



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
64/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	11.9.2019

Saksansvarlig: Einar Bugge Saksbehandler: Lena Oprand Heggelund/Grete Åsvang

Ledelsens gjennomgang 2018

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 2018*, og ber direktøren følge opp de beskrevne tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

Bakgrunn

Gjennomføring og styrebehandling av *Ledelsens gjennomgang* er et krav i oppdragsdokumentet fra det regionale helseforetaket.

Formål

Formålet med styresaken er å informere styret om ledelsens gjennomgang (LGG) av virksomheten for 2018, samt vurdering av tiltak for måloppnåelse innenfor valgte hovedområder.

Saksutredning

LGG 2018 er gjennomført som en hybrid mellom ny (LGG på avdelings- og klinikknivå + foretaksnivå) og gammel (LGG kun på foretaksnivå) modell. Ny modell er gjennomført i to pilotklinikker på avdelings og klinikknivå. Grunnlaget for LGG 2018 er tilbakemelding innhentet fra respektive fagmiljøer/-funksjoner. Hovedområdet risikostyring er en del av LGG for første gang. Ledelsens gjennomgang ble gjennomført i direktørens ledermøte 18.6.2019, der tiltak for ytterligere bedring av internkontrollen ble diskutert og prioritert.

Ledelsens gjennomgang i UNN - sammendrag

Antall meldte pasienthendelser er stort sett uforandret siste år. Det er imidlertid fortsatt økning i antall meldte avvik totalt. Bruken av avvikssystemet er økende. I 2018 ble det utviklet en prosedyre for hendelsesgjennomgang, en enklere versjon av hendelsesanalyse, som på sikt skal

brukes på alle varslede pasienthendelser etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3a. Det ble gjennomført 8 hendelsesgjennomganger i 2018.

Antall dokumenter i Docmap er fortsatt økende, til tross for innføring av ulike tiltak for å sikre mer felles og samordnete prosedyrer.

Ny modell for interne revisjoner innebærer 3-årig revisjonsprogram og revisjoner gjennomført på foretaks- og klinikknivå, samt egeninspeksjoner på avdelings- og enhetsnivå. Det er gjennomført 11 internrevisjoner på foretaksnivå. Det er utviklet og igangsatt systematisk opplæring i intern revisjon. Økt kompetanse om internrevisjon gir økt bruk av revisjon som metode i å avdekke forbedringsområder.

Tilsynsmyndighetene har gjentatte ganger påpekt områder med svikt i det systematiske HMS-arbeidet, herunder at det ikke sikres at vi både planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer. Mangelfull oversikt over og etterlevelse av tiltak gjør det krevende å ha kontroll over vedtatte mål og strategier. Utvikling av et elektronisk verktøy (styringshjul) for å legge bedre til rette for slik oversikt pågår.

De fleste innsatsområdene fra Pasientsikkerhetsprogrammet er implementert i de fleste klinikkene, men dokumentasjon på gjennomføring av legemiddelsamstemming har hengt etter.

For å standardisere og sikre at risikostyring utvikler seg i tråd med anbefalte retningslinjer, er det tilrådelig å øke kompetansen på risikostyring i UNN.

UNN nådde i 2018 målet om færre enn 3,5 % sykehuspåførte infeksjoner, men ikke målet om å redusere bruken av bredspektret antibiotika med 20 % sammenlignet med 2012.

Det gjennomføres tverrfaglig gjennomgang av pasientforløp ved dype postoperative sårinfeksjoner. Direktøren vedtok en forenklet avfallshåndtering som innebærer mindre smitteavfall.

Styringssystemet for informasjonssikkerhet implementeres i flere faser i UNN, hvorav første fase 1 (mål og strategier) er gjennomført. UNN har gjennom flere år gjennomført risikovurderinger (ROS) innenfor informasjonssikkerhet og personvern. Klinikkene er blitt flinkere til å bestille ROS når nye tjenester og systemer skal innføres eller endres. Gjennomføring av tiltak som avdekkes gjennom ROS er imidlertid ikke god nok. Noe av tiltakene gjennomføres, men kvitteres ikke ut og blir derfor liggende som ikke fullført.

Det regionale samarbeidet mellom helseforetakene i Helse Nord har vist at det er forskjeller på prosedyrer, prosesser og styringssystem for miljø. Det regionale klima- og miljøforumet har vurdert det som hensiktsmessig å starte et arbeid for å gjøre styringssystemer og prosedyrer mer enhetlig. En vesentlig mangel er at indikatorene på miljøaspektene ikke er integrert i Helse Nords lederinformasjonssystem (HN-LIS). Resultatene viser at miljøstyringssystemet virker etter hensikten, men det er potensiale for at lederne bruker systemet mer aktivt.

Medvirkning

Det vises til egne referat fra brukerutvalg, arbeidsmiljøutvalg og drøftingsmøte med tillitsvalgte.

Vurdering

Direktøren er fornøyd med at ledelsens gjennomgang av virksomheten for 2018 er gjennomført etter prinsippene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, og at piloten for ny modell er igangsatt og gjennomført i to klinikker. Plan for implementering av ny modell for LGG er i rute.

Direktøren er tilfreds med den positive utvikling i meldekultur og utvikling av metode for hendelsesgjennomgang. Det er likevel viktig å jobbe mer med å sikre oppfølging av avvik og uønskede pasienthendelser, for å sikre læring og forbedring.

Direktøren er ikke fornøyd med fremdriften i utarbeidelse av felles og oppdaterte prosedyrer i UNN. Det er viktig å sikre at flest mulig gjennomfører utarbeidede kompetanseplaner i bruk av Docmap. Dette vil bli prioritert det kommende året.

Det er også positivt at det er innført ny, overordnet modell for interne revisjoner og innføring av systematisk opplæring. Det er viktig at opplæringen gjøres tilgjengelig i tilstrekkelig grad. Direktøren vil fremover sikre at UNN-styret involveres i prosess for oppfølging av interne revisjoner og godkjenning av årlig plan for interne revisjoner på foretaksnivå.

I smittevernarbeidet er det positivt at det er innført tverrfaglig gjennomgang av pasientforløp ved dype postoperative sårinfeksjoner. Det er viktig at ledere følger opp eventuelle tiltak etter tverrfaglig gjennomgang, og at handlingsplan for smittevernarbeidet i UNN revideres.

Direktøren er ikke tilfreds med at bare ca. 30% av legemiddellistene dokumenteres samstemt. Rapporten som er under utvikling i Helse Nord LIS må benyttes for oppfølging av legemiddelsamstemming.

Det er positivt at det skal igangsettes et arbeid for å gjøre miljøstyringssystemer og prosedyrer mer enhetlig. Direktøren erkjenner at det er en utfordring at vi ikke har tilgang til indikatorer på miljøaspektet i Helse Nord LIS.

Den samlede vurderingen er at UNN har hatt en positiv utvikling på flere områder i 2018. Ledelsens gjennomgang har avdekket områder med manglende måloppnåelse. Det viktigste er likevel kanskje det utviklingsarbeidet som er igangsatt på ny modell av interne revisjoner, innføring av hendelsesgjennomgang av uønskede pasienthendelser, og tverrfaglige gjennomganger på dype sårinfeksjoner, som sammen med innføring av ny modell for ledelsens gjennomgang bidrar til oppfølging av virksomhetsstyringen. Ytterligere økt fokus på arbeid med informasjonssikkerhet og personvern er også et prioritert område fremover.

Resultater fra arbeidet med LGG vil bli fulgt opp på foretaksnivå og i klinikkene. Flere av tiltakene er allerede påbegynt. Oppfølgingen av LGG 2018 inngår i LGG 2019.

Tromsø, 30.8.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Tiltaksliste Ledelsens gjennomgang 2018
2. Dokument *Ledelsens gjennomgang - 2018*

Ledelsens gjennomgang 2018 - tiltaksliste

Bakgrunn

LGG 2018 er gjennomført som en hybrid mellom ny og gammel modell. Ny modell er gjennomført i to pilotklinikker på avdelings og klinikknivå.

Grunnlaget for LGG2018 er tilbakemelding innhentet fra respektive fagmiljøer/-funksjoner.

Hovedområde Avvikssystem

Antall meldte avvik er jevnt økende, fra 4448 i 2013 til 9714 i 2017. Antall meldte pasienthendelser økte fra 289 til 1791 i samme periode. Satsning på utvikling av hendelsesgjennomgang som metode har blitt prioritert, derav ble det bare gjennomført to hendelsesanalyser i 2018.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Klinikkene fullfører prosess med å definere hva som skal meldes/varsles, jf. LGG for 2017	Klinikkssjefer	1.12.2019
KVALUT koordinerer rapportering på status i oppfølging av tiltak etter hendelsesanalyser/hendelsesgjennomganger halvårlig	Senterleder KVALUT	1. gang innen 31.12.2019

Hovedområde dokumentstyring

Antall dokumenter i Docmap økte fra 23364 i 2016 til 24686 i 2018. Antallet prosedyrer er jevnt stigende, fra 8843 i 2012 til 12693 i 2017.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
KVALUT legger frem forslag til struktur/plan for systematisk, langsiktig arbeid med å sikre felles og oppdaterte prosedyrer i UNN.	Senterleder KVALUT	1.11.2019
Det er utarbeidet kompetanseplanene (grunnleggende opplæring) UNN-Docmap-Alle ansatte (nivå 1) og UNN-Docmap-Ledere og godkjennerne av dokumenter (nivå 2). Det er viktig å sikre at flest mulig gjennomfører utarbeidede kompetanseplaner i bruk av Docmap	Senterleder KVALUT	Iverksatt

Hovedområde Intern revisjon

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

Tiltak	Ansvarlig	Frist
1. KVALUT samler oversikt over oppfølging av handlingsplaner/tiltak etter interne revisjoner, og legger dette frem for Kvalitetsutvalg eller ledergruppe halvårlig	Senterleder KVALUT	Første gang 31.12.2019
2. KVALUT sikrer system for systematisk opplæring av interne revisorer i alle klinikker, der minst én person(er) i hver klinikk har fått tilbud om opplæring	Senterleder KVALUT	Gjennomført 31.12.2019
3. UNN-styret involveres i prosessen med interne revisjoner i UNN ved at	Senterleder KVALUT/adm dir.	Første plan senest 15.2.2020

a. UNN-styret forelegges og godkjenner plan for interne revisjoner på foretaksnivå årlig b. Styret forelegges rapporter fra interne revisjoner med anbefalt handlingsplan for oppfølging.		
--	--	--

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
Innføring av styringshjulet forseres i den grad det er mulig, og HMS prioriteres lagt inn med mål og tiltak	Foretakscontroller	31.12.2019

Hovedområder Pasientsikkerhetsprogrammet

De fleste enheter rapporterer alle innsatsområder implementert eller delvis implementert. Oppmerksomhet må vies til iverksetting av tiltak etter identifisert risiko.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Følge opp vedtatt plan, jf. vedtak i Kvalitetsutvalget 19.3.2019, med tertialvis rapportering til Kvalitetsutvalg og styre.	Klinikkjefer og senterleder KVALUT	Løpende

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
Smittevernsenteret leder arbeid med å utarbeide revidert handlingsplan for smittevernarbeid i UNN, som vedtas i UNNs ledergruppe	Klinikksjef Medisinsk klinikk	30.11.19
Plan for hvordan målet om 75 % ansattevaksinasjon mot influensa skal nås utarbeides og vedtas i Kvalitetsutvalget	Klinikksjef Medisinsk klinikk	31.10.19

Hovedområde Risikostyring (nytt hovedområde 2018)

Risikostyring er en prosess som skal gjennomsyre virksomheten fra fastsettelse av overordnede strategi og plandokumenter til den operative styringen i førstelinjen. Risikostyring pågår kontinuerlig i UNN, men begrepsapparatet og metoden varierer. Risikovurderinger er i hovedsak kvalitative vurderinger som bygger på faglig skjønn og erfaring, og skal gjennomføres av personer med kompetanse og erfaring fra det aktuelle området.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
UNNs ledergruppe og UNN-styret orienteres om/vedtar årlig plan for oppfølging av risikostyring senest innen 31.3. hvert år, med rapportering på oppfølging i tertialrapporter/årlig melding	Senterleder KVALUT/adm. dir.	31.3.2020
KVALUT sikrer at foretaket har tilstrekkelig kompetanse på gjennomføring av systematiske risikoanalyser; minimum 3 personer behersker dette og kan lede risikoanalyser.	Senterleder KVALUT	31.12.2019

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.

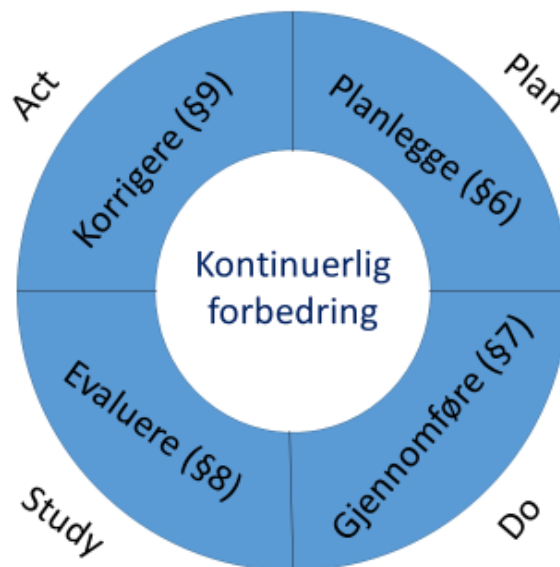
Tiltak	Ansvarlig	Frist
Avholde møte mellom UNN og Helse Nord IKT på høyeste ledernivå om status i og videre arbeid med å bedre informasjonssikkerheten	Senterleder KVALUT	31.8.2019
Gjennomføre workshop i direktørens ledergruppe om informasjonssikkerhet i samarbeid med Helse Nord IKT, der tiltaksplan for videre arbeid med å bedre informasjonssikkerhet utarbeides og vedtas. I denne planen skal som minimum følgende elementer inngå: - Sikre gjennomføring av opplæring - Oppfølging av tilgangsstyring - Innføring av sikker utskrift - Ivaretagelse av informasjonssikkerhet ved e-konsultasjoner/Skype	Senterleder KVALUT/Adm. dir.	31.10.2019

Senterleder KVALUT avklarer i samråd med adm. dir. eventuell endring i organisering av arbeidet med informasjonssikkerhet i UNN	Senterleder KVALUT	31.12.2019
---	--------------------	------------

Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus

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

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Sikre at miljømål og tiltak inngår i dialogavtalen gjennomgående, på alle nivå	Klinikksjefer/senterledere	30.11.2019
UNN prioriterer internt arbeidet med å få styringsdata for miljøledelse inn i HN-LIS	Økonomisjef og Drifts- og eiendomssjef	01.10.2019



Ledelsens gjennomgang 2018

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Juni 2019

Innhold

Innledning.....	2
Formål.....	2
Hovedområde Avvikssystem	2
Beskrivelse av systemet for avvik.....	3
Avvikssystem - konklusjon og anbefalinger.....	4
Hovedområde dokumentstyring	5
Beskrivelse av systemet for dokumentstyring:	5
Dokumentstyring - Konklusjon og anbefalinger.....	6
Hovedområde Intern revisjon	6
Beskrivelse av systemet for intern revisjon:	7
Intern revisjon - Konklusjon og anbefalinger	8
Hovedområde Systematisk HMS-arbeid	8
Beskrivelse av systemet for internkontroll av HMS i UNN	8
Systematisk HMS-arbeid - Konklusjon og anbefalinger	10
Hovedområde Pasientsikkerhetsprogrammet	10
Beskrivelse av systemet for pasientsikkerhetsprogrammet:	11
Pasientsikkerhetsprogrammet - Konklusjon og anbefalinger	12
Hovedområde Risikostyring (nytt hovedområde 2018).....	12
Beskrivelse av systemet for Risikostyring.....	12
Risikostyring - Konklusjon og anbefalinger	14
Hovedområde Smittevern	14
Beskrivelse av systemet for smittevern:	14
Smittevern - Konklusjon og anbefalinger	16
Hovedområde personvern og informasjonssikkerhet.....	16
Beskrivelse av systemet for personvern og informasjonssikkerhet.....	17
Personvern og informasjonssikkerhet - Konklusjon og anbefalinger, inkludert tiltaksforslag:	18
Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus.....	19
Beskrivelse av miljøstyringen i UNN.....	19
Miljøledelse - Konklusjon og anbefalinger, inkludert tiltaksforslag.....	24

Ledelsens gjennomgang 2018

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.

Implementeringsperiode 2019-2022.

LGG 2018 er gjennomført som en hybrid mellom ny og gammel modell. Ny modell er gjennomført i to pilotklinikker på avdelings og klinikknivå. Evaluering blir levert som egen sak til ledergruppen.

Grunnlaget for LGG2018 er tilbakemelding innhentet fra respektive fagmiljøer/-funksjoner.

Formål

Ledelsens gjennomgang er en årlig systematisk gjennomgang og vurdering av styringssystemet for å sikre at systemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Hovedområde Avvikssystem

Mål og planer 2018:

- Kvalitets- og utviklingssenteret skal være en sentral aktør i å videreføre arbeidet med å utvikle en åpenhetskultur i UNN der avviksmeldinger, konstruktivt kritiske innspill og varslinger brukes i arbeidet med kontinuerlig forbedring jf dialogavtalen for KVALUT.
- Forbedre avvikssystemet og styrke arbeidet med å bruke avvik som forbedringsverktøy, jf dialogavtalen for Kvalitetsavdelingen.
- Revidere prosedyrer og retningslinje for hendelsesgjennomgang og hendelsesanalyse, jf dialogavtalen for Kvalitetsavdelingen

Lov- og forskriftsendringer 2018:

- Legemiddelverket er fra 1.1.2018 fag- og tilsynsmyndighet for medisinsk utstyr i Norge

Status tiltak etter LGG 2017

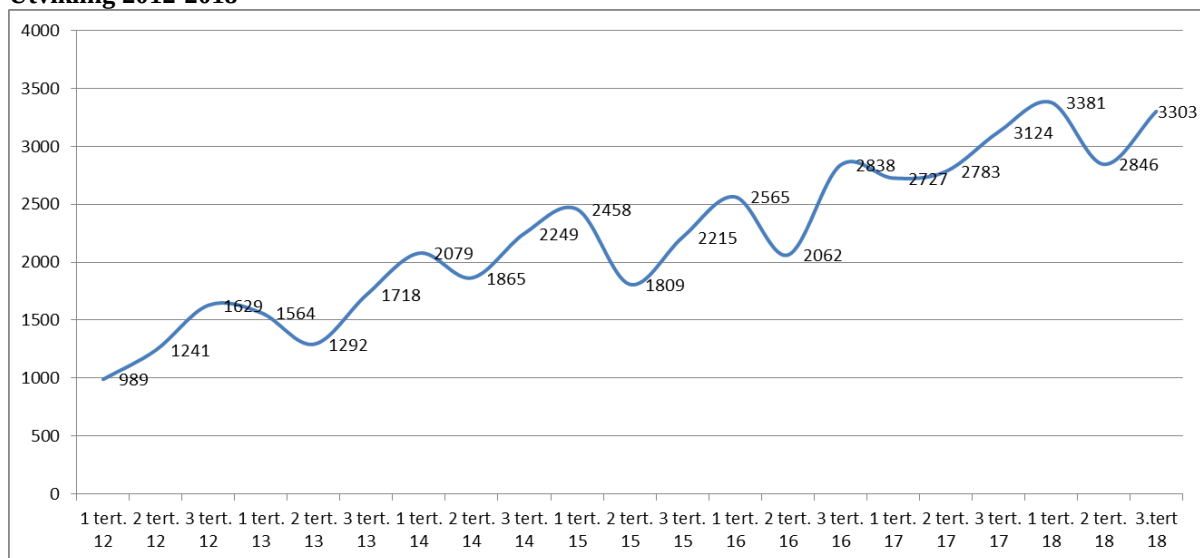
Tiltak	Ansvarlig	Status	
Den nye forbedringsstaben utarbeider program for systematisk opplæring i forbedringsarbeid for ansatte og ledere i UNN.	Forbedringsstab	Arbeidet er startet.	
KVAM-utvalgene skal ha som fast sak på møtene å behandle oversikt over avvik i egen klinikk/ senter. Herunder følge opp at avvikene gjennomgås, tiltak utarbeides og iverksettes og evaluere effekt.	Klinikksjefer Senterledere	Alle KVAM-utvalg har avvik som sak.	
Kommunikasjonsavdelingen 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	Ny strategisk utviklingsplan er utarbeidet. Prosjekt for implementering av Klinisk kommunikasjon ble utarbeidet høsten 2018 – vedtatt februar 2019	

Fullføre påbegynt arbeid med å utarbeide oversikter over hva som skal meldes og varsles innenfor de ulike fagområder: «Avdelinger skal ha oversikter med eksempler på hva som skal meldes Meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3 og varsles Helsetilsynet etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3a.», jfr PR31377 Alvorlige og utilsiktede pasienthendelser: håndtering av pasienter, pårørende, helsepersonell og korrekt melding og varsling.	Kliniksjefer	Alle avdelinger har ikke laget egne oversikter på hva som skal meldes.
---	--------------	--

Beskrivelse av systemet for avvik

UNN benytter Helse Nords felles elektroniske avviks- og dokumentstyringsverktøy Docmap. Helse Nord hadde vedtatt å oppgradere til ny versjon av Docmap i 2018. Oppgraderingen var ikke mulig å få gjennomført i 2018.

Utvikling 2012-2018



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 stort sett uforandret siste år. Det er imidlertid økning i antall meldte avvik totalt så trend til å benytte avvikssystemet er økende.

Utvikling totalt meldt avvik og andel pasienthendelser

Type avvik	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Totalt meldte avvik	4448	6144	6737	7733	8666	9714
Pasienthendelser	289	381	831	1346	1784	1791

UNN gjennomførte 2 hendelsesanalyser på alvorlige pasienthendelser i 2018. Hensikten med analysen er å avdekke bakenforliggende årsaker til at hendelsen kunne skje og utarbeide tiltak for å hindre gjentakelse.

Etter innføring av hendelsesanalyser ble det klart at dette er en svært ressurskrevende metode for både analyseteam og klinikkene. Ny retningslinje for hendelsesanalyse og hendelsesgjennomgang ble oppdatert og behandlet i direktørens ledergruppe desember 2017. Det er gjennomført 8 hendelsesgjennomganger i 2018 med bakgrunn i varsel jf spesialisthelsetjenesteloven §3-3a.

Vurdering av hendelsesgjennomgang

Planlegging: UNN iverksatte hendelsesanalyse i 2017 for å avdekke risikoområder ved alvorlige pasienthendelser. Det ble i desember 2017 besluttet forenklet metode for analysene, hendelsesgjennomgang. I 2018 skal forenklet metodikk testes ut på hendelser som varsels etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3a. Metoden skal deretter implementeres i UNN. Det skal lages plan for opplæring i hendelsesgjennomgang som metode slik at klinikkene selv skal ivareta hendelsesgjennomgang.

Gjennomføring: Det ble utarbeidet egen prosedyre for gjennomføring av hendelsesgjennomgang. Det ble også laget en forenklet mal. Flere kliniksjefer har sikret kompetanse i egne rekker ved at rådgivere har deltatt på nasjonalt kurs i hendelsesanalyse. Disse klinikkene har påbegynt arbeid med å gjennomføre hendelsesgjennomgang i egne klinikker. Det er laget grunnkurs for hendelsesgjennomgang og plan for gjennomføring av kurs med påfølgende veiledning i 2019.

Evaluerer: Både mal og prosedyre for gjennomføring av hendelsesgjennomgang ble revidert med bakgrunn i erfaringer gjort i 2018. I tillegg ble retningslinje for hendelsesgjennomgang og hendelsesanalyse revidert. Metodikk hendelsesgjennomgang kan benyttes innen ulike områder.

Korrigerer: Retningslinjen ble besluttet desember 2018 i direktørens ledergruppe og prosedyre og mal ble revidert for å følge opp retningslinjen. Sistnevnte ble godkjent at kvalitets- og utviklingssjef. Det er nødvendig å sette standard for når denne metode skal benyttes. Derav ble det besluttet at kliniksjefer er ansvarlig for å gjennomføre hendelsesgjennomgang på samtlige hendelser som varsles etter §3-3a, målsetning om 100% oppnåelse i løpet av tre år (2019- 2022)

Forhold som har påvirket måloppnåelse 2018

Hendelsesanalyser

Satsning på utvikling av hendelsesgjennomgang som metode har blitt prioritert, derav ble det bare gjennomført to hendelsesanalyser i 2018.

Hendelsesgjennomganger

Målsetning om utvikling og utprøving av metode ble gjennomført. Noen få klinikker har tatt metoden i bruk. Disse har på egen hånd sikret at de som leder gjennomgangene har deltatt på Helsedirektoratet sitt kurs i hendelsesanalyse.

Forbedringer som har utpekt seg i 2018

Hendelsesgjennomganger

Der hvor metoden er tatt i bruk hos klinikkene selv oppleves økt forståelse for hendelsesforløp som førte til uheldig hendelse. Ved tiltaksarbeid vises det til økt eierskap til besluttede tiltak.

Avvikssystem - konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Klinikkene fullfører prosess med å definere hva som skal meldes/varsles, jf. LGG for 2017	Kliniksjefer	1.12.2019
KVALUT koordinerer rapportering på status i oppfølging av tiltak etter hendelsesanalyser/hendelsesgjennomganger halvårlig	Senterleder KVALUT	1. gang innen 31.12.2019

Hovedområde dokumentstyring

Mål og planer 2018:

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

Status tiltak etter LGG 2017

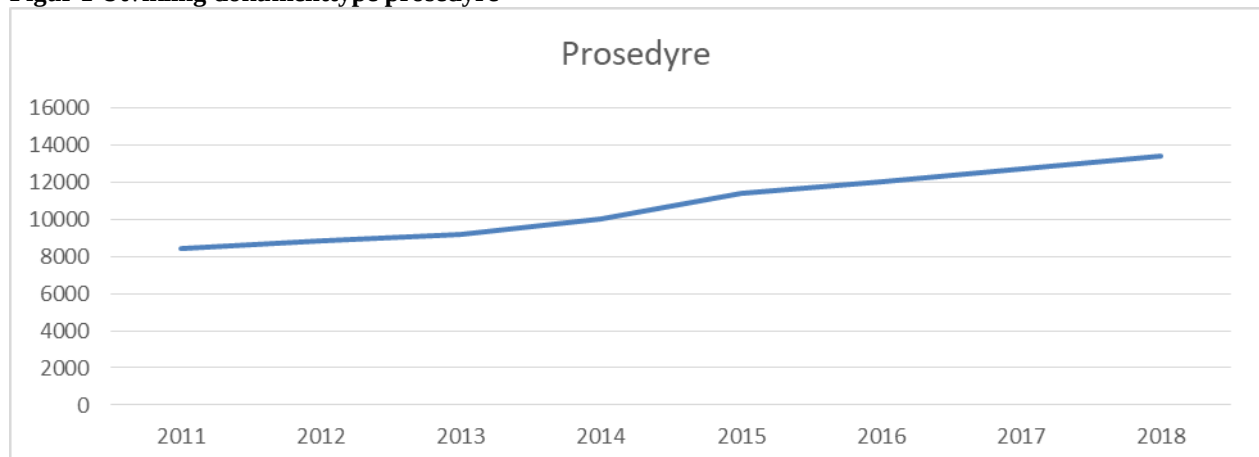
Tiltak	Ansvarlig	Status	
Utarbeide mal for standardisering av overskrifter på prosedyrer i Docmap. Malen må beskrive hvordan en aktiverer relevante søkeord.	KVALUT v/Kvalitetsavdelingen	Ikke gjennomført på grunn av endring i prioritering.	
Etterlevelse av prosedyre <i>PR24232 Utarbeidelse og implementering av prosedyrer med gyldighet UNN HF.</i>	Klinikkene KVALUT	Overordnet prosedyrearbeid er iverksatt	
Foreslå et regionalt prosjekt for utarbeidelse av flere regionalt overgripende prosedyrer, ledet av regional kompetansetjeneste for pasientsikkerhet.	KVALUT v/ Med. fagsjef	Forslag spilt inn regionalt. Ikke gitt prioritet.	

Beskrivelse av systemet for dokumentstyring:

UNN benytter Helse Nords 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 24686 dokumenter i Docmap (23364 i 2017). Av disse er 12693 prosedyrer. Antallet er jevnt stigende.

Figur 1 Utvikling dokumenttype prosedyre



Utvikling viser at mengden prosedyrer og andre dokumenter er økende.

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.

Det er ikke lagt noen overordnede føringer på dokumentstyring i UNN. Funn etter interne og eksterne revisjoner viser at det er behov for økt kompetanse i dokumentstyring. Dette gjelder kontroll av papirkopier og at ansatte sikres tilgang til kritiske prosedyrer.

Oppfølging av prosedyre for overordnet prosedyrearbeid (PR24232).

I 2018 er det utarbeidet 3 overordnede prosedyrer med implementeringsplaner: Hjerneslag oppstått intrahospitalt, Nasogastrisk sonde hos voksne og Diagnostisk spinalfunksjon.

Det er også startet arbeid med 4 overordnede prosedyrer som skal ferdigstilles i løpet av 2019. Dette omhandler: temperaturmåling, ID sikring og merking av pasienter, prosedyresamling vedrørende vold og trusler og traumemanual UNN.

Forarbeidet til oppgradering av Docmap ble startet vår 2018. Arbeidet stoppet opp på grunn av serverproblematikk og det ble ikke gjennomført i 2018. Ny oppgradering skal gi nye muligheter til å «tagge» dokumenter og det vil kreve en gjennomgang av alle eksisterende dokumenter. Dette er ikke påbegynt pr 31.12.2018.

Vurdering av oppfølging av prosedyre for overordnet prosedyrearbeid

Planlegging: Forslag til nye prosedyrer blir spilt inn medisinsk fagsjef. Fagsjef avklarer hvem som skal være «eier» og ha dokumentansvarlig og godkjenner.

Gjennomføring: Kvalitetsavdelingen kan bidra med å koordinere arbeidet med å lage møteplaner og å sammenstille prosedyrene. Det er også gjennomført prosedyrearbeid i klinikkene – der Kvalitetsavdelingen kun har bistått i utgivelse av prosedyrene.

Evaluerings: Innmelding av behov for ny overordnet prosedyre følges av klinikkene. Det som er hovedutfordring er at kan ta lang tid for å få ferdigstilt resultat. Utfordringen er blant annet å finne tidspunkt for å samle alle som skal bidra inn i arbeidet.

Korrigerings: Viktig med å legge langsiktige møteplaner slik at fagpersoner kan planlegge dette i god tid.

Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2018

Organisasjonen har dratt nytte av å lage føring for klinikkovergripende prosedyrer. De forskjellige fagmiljø er tydelig opptatt av å få felles overgripende prosedyrer.

Dokumentstyring - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
KVALUT legger frem forslag til struktur/plan for systematisk, langsiktig arbeid med å sikre felles og oppdaterte prosedyrer i UNN.	Senterleder KVALUT	1.11.2019
Det er utarbeidet kompetanseplanene (grunnleggende opplæring) UNN-Docmap-Alle ansatte (nivå 1) og UNN-Docmap-Ledere og godkjenner av dokumenter (nivå 2). Det er viktig å sikre at flest mulig gjennomfører utarbeidede kompetanseplaner i bruk av Docmap	Senterleder KVALUT	Iverksatt

Hovedområde Intern revisjon

Mål og planer 2018:

- Forbedre revisjonsprogram og årsprogram for revisjoner på foretaksnivå.
- Implementering av klinikk-/senterwise revisjoner.
- Etablere struktur for oversikt over revisjonsprogram klinikk-/senternivå.
- Iverksette systematisk opplæring: grunnkurs intern revisjon.

Status tiltak etter LGG 2017

Tiltak	Ansvarlig	Status	
Bruke funn fra interne revisjoner i forbedringsarbeid.	Klinikksjefer	Ny modell implementert i 2018 – vanskelig å se effekt kort tid etter implementeringsfasen	Yellow
Opplæring av revisorer i klinikker og senter.	KVALUT v/ KA	Gjennomført og videreføres	Green
Etablere prosess for klinikkvise revisjonsprogram.	KVALUT v/ KA	Igang satt og følges opp av Kvalitetsavdelingen	Yellow
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	Igang satt og følges opp av Kvalitetsavdelingen	Green

Beskrivelse av systemet for intern revisjon:

- 3 delt modell (foretak, klinikk, egeninspeksjon) og 3-årig program.
- Roller, ansvar, beslutningslinjer definert.
- Oppfølging av revisjoner.

Vurdering av utarbeiding og implementering av intern revisjon klinikk-/senter nivå og systematisk opplæring:

Planlegging: Prosess for utvikling av revisjonsprogram på foretak, klinikk-/senternivå er beskrevet og godkjent av direktør.

Gjennomføring: Direktør har besluttet 3-årig revisjonsprogram for foretaket og årsprogram 2019 i forbedret oversikt hvor innhold i revisjon, tid (hvilket kvartal), sted (involverte klinikker/senter) og ansvar (revisjonsleder) for revisjon defineres tydelig. Det er avsatt ressurs for implementering av revisjonsprogram på klinikk-/senternivå. Prosedyrer og maler oppdateres i tråd med gjeldende retningslinje for revisjoner i UNN. Det er avklart struktur for dokumentasjon av revisjonsprogram klinikk-/senternivå. Det er utviklet og etablert systematisk opplæring «grunnkurs intern revisjon» x tre pr år, med pilotkurs mai 2018.

Evaluerings: Økt kompetanse om internrevisjon gir økt bruk av revisjon som metode i å avdekke forbedringsområder i tjenesten. Deltakelse på grunnkurs har gitt mulighet for nettverksbygging på tvers av klinikker og senter med hensikt å dele erfaring og kompetanse om revisjon og revisjonsfunn. Det iverksettes i større grad revisjoner som ikke ledes av kvalitetsavdelingen (KA). Arbeidet med dokumentasjon av revisjonsprogram i Dialogavtale samt gjennomføring av klinikk-/sentervise revisjoner er i prosess og videreføres i 2019. Det er ikke etablert struktur som gir enkel oversikt over klinikkvise-/sentervise revisjonsprogram.

Korrigerings: Tilgjengelighet til revisjonsprogram og årsplan for revisjoner på foretaksnivå bør forbedres ved at disse publiseres i dokumentstyringssystem (Docmap) og på intranett.

Forhold som har påvirket måloppnåelse 2018:

- Kompetanse om revisjon som metode er ikke tilstrekkelig i organisasjon og hindrer fremdrift i implementering av klinikk-/sentervise revisjonsprogram.

- Krysspress og samtidighetskonflikter for personer som er dedikert til å ivareta oppgaver for etablering av revisjonsprogram i klinikk/senter og gjennomføre revisjoner påvirker gjennomføringsevne selv om vilje er tilstede.
- Funn som gjelder hele organisasjonen følges ikke opp i alle relevante enheter.

Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2018

- Synergi i bruk av revisjonskompetanse på tvers av klinikker og senter, som erfaringsoverføring og kompetansebygging.
- Økt interesse for revisjon som metode etter hvert som kompetanse etableres i organisasjon.

Intern revisjon - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
1. KVALUT samler oversikt over oppfølging av handlingsplaner/tiltak etter interne revisjoner, og legger dette frem for Kvalitetsutvalg eller ledergruppe halvårlig	Senterleder KVALUT	Første gang 31.12.2019
2. KVALUT sikrer system for systematisk opplæring av interne revisorer i alle klinikker, der minst én (to?) person(er) i hver klinikk har fått tilbud om opplæring	Senterleder KVALUT	Gjennomført 31.12.2019
3. UNN-styret involveres i prosessen med interne revisjoner i UNN ved at a. UNN-styret forelegges og godkjenner plan for interne revisjoner på foretaksnivå årlig b. Styret forelegges rapporter fra interne revisjoner med anbefalt handlingsplan for oppfølging.	Senterleder KVALUT/adm dir.	Første plan senest 15.2.2020

Hovedområde Systematisk HMS-arbeid

Mål og planer 2018:

- Styringshjulets funksjonalitet skal videreutvikles i samarbeid med klinikkene og andre relevante fagmiljøer.
- Arbeidet skal koordineres med utvikling av ny modell for Ledelsens gjennomgang.
- Oppfølging av ForBedring skal gjennomføres i alle enheter.

Lov- og forskriftsendringer 2018:

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 utviklingssenteret.

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 to piloter på klinikknivå: følge opp risikoområder.

Status tiltak etter LGG 2017

Tiltak	Ansvarlig	Status	
Styringshjulets funksjonalitet skal videreutvikles i samarbeid med klinikkene og andre relevante fagmiljøer	Foretakscontroller KVALUT Klinikksjefer	Pågår	
Arbeidet skal koordineres med utvikling av ny modell for Ledelsens gjennomgang	Foretakscontroller KVALUT	Igang satt og pågående.	
Oppfølging av ForBedring skal gjennomføres i alle enheter.	Klinikksjefer Stabssenter KVALUT	Gjennomføringsgrad 74.9%	

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.

Det er krevende å sikre kontroll av vedtatte mål og strategier da det er mangelfull samlet oversikt over tiltak og etterlevelse av tiltak/handlingsplaner

Arbeidstilsynet gjennomførte i 2018 et systemrettet tilsyn i 10 seksjoner ved UNN-Breivika og – Åsgård. Arbeidstilsynet opplevde dagens at gjennomføringen av HMS-arbeidet var uoversiktlig. Tilsynet mente det var vanskelig å få klarhet i hva som var utarbeidet av tiltak og planer. Mye av dokumentasjonen synes å være knyttet til flere system - noe er knyttet til vernerunder, noe til ForBedring og noe til egne HMS-planer i seksjonene. Arbeidstilsynet er blitt gjort kjent med at HMS-relaterte dokumenter (strategi, prosedyrer, skjemaer for vernerunder, avviksmeldinger, tiltaksplaner mv) skal være samlet i Docmap. Brukerne av Docmap opplever dette som tungvint, også når det gjelder å lete frem HMS-relaterte dokumenter eller ved registrering av avvik i Docmap.

Arbeidstilsynet påpekte åtte forbedringsområder i det systematiske arbeidet og påla derfor UNN å gjennomføre en systematisk gjennomgang av internkontrollen med frist 31.11.2019.

Vurdering av arbeidet med nytt årshjul HMS/styringshjulet:

Planlegging: Utviklingsarbeidet av styringshjulet fortsatte med pilotavdelingene Laboratoriemedisinsk avdeling og Rusavdelingen.

Gjennomføring: Det ble gjennomført 6 workshopmøter med pilotavdelingene. Tilpasningen av Styringshjulet til LGG er koordinert med arbeidet i pilotklinikken for LGG. Arbeidet med å involvere fagmiljøene er startet opp ved at disse områdene inngår i malen for LGG.

Evaluering: Pilotavdelingene tilfredse med det nye verktøyet (Styringshjulet), og kom med et ønske om å få overført innholdet i dagens Dialogavtale til Styringshjulet. Det ble fremmet egen sak for

ledelsen i UNN om å overføre innholdet i dialogavtalene til Styringshjulet, samt et strategisk valg om å satse på Styringshjulet som det framtidige verktøyet for dialogavtaler i UNN.

Korrigerings: Tilbakemeldinger fra pilotene og Arbeidstilsynet understreker behovet for å videreutvikle og implementere internkontrollsystemet, og tilrettelegge bedre for å kunne holde orden i eget hus for fagmiljøene ved hjelp av LGG-prosessen og et elektronisk verktøy. Ved å samle gjeldende prosedyrer og tiltaksplaner i samme sted.

Utviklingsarbeidet har vist at styringshjulet har potensiale til å kunne omfatte det meste av kvalitets- og forbedringsarbeidet. Forbedrede overordnede prosedyrer for internkontroll i UNN ble igangsatt.

Forhold som har påvirket måloppnåelse 2018:

Tilgang til ressurser hos HN-IKT har vært en begrensende faktor i utviklingen av nytt elektronisk styringshjul. Arbeidets omfang er ikke i samsvar med ressursene som er satt av til å arbeide med å utvikle og implementere et helhetlig system for internkontroll i UNN og HN IKT.

Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2018:

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.

Systematisk HMS-arbeid - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Innføring av styringshjulet forseres i den grad det er mulig, og HMS prioriteres lagt inn med mål og tiltak	Foretakscontroller	31.12.2019

Hovedområde Pasientsikkerhetsprogrammet

Mål og planer 2018

Oppdragsdokument 2018 fra Helse Nord RHF. 3.7 Pasientsikkerhet:

1. Sende nødvendig informasjon med alle pasienter som skrives ut og som har behov for kommunal oppfølging. Dette for å sikre et godt og helhetlig behandlings- og pasientforløp. Informasjonen innebærer blant annet at foreløpig epikrise, samstemt legemiddelliste og medikamenter skal følge med pasienten ved utreise, jf. tjenesteavtale 5. Dersom opplysningene ikke er tilgjengelig ved utreise, for personell som skal ivareta pasienten, skal heller ikke pasienten reise ut fra sykehuset.
2. Sikre at pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker inngår som en del av sykehusenes aktivitet og at resultatene rapporteres i tertialrapport.
3. Legge til rette for at arbeidet på pasientsikkerhetsområdet videreføres også etter 2018.
4. Ha skriftlige rutiner i Docmap som beskriver utskrivningssamtale og hvordan det sikres at pasient/pårørende får nødvendig informasjon om sin sykdom og medikamentene og at pasienten får med seg oppdatert medikamentliste.

Status tiltak etter LGG 2017

Tiltak	Ansvarlig	Status	
Kommunikasjonskanaler som intranett og Pingvinavisa skal benyttes som spredning av gode resultater	KVALUT Stabssenteret	Kontinuerlig prosess	
Regionale prosedyrer for legemiddelsamstemming skal implementeres. Rapporten som er under utvikling i Helse Nord LIS skal benyttes for oppfølging av legemiddelsamstemmingen.	Klinikksjefer KVALUT	30 % i UNN	
Nye innsatsområder som er under pilotering i UNN skal rulles ut strukturert.	Klinikksjefer KVALUT	2 innsatsområder er enda i pilotering.	

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.

Evaluerings: 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 klinikksjefene får en bedre oversikt over status i segan 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 2018:

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. Dette ser ikke ut til å ha hatt ønsket effekt, så arbeidet kontinueres og forsterkes.

Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2018

De fleste enheter rapporterer alle innsatsområder implementert eller delvis implementert. Oppmerksomhet må vies til iverksetting av tiltak etter identifisert risiko.

Pasientsikkerhetsprogrammet - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Følge opp vedtatt plan, jf. vedtak i Kvalitetsutvalget 19.3.2019, med tertialvis rapportering til Kvalitetsutvalg og styre.	Klinikksjefer og senterleder KVALUT	Løpende

Hovedområde Risikostyring (nytt hovedområde 2018)Mål og planer 2018: (foretak)

Målsettinger fra HN RHF som skal rapporteres mht risikostyring:

- Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen
 - o Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter skal være under 50 dager innen 2021
 - o Det skal ikke være fristbrudd
 - o Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid
- Sikre god pasient- og brukermedvirkning
- Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell
 - o Gjennomsnittlig sykefravær skal være mindre enn 7,5 % og korttids sykefravær skal være under 2 %.
- Innfri de økonomiske mål i perioden
 - o Økonomisk resultat i tråd med plan

Det forventes at HF-ene i tillegg har egne lokale mål, med tilhørende kritiske suksessfaktorer (KSF-er). Det forventes at foretakene definerer virksomhetsspesifikke mål som skal ha særskilt fokus i risikostyringen.

Lokale mål 2018: (egne satsninger)

- Dialogavtalen: prioriterte mål med særlig høy risiko for manglende måloppnåelse
- Internkontroll: områder i virksomheten som innbefatter risiko skal være underlagt systematisk og dokumentert risikostyring/internkontroll.

Beskrivelse av systemet for Risikostyring:

Helseforetaksloven § 16 (1) bestemmer at eier utøver den øverste myndighet i foretaksmøtet. På bakgrunn av oppdragsdokumentet fra HN RHF og protokoll fra foretaksmøtet formidler HN RHF styringsbudskap, krav og økonomiske rammer, herunder et krav om at UNN skal gjennomføre risikostyring av de overordnede styringsmålene, samt sette egne interne mål som skal være gjenstand for risikostyring. En vesentlighetsvurdering avgjør om prosjekter, organisasjonsendringer, mv. skal risikovurderes før de besluttet.

Ledergruppen i UNN vedtok 28. februar 2012, sak 46-12, følgende grunnprinsipper for implementering av risikostyring: *Direktøren legger til grunn at risikostyring i UNN skal integreres i de etablerte virksomhetsstyringselementene. Utover årlige overordnede mål fra RHF-et vil direktør og linjeledere vurdere behovet for å sette egne mål for risikostyringen som en del av virksomhetsplanleggingen* [\[1\]](#). Vedtaket innebærer at risikostyring naturlig kompletterer virksomhetsstyringen. Risikostyring handler om å få innsikt i risikoforhold, effekt av tiltak, grad av styrbarhet av risiko, osv. og tilhørende metoder, prosesser og strategier for å kartlegge og styre risikoene. Risikostyring skal bidra til bedre

kvalitet på virksomhetsstyringen og sikre bedre måloppnåelse ved å øke gjennomføringsevnen og redusere overraskelser og tap i gjennomføringsfasen.

Risikostyring kan deles inn i to nivå, overordnet og operativ risikostyring. Overordnet risikostyring er gjerne risikostyring i forhold til overordnede mål og styringskrav, mens den operative risikostyringen er knyttet til å forhindre uønskede hendelser og svikt i kjernevirksomheten, og for risiko knyttet til vesentlige endringer i form av OU-prosesser, informasjonssikkerhet, bygg, innføring av nye behandlingsmetoder, teknologi, mv. Den overordnede risikostyringen har fokus på risiko for hendelser som kan true måloppnåelsen for de fastsatte målene.

Helse Nord RHF utarbeidet egne retningslinjer for risikostyring som gjelder for foretaksgruppen og sender ut årlige mål for risikostyring i oppdragsdokumentet. Følgende prosedyrer i Docmap regulerer risikostyringen i UNN:

[RL3406 helhetlig risikostyring i UNN HF](#)

[RL1067 Risikovurdering i UNN- prosessbeskrivelse](#)

[RL1602 Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord](#)

Vurdere systemet/prosesser ut ifra hele forbedringshjulet

Planlegging: I januar skal UNN definere styringsmål og delmål på foretaksnivå som skal risikovurderes.

UNN redegjør for arbeidet med risikostyring i Årlig melding, sammen med eventuelle justeringer på bakgrunn av nytt oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll.

Gjennomføring: UNN skal rapportere gjennomføringen av risikostyring til HN RHF ved 1. tertialrapportering, herunder eventuelle justeringer av mål og KSF-er på bakgrunn av oppdragsdokument/foretaksmøteprotokoll. Det skal rapporteres på gjennomførte risikovurderinger og plan for risikoreduserende tiltak.

Ved 2. tertialrapportering skal risikovurderingen fra 1. tertial følges opp, det er her spesielt fokus på hvilken effekt tiltakene har hatt og eventuell ny vurdering av risiko knyttet til styringsmålene.

Evaluering: Ved årsslutt redegjøres det for måloppnåelse og arbeidet med risikostyring i ledelsens gjennomgang og Årlig melding.

Korrigerings: Det bør fastsettes hvilke av de overordnede satsningene som skal være gjenstand for risikostyring.

For å standardisere og sikre at praksis utvikler seg i tråd med anbefalte retningslinjer, er det tilrådelig å øke kompetansen på risikostyring i UNN. Involvering av fagmiljøene i risikostyring er sentralt.

Forhold som har påvirket måloppnåelse 2018: (positive og negative, interne- og eksterne forhold)

For å integrere risikostyringen i den ordinære virksomhetsstyringen skal risikostyringen gjøres samtidig som andre virksomhetsplanleggings- og styringsprosesser. Selv om det er positivt at foretaket risikostyrer målene som er lagt til grunn av HN RHF, er det uheldig at foretaket ikke har supplert de regionale målsettingene med egne foretaksspesifikke mål.

Risikostyring - Konklusjon og anbefalinger

Risikostyring er en prosess som skal gjennomsyre virksomheten fra fastsettelse av overordnede strategi og plandokumenter til den operative styringen i førstelinjen. Risikostyring pågår kontinuerlig i UNN, men begrepsapparatet og metoden varierer. Risikovurderinger er i hovedsak kvalitative vurderinger som bygger på faglig skjønn og erfaring, og skal gjennomføres av personer med kompetanse og erfaring fra det aktuelle området.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
UNNs ledergruppe og UNN-styret orienteres om/vedtar årlig plan for oppfølging av risikostyring senest innen 31.3. hvert år, med rapportering på oppfølging i tertialrapporter/årlig melding	Senterleder KVALUT/adm. dir.	31.3.2020
KVALUT sikrer at foretaket har tilstrekkelig kompetanse på gjennomføring av systematiske risikoanalyser; minimum 3 personer behersker dette og kan lede risikoanalyser.	Senterleder KVALUT	31.12.2019

Hovedområde Smittevern

Mål og planer 2018:

Målene er hentet fra oppdragsdokumentet til Helse Nord 2018

- Ha færre enn 3,5 % sykehuspåførte infeksjoner, målt ved prevalensundersøkelsene.
- Redusere bredspektret antibiotikabruk med 20 % sammenlignet med 2012.
- Utføre prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og antibiotikabruk (NOIS-PIAH) minst to ganger årlig. HAI oppstått i eget sykehus rapporteres til Helse Nord RHF.
- Utføre insidensundersøkelser av post operative sårinfeksjoner i operasjonsområdet (NOIS-POSI) fortløpende, og rapportere tertialvis til Helse Nord RHF.
- Gjennomføre tverrfaglig og systematisk gjennomgang av pasientforløpet ved dyp post operativ sårinfeksjon, og eventuelt iverksettes tiltak.
- Ha minst ett punkt i årsplanen for internrevisjon tilknyttet infeksjonskontrollprogrammet (IKP).
- Vaksinere 75 % av helsepersonell med direkte pasientkontakt for sesonginfluensa.

Status tiltak etter LGG 2017

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

Beskrivelse av systemet for smittevern:

UNNs IKP (Infeksjonskontrollprogram)

De fleste retningslinjer finnes i dokumentsamlingen PB0738 Smittevernrutiner UNN HF.

I tillegg omfattes IKP av:

- Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus

- [RL1310 Avfallshåndbok for UNN HF](#)
- [PB1601, DS5325 Kontroll av medisinsk teknisk utstyr](#)
- [DS2194 Sterilforsyning](#)
- [PB0522 Sendepøver AMS](#), Retningslinjer for håndtering/transport av smittefarlig materiale

Gjennomføring:

1. Prevalensundersøkelsene ga en prevalens på 2,7 % totalt for UNN.
2. Bruk av bredspektret antibiotika er gått ned med 9,7 % sammenlignet med 2012.
3. Det er utført prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og antibiotikabruk (NOIS-PIAH) fire ganger i 2018, og resultatene er rapportert til Helse Nord RHF.
4. Det er utført insidensundersøkelser av post operative sårinfeksjoner i operasjonsområdet (NOIS-POSI) fortløpende, og resultatene er rapportert tertialvis til Helse Nord RHF.
5. Tverrfaglig og systematisk gjennomgang av pasientforløpet ved dyp post operativ sårinfeksjon startet opp 1. januar 2018, og det har til sammen vært 11 gjennomganger i 2018. Smittevernssenteret koordinerer disse gjennomgangene i henhold til retningslinje RL6217 i Docmap.
6. I februar 2018 ble det utført internrevisjon vedrørende rengjøring og desinfeksjon fleksible endoskop ved gastrolab Tromsø, lungelab Tromsø og gastrolab Harstad.
7. For influensasessongen 2018/2019 fikk 50,7 % av de ansatte influensavaksine. Til sammenligning var det i influensasessongen 2017/2018 26,9 % ansatte som tok influensavaksine. UNN har ikke oversikt over hvor mange av disse som har direkte pasientkontakt.

Evaluerings:

1. UNN nådde målet om prevalens under 3,5 %.
2. UNN har ikke nådd målet om å redusere bredspektret antibiotikabruk med 20 % sammenlignet med 2012.
3. Mål nådd.
4. Mål nådd. Enkelte avdelinger/enheter leverer ikke data for NOIS-POSI til Smittevernssenteret innen fristen, og Smittevernssenteret bruker til dels mye tid på å purre.
5. Smittevernssenteret har ikke oversikt over eventuelle tiltak som er iverksatt av avdelingene etter tverrfaglig gjennomgang. Oppmøtet har variert og det er ikke alle avdelinger/enheter som setter av tid slik at aktuelle deltagere kan delta.
6. Mål nådd.
7. Mål ikke nådd, men UNN økte andelen ansatte vaksinert for influensa fra 26,9 forrige sesong til 50,7 denne sesong. UNN må øke andelen kollegavaksinering hvis målet om 75 % skal nås.

Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2018:

Tverrfaglig gjennomgang av pasientforløpet ved dype postoperative sårinfeksjoner.
Smittevernssenteret koordinerer disse gjennomgangene i henhold til retningslinje RL6217 i Docmap.

Direktør vedtok i oktober 2018 forenklet avfallshåndtering: Mindre smitteavfall, mer som restavfall.
Alt avfall fra kontakt- og dråpesmitteisolat håndteres som restavfall, mens avfall fra luftsmitte- og høyrisikosmitteisolat håndteres som smitteavfall.

Smittevern - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Smittevernssenteret leder arbeid med å utarbeide revidert handlingsplan for smittevernarbeid i UNN, som vedtas i UNNs ledergruppe	Klinikkssjef Medisinsk klinikk	30.11.19
Plan for hvordan målet om 75 % ansattevaksinasjon mot influensa skal nås utarbeides og vedtas i Kvalitetsutvalget	Klinikkssjef Medisinsk klinikk	31.10.19

Hovedområde personvern og informasjonssikkerhet

Mål og planer 2019:

- Bidra til at UNN oppfyller gjeldende krav til IKT-sikkerhet, jf. Dialogavtalen og Oppdragsdokument.
- Avklare fremtidig organisering av Informasjonssikkerhet og personvernarbeid, jf. Dialogavtalen og Oppdragsdokument.
- Oppfølging av ROS-analyser.
- Arbeid med tilpasning til GDPR (EUs nye personvernforordning), jf. Dialogavtalen
 - o Informasjon om GDPR og betydning for ledere
 - o Informasjon GDPR for øvrige ansatte
 - o Ferdigstille protokoll over behandlinger
- Tilpasning ny sikkerhetslov
 - o Organisering
 - o Sikkerhetsklarering
 - o Avklare sikkerhetsobjekter og beskyttelse

Status tiltak etter LGG 2017

Tiltak	Ansvarlig	Status
Implementering av <i>sikker utskrift</i> i hele foretaket.	KVALUT Klinikkssjefer	Alle klinikker har ikke fått lukket dette tiltaket, dette gjelder spesielt UNN Åsgård, UNN Harstad og UNN Narvik. Det skyldes primært 2 ting: 1. økonomi – Det medfører noen investeringskostnader i noen nye skrivere og 2. det er ikke besluttet en strukturert innføring av sikker utskrift i UNN.
Personvern- og informasjonssikkerhet skal inngå i sentrale kompetanseplaner og dokumenteres gjennomført i kompetansemodule i Personalportalen.	Klinikkssjefer Senterledere	Gjennomføring av obligatorisk informasjons-sikkerhetskurs for ansatte i UNN er 71%. måltall 90%. Dette følges opp hver annen mnd med den enkelte leder
Rutiner for <i>systematisk tilgangskontroll</i> må innarbeides ved nytilsetting, endring og ved avslutning av arbeidsforhold.	Stabssenteret Klinikkssjefer	Systematisk kontroll av ansattes tilganger er ikke tilfredsstillende i avdelingene. Ansatte som slutter eller bytter avdeling/klinikk beholder altfor ofte gamle tilgangsrettigheter.

		Avdelingene må implementere og ta i bruk foretakets prosedyrer for tilgangsstyring, hvor slik kontroll skal gjennomføres minimum årlig.	
Dagens praksis for systematisk innsyns kontroll videreføres inntil nasjonal løsning er på plass.	KVALUT	UNN gjennomfører svært mange kontroller av innsyn i journaler primært på henvendelser fra pasienter og behandlere. I påvente av et nasjonal løsning på systematisk innsyns kontroll, har UNN sammen med de øvrige foretakene i Helse Nord tatt i bruk en felles prosedyre for stikk kontroll en gang i kvartalet.	

Beskrivelse av systemet for personvern og informasjonssikkerhet

Styringssystemet for informasjonssikkerhet gjelder all informasjonsbehandling som skjer i Helse Nord. 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 3 medarbeider som jobber med personvern – fordelt på 4 personer (PVO-team). 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. Det er gjennomført en evaluering av denne organiseringen. Planlegging av fremtidig organisering besluttet innværende år.

Vurdering av system for personvern og informasjonssikkerhet

Styringssystemet for informasjonssikkerhet implementeres i flere faser i UNN, hvorav første fase 1 (mål og strategier) er gjennomført.

- Fase 2: Omfatter felles rutiner og prosedyrer i Helse Nord og vil bli sendt ut på høring til de enkelte klinikker før endelig versjon innføres. Dette arbeid er igangsatt og koordineres av FRIS (Fagråd for informasjonssikkerhet i Helse Nord).
- Fase 3: På noen områder vil trolig ikke de felles regionale prosedyrene være tilpasset den enkelte foretaks arbeidsflyt. I slike tilfeller må det etableres og implementeres lokale prosedyrer og rutiner.

Vurdering gjennomføring av risikovurderinger (ROS)

UNN bruker et elektronisk verktøy for gjennomføring av ROS innenfor informasjonssikkerhet og personvern og har gjennom flere år gjennomført flere ROS. Klinikene er blitt flinkere til å bestille ROS når nye tjenester/systemer skal innføres eller endres. Gjennomføring av tiltak som avdekkes

gjennom ROS er imidlertid ikke god nok. Noe av tiltakene gjennomføres, men kvitteres ikke ut og blir derfor liggende som ikke fullført.

- Innføring av «Sikker utskrift» i hele UNN har tatt lengere tid enn forventet. Skyldes primært 2 forhold:
 - o Økonomi
 - o Gammel programvare for sikker utskrift (ansvarlig Helse Nord IKT)
- Bevisstgjøring og opplæring av ansatte, herunder avdelingenes oppfølging av obligatoriske kurs for den enkelte har vært mangelfull. Dette følges nå opp av KVALUT hver 2. måned. Mål er 90 % gjennomført obligatorisk e-læringskurs i informasjonssikkerhet i 2019.
- Systematisk kontroll av ansattes tilganger er mangelfull. Avdelingene må implementere og ta i bruk foretakets prosedyrer for tilgangsstyring, hvor slik kontroll skal gjennomføres minimum årlig.
- Systematisk kontroll av innsyn i journal er mangelfull i påvente av nasjonal løsning. Det innføres nå en manuell rutine for slik kontroll hver kvartal. UNN gjennomfører svært mange kontroller av innsyn i journaler primært på henvendelser fra pasienter og behandlere. I påvente av et nasjonal løsning på systematisk innsyns kontroll, har UNN sammen med de øvrige foretakene i Helse Nord tatt i bruk en felles prosedyre for stikk kontroll en gang i kvartalet. Dette løser utfordringen i akseptabel grad frem til nasjonal løsning foreligger.

Personvern og informasjonssikkerhet - Konklusjon og anbefalinger, inkludert tiltaksforslag:

Forslag på tiltak fra sikkerhetssjef IKT og personvernombud.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Avklaring fremtidig organisering av Informasjonssikkerhet og personvern	KVALUT	Pågår
Implementering av GDPR	KVALUT Klinikker	Pågår
Tilpasning til ny sikkerhetslov	KVALUT DES AKUTT	Pågår

Tiltak fra ledermøtet

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Avholde møte mellom UNN og Helse Nord IKT på høyeste ledernivå om status i og videre arbeid med å bedre informasjonssikkerheten	EB	31.8.2019
Gjennomføre workshop i direktørens ledergruppe om informasjonssikkerhet i samarbeid med Helse Nord IKT, der tiltaksplan for videre arbeid med å bedre informasjonssikkerhet utarbeides og vedtas. I denne planen skal som minimum følgende elementer inngå: - Sikre gjennomføring av opplæring - Oppfølging av tilgangsstyring - Innføring av sikker utskrift - Ivaretagelse av informasjonssikkerhet ved e-konsultasjoner/Skype	E.B/Adm. dir.	31.10.2019
Senterleder KVALUT avklarer i samråd med adm. dir. eventuell endring i organisering av arbeidet med informasjonssikkerhet i UNN	Senterleder KVALUT	31.12.2019

Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus

Beskrivelse av miljøstyringen i UNN

Styret og administrerende direktør har ansvar for etablering, implementering og oppfølging av ledelsessystemet for miljø. Dette ansvaret er gjennom dialogavtalen 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.

Dette ansvaret er lagt inn i dialogavtalen og følges opp med en årlig handlingsplan (årshjul).

Status tiltak etter LGG 2017

Miljømål	Tiltak	Status	
Redusere CO2 utslippet	Sikre at forbruk av lystgass blir tilgjengelig for å måle resultat av måloppnåelse	Målere er installert og resultat skal bli tilgjengelig i løpet av 2019	
Redusere energiforbruket	Det er installert flere timesmålere, og det arbeides med å koble sammen SD anlegg med energioppfølgingssystem.	På grunn av stor utbygging i 2017 hefter usikkerhet med resultatet på energi. Det anbefales å påvente resultat for 2018/2019 før det vurderes om andre tiltak må settes inn for å nå målet.	
Redusere ansattereiser	Reiseaktiviteten har økt med 10 % selv om bruken av Skype er betydelig og det har vært innført reisestopp nye tiltak må vurderes.	Resultat på ansattereiser må sees i sammenheng med at deler av prosjektledelsen for utbygging er på toppen av reisestatistikken. Det anbefales å påvente resultat for 2018/2019 før det vurderes om andre tiltak må settes inn for å nå målet.	
Forbruk og svinn	Forsyningsavdelingen planlegger lagerstyringsprosjekt, jf. Dialogavtale).	Utsatt grunnet arbeidsbelastning med nybygg.	
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).	Internrevisjoner er gjennomført. Kontroll i reviderte klinikker viser ingen endring av status på dialogavtaler og KVAM protokoller.	

Vurderinger av endringer i kontekst, interesseparter og samsvarsforpliktelser

Endringer i	
Eksterne og interne forhold som er relevante for ledelsessystemet for miljø (kontekst)	- Lagt bak oss et år med mange konstitueringer i sykehusledelsen - Ny styreleder - Ny adm. direktør - Erfaringer med stedlig ledelse Harstad og Narvik - PET-senter og A-fløy satt i drift - Enhet for kontinuerlig forbedring - Miljøstyringssystemet integreres i ledelsens gjennomgang (LGG) på klinikk – og avdelingsnivå fra januar 2019. Pilotklinikker gjennomført i HLK og BUK pågår. - Nye avtaler for tøy og avfall under utarbeidelse (konkrete miljøkrav ble stilt i begge avtalene, blant annet krav om samarbeidsmøter om miljøforbedringer) - Vedtektene til Sykehusinnkjøp er endret slik at helseforetakenes miljømål og krav skal ivaretas
Behov hos og forventninger fra interesseparter, inkludert samsvarsforpliktelser	Helse Nords miljøpolitikk er førende for miljøarbeidet i foretakene som skal være i fremste rekke i arbeidet med klima- og miljøtiltak, bl.a. gjennom ledelsessystemet for miljø. Krav til alle helseforetak: - Sette mål og lage handlingsplaner for de nasjonale miljøindikatorene og registrere disse i den nasjonale databasen innen 1. mars 2019. - Stille miljøkrav i alle anskaffelser - Tilrettelegge flere møter for deltakelse via telematikk - Redusere pasientreiser ved ambulerings, bruk av telematikk, og universelt utformede kommunikasjonsmidler
Vesentlige miljøaspekter	PET senter og A-fløy er tatt i bruk og UNNs areal er økt. Dette har ført til økning i energiforbruk.
Risikoer for negativ miljøpåvirkninger	- Manglende kompetanseoverføring: Ny styreleder og adm dir - Manglende fokus som følge av den økonomiske situasjonen i UNN - Økt miljøbelastning på grunn av økt areal: PET-senter og A-fløy - Flere kjørte km: Endringer i ambulansesstruktur (Bjarkøy)
Muligheter for positive miljøpåvirkninger	- Helhetlig miljøfokus for enkeltlokalisasjoner: Driftsledere i Harstad og Narvik - Økt forbedringskompetanse også til bruk i miljøstyring: Enhet for kontinuerlig forbedring - Bedre oversikt over- og derav større mulighet for oppfølging av miljøstyringen på alle nivå i organisasjonen når dette blir en integrert del av virksomhetsstyringen (LGG) - Få monitorering inn i HN LIS (regionalt ledelsesinformasjonssystem) - Kompetansemøder i Personalportalen hvor obligatoriske e-læringskurs kan legges inn og en får oversikt over hvem som har tatt hvilke kurs - Økt samarbeid med leverandørene i avtaleperiodene: Nye avtaler for tøy og avfall. - Å sikre miljøkrav i alle anskaffelser: Vedtektene til Sykehusinnkjøp er endret slik at våre miljøkrav skal ivaretas - Reduksjon i pasientreiser som følge av økt satsning på bruk av Skype

Informasjon/trender fra samsvarsvurdering av lovkrav (evt andre krav)	- Strålevern: UNN har søkt om utslippstillatelse til de isotoper vi bruker, og følger alle de utslippstillatelsene som er gitt. Videre har vi installert forsinkelsestanker som vil ytterligere redusere våre radioaktive utslipp - Tilsyn fra DSB og fylkesmannen avvik er svart ut og lukket. Tiltak er fulgt opp. - Kjemikaliearbeidet i UNN følges opp av kjemikaliegruppa og Kjemikaliemøter for klinikkontaktene. Avvik under vernerunder, interne eller eksterne revisjoner skal meldes som avvik i Docmap - Det er Ikke inngått avtale mellom sykehusinnkjøp og UNN HF, men avtalemål mellom sykehusinnkjøp og helseforetakene ivaretar miljøkrav. Det gjør også vedtektene til sykehusinnkjøp
---	---

Grad av måloppnåelse 2018

Resultat miljøavvik 2018 uttrekk på avvik med klassifisering «ytre miljø»

	Indikator	%	Differanse	Hele 2018	Hele 2017
Totalt UNN	Miljøavvik	15 %	12	94	82

Tabellen viser at det i 2018 er registrert 15% flere avvik sammenlignet med 2017. Avvik knyttet til interne og eksterne revisjoner er ikke med i denne oversikten. Avvikene har i hovedsak årsak «avfallshåndtering». I tillegg til avvik med klassifisering «ytre miljø» er det meldt 195 avvik med merket «avvik klima og miljø». Gjennomgang av disse viser at 23 avvikene kan betraktes som mulige miljøavvik.

Innføringen av kategorier i avviksbehandlingen gir en større treffsikkerhet angående melding. Det vil derfor bli et regionalt bli utarbeidet et regionalt forslag fra den regionale miljøgruppa på at det legges til flere kategorier og avkryssing for miljøavvik tas bort.

Resultat av overvåkning og måling

Uttak av resultat av overvåking og måling av miljøaspektene er fortsatt en manuell oppgave i UNN. Det medfører usikkerhet med kvaliteten på de tall som hentes ut av databasene. Ikke alle data er tilgjengelig. Det er avgjørende for en kvalitativ miljøstyring å få integrert driftsdata i LIS og få disse ned på et operativt nivå. Dette er et arbeid som pågår og følges opp av foretakscontroller, miljørådgiver og staben i HN-LIS.

Miljømål	Indikator	%		Tiltak
UNN har som overordnet mål å redusere CO2 utslippet med 3 % årlig. (Målt i det nasjonale klimaregnskapet)	Co2-utslipp tonn (direkte påvirkninger)	3%		Målet for CO2 regnskapet er ikke nådd grunnet en økning i transport og at økning i areal gir økning i energiforbruket. Data som indikerer UNNs klimafotavtrykk viser en reduksjon i påvirkning. Indikator må vurderes
Klimafotavtrykk for UNNs som baserer grunndata på regnskapsposter blandet med direkte data, og som tar med flere faktorer over	Co2-utslipp tonn (blanding av direkte og indirekte påvirkninger)	-4 %		Modellen for klimafotavtrykk kan utvikles mer for å få sikrere data og nå lavere ned på operative nivå.

hvor dan UNN s drift som utvikler mest CO2				
Sykehuspåførte infeksjoner skal være < 3,5 % (prevalensdata).	Kg smitteavfall i UNN	-3%-		Det vil vurderes nye indikatorer og mål i miljøaspektkartleggingen og arbeidet med å få styringsdata inn i HN LIS.
Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 30 % sammenliknet med 2012	Bruk av antall gule bokser UNN	-2 %		Reduksjonen på 2 % viser at målet ikke er ikke nådd men trendene på statistikken viser en betydelig reduksjon videre. Indikatorene vil vurderes endret
Redusere energiforbruket med 3 % årlig	Kwh pr m ²	-9 %		Energiforbruket vil bli målt mer nøyaktig ved alle målere blir timesmålere og at det sentrale driftsanlegget i UNN Breivika sender data til energioppfølgingssystemet.
UNN skal ha kontroll på vannforbruket ved å gjennomføre faste målinger	M3 vann	6 %		Uttaket av måledata tas med få unntak ut manuelt fra en mengde målere. Det vil derfor være formålstjenlig med automatisk avlesning for å få bedre kontroll på forbruket slik at man kan reduseres overforbruk, og få raskere varsling ved lekkasjer.
Redusere pasientreiser med 3 % årlig	Reiste km	-2 %		Det har vært en reduksjon i reiste km med fly og drosje, mens det har vært en økning i pasientreiser med bil og rutegående transport som spiser opp noe av miljøgevinsten. For å nå målet må også reiser med bil og buss reduseres. Det forutsetter også økt bruk av e-helse og at klinikkene gjør tiltak for å redusere reiser i forbindelse med unødvendige kontroller og timer som kanselleres.
Redusere ansattereiser med 3 % årlig		10 %		UNN har en hatt en betydelig økning i antall reiste km og målet om å redusere ansattereiser er ikke nådd. Dette på tross av at Skype brukes i betydelig grad. Det må tilrettelegges for målinger ned til enhetsnivå for å klarlagt årsak til hvor og hvorfor forbruket øker.
Andel sortert avfall skal øke med 3 % årlig		16 %		Sykehusinnkjøp har inngått en ny avtale for UNN. Undervisningsmaterieell skal oppdateres. E-læringskurs skal utvikles.

85 % av ansatte skal til enhver tid ha gjennomført e-læringskurset	Antall beståtte kurs mot antall brukere i campus	70%		Det tas ut jevnlig status for å følge opp med påminninger til ledere.
Dialogavtalene skal være oppdatert på miljømål og tiltak	Oppdaterte dialogavtaler			Gransking var 2017 og revisjonsresultater fra 2018 viser at dialogavtalene ikke er godt nok oppdatert og at miljøarbeidet i varierende grad følges opp. Klinikken gir også tilbakemelding på at resultater på miljø ikke er etterspurt i dialogmøtene.

Resultat interne revisjoner og eksterne tilsyn

Det er stor oppmerksomhet hos ledere og vernetjeneste på det operative nivå (førstelinjen)

Det er i mindre grad fokus på overordnet nivå og i arbeidet med dialogavtalen.

Det er gjennomført 4 interne revisjoner innen miljøstyring i 2018.

Ved to av tre systemrevisjoner er det avdekt samsvar mellom det som er beskrevet i ledelsessystemet for miljø i UNN og gjennomføringen i klinikken. Revisjonene har avdekt 5 miljøavvik.

UNN har hatt tilsyn fra fylkesmannen med avfall fra sykehus og laboratorier som område og avfallshåndtering, utslippskontroll og internkontroll som hovedtema. Det ble gitt 3 avvik som er lukket. Ref. 18/5054 Avvikene ble lukket ved hjelp av risikovurdering av lasting og lossing. Risikoanalyse på utslipp fra befart diagnoseutstyr, endring av avfallsprosedyre for farlig avfall og innsendt rapport med eksempel på meldte miljøavvik for første halvdel av 2018.

Relevante henvendelser fra interesseparter, inkludert klager

UNN har vært i kontakt med Tromsø kommune angående tilrettelegging av forplassen til UNN og tilrettelegging av skiløype til UNN/Universitetsområdet. De ansatte har klaget over at tilretteleggingen for sykkelparkering ikke går fort nok eller i tilstrekkelig grad. Utover det har det for 2018 ikke vært noen klager eller avisartikler som har angått ytre miljø.

Muligheter for kontinuerlig forbedring

Utfordringer	Forbedringsmuligheter
Mange systemer Implementering av miljøarbeidet i den interne kommunikasjon og informasjonsflyten. Miljømål og tiltak er oppdatert i dialogavtalene og behandles i ledermøter og KVAM	KVALUT utarbeider nå et nytt styringshjul som skal supplere dialogavtalen og på en bedre måte legge føringer på hva som skal legges inn.
Avviksmelding og den etablerte kulturen i UNN	Nyetablert forbedringsgruppe i direktørens stab gir mulighet for å fokus og samarbeid i forbedringsarbeidet
Kompetanse	Ny kompetansemodul vil sannsynlig bedre lederne mulighet for å følge opp at ansatte gjennomfører det pålagte e-læringskurset i ytre miljø.
Ledelsens gjennomgang på klinikknivå	Vil gi økte muligheter for å følge opp miljøstyring og lovkrav.

Ledelsessystemets hensiktsmessighet, tilstrekkelighet og virkning

UNNs ledelsessystem for miljø anses hensiktsmessig og er tilgjengelig for alle ansatte i Docmap. Systemet følger prinsippene i forbedringshjulet. Flere prosedyrer er felles med kvalitet – og HMS-systemet. Det regionale samarbeidet mellom helseforetakene i Helse Nord har vist at det er forskjeller på prosedyrer, prosesser og styringssystem for miljø. Det regionale klima og miljøforumet har vurdert det som hensiktsmessig å starte et arbeid for å gjøre styringssystemer og prosedyrer mer enhetlig.

En vesentlig mangel er å få integrert indikatorene på miljøaspektene i HN-LIS. Dette sikrer en kvalitativ behandling av data som er grunnlag for prestasjonsevaluering.

Resultatene viser at systemet virker etter hensikten, men det er potensiale for at lederne bruker systemet mer aktivt.

Miljøledelse - Konklusjon og anbefalinger, inkludert tiltaksforslag

I tabellen under er det forslag fra DES

Miljømål	Tiltak	Ansvarlig
Alle mål	Styringsdata inn i HN LIS.	Drift og eiendomssjef Stabssjef
	Det vil vurderes nye mer relevante indikatorer og mål i miljøaspekttkartleggingen og arbeidet med å få styringsdata inn i HN LIS	Drift og eiendomssjef
Redusere pasientreiser med 3 % årlig	Økt bruk av e-helse og at klinikkene gjør tiltak for å redusere reiser i forbindelse med unødvendige kontroller og timer som kanselleres.	Følges opp av klinikkledelsen i relevante klinikker

UNN skal ha kontroll på vannforbruket ved å gjennomføre faste målinger	Det vil derfor være formålstjenlig med automatisk avlesning for å få bedre kontroll på forbruket slik at man kan reduseres overforbruk, og få raskere varsling ved lekkasjer.	Avdelingsleder Teknisk drift
--	---	---------------------------------

Tiltak fra ledermøtet

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Sikre at miljømål og tiltak inngår i dialogavtalen gjennomgående, på alle nivå	Klinikksjefer/senterledere	30.11.2019
UNN prioriterer internt arbeidet med å få styringsdata for miljøledelse inn i HN-LIS	Økonomisjef og Drifts- og eiendomssjef	01.10.2019