



# Styremøte

Innkalling med sakspapirer

31. mai 2018 kl. 9.30 – 16.00

Sted:

Pingvinhotellet UNN Tromsø

Saker til behandling:

Saksnummer	Saksnavn	Side
23 - 2018	Godkjenning av innkalling og saksliste	1
24 - 2018	Godkjenning av protokoll fra styremøte 13. mars 2018	2
25 - 2018	Årsplan for styret – oppdatering og status	11
26 - 2018	Virksomhetsrapport per april 2018	15
27 - 2018	Rapport for 1. tertial 2018 – til Helse Nord RHF	31
28 - 2018	Risikostyring overordnede risikomål og informasjonssikkerhet	86
29 - 2018	ForBedring 2018 – oppfølging av medarbeider- og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen	94
30 - 2018	Helse Nord anskaffelsesstrategi 2018-2021	113
31 - 2018	Tema: Virksomhetsutvikling fagområdet apotekutsalg	133
32 - 2018	Ressurssituasjonen i foretaksledelsen – oppfølging av sak 18-2018	134
33 - 2018	Saker til informasjon	139
	<i>Ved direktør:</i>	
	1. Forskningsaktivitet	
	2. Anskaffelse av reseptur- og butikkdatasystem (u.off. jf. Offl. § 23)	
	3. Åpning av PET-senteret og A-fløy UNN Tromsø	
	<i>Ved leder av brukerutvalget</i>	
	1. Informasjon fra brukerutvalget	
34 - 2018	Eventuelt	
	1. Evaluering av møtet	



Styrets medlemmer i Sykehusapotek Nord  
Observatør fra brukerutvalget i Sykehusapotek Nord

Deres ref.:

Vår ref.:  
2018/43

Dato:  
23.05.2018

### **Innkalling til styremøte i Sykehusapotek Nord HF 31. mai 2018**

I henhold til tidligere avtalt møteplan, og i samråd med styreleder, innkalles med dette til styremøte i Sykehusapotek Nord HF torsdag 31. mai 2018 kl. 9.30-1600.

Møtet avholdes på Pingvinhotellet ved UNN Tromsø.

Styremøtet vil ved behov bli lukket 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:	23 – 2018
Møtedato:	31. mai 2018

I samråd med styreleder er følgende saksliste satt opp til styremøtet 31. mai 2018:

Saksnummer	Saksnavn	Side
23 - 2018	Godkjenning av innkalling og saksliste	1
24 - 2018	Godkjenning av protokoll fra styremøte 13. mars 2018	2
25 - 2018	Årsplan for styret – oppdatering og status	11
26 - 2018	Virksomhetsrapport per april 2018	15
27 - 2018	Rapport for 1. tertial 2018 – til Helse Nord RHF	31
28 - 2018	Risikostyring overordnede risikomål og informasjonssikkerhet	86
29 - 2018	ForBedring 2018 – oppfølging av medarbeider- og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen	94
30 - 2018	Helse Nord anskaffelsesstrategi 2018-2021	113
31 - 2018	Tema: Virksomhetsutvikling fagområdet apotekutsalg	133
32 - 2018	Ressurssituasjonen i foretaksledelsen – oppfølging av sak 18-2018	134
33 - 2018	Saker til informasjon	139
	<i>Ved direktør:</i>	
	1. Forskningsaktivitet	
	2. Anskaffelse av reseptur- og butikkdatasystem (u.off. jf. Offl. § 23)	
	3. Åpning av PET-senteret og A-fløy UNN Tromsø	
	<i>Ved leder av brukerutvalget</i>	
	1. Informasjon fra brukerutvalget	
34 - 2018	Eventuelt	
	1. Evaluering av møtet	

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

*Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte den 31. mai 2018.*

Espen Mælen Hauge  
direktør



## Godkjenning av protokoll fra styremøte 13. mars 2018

Styresak nr.: 24 – 2018

Møtedato: 31. mai 2018

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner protokollen fra styremøtet 13. mars 2018.*

Espen Mælen Hauge  
Direktør

# Protokoll

---

**Møtetype:** Styremøte i Sykehusapotek Nord

**Tidspunkt:** 13. mars 2018 kl. 9.30 – 15.30

**Møtested:** Pingvinhotellet UNN Tromsø

**Tilstede:** Bjørg Helene Jenssen, styreleder  
Jan Norum, styrets nestleder  
Hilde Gustavsen Erstad, styremedlem  
Lars Småbrekke, styremedlem  
Liv Norlid, vara styremedlem  
Svein Iversen, styremedlem  
Beate Borge, vara styrmedlem

**Observatør:** Martin Moe, leder av brukerutvalget

**Forfall:** Sissi Lundblad, styremedlem

**Fra administrasjonen:**

Espen Mælen Hauge, direktør  
Helge K. Kjerulf Pettersen, økonomisjef  
Margaret Aarag Antonsen, fagsjef

---

Sakene ble behandlet i følgende rekkefølge: 11, 12, 13, 14, 20, 15, 16, 17, 18, 19, 22

## **Sak 11/18 Godkjenning av innkalling og saksliste**

*Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte 13. mars 2018.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte 13. mars 2018.

## Sak 12/18 Godkjenning av protokoll fra styremøte 8. februar 2018

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøtet 8. februar 2018.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

### *Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøtet 8. februar 2018.

## Sak 13/18 Årsplan for styret – oppdatering og status

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

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

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

### *Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar årsplanen til orientering.

## Sak 14/18 Godkjenning av årsregnskap 2017

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

- 1. Styret for Sykehusapotek Nord HF innstiller overfor foretaksmøtet at det fremlagte årsoppgjør med resultatregnskap, balanse, kontantstrøm, noter og årsberetning, samt disponering av årsresultat, fastsettes som Sykehusapotek Nord HFs regnskap for 2017.*
- 2. Styret innstiller overfor foretaksmøtet at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnfastsettelse.*
- 3. Styrets beretning 2017 vedtas.*

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

---

- 4. Styret tar revisors brev til ledelsen til orientering.*

Direktørens innstilling med styreleders tillegg ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF innstiller overfor foretaksmøtet at det fremlagte årsoppgjør med resultatregnskap, balanse, kontantstrøm, noter og årsberetning, samt disponering av årsresultat, fastsettes som Sykehusapotek Nord HFs regnskap for 2017.
2. Styret innstiller overfor foretaksmøtet at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnfastsettelse.
3. Styrets beretning 2017 vedtas.
4. Styret tar revisors brev til ledelsen til orientering.

## **Sak 15/18 Rapport på gjennomføring av oppdragsdokument 2017 – Årlig melding**

*Direktørens innstilling til vedtak:*

---

1. *Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar vedlagte rapport som styrets rapport til Helse Nord RHF på gjennomføring av oppdragsdokument for 2017 (Årlig melding).*

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

---

2. *Styret påpeker at en rekke oppdrag i 2017 forutsatte initiativ fra Helse Nord RHF. Flere av oppdragene er derfor ikke gjennomført. Styret ber direktør og styreleder ta opp saken med Helse Nord RHF.*
3. *For å bli sterkere integrert i sørge-for-ansvaret i spesialisthelsetjenesten forventer styret at Helse Nord RHF tar initiativ overfor Sykehusapotek Nord HF for å drøfte en felles strategi for dette.*

Direktørens innstilling med styreleders tillegg ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar vedlagte rapport som styrets rapport til Helse Nord RHF på gjennomføring av oppdragsdokument for 2017 (Årlig melding).
2. Styret påpeker at en rekke oppdrag i 2017 forutsatte initiativ fra Helse Nord RHF. Flere av oppdragene er derfor ikke gjennomført. Styret ber direktør og styreleder ta opp saken med Helse Nord RHF.

3. For å bli sterkere integrert i sørge-for-ansvaret i spesialisthelsetjenesten forventer styret at Helse Nord RHF tar initiativ overfor Sykehusapotek Nord HF for å drøfte en felles strategi for dette.

## **Sak 16/18 Virksomhetsrapport per januar 2018**

Virksomhetsrapporten for februar 2018 ble utdelt i møtet.

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per januar 2018 til orientering.*

### *Direktøren fremmet følgende endrede forslag til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapportene for januar og februar 2018 til orientering.*

Direktørens endrede forslag ble enstemmig vedtatt.

### *Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapportene for januar og februar 2018 til orientering.

## **Sak 17/18 Innspill til plan 2019-2022, inkludert rullering av investeringsplan**

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

1. *Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar denne saken som styrets innspill til plan- og budsjettarbeid i Helse Nord for 2019-2022.*
2. *Styret ber om at Sykehusapotek Nord HF får følgende investeringsrammer:*
  - 2018: 5,5 millioner
  - 2019: 5,0 millioner
  - 2020: 4,5 millioner
  - 2021: 3,0 millioner
  - 2022: 3,0 millioner
  - 2023: 3,0 millioner
3. *Styret for Sykehusapotek Nord HF mener at det er viktig at den vedtatte opptrappingsplanen for klinisk farmasi følges, og at bevilgningene til denne opprettholdes i plan 2019-2022.*
4. *Styret for Sykehusapotek Nord HF ber om at Helse Nord RHF opprettholder bevilgningen til produksjonsstøttesystem i Helse Nord's investeringsplan.*



5. Styret for Sykehusapotek Nord HF presiserer at det er helt nødvendig at sykehusene (og øvrige kunder) betaler en betydelig del av de nødvendige investeringene i produksjonslokaler og produksjonsutstyr.

*Direktøren fremmet følgende tillegg til sin innstilling til vedtak:*

---

6. Styret for Sykehusapotek Nord HF presiserer at det er helt nødvendig at Sykehusapotek Nord HF får dekket sine kostnader i forbindelse med etablering av radiofarmakaproduksjon.

*Styrets nestleder fremmet følgende tillegg til direktørens innstilling til vedtak:*

---

7. Styret for Sykehusapotek Nord HF påpeker at eventuelle investeringer i arealer og utstyr for apotek tjenester i nye sykehus/nærsykehus i Hammerfest, Alta og Narvik, samt utstyr for gjennomføring av PET-CT i Bodø, ikke er synlig i investeringsplanen.

Direktørens innstilling og tillegg, samt nestleders tillegg til direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar denne saken som styrets innspill til plan- og budsjettarbeid i Helse Nord for 2019-2022.
2. Styret ber om at Sykehusapotek Nord HF får følgende investeringsrammer:  
2018: 5,5 millioner  
2019: 5,0 millioner  
2020: 4,5 millioner  
2021: 3,0 millioner  
2022: 3,0 millioner  
2023: 3,0 millioner
3. Styret for Sykehusapotek Nord HF mener at det er viktig at den vedtatte opptrappingsplanen for klinisk farmasi følges, og at bevilgningene til denne opprettholdes i plan 2019-2022.
4. Styret for Sykehusapotek Nord HF ber om at Helse Nord RHF opprettholder bevilgningen til produksjonsstøttesystem i Helse Nord's investeringsplan.
5. Styret for Sykehusapotek Nord HF presiserer at det er helt nødvendig at sykehusene (og øvrige kunder) betaler en betydelig del av de nødvendige investeringene i produksjonslokaler og produksjonsutstyr.
6. Styret for Sykehusapotek Nord HF presiserer at det er helt nødvendig at Sykehusapotek Nord HF får dekket sine kostnader i forbindelse med etablering av radiofarmakaproduksjon.

7. Styret for Sykehusapotek Nord HF påpeker at eventuelle investeringer i arealer og utstyr for apotek tjenester i nye sykehus/nærpsykehus i Hammerfest, Alta og Narvik, samt utstyr for gjennomføring av PET-CT i Bodø ikke er synlig i investeringsplanen.

## **Sak 18/18 Ressurssituasjonen i foretaksledelsen**

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF er bekymret for den mangelfulle ressurssituasjonen i foretaksledelsen over tid, og vil be direktøren komme tilbake med et forslag til løsning i forbindelse med styrets behandling av budsjettet for 2019.*

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

---

*Styret for Sykehusapotek Nord ber direktøren komme tilbake med et forslag til løsning i styremøtet 31. mai 2018.*

Styrets forslag ble enstemmig vedtatt.

### *Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord ber direktøren komme tilbake med et forslag til løsning i styremøtet 31. mai 2018.

## **Sak 19/18 Oppnevning av valgstyre for valg av ansattrepresentanter i styret**

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

1. *Styret for Sykehusapotek Nord HF oppnevner følgende ansattrepresentanter til valgstyret for Sykehusapotek Nord HF:*
  - *André Engesland, Norges farmasøytiske forening*
  - *Beate Borge, Farmasiforbundet/Parat*
2. *Styret for Sykehusapotek Nord HF oppnevner følgende vara for ansattrepresentanter til valgstyret for Sykehusapotek Nord HF:*
  - *Catrine Nystad Larsen, Farmasiforbundet/Parat*
  - *Marlen Aas Nikolaisen, Norges farmasøytiske forening*
3. *Som representant fra foretaksledelsen til HF-valgstyre oppnevnes:*
  - *Helge K. Kjerulf Pettersen, økonomisjef*
4. *Valgstyret konstituerer seg selv med leder og nestleder.*

Direktørens innstilling med ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF oppnevner følgende ansattrepresentanter til valgstyret for Sykehusapotek Nord HF:
  - André Engesland, Norges farmasøytiske forening
  - Beate Borge, Farmasiforbundet/Parat
2. Styret for Sykehusapotek Nord HF oppnevner følgende vara for ansattrepresentanter til valgstyret for Sykehusapotek Nord HF:
  - Catrine Nystad Larsen, Farmasiforbundet/Parat
  - Marlen Aas Nikolaisen, Norges farmasøytiske forening
3. Som representant fra foretaksledelsen til HF-valgstyre oppnevnes:
  - Helge K. Kjerulf Pettersen, økonomisjef
4. Valgstyret konstituerer seg selv med leder og nestleder.

**Sak 20/18 Tema: Virksomhetsutvikling fagområdet sykehusleveranser**

*Direktørens innstilling til vedtak:*

---

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tok presentasjonen til orientering, og gjennomførte diskusjoner om virksomhetsutvikling på fagområdet sykehusleveranser.
2. Styret ber direktøren ta de innspillene som kom fram under diskusjonen med i videre arbeid.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tok presentasjonen til orientering, og gjennomførte diskusjoner om virksomhetsutvikling på fagområdet sykehusleveranser.
2. Styret ber direktøren ta de innspillene som kom fram under diskusjonen med i videre arbeid.

**Sak 21/18 Saker til informasjon**

*Fra direktør:*

1. ForBedring 2018 – foreløpig informasjon om resultater på foretaksnivå
2. Forskningsaktivitet
3. Informasjon fra oppfølgingsmøte med Helse Nord RHF

4. Foretaksmøter våren 2018: 1) valg av nytt styre 2) behandling av årsregnskap
5. Høringsrapport: Håndtering av enhetspriser for legemidler og prinsipper for rutiner for prisinformasjon

*Fra brukerutvalgets leder:*

1. Informasjon fra brukerutvalget

*Direktørens innstilling til vedtak*

---

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

Saken ble utsatt til neste møte.

## **Sak 22/18 Eventuelt**

Evalueringsav møtet.



<b>Årsplan for styret</b>	
Styresak nr.:	25 – 2018
Møtedato:	31. mai 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.

I dette styremøtet inviteres styret også til å komme med forslag til tema for styreseminaret 26. september.

#### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar årsplanen til orientering, og ber direktøren ta innspillene til tema for styreseminaret i september med i planleggingen av dette.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

Møtedato	Saknr.	Ref tidl. sak nr.	Saktittel	Saksansvarlig	Vedtak
13.03.2018	11	Tromsø	Godkjenning av innkalling og sakliste	Styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og sakliste for styremøte 13. mars 2018.
13.03.2018	12		Godkjenning av protokoll	Styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøtet 8. februar 2018.
13.03.2018	13		Årsplan - oppdatering og status	Direktør	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar årsplanen til orientering.
13.03.2018	14		Årsregnskap 2017	Økonomisjef	<p>1. Styret for Sykehusapotek Nord HF innstiller overfor foretaksmøtet at det fremlagte årsoppgjør med resultatregnskap, balanse, kontantstrøm, noter og årsberetning, samt disponering av årsresultat, fastsettes som Sykehusapotek Nord HFs regnskap for 2017.</p> <p>2. Styret innstiller overfor foretaksmøtet at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnfastsettelse.</p> <p>3. Styrets beretning 2017 vedtas.</p> <p>4. Styret tar revisors brev til ledelsen til orientering.</p>
13.03.2018	15		Årlig melding 2017	Økonomisjef og fagsjef	<p>1. Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar vedlagte rapport som styrets rapport til Helse Nord RHF på gjennomføring av oppdragsdokument for 2017 (Årlig melding).</p> <p>2. Styret påpeker at en rekke oppdrag i 2017 forutsatte initiativ fra Helse Nord RHF. Flere av oppdragene er derfor ikke gjennomført. Styret ber direktør og styreleder ta opp saken med Helse Nord RHF.</p> <p>3. For å bli sterkere integrert i sørge-for-ansvaret i spesialisthelsetjenesten forventer styret at Helse Nord RHF tar initiativ overfor Sykehusapotek Nord HF for å drøfte en felles strategi for dette.</p>
13.03.2018	16		Virksomhetsrapport per januar 2018	Økonomisjef	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapportene for januar og februar 2018 til orientering.
13.03.2018	17		Innspill til plan 2019-2022, inkludert rullering av investeringsplan 2019-2026	Økonomisjef	<p>1. Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar denne saken som styrets innspill til plan- og budsjettarbeid i Helse Nord for 2019-2022.</p> <p>2. Styret ber om at Sykehusapotek Nord HF får følgende investeringsrammer: 2018: 5,5 millioner 2019: 5,0 millioner 2020: 4,5 millioner 2021: 3,0 millioner 2022: 3,0 millioner 2023: 3,0 millioner</p> <p>3. Styret for Sykehusapotek Nord HF mener at det er viktig at den vedtatte opptrappingsplanen for klinisk farmasi følges, og at bevilgningene til denne opprettholdes i plan 2019-2022.</p> <p>4. Styret for Sykehusapotek Nord HF ber om at Helse Nord RHF opprettholder bevilgningen til produksjonsstøttesystem i Helse Nord's investeringsplan.</p> <p>5. Styret for Sykehusapotek Nord HF presiserer at det er helt nødvendig at sykehusene (og øvrige kunder) betaler en betydelig del av de nødvendige investeringene i produksjonslokaler og produksjonsutstyr.</p> <p>6. Styret for Sykehusapotek Nord HF presiserer at det er helt nødvendig at Sykehusapotek Nord HF får dekket sine kostnader i forbindelse med etablering av radiofarmakaproduksjon.</p> <p>7. Styret for Sykehusapotek Nord HF påpeker at eventuelle investeringer i arealer og utstyr for apotekjenester i nye sykehus/næringsapoteke i Hammerfest, Alta og Narvik, samt utstyr for gjennomføring av PET-CT i Bodø ikke er synlig i investeringsplanen.</p>
13.03.2018	18		Ressurssituasjonen i foretaksledelsen	Direktør	Styret for Sykehusapotek Nord ber direktøren komme tilbake med et forslag til løsning i styremøtet 31. mai 2018.
13.03.2018	19		Oppnevning av valgstyre for valg av ansattrepresentanter til styret	Direktør	<p>1. Styret for Sykehusapotek Nord HF oppnevner følgende ansattrepresentanter til valgstyret for Sykehusapotek Nord HF:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o André Engesland, Norges farmasøytiske forening</li> <li>o Beate Borge, Farmasiforbundet/Parat</li> </ul> <p>2. Styret for Sykehusapotek Nord HF oppnevner følgende vara for ansattrepresentanter til valgstyret for Sykehusapotek Nord HF:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Catrine Nystad Larsen, Farmasiforbundet/Parat</li> <li>o Marlen Aas Nikolaisen, Norges farmasøytiske forening</li> </ul> <p>3. Som representant fra foretaksledelsen til HF-valgstyre oppnevnes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Helge K. Kjerulf Pettersen, økonomisjef</li> </ul> <p>4. Valgstyret konstituerer seg selv med leder og nestleder.</p>
13.03.2018	20		Tema: Virksomhetsutvikling fagområdet sykehusleveranser	Apoteker, Bodø	<p>1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tok presentasjonen til orientering, og gjennomførte diskusjoner om virksomhetsutvikling på fagområdet sykehusleveranser.</p> <p>2. Styret ber direktøren ta de innspillene som kom fram under diskusjonen med i videre arbeid.</p>

13.03.2018	21		Saker til informasjon: 1) ForBedring2018 - foreløpig info resultat overordnet nivå 2) Forskningaktivitet 3) Info fra oppfølgingsmøte ned RHF 4) Foretaksmøter våren 2018 1. nytt styre; 2. behandling av årsregnskap 5) Høringsrapport: Håndtering av enhetspriser for Eventuelt	Direktør/styreleder	Saken ble utsatt til neste møte.
13.03.2018	22			Styreleder	
<b>15.03.2018</b>		<b>Telefon</b>	<b>Foretaksmøte (Valg av nytt styre)</b>	<b>Helse Nord</b>	
<b>02.05.2018</b>			<b>Foretaksmøte (Behandling av årsregnskap)</b>	<b>Helse Nord</b>	
31.05.2018	23	Tromsø	Godkjenning av innkalling og sakliste	Styreleder	
31.05.2018	24		Godkjenning av protokoll	Styreleder	
31.05.2018	25		Årsplan - oppdatering og status (inkl. forslag til tema på styreseminaret i september)	Direktør	
31.05.2018	26		Virksomhetsrapport per april 2018	Økonomisjef	
31.05.2018	27		Rapport for 1. tertial - til Helse Nord RHF	Økonomisjef	
31.05.2018	28		Risikostyring overordnede risikomål og informasjonssikkerhet	Direktør og IT-sjef	
31.05.2018	29		ForBedring2018 - oppfølging av medarbeider- og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen	Direktør	
31.05.2018	30		Helse Nord anskaffelsesstrategi 2018-2021	Økonomisjef	
31.05.2018	31		Tema: Virksomhetsutvikling fagområdet apotekutsalq (publikumsavdeling)	Apoteker, Harstad	
31.05.2018	32	18-2018	Ressurssituasjonen i foretaksledelsen - oppfølging av sak 18-2018		
31.05.2018	33		Saker til informasjon 1) Forskningsaktivitet 2) Reseptur- og butikkdataanskaffelsen (u.off. jf. Offl. § 23) 3) Åpning av PET-senteret og A-fløy Eventuelt	Direktør/styreleder	
31.05.2018	34			Styreleder	
<b>19.06.2018</b>		<b>Bodø</b>	<b>Regionalt styreseminar i Bodø</b>	<b>Helse Nord</b>	
<b>26.09.2018</b>		<b>xxx</b>	<b>Styrets strategiseminar</b>	<b>Styreleder/direktør</b>	
27.09.2018		xxx	Godkjenning av innkalling og sakliste	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 Premisser budsjett 2019	Økonomisjef	
27.09.2018			Årlig styrebehandling av ledelsens gjennomgang av tilstanden i foretaket mht oppfølging av internkontrollen og tiltak for å Møteplan 2019	Direktør	
27.09.2018			(Temasak utgår som egen sak pga styreseminartema 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 sakliste	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	
<b>24.10.2018</b>		<b>Tromsø</b>	<b>Regionalt styreseminar Tromsø</b>	<b>Helse Nord</b>	
<b>25.10.2018</b>			<b>Regionalt styreseminar Tromsø</b>	<b>Helse Nord</b>	
13.12.2018		Bodø	Godkjenning av innkalling og sakliste	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	
2019/1			Godkjenning av innkalling og sakliste	Styreleder	
2019/1			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
2019/1			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
2019/1			Foreløpig regnskap 2018	Økonomisjef	
2019/1			Foreløpig årlig melding 2018	Økonomi og fagsjef	
2019/1			Oppdragsdokument 2019	Direktør	
2019/1			Oppsummering styrets egenevaluering 2017	Direktør	
2019/1			Den årlige status, handlingsplaner og utfordringer for pasientsikkerhet og kvalitet i Tema:	Direktør	
2019/1			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
2019/1			Eventuelt	Styreleder	
2019/2			Godkjenning av innkalling og sakliste	Styreleder	
2019/2			Godkjenning av protokoll	Styreleder	

2019/2		Årsplan - oppdatering og status	Direktør
2019/2		Årsregnskap 2018	Økonomisjef
2019/2		Virksomhetsrapport per februar 2019	Økonomisjef
2019/2		Årlig melding 2018	Økonomisjef og fagsjef
2019/2		Innspill til plan 2018-2021, inkludert rullering av investeringsplan 2018-2025	Økonomisjef
2019/2		Saker til informasjon	Direktør/styrele
2019/2		Eventuelt	Styreleder
2019/3		Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder
2019/3		Godkjenning av protokoll	Styreleder
2019/3		Årsplan - oppdatering og status	Direktør
2019/3		Tertialrapport 1 inkl. økonomi, pasientsikkerhet, uønskede hendelser og Risikovurdering overordnede risikomål	Økonomisjef
2019/3		Tema:	
2019/3		Saker til informasjon	Direktør/styrele
2019/3		Eventuelt	Styreleder





<b>Virksomhetsrapport per april 2018</b>	
Styresak nr.:	26 – 2018
Møtedato:	31. mai 2018
Saksbehandler:	Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen
Vedlegg:	Målekort (u.off. offl. § 23 første ledd)

I henhold til oppdragsdokument legges virksomhetsrapport per april 2018 fram for styret til orientering.

*Direktørens innstilling til vedtak*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per april 2018 til orientering.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

## Saksfremlegg

Regnskapet per april 2018 viser et overskudd på 0,40 millioner. For samme periode i 2017 var resultatet et underskudd på 1,05 millioner. Det er budsjettert med et underskudd på 1,20 millioner per april, slik at resultatet er 1,05 millioner høyere enn budsjettert.

I forhold til budsjett for å nå styringsmålet fra Helse Nord (styringsmålet er et overskudd på 1 million, mens budsjettmål fastsatt av styret for Sykehusapotek Nord er et overskudd på 4 millioner) er resultatet 2,58 millioner høyere enn budsjettert.

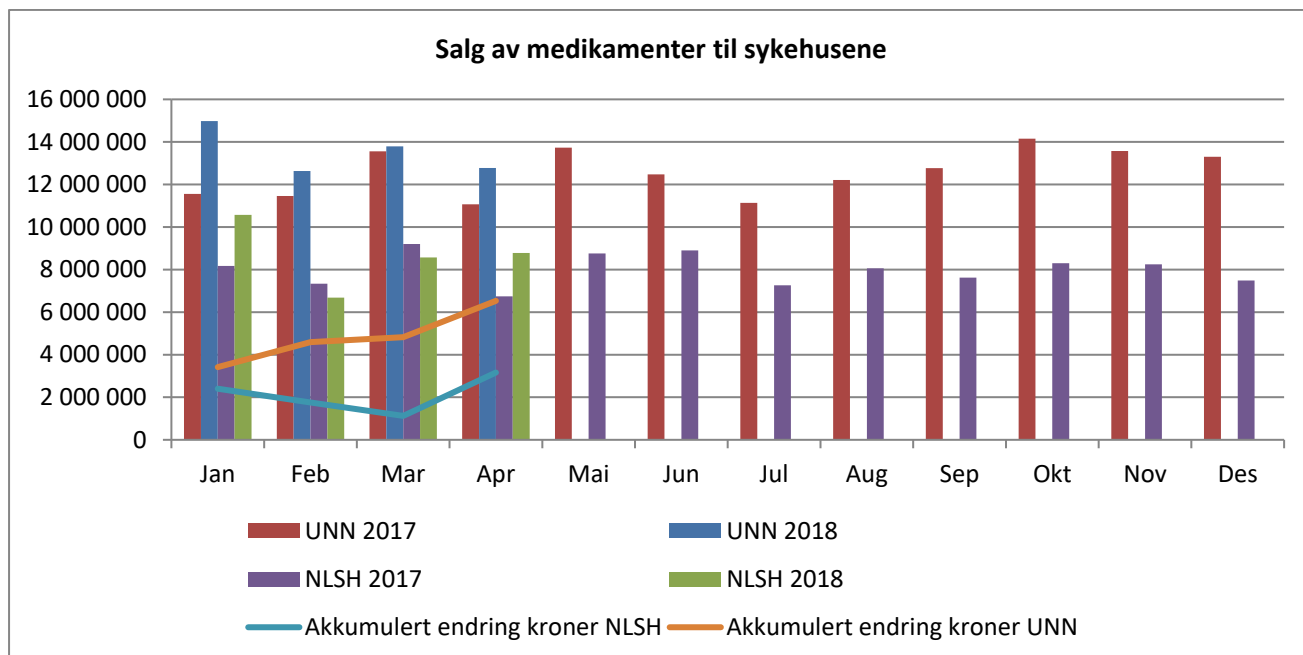
	April 2018					Akkumulert hittil i år				
	Resultat	Budsjett	Avvik	2017	Endring	Resultat	Budsjett	Avvik	2017	Endring
Omsetning	-41 658	-39 221	-2 437	-36 861	13,0 %	-167 580	-169 198	1 618	-159 556	5,0 %
Varekjøp	32 171	30 245	1 926	29 727	8,2 %	129 596	130 888	-1 292	124 067	4,5 %
Dekningsbidrag	-9 487	-8 976	-511	-7 134	33,0 %	-37 984	-38 310	326	-35 490	7,0 %
Personalkostnader	7 136	7 680	-544	7 224	-1,2 %	29 467	30 848	-1 381	29 108	1,2 %
Andre kostnader	1 984	2 116	-132	1 835	8,1 %	8 295	8 815	-519	7 794	6,4 %
Skatt og finans	-41	-87	46	-357	-88,5 %	-173	-155	-19	-364	-52,4 %
Resultat	-409	733	-1 142	1 567	126,1 %	-395	1 198	-1 593	1 049	137,7 %
Dekningsgrad	22,8 %	22,9 %	-0,1 %	19,4 %	3,4 %	22,7 %	22,6 %	0,0 %	22,2 %	0,4 %
Vareforbruk	86,2 %	86,8 %	-0,6 %	89,7 %	-3,5 %	85,9 %	86,7 %	-0,8 %	85,8 %	0,1 %
Andel pers.kost.	17,1 %	19,6 %	-2,5 %	19,6 %	-2,5 %	17,6 %	18,2 %	-0,6 %	18,2 %	-0,7 %
Resultatandel	1,0 %	-1,9 %	2,9 %	-4,3 %	5,2 %	0,2 %	-0,7 %	0,9 %	-0,7 %	0,9 %

Resultatet for april er et overskudd på 0,41 millioner. Det var budsjettert med et underskudd på 0,73 millioner, slik at resultatet er 1,14 millioner høyere enn budsjettert. For april 2017 var resultatet et underskudd på 1,57 millioner.

## Inntekter

Inntektene er 1,62 millioner lavere enn budsjettert, og 7,63 millioner høyere enn på samme tidspunkt i 2017.

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

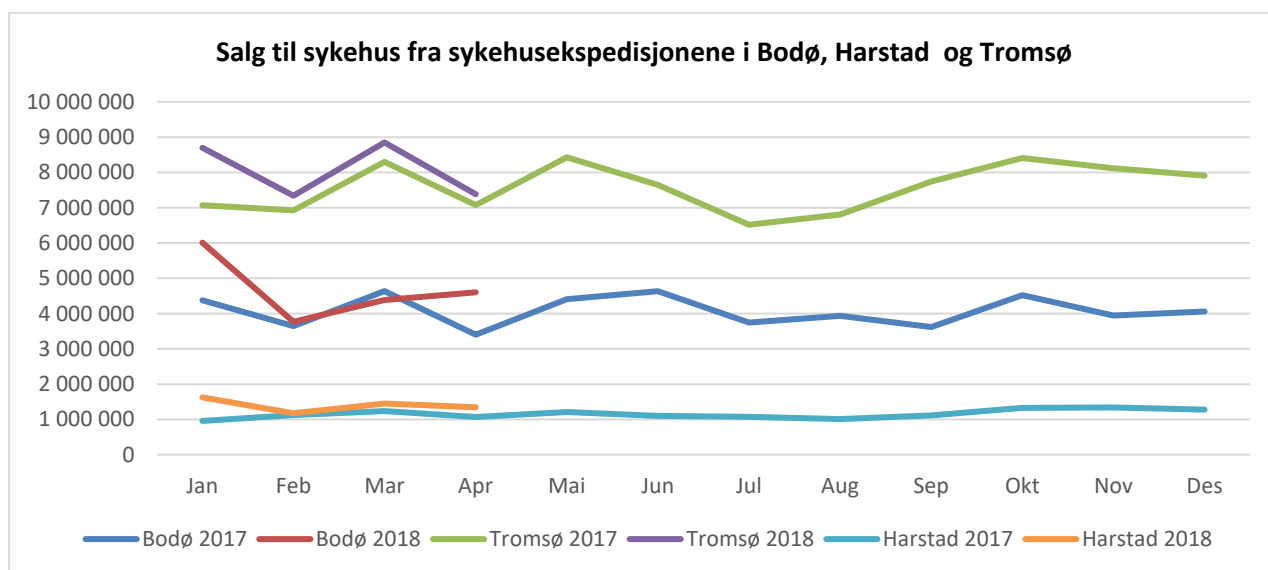


Figuren over viser utviklingen i salg av medikamenter (både fra sykehusekspedisjoner og produksjonsavdelinger) til UNN og NLSH i 2017 og hittil i 2018.

Det har det vært en økning i salget til NLSH på 10,1 %. Det er en økning på 9,9 % i Bodø, en økning på 17,9 % i Vesterålen og en reduksjon på 1,8 % i Lofoten.

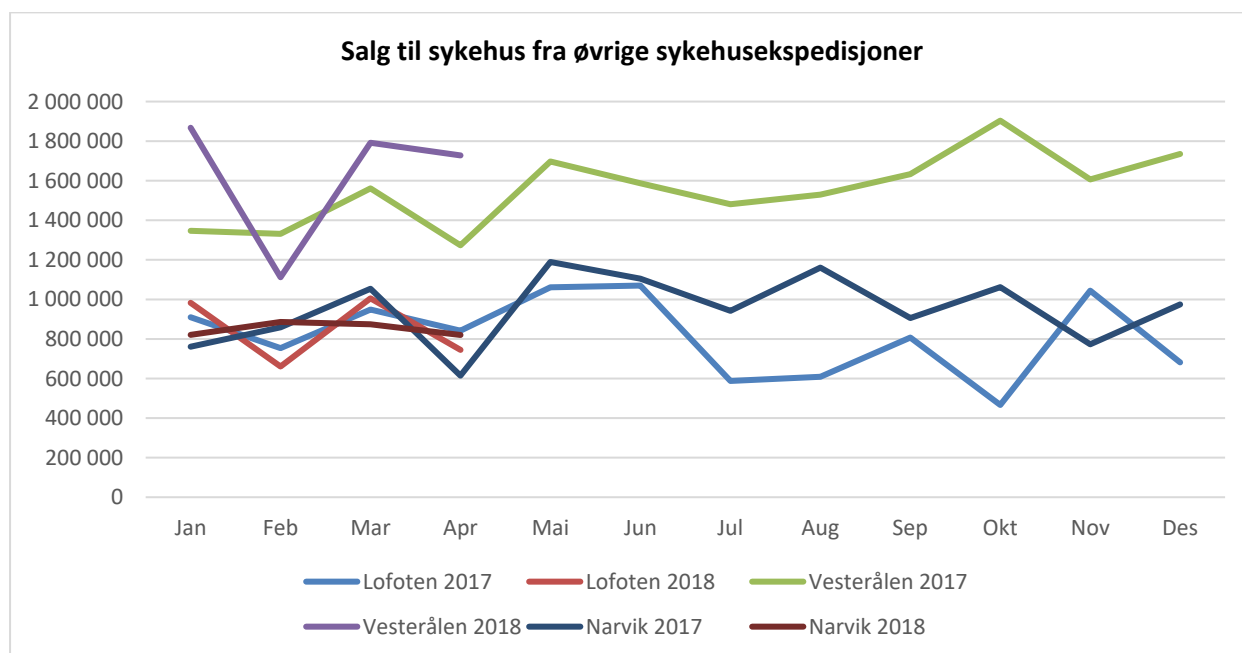
Det har vært en økning i salget til UNN på 13,7 %. Det har vært en økning på 13,3 % i Tromsø, på 21,6 % i Harstad og på 3,5 % i Narvik.

Omsetningen mot UNN og NLSH er 7,30 millioner høyere enn budsjettert.



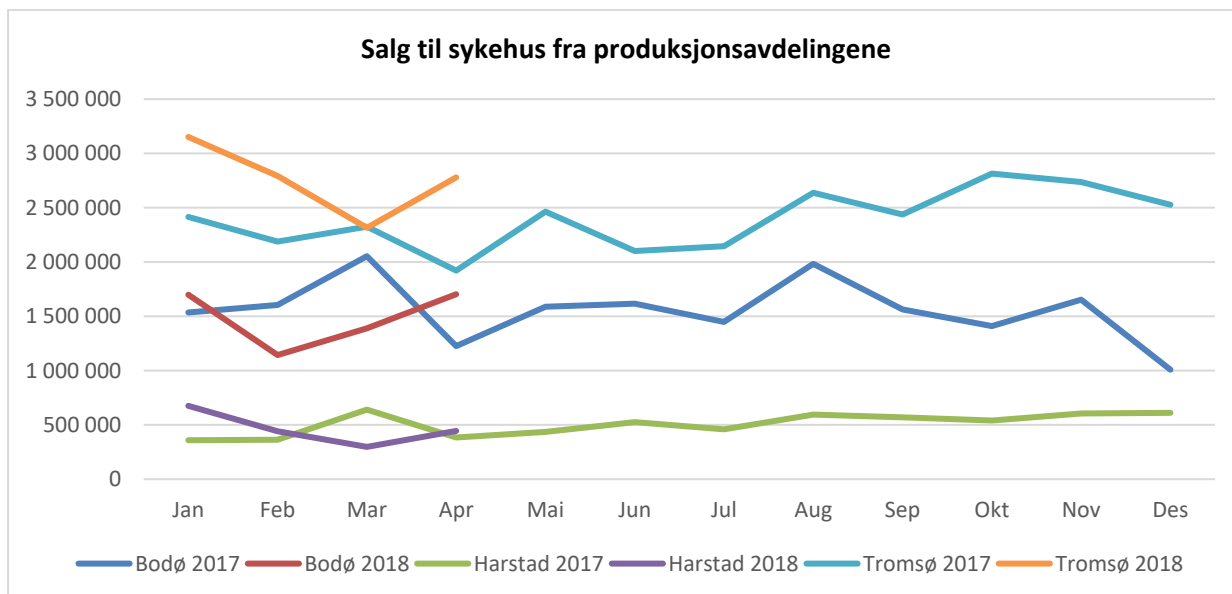
Sykehusekspedisjonen i Bodø har hatt en økning på 16,8 %, Tromsø har hatt en økning på 9,9 % mens det er en økning på 27,6 % i Harstad. Det var særlig omsetningen i januar som var høyere enn i 2017.

I Bodø og Harstad er det økning i gjennomsnittsprisen som forklarer økningen, i Tromsø er det økning i gjennomsnittsprisen og i antall leverte pakninger.



Størst økning har det vært i Vesterålen der økningen er på 17,9 %. I Narvik er det en økning på 3,5 %, mens det i Lofoten er en økning på 3,5 %.

I Vesterålen kommer økningen av økning i gjennomsnittsprisen. I Narvik er det både en økning i gjennomsnittsprisen og en økning i antall leverte pakninger, mens det i Lofoten er en økning i antall leverte pakninger, men en større reduksjon i gjennomsnittsprisen.

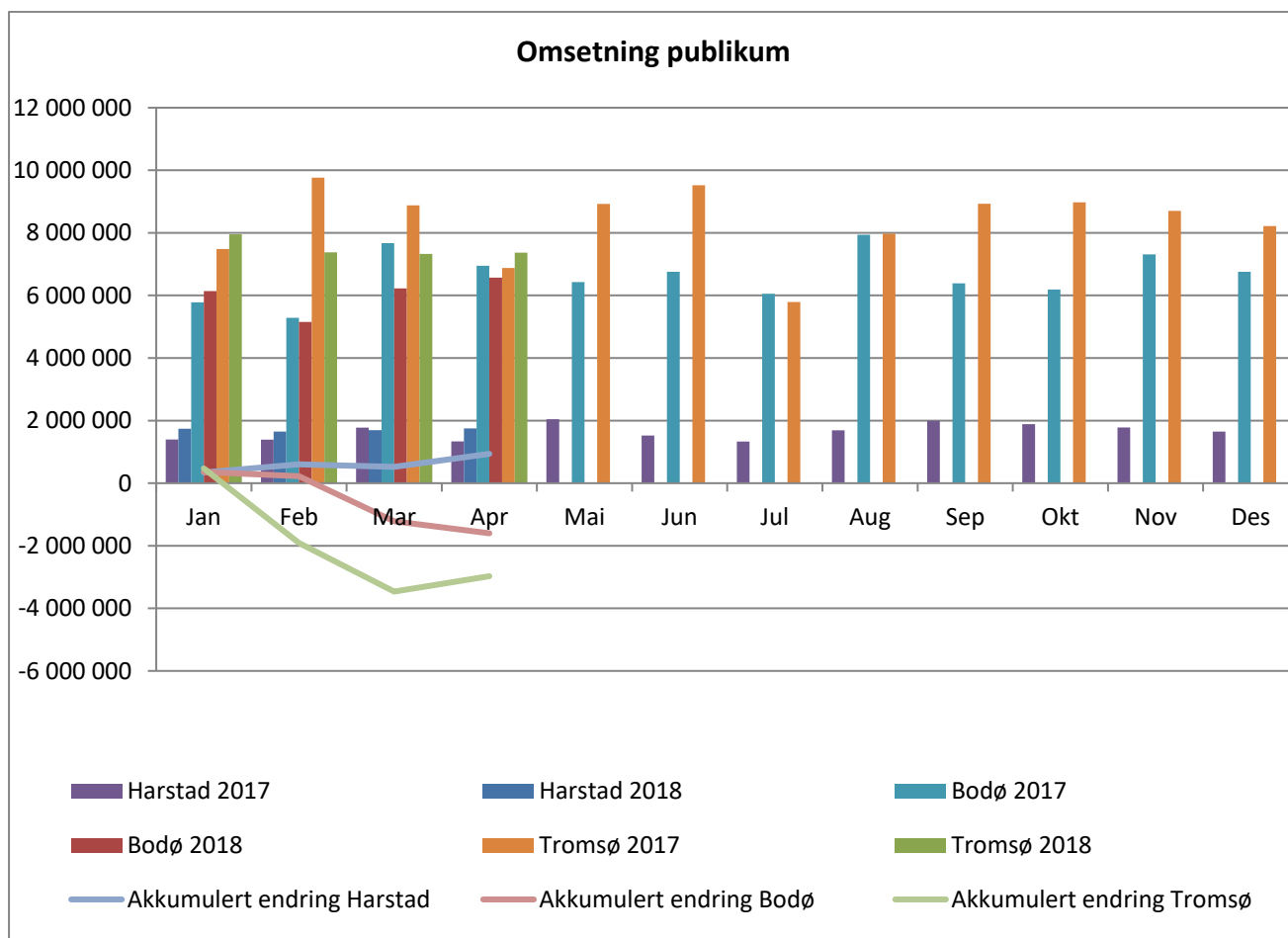


Med unntak av for Bodø er det økning i omsetningen mot sykehus fra produksjonsavdelingene.

Økningen i Tromsø kommer både av økt salg og av at det produseres dyrere legemidler enn tidligere.

I Harstad er det en reduksjon i antall produserte cytostatikakurer, men dette oppveies av at det produseres dyrere legemidler enn tidligere.

I Bodø er det med unntak av for sterilproduksjon nedgang i antall produserte enheter, i tillegg til at gjennomsnittsprisen på de produserte legemidlene er redusert.



Figuren over viser utviklingen av omsetningen i publikumsavdelingene i 2017 og hittil i 2018.

Omsetningen i publikumsavdelingene er redusert med 5,6 % i forhold til samme periode i 2017. I Tromsø har det vært en nedgang på 9,0 %, i Bodø på 6,2 %, mens det har vært en økning på 15,9 % i Harstad.

Apotek	Pakninger på resept	Pakninger handelsvarer selvvalg	Omsetning handelsvarer totalt	Pakninger reseptfritt selvvalg
Harstad	-1,7 %	1,2 %	5,1 %	-13,1 %
Bodø	5,5 %	13,6 %	1,2 %	0,8 %
Tromsø	2,1 %	7,3 %	9,0 %	-1,4 %
<b>Totalt</b>	<b>3,0 %</b>	<b>8,2 %</b>	<b>4,7 %</b>	<b>-2,5 %</b>

I Harstad er det en nedgang i antall solgte pakninger på resept. Det er også en nedgang i antall solgte pakninger reseptfrie legemidler i selvvalget. Reduksjonene oppveies av økt gjennomsnittspris på de solgte legemidlene og av en økning i omsetningen av handelsvarer.

I Bodø er det økning i antall solgte pakninger, både på resept og i selvvilget. Nedgangen i omsetningen kommer hovedsakelig av at det er fremforhandlet betydelig bedre LIS-avtaler på enkelte H-reseptlegemidler.

I Tromsø er det en økning i antall solgte pakninger på resept og i salget av handelsvarer, mens det er en nedgang i antall solgte pakninger reseptfrie legemidler. Nedgangen i omsetningen kommer hovedsakelig av at det er fremforhandlet betydelig bedre LIS-avtaler på enkelte H-reseptlegemidler.

Apotek	Netto salgsverdi		Pakninger		Endring	
	2017	2018	2017	2018	Salgsverdi	Pakninger
Bodø	4 608 893	3 076 668	56	119	-1 532 226	63
Tromsø	5 910 221	2 297 805	79	95	-3 612 417	16
Harstad		187 365		9	187 365	9
<b>Totalsum</b>	<b>10 519 115</b>	<b>5 561 837</b>	<b>135</b>	<b>223</b>	<b>-4 957 278</b>	<b>88</b>

Tabellen over viser salg av legemidler til behandling av hepatitt-C per 1. tertial 2017 og 2018. Til tross for en stor økning i antall solgte pakninger er omsetningsverdien nesten halvert.

### *Rådgivning og klinisk farmasi*

---

Salg av rådgivningstjenester og klinisk farmasi er 1,37 millioner lavere enn budsjettet. Avviket kommer av at det er flere stillinger i opptrappingsplanen som ikke er besatt per april, at inntekter for kommunal rådgivning er lavere enn budsjettet og noe lavere salg av rådgivningstjenester til e-kurveprosjektet enn budsjettet.

I forhold til i 2017 har det vært en økning i omsetningen på 3,4 %. Økningen kommer av økning i kommunal rådgivning og økning som følge av opptrappingsplanen for klinisk farmasi.

## Kostnader

### *Varekostnader*

---

Varekostnadene er 1,29 millioner lavere enn budsjettet, og 5,53 millioner høyere enn per april 2017.

Vareforbruket er på 85,9 % per april. Dette er 0,8 prosentpoeng lavere enn budsjettet og 0,1 prosentpoeng høyere enn per april 2017.

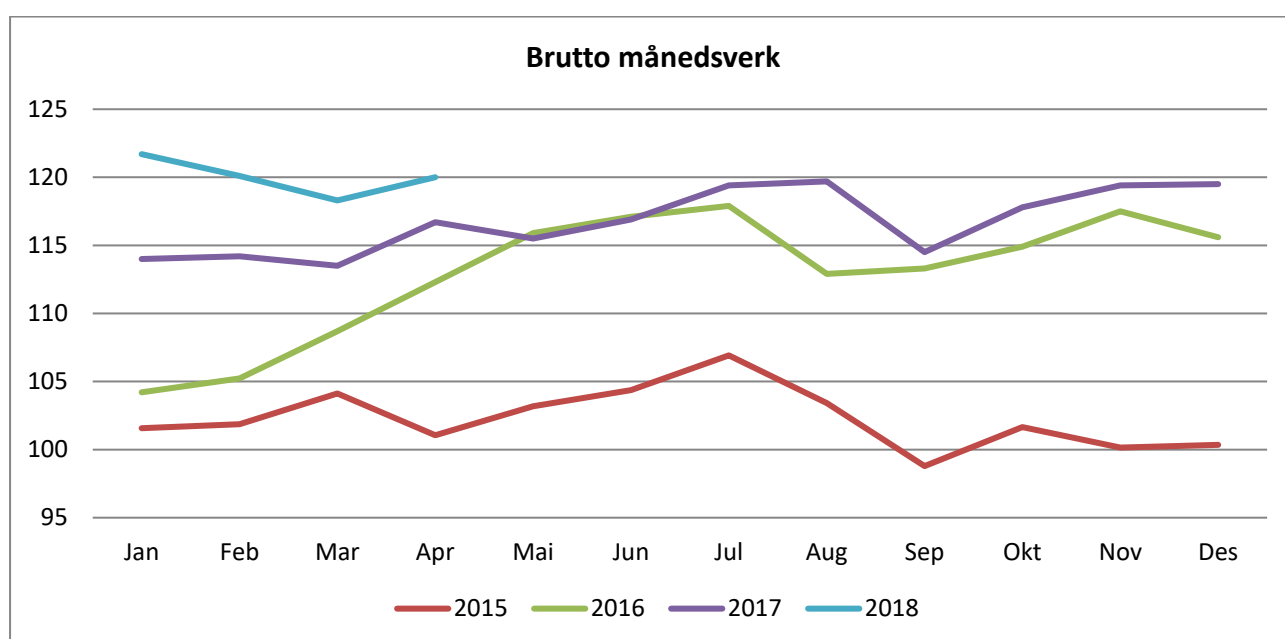
Dekningsbidraget er på 37,98 millioner, noe som er 0,32 millioner lavere enn budsjettet. Dekningsbidraget har økt med 2,10 millioner i forhold til 2017.

Dekningsbidraget er 1,07 millioner høyere enn budsjettert for salg fra sykehusekspedisjonene, 1,43 millioner høyere enn budsjettert for produksjonsavdelingen og 0,82 millioner lavere enn budsjettert for salg fra publikumsavdelingene.

### *Personalkostnader og bemanning*

Personalkostnadene er 1,38 millioner lavere enn budsjettert. Dette kommer av at det er stillinger i opptrappingsplan for klinisk farmasi som ikke er besatt, og høyere refusjoner i forbindelse med sykefravær enn budsjettert.

Andelen personalkostander i forhold til omsetningen er på 17,6 %. Dette er 0,6 prosentpoeng lavere enn budsjettert og 0,7 prosentpoeng lavere enn for samme periode i 2017.



Gjennomsnittlig brutto månedsverk per april 2018 er 120,0. Dette er en økning på 5,4 månedsverk i forhold til per april 2017. Bemanningen har økt med 3,4 stillinger i produksjonsavdelingene og med 1,5 stillinger innen klinisk farmasi og rådgivning. I forbindelse med gjennomføring av ikt-prosjektene har bemanningen økt med 1,5 stillinger. I sykehusekspedisjonene har det vært en reduksjon i antall månedsverk.

### *Andre driftskostnader*

Andre driftskostnader er 0,52 millioner lavere enn budsjettert. I forhold til 2017 har andre driftskostnader økt med 0,48 millioner.

## **1 Finans og skatt**



Renteinntektene er 0,05 millioner høyere enn budsjettert, dette på grunn av noe høyere likviditet enn forutsatt i budsjettet. I forhold til i 2017 er finansinntektene redusert med 0,04 millioner som følge av redusert innskuddsrente.

Det er ikke gjort avsetning for skattekostnad per april.

## Investeringer

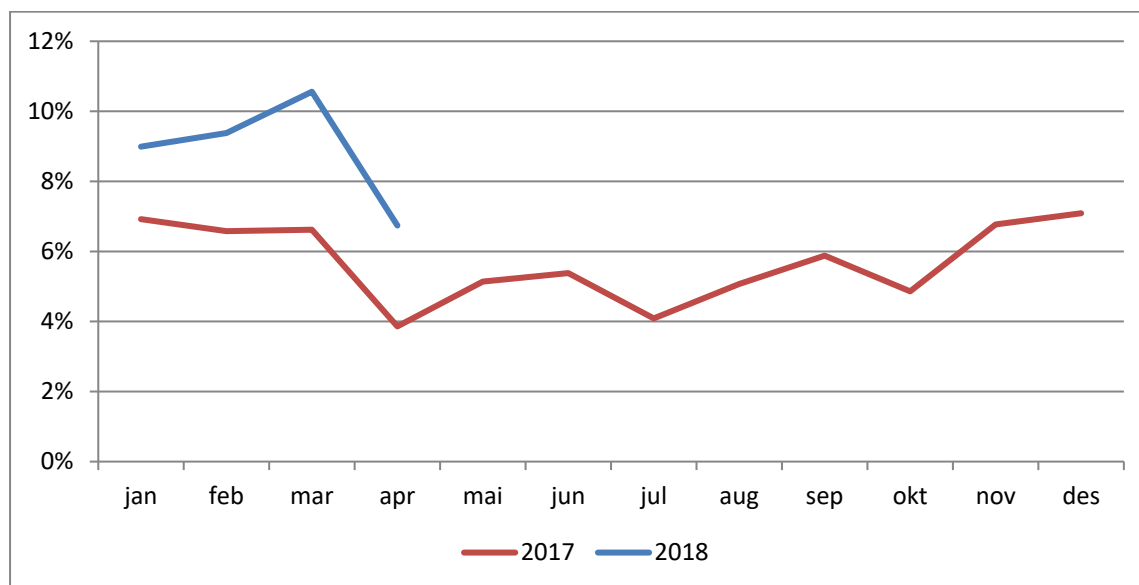
Det er investert for 1,10 millioner hittil i 2018. Dette er inventar og positivisolatorer til ny produksjonsavdeling i Tromsø. Det ble gjort investeringer for 0,97 millioner i 2017 som ikke er aktivert. Investeringene gjelder isolatorer, inventar og utstyr til ny produksjonsavdeling i Tromsø.

## Prognose

Prognostisert resultat er et resultat i tråd med styringsmålet, det vil si et overskudd på 4 millioner. Resultatkravet fra Helse Nord er et overskudd på 1 millioner, slik at prognostisert resultat er 3 millioner høyere enn dette.

## Sykefravær

Sykefraværet per april 2018 var på 8,9 %. Per april 2017 var sykefraværet på 6,1 %.



	Sykefravær 1-3 dager	Sykefravær 4-16 dager	Sykefravær 17-56 dager	Sykefravær > 56 dager	Sum sykefravær	Tapte dagsverk
Per apr. 2017	1,6 %	1,3 %	0,7 %	2,5 %	6,1 %	538
Per apr. 2018	1,3 %	2,1 %	1,8 %	3,8 %	8,9 %	817
Endring	-0,4 %	0,7 %	1,1 %	1,3 %	2,8 %	279

I forhold til 1. tertial 2017 har det vært en nedgang i det korteste fraværet, mens det har vært en økning i det lange fraværet.

<b>Rapport for 1. tertial 2018</b>	
Styresak nr.:	27 - 2018
Møtedato:	31. mai 2018
Saksbehandler:	Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen

### *Saken i korte trekk og leseveiledning:*

---

I henhold til oppdragsdokumentet skal Sykehusapotek Nord HF (SANO) utarbeide en rapport per tertial som skal vise fremdrift på gjennomføring av punkter i oppdragsdokumentet. Etter årets slutt skal den samme rapportmalen fra Helse Nord brukes for en oppsummering i Årlig melding. Administrativt utarbeidet rapport oversendes Helse Nord før den behandles av styret.

For å gjøre vedlagte tertialrapport lettere å lese er rapporteringspunkter som er aktuelle for Sykehusapotek Nord markert med gult. De punktene som det er rapportert på er også gjengitt i dette saksfremlegget. Vedlegget trenger derfor ikke leses, bortsett fra for å se hvilke punkter det ikke er rapportert på (ikke aktuelle).

I tertialrapporten er det bare et fåtall punkter det skal rapporteres på.

Administrativt utarbeidet tertialrapport er oversendt Helse Nord 18. mai. Frist for å styrebehandle rapporten er 6. juni.

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar vedlagte rapport som styrets rapport til Helse Nord RHF for 1. tertial 2018.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

## Saksfremlegg

### Rapporteringspunkter per 1. tertial

---

Punktene/kapitlene det er rapportert på per 1. tertial 2018 er gjengitt nedenfor.

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

#### *Kapittel 3.8 Smittevern*

---

2. Redusere bredspektret antibiotikabruk med 20 % sammenliknet med 2018.

#### Rapporteringsstekst 1. tertial:

*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.*

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

#### *Kapittel 6.1 Sikre gode arbeidsforhold*

---

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.

#### Rapporteringsstekst 1. tertial:

*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.*

*17 % av de ansatte i Sykehusapotek Nord har for tiden deltidsstillinger.*

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 %.

### Rapporteringstekst 1. tertial

*Per 1. kvartal 2018 har Sykehusapotek Nord et sykefravær på 9,6 %. Dette er en økning fra 6,7 % for samme periode i 2017. Det korteste fraværet (1-3 dager) er redusert, mens det øvrige fraværet har økt.*

*Det er iverksatt særlige tiltak i enkelte avdelinger som har sykefravær som er identifisert som arbeidsrelatert. Dette innebærer kartlegging av årsaker til fraværet og utarbeiding av tiltak.*

*Sykehusapotek Nord er en IA-bedrift, og følger opp sykefraværet i henhold til dette. I tillegg har foretaket følgende tiltak for å bedre arbeidsmiljøet og redusere sykefraværet:*

- *Sosiale arrangementer*
- *Oppfølging av medarbeiderundersøkelse*
- *Samarbeid med tillitsvalgte og verneombud*
- *Bruk av AMU og Samarbeidsutvalg*

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.*

### Rapporteringstekst 1. tertial

*Sykehusapotek Nord sender årlig påminning til alle ansatte om å registrere bierverv på korrekt måte i Personalportalen.*

*Oppfølgingen av om ansatte faktisk har gjennomført registreringen har ikke vært god nok. Oppfølgingen skal bedres ved å bruke rapporteringsverktøyet i Personalportalen. Dette skal gjøres i forbindelse med årsoppgjøret.*

*Det jobbes regionalt med sette opp varsel i Personalportalen til ansatte og ledere knyttet til registrering av bierverv. Dersom dette lar seg gjøre vil Sykehusapotek Nord ta i bruk varselet.*

*Arbeidsavtalene som inngås i Sykehusapotek Nord presiserer at det skal gis opplysninger bierverv med videre som kan komme i konflikt med arbeidsgivers interesser.*

### Kapittel 6.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

---

2. *Utarbeide årlige og langsiktige planer for foretakets bemanningsbehov og utdanningskapasitet. I tertialrapportene presenteres sammenligning mellom faktisk bemanning og utdanningskapasitet vs. plan.*

### Rapporteringstekst 1. tertial

*Sykehusapotek Nord har ikke utarbeidet konkrete planer for bemanningsbehov, mer har oversikt over forventet bemanningsbehov. Både for apotekteknikere og farmasøyter kan det bli en utfordring å rekruttere kvalifisert personell. Sykehusapotek Nord jobber derfor for å øke utdanningskapasiteten for disse gruppene.*

## *Kapittel 7: Innfri økonomiske mål i perioden*

### *Kapittel 7.3 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.

#### Rapporteringstekst 1. tertial

*Sykehusapotek Nord styrebehandler «Helse Nord Anskaffelsesstrategi 2018-2021» i styremøte 31. mai 2018.*

*Sykehusapotek Nord har per tiden ingen planlagte anskaffelser som kan inngå i anskaffelsesplan for 2019 eller planlagte investeringsanskaffelser som er aktuelle for samordning.*

##### 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.

#### Foretaksspesifikke krav for 2018

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

#### **Sykehusapotek Nord**

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

#### Rapporteringstekst 1. tertial

*Sykehusapotek Nord jobber med å ta i bruk Clockwork som innkjøps- logistikk og lagersystem. Planen er å starte implementeringen høsten 2018. Senest medio 2020 skal hele foretaket ha tatt i bruk systemet.*

### 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.

### Rapporteringstekst 1. tertial

*Sykehusapotek Nord tilstreber å delta i anskaffelsesprosjekter der foretakets fagkompetanse er ønsket. Sykehusapotek Nord bidrar for tiden i nasjonal anskaffelse av reseptur- og butikkdatasystem for sykehusapotekene.*

### 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.

### Rapporteringstekst 1. tertial

*Sykehusapotek Nord har ikke midlertidig samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.*

*Behovet for å inngå samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp er til vurdering. Dersom det er behov for avtale vil dette bli inngått.*

# Tertialrapport og Årlig melding 2018 for Sykehusapotek Nord

 **HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



 **FINNMARKSSYKEHUSET**  
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



 **NORDLANDSSYKEHUSET**  
NORDLÁNDA SKIPIJVIESSO



 **SYKEHUSAPOTEK NORD**  
DAVVI BUOHCCEVIESSOAPOTEHKA



 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**  
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU



 **HELSE NORD IKT**



## Innhold

1	Innledning.....	3
3	Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen	
	4	
3.1	<b>Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder .....</b>	<b>4</b>
3.2	<b>Somatikk.....</b>	<b>8</b>
3.3	<b>Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) .....</b>	<b>15</b>
3.4	<b>Samhandling med kommuner .....</b>	<b>18</b>
3.5	<b>Samhandling med leverandører av private helsetjenester .....</b>	<b>19</b>
3.6	<b>Kvalitetsutvikling .....</b>	<b>20</b>
3.7	<b>Pasientsikkerhet.....</b>	<b>22</b>
3.8	<b>Smittevern.....</b>	<b>24</b>
3.9	<b>Forskning og innovasjon .....</b>	<b>26</b>
4	Øvrige områder.....	30
4.1	<b>Klima- og miljøtiltak.....</b>	<b>30</b>
4.2	<b>Personvern og informasjonssikkerhet .....</b>	<b>30</b>
4.3	<b>Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet .....</b>	<b>32</b>
4.4	<b>Beredskap .....</b>	<b>33</b>
5	Sikre god pasient- og brukermedvirkning .....	35
6	Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell .....	36
6.1	<b>Sikre gode arbeidsforhold.....</b>	<b>36</b>
6.2	<b>Tilstrekkelig kvalifisert personell.....</b>	<b>37</b>
6.3	<b>Utdanning av legespesialister .....</b>	<b>39</b>
6.4	<b>Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....</b>	<b>40</b>
7	Innfri økonomiske mål i perioden.....	42
7.1	<b>Resultatkrav .....</b>	<b>42</b>
7.2	<b>Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....</b>	<b>42</b>
7.3	<b>Anskaffelsesområdet.....</b>	<b>44</b>
8	Risikostyring og internkontroll.....	48
9	Særlige krav til regionale fellesfunksjoner .....	49
10	Styringsparametere 2018 .....	50

## 1 Innledning

Denne malen skal brukes til helseforetakenes tertialrapporter og årlige melding for 2018 til Helse Nord RHF. Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2018, foretaksspesifikke mål 2018 og styringsparametere 2018.

**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. Ved rapportering for 2. tertial og Årlig melding beholdes tekst fra foregående rapportering i samme dokument.

Rapportering på styringsparametere og andre oppgaver er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg.

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

Oversikt over frister:

Rapportering	Frister
Tertialrapport	<b>Administrativt</b> utarbeidet Tertialrapport: 18. mai 2018 28. september 2018  <b>Styrebehandlet</b> Tertialrapport (styrevedtak): 6. juni 2018 8. oktober 2018
Årlig melding	<b>Administrativt</b> behandlet Årlig melding: 6. februar 2019.  <b>Styrebehandlet</b> Årlig melding (styrevedtak): Mars 2019.

### 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.

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

2. Ikke ha fristbrudd.

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

3. Redusere median tid til tjenestestart sammenliknet med 2017<sup>1</sup>.

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

---

<sup>1</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%20pasientregister/Definisjon-av-tjenester.pdf>

4. Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 % av avtalene innen 2021.

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

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 avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold).<sup>2</sup>

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

6. Følge opp anbefalingene i rapporten fra de regionale helseforetakene til HOD «Overgang til faglig likeverdige legemidler 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.

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>

7. Registrere i pasientadministrative systemer at pasienter har vært vurdert og eventuelt fått tildelt kontaktlege. Det skal redegjøres for status i tertialrapport 1.

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

<sup>2</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.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

8. 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.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

9. Stimulere og legge til rette for at ansatte kan få kompetanseheving i samisk språk og kulturforståelse.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

10. Bidra til kompetanseutvikling som bygger opp under Helse Nord's ansvar for å sikre likeverdig spesialisthelsetjenestetilbud til hele den samiske befolkningen i Norge.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

11. Øke bruken av Mine pasientreiser (digitaliseringsgrad) til 55 % i Helse Nord.

Rapporteringstekst 1. tertial

*Ikke aktuelt*

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?*

12. Etablere mottaksprosjekt for å innføre ny funksjonalitet i tråd med forutsetningene som legges innenfor FRESK-programmet (FREmtidens Systemer i Klinikkene).

Rapporteringstekst Årlig melding

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

13. Beskrive status og lage videre plan for omleggingen av Raskere tilbake, innen 1. april 2018.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

14. Ta i bruk digital kommunikasjon med pasienter og pårørende og andre ferdigutviklede tjenester på helsenorge.no innenfor rammene av digitale innbyggertjenester.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

15. Kvalitetssikre at alle prosjekt/program som benytter IKT er godkjent i tråd med arkitekturprinsipper, og at samhandlingsløsninger gjennomføres i tråd med nasjonal samhandlingsstruktur.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

16. Etablere system for å implementere lovendringene i helsepersonelloven § 10 som omhandler barn som pårørende.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

## Foretaksspesifikke krav 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.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

### **Helse Nord IKT**

1. Levere tjenester i henhold til inngåtte avtaler og sikre høy tilfredshet.

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. Dimensjonere organisasjonen til, innen rimelig tid, å kunne levere på konkrete bestillinger i Helse Nord IKTs «Felles innboks»<sup>3</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.

<sup>3</sup> <http://intranett.helse-nord.no/felles-innboks/category35920.html>

Rapporteringstekst Årlig melding

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

3. Etablere en tett dialog med sentrale programmer/prosjekter i regionen for å sikre nødvendige leveranser, for eksempel:

1. FRESK
2. Digitale innbyggertjenester
3. Prosjektporteføljen Nasjonal IKT
4. Helse Nords 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.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

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

## 3.2 Somatikk

### Krav for 2018

1. Ta i bruk pakkeforløp hjerneslag etter nasjonale retningslinjer.

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. Gi intravenøs trombololysebehandling til minst 20 % av pasienter med akutt hjerneinfarkt.

Rapporteringstekst 1. tertial

*Ikke aktuelt*

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. Gi minst 50 % av pasienter med hjerneinfarkt som skal ha trombolysebehandling, denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.

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

4. Gi hjemmedialyse til minst 30 % av dialysepasientene.

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

5. Ha minst 70 % av nye kreftpasienter i pakkeforløp.

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

6. Gjennomføre minst 70 % av pakkeforløp innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene. Variasjonen i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå skal reduseres.

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

7. Redusere uberettiget variasjon i tilbudet til pasienter med kols, jf. SKDEs helseatlas.

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

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

8. Følge opp variasjon i liggetid, etterkontroller og rehabilitering for hofteprotese- og hoftebruddspasienter, samt variasjon i utnyttelse av operasjonsstuene, jf. Riksrevisjonens oppfølgingsundersøkelse av effektivitet i sykehus.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

9. Forberede innføring av Nasjonalt screeningprogram for tarmkreft fra 2019.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

10. Delta i informasjonskampanje for å øke antall organdonorer i 2018. Kampanjen skal også omfatte levende giver av nyre.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

11. 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.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

12. 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.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

13. Etablere system for å tilkalle og trene akutteam ved alvorlige tilstander som:

- traumer
- alvorlig syke barn
- andre alvorlig syke pasienter
- syke nyfødte

Rapporteringstekst Årlig melding

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

14. Bidra til at pasienter under 80 år innlagt med NSTEMI, får koronar angiografi innen 72 timer etter innleggelse.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

15. Gjennomføre regelmessig opplæring av ambulanspersonell for å øke andelen prehospital trombolysed ved indikasjon på ST-elevasjonsinfarkt (STEMI).

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?*

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>4</sup>

Rapporteringstekst Årlig melding

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

17. Sikre lokalsykehusstilbud med nødvendig kompetanse og tilstrekkelig kapasitet til pasienter med sykkelig overvekt.

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?*

## Foretaksspesifikke krav for 2018

### **Finnmarkssykehuset**

---

<sup>4</sup> Kilde hjerteinfarktregisteret

1. Etablere stedlig ledelse ved Klinik Alta.

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. Planlegge etablering av slagalarm koblet opp mot nevrolog, slik at en kan starte trombolysebehandling i Alta i løpet av 2019 når nybygg og de faglige forutsetninger er på plass.

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. Ha tilgjengelighet og åpningstider på nye radiologiske tjenester i Alta som tilfredsstillende befolkningens behov. Tjenestene etableres i løpet av 2019.

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. 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.

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. 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).

Rapporteringstekst Årlig melding

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

**Helse Nord IKT**

1. Etablere teknisk og merkantil forvaltning av LabCraft blodbanksystem og Medisinsk Genetikk (MedGen).

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. Verifisere og eventuelt oppgradere elektroniske meldinger for Labcraft Blodbanksystem slik at disse er i tråd med den nasjonale samhandlingsarkitekturen.

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. Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpediatriske tjenester til Statens barnehus i Mosjøen.

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. Ha kortere ventetid enn 16 uker på det regionale tilbudet for utredning og behandling av pasienter med sykkelig overvekt.

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. Delta i å utrede etablering av trombektomitilbud ved hjerneslag ved Nordlandssykehuset Bodø i samarbeid med UNN. Utredningen ledes av Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

### **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 behandlingsmuligheter for enten etablert eller utprøvende behandling i Norge eller i utlandet, jf. utredning gjennomført i 2017.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

2. Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpediatriske tjenester til Statens barnehus i Kirkenes.

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. 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.

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. Reorganisere forvaltningssettene for kliniske IKT-systemer i samarbeid med Helse Nord RHF.

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. Utrede flere enn 80 % av pasientene under 80 år innlagt med NSTEMI med koronar angiografi innen 72 timer etter innleggelse.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

6. Delta i å utrede etablering av trombektomitilbud ved hjerneslag ved Nordlandssykehuset Bodø, i samarbeid med Nordlandssykehuset. Utredningen ledes av Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

7. Overføre teknisk og merkantil forvaltning av LabCraft blodbanksystem og Medisinsk Genetikk (Jupiter) til Helse Nord IKT.

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?*

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

#### Krav for 2018

1. Ha færre tvangsinnleggelseser i psykisk helsevern enn i 2017.

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

2. Ha færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 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>
---

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

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

4. Implementere pakkeforløpene for psykisk helse og rus.

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

5. 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.

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. 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.

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. 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.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

8. Styrke arbeidet med tidlig diagnostisering og oppfølging/veiledning av autismespekterforstyrrelser (ASF), samt stimulere til forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetak/sykehus og kommuner.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

9. Styrke kompetansen for behandling av psykiske lidelser blant personer med utviklingshemming.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

10. 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.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

## Foretaksspesifikke krav for 2018:

### **Finnmarkssykehuset**

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

Rapporteringstekst Årlig melding

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

### Helgelandssykehuset

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

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. 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.

Rapporteringstekst 2. tertial

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

Rapporteringstekst Årlig melding

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

2. Samarbeide med Helgelandssykehuset om etablering av pasientforløp for akuttpasienter.

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 kommunepsykologtjeneste på Svalbard i samarbeid med Lokalstyret i Longyearbyen.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

2. Samarbeide med Finnmarkssykehuset om etablering av pasientforløp for akuttpasienter.



Rapporteringstekst Årlig melding

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

### 3.4 Samhandling med kommuner

#### Krav for 2018

1. Etablere en ordning for opplæring og bruk av akutthjelpere i samarbeid med kommunene, jf. akuttmedisinforskriften § 5.

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 arenaer for dialog, gjensidig læring og erfaringsutveksling mv. (jf. etablering av fastlegeråd/møter) for å styrke samarbeidet med fastlegene.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

3. Utarbeide en 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.

Rapporteringstekst 1. tertial

*Ikke aktuelt*

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?*

4. Ta i bruk dialogmeldinger m/vedlegg og henvisning (2.0) m/vedlegg i samhandlingen med fastleger og om mulig, kommunene.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

Foretaksspesifikke krav 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.

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

2. Bidra i 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.

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. 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.

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. Etablere nødvendig kompetanse og leveransekraft til å oppfylle de nasjonale føringer innen fremtidig bruk av IHE-XDS og HL7<sup>5</sup>.

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

### **3.5 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.

Rapporteringstekst 1. tertial  
*Ikke aktuelt*

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?*

<sup>5</sup> Standarder til bruk i fremtidige samhandlingsløsninger.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

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

Rapporteringstekst Årlig melding

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

### Foretaksspesifikke krav for 2018:

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

1. Etablere samarbeidsavtaler på klinisk nivå med alle avtalespesialister 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?*

2. For fagområder hvor samarbeidsavtaler er inngått, skal plan for videre samarbeid rapporteres i tertialrapport 1.

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?*

## **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>6</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

<sup>6</sup> Krav gitt i oppdragsdokument 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Nord RHF.

foruten deltakelse i hurtigarbeidende grupper. Det trengs både kliniske ressurser og merkantile ressurser med god innsikt i foretakenes pasientadministrative rutiner og systemer.

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. Ikke ha korridorpasienter.

Rapporteringstekst 1. tertial  
*Ikke aktuelt*

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. Redusere andel pasientskader basert på de årlige GTT-undersøkelsene med 25 %, målt ut fra undersøkelsen for 2012.

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

## 4. Bruke elektronisk GTT-portal og bruke resultatene i lokalt forbedringsarbeid.

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. Registrere alle aktuelle pasienter i nasjonale kvalitetsregistre og bruke registrenes resultater i eget forbedringsarbeid.

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. Ta i bruk KPP i lokalt forbedrings- og planarbeid.

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. Leverer KPP-data etter nasjonal spesifikasjon.

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

8. Levere data inn i den nasjonale KPP-databasen.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

9. Stille med fagrevisorer til kliniske fagrevisjoner.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

10. Bruke Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer i eget forbedringsarbeid og rapportere i årlig melding hvilke tiltak som er satt inn.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

11. Implementere nye regionale rutiner for legemiddelsamstemming 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.

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?*

Foretaksspesifikke krav for 2018:

**Helse Nord IKT**

1. Sørge for at Open Q-Reg<sup>7</sup> og Rapporteket<sup>8</sup> videreutvikles og forvaltes på måter som tilfredsstillende de nasjonale kvalitetsregistre som bruker disse tjenestene.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

### 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

<sup>7</sup> Plattform for web-baserte kvalitetsregistre

<sup>8</sup> Støtte for tilgjengeliggjøring, analyse og tolkning av data i kvalitetsregistre

## Tertialrapport og Årlig melding 2018

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.

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

2. Sikre at pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker inngår som en del av sykehusenes aktivitet og at resultatene rapporteres i tertialrapport.

Rapporteringstekst 1. tertial  
*Ikke aktuelt*

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. Legge til rette for at arbeidet på pasientsikkerhetsområdet videreføres også etter 2018.

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. 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.

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

### Foretaksspesifikke krav for 2018:

#### **Nordlandssykehuset**

Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet skal:

1. Støtte helseforetakene i oppgaver innenfor pasientsikkerhet og forbedringsarbeid.

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. Videreføre nettverk for lokale programledere i regionen og legge til rette for at helseforetakene fortsetter å bruke tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet også etter 2018.

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. Bidra med klinisk kompetanse som skal bistå alle foretakene i arbeidet med at løsningen i NCAF benyttes til GTT-granskinger.

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 Smittevern

#### Krav for 2018

1. Ha færre enn 3,5 % sykehuspåførte infeksjoner, målt ved prevalensundersøkelsene.

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. Redusere bredspektret antibiotikabruk med 20 % sammenliknet med 2012.<sup>9</sup>

Rapporteringstekst 1. tertial

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.

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?

<sup>9</sup> Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner).

## Tertialrapport og Årlig melding 2018

- Utføre prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og antibiotikabruk (NOIS-PIAH) minst to ganger årlig. HAI oppstått i eget sykehus rapporteres til Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst 2. tertial

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

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Utføre insidensundersøkelser av postoperative sårinfeksjoner i operasjonsområdet (NOIS-POSI) fortløpende, og rapportere tertialvis til Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst 1. tertial

*Ikke aktuelt*

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?*

- Gjennomføre tverrfaglig og systematisk gjennomgang av pasientforløpet ved dyp postoperativ sårinfeksjon (NOIS-POSI), og eventuelt iverksette tiltak.

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?*

- Ha minst ett punkt i årsplanen for internrevisjon tilknyttet infeksjonskontrollprogrammet (IKP).

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?*

- Vaksinere 75 % av helsepersonell med direkte pasientkontakt for sesonginfluensa.

Rapporteringstekst Årlig melding

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



Foretaksspesifikke krav for 2018:

**Helgelandssykehuset**

1. Opprette 100 % stilling for smittevernsykepleier med ansvar for kommunehelsetjenesten.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

2. Inkludere smittevern i tjenesteavtale 10 mellom helseforetaket og deres opptakskommuner.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

**Helse Nord IKT**

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

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

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?*

### 3.9 Forskning og innovasjon

## Krav for 2018

### 1. Realisere forsknings- og innovasjonsstrategien i Helse Nord.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

### 2. Tilrettelegge særlig for klinisk forskning og helsetjenesteforskning, også i samarbeid med andre helseforetak og universiteter i regionen

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. Øke antall kliniske behandlingsstudier sammenliknet med 2017.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

### 4. 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)).

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. 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.

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. Legge til rette for at gode forskningsmiljøer i eget helseforetak søker eksternt finansiering, spesielt fra Forskningsrådet og EU.

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. Legge til rette for å innføre nasjonalt system for registrering og fremming av innovasjonsprosjekter.<sup>10</sup>

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>10</sup> Helse Nord RHF har rammeavtale med Induct AS om innkjøp av deres system for registrering og håndtering av innovasjonsprosjekter.

8. Delta i prøverapportering av aktivitetsindikatoren for innovasjonsaktivitet i foretakene, jf. oppdrag til RHF-ene i oppdragsdokument 2016.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

#### Foretaksspesifikke krav for 2018

##### **Nordlandssykehuset**

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

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. Tilrettelegge for forskning utover doktorgrad og slik sikre stabil forskningskompetanse i alle klinikker.

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. Delta i store søknadssamarbeid og forskningsprosjekt både i regionen og nasjonalt.

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. Delta i arbeidet med å utrede og pilotere en totalkostnadsmodell for eksternt finansierte forskningsprosjekter, sammen med RHF.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

4. Etablere følgeforskning på etablert medikamentfritt behandlingstilbud ved psykoselidelser.

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. Bidra særskilt til å realisere innovasjonstiltak, sammen med øvrige HF og RHF.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

6. Bidra til arbeidet med felles retningslinjer for avklaring av vertskapsrollen i eksternt finansierte forskningsprosjekter, sammen med Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

## 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.

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. Stille miljøkrav i alle anskaffelser.

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. Tilrettelegge flere møter for deltakelse via telematikk.

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. Redusere pasientreiser ved ambulering, bruk av telematikk, og universelt utformede kommunikasjonshjelpemidler.

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?*

### 4.2 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 avviksrapportering 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>11</sup>

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. Rapportere avvik som ikke er lukket etter riksrevisjonsrapport<sup>12</sup>, innen 1. mars. Avvikene skal beskrives i en tiltaksplan, med ansvarlig og forventet tidspunkt for lukking.

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. Styrebehandle status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet innen 1. juni.

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. 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.

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. 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.

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>11</sup> Regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet og handlingsplan for informasjonssikkerhet er styrende dokumenter i foretaksgruppen.

<sup>12</sup> Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013 - Dokument 3:2 (2014–2015)

Foretaksspesifikke krav for 2018:

**Helse Nord IKT**

1. Oppdatere driftsavtalene (SLA) med helseforetakene, inklusive vedlegg, innen 1. oktober.

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

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.

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. 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.Ansvarer omfatter også å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser i samarbeid med aktuell leverandør.

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?*

### 4.3 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.

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. Delta i et felles prosjekt for å klargjøre og forbedre samhandlingen mellom helseforetakene og mellom helseforetak og Helse Nord IKT rundt MTU.

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?*

## 4.4 Beredskap

### Krav for 2018

1. Gjennomføre tiltak som gjør at helseforetaket er klar for å implementere ny sikkerhetslov når den trer i kraft.

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. Sørge for medikamenter, utstyr og opplært og trent personell til Emergency Medical Team (EMT).

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. Gjennomføre nødvendige oppdateringer i egne beredskapsplaner og rutiner i tråd med revidert Nasjonal helseberedskapsplan.

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. Utarbeide planer for legemiddelberedskap, bl.a. basert på ROS-analyse av regional legemiddelkomite.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

5. Utarbeide planer for sivilt militært samarbeid, basert på nasjonale føringer i samarbeid med Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

6. Vurdere behov for nye tiltak for å sikre tilgang av vann og strøm for å kunne møte langvarig bortfall.

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. Vurdere behov for nye tiltak for å sikre drift uten tilgang til IKT, for å kunne møte langvarig bortfall.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

Foretaksspesifikke krav 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.

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

Rapporteringstekst Årlig melding

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

## 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.

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. Publisere minimum 200 flere unike pasientbehandlinger/-undersøkelser på foretakets internettsider.

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 reell brukervedvirkning i forskning, jf. retningslinjene for dette vedtatt i styresak 19-2015.

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

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

### Foretaksspesifikke krav for 2018:

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

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

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

## 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.

#### Rapporteringstekst 1. tertial

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.

17 % av de ansatte i Sykehusapotek Nord har for tiden deltidsstillinger.

#### Rapporteringstekst 2. tertial

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

#### Rapporteringstekst Årlig melding

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

2. 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 %.

#### Rapporteringstekst 1. tertial

Per 1. kvartal 2018 har Sykehusapotek Nord et sykefravær på 9,6 %. Dette er en økning fra 6,7 % for samme periode i 2017. Det korteste fraværet (1-3 dager) er redusert, mens det øvrige fraværet har økt.

Det er iverksatt særlige tiltak i enkelte avdelinger som har sykefravær som er identifisert som arbeidsrelatert. Dette innebærer kartlegging av årsaker til fraværet og utarbeiding av tiltak.

Sykehusapotek Nord er en ia-bedrift, og følger opp sykefraværet i henhold til dette. I tillegg har foretaket følgende tiltak for å bedre arbeidsmiljøet og redusere sykefraværet:

- Sosiale arrangementer
- Oppfølging av medarbeiderundersøkelse
- Samarbeid med tillitsvalgte og verneombud
- Bruk av AMU og Samarbeidsutvalg

#### 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. Delta i regionalt nettverk for arbeid med reduksjon av sykefravær og økt nærvær.**

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. Utarbeide plan for oppfølging av anbefalte tiltak i Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes håndtering av bierverv, datert 28.06.2017. Tiltak rapporteres i tertialrapport 1.**

Rapporteringstekst 1. tertial

Sykehusapotek Nord sender årlig påminning til alle ansatte om å registrere bierverv på korrekt måte i Personalportalen.

Oppfølgingen av om ansatte faktisk har gjennomført registreringen har ikke vært god nok. Oppfølgingen skal bedres ved å bruke rapporteringsverktøyet i Personalportalen. Dette skal gjøres i forbindelse med årsoppgjøret.

Det jobbes regionalt med sette opp varsel i Personalportalen til ansatte og ledere knyttet til registrering av bierverv. Dersom dette lar seg gjøre vil Sykehusapotek Nord ta i bruk varselet.

Arbeidsavtalene som inngås i Sykehusapotek Nord presiserer at det skal gis opplysninger bierverv med videre som kan komme i konflikt med arbeidsgivers interesser.

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. Publisere digital lederhåndbok i Compendia.**

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?

## 6.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

### Krav for 2018

**1. Delta i utvikling av felles regionale kompetansestrategier, herunder også strategi for teknologistøttet læring.**

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. Utarbeide årlige og langsiktige planer for foretakets bemanningsbehov og utdanningskapasitet. I tertialrapportene presenteres sammenligning mellom faktisk bemanning og utdanningskapasitet vs. plan.**

Rapporteringstekst 1. tertial

## Tertialrapport og Årlig melding 2018

Sykehusapotek Nord har ikke utarbeidet konkrete planer for bemanningsbehov, mer har oversikt over forventet bemanningsbehov. Både for apotekteknikere og farmasøyter kan det bli en utfordring å rekruttere kvalifisert personell. Sykehusapotek Nord jobber derfor for å øke utdanningskapasiteten for disse gruppene.

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. Redegjøre, i tertialrapport 2, for foretakets handlingsplaner for arbeid med oppfølging av Helse Nord's strategi for leder- og ledelsesutvikling.

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?

### 4. Bidra i å utvikle felles kompetanseplan for ledere i Helse Nord.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

### 5. Sikre drift av kompetansestyringssystemet etter endt prosjekt.

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. Delta i utvikling og implementering av regional annonse- og rekrutteringsveileder.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

## Foretaksspesifikke krav for 2018

### **Finnmarkssykehuset**

#### 1. Lede regional koordinering av prosjektet ledermobilisering.

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

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. Utvikle forvaltningen av kompetansestyringssystemet.

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?*

## 6.3 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.

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. Delta i regionalt implementeringsprosjekt for del 2 og 3 i spesialistutdanning for leger i henhold til styringsdokumentet.

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. Forberede og iverksette søknadsprosess for godkjenning av helseforetaket som utdanningsvirksomhet innen aktuelle spesialiteter

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. Stille med to deltakere i regional kurskomite for veiledning og sørge for veilederkurs for leger i eget helseforetak

Rapporteringstekst Årlig melding

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

## Foretaksspesifikke krav for 2018

### **Universitetssykehuset Nord-Norge**

1. Lede det regionale implementeringsprosjektet for del 2 og 3 i spesialistutdanning for leger.

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. 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.

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 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)**

### Krav for 2018:

1. Bidra til utvikling av regional kompetanseplan for opplæring i HMS.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

2. Bidra i arbeidet med strategi og kompetanseplan for vernetjenesten.

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. Bidra til å utvikle og ta i bruk indikatorer for HMS i Helse Nords ledelsesinformasjonssystem.

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. Delta i regionalt arbeid med utvikling, implementering, gjennomføring og oppfølging av ForBedring, som er den nye sammenslåtte HMS-, medarbeider- og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen.

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. Gjennomgå og oppdatere prosedyrer for varsling, oppfølging og rapportering av vold, trusler og trakassering.

Rapporteringstekst Årlig melding

## *Tertialrapport og Årlig melding 2018*

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



## 7 Innfri økonomiske mål i perioden

### 7.1 Resultatkrav

#### 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.

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. 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.

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?*

### 7.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

#### Krav for 2018:

1. Starte arbeidet med husleiemodell, basert på anbefalinger fra pilotprosjekt i Helgelandssykehuset og nasjonal rapport.

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. Følge opp en 4-årig vedlikeholdsplan som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard, kvalitet og verdier over tid. Planen skal samordnes med fremtidige nybygg/ombygging.

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. 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.

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?*

4. Delta i oppdatering av Landsverneplanen, vurdere endringer i vernestatus og vernemetode.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

5. Delta i arbeidsgruppe for evaluering av FDV-systemene og foreslå felles IKT-løsninger for FDV av bygg.

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. Ha avtaler for arealdeling av universitetsarealer.

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. 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.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

## Foretaksspesifikke krav for 2018

### **Finnmarkssykehuset**

1. Evaluere prosjekt Nye Kirkenes sykehus.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

## Helgelandssykehuset

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

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

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

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?*

## 7.3 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.

Rapporteringstekst 1. tertial  
*Sykehusapotek Nord styrebehandler «Helse Nord Anskaffelsesstrategi 2018-2021» i styremøte 31. mai 2018.*

*Sykehusapotek Nord har per tiden ingen planlagte anskaffelser som kan inngå i anskaffelsesplan for 2019 eller planlagte investeringsanskaffelser som er aktuelle for samordning.*

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

Rapporteringstekst Årlig melding

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

## 2. 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.

### 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

Rapporteringstekst 1. tertial

Sykehusapotek Nord jobber med å ta i bruk Clockwork som innkjøps- logistikk og lagersystem. Planen er å starte implementeringen høsten 2018. Senest medio 2020 skal hele foretaket ha tatt i bruk systemet.

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. 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.

Rapporteringstekst 1. tertial

Sykehusapotek Nord tilstreber å delta i anskaffelsesprosjekter der foretakets fagkompetanse er ønsket. Sykehusapotek Nord bidrar for tiden i nasjonal anskaffelse av reseptur- og butikkdatasystem for sykehusapotekene.

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?

### 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.

Rapporteringstekst 1. tertial

Sykehusapotek Nord har ikke midlertidig samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.

Behovet for å inngå samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp er til vurdering. Dersom det er behov for avtale vil dette bli inngått.

Rapporteringstekst 2. tertial

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

Rapporteringstekst Årlig melding

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

### 5. Samfunnsansvar

- Innen 31.desember etablere/revidere strategi for samfunnsansvar som ivaretar fokus på
  - Miljø
  - Sosial ansvar

## *Tertialrapport og Årlig melding 2018*

- Innovasjon
- Leverandørutvikling

Rapporteringstekst Årlig melding

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

## 8 Risikostyring og internkontroll

### 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:

- 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 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?*

## 9 Særlige krav til regionale fellesfunksjoner

### 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.

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?*



## 10 Styringsparametere 2018

Styringsparametere som ikke er dekket av egne krav i Oppdragsdokumentet 2018.

- Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern 2016

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Brukererfaringer med fødsel- og barselomsorgen i 2016

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- 30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2017 (uansett årsak til innleggelse)

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2017

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2017

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2017

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert.

Rapporteringstekst Årlig melding

## Tertialrapport og Årlig melding 2018

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

- 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."

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Andel episoder rapportert med korrekt behandlingssted til Norsk pasientregister

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?*

<b>Sykehusapotek Nord's risikoanalyse av Helse Nord's overordnede risikomål og status på ROS-analyse om informasjonssikkerhet</b>	
Styresak nr:	28 – 2018
Møtedato:	31. mai 2018
Saksbehandler:	Org.rådg. Kjersti Gjerdevik, IT-sjef Stian Eilertsen og dir. Espen Mælen Hauge
Vedlegg:	

### Kort saksresyme

I oppdragsdokumentet 2018 går det fram at Sykehusapotek Nord HF løpende skal vurdere hvilke vesentlige risikoer som er knyttet til virksomheten. Sykehusapotek Nord HF skal etterleve kravene i helseforetaksloven, i forskrifter om internkontroll, og i pålegg fra HOD og fra Helse Nord RHF. Sykehusapotek Nord HF er pålagt å etablere systemer for risikostyring for å forebygge, hindre og avdekke avvik.

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

Sykehusapotek Nord har risikovurdert de fire viktigste overordnede målene for Helse Nord, jfr. oppdragsdokumentets kapittel som er: 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.

Til målet om å oppfylle de nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen har Sykehusapotek Nord utarbeidet lokale mål med tilhørende kritiske suksessfaktorer tilpasset virksomheten. Dette er 1) etablere en GMP- godkjent radiofarmakaproduksjon innen oppstart av PET-senteret, 2) implementere klinisk farmasi, 3) interne IKT – systemer som sørger for at vi har trygg legemiddelforsyning og legemiddelhåndtering, og 4) bidra til Helse Nord's utviklingsplan 2035.

Styresaken presenterer også en oppfølging av kapittel 4.2 i oppdragsdokumentet for 2018, hvor det går frem at status på risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) om informasjonssikkerhet skal styrebehandles innen 1. juni 2018.

*Direktørens innstilling til vedtak*

---

*Styret i Sykehusapotek Nord HF tar saken til orientering.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

## *Saksfremlegg*

### *1. Formål med risikostyring*

---

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

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

Risikostyring i Sykehusapotek Nord HF skal:

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

### *2. Overordnede mål for risikostyringen i Helse Nord for 2018*

---

Sykehusapotek Nord HF skal på samme måte som øvrige helseforetak i Helse Nord 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.

Oppdragsdokumentets (OD) kapittel 8 gjelder risikostyring og internkontroll knyttet til Helse Nord's viktigste mål. Overordnede mål for risikostyring i 2018 viser til OD kapittel 2 og Helse Nord's viktigste mål. Det er disse fire områder med underliggende kritiske prosessindikatorer som skal gjøres særlig gjenstand for risikovurdering i helseforetakene.

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 brukermedvirkning
3. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell
  - a) Gjennomsnittlig sykefravær skal være mindre enn 7,5 % og korttids sykefravær skal være under 2 %.

4. Innfri de økonomiske mål i perioden
  - a) Økonomisk resultat i tråd med plan

### *3. Operasjonalisering av mål*

---

Ifølge OD2018 forventes det at HF-ene i tillegg til de overordnede målene som beskrevet under punkt 3 overfor, har egne lokale mål med tilhørende kritiske suksessfaktorer. Sykehusapotek Nord HF utarbeider egne lokale mål, med tilhørende kritiske suksessfaktorer, tilpasset virksomheten.

Gjennomføringen av risikoanalysene foregikk slik at administrasjonen først utarbeidet forslag til mål. Disse ble så gjennomgått og akseptert i lederteamet. Vår egen risikoanalysefasilitator gjennomførte deretter forberedende møter med hver av deltakerne. Dette var både lederteamet og aktuelle personer utenom foretaksledelsen. Notater fra forberedelsene ble utarbeidet for hvert mål og brukt som grunnlag, og med sikte på en hensiktsmessig og mer effektiv gjennomføring av selve risikoanalysen.

Gjennomgangen av analysene ble gjort av et samlet lederteam, mens andre aktuelle med særlig kompetanse på feltet ble invitert inn hvor det var aktuelt. Til tross for gode forberedelser ble vi ikke ferdige på det dagsmøtet som var satt av for formålet. Av hensyn til ressursbruken ble en nytt møte gjennomført for de resterende målene med færre deltakere fra administrasjonen. Likevel klarte vi heller ikke denne gang å bli ferdige for så vidt det fortsatt gjenstår å gjøre en risikoanalyse av sykefraværskravet.

Etter gjennomført analyse hvor risikovurderingsverktøyet WhatIf ble brukt er det utarbeidet risikoanalyserapporter og tiltaksrapporter. WhatIf sender automatisk påminninger på eposter i til tiltaksansvarlig ifm fristene for gjennomføring.

#### *3.1. Mål 1 - Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen*

Til dette målet om å oppfylle de nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen har Sykehusapotek Nord utarbeidet lokale mål med tilhørende kritiske suksessfaktorer tilpasset virksomheten. Imidlertid er det ikke gjort en vurdering av de overordnede punktene a, b og c fordi dette gjelder kritiske suksessfaktorer som kun er relevante for sykehusdrift.

Sykehusapotek Nord's egne mål mht. kvalitet og sikkerhet er:

1. Etablerte en GMP- godkjent radiofarmakaproduksjon innen oppstart av PET-senteret.
2. Klinisk farmasi: implementere klinisk farmasi.
3. Interne IKT – systemer som sørger for at vi har trygg legemiddelforsyning og legemiddelhåndtering; Clockwork, samt anskaffelsen av produksjonsstøttesystem ferdigstilles.
4. Bidra til utviklingsplan 2035 (lukket legemiddelsøyfe/pasientsikkerhet legemiddel – jobbe strategisk inn mot utviklingsplanen i HN)

### **3.2. Mål 2 – 4: Brukermedvirkning - gode arbeidsforhold – økonomi**

Til de tre siste av de overordnede målene har vi analysert de samme målsettingene som i Helse Nord for øvrig om å sikre god pasient- og brukermedvirkning, sikre gode arbeidsforhold og innfri økonomisk mål. Om innfrielse av økonomiske mål i perioden har vi i tillegg et lokalt mål om at det samlet skal være overskudd i publikumsavdelingene.

Kravet om å sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell, der det også stilles et krav om at gjennomsnittlig sykefravær skal være mindre enn 7,5 % og korttids sykefravær skal være under 2 %, har vi, som nevnt ovenfor, ikke hatt tid til å gjennomføre en analyse på.

### **3.3. Risikoanalyse – høyeste risikoer**

I det følgende presenteres et utdrag fra de viktigste analysene og tiltakene som det er utarbeidet rapporter på. Rapportene er detaljerte og til administrativ bruk, derfor er de ikke lagt ved saken,

#### **3.3.1. Kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen**

Under området kvalitet og sikkerhet – radiofarmaka, har vi vurdert ni suksessfaktorer der gjennomsnittlig risikobilde er medium (gult). Hver for seg er de to høyeste risikoer høy (rød) og gjelder blant annet bemanning:

- ① Hva om vi ikke har riktig arbeidstid slik at vi kan innfri UNNs frister?
- ② Hva om vi ikke har personell tilgjengelig?

Tiltak er reforhandling av vilkår i tariffavtale og sykefraværsoppfølging av ansatte.

Under området kvalitet og sikkerhet - klinisk farmasi, har vi vurdert ni suksessfaktorer der gjennomsnittlig risikobilde er medium (gult). Hver for seg er de to høyeste risikoer høy (rød) og gjelder blant annet gevinstrealisering:

- ① Hva om vi ikke greier å synliggjøre økonomiske gevinster?
- ② Hva om vi ikke greier å synliggjøre kvalitetsgevinster?

Tiltak er dialog med Helse Nord RHF om hvorvidt økonomi er ønsket gevinst. Innholdet i begrepet gevinstrealisering må i denne sammenheng diskuteres. Vi må dessuten bli god på å kommunisere ut oppnådde resultater og forskning.

Under området kvalitet og sikkerhet - interne IKT-systemer/Clockwork, har vi vurdert ni suksessfaktorer der gjennomsnittlig risikobilde er høyt (rødt). De to høyeste risikoer er blant annet ressurser og avhengigheter:

- ① Hva om vi ikke har avsatt tilstrekkelige ressurser?

② Hva om vi ikke har god nok oversikt over avhengighetene (andre IKT-systemer)?

Tiltak er ressursplanlegging samt kartlegging av avhengigheter og definering av risiko.

Under området kvalitet og sikkerhet - interne IKT-systemer/anskaffelse av produksjonsstøttesystem har vi vurdert syv suksessfaktorer der gjennomsnittlig risikobilde er medium (gult). Hver for seg er de to høyeste risikoer høy (rød) og gjelder blant annet avhengigheter i kravspec og ressurser:

① Hva om vi ikke greier å gjøre god nok avklaring mht. avhengighetene (e-kurve, kvalitetssystem for håndtering av cytostatika og andre infusjonslegemidler)?

② Hva om vi ikke får frigitt de riktige ressursene fra SANO?

Tiltak er å være pådriver for å etablere prosjektgruppe (anskaffelsesprosjekt) og avklare tids- og kompetansebehov. Tiltak mht avhengigheter vil være å etablere felles målbilde mellom sykehus, prosjektledelse, apotek og Helse Nord RHF, samt bidra med sykehusapotekkompetanse inn i prosjektet.

Under området kvalitet og sikkerhet – Helse Nord's utviklingsplan 2035 har vi vurdert to suksessfaktorer der gjennomsnittlig risikobilde er medium (gult) og gjelder innspill og initiativ:

① Hva om vi ikke greier å argumentere for hvorfor valgte innspill skal være med?

② Hva om vi ikke bidrar i arbeidet med Utviklingsplan 2035?

Tiltak er å etterspørre informasjon om prosessen (milepæler, omfang, innhold), og utarbeide gode saksdokument.

### *3.3.2. Sikre god pasient- og brukervedvirkning*

Under området brukervedvirkning har vi vurdert fem suksessfaktorer der gjennomsnittlig risikobilde er høyt (rødt). Hver for seg er de to høyeste risikoer høy (rød) og gjelder blant annet kvalitet og organisering:

① Hva om det ikke er reell brukervedvirkning?

② Hva om dagens organisering av brukervedvirkning ikke er hensiktsmessig?

Tiltak er å gjennomføre et felles seminar for styret og brukerutvalget samt brukeropplæring i Sykehusapotek Nord. En annet tiltak er å innhente erfaringer fra andre foretak med brukerutvalg.

### *3.3.3. Innfri de økonomiske mål i perioden*

Under området økonomi har vi vurdert to suksessfaktorer der gjennomsnittlig risikobilde er høyt (rødt) og gjelder overskudd og bemanning:

① Hva om vi ikke går med overskudd i publikumsavdelingene?

② Hva om vi ikke har riktig bemanning?



Tiltak er å gjennomføre en workshop om og for utvikling av publikumsavdelingene, samt gjennomgå organiseringen av oppgaver i hele foretaket.

#### *4. Status risiko- og sårbarhetsanalyse informasjonssikkerhet*

---

Dette kapittelet i styresaken gjelder oppfølging av oppdragsdokumentet for 2018, kapittel 4.2. Her går det frem at status på risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) om informasjonssikkerhet skal styrebehandles innen 1. juni 2018.

Hittil i 2018 er det påbegynt og gjennomført følgende ROS-analyser om informasjonssikkerhet:

##### *Interne IKT-system*

Med interne IKT-system menes her anskaffelsen av nytt apotekfagsystem med hovedfokus på RBD (reseptur- og butikkdatasystem) og Clockwork (ERP-system). Her viser analysene at det er flere risikoer som vi må forholde oss til fremover. Dette er tilgang til ressurser både for å jobbe med prosjektet og ressurser internt fra apoteket.

Det er også en usikkerhet rundt integrasjonen når vi skal sette sammen prosjektene EIK<sup>1</sup>, RBD og Clockwork sammen til ett, nytt komplett apotekfagsystem<sup>2</sup>. I denne forbindelse så er det iverksatt et samarbeid med HN-IKTs integrasjonsgruppe, der vi har lagt frem behovet for ressurser som kreves når disse prosjektene ferdigstilles. På nåværende tidspunktet har vi kontroll på risikoene og jobber med disse.

##### *FarmaPro 5.20*

Det er gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse for apotekfagsystemet FarmaPro. Det er gjort vurderinger av tilgangsstyring, sikkerhet, konfidensialitet og drift av FarmaPro. Det er kontroll på håndteringen av disse risikofaktorene. FarmaPro er nå i slutten av sitt utviklingsløp og det er kun planlagt en større oppgradering igjen (FarmaPro 5.21) før overgang til ny apotekfagløsning.

##### *CytoPro*

Det er avdekket gjennom risiko- og sårbarhetsanalysen at CytoPro produksjonsstøtteverktøy har store mangler. For å redusere denne risikoen ble det etablert kontakt med utvikleren av programmet (tidligere ansatt som nå jobber for Sykehusapotekene HF) for å se på om det var mulig å gjøre strukturelle endringer som ville senke risikoen.

Konklusjonen på dette arbeidet er at det vil kreve store endringer og nyutvikling av CytoPro for å kunne redusere risikoene og at dette i seg selv utgjør en risiko. Det er heller ingen garanti for at disse endringene vil lykkes og anbefales derfor ikke. På apoteknivå er sårbarhetene i CytoPro gjennomgått og det er gjort endringer i prosedyrene slik at brukerne er kjent med sårbarhetene og manglene i systemet. Det beste tiltaket er derfor å anskaffe nytt elektornisk produksjonstøttesystem.

---

<sup>1</sup> EIK er navnet på det grunnleggende felles systemet som skal erstattet FarmaPro i apotekbransjen. Ny bransjeløsning skal omfatte tre funksjonelle områder som i dag finnes i FarmaPro; resepthåndtering, refusjon og rapportering og statistikk, samt tre områder som det i dag finnes liten eller ingen systemstøtte for; ekspedisjonsstøtte og rådgivning, farmasøytiske tjenester og journalføring.

<sup>2</sup> Se nærmere styresak 40-2017 om digital fornying av apotekfagsystemet.

### *Informasjonssikkerhet*

Det er gjennomført en generell risiko- og sårbarhetsanalyse med hensyn til annen informasjonssikkerhet som fysisk sikring, administrasjon av tilganger, prosedyrer for å analysere hendelsesregistrene og tekniske løsninger. På disse områdene er det gjennomført tiltak slik at gjenværende risiko er lav og derfor akseptabel.

Arbeidet med risiko- og sårbarhetsanalyse er blitt implementert som en naturlig del av arbeidsmetoden innenfor informasjonssikkerhet. Metoden er således et verktøy for å avdekke risikoer og svakheter både på eksisterende systemer og ved anskaffelser.

<b>ForBedring 2018. Oppfølging av medarbeider- og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen, rapport og status for arbeidet</b>	
Styresak nr:	29 – 2018
Møtedato:	31. mai 2018
Saksbehandler:	Direktør Espen Mælen Hauge
Vedlegg:	1. ForBedring 2018 - rapport for Sykehusapotek Nord HF 2. Plakat om våre ForBedringsforpliktelser

### Kort saksresyme

Formål med denne saken er å informere styret i Sykehusapotek Nord HF om status i arbeidet med undersøkelsen ForBedring 2018 i Sykehusapotek Nord HF, samt gi rapport til styret over resultatene i foretaket.

Gjennomføringsperiode var 1. til 23. februar 2018. Rapporter til alle ledere er sendt ut i henhold til tidsplanen. Undersøkelsen ble sendt ut til 131 medarbeidere. Av disse svarte 117 som gir en svarprosent på 89,3, som er godt over kravet om minst 70 % deltakelse.

Rapporter for Sykehusapotek Nord HF samlet er vedlagt denne styresaken. Det har blitt informert godt i alle helseforetak både før, under og etter undersøkelsen. Det viktigste arbeidet er det som skjer etter undersøkelsen: Forbedringsarbeidet. I dette involveres alle i å utarbeide handlingsplaner som skal inneholde de forbedrings- og bevaringstiltak som medarbeiderne mener er viktige for dem.

Lokalt, regionalt og interregionalt noteres erfaringer fortløpende slik at man kan gjennomføre en grundig evaluering av første gjennomføring. Når handlingsplaner med tiltak er utarbeidet, vil forbedringsarbeidet pågå fortløpende. Samtidig vil man forberede neste års undersøkelse, som avholdes i februar 2019.

### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

*Styret i Sykehusapotek Nord HF tar rapportering og status i arbeidet med ForBedring 2018 til orientering.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

## Saksfremlegg

### Formål

---

Formål med denne saken er å informere styret i Sykehusapotek Nord HF om status i arbeidet med undersøkelsen ForBedring 2018 i Sykehusapotek Nord HF, samt gi rapport til styret over resultatene i foretaket.

Pasienter og medarbeidere skal være trygge og sikre i helsetjenesten. Formålet med den nye undersøkelsen er forbedring av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur.

Undersøkelsen inneholder 40 spørsmål innenfor følgende temaer:

- Engasjement
- Teamarbeidsklima
- Arbeidsforhold
- Sikkerhetsklima
- Psykososialt arbeidsmiljø
- Opplevd lederatferd
- Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeidet
- Fysisk miljø
- Oppfølging

Undersøkelsen gjennomføres årlig og samtidig i alle fire helseregioner.

### Status

---

Gjennomføringsperiode var 1. til 23. februar 2018. Rapporter til alle ledere er sendt ut i henhold til tidsplanen. Undersøkelsen ble sendt ut til 131 medarbeidere (13.718) (Tallene i parentes er for hele Helse Nord. Av disse svarte 117 (10.374). Dette gir en svarprosent på 89,3 (75,6). Det er stilt krav om minst 70 % deltakelse.

Dette er den høyeste svarprosenten som er oppnådd i tilsvarende undersøkelser i Helse Nord, noe som vitner om at det har vært arbeidet systematisk og godt i helseforetakene, og at det er et stort engasjement knyttet til arbeidsmiljø og pasientsikkerhet.

I Sykehusapotek Nord HF ble altså undersøkelsen sendt ut til 131 ledere og medarbeidere. 117 personer svarte, og svarprosenten på 89,3 når nesten opp til

## Fakta om undersøkelsen

ForBedring er et resultat av et nasjonalt samarbeid mellom helseregionene, helseforetakene og pasientsikkerhetsprogrammet, samt Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. Arbeidet med å utvikle undersøkelsen har pågått siden desember 2015. Undersøkelsen ble i 2016 testet ut på flere enheter ved Sykehuset Telemark, Oslo universitetssykehus, St Olavs Hospital og Helse Førde, samt alle helseforetakene i Helse Nord.

De administrerende direktørene i de fire regionale helseforetakene besluttet i august 2017 at undersøkelsen ForBedring skulle gjennomføres i de fire regionene. I februar 2018 ble undersøkelsen sendt ut til 126 200 medarbeidere i alle helseforetak og institusjoner som driftes eller har avtale med en helseregion eller helseforetak. Samlet resultat for landet er klart i slutten av juni.

Det er ikke mulig å sammenlikne resultatene av ForBedring med tidligere medarbeiderundersøkelser.

Helse Nord RHF som hadde høyest svarprosent i foretaksgruppen på 91,9 %.

Rapporter for Sykehusapotek Nord HF samlet er vedlagt denne styresaken. I tillegg er det utarbeidet egne rapporter for medarbeidere og ledere.

Det har blitt informert godt i alle helseforetak både før, under og etter undersøkelsen. Det viktigste arbeidet er det som skjer etter selve undersøkelsen: Forbedringsarbeidet. Alle helseforetak har gitt informasjon og opplæring til ledere om forbedringsarbeidet og metodikk. Det er også gitt informasjon til medarbeidere om hva som skal skje fremover.

Resultatene i vedlagte rapport viser en gjennomsnittskår for hvert tema. Overblikket viser her at det temaet Sykehusapotek Nord skårer best på er psykososialt arbeidsmiljø med 95 poeng på en skala fra 0-100. Også andre tema skårer høyt med 90 poeng eller mer, disse er teamarbeidsklima, sikkerhetsklima og engasjement. For disse er andelen som har svart 75 poeng eller mer svært høy (over 90 %), noe som viser at det er stor enighet blant respondentene. Det vil derfor være naturlig å hente frem bevaringspunkter fra disse temaene, noe som for eksempel vedlagte forbedringsplakat under overskriften *her er vi gode* viser: sikkerhetsklima («ha fokus på forbedringsarbeid») og psykososialt arbeidsmiljø («arbeidsglede»; «støtte fra kollegaer»).

Imidlertid er det under temaet psykososialt arbeidsmiljø vi finner spørsmål om mobbing/trakassering og seksuell trakassering. Også disse har høy gjennomsnittskår på henholdsvis 94 og 98 poeng. Flere har i etterkant av undersøkelsen kritisert spørsmålstillingen/påstanden for å være upresis («her blir ingen utsatt for trakassering») noe som kanskje kan forklare hvorfor det ikke er oppnådd 100 poeng. Enten noen respondenter har tatt forbehold, eller det er andre forklaringer på at det ikke er oppnådd 100 poeng, må dette kartlegges nærmere.

Det temaet som er dårligst er arbeidsforhold med en gjennomsnittskår på 70 poeng. Her har kun omlag 50 % av respondentene gitt mer enn 75 poeng, noe som viser at svarene spriker mer enn på de andre temaene. Den av påstandene under dette temaet som har fått lavest skår er: «Arbeidsbelastningen min er for stor (antall oppgaver, arbeidstempo)». Dette kan kanskje bety at det oppfattes å være et misforhold mellom antall oppgaver som må løses og tilgjengelige ressurser. Forholdet må derfor undersøkes nærmere og tiltak settes inn. Et tiltak kan blant annet være det som styret orienteres om under sak 32 – 2018, jfr. 18 – 2018.

### *Forbedringsarbeidet*

---

Alle ledere presenterte rapporten for sine medarbeidere innen uke 15. Videre har alle medarbeidere vært med på å utarbeide handlingsplan for egen enhet innen uke 20. Handlingsplanen skal inneholde de forbedrings- og bevaringstiltak som medarbeiderne mener er viktige for dem. Et eksempel på resultatet av et slikt

oppfølgingsarbeid er forbedringsplakaten fra sykehusekspedisjonen i Bodø som er vedlagt saken.

Alle tiltak skal meldes til arbeidsmiljøutvalget i eget helseforetak. Neste møte i AMU er 25. september 2018. Videre skal det registreres og rapporteres at forbedringsarbeidet er gjennomført i alle enheter i henhold til planen, det vil si at rapporten er presentert, at medarbeiderne har deltatt i forbedringsarbeidet og at handlingsplan er utarbeidet. Dette rapporteres til arbeidsmiljøutvalget i eget helseforetak og til Helse Nord RHF.

Når man arbeider med slike undersøkelser, er tillit til at alle opplysninger behandles på en slik måte at enkeltpersoners svar ikke kan identifiseres, svært viktig. Det stilles derfor store krav til konfidensialitet. Det er også viktig å understreke at resultatene skal brukes i lokalt forbedringsarbeid. Det er kun aggregerte rapporter på foretaksnivå, RHF-nivå og nasjonalt nivå som blir offentliggjort. I undersøkelsen spørres det om noen bakgrunnsdata. Det er svært viktig å understreke at disse dataene ikke kobles sammen med hva man har svart. Ledere som mottar rapporter for sin sine medarbeider vil altså ikke få tilgang til bakgrunnsdata.

#### *Videre arbeid*

---

Lokalt, regionalt og interregionalt noteres erfaringer fortløpende slik at man kan gjennomføre en grundig evaluering av første gjennomføring. Når handlingsplaner med tiltak er utarbeidet, vil forbedringsarbeidet pågå fortløpende. Samtidig vil man forberede neste års undersøkelse, som gjennomføres i februar 2019.

# ForBedring 2018

## SYKEHUSAPOTEK NORD(TOP)

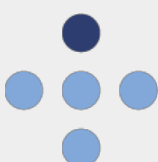
Overordnet oversikt over valgt enhet:

Antall utsendte: 131

Antall svar: 117

Svarprosent: 89,3 %

Antall som ikke har svart: 14



**SYKEHUSAPOTEK NORD**  
DAVVI BUOHCCEVIESSOAPOTEHKA



## ForBedring

Pasienter og medarbeidere skal være trygge og sikre i helsetjenesten. Formålet med den nye undersøkelsen er forbedring av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Undersøkelsen har derfor fått navnet ForBedring. Det er et krav til ledere på alle nivå at resultater fra kartleggingen blir meldt tilbake til medarbeiderne, og det er et krav til alle medarbeiderne at de medvirker i å utarbeide og prioritere forbedringstiltak.

I menyen øverst velger man hvilken undersøkelse man ønsker å se resultater for, enten for medarbeidere eller ledere, samt aktuell organisatorisk enhet.

I arkfanen "Forside" finner du oversikt over de (n) organisatoriske enheten (e) som inngår i din rapport og svarprosent.

I arkfanen "Overblikk" ser du gjennomsnittskåren for alle temaene og hvor stor andel som har svart positivt på de ulike temaene i undersøkelsen.

I de påfølgende arkfanene finner du resultatene for hvert enkeltspørsmål.

Grafene viser resultatene fra spørreundersøkelsen som gjennomsnittskår langs en skala fra 0-100 (omregnet fra svaralternativene 1-5).

**0 alltid skal tolkes som minst ønskelig, og 100 mest ønskelig.**

Resultater som inneholder høy spredning har **turkisfarget** spørsmålstekst i tabellen nederst på siden, og bør leses med økt varsomhet.

Liten **n** (i tabell under grafen) viser antall personer som har svart på det aktuelle spørsmålet.

Av hensyn til konfidensialitet blir ikke spørsmål som er besvart av færre enn 5 per organisatorisk enhet vist i rapporten.

**HN** viser gjennomsnittet for hele Helse Nord.

Rapportvisning og menyvalg tilgås styres av hvilke kostnadssteder du som leder har tilgang til å se.

For å navigere i rapporten må du først velge "Undersøkelse" øverst til venstre:

- **ForBedring 2018 - Medarbeider** : rapport med svar fra medarbeidere du leder i valgte koststeder

- **ForBedring 2018 - Leder** : rapport med svar fra ledere som du har et lederansvar for i valgte koststeder.

Dette er et eksempel fra 2018, for senere gjennomføringer velger man det aktuelle år.

Spørsmål knyttet til undersøkelsen kan rettes til gjennomføringsansvarlige for undersøkelsen i det respektive foretak.

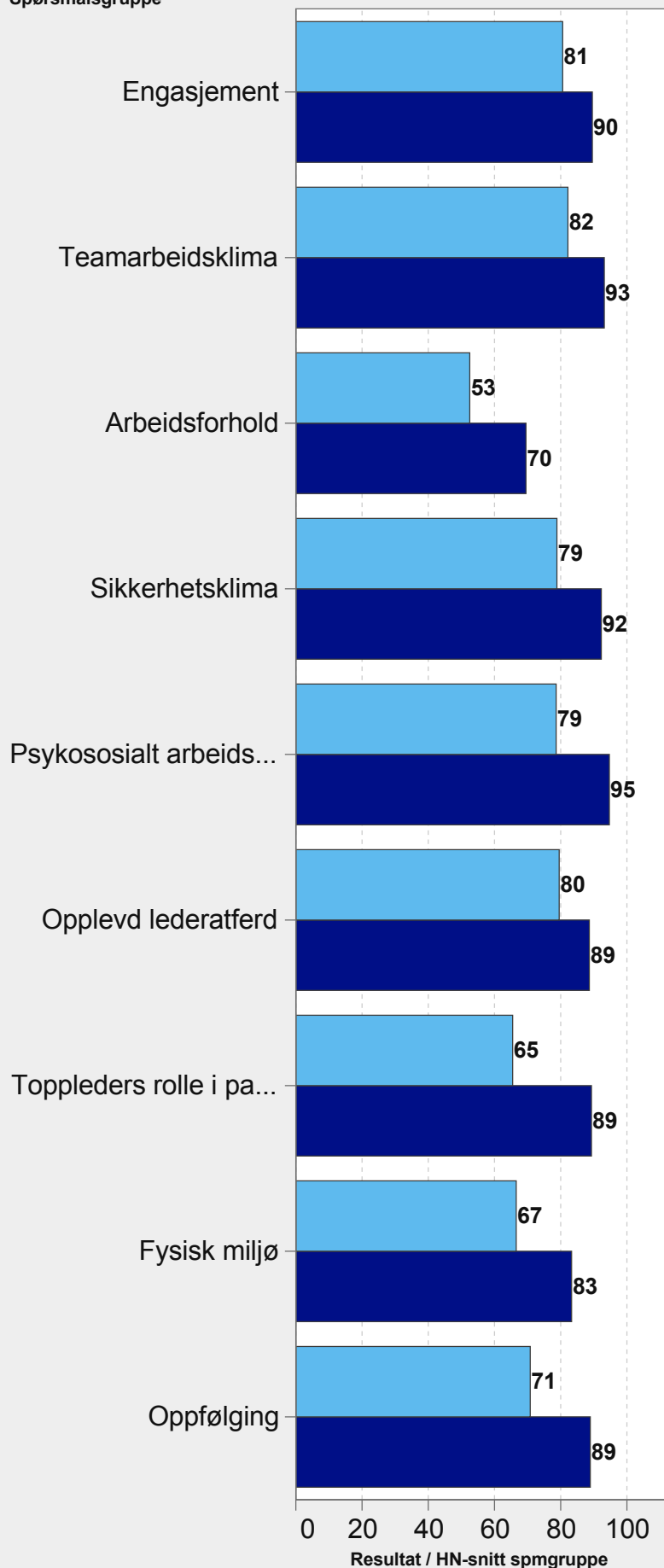


# Overblikk

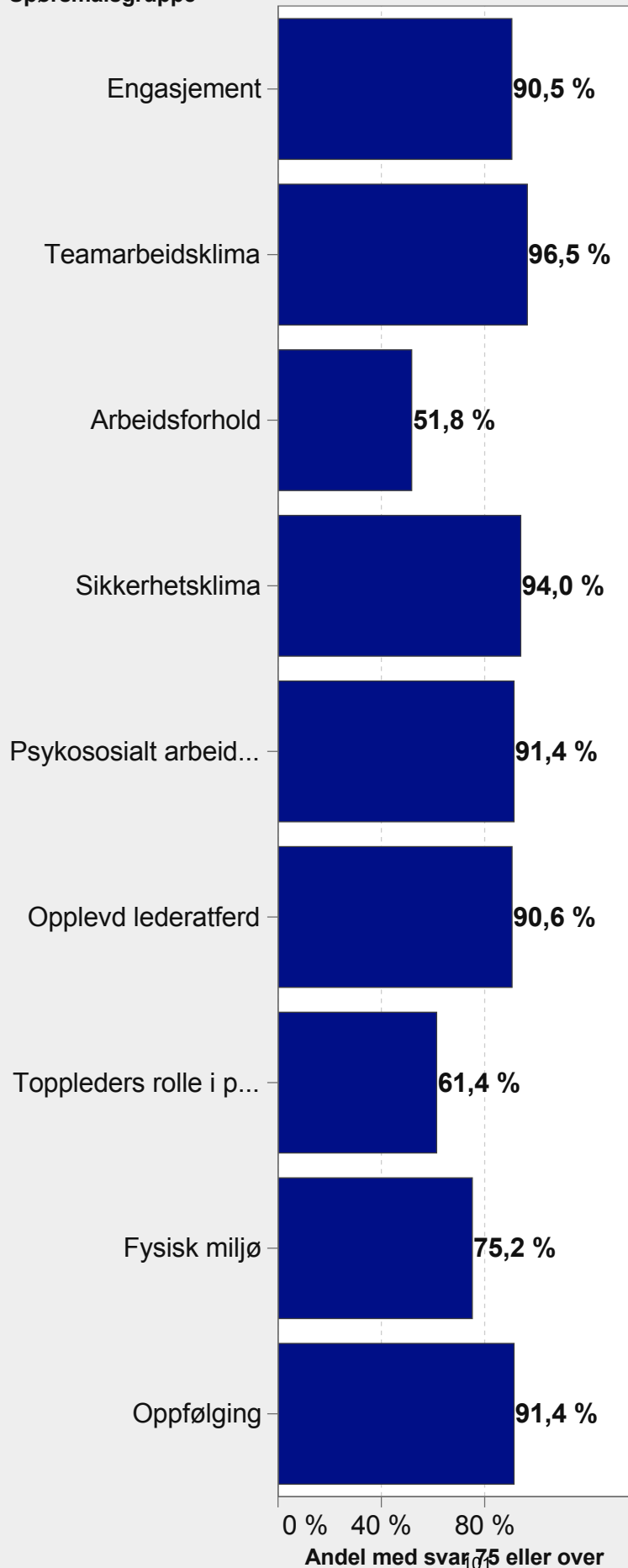
Grafen viser gjennomsnittskåren for hvert tema.

Grafen viser hvor stor andel av medarbeiderne som har skåret 75 eller høyere i snitt for de ulike temaene.

Spørsmålsgruppe



Spørsmålsgruppe



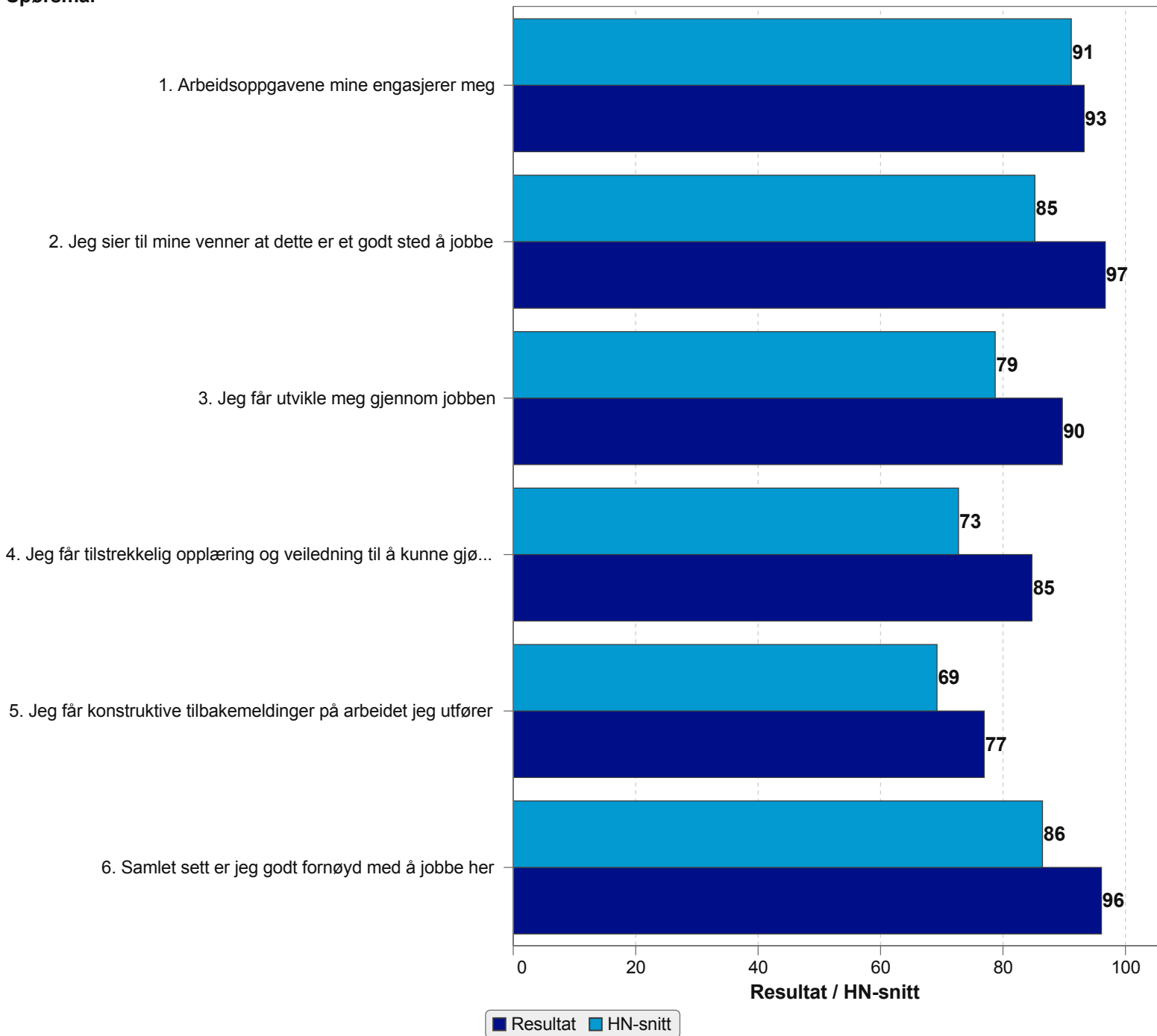
■ Resultat ■ HN-snitt spmgruppe

Styremøte Sykehusapotek Nord HF  
31. mai 2018

# Engasjement

Engasjerte medarbeidere er de som får anerkjennelse, tilbakemeldinger og mulighet for personlig utvikling gjennom sitt arbeid. Engasjement virker inn på en rekke ulike prestasjoner. Høyt jobbengasjement virker positivt inn på motivasjon og jobbutførelse, det fremmer service og lojalitet. Engasjement gir bedre økonomisk resultat og reduserer turnover, ulykker, svinn og kvalitetsfeil. Høy skår indikerer et høyt engasjement.

## Spørsmål

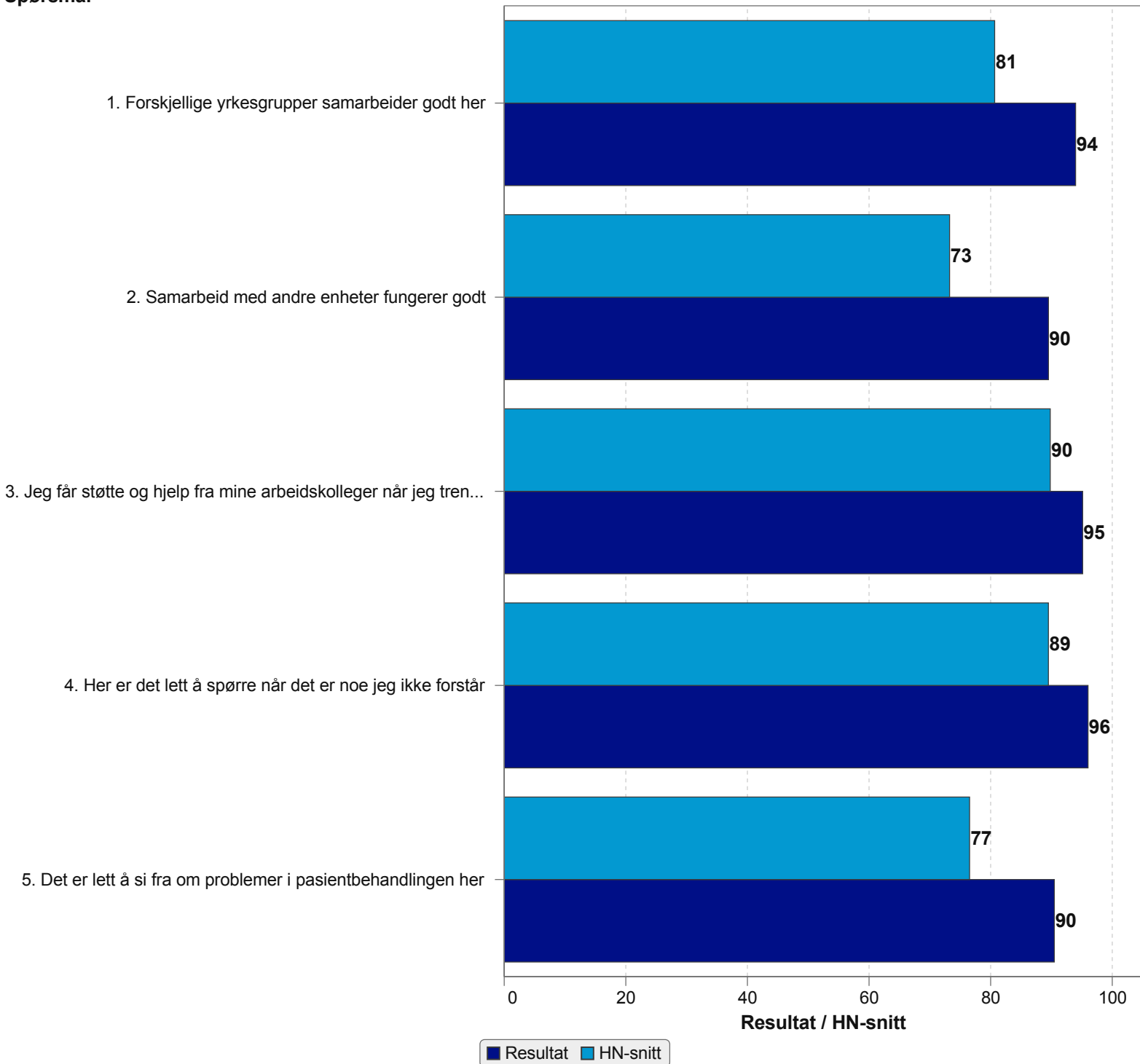


Spm. ▲	Sum antall svar	Ant svar Vet ikke/ikke relevant
1.	115	0
2.	116	2
3.	116	2
4.	115	2
5.	116	0
6.	116	1

## Teamarbeidsklima

belyser åpenhet, samarbeid og støtte mellom kollegaer og yrkesgrupper både internt og på tvers av enheter. Manglende koordinering og samhandling mellom enheter i sykehus er et risikoområdet innen pasientsikkerhet som det er viktig å kartlegge. Høy skår indikerer et høyt teamarbeidsklima.

### Spørsmål

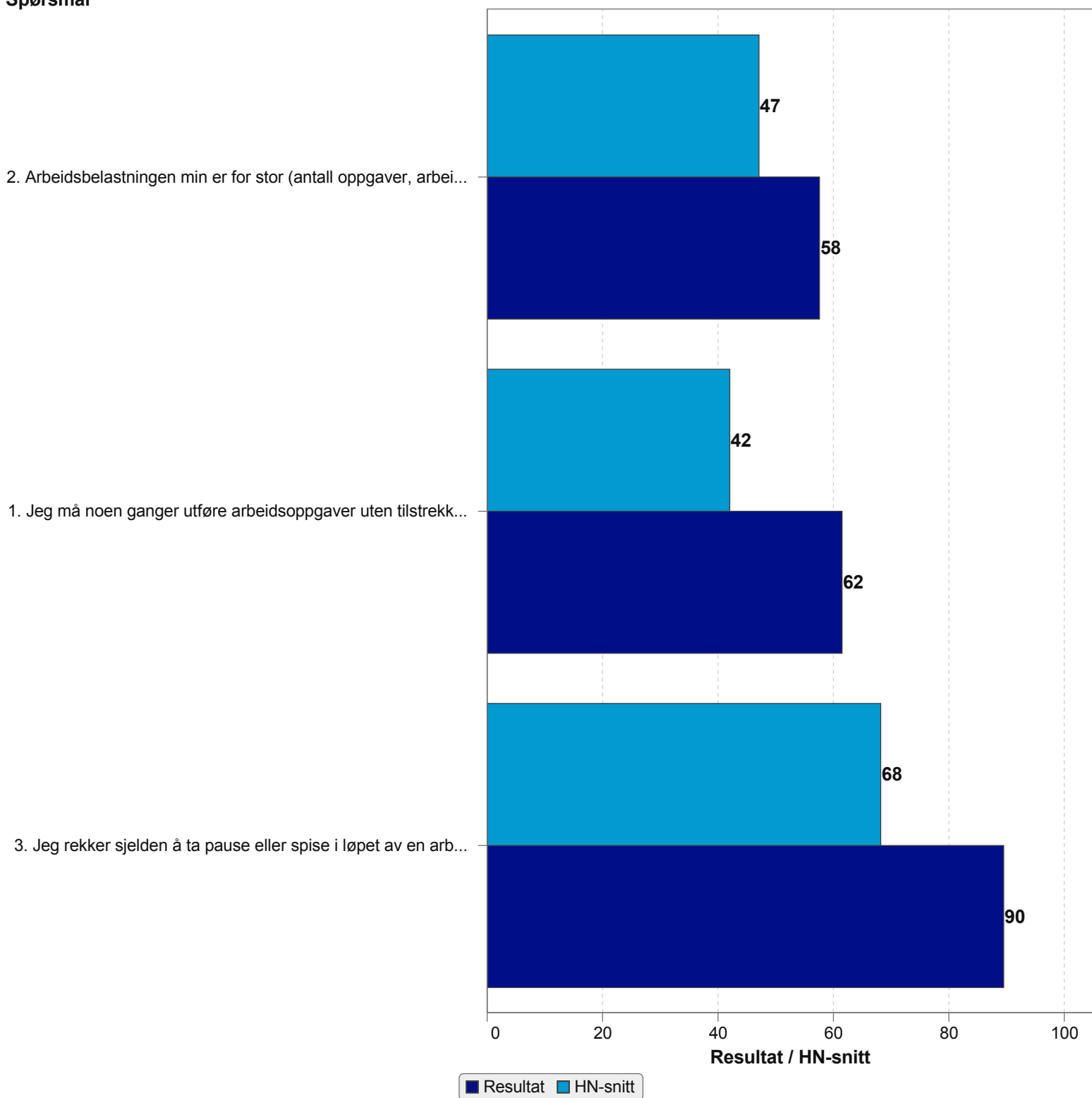


Spm.	Sum antall svar	Ant svar Vet ikke/ikke relevant
1.	115	3
2.	115	3
3.	115	2
4.	115	2
5.	112	28

## Arbeidsforhold

belyser arbeidsmengde og tempo, samt tilgjengelige ressurser og hjelpemidler. Det tar opp ulike belastninger som kan virke negativt inn på motivasjon og helse. Dette er risikoforhold som det er viktig å ha under oppsikt. Høy skår indikerer at det finnes tilstrekkelige med ressurser og hjelpemidler, samt at arbeidsmengde og tempo er lite belastende.

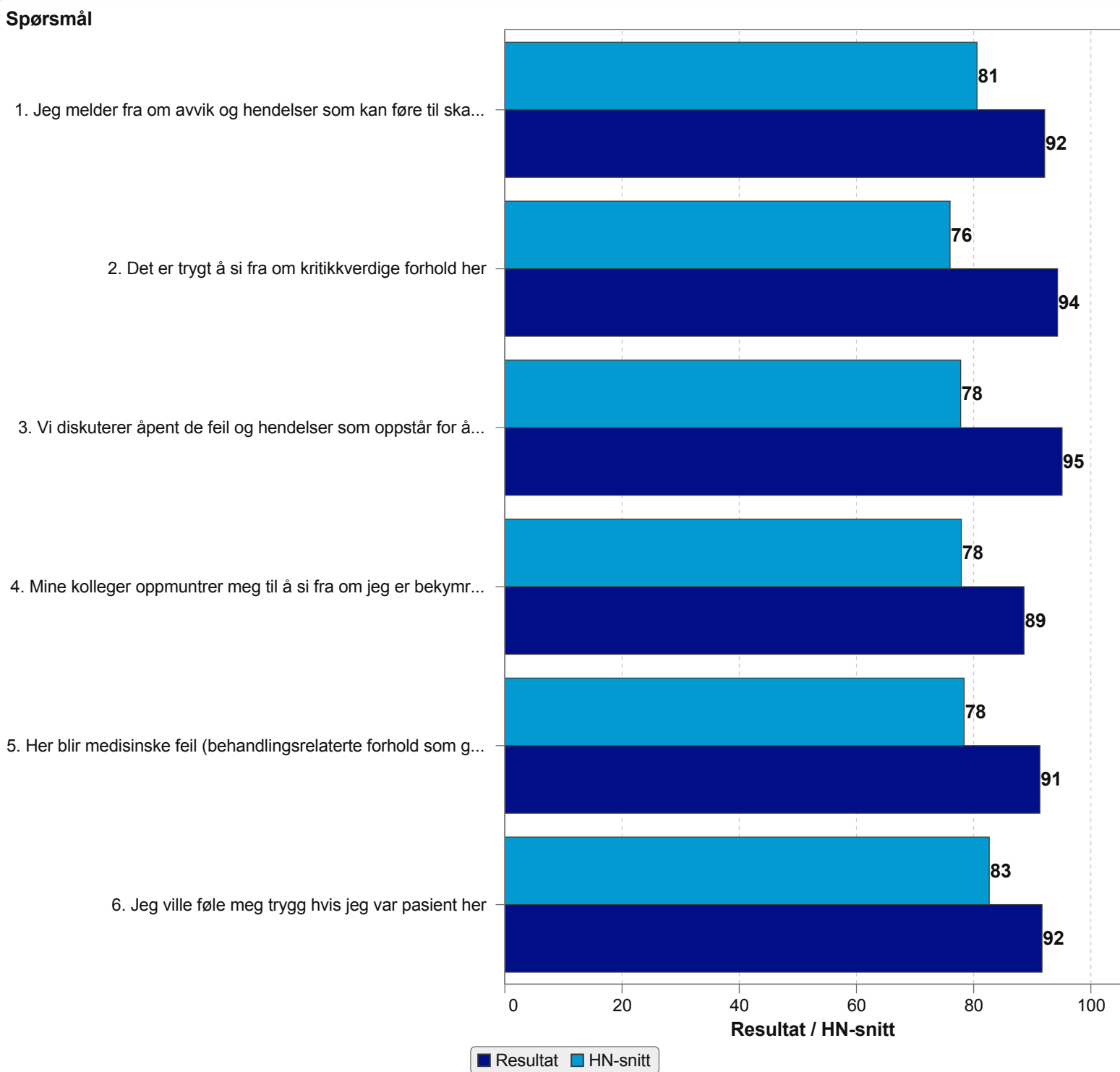
### Spørsmål



Spm. ▲	Sum antall svar	Ant svar Vet i...
1.	114	1
2.	114	2
3.	114	2

# Sikkerhetsklima

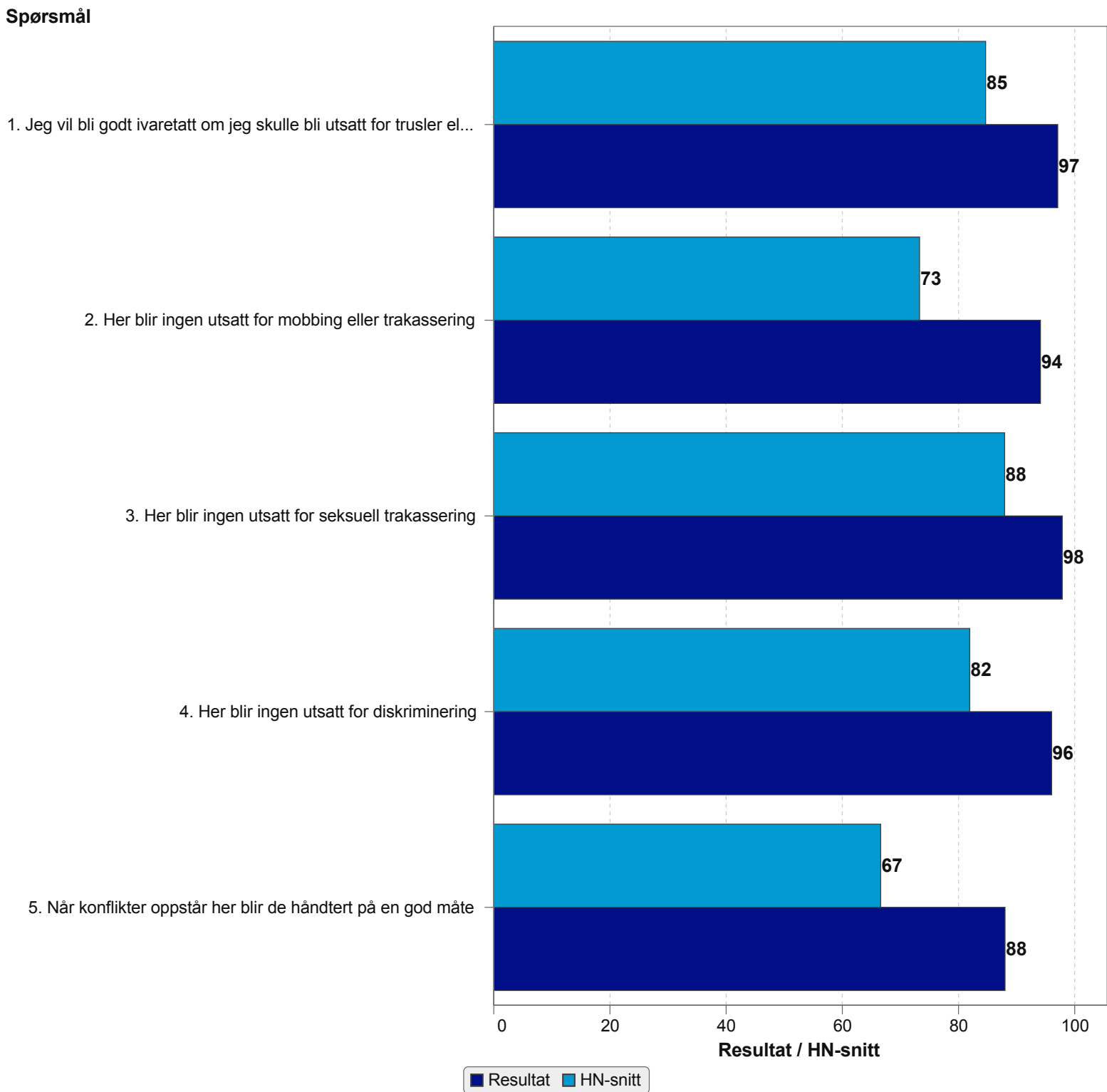
*kartlegger varslingskulturen, og hvor trygg og åpen denne er. Det belyser forhold som virker inn på kvaliteten og pasientsikkerheten. Høy skår indikerer en god varslingskultur og åpenhet.*



Spm.	Sum antall svar	Ant svar Vet i...
1.	114	3
2.	115	5
3.	116	4
4.	114	11
5.	114	22
6.	114	15

## Psykososialt arbeidsmiljø

tar opp mobbing, trakassering, diskriminering og hvordan ansatte blir ivaretatt hvis en hendelse skulle oppstå. Høy skår indikerer trygt arbeidsmiljø og god håndtering av eventuelle konflikter.

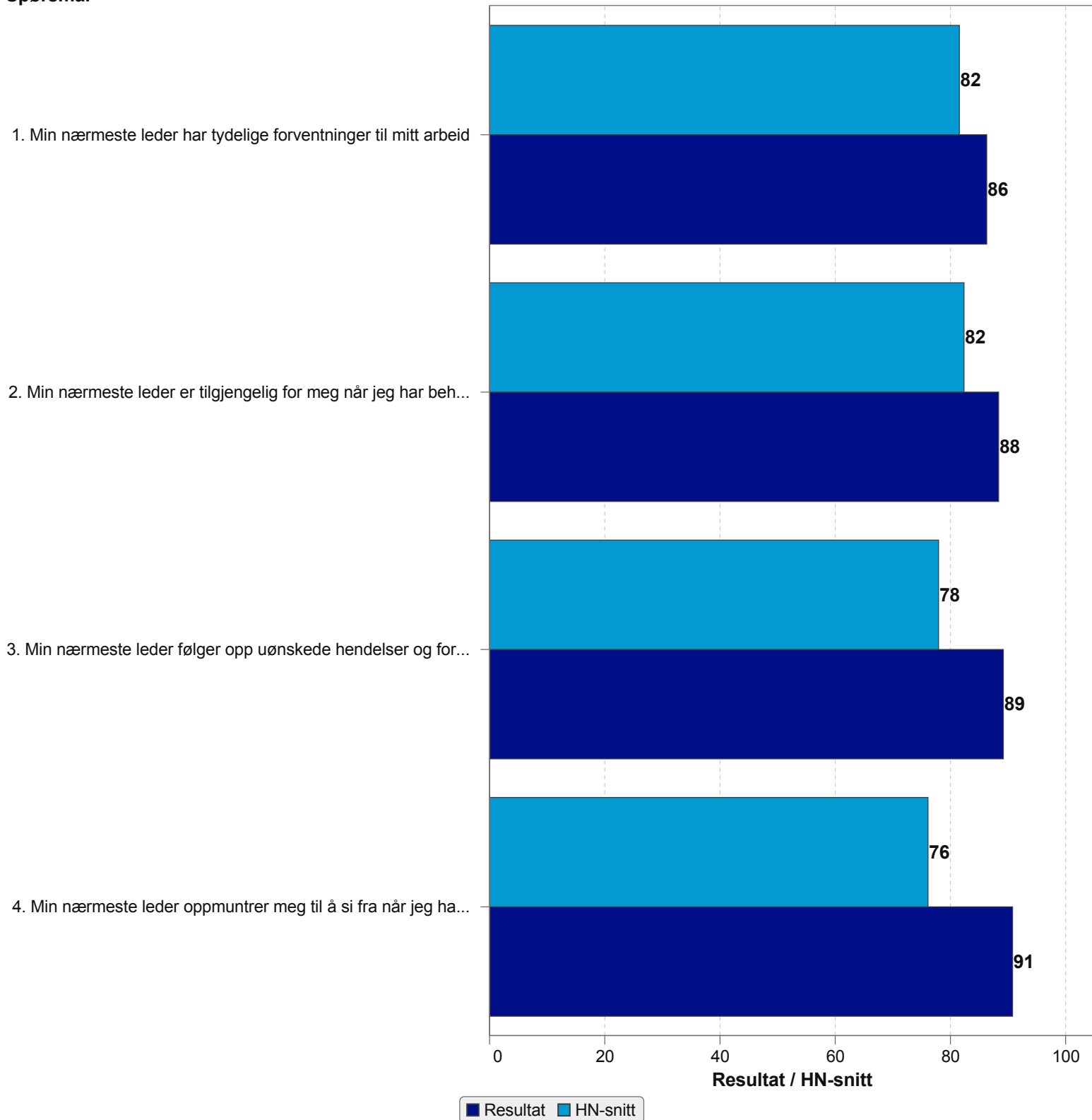


Spm.	Sum antall svar	Ant svar Vet i...	Spørsmål
1.	115	12	1. Jeg vil bli godt ivaretatt om jeg skulle bli utsatt for trusler eller vold her
2.	116	10	2. Her blir ingen utsatt for mobbing eller trakassering
3.	116	11	3. Her blir ingen utsatt for seksuell trakassering
4.	116	9	4. Her blir ingen utsatt for diskriminering
5.	116	18	5. Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte

## Opplevd lederadferd

Temaet belyser relasjonen mellom leder og medarbeidere. Ledelse har stor betydning for arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Høy skår indikerer god ledelse.

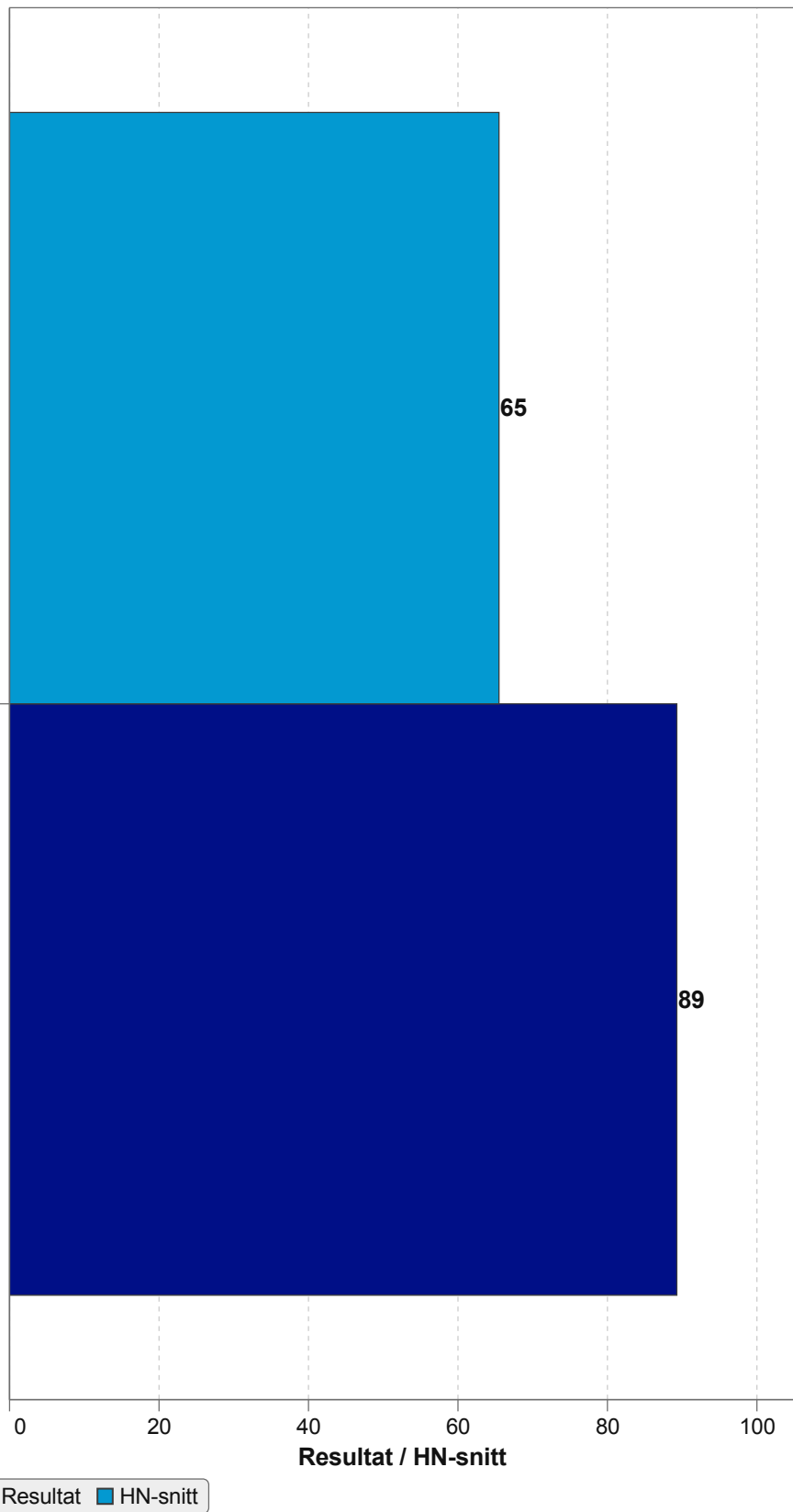
### Spørsmål



Spm.	Sum antall svar	Ant svar Vet i...	Spørsmål
1.	115	0	1. Min nærmeste leder har tydelige forventninger til mitt arbeid
2.	117	1	2. Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det
3.	116	5	3. Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag
4.	116	2	4. Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å si fra når jeg har en annen mening

## Spørsmål

1. Administrerende direktør støtter opp om arbeidet med pasi...

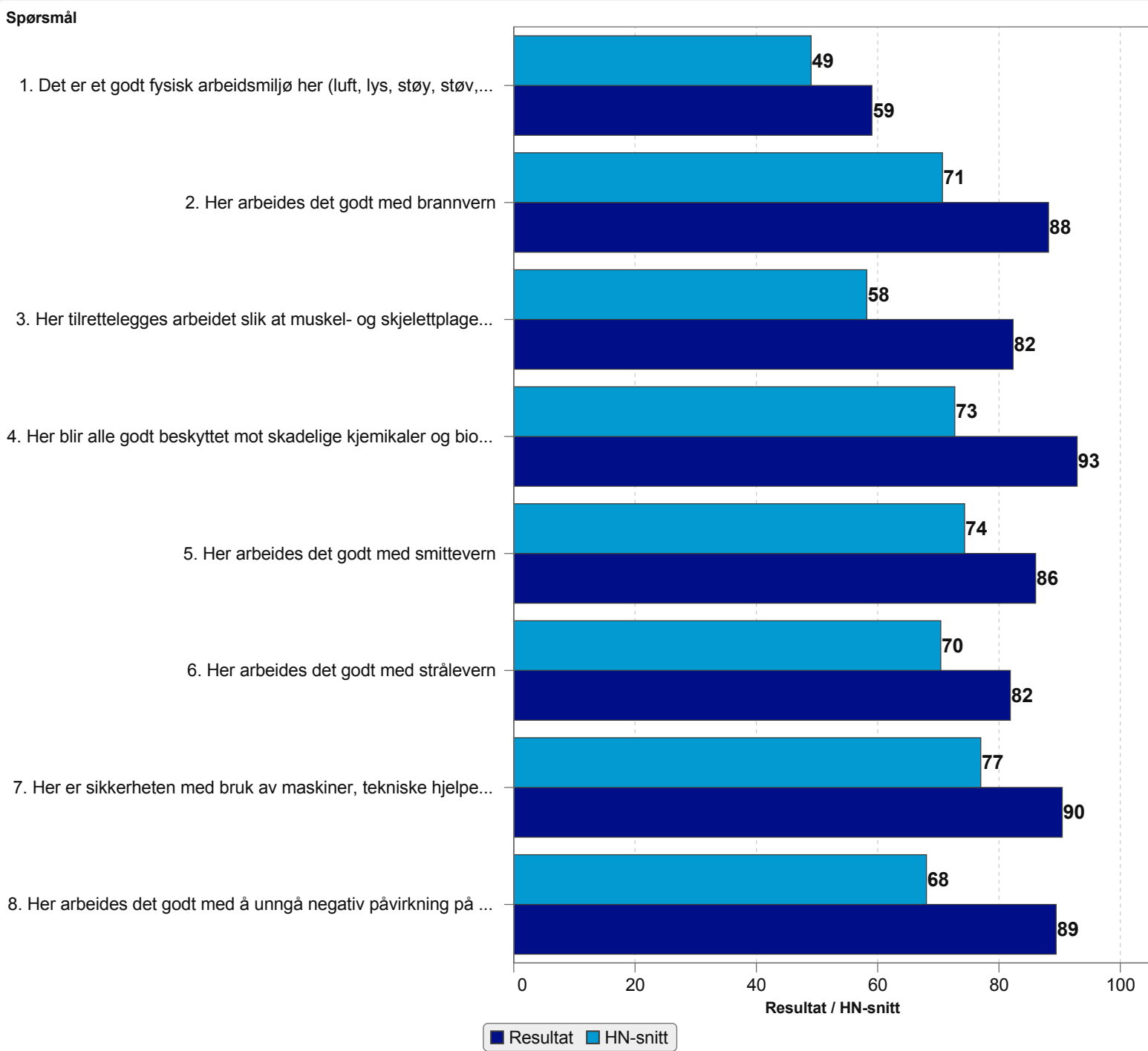


Spm.	Sum antall svar	Ant svar Vet i...
1.	114	30



## Fysisk miljø

Temaet kartlegger ulike forhold som medfører risiko for helseplager, og ivaretar arbeidsmiljøloven, samt Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning. Høy skår indikerer at det er gode arbeidsforhold og tilrettelegging for de ansatte.



Spm.	▲	Sum antall svar	Ant svar Vet i...	Spørsmål
1.		116	0	1. Det er et godt fysisk arbeidsmiljø her (luft, lys, støy, støv, vibrasjoner og lignende)
2.		117	5	2. Her arbeides det godt med brannvern
3.		117	1	3. Her tilrettelegges arbeidet slik at muskel- og skjelettplager forebygges
4.		116	14	4. Her blir alle godt beskyttet mot skadelige kjemikaler og biologiske farer
5.		115	29	5. Her arbeides det godt med smittevern
6.		115	75	6. Her arbeides det godt med strålevern
7.		117	36	7. Her er sikkerheten med bruk av maskiner, tekniske hjelpemidler eller utstyr godt iv...
8.		117	13	8. Her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning på det ytre miljøet

## Oppfølging

av undersøkelsen kartlegger om det arbeides systematisk med forbedringer og om de ansatte var involvert i oppfølgingen av forrige undersøkelse. Høy skår indikerer at det arbeides systematisk med forbedringer og en høy grad av involvering.

### Spørsmål

1. Her arbeides det systematisk med å forbedre arbeidsmiljø...



Spm.	Sum antall svar	Ant svar Vet i...	Spørsmål
1.	116	3	1. Her arbeides det systematisk med å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten

# Våre ForBedrings forpliktelseser

Avdeling:  
Sykehusekspedisjonen Bodø

## Her er vi gode

1. Ha fokus på forbedringsarbeid. Alle er gode til å foreslå endringer som kan øke kvalitet/gjøre arbeidet enklere. Vi har gode rutiner og jobber effektivt.
2. Arbeidsglede. Gode kollegaer og god tone i avd.
3. Samarbeidet i avdelinga fungerer veldig bra. God støtte fra kollegaer.

## Dette skal vi ha enda mer fokus på

1. Tilstrekkelig opplæring og veiledning i alt det nye som kommer.
2. Bli bedre til å gi hverandre konstruktive tilbakemeldinger.
3. Behandling og oppfølging av avvik.

## Vårt fokus 2018



# Våre ForBedrings forpliktelser

Avdeling:  
Sykehusekspedisjonen Bodø

## Konkrete forbedringstiltak

1. Alle læres opp som superbrukere for lagerrobot.
2. Faste ASL møter for å sikre at alle som er involvert i ASL (også de som sjelden er på ASL) får informasjon om endrede rutiner osv. Rom for diskusjon og erfaringsutveksling.
3. Full fokus på opplæring i Clockwork når test og pilot starter.
3. Hospitering hos andre apotek i foretaket for å utveksle erfaringer og få ny input.
4. Fortsette å ha en god tone i avd. Hvis man har en dårlig dag er det lov å si fra om dette. Åpenhet.
5. Alle oppfordres til å fortsatt si fra om stort og smått som kan føre til forbedring i avdelinga vår.
6. Avvik fast agenda på avdelingsmøter.

<b>Helse Nord anskaffelsesstrategi 2018-2021</b>	
Styresak nr:	33 – 2018
Møtedato:	31. mai 2018
Saksbehandler:	Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen
Vedlegg:	1. Styresak 35–2018 Helse Nord – anskaffelsesstrategi 2018-2021 2. Anskaffelsesstrategi Helse Nord 2018-2021 3. Premisser for anskaffelsesstrategi 2018-2021

### **Kort saksresyme**

Anskaffelsesstrategi for Helse Nord for perioden 2018-2021 ble vedtatt i styret i Helse Nord RHF 21.3.18. Dokumentet er utarbeidet i samarbeid med innkjøpsfunksjonen i regionens helseforetak. Det vises til vedleggene 1-3.

Formålet med saken er at styret i Sykehusapotek Nord HF skal gjøre seg kjent med innholdet i strategidokumentet, og å gi innspill til videre arbeid.

### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

*Styret i Sykehusapotek Nord HF tar Helse Nord Anskaffelsesstrategi 2018-2021 til orientering.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

## Saksfremlegg

### Formål

---

Anskaffelsesstrategi for Helse Nord for perioden 2018-2021 ble vedtatt i styret i Helse Nord RHF 21.3.18. Dokumentet er utarbeidet i samarbeid med innkjøpsfunksjonen i regionens helseforetak. Det vises til vedleggene 1-3.

Formålet med saken er at styret i Sykehusapotek Nord HF skal gjøre seg kjent med innholdet i strategidokumentet, og å gi innspill til videre arbeid.

### Beslutningsunderlag

---

Helse Nord Anskaffelsesplan 2018-2021 er behandlet i styret i Helse Nord RHF 21. mars 2018. Protokollen lyder:

- 1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner anskaffelsesstrategi 2018-2021 for Helse Nord, og ber adm. direktør om å sørge for at helseforetakenes samfunnsansvar og ILOs ulike kjernekonvensjoner om grunnleggende menneskerettigheter implementeres i strategidokumentet.*
- 2. Styret ber adm. direktør redegjøre for fremdriften i arbeidet med strategien i tertialrapportene fremover.*

Målet er at regionens samlede anskaffelseskostnader skal reduseres med ca. 10 % innen utgangen av 2021, tilsvarende en takt på ca. 400 mill. kr/år. I samarbeid med helseforetakene er det definert fem fokusområder for videre arbeid:

- Samhandling internt i foretaksgruppen
- Samhandling med eksterne aktører, herunder Sykehusinnkjøp HF
- Samordning av behov
- Optimal utnyttelse av felles teknologi
- Strategi for samfunnsansvar

### Videre arbeid

---

For å nå målsetningene kreves det økt fokus fra hele foretaksgruppen. Det blir nødvendig med gode og samordnede lokale tiltaksplaner, tilstrekkelig kompetanse og god samhandling med fagmiljøene, samt tett oppfølging.

Realisering av strategien vil bli organisert som et regionalt prosjekt som følges opp i det regionale porteføljestyret. Prosjektdirektiv med nærmere beskrivelse av konkrete handlingsplaner, milepæler og organisering ferdigstilles innen 31. mai 2018.

Lokale handlingsplaner skal utarbeides innen 1. juli 2018.

## *Medvirkning*

---

*Helse Nord Anskaffelsesplan 2018-2021* er drøftet med konserntillitsvalgte 20. mars 2018. Protokollen lyder:

- 1. Partene er enige om innholdet i strategidokumentet for Anskaffelsesstrategi 2018-2021 med de innspill som kom frem under behandling av saken (herunder ivaretagelse av HFenes samfunnsansvar og ILOs ulike kjernekonvensjoner om grunnleggende menneskerettigheter).*
- 2. Partene ber om at prosjektdirektiv for prosjektet som skal realisere anskaffelsesstrategien i Helse Nord 2018-2021, legges frem til drøfting, tentativt i mai 2018.*

## *Direktørens vurdering*

---

Det er grunn til å tro at det er et betydelig potensiale for å redusere kostnader dersom foretakene lykkes med å samordne sine anskaffelser bedre.

Sykehusapotek Nord vil støtte dette arbeidet blant annet ved å ta i bruk Clockwork som innkjøps- og logistikksystem og ved å være lojale til inngåtte avtaler. Sykehusapotek Nord vil også delta i anskaffelsesprosesser der dette er naturlig.

Et viktig område for Sykehusapotek Nord når det gjelder å redusere foretaksgruppens kostnader er å være en god rådgiver i forbindelse med å inngå avtaler for anskaffelse av legemidler, samt å følge opp at disse følges. Dette gjøres både ved å kontrollere anskaffelser av legemidler som leveres fra sykehusapotekene, samt ved å levere og analysere statistikk til sykehusene.

Møtedato: 21. mars 2018

Arkivnr.:  
2018/121

Saksbeh/tlf:  
Sætermo/Rolandsen, 75 51 29 00

Sted/Dato:  
Bodø, 14.3.2018

## Styresak 35-2018

## Helse Nord - anskaffelsesstrategi 2018-2021

*Saksdokumentene var ettersendt.*

### Formål og bakgrunn

Forrige innkjøpsstrategi for Helse Nord 2014-2017 ble vedtatt av styret i Helse Nord RHF i styremøte 27. august 2014, jf. *styresak 88-2014 Innkjøpsstrategi for Helse Nord 2014-2017, oppfølging av styresak 19-2014*. Strategien er nå gjenstand for fornyelse.

Strategien skal følges av en regional handlingsplan. For å sikre fokus på konkrete milepæler, på roller og ansvar, og gevinstrealisering, vil arbeidet organiseres som et prosjekt med oppfølging i det regionale porteføljestyret.

Det vises også til *Oppdragsdokumentet 2018* til helseforetakene for konkrete mål innenfor anskaffelsesområdet.

### Beslutningsgrunnlag

*Anskaffelsesstrategi 2018-2021* er utarbeidet i samarbeid med de innkjøpsansvarlige i helseforetakene. Planen har et høyt ambisjonsnivå.

Målet er å redusere samlede innkjøpskostnader med 50 mill. kroner i 2018, stigende til 400 mill. kroner/år i 2021. Ved utgangen av fire-års-perioden tilsvarer dette en reduksjon på ca. 10 % av samlet innkjøpsvolum.

Strategien får konsekvenser for hele anskaffelsesvirksomheten, ikke bare for innkjøpsfunksjonen. Dette fordrer at innkjøp får høy oppmerksomhet i ledelsen i hele foretaksgruppen.

Handlingsplan og prosjektdirektiv vil bli forankret i foretaksgruppen.

De viktigste elementene i strategidokumentene følger nedenfor:

#### *Produktråd*

For å gjennomføre gode anskaffelser, må klinikere involveres. Det er fagfolkene som kjenner behovet best, og er derfor viktige premissgivere for anskaffelsesområdet. For å utnytte denne kompetansen best, og samtidig minimere belastningen på disse ressursene, er det avgjørende at disse kobles på anskaffelsesvirksomheten på en strategisk måte. Dette sikrer at det faglige behovet synliggjøres, og at ressursene som skal involveres gis et tydelig mandat, god rolleforståelse og forutsigbarhet.



### *Sykehusinnkjøp*

Sykehusinnkjøp HF er et felleseid nasjonalt helseforetak som leverer innkjøpstjenester tilbake til eierne. Vedlegg 3 viser overordnet funksjonsfordeling. Sykehusinnkjøp HF har ansvar for utarbeidelse av kategoristrategier samt etablering av avtaler i tråd med våre behov. Helseforetakene må sikre tilstrekkelig kompetanse knyttet til bestillerfunksjon, mottaksfunksjon, samt avtaleimplementering og -forvaltning av leveransene fra Sykehusinnkjøp HF.

### *Innkjøpssystem*

Clockwork Logistics er foretaksgruppens vedtatte innkjøps- og logistikksystem. Helse Nord har i en rekke år vært den eneste regionen med felles løsning. Det foreligger ingen planer om utskifting av systemet i inneværende strategiperiode.

Én av de kritiske suksessfaktorene er at all nødvendig informasjon samles på ett sted. For å lykkes med dette vil vi bl. a.:

- Etablere integrasjonsgrensesnitt til felles regionale randsystemer
- Se til at bestillerfunksjonene i helseforetakene har opplæring og kompetanse til bruk av systemene
- Redusere andelen av faktura som går direkte til regnskapssystemet.

Det vises til vedlegg 3 for nærmere beskrivelse av premisser for anskaffelsesstrategien, herunder arbeidsdelingen mellom Sykehusinnkjøp HF og helseforetakene.

### **Forankring i foretaksgruppen**

Utkast til innkjøpsstrategi er behandlet i direktørmøte<sup>1</sup> 25. januar 2018 og 14. februar 2018. Det ble gitt tilslutning til strategien, og innspillene er innarbeidet i vedlagte dokument og/eller utkast til handlingsplan.

Strategidokumentet skal følges av en regional handlingsplan og et prosjektdirektiv som legger føringer for det videre arbeid. Helseforetakene blir invitert til å komme med innspill til handlingsplanen i april 2018. Den skal deretter legges frem både for konserntillitsvalgte/konsernverneombud og direktørmøtet før endelig godkjenning.

Styringsgruppen for prosjektet skal bestå av representanter fra et høyt ledelsesnivå i helseforetakene.

### **Medbestemmelse**

*Anskaffelsesstrategi i Helse Nord 2018-2021 - strategidokument* vil bli drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 20. mars 2018. Protokollen fra drøftingsmøtet legges frem ved møtestart.

---

<sup>1</sup> Forum for adm. direktører i helseforetakene i Helse Nord

### **Adm. direktørs vurdering**

Det er grunn til å tro at foretaksgruppen innenfor innkjøpsområdet har betydelig potensiale for å redusere kostnader. Helse Nord gjør anskaffelser for mer enn 4 mrd. kroner/år. En stor andel av anskaffelsene skjer lokalt og uten samordning med øvrige helseforetak. Det antas et potensiale på en reduksjon på 10 % - det vil si en årstakt på inntil 400 mill. kroner i løpet av neste fire-års-periode.

Flere av tiltakene i vedlagte strategidokument kjenner vi igjen fra *Innkjøpsstrategi 2013-2017*. Erfaringen er at anskaffelsesområdet er komplekst, og at det er svært mange aktører involvert.

En vesentlig forskjell er at deler av anskaffelsesområdet er virksomhetsoverdratt til Sykehusinnkjøp HF. Samarbeidet med helseforetakene har i første fase handlet om å håndtere daglig drift «as is», eller i tråd med samme praksis som før virksomhetsoverdragelse. Sykehusinnkjøp HF arbeider nå med å løfte foretaket inn i neste fase, det vil si rendyrke kategoristrukturene og gjennomføre nasjonale anskaffelser i tråd med planene som er mottatt fra helseforetakene.

Det gjenstår fremdeles mye arbeid i helseforetakene for å legge til rette for overgangen til større andel nasjonale anskaffelser. Helse Nord er i den heldige situasjonen at foretaksgruppen allerede har et felles innkjøpssystem. utfordringen er å sikre at en vesentlig større andel av våre anskaffelser kommer inn i innkjøpssystemet slik at vi har bedre kontroll på detaljer i egne anskaffelser i ett system.

Etableringen av produktråd skal sikre faglig forankring i forkant og under kontraktsforhandlinger, som igjen vil legge til rette for større avtalelojalitet. Dette må skje innenfor rammer der det er aksept for at produktrådene tar beslutninger på vegne av felles interesser.

Adm. direktør vil følge opp det videre arbeidet med møter med ledelsen i Sykehusinnkjøp HF våren 2018, og med direktørene for helseforetakene etter at deres respektive handlingsplaner er utarbeidet.

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

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner *anskaffelsesstrategi 2018-2021* for Helse Nord.
2. Styret ber adm. direktør redegjøre for fremdriften i arbeidet med strategien i tertialrapportene fremover.

Bodø, den 14. mars 2018

Lars Vorland  
Adm. direktør

Vedlegg:

1. Anskaffelsesstrategi i Helse Nord 2018-2021, presentasjon versjon 0.99
2. Kortsiktig handlingsplan, utkast
3. Premisser for Anskaffelsesstrategi 2018-2021

*Vedleggene er publisert på Helse Nord RHF's nettsted - se her:*  
[Styremøte i Helse Nord RHF 21. mars 2018](#)

# Helse Nord anskaffelsesstrategi

2018–2021



## Introduksjon

Helse Nord kjøper årlig varer og tjenester for 5 mrd kr, eller ca 30 % av vårt årlige budsjett. Potensialet for å realisere kvalitative og økonomiske gevinster er stort.

Avtalene som inngås er viktige både for foretakene, brukerne og leverandørene. Alle ansatte i helseforetakene har et særlig ansvar for å opptre profesjonelt i innkjøp og sikre at samfunnets helsekroner brukes mest mulig effektivt.

Innkjøp er et strategisk viktig område for å understøtte kjernevirksomheten og frigjøre økonomi til bedre og mer pasientbehandling. Ofte er det også en direkte sammenheng mellom innkjøpene vi gjør og kvaliteten på tjenestene som leveres.

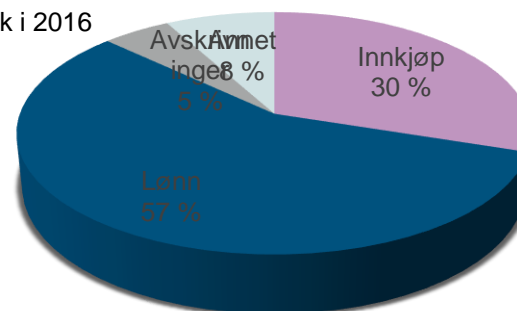
Anskaffelsesstrategien skal støtte opp om foretakenes hovedstrategi og overordnet beskrive tenkning og adferd for innkjøpsområdet. Strategien skal gi et felles grunnlag for å initiere, gjennomføre, implementere, følge opp og avhende innkjøp/avtaler og sikre effektiv ressursbruk. Prosessene skal gjennomføres i tråd med lov og forskrift og avtalene skal brukes uten risiko for å komme i kostbare ansvarsforhold.

Strategien gjelder for alt anskaffelses- og innkjøpsarbeid som gjennomføres i, eller på vegne av Helse Nord, på tvers av enheter og i alle faser i prosessene fra, helseforetakenes behovsvurderinger, samarbeidet med Sykehusinnkjøp, deltakelse i prosjektene, mottak av avtalene, implementering og bruk av avtalen, til å returnere innkjøpsdata av høy kvalitet. Den berører alle deler av organisasjonen, og alle ansatte har et felles ansvar for å bidra til å lykkes.

### Våre største innkjøpsområder

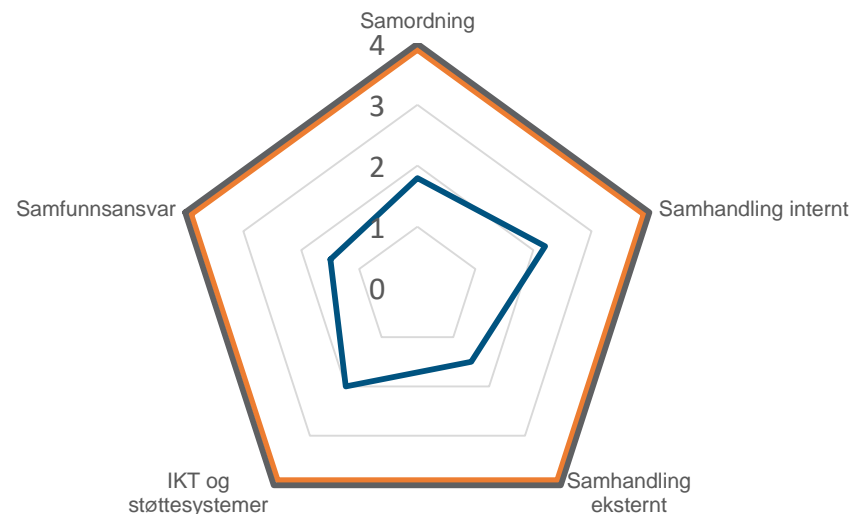
1. Helsetjenester
2. Pasienttransport
3. Medisinske forbruksvarer
4. Legemidler
5. Medisinteknisk utstyr

Virksomhetens forbruk i 2016



Selvevaluering

— Hvor vi er i dag — Hvor vi ønsker å være — Beste praksis



## Visjon

**Organisere en enhetlig innkjøps- og logistikkorganisasjon, optimalt strukturert og dimensjonert.**

## Hovedmål

Få mest mulig igjen for helsekronene samfunnet bruker gjennom å samordne oss, ta ut synergier, være lojale til etablerte avtaler og likebehandle leverandører

Parametere som vektlegges:

- ✓ Kvalitet – gjennom gode prosesser og god kompetanse sikre riktige og gode produkter og tjenester til brukerne og virksomheten.
- ✓ Kostnader – gjennom gode avtaler og effektiv ressursbruk legge til rette for at vi får mest mulig helse for pengene.
- ✓ Tidsbruk – organisere virksomheten slik at tilgjengelige ressurser utnyttes optimalt for foretaksgruppen som helhet.



## Delmål

For å oppnå hovedmålet, prioriterer vi følgende fem hovedutfordringer i strategiperioden.

1. Utnytte eksisterende samordningspotensial i regionen

2. Teknologistøtte – utvikling og implementering

3. Samfunnsansvar

4. Organisering – Samhandling internt

5. Organisering – samhandling eksternt



1. Utnytte eksisterende samordningspotensial i regionen

[KLIKK FOR MER INFORMASJON](#)



4. Organisering – Samhandling internt

[KLIKK FOR MER INFORMASJON](#)



2. Teknologistøtte – utvikling og implementering.

[KLIKK FOR MER INFORMASJON](#)



5. Organisering – samhandling eksternt.

[KLIKK FOR MER INFORMASJON](#)



3. Samfunnsansvar

[KLIKK FOR MER INFORMASJON](#)

## INTRODUKSJON

## HOVEDMÅL

## DELMÅL

## IMPLEMENTERING

### 1. Utnytte eksisterende samordningspotensial i regionen

Helse Nord skal ha felles avtaler så langt det er hensiktsmessig.

#### ØNSKET EFFEKT

Helseforetakene er på mange måter forskjellige, men har samtidig mange ensartede og like behov. Noen behov løses i fellesskap, men fremdeles er potensialet for felles oppgaveløsning stort. Effektiv bruk av helseregionens budsjett tilsier flest mulig prosesser på tvers av foretakene for å få

- Færre prosesser/ flere samordnede prosesser
- Bedre resultat/ avtaler
- Grunnlag for kompetanseoverføring
- Effektiv ressursutnyttelse

Det enkelte foretak skal aktivt bidra til å sette Sykehusinnkjøp i stand til å samordne anskaffelsesbehovet på tvers av foretakene i regionen og på tvers av regionene.

#### TILTAK

- 1.1 Etablere «fireårshjul» som synliggjør forventet behov i perioden
- 1.2 Med utgangspunkt i bedre datagrunnlag, redusere anskaffelser etter brekkasjepriknippet til et minimum.
- 1.3 Alle investeringsanskaffelser skal gjennomføres med utgangspunkt i en langsiktig investeringsplan
- 1.4 Alle anskaffelser som gjennomføres skal skje som en del av en helhetlig (nasjonal/regional/lokal) plan.
- 1.5 Regional koordinering/ etablering av faglige og merkantile samhandlingsarenaer.
- 1.6 Årlige anskaffelsesplaner klar innen 1.9.
- 1.7 Regional koordinering av innkjøpsbehov med tilstrekkelig myndighet til å fremtvinge samordning

1. Utnytte eksisterende samordningspotensial i regionen

2. Teknologistøtte – utvikling og implementering

3. Samfunnsansvar

4. Organisering – Samhandling internt

5. Organisering – samhandling eksternt



#### RISIKO

- Manglende planlegging av drift
- Manglende oversikt – organisatorisk, teknologisk og kompetansemessig
- Uklar / manglende ansvars- og fullmaktstruktur

#### STYRINGSPARAMETRE/ KPI

- Avtaledekning (antall/ kroner)
- Andel lokale avtaler (antall og omsetning)
- Antall «like» avtaler innad i foretaksgruppen
- Andel planlagte anskaffelser
- Andel samordnede innkjøp

#### RESULTATMÅL

Tilstrekkelig kontroll på behovet til å kunne etablere langsiktige anskaffelsesplaner som sikrer mulighet for å utnytte samordningspotensialet. Helse Nord skal ha felles avtaler så langt det er hensiktsmessig.



## INTRODUKSJON

## HOVEDMÅL

## DELMÅL

## IMPLEMENTERING

### 2. Teknologistøtte – utvikling og implementering

Helse Nord skal ha støttesystemer som bidrar til at avdelingene får dekket sine behov for varer og tjenester på en kostnadseffektiv måte og til riktig tid.



#### ØNSKET EFFEKT

- Full lojalitet til inngåtte avtaler.
- Enhetlig og fullstendig datagrunnlag – kontroll på egne grunnlagstall
- Grunnlag for løpende oppfølging av avtaler og leverandører – sikre avtalefestede vilkår
- Grunnlag for løpende oppfølging internt – sikre optimal utnyttelse av avtalepotensialer
- Rett vare/tjeneste på rett sted til rett tid.
- Effektiv fakturakontroll/-håndtering
- Løpende kontroll på «områdeeffekt» (BC økonomi, kvalitet, prosess, miljø mm)
- Standardisering – effektivisering gjennom samordning
- Helhetlig systemportefølje som dekker vårt behov optimalt
- Styrket informasjonssikkerhet, merkantil oversikt over alle asset.
- Bedre kontroll på avtaleportefølje
- Effektivisering av bestillingsprosessen

#### TILTAK

1. Utvikle og opprettholde innkjøpssystem slik at alle varer og tjenester kan håndteres gjennom systemet på en så effektiv måte som mulig
  1. Årlige utviklings-/handlingsplaner
  2. Supplere med nødvendige støttesystem (eks Assets management)
2. Integreere mot andre fellesregionale fagsystem (eks Medusa)
3. Utvikle en effektiv og enhetlig forvaltningsorganisasjon (FDVU) både på system og innhold.
4. Sikre lojalitet og bruk til supplerende systemer (reisebestilling o.l.)
5. Struktur i system fullt ut kategoribasert
6. Innhold mappet mot UNSPSC
7. System fullt ut implementert i foretaksgruppen
  1. Lokale handlingsplaner
8. Etablere felles rutine-/prosessbeskrivelser
9. Automatisere prosesser – forenkle forvaltningen.
10. All informasjon rettidig implementert og oppdatert
11. Ved felles kontrakter – Koordinere lagerført sortiment
12. Implementere assets management system
13. Ta i bruk avtaleforvaltningssystem

1. Utnytte eksisterende samordningspotensial i regionen

2. Teknologistøtte – utvikling og implementering

3. Samfunnsansvar

4. Organisering – Samhandling internt

5. Organisering – samhandling eksternt

#### RISIKO

- *Intern motstand mot system(er)*
- *Manglende samsvar mellom prosess og system*
- *Ikke tilstrekkelig ressurser til FDVU*
- *Ikke god nok funksjonalitet,*
- *For mange systemer*
- *Finner ikke avtaler og nøkkelinformasjon (input).*

#### STYRINGSPARAMETRE/ KPI

- Omsetning i system i forhold til gjeldende scope
- Avtaledekning – omsetning på områder uten gyldig avtale
- Avtalelojalitet – omsetning i strid med gyldige avtaler
- Miljøeffekt
  - Andel miljømerkede leverandører
  - Omsetning av miljømerkede produkter
- Andel automatisk fakturamatch
- Antall/andel leverandøravvik – leveranser i strid med avtalte vilkår
  - Pris
  - Kvalitet
  - Levering
- Andel avtaler der vi har all nøkkelinformasjon.
- Andel planlagte anskaffelser meldt til SHI.

#### RESULTATMÅL

Helse Nord skal ha støttesystemer som bidrar til å dekke avdelingenes behov for varer og tjenester på en kostnadseffektiv måte og til riktig tid. Løpende kontrollere av om gevinstpotensialene realiseres og miljøpåvirkning reduseres for å gi styringsinformasjon:

- Økt gevinstrealisering
- Redusert miljøbelastning

### 3. Samfunnsansvar

Helse Nords kravstilling og avtaleforvaltning skal, i tillegg til ivaretagelse av lovpålagte krav til samfunnsansvar, ha særlig fokus på informasjonssikkerhet og personvern.

#### ØNSKET EFFEKT

Anskaffelser er både en kilde til, og en mulighet for å begrense utslipp og avfall, og gjennom en strategisk tilnærming kan vi redusere belastningen.

- Sikre at alle prosesser underbygger foretaksgruppens sosiale og miljømessige fokus.
- Bedre pasientsikkerhet
- Reell etterlevelse av krav til informasjonssikkerhet.
- Årlig plan for revisjon av leverandørenes oppfyllelse av krav til informasjonssikkerhet.
- Sikre at Sykehusinnkjøp bidrar til at Helse Nord ivaretar lovpålagte krav til samfunnsansvar.

#### TILTAK

Utarbeide regional strategi for hvordan vi best mulig skal tilnærme oss:

1. Miljø
  1. Vektlegge miljøvennlige løsninger
  2. Redusere bruk av emballasje
  3. Bedre og presise behovsvurderinger – unngå unødvendige anskaffelser
  4. Sikre miljøvennlige avhendingsrutiner
2. Sikre at foretakenes etiske ansvar blir ivaretatt i utarbeidelse av relevante behovsvurderinger og kravspesifikasjoner
  1. Verdikjede
  2. Korrupsjon
  3. Menneskerettigheter
3. Være en pådriver for innovative anskaffelser
4. Bidra til å gjøre lokalt/regionalt næringsliv konkurransedyktig i nasjonale anskaffelser
5. Innfri FNs Global Compacts ti prinsipper
6. Sikre at krav til informasjonssikkerhet blir ivaretatt
7. Bygge opp tilstrekkelig kompetanse regionalt (etiske retningslinjer, informasjonssikkerhet og miljø)

1. Utnytte eksisterende samordningspotensial i regionen

2. Teknologistøtte – utvikling og implementering

3. Samfunnsansvar

4. Organisering – Samhandling internt

5. Organisering – samhandling eksternt



#### RISIKO

*Manglende kompetanse*

*Manglende kapasitet*

*Manglende ansvars plassering*

*Manglende vilje til å prioritere*

#### STYRINGSPARAMETRE/ KPI

- Andel miljøsertifiserte leverandører
- Omsetning miljømerkede produkter
- Antall anskaffelsesprosjekter hvor det er stilt etiske kvalifikasjonskrav
- Andel anskaffelser der krav til informasjonssikkerhet er vurdert.

#### RESULTATMÅL

Som stor, offentlig aktør har vi både et ansvar for og en mulighet til å påvirke samfunnet vi er en del av. Vi skal sikre at alle varer og tjenester som forbrukes overholder etiske krav og retningslinjer, og vi skal jobbe for at miljøbelastningen blir så liten som mulig. Vi skal i tillegg ha kontroll på utfordringer relatert til informasjonssikkerhet og personvern.

## INTRODUKSJON

## HOVEDMÅL

## DELMÅL

## IMPLEMENTERING

### 4. Organisering – Samhandling internt

Helse Nord skal ha en effektiv samhandling internt som avdekker og videreformidler reelle behov til riktig beslutningstaker og som effektiviserer avtaleimplementering

#### ØNSKET EFFEKT

- Optimal ressursutnyttelse for foretaksgruppa som helhet.
- Hele avtaleporteføljen skal ha relevant og tilstrekkelig faglig forankring.
- Bygge kompetanse i tråd med kategoristyringsprinsipp
- Sikre effektive kommunikasjonslinjer
- Sikre effektiv samhandling på tvers i foretaksgruppen
- Avtaler tilpasset de reelle behovene i Helse Nord
- Økt andel samordnede prosesser
- Reduserte driftskostnader

#### TILTAK

- 4.1 Strukturere ressursbidrag etter kategoristyringsprinsippet
- Etablere produktråd med et dedikert eierskap til et eller flere avtaleområder
    - Faglig og merkantilt sammensatt
    - Mandat
    - Felles ansvars- og fullmaktsstruktur
- 4.2 Enhetlig forvaltningsregime
- Felles plan for å motta, implementere og følge opp alle avtaler
  - Etablere en samhandlingsarena mellom faglig og merkantil funksjon
  - Felles merkantil forvaltningsorganisasjon (lokal eller regional)
    - mandat - merkantilt ansvar i anskaffelsesprosess og i avtaleperiode
- 4.3 Strategisk forum - innkjøpsledernetverk
- Mandat
- 4.4 Ansvars- og fullmaktmatrise for hele anskaffelsesvirksomheten
- 4.5 Bygge opp tilstrekkelig kategorikompetanse regionalt

1. Utnytte eksisterende samordningspotensial i regionen

2. Teknologistøtte – utvikling og implementering

3. Samfunnsansvar

4. Organisering – Samhandling internt

5. Organisering – samhandling eksternt



#### RISIKO

- Ikke tilstrekkelig dimensjonert i forhold til oppgavene som skal løses
- Ikke optimalt organisert – urasjonell ressursbruk
- Uklare mandat
- Uklar ansvars- og fullmaktstruktur

#### STYRINGSPARAMETRE/ KPI

- Antall operative produktråd i forhold til antall innkjøpsgrupper
- Andel fellesregional funksjon i forhold til lokal funksjon (merkantilt)
- Gjennomsnittlig ledetid
- Andel planlagte anskaffelser
- Avtalelojalitet
- Antall/andel ressurser bukt på implementering og oppfølging

#### RESULTATMÅL

- Felles prosesser håndteres en gang/ en plass for hele foretaksgruppa.
- Et klart dedikert faglig og merkantilt ansvar for alle avtaler i regionen med tilhørende prosesser.
- Etablering av arenaer for effektiv samhandling på tvers mellom foretak og mellom fagmiljø

## 5. Organisering – samhandling eksternt

Helse Nord skal ha en effektiv samhandling med eksterne parter som sikrer at vi får dekket våre behov i tide og til kostnadseffektive priser.

### ØNSKET EFFEKT

- Sikre god overføring av kompetanse.
- Sikre at våre behov er tilstrekkelig synliggjort og blir tilstrekkelig ivarettatt
- Sikre grunnlag for effektiv avtaleimplementering.
- Profesjonaliserer vår posisjon overfor leverandører
- Effektiv kommunikasjon
- Styrket posisjon overfor leverandører
- Avtaler tilpasset de reelle behovene i Helse Nord

### TILTAK

- 5.1 Etablere samhandlingsarenaer med Sykehusinnkjøp
- Operativt nivå – løpende samhandling i forbindelse med etablering og oppfølging av avtaler, både på faglig og merkantilt nivå
  - Strategisk nivå – etablere en bestillerfunksjon som skal ivareta den formelle kontakten (en vei inn eller kategoriorganisert)
  - Taktisk nivå, regelmessige oppfølgingsmøter mellom Sykehusinnkjøp og det enkelte foretak/region.
  - Inngå permanente samarbeidsavtaler
- 5.2 Utvikle samhandlingsarenaer med andre regioner
- Utvikle nasjonalt nettverk
    - Utviklingsarena
    - Etablere felles prosesser på tvers av regionene
- 5.3 Utvikle samhandlingsarenaer med andre interessenter
- 5.4 Klare bestillingsrutiner for hasteanskaffelser
- 5.5 Klare bestillingsrutiner for planlagte anskaffelser
- 5.6 Opplæring av ressurspersoner som bidrar i lokale, regionale og nasjonale innkjøp (rolleforståelse og påvirkning)

1. Utnytte eksisterende samordningspotensial i regionen

2. Teknologistøtte – utvikling og implementering

3. Samfunnsansvar

4. Organisering – Samhandling internt

5. Organisering – samhandling eksternt



### RISIKO

- Det tar for lang tid før sykehusinnkjøp får omstilt seg
- For uklare samarbeidsavtaler
- Manglende strategisk involvering/ forankring i samhandlingen

### STYRINGSPARAMETRE/ KPI

- Andel faglige styringsgrupper (ikke NNI) i forhold til antall nasjonale anskaffelsesprosjekter
- Andel nasjonale avtaler
- Andel planlagte anskaffelser
- Avtalelojalitet
- Andel ressurspersoner med opplæring

### RESULTATMÅL

Sikre at vi får tilgang til optimale avtaler tilpasset våre behov, og at vi har en struktur som sikrer at disse utnyttes optimalt i avtaleperioden

## Implementering

### Måling og rapportering

Anskaffelsesstrategien er behandlet i direktørmøtet og av styrene i foretaksgruppen, og skal gjøres kjent for alle medarbeidere. Administrerende direktør er overordnet ansvarlig for å gjennomføre strategien.

Innkjøpsavdelingen har ansvar for å koordinere arbeidet og rapportere fremdrift. Alle ansatte har et ansvar for å bidra til at målene i strategien nås.

Anskaffelsesstrategien skal konkretiseres i årlige handlingsplaner. Det enkelte foretaks innkjøpsavdeling har ansvar for å utarbeide handlingsplanen, basert på alle enhetenes behovsvurderinger.

Foretakets ledelse skal følge opp strategien og implementerer tiltak i budsjett og økonomiplan. De viktigste tiltakene skal rapporteres i årlig melding.

For å realisere anskaffelsesstrategien organiseres et prosjekt som inngår i porteføljestyret.

### Økonomiske og administrative konsekvenser

Strategiens tiltak forutsettes gjennomført innenfor vedtatte budsjetter.

Det vil være behov for vurdere omfanget av regionens forvaltningsressurser for å sikre kontroll på felles avtaleportefølje. Eksisterende kapasitet skal utnyttes til foretaksgruppens felles beste. Samarbeid på tvers av foretak skal vurderes før nye ansettelser

### Kritiske suksessfaktorer

For å lykkes med implementering av strategien er det behov for å:

- forankre strategien fra topp til bunn i foretaket.
- gi handlingsplanen konkrete tiltak, kvantifiserbare mål, klare frister og definerte ressursbehov
- gjennomføre alle prosesser i henhold til gjeldende regelverk og interne rutiner, og etterleve avtaler.
- frigjøre ressurser til å gjennomføre utviklingsoppgaver og implementere tiltak:
  - utnytte kompetanse hos ressurspersoner i øvrige avdelinger og enheter som allerede utfører anskaffelsesrelaterte oppgaver
  - forenkle og effektivisere saksbehandling
  - fult ut implementere og utvikle digitale anskaffelsesprosesser
- Kommunisere strategien ut til hele virksomheten og rapporteres på måloppnåelse

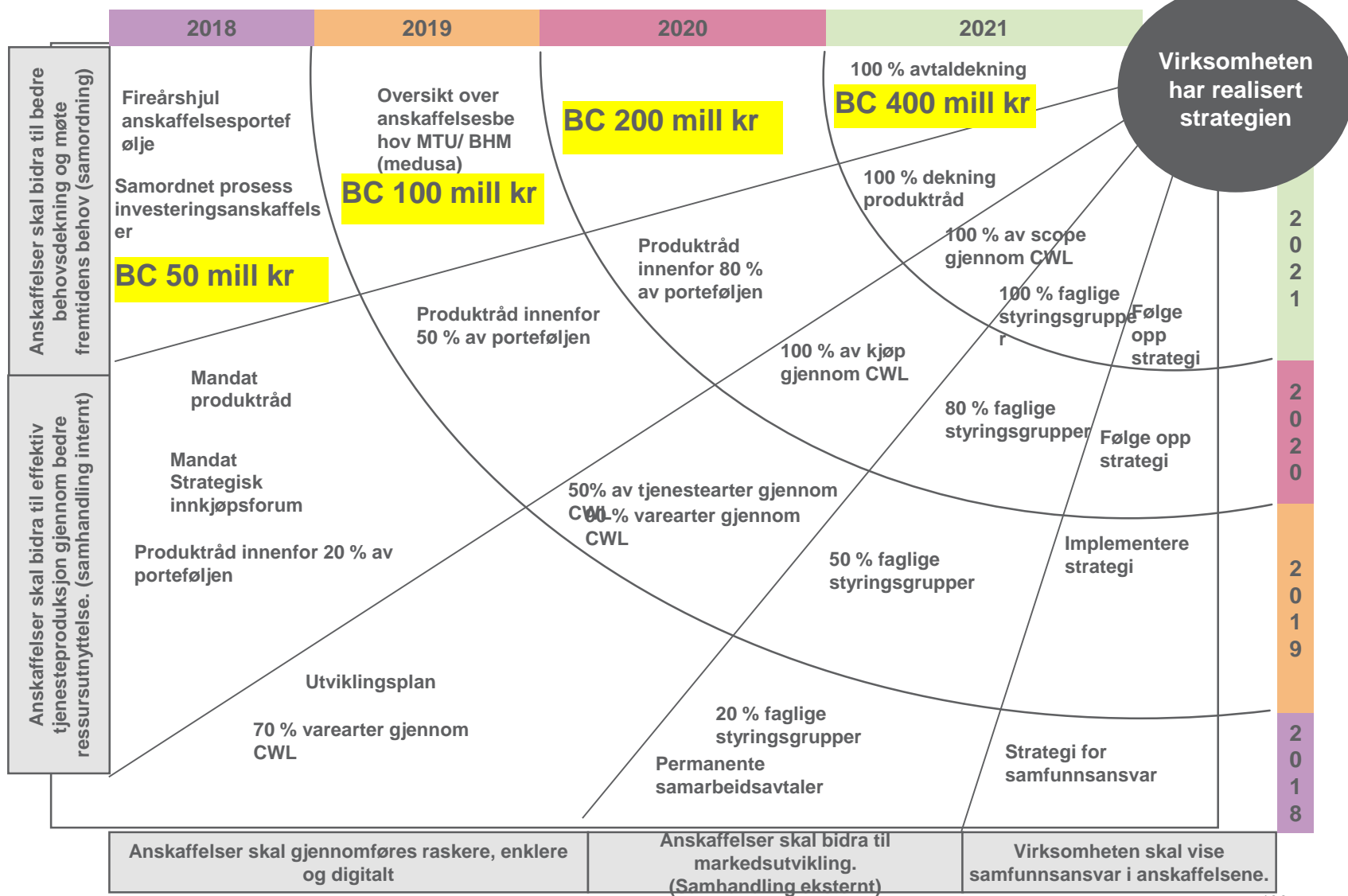
### Gevinstrealisering

Årlig og ved strategiens utløp rapportere på oppnådde fordeler og effekter av strategien.

### Gjøre strategien tilgjengelig

Strategien skal publiseres på foretakenes nettsider og presenteres i relevante og hensiktsmessige fora.

## Målbilde



## Vedlegg 3 – Styresak – Premisser for Anskaffelsesstrategi 2018-2021

### Arbeidsdeling mellom helseforetak og Sykehusinnkjøp HF

Det er gjennom krav i oppdragsdokument samt tilslutning til nasjonal innkjøpsmetodikk vedtatt at kategoristyring skal være et bærende prinsipp i hvordan vi organiserer anskaffelsesvirksomheten i Helse Nord. Dette innebærer en strukturering av anskaffelsesprosessen i prosesser som vist i figur 1 under.

Gjennom etableringen av Sykehusinnkjøp HF er det lagt til rette for at det strategiske og operative ansvaret for en rekke av de prosessene under vil bli ivaretatt av Sykehusinnkjøp, med faglig bistand fra regionene.



Prosessene i figuren over som er merket med en rød ramme skal håndteres lokalt/regionalt, prosessen i stiplet ramme vil i større grad håndteres både av Sykehusinnkjøp og lokal/regional forvaltning. Ansvar for øvrige del-prosesser ligger hos Sykehusinnkjøp HF.

Bestiller og mottaksfunksjon er nye roller som må på plass mens for de øvrige prosesser må eksisterende fokus dimensjoneres og organiseres på en hensiktsmessig måte.

### Teknologistøtte

Bruk av innkjøpssystemet har vært et krav til foretakene i mange år. Hovedsakelig grunnet manglende prioriteringer har omsetningen gjennom innkjøpssystemet stagnert på 600 – 700 millioner kroner av en estimert relevant omsetning på rundt 3 mrd kroner.

Utgangspunktet for foretakene i regionen er veldig forskjellig; HN IKT, Sykehusapotek Nord og HN RHF er i startgropen med å ta i bruk systemet. I de øvrige foretakene er det store forskjeller på hvordan denne jobben har vært prioritert. Andelen forventet varekjøp gjennom systemet varierer fra under 30 % til rundt 70 %. Målsetningen er den samme for alle foretakene, men siden vi har så forskjellige utgangspunkt må veien være individuell tilpasset.

Målsetningen er å ha foretaksspesifikke planer på plass innen 1.7.18. Disse planene må naturlig nok ta utgangspunkt i en analyse av hvor det enkelte foretak står for å kunne prioritere de rette aktivitetene framover.

En del av omsetningen i foretaksgruppen er vurdert ikke hensiktsmessig å kjøre gjennom Clockwork. Dette fordi det allerede er tilstrekkelig kontroll på omsetningen gjennom de

systemene de kjøres gjennom. Eksempler på dette er reisekostnader, pasienttransport, legemidler osv.

Clockwork er Helse Nords innkjøpssystem, et system som i den grad det er mulig skreddersys våre behov. Det foregår kontinuerlig utvikling av systemet slik at det skal bli et enda bedre verktøy både for de som skal bestille, mens også om kilde for god styringsinformasjon. Det forsøkes integrert mot andre systemer, for eksempel fagsystemet Medusa, for å sikre en så enkel og hensiktsmessig prosessflyt som mulig.

Ettersom målsetningen for bruk av innkjøpssystemet er vel 60 % av total omsetning, omfatter strategien også bruk av parallelle systemer som er vedtatt brukt i regionen, eksempelvis reisebestillingssystem.

Det foreligger ikke planer om systemutskiftning, og det er heller ikke ventet vesentlige investeringsbehov utover dagens nivå, med unntak av behov for sikre tilstrekkelig ressursinnsats for å sikre implementering og forvaltning av system og innhold.

### **Produktrådfunksjonen**

I alle anskaffelsesprosjekt er det behov for fagkompetanse innenfor det fagområdet anskaffelsen gjelder. Omfanget av denne ressursinnsatsen vil variere fra anskaffelse til anskaffelse. Felles for alle er at med etablering av en produktrådfunksjon sikrer vi både at det faglige behovet og at hele foretaksgruppens behov i alle anskaffelser blir synliggjort. Dette gir grunnlag for best mulige avtaler samt gode prosesser rundt implementering og forvaltning av avtaler.

Dette er samme arbeidsform som benyttes i Sykehusinnkjøp HF.

Det blir nødvendig å synliggjøre ressursbehovet på et mye tidligere tidspunkt enn i dag. Foretakene har 6 mnd. planleggingshorisont i sine klinikker. Anskaffelsesområdet må inn i samme planleggings-horisont dersom for å lykkes å få klinisk deltakelse der det er nødvendig.

Som en del av det å få på plass mandat og en helhetlig ansvars- og fullmaktstruktur vil det også sikre en bevisstgjøring av hvilke rolle hver og en har og hvem de faktisk representerer.

Vi har nå ca 100 nasjonale avtaler og rundt 30 pågående anskaffelsesprosjekter hvor vi deltar eller har deltatt med ressurser. Behovet som adresseres i strategien er en strategisk tilnærming til hvordan disse ressursene oppnevnes og hvordan de utnyttes så effektivt som mulig i slike prosesser.





<b>Tema:</b>	<b>Virksomhetsutvikling fagområdet apotekutsalget (publikumsavdeling)</b>
Styresak nr.:	31-2018
Møtedato:	31. mai 2018

#### *Presentasjon og innledning til diskusjon om virksomhetsutvikling sykehusleveranser*

---

Styret vedtok i styresak 57-2017 at det temasakene i styremøtene i 2018 tar opp hver av virksomhetsområdene med fokus på blant annet:

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

Tema i dette møtet er virksomhetsutvikling på apotekutsalget (publikumsavdeling).

#### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

1. *Styret for Sykehusapotek Nord HF tok presentasjonen til orientering og gjennomførte diskusjoner om virksomhetsutvikling på fagområdet apotekutsalget (publikumsavdeling).*
2. *Styret ber direktøren ta de innspillene som kom frem under diskusjonen med i videre arbeid.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

<b>Ressurssituasjonen i foretaksledelsen – status i oppfølgingsarbeidet</b>	
Styresak nr.:	32 – 2018
Møtedato:	31. mai 2018
Saksbehandler:	Direktør Espen Mælen Hauge
Vedlegg:	

### **Kort saksresyme**

Formålet med denne saken er å orientere styret om direktørens oppfølging av styresak 18 – 2018, som drøftet hvilke konsekvenser det har for gjennomføringen av Sykehusapotek Nord's oppdrag, og hvilke ulemper det har for foretakets lederteam, at foretaket mangler sentrale lederstillinger eller andre fag- og merkantile ressurser i foretaksledelsen. Styret ba direktøren komme tilbake med et forslag til løsning i styremøtet 31. mai 2018. Direktøren mener imidlertid at et forslag til løsning ikke kan legges frem uten først å foreta en ansvars- og oppgaveavklaring med hensyn til en optimal utnyttelse av begrensede bemanningsressurser.

Sykehusapotek Nord har blitt en organisasjon som har vokst i takt med økt oppdragsmengde og det er dermed ikke lenger en klar oppfatning av hva som skal løses på de ulike nivåene i vår organisasjon. Det er derfor igangsatt et arbeid der formålet er å gå systematisk til verks med sikte på å avklare hvilke oppgaver og ansvarsområder som skal løses og defineres, med sikte på å få en virksomhet der samlet ressursutnyttelse og prioritering blir bedre. Saken beskriver en skisse til prosess som direktøren ber om styrets støtte til.

### ***Direktørens innstilling til vedtak***

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF støtter direktøren i prosessen med å løse ressursituasjonen i Sykehusapotek Nord og foretaksledelsen slik den er beskrevet i denne sak, og ber om å bli holdt underrettet om fremdriften i de neste styremøtene i 2018.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

## *Saksfremlegg*

### *1. Innledning*

---

Formålet med denne saken er å orientere styret om direktørens oppfølging av styresak 18 - 2018. I den saken fikk styret forelagt en beskrivelse av utfordringene som følger av en presset ressursituasjon i foretaksledelsen. Saken inviterte styret til en diskusjon om mulige tiltak som kan settes i verk for møte disse utfordringene, og direktøren innstilte til følgende vedtak:

- Styret for Sykehusapotek Nord HF er bekymret for den mangelfulle ressursituasjonen i foretaksledelsen over tid, og vil be direktøren komme tilbake med et forslag til løsning i forbindelse med styrets behandling av budsjettet for 2019.

Styret fremmet imidlertid selv følgende forslag til vedtak som ble enstemmig vedtatt:

- ✓ Styret for Sykehusapotek Nord ber direktøren komme tilbake med et forslag til løsning i styremøtet 31. mai 2018.

### *2. Bakgrunn for saken*

---

Sak 18 - 2018 drøftet hvilke konsekvenser det har for gjennomføringen av Sykehusapotek Nord's oppdrag, og hvilke ulemper det har for foretakets lederteam, at foretaket mangler sentrale lederstillinger eller andre fag- og merkantile ressurser i foretaksledelsen. Fremstillingen ga et innblikk i hvilke utslag denne problemstillingen gir, og det ble vist til ulike løsningsalternativer.

Direktøren ga i det saksfremlegget tilkjenne at den beste løsningen er å sørge for at de stillingene som foreslås kan besettes, men var tydelig på at finansieringen er en stor utfordring både på grunn av lite økonomisk handlingsrom og ESA-saken.

Dessuten ble det foreslått at løsningen også måtte kombineres med en ansvars- og oppgaveavklaring av hva som skal løses på de ulike nivåene i vår organisasjon.

### *3. Status i arbeidet med oppfølging av styresak 18 - 2018*

---

#### *3.1. «Rydd skapet II»*

---

Det var altså flere forslag til løsninger som ble presentert i forrige styresak om emnet, men det er tiltaket om en avklaring og fordeling av ansvar og oppgaver som styret vil få en orientering om i denne saken. Det vil dermed si at direktøren ikke har hatt mulighet til å komme tilbake med en løsning i styremøtet 31. mai 2018, slik styret påla. Til det viser det seg at problemstillingen er altfor omfattende til å kunne bli løst på den tiden vi har hatt til rådighet i mellomtiden.

«Rydd skapet II» er en arbeidstittel for internt bruk, og uten sammenligning for øvrig spiller tittelen på apotekkampanjen Rydd skapet, som har som mål å få flere nordmenn

til å rydde i medisinene sine, oppbevare dem sikkert og returnere gammel medisin til apoteket.

Gjennom bruk av denne skap-metaforen legges opp til å rydde og skape orden i det mangfold av oppgaver og gjøremål som håndteres til daglig, og med en antagelse om at oppgaver ikke alltid løses på riktig nivå eller sted og at begrensede bemanningsressurser ikke utnyttes optimalt. Det er således behov for en tydelig avklaring av arbeids- og ansvarsområder.

### *3.2. Behov for endring*

---

Sykehusapotek Nord har blitt en organisasjon som har vokst i takt med økt oppdragsmengde og det er dermed ikke lenger en klar oppfatning av hva som skal løses på de ulike nivåene i vår organisasjon. Behovet for endring og de forslagene vi kommer med til løsninger vil være ideer basert på oppfatninger og antagelser om forholdene, antagelser om den beste fremtidige tilstanden og hvilke muligheter som finnes, samt hvordan vi antar vi kan løse et problem ved å iverksette ett eller flere tiltak. For å registrere og fortolke drivkreftene som ligger bak et slik endringsbehov må vi kartlegge, ikke minst for å bekrefte/avkrefte det vi tror.

Vi tror foreløpig noe bør gjøres med den formelle organisasjonsstrukturen – hvilke oppgaver må vi løse for å realisere målene, hvordan skal oppgavene fordeles? Hvordan skal oppgavene koordineres, hvordan skal myndighet til å fatte beslutninger fordeles i organisasjonen? Men vi vet ikke om dette er årsaken til utfordringene slik vi har definert de per i dag. Drivkreftene må derfor oversettes før de kan omformes til konkrete endringsprosesser, som her «Rydd skapet II».

Viktige spørsmål som må besvares i denne oppryddingen er: Hvor og når skal administrasjonen ha et forvaltning-, styrings- eller strategisk ansvar? Hva innebærer det at apotekerne har et selvstendig ansvar for økonomi, fag og kvalitet i en foretaksstruktur? Hvilket ansvar har avdelingslederne for å følge opp strategier, fagutvikling, økonomi mv.? Hvor går grensen mellom de ulike rollene mht. hvorvidt en har et ansvar for å utøve eller å styre aktiviteter?

Vi vet også at en organisasjon består av flere elementer som potensielt kan og vil påvirke hverandre. Oppgaven vi er satt for løse, den teknologien vi benytter for å løse oppgaven, de menneskene vi trenger for å utføre oppgavene og anvende teknologien, i tillegg har vi mål og strategi, formell struktur, organisasjonskultur og maktrelasjoner – derfor vil man i en kartlegging ikke utelukkende kun se på det ene elementet, uten å vurdere de andre.

Det er således igangsatt et arbeid der formålet er å gå systematisk gjennom krav for krav, og fagområde for fagområde for å definere hvilke oppgaver som skal kunne håndteres på et overordnet nivå og hvilke som må desentraliseres. Videre må det avklares hvilke oppgaver og ansvarsområder som kan defineres ut med sikte på å få en virksomhet der den samlede ressursutnyttelse og prioritering blir bedre.

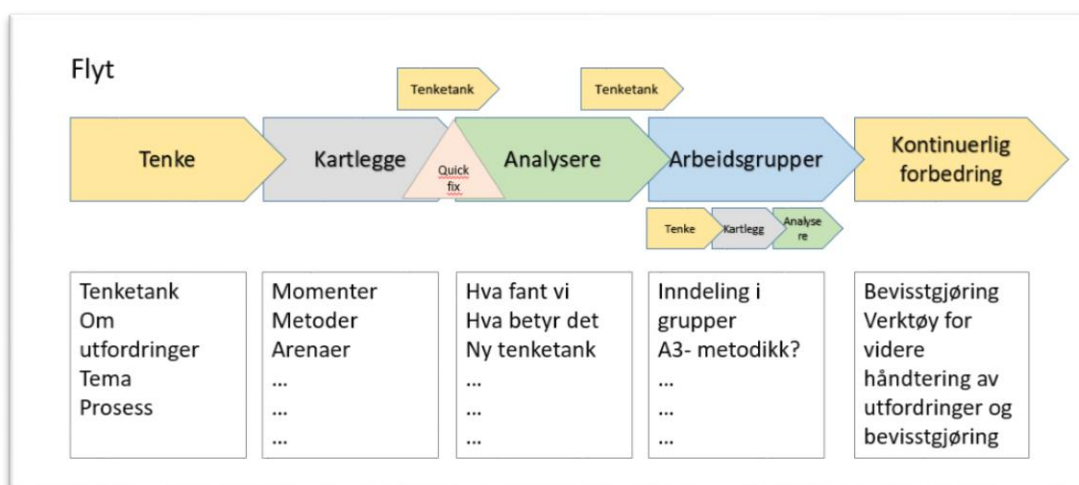
### *3.3. Hvordan gå frem?*

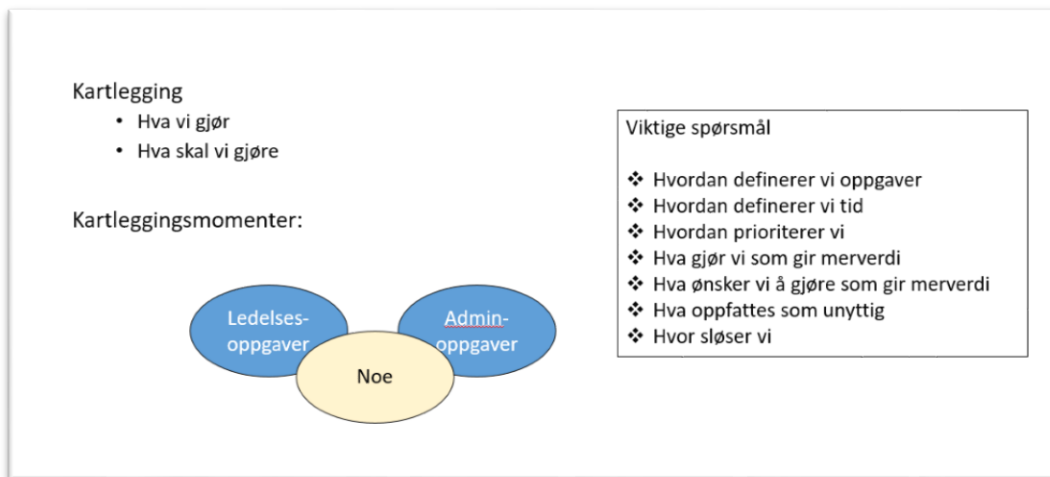
---

Gjennomgangen er tenkt lagt opp på følgende måte. Beskrivelsen er så langt ment som en skisse for å gi styret et inntrykk av den videre prosessen. Det er foreløpig uklart hva tidsperspektivet er i dette arbeidet, som også vil være avhengig av andre pågående endringsprosesser som følge av blant annet nytt IKT-fagsystem og oppstart av en regional legemiddelstrategi.

Konkret kan prosessen følge en slik punktliste og flyt som illustrert i figurene under:

- Oversette drivkrefter
- Registrering og fortolkning av drivkrefter – kartlegging (intervju, prosesskartlegging, observasjon etc.)
- Gap-analyse:
  - Hvilke krefter hemmer en ønsket utvikling
  - Hva hindrer oss i å realisere ønsket situasjon
  - Hvilke drivkrefter kremmer en ønsket utvikling
  - Planlegging
  - Hva skal gjøres
  - Hvem skal gjøre det
  - Hvordan skal det gjøres
  - Hvilke ressurser kan benyttes
  - Hvilke veier/alternativ finnes
  - Hva vil være konsekvensene
- Definere sammenhenger, årsaksbilder,
- Definere forbedringsområder/endringsprosesser
- Lære å jobbe etter kontinuerlig forbedring





Direktøren ber om styrets støtte for et slik veivalg.



<b>Saker til informasjon</b>	
Styresak nr.:	33 – 2018
Møtedato:	31. mai 2018

### *Saker til informasjon:*

*Ved styreleder:*

*Ved direktør:*

1. Forskningsaktivitet
2. Reseptur- og butikkdataanskaffelsen (u.off. jf. Offl. § 23)
3. Åpning av PET-senteret og A-fløy ved UNN Tromsø

*Ved leder av brukerutvalget*

1. Informasjon fra brukerutvalget

### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

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

Espen Mælen Hauge  
direktør