



# Styremøte

Innkalling med sakspapirer

8. februar 2018 kl. 8.00 – 15.00

Sted:

Nordlandssykehuset Bodø

## Saker til behandling:

Saksnummer	Saksnavn	Side
1 - 2018	Godkjenning av innkalling og saksliste	1
2 - 2018	Godkjenning av protokoll fra styremøte 14. desember 2017	2
3 - 2018	Årsplan for styret – oppdatering og status	5
4 - 2018	Virksomhetsrapport per desember 2017	11
5 - 2018	Rapport på gjennomføring av OD 2017 – Årlig melding	28
6 - 2018	Oppdragsdokument 2018	80
7 - 2018	Oppsummering av styrets egevaluering 2017	132
8 - 2018	Tema: Virksomhetsutvikling Rådgivning og klinisk farmasi	147
9 - 2018	Saker til informasjon	148
	<i>Ved direktør:</i>	
	1. Status IKT-prosjektene (bransjesystemet)	
	2. Anskaffelse av elektronisk produksjonsstøttesystem	
	3. ForBedring 2018	
	4. Rundebordskonferanse hos Sykehusinnkjøp HF om strategiarbeid for innkjøpskategori legemidler	
	5. Nasjonalt samarbeid sykehusapotekforetakene	
	6. Forskningsseminar	
	<i>Ved leder av brukerutvalget</i>	
	1. Informasjon fra brukerutvalget	
10 - 2018	Eventuelt	
	1. Evaluering av møtet	



Styrets medlemmer i Sykehusapotek Nord  
Observatør fra brukerutvalget i Sykehusapotek Nord

Deres ref.:

Vår ref.:  
2018/13

Dato:  
01.02.2018

## **Innkalling til styremøte i Sykehusapotek Nord HF 8. februar 2018**

I henhold til tidligere avtalt møteplan og i samråd med styreleder, innkalles med dette til styremøte i Sykehusapotek Nord HF torsdag 8. februar 2018 kl. 8.00-15.00.

Møtet avholdes på møterom i tilknytning til Sykehusapoteket i Bodø kl. 8.00-9.30, deretter på NLSHs styreverom.

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

Saksdokumenter er vedlagt.

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

Med vennlig hilsen

Björg Helene Jenssen  
styreleder

Espen Mælen Hauge  
direktør



## Godkjenning av innkalling og saksliste

Styresak nr:	1 – 2018
Møtedato:	8. februar 2018
Saksbehandler:	Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen

I samråd med styreleder er følgende saksliste satt opp til styremøtet 8. februar 2018:

Saksnummer	Saksnavn	Side
1	- 2018 Godkjenning av innkalling og saksliste	1
2	- 2018 Godkjenning av protokoll fra styremøte 14. desember 2017	2
3	- 2018 Årsplan for styret – oppdatering og status	5
4	- 2018 Virksomhetsrapport per desember 2017	11
5	- 2018 Rapport på gjennomføring av OD 2017 – Årlig melding	28
6	- 2018 Oppdragsdokument 2018	80
7	- 2018 Oppsummering av styrets egnevaluering 2017	132
8	- 2018 Tema: Virksomhetsutvikling Rådgivning og klinisk farmasi	147
9	- 2018 Saker til informasjon	148
	<i>Ved direktør:</i>	
	1. Status IKT-prosjektene (bransjesystemet)	
	2. Anskaffelse av elektronisk produksjonsstøttesystem	
	3. ForBedring 2018	
	4. Rundebordskonferanse hos Sykehusinnkjøp HF om strategiarbeid for innkjøpskategori legemidler	
	5. Nasjonalt samarbeid sykehusapotekforetakene	
	6. Forskningsseminar	
	<i>Ved leder av brukerutvalget</i>	
	1. Informasjon fra brukerutvalget	
10	- 2018 Eventuelt	
	1. Evaluering av møtet	

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

*Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte den 8. februar 2018.*

Espen Mælen Hauge  
direktør



<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 14. desember 2017</b>	
Styresak nr.:	2 – 2018
Møtedato:	8. februar 2018
Saksbehandler:	Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen

*Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner protokollen fra styremøtet 14. desember 2017.*

Espen Mælen Hauge  
Direktør

# Protokoll

---

- Møtetype:** Styremøte i Sykehusapotek Nord
- Tidspunkt:** 14. desember 2017 kl. 8.00 – 14.30
- Møtested:** Sykehusapoteket i Bodø
- Tilstede:** Bjørg Helene Jenssen, styreleder  
Jan Norum, styrets nestleder  
Lars Småbrekke, styremedlem  
Hilde Gustavsen Erstad, styremedlem  
Andre Engesland, vara styremedlem  
Liv Norlid, vara styremedlem
- Observatør:** Martin Moe, leder av brukerutvalget
- Forfall:** Sissi Lundblad, styremedlem  
Svein Iversen, styremedlem

**Fra administrasjonen:**

Espen Mælen Hauge, direktør, fra kl. 10.15, deltok fra sak 59  
Helge K. Kjerulf Pettersen, økonomisjef  
Margaret Aarag Antonsen, fagsjef  
Hans Jørgen Sevatdal, sykehusapoteker

---

Sakene ble behandlet i følgende rekkefølge: 55, 56, 58, 61, 57, 62 punkt 3, 59, 63, 62, 60, 64,

## Sak 55/17 Godkjenning av innkalling og saksliste

*Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte 14. desember 2017.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte 14. desember 2017.

## Sak 56/17 Godkjenning av protokoll fra styremøte 25. oktober 2017

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøtet 25. oktober 2017.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

### *Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøtet 25. oktober 2017.

## Sak 57/17 Årsplan for styret – oppdatering og status

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

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

Direktøren trakk sin innstilling til vedtak.

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

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar årsplanen for 2018 med overordnet hovedtema forretningsutvikling. Styret ber om at hvert av virksomhetsområdene belyses, med fokus på blant annet:*

- *Nye tjenester*
- *Nye markeder*
- *Kvalitet*
- *Innovasjon*
- *Oppfølging av oppdragsdokumentet*
- *Omdømmebygging*

Styrets forslag ble enstemmig vedtatt.

### *Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar årsplanen for 2018 med overordnet hovedtema forretningsutvikling. Styret ber om at hvert av virksomhetsområdene belyses med fokus på blant annet:

- Nye tjenester
- Nye markeder
- Kvalitet
- Innovasjon
- Oppfølging av oppdragsdokumentet
- Omdømmebygging

## **Sak 58/17 Virksomhetsrapport per oktober 2017**

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

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

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

### *Endelig vedtak:*

---

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

## **Sak 59/17 Budsjett 2018**

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar det foreslåtte budsjettet som Sykehusapotek Nord HFs budsjett for 2018.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

### *Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar det foreslåtte budsjettet som Sykehusapotek Nord HFs budsjett for 2018.

## **Sak 60/17 Styrets arbeid og egevaluering**

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret i Sykehusapotek Nord HF har gjennomført egevaluering av styrets arbeid. Oppsummering av evalueringen legges frem i styremøtet 08.02.18 før det oversendes Helse Nord RHF.*

Saken utsettes til neste møte, styrets medlemmer bes sende egevaluering til administrasjonen innen 31.12.2017.

## Sak 61/17 Konstituering av administrerende direktør ved permisjon

Administrasjonen forlot styremøtet under behandlingen av saken, saken ble behandlet unntatt offentlighet jfr. Offl. § 23, 1. ledd.

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret i Sykehusapotek Nord HF konstituerer økonomisjef Helge K. Pettersen som administrerende direktør for Sykehusapotek Nord HF i perioden 1. september – 31. desember 2018.*

### *Styret fremmet følgende tillegg til direktørens innstilling til vedtak:*

---

1. *Styret ber direktøren om en rapport fra studiepermisjonen.*
2. *Helge K. Pettersen tilstås samme lønn og kompensasjonsdager som direktøren, forholdsmessig i perioden han er konstituert.*

Direktørens innstilling med styrets tillegg ble enstemmig vedtatt.

### *Endelig vedtak:*

---

1. Styret i Sykehusapotek Nord HF konstituerer økonomisjef Helge K. Pettersen som administrerende direktør for Sykehusapotek Nord HF i perioden 1. september – 31. desember 2018.
2. Styret ber direktøren om en rapport fra studiepermisjonen.
3. Helge K. Pettersen tilstås samme lønn og kompensasjonsdager som direktøren, forholdsmessig i perioden han er konstituert.

## Sak 62/17 Saker til informasjon

### *Fra direktør:*

1. Risikovurdering av tilvirkning på sykehusenes avdelinger
2. Oppstart i PET-senteret
3. Mystery shopper – tiltak etter kundeundersøkelse
4. Utviklingsplan i Helse Nord 2035
5. Finnmarkssykehuset ønsker tilbud om levering av legemidler fra Sykehusapotek Nord
6. DIFA har skiftet navn til EIK

### *Fra styreleder:*

1. Informasjon om møte med Helse Nord



*Fra brukerutvalgets leder:*

7. Informasjon fra brukerutvalget:

*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 63/17 Tema: Status klinisk farmasi**

*Direktørens innstilling til vedtak*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tok presentasjonen til orientering, og gjennomførte diskusjoner rundt status og videre opptrapping av klinisk farmasi i Sykehusapotek Nord og i Helse Nord.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF tok presentasjonen til orientering, og gjennomførte diskusjoner rundt status og videre opptrapping av klinisk farmasi i Sykehusapotek Nord og i Helse Nord.

## **Sak 64/17 Eventuelt**

1. Evaluering av møtet.



<b>Årsplan for styret</b>	
Styresak nr.:	3 – 2018
Møtedato:	8. februar 2018
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
14.12.2017	55		Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte 14. desember 2017.
14.12.2017	56		Godkjenning av protokoll	Styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøtet 25. oktober 2017.
14.12.2017	57		Årsplan - oppdatering og status	Direktør	Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar årsplanen for 2018 med overordnet hovedtema forretningsutvikling. Styret ber om at hvert av virksomhetsområdene belyses med fokus på blant annet: -Nye tjenester -Nye markeder -Kvalitet -Innovasjon -Oppfølging av oppdragsdokument -Omdømmebygging
14.12.2017	58		Virksomhetsrapport per oktober	Økonomisjef	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per oktober 2017 til orientering.
14.12.2017	59	39-2017	Budsjett 2018	Økonomisjef	Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar det foreslåtte budsjettet som Sykehusapotek Nord HFs budsjett for 2018.
14.12.2017	60		Styrets arbeid og egevaluering	Direktør/styreleder	
14.12.2017	61		Konstituering av direktør ved permisjon	Direktør	1. Styret i Sykehusapotek Nord HF konstituerer økonomisjef Helge K. Pettersen som administrerende direktør for Sykehusapotek Nord HF i perioden 1. september – 31. desember 2018. 2. Styret ber direktøren om en rapport fra studiepermisjonen. 3. Helge K. Pettersen tilstås samme lønn og kompensasjonsdager som direktøren, forholdsmessig i perioden han er konstituert.
14.12.2017	62		Informasjonssaker: 1) Risikovurdering tilvikning på sykehusenes avdelinger 2) Oppstart i PET-senteret 3) Mystery shopper - tiltak etter kundeundersøkelse 4) Utviklingsplan i Helse Nord 2035	Direktør/styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonssakene til orientering.
14.12.2017	63		Tema: Status opptrappingsplan klinisk farmasi	Fagsjef	Styret for Sykehusapotek Nord HF tok presentasjonen til orientering, og gjennomførte diskusjoner rundt status og videre opptrapping av klinisk farmasi i Sykehusapotek Nord og i Helse Nord.
14.12.2017	64		Eventuelt	Styreleder	
07.02.2018		Bodø	Foretaksmøte Oppdragsdokumentet 2018)	Helse Nord RHF	
08.02.2018	1	Bodø	Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
08.02.2018	2		Godkjenning av protokoll	Styreleder	
08.02.2018	3		Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
08.02.2018	4		Virksomhetsrapport per desember 2017	Økonomisjef	
08.02.2018	5		Rapport på gjennomføring av OD 2017 - årlig melding	Økonomi og fagsjef	
08.02.2018	6		Oppdragsdokument 2018	Direktør	
08.02.2018	7		Oppsummering styrets egevaluering 2017	Direktør	
08.02.2018	8		Tema: Virksomhetsutvikling fagområdet rådgivning og klinisk farmasi	Apoteker, Tromsø	
08.02.2018	9		Saker til informasjon Ved direktør: 1. Status IKT-prosjektene (bransjesystemet) 2. Anskaffelse av elektronisk produksjonsstøttesystem 3. ForBedring 2018 4. Rundebordskonferanse hos Sykehusinnkjøp HF om strategiarbeid for innkjøpskategori legemidler 5. Nasjonalt samarbeid sykehusapotekforetakene 6. Forskningsseminar Ved leder av brukerutvalget 1. Informasjon fra brukerutvalget	Direktør/styreleder	
08.02.2018	10		Eventuelt	Styreleder	
13.03.2018		Tromsø	Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
13.03.2018			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
13.03.2018			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
13.03.2018			Årsregnskap 2017	Økonomisjef	
13.03.2018			Virksomhetsrapport per februar 2018	Økonomisjef	
13.03.2018			Årlig melding 2017	Økonomisjef og fagsjef	
13.03.2018			Innspill til plan 2019-2022, inkludert rullering av investeringsplan 2019-2026	Økonomisjef	
13.03.2018			Tema: Virksomhetsutvikling fagområdet sykehusleveranser	Apoteker, Bodø	
13.03.2018			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
13.03.2018			Eventuelt	Styreleder	
21.03.2018		Bodø	Foretaksmøte (Valg av nytt styre)	Helse Nord RHF	

11.04.2018			Foretaksmøte (Behandlings av årsregnskap 2017)	Helse Nord RHF	
11.04.2018		Bodø	Regionalt styreseminar i Bodø	Helse Nord RHF	
12.04.2018			Regionalt styreseminar i Bodø	Helse Nord RHF	
31.05.2018		Tromsø	Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
31.05.2018			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
31.05.2018			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
31.05.2018			Tertialrapport 1 inkl. økonomi, pasientsikkerhet, uønskede hendelser og avviksrapport	Økonomisjef	
31.05.2018			Pasientopplevd kvalitet	Fagsjef	
31.05.2018			Risikovurdering overordnede risikomål	Direktør	
31.05.2018			Tema: Virksomhetsutvikling fagområdet apotekutsalg (publikumsavdeling)	Apoteker, Harstad	
31.05.2018			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
31.05.2018			Eventuelt	Styreleder	
26.09.2018		xxx	Styrets strategiseminar	Styreleder/direktør	
27.09.2018		xxx	Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
27.09.2018			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
27.09.2018			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
27.09.2018			Virksomhetsrapport per august	Økonomisjef	
27.09.2018			Tertialrapport 2 inkl. økonomi, pasientsikkerhet, uønskede hendelser og avviksrapport	Økonomisjef	
27.09.2018			Premisser budsjett 2019		
27.09.2018			Årlig styrebehandling av ledelsens gjennomgang av tilstanden i foretaket mht oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik.	Direktør	
27.09.2018			Møteplan 2019	Direktør	
27.09.2018			(Temasak utgår som egen sak pga styreseminar tema dagen før)		
27.09.2018			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
27.09.2018			Eventuelt	Styreleder	
27.09.2018			Evaluering av direktør/lønnsjustering	Styreleder	
24.10.2018		Tromsø	Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
24.10.2018			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
24.10.2018			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
24.10.2018			Virksomhetsrapport per september	Økonomisjef	
24.10.2018			(Temasak utgår pga kort møte ifm regionalt styreseminar)		
24.10.2018			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
24.10.2018			Eventuelt	Styreleder	
24.10.2018		Tromsø	Regionalt styreseminar Tromsø	Helse Nord RHF	
25.10.2018			Regionalt styreseminar Tromsø	Helse Nord RHF	
13.12.2018		Bodø	Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
13.12.2018			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
13.12.2018			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
13.12.2018			Virksomhetsrapport per oktober	Økonomisjef	
13.12.2018			Budsjett 2019	Økonomisjef	
13.12.2018			Styrets arbeid og egenevaluering	Direktør	
13.12.2018			Tema: Virksomhetsutvikling fagområdet apotekproduksjon	Apoteker, Tromsø	
13.12.2018			Informasjonssaker	Direktør/styreleder	
13.12.2018			Eventuelt	Styreleder	



## Virksomhetsrapport per desember 2017

Styresak nr.:	4 – 2018
Møtedato:	8. februar 2018
Saksbehandler:	Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen
Vedlegg:	Målekort (u.off. offl. § 23 første ledd)

Regnskapet for 2017 er ikke avsluttet, så det endelige resultatet kan bli annerledes enn det som legges frem i denne saken. Det forventes dog ikke store endringer i forhold til resultatet som her legges frem.

### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

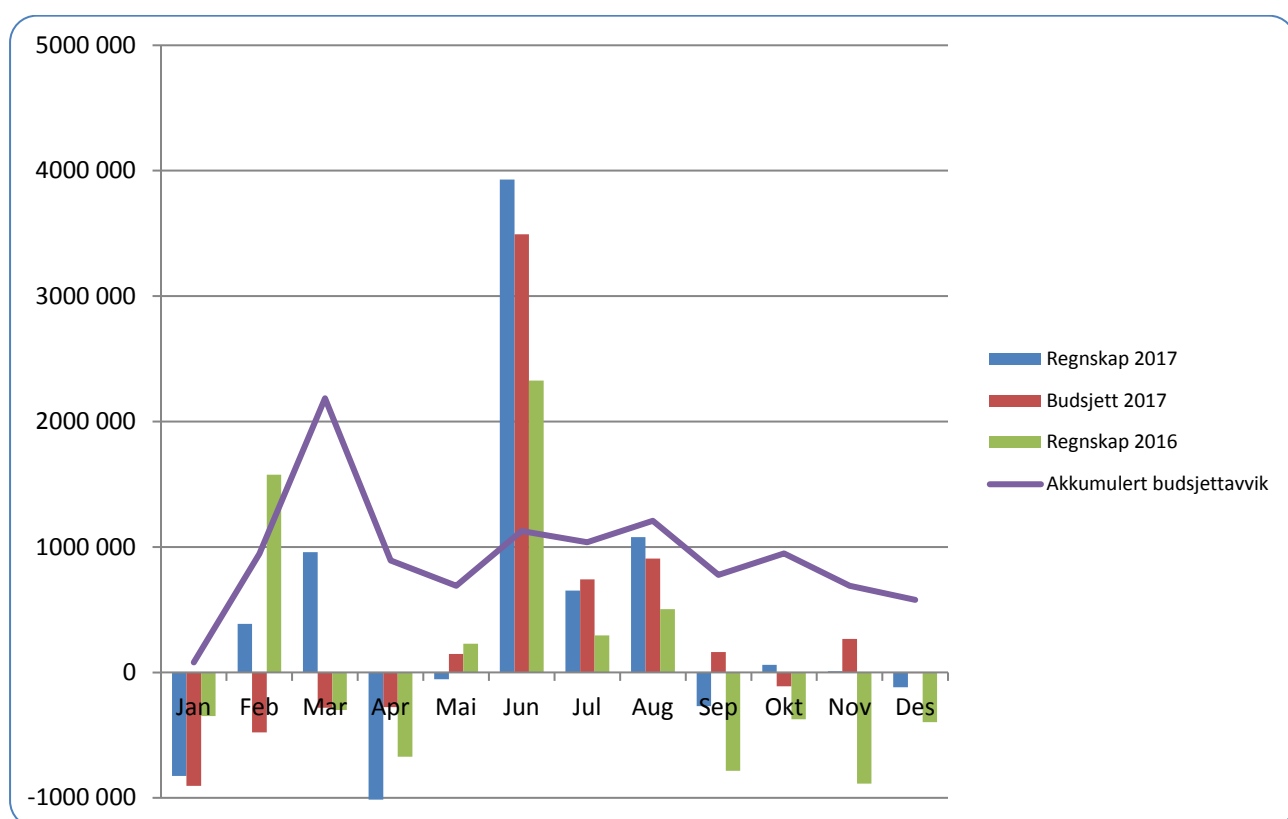
*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten til orientering.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

## Saksfremlegg

Foreløpig regnskap for 2017 viser et overskudd på 4,24 millioner. For 2016 var resultatet et overskudd på 1,02 millioner. Det er budsjettert med et overskudd på 3,66 millioner for 2017, slik at resultatet er 0,58 millioner høyere enn budsjettert.

	Siste måned					Akkumulert hittil i år				
	Reg2017	Bud2017	Avvik	Reg2016	Endring	Reg2017	Bud2017	Avvik	Reg2016	Endring
Omsetning	-43 247	-38 064	-5 183	-40 638	6,4 %	-495 790	-480 423	-15 367	-457 992	8,3 %
Varekjøp	33 320	29 654	3 665	31 583	5,5 %	388 142	377 424	10 718	363 571	6,8 %
Dekningsbidrag	-9 927	-8 410	-1 517	-9 055	9,6 %	-107 647	-102 999	-4 649	-94 421	14,0 %
Personalkostnader	7 075	6 608	467	6 847	3,3 %	79 097	77 490	1 607	73 597	7,5 %
Andre kostnader	3 017	1 932	1 085	2 776	8,7 %	24 495	22 982	1 513	20 999	16,7 %
Skatt og finans	-48	-125	77	4	-1460,2 %	-187	-1 133	946	-1 192	-84,3 %
Resultat	117	5	112	572	79,5 %	-4 242	-3 660	-582	-1 016	317,4 %
Dekningsgrad	23,0 %	22,1 %	0,9 %	22,3 %	0,7 %	21,7 %	21,4 %	0,3 %	20,6 %	1,1 %
Vareforbruk	88,01 %	87,05 %	1,0 %	85,61 %	2,4 %	86,51 %	87,05 %	-0,5 %	86,62 %	-0,1 %
Andel pers.kost.	16,4 %	17,4 %	-1,0 %	16,8 %	-0,5 %	16,0 %	16,1 %	-0,2 %	16,1 %	0,1 %
Resultatandel	-0,3 %	0,0 %	-0,3 %	-1,4 %	1,1 %	0,9 %	0,8 %	0,1 %	0,2 %	0,6 %



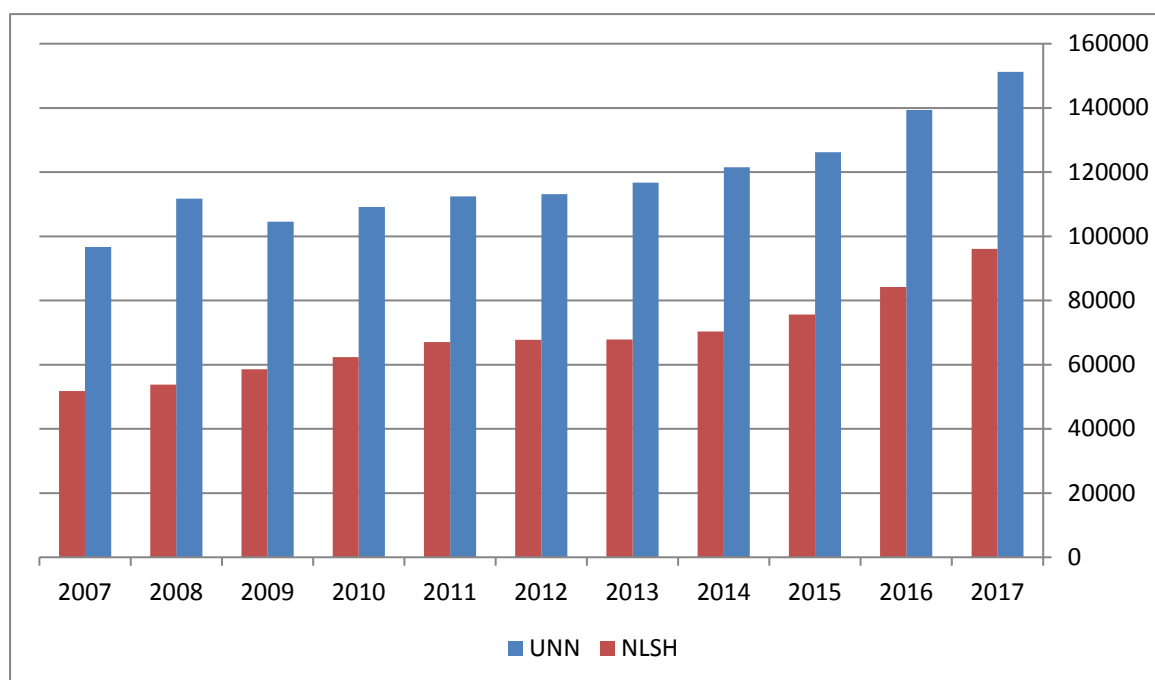
Figuren over viser regnskapsresultat per måned for 2016 og 2017, budsjettert resultat per måned i 2017 og akkumulert budsjettavvik i 2017. Figuren viser at resultatet har vært høyere enn budsjettert hele året.

## Inntekter

Inntektene i 2017 ble 15,37 millioner høyere enn budsjettert. I forhold til 2016 har omsetningen økt med 37,33 millioner (8,3 %).

### Salg av medikamenter til sykehus

Omsetningen av medikamenter til Universitetssykehuset Nord-Norge økte med 8,6 %, mens omsetningen til Nordlandssykehuset økte med 15,1 %.



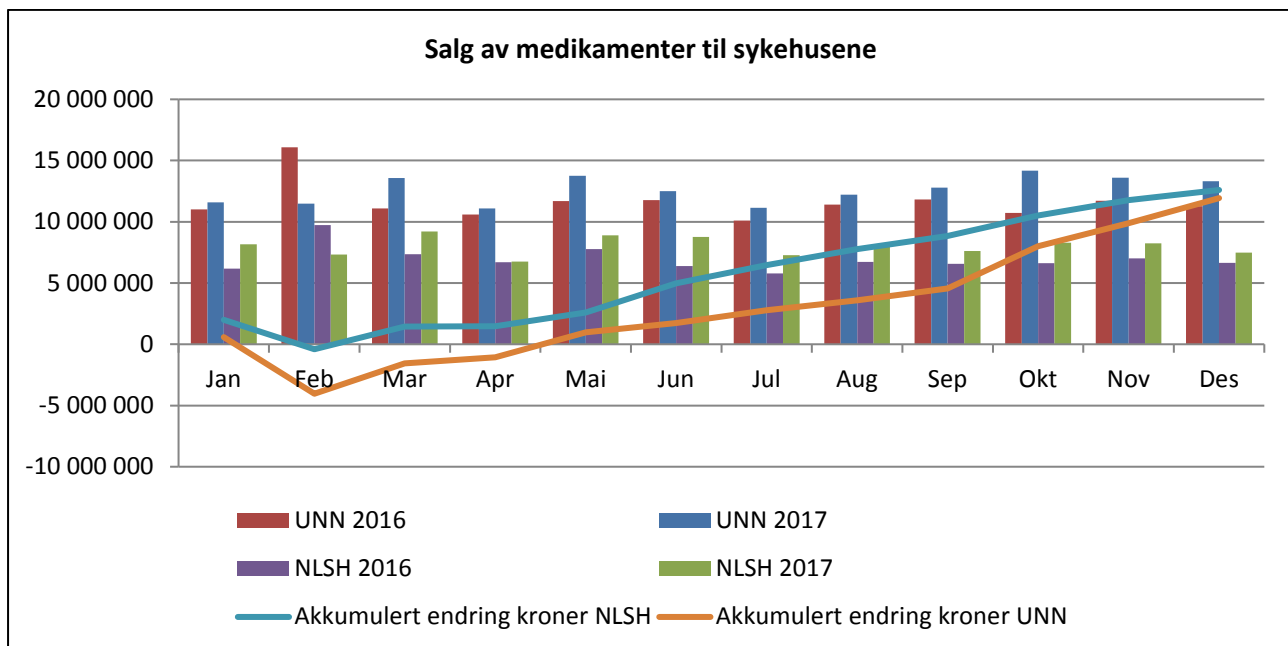
Figuren over viser omsetningen av medikamenter til UNN og NLSH de siste årene.

For UNN var det omsetningsvekst fra 2007 til 2008. Omsetningen ble så redusert i 2009. Fra 2011 til 2012 var det nesten ingen økning, mens det har vært økning hvert år fra 2012 til 2017.

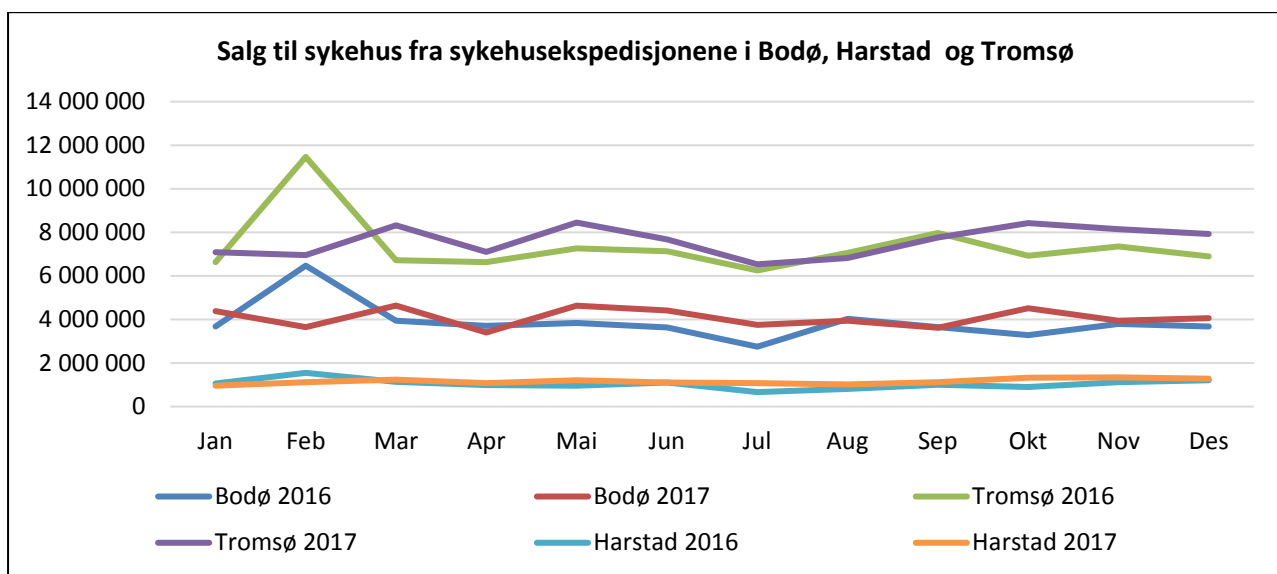
I 2017 økte omsetningen i Tromsø med 6,3 %, i Harstad med 13,2 % og med 28,1 % i Narvik.

For NLSH har det vært omsetningsøkning hele perioden. Økningen stoppet nesten opp i 2012 og 2013.

I 2017 var det en økning i Bodø på 13,3 %, i Lofoten på 14,9 % og i Vesterålen på 22,0 %.



I forhold til i 2016 har det med unntak av for februar vært økning alle månedene i 2017.

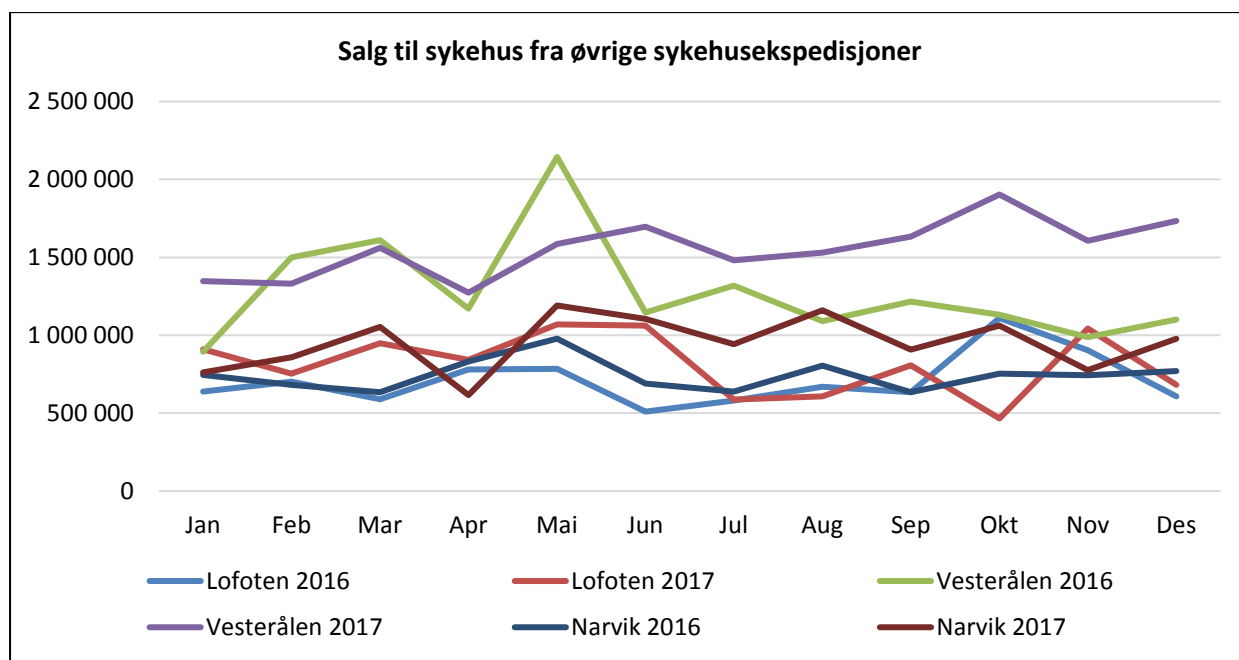


Sykehusekspedisjonen i Bodø har hatt en økning på 5,4 %, Tromsø har hatt en økning på 3,3 % mens økningen er på 10,9 % i Harstad.

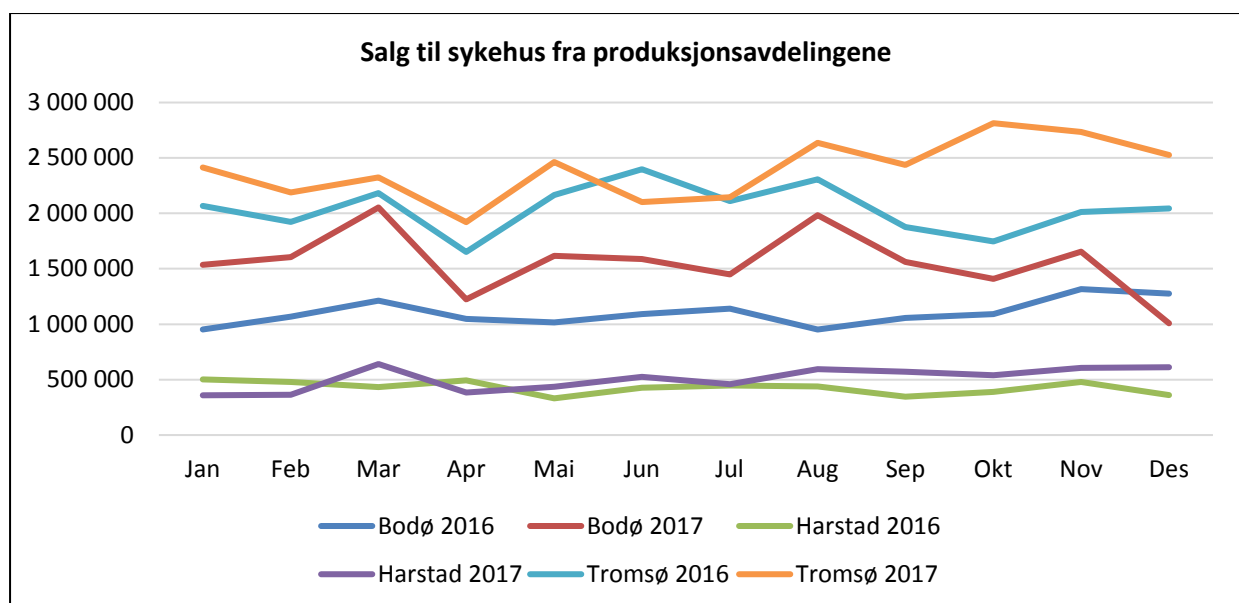
I Bodø har det vært en økning på 0,6 % i leverte pakninger, mens gjennomsnittsprisen per DDD (definerte døgndose) har økt med 6,9 %. I Tromsø har det vært en økning i antall pakninger på 6,1 %, mens det har vært en reduksjon i gjennomsnittsprisen per DDD på 2,7 %. I Harstad har det vært en økning i antall pakninger på 1,4 %, mens gjennomsnittsprisen per DDD har økt med 13,0 %.



I Harstad og Bodø er det altså hovedsakelig dyrere legemidler som er årsaken til omsetningsøkningen, mens årsaken til omsetningsøkningen i Tromsø skyldes flere levert flere pakninger.



Som figuren viser har det vært en særlig stor økning i omsetningen i Vesterålen. Her er det særlig økt salg av enkelte kostbare legemidler som forklarer økningen, i tillegg til at det har vært en økning i antall solgte pakninger. Også i Narvik er det økning i gjennomsnittsprisen som i hovedsak forklarer omsetningsøkningen, mens det i Lofoten er økning i antall solgte pakninger som forklarer økningen.

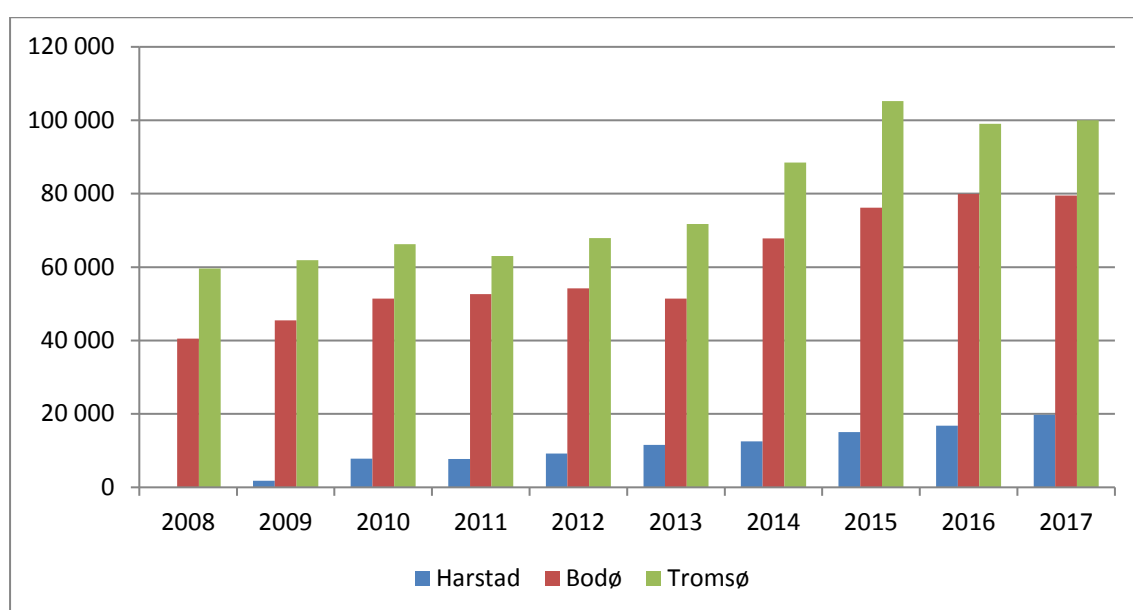


Det har vært en økning i omsetningen til sykehus på 41,4 % i produksjonsavdelingen i Bodø, i Harstad er økningen på 18,8 %, mens det i Tromsø er en økning på 17,2 %.

I Bodø har antall produserte enheter gått ned, mens en dreining mot produksjon av dyrere legemidler allikevel har gitt økning i omsetningen. Det samme er forklaringen på omsetningsøkningen i Tromsø, selv om økningen i gjennomsnittsprisen per DDD er lavere i Tromsø enn i Bodø. I Harstad er det både økning i antall produserte enheter og økning i gjennomsnittsprisen.

### Salg i publikumsavdelingene

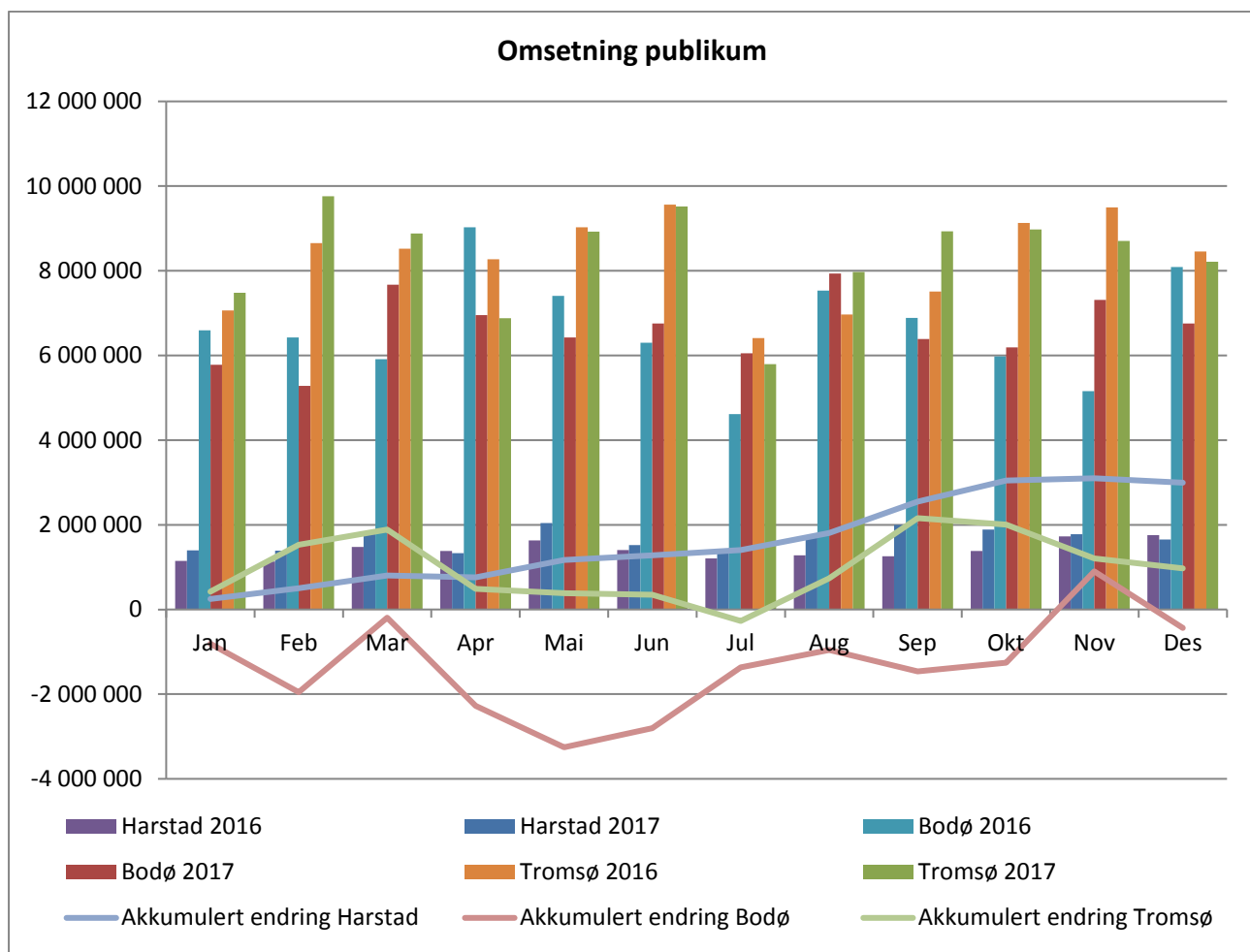
Omsetningen i publikumsavdelingene har økt med 2,0 % i forhold til 2016. I Harstad har det vært en økning på 17,8 %, i Tromsø på 1,0 %, mens det i Bodø er en nedgang på 0,5 %.



Figuren over viser utviklingen i salg i publikumsavdelingene siden 2008. Årsaken til den store omsetningsøkningen fra 2012 til og med 2015 er hovedsakelig innføring av nye dyre medikamenter. Det har også vært en økning i salg av handelsvarer. For Tromsø og Bodø har økningen stanset opp og omsetningen er blitt redusert side 2015, mens omsetningsøkningen har fortsatt for Harstad.

Årsaken til dette er at gjennomsnittsprisen for det store volumet av legemidler har gått ned eller er på samme nivå. En eventuell omsetningsøkning vil derfor framover i hovedsak komme av økt kundefangst, salg av handelsvarer og/eller innføring av nye legemidler.

Figuren under viser omsetning per måned i 2017 i forhold til omsetning per måned i 2016.



I Harstad har det vært jevn omsetningsøkning hele året, mens det har vært større svingninger i Bodø og Tromsø.

Apotek	Pakninger på resept	Pakninger handelsvarer selvvalg	Omsetning handelsvarer totalt	Pakninger reseptfritt selvvalg
Harstad	5,8 %	10,1 %	16,7 %	4,5 %
Bodø	3,8 %	11,6 %	5,4 %	23,2 %
Tromsø	2,7 %	8,6 %	4,1 %	8,3 %
<b>Totalt</b>	<b>3,5 %</b>	<b>10,0 %</b>	<b>5,6 %</b>	<b>11,7 %</b>

I alle apotekene har det vært økning i antall solgte pakninger, både på resept og i selvvalget. I Tromsø og Bodø har dette ikke gitt utslag i tilsvarende omsetningsøkning, dette på grunn av prisreduksjoner som følge av bedre innkjøpsavtaler, samt reduksjon i salget av enkelte kostbare legemidler.

### Rådgivning og klinisk farmasi

Omsetningen tilknyttet rådgivning og klinisk farmasi ble 0,11 millioner lavere enn budsjettert og 5,04 millioner høyere enn i 2016. Dette tilsvarer en økning på 30,9 %.

Årsaken til økningen er først og fremst oppstart av opptrappingsplanen for klinisk farmasi, denne forklarer 3 millioner av økningen. Resten av økningen kommer av økt salg av tjenester til Universitetet i Tromsø, økt antall stillinger på Helgeland og økt salg av rådgivningstimer til prosjektet for implementering av elektronisk kurve i Helse Nord.

Bortfall av en del kommunale avtaler som følge av at disse legges ut på anbud, sykefravær og deltagelse i andre oppgaver har ført til at omsetningen mot kommunene er 0,44 millioner lavere enn budsjettet. I forhold til i 2016 har omsetningen mot kommunene økt med 31,2 %.

## Kostnader

### Varekostnader

---

Som følge av at omsetningen er høyere enn budsjettet er varekostnadene 10,72 millioner høyere enn budsjettet og 24,57 millioner høyere enn i 2016.

Vareforbruket ble på 86,5 %. Dette er 0,5 prosentpoeng lavere enn budsjettet og 0,1 prosentpoeng lavere enn i 2016.

Dekningsbidraget (inntekter minus varekostnader) ble på 107,65 millioner, dette er 4,65 millioner høyere enn budsjettet og 12,76 millioner høyere enn i 2016.

Endringer i dekningsbidrag er oppsummert i følgende tabell:

	Regnskap 2017	Budsjett 2017	Avvik budsjett	Endring fra 2016
Bodø	43 044	41 164	1 880	4 803
Harstad	10 437	9 560	877	1 362
Tromsø	52 879	51 522	1 358	5 361
Foretak felles	1 288	754	535	1 228
<b>Totalt</b>	<b>107 648</b>	<b>103 000</b>	<b>4 650</b>	<b>12 754</b>

Dekningsbidraget er høyere enn budsjettet for alle apotekene, og med unntak av for klinisk farmasi og rådgivning, høyere enn budsjettet for alle virksomhetsområdene. Avviket er størst for publikumsavdelingene, der dekningsbidraget er 2,7 millioner høyere enn budsjettet.

### Personalkostnader

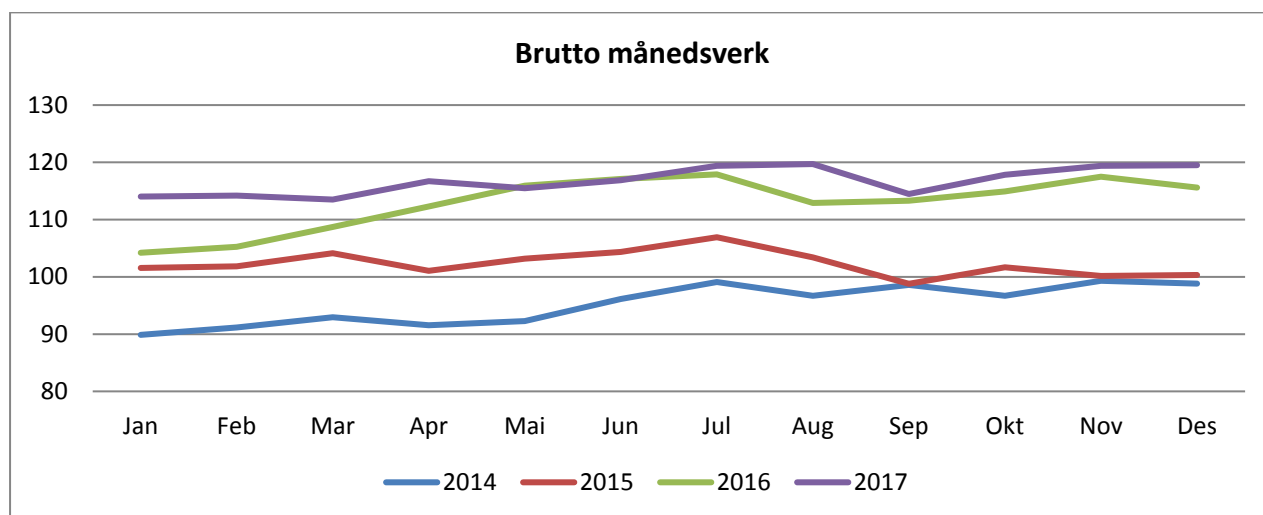
---

Personalkostnadene er 1,61 millioner høyere enn budsjettet, og har økt med 6,97 millioner i forhold til i 2016.

Lønnskostnadene ble 1,84 millioner høyere enn budsjettet. Avviket kommer av innleie av vikarer i forbindelse med sykefravær, fødselspermisjon og deltagelse i nasjonale prosjekter. Dette kompenseres delvis av at refusjoner vedrørende arbeidskraft ble 0,60 millioner høyere enn budsjettet.

Pensjonskostnadene ble på 11,5 millioner, dette er som budsjettet. Pensjonskostnaden har økt med 0,2 millioner i forhold til i 2016.

Andelen personalkostander i forhold til omsetningen er på 16,0 %. Dette er 0,2 prosentpoeng lavere enn budsjettet, og 0,1 prosentpoeng lavere enn for 2016. Avviket i forhold til budsjett kommer av at omsetningen er høyere enn budsjettet.



Gjennomsnittlig brutto månedsverk for 2017 ble 116,8. Dette er en økning på 3,8 månedsverk i forhold til 2016. Bemanningen har økt med 0,1 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.

### *Andre driftskostnader*

Andre driftskostnader er 1,51 millioner høyere enn budsjettet. I forhold til 2016 har andre driftskostnader økt med 3,34 millioner.

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 2,33 millioner høyere enn budsjettet. I forhold til 2016 har disse kostnadene økt med 1,64 millioner.

Blant annet som følge av deltakelse i nasjonale it-prosjekter og kompetansebygging i forbindelse med opptrappingsplanen for klinisk farmasi og radiofarmakaproduksjon, er reisekostnadene 0,6 millioner høyere enn budsjettet. Kompetanseoppbyggingen finansieres av økte inntekter.

### *Finans og skatt*

Renteinntektene er 0,4 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 0,5 millioner.

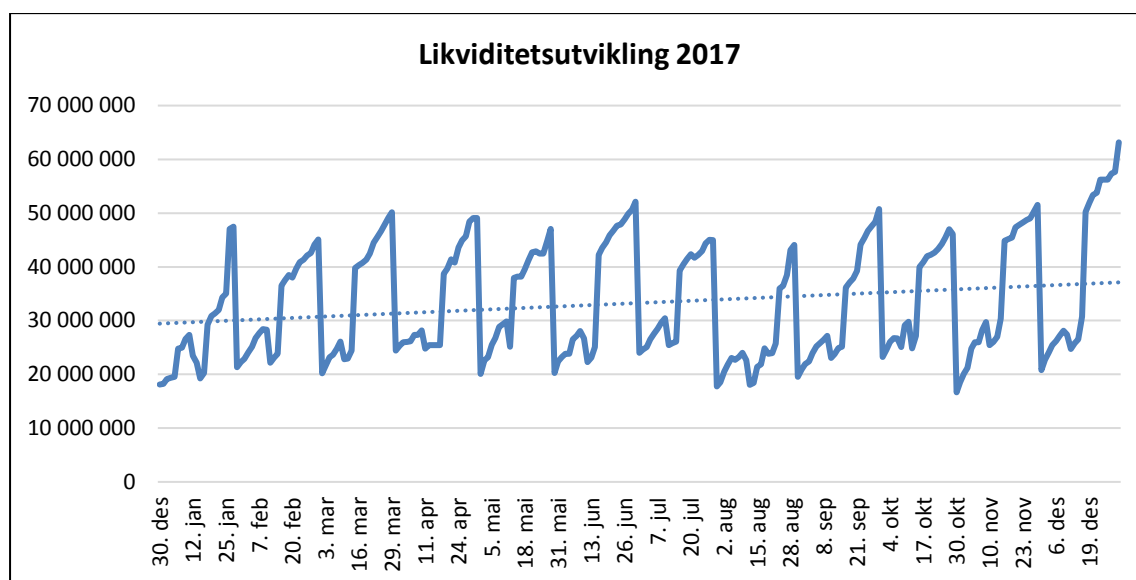
Som følge av overskudd i publikumsavdelingene er det avsatt en skattekostnad på 0,3 millioner.

## 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.

## Likviditet

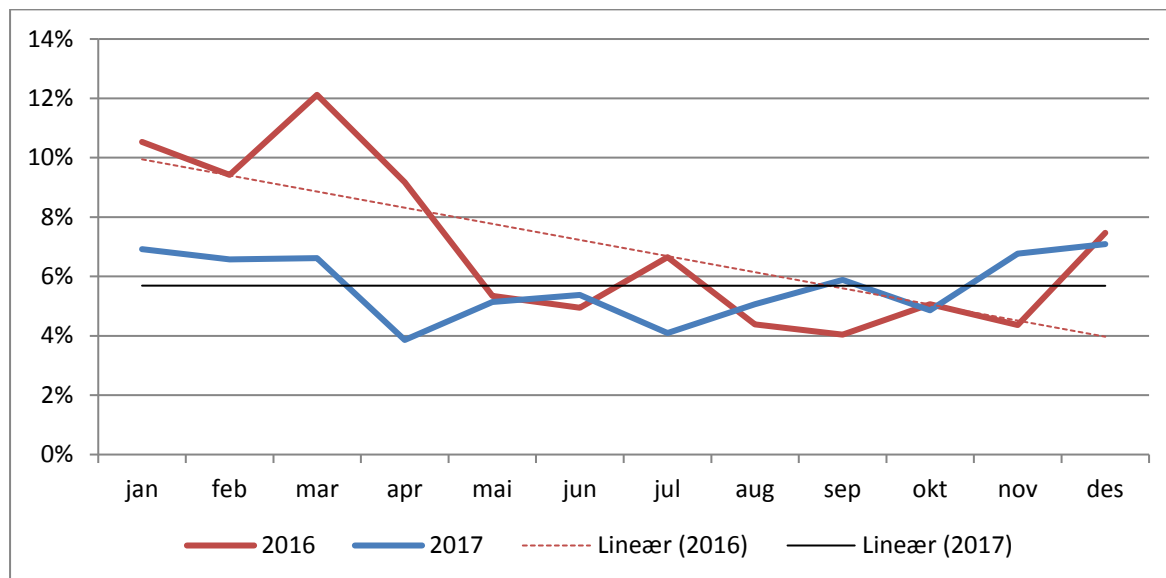
Likviditeten har økt i 2017. Figuren under viser utviklingen i løpet av året.



Driften har bedret likviditeten med om lag 6 millioner, mens investeringene har redusert likviditeten med 1 million. Endringer i fordringer og kortsiktig gjeld i forhold til 2016 forklarer resten av økningen.

## Sykefravær

Totalt sykefravær ble på 5,8 % i 2017. I 2016 var sykefraværet på 6,9 %.



Figuren viser utviklingen i sykefraværet i 2016 og 2017. Fraværet var lavere enn i 2016 de første månedene av 2017, for så å ligge på samme nivå som i 2016 resten av året. Det har vært en økning i fraværet de siste månedene.

	Sykefravær 1-3 dager	Sykefravær 4-16 dager	Sykefravær 17-56 dager	Sykefravær > 56 dager	Sum sykefravær	Tapte dagsverk
Per des. 2016	1,3 %	0,9 %	1,6 %	3,1 %	6,9 %	1 684
Per des. 2017	1,5 %	1,1 %	1,0 %	2,2 %	5,8 %	1 456
Endring	0,2 %	0,2 %	-0,6 %	-0,8 %	-1,1 %	-228

I forhold til 2016 har det vært noe økning i det korte fraværet (<17 dager), mens det har vært en nedgang i det lange fraværet.

## Rapport på gjennomføring av oppdragsdokument 2017 – Årlig melding

Styresak nr.:	5 - 2018
Møtedato:	7. februar 2018
Saksbehandler:	Fagsjef Margaret Aarag Antonsen 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.

For å gjøre meldingen lettere å lese er rapporteringspunkter som er aktuelle for Sykehusapotek Nord markert med gult.

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 for 2017 (Årlig melding).*

Espen Mælen Hauge  
direktør



# Rapporteringsmal for tertialrapport og årlig melding 2017

For foretaksgruppen i Helse Nord



**HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



**FINNMARKSSYKEHUSET**  
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



**NORRLANDSSYKEHUSET**  
NORRLÁNDA SKIPIJVIESSO



**SYKEHUSAPOTEK NORD**  
DAVVI BUOHCCIVIESSOAPOTEHKA



**UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**  
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCIVIESSU



**HELSE NORD IKT**

## Innhold

<b>1</b>	<b>Om rapporteringen .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.....</b>	<b>4</b>
3.1	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder .....	4
3.2	Somatikk.....	12
3.3	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) .....	14
3.4	Samhandling med kommuner og private avtaleparter.....	20
3.5	Kvalitet.....	25
3.6	Pasientsikkerhet.....	29
3.7	Smittevern.....	30
3.8	Andre områder .....	33
3.8.1	Klima- og miljøtiltak.....	33
3.8.2	Personvern og informasjonssikkerhet.....	33
3.8.3	Beredskap.....	35
3.8.4	Forskning og innovasjon .....	36
<b>4</b>	<b>Sikre god pasient- og brukervedvirkning.....</b>	<b>38</b>
<b>5</b>	<b>Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell .....</b>	<b>40</b>
5.1	Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....	43
<b>6</b>	<b>Innfri økonomiske mål i perioden .....</b>	<b>45</b>
6.3	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	45
6.4	Anskaffelsesområdet.....	47
<b>7</b>	<b>Risikostyring og internkontroll.....</b>	<b>49</b>

# 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 innforstått 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 innforstått 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

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 innforstått 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.

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

## Rapportering på OD 2017

kliniske rettsmedisinske undersøkelser som rekvireres av politiet. Undersøkelser som ikke krever spesialisert utstyr, skal foretas på barnehuset.

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst 1. tertial  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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  
*Sykehusapotek Nord har ikke gjennomført vesentlige endringer i tjenestetilbudet i 2017 med unntak implementering av opptrappingsplanen for klinisk farmasi. Denne utvidelsen i tjenestetilbudet har blitt vurdert til ikke å være så stor at det har vært behov for ekstern kvalitetssikring for å sikre at prosessen er gjennomført i henhold til veilederen for utviklingsplaner.*

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

Rapporteringstekst 1. tertial  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding

---

<sup>1</sup> «Kosthåndboken»: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten

*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst 1. tertial  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Sykehusapotek Nord vil kunne bidra med støtte for sykehusene i implementering av persontilpasset medisin. Dette gjelder både på områdene tilvirkning og klinisk farmasi. Det er i 2017 ikke etablert konkrete prosjekter eller tjenester knyttet til dette området.*

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  
*Ikke aktuelt*

**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  
*Mens vi avventer brevet fra Helse Nord er tolketjeneste i publikumsavdelingene den mest aktuelle problemstillingen i SANO. Her bruker Sykehusapotek Nord så langt det er mulig eget personale som kan forskjellige språk eller har andre morsmål, for tiden har Sykehusapotek Nord ingen ansatte som behersker samiske språk. Sykehusapotek Nord har vært i dialog med Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk (SLV) vedrørende bruk av offentlig tolketjeneste og finansiering av dette.*

*Helsedirektoratet har laget en veileder som finnes på deres hjemmesider, som sier noe om hvem som kan/bør brukes som tolk i pasientsituasjoner. I svarbrev fra SLV avklares at apoteklovgivningen ikke krever at apotek må benytte seg av (autorisert) tolk for å oppfylle veiledningsplikten. Apoteklovgivningen har for øvrig ikke bestemmelser om refusjon fra offentlige myndigheter. På grunnlag av veiledning fra Helse Nord's foretaksadvokat bør vi derfor forholde oss til spesialisthelsetjenestelovgivning,*

helsepersonelloven, og pasient-og brukerrettighetslov (pbrl) for å løse spørsmålet. Pbrl forstås slik at i de tilfeller hvor pasienten er minoritetsspråklig og det er avgjørende at han eller hun skjønner innholdet av informasjonen, må det skaffes tolk. Dette er også aktuelt for den samisktalende delen av befolkningen.

Farmasøyter og apotekteknikere er autorisert etter helsepersonelloven og krav til forsvarlighet vil gjelde når vi gir veiledning om legemiddelbruk. Spesialisthelsetjenesten bærer egne utgifter til tolk, og det er ingen refusjonsordninger for utgifter knyttet til pasienter som har rett til helsehjelp.

### 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 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

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



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.

Regional prosedyre/mal

I regionalt fagsjefmøte 7.12.2017 ble prosedyren og mal for gjennomføring av risikovurderingene godkjent som regional prosedyre og mal. Å bistå sykehusene med gjennomføring av risikovurderinger vil være et satsingsområde i 2018.

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

Rapporteringstekst 2. tertial

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

Helse Nord RHF har ikke satt i gang dette arbeidet, men i oppfølgingsmøtet 12.10.2017 mellom SANO og HN RHF har saken vært diskutert, og SANO har påtatt seg å utarbeide et saksnotat til det regionale direktørmøtet. Strategi for å lukke legemiddelsløyfen må ses i sammenheng med det pågående arbeidet i FRESK (blant annet E-kurveprosjektet) og anskaffelse av et elektronisk produksjonsstøttesystem.

Arbeid med anskaffelse av produksjonsstøttesystem er startet. Implementering av produksjonsstøttesystem vil bidra til å lukke legemiddelsløyfen.

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](http://helsenorge.no).

Rapporteringstekst Årlig melding

I samarbeid med de øvrige sykehusapotekforetakene har Sykehusapotek Nord oppgradert nettsidene. Nettsidene inneholder mer og bedre informasjon enn tidligere.

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

<sup>2</sup> Felles innføring kliniske systemer

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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  
*Ikke aktuelt*

### **Foretaksspesifikke krav:**

#### **Helse Nord IKT:**

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

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

2. Brudd på avtalt servicenivå slik disse fremkommer på tjenestenivå skal meldes i Helse Nord's 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:**

## Rapportering på OD 2017

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

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>Ikke aktuelt</i>
---

### 2. Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombololysebehandlet, 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>Ikke aktuelt</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>Ikke aktuelt</i>
---

### 4. Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp skal være minst 70 %. (Samlet for 24 krefttyper) (OD og styringsparametere<sup>3</sup>)

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

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

Rapporteringstekst Årlig melding
----------------------------------

<sup>3</sup> 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.

*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst 2. tertial

*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding

*Ikke aktuelt*

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

*Ikke aktuelt*

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/PCI<sup>4</sup> innen 90 minutter.

Rapporteringstekst 1. tertial

*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst 2. tertial

*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding

*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst 1. tertial

*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst 2. tertial

*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding

---

<sup>4</sup> Perkutan koronar intervensjon

*Ikke aktuelt*

### **Foretaksspesifikke krav:**

#### **Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge:**

1. Levere plan for gjennomføring av oppgavedelingsprosjektet i radiologi innen 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?*

#### **Styringsparametere 2017:**

1. Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid<sup>5</sup> (skal være minst 70%).

Rapporteringstekst 1. tertial  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst 2. tertial  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

### **3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)**

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

Rapporteringstekst 1. tertial  
*Ikke aktuelt*

---

<sup>5</sup> 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, neuroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.

## Rapportering på OD 2017

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

Rapporteringstekst Årlig melding <i>Ikke aktuelt</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>Ikke aktuelt</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>Ikke aktuelt</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 2015<sup>6</sup>.

Rapporteringstekst Årlig melding <i>Ikke aktuelt</i>
---

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

---

<sup>6</sup> Rapport 2015: Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner.

barnevernsinstitusjoner, poliklinisk og ambulant, samt veiledning til ansatte i institusjonene.

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

7. Etablere Narkotikaprogram med domstolkontroll.

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

8. Kvinner i LAR<sup>7</sup> 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  
*Ikke aktuelt*

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  
*Ikke aktuelt*

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*

---

<sup>7</sup> Legemiddelassistert rehabilitering



Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

**Foretaksspesifikke krav:**

**Finnmarkssykehuset 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:**

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"<sup>8</sup> 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  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst 2. tertial  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

<sup>8</sup> 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.

**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
<i>Ikke aktuelt</i>
Rapporteringstekst Årlig melding
<i>Ikke aktuelt</i>

### 3.4 Samhandling med kommuner og private avtaleparter

1. Delta i læringsnettverket *Gode pasientforløp*<sup>9</sup>.

Rapporteringstekst 1. tertial <i>Ikke aktuelt</i>
Rapporteringstekst 2. tertial <i>Ikke aktuelt</i>
Rapporteringstekst Årlig melding <i>Ikke aktuelt</i>

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

Rapporteringstekst Årlig melding <i>Ikke aktuelt</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>Ikke aktuelt</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>Ikke aktuelt</i>

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

---

<sup>9</sup> Læringsnettverk for å utvikle gode pasientforløp for eldre og kronisk syke.

## Rapportering på OD 2017

Rapporteringstekst Årlig melding

*Sykehusapotek Nord er ikke involvert i dette arbeidet, og har heller ikke blitt informert om arbeidet. Dette er noe Sykehusapotek Nord bør delta i.*

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

Rapporteringstekst 1. tertial

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

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

*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

*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.

Sykehusapotek Nord deltar i regionalt prosjekt for utarbeidelse av oppdaterte prosedyrer innenfor samstemming som skal sikre implementering av bruk av tilgjengelige elektroniske verktøy i prosessen «samstemming av legemiddellister». Prosjektet inngår i å sikre kontinuerlig og oppdatert legemiddelliste hos pasientene ved bytte av omsorgsnivå

**7. Delta aktivt i arbeidet til nasjonal standardisering innen IKT-området jf. Stortingsmelding nr. 9<sup>10</sup> 2012-2013, samt strategi for Nasjonal IKT HF. Egne bestillinger vil komme fra Helse Nord RHF.**

Rapporteringstekst Årlig melding

Sykehusapotek Nord har ikke mottatt bestillinger fra Helse Nord RHF.

Sykehusapotek Nord arbeider med å ta i bruk Clockwork for innkjøp, ordre og lager, noe som vil føre til økt standardisering innen Helse Nord.

Sykehusapotek Nord samarbeider med alle apotek i Norge om utvikling og implementering av system EIK for ekspedering og oppgjør av resepter. I tillegg samarbeider Sykehusapotek Nord med de øvrige sykehusapotekforetakene om å anskaffe og implementere felles nasjonalt Reseptur- og ButikkdataSystem (RBD).

### **Foretaksspesifikke krav:**

#### **Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset:**

1. Ta i bruk Samhandlingsbarometeret<sup>11</sup> i samarbeid med overordnet samarbeidsorgan (OSO).

Rapporteringstekst Årlig melding

<sup>10</sup> Én innbygger – Én journal

<sup>11</sup> Kunnskapsbank for samhandling: [www.samhandlingsbarometeret.no](http://www.samhandlingsbarometeret.no)

*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?*

2. Etablere et testsenter som benyttes aktivt for testing av eksisterende og ny funksjonalitet og driftsendringer. QA<sup>12</sup>-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

<sup>12</sup> Quality Assurance – betyr kvalitetssikring.

*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)<sup>13</sup> i tråd med anbefalingene knyttet til tjenesteorientert arkitektur og med de standarder som defineres av Direktoratet 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?*

---

<sup>13</sup> ESB – Enterprise Service Bus – Et informasjonssystem mellom programvare som deler informasjon.



## 3.5 Kvalitet

### 1. Ingen korridorpasienter.

Rapporteringstekst 1. tertial <i>Ikke aktuelt</i>
Rapporteringstekst 2. tertial <i>Ikke aktuelt</i>
Rapporteringstekst Årlig melding <i>Ikke aktuelt</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>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, der det er aktuelt.</i>

Sykehusapotek Nord har startet med systematisk deling og erfaringsutveksling i forbindelse med meldte avvik. Dette gjøres i foretakets ledergruppe og oppsummeringen fra diskusjonen nedfelles i et læringsnotat og tas så med til apotekenes ledergrupper. Tilsvarende gjennomganger gjøres også i apotekenes ledergrupper.

3. Tiltak i vedtatt kvalitetsstrategi for Helse Nord skal iverksettes:
- Ta i bruk ny elektronisk løsning for GTT<sup>14</sup>-granskning og bruke statistikken aktivt i forbedringsarbeid.

Rapporteringstekst 1. tertial  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst 2. tertial  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

- Delta i arbeidet med å definere behov for pasientrapporterte erfaringer (PROMS<sup>15</sup> og PREMS<sup>16</sup>), 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  
*Ikke aktuelt*

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

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

Rapporteringstekst 2. tertial  
*Det er ikke gjennomført fagrevisjoner hvor personer fra Sykehusapotek Nord har deltatt.*

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Det er ikke gjennomført fagrevisjoner innfor områder som har vært aktuelle for Sykehusapotek Nord. Dette gjelder både Sykehusapotek Nord som revisjonsobjekt og / eller at ansatte fra foretaket har vært brukt som fagrevisorer.*

- Delta i utvikling av modulbasert opplæringsprogram i forbedringsarbeid.

Rapporteringstekst 1. tertial

<sup>14</sup> Global Trigger tool

<sup>15</sup> Pasientrapporterte resultater av behandling

<sup>16</sup> Pasientrapporterte erfaringer

## Rapportering på OD 2017

<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>Sykehusapotek Nord har en representant i arbeidsgruppen.</i>

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

Rapporteringstekst Årlig melding <i>Kliniske farmasøyter har tilgang til sykehusenes pasientadministrative systemer. Nødvendig opplæring gis av sykehusene.</i>
--

### 5. 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>Det er ikke blitt gjennomført hendelsesanalyser i Sykehusapotek Nord, men farmasøyter fra foretaket har bidratt i en hendelsesanalyse gjennomført ved Nordlandssykehuset. I tillegg er det gjennomført en hendelsesanalyse internt i Sykehusapotek Nord.</i>

### Foretaksspesifikke krav:

#### Universitetssykehuset Nord-Norge:

1. 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  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

- 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2016.

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

- 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2016.

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

- 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2016.

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding

*Tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er ikke tilpasset implementering i sykehusapotekforetakene, men Sykehusapotek Nord sine farmasøyter har deltatt i sykehusenes implementering av tiltakspakken «Samstemming av legemiddellister».*

### 3.6 Pasientsikkerhet

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

Rapporteringstekst 1. tertial

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

Rapporteringstekst 2. tertial

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

Rapporteringstekst Årlig melding

*Sykehusapotek Nord bidrar i sykehusenes implementering og oppfølging av Pasientsikkerhetsprogrammets tiltak Samstemming av legemiddellister. Sykehusapotek Nord har innenfor dette området bidratt med opplæring av sykepleiere og leger, bidratt i utarbeidelsen av oppdaterte regionale prosedyrer for samstemming og bidrar, på de sykehusavdelingene hvor Sykehusapotek Nord har kliniske farmasøyter, med å gjennomføre og følge opp samstemming av legemiddellister hos inneliggende pasienter.*

### 3.7 Smittevern

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst 1. tertial  
*Farmasøyter fra Sykehusapotek Nord deltar i sykehusenes antibiotikateam.*

Rapporteringstekst 2. tertial  
*Farmasøyter fra Sykehusapotek Nord deltar i sykehusenes antibiotikateam.*

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Farmasøyter fra Sykehusapotek Nord deltar i sykehusenes antibiotikateam.*

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

Rapporteringstekst 1. tertial  
*Sykehusapotek Nord bistår sykehusforetakene med å fremskaffe og bearbeide statistikk over forbruk av antibiotika.*

Rapporteringstekst 2. tertial  
*Sykehusapotek Nord bistår sykehusforetakene med å fremskaffe og bearbeide statistikk over forbruk av antibiotika.*

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Sykehusapotek Nord bistår sykehusforetakene med å fremskaffe og bearbeide statistikk over forbruk av antibiotika. Det er etablert et samarbeid mellom Sykehusapotek Nord og Helse Nord om å gjøre antibiotikastatistikk tilgjengelig i Helse Nord's ledelsesinformasjonssystem (SAS-LIS). I samarbeid med de øvrige sykehusapotekforetakene er det etablert en egen nettside med antibiotikastatistikk. Nettsiden er tilgjengelig for ansatte i helseforetakene.*

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>Farmasøyter fra Sykehusapotek Nord bidrar i innsamling av data til prevalensundersøkelsene både ved Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge.</i>

5. NOIS<sup>17</sup>-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>Ikke aktuelt</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>Ikke aktuelt</i>

**Foretaksspesifikke krav:**

**Helgelandssykehuset:**

1. Opprette stilling for hygienesykepleier med ansvar mot kommunehelsetjenesten.

---

<sup>17</sup> Overvåkningssystemet for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner

## Rapportering på OD 2017

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:**

- Andel sykehusinfeksjoner er redusert sammenlignet med 2016.

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

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

Rapporteringstekst Årlig melding <i>Ikke aktuelt</i>
---

- Bredspekteret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenlignet med 2012<sup>18</sup>.

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

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

Rapporteringstekst Årlig melding <i>Ikke aktuelt</i>
---

---

<sup>18</sup> 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

*Resertifisering av miljøstyringssystemet etter ISO-14001:2015 er gjennomført med godt resultat. Alle avvik er lukket, og Sykehusapotek Nord har mottatt bekreftelse på at foretakene tilfredsstillt kravene.*

#### 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

*For energiforbruk, avfall og vann inngår Sykehusapotek Nord i sykehusenes tall. Det er foreløpig ikke utarbeidet mål for innkjøp, men dette kan vurderes i forbindelse med revisjon av miljøstyringssystemet. Dette er ikke gjort da det vesentligste av Sykehusapotek Nord innkjøp er varer for videresalg til sykehus og pasienter. Det er egen avtale med grossisten som leverer varer for videresalg. Avtalen inneholder også miljøkrav.*

### 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.**

Rapporteringstekst 1. tertial

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

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

Rapporteringstekst Årlig melding

*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. Det er iverksatt kortsiktige tiltak for å redusere avdekte risikoer, samt at anskaffelse av produksjonsstøttesystem er startet*

*Informasjonssikkerhet vektlegges særskilt i forbindelse med anskaffelse av nye forretningssystemer.*

**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

*Personvernombud er utpekt, og arbeidet med å tilfredsstille kravene i EUs personvernforordning er startet.*

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

Rapporteringstekst Årlig melding

*Maskiner på sykehusnettet kontrolleres og oppdateres av HN-IKT.*

*For maskiner på apoteknettet gjennomføres det jevnlig oppdateringer med Windows update og antivirus. Det jobbes også kontinuerlig med identifisering og kartlegging av sårbarheter og trusler, samt at det gjennomføres holdningskampanjer for de ansatte; stopp, tenk, klikk.*

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

Rapporteringstekst Årlig melding

*Anskaffelser og innføring av IKT-systemer gjøres i henhold til gjeldende krav fra HN-IKT og Helse Nord, og det etableres databehandleravtaler med alle Sykehusapotek Nord's samarbeidspartnere som har tilgang til IKT-systemer. Sykehusapotek Nord deltar i FRIS (fagforum for informasjonssikkerhet).*

### 3.8.3 Beredskap

1. Implementere Helsedirektoratets Veileder for helsetjenestens organisering på skadested.

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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  
*Regional legemiddelkomite ble ikke etablert i 2017, men Sykehusapotek Nord har sammen med de øvrige sykehusapotekforetakene startet et arbeid med å se på den nasjonale legemiddelberedskapen.*

Sykehusapotek Nord samarbeider med helseforetakene, øvrige sykehusapotekforetak og Mangelsenteret ved OUS for å sikre legemiddelberedskap. Dette arbeidet har betydning for legemiddelberedskapen, men det er ikke tilstrekkelig for å sikre den regionale beredskapen. Det er derfor viktig av regional legemiddelkomite etableres så snart som mulig.

### 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.

Rapporteringstekst Årlig melding  
Sykehusapotek Nord er ikke involvert i dette arbeidet.

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

**Kunnskap og kompetanse/Formidling og bruk av forskningsresultater**

SANOs forskningsprosjekter er innenfor de prioriterte områdene, blant annet helsetjenesteforskning, forskning på pasientsikkerhet og farmasøytisk forskning, og er en videreutvikling av våre tjenester. I prosjektplanlegging legges det opp til aktiv brukermedvirkning. Forskningskultur og formidling er fokusområder i SANO, og det har i løpet av det siste året blitt opprettet nettverk for ansatte med forskningskompetanse, vært fokus på formidling av forskning internt i eget foretak, nasjonalt og internasjonalt. Vi ser en klar sammenheng mellom forskningskultur og formidling, og løpet av våren 2018 arrangeres det forskningsseminar i SANO som vil styrke begge områder. I tillegg er det planlagt å opprette en forskningsside på våre nettsider. Etableringen av forskningslederstillingen legger til rette for oppbygging av et stabilt forskningsmiljø og utvikling av nye forskerstillinger.

**Topp- og breddeforskning/Infrastruktur, forskningsstøtte og nettverk**

Det er flere faktorer som legger til rette for god forskning i SANO, blant annet et etablert samarbeid med større miljøer regionalt og finansiering av 80 % forskerstilling fra RHF.

**Etikk, habilitet og forsvarlighet**

Alle prosjekter i SANO innhenter nødvendige tillatelser (REK, PVO, Datatilsynet) og forskere bevisstgjøres på helseforskningsloven og forskningsetikkloven. Rutiner for forskningsetikk er under utarbeidelse i samarbeid med de øvrige sykehusapotekforetakene i landet.

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
Ikke aktuelt

### 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 brukermedvirkning

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  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Sykehusapotek Nord har eget brukerutvalg, og brukerutvalgets leder er observatør med talerett i Sykehusapotek Nord's styre. Brukerne medvirker også i forskningsprosjektene.*

3. Følge opp resultatene fra PasOpp<sup>19</sup>-undersøkelsen. Iverksette tiltak for å forbedre utskrivningsamtalen og sikre at pasient/pårørende får nødvendig informasjon:
  - o om sin sykdom
  - o om medikamentene
  - o får med seg oppdatert medikamentliste

Rapporteringstekst 1. tertial  
*Sykehusapotek Nord har ikke gjennomført noen særskilte tiltak, men arbeider som del av implementering av klinisk farmasi med å kvalitetssikre legemiddelinformasjon ved utskrivning.*  
*Sykehusapotekenes publikumsavdelinger tilbyr inhalasjonsveiledning og gir annen relevant informasjon om medikamentene som utleveres.*

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  
*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 medikamentgrupper som leveres ut. Ved ombygging av publikumsavdelingene er det lagt vekt på å sikre skjerming slik at informasjon i større grad kan gis uten at det ikke går ut over pasientens behov for anonymitet. Publikumsavdelingene har i 2017 hatt fokus på å enklere gjøre tilgjengelig standardisert informasjon.*

<sup>19</sup> Nasjonale brukererfaringsundersøkelser

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

Rapporteringstekst Årlig melding

*Sykehusapotek Nord startet i 2016 startet et prosjekt med å utvikle egne lokale mål for pasientopplevd kvalitet og bruke resultatene i forbedringsarbeidet. Etter å ha gjennomført en brukerundersøkelse (hemmelig kunde) er det i 2017 i gang satt et arbeid for å utvikle brukerundersøkelser og mål for pasientopplevd kvalitet. Arbeidsgruppen består av ansatte og brukerrepresentanter og arbeidet skal slutføres i 2018.*

## 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

*Sykehusapotek Nord utlyser bare hele stillinger. Enkelte ansatte velger i perioder å jobbe i redusert stilling, men Sykehusapotek Nord legger til rette for at de kan tilbake til hel stilling når de ønsker dette.*

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

Rapporteringstekst Årlig melding

*Sykehusapotek Nord tilbyr bare hele stillinger. På grunn av en del prosjektarbeid og oppdrag av begrenset varighet er det i enkelte tilfeller nødvendig å tilby midlertidige stillinger.*

3. Implementere del 1 i ny spesialistutdanning for leger med ansettelse i LIS<sup>20</sup>-stillinger fra og med høsten 2017.

Rapporteringstekst Årlig melding

*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding

*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding

*Sykehusapotek Nord tilbyr praksisplasser for elever på apotekteknikerlinje og til farmasistudenter.*

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.

---

<sup>20</sup> Lege i spesialisering



Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Sykehusapotek Nord har ikke deltatt i prosjekt «Ledermobilisering».*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Sykehusapotek Nord har ikke deltatt i utviklingen av felles tiltak i strategi for leder- og ledelsesutvikling.*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Det er i 2017 blitt utarbeidet flere foretaksspesifikke kompetanseplaner i Kompetansemodulen, og disse vil i løpet av 2018 bli satt i produksjon. Aktuelle regionale kompetanseplaner har blitt tatt i bruk i 2017.*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Sykehusapotek Nord har ikke deltatt i dette arbeidet da den regionale bemanningsmodellen ikke omfatter apotekpersonell.*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

**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

## Rapportering på OD 2017

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

*Det har vært et trusseltilfelle mot Sykehusapotek Nords personell, men ingen tilfeller av vold. Sykehusapotek Nord har etablert rutiner for håndtering av uønskede hendelser.*

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

*Sykehusapotek Nord har hatt systematisk oppfølging av medarbeiderundersøkelsen der problemstillingen er kartlagt, det har ellers ikke vært gjennomført et konkret samarbeid om tiltak, siden dette ikke er et omfattende problem i SANO.*

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

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

4. Definere konkrete forbedringstiltak ut fra medarbeiderundersøkelsen 2016.

Rapporteringstekst Årlig melding

*Alle apotekene i Sykehusapotek Nord har definert konkrete forbedringstiltak ut fra medarbeiderundersøkelsen 2016. Tiltakene er i løpet av året fulgt opp i ledermøter og i møter i de enkelte avdelingene.*

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

## Rapportering på OD 2017

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.

### Rapporteringstekst 2. tertial

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.

### Rapporteringstekst Årlig melding

Sykehusapotek Nord har et sykefravær på 5,8 % for 2017. Dette er en nedgang på 1,1 prosentpoeng i forhold til 2016. Sykehusapotek Nord har tiltak som forebygger sykefravær, for eksempel arbeidsmiljøutvalg og samarbeidsutvalg (AMU og SU), stressmestringskurs, IA-avtale og bedriftshelsetjeneste.

## **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

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?

### **Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset:**

1. Evaluere eksisterende nærværprosjekt og rapporter i tertialrapport 2.

### Rapporteringstekst 2. tertial

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

### Rapporteringstekst Årlig melding

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

## 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  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Sykehusapotek Nord leier lokaler av sykehusene. Når det er behov for dette gjennomføres det nødvendig vedlikehold.*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

#### **Foretaksspesifikke krav:**

##### **Helgelandssykehuset:**

1. Etablere husleiemodell, og rapportere erfaringer innen 1. 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?*

**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

Bestillerkompetansen er tillagt økonomisjefstillingen. For legemiddelinnkjøp i regi av Sykehusinnkjøp HF er dette 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.

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

Rapporteringstekst Årlig melding

Ikke aktuelt

### 3. Implementere nasjonal kategoristruktur i innkjøpsvirksomheten.

Rapporteringstekst Årlig melding

Ikke aktuelt

### 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

## Rapportering på OD 2017

*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.*

### 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 Nords innkjøpsvirksomhet.*

### Rapporteringstekst Årlig melding

*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 startet 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 Nords innkjøpsvirksomhet.*

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

### Rapporteringstekst Årlig melding

*Ikke aktuelt*



## 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)<sup>21</sup>.
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 risikovurderinger<sup>22</sup>, 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.*

<sup>21</sup> 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).

<sup>22</sup> 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

*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 ble gjennomført 21. september. Oppfølgingen viste at de utførte tiltakene har hatt risikoreducerende effekt.*

*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.*

*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.*

### **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's styresak 17-2017.*

### Rapporteringstekst 2. tertial

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

### Rapporteringstekst Årlig melding

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

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

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

Rapporteringstekst 1. tertial

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

Rapporteringstekst 2. tertial

*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.*

Rapporteringstekst Årlig melding

*Ledelsens gjennomgang ble gjennomført 4. april. Resultatene fra gjennomgangen ble behandlet i styremøte 1. juni. Oppfølging av ledelsens gjennomgang som var planlagt behandlet i styret 25. oktober gjøres som en del av behandlingen av ledelsens gjennomgang for 2018.*

<b>Oppdragsdokumentet 2018</b>	
Styresak nr.:	6 - 2018
Møtedato:	8. februar 2018
Saksbehandler:	Direktør Espen Mælen Hauge
Vedlegg:	1) RHF-styresak 4 -2018 Oppdragsdokument til helseforetakene 2) Foretaksmøtesak 4 -2018 (saksfremlegg inkl. oppdragsdokumentet utkast (med fargelegging))

### **Kort saksresyme**

Med forbehold om godkjenning i Helse Nord RHF-styrets saksbehandling i styremøtet 7.2. 2018 og i foretaksmøtet samme dato, legges her *Oppdragsdokumentet 2018* frem for styret i Sykehusapotek Nord HF til orientering.

Det vises til vedlegg 1 og 2, hhv saksfremleggene til RHF-styret og foretaksmøtet for nærmere beskrivelse av oppdragsdokumentets formål og innhold. I foretaksmøtesaken under vedlegg 2 er utkastet til oppdragsdokument markert med gul tekstmarker på vilkår som er særlig relevant for og må vektlegges av Sykehusapotek Nord HF i sitt arbeid i 2018.

### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

- 1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tar Oppdragsdokument 2018 til etterretning.*
- 2. På vegne av styret i Sykehusapotek Nord HF har direktøren ansvar for gjennomføring av kravene som er stilt i oppdragsdokumentet.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

## *Saksfremlegg*

Oppdragsdokument for 2018 konkretiserer bestillingen fra Helse Nord RHF til Sykehusapotek Nord HF (SANO). Dokumentet inneholder Helse Nord RHF's eierkrav overfor helseforetakene.

Oppdragsdokumentet uttrykker Helse Nord RHF's prioriteringer innen rammen av nasjonal politikk og de ressurser som er stilt til disposisjon for foretaksgruppen. Oppdragsdokumentet til helseforetakene behandles først i RHF-styret og overleveres deretter til Sykehusapotek Nord HF i foretaksmøtet 7. februar 2018.

I vedlegg 2 er utkastet til oppdragsdokument markert med gul tekstmarker på vilkår som er særlig relevant og må vektlegges for SANO i 2018. Det vil også være andre oppfølgingspunkt i oppdraget som kun er markert med gul på overskriftene, som også har relevant betydning for SANO, for eksempel kravene for 2018 på klima og miljøtiltak (punkt 4.1), informasjonssikkerhet (4.2) herunder styrebehandling av ROS-analyse innen 1. juni 2018, beredskap (4.4), god pasient- og brukermedvirkning (kap. 5), samt sikre gode arbeidsforhold (kap. 6) blant annet ved å delta i arbeidsmiljø- og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen ForBedring.

For så vidt må de gule tekstmarkeringene i denne sammenheng forstås som en veiledende tilnærming til oppdragsdokumentet som for øvrig må leses i detalj for å hente ut de vilkår som passer for SANOs virksomhet og skille ut det som åpenbart er de andre helseforetakenes oppdrag og ikke passer.

En viktig presisering av Sykehusapotek Nord HF's oppdrag fremgår av kapittel 2 Mål og føringer, hvor det står:

«Foretaksspesifikke og generelle mål innenfor sykehusfarmasi/legemidler gis til de fire sykehusapotekforetakene, som aktivt skal samhandle med SANO. SANO sitt oppdrag er å bistå de andre helseforetakene til å nå disse målene.»

Det vises for øvrig til vedleggene, henholdsvis saksfremleggene til RHF-styret og Foretaksmøtet for nærmere beskrivelse av oppdragsdokumentets formål og innhold. Direktøren anbefaler at styret leser disse.

Møtedato: 7. februar 2018  
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:  
Ingvild Marie J. Dokmo m. fl.

Sted/Dato:  
Bodø, 30.1.2018

## Styresak 4-2018

## Oppdragsdokument 2018 til helseforetakene

### Formål

Oppdragsdokumentet (OD) for 2018 er Helse Nord RHF's prioriteringer av nasjonale krav fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og fra Helse Nord RHF's styre.

### Beslutningsgrunnlag

Oppdragsdokument 2018 fra HOD ble overlevert Helse Nord RHF formelt i foretaksmøte 16. januar 2018. I tillegg ble det gitt andre føringer og krav i samme foretaksmøtet som ble overlevert gjennom protokollen fra dette møtet.

*Styresak 54-2017 Plan 2018-2021 - inkl. rullering av investeringsplanen 2018-2025* (styremøte 23. mai 2017) redegjør for Helse Nord's strategi og tiltak for å nå Helse Nord's overordnede mål i perioden.

### Fokusområder fra Helse- og omsorgsdepartementet

HOD ber Helse Nord RHF om å innrette sin virksomhet i tråd med følgende overordnede styringsmål i 2018:

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 respekt og åpenhet, og delta i beslutninger om egen behandling og hvordan den skal gjennomføres. Tjenestene skal være helhetlige og sammenhengende på alle nivå. Det må etableres gode arenaer og systemer for informasjonsutveksling, veiledning og kompetanseoverføring mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, herunder fastlegene.

Det skal legges til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, som også innebærer bruk av tolketjenester, når det er behov for det. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas.

Under presenteres de viktigste føringene for styringsmål 2018.

### **1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen**

Unødvendig variasjon skal reduseres, og pasientforløpene skal være gode og effektive.

Oppgavene skal løses ved de offentlige sykehusene. Bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og private skal sørge for bedre utnyttelse av ledig kapasitet, økt valgfrihet, reduserte ventetider og nye arbeids- og samarbeidsformer.

Det vil bli innført pakkeforløp for hjerneslag, psykisk helse og rus. Målingen av pakkeforløpene vil starte samtidig med implementeringen.

### **2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

Den nye strategien for psykisk helse *Mestre hele livet* skal ligge til grunn for innretning av behandlingstilbudet til barn, unge, voksne og eldre. Det skal legges til rette for tverrfaglig og pasienttilpasset organisering av tilbudene, basert på hva brukerne etterspør hjelp til og oppdatert fagkunnskap.

Pakkeforløpene for psykisk helse og rus skal være et redskap for mer målrettet ledelse og styring av virksomheten.

Det må arbeides videre med systematisk endring og styrking av kompetanse og organisering for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern, og for å videreutvikle og spre gode metoder for frivillig behandling. Når pasienter har både psykiske lidelser og rusavhengighet, må tjenestene behandle begge tilstander samtidig og i samarbeid med kommunene.

### **3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet**

Helsetjenesten skal videreutvikles slik at pasienter og brukere i enda større grad opplever å få trygg og god helsehjelp.

Kvalitetsmålinger, pasientsikkerhetsmålinger, forskningsbasert kunnskap og pasienterfaringer må brukes aktivt som viktige redskap for utforming av god praksis og i systematisk forbedringsarbeid. Helse, miljø og sikkerhetsarbeid (HMS) skal være en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

Bemanning, utdanning, kompetanseutvikling, forskning og innovasjon, samt opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling.

Helseforetakene har et ansvar for å følge med på Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer og ved behov sette i gang tiltak for å bedre måloppnåelsen på kvalitetsindikatorer.

Gode pasientforløp skal utvikles i samarbeid med kommuner, med spesiell oppmerksomhet på pasienter med KOLS<sup>1</sup>, og pasienter som trenger rehabilitering og habilitering.

---

<sup>1</sup> KOLS: Kronisk obstruktiv lungesykdom. Samlebetegnelse på sykdommer i lunger og bronkier som medfører en vedvarende forsnævring av bronkiene, og som dermed begrenser luftstrømmens hastighet når man puster, særlig når man puster luften ut av lungene (ekspirasjon).

En egen undersøkelseskommissjon for alvorlige hendelser i helsetjenesten vil bli etablert i 2018.

Omstilling av spesialisthelsetjenester som berører kommunene, skal synkroniseres slik at de ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Omstillingene skal gi brukerne et kontinuerlig og like godt tilbud som tidligere.

### **Oppfylle styringsmålene**

For å innfri styringsmålene fra HOD innrettes oppdragsdokumentet i samsvar med de fire viktigste målene for Helse Nord, som egne hoved- overskrifter for kapittel 3-9 i dokumentet:

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.

Disse er beskrevet i dokumentet med krav som helseforetakene skal utføre i 2018.

### **Andre opplysninger**

Tilleggslisten (vedlegg 2) til oppdragsdokument er en oversikt over krav fra tidligere år som fortsatt er aktuelle.

Et utvalg av de nasjonale kvalitetsindikatorerne er valgt som styringsparametere for HODs oppfølging av de regionale helseforetakene. Styringsparametere skal gi et best mulig bilde av kvalitet, pasientsikkerhet og brukerorientering i tjenesten.

Vedlagte forslag til oppdragsdokument 2018 til helseforetakene inneholder premissene fra HODs oppdragsdokument, *styresak 54-2017 Plan 2018-2021 - inkl. rullering av investeringsplanen 2018-2025* (styremøte 23. mai 2017) og andre aktuelle styresaker. Det er også lagt vekt på innspill framkommet gjennom den løpende kontakten med helseforetakene høsten 2017.

Oppdragsdokument 2018 har, i tillegg til dialog- og drøftingsmøte med konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, blitt behandlet i Helse Nord RHF's ledermøter, i direktørmøte, fagsjefmøte og i Regionalt brukerutvalg. Det har også vært gjennomført dialogmøter med Sametinget og HOD for å ivareta tilbud til samiske pasienter.

### **Medbestemmelse**

Konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF (KTV/KVO) ble orientert om arbeidet med oppdragsdokument 2018 i samarbeidsmøtet 12. desember 2017 (jf. sak 128-2017), og det ble avholdt dialogmøte med KTV/KVO 4. og 26. januar 2018 for en gjennomgang av utkast til OD 2018, mulighet for innspill m. m.

*Oppdragsdokument 2018 til helseforetakene* vil bli drøftet med KTV/KVO, den 6. februar 2018. Protokoll fra drøftingsmøtet legges frem ved møtestart.



### **Brukermedvirkning**

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF (RBU) har behandlet følgende RBU-saker i tilknytning til Oppdragsdokument 2017:

- *RBU-sak 30-2017 Plan 2018-2021 – inkl. planpremisser, rullering av investeringsplanen og midlertidig oppdragsdokument 2018* (RBU-møte 11. mai 2017)
- *RBU-sak 47-2017 Oppdragsdokument 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet - innspill fra Regionalt brukerutvalg* (RBU-møte 20. september 2017)
- *RBU-sak 61-2017 Oppdragsdokument 2018 til helseforetakene – involvering av Regionalt brukerutvalg* (RBU-møte 12. oktober 2017)

Videre er det avholdt dialogmøter med RBU 5. og 19. januar 2018 for en gjennomgang av utkast til OD 2018, mulighet for innspill m. m.

*Oppdragsdokument 2018 til helseforetakene* vil bli behandlet av RBU, den 31. januar 2018, jf. RBU-sak 3-2018. Protokoll fra RBU-møtet legges frem ved møtestart.

### **Administrerende direktørs vurdering**

Adm. direktør vurderer oppdragsdokument 2018 til helseforetakene til å ivareta Helse Nord RHF's viktigste prioriteringer og krav til aktivitet overfor helseforetakene. Helse Nord RHF's strategiske planer og styrets vedtak er innarbeidet i dokumentet.

Helseforetakene, Regionalt brukerutvalg og konserntillitsvalgte/ konsernverneombud i Helse Nord RHF har bidratt til at dokumentet har fått en form og innhold som utgjør et godt styringsgrunnlag for 2018.

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

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar oppdragsdokument 2018 til helseforetakene (ev. med de endringer som kommer frem under behandling av saken).
2. Oppdragsdokument 2018 fremmes for behandling i foretaksmøte med det enkelte helseforetak.
3. På vegne av styret i Helse Nord RHF gis adm. direktør ansvar for å følge opp helseforetakenes gjennomføring av kravene i oppdragsdokument 2018.

Bodø, den 30. januar 2018

Lars Vorland  
Adm. direktør

Vedlegg: Oppdragsdokument 2018 til helseforetakene, utkast pr. 30. januar 2018

Styret i Sykehusapotek Nord HF  
Adm. direktør i Sykehusapotek Nord HF  
Revisor i Sykehusapotek Nord HF

Deres ref.:

Vår ref.:  
2018/17-1/012

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

Sted/Dato:  
Bodø, 30.1.2018

## Foretaksmøte, den 7. februar 2018 - innkalling, Sykehusapotek Nord HF

Under henvisning til bestemmelsene i Lov om helseforetak m. m. (helseforetaksloven) kapittel 5 *Foretaksmøtet* §§ 16, 17, 18 og 19, samt stiftelsesprotokoll for Sykehusapotek Nord HF § 10, innkalles til foretaksmøte i Sykehusapotek Nord HF på **onsdag, den 7. februar 2018 - kl. 13.00.**

Møtet avvikles som et felles foretaksmøte for helseforetakene i Helse Nord. Møtet avholdes i **Bodø på Centrum Atrium, Dronningens gate 18.**

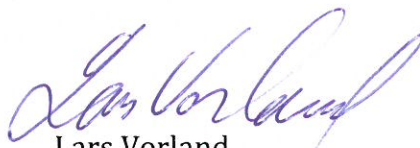
Til behandling foreligger følgende saker:

- Sak 1-2018 Godkjenning av innkalling
- Sak 2-2018 Godkjenning av sakliste
- Sak 3-2018 Valg av representant til å underskrive protokollen sammen med møteleder
- Sak 4-2018 Oppdragsdokument 2018 Sykehusapotek Nord HF

Med henvisning til helseforetakslovens § 17 gjøres spesielt oppmerksom på at styreleder og daglig leder skal være til stede i foretaksmøtet. Ved forfall skal det utpekes stedfortreder. Fullmakt legges frem ved møtestart.

Vennlig hilsen

Marianne Telle /s/  
Styreleder

  
Lars Vorland  
Adm. direktør

Vedlegg: Sak 4-2018 Oppdragsdokument 2018 Sykehusapotek Nord HF

Kopi: Riksrevisjonen, Postboks 8130 Dep, 0032 Oslo

Møtedato: 7. februar 2018  
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:  
Ingvild Marie J Dokmo, m. fl.

Sted/Dato:  
Bodø, 30.1.2018

## **Foretaksmøtesak 4-2018    Oppdragsdokument 2018 Sykehusapotek Nord HF**

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) stiller gjennom oppdragsdokumentet til Helse Nord RHF midlene som Stortinget har bevilget for 2018 til disposisjon.

Sykehusapotek Nord HF støtter opp under Helse Nords kvalitetsstrategi og skal sikre sykehusene i Nord-Norge legemiddelforsyning av høy kvalitet og til lavest mulig pris.

Sykehusapotek Nord HF skal kvalitetssikre legemiddelbruken gjennom farmasøytisk kompetanse, produksjons- og forsyningsberedskap, samt bidra til at pasientens legemiddelterapi ved utskriving opprettholdes uten avbrudd, uansett behandlingsnivå.

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

Sykehusapotek Nord HF skal sikre tilstrekkelig kompetanse i alle deler av sin virksomhet. Bemanning, utdanning, kompetanseutvikling, forskning, innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende inngår i dette ansvaret.

Det skal legges til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. Dette innebærer bruk av tolketjenester, når det er behov for det. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen og når beslutninger tas.

Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt.

Styring og kontroll med kvalitet og pasientsikkerhet er sentralt og skal prege all virksomhet i foretaksgruppen. Helse, miljø og sikkerhet (HMS) skal være en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker, inkludert kartlegging av pasientskader og pasientsikkerhetskultur skal videreføres også etter 2018.

Sykehusapotek Nord HF skal aktivt bidra med erfaring og kompetanse til de andre helseforetak i regionen gjennom blant annet oppfølging av *prosjektet Samstemming av legemiddellister* for å sikre innføring av legemiddelsamstemming i alle helseforetak.

Sykehusapotek Nord HF skal foreslå og tilrettelegge løsninger som bidrar til effektiv og sikker legemiddelforsyning og legemiddelbruk i alle regionens helseforetak.

Sykehusapotek Nord HF skal sikre at legemiddelhåndtering med god kvalitet inngår i hele behandlingsskjeden og bidra til kontinuerlig legemiddelbehandling med god kvalitet ved skifte av omsorgsnivå. Dette skal gjøres i samarbeid med de øvrige helseforetakene.

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å sikre riktige faglige prioriteringer. Aktivitetsnivået må tilpasses de økonomiske rammebetingelser for budsjettåret. Sykehusapotek Nord HF sine publikumsavdelinger skal samlet gå med overskudd i 2018.

*Sykehusapotek Nord HF har en viktig rolle i samhandlingen mellom helseforetakene og kommunene, og det forutsettes at Sykehusapoteket Nord HF skal være aktiv i samhandlingen på legemiddelområdet for å forebygge pasientskader og øke kompetansen. Sykehusapotek Nord HF skal drive farmasøytifaglig forskning, tjenesteutvikling, pasientveiledning og kompetanseheving i hele helseregionen. Det forutsettes at Sykehusapotekets rolle som rådgiver overfor helseforetakene innen klinisk farmasi styrkes.*

Foretaksspesifikke og generelle mål på områdene sykehusfarmasi eller legemidler adresseres til alle helseforetakene, men de skal på disse områdene aktivt samhandle med sykehusapotek Nord HF. Sykehusapotek Nord HF sitt oppdrag er å bistå de andre helseforetakene å nå disse målene.

### **Foretaksspesifikke oppgaver 2018 for Sykehusapotek Nord HF**

1. Mål ved utgangen av 2018 for implementering av Clockwork, andel kjøp av varer og tjenester av definert scope gjennom Clockwork: varekjøp 50 % av scope, tjenestekjøp 30 % av scope.

Med forbehold om vedtak i styresak 4-2018 Oppdragsdokument 2018 til helseforetakene, som behandles i styremøte i Helse Nord RHF, den 7. februar 2018, inviteres foretaksmøtet i Sykehusapotek Nord HF til å fatte følgende vedtak:

1. Foretaksmøtet vedtar vedlagte dokument som oppdragsdokument 2018 for Sykehusapotek Nord HF.
2. På vegne av styret i Helse Nord RHF har adm. direktør i Helse Nord RHF ansvar for å følge opp helseforetakets gjennomføring av kravene som er stilt i oppdragsdokumentet 2018.

Bodø, den 30. januar 2018

Lars Vorland  
Adm. direktør

Vedlegg: Oppdragsdokument 2018 til helseforetakene, utkast pr. 30. januar 2018

# Oppdragsdokument 2018

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene



Vedtatt i styret i Helse Nord RHF 7. februar 2018

## Innhold

Ordliste.....	4
1 Innledning.....	5
2 Mål og føringer.....	6
3 Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen 8	
<b>3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder .....</b>	<b>8</b>
<b>3.2 Somatikk.....</b>	<b>9</b>
<b>3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) .....</b>	<b>12</b>
<b>3.4 Samhandling med kommuner .....</b>	<b>13</b>
<b>3.5 Samhandling med leverandører av private helsetjenester .....</b>	<b>13</b>
<b>3.6 Kvalitetsutvikling .....</b>	<b>14</b>
<b>3.7 Pasientsikkerhet.....</b>	<b>15</b>
<b>3.8 Smittevern.....</b>	<b>15</b>
<b>3.9 Forskning og innovasjon.....</b>	<b>16</b>
4 Øvrige områder.....	17
<b>4.1 Klima- og miljøtiltak.....</b>	<b>17</b>
<b>4.2 Personvern og informasjonssikkerhet .....</b>	<b>17</b>
<b>4.3 Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet .....</b>	<b>19</b>
<b>4.4 Beredskap .....</b>	<b>19</b>
5 Sikre god pasient- og brukermedvirkning .....	19
6 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell .....	20
<b>6.1 Sikre gode arbeidsforhold.....</b>	<b>20</b>
<b>6.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell.....</b>	<b>20</b>
<b>6.3 Utdanning av legespesialister .....</b>	<b>21</b>
<b>6.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....</b>	<b>21</b>
7 Innfri økonomiske mål i perioden.....	22
<b>7.1 Tildeling av midler .....</b>	<b>22</b>
<b>7.2 Resultatkrav .....</b>	<b>23</b>
<b>7.3 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....</b>	<b>23</b>
<b>7.4 Anskaffelsesområdet.....</b>	<b>24</b>
8 Risikostyring og internkontroll .....	26
9 Særlige krav til regionale fellesfunksjoner .....	27
10 Styringsparametere 2018 .....	28
11 Oppfølging og rapportering.....	31
12 Vedlegg .....	32

<b>12.1 Vedlegg 1 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering.....</b>	<b>32</b>
<b>12.2 Vedlegg 2 Tilleggsliste til oppdragsdokument 2018 .....</b>	<b>34</b>

UTKAST

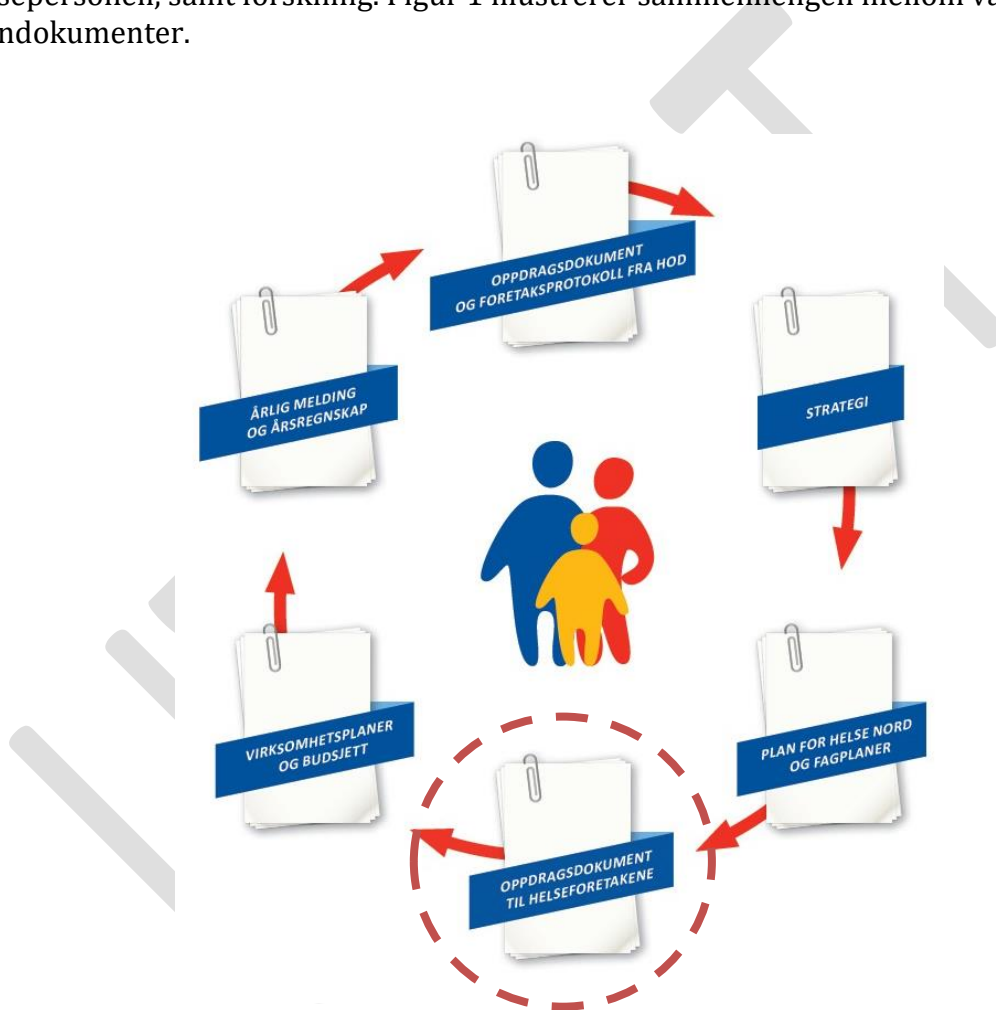


## Ordliste

AD	Administrerende direktør
ASJ	Automatisert strukturert journalundersøkelse
BHM	Behandlingshjelpemidler
BUFETAT	Barne-, ungdoms- og familieetaten
DIPS	Leverandør av elektronisk pasientjournal - EPJ.
EMT	Emergency Medical Team
FDV	Forvaltning, drift og vedlikehold
FIN	Finnmarkssykehuset
FRESK	FREmtidens Systemer i Klinikkene
GAT	Arbeidsplansystem i Helse Nord
GTT	Global trigger tool
HAI	Infeksjoner assosiert med opphold eller behandling i en helseinstitusjon
HN	Helse Nord
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
HF	Helseforetak
HMS	Helse, miljø og sikkerhet
HSYK	Helgelandssykehuset
IKP	Infeksjonskontrollprogram
IKT	Informasjons- og kommunikasjonsteknologi
KD	Kunnskapsdepartementet
KORSN	Kompetansesenter i smittevern i Helse Nord
KLINBEFORSK	De regionale helseforetakenes nasjonale program for klinisk behandlingforskning
KS	Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon
KPP	Kostnad per pasient
MTU	Medisinsk teknisk utstyr
NCAF	Elektronisk portal for gransking av pasientjournaler/pasientskader
NIFU	Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning
NLSH	Nordlandssykehuset
NOIS	Forskrift om Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helseassosierte infeksjoner (NOIS-registerforskriften)
NOIS-PIAH	Prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk
NSTEMI	Akutt hjerteinfarkt uten ST-elevasjon i EKG
OSO	Overordnet samarbeidsorgan
PAS/EPJ	Elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system
PCI	Perkutan koronar intervensjon
PET	Positronemisjonstomografi, diagnostisk undersøkelse
RHF	Regionalt helseforetak
ROS	Risiko- og sårbarhetsanalyse
SANO	Sykehusapotek Nord
SKDE	Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering
STEMI	Akutt hjerteinfarkt med ST-elevasjon i EKG
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge

# 1 Innledning

Oppdragsdokumentet er viktig for å nå målet om best mulig behandling for våre pasienter. Oppdragsdokumentet viser hva helseforetakene skal prioritere det kommende året. Det årlige oppdraget henger sammen med mål fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Nords langsiktige planlegging. Det er viktig for oss å være forutsigbare og tydelige. Vi ser sammenheng mellom våre viktigste planer og våre formål: pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell, samt forskning. Figur 1 illustrerer sammenhengen mellom våre plandokumenter.



Figur 1: Plandokumentenes sammenheng

Oppdragsdokumentet redegjør for mål og føringer i kapittel 2. Krav gis i kapittel 3–9, og disse er knyttet til målene. Dersom ikke annet er oppgitt, skal alle krav for 2018 rapporteres i tertialrapport og årlig melding. Styringsparametere rapporteres som beskrevet i egen tabell i kapittel 10.

## 2 Mål og føringer

Helse Nords viktigste mål er:

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

Det vises til Plan for Helse Nord 2018–2021 for nærmere beskrivelse av hvordan målene skal nås på lang sikt. Kravene for det kommende året gis i kapittel 3–9.

For 2018 er det fem felles områder som vil være kritiske for måloppnåelse, jf. kapittel 8.

- a) Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter skal være under 50 dager innen 2021.
- b) Det skal ikke være fristbrudd.
- c) Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.
- d) Gjennomsnittlig sykefravær skal være mindre enn 7,5 % og korttids sykefravær skal være under 2 %.
- e) Økonomisk resultat skal være i tråd med plan.

Helseforetakene skal bidra med faglige ressurser i regionale og nasjonale prosjekter og arbeidsgrupper. Utgiftene til dette skal dekkes av det enkelte helseforetak.

Helseforetakene er store samfunnsaktører som det forventes tar samfunnsansvar. Det gjelder fire kjerneområder: klima og miljø, menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter og antikorrupsjon.

Helse Nord RHF og helseforetak har samarbeidsavtaler med regioner i Nordvest-Russland, Finland og Sverige. Helseforetakene skal bidra til å følge opp regjeringens mål for utviklingen i nordområdene og legge til rette for god beredskap, øvelser og helsesamarbeid mellom helseforetak i regionen og samarbeidspartnere i Barentsregionen.

**Foretaksspesifikke og generelle mål innenfor sykehusfarmasi/legemidler gis til de fire sykehusforetakene, som aktivt skal samhandle med Sykehusapotek Nord (SANO). SANOs oppdrag er å bistå de andre helseforetakene til å nå disse målene.**

Følgende nye dokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)
- Sammen redder vi liv – en nasjonal dugnad for å redde liv ved hjertestans og andre akuttmedisinske tilstander. Helsedirektoratet 2017
- Meld. St. 6 (2017–2018) Kvalitet og pasientsikkerhet 2016
- Nasjonal strategi for tilgjengeliggjøring og deling av forskningsdata
- Nasjonal hjernehelsestrategi (2018–2024)
- Nasjonal diabetesplan (2017–2021)

- Informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører i helse- og omsorgstjenesten. (Rapportnummer IE-1012, utgitt av Direktoratet for e-helse, desember 2017)
- I 2016 vedtok EU-parlamentet en ny personvernforordning, General Data Protection Regulation (GDPR) som vil være gjeldende fra 25. mai 2018 i hele EU og erstatte EUs personverndirektiv fra 1995. Dette betyr at i Norge vil forordningen erstatte personopplysningsloven og tilhørende forskrifter.
- Nasjonal e-helsestrategi med tilhørende handlingsplan<sup>1</sup>.

Det vises også til styresak 142-2016-4 Åpen og god dialog i sykehusene i Helse Nord – felles verktøykasse. Helse Nord forventer styrket oppmerksomhet og systematikk for å fremme åpenhet om uønskede hendelser og organisasjonens evne til læring og forbedring.

Det skal legges til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. Dette betyr bruk av tolketjenester ved behov. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen og når beslutninger tas.

Prinsippene for prioritering<sup>2</sup> skal ligge til grunn for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder nye legemidler, teknologi og endring i arbeidsprosesser.

---

<sup>1</sup> <https://ehelse.no/strategi/e-helsestrategi>

<sup>2</sup> Spesialisthelsetjenesteloven og prioriteringsforskriften

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

### 3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

Krav for 2018:

1. Redusere gjennomsnittlig ventetid sammenliknet med 2017. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager innen 2021.
2. Ikke ha fristbrudd.
3. Redusere median tid til tjenestestart sammenliknet med 2017<sup>3</sup>.
4. Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 % av avtalene innen 2021.
5. Ha høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold).<sup>4</sup>
6. Følge opp anbefalingene i rapporten fra de regionale helseforetakene til HOD «Overgang til faglig likeverdige og tilgrensende oppdrag», og redegjøre for denne oppfølgingen innen 1. mai. En viktig forutsetning for overgang til faglig likeverdige, men rimeligere legemidler er at helsepersonell har tilstrekkelig informasjon om legemidler på forskrivningstidspunktet.
7. Registrere i pasientadministrative systemer at pasienter har vært vurdert og eventuelt fått tildelt kontaktlege. Det skal redegjøres for status i tertialrapport 1.
8. Utvikle rutiner for god overføring fra barne- til voksenorientert helsetjeneste ut fra best tilgjengelig kunnskap. Rutinene skal omfatte overføring internt i sykehuset og mellom sykehuset og primærhelsetjenesten. Rutinene utarbeides i samarbeid med ungdomsrådet i helseforetakene.
9. Stimulere og legge til rette for at ansatte kan få kompetanseheving i samisk språk og kulturforståelse.
10. Bidra til kompetanseutvikling som bygger opp under Helse Nords ansvar for å sikre likeverdig spesialisthelsetjenestetilbud til hele den samiske befolkningen i Norge.
11. Øke bruken av Mine pasientreiser (digitaliseringsgrad) til 55 % i Helse Nord.
12. Etablere mottaksprosjekt for å innføre ny funksjonalitet i tråd med forutsetningene som legges innenfor FRESK-programmet (FREmtidens Systemer i Klinikken).
13. Beskrive status og lage videre plan for omleggingen av Raskere tilbake, innen 1. april 2018.
14. Ta i bruk digital kommunikasjon med pasienter og pårørende og andre ferdigutviklede tjenester på helsenorge.no innenfor rammene av digitale innbyggertjenester.

---

<sup>3</sup> Tiden mellom den dato henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og den dato pasienten mottar en tjeneste, det vil si dato for når en bestemt prosedyre er utført. Dette måles for et utvalg utrednings- og behandlingsprosedyrer. Liste over hvilke utrednings- og behandlingstjenester som inngår i målingene finnes på Helsedirektoratets nettsider:

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Statistikk%20fra%20Norsk%20asientregister/Definisjon-av-tjenester.pdf>

<sup>4</sup> Årsverk er tatt ut som måleparameter. Årsverkstall fra SSB gir ikke en fullstendig oversikt over årsverk etter sektor på grunn av reglene for innrapportering av fellespersonell.

15. Kvalitetssikre at alle prosjekt/program som benytter IKT er godkjent i tråd med arkitekturprinsipper, og at samhandlingsløsninger gjennomføres i tråd med nasjonal samhandlingsstruktur.
16. Etablere system for å implementere lovendringene i helsepersonelloven § 10 som omhandler barn som pårørende.

### Foretaksspesifikke krav for 2018

#### **Finnmarkssykehuset**

1. Legge til rette for at eksisterende tilbud om kompetanseheving i samisk kultur gjøres kjent nasjonalt slik at helsepersonell i hele landet har mulighet til å delta.

#### **Helse Nord IKT**

1. Leverer tjenester i henhold til inngåtte avtaler og sikre høy tilfredshet.
2. Dimensjonere organisasjonen til, innen rimelig tid, å kunne levere på konkrete bestillinger i Helse Nord IKTs «Felles innboks»<sup>5</sup>. «Rimelig tid» konkretiseres og formaliseres i tjenestenivåavtaler med helseforetakene og Helse Nord RHF. Det skal innen 1. mars avklares om krav til responstid skal avspeiles i ulike timepriser.
3. Etablere en tett dialog med sentrale programmer/prosjekter i regionen for å sikre nødvendige leveranser f.Eks:
  1. FRESK
  2. Digitale innbyggertjenester
  3. Prosjektporteføljen Nasjonal IKT
  4. Helse Nord's porteføljestyring
  5. Helse Nord Ledelsesinformasjonssystem (LIS)

Det er foretakets ansvar å stille nødvendige ressurser/leveranser tilgjengelig slik at fremdriften til sentrale programmer/prosjekter ikke blir unødvendig forsinket.

4. Sikre at elektroniske meldinger til enhver tid er i tråd med siste versjon av nasjonale standarder. Bekrefte etterlevelse innen utgangen av 1. tertial.

## **3.2 Somatikk**

### Krav for 2018

1. Ta i bruk pakkeforløp hjerneslag etter nasjonale retningslinjer.
2. Gi intravenøs trombolysbehandling til minst 20 % av pasienter med akutt hjerneinfarkt.
3. Gi minst 50 % av pasienter med hjerneinfarkt som skal ha trombolysbehandling, denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.
4. Gi hjemmedialyse til minst 30 % av dialysepasientene.
5. Ha minst 70 % av nye kreftpasienter i pakkeforløp.
6. Gjennomføre minst 70 % av pakkeforløp innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene. Variasjonen i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå skal reduseres.
7. Redusere uberettiget variasjon i tilbudet til pasienter med kols, jf. SKDEs helseatlas.

---

<sup>5</sup> <http://intranett.helse-nord.no/felles-innboks/category35920.html>

8. Følge opp variasjon i liggetid, etterkontroller og rehabilitering for hoftепrotese- og hoftebruddspasienter, samt variasjon i utnyttelse av operasjonsstuene, jf. Riksrevisjonens oppfølgingsundersøkelse av effektivitet i sykehus.
9. Forberede innføring av Nasjonalt screeningprogram for tarmkreft fra 2019.
10. Delta i informasjonskampanje for å øke antall organdonorer i 2018. Kampanjen skal også omfatte levende giver av nyre.
11. Kartlegge om laboratorierekvisisjonene inkluderer den kliniske informasjon som er nødvendig for å vurdere om prøvene skal analyseres og for å tolke analysene. Det skal også foreslås tiltak som kan iverksettes dersom kartleggingen skulle konkludere med at informasjonsgrunnlaget ikke er tilstrekkelig. Frist for rapportering 15. april.
12. Ta i bruk nasjonal traumeplan av 2016 og de krav som stilles til akuttisykehus med traumefunksjon og traumesenter, inkludert opplæring og trening jf. styrevedtak 26-2017.
13. Etablere system for å tilkalle og trene akutteam ved alvorlige tilstander som:
  - traumer
  - alvorlig syke barn
  - andre alvorlig syke pasienter
  - syke nyfødte
14. Bidra til at pasienter under 80 år innlagt med NSTEMI, får koronar angiografi innen 72 timer etter innleggelse.
15. Gjennomføre regelmessig opplæring av ambulanspersonell for å øke andelen prehospital trombolysed ved indikasjon på ST-elevasjonsinfarkt (STEMI). Rapporteres 2. tertial og årlig melding.
16. Behandle mer enn 40 % av pasienter under 80 år med STEMI med mindre enn 12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt, med trombolysed innen 30 minutter etter første medisinske kontakt eller koronar angiografi/PCI innen 90 minutter.<sup>6</sup>
17. Sikre lokalsykehusstilbud med nødvendig kompetanse og tilstrekkelig kapasitet til pasienter med sykkelig overvekt.

### Foretaksspesifikke krav for 2018

#### **Finnmarkssykehuset**

1. Etablere stedlig ledelse ved Klinikk Alta.
2. Planlegge etablering av slagalarm koblet opp mot nevrolog, slik at en kan starte trombolysedbehandling i Alta i løpet av 2019 når nybygg og de faglige forutsetninger er på plass.
3. Ha tilgjengelighet og åpningstider på nye radiologiske tjenester i Alta som tilfredsstillter befolkningens behov. Tjenestene etableres i løpet av 2019.
4. Legge til rette for at legespesialister kan etablere seg i Alta, og at det må være mulig å arbeide delt mellom Hammerfest og Alta, uavhengig av hvor man har bosted og fast arbeidstilknytning.

---

<sup>6</sup> Kilde hjerteinfarktregisteret

5. Redegjøre for hvilke tiltak som er iverksatt for å unngå unødig pasienttransport når diagnostikk og behandling ikke kan gis ved lokalsykehuset. (Uten unødig omvei til lokalsykehus).

#### **Helse Nord IKT**

1. Etablere teknisk og merkantil forvaltning av LabCraft blodbanksystem og Medisinsk Genetikk (MedGen).
2. Verifisere og eventuelt oppgradere elektroniske meldinger for Labcraft Blodbanksystem slik at disse er i tråd med den nasjonale samhandlingsarkitekturen.

#### **Nordlandssykehuset**

1. Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpediatriske tjenester til Statens barnehus i Mosjøen.
2. Ha kortere ventetid enn 16 uker på det regionale tilbudet for utredning og behandling av pasienter med sykkelig overvekt.
3. Delta i å utrede etablering av trombektomitilbud ved hjerneslag ved Nordlandssykehuset Bodø i samarbeid med UNN. Utredningen ledes av Helse Nord RHF.

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge**

1. Delta i en nasjonal ordning med ekspertpanel i spesialisthelsetjenesten der pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom kan få en ny vurdering av sine behandlingstilbud for enten etablert eller utprøvende behandling i Norge eller i utlandet, jf. utredning gjennomført i 2017.
2. Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpediatriske tjenester til Statens barnehus i Kirkenes.
3. Overta Flight Following av ambulanshelikoptrene i Helse Nord og koordinering av alle helikoptre som utfører ambulansetjeneste i regionen, innen 1. juni. UNN skal lede den regionale prosessen slik at endringen kan gjennomføres kostnadseffektivt og uten uheldige konsekvenser.
4. Reorganisere forvaltningssentrene for kliniske IKT-systemer i samarbeid med Helse Nord RHF. Frist for tilbakemelding er 1. tertial.
5. Utrede flere enn 80 % av pasientene under 80 år innlagt med NSTEMI med koronar angiografi innen 72 timer etter innleggelse.
6. Delta i å utrede etablering av trombektomitilbud ved hjerneslag ved Nordlandssykehuset Bodø, i samarbeid med Nordlandssykehuset. Utredningen ledes av Helse Nord RHF.
7. Overføre teknisk og merkantil forvaltning av LabCraft blodbanksystem og Medisinsk Genetikk (Jupiter) til Helse Nord IKT.



### 3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

#### Krav for 2018

1. Ha færre tvangsinnleggelser i psykisk helsevern enn i 2017.
2. Ha færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017.
3. Registrere avslutningstype og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
4. Implementere pakkeforløpene for psykisk helse og rus.
5. Registrere utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt inngå samarbeidsrutiner med kommunene for å forberede utskrivninger om disse pasientene, jf. innføring av betalingsplikt for kommunene fra 2019.
6. Videreføre satsing på bedre helsetjenester til barn og unge i barnevernet, herunder bidra til å utvikle modeller for utredning av barn i barnevernet og utvide det ambulante arbeidet inn mot barnevernet. Bidra til at disse helsetilbudene videreutvikles slik at også samiske barns språklige og kulturelle bakgrunn er ivaretatt.
7. Iverksette tiltak for å øke tilgjengeligheten til psykisk helsevern for innsatte i fengsler, herunder språklige og kulturelt tilrettelagte tilbud for samiske innsatte, og etablere forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetaket og kriminalomsorgen.
8. Styrke arbeidet med tidlig diagnostisering og oppfølging/veiledning av autismespekterforstyrrelser (ASF), samt stimulere til forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetak/sykehus og kommuner.
9. Styrke kompetansen for behandling av psykiske lidelser blant personer med utviklingshemming.
10. Tilby oppfølging med formål om tilbakeføring til ordinært arbeidsliv, utdanning eller annen aktivitet som et ledd i behandlingen. Oppfølgingen bør gjennomføres i samarbeid med brukeren selv, kommunene og NAV.

#### Foretaksspesifikke krav for 2018:

##### **Finnmarkssykehuset**

1. Etablere vaktordning som sikrer akutttilbud gjennom døgnet i DPS. Samarbeide med Universitetssykehuset Nord-Norge om å etablere pasientforløp for akuttpasienter.

##### **Helgelandssykehuset**

1. Etablere vaktordning som sikrer akutttilbud gjennom døgnet i DPS. Samarbeide med Nordlandssykehuset om etablering av pasientforløp for akuttpasienter.

##### **Nordlandssykehuset**

1. Etablere helseteam i psykisk helsevern for barn og unge for å yte spesialisthelsetjenester til barn i Bufetats helse- og omsorgsinstitusjon. Tilbudet skal være i drift fra høsten 2018, med frist for tilbakemelding 2. tertial.
2. Samarbeide med Helgelandssykehuset om etablering av pasientforløp for akuttpasienter.

### Universitetssykehuset Nord-Norge

1. Etablere kommunepsykologtjeneste på Svalbard i samarbeid med Lokalstyret i Longyearbyen.
2. Samarbeide med Finnmarkssykehuset om etablering av pasientforløp for akuttpasienter.

## 3.4 Samhandling med kommuner

### Krav for 2018

1. Etablere en ordning for opplæring og bruk av akutthjelpere i samarbeid med kommunene, jf. akuttmedisinforskriften § 5.
2. Etablere arenaer for dialog, gjensidig læring og erfaringsutveksling mv. (jf. etablering av fastlegeråd/møter) for å styrke samarbeidet med fastlegene.
3. Utarbeide en plan med konkrete tiltak for å understøtte fastleger og kommunehelsetjeneste på måter som gjør det mulig å gi behandlingstilbud i kommunene der dette er faglig forsvarlig, herunder:
  - Øke bruk av videobaserte konsultasjoner vis a vis pasienter og faglige samarbeidsparter (fastleger mv).Fremdrift i dette arbeidet rapporteres tertialvis.
4. Ta i bruk dialogmeldinger m/vedlegg og henvisning (2.0) m/vedlegg i samhandlingen med fastleger og om mulig, kommunene.

### Foretaksspesifikke krav for 2018:

#### Helse Nord IKT

1. Implementere HelseID i Helse Nord. Implementeringen må gjennomføres på en slik måte at den representerer et naturlig fundament for fremtidig dokumentdeling i sektoren.
2. Bidra i Direktoratet for e-helses arbeid med å ferdigstille og ta i bruk nødvendige standarder for elektronisk samhandling, jf. forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren.
3. Delta i utredning av mulige metoder for deling av helseinformasjon på bestilling fra Helse Nord RHF. Arbeidet skal omfatte deling av informasjon på tvers av og innenfor helseregionene, på tvers av omsorgsnivå og med nasjonale løsninger og registre.
4. Etablere nødvendig kompetanse og leveransekraft til å oppfylle de nasjonale føringer innen fremtidig bruk av IHE-XDS og HL7<sup>7</sup>.

## 3.5 Samhandling med leverandører av private helsetjenester

### Krav for 2018

1. Rapportere på oppfølging av tiltak knyttet til samhandling med private avtaleparter, jf. rapport fra juni 2017, innen 1. mai.

---

<sup>7</sup> Standarder til bruk i fremtidige samhandlingsløsninger.

2. Sikre at vurderingsenheter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er tilstrekkelig kjent med pasientrettighetene, inkludert retten til fritt behandlingsvalg.

Foretaksspesifikke krav for 2018:

**Universitetssykehuset Nord-Norge**

1. Etablere samarbeidsavtaler på klinisk nivå med alle avtalespesialister innen 1. juni.
2. For fagområder hvor samarbeidsavtaler er inngått, skal plan for videre samarbeid rapporteres i tertialrapport 1.

### 3.6 Kvalitetsutvikling

Krav for 2018

1. Stille nødvendige ressurser og kompetanse til det interregionale arbeidet med å redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og forbruk. Helse Nord skal lede dette arbeidet<sup>8</sup>. Oppdraget løses gjennom det interregionale prosjektet AIM (arbeidsgruppe for indikatorer og metode) og det regionale variasjonsteamet i nært samarbeid med helseforetakene i regionen. Forventet ressursbehov vil være omkring 50 % stilling fra hvert av foretakene i det faste arbeidet gjennom året foruten deltakelse i hurtigarbeidende grupper. Det trengs både kliniske ressurser og merkantile ressurser med god innsikt i foretakenes pasientadministrative rutiner og systemer.
2. Ikke ha korridorpasienter.
3. Redusere andel pasientskader basert på de årlige GTT-undersøkelsene med 25 %, målt ut fra undersøkelsen for 2012.
4. Bruke elektronisk GTT-portal og bruke resultatene i lokalt forbedringsarbeid.
5. Registrere alle aktuelle pasienter i nasjonale kvalitetsregistre og bruke registrenes resultater i eget forbedringsarbeid.
6. Ta i bruk KPP i lokalt forbedrings- og planarbeid.
7. Levere KPP-data etter nasjonal spesifisering.
8. Levere data inn i den nasjonale KPP-databasen.
9. Stille med fagrevisorer til kliniske fagrevisjoner.
10. Bruke Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer i eget forbedringsarbeid og rapportere i årlig melding hvilke tiltak som er satt inn.
11. Implementere nye regionale rutiner for legemiddelssamstemming og bruk av legemiddelmodul i DIPS. Rapportere andel legemiddellister som er samstemt ved innleggelse fra og med andre halvår 2018. Ved utgangen av 2019 skal mer enn 90 % av legemiddellistene være samstemt ved innleggelse.

Foretaksspesifikke krav for 2018:

**Helse Nord IKT**

1. Sørge for at Open Q-Reg<sup>9</sup> og Rapporteket<sup>10</sup> videreutvikles og forvaltes på måter som tilfredsstillende de nasjonale kvalitetsregistre som bruker disse tjenestene.

---

<sup>8</sup> Krav gitt i oppdragsdokument 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Nord RHF.

<sup>9</sup> Plattform for web-baserte kvalitetsregistre

<sup>10</sup> Støtte for tilgjengeliggjøring, analyse og tolkning av data i kvalitetsregistre

### 3.7 Pasientsikkerhet

#### Krav for 2018

1. Sende nødvendig informasjon med alle pasienter som skrives ut og som har behov for kommunal oppfølging. Dette for å sikre et godt og helhetlig behandlings- og pasientforløp. Informasjonen innebærer blant annet at foreløpig epikrise, samstemt legemiddelliste og medikamenter skal følge med pasienten ved utreise, jf. tjenesteavtale 5. Dersom opplysningene ikke er tilgjengelig ved utreise, for personell som skal ivareta pasienten, skal heller ikke pasienten reise ut fra sykehuset.
2. Sikre at pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker inngår som en del av sykehusenes aktivitet og at resultatene rapporteres i tertialrapport.
3. Legge til rette for at arbeidet på pasientsikkerhetsområdet videreføres også etter 2018.
4. Ha skriftlige rutiner i Docmap som beskriver utskrivingsamtale og hvordan det sikres at pasient/pårørende får nødvendig informasjon om sin sykdom og medikamentene og at pasienten får med seg oppdatert medikamentliste.

#### Foretaksspesifikke krav for 2018:

##### **Nordlandssykehuset**

Regional kompetanse for klinisk pasientsikkerhet skal:

1. Støtte helseforetakene i oppgaver innenfor pasientsikkerhet og forbedringsarbeid.
2. Videreføre nettverk for lokale programledere i regionen og legge til rette for at helseforetakene fortsetter å bruke tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet også etter 2018.
3. Bidra med klinisk kompetanse som skal bistå alle foretakene i arbeidet med at løsningen i NCAF benyttes til GTT-granskinger.

### 3.8 Smittevern

#### Krav for 2018

1. Ha færre enn 3,5 % sykehuspåførte infeksjoner, målt ved prevalensundersøkelsene.
2. Redusere bredspektret antibiotikabruk med 20 % sammenliknet med 2012.<sup>11</sup>
3. Utføre prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og antibiotikabruk (NOIS-PIAH) minst to ganger årlig. HAI oppstått i eget sykehus rapporteres til Helse Nord RHF.
4. Utføre insidensundersøkelser av postoperative sårinfeksjoner i operasjonsområdet (NOIS-POSI) fortløpende, og rapportere tertialvis til Helse Nord RHF.
5. Gjennomføre tverrfaglig og systematisk gjennomgang av pasientforløpet ved dyp postoperativ sårinfeksjon (NOIS-POSI), og eventuelt iverksettes tiltak.

---

<sup>11</sup> Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner).

6. Ha minst ett punkt i årsplanen for internrevisjon tilknyttet infeksjonskontrollprogrammet (IKP).
7. Vaksinere 75 % av helsepersonell med direkte pasientkontakt for sesonginfluensa.

Foretaksspesifikke krav for 2018:

**Helgelandssykehuset**

1. Opprette 100 % stilling for smittevernsykepleier med ansvar for kommunehelsetjenesten.
2. Inkludere smittevern i tjenesteavtale 10 mellom helseforetaket og deres opptakskommuner.

**Helse Nord IKT**

1. Raskt bistå sykehusene ved feil og mangler i registrering knyttet til NOIS-POSI i EPJ. Rapporteres tertialvis.

**Universitetssykehuset Nord-Norge**

1. Avklare og sikre levering av nødvendige data fra DIPS ASA. Arbeidet skal gjøres av Forvaltnings senter EPJ i samarbeid med KORSN.

### 3.9 Forskning og innovasjon

Krav for 2018

1. Realisere forsknings- og innovasjonsstrategien i Helse Nord.
2. Tilrettelegge særlig for klinisk forskning og helsetjenesteforskning, også i samarbeid med andre helseforetak og universiteter i regionen
3. Øke antall kliniske behandlingsstudier sammenliknet med 2017.
4. Rekruttere flere pasienter inn i kliniske behandlingsstudier, som fyller inklusjonskriteriene, både regionale og større nasjonale forskningsstudier (bl.a. i KLINBEFORSK-prosjektene inkludert den nasjonale studien om bruk av autolog stamcelletransplantasjon ved multippel sklerose (MS)).
5. Gjennomføre en prøverapportering på antall pasienter som deltar i kliniske behandlingsstudier i helseforetakene, i tråd med anbefalinger i rapport fra arbeidsgruppe for utvikling av en indikator for kliniske behandlingsstudier.
6. Legge til rette for at gode forskningsmiljøer i eget helseforetak søker eksternt finansiering, spesielt fra Forskningsrådet og EU.
7. Legge til rette for å innføre nasjonalt system for registrering og fremming av innovasjonsprosjekter.<sup>12</sup>
8. Delta i prøverapportering av aktivitetsindikatoren for innovasjonsaktivitet i foretakene, jf. oppdrag til RHF-ene i oppdragsdokument 2016.

Foretaksspesifikke krav for 2018

---

<sup>12</sup> Helse Nord RHF har rammeavtale med Induct AS om innkjøp av deres system for registrering og håndtering av innovasjonsprosjekter.

### **Nordlandssykehuset**

1. Legge til rette for å videreutvikle allerede sterke forskningsmiljø i eget foretak.

### **Universitetssykehuset Nord-Norge**

1. Tilrettelegge for forskning utover doktorgrad og slik sikre stabil forskningskompetanse i alle klinikker.
2. Delta i store søknadssamarbeid og forskningsprosjekt både i regionen og nasjonalt.
3. Delta i arbeidet med å utrede og pilotere en totalkostnadsmodell for eksternt finansierte forskningsprosjekter, sammen med RHF.
4. Etablere følgeforskning på etablert medikamentfritt behandlingstilbud ved psykoselidelser.
5. Bidra særskilt til å realisere innovasjonstiltak, sammen med øvrige HF og RHF.
6. Bidra til arbeidet med felles retningslinjer for avklaring av vertskapsrollen i eksternt finansierte forskningsprosjekter, sammen med Helse Nord RHF.

## **4 Øvrige områder**

### **4.1 Klima- og miljøtiltak**

Helse Nord's miljøpolitikk er førende for miljøarbeidet i foretakene som skal være i fremste rekke i arbeidet med klima- og miljøtiltak, bl.a. gjennom ledelsessystemet for miljø.

#### Krav for 2018

1. Sette egne mål for de nasjonale miljøindikatorene, måle og registrere disse i den nasjonale databasen som ligger hos Sykehusbygg.
2. Stille miljøkrav i alle anskaffelser.
3. Tilrettelegge flere møter for deltakelse via telematikk.
4. Redusere pasientreiser ved ambulering, bruk av telematikk, og universelt utformede kommunikasjonshjelpemidler.

### **4.2 Personvern og informasjonssikkerhet**

I helseforetakene skal det være tilfredsstillende informasjonssikkerhet basert på vurdering av risiko og sårbarhet, og oppfølging gjennom internkontroll. Helseforetakene skal gjennom systematiske tiltak sørge for at nasjonale krav til informasjonssikkerhet blir ivaretatt.

#### Krav for 2018

1. Rapportere, som et minimum, resultater fra helseforetakenes sikkerhetsrevisjoner, oppsummering fra avviksrappoter og trender fra gjennomførte risikovurderinger i «Ledelsens gjennomgang». Dette for å sikre etterlevelse av innholdet i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet og handlingsplan for informasjonssikkerhet.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet og handlingsplan for informasjonssikkerhet er styrende dokumenter i foretaksgruppen.

2. Rapportere avvik som ikke er lukket etter riksrevisjonsrapport<sup>14</sup>, innen 1. mars. Avvikene skal beskrives i en tiltaksplan, med ansvarlig og forventet tidspunkt for lukking.
3. Styrebehandle status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet innen 1. juni.
4. Revidere gjeldende driftsavtale (SLA) og databehandleravtaler mellom helseforetakene og Helse Nord IKT for å sikre at endringene innarbeides i avtalene, jf punkt 3 foretaksspesifikke krav Databehandleravtalen skal oppdateres innen 1. mars.
5. Levere oversikt over underleverandører og deres underleverandører (tredjeparter) som har tilgang (fysisk og digitalt) til infrastrukturen. Frist 1. mai. Oversikten skal minimum inneholde:
  - Navn på leverandør.
  - Land leverandøren opererer fra.
  - Hvilke systemer de har tilgang til.
  - Hvilke opplysninger de har tilgang til (personopplysninger, helseopplysninger eller andre sensitive opplysninger).
  - Om det er inngått databehandleravtale med leverandør.

Foretaksspesifikke krav for 2018:

**Helse Nord IKT**

1. Oppdatere driftsavtalene (SLA) med helseforetakene, inklusive vedlegg, innen 1. oktober.
2. Ha oversikt over underleverandører og deres underleverandører (tredjeparter). Det skal fremgå hvorvidt underleverandør skal være dekket av en databehandleravtale, og om avtalen er inngått. Det skal fremgå om det behandles personopplysninger, helseopplysninger eller sensitive opplysninger. Helseforetakene skal årlig kontrollere denne oversikten, og dette skal skje før 1. oktober.
3. Helse Nord IKT er regionenes driftsleverandør og databehandler for noen av systemene helseforetaket innehar databehandleransvaret for. Helse Nord IKT skal inngå databehandleravtaler med leverandører når:
  - Leverandør engasjeres av databehandler for å utføre oppdrag for databehandler.
  - HN IKT drifter systemer for leverandør som har avtale med HF/RHF. Leverandører i denne kategori skal fremgå av tjenesteavtale mellom HN IKT og aktuelt HF/RHF.Ansvaret omfatter også å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser i samarbeid med aktuell leverandør.

---

<sup>14</sup> Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013 - Dokument 3:2 (2014–2015)

### 4.3 Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet

Medisinteknisk utstyr (MTU) kan inneholde personopplysninger. Av kommersielle, tekniske og informasjonssikkerhetsmessige hensyn skal foretakene samarbeide om anskaffelser av MTU.

#### Krav for 2018

1. Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser for MTU med tilhørende handlingsplaner innen 1. juni.
2. Delta i et felles prosjekt for å klargjøre og forbedre samhandlingen mellom helseforetakene og mellom helseforetak og Helse Nord IKT rundt MTU.

### 4.4 Beredskap

#### Krav for 2018

1. Gjennomføre tiltak som gjør at helseforetaket er klar for å implementere ny sikkerhetslov når den trer i kraft.
2. Sørge for medikamenter, utstyr og opplært og trent personell til Emergency Medical Team (EMT).
3. Gjennomføre nødvendige oppdateringer i egne beredskapsplaner og rutiner i tråd med revidert Nasjonal helseberedskapsplan.
4. Utarbeide planer for legemiddelberedskap, bl.a. basert på ROS-analyse av regional legemiddelkomite.
5. Utarbeide planer for sivilt militært samarbeid, basert på nasjonale føringer i samarbeid med Helse Nord RHF.
6. Vurdere behov for nye tiltak for å sikre tilgang av vann og strøm for å kunne møte langvarig bortfall.
7. Vurdere behov for nye tiltak for å sikre drift uten tilgang til IKT, for å kunne møte langvarig bortfall.

#### Foretaksspesifikke krav for 2018:

##### **Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset:**

1. Iverksette tiltak for å ivareta EUs forfalskningsdirektiv (FMD Direktiv 2011/62/EU) som trer i kraft 9. februar 2019. Direktivet gjelder tiltak som reduserer risiko for at forfalskede legemidler kommer inn i helseforetakene.

##### **Universitetssykehuset Nord-Norge**

1. Iverksette helsepersonellberedskap tilknyttet sysselmannens SAR-helikoptre i Longyearbyen etter plan godkjent av Helse Nord RHF.

## 5 Sikre god pasient- og brukervedvirkning

#### Krav for 2018

1. Sikre at pasienten får god nok kvalitet på informasjon for å kunne ta reelle valg for sin behandlingsmetode/behandlingssted.
2. Publisere minimum 200 flere unike pasientbehandlinger/-undersøkelser på foretakets internettsider.
3. Sikre reell brukervedvirkning i forskning, jf. retningslinjene for dette vedtatt i styresak 19-2015.



4. Legge til rette for god kommunikasjon også for pasienter med funksjonsnedsettelse.

Foretaksspesifikke krav for 2018:

**Universitetssykehuset Nord-Norge**

1. Lede et fellesprosjekt mellom de regionale helseforetakene for å samordne arbeidet med nye samvalgsverktøy og bidra til at eksisterende verktøy tas i bruk.

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

Medarbeiderne er vår viktigste ressurs. Vi må gi muligheter for kompetanseutvikling, og legge forholdene til rette for trivsel og et inkluderende arbeidsmiljø. Vi må jobbe langsiktig og i lag for å dekke fremtidig kompetansebehov. Nye krav til opplæring innenfor IKT-system, sammen med et strammere marked for vikarer, gjør at foretakene i større grad enn tidligere må basere sin virksomhet på egne ressurser.

### **6.1 Sikre gode arbeidsforhold**

Krav for 2018

1. Framlegge plan for å redusere deltidsarbeid for andel deltid over 24% i tertialrapport 1. I planen skal det framgå årlige mål for reduksjon av andelen deltid, og tilhørende tiltak for å oppnå reduksjon. Oppfølging av planen skal fremgå i fremtidig tertialrapportering.
2. Redegjøre for foretakets arbeid med å redusere sykefravær til under 7,5 %, og å holde korttidsfravær mindre enn 2 %. Redegjøre særskilt for tiltak ved fravær over 10 %. Rapportering hvert tertial.
3. Delta i regionalt nettverk for arbeid med reduksjon av sykefravær og økt nærvær.
4. Utarbeide plan for oppfølging av anbefalte tiltak i Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes håndtering av bierverv, datert 28.06.2017. Tiltak rapporteres i tertialrapport 1.
5. Publisere digital lederhåndbok i Compendia.

### **6.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell**

Krav for 2018

1. Delta i utvikling av felles regionale kompetansestrategier, herunder også strategi for teknologistøttet læring.
2. Utarbeide årlige og langsiktige planer for foretakets bemanningsbehov og utdanningskapasitet. I tertialrapportene presenteres sammenligning mellom faktisk bemanning og utdanningskapasitet vs. plan.
3. Redegjøre, i tertialrapport 2, for foretakets handlingsplaner for arbeid med oppfølging av Helse Nord's strategi for leder- og ledelsesutvikling.
4. Bidra i å utvikle felles kompetanseplan for ledere i Helse Nord.
5. Sikre drift av kompetansestyringssystemet etter endt prosjekt.
6. Delta i utvikling og implementering av regional annonse- og rekrutteringsveileder.

Foretaksspesifikke krav for 2018

**Finnmarkssykehuset**

1. Lede regional koordinering av prosjektet ledermobilisering.

**Nordlandssykehuset**

1. Lede interregionalt nettverk for digital læring fra og med 1. januar.

**Universitetssykehuset Nord-Norge**

1. Utvikle forvaltningen av kompetansestyringssystemet.

## 6.3 Utdanning av legespesialister

1. Forberede og implementere del 2 og 3 av spesialistutdanning for leger i henhold til Forskrift 8. desember 2016 nr 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger.
2. Delta i regionalt implementeringsprosjekt for del 2 og 3 i spesialistutdanning for leger i henhold til styringsdokumentet.
3. Forberede og iverksette søknadsprosess for godkjenning av helseforetaket som utdanningsvirksomhet innen aktuelle spesialiteter
4. Stille med to deltakere i regional kurskomite for veiledning og sørge for veilederkurs for leger i eget helseforetak

Foretaksspesifikke krav for 2018

**Universitetssykehuset Nord-Norge**

1. Lede det regionale implementeringsprosjektet for del 2 og 3 i spesialistutdanning for leger.
2. Initiere og lede arbeidet i regionen med å innfase den nye spesialiteten akutt- og mottaksmedisin. Dette omfatter å sørge for at det blir utarbeidet planer og læringsaktiviteter ved UNN og øvrige aktuelle foretak.

## 6.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Krav for 2018:

1. Bidra til utvikling av regional kompetanseplan for opplæring i HMS.
2. Bidra i arbeidet med strategi og kompetanseplan for vernetjenesten.
3. Bidra til å utvikle og ta i bruk indikatorer for HMS i Helse Nords ledelsesinformasjonssystem.
4. Delta i regionalt arbeid med utvikling, implementering, gjennomføring og oppfølging av ForBedring, som er den nye sammenslåtte HMS-, medarbeider- og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen.
5. Gjennomgå og oppdatere prosedyrer for varsling, oppfølging og rapportering av vold, trusler og trakassering.

## 7 Innfri økonomiske mål i perioden

### 7.1 Tildeling av midler

Helseforetakene er tildelt nødvendige midler for å gjennomføre kravene i oppdragsdokumentet.

Inntektsrammer 2018 (tall i 1000 kr)

Basisramme (konto 3300)	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Sum basisramme 2018	1 425 398	217 660	1 539 011	4 861 888	3 012 203	1 345 372	12 401 532

Øvrig ramme (konto 3350)	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Omlegging arbeidsgiveravgift	801			53 600	27 729		82 130
Sykestuer Finnmark			9 700				9 700
Kvalitetsregistre	31 977						31 977
Nasjonalt senter for e-helseforskning				37 500			37 500
Medisinsk undersøkelse barnehus				1 300	1 300		2 600
Tilskudd til turnustjeneste   estimat	111		813	2 100	1 729	878	5 631
<b>SUM øvrig ramme 2018</b>	<b>32 889</b>	<b>-</b>	<b>10 513</b>	<b>94 501</b>	<b>30 758</b>	<b>878</b>	<b>169 538</b>

Kvalitetsbasert finansiering (konto 3310)	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Vedtatt ramme 2017	(181)		5 935	27 693	10 195	4 977	48 619
Oppdatering modell 2018	181		(2 479)	(2 102)	(3 938)	(853)	(9 191)
<b>SUM kvalitetsbasert finansiering 2018</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>3 456</b>	<b>25 591</b>	<b>6 257</b>	<b>4 124</b>	<b>39 428</b>

Øremerket tilskudd Nasjonale tjenester (konto 3340)	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens				3 913			3 913
Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens styrking				3 223			3 223
Nasjonal komp.tjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse	2 362						2 362
Nasjonal komp.tjeneste for inkontinens og bekkenbunnsyk.				2 359			2 359
Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykiskhelsevern og rus			3 975				3 975
Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde				2 856			2 856
Ufordelt Nasjonale tjenester							-
Døvblindesentre	43 070			7 743			50 813
<b>SUM Nasjonale tjenester 2018</b>	<b>45 432</b>	<b>-</b>	<b>3 975</b>	<b>20 093</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>69 500</b>

Øremerket tilskudd Forskning (konto 3320)	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Forskning resultatbasert, foreløpig fordeling flerårige prosjekter	52 113		2 325	14 517	3 617	1 028	73 600
<b>SUM øremerket forskning 2018</b>	<b>52 113</b>	<b>-</b>	<b>2 325</b>	<b>14 517</b>	<b>3 617</b>	<b>1 028</b>	<b>73 600</b>

<b>TOTAL SUM tilskudd fra RHF</b>	<b>1 555 831</b>	<b>217 660</b>	<b>1 559 279</b>	<b>5 016 590</b>	<b>3 052 836</b>	<b>1 351 402</b>	<b>12 753 597</b>
-----------------------------------	------------------	----------------	------------------	------------------	------------------	------------------	-------------------

## 7.2 Resultatkrav

Helseforetakene skal i 2018 basere sin virksomhet på de tildelte midler med følgende resultatkrav:

Finnmarkssykehuset	Overskudd	24 mill. kroner
UNN	Overskudd	40 mill. kroner
Nordlandssykehuset	Overskudd	5 mill. kroner
Helgelandssykehuset	Overskudd	20 mill. kroner
<b>Sykehusapotek Nord</b>	<b>Økonomisk balanse</b>	<b>1 mill. kroner<sup>15</sup></b>
Helse Nord IKT	Økonomisk balanse	0 mill. kroner

### Krav for 2018:

1. Ha tiltaksplaner som sikrer at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2018–2021. Styrebehandlet status rapporteres til Helse Nord RHF innen 25. april.
2. Redegjøre, i tertialrapport 2, for realisering av nytteverdien av regionale/nasjonale prosjekt som:
  - Innføring av felles kliniske system, jf. tidligere styrebehandling, herunder forutsetningen om kompetansebygging og funksjonell forvaltning.
  - Virksomhetsoverdragelse av pasientreiser uten rekvisisjon.
  - **Satsing på klinisk farmasi.**
  - Innkjøp.
  - Innføring av nytt sak-/arkivsystem.
  - Innføring av kompetansemoduleen i personalportalen.

## 7.3 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

### Krav for 2018:

1. Starte arbeidet med husleiemodell, basert på anbefalinger fra pilotprosjekt i Helgelandssykehuset og nasjonal rapport.
2. Følge opp en 4-årig vedlikeholdsplan som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard, kvalitet og verdier over tid. Planen skal samordnes med fremtidige nybygg/ombygging.
3. Delta i prosjekt integrasjon av nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) av medisinsk teknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler (BHM) med innkjøpssystemet ClockWork. Status for arbeidet skal inngå i tertialrapport to.
4. Delta i oppdatering av Landsverneplanen, vurdere endringer i vernestatus og vernemetode.
5. Delta i arbeidsgruppe for evaluering av FDV-systemene og foreslå felles IKT-løsninger for FDV av bygg.
6. Ha avtaler for arealdeling av universitetsarealer.
7. Inngå skriftlig avtale for utleie av lokale datarom til Helse Nord IKT. Leieavtalen skal beskrive eiers (helseforetakets) ansvar for datarommens fysiske og tekniske tilstand iht. krav til lokale datarom i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. Avvik fra kravene skal lukkes innen 31. desember.

---

<sup>15</sup> Sykehusapotek Nord's publikumsavdelinger skal samlet gå med overskudd i 2018.

## Foretaksspesifikke krav for 2018

### **Finnmarkssykehuset**

1. Evaluere prosjekt Nye Kirkenes sykehus.

### **Helgelandssykehuset**

1. Utarbeide rapport fra arbeidet med intern husleiemodell innen 20. mai. Rapporten skal inneholde egne erfaringer og anbefaling for videre arbeid.

### **Universitetssykehuset Nord-Norge**

1. Starte evaluering av PET-senteret, ferdigstilles 1. kvartal 2019.
2. Starte evaluering av A-fløy, ferdigstilles 1. kvartal 2019.

## **7.4 Anskaffelsesområdet**

Foretaksgruppen skal styrebehandle «Helse Nord Anskaffelsesstrategi 2018-2021» i løpet av våren 2018. Målet er å redusere innkjøpskostnader med minimum 50 millioner kroner i 2018.

### **Krav for 2018:**

#### **1. Samordning**

- Innen 1.juli oversende anskaffelsesplan for 2019.
- Innen 1.juli oversende oversikt over planlagte investeringsanskaffelser i 2018
- Innen 31.desember oversende fireårige handlingsplan, denne skal deretter rulleres kvartalsvis.

#### **2. Systembruk**

- Innen 1.juli oversende plan for full implementering av innkjøpssystem innen 31.desember 2019. Foretaksspesifikke krav for utgangen av 2018 følger nedenfor.
  - Planen må synliggjøre behov for ressurser for å sikre full utrulling og for å håndtere foretakets andel av felles forvaltning av system og innhold.
- Tertialvis rapportere avtaledekning gjennom kjøp/avrop i Clockwork, andre fagsystem og utenom system.
- Tertialvis rapportere på avtalelojalitet.

#### **3. Samhandling internt**

- Bidra med fagkompetanse i alle relevante regionale og nasjonale anskaffelsesprosjekt. Bistanden skal sees i sammenheng med øvrige aktiviteter i foretaket slik at en unngår samtidighet med andre strategiske prosjekt.
- Innen 31.desember utarbeide plan for forvaltning av leveransene fra Sykehusinnkjøp
  - Planen må synliggjøre behov for ressurser samt grad av fellesregional forvaltning.

#### **4. Samhandling eksternt**

- Innen 1.juli revidere midlertidig samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.

- Innen 31. desember etablere permanent samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.
- Innen 1. juli etablere et strategisk samhandlingsarena med Sykehusinnkjøp.
- 5. Samfunnsansvar
  - Innen 31. desember etablere/revidere strategi for samfunnsansvar som ivaretar fokus på
    - Miljø
    - Sosial ansvar
    - Innovasjon
    - Leverandørutvikling

#### Foretaksspesifikke krav for 2018

Mål ved utgangen av 2018 for implementering av Clockwork, andel kjøp av varer og tjenester av definert scope gjennom Clockwork:

#### **Finnmarkssykehuset**

1. Varekjøp 50 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

#### **Helgelandssykehuset**

1. Varekjøp 50 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

#### **Helse Nord IKT**

1. Varekjøp 50 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

#### **Nordlandssykehuset**

1. Varekjøp 80 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

#### **Sykehusapotek Nord**

1. Varekjøp 50 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge**

1. Varekjøp 80 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

## 8 Risikostyring og internkontroll

Foretakene skal løpende vurdere hvilke vesentlige risikoer som er knyttet til virksomheten. Ved endringer eller etablering av prosjekt og rutiner av vesentlig betydning skal risikovurdering foreligge før tiltak igangsettes.

### Overordnede mål for risikostyring i 2018<sup>16</sup>

Det vises til kapittel 2 om overordnede mål for Helse Nord, og dialog med foretakene om hvilke områder med underliggende kritiske prosessindikatorer som skal gjøres særlig gjenstand for risikovurdering i helseforetakene. Disse, som skal rapporteres i virksomhetsrapportene, er:

1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen
  - a) Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter skal være under 50 dager innen 2021
  - b) Det skal ikke være fristbrudd
  - c) Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid
2. Sikre god pasient- og brukervedvirkning
3. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell
  - d) Gjennomsnittlig sykefravær skal være mindre enn 7,5 % og korttids sykefravær skal være under 2 %.
4. Innfri de økonomiske mål i perioden
  - e) Økonomisk resultat i tråd med plan

Det forventes at HF-ene i tillegg har egne lokale mål, med tilhørende kritiske suksessfaktorer (KSF-er). Sykehusapoteket Nord og HN IKT utarbeider egne lokale mål, med tilhørende kritiske suksessfaktorer (KSF-er) tilpasset sin virksomhet.

### Krav for 2018:

Helseforetakene skal innen andre tertial systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

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:

---

<sup>16</sup> Viser til RL1602 i Docmap

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

## 9 Særlige krav til regionale fellesfunksjoner

Helseforetakene har flere regionale fellesfunksjoner. Det skal ytes likeverdige tjenester innenfor sitt felt, til alle helseforetak i regionen uavhengig av hvor enheten er administrativt plassert. Når oppgaver skal løses og felles beslutninger tas, på tvers av juridiske strukturer, krever dette stor grad av samarbeid på strategisk, leder-, og operativt nivå.

Nedenfor listes de regionale fellesfunksjoner som vurderes å ha særlig oppmerksomhet i 2018.

### **Nordlandssykehuset:**

Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet  
Regional enhet for e-læring

### **UNN:**

Forvaltningssentre for kliniske IKT-system (EPJ, lab., røntgen)  
Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering  
Regional systemenhet for lønn og HR  
Regionalt forskningssekretariat

### Foretaksspesifikke krav for 2018

#### **Nordlandssykehuset og UNN**

1. Sikre at de regionale funksjonene har en handlingsplan med milepæler for 2018/2019. Denne rapporteres i tertialrapport 1.



## 10 Styringsparametere 2018

Helse Nord RHF vil i oppfølgingsmøtene med helseforetakene følge opp de valgte styringsparametere samt andre kvalitetsindikatorer ved behov.

Styret og ledelsen i foretakene har et ansvar for oppfølging av kvalitetsindikatorerne som Helsedirektoratet publiserer og iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene. Indikatorerne i tabellen under rapporteres som beskrevet i tabellen og i mal for tertialrapport og årlig melding.

Tabell 1 Mål 2018. Datakilder og publiseringsfrekvens.

Mål 2018	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
<b>1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen</b>			
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten.	Redusert i regionen sammenliknet med 2017. Skal være under 50 dager i regionen innen 2021. Måles som årlig gjennomsnitt	Helsedirektoratet	Månedlig
Andel fristbrudd for avviklede pasienter	0 %	Helsedirektoratet	Månedlig
Median tid til tjenestestart. Tiden mellom tidspunktet henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og tjenestestartdato (dato for når prosedyre er utført) for spesifikke sykdomsgrupper. Målet gjelder for sykdomsgrupper der tid til tjenestestart er tilgjengelig som nasjonale tall fra NPR.	Redusert i regionen sammenliknet med 2017	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter. Må måles med samme uttrekksdato som året før.	Redusert i regionen sammenliknet med 2017. Skal overholde minst 95 % av avtalene innen 2021	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid <sup>17</sup>	Minst 70 % Variasjonen i måloppnåelse på helseforetaksnivå skal reduseres.	Helsedirektoratet	Tertialvis
<b>2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling</b>			
Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til	Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større økning i kostnader og aktivitet.	Gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet Kostnader: de regionale helseforetakenes regnskap	

<sup>17</sup> 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, føyflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.

Oppdragsdokument 2018

Mål 2018	Mål	Datakilde	Publiserings frekvens
avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold) <sup>18</sup> .		Polikliniske opphold: Helsedirektoratet (ISF)	
Antall tvangsinnleggelse i psykisk helsevern for voksne per 10000 innbyggere i helseregionen.	Redusert sammenliknet med 2017. Årstall, og differansen skal oppgis i Årlig melding.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern med minst ett tvangsmiddelvedtak per 10000 innbyggere	Redusert sammenliknet med 2017.	Helsedirektoratet	Årlig
Avbrudd døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Registrere avslutningstype og sikre færrest mulig avbrudd.	Helsedirektoratet	Tertialvis
<b>3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet</b>			
Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene	Reduseres 25 % innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012.	GTT-undersøkelsene Helsedirektoratet	Årlig
Andel sykehusinfeksjoner	Mindre enn 3,5 %.	Folkehelseinstituttet	2 ganger årlig
Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner)	30 % reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenliknet med 2012.	Sykehusenes legemiddelstatistikk	Tertialvis
Andel pasienter med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysebehandling	Minst 20 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse	Minst 50 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel korridorpatienter på sykehus	0 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel dialysepatienter som får hjemmedialyse	Minst 30 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Antall kliniske behandlingsstudier er økt	Økt sammenliknet med 2017.	CRIStin	Årlig

Tabell 2 Rapportering 2018. Datakilder og publiseringsfrekvens.

	Mål	Datakilde	Publiserings frekvens
Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern 2016		Folkehelseinstituttet	Publisert i oktober 2017
Brukererfaringer med fødsel- og barselomsorgen i 2016		Folkehelseinstituttet	Publisert i desember 2017

<sup>18</sup> Årsverk er tatt ut som måleparameter. Årsverkstall fra SSB gir ikke en fullstendig oversikt over årsverk etter sektor på grunn av reglene for innrapportering av fellespersonell.

Oppdragsdokument 2018

	Mål	Datakilde	Publiserings frekvens
Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017		Folkehelseinstituttet	Publisert i desember 2017
30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2017 (uansett årsak til innleggelse)		Folkehelseinstituttet	Årlig
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2017		Folkehelseinstituttet	Årlig
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2017		Folkehelseinstituttet	Årlig
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2017		Folkehelseinstituttet	Årlig
Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert.	100 %	RHF's rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet	Årlig
Antall helseforetak som deltar i læringsnettverket Gode pasientforløp i 2018. Det vises til Oppdragsdokument 2017: "Helse Nord RHF skal delta i læringsnettverket Gode pasientforløp når kommunene i helseforetakenes opptaksområde deltar."		Helseforetakene rapporterer for perioden 1.1.2017-31.12.2018.	
Andel episoder rapportert med korrekt behandlingssted til Norsk pasientregister	100 %	Norsk pasientregister	Tertialvis

## 11 Oppfølging og rapportering

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2018 foretaksspesifikke mål 2018 og styringsparametere 2018.

Der det er mulig skal data til rapportering hentes fra virksomhetsportalen Helse Nord LIS.

**Tabell 3** Oversikt over rapporteringsrutiner og frister

Rapportering	Innhold	Frister
Månedlig	Måned rapport i tråd med mal.	Månedregnskap skal være avsluttet innen fem virkedager i påfølgende måned. ØBAK og virksomhetsrapport skal oversendes RHF senest fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Tertial-rapport	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes	Styrebehandlet tertialrapport (styrevedtak): 6. juni 2018 8. oktober 2018  Administrativt utarbeidet tertialrapport: 18. mai 2018 28. september 2018 NB: Fullstendig ØBAK og virksomhetsrapport sendes fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Årlig melding	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes	<b>Styrebehandlet</b> årlig melding (styrevedtak): Mars 2019. <b>Administrativt</b> behandlet årlig melding: Februar 2019. Økonomidelen tas ut av årlig melding, leveres som ordinær virksomhetsrapport.
Årsregnskap	Minst 5 dager før utsending av saksfremlegg for styrebehandling av årsregnskap, sendes fullstendig årsregnskap med noter og styrets årsberetning (ikke ordinær årsmelding) til Helse Nord RHF for gjennomgang.	Styrebehandling av årsregnskap for 2018: Mars 2019.

## 12 Vedlegg

### 12.1 Vedlegg 1 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

**Grunnutdanning** omfatter studier ved videregående skoler, høgskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommunene har ansvar for de videregående skolene. Fylkenes opplæringskontor skal i samarbeid med praksisarenaene sikre læreplasser i de yrkesfaglige utdanningene.

**Videreutdanning** omfatter bl.a. ulike studier ved fagskoler, høgskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena (og arbeidsplass). Høgskoler som tilbyr videreutdanning skal i forkant inngå avtaler med helseforetakene om praksisplasser. Eventuell uenighet skal søkes løst i samarbeidsorganet. Spesialistutdanning for leger skal ivaretas i samsvar med den nye Spesialistforskriften.

Nedenfor gjengis Kunnskapsdepartementets forslag til kandidatmåltall for 2018. Kandidatmåltallet for den enkelte institusjon er et minstekrav. Endelige tall vil foreligge i Kunnskapsdepartementets tildelingsbrev for 2018 til utdanningsinstitusjonene og kan formidles fra institusjonene i de regionale samarbeidsorganene.

Tabell 4 Kunnskapsdepartementets forslag til kandidatmåltall for 2018

Høgskole Universitet	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK- sykepleie	Jordmor
	Syke- pleie	Radio- grafi	Bio- ingeniør	Fysio- terapi	Ergo- terapi	Verne- pleie		
Univ. i Tromsø	261	24	20	33	20	64	50	20
Nord universitet	352					30	26	

Tabell 5 Kandidatmåltall fastsatt for medisin, psykologi og farmasi MA ved universitetene:

	Medisin	Psykologi profesjonsutd.	Farmasi MA
Universitet i Tromsø	84	39	25

#### Turnustjeneste

Helsedirektoratet har det overordnede ansvaret og fastsetter hvor mange turnusplasser for fysioterapeuter det skal legges til rette for. Regionansvarlige fylkesmenn er delegert myndighet til å skaffe turnusplasser for fysioterapeutkandidater, de informerer RHFene om forventet behov kommende år. Antallet turnusplasser for fysioterapeuter videreføres i tråd med økningen i 2013.

#### LIS1-stillinger for leger

Turnustjenesten for leger opphørte høsten 2017 og er erstattet av LIS1-stillinger som er første del av legenes spesialistutdanning. LIS1-stillingene har samme struktur som turnustjenesten, med 12 måneder i sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten, men har egne læringsmål. Antallet LIS1-stillinger videreføres i 2018 på samme nivå som

for turnustjenesten. Helsedirektoratet gis i oppdrag å gjøre fornyet vurdering av om dimensjoneringen av antallet stillinger er i tråd med behovene i tjenesten.

### Fordeling av nye legestillinger

Oppretting av legestillinger skal fortsatt skje i tråd med behovene i henhold til RHFenes sørge for-ansvar, det helsepolitiske styringsbudskapet og de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon. Gode lokale, regionale og nasjonale analyser av kompetansebehov framover skal legges til grunn for RHFenes fordeling av leger til HFene og mellom spesialiteter. RHFene skal særlig vurdere behovet for legestillinger til spesialiteter der utdanningskapasiteten i dag anses å være for lav og spesialiteter der behovet for legespesialister vil endre seg i årene fremover som en følge av befolkningsutvikling, sykdomsutvikling og organisatoriske endringer i helseforetakene.

De regionale helseforetakene skal bidra til at Legestillingsregisteret i Helsedirektoratet til enhver tid er oppdatert.

### Inntakstall til oppdragsdokumentet (OD)

Foretakenes inntak av helsefagarbeiderlæringer skal for 2018 minimum være på samme nivå som for 2017. Foretakene skal i tillegg gjøre egne kartlegginger av behov for helsefagarbeidere og helsefaglæringer og hvis nødvendig øke inntaket av læringer på lengre sikt tilpasset dette.

Tabell 6 Helseforetakenes inntak av helsefagarbeiderlæringer

Foretak	Kull 2016-2018	Kull 2017-2018
Finnmarkssykehuset	6	6
Nordlandssykehuset	11	11
UNN	7	6
Helgelandssykehuset	5	6
<b>Sum</b>	<b>29</b>	<b>29</b>

Tabell 7 Måltall for LIS1-stillinger for leger

Helseforetak	Antall pr halvår	Totalt pr år
Finnmarkssykehuset	14*	28*
UNN	33	66
NLSH	25	50
Helgelandssykehuset	14	28
<b>Totalt i Helse Nord</b>	<b>86</b>	<b>172</b>

## 12.2 Vedlegg 2 Tilleggsliste til oppdragsdokument 2018

Tilleggslisten inneholder krav fra tidligere år, som fortsatt er gjeldene. Det skal ikke rapporteres på krav i denne listen.

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

#### 3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

1. 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. (2017)
2. Ved endring i akuttfunksjoner og andre vesentlige endringer i tjenestetilbudet skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring for å sikre at prosessen er gjennomført i henhold til veilederen for utviklingsplaner. (2017)
3. 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. (2017)
4. 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. (2017)
5. Legge til rette for innregistrering av PROMs i kvalitetsregistrene. (2016)
6. 80 % av telefonhenvendelsene til pasientreisekontorene skal besvares innen 90 sekunder (2016)

#### Helse Nord IKT

1. Brudd på avtalt servicenivå slik disse fremkommer på tjenestenivå skal meldes i Helse Nord's avvikssystem Docmap. (2017)

#### Helgelandssykehuset

1. Saksbehandlingstid etter at Pasientreiser HF har overført saken skal være mindre enn 8 dager. (2017)

#### 3.2 Somatikk

1. 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. (2017)

#### 3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

1. Videreføre arbeidet med å etablere felles strukturer og rutiner for helhetlig oppfølging av barn og unge med psykiske lidelser i barnevernet jf. rapport fra 2015.<sup>19</sup> (2017)
2. Etablere Narkotikaprogram med domstolkontroll. Kvinner i LAR<sup>20</sup> skal ha informasjon om LAR-behandling og graviditet, tilbud om nedtrapping av LAR-

---

<sup>19</sup> Rapport 2015: Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner.

<sup>20</sup> Legemiddelassistert rehabilitering



medikamenter og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR. (2017)

3. Sørge for at komplette og kvalitetssikrede data på tvangsinnleggelser, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler leveres norsk pasientregister (NPR) ved ordinært rapporteringstidspunkt. (2017)
4. 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. (2017)
5. Sikre at omleggingen av finansieringsordningen for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling brukes som et virkemiddel for å understøtte ønsket faglig innretning av disse tjenestene. (2017)
6. Øke poliklinisk/ambulant aktivitet i TSB uten reduksjon i døgntilbudet. (2017)
7. Etablere et eget tilbud til sped- og småbarns psykiske helse (0–3 år.) (2017)
8. Sikre at det er tilstrekkelig med utdanningsstillinger for den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin. (2017)
9. Styrke det desentraliserte behandlingstilbudet (ambulant/poliklinikk/samarbeid førstelinjen) innen psykisk helsevern (2016).

### 3.4 Samhandling med kommuner og private avtaleparter

1. Delta i læringsnettverket *Gode pasientforløp*<sup>21</sup>. (2017)
2. 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. (2017)
3. Prinsippene i styresak 70-2002 *IKT-strategi i Helse Nord* skal fortsatt ligge til grunn for arbeidet med IKT i regionen. Helseforetakene skal ikke gjennomføre separate anskaffelser eller iverksette andre tiltak som kan true de ambisjoner som er beskrevet rundt realisering av FIKS. Behov for nye tjenester/prosjekter skal forankres mot Helse Nord RHF på et tidlig tidspunkt. Eventuelle innovasjonsprosjekter og resultatet av slike skal kunne benyttes av hele foretaksgruppen. (2016)
4. Bruke sykehusapotek Nord aktivt i samhandling med kommunene på legemiddelområdet for å forebygge pasientskader og øke kompetansen. (2014)

Foretaksspesifikke krav:

#### Helse Nord IKT

2. 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.
3. Drifte og forvalte integrasjonsbuss (ESB)<sup>22</sup> i tråd med anbefalingene knyttet til tjenesteorientert arkitektur og med de standarder som defineres av Direktoratet

---

<sup>21</sup> Læringsnettverk for å utvikle gode pasientforløp for eldre og kronisk syke.

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

4. 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.
5. 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.

### 3.5 Kvalitet

1. Alle ansatte skal ha nødvendig opplæring i pasientadministrative systemer, og opplæringen skal dokumenteres. (2017)
2. Mini-metodevurdering benyttes i helseforetakene som grunnlag for beslutninger om innføring av nye metoder og ved endring av praksis/avvikling av metoder. (2016)
3. Bruke tilbakemeldingene fra Norsk pasientregister (NPR) aktivt for å redusere feilkoding (2016).
4. Ha gode strukturer for formidling og kommunisering av kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten. (2015)
5. Skal ha etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og TSB får behandling for somatiske lidelser, og tilsvarende, at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer. (2015)

### 3.6 Andre områder

#### 3.6.1 Personvern og informasjonssikkerhet

1. Sikre at anskaffelser og innføring av IKT-systemer følger Helse Nord sine drifts- og sikkerhetsmessige krav. (2017)

#### 3.6.2 Forskning og innovasjon

1. Identifisere behov for forskning og innovasjonstiltak spesielt rettet mot den samiske befolkningen. (2017)

## 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. (2017)
2. Utvikle lokale mål for pasientopplevd kvalitet og bruke resultatene i forbedringsarbeidet. (2017)

## 5 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

1. Motivere og legge til rette for at ansatte velger høyere stillingsprosent og helst 100 % stilling. (2017)
2. Tilby nyutdannet helsepersonell hele faste stillinger i større grad. (2017)

## 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. (2017)
2. Samarbeide med tillitsvalgte og vernetjenesten i arbeidet med å utvikle tiltak for å forebygge og ivareta beredskap for håndtering av vold og trusler. (2017)
3. Sikre systematisk rapportering av skader og uønskede hendelser på ansatte. (2017)
4. Basere bemanningsplanlegging utfra aktivitet og en planleggingshorisont på minimum 6 måneder. (2016)

## 6 Innfri økonomiske mål i perioden

### 6.1 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

1. Gjennomføre nødvendig vedlikehold som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard og kvalitet. (2017)
2. Gjennomføre årlig gjennomgang av ekstern revisor av store byggeprosjekter. (2016)
3. Informere berørte kommuner og fylkeskommuner om alle planlagte salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak, på et så tidlig tidspunkt som mulig. (2011)
4. Begrense betaling for parkering til å dekke kostnadene ved parkeringstilbudet og at de rutiner man har for parkering skal begrense risikoen for gebyr. Alle nye parkeringssystemer skal bygge på prinsippet om etterskuddsbetaling. (2011)

### 6.2 Anskaffelsesområdet

1. Nasjonal kategoristruktur skal implementeres i foretakenes samlede innkjøpsvirksomhet, og innkjøpsarbeidet skal gjennomføres i tråd med ny nasjonal innkjøpshåndbok. (2016)

## 7 Risikostyring og internkontroll

1. Verifisere at leverandører som innehar rollen databehandlere oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og at nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. (2012)
2. Styrebehandle alle rapporter fra internrevisjonen i Helse Nord RHF som gjelder foretaket og vedta plan for oppfølging av internrevisjonens anbefalinger. (2011).

<b>Oppsummering av styrets egevaluering 2017</b>	
Styresak nr.:	7 – 2018
Møtedato:	8. februar 2018
Saksbehandler:	Direktør Espen Mælen Hauge
Vedlegg:	1. Styresak 60 – 2017 Styrets arbeid og egevaluering 2. Egevalueringsskjema – alle svar samlet 3. Styreinstruks

### *Saken i korte trekk*

---

Behandlingen av *sak 60 – 2017 Styrets arbeid og egevaluering* ble utsatt til dette styremøtet og styrets medlemmer ble i mellomtiden bedt om sende sin egevaluering til administrasjonen. Svarene er samlet i ett dokument (vedlegg 2), ordrett gjengitt, i tilfeldig rekkefølge og uten navn. I saksfremlegget beskrives forhold ved styrearbeidet som bør bevares og forhold som bør forbedres, samt en liste over utviklingspotensial som direktøren har merket seg fra de innsendte svarene. Styret oppfordres til å diskutere dette i møtet og enes om tre punkter for hhv bevarings- og forbedringspunkter som skal rapporteres til eier.

### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

*Styret i Sykehusapotek Nord HF har gjennomført egevaluering av styrets arbeid og direktøren bes på vegne av styret om å oversende evalueringsresultatet til Helse Nord RHF.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

## Saksfremlegg

### 1. Bakgrunn for saken

---

Behandlingen av sak 60 – 2017 Styrets arbeid og egnevaluering ble utsatt til dette styremøtet og det vises til saksfremlegget (vedlegg nr. 1) og egne vedlegg til den saken som lå ved forrige styremøte. Styrets medlemmer ble i mellomtiden bedt om sende sin egnevaluering til administrasjonen. Svarene er samlet i ett dokument, ordrett gjengitt, i tilfeldig rekkefølge og uten navn. Saksfremlegget tar i det følgende om noen forhold ved styrearbeidet som bør bevares og forhold som bør forbedres. Styret oppfordres til å diskutere dette i møtet og enes om tre punkter for hhv bevarings- og forbedringspunkter som skal rapporteres til eier.

### 2. Diskusjonsgrunnlag for utvikling av styrets arbeid

---

#### *Bevarings- og forbedringspunkter*

Som grunnlag for diskusjon i møtet beskrives i dette punktet noen forslag til bevarings- og forbedringspunkter og utviklingsmuligheter for styrets arbeid. I tillegg til den samlede oppsummeringen har ett av styrets medlemmer spesielt holdt frem tre forhold som vi bør beholde og som dermed er et utgangspunkt for styremøtets evaluering. De tre punktene er:

- Gode saksfremlegg
- Engasjert styre, og møter med takhøyde for innspill og diskusjon
- Proaktiv adm. direktør og adm. ledelse

De tre områdene fra sin egen evaluering som det foreslås å gjøre mer av er:

- Flere strategiske saker til diskusjon og behandling i styret, samt løfte vårt perspektiv på driftssaker og se disse til enhver tid i et strategisk perspektiv.
- Alle medlemmene i styret bør være aktive og ta ordet på de fleste saker for å sikre best mulig bredde, omtale og perspektiver på saken.
- Fortsatt proaktiv sammen med direktør med hensyn til samhandling og dialog med Helse Nord RHF. Styret kan være mer proaktiv overfor direktør med hensyn til å gi innspill på ønskede temasaker.

Direktøren har gjennom saksbehandlingen spesielt merket seg følgende kommentarer fra de innsendte evalueringene som kan bidra til å utvikle styrets arbeid:

#### *Under punkt 3 Planlegging og arbeidsmåte merket direktøren seg særlig følgende:*

- Det vil være fornuftig å vurdere årshjulet jevnlig i styremøtene og samtidig fortløpende vurdere vektning av tidsbruk på strategi, kontroll, verdiperspektiv og samfunnsperspektiv sett i sammenheng med helheten av arbeidsoppgavene til styret.
- Arbeidsmåten er bra, men vi kan trolig styrke samarbeidet med de øvrige HF og det strategiske. Aktuelt med et felles møtepunkt med hvert av de øvrige foretak hvor temaet er muligheter og strategier for å styrke/videreutvikle samarbeidet rundt pasientene/pårørende og sykehusenes behov.

- Fått årshjulet på plass – bra!

*Under punkt 4 Forhold til eier merket direktøren seg særlig følgende:*

- Her synes jeg det har blitt en kontinuerlig bedring. Gjennom året kunne vi kanskje (f.eks. etter et halvt år) vurdere om det er punkter så langt som er viktig for oss å få inn i neste års Oppdragsdokument. Dette for på et tidlig stadium sikre en optimal strategi overfor eier når det gjelder OD. Vi kunne også vurdere å invitere AD, fagdirektør eller kvalitet/forskningsdirektør inn i et møte på høsten om vi skulle se aktuelle tema å diskutere (eks. nye sykehus og sykehusapotek, legemiddelforsyning, H-resepter). Det må dog sikres at vi ikke skaper uro med hensyn til den normale styringslinjen.

*Under punkt 5 Styrets sammensetning merket direktøren seg særlig følgende:*

- Styret har særdeles god medisinsk, farmasøytisk og akademisk kompetanse med gode røtter inn mot akademia, andre helseforetak og industri. Flere medlemmer har også kremmerkompetanse og økonomisk forståelse. Det hadde vært gunstig for styret og hatt mer kompetanse mot sosiale medier, kommunikasjon og e-helse.
- Jeg synes styret har en variert sammensetning og den siste endring med sterkere representasjon fra det private sfære synes jeg har vært et løft. Man kunne kanskje vurdere om man burde hatt en representant fra primærhelsetjenesten inn i styret (fastlege)?
- Jeg synes sammensetningen er god. Det kommer alltid prosjekter eller saker som krever kompetanse i tillegg til den styret besitter, men jeg mener at dette løses tilfredsstillende ved at styret inviterer aktuelle personer til møtene.

*Under punkt 7 Styrepapirene merket direktøren seg særlig følgende:*

- Det kunne i noen av sakene med mye informasjon og vedlegg vært nyttig med en leseveiledning.
- Noen få ganger bør krevende saker komme til styret tidligere i prosessen for diskusjon og behandling.
- Styrepapirene er veldig gode, til tider er det mye å sette seg inn i.

*Under punkt 8 Fullstendighet i saker merket direktøren seg særlig følgende:*

- Styret kunne kanskje enda tydeligere signalisert betydningen av forskning i regi av ansatte ved sykehusapoteket, eller der sykehusapoteket er tung samarbeidspartner. Nevne alle publikasjoner og kongressbidrag under orienteringssaker.
- Sakene er generelt gode og dekker bredden i foretakets aktivitet. Kvalitetsarbeidet og forskningsarbeidet har det vært ekstra spennende å jobbe med. En videreutvikling av kvalitetsparametre tror jeg styret kan bidra i gjennom sine stadige påtrykk på dette. Brukerundersøkelser (inkl. HF-ene som brukere) er velkomment. ”Hemmelig kunde” har vært en god start, men er noe preget av øyeblikksvurderinger og bør suppleres med nevnte brukerundersøkelser/kvalitetsparametre.
- Noen få ganger bør krevende saker komme til styret tidligere i prosessen for diskusjon og behandling.

- For styrets kontroll kunne en hatt mer fokus på kvalitetsforbedring og kvalitetsfaktorer i foretaket. Dersom en kan koble sammen kvalitetsaspektet og innovasjon med merkevarebygging kan en kanskje utvikle foretaket til å bli enda mer robust i fremtiden.

*Under punkt 12 Oppfølging og gjennomføring av vedtak merket direktøren seg særlig følgende:*

- Flinke å følge opp innenfor knappe ressurser. Styrket administrativ ressurs gir enda bedre grunnlag.
- Vi har en liten administrasjon og styrets ønsker og proaktive holdning kan gi utfordringer med hensyn til oppfølging. Jeg er generelt godt fornøyd. Der hvor saker må settes på vent gjøres det dialog med styret. Ofte er det forhold utenfor adm. Kontroll (eks ombygginger ved UNN) som skaper utfordringer. Arbeidet med kvalitetsparametre (som måler effektivitet og fornøydhet fra kundeståsted) samt vurdering av opprettelse av nettapotek bør kanskje prioriteres enda høyere i dette året.
- Generelt sett er adm. god på oppfølging av vedtak. De saker jeg savner større fremdrift på over tid har vært; 1. kartlegging av brukere sine behov og synspunkter, og 2. samarbeid og tjenestetilbud til kommunene, via sykehusene.
- Administrasjonen følger opp vedtak for det meste i forventet hastighet. Noen vedtak tas opp i igjen flere ganger fordi de er vanskelig å gjennomføre. Styret kan kanskje endre formen i noen av sine vedtak som går på at informasjonssaker tas til etterretning til at styret har blitt informert av ledelsen om sak X og fatter følgende vedtak Y for å støtte direktøren i det videre arbeidet.

*Under punkt 14 Styremøtene merket direktøren seg særlig følgende:*

- Noen saker er krevende og burde hatt lengre tid, men stor sett fornøyd.
- Antall styremøter er rimelig i forhold til oppgaver og saksmengde. Jeg har opplevd noen av fellessamlingene med unødige lange sesjoner, og med middelmådig kvalitet på noen av innleggene.
- Møtene er godt planlagt og gjennomført. Ser enkelte styrer møtes for diskusjoner (temaer) på kvelden før styremøtet. Det kan være aktuelt å teste i enkeltmøter hvor det er viktige strategiske saker som skal behandles. Enkelte medlemmer må allerede i dag komme kvelden før til møtestedet.
- En bør vurdere å sette av en hel dag til styremøter slik at en alltid kan bli ferdig med sakene samtidig som det tillegges nok tid til saker som trenger litt ekstra drøfting.

*Under punkt 15 Forholdet til daglig leder merket direktøren seg særlig følgende:*

- Det er viktig at leder har enn god dialog med styret i sin helhet og har en klar stemme samt at de riktige støttefunksjonene trekkes inn ved behov.
- Tror det viktigste er å holde samarbeidet og dialogen tett og vital.
- Her synes jeg det har vært en flott utvikling. Den bør fortsette.
- Jeg opplever samarbeidet med daglig leder som meget positivt, og jeg forventer at daglig leder «spiller ball» med styremedlemmer ved behov.

<b>Styrets arbeid og egevaluering</b>	
Styresak nr.:	60 – 2017
Møtedato:	14. desember 2017
Saksbehandler:	Direktør Espen Mælen Hauge
Vedlegg:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Egevalueringsskjema</li> <li>2. Styresak 57 – 2016 Styrets arbeid, årsplan og egevaluering</li> <li>3. Hovedresultater AFF styreprofil og erfaringer og ideer for godt styrearbeid – fra Helse Nord's styreutviklingsprosjekt og styreseminar 2017</li> <li>4. AFF styreprofil – Sykehusapotek Nord</li> </ol>

### *Saken i korte trekk*

---

Etter tidligere års evalueringer og erfaring fra disse har styret ønsket en evaluering som skal være konkret både i form og innhold. Derfor har det i løpet av de siste årene blitt lagt opp slik at hvert styremedlem før styremøtet gjennomgår vedlagte spørsmålsett og velger seg spørsmål og/eller tema som de mener er viktige forbedrings- og bevaringspunkt med utgangspunkt i hva som er styrets viktigste oppgaver og helseforetakets utfordringer.

Direktøren har i samråd med styreleder lagt opp til at det gjøres på samme måte nå ved at styremedlemmene velger seg to forbedringsområder og to bevaringspunkter og begrunner dette som forberedelse til en diskusjon i møtet. Oppsummering av evalueringen tas opp igjen i neste styremøte før det oversendes Helse Nord RHF.

Vedlagt saken ligger til informasjon saksfremlegget for samme sak i fjor som inneholdt en oversikt over forskjellige grunnlagsdokumenter for styrets arbeid og en gjengivelse av innholdet i disse. Vedlagt ligger dessuten et notat som inneholder en oppsummering av hovedresultatene fra den regionale styrekartleggingen høsten 2017, samt SANOs styreprofil som ble diskutert i styreak 51-2017.

### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

*Styret i Sykehusapotek Nord HF har gjennomført egevaluering av styrets arbeid. Oppsummering av evalueringen legges frem i styremøtet 08.02.18 før det oversendes Helse Nord RHF.*

Espen Mælen Hauge  
 direktør



## *Saksfremlegg*

### *1. Regional styreevaluering og oversikt over styrets arbeid*

---

Helse Nord RHF engasjerte i juni 2017 Administrativt Forskningsråd ved Norges Handelshøyskole (AFF) for å kartlegge og bidra til videreutvikling av styrene i Helse Nord. Prosjektet ble gjennomført som en kartlegging av styrets faktiske prioriteringer av tidsbruk og styreoppgaver, og deres ønsker om prioriteringer i tiden fremover. I tillegg til selve kartleggingen, som er dokumenter i AFF styreprofil for hvert av de seks styrene i regionen, fikk deltakerne tilsendt fagboken «Styreverden» av Arne Selvik, og det ble gjennomført samtaler mellom styreleder, direktør og undertegnede vedrørende hovedpunktene i styreprofilen for hvert foretak.

Kartleggingen omfattet alle foretakene med unntak av Helse Nord IKT HF, ettersom det styret har en relativt kort erfaringsperiode etter oppnevningen. Resultatene ble presentert og drøftet i styreseminaret som ble arrangert i Tromsø 25.-26. oktober 2017.

Vedlagte notat inneholder en oppsummering av hovedresultatene fra kartleggingene, ideer og erfaringer som ble delt i seminaret, samt noen styrefaglige anbefalinger fra Arne Selvik i AFF. I tillegg vedlegges til informasjon SANOs styreprofil som også ble diskutert i styreak 51-2017.

Vedlagt saken ligger for øvrig til informasjon saksfremlegget for samme sak i fjor som ga en oversikt over forskjellige grunnlagsdokumenter for styrets arbeid og en gjengivelse av innholdet i disse.

### *2. Gjennomføring av styrets egenevaluering*

---

Ifølge veilederen for styrearbeid i helseforetak og statens ti prinsipper for eierstyring, skal styret gjennomføre evaluering av egen virksomhet. Siden foretaksmøtet i januar 2011 er det stilt krav til at styrene i helseforetak og underlagt de regionale helseforetakene skal gjennomføre slik evaluering.

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

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

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

Etter tidligere års evalueringer og erfaringene fra disse har styret ønsket en evaluering som skulle være konkret både i form og innhold. Derfor har det i løpet av de siste årene blitt lagt opp slik at hvert styremedlem før styremøtet gjennomgår vedlagte spørsmålssett og velger seg spørsmål og/eller tema som de mener er viktige forbedrings- og bevaringspunkt med utgangspunkt i hva som er styrets viktigste oppgaver og helseforetakets utfordringer.

Direktøren har i samråd med styreleder lagt opp til at det gjøres på samme måte nå ved at styremedlemmene så velger seg to forbedringsområder og to bevaringspunkter og begrunner dette som forberedelse til en diskusjon i møtet. Oppsummering av evalueringen tas opp igjen i neste styremøte før det oversendes Helse Nord RHF.

# EGENEVALUERING AV STYRET I SYKEHUSAPOTEK NORD 2017

*Egenevalueringen gjennomføres i møte 08.02.2018. På forhånd fyller alle ut spørreskjema. Svarene fra spørreundersøkelsen samles i dette dokumentet.*

## 1. PERSONOPPLYSNINGER

- Oppsummering alle svar

## 2. STYRETS OPPGAVER

**Har vi klart for oss hva som er styrets viktigste oppgaver?**

- Ja
- Jobbe for det beste for foretaket. Forelså tiltak der det trengs, riktig organisering også når det gjelder økonomi
- Jeg synes det er klart formulert i de dokumentene som vi har fått utlevert
- Sikre at foretaket når de mål som er satt av eier i Oppdragsdokumentet. Gjennom god dialog med adm. dir. sikre at foretaket gir pasientene en god og trygg legemiddelhandtering og utvikler sine virksomhetsområder (sykehusfarmasi, publikumsavdeling, produksjon, veiledning og forskning/undervisning) strategisk. Gjennom samarbeid med de øvrige HFene ivareta og utvikle et godt pasientforløp hvor legemiddeldelen i forløpene optimaliseres sett fra pasientenes og foretakens synsvinkel.
- Ja, det mener jeg vi har.
- Kontroll av foretakets virksomhet, sette strategisk retning for foretaket og være arbeidsgiver og gi støtte til direktør.
- Styret skal treffe beslutninger vedrørende strategi, utøve kontroll på budsjetter, regnskap, forvaltning av ressurser, planer og retningslinjer, samt tilsetting av daglig leder og ta hensyn til generell organisering av virksomheten.

## 3. PLANLEGGING OG ARBEIDSMÅTE.

**Har vi en god nok plan for arbeidet og en god nok arbeidsmåte?**

- Ja. Det vil være fornuftig å vurdere årshjulet jevnlig i styremøtene og samtidig fortløpende vurdere vektning av tidsbruk på strategi, kontroll, verdiperspektiv og samfunnsperspektiv sett i sammenheng med helheten av arbeidsoppgavene til styret.
- Etter min mening, JA.
- Etter min mening, ja.
- *Arbeidsmåten er bra, men vi kan trolig styrke samarbeidet med de øvrige HF og det strategiske.*  
*Aktuelt med et felles møtepunkt med hvert av de øvrige foretak hvor temaet er muligheter og strategier for å styrke/videreutvikle samarbeidet rundt pasientene/pårørende og sykehusenens behov. Mulige tema kunne være*
  - Eks FIN HF. Sykehusapotek i Hammerfest? Muligheter og utfordringer...
  - Helgeland. Sykehusapotek i det nye HSYK? Muligheter og utfordringer...
  - UNN/NLSH. Desentralisert immun og kjemoterapi.
  - Legemiddelleveranse/beredskap...Samarbeid rundt H-reseptor...
- Det synes jeg. Vi er kjent med oppgavene, vi har et årshjul med et antall møter som er adekvat og styredokumentene holder høy kvalitet.

- Ja, det synes jeg
- Fått årshjulet på plass – bra!

#### 4. FORHOLD TIL EIER.

##### Har styret oppnådd en tilfredsstillende forståelse for Sykehusapotek Nords situasjon hos det regionale Helse Nord?

- Økende forståelse gir etterhvert resultatet på stadig flere områder.
- Ja, det synes jeg. Godt samarbeid mellom apotekene og det regionale Helse Nord.
- Det er jeg usikker på.
- Her synes jeg det har blitt en kontinuerlig bedring. Gjennom året kunne vi kanskje (f.eks. etter et halvt år)+ vurdere om det er punkter så langt som er viktig for oss å få inn i neste års Oppdragsdokument. Dette for på et tidlig stadium sikre en optimal strategi overfor eier når det gjelder OD. Vi kunne også vurdere å invitere AD, fagdir eller kvalitet/forskningsdirektør inn i et møte på høsten om vi skulle se aktuelle tema(timer) å diskutere (eks. nye sykehus og sykehusapotek, legemiddelforsyning, H-resepter..). Det må dog sikres at vi ikke skaper uro ift den normale styringslinjen.
- Etter min mening, ja.
- JA
- Ja, jeg opplever at styreleder i samarbeid med direktør har god forståelse for hvilke tema som naturlig tas opp på de forskjellige arenaer for kommunikasjon mellom foretakene.

#### 5. STYRETS SAMMENSETNING.

##### Kunne styrets kompetanse og sammensetning vært bedre i forhold til oppgavene?

- Styret har særdeles god medisinsk, farmasøytisk og akademisk kompetanse med gode røtter inn mot akademia, andre helseforetak og industri. Flere medlemmer har også kremmerkompetanse og økonomisk forståelse. Det hadde vært gunstig for styret og hatt mer kompetanse mot sosiale medier, kommunikasjon og e-helse.
- God spredning i kompetanse
- Jeg er fornøyd med styrets sammensetning. Synes det er god spredning mht kompetanse for å kunne bidra inn på en god måte.
- Jeg synes styret har en variert sammensetning og den siste endring med sterkere representasjon fra det private sfære synes jeg har vært et løft. Man kunne kanskje vurdere om man burde hatt en representant fra primærhelsetjenesten inn i styret (fastlege)?
- Jeg synes sammensetningen er god. Det kommer alltid prosjekter eller saker som krever kompetanse i tillegg til den styret besitter, men jeg mener at dette løses tilfredsstillende ved at styret inviterer aktuelle personer til møtene.
- Styret utfyller hverandre godt pga forskjellig kompetanse.
- Usikker.

#### 6. STYRETS INSTRUKS.

- OK, eller ingen anmerkning.

## **7. STYREPAPIRENE.**

### **Hvordan er kvaliteten på styrets beslutningsunderlag (styrepapirene) og på det informasjonsmaterialet som ellers presenteres for styret?**

- Meget bra. Det kunne i noen av sakene med mye informasjon og vedlegg vært nyttig med en leseveiledning.
- Meget godt. Noen få ganger bør krevende saker komme til styret tidligere i prosessen for diskusjon og behandling.
- Meget bra.
- Disse er av en meget god kvalitet. Gir god oversikt. Årshjulet var meget velkomment.
- Jeg synes styresakene er godt gjennomarbeidet fra administrasjonen.
- Styrepapirene er veldig gode, til tider er det mye å sette seg inn i, men det blir bedre etter hvert når man har vært med en stund.
- Godt grunnlag for beslutninger.

## **8. FULLSTENDIGHET I SAKER.**

### **Er det saker vi savner behandlingen av der vi tror styret kunne bidratt positivt til forbedring av virksomheten?**

- Har ikke noe konkret
- Styret bidrar positivt til at virksomheten går godt, som ansatt synes jeg det er fint at styret "følger med" på hvordan apotekene drives. En sak som har bdratt til forbedringer er Mystery shopper, en sak vi har lært mye av og vet at styret er opptatt av.
- Styret kunne kanskje enda tydeligere signalisert betydningen av forskning i regi av ansatte ved sykehusapoteket, eller der sykehusapoteket er tung samarbeidspartner. Nevne alle publikasjoner og kongressbidrag under orienteringssaker.
- Sakene er generelt gode og dekker bredden i foretakets aktivitet. Kvalitetsarbeidet og forskningsarbeidet har det vært ekstra spennende å jobbe med. En videreutvikling av kvalitetsparametre tror jeg styret kan bidra i gjennom sine stadige påtrykk på dette. Brukerundersøkelser (inkl. Hfene som brukere) er velkomment. "Hemmelig kunde" har vært en god start, men er noe preget av øyeblikksvurderinger og bør suppleres med nevnte brukerundersøkelser/kvalitetsparametre.
- Ikke noe å tilføye utover dagens praksis
- Noen få ganger bør krevende saker komme til styret tidligere i prosessen for diskusjon og behandling.
- For styrets kontroll kunne en hatt mer fokus på kvalitetsforbedring og kvalitetsfaktorer i foretaket. Dersom en kan koble sammen kvalitetsaspektet og innovasjon med merkevarebygging kan en kanskje utvikle foretaket til å bli enda mer robust i fremtiden.

## **9. STYRETS VEDTAK.**

### **Er de konklusjoner og vedtak som fattes i samsvar med det du mener er riktig**

- Ja. Saker som vedtas er i det store og hele enstemmig vedtatt og diskutert godt eller presentert godt.
- Ja
- Ja

- Vedtakene er gode og godt diskuterte før de nedfelles. Det gis nødvendig tid til å sikre gode formuleringer.
- Ja
- Ja
- Ja, de fleste omforent etter grundige drøftinger.

## **10. STYREPROTOKOLLEN.**

### **Burde vi legge arbeid i å forbedre kvaliteten på styreprotokollen?**

- OK som vedtaksprotokoll
- Synes styreprotokollen er bra
- Nei, jeg savner ikke noe ved styreprotokollen
- Sett fra mitt ståsted er den OK
- Nei, den oppleves god.
- Den er god
- Styreprotokollen oppleves som et minimum med god nok.

## **11. STYRETS KOMMUNIKASJONSFORM.**

### **I hvilken grad kommuniserer vi som et kollegium hvor det er fellesfølelsen som er grunnleggende – opptrer vi med integritet, åpenhet, ansvarlighet og tillit overfor hverandre?**

- Alle medlemmene blir oppfordret til å uttale seg og blir hørt. Det oppleves som en har en flat struktur i styret og respekt for meninger og vurderinger.
- Etter min vurdering har vi en åpen og tillitsfull kommunikasjon. Det enkelte styremedlem kan uttrykke uenighet på saker, og adm. får gi sin vurdering av saken, før det fattes beslutning.
- Det synes jeg vi gjør. Jeg mener vi har en god samarbeidstone, der det er rom for å bli hørt.
- Styret har en meget god dialog og utfyller hverandre godt. Det er en trygghet innad i styret og uenighet aksepteres. Kvalitet, respekt og trygghet preger dialogen.
- Jeg opplever styret som et kollegium, og har aldri hatt følelsen av at jeg ikke har kommet til ordet eller at jeg ikke har fått lagt fram synspunkter
- Det fungerer bra, alle blir hørt og respektert. Alle har vi felles mål og ønsker gode resultater.
- (ikke svar)

## **12. OPPFØLGING OG GJENNOMFØRING AV VEDTAK.**

### **Kan administrasjonen bli flinkere til å gjennomføre styrets vedtak raskt?**

- Flinke å følge opp innenfor knappe ressurser. Styrket administrativ ressursgir enda bedre grunnlag.
- Det tror jeg ikke, den tiden jeg har vært med synes jeg det har fungert godt.
- Jeg har ikke følelsen av at gjennomføring av vedtak har blitt trenert eller har tatt for lang tid.
- Vi har en liten administrasjon og styrets ønsker og proaktive holdning kan gi utfordringer ift oppfølging. Jeg er generelt godt fornøyd. Der hvor saker må settes på

vent gjøres det dialog med styret. Ofte er det forhold utenfor adm. Kontroll (eks ombygginger ved UNN) som skaper utfordringer. Arbeidet med kvalitetsparametre (som måler effektivitet og fornøydhets fra kundeståsted) samt vurdering av opprettelse av nettapotek bør kanskje prioriteres enda høyere i dette året.

- Fornøyd med dagens praksis.
- Generelt sett er adm. god på oppfølging av vedtak. De saker jeg savner større fremdrift på over tid har vært;
  1. kartlegging av brukere sine behov og synspunkter
  2. samarbeid og tjenestetilbud til kommunene, via sykehusene
- Administrasjonen følger opp vedtak for det meste i forventet hastighet. Noen vedtak tas opp i igjen flere ganger fordi de er vanskelig å gjennomføre. Styret kan kanskje endre formen i noen av sine vedtak som går på at informasjonssaker *tas til etterretning* til at styret har blitt informert av ledelsen om sak X og fatter følgende vedtak Y for å støtte direktøren i det videre arbeidet.

### 13. STYRELEDER.

#### Hvordan fungerer styreleder? – Ledes møtene effektivt?

- Styremøtene ledes effektivt. Noen saker får en sjelden gang litt liten tid til drøfting og noen viktige saker tas litt for lenge etter benstrekk, men ellers god gjennomføringsevne.
- Her er jeg inhabil
- Meget bra. Jeg er fornøyd med styreleders arbeid og møteledelse.
- Styreleder sikrer en meget god dialog innad i styret. Med utfordringene fremover vil det være viktig med en sterk og god dialog mellom styreleder og adm.dir. Noe fravær i innværende år oppfatter jeg skyldes mangel på langtidsplanlegging fra Helse Nord RHF. Også styreledere har "tette kalendere" med mange andre oppgaver.
- Jeg synes styreleder framstår som vel forberedt og med god innsikt i sakene. Jeg synes stort sett at vi har et rimelig tidsbruk på de ulike sakene.
- Styreleder fungerer godt, alle blir hørt
- Godt nok.

### 14. STYREMØTENE.

#### Hvordan er vi fornøyd med antall møter og varigheten på de enkelte møtene?

- Godt planlagt i all hovedsak. Bra med årlige styreseminar – dybde.
- Noen saker er krevende og burde hatt lengre tid, men stor sett fornøyd.
- Antall styremøter er rimelig i forhold til oppgaver og saksmengde. Jeg har opplevd noen av fellessamlingene med unødig lange sesjoner, og med middelmådig kvalitet på noen av innleggene.
- Møtene er godt planlagt og gjennomført. Ser enkelte styrer møtes kvelden før for diskusjoner (temaer) på kvelden før styremøtet. Det kan være aktuelt å teste i enkeltmøter hvor det er viktige strategiske saker som skal behandles. Enkelte medlemmer må allerede i dag komme kvelden før til møtestedet.
- Fornøyd med slik det er idag.
- Alle møter er ok. Bør ha en full dag styremøte.
- En bør vurdere å sette av en hel dag til styremøter slik at en alltid kan bli ferdig med sakene samtidig som det tillegges nok tid til saker som trenger litt ekstra drøfting.

## **15. FORHOLDET TIL DAGLIG LEDER.**

### **a)Hvor stort potensial er det i å forbedre styrets forhold til og samarbeid med daglig leder?**

- Det er viktig at leder har enn god dialog med styret i sin helhet og har en klar stemme samt at de riktige støttefunksjonene trekkes inn ved behov.
- Tror det viktigste er å holde samarbeidet og dialogen tett og vital.
- Opplever at det fungerer bra og at det er rom for å ta dialog/gi innspill underveis dersom jeg skulle ønske det annerledes.
- Her synes jeg det har vært en flott utvikling. Den bør fortsette.
- Jeg opplever samarbeidet med daglig leder som meget positivt, og jeg forventer at daglig leder «spiller ball» med styremedlemmer ved behov.
- Fungerer godt.
- God dynamikk idg. Daglig leder evner å si ifra når noe oppfattes uklart (eller er uenig!)

### **b)Er det interessant å revidere daglig leders ansettelsesvilkår mer regelmessig som ledd i en insentivordning?**

- Fungerer tilsynelatende bra med dagens ordning.
- Fungerer bra som idag.
- Fungerer bra idag.
- Ingen kommentarer her
- Nei
- Nei



Styret, BU-leder, adm.dir.:

---

Björg H. Jenssen  
Styreleder

---

Jan Norum  
Nestleder

---

André Engesland  
Styremedlem

---

Svein Iversen  
Styremedlem

---

Liv Norlid  
Styremedlem

---

Lars Småbrekke  
Styremedlem

---

Hilde Erstad  
Styremedlem

---

Martin Moe  
Brukerutvalgsleder

---

Espen MælenHauge  
Direktør

# Instruks

## Styret for Sykehusapotek Nord HF

Vedtatt i styremøte den 25. januar 2002.  
Revidert i styremøte den 31. oktober 2012, jf. styresak 42-2012.

### Innholdsfortegnelse

<b>Innledning</b>	<b>2</b>
<b>1. Møteplan</b>	<b>2</b>
<b>2. Innkalling</b>	<b>2</b>
<b>3. Saksforberedelse m.m.</b>	<b>2</b>
<b>4. Saker som skal styrebehandles</b>	<b>2</b>
<b>5. Kontrolloppgaver</b>	<b>3</b>
<b>6. Styremøter</b>	<b>3</b>
<b>7. Direktørs oppgaver</b>	<b>4</b>
<b>8. Årsregnskap, årsberetning og årlig melding, samt styrings- og prestasjonskrav</b>	<b>4</b>
<b>9. Styrets representasjon</b>	<b>4</b>
<b>10. Styrets informasjonshåndtering</b>	<b>4</b>
<b>11. Styrets representasjon i Sykehusapotek Nord HF's foretaksmøte</b>	<b>4</b>
<b>12. Protokoll</b>	<b>4</b>
<b>13. Styremedlemmenes opplysningsplikt</b>	<b>5</b>
<b>14. Offentlighet og taushetsplikt</b>	<b>5</b>
<b>15. Habilitet</b>	<b>5</b>

## **Innledning**

Styrearbeidet i Sykehusapotek Nord HF skal være i tråd med denne styreinstruksen. Styret kan innenfor helseforetakslovens og vedtektenes rammer vedta å fravike instruksene i enkeltsaker. Styreinstruksene gjelder inntil styret vedtar noe annet.

Styret i Sykehusapotek Nord HF skal etter eiers retningslinjer planlegge og organisere sykehusapotektjenesten og legge til rette for forskning og undervisning. Styret skal tilse at det sykehusfarmasøytiske tjenestetilbudet i regionen drives etter de lover, forskrifter og retningslinjer som er vedtatt nasjonalt og regionalt, på vegne av staten som eier. Styret skal sørge for å oppfylle de sektorpolitiske målsettingene slik de fremkommer i nasjonale og regionale helsepolitiske, forskningspolitiske og utdanningspolitiske vedtak og planer.

Styret i Sykehusapotek Nord HF har ansvar for den totale driftssituasjonen i Sykehusapotek Nord, og skal sørge for å få fremlagt nødvendig informasjon for å kunne ta dette ansvaret, og således ta de nødvendige beslutninger for å sikre en forsvarlig drift og rapportering til eier.

I tillegg til styrets instruks er det utarbeidet en veileder i styrearbeid i helseforetak. Veilederen gir en kort orientering om styrearbeid i helseforetak og den er ment som et bidrag til styrenes rolleforståelse og rolleutøvelse. Veilederen sammenfatter gjeldende rettsregler og gitte styringskrav, samt inneholder en omtale av styrearbeid som er av mer veiledende karakter.

## **1. Møteplan**

Styret skal hvert år utarbeide en møteplan, med oversikt over møtetidspunkter. Styret skal gjennomføre minst fire møter i året. Styrets leder skal sørge for at styret avholder møter så ofte det trengs.

## **2. Innkalling**

Styrets leder er ansvarlig for at styret innkalles til møte. Medlemmer av styret og direktør kan kreve at styret sammenkalles. Ved ordinære møter skal innkalling sendes styrets medlemmer og varamedlemmer senest en uke før møtet.

Utover den fastlagte møteplanen kan styrets leder innkalle til møter ved behov. Møter utenfor møteplanen innkalles på hensiktsmessig måte, og med nødvendig frist. Slike møter kan om nødvendig avholdes per telefon, telematikk e.l.

## **3. Saksforberedelse m.m.**

I samråd med styrets leder skal direktør saksforberede og fastsette saksliste til styremøtene. Sakspapirene skal, sammen med innkallingen, sendes styrets medlemmer og varamedlemmer senest en uke før møtet.

I samarbeid med styreleder skal direktør se til at de praktiske oppgavene rundt styrets arbeid ivaretas.

## **4. Saker som skal styrebehandles**

Styrets hovedoppgave kan deles inn i tre hovedoppgaver; strategi, kontroll og støtte. Styrets oppgaver og kompetanse er blant annet regulert i helseforetakslovens kapittel 7, § 6 i Sykehusapotek Nord HF's vedtekter, oppdragsdokument, krav fremsatt i helseforetakets foretaksmøter og vilkår knyttet til vedtak fra det regionale helseforetaket.

Saker som styret bl a skal behandle:

- Ansette og eventuelt avsette administrerende direktør

- Fastsette instruks og lønn for administrerende direktør
- Månedlige og tertialvise økonomirapporter og årsrapporter for Sykehusapotek Nord HF
- Årlig melding
- Tilsynsrapporter og andre rapporter med avvik som ansees betydningsfulle for Sykehusapotek Nord HF
- Strategiske planer og beslutninger
- Saker som skal fremlegges i Sykehusapotek Nord HF's foretaksmøte
- Oppdragsdokument til helseforetaket
- Saker av uvanlig art eller av stor betydning
- Pasienters og pårørendes rettigheter og interesser, jf vedtektenes § 8
- Rapportering fra intern revisor, jf Helse Nord RHF's styresak nr. 26-2005

## 5. Kontrolloppgaver

Styret skal holde seg orientert om helseforetakets virksomhet og økonomiske stilling. Det skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i helseforetakslovens § 1, helseforetakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter.

Styret skal føre tilsyn med direktør. Styret skal evaluere direktørs arbeid.

Styret har plikt til å iverksette undersøkelser der styret finner det nødvendig. Iverksettelse av slike undersøkelser skal vedtas av styret. Det enkelte styremedlem kan ikke iverksette egne undersøkelser.

Styret skal sørge for at bokføring og formuesforvaltning er gjenstand for betryggende kontroll.

Helseforetaket skal ha en egenkapital som står i forsvarlig forhold til foretakets virksomhet. Hvis det må antas at foretakets egenkapital er lavere enn forsvarlig ut fra risikoen ved og omfanget av virksomheten, skal styret straks behandle saken. Styret skal innen rimelig tid varsle eieren, og gi denne en redegjørelse for foretakets økonomiske stilling, og foreslå tiltak som vil gi foretaket en forsvarlig egenkapital, jf helseforetakslovens § 14.

Kontrolloppgaver inkluderer også:

- Bidra til sikker medisinsk forsvarlig beredskap og behandling
- Sikre overholdelse av lover som regulerer foretakets virksomhet
- Vurdere foretakets økonomi og likviditetssituasjon

## 6. Styremøter

Styremøter ledes av styrelederen, eller i dennes fravær styrets nestleder. Er ingen av disse til stede velger styret selv en møteleder.

Med mindre styret i det enkelte tilfellet bestemmer noe annet, har direktør rett og plikt til å være til stede og rett til å uttale seg på styremøter. Styresekretær deltar normalt i styremøtene. Øvrige fra administrasjonen deltar etter behov. Representanter fra tilsynsorgan og lignende innkalles til styremøter etter behov.

Styremøtene skal struktureres etter følgende mal:

- Beslutningssaker
- Orienteringssaker
- Referatsaker

Styret har vedtakskompetanse når mer enn halvparten av samtlige styremedlemmer er til stede. Styret kan ikke treffe beslutninger med mindre alle medlemmer av styret så vidt mulig er gitt mulighet til å delta i behandlingen av saken. Som styrets beslutning gjelder det som flertallet av de møtende har stemt for. Ved stemmelikhet er møteleders stemme avgjørende. De som stemmer for et forslag, må likevel utgjøre mer enn en tredel av samtlige styremedlemmer for at forslaget skal anses som vedtatt. Styrets medlemmer har plikt til å avgi stemme i alle saker som behandles av styret.

## **7. Direktørens oppgaver**

Direktørens oppgaver og fullmakter er i hovedsak regulert av helseforetakslovens kapittel 8, egen instruks (styresak nr. 47-2009) og styrets vedtak. Direktør forestår den daglige ledelsen av helseforetaket og skal følge de retningslinjer og pålegg styret har gitt eller gir. Direktør skal påse at virksomheten er i samsvar med helseforetakets vedtekter og vedtak truffet av foretaksmøtet og styret. Direktør er pålagt å utarbeide forslag til budsjett, årsplan og årlig melding. Direktør skal minst hver fjerde måned gi styret skriftlig underretning om foretakets virksomhet, stilling og resultatutvikling.

Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning. Slike saker kan direktør bare avgjøre når styret i den enkelte sak har gitt direktør myndighet til det, eller når styrets beslutning ikke kan avvendes uten vesentlig ulempe for foretakets virksomhet. Styret skal i så fall snarest underrettes om saken.

## **8. Årsregnskap, årsberetning og årlig melding, samt styrings- og prestasjonskrav**

Det avholdes foretaksmøte i helseforetaket i første kvartal der styrings- og prestasjonskrav på økonomi- og organisasjonsområdet blir fastlagt. Innen utgangen av juni måned avholdes foretaksmøte i helseforetaket for fastsettelse av årsregnskap og årsberetning, samt for behandling av årlig melding.

## **9. Styrets representasjon**

Styret representerer foretaket utad og tegner dets firma. Dersom ikke annet fremgår av vedtektene kan styret i vedtaks form avgjøre om styremedlem og / eller direktør skal ha signaturrett og / eller prokura.

## **10. Styrets informasjonshåndtering**

Styrets leder uttaler seg på vegne av styret om ikke annet er spesielt avtalt.

## **11. Styrets representasjon i Sykehusapotek Nord HFs foretaksmøte**

Styreleder skal være til stede i foretaksmøtet. Ved styreleders forfall skal styrets nestleder være stedfortreder, jf helseforetakslovens § 17, 1. ledd 2. pkt. Har både styrets leder og styrets nestleder gyldig forfall, utpekes stedfortreder av styrets leder, dersom ikke styret bestemmer annet. Andre styremedlemmer kan være til stede i foretaksmøtet.

## **12. Styremøteprotokoll**

Det skal føres en møteprotokoll som undertegnes av alle møtedeltakerne. Protokollen skal også framlegges for påtegning av de medlemmene som var fraværende. Protokollen skal foreligge senest 2 dager etter at møtet er avholdt. Protokollen gjøres offentlig når den er godkjent av styrets leder. Styreprotokollen skal angi tid, sted, deltakere, styrets vedtak og saksreferanse.

Dersom styrets vedtak ikke er enstemmig, skal det angis hvem som stemte for og imot. Styremedlem eller direktør som er uenig i styrets beslutning kan kreve sin oppfatning protokollført.

### **13. Styremedlemmenes opplysningsplikt**

Styremedlem som har ledende stilling i, eller eierandel i virksomhet som er, eller kan komme i et forretningsmessig forhold til Sykehusapotek Nord HF, skal forelegge dette for styret.

### **14. Offentlighet og taushetsplikt**

Styrets møter er åpne, men kan lukkes når styret finner at det foreligger et reelt og saklig behov, og lukking er forenlig med offentlighetslovens prinsipper. Styrets møter skal alltid lukkes ved behandling av saker som er undergitt taushetsplikt.

Styrets medlemmer og andre som deltar i styrets behandling har taushetsplikt om de forhold som etter forvaltningslovens bestemmelser er taushetsbelagte. Styret, eller den som innkaller til møter, kan forøvrig pålegge taushetsplikt i enkeltsaker eller typer av saker hvor det er påkrevd etter lov.

### **15. Habilitet**

Har et styremedlem, enten selv eller via en av dennes nærstående, en fremtredende personlig eller økonomisk særinteresse i en sak, har vedkommende plikt til å erklære seg inhabil.

Et styremedlem kan ikke delta i behandlingen av, eller avgjørelse i, saker hvor vedkommende er inhabil, jf. også forvaltningsloven kap. II.

Ved tvil skal styremedlemmet legge saken frem for styret, som avgjør spørsmålet.

Styremedlemmet som habilitetsspørsmålet gjelder skal ikke delta ved behandlingen. Dersom det i samme sak oppstår spørsmål om inhabilitet for flere medlemmer, kan ingen av dem delta ved avgjørelsen av egen eller andres habilitet, med mindre styret ellers ikke vil være vedtaksført. I sistnevnte tilfelle skal alle møtende styremedlemmer delta.



<b>Tema:</b>	<b>Virksomhetsutvikling fagområdet rådgivning og klinisk farmasi</b>
Styresak nr.:	8 – 2018
Møtedato:	8. februar 2018

*Presentasjon og innledning til diskusjon om virksomhetsutvikling rådgivning og klinisk farmasi*

---

Styret vedtok i styresak 57-2017 at det som temasakene i styremøtene i 2018 belyser hvert av virksomhetsområdene med fokus på blant annet:

- Nye tjenester
- Nye markeder
- Kvalitet
- Innovasjon
- Oppfølging av oppdragsdokumentet
- Omdømmebygging

Tema i dette møtet er virksomhetsutvikling på fagområdet rådgivning og klinisk farmasi.

*Direktørens innstilling til vedtak*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tok presentasjonen til orientering og gjennomførte diskusjoner om virksomhetsutvikling på fagområdet rådgivning og klinisk farmasi.*

Espen Mælen Hauge  
direktør



<b>Saker til informasjon</b>	
Styresak nr.:	9 – 2018
Møtedato:	8. februar 2018

### *Saker til informasjon:*

#### *Ved direktør*

1. Status IKT-prosjektene (bransjesystemet)
2. Anskaffelse av elektronisk produksjonsstøttesystem
3. ForBedring 2018
4. Rundebordskonferanse hos Sykehusinnkjøp HF om strategiarbeid for innkjøpskategori legemidler
5. Nasjonalt samarbeid sykehusapotekforetakene
6. Forskningsseminar

#### *Ved styreleder:*

#### *Ved leder av brukerutvalget*

Informasjon fra brukerutvalget

#### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

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

Espen Mælen Hauge  
direktør