



# Styremøte

## Innkalling med sakspapirer

7. februar 2019 kl. 8.00 – 12.00

Sted:

Nordlandssykehuset, styrerommet, G4

### Saker til behandling:

Saksnummer	Saksnavn	Side
1	- 2019 Godkjenning av innkalling og saksliste	1
2	- 2019 Godkjenning av protokoll fra styremøte 13. desember 2018	2
3	- 2019 Årsplan for styret – oppdatering og status	10
4	- 2019 Virksomhetsrapport per desember 2018	13
5	- 2019 Foreløpig årlig melding 2018	27
6	- 2019 Oppdragsdokument 2019	79
7	- 2019 Brukeropplevd kvalitet	115
8	- 2019 Plan for underveisevaluering av klinisk farmasi	120
9	- 2019 Oppsummering styrets egenevaluering 2018	122
10	- 2019 Saker til informasjon	133
	<i>Ved direktør:</i>	
	1. Tiltak i SANO i forbindelse med innsparinger i Helse Nord	
	2. Samarbeidsavtaler med helseforetakene	
	3. Status Rydd Skapet II	
	4. Status IKT-prosjekter	
65	- 2019 Eventuelt	
	1. Evaluering av møtet	



Styrets medlemmer i Sykehusapotek Nord  
Observatør fra brukerutvalget i Sykehusapotek Nord

Deres ref.:

Vår ref.:  
2019/15

Dato:  
31.01.2019

## **Innkalling til styremøte i Sykehusapotek Nord HF 7. februar 2019**

I henhold til tidligere avtalt møteplan, og i samråd med styreleder, innkalles med dette til styremøte i Sykehusapotek Nord HF torsdag 7. februar 2019 kl. 8.00-12.00.

Møtet avholdes på Nordlandssykehuset, styrerommet i bygg G, plan 4.

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:	1 – 2019
Møtedato:	7. februar 2019

I samråd med styreleder er følgende saksliste satt opp til styremøtet 7. februar 2019:

Saksnummer	Saksnavn	Side
1	- 2019 Godkjenning av innkalling og saksliste	1
2	- 2019 Godkjenning av protokoll fra styremøte 13. desember 2018	2
3	- 2019 Årsplan for styret – oppdatering og status	10
4	- 2019 Virksomhetsrapport per desember 2018	13
5	- 2019 Foreløpig årlig melding 2018	27
6	- 2019 Oppdragsdokument 2019	79
7	- 2019 Brukeropplevd kvalitet	115
8	- 2019 Plan for underveisevaluering av klinisk farmasi	120
9	- 2019 Oppsummering styrets egnevaluering 2018	122
10	- 2019 Saker til informasjon	133
	<i>Ved direktør:</i>	
	1. Tiltak i SANO i forbindelse med innsparinger i Helse Nord	
	2. Samarbeidsavtaler med helseforetakene	
	3. Status Rydd Skapet II	
	4. Status IKT-prosjekter	
65	- 2019 Eventuelt	
	1. Evaluering av møtet	

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte den 7. februar 2019.*

Espen Mælen Hauge  
direktør



## **Godkjenning av protokoll fra styremøte 13. desember 2018**

Styresak nr.:	2 – 2019
Møtedato:	7. februar 2019

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

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

Espen Mælen Hauge  
direktør

# Protokoll

---

- Møtetype:** Styremøte i Sykehusapotek Nord
- Tidspunkt:** 13. desember 2018 kl. 8.30 – 15.00
- Møtested:** Nordlandssykehuset Bodø, rom KU1.052
- Tilstede:** Bjørg Helene Jenssen, styreleder  
Jan Norum, styrets nestleder  
Hilde Gustavsen Erstad, styremedlem  
Lars Småbrekke, styremedlem  
Randi Brendberg, styremedlem  
André Engesland, styremedlem  
Liv Norlid, styremedlem
- Observatør:** Terje Olsen, leder av brukerutvalget

**Fra administrasjonen:**

Helge K. Kjerulf Pettersen, konstituert direktør  
Margaret Aarag Antonsen, fagsjef  
Hans Jørgen Sevatdal, sykehusapoteker Sykehusapoteket i Bodø  
Bodil Stien Haugene, avdelingsleder Produksjonsavdelingen ved Sykehusapoteket i Bodø deltok på sak 63-2018  
Halldis Høyland, avdelingsleder Produksjonsavdelingen ved Sykehusapoteket i Tromsø deltok på sak 63-2018

---

Sakene ble behandlet i følgende rekkefølgen: 56, 57, 58, 59, 60, 63, 61, 62, 64, 66, 65

## **Sak 56/18 Godkjenning av innkalling og saksliste**

*Direktørens innstilling til vedtak:*

---

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

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

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

## **Sak 57/18 Godkjenning av protokoll fra styremøte 24. oktober 2018**

*Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøtet 24. oktober 2018.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøtet 24. oktober 2018.

## **Sak 58/18 Årsplan for styret – oppdatering og status**

*Direktørens innstilling til vedtak:*

---

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

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

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar årsplanen til orientering og ber om at tema for 2019 blir strategi og samfunnsperspektiv.*

Styreleders innstilling ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar årsplanen til orientering og ber om at tema for 2019 blir strategi og samfunnsperspektiv.

## Sak 59/18 Virksomhetsrapport per oktober 2018

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

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

Direktøren endret sin innstilling til vedtak.

### *Direktørens forslag til ny innstilling til vedtak, endringer i kursiv:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per oktober og ettersendt rapport per november 2018 til orientering.*

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

---

*Styret ber om at tertialrapportene framover suppleres med en utvidet analyse med forslag til forbedringstiltak.*

Direktørens forslag til vedtak med styrets tillegg ble enstemmig vedtatt

### *Endelig vedtak:*

---

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per oktober og ettersendt rapport per november 2018 til orientering.
2. Styret ber om at tertialrapportene framover suppleres med en utvidet analyse med forslag til forbedringstiltak.

## Sak 60/18 Budsjett 2019

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar det foreslåtte budsjettet som Sykehusapotek Nord HF's budsjett for 2019.*

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

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar det foreslåtte budsjettet som Sykehusapotek Nord HF's budsjett for 2019 med følgende justeringer:*

1. *Publikum budsjetteres med overskudd*
2. *Forskningsprosjektet «Farmasøyt i akuttmodtak» innarbeides i budsjettet*

Direktørens innstilling til vedtak med de foreslåtte tillegg fra styret ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar det foreslåtte budsjettet som Sykehusapotek Nord HF's budsjett for 2019 med følgende justeringer:

1. Publikum budsjetteres med overskudd
2. Forskningsprosjektet «Farmasøyt i akuttmottak» innarbeides i budsjettet

## **Sak 61/18 Status opptrappingsplan klinisk farmasi**

*Direktørens innstilling til vedtak:*

---

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

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

---

1. *Styret for Sykehusapotek Nord HF tar presentasjonen om status klinisk farmasi til orientering.*
2. *Styret ber om å få framlagt plan for underveisevaluering av klinisk farmasi i neste møte.*

Styrets innstilling ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tar presentasjonen om status klinisk farmasi til orientering.
2. Styret ber om å få framlagt plan for underveisevaluering av klinisk farmasi i neste møte.



## Sak 62/18 Styrets arbeid og egevaluering

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret i Sykehusapotek Nord HF har gjennomført egevaluering av styrets arbeid. Oppsummering av evalueringen legges frem i styremøtet 7.2.19, før den oversendes Helse Nord RHF.*

### *Styreleder fremmet nytt forslag til vedtak:*

---

*Saken utsettes til styrets møte i februar 2019. Styrets medlemmer må sende inn sine kommentarer til spørreskjema «Egevaluering av styret i Sykehusapotek Nord» til styrets sekretariat innen 24.12.2018.*

Styreleders innstilling ble enstemmig vedtatt.

### *Endelig vedtak:*

---

Saken utsettes til styrets møte i februar 2019. Styrets medlemmer må sende inn sine kommentarer til spørreskjema «Egevaluering av styret i Sykehusapotek Nord» til styrets sekretariat innen 24.12.2018.

## Sak 63/18 Tema: Virksomhetsutvikling fagområde apotekproduksjon

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

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

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

---

Nytt punkt 3:

*Styret ber om en oppsummering av temapresentasjonene fra 2018 som grunnlag for videre arbeid med strategi og forretningsutvikling.*

Direktørens forslag til vedtak med styrets tillegg ble enstemmig vedtatt

### *Endelig vedtak:*

---

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tok presentasjonen til orientering og gjennomførte diskusjoner om virksomhetsutvikling på fagområdet apotekproduksjon.
2. Styret ber direktøren ta de innspillene som kom frem under diskusjonen med i videre arbeid.
3. Styret ber om en oppsummering av temapresentasjonene fra 2018 som grunnlag for videre arbeid med strategi og forretningsutvikling.

## **Sak 64/18 Saker til informasjon**

### *Ved styreleder:*

1. Styreledermøte 15.11.2018 og 13.12.2018

### *Ved direktør:*

1. Status G2021, u.off. jfr. Offl. § 23, 1. ledd
2. Rydd skapet 2
3. Status legemiddelleveranse Finnmark
4. Status IKT-prosjekter
5. Oppdragsdokument 2019

### *Brukerutvalgets leder*

1. Brukerutvalgsmøte 10. desember 2018.

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

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

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

### *Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonssakene til orientering.

## **Sak 65/18 Eventuelt**

1. Sykehusapotek i nye Hammerfest sykehus
2. Kutt i legemiddelavansen
3. Ny direktør ved Universitetssykehuset Nord-Norge

## **Sak 66/18 Internrevisjonsrapport 03/2018 Mislighetsrisiko i Sykehusapotek Nord HF**

### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar plan for å følge opp anbefalingene fra internrevisjonen slik det er redegjort for i denne saken.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

### *Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar plan for å følge opp anbefalingene fra internrevisjonen slik det er redegjort for i denne saken.



<b>Årsplan for styret</b>	
Styresak nr.:	3 – 2019
Møtedato:	7. februar 2019
Saksbehandler:	Direktør Espen Mælen Hauge
Vedlegg:	Årsplan for styret – oppdatering og status

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

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

#### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

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

Espen Mælen Hauge  
direktør

Møtedato	Saksnr.	Ref tidl. sak nr.	Sakstittel	Saksansvarlig	Vedtak
13.12.2018	56	Bodø	Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte
13.12.2018	57		Godkjenning av protokoll	Styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøtet 24. oktober 2018.
13.12.2018	58		Årsplan - oppdatering og status	Direktør	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar årsplanen til orientering og ber om at tema for 2019 blir strategi og samfunnsperspektiv.
13.12.2018	59		Virksomhetsrapport per oktober	Økonomisjef	1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per oktober og ettersendt rapport per november 2018 til orientering. 2. Styret ber om at tertialrapportene framover suppleres med en utvidet analyse med forslag til forbedringstiltak.
13.12.2018	60	39-18, 41-18	Budsjett 2019	Økonomisjef	Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar det foreslåtte budsjettet som Sykehusapotek Nord HF's budsjett for 2019 med følgende justeringer: 1. Publium budsjetteres med overskudd 2. Forskningsprosjektet «Farmasøyt i akuttinntak» innarbeides i budsjettet
13.12.2018	61	43-18	Status opptrappingsplan for klinisk farmasi	Fagsjef	1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tar presentasjonen om status klinisk farmasi til orientering. 2. Styret ber om å få framlagt plan for underveisevaluering av klinisk farmasi i neste møte.
13.12.2018	62		Styrets arbeid og egevaluering	Direktør	Saken utsettes til styrets møte i februar 2019. Styrets medlemmer må sende inn sine kommentarer til spørreskjema «Egevaluering av styret i Sykehusapotek Nord» til styrets sekretariat innen 24.12.2018.
13.12.2018	63		Tema: Virksomhetsutvikling fagområdet apotekproduksjon	Apoteker, Tromsø	1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tok presentasjonen til orientering og gjennomførte diskusjoner om virksomhetsutvikling på fagområdet apotekproduksjon. 2. Styret ber direktøren ta de innspillene som kom frem under diskusjonen med i videre arbeid. 3. Styret ber om en oppsummering av temapresentasjonene fra 2018 som grunnlag for videre arbeid med strategi og forretningsutvikling.
13.12.2018	64		Informasjonssaker 1. Status G2021, u.off. jfr. Offl. § 23, 1. ledd 2. Rydd skapet 2 3. Status legemiddelleveranse Finnmark 4. Status IKT-prosjekter 5. Oppdragsdokument 2019	Direktør/styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonssakene til orientering.
13.12.2018	65		Eventuelt	Styreleder	1. Sykehusapotek i nye Hammerfest sykehus 2. Kutt i legemiddelavansen 3. Ny direktør ved Universitetssykehuset Nord-Norge
13.12.2018	66		Internrevisjonsrapport 03/2018 Mislighetsrisiko i Sykehusapotek Nord HF	Direktør	Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar plan for å følge opp anbefalingene fra internrevisjonen slik det er redegjort for i denne saken.
07.02.2019	1	Bodø	Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
07.02.2019	2		Godkjenning av protokoll	Styreleder	
07.02.2019	3		Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
07.02.2019	4		Virksomhetsrapport per desember 2018	Økonomisjef	
07.02.2019	5		Foreløpig årlig melding 2018	Økonomi og fagsjef	
07.02.2019	6		Oppdragsdokument 2019	Direktør	
07.02.2019	7		Brukeropplevd kvalitet	Fagsjef	
07.02.2019	8		Plan for underveisevaluering av klinisk farmasi	Fagsjef	
07.02.2019	9		Oppsummering styrets egevaluering 2018	Direktør	
07.02.2019	10		Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
07.02.2019	11		Eventuelt	Styreleder	
07.02.2019		Bodø	Foretaksmøte	Helse Nord RHF	
21.03.2019		Tromsø	Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
21.03.2019			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
21.03.2019			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
21.03.2019			Årsregnskap 2018	Økonomisjef	
21.03.2019			Virksomhetsrapport per februar 2019	Økonomisjef	
21.03.2019		43-18	Rapport om avvik og nestenavvik og håndtering av disse	fagsjef	
21.03.2019			Årlig melding 2018	Økonomisjef og fagsjef	
21.03.2019			Innspill til plan 2018-2021, inkludert rullering av investeringsplan 2018-2025	Økonomisjef	
07.02.2019		63-2018	Oppsummering temapresentasjoner 2018	Direktør	
07.02.2018			Styringssystem for informasjonssikkerhet (felles styresak i HN)		
21.03.2019			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
21.03.2019			Eventuelt	Styreleder	
27.03.2019		Bodø	Regionalt styreseminar	Helse Nord RHF	
28.03.2019		Bodø	Regionalt styreseminar	Helse Nord RHF	
01.04.2019			Foretaksmøte	Helse Nord RHF	
06.06.2019		Tromsø	Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
06.06.2019			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
06.06.2019			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
06.06.2019			Tertialrapport 1 inkl. økonomi, pasientsikkerhet, uønskede hendelser og avviksrapport	Økonomisjef	
06.06.2019			Risikovurdering overordnede risikomål	Direktør	
06.06.2019		46-19	Forskning og innovasjon i SANO	Fagsjef	
06.06.2019			Tema:		
06.06.2019			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
06.06.2019			Styremøte Sykehusapotek Nord HF 7. februar 2019	Styreleder	

25.09.2019		Ikke bestemt	Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
25.09.2019			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
25.09.2019			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
25.09.2019			Virksomhetsrapport per august	Økonomisjef	
25.09.2019			Rapport til Helse Nord RHF per 2. tertial	Økonomisjef	
25.09.2019			Premisser budsjett 2020		
25.09.2019			Årlig styrebehandling av ledelsens gjennomgang av tilstanden i foretaket mht oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik.	Direktør	
25.09.2019			Møteplan 2020	Direktør	
25.09.2019			Tema:		
25.09.2019			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
25.09.2019			Eventuelt	Styreleder	
25.09.2019			Evaluering av direktør/lønnsjustering	Styreleder	
26.09.2019		Ikke bestemt	Styrets strategiseminar		
27.09.2019		Ikke bestemt	Styrets strategiseminar		
30.10.2019		Tromsø	Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
30.10.2019			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
30.10.2019			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
30.10.2019			Virksomhetsrapport per september	Økonomisjef	
30.10.2019			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
30.10.2019			Eventuelt	Styreleder	
30.10.2019			Regionalt styreseminar Tromsø		
31.10.2019			Regionalt styreseminar Tromsø		
12.12.2019		Bodø	Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
12.12.2019			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
12.12.2019			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
12.12.2019			Virksomhetsrapport per oktober	Økonomisjef	
12.12.2019			Budsjett 2020	Økonomisjef	
12.12.2019			Styrets arbeid og egevaluering	Direktør	
12.12.2019			Tema:		
12.12.2019			Informasjonssaker	Direktør/styreleder	
12.12.2019			Eventuelt	Styreleder	
februar 2020			Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
februar 2020			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
februar 2020			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
februar 2020			Virksomhetsrapport per desember 2019	Økonomisjef	
februar 2020			Foreløpig årlig melding 2019	Økonomi og fagsjef	
februar 2020			Oppdragsdokument 2020	Direktør	
februar 2020			Oppsummering styrets egevaluering 2019	Direktør	
februar 2020			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
februar 2020			Eventuelt	Styreleder	
februar 2020			Foretaksmøte	Helse Nord RHF	



## Virksomhetsrapport per desember 2018

Styresak nr.: 4 – 2019

Møtedato: 7. februar 2019

Saksbehandler: Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen

Regnskapet for 2018 er ikke avsluttet, så det endelige resultatet vil bli annerledes enn det som legges frem i denne saken. Det forventes dog ikke store endringer i forhold til resultatet som her legges frem.

### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

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

Espen Mælen Hauge  
direktør

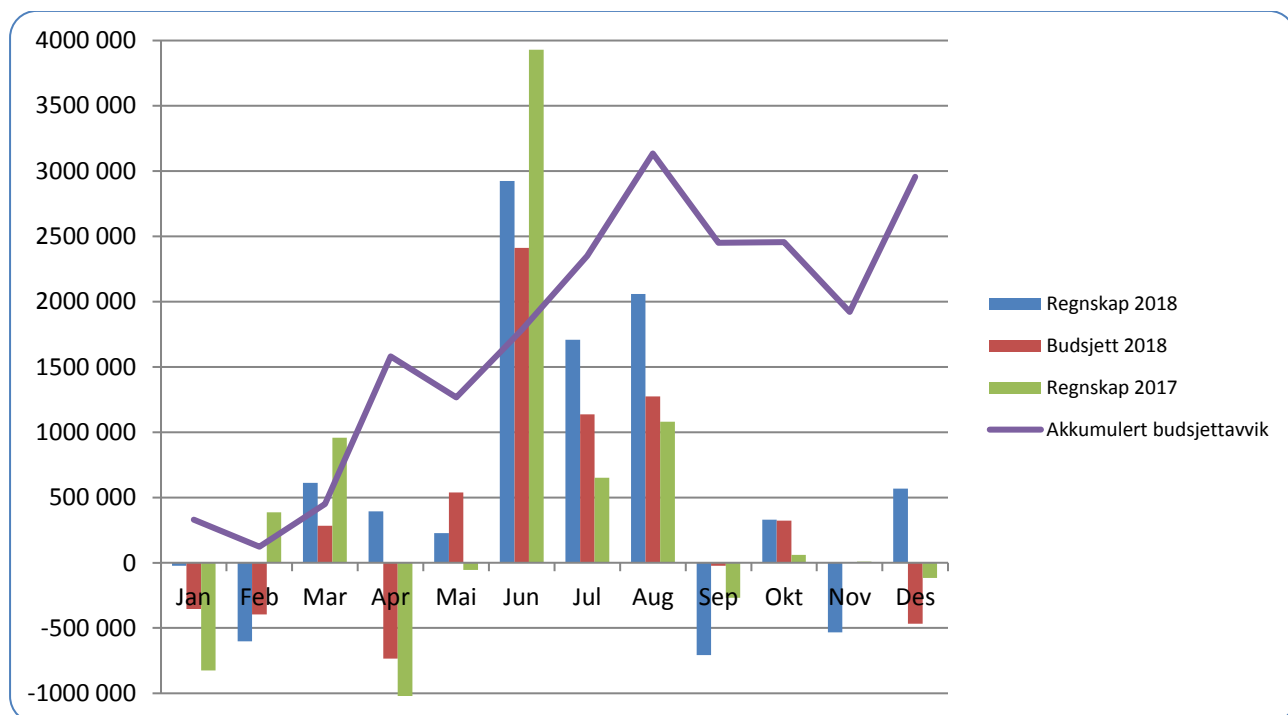
## Saksfremlegg

Foreløpig regnskap for 2018 viser et overskudd på 6,99 millioner. For 2017 var resultatet et overskudd på 4,25 millioner. Det er budsjettert med et overskudd på 4,00 millioner for 2018, slik at resultatet er 2,99 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 5,99 millioner høyere enn budsjettert.

Resultatet for desember er et overskudd på 0,57 millioner. Det var budsjettert med et underskudd på 0,47 millioner, slik at resultatet er 1,04 millioner høyere enn budsjettert.

	Siste måned					Akkumulert hittil i år				
	Resultat	Budsjett	Avvik	2017	Endring	Resultat	Budsjett	Avvik	2017	Endring
Omsetning	-42 348	-40 084	-2 264	-43 247	-2,1 %	-504 846	-518 335	13 489	-495 793	1,8 %
Varekjøp	32 863	30 924	1 940	33 320	-1,4 %	388 206	402 034	-13 828	388 142	0,0 %
Dekningsbidrag	-9 484	-9 160	-324	-9 927	-4,5 %	-116 640	-116 301	-339	-107 650	8,4 %
Personalkostnader	7 414	7 582	-168	7 075	4,8 %	84 111	86 851	-2 741	79 097	6,3 %
Andre kostnader	1 560	2 121	-561	3 017	-48,3 %	26 051	25 549	502	24 495	6,3 %
Skatt og finans	-59	-75	16	-48	23,7 %	-515	-99	-416	-187	175,0 %
Resultat	-569	467	-1 037	117	-585,2 %	-6 993	-4 000	-2 993	-4 245	64,7 %
Dekningsgrad	22,4 %	22,9 %	-0,5 %	23,0 %	-0,6 %	23,1 %	22,4 %	0,7 %	21,7 %	1,4 %
Vareforbruk	85,81 %	86,69 %	-0,9 %	88,01 %	-2,2 %	85,65 %	86,68 %	-1,0 %	86,52 %	-0,9 %
Andel pers.kost.	17,5 %	18,9 %	-1,4 %	16,4 %	1,1 %	16,7 %	16,8 %	-0,1 %	16,0 %	0,7 %
Resultatandel	1,3 %	-1,2 %	2,5 %	-0,3 %	1,6 %	1,4 %	0,8 %	0,6 %	0,9 %	0,5 %





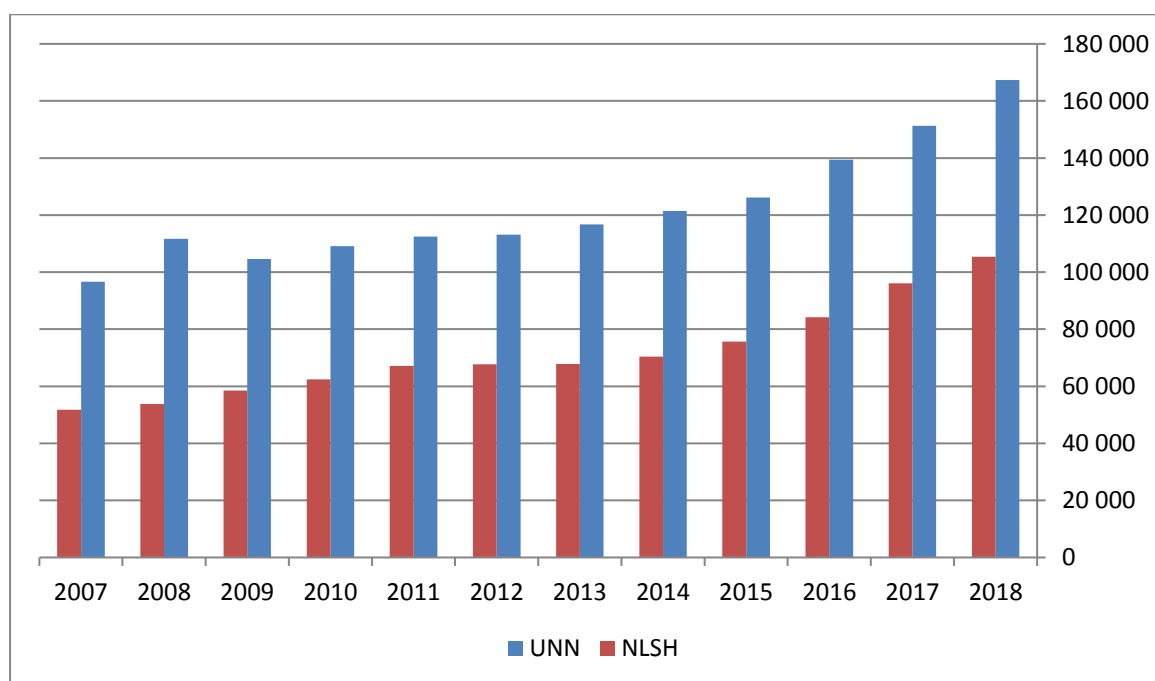
Figuren over viser regnskapsresultat per måned for 2017 og 2018, budsjettert resultat per måned i 2018 og akkumulert budsjettavvik i 2018. Figuren viser at resultatet har vært høyere enn budsjettert hele året.

## Inntekter

Inntektene i 2018 ble 13,49 millioner lavere enn budsjettert. I forhold til 2017 har omsetningen økt med 8,29 millioner (1,8 %).

### *Salg av medikamenter til sykehus*

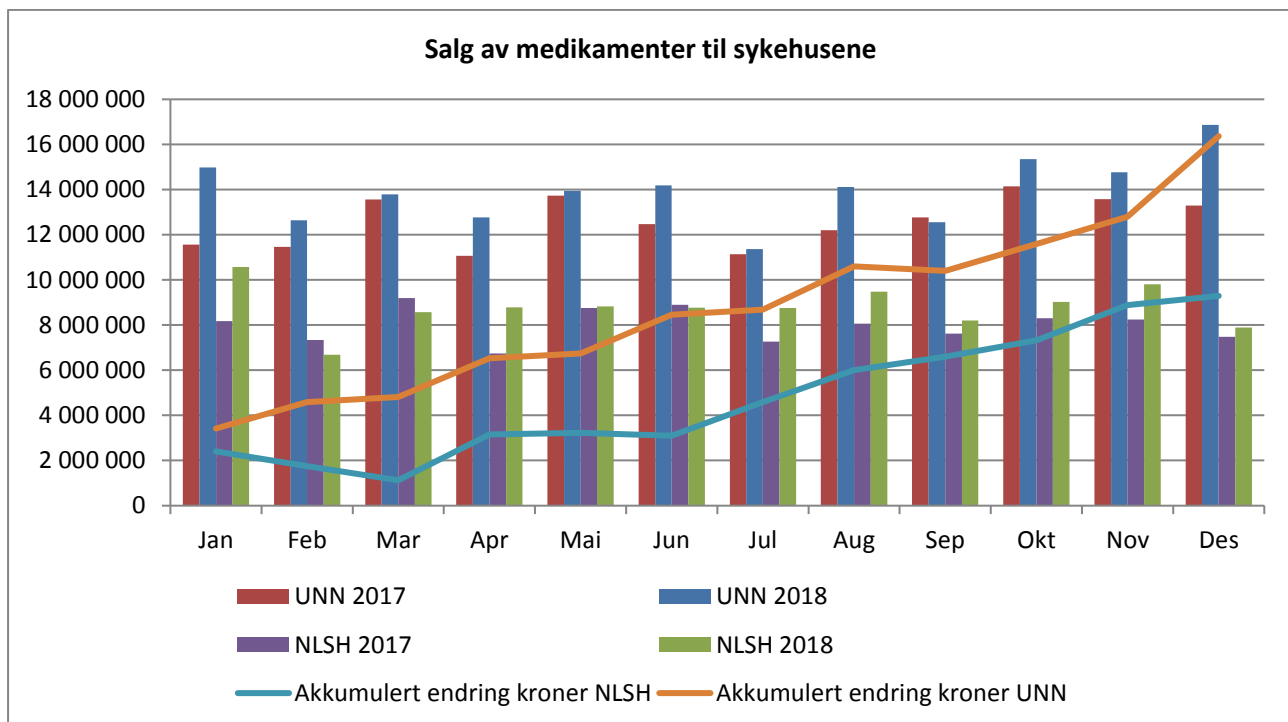
Omsetningen av medikamenter til Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset økte med henholdsvis 10,8 % og 9,7 %.



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

For UNN var det omsetningsvekst fra 2007 til 2008. Omsetningen ble så redusert i 2009. Fra 2011 til 2012 var det nesten ingen økning, mens det har vært økning hvert år fra 2012 til 2018.

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

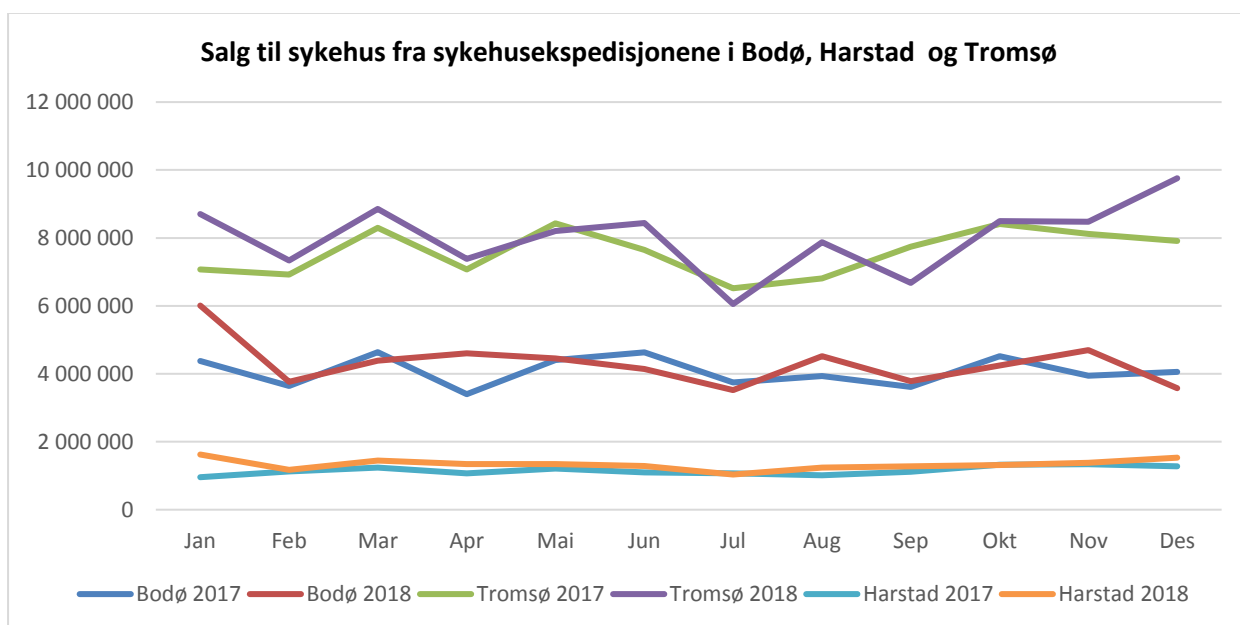


Figuren over viser utviklingen i salg av medikamenter (både fra sykehusekspedisjoner og produksjonsavdelinger) til UNN og NLSH i 2017 og 2018.

I 2018 økte omsetningen i Tromsø med 12,6 %, i Harstad med 7,7 %, mens det var en reduksjon på 1,8 % i Narvik.

I 2018 var det en økning i Bodø på 13,1 %, i Vesterålen på 4,9 %, mens det var en reduksjon på 5,0 % i Lofoten.

Omsetningen mot UNN og NLSH ble 20,02 millioner høyere enn budsjettet.

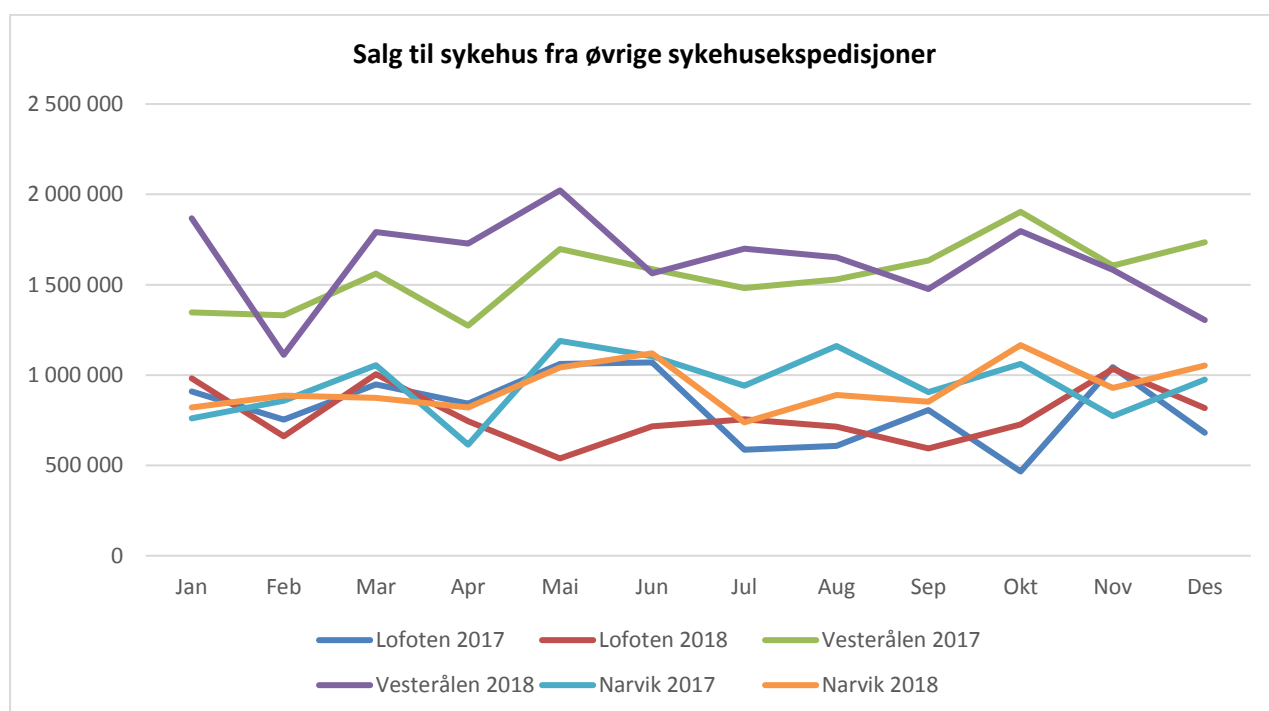


Sykehusekspedisjonen i Bodø har hatt en økning på 5,7 %, Tromsø har hatt en økning på 5,8 % mens økningen er på 15,7 % i Harstad. Det var særlig omsetningen i januar som var høyere enn i 2017.

I Bodø har det vært en nedgang i antall leverte pakninger, mens gjennomsnittsprisen per DDD (definerte døgndose) har økt med 4,9 %, noe som mer enn oppveier reduksjonen i antall leverte pakninger.

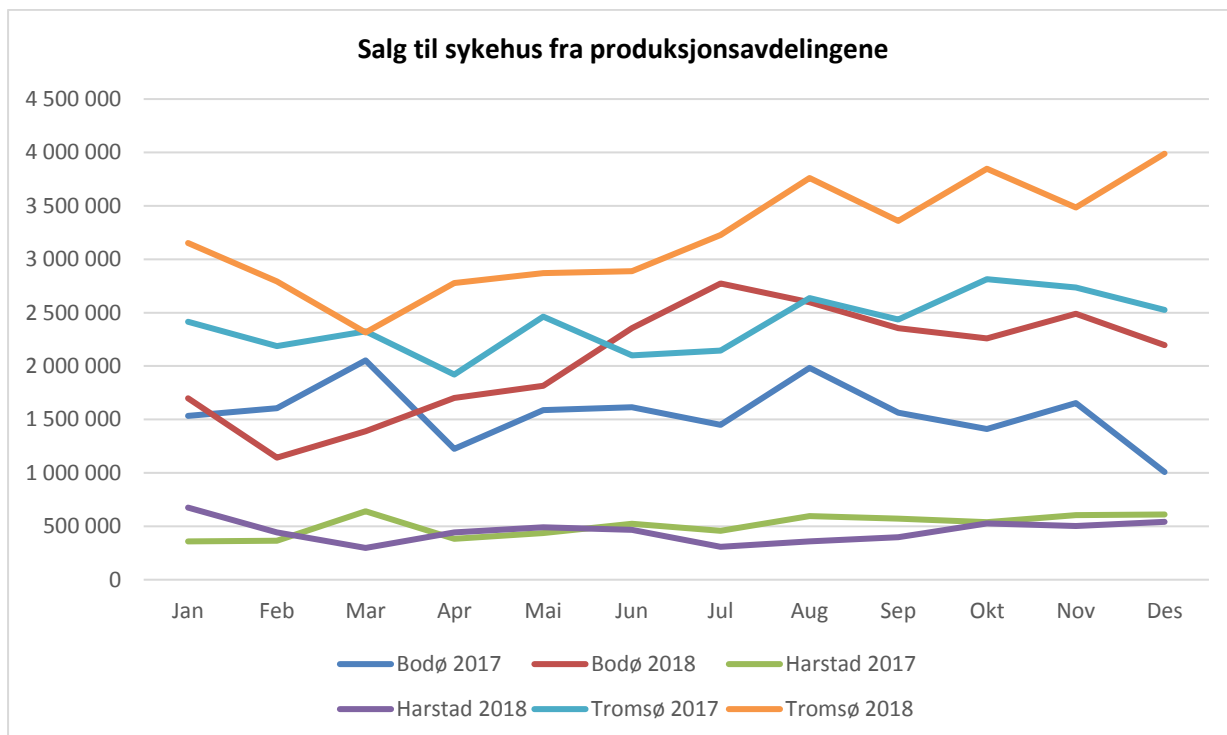
I Tromsø har det vært en økning i antall pakninger på 1,1 % og en økning i gjennomsnittsprisen per DDD på 3,2 %.

I Harstad har det vært en økning i antall pakninger og en nedgang i gjennomsnittsprisen per DDD. Økningen i antall pakninger kompenserer for nedgangen i gjennomsnittsprisen.



I Vesterålen er det en økning på 4,9 %. I Lofoten er det en reduksjon på 5,0 %, mens det i Narvik er en nedgang på 1,8 %.

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



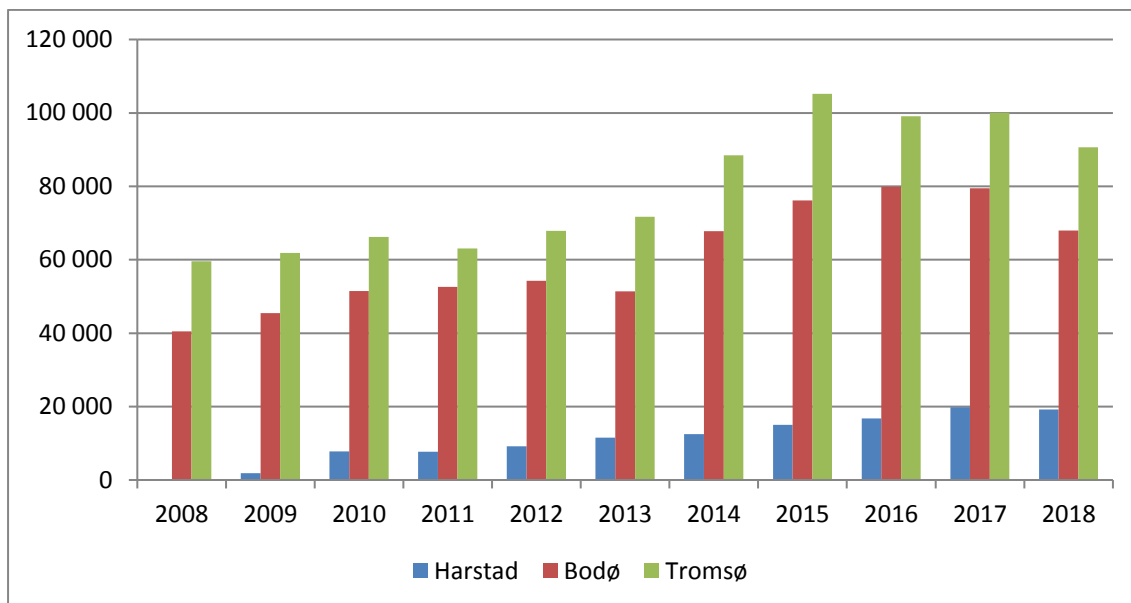
Det er en økning i omsetningen mot sykehus fra produksjonsavdelingene i Bodø og Tromsø på henholdsvis 32,6 % og 34,0 %, mens det er en reduksjon på 10,4 % i Harstad.

Økningen i Tromsø kommer både av økt produksjon og av at det produseres dyrere legemidler enn tidligere. Antall produserte cytostatikakurer har økt med 12,7 %. I tillegg er det en økning på 13,1 % i sterilproduksjonen.

I Harstad er det en reduksjon i antall tilberedte cytostatikakurer, mens det i Bodø er en økning i sterilproduksjon og i tilberedning av cytostatika.

### *Salg i publikumsavdelingene*

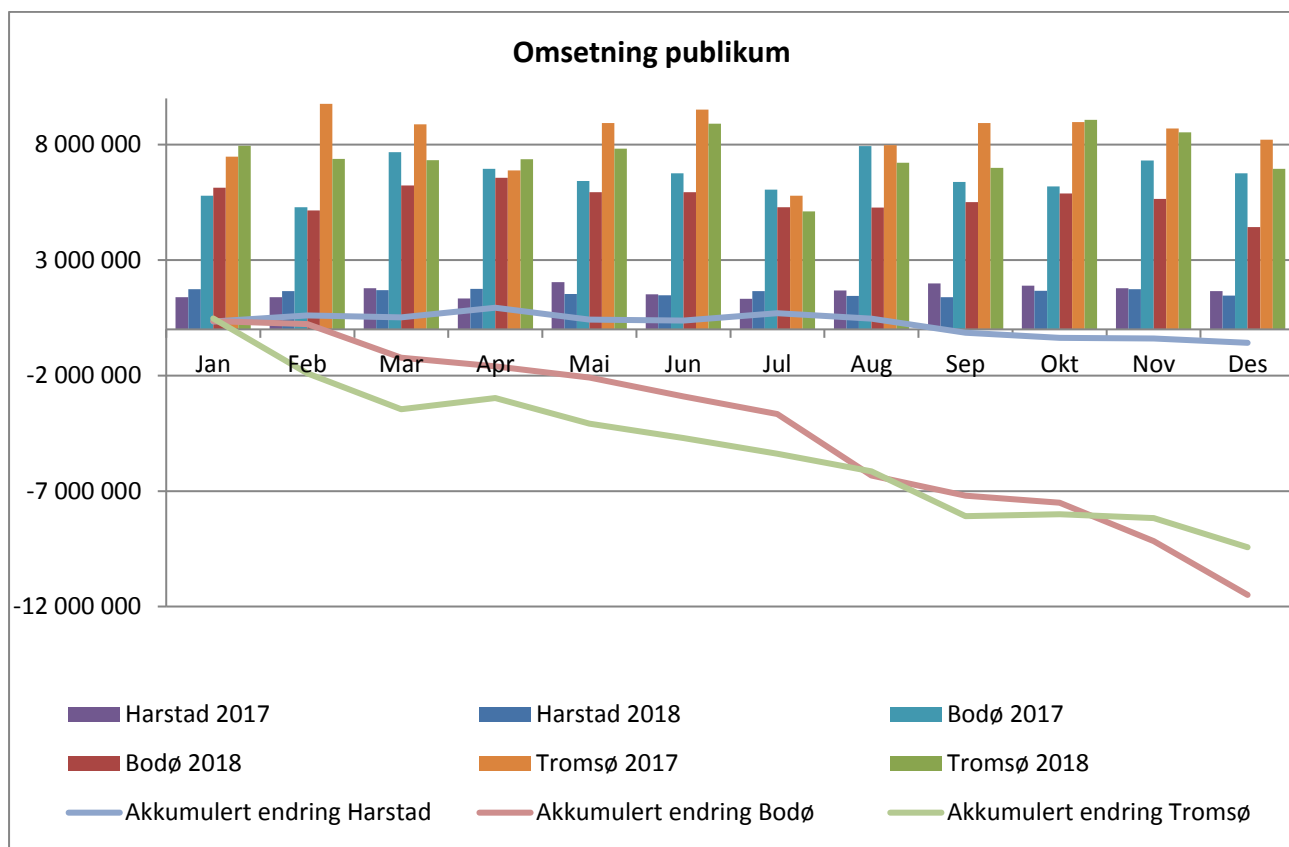
Omsetningen i publikumsavdelingene er redusert med 10,8 % i forhold til 2017.



Figuren over viser utviklingen i salg i publikumsavdelingene siden 2008. Årsaken til den store omsetningsøkningen fra 2012 til og med 2015 er hovedsakelig innføring av nye dyre medikamenter. Det har også vært en økning i salg av handelsvarer. Økningen stanset opp i 2016, og i 2018 har det vært en reduksjon i omsetningen.

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

Figuren under viser omsetning per måned i 2018 i forhold til omsetning per måned i 2017.



I Harstad har det vært en nedgang på 2,9 %, i Tromsø på 9,4 % og i Bodø 14,5 %. Totalt er omsetningen i publikumsavdelingene redusert med 21,51 millioner.

Apotek	Pakninger på resept	Pakninger handelsvarer selvg	Omsetning handelsvarer totalt	Pakninger reseptfritt selvg
Harstad	-4,3 %	-8,3 %	-2,3 %	-12,1 %
Bodø	9,6 %	13,5 %	3,5 %	-4,1 %
Tromsø	2,8 %	-0,8 %	0,2 %	-2,9 %
<b>Totalt</b>	<b>4,7 %</b>	<b>3,9 %</b>	<b>1,6 %</b>	<b>-4,6 %</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 selvg og i omsetningen av handelsvarer. Reduksjonene oppveies delvis av økt gjennomsnittspris på de solgte legemidlene.

I Bodø er det økning i antall solgte pakninger på resept, mens det er en nedgang i antall solgte pakninger reseptfrie legemidler i selvg. Det er en økning i salget av handelsvarer, både målt i

kroner og i solgte pakninger. Nedgangen i omsetningen kommer hovedsakelig av at det er inngått LIS-avtaler på enkelte H-reseptlegemidler.

I Tromsø er det økning i antall solgte pakninger på resept, mens det er en nedgang i antall solgte pakninger reseptfrie legemidler i selvvalget. Det er nedgang i antall solgte pakninger handelsvarer i selvvalget, mens det er en liten økning i omsetningen av handelsvarer. Nedgangen i omsetningen kommer hovedsakelig av at det er inngått LIS-avtaler på enkelte H-reseptlegemidler.

Et eksempel på hvordan inngåelse av LIS-avtaler påvirker omsetningen er Eclusa, der omsetningen er redusert med 14,3 millioner selv om det er solgt 157 flere pakninger.

### *Rådgivning og klinisk farmasi*

---

Salg av rådgivningstjenester og klinisk farmasi er 4,4 millioner lavere enn budsjettert. Avviket kommer av at det er flere stillinger i opptrappingsplanen for klinisk farmasi som ikke har vært besatt hele året, lavere priser for salg av rådgivningstjenester til e-kurveprosjektet enn budsjettert, lavere inntekt enn budsjettert i forbindelse med leveranse av tjenester til forskningsprosjekt i regi av UIT og reduksjon i egenbetalingen for klinisk farmasi ved NLSH.

En klinisk stilling i Kirkenes og en stilling i Harstad/Narvik er ikke besatt per utløpet av 2018. Fra og med oktober er en halv stilling fylt opp i Narvik, mens stillingen i Kirkenes blir besatt i januar 2019. Det er også ansatt fagleder/koordinator for klinisk farmasi, oppstart for denne stillingen var i november

Tabellen nedenfor viser status for opptrappingsplanen per utløpet av 2018:

Budsjett		
0,90	Stilling fagleder	Tiltrådt primo november 18
1,50	stilling Tromsø	En stilling tiltrådt primo mai 18
1,50	stilling Bodø	
1,00	stilling Harstad/Narvik	0,5 stilling fra og med september 18
0,50	stilling Vesterålen	
0,50	stilling Lofoten	
1,00	stilling Helgeland	
1,00	stilling Kirkenes	Begynner primo januar 19
1,00	stilling Hammerfest	
8,90	stillinger totalt	

Stillinger uten kommentarer har vært besatt hele 2018.

I forhold til i 2017 har det vært en økning i omsetningen på 9,1 %. Økningen kommer som følge av opptrappingsplanen for klinisk farmasi.

### **Kostnader**

## *Varekostnader*

---

Varekostnadene er 13,82 millioner lavere enn budsjettert og 0,06 millioner høyere enn per desember 2017.

Vareforbruket er på 85,7 % per desember. Dette er 1,0 prosentpoeng lavere enn budsjettert og 0,9 prosentpoeng lavere enn for 2017.

Dekningsbidraget er på 116,80 millioner, noe som er 0,50 millioner høyere enn budsjettert. Dekningsbidraget har økt med 8,38 millioner i forhold til 2017.

Dekningsbidraget er 3,91 millioner høyere enn budsjettert for salg fra sykehusekspedisjonene, 3,23 millioner høyere enn budsjettert for produksjonsavdelingen og 2,32 millioner lavere enn budsjettert for salg fra publikumsavdelingene.

## *Lønns- og personalkostnader*

---

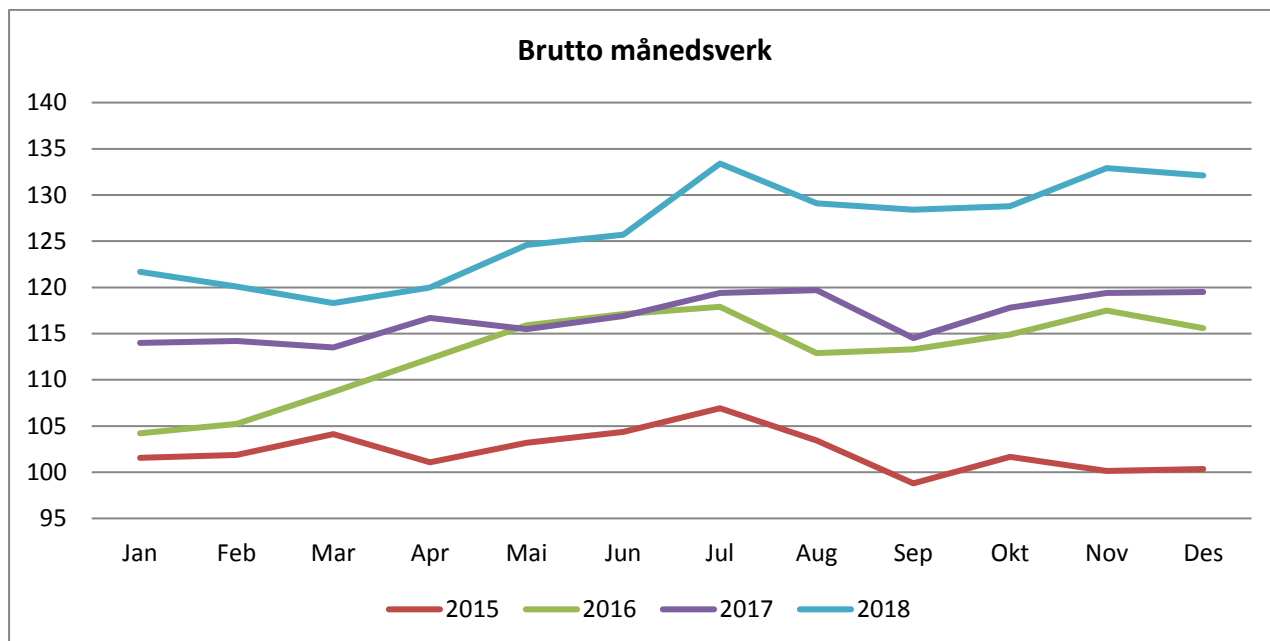
Lønns- og personalkostnadene er 2,74 millioner lavere enn budsjettert. Dette kommer av at det er stillinger i opptrappingsplan for klinisk farmasi som ikke er besatt, lavere pensjonskostnader enn budsjettert og høyere refusjoner i forbindelse med sykefravær enn budsjettert.

Andelen personalkostander i forhold til omsetningen er på 16,7 %. Dette er som 0,1 prosentpoeng lavere enn budsjettert, og 0,7 prosentpoeng høyere enn for 2017.

Pensjonskostnadene ble på 10,87 millioner, dette er 2,27 millioner lavere enn budsjettert.

Andelen personalkostander i forhold til omsetningen er på 16,7 %. Dette er 0,1 prosentpoeng lavere enn budsjettert, og 0,7 prosentpoeng høyere enn for 2017. Endringen i forhold til 2017 kommer av at andelen av de ansatte som er ansatt innen rådgivning og klinisk farmasi har økt.





Gjennomsnittlig brutto årsverk for 2018 ble 126,3. Dette er en økning på 9,5 årsverk i forhold til 2017. Bemanningen har økt med 4,0 stillinger i produksjonsavdelingene og med 2,0 stillinger innen klinisk farmasi og rådgivning. Økningene i produksjon kommer av bruk av vikarer i forbindelse med langtidsfravær, planlegging av oppstart av PET-produksjon, økt aktivitet og kvalitetsarbeid. I forbindelse med gjennomføring av ikt-prosjektene har bemanningen økt med 1,5 stillinger. I forbindelse med sykefravær har det også vært nødvendig å bruke ekstravakter, blant annet i publikumsavdelingene.

### *Andre driftskostnader*

Andre driftskostnader er 0,54 millioner høyere enn budsjettet. I forhold til 2017 har andre driftskostnader økt med 1,16 millioner.

Den største økningen i forhold til 2017 er økning i LIS-kontingenten som har økt med 1,2 millioner. Økningen i LIS-kontingenten er også den viktigste årsaken til at andre driftskostnader er høyere enn budsjettet. Reisekostnader, utstyr og driftsmateriell og kostnader til eksterne tjenester er også høyere enn budsjettet, dette på grunn av kostnader i forbindelse med flytting av nye produksjonslokaler i Tromsø, og utvikling og anskaffelse av nye forretningssystemer. Posten for annen kostnad kompenserer delvis for dette, denne er 1,7 millioner lavere enn budsjettet.

### *Finans og skatt*

Renteinntektene er 1,27 millioner høyere enn budsjettet, dette på grunn av noe høyere likviditet enn forutsatt i budsjettet.

Det er ikke gjort avsetningen for skattekostnad i publikum da det forventes et resultat omtrent i null etter fordelte felleskostnader.

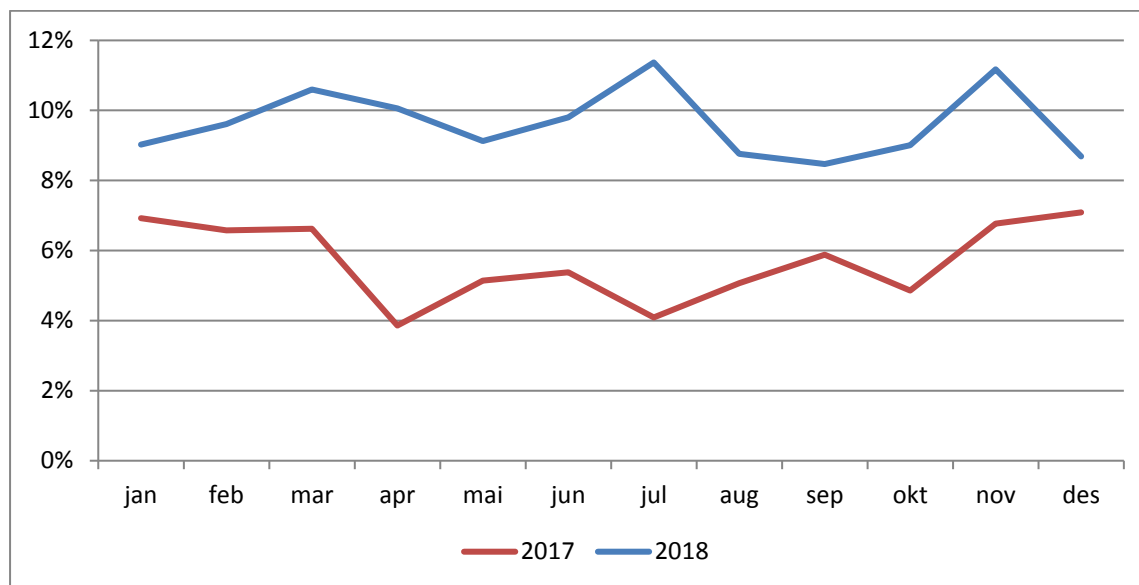
## Investeringer

Det er investert for 4,4 millioner i 2018. Investeringene er:

<b>Anleggsmiddel</b>	<b>Beløp</b>	<b>Aktiveres fra</b>
Negativisolator Tromsø	640 900	nov.18
Positivisolatorer Tromsø	1 041 457	nov.18
Inventar prod. Tromsø	323 483	nov.18
Vaskemaskin prod. Tromsø	141 275	nov.18
Reseptur og butikkdata	2 255 843	høst 2019
<b>Sum investeringer</b>	<b>4 402 958</b>	

Investeringsprosjektene som aktiveres fra og med november 2018 er avsluttet, mens utvikling av Reseptur og butikkdata skal være ferdig i 2019.

## Sykefravær



Sykefraværet for 2018 ble på 9,6 %. Dette er en økning på 3,8 prosentpoeng i forhold til fraværet for 2017.

	Sykefravær 1-3 dager	Sykefravær 4-16 dager	Sykefravær 17-56 dager	Sykefravær > 56 dager	Sum sykefravær	Tapte dagsverk
Per desember 2017	1,5 %	1,1 %	1,0 %	2,2 %	5,8 %	1 456
Per desember 2018	1,3 %	1,4 %	1,5 %	5,4 %	9,6 %	2 642
Endring	-0,2 %	0,3 %	0,6 %	3,1 %	3,8 %	1 185

Det har vært en nedgang i det korteste fraværet, mens det ellers har vært en økning i sykefraværet.

Det er særlig fraværet som er lengre enn 56 dager som har økt. De langtidssykemeldte følges opp i henhold til IA-avtalen. Langtidsfraværet er i liten grad vurdert til å være arbeidsrelatert.

Det jobbes på flere nivåer i foretaket med å redusere sykefraværet. Sykefravær er et fast punkt på agendaen i alle møter i foretakets AMU. Sykefravær er også et tema i samarbeidsutvalgene i Bodø og Tromsø.

I avdelinger med særlig høyt fravær som kan være arbeidsrelatert, er det hentet inn ekstern kompetanse som har sett på årsakene til fraværet. I etterkant av kartleggingen er det så gjennomført tiltak for å redusere fraværet.

Sykemeldte følges opp i henhold til gjeldende rutiner i foretaket. Rutinene springer ut av kravene som stilles til oppfølging av sykefravær for IA-bedrifter. Oppfølging skjer normalt som følger

- Ansatte som ikke kommer på jobb på grunn av sykdom skal første fraværsdag per telefon melde fra til avdelingsleder. Fravær skal normalt ikke meldes per SMS eller e-post.
- Innen 6. fraværsdag skal leder kontakte ansatte. Målet med samtalen er å få til en god prosess, samt forebygging av videre fravær.

- Innen fire ukers sykemelding skal det være utarbeidet en individuell oppfølgingsplan. Dette arbeidet skal starte så tidlig som mulig.
- Senest innen sju uker etter at arbeidstaker har vært helt eller delvis borte fra arbeidet skal det avholdes dialogmøte mellom Sykehusapotek Nord, arbeidstaker og sykemelder.
- Innen ni uker skal arbeidsgiver sende oppfølgingsplan og rapporteringsskjema med informasjon om oppfølgingsarbeidet til NAV.
- Senest etter 26 uker avholdes det i regi av NAV dialogmøte mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, unntatt når et slikt møte antas å være åpenbart unødvendig.
- Når sykemeldingsperioden utløper etter 12 måneder skal det avklares om gjenopptakelse av arbeidet er mulig. Hvis ikke må andre løsninger vurderes.

Sykehusapotek Nord legger vekt på at den sykemeldte skal få anledning til å opprettholde kontakten med arbeidsstedet gjennom å invitere til deltakelse på sosiale arrangementer med videre.

Sykemeldte kan etter behov og ønske få tilbud om coaching, samtale med psykolog, kursing og lignende.

Sykehusapotek Nord får etter ønske bistand fra bedriftshelsetjenesten i arbeidet med å følge opp sykemeldte. I samarbeid med bedriftshelsetjenesten utarbeides det årlige handlingsplaner for HMS, disse omfatter også arbeidet med reduksjon av sykefravær.

## Foreløpig rapport på gjennomføring av oppdragsdokument 2018 – Årlig melding

Styresak nr.:	5 - 2019
Møtedato:	7. februar 2019
Saksbehandler:	Fagsjef Margaret Aarag Antonsen Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen

I henhold til oppdragsdokumentet skal Sykehusapotek Nord HF utarbeide en rapport per år som skal vise gjennomføring av punkter i oppdragsdokumentet. Det skal rapporteres i henhold til mal fra Helse Nord RHF.

Direktøren har til dette møtet etter erfaring fra tidligere diskusjoner i styret utarbeidet en foreløpig versjon av årlig melding til gjennomgang i styremøtet. For å gjøre meldingen lettere å lese er rapporteringspunkter som er aktuelle for Sykehusapotek Nord markert med gult.

Innspill fra styremøtet innarbeides deretter i rapporten skal behandles av styret i neste møte den 21. mars 2019 før oversendelse til Helse Nord RHF

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF ber direktøren innarbeide styrets innspill til rapporten årlig melding. Endelig rapport skal behandles i styremøtet 21. mars 2019 før oversendelse til Helse Nord RHF.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

# 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>14</b>
3.4	<b>Samhandling med kommuner .....</b>	<b>17</b>
3.5	<b>Samhandling med leverandører av private helsetjenester .....</b>	<b>19</b>
3.6	<b>Kvalitetsutvikling .....</b>	<b>19</b>
3.7	<b>Pasientsikkerhet.....</b>	<b>22</b>
3.8	<b>Smittevern.....</b>	<b>23</b>
3.9	<b>Forskning og innovasjon .....</b>	<b>26</b>
4	Øvrige områder.....	28
4.1	<b>Klima- og miljøtiltak.....</b>	<b>28</b>
4.2	<b>Personvern og informasjonssikkerhet .....</b>	<b>29</b>
4.3	<b>Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet .....</b>	<b>31</b>
4.4	<b>Beredskap .....</b>	<b>31</b>
5	Sikre god pasient- og brukervedvirkning .....	34
6	Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell .....	35
6.1	<b>Sikre gode arbeidsforhold.....</b>	<b>35</b>
6.2	<b>Tilstrekkelig kvalifisert personell.....</b>	<b>37</b>
6.3	<b>Utdanning av legespesialister .....</b>	<b>40</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>43</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>Ikke aktuelt</i>
Rapporteringstekst Årlig melding <i>Ikke aktuelt</i>

2. Ikke ha fristbrudd.

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

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

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

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>
--

---

<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>

## Tertialrapport og Årlig melding 2018

Rapporteringstekst 2. tertial  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst 2. tertial  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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  
*Sykehusapotek Nord følger rapportens anbefalinger opp i samarbeid med sykehusforetakene, herunder leveranse av legemiddelstatistikk, samarbeid i legemiddelkomiteene og oppfølging av LIS-avtalene gjennom de lokale LIS-kontaktene. Videre gis det informasjon om gjeldende LIS-avtaler enten gjennom utarbeidelse av basislister eller gjennom lokalt samarbeid.*

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Sykehusapotek Nord følger rapportens anbefalinger opp i samarbeid med sykehusforetakene, herunder leveranse av legemiddelstatistikk, samarbeid i legemiddelkomiteene og oppfølging av LIS-avtalene gjennom de lokale LIS-kontaktene. Videre gis det informasjon om gjeldende LIS-avtaler enten gjennom utarbeidelse av basislister eller gjennom lokalt samarbeid.*

*For å gjøre det lettere for sykehusene å følge opp overgangen til faglig likeverdige legemidler har SANO foreslått å hente data fra Sykehusapotekenes Legemiddelstatistikk inn i HN-LIS. Det er også utarbeidet rapporter for å følge opp legenes forskrivning av H-reseptpreparater.*

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  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding

<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.

*Ikke aktuelt*

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  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*SANO har ikke gjennomført tiltak i 2018 for å stimulere og legge til rette for at ansatte kan få kompetanseheving i samisk språk og kulturforståelse.*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*SANO har ikke bidratt til kompetanseutvikling som bygger opp under Helse Nord's ansvar for å sikre likeverdig spesialisthelsetjenestetilbud til hele den samiske befolkningen i Norge.*

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

Rapporteringstekst 1. tertial  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst 2. tertial  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

I forbindelse med anskaffelse av nye apoteksystemer (RBD) er det gjennomført tiltak for å sikre at dette er godkjent i tråd med arkitekturprinsipper. Dette er gjort i samarbeid med de øvrige sykehusapotekforetakene.

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

Rapporteringstekst Årlig melding

Ikke aktuelt

**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. Leverer 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.

Rapporteringstekst Årlig 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

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

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

*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst 1. tertial

*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst 2. tertial

*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding

*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst 1. tertial

*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst 2. tertial

*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding

*Ikke aktuelt*

4. Gi hjemmedialyse til minst 30 % av dialysepasientene.

Rapporteringstekst 1. tertial  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst 2. tertial  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst 2. tertial  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst 2. tertial  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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  
*Ikke aktuelt*

12. Ta i bruk nasjonal traumeplan av 2016 og de krav som stilles til akuttstusykehus med traumefunksjon og traumesenter, inkludert opplæring og trening jf. styrevedtak 26-2017.

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst 2. tertial  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

16. Behandle mer enn 40 % av pasienter under 80 år med STEMI med mindre enn 12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt, med trombolysse innen 30

minutter etter første medisinske kontakt eller koronar angiografi/PCI innen 90 minutter.<sup>4</sup>

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst 2. tertial  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

### Foretaksspesifikke krav for 2018

#### **Finnmarkssykehuset**

1. Etablere stedlig ledelse ved Klinikk 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?*

---

<sup>4</sup> Kilde hjerteinfarktregisteret



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

*Ikke aktuelt.*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

5. 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 tvangsinnleggelse i psykisk helsevern enn i 2017.

Rapporteringstekst 1. tertial

*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst 2. tertial

*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding

*Ikke aktuelt*

2. Ha færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017.

Rapporteringstekst Årlig melding

*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst 1. tertial  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst 2. tertial  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

4. Implementere pakkeforløpene for psykisk helse og rus.

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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  
*Ikke aktuelt*

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  
*Ikke aktuelt*

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  
*Ikke aktuelt*

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  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding

*Ikke aktuelt*

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  
*Ikke aktuelt*

#### 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  
*Ikke aktuelt.*

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

2. 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

*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding

*Ikke aktuelt*

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

*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding

*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

#### 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?*

---

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

### 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

*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding

*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding

*Ikke aktuelt*

#### 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 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  
*Ikke aktuelt*

2. Ikke ha korridorpasienter.

Rapporteringstekst 1. tertial  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst 2. tertial  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

7. Leverer KPP-data etter nasjonal spesifisering.

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

---

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

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
Ikke aktuelt

9. Stille med fagrevisorer til kliniske fagrevisjoner.

Rapporteringstekst Årlig melding  
SANO har i 2018 ikke blitt forespurt om å stille med fagrevisorer til kliniske fagrevisjoner.

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
Ikke aktuelt

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  
Sykehusapotek Nord HF har deltatt med to deltagere i den regionale gruppen som har utarbeidet nye regionale rutiner for legemiddelsamstemming. Disse og andre ansatte i foretaket har bidratt med undervisning og informasjon i sykehusene. Kliniske farmasøyter gjennomfører samstemming av legemiddellister ved de avdelingene hvor dette er avtalt (for tiden 15 avdelinger). I tillegg bistår farmasøytene sykehusene med å komme i gang med samstemming. Dette gjøres gjennom undervisning og møter.

Sykehusapotek Nord har siden 2014 gjennomført kvalitetsmålinger knyttet til samstemming av legemiddellister. Dette gjøres 1-2 ganger per år ved utvalgte avdelinger (kvalitetsstudien). Data fra kvalitetsstudien har til nå resultert i tre masteroppgaver i farmasi og tre postere.

Rapporteringstekst Årlig melding

Sykehusapotek Nord HF har deltatt med to deltagere i den regionale gruppen som har utarbeidet nye regionale rutiner for legemiddelsamstemming. Disse og andre ansatte i foretaket har bidratt med undervisning og informasjon i sykehusene. Kliniske farmasøyter gjennomfører samstemming av legemiddellister ved de avdelingene hvor dette er avtalt (for tiden 15 avdelinger). I tillegg bistår farmasøytene sykehusene med å komme i gang med samstemming. Dette gjøres gjennom undervisning og møter.

Sykehusapotek Nord har siden 2014 gjennomført kvalitetsmålinger knyttet til samstemming av legemiddellister. Dette gjøres 1-2 ganger per år ved utvalgte avdelinger (kvalitetsstudien). Data fra kvalitetsstudien har til nå resultert i tre masteroppgaver i farmasi og tre postere.

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  
*Ikke aktuelt*

### 3.7 Pasientsikkerhet

#### Krav for 2018

1. Sende nødvendig informasjon med alle pasienter som skrives ut og som har behov for kommunal oppfølging. Dette for å sikre et godt og helhetlig behandlings- og pasientforløp. Informasjonen innebærer blant annet at foreløpig epikrise, samstemt legemiddelliste og medikamenter skal følge med pasienten ved utreise, jf. tjenesteavtale 5. Dersom opplysningene ikke er tilgjengelig ved utreise, for personell som skal ivareta pasienten, skal heller ikke pasienten reise ut fra sykehuset.

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*SANO fortsetter å gi opplæring og støtte til sykehusene i implementeringen av samstemming av legemiddellister også etter 2018.*

---

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

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

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  
*Ikke aktuelt*

#### 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  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst 1. tertial

<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

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

Sykehusapotek Nord bistår sykehusforetakene med å fremskaffe og bearbeide statistikk over forbruk av antibiotika. Farmasøyter fra Sykehusapotek Nord inngår i A-teamene ved sykehusene. Det er etablert et samarbeid mellom Sykehusapotek Nord og Helse Nord om å gjøre antibiotikastatistikk tilgjengelig i Helse Nord's ledelsesinformasjonssystem (SAS-LIS). Dette arbeidet er i startfasen. I samarbeid med de øvrige sykehusapotekforetakene er det etablert en egen nettside med antibiotikastatistikk. Nettsiden er tilgjengelig for ansatte i helseforetakene.

Rapporteringstekst Årlig melding

Sykehusapotek Nord bistår sykehusforetakene med å fremskaffe og bearbeide statistikk over forbruk av antibiotika. Farmasøyter fra Sykehusapotek Nord inngår i A-teamene ved sykehusene. Det er etablert et samarbeid mellom Sykehusapotek Nord og Helse Nord om å gjøre antibiotikastatistikk tilgjengelig i Helse Nord's ledelsesinformasjonssystem (HN-LIS). Dette arbeidet er i startfasen (meldt inn som ønske om nytt system i HN-LIS). I samarbeid med de øvrige sykehusapotekforetakene er det etablert en egen nettside med antibiotikastatistikk. Nettsiden er tilgjengelig for ansatte i helseforetakene.

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

Rapporteringstekst 2. tertial

*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding

*Farmasøyter fra SANO deltar i NOIS-registrering ved noen lokasjoner i samarbeid med sykehusene.*

4. 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

*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding

*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding

*Ikke aktuelt*

6. 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?*

**7. Vaksinere 75 % av helsepersonell med direkte pasientkontakt for sesonginfluensa.**

Rapporteringstekst Årlig melding

*SANO har lagt til rette for at alle ansatte kan ta vaksine for sesonginfluensa. Ca. 50 % av de ansatte har tatt denne, de fleste som har tatt vaksinen jobber i stillinger med direkte pasientkontakt (publikumsavdelingene og avdelingene for rådgivning og klinisk farmasi). Målet om 75 % vaksinasjon av personell med direkte pasientkontakt er dermed oppnådd.*

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 optakskommuner.

Rapporteringstekst Årlig 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

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

SANOs forskningsprosjekter er innenfor de prioriterte områdene, blant annet helsetjenesteforskning, forskning på pasientsikkerhet og farmasøytisk forskning, og er en videreutvikling av våre tjenester. I prosjektplanlegging legges det opp til aktiv brukermedvirkning. Forskningskultur og formidling er fokusområder i SANO, og det har i løpet av det siste året blitt opprettet nettverk for ansatte med forskningskompetanse, vært fokus på formidling av forskning internt i eget foretak, nasjonalt og internasjonalt. Vi ser en klar sammenheng mellom forskningskultur og formidling, og løpet av våren 2018 ble det arrangert et forskningsseminar i SANO som styrket begge områder. Det er opprettet en forskningsside på SANOs nettsider. Denne er under utvikling.

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

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

##### **Etikk, habilitet og forsvarlighet**

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

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

Rapporteringstekst Årlig melding

SANO etablerte i 2018 et forskningssamarbeid med UNN, NLSH og UiT som resulterte i en søknad om midler fra programmet for regionalt samarbeid innen pasientnære klinisk forskning og/eller helsetjenesteforskning (KlinReg). Søknaden ble innvilget, og prosjektet har oppstart januar 2019.

#### 3. Øke antall kliniske behandlingsstudier sammenliknet med 2017.

Rapporteringstekst Årlig melding

Ikke aktuelt

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 multipel sklerose (MS)).

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*SANO har inngått avtale med UNN om å inngå i deres system for registrering og fremming av innovasjonsprosjekter (Induct). Det er utpekt en ansvarlig for dette i foretaket.*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

## 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

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



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

For energiforbruk, avfall og vann inngår Sykehusapotek Nord i sykehusenes tall. Det er foreløpig ikke utarbeidet mål for innkjøp, men dette kan vurderes i forbindelse med revisjon av miljøstyringssystemet. Dette er ikke gjort da det vesentligste av Sykehusapotek Nord innkjøp er varer for videresalg til sykehus og

*pasienter. Det er egen avtale med grossisten som leverer varer for videresalg. Avtalen inneholder også miljøkrav.*

## 2. Stille miljøkrav i alle anskaffelser.

Rapporteringstekst Årlig melding  
*I anskaffelser der dette er aktuelt, og hvor SANO deltar eller er part, tilstrebes det at det stilles miljøkrav.*

## 3. Tilrettelegge flere møter for deltakelse via telematikk.

Rapporteringstekst Årlig melding  
*SANO bruker telematikk når dette er mulig. Dette gjelder både for interne møter, kurs og lignende, og i forbindelse med samarbeid med eksterne aktører.*

## 4. Redusere pasientreiser ved ambulering, bruk av telematikk, og universelt utformede kommunikasjons hjelpemidler.

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

## 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  
*SANO gjennomførte ledelsens gjennomgang i 2018. Informasjonssikkerhet var en del av denne.*

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

<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)

Avvik som omfatter SANO er lukket.

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

Rapporteringstekst Årlig melding

Status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet ble styrebehandlet 31. mai 2018.

**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

SANO har ikke egen SLA med Helse Nord IKT (SANO inngår i sykehusenes SLA).

**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

SANO har ikke levert en slik oversikt, da ingen underleverandører og deres underleverandører har tilgang til apotekets infrastruktur (apoteknettene).

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.Ansvaret 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  
Ikke aktuelt

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  
Ikke aktuelt

### 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  
Det er utarbeidet forslag til sikkerhetsorganisasjon for SANO, denne er sendt til Helse Nord RHF for godkjenning. Tilbakemelding er foreløpig ikke mottatt.

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*SANO deltar i nasjonalt arbeid som vil gi føringer for egne beredskapsplaner og rutiner. Dette arbeidet er ikke ferdig, og beredskapsplanene er derfor ikke oppdatert.*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Regional legemiddelkomite har ikke gjennomført ROS-analyse av legemiddelberedskap i 2018.. I sykehusforetakene hvor SANO er legemiddelleverandør inngår SANO i sykehusenes beredskapsplaner. Som del av dette inngår blant annet beredskapslagring av legemidler, omfanget besluttet i samarbeid med sykehusene. Videre har SANO interne beredskapsplaner som skal sikre legemiddelleveranser til sykehusene som har avtale om dette med SANO.*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*SANO bidrar til dette gjennom deltakelse i Regionalt beredskapsutvalg, og i dialog med de enkelte sykehusforetak.*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*SANO har prosedyrer for å sikre drift uten tilgang til IKT, utover dette har det ikke vært vurdert behov for nye tiltak.*

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 brukarmedvirkning

### 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  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

3. Sikre reell brukarmedvirkning i forskning, jf. retningslinjene for dette vedtatt i styresak 19-2015.

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Representant fra brukerutvalget i SANO er del av prosjektgruppa knyttet til forskningsprosjektet «Farmasøyt i Akuttmodtak.» Representanten har blant annet deltatt på studieturer og utforming av søknad om forskningsmidler fra KlinReg programmet i Helse Nord. Forskning og forskningsrelaterte prosjekter som gjennomføres i SANO blir presentert i brukerutvalget for innspill og diskusjon.*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Som del av kompetanseutviklingen i foretaket tilbys farmasøyter ansatt i rådgivnings- og publikumsavdelingene kurs i klinisk kommunikasjon. Ved ombygging av eksisterende lokaler og/eller nybygg vektlegges tilgjengelighet, framkommelighet og diskresjon, også for pasienter med funksjonsnedsettelse.*

### Foretaksspesifikke krav for 2018:

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

1. Lede et fellesprosjekt mellom de regionale helseforetakene for å samordne arbeidet med nye 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

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.

18 % av de ansatte i Sykehusapotek Nord har for tiden deltidsstillinger.

#### Rapporteringstekst Årlig melding

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

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



## Tertialrapport og Årlig melding 2018

### Rapporteringstekst 2. tertial

Sykefraværet per juli 2018 var på 9,8 %. Dette er en økning på 4,1 prosentpoeng i forhold til fraværet per juli 2017.

Det har vært en nedgang i det korteste fraværet, mens det ellers har vært en økning i sykefraværet.

Det er særlig fraværet som er lengre enn 56 dager som har økt. De langtidssykemeldte følges opp i henhold til IA-avtalen. Langtidsfraværet er i liten grad vurdert til å være arbeidsrelatert.

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 og oppfølging av tiltak. Dette arbeidet pågår fortsatt.

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 Årlig melding

Sykefraværet per desember 2018 var på 9,6 %. Dette er en økning på 3,8 prosentpoeng i forhold til fraværet per desember 2017.

Det har vært en nedgang i det korteste fraværet, mens det ellers har vært en økning i sykefraværet.

Det er særlig fraværet som er lengre enn 56 dager som har økt. De langtidssykemeldte følges opp i henhold til IA-avtalen. Langtidsfraværet er i liten grad vurdert til å være arbeidsrelatert.

Det jobbes på flere nivåer i foretaket med å redusere sykefraværet. Sykefravær er et fast punkt på agendaen i alle møter i foretakets AMU. Sykefravær er også et tema i samarbeidsutvalgene i Bodø og Tromsø.

I avdelinger med særlig høyt fravær som kan være arbeidsrelatert, er det hentet inn ekstern kompetanse som har sett på årsakene til fraværet. I etterkant av kartleggingen er det så gjennomført tiltak for å redusere fraværet.

Sykemeldte følges opp i henhold til gjeldende rutiner i foretaket. Rutinene springer ut av kravene som stilles til oppfølging av sykefravær for IA-bedrifter. Oppfølging skjer normalt som følger

- Ansatte som ikke kommer på jobb på grunn av sykdom skal første fraværsdag per telefon melde fra til avdelingsleder. Fravær skal normalt ikke meldes per SMS eller e-post.
- Innen 6. fraværsdag skal leder kontakte ansatte. Målet med samtalen er å få til en god prosess, samt forebygging av videre fravær.
- Innen fire ukers sykemelding skal det være utarbeidet en individuell oppfølgingsplan. Dette arbeidet skal starte så tidlig som mulig.
- Senest innen sju uker etter at arbeidstaker har vært helt eller delvis borte fra arbeidet skal det avholdes dialogmøte mellom Sykehusapotek Nord, arbeidstaker og sykemelder.
- Innen ni uker skal arbeidsgiver sende oppfølgingsplan og rapporteringsskjema med informasjon om oppfølgingsarbeidet til NAV.
- Senest etter 26 uker avholdes det i regi av NAV dialogmøte mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, unntatt når et slikt møte antas å være åpenbart unødvendig.
- Når sykemeldingsperioden utløper etter 12 måneder skal det avklares om gjenoptakelse av arbeidet er mulig. Hvis ikke må andre løsninger vurderes.

Sykehusapotek Nord legger vekt på at den sykemeldte skal få anledning til å opprettholde kontakten med arbeidsstedet gjennom å invitere til deltakelse på sosiale arrangementer med videre.

## Tertialrapport og Årlig melding 2018

*Sykemeldte kan etter behov og ønske få tilbud om coaching, samtale med psykolog, kursing og lignende.*

*Sykehusapotek Nord får etter ønske bistand fra bedriftshelsetjenesten i arbeidet med å følge opp sykemeldte. I samarbeid med bedriftshelsetjenesten utarbeides det årlige handlingsplaner for HMS, disse omfatter også arbeidet med reduksjon av sykefravær.*

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

Rapporteringstekst Årlig melding

*SANO deltar ikke i regionalt nettverk for arbeid med reduksjon av sykefravær og økt nærvær. SANO er ikke invitert inn i dette arbeidet og er heller ikke kjent med at det finnes et slikt nettverk.*

### 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

*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.*

*68 % av de ansatte har registrert om de har bierverv eller ikke.*

### 5. Publisere digital lederhåndbok i Compendia.

Rapporteringstekst Årlig melding

*SANO har ikke publisert digital lederhåndbok i Compendia. SANO er ikke kjent med at det finnes en digital lederhåndbok som kan publiseres.*

## 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

*SANO har ikke deltatt i utvikling av felles regionale kompetansestrategier, SANO er ikke kjent med at dette arbeidet pågår.*

### 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.*

Rapporteringstekst 2. tertial

*Sykehusapotek Nord vil i samarbeid med øvrige sykehusapotekforetak melde inn forventet framtidig utdanningsbehov til Helsedirektoratet i løpet av september.*

Rapporteringstekst Årlig melding

*Sykehusapotek Nord har ikke utarbeidet helhetlige langsiktige og kortsiktige planer med tanke på framtidig bemanningsbehov, men har oversikt over forventet bemanningsbehov innenfor enkelte fagområder, spesielt klinisk farmasi og rådgivning. Rekrutteringssituasjonen ved enkelte lokasjoner er krevende både for apotekteknikere og farmasøyter. Sykehusapotek Nord jobber derfor for å øke utdanningskapasiteten for disse gruppene blant annet ved å tilby praksisplasser, veilede studenter og legge til rette for gjennomføring av masteroppgaver i farmasi.*

*Sykehusapotek Nord sendte i september inn innspill til Helse Nord sitt tilsvare på Helsedepartementet sin forespørsel om forventet framtidig utdanningsbehov.*

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

Rapporteringstekst 2. tertial

*Sykehusapotek Nord tilbyr foretakets ledere plass på relevante regionale og nasjonale helselederprogrammer som master i helseledelse og nasjonalt topplederprogram. Sykehusapotek Nord kan også tilby plass på andre lederutviklingsprogrammer.*

*Sykehusapotek Nord har jevnlig ledersamling der fokus blant annet er på ledelse. Forrige samling var i juni 2018. Et eget lederutviklingsprogram for ledere i Sykehusapotek Nord er for tiden under utarbeidelse. Oppstart er planlagt til januar 2019.*

*Ved behov og ønske gis det tilbud om coaching og personlig oppfølging for ledere.*

*Det har de siste årene vært fokus på å utvikle foretakets ledergrupper, det har vært gjennomført egne opplegg for dette.*

Rapporteringstekst Årlig melding

*Sykehusapotek Nord tilbyr foretakets ledere plass på relevante regionale og nasjonale helselederprogrammer som master i helseledelse og nasjonalt topplederprogram. Sykehusapotek Nord kan også tilby plass på andre lederutviklingsprogrammer.*

*Sykehusapotek Nord har jevnlig ledersamling der fokus blant annet er på ledelse. Forrige samling var i juni 2018. Et eget lederutviklingsprogram for ledere i Sykehusapotek Nord er for tiden under utarbeidelse.*

*Ved behov og ønske gis det tilbud om coaching og personlig oppfølging for ledere.*

*Det har de siste årene vært fokus på å utvikle foretakets ledergrupper, det har vært gjennomført egne opplegg for dette.*

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

Rapporteringstekst Årlig melding

*SANO har ikke deltatt i utvikling av felles kompetanseplan for leder i Helse Nord. SANO er heller ikke kjent med at dette arbeidet pågår.*

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

Rapporteringstekst Årlig melding

*SANO er ikke kjent med prosjektet kompetansestyringssystem.*

#### **6. Delta i utvikling og implementering av regional annonse- og rekrutteringsveileder.**

Rapporteringstekst Årlig melding

*SANO er invitert til å delta i Styringsgruppe og referansegruppe til prosjektet «Smart annonsering», et prosjekt som har som formål å utnytte nye muligheter til å finne, matche og aktivt kommunisere med aktuelle jobb kandidater gjennom digitale medier. SANO har ikke ressurser til å delta i prosjektet.*

### 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  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

### 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

*SANO har ikke deltatt i utvikling av regional kompetanseplan for opplæring i HMS. SANO er heller ikke kjent med at dette arbeidet pågår.*

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

Rapporteringstekst Årlig melding

*SANO har ikke deltatt i arbeidet med strategi og kompetanseplan for vernetjenesten. SANO er heller ikke kjent med at dette arbeidet pågår.*

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

Rapporteringstekst Årlig melding

*SANO har ikke deltatt i utvikling og bruk indikatorer for HMS i Helse Nords ledelsesinformasjonssystem. SANO er heller ikke kjent med at dette arbeidet pågår.*

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

*SANO har deltatt i arbeidet med utvikling, implementering, gjennomføring og oppfølging av ForBedring. SANO gjennomførte undersøkelsen og har fulgt opp resultatene.*

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

Rapporteringstekst Årlig melding

*SANO jobber med å gjennomgå og oppdatere prosedyrer for varsling, oppfølging og rapportering av vold, trusler og trakassering.*

## 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  
Ikke aktuelt

#### 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 kompetansemodulet i personalportalen.

Rapporteringstekst 2. tertial

*Satsning på klinisk farmasi: Sykehusapotek Nord HF har per i dag kliniske farmasøyter ansatt ved 10 av 11 sykehus i regionen, det jobbes med å rekruttere klinisk farmasøyt til Kirkenes sykehus, og videre rekruttering for å oppnå måltallene for 2019. Videre arbeides det med flere tiltak som har som mål å vise gevinstrealisering for sykehusene, her under bruk av database for registrering av klinisk arbeid, søknad om forskningsmidler fra Helse Nord. De kliniske farmasøytene deltar aktivt i implementering av nye prosedyrer for legemiddelsamstemming.*

*Innkjøp: Sykehusapotek Nord ser stor nytte i regionalt samarbeid om innkjøp. Særlig relevant for Sykehusapotek Nord er legemiddelinnkjøpssamarbeidet og samarbeid om anskaffelse av grossisttjenester. Samarbeid om legemiddelanskaffelse og leveranse gir lavere priser, bedre leveringssikkerhet og bedre kompetanse.*

*Innføring av nytt sak-/arkivsystem: På grunn av forsinkelser i det regionale prosjektet er nytt sak-/arkivsystem er foreløpig ikke innført, men det forventes enklere og kvalitetsmessig bedre saksbehandling og arkivering.*

*Innføring av kompetansemodulet: Det er utviklet flere kompetanseplaner og kompetansemål i modulet. Kompetanseplan for nyansatte er tatt i bruk. Rådgivningsfarmasøyter fra foretaket bidrar i utarbeidelse av kompetansemål og kompetanseplaner på legemiddelområdet ved flere av sykehusforetakene.*

Rapporteringstekst Årlig melding

*Satsning på klinisk farmasi: Sykehusapotek Nord HF har per i dag kliniske farmasøyter ansatt ved 11 av 11 sykehus i regionen, det jobbes med rekruttering for å oppnå måltallene for 2019. Videre arbeides det med flere tiltak som har som mål å vise gevinstrealisering for sykehusene, her under bruk av database for registrering av klinisk arbeid, søknad om forskningsmidler fra Helse Nord. De kliniske farmasøytene deltar aktivt i implementering av nye prosedyrer for legemiddelsamstemming.*

*Innkjøp: Sykehusapotek Nord ser stor nytte i regionalt samarbeid om innkjøp. Særlig relevant for Sykehusapotek Nord er legemiddelinnkjøpssamarbeidet og samarbeid om anskaffelse av grossisttjenester. Samarbeid om legemiddelanskaffelse og leveranse gir lavere priser, bedre leveringssikkerhet og bedre kompetanse.*

*Innføring av nytt sak-/arkivsystem: På grunn av forsinkelser i det regionale prosjektet er nytt sak-/arkivsystem er foreløpig ikke innført, men det forventes enklere og kvalitetsmessig bedre saksbehandling og arkivering.*

*Innføring av kompetansemodulen: Det er utviklet flere kompetanseplaner og kompetansemål i modulen. Kompetanseplan for nyansatte er tatt i bruk. Rådgivningsfarmasøyter fra foretaket bidrar i utarbeidelse av kompetansemål og kompetanseplaner på legemiddelområdet ved flere av sykehusforetakene.*

## 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  
*Ikke aktuelt*

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  
*Ikke aktuelt*

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  
*Ikke aktuelt*

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

6. Ha avtaler for arealdeling av universitetsarealer.

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*



7. Inngå skriftlig avtale for utleie av lokale datarom til Helse Nord IKT. Leieavtalen skal beskrive eiers (helseforetakets) ansvar for datarommene fysiske og tekniske tilstand iht. krav til lokale datarom i regionalt styringsystem for informasjonssikkerhet. Avvik fra kravene skal lukkes innen 31. desember.

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

### 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

Sykehusapotek Nord styrebehandlet «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 Årlig melding

Sykehusapotek Nord styrebehandlet «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:

**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

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. I første omgang er fokus å erstatte funksjonaliteten til dagens forretningsystem «FarmaPro». Dette vil gjøre at varekjøp vil komme på over 90 % av scope. Oppstart av første avdeling er planlagt 1. kvartal 2019.

#### Rapporteringstekst Årlig melding

Sykehusapotek Nord jobber med å ta i bruk Clockwork som innkjøps- logistikk og lagersystem. Planen er å starte implementeringen våren 2019. Senest medio 2020 skal hele foretaket ha tatt i bruk systemet. I første omgang er fokus å erstatte funksjonaliteten til dagens forretningsystem «FarmaPro». Dette vil gjøre at varekjøp vil komme på over 90 % av scope. Oppstart av første avdeling er planlagt 2. kvartal 2019.

### 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

Sykehusapotek Nord tilstreber å delta i anskaffelsesprosjekter der foretakets fagkompetanse er ønsket og/eller nødvendig. Sykehusapotek Nord bidrar for tiden i nasjonal anskaffelse av grossisttjenester for 2021-2026, samt i utlysning og anskaffelse av LIS-legemidler.

Rapporteringstekst Årlig melding

*Sykehusapotek Nord tilstreber å delta i anskaffelsesprosjekter der foretakets fagkompetanse er ønsket og/eller nødvendig. Sykehusapotek Nord bidrar for tiden i nasjonal anskaffelse av grossisttjenester for 2021-2026, samt i utlysning og anskaffelse av LIS-legemidler.*

#### 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

*Sykehusapotek Nord har ikke midlertidig samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.*

*Prosessene rundt inngåelse av samarbeidsavtaler har vært knyttet til de foretakene som har overdratt ansatte til Sykehusinnkjøp. Behovet for inngåelse av samarbeidsavtaler koordineres av Sykehusinnkjøp i dialog med Helse Nord og etter hvert også med Sykehusapotek Nord.*

*Arbeid med inngåelse av samarbeidsavtale er nå satt i gang, og det planlegges møte med Sykehusinnkjøp i løpet av oktober 2018.*

Rapporteringstekst Årlig melding

*Sykehusapotek Nord har ikke midlertidig samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.*

*Prosessene rundt inngåelse av samarbeidsavtaler har vært knyttet til de foretakene som har overdratt ansatte til Sykehusinnkjøp. Behovet for inngåelse av samarbeidsavtaler koordineres av Sykehusinnkjøp i dialog med Helse Nord og etter hvert også med Sykehusapotek Nord.*

*Det ble gjennomført møte med Sykehusinnkjøp i oktober 2018. Det er foreløpig ikke inngått samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.*

#### 5. Samfunnsansvar

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

Rapporteringstekst Årlig melding

*Ikke aktuelt*

## 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

*Ledelsens gjennomgang ble gjennomført 5. mars 2018.*

*Ledelsens gjennomgang ble styrebehandlet i styremøte 27. september 2018.*

## 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  
*Ikke aktuelt*

- Brukererfaringer med fødsel- og barselomsorgen i 2016

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

- 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2017

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

- 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2017

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

- 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2017

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

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

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

- 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."

## *Tertialrapport og Årlig melding 2018*

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*

- **Andel episoder rapportert med korrekt behandlingssted til Norsk pasientregister**

Rapporteringstekst Årlig melding  
*Ikke aktuelt*



<b>Oppdragsdokument 2019</b>	
Styresak nr.:	6 - 2018
Møtedato:	7. februar 2018
Saksbehandler:	Direktør Espen Mælen Hauge
Vedlegg:	1) Foretaksmøtesak 4 -2019 (saksfremlegg inkl. oppdragsdokumentet utkast (med fargelegging))

### **Kort saksresyme**

Med forbehold om godkjenning i Helse Nord RHF-styrets saksbehandling i styremøtet 7.2.2019 og i foretaksmøtet samme dato, legges her *Oppdragsdokument 2019* frem for styret i Sykehusapotek Nord HF til orientering.

Det vises til vedlegg 1 som er saksfremlegget til foretaksmøtet for nærmere beskrivelse av oppdragsdokumentets formål og innhold. Utkast til oppdragsdokument 2019 ligger ved foretaksmøtesaken som eget vedlegg. Til denne styresaken er utkastet markert med gul tekstmarker på vilkår som er særlig relevant, og må vektlegges av Sykehusapotek Nord HF i sitt arbeid i 2019.

Med forbehold om vedtak i Helse Nord RHF's styresak 3-2019 *Oppdragsdokument til helseforetakene* og vedtak i foretaksmøtet sak 4-2019 (begge møtene den 7. februar 2019) avgir direktøren for Sykehusapotek Nord HF følgende:

### *Innstilling til vedtak*

---

1. *Styret for Sykehusapotek Nord HF tar Oppdragsdokument 2019 til etterretning.*
2. *På vegne av styret i Sykehusapotek Nord HF har direktøren ansvar for gjennomføring av kravene som er stilt i oppdragsdokumentet.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

## Saksfremlegg

Oppdragsdokument for 2019 konkretiserer bestillingen fra Helse Nord RHF til Sykehusapotek Nord HF (SANO). Dokumentet inneholder Helse Nord RHF's eierkrav overfor helseforetakene.

Oppdragsdokumentet uttrykker Helse Nord RHF's prioriteringer innen rammen av nasjonal politikk og de ressurser som er stilt til disposisjon for foretaksgruppen. Oppdragsdokumentet til helseforetakene behandles først i RHF-styret og overleveres deretter til Sykehusapotek Nord HF i foretaksmøtet 7. februar 2019.

I vedlegget er utkastet til oppdragsdokument markert med gul tekstmarker på vilkår som er særlig relevant og må vektlegges for SANO i 2019. Det vil også være andre oppfølgingspunkt i oppdraget som kun er markert med gul på overskriftene og «krav til alle foretak», som dermed har relevant betydning for SANO, for eksempel kravene for 2019 på klima og miljøtiltak (punkt 4.1), informasjonssikkerhet (4.2) herunder styrebehandling av ROS-analyse innen 1. juni 2019, beredskap (4.4), god pasient- og brukervedvirkning (kap. 6), samt sikre gode arbeidsforhold (kap. 7).

For så vidt må de gule tekstmarkeringene i denne sammenheng forstås som en veiledende tilnærming til oppdragsdokumentet som for øvrig må leses i detalj for forstå SANOs virksomhet i sammenheng. Nytt av i år er imidlertid at det på forhånd har vært gjort en grundig gjennomgang av tidligere oppdragsdokument for å skille ut det som åpenbart er de andre helseforetakenes oppdrag og ikke passer for sykehusapoteket.

Dette innebærer også at tidligere formulering for å presisere Sykehusapotek Nord HF's oppdrag hvor det sto: *«Foretaksspesifikke og generelle mål innenfor sykehusfarmasi/legemidler gis til de fire sykehusapotekforetakene, som aktivt skal samhandle med SANO. SANO sitt oppdrag er å bistå de andre helseforetakene til å nå disse målene.»*, nå er utelatt.

Dette fremgår imidlertid nå av intensjonen med oppdraget som for SANOs del blant annet kommer til uttrykk i foretaksmøtets saksfremlegg slik:

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

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

Det vises for øvrig til vedlagte foretaksmøtesak for en nærmere beskrivelse av oppdragsdokumentets formål og innhold.

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

Deres ref.:

Vår ref.:  
2019/8-1/012

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

Sted/Dato:  
Bodø, 30.1.2019

## Foretaksmøte, den 7. februar 2019 - innkalling, Sykehusapotek Nord HF

Under henvisning til bestemmelsene i Lov om helseforetak m. m. (helseforetaksloven) kapittel 5 *Foretaksmøtet* §§ 16, 17, 18 og 19, samt stiftelsesprotokoll for Sykehusapotek Nord HF § 10, innkalles til foretaksmøte i Sykehusapotek Nord HF på **torsdag, den 7. februar 2019 - kl. 13.00.**

Møtet avvikles som et felles foretaksmøte for helseforetakene i Helse Nord. Møtet avholdes i **Bodø i Helse Nord RHF's lokaler, Sjøgata 10.**

Til behandling foreligger følgende saker:

Sak 1-2019 Godkjenning av innkalling

Sak 2-2019 Godkjenning av saksliste

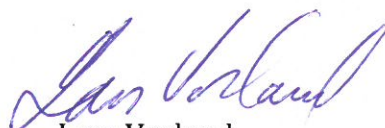
Sak 3-2019 Valg av representant til å underskrive protokollen sammen med møteleder

Sak 4-2019 Oppdragsdokument 2019 Sykehusapotek Nord HF

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

Vennlig hilsen

Renate Larsen /s/  
Styreleder

  
Lars Vorland  
Adm. direktør

Vedlegg: Sak 4-2019 Oppdragsdokument 2019 Sykehusapotek Nord HF

Kopi: Riksrevisjonen, Postboks 8130 Dep, 0032 Oslo

Møtedato: 7. februar 2019  
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:  
Ingvild Dokmo/Kristian Fanghol

Sted/Dato:  
Bodø, 30.1.2019

## **Foretaksmøtesak 4-2019**

## **Oppdragsdokument 2019**

## **Sykehusapotek Nord HF**

Helse Nord RHF gir i dette dokumentet oppgaver, styringskrav, rammer og ressurser til Sykehusapotek Nord HF.

### **Beslutningsgrunnlag**

Oppdragsdokument 2019 fra Helse- og omsorgsdepartementet ble overlevert Helse Nord RHF formelt i foretaksmøte 15. januar 2019. I tillegg ble det gitt andre føringer og krav i samme foretaksmøtet som ble overlevert gjennom protokollen fra dette møtet.

*Styresak 82-2018 Plan 2019-2022 - inkl. rullering av investeringsplanen 2019-2026 (styremøte 20. juni 2018)* redegjør for Helse Nord's strategi og tiltak for å nå Helse Nord sine overordnede mål i perioden.

Regional utviklingsplan 2035, jf. styresak 158-2018 (styremøte 19. desember 2019), anviser de tema og problemstillinger som det må arbeides med, for å møte de behov og oppgaver spesialisthelsetjenesten skal løse på lang sikt. Regional utviklingsplan 2035 inngår i Helse Nord's «planhierarki» og konkretiseres i felles prosesser i foretaksgruppen hvor prioriteringer og bevilgning av ressurser skjer (årlige oppdragsdokument, fireårige handlingsplaner og åtteårige investeringsplaner).

### **Fokusområder fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)**

HOD ber Helse Nord RHF om å innrette sin virksomhet i tråd med følgende overordnede styringsmål i 2019:

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

HOD viderefører visjonen om pasientens helsetjeneste. Det betyr at pasientene i Helse Nord skal oppleve respekt og åpenhet og involveres i beslutningsprosesser gjennom samvalg så de sikres reell innflytelse for egen behandling. Det skal legges vekt på å etablere helhetlige og koordinerte pasientforløp mellom helseforetak og sykehus og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste, inkludert fastlegene.

Tilrettelegging for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, som også innebærer bruk av tolketjenester når det er behov for det, er en forutsetning for å ivareta reell medvirkning. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester

må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas.

Kontinuerlig forbedring skal være målet for virksomhetenes arbeid på alle områder. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er et viktig verktøy i dette arbeidet og skal implementeres på alle nivåer. Kvalitets- og pasientsikkerhetsmålinger, kvalitetsregistre, forskningsbasert kunnskap og pasienterfaringer må brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid.

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

Innbyggere og pasienter skal ha tillit til at personopplysninger håndteres på en trygg og sikker måte. Det er virksomhetens ledelse som har ansvar for å etablere og opprettholde tilfredsstillende informasjonssikkerhet.

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

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

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å sikre riktige faglige prioriteringer. Aktivitetsnivået må tilpasses de økonomiske rammebetingelser for budsjettåret. Sykehusapotek Nord HF sine publikumsavdelinger skal samlet gå med overskudd i 2019.

#### **Foretaksspesifikke krav 2019 for Sykehusapotek Nord HF**

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

1. Legge til grunn prinsipper for håndtering av prisinformasjon på legemidler slik de er vedtatt av de regionale helseforetakene. I samarbeid med de regionale helseforetakene og Sykehusinnkjøp HF følge opp tiltaksplanen for rapport om enhetspriser. Vurdere om webløsningen Sykehusapotekenes legemiddelkostnader (SLMK) kan være elektronisk informasjonskanal for å gi alle helseforetak den samme nødvendige prisinformasjon på legemidler.
2. Sette egne mål og øke antall gjennomførte utskrivningssamtaler med farmasøyt.

Med forbehold om vedtak i styresak 3-2019 Oppdragsdokument 2019 til helseforetakene, som behandles i styremøte, den 7. februar 2019, inviteres foretaksmøtet i Sykehusapotek Nord HF til å fatte følgende vedtak:

1. Foretaksmøtet vedtar vedlagte dokument som oppdragsdokument 2019 for Sykehusapotek Nord HF.
2. På vegne av styret i Helse Nord RHF har adm. direktør i Helse Nord RHF ansvar for å følge opp helseforetakets gjennomføring av kravene som er stilt i oppdragsdokumentet 2019.

Bodø, den 30. januar 2019

Lars Vorland  
Adm. direktør

Vedlegg: Oppdragsdokument 2019 til helseforetakene, utkast pr. 25. januar 2019  
Tilleggslisten til oppdragsdokument 2019

# Oppdragsdokument 2019

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene



Behandles av styret i Helse Nord RHF 7. februar 2019

## Innhold

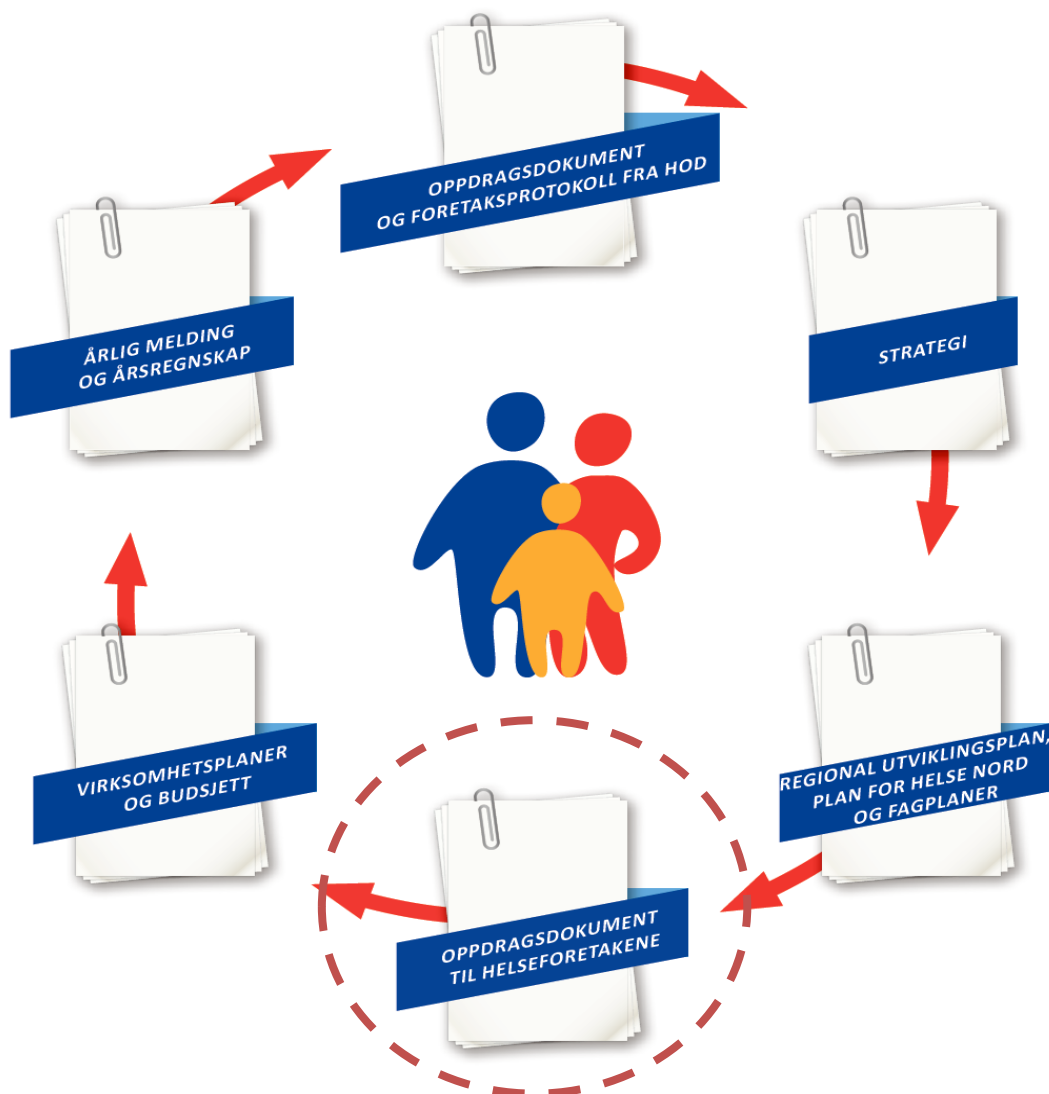
1	Innledning.....	3
2	Mål og føringer .....	4
3	Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.....	6
3.1	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder .....	6
3.2	Somatikk.....	7
3.3	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	8
3.4	Samhandling med leverandører av private helsetjenester .....	9
3.5	Kvalitetsutvikling.....	9
3.6	Pasientsikkerhet .....	10
3.7	Smittevern .....	10
3.8	Forskning og innovasjon.....	10
4	Øvrige områder .....	11
4.1	Klima- og miljøtiltak.....	11
4.2	Personvern og informasjonssikkerhet.....	11
4.3	Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet .....	12
4.4	Beredskap .....	12
5	Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp.....	13
6	Sikre god pasient- og brukermedvirkning.....	14
7	Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell .....	14
7.1	Sikre gode arbeidsforhold.....	14
7.2	Tilstrekkelig kvalifisert personell.....	15
7.3	Utdanning av legespesialister.....	15
7.4	Helse, miljø og sikkerhet (HMS) .....	15
8	Innfri økonomiske mål i perioden.....	16
8.1	Resultatkrav.....	16
8.2	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	16
8.3	Anskaffelsesområdet.....	16
9	Styringsparametere 2019 .....	17
10	Oppfølging og rapportering.....	19
11	Vedlegg.....	20
11.1	Vedlegg 1 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering .....	20



# 1 Innledning

Helse Nord RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Oppdragsdokumentet inneholder de prioriterte kravene for 2019 og er viktig for å utvikle helsetjenesten til befolkningen.

Helse Nord RHF sin virksomhetsstyring skal være sammenhengende, forutsigbar og tydelig på kort og lang sikt. Våre planer skal oppfylle de lovpålagte hovedoppgaver: pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell, forskning, og utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling.



Figur 1 Helse Nord planlegger og styrer helhetlig og forutsigbart. Sammenhengende virksomhetsstyring

## 2 Mål og føringer

Oppdragsdokumentet skal bidra til å nå Helse Nords regionale styringsmål:

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.
5. Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp

Oppdragsdokumentet er bygd opp rundt disse målene.

Vår eier, Helse- og omsorgsdepartementet, har prioritert og krever at vi oppfyller følgende nasjonale styringsmål:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Andre overordnede føringer er Helse Nords regionale utviklingsplan, økonomisk langtidsplan og investeringsplan (Plan for Helse Nord), jf. figur 1. Disse planene beskriver utfordringene på lang sikt og hvordan målene skal nås.

Dagens struktur på spesialisthelsetjenesten i Helse Nord, som kombinerer desentrale tilbud med høyspesialiserte tilbud i hovedsak ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF og et bredt tilbud ved Nordlandssykehuset, er tjenlig for landsdel og befolkning. En slik strategi forutsetter at foretaksgruppen evner å utvikle seg, styrke samarbeidet i forpliktende faglige nettverk mellom enheter og fagmiljø og endre seg for å sikre kvaliteten på tilbudet.

Det viktigste arbeidet for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet skjer lokalt. Med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring har ledere fått et verktøy som skal ligge til grunn for lederes og styrenes oppfølging av arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Det skjer endringer i måten helsetjenestene kan ytes på. Det gir store muligheter i nord og Helse Nords ambisjon er å være i front når det gjelder medisinsk avstandsoppfølging. Dette gjøres ved å ta i bruk teknologi som kan kompensere for våre store avstander og bedre samhandlingen mellom helsetjeneste og pasient og mellom ulike nivå i helsetjenesten.

For å utvikle gode helhetlige pasientforløp til pasientene, styrke kvaliteten og bruke ressursene på en god måte må samhandlingen med den kommunale helsetjenesten forbedres.

Det skal legges til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. Dette betyr bruk av tolketjenester ved behov. Samiske pasienters rett til og behov for

tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen og når beslutninger tas.

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

Prinsippene for prioritering<sup>1</sup> skal ligge til grunn for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder nye legemidler, teknologi og endring i arbeidsprosesser. Der beslutningssituasjonens tema/karakter tilsier det, skal prioriteringskriteriene inngå i grunnlaget for beslutninger sammen med andre relevante hensyn.

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

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

- Nasjonal kreftstrategi (2018–2022) «Leve med kreft»
- Meld. St. 15 (2017–2018) «Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre»
- Nasjonal strategi mot hepatitter 2018–2023
- Meld. St. 11 (2018–2019) «Kvalitet og pasientsikkerhet 2017»
- Lov om nasjonal sikkerhet (sikkerhetsloven). Endret fra 01.01.2019 med utvidet anvendelsesområde.
- NOU 2018:14 «IKT sikkerhet i alle ledd - Organisering og regulering av nasjonal IKT sikkerhet»

Det kan komme supplerende eller nye krav fra HOD. Disse vil bli gitt i foretaksmøter eller i form av egne brev, men vil ikke medføre at dette dokumentet blir revidert.

Krav gitt i tidligere oppdragsdokument gjelder fortsatt selv om de ikke gjentas årlig.

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

Det legges til grunn at foretakene iverksetter nødvendige tiltak for å innfri kravene i oppdragsdokumentet innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder for helseforetaket.

Alle helseforetakene får samme oppdragsdokument, og det er spesifisert hvilke foretak kravene gjelder for.

---

<sup>1</sup> Spesialisthelsetjenesteloven og prioriteringsforskriften

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

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

##### Krav til alle helseforetak:

1. Redegjøre for hvorvidt IKT prosjekter/program er kvalitetssikret i tråd med regional arkitekturstyring samt er i tråd med den nasjonale samhandlingsarkitekturen/nasjonale standarder og prinsipper.

##### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

2. Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid), og rapportere på hvilke tiltak som er iverksatt for å nå målsetningen om å overholde minst 95 pst. av avtalene innen 2021.
3. Median tid til tjenestestart skal reduseres sammenlignet med 2018.
4. Gjennomføre tiltakene fra prosjekt Transport psykisk syke i samarbeid mellom psykisk helsevern og prehospitale tjenester. Finnmarkssykehuset skal samarbeide med UNN og Helgelandssykehuset skal samarbeide med Nordlandssykehuset.
5. Sette egne mål for vesentlig økt antall e-helsekonsultasjoner.
6. Håndtere prisinformasjon på legemidler slik de er vedtatt av de regionale helseforetakene. Det må sørges for tilstrekkelig kommunikasjon og opplæring for de ansatte dette gjelder.
7. Sikre god overføring fra barne- til voksenorientert helsetjeneste.

##### Krav til sykehusforetakene og HN IKT:

8. Øke bruken av digital kommunikasjon med allmennleger, avtalespesialister, pasienter og pårørende og ta i bruk andre ferdigutviklede tjenester på helsenorge.no. Innføringen gjennomføres i Helse Nords prosjekt Digitale Innbyggertjenester.
9. Delta i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet og dele erfaringer med bruk av digitale pasientrettede tjenester (selvtester, o.l.) mellom helseregionene.

##### Foretaksspesifikke krav:

###### **Finnmarkssykehuset:**

10. Utvide samisk tolketjeneste til hele Helse Nord i løpet av 2019 og i samarbeid med de andre helseforetakene styrke informasjonen om ordningen. Det skal rapporteres på antall henvendelser og hvilket helseforetaksområde som etterspør tolketjeneste.

###### **Sykehusapotek Nord:**

11. Legge til grunn prinsipper for håndtering av prisinformasjon på legemidler slik de er vedtatt av de regionale helseforetakene. I samarbeid med de regionale helseforetakene og Sykehusinnkjøp HF følge opp tiltaksplanen for rapport om enhetspriser. Vurdere om webløsningen Sykehusapotekenes legemiddelkostnader (SLMK) kan være elektronisk informasjonskanal for å gi alle helseforetak den samme nødvendige prisinformasjon på legemidler.

## 3.2 Somatikk

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2018 og være under 50 dager innen 2021. Tiltaksplan skal utarbeides innen utgangen av 2. tertial 2019.
2. Utarbeide forslag til sjekklister for prosedyrer, kvalitetsmål og utstyr i akuttmottak for mottak av akutt syke pasienter. Helgelandssykehuset skal lede arbeidet.
3. Ha kompetanse for utredning og diagnostikk av kronisk utmattelsessyndrom.
4. Med utgangspunkt i egne resultater i dagkirurgiatlasene, iverksette tiltak for å redusere uønsket variasjon innen skulderoperasjoner, meniskoperasjoner for pasienter over 50 år og fjerning av mandler.
5. Med utgangspunkt i egne resultater i gynekologiatlasene, iverksette tiltak for å redusere uønsket variasjon. Avtalespesialistene skal involveres i arbeidet.
6. Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst.
7. Minst 60 pst. av pasienter med hjerneinfarkt, som er trombololysebehandlet, skal ha fått denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.
8. Ikke ha korridorpasienter.
9. Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.
10. Rapportere hvordan nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen er implementert, og hvordan anbefalingen om utreisevurdering er fulgt opp.
11. Ha det økonomiske ansvaret for hormonpreparater når kvinner i fertil alder får tilbud om å ta ut egg hvis behandling av alvorlig sykdom kan gå utover fertiliteten.
12. Det skal innføres måltall for registrering av skadedata i Norsk pasientregister fra 2020. Helseforetakene skal arbeide målrettet for å øke registreringsandelen.

### Krav til sykehusforetakene og HN IKT:

13. Planlegge å ta i bruk ny melding om dødsfall og dødsårsak i samarbeid med Folkehelseinstituttet og Direktoratet for eHelse.

### Foretaksspesifikke krav:

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

14. Etablere regionalt kompetansesenter for senvirkninger av kreftbehandling.
15. Etablere metode for peptid reseptor radionukleotid behandling av maligne lidelser.
16. Ivareta sekretariatsfunksjonen for lokal perinataalkomite for Troms og Finnmark.

#### **Nordlandssykehuset:**

17. Ivareta sekretariatsfunksjonen for lokal perinataalkomite for Nordland.

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

#### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Dette måles ved gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).
2. Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 45 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 35 dager for TSB i 2019. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 30 dager for psykisk helsevern barn og unge og TSB.
3. Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge skal være minst 80 pst.
4. Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge skal være minst 80 pst.
5. Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.
6. Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.
7. Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for TSB skal være minst 80 pst.
8. Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet skal være minst 60 pst.
9. Minst 50 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.
10. Redusere antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling).
11. Oppnevne forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter innenfor psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne og TSB.

#### Foretaksspesifikke krav:

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

12. Etablere fire akutt plasser som beskrevet i fagplan TSB.

##### **Helgelandssykehuset:**

13. Innen 1. juni 2019 etablere døgnkontinuerlige akuttjenester.

### 3.4 Samhandling med leverandører av private helsetjenester

#### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Delta i gjennomgang av samarbeidsrutinene med rehabiliteringsinstitusjoner.
2. Delta med relevant kompetanse i pilotprosjekter knyttet til avtalespesialistordningen, jf. at det tas sikte på å gi avtalespesialistene rett og plikt til tildeling av pasientrettigheter.

### 3.5 Kvalitetsutvikling

#### Krav til alle helseforetak:

1. Informerer styre om ansvaret for oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
2. Sørge for at styremedlemmene får nødvendig opplæring i internkontroll og risikostyring.

#### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

3. Basert på analyser av uønsket variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk på tvers av helseforetakene, identifiserer minst ett område der foretaket har gode resultater eller stor framgang, hvilke faktorer som har bidratt til denne måloppnåelsen og hvordan denne kunnskapen kan brukes til å bedre måloppnåelsen på andre områder.
4. Basert på analyser av uønsket variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk på tvers av helseforetakene, identifiserer minst to områder der foretaket har svake resultater/høy risiko, og utarbeider en tiltaksplan for å bedre måloppnåelsen på disse områdene. I utarbeidelsen av tiltaksplanen skal det eksplisitt vurderes hva man kan lære av andre helseforetak som har bedre måloppnåelse.
5. Delta i de nasjonale brukerundersøkelsene i regi av Folkehelseinstituttet, og bruke resultatene i forbedringsarbeid. Dette omfatter også løpende brukererfaringsundersøkelser innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som vil bli utviklet og implementert i løpet av 2019.
6. I en samlet risikoanalyse basert bl.a. på GTT-data og nasjonale og lokale kvalitets- og pasientsikkerhetsindikatorer, identifiserer minst ett område der foretaket har gode resultater eller stor framgang, hvilke faktorer som har bidratt til denne måloppnåelsen og hvordan denne kunnskapen kan brukes til å bedre måloppnåelsen på andre områder.
7. Med utgangspunkt i analyser av samlet risikoanalyse basert bl.a. på GTT-data og nasjonale og lokale kvalitetsindikatorer, identifiserer minst to områder der foretaket har svake resultater/høy risiko, og utarbeider en tiltaksplan for å bedre måloppnåelsen på disse områdene. Det skal eksplisitt vurderes hva man kan lære av andre helseforetak som har bedre måloppnåelse.

#### Foretaksspesifikke krav:

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

8. Planlegge nødvendige tiltak for å ta bruk modernisert folkeregister innen 31.12.2021.

### 3.6 Pasientsikkerhet

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Andel legemiddellister som er samtstemt inn etter ny prosedyre (i DIPS medikamentmodul) skal være mer enn 90 pst.
2. Andel somatiske pasientopphold med pasientskade i 2019, målt med metoden GTT, skal reduseres sammenliknet med 2017.

Krav til sykehusforetakene og SANO:

3. Videreføre arbeidet med innsatsområdene fra pasientsikkerhetsprogrammet i samarbeid med Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet.

Foretaksspesifikke krav:

**Nordlandssykehuset:**

4. Iverksette tiltak i handlingsplanen for regional kompetansetjeneste for pasientsikkerhet.

**Helse Nord IKT:**

5. Innføre tjenestebasert adressering del tre så raskt som mulig og senest innen utgangen av 2019, for å sikre korrekt adressering av meldinger<sup>2</sup>.

### 3.7 Smittevern

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Utføre tverrfaglig og systematisk gjennomgang av pasientforløpet ved dyp postoperativ sårinfeksjon (NOIS-POSI), og eventuelt iverksette tiltak. Dette skal rapporteres sammen med den ordinære NOIS-POSI rapporteringen.
2. 30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enymhemmer og kinoloner).

### 3.8 Forskning og innovasjon

Krav til alle helseforetak:

1. Risikovurdere alle verktøy som brukes til å registrere og oppbevare forskningsdata, i samarbeid med personvernombud (PVO).
2. Utarbeide datahåndteringsplaner for lagring og deling av forskningsdata.

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

---

<sup>2</sup> Denne standarden er begrenset til å dekke forhold som er direkte knyttet til adressering av elektroniske meldinger som sendes over Helsenettet. Dette omfatter bruk av identifikatorer, hvilke tjenestetyper som skal benyttes til adressering og hvor opplysninger om avsender og mottakere vedlikeholdes (Dokumentreferanse: HIS 1153-3:2017).



3. Øke antall nye kliniske behandlingsstudier med 5 pst. sammenliknet med 2017. UNN skal ha en pådriverrolle i regionen.
4. Helseforetakene skal rapportere på kliniske behandlingsstudier i helseforetakene for 2017, 2018 og 2019, i tråd med anbefalinger i rapport fra arbeidsgruppe for utvikling av en indikator for kliniske behandlingsstudier.

**Krav til sykehusforetakene og SANO:**

5. Organisere foretakets redelighetsutvalg på en hensiktsmessig måte, og utarbeide retningslinjer for behandling av saker om mulige brudd på anerkjente forskningsetiske normer.
6. I samarbeid med Helse Nord RHF legge til rette for at alle vitenskapelige artikler som utgår fra forskning i de regionale helseforetakene skal være åpent tilgjengelige etter 1. januar 2020, jf. veileder fra Norges forskningsråd.
7. Foretakene skal sikre at de rettmessig adresseres ved publikasjoner som utgår fra eller finansieres av foretaksgruppen.

**Foretaksspesifikke krav:**

**Universitetssykehuset Nord-Norge:**

8. Rapportere på indikatorer for innovasjonsaktivitet og -nytte i helseforetakene for 2018.

## 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 til alle helseforetak:**

1. Sette mål og lage handlingsplaner for de nasjonale miljøindikatorne og registrere disse i den nasjonale databasen innen 1. mars 2019.

### 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 til alle helseforetak:**

1. Sikre at HN LIS har tilfredsstillende informasjonssikkerhet. Prosessen gjennomføres i samarbeid med lokal forvaltningsansvarlig for HN LIS, forankres i eget foretak og involverer relevante ressurser (for eksempel personvernombud og jurist).
2. Styrebehandle status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet innen 1. juni.

3. Rapportere avvik som ikke er lukket etter riksrevisjonsrapport, innen 1. mars. Avvikene skal beskrives i en tiltaksplan, med ansvarlig og forventet tidspunkt for lukking.
4. Revidere driftsavtale (SLA) og databehandleravtaler mellom helseforetakene og Helse Nord IKT for å sikre at endringene innarbeides i avtalene. Databehandleravtalen skal oppdateres innen 1. mars.
5. Implementere revidert felles styringssystem for informasjonssikkerhet i Helse Nord.
6. I samarbeid med Helse Nord IKT utarbeide analyse av å heve sikkerhetsnivået for pålogging til Helse Nord sine systemer og infrastruktur. Analysen skal beskrive:
  - a. Alternative løsninger, og anbefaling av hvilken løsning som bør innføres
  - b. Økonomiske konsekvenser
  - c. Konkret beskrivelse av gjennomføring

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

7. Starte innlevering av fysisk pasientarkivmateriale innen april 2019. Helseforetakene skal utarbeide plan for ressurser og volum for avleveringsprosessen, jf. tilsendt mal, innen 1. mars. 2019.

### 4.3 Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet

Krav til sykehusforetakene og HN IKT:

1. I samarbeid med Norsk Helsenett SF iverksette tiltak for redusere feil bruk av standardiserte meldingsformater.

Krav til sykehusforetakene og SANO:

2. Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser for MTU med tilhørende handlingsplaner innen 2. tertial.

### 4.4 Beredskap

Krav til alle helseforetak:

1. Samordne sine beredskapsplaner med HN IKT for å sikre likeartet håndtering, kompetanse, oversikt, og interne rutiner for informasjon, varsling og håndtering av kritiske hendelser.

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

2. Ha oppdatert oversikt over antall pasientsenger, enerom med eget bad/WC og kontakt- og luftsmitteisolater for hvert sykehus.

## 5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp

### Krav til alle helseforetak:

1. Delta i oppfølgingen av Helsedirektoratets felles plan for nasjonal tilrettelegging og bruk av teknologi for å levere helsetjenester på nye måter.

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

2. Ved utskrivning skal alle pasienter som har behov for kommunal oppfølging ha med seg nødvendig og forståelig informasjon og medikamenter (epikrise ved utskrivelse og legemiddelliste, jf. tjenesteavtale 5).
3. Følge opp Riksrevisjonens anbefalinger om praksis for utskrivning av pasienter, og ha interne systemer og kontroller som sikrer at ansatte kjenner til regelverk og benytter prosedyrer og rutiner ved utskrivning av pasienter.
4. Delta i utvikling av egnede prosess- og resultatmål for samhandlingsfeltet i samarbeid med Helse Nord RHF.
5. Utvikle en tiltaksplan i tråd med regional utviklingsplan i samarbeid med OSO, innen 15. september.
6. Etablere samarbeid med kommuner om tjenestetilbudet til kronikere og stormottakere av helsetjenester og forbedre samordningen av tjenestene til disse pasientene. Bruke erfaringene fra Pasientsentrert helseteam.
7. Etablere lavterskeltilbud for diagnostikk og behandling av Hepatitt C i samarbeid med kommunene.
8. Registrere antall samhandlingsavvik meldt fra kommunene og fra helseforetakene.

### Foretaksspesifikke krav:

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

9. Utvikle en veileder for samarbeid med fastleger, som kan tas i bruk av øvrige helseforetak.

#### **Sykehusapotek Nord:**

10. Sette egne mål og øke antall gjennomførte utskrivningssamtaler med farmasøyt.

## 6 Sikre god pasient- og brukervedvirkning

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Minimum 150 nye behandlingsbeskrivelser skal publiseres på foretakets nettside.
2. Legge til rette for samarbeid mellom ungdomsrådene i regionen.

### Krav til sykehusforetakene og SANO:

3. Ta i bruk RHFenes felles veileder for brukervedvirkning i forskning, publisert juni 2018.

### Foretaksspesifikke krav:

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

4. Videreføre arbeidet med utvikling og bruk av samvalg og samvalgsverktøy for å involvere pasienter i valg av behandlingsform.

## 7 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.

### 7.1 Sikre gode arbeidsforhold

#### Krav til alle helseforetak:

1. Innføre meldeplikt for ansatt helsepersonell etter helsepersonelloven § 19 andre ledd i løpet av 2019. Meldeplikt etter bestemmelsen omfatter "all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l."

#### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

2. Plan for reduksjon av innleie av personell skal styrebehandles innen 1. juli.
3. Følge opp Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes bruk av legeressursene.

#### Foretaksspesifikke krav:

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

4. På bakgrunn av erfaringer bl.a. fra Helgelandssykehuset utarbeide handlingsplan for å redusere sykefravær til under 7,5 pst. innen 2021.

## 7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Følge opp regional handlingsplan for rekruttering, med særskilt fokus på tiltak for økt kapasitet for utdanning og rekruttering av sykepleiere. Planen skal også vise prognose for endring i antall helsefagarbeidere.
2. Øke andelen faste heltidsansatte sykepleiere med 1 prosentpoeng sammenlignet med 2018.
3. Andel helsefagarbeidere skal innen 2021 være over 5 pst.

### Krav til sykehusforetakene og SANO:

4. Gjennomføre tiltak for å forbedre praksisundervisning for de som utdannes i helseyrkene innenfor rammene av helseforetakenes ansvar for praksisundervisning og opplæring.

## 7.3 Utdanning av legespesialister

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Iverksette ny ordning for legenes spesialistutdanning i henhold til kravene i spesialistforskriften. Det skal påses at leger i spesialisering del 2 og 3 får gjennomført HelseDirektoratets anbefalte minimumstall for gjennomførte praktiske kliniske ferdigheter, sammenstilt i prosedyrelister.
2. Stille med nødvendige leger til kursporteføljen i legespesialistutdanningen. Det gjelder kurskomiteer og lærerkrefter på kursene som i ny ordning koordineres av de regionale utdanningssettene. Veilederkurs er omfattet av kravet.
3. I søknad om godkjenning som utdanningsvirksomhet skal det for alle spesialiteter utarbeides minst én utdanningsplan hvor alle læringsmål oppnås i eget foretak eller ved hjelp av avtaler inngått mellom foretakene i regionen. Dette gjelder ikke de for spesialiteter der læringsmålene ikke tilbys i regionen.
4. Etablere rutiner som sikrer at LIS i allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin sikres nødvendig tjeneste i helseforetaket for å gjennomføre sin utdanning.

### Foretaksspesifikke krav:

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

5. Etablere rutiner som sikrer at LIS fra andre helseforetak i Helse Nord gis likeverdig og forutsigbar tilgang på nødvendig tjeneste for å oppnå læringsmål som foretaket LIS er ansatt ved, selv ikke kan tilby.

## 7.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

### Krav til alle helseforetak:

1. Arbeidet med HMS og pasientsikkerhet må sees i sammenheng. Andel "enheter med modent sikkerhetsklime" (jf. definisjon i pasientsikkerhetsprogrammet) ved hvert helseforetak skal være minst 60 pst.

## 8 Innfri økonomiske mål i perioden

### 8.1 Resultatkrav

Helseforetakene skal i 2019 basere sin virksomhet på de tildelte midler med følgende resultatkrav:

Finnmarkssykehuset	Overskudd 24 mill
UNN	Overskudd 40 mill
Nordlandssykehuset	Overskudd 5 mill
Helgelandssykehuset	Overskudd 20 mil
Sykehusapotek Nord	Overskudd 1 mill <sup>3</sup>
Helse Nord IKT	Økonomisk balanse

### 8.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

Foretaksspesifikke krav:

**Finnmarkssykehuset:**

1. Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til Alta Nærsykehus og Samisk helsepark i tråd med brev av 10.7.18.

**Universitetssykehuset Nord-Norge:**

2. Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til Nye Narvik sykehus i tråd med brev av 10.7.18.

**Nordlandssykehuset:**

3. Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til Ny-, på- og ombygging Bodø i tråd med brev av 10.7.18.

**Helgelandssykehuset:**

4. Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til ombygging operasjonsstuer Mo i Rana i tråd med brev av 10.7.18.

### 8.3 Anskaffelsesområdet

Krav til alle helseforetak:

1. I alle lokale anskaffelser skal Sykehusinnkjøp HF være involvert i forkant og brukermedvirkning skal gjennomføres der det er relevant.
2. Gjennomføre kontraktsoppfølgingsmøter med leverandører i henhold til inngåtte kontrakter. Oppfølgingsmøtene skal ta utgangspunkt i kravspesifikasjon, kontrakt og faktiske leveranser.
3. Legge økt vekt på klima og miljø ved innkjøp og ved bygge- og vedlikeholdsprosjekter.

Krav til sykehusforetakene og HN IKT:

1. Redusere antall ad-hoc anskaffelser.

---

<sup>3</sup> Overskudd i publikumsavdelingen

## 9 Styringsparametere 2019

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

Styret og ledelsen i foretakene har et ansvar for oppfølging av kvalitetsindikatorerne som Helsedirektoratet publiserer og iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene.

Indikatorerne i tabellen under rapporteres som beskrevet i tabellen og i mal for tertialrapport og årlig melding.

Tabell 1 Mål 2019. Datakilder og publiseringsfrekvens.

Mål 2019	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
<b>1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen</b>			
Gjennomsnittlig ventetid.	Redusert i regionen sammenliknet med 2018. Skal være under 50 dager i regionen innen 2021. Måles som årlig gjennomsnitt.	Helsedirektoratet	Månedlig
Median tid til tjenestestart. Tiden mellom tidspunktet henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og tjenestestartdato (dato for når prosedyre er utført) for spesifikke sykdomsgrupper. Målet gjelder for sykdomsgrupper der tid til tjenestestart er tilgjengelig som nasjonale tall fra NPR.	Redusert i regionen sammenliknet med 2018.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter. Må måles med samme uttrekksdato som året før.	Redusert i regionen sammenliknet med 2018. Skal overholde minst 95 % av avtalene innen 2021.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid <sup>4</sup> .	Minst 70 % Variasjonen i måloppnåelse på helseforetaksnivå skal reduseres.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Minst 60 pst. av pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.	Minst 60 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
<b>2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling</b>			
Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold).	Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 45 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 35 dager	Gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet Kostnader: de regionale helseforetakenes regnskap	

<sup>4</sup> Andel pakkeforløp som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk, medikamentell- eller strålebehandling, som er innenfor standard forløpstid, for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, nevroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.

Oppdragsdokument 2019

Mål 2019	Mål	Datakilde	Publiserings frekvens
	for TSB i 2019. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB. Gjennomsnittlig ventetid måles som årlig gjennomsnitt. Prosentvis større økning i kostnader og aktivitet.	Polikliniske opphold: Helsedirektoratet (ISF)	
Forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge	Minst 80 %.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk, psykisk helsevern barn og unge	Minst 80 %.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Forløpstid for utredning i psykisk helsevern voksne	Minst 80 %.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk, psykisk helsevern voksne	Minst 80 %.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Forløpstid for evaluering av TSB i poliklinikk	Minst 80 %.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt TSB i døgnenhet	Minst 60 %.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne. Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling.	Minst 50 %.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern med minst ett tvangsmiddelvedtak	Redusert sammenliknet med 2018.	Helsedirektoratet	Årlig
<b>3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet</b>			
Andel somatiske pasientopphold med pasientskade i 2019, målt med metoden GTT, skal reduseres på regionalt nivå sammenliknet med 2017.	Redusert i 2019 sammenliknet med 2017.	GTT-undersøkelsene Helsedirektoratet	Årlig
Andel "enheter med modent sikkerhetsklime" (jf. definisjon i pasientsikkerhetsprogrammet) ved hvert helseforetak skal være minst 60 pst.	Minst 60 % av medarbeiderne i enheten skårer 75 eller høyere. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.	ForBedring	Årlig
Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzyminhemmer og kinoloner).	30 % reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenliknet med 2012.	Sykehusenes legemiddelstatistikk	Tertialvis
Andel korridorpatienter på sykehus.	0 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Antall nye kliniske behandlingsstudier er økt.	Økt med 5 % i 2019 sammenliknet med 2017.	CRIStin	Årlig



## 10 Oppfølging og rapportering

Alle krav for 2019 skal rapporteres i tråd med egen mal for tertialrapport og årlig melding. Styringsparametere rapporteres som beskrevet i tabell 1.

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2019, foretaksspesifikke mål 2019 og styringsparametere 2019.

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

Enkelte krav i oppdragsdokumentet inngår i Helse Nord's risikostyring. Disse kravene skal følge metodikk og oppfølging i risikostyringen. Det blir sendt ut egen informasjon til helseforetakene om dette.

Viser til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgssektoren, og det forutsettes at «Ledelsens gjennomgang» følger som en del av tertialrapportering nr. 2-2019.

**Tabell 2 Oversikt over rapporteringsrutiner og frister:**

Rapportering	Innhold	Frister
Månedlig	Måned rapport i tråd med mal.	Månedssregnskap skal være avsluttet innen fem virkedager i påfølgende måned. ØBAK og virksomhetsrapport skal oversendes RHF senest fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Tertialrapport	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes.	Styrebehandlet tertialrapport (styrevedtak): 6. juni 2019 8. oktober 2019  Administrativt utarbeidet tertialrapport: 16. mai 2019 27. september 2019 NB: Fullstendig ØBAK og virksomhetsrapport sendes fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Årlig melding	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes.  Økonomidelen tas ut av årlig melding, leveres som ordinær virksomhetsrapport.	<b>Administrativt</b> behandlet årlig melding: Februar 2019.  <b>Styrebehandlet</b> årlig melding (styrevedtak): Mars 2019.
Årsregnskap	Minst 5 dager før utsending av saksfremlegg for styrebehandling av årsregnskap, sendes fullstendig årsregnskap med noter og styrets årsberetning (ikke ordinær årsmelding) til Helse Nord RHF for gjennomgang.	Styrebehandling av årsregnskap for 2018: Mars 2019.

## 11 Vedlegg

### 11.1 Vedlegg 1 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

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

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

Nedenfor gjengis Kunnskapsdepartementets forslag til kandidatmåltall for 2019 som er hentet fra Kunnskapsdepartementets foreløpige tildelingsbrev for 2019 til utdanningsinstitusjonene. Endelige tall kan også formidles fra institusjonene i de regionale samarbeidsorganene. Kandidatmåltallet er et minstekrav for den enkelte institusjons kandidatproduksjon. På de ulike utdanningene vil derfor opptakstallene være noe høyere.

**Tabell 3 Kunnskapsdepartementets forslag til kandidatmåltall for 2019:**

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

**Tabell 4 Kandidatmåltall fastsatt for medisin, psykologi og farmasi MA ved universitetene:**

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

#### Turnustjeneste

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

### LIS1-stillinger for leger

Turnustjenesten for leger opphørte høsten 2017 og er erstattet av LIS1-stillinger som også utgjør første del av legers spesialistutdanning. LIS1-stillingene har læringsmål og består av 12 måneder i sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten. Antallet LIS1-stillinger videreføres i 2019 på samme nivå som i 2018. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å gjøre fornyet vurdering av om dimensjoneringen av antallet stillinger er i tråd med behovene i tjenesten.

### Fordeling av nye legestillinger

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

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

### Inntakstall til oppdragsdokumentet (OD)

Foretakenes inntak av helsefagarbeiderlæringer skal for 2019 være i samsvar med tabell 5. Foretakene skal i tillegg gjøre egne kartlegginger av behov for helsefagarbeidere og helsefaglæringer og hvis nødvendig øke inntaket av læringer på lengre sikt tilpasset dette.

**Tabell 5 Helseforetakenes inntak av helsefagarbeiderlæringer:**

Foretak	Kull 2018-2020	Kull 2019-2021
Finnmarkssykehuset HF	6	8
Nordlandssykehuset HF	11	12
UNN HF	6	8
Helgelandssykehuset HF	6	8
Sum	29	36

## Tilleggsliste til oppdragsdokument 2019

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



**FINNMARKSSYKEHUSET**  
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



**HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÅETIE



**NORDLANDSSYKEHUSET**  
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO



**SYKEHUSAPOTEK NORD**  
DAVI BUOHCCIEVISSOAPOTEHKA



 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**  
DAVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCIEVISSU



 **HELSE NORD IKT**

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

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

1. Stimulere og legge til rette for at ansatte kan få kompetanseheving i samisk språk og kulturforståelse. (2018)
2. Bidra til kompetanseutvikling som bygger opp under Helse Nord's ansvar for å sikre likeverdig spesialisthelsetjenestetilbud til hele den samiske befolkningen i Norge. (2018)
3. Bruken av Mine Pasientreiser (digitaliseringsgrad), skal ved utgangen av 2019 være 70 % i Helse Nord (2018).
4. Sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å tilby alle barn og andre sårbare grupper som avhøres ved Statens barnehus, medisinsk undersøkelse ut over de kliniske rettsmedisinske undersøkelsene som rekvireres av politiet. Undersøkelser som ikke krever spesialisert utstyr, skal foretas på barnehuset. (2017)
5. Ved endring i akutfunksjoner og andre vesentlige endringer i tjenestetilbudet skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring for å sikre at prosessen er gjennomført i henhold til veilederen for utviklingsplaner. (2017)
6. Gjennomføre risikoanalyser på tilberedning av legemidler på sykehusavdelinger, og definere en standard knyttet til fasiliteter, rutiner og opplæring av personell som skal tilberede legemidler på sykehusavdelingene. (2017)
7. Bidra i arbeidet med å utvikle samordnet og kvalitetssikret informasjon til innbyggerne på egne nettsider og etablere digitale innbyggertjenester på den nasjonale helseportalen helsenorge.no. (2017)
8. Legge til rette for innregistrering av PROMs i kvalitetsregistrene. (2016)
9. 80 % av telefonhenvendelsene til pasientreisekontorene skal besvares innen 90 sekunder (2016)

#### **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. (2018)

#### **Helse Nord IKT**

1. Sikre at elektroniske meldinger til enhver tid er i tråd med siste versjon av nasjonale standarder. (2018)
2. Brudd på avtalt servicenivå slik disse fremkommer på tjenestenivå skal meldes i Helse Nord's avvikssystem Docmap. (2017)

#### **3.2 Somatikk**

1. Etablere system for å tilkalle og trene akutteam ved alvorlige tilstander som: (2018)
  - traumer
  - alvorlig syke barn
  - andre alvorlig syke pasienter
  - syke nyfødte

2. Ta i bruk pakkeforløp hjerneslag etter nasjonale retningslinjer. (2018)
3. Forberede innføring av Nasjonalt screeningsprogram for tarmkreft fra 2019. (2018)
4. Bidra til at pasienter under 80 år innlagt med NSTEMI, får koronar angiografi innen 72 timer etter innleggelse. (2018)
5. Gjennomføre regelmessig opplæring av ambulansepersoneell for å øke andelen prehospitaI trombolysa ved indikasjon på ST-elevasjonsinfarkt (STEMI). 2018)
6. Behandla mer enn 40 % av pasienter under 80 år med STEMI med mindre enn 12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt, med trombolysa innen 30 minutter etter første medisinske kontakt eller koronar angiografi/PCI innen 90 minutter. (2018)
7. Sikre lokalsykehustilbud med nødvendig kompetanse og tilstrekkelig kapasitet til pasienter med sykelig overvekt. (2018)
8. Avvik fra målet om at alle fødende skal ha en jordmor hos seg, så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over, skal dokumenteres i avvikssystemet. Resultatene skal brukes til kvalitetsforbedring. (2017)

#### **Nordlandssykehuset**

1. Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpediatriske tjenester til Statens barnehus i Mosjøen. (2018)
2. Ha kortere ventetid enn 16 uker på det regionale tilbudet for utredning og behandling av pasienter med sykelig overvekt. (2018)

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

1. Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpediatriske tjenester til Statens barnehus i Kirkenes. (2018)
2. Utrede flere enn 80 % av pasientene under 80 år innlagt med NSTEMI med koronar angiografi innen 72 timer etter innleggelse. (2018)

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

1. Registrere avslutningstype og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling. (2018)
2. 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.(2018)
3. Videreføre arbeidet med å etablere felles strukturer og rutiner for helhetlig oppfølging av barn og unge med psykiske lidelser i barnevernet jf. rapport fra 2015.<sup>1</sup> (2017)
4. Etablere Narkotikaprogram med domstolkontroll. Kvinner i LAR<sup>2</sup> skal ha informasjon om LAR-behandling og graviditet, tilbud om nedtrapping av LAR-

---

<sup>1</sup> Rapport 2015: Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner.

<sup>2</sup> Legemiddelassistert rehabilitering

- medikamenter og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR. (2017)
5. Sørge for at komplette og kvalitetssikrede data på tvangsinnleggelser, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler leveres norsk pasientregister (NPR) ved ordinært rapporteringstidspunkt. (2017)
  6. Gjennomføre ledelsesforankrede dialogmøter med pasienter/brukerorganisasjoner om erfaringer med tvang i alle psykisk helsevern enheter som benytter tvang, som ledd i å redusere bruken av tvang. Dette skal skje i samarbeid med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse. (2017)
  7. Øke poliklinisk/ambulant aktivitet i TSB uten reduksjon i døgntilbudet. (2017)
  8. Etablere et eget tilbud til sped- og småbarns psykiske helse (0–3 år.) (2017)
  9. Sikre at det er tilstrekkelig med utdanningsstillinger for den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin. (2017)
  10. Styrke det desentraliserte behandlingstilbudet (ambulant/poliklinikk/samarbeid førstelinjen) innen psykisk helsevern (2016).

### 3.4 Samhandling med kommuner og private avtaleparter

1. Ta i bruk dialogmeldinger m/vedlegg og henvisning (2.0) m/vedlegg i samhandlingen med fastleger og om mulig, kommunene. (2018)
2. Prinsippene i styresak 70-2002 *IKT-strategi i Helse Nord* skal fortsatt ligge til grunn for arbeidet med IKT i regionen. Helseforetakene skal ikke gjennomføre separate anskaffelser eller iverksette andre tiltak som kan true de ambisjoner som er beskrevet rundt realisering av FIKS. Behov for nye tjenester/prosjekter skal forankres mot Helse Nord RHF på et tidlig tidspunkt. Eventuelle innovasjonsprosjekter og resultatet av slike skal kunne benyttes av hele foretaksgruppen. (2016)

#### Foretaksspesifikke krav:

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

1. 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. (2018)
2. Sikre at elektroniske meldinger til enhver tid er i tråd med siste versjon av nasjonale standarder. Bekrefte etterlevelse innen utløp 1. tertial. For eventuelle områder med avvik fra nasjonale standarder, skal dette begrunnes. (2017)
3. Drifte og forvalte integrasjonsbuss (ESB)<sup>3</sup> i tråd med anbefalingene knyttet til tjenesteorientert arkitektur og med de standarder som defineres av Direktoratet for e-helse samt Nasjonal IKT. Integrasjonsgrensesnitt som utvikles skal i så stor utstrekning som mulig kunne gjenbrukes i andre helseregioner. (2017)
4. Sikre at det foreligger tilstrekkelig ressurser til å realisere regionens sentrale integrasjonsbehov slik disse er utledet av behov definert i prosjekt porteføljen. Leveransene gjennomføres uten unødvendige forsinkelser for de aktuelle hovedprosjekter – enten ved interne ressurser eller i form av partnerskap ved eksterne aktører. (2017)

5. Helse Nord IKT har et særlig ansvar å orientere Helse Nord RHF om de tilfeller det iverksettes tiltak eller prosjekter som bryter med regionens vedtatte strategier og planer innen IKT-området. (2017)

### 3.5 Samhandling med leverandører av private helsetjenester

1. Sikre at vurderingsenheter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er tilstrekkelig kjent med pasientrettighetene, inkludert retten til fritt behandlingsvalg. (2018)
2. Rapportere på innhold og samhandling med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister tertialvis. (2018)

### 3.6 Kvalitetsutvikling

1. Bruke elektronisk GTT-portal og bruke resultatene i lokalt forbedringsarbeid. (2018)
2. Registrere alle aktuelle pasienter i nasjonale kvalitetsregistre og bruke registrenes resultater i eget forbedringsarbeid. (2018)
3. Ta i bruk KPP i lokalt forbedrings- og planarbeid. (2018)
4. Levere KPP-data etter nasjonal spesifisering. (2018)
5. Levere data inn i den nasjonale KPP-databasen. (2018)
6. Stille med fagrevisorer til kliniske fagrevisjoner. (2018)
7. Bruke Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer i eget forbedringsarbeid og rapportere i årlig melding hvilke tiltak som er satt inn. (2018)
8. Alle ansatte skal ha nødvendig opplæring i pasientadministrative systemer, og opplæringen skal dokumenteres. (2017)
9. Mini-metodevurdering benyttes i helseforetakene som grunnlag for beslutninger om innføring av nye metoder og ved endring av praksis/avvikling av metoder. (2016)
10. Bruke tilbakemeldingene fra Norsk pasientregister (NPR) aktivt for å redusere feilkoding (2016).
11. Skal ha etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og TSB får behandling for somatiske lidelser, og tilsvarende, at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer. (2015)

#### Foretaksspesifikke krav:

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

1. Sørge for at Open Q-Reg<sup>4</sup> og Rapporteket<sup>5</sup> videreutvikles og forvaltes på måter som tilfredsstillende de nasjonale kvalitetsregistre som bruker disse tjenestene. (2018)

---

<sup>4</sup> Plattform for web-baserte kvalitetsregistre

<sup>5</sup> Støtte for tilgjengeliggjøring, analyse og tolkning av data i kvalitetsregistre



### 3.7 Pasientsikkerhet

#### Foretaksspesifikke krav:

#### **Nordlandssykehuset**

Regional kompetanse for klinisk pasientsikkerhet skal:

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

### 3.8 Smittevern

#### Krav for 2018

1. Ha færre enn 3,5 % sykehuspåførte infeksjoner, målt ved prevalensundersøkelsene. (2018)
2. Ha minst ett punkt i årsplanen for internrevisjon tilknyttet infeksjonskontrollprogrammet (IKP). (2018)
3. Vaksinere 75 % av helsepersonell med direkte pasientkontakt for sesonginfluensa. (2018)

#### Foretaksspesifikke krav:

#### **Helse Nord IKT**

1. Raskt bistå sykehusene ved feil og mangler i registrering knyttet til NOIS-POSI i EPJ. (2018)

### 3.9 Forskning og innovasjon

1. Realisere forsknings- og innovasjonsstrategien i Helse Nord. (2018)
2. Tilrettelegge særlig for klinisk forskning og helsetjenesteforskning, også i samarbeid med andre helseforetak og universiteter i regionen. (2018)
3. Øke antall kliniske behandlingsstudier sammenliknet med 2017. (2018)
4. Legge til rette for at gode forskningsmiljøer i eget helseforetak søker ekstern finansiering, spesielt fra Forskningsrådet og EU. (2018)
5. 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)). (2018)
6. Identifisere behov for forskning og innovasjonstiltak spesielt rettet mot den samiske befolkningen. (2017)

Foretaksspesifikke krav:

**Nordlandssykehuset**

1. Legge til rette for å videreutvikle allerede sterke forskningsmiljø i eget foretak. (2018)

**Universitetssykehuset Nord-Norge**

2. Tilrettelegge for forskning utover doktorgrad og slik sikre stabil forskningskompetanse i alle klinikker. (2018)
3. Delta i store søknadssamarbeid og forskningsprosjekt både i regionen og nasjonalt. (2018)
4. Bidra særskilt til å realisere innovasjonstiltak, sammen med øvrige HF og RHF. (2018)

## 4 Øvrige områder

### 4.1 Klima- og miljøtiltak

1. Stille miljøkrav i alle anskaffelser. (2018)
2. Tilrettelegge flere møter for deltakelse via telematikk. (2018)

### 4.2 Personvern og informasjonssikkerhet

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 revidert regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet og handlingsplan for informasjonssikkerhet. (2018)
2. Igangsette gjennomføring av Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) og HelseCERTs generelle anbefalte tiltak for beskyttelse mot dataangrep. (2018)
3. Sikre at anskaffelser og innføring av IKT-systemer følger Helse Nord sine drifts- og sikkerhetsmessige krav. (2018)
4. Verifisere at leverandører som innehar rollen databehandlere oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og at nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. (2012)

Foretaksspesifikke krav:

**Helse Nord IKT**

1. 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. (2018)

2. Helse Nord IKT er regionenes driftsleverandør og databehandler for noen av systemene helseforetaket innehar databehandleransvaret for. Helse Nord IKT skal inngå databehandleravtaler med leverandører når:
  - Leverandør engasjeres av databehandler for å utføre oppdrag for databehandler.
  - HN IKT drifter systemer for leverandør som har avtale med HF/RHF. Leverandører i denne kategori skal fremgå av tjenesteavtale mellom HN IKT og aktuelt HF/RHF.Ansvaret omfatter også å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser i samarbeid med aktuell leverandør. (2018)

### 4.3 Beredskap

1. Sørge for medikamenter, utstyr og opplært og trent personell til Emergency Medical Team (EMT). (2018)
2. Gjennomføre nødvendige oppdateringer i egne beredskapsplaner og rutiner i tråd med revidert Nasjonal helseberedskapsplan. (2018)  
Utarbeide planer for legemiddelberedskap, bl.a. basert på ROS-analyse av regional legemiddelkomite. (2018)

## 5 Sikre god pasient- og brukervedvirkning

1. Sikre at pasienten får god nok kvalitet på informasjon for å kunne ta reelle valg for sin behandlingsmetode/behandlingssted. (2018)
2. Legge til rette for god kommunikasjon også for pasienter med funksjonsnedsettelse. (2018)
3. Utvikle flere samvalgsverktøy for å gi pasienter mulighet til å delta aktivt i egen behandling og sikre at kvalitetssikret verktøy som publiseres på helsenorge.no, tas i bruk. (2017)
4. Utvikle lokale mål for pasientopplevd kvalitet og bruke resultatene i forbedringsarbeidet. (2017)

## 6 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

### 6.1 Sikre gode arbeidsforhold

1. Tilby nyutdannet helsepersonell hele faste stillinger i større grad. (2017)

### 6.2 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

1. Samarbeide med tillitsvalgte og vernetjenesten i arbeidet med å utvikle tiltak for å forebygge og ivareta beredskap for håndtering av vold og trusler. (2017)
2. Basere bemanningsplanlegging utfra aktivitet og en planleggingshorisont på minimum 6 måneder. (2016)

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

### **7.1 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning**

1. Følge opp en 4-årig vedlikeholdsplan som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard, kvalitet og verdier over tid. Planen skal samordnes med fremtidige nybygg/ombygging. (2018)
2. Ha avtaler for arealdeling av universitetsarealer. (2018)
3. Gjennomføre nødvendig vedlikehold som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard og kvalitet. (2017)
4. Informere berørte kommuner og fylkeskommuner om alle planlagte salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak, på et så tidlig tidspunkt som mulig. (2011)
5. Begrense betaling for parkering til å dekke kostnadene ved parkeringstilbudet og at de rutiner man har for parkering skal begrense risikoen for gebyr. Alle nye parkeringssystemer skal bygge på prinsippet om etterskuddsbetaling. (2011)

## **8 Risikostyring og internkontroll**

1. Styrebehandle alle rapporter fra internrevisjonen i Helse Nord RHF som gjelder foretaket og vedta plan for oppfølging av internrevisjonens anbefalinger. (2011).



	<b>Pasientopplevd kvalitet – gjennomføring brukerundersøkelse</b>
Styresak nr:	7 – 2019
Møtedato:	7. februar 2019
Saksbehandler:	Fagsjef Margaret Aarag Antonsen
Vedlegg:	

### Kort saksresyme

Styret har i behandling av flere saker, og senest gjennom diskusjon i styreseminar 26.9.2018, gitt direktøren i oppdrag å finne en metode for å gjennomføre en brukerundersøkelse i foretaket. I denne saken oppsummeres innspill som er kommet til gjennomføring av en brukerundersøkelse og et forslag til gjennomføring presenteres.

Saken er blitt diskutert med avdelingslederne i publikumsavdelingene og brukerutvalget.

### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar sak om gjennomføring av brukerundersøkelse i Sykehusapotek Nord til orientering.*

*Styret i Sykehusapotek Nord HF godkjenner foreslått plan for gjennomføring.*

Espen Mælen Hauge  
Direktør

## Saksfremlegg

Bakgrunnen for denne saken er at styret i Sykehusapotek Nord HF ba direktøren følge opp arbeidet med etableringen av kvalitetsindikatorer for pasient- og brukeropplevd kvalitet som beskrevet i sak 7 – 2017. Som oppfølging av denne saken ble det nedsatt en arbeidsgruppe som våren 2018 leverte en anbefaling til direktør. Anbefalingen ble presentert og diskutert i styreseminar 27. sept. 2018 og med avdelingsledere i foretakets publikumsavdelinger og i brukerutvalget. I det videre saksframlegget oppsummeres disse diskusjonene, og direktøren foreslår plan for videre framdrift for å nå målet om å gjennomføre en brukerundersøkelse i Sykehusapotek Nord i 2019.

### Arbeidsgruppens anbefaling

---

Arbeidsgruppen foreslo fire måle-/kvalitetsindikatorer for brukeropplevd kvalitet:

#### 1) Ventetid

Ventetid kan måles i kølappsystemet/ Farmapro og vil gi et korrekt og reelt tall. I tillegg kan ventetid måles hos kunden ved et spørsmål om for eksempel hvordan kunden opplevde ventetiden, om kunden synes ventetiden var for lang, med mere.

#### 2) Faglig rådgivning

Dette er en indikator der kunden kan stilles følgende spørsmål: Fikk du faglige råd? Hvis kunden svarer nei, kan man ha et oppfølgingsspørsmål. Hva kunne apoteket gjort annerledes, hva savnet du, hva ønsket du mer av, mindre av, og lignende.

#### 3) Service/ ivaretagelse/ imøtekommenhet

Service er vanskelig å konkretisere og derfor også vanskelig å måle, men arbeidsgruppen mener likevel at det må tilstrebes å finne spørsmål som fanger opp om kunden er fornøyd med servicen eller ikke. Dette kan for eksempel være et spørsmål om opplevelsen av om personalet var imøtekommende, om kunden følte seg ivaretatt av personalet, og om det ble gitt god service.

#### 4) Leveringsdyktighet.

Med leveringsdyktighet som indikator siktes til behovet for å vite om kunden må forlate apoteket uten å ha fått det vedkommende skulle ha, om kunden fikk tilbud om generika eller tilsvarende produkt, og ellers om kunden har fått det de skulle eller kunne trenge. Poenget med denne indikatoren er å undersøke om apoteket mangler viktige og nødvendige varer som burde vært på lager. Spørsmål kan for eksempel være: Fikk du kjøpt varene, eventuelt tilsvarende vare, som du kom for å kjøpe? Man kan ha oppfølgingsspørsmål om det skulle bestilles eller om man fikk hjelp til å undersøke om annet apotek har varen.

Videre anbefalte gruppen at målingene burde basere seg på brukerundersøkelser, forslag til hvordan dette kunne gjennomføres var:

- 1) Personer i utgangen på apoteket intervjuet kunder i en gitt periode.
- 2) Benytte «hemmelig kunde» konseptet, med fokus på de foreslåtte indikatorene.
- 3) Spørreskjema til utlevering i apotek.
- 4) SMS-undersøkelse, eller tilsvarende elektronisk variant.

## 5) Benytte sosiale media.

Arbeidsgruppa påpekte videre at premiering av deltakelse kunne vurderes som et tiltak for å friste til økt svarprosent.

### *Styrets innspill til saken*

---

I styreseminaret 27. september ble arbeidsgruppens arbeid presentert, samt erfaringer fra tidligere brukerundersøkelser. Styret gav følgende innspill i påfølgende diskusjon:

#### *Måleindikatorene*

Til måleindikator «ventetid» - fange opp de som går før ventetiden er over, ventetid frem til kunden kommer frem er det viktigste å måle.

Til måleindikator «leveringsdyktighet» - fange opp årsaken til at apotekene mangler enkelte varer og/eller årsakene til restsituasjoner. Viktig å skille mellom at apoteket leverer til avtalt tid, og hvorvidt legemidler som bør være på lager er på lager.

Friteksttilbakemeldinger gir erfaringsmessig gode innspill. Må gi muligheter for dette.

#### *Gjennomføring og ambisjonsnivå*

Styret kom med følgende anbefalinger til gjennomføring:

- Ta utgangspunkt i eksisterende instrumenter.
- Benytte periodevis måling av indikatorer hvor data kan hentes ut av egne systemer eller gjennom manuell registrering
- Undersøkelse(n) må la seg enkelt gjennomføre, slik sikres gjentagende undersøkelse(r).
- Må fange opp brukerne i det de går ut av apoteket. De som spør må oppfattes som nøytrale.
- Først kjøre pilot for å teste opplegg og indikatorer.
- Ta høyde for personvernproblematikk.

Videre diskuterte styret hvilket ambisjonsnivå som burde legges til grunn. Dersom ambisjonen er å kunne publisere / forske på resultatene vil dette stille andre krav til datainnhenting og dokumentasjon. Det må før oppstart defineres hva som er «godt nok» med hensyn til svarprosent og data for at brukerundersøkelsen skal gi svar på det som det ønskes svar på.

#### *Valg av fokusområder*

---

Måling av kundeopplevd kvalitet kan gjøres innenfor flere dimensjoner, en kjent strukturering av dimensjonene er *prosess* (hvordan omsorg/kundemøtet gjennomføres), *struktur* (kontekst) og *resultat* (effekt). De foreslåtte indikatorene fra arbeidsgruppa kan knyttes til disse dimensjonene på følgende måte:

Prosess:	Ventetid – faktisk ventetid og brukers opplevelse av ventetid Leveringsdyktighet – i hvor stor grad pasienten får legemiddelet til avtalt tid og hvorvidt ønsket vare var tilgjengelig
Struktur:	Informasjon – ble informasjonen gitt på en forståelig måte. Imøtekommenhet – opplever bruker å bli møtt på en god måte
Effekt:	Informasjon – opplevde brukeren å få nødvendig informasjon til å føle seg trygg. Fikk bruker ny kunnskap?

En viktig forutsetning for å kunne gjennomføre målinger er at det settes et mål eller standard som det måles opp mot. Arbeidsgruppen definerte ikke i sitt arbeid disse målene, og valg av indikatorer som brukes bør være knyttet til hvorvidt det er mulig å definere mål for disse.

Videre anbefalte styret i sin diskusjon at det benyttes enkle metoder som lar seg gjenta med jevne mellomrom. Det vurderes at å måle alle indikatorene samtidig (i samme undersøkelse) vil gi en mer omfattende og tidkrevende datainnhenting. Det bør derfor vurderes å benytte flere ulike metoder/undersøkelser.

#### *Valg av metode*

---

Å benytte «mystery shopper», hvor en «falsk» kunde etterspør spesifikk vare eller ber om hjelp til en bestemt problemstilling, er en kjent metodikk og benyttes også i sykehusapotekforetakene i årlige undersøkelser. Denne typen undersøkelser er designet for å måle apotekenes, eller den ansattes, opptreden etter definerte kriterier/standarder (for eksempel standarder knyttet til innhold i informasjon ved kjøp av smertestillende), og ikke for å måle klinisk kunnskap. Videre viser blant annet en studie fra Australia<sup>1</sup> at det å gjenta slik type undersøkelse i seg selv har en positiv effekt mht. økt etterlevelse av standardene.

For å oppnå denne nytteeffekten må undersøkelsene som gjøres gjennomgås på avdelingsnivå og eventuelt følges opp med tiltak. I Sykehusapotek Nord så vi antydning til denne effekten allerede etter gjennomført to runder med «mystery shopper». Avdelingene gir uttrykk for at de synes dette er en nyttig metode for å undersøke avdelingenes opptreden og om de yter tjenester i henhold til bransjestandarder og god kundebehandling.

Både arbeidsgruppen og styret anbefalte å benytte måleindikatorer som kunne hentes ut fra elektroniske systemer, særlig knyttet til leveringsdyktighet og ventetid. For at dette skal ha en nytteverdi bør det finnes fram til definerte måltall for disse. For å sikre jevnlig datainnhenting og effektivisere denne typen målinger mest mulig bør det utarbeides en felles prosedyre og rapport mal for dette arbeidet.

---

<sup>1</sup> Benrimoj SJ, Werner JB, Raffaele C, Roberts AS, Costa FA. Monitoring quality standards in the provision of non-prescription medicines from Australian Community Pharmacies: results of a national programme. Qual Saf Health Care. 2007 Oct;16(5):354-8. PubMed PMID: 17913776; PubMed Central PMCID: PMC2464961.



Videre anbefalte både styret og arbeidsgruppen at det ble gjennomført spørreundersøkelser blant brukerne og at denne burde ta kort tid for brukeren. Innholdet i spørreundersøkelsen bør være knyttet opp mot de tidligere presenterte dimensjonene og dekke områder som eventuelt andre undersøkelser ikke kan gi tilstrekkelig informasjon om.

På grunnlag av dette anbefaler direktøren at det benyttes flere metoder for å kartlegge brukeropplevd kvalitet i foretaket. Videre at det utvikles mål / standard for de områdene hvor dette ikke er utarbeidet.

### *Forskning*

---

Direktøren er i dialog med Forskningsutvalget om å etablere forskning i foretaket knyttet til utvikling av indikatorer for brukeropplevd kvalitet.

### *Direktørens anbefaling og forslag til videre arbeid*

---

På grunnlag av de momenter som er tidligere er presentert anbefaler direktøren:

- 1) Det settes ned en intern arbeidsgruppe som får mandat til å jobbe med brukerundersøkelser i foretaket og oppfølging av disse. Arbeidsgruppen skal ha et medlem fra Brukerutvalget.
- 2) Sykehusapotek Nord deltar videre i nasjonal «mystery shopper» undersøkelse, resultatene fra denne skal gjennomgås og eventuelle tiltak rapporteres til direktøren.
- 3) Det undersøkes hvilke parametere i FarmaPro og i kølappsystemet som kan gi prosessmålinger knyttet til ventetid og leveringsdyktighet. Det settes mål for disse og utarbeides felles prosedyre og rapportmal. Det anbefales videre at disse undersøkelsene gjøres to ganger årlig i tidsbegrensede perioder.
- 4) Det utarbeides en spørreundersøkelse med mål om å avdekke brukers opplevde nytte etter å ha blitt ekspedert i publikumsavdelingene. Herunder utarbeide mål for valgte parametere. Det kan også vurderes å ta inn andre dimensjoner.
- 5) Spørreskjemaet testes ved en lokasjon og gjennomføres ved at en nøytral part stiller spørsmål til brukere i det de forlater publikumsavdelingen.

Milepæl	Tidsfrist
M1: Intern arbeidsgruppe etableres. Mandat gis av direktør	1.mars 2019
M2: Utarbeidet oversikt over kvantitative parametere og utarbeide mal for rapportering	1.mai 2019
M3: Utarbeide pilot-spørreskjema og gjennomføre pilotundersøkelse	1.mai 2019
M4: Gjennomføre spørreundersøkelse ved alle lokasjoner	1.nov. 2019
M5: Utarbeide rapport over resultater fra undersøkelsene.	1.feb. 2020
M6: Utarbeide plan for videre aktiviteter knyttet til innhenting av kunnskap om brukeropplevd kvalitet i Sykehusapotek Nord	1.feb. 2020



	<b>Plan for underveisevaluering av opptrappingsplanen i klinisk farmasi</b>
Styresak nr:	08 – 2019
Møtedato:	7. februar 2019
Saksbehandler:	Fagsjef Margaret Aarag Antonsen/ Faglig leder kliniske tjenester André Engesland

### Kort saksresyme

En arbeidsgruppe med representanter fra alle helseforetakene i Helse Nord ble opprettet i 2017 som følge av vedtatt opptrapping av klinisk farmasi. Arbeidsgruppen leverte høsten 2017 en anbefaling og plan for fordeling av stillinger i Helse Nord fram til og med 2019. Arbeidsgruppen anbefalte at videre opptrapping skulle skje på grunnlag av evaluering av igangsatte kliniske tjenester og leveres innen utgangen av juni 2019. Styret i Sykehusapotek Nord ba under behandling av sak 61-18 *Status opptrappingsplan klinisk farmasi* om en plan for underveisevaluering av klinisk farmasi i Helse Nord.

I denne saken presenteres en plan for gjennomføring av underveisevaluering av opptrappingsplanen i klinisk farmasi. Evalueringen planlegges gjennomført ved å benytte informasjon og erfaringer gjort under kontinuerlig evaluering av de kliniske tjenestene, sammen med kvalitative data fra spørreskjema og anonymiserte pasientcaser. Kvantitative data vil benyttes for å utfylle eller understøtte informasjon som fremkommer fra kvalitative data. I tillegg vil resultater fra publisert forskning innen klinisk farmasi i Helse Nord inngå i underveisevalueringen.

### *Direktørens innstilling til vedtak*

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar sak om Plan for evaluering av opptrappingsplanen i klinisk farmasi til orientering.*

*Styret i Sykehusapotek Nord HF godkjenner foreslått plan for gjennomføring.*

Espen Mælen Hauge  
Direktør

## *Saksfremlegg*

### *Mål og metode for gjennomføring av midtveiseevalueringen*

---

Målet med underveisevalueringen er å få fram i hvilken grad opptrappingen av klinisk farmasi fram til nå har bidratt til økt pasientsikkerhet og til å nå de mål satt i Strategi for klinisk farmasi i Helse Nord og i Helse Nord's kvalitetsstrategi. Videre vil evalueringen danne grunnlag for å beslutte hvor videre opptrapping av kliniske tjenester skal skje.

For å gjennomføre evalueringen vil det i stor grad bli benyttet kvalitative data ved bruk av spørreskjema og anonymiserte pasientcaser. Kvantitativ data vil benyttes for å understøtte informasjon kommet fram gjennom kvalitativ metode og for å belyse omfang av tjenesten. Det vil også bli gitt en beskrivelse av tjenesten og hvordan den utøves ved de ulike lokasjonene. Resultater fra publisert forskning innen klinisk farmasi i Helse Nord inngår i tillegg som grunnlag i underveisevalueringen.

### *Kontinuerlig evaluering og tilpasning*

---

All klinisk farmasøytisk tjeneste i Helse Nord skal ved oppstart planlegges i samarbeid med aktuell post eller avdeling. Tjenester som er under etablering evalueres i et samarbeidsmøte minst to ganger i løpet av de første seks måneder etter oppstart. Dette gjøres sammen med lokale ledere og klinikere. Grunnleggende for tjenesten er at farmasøytene jobber etter Integrated Medicines Management (IMM) metoden, men at avdelingen kommer med innspill til hvilke deler av IMM som skal vektlegges. Slik oppnås eierskap til tjenesten og en får en skreddersydd tjeneste som er tilpasset avdelingens behov og organisering. Videre evaluering gjøres minst en gang årlig og ellers etter behov, ved organisatoriske endringer på avdeling eller justering av omfanget til tjenesten.

### *Gjennomføring av underveisevalueringen*

---

I tillegg til å benytte erfaringer fra den kontinuerlige evalueringen som gjennomføres, vil det bli gjennomført en helhetlig evaluering og vurdering av opptrappingsplanen. De avdelingene som har etablert klinisk farmasi vil i løpet våren 2019 få tilsendt et spørreskjema. Innklusjonskriteriet for en etablert tjeneste er at den må ha startet for mer enn seks måneder siden. I tillegg til dette vil det benyttes pasientcaser for å vise farmasøytene bidrag. Det samles fortløpende eksempler på anonymiserte pasientcaser hvor kliniske farmasøyter har vært involvert og bidratt til løsninger.

Innen 15. mars 2019 vil ledere ved de avdelingene hvor det er etablert tjenester få tilsendt spørreskjema. I tillegg vil kliniske farmasøyter dele ut spørreskjema til leger og sykepleiere på posten eller avdelingen de er tilknyttet.

Analyser av svar vil gjennomføres i løpet av april 2019 og rapport vil ferdigstilles innen 16. mai 2019.

<b>Oppsummering av styrets egevaluering 2018</b>	
Styresak nr.:	9 – 2019
Møtedato:	7. februar 2018
Saksbehandler:	Direktør Espen Mælen Hauge
Vedlegg:	1. Egevalueringsskjema – alle svar samlet

### *Saken i korte trekk*

---

Behandlingen av *sak 62 – 2018 Styrets arbeid og egevaluering* ble utsatt til dette styremøtet, og styrets medlemmer ble i mellomtiden bedt om sende sin egevaluering til administrasjonen. Svarene er samlet i ett dokument (vedlegg 1), ordrett gjengitt, i tilfeldig rekkefølge og uten navn. I saksfremlegget beskrives forhold ved styrearbeidet som bør bevares og forhold som bør forbedres som er foreslått av styremedlemmene selv. Direktøren har også notert en liste over utviklingspotensial som han har merket seg fra de innsendte svarene.

Styret oppfordres til å diskutere dette i møtet og enes om tre punkter for hhv. bevarings- og forbedringspunkter som skal rapporteres til eier.

### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

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

Espen Mælen Hauge  
 direktør

## *Saksfremlegg*

### *1. Bakgrunn for saken*

---

Behandlingen av sak 62 – 2018 Styrets arbeid og egevaluering ble utsatt til dette styremøtet og styrets medlemmer ble i mellomtiden bedt om sende sin egevaluering til administrasjonen. Svarene er samlet i ett dokument (vedlegg 1), ordrett gjengitt, i tilfeldig rekkefølge og uten navn. I saksfremlegget beskrives forhold ved styrearbeidet som bør bevares og forhold som bør forbedres som er foreslått av styremedlemmene selv. Direktøren har også notert en liste over utviklingspotensial som han har merket seg fra de innsendte svarene. Styret oppfordres til å diskutere dette i møtet og enes om tre punkter for hhv. bevarings- og forbedringspunkter som skal rapporteres til eier.

### *2. Diskusjonsgrunnlag for utvikling av styrets arbeid*

---

#### *Bevarings- og forbedringspunkter*

Som grunnlag for diskusjon i møtet beskrives i dette punktet noen forslag til bevarings- og forbedringspunkter og utviklingsmuligheter for styrets arbeid. I tillegg til den samlede oppsummeringen har flere av styrets medlemmer holdt frem forhold som bør beholdes og som dermed er et utgangspunkt for styremøtets evaluering.

Foreslåtte bevaringspunkter er:

- Gode saksfremlegg med introduksjon og leseveiledning når nødvendig.
- Aktiv møtedeltagelse med flat struktur som følger av en god møteledelse.
- Gode sakspapirer, årshjulet
- Stort sett god tid på forberedelser og tid på møtene
- Engasjert leder og styremedlemmer
- Gode saksfremlegg og god møtekultur
- Styrets sammensetning gir en bredde i perspektiver som oppleves relevant og nyttig

De områdene som det foreslås å gjøre mer av er:

- Mer fokus på å framtidsrette publikumsavdelingene våre. Involvere arbeidstakere i noe større grad for å gi en større forståelse for driften uten at tjenestene våre skal ha et primært salgsfokus. Større fokus på å sette kvalitet i et større mer gjennomiktig system som også involverer arbeidstakere.
- Noe mer fokus mot strategi og litt mindre kontrollfokus.
- Må vises i media
- Nye markeder, vekst
- Kvalitet i alle ledd, tenker da på hvordan vi kan utnytte kunnskapen som Rådsfarmasøytene sitter på.
- Situasjonsbeskrivelsen er alltid veldig god, men mulig kan tiltak iverksatt eller tenkt iverksatt beskrives mer i sakspapirene.

- Fortsatt jobbe for å øke forståelsen for SANOs bidrag og mulighetsrom i Helse Nord og øvrige foretak

Alle styremedlemmene har sendt inn evalueringsskjema. Direktøren har til saksforberedelsen fått et inntrykk av at styrets evalueringssvar i stor grad er samsvarende selv om disse er noe ulikt formulert, men det er også gitt forskjellige, individuelle innspill. Direktøren viser til vedlegg 1 som viser alle svar samlet i ett dokument. Her gjengis noen av svarene som direktøren har merket seg spesielt og som kan bidra til å utvikle styrets arbeid. Kommentarene gjengis her som innspill for diskusjon i møtet.

*Under punkt 2 Styrets oppgaver merket direktøren seg særlig følgende:*

- Jeg tror styret har en bra forståelse for hva som er dets oppgaver. Kontrollperspektivet og verdiperspektivet har vært godt ivaretatt. Et økt fokus på samfunnsperspektivet og det strategiske perspektiv har blitt tydeligere siste år. Fremover blir det viktig at man ikke underprioriterer kontrollperspektivet, spesielt når det gjelder kvalitet og økonomi.

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

- Kan vi utfordre sakene i en større grad? Årshjulet er bra tiltak. Det vil være fornuftig å spesifikt vurdere årshjulet jevnlig i styremøtene. Da kan vi samtidig ha i mentet dette med vektning av tidsbruk i styrearbeidet i forhold til strategi og kontrollbegrepene og verdiperspektivet og samfunnsperspektivet.
- Styret kan dog bedre sitt samarbeid med de øvrige HF. En invitasjon av nøkkelpersoner fra de andre HF inn i styremøtene på aktuelle tema vil kunne bedre dette.
- Dialog og samarbeid med de andre sykehusapotek bør også sikres.

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

- Dersom det med «situasjon» her menes rolle/betydning i foretaksgruppen, tror jeg den forståelsen er tilfredsstillende. Spørsmålet er imidlertid litt uklart.
- Kan det synliggjøres hvordan det jobbes strategisk med SANO sine tjenester og hvilke langsiktige behov vi har mot de andre foretakene?
- SANO HF bør inkluderes mer i planleggingen av de nye sykehus ift. legemiddelforsyning/apotekdrift. Her kan eier ta en mer aktiv rolle med å inkludere oss.

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

- Vi har god kompetanse innen helseforskning, innovasjon og IT. Mangler litt innen digitale medier. Fremover trenger vi spesielt kompetanse rettet mot strategisk utvikling av publikumsavdelingene våre (salg, markedsføring og kundefokus) samt kvalitet og utvikling innen høykompetansetjenester.
- Man bør vurdere å inkludere en person fra primærhelsetjenesteståsted.

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

- Svært god. Kan vurdere intro og leseveiledning på de lengre sakene.
- Gode. Kanskje noe omfattende i enkelte saker. For eksempel med vedlegg.
- Skulle de ytterligere forbedres måtte det være å legge inn et tydeligere avsnitt med hvorfor saken legges frem og hva som er målet med den.
- Noen statussaker kan med fordel inneholde et avsnitt med samlet vurdering og forslag til forbedring, eks. virksomhetsrapportene og status opptrapping klinisk farmasi.
- I enda større grad fokuseres på å beskrive tiltak som er iverksatt eller tenkt iverksatt på aktuelle utfordringer. Situasjonsbeskrivelsen er alltid god i styrepapirene, men det mest interessante er hva gjør vi videre (=tiltak) dersom situasjonen beskriver utfordringer.

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

- Mer oppmerksomhet på de forestående, store IKT-prosjektene. Erfaringsmessig kan dette være utfordrende for organisasjonen. Jeg håper vi blir mer fortløpende orientert om dette i året som kommer.
- Vi bør koble sammen forskning, kvalitet, innovasjon og merkevarebygging i fremtiden for å sikre at vi leverer tjenester som er bærekraftige og rettet mot våre kunder i fremtiden.

*Under punkt 9 Styrets vedtak merket direktøren seg særlig følgende:*

- Styret er aktiv ift. vedtakspunktene, og gjør i flere saker justering av vedtakene som avspeiler styrets holdning og forventinger knyttet til saken.

*Under punkt 11 Styrets kommunikasjonsform merket direktøren seg særlig følgende:*

- I forbindelse med strategiske diskusjoner og vanskelige saker kunne det vært aktuelt å samlet styret om kvelden i forkant av styremøtet og gjennomført temadiskusjoner. Dette for å forbedre saksbehandlingen i selve styremøtet.

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

- Generelt følges sakene godt opp, med unntak av saker som krever en mer proaktiv tilnærming, f.eks. brukerorientering, salg og forretningsutvikling. Her utøver styret en mer offensiv tilnærming som kan være krevende for organisasjonen å levere på.

*Under punkt 12 Styreleder merket direktøren seg særlig følgende:*

- Effektiv ledelse som fungerer godt men noe variasjon over hvor mye tid enkelte saker får til behandling. Dette er stort sett basert på hvor viktig sakene oppleves i forkant men diskusjonene til deltakere kan påvirke dette som oppleves som en fin

demokratisk måte å få belyst sakene på. Men i få enkeltstående saker kan det bli for lite tid på grunn av tidsnød.

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

- Noen få ganger har det blitt for dårlig tid, og saker har blitt utsatt. Vi kan kanskje vurdere å møtes kvelden før til styremøter der vi har saker til behandling som krever endel diskusjon.
- Vurdere å legge en overvekt av møtene til Tromsø for å unngå unødig mye reising/kostnader for flertallet av deltakerne.





## EGENEVALUERING AV STYRET I SYKEHUSAPOTEK NORD

### 1. PERSONOPPLYSNINGER

- Sykehusapotek Nord HFs styres medlemmer har svart egenevalueringen slik:

### 2. STYRETS OPPGAVER

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

- Ja
- Styret skal treffe beslutninger vedrørende strategi som også inkluderer innovasjon, utøve kontroll på budsjetter, regnskap, forvaltning av ressurser, planer og retningslinjer, samt tilsetting av daglig leder og ta hensyn til generell organisering av virksomheten.
- Det vil være fornuftig å vurdere årshjulet jevnlig i styremøtene og samtidig fortløpende vurdere vektning av tidsbruk på strategi, kontroll, verdiperspektiv og samfunnsperspektiv
- Klarhet om styrets oppgaver. Jeg mener dette er klart gjennom styreinstruks og diskusjoner i styret. En klar vridning mot mer strategiske diskusjoner.
- Jeg tror styret har en bra forståelse for hva som er dets oppgaver. Kontrollperspektivet og verdiperspektivet har vært godt ivaretatt. Et økt fokus på samfunnsperspektivet og det strategiske perspektiv har blitt tydeligere siste år. Fremover blir det viktig at man ikke underprioriterer kontroll perspektivet. Spesielt når det gjelder kvalitet og økonomi.
- Ja, med sterkere fokus på strategisk jobbing, og ikke bare kontroll.
- Ja, det mener jeg

### 3. PLANLEGGING OG ARBEIDSMÅTE.

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

- Med relativt kort fartstid i styret, blir det et begrenset vurderingsgrunnlag. Det at styresakene inneholder oversikt over behandlede og planlagte saker gjennom året, legger godt til rette for planmessig arbeid.
- Møtepapirene er godt forberedt og protokoll kan tilsynelatende ofte skrives fullt ut på forhånd. Kan vi utfordre sakene i en større grad? Årshjulet er bra tiltak. Det vil være fornuftig å spesifikt vurdere årshjulet jevnlig i styremøtene. Da kan vi samtidig ha i mente dette med vektning av tidsbruk i styrearbeidet i forhold til strategi og kontrollbegrepene og verdiperspektivet og samfunnsperspektivet.
- Planlegging og arbeidsmåte. Årshjul er bra. Godt grunnlag for planlegging.
- Årshjulet gir en god planleggingshorisont. Styret kan dog bedre sitt samarbeid med de øvrige HF. En invitasjon av nøkkelpersoner fra de andre HF inn i styremøtene på aktuelle tema vil kunne bedre dette. Et eksempel er at det nå planlegges og bygges nytt sykehus i Hammerfest uten sykehusapotek. Dette uten at SANO har vært inkludert i sløyfen. Ny styreleder og direktør i UNN bør informeres om SANO og evt. endringer i UNNs drifts innvirkning på SANOs drift.
- Dialog og samarbeid med de andre sykehusapotek bør også sikres. Etter beslutningen om at vi ikke skulle sammenslås, har dette samarbeidet blitt noe svekket.
- Årshjulet er et godt verktøy for å planlegge styrets arbeid gjennom året. Vi kan ha mer samarbeid med sykehusforetakene, ved f.eks. å invitere dem inn til våre styremøter på tema. Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset er spesielt viktig ift. å levere våre tjenester til dem.
- Ja, det syns jeg. Årshjulet er til god hjelp. Tilsendte styrepapirer av høy kvalitet, informative og fine å lese. Gode saksfremlegg i møtet og balanserte diskusjoner med rom for å mene.



#### 4. FORHOLD TIL EIER.

**Har styret oppnådd en tilfredsstillende forståelse for Sykehusapotek Nord's situasjon hos det regionale Helse Nord?**

- Dersom det med «situasjon» her menes rolle/betydning i foretaksgruppen, tror jeg den forståelsen er tilfredsstillende. Spørsmålet er imidlertid litt uklart.
- Oppdragsdokumentet er bra men litt generelt. SANO blir stadig mer synlig og kjent i RHFet. Kan det synliggjøres hvordan det jobbes strategisk med SANO sine tjenester og hvilke langsiktige behov vi har mot de andre foretakene?
- Mitt inntrykk er at dette er ok.
- Forholdet til eier bør styrkes. SANO HF bør inkluderes mer i planleggingen av de nye sykehus ift legemiddelforsyning/apotekdrift.
- SANO HF bør inkluderes mer i planleggingen av de nye sykehus ift. legemiddelforsyning/apotekdrift. Her kan eier ta en mer aktiv rolle med å inkludere oss.
- Det er mitt inntrykk at dette er bra og stadig fortsatt blir bedre.

#### 5. STYRETS SAMMENSETNING.

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

- Styrets sammensetning er godt balansert.
- Vi har god kompetanse innen helseforskning, innovasjon og IT. Mangler litt innen digitale medier. Fremover trenger vi spesielt kompetanse rettet mot strategisk utvikling av publikumsavdelingene våre (salg, markedsføring og kundefokus) samt kvalitet og utvikling innen høykompetansetjenester.
- Styrets sammensetning og kompetanse. Ville muligens vært gunstig med en allmennlege for å få større forståelse av utfordringer med bytte av omsorgsnivå. Er vi for enige?
- Styret har en bred kompetanse, men man bør vurdere å inkludere en person fra primærhelsetjenesteståsted.
- Styret har en bred kompetanse.
- Jeg synes styrets sammensetning er god, både mht kompetanser, erfaringsbakgrunn, samt personligheter.

#### 6. STYRETS INSTRUKS.

**Kjenner jeg innholdet i styrets instruks, og er opplevd den som relevant i forhold til styrets opplevde oppgaver?**

- Ja
- Ja
- OK
- Dialog knyttet til Oppdragsdokumentet har tydelig blitt bedre gjennom de siste år og SANOs særpreg har blitt tydeligere forstått av eier.
- Kan kanskje repeteres av styret for en refleksjon om hvordan vi praktiserer det.
- Ok

#### 7. STYREPAPIRENE.

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

- Styrepapirene er gode og oversiktlige. Må også berømme de ansatte som har hatt tematiseringer for styret. Disse har vært informative og bidratt til at styret har fått en utvidet forståelse som grunnlag for beslutninger.
- Svært god. Kan vurdere intro og leseveiledning på de lengre sakene.
- Gode. Kanskje noe omfattende i enkelte saker. For eksempel med vedlegg.



- Styrepapirene er av generell god kvalitet. Skulle de ytterligere forbedres måtte det være å legge inn et tydeligere avsnitt med hvorfor saken legges frem og hva som er målet med den.
- Styrepapirene er av god kvalitet på det jevne. Noen statussaker kan med fordel inneholde et avsnitt med samlet vurdering og forslag til forbedring, eks. virksomhetsrapportene og status opptrapping klinisk farmasi.
- Alltid meget bra. Skulle jeg ønske meg noe så ville det være at det i enda større grad fokuseres på å beskrive tiltak som er iverksatt eller tenkt iverksatt på aktuelle utfordringer. Situasjonsbeskrivelsen er alltid god i styrepapirene, men det mest interessante er hva gjør vi videre (=tiltak) dersom situasjonen beskriver utfordringer.

## 8. FULLSTENDIGHET I SAKER.

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

- I min korte tid som styremedlem har jeg savnet mer oppmerksomhet på de forestående, store IKT-prosjektene. Erfaringsmessig kan dette være utfordrende for organisasjonen. Jeg håper vi blir mer fortløpende orientert om dette i året som kommer.
- Det går en fin grense for hvor detaljert et styre skal gå inn i sakene fordi det lett kan bli for mye fokus på kontroll på denne måten. Det er jobbet med innovasjon og forskning den siste tiden men vi bør koble sammen forskning, kvalitet, innovasjon og merkevarebygging i fremtiden for å sikre at vi leverer tjenester som er bærekraftige og rettet mot våre kunder i fremtiden.
- Har ikke grunnlag for å si at noe mangler.
- Årshjulet sikrer en god fullstendighet i saker, dog har saker knyttet til kvalitet vært etterspurt flere ganger fra styret.
- Nei, ikke som jeg tenker på nå

## 9. STYRETS VEDTAK.

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

- Ja
- Ja. Alle vedtak er enstemmig og alle får i det store og hele muligheten til å uttale seg.
- Ok
- Styret har vist et betydelig engasjement knyttet til vedtakene og styreleder har jobbet for å få gode og presise vedtak.
- Styret er aktiv ift. vedtakspunktene, og gjør i flere saker justering av vedtakene som avspeiler styrets holdning og forventinger knyttet til saken.
- Ja

## 10. STYREPROTOKOLLEN.

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

- Jeg har ingen forslag til endring vedrørende styreprotokollen.
- Nei. En kan lese saksfremleggene for å få mer detaljer i forbindelse med styresakene.
- Ok
- Ingen anmerkning.
- Ingen anmerkning.
- Nei

## 11. STYRETS KOMMUNIKASJONSFORM.

**I hvilken grad kommuniserer vi som et kollegium hvor det er fellesfølelsen som er**



## **grunnleggende – opptrer vi med integritet, åpenhet, ansvarlighet og tillit overfor hverandre?**

- Som nytt styremedlem opplevde jeg raskt å bli inkludert i kollegiet.
- Fin flat linjestruktur og det oppfordres til at alle representantene i styret skal få ordet i sakene.
- Synes styret gir rom for ytringer og diskusjon.
- Styremøtene har vært preget av gode diskusjoner og et godt forarbeid. Det er en god tillit mellom styremedlemmene og åpenhet og respekt er gjeldende. I forbindelse med strategiske diskusjoner og vanskelige saker kunne det vært aktuelt å samlet styret om kvelden i forkant av styremøtet og gjennomført temadiskusjoner. Dette for å forbedre saksbehandlingen i selve styremøtet.
- Styremøtene er preget av at styremedlemmene er forberedt og med god tone mellom deltakerne. Alle forventes å være aktive på alle saker, dvs. ha synspunkter på sakene. Det er etter min oppfatning tillit og åpenhet i styret.
- Ja, det synes jeg. Jeg opplever takhøyde og at man er lyttende til hverandre, samt imøtekommende.

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

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

- Mitt inntrykk er at administrasjonen følger godt opp på alle måter.
- Administrasjonen følger opp alle vedtak som forventet. Administrasjonen blir ofte hørt og gitt muligheten til å gi kommentarer på forslagene til vedtak.
- Mitt inntrykk er god oppfølging.
- Generelt følges sakene godt opp, med unntak av saker som krever en mer proaktiv tilnærming, f.eks. brukerorientering, salg og forretningsutvikling. Her utøver styret en mer offensiv tilnærming som kan være krevende for organisasjonen å levere på.
- Jeg er tilfreds med situasjonen ifht de ressursene som administrasjonen har tilgjengelig.

## **13. STYRELEDER.**

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

- Møtene gjennomføres på en god måte.
- Effektiv ledelse som fungerer godt men noe variasjon over hvor mye tid enkelte saker får til behandling. Dette er stort sett basert på hvor viktig sakene oppleves i forkant men diskusjonene til deltakere kan påvirke dette som oppleves som en fin demokratisk måte å få belyst sakene på. Men i få enkeltstående saker kan det bli for lite tid på grunn av tidsnød.
- Synes prioriteringen er god.
- Styreleder har til tider vært litt mye fraværende (eks styreledermøter) pga annen jobb/reise, men dette er nå bedret.
- Jeg er fornøyd med styreleder og måten hun leder møtene.

## **14. STYREMØTENE.**

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

- Ingen forslag til endring.
- Perfekt vektet mot dagens situasjon.
- Antall møter er ok.
- Styreleder har til tider vært litt mye fraværende (eks styreledermøter) pga annen jobb/reise, men dette er nå bedret.
- Styremøtene har vært gode blant annet fordi styremedlemmene er forberedt og forventes å være aktive på alle saker, og har god tone. Noen få ganger har det blitt for dårlig tid, og



saker har blitt utsatt. Vi kan kanskje vurdere å møtes kvelden før til styremøter der vi har saker til behandling som krever endel diskusjon.

- Jeg er fornøyd. Jeg vet ikke om det er ønskelig, men et innspill er å vurdere å legge en overvekt av møtene til Tromsø for å unngå unødig mye reising/kostnader for flertallet av deltakerne.

## 15. FORHOLDET TIL DAGLIG LEDER.

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

- Styreleder og daglig leder har tilsynelatende god kontakt som bør opprettholdes.
- Godt.
- Det er mitt inntrykk at forholdet mellom styreleder og daglig leder har blitt styrket over de siste år.
- Styret har et godt forhold til direktøren, og styreleder og direktør har månedlige tlf. samtaler for å holde hverandre oppdatert.
- Jeg opplever dette meget godt slik det er.

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

- Ikke spesielt interessant i nåværende situasjon.
- Jeg mener vilkårene ivaretas på en god måte.
- Jeg tenker det ikke er aktuelt å revidere daglig leders ansettelsesvilkår mer regelmessig.
- Jeg synes det fungerer greit slik det er nå, men er åpen for å diskutere dette dersom det er ønskelig. Synes imidlertid det i så fall må ses i sammenheng med ordningene hos de andre direktørene i Helse Nord.

## 16. ANNET

- I styremøtene er publikumsavdelingen et stadig tilbakevendende tema og da særskilt de utfordringene som oppstår på grunn av endringer i legemiddelprisene og begrensningene som følge av ESA-dommen. Resten av styret kjenner kanskje detaljene her godt, men jeg kunne ha ønsket meg en gjennomgang av hvilke begrensninger og muligheter som ligger der.

### Foreslåtte bevaringspunkter:

- Gode saksfremlegg med introduksjon og leseveiledning når nødvendig.
- Aktiv møtedeltagelse med flat struktur som følger av en god møteledelse.
- Gode sakspapirer, årshjulet
- Stort sett god tid på forberedelser og tid på møtene
- Engasjert leder og styremedlemmer
- Gode saksfremlegg og god møtekultur
- Styrets sammensetning gir en bredde i perspektiver som oppleves relevant og nyttig

### Foreslåtte forbedringspunkter:

- Mer fokus på å framtidrette publikumsavdelingene våre. Involvere arbeidstakere i noe større grad for å gi en større forståelse for driften uten at tjenestene våre skal ha et primært salgsfokus. Større fokus på å sette kvalitet i et større mer gjennomsliktig system som også involverer arbeidstakere.
- Noe mer fokus mot strategi og litt mindre kontrollfokus.
- Må vises i media



- Nye markeder, vekst
- Kvalitet i alle ledd, tenker da på hvordan vi kan utnytte kunnskapen som Rådsfarmasøytene sitter på.
- Situasjonsbeskrivelsen er alltid veldig god, men mulig kan tiltak iverksatt eller tenkt iverksatt beskrives mer i sakspapirene.
- Fortsatt jobbe for å øke forståelsen for SANOs bidrag og mulighetsrom i Helse Nord og øvrige foretak



## Saker til informasjon

Styresak nr.:	10 – 2019
Møtedato:	7. februar 2019

### *Saker til informasjon:*

*Ved styreleder:*

*Ved direktør:*

1. Tiltak i SANO i forbindelse med innsparinger i Helse Nord
2. Samarbeidsavtaler med helseforetakene
3. Status Rydd Skapet II
4. Status IKT-prosjekter

*Ved leder av brukerutvalget*

### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

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

Espen Mælen Hauge  
direktør