanning

MEDIUM RISIKO

System

Hva om vi ikke har produksjonsstøttesystem?

 Svært sannsynlig - Lite alvorlig

Scenario historikk

Dagens status:



2017-03-14

Dagens barrierer

Avtaler om bestillingsfrister (S)

Manuelle system (S)

Prosedyrer (S)

Opplæring (S)

Tiltak

Optimalisere dagens verktøy

ref risikovurderinger

Ansvarlig: Hans Jørgen Sevatdal

Frist: 2017-06-23

Anskaffelse

Anskaffe produksjonsstøttesystem

Ansvarlig: Espen Mælen Hauge

Frist: 2017-10-31

Utstyr

Hva om vi ikke kan produsere cytostatika ved akutt utstyrssvikt?

 Lite sannsynlig - Katastrofalt

Scenario historikk

Dagens status:



2017-03-14

Dagens barrierer

Serviceavtaler (S)

Prosedyrer

Opplæring (S)

Tiltak

Gjennomgang serviceavtaler

Gå igjennom etablerte serviceavtaler,

Ansvarlig: Camilla H Bjørnstad

Frist: 2017-06-23

Beredskapsplan

Etablere beredskapsplan ved utstyrssvikt

Ansvarlig: Hans Jørgen Sevatdal

Frist: 2017-06-23

LAV RISIKO

Bemanning

Hva om vi ikke har aktivitetsbasert bemanning?

 Lite sannsynlig - Alvorlig

Scenario historikk

Dagens status:



2017-03-14

Dagens barrierer

Dialog med sykehus (S)

Sårbarhetsvurdering

Risikoen er Akseptert

Ikke aktuelt pdd, men dersom sykehusets behov endres må dette vurderes.

Bemanning

Hva om vi ikke har tilstrekkelig bemanning?

 Sannsynlig - Lite alvorlig

Scenario historikk

Dagens status:



2017-03-14

Dagens barrierer

Opplæring (K)

Samarbeid med andre apotek (K)

Sårbarhetsvurdering

Risikoen er Akseptert

Vurderer dagens bemanning som tilstrekkelig for å sikre leveranser

Arbeidsprosesser

Hva om vi ikke har arbeidsprosesser som er tilpasset avtalen?

 Lite sannsynlig - Alvorlig

Scenario historikk

Dagens status:



2017-03-14

Dagens barrierer

Opplæring (S)

Prosedyrer (S)

Sårbarhetsvurdering

Risikoen er Akseptert

Godtar restrisiko - arbeidsprosessen er i dag tilpasset avtalene.

Grossist

Hva om grossist ikke leverer varer som forventet?

 Lite sannsynlig - Alvorlig

Scenario historikk

Dagens status:



2017-03-14

Dagens barrierer

Grossistoppfølging (S)

Lagerbeholdning (K)

Bruk av Jetpak (K)

Samarbeid med andre apotek (K)

Sårbarhetsvurdering

Risikoen er Akseptert

Forutsatt at barrierene fungerer og blir vedlikeholdt, godtas restrisiko

Bemanning

Hva om akutt fravær er så stort at det påvirker leveranse?

 Lite sannsynlig - Alvorlig

Scenario historikk

Dagens status:



2017-03-14

Dagens barrierer

Rullering (K)

Samarbeid med andre apotek (K)

Tiltak

Rullering

Vurder utvidet rullering

Ansvarlig: Hans Jørgen Sevatdal

Frist: 2017-06-23



Implementere klinisk farmasi i sykehusene



Sykehusapotek Nord HF

Laget den : 2017-03-14 12:52:55

Analyseobjekt : Mer enn 80% av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming.

Analyse navn : Delmål OD 2017: Legemiddelsamstemming

Sist oppdatert : 2017-03-17 08:58:38

den Kontoeier : Kjersti Gjerdevik

Report Comments

SaveCancel

Deltakere

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

Hensikt

Risikovurdere delmål gitt i Oppdragsdokumentet 2017

Utfyllende informasjon

Risikovurdering av overordnede mål gitt i Oppdagsdokumentet 2017.

OD Mål: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet.

OD Delmål: Mer enn 80% av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming. Måling fra og med andre halvår 2017.

Delmål som er oversatt til Sano sin kontekst og riskovurdert her er;

IMPLEMENTERE KLINISK FARMASI I SYKEHUSENE

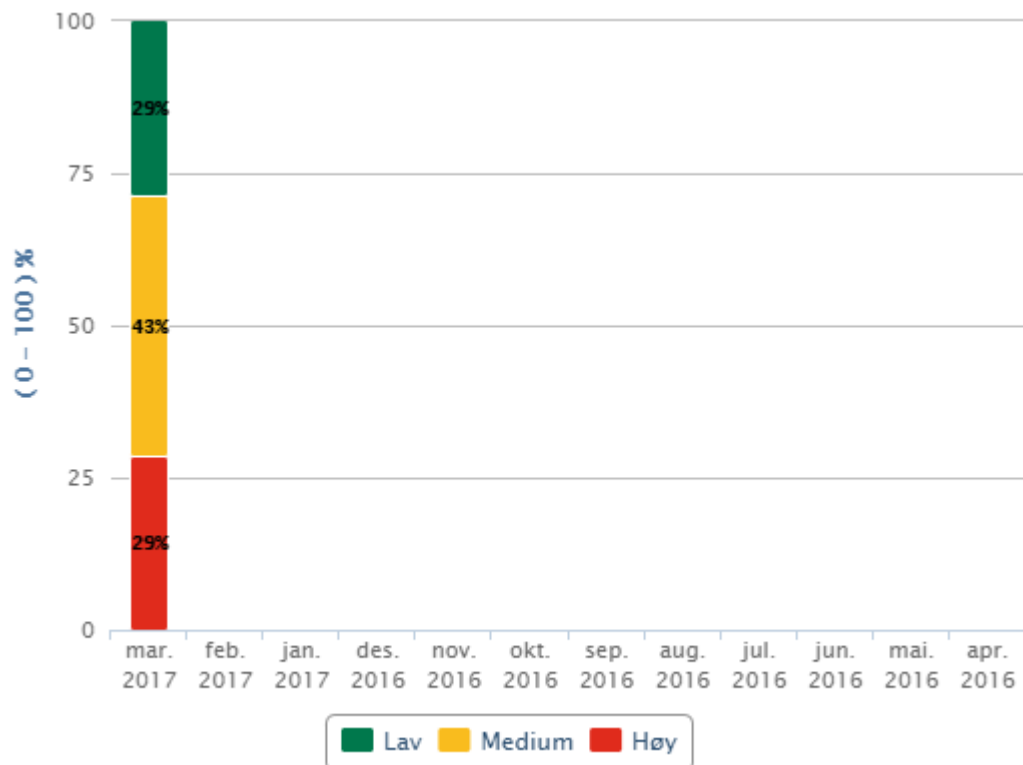
Om Whatif verktøyet og Whatif metoden

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

Konsekvensdimensjoner

Ikke alvorlig	Lite alvorlig	Alvorlig	Kritisk
Implementert iht plan	delvis implementert	noe implementert	ikke implementert

Risikobildet for de siste 12 månedene



RISIKO

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

Selvlaget kort: 0

9 tiltak vil kunne forbedre risikobildet

- 1 Gjennomførte
- 8 Gjenstår

2 Høy risiko Opptrapping Rekruttering**3** Medium risiko Gevinstrealisering Økonomi Forankring**2** Lav risiko Intern organisering Opplæring**1** Ikke relevant risiko Intern organisering

HØY RISIKO

Opptrapping

Hva om vi ikke får etablert samarbeidsgruppe for opptrapping?

 Meget sannsynlig - Alvorlig

Scenario historikk

Dagens status:

2017-03-17

Tidligere plasseringer:

2017-03-14

Dagens barrierer

Styrevedtak RHF + HF (S)

Tiltak

Fagdirektørmøte

ta opp som sak i fagdirektørmøte 15/3

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Frist: 2017-03-15

Kvittert 2017-03-17 **av** Margaret Aarag Antonsen

Direktørmøte

Ta opp i direktørmøte 17.3 (eventuelt sak)

Ansvarlig: Espen Mælen Hauge

Frist: 2017-03-17

Rekruttering

Hva om vi ikke får rekruttert nok farmasøyter?

 Meget sannsynlig - Alvorlig

Scenario historikk

Dagens status:



2017-03-14

Tiltak

Etablere rekrutteringsplan

Etablere rekrutteringsplan

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Frist: 2017-08-01

MEDIUM RISIKO

Gevinstrealisering

Hva om vi ikke greier å vise gevinster ?

 Sannsynlig - Alvorlig

Scenario historikk

Dagens status:



2017-03-14

Dagens barrierer

Gevinstrealiseringsplan (S)

Tiltak

Dokumentasjon

Ta i bruk database for dokumentasjon for registrering av klinisk arbeid

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Frist: 2017-06-23

Forskning

Gjennomføre forskning for å vise gevinster

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Frist: 2017-12-29

Økonomi

Hva om vi ikke får finansiering iht plan?

 Lite sannsynlig - Katastrofalt

Scenario historikk

Dagens status:



2017-03-14

Dagens barrierer

Styrevedtak RHF + HF (S)

Oppdragsdokumentet 2017 (S)

Kvalitetsstrategien i Helse Nord (S)

Tiltak

Innspill til langsiktig plan

Innspill til langsiktig plan

Ansvarlig: Helge K Pettersen

Frist: 2017-03-29

Forankring

Hva om forankringen i sykehusene ikke er god nok?

 Sannsynlig - Alvorlig

Scenario historikk

Dagens status:


2017-03-14

Dagens barrierer

Kvalitetsstrategien i Helse Nord (S)

Oppdragsdokumentet 2017 (S)

Styrevedtak RHF + HF (S)

Tiltak

Saker i direktørmøte

Tas opp i oppfølgingsmøte Helse Nord, sak på fagdirektørmøte, direktørmøte Helse Nord, brukerutvalget

Ansvarlig: Espen Mælen Hauge

Frist: 2017-12-31

LAV RISIKO

Intern organisering

Hva om vi ikke har avklart ansvarsfordeling mht oppfølging av opptrappingsplan?

 Lite sannsynlig - Moderat alvorlig

Scenario historikk

Dagens status:



2017-03-14

Tiltak

Avtale ansvarsfordeling

Avtale ansvarsfordeling mellom avd.ledere, apotekere og admin

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Frist: 2017-04-07

Opplæring

Hva om opplæringsplanen ikke blir fulgt?

 Lite sannsynlig - Moderat alvorlig

Scenario historikk

Dagens status:



2017-03-14

Dagens barrierer

Opplæringsplan (S)

Tiltak

Penger til opplæring

Sette av penger til opplæring

Ansvarlig: Helge K Pettersen

Frist: 2017-12-29



Bidra med farmasøyt kompetanse inn i antibiotika styringsprogrammet



Sykehusapotek Nord HF

Laget den : 2017-03-14 13:46:06

Analyseobjekt : Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10% sammenliknet med 2012.

Analyse navn : Delmål OD 2017: Antibiotikabruk

Sist oppdatert : 2017-03-14 15:07:23

den Kontoeier : Kjersti Gjerdevik

Report Comments

SaveCancel

Deltakere

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

Hensikt

Risikovurdere delmål gitt i Oppdragsdokumentet 2017.

Utfyllende informasjon

Risikovurdering av overordnede mål gitt i Oppdragsdokumentet 2017.

OD Mål: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet.

OD Delmål: Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10% sammenliknet med 2012.

Delmål som er oversatt til Sano sin kontekst og riskovurdert her er;

BIDRA MED FARMASØYTKOMPETANSE INN I
ANTIBIOTIKASTYRINGSPROGRAMMET

Om Whatif verktøyet og Whatif metoden

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

Konsekvensdimensjoner

Ikke alvorlig

Farmasøyt i team i alle Hf

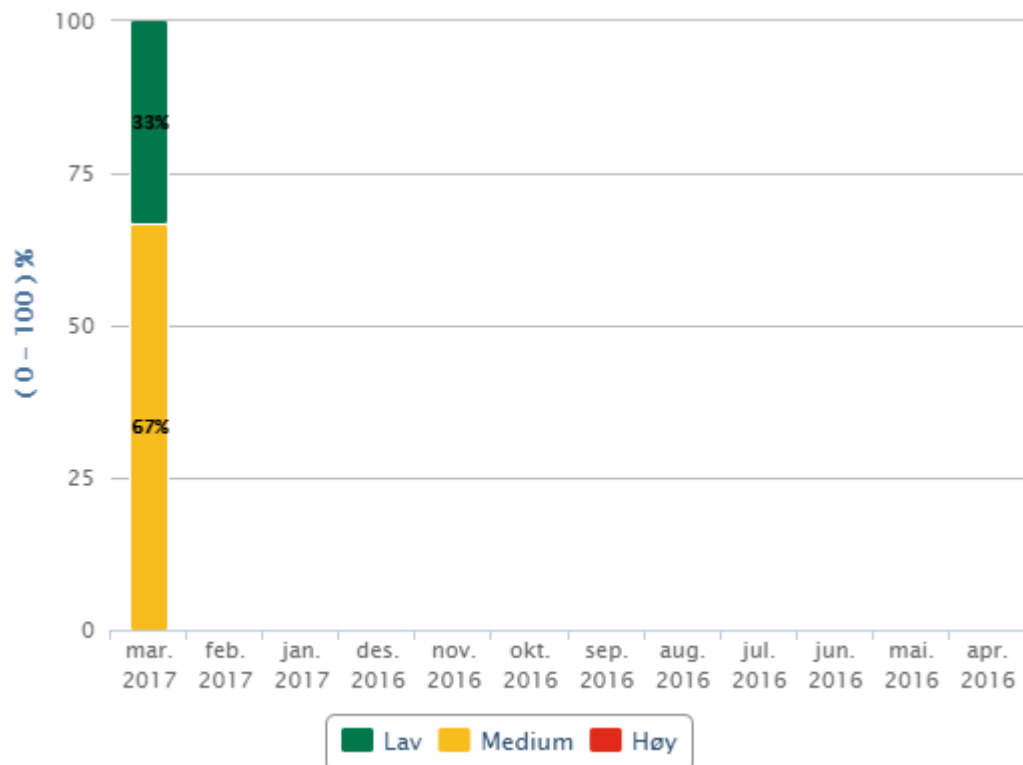
Lite alvorlig

Alvorlig

Kritisk

ingen farmasøyt

Risikobildet for de siste 12 månedene



RISIKO

- 2** Medium risiko ■ ■
- 1** Lav risiko ■

Selvlaget kort: 0

2 tiltak vil kunne forbedre risikobildet

- 0 Gjennomførte
- 2 Gjenstår

2 Medium risiko

- Rekruttering
- Finansiering

1 Lav risiko

 Kompetanse

MEDIUM RISIKO

Rekruttering

Hva om vi ikke rekrutterer tilstrekkelig med farmasøytressurser?

 Sannsynlig - Moderat alvorlig

Scenario historikk

Dagens status:



2017-03-14

Tiltak

Etablering av rekrutteringsplan

Etablering av rekrutteringsplan

Ansvarlig: Margaret Aarag Antonsen

Frist: 2017-08-31

Finansiering

Hva om vi ikke har avtaler om finansiering?

 Sannsynlig - Moderat alvorlig

Scenario historikk

Dagens status:



2017-03-14

Dagens barrierer

Etablerte avtaler (S)

Tiltak

Dialog med sykehusene

Dialog med sykehusene om finansiering

Ansvarlig: Camilla H Bjørnstad

Frist: 2017-12-22

LAV RISIKO

Kompetanse

Hva om vi ikke har farmasøyter med rett kompetanse?

 Lite sannsynlig - Alvorlig

Scenario historikk

Dagens status:



2017-03-14

Dagens barrierer

Budsjett for opplæring (S)

Opplæringsplan (S)

Sårbarhetsvurdering

Risikoen er Akseptert



Leverer statistikk til sykehusene



Sykehusapotek Nord HF

Laget den : 2017-03-14 14:10:48

Analyseobjekt : Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10% sammenliknet med 2012.

Analyse navn : Delmål OD 2017: Antibiotikabruk

Sist oppdatert : 2017-03-14 15:16:35

den Kontoeier : Kjersti Gjerdevik

Report Comments

SaveCancel

Deltakere

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

Hensikt

Risikovurdere delmål gitt i Oppdragsdokumentet 2017.

Utfyllende informasjon

Risikovurdering av overordnede mål gitt i Oppdagsdokumentet 2017.

OD Mål: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet.

OD Delmål: Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10% sammenliknet med 2012.

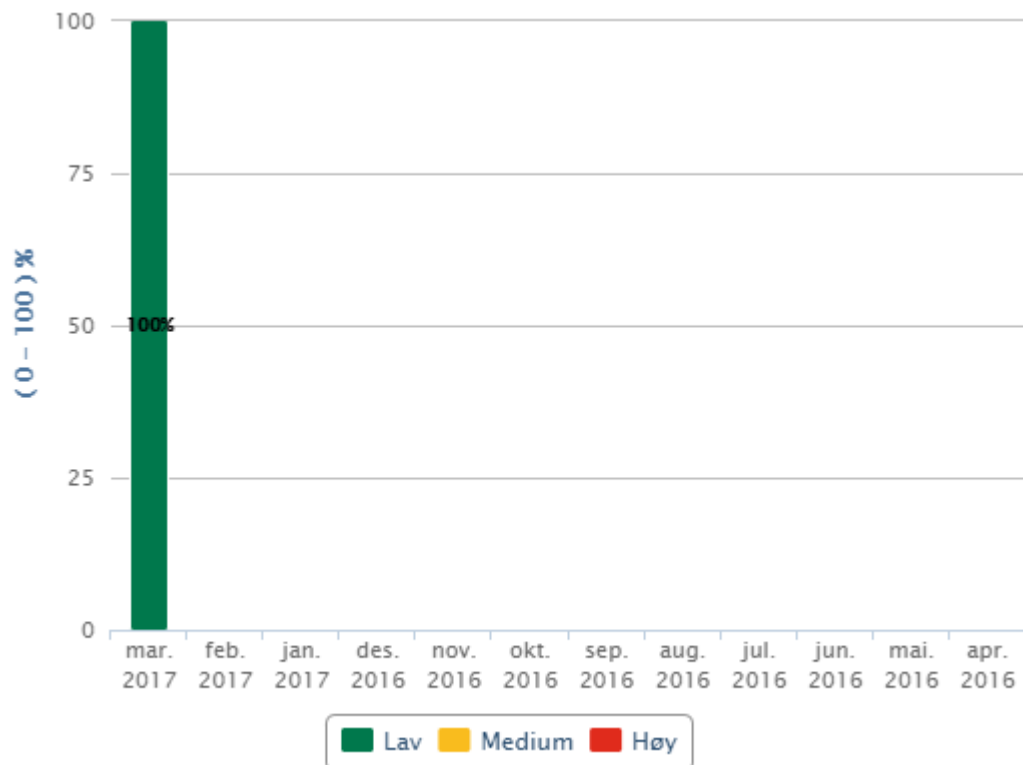
Delmål som er oversatt til Sano sin kontekst og riskovurdert her er;

LEVERE STATISTIKK TIL SYKEHUSENE

Om WhatIf verktøyet og WhatIf metoden

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

Risikobildet for de siste 12 månedene



RISIKO

2 Lav risiko ■ ■

Selvlaget kort: 0

1 tiltak vil kunne forbedre risikobildet

- 0 Gjennomførte
- 1 Gjenstår

2 Lav risiko

- Analyse
- SAS-LIS

LAV RISIKO

Analyse

Hva om vi ikke bidrar til analyse av statistikk?

 Lite sannsynlig - Moderat alvorlig

Scenario historikk

Dagens status:



2017-03-14

Dagens barrierer

Farmasøyt i A-team

Sårbarhetsvurdering

Risikoen er Akseptert

SAS-LIS

Hva om vi ikke får antibiotikastatistikk inn i SAS-LIS?

 Lite sannsynlig - Alvorlig

Scenario historikk

Dagens status:



2017-03-14

Tiltak

Samarbeid med HN

Samarbeid med HN om å få SLS inn i SAS-LIS

Ansvarlig: Helge K Pettersen

Frist: 2017-05-01



Økonomisk resultat i tråd med plan



Sykehusapotek Nord HF

Laget den : 2017-03-14 14:26:19

Analyseobjekt : Innfri de økonomiske mål i perioden (2017)

Analyse navn : Delmål OD 2017: Økonomiske mål

Sist oppdatert : 2017-03-14 15:35:41

den Kontoeier : Kjersti Gjerdevik

Report Comments

SaveCancel

Deltakere

Analyleleder	Kjersti Gjerdevik
	Hans Jørgen Sevatdal
	Camilla H Bjørnstad
	Margaret Aarag Antonsen
	Espen Mælen Hauge
	Helge K Pettersen
	Stian Eilertsen
	Airin Nordgård

Hensikt

Risikovurdere delmål gitt i Oppdragsdokumentet 2017.

Utfyllende informasjon

Risikovurdering av overordnede mål gitt i Oppdragsdokumentet 2017.

OD Mål: Innfri de økonomiske mål i perioden

OD Delmål: Økonomisk resultat i tråd med plan.

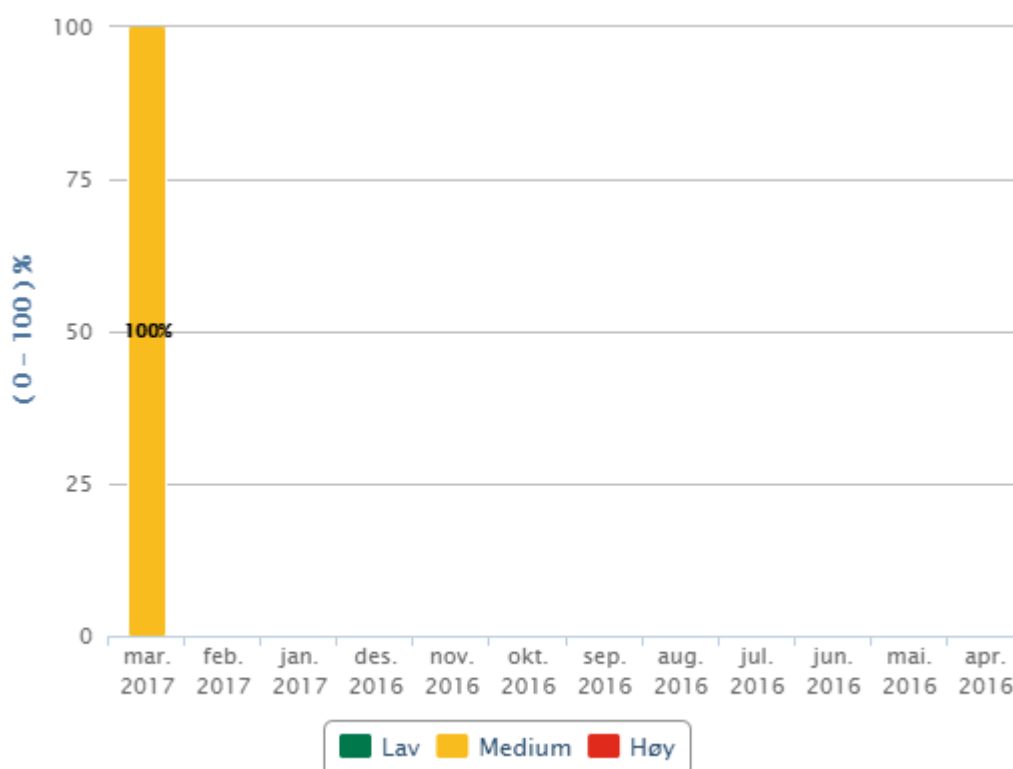
Delmål som er oversatt til Sano sin kontekst og riskovurdert her er;

ØKONOMISK RESULTAT I TRÅD MED PLAN

Om Whatif verktøyet og Whatif metoden

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

Risikobildet for de siste 12 månedene



RISIKO

2 Medium risiko  

Selvlaget kort: 0

4 tiltak vil kunne forbedre risikobildet

0 Gjennomførte

4 Gjenstår

2 Medium risiko

 Overskuddskrav

 Bemanning

MEDIUM RISIKO

Overskuddskrav

Hva om vi ikke når overskuddskrav i publikum?

 Sannsynlig - Alvorlig

Scenario historikk

Dagens status:


2017-03-14

Dagens barrierer

Styremøter (S)

Virksomhetsrapportering (S)

Bemanningsplan (S)

Tiltak

Presentasjon

Presentasjon av månedsrapportene

Ansvarlig: Helge K Pettersen

Frist: 2017-06-23

Endring av bemanningsplan

Omdisponering av ressurser

Ansvarlig: Camilla H Bjørnstad

Frist: 2017-06-23

Bemanning

Hva om vi ikke har bemanning iht plan?

 Sannsynlig - Alvorlig

Scenario historikk

Dagens status:


2017-03-14

Dagens barrierer

Styremøter (S)

Virksomhetsrapportering (S)

Bemanningsplan (S)

Tiltak

Månedlig bemanningsoversikt

Månedlig bemanningsoversikt til apotekerne

Ansvarlig: Helge K Pettersen

Frist: 2017-04-01

Budsjettprosessen

Tidligere oppstart av budsjettprosessen

Ansvarlig: Helge K Pettersen

Frist: 2017-05-01

Ledelsens gjennomgang	
Styresak nr.:	30 – 2017
Møtedato:	1. juni 2017
Saksbehandler:	Direktør Espen Mælen Hauge
Vedlegg:	1) Skjema LGG 04.04.17 2) Aksjonsliste LGG 2017

Saken i korte trekk

Sykehusapotek Nord HF er omfattet av plikten til å etablere et system for internkontroll. Overordnet mål for internkontroll er å etablere en struktur som sikrer at faktorer som medfører risiko for at virksomheten ikke når sine overordnede mål avdekkes, at det iverksettes risikoreduserende tiltak, og at det etableres en systematikk både for avviksrapportering og styrets oppfølging.

Ledelsens gjennomgang er et møte der ledelsen går igjennom en konsentrert presentasjon av den viktigste informasjonen om styringssystemet med den hensikt å ta valg og bestemmelser for videre drift. I møtet skal det dermed besvares hvilke system og verktøy ledelsen i Sykehusapotek Nord benytter for å sikre at de ansattes atferd og avgjørelser er konsistente med helseforetakets mål og strategier.

Denne styresaken beskriver ledelsens gjennomgang og vurdering av organisasjonens styringssystem. Direktøren er fornøyd med at vi i løpet av de siste par årene gjennom mer systematisk overvåking av risikofaktorer sikrer gode beslutningsgrunnlag. Direktøren er også fornøyd med at vi har bygd opp og sikret god kompetanse og ressurser i egne rekker til å fasilitere gjennomgangene. Som ledelsens gjennomgang blant annet viser er digital fornyelse av apotekets IKT-systemer etter utfasing av FarmaPro en av de største utfordringene vi har for tiden, både teknologisk og ressurs- og ledelsesmessige.

Direktøren er for øvrig fornøyd med at vi følger opp handlingsplanen om kontinuerlig forbedring, der vi blant annet la opp til en satsning på risikostyring som metodikk for systematisk kvalitetsarbeid.

Direktørens innstilling til vedtak

Styret i Sykehusapotek Nord HF tar informasjonen om ledelsens gjennomgang til orientering.

Espen Mælen Hauge
direktør

Saksfremlegg

1. Innledning

Sykehusapotek Nord HF er omfattet av plikten til å etablere et system for internkontroll, jf. Lov om statlig tilsyn med spesialisthelsetjenesten, § 3 første ledd. Også andre relevante lover/forskrifter, bl. a. arbeidsmiljøloven, etablerer samme plikt. Internkontroll kan defineres som følger:

Internkontroll er en prosess igangsatt og gjennomført av virksomhetens styre, ledelse og øvrige ansatte og utformet for å gi rimelig sikkerhet med hensyn til oppnåelse av drifts-, rapporterings- og etterlevelserelevante målsettinger.

Overordnet mål for internkontroll er å etablere en struktur som sikrer at faktorer som medfører risiko for at virksomheten ikke når sine overordnede mål avdekkes, at det iverksettes risikoreduserende tiltak, og at det etableres en systematikk både for avviksrapportering og styrets oppfølging.

Ledelsens gjennomgang er et møte der ledelsen går igjennom en konsentrert presentasjon av den viktigste informasjonen om styringssystemet med den hensikt å ta valg og bestemmelser for videre drift. Begrunnelsen for dette er at det er essensielt at ledelsen i virksomheten får en jevnlig og grundig gjennomgang av status slik at de kan vurdere effektiviteten av sin egen virksomhet innen aktuelle områder. Dette sikrer også effektiviteten av styringssystemet. Det forbedrer og styrer retningen og bidrar til kontinuerlig forbedringsarbeid. Ledelsens gjennomgang sikrer oppfølging og kontroll.

2. Ledelsens gjennomgang i Sykehusapotek Nord HF

Ledelsens gjennomgang er også hjemlet i oppdragsdokumentet 2017 kapittel 7 og kravene her til risikostyring og internkontroll, samt i egen intern prosedyre. Prosedyrens hensikt er:¹

Ledelsen ved Sykehusapotek Nord HF skal årlig gjennomgå organisasjonens styringssystem for å sikre at det er hensiktsmessig, tilstrekkelig, virker effektivt og bidrar til kontinuerlig forbedring. Gjennomgangen skal avklare muligheter for forbedringer og behov for endringer.

Hensikten er altså å sikre at internkontroll- og kvalitetssystemet fungerer etter intensjonen, samt sikre at virksomheten når de fastsatte mål og drives innenfor de vedtatte rammer. Fokuset skal blant annet rettes mot forskrifter og lovverk, kvalitetskriterier og krav til kontinuerlig forbedringsarbeid.

¹ PR36261 punkt 1

Gjennomgang og vurdering av den delen av internkontrollen som gjelder de overordnede risikostyringsmål i Helse Nord ble gjennomført i ledermøte 14.03.17, se styresak 29 – 2017.

Ledelsens gjennomgang ble utført i ledermøtet 4. april 2017. Innholdet i dette fremgår i detalj av vedlagte skjema (vedlegg nr. 1 til saken). Det er i tillegg utarbeidet en aksjonsliste (vedlegg 2) for å holde oversikt og kontroll på relevante oppfølgingspunkter gjennom året. Denne listen gjennomgås regelmessig i ledermøtene. I tråd med ledelsens årshjul følges også skjemaet og aksjonslista opp med en ny ledelsens gjennomgang i slutten av august, som styret får til behandling i møtet 21. september 2017.

3. Direktørens vurdering

Direktøren er fornøyd med at vi i løpet av de siste par årene har etablert en struktur og kultur som sikrer at ledelsen systematisk overvåker risikofaktorer og gjennom systematisk innhenting av informasjonen om og fra styringssystemet kan ta valg og bestemmelser for videre drift. Direktøren er også fornøyd med at vi har bygd opp og sikret oss god kompetanse og ressurser i egne rekker til å fasilitere disse gjennomgangene og finne frem til tiltak der dette er nødvendige. Dette er et møysommelig arbeid som krever tålmodighet, engasjement og målbevissthet.

Som gjennomgangen viser er det fortsatt utfordringer og derfor krever tiltakene innsats. En av de viktigste utfordringene er det pågående arbeidet med digital fornying av apotekbransjen, det vil si anskaffelse av nye IKT-systemer etter utfasing av FarmaPro. Selv om denne utfasingen ikke skjer før i 2019 er forarbeidet gjennom prosjektdeltakelse ressurskrevende siden vi både må bruke administrative og driftsressurser inn i disse prosjektgruppene. Det er også teknologisk utfordrende fordi vi skal erstatte ett IT-system med flere nye systemer som skal oppfylle samme formål som i dag, og disse systemene skal integreres. Det vil dessuten bli en utfordrende problemstilling å sikre god nok informasjon og motivasjon blant alle ansatte for den forestående endringen.

Dette er et skifte som har stor betydning både strategisk, for å kunne være en farmasøytisk partner og legemiddelleverandør i Helse Nord; driftsmessig, fordi systemene er nødvendig for å sikre legemiddelleveranser både til publikum og sykehus og ha god økonomistyring; og arbeidsmiljømessig, fordi endringen kan skape usikkerhet blant de ansatte som for eksempel har vært vant til et helt annet brukergrensesnitt (skjermbilder osv.) enn de har brukt i mange år. Således medfører omleggingen et behov for god og betryggende endringsledelse.

Direktøren er for øvrig fornøyd med at vi følger opp handlingsplanen om kontinuerlig forbedring (sak 17-2017) der vi blant annet la opp til en satsning på risikostyring som metodikk for systematisk kvalitetsarbeid. Gjennom planlegging av kompetanseheving for egne ledere er vi i gang med et kursopplegg som kan omforene teori og praksis, det vil si skape risikoforståelse ved å diskutere case og relevante problemstillinger som fokuserer på risikostyring og tips og triks i forhold til hvordan en gjennomfører risikoanalyser.

LEDELSENS GJENNOMGANG Sykehusapotek Nord												
Dato/sted:	04.04.2017 10:00-18:00/Pingvinhotellet møterom Magellan											
Tilstede:	Hans Jørgen Sevatdal, Margaret Aarag Antonsen, Camilla Bjørnstad, Helge K. Pettersen (gikk til 16), Silan Ellertsen, Airin Nordgård, Espen Mølen Hauge, Kjersti Gjerdevik											
Referent:	Kjersti Gjerdevik											
Ledelsens gjennomgang skal være en oppsummering av gjennomførte handlinger (fortid), redegjørelse av status (nåtid) og planer (fremtid)												
Område	Delområde	Status	Mål og strategier	Handlingsplaner	System	Hensiktsmessig	Effektivt	Kontinuerlig forbedringer	Avvik	Risiko til måloppnåelse	Tiltak	Ansvarlig /Frist
			Kontrollplan: er det utarbeidet mål og strategier? Hvordan har måloppnåelsen vært?	Kontrollplan: er det utarbeidet handlingsplaner for måloppnåelse?	Kontrollplan: er det utarbeidet et system som ivaretar helheten (oppbygning, orden)	Virker systemet/verktøyet etter sin hensikt? Er det formålstjenlig?	Er system/verktøy effektivt?	Bidrar systemet/verktøyet til kontinuerlig forbedring?	konkrete avvik?			
1. Mål og strategi	Aktivitet/Drift (2a)	Se forberedende dokument under punkt 2a	Foretak: budsjettmål, ellers gjelder strategiplanen + OD mål Hørstad: ok Tromsø: ok Bode: ok	Foretak: Hørstad: Under arbeid Tromsø:Utarbeidet for 2017 Bode: Utarbeidet for 2017 Foretak:	Delvis, mangler helhetsbilde	Ja, innkjøringsproblemer	Delvis	Ja	Nei		1. Publisere strategi + mål/OD (styrende dokumenter) 2. Utarbeide mal for innhold i handlingsplan (strategi + målområder + OD mål) 3. Evaluere strategi høsten 2017(foretak)	1. Helge /April 2017 2. Kjersti /April 2017 3. Espen Høst 2017
	Kvalitet (2b)	Se forberedende dokument under punkt 2b	Foretak: Helse Nord sin kvalitetsstrategi Styrevedtak kvalitet styresak 17-17 SANO Strategiplan - God måloppnåelse	Styrevedtak kvalitet styresak 17-17 (foretak) Apotek (T, B, H) ok	Kvalitetstyringssystemet som helhet (pågår)	Ja	Delvis	Ja	Nei		1. Utarbeide et helhetlig kvalitetssystem i foretaket 2. Etablere organisering av kvalitetsarbeid i foretaket 3. Optimalisering av DocMap som system for avviksmelding og håndtering, og som dokumentstyringssystem 4. Helse Nord sin kvalitetsstrategi publiseres i mappe docmap (Helge)	1.Fagavdelingen 2.Fagavdelingen 3.Fagavdelingen 4.Helge/April 2017
	Kompetanse	Se forberedende dokument under punkt 2.1b	Foretak: Kompetansestrategi og mål Apotek: handlingsplaner fungerer som mål	Tromsø: kompetanse som punkt i handlingsplan Hørstad: kompetanse som punkt i handlingsplan Bode: må sjekke Foretak: Ikke handlingsplan	Dossier: system under utvikling	Ja	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt	Nei		1. Utarbeide interne retningslinjer og prosedyrer for bruk av kompetanseportalen. 2. Oppklaring av ansatte i bruk av kompetanseportalen 3. Etablere kompetanseplaner på foretaksnivå 4. Etablere kompetanseplaner på apoteknivå 5. Etablere kompetanseplaner på avdelingnivå	Fagavdeling fra 2018
	Pasientsikkerhet (2b) - Klinisk farmasi - Produksjonstøttesystem	Se forberedende dokument under punkt 2.1b	Foretak: strategidokumentet interne mål foretaksnivå ok OD mål pasientsikkerhet ok	Opptrappingsplan klinisk farmasi	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt	Ja	Nei		Klinisk farmasi: 1. Rekruttering og opplæring 2. Kvalitetssikring av tjenestene 3. Igangsette tiltak for å vise effekt av implementeringen Produksjonstøttesystem: 1. Stille med ressurser til anskaffelsesprosjekt	Klinisk: 1. Apotekere 2. Fagavdeling + avdelingsledere/ fra 2017 3.Forskning, fag og apotekere/opstart 2017 Produksjonstøttesystem: 1. Espen
	Informasjonssikkerhet (2b) (hvordan pasientinformasjon blir håndtert i våre systemer)	Se forberedende dokument under punkt 2.1b	Ja, følger FRIS sin strategi og mål. God måloppnåelse	Nei	Ja, og pågår (FRIS)	Ja	Ja	Ja	Nei		1. Implementere forbedret utgave av informasjonssikkerhetssystem (FRIS) 2. Redusere risiko CytoPro 3. Oppgradere FarmaPro til 5.18	1. Silan/Vår 2018 2. Silan/Vår 2017 3. Silan/2017
	Helse, miljø og sikkerhet (2c)	Se forberedende dokument under punkt 2c	Foretak: Ja, AMU, Samarbeidsavtale HEMIS	Foretak: ja Hørstad: ja Tromsø: ja Bode: ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei		1. Oppfølging MU plakat/forgiftetider 2.iledrift - inngå avtale med NAV arbeidslivssenter	1. Kjersti + apotekere/ høst 2017 2. Espen/vår 2017
	Ytre miljø (2d)		Foretak: Mål satt LTM Hørstad: igangsatt Tromsø: igangsatt Bode: igangsatt	Skal være med i handlingsplanene til apotekene - må avklares	Ja	Ja	Ja, innenfor våre definerte rammer	Ja	Lukket		1. Ny gjennomgang av miljømål i LTM 20/4/17 (apoteknivå) 2. Resertifisering etter ny standard - forbedrelse og gjennomføring	1. Lederteam 20. april 2017 2. Cecilia/S. og 6. oktober 2017
3. Økonomiske forutsetninger og resultat	Økonomimål/Økonomistyring (3)	Henviser til virksomhetsrapporter og målekort som utarbeides månedlig.	Budsjett	Budsjett	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei		1. Endre budsjettprosess	1. Helge/Budsjett 2018
4. Tilgang til og etterlevelse av lov, forskrift og nasjonale føringer	Samsvarsvurdering/implementering av lover og forskrifter	Tilgang: gjøre kjent aktuelle føringer og endringer i omgivelsene (ier, lovgiver, samfunnet)	Se til tiltak under kvalitet	Ikke aktuelt	Inngår i internkontrollsystemene til SAND	Ikke aktuelt	Ok	Ja	Nei		1. Delta på aktuelle nasjonale/regionale arenaer 2.Abonnere på aktuelle nyhetsbrev. 3.Oppgave legges inn i oppgave til kvalitetsperson	
5.Ressurser relatert til virksomhetskrav	Personallressurer (kompetanse, bemanning, rekruttering) (5a)	Behovene er blir systematisk avdekket, men rekruttering oppleves som utfordrende + finne ressurser internt til dekkelse. Fokusområder blir PET + Klinisk og kvalitet Prosjektressurser (IKT, ekrure, produksjonstøtte) Blir mer spesialiserte, nullering utfordrende	Statistiskdokument, OD	Klinisk: opptrappingsplan etablert PET: opplæringsplan etablert Bode: Helse Nord om prosjekterressurser til IKT Apotek: lagt inn i handlingsplan at man skal bidra inn i prosjekt (ekurve, IKT)	Noe dekes i Dossier, budsjettprosess, bestilling fra HN (de ulike prosjekter)	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt	Nei		1. PET: avdekket bemanningsbehov (vår17. Fullfør kompetanseheving 2. Klinisk - avklare hvor de ulike stillingene skal være 3. Starte budsjettprosessen tidligere 4. Ansette prosjekterressurser IKT	1. Apoteker + avdelingsledere/vår 2017 2. Margaret/vår 2017 3. Helge/mai 2017 4. Espen/2018
	Utstyr og annen infrastruktur (5b)	Foretak: Usikkerhet rundt infrastruktur/investeringsbehov som følge av ny beste praksis forsendelse Hørstad: ombygging PU 7 Flytte apotek? Tromsø: Utstyr til produksjon Bode: OK	Budsjett	Apotek ivaretar forsendelse + flytteprosjekt Prod Tromsø Innspill til HN langsktiske plan	Budsjett, behov avdekket i driften	Ja	Ja	Ja	Nei		1. Avklare behov ved innføring av ny beste praksis forsendelse	1. Lederteam/høst 2017
6. Ansattes medvirkning	Ansattes medvirkning	Se forberedende dokument punkt 6. Foretak: Fragmentert/uregelmessige møter med FTV/HVO	Hovedavtalen	Ikke aktuelt	Innarbeidet i rutiner (apoteknivå)	Ja	Ja	Ja	Nei	Foretaksnivå er gult Apoteknivå grønt	1. Ny møtестruktur foretaksnivå: Faste møter annenhver uke.	1. Espen/vår 2017
7.Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, herunder klager og tilfredshetsundersøkelser	Klager/tilfredshetsundersøkelser	Det er ikke gjort tilfredshetsundersøkelser (gjelder alle lokasjoner)	Utarbeide indikatorer for kundecoplevd kvalitet (Gitt fra styret) Markedssvalget "Mystery shopper" Apotekforeningen utarbeider kvalitetsindikatorer (pågår)	Viser til styresak i feb	Nei	nei	Nei	Nei	Ja		1. Se Styresak 7-17	1. Espen 31. desember 2017
8. Bruk av risikovurdering og -styring	Risikostyring/risikovurdering	Se forberedende dokument under punkt 8	OD gir føringer for hvilke mål som skal risikovurderes på overordnede nivå. Målene blir operasjonalsert.	Nei	Helse Nord sine retningslinjer for risikostyring, Whatif, Riskpolicy	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt	Ja	Nei		1. Evaluere risikostyring overordnede mål (metodikk) 2. Gjennomføre kurspakke risikostyring/risikoanalyse 3. Ferdigstille prosedyrer/guidelines for risikostyring/analyser 4. Sikre felles forståelse 5. Vurdere risikoverdyp	1. Kjersti/ desember 2017 2. Kjersti/høst 2017 3. Kjersti/november 2017 4. Kjersti/ 2018 5. Kjersti/2017
9. Styrende dokumenter og avviksbehandling	Faglige og administrative rutiner (9a)	Utarbeide, vedlikeholde og gjøre kjent styrende dokumenter og administrative rutiner på nivå 1 (foretaksnivå)	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt	Kvalitetstyringssystemet	Nei	Nei		Nei		1. Dokumentasjon i Docmap + oppdatering ++(styrende dokumenter + lesebekreftelse 2. Alle reviderte prosedyrer og retningslinjer sendes ut med lesebekreftelse	1. Kjersti/ vår 2017 2. Lederteam
	Avvik og forbedring (9b)	Foretak: handlingsplan for avvikshåndtering Hørstad: Alle avvik pr 27/3 er lukket. Fire avvik registrert for 2017. Avvik gjennomgå. Tromsø:Siste 12 mnd - 150 registrerte avvik. 18 er åpne. Avvik skal gjennomgå på apoteknivå 2 ganger pr. år Bode:	Kvalitetsstrategi til Helse Nord Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- omsorgstjenesten	Avvik og kontinuerlig forbedring i handlingsplaner for apotek	Inngår i kvalitetstyringssystemet	Delvis	Delvis	Ja, med stort forbedringspotensiale	Nei		1. Gjennomføre tiltak styresak 17-17 2. Avvik og forbedring som sak på ledersamling høst 17	1. Fagavdeling/2018 2. Lederteam/høst 2017

Område	Delområde	Status	Mål og strategier	Handlingsplaner	System	Resultatmessig	Effektivt	Kontinuerlig forbedringer	Avvik	Risiko til måloppnåelse	Tiltak	Ansvarlig /Frist
			Kontrollsp: er det utarbeidet mål og strategier? Hvordan har måloppnåelsen vært?	Kontrollsp: er det utarbeidet handlingsplaner for måloppnåelse?	Kontrollsp: er det utarbeidet et system som ivaretar helheten (oppbygging, østen)	Virker systemet/verktøyet etter sin hensikt? Er det formålstjenlig?	Er system/verktøy effektivt?	Bidrar systemet/verktøyet til kontinuerlig forbedring?	konkrete avvik?			
10.Revisjoner og tilsyn (interne og eksterne) Her skal det foreligge en komplett liste på alle interne/eksterne tilsyn og revisjoner, beskrive status og om de er lukket.	Interrevisjon	Foretak: Interrevisjon i Risikostyring gjennomført i regi av RHF. Oppsummeringsmøte planlagt 04/05/17 Hørstad: Gjennomført interrevisjon produksjon høst 16. 7 avvik. Bode: Gjennomført interrevisjon produksjon. Følger opp avvik. Tromsø: Gjennomført interrevisjon produksjon. Plan for lukking av avvik sendt til IR-gruppen.		Inngår i interkontrollsystemet i foretaket, plan 2017 vedtas LTM 20/4/17. Del av årshjul	Ja. Se prosedyre	Ja	IR arbeidet må gjøres på et mer håndterbart nivå- tydeligere bestilling fra LT til IR	Ja	Nei	System grønt, noen avvik er vanskeligere å lukke	1. Tydeligere bestilling av interrevisjon til IR-gruppen, tydeliggjøre omfang 2. Vurdere revidering av prosedyre for interrevisjon	1. Ledersteam 30. april 2017 2. Fagavdeling/2017
	Ekstern	Miljørevisjon høsten 2016: 2 avvik, 6 anbefalinger. Plan for lukking sendt til DNV-GL SLV høsten 16 (tromsø)	Mål miljøsertifisert	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt	Ja	Ja		1. Lukke avvik fra tilsyn SLV 2. Lukke avvik Miljø 3. Planlegge resertifisering Miljø høst 17	
11. Eksterne og interne forhold. Samhandling og avtaler med interne og eksterne parter.		Se forberedende dokument punkt 11	Nei	Nei	Nei	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt	Nei		1. Etablere oversikt over avtaler hvor vi leverer og har samarbeidsavtaler	1. Helge + apotekere/april 2017
12. Beredskap		Foretak: Apotek;	Beredskapsplan SANO, Oppdragsdokumentet	Bør utarbeides	Ja				Ja, mangler helhetlig avtale om beredskap		1. Revisjon av foretakets beredskapsplaner 2. Sak til LTM 16/5/17 - beskriv utfordringer av håndtering av beredskap i foretaket	1. Margaret + internt beredskapsutvalg 2. Margaret/mai 2017



AKSJONSLISTE LEDELSENS GJENNOMGANG 2017

OMRÅDE	TILTAK	ANSVARLIG	FRIST	UTFØRT
MÅL OG STRATEGI – YTRE MILJØ	1. Ny gjennomgang av miljømål i LTM 20. april 17. Apoteknivå	Lederteam	20. 04.17	JA
REVISJONER OG TILSYN	2. Tydeligere bestilling av internrevisjon til IR-gruppen, tydeliggjøre omfang	Lederteam	20.04.17	JA
MÅL OG STRATEGI - DRIFT	3. Publisere strategi + mål/OD (styrende dokumenter)	Helge	April 17	JA
MÅL OG STRATEGI - DRIFT	4. Utarbeide mal for innhold i handlingsplan (strategi + målområder + OD mål)	Kjersti	Juni 17	
EKSTERNE OG INTERNE FORHOLD	5. Etablere oversikt over avtaler hvor vi leverer og har samarbeidsavtaler	Helge + Apotekere	Juni 17	
MÅL OG STRATEGI - KVALITET	6. Helse Nord sin kvalitetsstrategi publiseres i mappe Docmap	Helge	April 17	
BEREDSKAP	1. Sak til LTM 16/5/17 - beskriv utfordringer av håndtering av beredskap i foretaket	Margaret	30.05.17	
RESSURSER RELATERT TIL VIRKSOMHETSKRAV	2. Starte budsjettprosessen tidligere	Helge	Mai 17	Tenke litt
MÅL OG STRATEGI - INFORMASJONSSIKKERHET	3. Redusere risiko Cytopro	Stian	Vår 17	
RESSURSER RELATERT TIL VIRKSOMHETSKRAV	4. Klinisk - avklare hvor de ulike stillingene skal være	Margaret	Vår 17	Avtalt møte arb. Gruppe 19.5
RESSURSER RELATERT TIL VIRKSOMHETSKRAV	5. PET: avdekke bemanningsbehov (vår17. Fullfør kompetanseheving	Apotekere + avd. ledere	Vår 17	
ANSATTES MEDVIRKNING	6. Ny møtестruktur foretaksnivå: Faste møter annenhver uke.	Espen	Vår 17	OK
STYRENDE DOKUMENTER OG AVVIKSBEHANDLING (FAGLIGE OG ADM RUTINER)	7. Dokumentsamling i Docmap + oppdatering ++(styrende dokumenter + lesebekreftelse	Kjersti	Vår 17	

STYRENDE DOKUMENTER OG AVVIKSBEHANDLING	8. Avvik og forbedring som sak på ledersamling høst 17	Lederteam	Høst 17	
BRUK AV RISIKOVURDERING OG –STYRING	9. Gjennomføre kurspakke risikostyring/risikoanalyse	Kjersti	Høst 17	
MÅL OG STRATEGI – AKTIVITET/DRIFT	10. Evaluere strategi høsten 2017(foretak)	Espen	Høst 17	
BRUK AV RISIKOVURDERING OG –STYRING	11. Ferdigstille prosedyrer/guidelines for risikostyring/analyser	Kjersti	Nov 17	
BRUK AV RISIKOVURDERING OG –STYRING	12. Evaluere risikostyring overordnede mål (metodikk)	Kjersti	Des 17	
TILBAKEMELDINGER FRA PAS OG PÅRØR. KLAGER OG TILFREDSHETSUNDERSØKELSER	13. Se Styresak 7-17	Espen	Des 17	
MÅL OG STRATEGI – KVALITET	14. Kvalitet: utarbeide et helhetlig kvalitetssystem i foretaket	Fagavdelingen	2017/2018	
MÅL OG STRATEGI – KVALITET	15. Kvalitet: Etablere organisering av kvalitetsarbeid i foretaket	Fagavdelingen	2017/2018	
MÅL OG STRATEGI - KVALITET	16. Kvalitet: Optimalisering av DocMap som system for avviksmelding og håndtering, og som dokumentstyringssystem	Fagavdelingen	2017/2018	
MÅL OG STRATEGI – PASIENTSIKKERHET	17. Klinisk: Rekruttering og opplæring	Apotekere	2017/2018	
MÅL OG STRATEGI – PASIENTSIKKERHET	18. Klinisk: Kvalitetssikring av tjenestene	Fagavd + avd.ledere	2017	
MÅL OG STRATEGI – PASIENTSIKKERHET	19. Klinisk: Igangsette tiltak for å vise effekt av implementeringen	Forskning, fag og apotekere	Oppstart 2017	
MÅL OG STRATEGI - HMS	20. iBedrift - inngå avtale med NAV arbeidslivssenter	Espen	Vår 17	
MÅL OG STRATEGI – INFORMASJONSSIKKERHET	21. Oppgradere FarmaPro til 5.18	Stian	2017	
MÅL OG STRATEGI – HMS	22. Oppfølging MU plakat/forpliktelser	Kjersti + Apotekere	Høst 17	
REVISJONER OG TILSYN – EKSTERN	23. Planlegge resertifisering Miljø høst 17	Airin	Sept 17	

RESSURSER RELATERT TIL VIRKSOMHETSKRAV	24. Avklare behov ved innføring av ny beste praksis forsendelse	Lederteam	Høst 17	
MÅL OG STRATEGI – YTRE MILJØ	25. Resertifisering etter ny standard - forberedelse og gjennomføring	Airin/Cicilia	5.-6. oktober 17	
BRUK AV RISIKOVURDERING OG –STYRING	26. Vurdere risikoverktøy	Lederteam	2017	
REVISJONER OG TILSYN – INTERNREVISJON	27. Vurdere revidering av prosedyre for Internrevisjon	Fagavdeling	2017	
MÅL OG STRATEGI – INFORMASJONSSIKKERHET	28. Implementere forbedret utgave av informasjonssikkerhetssystem (FRIS)	Stian	Vår 18	
MÅL OG STRATEGI – KOMPETANSE	29. Kompetanse: Utarbeide interne retningslinjer og prosedyrer for bruk av kompetanseportalen.	Fagavdeling	2018	
MÅL OG STRATEGI – KOMPETANSE	30. Kompetanse: Opplæring av ansatte i bruk av kompetanseportalen	Fagavdeling	2018	
MÅL OG STRATEGI – KOMPETANSE	31. Kompetanse: Etablere kompetanseplaner på foretaksnivå	Fagavdeling	2018	
MÅL OG STRATEGI – KOMPETANSE	32. Kompetanse: Etablere kompetanseplaner på apoteknivå	Fagavdeling	2018	
MÅL OG STRATEGI – KOMPETANSE	33. Kompetanse: Etablere kompetanseplaner på avdelingsnivå	Fagavdeling	2018	
RESSURSER RELATERT TIL VIRKSOMHETSKRAV – PERSONALRESSURSER	34. Ansette prosjektpersoner IKT	Espen	2018	
BRUK AV RISIKOVURDERING OG –STYRING	35. Risiko: Sikre felles forståelse	Kjersti	2018	
AVVIK OG FORBEDRING	36. Gjennomføre tiltak styresak 17-17	Fagavdeling	2018	
MÅL OG STRATEGI – PRODUKSJONSTØTTESYSTEM	37. Produksjonsstøttesystem: Stille med ressurser til anskaffelsesprosjekt	Espen		
TILGANG TIL OG ETTERLEVELSE – SAMSVARVURDERING	38. Delta på aktuelle nasjonale/regionale arenaer			
TILGANG TIL OG ETTERLEVELSE – SAMSVARVURDERING	39. Abonnere på aktuelle nyhetsbrev.			
TILGANG TIL OG ETTERLEVELSE – SAMSVARVURDERING	40. Oppgave legges inn i oppgave til kvalitetsperson			

STYRENDE DOKUMENTET – FAGLIGE OG ADM. RUTINER	41. Alle reviderte prosedyrer og retningslinjer sendes ut med lesebekreftelse	Lederteam		
REVISJONER OG TILSYN	42. Lukke avvik fra tilsyn SLV	Camilla		
REVISJONER OG TILSYN	43. Lukke avvik MILJØ	Lederteam		
BEREDSKAP	44. Revisjon av foretakets beredskapsplaner	Margaret + internt beredskapsutvalg		
	45.			

Tema:	Forskning
Styresak nr:	31 – 2017
Møtedato:	1. juni 2017
Saksbehandler:	direktør Espen Mælen Hauge
Vedlegg:	1) Forkningsleders presentasjon 2) RHF-styresak 62-2017 Forskningsaktiviteten i foretaksgruppen 2016

Presentasjon og innledning til diskusjon om Sykehusapotek Nords forskning

I tråd med styrets tidligere innspill og forslag for temasaker under møtene, tar vi i dette møtet opp forskningsaktiviteten i Sykehusapotek Nord.

Forkningsleder Renate Elenjord presenterer og innleder til diskusjon med styret om forskningsrelevante saker, pågående og planlagte saker og prosjekter, og hvordan dette passer inn i vår strategi og oppdrag. Herunder reises spørsmålet hvordan vi skal oppfylle vår visjon for forskning og hvordan vi vi bør satse på forskning strategisk.

Direktørens innstilling til vedtak

Styret for Sykehusapotek Nord HF tok presentasjonen til orientering og gjennomførte diskusjoner om forskning i Sykehusapotek Nord.

Espen Mælen Hauge
direktør



Sykehusapotek Nord

Et lite foretak med store ambisjoner

Visjon

Forsknings- og utviklingsarbeid i Sykehusapotek Nord HF skal fremme rasjonell og trygg legemiddelbruk på individ- og samfunnsnivå. Farmasøytisk forskning skal styrkes lokalt, regionalt og nasjonalt.



Hovedmålsettinger

- Bidra til at tjenester fra SANO er forskningsbasert og i henhold til kunnskapsbasert praksis
- Øke forsknings- og utviklingsaktiviteten i foretaket
- Videreutvikle forskningskulturen i foretaket
- Ivareta foretakets kjerneverdier kvalitet, trygghet og respekt



Forskningsstrategi 2015-2018

Delmål og tiltak

- Øke ressurser til forskning og utvikling
- Økt brukermedvirkning
- Stimulere til forskningskultur
- Økt formidling
- Internettside
- Tilby masterprosjekter



Omfang



Våre forskere:

- 20 % forskningsstilling (Førsteamanuensis Beate Garcia)
 - Post doktor (PhD Kristian Svendsen)
 - Forskningsleder (PhD Renate Elenjord)
 - Masterstudenter
-
- To av våre ansatte er PhD studenter og 3 ansatte med PhD
 - Ansatte som deltar i datainnsamling og prosjekter



Oversikt prosjekt-porteføljer



Kvalitet av legemiddelinformasjon

Samstem-prosjektet

Spm: Fører implementering av prosedyre for samstemming til bedre kvalitet av legemiddellister i sykehus?

- 4 masterstudenter (Trine 2012, Birgitte 2015, Ali 2016, Ibrahim 2017)
- 1 publikasjon, et manuskript under utarbeidelse, flere presentasjoner og postere
- Datainnsamling på 10 sykehus, involverer de fleste farmasøyter som jobber innen rådgivning og klinisk farmasi

Epikrisekvalitet

Spm: Hvordan er kvaliteten av epikriser fra sykehus målt ved nasjonalt verktøy for epikrisekvalitet?

Spm: Hvordan ønsker leger informasjon om legemidler?

- 2 masteroppgaver (Berit og Caroline)

Innføring av elektronisk kurve

- PhD-prosjekt (Camilla 2015 – 2021) via Nasjonalt senter for e-helseforskning
- Kvalitativ forskning hvor formålet er å utvikle teoretiske strategier for hvordan implementeringen av en elektronisk kurve kan bli vellykket



Innføring av farmasøytiske intervensjoner

Farmasøytisk intervensjon på intensivavdeling

- Utført i daglig praksis
- 1 publikasjon

Innføring av en modell for tverrfaglig samarbeid om legemiddelkvalitet på geriatrisk avdeling

- Oppstart 2016
- Styrt av 2 stipendiater fra UiT
- Farmasøyter fra sykehusapoteket bidrar i datainnsamling (Tromsø og Harstad)



Registerforskning, postdoktor prosjekt

Adverse Drug Reaction

- **SPM:** Hvilke bivirkninger meldes inn for eldre og er dette forskjellig fra resten av den norske populasjonen (sammenligning av bivirkningsdata og legemiddeldata fra reseptregistre)
- Bivirkninger av metoklopramid, samarbeid med UiO. Publikasjon inne

Pasienter ved geriatrike avdelinger

- **SPM:** Hvordan er re-innleggesraten for eldre på geriatrike avdelinger i Norge?
- **SPM:** Påvirker innleggelse på geriatrik avdeling legemiddelbruken hos eldre (sammenligning av data fra NPR og reseptregistret)

Bruk av antibiotika

- Hvordan påvirkes bruken av antibiotika i Norge av reisetid til apotek og legekontor. Manuskript

Hvilke legemidler brukes i sykehjem?

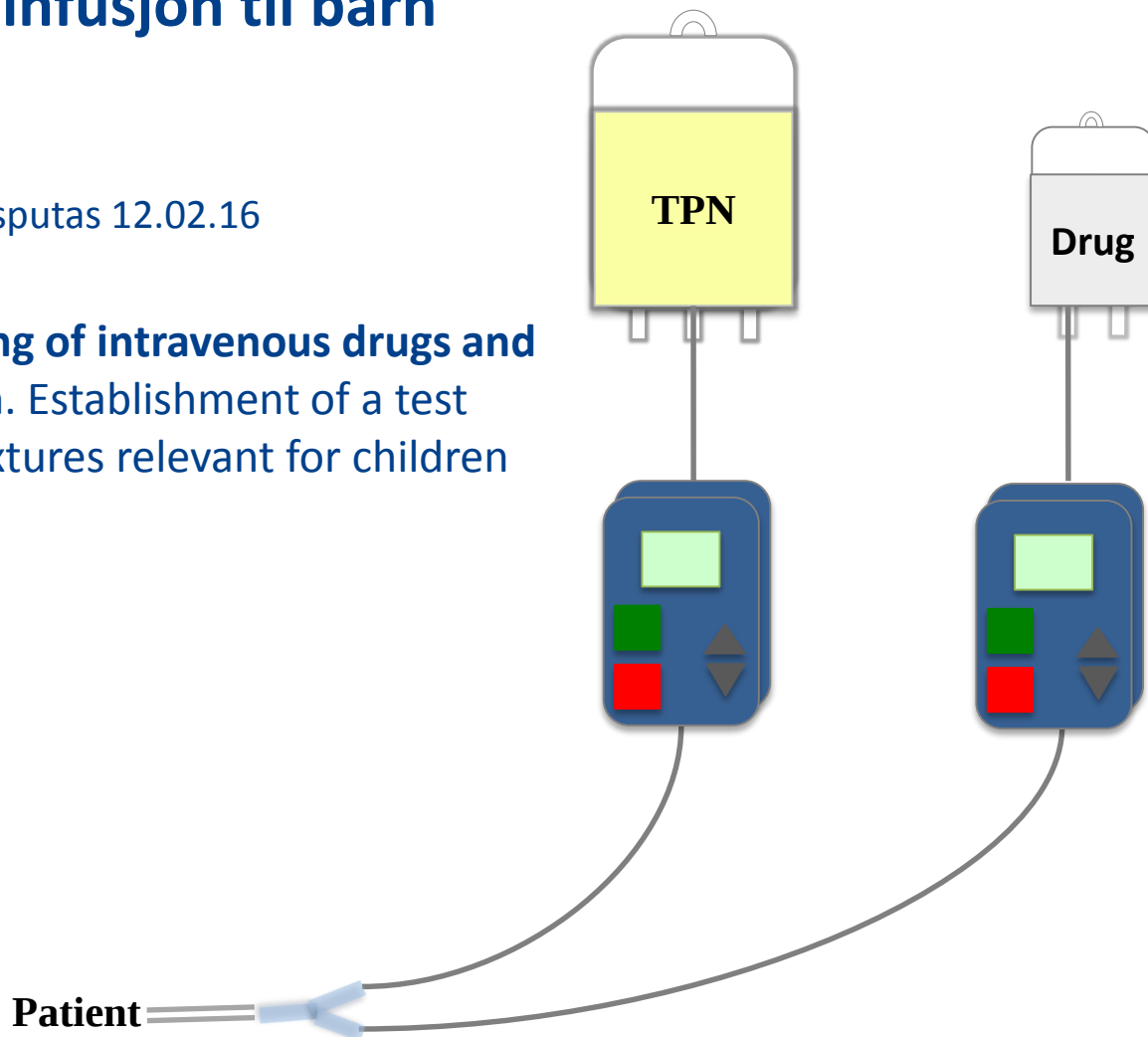
- Samsvar mellom diagnose, anvendelsesområde og legemiddelbruk
- Vurdering av potensiell uhensiktsmessig legemiddelbruk
- 2 masterstudenter (Yasin og Sinan 2016)
- Del av Postdoktor-prosjekt

Blandbarhet av total parenteral ernæring (TPN) og legemidler som Y-infusjon til barn

Vigdis Staven PhD-Thesis, Disputas 12.02.16

Y-site compatibility testing of intravenous drugs and total parenteral nutrition. Establishment of a test program and study of mixtures relevant for children

3 publikasjoner



Publikasjoner

- Staven, Vigdis; Iqbal, Herra; Wang, Siri; Grønlie, Ingrid; Tho, Ingunn.
Physical compatibility of total parenteral nutrition and drugs in Y-site administration to children from neonates to adolescents. J Pharm Pharmacol. 2017 Apr;69(4):448-462
- Garcia BH, Elenjord R, Bjørnstad C, Halvorsen KH, Hortemo S, Madsen S.
Safety and efficiency of a new generic package labelling: a before and after study in a simulated setting. BMJ Qual Saf. 2017 Apr 21.
- Staven, Vigdis; Wang, Siri; Grønlie, Ingrid; Tho, Ingunn.
Development and evaluation of a test program for Y-site compatibility testing of total parenteral nutrition and intravenous drugs. Nutrition Journal 2016 ;Volum 15.
- Samuelsen P-J, Svendsen K, Wilsgaard T, Stubhaug A, Nielsen CS, Eggen AE.
Persistent analgesic use and the association with chronic pain and other risk factors in the population-a longitudinal study from the Tromsø Study and the Norwegian Prescription Database. Eur. J. Clin. Pharmacol. 2016.
- Svendsen K.
Hva skjer med en bivirkningsmelding hos European Medicines Agency ? Nor. Farmasøytisk Tidsskr. 2016;(3):31-4.
- Johansen, E; Haustreis S; Mowinkel, A; Ytrebø L:
Effects of implementing a clinical pharmacist service in a mixed Norwegian ICU. European journal of hospital pharmacy. Science and practice 2016 ;Volum 23.(4) s.197-202
- Staven, Vigdis; Iqbal, Herra; Wang, Siri; Grønlie, Ingrid; Tho, Ingunn.
Physical compatibility of total parenteral nutrition and drugs in Y-site administration to children from neonates to adolescents. Journal of Pharmacy and Pharmacology (JPP) 2016
- Garcia BH, Giverhaug T, Høgli JU, Skjold F, Småbrekke L.
A pharmacist-led follow-up program for patients with established coronary heart disease in North Norway – a randomized controlled trial. Pharm Pract (Granada). 2015 Apr-Jun;13(2):575.
- Staven, Vigdis; Waaseth, Marit; Wang, Siri; Grønlie, Ingrid; Tho, Ingunn.
Utilization of the Tyndall effect for enhanced visual detection of particles in compatibility testing of intravenous fluids: Validity and reliability. PDA journal of pharmaceutical science and technology 2014. ISSN 1079-7440.
- Aag T, Garcia BH, Viktil KK.
Should nurses or clinical pharmacists perform medication reconciliation? A randomized controlled trial. Eur J Clin Pharmacol. 2014 Nov;70(11):1325-32.
- Garcia BH, Storli SL, Småbrekke L.
A pharmacist-led follow-up program for patients with coronary heart disease in North Norway - a qualitative study exploring patient experiences. BMC Research Notes 2014;7(197).

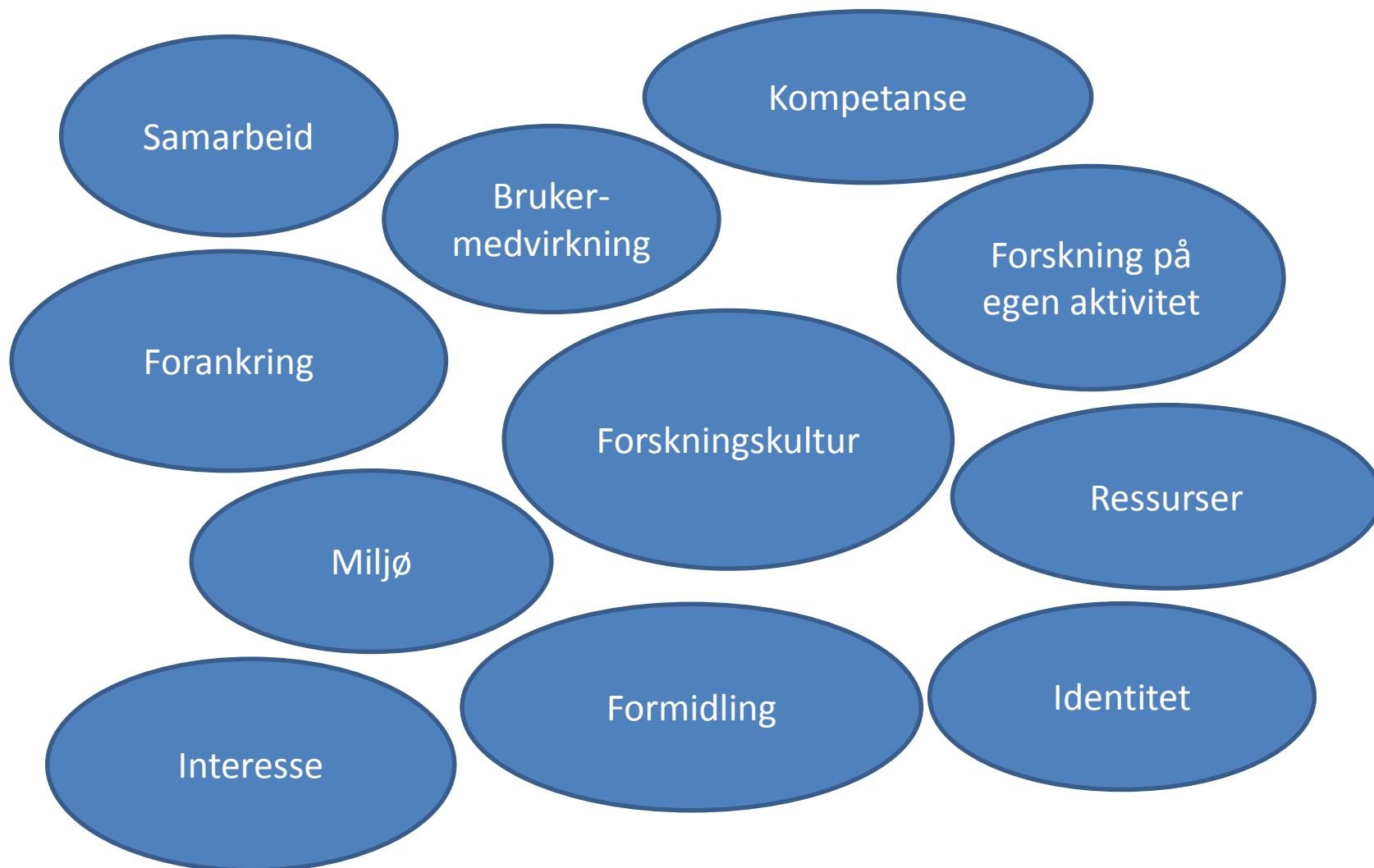


Postere/abstract

- Elenjord, Renate; Al-Sayad, Ali; Holmstad, Birgitte; Svendsen, Kristian; Garcia, Beate : Medication reconciliation performed by doctors do not reduce discrepancies in medication charts. European Society of Clinical Pharmacy, Oslo, October 2016
- Svendsen K. Consumption adjusted adverse drug reactions reporting rates in Norway Nasjonal Forskerskole i Farmasi. Bergen, May 2016
- Svendsen K, Kongsgård H, Haugen P, Småbrekke L. Does travel time to pharmacies and general physicians influence the use of antibiotics in Norway. International Conference of Pharmacoepidemiology (ICPE), Dublin, August 2016.
- Skancke KH ,Svendsen K. Wikipedia and Medicines: Who edits medicine articles on the English Wikipedia?. European Society of Clinical Pharmacy, Oslo, October 2016.
- Ahmed Y, Halvorsen KH, Svendsen K. Drug use in nursing homes - Compliance between diagnoses, indications and drug use. European Society of Clinical Pharmacy, Oslo, October 2016.
- Kucukcelik S, Svendsen K, Halvorsen KH. Assessing potentially inappropriate prescribing in nursing home patients by using NORGEp – NH. European Society of Clinical Pharmacy, Oslo, October 2016.
- Baftiu A, Svendsen K, Lima M, Kiselev Y, Johannessen SI, Larsson PG, Landmark CJ. Reporting of adverse reactions in relation to utilisation of antiepileptic drugs in Norway. European Society of Clinical Pharmacy, Oslo, October 2016.
- Olsson E, Svendsen K, Nordeng H. Metoclopramide and neurological adverse drug reactions – a disproportionality analysis of Vigibase®. European Society of Clinical Pharmacy, Oslo, October 2016.
- Holmstad, Birgitte; Elenjord, Renate; Svendsen, Kristian; Skjold, Frode; Garcia, Beate : Does the use of a written procedure reduce discrepancies in medication charts in hospitals? Tartu 2015
- Staven, Vigdis; Waaseth, Marit; Wang, Siri; Grønlie, Ingrid; Tho, Ingunn. Visual examination for compatibility testing of parenterals: experiences with two different light sources. 19th congress of European Association of Hospital Pharmacists, Barcelona, 2014-03-26 - 2014-03-28 2014.
- Garcia BH, Utnes J, Småbrekke L, Giverhaug T. A 12 month lasting pharmacist-led follow-up program for patients with established coronary heart disease. A randomized controlled trial. Int Journ Clin Pharm 2014.



Hvordan oppfylle vår visjon?



Veien videre



Møtedato: 23. mai 2017
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:
Tove Klæboe Nilsen, 917 43 108

Sted/Dato:
Bodø, 12.5.2017

Styresak 62-2017

Forskningsaktiviteten i foretaksgruppen 2016, oppfølging av styresak 15-2016

Formål

Styret i Helse Nord RHF behandlet *styresak 15-2016 Strategi for forskning og innovasjon 2016-2020* i styremøte 24. februar 2016. Styret fattet følgende vedtak i punkt 3: *Styret ber adm. direktør om en årlig tilbakemelding på status i forskningsaktiviteten i foretaksgruppen.*

Denne saken fremmes for styret i Helse Nord RHF som en oppfølging av dette vedtaket.

Styresaken tar for seg:

1. Resultater av implementering av strategien i Helse Nord
 - a. Pr. dato
2. Noen nøkkeltall for forskningsaktivitet i helseforetakene
 - a. Regionalt og nasjonalt
 - b. Noen tall er fra 2015 og noen fra 2016 på grunn av ulike tidspunkt for ferdigstillelse av statistikk
3. Beskrivelser av positive og mer utfordrende elementer fra helseforetakene i vår region
 - a. Tall og data både 2016 og 2017

Fokus i saken vil være forskningsaktiviteten, men også innovasjon vil omtales, siden det er en felles strategi for de to områdene.

Bakgrunn/fakta

Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016-2020 ble vedtatt av styret i februar 2016 etter en grundig prosess. Prosessen innebar utredninger, dialogmøter med alle helseforetak og begge universiteter, behandling i samarbeidsorganet med universitetene, en bredt sammensatt referansegruppe, brukermedvirkning, og til slutt en åpen høringsprosess.

Den vedtatte strategien legger føringer for forskningsvirksomheten i foretaksgruppen i strategiperioden. Strategien viser framover mot de utfordringer og ambisjoner Helse Nord har for forskningen og innovasjon i regionen i perioden 2016-2020, og angir mål og tiltak for dette.

Hovedtrekk i strategien

Strategien skal i enda større grad enn tidligere strategier legge til rette for kvalitativt god og nyttig forskning, og med krav til brukermedvirkning særlig i klinisk forskning og helsetjenesteforskning. Strategien med tilhørende delmål og tiltak er bygget opp rundt seks hovedmål - som følger:

- 1) kunnskap og kompetanse
- 2) topp- og breddeforskning
- 3) infrastruktur, forskningsstøtte og nettverk
- 4) etikk, habilitet og forsvarlighet
- 5) formidling og bruk av forskningsresultater
- 6) innovasjon

Helse Nord skal fortsatt bygge opp og støtte opp under svake forskningsmiljø, og satse på de gode miljøene og toppforskningsmiljøene. Helse Nord medfinansierer Tromsøundersøkelsen og toppforskningsmiljø på Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)/Universitetet i Tromsø (UiT) som har fått eksterne midler.

I Forskningsrådets forrige evaluering av medisinsk og helsefaglig forskning ble det påpekt at mange gode miljøer i alle de fire helseregionene i for stor grad lener seg på RHF-enes forskningsmidler, og er for lite aktive med å søke midler utover dette, både til Forskningsrådet og EU. Det er viktig at forskningsmiljøene i Helse Nord hevder seg utenom regionen, og deltar i nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid. Helse Nord har derfor tiltak for å stimulere til ekstern søking, og til medfinansiering dersom eksterne midler oppnås.

Implementering av strategien - tiltaksplan

Tiltaksplanen for 2017 er resultat av foreslåtte prioriteringer fra RHF-administrasjonen, drøftet med helseforetakene ved forskningssjefene, og vedtatt i USAM¹ 4. november 2016 etter drøftinger i flere møter. Dette er samkjørt med budsjettvedtak i USAM. Det har også vært gjort tidligere år, men med en så klar årlig tiltaksplan med tilhørende prioritering, har Helse Nord et bedre redskap til å se forslag og prioriteringer opp mot hverandre, og se hva som har dekning i strategien. Denne prosessen tenkes gjort på samme måte for årlige tiltaksplaner for de påfølgende årene i strategiperioden.

Strategien har seks hovedmål, 22 delmål og 99 tiltak. Noen av tiltakene er langsgående kontinuerlige tiltak, noen er beholdt fra tidligere strategi, mens andre er helt nye. For en nærmere prioritering og innfasing av tiltakene gradvis i perioden, lages det årlige tiltaksplaner. Tiltakene må også implementeres i budsjett, der det kreves nye midler eller eventuelt en omprioritering av midler i forskningsbudsjettet til RHF-et. Det er også viktig å være klar over at ikke alle tiltak krever økte budsjetter, men skal jobbes strategisk og operasjonelt med i foretaksgruppen, i vanlig drift.

Enkelte tiltak er også tatt videre i oppdragsdokumentet til helseforetakene, i tillegg til at de skal implementere strategien sammen med Helse Nord RHF.

¹ USAM: Universitetssamarbeidet

Budsjett

Forskningsbudsjettet til RHF-et består av flere hoveddeler, og i 2017 er disse:

1. Utlyste prosjektmidler – som for 2017 er ca. 114 mill. kroner
2. Strategisk tildelte midler, både faste og variable tiltak – der hovedsakelig USAM beslutter tildeling – ca. 31 mill. kroner
3. Nye tiltak ut fra strategien – ca. 9 mill. kroner

2017 er det første året den nye strategien har full årseffekt. Det mest synlige er tildelingen av de utlyste forskningsmidlene til enkeltprosjekter (pkt. 1 ovenfor), som skjer etter noen nye prinsipper enn tidligere. Samtidig er det viktig å være klar over at strategien for forskning og innovasjon realiseres med *hele* forskningsbudsjettet ovenfor, der strategiske tiltak også er viktige. Her er det i 2017 for eksempel funnet rom for forskerstillinger innen bioinformatikk, forskning på pasient- og pårørendeopplæring, psykisk helse og 3 mill. kroner ekstra til e-helseforskning. Noen av disse funksjonene legges til UiT, der oppbygging av kompetanse i et akademisk miljø er viktig, andre legges til UNN eller andre helseforetak.

Helse Nord vil også peke spesielt på to andre tiltak som er iverksatt i 2017, og som gjelder for strategiperioden:

- Alle helseforetak utenom UNN har fått en 80 % stilling fra RHF-et. HF-ene skal bidra med 20 % selv og ansette en eller to forskere som både skal få egen forskningstid samt stimulere til forskning i helseforetaket.
- UNN har fått 1,5 stillinger til regional forskningsstøtte og metodeveiledning innen statistikk (full stilling) og helsefag (sykepleie/fysioterapi m. m. – halv stilling).

Den vedlagte tiltaksplanen angir hva som er prioritert, og implementeres i 2017, hvilke tiltak som er avhengig av midler og har fått budsjettdekning i 2017, og hvem som er ansvarlig (RHF/HF-ene, samarbeidspartnere).

Ny modell for prioritering og fordeling av forskningsmidler – utlyste prosjekter

Helse Nord har avsluttet de tre tidligere programmene med tilhørende øremerkede midler (somatisk forskningsprogram osv.), og har nå tre komiteer med blandet kompetanse, som får et likt antall søknader til vurdering. Tildelingen – hvem som får midler i den åpne konkurransen – blir et resultat av den samlede innstillingen fra en hovedkomité som ser på *karakterene og vurderingene* fra de tre vurderingskomiteene.

Retningslinjene for kvalitet og nytte er lagt inn som like vurderingskriterier for alle prosjekt og teller 50 % hver. Prosjektene må ha karakter over 2,9 på en skala fra 1-5 på hver av disse to for å delta videre i konkurransen om forskningsmidler. Kriteriene er finmasket på fem hovedpunkter i hver kategori, og intensjonen er at alle sider ved prosjektene vurderes. Alle RHF-ene bruker de samme kriteriene i vurderingen av forskningssøknader.

Brukermedvirkning inngår i vurderingen, for de prosjekter det er relevant for². Det skal beskrives hvem – primært pasienter og pårørende - som er bruker av resultatene av forskningsprosjektet. Det skal redegjøres for i hvilken grad bruker er involvert i planlegging og gjennomføring av prosjektet, eventuelt hvorfor dette ikke er relevant.

Når midlene skal tildeles, kommer også noen policykriterier inn. Disse er å finne som tiltak i strategien, og er bl. a. tiltak om minimum ett prosjekt pr. HF gitt at de er gode nok (det vil si karakterer over 2,9), og minimum ett prosjekt innen helsefag på postdoktor-/forskernivå, gitt at dette er godt nok (det vil si karakterer over 2,9). Det skal også gis en viss andel postdoktorprosjekter for å få flere forskere videre etter avlagt doktorgrad, og Helse Nord skal ha forskning på samisk helse og helsetjeneste.

Modell for finansiering av innovasjon

Innovasjon var også med i forrige strategi, men har tydeligere mål og tiltak denne gangen. Det skal satses like mye på tjenesteinnovasjon som kommersialiserbar innovasjon, og den kan være både behovsdrivet – komme forslag fra alle nivå i helseforetakene – eller være forskningsbasert.

Innovasjon skal gi et bedre helsetjenestetilbud både målt i kvalitet og effektivitet, og det må jobbes med innovasjonsaktiviteter på flere måter. Ut fra strategiens delmål som angir at 5 % av forskningsmidlene skal gå til innovasjonsprosjekter, har Helse Nord startet med halvårseffekt av dette tiltaket i 2017. RHF-et har satt av nærmere 4 mill. kroner til prosjekter i år, hvorav noe gis til et pilotprosjekt med droner i helsemessig beredskap i nord, og der UNN har prosjektledelsen. Det er lyst ut midler i åpen utlysning for andre prosjekter i helseforetakene, og tildeling av midler vil skje i juni 2017.

RHF-ets vurdering av oppnådde tiltak i strategien

RHF-et vurderer at Helse Nord er godt i gang med mange tiltak i strategien. Noen av tiltakene vil man først se nærmere effekt av lenger ute i strategiperioden. Det er ikke mulig å kommentere alle tiltak særskilt, men her vises det til tiltaksplanen for oversikt over *igangsatte, pågående og iverksatte* tiltak (første kolonne med mål, delmål og tiltak er hentet direkte fra kapittel 6 i strategien, og merknadene er RHF-ets statusangivelse av iverksetting pr. dags dato).

Her vil tre elementer kommenteres nærmere.

Prioriterte områder

Det har høsten 2016, og etter tildelingen av midler for 2017, vært mye fokus i RHF-et, helseforetakene og i USAM på om hvordan fordelingen av midler er på de 14 områdene som strategien angir (pkt. 6.1). Strategien gir ingen rangering av områdene, eller særskilt øremerking av noen av dem.

² Det kreves en begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planlegging og gjennomføring av klinisk forskning eller helsetjenesteforskning. Dette innebærer at mange prosjekter ikke trenger å ha brukermedvirkning men må kunne begrunne det.

Ut fra en foreløpig analyse, basert på egenkategorisering av de fleste – men langt fra alle – tildelte prosjekter, ser man at alle områder er dekket. Det er imidlertid store forskjeller i hvor mye forskning målt i antall prosjekter og antall tildelte beløp som er på de ulike områdene. Når Helse Nord skal gjøre en mer komplett analyse, må alle prosjektene registreres, og det må tas med hvordan de strategiske tildelingene fordeler seg på alle fagområder.

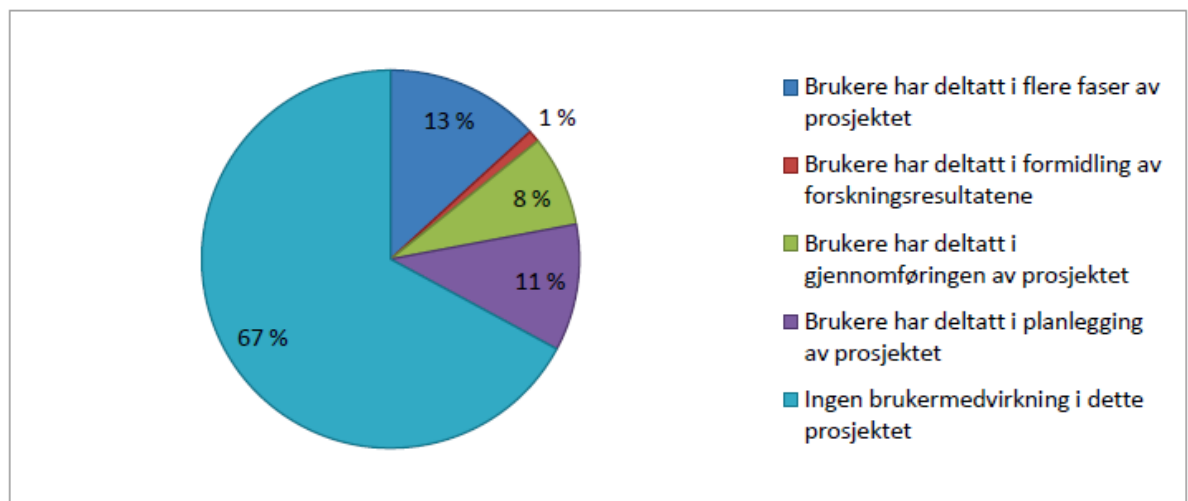
Forskning i alle foretak

Helse Nord er også opptatt av om policykriteriene har virkning. Alle helseforetak som hadde sendt nye prosjektsøknader for 2017, fikk innvilget en eller flere søknader. De som ble innvilget var inne i prioriteringen på ordinært vis, og vant fram i konkurranse med øvrige søknader. Det samme gjelder prosjekt som omfatter samisk forskning. Det er ingen fordelingsnøkkel mellom de ulike helseforetak, og/eller Universitetet i Tromsø, som også har fått tildelt mange prosjekter etter søknad. Det er flere miljøer og helseforetak som mener de har kommet for dårlig ut i fordelingen av prosjekter for 2017.

Brukermedvirkning

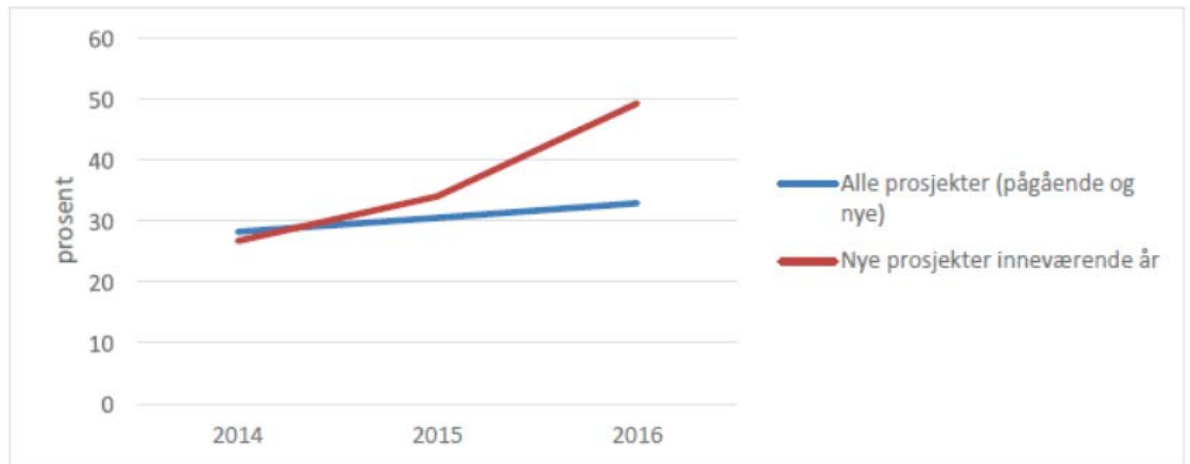
Det foreligger data for brukermedvirkning i prosjektene finansiert av RHF-et, i Helse Nords årlige faglige elektroniske rapportering (eRapport). For 2016, siste års rapport, gjengis to tabeller. Den ene viser type brukermedvirkning for alle prosjekter (nye og pågående fra tidligere år), og type brukermedvirkning. Den andre viser utvikling fra 2014 til 2016, delt opp i pågående og nye prosjekter.

Figur 1-26 Prosjektenes brukermedvirkning 2016



Figuren er basert på selvrapporterte opplysninger fra forskerne i eRapport.

Figur 1-27 Andel prosjekter som har brukermedvirkning 2014-2016



Figuren er basert på selvrapporterte opplysninger fra forskerne i eRapport.

Nøkkeltall – ressursbruk

Helse Nord satser på å øke forskningsaktiviteten, og både RHF-et og HF-ene har hatt økning i ressursbruk til forskning 2002-2015. Helseforetakenes ressursbruk til forskning består av midlene de får fra RHF-et, egne midler og andre eksterne midler (for eksempel tildelt finansiering fra Forskningsrådet og EU). Regnskapstallene for forskning i helseforetakene er derfor større enn RHF's forskningsbudsjett.

Helseforetakene finansierer både forskningsprosjekt, infrastruktur, stillinger innen forskningsstøtte og forskningsadministrasjon, inkludert 50-100 % stilling i alle helseforetak for forskningsleder eller lignende, som også er kontaktpunktet mot forskningsadministrasjonen i RHF-et.

Kostnadene har imidlertid minnet litt fra 315 mill. kroner i 2015 til 304 mill. kroner i 2016. Det meste av nedgangen er rapportert fra UNN, innen feltet psykiske helseforskning. Dette vil ses nærmere på.

Helse Nord har blant annet satset ytterligere på målrettede miljøstøttetildelinger og strategiske satsinger innen prioriterte områder fra forskningsstrategien, eksempelvis psykisk helse. Noen av disse satsingene er i samarbeid med UiT, og det har også medført at forskerstillinger og forskningsaktivitet legges dit.

Nøkkeltall – sammenligning med andre regioner

Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) lager årlig statistikk og oversikt for helseforetakene. Sist utgitte rapport er med 2015-tallene. Her vises blant annet at de seks universitetssykehusene i Norge sto for 81 % av rapporterte driftskostnader til forskning i helseforetakene. Dette tallet har holdt seg stabilt over mange år.

Fordelingen av kostnadsbruk mellom regionene viser noe variasjon. Helse Nord bruker noe mer enn Helse Midt-Norge - men der regnskapsføres antakeligvis mer av kostnadene på universitetet - og mindre enn Helse Vest og Helse Sør-Øst. Se tabell 2.2. fra NIFU-rapport 2016-25 under.

Figur 2.2. fra rapporten viser hvor de fire regionene primært henter sine forskningsmidler fra, og Helse Nord og Helse Vest er de regionene som i minst grad henter midler utenfra eget basisbudsjett eller RHF.

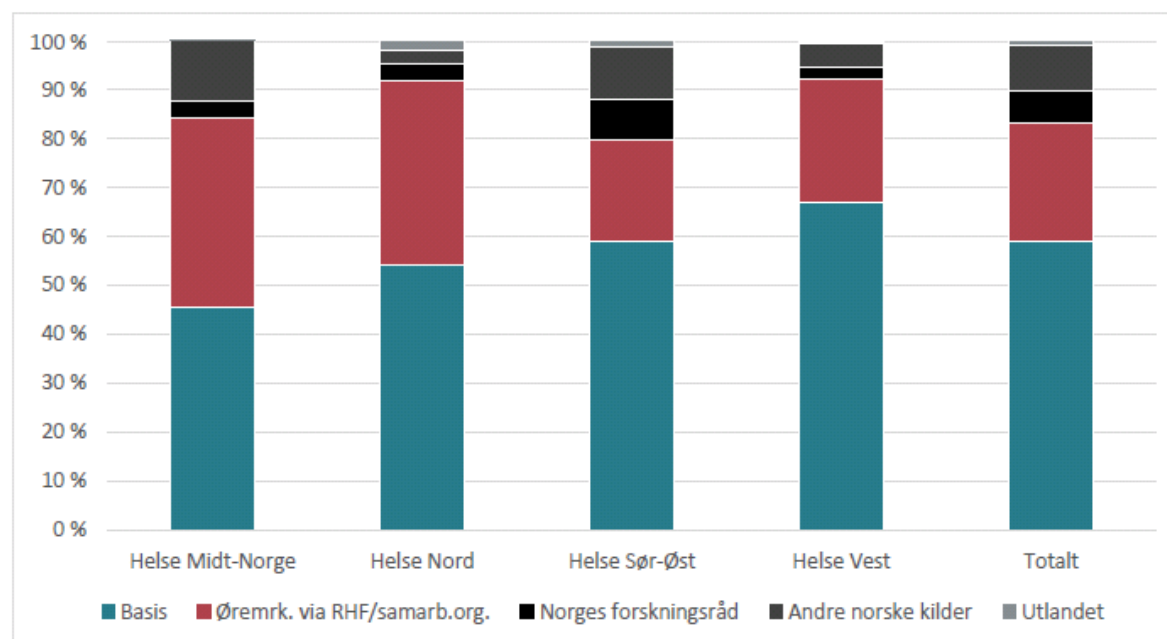
Tabell 2.2 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus¹ i 2015, etter helseregion. Driftskostnader er her inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Indikator	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Alle
Totale driftskostnader. Mill. kr.	19 950	15 589	77 009	25 001	137 549
Prosent	15	11	56	18	100
Driftskostnader til forskning Mill. kr	237	270	2 413	629	3 550
Prosent	7	8	68	18	100
Driftskostnader til forskning i prosent av totale driftskostnader	1,2	1,7	3,1	2,5	2,6
Antall forskningsårsverk	162	227	1 911	494	2 794
%	6	8	68	18	100
Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk. Kroner	1 462 000	1 191 000	1 263 000	1 275 000	1 271 000
Antall rapporteringsenheter	4	5	20	9	38

¹ Omfatter ikke regionale helseforetak (RHF).

Kilde: NIFU.

Figur 2.2 Helseforetakenes finansieringsstruktur for forskning i 2015, totalt og etter helseregion. Prosent.



Kilde: NIFU

Den siste tabellen (fra vedlegg 3 i rapporten) viser tallene for hvert helseforetak i Helse Nord:

Helse Nord

Tabell V3.4: Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak i Helse Nord i 2015. Mill. kroner. Prosent.

Rapporteringsenhet	Drifts- kostnader til forskning (mill. kr)	Totale drifts- kostnader til alle lovpålagte oppgaver (mill. kr)	Driftskostnader til forskning i % av totale drifts- kostnader
Finnmarkssykehuset HF	13,7	1 974	0,7
Helgelandssykehuset HF	2,4	1 890	0,1
Nordlandssykehuset HF	33,6	4 152	0,8
Sykehusapotek Nord HF	1,6	418	0,4
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	218,5	7 155	3,1
Sum Helse Nord	269,8	15 589	1,7

Kilde: NIFU.

Nøkkeltall - forskningsaktivitet

Det registreres forskningsaktivitet i form av publisering hvert år (se: <http://www.cristin.no/cristin/statistikk/nvi/>). For 2016 var status for enheter i Helse Nord som i tabellen under:

Foretak, SKDE og RHF-adm.	Antall artikler (og antologier) 2016
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	297
Finnmarkssykehuset HF	21
Sykehusapotek Nord HF	5
Nordlandssykehuset HF	73
Helgelandssykehuset HF	13
Helse Nord RHF	4
Helse Nord SKDE	4

Antallet avlagte doktorgrader for 2016 som det foreligger oversikt over, er 13 for Universitetssykehuset Nord-Norge HF, tre for Nordlandssykehuset HF og én i Sykehusapotek Nord HF.

Det totale antallet publikasjoner i regionen er om lag på samme nivå (eller litt lavere) som for 2015. Forskningspoengene, som regnes ut etter antall publikasjoner og doktorgrader, har gått ned for vår region fra 2014 til 2015. Et treårssnitt av forskningspoeng for hver av de fire RHF-ene legges til grunn for beregning av den resultatbaserte andelen av forskningstildelingen i statsbudsjettet hvert år (70 % av forskningstilskuddet til de fire RHF-ene er resultatbasert). Dersom helseforetakene går ned på forskningspoeng i konkurransen med de andre regionene, får foretaksgruppen også færre forskningsmidler i neste omgang over statsbudsjettet.

Man må likevel være oppmerksom på at denne delen utgjør bare en del av våre totale forskningsmidler. I 2017 er det 33,4 mill. kroner som utgjør denne resultatbaserte andelen fra statsbudsjettet, av et forskningsbudsjett i RHF-et på over 150 mill. kroner. 78 mill. kroner av 2017-budsjett til forskning fra RHF-et er bevilget av styret selv (se budsjett i vedlegg).

Det måles også hvordan foretaksgruppens forskere ligger an, når det gjelder publisering i det som regnes som de ledende tidsskrifter, og internasjonalt samarbeid. Helse Nord ligger omtrent på samme nivå som de andre målt på andel artikler av egen regions artikler i ledende tidsskrift (ca. 20 %). De øvrige regionene ligger høyere, og har hatt en økning, i internasjonal sampublisering fra 2014 til 2015, mens Helse Nord ligger lavest på dette kriteriet med ca. 42 % av artiklene med internasjonale medforfattere (Helse- og omsorgsdepartementet).

Det må være fokus på å opprettholde stor forskningsaktivitet i Helse Nord, både for å oppnå god forskning, forskningsresultater, sikre ansatte muligheter for å drive forskning, sikre pasientene muligheter til å delta i kliniske studier, og for å være konkurransedyktig med hensyn til publikasjoner og forskningspoeng.

Adm. direktørs vurdering

Helse Nord er i rute med implementeringen av strategi for forskning og innovasjon 2016-2020. Det vises til tiltaksplanen for 2017. Strategien avspeiler mange prioriterte områder som tema for forskning, fordi forskning og innovasjon skal være en integrert del av tjenestene, der Helse Nord har sørge for-ansvaret for et bredt spekter av tjenester.

Det er dokumentert gjennom RHF-administrasjonens egen gjennomgang av tildelingen av midler for 2017 at alle fagområder får midler, men noen har mye og andre har lite. Dette var forventet ut fra innføringen av nytt system. Dette vil fortsatt følges opp for å se at ikke noen fagområder, eller for eksempel små helseforetak, har systematisk vanskelig for å nå opp. Årets tildeling er gjennomgått og kvalitetssikret, og tildelingen er gjennomført ut fra de utlyste og på forhånd gitte kriterier. For å motvirke at noen miljøer er små og forskningssvak, er det iverksatt noen tiltak som skal motvirke dette og bidra til å bygge opp og forsterke miljøer (det vises her til andre tiltak i forskningsstrategien, og policyvedtakene i USAM). Dette gjøres samtidig som at det også støttes opp om toppforskningsmiljøer, som strategien tilsier.

Det vurderes som at bruk av strategiske midler, i tillegg til å lyse ut forskningsmidler i åpen konkurranse, er viktig for å oppnå målene i strategien. Det er en mulighet i årene framover å bruke mer midler til spesifikke tiltak rettet mot mindre helseforetak, for eksempel ved å øremerke 50 % forskningsstillinger. En annen mulighet er å øke antallet forskningsoppdrag som bestilles direkte fra RHF-et, på problemstillinger som man ser at det trengs forskning på, og som Helse Nord ikke har finansiert via den åpne konkurransen.

Helse Nord følger med på utviklingen i de andre regionene, og det er adm. direktørs oppfatning at foretaksgruppen må ha en strategi og tiltak i egen region som gjør at regionen kan hevde seg i konkurransen med øvrige RHF og forskningsmiljø utenfor egen region. Dette må også ha fokus i årene framover.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om forskningsaktiviteten i foretaksgruppen 2016 til orientering.

Bodø, den 12. mai 2017

Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg:

1. Tiltaksplan for 2017, for Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016-2020
2. RHF-budsjett forskning og innovasjon 2017
 - a. Vedtatt i Tildelingsutvalget november 2016
 - b. Endelig fordeling pr april 2017, fordelt på institusjon
3. Statusbeskrivelser pr foretak:
 - o Implementering av tiltakene i Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016–2020, sammen med RHF-et
 - o Høydepunkter og utfordringer i året som gikk – for forskning i eget HF

Vedleggene er lagt ut på Helse Nord RHF's nettsted – se her:

[Styremøte i Helse Nord RHF 23. mai 2017](#)

Utrykte vedlegg:

1. [Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016-2020](#)
2. [Faglig rapportering forskning, med oversiktsdata for Helse Nord 2016 \(«eRapport»\)](#)
3. [Nasjonal ressurskartlegging av ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2015, rapport 2016:25, \(Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning, NIFU\)](#)
4. [Nasjonalt system for måling av forskningsaktivitet på HODs hjemmesider](#)



Saker til informasjon	
Styresak nr.:	32 – 2017
Møtedato:	1. juni 2017
Saksbehandler:	Direktør Espen Mælen Hauge

Saker til informasjon:

1. IKT utvikling
 - a. DIFA, inkludert ERP og butikkdatasystem
 - b. Strekkodeprosjektet
 - c. Produksjonsstøttesystem
 - d. Informasjonssikkerhet – status ROS
2. Internrevisjon i Helse Nord om risikostyring
3. Grossistanbud 2015 og opsjonsvurdering
4. Mandat nasjonalt sykehusapoteksamarbeid
5. Status per apotek
6. Foretaksmøte 19. mai 2017
7. Brukerutvalgsmøte 29. mai 2017
8. Info om styrets strategiseminar i Harstad 20. – 21. september 2017

Direktørens innstilling til vedtak

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonssakene til orientering.

Espen Mælen Hauge
direktør

SYKEHUSAPOTEKENS STREKKODEPROSJEKT

Forfalskede legemidler

Forfalskede legemidler er falske legemidler som utgir seg selv som ekte, autoriserte medisiner. Forfalskede legemidler kan inneholde feil ingredienser, ingredienser som er av dårlig kvalitet eller i feil dose.

Forfalskede legemidler har ikke blitt vurdert i henhold til EUs godkjenningprosedyrer med hensyn på kvalitet, sikkerhet og effekt, og kan være skadelig for pasienters helse.

Etter hvert som forfalskningene blir mer og mer sofistikerte, øker risikoen for at forfalskede medisiner når til pasienter i EU.

I løpet av de siste årene har vi opplevd at forfalskede legemidler har nådd det norske markedet:

- Crestor (Rosuvastatin). Stjålet medisin importert til Norge og solgt fra apotek i Norge fra september 2013.¹
- Ipstyl (Lanreotid). Stjålet medisin og solgt inn i den legale forsyningskjeden i Italia. Import til Norge og solgt fra apotek i juli og september 2014.²

EUs forfallskningsdirektiv implementeres 9. feb. 2019

I 2011 besluttet EU et Forfallskningsdirektiv (**FMD**, [Direktiv 2011/62/EU](#)). En implementeringsprosess pågår nå i hele Europa og direktivet trer i kraft 9 februar 2019.

Direktivet vil introdusere to obligatoriske sikkerhetsanordninger som vil redusere risikoen for at forfalske legemidler når pasienter:

- En unik kode (2D matrix).



- En fysisk sikkerhetsanordning (forsegling).

Direktivet omfatter reseptpliktige legemidler til human bruk, men noen unntak. Unntakene er listet opp på en «[White-list](#)». Noen få reseptfrie legemidler skal verifiseres, disse er listet opp på en «[Black-list](#)».

Direktivet vil påvirke alle IT-systemer og arbeidsprosesser som håndterer legemiddel- og strekkodeinformasjon.

Kontroll av pakninger før utlevering til pasient

I direktivet stilles det krav til å sjekke at den fysiske forseglingen er hel før utlevering til pasient, i tillegg til at den unike koden skal sjekkes opp mot en database.

I apotek vil dette skje i strekkodekontrollen som et ledd i resepthåndteringen. For legemidler som utleveres til pasienter som er inneliggende i sykehus vil det være Sykehusapotekene som verifiserer før utlevering til sykehusene. Det være seg ved tilvirkning av legemidler i apotek eller som salg fra sykehusekspedisjonene.

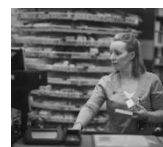


Foto: Kyrre Lien

Strekkoder benyttes i mange systemer

Sykehusapotekene har ulike systemer som bruker strekkodeinformasjon, og må sørge for at strekkodeendringen blir håndtert i alle systemene. Endringene vil også påvirke sykehusenes egne systemer.

I de regionale helseforetakene er sykehusapotekene eksperter på legemidler og legemiddelforsyning, og kunnskapen tilegnes i sykehusapotekforetakene bør derfor formidles til sykehusene.

Utfordringene med nye strekkoder og ny strekkodeinformasjon skjer parallelt i alle regioner. Det er derfor opprettet et nasjonalt strekkodekoordineringsprosjekt med deltakere fra de fire sykehusapotekforetakene. Dermed kan en ivareta felles helhetlige løsninger, sikre oversikt over det totale bildet, samt bringe løsningsforslagene tilbake til regionene.

I tillegg er sykehusapotekforetakene med i et nasjonalt prosjekt som ledes av Apotekforeningen hvor vi sammen med alle apotekkjedene og Apotekforeningen er med på å finne og utvikle en nasjonal løsning for reseptekspedering.

I begge prosjekter jobbes det for å legge kontrollene i så stor grad som mulig til eksisterende plukk- og strekkodekontroll.

1. <http://www.tv2.no/2014/09/23/nyheter/helse/6043885>, nettside lest 24.04.2017

2. <http://www.tv2.no/2014/07/30/nyheter/5858396>, nettside lest 24.04.2017

SYKEHUSAPOTEKENES STREKODEPROSJEKT

Nye strekkoder på legemidler (FMD)

Den nye strekkoden som skal benyttes fra 2019 vil inneholde mer informasjon enn de strekkoder som benyttes i dag:

- Produktkode
- Batchnummer
- Holdbarhet
- Randomisert serienummer

Product #: (01)09876543210982
Batch: (10)A1C2E3G4I5
Expiry: (17)140531
S/N: (21)12345AZRQF1234567890

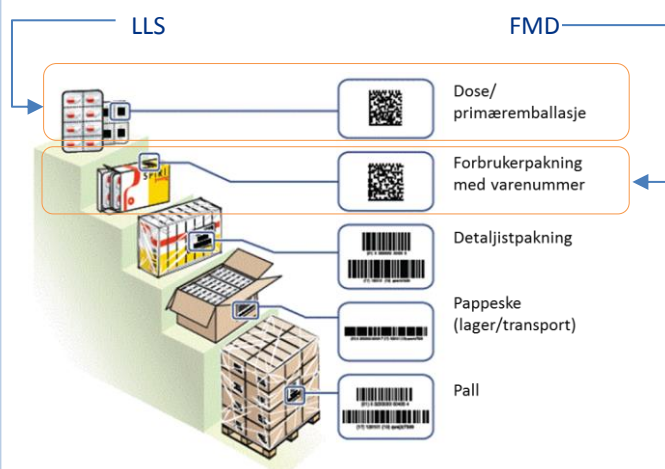


Denne informasjonen ønsker vi å kunne benytte oss av for å kunne forbedre lagerstyring og logistikk i sykehusapotek og sykehus.

De nye strekkodene åpner også opp for en effektivisering av arbeidsprosess for tilbakekalling og salgsstopp.

Lukket legemiddelsløyfe (LLS)

Samtidig med arbeidet med innføring av direktivet i Norge vil de fire sykehusapotekforetakene tilrettelegge for muligheten for skanning av primærpakning ved utdeling til pasient. Dette vil være aktuelt for sykehus som har innført elektronisk kurve.



Figuren viser hvilke to pakningsnivå strekkodemerking skjer for a) implementeringen av Forfalskningsdirektivet og b) å lukke legemiddelsløyfen i sykehus.

Hvem er vi som jobber i prosjektet?

Prosjekteier er fagdirektør i Sykehusapotekene HF Hans-Petter H. Johannessen. Styringsgruppen er medlemmene i Fagforum: Hans-Petter H. Johannessen (SAHF), Eva Kvål (SAMN HF), Margareth Aarag Antonsen (SAN HF) og Christer Bakke Frantzen (SAV HF).

Prosjektgruppen består av:



Nina Berg
Prosjektleder (SAHF)



Eva Jensen (SAHF)



Jimmy Thomsen (SAV HF)



Helge Ovesen (SAMN HF)



Stian Eilertsen (SAN HF).