



Styremøte

Innkalling med sakspapirer

26. oktober 2022 kl. 9.00 – 12.00

Sted:
Digitalt møte i Teams

Saker til behandling:

Saksnummer	Saksnavn	Side
45 - 2022	Godkjenning av innkalling og saksliste	1
46 - 2022	Godkjenning av protokoll fra styremøte 28. september 2022	2
47 - 2022	Virksomhetsrapport per september 2022	10
48 - 2022	Internrevisjonsrapport 1/2022 - virksomhetsstyring	20
49 - 2022	Ledelsens gjennomgang 2021/2022	49
50 - 2022	Legemiddelstrategi for Helse Nord RHF 2022-2030 v-0.5 UTKAST	55
51 - 2022	Strategisk risiko	71
52 - 2022	Saker til informasjon	76
53 - 2022	Årsplan – oppdatering og status	77
54 - 2022	Eventuelt	



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

Deres ref:	Vår ref:	Dato:	Saksbehandler:
	2022/39-13	19.10.2022	Helge Kjerulf Pettersen

Innkalling til styremøte i Sykehusapotek Nord HF 26. oktober 2022

I henhold til tidligere avtalt møteplan, og i samråd med styreleder, innkalles det med dette til styremøte i Sykehusapotek Nord HF onsdag 26. oktober 2022 kl. 9.00-12.00.

Møtet avholdes som digitalt møte på Teams.

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

Hilde Gustavsen Erstad
administrerende direktør



Godkjenning av innkalling og saksliste

Styresak nr.:	45 – 2022
Møtedato:	26. oktober 2022

I samråd med styreleder er følgende saksliste satt opp til styremøtet 26. oktober 2022:

Saksnummer	Saksnavn	Side
45 - 2022	Godkjenning av innkalling og saksliste	1
46 - 2022	Godkjenning av protokoll fra styremøte 28. september 2022	2
47 - 2022	Virksomhetsrapport per september 2022	10
48 - 2022	Internrevisjonsrapport 1/2022 - virksomhetsstyring	20
49 - 2022	Ledelsens gjennomgang 2021/2022	49
50 - 2022	Legemiddelstrategi for Helse Nord RHF 2022-2030 v-0.5 UTKAST	55
51 - 2022	Strategisk risiko	71
52 - 2022	Saker til informasjon	76
53 - 2022	Årsplan – oppdatering og status	77
54 - 2022	Eventuelt	

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøtet 26. oktober 2022.

Hilde Gustavsens Erstad
administrerende direktør



Godkjenning av protokoll fra styremøte 28. september 2022

Styresak nr.:	46 – 2022
Møtedato:	26. oktober 2022

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner protokollen fra styremøtet 28. september 2022.

Hilde Gustavsen Erstad
administrerende direktør

Protokoll

Møtetype: Styremøte i Sykehusapotek Nord HF

Tidspunkt: 28. september 2022 kl. 8.30-14.30

Møtested: Scandic Hotell Hammerfest

Tilstede: Grete Ellingsen, styrets leder
Gunnar Skov Simonsen, styrets nestleder
Lars Småbrekke, styremedlem
Morten Støver, styremedlem
Ellen Marie Mellingen, styremedlem
Catarina Sivertsen, styremedlem
Sylvi Vatne Pedersen, styremedlem (deltok via Teams)

Observatør: Paul Daljord, nestleder i brukerutvalget (deltok via Teams)

Fra administrasjonen deltok:

Hilde Gustavsen Erstad, administrerende direktør
Helge K. Kjerulf Pettersen, økonomisjef
Margaret Aarag Antonsen, fagsjef

Sak 31/22 Godkjenning av innkalling og saksliste

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøtet 28. september 2022.

Administrerende direktørs innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøtet 28. september 2022.

Sak 32/22 Godkjenning av protokoll fra styremøte 2. juni 2022

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner protokollen fra styremøtet 2. juni 2022.

Administrerende direktørs innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner protokollen fra styremøtet 2. juni 2022.

Sak 33/22 Virksomhetsrapport per august 2022

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per august 2022 til orientering.

Styret fremmet følgende tillegg til administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret ber om at fremtidig rapportering også inkluderer målekort på virksomhetsområdenivå.

Administrerende direktørs innstilling med styrets tillegg ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per august 2022 til orientering.
2. Styret ber om at fremtidig rapportering også inkluderer målekort på virksomhetsområdenivå.

Sak 34/22 Rapport per 2. tertial til Helse Nord RHF på Oppdragsdokument 2022

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar vedlagte rapport som styrets rapport til Helse Nord RHF for 2. tertial 2022.

Administrerende direktørs innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar vedlagte rapport som styrets rapport til Helse Nord RHF for 2. tertial 2022.

Sak 35/22 Budsjett 2023, premisser og føringer

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar premissene og føringene for budsjett 2023 til orientering.

Administrerende direktørs innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar premissene og føringene for budsjett 2023 til orientering.

Sak 36/22 Status økonomi nytt apotekfagsystem

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonen om status økonomi for nytt apotekfagsystem til orientering.

Administrerende direktørs innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonen om status økonomi for nytt apotekfagsystem til orientering.

Sak 37/22 Status for arbeidet med informasjonssikkerhet

Møtet ble lukket under behandling av saken.

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar status på arbeidet med informasjonssikkerhet til orientering.

Styreleder fremmet forslag og følgende tillegg til administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret ber om en årlig orientering om status for arbeidet med informasjonssikkerhet, inkludert risiko- og sårbarhetsanalyse, og at styret blir orientert om vesentlige informasjonssikkerhetshendelser.

Administrerende direktørs innstilling med styreleders tillegg ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tar status på arbeidet med informasjonssikkerhet til orientering.
2. Styret ber om en årlig orientering om status for arbeidet med informasjonssikkerhet, inkludert risiko- og sårbarhetsanalyse, og at styret blir orientert om vesentlige informasjonssikkerhetshendelser.

Sak 38/22 **Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen – rapport med tiltaksplaner 2022-2026**

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar tiltaksplanen for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen til orientering.

Styreleder fremmet forslag om følgende tillegg til administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret er svært fornøyd med vedtatte tiltaksplaner for å øke kvaliteten på tjenestene til den samiske befolkningen.

Administrerende direktørs innstilling med styreleders tillegg ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tar tiltaksplanen for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen til orientering.
2. Styret er svært fornøyd med vedtatte tiltaksplaner for å øke kvaliteten på tjenestene til den samiske befolkningen.

Sak 39/22 **Evaluerings av ansattes erfaringer i møte med Covid-19-pandemien**

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar evalueringen av ansattes erfaringer i møte med Covid-19-pandemien til orientering.

Administrerende direktørs innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar evalueringen av ansattes erfaringer i møte med Covid-19-pandemien til orientering.

Sak 40/22 Styrets møteplan for 2023

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar møteplan for 2023 som følger:

1. *Styremøter*
 1. *9. februar 2023 (Tromsø/digitalt)*
 2. *29. mars 2023 (Tromsø)*
 3. *1. juni 2023 (Bodø/digitalt)*
 4. *21. september 2023 (samme sted som styreseminaret 20/9)*
 5. *25. oktober 2023 (Bodø)*
 6. *14. desember 2023 (Tromsø/digitalt)*
2. *Foretaksmøter*
 - *Januar 2023 Felles foretaksmøte, digitalt (oppdragsdokument 2023)*
 - *Mai/juni 2023 Felles foretaksmøte, digitalt, behandling av årsregnskap 2022 m.m.*

Sted og dato avklares senere.
3. *Styreseminarer*
 - *29. – 30. mars 2023 Regionalt styreseminar (Tromsø)*
 - *20. september 2023 Styreseminar Sykehusapotek Nord (sted ikke bestemt)*
 - *25. - 26. oktober 2023 Regionalt styreseminar (Bodø)*

Administrerende direktør endret sin innstilling til vedtak.

Administrerende direktørs endrede innstilling til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar møteplan for 2023 som følger:

1. *Styremøter*
 1. *9. februar 2023 (digitalt)*
 2. *29. mars 2023 (Tromsø)*
 3. *1. juni 2023 (samme sted som styreseminaret 31/5)*
 4. *21. september 2023 (digitalt)*
 5. *25. oktober 2023 (Bodø)*
 6. *13. desember 2023 (Tromsø)*

2. *Foretaksmøter*
 - *Januar 2023 Felles foretaksmøte, digitalt (oppdragsdokument 2023)*
 - *Mai/juni 2023 Felles foretaksmøte, digitalt, behandling av årsregnskap 2022 m.m.*

Sted og dato avklares senere.
3. *Styreseminarer*
 - *29. – 30. mars 2023 Regionalt styreseminar (Tromsø)*
 - *31. mai 2023 Styreseminar Sykehusapotek Nord (sted ikke bestemt)*
 - *25. - 26. oktober 2023 Regionalt styreseminar (Bodø)*

Administrerende direktørs endrede innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar møteplan for 2023 som følger:

1. *Styremøter*
 1. *9. februar 2023 (digitalt)*
 2. *29. mars 2023 (Tromsø)*
 3. *1. juni 2023 (samme sted som styreseminaret 31/5)*
 4. *21. september 2023 (digitalt)*
 5. *25. oktober 2023 (Bodø)*
 6. *13. desember 2023 (Tromsø)*
2. *Foretaksmøter*
 - *Januar 2023 Felles foretaksmøte, digitalt (oppdragsdokument 2023)*
 - *Mai/juni 2023 Felles foretaksmøte, digitalt, behandling av årsregnskap 2022 m.m.*

Sted og dato avklares senere.
3. *Styreseminarer*
 - *29. – 30. mars 2023 Regionalt styreseminar (Tromsø)*
 - *31. mai 2023 Styreseminar Sykehusapotek Nord (sted ikke bestemt)*
 - *25. - 26. oktober 2023 Regionalt styreseminar (Bodø)*

Sak 41/22 Saker til informasjon

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Administasjonen orienterte muntlig om:

- *Styreledermøte Helse Nord 23. september.*
- *Anskaffelse av system for medikamentell kreftbehandling*
- *Lokaler for Sykehusapoteket i Harstad*
- *Oppfølgingsmøte med Helse Nord RHF 31.8.2022*

Administrerende direktørs innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Administrasjonen orienterte muntlig om:

- Styreledermøte Helse Nord 23. september
- Anskaffelse av system for medikamentell kreftbehandling
- Lokaler for Sykehusapoteket i Harstad
- Oppfølgingsmøte med Helse Nord RHF 31.8.2022

Sak 42/22 Årsplan for styret – oppdatering og status

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

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

Administrerende direktørs innstilling ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

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

Sak 43/22 Eventuelt

Ikke noe ble meldt til eventuelt.

Sak 44/22 Evaluering av administrerende direktør, lønnsjustering

Styreleders forslag til vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar til etterretning lønnsjustering for direktør i henhold til arbeidsavtale.

Styreleders forslag ble enstemmig vedtatt.

Endelig vedtak:

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar til etterretning lønnsjustering for direktør i henhold til arbeidsavtale.



Virksomhetsrapport per september 2022

Styresak nr.: 47 – 2022

Møtedato: 26. oktober 2022

Saksbehandler: økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen

I henhold til oppdragsdokument legges virksomhetsrapport per september 2022 fram for styret til orientering.

Administrerende direktørs innstilling til vedtak

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per september 2022 til orientering.

Hilde Gustavsens Erstad
administrerende direktør

Saksfremlegg

Regnskapet per september 2022 viser et overskudd på 9,1 millioner. For samme periode i 2021 var resultatet et overskudd på 12,3 millioner. Det er budsjettert med et overskudd på 1,7 millioner per september, slik at resultatet er 7,4 millioner høyere enn budsjettert.

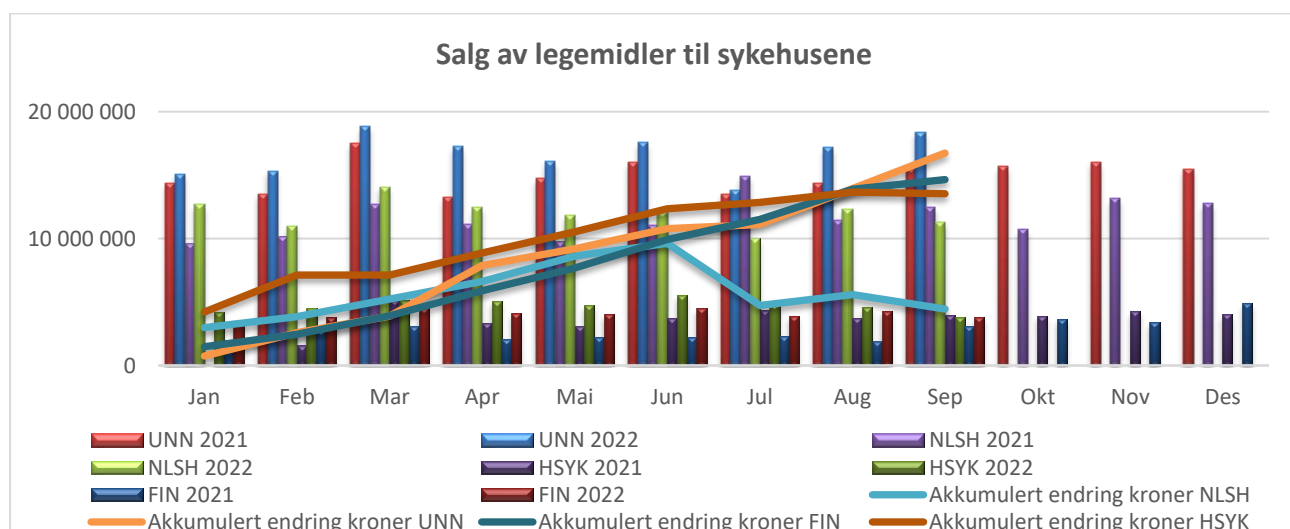
For september er det et underskudd på 1,7 millioner. Det er budsjettert med et underskudd på 1,9 millioner for september. For september 2021 var resultatet et overskudd på 1,7 millioner.

	Siste måned					Akkumulert hittil i år				
	Resultat	Budsjett	Avvik	2021	Endring	Resultat	Budsjett	Avvik	2021	Endring
Omsetning	-59 168	-59 420	252	-57 702	2,5 %	-530 469	-505 764	-24 704	-473 184	12,1 %
Varekjøp	46 454	44 370	2 083	42 389	9,6 %	395 917	373 169	22 747	347 275	14,0 %
Dekningsbidrag	-12 715	-15 050	2 335	-15 313	-17,0 %	-134 552	-132 595	-1 957	-125 909	6,9 %
Personalkostnader	11 784	13 449	-1 666	10 420	13,1 %	94 636	97 666	-3 030	85 018	11,3 %
Andre kostnader	2 709	3 634	-925	3 265	-17,1 %	31 407	33 507	-2 100	28 796	9,1 %
Skatt og finans	-116	-175	59	-30	284,1 %	-630	-307	-323	-213	195,4 %
Resultat	1 662	1 859	-197	-1 658	-200,2 %	-9 138	-1 729	-7 409	-12 308	-25,8 %
Dekningsgrad	21,5 %	25,3 %	-3,8 %	26,5 %	-5,0 %	25,4 %	26,2 %	-0,9 %	26,6 %	-1,2 %
Vareforbruk	88,0 %	83,8 %	4,2 %	83,5 %	4,5 %	83,9 %	83,8 %	0,1 %	83,7 %	0,1 %
Andel pers.kost.	19,9 %	22,6 %	-2,7 %	18,1 %	1,9 %	17,8 %	19,3 %	-1,5 %	18,0 %	-0,1 %
Resultatandel	-2,8 %	-3,1 %	0,3 %	2,9 %	-5,7 %	1,7 %	0,3 %	1,4 %	2,6 %	-0,9 %

Inntekter

Inntektene er 24,7 millioner høyere enn budsjettert, og 41,1 millioner høyere enn på samme tidspunkt i 2021.

Salg til sykehus



Figuren over viser utviklingen i salg av medikamenter til sykehusene i 2021 og hittil i 2022.

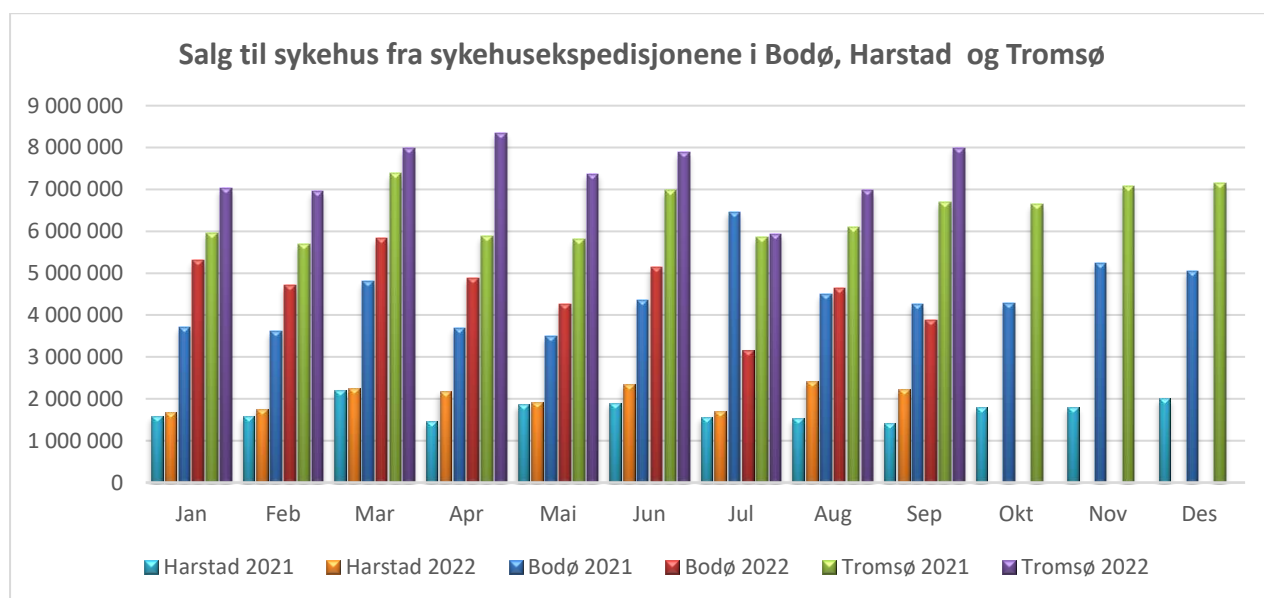
Det har det vært en økning i salget til NLSH på 4,3 %. Det er en økning på 2,5 % i Bodø, 42,4 % i Lofoten og en nedgang på 6,1 % i Vesterålen.

Det har vært en økning i salget til UNN på 12,6 %. Det har vært en økning på 10,4 % i Tromsø, på 26,9 % i Harstad og på 2,9 % i Narvik.

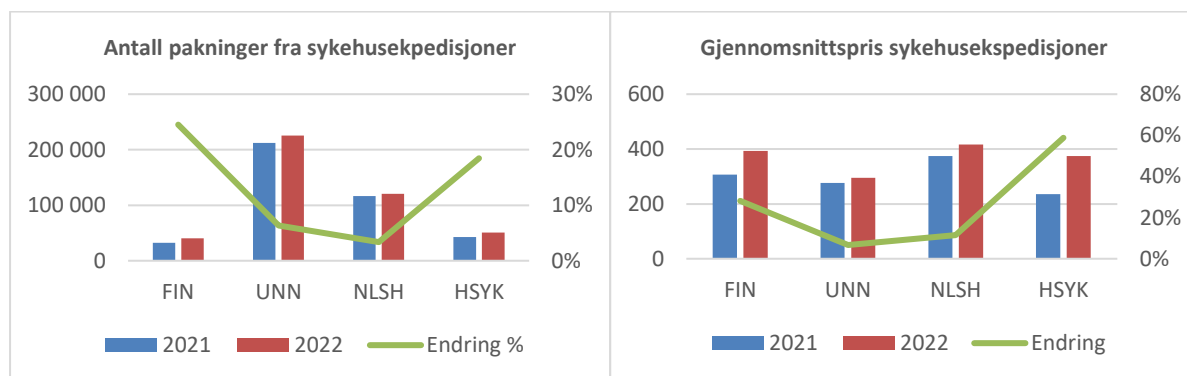
Det har vært en økning i salget til FIN på 67,5 %. Det har vært en økning på 32,3 % i Kirkenes og på 31,7 % i Hammerfest. Det var ikke salg til Alta før i september 2021.

Det har vært en økning i salget til HSYK på 47,0 %. Deler av økningen kommer av at leveransene til HSYK først startet i slutten av februar 2021.

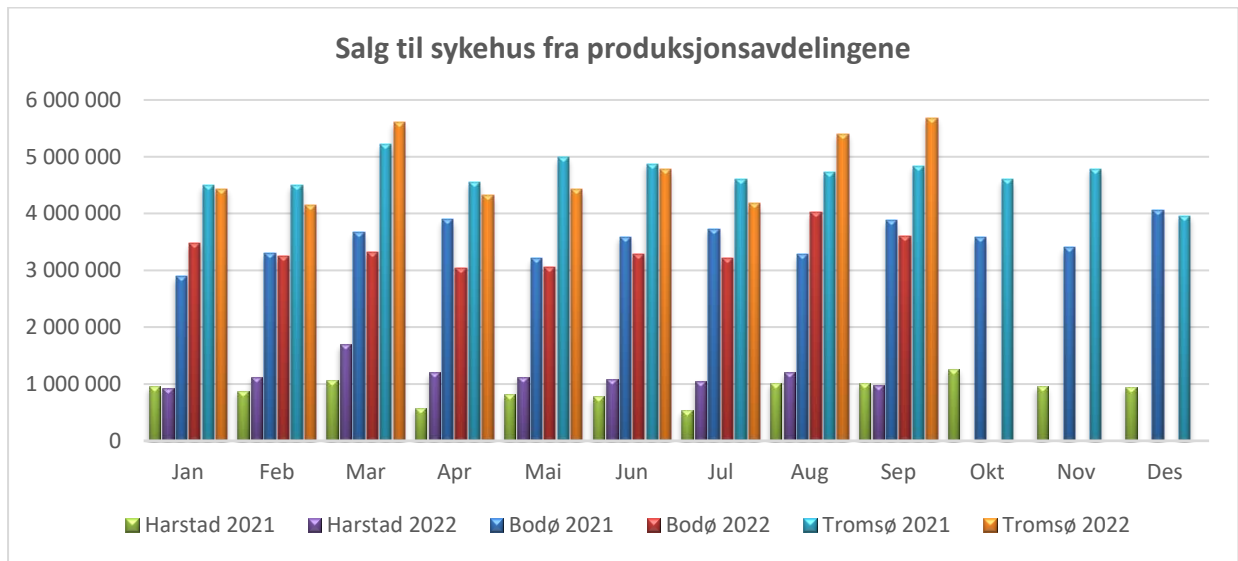
Omsetningen mot sykehusene er tilsammen er 29,5 millioner høyere enn budsjettert.



Sykehusekspedisjonen i Bodø har hatt en økning i omsetningen på 7,6 %, Tromsø har hatt en økning på 18,0 %, mens Harstad har hatt en økning på 22,2 %.

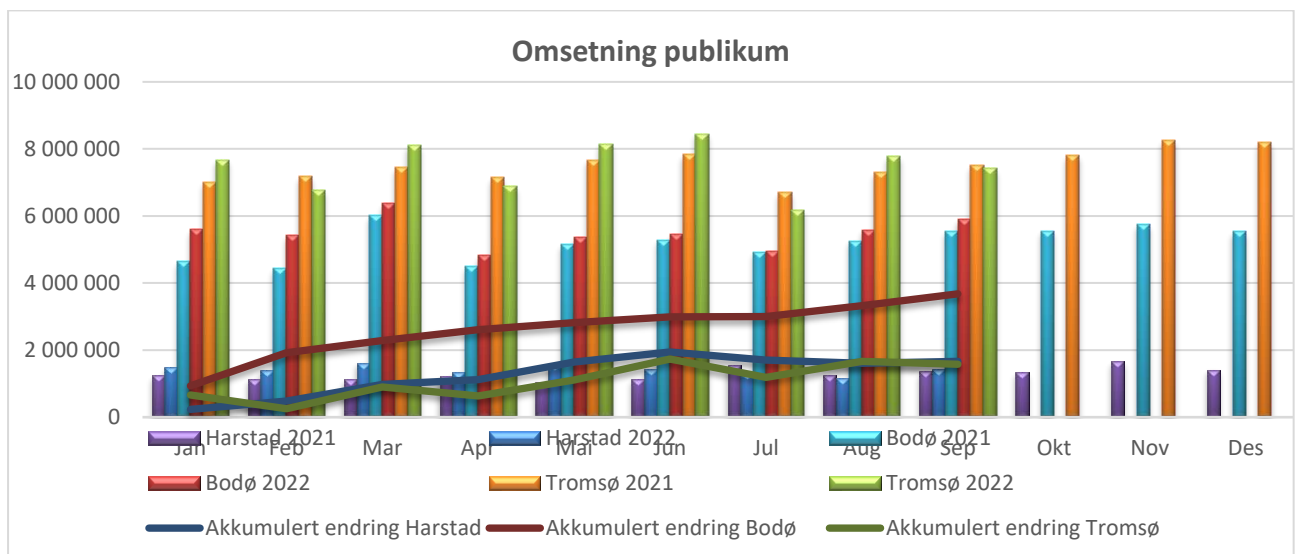


Økningen i omsetning fra sykehusekspedisjonene kommer både av økning i antall solgte pakninger og av det kjøpes dyrere legemidler i 2022 enn i 2021.



Det er en nedgang i omsetningen mot sykehus fra produksjonsavdelingen i Bodø på 3,8 %. I Harstad er det en økning på 36,1 %, mens det i Tromsø er det økning på 0,4 %.

Salg til publikum



Figuren over viser omsetningen i publikumsavdelingene i 2021 og hittil i 2022.

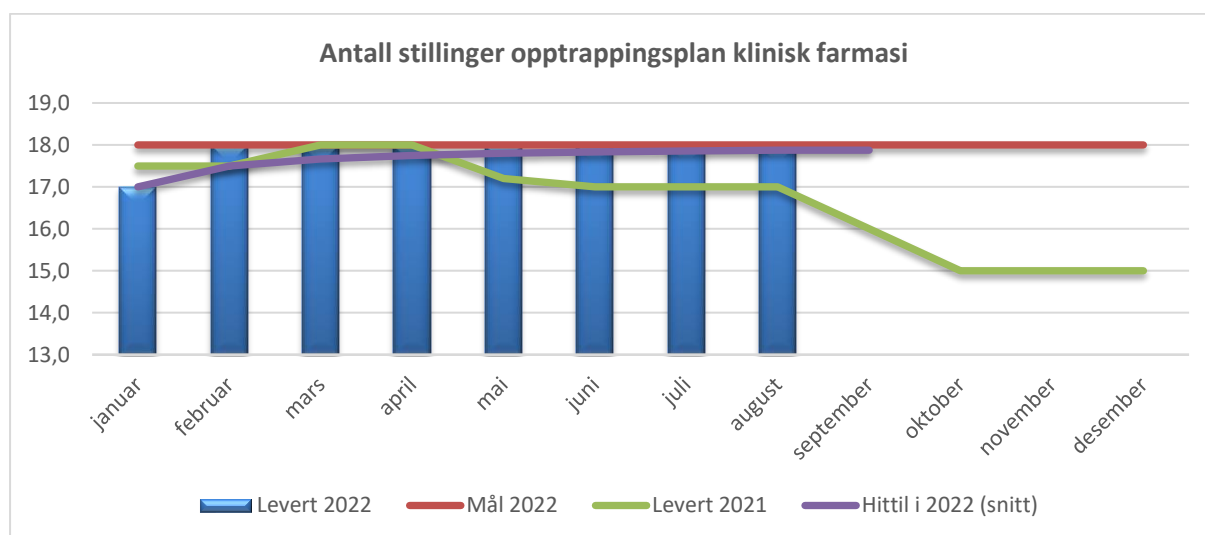
Omsetningen i publikumsavdelingene har økt med 5,6 % i forhold til samme periode i 2021. Omsetningen har økt med 15,1 % i Harstad, 8,0 % i Bodø og 2,4 % i Tromsø.

Apotek	Pakninger		Omsetning	Pakninger
	Pakninger på resept	handelsvarer selvvalg	handelsvarer totalt	reseptfritt selvvalg
Harstad	14,3 %	21,2 %	23,9 %	20,6 %
Bodø	5,4 %	7,4 %	3,7 %	18,2 %
Tromsø	-0,1 %	4,7 %	3,0 %	32,6 %
Totalt	3,7 %	7,3 %	4,8 %	26,7 %

Tabellen over viser at det har vært en økning i aktiviteten i alle apotekene hittil i år. Det er økning for alle måltall med unntak for antall pakninger på resept i Tromsø.

Rådgivning og klinisk farmasi

Salg av rådgivningstjenester og klinisk farmasi er 0,8 millioner lavere enn budsjettert. Dette kommer av ubesatt stilling innen klinisk farmasi i januar og lavere inntektsføring av kommunal rådgivning og undervisning enn budsjettert.



Per september er alle stillinger i planen for klinisk farmasi besatt.

Kostnader

Varekostnader

Varekostnadene er 22,6 millioner høyere enn budsjettert og 45,1 millioner høyere enn per september 2021.

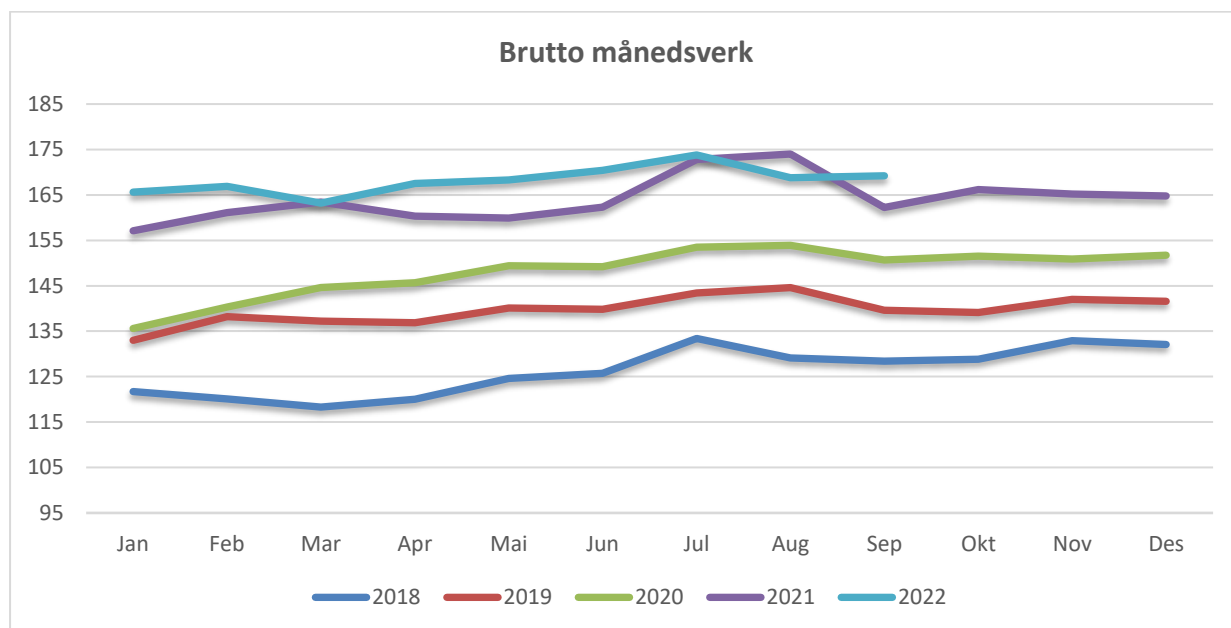
Vareforbruket er på 83,9 % per september. Dette er 0,1 prosentpoeng høyere enn budsjettert og 0,2 prosentpoeng høyere enn per september 2021.

Dekningsbidraget er på 134,7 millioner, dette er 2,1 millioner høyere enn budsjettert. Dekningsbidraget har økt med 5,5 millioner i forhold til 2021.

Dekningsbidraget er 5,2 millioner høyere enn budsjettert for salg fra sykehusekspedisjonene, 0,3 millioner lavere enn budsjettert for produksjonsavdelingene og 1,5 millioner lavere enn budsjettert for publikumsavdelingene.

Lønns- og personalkostnader

Personalkostnadene er 3,0 millioner lavere enn budsjettert.



Brutto månedsverk per september 2022 er 168. Dette er en økning på 3,4 månedsverk i forhold til september 2021. Økningen kommer som følge av styrking av fagavdelingen og produksjon i Bodø, samt sykevikarer.

Andre driftskostnader

Andre driftskostnader er 2,1 millioner lavere enn budsjettert.

Finans og skatt

Renteinntektene er 0,4 millioner høyere enn budsjettert.

Det er ikke gjort avsetninger for skattekostnader per september.

Investeringer

Hittil i 2022 er det gjort investeringer på 9,0 millioner. Dette gjelder nytt apotekfagsystem, klikk-og-hent løsning for publikum og instrumentvaskemaskin til produksjonsavdelingen i Tromsø.

Totalt ikke-aktiverte investeringer er på 23,9 millioner.

- 0,9 millioner: Ombygging tidligere produksjonslokaler
- 22,4 millioner: Nytt apotekfagsystem
- 0,3 millioner: Klikk og hent-løsning publikum
- 0,2 millioner: Instrumentvaskemaskin produksjon

Prognose

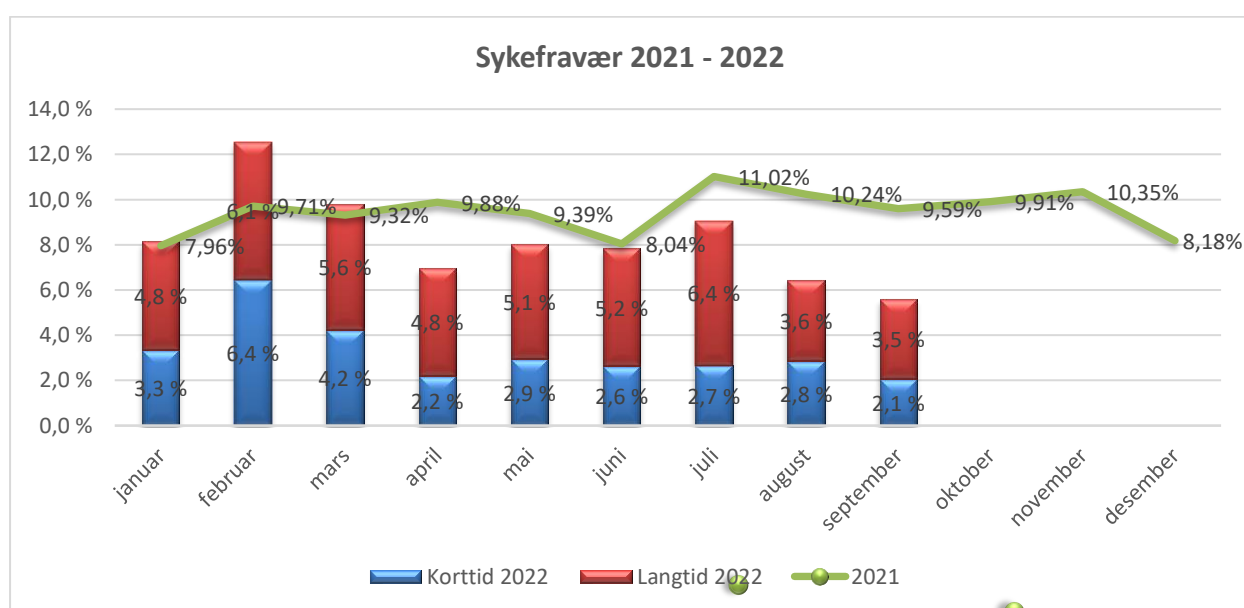
Prognostisert resultat er et overskudd på 10,0 millioner, det vil si 9,0 millioner høyere enn styringsmålet.

Sykefravær

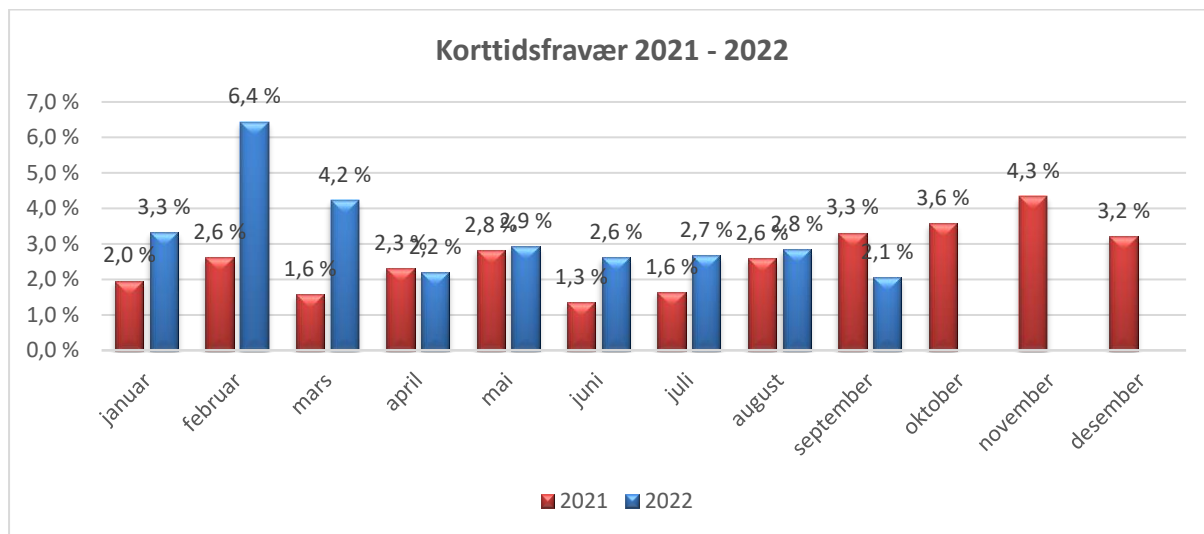
Sykefraværet per september 2022 var på 8,3 %. Dette er en reduksjon på 1,1 prosentpoeng i forhold til fraværet per september 2021. Det vil komme etterregistreringer av fravær, slik at det reelle fraværet har vært høyere enn 8,3 %.

	Sykefravær 1-3 dager	Sykefravær 4-16 dager	Sykefravær 17-56 dager	Sykefravær > 56 dager	Sum sykefravær	Tapte dagsverk
Per september 2021	1,4 %	0,8 %	1,4 %	5,8 %	9,4 %	2 463
Per september 2022	1,6 %	1,7 %	1,5 %	3,5 %	8,3 %	2 195
Endring	0,2 %	0,9 %	0,1 %	-2,3 %	-1,1 %	-268

Figuren nedenfor viser utviklingen i sykefravær i 2022 sammenlignet med 2021.

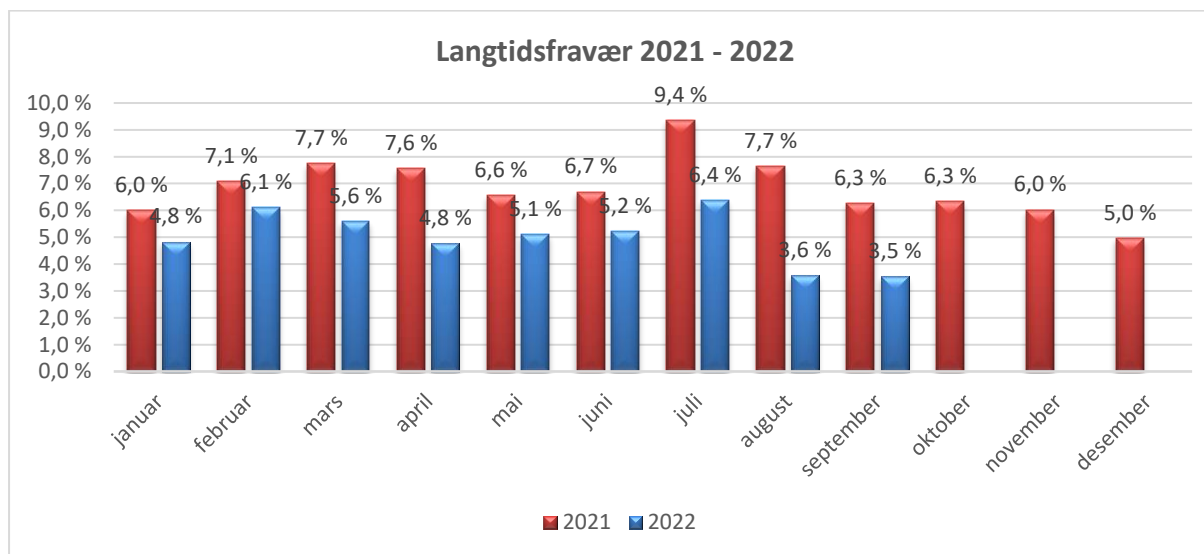


Figuren nedenfor viser utviklingen i korttidsfraværet (1-16 dager) i 2022 sammenlignet med 2021.



Det har vært en økning i det korte fraværet på 1,1 prosentpoeng. Dette er hovedsakelig forårsaket av fravær på grunn av Covid-19 i første kvartal.

Figuren nedenfor viser utviklingen i langtidsfraværet (>16 dager) i 2022 sammenlignet med 2021.



Langtidsfraværet er redusert med 2,2 prosentpoeng.

Internrevisjon virksomhetsstyring i HN – rapport og oppfølging	
Styresak nr.:	48 - 2022
Møtedato:	26. oktober 2022
Saksbehandler:	Kvalitetsleder Agnethe Tønseth Solberg
Vedlegg:	1. Revisjonsrapport fra internrevisjonen 2. Handlingsplan for oppfølging av internrevisjonens forbedringsforslag

Kort saksresyme

I januar 2022 mottok Sykehusapotek Nord HF melding om internrevisjon med tema «Virksomhetsstyring i Helse Nord». Revisjonens formål var å bekrefte at det er etablert en helhetlig virksomhetsstyring i Helse Nord, i samsvar med regelverk og anerkjente rammeverk. Alle foretakene i Helse Nord var omfattet av revisjonen.

Felles oppstartsmøte for alle HF'ene ble avholdt på Teams mandag 14. februar. Revisjonen ble utført ved dokumentgjennomgang og egevaluering fra det enkelte foretak. Revisjonshandlingene i HF-ene pågikk i perioden mars – april 2022. Følgende revisjonshandlinger ble gjennomført:

- Oversendelse av etterspurte dokumenter
- Intervju med administrerende direktør og styreleder
- Egevaluering i form av Questbackskjema som skulle besvares av foretakets ledergruppe.

Endelig rapport ble forelagt administrerende direktør 7. september 2022.

Revisjonsrapporten ble behandlet i styret i Helse Nord RHF den 28. september 2022. Rapporten og plan for oppfølging av internrevisjonens anbefalinger skal også behandles av styret i det enkelte foretak jf. krav i «Tilleggsliste til Oppdragsdokument 2022, pkt. 33».

Internrevisjonen har gitt følgende anbefaling til helseforetakene samlet:

Identifisere forbedringstiltak basert på påpekte svakheter og gode praksiser, og innarbeide disse i foretakets handlingsplan for oppfølging av revisjonen.

Internrevisjonen har gitt følgende anbefaling spesifikt til Sykehusapotek Nord:

Utarbeide og ta i bruk et sett av måleindikatorer knyttet til overordnede og operative mål (SANO).

Vedlagte handlingsplan tar hensyn til internrevisjonens anbefalinger ved at forbedringsområder er listet opp og gitt en frist. Den spesifikke anbefalingen til SANO er markert i rødt i vedlagte handlingsplan.

Direktørens innstilling til vedtak

1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tar den vedlagte tilsynsrapporten og handlingsplan til orientering.
2. Styret ber om tilbakemelding på fastsatte måleindikatorer knyttet til overordnede og operative mål for Sykehusapotek Nord i løpet av første tertial 2023.

Hilde Gustavsen Erstad
Administrerende Direktør

Vedlegg: Handlingsplan for oppfølging av internrevisjonens forbedringsforlag

Internrevisjonens vurderinger er uttrykt ved følgende farger: grønn (ivaretatt) – gul (potensial for forbedring) – rød (ikke ivaretatt).

I tabellen under er identifiserte gule og røde områder fra revisjonen gjengitt. De gule punktene er forbedringspunkter og omfattes av revisjonens anbefalinger om å:

«Identifisere forbedringstiltak basert på påpekte svakheter og gode praksiser, og innarbeide disse i foretakets handlingsplan for oppfølging av revisjonen.»

Det røde punktet har ledet til revisjonens anbefaling om å:

«Utarbeide og ta i bruk et sett av måleindikatorer knyttet til overordnede og operative mål (SANO).»

Avviks- og forbedringspunkter til SANO fra Internrevisjon virksomhetsstyring i Helse Nord	Kommentar fra internrevisjonen	Frist
Struktur		
Styret har vedtatt den overordnede organiseringen og styringsstrukturen i foretaket	Styret har ikke vedtatt helheten, men delelementer	01.12.22
Det foreligger en samlet beskrivelse av styringssystemet for ledelse og kvalitetsforbedring	Svakheter i link til forskrift eller egne rutiner	01.11.22
Det er utarbeidet en klar og hensiktsmessig struktur for når sentrale prosesser i foretakets virksomhetsstyring skal gjennomføres (årshjul e.l.)	Svakheter i beskrivelse (start/ slutt og milepæler)	01.12.22
Det foreligger skriftlige stillingsinstrukser for lederne som inngår i ledergruppen	Mangler beskrivelse for noen stillinger	01.12.22
Det er etablert strukturer for å sørge for nødvendig opplæring, bevisstgjøring og oppfølging av roller, ansvar og myndighet	Basert på ledelsens egevaluering	01.03.23
Regler for habilitet kommuniseres til alle som omfattes av dem, og det er etablert rutiner for å påse at reglene blir fulgt	Basert på ledelsens egevaluering	01.12.22
Styrende dokumenter angir håndtering av intern og ekstern kommunikasjon, herunder fordeling av ansvar, roller og oppgaver	Ikke egen strategi på området. Lite beskrevet i ADs instruks.	01.03.23
Foretaket har et system som ivaretar helse-, miljø- og sikkerhetskrav, herunder medarbeidertilfredshet, inkl. verneombud og arbeidsmiljøutvalg.	Svakheter i rekruttering til roller	01.10.22
Gjennomføring		
Det er fastsatt operative mål, som inkluderer mål hentet fra oppdragsdokumenter, for ulike virksomhetsområder, som bygger opp under de overordnede målene	I liten grad for strategiske satsningsområder	01.06.23
Det foreligger handlingsplaner for å nå de operative målene som angir ansvar, roller og tidsfrister for de ulike tiltakene og aktivitetene.	Som over	01.06.23
Det benyttes et sett av måleindikatorer som gir grunnlag for vurdering av utvikling og grad av måloppnåelse	Som over. RHF/SANO: Også få indikatorer knyttet til mål fra OD	30.04.23
Det identifiseres risikoeiere som beslutter, forvalter og aksepterer risikoeksponering, herunder beslutter kontroller eller andre tiltak ved behov)	Uklare ansvarsforhold, særlig for tverrgående risikoer	01.06.23

Internrevisjonsrapport 01/2022

Virksomhetsstyring i Helse Nord

Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 07.09.2022

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	5
1.1 Krav om virksomhetsstyring.....	5
2 Formål og omfang.....	6
2.1 Formål med revisjonen.....	6
2.2 Revisjonsgrunnlag.....	6
2.3 Omfang, fokusområder, revisjonskriterier og avgrensninger.....	7
3 Metoder.....	7
4 Observasjoner og vurderinger.....	8
4.1 Mål og retning.....	8
4.1.1 Observasjoner.....	8
4.1.2 Internrevisjonens vurderinger.....	11
4.2 Struktur.....	12
4.2.1 Observasjoner.....	12
4.2.2 Internrevisjonens vurderinger.....	14
4.3 Gjennomføring.....	15
4.3.1 Observasjoner.....	15
4.3.2 Internrevisjonens vurderinger.....	17
4.4 Læring og forbedring.....	18
4.4.1 Observasjoner.....	18
4.4.2 Internrevisjonens vurderinger.....	18
4.5 Andre forhold ved den regionale styringen.....	19
5 Konklusjon og anbefalinger.....	19
5.1 Samlet vurdering.....	19
5.2 Konklusjon.....	21
5.3 Anbefalinger.....	21
5.3.1 Anbefalinger til Helse Nord RHF.....	21
5.3.2 Anbefalinger til helseforetakene.....	22
5.4 Gode praksiser omtalt foran i revisjonsrapporten.....	22

Vedlegg:

1. Revisjonskriterier med vurdering per foretak og samlet

Sammendrag

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Helse Nord i perioden januar-juni 2022. Revisjonen har omfattet Helse Nord RHF og alle de underliggende helseforetakene.

Formålet med revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at det er etablert en helhetlig virksomhetsstyring i Helse Nord, i samsvar med regelverk og anerkjente rammeverk.

Metoder og fokusområder

Internrevisjonen er gjennomført ved gjennomgang av dokumenter, egevalueringer fra ledergruppen i hvert helseforetak, intervjuer og modenhetsvurdering.

Revisjonens fokusområder har vært; 1. Mål og retning, 2. Struktur, 3. Gjennomføring og 4. Læring og forbedring

Konklusjon

Internrevisjonens konklusjon er at virksomhetsstyringen i de enkelte helseforetakene i Helse Nord i stor grad samsvarer med regelverk og anerkjente rammeverk. Helheten i virksomhetsstyringen i regionen har likevel forbedringspotensial, særlig innen områdene struktur og gjennomføring. Internrevisjonen gir derfor anbefalinger om forbedringstiltak for å øke modenheten i virksomhetsstyringen. Økt modenhet kan styrke evnen til å gjennomføre strategier og innfri mål.

Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Helse Nord RHF å:

1. Videreutvikle eksisterende *Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Nord RHF*, herunder vurdere i samarbeid med helseforetakene, om rammeverket skal ha regional gyldighet.
2. Tydeliggjøre hvilke delstrategier som inngår i strategihierarkiet som tilhører *Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024*.
3. Utvikle lederprogram som legger til rette for felles forståelse av lederrollen og virksomhetsstyringen i Helse Nord, i samarbeid med helseforetakene i regionen, og gjennomføre programmet i eget foretak.
4. Videreutvikle metodikk for, og gjennomføre, en helhetlig risikostyring som bidrar til foretaksgruppens måloppnåelse.
5. Fastsette operative mål for RHF-ets egen virksomhet, med tilhørende handlingsplaner og måleindikatorer.

Helse Nord RHF bør også prioritere å gjennomføre/slutføre tidligere identifiserte interne forbedringstiltak, som å:

- Forbedre forvaltningen av regionale og interne styrende dokumenter.
- Synliggjøre strukturen for gjennomføring av sentrale prosesser i virksomhetsstyringen, i form av et samlet årshjul og tilhørende prosessbeskrivelser.
- Utarbeide mandater for utvalg, råd og møtefora som eies av Helse Nord RHF, og som er sentrale i virksomhetsstyringen, jf. årshjul og prosessbeskrivelser.
- Utarbeide stillings-/funksjonsbeskrivelser som angir roller og ansvar for ledere i Helse Nord RHF.
- Gjennomføre tiltak for å styrke kulturen for bruk av interne avviks- og forbedringsmeldinger i Helse Nord RHF.

Internrevisjonen anbefaler det enkelte helseforetaket å:

1. Identifisere forbedringstiltak basert på påpekte svakheter og gode praksiser, og innarbeide disse i foretakets handlingsplan for oppfølging av revisjonen.

I tillegg gis følgende spesifikke anbefalinger (aktuelle HF i parentes bak):

2. Utarbeide en beskrivelse av styringssystemet i samsvar med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (FIN).
3. Utarbeide og ta i bruk et sett av måleindikatorer knyttet til overordnede og operative mål (SANO).
4. Avklare intern fordeling av ansvar og oppgaver i forbindelse med metodikk og prosesser for risikostyring (UNN).
5. Beskrive i virksomhetsrapportene hvilke nye tiltak som er besluttet på grunn av den økonomiske utviklingen, og økonomiske effekter av tidligere iverksatte tiltak (UNN, NLSH og FIN).

1 Innledning

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i perioden januar-juni 2022. Internrevisor Hege Knoph Antonsen har vært oppdragsleder og revisjonssjef Janny Helene Aasen har hatt det overordnede ansvaret. Revisjonen har omfattet Helse Nord RHF (HN RHF) og alle de underliggende helseforetakene: Finnmarkssykehuset (FIN)*, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)*, Nordlandssykehuset (NLSH)*, Helgelandssykehuset (HSYK)*, Sykehusapotek Nord (SANO) og Helse Nord IKT (HNIKT). Når vi skriver Helse Nord (HN) menes hele foretaksgruppen. Foretakene angitt med * blir også benevnt som sykehusforetakene.

Revisjonen har bestått av:

- Melding om internrevisjon til Helse Nord RHF 24.01.2022 og til de underliggende helseforetakene 28.01.2022
- Dokumentgjennomgang for hvert av foretakene
- Intervjuer i Helse Nord RHF uke 6, 7 og 14, 2022
- Egenevalueringer fra ledergruppen i det enkelte HF uke 8-12, 2022
- Intervjuer med styreledere og adm. direktører i HF-ene uke 14-19, 2022
- Oppsummeringsmøter per HF uke 18-20, 2022, med utsendt presentasjon
- Oppsummeringsmøte i Helse Nord RHF uke 24, 2022, med utsendt presentasjon
- Rapportutkast sendt 24.06.2022, tilbakemeldinger mottatt 26.-31.08.2022

Rapporten er oversendt til:

- Helse Nord RHF v/adm. direktør
- Revisjonsutvalget i Helse Nord RHF v/leder
- Helseforetakene i Helse Nord v/adm. direktører
- Styrene i helseforetakene i Helse Nord v/styreledere

Alle internrevisjonens rapporter er tilgjengelige på følgende web-adresse: helse-nord.no/internrevisjonen.

1.1 Krav om virksomhetsstyring

Helseforetaksloven slår fast at det regionale helseforetaket skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som det eier, og at «Internrevisjonen skal gjennom en systematisk og strukturert metode og avgivelse av bekreftelse bidra til forbedringer i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring». Begrepet virksomhetsstyring defineres eller benyttes ikke ytterligere, verken i helseforetaksloven eller i spesialisthelsetjenesteloven. Helse- og omsorgsdepartementets (HODs) *Veileder om styrearbeid* sier imidlertid at: «God virksomhetsstyring omhandler rollefordelingen og samspillet mellom eier, styret og daglig leder. (...). God virksomhetsstyring omhandler også samspillet mellom virksomheten og dens

interessenter». Dette er perspektiver som krever styringselementer ut over de som vanligvis knyttes til risikostyring og internkontroll. Risikostyring og internkontroll inngår imidlertid som sentrale elementer i virksomhetsstyringen, og kravene til internkontroll knyttet til helselovgivningen er nærmere definert i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

2 Formål og omfang

2.1 Formål med revisjonen

Formålet med revisjonen er å bekrefte at det er etablert en helhetlig virksomhetsstyring i Helse Nord, i samsvar med regelverk og anerkjente rammeverk.

2.2 Revisjonsgrunnlag

Kravet om virksomhetsstyring i helseforetakene er utledet fra helseforetaksloven, jf. kap. 1.1. Innholdet i virksomhetsstyringen reguleres imidlertid gjennom ulike regelverk og føringer, blant annet:

- Helseforetaksloven
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Arbeidsmiljøloven
- Forvaltningsloven
- Vedtekter, oppdragsdokumenter og foretaksprotokoller fra HOD

Aktuelle rammeverk og veiledere omfatter blant annet:

- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet 2018
- Veileder for styrearbeid i regionale helseforetak, HOD, 2019
- Virksomhetsstyring (nettside), Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ)
- Veileder for virksomhetsstyring, IIA¹ Norge (IIA), 2021

I IIAs *Veileder for virksomhetsstyring*² (heretter omtalt som *Veilederen*) identifiseres komponenter som er sentrale for en systematisk, effektiv og hensiktsmessig styring av virksomheter. *Veilederen* er vurdert å være et egnet utgangspunkt for denne revisjonen.

¹ IIA: Institute of Internal Auditors

² iaa.no/product/veileder-for-virksomhetsstyring

2.3 Omfang, fokusområder, revisjonskriterier og avgrensninger

Revisjonen tar utgangspunkt i *Veilederen* og består av en kartlegging og vurdering av hvorvidt *Veilederens* komponenter, supplert med relevante lov- og forskriftskrav og føringer fra HOD, er ivaretatt i Helse Nord RHF og i de underliggende helseforetakene.

Komponentene i *Veilederen* er gruppert i følgende temaer, som utgjør revisjonens fokusområder:

1. Mål og retning
2. Struktur
3. Gjennomføring
4. Læring og forbedring

Innenfor hvert av fokusområdene er det definert revisjonskriterier basert på revisjonsgrunnlaget, jf. kap. 2.2. Disse er presentert samlet i *Vedlegg 1 – Revisjonskriterier med vurderinger per foretak og samlet*. Revisjonskriteriene er de krav og forventninger som revisjonens observasjoner sammenlignes med.

Denne revisjonen omhandler i liten grad den direkte styringen av helseforetakenes hovedoppgaver, ut over om det er beskrevet hva disse oppgavene er. Videre er følgende av komponentene fra *Veilederen* utelatt:

- Formål (*Veilederens* kap. 1.1)
- Godtgjørelses- og belønningsordninger (kap. 2.3)
- Styring og beskyttelse av øvrige verdier, ressurser og prosesser, herunder prosjekt-, program- og porteføljestyling, samt IT-styring (kap. 3.6)
- Objektive bekreftelser (kap. 4.3)

3 Metoder

Følgende metoder er benyttet i revisjonsoppdraget:

- *Dokumentgjennomgang:*
Dokumenter mottatt fra Helse Nord RHF og fra de underliggende helseforetakene, eller innhentet fra foretakenes nettsider, er gjennomgått og vurdert opp mot revisjonskriteriene, samt benyttet i forberedelser til intervjuene. Oversikt over gjennomgåtte dokumenter er oversendt foretakene sammen med rapportutkastet.
- *Intervjuer i Helse Nord RHF:*
Det er gjennomført intervjuer med blant annet eierdirektør, kvalitetssjef, fagdirektør, avdelingsdirektør for helsefagavdelingen, forskningsdirektør, kommunikasjons- og samfunnskontaktledere, økonomidirektør, direktør SKDE, HR-direktør og HR-rådgivere, stabdirektør, foretaksadvokat, seksjonsleder eiendom og adm. direktør. Til sammen har 20 personer fra Helse Nord RHF deltatt i intervjuer i løpet av uke 6, 7 og 14, 2022.

- *Egnevalueringer fra ledergruppen i det enkelte helseforetak (HF):*
Den 16.02.2022 fikk foretakene oversendt en oversikt over påstander basert på kriteriene, som de ble bedt om å ta stilling til ved bruk av en oppgitt svars skala. De ble bedt om å avgi én felles besvarelse i Questback, som foretakets ledergruppe skulle stå bak, senest 25.03.2022.
- *Intervjuer med styreledere og adm. direktører i HF-ene:*
Det ble gjennomført individuelle intervjuer med styreledere og adm. direktører i de seks HF-ene i løpet av ukene 14-19, 2022.
- *Modenhetsvurdering av virksomhetsstyringen i Helse Nord:*
Internrevisjonen har utarbeidet og benyttet en forenklet modell for modenhetsvurdering av virksomhetsstyring, etter inspirasjon fra lignende modeller publisert gjennom IIA. Modellen inkluderer vurderinger for hvert av revisjonens fire fokusområder, samt for området «IT-verktøy og analyse». Modenheten vurderes på en skala med fem nivåer, fra én (tilfeldig) til fem (optimalisert). Modenhetsvurderingen er i denne revisjonen utført som en oppsummering av internrevisjonens observasjoner og vurderinger for hvert av fokusområdene. Vurderingene for «IT-verktøy og analyse» er utledet fra observasjonene tilknyttet de øvrige områdene.

4 Observasjoner og vurderinger

I dette kapitlet beskrives observasjoner fra revisjonsperioden per fokusområde, med vekt på områder hvor internrevisjonen har identifisert et forbedringspotensial eller en god praksis som andre kan lære av. Andre positive observasjoner beskrives i liten grad, men vurderingene som presenteres per fokusområde er basert på alle observasjonene knyttet til revisjonskriteriene. *Vedlegg 1 – Revisjonskriterier med vurderinger per foretak og samlet*, gir en helhetlig oversikt over vurderingene for alle kriteriene, med kort kommentar. I tillegg har alle foretakene mottatt presentasjon i forbindelse med oppsummeringsmøter med mer detaljerte kommentarer vedrørende eget foretak.

Hvert fokusområde innledes med *Veilederens* introduksjon til temaet.

4.1 Mål og retning

Før man kan strukturere virksomheten og legge til rette for en effektiv og hensiktsmessig drift, må noen grunnleggende forutsetninger være etablert: virksomhetens formål, visjon, verdier, mål og strategier. Identifisering og nedfelling av disse komponentene er bl.a. viktig for å motivere og inspirere alle ansatte til å jobbe i samme retning.

4.1.1 Observasjoner

Vedtekter, visjon og verdigrunnlag

Vedtektene for hvert av helseforetakene angir helseforetakenes virksomhet og øvrige opplysninger som helseforetaksloven krever. Internrevisjonen har observert at det er

noe uklare roller og ansvar knyttet til oppdatering av vedtekter i Brønnøysund-registrene, og det er også enkelte mangler ved publiseringen av oppdaterte vedtekter på foretakenes nettsider og/eller i Docmap.

Alle helseforetakene har sin egen visjon. Visjonen inngår i foretakenes strategiske utviklingsplaner og/eller strategi, som del av grunnlaget for mål og strategiske satsinger. Alle foretakene, med unntak av Sykehusapotek Nord, har publisert visjonen på sine nettsider.

Spesialisthelsetjenestens kjerneverdier, *Kvalitet, Trygghet og Respekt*, er angitt i helseforetakenes strategiske utviklingsplan og/eller strategi. Noen av foretakene har også opplyst om verdiene direkte på sine nettsider (Om oss). Tre av helseforetakene har i tillegg inkludert *Lagspill*, som følge av at RHF-et la dette til i sin strategi for 2021-2024. Det finnes kortfattede beskrivelser av hva verdiene innebærer for foretakene, men det er uklart hvordan disse konkret benyttes i kulturbygging.

Etiske retningslinjer, varsling, og samfunnsansvar og miljø

Det er utarbeidet regionale etiske retningslinjer og regionale varslingsrutiner. Internrevisjonen har imidlertid konstatert at dokumentene ikke holdes løpende oppdatert i samsvar med besluttede endringer. Etiske retningslinjer ble revidert januar 2022. I revideringen var det innarbeidet endringer basert på beslutninger om endrede verdier (jf. styresak 10-2021), endret formulering om bierverv (jf. styresak 98-2021) og nye varslingsrutiner (jf. styresak 76-2021). Styret i Helse Nord RHF fikk framlagt oppdaterte etiske retningslinjer i sak 8-2022, men de ble publisert først etter oppsummeringsmøte med internrevisjonen i juni, da mangelen ble påpekt. Felles regionale varslingsrutiner vedtatt i juni 2021 (jf. styresak 76-2021) ble først gjort tilgjengelig i Personelhåndboka fra januar 2022.

Høsten 2021 ble det vedtatt en delstrategi for klima og miljø i Helse Nord. Internrevisjonen har fått opplyst at UNN skal lede et arbeid med utarbeidelse av felles miljøstyringssystem. Som del av dette skal alle eksisterende dokumentsamlinger gjennomgås, og lokale dokumenter skal i stor grad erstattes med regionale dokumenter.

Overordnede mål og strategier

Samhandling, teknologi, kompetanse og økonomisk sunn drift er sentrale målområder i Helse Nord's regionale utviklingsplan 2018-2035. Prioriteringer for å nærme seg de langsiktige, strategiske målene og styringsmålene i oppdragsdokumenter (OD) er angitt i *Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024*. Det framkommer i strategiens formål at «Dette er en strategi for Helse Nord RHF, det vil si en strategi for det regionale helseforetaket (RHF). Det er ikke en strategi for hele foretaksgruppen – Helse Nord – som inkluderer alle helseforetakene i regionen». I OD 2022 til helseforetakene er det imidlertid tatt inn en formulering om at denne strategien gir overordnede føringer. I intervjuene med de

administrerende direktørene framkom det at det er noe uklart hva det innebærer at RHF-ets strategi er førende for HF-ene.

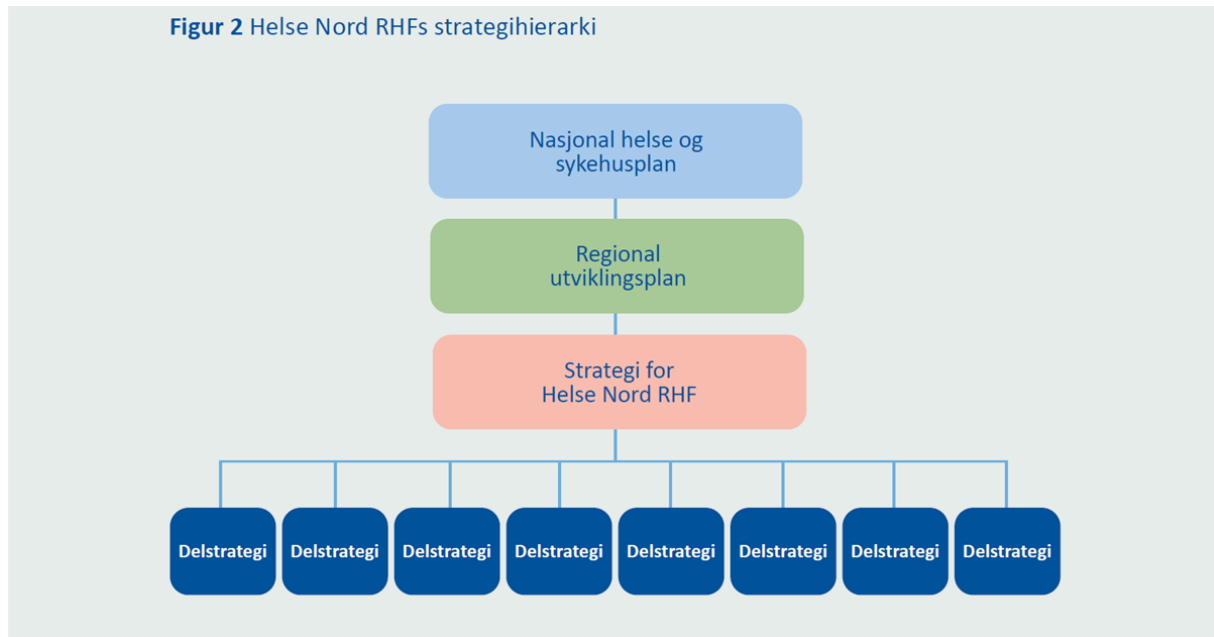
Sykehusforetakene har vist til at de overordnede målene er angitt i årlige OD og i det enkelte foretaks strategiske utviklingsplan.

De strategiske utviklingsplanene er utarbeidet på forskjellige tidspunkter, og de har forskjellig varighet og struktur. Det er en uklar sammenheng mellom de strategiske målene i helseforetakene og målene i den regionale utviklingsplanen 2018-2035. Utviklingsplanene gir i varierende grad informasjon om hvordan de overordnede målene skal nås.

Helse Nord RHF oppdaterer nå den regionale utviklingsplanen, etter krav fra HOD i OD 2020 med frist innen utgangen av 2022. I OD 2021 fikk alle sykehusforetakene i oppdrag å oppdatere sin strategiske utviklingsplan, i samsvar med interregional *Veileder for utarbeidelse av utviklingsplaner*. Opprinnelig frist er forlenget til oktober 2022. I følge veilederen skal foretakene ha informasjon om den pågående prosessen på sine nettsider, og det skal gjennomføres ekstern høring. Internrevisjonen har konstatert at ikke alle følger disse anbefalingene. Administrerende direktører og styreledere i sykehusforetakene ga uttrykk for at det er positivt at prosessen med de pågående oppdateringene er synkronisert. Fra Helse Nord IKT og Sykehusapotek Nord ble det uttalt at de savner å bli mer involvert i strategiprosessene, både i sykehusforetakene og på regionnivå.

Som over nevnt, har RHF-et utarbeidet en egen strategi for perioden 2021-2024. Her inngår *Helse Nord RHF's strategihierarki*, jf. strategiens Figur 2. Internrevisjonen konstaterer at det mangler en oversikt over hvilke delstrategier som inngår i strategihierarkiet. Det er utarbeidet en rekke delstrategier og fagplaner i regi av Helse Nord RHF, med gyldighet enten regionalt eller for Helse Nord RHF. Noen av disse er utdatert, og det pågår et arbeid med oppdatering, eks. kreftstrategi (tidligere fagplan) og kvalitetsstrategi.

Figur 1. Utdrag fra *Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024*



Tre av sykehusforetakene har, i tillegg til strategiske utviklingsplaner, også utarbeidet strategier med et tidsperspektiv på fire-fem år. Helse Nord IKT og Sykehusapotek Nord har utarbeidet strategisk kart/overordnet strategi med et kortere perspektiv enn utviklingsplanene.

Tre av helseforetakene utarbeider årlige handlingsplaner for å nå de overordnede målene. Det stilles i liten grad krav til form og innhold i handlingsplaner. UNN har etablert en god praksis på området ved årlige dialogavtaler mellom ledernivåene, basert på overordnede mål. Dialogavtalene inneholder resultatmål, tiltak og måleindikatorer for kommende år.

4.1.2 Internrevisjonens vurderinger

Internrevisjonen vurderer at komponentene innen mål og retning i stor grad er ivarettatt i Helse Nord, og at dette utgjør grunnleggende forutsetninger for strukturering av virksomheten og for effektiv og hensiktsmessig drift. Det er likevel svakheter ved viktige komponenter, og disse omtales nedenfor.

Ettersom det framkommer i formålet til *Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024* at dette ikke er en strategi for hele foretaksgruppen, er det uklart hva det innebærer at strategien også er overordnet førende for helseforetakene. Det er også uklart hvilke delstrategier som inngår i det tilhørende strategihierarkiet, da det ikke finnes en samlet oversikt over disse.

Vedtekter er grunnleggende dokumenter, og vi anser det som viktig at foretakene forbedrer sine rutiner for oppdatering og tilgjengeliggjøring av disse.

Det er også et forbedringspotensial i forvaltningen av regionale dokumenter, som etiske retningslinjer og retningslinjer for varsling av kritikkverdige forhold.

Internrevisjonen vurderer at det bør være en tydelig sammenheng mellom de strategiske målområdene/målene i de oppdaterte utviklingsplanene for RHF-et og for sykehusforetakene, og vi legger til grunn at dette ivaretas gjennom koordineringen i den pågående prosessen.

4.2 Struktur

En god struktur med velfungerende beslutningsprosesser, klar fordeling av ansvar og myndighet, hensiktsmessige informasjons- og kommunikasjonsprosesser (...) er avgjørende for at en virksomhet skal kunne gjennomføre sine strategier og nå sine mål.

4.2.1 Observasjoner

Krav til styret

Det foreligger styreinstruks og årlig møteplan for styret i alle foretakene. Styreinstruksene er vedtatt ulike år, for 3-10 år siden, de har ulik oppbygging og innhold, og noen har feil og/eller mangler i lovhenvisingene. Verken RHF-et eller de underliggende foretakene har gjort en konkret vurdering av om instruksene bør endres basert på oppdatert regional styreveileder av november 2021. Ikke alle styrene har inkludert gjennomføring av styrets egenevaluering i planen for eget arbeid, men slike evalueringer har i hovedsak blitt gjort årlig.

Styringssystem og struktur for gjennomføring av sentrale prosesser

Helse Nord RHF har utarbeidet det interne dokumentet, *Rammeverk for virksomhetsstyring*, RL9922, datert 14.03.2022. Dokumentet var misvisende registrert i Docmap med "Helse Nord" både i tittel og som gyldighetsområde, men dette ble korrigert etter revisjonens oppsummeringsmøte. Strukturen i rammeverket er basert på krav til styringssystemet som stilles i *Forskrift om for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten*.

Tre av helseforetakene har en samlet beskrivelse av styringssystemet med utgangspunkt i den nevnte forskriften, med henvisninger til egne prosedyrer. De øvrige tre foretakene har beskrivelser av varierende kvalitet og kobling mot forskriften.

Helse Nord RHF og to av helseforetakene mangler en samlet oversikt over når sentrale prosesser i virksomhetsstyringen skal gjennomføres (start/slutt og milepæler), med underliggende prosessbeskrivelser.

Ledelse og opplæring

I Helse Nord RHF er det bare administrerende direktør som har instruks som regulerer rolle og ansvar. Det mangler instruks for de øvrige i RHF-ets ledergruppe, informasjon om avdelingenes ansvarsområde er ikke oppdatert på RHF-ets nettsider, og flere har gitt uttrykk for at det fortsatt er uklarheter i intern organisering etter at ny organisasjonsstruktur trådte i kraft. I fem av helseforetakene foreligger det ikke stillingsbeskrivelser for alle medlemmer av ledergruppen.

Ledergruppen ved fem av helseforetakene er fornøyd med egen opplæringsstruktur, og Regionalt nettverk for lederutvikling er arena for samarbeid. Helse Nord RHF gjennomfører ikke en strukturert lederopplæring i eget foretak.

UNN har nylig utgitt e-læringsprogrammet *Innføring i virksomhetsstyring* og lagt dette i kompetanseportalen som et obligatorisk kurs for alle ledere. E-læringen er inndelt i følgende moduler:

Modul 1: Hva styres vi av?

- Delmodul 1.1: Eierstyring
- Delmodul 1.2: Regulering gjennom lovkrav
- Delmodul 1.3: Intern styring og ledelse i UNN

Modul 2: Hvordan styrer vi i hverdagen?

- Delmodul 2.1: Prosesser i virksomhetsplanlegging og styring
- Delmodul 2.2: Økonomistyring i UNN
- Delmodul 2.3: Den daglige driften
- Delmodul 2.4: Evaluering og rapportering

Utvalg, råd og møtefora

Det foreligger i liten grad mandater for utvalg, råd og møtefora som er eid av RHF-et. Det foreligger møteplaner med dato for mange av RHF-ets arenaer, men det framkommer i begrenset grad informasjon om hvilke saker som skal behandles og når. Et arbeid er igangsatt for å forbedre strukturen på dette området.

Mandater er i større grad på plass for de viktigste utvalg, råd og møtefora i helseforetakene. Finnmarkssykehuset har samlet sine mandater i retningslinjen, RL5489.

Helgelandssykehuset har fulgt opp internrevisjonens anbefaling om etablering av kvalitetsutvalg iht. lovkrav fra revisjonen «Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer i Helse Nord», ved å reetablere kvalitetsutvalg. Nordlandssykehuset har imidlertid ikke fulgt opp samme anbefaling.

System for Helse, Miljø og Sikkerhet

Helse Nord RHF og helseforetakene har systemer som ivaretar helse-, miljø- og sikkerhetskrav, herunder medarbeidertilfredshet, inkl. verneombud og arbeidsmiljøutvalg. I RHF-et er det en rekke dokumenter i Docmap og i Personalhåndboka som ikke er oppdatert på mange år. Oppdateringer pågår.

4.2.2 Internrevisjonens vurderinger

Internrevisjonen vurderer at det er etablert en rekke strukturer som samsvarer med *Veilederens* anbefalinger, eksempelvis ansvars- og fullmaktmatriser, rutiner for kommunikasjon, habilitetsregler og rutiner som sørger for at beslutninger blir dokumentert. Det er likevel svakheter ved flere av komponentene, og disse omtales nedenfor.

De viktigste svakhetene er knyttet til manglende beskrivelser av den enkelte leders rolle og ansvar, og at Helse Nord RHF i liten grad har etablert strukturert lederopplæring og oppfølging av lederrollen. Vi anser UNNs e-læringsprogram, *Innføring i virksomhetsstyring*, som et godt grunnlag for gjennomføring av slik opplæring i UNN. Slik vi ser det, vil det være en fordel om UNNs program kan være utgangspunktet for utarbeidelse av et regionalt opplegg, og tilpasses det enkelte foretak.

Internrevisjonen anser også at det samlet sett og/eller i enkelte av foretakene er forbedringspotensial knyttet til synliggjøring av strukturen for gjennomføring av sentrale prosesser i virksomhetsstyringen (årshjul og/eller prosessbeskrivelser), foretakenes beskrivelser av styringssystemet for ledelse og kvalitetsforbedring, samt hvorvidt det foreligger kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg i henhold til lovkrav.

Det er også forbedringspotensial i hvordan styreinstruksene vurderes og holdes oppdatert, og det kan være hensiktsmessig med en regional koordinering av dette.

Helse Nord RHF har svakheter ved hvorvidt det foreligger skriftlige mandater for utvalg, råd og faste møtefora som fastslår dets formål/rolle i styringsstrukturen, samt om det utarbeides årlige møteplaner der tidspunkt for involvering i de sentrale prosessene framkommer (hvilke saker skal behandles når). Finnmarkssykehuset har etablert en god praksis ved å samle mandater i retningslinjen, RL5489.

Økt modenhet innen *Struktur* kan styrke foretakenes evne til å gjennomføre strategier og innfri mål.

4.3 Gjennomføring

Virksomhetens mål og strategier operasjonaliseres i konkrete handlingsplaner. Helhetlig og koordinert styring av kjerneprosessene bidrar til effektivitet og kvalitet i driftsfasen, og de suppleres med støtteprosesser, som økonomi- og risikostyring. Samtidig skal lover og regler etterleves, og virksomhetens verdier forvaltes og beskyttes.

4.3.1 Observasjoner

Operative mål, handlingsplaner og måleindikatorer

Helse Nord RHF realiserer styringsmål og strategiske mål gjennom helseforetakenes måloppnåelse. Det er imidlertid i liten grad fastsatt operative mål for RHF-ets egen virksomhet, med tilhørende måleindikatorer og handlingsplaner for å nå disse. Det besluttet en rekke tiltak i ledermøter, som dokumenteres i referater med tydelig ansvar og frist. Internrevisjonen har fått opplyst at tiltakene ikke samles i en felles oversikt, og at frister ofte ikke overholdes.

Helseforetakene har i varierende grad fastsatt operative mål for ulike virksomhetsområder, som bygger opp under de overordnede målene. For fem av HF-ene har vi observert svakheter, særlig knyttet til om overordnede strategiske mål er brutt ned i operative mål, handlingsplaner og måleindikatorer.

Ved UNN blir operative mål, både knyttet til OD og til strategiske satsningsområder, fordelt til ledere gjennom dialogavtaler i et digitalt styringshjul. Det utarbeides tilhørende måleindikatorer og handlingsplaner. Ansvar, roller og tidsfrister for de ulike tiltakene er imidlertid ikke fullstendig for 2022.

Risikostyring

Oppdaterte regionale retningslinjer for risikostyring ble vedtatt av styret i Helse Nord RHF i februar 2020. Helse Nord RHF har gjennomført risikovurdering av de overordnede målene i 2022. Intern metodikk for risikostyring er imidlertid fortsatt under utvikling.

Det er stor variasjon i helseforetakenes risikostyringsprosesser. Fire av HF-ene har en avklart fordeling av ansvar for risikostyringsmetodikken, men metodikken er ikke avklart hos alle disse. Enkelte har gitt uttrykk for usikkerhet rundt hvordan risikostyringen best kan gjennomføres for å gi verdi. Helse Nord IKT har ikke gjennomført dokumentert risikovurdering av overordnede mål siden juli 2019. UNN og Nordlandssykehuset har ikke fulgt opp internrevisjonens anbefaling i henholdsvis internrevisjonsrapport 01/2021 og 02/2021, om å iverksette en dokumentert og helhetlig risikostyringsprosess knyttet til de overordnede målene, i samsvar med de regionale retningslinjene.

Økonomistyring

Helse Nord RHF legger til rette for en prosess knyttet til rullering av økonomisk langtidsplan (ØLP), og for en budsjettprosess i regionen, gjennom å stille krav til helseforetakene i årlige budsjettbrev. Alle foretakene har styrebehandlet økonomiske langtidsplaner og bærekraftsanalyser innen fristen i 2021 og 2022. Styrene har også godkjent budsjettene for 2022 innen fristen i desember 2021, men styret i Nordlandssykehuset tok forbehold om at det måtte framlegges en konkretisert og periodisert tiltaksplan for å oppnå et realistisk budsjett.

Det har vært en negativ økonomisk utvikling i sykehusforetakene over flere år, med betydelige budsjettavvik, om man ser bort fra ekstraordinære bevilgninger knyttet til covid-19-pandemien. Det ble besluttet omstillingstiltak i foretakene i 2019 og 2020, men disse ble i stor grad satt i bero grunnet pandemien.

Virksomhetsrapportene viste negative tall gjennom høsten 2021, uten at rapportene omtalte tiltak og mulige tiltakseffekter. Styrene i foretakene har i all hovedsak tatt virksomhetsrapportene til orientering, uten vedtak med krav om at det gjennomføres tiltak for å bedre den økonomiske situasjonen. Helgelandssykehuset inkluderer en oversikt over effekten av iverksatte tiltak estimert i kroner, og informasjon om eventuelle behov for intensivering av tiltaksoppfølgingen, i sine virksomhetsrapporter. De øvrige tre sykehusforetakene har ikke en løpende oppfølging av tiltakseffekter gjennom virksomhetsrapportene, men de har egne styresaker som omhandler omstillingstiltak.

På grunn av den økonomiske situasjonen i foretaksgruppen, stilte Helse Nord RHF i foretaksmøter 6. april 2022, krav om utarbeidelse av omstillingsplaner i alle helseforetakene i regionen. Planene ble oversendt innen fristen 10. mai 2022.

Rapportering på mål og krav

Helse Nord RHF har utarbeidet maler som benyttes for tertialrapporter og årlig melding fra helseforetakene. Slik rapportering skjer i hovedsak rettidig.

Det foreligger også en mal for virksomhetsrapporter i helseforetakene, sist revidert i 2019. Malen framhever at rapporten skal omfatte en overordnet vurdering av relevante forhold av utviklingen siste måned og hittil i år. Dersom det oppstår vesentlige avvik, må dette forklares med hva som er årsaken til avviket og hvilke tiltak som skal iverksettes. Internrevisjonen konstaterer at helseforetakene i varierende grad er kjent med/ benytter ovennevnte mal, jf. mangelfull tiltaksrapportering beskrevet under *Økonomistyring*.

4.3.2 Internrevisjonens vurderinger

Internrevisjonen vurderer at gjennomføringen av virksomhetsstyringen i varierende grad samsvarer med *Veilederens* anbefalinger, og det er svakheter knyttet til flere viktige komponenter som omtales nedenfor.

Det er uheldig at det ikke gjennomføres en helhetlig risikostyring for å bidra til foretaksgruppens måloppnåelse. Vi anser det særlig uheldig at tre av helseforetakene ikke gjennomfører dokumenterte risikovurderinger av de overordnede målene.

Mangelfull operasjonalisering av mål og strategier gjelder særlig de strategiske satsingsområdene. Strategiske utviklingsplaner/strategier har generelt vage/vide målformuleringer og lang tidshorisont, og disse kan vanskelig følges opp uten at de operasjonaliseres i operative mål og tiltak med frister og utvalgte måleindikatorer. Årlige handlingsplaner, slik UNN har utarbeidet for 2022, er et eksempel på hensiktsmessig operasjonalisering av strategien. Internrevisjonen vil også framheve utviklingsarbeidet som UNN har utført for å få etablert «det digitale styringshjulet», hvor mål og strategier brytes ned og følges opp samlet. Slik vi ser det, vil det være til stor verdi for resten av helseregionen å lære av UNN på dette området, og å ta i bruk et lignende digitalt verktøy.

Det er en svakhet at RHF-et i liten grad har fastsatt operative mål for sin egen virksomhet, med tilhørende måleindikatorer og handlingsplaner.

Det er uheldig at tre av sykehusforetakenes virksomhetsrapporter i liten grad omtaler behov for nye tiltak knyttet til den økonomiske utviklingen, samt eventuelle effekter av iverksatte tiltak, i samsvar med mal. Dette kan styrke rapporteringen til eget styre. Helgelandssykehuset har etablert en god praksis på området. Vi anser det som en svakhet at styrene i sykehusforetakene ved behandlingen av virksomhetsrapportene ikke fatter konkrete vedtak med krav om nye tiltak eller intensivering av tiltak, når den økonomiske utviklingen tilsier det. Denne revisjonen har ikke omfattet om det utarbeides realistiske budsjetter eller om omstillingstiltak er gjennomførbare, men når det foreligger store negative budsjettavvik allerede de første månedene av nytt år, kan det stilles spørsmål ved om budsjettene bygger på realistiske forutsetninger.

Økt modenhet i gjennomføringen av virksomhetsstyringen kan styrke foretakenes evne til å nå fastsatte mål og grunnlaget for monitorering og systematisk forbedringsarbeid.

4.4 Læring og forbedring

Når virksomheten har etablert strukturer og prosesser for planlegging og daglig drift må dette suppleres med gode prosesser for læring og forbedring. Rammebetingelsene vil være i stadig endring og derfor er det også viktig med gode prosesser for kontinuerlig læring og forbedring for at virksomheten skal kunne stå sterkt rustet også i fremtiden. Læring og forbedring foregår på alle nivåer i organisasjonen.

4.4.1 Observasjoner

Helse Nord RHF har besluttet en rekke forbedringstiltak basert på ledelsens gjennomgang. Det har imidlertid framkommet at implementering av tiltak/endringer i mange tilfeller er mangelfull. Avviksrapportering benyttes minimalt. Helseforetakene gjennomfører i større grad løpende forbedringsarbeid basert på monitorering, kontroller, evalueringer, avviksrapportering og interne revisjoner innen ulike temaer. Stabsfunksjoner på foretaksnivå utfører en rekke kontrolloppgaver ovenfor klinikkene og kan rapportere til ledere med beslutningsmyndighet, med oppgavefordelingen er i varierende grad dokumentert.

Finnmarkssykehuset etablerte i august 2021 *Lokalt innsatsteam* med formål å redusere ventetider og fristbrudd innen poliklinisk virksomhet. Det er besluttet at arbeidet skal fortsette ut 2022. Foretaket opprettet også et *Analyseteam* i 2021, som skal bidra til langsiktig, kontinuerlig og systematisk arbeid for å oppnå det gode pasientforløp på bakgrunn av gjeldende rammebetingelser. Begge disse teamene er satt sammen av medarbeidere på tvers av organisatoriske enheter i foretaket.

Det er ikke gitt regionale føringer om gjennomføring av eller innhold i ledelsens gjennomgang, ut over at resultatet skal rapporteres sammen med rapport for andre tertial. Internrevisjonen konstaterer at det er stor variasjon i hvordan dette gjøres. Prosessen fungerer likevel bra for alle foretakene, men har forbedringspotensial i Helgelandssykehuset med hensyn på synliggjøring av status på tiltak fra forrige gjennomgang. Med unntak for Sykehusapotek Nord, er ledelsens gjennomgang knyttet til forrige kalenderår. UNN og Nordlandssykehuset har begge en god praksis i hvordan ledelsens gjennomgang beskrives og gjennomføres med en nedenfra-og-opp-tilnærming. De fleste foretakene har behandlet ledelsens gjennomgang på våren inneværende år.

4.4.2 Internrevisjonens vurderinger

Internrevisjonen vurderer at det er etablert gode prosesser for kontinuerlig læring og forbedring i de fleste helseforetakene. I Helse Nord RHF er det potensial for å styrke implementeringen av forbedringstiltak og kulturen for å melde avvik.

Vi vil framheve Finnmarkssykehusets team for gjennomføring av kontroller og analyser, som et godt eksempel på alternativ organisering av «andrelinjeoppgaver». Dette

forutsetter et klart mandat, forankring i foretakets ledelse og god kommunikasjon med klinikkene.

OD-kravet om rapporteringstidspunktet for ledelsens gjennomgang kan med fordel endres til tidligere på året. Vi finner det naturlig at ledelsens gjennomgang følger kalenderåret, som øvrige prosesser i virksomhetsstyringen. Slike endringer kan bidra til at prosessen og rapportene får en tydeligere rolle i den helhetlige virksomhetsstyringen.

4.5 Andre forhold ved den regionale styringen

Administrerende direktører og styreledere i helseforetakene har i intervjuer med internrevisjonen gitt uttrykk for at styringsdialogen med administrerende direktør og styreleder i det regionale helseforetaket er god, og at den omfatter viktige temaer. RHF-ets administrerende direktør og styreleder er tett på, og de er tilgjengelige for styrelederne i helseforetakene. De ønsker imidlertid at RHF-et blir mer strategisk i bestillinger og dialog med helseforetakene. Det etterlyses et tettere samarbeid i regionen for å løse det regionale utfordringsbildet, både administrativt og mellom styrene. Videre ble det gitt uttrykk for at de årlige oppdragsdokumentene er detaljerte, noe som medfører mye tidsbruk på rapportering, på bekostning av strategiske diskusjoner og felles problemløsning.

Helseforetakene ønsker å bli tettere involvert ved utarbeidelse av (del)strategier som er førende, og at strategiene ikke bare blir sendt ut på høring.

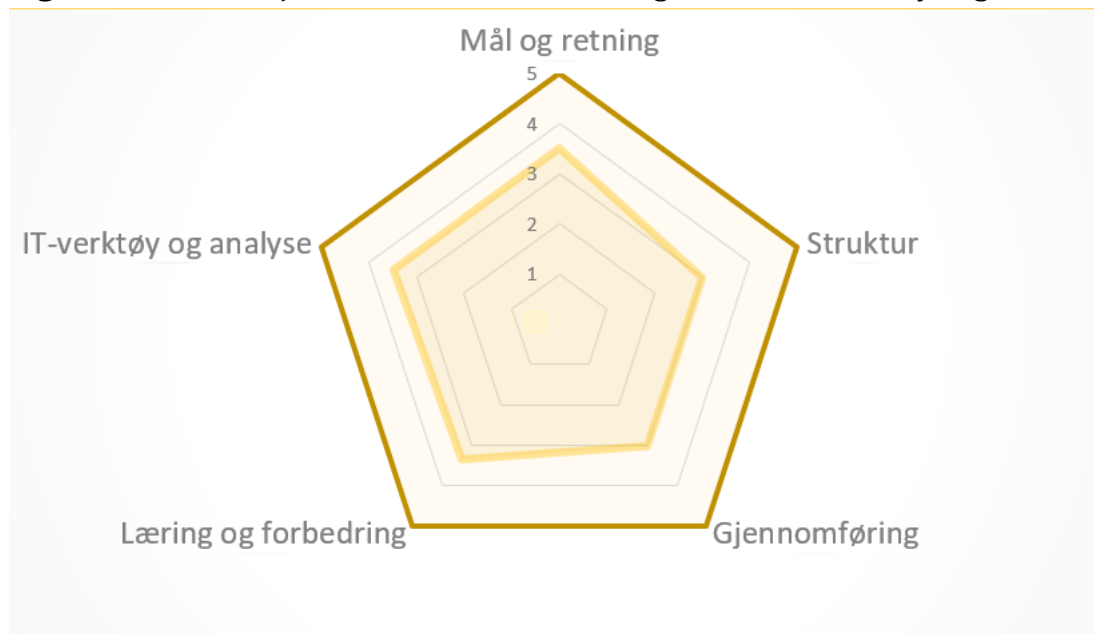
Fra Helse Nord IKT sin side savnes det en klar beskrivelse av roller og ansvar i IKT-styringen, og foretaket ser behov for mer strategisk fokus på hvordan IKT kan bidra til kvalitet i pasientbehandling og mer effektiv ressursbruk.

5 Konklusjon og anbefalinger

5.1 Samlet vurdering

I dette kapittelet oppsummeres internrevisjonens observasjoner og vurderinger for hvert av fokusområdene, samt for *IT-verktøy og analyse*, i en modenhetsvurdering av foretaksgruppens virksomhetsstyring, jf. beskrivelse i kap. 3, *Metoder*. Modenheten er vurdert på en skala med fem nivåer, fra én (tilfeldig) til fem (optimalisert), og resultatet er synliggjort ved den gule markeringen i Figur 1 nedenfor.

Figur 2. Internrevisjonens modenhetsvurdering for virksomhetsstyringen i Helse Nord



Figur 3. Oversikt over modenhetsnivåene benyttet i internrevisjonens vurdering, jf. IIAs Modenhetsmodell³

Nivå	Benevnelse	Kjennetegn ved virksomhetsstyring på dette nivået
1	Tilfeldig	Virksomhetsstyringen fremstår som ikke formalisert og/eller tilfeldig
2	Påbegynt	Virksomhetsstyringen er mangelfull, men i utvikling. Det er liten grad av helhetlige løsninger og felles definisjoner.
3	Etablert	Virksomhetsstyringen er tilfredsstillende. Helhetlige løsninger og felles definisjoner er etablert.
4	Videreutviklet	Virksomhetsstyringen er velfungerende. Det jobbes systematisk, og forbedringstiltak vurderes/iverksettes.
5	Optimalisert	Virksomhetsstyringen er gjenstand for kontinuerlig forbedring, effektivisering og løpende oppfølging. Dette er en del av kulturen.

³ iaa.no/product/modenhetsmodell-for-virksomhetsstyring

5.2 Konklusjon

Internrevisjonens konklusjon er at virksomhetsstyringen i de enkelte helseforetakene i Helse Nord i stor grad samsvarer med regelverk og anerkjente rammeverk. Helheten i virksomhetsstyringen i regionen har likevel forbedringspotensial, særlig innen områdene struktur og gjennomføring. Internrevisjonen gir derfor anbefalinger om forbedringstiltak for å øke modenheten i virksomhetsstyringen. Økt modenhet kan styrke evnen til å gjennomføre strategier og innfri mål.

5.3 Anbefalinger

5.3.1 Anbefalinger til Helse Nord RHF

Internrevisjonen anbefaler Helse Nord RHF å:

1. Videreutvikle eksisterende *Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Nord RHF*, herunder vurdere i samarbeid med helseforetakene, om rammeverket skal ha regional gyldighet.
2. Tydeliggjøre hvilke delstrategier som inngår i strategihierarkiet som tilhører *Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024*.
3. Utvikle lederprogram som legger til rette for felles forståelse av lederrollen og virksomhetsstyringen i Helse Nord, i samarbeid med helseforetakene i regionen, og gjennomføre programmet i eget foretak.
4. Videreutvikle metodikk for, og gjennomføre, en helhetlig risikostyring som bidrar til foretaksgruppens måloppnåelse.
5. Fastsette operative mål for RHF-ets egen virksomhet, med tilhørende handlingsplaner og måleindikatorer.

Helse Nord RHF bør også prioritere å gjennomføre/slutføre tidligere identifiserte interne forbedringstiltak, som å:

- Forbedre forvaltningen av regionale og interne styrende dokumenter.
- Synliggjøre strukturen for gjennomføring av sentrale prosesser i virksomhetsstyringen, i form av et samlet årshjul og tilhørende prosessbeskrivelser.
- Utarbeide mandater for utvalg, råd og møtefora som eies av Helse Nord RHF, og som er sentrale i virksomhetsstyringen, jf. årshjul og prosessbeskrivelser.
- Utarbeide stillings-/funksjonsbeskrivelser som angir roller og ansvar for ledere i Helse Nord RHF.
- Gjennomføre tiltak for å styrke kulturen for bruk av interne avviks- og forbedringsmeldinger i Helse Nord RHF.

5.3.2 Anbefalinger til helseforetakene

Internrevisjonen anbefaler det enkelte helseforetaket å:

1. Identifisere forbedringstiltak basert på påpekte svakheter og gode praksiser, og innarbeide disse i foretakets handlingsplan for oppfølging av revisjonen.

I tillegg gis følgende spesifikke anbefalinger (aktuelle HF i parentes bak):

2. Utarbeide en beskrivelse av styringssystemet i samsvar med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (FIN).
3. Utarbeide og ta i bruk et sett av måleindikatorer knyttet til overordnede og operative mål (SANO).
4. Avklare intern fordeling av ansvar og oppgaver i forbindelse med metodikk og prosesser for risikostyring (UNN).
5. Beskrive i virksomhetsrapportene hvilke nye tiltak som er besluttet på grunn av den økonomiske utviklingen, og økonomiske effekter av tidligere iverksatte tiltak (UNN, NLSH og FIN).

Internrevisjonen viser også til tidligere anbefalinger som fortsatt er under oppfølging, vedrørende:

- Risikostyring (UNN og NLSH), jf. Internrevisjonsrapport 01/2021 og 02/2021
- Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (NLSH og HSYK), jf. Internrevisjonsrapport 06/2021

5.4 Gode praksiser omtalt foran i revisjonsrapporten

Her oppsummeres gode praksiser som er omtalt foran i rapporten:

- UNN har etablert en god praksis med årlige dialogavtaler mellom ledernivåene, basert på overordnede mål. Operative mål, både knyttet til OD og til strategiske satsningsområder, er tildelt ledernivåer gjennom dialogavtalene i et digitalt styringshjul.
- Finnmarkssykehuset har etablert en god praksis for beskrivelser av mandater for råd, utvalg og møteforum i retningslinjen, RL5489.
- UNN har nylig utgitt e-læringsprogrammet *Innføring i virksomhetsstyring* og lagt dette i kompetanseportalen som et obligatorisk kurs for alle ledere.
- Helgelandssykehuset har etablert en god praksis ved at virksomhetsrapportene inkluderer en oversikt over effekten av iverksatte tiltak estimert i kroner, og informasjon om eventuelle behov for intensivering av tiltaksoppfølgingen.
- Finnmarkssykehuset har en god organisering av team som gjennomfører kontroller og analyser som grunnlag for forbedringer.
- UNN og Nordlandssykehuset har begge en god praksis i hvordan ledelsens gjennomgang beskrives og gjennomføres med en nedenfra-og-opp-tilnærming.

Vedlegg 1 – Revisjonskriterier med vurdering per foretak og samlet

Tabellen oppsummerer internrevisjonens vurderinger for alle kriterier per fokusområde, per foretak og for Helse Nord samlet.

Vurderingene er uttrykt ved følgende farger: grønn (ivaretatt) – gul (potensial for forbedring) – rød (ikke ivaretatt).

Nr.	Kriterium	HN RHF	FIN	UNN	NLSH	HSYK	HN IKT	SANO	HN Samlet	Kommentar, der gult eller rødt
1	<i>Mål og retning</i>									
A	Vedtektene angir foretakets virksomhet og øvrige opplysninger som helseforetaksloven krever									Svakheter i dokumentforvaltning, inkl. oppdatering i Brønnøysundregisteret
B	Visjonen uttrykker den langsiktige ideen om hva foretaket vil oppnå og danner grunnlag for mål og strategier									
C	Verdiene uttrykker hva foretaket ønsker å stå for og danner grunnlaget for kulturbygging									
D	Etiske retningslinjer uttrykker forventninger om å opptre på en etisk forsvarlig måte og vise samfunnsansvar, og de er kommunisert i det enkelte foretak									Svakheter i forvaltningen av regionale retningslinjer
E	Det er etablert ordninger for trygg varsling om kritikkverdige forhold									Svakheter i forvaltning av interne dokumenter
F	Det foreligger strategi for hvordan samfunnsansvar og miljøhensyn integreres i foretakets virksomhet									
G	Det er tydelig definert hva som er de overordnede målene på foretakets sentrale virksomhetsområder									Uklar sammenheng mellom de strategiske målene i HF-ene og målene i RU 2018-2035
H	Det foreligger vedtatte strategier/planer for å nå de overordnede målene									RHF/HN Samlet: Uklart strategihierarki FIN: Uklar sammenheng med utviklingsplan

Nr.	Kriterium	HN RHF	FIN	UNN	NLSH	HSYK	HN IKT	SANO	HN Samlet	Kommentar, der gult eller rødt
2	<i>Struktur</i>									
A	Det foreligger styreinstruks og en plan for styrets eget arbeid som inkluderer jevnlig evaluering av styrets arbeid									Manglende oppdatering av styreinstrukser
B	Forhåndsdefinerte kriterier er benyttet ved siste oppnevning av styremedlemmer til HF-styrene									
C	Styret har vedtatt den overordnede organiseringen og styringsstrukturen i foretaket									Styret har ikke vedtatt helheten, men delelementer
D	Det foreligger en samlet beskrivelse av styringssystemet for ledelse og kvalitetsforbedring									Svakheter i link til forskrift eller egne rutiner (FIN), evt. gyldighetsområde (RHF-et)
E	Det er utarbeidet en klar og hensiktsmessig struktur for når sentrale prosesser i foretakets virksomhetsstyring skal gjennomføres (årshjul e.l.)									Svakheter i beskrivelse (start/ slutt og milepæler)
F	Sykehusene i foretaket er organisert slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer									
G	(kriteriet utgikk)									
H	Ansvars- og myndighetsstrukturen er dokumentert gjennom ansvars- og fullmaktsmatriser eller lignende									
I	Det foreligger skriftlige stillingsinstrukser/avtaler for lederne som inngår i ledergruppen									Mangler beskrivelse for noen stillinger
J	Det er etablert strukturer for å sørge for nødvendig opplæring, bevisstgjøring og oppfølging av roller, ansvar og myndighet		*		*	*	*	*		* Basert på ledelsens egevaluering RHF: har ikke strukturert lederopplæring
K	Det foreligger en klinisk etikkomité i henhold lovkrav									
L	Det foreligger kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg i henhold til lovkrav									Har ikke (NLSH)/nylig (HSYK) fulgt opp anbefaling fra tidligere revisjon

Nr.	Kriterium	HN RHF	FIN	UNN	NLSH	HSYK	HN IKT	SANO	HN Samlet	Kommentar, der gult eller rødt
M	Det foreligger skriftlige mandater for utvalg, råd og faste møtefora som fastslår dets formål/rolle i styringsstrukturen									Foreligger bare for noen få regionale arenaer. HN IKT: skal utarbeides
N	Det er utarbeidet årlige møteplaner for utvalg, råd og faste møtefora, i samsvar med årshjul e.l.									I hovedsak bare møtedato
O	Det er etablert rutiner som sørger for at beslutninger blir dokumentert og kommunisert, med ansvar og frist		*	*	*	*	*	*		* Basert på ledelsens egevaluering
P	Regler for habilitet kommuniseres til alle som omfattes av dem, og det er etablert rutiner for å påse at reglene blir fulgt		*	*		*	*			* Basert på ledelsens egevaluering
Q	Styrende dokumenter angir håndtering av intern og ekstern kommunikasjon, herunder fordeling av ansvar, roller og oppgaver									Ikke egen strategi på området. Lite beskrevet i ADs instruks.
R	Foretaket har et system som ivaretar helse-, miljø- og sikkerhetskrav, herunder medarbeidertilfredshet, inkl. verneombud og arbeidsmiljøutvalg									Svakheter i dokumentforvaltning (RHF) og rekruttering til roller (SANO)
3	<i>Gjennomføring</i>									
A	Det er fastsatt operative mål, som inkluderer mål hentet fra oppdragsdokumenter, for ulike virksomhetsområder, som bygger opp under de overordnede målene									I liten grad for strategiske satsningsområder
B	Det foreligger handlingsplaner for å nå de operative målene som angir ansvar, roller og tidsfrister for de ulike tiltakene og aktivitetene									Som over
C	Det benyttes et sett av måleindikatorer som gir grunnlag for vurdering av utvikling og grad av måloppnåelse									Som over. RHF/SANO: Også få indikatorer knyttet til mål fra OD
D	Foretaket har avklart hva som er dets kjerneprosesser (hovedoppgaver) og har dette beskrevet i styrende dokumenter									

Nr.	Kriterium	HN RHF	FIN	UNN	NLSH	HSYK	HN IKT	SANO	HN Samlet	Kommentar, der gult eller rødt
E	Samfunnsansvar og miljøhensyn er integrert i gjennomføringen av foretakets hovedoppgaver		*	*	*	*	*	*		Ny regional strategi under implementering. * Basert på ledelsens egnevaluering
F	Det foreligger styrevedtatte retningslinjer for risikostyring									
G	Det er en avklart fordeling av ansvar og oppgaver for etablering og vedlikehold av intern metodikk og prosesser for risikostyring									RHF: Ansvar ikke dokumentert UNN: Uavklart
H	Det er gjennomført risikovurdering av de overordnede målene (sist gjennomførte)									RHF: Delvis. Metodikk fortsatt i utvikling UNN/NLSH: Ikke gjennomført på flere år. Anbefaling i tidligere IR. HNIKT: Sist utført i 2019. HN: Stor variasjon. Mangler helhet
I	(kriteriet utgikk)									
J	Det identifiseres risikoeiere som beslutter, forvalter og aksepterer risikoeksponering, herunder beslutter kontroller eller andre tiltak ved behov									Uklare ansvarsforhold, særlig for tverrgående risikoer
K	Foretaket har oversikt over sentrale lover og forskrifter, som holdes jevnlig oppdatert									
L	Risiko for manglende etterlevelse av lover og forskrifter vurderes og håndteres i sammenheng med vurderingen av andre operasjonelle risikoer i foretaket									FIN: Ikke spor av konkrete vurderinger HSYK: Bare ved oppsummering av avvik i ledelsens gjennomgang
M	Økonomistyringen, i form av planer, budsjett, regnskap og økonomisk rapportering, gjenspeiler foretakets aktiviteter og ansvarsområder									

Nr.	Kriterium	HN RHF	FIN	UNN	NLSH	HSYK	HN IKT	SANO	HN Samlet	Kommentar, der gult eller rødt
N	Det besluttes tiltak dersom den økonomiske utviklingen i forhold til budsjett, prognoser og planer, tilsier behov for dette									Tiltak vedtas, men ulik toleranse for negative budsjettavvik
O	Det rapporteres på mål og krav i henhold til fastsatt rapporteringsstruktur									
4	<i>Læring og forbedring</i>									
A	Regelmessig og systematisk gjennomgang og evaluering er etablert for sentrale aktiviteter og risikoutsatte områder, slik at avvik og uønsket utvikling kan oppdages og håndteres		*	*	*	*	*	*		* Basert på ledelsens egevaluering
B	Det er avklart hvilke oppgaver linjeuavhengige kontrollfunksjoner har, som bidrar til utvikling og forbedring av foretakets styring og drift									Manglende funksjonsbeskrivelser
C	Linjeuavhengige kontrollfunksjoner har en organisatorisk plassering som sikrer uavhengighet til de delene av foretaket som de kontrollerer.									Kontrollfunksjoner forankret i linjen
D	Kontrollfunksjonen har rett til å rapportere til ledernivå med beslutningsmyndighet									Som over og ledelsens egevaluering
E	Behov for forbedring og læring blir kontinuerlig identifisert og rapportert, og tiltak blir iverksatt									Minimal bruk av avvikssystemet
F	Minst en gang årlig gjennomgås og vurderes foretakets styringssystem for ledelse og kvalitetsforbedring systematisk opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten									HSYK: Metode under forbedring

Ledelsens gjennomgang 2021/2022	
Styresak nr.:	49 - 2022
Møtedato:	26. oktober 2022
Saksbehandler:	Kvalitetsleder Agnethe Tønseth Solberg
Vedlegg:	Status på eksterne tilsyn og revisjoner (2021)

Saken i korte trekk

Sykehusapotek Nord HF er omfattet av plikten til å etablere et system for internkontroll. Overordnet mål for internkontroll er å etablere en struktur som sikrer at faktorer som medfører risiko for at virksomheten ikke når sine overordnede mål avdekkes, at det iverksettes risikoreduserende tiltak, og at det etableres en systematikk både for avviksrapportering og styrets oppfølging.

Ledelsens gjennomgang er et møte der ledelsen går igjennom en konsentrert presentasjon av den viktigste informasjonen om styringssystemet med den hensikt å ta valg og bestemmelser for videre drift. I møtet skal det dermed besvares hvilke system og verktøy ledelsen i Sykehusapotek Nord benytter for å sikre at de ansattes atferd og avgjørelser er konsistente med helseforetakets mål og strategier.

Denne styresaken beskriver ledelsens gjennomgang og vurdering av organisasjonens styringssystem.

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret i Sykehusapotek Nord HF tar informasjonen om ledelsens gjennomgang til orientering.

Hilde Gustavsen Erstad
administrerende direktør

Saksfremlegg

1. Innledning

Sykehusapotek Nord HF er omfattet av plikten til å etablere et system for internkontroll, jfr. Lov om statlig tilsyn med spesialisthelsetjenesten, § 3 første ledd. Også andre relevante lover/forskrifter, bl.a. arbeidsmiljøloven og apotekloven, etablerer samme plikt.

Internkontroll kan defineres som følger:

Internkontroll er en prosess igangsatt og gjennomført av virksomhetens styre, ledelse og øvrige ansatte, og utformet for å gi rimelig sikkerhet med hensyn til oppnåelse av drifts-, rapporterings- og etterlevelsesrelaterte målsettinger.

Overordnet mål for internkontroll er å etablere en struktur som sikrer at faktorer som medfører risiko for at virksomheten ikke når sine overordnede mål avdekkes, at det iverksettes risikoreduserende tiltak og at det etableres en systematikk både for avviksrapportering og styrets oppfølging.

Ledelsens gjennomgang er en viktig komponent i virksomhetens styringssystem og gjennomføres i et møte der ledelsen går igjennom en konsentrert presentasjon av den viktigste informasjonen om styringssystemet. Hensikten med dette er å gjøre ledelsen i stand til å gjøre valg og bestemmelser for videre drift. Det er essensielt at ledelsen i virksomheten foretar en jevnlig og grundig gjennomgang av status slik at de kan vurdere effektiviteten av sin egen virksomhet innen aktuelle områder. Gjennomgangen sikrer også styringssystemets effektivitet. Ledelsens gjennomgang forbedrer og styrer retningen og bidrar til kontinuerlig forbedringsarbeid i tillegg til å sikre oppfølging og kontroll.

2. Ledelsens gjennomgang i Sykehusapotek Nord HF

Oppdragsdokumentet 2022 stiller følgende krav: *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.*

Sykehusapotek Nord har også hjemlet ledelsens gjennomgang i egen intern prosedyre.¹ Prosedyren sier: *Ledelsen ved Sykehusapotek Nord HF skal årlig gjennomgå organisasjonens styringssystem for å sikre at det er hensiktsmessig, tilstrekkelig, virker effektivt og bidrar til kontinuerlig forbedring. Gjennomgangen skal avklare muligheter for forbedringer og behov for endringer.*

Hensikten er altså å sikre at internkontroll- og kvalitetssystemet fungerer etter intensjonen, samt sikre at virksomheten når de fastsatte mål og drives innenfor de vedtatte rammer. Fokuset skal blant annet rettes mot forskrifter og lovverk, kvalitetskriterier og krav til kontinuerlig forbedringsarbeid.

¹ PR36261 punkt 1

Apotekene skal gjennomføre ledelsens gjennomgang på apoteknivå før foretakets gjennomgang. Dette ble gjennomført september 2022.

Gjennomgangene apotekerne har gjort med sine avdelingsledere gir et godt og valid underlag for gjennomgangen på foretaksnivå.

Ledelsens gjennomgang på foretaksnivå ble gjennomført den 3. oktober 2022.

Ledelsens gjennomgang skal besvare:

- Oppnås ønskede mål og resultater?
- Overholdes gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger?
- Fungerer styringssystemet som forutsatt og bidrar det til kontinuerlig forbedring av virksomheten?

Indikator	Risiko	Konsekvens
Rød	Høy risiko for manglende måloppnåelse	Tiltak er nødvendig
Gul	Middels risiko for manglende måloppnåelse	Nye tiltak må vurderes
Grønn	Lav risiko for manglende måloppnåelse	Nye tiltak vurderes å ikke være nødvendig

Administrerende direktør har ansvar for å informere og korrigere foretakets handlingsplaner. Apotekerne har ansvar for å informere og korrigere apotekets og avdelingene sine handlingsplaner slik at de er i samsvar med eventuelle tiltak/målsetninger/prioriteringer som er iverksatt etter foretakets sin gjennomgang.

Nedenfor følger en matrise som viser hvilke områder som er vurdert i ledelsens gjennomgang med tilhørende kommentarer og tiltak.

Område	Kommentarer	Tiltak
Oppfølging av forrige LGG	De fleste tiltakene fra fjorårets LGG er fulgt opp	Etablere styringsprosesser for oppfølging av tiltak på alle nivåer
		Etablere årshjul for styringsprosessene i SANO
Oppgaver og organisering	Det gjenstår noe arbeid før virksomhetsstyringen er på riktig nivå	Planprosesser og målstyringsprosesser skal etableres på ulike nivåer
		Ledere og mellomledere skal teste og forbedre de nye prosessene
Aktivitet, ressurser, mål og strategier	Vi trenger å sikre en systematisk oppfølging av iverksatte tiltak	Bruk av risikovurdering ved større endringer og prosjekter skal settes i system
Samhandling og avtaler med interne og	Driftsavtale med HN IKT mangler	Avtale skal etableres opp mot HN IKT
Helse, miljø og sikkerhet	Det arbeides godt med HMS i foretaket. Brannvern er godt ivarettatt.	
Ytre miljø	Operasjonalisering av det nye miljøstyringssystemet pågår og følges opp	
Beredskap	Beredskap må kontinuerlig forbedres	Overordnet beredskapsplan oppdateres i hht ny regional beredskapsplan
		Etablere beredskapsplan for IKT jfr regional beredskapsplan for IKT
Smittevern	SANO har god etterlevelse av smitteverntiltak	
Kompetansestyring	Planverk og etterlevelse må forbedres	Plan for kompetanseutvikling skal videreutvikles
		Medarbeidersamtaler skal gjennomføres systematisk
Eksterne tilsyn og interne revisjoner	Pålegg og avvik følges opp fortløpende	
Hendelser og avvikshåndtering	Styringsinformasjon er vanskelig å få tak i	Vi skal bidra i innkjøpsprosessen når regionen skal anskaffe ny systemstøtte til kvalitetsstyring
		Vi skal ha kontinuerlig fokus på avviksregistrering
Pasientsikkerhet	Produksjonsstøttesystem som understøtter prosessen på en god måte mangler fortsatt	Vi skal bidra i innkjøpsprosessen når ny systemstøtte for MKB skal anskaffes
		Vi skal bidra i implementeringen av systemstøtte for MKB
Dokumentstyring	Vi har forbedringspotensial på arkivering. Vi har nytte av bedre systemstøtte for kvalitetsstyring	Relevant personell skal gjennomføre kurs i elements
Risikostyring	Etablere systematikk, rammeverk og etterlevelse	Bidra inn i arbeidet med HNs oppdaterte retningslinjer for risikostyring. Implementering
		Etablere felles forståelse for roller og ansvar mht risikostyring internt i SANO
Forbedringsarbeid	SANO har utviklet en høyere forståelse av forbedringsmetodikken	
Indikatorer	Forbedringspotensial med hensyn til indikatorer forbundet med måloppnåelse	Vi skal finne de viktigste driverne for måloppnåelse
		Vi skal utarbeide indikatorer for alle våre overordnede mål
Informasjonssikkerhet	Hastigheten i teknologiutviklingen gir et forsterket trusselbilde som gir oss utfordringer	Operasjonalisere, følge opp og implementere regionale informasjonssikkerhetstiltak
		Gjennomføre årlig autorisasjonskontroll i apotek
Forskning	Det er noen mangler i vårt kvalitetssystem for forskning	Utvikle kvalitetssystem for forskning i sammenheng med øvrig kvalitetsarbeid i SANO

3. Administrerende direktørs vurdering

Med bakgrunn i ledelsens gjennomgang mener administrerende direktør at det er etablert en struktur og kultur som sikrer at ledelsen systematisk overvåker risikofaktorer. Gjennom systematisk innhenting av informasjonen om og fra styringssystemet, kan ledelsen ta valg og beslutninger knyttet til driften av foretaket. Måloppnåelsen har vært god på flere områder. Gjennomgangen viser også at det fortsatt er behov for justeringer på enkelte områder som kreves for å sikre måloppnåelse.

Vi trenger stadig å bygge videre på systematikk for å sikre kontinuerlig oppfølging samt system for tilbakemeldinger om status på gjennomføringene.

Administrerende direktørs vurdering er at Sykehusapotek Nord driftes med tilstrekkelig kontroll og måloppnåelse innenfor rammer og mål gitt gjennom lov, forskrift og fra eier.



Vedlegg:
Status på eksterne tilsyn og revisjoner

SANO ble i tilsyn fra arkivverket høsten 2021 gitt følgende pålegg:

Pålegg 1: Dokumenter hvordan arkivansvaret blir ivaretatt.

Pålegg 2: Utarbeid og følg opp rutiner for kvalitetssikring av journalføringspliktig dokumentasjon.

Pålegg 3: Kartlegg og dokumenter aktive og avsluttede elektroniske systemer som inngår i organets arkiv

Pålegg 4: Utarbeid en plan for langtidsbevaring av elektronisk arkivmateriale

Pålegg 5: Utarbeid kassasjonsfrister og gjør rede for en kassasjonspraksis

Pålegg 6: Utarbeid en plan for å ordne og listeføre bortsatte, eldre og avsluttede papirarkiver

Alle pålegg med unntak av pålegg 5 er lukket.

Frist for å lukke pålegg 5 er 1.1.2023. Pålegget vil bli lukket rettidig.

Sykehusapoteket i Tromsø hadde høsten 2021 tilsyn fra Arbeidstilsynet:

Det ble gitt pålegg om å etablere eget verneområde for Harstad og Narvik. Dette pålegget er lukket



Legemiddelstrategi for Helse Nord RHF 2022-2030 v-0.5 UTKAST

Styresak nr.:	50 – 2022
Møtedato:	26. oktober 2022
Saksbehandler:	økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen
Vedlegg	Helse Nord RHF's legemiddelstrategi 2022-2030, versjon 0.5 UTKAST

Bakgrunn for saken

Styret har tidligere blitt orientert om at Helse Nord RHF arbeider med å utarbeide en egen legemiddelstrategi for foretaksgruppen. I styremøte 28. september 2022 ble status for arbeidet med strategien etterspurt. Styret blir i denne saken orientert om status for det pågående arbeidet med strategien.

Arbeidet med strategien startet høsten 2020 og ledes av spesialrådgiver Espen Mælen Hauge. Sykehusapotek Nord HF har vært representert i arbeidsgruppen med sykehusapoteker Hans Jørgen Sevatdal og referansegruppen ved fagleder logistikk Elenaz Naderkhani.

Sykehusapotek Nord fikk før sommeren et tidlig utkast til strategien for innspill. Vedlagte 0.5-versjon har forsøkt å fange opp disse, i tillegg til innspill som er gitt fra øvrige HF og referansegruppa. Det pågår nå en ny innspills-runde, der Sykehusapotek Nord HF er invitert til å gi sine innspill til arbeidet.

Versjon 0.5 av strategien ble behandlet i ledermøte i Sykehusapotek Nord 11. oktober, nye innspill fra Sykehusapotek Nord vil bli sendt Helse Nord RHF innen fristen 26.november.

Det presiseres at vedlagte versjon 0.5 av legemiddelstrategien er et utkast og at arbeidet med strategien er pågående.

Administrerende direktørs innstilling til vedtak

- 1. Styret for Sykehusapotek Nord HF tar utkast til versjon 0.5 av Helse Nord RHF's legemiddelstrategi for 2022-2030 til orientering.*
- 2. Styret ber om at styrets kommentarer til strategien blir tatt hensyn til i utarbeidelsen av Sykehusapotek Nord's innspill til legemiddelstrategien.*

Hilde Gustavsén Erstad
administrerende direktør

Helse Nord RHF legemiddelstrategi 2022–2030

Sammen om helse i Nord

Innhold

FORORD	3
1. FORMÅLET MED LEGEMIDDELSTRATEGI	4
2. HELSE NORDS STRATEGISKE RAMMEVERK FOR UTVIKLING	5
3. VISJON OG MÅL.....	6
4. UTFORDRINGER OG UTVIKLINGSTREKK.....	7
5. ANVENDELSE AV STRATEGI FOR HELSE NORD RHF 2021–2024.....	8
5.1. VI PLANLEGGER OG STYRER HELHETLIG OG LANGSIKTIG.....	8
Hva Helse Nord RHF vil.....	8
Begrunnelse for tiltakene.....	9
5.2. VI STILLER KRAV TIL KVALITET I PASIENTBEHANDLING.....	10
Helse Nord RHF vil.....	10
Begrunnelse for tiltakene.....	10
5.3. VI FORBEDRER GJENNOM SAMARBEID.....	11
Helse Nord RHF vil.....	11
Begrunnelse for tiltakene.....	11
5.4. VI LEGGER TIL RETTE FOR ATTRAKTIVE ARBEIDSPLASER.....	12
Hva Helse Nord RHF vil.....	12
Begrunnelse for tiltakene.....	13
5.5. VI ER FORBEREDT.....	13
Hva Helse Nord RHF vil.....	13
Begrunnelse for tiltakene.....	14

Forord

Jeg har her gleden av å presentere Helse Nord RHF's nye legemiddelstrategi som er besluttet av Helse Nord RHF's styre i sak XX-2022. Målet med strategien er å fastsette innsatsområder og tiltak innenfor legemiddelfeltet som skal støtte opp under Helse Nord RHF's overordnede strategi og styringsmål. Legemiddelstrategien er retningsgivende for RHF-et ved prioritering og utpeking av regionale satsningsområder for å nå styringsmålene, særlig med hensyn til bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Samtidig er den førende for det regionale arbeidet innenfor legemiddelområdet i foretaksgruppen Helse Nord.

Konkretisering og operasjonalisering av tiltak vil prioriteres innenfor rammen av regionale fagplaner og økonomisk langtidsplan og gis som oppdrag til helseforetakene. Det enkelte helseforetak er ansvarlig for at strategiene settes i verk, tilpasses og gjøres relevant lokalt.

Det er et nasjonalt legemiddelpolitisk mål å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler¹. Dette målet innebærer at god kvalitet skal sikres ved all behandling med legemidler. God kvalitet ved behandling med legemidler innebærer best mulig effekt, færrest mulig bivirkninger og at pasienten mestrer livet med behandling på en god måte. Målet betyr god kvalitet i alle ledd, fra utvikling av legemidler, i kliniske studier, godkjenning ved markedsføringstillatelse, til produksjon, distribusjon, forskrivning og bruk.

Legemiddelbehandling av god kvalitet er ofte avgjørende for å kunne ivareta pasientenes behov. Det foregår en betydelig innovasjon og utvikling på legemiddelfeltet. Nye legemidler kommer på markedet, flere sykdommer kan behandles, ny behandling kan tilbys der gammel ikke lenger virker eller gir bedret behandling med færre bivirkninger. Legemidlene og legemiddelbehandlingen blir mer avansert, og noen få legemidler utgjør en stor andel av de totale legemiddelkostnadene.

Koronapandemien understreket en pågående trend med økt behov for beredskap. Legemiddelmangler øker i omfang slik at sykehusene kan risikere å stå uten fullgode behandlingsalternativer. Det er da avgjørende at det finnes gode rutiner for håndtering av slike situasjoner med tett samarbeid mellom ulike aktører om eventuelle nødvendige prioriteringer.

En, regional strategi om legemiddelbehandling forankret i Helse Nord RHF's sørge for ansvar, vil føre til en bedre utnyttelse av den legemiddelfaglige kompetansen i Helse Nord og mer koordinert samhandling mellom helseforetakene om pasientsikkerhet. Det vil si både god kvalitet på individuell legemiddelbehandling (riktig medisin til riktig pasient) og hele legemiddelforløpet fra innkjøp, distribusjon fra grossist og intern vareflyt, til lukket legemiddelsløyfe. Koronapandemien har særlig vist hvor viktig dette fagområdet er i beredskapsarbeidet.

Cecilie Daae,

adm. direktør Helse Nord RHF

¹ Legemiddelmeldingen *Riktig bruk- bedre helse* Meld. St. 28 (2014-2015)

1. Formålet med legemiddelstrategi

Helse Nord RHF trenger en strategi som tydeliggjør det regionale helseforetakets ansvar på legemiddelområdet. Dette gjelder fagfeltet i hele sin bredde både med hensyn til pasientsikkerhet og kvalitet, innkjøp, økonomi og analyser, og beredskap.

En enhetlig, regional strategi om legemiddelhåndtering og en regional forankring underlagt Helse Nord RHF's ansvarsområde, vil føre til en bedre utnyttelse av den sykehusfarmasifaglige kompetansen i Helse Nord og mer koordinert samhandling mellom helseforetakene om pasientsikkerhet. Det vil si ikke bare god kvalitet på individuell legemiddelbehandling (riktig medisin til riktig pasient), men hele legemiddelforløpet fra innkjøp, distribusjon fra grossist og intern vareflyt, dvs kvalitetssikring i alle ledd og vekslinger (lukket legemiddelsøyfe).

Strategien har en overordnet bred ambisjon med mål for legemiddelområdet som skal understøtte nasjonale, legemiddelpolitiske mål. [Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024](#) viser sammenhengen mellom visjon, formål, styringsmål, innsatsområder, hovedoppgaver og verdigrunnlag. Strategi for Helse Nord RHF er overordnet og suppleres av delstrategier for spesifikke deler av virksomheten, regionale fagplaner og økonomisk langtidsplan. Legemiddelstrategien er en slik delstrategi og vil bruke [innsatsområdene i Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024 som rammeverk for utviklingen](#) på dette fagområdet (se også nedenfor kapittel 2)

For å unngå at det overordnede ambisjonsnivået blir et hinder for strategisk utvikling, både med hensyn til RHF-ets sørge-for-ansvar og praktisk nytte for helseforetakene, har vi redusert antall tiltak og virkemiddel under innsatsområdene til et hensiktsmessig og gjennomførbart nivå. Det er derfor et formål at de strategiske grep som Helse Nord RHF vil prioritere er de som er viktigst for å møte utfordringene og forventes gi best effekt.

Samhandling med helseforetakene

Det regionale helseforetakets ansvarsområde (sørge-for-ansvaret) er knyttet til roller og hovedoppgaver som er hjemlet i helseforetaksloven og Helse Nord RHF's vedtekter. Sørge-for-rollen innebærer å sørge for at befolkningen i regionen tilbys spesialisthelsetjenester. Eierrollen handler om hvordan Helse Nord RHF skal planlegge og organisere spesialisthelsetjenesten gjennom helseforetakene de eier for å nå overordnede helsepolitiske målsetninger.

Det er styret i det regionale helseforetaket som fastsetter de overordnede strategier for foretaksgruppen. Legemiddelstrategien skal besluttes av styret i det regionale helseforetaket og vil dermed være førende for det regionale arbeidet på legemiddelområdet i foretaksgruppen Helse Nord. Dokumentet vil inngå i det regionale helseforetakets styringssystem.

Det operative ansvaret for å tilby befolkningen spesialisthelsetjenester er lagt til helseforetakene. Legemiddelstrategien vil dermed være et viktig retningsdokument for foretaksgruppen. Operasjonalisering av strategien vil skje i en etterfølgende planprosess hvor helseforetakene vil delta i å operasjonalisere strategien.. Konkretisering av tiltak vil prioriteres innenfor rammen av regionale faglige strategier og planer, økonomisk langtidsplan og oppdrag til helseforetakene. Det enkelte helseforetak er ansvarlig for at strategiene settes i verk, tilpasses og gjøres relevant lokalt.

2. Helse Nords strategiske rammeverk for utvikling

Helse Nords regionale utviklingsplan er det øverste strategiske dokumentet for hvordan foretaksgruppen Helse Nord skal utvikle sin virksomhet for å møte befolkningens fremtidige behov for spesialisthelsetjenester. Det regionale helseforetakets formål er å sørge for at befolkningen i Nord-Norge og på Svalbard får spesialisthelsetjenester når de trenger det. Helse Nord iverksetter nasjonal helsepolitikk i tråd med medisinsk utvikling og forbedringer av helsetjenesten for å gi befolkningen likeverdige tjenester, tilpasset landsdelen.

Regional utviklingsplan skal ivareta overordnede, nasjonale, styringsmål, som blir gitt årlig i oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet, og angir regjeringens og nasjonale helsemyndigheters helsepolitiske mål. Regional utviklingsplan vil bruke Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024 som del av rammeverket for strategisk utvikling.²

Helse Nord RHF's strategiske rammeverk for utvikling er illustrert i figuren under.



Figur 1 Helse Nord RHF's strategiske rammeverk for utvikling

² <https://helse-nord.no/strategi-for-helse-nord-rhf-2021-2024>

Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024 viser gjennom fem innsatsområder de strategiske grepene Helse Nord RHF vil prioritere for ivaretagelse av sørge for-ansvaret både på kort og lang sikt. Innsatsområdene er retningsgivende og skal bidra til å sikre bærekraftige spesialisthelsetjenester:

- Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig
- Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandling
- Vi forbedrer gjennom samarbeid
- Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser
- Vi er forberedt

3. Visjon og mål

Visjon

Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024 etablerte Helse Nord's visjon *Sammen om helse i nord*. Visjonen rommer verdien av å samarbeide, at vi får til mer og forbedrer gjennom samarbeid både internt, mellom helseforetak, med kommunene og andre sektorer, og med pasienter og pårørende.

Visjonen i denne delstrategiens kontekst angir dermed at vi står sammen om legemiddelsikkerhet i nord og at vi får til kvalitetssikret legemiddelbehandling sammen, noe som viser direkte til verdigrunnet, kvalitet, trygghet, respekt og lagspill.

God kvalitet i legemiddelbehandlingen innebærer sikker forsyning av alle legemidler til sykehusene i Nord-Norge, medisinsk- og farmasifaglig kvalitetssikring av legemiddelbruken som en integrert del av pasientforløpet, og trygghet for at pasientens legemiddelterapi ved utskriving opprettholdes uten avbrudd, uansett behandlingsnivå.

Visjonen skal bidra til en legemiddelbehandling som lever opp til verdiene. Gjennom lagspill og medvirkning får vi til mer når alle aktører i organiseringen rundt legemiddelbehandlingen samarbeider for og med pasientene. Sammen har vi felles ansvar for en god legemiddelsikkerhet i Helse Nord.

Mål

Helse Nord RHF's mål med en legemiddelstrategi er å fastsette bærekraftige, strategiske innsatsområder og tiltak innenfor legemiddelfeltet. Innsatsområdene skal bidra til å nå visjonen, hovedoppgavene og til å nå overordnede styringsmål gitt i oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet:

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

Det er også en ambisjon å nå de nasjonale legemiddelpolitiske målene som ble besluttet gjennom stortingsmeldingen «Riktig bruk -bedre helse» (legemiddelmeldingen³):

- sikre god kvalitet ved behandling med legemidler
- legemidler skal ha lavest mulig pris
- likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler
- legge til rette for forskning og innovasjon

Delstrategien skal i tillegg bidra til å nå de legemiddelfaglige målene i regional utviklingsplan, særlig med hensyn til kvalitet i pasientbehandlingen og økonomisk bærekraft gjennom behovet for kontinuerlig forbedring og omstilling.

4. Utfordringer og utviklingstrekk

Samfunnsmessige utfordringer

Store samfunnsmessige drivkrefter utenfor vår kontroll omtales ofte som globale megatrender. Dette er også utfordringene Norge som samfunn står ovenfor. Vi kan forvente en demografisk utvikling med flere eldre som trenger helse- og omsorgstjenester. Det vil være færre unge for hver eldre, som vil gjøre det vanskelig å opprettholde dagens nivå på helsetjenestene.

Medisinsk utvikling og utvikling av mer virkningsfulle legemidler vil gjøre det mulig at vi lever lengre, og de som tidligere døde av sykdom eller ulykker vil i enda større grad overleve, men med økt, varig behov for helse- og omsorgstjenester. Det blir trolig flere med kronisk sykdom. Konsekvenser kan bli at færre skal behandles på sykehus og at oppgavene i større grad må ivaretas i kommunene. Folk og myndigheter har stadig økte forventninger til våre helsetjenester, men mindre økonomisk handlingsrom i offentlig sektor vil kreve store omstillinger i helsesektoren.

Utfordringer på legemiddelområdet

Det er flere utfordringer og utviklingstrekk som påvirker vår strategi på legemiddelområdet: økte kostnader, medisinsk-/teknologisk utvikling, feil bruk, sammenhengende pasientforløp, og beredskap, og vi får en eldre befolkning med multimorbiditet og påfølgende polyfarmasi.

På grunn av medisinsk- og teknologisk utvikling og innovasjon kommer nye legemidler på markedet, flere sykdommer kan behandles, ny behandling kan tilbys der gammel ikke lenger virker eller bedret behandling med færre bivirkninger. Kostnadsutviklingen og forbruket vris mot spesialiserte legemidler og det blir en stadig høyere pris innen enkelte terapiområder. Økte legemiddelkostnader utfordrer vår økonomiske bærekraft og setter vår evne til langsiktig og helhetlig planlegging på prøve. Mer avansert legemiddelterapi og utvikling av mer persontilpasset medisin bidrar til å komplisere logistikken, håndteringen og forvaltningen av pasienters legemiddelbehandling.

³ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/>

Risiko for skade ved feil legemiddelbehandling og bruk av legemidler er godt dokumentert. Pasientsikkerhet på legemiddelområdet handler både å sikre kvalitet i den individuelle pasientens legemiddelbehandling og å sikre et godt kvalitetssystem på overordnet nivå. Sammenheng i pasientforløpet gjelder utfordringene med brudd i behandlingsforløpet og mangelfull oppfølging. Å skape gode pasientforløp er knyttet til pasientsikkerhet for den enkelte pasient både ved skifte av omsorgsnivå sykehusinterne pasientforløp, og utfordrer behovet for samhandling og utvikling av nye måter å samordne tjenestene på.


De siste årene har antall saker som omhandler manglende eller redusert tilgang til legemidler økt drastisk. Usikker legemiddelleveranse har mye bakgrunn i just-in-time logistikken i hele produksjons- og leveranselinjen. Erfaring fra de siste års hendelser, som koronapandemien og krigen i Ukraina, viser at vi blir sårbare ved hendelser som vi vanskelig kan påvirke. Helse Nord RHF er opptatt av å sikre best mulig tilgang til legemidler og en god legemiddelberedskap.

5. Anvendelse av Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024

Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024 viktigste virkemidler på kort sikt følger av fem innsatsområder for å nå visjonen «Sammen om helse i nord». Med innsatsområder menes de strategiske grepene vi vil legge vekt på i strategiperioden. Legemiddelstrategien benytter de samme innsatsområdene som i Helse Nord RHF's overordnede strategi 2021–2024:

INNSATSOMRÅDER

- Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig
- Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser
- Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandling
- Vi forbedrer gjennom samarbeid
- Vi er forberedt



5.1. Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig

Hva Helse Nord RHF vil

For å sikre bærekraft og møte utfordringene med kostnadsutviklingen innen legemiddelområdet

- **vil regional analysekompetanse innenfor legemiddeløkonomi styrkes med kompetanse/ressurser**

- vil innsatsen i legemiddeløkonomiske analyser, blant annet gjennom tilgjengeliggjøring av data og aktiv bruk av analyseverktøyet SLMK (sykehusenes legemiddelkostnader)⁴SLS og HN LIS økes
- vil Helse Nord RHF etablere god styring og tett oppfølging av forskrivningspraksis, blant annet gjennom klinikernes innsyn i LIS-avtalene⁵, elektronisk beslutningsstøtte og ta i bruk felles rutiner ved innføring av nye høykostlegemidler (overføring fra HELFO til RHF)

Begrunnelse for tiltakene

Langsiktig planlegging gir et godt handlingsrom for å ha tydelig søkelys på faglig utvikling og innovasjon. Ressurstilgangen vil bli strammere i årene som kommer. På samme tid vil vi se en vekst i behov og behandlingsmuligheter. Dette vil kreve prioriteringer for å sikre bærekraft.

Legemidler er en nødvendig innsatsfaktor for et bærekraftig helsetjenestetilbud. Effektiv tilgang og riktig bruk av legemidler gir god folkehelse og bidrar til reduserte helseforskjeller i befolkningen.

Legemiddelkostnader står for en betydelig andel av sykehusenes utgifter. Nye metoder og medisiner medfører at totalkostnadene vil øke. Den demografiske utviklingen tvinger fram kostnadseffektiv legemiddelbehandling for å håndtere utfordringene med flere som trenger behandling for flere sykdommer og dermed vil ha et økt behov for legemiddelbehandling og hjelp til legemiddelbruk.

Det foregår en betydelig innovasjon og utvikling på legemiddelfeltet. Men kostnadsutviklingen innen legemiddelområdet bekymrer. Analyser av legemiddelutgiftene i spesialisthelsetjenesten viser at forbruket vris mot spesialiserte legemidler og det blir en stadig høyere utgangspris innen enkelte terapiområder. Gode innkjøpsavtaler for legemidler er et av de mest effektive virkemidlene spesialisthelsetjenesten har for å sikre tilgang på legemidler og samtidig begrense kostnadsveksten.

I regional utviklingsplan 2035 uttrykte Helse Nord RHF et mål om å ha kostnadseffektiv legemiddeldistribusjon og -produksjon ved forvaltning og oppfølging av gjeldende innkjøpsavtaler. Å sikre etterlevelse av innkjøpsavtalene og anbefalingene gitt fra Sykehusinnkjøp sine spesialistgrupper er viktige virkemidler for å sikre maksimalt utbytte av innkjøpsavtalene. Etter dette regional utviklingsplan 2035 ble utarbeidet har Sykehusapotek Nord tatt over ansvaret for legemiddelleveransene til alle sykehusene i Helse Nord og gjennomfører stedlig kontroll med at bestillinger til grossist er i henhold til LIS-avtaler. I tillegg har flere sykehusforetak i regionen har startet et arbeid med å sikre at forskrivning på H-resept er i henhold til gjeldende anbefalinger fra LIS sine spesialistgrupper. Begge disse tiltakene bidrar til høyere grad av etterlevelse av innkjøpsavtaler og bør videreføres.

⁴ SLMK (Sykehusenes legemiddelkostnader) er et verktøy som viser hvilke kostnader sykehusene har til legemiddelfinansiering. Løsningen driftes og utvikles i et nasjonalt samarbeid mellom de fire sykehusapotekforetakene sls.slmk.no

⁵ LIS betyr *legemiddelinnkjøp i Sykehusinnkjøp HF*

5.2. Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandling

Helse Nord RHF vil

For å styrke pasientsikkerheten, unngå feil og oppnå optimal legemiddelhåndtering og legemiddelbruk

- **vil Helse Nord settes i gang en konseptutredning med sikte på å etablere lukket legemiddelsløyfe innen år 2030**
- **vil Helse Nord RHF forbedre legemiddeltjenestene for pasienter og helsepersonell både gjennom opplæringsarenaer og digitalisering**
- **vil det anskaffes og implementeres elektronisk produksjonsstøttesystem for medikamentell kreftbehandling**

Begrunnelse for tiltakene

Legemidler er en viktig innsatsfaktor i pasientbehandlingen i sykehus selv om det er skaderisiko ved bruk av legemidler. Feil i legemiddelhåndtering og i legemiddelbruk står for en betydelig andel pasientskader. Feil knyttet til legemiddelbehandling kan i stor grad unngås ved å etterleve gode prosedyrer og kontrolltiltak.

Det er et overordnet styringsmål fra Helse- og omsorgsdepartementet og et kvalitetskrav om rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp. Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024 har under dette innsatsområdet satt opp som kvalitetskrav å forbedre pasientforløp gjennom blant annet bruk av teknologi, strukturering av elektronisk pasientjournal og kurveløsning, lukket legemiddelsløyfe og ved gradvis å ta i bruk kunstig intelligens når slik teknologi viser seg hensiktsmessig og forsvarlig. En legemiddelsløyfe er en prosess som løper fra en rekvirent ordinerer et legemiddel, via leveranse, klargjøring og administrering av legemiddelet, frem til evaluering av effekt.

Målet er at lukket legemiddelsløyfe ikke bare skal øke pasientsikkerheten, men også gi helsepersonell tryggere og bedre arbeidsforhold, samt effektiv logistikk. Dette ønsker Helse Nord RHF å oppnå gjennom å sette i gang en konseptutredning med sikte på å utvikle og etablere dette området i Helse Nord. Konseptutredningen bør ha deltakere fra alle helseforetakene i regionen og kommunehelsetjeneste. Helse Nord RHF vil beslutte mandat og ledelse av konseptutredningen.

Målsetningen med konseptutredningen er å oppnå det overordnede målet om optimal legemiddelhåndtering og legemiddelbruk, herunder lukket eller delvis legemiddelsløyfe i Helse Nord, klinisk farmasi, tilvirkning på apotek m.m. Helse Nord vil gjennom dette øke pasientsikkerheten og en kvalitetssikret og trygg legemiddelhåndtering gjennom elektronisk beslutningsstøtte i alle ledd fra legenes forskrivning til dokumentasjon- og kontroll av istandgjøring og administrasjon av legemidlene.

Arenaer for opplæring, erfaringsutveksling og kompetanseutveksling vil bidra til kvalitet og sikkerhet knyttet til valg og oppfølging av legemiddelbehandlingen. Opplæring i bruk av beslutningsstøtte, i legemiddelhåndtering, farmasifaglig kompetanseheving og bygging av arbeidsrutiner i kliniske team sikrer kvalitet i valg av legemiddelbehandling.

Sykehusbygg er en annen innsatsfaktor med hensyn til kapasitet og kvalitet i pasientbehandlingen. Moderne teknologi, infrastruktur og logistikk-løsninger på nye sykehusbygg åpner for nye muligheter og nye måter å jobbe på, og vil ivaretas i mandatet for konseptutredningen. Helse Nord RHF vil blant annet følge nøye med hvordan OUS i Helse Sør-Øst jobber for å utvikle organisasjonen og ta i bruk nye driftskonsepter samt gevinstrealisering og forbedring av effektivitet gjennom utviklingen av farmasitun. Farmasitunet er betegnelsen på et sentralt lokale hvor farmasøyter og apotekteknikere utfører spesialisert legemiddelhåndtering i sykehuset. Meningen med farmasitun er økt pasientsikkerhet, økt kvalitet på legemiddelhåndtering og økt effektivitet.

5.3. Vi forbedrer gjennom samarbeid

Helse Nord RHF vil

For å sikre et effektivt og konstruktivt samarbeid på tvers av omsorgsnivåene og samarbeid mellom helseforetak i regionen

- vil Helse Nord RHF være pådrivere for at samarbeidet mellom kommuner og helseforetak i helsefellesskapene ivaretar legemiddelsikkerhet ved utskriving til andre omsorgsnivåer
- vil Helse Nord RHF forsterke sitt sørge-for-ansvar på legemiddelområdet gjennom å bruke Sykehusapotek Nord HF som sitt strategiske og operasjonelle verktøy for å oppnå optimal legemiddelsikkerhet i regionen
- vil Helse Nord gjennomgå og oppdatere mandatet til regional legemiddelkomite for å styrke komiteens rolle som rådgivende organ i legemiddelrelaterte spørsmål

Begrunnelse for tiltakene

Fremtidens utfordringer krever godt samarbeid mellom kommunene og sykehusene. Med de demografiske endringene og endringene i sykdomsbildet som følger av aldringen i befolkningen, blir det viktigere og viktigere med et effektivt og konstruktivt samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

En av de største utfordringene i helsetjenesten er å skape gode pasientforløp. Alt for ofte glipper det i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Korte liggetider og frister for overføring hjem til bostedskommune kan medføre brudd i behandlingsforløpet og mangelfull oppfølging. Derfor må nye måter å samordne tjenestene på utvikles.

Regjeringens visjon om *trygg helse og omsorg i vår felles helsetjeneste*⁶ skapes gjennom godt samarbeid og alle aktører i en helhetlig helsetjeneste er gjensidig avhengig av hverandre. Som det fremgår av Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024 skal pasientene få hjelp fra en sammenhengende helsetjeneste og vi skal bidra til at overgangene mellom de ulike aktørene blir

⁶ Regjeringen Jonas Gahr Støre 2021 – 2025, Hurdalsplattformen 13.10.22

sømløs. For legemiddelområdet er det et tiltak å sørge for at det ikke blir opphold i bruk av legemidler ved skifte av omsorgsnivå.

Å sikre sømløs overgang ved utskriving og tydelig ansvar for trygg oppfølging etter utskriving er et vesentlig virkemiddel for samhandling og samarbeid på legemiddelområdet. Helse Nord RHF vil derfor være en pådriver for at dette fagfeltet gis særskilt oppmerksomhet i helsefelleskapene. Nye digitale løsninger kan også sikre at pasientens helseopplysninger er tilgjengelig uansett hvor helsehjelpen gis.

Vi forbedrer gjennom samarbeid omfatter både samarbeid på tvers av omsorgsnivåene, og samarbeid mellom helseforetak i regionen, der fagmiljø på tvers av foretaksgrensene til sammen danner større enheter. Helse Nord RHF vil benytte Sykehusapotek Nord HF som et strategisk verktøy for å ivareta det regionale sørge-for-ansvaret på legemiddelområdet, og bidra til riktig og trygg legemiddelbehandling på systemnivå og til pasientene.

Dette innebærer blant annet operasjonisering av kostnadseffektiv legemiddelforsyning til sykehusene i Nord-Norge, ha ansvar for å kvalitetssikre pasientens legemiddelliste (legemiddelsamstemming), individualisere og optimalisere legemiddelbehandlingen (legemiddelgjennomgang), sikre tilgang på legemidler og informasjonsoverføring ved utskriving til andre omsorgsnivåer, og veilede pasienten og sikre at de forstår legemiddelbehandlingen (legemiddelsamtale ved utskriving). Dette ansvaret påhviler ikke Sykehusapotek Nord alene, men utøves i tett samarbeid med alle helseforetakene. Samarbeidet med øvrige legemiddelfaglige kompetansemiljø, som RELIS⁷ og klinisk farmakologi⁸ bør styrkes.

Helse Nord RHF trenger en faglig sterk regional legemiddelkomité sammensatt av alle seks helseforetak og Helse Nord RHF med et justert, tydelig mandat som dekker blant annet rasjonell legemiddelbruk, implementering av faglige retningslinjer, anskaffelse, legemiddelmangel og beredskap, samt et særlig ansvar for å støtte lokale legemiddelkomiteer. Helsefagavdelingen i det regionale helseforetaket vil gjennomgå mandatet med sikte på å opprettholde og fornye komiteens rolle, organisering, ansvar og ansvarsområder.

5.4. Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser

Hva Helse Nord RHF vil

For å legge til rette for attraktive arbeidsplasser, koordinert samspill og samarbeid på tvers av faglige enheter

- **vil det legges til rette for fagutvikling og god kompetanse på legemiddelhåndtering**

⁷ RELIS – regionale legemiddelinformasjonsentre – er etablert for å bidra til rasjonell og riktig legemiddelbruk gjennom produsentuavhengig legemiddelinformasjon til helsepersonell. <https://relis.no/content/3583/RELIS-Nord-Norge>

⁸ Tjenesten klinisk farmakologi er organisert ved UNN HF, diagnostisk klinikk, laboratoriemedisinsk avdeling

- vil smart ressursbruk videreutvikles gjennom formålstjenlig ansvars- og oppgavedeling ved legemiddelrelaterte oppgaver
- vil kompetansen rundt legemiddelfaglig forskning styrkes
- utvikle forskings- og utviklingsprosjekt som støtter opp om kvalitet på legemiddelområdet, herunder kliniske behandlingsstudier og utvikling av produksjon av legemidler for sykehusene

Begrunnelse for tiltakene

Fagutvikling, forskning og innovasjon, og kompetansedeling er viktige virkemidler for bedring av pasientbehandlingene i sykehusene og dermed for attraktive arbeidsplasser.

Som beskrevet i Helse Nord RHF strategi 2021–2024 vil vi legge til rette for at helseforetakene skal være stabile, helsefremmende og attraktive arbeidsplasser, som tiltrekker, utvikler og beholder den kompetansen vi trenger for å yte sikker og god pasientbehandling. Det er nær sammenheng mellom godt arbeidsmiljø og god pasientsikkerhet. Trygge og kompetente medarbeidere med gode og forutsigbare arbeidsvilkår, gir sikker pasientbehandling. Kompetanseutvikling på legemiddelområdet peker i samme retning. Trygge og kompetente medarbeidere gir også tryggere legemiddelbehandling og sikker pasientbehandling.

Smart ressursbruk gjennom kompetansedeling innebærer oppgavedeling og sterkere samhandling mellom personellgrupper. Dette kan redusere rekrutteringsproblemer, muliggjøre effektiv utnyttelse av arbeidskraften og sikre bedre tjenester.

Forskning er viktig ikke bare for å heve det kollektive kunnskapsnivået i helsesektoren. Det er avgjørende at helsepersonell har forskningskompetanse både for å kunne drive egen forskning, og for å forstå og implementere andres forskningsresultater, og dermed bidra til en kunnskapsbasert tjeneste. Forskningsoppgaver er motiverende for Helse Nord's ansatte og er en faktor av stor betydning for å rekruttere og beholde helsepersonell, særlig i en situasjon med konkurranse om spesialister i flere profesjonsgrupper.

Kunnskap og kompetanse om å drive innovasjonsprosjekter blir i økende grad viktig for at helseforetakene skal kunne nyttiggjøre seg av mulighetene for innovasjon. Innovasjonsarbeid skal skje i hele tjenesten, knyttet til pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring, IKT med mer. Det må derfor bygges kompetanse i hele foretaket, og dette vil også være kulturbyggende og fremme innovasjonstenkning og realisering av nødvendig utvikling.⁹

5.5. Vi er forberedt

Hva Helse Nord RHF vil

For å sikre stabil legemiddelforsyning både i normalsituasjoner og krisesituasjoner og ivareta miljøvern hensyn ved legemiddelanskaffelser

- vil Helse Nord styrkes kompetansen på legemiddelberedskap i regionen

⁹ Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2021–2025, kapittel 6.2 og 7.2

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• vil Helse Nord være en aktiv aktør på nasjonale og interregionale samarbeidsarenaer der legemiddelberedskapsarbeidet utvikles |
| <ul style="list-style-type: none">• vil Helse Nord sikre kostnadseffektiv legemiddeldistribusjon og -produksjon |
| <ul style="list-style-type: none">• vil Helse Nord følge opp Sykehusinnkjøp HF's miljøpolicy ved anskaffelser av legemidler |

Begrunnelse for tiltakene

Legemiddelforsyning innebærer både frakt fra grossist til varemottak av bruksferdige legemidler og råvarer for tilberedning, legemiddelhåndtering og beredskap.

Med beredskap menes at befolkningen og sykehusene må sikres tilgang til viktige legemidler både i normalsituasjoner, ved større ulykker, katastrofer og kriser, samt ved langvarig forsyningssvikt av enkelte legemidler. Legemiddelforsyning skal altså bidra til tilstrekkelige leveranser av sikre legemidler.

Covid-19-pandemien understreket en pågående trend med økt behov for beredskap. Under pandemien har det blitt igangsatt en rekke tiltak for å sikre tilgang på legemidler, blant annet beredskapslagring av legemidler. Covid-19 har berørt problemstillinger knyttet til legemiddelforsyning ved akutte helsekriser, forsyningssvikt og etterspørselssjokk. Alle disse problemstillingene er relevante for nasjonal legemiddelberedskap, og covid-19 er derfor et godt egnet scenario å ta læring av. Under pandemien ble en rekke oppgaver fordelt mellom ulike aktører. Helsedirektoratet og Legemiddelverket hadde dialog med legemiddelgrossistene og var i tett dialog med hverandre. Nasjonalt senter for legemiddelmangel og legemiddelberedskap i spesialisthelsetjenesten (mangelsenteret), Legemiddelverket og Sykehusinnkjøp HF fulgte med på lagerstatus hos grossist og leverandør, og Helse Vest fikk i oppdrag fra HOD å etablere et beredskapslager for legemidler på norsk jord for opptil 6 måneders forbruk (B180). Lageret skulle dekke både spesialist-, og primærhelsetjenesten

Antall tilfeller av legemiddelmangel er økende. Det skyldes blant annet råstoffmangel, produksjonssvikt, feilberegning av forholdet mellom tilbud og etterspørsel, samt kompliserte omsetningsstrukturer i det globale legemiddelmarkedet. I 2019 var det over 1200 saker som ble meldt til Legemiddelverket. Det er nesten en fordobling av antall meldte saker i forhold til 2010. I de fleste tilfeller skyldes mangel ulike problemer med produksjonen. Slike forhold er utenfor norske myndigheters kontroll. Økningen i antall mangelsituasjoner, herunder mangel av utstyr som kreves for å administrere eller tilberede legemidler, er bekymringsfull og fører til at sykehusene kan stå uten fullgode behandlingsalternativer.

Helse Nord trenger en kostnadseffektiv legemiddeldistribusjon og -produksjon. Derfor vil Helse Nord RHF være en pådriver for å videreutvikle samhandlingen mellom Sykehusapotek Nord HF og helseforetakene i regionen som leverandør av legemidler. For å oppnå dette vil Helse Nord vurdere å ta i bruk nye og automatiserte teknologiske løsninger for å oppnå bedre kvalitet og økt effektivitet både ved legemiddeldistribusjon og produksjon av legemidler. Vurderingen vil utføres gjennom konseptutredningen om lukket legemiddelslyfe (jfr. Kapittel 7.1).

Etablering av flere sykehusapotek medfører at interndistribusjonen i sykehusene effektiviseres gjennom et stedlig legemiddellager. Behovet for lokal beredskap i sykehusene håndteres dermed av sykehusapoteket på vegne av sykehusene og sikre stabil legemiddelforsyning og tilgang til kritisk viktige legemiddel ved svikt i normal levering. Ved sykehusene hvor en ikke har sykehusapotek ivaretas legemiddelberedskap av Sykehusapotek Nord gjennom vedlikehold av beredskapslagre etablert på sykehusavdelingene. Ansvaret for å planlegge legemiddelberedskapen

ligger hos sykehusforetakene. Sykehusapotek Nord har slik en utøvende oppgave knyttet til etablering og vedlikehold av beredskap.

Sykehusinnkjøp HF, Divisjon legemidler innhenter tilbud på alle legemidler som anvendes i helseforetakene. Anskaffelsen (anbudene) skjer i tett samarbeid med helseforetakene og sykehusapotekforetakene, og distributør hhv speditør (nasjonal legemiddelgrossist). I Helse Nord vil vi være bevisste på hvilket forbruk og aktiviteter som kan gi utslipp og arbeider aktivt for å redusere utslipp til et minimum (jfr. Helse Nord delstrategi klima og miljø 2021–2030). Leveransen av legemidler til Helse Nord skjer i stor grad med biltransport som har stor potensial for miljøskadelig utslipp. Miljøpolicyen til Sykehusinnkjøp HF skal derfor følges i alle anskaffelser. Sykehusinnkjøp skal i alle anskaffelser vurdere om det kan stilles krav eller kriterier som gir leverandører et insentiv til å gjøre produktet eller tjenesten mer sirkulær. Sykehusinnkjøp har stor påvirkning ut mot leverandørmarkedet. På denne måten kan vi bidra til å nå nasjonale miljø- og klimamål og møte internasjonale forpliktelser som FNs bærekraftsmål.



Vurdering av strategisk risiko

Styresak nr.: 51 – 2022

Møtedato: 26. oktober 2022

Saksbehandler: økonomisjef Helge K. Kjerulf Pettersen

Bakgrunn for saken

I henhold til Helse Nord's retningslinjer skal styret føre tilsyn med utviklingen i foretakets risiko og håndteringen av denne. Styret tar beslutninger på strategisk nivå og tar stilling til foretakets risikovillighet.

Foretaket skal minst en gang i året gjøre en risikovurdering av nye eller vesentlig endrede risikoer som kan ha negativ innvirkning på måloppnåelsen, og som kan forventes å inntreffe noen år frem i tid.

Risikovurderingen tar utgangspunkt i Sykehusapotek Nord HF's strategi for 2022-2025 som vedtatt i styresak 58-2021. Risikovurderingen ble presentert for internrevisjonen i Helse Nord i et møte 20. september.

Administrerende direktørs innstilling til vedtak

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar vurderingen av strategisk risiko til orientering.

Hilde Gustavsens Erstad
administrerende direktør

Saksfremlegg

I risikovurderingen er det tatt utgangspunkt i de fem satsingsområdene i strategien. For hvert satsingsområde er det gjort en vurdering av hvor det er størst risiko.

Legemiddelforsyning



SANO skal bidra til at sykehusene og kundene i publikumsavdelingene får riktig legemiddel til riktig tid og med riktig kvalitet ved å satse på:

- Beredskap
- Innkjøpsavtaler
- **Produksjon**
- Leveransemodeller

Under satsingsområde «Legemiddelforsyning» er det vurdert at området produksjon har størst risiko, både i forhold til pasientsikkerhet, økonomi og omdømme. Årsaken til vurderingen er at det ikke er innført elektronisk system for medikamentell kreftbehandling i Helse Nord. På grunn av den økonomiske situasjonen i Helse Nord er det økt risiko for at anskaffelse av system ikke blir gjennomført.

Videre skal foretaket åpne to nye produksjonsavdelinger, i Hammerfest og Narvik, i løpet av to år. Produksjon krever spesiell kompetanse og validerte lokaler.

For å redusere risikoen er SANO aktive med å påvirke slik at anskaffelse av system for medikamentell kreftbehandling ikke blir utsatt, men gjennomføres som planlagt. Det jobbes også med planlegging og ledelse av etablering av nye apotek, herunder rekruttering, opplæring og validering.

Legemiddelbehandling



SANO skal være med å sørge for at pasientene i Helse Nord får riktig og trygg legemiddelbehandling. Dette skal vi gjøre med å styrke satsingen på:

- Farmasøytisk kompetansesenter
- **Klinisk farmasi**
- Forskning og innovasjon
- Attraktive og tilrettelagte apotekutsalg

Under satsingsområde «Legemiddelbehandling» er det vurdert til å være størst strategisk risiko forbundet med å opprettholde og styrke satsingen i Helse Nord på klinisk farmasi. På grunn av sykehusforetakenes økonomiske situasjon er det press på betalte tjenester som leveres fra SANO. Det har foreløpig ikke vært diskutert reduksjon i klinisk farmasi, og for å unngå en reduksjon jobbes det med å synliggjøre verdien i tjenesten. Dette gjøres ved å fremsnakke og synliggjøre tjenesten, gjennom forskning og gjennom strategisk arbeid for eksempel i innspill til regional legemiddelstrategi.

Ansatte



SANO skal sikre at vi har trygge og kompetente ansatte ved å satse på:

- Godt arbeidsmiljø
- HMS
- **Måltrettet rekruttering**
- Kompetanseutvikling
- Inkluderende ansettelser

For satsingsområde «Ansatte» er rekruttering er område med til dels høy risiko. Det er i deler av regionen mangel på både farmasøyter og apotekteknikere og lav utdanningskapasitet, særlig for apotekteknikere, i regionen. En kritisk suksessfaktor ved etablering av nye apotek er å rekruttere dyktige ansatte. Videre ser vi at det er et kontinuerlig behov for å rekruttere til de øvrige enhetene

som følge av naturlig avgang eller ansatte slutter av andre årsaker. For å redusere risikoen er det viktig å være til stede på de riktige arenaene og å bruke de riktige kanalene i rekrutteringsarbeidet, samt tilby praksisplasser, undervisningssamarbeid og støtte opp om arbeid for å utvide utdanningstilbudet i regionen.

Organisasjonsutvikling og kvalitet



SANO skal kontinuerlig videreutvikle en organisasjon som underbygger god kvalitet. Dette gjør vi ved å satse på:

- Hensiktsmessig organisering
- Effektive styrings- og kvalitetssystem
- Kompetente ledere

For satsingsområde «Organisasjonsutvikling og kvalitet» er effektive styrings- og kvalitetssystem et viktig område å jobbe videre med. Det er erkjent at det er viktig å videreutvikle og systematiserer virksomhetsstyringen i foretaket ytterligere, og at det er nødvendig å revidere oppbygging og utforming av kvalitetssystemet i foretaket. Det er igangsatt arbeid på begge disse områdene, et arbeid som allerede har gitt positive resultater, blant annet i form av bedre struktur på roller og ansvar i kvalitetsstyringen.

Etablering av to nye apotek betyr blant annet at vi vil få to nye apotekere i foretaket og tettere samhandling med sykehusene i Finnmark og i Narvik. Tidligere nevnt arbeid med system for kvalitet- og virksomhetsstyring er en del organisasjonsutviklingen som ivaretar de risikoer knyttet til utvidelse av virksomheten og flere selvstyrte enheter. Målet er å sikre enhetlig kvalitet, hindre målforskyvning og gi god støtte til alle ledernivå og ansatte i foretaket.

Digitalisering og nye apotek



SANO skal ha moderne apotek og sikre digital fornyning.

Dette gjør vi ved å satse på:

- Hensiktsmessige lokaler
- Funksjonelt og moderne utstyr
- **Digital fornyning**
- Informasjonssikkerhet

For satsingsområde «Digitalisering og nye apotek» er digital fornying pekt ut som det området med høyest strategisk risiko. Digital fornying innbefatter arbeidet med nye apotekfagsystemer, system for medikamentell kreftbehandling, klikk-og-hent og andre teknologier som skal bidra til god kvalitet i våre arbeidsprosesser, samt effektivisere disse. Teknologiene skal også bidra til effektivisering for våre kunder, og være enkle og attraktive å bruke.

Viktige risikoreducerende tiltak er å sikre samarbeid med de riktige samarbeidspartnerne på området og å spre risikoen. Som tidligere orientert om i styret, er det etablert et godt samarbeid mellom Helse Nord IKT og SANO, samt mellom SANO og de øvrige sykehusapotekforetakene, Helse Nord RHF og de øvrige helseforetakene i regionen. Styringen av prosjektene som pågår er strukturert og i henhold til god praksis, samt at det er tett oppfølging av prosjektene fra SANO og våre samarbeidspartnere.



Saker til informasjon	
Styresak nr.:	52 – 2022
Møtedato:	26. oktober 2022
Saksbehandler	Hilde Gustavsen Erstad
Vedlegg:	

Det vil bli gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
2. Oppstart Clockwork Bodø og Tromsø – *mundlig*
3. Møte med regionalt innsatsteam – *mundlig*
4. ASL-tjenesten i Helgelandssykehuset HF - *mundlig*

Administrerende direktørs innstilling til vedtak

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

Hilde Gustavsen Erstad
administrerende direktør



Årsplan for styret	
Styresak nr.:	53 – 2022
Møtedato:	26. oktober 2022
Saksbehandler:	økonomisjef 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.

Administrerende direktørs innstilling til vedtak

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

Hilde Gustavsen Erstad
administrerende direktør

Møtedato	Saksnr.	Ref tidl. sak nr.	Sakstittel	Saksansvarlig	Vedtak
28.09.2022	31		Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøtet 28. september 2022.
28.09.2022	32		Godkjenning av protokoll	Styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner protokollen fra styremøtet 2. juni 2022.
28.09.2022	33		Virksomhetsrapport per august 2022	Økonomisjef	1.Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per august 2022 til orientering. 2.Styret ber om at fremtidig rapportering også inkluderer målekort på virksomhetsområdenivå.
28.09.2022	34		Rapport til Helse Nord RHF per 2. tertial 2022	Økonomisjef	Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar vedlagte rapport som styrets rapport til Helse Nord RHF for 2. tertial 2022.
28.09.2022	35		Premisser budsjett 2023	Økonomisjef	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar premissene og føringene for budsjett 2023 til orientering.
28.09.2022	36		Status IKT apotekfagsystemer	Økonomisjef	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonen om status økonomi for nytt apotekfagsystem til orientering.
28.09.2022	37		Status arbeidet med informasjonssikkerhet i SANO	Økonomisjef	1.Styret for Sykehusapotek Nord HF tar status på arbeidet med informasjonssikkerhet til orientering. 2.Styret ber om en årlig orientering om status for arbeidet med informasjonssikkerhet, inkludert risiko- og sårbarhetsanalyse, og at styret blir orientert om vesentlige informasjonssikkerhetshendelser.
28.09.2022	38		Handlingsplan likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen	Økonomisjef	1.Styret for Sykehusapotek Nord HF tar tiltaksplanen for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen til orientering. 2.Styret er svært fornøyd med vedtatte tiltaksplaner for å øke kvaliteten på tjenestene til den samiske befolkningen.
28.09.2022	39		Evalueringsrapport av ivaretagelse av ansatte under Covid-19 pandemien	Fagsjef	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar evalueringen av ansattes erfaringer i møte med Covid-19-pandemien til orientering.

Møtedato	Saksnr.	Ref tidl. sak nr.	Sakstittel	Saksansvarlig	Vedtak
28.09.2022	40		Møteplan 2023	Økonomisjef	Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar møteplan for 2023 som følger: 1.Styremøter 1.9. februar 2023 (digitalt) 2.29. mars 2023 (Tromsø) 3.1. juni 2023 (samme sted som styreseminaret 31/5) 4.21. september 2023 (digitalt) 5.25. oktober 2023 (Bodø) 6.13. desember 2023 (Tromsø) 2.Foretaksmøter <input type="checkbox"/> Januar 2023Felles foretaksmøte, digitalt (oppdragsdokument 2023) <input type="checkbox"/> Mai/juni 2023 Felles foretaksmøte, digitalt, behandling av årsregnskap 2022 m.m. Sted og dato avklares senere. 3.Styreseminarer <input type="checkbox"/> 29. – 30. mars 2023 Regionalt styreseminar (Tromsø) <input type="checkbox"/> 31. mai 2023 Styreseminar Sykehusapotek Nord (sted ikke bestemt) <input type="checkbox"/> 25. - 26. oktober 2023 Regionalt styreseminar (Bodø)
28.09.2022	41		Saker til informasjon - System for medikamentell kreftbehandling - Lokaler Harstad - Oppfølgingsmøte med Helse Nord RHF 31.8.22	Direktør/styreleder	Administasjonen orienterte muntlig om: -Styreledermøte Helse Nord 23. september -Anskaffelse av system for medikamentell kreftbehandling -Lokaler for Sykehusapoteket i Harstad -Oppfølgingsmøte med Helse Nord RHF 31.8.2022
28.09.2022	42		Årsplan - oppdatering og status	Direktør	Styret for Sykehusapotek Nord HF vedtar årsplanen med de innspillene som kom i møtet.
28.09.2022	43		Eventuelt	Styreleder	Ikke noe ble meldt til eventuelt.
28.09.2022	44		Evaluering av direktør/lønnsjustering	Styreleder	Styret for Sykehusapotek Nord HF tar til etterretning lønnsjustering for direktør i henhold til arbeidsavtale.
26.10.2022	45		Godkjenning av innkalling og sakliste	Styreleder	
26.10.2022	46		Godkjenning av protokoll	Styreleder	
26.10.2022	47		Virksomhetsrapport per september	Økonomisjef	
26.10.2022	48		Internrevisjonsrapport 1/2022 - virksomhetsstyring	Kvalitetsleder	

Møtedato	Saknr.	Ref tidl. sak nr.	Sakstittel	Saksansvarlig	Vedtak
26.10.2022	49		Ledelsens gjennomgang	Kvalitetsleder	
26.10.2022	50		Legemiddelstrategi for Helse Nord RHF, utkast versjon 0.5	Økonomisjef	
28.09.2022	51		Strategisk risiko, jfr. retningslinjer for risikostyring	Økonomisjef	
26.10.2022	52		Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
26.10.2022	53		Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
26.10.2022	54		Eventuelt	Styreleder	
26.10.2022			Regionalt styreseminar, Teams	Helse Nord RHF	
08.12.2022			Godkjenning av innkalling og saksliste	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 egenevaluering	Direktør	
08.12.2022			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
08.12.2022			Eventuelt	Styreleder	
09.02.2023			Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
09.02.2023			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
09.02.2023			Virksomhetsrapport per desember 2022	Økonomisjef	
09.02.2023			Foreløpig årlig melding 2022	Direktør	
09.02.2023			Oppdragsdokument 2023	Direktør	
09.02.2023			Oppsummering styrets egenevaluering 2022	Direktør	
09.02.2023			Saker til informasjon	Direktør	
09.02.2023			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
09.02.2023			Eventuelt	Styreleder	
29.03.2023			Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
29.03.2023			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
29.03.2023			Godkjenning av årsregnskap 2022	Økonomisjef	
29.03.2023			Godkjenning av rapport på gjennomføring av OD 2022 - Årlig melding 2022	Direktør	
29.03.2023			Virksomhetsrapport per februar 2023	Økonomisjef	
29.03.2023			Status publikumsstrategi	Direktør	
29.03.2023			Økonomisk langtidsplan 2024-2027 inkludert rullering av investeringsplan	Økonomisjef	
29.03.2023			Saker til informasjon	Direktør	
29.03.2023			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
29.03.2023			Eventuelt	Styreleder	
31.05.2023			Styreseminar SANO	SANO	
01.06.2023			Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
01.06.2023			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
01.06.2023			Virksomhetsrapport per april	Økonomisjef	
01.06.2023			Rapport for 1. tertial 2023 til Helse Nord RHF	Økonomisjef	

Møtedato	Saknr.	Ref tidl. sak nr.	Sakstittel	Saksansvarlig	Vedtak
01.06.2023			Status IKT	IT-sjef	
01.06.2023			Forbedring 2023	Direktør	
01.06.2023			Saker til informasjon	Direktør	
01.06.2023			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
01.06.2023			Eventuelt	Styreleder	
21.09.2023			Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
21.09.2023			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
21.09.2023			Virksomhetsrapport per august 2023	Økonomisjef	
21.09.2023			Rapport til Helse Nord RHF per 2. tertial 2023 inkl. risikoanalyse	Økonomisjef	
21.09.2023			Premisser budsjett 2024	Økonomisjef	
21.09.2023			Handlingsplan og risikovurdering informasjonssikkerhet	IT-sjef	
21.09.2023			Strategisk risiko, jfr. retningslinjer for risikostyring	Kvalitetsleder	
21.09.2023			Møteplan 2024	Direktør	
21.09.2023			Handlingsplan og risikovurdering informasjonssikkerhet	IT-sjef	
21.09.2023			Ledelsens gjennomgang	Kvalitetsleder	
21.09.2023			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
21.09.2023			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
21.09.2023			Eventuelt	Styreleder	
21.09.2023			Evaluering av direktør/lønnsjustering	Styreleder	
25.10.2023			Godkjenning av innkalling og saksliste	Styreleder	
25.10.2023			Godkjenning av protokoll	Styreleder	
25.10.2023			Årsplan - oppdatering og status	Direktør	
25.10.2023			Status publikumsstrategi	Direktør	
25.10.2023			Saker til informasjon	Direktør/styreleder	
25.10.2023			Virksomhetsrapport per september	Direktør	
25.10.2023			Eventuelt	Styreleder	
25.10.2023			Regionalt styreseminar, Bodø	Helse Nord RHF	
25.10.2023			Regionalt styreseminar, Bodø	Helse Nord RHF	