



Styremøte

Innkalling med sakspapirer

10. februar 2022 kl. 10.00 – 15.30

Sted:
Scandic Ishavshotell Tromsø

Saker til behandling:

Saksnummer	Saksnavn	Side
1 - 2022	Godkjenning av innkalling og saksliste	1
2 - 2022	Godkjenning av protokoll fra styremøte 9. desember 2021	2
3 - 2022	Virksomhetsrapport per desember 2021	10
4 - 2022	Foreløpig årlig melding 2021	21
5 - 2022	Oppdragsdokument 2022	32
6 - 2022	Oppdatert veileder for styrets arbeid	70
7 - 2022	Oppsummering av styrets egnevaluering 2021	112
8 - 2022	Saker til informasjon	118
9 - 2022	Årsplan – oppdatering og status	123
10 - 2022	Eventuelt	



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

Deres ref:	Vår ref:	Dato:	Saksbehandler:
	2022/39-1	3.2.2022	Helge Kjerulf Pettersen

Innkalling til styremøte i Sykehusapotek Nord HF 10. februar 2022

I henhold til tidligere avtalt møteplan, og i samråd med styreleder, innkalles det med dette til styremøte i Sykehusapotek Nord HF torsdag 10. februar 2022 kl. 10.00-15.30.

Møtet avholdes på Scandic Ishavshotell i Tromsø.

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

Saksdokumenter er vedlagt.

Forfall meldes på telefon 481 62 225, eller på e-post Helge.K.Pettersen@sykehusapotek-nord.no.

Vennlig hilsen

Grete Ellingsen
styreleder

Helge K. Kjerulf Pettersen
direktør



Godkjenning av innkalling og saksliste

Styresak nr.:	1 – 2022
Møtedato:	10. februar 2022

I samråd med styreleder er følgende saksliste satt opp til styremøtet 10. februar 2022:

Saksnummer	Saksnavn	Side
1 - 2022	Godkjenning av innkalling og saksliste	1
2 - 2022	Godkjenning av protokoll fra styremøte 9. desember 2021	2
3 - 2022	Virksomhetsrapport per desember 2021	10
4 - 2022	Foreløpig årlig melding 2021	21
5 - 2022	Oppdragsdokument 2022	32
6 - 2022	Oppdatert veileder for styrets arbeid	70
7 - 2022	Oppsummering av styrets egenevaluering 2021	112
8 - 2022	Saker til informasjon	118
9 - 2022	Årsplan – oppdatering og status	123
10 - 2022	Eventuelt	

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøtet 10. februar 2022.

Helge K. Kjerulf Pettersen
direktør

**Godkjenning av protokoll fra styremøte 9. desember 2021**

Styresak nr.: 2 – 2022

Møtedato: 10. februar 2022

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner protokollen fra styremøtet 9. desember 2021.

Helge K. Kjerulf Pettersen
direktør

Protokoll

Møtetype: Styremøte i Sykehusapotek Nord HF

Tidspunkt: 09.12.2021 kl. 08.30-15.00

Møtested: Teams

Tilstede: Grete Ellingsen, styrets leder
Gunnar Skov Simonsen, styrets nestleder
Lars Småbrekke, styremedlem
Randi Brendberg, styremedlem
Ellen Marie Mellingen, styremedlem
Liv Norlid, styremedlem

Observatør: Kitt-Anne Jorid Hansen, nestleder i brukerutvalget

Forfall: Hilde Gustavsen Erstad, styremedlem

Fra administrasjonen:

Helge K. Kjerulf Pettersen, direktør

Margaret Aarag Antonsen, fagsjef

Sakene ble behandlet i følgende rekkefølge: 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 64

Sak 55/21 Godkjenning av innkalling og saksliste

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøtet 9. desember 2021.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøtet 9. desember 2021.

Sak 56/21 Godkjenning av protokoll fra styremøte 27. oktober 2021

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner protokollen fra styremøtet 27. oktober 2021.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner protokollen fra styremøtet 27. oktober 2021.

Sak 57/21 Årsplan – oppdatering og status

Direktørens innstilling til vedtak:

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

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

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

Sak 58/21 Godkjenning av Strategiplan 2022-2025

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar forslaget til strategi som Sykehusapotek Nord HFs strategi for 2022-2025.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar forslaget til strategi som Sykehusapotek Nord HFs strategi for 2022-2025.

Sak 59/21 Virksomhetsrapport per oktober 2021

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per oktober 2021 til orientering.

Direktørens trakk tilbake sin innstilling og innstilte nytt forslag til vedtak.

Direktørens nye innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapportene per oktober og november 2021 til orientering.

Direktørens nye innstilling til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapportene per oktober og november 2021 til orientering.

Sak 60/21 Budsjett 2022

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar det foreslåtte budsjettet som Sykehusapotek Nord HF's budsjett for 2022.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar det foreslåtte budsjettet som Sykehusapotek Nord HF's budsjett for 2022.

Sak 61/21 Oppnevning av valgstyre for valg av ansattes representanter til foretaksstyret

Direktørens innstilling til vedtak:

1. *Styret for Sykehusapotek Nord HF oppnevner følgende ansattrepresentanter til valgstyret for Sykehusapotek Nord HF:*

- *Sara Evjen, Norges farmasøytiske forening*
- *Beate Borge, Farmasiforbundet/Parat*

2. *Styret for Sykehusapotek Nord HF oppnevner følgende vara for ansattrepresentanter til valgstyret for Sykehusapotek Nord HF:*
 - *Martine V. Johansen, Farmasiforbundet/Parat*
 - *Anna Arnesen, Norges farmasøytiske forening*
3. *Som representant fra foretaksledelsen til HF-valgstyre oppnevnes:*
 - *Helge K. Kjerulf Pettersen, direktør*
4. *Valgstyret konstituerer seg selv med leder og nestleder.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

1. *Styret for Sykehusapotek Nord HF oppnevner følgende ansattrepresentanter til valgstyret for Sykehusapotek Nord HF:*
 - *Sara Evjen, Norges farmasøytiske forening*
 - *Beate Borge, Farmasiforbundet/Parat*
2. *Styret for Sykehusapotek Nord HF oppnevner følgende vara for ansattrepresentanter til valgstyret for Sykehusapotek Nord HF:*
 - *Martine V. Johansen, Farmasiforbundet/Parat*
 - *Anna Arnesen, Norges farmasøytiske forening*
3. *Som representant fra foretaksledelsen til HF-valgstyre oppnevnes:*
 - *Helge K. Kjerulf Pettersen, direktør*
4. *Valgstyret konstituerer seg selv med leder og nestleder.*

Sak 62/21 Miljøsertifisering - revisjonsrapport

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar den vedlagte revisjonsrapporten til orientering.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar den vedlagte revisjonsrapporten til orientering.

Sak 63/21 Rapport fra Arkivverkets tilsyn

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar den vedlagte tilsynsrapporten og handlingsplan til orientering.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar den vedlagte tilsynsrapporten og handlingsplan til orientering.

Sak 64/21 Ansettelse av direktør

Styreleders innstilling til vedtak:

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF ansetter Hilde Gustavsen Erstad i stillingen som administrerende direktør i Sykehusapotek Nord HF fra og med 1. april 2022.
2. Styret gir fullmakt til styreleder Grete Ellingsen, Gunnar Skov Simonsen og Ellen Marie Mellingen til å slutføre med Hilde Gustavsen Erstad. Endelig arbeidsavtale signeres av styreleder.

Styreleders innstilling ble enstemmig vedtatt

Endelig vedtak:

1. *Styret for Sykehusapotek Nord HF ansetter Hilde Gustavsen Erstad i stillingen som administrerende direktør i Sykehusapotek Nord HF fra og med 1. april 2022.*
2. *Styret gir fullmakt til styreleder Grete Ellingsen, Gunnar Skov Simonsen og Ellen Marie Mellingen til å slutføre med Hilde Gustavsen Erstad. Endelig arbeidsavtale signeres av styreleder.*

Sak 65/21 Lokaler til Sykehusapoteket i Harstad

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF er fornøyd med at arbeidet med å etablere nye lokaler for Sykehusapoteket i Harstad har startet, og ber om at videre arbeid med dette får høy prioritet.

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF er fornøyd med at arbeidet med å etablere nye lokaler for Sykehusapoteket i Harstad har startet, og ber om at videre arbeid med dette får høy prioritet.

Sak 66/21 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 10.2.2022, 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 10.2.2022, før den oversendes Helse Nord RHF.

Sak 67/21 Saker til informasjon

Det ble gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret
 - Styreleder informerte om at Helse Nord RHF ønsker innspill på tema til neste styreseminar.
2. Muntlige orienteringer fra administrasjonen til styret:
 - Direktør orienterte om nylig gjennomført tilsyn fra Arbeidstilsynet ved Sykehusapoteket i Tromsø.
 - Direktøren orienterte om status innføring av nye datasystemer.
 - Direktøren orienterte om virksomhetsoverdragelse av PET-produksjon til UNN.

Direktørens innstilling til vedtak:

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

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

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

Sak 68/21 Eventuelt

**Virksomhetsrapport per desember 2021**

Styresak nr.: 3 – 2022

Møtedato: 10. februar 2022

Saksbehandler: Direktør Helge K. Kjerulf Pettersen

Regnskapet for 2021 er ikke avsluttet, så det endelige resultatet vil bli annerledes enn det som legges frem i denne saken.

Direktørens innstilling til vedtak

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per desember 2021 til orientering.

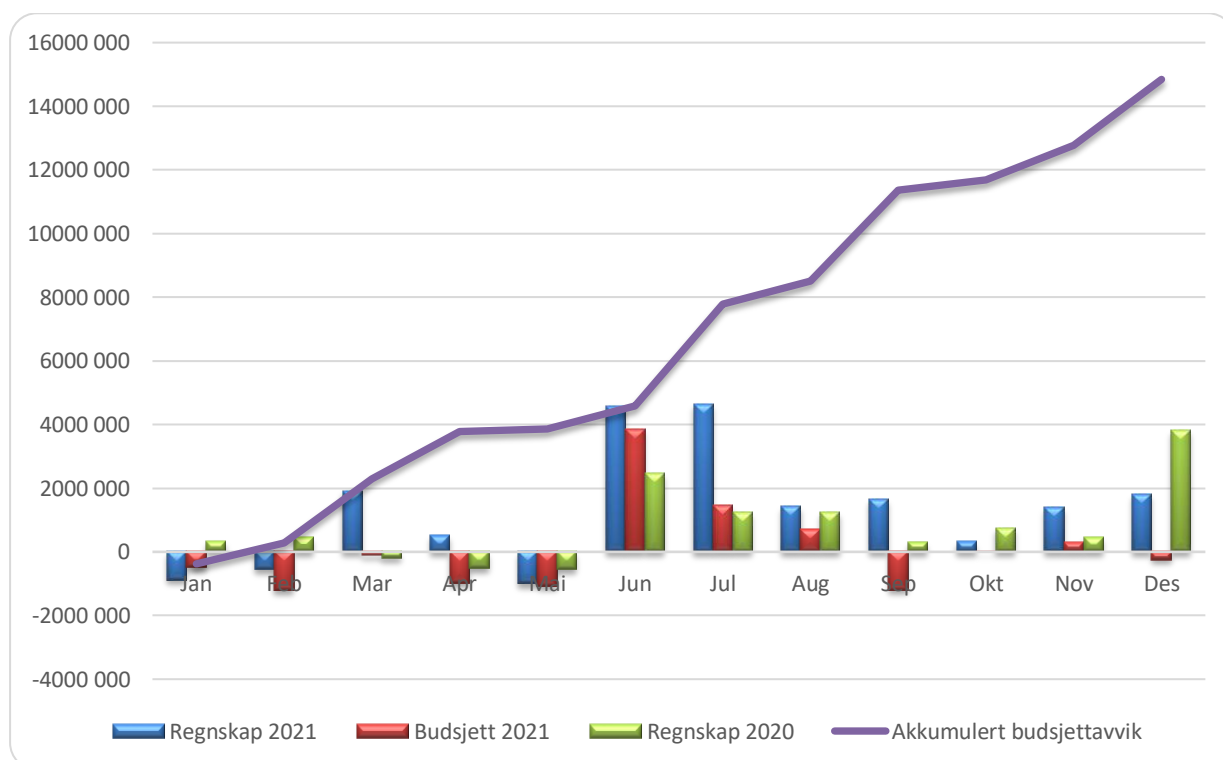
Helge K. Kjerulf Pettersen
direktør

Saksfremlegg

Foreløpig regnskap for 2021 viser et overskudd på 15,8 millioner. For 2020 var resultatet et overskudd på 9,8 millioner. Det er budsjettert med et overskudd på 1,0 millioner for 2021, slik at resultatet er 14,8 millioner høyere enn budsjettert.

Resultatet for desember er et overskudd på 1,8 millioner. Det var budsjettert med et underskudd på 0,3 millioner, slik at resultatet er 2,0 millioner høyere enn budsjettert.

	Siste måned					Akkumulert hittil i år				
	Resultat	Budsjett	Avvik	2019	Endring	Resultat	Budsjett	Avvik	2019	Endring
Omsetning	-60 309	-50 178	-10 130	-52 154	15,6 %	-648 779	-618 530	-30 248	-553 007	17,3 %
Varekjøp	43 898	36 947	6 951	37 427	17,3 %	476 373	461 630	14 743	404 067	17,9 %
Dekningsbidrag	-16 410	-13 232	-3 179	-14 727	11,4 %	-172 406	-156 901	-15 505	-148 940	15,8 %
Personalkostnader	11 201	10 199	1 003	7 681	45,8 %	117 656	116 660	996	103 362	13,8 %
Andre kostnader	3 428	3 355	73	3 519	-2,6 %	39 228	39 908	-680	36 482	7,5 %
Skatt og finans	12	-71	83	-275	-104,4 %	-268	-668	400	-676	-60,3 %
Resultat	-1 769	251	-2 021	-3 801	-53,4 %	-15 790	-1 000	-14 790	-9 772	61,6 %
Dekningsgrad	27,2 %	26,4 %	0,8 %	28,2 %	-1,0 %	26,6 %	25,4 %	1,2 %	26,9 %	-0,4 %
Vareforbruk	82,5 %	85,3 %	-2,8 %	85,1 %	-2,6 %	83,5 %	85,3 %	-1,8 %	83,9 %	-0,4 %
Andel pers.kost.	18,6 %	20,3 %	-1,8 %	14,7 %	3,8 %	18,1 %	18,9 %	-0,7 %	18,7 %	-0,6 %
Resultatandel	2,9 %	-0,5 %	3,4 %	7,3 %	-4,4 %	2,4 %	0,2 %	2,3 %	1,8 %	0,7 %



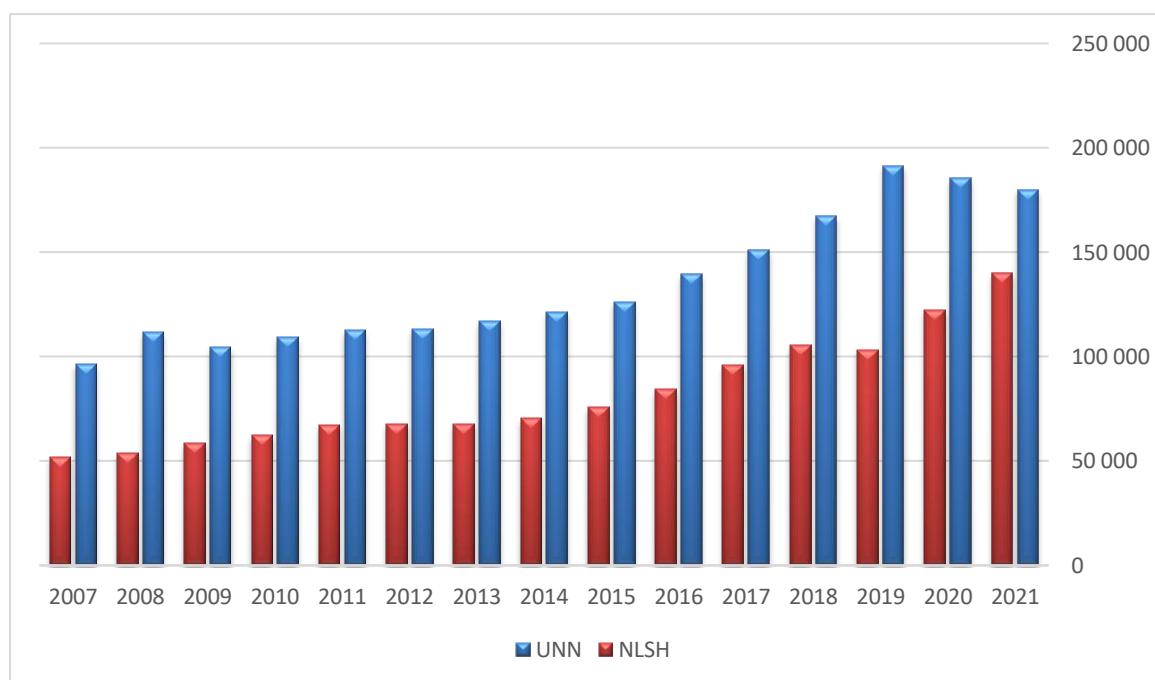
Figuren over viser regnskapsresultat per måned for 2020 og 2021, budsjettert resultat per måned i 2021 og akkumulert budsjettavvik i 2021.

Inntekter

Inntektene i 2021 ble 30,2 millioner høyere enn budsjettet. I forhold til 2020 har omsetningen økt med 95,4 millioner (17,3 %).

Salg av medikamenter til sykehus

Omsetningen av medikamenter til Universitetssykehuset Nord-Norge ble redusert med 2,9 %, mens omsetningen til Nordlandssykehuset økte med 14,3 %.



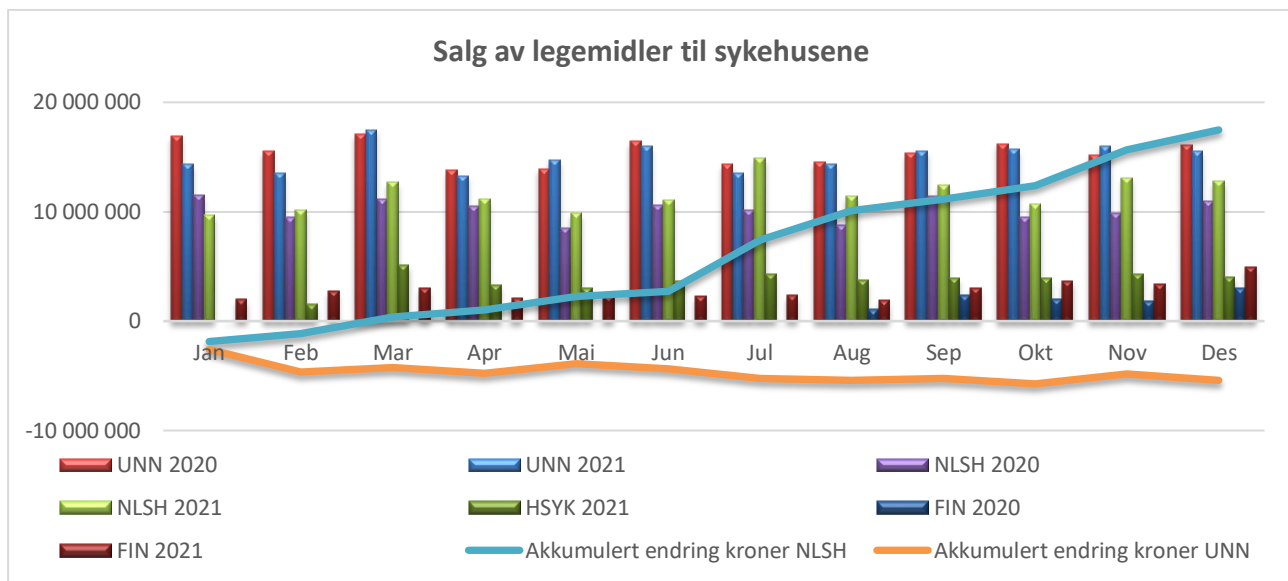
Figuren over viser omsetningen av medikamenter til UNN og NLSH de siste årene.

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, mens det var en reduksjon i 2020 og 2021.

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

August 2020 startet SANO leveranser av legemidler til Finnmarkssykehuset (FIN). I 2021 var omsetningen mot FIN 33,6 millioner.

Februar 2021 startet SANO leveranser av legemidler til Helgelandssykehuset (HSYK). I 2021 var omsetningen mot HSYK 41,0 millioner.

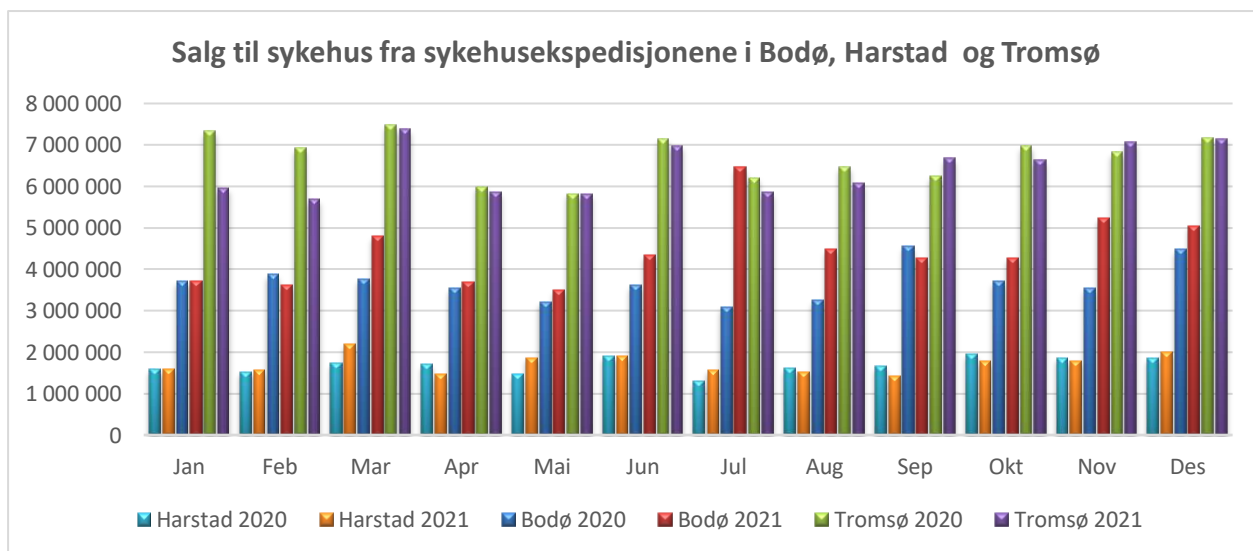


Figuren over viser utviklingen i salg av medikamenter (både fra sykehusekspedisjoner og produksjonsavdelinger) til UNN og NLSH i 2020 og 2021.

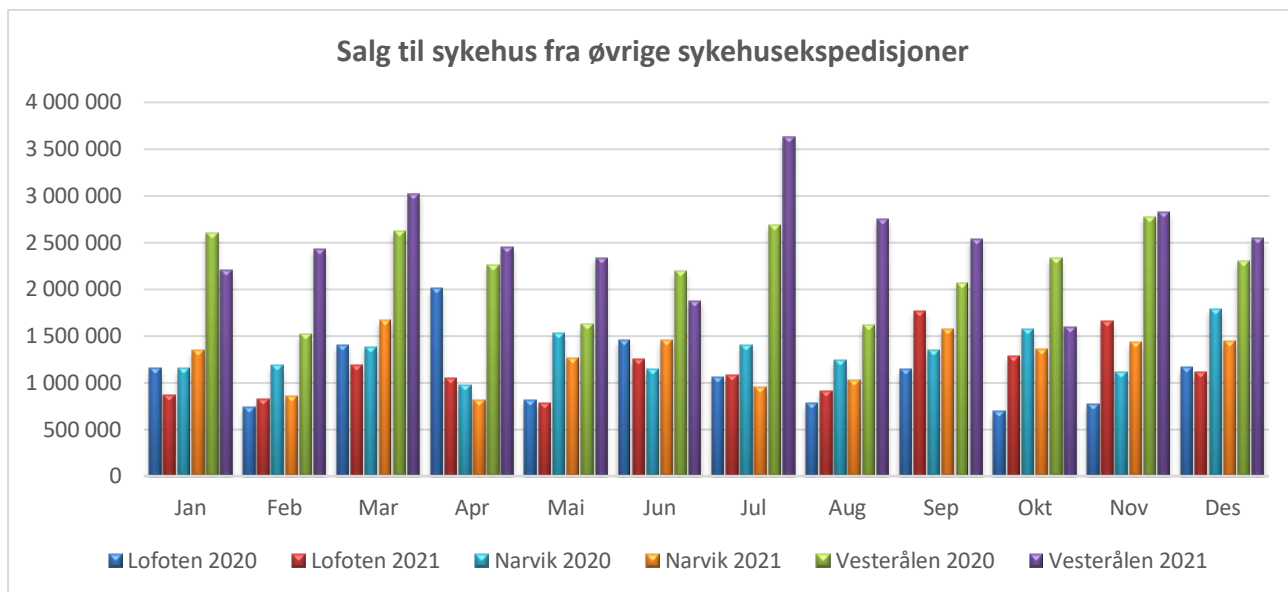
I 2021 ble omsetningen i Tromsø redusert med 3,2 %, i Harstad var det en reduksjon på 1,1 % og i Narvik på 3,9 %.

I 2021 var det en økning på 4,3 % i Lofoten, 16,1 % i Bodø og 13,5 % i Vesterålen.

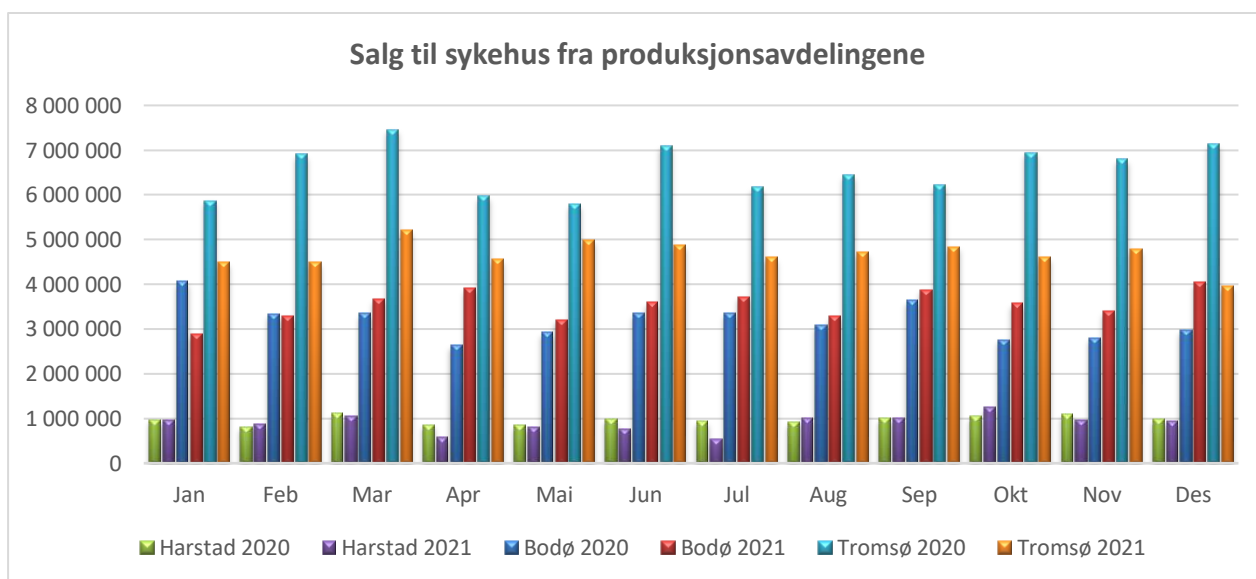
Omsetningen mot sykehusene ble 16,7 millioner høyere enn budsjettert.



Sykehusekspedisjonen i Bodø har hatt en økning på 20,6 %, Tromsø har hatt en reduksjon på 4,2 % mens det er en økning på 2,5 % i Harstad.



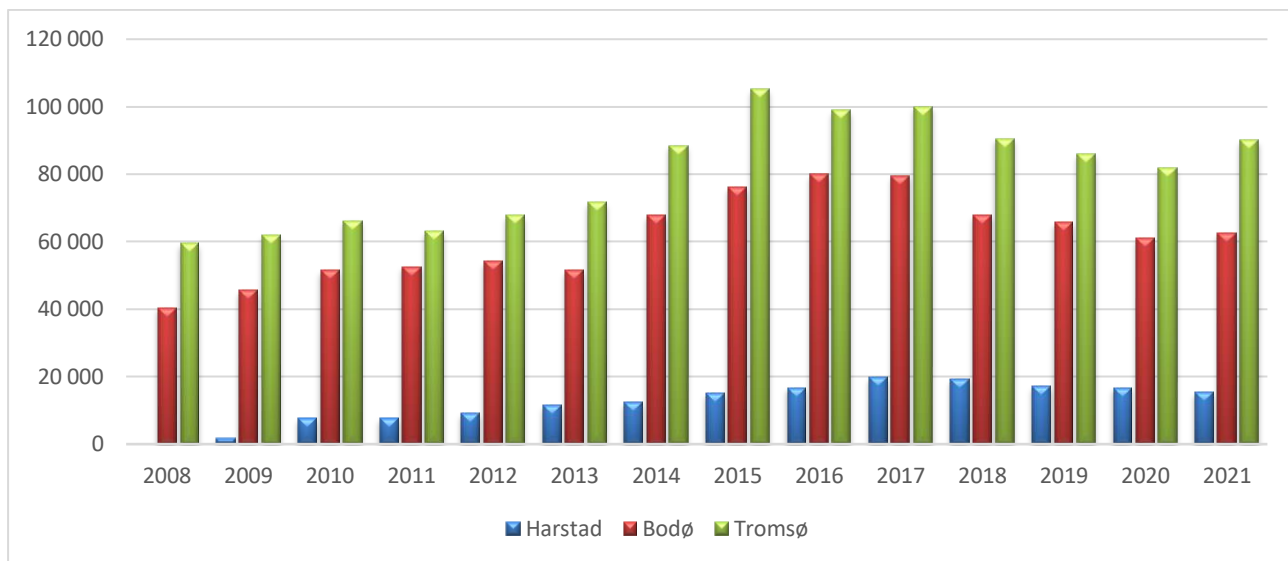
I Vesterålen er det en økning på 13,5 %. I Lofoten er det en økning på 4,3 %, mens det i Narvik er en reduksjon på 3,9 %.



Det er en økning i omsetningen mot sykehus fra produksjonsavdelingen i Bodø på 10,9 %, i Tromsø har det vært en reduksjon på 28,8 % og i Harstad på 7,2 %.

Salg i publikumsavdelingene

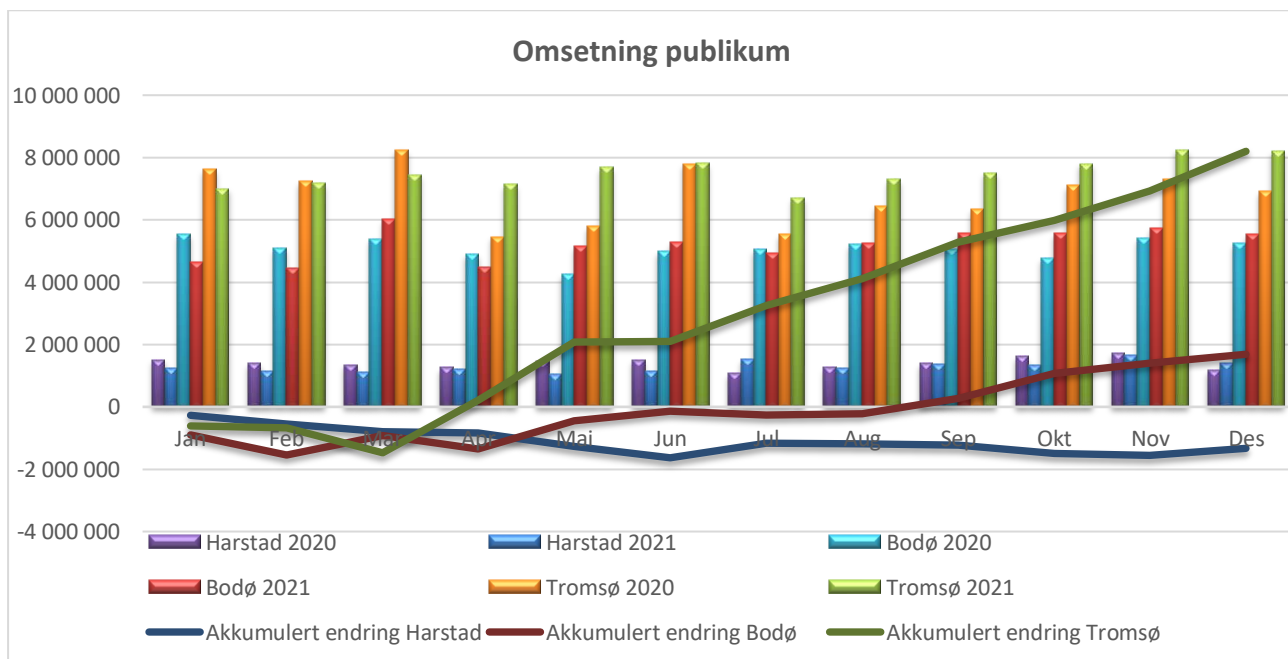
Omsetningen i publikumsavdelingene har økt med 5,6 % i forhold til 2020.



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 med unntak av for 2021 der det har vært en økning for Bodø og Tromsø.

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. Reduksjonen fra 2019 til 2020 er også påvirket av redusert kundetilstrømning som følge av Covid-19.

Figuren under viser omsetning per måned i 2021 i forhold til omsetning per måned i 2020.



I Harstad har det vært en nedgang på 7,9 %, det har vært en økning i Tromsø på 10,0 % og i Bodø på 2,8 %. Totalt er omsetningen i publikumsavdelingene økt med 8,6 millioner.

Apotek	Pakninger		Omsetning	Pakninger
	Pakninger på resept	handelsvarer selvvalg	handelsvarer totalt	reseptfritt selvvalg
Harstad	-6,6 %	-18,6 %	-4,6 %	3,0 %
Bodø	4,3 %	3,6 %	8,2 %	9,1 %
Tromsø	0,8 %	-2,3 %	3,3 %	0,8 %
Totalt	1,4 %	-1,9 %	5,3 %	3,5 %

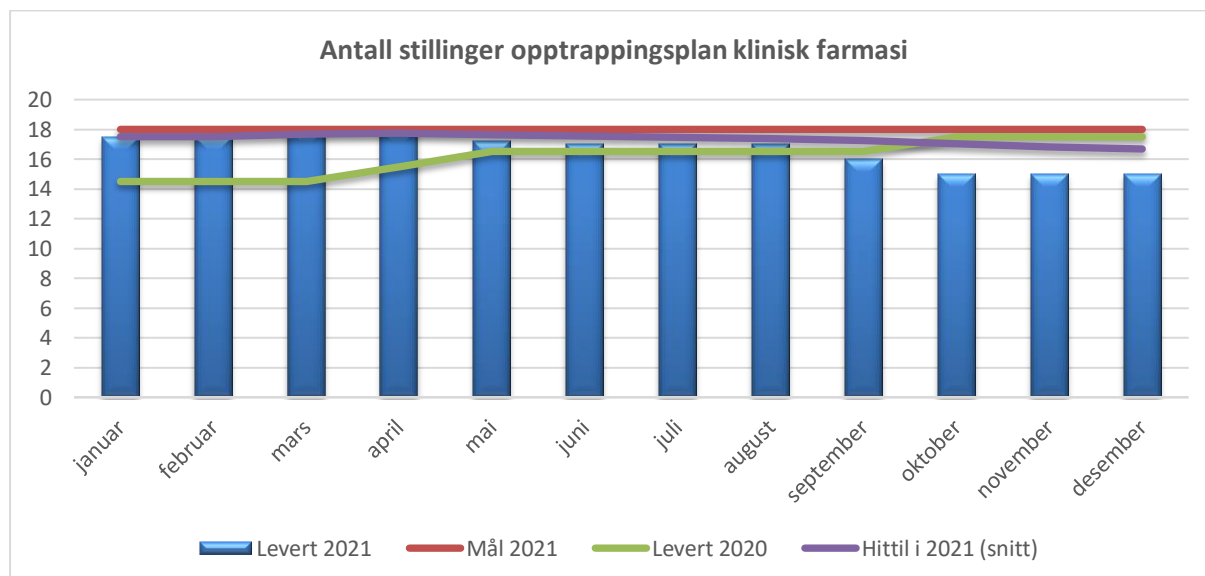
Tabellen over viser at det for Harstad har vært en nedgang i aktiviteten for alle parameterne bortsett fra for legemidler fritatt for resept, i Tromsø er det en økning i alle parameterne bortsett fra antall pakninger handelsvarer, mens det i Bodø har vært en økning for alle parameterne.

Dekningsbidraget har økt med 2,1 millioner i forhold til i 2020, og det er 1,1 millioner høyere enn budsjettert.

Det ser ut til å bli et overskudd i publikumsavdelingene på 0,2 millioner etter skattekostnad.

Rådgivning og klinisk farmasi

Salg av rådgivningstjenester og klinisk farmasi er 2,1 millioner lavere enn budsjettert. Avviket kommer av redusert leveranse av tjenester til kundene på grunn av fravær.



Per utløpet av desember er 3,0 stillinger ubesatt i opptrappingsplanen for klinisk farmasi. Disse stillingene blir besatt primo 2022.

Kostnader

Varekostnader

Varekostnadene er 14,1 millioner høyere enn budsjettert og 71,7 millioner høyere enn i 2020.

Vareforbruket er på 83,5 %. Dette er 1,8 prosentpoeng lavere enn budsjettert og 0,4 prosentpoeng lavere enn for 2020.

Dekningsbidraget er på 172,6 millioner, noe som er 15,7 millioner høyere enn budsjettert. Dekningsbidraget har økt med 23,7 millioner i forhold til 2020.

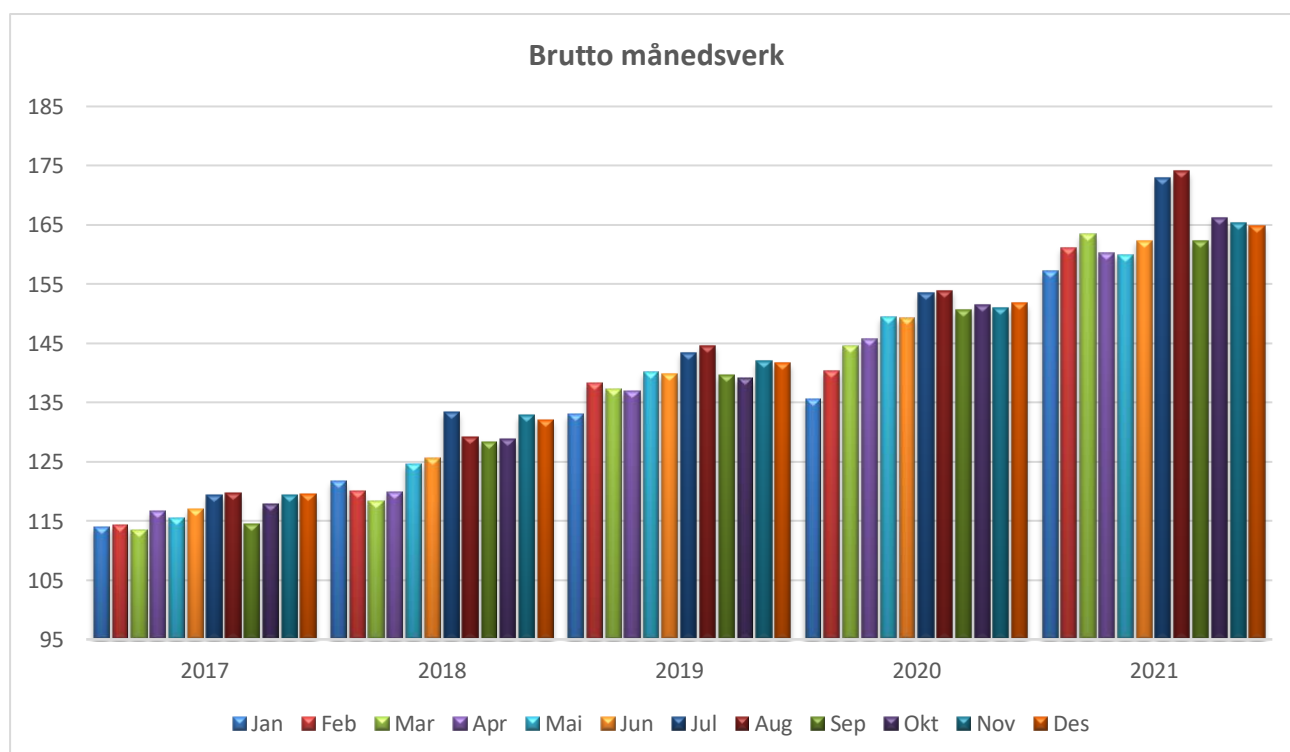
Dekningsbidraget er 13,3 millioner høyere enn budsjettert for salg fra sykehusekspedisjonene, 4,1 millioner høyere enn budsjettert for produksjonsavdelingen og 1,1 millioner høyere enn budsjettert for salg fra publikumsavdelingene.

Lønns- og personalkostnader

Personalkostnadene er 1,0 millioner høyere enn budsjettert. Lønnskostnadene er høyere enn budsjettert som følge av økning i antall stillinger og bruk av vikarer for å dekke opp for sykdom. Dette kompenseres av sykelønnsrefusjoner og av at det ikke er avholdt foretakssamling.

Pensjonskostnadene ble på 16,8 millioner, dette er 0,7 millioner høyere enn budsjettert.

Andelen personalkostander i forhold til omsetningen er på 18,1 %. Dette er 0,7 prosentpoeng lavere enn budsjettert, og 0,7 prosentpoeng lavere enn for 2020.



Gjennomsnittlig brutto årsverk for 2021 ble 164,1. Dette er en økning på 16,0 årsverk i forhold til 2020. I forhold til budsjettet er det en økning på 12,0 årsverk. Årsakene til økningen i forhold til budsjettet er bemanningsbehov i forbindelse med distribusjon av vaksiner, sykevikarer, økt behov for kapasitet i IKT-prosjektene og økning i bemanningen i produksjonsavdelingene.

Andre driftskostnader

Andre driftskostnader er 0,7 millioner lavere enn budsjettet. Det er lavere kostnader enn budsjettet for reiser, kontingenter og annen kostnad, mens det er høyere kostnader til frakt, eksterne tjenester og utstyr og driftsmateriell.

Finans og skatt

Renteinntektene er 0,1 millioner høyere enn budsjettet.

Som følge av overskudd i publikumsavdelingene er det en skattekostnad på 0,05 millioner.

Investeringer

I 2021 er det gjort investeringer på 5,3 millioner. Dette gjelder nytt apotekfagsystem, utvikling av app for bestilling av varer fra publikumsavdelingene og ombygging av tidligere produksjonslokaler i Tromsø.

Totale ikke-aktiverte investeringer er på 15,7 millioner.

- 0,9 millioner: Ombygging tidligere produksjonslokaler
- 13,9 millioner: Nytt apotekfagsystem
- 0,6 millioner: Isolator
- 0,1 millioner: Bestillingsapp

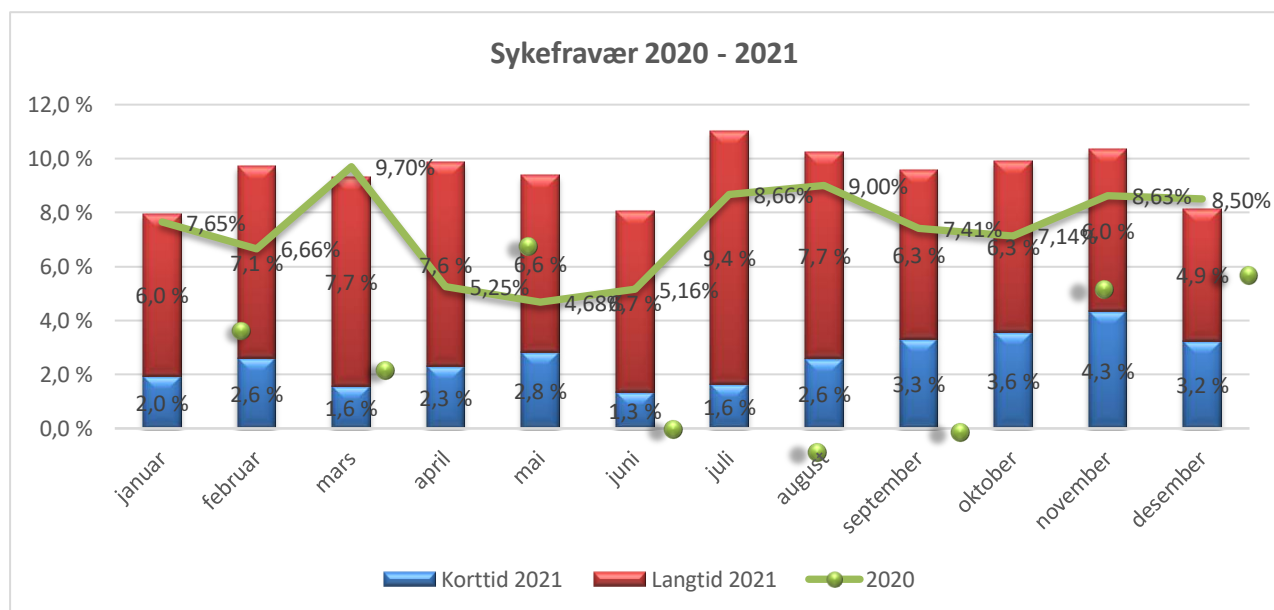
Del 1 av ERP-prosjektet (Clockwork) er aktivert for sykehusekspedisjonene i Finnmark, Harstad, Narvik, Lofoten, Vesterålen og Helgeland. Alle disse tok i bruk Clockwork som ERP-system i løpet av 2021.

Sykefravær

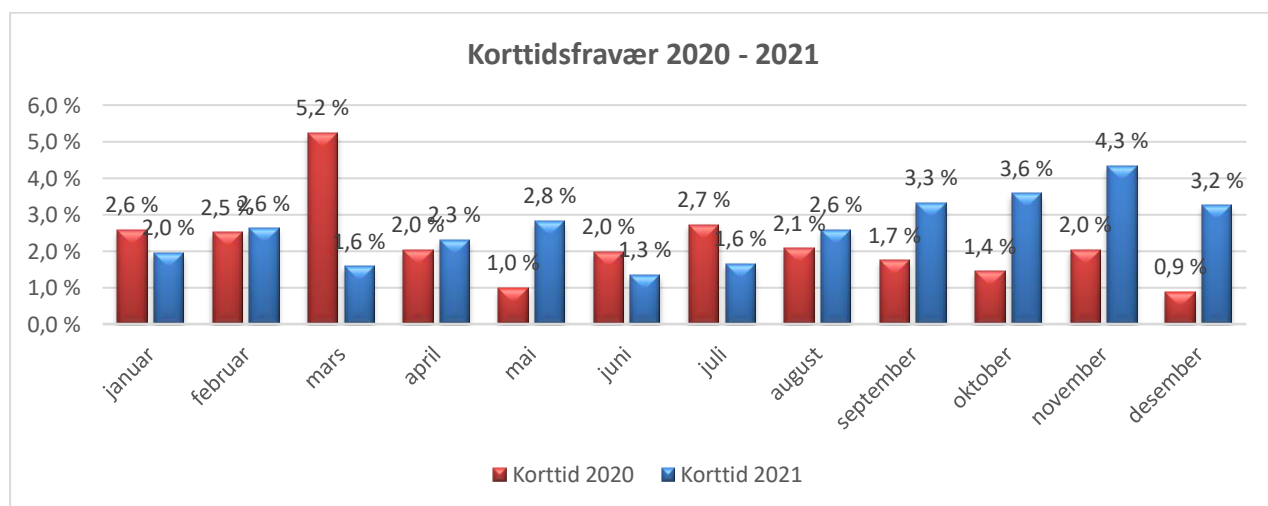
Sykefraværet for 2021 ble på 9,4 %. Dette er en økning på 2,1 prosentpoeng i forhold til fraværet for 2020.

	Sykefravær 1-3 dager	Sykefravær 4-16 dager	Sykefravær 17-56 dager	Sykefravær > 56 dager	Sum sykefravær	Tapte dagsverk
Per desember 2020	1,2 %	1,0 %	1,6 %	3,6 %	7,4 %	2 435
Per desember 2021	1,5 %	1,2 %	1,4 %	5,4 %	9,4 %	3 389
Endring	0,3 %	0,2 %	-0,2 %	1,8 %	2,1 %	954

Figuren nedenfor viser utviklingen i sykefravær i 2021 sammenlignet med 2020.

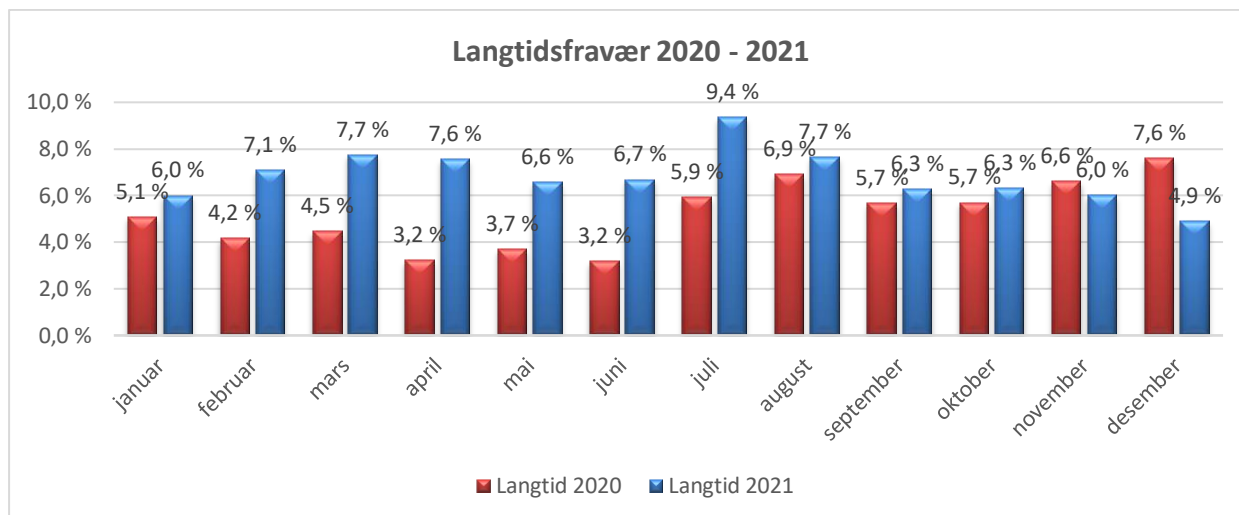


Figuren nedenfor viser utviklingen i korttidsfraværet (1-16 dager) i 2021 sammenlignet med 2020.



Korttidsfraværet har økt med 0,5 prosentpoeng.

Figuren nedenfor viser utviklingen i langtidsfraværet (>16 dager) i 2021 sammenlignet med 2020.



Langtidsfraværet har økt med 1,6 prosentpoeng.

Foreløpig rapport på gjennomføring av oppdragsdokument 2021 – Årlig melding	
Styresak nr.:	4 - 2022
Møtedato:	10. februar 2022
Saksbehandler:	Fagsjef Margaret Aarag Antonsen Direktør Helge K. Kjerulf Pettersen IT-sjef Stian Eilertsen
Vedlegg:	Årlig melding 2021

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 som skal behandles av styret i møte den 23. mars 2022 før oversendelse til Helse Nord RHF.

Administrativt behandlet Årlig melding er oversendt Helse Nord RHF.

Direktørens innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF ber direktøren innarbeide styrets innspill til Årlig melding. Endelig rapport skal behandles i styremøtet 23. mars 2022 før oversendelse til Helse Nord RHF.

Helge K. Kjerulf Pettersen
direktør

Årlig melding 2021 for Sykehusapotek Nord HF



Innhold

Innledning	3
Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder.....	4
Kvalitet i pasientbehandlingen	4
<i>Kvalitetsutvikling</i>	<i>4</i>
<i>Smittevern.....</i>	<i>5</i>
<i>Klima- og miljøtiltak</i>	<i>5</i>
<i>Beredskap</i>	<i>5</i>
Bemanning og kompetanse	5
<i>Sikre gode arbeidsforhold</i>	<i>5</i>
<i>Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....</i>	<i>5</i>
Forskning og innovasjon	6
Teknologi.....	6
<i>Informasjonssikkerhet</i>	<i>8</i>

Innledning

Mal for helseforetakenes årlige melding for 2021 til Helse Nord RHF. Nummereringen på kravene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp oppdrag for 2021.

I utgangspunktet gjelder rapporteringskravene alle helseforetakene i Helse Nord, men foretaksspesifikke krav fremgår av oppdragsdokumentet 2021, og i denne malen.

Krav som ikke gjelder for det enkelte foretaket kan tas bort, men nummerering på krav må beholdes.

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

Rapporteringsteksten skal inneholde kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke, og når forventer man å oppnå kravet?

Forkortelser:

OD HOD	-	Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet
RHF	-	Helse Nord RHF
FTP HOD	-	Foretaksprotokoll Helse- og omsorgsdepartementet
FIN	-	Finnmarkssykehuset HF
UNN	-	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
NLSH	-	Nordlandssykehuset HF
HSYK	-	Helgelandssykehuset HF
SANO	-	Sykehusapotek Nord HF
HNIKT	-	Helse Nord IKT HF

Oversikt over frister:

Rapportering	Frister
Årlig melding	Administrativt behandlet Årlig melding: 4. februar 2022. Styrebehandlet Årlig melding (styrevedtak): Mars 2022.

Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

Kilde	Nr	Kravtekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens
RHF	1	Bidra med oppfølging av strategien for økt kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten i henhold til strategidokumentet Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen .	Alle	Årlig melding
Sykehusapotek Nord har bidratt i regional arbeidsgruppe og har utarbeidet en egen handlingsplan for oppfølging av tiltakene besluttet regionalt. Handlingsplanen er forankret i styre, foretaksledelse, brukerutvalg og i apotekene.				

Kvalitet i pasientbehandlingen

FTP	43	Vurdere om tiltak som er satt i verk for å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser har hatt forventet effekt, samt redegjøre for videre plan for tiltaksarbeidet. Arbeidet må sees i sammenheng med oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse i 2018 av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten , samt foretaksmøtets krav i 2020 om å rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
Sykehusapotekforetakene var ikke del av riksrevisjonens undersøkelse, men meldekultur og evne til å lære om uønskede hendelser er et kontinuerlig fokus. Resultater fra ForBedring viser at ansatte opplever det som trygt å melde uønskede hendelser. Det er etablert rutiner for å følge opp og ta opp avvik som meldes, det jobbes med å forbedre rutiner for læring på tvers.				

RHF	44	Samarbeide om å etablere felles regional standard for oppfølging og implementering av høykostlegemidler. UNN HF skal lede arbeidet.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
SANO deltok i Regional Legemiddelkomite sitt arbeid med å etablere felles regional standard for oppfølging og implementering av høykostlegemidler.				

RHF	45	Rapportere status på §3-3a varsler, gitt til foretakets styre.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
SANO har ikke sendt inn §3-3a varsler i 2021.				

Kvalitetsutvikling

RHF	50	Helse Nord RHF skal oppdatere regional utviklingsplan (2023–2038) innen desember 2022. Helseforetakene skal oppdatere egne utviklingsplaner innen 1.5.2022 basert på nærmere bestilling fra Helse Nord RHF. Veileder for arbeidet med utviklingsplaner (2020) skal ligge til grunn for arbeidet.	Alle	Årlig melding
-----	----	--	------	---------------

Årlig melding 2021

SANO deltar i regionalt nettverk og gir eventuelle innspill til sykehusenes utviklingsplaner via dette nettverket. Foretaket har ikke egen utviklingsplan, men strategi og handlingsplaner i foretaket skal understøtte sykehusenes utviklingsplaner og Helse Nord RHF sin regionale utviklingsplan.

Smittevern

HoD	56	I samarbeid med Norsk Helsennett legge til rette for at En vei inn-løsningen/melde.no tas i bruk i virksomhetene for melding av uønskede hendelser, herunder bivirkninger av legemidler og vaksiner.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	Årlig melding
<i>SANO har ikke deltatt i utviklingsarbeidet, men benytter meldeordningen som er tatt i bruk.</i>				

Klima- og miljøtiltak

RHF	57	Det skal etableres felles miljøstyringssystem for foretaksgruppen. UNN HF skal lede arbeidet og øvrige foretak bidrar i prosessen.	Alle	Årlig melding
<i>SANO har hatt representant i arbeidet med å etablere felles miljøstyringssystem.</i>				

Beredskap

FTP	58	Videreutvikle sine beredskaps- og smittevernplaner i lys av erfaringer og evalueringer av koronapandemien.	Alle	Årlig melding
<i>SANO har i 2021 kontinuerlig oppdatert beredskapsplaner knyttet til håndtering av pandemien. Planer og tiltak knyttet til smittevern av ansatte og kunder i apotekene er kontinuerlig vurdert og oppdatert.</i>				

Bemanning og kompetanse

Sikre gode arbeidsforhold

FTP	65	Iverksette tiltak for å ivareta medarbeiderne på en god måte og ha et særskilt fokus på arbeidsmiljø og arbeidsforhold i lys av koronapandemien i tråd Regional handlingsplan for koronapandemi .	Alle	Årlig melding
<i>SANO sin ledergruppe har hatt fokus på arbeidsforhold og arbeidsmiljø i lys av koronapandemien gjennom hele 2021. Tiltak er iverksatt fortløpende både lokalt og i foretaket som helhet.</i>				

Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

HoD	76	Andel enheter med godt sikkerhetsklima i et helseforetak skal være minst 75 % innen 2023. Målt gjennom undersøkelsen Forbedring og beregnet med Helsedirektoratets definisjon på indikatoren.	Alle	Årlig melding
<i>Resultatene fra Forbedringsundersøkelsen gjennomført i februar 2021 viser at sikkerhetsklimaet i foretaket er godt. For de seks spørsmålene om sikkerhetsklima er gjennomsnittsscoren 92,3 av 100. Det laveste resultatet er 88,4.</i>				

RHF	77	Delta i utarbeidelse og implementering av felles retningslinjer for varsling i Helse Nord under ledelse av RHF-et.	Alle	Årlig melding
-----	----	--	------	---------------

Årlig melding 2021

SANO har deltatt i utarbeidelse og implementering av felles retningslinjer for varsling i Helse Nord. Retningslinjene er publisert i SANOs personalhåndbok.

RHF	78	Delta i utarbeidelse og implementering av felles veileder for vernetjenesten i Helse Nord under ledelse av RHF-et med utgangspunkt i nasjonal strategi for verneombudene (2019-2024).	Alle	Årlig melding
<i>SANO har deltatt i arbeidet med hovedverneombud. Veilederen er sendt til HR i Helse Nord for tilbakemeldinger.</i>				

Forskning og innovasjon

RHF	81	Utarbeide interne retningslinjer/policy for samarbeid med næringslivet.	Alle	Årlig melding
<i>SANO er åpen for samarbeid med næringsliv og private aktører knyttet til forskning og innovasjon. Samarbeid med næringslivet vil i løpet av 2022 inkluderes i arbeidet med å opprette og vedlikeholde prosedyrer for forskning.</i>				

RHF	82	Sikre oppfølging av retningslinjer for åpen publisering jf. veileder for Norges Forskningsråd.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<i>SANO legger til rette for at publisering av vitenskapelige artikler skal være åpent tilgjengelig gjennom å informere og kurse forskere i Helse Nords retningslinjer for publisering, samt å implementere føringer for åpen publisering i forskningsprosedyrer.</i>				

Teknologi

RHF	90	Aktivt avviksmelde IKT-sikkerhetsbrudd, avvik fra NSM's tiltaksliste og styringssystem for informasjonssikkerhet, herunder om nødvendig til relevante tilsynsmyndigheter. NSMs grunnprinsipper med definert tiltaksliste, representerer et minimumsnivå og skal ligge til grunn for alt arbeid med IKT i Helse Nord.	Alle	Årlig melding
<i>SANO oppfordrer ansatte til å avviksmelde IKT-sikkerhetsbrudd, det er ikke registrert slike avvik i 2021.</i>				

RHF	91	Innen utløpet av 2021 avklare drifts- og forvaltningsmodeller som sikrer at installasjon og endringer i medisinsk utstyr og eventuelt driftstekniske IKT systemer, ikke påvirker Helse Nord IKT HF's ansvar og oppgaver. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF.	Alle	Årlig melding
<i>SANO har ikke medisinsk utstyr, og deltar ikke i dette arbeidet.</i>				

RHF	92	Delta i prosjektet for innføring av og ta i bruk system for, medikamentell kreftbehandling i Helse Nord. Det forutsettes at helseforetakene etablerer egne lokale mottaksprosjekt.	Alle	Årlig melding
-----	----	--	------	---------------

Årlig melding 2021

SANO deltar i prosjektet, lokalt mottaksprosjekt er etablert.

RHF	93	Allokere nødvendige ressurser til deltagelse og gjennomføring av prosjektene to-faktor autentisering og automatisert tilgangsstyring. Arbeidet i felles kundeprojekt ledes av Helse Nord RHF. Ressursbehov konkretiseres gjennom prosjektets styringsgruppe.	Alle	Årlig melding
<i>SANO har allokert nødvendige ressurser, og deltar i arbeidsgruppe og styringsgruppe.</i>				

RHF	94	Benytte statens standardavtaler (SSA) for dokumentasjon av IKT-leveranser i foretaksgruppen.	Alle	Årlig melding
<i>I de tilfeller der IKT-leveranser dokumenteres benyttes statens standardavtaler.</i>				

RHF	95	Innen utløpet av 2021, oppdatere nødvendige tjenesteavtaler, databehandleravtaler og andre avtaler som tydeliggjør ansvarsforholdene i tråd med tidligere bestillinger fra Helse Nord RHF samt med bestillinger i årets oppdragsdokument gjeldende Helse Nord IKTs tekniske og merkantile ansvar og oppgaver.	Alle	Årlig melding
<i>Siste databehandleravtale inngått med Helse Nord IKT er datert 24.1.2020. Det er ikke gjort oppdateringer av tjenesteavtaler, databehandleravtaler og andre avtaler med Helse Nord IKT i 2021.</i>				

RHF	96	Aktivt sette av ressurser samt prioritere arbeidet som gjennomføres i regi av prosjektet digitale innbyggertjenester.	Alle	Årlig melding
<i>SANO har ikke tjenester som inngår i dette prosjektet.</i>				

RHF	97	Overføre teknisk og merkantil forvaltning av IKT-systemer til Helse Nord IKT etter tilsvarende modell som for forvaltning av regionale kliniske systemer. Helseforetakene skal benytte Helse Nord IKT knyttet til lokale innføringer, utfasing og endring av system, rådgiving og prosjektledelse gjeldende IKT, innenfor avgrensingen gitt ovenfor. Styringskravet gjelder ikke medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter. Sykehusforetakene, SANO og Helse Nord IKT skal i perioden 2021–2022 i fellesskap etablere en robust merkantil forvaltning i tråd med prinsipper beskrevet i oppdragsdokumentet 2021.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<i>Gjennom etablering av nytt apotekfagsystem gjøres dette i samarbeid med Helse Nord IKT for etablering og implementering i henhold til OD 2021.</i>				

RHF	98	Helse Nord IKT har ansvaret og oppgaven for leveranse av IKT infrastrukturtjenester til helseforetakene på følgende områder: IKT-drift, IKT-produksjon, levering og innstallering av brukerstyr, systemintegrasjon samt brukerstøtte og andre forvaltningsoppgaver som naturlig tilknyttes områdene nevnt	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	---	--	---------------

Årlig melding 2021

		ovenfor. Ytterligere tydeliggjøring vil fremkomme i styringssystem for informasjonssikkerhet. • Styringskravet gjelder ikke området medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter. • Innen utløpet av 1. kvartal avklare om det foreligger andre områder som setter særlige lov/forskriftskrav krav for utførelse av de IKT-oppgaver her nevnt, og behandle slike i forbindelse med klargjøring av drifts- og forvaltningsmodeller med Helse Nord IKT.		
SANO benytter de tjenestene Helse Nord IKT leverer i tråd med krav i OD 2021.				

RHF	99	Prioritere innføring av meldingsstandard for henvisning og helsefaglig dialog innen utløpet av 2021/tidlig 2022. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF på oppdrag av Helse Nord RHF.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
SANO berøres i liten grad av dette arbeidet, men kan eventuelt delta på forespørsel.				

RHF	100	Planlegge og ta i bruk ny nasjonal personidentifikator og felles hjelpenummer fra 2022. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF på oppdrag av Helse Nord RHF.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
SANO deltar i dette arbeidet ved behov og etter forespørsel.				

RHF	101	Innen tredje kvartal 2021 levere Helse Nord RHF en oversikt over samtlige applikasjoner installert på servere eller klienter ved helseforetakene hvor relevant programvare i tillegg er dokumentert i Sureway (sureway.no). Asset i Sureway og andre applikasjoner, registreres i Helse Nord IKTs asset/managementverktøy når Helse Nord IKT har ferdigstilt innføring. Helse Nord RHF avgjør hva som er å betrakte som regionale systemer som skal benyttes i helseregionen. Applikasjonene skal kategoriseres i tråd med NSMs grunnprinsipper, tiltak 1.2.2, i-iV. Helseforetakene skal ved oversendelse til Helse Nord RHF også oversende kopi av alle avtaler tilknyttet de aktuelle applikasjoner.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
SANO har foreløpig ikke levert liste, men oppsett av liste pågår.				

Informasjonssikkerhet

FTP	105	Følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, merknader og anbefalinger fra undersøkelsen om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer .	Alle	Årlig melding
-----	-----	--	------	---------------

Årlig melding 2021

Dette gjøres i samarbeid med Helse Nord RHF og det sikkerhetsansvarlige i de øvrige helseforetakene.

FTP	106	Benytte Norsk Helsenett SFs årlige rapport om trusler, trender, sårbarheter og relevante tiltak som sektoren kan benytte i sitt arbeid med risiko- og sårbarhetsvurderinger	Alle	Årlig melding
-----	-----	---	------	---------------

SANO er deltager i nasjonalt sikkerhetsforum for helsenorge, og ansatte i SANO varsles fortløpende når trusler oppdages.

RHF	107	Innen 1. april 2021 utarbeide en handlingsplan som er dekkende for å lukke påpekte svakheter på kort og lang sikt. Handlingsplanen skal ha en tidfestet fremdriftsplan og oppgavefordeling. Handlingsplanen skal som minimum dekke de 10 anbefalte tiltak i nasjonal strategi for digital sikkerhet, og NSM sine grunnprinsipper for IKT-sikkerhet med tiltak.	Alle	1. tertial og Årlig melding
-----	-----	--	------	-----------------------------

Handlingsplan er utarbeidet og presentert for Helse Nord og styret.

RHF	108	Inkludere informasjonssikkerhet i virksometskulturen ved å kartlegge virksomhetens sikkerhetskultur, og identifisere hva som kan forbedres. Helseforetakene skal beskrive og fastsette ønsket kultur, og gjennomføre tilpasset årlige opplæringsprogram for å fremme god sikkerhetskultur. Opplæringen skal tilpasses den enkeltes oppgaver.	Alle	Årlig melding
-----	-----	--	------	---------------

Sikkerhetskulturundersøkelse er gjennomført. Beskrivelse og fastsettelse av ønsket kultur er ikke gjort, det er ikke utarbeidet årlig opplæringsprogram, men alle ansatte gjennomfører informasjonssikkerhetsskurset i henhold til retningslinjer i Helse Nord. Alle nyansatte gjennomfører sikkerhetssamtale tilpasset den enkeltes oppgaver.

RHF	109	Innen 1. juni 2021 styrebehandle status fra arbeidet med informasjonssikkerhet. Status skal som minimum inneholde: • status for fremdrift for handlingsplan for å lukke kjente svakheter utvikling i trusselbildet • resultater fra gjennomførte risikovurderinger, inntrengingstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner • oppsummering fra avviksrapporing • behov for endringer i styringssystem for informasjonssikkerhet	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	-----	---	------	-----------------------------------

Styrebehandling ble gjort i styremøte 3. juni 2021.

RHF	110	Med utgangspunkt i oppfølging fra Riksrevisjonens dokument 3:2 (2020-2021) , skal helseforetaket sikre at organisering av informasjonssikkerhet i eget helseforetak er i tråd med styringssystem for informasjonssikkerhet. Helseforetakene skal også bidra i regionale forbedringsaktiviteter slik at nødvendige korrigerende tiltak blir iverksatt.	Alle	Årlig melding
-----	-----	---	------	---------------

SANO mener at organisering av informasjonssikkerhet i all hovedsak samsvarer med styringssystem for informasjonssikkerhet. Det gjennomføres nå ROS på dette området. Forhold avdekket i ROS vil bli hensyntatt i organiseringen.



Oppdragsdokument 2022	
Styresak nr.:	5 - 2022
Møtedato:	10. februar 2022
Saksbehandler:	Direktør Helge K. Kjerulf Pettersen
Vedlegg:	1) Foretaksmøte 3. februar 2022 – foreløpig protokoll med saksdokumenter (herunder sak 4-2022, Oppdragsdokument 2022) 2) Krav gitt SANO i Oppdragsdokument 2022

Kort saksresyme

Endelig oppdragsdokument 2022 legges med dette 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. Oppdragsdokument 2022 ligger ved foretaksmøtesaken som eget vedlegg. Som vedlegg 2 til denne saken ligger oversikt over de krav som er gitt i Oppdragsdokumentet 2022 og som gjelder for Sykehusapotek Nord i 2022.

Til denne styresaken er saksframlegget til Foretaksmøtesak 4-2022 *Oppdragsdokument 2022 Sykehusapotek Nord HF* markert med gul tekstmarker på vilkår som er særlig relevant, og må vektlegges av Sykehusapotek Nord HF i sitt arbeid i 2022.

Innstilling til vedtak

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tar Oppdragsdokument 2022 til orientering.
2. Styret forutsetter at Sykehusapotek Nord gjennomfører oppdragene i nært samarbeid med brukerne, tillitsvalgte og vernetjenesten.
3. På vegne av styret i Sykehusapotek Nord HF gis direktøren ansvar for å følge opp gjennomføringen av kravene som er stilt i oppdragsdokumentet.

Helge K. Kjerulf Pettersen
direktør

Saksfremlegg

Oppdragsdokument for 2022 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 3. februar 2022.

Som det fremkommer av foretaksmøtesak 4-2022 skal Sykehusapotek Nord HF innrette sin virksomhet i tråd med føringer i Oppdragsdokumentet 2022.

I vedlegg 2 er de krav som gjelder Sykehusapotek Nord HF i 2022 gjengitt i tabellform. Som vedlegg 1 til Oppdragsdokumentet 2022 er det utarbeidet en liste over de krav gitt i tidligere oppdragsdokument som videreføres.

Rammene for mål og krav som er gitt i Oppdragsdokumentet 2022 beskrives i saksframlegget til foretaksmøtet og i de innledende kapitler i Oppdragsdokumentet. Av disse framheves Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 og Regional utviklingsplan for Helse Nord 2035.

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.

Oppdragsdokument 2022 inneholder ingen foretaksspesifikke krav for 2022 for Sykehusapotek Nord HF.

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

Møtedato: 2. februar 2022

Arkivnr.:
2021/1914-6

Saksbeh.
Rolandsen, Hansen, Nordmo

Sted/Dato:
Bodø, 26.1.2022

Foretaksmøtesak 4-2022 Oppdragsdokument 2022 Sykehusapotek Nord HF

Helse Nord RHF har ansvar for at befolkning i regionen får tilgang til spesialisthelse-tjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Dette skal skje innenfor de ressurser som blir stilt til rådighet, jf. Stortingets behandling av Statsbudsjettet - Prop. 1 S (2021-2022).

Hovedmål fra Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet ber Helse Nord RHF om å innrette sin virksomhet i tråd med følgende overordnede styringsmål i 2022:

1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

Sykehusapotek Nord HF skal innrette sin virksomhet i tråd med føringer i Oppdragsdokument 2022 (vedlegg 1).

Bærekraftig økonomi skal betraktes som en forutsetning for virksomheten på lik linje med styringsmålene. Det legges til grunn at helseforetakene iverksetter nødvendige tiltak for å innfri kravene i oppdragsdokumentet innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder for helseforetaket.

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.

Andre opplysninger

Tilleggsliste til oppdragsdokument er en oversikt over krav fra tidligere år som fortsatt er aktuelle, se vedlegg 2.

Konklusjon

Sykehusapotek Nord HF har en viktig rolle i samhandlingen mellom helseforetakene og kommunene. 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 farmasøytelig forskning, tjenesteutvikling, pasientveiledning og kompetanseheving i hele helseregionen.

Foretaksspesifikke krav for 2022 for Sykehusapotek Nord HF

- Ingen

Med forbehold om vedtak i styresak 4-2022 *Oppdragsdokument 2022 til helseforetakene*, som behandles i styremøte, den 2. februar 2022, inviteres foretaksmøtet til å fatte følgende vedtak:

1. Foretaksmøtet vedtar vedlagte dokument som oppdragsdokument 2022 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 2022.

Bodø, den 26. januar 2022

Cecilie Daae
Adm. direktør

Vedlegg:

1. Oppdragsdokument 2022 fra Helse Nord RHF til helseforetakene.
2. Tilleggslisten for oppdragsdokument 2022

Protokoll

Vår ref.:
2021/1914

Saksbehandler:
Tina Eitran

Dato:
2.2.2022

Møtetype:	Foretaksmøte
Møtedato:	2. februar 2022 – kl. 14.00
Møtested:	Telefon/videomøte pr. Teams

Tilstede – fra Helse Nord RHF:

Navn:	
Renate Larsen	styreleder
Inger-Lise Strøm	styret nestleder
Sissel Alterskjær	styremedlem
Svenn Are Jenssen	styremedlem
Kari Sandnes	styremedlem
Rune Gjertin Rafaelsen	styremedlem
Ann-Mari Jenssen	styremedlem
Knut Hartviksen	observatør RBU
Cecilie Daae	adm. direktør
Anne May Knudsen	kommunikasjonsdirektør
Hilde Rolandsen	eierdirektør
Anne May Knudsen	kommunikasjonsdirektør
Anne Stina Nordmo	stabsdirektør
Jon Tomas Finnsson	avdelingsdirektør helsefag
Tina Eitran	stabsrådgiver

Tilstede – fra Sykehusapotek Nord HF:

Navn:	
Grete Ellingsen	styreleder
Lars Småbrekke	styremedlem
Randi Brendberg	styremedlem
Ellen M. Mellingen	styremedlem
Helge K. K. Pettersen	adm. direktør

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med helseforetaksloven § 45.

Sak 1-2022 Godkjenning av innkalling

Styreleder i Helse Nord RHF, Renate Larsen, med fullmakt til å utøve eiermyndighet på vegne av Helse Nord RHF ønsket velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

I tråd med etablert praksis ledes foretaksmøte av eiers styreleder. Foretaksmøtet ble ledet av styreleder Renate Larsen.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2-2022 Godkjenning av saksliste

Møtelederen spurte om noen hadde merknader til den utsendte sakslisten. Det var ingen merknader til sakslisten.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Sakslisten godkjennes.

Sak 3-2022 Valg av representant til å underskrive protokollen sammen med møteleder

Styreleder Grete Ellingsen ble foreslått til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Styreleder Grete Ellingsen ble valgt til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Sak 4-2022 Oppdragsdokument 2022 Sykehusapotek Nord HF

Styreleder Renate Larsen innledet og viste til saksfremlegg.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

1. Foretaksmøtet vedtar vedlagte dokument som oppdragsdokument 2022 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 2022

Sak 5-2022 Endringer i helseforetakets vedtekter

Styreleder Renate Larsen viste til saksfremlegg.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Vedtektenes § 6a for Sykehusapotek Nord HF endres, jf. framlagte forslag.

Bodø, den 2. februar 2022

.....
Renate Larsen, styreleder
Helse Nord RHF

.....
Grete Ellingsen, styreleder
Sykehusapotek Nord HF

Vedlegg:

1. Oppdragsdokument 2022 til helseforetakene
2. Oppdragsdokument 2022 til helseforetakene, tilleggsliste
3. Sykehusapotek Nord HF – vedtekter 2. februar 2022

Oppdragsdokument 2022

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene



HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÄTIE



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO



SYKEHUSAPOTEK NORD
DAVVI BUOHCCIEVIESSOAPOTEHKA



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCIEVISSU



HELSE NORD IKT

Vedtatt i styret i Helse Nord RHF 2. februar 2022

Innhold

1.0 Innledning.....	4
2.0 Mål og føringer	4
3.0 Vår felles helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	8
3.1 Sikre god pasient- og brukermedvirkning	9
3.2 Somatikk.....	10
3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	11
4.0 Kvalitet i pasientbehandlingen	11
4.2 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	12
4.6 Klima- og miljøtiltak	12
4.7 Informasjonssikkerhet.....	12
4.8 Beredskap	13
5.0 Samhandling med primærhelsetjenesten.....	13
7.0 Bemanning og kompetanse	14
7.1 Sikre gode arbeidsforhold.....	14
7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell	14
7.3 Utdanning av legespesialister	15
7.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)	15
8.0 Forskning og innovasjon.....	16
9.0 Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling.....	16
9.1 Resultatkrav	16
9.2 Anskaffelsesområdet	17
10.0 Teknologi.....	17
11.0 Bygg og kapasitet	18
12.0 Styringsparametere 2022	18
13.0 Oppfølging og rapportering	20
14.0 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering.....	20

Forkortelser

HELSE NORD RHF	Helse Nord regionalt helseforetak
HF	Helseforetak
FIN	Finnmarkssykehuset
NLSH	Nordlandssykehuset
HSYK	Helgelandssykehuset
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge
SANO	Sykehusapotek Nord
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
ABIJOK	Anestesi, barn, intensiv, jordmor, operasjon og kreft- spesialistutdanning
ALIS	Leger i spesialisering i allmennmedisin.
AMK	Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral
DIPS	Leverandør av elektronisk pasientjournal - EPJ.
GTT	Global trigger tool
IKT	Informasjons- og kommunikasjonsteknologi
LIS	Leger i spesialisering
NSM	Nasjonal sikkerhetsmyndighet
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

1.0 Innledning

Oppdragsdokumentet er en del av regionens helhetlige virksomhetsstyring som skal sikre at nasjonale og regionale mål for spesialisthelsetjenesten oppfylles. Oppdragsdokumentet inneholder de prioriterte kravene for 2022.

Virksomhetsstyringen skal være helhetlig, sammenhengende, forutsigbar og tydelig – på kort og lang sikt. Planverket skal oppfylle våre lovpålagte hovedoppgaver: pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell, forskning og innovasjon, samt utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling.

Virksomhetsstyringen er illustrert i figur 1:



Figur 1 Helse Nord planlegger og styrer helhetlig og forutsigbart, i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

2.0 Mål og føringer

Helse Nord RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Helseforetakene skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende hovedmål:

1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

Ved inngangen i 2022 er pandemisituasjonen uforutsigbar. Det vil fortsatt være usikkerhet om den videre utviklingen, og det kan komme nye virusvarianter som gir økte utfordringer. Vaksineringsdoser vil ha en effekt på innleggelser. Sykehusene må av denne grunn opprettholde beredskapen og videreføre de gode smittevernrutinene som er innarbeidet i forbindelse med pandemien. Flere helseforetak har måttet utsette planlagte operasjoner for å frigjøre kapasitet og ressurser til alvorlig syke covid-19-pasienter. Helseforetakene skal tilstrebe å holde mest mulig normal drift gjennom 2022.

Oppdragsdokumentet er bygd opp rundt områdene i regional utviklingsplan 2035 (RU35). Planen skal i løpet av året oppdateres til tidshorisont 2023–2038.

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. Bærekraftig ressursbruk skal betraktes som en forutsetning for virksomheten på lik linje med styringsmålene. Dette gjelder økonomi, miljø og disponering personell.

Andre overordnede føringer er:

- Helse Nords *Strategi Helse Nord RHF 2021–2024*, økonomisk langtidsplan og investeringsplan, jf. fig. 1. Planene beskriver utfordringene på lang sikt og hvordan målene skal nås.
- Regional handlingsplan for informasjonssikkerhet omfatter hele foretaksgruppen.

Demografisk utvikling viser at befolkningen i Nord-Norge går ned. Ved utgangen av 2021 utgjør Nord-Norges befolkning 8,9 % av landets befolkning. Det blir særlig viktig å utvikle tjenestene slik at behovet for arbeidskraft kan tas ned til nivået før pandemien, og helst reduseres ytterligere. Dette er i tråd med Riksrevisjonens konklusjon etter undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinteknisk utstyr som sier at: *Helsepersonell er en knapp ressurs. Investeringer blir et viktigere virkemiddel for å løse helseforetakenes oppgaver og dempe arbeidskraftbehovet i årene som kommer. Det kan få alvorlige konsekvenser for pasienttilbudet dersom man ikke lykkes med dette.*

Dagens struktur på spesialisthelsetjenesten, som kombinerer desentrale tilbud med høyspesialiserte tilbud i hovedsak ved Universitetssykehuset Nord-Norge og et bredt tilbud ved Nordlandssykehuset, har vært tjenlig for landsdel og befolkning. Helse Nord RHF's 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.

For å opprettholde et likeverdig tilbud til befolkningen må helseforetakene styrke arbeidet med å tilby tjenester digitalt. Sykehusene skal legge til grunn at nærmere definerte oppgaver som utgangspunkt skal gjennomføres digitalt, og i større grad

benytte ledig kapasitet på de mindre enhetene. Et eksempel kan være å legge elektive tjenester til en eller flere av de mindre enhetene.

I møtet med helsetjenesten skal pasientene oppleve åpenhet, respekt og medvirkning i valg av behandling og hvordan denne gjennomføres. Samvalg og mulighet for bruk av samvalsverktøy skal legge til rette for mestring og aktiv deltagelse fra pasienten. Pårørende skal involveres der det er relevant, og deres kunnskap og erfaringer skal anerkjennes og benyttes i pasientforløpene.

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.

Pasienter, brukere og pårørende skal oppleve en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste på tvers av forvaltningsnivå og fagområder. I helsefellesskapene skal kommuner og helseforetak møtes som likeverdige partnere og kommuneoverlegene skal inviteres inn. Sammen med representanter for brukere og fastleger skal kommuner og helseforetak planlegge og utvikle tjenester til pasienter med behov for tjenester fra begge nivå. Spesialister fra store sykehus skal bistå spesialister på mindre sykehus nærmere pasienten, spesialister fra sykehus skal samarbeide med kommunal helse- og omsorgstjeneste og pasienter skal i større grad kunne møte spesialisthelsetjenesten hjemme, digitalt eller gjennom ambulante og intermediære tjenester.

Det viktigste arbeidet for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet skjer lokalt. Systematisk og målrettet arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet skal være basert på nasjonale helsefaglige retningslinjer og veiledere, data fra kvalitetsregister med tilfredsstillende dekningsgrad, klinisk forskning og medvirkning fra pasient og pårørende. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering har anbefalt et utvalg av kvalitetsindikatorer innenfor 5 områder som Helse Nord RHF vil gi særskilt oppfølging i 2022.

Samarbeid med utdanningssektoren er viktig for kompetanseutvikling i spesialisthelsetjenesten, og støtter opp om arbeidet med å utdanne, rekruttere, utvikle og beholde personell.

Aktivitet og arbeidsdeltakelse er helsefremmende og bidrar til inkludering. Helseforetakene skal bidra til at pasienter i spesialisthelsetjenesten tilbys samtidige helse- og arbeidsrettede tilbud i et samarbeid med NAV, for å bli inkludert i arbeidsliv eller skole.

Utvikling av ny teknologi og mer presis diagnostikk og behandling gjennom innovasjon og næringslivssamarbeid er sentralt for å skape en bærekraftig helsetjeneste.

Prinsippene for prioritering¹ 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.

På vegne av Helse Nord RHF, er Helse Nord IKT gitt oppgaven med å sikre at alle endringer i Helse Nords infrastruktur er i tråd med styringssystem for informasjonssikkerhet.

Helse Nord IKT skal sørge for levetidsforvaltning av Helse Nords infrastruktur og sikre at den er i tråd med vedtatte kvalitetskrav og akseptabel risiko. Dette forutsetter kontroll på applikasjonsporteføljen, og innebærer at portvaktfunksjonen utvides til også å gjelde teknisk og merkantil kontroll over all programvare som kjører på Helse Nords infrastruktur. Helse Nord IKT får eksplisitte fullmakter i beredskapssammenheng.

Alle helseforetakene skal delta i arbeidet med oppfølging av regional beredskapsplan, og skal samarbeide seg imellom i gjennomføring av egne planer, herunder i revisjon av tjenesteavtaler mellom Helse Nord IKT og sykehusforetakene.

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

Følgende nye nasjonale dokumenter skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

1. Meld. St. 25 (2020-2021) Likeverdsreformen
2. Meld. St. 38 (2020-2021) Nytte, ressurs og alvorlighet
3. Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser
4. Nasjonal alkoholstrategi 2021-2025. En helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk
5. Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester
6. Strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19-pandemien (30.11.2021)
7. Trygghet, mangfold og åpenhet. Handlingsplan mot diskriminering p.g.a seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønnskarakteristika 2021-2024
8. Prop. Nr. 1 (2021-2022), kap. 8 Plan for å sikre flere sykepleiere, vernepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere
9. "Ett år inn i koronapandemien", kap. 6 - tjenester med usikker helsegevinst
10. Nasjonal handlingsplan kliniske studier 2021-2025
11. Nasjonale helsefaglige retningslinjer og veiledere

¹ Spesialisthelsetjenesteloven og prioriteringsforskriften

Helseforetakene skal også legge regionalt førende styresaker/dokumenter til grunn:

1. Styrearbeid i Helse Nord, veileder – styresak 158-2021
2. Strategi for prehospitale tjenester i Helse Nord – styresak 61-2021
3. Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2021-2025 – styresak 54-2021
4. Strategi for kunstig intelligens i Helse Nord for 2022-2025 – styresak 71-2021
5. Hvordan tilpasse persontilpasset medisin i Helse Nord – styresak 117-2021
6. Regional plan for informasjonssikkerhet – styresak 119-2021
7. Styringsstruktur IKT infrastruktur – ansvar, roller og oppgaver – styresak 120-2021
8. Styringssystem for informasjonssikkerhet, strategiske sikkerhetsmål og strategi for informasjonssikkerhet – styresak 135-2021
9. Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter – styresak 170-2021
10. Anskaffelsesområdet – samordningstiltak og styringsmodell – styresak 173-2021
11. Regionale beredskapsplaner
12. Oppfølging av Riksrevisjonens rapporter
13. Oppfølging av internrevisjonens rapporter
14. Oppfølging av Helsetilsynets rapporter

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

Alle helseforetakene får samme oppdragsdokument, og det er spesifisert hvilke foretak kravene gjelder for. Krav gitt i tidligere oppdragsdokument gjelder fortsatt selv om de ikke gjentas årlig, ref. tilleggslisten.

Helse Nord RHF vil følge med på hvordan pandemisituasjonen påvirker helseforetakene og eventuelt justere krav og rammer i tråd med utviklingen.

3.0 Vår felles helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

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

1. Overholde minst 95 pst. av pasientavtalene.
2. Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst.
3. Rapportere gevinstrealisering av implementerte forbedringstiltak for pasientreiser med rekvisisjon.
4. Benytte nasjonale serviceparametere for pasientreiser fra disse tas i bruk høsten 2022.
5. Implementere nye nasjonale retningslinjer for avviksmelding og -oppfølging innenfor pasientreiser fra andre tertial 2022.
6. Fortsette den digitale satsingen innen pasientreiseområdet, slik at tjenesten effektiviseres for både pasientene og helseforetakene, jf. protokoll fra foretaksmøter for de regionale helseforetakene 15. juni 2021.

7. I samarbeid med Pasientreiser HF videreføre arbeidet som følger av «Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak innenfor området reiser med rekvisisjon». Dette innebærer utvikling og implementering, samt utarbeidelse av gevinstrealiseringsplaner og oppfølging av effekter. Status på effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon skal inngå som en del av helseforetakets tertialvise rapportering.
8. Skal med bistand fra Pasientreiser HF starte implementering av ny rekvisisjonspraksis i løpet av 2022.
9. Vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus.
10. Påse at pasienter som mottar behandling hos private leverandører gjennom godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg får videreført det tilbudet de har behov for når ordningen avvikes.

Foretaksspesifikke krav:

Finnmarkssykehuset

11. Følge opp arbeidet med å videreutvikle spesialisthelsetjenester ved Klinikk Alta. Departementet ber om status for arbeidet innen utgangen av 2022.

Universitetssykehuset Nord-Norge

12. Sørge for at helsetjenesten som deltar i team for helsekartlegging i barnevernet har nødvendig språklig og kulturell kompetanse når samiske barn som skal plasseres utenfor hjemmet.²
13. Sørge for døgnkontinuerlig medisinsk tilstedevakt ved redningshelikopterbasen i Tromsø.

3.1 Sikre god pasient- og brukermedvirkning

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

14. Ta i bruk nye pasientbrevmaler. En forutsetning for å kunne digitalisere pasientbrevene er oppdatert behandlingsinformasjon på sykehusets nettsider. Krav til nye publiserte behandlingsbeskrivelser:
 - HSYK: 20
 - NLSH: 100
 - UNN: 150
 - FIN: 20 (bokmål) og 30 (nordsamisk)

Krav til FIN, UNN og NLSH:

15. I samarbeid med brukerutvalget og ungdomsrådet kartlegge og forbedre samarbeid med frivillige organisasjoner.
16. I samarbeid med brukerutvalget og ungdomsrådet utvikle rutiner for medvirkning i bygge- og ombyggingsprosjekter.

² Det vises til oppdragsdokument fra HOD 2021: Helse Nord RHF skal opprette et prosjekt som skal utrede muligheten for nasjonal døgnkontinuerlig tolketjeneste. Tilbudet må dekke både nordsamisk, lulesamisk og sørsamisk. Tilbudet må ses i sammenheng med samisk tolketjeneste på Sámi klinihkka ved for eksempel hjelp av teknologi. Tilbudet skal dekke ordinær tolketjeneste, men også være tilgjengelig for AMK-sentraler.

Krav til HSYK og SANO:

17. I samarbeid med brukerutvalget utvikle rutiner for medvirkning i bygge- og ombyggingsprosjekter.

Foretaksspesifikke krav:

Helgelandssykehuset

18. I samarbeid med brukerutvalget kartlegge og forbedre samarbeid med frivillige organisasjoner.

3.2 Somatikk

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

19. Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2021. Målsetningen på sikt er lavere enn 50 dager.
20. Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 24 kreftformene skal være minst 70 pst.
21. Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.
22. Bidra til oppfølging av anbefalinger og lukking av avvik etter Helsetilsynets rapport Tilsyn med ambulanseflytjenesten – Undersøkelse av om befolkningen i Nord-Norge får forsvarlige ambulanseflytjenester datert 14. juni 2021. Helse Nord RHF koordinerer oppfølgingen.
23. Ta i bruk felles prosedyreverk for ambulansetjenesten gjennom deltagelse i FRAM-samarbeidet.

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

24. Samlet forbruk av bredspektrert antibiotika skal reduseres med 30 pst. i 2022 sammenliknet med 2012. 2021 var siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten (2015-2020) og det planlegges for videre arbeid med den nasjonale strategien mot antibiotikaresistens i 2022.

Krav til FIN, NLSH og HSYK:

25. Delta i et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt som skal sikre samarbeid om korrekt behandling ved akutt hjerteinfarkt. Målet er å øke andelen prehospital trombolyse ved STEMI hjerteinfarkt innen anbefalt tidsfrist. Dette skal gjøres ved å inkludere alle helseforetak i prosjektet Trygg Akuttmedisin. Foretaket skal delta i prosjektgruppen med representasjon som sikrer forankring fra foretaksledelse og berørte fagmiljø som for eksempel ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten og ivareta prosjektoppfølgning i eget opptaksområde. Foretaket skal sikre en aktiv involvering i prosjektet fra primærhelsetjenesten med hovedvekt på legevaktene gjennom Helsefellesskapene. Det skal sikres medvirkning fra KTV/KVO.

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge

26. Lede et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt som skal sikre samarbeid om korrekt behandling ved akutt hjerteinfarkt. Målet er å øke andelen prehospital trombolyse ved STEMI hjerteinfarkt innen anbefalt tidsfrist. Dette skal gjøres ved

å inkludere alle helseforetak i prosjektet Trygg Akuttmedisin. Hvert HF skal delta i prosjektgruppen med representasjon som sikrer forankring fra foretaksledelse og berørte fagmiljø som for eksempel ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten og ivareta prosjektoppfølgning i eget opptaksområde. Foretaket skal sikre en aktiv involvering i prosjektet fra primærhelsetjenesten med hovedvekt på legevaktene gjennom Helsefellesskapene. Fagråd for Hjertemedisin skal være referansegruppe og fagsjefmøtet skal være styringsgruppe for prosjektet. Det skal sikres medvirkning fra KTV/KVO.

3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

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

27. Følge opp rapportene «Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester» og «Riksrevisjonens undersøkelse om helse og omsorgstjenester til barn og unge med funksjonsnedsettelse».
28. Gjennomsnittlig ventetid skal 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.
29. Aktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2022 sammenlignet med 2021, både innen døgntilbud og poliklinisk aktivitet.
30. Andel pasientforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.
31. Andel pasienter i pasientforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, skal være minst 80 pst.
32. Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.
33. I tråd med nasjonal alkoholstrategi 2021 – 2025 sørge for gode basistjenester innen TSB i alle helseforetak, styrke rusbehandlingstilbudet til barn og unge og utvikle rutiner for samhandling mellom somatiske avdelinger, psykisk helsevern og TSB.
34. Innen utgangen av 2022 ha etablert og i funksjon de felles henvisningsmottakene (helseforetak/avtalespesialister) innenfor psykisk helsevern.
35. Legge til rette for å tilby vurderingssamtale innen psykisk helsevern, særlig for barn og unge og der det er uklart om pasient har rett til helsehjelp eller det er behov for supplerende informasjon, eller der lege/henviser mener det er behov for rask avklaring før eventuell henvisning.
36. Sikre ambulante tilbud til barn og unge innen psykisk helse og TSB.

4.0 Kvalitet i pasientbehandlingen

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

37. Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 pst. innen 2023, jf. mål i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

38. Sørge for god dekningsgrad og kompletthet i lovpålagt rapportering til de nasjonale kvalitetsregistrene.
39. Videreføre det regionale arbeidet med å utarbeide og innføre veiledende pleieplaner til DIPS Arena pleieplan.
40. Gjennomsnittlig svartid for bildediagnostiske undersøkelser skal være under 4 dager innen utgangen av 2022.
41. Andel bildediagnostiske undersøkelser gjennomført innen priodato skal være over 80% innen utgangen av 2022.

4.2 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

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

42. Rapportere på innhold og samhandling i forbindelse med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister. Rapporteringen skal inneholde antall samarbeidsavtaler inngått, beskrivelse av aktiviteter og resultater av samarbeidsavtalen. For eventuelle manglende samarbeidsavtaler skal det beskrives utfordringer og eventuelle tiltak som er planlagt iverksatt for å få samarbeidsavtalen på plass.
43. Beskriv samarbeid foretaket har med private institusjoner om utnyttelse av avtaler for optimalisering av pasientforløp for å hindre unødvendige ventetider og fristbrudd. I eventuelle tilfeller der samarbeidet ikke fungerer tilfredsstillende, skal Helse Nord RHF informeres i eget brev.

4.6 Klima- og miljøtiltak

Krav til alle:

44. Dokumentere årlig status i arbeidet med å nå de langsiktige målene innen klimaområdet gjennom spesialisthelsetjenestens rapport om samfunnsansvar.

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge

45. Følge opp Riksrevisjonens rapport om Svalbardselskapenes håndtering av klimautfordringer.

4.7 Informasjonssikkerhet

Krav til alle:

46. Innen 30.9.2022 styrebehandle status fra arbeidet med informasjonssikkerhet. Status skal som minimum inneholde:
 - status for fremdrift for handlingsplan og lukke kjente svakheter,
 - beskrivelse av trusselbildet,
 - resultater fra gjennomførte risikovurderinger, inntregningstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner,
 - oppsummering fra avviksrapportering,
 - beskrivelse av hvordan kartlegging av digital sikkerhetskultur er fulgt opp

4.8 Beredskap

Krav til alle:

47. Delta i arbeidet med å utvikle operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret. Helse Nord RHF leder dette arbeidet.
48. Videreutvikle beredskapsarbeidet og -planene mtp. pandemier og andre alvorlige kriser, ved å følge opp egnevaluering av pandemihåndteringen, Koronakommisjonens rapport og egne risiko- og sårbarhetsanalyser knyttet til infrastruktur, kompetanse og innsatsfaktorer mv.
49. Innen 2. tertial evaluere ansattes erfaringer i møte med pandemien. Arbeidet skal gjøres i nært samarbeid med ansattes representanter.

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

50. Sammen med Helse Nord RHF planlegge, gjennomføre og evaluere Nasjonal helseøvelse 2022 (NHØ 22).

Krav til UNN og NLSH:

51. Sørge for at tjenestegjørende militært personell under NATO-øvelsen Cold Response 2022 gis tilgang til spesialisthelsetjenester uten etterfølgende fakturering fra norske myndigheter.
52. Delta i planlegging og gjennomføring av øvelsen Barents Rescue 2022

5.0 Samhandling med primærhelsetjenesten

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

53. Utarbeide en handlingsplan (2022-2023), med milepæler for hvordan helseforetakene i helsefellesskapene vil bidra til å planlegge og utvikle tjenester til pasienter med behov for tjenester fra begge nivå (de fire prioriterte grupper). Frist 1. september 2022.
 - Ved hjelp av tilgjengelige data og dokumenterte erfaringer, gjøre opp status for hvordan spesialisthelsetilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene i dag blir ivarettatt i eget helseforetak.
 - I handlingsplanen skal inngå tverrfaglige, pasientsentrerte team på tvers av tjenestenivå, digital avstandsoppfølging, økt ambulering og styrking av spesialisthelsetjenester som kan ytes i pasientens hjem.
 - Bruk av individuell plan skal vektlegges i handlingsplanen
 - Rollen til og bruk av koordinerende enhet skal tydeliggjøres
 - I den interne oppfølgingen sikre god ledelsesmessig oversikt og oppfølging over framdrift i arbeidet med å forbedre tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene"
54. Inngå avtaler med kommunene når de yter desentraliserte spesialisthelsetjenester på vegne av helseforetaket, jf ISF regelverkets bestemmelser.
55. Invitere kommunene inn i arbeidet med utviklingsplanene på områder hvor det er relevant for å sikre at pasienter med behov for tjenester fra begge nivå får et sammenhengende tilbud.
56. Styrke det desentrale tilbudet til pasientene ved samarbeid mellom små og store sykehus og kommunehelsetjenesten, digitale og ambulante tjenester og intermediære tilbud.

7.0 Bemanning og kompetanse

Krav til alle:

57. Videreføre arbeidet med inkludering og mangfold og legge til rette for rekruttering av personer som har utfordringer med å komme inn i arbeidslivet, samt å forhindre frafall fra arbeidslivet.

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge

58. Evaluere arbeidet i regionalt fagnettverk for ledelse- og lederutvikling og utarbeide oppdatert handlingsplan.

7.1 Sikre gode arbeidsforhold

Krav til alle:

59. Videreføre og forsterke arbeidet med å utvikle en heltidskultur.
60. Redegjøre for hvordan de ulike virksomhetene i foretaket er organisert for å ivareta prinsippet om stedlig ledelse.

7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

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

61. Øke antallet helsefagarbeiderlæringer sammenlignet med 2021. Økningen i perioden 2019-2023 skal være på minimum 20%.
62. Iverksette tiltak for å styrke rekruttering og spesialistutdanning for leger ved de mindre sykehusene i distriktene.
63. Innen utgangen av 2022 skal GAT gjenspeile all planlagt og faktisk arbeidstid.
64. Gjennomføre oppgavedeling mellom nivåer og yrkesgrupper for blant annet å nå kravet om over 5% andel helsefagarbeidere innen 2023.
65. Antall utdanningsstillinger for sykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, jordmor, operasjon- og kreftsykepleie (ABIJOK) skal økes i tråd med følgende.

Utdanningsstillinger ABIOKJ	2018/2019	2020/2021	2021/2022
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	57	70	80
Nordlandssykehuset HF	26	30	40
Finnmarkssykehuset HF	9	11	15
Helgelandssykehuset HF	14	10	15
Helse Nord totalt	106	121	150

Tabell 1 Totalt antall utdanningsstillinger til ABIOK og jordmor i Helse Nord 2018-2021

66. Utarbeide en behovsanalyse og plan for å sikre tilstrekkelig tilgang til jordmødre på kort, mellomlang og lang sikt. Relevante aktører skal involveres i arbeidet.

67. Delta inn i prosjektet «avansert oppgaveplanlegging» (AOP) med aktuelle enheter etter avklaring med prosjekteier. For disse skal det som et minimum innføres 9 måneders planleggingshorisont.

Krav til FIN, UNN og HSYK:

68. Med utgangspunkt i nivå for 2019, redusere foretakets behov for innleid personell med 30 prosent innen utgang 2023. Herunder utrede mulig etablering av et foretaksinternt bemanningssenter som også administrerer all innleie av personell fra eksterne vikarbyrå.

Foretaksspesifikke krav:

Nordlandssykehuset

69. Med utgangspunkt i nivå for 2019, redusere foretakets behov for innleid personell med 30 prosent innen utgang 2023. Herunder utrede mulig administrasjon av all innleie av personell fra eksterne vikarbyrå gjennom foretaksinternt bemanningssenter.

7.3 Utdanning av legespesialister

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

70. Tilby øremerkede utdanningsstillinger for allmennleger i spesialisering (ALIS) i samsvar med regional opptrappingsplan for perioden 2022-2026.

Helseforetak	2022		2023		2024		2025		2026	
	P1	P2	P1	P2	P1	P2	P1	P2	P1	P2
Finnmarkssykehuset	2	2	3	3	4	4	4	4	5	5
UNN	3	3	5	6	7	8	9	9	9	9
Nordlandssykehuset	3	3	4	4	5	6	7	7	8	9
Helgelandssykehuset	2	2	3	3	4	4	5	5	5	5
Samlet	10	10	15	16	20	22	25	25	27	28

Tabell 1 Regional opptrappingsplan for utdanningsstillinger til ALIS i Helse Nord 2022-2026. Det skal gjennomføres årlige evalueringer som kan føre til justeringer i perioden. Periode 1 (P1) mars-august. Periode 2 (P2) september-februar.

71. Antall LIS i psykiatri skal økes sammenlignet med 2021.

7.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Krav til alle:

72. ForBedring: Faktoren "oppfølging" skal på lang sikt ha en foretaksskår lik 75 eller høyere. Foretakene skal lage en handlingsplan for å nå dette målet innen 1. juli 2022.
73. ForBedring: "Psykososialt arbeidsmiljø" skal på begge faktorene på lang sikt ha en foretaksskår lik 80 eller høyere. Foretakene skal lage en handlingsplan for å nå dette målet innen 1. juli 2022.

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

74. Videreutvikle arbeidet med å se arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i sammenheng, med utgangspunkt i oppfølging av nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring og undersøkelsen ForBedring.

Foretaksspesifikke krav:

Nordlandssykehuset

75. Evaluere arbeidet i regionalt fagnettverk for sykefraværsoppfølging og utarbeide oppdatert handlingsplan.

8.0 Forskning og innovasjon

Krav til alle:

76. Redegjøre for hvordan strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2021-2025 følges opp innen hhv. forskning og innovasjon
77. Systematisk registrere (i Induct) og følge opp innovasjonsprosjekter
78. Delta i og understøtte RHF-initierte arbeidsgrupper (radiologi mv) innen KI-feltet
79. Legge til rette for helsetjenesteforskning og innovasjonsprosjekter som utvikler nye måter helsetjenester kan leveres på, samt prosjekter som evaluerer kvalitet og pasientsikkerhet i pasientbehandling.

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

80. Øke antallet kliniske studier jf nasjonal handlingsplan for kliniske studier med 15 %, sammenlignet med 2021
81. Øke antallet pasienter inn i kliniske studier
82. Følge opp Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene.

9.0 Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling

9.1 Resultatkrav

Helseforetakene skal i 2022 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 25 mill.
Sykehusapotek Nord:	Overskudd kr 1 mill. ³
Helse Nord IKT:	Økonomisk balanse

³ Overskudd i publikumsavdelingen

9.2 Anskaffelsesområdet

Krav til alle:

83. Legge til rette for interne prosesser som på en forutsigbar måte sikrer involvering av interessenter i forbindelse med felles anskaffelser, nasjonalt og regionalt.
84. Sørge for at gjennomføring av tiltak knyttet til samordning av leverandøravtaler og registre i Clockwork gis prioritet og utføres i henhold til omforente planer.
85. I tråd regional vedtatt styringsmodell for anskaffelser sine forutsetninger samt fordeling av kategorier gjort i regionalt Innkjøpsforum, må vært enkelt foretak sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for å ivareta foretaksgruppens interesser innenfor den enkelte kategori

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

86. Bidra til rullering av regionalt beredskapslager ved å gjøre uttak av definert sortiment fra beredskapslageret til forbruk i sine sykehus.

10.0 Teknologi

Krav til alle:

87. Benytte Helse Nord IKT knyttet til lokale innføringer, utfasing og endring av system, rådgiving og prosjektledelse gjeldende IKT. Styringskravet gjelder ikke medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter.
88. Innen 1.10.2022 fullføre arbeidet med å oppdatere nødvendige tjenesteavtaler, databehandleravtaler og andre avtaler som tydeliggjør ansvarsforholdene.
89. Fortsette arbeidet med å overføre teknisk og merkantil forvaltning av IKT-systemer til Helse Nord IKT. Foretakene skal innen 1.12.2022 i fellesskap etablere en robust merkantil forvaltning i tråd med prinsipper beskrevet i oppdragsdokumentet 2021.
90. Videreføre arbeidet med å avklare drifts- og forvaltningsmodeller som sikrer at installasjon og endringer i medisinsk utstyr og eventuelt driftstekniske IKT systemer oppfyller krav i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF, og skal gjennomføres i samarbeid med Helse Nord RHF og sykehusforetakene.
91. Fullføre oppgaven med å overføre ansvar og oppgaven for leveranse av IKT infrastruktur tjenester fra helseforetakene i tråd med styresak 120-2021 Styringsstruktur IKT infrastruktur - ansvar, roller og oppgaver, samt styresak 135-2021 Styringssystem for informasjonssikkerhet - strategiske sikkerhetsmål og strategi for informasjonssikkerhet, oppfølging av styresak 32-2021.
92. Sikre at samtlige applikasjoner installert på servere eller klienter ved helseforetakene er registrert i «Asset Management». Helse Nord RHF avgjør hva som er å betrakte som regionale systemer som skal benyttes i helseregionen. Applikasjonene skal kategoriseres i tråd med NSMs grunnprinsipper, tiltak 1.2.2, i-iv.
93. Innen 1.9 oversende til Helse Nord RHF oversikt over eventuelle applikasjoner der det ikke er identifisert gjeldende avtaler med leverandør.

Foretaksspesifikke krav:**Helse Nord IKT**

94. På vegne av Helse Nord RHF, sikre at alle endringer i Helse Nords infrastruktur er i tråd med vedtatt styringssystem for informasjonssikkerhet, arkitekturprinsipper samt NSMs tiltaksliste (portvaktfunksjon).

11.0 Bygg og kapasitet

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

95. Utarbeide verdibevarende vedlikeholdsplaner med bakgrunn i tilstandsregistreringen av bygningsmassen som gjøres hvert fjerde år, slik at fastsatte mål for tilstandsgrad nås.
96. Anvende oversikt over tilstanden på medisinsk-teknisk utstyr som grunnlag for å følge opp planer for utskifting.

12.0 Styringsparametere 2022

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 kvalitetsindikatorene som Helsedirektoratet publiserer og å iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene.

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

Tabell 1. Mål 2022. Datakilder og publiseringsfrekvens.

Indikator	Mål 2022	Datakilde	Publiseringsfrekvens
1 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling			
Gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern og TSB	Gjennomsnittlig ventetid skal 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.	Helsedirektoratet	Månedlig
Aktivitet i psykisk helsevern og TSB	Høyere aktivitet i 2022 enn i 2021, både innen døgnbehandling og poliklinisk aktivitet.	Døgnbehandling: antall avsluttede pasientopphold (utskrivninger) og antall oppholdsdøgn (Helsedirektoratet) Antall polikliniske kontakter (Helsedirektoratet)	Tertialvis
Forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk, psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB	Minst 80 %	Helsedirektoratet	Tertialvis

Indikator	Mål 2022	Datakilde	Publiserings-frekvens
Andel pasienter i pasientforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan	Minst 80 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
2 Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet			
Antall nye kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderte pasienter i 2022	Økt med minst 15 % sammenliknet med 2021.	Nasjonalt målesystem for forskning i helseforetakene, NIFU	Årlig
Antall utdanningsstillinger for ABIOK-sykepleie og jordmødre	Økes sammenliknet med 2021	De regionale helseforetakenes HR-systemer	Årlig
Antall lærlinger i helsefagarbeiderfaget	Økes sammenliknet med 2021	De regionale helseforetakenes HR-systemer	Årlig
Antall LIS i psykiatri	Økes sammenliknet med 2021	Helsedirektoratet	Årlig
Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT.	Redusert til 10 % innen 2023.	Helsedirektoratet	Årlig
Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2022 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 2022 sammenliknet med 2012.	Sykehusenes legemiddelstatistikk	Tertialvis
3 Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp			
Gjennomsnittlig ventetid	Redusert i regionen sammenliknet med 2021.	Helsedirektoratet	Månedlig
Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter. Må måles med samme uttrekksdato som året før.	Skal overholde minst 95 % av avtalene.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon.	Minst 15 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 24 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid ⁴ .	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis

⁴ 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, gallegeiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.

13.0 Oppfølging og rapportering

Alle krav for 2022 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 2022, foretaksspesifikke mål 2022 og styringsparametere 2022.**

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

Enkelte krav i oppdragsdokumentet inngår i Helse Nords risikostyring. Disse kravene skal følge metodikk og oppfølging i risikostyringen.

Tabell 2 Oversikt over rapporteringsrutiner og frister:

Rapportering	Innhold	Frister
Månedlig	Månedsrappport i tråd med mal.	Månedssregnskap skal være avsluttet innen fem virkedager i påfølgende måned. ØBAK og virksomhetsrapport skal oversendes RHF senest fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Tertialrapport	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes.	Styrebehandlet tertialrapport (styrevedtak): 4. juni 2022 7. oktober 2022 Administrativt utarbeidet tertialrapport: 13. mai 2022 23. september 2022 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.	Administrativt behandlet årlig melding: 3. februar 2022. Styrebehandlet årlig melding (styrevedtak): Mars 2023.
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 2022: Mars 2023.

14.0 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

Kunnskapsdepartementets kandidatmål for praksisplasser finnes på www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kd/Tildelingsbrev/id753324/.

Tilleggsliste til oppdragsdokument 2022

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÄETIE



 **FINNMARKSSYKEHUSET**
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



 **NORDLANDSSYKEHUSET**
NORDLÁNDÁ SKIPIJVIESSO



 **SYKEHUSAPOTEK NORD**
DAVVI BUOHCCIVIESSOAPOTEHKA



 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCIVIESSU



 **HELSE NORD IKT**

Vedtatt i styret i Helse Nord RHF 02.02.2022

Innhold

Vår felles helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	3
Sikre god pasient- og brukermedvirkning.....	4
Somatikk	4
Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	5
Samhandling med leverandører av private helsetjenester	5
Kvalitet i pasientbehandlingen	5
Kvalitetsutvikling	6
Pasientsikkerhet	7
Smittevern	7
Beredskap	7
Samhandling med primærhelsetjenesten	8
Bemanning og kompetanse	8
Sikre gode arbeidsforhold	8
Tilstrekkelig kvalifisert personell	8
Utdanning av legespesialister	9
Helse, miljø og sikkerhet (HMS)	9
Forskning og innovasjon	9
Teknologi.....	10
Personvern og informasjonssikkerhet	10
Bygg og kapasitet	10

Vår felles helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

Krav til alle:

1. Bidra med oppfølging av strategien for økt kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten i henhold til strategidokumentet [Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen](#). (2021)

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

2. Følge opp Helse Nord sitt styrevedtak om valg av modell for overordnet organisering av pasientreiseområdet fremlagt i rapport [Interregional utredning om organiseringen av pasientreiseområdet \(2020\)](#). Målsettingen er å oppnå fordelene som er påpekt i anbefalt alternativ. Dette oppnås best ved at pasientreiser i større grad organiseres sammen med prehospitale tjenester. (2021)
3. 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. (2020)
4. 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)
5. 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)
6. Ved endring i akutfunksjoner og andre vesentlige endringer i tjenestetilbudet skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring for å sikre at prosessen er gjennomført i henhold til veilederen for utviklingsplaner. (2017)

Krav til NLSH og UNN:

7. Delta med fageksperter til metodevurderinger i Nye metoder. (2021)

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN):

8. Utvikle en informasjonsstrategi for å formidle hvilke tjenester som ytes til befolkningen og tilreisende ved Longyearbyen sykehus, herunder også betalingsordningene for de ulike tjenestemottakerne, innen 31.12.2021 (2020)

Krav til NLSH og UNN:

9. Innføre og delta i ParkinsonNet. Det skal opprettes en lokal koordinator for arbeidet. (2020)

Sikre god pasient- og brukervedvirkning

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

10. Bidra i utviklingen av nasjonale prosjekter og tiltak innenfor pasientreiseområdet i henhold til [Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon. \(2021\)](#)

Somatikk

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

11. Sørge for flere tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier, og tilstrekkelig kompetanse gjennom barnepalliative team. UNN skal koordinere arbeidet. (2021)
12. Oppfylle de definerte «sterke anbefalinger» som fremkommer av Nasjonal traumeplan. (2021)
13. Sikre at rehabiliteringstilbud innen spesialisthelsetjenesten ikke legges ned før man har sikret at kommunene eventuelt er i stand til å overta ansvaret for de aktuelle pasientgruppene. (2021)
14. Registrere fødselsnummer på alle nyfødte før utskrivelse. (2020)
15. Forberede innføring av screening for tarmkreft i henhold til føringer i regionalt prosjekt. (2020)
16. Minst 60 pst. av pasienter med hjerneinfarkt, som er trombolysbehandlet, skal ha fått denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse. (2019)
17. Bidra til at pasienter under 80 år innlagt med NSTEMI, får koronar angiografi innen 72 timer etter innleggelse. (2018)
18. Gjennomføre regelmessig opplæring av ambulansepersonell for å øke andelen prehospital trombolys ved indikasjon på ST-elevasjonsinfarkt (STEMI). (2018)
19. Behandle mer enn 40 % av pasienter under 80 år med STEMI med mindre enn 12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt, med trombolys innen 30 minutter etter første medisinske kontakt eller koronar angiografi/PCI innen 90 minutter. (2018)

Foretaksspesifikke krav:

Nordlandssykehuset

20. I samarbeid med regional traumekoordinator - arrangere kurs i hemostatisk nødkirurgi for traumeteam i eget helseforetak og Helgelandssykehuset (2021)
21. Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpediatriske tjenester til Statens barnehus i Mosjøen. (2021)

Universitetssykehuset Nord-Norge

22. I samarbeid med regional traumekoordinator - arrangere kurs i hemostatisk nødkirurgi for traumeteam i eget helseforetak og Finnmarkssykehuset. (2021)
23. Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpediatriske tjenester til Statens barnehus i Kirkenes. (2018)
24. Utrede flere enn 80 % av pasientene under 80 år innlagt med NSTEMI med koronar angiografi innen 72 timer etter innleggelse. (2018)

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

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

25. Barnevernet skal etablere team for kartlegging av helsesituasjonen for barn som plasseres utenfor hjemmet, med formål å få bedre grunnlag for valg av omsorgsbasis. Teamene foreslås forankret ved de statlige akuttinstitusjonene for ungdom og ved spe- og småbarnsentrene for mindre barn, jf. høringsnotat fra Barne- og familiedepartementet. Helseforetaket skal bidra med spesialistkompetanse inn i teamene innenfor rammen av de midler som stilles til disposisjon til formålet. Det forutsettes gradvis oppstart fra høst 2021. (2021)
26. Etablere områdefunksjoner innen psykisk helsevern og TSB for innsatte. Dette skal sikre faste stedlige tjenester til faste tider innenfor begge fagområder i alle fengsler, jf. plan som er utarbeidet i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet. (2021)
27. I tråd med Opptappingsplan mot vold og overgrep, sørge for at klinisk kompetanse på behandling av seksuelle atferdsproblemer blant barn og unge etableres i helseforetaket. Oppgaven gjøres i samarbeid med nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med skadelig seksuell adferd. (2021)
28. Ikke redusere døgnkapasiteten i psykisk helsevern før det er foretatt en ny vurdering på grunnlag av en samlet analyse av fremtidig kapasitetsbehov, jf. oppdrag i revidert oppdragsdokument 2019. (2021)

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge

29. I 2021 etablere et regionalt behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn, etter modell utarbeidet av Helsedirektoratet. Behandlingstilbudet utarbeides i samarbeid med Helsedirektoratet, SIFER, SANKS og de øvrige regionale helseforetakene. Tilbudet skal tilpasses behovene i den samiske befolkningen. (2021)

Samhandling med leverandører av private helsetjenester

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

30. 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)

Kvalitet i pasientbehandlingen

Krav til alle helseforetak:

31. Vurdere om tiltak som er satt i verk for å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser har hatt forventet effekt, samt redegjøre for videre plan for tiltaksarbeidet. Arbeidet må sees i sammenheng med oppfølging av [Riksrevisjonens undersøkelse i 2018 av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten](#), samt foretaksmøtets krav i 2020 om å rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2021)
32. Sørge for at styremedlemmene får nødvendig opplæring i internkontroll og risikostyring. (2019)

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

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

34. 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. (2020)
35. Påse at sykehusene ikke bruker fastlegene til administrativt arbeid som naturlig bør tilligge sykehusene. Dette gjelder blant annet følgende administrative oppgaver: (2020)
- 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. (2020)
36. Alle akuttsykehus skal ha breddekompetanse innenfor behandling av eldre, og alle store akuttsykehus skal ha spesialist i geriatri. (2020)
37. Stille med fagrevisorer til kliniske fagrevisjoner. (2018)
38. Mini-metodevurdering benyttes i helseforetakene som grunnlag for beslutninger om innføring av nye metoder og ved endring av praksis/avvikling av metoder. (2016)

Kvalitetsutvikling

Krav til alle helseforetak:

39. Helse Nord RHF skal oppdatere regional utviklingsplan (2023–2038) innen desember 2022. Helseforetakene skal oppdatere egne utviklingsplaner innen 1.5.2022 basert på nærmere bestilling fra Helse Nord RHF. Veileder for arbeidet med utviklingsplaner (2020) skal ligge til grunn for arbeidet. (2021)
40. Gjennomføre ledelsens gjennomgang i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren, innen 31. august. Rapporten skal være en del av tertialrapport 2. Status på eksterne tilsyn og revisjoner skal vedlegges. (2021)

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

41. I samsvar med Regional utviklingsplan 2035 delta i arbeidet med utviklingen av en strategi for legemiddelforsyningen i regionen. (2020)

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

42. Samarbeide med Folkehelseinstituttet om gjennomføring av kontinuerlige PasOppundersøkelser blant pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern og TSB. (2020)

Krav til UNN og NLSH:

43. Klargjøre sine nasjonale medisinske kvalitetsregistre for overføring av data til Helseanalyseplattformen i tråd med Helsedataprogrammets prosessbeskrivelse og plan. (2021)

Foretaksspesifikke krav:

Helse Nord IKT

44. Bistå UNN og NLSH med å klargjøre sine medisinske kvalitetsregistre for overføring av data til Helseanalyseplattformen i tråd med Helsedataprogrammets prosessbeskrivelse og plan. (2021)

Pasientsikkerhet

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

45. Andel legemiddellister som er samstemt inn (i DIPS medikamentmodul) skal være mer enn 90 %. (2020)

Krav til sykehusforetakene og SANO:

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

Smittevern

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

47. I samarbeid med Norsk Helsenett legge til rette for at En vei inn-løsningen/melde.no tas i bruk i virksomhetene for melding av uønskede hendelser, herunder bivirkninger av legemidler og vaksiner. (2021)

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

48. Ha minst ett punkt i årsplanen for internrevisjon tilknyttet infeksjonskontrollprogrammet (IKP). (2018)
49. Vaksinere 75 % av helsepersonell med direkte pasientkontakt for sesonginfluensa. (2018)

Beredskap

Krav til alle helseforetak:

50. 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)

Krav til FIN og UNN:

51. Prøve ut løsninger for å sikre adekvat tilgang på blod og blodprodukter lokalt og regionalt i Nord-Norge. (2021)

Samhandling med primærhelsetjenesten

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

- 52. 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 helsefellesskap. SANO skal involveres i arbeidet der det er relevant. (2020)
- 53. Gjennomføre tiltak for å ivareta samhandling om samiske pasienter i helsefellesskapene. (2020)
- 54. 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)
- 55. 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)

Bemanning og kompetanse

Sikre gode arbeidsforhold

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

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

Foretaksspesifikke krav:

Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset:

- 57. På bakgrunn av erfaringer bl.a. fra Helgelandssykehuset utarbeide handlingsplan for å redusere sykefravær til under 7,5 pst. innen 2021. (2019)

Tilstrekkelig kvalifisert personell

Krav til alle:

- 58. Delta i utarbeidelse og implementering av en felles handlingsplan for oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse «[Utfordringer med bemanningen av sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere i sykehus](#)», under ledelse av Helse Nord RHF. (2021)

Krav til sykehusforetakene og SANO:

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

Utdanning av legespesialister

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

- 61. Sikre at LIS-enes progresjon dokumenteres systematisk i Kompetansemodulen, og at data er oppdatert per 1. mars og 1. september (2021)

Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Krav til alle:

- 62. Andel enheter med godt sikkerhetsklima i et helseforetak skal være minst 75 prosent innen 2023. Målt gjennom undersøkelsen Forbedring og beregnet med Helsedirektoratets definisjon på indikatoren. (2021)

Forskning og innovasjon

Krav til alle:

- 63. Utarbeide interne retningslinjer/policy for samarbeid med næringslivet. (2021)

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

- 64. Sikre oppfølging av retningslinjer for åpen publisering jf. veileder for Norges Forskningsråd. (2021)
- 65. Samarbeide med næringslivet om innovative løsninger. (2020)
- 66. 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. (2020)
- 67. Organisere foretakets redelighetsutvalg på en hensiktsmessig måte, og utarbeide retningslinjer for behandling av saker om mulige brudd på anerkjente forskningsetiske normer. (2019)
- 68. Foretakene skal sikre at de rettmessig adresseres ved publikasjoner som utgår fra eller finansieres av foretaksgruppen. (2019)

Krav til SANO, FIN, NLSH og HSYK:

- 69. Prioritere en økt andel egne midler til forskning i 2021, for å bidra til å innfri at ressursbruken til forskning skal økes. (2020)

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge:

- 70. Sikre at forsknings- og innovasjonsmiljøer sender søknader om ekstern finansiering på samtlige relevante utlysninger ved Norges Forskningsråd og Europeisk Forskningsråd. (2021)
- 71. UNN skal øke sin ressursbruk til forskning i 2021, for å bidra til å komme på nivå med sammenlignbare universitetssykehus (jf NIFUs statistikk). (2020)
- 72. Identifisere behov for forskning og innovasjonstiltak spesielt rettet mot den samiske befolkningen. (2017)

Helse Nord IKT

- 73. Være aktive pådrivere i innovasjonsarbeidet basert på tjenestens behov, og understøtte prioriterte regionale tiltak. (2021)

Teknologi

Krav til alle:

- 74. Aktivt avviksmelde IKT-sikkerhetsbrudd, avvik fra NSMs tiltaksliste og styringssystem for informasjonssikkerhet, herunder om nødvendig til relevante tilsynsmyndigheter. NSMs grunnprinsipper med definert tiltaksliste, representerer et minimumsnivå og skal ligge til grunn for alt arbeid med IKT i Helse Nord. (2021)
- 75. Delta i prosjektet for innføring av og ta i bruk system for, medikamentell kreftbehandling i Helse Nord. Det forutsettes at helseforetakene etablerer egne lokale mottaksprosjekt. (2021)
- 76. Allokere nødvendige ressurser til deltagelse og gjennomføring av prosjektene to-faktor autentisering og automatisert tilgangsstyring. Arbeidet i felles kundeprosjekt ledes av Helse Nord RHF. Ressursbehov konkretiseres gjennom prosjektets styringsgruppe. (2021)
- 77. Benytte statens standardavtaler (SSA) for dokumentasjon av IKT-leveranser i foretaksgruppen. (2021)

Krav til sykehusforetakene og HN IKT:

- 78. Øke bruken av digital kommunikasjon med allmennleger, avtalespesialister, pasienter og pårørende og ta i bruk andre ferdigutviklede tjenester på helsenorge.no. Innføringen gjennomføres i Helse Nords prosjekt Digitale Innbyggertjenester. (2019)

Foretaksspesifikke krav:

Helse Nord IKT

- 79. Leverer IKT-tjenester i tråd med virkemidler som beslattes av Helse Nord RHF, eksempelvis regionale systemvalg/systemløsninger, arkitekturbeslutninger/føringer, føringer for infrastruktur, regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. (2021)
- 80. Planlegge nødvendige tiltak for å ta bruk modernisert folkeregister innen 31.12.2021. (2019)
- 81. 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)

Personvern og informasjonssikkerhet

Krav til alle:

- 82. 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)

Bygg og kapasitet

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

- 83. Ha avtaler for arealdeling av universitetsarealer. (2018)

84. 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)
85. 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:

86. Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til Nye Narvik sykehus i tråd med brev av 10.7.18. (2019)

Finnmarkssykehuset

87. Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til Nye Hammerfest sykehus i tråd med brev av 10.7.18. (2020)

Oppdatert veileder for styrets arbeid i Helse Nord	
Styresak nr.:	6 - 2022
Møtedato:	10. februar 2022
Saksbehandler:	Direktør Helge K. Kjerulf Pettersen
Vedlegg:	1) Styrearbeid i Helse Nord – Veileder for styrearbeid i Helse Nord RHF og helseforetakene i Helse Nord

Formål

Saken legger frem revidert veileder for styrearbeid i Helse Nord. Veilederen er et hjelpemiddel for styrene i Helse Nord og skal bidra til god rolleforståelse, trygghet for rammene og kvalitet i styrearbeidet. Saken skal sikre forankring av veilederen i styret.

Bakgrunn

Styret i Helse Nord RHF vedtok i styremøte 26. oktober 2011 en veileder for styrearbeid i Helse Nord, som ble overlevert i helseforetakene i foretaksmøte. Veilederen ble sist oppdatert i styremøte i Helse Nord 27. februar 2019 (jf. styresak 19-2019 Styrearbeid i helseforetak, veileder for Helse Nord) for så å bli behandlet i styremøte i Sykehusapotek Nord 21. mars 2019 (jf. Styresak 23-2019 Styrearbeid i Helse Nord – oppdatert veileder).

Veilederen bygger på Helse- og omsorgsdepartementets veileder for styrearbeid i regionale helseforetak, som kort orienterer om styrearbeid i regionale helseforetak og er ment som et bidrag til styrenes rolleforståelse og rolleutøvelse. Veilederen sammenfatter gjeldenderettsregler og belyser hvordan disse skal praktiseres.

Revidert veileder

Helse Nords veileder er nå revidert og oppdatert for nyere lovgivning. Den reviderte veilederen gjengir i sin helhet Helse- og omsorgsdepartementets veileder for styrearbeid i regionale helseforetak, som med unntak av oppnevning av styremedlemmer, er like gyldig for styrearbeid i helseforetak.

Deler av teksten fra Helse Nords gamle veileder er bearbeidet og tatt inn. I tillegg utdyper ny tekst departementets tekst og nyere lovgivning er innarbeidet. Henvisninger til offentlige dokumenter som jevnlig legges frem på ny (eksempelvis statens eierskapsmeldinger) er tatt ut for å redusere behovet for revisjoner.

All tekst i veilederen skrevet av Helse Nord RHF er farget i blått for å skille den fra departementets tekst.

Veilederen er altså omstrukturert og oppdatert for nye lovendringer. Materielt er veilederen i det vesentlige som tidligere.

Direktørens innstilling til vedtak

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar revidert veileder for styrearbeid i helseforetak i Helse Nord til orientering.

Helge K. Kjerulf Pettersen
direktør

Styrearbeid i Helse Nord

Veileder for styrearbeid i Helse Nord RHF og helseforetakene i Helse Nord

Dato:

Forord

Kjære styreledere og – medlemmer i Helse Nord

Takk for at du har tatt på deg vervet i styret i et helseforetak. Å delta i ledelse og styring av spesialisthelsetjenesten er et stort samfunnsansvar og samtidig et privilegium. Det innebærer ansvar for helsetjenestene til befolkningen i Nord-Norge og arbeidsgiverfunksjon for kompetente og engasjerte medarbeidere i landsdelen. Vervet betyr også god kontakt med kommunene og helseforetakets omgivelser, og ansvar for å forvalte store offentlige ressurser.

Nord-Norge har langstrakt geografi og langt mellom husene mange steder. Likeverdige helsetjenester der vi bor kan være utfordrende, men vi løser utfordringer om vi står sammen. Helhetlig tenking og samlet styring av sykehusene i Nord- Norge gir oss bedre rammebetingelser som for eksempel sterkere kompetanse, bedre IKT-systemer, bedre bygg og mer avansert utstyr. Godt samarbeid gir bedre og sikrere pasientbehandling.

Styrene i helseforetakene står ansvarlig for helseforetakets samlede virksomhet overfor Helse Nord RHF, slik Helse Nord RHF gjør overfor sin eier, Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Nord RHF har «sørge for»-ansvaret som skal oppfylles med tjenestene helseforetakene og private aktører med avtale leverer.

Verdiene trygghet, kvalitet, respekt og godt lagspill er fundamentet for arbeidet som skal gjøres, også i helseforetakets styre. Styrene har medlemmer med ulik bakgrunn, og gjennom konstruktiv bruk av den samlede kompetansen, i samspill med helseforetakets administrasjon og Helse Nord RHF og i tråd med våre verdier skal vi oppfylle vårt oppdrag – til beste for pasientene.

Lykke til – dere gjør en forskjell!

Beste hilsen
Renate Larsen
styreleder Helse Nord RHF

Innhold

Forord	2
Ordliste/forkortelse	5
Introduksjon.....	6
1. Helseforetaksmodellen.....	7
1.1 Samfunnsoppdrag og ansvar.....	7
1.2 Etikk – etiske retningslinjer	8
2. Rammer for statens eierskap	8
2.1 Konstitusjonelle rammer – politisk og konstitusjonelt ansvar	8
2.2 Kontakt mellom Stortinget og regionale helseforetak	8
2.3 Riksrevisjonens kontroll	9
2.4 Helseforetaksloven – rettslige rammer for departementets eierstyring	9
2.4.1 Fastsetting av vedtekter og oppnevning av styremedlemmer	10
2.4.2 Foretaksmøtet – foretakets øverste organ.....	10
2.4.3 Oppdragsdokumentet – den helsepolitiske bestillingen	11
2.4.4 Oppfølgingsmøter mellom eier og regionalt helseforetak.....	12
2.5 Statens eierskapspolitikk	12
3. Styret – god virksomhetsstyring.....	13
3.1 Styret som kollegium	13
3.2 Styrets sammensetning: kompetanse, mangfold, kapasitet	13
3.2.1 Eieroppnevnte styremedlemmer	14
3.2.2 Ansattevalgte styremedlemmer	14
3.2.3 Opplæring og støtte til nye styremedlemmer	15
3.2.4 Tjenestetid, tidligere avgang mv.	15
3.2.5 Fastsettelse av styregodtgjørelse.....	16
3.3 Styrene – rammer og oppgaver	16
3.3.1 Styrets forvaltningsansvar og tilsynsansvar	16
3.3.2 Bruk av styreutvalg	17
3.3.3 Internkontroll og risikostyring	17
3.3.4 Tilsetting og avlønning av daglig leder og andre ledende ansatte	19
3.3.5 Rapportering til eier – årlig melding, årsregnskap og årsberetning	20
3.3.6 Begrensninger i styrets kompetanse (myndighet)	21
3.3.7 Representasjon og styreansvar	22
4. Praktisk styrearbeid	22
4.1 Styreleders særlige oppgaver	22

4.2	Styresekretær	23
4.3	Strategi, kontroll- og organiseringsoppgaver og egenoppgaver.....	23
4.4	Mer om styrets egenoppgaver	24
4.4.1	Årsplan.....	24
4.4.2	Instruks for styret og instruks for administrerende direktør	24
4.4.3	Styredokumentene – styrets beslutningsgrunnlag.....	25
4.4.4	Protokoll fra styremøtene	25
4.4.5	Styrets evaluering av egen virksomhet	25
4.5	Forholdet til annen lovgivning	26
4.5.1	Regnskapsloven, krav til revisor.....	26
4.5.2	Forvaltningsloven, offentleglova og arkivloven.....	27
5.	Vedlegg.....	28
	Vedrørende tolkning av helseforetakslovens bestemmelser om eierstyring, kommunikasjon og åpenhet i møter	29
1.	EIERSTYRING OG ROLLER – VEDTAKSKOMPETANSE	29
1.1	Om rolledelingen mellom Storting, statsråd og regionale helseforetak	29
1.2	Styrets selvstendige ansvar for å fatte vedtak etter egen overbevisning	3
1.3	Om helseforetaksloven § 30 - når må en sak vedtas av statsråden i foretaksmøtet?	3
1.4	Nærmere om vedtak knyttet til nedleggelse av sykehus.....	4
2.	OM ADGANGEN TIL Å HA DIALOG OG UTVEKSLER SYNSPUNKTER MED UNDERLIGGENDE VIRKSOMHET UTENOM FORETAKSMØTENE	5
2.1	Eierstyring skal skje i foretaksmøte	5
2.5	Eier kan ha dialog med styreleder.....	7
2.6	Om forholdet mellom administrerende direktør i helseforetak, styret, foretaksmøtet og administrerende direktør i regionalt helseforetak	7
3.	OM ÅPENHET OG LUKKING AV STYRETS MØTER.....	8
3.1	Overordnet	8
3.2	Om offentlighet ved styremøter.....	9
3.3	Om adgangen til å avholde styreseminarer	10
3.4	Om styrets egnevaluering.....	10

Ordliste/forkortelse

Helse Nord vs. Helse Nord RHF

Med begrepet «Helse Nord» menes hele foretaksgruppen, med alle helseforetakene. «Helse Nord RHF» betyr administrasjonen i det regionale helseforetaket.

Foretak er fellesbetegnelse på regionalt helseforetak og helseforetak.

Eier er staten ved Helse og omsorgsdepartementet i Helse Nord RHF og staten ved Helse Nord RHF i helseforetakene i Helse Nord.

Introduksjon

Veilederen gjengir Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) veileder for styrearbeid i regionale helseforetak. Styringsstrukturen mellom HOD og regionale helseforetak er den samme som mellom regionale helseforetak og foretakene eid av regionale helseforetak. Veilederen er derfor, med unntak av eiers oppnevning av styremedlemmer, like veiledende for styrene i regionale helseforetak som styrene i helseforetak.

Helse Nord RHF har satt inn egen tekst i noen av veilederens punkter, markert i **blå** skrift.

Sist i veilederen er Helse- og omsorgsdepartementets brev av 30.6.2015 tatt inn. Brevet uttyper og fortolker helseforetakslovens bestemmelser om eierstyring, kommunikasjon og åpenhet i møter.

Helse Nord RHF oppfordrer styremedlemmene i foretakene ta veilederen aktivt og ofte i bruk. Veilederen gir grunnlag for å forstå rollen som styremedlem i foretak, og er nyttig også til intern diskusjon i styret for stadig å utvikle bevisstheten rundt oppdraget.

1. Helseforetaksmodellen

Grunnpilaren i helsepolitikken er en offentlig styrt helsetjeneste som skal gi hele befolkningen likeverdig tilgang til gode helsetjenester – uansett sosial og økonomisk status eller bosted.

Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet eier de fire regionale helseforetakene. De fire regionale helseforetakene eier sine respektive underliggende helseforetak.

Helseforetaksloven fastsetter de rettslige rammene for organisering av foretakene.

Helseforetaksmodellen ble innført da helseforetaksloven trådte i kraft 1. januar 2002.

Eierskapet til sykehusene ble overført til staten, etter 30 år med fylkeskommunalt eierskap. Sykehusene ble organisert som selvstendige rettssubjekter i form av helseforetak med egne styrever.

Det statlige eierskapet styrker statens mulighet til å styre spesialisthelsetjenesten ved at eierrollen kommer i tillegg til statens øvrige roller, som politikkutformer, finansiør (bestiller), myndighetsutøver og tilsynsmyndighet.

De regionale helseforetakene har to viktige lovpålagte oppgaver; de eier helseforetakene i helseregionen (eieransvar) og skal sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester (sørge-for-ansvar). Spesialisthelsetjenestene skal enten tilbys av egne helseforetak eller kjøpes fra private aktører.

Helse Nord er den offentlige spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge og på Svalbard. Foretaksgruppen Helse Nord består av et regionalt helseforetak og seks helseforetak; Finnmarkssykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Sykehusapotek Nord HF, Nordlandssykehuset HF, Helgelandssykehuset HF og Helse Nord IKT HF.

Helse Nord RHF eier flere nasjonale helseforetak sammen med de øvrige regionale helseforetakene; Pasientreiser HF, Luftambulansetjenesten HF, Helsetjenestens driftsorganisasjon (HDO) HF, Sykehusbygg HF og Sykehusinnkjøp HF.

Ved siden av tjenestene helseforetakene gir har Helse Nord RHF avtaler om kjøp av spesialisthelsetjenester med private virksomheter og driftsavtaler med selvstendige lege- og psykologspesialister.

1.1 Samfunnsoppdrag og ansvar

Det statlige eierskapet skal sikre helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og god ressursbruk for å ivareta og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester til befolkningen, samt legge til rette for utdanning, forskning og opplæring.

De regionale helseforetakene skal kommunisere med alle aktører som berøres av virksomheten og innrette virksomheten slik at de gir et positivt bidrag til samfunnet. Den

praktiske utøvelsen tilligger daglig leder. Styret må sørge for gode rutiner og retningslinjer for å ivareta sitt ansvar.

1.2 Etikk – etiske retningslinjer

De regionale helseforetakene og helseforetakene forvalter sentrale velferdsgoder for befolkningen. Det er derfor viktig at både ansatte og styremedlemmer har nødvendig tillit i offentligheten.

De regionale helseforetakene og helseforetakene skal ha retningslinjer for etisk ansvarlig opptreden som er tilgjengelige på foretakets hjemmeside. De etiske retningslinjene skal gjelde de ansatte og, så langt de passer, styremedlemmer og andre som representerer foretaket.

[Helse Nord RHF og helseforetakene i regionen har utarbeidet etiske retningslinjer for foretaksgruppen i fellesskap. Retningslinjene er tilgjengelige på foretakenes nettsider. Regionale retningslinjer for å varsle kritikkverdige forhold og veileder om bierverv omhandler tilgrensende tematikk som styrene også må ha et forhold til.](#)

2. Rammer for statens eierskap

De regionale helseforetakene [og helseforetakene](#) er egne rettssubjekter. Dette setter rammer for hvordan styringskrav kommuniseres og i hvilken grad og hvordan det kan gripes inn i virksomhetens drift.

2.1 Konstitusjonelle rammer – politisk og konstitusjonelt ansvar

I følge Grunnloven §19 forvalter regjeringen statens aksjer og eierskap i statsforetak og andre selskap. Forvaltningen av de regionale helseforetakene er delegert til Helse- og omsorgsdepartementet.

Helseministerens forvaltning av eierskapet til de regionale helseforetakene utøves under parlamentarisk og konstitusjonelt ansvar. Det parlamentariske ansvaret er statsrådets politiske ansvar overfor Stortinget og kan gjøres gjeldende overfor den enkelte statsråd eller for regjeringen som kollegium ved mistillitsvotum. Det konstitusjonelle ansvaret er statsrådets individuelle strafferettslige ansvar for brudd på grunnlov og lov.

2.2 Kontakt mellom Stortinget og regionale helseforetak

Stortinget kan ikke styre foretakene direkte, men vedtar rammene for regjeringens forvaltning av det statlige eierskapet. Det skal legges til rette for at Stortinget og stortingsrepresentantene får den informasjonen de har behov for og etterspør. Som følge av statsrådets politiske og konstitusjonelle ansvar skal Helse- og omsorgsdepartementet være informert om slik kontakt, og informeres i forkant av avtalte møter.

[Kontakt mot helseforetakene skal alltid kanaliseres gjennom det regionale helseforetaket som så informerer Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Nord RHF skal informeres om kontakt](#)

som likevel går direkte til foretakene.

2.3 Riksrevisjonens kontroll

Riksrevisjonen fører kontroll med statsrådens (Helse- og omsorgsdepartementets) forvaltning av det statlige eierskapet. Riksrevisjonen kan foreta undersøkelser i regionale helseforetak, helseforetak og heleide datterselskap etter riksrevisjonsloven og instruks fastsatt av Stortinget. Riksrevisjonen har rett til å kreve de opplysninger den finner påkrevd for sin kontroll, både fra foretaket selv og fra revisor, eventuelt selv foreta undersøkelser. Riksrevisjonen skal varsles om foretaksmøtene og har rett til å være til stede og tale.

Riksrevisjonen foretar årlige selskapskontroller og forvaltningsrevisjoner i foretakene. Resultatet rapporteres til Stortinget.

Dokumentene i saker som Riksrevisjonen vurderer å legge fram for Stortinget er underlagt utsatt offentlighet. Dette betyr at dokumentene først kan offentliggjøres når saken er mottatt i Stortinget.

2.4 Helseforetaksloven – rettslige rammer for departementets eierstyring

Statens (departementets) eierstyring skal skje innenfor rammer og mål som Stortinget fastsetter gjennom budsjettvedtak (Prop 1 S) og lovgivning.

Statens økonomireglement er også relevant for statens eierstyring og oppfølging av eierinteresser.

Helseforetaksloven fastsetter de rettslige rammene for eiers, styrets og administrerende direktørs myndighet. Den statlige eierstyring skal skje gjennom:

- fastsetting av vedtekter
- oppnevning av styremedlemmer og
- gjennom enkeltstående vedtak og foretaksmøter

Helseforetaksloven § 16 første ledd bestemmer at «eiere utøver den øverste myndighet i foretak i foretaksmøte» og at «eier kan ikke utøve eierstyring i foretak utenom foretaksmøte». Eierstyring skjer således i foretaksmøte.

All kommunikasjon mellom statsråden og ledelsen i regionalt helseforetak utenom foretaksmøtet må anses som dialog og meningsutvekslinger. Det er ikke instruks. Styremedlemmene skal fatte vedtak på selvstendig grunnlag. Det samme gjelder i forholdet mellom regionalt helseforetak og helseforetak.

Adgangen til å ha dialog og utveksle synspunkter med underliggende virksomhet utenom foretaksmøtene er omtalt i punkt 2 i vedlagte brev fra departementet av 30. juni 2015.

2.4.1 Fastsetting av vedtekter og oppnevning av styremedlemmer

Overordnede og langsiktige styringskrav gis i de regionale helseforetakenes vedtekter. Endringer i vedtektene fastsettes av foretaksmøtet.

Foretaksmøtet oppnevner styremedlemmer for de regionale helseforetakene. Se nærmere omtale under punkt 3.2.

[På samme måte gis overordnede og langsiktige styringskrav i helseforetakenes vedtekter.](#)

2.4.2 Foretaksmøtet – foretakets øverste organ

Foretaksmøtet er omtalt i helseforetaksloven kapittel 5 og i vedtektene. Foretaksmøtet er det regionale helseforetakets øverste organ. Eier kan ikke utøve eierstyring utenom foretaksmøtet. Eier kan avholde felles foretaksmøte for foretak som ikke eies sammen med andre.

I foretaksmøtet i de regionale helseforetakene representerer Helse- og omsorgsdepartementet staten som eier. I foretaksmøtet i helseforetakene er (styret for) de regionale helseforetakene eier.

Daglig leder i regionalt helseforetak kan etter vedtak i styret representere eier. For de regionale helseforetakene:

- skal det avholdes foretaksmøte i løpet av årets to første måneder hvert år for å godkjenne økonomiske og organisatoriske krav og rammer
- skal det avholdes foretaksmøte innen utgangen av juni måned hvert år for å fastsette årsregnskap, årsberetning og behandle årlig melding
- skal foretaksmøtet håndtere saker som ifølge lov, forskrift eller vedtekter hører under foretaksmøtet

Ytterligere foretaksmøter besluttet av eier og kan avholdes ved behov.

[Helse Nord RHF holder foretaksmøter i helseforetakene i Helse Nord etter samme mønster.](#)

2.4.2.1 Innkalling

Eier innkaller styret og daglig leder til foretaksmøte. Revisor innkalles dersom sakene som behandles tilsier det, eller dersom Riksrevisjonen krever det. Riksrevisjonen skal varsles og har rett til å være til stede og tale i foretaksmøtene (riksrevisjonsloven § 13 og helseforetaksloven § 45). Styreleder og daglig leder plikter å delta i foretaksmøtet. Dersom styreleder eller daglig leder har gyldig forfall, skal det utpekes stedfortreder fra henholdsvis styret eller administrasjonen. Eier kan bestemme at foretaksmøtet holdes som video- eller telefonmøte.

2.4.2.2 Møteledelse og protokoll

Foretaksmøtet i de regionale helseforetakene ledes av statsråden eller den statsråden gir fullmakt. Eier kan overlate til styrets leder å lede foretaksmøtet.

Det skal føres protokoll fra foretaksmøtet, som gjengir eiers vedtak. Er styremedlem eller daglig leder uenig i eiers vedtak, skal dette føres inn i protokollen. I etterkant av foretaksmøtene slutfører eier protokollen og oversender den til styreleder, daglig leder og Riksrevisjonen. Protokollen legges også ut på www.regjeringen.no.

Reglene om varsling av Riksrevisjonen og føring av protokoll utgjør et grunnlag for kontroll med statsrådets forvaltning av eierskapet.

Foretaksmøte i helseforetakene åpnes av styreleder for det regionale helseforetaket eller den hun/han gir fullmakt. Møteledelsen i individuelle foretaksmøter overlates deretter normalt til helseforetakets styreleder. I felles foretaksmøter har styreleder i Helse Nord RHF normalt møteledelsen. Protokollene fra foretaksmøtene blir lagt ut på www.helse-nord.no

2.4.3 Oppdragsdokumentet – den helsepolitiske bestillingen

Helseforetaksmodellen innebærer at flere roller samles på statens hånd. I tillegg til eierskapet, finansieres de regionale helseforetakene i all hovedsak gjennom bevilgninger på statsbudsjettet. Dette innebærer at de regionale helseforetakene styres etter andre prinsipper enn andre statlig eide selskaper som ikke finansieres gjennom bevilgninger over statsbudsjettet.

Helseforetaksloven gir hjemmel for at eier kan tildele foretak midler utenfor foretaksmøtet og sette vilkår for tildelingen. Til de regionale helseforetakene gjøres dette gjennom oppdragsdokumentet, som også omtales som den helsepolitiske bestillingen, der Stortingets bevilgning stilles til disposisjon. Oppdragsdokumentet skal på en helhetlig måte klargjøre rammer, mål og resultatkrav for de regionale helseforetakene det kommende året, knyttet til pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring. Oppdragsdokumentet stiller også krav til hvordan de regionale helseforetakene skal rapportere til Helse- og omsorgsdepartementet om gjennomførte tiltak og oppnådde resultater (se punkt 3.3). Oppdragsdokumentet ferdigstilles etter at Stortingets budsjettvedtak for det kommende året foreligger og publiseres på www.regjeringen.no. Det har de siste årene vært praksis for at oppdragsdokumentet overleveres samme dag som foretaksmøtet i januar.

Helse Nord RHF har valgt å samle krav og forventninger i et eget dokument, oppdragsdokumentet eller OD, som sammen med protokollen fra foretaksmøtet i februar er den helhetlige bestillingen til helseforetaket.

Oppdragsdokumentet sendes ut så snart det regionale helseforetaket har mottatt oppdragsdokumentet fra HOD og innarbeidet oppdragene til helseforetakene. Foretaksmøtet stadfester OD. Bestillinger til helseforetakene utenom OD (tilleggsbestillinger) vedtas av i særskilte foretaksmøter.

2.4.4 Oppfølgingsmøter mellom eier og regionalt helseforetak

Departementet har ansvar for å holde seg orientert om virksomheten og at virksomhetene drives i samsvar med kravene som er stilt i foretaksmøter og vilkårene som er satt for tildeling av bevilgning.

Helse- og omsorgsdepartementet skal innhente skriftlige opplysninger fra regionale helseforetak og avholde rapporteringsmøter. Departementet gjennomfører regelmessige oppfølgingsmøter med ledelsen i de regionale helseforetakene. I disse møtene deltar departementets eieravdeling og spesialisthelsetjenesteavdeling. I møtene rapporterer de regionale helseforetakene på styringskrav satt i foretaksmøter og oppdragsdokument. I tillegg utveksles informasjon om aktuelle saker.

Det faktum at eier kun styrer gjennom foretaksmøter, er ikke til hinder for kontakt mellom departementet som eier og de regionale helseforetakene utenom foretaksmøtet, men det må legges vekt på å etablere hensiktsmessige kommunikasjonsformer.

Helse Nord RHF følger på sin side opp helseforetakets evne til å levere de resultater som er forutsatt og utviklingen for øvrig. Som ledd i dette holder det regionale helseforetaket regelmessige oppfølgingsmøter med ledelsen (styret og daglig ledelse) i helseforetakene. Dette skjer gjennom oppfølgings-/dialogmøter mellom adm. direktør i Helse Nord RHF og adm. direktør i helseforetaket samt gjennom møter mellom RHF-styret og HF-styrene, herunder styreledermøte.

I møtene kan helseforetakene bli bedt om å redegjøre for resultatutvikling, planavvik og tiltak for å nå krav som er satt i oppdragsdokument og foretaksmøter med hensyn til aktivitet og kvalitet og økonomisk resultatutvikling. Helse Nord RHF kan informere om ulike forhold, så som foretaksgruppens samlede resultatutviklingen eller orientere om strategiske spørsmål. Helseforetakene kan ta opp saker de ønsker å drøfte med Helse Nord RHF. Rammene for eierstyring er ikke til hinder for at eier kan ta opp forhold helseforetakene bør vurdere i tilknytning til virksomhet og utvikling. Synspunkter eier gir uttrykk for i slike møter er å betrakte som innspill til ledelsen i helseforetakene og er ikke bindende for foretaket.

Bindende styringsbudskap blir kun gitt i foretaksmøter.

2.5 Statens eierskapspolitikk

Som eier forvalter staten betydelige verdier på vegne av fellesskapet. Dette stiller krav til at virksomhetene drives profesjonelt og ansvarlig.

Det legges til grunn at styrene og ledelsen i de regionale helseforetakene er kjent med forventninger og krav som følger av regjeringens eierskapspolitikk. Det vises videre til Statens prinsipper for godt eierskap, som er i tråd med allment aksepterte eierstyringsprinsipper.

Helse Nord RHF forventer at helseforetakene styres i tråd med prinsippene for god eierstyring. Helseforetakene skal drives på bærekraftig og ansvarlig vis og iaktta FNs bærekraftsmål. Bærekraftig betyr i denne sammenheng bl.a. å bruke ressursene foretaket har til aktiviteter som gir høyest mulig sektorpolitisk måloppnåelse og gjennomføre aktivitetene mest mulig kostnadseffektivt. Ansvarlighet betyr et ansvar for hvordan foretakene virker inn på menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter, arbeid mot korrupsjon, samt miljø og klima, enten det gjelder kjøp av tjenester eller effekt av egen virksomhet.

Foretaksmøtet i Helse Nord RHF har stilt krav om at styret og daglig leder skal være kjent med kravene til samfunnsansvar, og at foretakene skal ivareta ansvaret på en fremtidsrettet måte som del av sin operasjonelle og strategiske virksomhetsstyring. Styret må sørge for at det etableres gode rutiner eller retningslinjer for å ivareta samfunnsansvaret.

3. Styret – god virksomhetsstyring

Foretakets styre og daglige ledelse er regulert i helseforetaksloven kapittel 6 og i vedtektene. God virksomhetsstyring omhandler rollefordelingen og samspillet mellom eier, styret og daglig leder. God virksomhetsstyring omhandler også samspillet mellom virksomheten og dens interessenter, som f.eks. ansatte og brukere og deres organisasjoner, samarbeidsparter, leverandører, lokalt og regionalt nærmiljø og andre sektorer.

Staten ønsker å legge til rette for god virksomhetsstyring. Helseforetaksmodellen bygger på en klar rollefordeling mellom eier, styret og daglig leder.

3.1 Styret som kollegium

Styret er et kollegialt organ som treffer beslutninger i styremøter. Styrelederen har ikke instruksjonsmyndighet over styremedlemmene. Det enkelte styremedlem skal ikke representere bestemte interesser eller grupper.

Styremedlemmer kan utsettes for sterke forventninger om å engasjere seg i enkeltsaker og enkelthensyn. Det kan være en krevende balansegang for styremedlemmet og også utfordre styret ved at oppmerksomhet rettes inn mot detaljer heller enn en strategisk og overordnet tilnærming.

Forutsetningen for at styret skal kunne opptre som et kollegium er at styremedlemmene har god forståelse av styrets rolle og formålet og rammene for virksomheten.

3.2 Styrets sammensetning: kompetanse, mangfold, kapasitet

De regionale helseforetakene forvalter viktige samfunnsoppgaver og store ressurser på vegne av fellesskapet. Styret skal sørge for at virksomheten oppnår målene som er satt og samtidig drive kostnadseffektivt.

Styret må settes sammen slik at det samlet sett har en kompetanse som står i forhold til de oppgaver som styret har og de utfordringene det regionale helseforetaket står overfor. Styrets

sammensetning skal bidra til at styret kan balansere ulike interesser og ta en aktiv rolle for å drive og utvikle spesialisthelsetjenesten i tråd med nasjonal helsepolitikk. Det forventes at styrene legger opp sitt arbeid slik at de gjennom gode prosesser sørger for å utveksle nødvendig kunnskap og informasjon med relevante interessenter. Styrene for de regionale helseforetakene består av både eieroppnevnte styremedlemmer og styremedlemmer valgt av og blant de ansatte.

Også styrene for helseforetakene består av både eieroppnevnte styremedlemmer og ansattevalgte styremedlemmer.

Helse Nord RHF forventer at styrene legger opp arbeidet slik at de gjennom gode prosesser sørger for både å bringe inn nødvendig kunnskap fra og formidle informasjon til relevante interessenter/miljøer.

3.2.1 Eieroppnevnte styremedlemmer

Eieroppnevnte styremedlemmer i de regionale helseforetakene, herunder styreleder og nestleder, velges av foretaksmøtet.

Styremedlemmene i de regionale helseforetakene må ha tilknytning til regionen. Det enkelte styremedlem skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper.

Ved oppnevning av nye styremedlemmer legges det vekt på at styret samlet sett har et mangfold og en bredde kompetansemessig, geografisk og aldersmessig. Styret skal oppfylle kravet til kjønnsmessig balanse. Det er videre praksis for å balansere hensynet til kontinuitet og fornyelse i styret.

Helse Nord RHF inviterer kommuner, fylkeskommuner og Sametinget til å foreslå aktuelle kandidater, men også andre kan foreslå. Helseforetaksloven har føringer for regional tilhørighet for styrene i helseforetakene. Helseforetak som typisk er et lokalsykehus bør likevel ha en sammensetning der flerparten har kjennskap og tilknytning til lokalmiljøet helseforetaket skal betjene.

3.2.2 Ansattevalgte styremedlemmer

Styremedlemmer valgt av og blant de ansatte bidrar med kunnskap om foretaksinterne forhold som kan være vesentlige for styrets vurderinger. Inntil en tredel av styremedlemmene skal velges av og blant de ansatte. De ansatte har en ubetinget rett til å være representert i styret for det regionale helseforetaket og en betinget rett til å være representert i styret for helseforetaket (mer enn 30 ansatte).

Til styret for det regionale helseforetaket velges styremedlemmer blant de ansatte i det regionale helseforetaket og i underliggende helseforetak. Forskrift om ansattes rett til representasjon regulerer valget.

Styremedlemmer valgt av og blant de ansatte har samme ansvar og rettigheter som eieroppnevnte styremedlemmer. De deltar likevel ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettsvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

[I helseforetak med flere enn 200 ansatte skal de ansatte velge ytterligere ett styremedlem.](#)

3.2.3 Opplæring og støtte til nye styremedlemmer

Det er viktig at nye styremedlemmer får god opplæring og støtte til å forstå og utøve styrearbeidet på en god måte. Styreleder kan selv sørge for dette eller delegere til andre. Styret kan også gjennomføre styreseminarer for å styrke styret som kollegium

Departementet gir nye styremedlemmer i de regionale helseforetakene relevant informasjon og avholder «konstituerende» styreseminar.

[Helse Nord RHF vil ta ansvar for deler av opplæringen av nye styrer, f.eks. gjennom opplæringsmateriell og gjennomføre styreseminarer for styrene i helseforetakene i Helse Nord. Nye styremedlemmer i helseforetakene får også informasjon fra eget helseforetak og/eller Helse Nord RHF. Helse Nord RHF forventer også at styremedlemmer setter seg inn i rammeverket som regulerer helseforetaket.](#)

3.2.4 Tjenestetid, tidligere avgang mv.

Styremedlemmene oppnevnes for to år. Et styremedlem blir sittende inntil et nytt styremedlem er valgt selv om tjenestetiden er utløpt. Et styremedlem kan gjenoppnevnes for flere perioder.

Når særlige grunner foreligger, kan styremedlemmet tre tilbake før tjenestetiden er utløpt. Dette kan være f.eks. familiære eller helsemessige forhold, eventuelt at rollen som styremedlem er uforenlig med andre forhold eller posisjoner styremedlemmet innehar.

Eier kan i foretaksmøte avsette eller bytte ut ett eller flere eieroppnevnte styremedlemmer. Det kreves ingen begrunnelse.

Ved suppleringsvalg kan det fastsettes kortere tjenestetid. I situasjoner der eieroppnevnte styremedlemmer har fratrådt før tjenestetiden er ute, blir nye styremedlemmer i tråd med etablert praksis valgt med tjenestetid fra valget og frem til nye styremedlemmer ordinært skal velges.

Foretaksmøtet kan ikke avsette eller bytte ut styremedlemmer som er valgt av og blant de ansatte.

3.2.5 Fastsettelse av styregodtgjørelse

Foretaksmøtet fastsetter styregodtgjørelse for styremedlemmene. Styregodtgjørelsen for styremedlemmene i de regionale helseforetakene blir fastsatt i forbindelse med valg av nye styremedlemmer annethvert år. Ved fastsettelsen ses det hen til styregodtgjørelser i andre virksomheter, samt den alminnelige lønnsutviklingen.

Helse Nord RHF har valgt å følge samme praksis som Helse- og omsorgsdepartementet, både med hensyn til å fastsette styrehonorar i forbindelse med at nye styrer oppnevnes og med samme prosentvise økning.

3.3 Styrene – rammer og oppgaver

Styret er virksomhetens øverste styrings- og ansvarsorgan. De rettslige rammene for styrenes oppgaver og plikter fremgår av helseforetaksloven (særlig kapitlene 6 og 7) og vedtektene. Det er viktig for styret å ha god kunnskap om disse bestemmelsene i utøvelsen av styrearbeidet.

3.3.1 Styrets forvaltningsansvar og tilsynsansvar

Styret har ansvar for forvaltning og tilsyn med foretaket. Styret må rette seg etter eiers styringskrav i foretaksmøte og oppdragsdokument.

Helseforetaksloven slår fast at styret som del av sitt **forvaltningsansvar** må:

- sørge for forsvarlig organisering av foretaket
- fastsette planer og budsjett for foretakets virksomhet
- holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling

Styret skal også sørge for betryggende kontroll av bokføring og formuesforvaltning.

Helseforetaksloven slår fast at styret som del av sitt **tilsynsansvar** må:

- føre tilsyn med den daglige ledelse
- føre tilsyn med foretakets virksomhet, og at det drives i samsvar med målene, vedtektene, styringskrav og vedtatte planer og budsjett

Styret for de regionale helseforetakene skal også føre tilsyn med at underliggende helseforetak drives i samsvar med helseforetakets vedtekter, foretaksmøtets vedtak og vedtatt budsjett og plan.

Den daglige driften av foretaket er et ansvar for foretakets daglige leder. Styret kan tydeliggjøre sine krav og forventninger til daglig leder gjennom fastsetting av instruks for administrerende direktør. Mange av foretakene har fastsatt slik instruks (se 4.4). Daglig leder må følge retningslinjer og pålegg styret har gitt. Styrets retningslinjer og pålegg utformes normalt på overordnet nivå, slik at daglig leder har handlingsrom til å lede virksomheten.

Helseforetaksloven stiller krav om at daglig leder hver fjerde måned skal gi styret skriftlig

rapport om foretakets økonomiske stilling og virksomhet. I regionalt helseforetak skal rapporteringen også omfatte virksomheten til de underliggende helseforetakene. Gjeldende praksis er at daglig leder gir månedlige rapporteringer. Dette skal sikre at styret regelmessig får den informasjonen det trenger for å ivareta sitt forvaltnings- og tilsynsansvar. Det er i tillegg viktig at styret og daglig leder i fellesskap blir enige om hvordan rapporteringen skal struktureres (form/innhold).

Hvert enkelt styre er ansvarlig for å fatte vedtak på selvstendig grunnlag og med en selvstendig begrunnelse, i den grad det ikke er gitt bindende instruks i foretaksmøte. Styrene skal fatte sine egne vedtak og stå for disse.

Styrets plikt til å fatte vedtak etter egen overbevisning er omtalt i vedlagte brev fra departementet av 30. juni 2015.

Styrets ansvar innebærer herunder å selvstendig påse at Riksrevisjonens rapporter fra den årlige selskapskontrollen styrebehandles. Styrene må også ha et forhold til regionalt vedtatte bestemmelser, så som innenfor økonomi, forholdet til gaver og stiftelser, retningslinjer for risikostyring etc.

3.3.2 Bruk av styreutvalg

Enkelte styrer har valgt å opprette styreutvalg til saksforberedende arbeid. Dette kan bidra til grundig saksforberedelse på komplekse felt og frigjøre tid i styremøtene. Ulempen er at utvalgsbehandlingen kan bidra til å pulverisere styrets ansvar. Utvalg bør derfor kun benyttes der sakenes kompleksitet og omfang krever det. Styreutvalgenes saksbehandling endrer ikke styrets ansvar for å treffe beslutningene i styremøtet.

Det bør praktiseres stor grad av offentlighet for arbeidet i styreutvalgene. Hensynet til legitimitet og åpenhet tilsier at prinsippene for offentlighet i helseforetaksloven § 26a så langt som mulig legges til grunn for møter i styrets ulike utvalg. Styret bør ha retningslinjer for styreutvalgenes saksbehandling. Styreutvalgenes arbeidsform kan tilsi at møtene ikke åpnes, men at offentligheten så langt som mulig gis tilgang til saksdokumenter og informative protokoller fra møtene.

3.3.3 Internkontroll og risikostyring

3.3.3.1 Internkontroll

Internkontroll er et ledelsesverktøy for intern styring og kontroll av virksomheten og skal inngå som en integrert og naturlig del av virksomhetens styringssystem. Internkontroll innebærer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lovgivningen. Internkontroll skal forebygge, forhindre, avdekke og rette opp eventuell svikt. Internkontroll i helseforetakene er systematisk styring i form av blant annet prosedyrer, instruksjer, rutiner og andre tiltak som styret, daglig leder og ansatte gjennomfører for å sikre:

- faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester
- kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- etterlevelse av regler, relevante retningslinjer, veiledere, styringskrav og selvpålagte krav

Internkontrollen må tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig. Det stilles krav til internkontroll i helse- og omsorgstjenesten i blant annet helsetilsynsloven § 3, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd, helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

Daglig leder har ansvar for å etablere og gjennomføre et forsvarlig styringssystem, og holde styret tilstrekkelig orientert. Styret har ansvar for at internkontrollen blir fulgt opp i tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte. Styret skal videre påse at det blir truffet tiltak for å korrigere svikt.

Styrene for de regionale helseforetakene og helseforetakene har en kontrollfunksjon og må for eksempel aktivt følge med på om helseforetakene har et forsvarlig styringssystem. Styrene må også sørge for å være informert om hvorvidt helse- og omsorgslovgivningen overholdes, om tjenestene er forsvarlige og om det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Styret plikter å gripe inn i tilfelle der foretaket ikke korrigerer ulovlig og uforsvarlig virksomhet, som for eksempel der foretak unnlater å korrigere sin virksomhet til tross for at tilsynet har gitt pålegg om dette.

Regler om internkontroll finnes også på flere andre områder, for eksempel innenfor brann- og sikkerhet-, arbeidsmiljø- og næringsmiddelovgivningen.

Forskrift og ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten krever at ledelsen minst én gang årlig, systematisk gjennomgår og vurderer hele styringssystemet mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Gjennomgangen omtales formelt som «ledelsens gjennomgang», og skal behandles i styret.

3.3.3.2 Internrevisjon

Det regionale helseforetaket skal etablere en uavhengig og objektiv internrevisjon for egen virksomhet og helseforetakene det eier. Internrevisjonen skal også omfatte inngåelse og oppfølging av avtaler med andre tjenesteytere.

Internrevisjonen skal vurdere foretakenes prosesser for virksomhetsstyring, risikostyring og

intern styring og kontroll. Formålet er å bistå styret og ledelsen ved det regionale helseforetaket og helseforetakene med å utøve god virksomhetsstyring. Internrevisjonen kan kreve innsyn i helseforetakenes virksomhet og i alle opplysninger den finner nødvendig for å utføre de revisjonsoppgavene den er pålagt i loven og av styret.

Styret tilsetter leder og fastsetter revisjonsplaner og instruks for internrevisjonen.

Internrevisjonens ansvar, myndighet og oppgaver, samt krav til planlegging, kommunikasjon og rapportering, fremgår av egen instruks, vedtatt av styret. Internrevisjonen er uavhengig og objektiv som rapporterer funksjonelt til styret i Helse Nord RHF og administrativt til administrerende direktør.

3.3.3.3 Revisjonsutvalg

Det regionale helseforetaket skal ha et revisjonsutvalg. Revisjonsutvalget støtter styret i arbeidet med å ha oversikt og kontroll med foretaksgruppens prosesser for virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll.

Revisjonsutvalget utfører sitt arbeid på vegne av styret og har både det regionale helseforetaket og helseforetakene som arbeidsområde. Revisjonsutvalget velges av og blant styrets medlemmer, begge kjønn skal være representert og minst ett av medlemmene skal ha kunnskap om regnskap eller revisjon.

Revisjonsutvalget i Helse Nord RHF har fire medlemmer. I henhold til styrevedtatt instruks skal utvalget bl.a. føre tilsyn med at det er etablert risikostyring og internkontroll tilpasset risikoen i foretaksgruppen, se etter at Helse Nord RHF har en uavhengig og effektiv intern revisjon og følge opp ekstern revisor. Revisjonsutvalget benytter normalt Helse Nord RHF's internrevisjon for å løse oppgavene, men kan også innhente ekstern bistand.

3.3.4 Tilsetting og avlønning av daglig leder og andre ledende ansatte

Styret skal sørge for at det regionale helseforetaket har en kompetent daglig leder. Styret treffer vedtak om å tilsette, si opp eller avskjedige daglig leder. Dette er ikke til hinder for at statsråden kan gi uttrykk for sitt syn hvis han mener at den daglige ledelsen i foretaket ikke utøves på en god måte. Se omtale i punkt 2.6 i vedlagte brev fra departementet av 30. juni 2015.

Vedtak om å tilsette, si opp eller avskjedige daglig leder i helseforetak tilligger helseforetakets styre. I slike saker kan styrene ikke instrueres av eier. Eier må forholde seg til styret, og eventuelt gjøre endringer i styresammensetningen dersom eier ikke finner at virksomheten drives på en tilfredsstillende måte.

Styret fastsetter og justerer daglig leders lønn. Daglig leder evalueres ofte i forbindelse med lønnsjusteringer.

De regionale helseforetakene og underliggende virksomheter skal utarbeide egne retningslinjer som følger «Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel», fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet 13.2.2015. Retningslinjene klargjør prinsippene for fastsetting og justering av lønn for daglig leder og andre ledende ansatte. Det slås blant annet fast at lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende. Det skal legges vekt på moderasjon. Retningslinjene kan utformes strengere og mer detaljerte enn de statlige retningslinjene, men skal ellers ikke fravikes.

Det regionale helseforetaket skal utarbeide en årlig erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte. Erklæringen skal tas inn som en note i årsregnskapet og skal beskrive det totale omfanget av forpliktelser helseforetaket har pådratt seg gjennom avtaler inngått med ledende ansatte. Dette inkluderer f.eks. eventuelle avtaler om rettstillinger.

Erklæringen skal blant annet inneholde:

- retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse for det kommende regnskapsåret
- en redegjørelse for den lederlønnspolitikken som har vært ført det foregående regnskapsåret
- en redegjørelse for virkningene av avtaler om godtgjørelse som er inngått eller endret det foregående regnskapsåret
- en redegjørelse for hvordan statens retningslinjer er fulgt opp i underliggende virksomheter

Erklæringen skal inngå som note til årsregnskapet, som behandles i foretaksmøtet for det regionale helseforetaket innen utgangen av juni hvert år. Departementet redegjør for daglig leders lønnsforhold i Prop. 1 S.

Styrene i helseforetakene må balansere lønnsfastsettelsen til daglig leder og andre ledende ansatte mellom å kunne tilby vilkår som er tilstrekkelig attraktive og som samtidig vinner forståelse og aksept i samfunnet. Helseforetakene skal utarbeide tilsvarende erklæring om ledernes ansettelsesvilkår som det regionale helseforetaket, som skal gå frem av årsregnskapet.

3.3.5 Rapportering til eier – årlig melding, årsregnskap og årsberetning

De regionale helseforetakene skal rapportere til departementet om virksomheten i foretakene. Rapportering skjer i oppfølgingsmøtene nevnt under punkt 2.4, samt gjennom årlig melding og gjennom årsregnskap og årsberetning. Ved behov kan skriftlig informasjon innhentes.

Styret for regionalt helseforetak skal innen 15. mars hvert år sende årlig melding til

departementet. I årlig melding skal det redegjøres for virksomheten i det regionale helseforetaket og underliggende helseforetak foregående år, samt for gjennomføringen av styringskrav departementet har stilt i foretaksmøter og oppdragsdokument.

Foretakene fører regnskap etter regnskapslovens prinsipper. Årsregnskap og årsberetning skal godkjennes av foretaksmøtet, se også punkt 2.4.

Styret i helseforetaket skal hvert år sende årlig melding til Helse Nord RHF, som skal behandle den administrativt innen 21. februar. Årlig melding skal redegjøre for virksomheten i helseforetaket foregående år og for gjennomføringen av styringskrav Helse Nord RHF har stilt i foretaksmøter og oppdragsdokument. Rapporteringen er et viktig grunnlag for Helse Nord RHF's resultatoppfølging. Meldingen skal også inneholde en plan for virksomhetene i de kommende år, som er et viktig grunnlag for å utarbeide årlig rullerende langtidsplaner/ langtidsbudsjett.

3.3.6 Begrensninger i styrets kompetanse (myndighet)

Foretaksmøtet i det regionale helseforetaket skal fatte vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller for løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver. Det samme gjelder vedtak i andre saker som antas å ha prinsipielle sider av betydning eller som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger. Dette følger av helseforetaksloven § 30.

Hvilke saker som er av vesentlig betydning må vurderes konkret. Følgende vedtak må alltid fattes av foretaksmøtet i regionalt helseforetak:

- vedtak som kan endre virksomhetens karakter
- vedtak om nedleggelse av sykehus
- omfattende endringer i sykehusstrukturen i helseregionen
- omfattende endringer i tjenestetilbudet
- vedtak om endringer i antall helseforetak i helseregionen
- vedtak om vesentlige endringer i opptaksområdet for helseforetak

Saker omfattet av helseforetaksloven § 30 skal forelegges departementet av styret i det regionale helseforetaket, også saker som angår helseforetak. Dersom det er tvil om saken faller inn under § 30 vil det være naturlig å ha en dialog med eier for å avgjøre om saken skal behandles i foretaksmøte. Det regionale helseforetaket skal derfor ha rutiner for å fange opp slike saker. Saken skal behandles i styret for det regionale helseforetaket før eier gjør sitt vedtak i foretaksmøtet.

Foretaksmøtets eksklusive vedtakskompetanse er omtalt i punktene 1.3 og 1.4 i vedlagte brev fra departementet av 30. juni 2015.

Foretaksmøtet skal treffe vedtak om pantsettelse eller salg av fast eiendom etter forslag fra styret. Unntak følger av vedtektene.

Sykehusvirksomhet kan ikke selges uten Stortingets samtykke. Formålet med bestemmelsen er ifølge forarbeidene til loven å sikre en betryggende demokratisk behandling av saken og å sette en prosessuell sperre mot privatisering av sykehusvirksomhet.

I helseforetak skal slike saker forelegges departementet av styret i Helse Nord RHF som eier helseforetaket.

3.3.7 Representasjon og styreansvar

Foretakets representasjon utad er regulert i helseforetakslovens kapittel 9.

3.3.7.1 Representasjon

Styret representerer foretaket utad og kan binde foretaket ved å inngå avtaler med tredjemann, f.eks. driftsavtaler med private leverandører. Daglig leder representerer foretaket utad i saker som hører til foretakets daglige ledelse.

Styret kan vedta å gi daglig leder signaturrett og/eller tildele prokura.

3.3.7.2 Styrets ansvar

Styremedlemmer og daglig leder plikter å erstatte tap som vedkommende forsettlig eller uaktsomt har voldt foretaket, foretakets eier eller andre under utførelsen av sin oppgave. Beslutning om at foretaket skal gjøre ansvaret gjeldende treffes av foretaksmøtet. Erstatningsansvaret kan lempes etter skadeerstatningsloven § 5-2.

Styret i Helse Nord RHF behandlet i sak 77-2012 *Styreansvarsforsikring*. I praksis er risikoen for at styremedlem/daglig leder vil bli holdt personlig ansvarlig i en erstatningssituasjon svært lav. Dersom det eventuelt skjer foreligger handlingsalternativ som kan gi samme dekningsomfang. Styreansvarsforsikring anses ikke å gi ytterligere fordeler og styret konkluderte at det ikke er behov for, eller tjenlig å tegne styreansvarsforsikring.

4. Praktisk styrearbeid

Hvert styremedlem har ansvar for at styrets arbeid og beslutninger er til foretakets beste.

4.1 Styreleders særlige oppgaver

Styrelederen leder styret. Styret er et collegium og styreleder har ingen instruksjonsmyndighet over styremedlemmene. Styrelederen skal bidra til at styremedlemmenes samlede kompetanse brukes for å oppnå mål og verdiskaping for foretaket. Styrets arbeidsform og fungeringsmåte påvirkes sterkt av hvordan styreleder utøver sin rolle.

Styreleder skal sørge at det avholdes styremøter ved behov og at saker som hører inn under styrets ansvar blir behandlet der. Styremedlemmer og daglig leder kan også kreve at styremøte blir avholdt.

Styreleder planlegger styremøtet i samråd med daglig leder. Styreleder skal sørge for at daglig leder gir styret god informasjon og et godt beslutningsgrunnlag. Styreleder skal sørge for at styret arbeider målrettet og godt sammen, og at det er åpenhet og trygghet i styret slik at ulike synspunkt kan bringes frem. Styreleder leder styremøtene og har ansvar for at protokollen gjengir styrebehandlingen korrekt.

Styrelederen er en viktig støttespiller og sparringspartner for daglig leder. Styreleder må ha forståelse for den politiske konteksten som helseforetakene opererer innenfor. Styreleder må f.eks. kunne bedømme når det er nødvendig å informere eier i saker som har, eller kan få, politiske konsekvenser.

Styreleder må også forstå sin rolle i samspillet mellom styre og Helse Nord RHF, og mellom styret og daglig ledelse.

4.2 Styresekretær

Flere av styrene har en styresekretær som blant annet utarbeider dagsorden, koordinerer saksdokumenter, innkaller til styremøte, skriver styreprotokoll og holder oversikt over styremedlemmenes personalia og kontaktinformasjon. Styresekretærens rolle og oppgaver kan reguleres i instruks for styret.

4.3 Strategi, kontroll- og organiseringsoppgaver og egenoppgaver

Styrets oppgaver kan beskrives som følger:

Forvaltningsansvaret innebærer å etablere strategier og en hensiktsmessig organisering for at de ressurser som staten stiller til disposisjon anvendes i samsvar med formålet. Styret skal etablere mål, og fastsette strategiske planer, rammer for operative planer og budsjett for å nå målene. Styret skal sørge for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet samt gode rutiner for kommunikasjon og rapportering.

Tilsynsansvaret innebærer at styret skal forvisse seg om at foretaket er på målsatt kurs innenfor rammebetingelsene, samt sørge for internkontroll og risikostyring, og om nødvendig sørge for at korrigerende tiltak treffes. Styret må holde seg orientert om utviklingen innen helsesektoren for å kunne være i stand til å vurdere om formålet oppnås på best mulige måte. Styret må påse at foretakets midler disponeres innenfor rammen av de vedtatte budsjetter, slik at foretaket kan ha tilstrekkelig utstyr og kvalifisert personell til å løse de oppgavene det er pålagt. Styret skal i tillegg fastsette mål og plan for eget arbeid, etablere gode arbeidsformer og evaluere eget arbeid.

Styret må i sitt praktiske arbeid ta utgangspunkt i hva styret selv definerer som sine oppgaver. Styrets oppgaver skal fremgå av instruks for styret. Styret må finne en hensiktsmessig fordeling og tidsbruk mellom oppgavene, gitt foretakets situasjon og utfordringer.

Utgangspunktet for å definere oppgavene er oppdraget fra eier, gitt i Oppdragsdokumentet. Regionale styringsmål er innrettet for å ivareta nasjonale styringsmål fra Helse og omsorgsdepartementet, og å følge opp regional utviklingsplan.

Helseforetakenes egne utviklingsplaner er en del av det regionale helseforetakets samlede planansvar, og skal utarbeides i samsvar med veilederen for arbeid med utviklingsplaner og i tråd med føringer og strategiplaner utarbeidet av det regionale helseforetaket.

Bærekraftig økonomi skal betraktes som en forutsetning for virksomheten på linje med styringsmålene.

4.4 Mer om styrets egenoppgaver

Styret skal ha en plan for eget arbeid. Nedenfor omtales konkrete hjelpemidler som årsplaner og styringsinstrukser.

4.4.1 Årsplan

Årsplaner for styrets arbeid tidfester styremøtene, gir oversikt over hvilke saker som skal behandles i hvert av styremøtene og angir hvem som skal forberede saken for styret.

Årsplanen kan bestå av to deler: En fast del, der sakslisten er lik fra møte til møte (ordinære saker) og en variabel del, der sakene varierer fra møte til møte (tema). Antall styremøter og lengden på styremøtene må tilpasses helseforetakets situasjon.

4.4.2 Instruks for styret og instruks for administrerende direktør

Styrene for de regionale helseforetakene og helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder. Det oppfordres til å samarbeide om utformingen av instruksene innad i regionen og mellom regionene. Det oppfordres også til å publisere instruksene på foretakets hjemmesider.

Styreinstruksen kan blant annet beskrive rolleavklaring mellom styret og daglig leder, struktur på arbeidet, krav til dokumentasjon, saksbehandling, styremedlemmers plikter og rettigheter og styresekretærens rolle og oppgaver.

Instruks for daglig leder kan blant annet beskrive rolleavklaring mellom styret og daglig leder, oppgaver, plikter og rettigheter.

4.4.3 Styredokumentene – styrets beslutningsgrunnlag

Daglig leder skal utarbeide styredokumentene. Styret kan sette krav til utformingen av styredokumentene.

Saken skal fremstilles konsist, informasjon skal være sortert og det vesentligste skal trekkes ut. Dokumentene skal så langt det er mulig inneholde en klar konklusjon eller anbefaling fra daglig leder.

Helse Nord RHF oppfordrer helseforetakene å etablere en rutine der styresaker sendes ut 12-14 dager før styremøte og helst ikke mindre enn én uke, slik som i det regionale helseforetaket. Unntaket er styresaker som av særlige årsaker krever kortere frister.

4.4.4 Protokoll fra styremøtene

Protokoll fra styremøtene skal underskrives av samtlige tilstedeværende styremedlemmer. Styret beslutter hvilken form protokollen skal ha. Protokollen skal minst angi tid, sted, deltakere, hva den enkelte sak gjelder og styrets beslutning. Ved uenighet, kan styremedlemmer eller daglig leder kreve uenigheten protokollert.

4.4.5 Styrets evaluering av egen virksomhet

Styret skal gjennomføre evaluering av egen virksomhet én gang i året, gjerne mot slutten av året. Hele styret og daglig leder bør delta i evalueringen. Styret skal vurdere om styrets sammensetning, arbeidsform og fungeringsmåte er egnet til å ivareta oppgavene. Evalueringen kan avdekke områder der nåværende praksis må klargjøres eller endres. Resultatet av evalueringen skal presenteres og behandles i et påfølgende styremøte.

Evalueringen kan gjennomføres ved bruk av samtaler, intervjuer eller eget evalueringsskjema. Styret kan velge å gjennomføre evalueringen selv eller å engasjere ekstern bistand. Styret må uansett klargjøre hva som er styrets viktigste oppgaver og foretakets utfordringer, slik at evalueringen kan gjøres i forhold til dette.

Styrene bør vurdere behovet for å utarbeide felles rutiner eller retningslinjer for gjennomføring av styrets egne evalueringer i det regionale helseforetaket og i underliggende helseforetak.

Hensikten med gjennomgangen av egnevalueringen er å dyktiggjøre styret som kollegium og gi styremedlemmer innspill til hvordan styret kan forbedre sin arbeidsform. Egenevalueringen kan derfor normalt drøftes i styreseminar som ikke er omfattet av helseforetakslovens bestemmelser om styremøter. Helseforetaksloven § 26 a om møteoffentlighet gjelder da ikke. Se omtale i punkt 3.6 i vedlagte brev fra departementet av 30. juni 2015.

4.4.5.1 Formidling av resultatene av evalueringen til eier

Styrets evaluering av eget arbeid er først og fremst et verktøy for internt forbedringsarbeid i styret (utviklingsevaluering). Styret skal også oppsummere og formidle deler av resultatene av evalueringen til eier årlig og på forespørsel. Formidling skal skje slik at eier får nødvendige opplysninger, men uten at evalueringen forringer sin verdi som internt forbedringsarbeid i styret. Hensikten er at eier skal få et bedre kunnskapsgrunnlag for å vurdere styrets fungeringsmåte, særlig om styrets sammensetning er hensiktsmessig for å ivareta oppgaver og utfordringer (rekrutteringsevaluering).

4.4.5.2 Åpne styremøter

Det skal være møteoffentlighet ved styremøter i regionalt helseforetak og helseforetak. Krav til åpne styremøter innebærer normalt at alle som ønsker det, kan være tilstede og overhøre møtene, men uten tale-, forslags- eller stemmerett.

Åpne styremøter er begrunnet i at hensynene bak offentlighetsprinsippet må veie tungt på arenaer der det treffes beslutninger om forvaltningen av samfunnets ressurser og fellesgoder. Styret kan vedta å behandle en sak for lukkede dører dersom det foreligger et reelt og saklig behov og vilkårene i helseforetaksloven § 26 a er oppfylt.

Krav til åpenhet i styremøter og adgangen til å avholde styreseminar er omtalt i punkt 3 i vedlagte brev fra departementet av 30. juni 2015.

Det er ikke krav til åpne foretaksmøter. Offentlighetens interesse ivaretas gjennom retten til innsyn i foretaksprotokollen.

Styreseminar er i utgangspunktet ikke åpne med mindre styret selv bestemmer det. Styreseminarene kan imidlertid ikke brukes som arena for å behandle saker som skal behandles i styret. Det er heller ikke i tråd med kravet om åpne styremøter å styrebehandle saker omfattet av taushetsplikt i styreseminar. Slike saker skal behandles i ordinært styremøte som lukkes med grunnlag i bestemmelsene i hfl. § 26 a.

4.5 Forholdet til annen lovgivning

4.5.1 Regnskapsloven, krav til revisor

De regionale helseforetakene og helseforetakene skal føre regnskap etter regnskapslovens regler og prinsipper. Det innebærer blant annet at inntekter og kostnader skal periodiseres og at årlige avskrivninger skal framgå av driftsregnskapet. Investeringer føres som tilgang i balansen. De regionale helseforetakene avlegger konsoliderte regnskap. Konkurs og gjeldsforhandlinger etter konkursloven kan ikke åpnes i foretak.

De regionale helseforetakene skal ha revisor som velges av eier i foretaksmøtet. Årsregnskapet skal revideres av registrert revisor eller statsautorisert revisor. Revisor skal

innkalles til foretaksmøtet dersom sakene som behandles tilsier det, ellers Riksrevisjonen krever det.

4.5.2 Forvaltningsloven, offentleglova og arkivloven

Forvaltningsloven (med visse begrensninger), offentleglova og arkivloven gjelder for foretakene. Foretakene regnes som offentligrettslige organer.

Styremedlem må vurdere om henvendelser de får i egenskap av å være styremedlem er arkivverdige og sende eventuelle slike til postmottak for journalføring.

Forvaltningslovens bestemmelser om enkeltvedtak gjelder ikke i saker om ansettelser, oppsigelser eller andre personalsaker. Foretak utarbeider derfor ikke utvidede søkerlister.

4.5.2.1 Dokumentoffentlighet

Foretakene er omfattet av rettsregler om dokumentoffentlighet. Det skal derfor gis innsyn i styredokumenter, styreprotokoller og foretaksprotokoller.

Fullt innsyn skal likevel ikke alltid gis. F.eks. må styret ha et forhold til opplysninger, som dersom de blir kjent, kan skade f.eks. foretakets forhandlingsposisjon eller beredskapsarbeid. Se også neste punkt.

4.5.2.2 Taushetsplikt

Det enkelte styremedlems taushetsplikt er regulert i forvaltningsloven. Taushetsplikten gjelder f.eks. personlige forhold og driftsforhold som det av konkurransemessige hensyn er av betydning å hemmeligholde. Eventuell taushetsplikt må også vurderes ut fra generelle prinsipper om å opptre forsvarlig overfor virksomheten. En nærmere omtale av styremedlemmers taushetsplikt kan tas inn i instruks for styret.

Styret kan i visse tilfelle ha behov for å motta informasjon som er gradert etter sikkerhetsloven. Gradert informasjon er omfattet av taushetsplikt etter sikkerhetsloven. Graderte dokumenter med beskyttelsesgrad konfidensielt eller høyere krever sikkerhetsklarering i forkant.

4.5.2.3 Inhabilitet

Styret som et kollegialt organ og styremedlemmene er bundet av reglene om inhabilitet i forvaltningsloven.

Styremedlemmer som antar at de kan være inhabile i behandlingen av enkeltsaker skal gjøre styret oppmerksom på dette. Det bør være en lav terskel for å ta spørsmål om inhabilitet opp i styret og for å be administrasjonen om en vurdering.

Avgjørelsen treffes av styret uten at det aktuelle styremedlemmet selv deltar i avgjørelsen. Styret bør utarbeide rutiner for vurdering av habilitet og veiledningsmateriell til alle

styremedlemmer om når de bør gjøre styret oppmerksom på spørsmål om inhabilitet.

Styremedlemmene bør så tidlig som mulig i forbindelse med tiltredelse og ved senere endringer opplyse styret om alle relevante stillinger, forretningsforbindelser og andre forhold som kan tenkes å aktualisere habilitetsspørsmålet. Styret bør ha rutiner for å innhente og dokumentere slik informasjon. Styremedlemmene bør være spesielt oppmerksomme på behovet for å holde styret orientert når det oppstår endringer i kundeforhold mv. i den virksomhet hvor styremedlemmet er ansatt.

Habilitetsreglene er objektive krav til en tilstand, og spør ikke om den enkelte føler seg habil eller i stand til å ivareta hensynene bak bestemmelsene, og/eller faktisk gjør det. Visse familiære relasjoner fører automatisk til inhabilitet. Utenfor disse tilfellene bør styremedlem spørre seg om sine posisjoner, eierskap, særlig sterke engasjement eller andre forhold kan gi grunnlag for omverden å reise tvil om styremedlemmets motivasjon for sitt standpunkt i en bestemt sak.

5. Vedlegg

Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene av 30. juni 2015 vedrørende tolkning av helseforetakslovens bestemmelser om eierstyring, kommunikasjon og åpenhet i møter.

Sentrale dokumenter (www.regjeringen.no)

Ot. prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m.

Innst. O. nr. 118 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m.

St. meld. Nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

Prop. L 120 (2011-2012) Endringer i helseforetaksloven mv.

Innst. 62 L (2012-2013) Innstilling om endringer i helseforetaksloven mv.

Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal

Meld. St. 27 (2013-2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap

Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan

Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering

NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Meld. St. 11 (2018-2019) Kvalitet og pasientsikkerhet 2017

Prop. 1 S (2018-2019) Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon



Helse Midt-Norge RHF
Helse Sør-Øst RHF
Helse Vest
Helse Nord RHF

Deres ref

Vår ref

Dato

15/2164-

30.06.2015

Vedrørende tolkning av helseforetakslovens bestemmelser om eierstyring, kommunikasjon og åpenhet i møter

Departementet har tidligere utarbeidet en egen veileder for styrearbeid i de regionale helseforetakene med omtale av blant annet rammene for det statlige eierskapet, roller, oppgaver og praktisk styrearbeid. Veilederen ble sist oppdatert i 2014. Departementet tar sikte på å oppdatere veilederen med bakgrunn i omtalen nedenfor.

1. EIERSTYRING OG ROLLER – VEDTAKSKOMPETANSE

1.1 Om rolledelingen mellom Storting, statsråd og regionale helseforetak

De regionale helseforetakene skal sørge for spesialisthelsetjeneste til befolkningen i helseregionene. De forvalter en viktig samfunnsoppgave og store ressurser på vegne av fellesskapet. Målene og kravene som staten pålegger foretakene, er mer omfattende og den politiske styringen tettere enn ved flere av de andre statlige selskapene med sektorpolitiske mål.

Det er forventninger i Stortinget til tydelig politisk styring av sektoren, og at helseforetakene følger opp politiske beslutninger. Styrene i foretakene må orientere seg i det politiske landskapet for å kunne vurdere om vedtak, tidsplaner og finansiering er realistiske samfunnsprosjekter.

Gjennom helseforetaksreformen fikk staten gjennom sitt eierskap vesentlig større muligheter til å styre spesialisthelsetjenesten enn tidligere, selv om sykehusene ble organisert som foretak og egne rettssubjekter underlagt departementet, og dermed ble mer fristilt enn om de hadde vært forvaltningsorganer.

Postadresse

Besøksadresse

Telefon*

Helserettsavdelingen

Saksbehandler

Postboks 8011 Dep

Teatergt. 9

22 24 90 90

Vegard Pettersen

0030 Oslo

Org no.

postmottak@hod.dep.no www.hod.dep.no

983 887 40

22 24 85 07

Stortinget styrer gjennom å vedta reglene i helselovgivningen og andre lover, gjennom behandlingen av stortingsmeldinger og ikke minst gjennom vilkårene som stilles når statsbudsjettet vedtas.

Det er helse- og omsorgsministerens oppgave å utøve den politiske styringen og sørge for at staten setter de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle politiske mål.

Styrene i helseregionene og helseforetakene er ikke selvstendige politiske beslutningsnivåer. Styrene i helseregionene er helse- og omsorgsministerens redskap for å gjennomføre regjeringens helsepolitikk. På samme måte er styrene i helseforetakene helseregionens redskap for å gjennomføre regionens sørge-for-ansvar.

Foretaksmøtet kan når som helst gi instruksjer og omgjøre styrets vedtak i alle saker. For ikke å undergrave styrets ansvar, har staten likevel vært relativt tilbakeholden med å styre de regionale helseforetakene og helseforetakene ved å gi instruksjer i foretaksmøte i mindre enkeltsaker.

Helseforetaksmodellen innebærer at statsråden normalt ikke skal holdes ansvarlig for avgjørelser om drift og tjenesteytingen. Dette er riktig for svært mange beslutninger, men ikke for de beslutningene som Stortinget ved helseforetaksloven § 30 har vedtatt skal fattes i foretaksmøtet i regionalt helseforetak. I disse tilfellene har lovgiver vedtatt at det lokale og regionale nivået ikke skal ha beslutningsmyndighet, bare en saksforberedende rolle.

Ved begynnelsen av hvert år avholdes foretaksmøte med styrene i de regionale helseforetakene der departementet som eier fastsetter organisatoriske og økonomiske krav og rammer. Beslutningene fremgår av protokoll fra foretaksmøtet som distribueres til styrene og administrasjonen i helseregionene og publiseres på regjeringen.no.

Hoveddelen av foretakenes inntekter stammer fra staten. Departementet viderefører Stortingets vilkår overfor foretakene og gir i januar hvert år føringer om hvordan foretakene skal bruke inntektene i oppdragsdokumentet.

Foretakene skal etter loven legge frem årlige meldinger og årsregnskap som behandles i foretaksmøtet i mai–juni hvert år. Dette danner grunnlag for rapportering til Stortinget gjennom Prop. 1 S. Gjennom året følger departementet opp med månedlige rapporteringsmøter om blant annet økonomi, aktivitet, ventetid og kvalitet, i tråd med de kravene som er stilt i oppdragsdokument og foretaksmøte. I tillegg utveksles det informasjon om aktuelle saker.

Dette systemet ble synliggjort i helseforetaksloven gjennom endringene som ble vedtatt av Stortinget høsten 2012. I Prop. 120 L (2011–2012), om endringer i helseforetaksloven, er det redegjort for fleksibiliteten som ligger i helseforetaksmodellen. Staten kan velge å styre tett på eller ha en mer tilbaketrukket posisjon. Dette er i realiteten et politisk valg og kan tilpasses situasjonen og det situasjonen krever.

Når det velges nye styrer til de regionale helseforetakene, blir styremedlemmene gjort kjent med styringssystemet både i egne seminarer og gjennom skriftlig materiale, herunder styreveilederen utarbeidet av departementet.

1.2 Styrets selvstendige ansvar for å fatte vedtak etter egen overbevisning

Hvert enkelt styre er ansvarlig for å fatte vedtak på selvstendig grunnlag og med en selvstendig begrunnelse, i den grad det ikke er gitt bindende instruks i foretaksmøte. Styrene skal fatte sine egne vedtak og stå for disse.

Dersom eier ikke er enig i et styrevedtak eller ser behov for et vedtak i en sak som styret ikke har tatt stilling til, må eier vurdere å fatte vedtak i foretaksmøte.

I den grad styremedlemmene viser til statsrådens vurderinger, må dette knytte seg til de argumentene som statsråden har anført for sitt syn og at styremedlemmet deler disse. Det vil ikke være en selvstendig vurdering fra styremedlemmenes side dersom den eneste begrunnelsen for vedtaket er at statsråden har uttalt noe utenom foretaksmøtet.

Det er bare i tilfeller hvor foretaksmøtet har gitt instruks om at foretaket skal handle på en bestemt måte at styret kan vise til beslutninger fra eier. Dersom statsråden har uttalt synspunkter utenom foretaksmøtet som er i strid med styrets egen oppfatning, skal styret fatte vedtak etter egen overbevisning eller be om instruks i foretaksmøtet.

Styrets medlemmer vil kunne vektlegge signaler som er gitt utenfor foretaksmøte, men må likevel på selvstendig grunnlag fatte det vedtaket man finner riktig. I brev fra departementet av 19. april 2004 er følgende uttalt:

”Dersom eier gir instruks utenom foretaksmøtet, er dette ikke bindende for foretakets styre. Det er selvfølgelig ikke noe i veien for at styret treffer beslutninger i samsvar med uformelle ”signaler” fra eier, men styret er ikke forpliktet til å gjøre dette, og det fritar ikke styret for det ansvar det er pålagt i helseforetaksloven.”

Styrets enkelte medlemmer har ingen plikt til å gi en begrunnelse for hvordan de individuelt stemmer i styret. Styret som kollegium skal heller ikke gi en uttalelse om hvordan de enkelte styremedlemmene har stemt og hvorfor. Begrunnelsen for vedtaket følger av innstillingen fra administrerende direktør med de endringene og tilleggene som fremkommer i styremøtet.

Uenighet mellom beslutningsnivåene skal synliggjøres. Dersom et foretaks styre fatter et vedtak som senere overprøves av eier, vil uenigheten fremgå av styrets vedtak, protokoll og eventuelt også av beslutningsgrunnlaget fra administrasjonen. Det samme gjelder dersom et foretaks styre skulle ha motforestillinger mot å treffe vedtak i tråd med instruks gitt av eier i foretaksmøte. Det er ikke et krav at uenighet som i løpet av prosessen frem til et styrevedtak blir vendt til enighet skal beskrives og offentliggjøres.

1.3 Om helseforetaksloven § 30 - når må en sak vedtas av statsråden i foretaksmøtet?

Helseforetaksloven § 30 lyder som følger:

§ 30 Saker av vesentlig betydning

Foretaksmøtet i regionalt helseforetak treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver. Det samme gjelder vedtak i andre saker som antas å ha prinsipielle

sider av betydning eller som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger, som:

1. Vedtak som kan endre virksomhetens karakter
2. Vedtak om nedleggelse av sykehus.
3. Omfattende endringer i sykehusstrukturen i helseregionen.
4. Omfattende endringer i tjenestetilbudet.
5. Vedtak om endringer i antallet helseforetak i helseregionen.
6. Vedtak om vesentlige endringer i opptaksområdet for helseforetak.

Hvilke saker foretaksmøtet i regionalt helseforetak skal fatte vedtak i etter denne bestemmelsen, kan det fastsettes nærmere bestemmelser om i vedtektene.

Saker som nevnt i første og annet ledd skal forelegges departementet av styret i det regionale helseforetaket.

I følge forarbeidene begrenser bestemmelsen styrets kompetanse. Styret i det regionale helseforetaket har ikke anledning til å fatte endelig vedtak om igangsetting av tiltak i saker som omfattes av § 30. Statsråden i foretaksmøtet er derfor forpliktet etter loven til å fatte vedtak i saker som omfattes av § 30.

Loven krever ikke at vedtak omtales som en "§ 30-sak", verken i møtet eller i protokollen. I de tilfellene hvor foretaksmøtet følger styrets anbefaling, kan det i selve vedtaket være nærliggende å bruke en formulering som for eksempel "foretaksmøtet stadfester styrets vedtak". Det gjør det mulig å fatte vedtak uten å måtte gjenta konklusjonspunktene i sin helhet.

Hvor detaljert departementet til enhver tid vil styre de regionale helseforetakene som eier, er langt på vei et politisk spørsmål. Forståelsen av hvilke konkrete vedtak foretaksmøtet skal fatte, vil påvirkes av den politiske situasjonen og statsrådets vurdering av hvilke beslutninger som anses å være prinsipielle, overordnede eller for å ha vesentlige samfunnsmessige virkninger. Den enkelte statsråd kan derfor ta et prinsipielt standpunkt til hvordan vedkommende ønsker å forstå og praktisere bestemmelsen i helseforetaksloven § 30. Han eller hun kan bygge på, men er ikke bundet av, tidligere statsråders politiske vurderinger av betydning for praktiseringen av § 30.

På denne bakgrunn er det viktig at underliggende foretak har en aktiv dialog med eier om hvilke saker som skal behandles etter helseforetaksloven § 30. I tvilstilfeller vil det være foretakets ansvar å klarlegge om saken er å anse som en § 30-sak.

1.4 Nærmere om vedtak knyttet til nedleggelse av sykehus

Vedtak om nedleggelse av sykehus er etter lovendring med virkning fra 1. januar 2013 nevnt i § 30 første ledd nr. 2 som eksempel på "saker som antas å ha prinsipielle sider av betydning eller som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger".

Nedleggelse av sykehus må derfor anses som en beslutning som alltid skal vedtas i foretaksmøtet for regionalt helseforetak (statsråden). Står man først overfor en konkret sykehusnedleggelse, skal det derfor ikke vurderes om nedleggelsen er av vesentlig betydning

eller ikke. Slik har det vært siden 2001, og det er blitt forsterket med eksemplene som fra 2013 kom inn i § 30.

Spørsmålet er så hva som menes med *”nedleggelse av sykehus”*. Forarbeidene gir få eller ingen holdepunkter for tolkningen.

Statsråden har et relativt stort handlingsrom for selv å definere hva som i det konkrete tilfellet vil være en sykehusnedleggelse eller om saken av andre grunner er av så stor betydning at den bør vedtas av foretaksmøtet i regionale helseforetak etter helseforetaksloven § 30. I denne vurderingen er det viktig å se hen til de konkrete politiske realitetene og konsekvensene for lokalbefolkningen. Det vil derfor være behov for kontakt og dialog mellom beslutningsnivåene i forkant av slike prosesser.

Det kan være ulike oppfatninger av om saken innebærer flytting av sykehusstilbud eller om det er nedleggelse av sykehusstilbud. Det er på den ene siden åpenbart ikke naturlig å bruke begrepet sykehusnedleggelse dersom sykehusets totale virksomhet videreføres i nye lokaler på en tomt som ligger kun få minutter unna. På den annen side vil det åpenbart være tale om nedleggelse dersom det totale pasienttilbudet opphører uten at pasientene får et tilsvarende tilbud annet sted. Reiseavstand vil ofte være avgjørende for vurderingen.

Bortfall eller flytting av oppgaver fra sykehuset vil også kunne regnes som nedleggelse dersom man ikke lenger kan betegne det gjenværende tilbudet som sykehus. I forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven er døgnopphold omtalt som en sentral del av sykehusdefinisjonen.

Det er bestemt i helseforetaksloven § 30 at sykehusnedleggelser skal vedtas av foretaksmøtet. Det må legges til grunn en forventning fra Stortinget om at i hvert fall noen endringer i sykehusstilbud og sykehusstruktur skal besluttet av statsråden. Definisjonen av hva som regnes som sykehusnedleggelser bør av denne grunn ikke bli så snever at det svært sjelden eller aldri vil bli fattet vedtak i saker om endringer i sykehusstilbudet i foretaksmøtet.

2. OM ADGANGEN TIL Å HA DIALOG OG UTVEKSLE SYNSPUNKTER MED UNDERLIGGENDE VIRKSOMHET UTENOM FORETAKSMØTENE

2.1 Eierstyring skal skje i foretaksmøte

Helseforetaksloven § 16 første ledd bestemmer at *”eiere utøver den øverste myndighet i foretak i foretaksmøte”* og at *”eier kan ikke utøve eierstyring i foretak utenom foretaksmøte”*.

Eierstyring skjer således i foretaksmøte.

Det innebærer at all kommunikasjon mellom statsråden og ledelsen i regionalt helseforetak utenom foretaksmøtet må anses som dialog og meningsutvekslinger. Det er ikke instruks. Styremedlemmene skal fatte vedtak på selvstendig grunnlag. Det samme gjelder i forholdet mellom regionalt helseforetak og helseforetak.

Dette er en grunnleggende forutsetning for all kontakt mellom departementet og de regionale helseforetakene og kontakten mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene.

2.2 Begrepsbruk

Eierstyring skal skje i foretaksmøtet. Det skaper derfor uklarhet når det snakkes om uformell eierstyring, styring utenom foretaksmøtet eller styringssignaler. Utveksling av synspunkter og dialog mellom eier og foretakets ledelse utenom foretaksmøtet bør derfor konsekvent omtales ut fra hva det i realiteten er: Dialog, innspill, orienteringer, meningsutvekslinger mv.

Eier kan ha dialog og gi innspill på ethvert tidspunkt. I mange tilfeller er det nødvendig og hensiktsmessig for å sikre en god og forsvarlig drift av sektoren at eier og underliggende foretak har løpende kontakt.

2.3 Uttalelser fra eier utenom foretaksmøtet er ikke rettslig bindende

Helseforetaksloven § 16 avklarer rollefordelingen mellom eier og foretakets ledelse (styret). I merknadene til § 16 i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) på side 136 uttrykkes virkningen av eiers uttalelser utenom foretaksmøtet slik: *”Dersom eier gir styringssignaler i kraft av sin eierposisjon utenfor foretaksmøtet er ikke dette bindende for foretakets ledelse.”*

Loven forbyr ikke statsråden å tilkjenne sitt syn på saker av betydning for eieren også utenom foretaksmøter, men avklarer at disse meningsutvekslingene og synspunktene ikke er rettslig bindende for de regionale helseforetakene når de ikke er gitt i et foretaksmøte.

Bestemmelsen er derfor ikke til hinder for at det er kontakt mellom eier og styret utenfor foretaksmøte.

2.4 Dialog og meningsutvekslinger er tillat utenom foretaksmøtet

Både departementet og statsråden har jevnlig kontakt med alle de regionale helseforetakene, både administrativt og med styrelederen. Styrelederen i helseregionen har ofte behov for å diskutere vanskelige saker med statsråden. Det kan være behov for å sonde eller drøfte politiske konsekvenser av ulike saker. Dette anses å være i tråd med god eierstyring. At denne kontakten skjer i fortrolighet, er viktig for muligheten til å utøve godt lederskap overfor styrelederne.

Det er både legitimt og nødvendig at det er løpende og tett dialog mellom statsråden og styrene, og mellom ledelsen i de regionale helseforetakene og ledelsen i helseforetakene for avklaringer. Dette er uttrykt slik i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) på side 34-35: *”På grunn av de regionale helseforetakenes sentrale rolle som redskap for statens ansvar for spesialisthelsetjenesten, er tilknytningen mellom staten ved departementet og foretaksledelsen tettere enn det som er tilfelle i aksjeselskaper og til dels også i statsforetak”.*

På samme måte er styrene i helseforetakene redskaper for det regionale helseforetaket. I merknadene til § 16 i helseforetaksloven (side 137) er det angitt at *”Det vil trolig være nærmere og mer løpende kontakt mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene enn det er mellom departementet og det regionale helseforetaket. Slike kontaktsopplegg bør kunne utvikles med utgangspunkt i praksis som generelt er utviklet i konsernforhold.”*

Behovet for å formidle synspunkter mellom eier og eid virksomhet er også omtalt i statens eierskapsmelding, senest i Meld. St 27 (2013-2014) hvor det heter:

”Rammene omkring eierstyring er ikke til hinder for at staten, som andre aksjeeiere, i møter tar opp forhold som selskapene bør vurdere i tilknytning til sin virksomhet og

utvikling. De synspunkter staten gir uttrykk for i slike møter, er å betrakte som innspill til selskapets administrasjon og styre.”

Statsråden kan derfor, uten hinder av helseforetaksloven, gi uttrykk for sitt foreløpige syn på om en bestemt løsning er hensiktsmessig eller ønskelig i samtaler med styreleder. Det har i så måte ikke betydning om det synet som formidles stemmer overens med det synet som styrelederen forfekter eller ikke. Det skal heller ikke være av betydning om synspunktet formidles på oppfordring fra styrelederen eller på statsrådets eget initiativ. Felles for slike samtaler er at det som fremkommer ikke på noen måte er bindende for styret.

Styrene har en selvstendig plikt til å vurdere saker og å treffe vedtak ut fra egen overbevisning. Styrets medlemmer vil kunne vektlegge signaler eier har gitt utenfor foretaksmøte, men må likevel fatte det vedtaket de selv finner riktig.

Dersom eier ikke er enig i et styrevedtak, må det vurderes om saken er så viktig at vedtak bør fattes i foretaksmøtet.

Det fremgår direkte av helseforetaksloven § 16 at foretaksmøtet utøver den øverste myndigheten i det regionale helseforetaket. Loven forutsetter med dette at styrene kan fatte vedtak som foretaksmøtet overprøver. Det vil derfor også være i tråd med helseforetaksloven § 16 dersom eier sier seg uenig og varsler muligheten for at det vil være behov for senere å holde foretaksmøte. Dette legger grunnlag for ryddige prosesser og gir styret bedre forutsetninger for å fatte vedtak.

2.5 Eier kan ha dialog med styreleder

Departementet legger til grunn at hele styret skal få ta del i informasjon formidlet fra eier som er av betydning for saken før vedtak fattes. Det er likevel ikke krav om å informere hele styret om detaljene i dialogen mellom styreleder og eier når en sak er på et tidlig stadium og foretaksstyret ikke har sett behov for å ta stilling til saken.

2.6 Om forholdet mellom administrerende direktør i helseforetak, styret, foretaksmøtet og administrerende direktør i regionalt helseforetak

2.6.1 Administrerende direktørs rolle

Administrerende direktør i helseforetak skal kun forholde seg til instruks fra sitt styre. Administrerende direktør eller styre i regionalt helseforetak kan ikke gi instruks til administrerende direktør i helseforetaket. Dialog med eier skal derfor på ingen måte binde administrasjonen i helseforetaket.

Det er imidlertid ingenting i veien for en dialog som sikrer gode og effektive prosesser.

2.6.2 Samarbeid for å opplyse beslutningsgrunnlaget

Det er en selvfølge at uformell kontakt mellom eier og administrasjonen i regionale helseforetak eller helseforetak ikke skal undergrave saksbehandlingen for styret. Eier kan derfor ikke i en dialog forut for styrebehandling kreve at opplysninger skal endres, at argumenter skal utelates, at konklusjonen skal endres eller på annen måte overstyre administrasjonen i helseforetak.

Administrerende direktør skal fremstille relevante fakta og hensyn i sin innstilling til eget styre etter egen overbevisning.

Det er samtidig viktig å understreke at det ikke er noe til hinder for at eier kan engasjere seg i spørsmål som skal eller vil kunne behandles i foretaksmøtet.

Det er også rom for å arbeide sammen på administrativt nivå mellom regionalt helseforetak og helseforetak for å se om man kan bli enige om fremstilling av argumenter og faktum til saksforberedelsene. Dette er ikke eierstyring, men et ledd i en forsvarlig opplysning av saken. Saken skal opplyses så godt som mulig. Da kan det være viktig å ha et samarbeid med eier og administrasjonen der.

2.6.3 Oppsigelse og avskjedigelse av administrerende direktør

Helseforetaksloven § 36 bestemmer at "*styret treffer vedtak om å si opp eller avskjedige daglig leder*". Med bakgrunn i forarbeidenes merknader om at "*det ikke er adgang til å ta inn i vedtektene at foretaksmøtet skal ha denne myndigheten*"¹, legger departementet til grunn at foretaksmøtet ikke kan treffe vedtak om å si opp eller avskjedige administrerende direktør. Vedtak i saker om tilsetting, oppsigelse eller avskjed kan bare fattes av styret i det regionale helseforetaket for administrerende direktør i regionalt helseforetak, og av styret i helseforetak for administrerende direktør i helseforetak.

Bestemmelsen gjelder etter sin ordlyd kun ved vedtak om tilsetting, oppsigelse og avskjed. Forarbeidene gir ikke grunn til å tolke virkeområdet utvidende. Bestemmelsen kommer derfor ikke til anvendelse i tilfeller hvor administrerende direktør selv velger å si opp sin stilling eller å gå inn i forhandlinger med styret om å avslutte sitt arbeidsforhold.

Helseforetaksloven § 36 forbyr ikke statsråden å gi uttrykk for eller formidle dersom han eller hun vurderer at den daglige ledelsen i foretaket ikke utøves på en god måte. Statsråden kan derfor drøfte bekymringer om ledelsen med styreleder i regionalt helseforetak, og også be om at det vurderes tiltak som kan få den daglige ledelsen av helseregionen til å fungere bedre. Det vil deretter være opp til styrelederen å legge frem en sak for styret og opp til styret å vurdere og konkludere i saken. Styret skal fatte en selvstendig beslutning. Dersom eier og styret er uenige, kan eier velge å skifte ut hele eller deler av styret i foretaksmøte. Tilsvarende gjelder for regionalt helseforetaks dialog med helseforetak.

3. OM ÅPENHET OG LUKKING AV STYRETS MØTER

3.1 Overordnet

Styrets hovedoppgave er ifølge helseforetaksloven § 28 første ledd forvaltning av foretaket. Saker som "*etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning*" skal i utgangspunktet behandles av styret, jf. § 37 tredje ledd. Styret behandler saker i styremøter.

Utgangspunktet vil derfor være at alt arbeid som innebærer styrearbeid, skal legges til styremøter.

¹ Se de spesielle merknadene til § 36 i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001).

Det er anledning til å lukke styrets møter med to begrunnelser:

- Styremøter kan lukkes dersom vilkårene i helseforetaksloven § 26 a andre ledd er oppfylt.
- Det kan arrangeres forberedende møter/styreseminarer for saker som ikke forutsetter styrebehandling, eksempelvis drøfting av utfordringer, strategisk arbeid og planlegging. Slike møter er ikke omfattet av helseforetakslovens bestemmelser om styremøter.

3.2 Om offentlighet ved styremøter

Ifølge helseforetaksloven § 26 a er hovedregelen at *”styremøter i foretak skal holdes for åpne dører”*. Unntak følger av andre ledd som bestemmer at *”dersom det foreligger et reelt og saklig behov, kan styret vedta å behandle en sak for lukkede dører”* i nærmere bestemte tilfeller.

Begrunnelsen for at styremøtene som hovedregel skal være åpne er at fellesgoder av stor betydning for befolkningen drøftes og at åpne styremøter bidrar til tillit og legitimitet for de vedtakene som fattes.

Dersom det foreligger et reelt og saklig behov, kan styret med hjemmel i helseforetaksloven § 26 a vedta å behandle en sak for lukkede dører i følgende tilfeller:

1. Av hensyn til personvernet. Personalsaker skal alltid behandles for lukkede dører.
2. Orientering om sak som er på et forberedende stadium i saksbehandlingen i foretaket.
3. Informasjon om lovbrudd, saksanlegg eller av hensyn til foretakets partsstilling i sak for norsk domstol.
4. Av hensyn til forsvarlig gjennomføring av økonomi-, lønns-, eller personalforvaltningen til foretaket.
5. Saker som gjelder tilbud og protokoll etter regelverket om offentlige anskaffelser til valget av leverandør er gjort.

Vurderingen av om dørene bør lukkes skal gjøres på styremøtet, jf. § 26 a tredje ledd.

§ 26 a andre ledd nr 2 legger til rette for at styremedlemmer kan diskutere saker i lukket møte underveis i en saksgang før sluttbehandling. Dette er omtalt slik i bestemmelsens forarbeider:

”Styret kan også ha behov for å foreta uforpliktende drøftelser omkring slike orienteringer, uten at synspunktene som drøftes på dette stadiet blir eksponert utenfor styret. Offentlighet rundt foreløpige synspunkter fra styrets side kan skape forventninger om et bestemt resultat. Dette kan binde styremedlemmer i forhold til behandlingen i seinere styremøter. Det kan for eksempel være vanskelig for et styremedlem å endre sine foreløpige synspunkter i en sak når tidligere synspunkter allerede er eksponert utad. På denne bakgrunn mener departementet at regelverket bør åpne for at styret kan vurdere å lukke styremøtet av hensyn til orienteringer om saker som er på et tidlig og forberedende stadier i saksbehandlingen. Det vil også legge til rette for at denne type saker blir formidlet i styremøtet og at det ikke oppstår andre uformelle arenaer for å utveksle intern informasjon til styret. Det foreslås å avgrense unntaksbestemmelsen til saker som ikke skal realitetsvurderes eller ferdigbehandles i det aktuelle styremøtet”.

De øvrige unntakshjemlene omtales ikke nærmere her.

3.3 Om adgangen til å avholde styreseminarer

Saker som ikke forutsetter styrebehandling, kan legges til andre fora enn styremøtene.

Styret har kun formell beslutningskompetanse når saker behandles i styremøter. Det er viktig at kravet om åpenhet ikke uthules eller omgås ved at styrets arbeidsoppgaver legges til andre fora enn selve styremøtet. Dersom deler av saken undergis behandling på forhånd, for å sørge for at bare ”sikre” saker behandles i styremøtene, vil en unnta noe av beslutningsprosessen fra styremøtene. Det vil derfor ikke være anledning til å forberede en sak i et forberedende møte i en slik grad at det kun gjenstår å ta den formelle beslutningen i et styremøte.

Departementet legger til grunn at styreseminarer vil kunne avholdes når det er behov for å drøfte generelle strategier og utfordringer.

Aktiviteter som tar sikte på å dyktiggjøre styret som kollegium og nye styremedlemmer på prosessene og styrets arbeid hører normalt ikke hjemme i et formelt styremøte.

Styremedlemmene må ha anledning til å finne sin plass i kollegiet og delta i opplæring.

Eksempler kan være drøftinger av styrets arbeidsform, plikter, roller, spenninger mellom det å være ansattvalgt og det å være ordinært styremedlem, spørsmål som vedrører ledelse og administrasjonen og hvilket ansvar som påligger styret. Dette er samtaler om hva det innebærer å ta del i et styre og hvordan styret bør fungere.

I forlengelsen av dette anser departementet at samtaler om hvordan styret som kollegium bør arbeide med og nærme seg en konkret sak prosessuelt ikke nødvendigvis hører hjemme i et styremøte.

Loven § 26 a første ledd nr. 2 forutsetter at det skal holdes styremøter – ikke styreseminarer – når sak som er på et forberedende stadium i saksbehandlingen i foretaket legges frem for orientering. Dette samme må gjelde når slike saker drøftes. Lukningsadgangen reguleres i slike tilfeller av loven.

Styreleder må, i samråd med de andre styremedlemmene og administrasjonen, vurdere konkret om sakene krever behandling i styremøte. Dersom det i praksis oppstår tvil, må saken legges til et styremøte.

Styrene bør tilstrebe å organisere sitt arbeid på en måte som skaper legitimitet og tillit til prosessene og beslutningene.

3.4 Om styrets egnevaluering

Det vises til omtale av styrets egnevaluering i departementets styreveileder.

Egenevalueringen kan normalt drøftes i styreseminarer som ikke er omfattet av helseforetakslovens bestemmelser om styremøter. Helseforetaksloven § 26 a om møteoffentlighet gjelder da ikke.

I den grad styret på bakgrunn av evalueringsprosessen faktisk ønsker å fatte vedtak, må det imidlertid behandles i styremøte på ordinær måte. Vi antar at dette sjelden vil være tilfellet. Et eksempel kan være behovet for å drøfte hvordan resultatet av egnevalueringen bør omtales i årlig melding.

Bakgrunnen for departementets vurdering er at styrets egenevaluering er et eksempel på drøftinger av utfordringer som normalt ikke er knyttet direkte til et fremtidig styrevedtak. En egenevaluering er ikke et ledd i foretakets beslutningsprosesser. Arbeidet skal ikke lede frem til vedtak om forvaltning av foretaket.

I motsetning til det som kjennetegner alminnelig styrearbeid, er det ikke et krav eller en nødvendighet for foretakets virksomhet som sådan at styret fatter vedtak med bakgrunn i evalueringsprosessen. Det er ikke naturlig eller hensiktsmessig at styret fatter vedtak knyttet til enkelte medlemmers fungering. Styret kan ikke vedta forbedringspunkter for det enkelte styremedlem, men medlemmet kan selv ta til seg konstruktive innspill og vurdere endringer på det personlige plan.

Styremøter er heller ikke et egnet forum for en grundig og ærlig drøfting av styrets arbeidsform og de enkelte styremedlemmenes fungering hver for seg og samlet. Formålet med egenevalueringen vil derfor ikke kunne oppnås ved å anse dette som styrearbeid. Allmennheten vil selv kunne danne seg et godt bilde av samspillet og fungeringen blant styrets medlemmer ved å benytte seg av muligheten til å lytte til foretakenes åpne styremøter.

Med vennlig hilsen

Frode Myrvold (e.f.)
ekspedisjonssjef

Kari Sønderland (e.f.)
ekspedisjonssjef

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer.

Kopi til:
Nærings- og fiskeridepartementet

Oppsummering av styrets egnevaluering 2021	
Styresak nr.:	7 – 2022
Møtedato:	10. februar 2022
Saksbehandler:	Direktør Helge K. Kjerulf Pettersen
Vedlegg:	Svar evaluering

Saken i korte trekk

Til styresak 66 – 2021 den 9. desember 2021 ble styret på forhånd bedt om å tenke gjennom og forberede styrets arbeid og egnevaluering ved bruk av utsendt evalueringsskjema.

Det ble enighet om at hver enkelt skulle sende to forbedringspunkter og to bevaringspunkter til direktøren.

De mottatt besvarelsene er oppsummert i vedlagte skjem. Følgende bevaringspunkter fremheves:

- God plan for arbeidet og en god nok arbeidsmåte.
- God sammensetning av styret.
- Gode styrepapirer
- Riktige konklusjoner og vedtak
- God kommunikasjonsform, opptrer som et kollegium.
- God oppfølging av vedtak

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

- Protokoll med bare vedtak er for lite utfyllende og har liten verdi utover det rent formelle.
- Mer informasjon om de komplekse prosessene, blant annet for IKT-prosjektene.

Direktøren kommenterer hvordan forlagene kan møtes.

Direktørens innstilling til vedtak

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

Helge K. Kjerulf Pettersen
direktør

Saksfremlegg

1. Bakgrunn for saken

Til styresak 66 – 2021 den 9. desember 2021 ble styret på forhånd bedt om å tenke gjennom og forberede styrets arbeid og egevaluering ved bruk av utsendt evalueringsskjema. Innspill til bevarings- og forbedringspunkter er oppsummert i punkt 2.

2. Bevarings- og forbedringspunkter

På grunnlag av innsendt innspill oppsummeres her samlet alle forslag til bevarings- og forbedringspunkter og utviklingsmuligheter for styrets arbeid.

Om bevaringspunkter er følgende meldt inn:

- 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, åpenhet.
- Godt samarbeid mellom styret og daglig leder.
- God dialog internt i styret og med administrasjonen.
- God sammensetning av styret
- God kjennskap til styrets instruks, som oppleves relevant.
- Økt fokus på risikostyring og strategi.
- Riktige konklusjoner og vedtak.
- Styreprotokollen fungerer veldig bra.
- Oppfølging av vedtak.
- God og effektiv møteledelse.
- Ok antall møter, bra med digitale møter i kombinasjon med fysiske møter.

Til forbedring ble følgende nevnt:

- Uklart hvilken oppmerksomhet eier har i forhold til SANO. Ofte virker staben i Helse Nord ensidig opptatt av sykehusforetakene.
- Økonomi- og farmasikompetanse bør inn i styret.
- Mer i styrepapirene om orienteringssakene, eventuelt fylldigere protokoll.
- Mer jevnlig rapportering på IKT-saker/prosjekter, dette da dette er særs viktige prosesser.
- Større fokus på konsekvensanalyser og risiko der det er aktuelt.
- For korte protokoller, savnes et referat som er mer utfyllende og speiler hovedpunktene i diskusjonen.
- For hyppige møter, to per halvår bør være nok.
- Ønske om opplæring/innlegg på styreseminar med tema «økonomi for styremedlemmer» for lettere å kunne lese økonomirapporter.

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:

- 1) Gode beslutningsunderlag/sakspapirer.
- 2) God møtekultur, god dynamikk i møtene og stor åpenhet i møtene.

Direktøren kan slutte seg til dette og vil i samarbeid med administrasjonen også i fortsettelsen tilstrebe å holde samme gode standard på sakspapirene.

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:

- Hyppigere statusoppdatering på de viktige IKT-prosjektene som pågår i foretaket.
- Protokoll som i større grad enn i dag gjenspeiler diskusjonene i møtene og som kan fungere som en felles hukommelse for styret.

Det har blitt orientert om IKT-prosjektene på fire styremøter i 2021, men bare i februarmøtet var det skriftlig orientering, ellers var det muntlig orientering. Direktøren skal i større grad fremlegge skriftlig orientering i fremtiden.

Når det gjelder protokollen så skal den minst angi tid, sted, deltakere, hva den enkelte sak gjelder og styrets beslutning. Ved uenighet kan styremedlemmer eller daglig leder kreve uenigheten protokollert.

Direktørens vurdering er at det ikke vil være hensiktsmessig å referere alle diskusjoner i en offisiell protokoll. En måte å dokumentere styrets diskusjoner på kan være å føre et referat fra møtet i tillegg til styreprotokollen. Siden styremøtet i oktober 2021 har protokollen gjengitt hvilke saker det har blitt gitt orientering om i møtet, denne praksisen vil fortsette. For å bedre kvaliteten på sakene vil det tilstrebes større grad av skriftlige informasjonsaker.

	1		2		3		4		5	
	Bevaring	Forbedring	Bevaring	Forbedring	Bevaring	Forbedring	Bevaring	Forbedring	Bevaring	Forbedring
1. STYRETS OPPGAVER Har vi klart for oss hva som er styrets viktigste oppgaver?			Ja		Ja, overordnet strategisk tenkning og kontrollfunksjon.				Ja, det vil jeg si.	
2. PLANLEGGING OG ARBEIDSMÅTE. Har vi en god nok plan for arbeidet og en god nok arbeidsmåte?	God forutsigbarhet ut fra årsplan.		Ja		Ja				Ja, noen saker er mer krevende og trenger mere tid. Kunne muligens ha brukt kvelden før styremøte og gått litt dypere inn i de litt mer krevende saker.	
3. FORHOLD TIL EIER. Har styret oppnådd en tilfredsstillende forståelse for Sykehusapotek Nord's situasjon hos det regionale Helse Nord?			Ja, men:	uklart hvilken oppmerksomhet eier har i forhold til SANO. Ofte virker staben i Helse Nord ensidig opptatt av sykehusforetakene.	Ja, mener det, men også at det er "ferskvare". Vi må sørge for å ha god kommunikasjon fortløpende.				Det arbeidet som har vært gjort de senere årene har vært veldig bra for oss. Synes vi har oppnådd større forståelse enn tidligere år.	Men, det kan bli enda bedre.
4. STYRETS SAMMENSETNING. Kunne styrets kompetanse og sammensetning vært bedre i forhold til oppgavene?	Opplever sammensetningen som god med ulike perspektiver og kompetanser.		Styret har en god sammensetning men mye kompetanse fra ulike sektorer.		Ikke slik det har vært til nå.	Ved neste korsvei bør økonomikompetanse og farmasikompetanse være med.			Godt sammensatt styre, greit med forskjellig kompetanse.	
5. STYRETS INSTRUKS. Kjenner jeg innholdet i styrets instruks, og er oppleves den som relevant i forhold til styrets opplevde oppgaver?	Ja		Ja, spesielt økende fokus på risikostyring og strategi.		Ja				Ja	
6. STYREPAPIRENE. Hvordan er kvaliteten på styrets beslutningsunderlag (styrepapirene) og på det informasjonsmaterialet som ellers presenteres for styret?	Gode styredokumenter, ryddig fremstilt, godt grunnlag for beslutninger.	Orienteringssaker/saker til informasjon - kanskje hatt noe mer i styrepapirene her, evt. Kan det fremkomme noe mer i protokollen, jfr. punkt 10.	God		Svært bra.				Veldig gode og grundige styrepapirer. Det er gjort et veldig godt arbeid, og dette må absolutt beholdes.	
7. FULLSTENDIGHET I SAKER. Er det saker vi savner behandlingen av der vi tror styret kunne bidratt positivt til forbedring av virksomheten?		Det er etterspurt en mer jevnlig rapportering på IKT-saker/prosjekter, dette tror jeg vil være positivt at styret er tett på da dette er særs viktige prosesser i SANO fremover.		Det tok lang tid å få styret godt involvert i strategiprosessen, men resultatet ble bra.	Ikke som jeg kan se.		Større fokus på konsekvensanalyser og risiko der det er aktuelt.			Vet ikke helt, men det møtet vi hadde i Trondheim for noen år siden, var veldig nyttig. Mulig vi kunne få flere gode ideer ved å besøke andre foretak.
8. STYRETS VEDTAK. Er de konklusjoner og vedtak som fattes i samsvar med det du mener er riktig	Ja		Ja		Ja				Ja	

	1		2		3		4		5	
	Bevaring	Forbedring	Bevaring	Forbedring	Bevaring	Forbedring	Bevaring	Forbedring	Bevaring	Forbedring
9. STYREPROTOKOLLEN. Burde vi legge arbeid i å forbedre kvaliteten på styreprotokollen?		Protokollen kan med fordel inneholde noe mer enn kun vedtaket, jfr. Diskusjon om "kollektiv hukommelse".		Styreprotokollene er altfor kortfattende og har liten verdi ut over det rent formelle. Det ville være til stor hjelp i styrearbeidet med et referat som kan speile hovedpunktene i diskusjonen. En bedre kollektiv hukommelse ville bedre kvaliteten og kontinuiteten i styrearbeidet.	Nei, det fungerer veldig bra.			Det bør diskuteres om protokollen skal gjøres mer utfyllende.		Når jeg har behov for å gå tilbake på styresaker, kunne det ha vært ønskelig med en litt mere utfyllende protokoll.
10. STYRETS KOMMUNIKASJONSFORM. I hvilken grad kommuniserer vi som et kollegium hvor det er fellesfølelsen som er grunnleggende – opptrer vi med integritet, åpenhet, ansvarlighet og tillit overfor hverandre?	Oppleveres som et godt kollegium, god dynamikk i møtene. En fordel at vi har fått til noen fysiske møter da jeg opplever at man da blir kjent på en annen måte enn digitalt.		Godt kollegium med stor grad av enighet.		I høy grad.		God kommunikasjonsform i styret.		I stor grad føler jeg at vi et kollegium med fellesfølelse.	
11. OPPFØLGING OG GJENNOMFØRING AV VEDTAK. Kan administrasjonen bli flinkere til å gjennomføre styrets vedtak raskt?	Min oppfatning er at administrasjonen følger opp styrevedtak på en god måte.			Vedtak blir gjennomført, men spesielt på IKT-området er det ofte langsom framdrift og vanskelig å holde oversikt pga mange eksterne avhengigheter.	Synes adm. gjør en utmerket jobb.				Synes de jobber godt med vedtakene, ingen ting å utsette på det arbeidet.	
12. STYRELEDER. Hvordan fungerer styreleder? – Ledes møtene effektivt?	Jeg oppfatter styreleder som dyktig, har en evne til å se ulike perspektiver og fange opp essensen i sakene. Møtene ledes effektivt, god disponering av tiden.		God og effektiv møteledelse.						Veldig fornøyd med styreleder, møtene blir ledet godt og stiller gode spørsmål. Er inkluderende.	
13. STYREMØTENE. Hvordan er vi fornøyd med antall møter og varigheten på de enkelte møtene?	Ok antall møter, digitale møter kan med fordel holdes noe kortere enn fysiske møter da det er krevende å sitte lenge digitalt. Om det lar seg gjøre med fysiske møter fremover, ville jeg likevel ønsket meg en balanse mellom digitale og fysiske møter, da det også er krevende med hyppige reiser. Kunne man for eksempel lagt opp til halvparten fysisk og halvparten digitalt (forutsatt at det er mulig med fysiske møter selvfolgelig)?			Forholdsvis hyppige møter, som hovedregel bør 2 møter per halvår være tilstrekkelig.	Syens det fungerer bra.				Greit antall møter, noen kunne nok ha vært lengre ved utfordrende saker.	

	1		2		3		4		5	
	Bevaring	Forbedring	Bevaring	Forbedring	Bevaring	Forbedring	Bevaring	Forbedring	Bevaring	Forbedring
14. FORHOLDET TIL DAGLIG LEDER. a) Hvor stort potensial er det i å forbedre styrets forhold til, og samarbeid med, daglig leder? b) Er det interessant å revidere daglig leders ansettelsesvilkår mer regelmessig som ledd i en insentivordning?			Inneværende år har hatt konstituert daglig leder som har fungert utmerket. God dialog. Ansettelsesvilkår revidert i forbindelse med ny daglig leder.		Teoretisk er det sikkert et potensial, men synes dette fungerer veldig bra i dag. Ikke relevant.				Blir spennende med ny leder, ser frem til godt samarbeid. Har bestandig syntet at samarbeidet med daglig leder har vært godt. Har ikke noen sterke meninger om det.	
15. ANNET Annet som ikke passer under øvrige punkter.		Ønsker meg en opplæring/innlegg på et styreseminar for eksempel med tema «økonomi for styremedlemmer», for lettere å kunne lese økonomirapporter.	•God dialog internt i styret og mellom styre og administrasjon •Forbedret fokus på risikostyring og strategi	•Det bør etableres et referat som gjenspeiler hovedpunktene i diskusjonen på styremøtene i tillegg til den formelle protokollen •Det er vanskelig for styret å holde tråden i langvarige og komplekse prosesser, spesielt innenfor bygg og IKT. Informasjonsflyten rundt slike saker bør forbedres						



Saker til informasjon	
Styresak nr.:	8 – 2021
Møtedato:	10. februar 2022
Saksbehandler	Direktør Helge K. Kjerulf Pettersen
Vedlegg:	Status IKT-prosjekter

- 1) Informasjon fra styreleder til styret
 - a) Informasjon om arbeidet med nye lokaler til Sykehusapoteket i Harstad
Det vises til sak 65-2021 der det ble gitt informasjon om arbeidet med å skaffe nye lokaler til Sykehusapoteket i Harstad. Styreleder vil orientere muntlig om status.
- 2) Informasjon fra administrasjonen til styret:
 - a) Status IKT-prosjekter, skriftlig orientering
 - b) Status nye sykehusapotek i Hammerfest og Narvik, samt oppstart av prosess for etablering av sykehusapotek på Helgeland, muntlig orientering
 - c) Film om prosessen rundt oppstart av vaksinedistribusjon, presentasjon til Regional pasientsikkerhetskonferanse 2022.
 - d) Orientering om tvist med leverandør – u.off. jfr. offl. § 23.1

Direktørens innstilling til vedtak

Styret for Sykehusapotek Nord HF ble av styreleder informert muntlig om arbeidet med å skaffe nye lokaler til Sykehusapoteket i Harstad

Styret ble av direktør informert skriftlig om status for IKT-prosjektene.

Styret ble av direktør orientert muntlig om status for nye sykehusapotek i Hammerfest og Narvik, samt om oppstart av prosess for etablering av sykehusapotek på Helgeland.

Styret fikk se film for visning på Regional pasientsikkerhetskonferanse om oppstarten av distribusjon av vaksiner fra Pfizer.

Styret ble av direktør gitt muntlig orientering om tvist med leverandør.

Styret tok informasjonen og orienteringene som ble gitt til orientering.

Helge K. Kjerulf Pettersen
direktør

Status IKT-prosjekter

Styresak nr.:	8 – 2022
Møtedato:	10. februar 2022
Saksbehandler:	Direktør Helge K. Kjerulf Pettersen
Vedlegg:	

Det nye apotekfagsystemet består av 3 deler, ERP, RBD og EIK. Sykehusekspedisjonene skal benytte Clockwork som allerede er i drift på sykehusene som ERP system. For at sykehusapoteket skal kunne bruke Clockwork har det vært behov for tilpasninger og nyutvikling, dette arbeidet er drevet frem av den interne prosjektgruppen i SANO i samarbeid med leverandør. Kostnadene for utviklingen er dekket av Sykehusapotek Nord. Nå fremstår Clockwork som et bedre produkt enn tidligere, og resten av HFene som benytter Clockwork får også nytte av den nye funksjonaliteten.

Clockwork

Clockwork skal benyttes alle avdelingene som leverer legemidler, også i publikum. Del 1 (sykehusekspedisjon uten robot) er utviklet og satt i drift i Harstad, Kirkenes, Hammerfest, Alta, Narvik, Lofoten, Vesterålen, Mo, Mosjøen og Sandnessjøen.

Utvikling av Clockwork del 2 er startet. Del 2 gjelder utvikling av funksjonalitet for sykehusapotek som benytter lagerroboter. I Bodø og Tromsø er forventet oppstart av pilot i Bodø i juni 2022 og implementering ferdigstilles i Q3 2022. Del 2 er forsinket med ca. ett år i forhold til opprinnelig plan. Årsaken til dette er fokus på forbedring av Clockwork før utrulling av del 2.

RBD

RBD som skal benyttes i publikumsavdelingene er et nasjonalt prosjekt. For SANO forventes oppstart av pilot 1. halvår 2023 og full utrulling innen sommeren 2023. Dette er ca. ett år senere enn tidligere antatt.

CGI er leverandør av RBD til sykehusapotekene. RBD er en tilpasning til norske forhold av systemet LS pharmacy. LS er underleverandør til CGI.

RBD-prosjektet ledes og koordineres av Sykehusapotekene HF. I RBD inngår EIK som blant annet håndterer resepter og refusjoner. SANO deltar i det nasjonale RBD prosjektet, og lokalt mottaksprosjekt som skal sørge for sammenknytning av RBD og ERP (Clockwork), utrulling og opplæring for våre apotek med publikumsutsalg er nå etablert og i gang med arbeidet. I mottaksprosjekt deltar det teknikere og farmasøyter fra alle apotek med publikumsavdelinger. Dette er ansatte som er hentet fra linja, og som igjen må erstattes for at vi skal kunne ha forsvarlig drift i apotekene.

Det har vært utfordringer med leveransene i prosjektet, og prosjektet er derfor forsinket. Det er diskusjoner med leverandøren om økonomien i prosjektet og om videre fremdrift. Forsinkelsene medfører økte kostnader som følge av forelengelse av prosjektet.

Medikamentell kreftbehandling

Helse Nord har anskaffet nytt system for medikamentell kreftbehandling, Cytodose, fra CSAM Health AS. Det var opprinnelig planlagt å starte innføring av Cytodose i løpet av høsten 2021. Denne planen har ikke holdt, og det er usikkert når systemet vil være klart til innføring. Systemet som leveres har vist seg å ikke være godt nok til å oppfylle SANOs krav. SANOs krav til funksjonalitet er pt. ikke innfridd. Det er store avvik mellom hva som var forventet levert og hva man ser levert.

Kostnadene forbundet med innføring av Cytodose har også vist seg å være betydelig høyere enn angitt i anbudsbesvarelsen.

Prosjektet er nå stoppet, og det gjøres nå en kvalifisert vurdering av hvilke handlinger Helse Nord bør gjennomføre.

Helge K. Kjerulf Pettersen
direktør

Årsplan for styret	
Styresak nr.:	9 – 2022
Møtedato:	10. februar 2022
Saksbehandler:	direktør Helge K. Kjerulf Pettersen
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 styremøtene.

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.

Helge K. Kjerulf Pettersen
direktør

Møtedato	Saksnr.	Ref tidl. sak nr.	Sakstittel	Saksansvarlig	Vedtak
09.12.2021	55		Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøtet 9. desember 2021.
09.12.2021	56		Godkjenning av protokoll	Styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner protokollen fra styremøtet 27. oktober 2021.
09.12.2021	57		Årsplan - oppdatering og status	Direktør	Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar årsplanen med de innspillene som kom i møtet.
09.12.2021	58	27-2021, 40-2021, 50-2021	Godkjenning strategiplan 2022-2025	Direktør	Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar forslaget til strategi som Sykehusapotek Nord HFs strategi for 2022-2025.
09.12.2021	59		Virksomhetsrapport per oktober	Økonomisjef	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapportene per oktober og november 2021 til orientering.
09.12.2021	60		Budsjett 2022	Økonomisjef	Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar det foreslåtte budsjettet som Sykehusapotek Nord HFs budsjett for 2022.
09.12.2021	61		Oppnevning av valgstyre for valg av ansattrepresentanter til styret	Direktør	1. Styret for Sykehusapotek Nord HF oppnevner følgende ansattrepresentanter til valgstyret for Sykehusapotek Nord HF: •Sara Evjen, Norges farmasøytiske forening •Beate Borge, Farmasiforbundet/Parat 2. Styret for Sykehusapotek Nord HF oppnevner følgende vara for ansattrepresentanter til valgstyret for Sykehusapotek Nord HF: •Martine V. Johansen, Farmasiforbundet/Parat •Anna Arnesen, Norges farmasøytiske forening 3. Som representant fra foretaksledelsen til HF-valgstyre oppnevnes: •Helge K. Kjerulf Pettersen, direktør 4. Valgstyret konstituerer seg selv med leder og nestleder.
09.12.2021	62		Miljøsertifisering - revisjonsrapport	Direktør	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar den vedlagte revisjonsrapporten til orientering.
09.12.2021	63		Rapport fra Arkivverkets tilsyn	Direktør	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar den vedlagte tilsynsrapporten og handlingsplan til orientering.
09.12.2021	64		Ansettelse av direktør	Direktør	1. Styret for Sykehusapotek Nord HF ansetter Hilde Gustavsens Erstad i stillingen som administrerende direktør i Sykehusapotek Nord HF fra og med 1. april 2022. 2. Styret gir fullmakt til styreleder Grete Ellingsen, Gunnar Skov Simonsen og Ellen Marie Mellingen til å slutføre med Hilde Gustavsens Erstad. Endelig arbeidsavtale signeres av styreleder.
09.12.2021	65		Apotek Harstad	Direktør	Styret for Sykehusapotek Nord HF er fornøyd med at arbeidet med å etablere nye lokaler for Sykehusapoteket i Harstad har startet, og ber om at videre arbeid med dette får høy prioritet.
09.12.2021	66		Styrets arbeid og egenevaluering	Direktør	Styret i Sykehusapotek Nord HF har gjennomført egenevaluering av styrets arbeid. Oppsummering av evalueringen legges frem i styremøtet 10.2.2022, før den oversendes Helse Nord RHF.
09.12.2021	67		Saker til informasjon	Direktør/styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonen som ble gitt til orientering.
09.12.2021	68		Eventuelt	Styreleder	
02.02.2022			FELLES FORETAKSMØTE (digitalt) oppdragsdokument	Helse Nord RHF	
10.02.2022	1		Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
10.02.2022	2		Godkjenning av protokoll	Styreleder	

10.02.2022	3		Virksomhetsrapport per desember 2021	Økonomisjef	
10.02.2022	4		Foreløpig årlig melding 2021	Direktør	
10.02.2022	5		Oppdragsdokument 2022	Direktør	
10.02.2022	6		Oppdatert veileder for styrets arbeid	Direktør	
10.02.2022	7		Oppsummering styrets egnevaluering 2021	Direktør	
10.02.2022	8		Saker til informasjon - Lokaler Harstad - Status IKT-prosjekter - Status nye sykehusapotek - Film til regional pasientsikkerhetskonferanse - utfordringer med isolator ved Sykehusapoteket i Tromsø	Direktør	
10.02.2022	9		Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
10.02.2022	10		Eventuelt	Styreleder	
23.03.2022			Godkjenning av innkalling og sakliste	Styreleder	
23.03.2022			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
23.03.2022			Godkjenning av årsregnskap 2021	Økonomisjef	
23.03.2022			Godkjenning av rapport på gjennomføring av OD 2021 - Årlig melding 2021	Direktør	
23.03.2022			Virksomhetsrapport per februar 2022	Økonomisjef	
23.03.2022			Økonomisk langtidsplan 2023-2026 inkludert rullering av investeringsplan	Økonomisjef	
23.03.2022			Status publikumsstrategi	Direktør	
23.03.2022			Status lokaler Harstad	Direktør	
23.03.2022			Saker til informasjon	Direktør	
23.03.2022			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
23.03.2022			Eventuelt	Styreleder	
24.03.2022			Regionalt styreseminar, Tromsø	Helse Nord RHF	
25.03.2022			Regionalt styreseminar, Tromsø	Helse Nord RHF	
02.06.2022			Godkjenning av innkalling og sakliste	Styreleder	
02.06.2022			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
02.06.2022			Virksomhetsrapport per april	Økonomisjef	
02.06.2022			Rapport for 1. tertial 2022 til Helse Nord RHF inkl. Risikoanalyse.	Økonomisjef	
02.06.2022			Strategi 2022-2025	Direktør	
02.06.2022			Handlingsplan og risikovurdering informasjonssikkerhet	IT-sjef	
02.06.2022			Forbedring 2022		
02.06.2022			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
02.06.2022			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
28.09.2022			Styreseminar SANO	SANO	
29.09.2022			Eventuelt	Styreleder	
29.09.2022			Godkjenning av innkalling og sakliste	Styreleder	
29.09.2022			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
29.09.2022			Virksomhetsrapport per august 2022	Økonomisjef	
29.09.2022			Rapport til Helse Nord RHF per 2. tertial 2022	Økonomisjef	

29.09.2022		Premisser budsjett 2023	Økonomisjef	
29.09.2022		Møteplan 2023	Direktør	
29.09.2022		Ledelsens gjennomgang	Direktør	
29.09.2022		Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
29.09.2022		Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
29.09.2022		Eventuelt	Styreleder	
29.09.2022		Evaluerings av direktør/lønnsjustering	Styreleder	
26.10.2022		Godkjenning av innkalling og sakliste	Styreleder	
26.10.2022		Godkjenning av protokoll	Styreleder	
26.10.2022		Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
26.10.2022		Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
26.10.2022		Virksomhetsrapport per september	Direktør	
26.10.2022		Eventuelt	Styreleder	
26.10.2022		Regionalt styreseminar, Bodø	Helse Nord RHF	
27.10.2022		Regionalt styreseminar, Bodø	Helse Nord RHF	
08.12.2022		Godkjenning av innkalling og sakliste	Styreleder	
08.12.2022		Godkjenning av protokoll	Styreleder	
08.12.2022		Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
08.12.2022		Virksomhetsrapport per oktober	Økonomisjef	
08.12.2022		Budsjett 2023	Økonomisjef	
08.12.2022		Revidering av strategi 2022-2025	Direktør	
08.12.2022		Styrets arbeid og egenervaluering	Direktør	
08.12.2022		Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
08.12.2022		Eventuelt	Styreleder	
1-2023		Godkjenning av innkalling og sakliste	Styreleder	
1-2023		Godkjenning av protokoll	Styreleder	
1-2023		Virksomhetsrapport per desember 2022	Økonomisjef	
1-2023		Foreløpig årlig melding 2022	Direktør	
1-2023		Oppdragsdokument 2023	Direktør	
1-2023		Oppsummering styrets egenervaluering 2022	Direktør	
1-2023		Saker til informasjon	Direktør	
1-2023		Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
1-2023		Eventuelt	Styreleder	