



internkontroll. Gjennom Kvalitets- og utviklingssenteret arbeides det videre med å bedre systematikk i hvordan aktivitetene i internkontrollen skal utføres, hvor og hvordan de skal dokumenteres, ikke minst med hvordan man skal bedre læring på tvers av enhetene i UNN.

### **Styrende dokumenter**

UNN har nå 21.814 dokumenter som inngår i kvalitetssystemet, som er en økning på drøyt 800 fra forrige tertial. Drøyt 4 % av dokumentene er ikke vedlikeholdt og revidert innen fristen. Det er viktig at innholdet i de enkelte dokumenter er av faglig god standard, ikke minst med tanke på kvalitet og pasientsikkerhet, og dermed for at UNN skal kunne leve opp til visjonen. UNN har fortsatt en utfordring med for mange parallelle og overlappende prosedyrer mellom enhetene. Et nylig tilsyn på foretakets håndtering av pasienter med alvorlige infeksjoner (sepsis) avdekket at foretaket ikke i tilstrekkelig grad har sikret at prosedyrene for håndtering av denne tilstanden er helt oppdatert og entydige. Det er derfor behov for å gjennomgå prosedyrene for de viktigste akuttmedisinske tilstandene i UNN.

I behandling av denne ledelsens gjennomgang i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for området *styrende dokumenter*:

- Medisinsk fagsjef og Kvalitets- og utviklingssjef tillegges myndighet til å avgjøre hvem som er dokumentansvarlig og hvem som er godkjenner for UNN-overgripende prosedyrer. Dette nedfelles i prosedyre.
- Det opprettes prosedyreutvalg for håndtering av akuttmedisinske tilstander. Utvalget har deltakelse fra aktuelle fagmiljø, der fagmiljøene tar ansvar for å revidere prosedyrene for sine faglige ansvarsområder. Prosedyrer for håndtering av følgende akuttmedisinske tilstander prioriteres, med fullføring i løpet av andre tertial 2017:
  - Sepsis (Medisinsk klinikk/infeksjonsmedisin)
  - KOLS og astma (HLK/Lungemedisin)
  - Brystmerter og hjerteinfarkt (HLK/Hjertemedisin)
  - Hjerneslag (NOR/Nevrologi)
  - Akutt hjertesvikt/lungeødem (HLK/Hjertemedisin)
  - Akutte forgiftninger (Medisinsk klinikk/Nyremedisin)
- Kvalitets- og utviklingssenteret leder arbeidet med å fullføre revisjon av UNNs overordnede prosedyrer for medikamenthåndtering. Arbeidet skjer i nært samarbeid med klinikkene og Sykehusapoteket, og fullføres i løpet av 2. tertial 2017.

### **Avviksbehandlingen**

Økningen i antall meldte avvik som vi har sett de siste årene, fortsatte også i siste tertial 2016 da det ble meldt 28 % flere avvik enn i samme tertial 2015. Det er også fortsatt økning i unike meldere. Antall meldte pasienthendelser er høyere enn noen gang tidligere. Økningen i antall meldte avvik synes å være størst i de klinikkene som i særlig grad har fokusert på opplæring i meldesystemet og oppfølging av avvik. Fortsatt klassifiseres en stor andel av pasienthendelser med årsak «skriftlig prosedyre ikke fulgt» og «årsak ikke tidligere listet». Nytt nasjonalt klassifikasjonssystem i skjema for pasienthendelse forventes å bidra til at det blir enklere å nyttiggjøre avviksmeldinger i kvalitetsarbeidet. Dette er tatt i bruk fra januar 2017. UNN har en stor database med hendelser som kan og bør brukes i systematisk forbedringsarbeid i klinikkene. Alle særlig alvorlige avvik som meldes til Helsetilsynets varselordning rapporteres fortløpende til direktør og styre i UNN.

I behandling av denne ledelsens gjennomgang i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for området *avvik*:

- Kvalitets- og utviklingssenteret og Psykisk helse- og rusklinikken samarbeider om å utvikle tilpasset oppøring for ledere og medarbeidere i oppfølging og behandling av avvik, basert på forbedrings sirkelen. Dette evalueres i løpet av andre tertial 2017, med anbefaling til UNNs ledergruppe om hvordan dette kan tas med i det videre arbeidet med oppløring i kontinuerlig forbedring.
- Kvalitets- og utviklingssenteret starter etter første tertial 2017 analyser av avvik basert på nytt klassifikasjonssystem. Kvalitetsutvalget forelegges i løpet av 2017 forslag til prioriterte analyseområder.
- Mandat for KVAM-utvalgene i klinikkene gjennomgås og justeres for å fremme utvalgenes sentrale rolle i læring av avvik og kontinuerlig forbedring. Møtehyppighet og sammensetning tilpasses til utvalgenes rolle som sentral arena for å oppnå læring på tvers og kontinuerlig forbedring.

### **Interne revisjoner**

Det er i tredje tertial 2016 gjennomført fire interne revisjoner i UNN. Det har vist seg utfordrende å få nødvendig bistand fra spesialister for å gjennomføre noen av de planlagte revisjoner, og disse er derfor utsatt, og noen er utsatt til 2017 på grunn av andre kapasitetsutfordringer. Flere av de utsatte revisjonene er gjennomført tidlig i 2017, eller er under gjennomføring.

I behandling av denne ledelsens gjennomgang i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for området *interne revisjoner*:

- Kvalitets- og utviklingssenteret utarbeider forslag til revidert prosedyre for organisering og gjennomføring av interne revisjoner i UNN, der det legges opp til at interne revisjoner i tillegg til å gjennomføres på foretaksnivå, også brukes aktivt i forbedringsarbeid på klinikknivå i alle klinikker. Forslaget forelegges ledergruppen til vedtak i andre tertial 2017.

### **Pasientklagesaker**

Median saksbehandlingstid på pasientsaker 3. tertial 2016 er 33 dager som er omtrent lik saksbehandlingstid i 3. tertial 2015. Det har mot slutten av 2016 vært en markert nedgang i antall saker som har passert intern frist for saksbehandling på 35 dager. Saker fra Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) og klager fra pasient/pårørende er de saker som har lengst svartid fra avdelingene.

I behandling av denne ledelsens gjennomgang i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for området pasientsaker:

- Kvalitetsavdelingen bidrar med tilpasset oppløring i håndtering av pasientsaker på anmodning fra klinikkene.

### **Smittevern**

I denne *Ledelsens gjennomgang* presenteres resultater fra måling av postoperative sårinfeksjoner etter utvalgte kirurgiske inngrep i andre tertial 2016. Samlet sett er utviklingen positiv over de siste årene, med færre dype (og dermed alvorlige) postoperative sårinfeksjoner. Det er i de to første tertialene i 2016 ikke registrert noen dype sårinfeksjoner etter by-pass operasjoner på hjerte, og heller ingen etter galleblæreoperasjoner. Etter innsetting av totale hofteproteser (1 dyp

sårinfeksjon) og etter tykktarmkirurgi (en dyp sårinfeksjon) er det registrert få dype sårinfeksjoner. Det rapporteres nå tilnærmet fullstendig fra UNN i disse NOIS-registreringene.

Resultatet for høstens prevalensregistrering av helsetjenesteassosierte infeksjoner gjennomført i november viste at 4,2 av pasientene i UNN hadde slik infeksjon. Gjennomsnittet av de to målingene utført i 2016 viser at 4,8 % av pasientene hadde helsetjenesteassosiert infeksjon, som er svært nær nasjonalt måltall på 4,7 %.

I behandling av denne ledelsens gjennomgang i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for området smittevern:

- Direktørfunksjonen i smittevern utformer i løpet av første tertial 2017 forslag til konkret arbeidsprosess for systematisk gjennomgang av alle dype, postoperative sårinfeksjoner.

## **Helse-, miljø- og sikkerhet (HMS)**

### **Ytre miljø**

UNNs overordnede miljømål er å redusere CO<sub>2</sub> utslippet. Dette skal gjøres med å redusere energiforbruk, transport og avfall, og forbruksvarer med 3,3 % årlig. UNN har i 2016 redusert CO<sub>2</sub>-utslipp med 2 % sammenlignet med 2014, og således nådd det overordnede målet. Totalt energiforbruk mål i kWh er redusert med 12 % pr kvadratmeter eiendomsmasse, og 3 % absolutt sammenlignet med 2014. Antall reiste kilometer i 2016 er redusert med 15 % sammenlignet med 2014. Total avfallsmengde er redusert med 3%, og sorteringsgraden er økt med 22 % sammenlignet med 2014.

I behandling av denne ledelsens gjennomgang i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for området ytre miljø (grønt sykehus):

### **Personalskader**

Det er nesten ingen endring i det totale skadebildet. I Psykisk helse- og rusklinikken, som hovedsakelig rapporterer volds og trusselhendelser, er det ingen endring fra 2015 til 2016. I Barne- og ungdomsklinikken er det en betydelig nedgang i meldte voldshendelser, noe som kan forklares med endringer i pasientgrunnlaget. Det er en liten økning i antall voldshendelser i somatikken.

### **Status i arbeidet med rapportering av brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML-brudd)**

I denne *Ledelsens gjennomgang* presenteres tilgjengelige tall for AML-brudd i UNN. Det er et pågående arbeid å forbedre registrering og uttak av rapporter på dette området, slik at vi er sikre på at det som rapporteres er reelle brudd. Det er flere grunner til at derfor utvises varsomhet i bruken av materialet. Arbeidstidsbestemmelsene er utformet slik at et tilfelle kan gi flere brudd for de samme timene/vaktene. Tallmaterialet under viser ikke faktiske brudd, men varsler om brudd på arbeidstidsbestemmelsene. For å kunne redegjøre for antall faktiske brudd må en gå inn i hver enkel arbeidsplan å kontrollere at lovlig etablerte dispensasjoner er registrert for gjeldende ansatte.

Tilfeller der dispensasjoner og lokale avtaler med fagforeninger ikke er registrert i arbeidsplansystemet vil generere varsel om brudd som ikke er faktiske brudd. I tillegg er arbeidsplansystemet bygget opp slik at rekkefølgen på registrering av overtid, vaktbytter og merarbeid er utslagsgivende for varsel om brudd. Videre vil akutte hendelser som krever

forlenget arbeidstid for ansatte kunne føre til brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Disse hendelsene vil imidlertid ved tilsyn kunne forklares ut fra fare for liv og helse.

Den klart hyppigst forekommende årsak til varsel om AML-brudd er brudd på *samlet arbeidstid pr. dag*, som imidlertid viser en nedgang på hele 49 % fra 3. tertial 2015 til samme periode 2016. Nest viktigste årsak er varsel om brudd på *regler om antall timer pr uke*, fulgt av *samlet tid pr. uke i snitt*, og *ukentlig arbeidsfri*. For de tre sistnevnte årsaker har det også vært nedgang fra siste tertial 2015 til 2016. Samlet har det vært omtrent 30 % nedgang i samlet AML-brudd fra 2015 til 2016 i gjeldende periode.

I behandling av denne *Ledelsens gjennomgang* i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for HMS-området:

- AML-brudd gjøres tilgjengelig i ledelsesinformasjonssystemet HN-LIS
- Det gjennomføres fortsatt kursing av ledere og tillitsvalgte i arbeidstidsregler
- Dedikerte rådgivere i Stabssenteret følger opp arbeidet for å redusere AML-brudd mot klinikkene

## Medvirkning

Saken er forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt Arbeidsmiljøutvalget i egne innspills- og drøftingsmøter 13. og 14.3.2017. Samtlige møter ga sin tilslutning til at direktøren slutfører saken og forelegger den for styrets behandling med den innretning saken er gitt. Protokoller fra de respektive møtene foreligger som referatsaker til styrets møte 28.-29.3.2017.

## Vurdering

Arbeidet med å stadig forbedre UNNs internkontroll er en kontinuerlig prosess. UNN har systemer og prosesser som sammen skal sikre god internkontroll. Hensikten med å gjennomgå internkontrollen er å avdekke områder for forbedring, og det er også i denne gjennomgangen i ledergruppen vedtatt tiltak for å bedre systemet på flere områder.

Det viktigste i overordnet sammenheng er å videreføre og forsterke innsatsen med å utvikle UNN som en lærende organisasjon med et utrettelig fokus på kontinuerlig forbedring, som beskrevet i de foregående rapportene og i egne saker til styret. Da er velfungerende systemer for avvikshåndtering og oppfølging etter tilsyn og revisjoner sentralt, og disse områdene følges ytterligere opp i tiltakene som er vedtatt i behandling av denne ledelsens gjennomgang i ledergruppen. Det er i løpet av de siste tertialene etablert et mer fast system for hvordan saker fra Pasientsikkerhetsutvalget tas videre til Kvalitetsutvalget for å løfte frem områder med risiko for svikt, og diskutere tiltak for å redusere risiko. Det gjennomføres også tiltak for å utvikle systemene for spredning av kunnskap om slike forhold i organisasjonen.

Økningen i antall meldte avvik fortsetter, og det er direktørens vurdering at dette heller kan tilskrives en bedret meldekultur enn noen reell økning i antall uheldige hendelser. Dette understøttes av blant annet at økningen kommer i kjølvannet av en generell diskusjon om åpenhetskultur, prosesser på både foretaksnivå og i klinikker med fokus på det samme, og stort fokus på opplæring i meldesystem og håndtering av avvik i mange enheter.

Det pågår fortsatt viktige prosesser i oppfølging av Sivilombudsmannens rapport etter tilsyn i Psykisk helse- og rusklinikken, og i oppfølging av avvik i medikamenthåndtering i Medisinsk klinikk. I disse prosessene er det tett samarbeid mellom klinikkene og støtteressurser i Kvalitets-

og utviklingscenteret, og det legges opp til at de erfaringer man her gjør skal brukes som grunnlag for å utvikle videre systemene for forbedring og læring i UNN.

Diskusjonene i direktørens ledergruppe har tydeliggjort at klinikkene i ulik grad har prioritert dedikerte ressurser til systematisk kvalitetsarbeid. Direktøren og ledergruppen har nå besluttet at det skal være dedikerte kvalitetsrådgivere i alle klinikker. Disse skal inngå i et nettverk for å øke mulighetene for læring på tvers av klinikkene. Nettverket er nå under etablering.

Det er bra at saksbehandlingstid for færre pasientklagesaker passerer UNNs interne frist, men det er fortsatt forbedringspotensial. Dette følger direktøren direkte opp med aktuelle enheter.

I forhold til smittevern er det gledelig, ikke minst for pasientene, at antall dype infeksjoner etter flere kirurgiske inngrep er betydelig redusert de siste årene, og at forekomsten av sykehusinfeksjoner er lavere enn tidligere. Fokuset på systematisk arbeid med smittevern kontinueres, og direktøren forventer at enhver alvorlig infeksjon påført en pasient i UNN gjennomgås grundig med tanke på å ytterligere utvikle de forebyggende tiltak.

Det er positivt at UNNs miljømål i stor utstrekning er nådd i 2016. Arbeidet videreføres frem mot ny sertifisering i juni inneværende år.

UNN har i flere år foretatt *Ledelsens gjennomgang* tertialvis, med omtrent samme struktur som i den foreliggende rapporten. Ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er trådt i kraft, og erstatter tidligere forskrift om internkontroll i vår sektor. Kvalitets- og utviklingscenteret vil i løpet av våren foreslå endringer i gjennomføringen av internkontrollen og *Ledelsens gjennomgang* for å sikre at dette gjøres i tråd med ny forskrift. Kvalitets- og utviklingssjefen ser et behov for bedret systematikk i foretakets rapportering på, og evaluering av, oppnådde resultater på mange områder, for å sikre at dette gjøres helhetlig og i tråd med ny forskrift. Dette vil også understøtte arbeidet med kontinuerlig forbedring i foretaket på en bedre måte.

Tromsø, 17.3.2017

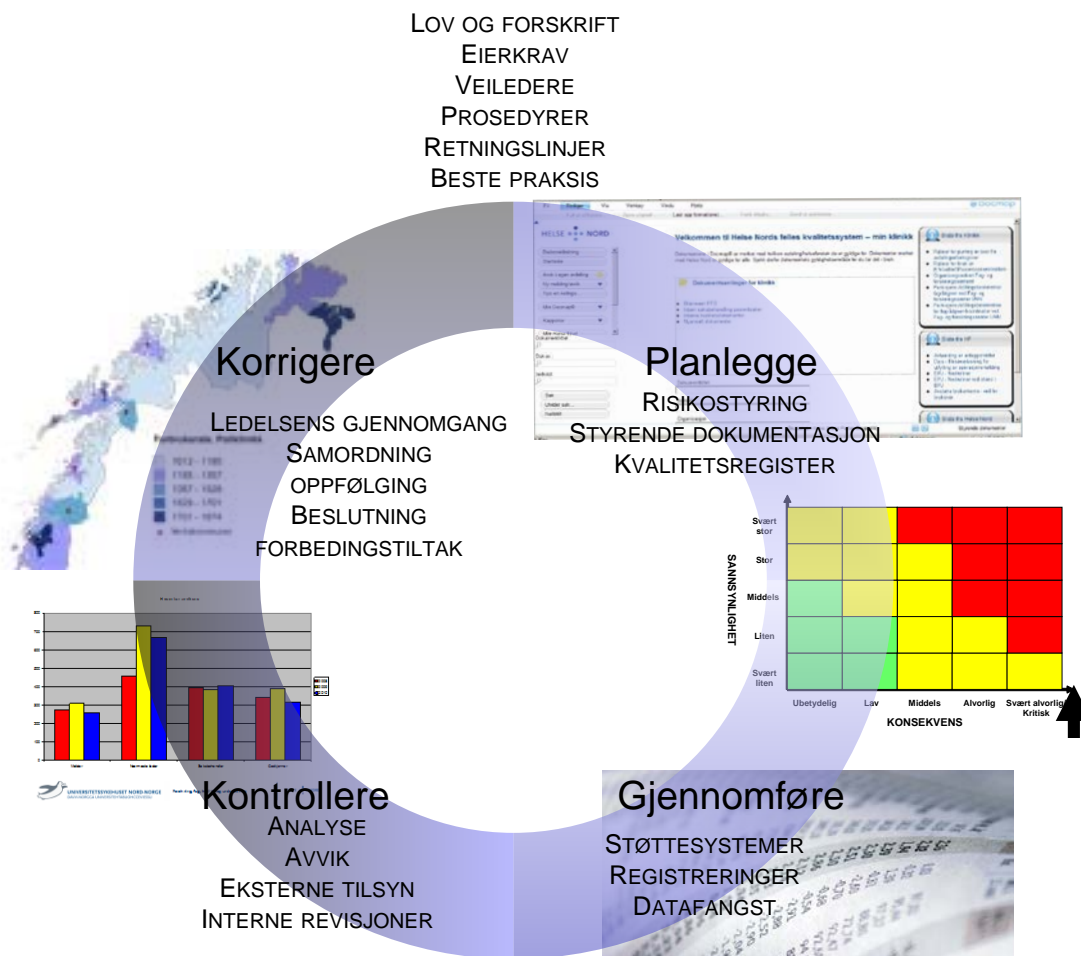
Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Rapporten *Ledelsens gjennomgang - tredje tertial 2016*

# Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2016

## Styringshjul



Figur 1 Styringshjul for kvalitetsstyring (ISO)

## Innhold

Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2016.....	2
Formål .....	2
Sammendrag.....	3
Styrende dokumenter.....	4
Status dokumentvedlikehold .....	4
Vurdering .....	5
Tiltak dokumentstyring .....	5
Avviksbehandlingen.....	5
Meldeutvikling 3. tertial 2016.....	6
Hendelsestyper - Kategorier.....	6
Kategorier av meldte avvik .....	7
Årsaker til avvik.....	7
Pasienthendelser § 3.3 meldinger.....	8
Nasjonalt klassifikasjonssystem.....	9
Vurdering avvik.....	9
Tiltak avvik .....	10
Interne revisjoner.....	10
Tiltak interne revisjoner .....	12
Tilsyn.....	12
Pasientsikkerhetsprogrammet.....	12
Pasientklagesaker .....	12
Vurdering pasientsaker.....	13
Tiltak pasientsaker.....	14
Smittevern .....	14
NOIS - insidensregistrering av sårinfeksjoner .....	14
Prevalensregistrering av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk.....	21
Vurdering smittevern.....	23
Tiltak smittevern .....	23
Helse, Miljø og Sikkerhet.....	24
Grønt sykehus.....	24
Vurdering av resultat og grad av måloppnåelse på overordnet nivå i 2016.....	24
Klimaregnskap CO <sub>2</sub> utslipp .....	24
Resultat energiforbruk i kWh pr m <sup>2</sup> .....	25
Resultat på reiste kilometer med bil og fly for ansatte.....	26
Resultat mengde avfall totalt og sorteringsgrad.....	26
Tiltak Grønt sykehus .....	27
Arbeidsmiljøbrudd .....	27
Tiltak AML brudd .....	29
Skademelding personal. ....	29
Oversikt over vedtatte tiltak i Ledelsens gjennomgang og tiltakenes gjennomføring .....	30

## Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2016

### Formål

Ledelsens gjennomgang har som formål å synliggjøre virkningen av internkontrollen<sup>1</sup> (kvalitetssystemet<sup>2</sup>) i Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) og undersøke og

<sup>1</sup> Internkontroll: Det styringssystem organisasjonen må ha for å sikre at lover og forskrifter følges.

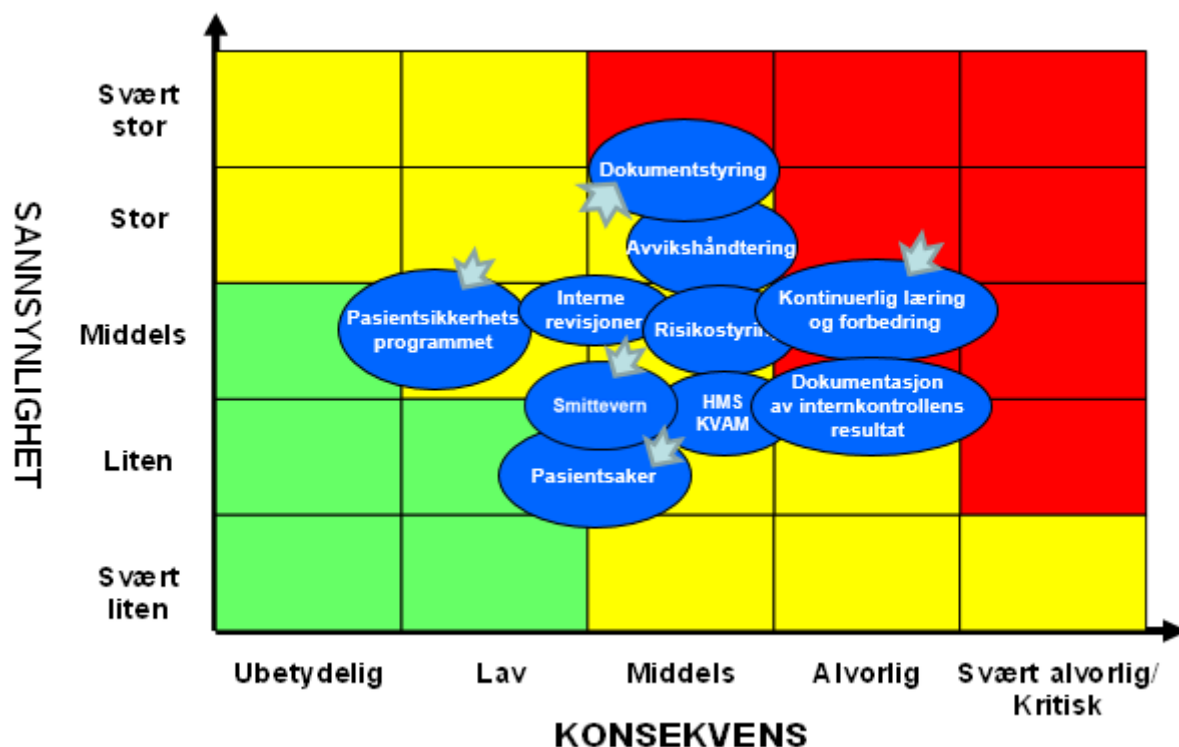


bedømme om foretaket har tilstrekkelige systemer for å planlegge, gjennomføre, analysere og korrigere. Dersom det i gjennomgangen avdekkes mangler, skal ledelsen iverksette tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen. UNN arbeider etter dokumenterte standarder for kvalitetsstyring (ISO, EFQM)<sup>3</sup>. Styringshjulet i fig 1. illustrerer aktivitetene som anbefales i standardene for å sikre en hensiktsmessig virkning av internkontrollen. Denne rapporten behandles i UNNs ledergruppe før den forelegges styret i UNN.

## Sammendrag

UNN har et vedvarende fokus på å etablere strukturer og prosesser som kreves for å ha et tilfredsstillende internkontrollsystem. Dette er blitt verifisert gjennom en rekke eksterne tilsyn. Imidlertid har det over tid blitt avdekket, blant annet i form av i form av avvik, at kjennskap til og oppfølging av de etablerte systemene ikke er på plass i tilstrekkelig grad, slik at det svikter i gjennomføring, og analysering gjøres ikke i tilstrekkelig systematisk grad for å legge grunnlag for nødvendig korrigerende. Det har det siste tertialene vært bedring i resultatene av smittevernarbeidet. Det er igangsatt et omfattende arbeid med å identifisere en rekke tiltak for å utvikle UNN som lærende organisasjon som arbeider med kontinuerlig forbedring i alle ledd. I tredje tertial 2016 er nytt mandat og ny sammensetning av Kvalitetsutvalg og Pasientsikkerhetsutvalg implementert, med økt deltakelse fra de kliniske miljøene. Det pågår også en rekke andre prosesser for å forbedre avvikshåndteringen i foretaket, med fokus særlig på læring. Det er fortsatt ytterligere forbedringspotensial på disse områdene. Det er fremgang i arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet. Det er en vedvarende utfordring med økende antall prosedyrer i Docmap, mens status i saksbehandling for pasientsaker er bedret. Den samlede vurderingen er vist i fig. 2.

**Figur 2 Risikovurdering av delementene i internkontrollen (kvalitetssystemet). Vurderingen baserer seg på i hvilken grad elementene bidrar til å redusere sannsynlighet/risiko for svikt i UNN.**



<sup>2</sup> Kvalitetssystem: Det styringssystem som organisasjonen må ha for å sikre internkontroll og de selvpålagte krav (mål) til kvalitet.

<sup>3</sup> Kvalitets- og utviklingssenteret benytter kvalitetsstandarder som ISO 9001-2000, og European Foundation for Quality Management (EFQM) sin modell i systemoppbyggingen i UNN.

Ledergruppen mottar denne rapporten som en samlet vurdering av kvalitetssystemet i UNN, og den følges opp med styresak om foretakets håndtering av rapporten. Det er verdt å merke seg at slike systemer aldri blir perfekt, men er gjenstand for kontinuerlig forbedring. Rapporten påpeker også denne gang områder for forbedring.

Grunnleggende prinsipper må være på plass og virksomme i hele organisasjonen, for at UNN skal ha et velfungerende kvalitetssystem. Hovedemnene i denne rapporten er disse grunnleggende prinsippene.

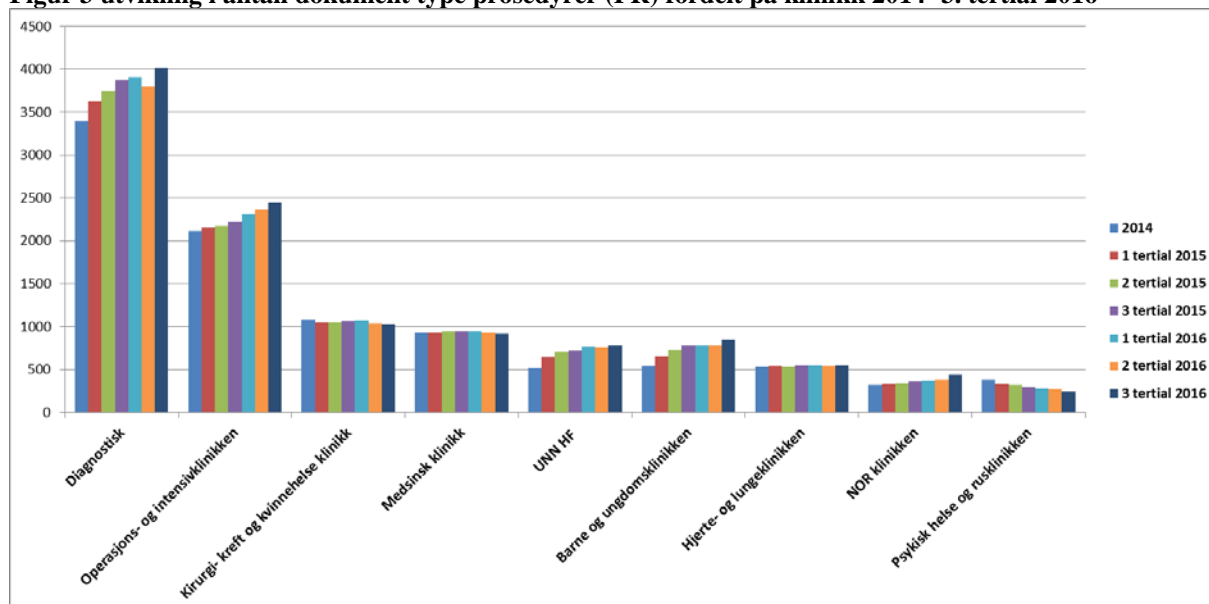
## Styrende dokumenter

### Status dokumentvedlikehold

Oppdatering av UNNs rutiner og prosedyrer er et viktig kvalitetsarbeid. Det registreres mellom 300 og 400 samtidige brukere i Docmap på dagtid. Økningen i antall samtidige brukere kan med stor grad av sikkerhet tilskrives at brukerne nå har automatisk pålogging i Docmap. Det er i snitt over 197.000 oppslag pr måned i prosedyresamlingene i Docmap pr 3. tertial 2016. Med utstrakt bruk av prosedyrer i Docmap er det viktig at innholdet er kvalitetssikret, oppdatert og gyldig.

UNN har nå 21.814 dokumenter i Docmap, en økning på 826 dokumenter fra forrige tertial (20988). Av disse er det 948 som skulle vært revidert pga. overskredet dato, en liten nedgang fra forrige tertialrapport (1.160 ved utgangen av 2. tertial 2016, fremgår ikke av figuren nedenfor). Målet er at alle dokumenter skal være revidert innen frist.

**Figur 3 utvikling i antall dokument type prosedyrer (PR) fordelt på klinikk 2014- 3. tertial 2016**



Økning av antall dokumenttype prosedyre i perioden 2014 til 3. tertial 2016 har i hovedsak skjedd i Diagnostisk klinikk og Barne- og ungdomsklinikken (medisinsk genetikk), Operasjons- og intensivklinikken og UNN HF-nivå. Psykiisk helse- og rusklinikken har over hele tidsperioden en nedadgående tendens.

## Vurdering

Antall prosedyrer i UNN er jevnt økende, og ulike prosesser som tidligere har vært forsøkt gjennomført har ikke ført til de ønskede resultater med mer samordnede prosedyrer, mindre «parallele» prosedyrer og innføring av nasjonale, kunnskapsbaserte prosedyrer i foretaket. For å bidra til gjennomgang og rydding i klinikkens prosedyrer, har Kvalitetsavdelingen sendt ut lister til klinikkene over dokumenter som har overskredet revisjonsfrist, med varsel om at prosedyrer som ikke revideres innen en gitt frist vil bli trukket tilbake fra systemet. Tilbaketrekking av dokumenter (ca. 150) er gjennomført, men det er fortsatt stadig økning i antall prosedyrer i UNN. Det er stor variasjon i antall prosedyrer mellom klinikkene, og noen klinikker med mange spesialiteter har få prosedyrer. En medvirkende årsak kan være at fagmiljøene brukes nasjonale/andre prosedyresamlinger tilgjengelig elektronisk, og at disse er samlet i en felles lenke i Docmap. Dermed blir mange prosedyrer til bare ett dokument i Docmap.

Forespørsler til en rekke andre større sykehus i Norge har avdekket at ingen har løst utfordringen med stadig økende antall prosedyrer. Det vil kreve svært stor innsats av dedikert personell over forholdsvis lang tid for å nå målet om samordnede prosedyrer på alle aktuelle områder. Det anses som viktig å få på plass et system for overordnet godkjenning av klinikkovergripende prosedyrer (inkludert eventuelle nasjonale, kunnskapsbaserte prosedyrer som skal implementeres i UNN), og mest mulig felles prosedyrer for viktige akuttmedisinske tilstander i den grad dette ikke er på plass. I etterkant av avvik i en klinikk har det vært gjort et stort arbeid med gjennomgang av prosedyrer for medisiner og medikamenthåndtering, og en rekke prosedyrer på disse områdene er revidert. Det gjenstår noe arbeid med dette.

## Tiltak dokumentstyring

- Medisinsk fagsjef og Kvalitets- og utviklingssjef tillegges myndighet til å avgjøre hvem som er dokumentansvarlig og hvem som er godkjenner for UNN-overgripende prosedyrer. Dette nedfelles i prosedyre.
- Det opprettes prosedyreutvalg for håndtering av akuttmedisinske tilstander. Utvalget har deltakelse fra aktuelle fagmiljø, der fagmiljøene tar ansvar for å revidere prosedyrene for sine faglige ansvarsområder. Prosedyrer for håndtering av følgende akuttmedisinske tilstander prioriteres, med fullføring i løpet av andre tertial 2017:
  - Sepsis (Medisinsk klinikk/infeksjonsmedisin)
  - KOLS og astma (HLK/Lungemedisin)
  - Brystmerter og hjerteinfarkt (HLK/Hjertemedisin)
  - Hjerneslag (NOR/Nevrologi)
  - Akutt hjertesvikt/lungeødem (HLK/Hjertemedisin)
  - Akutte forgiftninger (Medisinsk klinikk/Nyremedisin)
- Kvalitets- og utviklingssenteret leder arbeidet med å fullføre revisjon av UNNs overordnede prosedyrer for medikamenthåndtering. Arbeidet skjer i nært samarbeid med klinikkene og Sykehusapoteket, og fullføres i løpet av 2. tertial 2017.

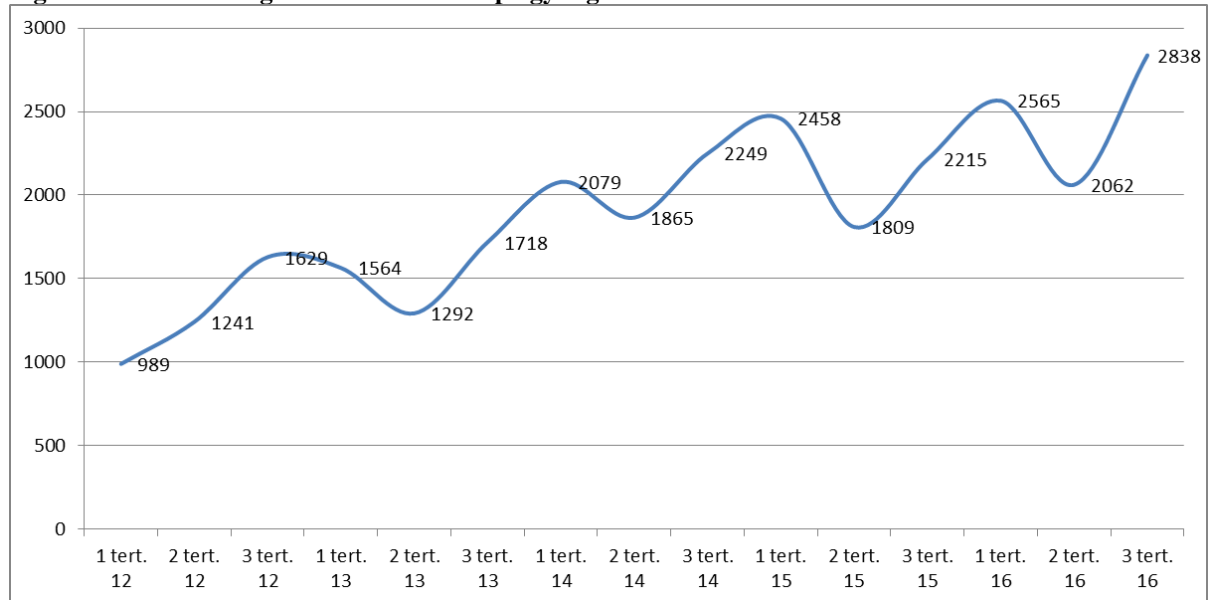
## Avviksbehandlingen

Uttrekk er tatt ca. 1 måned etter avslutning av hvert tertial. De endringer, saksbehandling og etterregistreringer som kommer etter at uttrekket er gjort, kommer ikke med i statistikken

### Meldeutvikling 3. tertial 2016

Det er registrert 2838 avvik pr 3. tertial 2016 mot 2215 avvik pr 3. tertial 2015, som tilsvarer en økning på 28 %. Det er registrert 1199 unike meldere 3. tertial 2016 mot 1013 i 3. tertial 2015.

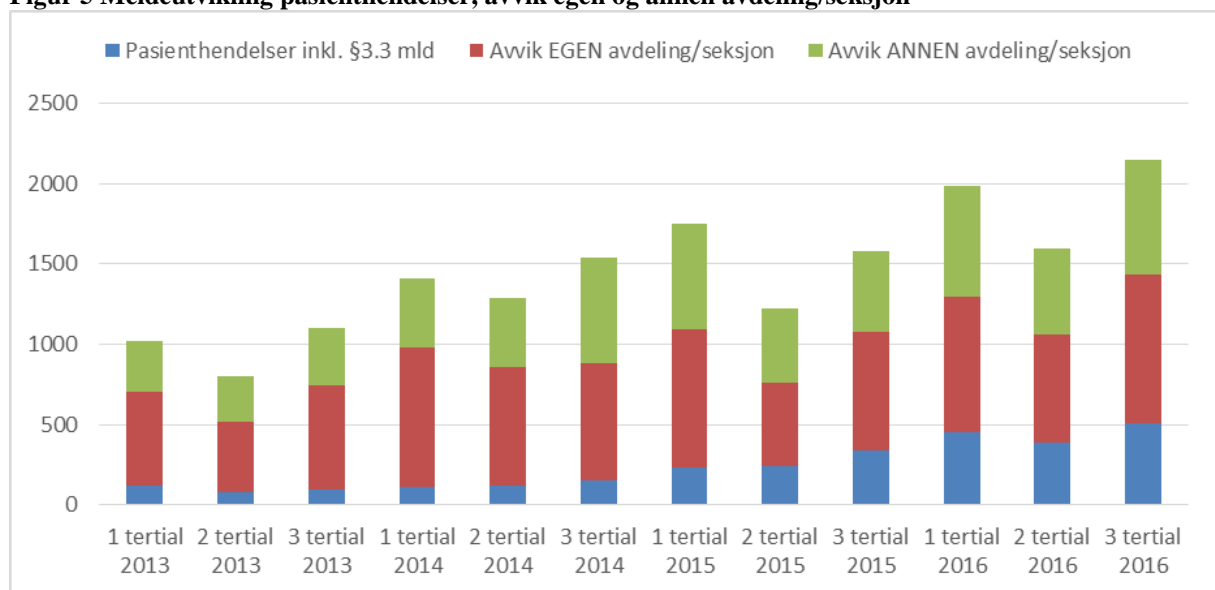
**Figur 4** Meldeutvikling i UNN HF uttrekk på gyldighetsområde



### Hendelsestyper - Kategorier

Det er registrert 2851 avvik klassifisert på hendelsestype i Docmap i 3. tertial 2016. Noen avvik har ikke klassifisering og noen avvik er ikke ferdig saksbehandlet og har derfor ikke registrert hendelsestyper.

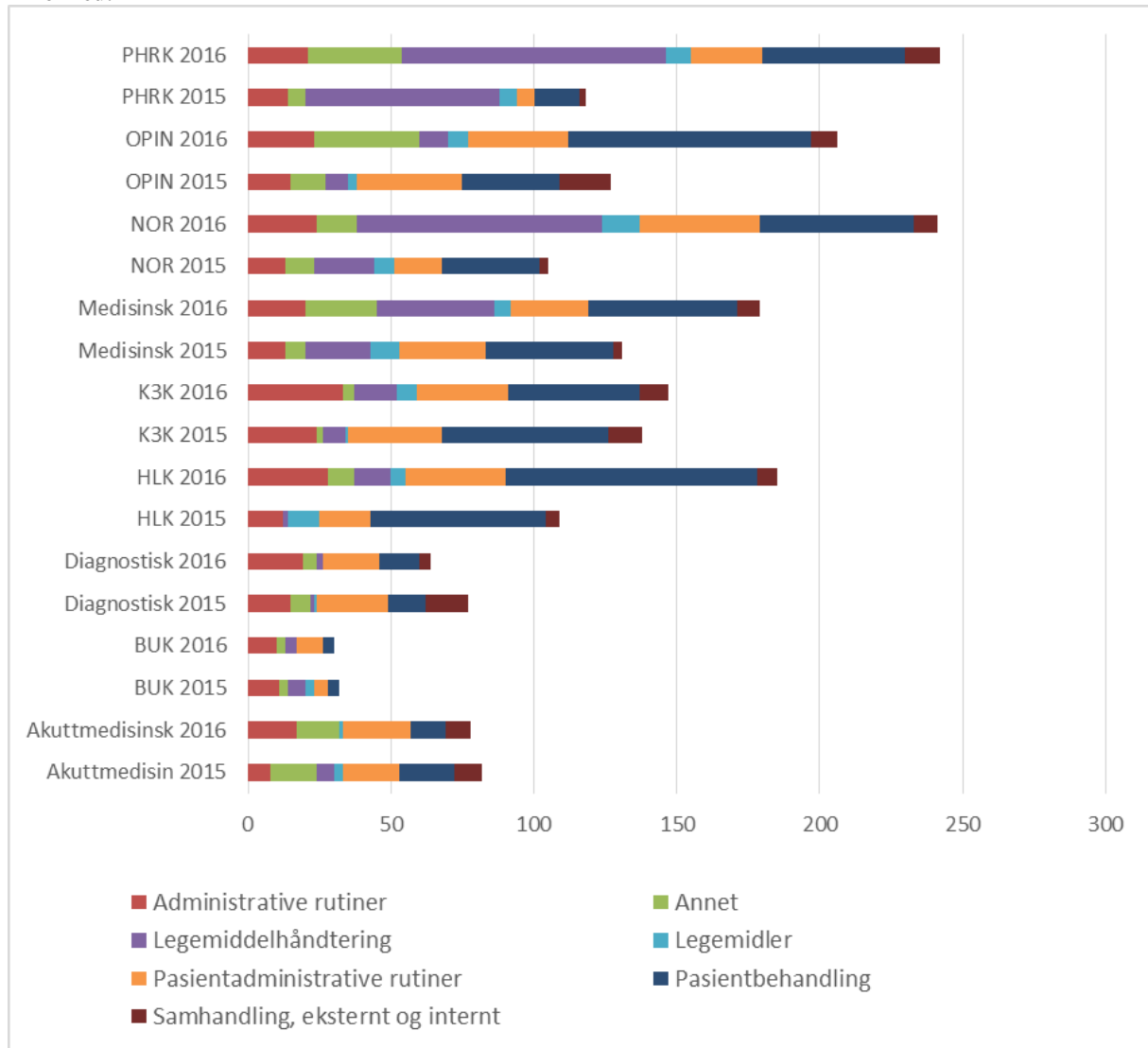
**Figur 5** Meldeutvikling pasienthendelser, avvik egen og annen avdeling/seksjon



## Kategorier av meldte avvik

Figur under viser en sammenstilling av de syv hyppigst valgte hendelsestyper tredje tertial 2015 og 2016. De største endringer er i forekomst av legemiddelhåndtering og pasientbehandling. Økningen fra 2015-2016 er sammenfallende med i økning i antall avvik.

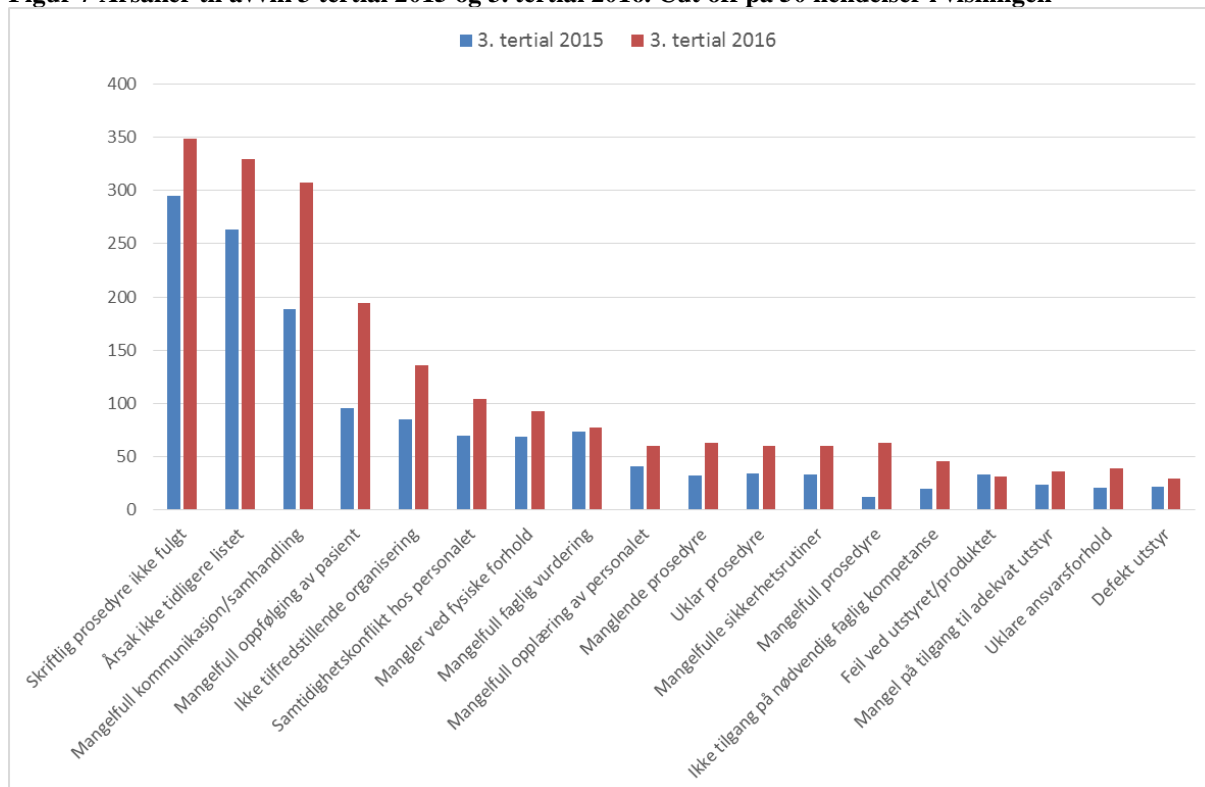
**Figur 6 Kategorier avvik meldt 3. tertial 2015 og 2016 fordelt på klinikker. Kategorier med færre enn 40 avvik, pasienthendelser, personalskader, laboratorieavvik og klinikk/senter med færre enn 30 avvik er ikke med.**



## Årsaker til avvik

I figur under er sammenstilling av angitte årsaker på avvik for 3. tertial 2015 og 2016. Det er også i 3. tertial 2016 avvik som ikke er ferdig saksbehandlet og derfor ikke kommer med i uttrekket. «Skriftlig prosedyre ikke fulgt» og årsak ikke tidligere listet» er, som tidligere, de hyppigste årsaker til avvik.

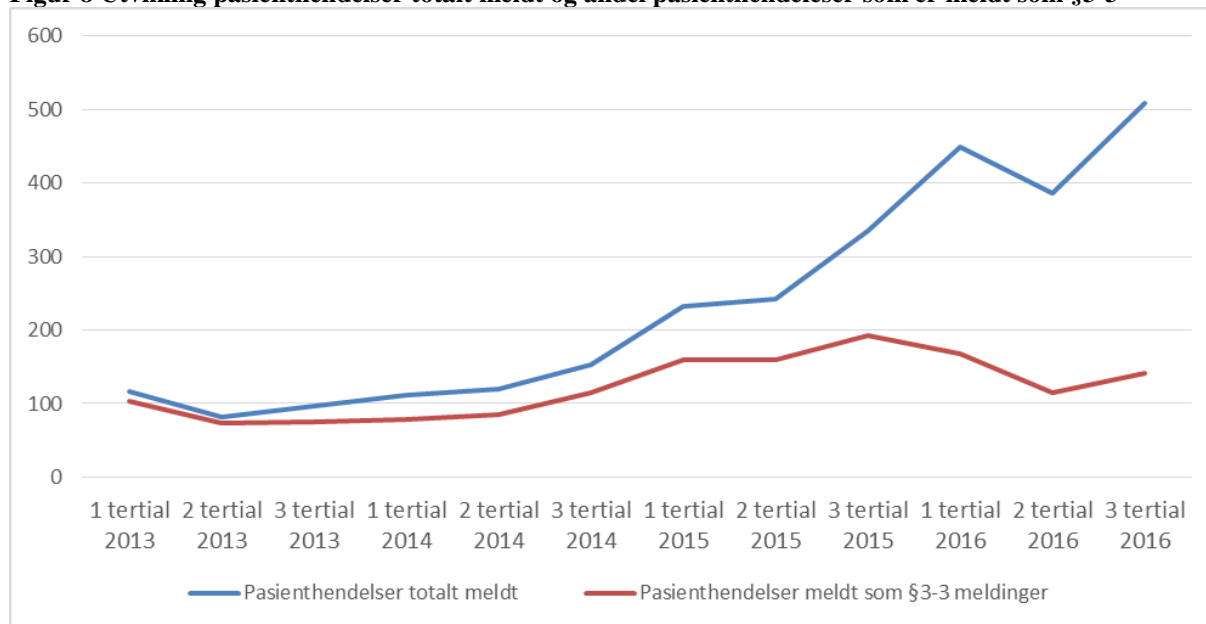
Figur 7 Årsaker til avvik 3 tertial 2015 og 3. tertial 2016. Cut off på 50 hendelser i visningen



### Pasienthendelser § 3.3 meldinger

Det er i 3. tertial 2016 foreløpig meldt 142 pasienthendelser mot 192 i 3. tertial 2015 til Helsedirektoratet etter §3-3, dvs. hendelser som har ført til eller kunne ha ført til betydelig skade på pasient. Nesten alle pasienthendelser, ikke bare de som meldes til Helsedirektoratet ved meldeordningen, gjennomgås i Pasientsikkerhetsutvalget. UNN har i 3. tertial 2016 ikke publisert anonymiserte § 3.3 meldinger på [www.unn.no](http://www.unn.no).

Det er noe nedgang i antall §3-3 meldinger som blir sendt til Helsedirektoratet. I figur 8 er avvik i form av pasienthendelser fremstilt, både totalt antall og andel som er meldt som §3.3-meldinger. Antall 3.3 meldinger kan komme til å øke noe, fordi 95 pasienthendelser som er meldt i dette tertiale ikke er avsluttet/lukket. Det er mulig å sende §3-3 melding til Helsedirektoratet på alle saksbehandlingsledd og dermed må sakene avsluttes før vi kan måle eksakt antall meldt til meldeordningen (§3.3).

**Figur 8 Utvikling pasienthendelser totalt meldt og andel pasienthendelser som er meldt som §3-3**

I 3. tertial 2016 er årsak «mangelfull oppfølging av pasient», «årsak ikke tidligere listet» og «skriftlig rutine ikke fulgt» fortsatt de hyppigste årsaker angitt i §3.3-meldingene.

## Nasjonalt klassifikasjonssystem

Helsedirektoratet har, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, hatt ansvaret for å utarbeide felles nasjonalt klassifiseringssystem for uønskede hendelser. Helse Nord har pr. 10.1.2017 implementert nasjonalt klassifiseringssystem i Docmap, og disse nasjonale kategorier ligger nå som standard i avviksmodule og er innført i alle foretakene i Helse Nord. Disse klassifiseringene og årsaker blir brukt på skjema for pasienthendelser, avvik egen avdeling og avvik annen avdeling. Denne endring vil gi en bedret kategorisering og årsaksvurdering av pasienthendelser, som igjen vil gi et bedre grunnlag for analyse av pasienthendelser.

## Vurdering avvik

Det har vært vesentlig økning i antall meldte avvik fra 2012 til 2016, også i siste tertial. Det er fortsatt økning i unike meldere. Antall pasienthendelser øker og følger vanlige tertialvariasjoner. Det er imidlertid nedgang i antall §3-3 meldinger som sendes meldeordningen i Helsetilsynet.

Det har i mange sammenhenger og i mange enheter i UNN vært satt økt fokus på melding og oppfølging av avvik. Blant annet har Psykisk helse- og rusklinikken gjennomført et systematisk arbeid med å lære opp ansatte og ledere i avvikssystemet, og sette felles standarder for hva som er avvik. Økningen av meldte avvik anses å være uttrykk for en bedret meldekultur, heller enn noen reell økning i antall hendelser.

Det er likevel sannsynlig at det fortsatt meldes for få komplikasjoner i tilknytning til pasientbehandlingen, eksempelvis sykehusinfeksjoner, og denne type avvik forventes fortsatt at bør øke som følge av en ytterligere bedret meldekultur. Det er utfordrende å få oversikt over HMS-/arbeidsmiljørelaterte avvik, men det er ofte sammenheng mellom pasienthendelser og arbeidsmiljørelaterte forhold. Organisasjonen har også en utfordring i å

sikre god samhandling på avvik som meldes og skal behandles på tvers av fagansvar og ledelseslinjer.

Systemer rundt oppfølging av avvik, både fra avvikssystemet, fra tilsyn og fra interne og eksterne revisjoner, er under utvikling som ledd i arbeidet med å utvikle UNN som en lærende organisasjon med fokus på kontinuerlig forbedring. Det er etablert en systematikk for å følge opp viktige avvik i Kvalitetsutvalget etter at de er behandlet i Pasientsikkerhetsutvalget (PSU); særlig der PSU ser at det kommer flere viktige avvik innenfor lignende områder som uttrykk for risiko blir disse samlet opp og tatt videre i Kvalitetsutvalget for å diskutere tiltak og fremme læring på tvers i organisasjonen.

Fortsatt klassifiseres en stor andel av pasienthendelser med «årsak ikke tidligere listet». Nytt nasjonalt klassifikasjonssystem i skjema for pasienthendelse forventes å bidra til at det blir enklere å nyttiggjøre avviksmeldinger i kvalitetsarbeidet. UNN har en stor database med hendelser som kan og bør brukes i systematisk forbedringsarbeid i klinikkene. Det er imidlertid et stort behov for å utvikle et avvikssystem som har bedre søkefunksjon og som i større grad gir støtte for «mønstergjenkjenning» i avviksmeldinger for å avdekke risiko.

### Tiltak avvik

- Kvalitets- og utviklingssenteret og Psykisk helse- og rusklinikken samarbeider om å utvikle tilpasset oppøring for ledere og medarbeidere i oppfølging og behandling av avvik, basert på forbedringssirkelen. Dette evalueres i løpet av andre tertial 2017, med anbefaling til UNNs ledergruppe om hvordan dette kan tas med i det videre arbeidet med opplæring i kontinuerlig forbedring.
- Kvalitets- og utviklingssenteret starter etter første tertial 2017 analyser av avvik basert på nytt klassifikasjonssystem. Kvalitetsutvalget forelegges i løpet av 2017 forslag til prioriterte analyseområder.
- Mandat for KVAM-utvalgene i klinikkene gjennomgås og justeres for å fremme utvalgenes sentrale rolle i læring av avvik og kontinuerlig forbedring. Møtehyppighet og sammensetning tilpasses til utvalgenes rolle som sentral arena for å oppnå læring på tvers og kontinuerlig forbedring.

### Interne revisjoner

Det utarbeides en årlig intern revisjonsplan på bakgrunn av tilsyn, hendelser, risikovurderinger og bestilling fra direktørens ledergruppe, AMU og Kvalitetsutvalget. Revisjonsplanen besluttet av direktørens ledergruppe. Kvalitets- og utviklingssenteret gjennomfører revisjonene i samarbeid med relevante fagmiljøer. Nedenstående tabell viser oversikt over gjennomføringsgrad av planlagte interne revisjoner i 2016.

**Tabell 1 oversikt alle internrevisjoner og gjennomførte internrevisjoner pr 3 tertial 2016.**

Tema – Revisjoner planlagt 2016	Tertial			Sted	Antall avvik	Gjennomført
	1	2	3			
Helselovgivning/ FAG/ Ledelse						
Europeisk hodestudie: FAS nr 730 – «Center TBI = Collaborative European Neurotrauma Effectiveness Research in TBI» (traumatic brain injury)	X			Operasjons- og intensiv- klinikken 26.5. 2016	0	Gjennomført
Etterlevelse av nye retningslinjer for vurdering, behandling og overflytting til UNN Tromsø av barn (0-15 år) med akutte kirurgiske problemstillinger	X			Kirurgisk avdeling Narvik og Harstad	1 avvik	Gjennomført



Tema – Revisjoner planlagt 2016	Tertial			Sted	Antall avvik	Gjennomført
Gjennomgang av prosjektoversikten i Eutro og FAS Helsefak og UNN skal årlig gå gjennom prosjektene som er registrert i Eutro og FAS.	X				0	Gjennomført som postal revisjon.
Etterlevelse av trygg injeksjonspraksis. Tiltak etter Fylkesmannens tilsyn som fant avvik fra god praksis ved injeksjon av Botox. (Opplæring i smittevern)			X	Nevrokirurgi-, øre-nese-hals- og øye avdelingen.	2 avvik	Gjennomført
Nasjonalt Kvalitetsregister Myndighetskrav			X	UNN HF	2 avvik	Gjennomført
Håndtering av humane celler og vev, oppfølging etter tilsyn av Statens helsetilsyn. (Sak 13/5355)			X	Lab. Medisin, K3K, NOR Klinikken,		Utgår pga sammenfallende tilsyn fra Statens Helsetilsyn 17. – 20. oktober (håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon)
Gjennomføring av Pasientsikkerhetsprogrammet, revisjon av et par enheter			X			Utsatt til 1. tertial 2017 de det er ønske å ha med Status pr 31.12.2016
Oppfølging av tidligere intern revisjon på blodbanken / transfusjonsrutiner på avdelingene			X	UNN-HF- Blodbanken	1 avvik	Gjennomført
Håndtering av henvisninger og viderehenvisninger og revisjon av ny Pasient og brukerrettighetslov med fokus på opplæring og etterlevelse, prioriterer legene likt?			X			Utsatt til 2017 på grunn av kapasitetsutfordringer med deltakelse i andre oppdrag.
Etterlevelse av Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus		X		Medisinsk klinikk		Mangler fagrevisor overføres til 2017
Behandling av proteseinfeksjoner ved ortopedisk avdeling			X	Ortopedisk avdeling		Mangler fagrevisor overføres til 2017
Bruk av Docmap i prosedyresammenheng			X	NOR klinikken	0	Utsatt til januar 2017, på grunn av pågående tilsyn i klinikken. Gjennomført januar 2017
<b>Helse, miljø og sikkerhet</b>						
Revisjoner i forkant av neste revisjon på UNNs miljøsertifisering (DNV)		X				Saken utgår- erstattes med Oppfølging av handlingsplan for kjemikaliesatsingen
KVAM-gruppenes oppfølging av MU, nærvær- og sykefraværarbeid mm.		X		Hjerte- lunge karkirurgisk avdeling Avd. sør Kirurgisk avdeling Harstad	7 avvik fordelt på 3 enheter	Gjennomført
Oppfølging av handlingsplan for kjemikaliesatsingen vedtatt i KU. Gjennomføre 6 minirevisjoner etter modell fra smittevernvisitten			X	Narvik –teknisk seksjon og Laboratoriemedisin Narvik RTG Tromsø Ambulanseseksjon Harstad Maskinverksted Åsgård K3K poliklinikker	7 avvik fordelt på 3 enheter	Gjennomført
Kvalitetssikring i bruk av medisinsk-teknisk utstyr						

Tema – Revisjoner planlagt 2016	Tertial		Sted	Antall avvik	Gjennomført
Opplæring i MTU; oppfølging av pålegg fra DSB	X	X	1.tertial Nyfødt intensiv 2.tertial ortopedisk avdeling	1 avvik	
<b>Lean prosjekter</b>					
Internrevisjon pakkeforløp Det vises til beslutning i sak 41.15 i Kvalitetsutvalget 24.11.15 På bakgrunn av forslag fra Kvalitetsavdelingen besluttet det at følgende forløp revideres. 1) Hode-Hals kreft. NOR klinikken 2) Prostatakreft. K3K. 3) Livmorkreft K3K			X 1) ØNH avd 2) Gyn/Uro avdeling 3) Gyn/Uro avdeling  (+ DK, OPIN)		Utsatt til 2017 på grunn av kapasitetsutfordringer med deltakelse i andre oppdrag. Gjennomført januar 2017 - ikke ferdigstilte rapporter.

### Tiltak interne revisjoner

- Kvalitets- og utviklingscenteret utarbeider forslag til revidert prosedyre for organisering og gjennomføring av interne revisjoner i UNN, der det legges opp til at interne revisjoner i tillegg til å gjennomføres på foretaksnivå, også brukes aktivt i forbedringsarbeid på klinikknivå i alle klinikker. Forslaget forelegges ledergruppen til vedtak i andre tertial 2017.

### Tilsyn

Resultater av, og oppfølging etter, tilsyn behandles i egne rapporter til Kvalitetsutvalget og styret, og beskrives derfor ikke i ledelsens gjennomgang.

### Pasientsikkerhetsprogrammet

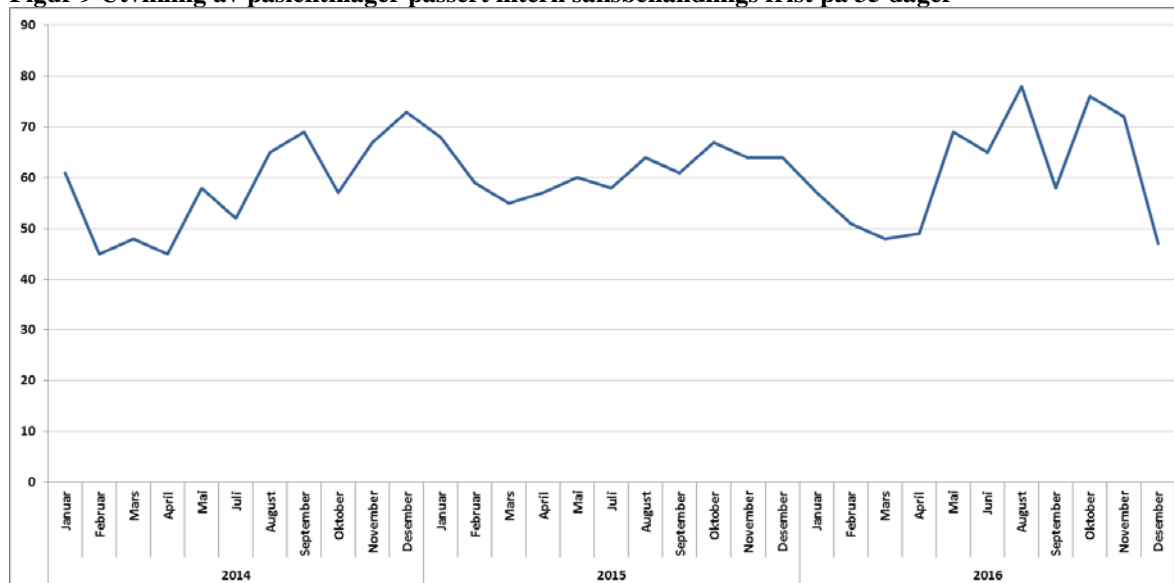
Gjennomføring av programmet diskuteres fortløpende i Kvalitetsutvalget og rapporteres i de månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapporter til ledergruppe og UNN-styret, og omtales derfor ikke nærmere i ledelsens gjennomgang.

### Pasientklagesaker

Median saksbehandlingstid på pasientsaker 3. tertial 2016 er 33 dager mot 32 dager i 3. tertial 2015. Saker vedrørende journalinnsyn/kopi, NAV, interne pasientskader meldt i Docmap og kategorier journalinnsyn og spesialisterklæringer er ikke tatt med.

Klinikkene har ansvar for å svare ut klagesaker og henvendelser innen frist.

Lang saksbehandlingstid kan medføre at pasienter klager til Pasientombudet, Helsetilsynet og i noen grad til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) før de får svar fra UNN.

**Figur 9 Utvikling av pasientklager passert intern saksbehandlings frist på 35 dager**

Figuren over viser en sammenstilling av månedlige lister av saker over frist, som sendes ut til klinikkene. Det har det siste tertiale vært en klar nedgang i antall saker som har passert intern frist på 35 dager.

**Tabell 2 NPE saker i 3. tertial 2016 med brutt intern og NPE tidsfrist fordelt på klinikk**

Klinikker	Antall NPE saker totalt 3. tertial 2016	Antall NPE passert intern frist 35 dager	Antall saker passert NPE frist 56 dager
Akuttmedisinsk klinikk	0	0	0
Barne- og ungdomsklinikken	3	1	0
Diagnostisk klinikk	1	1	1
Hjerte- og lungeklinikken	4	3	3
Kirurgi, kreft- og kvinnehelseklinikken	35	15	5
Longyearbyen	0	0	0
Medisinsk klinikk	5	2	0
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	28	10	3
Operasjon- og intensivklinik	0	0	0
Psykisk helse- og rusklinikken	4	2	2

Det er nedgang i brudd på saksbehandlingstid for de klinikker som har mange NPE saker, men det er fortsatt utfordring å få til saksbehandlingstid innenfor intern frist som er 35 dager og NPE frist som er 56 dager. Dette gjelder også for klinikker som mottar få saker.

### Vurdering pasientsaker

Det er nedgang i antall brudd på saksbehandlingstid i 3. tertial. Det kan se ut for at tiltak som er gjennomført i Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken og Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken har hatt virkning. Det må fortsatt være fokus på å overholde saksbehandlingstid for pasientklagesaker slik at vi unngår økt byråkratisering med purringer og eskalering av saker.

## Tiltak pasientsaker

- Kvalitetsavdelingen bidrar med tilpasset opplæring i håndtering av pasientsaker på anmodning fra klinikkene.

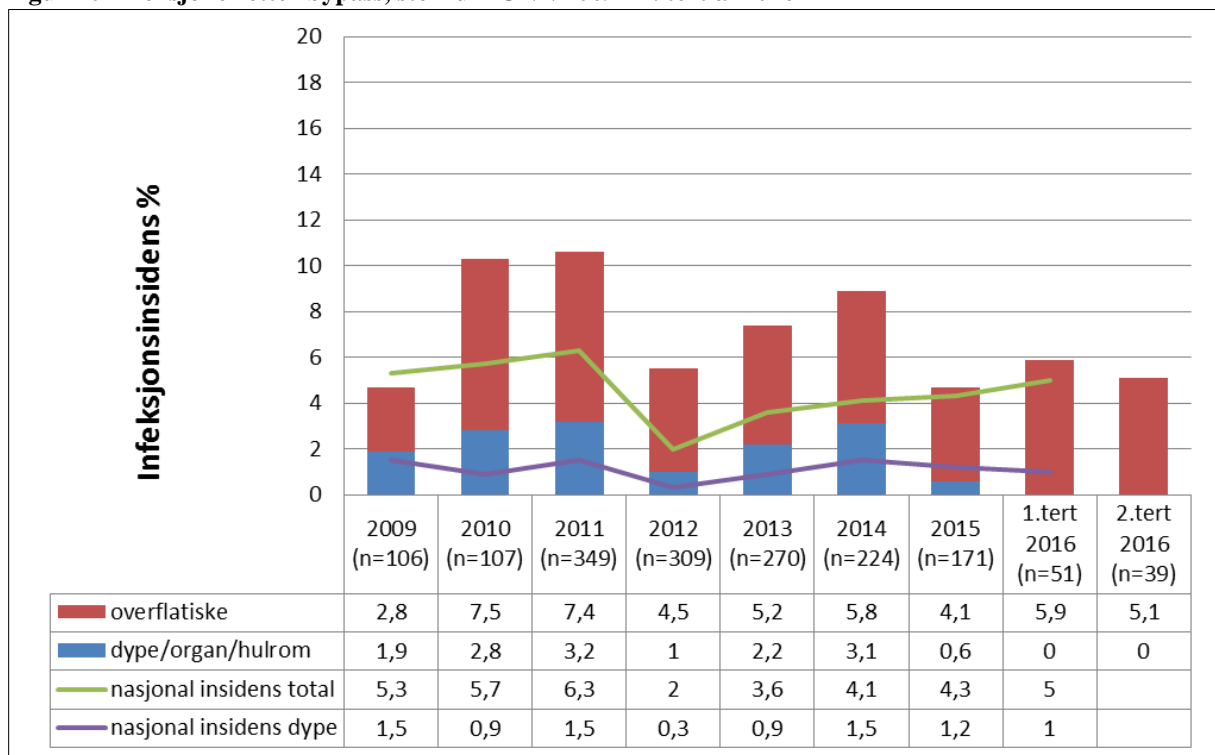
## Smittevern

### NOIS - insidensregistrering av sårinfeksjoner

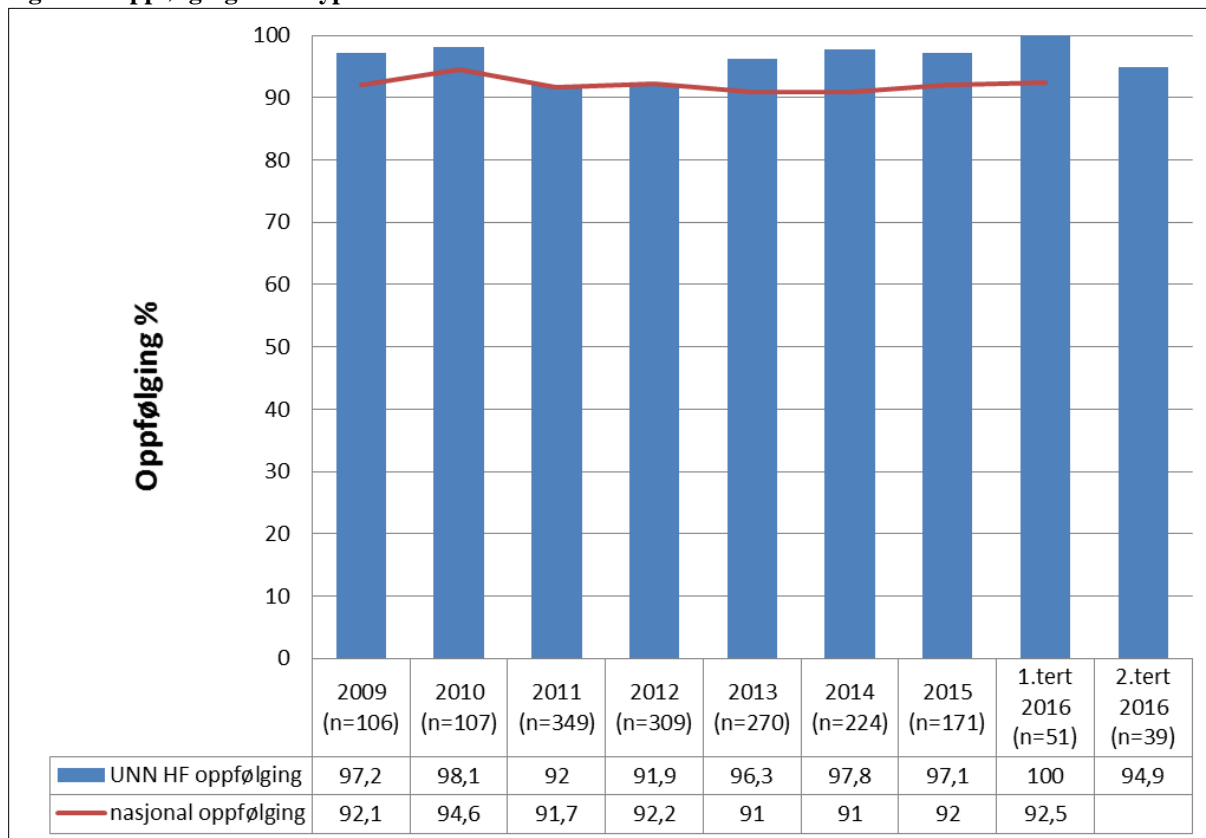
NOIS - insidensregistrering av sårinfeksjoner etter inngrepene aortakoronarbypass, keisersnitt, innsetting av proteser i hofteldd,olecystektomi og koloninngrep.

Frist for innlevering av NOIS-resultater for 2.tertial 2016 var 1.desember. UNN gjennomførte totalt 401 NOIS-inngrep denne perioden. Av disse 401 pasientene var det 2 som fikk dyp infeksjon (0,5 %), 1 pasient etter innsettelse totalprotese hofte i Tromsø og 1 pasient etter kolonkirurgi i Tromsø. UNN har god oppfølging på nær eller over 95 % på alle inngrep.

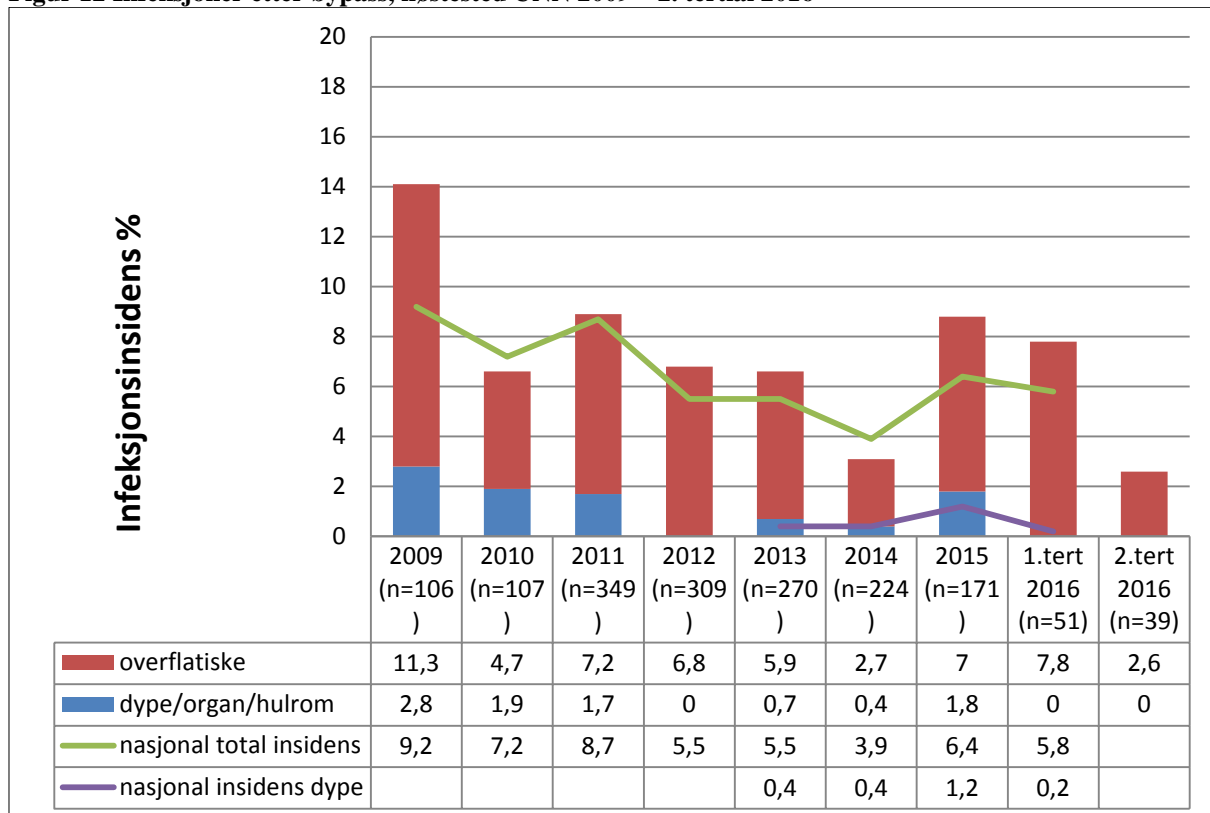
Figur 10 Infeksjoner etter bypass, sternum UNN 2009 - 2. tertial 2016



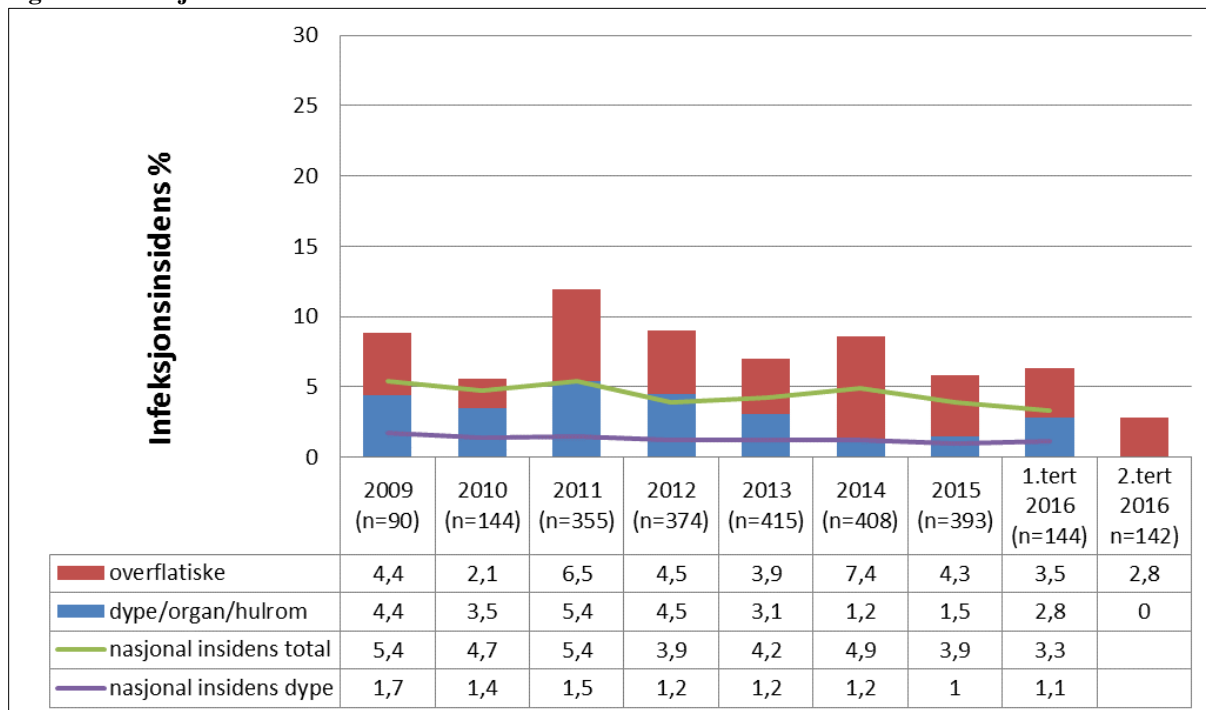
Figur 11 Oppfølging etter bypass UNN 2009 – 2. tertial 2016



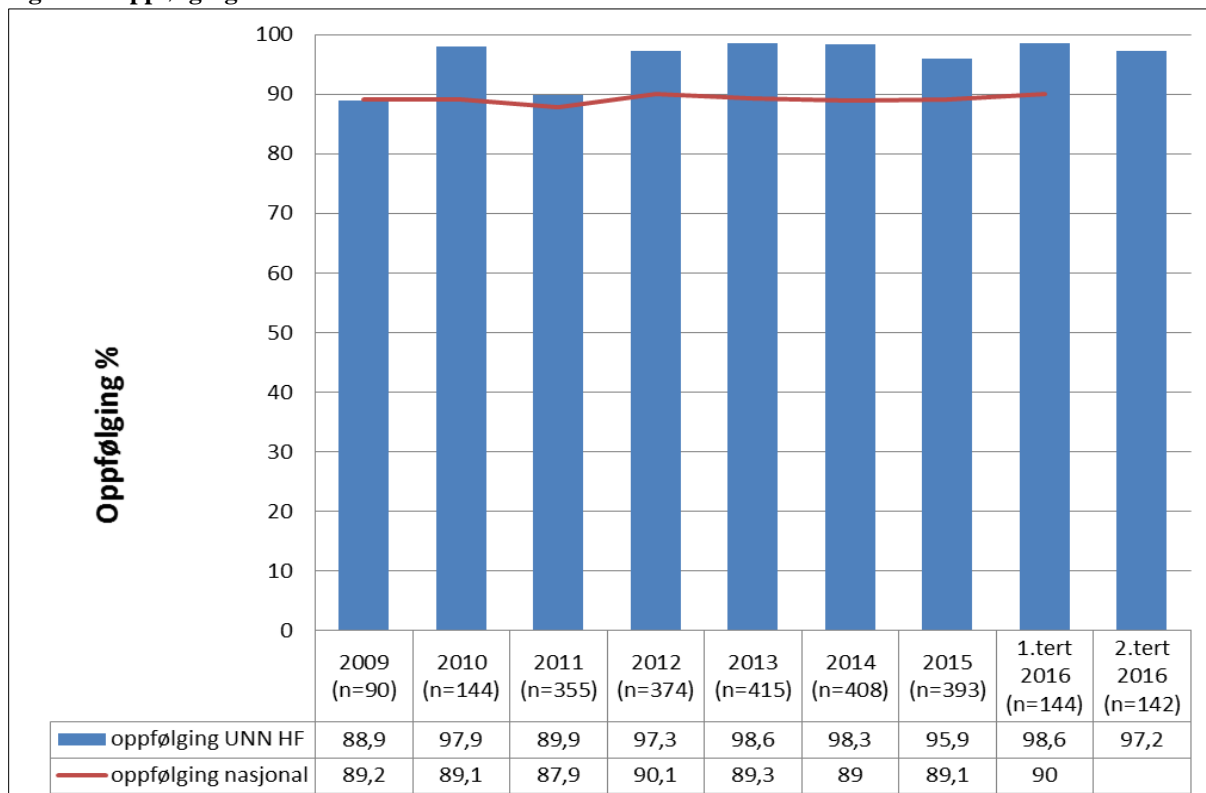
Figur 12 Infeksjoner etter bypass, høstested UNN 2009 – 2. tertial 2016



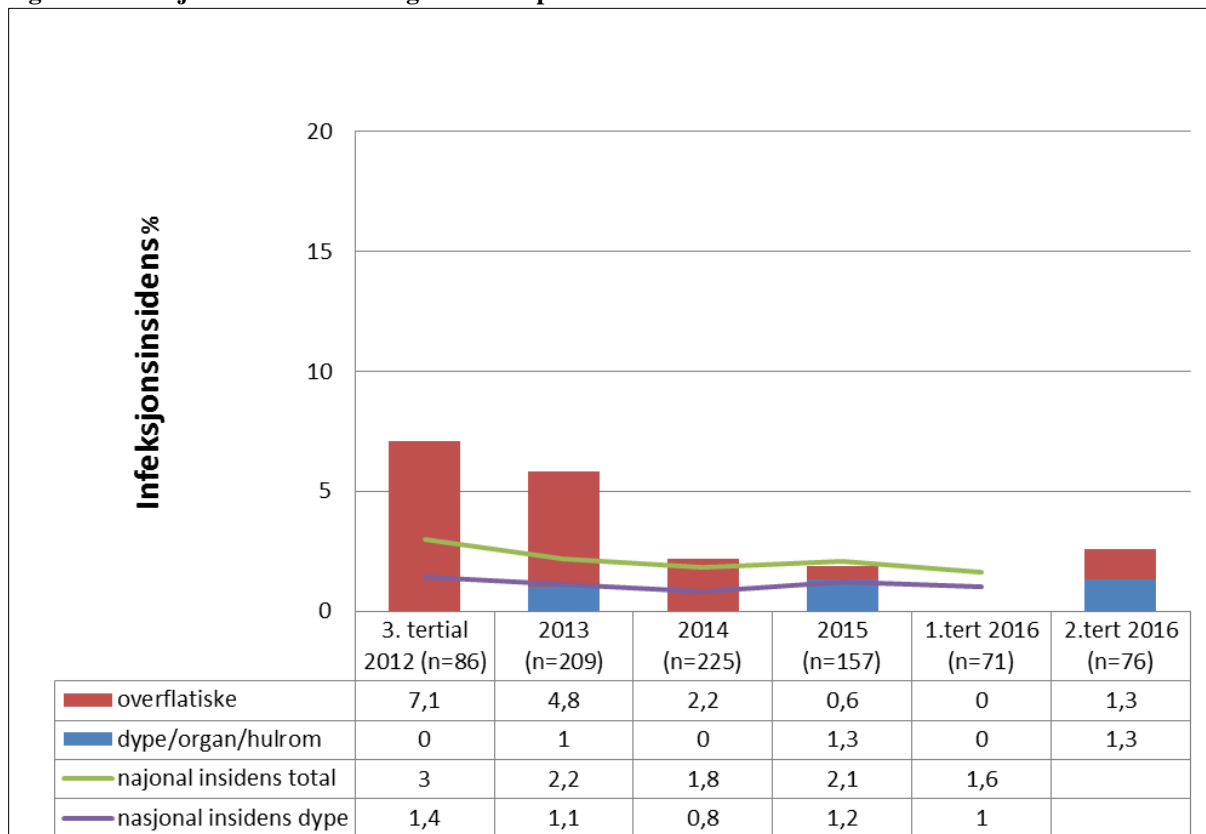
Figur 13 Infeksjoner etter keisersnitt UNN 2009 - 2. tertial 2016



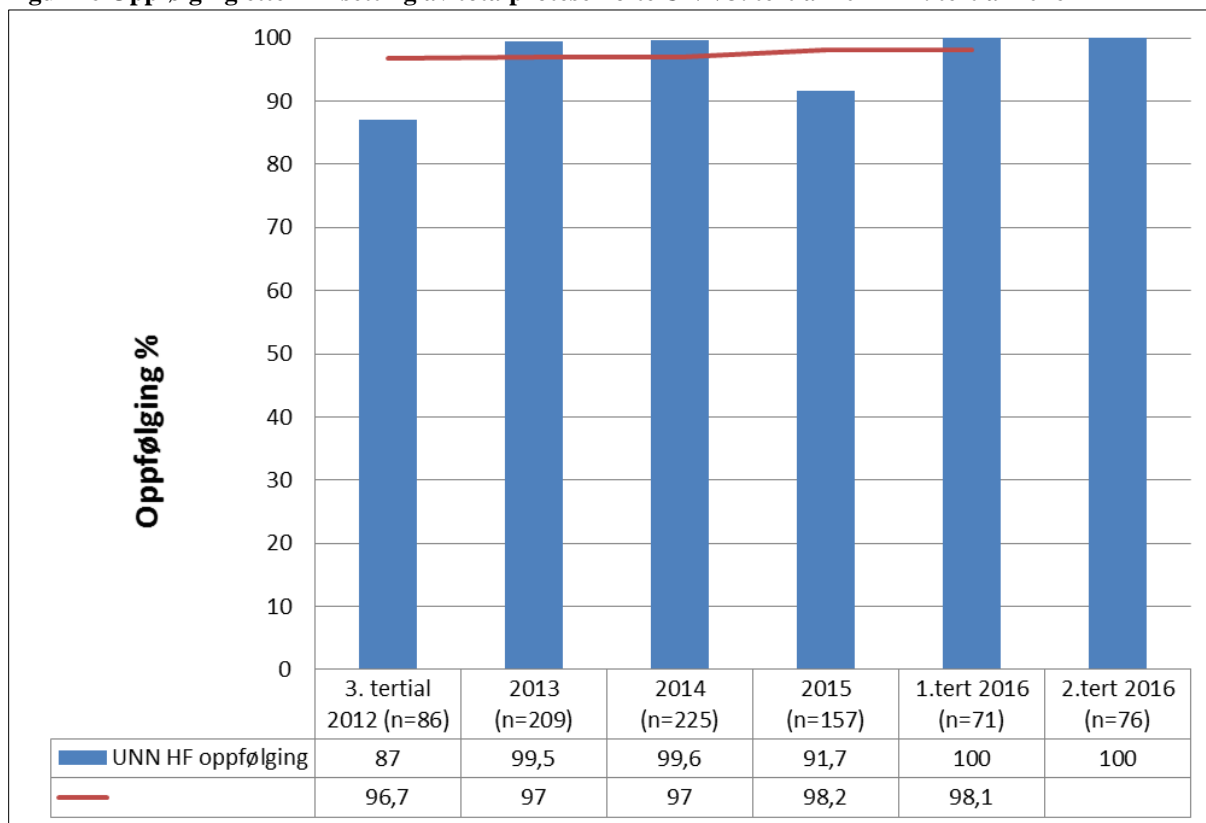
Figur 14 Oppfølging etter Keisersnitt UNN 2009 – 2. tertial 2016



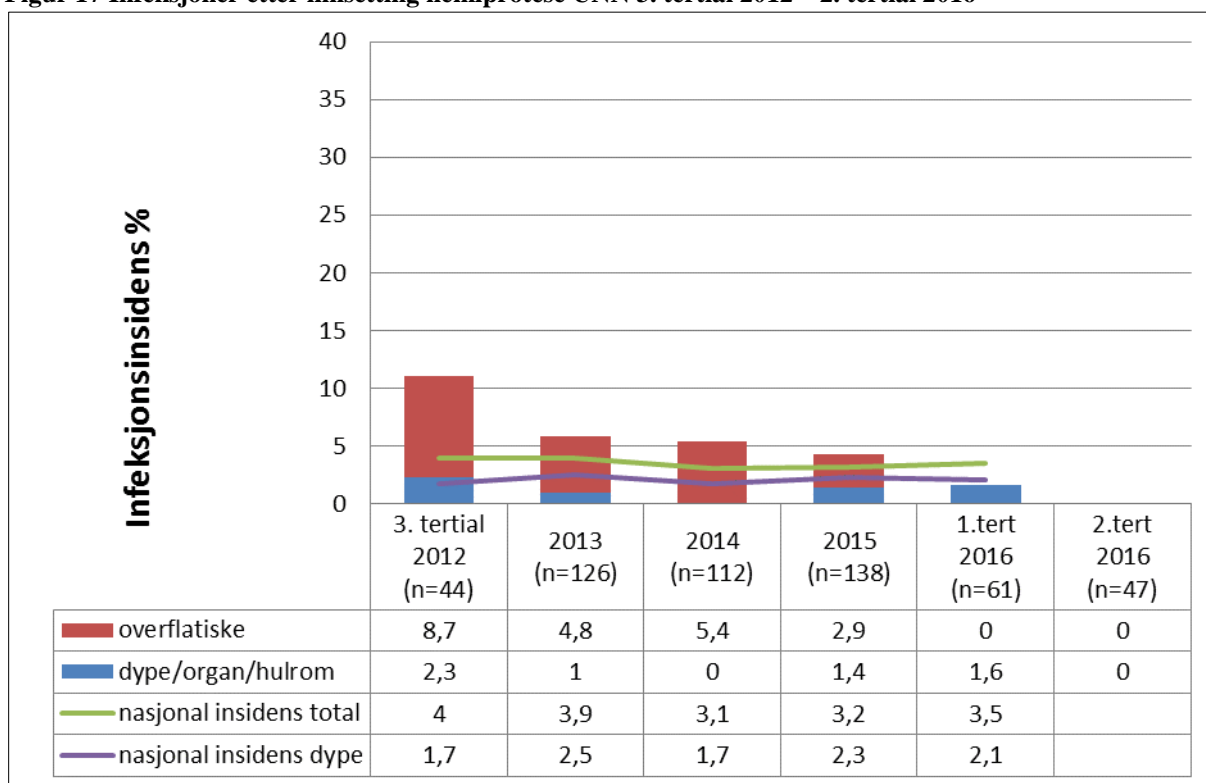
Figur 15 Infeksjoner etter innsetting totalhofteprotese UNN 3. tertial 2012 - 2. tertial 2016



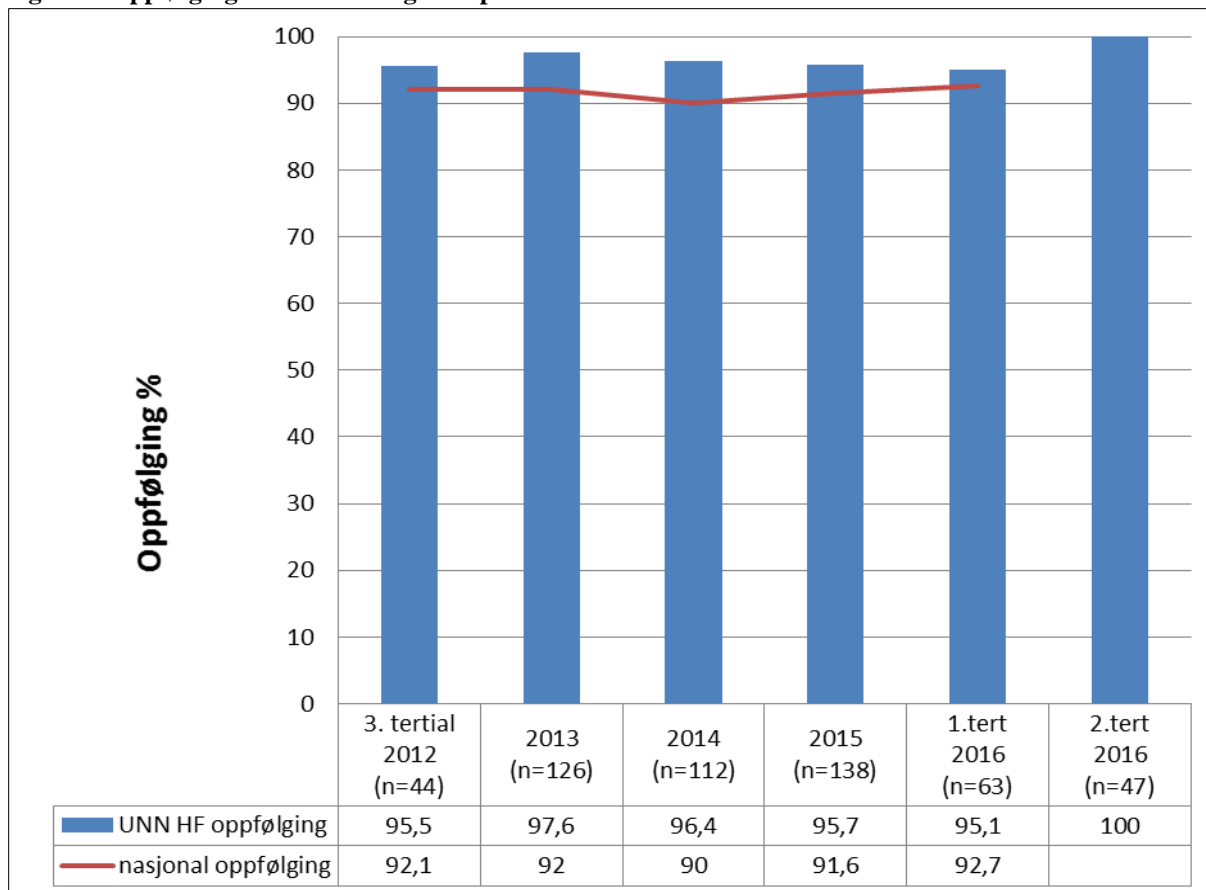
Figur 16 Oppfølging etter innsetting av totalprotese hoft UNN 3. tertial 2012 – 2. tertial 2016



Figur 17 Infeksjoner etter innsetting hemiprotese UNN 3. tertial 2012 – 2. tertial 2016

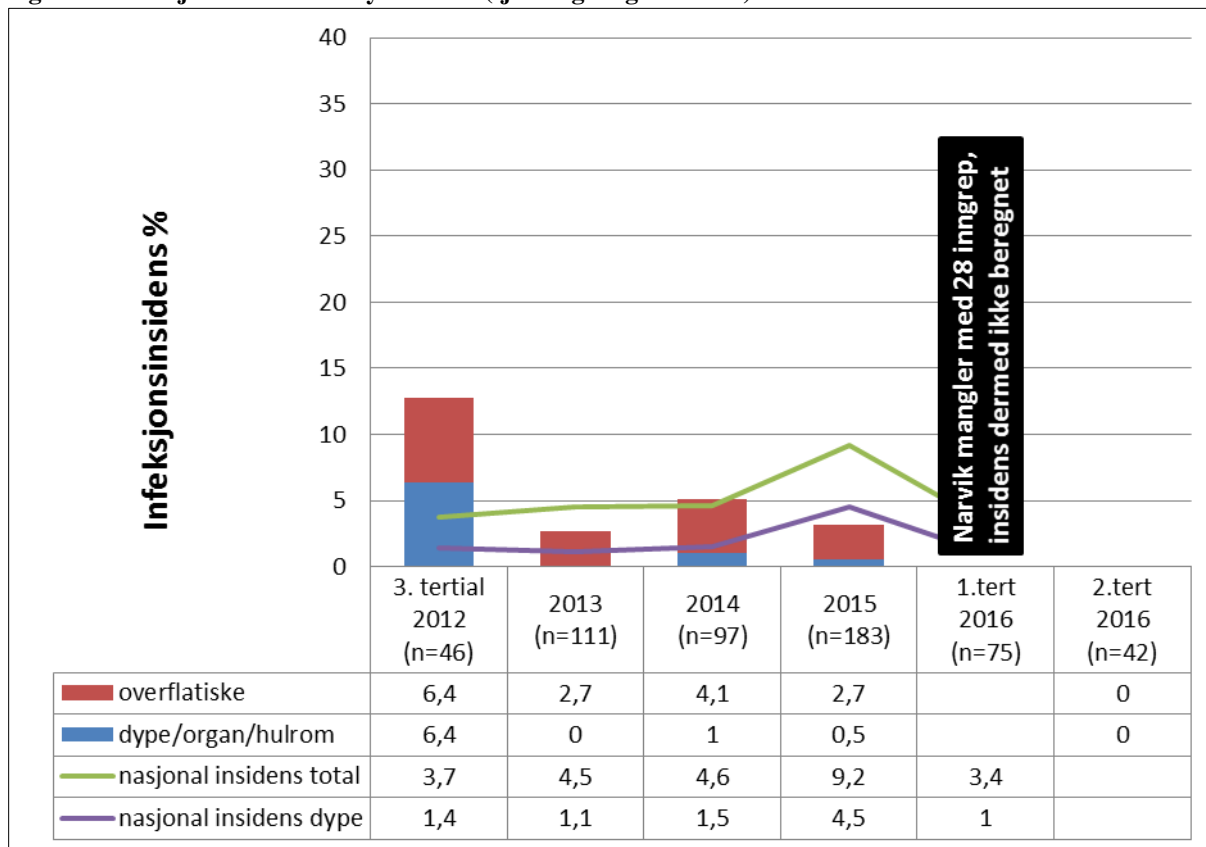


Figur 18 Oppfølging etter innsetting hemiprotese hofta UNN 3. tertial 2012 – 2. tertial 2016

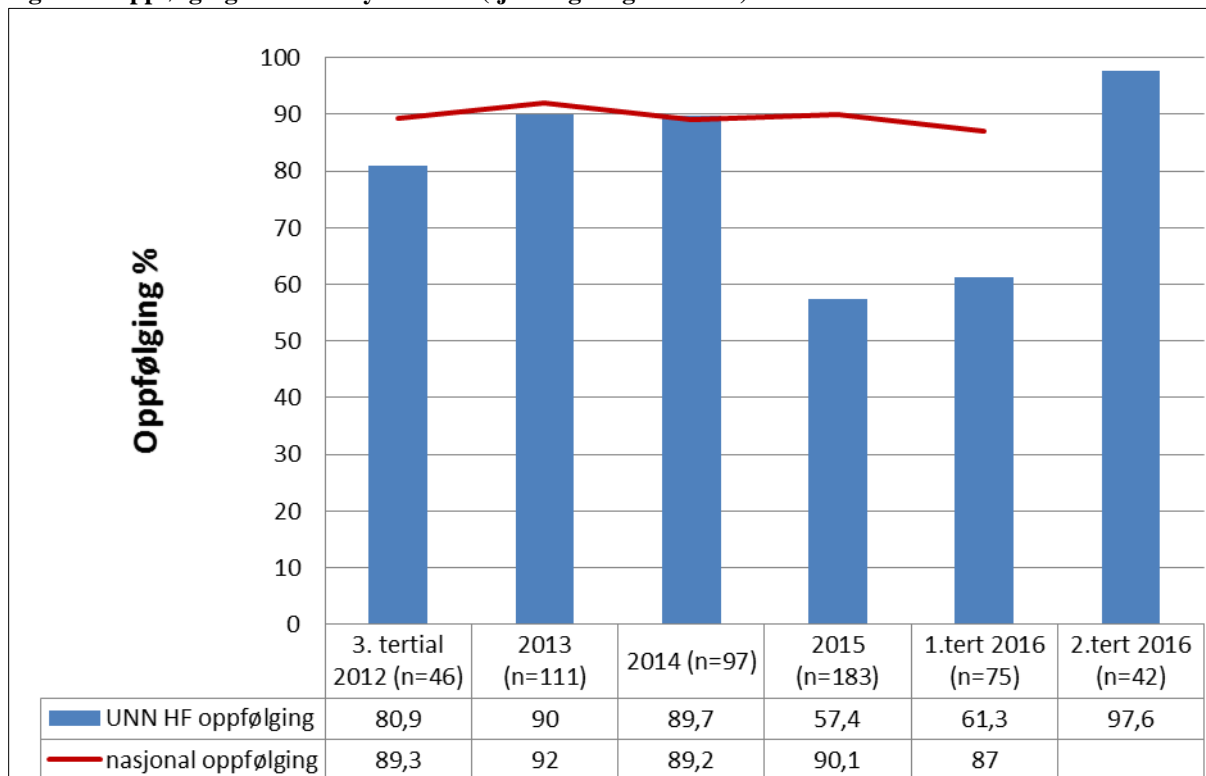




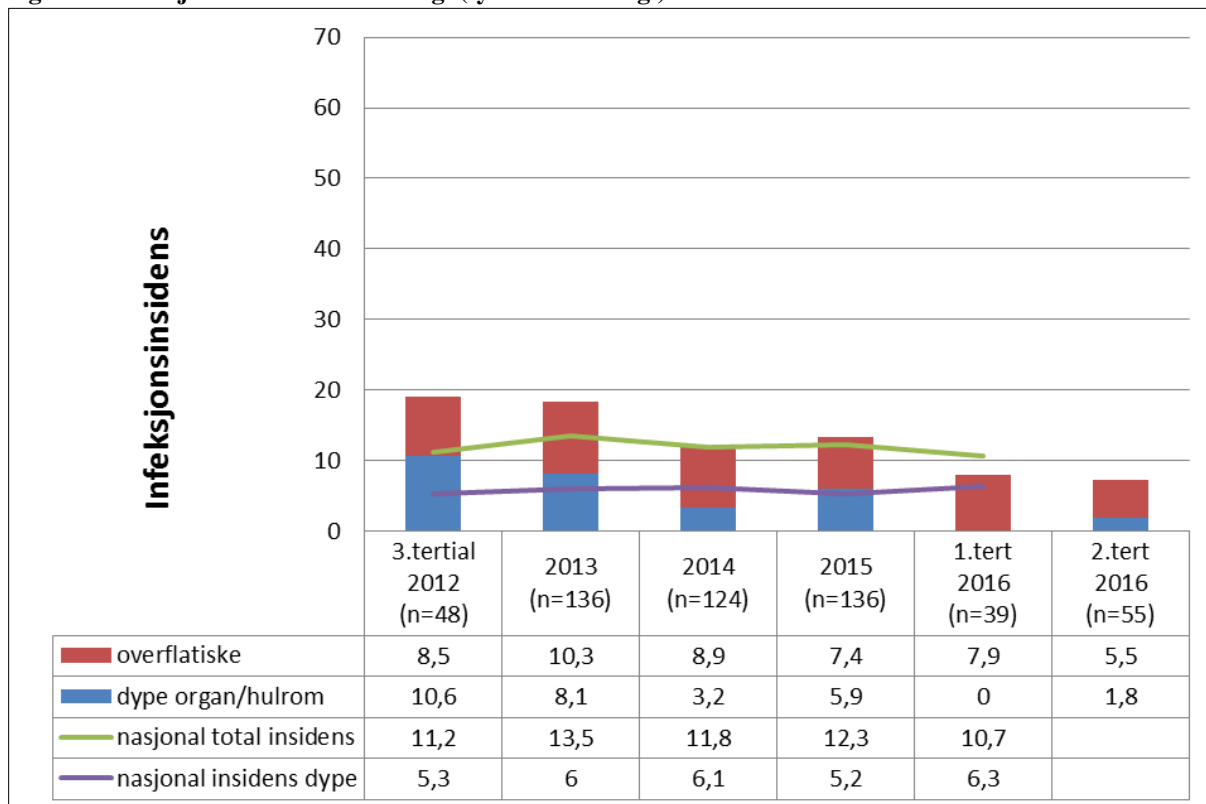
Figur 19 Infeksjoner etterolecystektomi (fjerning av galleblære) UNN 2009- 2. tertial 2016



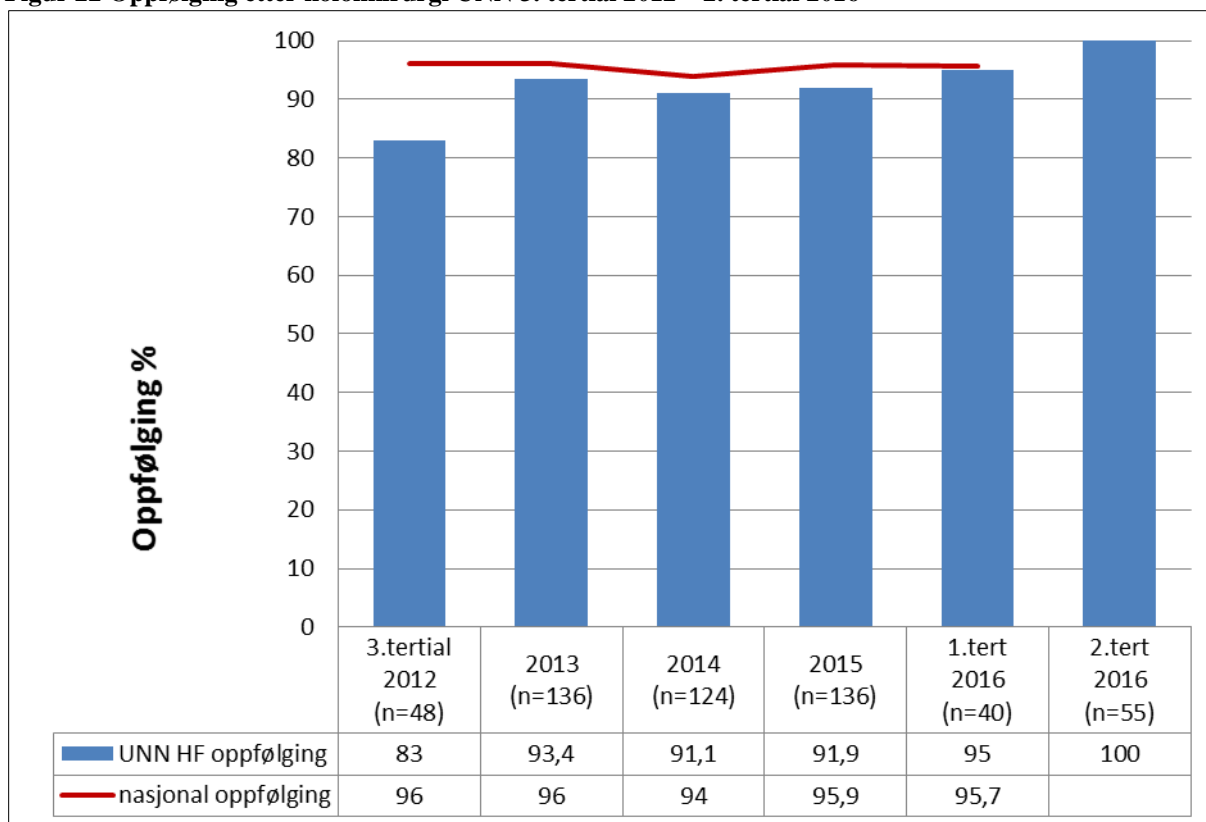
Figur 20 Oppfølging etterolecystektomi (fjerning av galleblære) UNN 3. tertial 2012- 2. tertial 2016



Figur 21 Infeksjoner etter kolonkirurgi (tykktarmkirurgi) UNN 3. tertial 2012- 2. tertial 2016



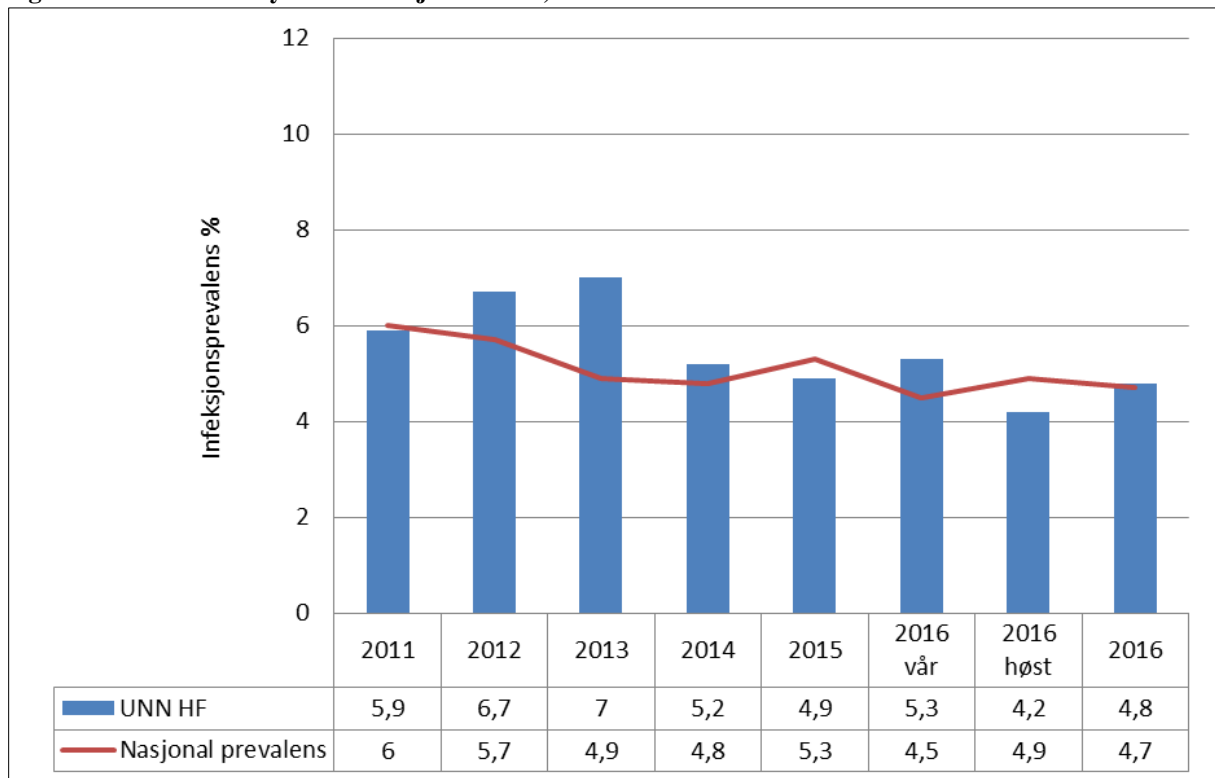
Figur 22 Oppfølging etter kolonkirurgi UNN 3. tertial 2012 – 2. tertial 2016



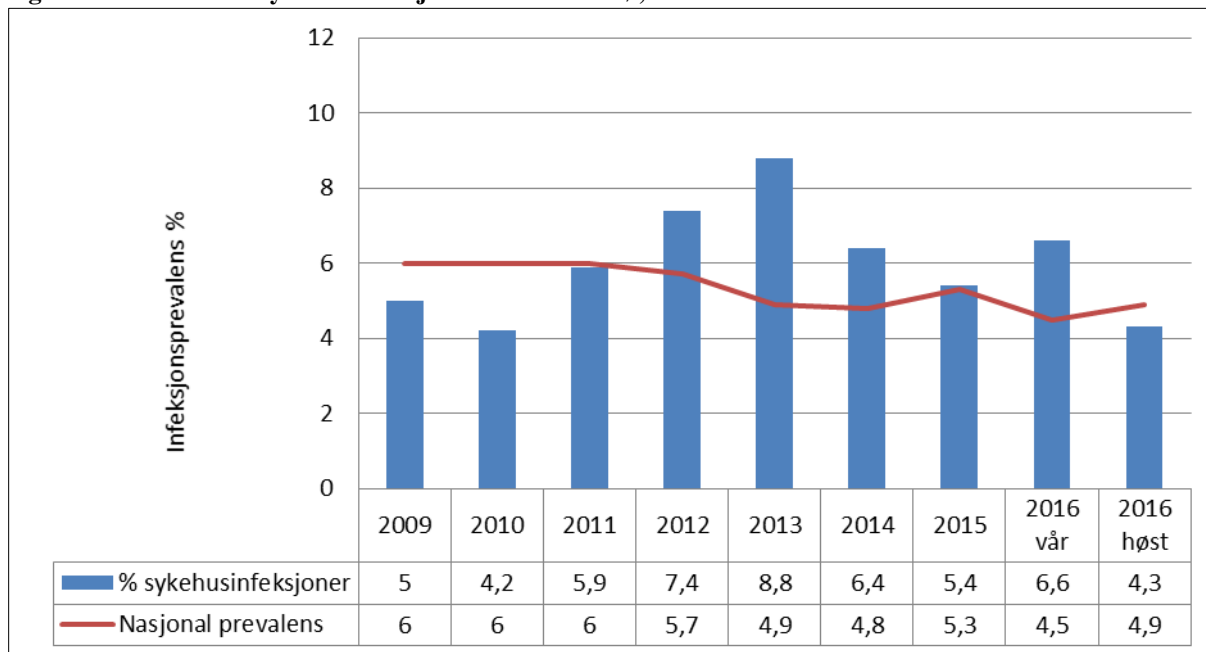
## Prevalensregistrering av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk.

Høstens registrering ble gjennomført 1-3 november. De fire vanligste sykehusinfeksjoner registreres: urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, postoperativ infeksjon og blodbaneinfeksjon. I tillegg registreres all antibiotikabruk. Helse- og omsorgsdepartementet satte som krav for 2016 at prevalens av sykehusinfeksjoner skulle være mindre enn 4,7. Legger man sammen vårens og høstens registrering får UNN prevalenstall på 4,8.

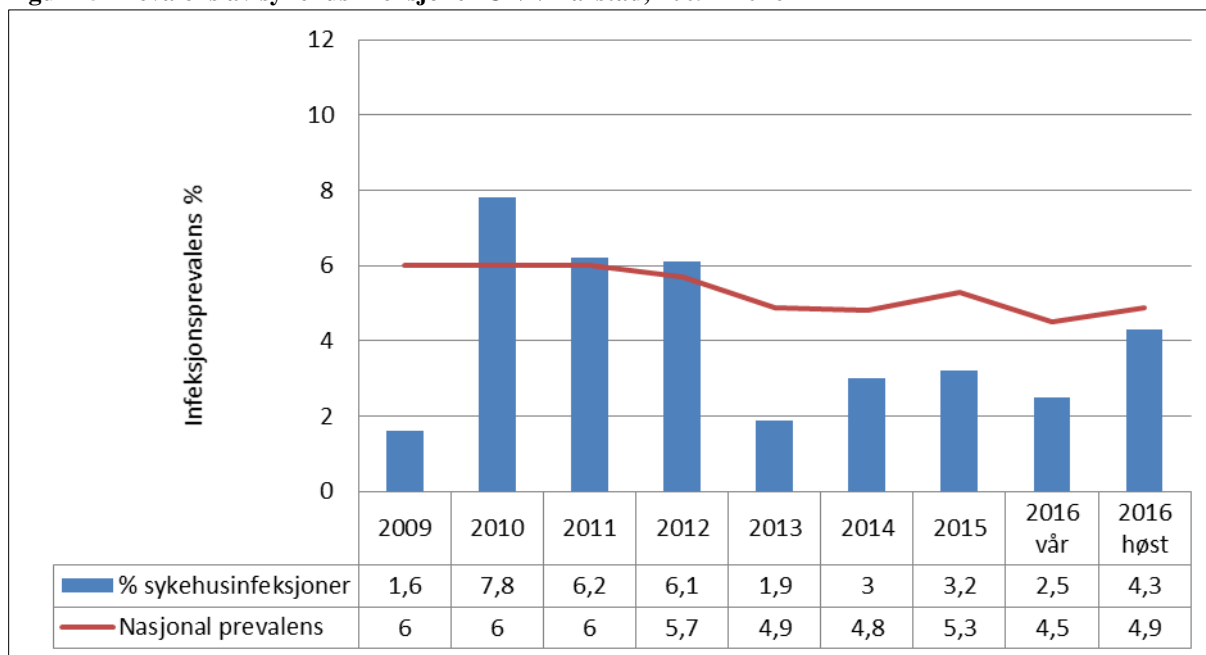
Figur 23 Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN, 2011 - 2016



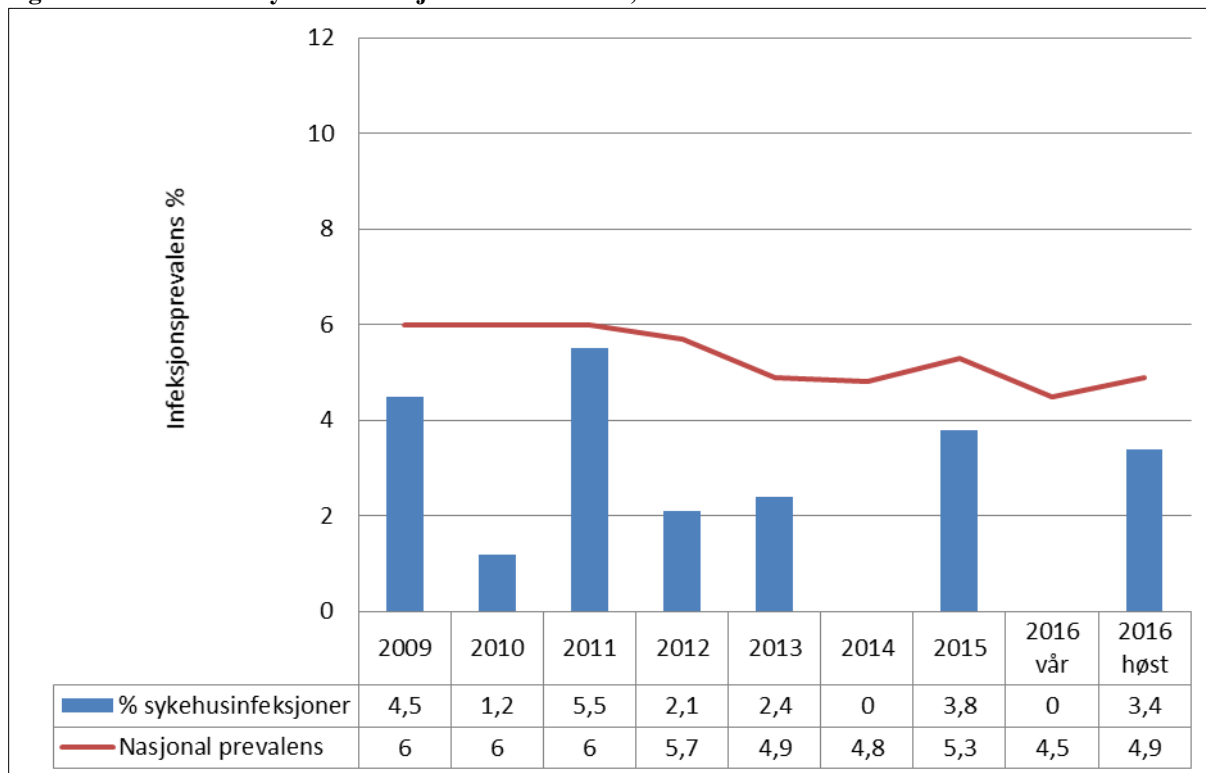
**Figur 24 Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN Tromsø, 2009 - 2016**



**Figur 25 Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN Harstad, 2009 - 2016**



Figur 26 Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN Narvik, 2009 - 2016



### Vurdering smittevern

Oppfølging av smittevernarbeidet har stort fokus i Kvalitetsutvalget og UNNs ledergruppe. Det har overordnet vært en god utvikling på smittevernområdet i UNN de siste årene, med nedgang særlig i dype infeksjoner etter de operative inngrep der dette registreres.

For å oppnå ytterligere forbedring på smittevernområdet er fortsatt fokus på basale smittevernrutiner viktig og nødvendig, og i så måte er smittevernvisittene et godt tiltak. Der er det fortsatt et forbedringspotensiale i oppfølgingen for flere enheter. Det er nødvendig at ledere aktivt korrigerer brudd på retningslinjen for arbeidsantrekk dersom UNN skal oppnå 100% etterlevelse. Dype, postoperative sårinfeksjoner forekommer nå relativt sjelden i UNN, men påfører de rammede pasienter store lidelser, og er ressurskrevende å håndtere. Alle slike infeksjoner bør derfor være gjenstand for grundig analysering av årsak, med tanke på å avdekke behov for tiltak for å forebygge nye infeksjoner.

### Tiltak smittevern

- Direktørfunksjonen i smittevern utformer i løpet av første tertial 2017 forslag til konkret arbeidsprosess for systematisk gjennomgang av alle dype, postoperative sårinfeksjoner.

## Helse, Miljø og Sikkerhet

### Grønt sykehus

#### ***Vurdering av resultat og grad av måloppnåelse på overordnet nivå i 2016***

Det følger av ISO standard 14001 at UNN jevnlig skal ta ut målinger for å kunne overvåke og måle de vesentlige miljøaspektene og graden av måloppnåelse. Informasjon om status, mulige avvik og forbedringspotensial, skal være en del av ledelsens gjennomgang. I 2017 skal alle helseforetakene rapportere på nasjonale indikatorer. En indikator er å se avfallsmengde i forhold til pasientbehandling. Det er utarbeidet prosjektrapport for klimaregnskap, og drift- og eiendomssjefen skal følge opp arbeidet og få på plass et miljøstyringssystem i LIS.

UNNs overordnede miljømål er å redusere CO<sub>2</sub> utslippet. Dette skal gjøres med å redusere energiforbruk, transport og avfall, og forbruksvarer med 3,3 % årlig. I denne gjennomgangen viser resultatene for hele 2016 sammenlignet med referanseåret 2014 på følgende indikatorer:

- Klimaregnskap (CO<sub>2</sub> utslipp)
- Forbruk energi pr m<sup>2</sup>
- Mengde avfall og sorteringsgrad
- Transport reiste km for leiebil, egen bil og fly

#### ***Klimaregnskap CO<sub>2</sub> utslipp***

Det overordnede målet for UNN HF er å bidra til at CO<sub>2</sub> utslippet reduseres. Det er utarbeidet et nasjonal mal for omregning av forbruk til CO<sub>2</sub> utslipp (klimaregnskap). Tabell under viser utslipp i tonn CO<sub>2</sub> på de indikatorene som det rapporteres på i denne gjennomgangen. I tillegg er det tatt med foretakets egne biler, ambulanse, pasientreiser og lystgass. I klimaregnskap er det bare avfall til forbrenning som regnes. Dette er restavfall, makulert papir, smitteavfall og medisinsk avfall.

Tabell 3 Utvikling CO<sub>2</sub> utslipp 2014 – 2016

CO <sub>2</sub> kilde	Utslipp i tonn CO <sub>2</sub>			
	2016	2014	Differanse	Differanse i %
Faststrøm og el-kjeler	4508	4 678	-170	-4 %
Pasientreiser totalt	4105	4037	68	2 %
Lystgass	2581	2105	476	23 %
Innenlandsreiser fly	1527	1227	300	24 %
Utenlandsreiser fly	963	1708	-745	-44 %
Ambulanse	623	630	-7	-1 %
Avfall til forbrenning	340	390	-50	-13 %
Foretakets egne biler eid/leaset	146	226	-80	-35 %
Fyringsolje	126	322	-196	-61 %
Privat bil bruk i tjeneste	116	138	-22	-16 %
Leiebil	46	68	-22	-32 %
<b>Totalt utslipp av CO<sub>2</sub></b>	<b>18317</b>	<b>18 736</b>	<b>-419</b>	<b>-2 %</b>

Tallene viser at totalt utslipp av CO<sub>2</sub> i 2016 er redusert 2 % sammenlignet med 2014. Det overordnede miljømålet til UNN er dermed nådd. Reduksjon i utenlands flyreiser og bruk av fyringsolje er en viktig årsak til dette resultatet. Det bemerkes at lystgass som er en del av pasientbehandlingen, bidrar vesentlig til CO<sub>2</sub> utslipp.

I forbindelse med revisjon av miljøhåndboken skal UNNs miljøstrategi vurderes. Det skal også gjøres en ny kartlegging av miljøaspekter. Klimaregnskapet og resultatet av kartleggingen vil gi viktig informasjon om hvilke miljøfokus UNN skal ha fremover. Vi ser at UNNs miljøstrategi må bli tydeligere på at bærekraftig drift også innebærer at fokus skal følge en livsløps linje dvs. fra produksjon, til innkjøp, forbruk til avfallshåndtering.

### **Resultat energiforbruk i kWh pr m<sup>2</sup>**

Det er et overordnet miljømål at UNN skal redusere energiforbruket med 3,3 % pr. år i eksisterende bygningsmasse. Tabell under viser energiforbruk i kWh totalt samt pr m<sup>2</sup> for fastkraft, fjernvarme, el-kjeler og oljekjeler i 2016 sammenlignet med 2014. Alle lokalisasjoner i UNN er med i beregningen unntatt distriktspsykiatriske sentre og ambulansestasjonene.

Tabell 4 Utvikling energiforbruk i 2014 og 2016

Type energi.	2016	2014	Differanse	Differanse i %
Fastkraft	35 316 580	33 040 671	-2 275 909	-7 %
Elkjel	9 759 101	13 738 212	-3 979 111	-29 %
Oljekjel	473 180	1 210 459	-737 279	-3 %
Fjernvarme	25 482 920	25 255 077	227 843	1 %
Totalt kwh	71 031 781	73 244 419	-2 212 638	-3 %
M2	185 850	169 300	16 550	10 %
<b>Sum pr m2</b>	<b>382</b>	<b>433</b>	<b>-50</b>	<b>-12 %</b>

Kildedata fra database Esave

Tallene viser at totalt forbruk kWh er redusert med 3 % i 2016 sammenlignet med 2014. Samtidig har antall kvadratmeter bygningsmasse økt med 10 %. Det gir en reduksjon på 12 % forbruk kWh pr m<sup>2</sup>. Måltallet om 3,3 % reduksjon pr år er oppnådd med god margin.

Alle lokalisasjoner i UNN er omfattet av ISO sertifiseringen. Det betyr at UNN sine miljømål er gjeldene for alle. Det er et avvik at noen lokalisasjoner ikke er registrert i kildedatabasen Esave. Drift og eiendomssjefen vil sikre at alle UNNs lokalisasjoner blir registrert og oppdatert med forbruk og antall m<sup>2</sup> i kildedatabasen, slik at alle er med i beregningen av energiforbruket i UNN.

### **Resultat på reiste kilometer med bil og fly for ansatte**

Det er et overordnet miljømål at UNN skal redusere reisevirksomheten med 3,3 % per år. Tabell under viser ansattreiser i km med leiebil, privatbil og flyreiser. Det er ikke mulig å få ut reiste km ved egen bil. Tall er derfor hentet ut av Agresso som registrer ansattes bruk av egen bil som utgiftspost. Denne er omregnet til kjørte kilometer etter en fastsatt kilometer takst.

Tabell 5 Utvikling ansattreiser 2014 og 2016

Transportmiddel	2016	2014	Forskjell i km	%
Leiebil*	263 674	386 990	-123 316	-32 %
Privat bil i tjeneste**	660195	757086	-96891	-13 %
Flyreiser innland***	8983085	7 215 682	1767403	24 %
Flyreiser utland***	5661476	10 051 974	-4390498	-44 %
<b>Totalt ant. km</b>	<b>15 568 430</b>	<b>18 411 732</b>	<b>-2 843 302</b>	<b>-15 %</b>

\*Data fra leiebilselskapet AVIS, \*\* Data fra Agresso UNN, \*\*\*Data fra G-Travel og Via egencia

Antall reiste kilometer med gjennomsnittlig 15 % i 2016 sammenlignet med 2014. Målet om 3,3 % årlig reduksjon er oppfylt med god margin. Fra medio juni 2015 strammet UNN inn reglene for bruk av egen bil i tjeneste. Bruk av leiebil skal benyttes når det er billigere, eksempelvis ved lengre dagsturer. Det kan forklare den reduserte bruken av egen bil. Det er et avvik at innlands flyreiser øker. Det anbefales at det gjøres en nærmere analyse på hvorfor innenlands flyreiser har økt. Det er positivt at utenlandsflyreiser nesten er halvert, og medfører at totalt reiste kilometer med fly er redusert. Når også bruk av leiebil er redusert, kan en forklaring på det, samt den generelle nedgangen i reiste kilometer, være at mange ansatte har tatt i bruk Skype for business.

Vi har ikke tall på bruk av el-biler som leiebil. Ingen av våre biler til intertransport er el-biler. Her har vi et forbedringspotensial, samt å få ladestasjoner for ansatte som har el-biler. Det skal også arbeides videre med å få reiste kilometer direkte ut av reiseregningene i PAGA.

### **Resultat mengde avfall totalt og sorteringsgrad**

UNN har som miljømål å redusere avfallsmengden med 3,3 % og øke sorteringsgraden med 5 % årlig. Tabell under viser avfallsmengden totalt og grad av sortering.

Tabell 6 Utvikling avfall totalt og sorteringsgrad 2014 og 2016

Avfall *	2016	2014		
Mengde	Tonn	Tonn	Differanse i tonn	Differanse i %
Sortert avfall	867	711	156	22 %
Restavfall	891	1102	-211	-19 %
<b>Total mengde</b>	<b>1758</b>	<b>1813</b>	<b>-55</b>	<b>-3 %</b>

\* Kilde er Remiks, HRS, Senja Avfall og Avfallservice.



Tallene viser at den totale avfallsmengden er redusert med gjennomsnittlig 3 % i 2016 sammenlignet med 2014. UNN sitt miljømål er nådd. Avfallsmengden må imidlertid ses i sammenheng med pasientbehandlingen. Økt pasientbehandling og tiltak begrunnet i smittefare gir økt avfallsmengde. For å få riktig grunnlag for å vurdere måloppnåelse, samt å kunne rapportere nasjonalt, er det viktig å få indikator på avfallsmengde pr behandlet pasient. Dette følges opp i arbeidet med å integrere driftsdata i HN-LIS.

Sorteringsgraden er økt med gjennomsnittlig 22 % og måltallet om 5 % økning er nådd med god margin. Dette viser at ansatte er blitt bedre og mer bevisst, på sortering av avfall.

## Tiltak Grønt sykehus

- Drifts- og eiendomssenteret og Kvalitets- og utviklingssenteret gjennomfører i samarbeid med aktuelle klinikker risikovurdering i forhold til bruk av lystgass, med formål om å oppnå reduksjon i forbruket.
- Drifts- og eiendomssenteret sørger for at alle UNNs bygninger/lokalisasjoner blir registrert og oppdatert med forbruk og antall m<sup>2</sup> i kildedatabasen, slik at alle er med i beregningen av energiforbruket i UNN.

## Arbeidsmiljøbrudd

### Status i arbeidet med rapportering om brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML)

Arbeidstidsbestemmelsene er utformet slik at et tilfelle kan gi flere brudd for de samme timene/vaktene. Tallmaterialet under viser ikke faktiske brudd, men varsler om brudd på arbeidstidsbestemmelsene. For å kunne redegjøre for antall faktiske brudd må en gå inn i hver enkelt arbeidsplan å kontrollere at lovlig etablerte dispensasjoner er registrert for gjeldende ansatt. Tilfeller der dispensasjoner, og lokale avtaler med fagforeninger, ikke er registrert i arbeidsplasssystemet vil generere varsel om brudd.<sup>4</sup> I tillegg er arbeidsplasssystemet bygget opp slik at rekkefølgen på registrering av overtid, vaktbytter og merarbeid er utslagsgivende for varsel om brudd. Videre vil akutte hendelser som krever forlenget arbeidstid for ansatte kunne føre til brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Disse hendelsene vil, ved tilsyn, kunne forklares med fare for liv og helse. Det må derfor utvises varsomhet i bruken av materialet.

Tabellen under viser omfanget av utvalgte varsler om brudd på arbeidstidsbestemmelsene for 3.tertial 2015 og 3.tertial 2016 ved UNN. Tabellen viser nedgang på alle de fire variablene. Størst reduksjon er på «Samlet tid per dag» og «Samlet tid per uke (snitt)» hver med henholdsvis -49% og -33% fra 3.tertial 2015 til 3.tertial 2016. Når det gjelder AML-brudd per uke, altså «AML timer per uke», samt «Ukentlig arbeidsfri», er det også nedgang med henholdsvis 10% og 3% fra 2015 til 2016 i samme periode. Totalt har det vært omtrent 30 % nedgang i samlet AML-brudd fra 2015 til 2016 i gjeldende periode.

**Tabell 7 Antall varsler om brudd på arbeidstidsbestemmelsene i AML for 3.tertial 2015 og 3.tertial 2016 i UNN HF**

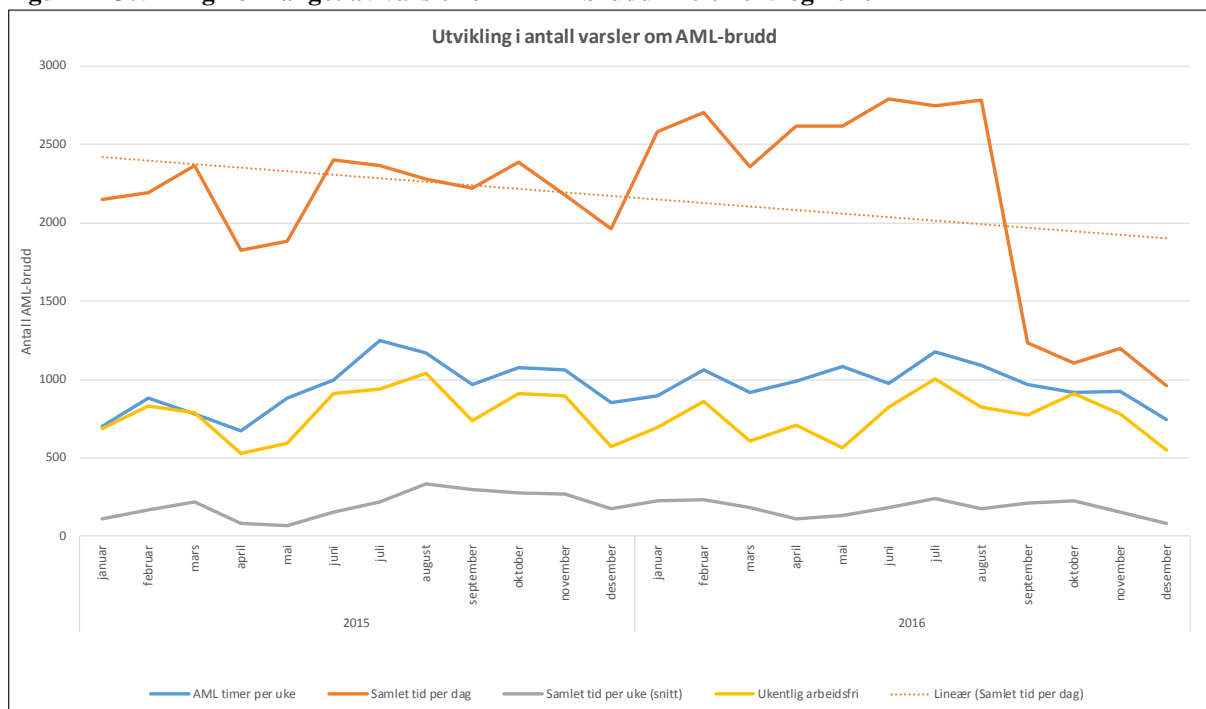
Brudtype	3.tertial 2015	3.tertial 2016	Endring fra 2015
AML timer per uke	3956	3552	-10,21 %
Samlet tid per dag	8751	4495	-48,63 %
Samlet tid per uke (snitt)	1015	675	-33,50 %

<sup>4</sup> Dette gjelder gjennomsnittsberegning av arbeidstid, avtalt kortere hviletid på døgn og uke, avtalt utvidet overtidsgrense på døgn, uke, måned samt overenskomst regulert kortere arbeidstid.

Ukentlig arbeidsfri	3116	3013	-3,31 %
<b>Totalt</b>	<b>16838</b>	<b>11735</b>	<b>-30,31 %</b>

Vi ser at bruddtype «*Samlet tid per dag*» utgjør den største andelen i begge periodene, med 51% av den totale andelen i 3.tertial 2015 og 38% i samme periode i 2016. I begge periodene utgjør «*Samlet tid per uke (snitt)*» den minste andelen.

**Figur 27 Utvikling i omfanget av varsler om AML-brudd i hele 2015 og 2016**



Figuren viser utviklingen i omfanget av varsler om AML-brudd for hele 2015 og 2016. Samtlige bruddtyper viser store variasjoner gjennom året, men med mange AML-brudd i ferieperioden. Bruddtype «*Samlet tid per dag*», som utgjør den største andelen av bruddtypene i både 2015 og 2016, viser større variasjoner sammenlignet med andre. Det er også dette bruddet som har hatt den bratteste nedgangen mellom august og september 2016. Det virker som om denne bruddtypen, altså «*Samlet tid per dag*», følger samme utviklingen som «*AML timer per uke*» og «*Ukentlig arbeidsfri*» fra og med september og ut året 2016. Ny gjennomgang og økt fokus på riktig registrering av avtaler og disposisjoner i Gat er en sannsynlig årsak til at AML-brudd «*Samlet tid per dag*» har gått ned.

Analyser av varsler om AML-brudd på enhetsnivå viser at ofte står noen få tilfeller for flest varsler i enheten. Det anbefales derfor å søke dispensasjoner, gjøre avtaler med tillitsvalgte og legge disse i Gat.

### **Rapportering på klinikknivå**

Tabellen over viser akkumulert statistikk på foretaksnivå. Gat som arbeidsplansystem har pr. i dag ingen gode løsninger for uttrekk av AML-data på klinikknivå. Rapportering på klinikknivå betinger manuell datavask, kartlegging av ansatte, deres arbeidsforhold og dispensasjoner for samtlige forekomster av varsler om brudd. I tillegg til at prosessen er svært tidskrevende, gir manuell databearbeidelse stor usikkerhet knyttet til datakvalitet.

Det pågår for tiden et arbeid på regionalt nivå med å gjøre Gat-analyse data tilgjengelig i datavarehuset HN-LIS. Blant disse dataene er det også data på varsler om AML-brudd. Datamaterialet behandles i datavarehuset slik at ovennevnte manuelle operasjoner blir automatisert. Dette prosjektet er i slutfasen. Det vil si at det pågår testing/verifisering av rapportene. Neste fase er utrulling i helseforetakene. En av grunnene til forsinkelse er at Gat har fått en ny versjon (versjon 6.4), og tallene man hentet fra den nye versjonen måtte tilpasses i dette prosjektet. Tilpasningsarbeidet er ferdig, og nå jobbes det med å avstemme data og ta stikkprøver. Til neste rapportering av AML-brudd, for 1.tertial 2017, kan HN-LIS tas i bruk for å hente rapportene.

I tråd med anbefalte tiltak i forrige LGG er det avholdt kurs om arbeidstidsregler for ledere og tillitsvalgte. Det pågår god dialog mellom Personal- og organisasjonsavdelingen og vernetjenesten/tillitsvalgte på foretaksnivå, med fokus er på felles ansvar for å jobbe målrettet for å redusere AML-brudd. Formelle og uformelle henvendelser fra tillitsvalgte i forhold til enheter der de opplever dette som økende/problematisk følges opp.

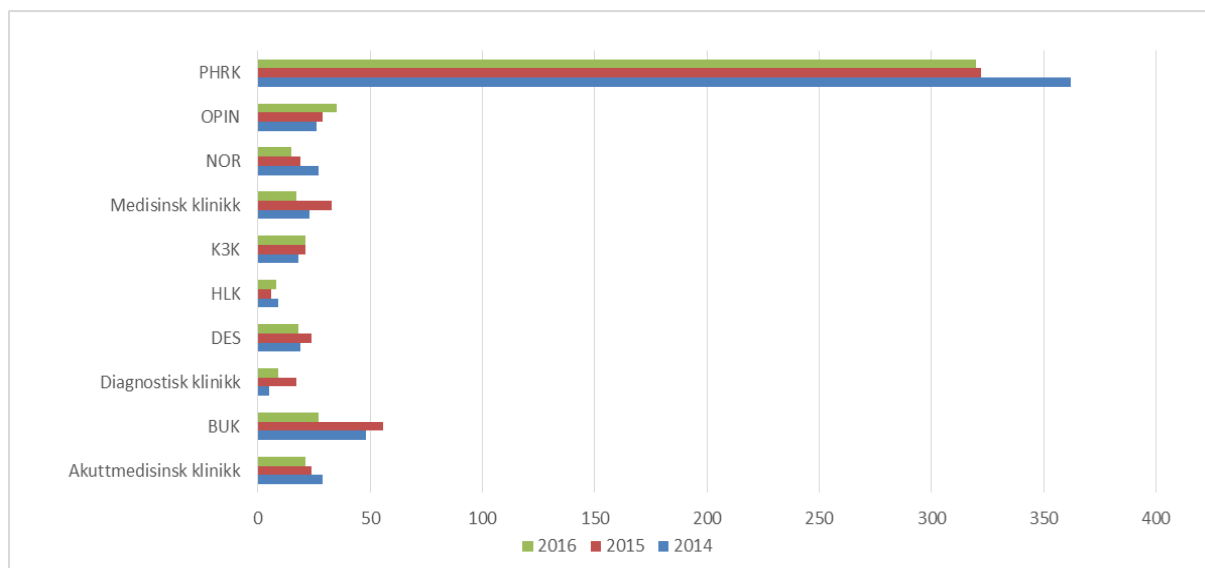
Dedikerte rådgivere skal følge opp arbeidet mot klinikkene for å redusere AML-brudd. Lederstøtte og organisasjonsutvikling har rådgivere med arbeidstid og AML-brudd som spesialfelt. Arbeidet med fokus på problemstillingen trekkes frem i alle problemstillinger hvor det er relevant samt at det gis spesifikk lederstøtte på forespørsel både i mindre grupper i klinikken og i direkte dialog med leder.

### **Tiltak AML brudd**

- AML-brudd gjøres tilgjengelig i ledelsesinformasjonssystemet HN-LIS
- Det gjennomføres kursing av ledere og tillitsvalgte i arbeidstidsregler
- Dedikerte rådgivere i Stabssenteret følger opp arbeidet for å redusere AML-brudd mot klinikkene

### ***Skademelding personal.***

Det er nesten ingen endring i det totale skadebildet. I Psykisk helse- og rusklinikken, som hovedsakelig rapporterer volds og trusselhendelser, er det ingen endring fra 2015 til 2016. I Barne- og ungdomsklinikken er det en betydelig nedgang i meldte voldshendelser, noe som kan forklares med endringer i pasientgrunnet. Det er en liten økning i antall voldshendelser i somatikken. Kvalitetsavdelingen skal endre meldeskjema for personalskader slik at det bedre fanger opp vold og trusler.



## Oversikt over vedtatte tiltak i Ledelsens gjennomgang og tiltakenes gjennomføring

ISO-14001 inneholder krav om oversikt over vedtatte og gjennomførte tiltak fra styrets behandling av LGG. Det gis en her oversikt over tiltakene, gjennomførte tiltak vil kun vises i det tertiale de er gjennomført. Det er 6 tiltak som er gjennomført i forrige tertial (presentert i LGG for 2. tertial 2016) og disse er fjernet fra tabellen.

Tabell 8 Gjennomføring av tidligere vedtak i LGG

Foreslåtte tiltak	Gjennomført
Kvalitets- og utviklingssenteret utarbeider i første tertial 2017 sak til UNNs ledergruppe med forslag til ambisjonsnivå i forhold til rydding av og kontroll på prosedyrer i foretaket. Saken skal inkludere forslag til prosesser for å bidra til at prosedyrer er oppdatert, og for hvordan nasjonale, kunnskapsbaserte prosedyrer skal innføres i UNN.	Kvalitetsavdelingen har søkt samarbeid med OUS som har pågående et prosjekt angående prosedyrearbeid.
Tilbaketrekking av prosedyrer med overskredet dato gjennomføres som tidligere vedtatt, etter varsling til dem som har ansvar for prosedyren.	
Utvikling og forbedring av avvikshåndtering og meldekultur følges opp i arbeidet med å utvikle UNN som en lærende organisasjon preget av kontinuerlig forbedring. Kvalitets- og utviklingssenteret utarbeider ledermøtesak som beskriver status i arbeidet og foreløpige tiltak i første tertial 2017. I tilknytning til denne saken skal det også diskuteres om det er for stort sprik mellom UNNs klinikker i forhold til prioritering av dedikerte ressurser til systematisk forbedringsarbeid.	Er under oppfølging. Forslag om dedikerte kvalitetsrådgivere i alle klinikker er vedtatt.
Kvalitets- og utviklingssenteret får ansvar for å etablere system for kontinuerlig registrering av §3.3a-meldinger (varsel om alvorlige hendelser) til Statens Helsetilsyn, slik at UNN har samlet oversikt over disse.	Under planlegging – blir sett på sammen med ny gjennomgang av saksflyt og avvikshåndtering UNN. Registrere fra og med 1.1.2017

I rapporter fra interne revisjoner bes revisjonsteamet utarbeide sjekklister/tiltaksbeskrivelse for oppfølging, for å støtte prosessen med å lukke avvik i reviderte enheter og i andre enheter som har tilsvarende utfordringer.	
Kvalitets- og utviklingssenteret etablerer fast læringsløype etter interne revisjoner. Rapport bør inneholde vurdering av påviste avvik i revidert enhet, samt risiko i andre enheter enn de reviderte. Rapportene legges frem for Kvalitetsutvalget, og videreformidles deretter til aktuelle klinikker/enheter.	Følges opp i pågående og kommende interne revisjoner.
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken og Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken er bedt om å beskrive tiltak for å sikre adekvat oppfølging av pasientklagesaker, inkludert tilsynssaker, innen frist. Tiltakene presenteres for Kvalitetsutvalget senest i løpet av januar 2017.	Begge klinikker har iverksatt tiltak
Direktøren løfter frem betydningen av å svare på pasientklagesaker innen de frister som er satt og på korrekt måte i sine statusmøter for ledere.	Utført
Stabsmøtet diskuterer om det er behov for mer systematisk opplæring i og/eller støttefunksjoner i arbeidet med å svare på pasientsaker.	Kvalitetsavdelingen tilbyr nå slik opplæring til enheter som etterspør. Tas videre med i arbeidet med opplæringsystemer i kontinuerlig forbedring.
Opplæring av ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste i arbeidstidsregler og årsaker til AML-brudd. Opplæringstilbudet skal spesielt rette seg mot enheter som har mange AML-brudd.	
Etablere samarbeidsarenaer på seksjons-/enhetsnivå mellom ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste omkring arbeidstidsplanlegging og hvordan behov for overtid skal løses	
Følge opp arbeidet med redusere AML brudd både i form av lederstøtte fra personalrådgiver og som tema på oppfølgingsmøter med klinikkene.	
Kvalitetsavdelingen utarbeider egen sak til Kvalitetsutvalget om avvik knyttet til legemiddelhåndtering.	En student lager masteroppgave med utgangspunkt i å se på legemiddelhåndteringsavvik i UNN. Resultatene av oppgaven blir forelagt kvalitetsutvalget vår 2017.
For å ytterligere fokusere på ledernes oppfølging av avvik skal andel avvik som ikke er avsluttet fremgå av dashbordet i UNN-KIS eller HN-LIS for alle enheter så snart denne funksjonen er på plass i et av systemene.	Det er igangsatt arbeid med å få data fra Docmap inn i HN LIS. Saken følges også opp av Forvaltningsforum Docmap.
Kvalitetsavdelingen utarbeider forslag til hvordan hendelsesanalyser systematisk kan tas i bruk som verktøy for å sikre læring og erfaringsoverføring etter alvorlige hendelser i UNN.	Iverksatt – flere analyser er gjennomført
Kvalitetsavdelingen tar initiativ til å etablere nettverk for klinikkens kvalitetsrådgivere for å bidra til erfaringsutveksling, læring på tvers av klinikkene og opplæring.	Er under etablering. Ledergruppen har vedtatt at alle klinikker skal ha dedikerte

	<p>                     kvalitetsrådgivere.                      Funksjonsbeskrivelse for disse                      og mandat for nettverket er                      under utarbeidelse.                 </p>
<p>                     Medisinsk klinikk v/Smittevernssenteret bes utarbeide sak til                      Kvalitetsutvalget om hva som må til for at UNN skal nå den                      regionale null-visjonen for sykehusinfeksjoner som kan forebygges.                 </p>	<p>                     Ny sak fra direktøren i                      smittevern/Smittevernssenteret                      i april 2017.                 </p>
<p>                     Det systematiske arbeidet for å redusere forekomst av                      personalskader som er utført i samarbeid mellom Barne- og                      ungdomsklinikken og Bedriftshelsetjenesten følges opp i AMU, og                      identifiserte tiltak følges også opp i Psykisk helse- og rusklinikken.                 </p>	<p>                     Barne- og ungdomsklinikken                      bes å videreformidle                      identifiserte tiltak til KVAM                      utvalget i Psykisk helse og                      rusklinikken.                 </p>