



# Styremøte

Innkalling med sakspapirer

11. februar 2020 kl. 8.00 – 12.00

Sted:

Clarion Hotel the Edge, Tromsø

Saker til behandling:

Saksnummer	Saksnavn	Side
1 - 2020	Godkjenning av innkalling og saksliste	1
2 - 2020	Godkjenning av protokoll fra styremøte 12. desember 2019	2
3 - 2020	Årsplan for styret – oppdatering og status	8
4 - 2020	Virksomhetsrapport per desember 2019	12
5 - 2020	Foreløpig rapport på gjennomføring av oppdragsdokument 2019 - Årlig melding	31
6 - 2020	Oppdragsdokument 2020	36
7 - 2020	Prosjektrapport sykehusforetakenes samarbeid om legemiddelberedskap	83
8 - 2020	Status nytt IKT-fagsystem	109
9 - 2020	Oppsummering styrets egnevaluering 2019	110
10 - 2020	Saker til informasjon	113
	1. Informasjon fra styreleder – <i>mundlig</i>	
	2. Informasjon fra adm. direktør – <i>mundlig</i>	
	3. Informasjon fra brukerutvalgets leder - <i>mundlig</i>	
11 - 2020	Eventuelt	



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

Deres ref:	Vår ref:	Dato:	Saksbehandler:
	2020/25-1	03.02.20	Helge Kjerulf Pettersen

### **Innkalling til styremøte i Sykehusapotek Nord HF 11. februar 2020**

I henhold til tidligere avtalt møteplan, og i samråd med styreleder, innkalles med dette til styremøte i Sykehusapotek Nord HF tirsdag 11. februar 2020 kl. 8.00-12.00.

Møtet avholdes på Clarion Hotel the Edge i Tromsø.

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

Saksdokumenter er vedlagt.

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

Vennlig hilsen

Bjørg Helene Jenssen  
styreleder

Espen Mælen Hauge  
direktør



## Godkjenning av innkalling og saksliste

Styresak nr.:	1–2020
Møtedato:	11. februar 2020

I samråd med styreleder er følgende saksliste satt opp til styremøtet 11. februar 2020:

Saksnummer	Saksnavn	Side
1 - 2020	Godkjenning av innkalling og saksliste	1
2 - 2020	Godkjenning av protokoll fra styremøte 12. desember 2019	2
3 - 2020	Årsplan for styret – oppdatering og status	8
4 - 2020	Virksomhetsrapport per desember 2019	12
5 - 2020	Foreløpig rapport på gjennomføring av oppdragsdokument 2019 - Årlig melding	31
6 - 2020	Oppdragsdokument 2020	36
7 - 2020	Prosjektrapport sykehusforetakenes samarbeid om legemiddelberedskap	83
8 - 2020	Status nytt IKT-fagsystem	109
9 - 2020	Oppsummering styrets egnevaluering 2019	110
10 - 2020	Saker til informasjon	113
	1. Informasjon fra styreleder – <i>mundlig</i>	
	2. Informasjon fra adm. direktør – <i>mundlig</i>	
	3. Informasjon fra brukerutvalgets leder - <i>mundlig</i>	
11 - 2020	Eventuelt	

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

*Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte den 11. februar 2019.*

Espen Mælen Hauge  
direktør



<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 12. desember 2019</b>	
---	--

Styresak nr.:	2 – 2020
Møtedato:	11. februar 2020

*Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner protokollen fra styremøtet 12. desember 2019.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

## Protokoll

---

**Møtetype:** Styremøte i Sykehusapotek Nord HF

**Tidspunkt:** 12. desember 2019 kl. 9.00–14.00

**Møtested:** Nordlandssykehuset Bodø, rom G04.027

**Tilstede:** Bjørg Helene Jenssen, styreleder  
Gunnar Skov Simonsen, styrets nestleder (  
Lars Småbrekke, styremedlem  
Andre Engesland, styremedlem  
Randi Brendberg, styremedlem  
Liv Synnøve Norlid, styremedlem  
Hilde Gustavsen Erstad, styremedlem

Nestleder deltok frem til kl 12.00 via Skype, deltok i behandlingen av sak 57, 58, 61, 62 og 63.

**Observatør:**

**Forfall:** Terje Olsen, leder i brukerutvalget

**Fra administrasjonen:**

Espen Mælen Hauge, direktør  
Margaret Aarag Antonsen, fagsjef  
Helge K. Kjerulf Pettersen, økonomisjef  
Hans Jørgen Sevatdal, sykehusapoteker, tilstede under behandling av sak 57, 58, 61, 62 og 63.

---

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

### **Sak 57/19 Godkjenning av innkalling og saksliste**

*Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte 12. desember 2019.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte 12. desember 2019.

## **Sak 58/19 Godkjenning av protokoll fra styremøte 30. oktober 2019**

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøtet 30. oktober 2019.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

### *Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøtet 30. oktober 2019.

## **Sak 59/19 Årsplan for styret – oppdatering og status**

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar årsplanen med de innspillene som kom i møte.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

### *Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar årsplanen med de innspillene som kom i møte.

## **Sak 60/19 Virksomhetsrapport per oktober 2019**

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per oktober 2019 til orientering.*

Direktøren endret sin innstilling til vedtak.

### *Direktørens endrede innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapportene per oktober og november 2019 til orientering.*

Direktørens endrede innstilling ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapportene per oktober og november 2019 til orientering.

## **Sak 61/19 Budsjett 2020**

*Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar det foreslåtte budsjettet som Sykehusapotek Nord HFs budsjett for 2020.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar det foreslåtte budsjettet som Sykehusapotek Nord HFs budsjett for 2020.

## **Sak 62/19 Oppfølging av arbeidet med avvik og nesten-avvik**

*Direktørens innstilling til vedtak*

---

- 1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tar direktørens presentasjon av oppfølging av avvik og nesten-avvik til orientering.*
- 2. Styret ber direktøren om å utarbeide en plan for gjennomføring av tiltakene som er presentert i saken.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tar direktørens presentasjon av oppfølging av avvik og nesten-avvik til orientering.

2. Styret ber direktøren om å utarbeide en plan for gjennomføring av tiltakene som er presentert i saken.

## **Sak 63/19 Tema: Strategiprosess 2020**

### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tok presentasjonen til orientering og gjennomførte diskusjoner strategiprosess 2020.
2. Styret ber direktøren ta de innspillene som kom frem under diskusjonen med i videre arbeid.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

### *Endelig vedtak:*

---

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tok presentasjonen til orientering og gjennomførte diskusjoner strategiprosess 2020.
2. Styret ber direktøren ta de innspillene som kom frem under diskusjonen med i videre arbeid.

## **Sak 64/19 Saker til informasjon**

Ved styrets leder:

- Referat fra sist styreledermøte er sendt på e-post til styremedlemmene. Informasjonssikkerhet blir et tema fremover.
- Styreleder har blitt informert om at det er laget nye retningslinjer for risikostyring, informasjon om dette videresendes øvrige styremedlemmer.

Ved direktør:

- Sykehusapotekenes samarbeid om legemiddelberedskap (SAMLE)
- Nytt apotekfagsystem
- Nye UNN Narvik (NUN)
- Nye Hammerfest sykehus (NHS)
- Oppstart av legemiddelleveranser til Finnmarkssykehuset
- Hemmelig kunde (Mystery shopper)

Ved styremedlem Lars Småbrekke:

- Orientering om digitaliseringens betydning for diagnostikk og logistikk

Ved fagsjef på vegne av leder i brukerutvalget:



- Det blir valgt nye brukerutvalgsrepresentanter i sykehusforetakene i forbindelse med valg av nye styrer våren 2020. Etter dette blir sykehusforetakenes brukerutvalg bedt om å oppnevne nye medlemmer til Sykehusapotek Nord's brukerutvalg gjeldende fra høsten 2020.

#### *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 65/19 Styrets arbeid og egnevaluering**

#### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

*Styret i Sykehusapotek Nord HF har gjennomført egnevaluering av styrets arbeid. Oppsummering av evalueringen legges frem i styremøtet 11.2.2020, før den oversendes Helse Nord RHF.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

#### *Endelig vedtak:*

---

Styret i Sykehusapotek Nord HF har gjennomført egnevaluering av styrets arbeid. Oppsummering av evalueringen legges frem i styremøtet 11.2.2020, før den oversendes Helse Nord RHF.

## **Sak 66/19 Eventuelt**

Evaluering av møtet.



<b>Årsplan for styret</b>	
Styresak nr.:	3 – 2020
Møtedato:	11. februar 2020
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 vedtar årsplanen med de innspillene som kom i møtet.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

Møtedato	Saknr.	Ref tidl. sak nr.	Sakstittel	Saksansvarlig	Vedtak
12.12.2019	57	Bodø	Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte 12. desember 2019.
12.12.2019	58		Godkjenning av protokoll	Styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøtet 30. oktober 2019.
12.12.2019	59		Årsplan - oppdatering og status	Direktør	Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar årsplanen med de innspillene som kom i møte.
12.12.2019	60		Virksomhetsrapport per oktober	Økonomisjef	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapportene per oktober og november 2019 til orientering.
12.12.2019	61	39/2019	Budsjett 2020	Økonomisjef	Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar det foreslåtte budsjettet som Sykehusapotek Nord HFs budsjett for 2020.
12.12.2019	62	20/2019	Oppfølging arbeidet med avvik og nesten-avvik	Fagsjef	1.Styret for Sykehusapotek Nord HF tar direktørens presentasjon av oppfølging av avvik og nesten-avvik til orientering.  2.Styret ber direktøren om å utarbeide en plan for gjennomføring av tiltakene som er presentert i saken.
12.12.2019	63		Tema: Strategiprosess 2020	Direktør	1.Styret for Sykehusapotek Nord HF tok presentasjonen til orientering og gjennomførte diskusjoner strategiprosess 2020.  2.Styret ber direktøren ta de innspillene som kom frem under diskusjonen med i videre arbeid.
12.12.2019	64		Informasjonssaker 1) G2021 2) SAMLE 3) Mystery shopper 4) Mersalgdebatten i TV2 og NRK	Direktør/styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonssakene til orientering.
12.12.2019	65		Styrets arbeid og egevaluering	Styreleder	Styret i Sykehusapotek Nord HF har gjennomført egevaluering av styrets arbeid. Oppsummering av evalueringen legges frem i styremøtet 11.2.2020, før den oversendes Helse Nord RHF.
12.12.2019	66		Eventuelt	Styreleder	
05.02.2020			FELLES FORETAKSMØTE (BODØ) oppdragsdokument	Helse Nord RHF	
10.02.2020		Tromsø	Miniseminar. Tema: Ny strategi/publikumsstrategi og oppdragsdokument. Kveldsmøte med felles middag.		
11.02.2020	1	Tromsø	Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
11.02.2020	2		Godkjenning av protokoll	Styreleder	
11.02.2020	3		Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
11.02.2020	4		Virksomhetsrapport per desember 2019	Økonomisjef	
11.02.2020	5		Foreløpig årlig melding 2019	Økonomi og fagsjef	
11.02.2020	6		Oppdragsdokument 2020	Direktør	
11.02.2020	7		Prosjektrapport sykehusapotekforetakenes samarbeid om legemiddelberedskap	Fagsjef	
11.02.2020	8		Status nytt IKT-apotekfagsystem	Direktør	
11.02.2020	9		Oppsummering styrets egevaluering 2019	Direktør	
11.02.2020	10		Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
11.02.2020	11		Eventuelt	Styreleder	
11.02.2020		Tromsø	Regional pasientsikkerhetskonferanse i Tromsø	Regionalt kompetansesenter for pasientsikkerhet NLSH	

12.02.2020			Regional pasientsikkerhetskonferanse i Tromsø	Regionalt kompetansesenter for pasientsikkerhet NLSH	
20.03.2020			Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
20.03.2020			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
20.03.2020			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
20.03.2020			Godkjenning av årsregnskap 2019	Økonomisjef	
20.03.2020			Godkjenning av Årlig melding 2019	Økonomisjef og fagsjef	
20.03.2020			Virksomhetsrapport per februar 2020	Økonomisjef	
20.03.2020			Økonomisk langtidspan 2021-2024 inkludert rullering av investeringsplan	Økonomisjef	
20.03.2020			Tema: Ny strategi/publikumsstrategi	Direktør	
20.03.2020			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
20.03.2020			Eventuelt	Styreleder	
25.03.2020		Bodø	FORETAKSMØTE (BODØ) valg av nytt styre	Helse Nord RHF	
15.04.2020		Bodø	Godkjenning av innkalling og saksliste		
15.04.2020			Godkjenning av protokoll		
15.04.2020			Årsplan - oppdatering og status		
15.04.2020			Virksomhetsrapport per mars 2020		
15.04.2020			Saker til informasjon		
15.04.2020			Eventuelt		
15.04.2020		Bodø	REGIONALT STYRESEMINAR (BODØ)	Helse Nord RHF	
16.04.2020			REGIONALT STYRESEMINAR (BODØ)	Helse Nord RHF	
APRIL/MAI			FELLES FORETAKSMØTE (TROMSØ/BODØ) årlig melding	Helse Nord RHF	
28.05.2020			Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
28.05.2020			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
28.05.2020			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
28.05.2020			Virksomhetsrapport per april	Økonomisjef	
28.05.2020			Rapport for 1. tertial 2020 til Helse Nord RHF	Økonomisjef	
28.05.2020			Risikovurdering overordnede risikomål		
28.05.2020			Tema: Ny strategi/publikumsstrategi	Direktør	
28.05.2020			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
28.05.2020			Eventuelt	Styreleder	
23.09.2020			Styreseminar		
24.09.2020			Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
24.09.2020			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
24.09.2020			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
24.09.2020			Virksomhetsrapport per august 2020	Økonomisjef	
24.09.2020			Rapport til Helse Nord RHF per 2. tertial 2020	Økonomisjef	
24.09.2020			Premisser budsjett 2021	Økonomisjef	
24.09.2020			Ledelsens gjennomgang	Direktør	
24.09.2020			Møteplan 2021		

24.09.2020			Tema: Ny strategi/publikumsstrategi	Direktør	
24.09.2020			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
24.09.2020			Eventuelt	Styreleder	
24.09.2020			Evaluering av direktør/lønnsjustering	Styreleder	
28.10.2020			Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
28.10.2020			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
28.10.2020			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
28.10.2020			Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
28.10.2020			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
28.10.2020			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
28.10.2020			Virksomhetsrapport per september	Økonomisjef	
28.10.2020			Tema: Ny strategi/publikumsstrategi	Direktør	
28.10.2020			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
28.10.2020			Eventuelt	Styreleder	
28.10.2020			REGIONALT STYRESEMINAR (TROMSØ)	Helse Nord RHF	
29.10.2020			REGIONALT STYRESEMINAR (TROMSØ)	Helse Nord RHF	
10.12.2020			Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
10.12.2020			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
10.12.2020			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
10.12.2020			Virksomhetsrapport per oktober	Økonomisjef	
10.12.2020			Budsjett 2021		
10.12.2020			Strategi 2021	Direktør	
10.12.2020			Styrets arbeid og egenevaluering	Direktør	
10.12.2020			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
10.12.2020			Eventuelt	Styreleder	



## Virksomhetsrapport per desember 2019

Styresak nr.:	4 – 2020
Møtedato:	11. februar 2020
Saksbehandler:	Økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen

Regnskapet for 2019 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 per desember 2019 til orientering.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

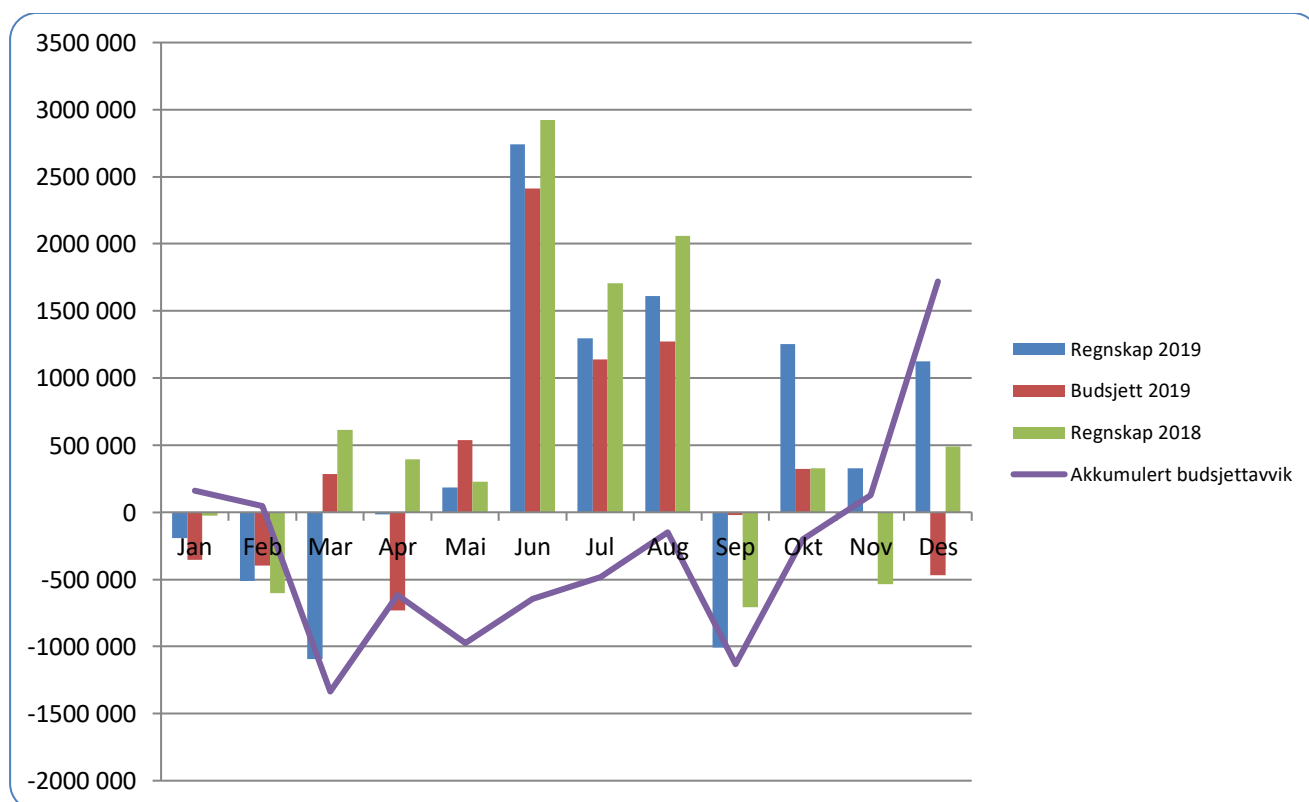
## Saksfremlegg

Foreløpig regnskap for 2019 viser et overskudd på 5,72 millioner. For 2018 var resultatet et overskudd på 6,87 millioner. Det er budsjettert med et overskudd på 4,60 millioner for 2019, slik at resultatet er 1,12 millioner høyere enn budsjettert.

I forhold til budsjett for å nå styringsmålet fra Helse Nord (styringsmålet er et overskudd på 4 million, mens budsjettmål fastsatt av styret for Sykehusapotek Nord er et overskudd på 4,6 millioner) er resultatet 1,72 millioner høyere enn budsjettert.

Resultatet for desember er et overskudd på 1,12 millioner. Det var budsjettert med et underskudd på 0,32 millioner, slik at resultatet er 1,44 millioner høyere enn budsjettert.

	Siste måned					Akkumulert hittil i år				
	Resultat	Budsjett	Avvik	2018	Endring	Resultat	Budsjett	Avvik	2018	Endring
Omsetning	-46 294	-42 132	-4 162	-42 522	8,9 %	-529 258	-532 228	2 970	-505 020	4,8 %
Varekjøp	34 131	31 926	2 206	32 958	3,6 %	396 886	405 266	-8 381	388 301	2,2 %
Dekningsbidrag	-12 163	-10 207	-1 956	-9 564	27,2 %	-132 373	-126 962	-5 410	-116 719	13,4 %
Personalkostnader	8 461	8 205	256	7 413	14,1 %	94 466	93 870	595	84 110	12,3 %
Andre kostnader	2 268	2 381	-113	1 780	27,4 %	32 508	28 860	3 648	26 271	23,7 %
Skatt og finans	312	-61	373	-82	-479,7 %	-321	-368	48	-538	-40,4 %
Resultat	-1 121	318	-1 440	-232	383,6 %	-5 720	-4 600	-1 120	-6 876	-16,8 %
Dekningsgrad	26,3 %	24,2 %	2,0 %	22,5 %	3,8 %	25,0 %	23,9 %	1,2 %	23,1 %	1,9 %
Vareforbruk	84,46 %	86,16 %	-1,7 %	85,68 %	-1,2 %	85,04 %	86,25 %	-1,2 %	85,65 %	-0,6 %
Andel pers. kost.	18,3 %	19,5 %	-1,2 %	17,4 %	0,8 %	17,8 %	17,6 %	0,2 %	16,7 %	1,2 %
Resultatandel	2,4 %	-0,8 %	3,2 %	0,5 %	1,9 %	1,1 %	0,9 %	0,2 %	1,4 %	-0,3 %



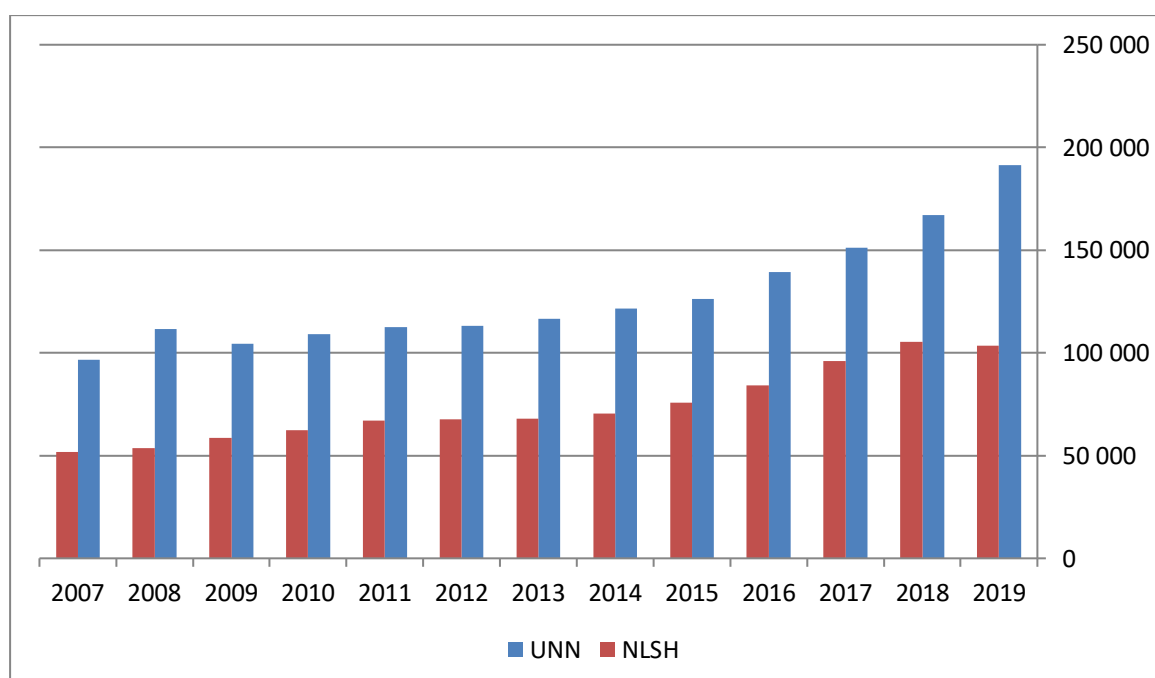
Figuren over viser regnskapsresultat per måned for 2018 og 2019, budsjettert resultat per måned i 2019 og akkumulert budsjettavvik i 2019.

## Inntekter

Inntektene i 2019 ble 2,97 millioner lavere enn budsjettert. I forhold til 2018 har omsetningen økt med 24,36 millioner (4,8 %).

### Salg av medikamenter til sykehus

Omsetningen av medikamenter til Universitetssykehuset Nord-Norge økte med 14,5 %, mens omsetningen til Nordlandssykehuset gikk ned med 1,9 %.

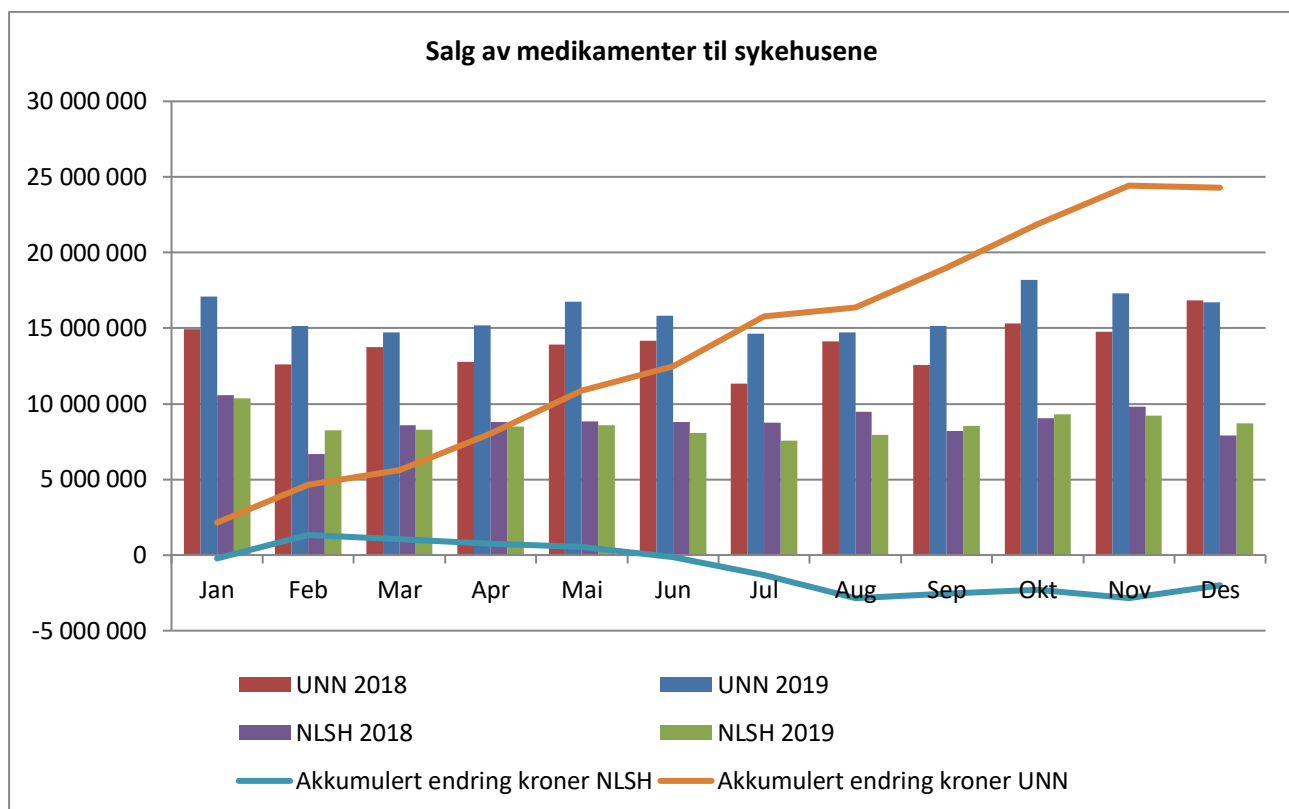


Figuren over viser omsetningen av medikamenter til UNN og NLSH de siste årene.

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 2019.

For NLSH har det vært omsetningsøkning hele perioden med unntak av i 2019. Økningen stoppet nesten opp i 2012 og 2013.



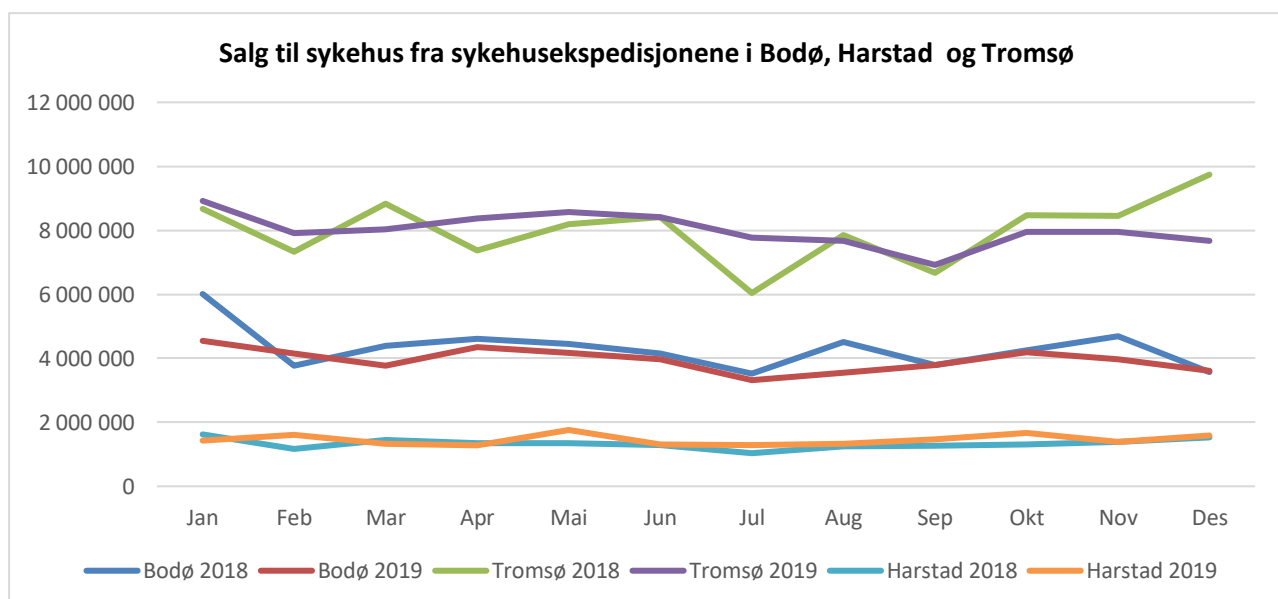


Figuren over viser utviklingen i salg av medikamenter (både fra sykehusekspedisjoner og produksjonsavdelinger) til UNN og NLSH i 2018 og 2019.

I 2019 økte omsetningen i Tromsø med 12,8 %, i Harstad med 16,0 % og i Narvik med 32,5 %.

I 2019 var det en økning på 5,1 % i Lofoten, mens det var en nedgang på 1,8 % i Bodø og på 5,4 % i Vesterålen.

Omsetningen mot UNN og NLSH ble 18,3 millioner høyere enn budsjettet.

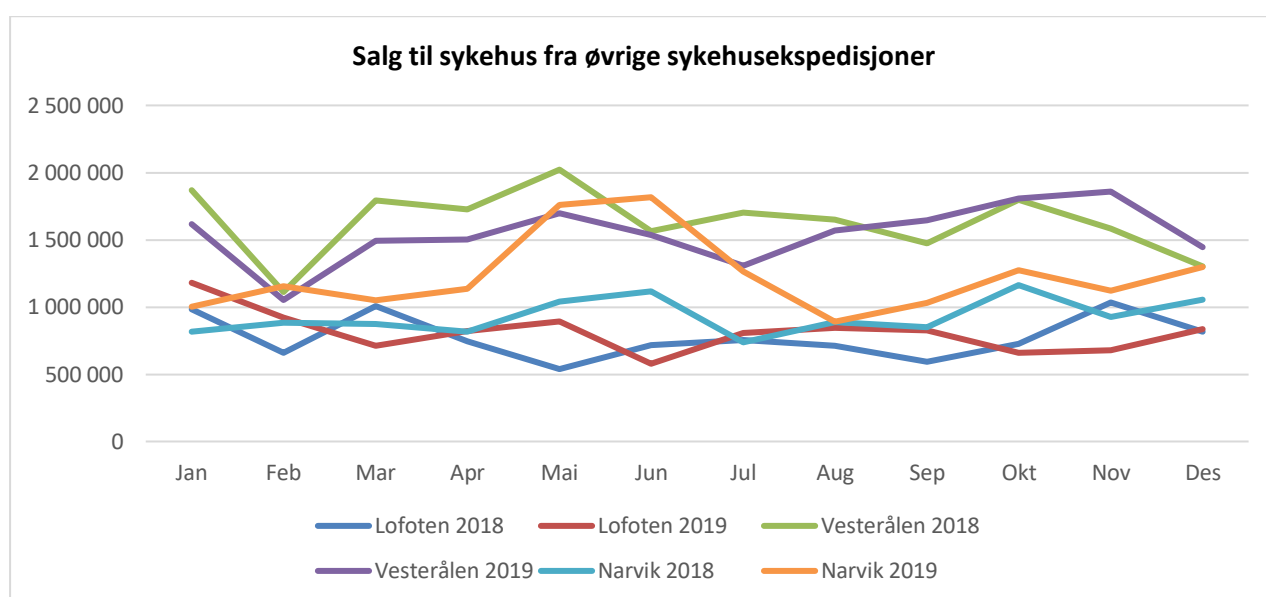


Sykehusekspedisjonen i Bodø har hatt en reduksjon på 8,4 %, Tromsø har hatt en økning på 0,1 % mens økningen er på 9,1 % i Harstad.

I Bodø har det vært en økning på 1,5 % i antall leverte pakninger, mens gjennomsnittsprisen per DDD (definerte døgndose) har gått ned med 9,9 %, noe som gjør at omsetningen er redusert.

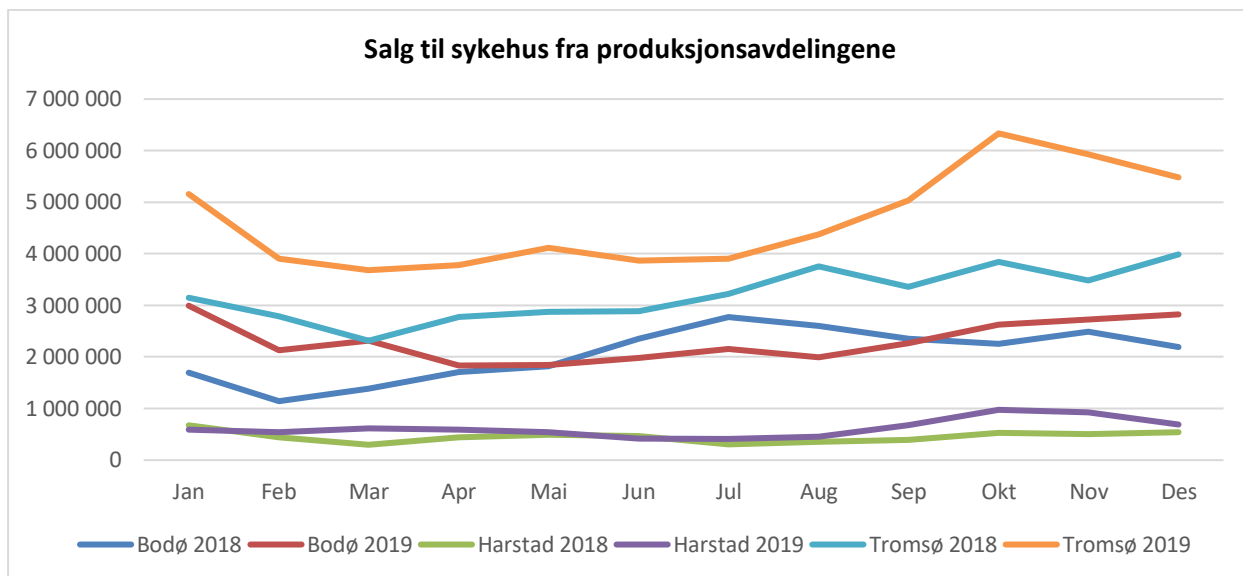
I Tromsø har det vært en økning i antall pakninger på 1,7 % og en reduksjon i gjennomsnittsprisen per DDD på 0,4 %.

I Harstad har det vært en reduksjon i antall pakninger på 4,1 %, og en økning i gjennomsnittsprisen per DDD på 12,2 %.



I Vesterålen er det en reduksjon på 5,4 %. I Lofoten er det en økning på 5,1 %, mens det i Narvik er en økning på 32,5 %.

I Vesterålen kommer reduksjonen av reduksjon i gjennomsnittsprisen og i antall leverte pakninger. I Lofoten er det en økning i antall pakninger og i gjennomsnittsprisen, mens det i Narvik er en økning i gjennomsnittsprisen på 16,3 % og en økning i antall pakninger på 10,8 %.



Det er en økning i omsetningen mot sykehus fra produksjonsavdelingen i Bodø på 11,8 %, i Tromsø på 44,5 % og i Harstad på 36,1 %.

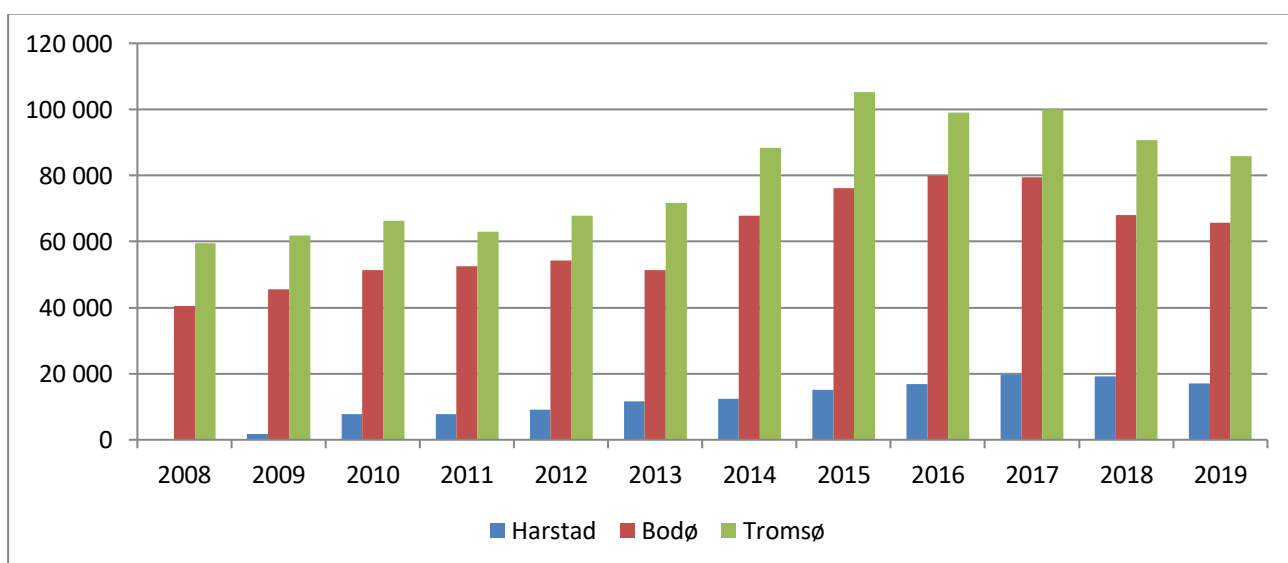
Økningen i Bodø kommer både av økt sterilproduksjon. Antall sterile enheter produsert har økt med 18,8 %. Det har vært en reduksjon i antall leverte cytostatikakurer på 3,4 %.

I Tromsø har det vært en økning i sterilproduksjonen på 90,3 %, antall cytostatikakurer har økt med 8,6 %.

I Harstad har det vært en økning i antall cytostatikakurer på 41,5 %.

### Salg i publikumsavdelingene

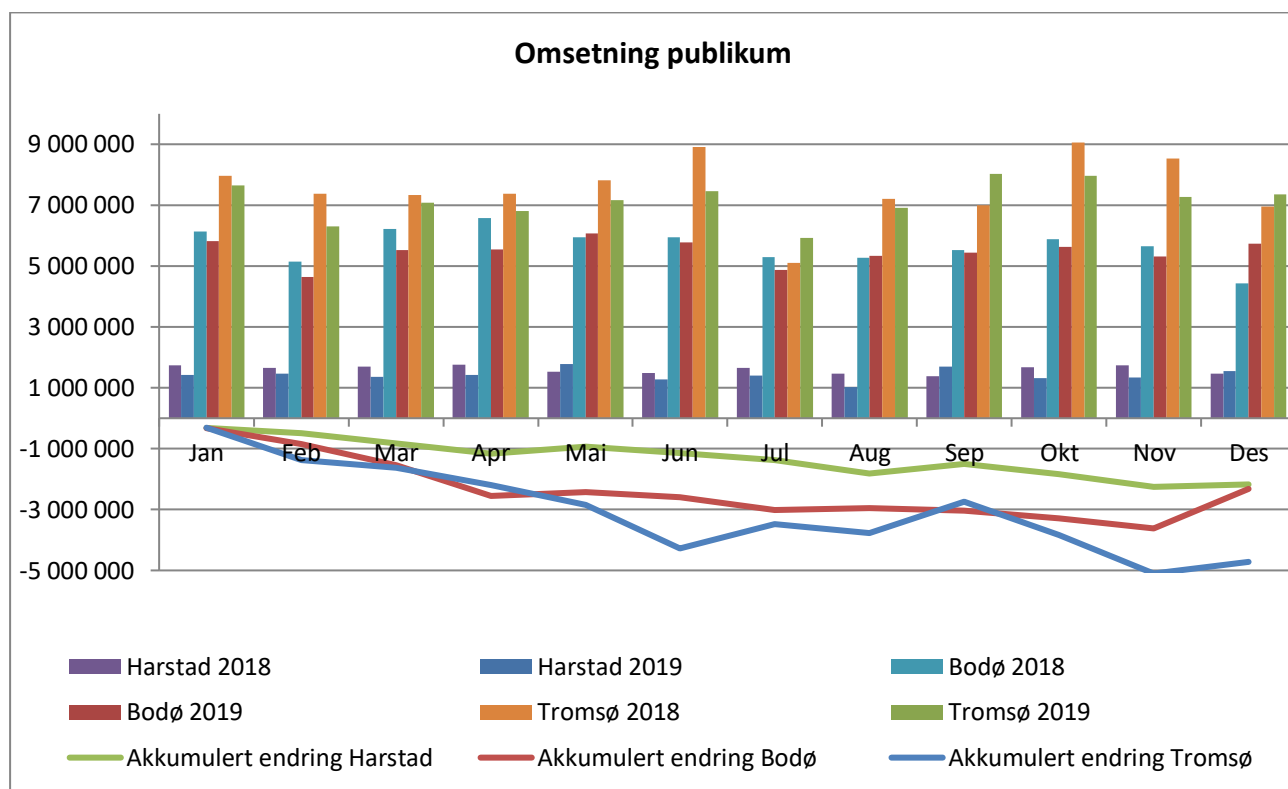
Omsetningen i publikumsavdelingene er redusert med 5,2 % i forhold til 2018.



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, siden 2017 har det vært en reduksjon i omsetningen hvert år.

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 2019 i forhold til omsetning per måned i 2018.



I Harstad har det vært en nedgang på 11,3 %, i Tromsø på 5,2 % og i Bodø på 3,4 %. Totalt er omsetningen i publikumsavdelingene redusert med 9,2 millioner.

Apotek	Pakninger på resept	Pakninger handelsvarer selvvalg	Omsetning handelsvarer totalt	Pakninger reseptfritt selvvalg
Harstad	6,2 %	16,4 %	9,4 %	0,2 %
Bodø	0,8 %	1,5 %	2,2 %	1,6 %
Tromsø	9,9 %	5,3 %	6,1 %	11,5 %
<b>Totalt</b>	<b>5,6 %</b>	<b>4,8 %</b>	<b>4,3 %</b>	<b>7,1 %</b>

Det er positiv aktivitetsutvikling for alle indikatorene for alle apotekene.

Økningen i antall solgte pakninger og økt salg av handelsvarer gjør at resultatet i publikumsavdelingene er bedre enn budsjettert og bedre enn for 2018. Dekningsbidraget har økt med 2,0 millioner til tross for at omsetningen har gått ned med 9,2 millioner. Dette gjør at resultat for publikumsavdelingen er høyere enn for samme periode i 2018. Resultatet for 2019 er 1,1 millioner høyere enn budsjettert.

### *Rådgivning og klinisk farmasi*

Salg av rådgivningstjenester og klinisk farmasi er 1,8 millioner lavere enn budsjettert.

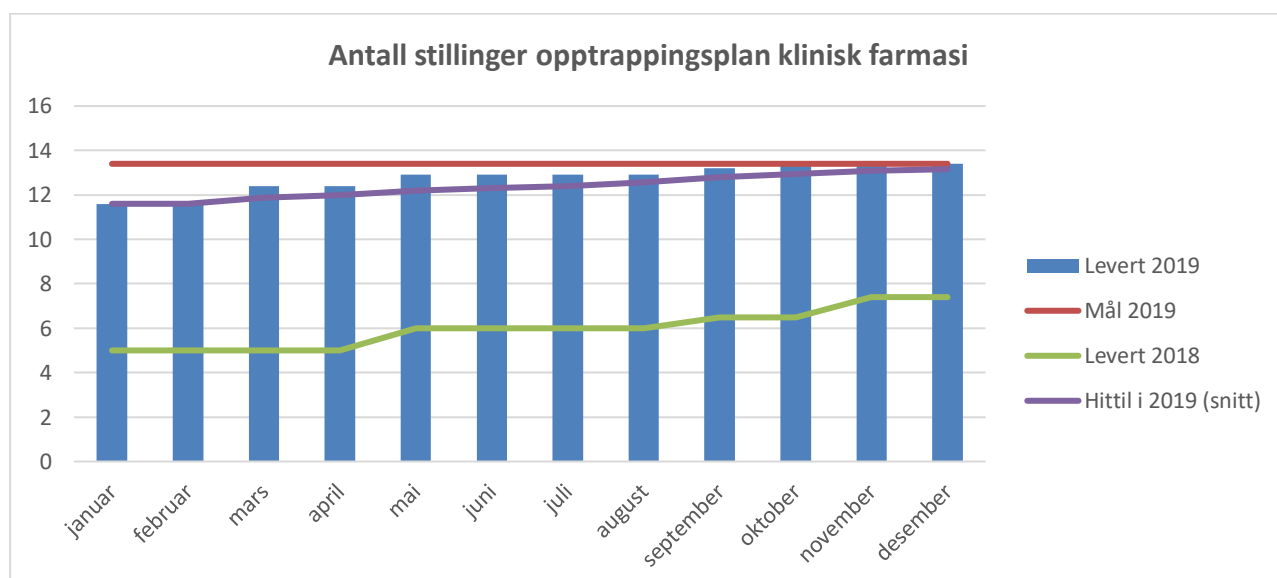
Avviket kommer blant annet av at det er planlagte stillinger i opptrappingsplanen for klinisk farmasi som ikke har vært besatt deler av 2019, noe som utgjør et avvik i forhold til budsjett på 0,68 millioner.

NLSH og UNN har redusert sitt kjøp av rådgivningstjenester, dette utgjør 0,5 millioner.

Salg av undervisningstjenester er 0,14 millioner lavere enn budsjettert.

Det er budsjettert med en økning på en farmasøytstilling i Hammerfest fra og med juli, men på grunn av utsettelse av oppstart av leveranse av legemidler til Finnmarkssykehuset er det ikke gjort ansettelse i denne stillingen, dette utgjør et avvik på 0,5 millioner.

Salg av kommunale rådgivningstjenester er 0,15 millioner lavere enn budsjettert.



Per utløpet av desember er alle stillingene besatt.

I forhold til i 2018 har det vært en økning i omsetningen på 19,0 %. Økningen kommer av økningen i opptrappingsplanen for klinisk farmasi.

## Kostnader

### Varekostnader

Varekostnadene er 13,82 millioner lavere enn budsjettet og 0,06 millioner høyere enn per desember 2018.

Vareforbruket er på 85,0 % per desember. Dette er 0,6 prosentpoeng lavere enn budsjettet og 1,2 prosentpoeng lavere enn for 2018.

Dekningsbidraget er på 132,96 millioner, noe som er 5,99 millioner høyere enn budsjettet. Dekningsbidraget har økt med 16,20 millioner i forhold til 2018.

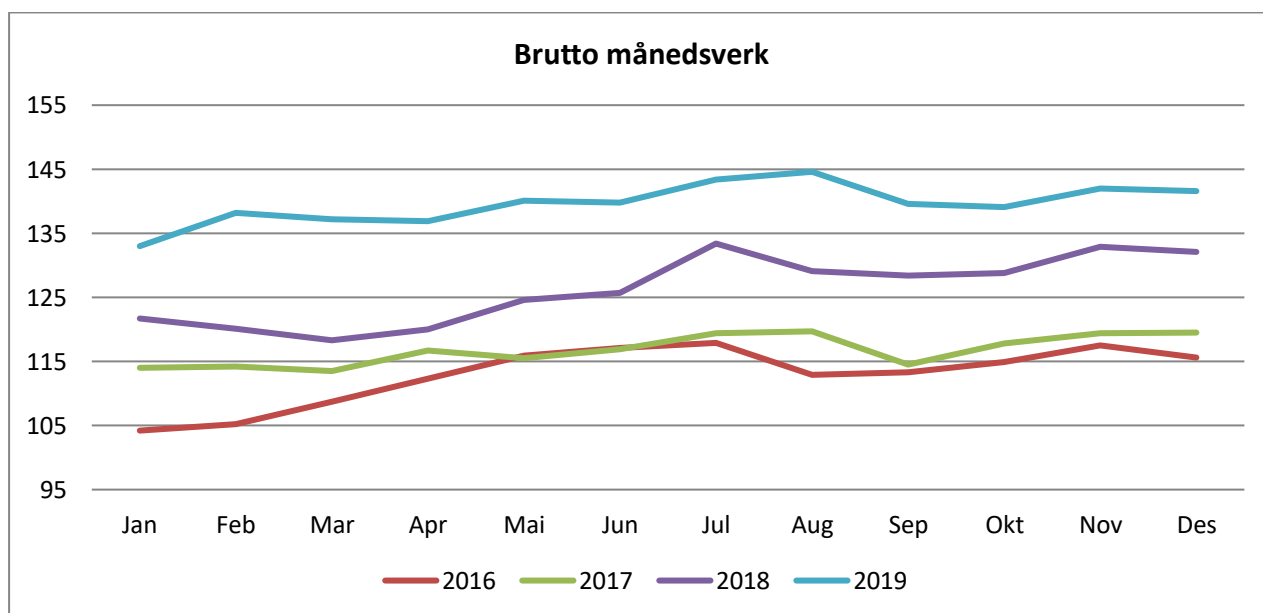
Dekningsbidraget er 3,27 millioner høyere enn budsjettet for salg fra sykehusekspedisjonene, 3,99 millioner høyere enn budsjettet for produksjonsavdelingen og 1,96 millioner høyere enn budsjettet for salg fra publikumsavdelingene.

### Lønns- og personalkostnader

Personalkostnadene er 0,60 millioner høyere enn budsjettet. På grunn av innleie av sykevikarer og økt behov for bemanning innen produksjon er lønnskostnadene høyere enn budsjettet. Sykefravær og økt aktivitet har medført at enkelte avdelinger har høyere bemanning enn budsjettet. Dette kompenseres delvis av sykepengerefusjoner.

Andelen personalkostander i forhold til omsetningen er på 17,8 %. Dette er 0,2 prosentpoeng høyere enn budsjettet, og 1,2 prosentpoeng høyere enn for 2018. Endringen i forhold til 2018 kommer av at andelen av de ansatte som er ansatt innen rådgivning og klinisk farmasi har økt.

Pensjonskostnadene ble på 11,99 millioner, dette er 0,30 millioner lavere enn budsjettet.



Gjennomsnittlig brutto årsverk for 2019 ble 139,6. Dette er en økning på 13,4 årsverk i forhold til 2018. Bemanningen har økt med 6,5 stillinger i produksjonsavdelingene, herav 1,9 stillinger i forbindelse med radiofarmakaproduksjon, og med 7,5 stillinger innen klinisk farmasi og rådgivning. I forbindelse med gjennomføring av ikt-prosjektene har bemanningen økt med en stilling.

### *Andre driftskostnader*

---

Andre driftskostnader er 3,65 millioner høyere enn budsjettet. I forhold til 2018 har andre driftskostnader økt med 6,19 millioner.

Det er særlig kostnader i forbindelse med innføring av forfalskningsdirektivet, tilpasning av en isolator, bytte av forretningssystemer og økning i LIS-kontingenten som gjør at kostnadene er høyere enn budsjettet. Gjennomføring av G2021 har medført økning i kostnadene.

Det har vært en større økning i driftskostnadene enn ventet i forbindelse med at det er tatt i bruk ny produksjonsavdeling i Tromsø. Det har blant annet vært en betydelig økning i kostandene til renhold og annet driftsmateriale. UNN har også begynt å fakturere Sykehusapoteket i Tromsø for energi, noe som fører til økte kostnader.

### *Finans og skatt*

---

Renteinntektene er 0,23 millioner høyere enn budsjettet, dette på grunn av noe høyere likviditet enn forutsatt i budsjettet.

Som følge av overskudd i publikumsavdelingen er skattekostnaden på 0,39 millioner.

## **Investeringer**

I 2019 er det gjort investeringer på 4,09 millioner. Dette gjelder nye systemer for erstatning for FarmaPro, Clockwork, RBD og Eik. Total investeringskostnad til nye systemer er på 6,35 millioner.

## **Antall utskrivningssamtaler**

Rapporteringen gjelder kun definerte utskrivningssamtaler som er gjort av kliniske farmasøytter på sykehusavdeling og ikke enkel informasjon om legemiddel eller frittstående inhalasjonsveiledning.

Utskrivningssamtaler gjort av farmasøytter på avdeling er definert som legemiddelsamstemming ut med legemiddelsamtale og legemiddelinformasjon. Dette er en gjennomgang med nødvendig veiledning om videre bruk og oppfølging av alle aktuelle og nye legemidler pasienten har på sin legemiddelliste ved utskrivelse. Målet er å sikre tilstrekkelig etterlevelse.

Det er en liten andel av pasientene de kliniske farmasøytene er involvert i som får en utskrivningssamtale siden hovedfokus har vært på legemiddelgjennomgang og legemiddelsamstemming inn.

Antall utskrivningssamtaler gjennomført av farmasøyter i Sykehusapotek Nord er for januar til desember 271. Antall utskrivningssamtaler gjennomført av farmasøyter i forskningsprosjekter som blant annet ser på utskrivning er 61.

Målsetningen er at på avdelinger hvor det er klinisk farmasøyt i minimum 50 % stilling skal 75 % av pasientene som har hatt legemiddelgjennomgang av farmasøyt også ha samtale med farmasøyt om legemidler som skal brukes etter utskrivning, unntaket fra dette er intensivavdelinger. Det jobbes med å strukturere målingene slik at antall gjennomførte utskrivningssamtaler kan kobles til målsetningen.

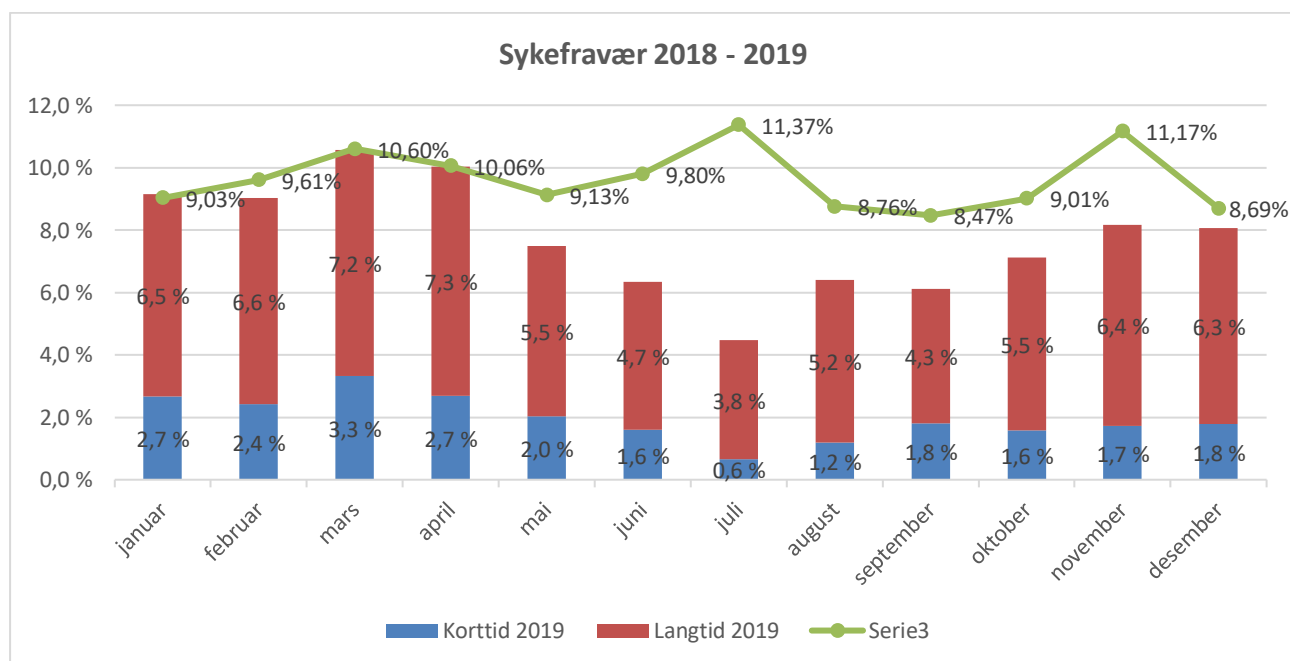
## Sykefravær

Sykefraværet for 2019 ble på 7,8 %. Dette er en reduksjon på 1,8 prosentpoeng i forhold til fraværet for 2018.

	Sykefravær 1-3 dager	Sykefravær 4-16 dager	Sykefravær 17-56 dager	Sykefravær > 56 dager	Sum sykefravær	Tapte dagsverk
Per desember 2018	1,3 %	1,4 %	1,5 %	5,4 %	9,6 %	2 644
Per desember 2019	1,3 %	0,7 %	1,7 %	4,2 %	7,8 %	2 376
Endring	0,0 %	-0,7 %	0,1 %	-1,2 %	-1,8 %	-268

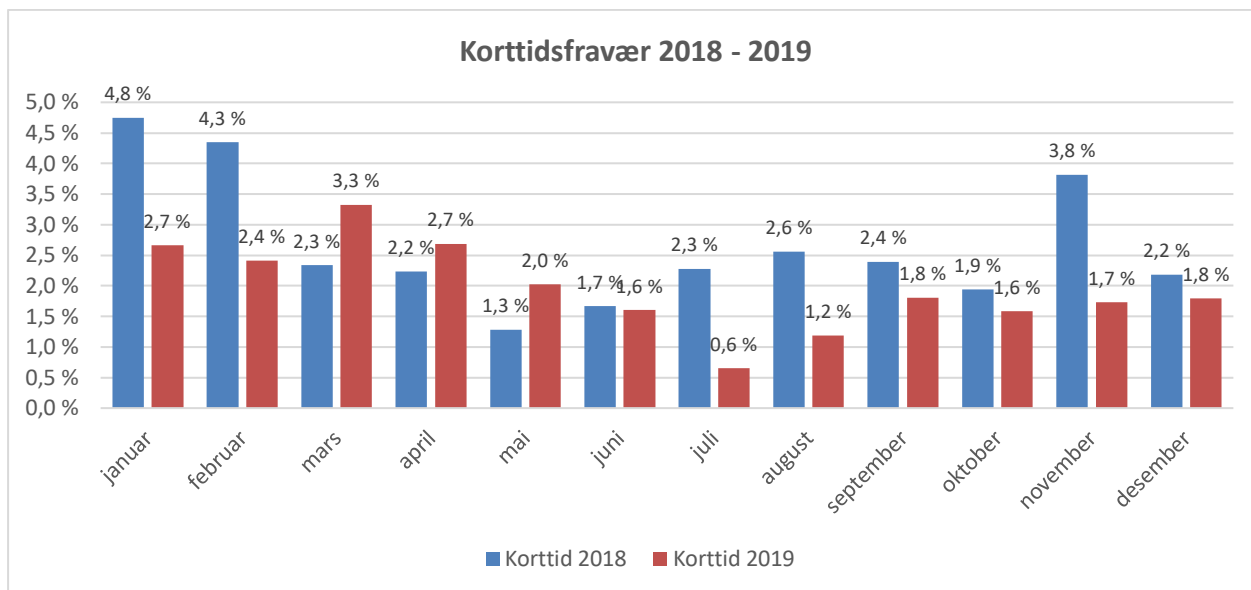
Det er særlig langtidsfraværet som har ført til en reduksjon i det totale sykefraværet.

Figuren nedenfor viser utviklingen i sykefravær i 2019 sammenlignet med 2018.



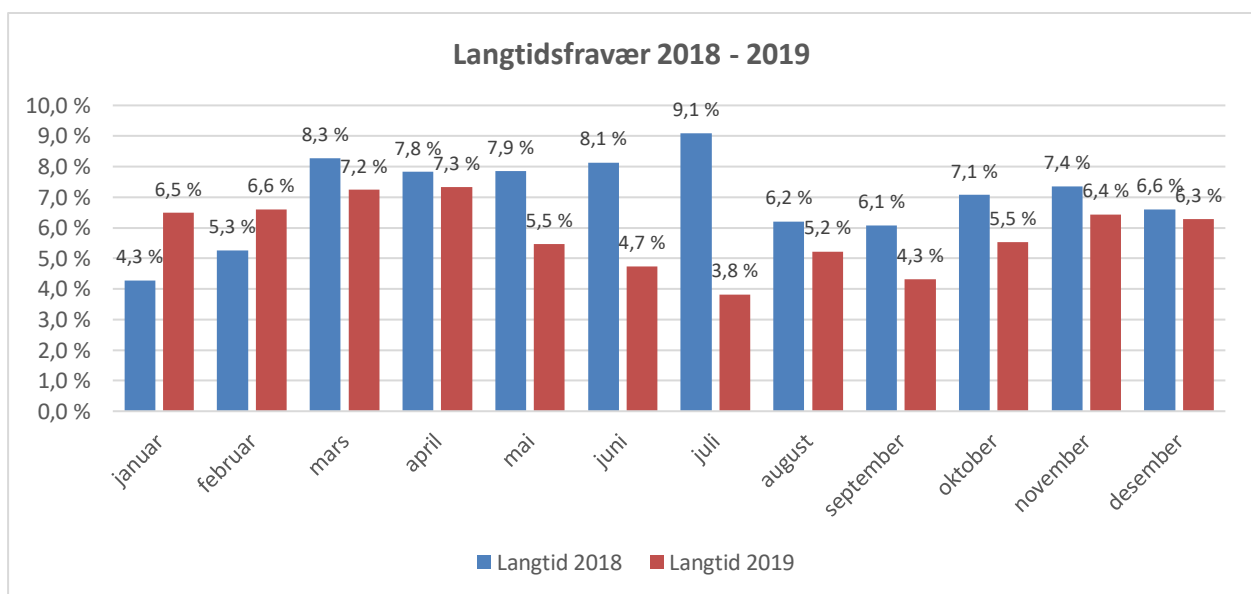
Figuren nedenfor viser utviklingen i korttidsfraværet (1-16 dager) i 2019 sammenlignet med 2018.



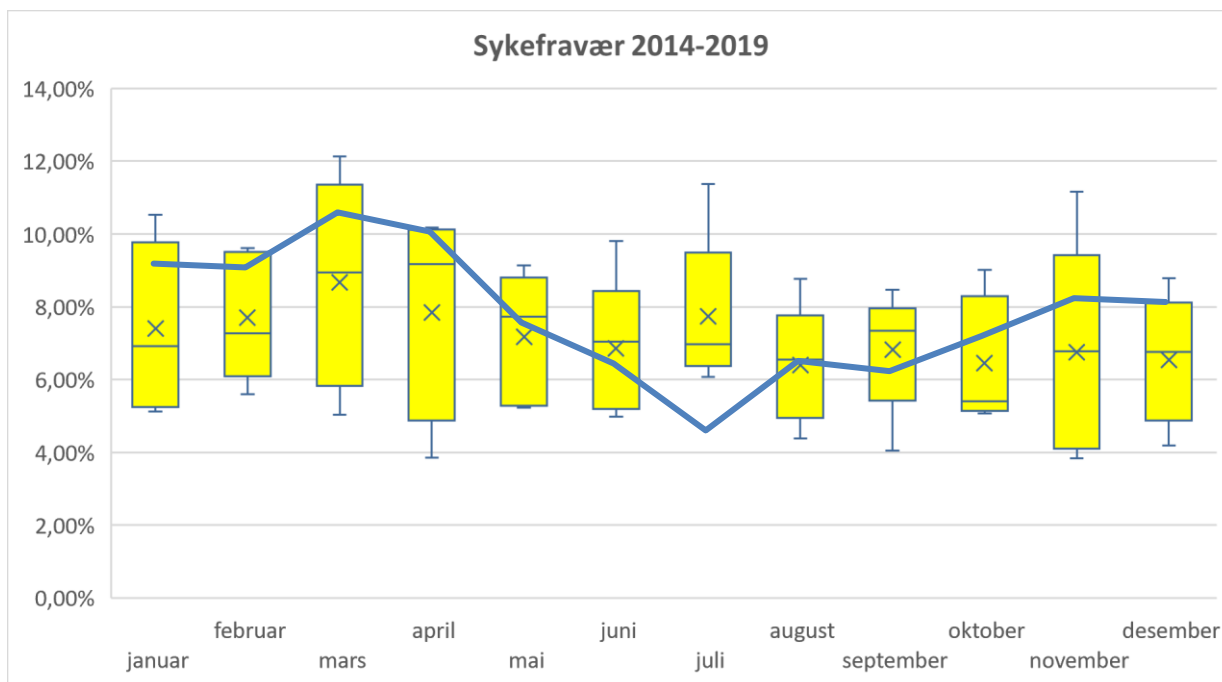


Med unntak av for mars, april og mai er korttidsfraværet lavere enn i 2018.

Figuren nedenfor viser utviklingen i langtidsfraværet (>16 dager) i 2019 sammenlignet med 2018.



Langtidsfraværet er noe høyere i januar og februar 2019 enn i tilsvarende måneder i 2018. For mars til desember er fraværet lavere i 2019 enn i 2018.



Figuren over viser sykefraværet i 2019 (blå linje) satt inn i et boksdigram som viser fraværet for perioden 2014-2018.

Den øverste vannrette streken for hver måned viser høyeste verdi i perioden, mens den nederste viser den laveste. Boksen dekker halvparten av de observerte verdiene. Den vannrette streken i boksen viser medianen for perioden, og krysset viser gjennomsnittsverdien. Den delen av boksen som er over krysset dekker tredje kvartil, mens den delen som er under krysset dekker andre kvartil.

Det var bare i juli at fraværet var unormalt, og det var da lavere enn vanlig for denne måneden.

Det jobbes aktivt på flere måter i foretaket for å redusere sykefraværet. Det er gjennomført risikoanalyser der flere tiltak har kommet opp. Det er også gjort dypere analyser av fraværet for å identifisere mønstre for lettere å kunne sette inn tiltak der de vil ha mest effekt. SANO har også meldt interesse for å få bistand fra regionalt sykefraværsteam.



## Foreløpig rapport på gjennomføring av oppdragsdokument 2019 – Årlig melding

Styresak nr.:	5 - 2020
Møtedato:	11. februar 2020
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.

Innspill fra styremøtet innarbeides deretter i rapporten skal behandles av styret i neste møte den 20. mars 2020 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 20. mars 2020 før oversendelse til Helse Nord RHF.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	1. tertial	2. tertial	Årlig melding
RHF	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	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.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding	Forespørsel om hvorvidt IKT prosjekter/program er kvalitetssikret i tråd med regional arkitekturstyring samt er i tråd med den nasjonale samhandlingsarkitekturen/nasjonale standarder og prinsipper er sendt Helse Nord IKT. SANO har pt. ikke mottatt svar på forespørselen.	Forespørsel om hvorvidt IKT prosjekter/program er kvalitetssikret i tråd med regional arkitekturstyring samt er i tråd med den nasjonale samhandlingsarkitekturen/nasjonale standarder og prinsipper er sendt Helse Nord IKT. SANO har pt. ikke mottatt svar på forespørselen.	Arkitektene som fra HN IKT som er involvert i SANOs prosjekter sørger for at dette blir ivaretatt. HN IKT følger opp og gjør de arkitektursjekkene som kreves i henhold til standarder og prinsipper, dette gjøres når prosjektene er kommet så langt at arkitektursjekk er hensiktsmessig.
RHF	3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	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.	SANO	Årlig melding			SANO legger til grunn prinsippene for håndtering av prisinformasjon på legemidler slik de er vedtatt av de regionale helseforetakene.
FTP HOD	3.5 Kvalitetsutvikling	1	Informerer styre om ansvaret for oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet, jf. forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.	Alle	Årlig melding			Styret er informert gjennom regionale styreseminar og diskusjon om dette i styret.
FTP HOD	3.5 Kvalitetsutvikling	2	Sørge for at styremedlemmene får nødvendig opplæring i internkontroll og risikostyring	Alle	Årlig melding			Styret fikk opplæring i internkontroll og risikostyring under det regionale styreseminaret 31.10.19, og er ellers gjennom styresaker blitt orientert om SANOs system for internkontroll og risikostyring.
HOD/RHF	3.6 Pasientsikkerhet	3	Videreføre arbeidet med innsatsområdene fra pasientsikkerhetsprogrammet i samarbeid med Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	Årlig melding			For samstemming av legemiddellister er dette arbeidet videreført gjennom regional prosjekt og gjennom opplæring og veiledning i sykehusene.
RHF	3.8 Forskning og innovasjon	1	Risikovurdere alle verktøy som brukes til å registrere og oppbevare forskningsdata, i samarbeid med personvernombud (PVO).	Alle	1. tertial	Foretaket har for tiden ikke PVO, rollen som PVO skal etter planen ligge til stillingen som forvaltningsansvarlig apoteksystemer, denne stillingen lyses ut like etter ferien. Inntil PVO er på plass vil SANO be om assistanse fra UNN / NLSH. Det er laget oversikt over hvilke verktøy som er aktuelt for risikovurdering. ROS under planlegging.		
RHF	3.8 Forskning og innovasjon	2	Utarbeide datahåndteringsplaner for lagring og deling av forskningsdata.	Alle	2. tertial		Prosedyrer for forskning er under utarbeidelse i SANO, arbeidet foregår i forskningsutvalgets arbeidsgruppe og som nasjonalt samarbeid med de øvrige sykehusapotekforetakene. I prosedyrene vil det fremgå at prosjektleder i hvert prosjekt må ha en datahåndteringsplan. Det vil bli laget en mal for denne som bygger på Finnmarkssykehusets planlagte mal, som igjen bygger på OUS sin mal. Personvernombudet (PVO) har en rolle i dette arbeidet. Oppbevaring av forskningsdata vil håndteres på samme måte som i UNN og NLSH, mens deling må vurderes i hvert enkelt prosjekt. Prosedyrene skal beskrive hvem som skal foreta denne vurderingen i samråd med PVO og prosjektleder, samt vurderingskriterier	
RHF	3.8 Forskning og innovasjon	5	Organisere foretakets redelighetsutvalg på en hensiktsmessig måte, og utarbeide retningslinjer for behandling av saker om mulige brudd på anerkjente forskningsetiske normer.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	1. tertial	Avtale inngått med UNN om delttagelse i redelighetsutvalget opprettet i UNN/UIT. Retningslinjer utarbeidet.		

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	1. tertial	2. tertial	Årlig melding
OD HOD	3.8 Forskning og innovasjon	6	I samarbeid med Helse Nord RHF legges 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.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	Årlig melding			SANO legger til rette for at publisering av vitenskapelige artikler skal være åpent tilgjengelig gjennom å informere forskere, samt å implementere føringer for åpen publisering i forskningsprosedyrer.
RHF	3.8 Forskning og innovasjon	7	Foretakene skal sikre at de rettmessig adresseres ved publikasjoner som utgår fra eller finansieres av foretaksgruppen.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	Årlig melding			Forskere i SANO er bevisst på rettmessig adressering og forfatterskap, temaet har flere ganger blitt tatt opp i forskningsprosedyrer.
RHF	4.1 Klima- og miljøtiltak		Sette mål og lage handlingsplaner for de nasjonale miljøindikatorerne og registrere disse i den nasjonale databasen innen 1. mars 2019	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding	Rapportering til den nasjonale databasen ble gjort innen fristen 1. mars.	Rapportering til den nasjonale databasen ble gjort innen fristen 1. mars.	Rapportering til den nasjonale databasen ble gjort innen fristen 1. mars.
RHF	4.2 Personvern og informasjonssikkerhet	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).	Alle	Årlig melding			SANO deltar i forvaltningsforum for HN LIS og ivaretar informasjonssikkerheten gjennom dette. SANO leverer ikke data fra egne systemer til HN LIS.
RHF	4.2 Personvern og informasjonssikkerhet	2	Styrebehandle status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet innen 1. juni	Alle	2. tertial		Status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet ble styrebehandlet i styremøte 6. juni 2019. Det er gjennomført en generell risiko- og sårbarhetsanalyse med hensyn til informasjonssikkerhet som fysisk sikring, administrasjon av tilganger, prosedyrer for å analysere hendelsesregistrene og tekniske løsninger. Den generelle risiko- og sårbarhetsanalysen blir tatt opp til vurdering ved jevne mellomrom. Denne har blitt oppdatert våren 2019. Det er ikke identifisert noen vesentlige endringer fra i fjor. På identifiserte risikoområder er det identifisert og gjennomført tiltak slik at gjenværende risiko er lav og derfor akseptabel.	
RHF	4.2 Personvern og informasjonssikkerhet	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	Alle	1. tertial	Slik SANO har oppfattet rapporten omfatter denne ikke sykehusapotek.		
RHF	4.2 Personvern og informasjonssikkerhet	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.	Alle	1. tertial	SANO har ikke SLA med Helse Nord IKT, men inngår i sykehusforetakenes SLAer. SANO har ikke egen databehandleravtale med Helse Nord IKT. Dette kommer av at Helse Nord IKT ikke behandler data på vegne av SANO. I forbindelse med skifte av IT-systemer kan det bli aktuelt å etablere SLA.		
RHF	4.2 Personvern og informasjonssikkerhet	5	Implementere revidert felles styringssystem for informasjonssikkerhet i Helse Nord	alle	Årlig melding			Revidert styringssystem for informasjonssikkerhet er ikke implementert, men SANO deltar i regionalt arbeid med å utarbeide styringssystemet.
RHF	4.2 Personvern og informasjonssikkerhet	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: 1. Alternative løsninger, og anbefaling av hvilken løsning som bør innføres 2. Økonomiske konsekvenser 3. Konkret beskrivelse av gjennomføring	Alle	2. tertial		SANO deltar i prosjektet ved IT-sjef.	
RHF	4.3 Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet	2	Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser for MTU med tilhørende handlingsplaner innen 2. tertial	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	2. tertial og Årlig melding		SANO har ikke medisinteknisk utstyr, det nærmeste vi kommer er lagerautomatene. For disse ble det gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyser i forbindelse med anskaffelse og installasjon av disse i 2016. Som følge av analysene ble det gjennomført en del tiltak for å sikre drift av automatene, og det ble utarbeidet nødprosedyrer.	SANO har ikke medisinteknisk utstyr, det nærmeste vi kommer er lagerautomatene. For disse ble det gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyser i forbindelse med anskaffelse og installasjon av disse i 2016. Som følge av analysene ble det gjennomført en del tiltak for å sikre drift av automatene, og det ble utarbeidet nødprosedyrer.

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	1. tertial	2. tertial	Årlig melding
RHF	4.4 Beredskap	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.	Alle	Årlig melding			Varslingslister er samordnet med HN IKT, øvrig nødvendig samordning gjøres ved revisjon av SANOs interne beredskapsplaner.
FTP HOD	5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	1	Delta i oppfølgingen av HelseDirektoratets felles plan for nasjonal tilrettelegging og bruk av teknologi for å levere helsetjenester på nye måter.	Alle	Årlig melding			SANO har ikke hatt noen aktuelle prosjekter på dette området i 2019.
RHF	5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	10	Sette egne mål og øke antall gjennomførte utskrivningssamtaler med farmasøyt	SANO	2. tertial og Årlig melding		Antall utskrivningssamtaler gjennomført av farmasøyt i SANO er for januar til august 121. I tillegg er det gjennomført 61 utskrivningssamtaler av farmasøyt i forskningsprosjekter som blant annet ser på utskrivning. Målsetningen er at på avdelinger hvor det er klinisk farmasøyt i minimum 50 % stilling skal 75 % av pasientene som har hatt legemiddelgjennomgang av farmasøyt også ha samtale med farmasøyt om legemidler som skal brukes etter utskrivning, unntaket fra dette er intensivavdelinger. Det jobbes med å strukturere målingene slik at antall gjennomførte utskrivningssamtaler kan kobles til målsetningen.	De avdelingene det er aktuelt å måle på er identifisert. Omfanget av klinisk farmasøytisk tjeneste bør være slik at farmasøyten har anledning til å være tilstede på post tilnærmet daglig. Samtidig må det være mulig å gjennomføre pasientsamtaler om legemidler hos de aktuelle pasientene når de er innlagt. Der omfanget av klinisk farmasi er mindre enn 50 %, eller at avdelingen ikke ønsker pasientsamtaler av ulike grunner, blir det ikke målt. Det samme vil gjelde dersom det har blitt vurdert at pasientsamtaler har liten verdi, for eksempel på intensivmedisinsk avdeling. Opptrappingen av klinisk farmasi og status for omfang av tjenester i 2019 ble avklart i fjerde kvartal 2019. Det er planlagt en periodevis rapportering på pasientsamtaler fra de aktuelle avdelingene.
RHF	6 Sikre god pasient- og brukermedvirkning	3	Ta i bruk RHFenes felles veileder for brukermedvirkning i forskning, publisert juni 2018.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	Årlig melding			Veilederen er tatt i bruk. SANO har brukermedvirkning i forskningsprosjektene som gjennomføres i foretaket.
FTP HOD/RHF	7.1 Sikre gode arbeidsforhold	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."	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding	Alle ansatte skal rapportere bierverv og mulige interessekonflikter i personalportalen. De ansatte minnes om dette årlig.	Alle ansatte skal rapportere bierverv og mulige interessekonflikter i personalportalen. De ansatte minnes om dette årlig.	Alle ansatte skal rapportere bierverv og mulige interessekonflikter i personalportalen. De ansatte minnes om dette årlig.
OD HOD	7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell	4	Gjennomføre tiltak for å forbedre praksisundervisning for de som utdannes i helseyrkene innenfor rammene av helseforetakenes ansvar for praksisundervisning og opplæring.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	Årlig melding			Praksisundervisning gjennomføres i henhold til studiestedenes krav og ønsker. Egne praksisveiledere har ansvar for å følge opp praksiselevne/-studentene.
OD HOD	7.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)	1	Arbeidet med HMS og pasientsikkerhet må sees i sammenheng. Andel "enheter med modent sikkerhetsklima" (jf. definisjon i pasientsikkerhetsprogrammet) ved hvert helseforetak skal være minst 60 pst.	Alle	Årlig melding			I henhold til sak 15/20 i Helse Nord's forbedringsforum skal det ikke rapporteres på dette punktet for 2019. ForBedring 2019 ble gjennomført i februar. I etterkant har alle avdelinger laget handlingsplaner og forbedringsplakater for de punktene i ForBedring der det er rom for forbedring eller der en ønsker bevaring.
RHF	8.3 Anskaffelsesområdet	1	I alle lokale anskaffelser skal Sykehusinnkjøp HF være involvert i forkant og brukermedvirkning skal gjennomføres der det er relevant	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding	SANO har i 2019 ikke gjennomført noen egne anskaffelser der det har vært aktuelt å involvere Sykehusinnkjøp. SANO deler i nasjonal anskaffelse av grossisttjenester, Sykehusinnkjøp er involvert i dette arbeidet.	SANO har i 2019 ikke gjennomført noen egne anskaffelser der det har vært aktuelt å involvere Sykehusinnkjøp. SANO deler i nasjonal anskaffelse av grossisttjenester, Sykehusinnkjøp er involvert i dette arbeidet.	SANO har involvert Sykehusinnkjøp i anskaffelser der dette har vært aktuelt. SANO deler i nasjonal anskaffelse av grossisttjenester, Sykehusinnkjøp er involvert i dette arbeidet.
RHF	8.3 Anskaffelsesområdet	2	Gjennomføre kontraktsoppfølgingsmøter med leverandører i henhold til inngåtte kontrakter. Oppfølgingsmøtene skal ta utgangspunkt i kravspesifikasjon, kontrakt og faktiske leveranser.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding	Sykehusapotek Nord forvalter grossistavtalen på vegne av Helse Nord. Forvaltningen skjer vi Grossistadministrasjonen (GA) som er et felles organ for alle sykehusapotekforetakene. GA gjennomfører jevnlige oppfølgingsmøter med grossist. SANO gjennomfører årlig eget oppfølgingsmøte med grossist.	Sykehusapotek Nord forvalter grossistavtalen på vegne av Helse Nord. Forvaltningen skjer vi Grossistadministrasjonen (GA) som er et felles organ for alle sykehusapotekforetakene. GA gjennomfører jevnlige oppfølgingsmøter med grossist. SANO gjennomfører årlig eget oppfølgingsmøte med grossist.	Sykehusapotek Nord forvalter grossistavtalen på vegne av Helse Nord. Forvaltningen skjer vi Grossistadministrasjonen (GA) som er et felles organ for alle sykehusapotekforetakene. GA gjennomfører jevnlige oppfølgingsmøter med grossist. SANO gjennomfører årlig eget oppfølgingsmøte med grossist.
FTP HOD	8.3 Anskaffelsesområdet	3	Legge økt vekt på klima og miljø ved innkjøp og ved bygge- og vedlikeholdsprosjekter.	Alle	Årlig melding			Miljøkrav blir stilt i henhold til retningslinjer, lover og forskrifter.

Kilde / dokument	Kapittel	Krav nr	Tekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens	1. tertial	2. tertial	Årlig melding
		27		28	28	9	10	21

<b>Oppdragsdokument 2020</b>	
Styresak nr.:	6 - 2020
Møtedato:	11. februar 2020
Saksbehandler:	Direktør Espen Mælen Hauge
Vedlegg:	1) Foretaksmøte 5. februar 2020 – innkalling med saksdokumenter (herunder sak 4-2020 Oppdragsdokument 2020 (med fargelegging))

### **Kort saksresyme**

Med forbehold om godkjenning i Helse Nord RHF-styrets saksbehandling i styremøtet 5.2.2020 og i foretaksmøtet samme dato, legges her *Oppdragsdokument 2020* 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 2020 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 2020.

Med forbehold om vedtak i Helse Nord RHF's styresak 5-2020 *Oppdragsdokument til helseforetakene* og vedtak i foretaksmøtets sak 4-2020 (begge møtene den 5. februar 2020) avgir direktøren for Sykehusapotek Nord HF følgende:

### *Innstilling til vedtak*

---

1. *Styret for Sykehusapotek Nord HF tar Oppdragsdokument 2020 til etterretning.*
2. *På vegne av styret i Sykehusapotek Nord HF har direktøren ansvar for å gjennomføre kravene som er stilt i oppdragsdokumentet.*

Espen Mælen Hauge  
 direktør



## Saksfremlegg

Oppdragsdokument for 2020 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 5. februar 2020.

Som det fremkommer av foretaksmøtesak 4-2020 skal Sykehusapotek Nord HF innrette sin virksomhet i tråd med føringer i Oppdragsdokumentet 2020, innenfor de ressurser som blir stilt til rådighet. Styret skal følge opp omstillingsplaner for å sikre at de økonomiske rammebetingelsene blir ivarettatt, og sikre at det arbeides systematisk med gevinstrealiseringsplaner knyttet til pågående og gjennomførte investeringer.

I vedlegget er utkastet til oppdragsdokument markert med gul tekstmarker på vilkår som er særlig relevant og må vektlegges for SANO i 2020. Det vil også være andre oppfølgingspunkt i oppdraget som er markert med gul farge og gjelder «krav til alle foretak», som dermed også har betydning for SANO, for eksempel innføre nye rutiner for risikostyring (kapittel 4.1 jfr. foretaksmøtesak 5-2020 i vedlegget), personvern og informasjonssikkerhet (kapittel 4.5) herunder styrebehandling av ROS-analyse innen 1. juni 2020, bemanning og kompetanse (kapittel 7) og forskning (kapittel 8).

For så vidt må de gule tekstmarkeringene i denne sammenheng forstås som en veiledende tilnærming til oppdragsdokumentet. På samme måte som i fjor har det regionale helseforetaket på forhånd skilt ut det som åpenbart er de andre helseforetakenes oppdrag og ikke passer direkte for sykehusapoteket. Dette er markert med teksten «Krav til sykehusforetakene» eller «Foretaksspesifikke krav».

Det pågår imidlertid for tiden en rekke større utviklingsoppgaver som naturlig kunne vært oppført i oppdragsdokumentet som føringer fra eieren. Blant annet har direktøren spilt inn at innføring av nytt IKT apotekfagsystem, bygging av nytt sykehusapotek i Nye UNN Narvik og legemiddelleveranser til Finnmarkssykehuset er viktige oppgaver SANO utfører for det regionale felleskapet, og burde tas med. Helse Nord RHF mener imidlertid at hensynet til å holde det totale antallet oppdrag/krav på et overkommelig nivå, og siden disse pågående utviklingsoppgavene er veldrevne, så behøver de ikke skrives inn som krav. Slike utviklingsprosjekter jobbes det i alle fall faktisk med og styret vil for så vidt derfor måtte følge med på disse i tillegg til regulær rapportering på oppdragsdokumentet.

Helse Nord RHF ber Sykehusapotek Nord HF innrette virksomheten med tre overordnede styringsmål. Dette er

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen,
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerheten.

Av disse mener direktøren at styringsmål 3 treffer SANOs virksomhet best og det er gjennom arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet SANO kan understøtte Helse Nords styringsmål 1 og 2. Bærekraftig økonomi skal ellers betraktes som en forutsetning for virksomheten på lik linje med styringsmålene.

Nasjonale helse- og sykehusplan 2020-2023 vektlegger viktige områder og drivere som er vesentlige for å lykkes med utvikling og forbedring av helsetjenesten:

- A. Sikre nok helsepersonell med riktig kompetanse
- B. Forbedre systemer, strukturer og arbeidsprosesser som understøtter mål om bedre kvalitet
- C. Forbedre samhandling
- D. Styrke pasient pårørende og brukere
- E. Styrke og utvikle en ledelseskultur som lykkes med åpenhet og forbedring
- F. Mer tjenesteutviklende forskning og innovasjon av høy kvalitet og nytte

På samme måte som kravet til øvrige helseforetak i nord oppfordres SANO til å selv formulere sekundære drivere for å nå målene for 2020. Foretaksmøtet konkluderer med at 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.

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.:  
2020/143-1

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Tina Eitran, 915 79 783

Sted/Dato:  
Bodø, 29.1.2020

## Foretaksmøte, den 5. februar 2020 - innkalling, Sykehusapotek Nord HF

Under henvisning til bestemmelsene i Lov om helseforetak m. m. (helseforetaksloven) kapittel 5 *Foretaksmøtet* §§ 16, 17, 18 og 19, samt stiftelsesprotokoll for Sykehusapotek Nord HF § 10, innkalles til foretaksmøte i Sykehusapotek Nord HF på **onsdag, den 5. februar 2020 - kl. 14.00.**

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 1-2020 Godkjenning av innkalling
- Sak 2-2020 Godkjenning av sakliste
- Sak 3-2020 Valg av representant til å underskrive protokollen sammen med møteleder
- Sak 4-2020 Oppdragsdokument 2020 Sykehusapotek Nord HF
- Sak 5-2020 Reviderte retningslinjer for risikostyring

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

  
Cecilie Daae  
adm. direktør

Vedlegg: Sak 4-2020 Oppdragsdokument 2020 Sykehusapotek Nord HF  
Sak 5-2020 Reviderte retningslinjer for risikostyring

Kopi: Riksrevisjonen, Postboks 8130 Dep, 0032 Oslo

Møtedato: 5. februar 2020  
Arkivnr.:  
2019/1532

Saksbehandlere:  
Rolandsen, Hansen, Dokmo

Sted/Dato:  
Bodø, 29.01.2020

## Foretaksmøtesak 4-2020    Oppdragsdokument 2020, Sykehusapotek Nord HF

### Formål

Helse Nord RHF har ansvar for at befolkning i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Dette skal skje innenfor de ressurser som blir stilt til rådighet, jf. Stortingets behandling av Prop 1 S (2019-2020)<sup>1</sup>. Hele Nord RHF skal innrette virksomheten for å nå følgende hovedmål:

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

Helse Nord RHF skal videre gjennomføre oppgaver knyttet til Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023<sup>2</sup>.

Sykehusapotek Nord HF skal innrette sin virksomhet i tråd med føringer i Oppdragsdokument 2020, innenfor de ressurser som blir stilt til rådighet. Styret skal følge opp omstillingsplaner for å sikre at de økonomiske rammebetingelsene blir ivaretatt, og sikre at det arbeides systematisk med gevinstrealiseringsplaner knyttet til pågående og gjennomførte investeringer.

### Generelt

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. I møtet med helsetjenesten skal hver enkelt pasient oppleve respekt og åpenhet, og medvirkning i valg av egen behandling og hvordan den skal gjennomføres. Pasientene skal involveres i beslutningsprosesser gjennom samvalg slik at de sikres reell innflytelse. Pasientene skal oppleve helhetlige og sammenhengende tjenester også mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Dette er et sentralt tema i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.

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

Regjeringen vil etablere helsefellesskap mellom kommuner og helseforetak med utgangspunkt i de eksisterende helseforetaksområdene og etablerte

<sup>1</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20192020/id2671450/>

<sup>2</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

samarbeidsstrukturer, jf. forslag i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023<sup>3</sup>.

Regjeringen vil at kommuner og helseforetak skal se hverandre, ikke som parter, men som likeverdige partnere med felles eierskap og ansvar for pasientene. Helseforetak og kommuner skal i helsefelleskapene planlegge og utvikle tjenester for pasienter som trenger tjenester fra begge nivåene. Sykehusapotek Nord HF skal innrette sin samhandling med kommunene i tråd med dette.

Aktivitet og arbeidsdeltakelse er helsefremmende. Sykehusapotek Nord HF skal i samarbeid med NAV, sørge for samtidige helse- og arbeidsrettede tjenester eller andre virksomme tiltak for pasienter som trenger det for å bli inkludert i arbeidsliv eller skole, jf. Regjeringens Inkluderingsdugnad<sup>4</sup>.

Styringsmodell innenfor IKT området i Helse Nord, ble vedtatt i styresak 70-2002 IT-strategi Helse Nord RHF (styremøte i Helse Nord RHF 28. august 2002). Styret fattet følgende vedtak i punkt 2 til 5:

2. Helse Nord RHF ved administrerende direktør, gis styringsrett i forhold til regionens samlede ressursbruk og felles løsninger knyttet til IT.
3. Målsettingen for Helse Nord skal være å harmonisere og standardisere løsninger innen IT området, hvor spesielle behov kun i unntakstilfeller vil medføre valg som avviker fra dette.
4. Det forutsettes at helseforetakene og de tillitsvalgte er delaktige i beslutningsprosessene.
5. Det forutsettes at arbeidet med IT har et regionalt perspektiv i samarbeid og partnerskap med private aktører og offentlig sektor.

Helse Nord IKT HF og helseforetakene skal innen 1.12.2020 i fellesskap utrede en hensiktsmessig modell for tjenestepricing der eventuelt prinsippene for avkortning jf. styresak 97-2015 (styremøte i Helse Nord RHF 30. september 2015), som eneste sanksjonsmiddel ved sviktende leveranser, skal gå frem. Det skal for 2020 ikke brukes økonomiske sanksjoner mellom Helse Nord IKT og andre helseforetak i regionene.

Sykehusapotek Nord HF skal aktivt arbeide for å redusere risikoen på informasjonssikkerhetsområdet, jfr. tidligere års oppdragsdokument. Ved ulike vurderinger av nivået for akseptabel risiko i regionale fellesløsninger kan Helse Nord RHF gjennom eierstyringen, pålegge helseforetakene til å legge høyeste nivå til grunn.

Helse Nord RHF ber Sykehusapotek Nord HF innrette sin virksomhet med tre overordnede styringsmål, som presentert nedenfor.

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

Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene. Bedre samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester betyr bedre utnyttelse av ledig kapasitet, økt valgfrihet og nye arbeids- og samarbeidsformer. Pasientene skal slippe unødvendig ventetid. Pasientforløpene skal være gode og effektive. Det er innført pakkeforløp for kreft, hjerneslag, psykisk helse og rus. Kunnskap om variasjon i

<sup>3</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

<sup>4</sup> <https://www.regjeringen.no/no/sub/inkluderingsdugnad/id2596993/>

kapasitetsutnyttelsen skal brukes aktivt som grunnlag for å øke kapasitet og gi mer likeverdig tilgang til helsetjenester.

## **2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)**

De regionale helseforetakene skal fortsette å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Psykisk helsevern er tema i Nasjonal helse- og sykehusplan, og de regionale helseforetakene skal innrette sin virksomhet og styring av helseforetakene i tråd med planen. Blant annet skal det framtidige behovet for psykisk helsetjenester analyseres for å gi bedre grunnlag for framtidig dimensjonering og organisering av tjenestene, jf. oppdrag i revidert oppdragsdokument 2019. De regionale helseforetakenes arbeid med kvalitetsregistre og helseatlas vil sammen med øvrig styringsinformasjon bidra til økt kunnskap om resultat av behandling og variasjon i tjenestene. Det vises til konkrete tiltak under pkt. 4. Nasjonal helse- og sykehusplan<sup>5</sup>.

For at pasientene skal få rett tilbud på riktig nivå videreføres arbeidet med bedre samarbeid rundt henvisninger. Psykisk helsevern og TSB skal, avhengig av pasientens behov, tilby sine tjenester i samhandling med kommunen. Dette er spesielt viktig overfor barn og unge og for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Videre må det legges til rette for å forebygge kriser, akuttinnleggelse og bruk av tvang. Pasientforløpene skal være effektive og av god kvalitet, og implementering av pakkeforløpene har høy prioritet. Fra 1. januar 2020 innføres pakkeforløp gravide og rus.

## **3. Bedre kvalitet og pasientsikkerheten**

Et systematisk og målrettet arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til beste for pasientene, skal være målet for virksomhetenes arbeid. Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring skal operasjonaliseres og gjennomføres lokalt, og i samarbeid med andre regioner og nasjonale aktører. Større åpenhet om kunnskap, resultater og erfaringer er et mål og grunnleggende i forbedringsarbeidet og som bidrag til å redusere uønsket variasjon. Kvalitetsmålinger, uønskede hendelser, kvalitetsregistre, forskningsbasert kunnskap og pasient- og pårørende erfaringer må brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet, og i systematisk forbedringsarbeid. Risikovurdering av pasientsikkerhet må inngå i planlegging, gjennomføring og evaluering av alle tiltak innad og på tvers av tjenestenivå. Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet må sees i sammenheng. "En vei inn" er etablert for å forenkle innrapportering til melde- og varselplikter. Forskning, utdanning, kompetanseutvikling og livslang læring er viktig for kvalitet og pasientsikkerhet.

Kunnskapsdepartementets kandidatmål for praksisplasser finnes på [www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kd/Tildelingsbrev/id753324/](http://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kd/Tildelingsbrev/id753324/). Disse vil derfor ikke legges inn i OD som tidligere.

---

<sup>5</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

## Styringsmål for Helse Nord

For å innfri de nasjonale styringsmålene fra Helse- og omsorgsdepartementet, og fortsette oppfølgingen av regional utviklingsplan, innretter vi de regionale styringsmålene i samsvar med de nasjonale:

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

Oppdragsdokumentet er bygd opp rundt områdene i regional utviklingsplan 2035. Kapittel 6, henviser til samme kapittel i regional utviklingsplan 2035 - *Utvikling av helsetjenesten for den samiske befolkningen*. Krav som følger opp dette området er integrert i andre kapittel i OD, for sikre at utviklingen av helsetjenester til den samiske befolkningen blir integreres med de andre delene av helsetjenesten.

Bærekraftig økonomi skal betraktes som en forutsetning for virksomheten på lik linje med styringsmålene. Det forutsettes at målene innfris innenfor rammen av tildelte midler.

Nasjonal helse- og sykehusplan vektlegger viktige områder og drivere som er vesentlige for å lykkes med utvikling og forbedring av helsetjenesten:

- A. Sikre nok helsepersonell med riktig kompetanse
- B. Forbedre systemer, strukturer og arbeidsprosesser som understøtter mål om bedre kvalitet
- C. Forbedre samhandling
- D. Styrke pasient pårørende og brukere
- E. Styrke og utvikle en ledelseskultur som lykkes med åpenhet og forbedring
- F. Mer tjenesteutviklende forskning og innovasjon av høy kvalitet og nytte

Overordnede mål er forankret hos adm. direktører i helseforetakene i møte 22. januar 2019. Med bakgrunn i felles risikobilde mht. kvalitet og pasientsikkerhet, tas det sikte på å konkludere felles indikatorer for målene i 2020, etter at forslagene er forankret i regionalt fagsjefsmøte.

Helseforetakene oppfordres til å selv formulere sekundære drivere for å nå målene for 2020

## Konklusjon

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

**Foretaksspesifikke krav for 2020 for Sykehusapotek Nord HF:**

1. I samarbeid med de regionale sykehusapotekforetakene etablere en hensiktsmessig styrings-/samarbeidsmodell for å nå felles strategiske mål for apotekutsalgene.

Med forbehold om vedtak i styresak 5-2020 Oppdragsdokument 2020 til helseforetakene, som behandles i styremøte, den 5. februar 2020, inviteres foretaksmøtet til å fatte følgende vedtak:

1. Foretaksmøtet vedtar vedlagte dokument som oppdragsdokument 2020 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 2020.

Bodø, den 29. januar 2020

Cecilie Daae  
Adm. direktør

Vedlegg: Oppdragsdokument 2020 til helseforetakene, utkast pr 24. januar 2020.  
Tilleggslisten for OD 2020



# Oppdragsdokument 2020

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene

 **HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÄETIE



 **FINNMARKSSYKEHUSET**  
FINNMÄRKKU BUOHCCIVIESSU



 **NORRLANDSSYKEHUSET**  
NORRLÁNDÁ SKIPPIJVIESSO



 **SYKEHUSAPOTEK NORD**  
DAVVI BUOHCCIEVIESSOAPOTEHKA



 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**  
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCIEVISSU



 **HELSE NORD IKT**

Behandles av styret i Helse Nord RHF 5. februar 2020

## Innhold

Innledning .....	3
Mål og føringer .....	4
3.0 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder .....	7
3.1 Sikre god pasient- og brukermedvirkning .....	8
3.2 Somatikk .....	8
3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) .....	9
3.4 Samhandling med leverandører av private helsetjenester .....	9
4.0 Kvalitet i pasientbehandlingen .....	9
4.1 Kvalitetsutvikling .....	10
4.3 Pasientsikkerhet .....	11
4.4 Smittevern .....	11
4.5 Personvern og informasjonssikkerhet .....	11
4.8 Beredskap .....	11
5.0 Samhandling med primærhelsetjenesten .....	12
7.0 Bemanning og kompetanse .....	12
7.1 Sikre gode arbeidsforhold .....	12
7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell .....	12
7.4 Helse- miljø og sikkerhet .....	13
8.0 Forskning og innovasjon .....	14
9.0 Økonomi - behov for kontinuerlig forbedring og omstilling .....	15
9.1 Resultatkrav .....	15
9.2 Anskaffelsesområdet .....	15
10.0 Teknologi .....	15
11.0 Bygg og kapasitet .....	16
12 Styringsparametere 2020 .....	17
13 Oppfølging og rapportering .....	19
14 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering .....	19

## Innledning

Helse Nord RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester. Oppdragsdokumentet inneholder de prioriterte kravene for 2020 og er viktig for å utvikle helsetjenesten til befolkningen.

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



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

## Mål og føringer

For å innfri de nasjonale styringsmålene fra Helse- og omsorgsdepartementet, og fortsette oppfølgingen av regional utviklingsplan 2035, innretter vi de regionale styringsmålene i samsvar med nasjonale:

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

Oppdragsdokumentet er bygd opp rundt områdene i regional utviklingsplan 2035.

Bærekraftig økonomi skal betraktes som en forutsetning for virksomheten på lik linje med styringsmålene. Det forutsettes at målene innfris innenfor rammen av tildelte midler.

Nasjonal helse- og sykehusplan vektlegger viktige områder og drivere som er vesentlige for å lykkes med utvikling og forbedring av helsetjenesten:

- A. Sikre nok helsepersonell med riktig kompetanse
- B. Forbedre systemer, strukturer og arbeidsprosesser som understøtter mål om bedre kvalitet
- C. Forbedre samhandling
- D. Styrke pasient, pårørende og brukere
- E. Styrke og utvikle en ledelseskultur som lykkes med åpenhet og forbedring
- F. Mer tjenesteutviklende forskning og innovasjon av høy kvalitet og nytte

Andre overordnede føringer er Helse Nords regionale utviklingsplan, økonomisk langtidsplan og investeringsplan, 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 og et bredt tilbud ved Nordlandssykehuset, er tjenlig for landsdel og befolkning. Vår 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. Et systematisk og målrettet arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til beste for pasientene, skal være målet for virksomhetenes arbeid. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er et viktig verktøy og skal implementeres på alle nivåer.

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 skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- Meld. St. 7 (2019 -2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 -2023
- Meld. St. 9 (2019 -2020) Kvalitet og pasientsikkerhet 2018
- Meld. St. 18 (2018 -2019) Helsenæringen – Sammen om verdiskaping og bedre tjenester
- Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019 -2022
- Handlingsplan for bedre smittevern 2019 -2023
- Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019 -2023
- Utprøvende behandling – nasjonale prinsipper. Nasjonal veileder (Helsedirektoratet, 2019)
- Overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering for IKT i helse- og omsorgssektoren
- NSM grunnprinsipper for IKT- sikkerhet
- HelseCERTs anbefalte sikkerhetstiltak
- Nasjonal strategi for digital 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.

---

<sup>1</sup> Spesialisthelsetjenesteloven og prioriteringsforskriften

Vedtatt styringsmodell innenfor IKT- området, jf. styresak 70-2002, vedtakspunkt 2 -5 gjelder. Helse Nord IKT og helseforetakene skal innen 1.12.2020 i fellesskap utrede en hensiktsmessig modell for tjenestepricing der eventuelt prinsippene for avkortning (styresak 97-2015), som eneste sanksjonsmiddel ved sviktende leveranser, skal gå frem. Det skal for 2020 ikke brukes økonomiske sanksjoner mellom Helse Nord IKT og andre helseforetak i regionen.

Helseforetakene skal aktivt arbeide for å redusere risikoen på informasjonssikkerhetsområdet, jf. tidligere års oppdragsdokument. Ved ulike vurderinger av nivået for akseptabel risiko i regionale fellesløsninger kan Helse Nord RHF gjennom eierstyringen, pålegge helseforetakene til å legge høyeste nivå til grunn.

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.

### 3.0 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

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

1. Pasientene må gis god informasjon om kontaktlegeordningen, med særlig fokus på fagområder hvor behovet for kontaktlege er særlig stort, for eksempel kreft og habilitering.
2. Gjennomføre tiltak med mål om å styrke helsepersonells kompetanse i involvering og opplæring av voksne.
3. Gjennomføre tiltak med mål om å styrke helsepersonells kompetanse i samisk språk og kulturforståelse.
4. Utvikle rutiner for gode overganger fra barn til voksen i sykehus innenfor minst tre fagområder. Ungdomsrådene skal involveres i dette arbeidet. «Prinsipper for gode overganger» utviklet av ungdomsrådene i Helse Nord, bør tas hensyn til i utarbeidelsen av rutinene.
5. Ta i bruk samvalgsverktøyene som er publisert på helsenorge.no i klinisk praksis. UNN skal lede arbeidet med å utvikle en mal for evaluering av samvalgsverktøy i samarbeid med de andre helseforetakene.
6. Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2019. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager innen utgangen av 2021.
7. Frem mot publisering av nasjonal, faglig retningslinje i april 2020 etablere et helhetlig behandlingstilbud for personer med kjønnsinkongruens. Helsedirektoratets foreslåtte anbefalinger (sendt på høring 27. november 2019) skal legges til grunn ved etableringen, sammen med internasjonal fagkunnskap og erfaringer fra andre lands tjenester på området. Når endelig retningslinje er publisert må det regionale helseforetaket vurdere om det er behov for justeringer i tilbudet. Det skal etableres en regional arbeidsgruppe for å lage et forslag til behandlingstilbud. UNN skal lede arbeidsgruppen. Frist for å ferdigstille en beskrivelse av det regionale behandlingstilbudet for personer med kjønnsinkongruens er 1. september 2020.
8. Vurdere utvikling i bruk av behandlingshjelpemidler for å korrigere uønsket variasjon og definere ønsket utvikling med økt hjemmebehandling. Vurdere behov for kompetanse og eventuelle organisatoriske endringer.
9. Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021.
10. Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder sammenliknet med 2019, målt ved indikatoren planleggingshorisont. Det vises til tidligere oppdrag om en planleggingshorisont for bemanning og timetildeling ved poliklinikkene på minst 6 måneder.
11. Det skal være høyere vekst i aktivitet og kostnader innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. 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.
12. Ikke ha korridorpasienter.

13. Innføre, i samarbeid med kommunene, bedre rutiner for avklaring av hjelpebehov hos barn og unge. Disse rutinene skal innrettes i tråd med anbefalinger fra Helsedirektoratet, som tentativt vil foreligge våren 2020.

Krav til NLSH og UNN:

14. Innføre og delta i ParkinsonNet. Det skal opprettes en lokal koordinator for arbeidet.

Krav til SANO og HSYK:

15. Planlegge oppstart av legemiddelleveranser til Helgelandssykehuset.

Foretaksspesifikke krav:

**Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN):**

16. Utvikle mal for å evaluere bruk av samvalgsverktøy i samarbeid med de andre helseforetakene.
17. Utvikle en informasjonsstrategi for å formidle hvilke tjenester som ytes til befolkningen og tilreisende ved Longyearbyen sykehus, herunder også betalingsordningene for de ulike tjenestemottakerne.

### **3.1 Sikre god pasient- og brukervedvirkning**

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

1. Minimum 150 nye behandlingsbeskrivelser skal publiseres på foretakets nettside.

### **3.2 Somatikk**

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

1. Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.
2. Innføre pakkeforløp for hjerneslag del 2.
3. Registrere fødselsnummer på alle nyfødte før utskrivelse.
4. Forberede innføring av screening for tarmkreft i henhold til føringer i regionalt prosjekt.
5. Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.

Krav til FIN, UNN og HSYK:

6. Andel av meniskopererte over 50 år ved skal være lavere enn 35%.

Krav til NLSH og FIN:

7. Antall acromionreseksjoner i 2020 skal være lavere enn 50 per 100 000 innbyggere i opptaksområdet.



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

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

1. Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.
2. Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.
3. Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet skal være minst 60 pst.
4. Minst 50 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.
5. Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2020.
6. Implementere tverrfaglige oppsøkende behandlingsteam innen psykisk helsevern der det er befolkningsmessig grunnlag for det.
7. Legge til rette for at flere metoder innen psykisk helsevern og TSB blir vurdert i systemet for Nye metoder.

### 3.4 Samhandling med leverandører av private helsetjenester

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

1. Rapportere på innhold og samhandling på inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister tertialvis.

## 4.0 Kvalitet i pasientbehandlingen

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

1. Sørge for at eldre pasienter og pasienter med hjelpebehov sikres ambulansetjeneste/pasienttransport på dag- og ettermiddagstid slik at de ikke sendes hjem om natten. Dette kan innebære å øke transportkapasitet på dag- og ettermiddagstid. Unntak kan gjøres hvis pasienten selv ønsker å reise hjem, et slikt ønske skal dokumenteres.
2. Påse at sykehusene ikke bruker fastlegene til administrativt arbeid som naturlig bør tilligge sykehusene. Dette gjelder blant annet følgende administrative oppgaver:
  - Videre henvisning til undersøkelser og kontroller basert på funn og vurderinger gjort av spesialisthelsetjenesten.
  - Rekvisisjoner på bildediagnostikk eller laboratorieanalyser som ledd i sykehusets vurderinger.
  - Rekvirering av pasientreiser til og fra undersøkelser i sykehus. Sykemeldinger for sykehusopphold og den første tiden etterpå, frem til neste kontroll hos fastlege eller ny vurdering hos spesialist, hvis det er indikasjon for det.
  - Resept på nye legemidler, ved endret dosering og ved skifte av legemidler.
  - Vanskelig tilgjengelige medikamenter gis med ved utskrivning for de første dagene.

Legeforeningens "Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus" bør legges til grunn for samarbeidet med fastlegene.

3. Alle akuttisykehus skal ha breddekompetanse innenfor behandling av eldre, og alle store akuttisykehus skal ha spesialist i geriatri.

Foretaksspesifikke krav:

**Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN):**

4. Etablere et regionalt barnepalliativt team som skal veilede de lokale barneavdelingene og ha ansvar for helseregionens kompetanse, tilbud og kvalitet innen barnepalliasjon, i samsvar med Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge. Helse Nord sitt barnepalliative team må ha tilgang til samisk språk og kulturkompetanse og skal bistå de andre helseregionenes barnepalliative team ved behov for samisk språk og kulturkompetanse.

## 4.1 Kvalitetsutvikling

Krav til alle:

1. Innføre nye rutiner for risikostyring i tråd med oppdaterte regionale retningslinjer.

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

2. I samsvar med Regional utviklingsplan 2035 delta i arbeidet med utviklingen av en strategi for legemiddelforsyningen i regionen.
3. I samarbeid med helseforetakene gjennomføre planlagt ressursopptrapping i henhold til opprinnelig opptrappingsplan for klinisk farmasi vedtatt i Helse Nord RHF's styre 15.6.2016.
4. I samsvar med Regional utviklingsplan etablere lokale ressursgrupper for samisk språk og kultur. Ressursgruppene skal være en ressurs for samiske pasienter og ansatte.

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

5. Øke bruken av simulering for kompetanseheving og samarbeide med andre helseforetak om utvikling og deling av opplegg for simulering.
6. Samarbeide med Folkehelseinstituttet om gjennomføring av kontinuerlige PasOppundersøkelser blant pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern og TSB.

Krav til FIN og HSYK:

7. Delta i *QI Nord - Forbedringsutdanning* med 10 deltakere per kull, totalt 20 per år.

Foretaksspesifikke krav:

**Nordlandssykehuset:**

8. Tilby 10 plasser per kull på *QI Nord - Forbedringsutdanning*, til Helgelandssykehuset.

**Universitetssykehuset Nord- Norge:**

9. Tilby 10 plasser per kull på *QI Nord - Forbedringsutdanning*, til Finnmarkssykehuset.

### **Sykehusapotek Nord:**

10. I samarbeid med de regionale sykehusapotekforetakene etablere en hensiktsmessig styrings-/samarbeidsmodell for å nå felles strategiske mål for apotekutsalgene.

## **4.3 Pasientsikkerhet**

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

1. Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres sammenliknet med året før.
2. Andel legemiddellister som er samstemt inn (i DIPS medikamentmodul) skal være mer enn 90 %.

## **4.4 Smittevern**

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

1. 30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i 2020 sammenliknet med 2012. 2020 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden.

## **4.5 Personvern og informasjonssikkerhet**

Krav til alle:

1. Utarbeide en tiltaksplan, og iverksette nødvendig tiltak, som sikrer at helseforetakenes IKT-systemene og teknologiske sikkerhetstiltak bidrar til å forebygge og avdekke dataangrep.
2. Styrebehandle status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet innen 1. juni. (2020)
3. Dataansvarlig skal etablere rask og sikker pålogging i form av to-faktor autentisering for tilgang til helseopplysninger/personopplysninger. Datatilsynets anbefalinger skal legges til grunn.
4. Etablere formelle rutiner og prosedyrer som sikrer at dataansvarlig godkjenner endringer i infrastrukturen som påvirker dataansvarliges ansvarsområde.

**Helse Nord IKT:**

5. I samarbeid med Norsk Helsenett SF/HelseCERT, inngå samarbeidsavtaler med NSM/NorCERT knyttet til VDI-nettverket.

## **4.8 Beredskap**

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

1. Årlig rapportere oppdatert oversikt over antall pasientsenger, enerom med eget bad/WC og kontakt- og luftsmitteisolater. Kompetansesenter i smittevern Helse Nord har utarbeidet en regional mal for dette.

Foretaksspesifikke krav:

**Universitetssykehuset Nord-Norge:**

2. Utvikle planverk for systematiske samhandlingsøvelser med samtlige beredskaps- og redningsaktører i Longyearbyen og å prioritere å trene eget personell og øve dette planverket ved Longyearbyen sykehus.

## 5.0 Samhandling med primærhelsetjenesten

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

1. Innrette samarbeid med kommunene i tråd med mål og rammer fastsatt i NHSP og i tråd med avtale mellom regjeringen og KS av 23. oktober 2019 om innføring av helsefelleskap. SANO skal involveres i arbeidet der det er relevant.
2. Sette konkrete mål for kompetansedeling sammen med kommunene i helsefelleskapene.
3. Gi innspill til neste nasjonale helse- og sykehusplan sammen med kommunene i helsefelleskapet.
4. Gjennomføre tiltak for å ivareta samhandling om samiske pasienter i helsefelleskapene.
5. I samarbeid med kommunene få på plass følgetjeneste for gravide og fødende, i tråd med Helsedirektoratets nasjonale veileder Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Veilederen legger til grunn et behov for en døgntinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste der det er halvannen times reisevei til fødestedet. Dette er en veiledende grense og må beregnes ut fra faktisk bosettingsmønster, ikke beliggenhet av kommunesenteret. Det vises til Helsedirektoratets oppdrag om å belyse hva endringer i kompleksitet i fødselsomsorgen betyr for bemanning og finansieringssystem med frist 1. mars 2020.
6. Implementere minst ett felles tiltak for medisinsk avstandsoppfølging som tidligere har vært pilotert med gode resultater i samarbeid med kommunene og med støtte av Helse Nord IKT og de andre helseforetakene i regionen. Nordlandssykehuset HF skal koordinere arbeidet.
7. Videreutvikle tjenestetilbudet til stormottakere av helsetjenester (somatikk, psykisk helsevern og rus) i samarbeid med kommunene og andre helseforetak. Universitetssykehuset i Nord-Norge HF skal koordinere arbeidet.

### Foretaksspesifikke krav:

#### **Finnmarkssykehuset HF:**

8. Nedsette en arbeidsgruppe med kommunene på Varangerhalvøya og Tana kommune for å utrede hvilke ytterligere spesialisthelsetjenestetilbud som kan tilbys i Vadsø, herunder røntgen/ultralyd. Utredningen skal gjennomføres innen juni 2020.

## 7.0 Bemanning og kompetanse

### 7.1 Sikre gode arbeidsforhold

#### Foretaksspesifikke krav:

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

1. Etablere regionalt nettverk for ledelse og lederutvikling.

### 7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

#### Krav til alle:

1. Vurdere å ta i bruk traineeordninger i sitt arbeid for å nå målene i inkluderingsdugnaden.
2. Antall lærlinger både i helsefag og i andre lærefag som er relevante i sykehus økes i løpet av planperioden 2020–2023. Arbeidet med å øke antallet

helsefagarbeiderlæringer med minimum 20% innen utgangen av 2023 skal prioriteres.

3. Rapportere status i foretakets arbeid med å nå målsettingene i inkluderingsdugnaden.
4. Utarbeide og styrebehandle handlingsplan for Inkluderingsdugnaden.
5. Etablere tverrfaglig team for bemanningsplanlegging og framskrivning av kompetansebehov.
6. Delta i arbeidet med revidering av strategisk kompetanseplan.
7. I samsvar med Regional utviklingsplan 2035 utrede strategier for å beholde og rekruttere ansatte med samisk språk og kulturforståelse.

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

8. Etablere en ordning for ALIS' (leger i spesialisering i allmenntilmedisin) sykehuspraksis for å oppnå fastsatte læringsmål. Det forutsettes ikke opprettelse av egne stillinger, og det bes om at tilgjengelige ressurser benyttes. Avvikling av sykehuspraksis skal avtales med samarbeidende kommuner.
9. Lage en handlingsplan for oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse "Utfordringer med bemanningen av sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere i sykehus".
10. Gjennomføre oppgavedeling mellom nivåer og yrkesgrupper for å nå kravet om over 5% andel helsefagarbeidere innen 2021.

#### Krav til NLSH og UNN:

11. Etablere Akutt- og mottaksmedisin som spesialitet.

#### Krav til UNN og HSYK:

12. Opprette et opplæringskontor for helsefaglæringer og andre relevante lærefag. Helseforetak kan samarbeide om opplæringskontorene der det er hensiktsmessig.

#### Foretaksspesifikke krav:

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

13. Etablere regional koordineringsenhet for helsefaglig simulering og ferdighetstrening.

## **7.4 Helse- miljø og sikkerhet**

#### Krav til alle:

1. Andel enheter med godt sikkerhetsklime i et helseforetak skal være minst 75 pst. innen utgangen av 2023.
2. Delta i utarbeidelse og implementering av felles retningslinjer for varsling i Helse Nord under ledelse av RHF-et.

#### Foretaksspesifikke krav:

##### **Helgelandssykehuset:**

3. Etablere regionalt nettverk for sykefraværsoppfølging.

## 8.0 Forskning og innovasjon

### Krav til alle:

1. Inngå eller revidere avtaler med universitetene i regionen, i tråd med ny rammeavtale som Helse Nord RHF har inngått i oktober 2019.

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

2. Samarbeide med næringslivet om innovative løsninger.
3. Legge til rette for at alle vitenskapelige artikler som utgår fra forskningsmidler utlyst i det regionale helseforetaket fra og med 1.1.2021 skal være åpent tilgjengelige.
4. Bruke innovasjonsverktøyet Induct for å registrere og utvikle innovasjonsprosjekter. Det skal rapporteres på innovasjonsindikatorerne definert av HOD.

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

5. Antall nye kliniske behandlingsstudier skal økes med 5 pst. i 2020 sammenliknet med 2018.
6. Stimulere til tjenesteinnovasjon. Medisinsk avstandsoppfølging er et aktuelt felt for å utvikle og ta i bruk nye løsninger.

### Krav til SANO, FIN, NLSH og HSYK:

7. Prioritere en økt andel egne midler til forskning i 2021, for å bidra til å innfri at ressursbruken til forskning skal økes.

### Foretaksspesifikke krav:

#### Universitetssykehuset Nord-Norge:

8. UNN skal øke sin ressursbruk til forskning i 2021, for å bidra til å komme på nivå med sammenlignbare universitetssykehus (jf NIFUs statistikk).

## 9.0 Økonomi - behov for kontinuerlig forbedring og omstilling

### 9.1 Resultatkrav

Helseforetakene skal i 2020 basere sin virksomhet på de tildelte midler med følgende resultatkrav:

Finnmarkssykehuset:	Overskudd kr 24 mill
UNN:	Overskudd kr 40 mill
Nordlandssykehuset:	Overskudd kr 5 mill
Helgelandssykehuset:	Overskudd kr 20 mil
Sykehusapotek Nord:	Overskudd kr 1 mill <sup>2</sup>
Helse Nord IKT:	Økonomisk balanse

### 9.2 Anskaffelsesområdet

Krav til alle:

1. Med utgangspunkt i UNNs artikkelregister utvikle rutiner for forvaltning av felles regionalt avtaleregister på lagerført sortiment
2. Ved utgangen av 2020 skal andel omsetning av definerte varegrupper gjennom innkjøpssystemet ClockWork være: Varekjøp 90% og tjenestekjøp 50%
3. Delta med klinisk, teknisk eller merkantilt personell i alle relevante nasjonale og regionale anskaffelsesprosjekt, eller aktivt gi fullmakt til andre foretak å ivareta deres interesser.
4. Utarbeide en ansvars-/interessematrise i tråd med kategoristrukturen, som synliggjør ansvarsfordeling og beslutningsstruktur på anskaffelsesområdet. Arbeidet skal utføres i samarbeid med Sykehusinnkjøp og helseforetakene.
5. Planlegge mottak og implementering av alle nasjonale og regionale avtaler; i samarbeid med Sykehusinnkjøp HF.
6. Utarbeide oversikt over foretakets samlede avtaleportefølje innen 1.9.20. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Sykehusinnkjøp HF.

Foretaksspesifikke krav:

**Nordlandssykehuset:**

7. Redusere omfang diverseordrer i innkjøpssystemet.

## 10.0 Teknologi

Krav til alle:

1. Leveranser inkl. SLA mellom helseforetakene og Helse Nord IKT HF skal være formalisert skriftlig og signert av begge parter.
2. Delta i innføringen av produksjonsstøttesystem for medikamentell kreftbehandling.
3. Helseforetakene skal delta i arbeidet med utarbeidelse av teknologiplan for Helse Nord. Arbeidet ledes av Helse Nord RHF.

---

<sup>2</sup> Overskudd i publikumsavdelingen

4. Betalingsforpliktelser må skille mellom kostnader besluttet av eier og kostnader for tjenester og bestillinger direkte fra helseforetakene.
5. Innenfor rammen av digitale innbyggertjenester skal dokumentdeling via kjernejournal realiseres i Helse Nord. Helseforetakene skal aktivt prioritere og delta i arbeidet.
6. Helse Nord IKT HF og helseforetakene skal innen 1.12.2020 i fellesskap utrede en hensiktsmessig modell for tjenesteprising der eventuelt prinsippene for avkortning, som eneste sanksjonsmiddel ved sviktende leveranser, skal gå frem. Det skal for 2020 ikke brukes økonomiske sanksjoner mellom Helse Nord IKT og andre helseforetak i regionen.

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

7. Sette egne mål med gradvis opptrapping mot 2023 for andel konsultasjoner som skal gjennomføres pr video, innen 1. tertial.
8. Øke bruk av skjermtolking.

## 11.0 Bygg og kapasitet

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

1. Oppdatere tilstand på hele bygningsmassen ved bruk av Multimap. I tillegg til teknisk tilstand skal tomt- og områdeforhold, funksjonell egnethet og strukturelle egenskaper vurderes. Frist for gjennomføring 1. juni

Krav til FIN:

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



## 12 Styringsparametere 2020

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 2020. Datakilder og publiseringsfrekvens.

Mål 2020	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
<b>1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen</b>			
Gjennomsnittlig ventetid.	Redusert i regionen sammenliknet med 2019. Skal være under 50 dager i regionen innen utgangen av 2021. Måles som årlig gjennomsnitt.	Helsedirektoratet	Månedlig
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 2019. Skal overholde minst 95 % av avtalene innen utgangen av 2021.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid <sup>3</sup> .	Minst 70 %. Variasjonen i måloppnåelse på helseforetaksnivå skal reduseres.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder målt ved indikatoren planleggingshorisont.	Økt i regionen sammenliknet med 2019.	Under utvikling og publisering	Under utvikling og publisering
<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).	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.	Gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet Kostnader: de regionale helseforetakenes regnskap Polikliniske opphold: Helsedirektoratet (ISF)	

<sup>3</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 2020

Mål 2020	Mål	Datakilde	Publiserings frekvens
	Prosentvis større økning i kostnader og aktivitet.		
Forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne	Minst 80 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk, psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB	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 2019.	Helsedirektoratet	Årlig
<b>3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet</b>			
Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres på regionalt nivå sammenliknet med året før.	Redusert sammenliknet med året før.	GTT-undersøkelsene Helsedirektoratet	Årlig
Andel enheter med godt sikkerhetsklime i et helseforetak skal være minst 75 pst. innen utgangen av 2023.	"Godt" sikkerhetsklime innebærer at minst 60 % av medarbeiderne i enheten skårer 75 eller høyere på faktoren for sikkerhetsklime.	Målt gjennom undersøkelsen Forbedring og beregnet med Helsedirektoratets definisjon på indikatoren	Årlig
Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner).	30 % reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenliknet med 2012.	Sykehusenes legemiddelstatistikk	Tertialvis
Andel korridorpasienter 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 2020 sammenliknet med 2018.	CRIStin	Årlig

## 13 Oppfølging og rapportering

Alle krav for 2020 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 2020, foretaksspesifikke mål 2020 og styringsparametere 2020.

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. 2-2020.

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

Rapportering	Innhold	Frister
Månedlig	Månedrapport i tråd med mal.	Månedregnskap skal være avsluttet innen fem virkedager i påfølgende måned. ØBAK og virksomhetsrapport skal oversendes RHF senest fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Tertialrapport	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes.	Styrebehandlet tertialrapport (styrevedtak): 6. juni 2020 8. oktober 2020  Administrativt utarbeidet tertialrapport: 15. mai 2020 25. september 2020 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 2021.  <b>Styrebehandlet</b> årlig melding (styrevedtak): Mars 2021.
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 2020: Mars 2021.

## 14 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

Kunnskapsdepartementets kandidatmål for praksisplasser finnes på [www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kd/Tildelingsbrev/id753324/](http://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kd/Tildelingsbrev/id753324/).

# Tilleggslista til Oppdragsdokument 2020

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene



### 3 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

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

1. 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. (2019)
2. 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. (2019)
3. Bruken av Mine Pasientreiser (digitaliseringsgrad), skal ved utgangen av 2019 være 70 % i Helse Nord (2019)
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 akuttfunksjoner og andre vesentlige endringer i tjenestetilbudet skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring for å sikre at prosessen er gjennomført i henhold til veilederen for utviklingsplaner. (2017)
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)

#### **Foretaksspesifikke krav:**

#### **Sykehusapotek Nord:**

10. 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. (2019)

#### 3.1 Sikre god pasient- og brukervedvirkning

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

1. Legge til rette for samarbeid mellom ungdomsrådene i regionen. (2019)
2. Sikre at pasienten får god nok kvalitet på informasjon for å kunne ta reelle valg for sin behandlingsmetode/behandlingssted. (2018)
3. Legge til rette for god kommunikasjon også for pasienter med funksjonsnedsettelse. (2018)

## 3.2 Somatikk

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

1. Ha kompetanse for utredning og diagnostikk av kronisk utmattelsessyndrom. (2019)
2. Minst 60 pst. av pasienter med hjerneinfarkt, som er trombolysebehandlet, skal ha fått denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse. (2019)
3. 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. (2019)
4. Det skal innføres måltall for registrering av skadedata i Norsk pasientregister fra 2020. Helseforetakene skal arbeide målrettet for å øke registreringsandelen. (2019)
5. Bidra til at pasienter under 80 år innlagt med NSTEMI, får koronar angiografi innen 72 timer etter innleggelse. (2018)
6. Gjennomføre regelmessig opplæring av ambulanspersonell for å øke andelen prehospital trombolyse ved indikasjon på ST-elevasjonsinfarkt (STEMI). (2018)
7. Behandle mer enn 40 % av pasienter under 80 år med STEMI med mindre enn 12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt, med trombolyse innen 30 minutter etter første medisinske kontakt eller koronar angiografi/PCI innen 90 minutter. (2018)
8. Sikre lokalsykehusstilbud med nødvendig kompetanse og tilstrekkelig kapasitet til pasienter med sykkelig overvekt. (2018)
9. 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)

### Foretaksspesifikke krav:

#### **Nordlandssykehuset**

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

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

12. Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpediatriske tjenester til Statens barnehus i Kirkenes. (2018)
13. 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)

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

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 2015.1 (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-medikamenter og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR. (2017)
5. Sørge for at komplette og kvalitetssikrede data på tvangsinnleggelse, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler leveres norsk pasientregister (NPR) ved ordinært rapporteringstidspunkt. (2017)

### 3.4 Samhandling med leverandører av private helsetjenester

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

1. 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. (2019)
2. Sikre at vurderingsenheter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er tilstrekkelig kjent med pasientrettighetene, inkludert retten til fritt behandlingsvalg. (2018)

## 4 Kvalitet i pasientbehandlingen

### 4.1 Kvalitetsutvikling

#### Krav til alle helseforetak:

1. Sørge for at styremedlemmene får nødvendig opplæring i internkontroll og risikostyring. (2019)

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

1. Registrere alle aktuelle pasienter i nasjonale kvalitetsregistre og bruke registrenes resultater i eget forbedringsarbeid. (2018)
2. Levere KPP-data etter nasjonal spesifisering. (2018)
3. Levere data inn i den nasjonale KPP-databasen. (2018)
4. Stille med fagrevisorer til kliniske fagrevisjoner. (2018)

---

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

<sup>2</sup> Legemiddelassistert rehabilitering

5. Mini-metodevurdering benyttes i helseforetakene som grunnlag for beslutninger om innføring av nye metoder og ved endring av praksis/avvikling av metoder. (2016)
6. Bruke tilbakemeldingene fra Norsk pasientregister (NPR) aktivt for å redusere feilkoding (2016).
7. 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**

8. Sørg for at Open Q-Reg<sup>3</sup> og Rapporteket<sup>4</sup> videreutvikles og forvaltes på måter som tilfredsstillende de nasjonale kvalitetsregistre som bruker disse tjenestene. (2018)

## **4.2 Pasientsikkerhet**

Krav til sykehusforetakene og SANO:

1. Videreføre arbeidet med innsatsområdene fra pasientsikkerhetsprogrammet i samarbeid med Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet. (2019)

## **4.3 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. (2019)
2. Ha færre enn 3,5 % sykehuspåførte infeksjoner, målt ved prevalensundersøkelsene. (2018)
3. Ha minst ett punkt i årsplanen for internrevisjon tilknyttet infeksjonskontrollprogrammet (IKP). (2018)
4. Vaksinere 75 % av helsepersonell med direkte pasientkontakt for sesonginfluensa. (2018)

## **4.4 Personvern og informasjonssikkerhet**

Krav til alle helseforetak:

1. Implementere revidert felles styringssystem for informasjonssikkerhet i Helse Nord. (2019)
2. 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)
1. Igangsette gjennomføring av Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) og HelseCERTs generelle anbefalte tiltak for beskyttelse mot dataangrep. (2018)

<sup>3</sup> Plattform for web-baserte kvalitetsregistre

<sup>4</sup> Støtte for tilgjengeliggjøring, analyse og tolkning av data i kvalitetsregistre



2. Sikre at anskaffelser og innføring av IKT-systemer følger Helse Nord sine drifts- og sikkerhetsmessige krav. (2018)
3. 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**

4. 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)

### **4.5 Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet**

Krav til sykehusforetakene og SANO:

1. Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser for MTU med tilhørende handlingsplaner innen 2. tertial. (2019)

### **4.6 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. (2019)

## **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. (2019)

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). (2019)
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. (2019)

4. Etablere lavterskeltilbud for diagnostikk og behandling av Hepatitt C i samarbeid med kommunene. (2019)
5. Registrere antall samhandlingsavvik meldt fra kommunene og fra helseforetakene. (2019)

#### **Sykehusapotek Nord:**

6. Sette egne mål og øke antall gjennomførte utskrivningssamtaler med farmasøyt. (2019)

## **6 Utvikling av helsetjenesten for den samiske befolkningen**

#### **Krav til alle helseforetak:**

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 Nords ansvar for å sikre likeverdig spesialisthelsetjenestetilbud til hele den samiske befolkningen i Norge. (2018)

#### **Foretaksspesifikke krav:**

##### **Finnmarkssykehuset:**

3. 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. (2019)
4. 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)

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

### **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." (2019)

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

2. Følge opp Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes bruk av legeressursene. (2019)

Foretaksspesifikke krav:

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

3. På bakgrunn av erfaringer bl.a. fra Helgelandssykehuset utarbeide handlingsplan for å redusere sykefravær til under 7,5 pst. innen 2021. (2019)
4. Tilby nyutdannet helsepersonell hele faste stillinger i større grad. (2017)

## 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. (2019)

Krav til sykehusforetakene og SANO:

2. Gjennomføre tiltak for å forbedre praksisundervisning for de som utdannes i helseyrkene innenfor rammene av helseforetakenes ansvar for praksisundervisning og opplæring. (2019)
3. Samarbeide med tillitsvalgte og vernetjenesten i arbeidet med å utvikle tiltak for å forebygge og ivareta beredskap for håndtering av vold og trusler. (2017)
4. Basere bemanningsplanlegging utfra aktivitet og en planleggingshorisont på minimum 6 måneder. (2016)

## 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. (2019)
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 (2019) er omfattet av kravet. (2019)
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. (2019)
4. Etablere rutiner som sikrer at LIS i allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin sikres nødvendig tjeneste i helseforetaket for å gjennomføre sin utdanning. (2019)

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. (2019)

## 8 **Forskning og innovasjon**

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

1. Øke antall nye kliniske behandlingsstudier med 5 pst. sammenliknet med 2017. UNN skal ha en pådriverrolle i regionen. (2019)
2. 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. (2019)

### Krav til sykehusforetakene og SANO:

3. Organisere foretakets redelighetsutvalg på en hensiktsmessig måte, og utarbeide retningslinjer for behandling av saker om mulige brudd på anerkjente forskningsetiske normer. (2019)
4. Foretakene skal sikre at de rettmessig adresseres ved publikasjoner som utgår fra eller finansieres av foretaksgruppen. (2019)

### Foretaksspesifikke krav:

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

5. Realisere forsknings- og innovasjonsstrategien i Helse Nord. (2018)
6. Tilrettelegge særlig for klinisk forskning og helsetjenesteforskning, også i samarbeid med andre helseforetak og universiteter i regionen. (2018)
7. Legge til rette for at gode forskningsmiljøer i eget helseforetak søker ekstern finansiering, spesielt fra Forskningsrådet og EU. (2018)
8. 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)). (2018)
9. 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)

## 9 Økonomi- behov for kontinuerlig forbedring og omstilling

### 9.1 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. (2019)
2. Legge økt vekt på klima og miljø ved innkjøp og ved bygge- og vedlikeholdsprosjekter. (2019)

#### Krav til sykehusforetakene og HN IKT:

3. Redusere antall ad-hoc anskaffelser. (2019)

### 9.2 Porteføljestyling

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

## 10 Teknologi

#### 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. (2019)

#### Krav til sykehusforetakene og HN IKT:

2. 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 Nord's prosjekt Digitale Innbyggertjenester. (2019)
3. Delta i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet og dele erfaringer med bruk av digitale pasientrettede tjenester (selvtester, o.l.) mellom helseregionene. (2019)
4. 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**

5. Planlegge nødvendige tiltak for å ta bruk modernisert folkeregister innen 31.12.2021. (2019)
6. Sikre at elektroniske meldinger til enhver tid er i tråd med siste versjon av nasjonale standarder. (2018)

7. Brudd på avtalt servicenivå slik disse fremkommer på tjenestenivå skal meldes i Helse Nord's avvikssystem Docmap. (2017)
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>5</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)

## 11 Bygg og kapasitet

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. Informere berørte kommuner og fylkeskommuner om alle planlagte salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak, på et så tidlig tidspunkt som mulig. (2011)
4. Begrense betaling for parkering til å dekke kostnadene ved parkeringstilbudet og at de rutiner man har for parkering skal begrense risikoen for gebyr. Alle nye parkeringssystemer skal bygge på prinsippet om etterskuddsbetaling. (2011)

### Foretaksspesifikke krav:

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

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

Møtedato: 5. februar 2020  
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:  
H. Rolandsen 915 68 738

Sted/Dato:  
Bodø, 29.1.2020

## **Foretaksmøtesak 5-2020 Reviderte retningslinjer for risikostyring**

I styremøte 27. november 2019 behandlet styret i Helse Nord RHF styresak 124-2019 *Reviderte retningslinjer for risikostyring i Helse Nord*. Styret fattet følgende vedtak:

1. *Styret i Helse Nord RHF vedtar de reviderte retningslinjer for risikostyring i Helse Nord.*
2. *Reviderte retningslinjer overleveres til styrene i helseforetakene i foretaksmøte 5. februar 2020.*
3. *Styret ber om rapportering om arbeidet med risikostyring i tråd med retningslinjene.*

Retningslinjene er tidligere oversendt til helseforetakene i brev av 9. desember 2019.

Det forventes at helseforetakene erstatter tidligere dokumenter med nye retningslinjer, og iverksetter adekvate tiltak som sikrer at nye retningslinjer gjøres kjent og etterleves i organisasjonen.

Foretaksmøtet inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Foretaksmøtet vedtar nye retningslinjer for risikostyring, jf. styresak 124-2019 i Helse Nord RHF, som gjeldende for alle helseforetak i Helse Nord.
2. Foretaksmøtet forutsetter at styret i Sykehusapotek Nord HF påser at nye retningslinjer blir implementert i eget helseforetak.

Bodø, den 29. januar 2020

Cecilie Daae  
adm. direktør

Vedlegg: Retningslinjer for risikostyring – vedtatt i styret i Helse Nord RHF  
27.11.2019

## REVIDERTE RETNINGSLINJER FOR RISIKOSTYRING I HELSE NORD

Vedtatt av styret i Helse Nord RHF i styremøte 27. november 2019, jf. styresak 124-2019.

### 1. Innledning

Dokumentet erstatter *Retningslinjer for risikostyring Versjon 2.0* av 20. januar 2015, og gir overordnede retningslinjer for organisering og gjennomføre risikostyringen i Helse Nord.

Formålet med aktiv risikostyring er å forbedre organisasjonens evne til å oppnå fastsatte mål.

Retningslinjene tar utgangspunkt i rammeverket utgitt av COSO<sup>1</sup> i 2017, *Helhetlig Risikostyring – Integrering med strategi og måloppnåelse (Enterprise Risk Management – Aligning Risk with Strategy and Performance)*, men henter også inspirasjon fra andre dokumenter og rammeverk, særlig *ISO 31000:2018 Risikostyring Retningslinjer*.

### 2. Nærmere om risikostyring

#### 2.1 Definisjon av risikostyring

COSO definerer risikostyring som:

*«Den kultur, evne og praksis/anvendelse, integrert med fastsetting av strategi og måloppnåelse, som organisasjoner baserer seg på for å styre risiko når verdier skapes, opprettholdes og realiseres.»*

ISO 31000:2018 definerer risikostyring som:

*«Koordinerte aktiviteter for å rettlede og kontrollere en organisasjon med hensyn til risiko.»*

Fellestrekket er *hensikten*; å rettlede og kontrollere mht. risiko.

COSOs definisjon tar også med elementer/egenskaper som må være på plass og hva de må integreres med, for at risikostyringen skal bidra til å skape og realisere verdier.

#### 2.2 Definisjon av risiko

COSO definerer risiko som *«en hendelse kan inntreffe og påvirke oppnåelse av strategiske og forretningsmessige mål.»*

---

<sup>1</sup> Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission



ISO definerer risiko slik: *Usikkerhetens innvirkning på mål.*

ISO tilføyer at: «*En virkning er et avvik fra det forventede. Den kan være positiv, negativ eller begge deler og kan ta for seg, skape eller resultere i muligheter og trusler.*»

COSO knytter risikoen opp mot hendelser, ISO mot usikkerhet generelt. Begge lar begrepet risiko fange opp så vel positive som negative effekter på måloppnåelsen, dvs. «oppside-risikoen» er også med.

### 3. Prosess/Grunnleggende modeller

COSO-rammeverket kan illustreres slik figur 1 viser: 5 trinn på veien fra formål, visjon og kjerneverdier via strategiutvikling, formulering av virksomhetsmål, gjennomføring, og fram til forbedret måloppnåelse.

5 komponenter med 20 elementer som bør være tilstede, utgjør en god helhet rundt virksomhetsstyring. Det vises til vedlegg A for beskrivelse av de 20 elementene.



Figur 1: Rammeverk for helhetlig risikostyring – Kilde: COSO

ISO har tilsvarende budskap og presiserer bl.a. at «*risikostyringsprosessen bør være en integrert del av ledelse og beslutningstaking og være integrert i organisasjonens struktur, drift og prosesser. Den kan anvendes på strategisk nivå, operasjonelt nivå, programnivå eller prosjektnivå.*»

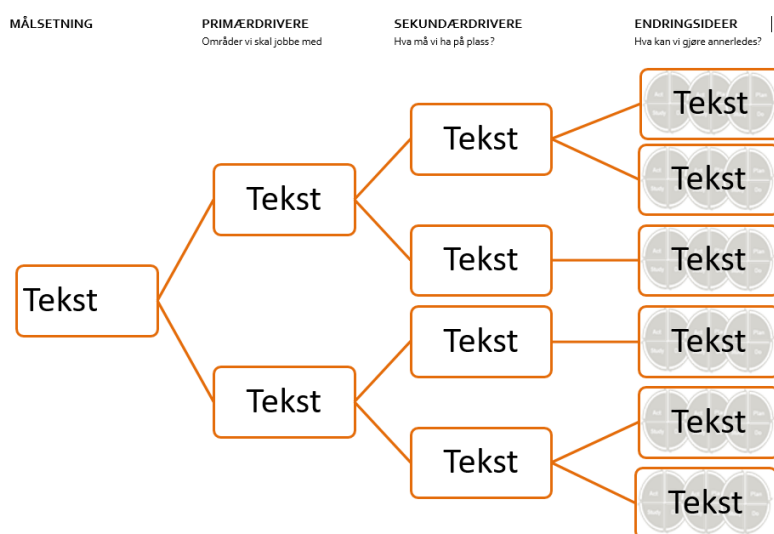
## 4. Risikostyring i Helse Nord

Risikostyring tar utgangspunkt i definerte strategier og mål.

Styringsmålene fra eier, gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll, er overordnet i målhierarkiet.

Helse Nord's «*Regional Utviklingsplan 2035*» er et annet utgangspunkt for å vurdere risiko. Oppdragsdokument til helseforetakene er inndelt etter samme logikk som Regional Utviklingsplan.

I tråd med metodikken for forbedringsarbeid oppfordres det til å utarbeide «driverdiagram<sup>2</sup>», se figur 2. Driverdiagram visualiserer sammenhengen mellom forbedringsarbeidets mål og de endringer og tiltak en tror vil ha effekt på målet.



Figur 2: Driverdiagram – Kilde Pasientsikkerhetsprogrammet I Trygge Hender

Primære og sekundære drivere kan sammenliknes med kritiske suksess-faktorer, og er et naturlig utgangspunkt for den overordnede risikostyringen i helseforetakene.

Risikovurdering skal også gjøres i forkant av vesentlige endringer i drift, organisering eller gjennomføring av prosjekt.

<sup>2</sup> Driverdiagram: visualiserer sammenheng mellom forbedringsarbeidets mål og endringer og tiltak en tror kan ha effekt på målet. Referanser: Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender»: *Forbedringsguiden*. Institute for Healthcare Improvement. *QI Essentials Toolkit: Driver Diagram*.

Risikostyringen skal gjennomføres i samsvar med COSO-rammeverket og omfatte følgende:

### ***Styrets ansvar***

Styret har en sentral rolle i beslutninger på strategisk nivå, og må vurdere foretakets strategiske risiko.

Ansvarer innebærer bl.a. å ta stilling til om foretakets mål og prioriteringer er i samsvar med, og dekkende for lovkrav og målene eier har fastsatt, og om de er egnet til å bidra til å skape, opprettholde og realisere foretaksgruppens verdier.

Styret bør også ha siste ord i spørsmål om foretakets risikotoleranse, inklusive prioriteringene mellom målsettinger, se punktet *Konkrete mål*.

Temaene skal behandles av styret minimum én gang per år.

Styrets rapportering til eier skal orientere om risikostyrings-arbeidet i foretaket. Rapportene skal særlig gjøre rede for de risikoene som er viktigst å håndtere akkurat nå, og som derfor har sterkest fokus («Topp 5 risiko» e.l.).

### ***Konkrete mål***

Mål og «drivere» for måloppnåelse må konkretiseres og operasjonaliseres nærmere. Tiltakene som er listet opp under målområdene i Regional Utviklingsplan er relevante å se til for å identifisere sekundære drivere og indikatorer for måloppnåelse.

### ***Prioritere målene***

Det er ikke nødvendigvis slik at alle målsettingene må risikovurderes hvert år. Det viktigste er en vurdering av hvor foretaket har størst risiko. Normalt er 2-5 målsettinger per målområde tilstrekkelig å risikovurdere og følge opp.

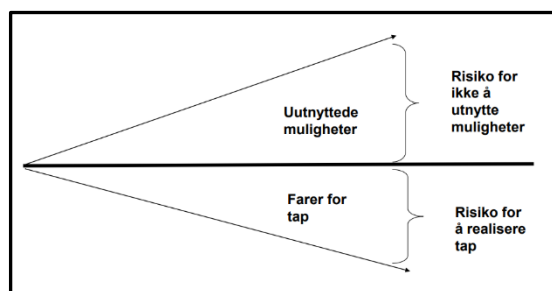
Tidsperspektivene som angis i Regional Utviklingsplan 2035 og prioriteringene som fremgår av øvrige plandokumenter som økonomisk langtidsplan og årlig oppdragsdokument, gir viktig input til den årlige prioriteringen.

Slik prioritering er reelt sett å beslutte hvilken risikotoleranse/risikovillighet foretaket skal ha. Å nedprioritere en målsetting er et valg om å leve med situasjonen slik den er. Å sette fokus på en målsetting/prioritere den, er et valg om å ville avklare om risikoen er akseptabel og/eller om tiltak må settes i verk.

## **Organisering av risikostyringsarbeidet**

Foretaket skal dokumentere hvordan risikostyringen organiseres og gjennomføres, i samsvar med retningslinjene. Her skal bl.a. følgende fremgå:

- A. *Hvem som har det daglige ansvaret for risikostyringen i foretaket*  
Ansvaret bør være på høyt nivå i organisasjonen, og helst hos en person som i liten grad har ansvar for daglige driftsoppgaver. Dette for å ivareta prinsippet om «armlengdes avstand».
- B. *Hvordan målsettinger som inngår i risikostyringen velges ut og prioriteres*
- C. *Hvem som skal delta i vurderingene, og hvordan vurderingen skal gjennomføres*  
Medarbeiderne som kjenner aktivitetene best og som skal iverksette eventuelle oppfølgingstiltak i etterkant må involveres. For mange involverte kan gå på bekostning av effektiviteten.
- D. *Oppfølging etter risikovurdering*  
Foretaket skal ha klare rutiner for hvordan man beslutter å iverksette tiltak, hvordan ansvar fordeles og hvordan foretaket følger opp at tiltakene blir iverksatt og har ønsket effekt. Herunder involvering av ledergruppe o.a.
- E. *Oppside-risiko*  
Tradisjonelt har risikostyringsarbeidet vært mest opptatt av å unngå at noe går galt. Risikostyring har i mindre grad vært vurdering av å ta i bruk åpenbare muligheter for betydelig gevinst og forbedring. Foretaket bør derfor beskrive hva som kan gjøres for å bidra til holdninger som sikrer at risikostyringen legger til rette for å «gripe mulighetene». Oppside- og nedsiderisiko kan illustreres jf fig. 3:



Figur 3: Illustrasjon oppside- og nedsiderisiko

- F. *Verktøy, maler og matriser*  
Foretakene oppfordres til å ta i bruk felles risikovurderingsverktøy, distribuert fra Helse Nord RHF. Andre verktøy kan også benyttes.
- G. *Rapportering*  
Helseforetakene skal beskrive rutinene for rapportering til eget styre og andre interne organ. Risikovurderingen skal være en del av tertialrapporteringen til Helse Nord RHF. I særskilte tilfeller vil det være naturlig at styret i helseforetak løfter risikorapporteringen til Helse Nord RHF hyppigere enn dette.

H. *Årshjul/fremdriftsplan for risikostyringen*

Foretaket skal utarbeide en forklarende oversikt over hva som skal gjøres, når og hvem som har ansvaret.

## Vedlegg A: Komponenter og prinsipper

### Virksomhetsstyring og kultur

1. **Styret fører tilsyn med risiko** – Styret fører tilsyn med strategien og utøver sine virksomhetsstyringsforpliktelser som støtte for ledelsen i arbeidet med å gjennomføre strategien og nå virksomhetens mål.
2. **Etablerer driftsstrukturer** – Organisasjonen etablerer driftsstrukturer i arbeidet med å gjennomføre strategien og nå virksomhetens mål.
3. **Definerer ønsket kultur** – Organisasjonen definerer den atferd som karakteriserer enhetens ønskede kultur.
4. **Er opptatt av og viser forpliktelse til kjerneverdier** – Organisasjonen er opptatt av og viser forpliktelse til enhetens kjerneverdier.
5. **Rekrutterer, utvikler og beholder medarbeidere med ønskede egenskaper** – Organisasjonen er opptatt av å bygge menneskelig kapital som er i samsvar med strategien og virksomhetens mål.

### Fastsettelse av strategi og mål

6. **Analysere omgivelsene virksomheten opererer i** – Organisasjonen vurderer potensielle virkninger omgivelsene kan ha på risikoprofilen.
7. **Definerer risikoappetitten** – Organisasjonen definerer risikoappetitten som en del av prosessen med å skape, bevare og realisere verdi.
8. **Evaluerer alternative strategier** – Organisasjonen evaluerer alternative strategier og den potensielle innvirkning disse kan ha på risikoprofilen.
9. **Formulerer virksomhetens mål** – Organisasjonen vurderer risiko når den på ulike nivåer etablerer virksomhetens mål, som er i samsvar med strategien og støtter opp om den.

### Gjennomføring

10. **Identifiserer risiko** – Organisasjonen identifiserer risiko som påvirker gjennomføringen av strategien og oppnåelse av virksomhetens mål.
11. **Vurderer alvorligheten av risiko** – Organisasjonen vurderer hvor alvorlig risikoen er.
12. **Prioriterer risikoer** – Organisasjonen prioriterer risikoer som grunnlag for beslutninger om hvordan disse skal håndteres.
13. **Iverksetter risikohåndtering** – Organisasjonen identifiserer og velger hvordan risikoen skal håndteres.
14. **Utvikler porteføljesyn** – Organisasjonen utvikler og evaluerer et porteføljesyn på risiko.

### Gjennomgang og revurdering

15. **Evaluerer vesentlige endringer** – Organisasjonen identifiserer og evaluerer endringer som i vesentlig grad kan påvirke strategien og virksomhetens mål.
16. **Gjennomgår risiko og måloppnåelse** – Organisasjon gjennomgår enhetens måloppnåelse og vurderer risiko.
17. **Tilstreber forbedring av den helhetlige risikostyringen** – Organisasjonen tilstreber kontinuerlig forbedring av den helhetlige risikostyringen.

### Informasjon, kommunikasjon og rapportering

18. **Drar nytte av informasjonssystemer** – Organisasjonen drar nytte av enhetens informasjons- og teknologisystemer for å understøtte den helhetlige risikostyringen.
19. **Kommuniserer risikorelatert informasjon** – Organisasjonen bruker kommunikasjonskanaler til å understøtte den helhetlige risikostyringen.
20. **Informerer om risiko, kultur og måloppnåelse** – Organisasjonen informerer om risiko, kultur og måloppnåelse på flere nivåer og på tvers av enheten.

	<b>Prosjektrapport sykehusapotekforetakenes samarbeid om legemiddelberedskap</b>
Styresak nr:	7 - 2020
Møtedato:	11. februar 2020
Saksbehandler:	Fagsjef Margaret Aarag Antonsen
Vedlegg:	Sluttrapport Sykehusapotekenes samarbeid om legemiddelberedskap (SAMLE), u. off. jfr. offl. § 13

### Kort saksresyme

I etterkant av diskusjon om sammenslåing av sykehusapotekforetakene i 2016 ble samarbeid om beredskap pekt på av RHF-direktørene som et område som sykehusapotekforetakene skulle vurdere å samarbeide tett om.

Direktør legger i denne saken fram for styret i Sykehusapotek Nord sluttrapport fra hovedprosjektet som hadde som oppgave å kartlegge samarbeidsbehov og -områder, og å foreslå en framtidig organisering av samarbeidet på beredskapsområdet. Direktøren vil samtidig orientere om status for arbeidet med å følge opp rapportens anbefalinger.

#### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar sluttrapport fra prosjektet «Sykehusapotekenes samarbeid om legemiddelberedskap» og status på intern oppfølging i Sykehusapotek Nord til orientering.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

## *Saksfremlegg*

Som følge av RHF-direktørenes vedtak ble det gjennomført et forprosjekt for å avdekke samarbeidsmuligheter på området. Forprosjektets rapport ble behandlet av AD-møtet i sykehusapotekforetakene i 2018. AD-møtet besluttet å gjennomføre et hovedprosjekt hvor hovedmålet var å bidra til økt pasientsikkerhet gjennom forbedre legemiddelberedskap i spesialisthelsetjenesten.

### *Hovedprosjektets arbeid og anbefalinger*

---

Hovedprosjektet jobbet videre med anbefalingene fra foranalyserapporten på hovedområdene:

1. Beredskapsarbeid: Forebygge, forberede og håndtere hendelser som faller inn under planverk for helseberedskap.
1. Legemiddelberedskap: Styrke forsyningskjeden for legemidler gjennom koordinert oppfølging av eksterne aktører og interessenter.
2. Samarbeid om opplæring og kompetanseplaner
3. Framtidig organisering og drift av samarbeid på beredskapsområdet

Det ble gjennomført en nasjonal risiko- og sårbarhetsanalyse med utgangspunkt i disse hovedområdene. Denne viste at det er forhøyet risiko knyttet til beredskapslagring, legemiddelmangel, grossistoppfølging, kompetanse og enhetlig dialog med eksterne aktører. Prosjektgruppen la som følge av dette til grunn at det er behov for bedre samordning og koordinering av aktivitet på disse områdene i sine anbefalinger:

- Tettere samarbeid mellom sykehusapotekforetakene om vedlikehold av overordnet risikoanalyse gjennomført i prosjektet, samt omforente tiltak i foretakenes beredskapsplaner for bortfall av produksjonsareal og –utstyr, bortfall av felles IKT-løsninger, CBRNE-hendelser, pandemi, større naturkatastrofer og tiltak for å sikre leveringssikkerhet. Det samme gjelder for eventuelle andre felles utfordringsområder som identifiseres i fremtiden.
- At sykehusapotekforetakene samarbeider og samordner seg for å oppfylle de krav som stilles til beredskapslagring av legemidler for spesialisthelsetjenesten. Det bør etableres en felles handlingsplan for arbeidet med å etablere en felles standard for planlegging, etablering og forvaltning av beredskapslagre i sykehusapotek.
- At sykehusapotekforetakene etablerer felles anbefalinger til kompetansekrav og kompetanseutvikling innenfor beredskapsområdet. Det bør etableres felles plan for beredskapsøvelser og gjennomføring av disse, samt evaluering og erfaringsutveksling i etterkant.
- At sykehusapotekforetakene bør samarbeide om å ivareta spesialiserte områder innenfor beredskap som krever spisskompetanse.
- For at sykehusapotekforetakene raskt skal oppnå målsetningen om et tettere nasjonalt samarbeid og oppfølging av kritiske innsatsområder anbefales det å etablere en felles desentralisert beredskapsadministrasjon i 2020.



### *Status oppfølging av hovedprosjektets anbefalinger*

---

Felles desentralisert beredskapsadministrasjon for sykehusapotekene ble på besluttet etablert i AD-møte desember 2019. Denne består for tiden av:

Nina Berg, Sykehusapotekene (leder)

Christer B. Frantzen, Sjukehusapoteka Vest

Margaret Aarag Antonsen, Sykehusapotek Nord

Representant fra Sykehusapotekene i Midt-Norge er ikke avklart.

Beredskapsadministrasjonen møtes fast hver uke og har som hovedfokus per februar 2020 å utarbeide mandat for arbeidet og handlingsplan for administrasjonens arbeid.

### *Oppfølging av nasjonalt samarbeid internt i Sykehusapotek Nord*

---

Sykehusapotek Nord sine retningslinjer for beredskapsarbeid og beredskapsplanen i foretaket vil revideres i henhold til de anbefalinger som gis fra desentralisert beredskapsadministrasjon. Det forventes også at vi internt må vurdere hvordan vi har organisert vårt beredskapsarbeid, herunder oppgavedeling og oppfølgingsansvar.

Parallelt med sykehusapotekforetakenes arbeid pågår det i tillegg en revisjon av regional beredskapsplan. Momenter fra sluttrapporten fra SAMLE-prosjektet er tatt inn der, særlig gjelder dette sykehusapotekforetakets samhandling med sykehusforetakene og vurdering av legemiddelberedskap i regionen.

## **Orientering om status for utvikling og implementering av nytt IKT- apotekfagsystem**

Styresak nr.:	8 - 2020
Møtedato:	11. februar 2020
Saksbehandler:	IT-sjef Stian Eilertsen

Nytt IKT-apotekfagsystem som skal erstatte FarmaPro er under utvikling. I denne saken gis styret en orientering om status for arbeidet. Informasjonen gis muntlig under styremøtet.

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonen om status for utvikling om implementering av nytt IKT-fagsystem til orientering.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

## Oppsummering av styrets egevaluering 2019

Styresak nr.:	9 – 2020
Møtedato:	11. februar 2020
Saksbehandler:	Direktør Espen Mælen Hauge

### *Saken i korte trekk*

---

Til styresak 65 – 2019 den 12. desember 2019 ble styret på forhånd bedt om å tenke gjennom og forberede styrets arbeid og egevaluering ved bruk av utsendt evalueringsskjema.

Skjemaene ble gjennomgått muntlig, og hver enkelt holdt frem utvalgte bevaringspunkter og forbedringspunkter. De momentene som kom frem som bør bevares gjelder i hovedsak to forhold:

- 1) Gode beslutningsunderlag/sakspapirer.
- 2) Godt samspill og kommunikasjon.

De momentene som kom frem om hva som bør forbedres kan oppsummeres i to hovedpunkter:

- 1) Planlegging av møtene mht reisetid og flytider
- 2) Forventningsavklaring.

Direktøren kommenterer hvordan forlagene kan møtes.

### *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 evalueringresultatet til Helse Nord RHF.*

Espen Mælen Hauge  
direktør

## *Saksfremlegg*

### *1. Bakgrunn for saken*

---

Til styresak 65 – 2019 den 12. desember 2019 ble styret på forhånd bedt om å tenke gjennom og forberede styrets arbeid og egevaluering ved bruk av utsendt evalueringsskjema. Skjemaene ble gjennomgått muntlig og hver enkelt holdt frem utvalgte bevaringspunkter og forbedringspunkter. Disse oppsummeres i punkt 2.

### *2. Bevarings- og forbedringspunkter*

---

På grunnlag av muntlig gjennomgang i styremøtet 12.12.19 oppsummeres her samlet alle forslag til bevarings- og forbedringspunkter og utviklingsmuligheter for styrets arbeid.

Om bevaringspunkter ble følgende uttalt:

- Kvaliteten på beslutningsunderlaget (saksgrunnlag som er gode og gjennomarbeidede) og styrets kommunikasjonsform.
- Saksforberedelser og struktur på møter
- Styrepapirer og kommunikasjon
- Dynamikken i møtene og sakspapirer.
- Godt samspill i styret og god og tett dialog med adm.

Til forbedring ble følgende nevnt:

- Planlegging og arbeidsmåte, studietur, invitere eksterne inn på møtene for å gjøre oss i stand til bedre å imøtekomme kundenes behov. Styremøtene, tilpasse bedre i forhold til fly.
- Reisetid.
- Avvik mellom direktørens oppfatning av styrets strategiske rolle og styrets oppfatning av samme.
- Diskrepans direktør og styre, noe med forventningsavklaring å gjøre? Hva forventer styret av seg selv og hva forventer administrasjonen av styret? Bli bedre på å be adm. om å klargjøre sine forventninger til styret. Avklare kundenes forventninger når vi jobber med strategi.
- Viser i media. Kvalitet i alle ledd, få rådsform mer i pub.
- Planlegging og arbeidsmåte, tetter oppfølging på områder der vi ser at det trengs endringer og innenfor utvikling.
- Styrepapirer, mer beskrivelser av tiltak og vurderinger.

### *3. Direktørens kommentarer*

---

#### *Bevaringspunktene*

De momentene som kom frem om hva som bør bevares i styrets arbeid er i høy grad samstemte og gjelder i hovedsak to forhold:

- Gode beslutningsunderlag/sakspapirer.
- Godt samspill og kommunikasjon.

Direktøren kan slutte seg til dette og vil i samarbeid med administrasjonen også i fortsettelsen tilstrebe å holde samme gode standard på sakspapirene. Imidlertid kan sikkert også disse forbedres. Noe som blant annet ble foreslått som forbedring var at beslutningsunderlagene kunne inneholde mer beskrivelser av tiltak og vurderinger.

### *Forbedringspunktene*

De momentene som kom frem om hva som bør forbedres i styrets arbeid varierer noe mer, men kan etter direktørens oppfatning oppsummeres i to hovedpunkter:

- Planlegging av møtene mht reisetid og flytider
- Forventningsavklaring

For så vidt angår planlegging av møtetid og reise-/flytid er dette først og fremst en praktisk problemstilling som direktøren vil måtte tilstrebe å løse administrativt.

Forventningsavklaring inneholder flere aspekt; om det strategiske målbildet; om SANOs kunder sine forventninger til samspill og samarbeid; om direktørens forventninger til styret, samt styrets forventninger til direktøren/administrasjonen.

Forventningsavklaring som et forbedringsforslag kan sikkert løses best ved at det faktisk gjennomføres en avklarende samtale om dette i styret og/eller mellom styret og direktøren. Dette kan for eksempel gjennomføres i forbindelse med det forestående strategiarbeidet.



<b>Saker til informasjon</b>	
Styresak nr.:	10 – 2020
Møtedato:	11. februar 2020
Saksbehandler:	direktør Espen Mælen Hauge

Følgende orienteringer blir gitt:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
3. Informasjon fra brukerutvalgets leder – *mundlig*

*Direktørens innstilling til vedtak*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonen som ble gitt til orientering.*

Espen Mælen Hauge  
direktør