



Styremøte

Innkalling med sakspapirer

25. oktober 2017 kl. 9.30 – 14.00

Sted:

Clarion Collection Hotel Aurora, Tromsø

Saker til behandling:

Saksnummer	Saksnavn	Side
46 - 2017	Godkjenning av innkalling og saksliste	1
47 - 2017	Godkjenning av protokoll fra styremøte 21. september 2017	2
48 - 2017	Årsplan for styret – oppdatering og status	12
49 - 2017	Virksomhetsrapport per september 2017	15
50 - 2017	Miljøsertifisering – revisjonsrapport	30
51 - 2017	Styreutvikling i Helse Nord – styreprofil Sykehusapotek Nord	51
52 - 2017	Saker til informasjon	73
	<i>Fra direktør:</i>	
	1. Leverandør av nytt bransjesystem	
	2. Mystery Shopper	
	3. Eventuelt	
53 - 2017	Evaluering av direktør og fastsetting av lønn for 2017	74
54 - 2017	Eventuelt	
	1. Evaluering av møtet	



Styrets medlemmer i Sykehusapotek Nord
Observatør fra brukerutvalget i Sykehusapotek Nord

Deres ref.:

Vår ref.:
2017/82

Dato:
17.10.2017

Innkalling til styremøte i Sykehusapotek Nord HF 25. oktober 2017

I henhold til tidligere avtalt møteplan og i samråd med styreleder, innkalles med dette til styremøte i Sykehusapotek Nord HF onsdag 25. oktober 2017 kl. 9.30-14.00.

Møtet avholdes på Clarion Collection Hotel Aurora i Tromsø.

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

Saksdokumenter er vedlagt.

Forfall meldes Sykehusapotek Nord på telefon 77 62 62 56 eller på e-post til foretak@sykehusapotek-nord.no.

Med vennlig hilsen

Bjørg Helene Jenssen
styreleder

Espen Mælen Hauge
direktør



Godkjenning av innkalling og saksliste

Styresak nr:	46 – 2017
Møtedato:	25. oktober 2017
Saksbehandler:	Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen

I samråd med styreleder er følgende saksliste satt opp til styremøtet 25. oktober 2017:

Saksnummer	Saksnavn	Side
46 - 2017	Godkjenning av innkalling og saksliste	1
47 - 2017	Godkjenning av protokoll fra styremøte 21. september 2017	2
48 - 2017	Årsplan for styret – oppdatering og status	12
49 - 2017	Virksomhetsrapport per september 2017	15
50 - 2017	Miljøsertifisering – revisjonsrapport	30
51 - 2017	Styreutvikling i Helse Nord – styreprofil Sykehusapotek Nord	51
52 - 2017	Saker til informasjon	73
	<i>Fra direktør:</i>	
	1. Leverandør av nytt bransjesystem	
	2. Mystery Shopper	
	3. Eventuelt	
53 - 2017	Evaluering av direktør og fastsetting av lønn for 2017	74
54 - 2017	Eventuelt	
	1. Evaluering av møtet	

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte den 25. oktober 2017.

Espen Mælen Hauge
direktør



Godkjenning av protokoll fra styremøte 21. september 2017	
--	--

Styresak nr.:	47 – 2017
---------------	-----------

Møtedato:	25. oktober 2017
-----------	------------------

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

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner protokollen fra styremøtet 21. september 2017.

Espen Mælen Hauge
Direktør

Protokoll

- Møtetype:** Styremøte i Sykehusapotek Nord
- Tidspunkt:** 21. september 2017 kl. 8.30 – 14.30
- Møtested:** Thon Hotell Harstad
- Tilstede:** Bjørg Helene Jenssen, styreleder
Lars Småbrekke, styremedlem
Hilde Gustavsen Erstad, styremedlem
Svein Iversen, styremedlem
Andre Engesland, vara styremedlem
- Observatør:** Martin Moe, leder av brukerutvalget
- Forfall:** Sissi Lundblad, styremedlem
Jan Norum, styrets nestleder
Liv Norlid, vara styremedlem

Fra administrasjonen:

Espen Mælen Hauge, direktør
Helge K. Kjerulf Pettersen, økonomisjef
Margaret Aarag Antonsen, fagsjef
Camilla Bjørnstad, sykehusapoteker
Airin Nordgård, sykehusapoteker
Kjersti Gjerdevik, organisasjonsrådgiver
Stian Eilertsen, it-sjef
Beate Borge, tillitsvalgt Farmasiforbundet/Parat

Sakene ble behandlet i følgende rekkefølge: 34, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 40, 41, 44, 43 og 45

Sak 34/17 Godkjenning av innkalling og saksliste

Direktørens innstilling til vedtak:

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

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

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

Sak 35/17 Godkjenning av protokoll fra styremøte 1. juni 2017

Direktørens innstilling til vedtak:

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

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

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

Sak 36/17 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 37/17 Virksomhetsrapport per august 2017

Direktørens innstilling til vedtak:

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

Styreleder fremmet følgende tillegg til direktørens innstilling til vedtak:

Styret ber om at virksomhetsrapportene viser hvilke tiltak og prognoser som ventes fremover.

Direktørens innstilling med styreleders tillegg ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per august 2017 til orientering.
2. Styret ber om at virksomhetsrapportene viser hvilke tiltak og prognoser som ventes fremover.

Sak 38/17 Rapport på gjennomføring av OD 2017 – 2. tertial

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.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar vedlagte rapport som styrets rapport til Helse Nord RHF på gjennomføring av oppdragsdokument per 2. tertial 2017.

Sak 39/17 Budsjett 2018, premisser og føringer

Direktørens innstilling til vedtak:

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

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

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

Sak 40/17 Ny IKT-plattform for sykehusapotek og elektronisk produksjonsstøttesystem

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-/butikkdataløsninger, 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 legemiddelproduksjon 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 hovedansvar for teknologiutviklingsprosjekter og informasjonssikkerhet (personvernombud).

Styret fremmet følgende forslag til vedtak (endringer i forhold til direktørens innstilling er markert):

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 **som sikrer utvikling og drift av reseptur-/butikkdataløsninger, 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
 - e. **Elektronisk kurve**
3. Styret i Sykehusapotek Nord HF anbefaler at det **umiddelbart** ~~uten~~ ~~ugrunnet opphold~~ iverksettes anskaffelse av IKT-støtte for legemiddelproduksjon 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 hovedansvar for teknologiutviklingsprosjekter og informasjonssikkerhet (personvernombud).*
5. **Styret for Sykehusapotek Nord HF anser at ansvar for digital infrastruktur, inklusiv integrasjon nevnt i punkt 2, må i hovedsak ivaretas av Helse Nord RHF og Helse Nord IKT HF i samarbeid med Sykehusapotek Nord.**

Direktørens innstilling til vedtak, med styrets forslag til endringer, ble enstemmig vedtatt.

Endelig 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 sikrer utvikling og drift av reseptur-/butikkdataløsninger, 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
 - e. Elektronisk kurve
3. Styret i Sykehusapotek Nord HF anbefaler at det umiddelbart iverksettes anskaffelse av IKT-støtte for legemiddelproduksjon i tråd med saksfremleggets begrunnelse for dette. Styret ber direktøren følge opp vedtaks punktet overfor Helse Nord RHF og rapportere på status i senere styremøter.
4. Styret godkjenner ansettelse av en hel fast stilling med hovedansvar for teknologiutviklingsprosjekter og informasjonssikkerhet (personvernombud).
5. Styret for Sykehusapotek Nord HF anser at ansvar for digital infrastruktur, inklusive integrasjon nevnt i punkt 2, må i hovedsak ivaretas av Helse Nord RHF og Helse Nord IKT HF i samarbeid med Sykehusapotek Nord.

Sak 41/17 Risikostyring overordnede mål fra Helse Nord – oppfølging og status

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar statusoppdateringen for oppfølgingen av risikostyring overordnede mål 2017 til orientering.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar statusoppdateringen for oppfølgingen av risikostyring overordnede mål 2017 til orientering.

Sak 42/17 Styrets møteplan for 2018

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*

Styret fremmet følgende forslag til endring av direktørens innstilling til vedtak:

Styremøtet 15. mars flyttes til 13. mars, styreseminaret 19. september, og styremøtet 20. september flyttes til henholdsvis 26. og 27. september.

Direktørens innstilling med styrets forslag til endringer ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

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

1. Styremøter
 - 8. februar 2018 Styremøte Bodø
 - 13. mars 2018 Styremøte Tromsø
 - 31. mai 2018 Styremøte Tromsø
 - 27. 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
 - 26. september 2018 Strategiseminar Sykehusapotek Nord (samme sted som styremøtet 20/9)
 - 24. - 25. oktober 2018 Regionalt styreseminar med HF-ene Tromsø

Sak 43/17 Saker til informasjon

Fra direktør:

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

Fra styreleder:

1. Informasjon om styreledermøte i Helse Nord 22. september.

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 44/17 Suppleringsvalg ansattvalgte vararepresentanter til styret

Direktørens innstilling til vedtak

1. *Styret i Sykehusapotek Nord HF ber direktøren organisere suppleringsvalg av ansattvalgte 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.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

1. Styret i Sykehusapotek Nord HF ber direktøren organisere suppleringsvalg av ansattvalgte 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.

Sak 45/17 Eventuelt

1. Informasjon fra brukerutvalget ble gitt av leder for brukerutvalget.
2. Oppfølging etter besøket på Sykehusapoteket i Harstad, hva gjøres for å få tilfredsstillende forhold? Dette ble drøftet av styret, direktøren og sykehusapoteker i Harstad. Styret ønsker en sak om dette på et senere styremøte.

3. Evaluering av møtet.

- Bra møte, spennende å se inn i fremtiden, gjerne mer av dette.
- Gode omgivelser, fin tilnærming i styreseminaret, ønsker oppfølging av dette.
- Godt forberedt møte, gode sakspapirer, spennende å se Sykehusapoteket i Harstad.
- Fin kombinasjon mellom seminar og møte, skaper helhet og forståelse.
- Informative og gode sakspapirer.
- God møteledelse og godt engasjement.
- Fint foredrag på styreseminaret, ga større bevissthet rundt styrets roller.
- Bra å bli påmint om at vi hele tiden er i bevegelse, må være proaktive.
- Gode diskusjoner i styret. Styremedlemmene utfyller hverandre uten at dette blir konfliktfyllt.
- Viktig å komme tett på sykehusapotekene.



Årsplan for styret	
Styresak nr.:	48 – 2017
Møtedato:	25. oktober 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
21.09.2017	34		Godkjenning av innkalling og sakliste	Styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og sakliste for styremøte 21. september 2017.
21.09.2017	35		Godkjenning av protokoll	Styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøtet 1. juni 2017.
21.09.2017	36		Årsplan - oppdatering og status	Direktør	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar årsplanen til orientering.
21.09.2017	37		Virksomhetsrapport per august	Økonomisjef	1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per august 2017 til orientering. 2. Styret ber om at virksomhetsrapportene viser hvilke tiltak og prognoser som ventes fremover.
21.09.2017	38		Rapport på gjennomføring av OD 2017 - 2. tertial	Økonomisjef	Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar vedlagte rapport som styrets rapport til Helse Nord RHF på gjennomføring av oppdragsdokument per 2. tertial 2017.
21.09.2017	39		Budsjett 2018, premisser og føringar	Økonomisjef	Styret for Sykehusapotek Nord tar premissene og føringene for budsjett 2018 til orientering.
21.09.2017	40		Ny IKT-plattform for sykehusapotek og elektronisk produksjonsstøttesystem	Direktør	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 sikrer utvikling og drift av reseptur-/butikkdataløsninger, 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/legemiddeltivirkning e. Elektronisk kurve 3. Styret i Sykehusapotek Nord HF anbefaler at det umiddelbart iverksettes anskaffelse av IKT-støtte for legemiddelproduksjon 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 hovedansvar for teknologiutviklingsprosjekter og informasjonssikkerhet (personvernombud). 5. Styret for Sykehusapotek Nord HF anser at ansvar for digital infrastruktur, inklusive integrasjon nevnt i punkt 2, må i hovedsak ivaretas av Helse Nord RHF og Helse Nord IKT HF i samarbeid med Sykehusapotek Nord.
21.09.2017	41	29-2017	Risikostyring overordnede mål fra Helse Nord- oppfølging og status	Kvalitetsrådgiver	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar statusoppdateringen for oppfølgingen av risikostyring overordnede mål 2017 til orientering.
21.09.2017	42		Styrets møteplan for 2018	Direktør	Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar møteplan for 2018 som følger: 1. Styremøter <input type="checkbox"/> 8. februar 2018 Styremøte Bodø <input type="checkbox"/> 13. mars 2018 Styremøte Tromsø <input type="checkbox"/> 31. mai 2018 Styremøte Tromsø <input type="checkbox"/> 27. september 2018 Styremøte (samme sted som seminaret 19/9) <input type="checkbox"/> 24. oktober 2018 Styremøte Tromsø <input type="checkbox"/> 13. desember 2018 Styremøte Bodø 2. Foretaksmøter <input type="checkbox"/> 7. februar 2018 Felles foretaksmøte Bodø (oppdragsdokument 2018) <input type="checkbox"/> 21. mars 2018 Foretaksmøte Bodø (valg av HF-styre 2018-2020) <input type="checkbox"/> 11./12. april 2018 Felles foretaksmøte (behandling av årsregnskap 2017) 3. Styreseminarer <input type="checkbox"/> 11. -12. april 2018 Regionalt styreseminar med HF-ene Bodø <input type="checkbox"/> 26. september 2018 Strategiseminar Sykehusapotek Nord (samme sted som styremøtet 20/9) <input type="checkbox"/> 24. - 25. oktober 2018 Regionalt styreseminar med HF-ene Tromsø
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	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonssakene til orientering.
21.09.2017	44		Suppleringsvalg ansattevalgte vararepresentanter til styret	Direktør	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 styret. 3. Suppleringsvalget må gjennomføres slik at vararepresentantene ved behov kan delta fra neste styremøte og resten av valgperioden.
21.09.2017	45		Eventuelt	Styreleder	
25.10.2017	46		Tromsø: Godkjenning av innkalling og sakliste	Styreleder	

25.10.2017	47		Godkjenning av protokoll	Styreleder	
25.10.2017	48		Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
25.10.2017	49		Virksomhetsrapport per september	Økonomisjef	
25.10.2017	50		Miljøsertifisering - revisjonsrapport	Direktør/miljørepr (CN)	
25.10.2017	54		Eventuelt	Styreleder	
25.10.2017			Regionalt styreseminar Tromsø		
26.10.2017			Regionalt styreseminar Tromsø		
14.12.2017			Bøde: Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
14.12.2017			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
14.12.2017			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
14.12.2017			Virksomhetsrapport per oktober	Økonomisjef	
14.12.2017			Budsjett 2018	Økonomisjef	
14.12.2017			Styrets arbeid og egenevaluering	Direktør	
14.12.2017			Tema:	Direktør	
14.12.2017			Konstituering av direktør ved permisjon	Direktør	
14.12.2017			Informasjonssaker	Direktør/styreleder	
14.12.2017			Eventuelt	Styreleder	
2018/1			Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
2018/1			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
2018/1			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
2018/1			Foreløpig regnskap 2017	Økonomisjef	
2018/1			Foreløpig årlig melding 2017	Økonomi og fagsjef	
2018/1			Oppdragsdokument 2018	Direktør	
2018/1			Oppsummering styrets egenevaluering 2017	Direktør	
2018/1			Årlige status, handlingsplaner og utfordringer for pasientsikkerhet og kvalitet i pasienttilbudet	Direktør	
2018/1			Tema:	Direktør	
2018/1			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
2018/1			Eventuelt	Styreleder	
2018/2			Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
2018/2			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
2018/2			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
2018/2			Årsregnskap 2017	Økonomisjef	
2018/2			Virksomhetsrapport per februar 2018	Økonomisjef	
2018/2			Årlig melding 2017	Økonomisjef og fagsjef	
2018/2			Innspill til plan 2019-2022, inkludert rullering av investeringsplan 2019-2026	Økonomisjef	
2018/2			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
2018/2			Eventuelt	Styreleder	
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	
2018/4			Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
2018/4			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
2018/4			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
2018/4			Virksomhetsrapport per august	Økonomisjef	
2018/4			Tertialrapport 2 inkl. økonomi, pasientsikkerhet, uønskede hendelser og avviksrapport	Økonomisjef	
2018/4			Premisser budsjett 2019		
2018/4			Årlig styrebehandling av ledelsens gjennomgang av tilstanden i foretaket mht oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik.	Direktør	
2018/4			Møteplan 2019	Direktør	
2018/4			Tema:		
2018/4			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
2018/4			Eventuelt	Styreleder	
2018/4			Evaluering av direktør/lønnsjustering	Styreleder	



Virksomhetsrapport per september 2017

Styresak nr.:	49 – 2017
Møtedato:	25. oktober 2017
Saksbehandler:	Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen
Vedlegg:	Målekort (u.off. offl. § 23 første ledd)

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

Direktørens innstilling til vedtak

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

Espen Mælen Hauge
direktør

Saksfremlegg

Regnskapet per september 2017 viser et overskudd på 4,3 millioner. For samme periode i 2016 var resultatet et overskudd på 4,1 millioner. Det er budsjettert med et overskudd på 3,5 millioner per september, slik at resultatet er 0,8 millioner høyere enn budsjettert.

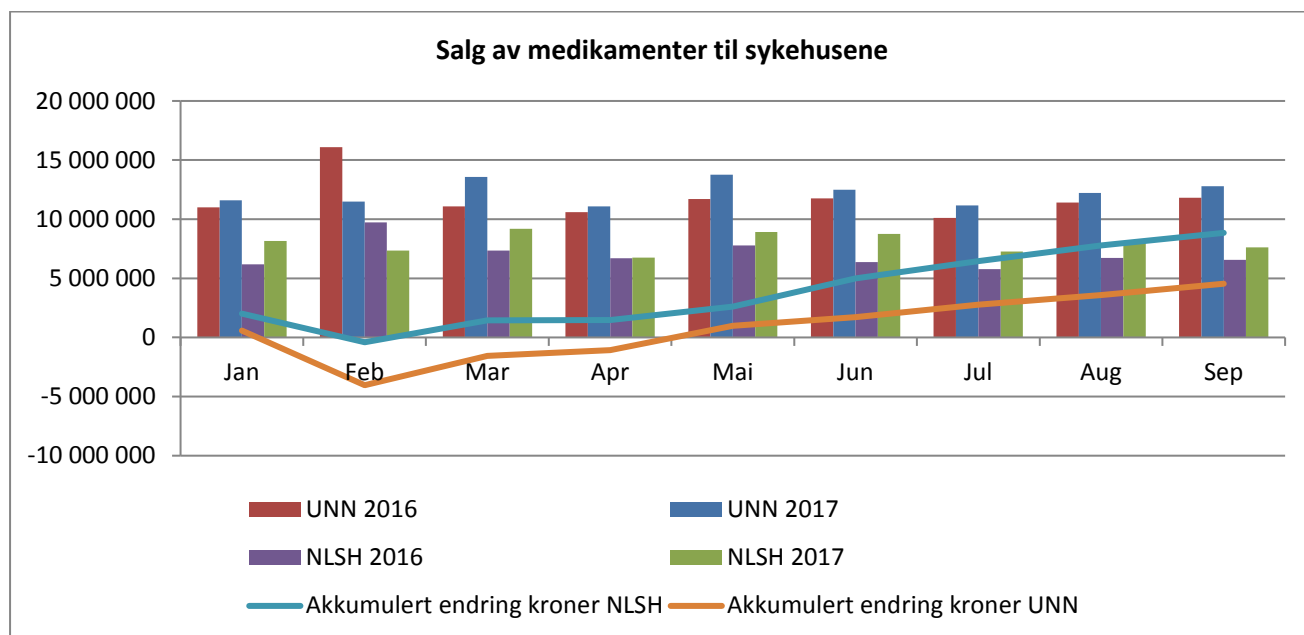
Resultatet for september er et underskudd på 0,3 millioner. Det var budsjettert med et overskudd på 0,1 millioner, slik at resultatet er 0,4 millioner lavere enn budsjettert. For september 2016 var resultatet et underskudd på 0,9 millioner.

	Siste måned					Akkumulert hittil i år				
	Resultat	Budsjett	Avvik	2016	Endring	Resultat	Budsjett	Avvik	2016	Endring
Omsetning	-41 849	-41 042	-806	-37 804	10,7 %	-365 271	-361 828	-3 443	-341 364	7,0 %
Varekjøp	33 413	32 359	1 055	30 351	10,1 %	286 072	284 526	1 547	272 220	5,1 %
Dekningsbidrag	-8 435	-8 684	249	-7 454	13,2 %	-79 199	-77 302	-1 896	-69 144	14,5 %
Personalkostnader	6 998	6 739	259	6 827	2,5 %	57 670	57 375	295	53 170	8,5 %
Andre kostnader	1 848	1 894	-46	1 875	-1,5 %	17 522	17 225	297	14 162	23,7 %
Skatt og finans	-142	-111	-31	-354	-59,9 %	-280	-806	527	-1 034	-73,0 %
Resultat	268	-162	431	895	-70,0 %	-4 287	-3 509	-778	-2 847	50,6 %
Dekningsgrad	20,2 %	21,2 %	-1,0 %	19,7 %	0,4 %	21,7 %	21,4 %	0,3 %	20,3 %	1,4 %
Vareforbruk	88,4 %	87,0 %	1,3 %	87,4 %	1,0 %	86,3 %	87,1 %	-0,7 %	86,8 %	-0,5 %
Andel pers.kost.	16,7 %	16,4 %	0,3 %	18,1 %	-1,3 %	15,8 %	15,9 %	-0,1 %	15,6 %	0,2 %
Resultatandel	-0,6 %	0,4 %	-1,0 %	-2,4 %	1,7 %	1,2 %	1,0 %	0,2 %	0,8 %	0,3 %

Inntekter

Inntektene er 3,4 millioner høyere enn budsjettert, og 23,6 millioner høyere enn på samme tidspunkt i 2016.

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

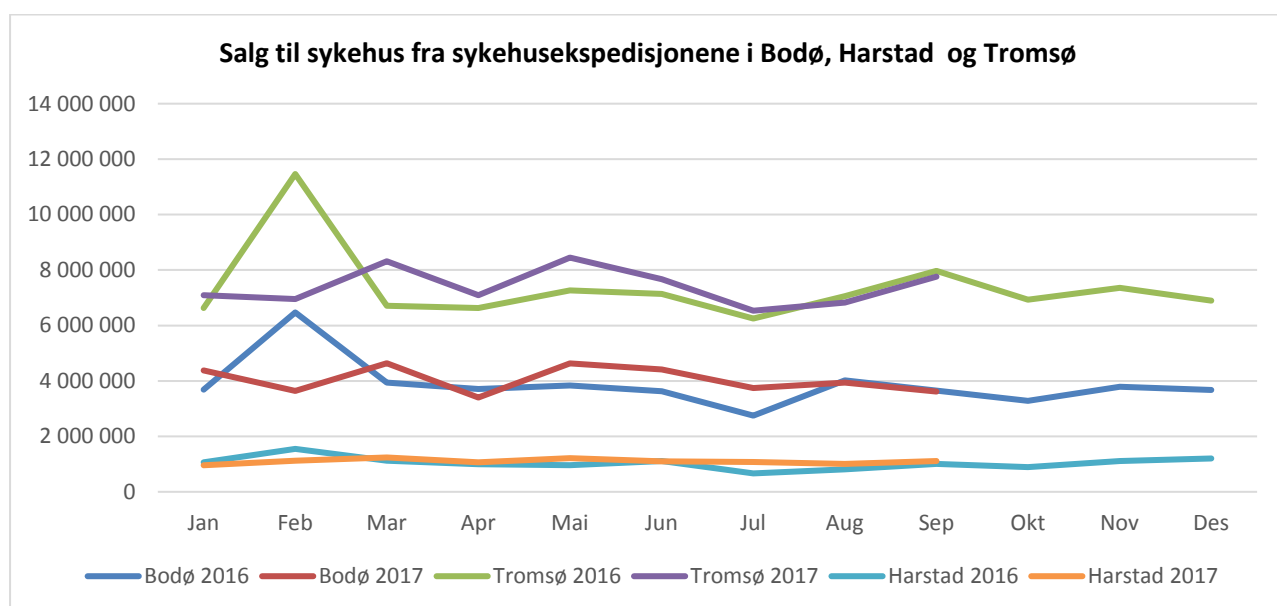


Figuren over viser utviklingen i salg av medikamenter til UNN og NLSH i 2016 og hittil i 2017.

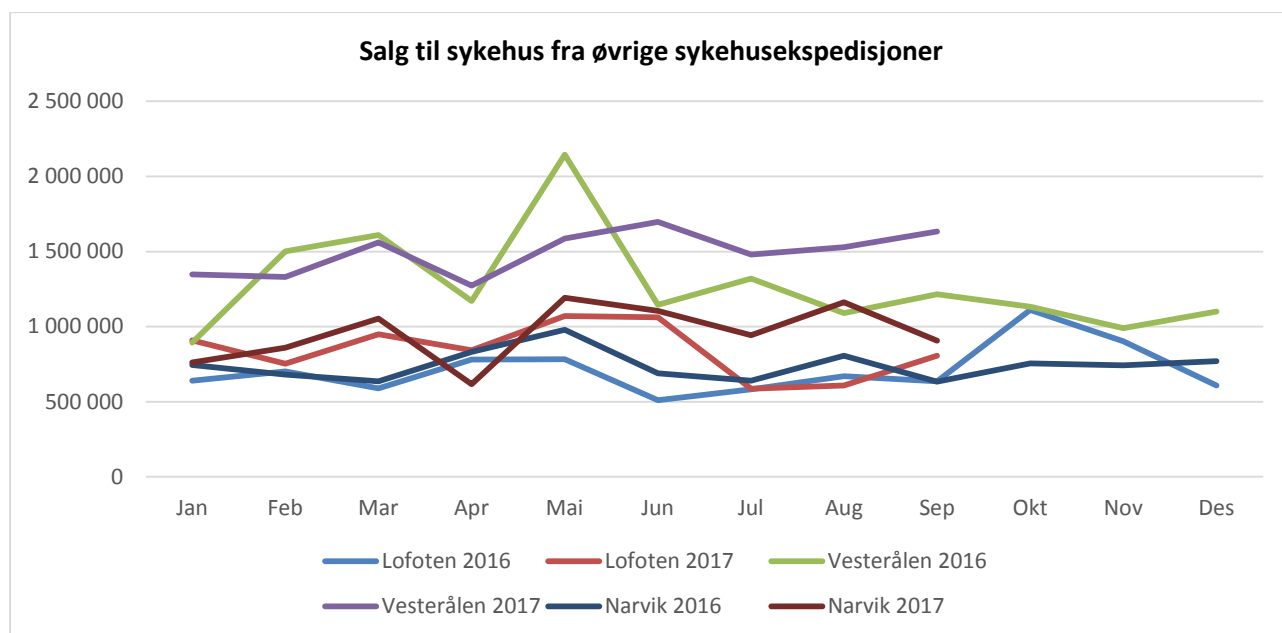
Det har det vært en økning i salget til NLSH på 14,0 %. Det er en økning på 12,8 % i Bodø, på 11,1 % i Vesterålen og på 28,8 % i Lofoten.

Det har vært en økning i salget til UNN på 4,3 %. Det har vært en økning på 1,8 % i Tromsø, på 8,1 % i Harstad og på 29,5 % i Narvik.

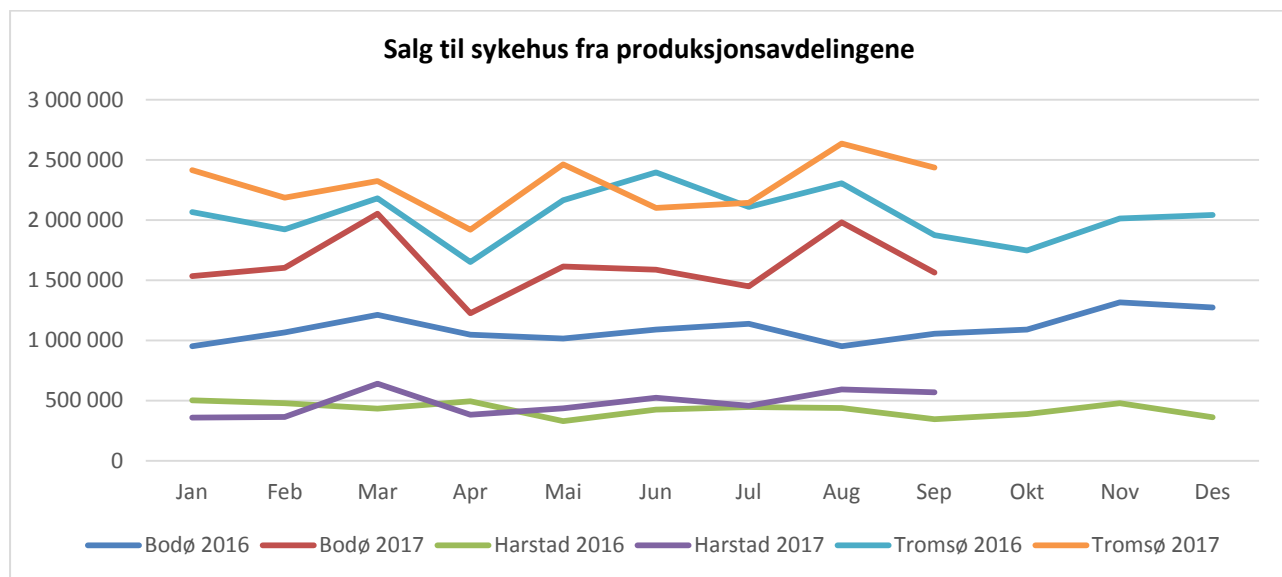
Omsetningen av medikamenter mot UNN og NLSH er 11,5 millioner høyere enn budsjettet. Det forventes at økningen vil være på omtrent samme nivå resten av året.



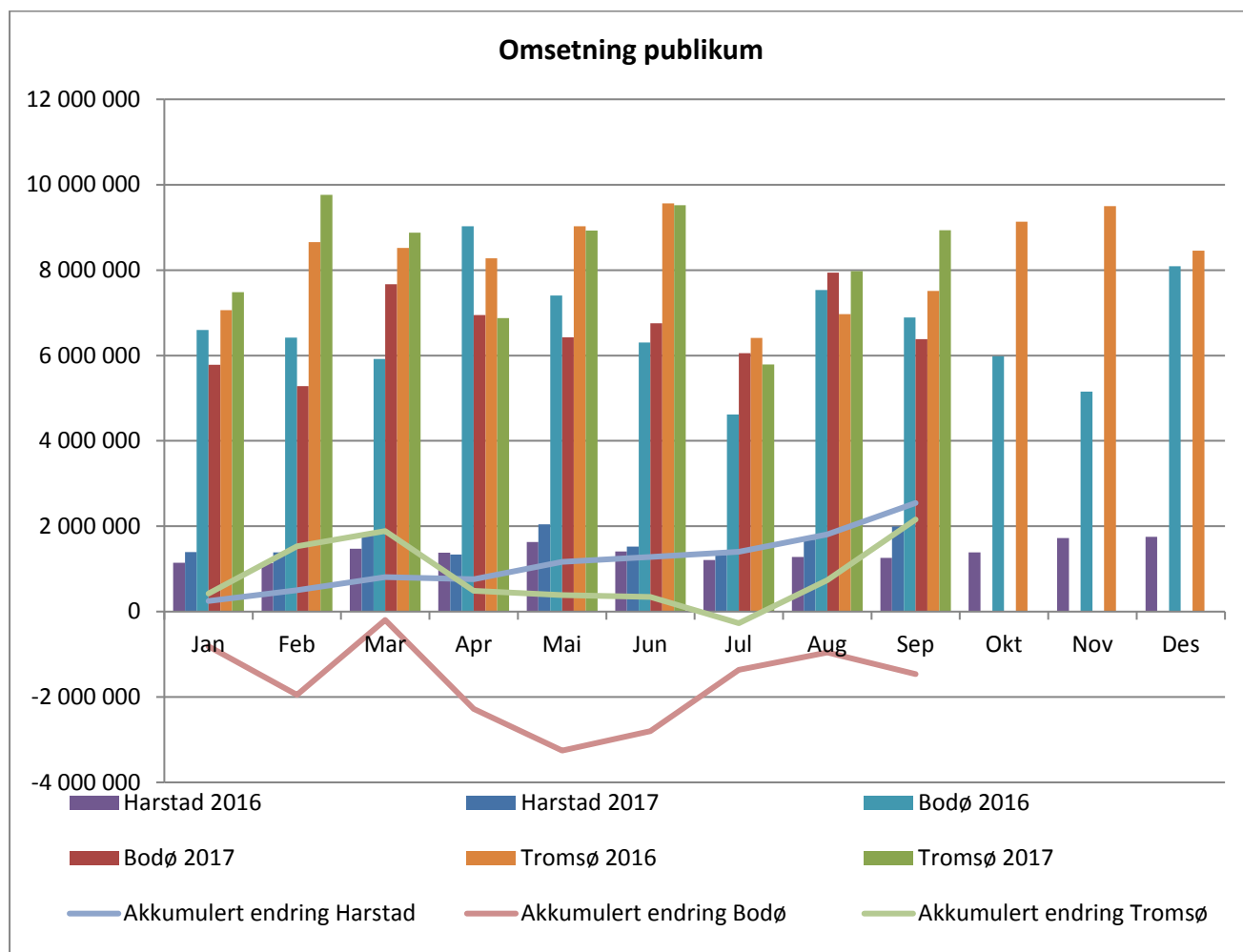
Sykehusekspedisjonen i Bodø har hatt en økning på 2,0 %, Tromsø har hatt en reduksjon på 0,6 %, mens det er en økning på 6,8 % i Harstad. Som figuren viser er det reduksjonen i salget i februar 2017 i forhold til februar 2016 som er årsaken til reduksjonen i Tromsø



Størst økning har det vært i Narvik der økningen er på 29,5 %. I Lofoten er det en økning på 28,8 %, mens det i Vesterålen er en økning på 11,1 %.



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. Omsetningen i Bodø har økt med 53 %, mens økningen er på 10 % i Tromsø og 11 % i Harstad.



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

Omsetningen i publikumsavdelingene har økt med 2,2 % i forhold til samme periode i 2016. Omsetningen i Harstad har økt med 21,3 % og i Tromsø med 3,0 %. I Bodø er det en reduksjon i omsetningen på 2,2 %.

I Tromsø er det en økning i antall solgte pakninger på resept på 3,1 %. I tillegg er det en økning i salg av handelsvarer og reseptfrie legemidler i selvvalget (økning i antall pakninger på henholdsvis 8,3 % og 9,3 %).

I Bodø er det en økning i solgte pakninger på resept på 4,7 %, det er også en betydelig økning i salget av handelsvarer og reseptfrie legemidler (økning i antall pakninger på henholdsvis 15,8 % og 37,9 %). Reduksjonen i omsetning kommer av en reduksjon i salg av legemidler til behandling av hepatitt-C.

I Harstad er det en økning i antall solgte pakninger på resept på 6,5 %. I tillegg er det en økning i salg av handelsvarer og reseptfrie legemidler i selvvalget (økning i antall pakninger på henholdsvis 7,7 % og 12,3 %).

Rådgivning og klinisk farmasi

Salg av rådgivningstjenester og klinisk farmasi er 0,3 millioner lavere enn budsjettert. Avviket kommer av lavere aktivitet mot kommunene enn budsjettert, og av at klinisk farmasøyt i Finnmarkssykehuset ikke startet før i august.

I forhold til i 2016 har det vært en økning i omsetningen på 35,3 %. Økningen er en konsekvens av økningen innen klinisk farmasi, økt salg av tjenester til Universitetet i Tromsø, økte antall stillinger på Helgeland og økt salg av rådgivningstimer til prosjektet for implementering av elektronisk kurve i Helse Nord.

Kostnader

Varekostnader

Varekostnadene er 1,5 millioner lavere enn budsjettert og 13,9 millioner høyere enn per september 2016.

Vareforbruket er på 86,3 % per september. Dette er 0,7 prosentpoeng lavere enn budsjettert og 0,5 prosentpoeng lavere enn per september 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.

Dekningsbidraget er på 79,2 millioner, noe som er 1,9 millioner høyere enn budsjettert. Dekningsbidraget har økt med 9,9 millioner i forhold til 2016.

Dekningsbidraget er 1,6 millioner høyere enn budsjettert for salg fra sykehusekspedisjonene, 0,2 millioner høyere enn budsjettert for produksjonsavdelingen og 1,3 millioner høyere enn budsjettert for salg fra publikumsavdelingene.

Lønns- og personalkostnader

Personalkostnadene er 0,3 millioner høyere enn budsjettert.

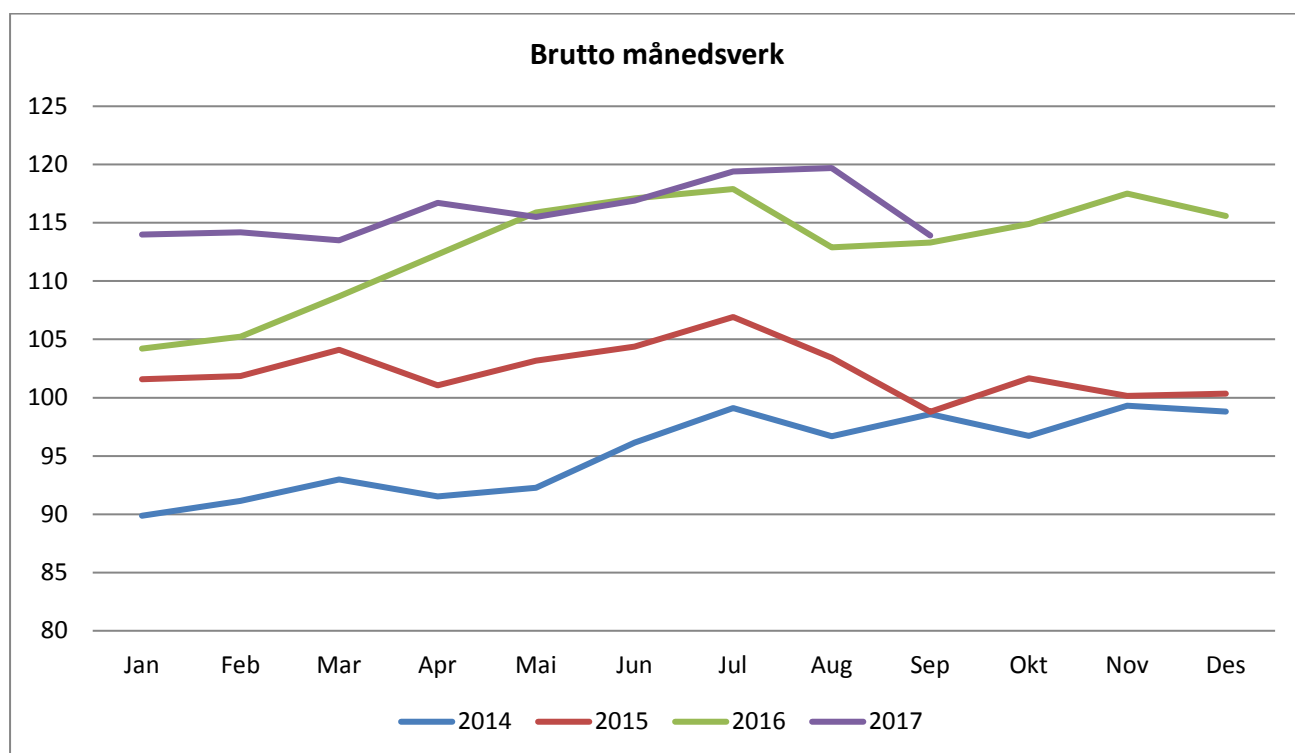
Kostnadene til kompetanseutvikling er 0,3 millioner høyere enn budsjettert. Dette kommer av kostnader til opplæring i forbindelse med opptrappingsplanen for klinisk farmasi og opplæring i forbindelse med produksjon i PET. Disse kostnadene dekkes av midlene til klinisk farmasi og av midler til etablering av PET.

Lønnskostnadene er 0,4 millioner høyere enn budsjettert. Avviket kommer av innleie av vikarer i forbindelse med sykefravær og fødselspermisjon. Dette kompenseres delvis av at lønnsrefusjoner fra NAV er 0,3 millioner høyere enn budsjettert.

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.

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

Andelen personalkostander i forhold til omsetningen er på 15,8 %. Dette er 0,1 prosentpoeng lavere enn budsjettert, og 0,2 prosentpoeng høyere enn for samme periode i 2016. Økningen i forhold til i 2016 kommer av økningen i antall stillinger innen rådgivning og klinisk farmasi.



Gjennomsnittlig brutto månedsverk per september 2017 er 116,0. Dette er en økning på 4,0 månedsverk i forhold til per september 2016. Bemanningen har økt med 0,2 stillinger i forbindelse med etablering av organisasjon for å planlegge produksjon av radiofarmaka. Bemanningen har også økt med 4,0 stillinger innen klinisk farmasi og rådgivning. I publikumsavdelingene har det vært en reduksjon i antall månedsverk.

Det forventes ikke store endringer i bemanningen resten av året, med unntak av at foretaksadministrasjonen fra og med oktober styrkes med en prosjektstilling i forbindelse med innføring av nye forretningssystemer. Fra og med 2018 forventes det en økning i bemanningen i forbindelse med økning i klinisk farmasi og oppstart av produksjon av radiofarmaka.

Andre driftskostnader

Andre driftskostnader er 0,3 millioner høyere enn budsjettert. I forhold til 2016 har andre driftskostnader økt med 3,3 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 1,4 millioner høyere enn budsjettet. I forhold til 2016 har disse kostnadene økt med 1,3 millioner. Kostnadene knyttet til fremtidige it-løsninger vil nok fortsette å øke resten av året og i årene som kommer. Samtidig forventes det noe reduksjon i kostnadene knyttet til dagens forretningssystem, FarmaPro.

Finans og skatt

Renteinntektene er 0,3 millioner lavere enn budsjettet, 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 0,1 millioner.

Investeringer

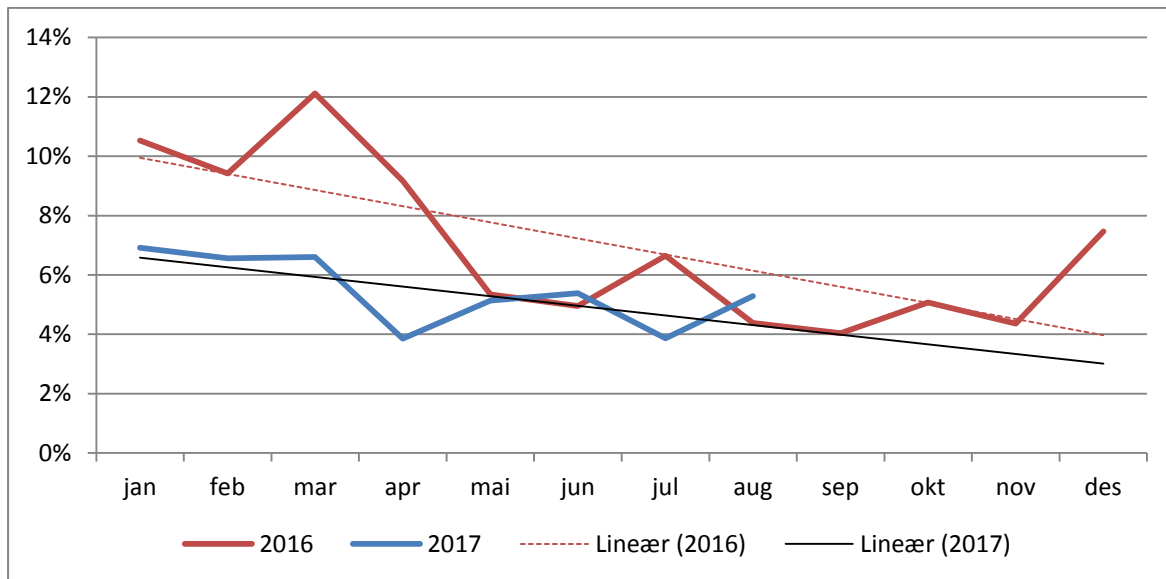
Det er investert for 1,0 millioner i 2017. Dette er diverse inventar til produksjonsavdelingen i Bodø og utstyr til ny produksjonsavdeling i Tromsø, blant annet en negativisolator og delbetaling av to positivisolatorer.

Prognose

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

Sykefravær

Sykefraværet per august 2017 var på 5,5 %. Dette er en reduksjon på 2,9 prosentpoeng i forhold til fraværet per august 2016.



Som figuren over viser har fraværet vært synkende både i 2016 og i 2017.

Miljøsertifisering – revisjon i hht. ISO15001:2015	
Styresak nr.:	50 – 2017
Møtedato:	25. oktober 2017
Saksbehandler:	Kontorleder Cicilia Nicolaisen
Vedlegg:	1. Revisjonsrapport 2. Funnliste

Kort saksresyme

3-5.oktober ble det avholdt resertifiseringsrevisjon i miljø. Revisjonen ble denne gangen holdt etter ny standard ISO 15001:2015. Revisor var tilstede i Tromsø, Harstad og Bodø. De reviderte enhetene var foretaksadministrasjonen, Tromsø, Harstad, Lofoten, Helgeland og Bodø. Det var god og konstruktiv stemning hele tiden, miljørepresentant var fornøyd med revisor og med fokus i revisjonen. Det ble funnet to avvik, fem observasjoner og en forbedringsmulighet. Avvikene skal lukkes innen 13.11.2017. Avvik og observasjoner fra forrige revisjon (desember 2016) er lukket.

Direktørens innstilling til vedtak

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar den vedlagte revisjonsrapporten og tiltakene som er utarbeidet til orientering.

Espen Mælen Hauge
direktør

Saksfremlegg

Positive tilbakemeldinger fra revisjonen:

- Svært god kontekstforståelse og pådrivere for å bidra med sykehusapotekets kompetanse i pasientbehandlingen. Ser pasientsikkerhet som sin unike samfunnsoppgave.
- Utarbeidet en god systematikk for interessentanalyse. Interessentanalysen er et egnet verktøy for å sikre involvering ved endringer og for å målrette innsatsen ved behov for samarbeid eller påvirkning av rammebetingelser.
- Gjennomgående miljøengasjement og bevissthet knyttet til hvordan sykehusapoteket gjennom sine aktiviteter indirekte kan bidra til forbedret miljøprestasjon ved at pasienter og forskrivere av legemidler øker sin bevissthet og kunnskap.
- Ledelsen viser tydelig engasjement og sikrer kommunikasjon og involvering av alle medarbeidere i strategi og målprosesser. Alle enheter har operasjonalisert og tilpasset sentrale mål slik at de oppfattes som relevante i henhold til egne aktiviteter.
- Miljøpolitikken er publisert på web og er tilgjengelig for alle interesseparter.
- Synliggjør evalueringskriterier og jobber aktivt for å utvikle gode indikatorer. I den grad det er behov for å allokere ekstra ressurser for gjennomføring av tiltak søker man å synliggjøre dette i egne prosjektplaner.
- Har en god systematikk for kartlegging av forhold som påvirker ytre miljø (miljøaspekter). Har utviklet kriterier for vurdering der man klarer å prioritere basert på risiko.
- Bistår sykehusene i arbeidet mot en felles målsetting om reduksjon og optimalisering av antibiotikaforbruk gjennom rådgivningsaktiviteter, deltakelse i Antibiotikateam mv.
- Som en del av sine rådgivningstjenester gjennomfører kliniske farmasøyter legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomganger.

Hovedområder for forbedring

- Det er gjort en rekke grep for å styrke måling og evaluering av prestasjon. I den grad det er hensiktsmessig kan man vurdere å utvikle «kvalitative» kriterier for evaluering, eller indikatorer. Eksempel på en indikator kan være andel endringer av legemiddellister etter legemiddelgjennomganger, reduksjon i bruk av legemiddel X, andel samsvar med anbefalinger/retningslinjer ved gjennomgang av eks. antibiotikabruk. Ved å ta i bruk statistisk prosesskontroll (SPC) som verktøy vil man kunne få nyttig informasjon om endringer i «prosess-ytelse» ved gjennomføring av endringer.
- ASL og aktiv forsyning er virkemidler med stort potensial for optimalisering av vareflyt og redusert kassasjon av legemidler. Det er noe variasjon i hvordan ordningen følges opp ved de ulike apotekene. Som eksempel er det variasjon mht hvordan man følger opp ekstra bestillinger av varer som ikke er på basislistene. Det er videre variasjon mht hvor ofte man gjennomgår og justerer basislistene. En mer aktiv og proaktiv tilnærming vil kunne bidra til
- Ytterligere forbedring mht redusert kassasjon.
- Det er ikke gjennomført interne revisjoner for ytre miljø i 2017. Det er imidlertid innarbeidet krav om at ytre miljø skal inngå som tema i alle

revisjoner. Neste revisjon er planlagt i november 2017. For å sikre langsiktighet i planlegging kan man vurdere en rullerende 3-årsplan. Herunder kan det være nyttig å utarbeide en samlet oversikt over interne kontrollrutiner slik at valg av tema og fokus for interne revisjoner kan gjøres risikobasert.

Forbedringsmulighet

Utvikling av indikatorer for måling av kassasjon.

Reduksjon av kassasjon er etablert som miljømål. Det er iverksatt ulike tiltak for å bidra til reduksjon. Virksomheten jobber aktivt for å finne hensiktsmessige måter å måle reduksjon i kassasjon. Der det er krevende å få konkrete tall kan man vurdere å etablere indikatorer eller stikkprøvemålinger for et utvalg produkter. Som eksempel vil kassasjon av utvalgte bredspektrede antibiotika være relevant å følge opp da det er et uttalt mål både for sykehusene å optimalisere bruk av antibiotika.

Tiltak:

Miljømålene for 2017 til 2018 videreføres i hovedsak, og målingene skal optimaliseres. Vi tar innspillet med oss i dette arbeidet.

Observasjoner

1. Salg av miljøfarlige kjemikalier.

Publikumsekspedisjonen selger legemidler som eks. Kaliumpermanganat etter anvisning fra hudleger. Dette benyttes til bad og vil slippes ut i avløp. Stoffet er meget giftig for organismer i vann, samt toksisk for mennesker. Vurder en gjennomgang av rutiner for å øke bevissthet hos rekvirerende leger og pasienter/brukere mht miljø- og helsesisiko. Herunder hvordan man skal sikre trygg avhending/avfallshåndtering.

Tiltak:

Vi jobber med hvordan vi skal få gitt god informasjon til hudavdelingene om dette legemiddelet og miljøaspektene med det. Vi skal i løpet av høsten lage noen form av felles informasjon til sykehusene med bakgrunn i denne observasjonen.

2. Forsendelser og kassasjon

Apoteket i Tromsø sender legemidler til pasienter. Som eks. sender man legemidler til IVF-behandling. Det forekommer at forsendelsen ikke kommer frem som forventet og det er flere eksempler på at legemidler må kasseres. Vurder en gjennomgang med relevante interessepartnere for å avklare muligheter for forbedring.

Tiltak:

Apoteker og avdelingsleder i publikumsavdelingen i Tromsø, skal jobbe med denne observasjonen og lage tiltak.

3. **ASL og oppfølging av ekstrabestillinger**

Ved sykehusapoteket i Bodø har man en avgrensning av ansvarsområdet for ASL som omfatter legemidler på basisliste, men ikke legemidler utenom basislister (ekstrabestillinger). Ved befaring på lokalt medisinrom finner vi at det er et stort omfang av legemidler på lager som ikke omfattes av basislistene, der man også har flere pakninger av samme legemiddel i lik dose. Videre finner vi at det tilsvarende er to kjøleskap for henholdsvis "basismedisiner" og "Ikke basismedisiner". Avdelingen har ansvar for temperaturkontroll av begge kjøleskap, og vi finner at gjennomføring av temperaturkontroll er mangelfull, sist dokumentert 30.8.17. Vurder en gjennomgang av grenseoppgang for ansvarsdeling ved ASL-lager der man sammen med sykehusets avdeling(er) vurderer hva som vil sikre en mest effektiv og hensiktsmessig styring.

Tiltak:

Det er allerede laget en plan for å få medikamenter utenom «basislisten» inn som en del av ASL-avtalen i Bodø. Vi starter opp med ASL på ny avdeling i november, det dette er tatt inn som en del av avtalen. De andre avdelingene vil få dette inn litt etter som det passer, med start for mange når de flytter medisinrom sommeren 2018. Vi vil i tillegg se på om det hensiktsmessig å få inn temperaturkontroll som en del av ASL-avtalen.

4. **Målsetting om redusert kassasjon**

Sykehusekspedisjon har mål om å redusere kassasjon av legemidler. Internt i eget varelager er kassasjon redusert betydelig siste år (ca 34 % mot mål om 20%). Vurder en gjennomgang av rutiner ved styring av ASL der man også vurderer potensiale for reduksjon. Som eksempel kan man vurdere mindre forpakninger etter samme praksis som ved øvrige lokasjoner i sykehusapotek Nord. Videre kan man vurdere behov for hyppigere gjennomgang av basislister og tilleggsbestillinger ved utvalgte avdelinger.

Tiltak:

Vi vil jobbe med denne observasjonen i løpet av høsten, og se hva som blir mest hensiktsmessig å gjøre.

5. **Dokumentasjon av måloppnåelse rådgivning**

Rådgivningsavdelingen i Bodø gjennomfører et stort antall legemiddelgjennomganger der man bl.a. bidrar til reduksjon i antall legemidler. Videre deltar man i sykehusets A-team og har sentrale oppgaver knyttet til registrering av etterlevelse av antibiotikaretningslinjer. Vurder hvordan man kan dokumentere effekter av tiltak som et bidrag til forbedring av både pasientsikkerhet og miljøprestasjon.
Kommentar: Vurder bruk av statistisk prosesskontroll, SPC, som verktøy for måling og analyse av resultater.

Tiltak:

Vi tar med oss denne observasjonen i arbeidet med miljømålene for 2018.

1. Interne revisjoner som inkluderer ytre miljø

Prosedyre for interne revisjoner stiller krav til at ytre miljø skal være integrert i alle interne revisjoner. Ved gjennomgangen fremkommer ikke klart i hvilken grad ytre miljø er vurdert under gjennomføring av revisjoner. Vi finner videre at resultater fra interne revisjoner ikke er vurdert ved ledelsens gjennomgåelse i april og heller ikke ved siste oppdatering av mål og handlingsplaner. Vurder tiltak for å sikre at ytre miljø følges opp ved interne revisjoner. Herunder kan man vurdere om det vil være hensiktsmessig å etablere en revisjonsplan som dekker flere år.

Tiltak og lukking:

Det vil bli tatt inn et emne om miljø i revisjonene som skal gjøres i høst. I tillegg til det skal det i løpet av november 2017 lages en plan for internrevisjon i 2018. Vi ønsker å ha ett-års planer for å fange opp aktuelle problemstillinger, men tenker at vi skal gå tilbake og revidere etter samme tema på nytt, der det er aktuelt. Dette vil lukke avviket.

2. Prosedyrekort Gentamycin

Rådgivning i Bodø har i samarbeid med klinikk utarbeidet et "prosedyrekort" for bruk av Gentamycin. Kortet er ikke dokument- og versjonsstyrt. Vurder en gjennomgang av rutiner for å sikre dokumentstyring av rutiner der disse er distribuert i papir eller oppslag.

Tiltak og lukking:

Prosedyrekortet vil bli lagt inn i Docmap før fristen utløper 13.11.17, og dette vil lukke avviket. I fremtiden skal vi øke fokus på å legge relevante dokumenter inn i Docmap for å få bedre dokument og versjonsstyring.



RAPPORT

Reserstifisering (RC) og overgang til ny versjon av standard (TRANS)

Sykehusapotek Nord HF

Systemsertifisering

ISO 14001:2015

Start- og sluttdato:

3. – 5. oktober 2017

Prosjektnummer:

PRJC-546813-2016-MS-C-NOR

DNV GL Teamleder:

Inger-Marie Schytte Blix

Revisjonsteam:

Inger-Marie Schytte Blix

Innhold

Introduksjon.....	3
Generell informasjon	4
Resultater fra fokusområdene	5
Generell oppsummering.....	7
Funn fra revisjonen.....	8
Konklusjon.....	9
Neste revisjon.....	10
Vedlegg A - Revisors uttalelser	11
Vedlegg B - Håndtering av avvik.....	13

Andre vedlegg:

- ✓ Agenda
- ✓ Funnliste

Introduksjon

Denne rapporten sammenfatter resultatene og konklusjonene fra den utførte resertifiserings- og overgangsrevisjonen i henhold til ISO 14001:2015. Revisjonen er gjennomført som en formell del av sertifiseringsprosessen for å vedlikeholde sertfisering av styringssystemet. Hovedformålet med revisjonen er å bekrefte styringssystemets overensstemmelse med standardens krav. I tillegg evalueres styringssystemets virkningsgrad på å sikre at organisasjonen er i stand til å oppnå fastsatte mål og å tilfredsstille relevante krav i lover og forskrifter og kontraktsmessige krav.

I DNV GL ønsker vi at våre revisjoner ikke utelukkende skal fokusere på overensstemmelse med krav, men også stimulere til utvikling og forbedring. Gjennom vår revisjonsmetodikk søker vi å skreddersy revisjonen til virksomhetens behov. Målet er å bidra til å forbedre styringssystemet evne til å levere ønskede resultater og å sikre bærekraftig forretningsdrift over tid.

DNV GL

Med utgangspunkt i vårt mål om å sikre liv, eiendom og miljøet setter vi organisasjoner i stand til å fremme sikkerhet og bærekraft i deres virksomheter. DNV GL er en ledende leverandør av klasse-, sertifiserings-, verifikasjons- og opplæringstjenester. Med røtter tilbake til 1864 er vi i dag en global leverandør med virksomhet i mer enn 100 land. Våre 16000 ansatte er opptatte av å hjelpe våre kunder med å gjøre verden sikrere, smartere og grønnere.

Som et av verdens ledende sertifiseringsorganer hjelper DNV GL næringsdrivende med å sikre ytelsen til sine organisasjoner, produkter, ansatte, anlegg og forsyningskjeder. Dette gjør vi gjennom sertifisering, verifikasjon, vurdering og opplæringstjenester.

Gjennom vår erfaring og støtte hjelper vi også store selskaper med å utvikle gode strategier for bærekraftig virksomhet.

Generell informasjon

Sertifiseringsomfang

Salg og distribusjon av legemidler og andre helseprodukter, tilvirkning av legemidler og farmasifaglig rådgivning.

Vesentlige endringer som har påvirket styringssystemet siden forrige revisjon

- Det er ingen vesentlige endringer siden forrige revisjon.

Konfidensialitet

Informasjon fra revisjonen inkludert denne rapporten og eventuelle notater og sjekklister vil bli behandlet konfidensielt, og vil ikke bli utlevert til tredjepart uten skriftlig samtykke fra organisasjonen. Unntak gjelder for relevant akkrediteringsmyndighet under utøvelse av kontroll med DNV GL.

Akkreditert enhet

Akkreditert enhet

DNV GL Business Assurance Norway AS

Akkreditert enhets adresse

Veritasveien 1, 1322 Høvik, Norway

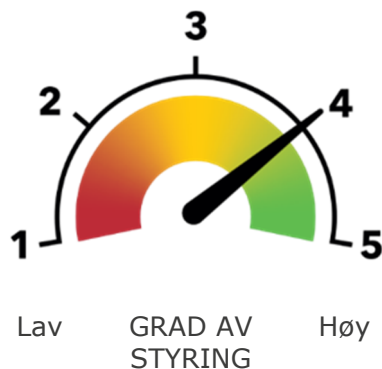
Forbehold

En systemrevisjon bygger på kontroll av et utvalg av tilgjengelig informasjon. Følgelig finnes det et element av usikkerhet i bildet gjenspeilet ved funnene fra revisjonen. Selv om ingen avvik ble identifisert behøver det ikke bety at det ikke finnes avvik innen det reviderte og/eller andre områder. Før utstedelse eller fornyelse av et sertifikat vil denne rapporten bli underlagt en uavhengig DNV GL-intern gjennomgang. Gjennomgangen kan påvirke rapportens innhold og konklusjoner.

Resultater fra fokusområdene

Fokusområde 1

Implementering av endringer i ISO 14001:2015



Positive indikasjoner

- Svært god kontekstforståelse og pådrivere for å bidra med sykehusapotekets kompetanse i pasientbehandlingen. Ser pasientsikkerhet som sin unike samfunnsoppgave.
- Utarbeidet en god systematikk for interessentanalyse. Interessentanalysen er et egnet verktøy for å sikre involvering ved endringer og for å målrette innsatsen ved behov for samarbeid eller påvirkning av rammebetingelser.
- Gjennomgående miljøengasjement og bevissthet knyttet til hvordan sykehusapoteket gjennom sine aktiviteter indirekte kan bidra til forbedret miljøprestasjon ved at pasienter og forskrivere av legemidler øker sin bevissthet og kunnskap.
- Ledelsen viser tydelig engasjement og sikrer kommunikasjon og involvering av alle medarbeidere i strategi og målprosesser. Alle enheter har operasjonalisert og tilpasset sentrale mål slik at de oppfattes som relevante i henhold til egne aktiviteter.
- Miljøpolitikken er publisert på web og er tilgjengelig for alle interesseparter.
- Synliggjør evalueringskriterier og jobber aktivt for å utvikle gode indikatorer. I den grad det er behov for å allokere ekstra ressurser for gjennomføring av tiltak søker man å synliggjøre dette i egne prosjektplaner.
- Har en god systematikk for kartlegging av forhold som påvirker ytre miljø (miljøaspekter). Har utviklet kriterier for vurdering der man klarer å prioritere basert på risiko.
- Bistår sykehusene i arbeidet mot en felles målsetting om reduksjon og optimalisering av antibiotikaforbruk gjennom rådgivningsaktiviteter, deltakelse i Antibiotikateam mv.

- Som en del av sine rådgivningstjenester gjennomfører kliniske farmasøyter legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomganger.

Hovedområder for forbedring

- Det er gjort en rekke grep for å styrke måling og evaluering av prestasjon. I den grad det er hensiktsmessig kan man vurdere å utvikle «kvalitative» kriterier for evaluering, eller indikatorer. Eksempel på en indikator kan være andel endringer av legemiddellister etter legemiddelgjennomganger, reduksjon i bruk av legemiddel X, andel samsvar med anbefalinger/retningslinjer ved gjennomgang av eks. antibiotikabruk. Ved å ta i bruk statistisk prosesskontroll (SPC) som verktøy vil man kunne få nyttig informasjon om endringer i «prosess-ytelse» ved gjennomføring av endringer.
- ASL og aktiv forsyning er virkemidler med stort potensial for optimalisering av vareflyt og redusert kassasjon av legemidler. Det er noe variasjon i hvordan ordningen følges opp ved de ulike apotekene. Som eksempel er det variasjon mht hvordan man følger opp ekstra bestillinger av varer som ikke er på basislistene. Det er videre variasjon mht hvor ofte man gjennomgår og justerer basislistene. En mer aktiv og proaktiv tilnærming vil kunne bidra til ytterligere forbedring mht redusert kassasjon.
- Det er ikke gjennomført interne revisjoner for ytre miljø i 2017. Det er imidlertid innarbeidet krav om at ytre miljø skal inngå som tema i alle revisjoner. Neste revisjon er planlagt i november 2017. For å sikre langsiktighet i planlegging kan man vurdere en rullerende 3-årsplan. Herunder kan det være nyttig å utarbeide en samlet oversikt over interne kontrollrutiner slik at valg av tema og fokus for interne revisjoner kan gjøres risikobasert.

Generell oppsummering

Hovedinntrykk fra revisjonen utenom fokusområdene

Positive indikasjoner

- Strategi for Sykehusapotek Nord HF 2016-2020 har trygg og riktig legemiddelbruk som en integrert del av pasientforløpet ihht IMM som et strategisk mål. Strategiens tre hovedmål er å øke pasientsikkerhet, sikre rasjonell legemiddelbruk og styrke samhandling. Dette er målsettinger som også vil kunne bidra til en forbedring av mijøprestasjon.
- Det er gjort positive grep for å øke registrering av miljøkonsekvenser ved avvik og uønskede hendelser. Dette har bidratt til økende bevissthet.
- Søker å bidra til å øke sykehusenes bevissthet knyttet til steril tilberedning av legemidler ihht GMP-krav. Jobber med å utvikle kriterier for risikovurdering av legemiddeltilberedning som de ønsker å tilby sykehusene.
- Pasientsentrert helseteam er et eksempel på hvordan sykehusapoteket bidrar til spredning av kunnskap og optimalisering av legemiddelbruk for geriatriske pasienter. Prosjektet har et tverrfaglig fokus og følges opp med forskning.
- Gjennomført Ledelsens gjennomgåelse i april 2017 og har fulgt opp målstyring med flere «mini-gjennomganger».
- Tett dialog med hovedleverandør av legemidler og apotekvarer, Alliance, og er aktive pådrivere for å påvirke anbudsprosesser med representanter i LIS og sykehusinnkjøp.
- Etablert beredskapsplan for hendelser knyttet til miljø.
- Gjennomfører en kampanje for å øke retur av legemidler til apotek. I tillegg til at man har poser med anmodning om retur og lokale oppslag, jobber man nå med utvikling av en sticker som skal settes på utvalgte legemidler ved utlevering.

Hovedområder for forbedring

- Det er sett eksempler på at det utarbeides nyttig informasjon, prosedyrekort mv. som distribueres til kliniske fagmiljøer og internt (eks. gentamycinkort). Det er nødvendig å avklare hvordan man skal sikre at denne type informasjon og distribusjon er styrt mhp godkjenningsrutiner, versjonskontroll og distribusjon.

Funn fra revisjonen

Antall avvik identifisert under denne revisjonen	2
Antall kategori 1 (vesentlige) avvik:	0
Antall kategori 2 (mindre) avvik:	2
Antall observasjoner identifisert under denne revisjon:	5
Antall forbedringsmuligheter identifisert under denne revisjonen:	1
Status på korrigerende tiltak på avvik fra forrige revisjon ble gjennomgått.	
Antall avvik fra forrige revisjon som fortsatt ikke er lukket:	0

Kommentarer:

- 1) For detaljert beskrivelse av avvik, observasjoner og forbedringsmuligheter se vedlagt funnliste.
- 2) Se Vedlegg B - Håndtering av avvik

Konklusjon

- Formålene med revisjonen ble oppnådd og revisjonen ble gjennomført i henhold til revisjonsagendaen uten vesentlige endringer.
- Under sluttmøtet ble generelle konklusjoner og sentrale funn presentert, diskutert og bekreftet.
- Basert på de foretatte stikkprøvene vurderes ledelsessystemet, med unntak for avvikene i Funnlisten, å være effektivt og i henhold til standardens krav.
- Organisasjonen må gjennomføre nødvendige rettelser og korrigerende tiltak i forhold til avvikene. Se "Definisjon av funn og betingelser for håndtering av avvik".
- Etter som sertifikatets **gyldighet utløper 2. desember 2017** må DNV GL ha tilbakemelding på eventuelle avvik innen **13. november 2017**. Dette er en forutsetning for å kunne sikre riktig oppfølging og fornyelse av sertifikatet innen utløpsdatoen og sikre en kontinuerlig gyldighet av sertifiseringen. Se "Definisjon av funn og betingelser for håndtering av avvik". Det anbefales også å behandle og gi tilbakemelding på eventuelle observasjoner.
- Revisjonsleder vil innstille til utstedelse/fornyelse av sertifikat når korrigerende tiltak for alle avvik er gjennomgått, godkjent og avvik lukket.
- Som følge av det positive revisjonsresultatet vil det ikke være behov for en oppfølgingsrevisjon.
- Etter en evaluering av bl.a. organisasjonsstruktur, lokasjoner, prosesser og produkter/tjenester anses sertifiseringsomfanget som hensiktsmessig.
- Revisjonen avdekket ingen vesentlige problemstillinger som påvirker det periodiske revisjonsprogrammet (PAP) for gjeldende sertifiseringssyklus.
- Ut fra en vurdering av bl.a. antall ansatte, lokalisering, prosesser og produkter og organisasjonsstruktur anses planlagt revisjonstid å være hensiktsmessig.
- Basert på en evaluering av hovedkontorets myndighet og evne til å utøve kontroll over alle sentrale elementer i ledelsessystemet, anses virksomheten å være kvalifisert for revisjoner basert på et utvalg av lokasjoner.

Neste revisjon

Foreslått dato:

DNV GL vil ta kontakt for å avtale tidspunkt for neste revisjon, periodisk revisjon 1 (PR1) i 2018.

Fokusområder for neste revisjon:

Det er ønskelig at virksomheten kommer med innspill til ønsket fokusområde.

Vedlegg A - Revisors uttalelser

Verifiserte standardkrav	Objektive bevis og resultat basert på stikkprøver under revisjonen
Virkningen av prosessene for ledelsens gjennomgåelse og interne revisjoner	Grunnlagsdata og referat fra ledelsens gjennomgåelse fra april 2017, med etterfølgende "minigjennomganger" ble gjennomgått. Gjennomgangen avdekket ingen avvik i forhold til standardens krav. Program for interne revisjoner for perioden 2017 registreringer fra gjennomførte interne revisjoner ble gjennomgått. Disse gjenspeiler en prosess som med unntak av avvik i funnlisten, tilfredsstillende standardens krav.
Virkningen av prosessen for håndtering av klager fra kunder eller andre interessenter, inkludert virkningen av iverksatte korrigerende tiltak.	Det har ikke vært registrert noen klager siden siste revisjon.
Ledelsens overvåking av planlagte aktiviteter og mål for å sikre kontinuerlig forbedring.	Intervjuer med aktuelle ledere avdekket ingen avvik knyttet til oppfølging av forbedringsaktiviteter og mål.
Styringssystemets evne til å sikre at organisasjonen er i stand til å møte krav i relevante lover og forskrifter og kontraktsmessige krav.	Revisjonen avdekket ingen avvik relatert til overholdelse av relevante krav i lover og forskrifter og kundekrav.
Virkningsfull kontroll med bruk av sertifiseringsmerke og referanse til sertifiseringen.	Bruken av sertifiseringsmerker og andre referanser til sertifiseringen ble vurdert. Aktuell anvendelse er i henhold til gjeldende retningslinjer.
Tillegg for multi-site tilnærming: Virkningsgraden av den sentrale enhetens evne og myndighet til å samle inn og analysere viktige	Følgende ble gjennomgått for å vurdere hovedkontorets myndighet og kontroll: Endringer i ledelsessystemet, ledelsens gjennomgåelse, klager, evaluering av korrigerende tiltak, planlegging og oppfølging av intern revisjoner, endringer i risiko / aspekter og konsekvenser for ledelsessystemet og

data fra alle lokasjoner, og til å iverksette nødvendige tiltak når det er nødvendig.

variasjon i juridiske krav. Mål og handlingsplaner.
Det ble vist tilfredsstillende kontroll og ingen avvik ble registrert.

Vedlegg B - Håndtering av avvik

Definisjon av funn

Vesentlige avvik (kategori 1):

Et avvik som påvirker ledelsessystemets evne til for å oppnå tiltenkte resultater.

Avvik kan bli klassifisert som vesentlig dersom:

- Det er betydelig tvil om effektiv prosesskontroll er iverksatt, eller om produkter eller tjenester oppfyller spesifiserte krav.
- En rekke mindre avvik relatert til samme krav eller forhold, som viser systematisk svikt og dermed utgjør et vesentlig avvik.

Mindre avvik (kategori 2):

Et avvik som ikke påvirker ledelsessystemets evne til å oppnå tiltenkte resultater.

Observasjon

En observasjon er ikke et avvik, men noe som vil kunne føre til et avvik dersom det ikke blir iverksatt korrigerende tiltak; eller en uønsket tilstand uten objektive bevis på at et avvik foreligger.

Forbedringsmulighet

Forbedringsmuligheter relaterer seg til områder og/eller prosesser i organisasjonen som kan oppfylle minimumskrav, men som bør kunne forbedres.

Betingelser for håndtering av avvik

Organisasjonen forventes å ha gjennomført følgende innen fristen satt av Teamleder:

- Umiddelbare tiltak for å eliminere/rette avvik (dersom relevant)
- Årsaksanalyse for å identifisere rotårsakene til avvik, og korrigerende tiltak for å hindre gjentagelse av avvikene
- Implementere korrigerende tiltak samt verifisere virkningen av tiltakene
- Fylle ut aktuelle deler av Funnlisten og sende den til DNV GLs Teamleder sammen med dokumentasjon som bevis på gjennomførte tiltak (der dette er relevant)

Innen den maksimale tidsfristen, og som forutsetning for at et sertifikat kan utstedes/fornyas, gjelder følgende betingelser:

- Vesentlige avvik (kategori 1): Bevis for gjennomført årsaksanalyse og iverksettelse av virkningsfulle rettelser og korrigerende tiltak må fremlegges
- Mindre avvik (kategori 2): Behandles fortrinnsvis på samme måte som vesentlige avvik. For enkelte avvik kan DNV GLs Teamleder likevel akseptere en plan for iverksettelse av identifiserte korrigerende tiltak. Iverksettelsen av planlagte tiltak vil senest bli verifisert ved neste revisjon

Frist for tilbakemelding etter en resertifisering

Frist for tilbakemelding etter en resertifisering avhenger av utløpsdato for sertifikatet. Dette er for å sikre tilfredsstillende oppfølging og fornyelse av sertifikatet innen utløpsdatoen og der igjennom sikre kontinuerlig gyldighet av sertifikatet. Om sertifikatets utløpsdato overskrides uten at fornyet sertifisering er godkjent vil sertifikatet ikke kunne forlenges og vil bli suspendert inntil fornyelsen er godkjent

Det er ingen formelle krav til analyse eller tilbakemelding på observasjoner eller forbedringsmuligheter. For å sikre kontinuerlig forbedring av organisasjonens styringssystem anbefaler DNV GL likevel at organisasjonen behandler og gir tilbakemelding på observasjoner.

Ved vesentlige avvik vil DNV GL normalt gjennomføre en oppfølgingsrevisjon hos organisasjonen. Mindre avvik vil normalt bli fulgt opp ved gjennomgang av tilsendt dokumentasjon.

Utilstrekkelig tilbakemelding eller mangelfulle korrigerende tiltak kan gi grunnlag for midlertidig suspensjon eller trekking av sertifikatet

ViewPoint

Viewpoint består av mer enn 10.000 kunder fra hele verden. På frivillig basis uttrykker de sine meninger og deler sin innsikt i aktuelle temaer knyttet til sertifisering og bærekraftig virksomhet i sine respektive bransjer.

Deltakelse er gratis og alle Viewpoint medlemmer har full tilgang til data og fullstendige rapporter fra hver undersøkelse. Medlemmene drar også nytte av muligheter for nettverksbygging, tilgang til e-læringsmoduler og invitasjoner til nettseminarer, nettfora og mye mer.

Ønsker du å bli medlem av Viewpoint?

Meld deg på her: <http://www.dnvglviewpoint.com/register>

Besøk også vår blog på goingsustainable.com

Dato for revisjon	Type revisjon	Funn nr	Status	Kategori av funn	Beskrivelse (avvik og beris)	Lokasjon	Fokusområde	Standard	Prøvegrp	DNV GL-revisors innstiller	Avvikshåndtering for å rette avviket / Straksiltak	Årsaksanalyse; grunnårsak til avvik. Fordeling av ansvar / organisasjonen	Korrigerende tiltak for å fjerne årsaken til avviket. (For tiltak som ikke er ferdigstilt innen 90 dager må det settes en forpliktende dato)	Dato tiltak godkjent	DNV GL-revisor ansvarlig for godkjenning	Opplysnings log (dato, initiativ og kommentarer)	DNV GL-revisor ansvarlig for lukking	Dato for lukking av avvik	
05-des-2016	TRANS_PA	TRANS_PA-3-2016-IMAB-112	Lukket	Kategori 2	Måling og analyse Reduksjon av kassasjon er etablert som miljømål. Det er iverksett ulike tiltak for å bidra til reduksjon, men det er ikke fastslått hvordan man skal sikre overrøkt over hva som kasseres og hvilket omfang. Årsak er derved usikre på måloppnåelse. Vurder en gjennomgang av eksisterende mål der det klargøres hvordan måloppnåelse skal evalueres. Der det er krevende å få konkrete tall kan man vurdere å etablere indikatorer eller stikkprøvemålinger for et utvalg produkter.	Sykehusapotek Nord HF, avd. Tromsø,Sykehusvegen 38,Tromsø, 9019,Norway		ISO 14001:2015 ISO 14001:2004	ISO 14001:2004 4.5.2 ISO 14001:2015 6.2.2 ISO 14001:2015 9.1	IMAB	Ved kartlegging i 2017, bør det fremkomme mål (Kassasjon ønsker vi å videreføre) vi kan jobbe med i perioden på tre år. Dette er et stort mål som skal deles opp i delmål, dette gøres under miljøkartleggingen i What if. Vi ønsker å sette langsigtede mål som går over hele sertifiseringsperioden, men deler det og tar litt tverr her.	Det har vært et år preget av flytting og ombygging på alle lokalitetene, og det har ikke blitt prioritert høyt nok å følge opp miljømålene. Prosedyren er lagt ved. I tillegg så endrer vi arbeidsmetoden vår og integrerer miljøet i det øvrige planarbeidet foretaket.	30-mai-2017	Inger-Marie Blix	30-mai-17 IMAB : Sett rutine for oppfølging av mål. Vurderer erfaringer ved neste revisjon. Tiltak godkjennes. 04-okt-17 IMAB : Vurdert under revisjon. Funn lukkes.	Inger-Marie Blix	04-okt-2017		
04-okt-2017	RC	RC-1-2017-IMAB-281	Åpen	Observasjon	Salg av miljøfarlige kjemikalier Publikumssepsidjonen selger legemidler som eks. Krystallosett 3% etter anvisning fra hvaldager. Dette benyttes til bad og vil slippe ut i luften. Stoffet er meget giftig for organismer i vann, samt toksisk for mennesker. Kunden en gjennomgang av rutiner for å sikre beredstet hos reviderende leger og pasienter/brukere mht miljø- og helsestus. Herunder hvordan man skal sikre tryg	Hartstad,St. Olavsgate 70,Hartstad, 3406,Norway		ISO 14001:2015	ISO 14001:2015 4.2 ISO 14001:2015 6.1	IMAB									
05-okt-2017	RC	RC-2-2017-IMAB-281	Åpen	Observasjon	Forsendelser og kassasjon Apoteket i Tromsø sender legemidler til pasienter. Som eks. sender man legemidler til IVF-behandling. Det forekommer at forsendelsen ikke kommer frem som forventet og det er flere eksempler på at legemidler må kasseres. Vurder en gjennomgang med relevante interessenter for å avklare muligheter for forbedring.	Sykehusapotek Nord HF, avd. Tromsø,Sykehusvegen 38,Tromsø, 9019,Norway		ISO 14001:2015	ISO 14001:2015 10.2 ISO 14001:2015 4.2 ISO 14001:2015 6.1 ISO 14001:2015 6.2.2 ISO 14001:2015 8.1	IMAB									
05-okt-2017	RC	RC-3-2017-IMAB-281	Åpen	Forbedringsmulighet	Utvikling av indikatorer for måling av kassasjon Reduksjon av kassasjon er etablert som miljømål. Det er iverksett ulike tiltak for å bidra til reduksjon. Virkemåten jobber aktivt for å finne hensiktsmessige måler å måle reduksjon i kassasjon. Der det er krevende å få konkrete tall kan man vurdere å etablere indikatorer eller stikkprøvemålinger for et utvalg produkter. Som eksempel vil kassasjon av utvalgte bredspektrede antibiotika være relevant å følge opp da det er et uttalt mål både for sykehusene å optimalisere bruk av antibiotika.	Sykehusapotek Nord HF,Sykehusvegen 38,Tromsø,9019,Norway		ISO 14001:2015	ISO 14001:2015 6.2.2 ISO 14001:2015 8.1 ISO 14001:2015 9.1 ISO 14001:2015 9.1.2	IMAB									
05-okt-2017	RC	RC-4-2017-IMAB-281	Åpen	Kategori 2	Interne revisjoner som inkluderer ytre miljø Prosedyre for interne revisjoner stiller krav til at ytre miljø skal være integrert i alle interne revisjoner. Ved gjennomgangen fremkommer ikke klart i hvilken grad ytre miljø er vurdert under gjennomføring av revisjoner. Vi tenner videre at resultater fra interne revisjoner ikke er vurdert ved ledelsens gjennomgørelse i april og heller ikke ved siste oppdatering av mål og handlingsplaner. Vurder tiltak for å sikre at ytre miljø følges opp ved interne revisjoner. Herunder kan man vurdere om det vil være hensiktsmessig å etablere en revisjonsplan som dekker flere år.	Sykehusapotek Nord HF,Sykehusvegen 38,Tromsø,9019,Norway		ISO 14001:2015	ISO 14001:2015 9.2 ISO 14001:2015 9.2.1 ISO 14001:2015 9.2.2	IMAB									
05-okt-2017	RC	RC-5-2017-IMAB-281	Åpen	Observasjon	ASL og oppfølging av ekstrabestillinger Ved sykehusapoteket i Bode har man en avgrensning av ansvarsområdet for ASL som omfatter legemidler på basisliste, men ikke legemidler utenom basislister (ekstrabestillinger). Ved befaling på lokalt medisinrom finner vi at det er et stort omfang av legemidler på lager som ikke omfattes av basislistene, der man også har flere pakninger av samme legemiddel i lik dose. Videre finner vi at det tilsvarende er to kjøleskap for henholdsvis "basismedisiner" og "ikke basismedisiner". Avdelingen har ansvar for temperaturkontroll av begge kjøleskap, og vi finner at gjennomføring av temperaturkontroll er mangelfull, se dokumentert 30.8.17. Vurder en gjennomgang av grenseoppgang for ansvarsholdere ved ASL-lager der man sammen med sykehusets avdeling(er) vurderer hva som vil sikre en mest effektiv og hensiktsmessig styring.	Sykehusapotek Nord HF,Sykehusvegen 38,Tromsø,9019,Norway	Implementering av endringer i ISO 14001:2015	ISO 14001:2015	ISO 14001:2015 4.1 ISO 14001:2015 4.2 ISO 14001:2015 6.1 ISO 14001:2015 6.1.2 ISO 14001:2015 6.2.2	IMAB									
05-okt-2017	RC	RC-6-2017-IMAB-281	Åpen	Observasjon	Målsetting om redusert kassasjon Sykehussepsidjonen har mål om å redusere kassasjon av legemidler. Internt i eget varelager er kassasjon redusert betydelig siste år (ca 34 % mot mål om 20%). Vurder en gjennomgang av rutiner ved styring av ASL der man også vurderer potensiale for reduksjon. Som eksempel kan man vurdere mindre forpakninger etter samme praksis som ved øvrige lokasjoner i sykehusapotek Nord. Videre kan man vurdere behov for hyppigere gjennomgang av basislister og tilleggsbestillinger ved utvalgte avdelinger.	Sykehusapotek Nord HF,Sykehusvegen 38,Tromsø,9019,Norway	Implementering av endringer i ISO 14001:2015	ISO 14001:2015	ISO 14001:2015 4.2 ISO 14001:2015 6.2.2	IMAB									
05-okt-2017	RC	RC-7-2017-IMAB-281	Åpen	Observasjon	Dokumentasjon av måloppnåelse rådgivning Rådgivningsavdelingen i Bode gjennomfører et stort antall legemiddeltjenesteganger der man bl.a. bidrar til reduksjon i antall legemidler. Videre deltar man i sykehusets A-team og har sentrale oppgaver knyttet til registrering av etterlevende av antibiotikaresepteringer. Vurder hvordan man kan dokumentere effekter av tiltak som et bidrag til forbedring av både pasientsikkerhet og miljøprestasjon. Kommentar: Vurder bruk av statistisk prosesskontroll, SPC, som verktøy for måling og analyse av resultater.	Sykehusapotek Nord HF,Sykehusvegen 38,Tromsø,9019,Norway	Implementering av endringer i ISO 14001:2015	ISO 14001:2015	ISO 14001:2015 9.1	IMAB									
05-okt-2017	RC	RC-8-2017-IMAB-281	Åpen	Kategori 2	Prosedyrekort Gentryamin Rådgivning i Bode har i samarbeid med klinikk utarbeidet et "prosedyrekort" for bruk av Gentryamin. Kortet er ikke dokument- og versjonsstyrt. Vurder en gjennomgang av rutiner for å sikre dokumentstyring av rutiner der disse er distribuert i papir eller opplag.	Sykehusapotek Nord HF,Sykehusvegen 38,Tromsø,9019,Norway	Implementering av endringer i ISO 14001:2015	ISO 14001:2015	ISO 14001:2015 7.5 ISO 14001:2015 7.5.1 ISO 14001:2015 7.5.2 ISO 14001:2015 7.5.3	IMAB									

Styreutvikling og profil for Sykehusapotek Nord HFs styre	
Styresak nr.:	51 – 2017
Møtedato:	25. oktober 2017
Saksbehandler:	Direktør Espen Mælen Hauge
Vedlegg:	1. AFF Styreprofil Sykehusapotek Nord HF 2. Program regionalt styreseminar Helse Nord oktober 2017

Kort saksresyme

Styret i Helse Nord RHF har besluttet å gjennomføre en evaluering av foretaksstyrene i regionen. Hensikten med prosessen er å få en kartlegging av styrenes utfordringer og ønsker om forbedring og utvikling av arbeidet i styrene basert bl.a. på de erfaringer som styremedlemmene har. Denne saken er en oppsummering av profilen til styret som forberedende informasjon og diskusjon før det regionale styreseminaret.

I følge prosjektleder virker Sykehusapotek Nord HF å ha et styre som har strategisk og samfunnsmessige ambisjoner og høy grad av tillit. Spørsmålet synes å være hvordan styret skal få ryddet plass og tid til denne typen spørsmål, og gi behandlingen et format som kan løfte denne delen av styrets arbeid.

Direktørens innstilling til vedtak

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar styreprofilen til etterretning.

Espen Mælen Hauge
direktør

Saksfremlegg

Bakgrunn for saken

Styret i Helse Nord RHF har besluttet å gjennomføre en evaluering av foretaksstyrene i regionen. Hensikten med prosessen er å få en kartlegging av styrenes utfordringer og ønsker om forbedring og utvikling av arbeidet i styrene basert bl.a. på de erfaringer som styremedlemmene har.

Det ble etter en tilbudskonkurranse inngått en avtale med AFF ved Norges Handelshøyskole om gjennomføring av en kartlegging av styrenes egne vurderinger av arbeid, prioriteringer og kompetanse. Evalueringsprosessen er gjennomført slik:

- Styrets leder, medlemmer og adm. dir. fikk en epost-invitasjon fra AFF Analyse hvor de ble bedt om å ta stilling til noen viktige påstander om styrets arbeid. Utfyllingen tok 15-20 minutter med en ukes svarfrist.
- Boken Styreverden av Arne Selvik fra Fagbokforlaget ble sendt ut til respondentene.
- Resultatene for hvert styre, i form av AFF Styreprofil, ble drøftet med styrets leder, adm. dir. og prosjektleder i AFF, Arne Selvik, i forkant av styresamlingen i slutten av oktober. Profilen viser styreleder og daglig leders skårer, samt gjennomsnitt og spredning for styrets medlemmer. Det ligger ingen individuelle svar fra styrets medlemmer i rapporten.

Innholdet i boken vil sammen med resultatene fra evalueringen danne grunnlag for en drøfting av hvordan styrefunksjonen kan utvikles på det regionale styreseminaret i Tromsø 25.-26. oktober 2017 (vedlegg 2).

Denne saken er en oppsummering av profilen til styret som forberedende informasjon og diskusjon før styreseminaret.

Resultatene for Sykehusapotek Nord HF - styreprofil

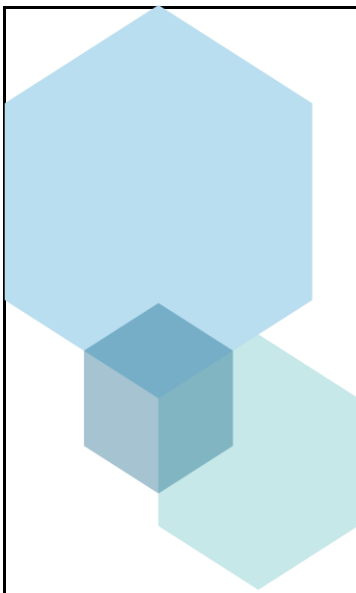
Temaene for samtalen torsdag 5. oktober med styrets leder, adm. dir. og prosjektleder i AFF, Arne Selvik, bygger på svarene i styreundersøkelsen, som er gjengitt i vedlagte AFF Styreprofil (vedlegg 1).

Som det fremgår, har 4 av 6 styremedlemmer svart i tillegg til styreleder og daglig leder. Profilen viser styreleder og daglig leders skårer, samt gjennomsnitt og spredning for styrets medlemmer. Det går ikke frem av undersøkelsen hvem som har unnlatt å svare, eller hvorfor. Prosjektleder vurderer det slik at det er tilstrekkelig informasjon i profilen til å drøfte styrets egenvurdering.

Dette er prosjektlederens oppsummering av innholdet i rapporten:

1. Styrets totalvurdering av eget arbeid viser en høy grad av enighet om at styret lykkes og har betydning for organisasjonen (side 3).
2. Tiden i styremøtene brukes i stor grad på operative og administrative spørsmål, hvilket styret finner passelig. Det brukes for lite tid til strategiske spørsmål (side 4).
3. Forutsetningene for styrets arbeid er stort sett til stede, med unntak av «tydelige retningslinjer for meldeplikt ved interessekonflikter» (side 5).
4. Styret ønsker å prioritere samfunnsperspektivet og det strategiske perspektivet i tiden fremover, blant annet foretakets identitet og visjon, samfunnsansvar, brukerperspektiv, marked og vekst (side 6 - 8).
5. Når det gjelder prosessene i styret (side 13-15), skiller daglig leders vurdering av styrets endringsorientering og strategiske orientering (side 17) seg fra styreleder og resten av styret.
6. Når det gjelder vurderingen av styrets kompetanse (side 18), er styreleder og daglig leder fornøyd og enige, mens meningene er mer delte blant styrets medlemmer. Legg merke til at det er flere styremedlemmer som svarer «ikke relevant» og «vet ikke», så grunnlaget er noe tynt.

I følge prosjektleder virker dette som et styre som har strategisk og samfunnsmessige ambisjoner (side 7) og høy grad av tillit (side 15). Spørsmålet synes å være hvordan styret skal få ryddet plass og tid til denne typen spørsmål, og gi behandlingen et format som kan løfte denne delen av styrets arbeid.



AFF Styreprofil

Organisasjon: Sykehusapotek Nord
Dato: september 2017

Skjema i rapporten

Styreleder	1
Styremedlemmer	4
Daglig leder	1

AFF



AT NHH NORWEGIAN SCHOOL OF ECONOMICS



Innhold

Forutsetninger for styrearbeidet

Side 3	Totalvurdering av styret
Side 4	Tidsbruk i styret
Side 4	Styrets vurdering av tidsbruk
Side 5	Forutsetninger for styrearbeidet og styreleders rolle

Styrets fokus

Side 6	Styrets prioriteringer hittil og ønsket prioritering fremover
Side 7	Styrets prioriteringer hittil og ønsket prioritering fremover - tema i de fire perspektivene
Side 8	Balansen i styrets fokus på de fire perspektiver
Side 9	Styrets fokus på Verdiperspektiv
Side 10	Styrets fokus på Samfunnsperspektiv
Side 11	Styrets fokus på Kontrollperspektiv
Side 12	Styrets fokus på Strategisk perspektiv

Styrets prosesser

Side 13	Modell for prosesser i styret
Side 14	Prosesser i styret - hovedtema og deltema
Side 15	Relasjoner
Side 16	Fokus og Kompetanse
Side 17	Strategisk orientering
Side 17	Endringsorientering

Merverdi av styrets arbeid

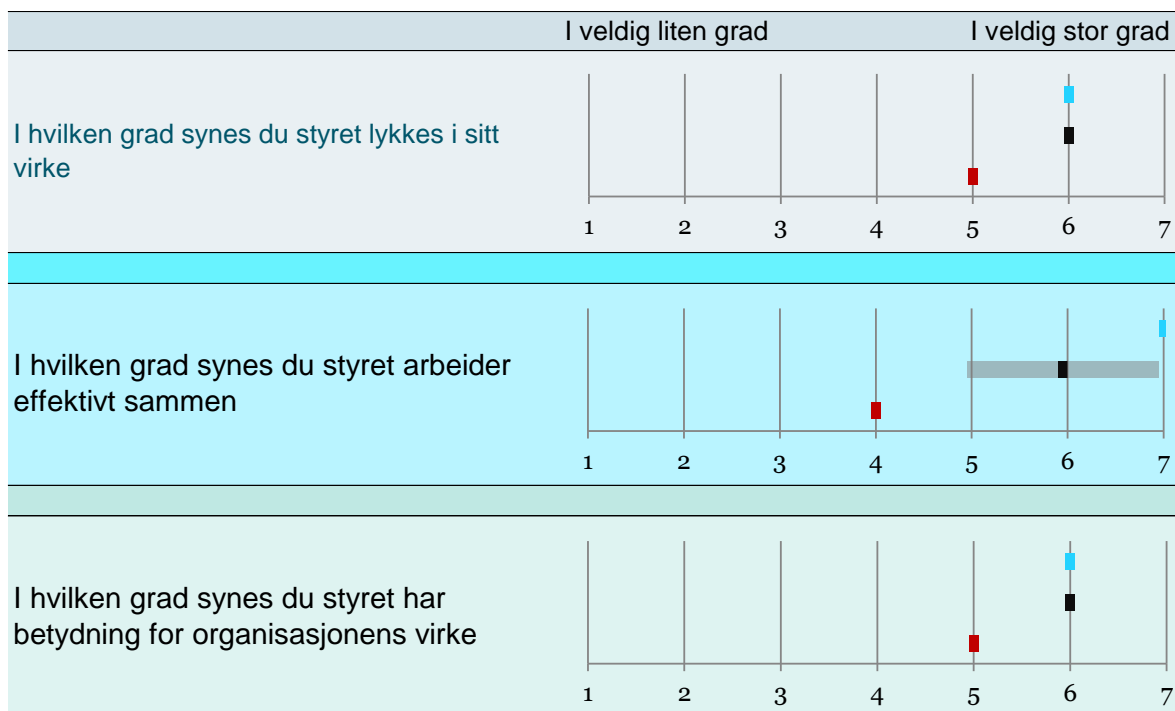
Side 18	Merverdi av styrets arbeid
---------	----------------------------

Helse Nord tilleggspåstander

Side 19	Helse Nord tilleggspåstander
---------	------------------------------

Side 2

Totalvurdering av styret



● Styreleder

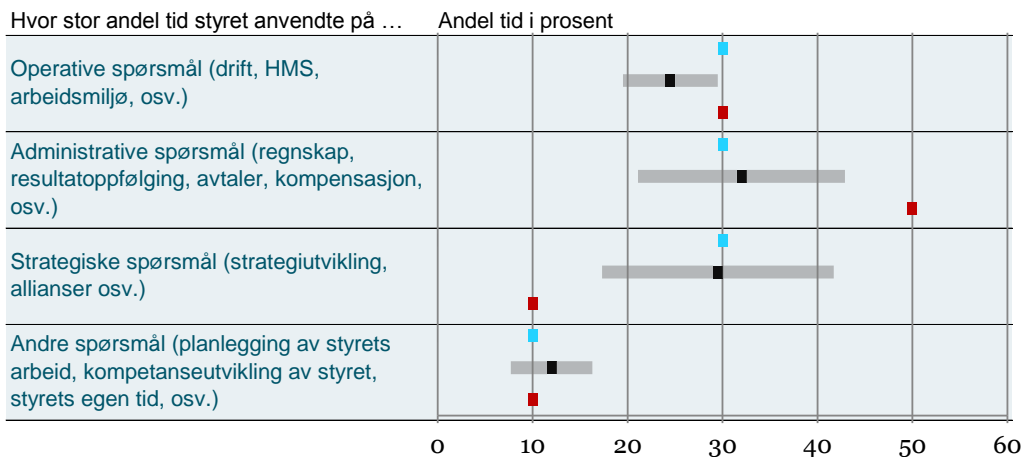
● Styremedlemmer

● Daglig leder

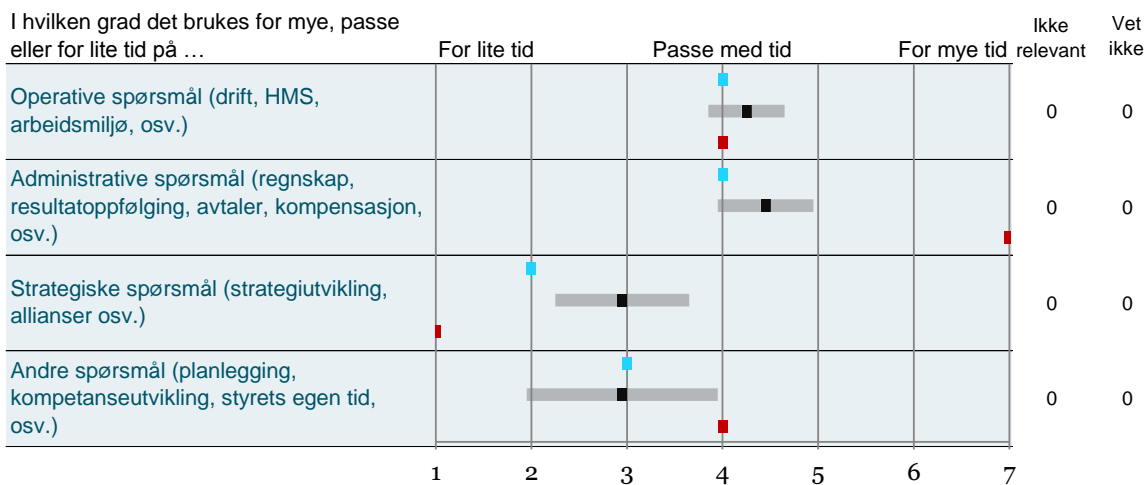
Side 3

Forutsetninger for styrearbeidet

Tidsbruk i styret



Styrets vurdering av tidsbruk



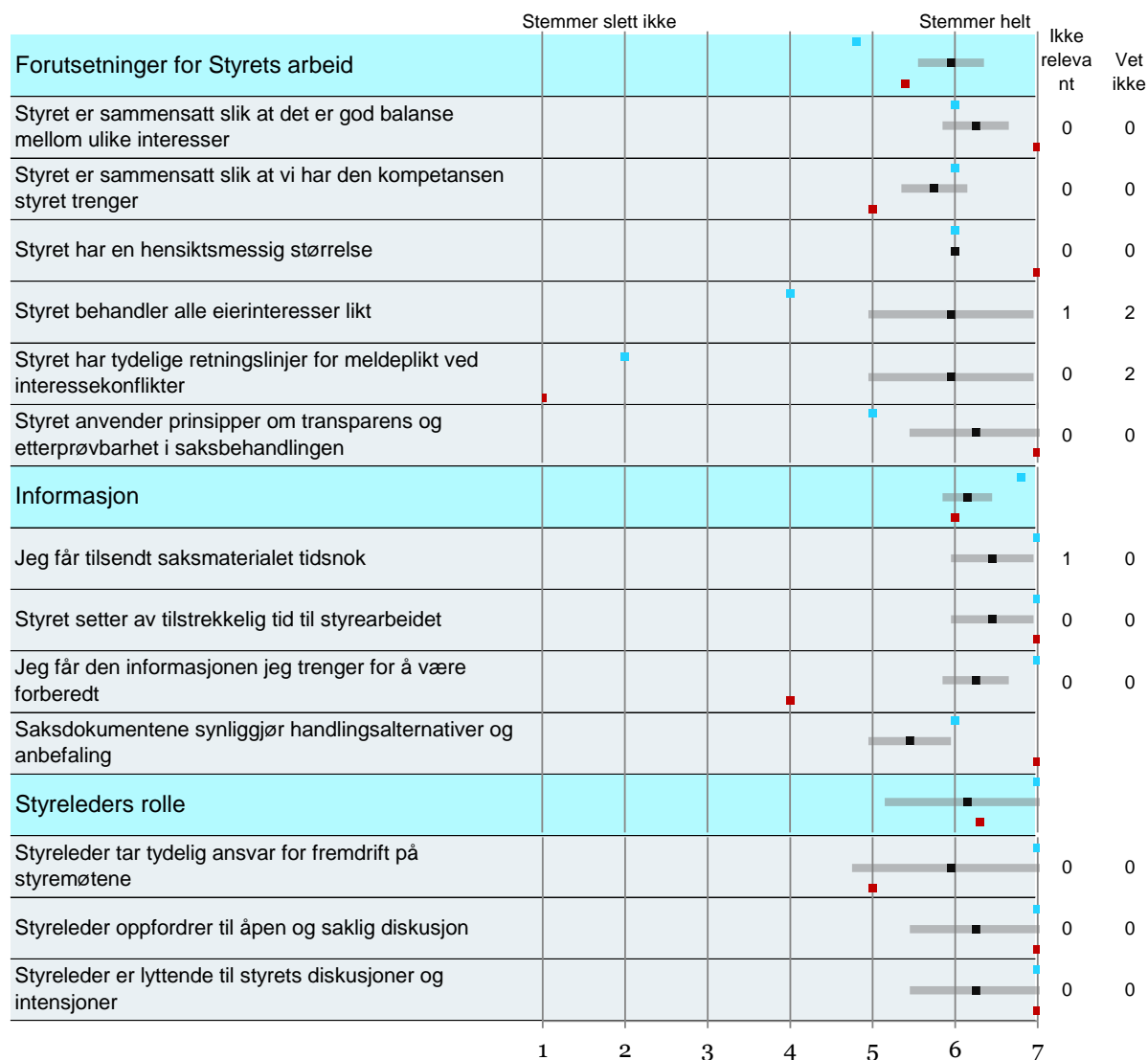
● Styreleder

● Styremedlemmer

● Daglig leder

Side 4

Forutsetninger for styrearbeidet og styreleders rolle



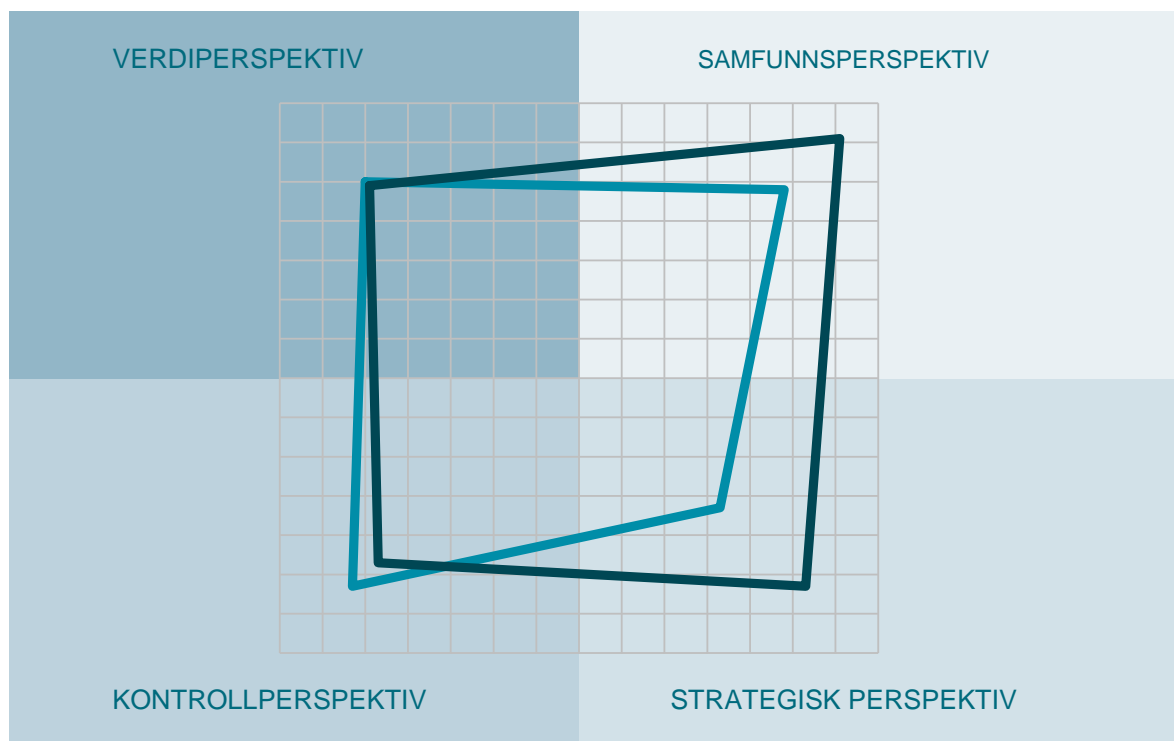
● Styreleder

● Styremedlemmer

● Daglig leder

Side 5

Styrets prioriteringer hittil og ønsket prioritering fremover

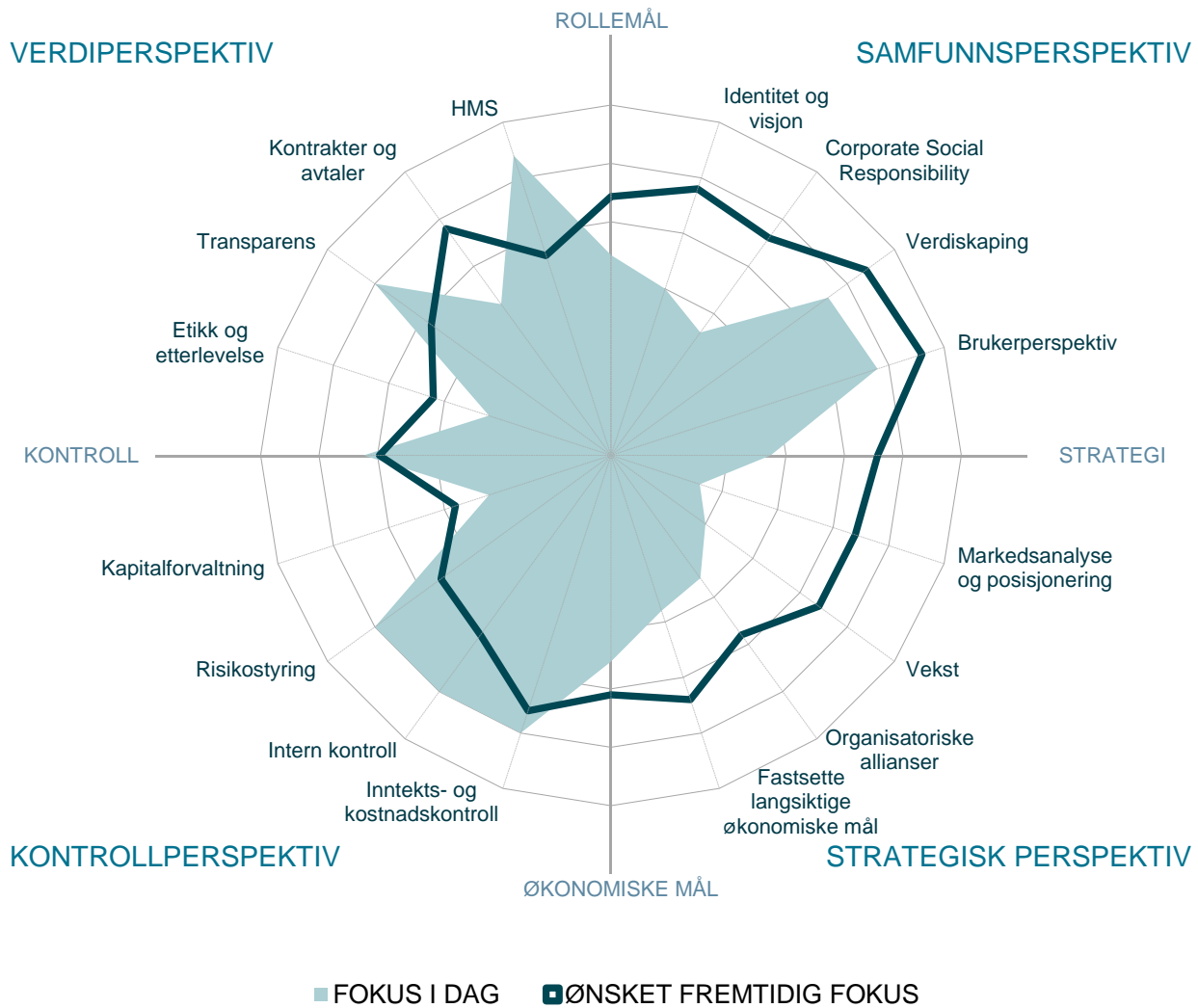


— PRIORITERT FOKUS I STYRET: HITTEL

— PRIORITERT FOKUS I STYRET: FREMVER

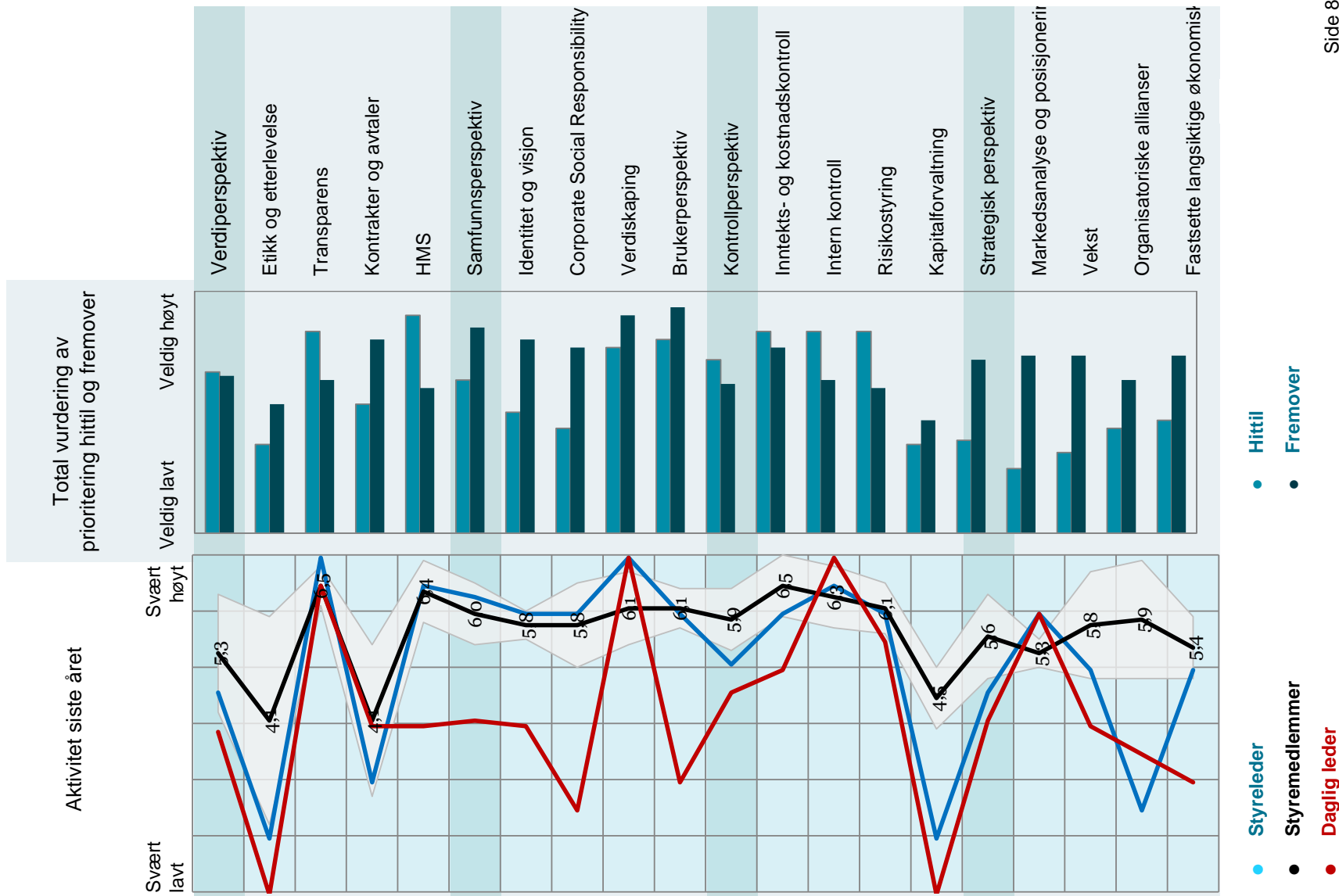
Styrets prioriteringer hittil og ønsket prioritering fremover

- tema i de fire perspektivene



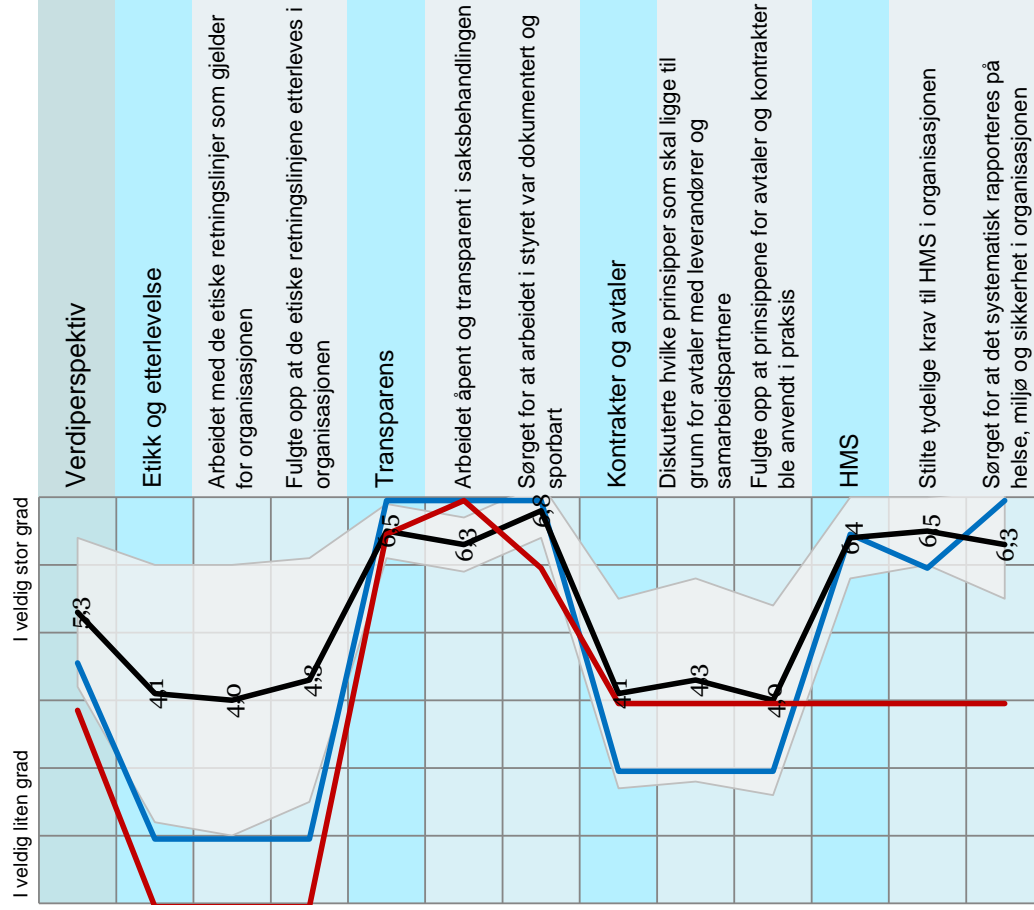
Side 7

Balansen i styrets fokus på de fire perspektiver



Styrets fokus på Verdiperspektiv

Vet ikke
Ikke relevant



● Styreleder

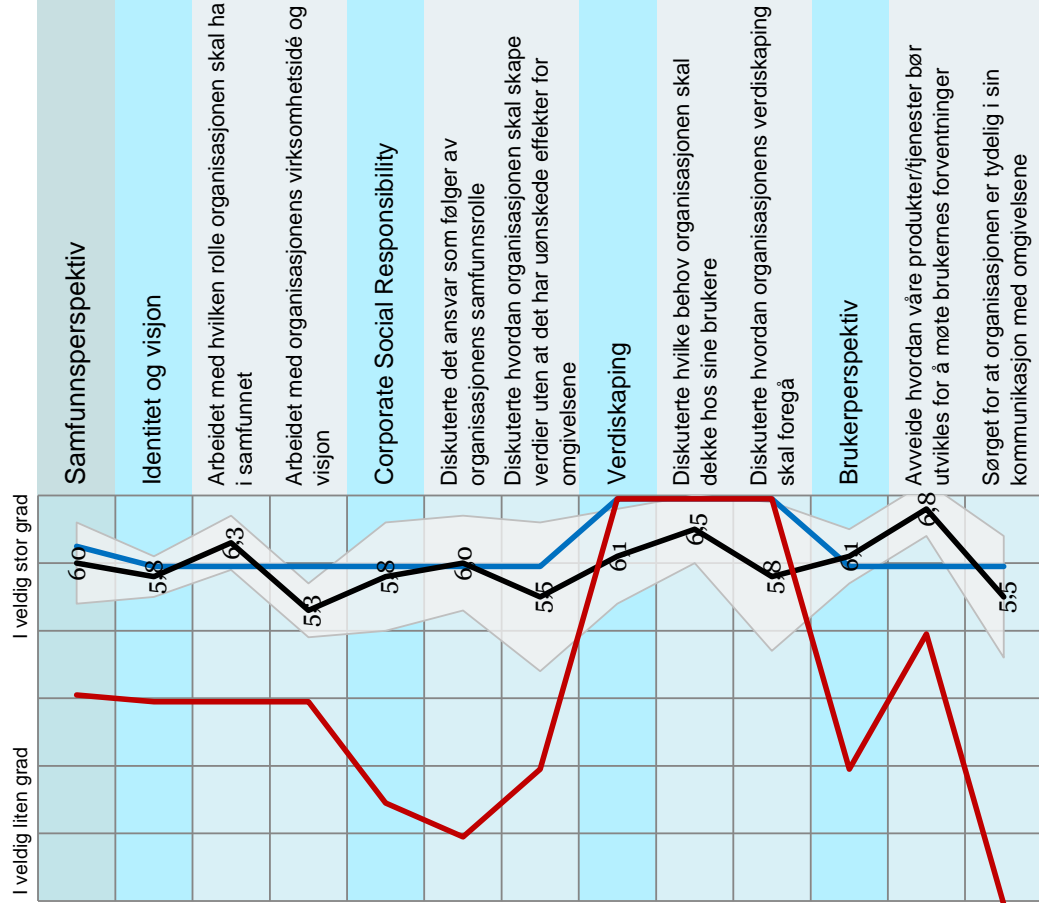
● Styremedlemmer

● Daglig leder

Grått felt viser grad av enighet om gjennomsnittet

Styrets fokus på Samfunnsperspektiv

Vet ikke
Ikke relevant



● Styreleder

● Styremedlemmer

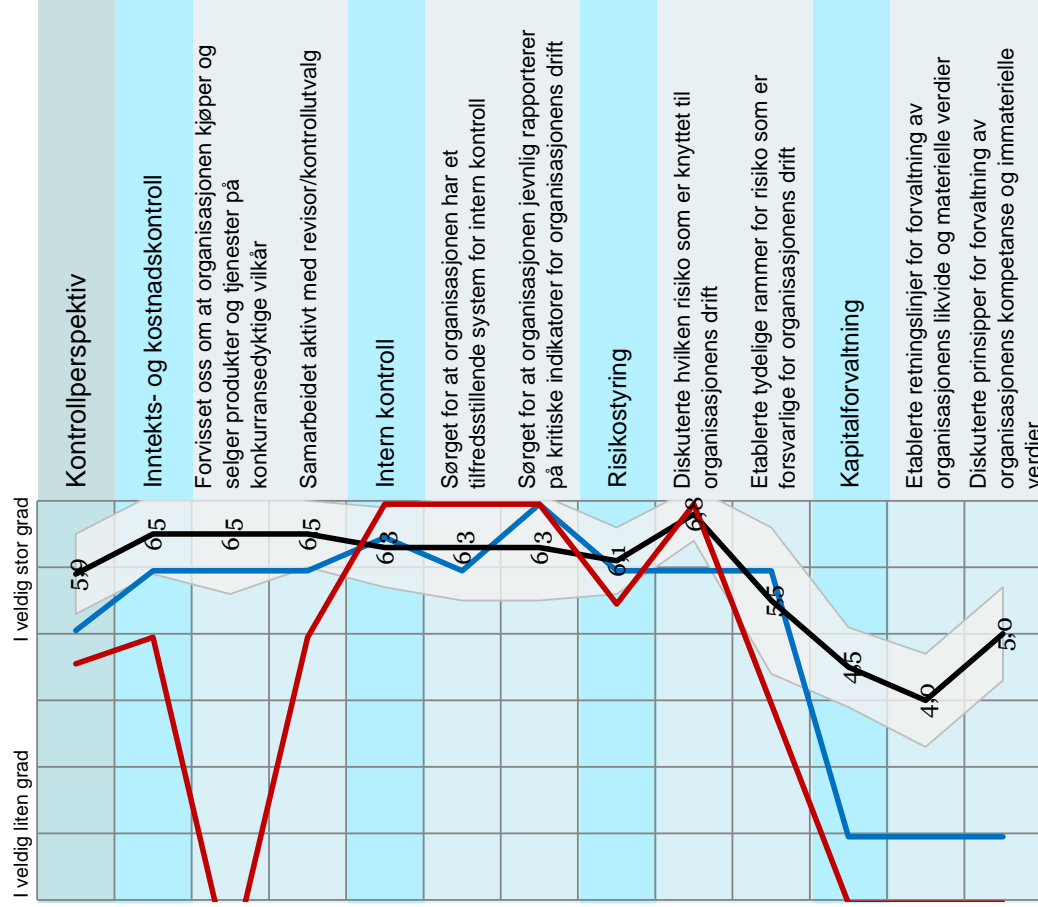
● Daglig leder



Grått felt viser grad av enighet om gjennomsnittet

Styrets fokus på Kontrollperspektiv

Vet ikke
Ikke relevant



● Styreleder

● Styremedlemmer

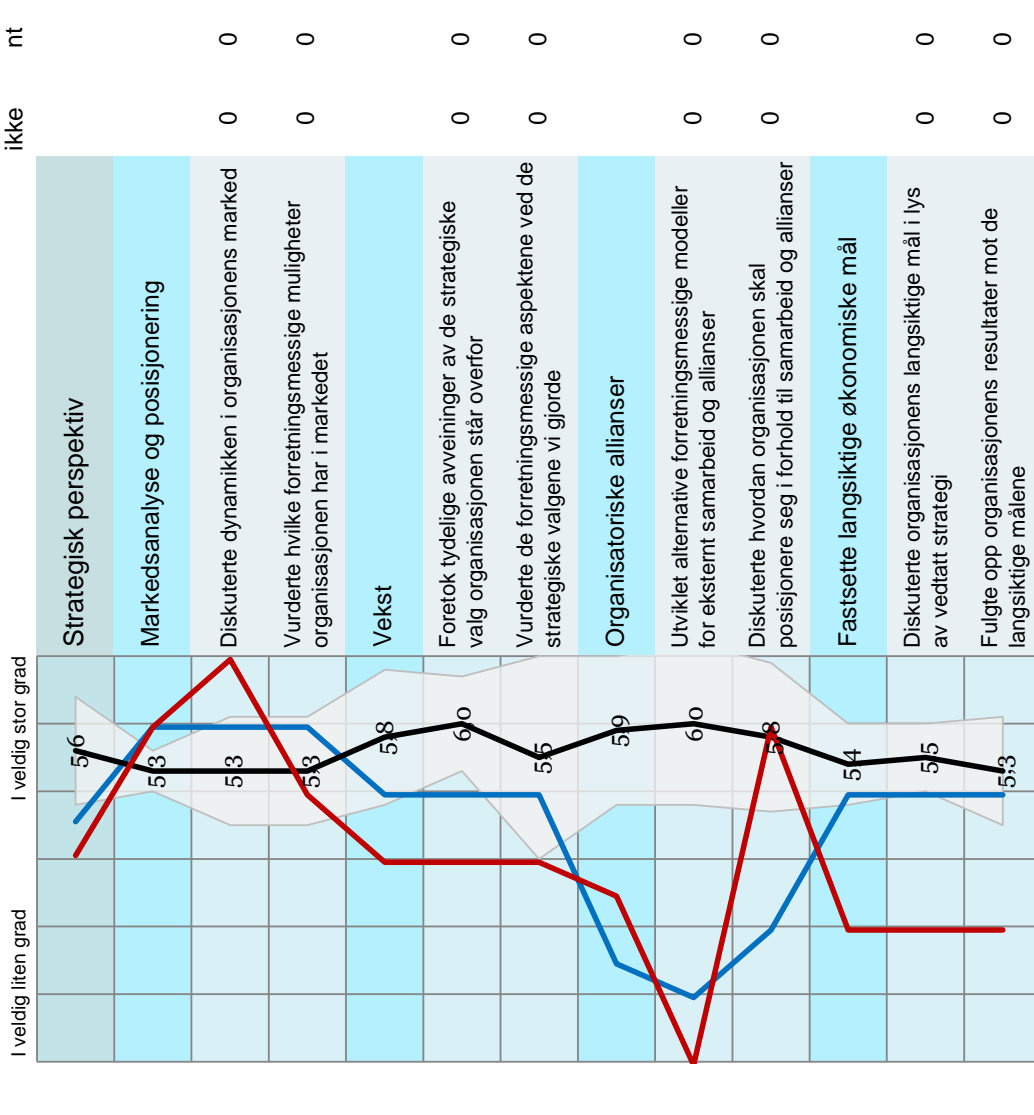
● Daglig leder



Grått felt viser grad av enighet om gjennomsnittet

Styrets fokus på Strategisk perspektiv

Vet ikke
Ikke relevant



● Styreleder

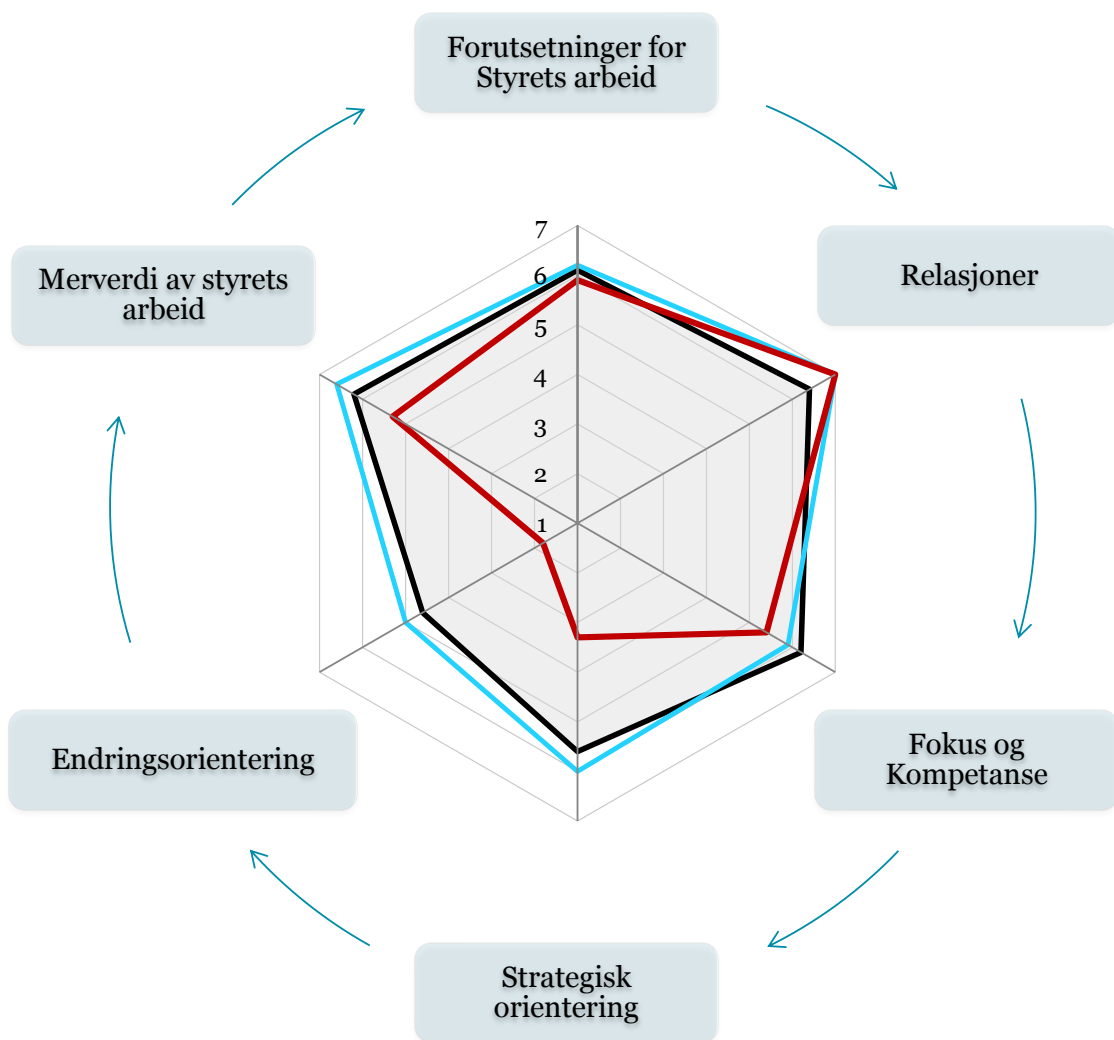
● Styremedlemmer

● Daglig leder



Grått felt viser grad av enighet om gjennomsnittet

Modell for prosesser i styret



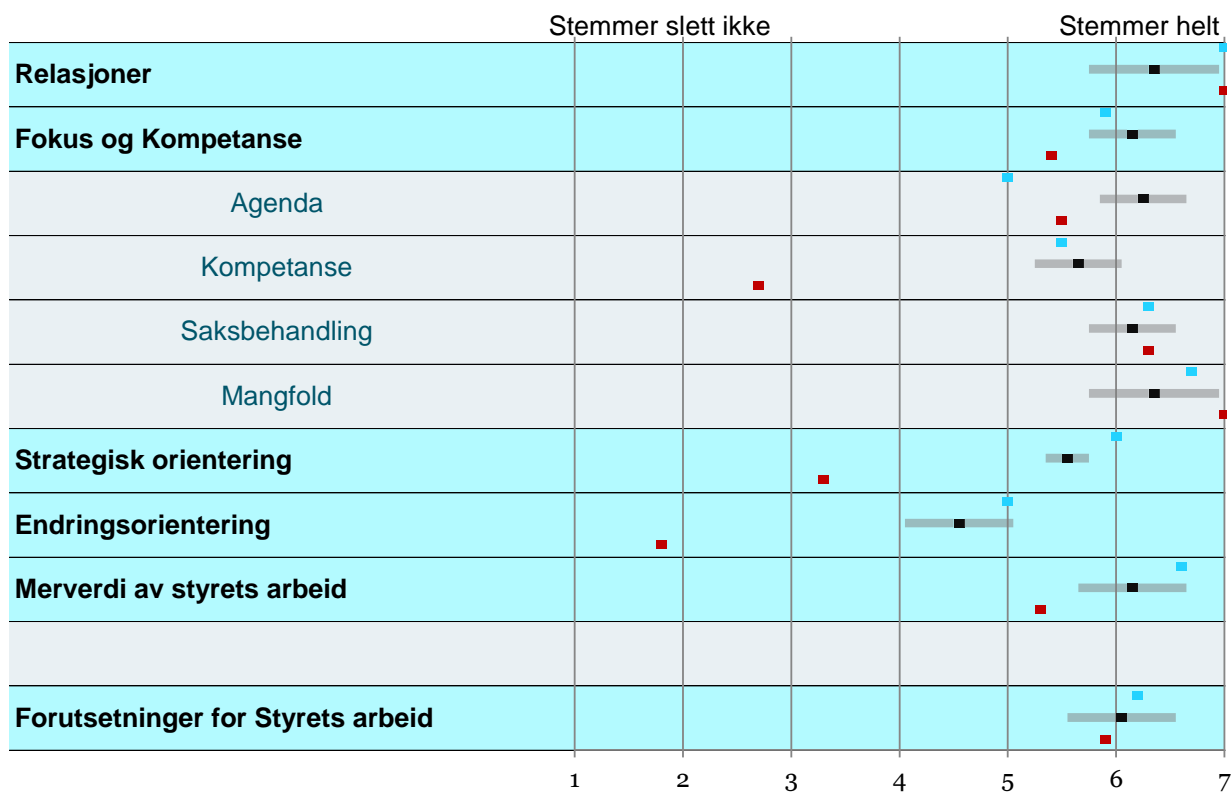
● Styreleder

● Styremedlemmer

● Daglig leder

Side 13

Prosesser i styret - hovedtema og deltema



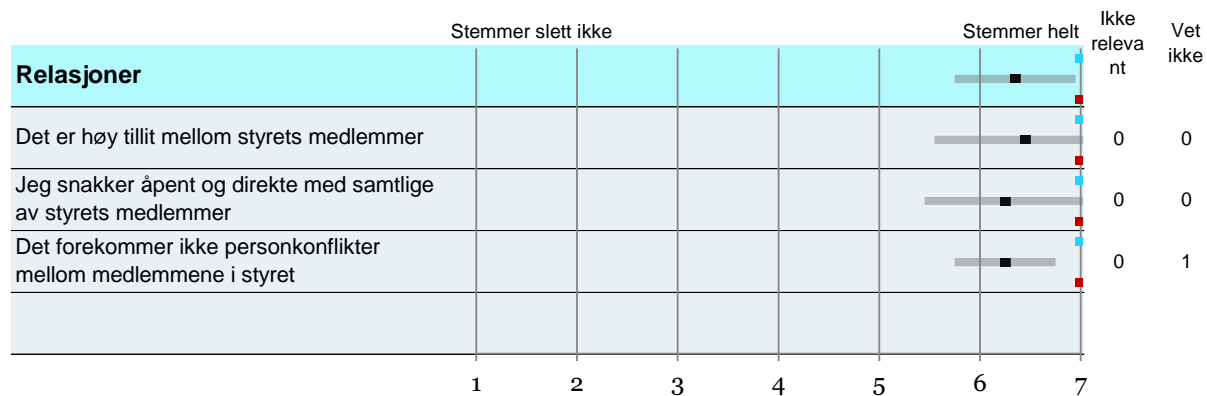
● Styreløder

● Styremedlemmer

● Daglig leder

Side 14

Relasjoner



• Styreleder

• Styremedlemmer

• Daglig leder

Side 15

Fokus og Kompetanse



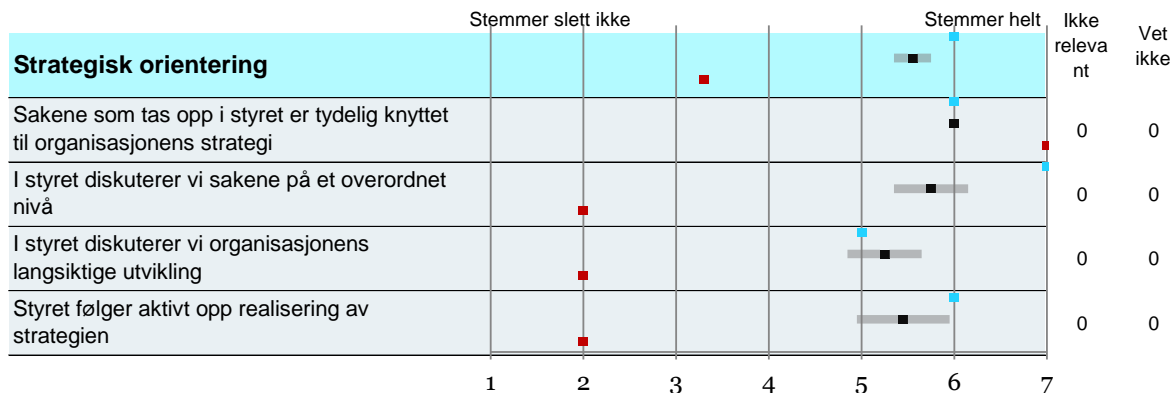
● Styreleder

● Styremedlemmer

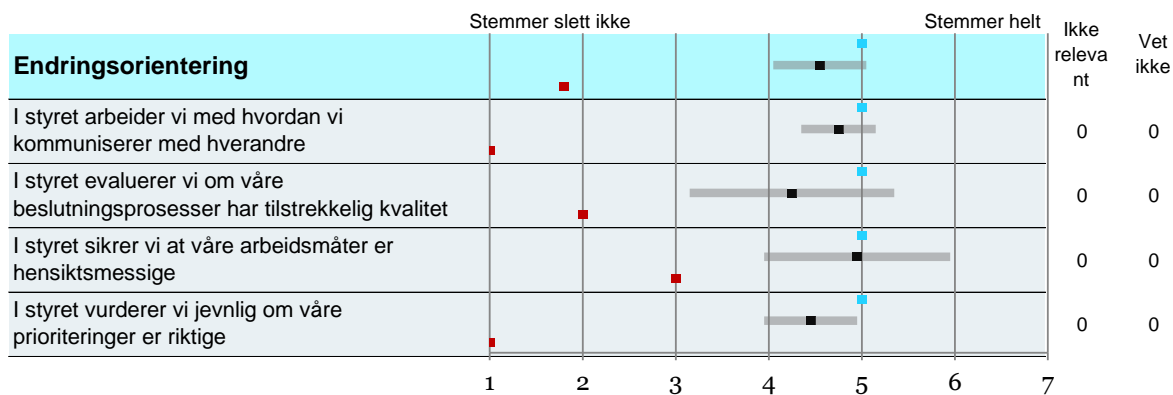
● Daglig leder

Side 16

Strategisk orientering



Endringsorientering



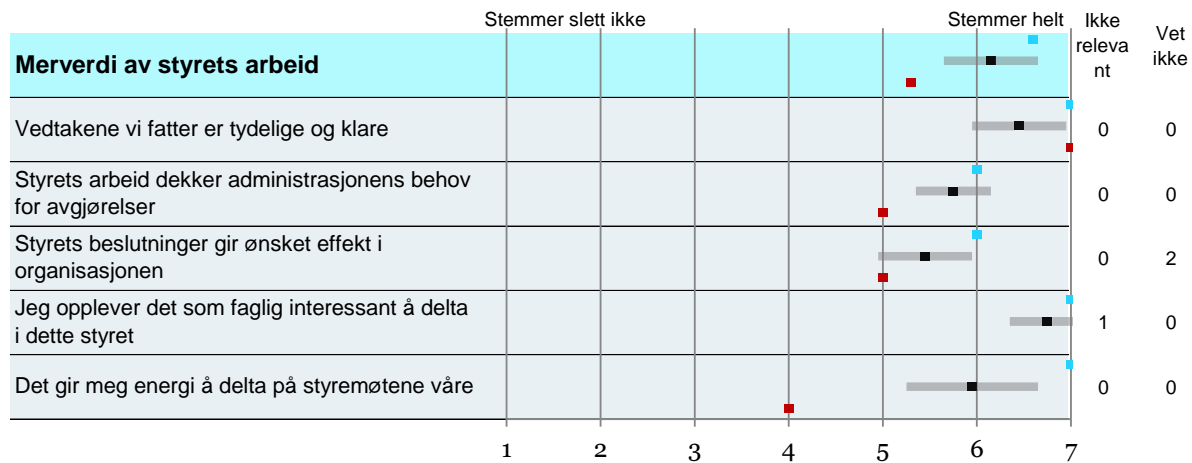
• Styreleder

• Styremedlemmer

• Daglig leder

Side 17

Merverdi av styrets arbeid



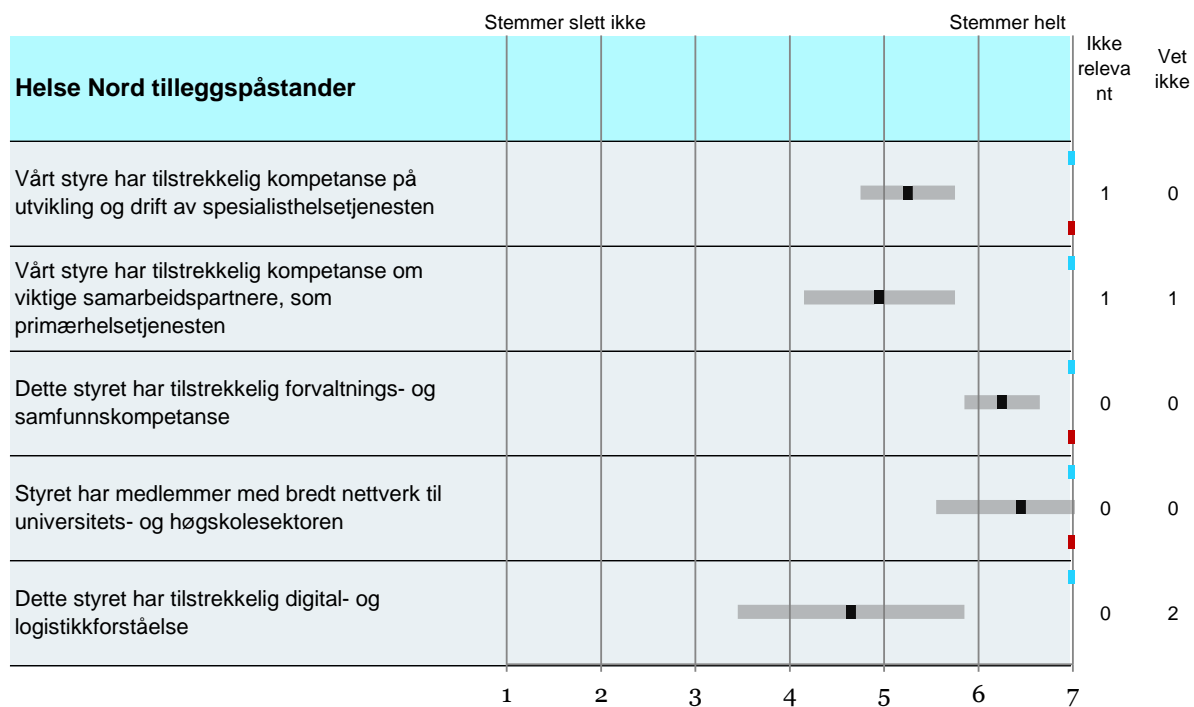
• Styreleder

• Styremedlemmer

• Daglig leder

Side 18

Helse Nord tilleggspåstander



● Styreleder

● Styremedlemmer

● Daglig leder

Side 19

Styreseminar Helse Nord 25. - 26. oktober 2017

Clarion Hotel The Edge, Tromsø

Onsdag 25. oktober 2017

1500 – 1510 Velkommen til styreseminar

Marianne Telle, styreleder Helse Nord RHF

1510 – 1730 Utviklingsplan 2035: Rammebetingelser, utfordringer, dilemmaer og mulige løsninger et kort og et lang perspektiv

Lars Vorland, adm. direktør Helse Nord RHF og representanter fra helseforetakene m.fl.

Presentasjoner og diskusjon i plenum

1730 – 1750 Systematisk innhenting av brukererfaringer – et bidrag til bedre kvalitet i pasientinformasjonen

Utdeling av Helse Nord's forbedringspris til hjerte- lungeklinikken på Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Siv Høymork, kvalitets- og forskningsdirektør Helse Nord RHF

1930 Felles middag og kultur

Torsdag 26. oktober 2017

0830 – 1100 Styreutvikling: Hva mener styrene om styrearbeidet og hvordan kan det brukes til å gjøre styrefunksjonen enda bedre?

Arne Selvik, rådgiver AFF og Marianne Telle, styreleder Helse Nord RHF

Presentasjon av resultater fra spørreundersøkelse, gruppearbeid og plenumsdiskusjon

1100 – 1120 Pasientkommunikasjon på nett

Anne May Knudsen, kommunikasjonsdirektør Helse Nord RHF

1130 – 1230 Lunsj

1230 – 1430 Helse- og omsorgsministerens forventninger til Helse Nord

Innlegg og dialog

Anne Grethe Erlandsen, statssekretær Helse- og omsorgsdepartementet

1430 Vel hjem



Saker til informasjon	
Styresak nr.:	52 – 2017
Møtedato:	25. oktober 2017
Saksbehandler:	Direktør Espen Mælen Hauge
Vedlegg:	

Saker til informasjon:

Ved direktør

1. Leverandør av nytt bransjesystem
2. Mystery shopper
3. Eventuelt

Direktørens innstilling til vedtak

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonssakene til orientering.

Espen Mælen Hauge
direktør



Evaluering av direktør og fastsetting av lønn	
Styresak nr:	53 – 2017
Møtedato:	25. oktober 2017
Saksbehandler:	Styreleder Bjørg Helene Jenssen
	Saken behandles unntatt offentlighet, jfr. Offl § 23, 1. ledd

Styreleder Bjørg Helene Jenssen vil redegjøre for saken under styremøtet.

Bjørg Helene Jenssen
styreleder