



Styremøte

Innkalling med sakspapirer

21. september 2017 kl. 8.30 – 14.30

Sted:
Thon Hotell Harstad

Saker til behandling:

| Saksnummer | Saksnavn | Side |
|------------|---|------|
| 34 - 2017 | Godkjenning av innkalling og saksliste | 1 |
| 35 - 2017 | Godkjenning av protokoll fra styremøte 1. juni 2017 | 2 |
| 36 - 2017 | Årsplan for styret – oppdatering og status | 8 |
| 37 - 2017 | Virksomhetsrapport per august 2017 | 11 |
| 38 - 2017 | Rapport på gjennomføring av OD 2017 – 2. tertial | 30 |
| 39 - 2017 | Budsjett 2018, premisser og føringer | 80 |
| 40 - 2017 | Ny IKT-plattform for sykehusapotek og elektronisk produksjonsstøttesystem | 100 |
| 41 - 2017 | Risikostyring overordnede mål fra Helse Nord – oppfølging og status | 141 |
| 42 - 2017 | Styrets møteplan for 2018 | 151 |
| 43 - 2017 | Saker til informasjon | 155 |
| | <i>Fra direktør:</i> | |
| | 1. Internrevisjon 01 2017 – Risikostyring i Helse Nord | 156 |
| | 2. Nytt regionalt legemiddelsamstemmingsprosjekt | 175 |
| | 3. Porteføljestyre i Helse Nord | |
| | 4. Planlagt miljørevisjon | |
| 44 - 2017 | Suppleringsvalg ansattvalgte vararepresentanter til styret | 177 |
| 45 - 2017 | Eventuelt | |
| | 1. Evaluering av møtet | |



Styrets medlemmer i Sykehusapotek Nord HF
Observatør fra brukerutvalget i Sykehusapotek Nord HF

Deres ref.:

Vår ref.:
2017/72

Dato:
14.09.2017

Innkalling i styremøte i Sykehusapotek Nord HF 21. september 2017

I henhold til tidligere avtalt møteplan og i samråd med styreleder, innkalles med dette til styremøte i Sykehusapotek Nord HF torsdag 21. september 2017 kl. 8.30-14.30.

Møtet avholdes på Thon Hotell Harstad.

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: | 34 – 2017 |
| Møtedato: | 21. september 2017 |
| Saksbehandler: | Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen |

I samråd med styreleder er følgende saksliste satt opp til styremøtet 21. september 2017:

| Saksnummer | Saksnavn | Side |
|------------|---|------|
| 34 - 2017 | Godkjenning av innkalling og saksliste | 1 |
| 35 - 2017 | Godkjenning av protokoll fra styremøte 1. juni 2017 | 2 |
| 36 | 2017 Årsplan for styret – oppdatering og status | 8 |
| 37 - 2017 | Virksomhetsrapport per august 2017 | 11 |
| 38 - 2017 | Rapport på gjennomføring av OD 2017 – 2. tertial | 30 |
| 39 - 2017 | Budsjett 2018, premisser og føringer | 80 |
| 40 - 2017 | Ny IKT-plattform for sykehusapotek og elektronisk produksjonsstøttesystem | 100 |
| 41 - 2017 | Risikostyring overordnede mål fra Helse Nord – oppfølging og status | 141 |
| 42 - 2017 | Styrets møteplan for 2018 | 151 |
| 43 - 2017 | Saker til informasjon | 155 |
| | <i>Fra direktør:</i> | |
| | 1. Internrevisjon 01 2017 – Risikostyring i Helse Nord | 156 |
| | 2. Nytt regionalt legemiddelsamstemmingsprosjekt | 175 |
| | 3. Porteføljestyre i Helse Nord | |
| | 4. Planlagt miljørevisjon | |
| 44 - 2017 | Suppleringsvalg ansattvalgte vararepresentanter til styret | 177 |
| 45 - 2017 | Eventuelt | |
| | 1. Evaluering av møtet | |

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte den 21. september 2017.

Espen Mælen Hauge
direktør



| | |
|--|--|
| Godkjenning av protokoll fra styremøte 1. juni 2017 | |
|--|--|

| | |
|---------------|-----------|
| Styresak nr.: | 35 – 2017 |
|---------------|-----------|

| | |
|-----------|--------------------|
| Møtedato: | 21. september 2017 |
|-----------|--------------------|

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

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner protokollen fra styremøtet 1. juni 2017.

Espen Mælen Hauge
Direktør

Protokoll

- Møtetype:** Styremøte i Sykehusapotek Nord
- Tidspunkt:** 1. juni 2017 kl. 9.30 – 15.00
- Møtested:** Pingvinhotellet, Tromsø
- Tilstede:** Bjørg Helene Jenssen, styreleder
Jan Norum, styrets nestleder
Andrea Pretscher, styremedlem
Hilde Gustavsen Erstad, styremedlem
Svein Iversen, styremedlem
Liv Norlid, vara styremedlem
- Observatør:** Martin Moe, leder av brukerutvalget
- Forfall:** Sissi Lundblad, styremedlem
Lars Småbrekke, styremedlem
- Fra administrasjonen:**
Espen Mælen Hauge, direktør
Margaret Aarag Antonsen, fagsjef
-

Sak 23/17 Godkjenning av innkalling og saksliste

Direktørens innstilling til vedtak:

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

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

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

Sak 24/17 Godkjenning av protokoll fra styremøte 29. mars 2017

Direktørens innstilling til vedtak:

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

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

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

Sak 25/17 Godkjenning av protokoll fra styremøte 4. april 2017

Direktørens innstilling til vedtak:

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

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

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

Sak 26/17 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 27/17 Virksomhetsrapport per april 2017

Direktørens innstilling til vedtak:

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

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

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

Sak 28/17 Rapport 1. tertial 2017

Direktørens innstilling til vedtak:

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

Styreleder fremmet nytt forslag til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar vedlagte rapport som styrets rapport til Helse Nord RHF for 1. tertial 2017 med de innspill som framkom i møtet.

Styreleders innstilling ble enstemmig vedtatt

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar vedlagte rapport som styrets rapport til Helse Nord RHF for 1. tertial 2017 med de innspill som framkom i møtet.

Sak 29/17 Risikostyring 2017 – overordnede mål

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.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig 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.

Sak 30/17 Ledelsens gjennomgang

Direktørens innstilling til vedtak:

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

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt

Endelig vedtak:

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

Sak 31/17 Tema: Forskning

Direktørens innstilling til vedtak:

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

Endelig vedtak:

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

Sak 32/17 Saker til informasjon

Fra direktør:

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.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonssakene til orientering.

Sak 33/17 Eventuelt

Styrets nestleder, Jan Norum:

- a) Orienterte fra Styreledermøtet avholdt 18. mai

Direktør, Espen Mælen Hauge:

- a) Praktiske opplysninger angående RHF styremøte 22. november
- b) Møteplan 2018

Styreleder, Bjørg Helene Jensen:

- a) Kontorbehov ved Sykehusapoteket i Bodø.

Evaluering av møtet

- Det har vært en god opplevelse å være med i styret
- Et godt møte, som alltid
- Åpent og god dialog
- En tung saksliste, mange store diskusjonstema, men god ledelse av møtet fikk oss igjennom.
- Fruktbare diskusjoner og gode saksframlegg
- Slitsom dag, mye pga. støy i lokalet
- Vanskelig saksliste hvor alt hang sammen med alt, litt krevende saksforberedelse for administrasjonen, men sakene er blitt godt behandlet og mange gode innspill fra styret.
- Det har vært et opplysende styremøte, med gode refleksjoner og diskusjoner. God presentasjon av forskning i foretaket.
- Positivt at orienteringssakene ble presentert på Power Point.



| Årsplan for styret | |
|---------------------------|--|
| Styresak nr.: | 36 – 2017 |
| Møtedato: | 21. september 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 |
|------------|---------|-------------------|---|----------------------------|---|
| 01.06.2017 | 23 | | Tromsø: Godkjenning av innkalling og saksliste | Styreleder | Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte 1. juni 2017. |
| 01.06.2017 | 24 | | Godkjenning av protokoll 29. mars 2017 | Styreleder | Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøtet 29. mars 2017. |
| 01.06.2017 | 25 | | Godkjenning av protokoll 4. april 2017 | Styreleder | Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøtet 4. april 2017. |
| 01.06.2017 | 26 | | Årsplan - oppdatering og status | Direktør | Styret for Sykehusapotek Nord HF tar årsplanen til orientering. |
| 01.06.2017 | 27 | | Virksomhetsrapport per april 2017 | Økonomisjef | Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per april 2017 til orientering. |
| 01.06.2017 | 28 | | Rapport for 1. tertial 2017 | Økonomisjef | Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar vedlagte rapport som styrets rapport til Helse Nord RHF for 1. tertial 2017 med de innspill som framkom i møtet. |
| 01.06.2017 | 29 | | Risikovurdering Helse Nord overordnede risikomål | Direktør | 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. |
| 01.06.2017 | 30 | | Ledelsens gjennomgang | Direktør | Styret i Sykehusapotek Nord HF tar informasjonen om ledelsens gjennomgang til orientering. |
| 01.06.2017 | 31 | | Tema: Forskning | Fagsjef og forskningsleder | Styret for Sykehusapotek Nord HF tar presentasjonen til orientering og gjennomførte diskusjoner om forskning i Sykehusapotek Nord. |
| 01.06.2017 | 32 | | Informasjonssaker: 1) IKT-utvikling a) DIFA inkl. ERP-system og butikkdatasystem b) Strekkodeprosjektet c) Produksjonsstøttesystem d) Status IKT-sikkerhet 2) Internrevisjon 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 | Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonssakene til orientering. |
| 01.06.2017 | 33 | | Eventuelt | Styreleder | |
| 20.09.2017 | | | Styrets strategiseminar Harstad: egen saksliste | | |
| 21.09.2017 | 34 | | Godkjenning av innkalling og saksliste | Styreleder | |
| 21.09.2017 | 35 | | Godkjenning av protokoll | Styreleder | |
| 21.09.2017 | 36 | | Årsplan - oppdatering og status | Direktør | |
| 21.09.2017 | 37 | | Virksomhetsrapport per august | Økonomisjef | |
| 21.09.2017 | 38 | | Rapport på gjennomføring av OD 2017 - 2. tertial | Økonomisjef | |
| 21.09.2017 | 39 | | Budsjett 2018, premisser og føringer | Økonomisjef | |
| 21.09.2017 | 40 | | Ny IKT-plattform for sykehusapotek og elektronisk produksjonsstøttesystem | Direktør/IT-sjef | |
| 21.09.2017 | 41 | 29-2017 | Risikostyring overordnede mål fra Helse Nord-oppfølging og status | Kvalitetsrådgiver | |
| 21.09.2017 | 42 | | Styrets møteplan for 2018 | Direktør | |
| 21.09.2017 | 43 | | Saker til informasjon 1) Internrevisjon 01 2017 Risikostyring i Helse Nord 2) Nytt regionalt legemiddelsamstemmingsprosjekt 3) Porteføljestyre i Helse Nord 4) Planlagt miljørevisjon | Direktør/styreleder | |
| 21.09.2017 | 44 | | Suppleringsvalg ansattevalgte vararepresentanter til styret | Direktør | |
| 21.09.2017 | 45 | | Eventuelt | 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 | | | Evalueringsrapport av direktør og fastsetting av lønn | 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 egevaluering | 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 egevaluering 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 | |

| Møtedato | Saksnr. | Ref tidl. sak nr. | Saktittel | Saksansvarlig | Vedtak |
|----------|---------|-------------------|---|------------------------|--------|
| 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 | |
| 2018/3 | | | Godkjenning av innkalling og saksliste | Styreleder | |
| 2018/3 | | | Godkjenning av protokoll | Styreleder | |
| 2018/3 | | | Årsplan - oppdatering og status | Direktør | |
| 2018/3 | | | Tertialrapport 1 inkl. økonomi, pasientsikkerhet, uønskede hendelser og avviksrapport | Økonomisjef | |
| 2018/3 | | | Risikovurdering overordnede risikomål | Direktør | |
| 2018/3 | | | Tema: | | |
| 2018/3 | | | Saker til informasjon | Direktør/styreleder | |
| 2018/3 | | | Eventuelt | Styreleder | |



| Virksomhetsrapport per august 2017 | |
|---|--|
| Styresak nr.: | 37 – 2017 |
| Møtedato: | 21. september 2017 |
| Saksbehandler: | Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen |
| Vedlegg: | Målekort (u.off. offl. § 23 første ledd) Ukerapport publikum uke 36 (u.off. offl. § 23 første ledd) |

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

Direktørens innstilling til vedtak

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

Espen Mælen Hauge
direktør

Saksfremlegg

Regnskapet per august 2017 viser et overskudd på 4,55 millioner. For samme periode i 2016 var resultatet et overskudd på 3,74 millioner. Det er budsjettert med et overskudd på 3,35 millioner per august, slik at resultatet er 1,20 millioner høyere enn budsjettert.

| | August 2017 | | | | | Akkumulert per august 2017 | | | | |
|-------------------|-------------|----------|--------|---------|---------|----------------------------|----------|--------|----------|---------|
| | Resultat | Budsjett | Avvik | 2016 | Endring | Resultat | Budsjett | Avvik | 2016 | Endring |
| Omsetning | -42 012 | -40 245 | -1 768 | -37 075 | 13,3 % | -323 422 | -320 786 | -2 637 | -303 560 | 6,5 % |
| Varekjøp | 33 268 | 31 622 | 1 646 | 29 038 | 14,6 % | 252 659 | 252 167 | 492 | 241 869 | 4,5 % |
| Dekningsbidrag | -8 744 | -8 623 | -121 | -8 037 | 8,8 % | -70 763 | -68 618 | -2 145 | -61 691 | 14,7 % |
| Personalkostnader | 6 037 | 5 852 | 185 | 5 637 | 7,1 % | 50 672 | 50 636 | 36 | 46 343 | 9,3 % |
| Andre kostnader | 1 550 | 1 945 | -394 | 1 730 | -10,4 % | 15 674 | 15 331 | 343 | 12 286 | 27,6 % |
| Skatt og finans | 78 | -82 | 160 | 166 | -53,1 % | -138 | -695 | 557 | -680 | -79,8 % |
| Resultat | -1 080 | -909 | -171 | -505 | 113,9 % | -4 555 | -3 346 | -1 209 | -3 742 | 21,7 % |
| Dekningsgrad | 20,8 % | 21,4 % | -0,6 % | 21,7 % | -0,9 % | 21,9 % | 21,4 % | 0,5 % | 20,3 % | 1,6 % |
| Vareforbruk | 87,2 % | 87,1 % | 0,1 % | 85,5 % | 1,7 % | 86,0 % | 87,1 % | -1,0 % | 86,7 % | -0,7 % |
| Andel pers.kost. | 14,4 % | 14,5 % | -0,2 % | 15,2 % | -0,8 % | 15,7 % | 15,8 % | -0,1 % | 15,3 % | 0,4 % |
| Resultatandel | 2,6 % | 2,3 % | 0,3 % | 1,4 % | 1,2 % | 1,4 % | 1,0 % | 0,4 % | 1,2 % | 0,2 % |

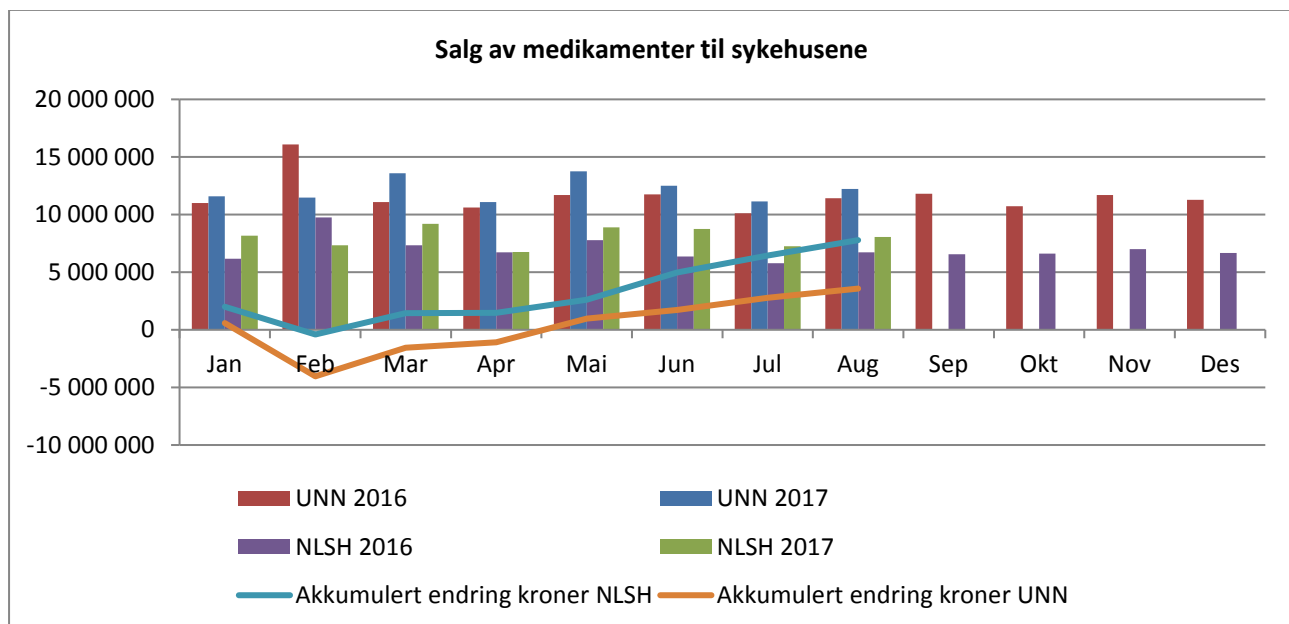
Resultatet for august er et overskudd på 1,08 millioner. Det var budsjettert med et overskudd på 0,91 millioner, slik at resultatet er 0,17 millioner høyere enn budsjettert.

Inntekter

Inntektene er 2,64 millioner høyere enn budsjettert, og 19,68 millioner høyere enn på samme tidspunkt i 2016.

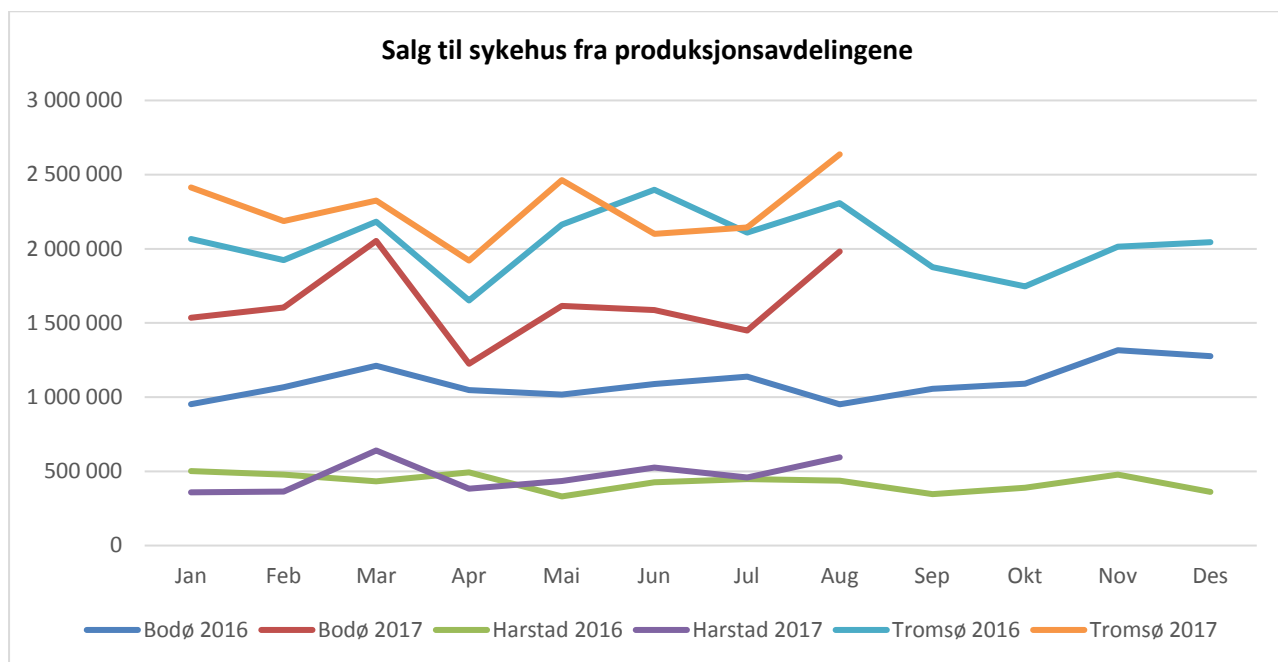
| | Januar - august | | | | |
|---------------|-----------------|----------------|--------------|----------------|--------------|
| | Regn. | Bud. | Avvik | 2016 | Endr. |
| Sykehuseksp. | 129 276 | 122 464 | 6 812 | 124 292 | 4,0 % |
| Produksjon | 47 125 | 43 475 | 3 650 | 37 435 | 25,9 % |
| Publikum | 130 550 | 136 909 | -6 359 | 128 962 | 1,2 % |
| Rådgivning | 15 623 | 16 914 | -1 291 | 12 241 | 27,6 % |
| Annet | 848 | 1 024 | -176 | 630 | 34,6 % |
| Totalt | 323 422 | 320 786 | 2 636 | 303 560 | 6,5 % |

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

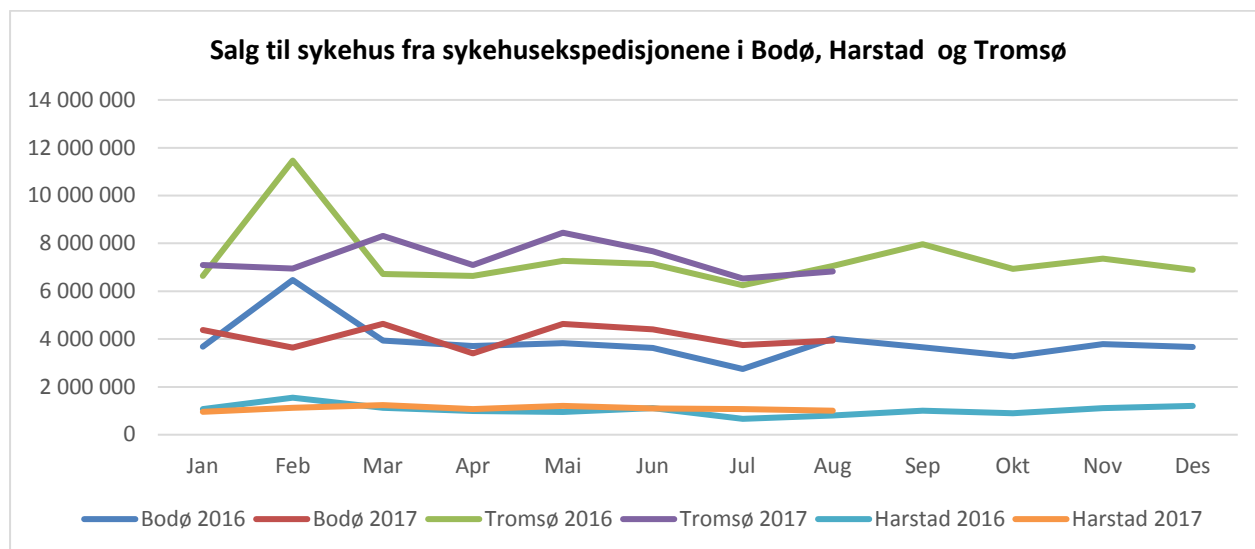


Figuren over viser utviklingen i salg av medikamenter (både fra sykehusekspedisjoner og produksjonsavdelinger) til UNN og NLSH i 2016 og hittil i 2017. Figuren viser omsetning per måned sammenlignet med samme måned i 2016 og akkumulert endring (summen av de månedlige endringene).

Omsetningen i 2017 har for nesten alle måneder vært høyere enn i 2016. Unntakene er salg til UNN og NLSH i februar.



Årsaken til økningene i produksjonsavdelingen er produksjon av dyrere legemidler enn tidligere. Totalt har det vært en nedgang i antall produserte cytostatikakurer, men nedgangen oppveies av dreiningen mot bruk av dyrere legemidler enn tidligere. Omsetningen i Bodø har økt med 54 %, mens økningen er på 8 % i Tromsø og 6 % i Harstad.



Sykehusekspedisjonen i Bodø har hatt en økning på 2,4 %, Tromsø har hatt en reduksjon på 0,4 % mens det er en økning på 6,3 % i Harstad.

Salg til Nordlandssykehuset

Det har vært en økning i salget av medikamenter til NLSH på 13,7 %. Det er en økning på 13,2 % i Bodø, 8,5 % i Vesterålen og 29,0 % i Lofoten.

Antall solgte pakninger til NLSH Bodø er redusert med 0,1 %, mens gjennomsnittsprisen per definerte døgndose (DDD)¹ har økt med 16,5 %. Økningen i omsetning i Bodø er dermed forårsaket av høyere gjennomsnittspriser på de solgte legemidlene.

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

| Virkestoff (legemiddel) | 2016 | 2017 | Endring |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Eculizumab (Soliris) | 636 527 | 1 707 734 | 1 071 208 |
| Vedolizumab (Entyvio) | 2 192 778 | 3 188 838 | 996 060 |
| Pertuzumab (Perjeta) | 201 370 | 1 133 424 | 932 054 |
| Bevacizumab (Avastin) | 782 244 | 1 542 081 | 759 836 |
| Pembrolizumab (Keytruda) | | 583 636 | 583 636 |

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»

| | | | |
|-------------------------|-----------|-----------|----------|
| Trastuzumab (Herceptin) | 1 187 804 | 1 762 676 | 574 871 |
| Panitumumab (Vectibix) | 39 851 | 602 437 | 562 586 |
| Natalizumab (Tysabri) | 2 492 362 | 1 987 579 | -504 783 |
| Nivolumab (Opdivo) | 1 355 783 | 747 908 | -607 875 |
| Ranibizumab (Lucentis) | 716 450 | 34 579 | -681 871 |

Noen få legemidler forklarer økningen i omsetning. Dette er stort sett kostbare legemidler som har vært til vurdering i Beslutningsforum. Alle preparatene er immunsuppresiva og brukes i behandling av autoimmune sykdommer og kreft.

I Lofoten har antall solgte pakninger økt med 2,8 % det er dermed hovedsakelig salg av dyrere legemidler som årsak til økningen. Også i Lofoten er det økning i immunsuppresiva, i tillegg er det økning på 0,43 millioner for Octagam.

I Vesterålen har antall solgte pakninger gått opp med 6,2 %, også her har salget av dyre legemidler økt. Nivolumab (Opdivo) har størst økning med 0,74 millioner.

Salg til Universitetssykehuset Nord-Norge

Det har vært en økning på 3,8 % i salget til UNN. Økningen er på 1,6 % i Tromsø, 3,5 % i Harstad og 25,6 % i Narvik.

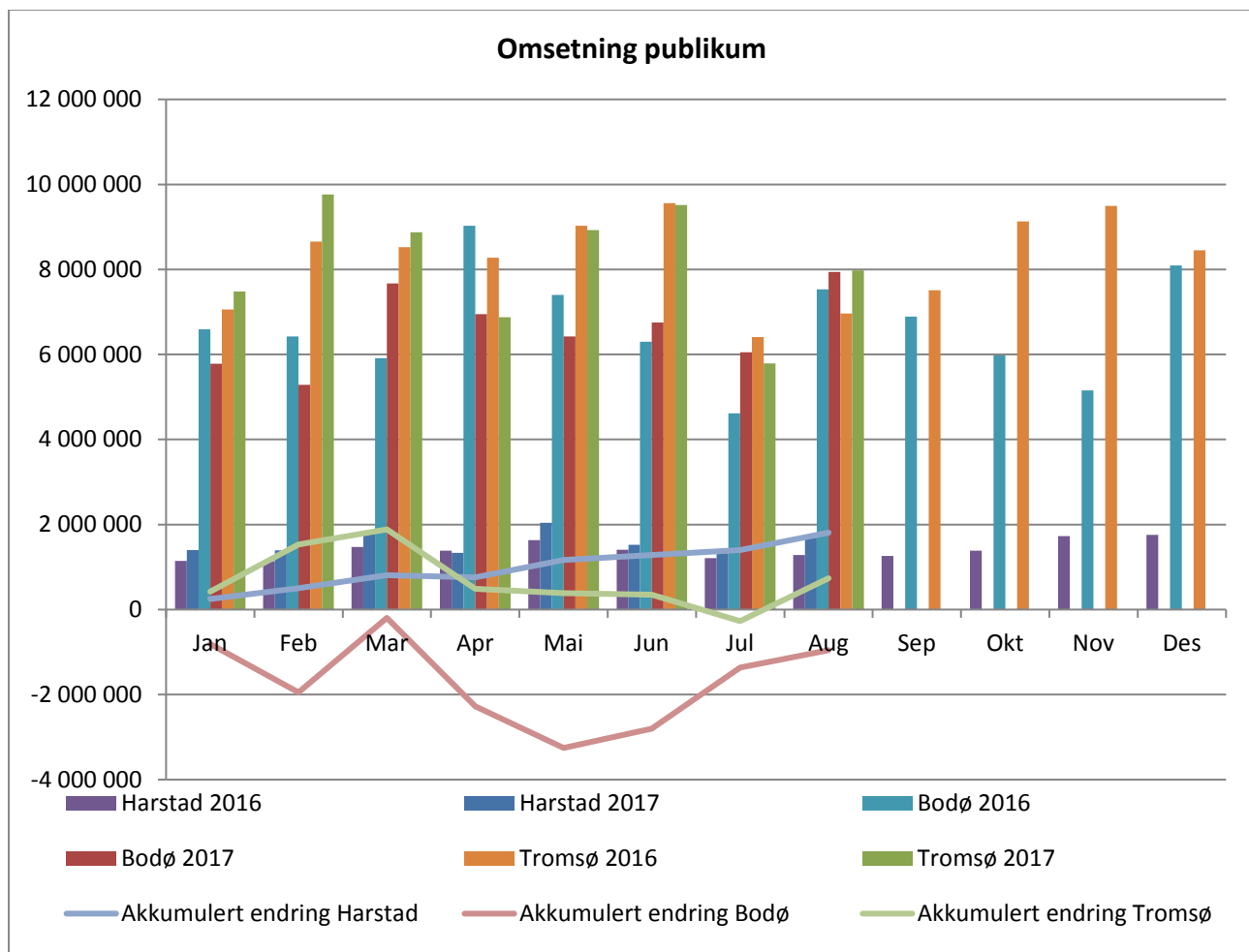
Endringen i Tromsø kommer hovedsakelig av følgende virkestoffer:

| Virkestoff (legemiddel) | 2016 | 2017 | Endring |
|---|-----------|-----------|------------|
| Pembrolizumab (Keytruda) | 895 658 | 3 120 033 | 2 224 375 |
| Nivolumab (Opdivo) | | 852 069 | 852 069 |
| Remifentanil (Remifentanil, Ultiva) | 125 811 | 712 606 | 586 795 |
| Aflibercept (Eylea) | 2 982 259 | 3 453 239 | 470 980 |
| Azacididine (Vidaza) | 239 519 | 650 001 | 410 482 |
| Carmustine (BiCNU, Carmubris) | 656 584 | 256 998 | -399 586 |
| Vedolizumab (Entyvio) | 977 323 | 457 577 | -519 746 |
| Rituximab (MabThera) | 6 019 130 | 4 826 546 | -1 192 584 |
| Infliximab (Remsima, Remicade, Inflectra) | 9 288 051 | 8 041 526 | -1 246 525 |

Også i Tromsø er det økning i immunsuppresiva, men i Tromsø er det også endringer for remifentanil, aflibercept, azacididine og carmustine. For remifentanil er det økning i volum og pris, det samme gjelder for azacididine, mens det for carmustine har vært prisnedgang. I Tromsø har det vært en liten nedgang i gjennomsnittsprisen per DDD, slik at volumøkning forklarer omsetningsøkningen.

Også i Harstad øker salget av kostbare legemidler. Gjennomsnittsprisen per DDD har økt med 8,5 % i forhold til i 2016.

I Narvik er det også økt salg av kostbare legemidler som forklarer økningen. Pertuzumab (Perjeta) har en økning på 0,75 millioner.



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

Omsetningen i publikumsavdelingene har økt med 1,2 % i forhold til samme periode i 2016. I Tromsø har det vært en økning på 1,3 %, i Harstad på 19,3 %, mens det har vært en reduksjon på 2,1 % i Bodø.

I Tromsø er det en økning i antall solgte pakninger på resept på 4,9 %, antall solgte pakninger av reseptfrie legemidler (OTC) har økt med 10,8 %, mens antall solgte pakninger av handelsvarer i kasse har økt med 7,7 %. Omsetningsøkningen er reelt sett større enn 1,2 %, dette fordi resepter klargjort i produksjonsavdelingen i 2016 er inkludert i publikumsavdelingen. Korrigert for dette er det en omsetningsøkning på ca. 7,7 % i publikumsavdelingen i Tromsø.

I Bodø er det en økning i antall solgte pakninger på resept på 5,8 %, antall solgte pakninger av reseptfrie legemidler (OTC) har økt med 34,0 %, mens antall solgte pakninger av handelsvarer i kasse har økt med 16,6 %. Årsaken til at det til tross for økningen i antall solgte pakninger er reduksjon i omsetningen, er primært reduksjon i salg av legemidler til behandling av hepatitt-C. Her er det en reduksjon på 3,9 millioner fra 2016 til 2017.

I Harstad er det en økning i antall solgte pakninger på resept på 7,5 %, antall solgte pakninger av reseptfrie legemidler (OTC) har økt med 7,0 %, mens antall solgte pakninger av handelsvarer i kasse har økt med 6,3 %. Det har vært en betydelig økning i salget av kostbare legemidler mot blant annet kreft og hepatitt-C i Harstad. For eksempel var det i 2016 ikke salg av Imbruvica, Ibrance og Sovaldi i Harstad, mens disse er omsatt for til sammen 1,7 millioner i 2017.

Rådgivning og klinisk farmasi

Salg av rådgivningstjenester og klinisk farmasi er 0,6 millioner lavere enn budsjettert. Avviket kommer av lavere aktivitet mot kommunene enn budsjettert, og av at klinisk farmasøyt i Finnmarkssykehuset i henhold til opptrappingsplanen for klinisk farmasi ikke startet før i august.

I forhold til i 2016 har det vært en økning i omsetningen på 34 %. Økningen er en konsekvens av økningen innen klinisk farmasi som følge av opptrappingsplanen, 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 0,4 millioner lavere enn budsjettert, og 10,6 millioner høyere enn per august 2016. Dette har sammenheng med den økte omsetningen.

Vareforbruket² er på 86,0 % per august. Dette er 1,0 prosentpoeng lavere enn budsjettert og 0,7 prosentpoeng lavere enn i 2016. Reduksjonen i vareforbruk er blant annet en konsekvens av økningen i salget av handelsvarer og reseptfrie legemidler i publikumsavdelingene og redusert salg av legemidler til behandling av hepatitt-C.

Dekningsbidraget³ er på 70,8 millioner, dette er 2,1 millioner høyere enn budsjettert og 9,0 millioner høyere enn per 2. tertial 2016.

Personalkostnader og bemanning

Personalkostnadene er som budsjettert. Kostnadene til kompetanseutvikling er høyere enn budsjettert, det samme gjelder refusjoner for foreldrepermisjoner og sykefravær.

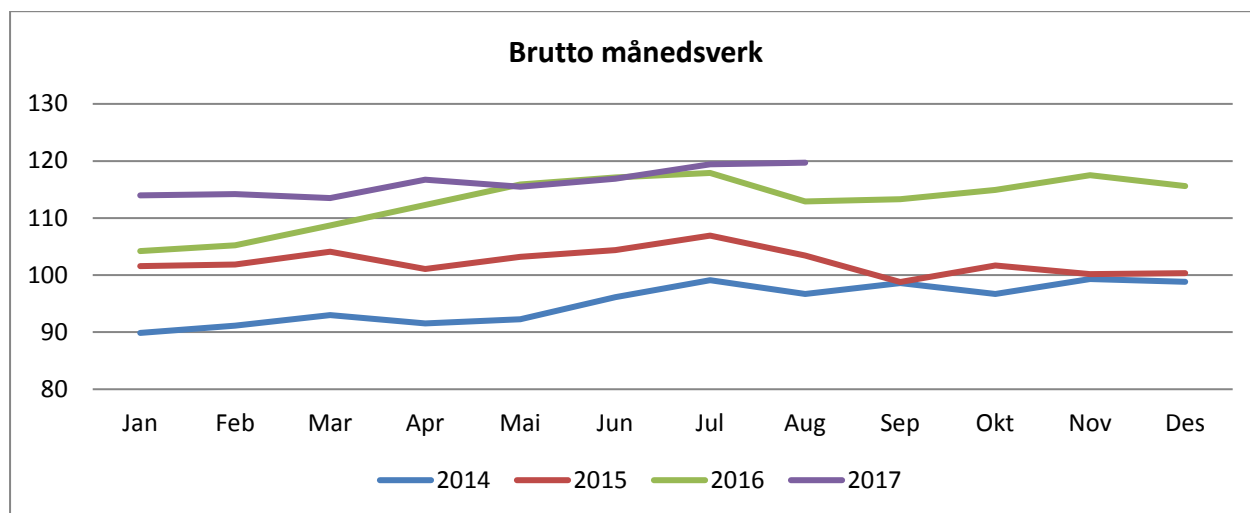
Til og med mai har pensjonskostnader blitt bokført i henhold til budsjett, men fra og med juni er pensjonskostnadene bokført i henhold til prognose fra pensjonsselskapene. Kostnadene for januar til mai er også korrigert. Dette har gitt en reduksjon i kostnadene for januar til mai på 1,62 millioner.

² Vareforbruk er varekostnader dividert på varesalg (tjenestosalg holdes utenom). Vareforbruket viser hvor stor del av inntektene som brukes til å kjøpe varer for videresalg. Lav avanse gir høyt vareforbruk.

³ Dekningsbidrag er alle inntekter med fradrag for varekostnader. Dekningsbidraget skal dekke personalkostnader, avskrivninger, andre driftskostnader med videre.

Budsjettet for pensjonskostnader er justert tilsvarende. Totalt for 2017 er budsjetterte pensjonskostnader redusert med 3,6 millioner.

I forhold til 2. tertial 2016 har personalkostnadene økt med 5,4 millioner. Dette kommer av økning i antall ansatte og av generell forventet lønnsøkning. Lønnskostnadene har økt med 3,8 millioner, mens kostnader til pensjon og arbeidsgiveravgift har økt med 0,7 millioner. Som følge av redusert sykefravær har sykefraværerefusjonen gått ned med 0,7 millioner.



Gjennomsnittlig brutto månedsverk per august 2017 er 116,6. Dette er en økning på 3,7 månedsverk i forhold til per august 2016. Bemanningen har økt med 0,3 stillinger i forbindelse etablering av organisasjon for å planlegge produksjon av radiofarmaka. Bemanningen har også økt med 4,1 stillinger innen klinisk farmasi og rådgivning. I publikumsavdelingene har det vært en reduksjon i antall månedsverk.

Andre driftskostnader

Andre driftskostnader er 0,3 millioner høyere enn budsjettert. I forhold til 2016 har andre driftskostnader økt med 3,6 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 0,9 millioner i forhold til samme periode i 2016.

Blant annet som følge av innleie av konsulenter for å vurdere fremtidige it-løsninger og samarbeid med de andre sykehusapotekforetakene for å innføre nye it-systemer, er kostnadene til eksterne tjenester 1,3 millioner høyere enn budsjettert. I forhold til 2016 har disse kostnadene økt med 1,3 millioner.

Renteinntektene er 0,3 millioner lavere enn budsjettert, dette på grunn av noe lavere likviditet enn forutsatt i budsjettet og redusert innskuddsrente i forbindelse med ny bankavtale. I forhold til i 2016 er finansinntektene redusert med 0,3 millioner.

Som følge av overskudd i publikumsavdelingene per 2. tertial er det avsatt en skattekostnad på 0,2 millioner.

Investeringer

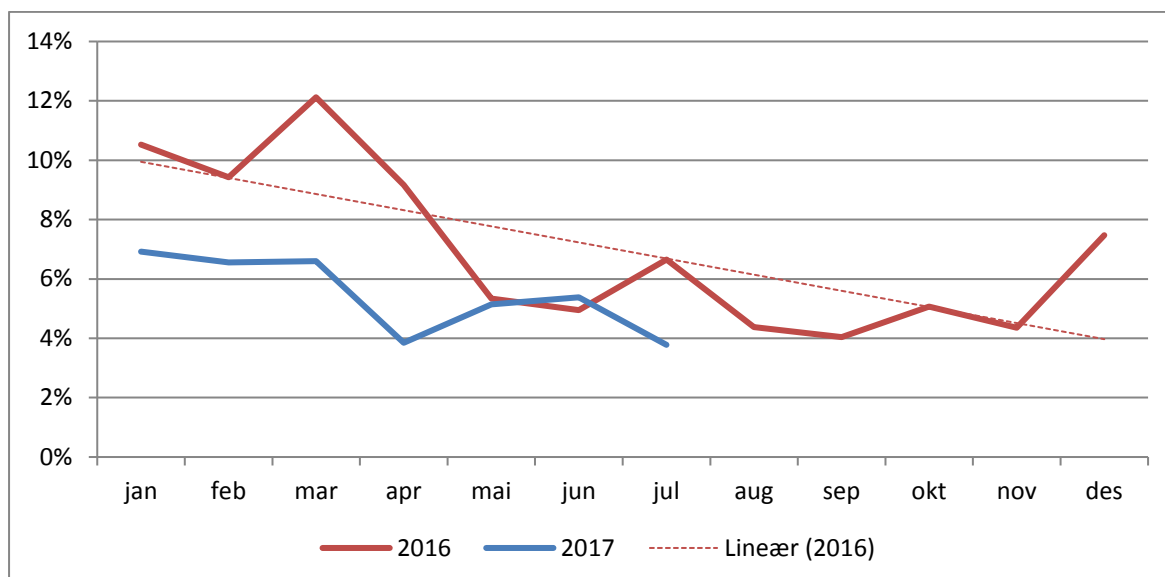
Det er investert for 0,4 millioner i 2017. Dette er diverse inventar til produksjonsavdelingen i Bodø og utstyr til ny produksjonsavdeling i Tromsø.

Prognose

Prognostisert resultat er et overskudd på 3,6 millioner. Dette er en prognose i tråd med budsjettert resultat for 2017.

Sykefravær

Sykefraværet per juli 2017 var på 5,6 %. Dette er en reduksjon på 2,8 prosentpoeng i forhold til fraværet per juli 2016.



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

I forhold til juli 2016 er det særlig det lange fraværet som har gått ned, mens det har vært en økning i det korte fraværet.

Helse Nords krav er at gjennomsnittlig sykefravær skal være under 7,5 % for 2017. Per juli er fraværet 1,9 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.

I tillegg har det under risikovurdering av de overordnede styringsmål fra Helse Nord blitt vurdert å sette i verk følgende nye tiltak:

- lederopplæring i sykefraværsoppfølging
- ergonomisk tilpasning av arbeidsplassene
- analyser av fraværsårsaker
- individuelle oppfølgingsplaner for å redusere sykefraværet

| Rapport på gjennomføring av oppdragsdokument 2017 - 2. tertial | |
|---|--|
| Styresak nr.: | 38 - 2017 |
| Møtedato: | 21. september 2017 |
| Saksbehandler: | Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen |

I henhold til oppdragsdokumentet skal Sykehusapotek Nord HF utarbeide en rapport per tertial som skal vise fremdrift på gjennomføring av punkter i oppdragsdokumentet. 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 på gjennomføring av oppdragsdokument per 2. tertial 2017.

Espen Mælen Hauge
direktør

Rapporteringsmal for tertialrapport og årlig melding 2017

For foretaksgruppen i Helse Nord



HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÄETIE



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



NORLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPIJVIESSO



SYKEHUSAPOTEK NORD
DAVVI BUOHCCEVIESSOAPOTEHKA



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA 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..... | 11 |
| 3.3 | Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) | 14 |
| 3.4 | Samhandling med kommuner og private avtaleparter..... | 19 |
| 3.5 | Kvalitet | 24 |
| 3.6 | Pasientsikkerhet..... | 28 |
| 3.7 | Smittevern..... | 29 |
| 3.8 | Andre områder | 32 |
| 3.8.1 | Klima- og miljøtiltak..... | 32 |
| 3.8.2 | Personvern og informasjonssikkerhet..... | 32 |
| 3.8.3 | Beredskap..... | 33 |
| 3.8.4 | Forskning og innovasjon | 34 |
| 4 | Sikre god pasient- og brukervedvirkning..... | 36 |
| 5 | Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell | 38 |
| 5.1 | Helse, miljø og sikkerhet (HMS)..... | 41 |
| 6 | Innfri økonomiske mål i perioden | 43 |
| 6.3 | Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning..... | 43 |
| 6.4 | Anskaffelsesområdet..... | 45 |
| 7 | Risikostyring og internkontroll..... | 47 |

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:
 - Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet.
 - Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
 - Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
 - Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
 - 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 <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding <i>Ikke aktuelt</i> |

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 <i>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.</i> <i>Fagsjef vil fortsatt holde fagsjefmøtet orientert om forbruk og etterlevelse av LIS-anbefalingene som tidlige.</i> <i>Det vises for øvrig til fagsjefmøtets vedtak i møte 15. mai med hensyn til oppfølging av avtalespesialistenes forskrivning: Fagsjefene viser til at RHF som kontraktspartner har styring og kontrollen med</i> |
|--|

Rapportering på OD 2017

avtalespesialistene. Fagsjefene forventer at RHF-et snarlig sikrer at de avtalespesialistene dette gjelder gjøres kjent med faggruppene i LIS sine anbefalinger og gjøres inneforstått med at disse skal etterfølges.

Rapporteringstekst 2. 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 vedtak i møte 15. mai med hensyn til oppfølging av avtalespesialistenes forskrivning: Fagsjefene viser til at RHF som kontraktspartner har styring og kontrollen med avtalespesialistene. Fagsjefene forventer at RHF-et snarlig sikrer at de avtalespesialistene dette gjelder gjøres kjent med faggruppene i LIS sine anbefalinger og gjøres inneforstått med at disse skal etterfølges.

Sykehusapotek Nord har på forespørsel fra UNN levert data som viser områder der det er mulig å utnytte LIS-avtalene bedre enn det gjøres i dag.

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. 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.

Rapportering på OD 2017

Rapporteringstekst 1. tertial
Ikke aktuelt

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. 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.

Rapporteringstekst 1. tertial
Ikke aktuelt

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

Rapporteringstekst 1. tertial
Ikke aktuelt

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?

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

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 Nord's 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.

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. 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

Det arbeides med kvalitetsforbedring med utgangspunkt i PDSA-sirkelen:

Planlegging

Sykehusapotek Nord Bodø og Helgeland har utarbeidet et forslag til en veileder for gjennomføring av risikovurdering av sykehusenes legemiddeltilberedning med følgende målsettinger:

- 1. Legemidlers kvalitet opprettholdes slik at de er trygge å bruke.*
- 2. Personell og omgivelser skal ikke eksponeres for virkestoff.*

Det er utarbeidet et risikovurderingsverktøy med definisjon av kritiske suksessfaktorer for tilberedning av legemidler. Det er også utarbeidet støtteverktøy for sykehusfarmasøyter for gjennomføring av risikovurdering i samarbeid med sykehusavdeling.

Gjennomføring

Risikovurderingsverktøyet er testet på 2 sykehusavdelinger ved Helgelandssykehuset, samt påbegynt på en tredje avdeling. Omfanget av risikovurderingen har vært ca. 7 timer per avdeling (intromøte og

Rapportering på OD 2017

risikovurdering). En tverrfaglig gruppe bestående av avdelingsleder, medisinansvarlig sykepleier, smittevernsykepleier og farmasøyt har definert risikoområder innenfor tilberedning i avdelingen, samt forslag til risikoreduserende tiltak. Avdelingen har fått en samlet oversikt over risiko på området, samt liste over risikoreduserende tiltak som bør iverksettes i avdelingen.

Evaluering og forbedring

De gjennomførte risikovurderingene har vært tidkrevende, og det arbeides derfor nå med å se på muligheter for forenkling av verktøyet. I tillegg er det behov for forankring av kritiske suksessfaktorer for tilberedning av legemidler i et regionalt samarbeid mellom sykehusfarmasøyter, sykepleiere og smittevern. Det er også viktig å bruke tid på forankring av risikovurderingsarbeidet internt i sykehuset for å sikre god forståelse av bakgrunnen for arbeidet. Legemiddelkomiteen og sykehusfarmasøytene vil være en pådriver for fortsatt kvalitetsarbeid på området.

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 legemiddelsøyfe», utarbeidet i FIKS2-programmet, skal helseforetakene utarbeide en felles strategi for å oppnå en lukket legemiddelsøyfe. Helse Nord RHF vil komme tilbake til hvem som skal lede arbeidet.

Rapporteringstekst 2. tertial

Sykehusapotek Nord kjenner ikke til at dette arbeidet er satt i gang, eller at Helse Nord RHF har bestemt hvem som skal lede 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?

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 samkjøringsystemet 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?

² Felles innføring kliniske systemer

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?

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

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:

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?

Helgelandssykehuset:

1. Saksbehandlingstid etter at Pasientreiser ANS har overført saken skal være mindre enn 8 dager.

Rapportering på OD 2017

Rapporteringstekst 1. 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 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?

Finnmarkssykehuset:

1. Utvikle videre tolketjenesten for den samiske befolkningen.

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?

3.2 Somatikk

1. Implementere pakkeforløp hjerneslag.

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

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

| |
|--|
| Rapporteringstekst 1. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
|--|

| |
|--|
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
|--|

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

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

| |
|--|
| Rapporteringstekst 1. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
|--|

| |
|--|
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
|--|

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

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

| |
|--|
| Rapporteringstekst 1. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
|--|

| |
|-------------------------------|
| Rapporteringstekst 2. tertial |
|-------------------------------|

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.

Rapportering på OD 2017

Ikke aktuelt

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

Rapporteringstekst 2. tertial

Ikke aktuelt

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

Rapporteringstekst 2. tertial

Ikke aktuelt

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

⁴ Perkutan koronar intervensjon

| |
|---|
| Rapporteringstekst 1. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |

Foretaksspesifikke krav:

Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge:

1. Levere plan for gjennomføring av oppgavedelingsprosjektet i radiologi innen 1. tertial.

| |
|---|
| Rapporteringstekst 1. tertial <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |

Styringsparametere 2017:

1. Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid⁵ (skal være minst 70%).

| |
|---|
| Rapporteringstekst 1. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |

⁵ Andel pakkeforløp som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk, medikamentell- eller strålebehandling, som er innenfor standard forløpstid, for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, nevroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.

3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

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

| |
|---|
| Rapporteringstekst 1. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |

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

| |
|---|
| Rapporteringstekst 1. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |

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

| |
|---|
| Rapporteringstekst 1. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |

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 2015⁶.

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. 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 LAR⁷ 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?

⁶ Rapport 2015: Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner.

⁷ Legemiddelassistert rehabilitering

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?

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

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. 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?

Foretaksspesifikke krav:

Finmarkssykehuset og Helgelandssykehuset:

1. Ferdigstille plan for riktig og redusert bruk av tvang innen 1. juni.

Rapporteringstekst 1. 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 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?

Universitetssykehuset Nord-Norge:

1. Etablere relevant følgeforskning ved innføring av medikamentfritt behandlingstilbud ved alvorlige psykiske lidelser.

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?

Styringsparametere:

Rapportering på OD 2017

1. Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument"⁸ og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). Kommunal ø-hjelpsplikt innføres i psykisk helsevern og rus fra 2017, og midlene overført fra hvert RHF til KMD synliggjøres i ressursbruken innen psykisk helsevern og TSB (fordelingen av overførte midler til KMD er om lag 96 og 4 pst.). (Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større økning i kostnader, årsverk og aktivitet).

Rapporteringstekst 1. 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 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?

Andre krav:

- Status for prosjekt(er) vedr transport av psykisk ustabile personer, jf oppdrag i brev av 27. juni 2014 hvor det er forutsatt ordinær rapportering gjennom ordinære rutiner samt sluttevaluering etter utløpet av prosjektperioden (2017, opprinnelig 2016).

Rapporteringstekst 2. tertial

Ikke aktuelt

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 Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Betanien Hospital Skien, Martina Hansen Hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Haugesund Sanitetsforeningens Revmatismesykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Hospitalet Betanien, Jæren DPS, Solli sykehus, Olaviken og Bjørkeli Voss.

3.4 Samhandling med kommuner og private avtaleparter

1. Delta i læringsnettverket *Gode pasientforløp*⁹.

| |
|---|
| Rapporteringstekst 1. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |

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

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

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

| |
|---|
| Rapporteringstekst 1. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |

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

| |
|---|
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |

⁹ Læringsnettverk for å utvikle gode pasientforløp for eldre og kronisk syke.

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?

6. Sikre at legemiddelhåndtering med god kvalitet inngår i hele behandlingsskjeden. 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

I kommuner hvor en har avtale om farmasøytisk tilsyn utøves revisjoner på legemiddelområdet, bistand i utarbeidelse av prosedyrer og retningslinjer for legemiddelhåndtering samt legemiddelgjennomganger for pasienter innlagt i kommunehelsetjenesten.

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.

Rapporteringstekst 2. 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

I kommuner hvor en har avtale om farmasøytisk tilsyn utøves revisjoner på legemiddelområdet, bistand i utarbeidelse av prosedyrer og retningslinjer for legemiddelhåndtering samt legemiddelgjennomganger for pasienter innlagt i kommunehelsetjenesten.

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.

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 aktivt i arbeidet til nasjonal standardisering innen IKT-området jf. Stortingsmelding nr. 9¹⁰ 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?

Foretaksspesifikke krav:

Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset:

1. Ta i bruk Samhandlingsbarometeret¹¹ i samarbeid med overordnet samarbeidsorgan (OSO).

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?

Helse Nord IKT:

1. Ansvar for at organisasjonen er dimensjonert til, innen rimelig tid, å kunne levere på konkrete bestillinger. «Rimelig tid» konkretiseres og formaliseres i tjenestenivåavtaler med helseforetakene og Helse Nord RHF. Det skal avklares om krav til responstid skal avspeiles i ulike timepriser innen 1. mai.

Rapporteringstekst 1. 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?

¹⁰ Én innbygger – Én journal

¹¹ Kunnskapsbank for samhandling: www.samhandlingsbarometeret.no

2. Etablere et testsenter som benyttes aktivt for testing av eksisterende og ny funksjonalitet og driftsendringer. QA¹²-installasjoner skal først etableres for DIPS, Sectra, integrasjonsplattformen og digitale pasienttjenester. Testsenteret skal kunne utføre ende-til-ende-testing fra helsenorge.no og inn til sentralt QA-miljø med akseptansetester. Helse Nord IKT skal senest ved utløp av 1. tertial bekrefte at testsenteret er i drift på de tjenester som er etablert.

Rapporteringstekst 1. 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 elektroniske meldinger til enhver tid er i tråd med siste versjon av nasjonale standarder. Bekrefte etterlevelse innen utløp 1. tertial. For eventuelle områder med avvik fra nasjonale standarder, skal dette begrunnes.

Rapporteringstekst 1. 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?

4. Adresseregisteret tilgjengeliggjort fra Norsk Helsenett skal benyttes i hele regionen innen utløpet av 1. tertial.

Rapporteringstekst 1. 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. Drifte og forvalte integrasjonsbuss (ESB)¹³ i tråd med anbefalingene knyttet til tjenesteorientert arkitektur og med de standarder som defineres av Direktoratet

¹² Quality Assurance – betyr kvalitetssikring.

¹³ ESB – Enterprise Service Bus – Et informasjonssystem mellom programvare som deler informasjon.

Rapportering på OD 2017

for e-helse samt Nasjonal IKT. Integrasjonsgrensesnitt som utvikles skal i så stor utstrekning som mulig kunne gjenbrukes i andre helseregioner.

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. Sikre at det foreligger tilstrekkelig ressurser til å realisere regionens sentrale integrasjonsbehov slik disse er utledet av behov definert i prosjekt porteføljen. Leveransene gjennomføres uten unødvendige forsinkelser for de aktuelle hovedprosjekter – enten ved interne ressurser eller i form av partnerskap ved eksterne aktører.

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. Helse Nord IKT har et særlig ansvar å orientere Helse Nord RHF om de tilfeller det iverksettes tiltak eller prosjekter som bryter med regionens vedtatte strategier og planer innen IKT-området.

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 <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |

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 <i>Det er ikke blitt gjennomført hendelsesanalyser i Sykehusapotek Nord, men farmasøyter fra foretaket har bidratt i hendelsesanalyser gjennomført ved andre foretak i regionen.</i> <i>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> <i>I arbeidet med utbedring av avviksrapporteringen i foretaket vil klassifikasjonssystemet til meldeordningen bli vurdert tatt inn, dersom det er aktuelt.</i> |
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Det er ikke blitt gjennomført hendelsesanalyser i Sykehusapotek Nord, men farmasøyter fra foretaket har bidratt i hendelsesanalyser gjennomført ved andre foretak i regionen.</i> <i>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> <i>I arbeidet med utbedring av avviksrapporteringen i foretaket vil klassifikasjonssystemet til meldeordningen bli vurdert tatt inn, dersom det er aktuelt.</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |

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

- Ta i bruk ny elektronisk løsning for GTT¹⁴-granskning og bruke statistikken aktivt i forbedringsarbeid.

¹⁴ Global Trigger tool

Rapportering på OD 2017

| |
|---|
| Rapporteringstekst 1. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |

- Delta i arbeidet med å definere behov for pasientrapporterte erfaringer (PROMS¹⁵ og PREMS¹⁶), 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 <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |
|---|

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

| |
|---|
| Rapporteringstekst 1. tertial <i>Det er ikke gjennomført fagrevisjoner hvor personer fra Sykehusapotek Nord har deltatt.</i> |
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Det er ikke gjennomført fagrevisjoner hvor personer fra Sykehusapotek Nord har deltatt.</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |

- Delta i utvikling av modulbasert opplæringsprogram i forbedringsarbeid.

| |
|---|
| Rapporteringstekst 1. tertial <i>Sykehusapotek Nord har en representant i arbeidsgruppen.</i> |
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Sykehusapotek Nord har en representant i arbeidsgruppen.</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |

¹⁵ Pasientrapporterte resultater av behandling

¹⁶ Pasientrapporterte erfaringer

Rapportering på OD 2017

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

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

- Rapportere tertialvis hvor mange hendelsesanalyser som er gjennomført.

| |
|---|
| Rapporteringstekst 1. tertial <i>Det er ikke blitt gjennomført hendelsesanalyser i Sykehusapotek Nord, men farmasøyter fra foretaket har bidratt i hendelsesanalyser gjennomført ved andre foretak i regionen.</i> |
|---|

| |
|---|
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Det er ikke blitt gjennomført hendelsesanalyser i Sykehusapotek Nord, men farmasøyter fra foretaket har bidratt i hendelsesanalyser gjennomført ved andre foretak i regionen.</i> |
|---|

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

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge:

- Lede arbeidet med utvikling av modulbasert opplæringsprogram for forbedringsarbeid.

| |
|--|
| Rapporteringstekst 1. tertial <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |
|--|

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

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

Styringsparametere:

- Pasienters erfaring med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp) i 2016 (minst 10 poeng forbedring på parameterne utskrivning og samhandling).

| |
|----------------------------------|
| 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?

- 30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2016 (uansett årsak til innleggelse).

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?

- 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 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?

- 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 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?

- 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 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?

- Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene (Reduseres med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012).

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?

- Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert skal være 100 %.

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?

3.6 Pasientsikkerhet

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

| |
|--|
| Rapporteringstekst 1. tertial <i>Sykehusapotek Nord bidrar i sykehusenes implementering og oppfølging av Pasientsikkerhetsprogrammets tiltak Samstemming av legemiddellister.</i> |
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Sykehusapotek Nord bidrar i sykehusenes implementering og oppfølging av Pasientsikkerhetsprogrammets tiltak Samstemming av legemiddellister.</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |

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:
 - 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.

Rapporteringstekst 2. tertial

Farmasøyter fra Sykehusapotek Nord deltar i sykehusenes antibiotikateam.

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?

- 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.

Rapporteringstekst 2. tertial

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

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. 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 <i>Farmasøyter fra Sykehusapotek Nord bidrar i innsamling av data til prevalensundersøkelsene både ved Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset i Nord-Norge.</i> |
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Farmasøyter fra Sykehusapotek Nord bidrar i innsamling av data til prevalensundersøkelsene både ved Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge.</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |

5. NOIS¹⁷-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 <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |

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

| |
|---|
| Rapporteringstekst 1. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Ikke aktuelt</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |

Foretaksspesifikke krav:

¹⁷ Overvåkningssystemet for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner

Helgelandssykehuset:

1. Opprette stilling for hygienesykepleier med ansvar mot kommunehelsetjenesten.

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?

Styringsparametere:

- Andel sykehusinfeksjoner er redusert sammenlignet med 2016.

Rapporteringstekst 1. tertial

Ikke aktuelt

Rapporteringstekst 2. tertial

Ikke aktuelt

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?

- Bredspekteret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenlignet med 2012¹⁸.

Rapporteringstekst 1. tertial

Ikke aktuelt

Rapporteringstekst 2. tertial

Ikke aktuelt

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?

¹⁸ Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner)

3.8 Andre områder

3.8.1 Klima- og miljøtiltak

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

Rapporteringstekst 2. tertial

Resertifisering av miljøstyringssystemet etter ISO-14001:2015 skal gjøres i uke 40.

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:
 - Energiforbruk
 - Avfall
 - Vann
 - 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?

Foretaksspesifikke krav:

Helse Nord IKT:

1. Etablere tiltak for gjenbruk av utstyr, f.eks. ved avhending til ideelle organisasjoner.

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.

Rapportering på OD 2017

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 risikoen.

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

Rapporteringstekst 2. tertial

Personvernombud er utpekt.

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
Ikke aktuelt

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 brukermedvirkning.

Rapportering på OD 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?

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

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 brukervedvirkning

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 brukervedvirkning 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 PasOpp¹⁹-undersøkelsen. Iverksette tiltak for å forbedre utskrivningsamtalen og sikre at pasient/pårørende får nødvendig informasjon:
 - om sin sykdom
 - om medikamentene
 - 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.

Rapporteringstekst 2. 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.

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?

¹⁹ Nasjonale brukererfaringsundersøkelser

Rapportering på OD 2017

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?

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 LIS²⁰1-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?

²⁰ 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?

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge:

1. Ansvar for drift av Regionalt utdanningskontor (RegUt). Dette innebærer ansvar for at RegUt bemannes med tilstrekkelig og relevant kompetanse i henhold til de funksjoner og oppgaver som tilligger enheten. Dette er beskrevet i mandat for Regionalt utdanningskontor.

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.

Rapporteringstekst 2. 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.

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. 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.

Rapportering på OD 2017

| |
|---|
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Sykehusapotek Nord har et sykefravær på 5,8 % per andre kvartal 2017. Dette er en nedgang på 2,7 prosentpoeng i forhold til per 2. kvartal 2017. Sykehusapotek Nord har tiltak som forebygger sykefravær, for eksempel arbeidsmiljøutvalg og samarbeidsutvalg (AMU og SU), stressmestringskurs, IA-avtale og bedriftshelsetjeneste.</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |

Foretaksspesifikke krav:

Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge:

1. Etablere nærværprosjekt med tiltak for å nå målsettingene om sykefravær under 7,5 % innen 1.7.2017.

| |
|---|
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |

Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset:

1. Evaluere eksisterende nærværprosjekt og rapporter i tertialrapport 2.

| |
|---|
| Rapporteringstekst 2. tertial <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |

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
Ikke aktuelt

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?

Foretaksspesifikke krav:

Helgelandssykehuset:

1. Etablere husleiemodell, og rapportere erfaringer innen 1. desember.

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?

Nordlandssykehuset:

1. Ferdigstille utviklingsplan innen 1. mars 2018, i tråd med veileder for utviklingsplan.

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?

Universitetssykehuset Nord-Norge:

1. Ferdigstille utviklingsplan innen 31. desember 2017, i tråd med veileder for utviklingsplan.

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 ivaretas av logistikkansvarlige i respektive sykehusapotekavdelinger. Det samarbeides også på tvers av sykehusapotekforetakene som har egen grossistadministrasjon.

Rapporteringstekst 2. 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 ivaretas av logistikkansvarlige i respektive sykehusapotekavdelinger. Det samarbeides også på tvers av sykehusapotekforetakene som har egen grossistadministrasjon.

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. 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:
 - Innen 30. november levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres i 2018.
 - 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.

Rapportering på OD 2017

Rapporteringstekst 2. tertial

Sykehusapotek Nord har gjennomført evaluering for å se om Clockwork kan oppfylle foretakets behov for ERP-system til erstatning for FarmaPro. Evalueringen konkluderer med at Clockwork kan benyttes som ERP-system. Arbeidet med å implementere Clockwork starter i løpet av høsten 2017.

Sykehusapotek Nord har ikke planlagt større anskaffelser i 2018 ut over utstyr og inventar til ny produksjonsavdeling i Tromsø. Anskaffelser i forbindelse med dette er gjennomført.

Rapportering på artikkelnivå mht. hvilken avtale og til hvilke vilkår vil ikke være mulig før Clockwork er fullt implementert. Alt kjøp av legemidler for videresalg kan dog rapporteres på varenummernivå mht. avtale og vilkår. Dette omfatter det vesentligste av Sykehusapotek Nord's innkjøpsvirksomhet.

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. 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)²¹.
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 risikovurderinger²², 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.

Rapporteringstekst 2. tertial

Risikovurderinger i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord ble gjennomført 14. mars. Rapport etter risikovurdering ble styrebehandlet 1. juni. Styrebehandling av oppfølging og status er planlagt gjennomført 21. september.

Delmål 1, 2, 3 og 5 er vurdert til ikke å være aktuelle for Sykehusapotek Nord.

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.

²¹ 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).

²² Viser til brev oversendt foretakene 24.2.2016 «Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord i 2016»

Rapportering på OD 2017

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)

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.

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?

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

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

Rapporteringstekst 2. tertial

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

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?

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.:
 - Måloppnåelse innenfor de fire overordnede mål jf. kapittel 2.
 - Vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte.
 - Informasjonssikkerhet.
 - Klima og miljø.
 - Beredskap.
 - Risikostyring.

Gjennomgangen skal være basert på relevant informasjon, inklusiv:

- Sammenlignbar statistikk.
- Resultater fra eksterne og interne tilsyn og revisjoner samt status for oppfølging av disse.

Rapportering på OD 2017

- Gjennomførte risikovurderinger, jf. retningslinjer i Helse Nord (RL1602).
- Lovkrav og forskrifter.

| |
|--|
| Rapporteringstekst 1. tertial |
| <i>Ledelsens gjennomgang ble gjennomført 4. april. Resultatene fra gjennomgangen behandles i styremøte 1. juni.</i> |
| Rapporteringstekst 2. tertial |
| <i>Ledelsens gjennomgang ble gjennomført 4. april. Resultatene fra gjennomgangen ble behandlet i styremøte 1. juni. Oppfølging etter ledelsens gjennomgang er planlagt behandlet i styret 25. oktober.</i> |
| Rapporteringstekst Årlig melding |
| <i>Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?</i> |



| Budsjett 2018, premisser og føringer | |
|---|--|
| Styresak nr.: | 39 – 2017 |
| Møtedato: | 21. september 2017 |
| Saksbehandler: | økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen |
| Vedlegg: | Budsjettbrev 2 – Budsjett 2018-2021 |

I henhold til Budsjettbrev 2 – Budsjett 2018-2021, skal helseforetakene oppdatere og styrebehandle sine bærekraftsanalyser som del av videre budsjettbehandling, med de endringer i rammebetingelsene som følger av plan 2018-2021, innen 1. oktober 2017. I denne forbindelse bes det om at helseforetaksstyrene orienteres om føringer og premisser i Plan 2018-2021.

Sykehusapotek Nord har utarbeidet bærekraftanalyse i henhold til retningslinjene fra Helse Nord, og denne legges med dette frem for styret. Bærekraftanalysen er hovedsakelig en videreføring og revidering av analysen som ble behandlet i sak 18-2016.

Direktørens innstilling til vedtak

Styret for Sykehusapotek Nord tar premissene for budsjett 2018 til orientering.

Espen Mælen Hauge
direktør

Budsjettforutsetningene spesifisert i budsjettbrev 2 som gjelder Sykehusapotek Nord er:

- Krav til resultat for perioden 2018-2025 er balanse.
- Helse Nord's handlingsrom for 2018 skal blant annet disponeres til styrking av klinisk farmasi. Midlene fra Helse Nord til klinisk farmasi øker fra 3 millioner i 2017 til 7 millioner i 2018.
- Investeringsrammene er kr 8 millioner i 2018, 4,5 millioner for 2019 og deretter kr 3 millioner per år for 2020 og 2021. Fra 2022 er det ikke fastsatt investeringsramme.
- Det legges til grunn at nivået for pensjonskostnader fra justert budsjett 2017 videreføres. Dette vil si at sist kjente pensjonskostnad for 2017 + 2,3 % lønns- og prisvekst 2018 skal benyttes i budsjettet. Budsjetterte pensjonskostnader må oppdateres når aktuarberegning for 2018 foreligger.
- For administrative it-systemer skal det legges til grunn en kostnad på 0,5 millioner (kan bli endret i løpet av høsten). Dette er samme beløp som i vedtatt budsjett 2017 justert med 2,3 % lønns- og prisvekst.
- Det kan foreløpig legges til grunn et estimat på 2,3 % lønns- og prisvekst for 2018.
- Basert på dagens betingelser bør det legges til grunn en rente på 1,15 % for innskudd i 2018.

Følgende avklaringer foretas senere:

- Fordeling av forskningsmidler
- Konsekvenser av statsbudsjettet, herunder
 - Lønns- og prisjustering
 - Endelige pensjonskostnader
- Detaljbudsjett for administrative it-systemer

Andre forhold som påvirker budsjettet for 2018

I tillegg til forutsetningene gitt av Helse Nord RHF vil følgende forhold påvirke budsjettet for 2018:

- Produksjon i PET er planlagt med oppstart våren 2018. Dette medfører nye stillinger, økte inntekter, økte varekostnader med videre. Detaljene for dette er foreløpig ikke klare.
- Flytting av produksjonsavdelingen i Tromsø til nye lokaler i PET-senteret. Dette medfører en del investeringer i nytt utstyr, samt at det utløser ombygging av lokalene der produksjonsavdelingen holder til i dag. Flyttingen vil også medføre en betydelig økning i husleie, dette må håndteres i budsjettet.
- Plan for styrking av klinisk farmasi i Helse Nord ble vedtatt i plan for Helse Nord 2017-2024. Dette medfører at Sykehusapotek Nord skal øke leveransen av klinisk farmasi til helseforetakene med kr 4 millioner i 2018 til totalt kr 7 millioner. Beløpet skal etter planen økes hvert år i perioden 2018-2020.
- Utskifting av FarmaPro vil medføre kostnader i forbindelse med ansettelse av prosjektleder og kostnader i forbindelse med utvikling av nytt apoteksystem.
- Publikumsavdelingene skal samlet levere overskudd i henhold til krav fra Helse Nord.
- Statsbudsjettet kan inneholde endringer i avansemodellen for legemidler.

I henhold til budsjettbrev 2 har Sykehusapotek Nord følgende investeringsrammer:

2017: 3,0 millioner
2018: 8,0 millioner
2019: 4,5 millioner
2020: 3,0 millioner
2021 3,0 millioner

Investeringsplan er som følger (tall i millioner):

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-------------------------------------|------|------|------|------|------|
| Inventar og lagerautomat Harstad | | | 3,0 | | |
| Isolator og prod.utstyr Tromsø | | 2,5 | | | |
| Ombygging gamle prod.lokaler Tromsø | | 1,5 | | | |
| Endosepakkemaskin Bodø | | 2,5 | | | |
| Forretningsystemer | | 1,5 | 1,5 | 1,5 | |
| Annet | 1,0 | | | 1,5 | 3,0 |
| Sum investeringer | 1,0 | 8,0 | 4,5 | 3,0 | 3,0 |

Inventar og lagerautomat Harstad:

I forbindelse med omdisponering av areal ved UNN Harstad er det mulig at sykehusapoteket må flytte til nye lokaler der apotekets avdelinger kan samlokaliseres. En samlokalisering kan gjøre det aktuelt å anskaffe lagerautomat, og i alle fall er det nødvendig å anskaffe en del nytt inventar. Dersom apoteket ikke skal flytte vil det uansett snart være nødvendig å bytte en del inventar.

Flytting av produksjonsavdelingen i Tromsø

I forbindelse med flytting av produksjonsavdelingen i Tromsø til PET-senteret vil det være nødvendig å anskaffe en del nytt utstyr, blant annet isolatorer, sikkerhetsbenk, vannrenseanlegg, kjøleskap og fryserer.

Endosepakkemaskin Bodø

Nordlandssykehuset vurderer for tiden sin strategi for forsyning av legemidler. Dersom sykehuset lander på å de ønsker å ta i bruk pasientbundne endoser vil det være nødvendig å anskaffe en endosepakkemaskin.

Forretningsystemer

FarmaPro fases ut i løpet av 2019-2020 og i den forbindelse må det anskaffes en erstatning for de funksjonene som ikke dekkes av apotekforeningens nye system – DIFA. Funksjoner som ikke dekkes er kasse, brukergrensesnitt, ordre, lager, fakturering og innkjøp (OLFI). Det må anskaffes systemer som kan fylle disse funksjonene. Det er besluttet at kasse og brukergrensesnitt anskaffes av sykehusapotekforetakene i fellesskap, mens Sykehusapotek Nord selv må anskaffe system for OLFI. Det er stor usikkerhet knyttet til kostnader i forbindelse med anskaffelse av nye systemer.

Ombygging gamle produksjonslokaler Tromsø

I forbindelse med at produksjonsavdelingen flytter til PET-senteret frigjøres dagens produksjonsarealer til andre formål. Sykehusapotek Nord's foretaksledelse er i dag spredt på flere bygg i Breivika, det er for få møterom og arbeidsplasser til de ansatte i publikumsavdelingen og sykehusekspedisjonen, samt at det vil bli behov for flere arbeidsplasser i forbindelse med

opptrappingsplanen for klinisk farmasi. Sykehusapotek Nord ønsker derfor å bygge om dagens produksjonslokaler til arbeidsplasser, kontorer og møterom.

De foreslåtte investeringene vil medføre økte kostnader, hovedsakelig som følge av økte avskrivninger (tall i hele tusen):

| | Avskr.tid | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Inventar og lagerautomat Harstad | 10 | | 0,2 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| Isolator og produksjonsutstyr Tromsø | 10 | 0,1 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| Endosepakkemaskin Bodø | 10 | 0,1 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| Kasse/POS og ERP | 5 | | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | | |
| Ombygging gamle lokaler produksjon Tromsø | 20 | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| Annet | 10 | 0,1 | 0,1 | 0,3 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 |
| Sum avskrivninger investeringsplan | | 0,4 | 1,7 | 2,1 | 2,3 | 2,3 | 2,3 | 1,4 | 1,4 |
| Av investeringer 2002-2017 | | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,4 |
| TOTALT AVSKRIVNINGER | | 2,0 | 3,3 | 3,7 | 3,8 | 3,8 | 3,8 | 2,9 | 2,8 |

Tiltak for å oppnå balanse

De planlagte investeringene gjør at det vil være nødvendig å gjennomføre tiltak for å oppnå balanse.

| Tiltak | Risiko | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|-------------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Økt oms. publikumsavdelingene | 3 | 1 000 | 1 000 | 1 000 | 1 000 | 1 000 | 1 000 | 1 000 | 1 000 |
| Prisøkning produksjon Tromsø | 2 | 525 | 750 | 750 | 750 | 750 | 750 | 750 | 750 |
| Prisøkning endosemaskin | 1 | 125 | 250 | 250 | 250 | 250 | 250 | 250 | 250 |
| Generell effektivisering | 3 | | 1 000 | 1 000 | 1 000 | 1 000 | 1 000 | 1 000 | 1 000 |
| Sum tiltak risiko 1 | 1 | 125 | 250 | 250 | 250 | 250 | 250 | 250 | 250 |
| Sum tiltak risiko 2 | 2 | 525 | 750 | 750 | 750 | 750 | 750 | 750 | 750 |
| Sum tiltak risiko 3 | 3 | 1 000 | 2 000 | 2 000 | 2 000 | 2 000 | 2 000 | 2 000 | 2 000 |
| Sum tiltak | | 1 650 | 3 000 | 3 000 | 3 000 | 3 000 | 3 000 | 3 000 | 3 000 |

De ulike risikokategoriene som er benyttet er:

1. Usannsynlig at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan
2. Lav sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan
3. Middels sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan

Tiltakene som er listet opp gir indikasjoner på hvordan investeringene kan finansieres. I forbindelse med ombygging og nybygging av produksjonslokaler og anskaffelser av produksjonsutstyr, forutsettes det både effektivisering av driften som følge av nye lokaler og medfinansiering fra sykehusene.

Anskaffelse av endosepakkemaskin forutsetter at denne finansieres av Nordlandssykehuset, enten i form av økte priser på endosepakkede legemidler, eller ved direkte viderefakturering av driftskostnadene.

Det er nødvendig å effektivisere driften i alle de vareleverende avdelingene i foretaket, dette for å finansiere investeringer og driftskostnader i forbindelse med nye forretningssystemer, i tillegg til å sikre bærekraft for eventuelle andre forhold. Publikumsavdelingene må i tillegg sørge for resultater som er gode nok til å sikre oppnåelse av overskuddskravet.

Bærekraft

| Bærekraftsanalyse | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--|------------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|------------|
| Sum driftsinntekter | 480,4 | 510,9 | 527,9 | 545,4 | 557,9 | 570,7 | 583,9 | 597,3 | 611,0 |
| Sum driftskostnader ekskl. avskrivninger | 475,8 | 508,2 | 525,4 | 542,8 | 555,3 | 566,4 | 579,4 | 592,8 | 606,4 |
| Sum avskrivninger | 1,8 | 2,0 | 3,3 | 3,7 | 3,8 | 3,8 | 3,8 | 2,9 | 2,8 |
| Netto rente | -0,9 | -0,7 | -0,6 | -0,6 | -0,6 | -0,7 | -0,7 | -0,7 | -0,8 |
| Totale kostnader | 476,7 | 509,5 | 528,1 | 545,9 | 558,5 | 569,6 | 582,5 | 594,9 | 608,5 |
| Økonomisk Resultat | 3,7 | 1,4 | -0,2 | -0,5 | -0,6 | 1,2 | 1,3 | 2,4 | 2,6 |
| Vedtatt resultatkrav | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Avvik fra resultatkrav, før effekter av vedtatte tiltak | 3,7 | 1,4 | -0,2 | -0,5 | -0,6 | 1,2 | 1,3 | 2,4 | 2,6 |
| Tiltaksplan¹ | | | | | | | | | |
| Risiko 1 | | 0,1 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| Risiko 2 | | 0,5 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,9 | 0,9 | 0,9 |
| Risiko 3 | | 1,0 | 2,1 | 2,1 | 2,2 | 2,2 | 2,3 | 2,3 | 2,4 |
| Sum effekter tiltaksplan | | 1,7 | 3,1 | 3,2 | 3,3 | 3,4 | 3,4 | 3,5 | 3,6 |
| Avvik fra resultatkrav, etter effekter av vedtatte tiltak | 3,7 | 3,1 | 2,9 | 2,7 | 2,7 | 4,5 | 4,8 | 5,9 | 6,2 |

Bærekraftsanalysen forutsetter en vekst i inntekter på 2,3 % og en lønns- og prisvekst på 2,3 %. Inntektene har samme økning som kostnadene for å ta høyde for eventuelt økende vareforbruk.

Analysen er satt opp i henhold til modell som benyttes i Helse Nord.

Utgangspunktet for analysen er budsjetterte inntekter og kostnader i 2017.

Opptrappingsplan for klinisk farmasi og PET-produksjon er lagt inn med like stor inntekter og kostnader, mens kostnader i forbindelse med implementering av nytt forretningssystem og økt husleie for produksjonsavdelingen i Tromsø er lagt inn som økte kostnader.

Økningen i avskrivningene som følge av nye investeringer er større enn reduksjonen som følge av at tidligere gjennomførte investeringer er ferdig avskrevet. Dette medfører en økning i avskrivninger fra 1,8 millioner i 2017 til 3,8 millioner i 2021.

Resultatkravet i henhold til Helse Nord-styresak 72-2016 er 0 i hele perioden.

¹ Tiltakene i tiltaksplanen er prisjustert i bærekraftsanalysen, og beløpene samsvarer derfor ikke med beløpene i tiltaksoversikten.

Bærekraftanalysen viser et resultat som er noe bedre enn resultatkravet i hele perioden. Dette er nødvendig for å kunne finansiere andre kostnader som følger av investeringene enn avskrivninger (lisenser, vedlikehold og lignende), samt for å ta høyde for andre uforutsette hendelser. Resultatet er hele tiden nært kravet, slik at det vil være nødvendig å jobbe aktivt for å klare å realisere de forventede effektene av investeringene som er gjennomført og som planlegges gjennomført i årene fremover.

Likviditet

| Likviditetsberegning | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter | | | | | | | | | |
| Budsjettert resultat | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Avskrivninger/nedskrivninger | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| Diff pensjonskostnad/premie | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| Kontantstrøm fra investeringsaktiviteter | | | | | | | | | |
| Investeringsbudsjett | -1 | -8 | -5 | -3 | -3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter | -1 | -8 | -5 | -3 | -3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | | | | |
| Netto endring i kontanter | 1 | -6 | -1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| IB 01.01 | 20 | 21 | 15 | 14 | 14 | 15 | 19 | 23 | 23 |
| UB 31.12 | 21 | 15 | 14 | 14 | 15 | 19 | 23 | 26 | 28 |

Dersom Sykehusapotek Nord oppnår et resultat i henhold til resultatkrav i perioden vil det ikke være nødvendig å ta opp lån for å finansiere investeringene.

Likviditetsbeholdningen vil reduseres til 15 millioner i 2018 som følge av de planlagte investeringene, for så å øke til 28 millioner ved utløpet av 2025. Dette forutsetter at det ikke gjennomføres investeringer i perioden 2022-2025.

Direktørens vurderinger

Bærekraftsanalysen viser at Sykehusapotek Nord vil kunne gjennomføre de planlagte investeringene. Dette forutsetter at prisene mot sykehusene og andre kan økes for å finansiere de nødvendige investeringene i produksjonslokaler og isolatorer. Det vil være nødvendig at sykehusene betaler en betydelig del av de nødvendige investeringene i produksjonslokaler og produksjonsutstyr for å sikre en kvalitet i tråd med myndighetspålagt krav, og en bærekraftig økonomi i Sykehusapotek Nord.

Samtidig må omsetningen i publikumsavdelingene øke for å oppnå overskuddskrav og for å finansiere nye ikt-systemer med videre. Det vil også være nødvendig å effektivisere den øvrige driften for å kunne finansiere anskaffelse og drift av nye ikt-systemer.

I tillegg til investeringsramme for å finansiere anskaffelse av nye ikt-systemer vil det være nødvendig å styrke bemanningen i forhold til kapasitet og kompetanse for å gjennomføre anskaffelse og implementering.

Helseforetakene i Helse Nord

SENDES KUN PER E-POST

Deres ref.:

Vår ref.:
2017/58-4/ 123

Saksbehandler/dir.tlf.:
Jan-Petter Monsen, 906 53 840

Sted/dato:
Bodø, 14.06.2017

Budsjettbrev 2 Budsjett 2018-2021

Styret i Helse Nord RHF behandlet i møte 23. mai 2017 *styresak 54-2017 Plan 2018-2021, inkl. rullering av investeringsplan 2018-2025.*

Dette brevet redegjør for budsjettpremisser, investeringsplan og krav til budsjettprosessen for budsjett 2018. Inntektsrammer, investeringsrammer, resultatkrav og prioriteringer for 2019-2025 er gjenstand for årlig rullering. For utfyllende informasjon vises det til styresak, utredning og endelige vedtak som følger vedlagt.

Planpremissene er oppdatert med ytterligere informasjon sammenlignet med styresak 54-2017:

- Effekter av endringer i pasientstrømmer psykisk helse og rus er innarbeidet
- Effekter av forbruk av private helsetjenester finansiert direkte fra RHF er innarbeidet (somatisk rehabilitering og innen psykisk helse)
- Effekter av forventede lavere pensjonskostnader er innarbeidet
- Framskrivning av IKT-kostnader er oppdatert

Helseforetakene må oppdatere og styrebehandle sine bærekraftsanalyser som del av videre budsjettbehandling, med de endringer i rammebetingelsene som følger av vedlagte plan 2018-2021, innen 1. oktober 2017. I denne forbindelse bes det om at helseforetaksstyrene orienteres om føringer og premisser i Plan 2018-2021.

Mål, aktivitet og prioritering

Helse Nord RHF skal innrette sin virksomhet i tråd med følgende overordnede styringsmål fra Helse- og omsorgsdepartementet:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

HOD viderefører visjonen om pasientens helsetjeneste. Det betyr at pasientene i Helse Nord skal oppleve kvalitet, trygghet og respekt i møtet med helsetjenesten og få delta i beslutninger som omhandler egen behandling. Tjenestene skal være helhetlige og sammenhengende - også mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

For at Helse Nord RHF skal innfri styringsmålene fra HOD innretter vi styringsdialogen i samsvar med de fire viktigste målene for Helse Nord.

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

Vedlagte *Plan for Helse Nord 2018-2021* redegjør for Helse Nord's strategi og tiltak for å realisere målene.

Aktiviteten skal tilpasses krav i årlige oppdragsdokumenter. Arbeidet med å redusere ventetider og fjerne fristbrudd skal videreføres. Prioritering av fagområder og tjenestetilbudet skal være i tråd med nasjonale føringer og føringer i regionale fagplaner. Det er fortsatt et mål å vri tilbudene fra inneliggende behandling til poliklinisk behandling og dagbehandling. Indremedisinske tilbud og ø-hjelp skal tilpasses i henhold til gjennomføring av samhandlingsreformen.

Utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB 2016-2025, jf styresak 74-2016, følges opp med økte bevilgninger. I plan 2017-2020 legges det inn realvekst til psykisk helse og TSB. I 2018 utgjør realveksten 25 mill. kroner. Det legges til grunn at hele denne realveksten benyttes til å utvikle tilbudet innenfor psykisk helse og TSB, samt at midlene som helseforetakene har budsjettert til formålet i 2016 videreføres.

Effektene av oppdateringen av inntektsmodellen til psykisk helse fases gradvis inn over 3 år i perioden 2017-2019.

Økonomisk bærekraft og plan for omstilling

Tilbakemeldingene fra HF-styrenes behandling av bærekraftsanalysene viser, med unntak av Helgelandssykehuset HF, at de til tross for økte inntekter står foran økonomiske utfordringer de nærmeste årene.

Investeringsbeslutninger skal følge vedtatte konsernbestemmelser. Dette innebærer at helseforetakene skal utvikle bærekraftige omstillingsplaner for virksomheten. Dette er en forutsetning for å kunne gjennomføre investeringsplanen.

Helseforetakene skal oppdatere og styrebehandle sine bærekraftsanalyser som del av videre budsjettbehandling i helseforetaket, med de endringer i rammebetingelsene som følger av vedlagte plan 2018-2021, innen 1. oktober 2017.

Tiltaksplanen i analysen må beskrives eksplisitt. Det er spesielt viktig at helseforetakene redegjør grundig for sin omstillingsutfordring og tiltak for å sikre økonomisk bæreevne.

Framskrivninger av inntektsrammer fra Helse Nord RHF følger vedlagt.

Følgende skal inkluderes i helseforetakets videre budsjettbehandling:

- Oppdatert bærekraftsanalyse, jf. mal for bærekraftsanalyse
- Prognose for likviditetsutvikling for 2018-2025, jf. mal for bærekraftsanalyse
- Spesifisert omstillingsutfordring for 2018, jf. vedlagt mal
- Oppsummering av identifiserte tiltak med effekter og risikovurdering, herunder:
 - planlagt dato for iverksettelse
 - beregnet økonomisk effekt i 2018 og påfølgende år med risikovurdering
 - evt. konsekvenser for pasienter og ansatte
 - om tiltaket medfører et investeringsbehov og hvordan dette håndteres innenfor vedtatt investeringsramme
 - om tiltaket berører andre parter (andre HF, primærhelsetjenesten etc.)
 - om tiltaket er i strid med føringer i oppdragsdokument
 - om tiltaket må avklares med RHF
 - om tiltaket er styrebehandlet

Helseforetakets budsjettopplegg skal drøftes med tillitsvalgte.

Budsjettforutsetninger

Kapitalkompensasjon

Styret har vedtatt å holde tilbake deler av Helse Nords inntekter for å finansiere økte kostnader som følge av investeringer og oppgradering av bygg, utstyr og anlegg. Inntektene fordeles gradvis til helseforetakene (kapitalkompensasjon) etter hvert som avskrivningene fra de store byggeprosjektene belaster regnskapene.

Følgende plan for kapitalkompensasjon er vedtatt:

| Kapitalkompensasjon (1000 kr) | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|-------------------------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Nordlandssykehuset Bodø | 10 000 | 10 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 |
| Helgelandsykehuset | | | | | | | | 40 000 |
| Korrigerende kompensasjon Helgeland | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 |
| UNN Narvik | | | | 21 000 | 21 000 | 21 000 | 21 000 | 21 000 |
| UNN Tromsø | - | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 |
| UNN PET | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 |
| Finnmarkssykehuset Kirkenes | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 |
| Finnmarkssykehuset Hammerfest | | | | | | | 40 000 | 40 000 |
| Korrigerende kompensasjon Finnmark | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 |
| Finnmarkssykehuset Alta nærsykehus | | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 |
| Sum | 50 000 | 80 000 | 90 000 | 111 000 | 111 000 | 111 000 | 151 000 | 191 000 |

Tabell 1: Kapitalkompensasjon, akkumulert endring fra 2017

Kapitaltilskudd til Nordlandssykehuset trappes videre opp i henhold til planlagt ferdigstilling.

UNN får i 2018 økt tilskudd knyttet til ferdigstilling av PET-senter.

Finnmarkssykehuset får siste opptrapping av tilskuddet til Kirkenes i 2018 og tilskudd til Alta når det tas i bruk.

Det er gjort en vurdering av fordelingen kapitaltilskudd mellom HF-ene. Konklusjonen er at Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset gjennomgående har fått en for lav andel av det. Dette følges opp ved å øke tildelingen til de to HF-ene med 10 mill. kroner hver fra og med 2018, jf. sak i styremøtet i Helse Nord RHF i april 2017.

Resultatkrav 2018-2021

Planleggingen av budsjett 2018-2021 skal skje med utgangspunkt i de økonomiske styringsmål som er fastsatt av styret. I sum er det vedtatt et budsjettert overskudd på 275 mill. kroner i 2018. Resultatkrav per helseforetak for 2018-2025 er fastsatt slik:

| Resultatkrav i planperioden (i 1000 kr) | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Helse Nord RHF | 236 000 | 186 000 | 156 000 | 146 000 | 125 000 | 125 000 | 125 000 | 85 000 | 45 000 |
| Finnmarkssykehuset | 30 000 | 24 000 | 24 000 | 24 000 | 24 000 | 24 000 | 24 000 | 5 000 | 5 000 |
| UNN | 40 000 | 40 000 | 40 000 | 40 000 | 40 000 | 40 000 | 40 000 | 40 000 | 40 000 |
| Nordlands sykehuset | 5 000 | 5 000 | 5 000 | 5 000 | 5 000 | 5 000 | 5 000 | 5 000 | 5 000 |
| Helgelands sykehuset | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 5 000 |
| Sykehusapotek Nord | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sum | 331 000 | 275 000 | 245 000 | 235 000 | 214 000 | 214 000 | 214 000 | 155 000 | 100 000 |

Tabell 2: Resultatkrav

Budsjettet som vedtas av helseforetakenes styrer innen desember 2017 skal være i tråd med vedtatt resultatkrav og øvrige inntekts- og kostnadsforutsetninger.

Det er nødvendig at helseforetakene og Helse Nord RHF realiserer planlagte resultatkrav. Dersom ikke resultatkravene realiseres som forutsatt, må gjennomføringen av investeringsplanen justeres.

Endring i helseforetakenes inntektsrammer

Oppdatering av planpremisser tilsier et økonomisk handlingsrom i størrelsesorden 158 mill. kroner i 2018 stigende til 543 mill. kroner i 2021. Det er lagt til grunn 1,2 % årlig realvekst i sektoren. Det tas hensyn til forventet omfordeling mellom regionene som følge av ulik befolkningsvekst.

En del av handlingsrommet skapes gjennom å disponere gevinster av konkrete forbedringstiltak i helseforetakene, tilsvarende 10 mill. kroner i 2018 stigende til 40 mill. kroner i 2021. Resterende handlingsrom skapes av avsluttede prosjekter og engangstiltak, styrets reserve og renteinntekter av planlagte sentrale overskudd i planperioden.

Handlingsrommet for 2018 disponeres til å finansiere:

- Oppfølging av vedtatt plan 2017-2020:
 - generell styrking av helseforetakene
 - styrking og utvikling av psykiatritilbudet
 - økt PET-tilbud ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø
 - medisinerutdanning ved Finnmarkssykehuset HF
 - økt finansiering av felleseide helseforetak
 - styrking av klinisk farmasi
 - bidrag til styrking av helsetilbudet i Alta fremskyndes for å rekruttere helsepersonell.
- Nye forslag i plan 2018-2021:
 - ytterligere finansiering av felleseide selskap og tiltak i regi av disse

- helårsdrift regional LiS¹-utdanning
- finansieringsbidrag til Tromsøundersøkelsen
- reserve til utvikling av Helse Nord (risikobuffer)

Det vises til vedlagte plan 2018-2021 for nærmere beskrivelser for disponeringer og endringer i helseforetakenes inntektsrammer.

Sammenlignet med styresak 54-2017 er rammene oppdatert med endringer i pasientstrømmer for psykisk helse og rus og for bruk av private helsetjenester finansiert direkte fra RHF (somatisk rehabilitering og innen psykisk helse). Fra og med 2016 har deler av rustilbudet vært direkte finansiert av Helse Nord RHF. Dette er en endring fra tidligere. Håndtering av gjestepasientfaktura for TSB er under utredning og det er ikke avklart hvordan dette skal håndteres i inntektsmodellen. Det er derfor ikke korrigert for forbruk av privat TSB i 2016 i modellen for 2018. Dersom dette innføres som prinsipp fra 2019 vil det medføre følgende omfordeling basert på forbruk 2016:

| Oppdater TSB (1000 kr) | Helse Finnmark | UNN | NLSH | Helgeland | Sum |
|------------------------|----------------|-------|-------|-----------|-----|
| Private | -1 429 | 1 194 | 1 125 | -891 | 0 |

Basisrammer

Regulering for pris- og lønnsvekst vil videreføres til helseforetakene i tråd med statsbudsjettet. Før pris- og lønnsvekst er følgende rammer tildelt for 2018:

¹ LiS: Leger i spesialisering

| Basisramme 2018 | RHF | Styrets disp | Finnmark | UNN | NLSH | Helgeland | Sum |
|--|------------------|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| Vedtatt basisramme 2017 | 1 333 242 | 210 113 | 1 509 303 | 4 653 198 | 2 925 597 | 1 311 225 | 11 942 678 |
| Nasjonal inntektsmodell | | -33 000 | | | | | -33 000 |
| Forventet realvekst | | 130 000 | | | | | 130 000 |
| Avslutning prosjekter RHF | -23 000 | 23 000 | | | | | 0 |
| Smittevern overlege Finnmark/unn | | 1 979 | | -1 979 | | | 0 |
| Smittevern overlege Finnmark/unn | | -1 600 | | 1 979 | | | 379 |
| Forvaltning IKT EPJ | | 4 000 | -496 | -1 980 | -1 080 | -444 | 0 |
| KORSN kompetanse | | 250 | | -250 | | | 0 |
| KORSN kompetanse | | -250 | | 250 | | | 0 |
| Idefase samisk Helsepark | | 1 000 | -1 000 | | | | 0 |
| Kostnad per pasient (KPP) | | 989 | -98 | -396 | -397 | -98 | 0 |
| Oppdatering inntektsmodell somatikk | | | -999 | 21 931 | -24 390 | 3 458 | 0 |
| Innfasing modell utdanning inntektsmodell somatikk | | -6 000 | 6 000 | -8 000 | 5 962 | 2 038 | 0 |
| Oppdatering inntektsmodell psykisk helse/innfasing | | -10 000 | -216 | 1 008 | 3 260 | 5 949 | 0 |
| Oppdatering/retting feil inntektsmodell rus | | | -1 851 | -3 272 | 7 247 | -2 125 | 0 |
| Forskning | 35 000 | | | -32 000 | -3 000 | | 0 |
| Prosjekt inkontinensomsorg UNN | | 990 | | -990 | | | 0 |
| Reversering overgangsordning reduserte pensjonskostnader | | | -23 000 | 43 000 | | -20 000 | 0 |
| Reversering overgangsordning MVA-kompensasjonsordning | | | -14 000 | 7 500 | 6 500 | | 0 |
| Felleseide selskaper | 32 900 | -32 900 | | | | | 0 |
| Styrking helseforetak 2018 | | -34 750 | 6 021 | 13 339 | 9 668 | 5 343 | -379 |
| PET-senter oppstartstøtte | | -8 000 | | 8 000 | | | 0 |
| Utvikling psykiatri/tsb - Regional enhet psykisk lidelse hos pasienter med psykisk utviklingshemming | | -2 100 | | | 2 100 | | 0 |
| Utvikling psykiatri/tsb - styrking poliklinisk aktivitet | | -2 600 | 436 | 1 017 | 736 | 411 | 0 |
| Utvikling psykiatri/tsb SIFER NORD | | -3 000 | | 3 000 | | | 0 |
| Utvikling psykiatri/tsb - Spesialistutdanningsprogram/pakkeforløp/fagplaner | 2 300 | -2 300 | | | | | 0 |
| KORSN antibiotikaresistens | | -600 | | 600 | | | 0 |
| Miljøgiftlaboratoriet | | -1 700 | | 1 700 | | | 0 |
| Helårsdrift regional enhet LIS utdanning | | -1 600 | | 1 600 | | | 0 |
| Felleseide selskaper utover plan 2017- | 6 000 | -6 000 | | | | | 0 |
| Utvikling Helse Nord | 20 000 | -20 000 | | | | | 0 |
| Alta fremskynding | | -4 500 | 4 500 | | | | 0 |
| Styrking kreftbehandling/medikamenter | | -10 000 | 1 563 | 4 294 | 2 613 | 1 530 | 0 |
| Gevinstuttak klinisk farmasi | | 7 000 | -1 094 | -3 005 | -1 829 | -1 071 | 0 |
| Klinisk farmasi | 7 000 | -7 000 | | | | | 0 |
| Gevinstuttak pasientreiser | | 3 000 | -887 | -734 | -872 | -506 | 0 |
| Kapitalkompensasjon NLSH Bodø/UNN PET/FINN Kirkenes | | -30 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | | 0 |
| Styrking/utjevning kapital | | -20 000 | 10 000 | | | 10 000 | 0 |
| Geriatrisk tilbud | | -1 000 | 1 000 | | | | 0 |
| Reduserte pensjonskostnader | -950 | -19 150 | -6 849 | -18 867 | -11 938 | -6 446 | -64 200 |
| Vedtatt basisramme 2018 (per mai 2017) | 1 412 492 | 124 271 | 1 498 333 | 4 700 943 | 2 930 176 | 1 309 264 | 11 975 478 |

| Øvrig ramme 2018 | RHF | Styrets disp | Finnmark | UNN | NLSH | Helgeland | Sum |
|--|---------------|--------------|---------------|---------------|---------------|--------------|----------------|
| Omlagging arbeidsgiveravgift | 796 | | | 52 928 | 27 381 | | 81 105 |
| Sykestuer Finnmark | | | 9 500 | | | | 9 500 |
| Kvalitetsregistre | 31 977 | | | | | | 31 977 |
| Nasjonalt senter for e-helseforskning | | | | 36 700 | | | 36 700 |
| Transporttilbud psykisk syke | | 0 | 687 | 1 635 | 1 152 | 677 | 4 150 |
| Partikkelterapi | | 4150 | | | | | 4 150 |
| Tilskudd til turnustjeneste estimat, fordeles oppdragsdokument | 111 | | 813 | 2 100 | 1 729 | 878 | 5 631 |
| SUM øvrig ramme 2018 - per mai 2017 | 32 884 | 4 150 | 11 000 | 93 363 | 30 262 | 1 554 | 173 213 |

| Kvalitetsbasert finansiering | RHF | Styrets disp | Finnmark | UNN | NLSH | Helgeland | Sum |
|---|----------|--------------|--------------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| Vedtatt ramme 2017 | | | 5 935 | 27 693 | 10 195 | 4 977 | 48 800 |
| Oppdatering modell 2018 | | | | | | | - |
| SUM kvalitetsbasert finansiering 2018 - per mai 2017 | - | - | 5 935 | 27 693 | 10 195 | 4 977 | 48 800 |

| Øremerket tilskudd Nasjonale tjenester (konto 3340) | RHF | Styrets disp | Finnmark | UNN | NLSH | Helgeland | Sum |
|--|---------------|--------------|--------------|---------------|----------|-----------|---------------|
| Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens | | | | 3 838 | | | 3 838 |
| Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens styrking | | | | 3 161 | | | 3 161 |
| Nasjonal komp.tjeneste for barn og unge med funksjonsneds. | 2 314 | | | | | | 2 314 |
| Nasjonal komp.tjeneste for inkontinens og bekkenbunnsyk. | | | | 2 314 | | | 2 314 |
| Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykiskhelsevern og rus | | | 3 899 | | | | 3 899 |
| Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde | | | | 2 801 | | | 2 801 |
| Ufordelt Nasjonale tjenester | | 33 | | | | | 33 |
| Døvblindesentre | 42 247 | | | 7 594 | | | 49 841 |
| SUM Nasjonale tjenester 2018 - per mai 2017 | 44 560 | 33 | 3 899 | 19 708 | - | - | 68 200 |

| Øremerket tilskudd Forskning (konto 3320) | RHF | Styrets disp | Finnmark | UNN | NLSH | Helgeland | Sum |
|--|---------------|--------------|----------|----------|----------|-----------|---------------|
| Forskning resultatbasert | 74 500 | | | | | | 74 500 |
| SUM øremerket forskning 2018 - per mai 2017 | 74 500 | - | - | - | - | - | 74 500 |

Tabell 3: Inntektsrammer 2017

Investeringsplan

Det gjøres oppmerksom på at rammer inntil P50 legges til helseforetakets rammer, mens rammer opp til P85 legges sentralt og kan bare utløses etter eksplisitt dialog med RHF.

Bærekraftsanalysene skal baseres på P85.

Som følge av styrket likviditet de kritiske årene 2017 og 2018 er det mulig å videreføre plan 2017–2018. I tillegg er det rom for både å styrke driften og øke investeringsrammene. Økte investeringsrammer vil i første rekke gi rom for økte rammer til Hammerfest sykehus, men også til fornyelse og erstatning av medisinsk teknisk utstyr, MTU.

| Investeringsplan - Totale rammer inkl prisstigning til ferdigstillelse og byggeleaser | 2016 | Sum tidligere år | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | rest | SUM |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|----------------|-----------|
| Finnmarkssykehuset | | | | | | | | | | | | | |
| Rusinstusjon | | 30 000 | | | | | | | | | | | 30 000 |
| Spesialistpoliklinikk Karasjok/Samisk helsepark | | 40 000 | | 10 000 | | | | | | | | | 50 000 |
| Alta nærsykehus | 150 000 | 200 000 | | 100 000 | 95 000 | | | | | | | | 395 000 |
| Tiltak Hammerfest Kirkenes inntil nybygg er på plass | 10 000 | 50 000 | 0 | 15 000 | 15 000 | 15 000 | | | | | | | 95 000 |
| Kirkenes nybygg p85 | 792 000 | 1 410 000 | 75 000 | | | | | | | | | | 1 485 000 |
| Hammerfest nybygg | | | | 40 000 | 100 000 | 450 000 | 610 000 | 600 000 | 150 000 | | | | 1 850 000 |
| ENDK | 15 000 | 16 100 | | | | | | | | | | | 16 100 |
| Økt MTU | 20 000 | | | | | | | | | | | | |
| MTU, ambulanser, rehab med mer | 30 000 | | 20 000 | 40 000 | 47 000 | 40 000 | 50 000 | 50 000 | 50 000 | 50 000 | 50 000 | | |
| Sum Finnmarkssykehuset | 1 017 000 | | 95 000 | 205 000 | 257 000 | 505 000 | 660 000 | 650 000 | 200 000 | 50 000 | 50 000 | 0 | |
| UNN | | | | | | | | | | | | | |
| Utvikling rusbehandling | | 20 000 | | | | | | | | | | | 20 000 |
| Utvikling psykiatri/Åsgård | | 106 300 | | | | | | | | | | | 106 300 |
| Rehabilitering Narvik | | 141 000 | | | | | | | | | | | 141 000 |
| Nytt sykehus Narvik/Økt ramme (fr sak 35/2011) | | 0 | 71 000 | 59 000 | 60 000 | 250 000 | 500 000 | 730 000 | | | | | 1 670 000 |
| A-fløy Tromsø | 290 000 | 909 000 | 638 000 | 0 | | | | | | | | | 1 547 000 |
| Tromsøundersøkelsen | | 15 000 | 5 000 | | 5 000 | | | | | | | | 30 000 |
| Regionalt PET-senter p85 | 50 000 | 75 000 | 449 700 | 43 200 | | | | | | | | | 557 900 |
| Kontoretaker PET-senter | 39 000 | 39 000 | 60 000 | | | | | | | | | | 99 000 |
| Datarom UNN Tromsø p 85 | | 16 300 | 80 000 | | | | | | | | | | 96 300 |
| Økt ramme til HF styrets distri (MTU, ambulanserområde, regionale oppgaver) | | | 30 000 | 45 000 | | | | | | | | | |
| Økt ramme MTU med mer (resultatoppnåelse 2015/2016) | | 80 000 | 155 000 | | | | | | | | | | |
| MTU, ambulanser, rehab med mer | 70 000 | | 92 000 | 150 000 | 150 000 | 150 000 | 200 000 | 200 000 | 200 000 | 200 000 | 200 000 | | |
| Sum UNN | 529 000 | | 1 580 700 | 302 200 | 215 000 | 400 000 | 700 000 | 930 000 | 200 000 | 200 000 | 200 000 | 0 | |
| Nordlandssykehuset | | | | | | | | | | | | | |
| Modernisering NLSH, Bode fase 2-5 | 409 300 | 2 877 800 | 310 000 | 307 000 | 100 000 | 60 000 | | | | | | | 3 673 900 |
| Prisjustering Bode | | 19 100 | | | | | | | | | | | |
| Endret konsept Bode | | 35 000 | | | | | | | | | | | 35 000 |
| Varmesentral og medisinerobot Bode | | 36 000 | | | | | | | | | | | 36 000 |
| Modernisering NLSH, G-fløy p85 | 45 000 | 125 000 | | | | | | | | | | | 125 000 |
| NLSH Lofoten | | 0 | | | | | | | | | | | 0 |
| Heliport/akutthel NLSH Bode | 9 100 | 18 200 | | | | | | | | | | | 18 200 |
| ENDK | | 7 800 | 5 000 | 5 000 | 10 000 | | | | | | | | 27 800 |
| MTU | | | 40 000 | 10 000 | | | | | | | | | 50 000 |
| Forskningslaboratorium | | | 2 700 | | | | | | | | | | 2 700 |
| Helikopterlandingsplass Vesterålen | | | 15 000 | | | | | | | | | | 15 000 |
| MTU, ambulanser, rehab med mer | 50 000 | | 70 000 | 80 000 | 70 000 | 70 000 | 80 000 | 100 000 | 100 000 | 100 000 | 100 000 | | |
| SUM NLSH | 513 400 | | 427 700 | 427 000 | 180 000 | 130 000 | 80 000 | 100 000 | 100 000 | 100 000 | 100 000 | 0 | |
| Helgelandsykehuset | | | | | | | | | | | | | |
| Utvikling av Helgelandsykehuset | | 0 | | | 10 000 | 50 000 | 50 000 | 400 000 | 700 000 | 700 000 | 90 000 | | 2 000 000 |
| Økt MTU/rehabilitering | 50 000 | | 50 000 | 50 000 | | | | | | | | | |
| Økt MTU/rehabilitering knyttet til resultatoppnåelse 1-2 | | | 20 000 | 20 000 | 10 000 | | | | | | | | |
| MTU, ambulanser, rehab med mer | 42 500 | | 42 500 | 42 500 | 42 500 | 45 000 | 50 000 | 50 000 | 60 000 | 50 000 | 50 000 | | |
| SUM Helgelandsykehuset | 92 500 | | 112 500 | 112 500 | 62 500 | 95 000 | 100 000 | 450 000 | 760 000 | 750 000 | 140 000 | 0 | |
| Helse Nord IKT | | | | | | | | | | | | | |
| Programvare og IKT-utstyr | 110 200 | | 59 500 | 138 400 | 98 500 | 46 500 | 25 500 | 42 500 | 42 500 | 27 500 | | | 43 000 |
| Økning migreringsprosjektet | 23 000 | 23 000 | 20 000 | | | | | | | | | | |
| HN IKT datarom UNN Tromsø | -74 000 | -13 700 | | | | | | | | | | | -13 700 |
| Testfase 2 FIKS | 15 700 | 15 700 | 10 400 | | | | | | | | | | |
| Datarom | | 66 900 | | | | | | | | | | | 66 900 |
| SUM Helse Nord IKT | 74 900 | | 89 900 | 138 400 | 98 500 | 46 500 | 25 500 | 42 500 | 42 500 | 27 500 | 0 | | |
| Sykehusapotek Nord: utstyr og nye lokaler | 3 500 | | 3 000 | 8 000 | 4 500 | 3 000 | 3 000 | | | | | | |
| FIKS/ARENA KURVE | | | | | | | | | | | | | |
| FIKS-prosjektet | 92 100 | 399 600 | | | | | | | | | | | 399 600 |
| FIKS-testregime | | 0 | 18 000 | | | | | | | | | | 18 000 |
| Medikasjon og kurve | 42 600 | 42 600 | | 206 000 | 205 000 | 80 000 | 55 000 | 13 700 | 0 | 0 | | | 402 300 |
| SUM FIKS | 134 700 | | 18 000 | 106 000 | 105 000 | 80 000 | 55 000 | 13 700 | 0 | 0 | | | |
| Helse Nord RHF | | | | | | | | | | | | | |
| Felles regionale IKT-prosjekt | 24 000 | | 80 000 | 52 876 | 109 176 | 121 888 | 33 000 | 93 000 | 55 000 | 0 | | | 38 000 |
| Pasientens elektroniske innsyn i egen journal | 13 000 | 38 000 | | | | | | | | | | | 38 000 |
| Medikasjon og kurve | 0 | 0 | 48 400 | | | | | | | | | | 48 400 |
| Utlån til fellesleide selskap | 15 000 | | 27 800 | | 8 000 | | | | | | | | |
| Nasjonale prosjekt/utlån fellesleide selskap | 10 000 | 10 000 | 20 000 | 20 000 | | | | | | | | | |
| Finnmarkssykehuset Alta nærsykehus p 85 | | 0 | | | 63 000 | | | | | | | | 63 000 |
| Datarom UNN Tromsø P 85 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | 0 |
| Åsgård | | | | | | | | 100 000 | 200 000 | 300 000 | 600 000 | | 1 200 000 |
| Finnmarkssykehuset Hammerfest P85 | | | | | | | | 130 000 | | | | | 330 000 |
| Utvikling av Helgelandsykehuset | | | | | | | | | 500 000 | | | | 500 000 |
| A-fløy UNN Tromsø p 85 | | 0 | | 47 000 | | | | | | | | | 47 000 |
| Reserve (rest FIKS-prosjektet P 85) | 0 | 0 | | | | | | | | | | | 0 |
| Sum Helse Nord RHF | 79 700 | | 176 200 | 127 876 | 180 176 | 121 888 | 33 000 | 93 000 | 570 000 | 255 000 | 800 000 | 600 000 | |
| Sum investeringsplan | 2 444 700 | | 2 503 000 | 1 426 976 | 1 102 676 | 1 381 388 | 1 656 500 | 2 279 200 | 1 872 500 | 1 382 500 | 1 290 000 | 600 000 | |

Tabell 4: Investeringsplan

Endringer i investeringsplanen

I forhold til vedtatt investeringsplan foreslås følgende endringer:

Finnmarkssykehuset

- økt ramme Hammerfest til 1.95 mrd. kroner P50.
- økt ramme ambulansestasjon Alta, 7 mill. kroner (resultatoppgjøret 2016).

UNN

- Økt ramme HF-styrets disposisjon 135 mill. kroner (resultatoppgjøret 2016)
- Økt ramme til HF-styrets disposisjon med 35 mill. kroner. UNN-styret må da foreta konkret prioritering mellom ønskene om bygningsmessige tiltak og medisinskteknisk utstyr (vestibyle, forplass og MTU).
- Rammen til UNN Narvik korrigert i tråd med HN RHF-styrets vedtak i 2011.
- Nybygg for psykisk helse og TSB i Tromsø er lagt inn i siste halvdel av planperioden med 1,2 mrd. kroner.
- Investeringsramme tilsvarende 74 mill. kroner flyttes fra Helse Nord IKT HF (ubrukte rammer fra tidligere år) til Universitetssykehuset Nord-Norge HF (2017) i forbindelse med etablering av datarom i underetasjen på pasienthotellet og avklaring av eierforhold mellom helseforetakene. I tillegg er p85-reserven på 6 mill. kroner utløst og legges til Universitetssykehuset Nord-Norge HFs ramme.

Nordlandssykehuset

- justert framdrift rehabilitering høyblokk
- økt ramme HF-styrets disposisjon 20 mill. kroner

Helgelandssykehuset

- økt ramme HF-styrets disposisjon 30 mill. kroner
- For å synliggjøre at nytt sykehus på Helgeland vil koste om lag det samme som nytt sykehus i Hammerfest, tas det høyde for ytterligere 500 mill. kroner til prosjektet.

RHF/IKT

- IKT-investeringer økes med 629 mill. kroner. Økte rammer til IKT bygger på en grovbudsjettering av mulige investeringer i blant annet helhetlig pasientsikkerhet, migreringspakke, Arena/curve, nødvendige reinvesteringer, digitale innbyggertjenester m. m. Det frigjøres 62,7 mill. kroner fra FIKS-prosjektet som er gjennomført til en lavere kostnad enn budsjettet (ubrukte rammer fra tidligere år reduseres).
- Investeringer i regi av felleseide selskaper skal finansieres med lån. Det foreslås å øke rammen for utlån med til sammen 50 mill. kroner i perioden 2016–2018.

Pensjonskostnader

Det legges til grunn at kostnadsnivået fra justert budsjett 2017 videreføres. Dette medfører en kostnadsreduksjon for helseforetakene på 44,1 mill. kroner sammenlignet med planpremissene for vedtatt budsjett 2017. *Dette betyr at helseforetakene inntil videre skal budsjettere med pensjonskostnader i tråd med justert budsjett 2017 + lønns- og prisstigning + estimat for evt. endringer i bemanning.*

| | Justert budsjett 17 | Inkl. prisjustering 2,3 % |
|---------------------|---------------------|---------------------------|
| Finnmarkssykehuset | 168,4 mill. kr | 172,3 mill. kr |
| UNN | 700,8 mill. kr | 717,0 mill. kr |
| NLSH | 382,4 mill. kr | 391,2 mill. kr |
| Helgelandssykehuset | 157,8 mill. kr | 161,4 mill. kr |
| Helse Nord IKT | 27,1 mill. kr | 27,7 mill. kr |

Sykehusapotek Nord skal foreløpig legge til grunn sist kjente pensjonskostnad for 2017 + 2,3 % lønns- og prisvekst 2018. Helseforetaket må oppdatere pensjonskostnaden med ny aktuarberegning for 2018.

Mindre avvik i forhold til budsjettbeløpet må håndteres av det enkelt HF. Hvis det skjer større endringer i pensjonskostnadene vil dette bli behandlet eksplisitt av Helse Nord RHF.

Andre budsjettforutsetninger

Fremtidige IKT-kostnader kliniske systemer

Nedenfor følger framskrivning av IKT-kostnader per foretak for 2018-2025 med utgangspunkt i foreløpig IKT- budsjett for 2018 og investeringsplanen for HN IKT 2018-2021.

Merk følgende:

- Beløpene er beregnet i 2018-prisnivå:
- I tallene i tabellen inngår avskrivningskostnader, lisenskostnader og øvrige driftskostnader.
- Da en vesentlig del av investeringsforslagene foreløpig ikke er vedtatt, er det betydelig usikkerhet knyttet til framskrivningene.
- Systemer som forvaltes og faktureres av HN RHF inngår ikke i tallene (administrative systemer).
- Investeringer/anlegg i regi av RHF som er kjøpt opp/planlegges kjøp opp og avskrives av HN IKT, inngår i tallene (i hovedsak FIKS og EK)

| Framskrivning av IKT-kostnader per foretak | | | | | | | | |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
| Finnmark | 68 800 | 71 200 | 74 200 | 75 300 | 72 200 | 66 600 | 61 300 | 58 600 |
| UNN | 297 800 | 304 800 | 315 800 | 319 400 | 309 400 | 290 200 | 269 700 | 259 100 |
| NLSH | 166 700 | 169 600 | 175 900 | 177 600 | 172 300 | 161 400 | 149 500 | 143 500 |
| Helgeland | 63 700 | 65 400 | 68 200 | 69 200 | 67 000 | 62 700 | 58 200 | 55 800 |
| Sum | 597 000 | 611 000 | 634 200 | 641 500 | 620 800 | 580 800 | 538 700 | 517 200 |

Alle beløp i 1000 kr

Tabell 6: Framskrivning IKT-kostnader

Siden gevinstrealiseringen som skal skje i helseforetakene ikke er tatt høyde for i tallene må de beskrives og innarbeides i bærekraftsanalysen. Dette innebærer at både brutto kostnadsøkninger og helseforetakenes vurderinger knyttet til mulige gevinster skal innarbeides i bærekraftsanalysene.

Administrative IT-systemer

Oppdaterte budsjett tall for felles administrative it-systemer 2018 vil bli sendt ut etter behandling i direktørmøte i september 2017. Følgende beløp skal foreløpig legges til grunn for 2018 (vedtatt budsjett 2017 justert med prisvekst på 2,3 %).

| | Vedtatt budsjett 2017 | Inkl prisvekst 2,3 % |
|----------------------|-----------------------|----------------------|
| <i>Finnmark</i> | 8,6 mill. kr | 8,8 mill. kr |
| <i>UNN</i> | 31,9 mill. kr | 32,6 mill. kr |
| <i>NLSH</i> | 18,1 mill. kr | 18,5 mill. kr |
| <i>Helgeland</i> | 7,7 mill. kr | 7,8 mill. kr |
| <i>Sykehusapotek</i> | 0,5 mill. kr | 0,5 mill. kr |
| <i>HN IKT</i> | 1,2 mill. kr | 1,2 mill. kr |

Andre forhold

Helseforetakene kan foreløpig legge til grunn estimat på 2,3 % lønns- og prisvekst for 2018.

I bærekraftsanalysen skal det legges til grunn 2,5 % rente for låneopptak til nye lån i perioden. Avdragstid for nye lån er maksimalt 25 år inkludert avdragsfrie perioder.

Endringer i ISF vekter. Fra og med 2018 vil KPP-data legges til grunn for vektingen av ISF-satsene. De foreløpige beregningene som er presentert indikerer at HN i sum vil komme bedre ut etter denne endringen.

Nytt laboratoriekodeverk er under utarbeidelse. Etter planen skulle det legges til grunn for takstene fra og med 2018. Det er nå usikkert om det vil skje. De foreløpige beregninger som gjort, indikerer at HN vil tape på denne endringen.

Konsekvensene av endrede ISF vekter og laboratorietakster vil bli videreført foretakene.

Basert på dagens rentenivå bør helseforetakene foreløpig legge til grunn en rente på 1,35 % for kassakreditt og 1,15 % for innskudd.

Gjenstående avklaringer

Følgende avklaringer foretas senere:

- Fordeling av forskningsmidler
- Konsekvenser av statsbudsjettet, herunder
 - lønns- og priskompensasjon
 - Mva-refusjonsordning,
 - evt. takstendringer,
 - endelige pensjonskostnader,
 - nye funksjoner og ansvarsområder.
 -
- Detaljbudsjettet for administrative systemer vil utarbeides i høst.

Videre framdriftsplan og frister for budsjettprosessen 2018:

Budsjettmøter til høsten vil bli koordinert med oppfølgingsmøter.

1. oktober 2017: Oppdatert bærekraftsanalyse, likviditetsprognose og tiltaksplan for å nå fastsatt resultatkrav for neste år (administrativt behandlet) oversendes Helse Nord RHF. Innspill til Statsbudsjett år n+2 sendes RHF.

12. oktober 2017: Statsbudsjett 2018 legges fram. Informasjonsmøte per telefon tentativt 13. oktober.

25. oktober 2017: Styret i Helse Nord RHF fastsetter endelige budsjetttramme for neste år.

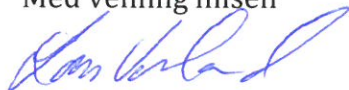
8. desember 2017: Frist for innlegging av detaljbudsjett og funksjonsbudsjett i økonomisystem. Budsjettet skal være avstemt mot øvrige helseforetak og være innlagt med HF-koder i økonomisystem. Plantall for aktivitetsnivå neste år.

15. desember 2017: Frist for endelig budsjettbehandling i helseforetakene.

Budsjettet skal baseres på avstemte tall for internt kjøp og salg med andre helseforetak. Betaling til Helse Nord IKT for tjenester i 2018 skal være innarbeidet i helseforetakets budsjett og avtaler med Helse Nord IKT skal være inngått og signert før budsjettet vedtas i helseforetaket.

Februar 2018: Styret i Helse Nord vedtar konsolidert budsjett for foretaksgruppen

Med vennlig hilsen



Lars Vorland
Administrerende direktør



Hilde Rolandsen
Eierdirektør

Vedlegg: *Fremskrivning av inntektsrammer basert på kjent informasjon i dag.*

*Mal for omstillingsutfordring
Mal for risikovekting tiltaksplan
Mal for plantall aktivitet
Mal for likviditetsbudsjett*

Styresak 54-2017 Plan 2018-2021, inkl. rullering av investeringsplan, med vedtak

Vedlegg: Fremskrivning av inntekter

| Basisramme 2017-2025 Helgelandssykehuset | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Vedtatt ramme 2017 | 1 311 225 | 1 311 225 | 1 311 225 | 1 311 225 | 1 311 225 | 1 311 225 | 1 311 225 | 1 311 225 | 1 311 225 |
| Kapitalkompensasjon Helgeland | | | | | | | | | 40 000 |
| Inntektsmodell somatisk virksomhet | | 3 458 | 3 458 | 3 458 | 3 458 | 3 458 | 3 458 | 3 458 | 3 458 |
| Innfasing modell utdanning inntektsmodell somatikk | | 2 038 | 4 000 | 8 000 | 8 000 | 8 000 | 8 000 | 8 000 | 8 000 |
| Inntektsmodell psykisk helsevern | | 5 949 | 11 898 | 11 898 | 11 898 | 11 898 | 11 898 | 11 898 | 11 898 |
| Oppdatering inntektsfordeling TSB | | -2 125 | -2 125 | -2 125 | -2 125 | -2 125 | -2 125 | -2 125 | -2 125 |
| Pensjon overgangsordning | | -20 000 | -20 000 | -20 000 | -20 000 | -20 000 | -20 000 | -20 000 | -20 000 |
| Forvaltning IKT EPJ i HF | | -444 | -888 | -888 | -888 | -888 | -888 | -888 | -888 |
| KPP | | -98 | -98 | -98 | -98 | -98 | -98 | -98 | -98 |
| Rekutteringsprogram Helgeland | | | | -3 000 | -3 000 | -3 000 | -3 000 | -3 000 | -3 000 |
| Utviklingsprosjekt Helgeland | | | -6 000 | -6 000 | -6 000 | -6 000 | -6 000 | -6 000 | -6 000 |
| Klinisk farmasi, krav til effektivisering | | -1 071 | -1 845 | -2 619 | -2 619 | -2 619 | -2 619 | -2 619 | -2 619 |
| Pasientreiser, krav til effektivisering | | -506 | -1 349 | -1 349 | -1 349 | -1 349 | -1 349 | -1 349 | -1 349 |
| Kurve, krav til effektivisering | | | | -2 320 | -2 320 | -2 320 | -2 320 | -2 320 | -2 320 |
| Utvikling psykiatri/tsb - styrking poliklinisk aktivitet | | 411 | 411 | 411 | 411 | 411 | 411 | 411 | 411 |
| Styrking HF estimat, medikamenter kreft | | 1 530 | 1 530 | 3 060 | 4 590 | 4 590 | 4 590 | 4 590 | 4 590 |
| Styrking kapital, utjevning | | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 |
| Styrking HF estimat | | 5 343 | 7 481 | 14 962 | 22 443 | 22 443 | 22 443 | 22 443 | 22 443 |
| Reduserte pensjonskostnader | | -6 446 | -6 446 | -6 446 | -6 446 | -6 446 | -6 446 | -6 446 | -6 446 |
| Sum | 1 311 225 | 1 309 264 | 1 311 252 | 1 318 169 | 1 327 180 | 1 327 180 | 1 327 180 | 1 327 180 | 1 367 180 |

| Basisramme 2017-2025 Nordlandssykehuset | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Vedtatt ramme 2017 | 2 925 597 | 2 925 597 | 2 925 597 | 2 925 597 | 2 925 597 | 2 925 597 | 2 925 597 | 2 925 597 | 2 925 597 |
| Kapitalkompensasjon Bodø | | 10 000 | 10 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 |
| Inntektsmodell somatisk virksomhet | | -24 390 | -24 390 | -24 390 | -24 390 | -24 390 | -24 390 | -24 390 | -24 390 |
| Innfasing modell utdanning inntektsmodell somatikk | | 5 962 | 13 000 | 18 000 | 18 000 | 18 000 | 18 000 | 18 000 | 18 000 |
| Inntektsmodell psykisk helsevern | | 3 260 | 6 519 | 6 519 | 6 519 | 6 519 | 6 519 | 6 519 | 6 519 |
| Oppdatering/retting feil inntektsmodell rus | | 7 247 | 7 247 | 7 247 | 7 247 | 7 247 | 7 247 | 7 247 | 7 247 |
| Forvaltning IKT EPJ i HF | | -1 080 | -2 160 | -2 160 | -2 160 | -2 160 | -2 160 | -2 160 | -2 160 |
| Styrking HF estimat | | 9 668 | 13 982 | 27 964 | 41 946 | 41 946 | 41 946 | 41 946 | 41 946 |
| Forskning foreløpig tilbaktrekking | | -3 000 | -3 000 | -3 000 | -3 000 | -3 000 | -3 000 | -3 000 | -3 000 |
| Omstillingsbevilgning | | | | -30 000 | -30 000 | -30 000 | -30 000 | -30 000 | -30 000 |
| KPP | | -397 | -397 | -397 | -397 | -397 | -397 | -397 | -397 |
| Overgangsordning MVA | | 6 500 | 6 500 | 6 500 | 6 500 | 6 500 | 6 500 | 6 500 | 6 500 |
| Klinisk farmasi, krav til effektivisering | | -1 829 | -3 129 | -4 429 | -4 429 | -4 429 | -4 429 | -4 429 | -4 429 |
| Pasientreiser, krav til effektivisering | | -872 | -2 326 | -2 326 | -2 326 | -2 326 | -2 326 | -2 326 | -2 326 |
| Kurve, krav til effektivisering | | | | -3 900 | -3 900 | -3 900 | -3 900 | -3 900 | -3 900 |
| Utvikling psykiatri/tsb - Regional enhet psykisk lidelse hos pasienter med ps | | 2 100 | 2 100 | 2 100 | 2 100 | 2 100 | 2 100 | 2 100 | 2 100 |
| Utvikling psykiatri/tsb - styrking poliklinisk aktivitet | | 736 | 736 | 736 | 736 | 736 | 736 | 736 | 736 |
| Styrking kreftbehandling/medikamenter | | 2 613 | 2 613 | 5 226 | 7 840 | 7 840 | 7 840 | 7 840 | 7 840 |
| Reduserte pensjonskostnader | | -11 938 | -11 938 | -11 938 | -11 938 | -11 938 | -11 938 | -11 938 | -11 938 |
| Sum | 2 925 597 | 2 930 177 | 2 940 954 | 2 937 349 | 2 953 944 | 2 953 944 | 2 953 944 | 2 953 944 | 2 953 944 |

| Basisramme 2017-2025 UNN | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Vedtatt ramme 2017 | 4 653 198 | 4 653 198 | 4 653 198 | 4 653 198 | 4 653 198 | 4 653 198 | 4 653 198 | 4 653 198 | 4 653 198 |
| Kapitalkompensasjon UNN Narvik | | | | | 21 000 | 21 000 | 21 000 | 21 000 | 21 000 |
| Kapitalkompensasjon UNN Tromsø | | | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 |
| Kapitalkompensasjon PET senter | | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 |
| Inntektsmodell somatisk virksomhet | | 21 931 | 21 931 | 21 931 | 21 931 | 21 931 | 21 931 | 21 931 | 21 931 |
| Innfasing modell utdanning inntektsmodell somatikk | | -8 000 | -16 000 | -24 000 | -24 000 | -24 000 | -24 000 | -24 000 | -24 000 |
| Inntektsmodell psykisk helsevern | | 1 008 | 2 016 | 2 016 | 2 016 | 2 016 | 2 016 | 2 016 | 2 016 |
| Inntektsmodell TSB | | -3 272 | -3 272 | -3 272 | -3 272 | -3 272 | -3 272 | -3 272 | -3 272 |
| Prosjekt inkontinensomsorg UNN | | -990 | -990 | -990 | -990 | -990 | -990 | -990 | -990 |
| Forvaltning IKT EPJ i HF | | -1 980 | -3 960 | -3 960 | -3 960 | -3 960 | -3 960 | -3 960 | -3 960 |
| Forskning foreløpig tilbaketrukket | | -32 000 | -32 000 | -32 000 | -32 000 | -32 000 | -32 000 | -32 000 | -32 000 |
| KPP | | -396 | -396 | -396 | -396 | -396 | -396 | -396 | -396 |
| KORSN antibiotikaresistens | | 600 | 600 | 600 | 600 | 600 | 600 | 600 | 600 |
| PET senter oppstart og drift | | 8 000 | 8 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 |
| Prosjekt Samvalg | | | -8 000 | -8 000 | -8 000 | -8 000 | -8 000 | -8 000 | -8 000 |
| Overgangsordning pensjon | | 43 000 | 43 000 | 43 000 | 43 000 | 43 000 | 43 000 | 43 000 | 43 000 |
| Overgangsordning mva | | 7 500 | 7 500 | 7 500 | 7 500 | 7 500 | 7 500 | 7 500 | 7 500 |
| Styrking HF estimat | | 13 339 | 19 477 | 39 583 | 59 689 | 59 689 | 59 689 | 59 689 | 59 689 |
| Klinisk farmasi, krav til effektivisering | | -3 005 | -5 143 | -7 281 | -7 281 | -7 281 | -7 281 | -7 281 | -7 281 |
| Pasientreiser, krav til effektivisering | | -734 | -1 958 | -1 958 | -1 958 | -1 958 | -1 958 | -1 958 | -1 958 |
| Kurve, krav til effektivisering | | | | -6 415 | -6 415 | -6 415 | -6 415 | -6 415 | -6 415 |
| Utvikling psykiatri/tsb - styrking poliklinisk aktivitet | | 1 017 | 1 017 | 1 017 | 1 017 | 1 017 | 1 017 | 1 017 | 1 017 |
| Utvikling psykiatri/tsb SIFER NORD | | 3 000 | 3 000 | 3 000 | 3 000 | 3 000 | 3 000 | 3 000 | 3 000 |
| Miljøgiftlaboratoriet | | 1 700 | 1 700 | | | | | | |
| Helårsdrift regional enhet LIS utdanning | | 1 600 | 1 600 | 1 600 | 1 600 | 1 600 | 1 600 | 1 600 | 1 600 |
| Styrking kreftbehandling/medikamenter | | 4 294 | 4 294 | 8 587 | 12 881 | 12 881 | 12 881 | 12 881 | 12 881 |
| Reduserte pensjonskostnader | | -18 867 | -18 867 | -18 867 | -18 867 | -18 867 | -18 867 | -18 867 | -18 867 |
| Sum | 4 653 198 | 4 700 943 | 4 706 747 | 4 714 894 | 4 760 293 | 4 760 293 | 4 760 293 | 4 760 293 | 4 760 293 |

| Basisramme 2017-2025 Finnmarkssykehuset | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Vedtatt ramme 2017 | 1 509 303 | 1 509 303 | 1 509 303 | 1 509 303 | 1 509 303 | 1 509 303 | 1 509 303 | 1 509 303 | 1 509 303 |
| Kapitalkompensasjon Kirkenes | 0 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 |
| Kapitalkompensasjon Hammerfest | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 000 | 40 000 |
| Kapitalkompensasjon Alta | | 0 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 |
| Inntektsmodell somatisk virksomhet | | -999 | -999 | -999 | -999 | -999 | -999 | -999 | -999 |
| Innfasing modell utdanning inntektsmodell somatikk | | 6 000 | 5 100 | 4 100 | 4 100 | 4 100 | 4 100 | 4 100 | 4 100 |
| Inntektsmodell psykisk helsevern | | -216 | -433 | -433 | -433 | -433 | -433 | -433 | -433 |
| Inntektsmodell TSB | | -1 851 | -1 851 | -1 851 | -1 851 | -1 851 | -1 851 | -1 851 | -1 851 |
| Driftstilskudd Alta | | 4 500 | 15 500 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 |
| Samisk helsepark/geriatriisk tilbud | | 1 000 | 1 000 | 1 000 | 3 000 | 3 000 | 3 000 | 3 000 | 3 000 |
| Samisk helsepark idefase | | -1 000 | -1 000 | -1 000 | -1 000 | -1 000 | -1 000 | -1 000 | -1 000 |
| Overgangsordning pensjon | | -23 000 | -23 000 | -23 000 | -23 000 | -23 000 | -23 000 | -23 000 | -23 000 |
| Overgangsordning mva | | -14 000 | -14 000 | -14 000 | -14 000 | -14 000 | -14 000 | -14 000 | -14 000 |
| Forvaltning IKT EPJ i HF | | -496 | -992 | -992 | -992 | -992 | -992 | -992 | -992 |
| KPP | | -98 | -98 | -98 | -98 | -98 | -98 | -98 | -98 |
| Klinisk farmasi, krav til effektivisering | | -1 094 | -1 882 | -2 670 | -2 670 | -2 670 | -2 670 | -2 670 | -2 670 |
| Pasientreiser, krav til effektivisering | | -887 | -2 366 | -2 366 | -2 366 | -2 366 | -2 366 | -2 366 | -2 366 |
| Kurve, krav til effektivisering | | | | -2 365 | -2 365 | -2 365 | -2 365 | -2 365 | -2 365 |
| Styrking HF, estimat | | 6 021 | 8 431 | 16 862 | 25 293 | 25 293 | 25 293 | 25 293 | 25 293 |
| Utvikling psykiatri/tsb - styrking poliklinisk aktivitet | | 436 | 436 | 436 | 436 | 436 | 436 | 436 | 436 |
| Styrking kreftbehandling/medikamenter | | 1 563 | 1 563 | 3 127 | 4 690 | 4 690 | 4 690 | 4 690 | 4 690 |
| Styrking/utjevning kapital | | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 |
| Reduserte pensjonskostnader | | -6 849 | -6 849 | -6 849 | -6 849 | -6 849 | -6 849 | -6 849 | -6 849 |
| Sum | 1 509 303 | 1 498 334 | 1 517 865 | 1 528 207 | 1 540 201 | 1 540 201 | 1 540 201 | 1 580 201 | 1 580 201 |

| | |
|---|--|
| Ny IKT-plattform for sykehusapotek, anskaffelse av elektronisk produksjonsstøtte for legemidler og prosjektledelse | |
| Sak nr.: | 40 - 2017 |
| Møtedato: | 21. september 2017 |
| Saksbehandler: | Direktøren |
| Vedlegg | Prosjektbegrunnelse IKT-støtte for produksjon v. 1.1 |

Saken i korte trekk

Formålet med denne styresaken er å gi en nærmere begrunnelse for planforutsetningene i Helse Nords langsiktig plan 2018 – 2021 om ny IKT-plattform for Sykehusapotek Nord (NIPSA) og anskaffelse av et elektronisk produksjonsstøtte for legemidler. Saken forankrer således behovet for nye IKT-systemer i Sykehusapotek Nord HFs styre. I tillegg er det styrets anbefaling til Helse Nord RHF om å holde fast ved budsjettforutsetningene og om snarlig anskaffelse av IKT-støtte for legemiddelproduksjon.

Sakens del II oppsummerer sykehusapotekenes systemstøtteprosjekt. Digital fornying i apotekbransjen (DIFA-prosjektet) har som oppgave å erstatte det eksisterende apoteksystemet FarmaPro, som er bransjeløsningen som i dag håndterer sykehusapotekenes hovedfunksjoner, med en ny bransjeløsning. Sykehusapotekene vil få et større udekket behov etter denne utskiftingen og må derfor i tillegg til den nye fellesløsningen «difa» også etablere økonomi-, logistikk- og butikkdataløsninger for å kunne ivareta sine oppgaver overfor sykehusene, pasientene og publikum.

Systemstøtteprosjektet konkluderte med at sykehusapotekenes behov for IKT-støtte omfatter mer enn gapet som vil oppstå når FarmaPro forsvinner. Systemlandskapet som sykehusapotekene må forholde seg til er komplekst, og det er mange større regionale prosjekter på gang som innfører løsninger både innenfor EPJ/kurve, økonomi/logistikk og produksjonsstøtte (legemiddeltilvirkning).

Del III beskriver grunnlaget for å sette i gang et anskaffelsesprosjekt for IKT-støtte for legemiddeltilvirkning i Sykehusapotek Nord, samt dokumentere sannsynlig gevinst med innføringen. Det er et stort behov for å innføre IKT-støtte for produksjon av legemidler ved sykehusapotekene i Norge. Det mest umiddelbare behovet er støtte til produksjon av legemidler internt i sykehusapotekene. I tillegg er det et behov for integrasjon med kurveløsninger for å bidra til lukket legemiddelsløyfe. Begge deler er viktige for pasientsikkerheten.

Sykehusapotekdirektøren anbefaler at styret holders fast ved budsjettforutsetningene i Helse Nords langsiktige plan/rullering av investeringsplanen 2018 – 2025 både for DIFA-integrasjonen og ERP-implementering. Dette er avgjørende for å kunne levere legemidler. For så vidt angår elektronisk produksjonsstøtte vil det mest umiddelbare

behovet være støtte til produksjon av legemidler internt i Sykehusapotek Nord, inkludert mottak av bestilling på elektronisk form. Dette er viktig både for pasientsikkerheten og for ressursutnyttelse i sykehusapotekene. I tillegg er det et behov for integrasjon med kurveløsninger, bl.a. for å bidra til lukket legemiddelsløyfe. Dette er også viktig for pasientsikkerheten. For å sikre gjennomgående dokumentasjon, redusere antall systemer og sikre synergier mellom utvikling og vedlikehold av systemet anbefales at valg av løsning må omfatte både cytostatikaproduksjon, galenisk- og sterilproduksjon.

Løsningen som velges bør oppleves mest mulig sømløs med den elektroniske kurveløsningen og ivareta sykehusene og klinikernes behov. Dette vil bidra til at barrieren for at løsningen tas i bruk i sykehusene, og at løsningen kan virke påtvunget på sykehusene og klinikerne, reduseres. Det er derfor avgjørende at klinikere og sykehusene deltar i beslutningsprosessen knyttet til valg av system og det må sikres at valgt løsning kan tilpasses og integreres med den elektroniske kurveløsningen, samt gir nødvendig beslutningsstøtte for forskriver og personell som administrerer og tilbereder legemidlene.

I siste del foreslår direktøren at det ansettes en fast, hel stilling med hovedoppgave å delta i, og lede aktuelle og forestående store IKT-utviklingsprosjekter i organisasjonen. Stillingen forutsettes også å få personvernombudansvaret når de nye personvernreglene trer i kraft i 2018.

Direktørens innstilling til vedtak:

1. *Styret i Sykehusapotek Nord HF mener at det er av avgjørende betydning for leverings- og pasientsikkerheten at Sykehusapotek Nord foretar investeringer i IKT som ivaretar digital fornying i apotekbransjen herunder reseptur/butikkdata-, økonomi- og logistikk-løsninger, samt elektronisk produksjonsstøtte.*
2. *Styret viser til Helse Nord RHF's styrevedtak 54 – 2017, Plan 2018 – 2021 – inkl. rullering av investeringsplanen 2018 – 2025. Styret gir sin tilslutning til planforutsetningene i RHF-styrets vedtak som legger til grunn følgende investeringer i IKT hos Sykehusapotek Nord, og styret anbefaler Helse Nord RHF om å fastholde disse:*
 - a. *DIFA*
 - b. *Kasse/POS*
 - c. *Regional ERP-løsning*
 - d. *Elektronisk støtte for produksjon/legemiddeltilvirkning*
3. *Styret i Sykehusapotek Nord HF anbefaler at det uten ugrunnet opphold iverksettes anskaffelse av IKT-støtte for forskrivning, håndtering og tilberedning av infusjonslegemidler i tråd med saksfremleggets begrunnelse for dette. Styret ber direktøren følge opp vedtakspunktet overfor Helse Nord RHF og rapportere på status i senere styremøter.*
4. *Styret godkjenner ansettelse av en hel, fast stilling med hovedarbeidsområdet teknologiutviklingsprosjekter og informasjonssikkerhet (personvernombud).*

Espen Mælen Hauge
direktør

Saksfremlegg

Del I - Innledning

1. Formålet med saken

Formålet med denne styresaken er å gi en nærmere begrunnelse for planforutsetningene i Helse Nords langsiktig plan 2018 – 2021 om ny IKT-plattform for Sykehusapotek Nord (NIPSA) og anskaffelse av et elektronisk produksjonsstøtte for legemidler¹. Saken forankrer således behovet for nye IKT-systemer i Sykehusapotek Nord HF's styre og dermed styrets anbefaling til Helse Nord RHF om å holde fast ved budsjettforutsetningene og om snarlig anskaffelse av IKT-støtte for legemiddelproduksjon.

Sakens del II oppsummerer sykehusapotekenes systemstøtteprosjekt. Teksten er delvis basert på prosjektets sluttrapport² og oppdatert med fakta der det har skjedd en utvikling siden rapporten ble skrevet.

Del III beskriver grunnlaget for å sette i gang et anskaffelsesprosjekt for IKT-støtte til produksjon i Sykehusapotek Nord, samt dokumentere sannsynlig gevinst med innføring. Del III er basert på dokumentet *Prosjektmandat for IKT-støtte for produksjon i sykehusapotekene*, jfr. prosjektbegrunnelsen for dette som ble utarbeidet i systemstøtteprosjektet.

I siste del (VI) begrunnes behovet for å øke bemanningen på prosjekt-/IKT-området når de nye løsningene skal implementeres samt personvernombud i tråd med nytt personvernregelverk.

Saksfremlegget med vedtak fungerer som beslutningsgrunnlag og anbefaling til det regionale helseforetaket, samt eget ressursbehov.

Del II - NIPSA

2. Kort oppsummering av prosjektet

Apotekforeningen (de norske apotekenes bransjeforening) har startet et arbeid med digital fornying i apotekbransjen – DIFA-prosjektet - for å erstatte det eksisterende apoteksystemet FarmaPro, som er bransjeløsningen som i dag håndterer sykehusapotekenes hovedfunksjoner: Ordre, lager, fakturering, innkjøp og behandling av resepter (reseptur), med ny bransjeløsning. Dette er planlagt innført i 2019-2020. FarmaPro er eid av Norsk Apotekforening og utviklet av datterselskapet Espire. Det finnes per i dag ingen standardsystemer (hyllevare) som fullt ut kan erstatte det funksjonelle innholdet i dagens FarmaPro og det må derfor anskaffes nye, egne

¹ Helse Nord RHF styreak nr. 54 - 2017

² Nasjonal IKTs prosjektnummer 00590 Forprosjekt systemstøtte for legemiddelkjeden og sykehusapotekene, sluttrapport 21.03.17

løsninger for økonomi, butikkdrift etc., fordi den nye DIFA-løsningen planlegges med mindre funksjonalitet enn dagens FarmaPro. Sykehusapotekene vil få et større udekket behov etter denne utskiftingen og må derfor i tillegg til den nye fellesløsningen «DIFA» også etablere økonomi-, logistikk- og butikkdataløsninger for å kunne ivareta sine oppgaver overfor kundene (sykehusene/pasientene og publikum).

Nasjonal IKT har derfor på oppdrag fra de fire regionale sykehusapotekforetakene gjennomført NIPSA-prosjektet, som er en forkortelse for ny IKT-plattform for sykehusapotek. Prosjektets oppgave var å kartlegge det totale behovet for IKT-støtte i sykehusapotekene, avklare fordeler og ulemper med nasjonalt samarbeid om anskaffelse av supplerende løsninger til den nye DIFA bransjeløsningen og gi råd om hvordan sykehusapotekene best kan forberede seg når FarmaPro fases ut.

Prosjektet konkluderte med at sykehusapotekenes behov for IKT-støtte omfatter mer enn gapet som vil oppstå når FarmaPro forsvinner. Systemlandskapet som sykehusapotekene må forholde seg til er komplekst, og det er mange større regionale prosjekter på gang som innfører løsninger både innenfor EPJ/kurve, økonomi/logistikk og produksjonsstøtte (legemiddeltilvirkning).

Alle sykehusapotekforetakene i Norge har samme behov, men det er forskjeller i regionale systemporteføljer. Sykehusapotekforetakenes fagsystemer må ses i sammenheng med øvrige regionale fagsystemer innenfor EPJ, ERP og flere. Prosjektstyret besluttet å gjennomføre regionale ERP-prosjekter for økonomi og logistikk, og felles nasjonalt anskaffelsesprosjekt for Kasse/POS³ og DIFA-integrasjon.

3. Prosjektets konklusjoner

3.1. Prosjekt for å løse ERP-behov

Da det på slutten av 2016 ble klart at sykehusapotekene ikke kom til å slå seg sammen til ett HF⁴, var det ikke lenger like opplagt at man måtte gå sammen om et felles nasjonalt prosjekt for å løse alle behov som oppstod når FarmaPro forsvant. Regionene hadde eller var i ferd med å innføre forskjellige økonomi- og logistikkssystemer:

- HN: Agresso / ClockWork (uendret)
- HV: Libra-prosjektet - ny løsning ikke besluttet enda
- HMN: SAP (på vei inn)
- HSØ: Oracle Financials (på vei inn)

Prosjektstyret besluttet at regionale ERP-prosjekter for økonomi og logistikk, og felles nasjonalt prosjekt for Kasse/POS og DIFA-integrasjon var å foretrekke framfor felles prosjekt for totalløsning. Hovedbegrunnelsen var at de regionale ERP-prosjektene i tre av regionene hadde kommet ganske langt, og utvidelse av disse til å omfatte

³ Kasse/POS (Point Of Sale) skal være arbeidsflaten og kassesystemet i forbindelse med ekspedering av kunder i apotekutsalgene våre.

⁴ Ref. utredning av nasjonal sykehusapotek, 2016. AD-møtet 12.12.16 konkluderte med at de fire sykehusapotekforetakene skulle bestå som selvstendige helseforetak.

sykehusapotekenes behov medførte mindre merkostnad enn om sykehusapotekene skulle starte sitt eget prosjekt forfra.

Status i Helse Nord per august 2017 når det gjelder anskaffelse av ERP for økonomi og logistikk for Sykehusapotek Nord er: Helse Nord leide våren 2017 inn konsulentekspertise fra PwC for å gjøre vurderinger av regionens eksisterende ERP-system, Clockwork. Forprosjektet vurderer at Clockwork i Helse Nord vil understøtte Sykehusapotek Nord HFs prosesser i fremtiden med planlagt overgang til DIFA. Det er gjennom forprosjektet avdekket at dagens oppsett av Clockwork i Helse Nord må tilpasses for at Sykehusapotek Nord skal kunne benytte løsningen på en hensiktsmessig måte. Forprosjektet vurderer at spesielt oppsett av nødvendige integrasjoner vil være sentrale og omfattende aktiviteter i et implementeringsløp. Videre vil Sykehusapotekets prosesser måtte tilpasses systemet på flere områder, og i kombinasjon med at Clockwork er et nytt system på tvers av Sykehusapotek Nord, vil også endringsledelse være en kritisk aktivitet i det videre arbeidet med eventuell implementering av løsningen.⁵

Direktøren legger derfor til grunn at den gjennomførte foranalysen viser at Clockwork-løsningen dekker behovene og at analysen har sett på hva som vil kreves av tilpasninger og grensesnitt mot DIFA, Kasse/POS og andre løsninger. Basert på dette er vurderingen at å ta i bruk Clockwork er den mest gunstige vei for Sykehusapotek Nord, både økonomisk og gjennomføringsmessig. Sykehusapoteket kommer kostnads- og tidsmessig bedre ut fordi det allerede eksisterer en regional ERP-løsning som umiddelbart kan tas i bruk, enn å anskaffe et nytt, eget system.

3.2. Prosjekt for IKT-støtte til produksjon

Prosjektstyret besluttet å ikke gå for felles, nasjonal løsning for IKT-støtte til produksjon. Begrunnelse:

- Regionene hadde forskjellige utgangspunkt for valg av løsning, og noen var allerede kommet langt i regionale løp:
 - Helse Sør-Øst hadde kommet langt med innføring av løsning i sitt MKB-prosjekt. Løsningen inneholdt ikke integrasjon med Metavision-kurven
 - Helse Vest var i ferd med å planlegge prosjekt for innføring av løsning, der integrasjon med Meona-kurven var sentral.
- Ettersom man gikk for regionale ERP-løsninger, og kurveløsningene i regionene er forskjellige, så man liten gevinst i felles IKT-løsning for produksjonstøtte.

3.3. Veien videre

Sykehusapotekene følger selv opp med sine regioner og planlegger deltakelse i de regionale ERP-prosjektene. For anskaffelse av Kasse/POS og integrasjon med DIFA har de fire sykehusapotekforetakene gått sammen om et nasjonalt samarbeidsprosjekt for å ta fram en felles løsning. I tillegg har sykehusapotekene etablert et felles prosjekt for samordning av sine behov inn mot DIFA-prosjektet. Dette prosjektet ivareta dialog med Difa AS. Prosjekt for IKT-støtte legemiddelproduksjon ivaretas regionalt, se nedenfor under sakens del III.

⁵ Sluttrapport fra Sykehusapotek Nord forprosjekt 2017 - Erstatte FarmaPro ERP-funksjonalitet ved overgang til DIFA, datert 28.06.17

I forbindelse med etablering av ny IKT- plattform vil det ikke lengre være hensiktsmessig å fortsette driften på dagens apoteknett, og dette vil opphøre i dagens form. Derfor vil vårt fagsystem og produksjonsstøtte bli etablert på Helse Nord's plattform som driftes av Helse Nord IKT. Av den grunn er vi nå også i ferd med å inngå et nærmere samarbeid med Helse Nord IKT om etablering av nytt apoteksystem på sykehusnett tilgjengelig i Helse Nord. Dette vil gi oss sikker og profesjonell drift i henhold til fremtidige krav om sikkerhet og tilgjengelighet.

Del III - Prosjekt for IKT-støtte til produksjon

4. Beskrivelse av idé

Det er et stort behov for å innføre IKT-støtte for produksjon av legemidler ved sykehusapotekene i Norge. Det mest umiddelbare behovet er støtte til produksjon av legemidler internt i sykehusapotekene. I tillegg er det et behov for integrasjon med kurveløsninger for å bidra til lukket legemiddelsløyfe. Begge deler er viktige for pasientsikkerheten. Det er stor enighet om disse behovene.

Alle de regionale sykehusapotekforetakene har delvis systemstøtte til cytostatikaproduksjon, men mangler helt systemstøtte til øvrig produksjon.

- Sykehusene i Midt-Norge har Cytodose som behandlings- og bestillingssystem for cytostatika, og dette systemet gir i tillegg en begrenset produksjonsstøtte for apotekene. Systemet er i hovedsak rettet mot klinikere i sykehusene.
- Helse Sør-Øst har anskaffet et nytt produksjonsstøttesystem (CMS) for cytostatika og en pilot pågår. Cytodose er under utfasing.
- Helse Vest har igangsatt anbud for "komplett" produksjonsstøttesystem. Det er press fra kurveprosjektet om å få på plass en løsning, for at e-kurven skal kunne gi den beslutningsstøtten man har planlagt.
- Helse Nord har CytoPro som gir begrenset støtte for apotekets interne prosesser. Systemet gir støtte i utarbeidelse av arbeidssedler for produksjon av cytostatika og utskrift av etiketter, men ikke noe reelt produksjonsstøttesystem.

Fagsystem som i dag er i bruk i Norge for cellegiftbehandling, Cytodose, (som er i bruk i Helse Vest og Helse Midt-Norge, og som fases ut i Helse Sør-Øst) gir en viss støtte til cytostatikaproduksjon, men denne støtten består i hovedsak av at man får en automatisk generert rekvisisjon og arbeidsseddel, noe som gir en gevinst ved at man unngår manuell overføring av selve bestillingen. Cytodose gir derimot ingen beslutnings- eller arbeidsflytstøtte til selve produksjonsprosessen, dvs. systemet bidrar verken til heving av kvalitet, sikkerhet, økt sporbarhet eller automatisk dokumentasjon av prosessene som skjer i apoteket. For øvrig produksjon fins det ingen IKT-støtte i dag, men Helse Sør-Øst sitt MKB-prosjekt (Medikamentell kreftbehandling) er i ferd med å innføre en ny og bedre løsning for cytostatikaproduksjon.

5. Kort beskrivelse av behov og mål som muligens kan realiseres helt eller delvis som en anskaffelse av varer og tjenester.

Sykehusapotekene jobber i dag i stor grad manuelt ved produksjon av legemidler. Ved å innføre et produksjonsstøttesystem kan man oppnå:

- Unngå å introdusere feil i de manuelle overføringsfunksjonene.
- Ressursbesparelse pga. mindre behov for manuelle oppgaver og mindre behov for sidemannskontroll
- Enklere å oppdage avvik i produksjonsprosessen. Avvik som ikke blir oppdaget kan få alvorlige konsekvenser for pasienten.
- Enklere og mindre ressurskrevende kommunikasjon mellom apotek og sykehus, hvilket gir bedre kvalitet. Støtte til prioritering av rekkefølge av produksjon ut fra pasientsikkerhetshensyn (de som trenger det mest får det først).
- Elektronisk dokumentasjon og sporbarhet av produksjonsprosessen (hvem, hva og hvordan).
- Bedre intern ressursutnyttelse på apoteket. Produksjonsstøttesystemet kan angi krav til kompetanse (roller) og ressurser ved planlegging av hver enkelt produksjon, dette kan kobles mot personal/kompetanse- og ressurssystem (begrepene "Personell" og "Premises and equipment" i GMP). Dette fører til mer effektiv bruk av ansattes kompetanse og sporbarhet av riktig kompetanse benyttet i produksjonen
- Bedre tilpasset lagerbeholdning for planlagte produksjoner dersom man har integrasjon mellom systemet og sykehusapotekenes lager.
- GMP (Good Manufacturing Practice) krever kontroll med utstyr og monitorering av lokaler, og dokumentasjon av at produksjonen foregår under riktig temperatur, trykk, etc. Et produksjonsstøttesystem kan inneholde automatisk overvåking av dette, og til og med integrasjon mot termostat og ventilasjonssystemer (BMS - Building Management System). Et produksjonsstøttesystem kan eventuelt integreres med et BMS-system og motta alarmer.

4. *Interessenter*

| Interessent | Begrunnelse |
|---------------------------------------|--|
| Sykehusapotekforetakene | Trenger IKT-støtte til sitt arbeid. |
| RHF-ene | Opptatt av kvalitet og tilgang til legemidler |
| Sykehusene | Opptatt av kvalitet og tilgang til legemidler |
| NIKT | Opptatt av nasjonalt samarbeid |
| Hdir / NUFA | Opptatt av gode nasjonale løsninger for hele helsesektoren. Lovgivning og forskrifter |
| Legemiddelverket / FEST | Opptatt av legemiddelinformasjon, legemiddelpris (generisk bytte) |
| Direktoratet for e-helse | Opptatt av gode nasjonale løsninger for hele helsesektoren |
| Leverandører | Opptatt av produktutvikling, informasjon om muligheter |
| EPJ/Kurve-prosjektet i regionen | Opptatt av funksjonelt samspill ved forordning, beslutningsstøtte, etc. |
| ERP-prosjektet for Sykehusapotek Nord | Opptatt av integrasjoner og informasjonsdeling innen økonomi og logistikk, de store ERP-systemene har moduler for generisk produksjonsstøtte |

| | |
|-------------------|---|
| SAFEST | Opptatt av effektivisering av legemiddelregisterdata (FEST), beslutningsstøtte og logistikkinformasjon. Kobling mot kurveløsninger. |
| Helse Nord IKT | Opptatt av gode driftsløsninger, god tjenesteforvaltning |
| Fagforeninger | Opptatt av de ansattes velferd og rettigheter |
| Pasienter/brukere | Opptatt av egen helse, velvære og sikkerhet |

5. Organisering og ansvar for konseptfasen

Konseptfasen er i stor grad gjennomført ved at prosjektet "Felles forprosjekt for systemstøtte for legemiddelkjeden og sykehusapotekene" (jfr. fotnote nr. 1) er gjennomført.

6. Tidsplan og ressursbehov for konseptfasen

Tidsplan og ressursbehov for konseptfasen for å utrede om prosjektet bør starte eller ikke bør være minimalt, ettersom prosjektet "Felles forprosjekt for systemstøtte for legemiddelkjeden og sykehusapotekene" har gjennomført en grundig analyse av behovet, og bl.a. levert "to-be" arbeidsprosesser, målbildedokument, gapanalyse, integrasjonsanalyse og prosjektbegrunnelse⁶. Det skulle dermed være unødvendig å bruke særlig tid på en konseptfase.

Et hovedprosjekt er estimert til ca 4 år fra oppstart.

7. Føringer og rammebetingelser

Prosjektbegrunnelsen fra forprosjektet lister fordeler og potensielle ulemper ved et prosjekt for anskaffelse av IKT-støtte til produksjon.

Prosjektbegrunnelsen gir ikke noe estimat for budsjettbehovet, men slår fast at 50 mill. er absolutt nedre grense for behovet dersom det hadde blitt en felles, nasjonal løsning⁷. Det reelle budsjettbehovet for et regionalt prosjekt i Helse Nord vil antagelig ligge på 13 millioner kroner fordelt over årene 2018 – 2020. Dette er lagt til grunn i planforutsetningene for Helse Nord's langsiktige plan 2018 – 2021 (RHF-styresak 54-2017).

8. Ett felles nasjonal prosjekt eller et anskaffelsesprosjekt for Helse Nord

Konsekvensen av at prosjektideen ikke blir videre utredet må vurderes strategisk for Helse Nord uavhengig av hva de tre andre helseregionene beslutter om produksjonsstøtte og fordi det ikke ble foretatt en sammenslåing til ett foretak. Hvert av de fire foretakene vil derfor måtte dekke sine behov ved å gjennomføre regionale prosjekter selv om dette kan føre til fire forskjellige løsninger, en for hver region. Dette vil igjen føre til reduserte muligheter for samarbeid om produksjon av legemidler på nasjonalt nivå. Det vil også føre til reduserte muligheter for samarbeid om nasjonalt beredskap for legemiddeltilgang.

⁶ Prosjektbegrunnelsen ligger som vedlegg nr 1 til denne saken. Vedlegget må leses under hensyn til at forbeholdet om sammenslåing til ett nasjonalt sykehusapotekforetak ikke ble gjennomført etter utredningen i 2016.

⁷ AD-møtet 12.12.16 konkluderte etter utredning av nasjonal sykehusapotek i 2016 med at de fire sykehusapotekforetakene skulle bestå som selvstendige helseforetak.

Begrunnelsen for å ikke gå for en felles nasjonal løsning var at

- Regionene hadde forskjellige utgangspunkt for valg av løsning, og noen var allerede kommet langt i regionale løp:
 - Helse Sør-Øst hadde kommet langt med innføring av løsning i sitt MKB-prosjekt. Løsningen inneholdt ikke integrasjon med Metavision-kurven
 - Helse Vest var i ferd med å planlegge prosjekt for innføring av løsning, der integrasjon med Meona-kurven var sentral.
- Ettersom man gikk for regionale ERP-løsninger, og kurveløsningene i regionene er forskjellige, så man liten gevinst i felles IKT-løsning for produksjonstøtte.

6. Direktørens anbefaling

Det mest umiddelbare behovet er støtte til produksjon av legemidler internt i Sykehusapotek Nord, inkludert mottak av bestilling på elektronisk form. Dette er viktig både for pasientsikkerheten og for ressursutnyttelse i sykehusapotekene. I tillegg er det et behov for integrasjon med kurveløsninger, bl.a. for å bidra til lukket legemiddelsløyfe. Dette er særlig viktig for pasientsikkerhet knyttet til forskrivning og administrering av infusjonslegemidler.

Sykehusapotek Nord ønsker ikke å forholde seg til flere ulike produksjonstøttesystemer, slik at valgt løsning må omfatte både cytostatikaproduksjon, galenisk og sterilproduksjon. Bakgrunnen for det er en vurdering av at ett system vil kunne bidra til å sikre gjennomgående dokumentasjon, redusere behov for vedlikehold av systemene og sikre synergier innenfor utvikling og kvalitetssikring.

Løsningen må ikke påtvinge sykehusene og klinikerne løsninger de ikke ønsker. Løsningen som velges bør oppleves mest mulig sømløs med den elektroniske kurveløsningen og ivareta sykehusene og klinikerens behov. Dette vil bidra til at barrieren for at løsningen tas i bruk i sykehusene, og at løsningen kan virke påtvunget på sykehusene og klinikerne, reduseres. Det er derfor avgjørende at klinikere og sykehusene deltar i beslutningsprosessen knyttet til valg av system og det må sikres at valgt løsning kan tilpasses og integreres med den elektroniske kurveløsningen, samt gir nødvendig beslutningsstøtte for forskriver og personell som administrerer og tilbereder legemidlene.

Del VI Økt ressursbehov - prosjektledelse

7. Strategisk behov og manglende kapasitet – prosjektleder ønskes

Som saksfremlegget ovenfor og tidligere orienteringer til styret har vist, og som det fremgår av vår strategiplan, er vi allerede kommet langt på vei gjennom effektiv bruk og tilbud av teknologiske løsninger. I strategien har vi som et av våre innsatsområder at omstilling skal være teknologidrevet. Her står det blant annet:

«Vi skal nyttiggjøre kostnadseffektive og brukervennlige teknologiske løsninger ved å:

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

For å lykkes med store IKT- og digitaliseringsprosjekter, er det en grunnleggende forutsetning at vi forholder oss til teknologi som verktøy. Et verktøy for å nå viktige samfunns- og virksomhetsmål. Gevinstene som vil kunne hentes ut er bedre kvalitet i tjenestene, bedre ressursbruk i organisasjonen og bedre samhandling både internt og eksternt.

Imidlertid har vi hittil erfart at dette er svært ressurskrevende. Vi har de siste årene både fått økte ressurser og kompetanse innenfor IKT i foretaket Som følge av at vi nå går inn i en fase hvor vi skal planlegge og realisere flere store IKT-utviklings- og realiseringsprosjekter ser vi et akutt behov for økte ressurser. Kapasiteten til å drive alle prosjektene er for liten i organisasjonen. Vi har derfor søkt råd og forespurt både Helse Nord IKT HF og Helse Nord RHF om prosjektstøtte og prosjektledelse for koordinering og implementering av ny IKT-plattform for Sykehusapotek Nord (i hele sin bredde), i tillegg til organisasjonsutvikling.

Ingen av disse har ledig prosjektlederkapasitet å tilby. Riktignok er vi nå inne i en positiv dialog med Helse Nord IKT HF i den hensikt å inngå et nærmere samarbeid og tjenestenivåavtale, herunder etablering av nytt apoteksystem på sykehusnett, og i Helse Nord RHF har vi gjennom oppfølgingsmøter fått gode råd. De foreslår at prosjektleder dekkes av reserven i SANO knyttet til lavere pensjonskostnader. Direktøren er enig i dette og ber derfor om styrets aksept for ansettelse av en fast, hel stilling med hovedoppgave å delta i, og lede aktuelle og forestående store IKT-utviklingsprosjekter i organisasjonen.

Stillingen forutsettes også å få ansvar som personvernombud. På grunn av EUs nye personvernforordning vil alle EU- og EØS-land vil få et nytt personvernregelverk som trer i kraft mai 2018. Den nye personvernforordningen vil erstatte personopplysningsloven og tilhørende forskrifter. Det nye regelverket gir virksomheter nye plikter, og personer som får sine opplysninger registrert får nye rettigheter. Innføring av EUs personvernforordning fra 2018 vil gi økt oppmerksomhet fra rundt personvern og informasjonssikkerhet, og det er derfor viktig at vi setter av nok ressurser til dette arbeidet.

Prosjektbegrunnelse

IKT-støtte for produksjon

NIKT Systemstøtte for Sykehusapotekene

Dato: 20.03.2017

Versjonsnr: 1.1

Godkjenning

| Organisasjon | Navn | Dato | Versjonsnr. |
|--------------|------|------|-------------|
| | | | |

Innhold

| | | |
|------|---|----|
| 1 | Innledning..... | 4 |
| 1.1 | Endringshistorikk..... | 4 |
| 1.2 | Formålet med dokumentet..... | 4 |
| 1.3 | Dokumentets omfang og avgrensning | 4 |
| 1.4 | Vedlikehold og godkjenning av dokumentet..... | 5 |
| 1.5 | Definisjoner og terminologi..... | 5 |
| 2 | Oppsummering..... | 7 |
| 3 | Hensikt/behov..... | 8 |
| 4 | Forretningsalternativ..... | 10 |
| 5 | Forventede gevinster | 11 |
| 5.1 | Produksjonsstøttesystem - generelle gevinster..... | 11 |
| 5.2 | Mottak av bestilling..... | 12 |
| 5.3 | Framhenting av hovedforskrift og forberede produksjon..... | 13 |
| 5.4 | Produksjon | 13 |
| 5.5 | Sluttkontroll og frigivelse av produkt..... | 14 |
| 5.6 | Utlevering | 15 |
| 5.7 | Forvaltning av hovedforskrift..... | 16 |
| 5.8 | Sporbarhet og dokumentasjon | 16 |
| 5.9 | Gevinst av felles, nasjonalt system..... | 17 |
| 5.10 | Gevinst av nasjonalt samarbeid uten å ha samme produksjonsstøttesystem..... | 17 |
| 5.9 | Gevinst av regionale løsninger | 18 |
| 6 | Forventede ulemper | 18 |
| 6.1 | Ulemper ved felles, nasjonalt system..... | 18 |
| 6.2 | Ulemper ved forskjellige regionale løsninger | 19 |
| 7 | Tidsrammer | 19 |

| | | |
|-----|--|----|
| 8 | Kostnader..... | 20 |
| 8.1 | Prosjektkostnader | 20 |
| 8.2 | Endring i driftskostnader..... | 21 |
| 9 | Investeringsvurdering..... | 21 |
| 9.1 | Vurdering av scenariene opp mot prioriteringskriteriene..... | 24 |
| 9.2 | Strategiske valg..... | 27 |
| 9.3 | Anbefaling..... | 28 |
| 10 | Viktigste usikkerheter | 29 |

1 Innledning

1.1 Endringshistorikk

| Versjon | Endring | Dato | Forfatter |
|---------|---|------------|-------------|
| 0.6 | Utkast under arbeid i prosjektgruppa | | Jon Gausdal |
| 0.7 | Første rimelig komplette versjon, sendt til høring i prosjektstyret | 03.10.2016 | Jon Gausdal |
| 0.8 | Justert versjon etter høring fra prosjektstyret og videre bearbeiding og prosjektgruppa | 03.11.2016 | Jon Gausdal |
| 0.9 | Justert etter andre høringsrunde | 24.11.2016 | Jon Gausdal |
| 1.0 | Justert etter siste behandling i prosjektmøtet 1.12.2016 | 20.12.2016 | Jon Gausdal |
| 1.1 | Beskrivelse av HSØ-situasjonen i kap. 3 er justert | 20.03.2017 | Jon Gausdal |

1.2 Formålet med dokumentet

Hensikten med dette dokumentet er å beskrive grunnlaget for å sette i gang et anskaffelsesprosjekt for IKT-støtte til produksjon i sykehusapotekene, samt dokumentere sannsynlig gevinst fra prosjektet. Dokumentet fungerer som beslutningsgrunnlag for vedtak om oppstart. Dersom prosjektet startes vil dokumentet oppdateres i prosjektperioden, slik at det kan benyttes som grunnlag for å endre kursen på prosjektet dersom forutsetningene endres underveis. I tillegg fungerer dokumentet som grunnlag for arbeid med gevinstplaner i prosjektet.

Målgruppen for dette dokumentet er prosjektstyret og ledelsen i sykehusapotekene, Nasjonal IKT, og andre som har interesse av verdiene som skapes i prosjektet.

1.3 Dokumentets omfang og avgrensning

Dokumentet beskriver tre alternative tiltak for et problemområde: Null-alternativet (dvs. ikke gjennomfør prosjektet), gjør minst mulig (så lite prosjektomfang som mulig, evt. definer tiltak i tjenestene istedenfor), eller gjennomfør prosjektet. Dokumentet omhandler ikke detaljene i planlegging av prosjektet. Konkrete målformuleringer, prosjektorganisering og avtalte tids- og kostnadsrammer beskrives i prosjektplanen.

1.4 Vedlikehold og godkjenning av dokumentet

Første versjon av dokumentet utarbeides i forprosjektet NIKT Systemstøtte for legemiddelkjeden og sykehusapotekene, og godkjennes av prosjektstyret for forprosjektet. Alle versjoner etter prosjektoppstart utarbeides av prosjektleder for hovedprosjektet, og godkjennes av prosjektstyret for dette.

1.5 Definisjoner og terminologi

| Ord/uttrykk | Forklaring |
|---------------|--|
| Arbeidsseddel | En kopi av godkjent hovedforskrift med et påført kontrollnummer, for bruk i en enkelt produksjon. |
| CMS | Navn på produksjonsstøttesystem for cytostatika. |
| Cytodose | Fagsystem for kreftbehandling. Inneholder støtte for bestilling av produksjon av cytostatika, i tillegg til støtte til leger og sykepleiere for planlegging og gjennomføring av cellegiftkurer. |
| CytoPro | Navn på produksjonsstøttesystem for cytostatika. |
| DIFA | Digital fornying i apotekbransjen |
| Endose | Legemidler pakket i minste tilgjengelige enhet og merket med virkestoff, preparatnavn, styrke, strekkode, batchnummer og holdbarhet slik at de er identifiserbare helt frem til administrering. |
| EPJ | Elektronisk pasientjournal: Pasientinformasjon på elektronisk form |
| ERP | Enterprise Resource Planning: IKT-systemer for logistikk og økonomi |
| Espire | Produsent av FarmaPro, eid av Apotekforeningen |
| FarmaPro | Et komplett IKT-system for distribusjon, utlevering og salg av legemidler og apotekvarer. FarmaPro brukes i alle norske apotek. |
| Forlikelighet | Med forlikelighet menes at det ikke skjer en utfelling eller en nedbrytning/omdanning når to eller flere legemidler/infusjonsvæsker blandes sammen. Begrepet omfatter også hvilke preparater som kan blandes i hvilke væsker, samt forlikelighet mht ulike typer emballasje. |
| GMP | Good Manufacturing Practice |
| Gravimetri | Kjemisk analysemetode basert på veiing av substansen, dvs. den komponenten i prøven som skal bestemmes, eller |

| | |
|--------------------------|--|
| | en forbindelse som inneholder substansen i kjent sammensetning. |
| HMN | Helse Midt-Norge |
| HN | Helse Nord |
| HSØ | Helse Sør-Øst |
| HV | Helse Vest |
| Hovedforskrift | En skriftlig preparasjons-, dispenserings-, kontroll- og etiketteringsforskrift tilpasset hvert produkt. |
| HV | Helse Vest |
| Lukket legemiddelssløyfe | Lukket legemiddelssløyfe er en elektronisk støttet prosess for håndtering av legemidler, der all informasjon fra forskrivning til administrasjon overføres elektronisk og sømløst mellom ulike system. All dokumentasjon underveis i prosessen gjøres elektronisk og sporbar. Den lukkede legemiddelssløyfen følger det enkelte legemidlet |
| MKB | Medikamentell kreftbehandling – prosjekt i HSØ. |
| Oracle | Navn på leverandør og dens ERP-system (også navn på databaseløsning fra samme leverandør) |
| PRINCE2 | Projects in controlled environments, versjon 2, vedtatt prosjektmetodikk i helsesektoren og anbefalt i offentlig sektor, se www.prosjektveiviseren.no |
| RFI | Request for Information, innledning til en anbudsprosess |
| SA | Sykehusapotekene |
| SAP | Navn på leverandør og dens ERP-system |
| Sidemannskontroll | En ekstra person bidrar til å observere og kvalitetssikre arbeid som i omfang kunne ha vært utført av en person. For enkelte preparater er det krav om sidemannskontroll, dvs dobbeltsjekk utført av en kollega mht at istandgjort preparat (dose, styrke, preparat) for en pasient er korrekt. Også relevant ved kontroll av infusjonshastighet ved legemidler som gis intravenøst. |

2 Oppsummering

Det er et stort behov for å innføre IKT-støtte for produksjon av legemidler ved sykehusapotekene. Det mest umiddelbare behovet er støtte til produksjon av legemidler internt i sykehusapotekene. I tillegg er det et behov integrasjon med kurveløsninger for å bidra til lukket legemiddelsløyfe. Begge deler er viktige for pasientsikkerheten. Kapittel fem beskriver i detalj gevinstene man kan oppnå. Det er stor enighet om dette behovet. Spørsmålet er hvordan man skal gå fram for å anskaffe gode løsninger.

Strategiske valg som må tas:

1. Skal vi velge felles, nasjonal løsning for produksjonsstøttesystem, eller velge forskjellige, regionale løsninger?
2. Skal man være konsekvent med tanke på en gjennomgående kurve for klinikere, slik at valgt løsning kreves integrert med kurven, eller kan det være aktuelt å anskaffe løsning med støtte for klinikere (av type Cytodose, CMS for cytostatika)? Dette valget må tas på RHF-nivå, og vil gi føringer for mulige valg av løsning for produksjonstøtte.
3. Skal man velge en generisk løsning for produksjonsstøtte fra samme ERP-leverandør som man kjøper økonomi- og logistikk-løsning fra, eller skal man velge en fagspesifikk løsning? Dersom man skal velge systemstøtte fra ERP-leverandør forutsetter dette at man også har økonomi- og logistikk-system fra samme leverandør for å oppnå gevinstene som beskrevet i dette dokumentet.

Regionene har allerede besluttet forskjellige løsninger for ERP-system for økonomi og logistikk, og for e-kurveløsning. Da vil det være naturlig å også optimalisere på regionalt nivå når det gjelder valg av produksjonstøtteløsning. Som konsekvens av dette bør man vektlegge integrasjon mot regional løsning for e-kurve samt eksisterende økonomi- og logistikksystem i regionen.

Det er imidlertid sterkt press fra myndighetene om i større grad å gå for felles IKT-løsninger nasjonalt. Dersom sykehusapotekene slår seg sammen til et felles HF er de i god posisjon til å innføre felles løsninger. I så fall kan det være naturlig å velge felles ERP-løsning for økonomi og logistikk. Da vil valg av felles løsning for produksjonsstøtte være et skritt i retning av ytterligere samarbeid om felles nasjonale løsninger.

Prosjektgruppa er enige om:

- Det mest umiddelbare behovet er støtte til produksjon av legemidler internt i sykehusapotekene, inkludert mottak av bestilling på elektronisk form. Dette er viktig både for pasientsikkerheten og for ressursutnyttelse i sykehusapotekene. Her har de fire regionene felles behov.

- I tillegg er det et behov for integrasjon med kurveløsninger, bl.a. for å bidra til lukket legemiddelsløyfe. Dette er også viktig for pasientsikkerheten.
- Sykehusapotekene ønsker ikke å forholde seg til flere produksjonstøttesystemer, slik at løsning må omfatte både cytostatikaproduksjon, galenisk og sterilproduksjon.
- Løsningen må kunne stille sykehusene relativt fritt med tanke på klinikerstøtte. Hvilken klinikerstøtte som skal brukes må bestemmes av sykehusene og kurveprosjektene, slik at den beste løsningen for produksjonsstøtte må kunne tilpasses flere alternativer:
 - Integrasjon med kurve, både for å motta bestilling i ny løsning via kurven, og for å bidra med dataunderlag for beslutningsstøtte til kurven
 - Integrasjon med eksisterende fagsystemer for cytostatika, slik at klinikere kan fortsette å benytte f.eks. Cytodose, mens sykehusapoteket får bestillingen gjennom ny løsning
 - Tilby faglig støtte/bestillingsstøtte til klinikere dersom integrasjon med kurve ikke er aktuelt (slik som Cytodose og CMS).
- I utgangspunktet anbefales en felles nasjonal løsning, men dette synes i praksis vanskelig pga. regionenes forskjellige ståsteder mhp. omfang av løsning og integrasjon med kurve. Hvordan man tar dette videre vil bl.a. være avhengig av framtidig organisering av sykehusapotekene, og hvordan regionene ønsker å samarbeide om anskaffelser. Det virker som alternativ 4 i kap. 9.1 er beste tilnærming.

3 Hensikt/behov

Apotekenes bransjeforening har startet et arbeid (Digital Fornying i Apotekbransjen - DIFA-prosjektet) for å erstatte FarmaPro med ny bransjeløsning. Den nye DIFA-løsningen planlegges med mindre funksjonalitet enn dagens FarmaPro. Det har derfor blitt gjennomført et forprosjekt bl.a. for å utrede behov for nyanskaffelser for å supplere DIFA-løsningen. Forprosjektet vurderer det totale behovet for IKT-støtte for sykehusapotekene på et overordnet nivå, og har konkludert med at det er et betydelig behov for IKT-støtte til produksjon av legemidler, uavhengig av FarmaPro/DIFA-problematikken.

Sykehusapotekene utfører følgende produksjon;

- Tilsetning (cytostatika, antibiotika, TPN, smertekassetter og øvrig tilsetning)
- Sterilproduksjon
- Ikke-steril produksjon

- Ompakking til endoser. Vurderingene som gjøres i dette dokumentet omfatter ikke denne type produksjon. Nasjonal samordning av dette bør utredes som et eget mulig prosjekt.
- Produksjon til kliniske studier

Alle sykehusapotekforetakene i Norge har samme behov, men det er forskjeller i regionale systemporteføljer for produksjonsstøtte. Alle regionene har noe systemstøtte til cytostatikaproduksjon, men mangler systemstøtte til øvrig produksjon.

- Sykehusene i Midt-Norge har innført Cytodose som behandlings- og bestillingssystem for cytostatika, og dette systemet gir i tillegg en begrenset produksjonsstøtte for apotekene. Denne støtten består i hovedsak av at man får en automatisk generert rekvisisjon og arbeidsseddel, noe som gir en gevinst ved at man unngår manuell overføring av selve bestillingen. Cytodose gir derimot ingen beslutnings- eller arbeidsflytstøtte til selve produksjonsprosessen, dvs. systemet bidrar verken til heving av kvalitet, sikkerhet, økt sporbarhet eller automatisk dokumentasjon. Sykehusapoteket i Trondheim har pakkemaskiner (Swisslog) for endoseproduksjon til St.Olavs Hospital. Delta benyttes som logistikksystem for bestilling inn til apoteket, mens PillPick (Swisslog) gir støtte til produksjon av endosene. Ønsker bedre produksjonsstøtte, har kun begrenset produksjonsstøtte for cytostatika (Cytodose). Det er ikke noe prosjekt på gang, men det er en opsjon i SAP-prosjektet på å benytte produksjonsstøttemodulen i SAP. Det er dessuten prosjekt på gang for å anskaffe nytt journalsystem (Helseplattformen), det er mulig dette systemet vil stille nye krav til produksjonsstøttesystem, på samme måte som i Helse Vest.
- Helse Nord har CytoPro som gir begrenset støtte for å lage arbeidssedler for cytostatika, men ikke noe reelt produksjonsstøttesystem. CytoPro brukes kun til utskriving av arbeidssedler og etiketter. Bestilling og lagertransaksjoner registreres i FarmaPro.
- Helse Sør-Øst har anskaffet et nytt produksjonsstøttesystem (CMS) for cytostatika, og pilotering pågår. Cytodose er under utfasing. På sikt vurderes det i Helse Sør-Øst å også benytte CMS til galenisk- og steril produksjon. Helse Sør-Øst har pakkemaskiner (Swisslog & Baxter for endoseproduksjon). Fire sykehusapotek (Skien, Kalnes, Ahus, Oslo) gjør endoseproduksjon/ompakking og ett sykehusapotek har innført cytostatikarobot.
- Helse Vest forbereder anbud for "komplett" produksjonsstøttesystem. Det er press fra kurveprosjektet (KULE) om å få på plass en løsning, for at e-kurven skal kunne gi den beslutningsstøtten man har planlagt.

Dagens fagsystemer for cellegiftbehandling (Cytodose, CytoPro) gir en viss støtte til cytostatikaproduksjon, men stort sett begrenset til å levere bestilling til Sykehusapotekene på elektronisk form. For øvrig produksjon fins det ingen IKT-støtte i

dag, men HSØ sitt MKB-prosjekt er i ferd med å innføre en ny og bedre løsning for cytostatikaproduksjon.

4 Forretningsalternativ

I henhold til PRINCE2-metodikken analyseres tre forretningsalternativer: Nullalternativet (ikke gjøre noe), gjør lite, og "gjør noe", dvs. gjennomfør et prosjekt. Dette er beskrevet nedenfor.

| Forretningsalternativ | Forklaring |
|------------------------|---|
| Alt. 0: Ikke gjøre noe | <ul style="list-style-type: none"> • Ressurskrevende pga. mange manuelle prosesser for å oppfylle produksjonskravene. Ressursbruken vil fremdeles være stor fordi: <ul style="list-style-type: none"> ○ produksjonsvolum øker ○ krav til dokumentasjon øker ○ kvalitetskrav i prosessene blir mer krevende å oppfylle • Tilfredsstill ikke framtidens krav til sporbarhet, kravene kommer til å bli strengere bl.a. som følge av EUs forfalskningsdirektiv. • Krav til dokumentasjon av legemiddelproduksjon blir strengere, og vanskeligere å oppfylle med dagens manuelle systemer. • I praksis vanskelig å hindre at feil gjentar seg på grunn av begrensede muligheter til forbedringstiltak av dagens prosesser. |
| Alt. 1: Gjøre minimalt | <p>Det finnes ingen lettvinnt vei ut av dagens stadig mer krevende situasjon, ingen "Quick Wins" som vil være tilfredsstillende. Det eneste handlingsrommet man har er å legge til enda flere manuelle kontrollprosesser.</p> |
| Alt. 2: Gjøre noe | <p>"Gjøre noe" betyr å innføre IKT-støtte i produksjonsprosessene. Dette kan løses med regionale prosjekter (forskjellige løsninger) eller som et nasjonalt prosjekt for felles anskaffelse. Resten av dette dokumentet beskriver dette.</p> <p>Et alternativ kan være at en region (f.eks. Helse Vest) kjører anskaffelsesprosjekt, og de øvrige regionene vurderer å gå inn med opsjon i den kontrakten som inngås med leverandør. Opsjon må</p> |

| | |
|--|--|
| | inngå i anbudet; etter at kontrakt er inngått er det for sent å forhandle inn en opsjon. |
|--|--|

5 Forventede gevinster

Dette kapittelet oppsummerer de forventede gevinster man ser ved å velge alt. 2 «Gjøre noe», ref. kap. 4. Gevinstene deles inn i generelle fordeler med å innføre et produksjonsstøttesystem (5.1) samt inndelt etter de hovedprosesser man har identifisert i kartleggingsfasene (As-Is og To-Be) og som består av:

1. Mottak av bestilling (5.2)
2. Framhenting av hovedforskrift og forberede produksjon (5.3)
3. Produksjon (5.4)
4. Sluttkontroll og frigivelse av produkt (5.5)
5. Utlevering (5.6)
6. Forvaltning av hovedforskrift (5.7)

5.1 Produksjonsstøttesystem - generelle gevinster

Det mest umiddelbare behovet er støtte til produksjon av legemidler internt i sykehusapotekene. I tillegg er det et behov integrasjon med kurveløsninger for å bidra til lukket legemiddelsløyfe. Begge deler er viktige for pasientsikkerheten.

Et produksjonsstøttesystem kan ta hensyn til følgende funksjonsområder for å bidra til optimal støtte til produksjon, vareflyt og tjenester:

- Intern ressursutnyttelse på apoteket
- Logistikk
- Pasientens behandlingssituasjon
- Sykehusenes bestillinger og forventninger til leveranser
- Bedre sporbarhet av beslutningsprosessene
- Bedre sporbarhet av produksjonen
- Beregning av kostnader

Ved å innføre produksjonsstøttesystem;

- Unngår man å introdusere feil i de manuelle overføringsfunksjonene.
- Gir ressursbesparelse pga. mindre behov for manuelle oppgaver.
- Enklere å oppdage avvik i produksjonsprosessen. Avvik som ikke blir oppdaget kan få alvorlige konsekvenser for pasienten.
- Enklere og mindre ressurskrevende kommunikasjon mellom apotek og sykehus, hvilket gir bedre kvalitet.

- Gir støtte til prioritering av rekkefølge av produksjon ut fra pasientsikkerhetshensyn (de som trenger det mest får det først).
- Elektronisk dokumentasjon og sporbarhet av produksjonsprosessen (hvem, hva og hvordan).
- Innføring av produksjonsstøttesystem kan føre til bedre intern ressursutnyttelse på apoteket. Produksjonsstøttesystemet kan angi krav til kompetanse (roller) og ressurser ved planlegging av hver enkelt produksjon, dette kan kobles mot personal/kompetanse- og ressursssystem (begrepene "Personell" og "Premises and equipment" i GMP). Dette fører til mer effektiv bruk av ansattes kompetanse og sporbarhet av riktig kompetanse benyttet i produksjonen
- Systemstøtten kan bidra til bedre lagerbeholdning for planlagte produksjoner dersom man har integrasjon mellom systemet og sykehusapotekenes lager.
- GMP krever kontroll med utstyr og monitorering av lokaler, og dokumentasjon av at produksjonen foregår under riktig temperatur, trykk, etc. Et produksjonsstøttesystem kan inneholde automatisk overvåking av dette, og til og med integrasjon mot termostat og ventilasjons-systemer (BMS - Building Management System). Et produksjonsstøttesystem kan eventuelt integreres med et BMS-system og motta alarmer.

5.2 Mottak av bestilling

Dagens rutiner for mottak av bestilling er stort sett manuelle og inneholder manuell overføring av informasjon, ved at bestillinger (på papir) tastes inn på nytt i arbeidssedlene. Innføring av produksjonsstøtte fører til at man unngår å introdusere feil i de manuelle overføringsfunksjonene.

Risiko for feil kan i dag oppstå ved:

- Overføring av leges ordinerer til sykepleier: Reduksjon av risiko vil først og fremst skje ved innføring av elektronisk bestillingssystem for helsepersonell.
- Informasjon om hvem som har bestilt blir ikke ivaretatt.
- Mottak av manuell bestilling, som leses manuelt på Sykehusapoteket og skrives ned for videre overføring internt til produksjon. Dette leddet må i fremtiden elimineres og ivaretas av elektronisk løsning.

Integrasjon mellom en framtidig elektronisk kurveløsning og løsning for produksjonsstøtte vil gi en meget stor gevinst i form av redusert risiko for feil, men også løsning av kulepunkt 3 isolert sett vil gi en meget høy gevinst. I tillegg til redusert risiko for feil oppnår man ressursbesparelse pga. mindre behov for manuelle oppgaver.

5.3 Framhenting av hovedforskrift og forberede produksjon

Innføring av et produksjonsstøttesystem muliggjør at bestillingen automatisk henter fram riktig hovedforskrift. Det sikrer også bedre versjonskontroll av hovedforskrifter. Ut fra hovedforskriften generes arbeidsseddel automatisk. Man unngår manuelle trinn i framhenting av arbeidssedler, og dermed unngås mange feilkilder i produksjonen.

Et produksjonsstøttesystem kan ha funksjonalitet til kontroll av forlikelighet ved produksjon, dvs. kontrollere at alle råvarene lar seg blande slik bestillingen beskriver. For ompakking til endoser kan man ønske funksjonalitet til kontroll av egnethet for ompakking, med hensyn til produktkvalitet, beskyttelse av personale samt krysskontaminering.

Oppsummering av informasjon om holdbarhet, blandbarhet, transport og emballasje etc., oppsummeres i dag i såkalte *cytkort* eller tilsvarende. Dette er viktig informasjon, men foreligger i fritekst og ikke som strukturert informasjon. Med produksjonsstøttesystem kan informasjonen struktureres og gjøres tilgjengelig ved produksjon.

Ved planlegging av produksjonen bør kunde få tilbakemelding på forventet levering, dvs. om legemiddelet kan leveres som bestilt, eller om det er fare for forsinkelser. Med et produksjonsstøttesystem er det enklere å gi denne tilbakemeldingen. I framtiden kan dette gis automatisk, f.eks. via e-kurven.

Man kan få bedre sporbarhet av beslutningsprosessene, f.eks. ved avvik fra standard produksjon. Produksjonsstøttesystem kan benyttes til å dokumentere hvorfor man besluttet å avvike fra standard.

Systemet skriver automatisk ut etiketter (f.eks. GS1 standard) for merking av sluttprodukt. Etiketten fører til sporbarhet og er nødvendig for lukket legemiddelsløyfe (se kap 5.8).

Bruk av produksjonsstøttesystem fører til bedre planlegging av produksjonen, og bedre utnyttelse av råvarer og utstyr. Dette fører til bedre effektivitet og direkte økonomiske besparelser.

5.4 Produksjon

Produksjon er både tids- og resurskrevende ettersom sidemannskontroll kreves. Sidemannskontroll benyttes underveis i produksjonen, spesielt ved produksjon av

cytostatika skjer sidemannskontroll i produksjonsrommet. Når produksjonsstøttesystem har funksjonalitet for fotografi-, strekkodelesing- og/eller gravimetri fører det til redusert behov for sidemannskontroll.

Gravimetri innebærer veiing av oppmålt mengde kontrolleres og dokumenteres av produksjonsstøttesystemet. Systemet kontrollerer målt verdi ut fra spesifisert vekt i arbeidsseddel, gjennom integrasjon mellom produksjonsstøttesystemet og elektronisk vekt.

Strekkodekontroll fører til mindre behov for visuell kontroll av hver eneste råvare ved uttak og klargjøring for produksjon. Strekkodekontrollene foretas både ved uttak av råvarene, og ved veiing/bruk i selve produksjonsprosessen.

Gevinsten med produksjonsstøttesystem er sikrere kontroll, og fører til redusert behov for manuelle ressurser, samt automatisk dokumentasjon av kontrollen, og støtte til arbeidsflyt/prosess. Hver enkelt rolle som har en oppgave til ulike tider fremgår tydelig i systemet.

Ekstraarbeid som følge av at sidemannskontroll oppdager "nesten-feil" meldes ikke som avvik. Feil som oppdages under plukk registreres ikke som avvik, da legges bare det feilplukkete stoffet tilbake i hylla og rett produkt hentes. Avvik registreres kun når det oppdages etter at produksjonen er startet. Denne type ekstraarbeid vil et produksjonsstøttesystem forhindre. Det er vanskelig å anslå omfang av dette, men generelt kan vi si at jo lenger ut i produksjonen feilen oppdages, jo mer merarbeid (og kostnad) vil korrigeringsføre til, faktisk kan feil som oppdages føre til at hele produksjon å kasseres.

5.5 Sluttkontroll og frigivelse av produkt

Sluttkontroll og frigivelse av produkt (farmasøytikkontroll) innebærer:

- Visuell kontroll av ferdig produkt
- Kontrollere produktdokumentasjon mot ferdig produkt
- At alle felt på arbeidsseddelen er fylt ut.
- Produkt er merket i henhold til arbeidsseddel, og merket med riktig pasient, riktig avdeling, riktig dose og om det er noen spesielle krav med levering eller forsendelse.

Kontroll av sprøyteopptrekk, vekt og legemidler gjennomføres i dag i sluttkontroll hvis det ikke er sidemannskontroll.

Dokumentasjon av produksjonskontrollen vil med produksjonsstøttesystem foreligge på strukturert form, og kan dermed benyttes i sluttkontroll slik at denne forenkles.

- Manuell innsats til sluttkontroll kan reduseres
- Kontrollen blir mer nøyaktig og med mindre risiko for feil.
- Produksjonen blir bedre dokumentert (henhold til arbeidsseddel (riktig mengde, riktig legemiddel, riktig styrke). Dette fører bl.a. til økt sporbarhet dersom det blir spørsmål om produksjonen i ettertid.

Behovet for visuell kontroll av sluttprodukt er den samme uansett om man innfører produksjonstøtte eller ikke dvs. ingen gevinst.

Innenfor endoseproduksjonen vil frigivelse av produksjonen skje på bakgrunn av en godkjent og validert masterproduksjon av QP. Dette skjer kun ved første gangs produksjon eller ved store endringer.

5.6 Utlevering

I mange tilfeller vil det være behov for informasjon om ferdigstilling eller status på produksjonsprosessen, inkl. forventet leveringstidspunkt. Dette kan løses med innføring av et produksjonsstøttesystem. Dersom sykehusene får beskjed om forsinkelser og hvor stor den er, kan man planlegge behandlingen annerledes, avhengig av størrelsen på forsinkelsen, f.eks. planlegge senere tidspunkt eller sende pasienten hjem. Ved et produksjonsstøttesystem er det enklere å få oversikt hvor langt produksjonen er kommet i produksjonsløypen og sykehuset trenger ikke kontakte apoteket for å sjekke status.

Dette er en kjent problemstilling når det gjelder poliklinikk, man endrer timeavtaler fordi planlagt behandling ikke kan gjennomføres som følge av pasientens sin situasjon (f.eks. dårlige labverdier).

Bestilling av legemidler til poliklinikk vil normalt gjennomføres uten å benytte e-kurven, ettersom pasienter ikke har noen kurve før de kommer til sykehuset. I dag brukes (papir)kurve på noen poliklinikker, men ikke på alle.

Omfanget av legemiddelmangel er i dag ikke et stort problem, men er økende. Legemiddeltilgangsinformasjon i produksjonsstøttesystemet kan gjøre det enklere å få oversikt og prioritere pasienter ved legemiddelmangel. Det medfører mindre "ventestress" for sykepleiere og færre purringer, slik at de kan konsentrere seg mer om pasientene. Dette er også tidsbesparende for apoteket, ettersom de slipper å besvare telefoner og undersøke status. Det er usikkert hvor stort forbedringspotensialet er med legemiddeltilgangsinformasjon i produksjonsstøttesystemet.

5.7 Forvaltning av hovedforskrift

Det er viktig at hovedforskriftene forvaltes godt, slik at de alltid er oppdaterte og kvalitetssikret. Forvaltning av hovedforskriftene består av følgende elementer:

- Definere ny hovedforskrift
- Endre/revidere eksisterende hovedforskrift (dvs. opprette en ny versjon)

Ved utarbeidelse av ny hovedforskrift og ved endring av hovedforskrift er det krav til godkjenningssystem, til dokumentasjon av forskriften og til endringslogg.

I dag forvaltes hovedforskriftene ved hjelp av Word og Excel, både elektronisk og ved utskrift på papir. Med et slikt system blir versjonskontroll vanskelig å gjennomføre fullt ut, dette fører til risiko for at det fins flere versjon av samme hovedforskrift. Et produksjonsstøttesystem vil eliminere disse problemene.

I dag er det liten deling av hovedforskrifter mellom SA-ene i regionen, hovedforskriftene er i praksis lite tilgjengelig for deling. Dette fører til det fins en rekke varianter av hovedforskriftene ved de forskjellige SA-ene men største årsaken til variasjon er ulik behandlingspraksis innen helseregionene og mellom helseregionene. Dette fører igjen til ekstra arbeid med å lage og kvalitetssikre hovedforskrifter. Alle SA-er er forpliktet til å kvalitetssikre sitt sett med hovedforskrifter. Det vil være ressursbesparende dersom man i større grad kan dele hovedforskrifter regionalt og nasjonalt.

Det går mot mer nasjonalt samarbeid om hovedforskrifter, særlig for cytostatika. Bruk av felles systemstøtteløsning vil gjøre det enklere å tilgjengeliggjøre informasjon om felles forskrifter.

5.8 Sporbarhet og dokumentasjon

EUs Forfalskningsdirektiv, som gjelder fra 09.02.2019, skal forebygge at forfalskede legemidler kommer inn i distribusjonskjeden. EUs forfalskningsdirektiv stiller krav til merking og sporing av legemidler. Legemidlene skal merkes med en unik identifikator, høyst sannsynlig GS1 standard.

Det er ingen krav om tilsvarende merking av egenproduserte legemidler. Man kan likevel innføre strekkodemerking av GS1 standard på egenproduserte legemidler, for å kunne spore legemidlene gjennom hele legemiddelsløyfen og dermed også bidra til å lukke legemiddelsløyfen. Kurven må kunne motta strekkode knyttet til legemidler, slik at kontroll ved administrering skjer via e-kurven/EPJ. Når egenprodusert legemiddel gis pasient, avsluttes sporingen. Dette forutsetter utveksling av strekkodeinformasjon mellom produksjonsstøttesystem og Kurve/EPJ, og en omforent standard for strekkoder (f.eks. GS1).

Bedre sporing vil føre til sikrere og bedre dokumentasjon av produksjonsforløpet. Dette vil igjen føre til bedre kvalitetskontroll i produksjonsprosessen, ved enklere gjenfinning av årsak til avvik og dermed bedre tilrettelegging for kvalitetsøkende tiltak.

5.9 Gevinst av felles, nasjonalt system

Det må vurderes hvilke fordeler det vil gi for SA-ene å gå sammen om å anskaffe et felles system, i forhold til gevinsten ved å anskaffe regionale løsninger - og samarbeide om dette. Se kap. 3 for en beskrivelse av dagens situasjon.

Hovedhensikten med å innføre produksjonsstøtte er å støtte interne arbeidsprosesser på sykehusapotekene. Det er likevel viktig å se på integrasjonene med EPJ/e-kurve for å oppnå utvidet gevinst, bl.a. oppnåelse av lukket legemiddelsløyfe.

Potensiell gevinst av felles nasjonal løsning er mye det samme som for felles ERP-løsning, uten at vi her sier noe hvor lett det er å oppnå disse gevinstene:

- Enklere å dele masterdata (hovedforskrift) i alle SA for egenproduksjon.
- Enklere samarbeid om beredskap og leveransesvikt, enkelt å oppnå felles innsyn i alle SAs varelager.
- Kostnader til anskaffelse og videreutvikling av løsning deles av alle SA.
- Enklere å oppnå mer skreddersydd funksjonalitet i løsning for SA-ene.
- Opplæring i felles system fører til felles begrepsapparat og gir mulighet til deling av ressurser mellom alle SA. Kan dele på superbrukere på tvers av regionene.
- Gir mulighet for helhetlig virksomhetsinformasjon for SA-ene dersom man velger en annen organisering av SA-ene enn i dag.
- Enklere å lage nasjonale statistikker på produksjon, og bedre sammenligningsgrunnlag for sykehusapotekene tvers av regionene
- Nasjonalt standardiseringsarbeid er nødvendig for å høste gevinst av en sammenslåing av sykehusapotekene. Innføring av et felles produksjonsstøttesystem vil være en pådriver for slik standardisering.

5.10 Gevinst av nasjonalt samarbeid uten å ha samme produksjonsstøttesystem.

Man kan til en viss grad tilstrebe "felles løsning" uten å ha samme IKT-system til produksjonsstøtte:

- Felles legemiddelinformasjon
- Man kan oppnå felles masterdata også med forskjellige IKT-løsninger, dersom man har funksjoner/grensesnitt for eksport og import av masterdata.
- Felles metodikk for bidrag til lukket legemiddelsløyfe

- Felles metodikk for GS1-sporing av egenproduserte legemidler
- Mest mulig felles underlag for beslutningsstøtte
- Felles hovedforskrifter og forvaltningsregime for disse

5.9 Gevinst av regionale løsninger

Fordeler ved å velge regionale løsninger vil være knyttet til enklere integrasjoner mot øvrig regional systemportefølje:

- Enklere å få god kvalitet med integrasjon mot e-kurve-løsninger i regionene
- Enklere å integrere mot regionale ERP-løsninger
- Mulighet for å velge produksjonsstøttemodul fra regional ERP-leverandør (per dato kanskje mest aktuelt for HMN)
- Mindre prosjekter som er enklere å håndtere

6 Forventede ulemper

Innføring av nye IKT-løsninger medfører alltid en omstillingsprosess for ansatte. Overgang fra papir til elektronisk system medfører behov for opplæring og er en terskel for de ansatte. Et elektronisk system kan oppfattes som mer rigid enn dagens system. Vi antar likevel at det blir få endringer i dagens prosedyrer i sykehusapotekene, med unntak av en del manuell kontrollpunkter som blir automatisert.

6.1 Ulemper ved felles, nasjonalt system

En forutsetning for maksimal gevinst av et produksjonsstøttesystem er at det integreres med e-kurveløsningene i regionene.

Et felles nasjonalt produksjonsstøttesystem må derfor integreres mot to eller tre forskjellige kurveløsninger (Helse Midt har ikke valgt enda). Dette fører til stor kompleksitet og risiko for at ikke alle de tre integrasjonene blir like gode, og at det tar lang tid å få på plass gode løsninger. Det kan også bli vanskelig å finne en leverandør som garanterer vellykket integrasjon med flere forskjellige kurveløsninger, slik at omfanget av aktuelle leverandører snevres inn. Det er større sjanse for å få gode integrasjoner dersom hver region kan velge en leverandør som har erfaring med integrasjon med regionens valgte elektroniske kurveløsning.

En annen ulempe med felles løsning er at man må harmonisere arbeidsprosesser for å få felles prosesser i regionene, og stille krav til standardisering. Dette kan føre til ganske store omstillinger og investeringer. Nasjonal standardisering kan også medføre fordeler, men forskjeller i produksjonsbehovet i regionene kan gjøre dette problematisk.

Vellykket innføring fører derfor til store krav til skaleringssevne for en felles løsning. På den annen side er standardiseringsarbeid nødvendig for å høste gevinst av en sammenslåing av sykehusapotekene. Dermed kan innføring av et felles produksjonsstøttesystem være en pådriver for slik standardisering.

Ved valg av løsning må man også vurdere regionenes strategi for innføring av e-kurve. Flere av fagsystemene for cytostatikaproduksjon inneholder egen elektronisk kurve for kreftbehandling. Regionene må beslutte om man tillater å benytte denne kurven i tillegg til den generelle medisinske kurven som innføres, eller om man krever at fagsystem for cytostatikaproduksjon skal integrere seg mot regionens medisinske kurve. Det er naturlig at et nytt produksjonsstøttesystem integrert med sykehusenes elektroniske kurveløsning erstatter dagens fagsystemer for cytostatika, kanskje med unntak av Helse Sør-Øst.

6.2 Ulemper ved forskjellige regionale løsninger

En ulempe med fire løsninger er at man ikke har insitament til å harmonisere arbeidsprosesser for å få felles prosesser på nasjonalt nivå. Dette fører til mindre grad av nasjonalt samarbeid.

En annen ulempe er at integrasjon med DIFA og erstatning for FarmaPro blir mer komplekst, og dermed dyrere og med høyere risiko.

En tredje ulempe er at man får dårligere IKT-støtte til nasjonalt samarbeid om beredskap.

En fjerde ulempe er at man risikerer forskjellig kvalitet på produksjonsprosessene i de fire regionene. Dette kan føre til forskjeller i pasientsikkerhet avhengig av geografi.

Til slutt risikerer man å få fire anskaffelsesprosjekter i stedet for ett, dette vil totalt sett bli dyrere.

7 Tidsrammer

Tidsramme for innføring av løsning:

- Tidsrom prosjektkostnadene vil påløpe: Antatt ca. 4 år
 - Innføring på alle produksjonsstedene
 - Delvis sekvensiell innføring av ny løsning
 - Mye data skal legges inn før man får gevinst
 - Grov prosjektplan: Ca. 4 år

- Anbudsforberedelser og kravspesifisering: 6 mnd
 - Anbudsgjennomføring 6 mnd
 - Tilpasning av løsning: Integrasjoner, konfigurering, etc: 12 mnd,
 - Akseptanseprosess: 3 mnd
 - Innlegging av data, gjennomføring av pilot: 6 mnd
 - Utrulling øvrige SA i regionen: Minst 12 mnd
- Tidsrom gevinstene blir realisert i: Ingen spesielle begrensninger. Minst 20 år
 - Tidligst/seneste startdato for prosjektet: Ettersom sykehusapotekene også har behov for nye løsninger for økonomi, logistikk og butikkdata vil det ikke være naturlig å starte innføring av produksjonsstøttesystem før dette er på plass. Produksjonsstøttesystem kan innføres samtidig med eller etter ERP-løsning.
 - For å realisere gevinster i hele legemiddelkjeden er det avhengighet til innføring av elektroniske kurveløsninger, disse må være på plass.
 - Tidligst/seneste sluttdato for prosjektet: Gevinsten for SA-ene oppnås fra man begynner å ta systemet i bruk. Gevinsten øker ved integrasjon med kurve-systemene. HV og HSØ er i ferd med å innføre kurveløsninger, men er fortsatt ganske langt unna en ferdig integrert løsning mellom kurve og produksjonsstøtte. HMN og HN er enda lenger unna. For alle regionene snakker vi antagelig om økt gevinst innenfor 5 - 10 år.

8 Kostnader

8.1 Prosjektkostnader

Type kostnader som vil påløpe:

- Personell i prosjektorganisasjonen og egne timer i foretakene. Ikke alle helseforetak registrer egeninnsats.
- Lisenser for de av ca. totalt 1300 ansatte som skal benytte løsningen
- Tilpasninger og integrasjoner: Konsulentkostnader og spesialtilpasninger

Flere tilnærminger for estimat beskrives nedenfor.

1. Bruke samme modell for estimat som er i bruk ved innføring av ERP-løsninger: Ta utgangspunkt i gjennomsnittlig lisenspris per bruker. Når man ganger opp med antall brukere får man anskaffelseskostnaden for selve IKT-systemet. Multipliser dette med syv for å anslå prosjektkostnadene til leverandør og innleide prosjektdeltakere. En grovkalkyle på gjennomsnittlig lisenspris på

12.000,- og 500 brukere ender opp med et estimat på ca. 50 mill. I tillegg kommer verdien av egne timer i foretakene.

2. Helse Vest er gjort et grovestimat for sitt prosjekt på 10 - 15 mill. for en antatt bransjespesifikk løsning kun for Helse Vest. Dette beløpet omfatter en del utstyrsanskaffelse (men ikke isolatorer) i tillegg til programvaresystem, og det blir en vurderingssak om dette skal regnes inn i kalkylen eller ikke. Skalert opp for alle sykehusapotekene får man et grovestimat ved å gange med fem, dvs. 50 - 75 mill. Dette omfatter verdi av egeninnsats (intern timepris), og er derfor høyere enn estimatet i alternativ 1. Erfaring viser at timer til egeninnsats ofte er dobbelt så høyt som innleid kompetanse, men intern timepris er som kjent lavere.
3. Sammenligne med lignende prosjekter: Innføring av CMS i MKB-prosjektet i HSØ hadde opprinnelig et budsjett på ca. 50 mill, egeninnsats inkludert. Det viste seg at behovet av forskjellige årsaker er betydelig større, og prosjektet er nå i en replanleggingsfase. I lys av dette virker 50 mill. som et for lavt estimat for en felles løsning.

Ved estimering av prosjektkostnader må man ikke undervurdere behovet for egeninnsats.

Et totalestimat vil være avhengig av om man skal anskaffe felles løsning for alle fire regionene.

8.2 Endring i driftskostnader

Driftskostnader vil bestå av følgende elementer:

- Vedlikeholdsavtale med leverandør, normalt 20% - 22% av lisenskjøpet
- Driftskostnader til den part som skal drifte løsningen
- Kostnader til videre utvikling og nye versjoner, evt. løpende lisenskostnader
- Evt. avskrivning av prosjektkostnadene de nærmeste årene etter utrulling
- Drift- og vedlikehold av tilhørende utstyr

9 Investeringsvurdering

Hovedgevinstene ved innføring av IKT-støtte for produksjon, uansett nasjonal eller regional løsning, kan oppsummeres slik:

| Nr. | Gevinsthypotese |
|-----|-----------------|
| | |

| | |
|----|---|
| 1 | Færre feil ved mottak av bestilling av legemidler fra sykehusene, pga. redusert behov for manuell overføring av bestilling |
| 2 | Bedre ressursutnyttelse, mindre behov for ressurser til manuelle kontroller ved mottak av bestilling (kan også formuleres som generelt bedre kontroll dersom prod.systemet støtter ressurs- og kompetansebehovet ifm. produksjonsplanlegging) |
| 3 | Raskere ekspedering av bestilling og mer effektiv tilbakemelding til bestiller om forventet leveranse |
| 4 | Bedre versjonskontroll av hovedforskrift fører til bedre sporbarhet av endringer og faglig garanti for kvalitet i produksjonen. Dette fører også til ressursbesparende forvaltning av hovedforskrifter. |
| 5 | Bedre tilgangskontroll av de som skal bestille, forberede og gjennomføre produksjonen fører til ytterligere garanti for kvalitet og sporbarhet |
| 6 | Optimal lagerbeholdning for planlagte produksjoner fører til sikrere leveransene (integrasjon med SA-enes vareregister) |
| 7 | Bedre kontroll av produksjonen fører til redusert behov for ressurser til sidemannskontroll (gravimetri og strekkodekontroll erstatter manuell kontroll) |
| 8 | Automatisk produksjon av dokumentasjon ved forberedelse og underveis i produksjonen fører til bedre pasientsikkerhet (sikrer riktig legemiddel til riktig pasient i riktig dose til riktig tid) |
| 9 | Sikrere kontroll av sluttprodukt fører til at feil oppdages lettere, og med mindre behov for manuell innsats |
| 10 | Sikrere merking og valg av emballasje bidrar til sikrere forsendelse til riktig pasient |
| 11 | Bedre sporbarhet bidrar til å innføre lukket legemiddelsløyfe |
| 12 | Ressursbesparende og sikrere varsling ved ferdigstilling av produksjon (og ved forsinkelser) |

Gevinst ved felles nasjonal løsning:

| Nr. | Gevinsthypotese |
|------------|---|
| 13 | Bedre tilgang på produksjonsstatistikker og bedre ledelsesinformasjon på nasjonalt nivå |
| 14 | Enklere samarbeid mellom regionene på forvaltning av hovedforskrifter |
| 15 | Generelt lettere å oppnå nasjonal standardisering |
| 16 | Fordeling av kostnader, billigere å anskaffe en løsning enn fire løsninger |
| 17 | Kun en leverandør å forholde seg til, samarbeid om videreutvikling av løsning |
| 18 | Tids- og ressursbesparende for regionene ettersom forvaltningsoppgaver kan utføres av færre og deles på |

Gevinst ved regionale løsninger:

| Nr. | Gevinsthypotese |
|-----|--|
| 19 | Enklere integrasjoner mot regionale kurveløsninger og dermed enklere å samordne prosesser i SA-ene med prosessene i sykehusene i egen region |
| 20 | Hver region kan fortsatt ha forskjellige kurvestrategier |
| 21 | Leverandør kan konsentrere seg om et smalere område, integrasjonene blir enklere |
| 22 | Videre utvikling mot felles målbilde kan skje med forskjellig hastighet i regionene |

Helse Vest har forsøkt å estimere besparelsen for bruk av manuelle ressurser bare i bestillingsprosessen (se kap. 5.2), og anslår:

- Cytostatikaproduksjon: 20 mill. over 5 år
- Smertekassetter og TPN: 5 mill. over 5 år

Det er likevel grunn til å tro at de kvalitative gevinstene langt overveier de økonomiske.

Når det gjelder valg av løsning for økonomi- og logistikksystem har Prosjektstyret uttrykt at strategiske gevinster og gevinster som fører til redusert risiko er vel så viktige som kostnadmessige gevinster. Man kan tenke seg å benytte de samme prioriteringskriterier også for valg av produksjonsstøttesystem:

1) Strategiske føringer

- Organisering: Ett eller flere HF
- Framtidsrettet, støtter regionale strategier og "En innbygger - en journal"
- Fleksibilitet, endrings- og tilpasningsmuligheter, mulighet for systemstøtte for nye, framtidige oppgaver
- Forskningsstøtte
- Konsolidering, kompetansebehov, kompleksitet av systemporteføljen

2) Risiko

- Leverandørsikkerhet (leveranse og support)
- Gjennomføringsevne for leveranse
- Løsningens egnethet
- Kompetansekrav
- Bestillerkompetanse
- Godt utprøvd løsning eller tidlig kunde på nye løsninger (grad av innovasjon)
- Intuitivt, brukervennlig og raskt system

3) Løsningens bidrag til kvalitet i utførelse av SA-enes funksjoner

Sak 40 - 2017 vedlegg1 Prosjektbegrunnelse Prod støtte

v11.docx

Styremøte Sykehusapotek Nord HF
21. september 2017

- Oppfyllelse av produksjonskrav (GMP)
- Grad av forskrivningsstøtte til helsepersonell
- Bidrag til å oppfylle lukket legemiddelsøyfe
- Bidrag til å oppnå pålitelige legemiddellister (LIB) for pasientene
- Bidrag til å oppnå visjonen i En innbygger - en journal
- Bidrag til å unngå feil i legemiddelleveranser

4) Driftskostnader

- Supportavtaler med leverandører (vedlikeholds- og drifts-avtaler)
- Lisensavtaler for bruk av løsningen
- Løpende opplæring
- Videreutvikling, nye releaser (testing etc.): Egeninnsats, spesielle tilpasninger
- Egen support (1. linje, 2. linje)
- Vedlikeholde arbeidsprosesser
- Utstyr
- Gevinstpotensiale (innsparinger, bedre kvalitet, mindre risiko)

5) Anskaffelseskostnad

- Anbudskostnader (kravspesifikasjoner, anbudsdokumenter, gjennomføring)
- Lisenskostnader
- Tilpasning/utvikling/konfigurering/integrasjoner
- Testing og akseptanseprosess
- Opplæring (kostnader og omfang)
- Etablere rutiner og arbeidsprosesser
- Utstyr

9.1 Vurdering av scenariene opp mot prioriteringskriteriene

Følgende scenarier for varierende grad av nasjonalt samarbeid er vurdert (her er det ikke tatt stilling til om man velger ERP-løsning eller bransjespesifikk løsning):

1. Egen løsning per region. Fører til 2 - 4 forskjellige løsninger
2. Felles nasjonal løsning: Felles løsning for all produksjonsstøtte, også for cytostatika-løsning for klinikerne
3. Regionale bransjeløsninger for cytostatika (Cytodose, CMS, CytoPro), felles løsning for øvrig produksjon
4. Bruk av kurveløsninger for klinikere (e-kurve, Cytodose), og nytt prodstøtteløsning for all produksjon på apoteket (med hensiktsmessige integrasjoner). Dette fører til regionale varianter: Integrasjon med e-kurver, cyto-fagsystemer, ERP-løsninger. Dette scenariet ligner på 2. Hovedforskjell er at 2 inneholder støtte til klinikere, mens 4 kun konsentrerer seg om SA sine behov uten å ta valg for sykehusene.

Tabellen under viser hvordan scenariene vurderes i overensstemmelse med prioriteringskriteriene:

| | Scenarie 1 | Scenarie 2 | Scenarie 3 | Scenarie 4 |
|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1. Strategi | God/Moderat | God | Moderat | God |
| 2. Risiko | God | Moderat | Moderat | God/Moderat |
| 3. Kvalitet | God | God | Moderat | God |
| 4. Driftskostnader | Moderat | God/Moderat | Moderat/Lav | God/Moderat |
| 5. Anskaffelses-kostnader | Moderat | Moderat | God/Moderat | God/Moderat |

Vurderinger:

Strategi: Både scenarie 1 og 2 vil gi mulighet for å oppfylle alternative scenarier for organisering og videre tilpasning og utvikling av løsning. Scenarie 3 er mer kompleks å forholde seg til (jo flere systemer man innfører innenfor et virksomhetsområde, jo større kompleksitet og dermed mindre fleksibilitet).

Risiko: Tilpasning til flere kurveløsninger og flere forskjellige ERP-løsninger i regionene kan føre til større kompleksitet, derfor vurderes scenarie 2 og 3 til å ha høyere risiko enn scenarie 1.

Kvalitet: Av samme årsak som for Risiko kan scenarie 1 enklere føre til god kvalitet i hele legemiddelkjeden, mens scenarie 2 fører til noe økt risiko for gevinstuthenting i hele legemiddelkjeden. På den annen side vil felles løsning bedre understøtte økt nasjonalt samarbeid og dermed sikre høy kvalitet, her har scenarie 2 et fortrinn. Avhengig av hvordan man vektlegger disse punktene (kurveintegrasjon vs. felles nasjonale prosesser for produksjon) kan man vurdere dette forskjellig.

Driftskostnader: Scenarie 2 fører til et større spleiselag, dette burde føre til lavere kostnader per region. Det er imidlertid ikke etablert noe effektiv forvaltningsapparat for nasjonal drift av felles fagapplikasjoner i Spesialisthelsetjenesten, slik at kostnadene for å etablere et driftsapparat vil fordyre dette scenariet. Regionalt har vi imidlertid gode og effektive driftsorganisasjoner. Spørsmålet er om kostnader til etablering av ny driftsmodell må dekkes av sykehusapotekene.

Investeringskostnader: Scenarie 2 fører til et større spleiselag, dette burde føre til lavere kostnader per region. Men 1 fører til færre integrasjoner og enklere løsning per region. Det er usikkert hvordan regionene eventuelt vil belaste sykehusapotekforetakene med prosjektkostnader.

Når det gjelder integrasjon med kurveløsninger har regionene noe forskjellig ståsted:

- Helse Vest er tydelig på at et produksjonsstøttesystem må integreres med deres kurveløsning Meona
- Helse Sør-Øst har valgt en løsning der det ikke er noe krav om integrasjon med kurveløsningen Metavision.

- Helse Nord har kommet kortere med innføring av kurve (Metavision), og er mer opptatt av å løse sykehusapotekets problem, og ønsker å overlate til sykehusene å avgjøre hvordan hvilke verktøy klinikerne skal bruke. Dette kan ende opp med krav om integrering med kurven på et senere tidspunkt
- Helse Midt-Norge er i omtrent samme situasjon som Helse Nord. og vil ikke ha noen kurve å integrere med før ny journalløsning innføres med Helseplattformen.

Merk at man kan ha forskjellige synspunkter på hvordan man vektlegger de forskjellige forholdene, slik at tabellen ovenfor ikke må oppfattes som en fasit. Dersom f.eks. e-kurveløsning oppfattes som master for all produksjon (det er der bestillingene kommer fra), må man kanskje i større grad vektlegge forholdene ved integrasjon med regionale kurveløsninger. Det hersker en viss uenighet i prosjektgruppa hvordan man bør vurdere dette forholdet. Det kan også være vanskelig å skille risiko og kvalitet, disse henger tett sammen.

Tabellen nedenfor viser dagens situasjon:

| Foretak | Har med. kurve? | Må ha ny løsning for cytostatika? | Må ha integrasjon med. kurve og ny produksjonsstøtteløsning? | Må ha støtte for øvrig produksjon? | Kan tenke seg å ha flere støttesystemer for produksjon? |
|----------------------|------------------------|--|---|---|--|
| <i>Helse Sør-Øst</i> | Ja | Nei. Ruller ut CMS | Usikkert rundt framtidig bruk av CMS for annen produksjon og evt. behov for integrasjon | Ja | Ikke avklart |
| <i>Helse Midt</i> | Nei | Har behov for bedre løsning. Har Cytodose, det foreligger per i dag ingen beslutning om å bytte ut denne. | Ikke på kort sikt fordi man ikke har kurve, dette kommer først med Helseplattformen. En ser for seg enklere bestillingsløsning inntil dette er på plass. | Ja | Ikke avklart |
| <i>Helse Vest</i> | Ja | Ja. Det er ikke et alternativ og integrere Cytodose med Meona. Kurveprosjektet presser på for å få ny løsning som integrerer med Meona | Ja. Dette er en meget vesentlig del av ny produksjonsstøtteløsning. Store deler av den økonomiske nytten faller bort dersom dette uteblir (ref. Notat Meona prosjektet + prosjektkandidat portefølje) | Ja | Nei |
| <i>Helse Nord</i> | Ja | Ja. Har ingen løsning i dag som oppfattes som god nok støtte til | Usikkert. Dersom de ikke vil kjøpe samme løsning som SørØst, må støtte for kreftbehandling i MetaVision bygges uten | Ja | Ikke avklart |

| | | | | |
|--|-------------------------|---|--|--|
| | tilstrekkelig kvalitet. | støtte for SørØst, som har valgt en annen strategi. | | |
|--|-------------------------|---|--|--|

9.2 Strategiske valg

Det er et stort behov for å innføre IKT-støtte for produksjon av legemidler ved sykehusapotekene. Strategiske valg og dagens situasjon påvirker valg av løsning.

Strategiske valg:

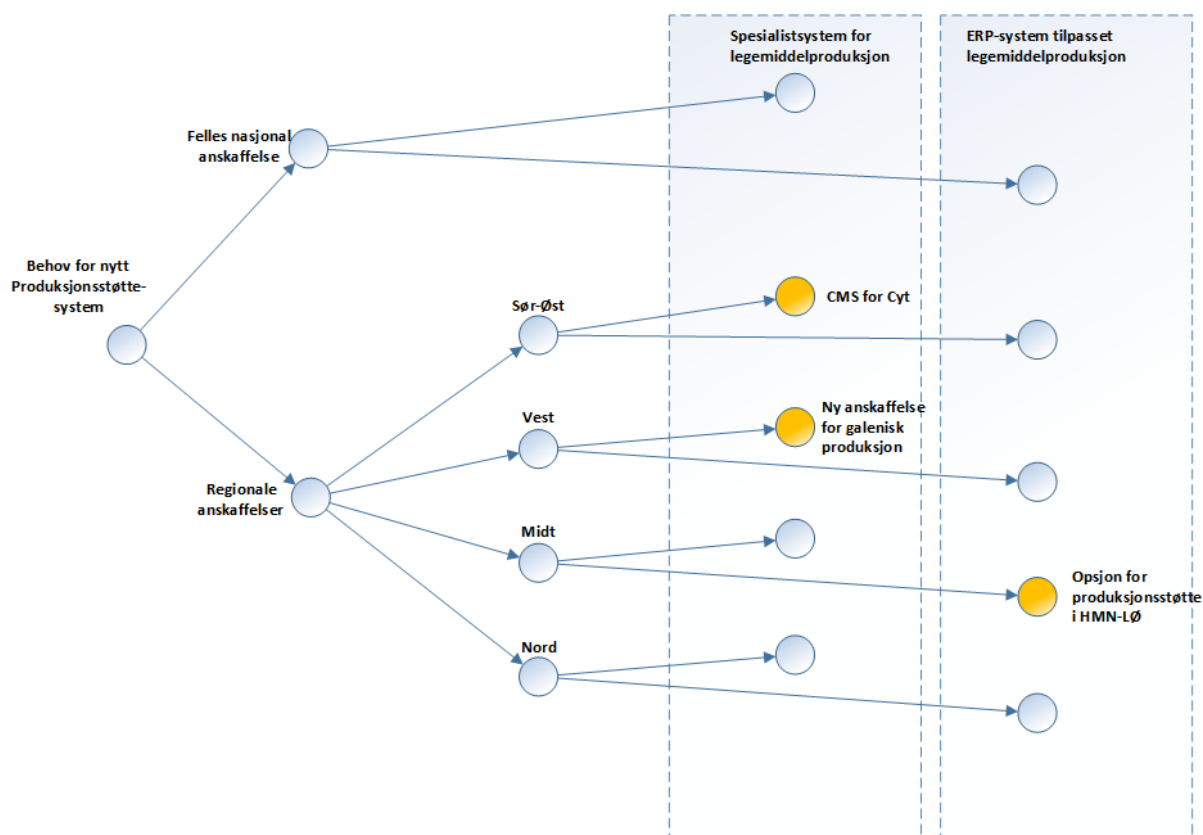
- Skal vi velge felles, nasjonal løsning for produksjonsstøttesystem, eller velge forskjellige, regionale løsninger?
- Skal man være konsekvent med tanke på en gjennomgående kurve for klinikere, slik at valgt løsning kreves integrert med kurven, eller kan det være aktuelt å anskaffe løsning med støtte for klinikere (av type Cytodose, CMS for cytostatika)? Dette valget må tas på RHF-nivå, og vil gi føringer for mulige valg av løsning for produksjonstøtte.
- Skal man velge en generisk løsning for produksjonsstøtte fra samme ERP-leverandør som man kjøper økonomi- og logistikk-løsning fra, eller skal man velge en fagspesifikk løsning? Dersom man skal velge systemstøtte fra ERP-leverandør forutsetter dette at man også har økonomi- og logistikk-system fra samme leverandør for å oppnå gevinstene som beskrevet i dette dokumentet

Regionene har allerede besluttet forskjellige løsninger for ERP-system for økonomi og logistikk, og for e-kurveløsning. Da vil det være naturlig å også optimalisere på regionalt nivå når det gjelder valg av produksjonstøtteløsning. Som konsekvens av dette bør man vektlegge integrasjon mot regional løsning for e-kurve samt eksisterende økonomi- og logistikksystem i regionen.

Det er imidlertid sterkt press fra myndighetene om i større grad å gå for felles IKT-løsninger nasjonalt. Dersom sykehusapotekene slår seg sammen til et felles HF er de i god posisjon til å innføre felles løsninger. I så fall kan det være naturlig å velge felles ERP-løsning for økonomi og logistikk. Da vil valg av felles løsning for produksjonsstøtte være et skritt i retning av ytterligere samarbeid om felles nasjonale løsninger.

De store ERP-løsningene har gode, generelle moduler for produksjonsstøtte, og med en integrasjon mot e-kurve kunne man vurdere å benytte disse til produksjonsstøtte. HSØ har imidlertid ikke valgt Oracle til produksjonsstøtte, her har man satset på en bransjespesifikk løsning. HMN har opsjon på å benytte SAP sin modul til produksjonsstøtte. HN har Agresso, som ikke tilbyr produksjonsstøtte. HV har ikke spesifisert produksjonsstøtte i sitt nye ERP-system som er under anskaffelse (LIBRA-prosjektet),

Figuren nedenfor viser hvilke veivalg man har å velge mellom, og hva som i dag er pågående eller nært forestående aktiviteter og konkrete opsjoner.



9.3 Anbefaling

Prosjektgruppa er enige om:

- Det mest umiddelbare behovet er støtte til produksjon av legemidler internt i sykehusapotekene, inkludert mottak av bestilling på elektronisk form. Dette er viktig både for pasientsikkerheten og for ressursutnyttelse i sykehusapotekene. Her har de fire regionene felles behov. I tillegg er det et behov for integrasjon med kurveløsninger, bl.a. for å bidra til lukket legemiddelsløyfe. Dette er også viktig for pasientsikkerheten.
- Sykehusapotekene ønsker ikke å forholde seg til flere produksjonsstøttesystemer, slik at valgt løsning må omfatte både cytostatikaproduksjon, galenisk og sterilproduksjon.
- Løsningen må ikke påtvinge sykehusene og klinikerne løsninger de ikke ønsker. Hvilken klinikerstøtte som skal brukes må bestemmes av sykehusene og kurveprosjektene, slik at den beste løsningen for produksjonsstøtte for produksjonsstøtte må kunne tilpasses flere alternativer:

- Integrasjon med elektronisk kurve, både for å motta bestilling i ny løsning via kurven, og for å bidra med dataunderlag for beslutningsstøtte til kurven
- Integrasjon med eksisterende fagsystemer for cytostatika, slik at klinikere kan fortsette å benytte f.eks. Cytodose, mens sykehusapoteket får kurbestillingen gjennom ny løsning (via integrasjon)
- Tilby faglig støtte/bestillingsstøtte til klinikere dersom integrasjon med kurve ikke er aktuelt (slik som Cytodose og CMS)
- I utgangspunktet anbefales en felles nasjonal løsning, men dette synes i praksis vanskelig pga. regionenes forskjellige ståsteder mhp. omfang av løsning og integrasjon med kurve. Hvordan man tar dette videre vil bl.a. være avhengig av framtidig organisering av sykehusapotekene, og hvordan regionene ønsker å samarbeide om anskaffelser. Det virker som alternativ 4 i kap. 9.1 er beste tilnærming.

10 Viktigste usikkerheter

Nedenfor vises en oppsummering av de viktigste usikkerhetene som enten kan redusere/øke gevinstene eller redusere/øke kostnadene forbundet med gjennomføring av prosjektet. Oversikten viser momenter både for selve prosjektgjennomføringen og momenter forbundet med senere drift og vedlikehold.

| | | Ubetydelig (1) | Moderat (2) | Alvorlig (3) | Kritisk (4) |
|-------------------|--------------------------|-------------------|----------------|-----------------|----------------|
| Sannsynlighet (S) | Sannsynlig (4) | | | | |
| | Mulig (3) | 4 | 1 | | |
| | Mindre sannsynlig (2) | | 5 | 2, 3 | |
| | Usannsynlig (1) | | | | |
| Konsekvens (K) | | | | | |

Risikoliste

| ID | Risiko | S | K | R=S*K | Kommentar |
|----|--|---|---|-------|---|
| 1 | Regionene klarer ikke å bli enige om løsning | 3 | 2 | 6 | Mindre sannsynlighet hvis SA-ene slår seg sammen? |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| 2 | Får ikke integrasjon mot kurveløsning god nok | 2 | 3 | 6 | Større risiko ved felles nasjonal løsning |
| 3 | Mangel på standardisering blir et problem | 2 | 3 | 6 | Større risiko ved felles nasjonal løsning |
| 4 | Store forskjeller i behov og volum mellom regionene | 3 | 1 | 3 | |
| 5 | Forsøk på felles nasjonalt system kan bli kostnads-krevende | 2 | 2 | 4 | Fordeling av kostnader motvirker tendensen |
| | | | | | |

| Oppfølging risikostyring 2017 – overordnede mål | |
|--|---|
| Sak nr.: | 41 - 2017 |
| Møtedato: | 21. september 2017 |
| Saksbehandler: | Organisasjonsrådgiver Kjersti Gjerdevik |
| Vedlegg: | Status etter risikogjennomgang overordnede mål (powerpoint) |
| Ref. tidligere sak | 29 - 2017 |

Saken i korte trekk

Saken er en oppfølging av styresak 29 – 2017 om risikostyring overordnede mål. Det er gjennomført en risikogjennomgang hvor man har tatt stilling til om utførte tiltak har bidratt til å redusere risikobilde for det enkelte mål, og dermed bidratt til økt måloppnåelse.

Ved en slik gjennomgang tar man også stilling til om nye tiltak må etableres, samt konkretisering/presisering av allerede etablerte tiltak om man ikke ser at tiltaket bidrar til å redusere risiko.

Det er utført totalt 43 tiltak, hvorav 22 gjenstår. Utførte tiltak har hatt en risikoreduserende effekt. Risikotrenden viser en positiv trend. En samlet aggregering viser en risikoscore på 2,6 (GUL).

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord tar statusrapporteringen på oppfølgingen av risikostyring overordnede mål 2017 til orientering.

Saksfremlegg

Saken er en oppfølging av styresak 29 – 2017 der vedtaket ble:

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.

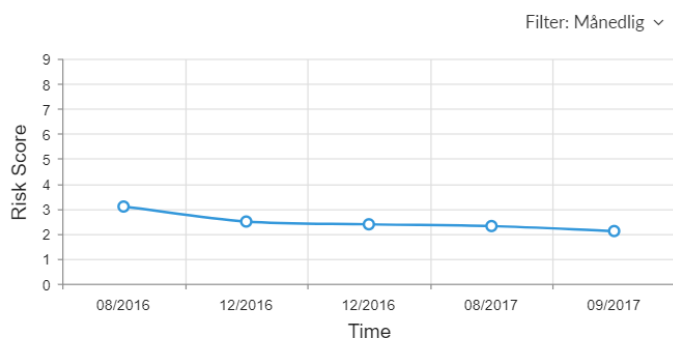
Det er gjennomført en risikogjennomgang hvor man har tatt stilling til om utførte tiltak har bidratt til å redusere risikobilde for det enkelte mål, og dermed bidratt til økt måloppnåelse.

Ved en slik gjennomgang tar man også stilling til om nye tiltak må etableres, samt konkretisering/presisering av allerede etablerte tiltak om man ikke ser at tiltaket bidrar til å redusere risiko.

Det er utført totalt 43 tiltak, hvorav 22 gjenstår.

Risikotrenden, se figur under, viser en positiv trend. En samlet aggregering viser en risikoscore på 2,6 (GUL).

↓ 2.6 Risiko score



| | | | |
|-----|--------------------|--|---|
| 7.0 | System | Hva om vi ikke har elektroniske bestillingssystemer? | > |
| 3.9 | Organisasjon | Hva om organiseringen internt ikke er god nok? | > |
| 3.9 | Rekruttering | Hva om vi ikke greier å rekruttere nok farmasøyter ved vedtak av plan? | > |
| 3.9 | Rekruttering | Hva om vi ikke får tak i nok apotekteknikere med rett kompetanse? | > |
| 3.9 | Avtale | Hva om avtalen ikke følges? | > |
| 3.9 | Gevinstrealisering | Hva om vi ikke greier å vise gevinster ? | > |
| 3.9 | Rekruttering | Hva om vi ikke får rekruttert nok farmasøyter? | > |
| 3.9 | Bemanning | Hva om vi ikke har bemanning iht plan? | > |
| 3.0 | System | Hva om vi ikke har produksjonsstøttesystem? | > |
| 3.0 | Økonomi | Hva om vi ikke får finansiering iht plan? | > |

Figur over viser de høyeste risikoene etter siste risikogjennomgang. Det gjenstår en risiko som er klassifisert som rød. Denne hører til det overordnede målet om pakkeforløp. *Operasjonalisert mål: Apotek og sykehus er omforent om bestillingsrutiner vedr. cytostatika.* Risikoen omhandler system, og usikkerheten dreier seg om måten man bestiller på. Vi har valgt å klassifisere den rød da dette er kritisk for å oppnå gode og sikre bestillingsrutiner. Det er gjennomført to tiltak som har bidratt til å redusere risikoen (formidle risiko og inn i investeringsplan hos Helse Nord), men det er besluttet å la den ligge på rødt område inntil vi er i gang med anskaffelse av produksjonsstøttesystem.

Andre usikkerhetsområder er rekruttering, bemanning og organisering, dette går igjen på flere målområder. Her har vi etter sist risikogjennomgang konkretisert flere tiltak hvor vi for eksempel har sett behovet for å etablere en rekrutteringsplan som kan ivareta kontinuiteten for risikoer som gjelder rekruttering. Se vedlegg for nærmere detaljer for hvert målområde.

Oppsummert viser risikogjennomgangen at det er utført mange tiltak med risikoreduserende effekt.

↓ 2.6 Risiko score

Overordnede styringsmål fra OD

Totalvurdering

GUL

Topp 10 Risiko

| | |
|-----|---|
| 7.0 | System Hva om vi ikke har elektroniske bestillingssystemer? |
| 3.9 | Organisasjon Hva om organiseringen internt ikke er god nok? |
| 3.9 | Rekruttering Hva om vi ikke greier å rekruttere nok farmasøytter ved vedtak av plan? |
| 3.9 | Rekruttering Hva om vi ikke får tak i nok apotekteknikere med rett kompetanse? |
| 3.9 | Avtale Hva om avtalen ikke følges? |
| 3.9 | Gevinstrealisering Hva om vi ikke greier å vise gevinster ? |
| 3.9 | Rekruttering Hva om vi ikke får rekruttert nok farmasøytter? |
| 3.9 | Bemanning Hva om vi ikke har bemanning iht plan? |
| 3.0 | System Hva om vi ikke har produksjonsstøttesystem? |
| 3.0 | Økonomi Hva om vi ikke får finansiering iht plan? |

(2016) Implementering av IMM

(2016) Sykefravær og arbeidsmiljø

(2017) Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet

Delmål 4: Pakkeforløp

- Mål SANO: Apotek og sykehus er omforent om bestillingsrutiner vedr cytostatika
- Mål SANO: Produktene skal leveres i henhold til avtalt tid

Delmål 6: Legemiddelsamstemming

- Mål SANO: Implementere klinisk farmasi til sykehusene

Delmål 7: Antibiotika bruk

- Mål SANO: Bidra med farmasøyttekompetanse inn i antibiotika styringsprogrammet
- Mål SANO: Leverer statistikk til sykehusene

Tiltak under arbeid

22

Gjennomførte tiltak

43

↓ 2.1 Risiko score

Implementering av IMM (2016)

| | | |
|---------------------|--|--|
| Totalvurdering | GRØNN RISIKO | |
| Høyeste risikoer | GUL Organisasjon – Hva om organisering internt ikke er god nok? | Risikoreduserende tiltak: utformingen av tiltaket har blitt konkretisert og spisset etter siste risikogjennomgang, og det skal igangsettes en arbeidsgruppe som skal se på organisering av klinisk i Sykehusapotek Nord innen 1. desember 2017 |
| | GUL Rekruttering – Hva om vi ikke greier å rekruttere nok farmasøyter ved vedtak av plan? | Risikoreduserende tiltak: Det arbeides med å etablere en rekrutteringsplan hvor også avdekking og behov for studieplasser skal konkretiseres |
| Tiltak under arbeid | 5 | |
| Gjennomførte tiltak | 13 | |

↓ 2.6 Risiko score

Sykefravær og arbeidsmiljø (2016)

| | | |
|---------------------|---|---|
| Totalvurdering | GUL RISIKO | |
| Høyeste risikoer | Rekruttering – Hva om vi ikke får tak i nok apotek teknikere med rett kompetanse? | Kommentar til tiltak under arbeid: Beskrive behov i rekrutteringsplan. |
| | Sykefravær – Hva om sykefraværet overstiger 7,5% | Kommentar til tiltak under arbeid: Lederutvikling, oppfølging av sykefravær skal inni kompetansekrav/lederutvikling i Dossier |
| Tiltak under arbeid | 5 | |
| Gjennomførte tiltak | 14 | |

↓ 2.9 Risiko score

Pakkeforløp

Risikovurdert mål: Apotek og sykehus er omforent om bestillingsrutiner vedr cytostatika

Risikovurdert mål: Produktene skal leveres i henhold til avtalt tid

| | | |
|---------------------|---|---|
| Totalvurdering | GUL | |
| Høyeste risikoer | RØD System: Hva om vi ikke har elektroniske bestillingssystem? | Kommentar til tiltak under arbeid: Gjennomført 2 tiltak, gjenstår et tiltak som hvor man må sørge for tilstrekkelig med interne ressurser ved en anskaffelsesprosess. For å opprettholde fokus og belyse viktigheten av anskaffelse av elektroniske bestillingssystem har lederteamet valgt å beholde risikoen som rød. |
| | GUL Avtale: Hva om avtalen ikke følges? | Kommentar til tiltak under arbeid: Dialogmøter med sykehusene |
| Tiltak under arbeid | 4 | |
| Gjennomførte tiltak | 7 | |

↓ 2.4 Risiko score

Legemiddelsamstemming

Risikovurdert mål: Implementere klinisk farmasi i sykehusene

| | | |
|---------------------|---|---|
| Totalvurdering | GRØNN | |
| Høyeste risikoer | GUL Gevinstrealisering: Hva om vi ikke greier å vise gevinster? | Kommentar til tiltak under arbeid: ta i bruk database for dokumentasjon for registrering av klinisk arbeid Gjennomføre forskning for å vise gevinster |
| | GUL Rekruttering: Hva om vi ikke får rekruttert nok farmasøyter? | Kommentar til tiltak under arbeid: etablere rekrutteringsplan |
| | GUL Økonomi: Hva om vi ikke får finansiering iht plan? | Kommentar til tiltak under arbeid: Tiltak er utført, og vi anser risikoen som lite sannsynlig, men med katastrofal konsekvens om den skulle inntreffe, derav gul. |
| Tiltak under arbeid | 5 | |
| Gjennomførte tiltak | 5 | |

↓ 2.4 Risiko score

Antibiotikabruk

Risikovurdert mål: Bidra med farmasøyt kompetanse inn i antibiotika styringsprogrammet

Risikovurdert mål: Levere statistikk til sykehusene

| | | |
|---------------------|--|--|
| Totalvurdering | GRØNN | |
| Høyeste risikoer | GUL Rekruttering: Hva om vi ikke rekrutterer tilstrekkelig med farmasøytressurser | Kommentar til tiltak under arbeid: Rekrutteringsplan |
| | GUL Finansiering: hva om vi ikke har avtaler om finansiering? | Kommentar til tiltak under arbeid: dialog med sykehusene om å øke farmasøyt ressurser til A-team |
| Tiltak under arbeid | 3 | |
| Gjennomførte tiltak | 0 | |

| <div style="background-color: #f4a460; padding: 5px; display: inline-block;"> Risiko score ↓ 3.3 </div> | | Økonomi | Risikovurdert mål: Økonomisk resultat i tråd med plan |
|--|--|--|---|
| Totalvurdering | GUL | | |
| Høyeste risikoer | GUL Bemanning: Hva om vi ikke har bemanning iht plan? | Kommentar til tiltak under arbeid: Det er utført to tiltak; månedlig bemanningsoversikt til apotekerne og tidligere oppstart av budsjettprosessen, men lederteam velger å lag risiko ligge på gult område da dette bør følges opp ila året. | |
| | GUL Overskuddskrav: Hva om vi ikke når overskuddskrav i publikum? | Kommentar til tiltak under arbeid: Det er utført to tiltak; presentasjon av månedsrapportene og omdisponering av ressurser, men lederteamet velger å la risiko ligge på gult område da dette bør følges opp ila året. | |
| Tiltak under arbeid | 0 | | |
| Gjennomførte tiltak | 4 | | |

| Styrets møteplan for 2018 | |
|----------------------------------|----------------------------|
| Styresak nr.: | 42 – 2017 |
| Møtedato: | 21. september 2017 |
| Saksbehandler: | Direktør Espen Mælen Hauge |

Direktøren har utarbeidet forslag til møteplan for styret i Sykehusapotek Nord HF for 2018. Møteplanen settes opp i henhold til frister fra Helse Nord RHF og styreseminarer i regi av Helse Nord RHF, jfr. RHF-styrets sak 63-2017 *Møteplan 2018* (vedlagt).

Det foreslås som tidligere år seks møter omtrent annen hver måned, på datoer i måneden slik at virksomhetsrapporten fra forrige måned kan gjennomgås og behandles i styremøtene og frister for rapportering overholdes. Alle styremøter foreslås lagt på en torsdag unntatt onsdag i forbindelse med det regionale styreseminaret høsten 2018.

Det regionale helseforetaket har også planlagt to styreseminarer som Sykehusapotek Nord's styre må legge inn i møteplanen, våren og høsten 2018, der vårens styreseminar denne gang avholdes etter påske, siden det er planlagt valg av nye HF-styrer i RHF-styremøtet i mars 2018.

Ordinære foretaksmøter med Helse Nord RHF avholdes etter RHF-styremøtene i februar, mars og april 2018 for å overlevere oppdragsdokument, valg av HF-styrer, behandle årsregnskap m. m. og ellers ved behov.

Foretaksmøtene som er obligatorisk for styreleder og direktør og frivillig for resten av styret, avholdes på følgende datoer som legges inn i møteplanen.

- 7. februar 2018: Bodø - overlevering av oppdragsdokument 2018 (felles foretaksmøte)
- 21. mars 2018: Bodø - valg av HF-styrer 2018-2020 (individuelle foretaksmøter)
- 11/12. april 2018: Tromsø - behandling av årsregnskap 2017 m. m. (felles foretaksmøte i tilknytning til styreseminaret)

Seminar for styrene i Helse Nord avholdes som følger:

- 11. - 12. april 2018: Bodø
- 24. - 25. oktober 2018: Tromsø

Strategiseminar for Sykehusapotek Nord planlegges også i 2018 på samme tid som tidligere år og legges dagen før styremøtet i september. Stedet for seminaret avklares senere.

Som det fremgår av RHF-styrets vedtak bes Sykehusapotek Nord om å planlegge sine styremøter ut fra vedtatt møteplan, jf. punkt 1 i vedtaket. I tillegg bes det om å ta hensyn til følgende datoer for styrebehandling:

- innen 20. mars 2018: Årsregnskap og årlig melding for 2017
- innen 6. juni 2018: Tertialrapport nr. 1-2018
- innen 8. oktober 2018: Tertialrapport nr. 2-2018

Direktøren foreslår derfor følgende møteplan for 2018:

- 7. februar 2018 Felles foretaksmøte Bodø (oppdragsdokument 2018)
- 8. februar 2018 Styremøte Bodø
- 15. mars 2018 Styremøte Tromsø
- 21. mars 2018 Foretaksmøte Bodø (valg av HF-styre 2018-2020)
- 11. - 12. april 2018 Regionalt styreseminar med HF-ene Bodø
- 11./12. april 2018 Felles foretaksmøte i tilknytning til styreseminaret (behandling av årsregnskap 2017 m. m.)
- 31. mai 2018 Styremøte Bodø
- 19. september 2018 Strategiseminar
- 20. september 2018 Styremøte (samme sted som seminaret)
- 24. oktober 2018 Styremøte Tromsø
- 24. - 25. oktober 2018 Regionalt styreseminar med HF-ene Tromsø
- 13. desember 2018 Styremøte Bodø

Direktørens innstilling til vedtak

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar møteplan for 2018 som følger:

1. Styremøter

- 8. februar 2018 Styremøte Bodø
- 15. mars 2018 Styremøte Tromsø
- 31. mai 2018 Styremøte Tromsø
- 20. september 2018 Styremøte (samme sted som seminaret 19/9)
- 24. oktober 2018 Styremøte Tromsø
- 13. desember 2018 Styremøte Bodø

2. Foretaksmøter

- 7. februar 2018 Felles foretaksmøte Bodø (oppdragsdokument 2018)
- 21. mars 2018 Foretaksmøte Bodø (valg av HF-styre 2018-2020)
- 11./12. april 2018 Felles foretaksmøte (behandling av årsregnskap 2017)

3. Styreseminarer

- 11. - 12. april 2018 Regionalt styreseminar med HF-ene Bodø
- 19. september 2018 Strategiseminar Sykehusapotek Nord (samme sted som styremøtet 20/9)
- 24. - 25. oktober 2018 Regionalt styreseminar med HF-ene Tromsø

Espen Mælen Hauge
direktør

Styreledere og adm. direktører i HF-ene
Styresekretærer i HF-ene

Deres ref.:

Vår ref.:
2017/2-57/012

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

Sted/dato:
Bodø, 15.6.2017

Styresak 63-2017 Møteplan 2018, oversendelse av endelig vedtak

I styremøte, den 23. mai 2017 vedtok styret i Helse Nord RHF møteplanen for 2018 som følger:

1. Møteplan for 2018 godkjennes som følger:

- 7. februar 2018: Bodø (oppdragsdokument 2018 til helseforetakene)
- 28. februar 2018: Tromsø
- 21. mars 2018: Bodø (valg av HF-styrer 2018-2020, årsregnskap m. m.)
- 25. april 2018: Tromsø
- 23. mai 2018: Bodø
- 20. juni 2018: Bodø
- 29. august 2018: Tromsø
- 26. september 2018: Bodø
- 24. oktober 2018: Tromsø
- 21. november 2018: Tromsø
- 19. desember 2018: Bodø

Foretaksmøter med underliggende HF:

- 7. februar 2018: Bodø - overlevering av oppdragsdokument 2018 (felles foretaksmøte)
- 21. mars 2018: Bodø - valg av HF-styrer 2018-2020 (individuelle foretaksmøter)
- 11/12. april 2018: Bodø - behandling av årsregnskap 2017 m. m. (felles foretaksmøte i tilknytning til styreseminaret)

Regionalt styreseminar:

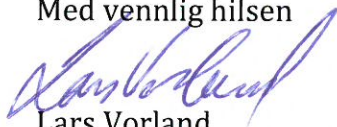
- 11. - 12. april 2018: Bodø
- 24. - 25. oktober 2018: Tromsø

2. Helseforetakene bes om å planlegge sine styremøter ut fra vedtatt møteplan, jf. punkt 1 i vedtaket. I tillegg bes helseforetakene om å ta hensyn til følgende datoer for styrebehandling i helseforetakene:
- a. innen 20. mars 2018: Årsregnskap og årlig melding for 2017
 - b. innen 6. juni 2018: Tertialrapport nr. 1-2018
 - c. innen 8. oktober 2018: Tertialrapport nr. 2-2018

Vi ber om at helseforetakene planlegger sine styremøter ut fra vedtatt møteplan for styret i Helse Nord RHF, jf. punkt 2 i styrets vedtak.

Møteplanene til helseforetakene oversendes til Helse Nord RHF v/Karin Paulke, så snart disse er vedtatt.

Med vennlig hilsen



Lars Vorland
adm. direktør



| Saker til informasjon | |
|------------------------------|---|
| Styresak nr.: | 43 – 2017 |
| Møtedato: | 21. september 2017 |
| Saksbehandler: | Direktør Espen Mælen Hauge |
| Vedlegg | 1. Internrevisjonsrapport 01 2017, inkludert oversendelsesbrev og foretaksspesifikt notat til Sykehusapotek Nord HF 2. Intranettartikkel om nytt prosjekt om samstemming av legemiddellister |

Saker til informasjon:

1. Internrevisjon 01 2017 – Risikostyring i Helse Nord
2. Nytt regionalt legemiddelsamstemmingsprosjekt
3. Porteføljestyre i Helse Nord
4. Planlagt miljørevisjon

Direktørens innstilling til vedtak

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonssakene til orientering.

Espen Mælen Hauge
direktør

Sykehusapotek Nord HF

Att: Adm. direktør

Deres ref.:

Vår ref.:
2016/444-26/ 134

Saksbehandler/dir.tlf.:
Bjørn Ole Kristiansen, 412 82 759

Sted/dato:
Bodø, 31.08.2017

Oversendelse av internrevisjonsrapport 01/2017 - Risikostyring i Helse Nord, og foretaksspesifikt notat til Sykehusapotek Nord HF

Internrevisjonen har gjennomført revisjonsoppdraget Risikostyring i Helse Nord. Rapport for oppdraget, internrevisjonsrapport 01/2017 avgitt til Helse Nord RHF, oversendes vedlagt til orientering. Rapporten er planlagt styrebehandlet i Helse Nord RHF 27.09.2017.

Internrevisjonen har også utarbeidet et foretaksspesifikt notat til Sykehusapotek Nord HF, som grunnlag for foretakets eget oppfølgings- og forbedringsarbeid. Dette notatet legges også ved her.

Med vennlig hilsen

Tor Solbjørg
signert
Revisjonssjef

Bjørn Ole Kristiansen
signert
Internrevisor

Vedlegg: Internrevisjonsrapport 01/2017 – Risikostyring i Helse Nord
Foretaksspesifikt notat Sykehusapotek Nord HF

Kopi til:
Sykehusapotek Nord v/styreleder

Risikostyring i Helse Nord – Foretaksspesifikt notat til Sykehusapotek Nord HF

Internrevisjonen har levert *internrevisjonsrapport 01/2017 Risikostyring i Helse Nord* til Helse Nord RHF. Rapporten gir en sammenfattende fremstilling av observasjoner, vurderinger og konklusjoner for samtlige foretak i foretaksgruppen, inklusive Sykehusapotek Nord.

I dette notatet gis en nærmere redegjørelse for våre observasjoner og vurderinger av Sykehusapotek Nord, knyttet opp mot hvert enkelt punkt i rapportens kapittel 3.

Kap. 3.1: Systemer for risikostyring

(«Det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik»)

Dette kapitlet i rapporten gjelder *RHF-ets* etablering av system, dermed er det ikke noe foretaksspesifikt å tilføye her. Redegjørelse for hvordan systemet følges opp i Sykehusapotek Nord blir gitt under hvert enkelt punkt nedenfor.

Kap. 3.2: Målsettingene som følges opp i risikostyringen er vesentlige

(«Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsettinger»)

Alle overordnede mål og delmål fra RHF-et er tatt med i risikovurderingene i Sykehusapotek Nord, og der det har vært funnet formålstjenlig eller nødvendig har foretaket brutt målene ytterligere ned. Som det fremgår av IR-rapport 01/2017 er dette de samme målene som sykehusforetakene får, ikke egne mål tilpasset Sykehusapotek Nord's virksomhet.

Internrevisjonen registrerer det derfor som positivt at Sykehusapotek Nord, i samsvar med krav i RL1602, har definert og vurdert enkelte egne interne mål i tillegg til de som er gitt fra HN RHF.

Kap. 3.3: Identifisering av risikofaktorer

(«Risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke nås, skal identifiseres»)

Sykehusapotek Nord har i 2015 anvendt matrisen fra RL1602 for risikovurdering, og har også benyttet Kritiske suksessfaktorer (KSF-er). I 2016 er risikostyringsverktøyet Whatif brukt, og det er en utfordring at verktøyet åpner for bruk av ulike konsekvensdimensjoner på de forskjellige risikoer. Foretaket er oppmerksom på dette, og har bekreftet at det vil bli etablert rutiner for å sikre konsekvens og sammenlignbarhet i risikovurderingene ved bruk av Whatif.

Risikovurderingene er gjennomført av foretakets ledergruppe, tilrettelagt av ressursperson i stab, og øvrig kompetent personell har deltatt ved behov.

Kap. 3.4: Iverksetting av korrigerende tiltak

(«Korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse skal iverksettes»)

Foretakets ledergruppe har besluttet iverksetting av ulike tiltak med utgangspunkt i risikovurderingene. Det fremkom i intervjuer at man i den forbindelse også har drøftet risikotoleranse, uten å konkludere og fastsatte konkrete grenser som er lagt til grunn for beslutningene. Det fremkom videre at vedtatte tiltak følges opp av aktuell leder, i tillegg til behandling i ulike interne fora.

Det foreligger lite dokumentasjon for gjennomføring av de risikoreduserende tiltakene. I intervjuer ble det gitt uttrykk for usikkerhet mht. om alle besluttede tiltak har blitt iverksatt, og at man heller ikke har gjennomført rutinemessig oppfølging som gir sikkerhet for at tiltakene har hatt den ønskete risikoreduserende effekt.

Kap. 3.5: Ledelsesforankring

(«Styringssystemene skal ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen»)

Det har fremkommet at sentrale elementer i risikostyringen jevnlig behandles i ledergruppen og i møter på ulike ledernivåer i Sykehusapotek Nord. De siste årene har foretaksledelsen engasjert seg sterkt for å sørge for at risikostyringen implementeres som en integrert del av foretakets virksomhetsstyring.

Kap. 3.6: Styrebehandling av ledelsens gjennomgang, tertialrapportering

(«Styret skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaksgruppen med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik»)

Risikostyring er ikke omtalt i styresak om ledelsens gjennomgang i 2015 («halvårsstatus»). I tilsvarende sak fra 2016 er det eget punkt om risikovurderingen av Helse Nord's overordnede mål for 2016. Her vises det til tidligere styresak (28-2016) som inneholdt en omfattende og grundig risikovurdering av de overordnede risikostyringsmålene. Internrevisjonen vil bemerke det positive i at styret i denne ledelsens gjennomgang har lagt vekt på å beskrive «det reelle innholdet i organisasjonens styringssystem», og har vurdert styrker og svakheter (forbedringsområder) i dette.

I tertialrapportene for 1. og 2. tertial har ledelsen orientert om risikostyringsarbeidet ved å vise til de styresaker hvor risikovurderinger og risikostyring har vært behandlet – saker hvor det er redegjort for hvilke risikoer som er vurdert over akseptabelt risikonivå og hvordan disse er håndtert.

Kap. 3.7: Årlig melding

(«Redegjøre for styrets arbeid i årlig melding»)

Risikostyring er ikke omtalt i årlig melding for 2016. I avsnittet om risikostyring i årlig melding for 2015 vises til styrets behandling av ledelsens gjennomgang.

Avsluttende kommentarer

Basert på de observasjoner og vurderinger som er gjengitt ovenfor kan det konkluderes med at Sykehusapotek Nord har kommet svært godt i gang i arbeidet med risikostyring og langt på vei etterlever kravene i RL1602. Ledelsen har også gitt uttrykk for en klar intensjon om å rette opp gjenværende svakheter.

Ansvar og oppgaver knyttet til risikostyring er klart fordelt og beskrevet i Sykehusapotek Nord, noe som må antas å ha bidratt til det positive helhetsinntrykket.

Internrevisjonsrapport 01/2017

Risikostyring i Helse Nord

Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 31.08.2017

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Sammendrag..... | 2 |
| 1 Innledning..... | 3 |
| 1.1 Krav om risikostyring..... | 3 |
| 1.2 Formål..... | 3 |
| 1.3 Omfang og avgrensninger..... | 4 |
| 1.4 Fokusområder..... | 4 |
| 1.5 Revisjonskriterier..... | 4 |
| 2 Metoder..... | 5 |
| 3 Observasjoner og vurderinger..... | 5 |
| 3.1 Systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik..... | 5 |
| 3.1.1 Observasjoner..... | 5 |
| 3.1.2 Internrevisjonens vurderinger..... | 6 |
| 3.2 Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forh. til virksomhetens målsettinger ... | 6 |
| 3.2.1 Observasjoner..... | 6 |
| 3.2.2 Internrevisjonens vurderinger..... | 6 |
| 3.3 Risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke nås, skal identifiseres..... | 7 |
| 3.3.1 Observasjoner..... | 7 |
| 3.3.2 Internrevisjonens vurderinger..... | 7 |
| 3.4 Korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse skal iverksettes..... | 8 |
| 3.4.1 Observasjoner..... | 8 |
| 3.4.2 Internrevisjonens vurderinger..... | 8 |
| 3.5 Styringssystemene skal ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen..... | 9 |
| 3.5.1 Observasjoner..... | 9 |
| 3.5.2 Internrevisjonens vurderinger..... | 9 |
| 3.6 Styret skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaksgruppen med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik. 10 | 10 |
| 3.6.1 Observasjoner..... | 10 |
| 3.6.2 Internrevisjonens vurderinger..... | 11 |
| 3.7 Redegjøre for styrets arbeid i årlig melding..... | 11 |
| 3.7.1 Observasjoner..... | 11 |
| 3.7.2 Internrevisjonens vurderinger..... | 12 |
| 4 Konklusjon og anbefalinger..... | 13 |
| 4.1 Konklusjon..... | 13 |
| 4.2 Anbefalinger..... | 13 |

Vedlegg 1 - Dokumentoversikt

Sammendrag

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i foretaksgruppen i perioden september 2016-august 2017.

Formål og omfang av revisjonen

Formålet med revisjonen er å bekrefte at risikostyringen i foretaksgruppen foregår i samsvar med krav fra Helse- og omsorgsdepartementet og gjennomføres på en slik måte at risikoen for manglende måloppnåelse er innenfor akseptert nivå.

Revisjonen har omfattet alle foretakene inklusive Helse Nord RHF og Helse Nord IKT, og gjelder risikostyringen i 2015 og 2016. Det skrives én rapport, adressert til Helse Nord RHF.

Metoder

Internrevisjonen er gjennomført ved bruk av dokumentgjennomgang og intervjuer.

Konklusjon

Gjennom vedtak av regionale retningslinjer og defineringsmål til årlig oppfølging har Helse Nord RHF etablert et godt fundament for risikostyring i samsvar med kravene fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er imidlertid svakheter og stor variasjon i hvordan retningslinjene etterleves i foretaksgruppen, og risikostyringen kan dermed ikke sies å foregå på en slik måte at risikoen for manglende måloppnåelse er innenfor akseptert nivå.

Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Helse Nord RHF å iverksette tiltak for å sikre at alle foretakene legger Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (RL1602) til grunn for risikostyringsarbeidet, og tiltak for å harmonisere og forbedre kvaliteten på foretakenes etterlevelse av retningslinjenes sentrale krav. Videre, å iverksette rutiner som innebærer grundigere oppfølging av, og kontroll med, foretakenes risikostyringsarbeid, samt definere egne mål for den årlige risikostyringen i de foretakene som ikke er sykehusforetak. Til sist anbefaler vi også at Helse Nord RHF, i samråd med de underliggende helseforetakene, vurderer behovet for å gjøre endringer i gjeldende retningslinjer for risikostyring (RL1602).

1 Innledning

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon gjennomført i perioden fra september 2016 til august 2017. Oppdraget inngår i vedtatt revisjonsplan for 2016-2017. Bjørn Ole Kristiansen har vært oppdragsleder og revisjonssjef Tor Solbjørg har hatt det overordnede ansvaret. Det skrives én rapport, adressert til Helse Nord RHF. Revisjonen har omfattet følgende aktiviteter:

- Melding om internrevisjon sendt foretakene 15.09.2016
- Gjennomgang av innsendt dokumentasjon og andre innhentede dokumenter
- Intervjuer med ledere og medarbeidere i alle reviderte enheter, i perioden november-desember 2016
- Oppsummeringsmøter med alle reviderte enheter, i april og mai 2017
- Utkast til rapport oversendt 30.06.2017 til uttalelse og kvalitetssikring av fakta, tilbakemelding mottatt 18.08.2017

1.1 Krav om risikostyring

Helse Nord RHF er gjennom eierkrav fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) pålagt å etablere systemer for risikostyring. Kravet ble stilt første gang i foretaksmøte 24. januar 2008 (pkt. 4.3.1):

”Styret skal påse at Helse Nord RHF har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke nås, skal identifiseres og korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse skal iverksettes. Styringsystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsettinger og ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen. Styret skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaksgruppen med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik. Rapport fra styrets gjennomgang skal forelegges Helse- og omsorgsdepartementet ved rapportering for 2. tertial 2008. I tillegg skal det redegjøres for styrets arbeid i Årlig melding.”

Kravet er gjentatt i senere foretaksmøter og oppdragsdokumenter, bl.a. i foretaksmøte 30. januar 2012 (pkt 5.2): *”Foretaksmøtet viste til tidligere krav om å ha god intern kontroll og systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Styringsystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsettinger og ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen. Det skal rapporteres om arbeidet i årlig melding.”*

1.2 Formål

Revisjonens formål er å bekrefte at risikostyringen i foretaksgruppen foregår i samsvar med krav fra Helse- og omsorgsdepartementet og gjennomføres på en slik måte at risikoen for manglende måloppnåelse er innenfor akseptert nivå.

1.3 Omfang og avgrensninger

Revisjonen er avgrenset til foretaksgruppens gjennomføring av risikostyring i 2015 og 2016, og har omfattet alle foretakene inklusive Helse Nord RHF og Helse Nord IKT, som da var en enhet i HN RHF. Det skrives én rapport, adressert til Helse Nord RHF.

1.4 Fokusområder

I dette oppdraget har internrevisjonen først og fremst hatt fokus på følgende:

- Hvordan Helse Nord RHF har etterlevd departementets krav om risikostyring i foretaksgruppen, herunder hvordan kravet er videreformidlet og fulgt opp overfor de underliggende foretakene.
- Hvordan de underliggende foretakene har etterkommet kravene fra Helse Nord RHF knyttet til risikostyring.

1.5 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er de krav og forventninger som revisjonens observasjoner sammenlignes med. I dette revisjonsoppdraget er kriteriene hentet direkte fra kravet om risikostyring som eier – Helse- og omsorgsdepartementet – har stilt i foretaksmøter med Helse Nord RHF, se kap. 1.1 foran:

- Styret skal påse at Helse Nord RHF har etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik.
- Risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke nås, skal identifiseres
- Korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse skal iverksettes
- Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsettinger
- Styringssystemene skal ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen
- Styret skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaksgruppen med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik.
- Det skal redegjøres for styrets arbeid i Årlig melding.

Følgende metodedokument/rammeverk for risikostyring har vært vektlagt i vurderingen av om observasjonene tilsier at departementets krav er innfridd:

- «Risikostyring i staten», Metodedokument utgitt i 2005 av Senter for statlig økonomistyring, SSØ (nå Direktoratet for økonomistyring, DFØ).
- «Helhetlig risikostyring – et integrert rammeverk», utgitt i 2004/2005 av COSO/Norges Interne Revisorers Forening.

2 Metoder

Følgende metoder er benyttet:

- **Dokumentgjennomgang**
Dokumenter tilsendt fra foretakene og innhentet fra foretaksgruppens websider er vurdert opp mot revisjonskriteriene og benyttet i forberedelse til intervjuer.
- **Intervjuer**
Det er gjennomført intervjuer med utvalgte nøkkelpersoner i foretaksledelse og stab ved alle foretakene.

3 Observasjoner og vurderinger

I dette kapitlet gjennomgås revisjonskriteriene ett for ett, med redegjørelse for internrevisjonens observasjoner og vurderinger. Kriteriet om at styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsettinger er flyttet frem i forhold til fremstillingen i kap. 1.5, hvor oppstillingen følger kravet fra foretaksmøtet i 2008. Dette gir en mer logisk fremdrift i omtalen av risikostyringsprosessen.

3.1 Systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik

3.1.1 Observasjoner

Internrevisjonen mener det er naturlig å vurdere dette kravet til å dreie seg om hvorvidt det er etablert tilfredsstillende felles retningslinjer, prosedyrer og rutiner for risikostyring i foretaksgruppen.

Styret i Helse Nord RHF vedtok i april 2009 «Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord» (RL1602), og i mai samme år ble disse behandlet i foretaksmøter i samtlige foretak og vedtatt som gjeldende konsernbestemmelse for risikostyring. Retningslinjene bygger bl.a. på metodedokumentet "Risikostyring i staten", utgitt av Senter for statlig økonomistyring (nå Direktoratet for økonomistyring), som igjen er basert på det anerkjente internasjonale rammeverket COSO ERM (Enterprise Risk Management/ Helhetlig risikostyring). RL1602 kom i oppdatert versjon i januar 2015.

Det fremgår av RL1602 at Helse Nord RHF årlig skal definere et antall overordnede styringsmål som skal følges særlig opp i løpet av året. Dette er ivaretatt ved at det i oppdragsdokumentene til de underliggende helseforetakene hvert år er definert overordnede mål (og ev. delmål) som skal benyttes i risikostyringen dette året. Målene for 2016 ble kommunisert i flere omganger og med noe ulikt innhold, bl.a. fordi man på et tidspunkt føyde til nye mål med utgangspunkt i de styringsmål som kom fra Helse- og omsorgsdepartementet.

3.1.2 Internrevisjonens vurderinger

Internrevisjonen konstaterer at Helse Nord RHF har utarbeidet retningslinjer for risikostyring i foretaksgruppen som alle foretakene plikter å følge, og at disse retningslinjene er i samsvar med anerkjente rammeverk. Det konstateres videre at det årlig er definert felles styringsmål som skal benyttes i risikostyringen i foretaksgruppen. Gjennom dette har Helse Nord RHF etter internrevisjonens vurdering innfridd kravet om å etablere systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik i foretaksgruppen.

3.2 Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsettinger

3.2.1 Observasjoner

Internrevisjonen legger til grunn at HOD gjennom dette kravet vil sikre at *målsettingene* som velges ut til oppfølging i risikostyringsprosessen er vesentlige for foretaksgruppen. Dermed er det gjort en logisk og nødvendig avgrensning mot kravet som gjengis og behandles i neste kapittel (3.3), om å identifisere risikoer knyttet til disse målene.

Målene som Helse Nord RHF har valgt ut for oppfølging i risikostyringsprosessen for 2015 og 2016 er hentet fra foretaksgruppens langsiktige strategi- og måldokumenter. Det fremgår av RL1602 pkt. 3 at Sykehusapotek Nord og RHF-ets enheter kan gis andre hovedmål enn foretaksgruppen for øvrig, men internrevisjonen konstaterer at Sykehusapotek Nord og Helse Nord IKT har fått akkurat de samme målene som sykehusforetakene.

I RL1602 stilles det krav om at ledelsen ved det enkelte foretak skal definere foretaksspesifikke mål for oppfølging i risikostyringsprosessen, i tillegg til målene som er valgt ut av Helse Nord RHF. Internrevisjonen konstaterer at flere av foretakene ikke har gjort dette.

3.2.2 Internrevisjonens vurderinger

Det er positivt og viktig at Helse Nord RHF tar utgangspunkt i foretaksgruppens strategi- og måldokumenter ved utvelgelse av mål til bruk i risikostyringsprosessen, slik RL1602 også anbefaler. Internrevisjonen finner det imidlertid uheldig at det ikke er gitt særskilte, relevante mål i oppdragsdokumentene til Sykehusapotek Nord og Helse Nord IKT. Internrevisjonen konstaterer også at selv om flere av foretakene har fulgt retningslinjene og supplert fellesmålene med egne, foretaksspesifikke mål, så har ikke alle gjort det. Også dette er uheldige avvik fra kravene i RL1602.

3.3 Risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke nås, skal identifiseres

3.3.1 Observasjoner

For å sikre at risikofaktorer knyttet til de utvalgte målene blir identifisert, stilles følgende krav i RL1602 (pkt 3): *Hovedmål og/eller delmål skal risikovurderes i foretaket. I vurderingen av risiko benyttes skalaer for sannsynlighet og konsekvens, og risikoen plottes inn i en risikomatrix.* Deretter vises til en matrise som anbefales benyttet (hentet fra Direktoratet for økonomistyring), og det påpekes at det kan være hensiktsmessig å gå veien om en definering av hvilke forhold som er viktigst for å sikre at målet nås, dvs. de kritiske suksessfaktorene (KSF-ene), og risikovurdere hvert av disse.

I revisjonen har det fremkommet at mange av foretakene gjennomfører risikovurderingene med bruk av skala for sannsynlighet og konsekvens, jf. malen som anbefales i RL1602. Flere foretak gjennomfører imidlertid risikovurderingene på andre måter, basert på andre verktøy og annen metodikk. Noen benytter ikke skala for sannsynlighet og konsekvens. Det gjelder bl.a. Helse Nord IKT, som i perioden som omfattes av denne revisjonen i svært liten grad har lagt RL1602 til grunn for risikostyringsarbeidet. Enkelte foretak benytter KSF-er (kritiske suksessfaktorer) for å komme frem til endelig risiko for noen av målene.

Internrevisjonen konstaterer også at det er stor variasjon i hvordan risikovurderingene gjennomføres i praksis. I enkelte foretak starter man på klinikknivå og sammenfatter på foretaksnivå, men det er mest vanlig at risikovurderingene bare utføres av foretakets ledergruppe eller deler av denne, gjerne med bistand fra stab. Bruk av fag- eller nøkkelpersoner fra organisasjonen for øvrig er i liten grad dokumentert, men det har fremkommet i intervjuer at flere foretak trekker inn slik kompetanse ved behov.

Risikovurderingen for hele foretaksgruppen som foretas av Helse Nord RHF, gjøres av en arbeidsgruppe hvor også fagpersonell utenfor ledergruppen deltar. Det er imidlertid opplyst at dette skjer uten at de risikovurderingene som er gjort i de underliggende foretak legges til grunn. Etter det internrevisjonen er kjent med utføres det ikke selvstendig risikovurdering for RHF-ets egne aktiviteter, men det fremkom i enkelte intervjuer at man mener relevante risikoer knyttet til RHF-ets oppgaver inngår i vurderingen man gjør for hele foretaksgruppen.

3.3.2 Internrevisjonens vurderinger

Det gjøres mye grundig og faglig godt risikovurderingsarbeid i foretaksgruppen, opp mot målene som er valgt ut for bruk i den årlige risikostyringsprosessen. Det er imidlertid uheldig at flere av foretakene ikke gjør vurderingene i samsvar med RL1602, og heller ikke benytter skala for sannsynlighet og konsekvens.

Det er Helse Nord RHF's ansvar å gjennomføre en sammenfattende risikovurdering av de utvalgte mål for foretaksgruppen som helhet. Etter internrevisjonens oppfatning viser

observasjonene som er beskrevet ovenfor at dette er en krevende oppgave som Helse Nord RHF til dels mangler nødvendig grunnlag for å gjennomføre på tilfredsstillende vis. Graden av etterlevelse av RL1602 varierer mye i foretaksgruppen, og det er store forskjeller i hvor mye foretakene gjør seg nytte av kunnskapen til helse- og fagpersonell utenfor ledergruppe og stab i denne prosessen. Det er også uheldig at foretakenes egne risikovurderinger ikke er innhentet og lagt til grunn når den sammenfattende vurderingen gjøres i Helse Nord RHF, selv om denne gjøres av kompetent personell med god kunnskap om de underliggende foretakenes aktivitet og utfordringer. Alt i alt mener internrevisjonen det må konkluderes med at det knytter seg ikke ubetydelig usikkerhet til resultatet av denne sammenfattende risikovurderingen.

3.4 Korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse skal iverksettes

3.4.1 Observasjoner

Dette kriteriet dreier seg om hvordan man i foretaksgruppen tar beslutning om risikohåndtering, og hvordan håndteringen gjennomføres i form av ulike tiltak. RL1602 gir følgende veiledning i hvordan foretaket, med utgangspunkt i de gjennomførte risikovurderinger, kommer frem til hvilke risikoer som må reduseres: *Det må også tas stilling til hva som er et akseptabelt nivå for risikoen for ikke å nå den aktuelle målsettingen, altså hvilken risikotoleranse vi har på området. Deretter må det konkluderes på om den avdekkede risikoen ligger innenfor det nivået. Retningslinjene stiller så følgende krav: Risikovurderingen legges til grunn for beslutning om hvilke risikoer som må reduseres, og hvilke tiltak som skal iverksettes for å oppnå dette. Effekten av tiltakene må vurderes i ettertid, for avklaring av om de har vært tilstrekkelige eller om det er behov for ytterligere tiltak.*

Det har fremkommet i intervjuene at foretakene legger de gjennomførte risikovurderingene til grunn for beslutning om hvilke tiltak som skal iverksettes, men det er i liten grad gitt uttrykk for at man har et bevisst forhold til nivået for risikotoleranse knyttet til de ulike målene. I de fleste foretakene fremsto det også som uklart om de vedtatte tiltak faktisk var blitt gjennomført, og man har i liten grad etterlevd kravet om vurdering av tiltakene i ettertid. Dokumentasjonen for denne delen av prosessen var generelt svak i hele foretaksgruppen, selv om det fra enkelte foretak ble fremlagt dokumentasjon for tiltak som er besluttet, med angivelse av tiltaksansvarlig.

3.4.2 Internrevisjonens vurderinger

Det er positivt at de risikovurderingene som blir gjennomført også legges til grunn for vurdering av behov for iverksetting av tiltak, men internrevisjonen mener en økt bevissthet rundt foretakenes risikotoleranse vil være nyttig her. Det vil bidra til at man klarere ser hvilke avdekkede risikoer som kan aksepteres, og hvilke som må søkes redusert eller fjernet fordi de ligger utenfor grensene for hva man kan akseptere.

Det er uheldig at flere av foretakene er usikre på, og ofte ikke kan dokumentere, i hvilken grad de vedtatte tiltakene faktisk er blitt iverksatt, og at det sjelden er gjennomført en vurdering i ettertid av om tiltakene har vært tilstrekkelige. Dette gjør det vanskelig for foretaket og andre å vite om foretakets risikovurderinger har blitt fulgt opp slik at risikoen for manglende måloppnåelse er redusert til akseptabelt nivå.

3.5 Styringssystemene skal ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen

3.5.1 Observasjoner

For at den ledelsesmessige forankringen skal sies å være tilfredsstillende i hele organisasjonen har internrevisjonen lagt til grunn at ledelsen på flere nivåer i foretaket skal være involvert i risikostyringsarbeidet, og at toppledelsen må vise et synlig engasjement for risikostyring.

I RL1602 er det eget punkt om ledelsens oppfølging av risiko, som inneholder krav om at både risikovurderingene og iverksetting av tiltak skal følges regelmessig opp i ledermøter i foretakene og i direktørmøter. I intervjuene har det fremkommet at risikovurdering og iverksetting av tiltak følges jevnlig opp i ledermøter o.l. i de fleste foretakene. Oppfølgingens innhold og omfang er imidlertid vanskelig å fastslå, da det også fremkom at det sjelden dokumenteres konkret hvilke mål og risikoer tiltakene gjelder.

Internrevisjonen har etterspurt graden av synlig engasjement fra ledelsen i foretakene og fra RHF-et, knyttet til risikostyring. Det er vanskelig å trekke sikre konklusjoner på dette punkt ettersom vi i hovedsak har intervjuet ledere og stabspersonell med roller i risikostyringen, men det kan konstateres at det er variasjon her. Enkelte ledere vurderte risikostyringen som et sentralt og nyttig element i foretakets mål- og resultatstyring og hadde tatt oppfølging av tiltak inn i dialogavtaler, tavlemøter o.l., mens andre ledere har hatt mindre fokus på risikostyringen. Som påpekt i kap. 3.3.1 foran, har ikke alle foretak lagt RL1602 til grunn for risikostyringen, men det har fremkommet at alle nå i 2017 er i gang med å implementere disse retningslinjene. Ved enkelte foretak ble det gitt uttrykk for at man ikke opplevde engasjementet fra Helse Nord RHF som sterkt og tydelig, det ble bl.a. vist til at man sjelden fikk oppfølgingsspørsmål knyttet til den pålagte tertialvise rapporteringen.

3.5.2 Internrevisjonens vurderinger

Det er positivt at risikovurderinger og iverksetting av tiltak følges opp i ledermøter o.l. i de fleste foretakene. Internrevisjonen konstaterer likevel at det foreligger klare forbedringsmuligheter her, særlig for dokumentasjon av oppfølgingen.

Internrevisjonen konstaterer videre at ledelsen ved flere foretak er, og blir oppfattet som, sterkt engasjerte pådrivere i arbeidet med risikostyring. Dette er etter

internrevisjonens vurdering helt avgjørende for at risikostyringen skal bli gjennomført på en god måte som et element i foretakets mål- og resultatstyring, i samsvar med RL1602 og kravet fra HOD. Ved andre foretak har ikke engasjement vært like sterkt. Det kan også stilles spørsmål ved om Helse Nord RHF's engasjement har vært tilstrekkelig, og om man har klart å formidle et inntrykk av slikt engasjement ut til foretakene.

3.6 Styret skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaksgruppen med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik.

I tillegg til temaet «ledelsens gjennomgang», vil også den tertialvise rapporteringen som foretakene pålegges i RL1602 bli omtalt i dette kapitlet.

3.6.1 Observasjoner

a) Ledelsens gjennomgang:

Styret i Helse Nord RHF har hvert år behandlet risikostyringen i foretaksgruppen i egen sak om «ledelsens gjennomgang av virksomheten». I saksdokumentet for 2015 er det gjort rede for ledelsens vurdering av risikoen for målene som er valgt ut for risikostyring, men uten angivelse av sannsynlighet og konsekvens. I styresaken med ledelsens gjennomgang for 2016 fremgår det hvordan risikoen er satt sammen av sannsynlighet og konsekvens, men her er det vanskeligere å se at de risikovurderte målene stemmer med de som er definert for bruk i risikostyringen dette året. Det antas bl.a. å ha sammenheng med observasjonen som er gjengitt i kap. 3.1.1 foran, om at målene for 2016 ble kommunisert i flere omganger og med noe ulikt innhold.

Videre har det fremkommet i intervjuer at saksfremleggene er mer basert på den kunnskap og oversikt RHF-administrasjonen har om risikostyringen i foretaksgruppen, enn på vurderinger gjort i foretakenes egne «ledelsens gjennomgang», eventuelt andre konkrete innspill fra foretakene.

Helse Nord RHF har videreført kravet om årlig gjennomgang i oppdragsdokumentene til de underliggende helseforetakene. Internrevisjonen konstaterer at foretakenes omtale av risikostyringen i styresakene om «ledelsens gjennomgang av internkontrollen» varierer mye i omfang og kvalitet. Også innholdsmessig er det sprik, fra gjennomgang av systemet med hovedvekt på kvalitet og miljø, til resultatregjøreelse for økonomi og pasientsikkerhet

b) Tertialvis rapportering:

RL1602 krever at foretaksstyrene i første tertial skal behandle administrasjonens risikovurdering av risikostyringsmålene, og at de i annet tertial skal behandle oppfølgingen av risikoer som er avdekket i første tertial. Dette gjelder også for Helse Nord RHF. Alle styrene, med unntak av styringsgruppen i HN IKT, har fått disse temaene

til behandling gjennom tertialrapportene. Internrevisjonen konstaterer imidlertid at omtalen i tertialrapportene varierer mye i kvalitet, og at det med få unntak sies lite om hvilke uakseptable risikoer som er identifisert eller hvilke tiltak som er iverksatt. Sakene begrenser seg ofte til opplysning om status i arbeidet, supplert med noe resultatrapportering.

Styret i Helse Nord RHF har i tertialrapportene for 1. og 2. tertial fått kortfattet informasjon om hvor langt de underliggende foretakene har kommet i risikostyringsarbeidet, men det sies ikke noe om resultatet av de gjennomførte risikovurderinger (1. tertial) eller oppfølgingen av uakseptable risikoer (2. tertial). Det har fremkommet i intervjuer at informasjonen her ikke er basert på de underliggende foretakenes tertialrapporter. RHF-ets tertialrapporter inneholder ingen opplysninger om risikovurderinger eller oppfølging direkte mot RHF-et og dets enheter (som HN IKT og SKDE), og ingen sammenfattende oppsummering for foretaksgruppen.

3.6.2 Internrevisjonens vurderinger

a) Ledelsens gjennomgang:

Internrevisjonen mener det foreligger muligheter for betydelig forbedring i informasjonen om risikostyring i styresakene om «ledelsens gjennomgang». Det antas hensiktsmessig at styret får en kort redegjørelse for risikostyringen i foretaksgruppen hvor det fremgår om definering av mål, gjennomføring av risikovurderinger, iverksetting og oppfølging av tiltak, rapportering til styret m.m. blir gjennomført i samsvar med vedtatte retningslinjer. Og det bør foreligge konkret og pålitelig informasjon fra de underliggende foretakene når oppsummeringen til RHF-styret utformes.

b) Tertialvis rapportering:

Etter internrevisjonens oppfatning er det et klart forbedringspotensial i informasjonen om risikostyring som gis RHF-styret i tertialrapportene for 1. og 2. tertial. I rapporten for 1. tertial kan det gis en kort og presis orientering om gjennomførte risikovurderinger og de viktigste konklusjoner fra disse, først og fremst avdekkede behov for risikoreduserende tiltak. Det er naturlig at det tas inn en konklusjon for foretaksgruppen som helhet, inklusive Helse Nord RHF. I rapporten for andre tertial er det naturlig å gjøre rede for hvordan risikoer avdekket i første tertial er fulgt opp, og hvordan risikobildet har endret seg. Tertialrapportene fra de underliggende foretakenes kan også bli bedre, og disse, utformet i samsvar med kravene i RL1602, bør inngå i grunnlaget for RHF-ets tertialrapporter.

3.7 Redegjøre for styrets arbeid i årlig melding

3.7.1 Observasjoner

I årlig melding fra Helse Nord RHF for 2015 og 2016 er risikostyringsarbeidet ikke omtalt. Dette kan skyldes at risikostyring ikke lenger inngår som punkt i HODs mal for

årlig melding fra RHF-et. Etter det som er opplyst, har ikke departementet etterlyst slik redegjørelse.

Det fremgår av RL 1602 at det skal redegjøres for foretakets arbeid med risikostyring i årlig melding. Internrevisjonen konstaterer at de fleste foretakene sier lite her om hvordan arbeidet med risikostyring har foregått, og i årlig melding for 2016 er det flere foretak som ikke omtaler risikostyring. Dette er oppgitt å ha sammenheng med at omtale av risikostyring ikke inngikk i malen for årlig melding 2016 som Helse Nord RHF sendte ut.

3.7.2 Internrevisjonens vurderinger

Det fremgår av foretaksprotokollen fra januar 2012 at Helse Nord RHF skal rapportere om arbeidet med risikostyring i årlig melding til HOD. Internrevisjonen konstaterer at dette kravet ikke er etterlevd de siste år. Det synes grunn til å avklare med HOD hvorvidt kravet om rapportering om risikostyring i årlig melding fortsatt står ved lag.

Internrevisjonen mener også at det er brudd på kravet i RL1602, når rapporteringen av risikostyring i årlig melding fra de underliggende foretakene med få unntak er svært generell, og til dels mangler helt.

4 Konklusjon og anbefalinger

4.1 Konklusjon

Gjennom vedtak av regionale retningslinjer og definering av styringsmål til årlig oppfølging har Helse Nord RHF etablert et godt fundament for risikostyring i samsvar med kravene fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er imidlertid svakheter og stor variasjon i hvordan retningslinjene etterleves i foretaksgruppen, og risikostyringen kan dermed ikke sies å foregå på en slik måte at risikoen for manglende måloppnåelse er innenfor akseptert nivå.

4.2 Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Helse Nord RHF å:

1. Iverksette tiltak for å sikre at alle foretakene legger Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (RL1602) til grunn for sitt risikostyringsarbeid.
2. Iverksette tiltak for å harmonisere og forbedre kvaliteten på foretakenes etterlevelse av retningslinjenes sentrale krav.
3. Iverksette rutiner som innebærer grundigere oppfølging av, og kontroll med, foretakenes risikostyringsarbeid, herunder vurdere behovet for styrking av tilgjengelig kompetanse på fagfeltet.
4. Definere egne, foretaksspesifikke mål for den årlige risikostyringen i de foretakene som ikke er sykehusforetak.
5. Vurdere behovet for endringer i gjeldende retningslinjer for risikostyring (RL1602), i samråd med de underliggende helseforetakene.

Vedlegg 1 - Dokumentoversikt

Oversikt over dokumenter som er gjennomgått i forbindelse med revisjonen.

Felles dokumentasjon for foretaksgruppen:

- Protokoller fra foretaksmøter i Helse Nord RHF med eiers overordnede styringsbudskap fra 2008 t.o.m. 2016
- Oppdragsdokumenter 2015 og 2016 fra HOD til Helse Nord RHF
- Oppdragsdokumenter 2015 og 2016 fra Helse Nord RHF til underliggende helseforetak
- Brev fra Helse Nord RHF av 08.12.2014: Risikostyring 2015 i foretaksgruppen- overordnede mål 2015
- Brev fra Helse Nord RHF av 29.01.2016: Risikostyring 2016 i foretaksgruppen- overordnede mål 2016
- RL1602 Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord, 29.06.2015 v.5
- RL4632 Risikovurderingsverktøy, excel.
- Styresak 148/2014 HN RHF: Risikostyring 2015 i foretaksgruppen – overordnede mål
- Styresak 31/2009 HN RHF: Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord

Dokumentasjon fra foretakene:

Internrevisjonen har også innhentet og gjennomgått omfattende dokumentasjon fra de enkelte underliggende foretak, bl.a.:

- Foretaksmøtesaker 2009 Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord
- Styresaker om risikostyring og ledelsens gjennomgang
- Tertialrapporter
- Årlig melding
- Diverse prosedyrer, rutinebeskrivelser og policydokumenter
- Dokumentasjon for risikovurderinger og tiltaksoppfølging
- Referater fra ledermøter og oppfølgingsmøter
- Dialogavtaler



SYKEHUSAPOTEK NORD
DAVVI BUOHCCEVIESSOAPOTEHKA
INTRANETT

Nytt prosjekt:

Samstemning av legemiddellister skal øke pasientsikkerheten

Onsdag 31. august var det oppstartsmøte for prosjektet "Samstemning av legemiddellister i Helse Nord". Syv deltakere fra Helse Nord og fire fra direktoratet fra e-helse deltok.

Det er behov for en felles regional metode for samstemning og rapportering i Helse Nord. Det startes nå et prosjekt som er regionalt koordinert. Formålet med prosjektet er å øke andelen legemiddellister som er samstemt i hele regionen.



Et viktig delmål er at prosjektet skal bidra til at legemiddelmodulen i DIPS tas i bruk i alle enheter og at alle legemidler legges inn der, noe som vil ligge til grunn for en vellykket innføring av elektronisk kurve.

Prosjektet vil vare fra august 2017 til september 2018.

Et slikt prosjekt forutsetter medvirkning fra alle helseforetak og vil jobbe mot å iverksette interne prosesser som vil medføre bred og god implementering av en felles prosedyre for samstemning og en felles metode for rapportering.

Prosjektet eies av kvalitetssjef Hanne Frøyshov i Helse Nord RHF.

Representanter fra Direktoratet for e-helse var tilstede på møtet og informerte om det nasjonale prosjekt for Pasientens legemiddelliste. Her ble det diskutert og gjensidig informasjonsutveksling for å gjennomføre det regionale prosjektet.

Dersom du har innspill eller spørsmål til prosjektet kan det sendes til ingvild.marie.jakobsen@helse-nord.no

Deltakere i prosjektgruppen er:

- Marit Christensen, farmasøyt ved Sykehusapoteket i Tromsø
- Kristin Larssen, farmasøyt ved Sykehusapoteket i Bodø
- Dag Ole Aanderbakk, spesialist i geriatri og medlem i legemiddelkomiteen i Helgelandssykehuset
- Anne-Berit Norman Paulsen, medisinsk EPJ-rådgiver ved e-helse og IKT på UNN
- Mette Fredheim, rådgiver fag- og forskningssenteret UNN
- Guro Olafson, sykepleier ved akuttmottaket, Klinikk Hammerfest
- Sissel Tobiassen Bye, sykepleier ved akuttmottak/intensiv, Klinikk Kirkenes
- Ida Bakke, LIS-lege nevrologisk avdeling og regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet, Nordlandssykehuset

- Ingvild Marie Jakobsen, rådgiver Helse Nord RHF
- Hanne Mathilde Frøyshov, kvalitetssjef Helse Nord RHF

Hva betyr samstemming av legemidler?

Legemiddelsamstemming går ut på at man i samarbeid med pasienten lager en nøyaktig og fullstendig liste over alle legemidlene pasienten faktisk bruker. Denne listen kalles «Legemidler i bruk» og må følge pasienten i hele behandlingsskjeden for å oppnå sikker legemiddelbruk. Manglende samstemming av legemiddellister er kjent som et betydelig pasientsikkerhetsproblem både nasjonalt og internasjonalt.

[Les mer om samstemming av legemidler på pasientsikkerhetsprogrammet.no](http://pasientsikkerhetsprogrammet.no)

Publisert: 04.09.2017 kl. 17:09 | Endret: 04.09.2017 kl. 17:11

Suppleringsvalg av ansattevalgte vararepresentanter til styret

| | |
|----------------|----------------------------|
| Sak nr.: | 44 - 2017 |
| Møtedato: | 21. september 2017 |
| Saksbehandler: | Direktør Espen Mælen Hauge |

Saken i korte trekk

Det er oppstått et behov for å sikre de ansattes representasjon i Sykehusapotek Nord HF's styre. Dette vil løses ved å gjennomføre et suppleringsvalg. Formålet med denne styresaken er å vedta at det skal holdes valg på vararepresentanter i valgperioden. Saken beskriver hvorfor behovet for suppleringsvalg har oppstått, og viser til og gjengir bestemmelsene om hvordan suppleringsvalget skal foregå.

Valgstyret fra 2016 vil forestå valget og beslutter om dette skal foregå som et flertallsvalg eller forholdstallsvalg, samt setter opp fristene. Når valget er gjennomført vil de ansatte være representert med fem valgte representanter; første vara som møter fast i resten av styremøtene i valgperioden og et fast ansattevalgt styremedlem der andre vara møter under hennes sykefravær. Dette suppleres med tredje og fjerde vara fra suppleringsvalgets liste som rykker opp ved behov.

Direktørens innstilling til vedtak:

- 1. Styret i Sykehusapotek Nord HF ber direktøren organisere suppleringsvalg av ansattevalgte representanter for å opprettholde de ansattes representasjon i styret.*
- 2. Suppleringsvalget skal gjennomføres etter bestemmelsene i forskrift til helseforetakslovens bestemmelser om de ansattes rett til representasjon i regionale helseforetaks og helseforetaks styrer.*
- 3. Suppleringsvalget må gjennomføres slik at vararepresentantene ved behov kan delta fra neste styremøte og resten av valgperioden.*

Espen Mælen Hauge
direktør

Saksfremlegg

1. Formålet med saken

Formålet med denne styresaken er å vedta at det skal holdes valg på vararepresentanter i valgperioden. Saken beskriver hvorfor behovet for suppleringsvalg har oppstått, og viser til og gjengir bestemmelsene om hvordan suppleringsvalget skal foregå.

2. Behovet for suppleringsvalg

De ansattes rett til representasjon i Sykehusapotek Nord's styre er regulert i helseforetaksloven og forskrift til helseforetakslovens bestemmelser om de ansattes rett til representasjon i regionale helseforetaks og helseforetaks styrer. Nåværende valgperiode gjelder fra april 2016 – april 2018. Valget i april 2016 foregikk som forholdstallsvalg, Det ble valgt to faste medlemmer og to varamedlemmer. Ifølge forskriftens § 13 (se kapittel 3 nedenfor) skal det ved forholdstallsvalg tildeles så mange vararepresentanter som den er tildelt medlemmer og observatører, med tillegg av to. Det vil si at det skulle vært valgt fire varamedlemmer, imidlertid ble det kun valgt to varamedlemmer.

Begge de ansattevalgte faste representantene har meldt forfall som forventes å vare ut denne valgperioden. Det redegjøres nærmere for dette under styremøtet.

Dette innebærer at begge varamedlemmene i praksis vil fungere som styremedlemmer på fast basis selv om de fortsatt formelt har status som varamedlemmer. Dette kan også medføre at hvis også en av disse to eller begge må melde forfall til et møte, er det nå ikke flere vararepresentanter som kan rykke opp. Således er det behov for å velge to nye vararepresentanter. Etter bestemmelsene i helseforetaksloven og forskrifter, kan dette gjøres ved suppleringsvalg. I kapittel 3 nedenfor gjengis utdrag fra forskriften som beskriver hvordan dette valget skal foregå.

3. Forskriftens bestemmelser om suppleringsvalg

§ 12 Funksjonstid, møteplikt mv.

Valg skal finne sted hvert annet år. Valgperioden er to år. Dersom de ansatte ikke har valgt nye representanter når valgperioden løper ut, fungerer de sittende styremedlemmer, observatører og vararepresentanter inntil nye er valgt. Gjenvalg kan finne sted.

Dersom et styremedlem eller en observatør valgt av de ansatte slutter i foretaket, opphører vervet.

Medlem av styret og observatør har møteplikt med mindre vedkommende har lovlig forfall.

Når særlige forhold foreligger, har et styremedlem, en observatør eller en vararepresentant rett til å tre tilbake før funksjonstiden er ute. Om tilbaketreden skal gis rimelig forhåndsvarsel til styret og dem som foreslo vedkommende valgt.

Dersom det foretas suppleringsvalg, fungerer de nyvalgte resten av valgperioden.

§ 13 Vararepresentanter

Ved flertallsvalg skal det velges så mange vararepresentanter som det velges medlemmer og observatører, med tillegg av to. Ved forholdstallsvalg skal hver liste tildeles så mange vararepresentanter som den er tildelt medlemmer og observatører, med tillegg av to.

Vararepresentantene skal innkalles i den rekkefølge de er valgt. Dersom det har vært forholdstallsvalg, skal vararepresentantene innkalles fra den samme liste som det styremedlemmet eller den observatøren vedkommende skal erstatte. I de tilfeller det er valgt observatør, skal observatøren rykke opp på medlems plass og første vararepresentant skal innkalles som observatør.

For vararepresentanter gjelder ellers de reglene som er gitt for styremedlemmer.

§ 14 Suppleringsvalg

Styret kan vedta at det skal holdes valg på medlemmer, observatører og vararepresentanter i valgperioden, jf. § 12 første ledd, når dette er nødvendig for å opprettholde de ansattes representasjon i styret.

Suppleringsvalg skal foretas for å fylle de representantplassene som er igjen når opprykksordningen i § 13 er fulgt.

Valget ledes av det valgstyret som fungerte ved siste ordinære valg. Valgstyret avgjør om valget skal foregå som flertallsvalg eller forholdstallsvalg.

Valgstyret kan fastsette kortere frister enn de som er gitt i § 8, dog ikke kortere enn hva som fremgår av § 8 siste ledd.

4. Oppsummert

Det er oppstått et behov for å sikre de ansattes representasjon i Sykehusapotek Nord HF's styre som vil løses ved et suppleringsvalg. Valgstyret fra 2016 vil forestå valget og beslutter om dette skal foregå som et flertallsvalg eller forholdstallsvalg, samt sette opp fristene. Når valget er gjennomført vil de ansatte være representert med fem valgte representanter; første vara som møter fast i resten av styremøtene i valgperioden og et fast ansattevalgt styremedlem der andre vara møter under hennes sykefravær. Dette

suppleres med tredje og fjerde vara fra suppleringsvalgets liste og som rykker opp ved behov.