



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
56/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	21.06.18
Saksansvarlig: Elin Gullhav		Saksbehandler: Grete Åsvang

Ledelsens gjennomgang 2017

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 2017* og ber direktøren følge opp de beskrevne tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

Bakgrunn

Gjennomføring og styrebehandling ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) av *Ledelsens gjennomgang* (LGG) er et krav i oppdragsdokumentet fra det regionale helseforetaket. Direktøren besluttet 9.1.2018 ny modell for gjennomføring av LGG. Endringen er i tråd med *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* og et viktig ledd i utviklingen av UNN som en organisasjon preget av kontinuerlig forbedring.

Formål

Formålet med styresaken er å informere styret om ledelsens gjennomgang av virksomheten for 2017, samt vurdering av tiltak for måloppnåelse innenfor valgte hovedområder.

Saksutredning

Ny modell for LGG ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) innebærer gjennomføring på avdelings-, klinikk- og foretaksnivå, som ledd i å bedre læring på alle nivåer og på tvers i organisasjonen. UNN er inne i en overgangsfase mellom gammel og ny modell. LGG 2017 har delvis fulgt ny modell ved å behandle vedtatte hovedområder, mens gjennomgangen denne gang er gjort på foretaksnivå. Flere avdelinger i UNN har bidratt i forberedelsen. Kvalitetsavdelingen har hatt det overordnede ansvaret for arbeidet. Hovedområdet miljøledelse er del av LGG for første gang. Beskrivelsen er bygget opp i tråd med ISO-sertifiseringens krav, og følger derfor en annen oppbygging enn de øvrige hovedområdene. Dokumentet ble gjennomgått i direktørens ledermøte 5.6.2018.

Antall meldte avvik er jevnt økende fra 4448 i 2013 til 8666 i 2017. Meldte pasienthendelser økte fra 289 til 1784 i samme periode. Det ble gjennomført 5 hendelsesanalyser på alvorlige

pasienthendelser i 2017. Dokumenter i Docmap økte fra 21814 i 2016 til 23364 i 2017. Antallet prosedyrer er jevnt stigende, fra 8843 i 2012 til 12693 i 2017.

Det er gjennomført 12 internrevisjoner på foretaksnivå. Hver revisjon ble gjennomført i flere klinikker. Det har ikke vært mulig å innhente status for oppfølgingsarbeidet i klinikkene. Ny modell iverksettes for interne revisjoner, og innebærer 3-årig revisjonsprogram og revisjoner gjennomført på foretaks- og klinikknivå, samt egeninspeksjoner.

Kompetansemodulet i det elektroniske verktøyet Personalportalen er under innføring. Innholdet i modulet skal inneholde kompetanseplaner og -krav, dokumentasjon av kompetanse, utviklingssamtaler, utviklingsmål og på sikt CV. Det pågår et arbeid i samarbeid mellom Personal- og organisasjonsavdelingen og klinikkene for å definere sentrale og lokale kompetanseplaner og kurs.

I UNNs kvalitets- og styringssystem mangler vi en samlet oversikt over vedtatte mål og strategier, avdekkede risikoområder, gjennomførte tiltak og dokumentasjon av oppfølging. Etterlevelsen av vedtatte mål og strategier blir derfor krevende å følge opp. Utarbeidelse av et elektronisk verktøy (styringshjul) for slik oversikt pågår i samarbeid mellom klinikker, foretakscontroller og Kvalitetsavdelingen.

Klinikkene er ansvarlig for iverksettelse og oppfølging av relevante tiltakspakker i Pasientsikkerhetsprogrammet. De fleste klinikkene har innført de fleste innsatsområdene. Implementering av nye regionale prosedyrer for legemiddelsamstemming er under implementering. Det pågår et arbeid for å utarbeide rapport i det elektroniske ledelsesinformasjonssystemet (HN-LIS), for å følge måloppnåelsen.

Infeksjonskontrollprogrammet i UNN består av smittevernrutiner, nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk, antibiotikastyringsprogram UNN, Antibiotikateam (A-team), retningslinjer for avfallshåndtering, norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS) samt smittevernvisitter. Nytt IKT-verktøy for prevalensregistrering er tatt i bruk. Ny arbeidsfordeling i prevalensregistreringen har fungert bra. Det har vært et økende antall gjennomførte smittevernvisitter i 2017.

Styringssystemet for informasjonssikkerhet gjelder all informasjonsbehandling som skjer i foretaket og skal sikre at administrerende direktør (databehandlingsansvarlig) etablerer nødvendige krav, operative retningslinjer og prosedyrer. Det er ikke innført tilfredsstillende prosedyrer og rutiner på alle områder, slik at lovpålagte plikter, pasienters og andre registrertes rettigheter etterleves.

UNN har fem års erfaring med miljøarbeidet og er sertifisert som Grønt sykehus. Resultatene viser at miljøstyringssystemet virker etter hensikten, men det er potensiale for ei bedring i oppfølging av mål og tiltak. En vesentlig mangel for miljøstyringen er at relevante indikatorer ikke er integrert i foretakets elektroniske ledelsesinformasjonssystem (HN-LIS). Slik tilgjengelighet vil enklere sikre en kvalitativ behandling av data, som grunnlag for den tertiale og årlige prestasjonsevalueringen på miljø.

UNN har ikke nådd miljømålene på alle områder. Det er igangsatt et lagerstyringsprosjekt for å redusere forbruk og svinn. Det jobbes med å sikre at forbruk av lystgass kan måles. Oppfølging av miljøarbeidet settes inn i et årshjul. Det utarbeides en plan for å få miljøindikatorerne inn i det elektroniske ledelsesinformasjonssystemet.

Medvirkning

Saken er forelagt felles drøftings- og medvirkningsmøte for ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt brukerutvalgets arbeidsutvalg fredag 8.6.2018. Møtet sluttet seg til at saken

forelegges styret til endelig behandling 21.6.2018. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten var spesielt opptatt av egen medvirkning i prosessen rundt utvikling av fremtidige LGG-rapporter.

Vurdering

Direktøren er fornøyd med at ledelsens gjennomgang av virksomheten for 2017 er gjennomført etter prinsippene i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*, og at måloppnåelse for vedtatte hovedområder i ny modell er gjennomgått og evaluert. Dette er et skritt i riktig retning mot den nye modellen som forventes implementert i løpet av en treårs periode.

Direktøren er ikke fornøyd med at det ennå ikke er innført tilfredsstillende prosedyrer og rutiner på alle områder, slik at lovpålagte plikter, pasienters og andre registrertes rettigheter etterleves når det gjelder informasjonssikkerhet og personvern. Arbeidet med innføring av elektronisk kompetansestyring er godt i gang. Det gjenstår likevel et betydelig arbeid før alle enheter har på plass det faglige innholdet. Direktøren er tilfreds med de positive resultater innenfor smittevernområdet. Det er viktig at ledere følger opp etterlevelse av rutiner og overvåker egne resultater på smittevernområdet. Direktøren er tilfreds med den positive utvikling i meldekultur. Det er likevel viktig å rette et økende fokus mot oppfølging av avvik og uønskede pasienthendelser, for å sikre læring og forbedring. For å øke pasientsikkerheten er det et mål å sikre at overlappende prosedyrer erstattes av en overordnet prosedyre. Direktøren er fornøyd med den bedrede gjennomføringen av Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker. Det er gjort et betydelig arbeid med å forbli sertifisert som Grønt sykehus. Direktøren erkjenner at vi til tross for god fremgang fortsatt har flere områder til forbedring av miljøstyringen.

Gjennom arbeidet med ny modell for ledelsens gjennomgang er Beredskap pekt ut som et nytt hovedområde som vil inngå i LGG fra 2018. Det vurderes også at personalområdet (AML-brudd, sykefraværsoppfølging og rekruttering), styrets hovedindikatorer og økonomi skal inkluderes i fremtidig LGG.

Konklusjon

Den samlede vurderingen er at UNN har hatt en positiv utvikling i 2017. LGG har avdekket områder med manglende måloppnåelse. Det viktigste funnet er likevel at det er avdekket mangler på systemnivå, som har dannet grunnlag for beslutning om ny modell for interne revisjoner, ny modell for LGG og nytt elektronisk styringshjul.

Resultater fra arbeidet med LGG vil bli fulgt opp på foretaksnivå og i klinikkene. Flere av tiltakene er allerede påbegynt. Oppfølgingen av LGG 2017 inngår i LGG 2018.

Tromsø, 8.6.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

1. Tiltaksliste LGG 2017
2. Rapporten *Ledelsens gjennomgang - 2017*

Ledelsens gjennomgang 2017 - tiltaksliste

Bakgrunn

Direktørens ledergruppe vedtok ny modell for gjennomføring av LGG 9. januar 2018, i tråd med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Ny modell innebærer å gjennomføre LGG både på avdelings-, klinikk og foretaksnivå. Tidligere modell for LGG var en delvis gjennomgang av resultater og delvis gjennomgang av styringssystemet. I ny modell vil LGG være en gjennomgang av styringssystemet, der en ser til at systemet er godt nok etablert til å sikre at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. LGG 2017 er gjennomført delvis i tråd med ny modell. Vi er ikke kommet langt nok i iverksettingen til å gjennomføre LGG på avdelings- og klinikknivå denne gang. Ved neste Ledelsens gjennomgang vil en følge opp de tiltak som beskrives i LGG 2017.

Hovedområde Avvikssystem

Antall meldte avvik er jevnt økende, fra 4448 i 2013 til 8666 i 2017. Antall meldte pasienthendelser økte fra 289 til 1784 i samme periode. UNN gjennomførte 5 hendelsesanalyser på alvorlige pasienthendelser i 2017.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Den nye forbedringsstaben utarbeider program for systematisk opplæring i forbedringsarbeid for ansatte og ledere i UNN.	Forbedringsstab	1/1-19
KVAM-utvalgene skal ha som fast sak på møtene å behandle oversikt over avvik i egen klinikk/ senter. Herunder følge opp at avvikene gjennomgås, tiltak utarbeides og iverksettes og evaluere effekt.	Klinikksjefer Senterledere	1/10-18
Kommunikasjonsavdelinga er i gang med å utarbeide Kommunikasjonsplan for UNN. Planen skal også omfatte klinisk kommunikasjon. Faglig innhold i planen skal utarbeides i samarbeid med KVALUT.	Kommunikasjonsavd. KVALUT v/ Med fagsjef, Klinisk utdanningsavd. og Kvalitetsavdeling	1/11-18
Fullføre påbegynt arbeid med å utarbeide oversikter over hva som skal meldes og varsles innenfor de ulike fagområder: « <i>Avdelinger skal ha oversikter med eksempler på hva som skal meldes Meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3 og varsles Helsetilsynet etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3a.</i> », jfr PR31377 Alvorlige og utilsiktede pasienthendelser: håndtering av pasienter, pårørende, helsepersonell og korrekt melding og varsling.	Klinikksjefer	1/10-18

Hovedområde dokumentstyring

Antall dokumenter i Docmap økte fra 21814 i 2016 til 23364 i 2017. Antallet prosedyrer er jevnt stigende, fra 8843 i 2012 til 12693 i 2017.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Utarbeide mal for standardisering av overskrifter på prosedyrer i Docmap. Malen må beskrive hvordan en aktiverer relevante søkeord.	KVALUT v/Kvalitetsavdelingen	1/10-18
Etterlevelse av prosedyre <i>PR24232 Utarbeidelse og implementering av prosedyrer med gyldighet UNN HF.</i>	Klinikkene KVALUT	Kontinuerlig

Foreslå et regionalt prosjekt for utarbeidelse av flere regionalt overgripende prosedyrer, ledet av regional kompetansetjeneste for pasientsikkerhet.	KVALUT v/ Med. fagsjef	1/9-18
---	------------------------	--------

Hovedområde Intern revisjon

Ny modell for interne revisjoner innebærer 3- årig revisjonsprogram og revisjoner gjennomført på foretaksnivå, klinikknivå og egeninspeksjoner.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Bruke funn fra interne revisjoner i forbedringsarbeid.	Klinikksjefer	Kontinuerlig
Opplæring av revisorer i klinikker og senter.	KVALUT v/ KA	1/10-18
Etablere prosess for klinikkvise revisjonsprogram.	KVALUT v/ KA	1/1-19
Etablere struktur for oversikt over oppfølgende arbeid etter funn revisjoner 2017. Inngår i implementering av ny modell for Ledelsens gjennomgang i UNN.		

Hovedområde Kompetansestyring

Kompetansemodule er et elektronisk verktøy som skal brukes til dokumentasjon av kompetanse; utviklingssamtaler, kompetanseplaner, utviklingsmål, og på sikt CV.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Definere systemansvar på foretaksnivå, herunder ansvarsfordeling Stabssenter og fagmiljøene.	Stabssenter	1/10-19
Utarbeide oversikt over relevante områder for foretakssentrale planer og -krav.	Stabssenter	1/10-19

Hovedområde Systematisk HMS-arbeid

UNNs kvalitets- og styringssystem er sammensatt og planlagt slik at det skal være mulig for ledere å etterleve lovpålagte krav. Mangelfull samlet oversikt over gjennomførte tiltak gjør etterlevelsen av vedtatte mål og strategier krevende å følge opp.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Styringshjulets funksjonalitet skal videreutvikles i samarbeid med klinikkene og andre relevante fagmiljøer	Foretakscontroller KVALUT Klinikksjefer	31/12-18
Arbeidet skal koordineres med utvikling av ny modell for Ledelsens gjennomgang	Foretakscontroller KVALUT	Pågår
Oppfølging av ForBedring skal gjennomføres i alle enheter	Klinikksjefer Stabssenter KVALUT	31/12-18

Hovedområder Pasientsikkerhetsprogrammet

Den enkelte enhet er ansvarlig for iverksettelse og oppfølging av relevante tiltakspakker.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Kommunikasjonskanaler som intranett og Pingvinavisa skal benyttes som spredning av gode resultater.	KVALUT Stabssenteret	Pågår

Regionale prosedyrer for legemiddelsamstemming skal implementeres. Rapporten som er under utvikling i Helse Nord LIS skal benyttes for oppfølging av legemiddelsamstemmingen.	Klinikksjefer KVALUT	
Nye innsatsområder som er under pilotering i UNN skal rulles ut strukturert.	Klinikksjefer KVALUT	Pågår

Hovedområde Smittevern

Infeksjonskontrollprogram UNN består av følgende:

- Smittevernrutiner.
- Nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk:
 - Antibiotikastyringsprogram UNN og Antibiotikateam (A-team).
- Retningslinjer for avfallshåndtering.
- Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS).
- Smittevernvisitter.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
IKT-verktøy skal benyttes til prevalensregistreringer og arbeidsfordelingen mellom Smittevernsenteret og klinikkene videreføres	Klinikksjefer Smittevernsenter	Pågår
Smittevernpersonell inviteres til å delta på alle smittevernvisitter	Klinikksjefer	1/10-19

Hovedområde personvern og informasjonssikkerhet

Styringssystemet for informasjonssikkerhet gjelder all informasjonsbehandling som skjer i foretaket og skal sikre at administrerende direktør (databehandlingsansvarlig) etablerer nødvendige krav, operative retningslinjer og prosedyrer. Dette innebærer å organisere virksomheten slik at lovpålagte plikter, pasienters og andre registrertes rettigheter etterleves.

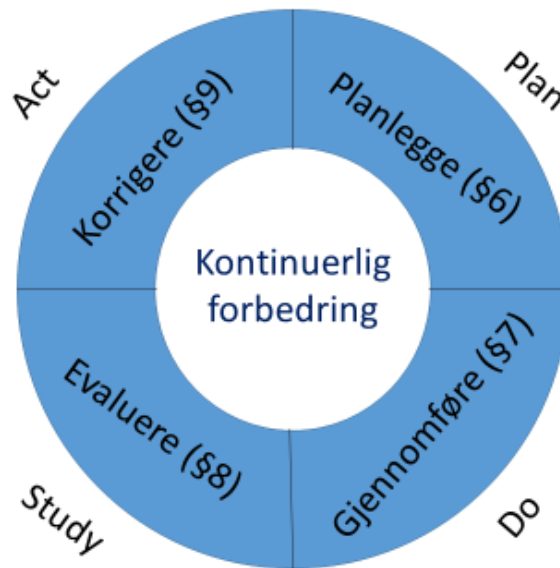
Tiltak	Ansvarlig	Frist
Utarbeide plan for implementering av <i>sikker utskrift</i> i hele foretaket.	KVALUT v/PVO	1/1-19
Personvern- og informasjonssikkerhet skal inngå i sentrale kompetanseplaner og dokumenteres gjennomført i kompetansemodule i Personalportalen.	Klinikksjefer Senterledere	1/1-19
Rutiner for <i>systematisk tilgangskontroll</i> må innarbeides ved nyttilsetting, endring og ved avslutning av arbeidsforhold.	Stabssenteret	1/11-19
Dagens praksis for systematisk innsynskontroll videreføres inntil nasjonal løsning er på plass.	KVALUT v/PVO	Pågår

Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus

Styret og administrerende direktør har ansvar for etablering, implementering og oppfølging av ledelsessystemet for miljø. Ansvar er delegert til drifts- og eiendomssjefen.

Miljømål	Tiltak	Ansvarlig
Redusere CO2 utslippet	Sikre at forbruk av lystgass blir målbart.	Leder teknisk drift
Forbruk og svinn	Innføre lagerstyringsprosjekt for å redusere forbruk og svinn.	Avdelingsleder forsyning

Oppdatering av dialogavtaler og behandling i ledermøter/KVAM	Det skal gjennomføres internrevisjoner og gransking av dialogavtaler og KVAM protokoller i 2018. (Lagt inn i revisjonsprogram og årshjulet).	Miljørådgiver i samarbeid med KVALUT
Kvalitets sikre uttak og behandling av miljøindikatorer	Utarbeide plan for bedre oppfølging av resultat på miljøindikatorer.	Miljørådgiver



Ledelsens gjennomgang 2017

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

5. juni 2017

Innhold

Innledning.....	2
Formål.....	2
Hovedområde Avvikssystem	3
Beskrivelse av systemet for avvik.....	3
Avvikssystem - konklusjon og anbefalinger.....	5
Hovedområde dokumentstyring	5
Beskrivelse av systemet for dokumentstyring:	6
Dokumentstyring - Konklusjon og anbefalinger.....	7
Hovedområde Intern revisjon	7
Beskrivelse av systemet for intern revisjon:	7
Intern revisjon - Konklusjon og anbefalinger	8
Hovedområde Kompetansestyling.....	8
Beskrivelse av systemet for kompetansestyling	8
Kompetansestyling - Konklusjon og anbefalinger.....	9
Hovedområde Systematisk HMS-arbeid	9
Beskrivelse av systemet for internkontroll av HMS i UNN.....	9
Systematisk HMS-arbeid - Konklusjon og anbefalinger	11
Hovedområde Pasientsikkerhetsprogrammet	11
Beskrivelse av systemet for pasientsikkerhetsprogrammet:	11
Pasientsikkerhetsprogrammet - Konklusjon og anbefalinger	12
Hovedområde Smittevern	12
Beskrivelse av systemet for smittevern:	12
Smittevern - Konklusjon og anbefalinger	14
Hovedområde personvern og informasjonssikkerhet.....	14
Beskrivelse av systemet for personvern og informasjonssikkerhet.....	14
Personvern og informasjonssikkerhet - Konklusjon og anbefalinger.....	16
Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus.....	16
Beskrivelse av miljøstyringen i UNN.....	16
Status og endringer siden LGG 2016	16
Grad av måloppnåelse 2017.....	17
Ledelsessystemets hensiktsmessighet, tilstrekkelighet og virkning	21
Tiltak til oppfølging for å sikre måloppnåelse	21

Ledelsens gjennomgang 2017

Innledning

Direktørens ledergruppe vedtok ny modell for gjennomføring av Ledelsens gjennomgang (LGG) 9. januar 2018, i tråd med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Ny modell innebærer å gjennomføre LGG både på avdelings-, klinikk og foretaksnivå. Tidligere modell for LGG var en delvis gjennomgang av resultater og delvis gjennomgang av styringssystemet. I ny modell vil LGG være en gjennomgang av styringssystemet på overordnet nivå, der en ser til at systemet er godt nok etablert til å sikre at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres på alle nivåer i organisasjonen. Etablering av LGG på avdelings- og klinikknivå legger til rette for at den enkelte enhet følger opp egne resultater. Forbedringsområder som ikke lar seg løse på lavere nivå løftes til foretaksnivå. LGG 2017 er gjennomført delvis i tråd med ny modell. Vi er ikke kommet langt nok i iverksettingen til å gjennomføre LGG på avdelings- og klinikknivå denne gang.

Hovedområdet miljøledelse er del av LGG for første gang. Beskrivelsen er bygget opp i tråd med ISO-sertifiseringens krav, og følger derfor en annen oppbygging enn de øvrige hovedområdene.

Formål

Ledelsens gjennomgang har som formål å synliggjøre virkningen av internkontrollen i Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN), og undersøke og 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. Denne rapporten behandles i UNNs ledergruppe før den forelegges styret i UNN.

Hovedområde Avvikssystem

Mål og planer 2017:

- Øke bruk av avvikssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyser, og ta i bruk nasjonal klassifisering, jf Oppdragsdokumentet 2017.
- Etablere felles rutiner for oppfølging av avvik som understøtter læring og erfaringsoverføring, jf Dialogavtalen KVALUT.
Forbedre avvikssystemet og styrke arbeidet med å bruke avvik som forbedringsverktøy, jf Dialogavtalen Kvalitetsavdelingen.

Lov- og forskriftsendringer 2017:

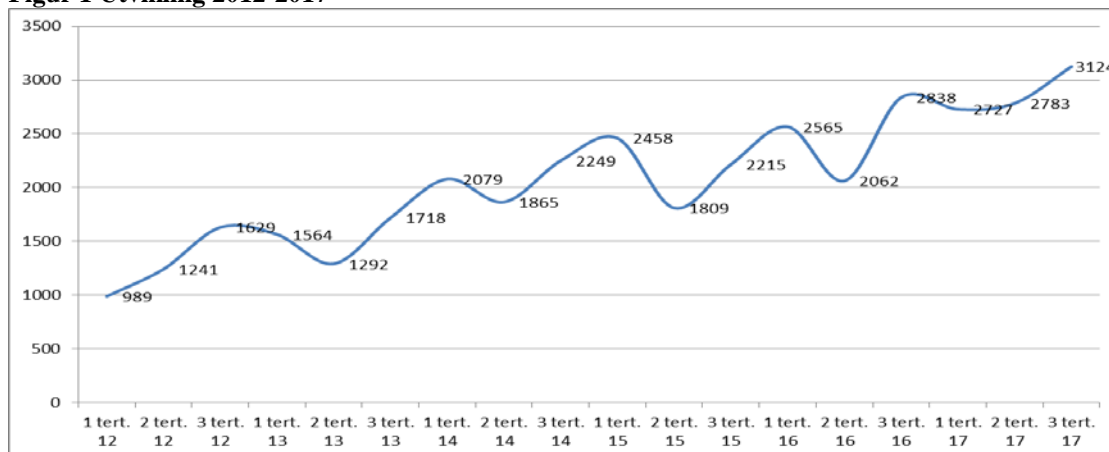
- Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Beskrivelse av systemet for avvik

UNN benytter Helse Nord's felles elektroniske avviks- og dokumentstyringsverktøy Docmap. Alle ansatte skal ha tilgang til å melde avvik og lese relevante dokumenter fra sin startside, samt mulighet til å finne andre dokumenter via søk. UNN har 190 superbrukere som skal sørge for at ansatte har rett tilgang i Docmap. Systemadministrator UNN har all support til medarbeidere i UNN og er kontaktpunkt for alle systemfeil før det eventuelt oversendes Docmap sentralt.

Antall meldte avvik er jevnt økende.

Figur 1 Utvikling 2012-2017



I 2017 ble nytt nasjonalt klassifiseringssystem implementert i Docmap. Ny klassifisering bidrar til mer detaljert klassifisering av type hendelser og årsaksforhold.

Som en del av oppfølgingstiltak etter Sivilombudsmannens rapport 2016 er det gjennomført et eget opplæringsprogram «Melde for å lære» i Psykisk helse- og rusklinikken. Kvalitetsavdelingen har i løpet av 2017 gjennomført 2 ledersamlinger og 5 avdelings-/seksjonskurs.

Kvalitetsavdelingen gjennomgår alle pasienthendelser som meldes. Et utvalg av hendelsene blir behandlet i Pasientsikkerhetsutvalget. Alle meldte Pasienthendelser overvåkes og lukkes sentralt. Antall meldte pasienthendelser er sterkt økende.

Tabell 1 utvikling totalt meldt avvik og andel pasienthendelser

Type avvik	2013	2014	2015	2016	2017
Totalt meldte avvik	4448	6144	6737	7733	8666
Pasienthendelser	289	381	831	1346	1784

UNN gjennomførte 5 hendelsesanalyser på alvorlige pasienthendelser i 2017. Hensikten med analysen er å avdekke bakenforliggende årsaker til at hendelsen kunne skje og utarbeide tiltak for å hindre gjentakelse. Analysen er svært ressurskrevende både for analyseteamet og klinikkene. På senhøsten ble også hendelsesgjennomgang prøvd ut, en enklere metode for å avdekke bakenforliggende årsaker. Erfaringen var positiv. På en strukturert måte og med mindre ressursbruk er det mulig å avdekke bakenforliggende årsaker. Ny retningslinje for hendelsesanalyse og hendelsesgjennomgang ble oppdatert og behandlet i direktørens ledergruppe desember 2017.

Statistikk over avvik skal behandles i klinikk og i KVAM-struktur. I mai 2017 ble det utarbeidet en ny rapport i Docmap som gir en utvidet oversikt over hendelser. Kvalitetsavdelingen har presentert ny rapportfunksjonalitet for KVAM-utvalgene. Det ble utnevnt klinikkontakter og gjennomført opplæring for uttak av statistikk samt enkel excel-opplæring.

Vurdering av hendelsesanalyse/-gjennomgang og nye rapportmuligheter i Docmap avviksmulighet

Planlegging: Med utgangspunkt i nye nasjonale klassifiseringer ble det utarbeidet ny rapport i avvikssystemet. Formålet var at Klinikkene og ledere skal få en bedre oversikt over hendelsestyper og årsaker til avvik i egen enhet til bruk i forbedringsarbeid lokalt. Kvalitetsavdelingen presenterte den nye funksjonaliteten for Kvalitetsutvalget. Utvalget anbefalte at Kvalitetsavdelingen skulle ut i klinikkene og informere og lære opp i bruk av ny rapportmulighet.

UNN iverksatte hendelsesanalyse som metode for å avdekke risikoområder ved alvorlige pasienthendelser.

Gjennomføring: Kvalitetsavdelingen presenterte KVAM-utvalgene for mulighetene i den nye rapporten. Klinikkene fikk i oppdrag å utpeke medarbeider som skulle få en grundigere opplæring som ressurspersoner i klinikken. Opplæring ble gitt høsten 2017.

Hendelsesanalysene viste seg å være et nyttig verktøy i å avdekke mulige risikoområder som utgangspunkt for tiltak. Utfordringen viste seg å være størst der det var behov for å utarbeide og beslutte tiltak på tvers av klinikker.

Evaluering: Bruk av rapporter er økende, men det oppleves fremdeles som vanskelig å ut data fra avvikssystemet. Ved gjennomføring av kurs kommuniserte klinikkdedikerte medarbeidere behov for opplæring i excel. Mangelfull opplæring i excel gjør at bruk av rapportdata i excelformat forblir lite tilgjengelig.

Det er behov for at oppfølgingen etter hendelsesanalyser koordineres for å sikre at det utarbeides adekvate tiltak når hendelsen har vært på tvers av klinikker.

Korrigerings: Hvorvidt en klarer å hente ut og presentere data for eget område vurderes å være personavhengig. Ytterligere opplæring vil sannsynligvis ikke ha særlig effekt. Det er behov for en mer brukervennlig tilgang på og fremstilling av styringsdata. Helse Nord har vedtatt å ta i bruk ny versjon av Docmap i 2018. Ny versjon vil ha rapportside med grafer og visninger (dashboard), som gjør oversikt enklere tilgjengelig for alle. I tillegg er det et mål å få inn data fra avvikssystemet til HN-LIS. Dette vil gjøre data mer tilgjengelig for ledere.

I oppdatert retningslinje for Hendelsesanalyser og -gjennomgang i(DS12758) er ansvaret for å koordinere oppfølging etter hendelsesanalyser gitt til den som leder hendelsesanalysen.

Forhold som har påvirket måloppnåelse 2017

Tilgang til avvikrapporter er blitt betydelig bedre, men rapportene fordrer utvidet excelkunnskap. Dette er veldig personavhengig. Data er ikke tilstrekkelig tilgjengelig for alle ledere til at de kan benyttes lokalt i analyse- og forbedringsarbeid.

Hendelsesanalyser gir god informasjon til det oppfølgende forbedringsarbeidet etter alvorlige hendelser, men det er krevende å få til utarbeidelse av tiltak på tvers av klinikker.

Forbedringer som har utpekt seg i 2017

Ved innføring av nasjonal klassifisering i avvikssystemet er det betydelig enklere å få oversikt over hendelsestyper og årsaker til at hendelser skjer. Dette gir organisasjonen et bedre grunnlag for forbedringsarbeid sentralt og lokalt. Det er flere klinikker som har laget egne oversiktsrapporter over avvik i 2017. Det er også en betydelig større etterspørsel etter rapporter over avvik i organisasjonen.

Utviklingsarbeidet på hendelsesanalyser i 2017 har resultert i en oppdatert retningslinje for hendelsesanalyse og –gjennomgang, herunder at det oppfølgende forbedringsarbeidet skal koordineres av analyseteamleder.

Avvikssystem - konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Den nye forbedringsstaben utarbeider program for systematisk opplæring i forbedringsarbeid for ansatte og ledere i UNN.	Forbedringsstab	1/1-19
KVAM-utvalgene skal ha som fast sak på møtene å behandle oversikt over avvik i egen klinikk/ senter. Herunder følge opp at avvikene gjennomgås, tiltak utarbeides og iverksettes og evaluere effekt.	Klinikksjefer Senterledere	1/10-18
Kommunikasjonsavdelinga er i gang med å utarbeide Kommunikasjonsplan for UNN. Planen skal også omfatte klinisk kommunikasjon. Faglig innhold i planen skal utarbeides i samarbeid med KVALUT.	Kommunikasjonsavd. KVALUT v/ Med fagsjef, KUA og KA	1/11-18
Fullføre påbegynt arbeid med å utarbeide oversikter over hva som skal meldes og varsles innenfor de ulike fagområder: <i>«Avdeler skal ha oversikter med eksempler på hva som skal meldes Meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3 og varsles Helsetilsynet etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3a.»</i> , jfr PR31377 Alvorlige og utilsiktede pasienthendelser: håndtering av pasienter, pårørende, helsepersonell og korrekt melding og varsling.	Klinikksjefer	1/10-18

Hovedområde dokumentstyringMål og planer 2017:

- Utarbeide sak om hvordan prosedyrearbeidet i UNN skal organiseres, jf. Dialogavtalen. Koordinere og videreutvikle arbeidet med felles faglige prosedyrer for UNN i Docmap, jf. Dialogavtalen.

Lov- og forskriftsendringer 2017:

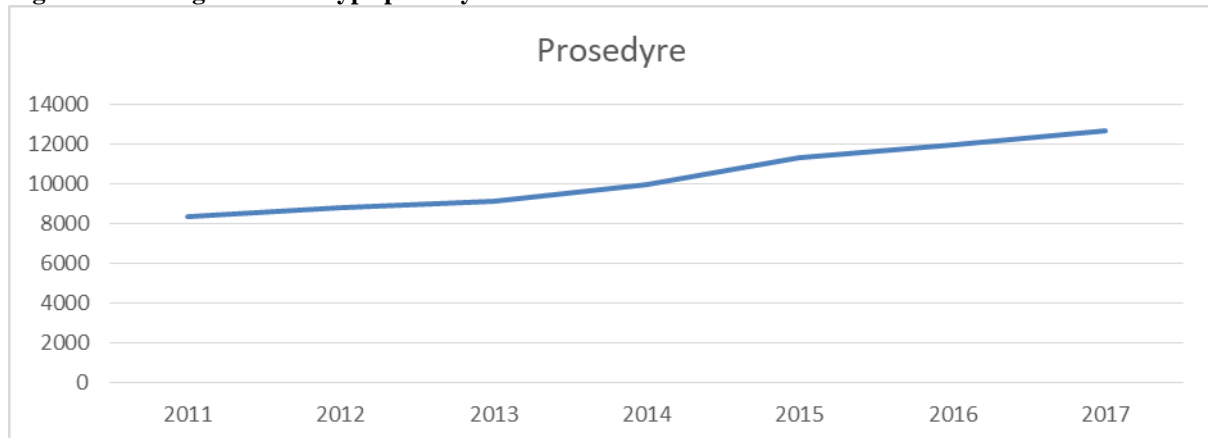
- Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
- DS1920 Legemiddelhåndtering i UNN, oppdatering i hht lov-/forskriftsendring.

Beskrivelse av systemet for dokumentstyring:

UNN benytter Helse Nord's felles elektroniske avviks- og dokumentstyringsverktøy Docmap. Alle ansatte skal ha tilgang til å lese relevante dokumenter fra sin startside og ha tilgang til andre dokumenter via søk.

UNN HF har 23364 dokumenter i Docmap (21814 i 2017). Av disse er 12693 prosedyrer. Antallet er jevnt stigende.

Figur 2 Utvikling dokumenttype prosedyre



Kvalitetsavdelingen overvåker revideringsfrister og sender ut lister til klinikkene med oversikt over dokumenter med overskredet frist. Det oppfordres til å rydde i dokumenter på alle nivå. Klinikkene er ansvarlige for egne dokumenter i Docmap.

I 2017 ble ny prosedyre for overordnet prosedyrearbeid revidert og iverksatt (PR24232). Det er også utarbeidet en implementeringsplan for iverksetting av nye overgripende prosedyrer (OL2593). Ny prosedyre og implementeringsplan ble pilotert på oppdatering av alle dokumenter i *DS1920 Legemiddelhåndtering i UNN*.

Vurdering av utarbeiding og implementering av Legemiddelhåndtering UNN HF

Planlegging: Med utgangspunkt i endring av lovverk og gjennomført intern revisjon på medisinsk klinikk, ble det gjort ei oppdatering av *DS1920 Legemiddelhåndtering i UNN*. Oppdateringen ble utført av ei arbeidsgruppe bestående av personer fra Kvalitetsavdelingen, Medisinsk klinikk, Drifts- og eiendomssenteret og Sykehusapotek Nord. Formålet var å etablere oppdaterte overordnede, like føringer og prosedyrer for legemiddelhåndteringen i hele foretaket.

Gjennomføring: Arbeidsgruppen gjennomførte oppdateringen av DS1920. Kvalitetsnettverket ble brukt som test og høringsinstans underveis i arbeidet. Ved ferdigstillelse av prosedyresamlingen ble overflødige og lokale prosedyrer tilbaketrasket. Implementeringsplanen ble utarbeidet av Kvalitetsnettverket og publisert på intranett.

Evaluering: Medisinsk klinikk og Sykehusapotek Nord igangsatte en oppfølgende internrevisjon høsten 2017, for å evaluere om oppdateringen av DS1920 var iverksatt. I tråd med UNNs 3 årige revisjonsprogram skal det gjennomføres interne revisjoner på legemiddelhåndtering i alle klinikker.

Korrigerings: Når første revisjon er gjennomført, skal gruppen se på resultatene og vurdere om implementeringsplanen har virket og samtidig vurdere behov for forbedring.

Forhold som har påvirket måloppnåelse 2017:

Tidligere tiltak med utsending av lister på revideringsfrister og leseoppslag til klinikkene, har ikke gitt effekt vedrørende økning av dokumenter og overholdelse av revisjonsfrister.

UNN mangler delegasjonsreglement utover økonomi. Dette medfører uklarheter i hvem som skal være dokumentansvarlig og godkjenner på UNN-overgripende prosedyrer.

Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2017

DS1920 bestod tidligere av prosedyrer på flere nivåer. Noen av de underliggende var ikke i tråd med de overordnede. Oppdateringen av DS1920 bidro til at prosedyrene ble gjort gjeldende for alle enheter som håndterer legemidler, og at legemiddelhåndteringen i UNN skal gjennomføres på samme måte alle steder.

Dokumentstyring - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Utarbeide mal for standardisering av overskrifter på prosedyrer i Docmap. Malen må beskrive hvordan en aktiverer relevante søkeord.	KVALUT v/Kvalitetsavdelingen	1/10-18
Etterlevelse av prosedyre <i>PR24232 Utarbeidelse og implementering av prosedyrer med gyldighet UNN HF.</i>	Klinikkene KVALUT	Kontinuerlig
Foreslå et regionalt prosjekt for utarbeidelse av flere regionalt overgripende prosedyrer, ledet av regional kompetansetjeneste for pasientsikkerhet.	KVALUT v/ Med. fagsjef	1/9-18

Hovedområde Intern revisjon

Mål og planer 2017:

- Utvikling av ny 3-deltmodell for Intern revisjon i UNN og 3-årig revisjonsprogram.
- Ny modell vedtatt av direktørens ledergruppe.

Lov- og forskriftsendringer 2017:

- Ny Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Beskrivelse av systemet for intern revisjon:

- Ny 3 delt modell (foretak, klinikk, egeninspeksjon) og 3-årig program.
- Roller, ansvar, beslutningslinjer definert.
- Oppfølging av revisjoner, i klinikk og KVALUT.
- Dokumentasjon av funn og oppfølging.

Vurdering av utarbeiding og implementering av ny modell for intern revisjon:

Planlegging: Prosess for utvikling av revisjonsprogram på foretaksnivå er beskrevet og godkjent av direktør.

Gjennomføring: Revisjonsprogrammet for 2017 ble gjennomført, med noen endringer.

Evaluerings: 1-årig program ga lite rom for langsiktig planlegging av tema for interne revisjoner. Revisjonsprogrammet tilfredsstilte ikke eksterne krav til interne revisjoner. Revisjonsprogrammet omhandlet bare revisjoner på foretaksnivå, noe som medførte liten grad av eierskap i klinikkene. Det

ble besluttet å innføre 3-årig revisjonsprogram på foretaksnivå, klinikknivå og i form av egeninspeksjoner.

Korrigerig: Utvikling av 3-årig program og tredelt gjennomføring som legger til rette for lokalt eierskap og økt antall revisjoner i hele virksomheten.

Forhold som har påvirket måloppnåelse 2017:

- Funn som gjelder hele organisasjonen følges ikke opp i alle relevante enheter.
- Krevende å få gjennomført tilstrekkelig antall revisjoner.

Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2017

- Synergi i bruk av revisjonskompetanse på tvers av klinikker og senter, som erfaringsoverføring og kompetansebygging.

Intern revisjon - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Bruke funn fra interne revisjoner i forbedringsarbeid.	Klinikksjefer	Kontinuerlig
Opplæring av revisorer i klinikker og senter.	KVALUT v/ KA	1/10-18
Etablere prosess for klinikkvise revisjonsprogram.	KVALUT v/ KA	1/1-19
Etablere struktur for oversikt over oppfølgende arbeid etter funn revisjoner 2017. Inngår i implementering av ny modell for Ledelsens gjennomgang i UNN.	KVALUT v/ KA	1/6-19 (igangsatt)

Hovedområde Kompetansestyring

Mål og planer 2017:

- Implementere elektronisk kompetansestyring - Kompetansemodulen, jf.Dialogavtalen.
- Opplæring i bruken av Kompetansemodulen.
- Prioritering av sentrale kompetanseplaner og –krav.
- Tildeler sentrale kompetanseplaner til ansatte og følge opp progresjon.
- Utarbeide og tildele lokale kompetanseplaner.

Lov- og forskriftsendringer 2017:

- Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Beskrivelse av systemet for kompetansestyring

Vurdering av prosessen - implementering av elektronisk kompetansestyring

Planlegging:

- Planlegging og gjennomføring av opplæring.
- Utarbeidet forslag til prioriteringsliste med sentrale kompetanseplaner. Avklare godkjenner og forfatter på planer. Kartlegge behov for hvilke områder sentrale kompetansekrav skal utarbeides for.
-
- Avklare/fordele ansvar for opprettelse av sentrale kompetansekrav.

Gjennomføring:

- Gjennomført opplæring i hele organisasjonen.

- Forslag til opprettelse av arbeidsgruppe som skal kartlegge behov for sentrale kompetanseplaner og –krav.
- Tildeling av sentrale kompetanseplaner (obligatorisk opplæring).

Evaluering

- Rapportering jevnlig til regional prosjektleder på fullføringsgrad av opplæringen.
- Rapport på tildelte planer og fullføringsgrad i KM.

Korrigerings

- Kartlegging av videre behov for opplæring og tilbud om flere kurs – kontinuerlig justering.
- Forslag til revisjon av sentrale kompetanseplaner, bør gjennomføres 6- 8 mnd. etter iverksetting.

Forhold som har påvirket måloppnåelse 2017:

Tids- og ressurskrevende å gi opplæring og lage sentrale kompetanseplaner. Behov for retningslinjer for forvaltning av krav som legges i KM.

Opplæring som omhandler oppfølging av læringsmålplaner til LIS-leger har vært undervurdert. Det er tydelig behov for tettere samarbeid med Regional utdanningsenhet.

Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2017

Behov for samarbeidsarena mellom fagpersonell som bør ha ansvar for sentrale kompetanseplaner og –krav, og Lederutvikling og organisasjon som har ansvar for opplæring og forvaltning av KM.

Behov for beslutning om ansvars plassering knyttet til utarbeidelse og vedlikehold av sentrale fagrelaterte planer og krav.

Kompetansestyring - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Definere systemansvar på foretaksnivå, herunder ansvarsfordeling Stabssenter og fagmiljøene.	Stabssenter	1/10-19
Utarbeide oversikt over relevante områder for foretakssentrale planer og -krav.	Stabssenter	1/10-19

Hovedområde Systematisk HMS-arbeid

Mål og planer 2017:

- Videreutvikle bruken av elektronisk årshjul HMS til å gjelde hele klinikker.
- Utvikle årshjul HMS (senere kalt Styringshjulet) på ny plattform og koordinert med arbeidet med oppdragsstyring.

Lov- og forskriftsendringer 2017:

Ny Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten fra 1. jan 2017 har medført økt oppmerksomhet om bedre styring og kontroll.

Beskrivelse av systemet for internkontroll av HMS i UNN

UNNs kvalitets- og styringssystem er sammensatt og planlagt slik at det skal være mulig for ledere å etterleve lovpålagte krav. Relevante støttefunksjoner i denne sammenheng er organisert på tvers av Drifts- og eiendomssenteret, Stabssenteret, Diagnostisk klinikk og Kvalitets- og utviklingscenteret.

Det overordnede HMS- og forbedringsarbeidet ivaretas gjennom:

- KVAM-strukturen
- Dialogavtale: målsetting, tiltak og dokumentasjon.
- Avvikssystemet: dokumentasjon, analyse og oppfølging.
- Interne revisjoner og hendelsesanalyser/-gjennomganger: avdekke risiko- og forbedringsområder.
- Risikostyring: analyse, vurdering og evaluering.
- Ledelsens gjennomgang (LGG) på foretaks- og klinikknivå: følge opp risikoområder.

Relevante dokumenter i HMS-arbeidet, som overordnede strategier og prosedyrer, rapporter fra analyser og risikovurderinger, eksterne tilsyn og interne revisjoner, vernerunder, måldokument HMS, oppfølgende handlingsplaner og lignende, er dokumentert i ulike systemer.

Vurdering av systemet:

Tilsynsmyndighetene har gjentatte ganger påpekt svikt i det systematiske HMS-arbeidet, herunder at det ikke sikres at vi både planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer.

Mangelfull samlet oversikt over gjennomførte tiltak gjør etterlevelsen av vedtatte mål og strategier krevende å få til.

Vurdering av arbeidet med nytt årshjul HMS/styringshjulet:

Planlegging: Det ble utviklet et elektronisk verktøy for fordeling av gjennomgående internkontrolloppgaver, med utgangspunkt i dagens dialogavtaleverktøy. I verktøyet vil administrasjon og dokumentasjon av internkontrollarbeidet, herunder også ansvars plassering og oppfølging, tydeliggjøres i et mer transparent system.

Gjennomføring: Det elektroniske styringshjulet har vært testet i Laboratoriemedisinsk avdeling i 2016 og på nytt høsten 2017. Avdelingen har bidratt med ressurser og gitt nyttige innspill i den kritiske startfasen i utvikling av verktøyet.

Evaluering: Verktøyet antas å forenkle rapporteringen til årlig melding, årsrapporter, ledelsens gjennomgang, samt ved forberedelser til eksterne tilsyn og interne revisjoner mv. Brukerperspektivet er ivaretatt ved at ledere i først linje har testet verktøyet og gitt tilbakemelding på forbedringer.

Testavdelingen var så fornøyd med den nye versjonen at det ble fremmet egen sak for ledelsen i UNN. Direktørens ledergruppe besluttet at Diagnostisk klinikk og Psykisk helse- og rusklinikken ble valgt til pilotklinikker i 2018.

Korrigerings:

Piloten ble utvidet til å gjelde hele klinikker. Gjennom utviklingsarbeidet har verktøyet vist potensiale til å kunne omfatte det meste av kvalitets- og forbedringsarbeidet, og dermed fått navnet Styringshjulet. Forbedrede overordnede prosedyrer for internkontroll i UNN ble igangsatt.

Forhold som har påvirket måloppnåelse 2017:

Tilgang til ressurser hos HN-IKT har vært en begrensende faktor i utviklingen av nytt elektronisk styringshjul.

Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2017:

Styringshjulet er designet slik at det gir en enkel og oversiktlig beskrivelse av systemet og anses å være godt egnet til bruk i møter og på tavler.

Styringshjulet oppleves av testavdelinger å bidra til å forenkle tilgang til dokumentasjon og rapportering, som vil bidra positivt i gjennomføringen av ny modell for Ledelsens gjennomgang.

Rapportering av status i utviklingsarbeidet til direktørens ledergruppe skjer etter at pilotering er avsluttet, med anbefaling om videre plan.

Systematisk HMS-arbeid - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Styringshjulets funksjonalitet skal videreutvikles i samarbeid med klinikkene og andre relevante fagmiljøer	Foretakscontroller KVALUT Klinikksjefer	31/12-18
Arbeidet skal koordineres med utvikling av ny modell for Ledelsens gjennomgang	Foretakscontroller KVALUT	Pågår
Oppfølging av ForBedring skal gjennomføres i alle enheter.	Klinikksjefer Stabscenter KVALUT	31/12-18

Hovedområde Pasientsikkerhetsprogrammet

Mål og planer 2017:

Oppdragsdokument 2017 fra Helse Nord RHF. Pkt. 3.6: Krav for 2017:

- Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene rapporteres i tertialrapport.
- Koordinere implementering av innsatsområdene i Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram, jf. Dialogavtalen.

Lov- og forskriftsendringer 2017:

- Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Beskrivelse av systemet for pasientsikkerhetsprogrammet:

Den enkelte enhet er ansvarlig for iverksettelse og oppfølging av de tiltakspakker som er aktuelle hos dem. Veiledning og opplæring gis på forespørsel.

Fra 3. tertial 2016 er det tatt i bruk en ny mal for rapportering. Denne er mer detaljert enn tidligere, og ansvarlig leder på enhetene krysser ut tiltak de har iverksatt og hvilke målinger de gjennomfører for resultatoppfølging. Deretter utarbeides en tertialvis rapport både på de enkelte innsatsområder og for den enkelte klinikk. Rapporten presenteres i kvalitets- og virksomhetsrapporten og følges opp i lederlinja. Rapporten gjennomgås også i Kvalitetsutvalget.

Vurdering av nytt rapporteringsverktøy:

Planlegging: Rapporteringsverktøyet ble utarbeidet etter mal fra Nordlandssykehuset. Tidligere var det kun rapportert rødt, gult og grønt fra hver enhet.

Gjennomføring: Skjemaet ble testet på tre enheter og deretter justert, før det ble benyttet på alle enheter fra rapportering 3. tertial 2016.

Evaluering: Skjemaet gir en langt bedre oversikt og det er mulighet til å skrive kommentarer. Det blir tydeligere for enhetene hvilke tiltak som inngår i de enkelte innsatsområdene, og i hvilken grad tiltak med tilhørende målinger er på plass. Ny mal gir en mer presis rapportering totalt i foretaket og klinikkjefene får en bedre oversikt over status i seggen klinikk. De fleste klinikker har de fleste innsatsområdene implementert, men legemiddelsamstemming har hengt etter.

Korrigerings: Det er gjort mindre justeringer i skjemaene fra gang til gang, og det er laget et eget skjema for Psykisk helse- og rusklinikken, da de har langt færre innsatsområder som omhandler dem.

Forhold som har påvirket måloppnåelse 2017:

Generelt gjøres de fleste målinger manuelt, og medfører et ekstraarbeid uten tilførsel av ekstra ressurser. Dette har tidvis bidratt til manglende registreringer og dermed oppfølging.

Påbegynt regionalt samstemmingsprosjekt ventes å få positiv effekt på både kvalitet og grad av samstemte legemiddellister. Prosjektet startet opp i 2017 på initiativ fra UNN, og implementeres i løpet av våren 2018.

Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2017

Stadig flere enheter rapporterer alle innsatsområder implementert eller delvis implementert.

Pasientsikkerhetsprogrammet - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Kommunikasjonskanaler som intranett og Pingvinavisa skal benyttes som spredning av gode resultater	KVALUT Stabssenteret	Pågår
Regionale prosedyrer for legemiddelsamstemming skal implementeres. Rapporten som er under utvikling i Helse Nord LIS skal benyttes for oppfølging av legemiddelsamstemmingen.	Klinikkjefer KVALUT	1/1-19
Nye innsatsområder som er under pilotering i UNN skal rulles ut strukturert.	Klinikkjefer KVALUT	Pågår

Hovedområde Smittevern

Mål og planer 2017:

- Bidra til implementering av antibiotikastyringsprogram, jf. Dialogavtalen
- Bedre utnyttelse av smittevernvisitter, jf. Dialogavtalen.

Lov- og forskriftsendringer 2017:

- Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Beskrivelse av systemet for smittevern:

Infeksjonskontrollprogram UNN (RL1237), består av følgende:

- Smittevernrutiner (PB0738).
- Nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk (RL1764).
 - Antibiotikastyringsprogram UNN og Antibiotikateam (A-team) (intranett).
- Retningslinjer for avfallshåndtering (RL1310).
- Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS).
 - NOIS POSI – overvåking av postoperative sårinfeksjoner (RL2932).
 - NOIS PIHA – overvåking av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk (RL2941).

- Smittevernvisitter (PR33286)
 - 1 gang pr. mnd. på alle somatiske sengeposter.

Vurdere systemet for smittevern

Planlegging: Smittevernssenteret mottar data for NOIS POSI fra aktuelle avdelinger, kvalitetssikrer disse og leverer data til Folkehelseinstituttet (FHI). Resultater oversendes aktuelle ledere i UNN. Jevnlige møter med NOIS koordinatorene.

Avdelinger legger til rette for prevalensregistrering og Smittevernssenteret gjennomfører i samarbeid med farmasøyt NOIS PIHA (prevalens og antibiotikabruk), data leveres til FHI og resultater oversendes aktuelle ledere i UNN.

Smittevernvisitt 1 gang pr. mnd. på alle somatiske sengeposter:

- Ledende lege og ledende sykepleier er ansvarlig for å lede visitten.
- Smittevernssenteret deltar på visitten (avhengig av invitasjon fra avdelingen) i den grad ressursene tillater det.
- Smittevernssenteret mottar ferdig utfylt skjema fra alle avdelinger/seksjoner og arkiverer, systematiserer og sender ut tertialvise oversikter til aktuelle ledere og KVAM-utvalg.

Gjennomføring: Forutsatt at avdelinger leverer data for NOIS POSI til Smittevernssenteret og legger til rette for prevalensundersøkelse, kvalitetssikres data og resultat formidles til FHI og ledere i UNN.

Smittevernvisitter gjennomføres jevnt over regelmessig på alle somatiske sengeposter, Smittevernssenteret deltar på invitasjon og i den grad ressursene tillater det.

Evaluering: Enkelte avdelinger/enheter leverer ikke data for NOIS POSI til Smittevernssenteret innen fristen, og vi bruker til dels mye tid på å purre. Det har vist seg utfordrende å få utpekt kontaktleger til å utføre NOIS PIHA, videre har det vært mange feilregistreringer som det har vært tidkrevende å kvalitetssikre og rette opp. På bakgrunn av dette er det i 2017 prøvd ut en ordning hvor smittevernpersonell i samarbeid med farmasøyt har gått ut i avdelingene og registrert.

Korrigerings: Skjema for smittevernvisitter er korrigert i 2017 etter høringsrunde med innspill fra fagmiljøene.

Forhold som har påvirket måloppnåelse 2017:

Det er fremdeles ikke 100% etterlevelse av arbeidstøyreglementet i alle enheter og det er ikke alle som forholder seg til nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus. Det er viktig at alle ledere har fokus på smittevern og følger opp smittevernarbeid.

Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2017:

Endring av rutine, der smittevernpersonell i samarbeid med farmasøyt har vært hos avdelingene og registrert prevalens, medførte mer nøyaktig registrering og avlasting av klinikere.

Smittevern - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
IKT-verktøy skal benyttes til prevalensregistreringer og arbeidsfordelingen mellom Smittevernssenteret og klinikkene videreføres.	Klinikksjefer Smittevernssenter	Pågå
Smittevernpersonell inviteres til å delta på alle smittevernvisitter	Klinikksjefer	1/10-19

Hovedområde personvern og informasjonssikkerhet

Mål og planer 2017:

- Bidra til at UNN oppfyller gjeldende krav til IKT-sikkerhet, jf. Dialogavtalen og Oppdragsdokument.
- Velfungerende PVO-organisering, jf. Dialogavtalen og Oppdragsdokument.
- Ny elektronisk løsning for meldinger.
- Oppfølging av ROS-analyser.
- Arbeid med tilpasning til GDPR (EUs nye personvernforordning).

Lov- og forskriftsendringer 2017:

- Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Beskrivelse av systemet for personvern og informasjonssikkerhet

Styringssystemet for informasjonssikkerhet gjelder all informasjonsbehandling som skjer i Helse Nord¹. Dette omfatter all behandling, lagring og kommunikasjon av informasjon både muntlig, på papir og digitalt. All bruk av IKT-verktøy er også inkludert.

Styringssystemet skal sikre at administrerende direktør (databehandlingsansvarlig) i alle helseforetak etablerer nødvendige krav, operative retningslinjer og prosedyrer. Dette innebærer å organisere virksomheten slik at lovpålagte plikter, pasienters og andre registrertes rettigheter etterleves. Styringssystemet skal også tydeliggjøre ansvars- og myndighetsforholdene mellom helseforetakene, Helse Nord IKT HF og Helse Nord RHF.

UNN HF har 3 medarbeider som jobber med informasjonssikkerhet og 2 medarbeider som jobber med personvern. I tillegg er jurist tilknyttet personvernarbeidet. Organisering av arbeidet er en utfordring da funksjonene ligger på forskjellige enheter. UNN har også overtatt personvernansvaret for Finnmarkssykehuset HF.

Sikkerhets- og personvernteam (PVO team) jobber i hovedsak med ROS analyse og godkjenner personregistre, herunder forsknings- og kvalitetsprosjekter.

Personverneombudet (PVO) behandler pasienthenvendelser angående forvaltning av pasientinformasjon (innsyn, logg, behandling m.v).

Sikkerhetssjef ivaretar ansvaret for utvikling og vedlikehold av elektronisk e-læringskurs, samt gjennomføring av opplæring/bevisstgjøring ute i organisasjonen.

Klinikkene har ansvar for at ansatte får den opplæring som er nødvendig. Herunder e-læringskurs i informasjonssikkerhet.

¹ Med Helse Nord menes hele foretaksgruppen med alle helseforetakene og det regionale helseforetaket.

Vurdering av system for personvern og informasjonssikkerhet – prosess sikker utskrift

I perioden 2016-2018 er det gjennomført 44 ROS-analyser i UNN, hvorav 17 gjelder bruk av behandlingsrettede registre (Dips, Partus fødesystem mv.), 9 fjernoppkoblingssystemer (8 leverandørspesifikke og standardløsningen til Helse Nord; Citrix/VPN). De øvrige dekker mindre fag- og administrative systemer.

I hovedsak kan de høyeste risikoer inndeles i 4 hovedområder:

1. Sikker utskrift. Dokumenter som skrives ut, blir liggende på skriveren og vil være tilgjengelig for uvedkommende. Risikoreduserende tiltak er å innføre sikker utskrift i UNN. Utredning er gjennomført, men innføring ikke planlagt. Denne risikoen berører alle avdelinger med unntak av noen få som har sikker utskrift implementert. (Årsak til avvik)
2. Bevisstgjøring av krav til behandling av sensitive opplysninger. Helsearbeidere trenger jevnlig å bli bevisstgjort på regelverket samt bruke de prosedyrer og rutiner som UNN har. Hovedtyngden av risikoreduserende tiltak er å systematisere bevisstgjøring gjennom de fellesaktivitetene (personalmøter mv.) avdelingene til vanlig gjennomfører.
3. Kontroll av ansattes tilganger. Det er mangler i kontrollen av ansattes tilganger, spesielt ved flytting av arbeidsområde. Kontrollen gjennomføres ikke systematisk. (Riksrevisjon har påpekt dette)
4. Systematisk kontroll av innsyn i journaler. UNN gjennomfører mange kontroller av innsyn i journaler, hovedsakelig på forespørsel fra pasienter. Krav i regelverket er at dette skal gjennomføres systematisk og jevnlig. Det pågår arbeid med å innføre felles nasjonal løsning for å automatisere denne kontrollen. Ferdigdato er ikke satt.

Her velges å vurdere punkt 1 som en foretaksovergrepene systemutfordring med høy risiko.

Planlegging: Utfordring vedrørende sensitiv og fortrolig informasjon på avveie ble påpekt første gang i 2009. Det ble utarbeidet egen rapport om innføring av *sikker utskrift* i 2016. Her ble det anbefalt at kostnader skulle belastes felles IKT budsjett. Det har vært gjennomført kartlegging av alle klinikker og definert antall nødvendige skrivere, samt fjerning av kontor-/plasskrivere. Innføring av *sikker utskrift* vil redusere antall skrivere totalt.

Gjennomføring: Klinikkene er ansvarlig for innkjøp av skrivere og får bistand til installasjon.

Utfordring ved gjennomføring er primært:

- Organisering av drift – manglende driftsavtale på sikker utskrift med HN-IKT. Drift ivaretas av KVALUT.
- Kostnadsfordeling ved innkjøp. Klinikker ønsker dette som et felles «løft» i UNN, men da er det foreslått at klinikkens budsjett skal reduseres tilsvarende.

Evaluerings: BUK og KVALUT har i stor grad innført sikker utskrift. Det er imidlertid stort etterslep i andre klinikker. For å sikre videre fremdrift med innføring av *sikker utskrift* er det behov for driftsavtale med HN-IKT. Økonomi synes å være en utfordring, da kostnadsfordelinger ikke er helt avklart.

Korrigerings: Det er igangsatt arbeid med å få driftsavtale med HN-IKT forventes ferdig i 2018. Det må også tas stilling på foretaksnivå hvordan kostnadsfordeling for innkjøp skal gjennomføres.

Forhold som har påvirket måloppnåelse 2017:

Det er ikke klare føringer for klinikkovergrepene innkjøp av eksempelvis IKT.

Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2017

Utskriftskostnader er gått ned og sensitiv og fortrolig informasjon på avveie er redusert på de enheter som har tatt i bruk sikker utskrift.

Personvern og informasjonssikkerhet - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Implementering av <i>sikker utskrift</i> i hele foretaket.	KVALUT Klinikksjefer	1/1-19
Personvern- og informasjonssikkerhet skal inngå i sentrale kompetanseplaner og dokumenteres gjennomført i kompetansemodule i Personalportalen.	Klinikksjefer Senterledere	1/1-19
Rutiner for <i>systematisk tilgangskontroll</i> må innarbeides ved nyttilsetting, endring og ved avslutting av arbeidsforhold.	Stabscenteret Klinikksjefer	1/11-18
Dagens praksis for systematisk innsynskontroll videreføres inntil nasjonal løsning er på plass.	KVALUT	Pågår

Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus

Beskrivelse av miljøstyringen i UNN

Styret og administrerende direktør har ansvar for etablering, implementering og oppfølging av ledelsessystemet for miljø. Gjennom dialogavtalen er ansvaret delegert til drifts- og eiendomssjefen. I dette ligger en plikt til å:

- Sikre at miljøpolicyen og miljømålene er fastlagt og forenlige med UNNs strategiske retning og kontekst.
- Sikre at ledelsessystemet integreres i UNNs strategiske prosesser.
- Sikre at ledelsessystemet for miljø har de nødvendige ressursene tilgjengelig.
- Koordinere nødvendige interne og eksterne prosesser.
- Formidle betydningen av effektiv miljøledelse og overholde kravene i ledelsessystemet for miljø.
- Gi resultat av miljøarbeidet gjennom ledelsens gjennomgang (LGG) og følge opp resultatene med tiltak i henhold til UNNs prinsipper for kontinuerlig forbedring.

Områdene som skisseres ovenfor følges opp med en årlig handlingsplan (årshjul).

Status og endringer siden LGG 2016

Oppfølgingstiltak i 2017

Tiltak: *I samarbeid med aktuelle klinikker gjennomfører Drifts- og eiendomssenteret og Kvalitets- og utviklingssenteret risikovurdering i forhold til bruk av lystgass, med formål om å oppnå reduksjon i forbruket.*

Status:

- Arbeidsmiljøutvalget (AMU) behandlet tiltaket i sak nr. 20/17 og fattet følgende vedtak: *AMU er kjent med at andre sykehus har faset ut lystgass og ber K3K og OPIN om å vurdere dette, og komme med tilbakemelding.*
- Drift- og eiendomssjefen kjenner ikke til at AMU har fått tilbakemelding fra Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K) og Operasjons- og intensivklinikken (OPIN) og legger til grunn at tiltaket følges opp av AMU.

Tiltak: Drifts- og eiendomssenteret sørger for at alle UNNs bygninger/lokalisasjoner blir registrert og oppdatert i forhold til energiforbruk og antall m² i kildedatabasen, slik at alle er med i beregningen av energiforbruket i UNN.

Status:

- Endelig oppdatering vil bli gjort etter ferdigstillelse av A-fløy og PET- senter.

Eksterne og interne forhold relevant for ledelsessystemet for miljø, herunder samsvarsforpliktelser og interesseparters forventninger og behov

UNNs miljøstyringssystem er oppdatert etter nye krav i ISO standard 14001:2015 og UNN ble resertifisert i 2017. Risikovurdering av interne og eksterne forhold som påvirker måloppnåelse av ledelsessystemet for miljø og identifisering og samsvarsforpliktelse av relevante interesseparters behov og forventninger, er to nye krav i den nye standarden. I 2017 ble det derfor gjennomført en risikovurdering av relevant kontekst. Relevante interne og eksterne interesseparters behov og forventninger er identifisert og samsvarsforpliktet og samsvarevaluert. Resultatet viser at UNN har rutiner og prosedyrer som skal redusere risikoen.

Risikovurdering og endringer i vesentlige miljøaspekter

Etter gjennomført ny risikovurdering ble smittevern, bruk av bredspektret antibiotika og vann lagt til som miljøaspekter. Tiltak og resultat av smittevern, samt bruk av bredspektret antibiotika følges opp av de respektive klinikkene. Miljøtiltak er å ha kontroll på medisinsk avfall. UNN er en storforbruker av vann, og den interne og eksterne forvaltningen er ressurskrevende. Vann er derfor en vesentlig miljøfaktor og det er viktig at UNN har kontroll på forbruket og forvaltningen. Vann er også et nasjonalt og regionalt miljøaspekt.

Grad av måloppnåelse 2017

Tabell 2 Avvik og korrigerende tiltak

2017	2016	Differanse
82	84	3 %

Tabellen viser at det i 2017 er registrert 3 % færre miljøavvik sammenlignet med 2016. Beskrivelsene av avvikene i Docmap gir grunn til å stille spørsmål med om alle avvikene er miljøavvik. Tallene indikerer derfor mer en status på å meldte avvik enn antall miljøavvik. Det vises til risikovurderingen av kontekst, som dokumenterer at avvikskulturen i UNN ikke er god nok. Dette kan også dokumenteres i revisjonsrapporten fra Det norske Veritas i 2017.

Innholdet i avvikene er av en slik karakter at de ikke er gode nok for å vurdere korrigerende tiltak konkret. Som korrigerende tiltak skal dette ha fokus i kontinuerlig forbedringsarbeid.

Resultat av overvåkning og måling

Resultater fra overvåkning og målinger er fortsatt manuelle operasjoner. Det medfører usikkerhet rundt kvaliteten på tallene. Alle data er heller ikke tilgjengelige. Det er viktig for en kvalitativ miljøstyring å på sikt få integrert driftsdata i LIS.

Resultat overordnet miljømål:

UNN har som overordnet mål å redusere CO2 utslippet med 3 % årlig. Energiforbruk og transport er de miljøaspekter som bidrar mest til utslipp av CO2.

Tabell 3 Utvikling CO2 utslipp

CO2 utslipp UNN	%	2017	2016
Energi	4 %	19509	18790
Ansattreiser	4 %	2332	2251
Pasientreiser	-3 %	7156	7410
Internttransport	-3 %	147	152
Sum	2 %	29144	28603

Tabellen ovenfor viser at CO2- utslippet økte med 2 % i 2017 sammenlignet med 2016. Målet for 2017 om reduksjon er ikke nådd. En viktig årsak til dette er at energiforbruket økte med 4 %. Det er sannsynlig at byggeaktiviteten i 2017 har bidratt til økningen, og dette året er ikke representativt for normal drift. Forbruk av lystgass er ikke med i oversikten, fordi vi kun har tall på varebeholdning. Drift- og eiendomssjefen vil følge opp dette for å sikre oversikt over forbruk.

Resultat miljømål knyttet til miljøaspektene:

I 2017 integrerte UNN kvalitetsmål i miljøstrategien. En viktig begrunnelse er at sykehuspåførte infeksjoner og bruk av bredspektrert antibiotika utløser medisinsk avfall, med fare for forurensing til jord og vann. Oppdragsdokumentet angir klare mål for disse aspektene, og resultat på kvalitetsmålene vises foran i denne rapporten. For å forenkle fremstillingen er ikke tallene for 2016 tatt med i tabellene nedenfor.

Tabell 4 Resultat smitteavfall 2017 UNN HF totalt

Indikator	Resultat	2017	2016
		Kg smitteavfall	6 %

UNN har som miljømål å redusere smitteavfall med 3 % årlig. Tabellen ovenfor viser at mengden smitteavfall økte med 6 %. Økningen skyldes i hovedsak økning i UNN Brevika på legemiddelavfall (14% sammenlignet med 2016) Det er innført ny rutine på innsamling av legemidler, som kan ha påvirket resultatet. Det var også en økning i Narvik (+ 28 % sammenlignet med 2016). Økningen i Narvik kan skyldes en rapporteringsfeil fra avfallsselskapet. Det kan opplyses at det i 2018 er ute en anbudskonkurranse på levering av avfall. Et viktig moment i kravspesifikasjonen er at det blir et strengere krav til rapportering. Håndtering av smitte- og legemiddelavfall følges opp i samarbeid med Smittevernseteret. Det er en målsetning om å redusere mengden avfall som kastes unødig som smitteavfall.

Tabell 5 Resultat forbruk energi pr m² UNN HF totalt

Indikator	Resultat	Differanse	2017		2016	
			Forbruk kwh	Antall m ²	Forbruk kwh	Antall m ²
			74259747	187236	71136886	179900
Forbruk kwh pr. m2	1 %	2	397		395	

Tabell 6 Resultat forbruk energi pr. pasientkoeffisient 2017 UNN HF totalt

Indikator	Resultat	Differanse	2017	2016
			Pasientkoeffisient*	
			85 311	82446
Forbruk kwh pr pasientkoeffisient	1 %	7	870	863

*Pasientkoeffisient er en indikator for summen inneliggende dag -og polikliniske pasienter.

UNN er storforbruker av energi. UNN Breivika har størst forbruk med 45355348 kwh i 2017.

UNN sitt miljømål er å redusere energiforbruket med 3 % årlig. Energiforbruket pr. m² er en riktigere indikator for å måle grad av måloppnåelse. I beregning av antall m² areal er det lagt til grunn en økning på 8 % for UNN Breivika. Dette tilsvarer prøvedriften på nye A-fløya. PET-senteret er ikke med i arealberegningen. Bygging av PET-senteret utløser imidlertid et forbruk av kwh, slik at det reelle forbruket pr. m² er lavere. Med 1 % økning av energiforbruk pr m² totalt i UNN i 2017, er målet ikke nådd.

Tabell 7 Resultat pasienttransport 2017 UNN HF totalt

Pasientreiser i reiste km	%	2017	2016
Buss og egen bil *	-6 %	19 012 083	20 245 758
Drosje	6 %	7 053 281	6 669 692
Fly innenlands	-4 %	13 026 410	13 558 119
Helsebussen (fast alle virkedager)	0 %	123 000	123 000
Reiste km totalt	-3 %	39 236 882	40 624 511
Reiste km pr. pasientkoeffisient	-6 %	403	427

*Fellessats etter omlegging av reglement for pasientreiser 1.11.2016

UNN har miljømål om å redusere pasienttransport i reiste km med 3 % årlig. Tabell 3 viser at målet er nådd og at UNN har god styring på pasientreiser. Reiste km pr pasientkoeffisient ble redusert med 6 % og kan gi indikasjon på bruk av e-helse. Det har ikke vært mulig å få ut statistikk på bruk av e-helse. Vi er kjent med at Helse Nord vil følge opp uttak av statistikk.

Tabell 8 Resultat ansattetransport 2017 UNN HF totalt

Transportmiddel	Indikator	Resultat	2017	2016
			Reiste km	
Leiebil	Reiste km	-8 %	246122	267631
Egen bil	Reiste km	-17 %	548027	661026
Fly utenlands	Reiste km	-6 %	5493083	5870540
Fly innenlands	Reiste km	8 %	9693436	9016753
	Reiste km totalt	1 %	15737237	15576195
Båt, buss, drosje og hotell opphold*	Reisekostnader *	-5 %	9307957	9752100

Mangler data på reiste km*

Ansattetransport i UNN økte totalt med 1 % i 2017 og UNNs miljømål om å redusere ansatte-transport med 3 % årlig er ikke nådd. Dette skyldes økt reiseaktivitet med innenlandsfly på 8%. Årsaken til økningen er ikke analysert, men det er kjent at deler av prosjektledelsen for utbygging er på toppen av reisestatistikken. Alle ansatte har tilgang på Skype. Vi har ikke data på Skypeaktivitet, men Helse Nord har bestilt rapporter på foretak/klinikknivå. Det må antas at bruk av Skype og

generell innstramming i retningslinjer for ansattreiser siste halvår 2017, har bidratt til reduksjon av reiste km (unntatt innenlandsfly) og kostnader.

Tabell 9 Resultat svinn og avfall 2017 UNN HF

Indikator	Resultat	2017	2016
Kassasjon av varer fra sentrallagrene i UNN*	61 %	109 756	68 096
Kg avfall totalt	4 %	1 769 607	1 701 477
Kg kildesortert avfall	4 %	699 927	676 220
Kg avfall pr pasientkoeffisient	5 %	20	19
Kg smitteavfall**	6 %	262 494	248 096

*Kassert fra sentrallager i stk. alle artikler inkludert medisinske forbruksvarer.

**Inkludert autoklavert avfall i Tromsø

UNNs miljømål om å redusere forbruk og svinn, samt avfall med 3 % årlig er ikke nådd i 2017. Dette er et betydelig avvik. Det er problematisk å sammenligne de to siste årene da kassasjonsrutinene er endret i 2017. Sentrallageret registrerer svinn mer korrekt nå. Vi har ikke tall på svinn i lokale lager, og har dermed ikke oversikt over det totale svinnet.

Avfallsmengden økte totalt med 4 % og med 5 % pr pasientkoeffisient. Mengde avfall indikerer forbruk og svinn på de enkelte lokasjonene.

Resultat andre miljømål

85 % av ansatte skal til enhver tid ha gjennomført e-læringskurset. E-læringsmodulen ble i 2017 korrigert i henhold til ny standard. Status gjennomføring av e-læringen pr. 31.12.2017 var 63 %. Det må påpekes at mange har gjennomført tidligere kurs, og at fristen for å nå målet er satt til ut året. Det tas ut månedlige status for å følge opp med eventuelle påminninger til ledere.

Alle klinikker/senter skal som en del av den årlige risikostyringen vurdere om miljømål og tiltak skal oppdateres i dialogavtalene. Gransking i 2017 viste at dialogavtalene ikke var oppdatert og at miljøarbeidet i liten grad var fulgt opp.

Overholdelse av samsvarsforpliktelser

Tiltak tilknyttet til oppfølging av samsvarsforpliktelser var lagt inn i årshjulet for 2017. Alle tiltak er ikke lukket, men videreført i årshjul for 2018.

Resultat revisjoner og gransking

Det er gjennomført fire internrevisjoner i 2017.

Revisjonstema	Revisjonsobjekt	Funn	Status
Kjemikalierrevisjon den 21.11.2017	Nor klinikken/ortopedisk sengepost	3 merknader	
Kjemikalierrevisjon den 23.11.2017	Medisinsk klinikk/Hematologisk seksjon	1 avvik 3 merknader	Lukket
Kjemikalierrevisjon den 12.12.2017	Barne - og ungdomsklinikken/medisinsk genetikk	2 avvik 6 forbedringsforslag	Lukket
Kjemikalierrevisjon den 13.12.2017	OPIN/innsusa/utslusa	5 avvik 6 forbedringsforslag	Lukket

For å spore implementering av miljøarbeidet, ble det våren 2017 gjennomført gransking av dialogavtalene, protokoller fra klinikkledermøter og KVAM protokoller, jfr. pkt 1.2.2. (resultat andre miljømål).

Tilstrekkelig ressurser

Oppfølgingen av miljøstyringssystemet og presentasjon av resultat er svært sårbar med hensyn til ressurser. Det er etablert en miljøgruppe bestående av representanter fra alle relevante støttefunksjoner. Det må finnes en permanent løsning for å sikre tilstrekkelige ressurser til oppfølging av det daglige ansvaret som ledelsens representant har på vegne av direktøren.

Relevante henvendelser fra interesseparter, inkludert klager

I forbindelse med overdragelse av innkjøpsfunksjonen, har miljørådgiver hatt henvendelser fra Sykehusinnkjøp. Tema har vært relevante miljøkrav som skal stilles i kontrakter og hvilke indikatorer som skal måles.

Kommende forbedringer

Fokus	Forbedringsmuligheter
Implementering av miljøarbeidet i den interne kommunikasjon og informasjonsflyten. Miljømål og tiltak er oppdatert i dialogavtalene og behandles i ledermøter og KVAM	KVALUT utarbeider et nytt styringshjul som skal supplere dialogavtalen og inngå i den systematiske virksomhetsstyringa.
Avviksmelding og den etablerte kulturen i UNN	Nyetablert forbedringsgruppe i direktørens stab gir mulighet for fokus og samarbeid i forbedringsarbeidet.
Kompetanse	Ny kompetansem modul legger til rette for bedret oversikt over planer og krav, samt dokumentasjon på gjennomføring av opplæring.
Sikre informasjon om relevante forhold som påvirker måloppnåelse ytre miljø knyttet til byggeaktiviteten i UNN	Etablere faste statusmøter foran hver prestasjonsevaluering.

Ledelsessystemets hensiktsmessighet, tilstrekkelighet og virkning

UNNs ledelsessystem for miljø anses hensiktsmessig og er tilgjengelig i Docmap for alle ansatte. Systemet følger prinsippene i forbedringshjulet. Flere prosedyrer er felles med kvalitet – og HMS-systemet.

En vesentlig mangel for miljøstyringen er at relevante indikatorer ikke er integrert i foretakets elektroniske lederinformasjonssystem (HN-LIS). Slik tilgjengelighet vil enklere sikre en kvalitativ behandling av data, som grunnlag for den tertiale og årlige prestasjonsevalueringen på miljø.

Resultatene viser at miljøstyringssystemet virker etter hensikten, men det er potensiale for ei bedring i oppfølging av mål og tiltak.

Tiltak til oppfølging for å sikre måloppnåelse

Miljømål	Tiltak	Ansvarlig
Redusere CO2 utslippet	Sikre at forbruk av lystgass blir målbart.	Leder teknisk drift
Forbruk og svinn	Innføre lagerstyringsprosjekt for å redusere forbruk og svinn.	Avdelingsleder forsyning
Oppdatering av dialogavtaler og behandling i ledermøter/KVAM	Det skal gjennomføres internrevisjoner og gransking av dialogavtaler og KVAM-protokoller i 2018. (Lagt inn i revisjonsprogram og årshjulet).	Miljørådgiver i samarbeid med KVALUT

Kvalitetssikre uttak og behandling av miljøindikatorer	Utarbeide plan for bedre oppfølging av resultater på miljøindikatorerne.	miljørådgiver
--	--	---------------

Årshjul og forbedring

UNN har fem års erfaring med miljøarbeidet. Erfaringen har avdekket forbedringsmuligheter av ledelsessystemet for miljø. Kvalitets - og miljømål er koordinert og indikatorer er forbedret. Ledelsens representant har derfor besluttet å systematisere og følge opp miljøarbeidet i et årshjul.