



STYRESAK

Styresak:	49/2021
Møtedato:	19.05.2021
Arkivsak:	2021/3855-1
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

Ledelsens gjennomgang

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF tar redegjørelsen for *Ledelsens gjennomgang 2020* til etterretning, og ber direktøren følge opp de besluttede tiltakene.

--- Slutt på innstilling. Ikke fjern denne linjen. ---

Bakgrunn

Ledelsen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gjennomfører årlig en systematisk evaluering av helse, miljø og sikkerhet (HMS) og kvalitetsledelsessystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om foretaket. Formålet er å sikre at systemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Ledelsens gjennomgang er hjemlet i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* og Oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF.

Formål

Informere styret om vurderinger og vedtatte tiltak i Ledelsens gjennomgang 2020.

Saksutredning

Ledelsens gjennomgang 2020 ble gjennomført 13.04.2021. Grunnlaget for ledelsens gjennomgang er tilbakemelding på klinikkens systematiske HMS og kvalitetsarbeid. Ledergruppen gjennomgikk status på hovedområdene, diskuterte og vedtok tiltak (se vedlegg).

Utbruddet av Covid-19 påvirket virksomhetsåret 2020 på mange måter. Noen oppgaver ble satt til side, noen gikk som planlagt og nye oppgaver relatert til utbruddet av Covid-19 ble lagt til.

Avvikssystemet og Hendelsesanalyser

UNN har en god meldekultur og forståelse av varslingsplikten. Et viktig forbedringsområde vil være å lære mer om hvordan brudd på informasjonssikkerhet kan oppstå. Det planlegges å småskalateste hendelsesanalyse på et avvik vedrørende brudd på informasjonssikkerhet. Et annet forbedringsområde er å sikre oppfølging og læring på tvers av det som er meldt og varslet.

Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Resultatene fra Forbedring 2020 viser en positiv utvikling. Direktøren vil trekke frem sikkerhetsklima som et viktig forbedringsområde der det fortsatt er mange enheter med for lavt score. Det vises her til at sikkerhetsklima er en viktig forutsetning for både godt arbeidsmiljø og god pasientsikkerhet, samt krav i Oppdragsdokumentet 2021 om å styrke resultatene for sikkerhetsklima. Arbeidet med å sikre koblingen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet videreføres i 2021.

Etablering av egen testenheter for Covid-19 i UNN og rådgivningstjenesten Psykososialt team, har vært viktige tiltak i forbindelse med utbruddet av Covid-19. Tilbakemeldingen fra medarbeidere er at belastningen ved vold og trusselsituasjoner oppleves krevende, og at oppfølging fra et psykososialt team også vil være et viktig ivaretagende og stabiliserende tiltak i fortsettelsen.

Dokumentstyring

Antall dokumenter i dokumentstyringssystemet øker fortsatt. Et betydelig antall dokumenter i Docmap har passert revisjonsfrist. For å sikre kvaliteten på dokumentene skal hver klinikk og senter utarbeide en tidfestet plan for revidering. Et annet viktig forbedringsarbeid vil være å utarbeide en felles struktur for dokumentsamlinger.

Interne revisjoner

Interne revisjoner benyttes i økende grad i kvalitetsarbeidet. Akkrediterte enheter har lang erfaring i å bruke funn fra interne revisjoner til læring og forbedring. Erfaringer fra akkrediterte enheter vil brukes til læring på tvers.

Kompetansestyring

Utbruddet av Covid-19 medførte økt behov for teoretisk og praktisk opplæring i smittevern. Kompetansemoduleen har vært vesentlig i denne opplæringen samt dokumentasjon av gjennomføringsgraden. Det anbefales å identifisere kompetanseplaner med manglende gjennomføringsgrad, og utarbeide tiltak for å bedre gjennomføringen.

Pasientsikkerhet

Som et ledd i synliggjøring av pasientsikkerhetsarbeidet i UNN startet direktøren med pasientsikkerhetsvisitter høsten 2020. I den videre utviklingen av pasientsikkerhetsarbeidet vil risikovurdering benyttes til å identifisere viktige drivere for pasientsikkerheten, og tilpasse tiltakene etter risikobildet. Det er viktig å styrke sammenhengen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i UNN. Dette er også omtalt over i avsnittet om Helse, miljø og sikkerhet.

Risikostyring

Arbeidet med å implementere *Regional retningslinje for risikostyring i Helse Nord* er forsinket på grunn av utbruddet av Covid-19, men vil bli videreført i 2021. Styret vil orienteres om dette i egen sak i løpet av nærmeste fremtid.

Operasjonsvirksomhet 2020

Det vil jobbes videre med styringssystem for operasjonsvirksomheten. Prosess for å definere indikatorer, måltall og tiltak gjennomgående fra overordnet til operativt nivå igangsettes i 2021.

Personvern og informasjonssikkerhet

Riksrevisjonens rapport *Undersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer* (15.12.2020) har vist at alle helseregioner har vesentlige svakheter i informasjonssikkerhetsarbeidet. Dette vil bli gjenstand for tett oppfølging i alle helseregioner de kommende årene.

Styringssystemet for informasjonssikkerhet er fortsatt ikke godt nok utarbeidet på foretaksnivå i UNN. Implementering av revidert styringssystem for informasjonssikkerhet vil fortsette i 2021. Det vurderes viktig å gjennomgå avtaler som innebærer overføring av personopplysninger fra UNN til USA. Ferdigstilling av protokoll over personopplysningsbehandlinger gis høy prioritet. Et annet viktig forbedringsområde er å øke bevissthet om informasjonssikkerhet gjennom kompetansebygging og kulturarbeid.

Smittevern

Smittevernarbeidet har hatt høyt fokus i alle enheter i UNN. Utbruddet av Covid-19 har med stor sannsynlighet ført til bedre etterlevelse av en rekke retningslinjer innenfor smittevern. For å nå målet om å redusere bruken av bredspektret antibiotika med 30 % sammenlignet med 2012, skal det jobbes med å innskjerpe lederoppfølgingen.

Miljøledelse - Grønt sykehus

Alle klinikker og sentre har fått på plass miljøkontakter. Miljøkontaktene skal bidra til oppfølging av forbedringsområdene i klinikkenes og sentrenes egenvurderinger for ytre miljø. UNN har fått i oppdrag og lede etableringen av felles regionalt miljøstyringssystem i foretaksgruppen.

Beredskap

Det totale beredskapsplanverket er omfattende og komplekst. Det ble gjort et stort arbeid med revidering og videreutvikling av planverket i 2020. I fortsettelsen vil det særlig fokuseres på å ferdigstille plan for IKT-beredskap, og plan for radioaktive og nukleære hendelser. Etablering av kontinuerlig plan for øvelser vurderes også viktig. UNN skal delta i pilot som skal utvikle operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne medvirknings- og drøftingsmøter i uke 18. Protokoll og referater fra disse møtene ligger som egne referatsaker til styremøtet 19.05.2021.

Vurdering

Ledelsens gjennomgang sikrer at UNN ivaretar kravene til årlig systematisk evaluering og forbedring av HMS og kvalitetsledelsessystemet. Direktøren ønsker særlig å styrke

Sak 49/2021

oppfølgingen av informasjonssikkerhetsarbeidet, implementering av revidert Regional retningslinje for risikostyring i Helse Nord i organisasjonen og styrke sammenhengen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet.

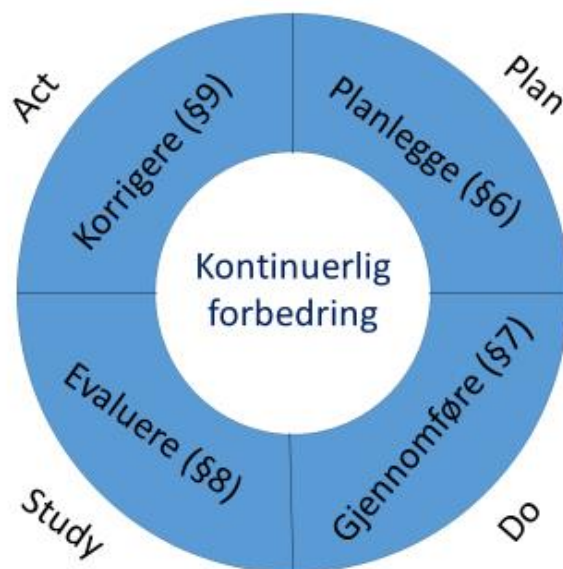
Utbruddet med Covid-19 har påvirket oppfølgingen av flere områder i ledelsens gjennomgang. Dette gjelder også innføringen av ny modell for ledelsens gjennomgang. Det er imidlertid gjort piloter i flere enheter. Erfaringene fra pilotene er at den nye modellen styrker forståelsen for virksomhetsstyringen i organisasjonen og rollen til ledelsens gjennomgang i dette. Når alle klinikker og senter gjennomfører LGG vil relevante tiltak aggregeres fra klinikk-/senter til foretaksnivå.

Tromsø, 07.05.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

- Ledelsens gjennomgang 2020



Ledelsens gjennomgang 2020

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Innledning.....	2
Hovedområde Avvikssystem 2020.....	2
Anbefalinger til 2021.....	2
Hovedområde Hendelsesanalyser 2020	3
Anbefalinger til 2021.....	4
Hovedområde Systematisk HMS 2020.....	4
Anbefalinger til 2021.....	6
Hovedområde Dokumentstyring 2020	6
Anbefalinger til 2021.....	7
Hovedområde Intern revisjon 2020.....	7
Anbefalinger til 2021.....	8
Hovedområde Kompetansestyring 2020	8
Anbefalinger til 2021.....	9
Hovedområde Pasientsikkerhet 2020.....	10
Anbefalinger til 2021.....	11
Hovedområde Risikostyring 2020.....	11
Anbefalinger til 2021.....	12
Hovedområde Operasjonsvirksomhet 2020	12
Anbefalinger til 2021.....	13
Hovedområde Personvern og informasjonssikkerhet 2020.....	13
Anbefalinger til 2021.....	14
Hovedområde Smittevern 2020	15
Anbefalinger til 2021.....	16
Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus 2020	16
Anbefalinger til 2021.....	18
Hovedområde Beredskap 2020	18
Anbefalinger til 2021.....	19
Tiltak fra pilotklinikkenes LGG 2020	20
Anbefalinger til 2021.....	20
Ledelsens gjennomgang 2020 – tiltaksliste.....	21

Innledning

Direktørens ledergruppe vedtok ny modell for gjennomføring av Ledelsens gjennomgang (LGG) 9.1.19 (sak 8.18-2), i tråd med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Ny modell innebærer å gjennomføre LGG både på avdelings-, klinikk og foretaksnivå. Implementeringsperioden foregår frem til 2022. Ny modell ble gjennomført i seks pilotklinikker på avdelings og klinikknivå og et senter vinteren 2021. Videre utrulling av nye LGG pågår, men er forsinket som følge av utbruddet av covid-19. Grunnlaget for LGG 2020 på foretaksnivå er tilbakemeldinger innhentet fra respektive fagmiljøer/-funksjoner.

Formål

LGG 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 2020

Mål og planer

Det var ingen tiltak i LGG 2019 på dette hovedområdet

Gjennomføring og evaluering

Tabell 1 viser oversikt over meldte avvik i 2019 og 2020. Det ble i 2020 meldt færre avvik på forhold som ikke var relatert til pasientbehandlingen. Eksempler på dette er logistikk, utstyr og organisering. Antall meldte pasienthendelser var stabilt.

Tabell 1 Oversikt over avvikstyper

Avvikstyper	2019	2020
Avvik egen avdeling/seksjon, UNN	3452	3070
Avvik annen avdeling/seksjon, UNN	2011	1916
Pasienthendelseskjema UNN	1977	1994
Avvik for laboratorier på UNN	922	665
Skademelding personal, UNN	691	687
Samhandlingsavvik med kommuner UNN	370	313
Forbedringsforslag for UNN	274	215

Det vurderes at UNN har en god meldekultur og forståelse for varslingsplikten. Vi har ikke funnet en entydig forklaring på nedgangen i antall avviksmeldinger, men dette kan være betinget i redusert aktivitet og andre forhold relatert til utbruddet av covid-19. Det anbefales også å sikre oppfølging og læring på tvers av det som er meldt og varslet.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Etablere et system for oppfølging på tvers av interne revisjoner, hendelsesanalyser, risikovurderinger og øvrige pasienthendelser.	Fag- og kvalitetssenteret	1.9.21

Hovedområde Hendelsesanalyser 2020

Mål og planer

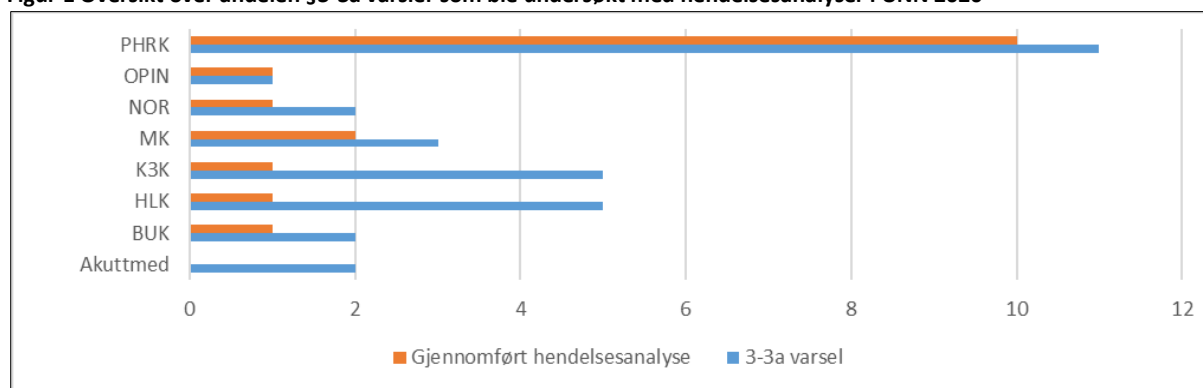
Tiltak fra LGG 2019	Ansvarlig	Frist	
Etablere et system for å se funn samlet og på tvers av rapporter (blant annet fra interne revisjoner, hendelsesanalyser, risikovurderinger og avvik) og nivåer i organisasjonen. Oppfølging innarbeides i Dialogavtalen.	Fag- og kvalitetssenteret	1.5.21	

Gjennomføring og evaluering

UNN har målsetning om å vurdere gjennomføring av hendelsesgjennomganger på alle hendelser som varsles etter Specialisthelsetjenesteloven §3-3a innen utgang av 2021. I 2020 ble 31 alvorlige pasienthendelser varslet til Helsetilsynet i henhold til spesialisthelsetjenesteloven §3-3a.

Det ble gjennomført forenklet hendelsesanalyse på 17 av pasienthendelsene og én fullverdig hendelsesanalyse. Figur 1 viser andelen §3-3a varsler som ble undersøkt med hendelsesanalyse fordelt på klinikkene. Andelen §3-3a varsler som ble undersøkt med hendelsesanalyse økte fra 48,8% i 2019 til 58,1% i 2020.

Figur 1 Oversikt over andelen §3-3a varsler som ble undersøkt med hendelsesanalyser i UNN 2020



Systemet for hendelsesanalyser vurderes å ikke være fullt implementert i UNN. Utfordringer knyttet til gjennomføringsgraden på forenklet hendelsesanalyse skyldes flere forhold:

- *Utbruddet av covid-19:* Merarbeid knyttet til endringer i oppgaveløsning i en «ny hverdag» antas også ha betydning for gjennomføringsgrad.
- *Kjennskap til metode og mengdetrening:* Det varsles få alvorlige pasienthendelser fra hver avdeling/klinikk. Ledere gir tilbakemelding på usikkerhet knyttet til gjennomføring av analyse. Det anbefales at minst en av de to som skal lede analysearbeidet har erfaring med gjennomføring av forenklet analyse.

Opplæring i forenklet hendelsesanalyse er en kritisk faktor for å sikre kompetanse, og dermed styrke gjennomføringsgrad av analyser. På grunn av utbruddet av covid-19 ble det ikke gjennomført undervisning i 2020. Kurset innebærer mye dialog gjennom erfaringsdeling og case-arbeid i gruppe. Skype er ikke egnet for denne type kurs. Gjennomføring av kurset på WEB avventes til Teams er tilgjengelig for alle i UNN.

Metoden for fullverdig hendelsesanalyse er pilotert på administrative/HMS-relaterte hendelser hvor pasient ikke er involvert. Erfaringer fra analyser på administrative/HMS-relaterte hendelser er

utelukkende positive. Det anbefales å småskalateste hendelsesanalyse på avvik vedrørende brudd på informasjonssikkerheten.

UNN startet i 2020 etableringen av et helhetlig system for å se på funn etter hendelsesanalyser samlet og på tvers. Et eksempel på dette er å sammenstille funn i læringsnotater. Hensikten med læringsnotatene er å synliggjøre hvilke funn som går igjen på tvers av rapporter og gi klinikksjefer muligheten til å prioritere oppfølgende tiltak i egen klinikk.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Alle §3-3a varsler skal vurderes for hendelsesanalyse.	Klinikksjefer	31.12.21
Etablere retningslinje med tilhørende prosedyrebeskrivelser og maler for å benytte hendelsesanalyse for å undersøke bakenforliggende årsaker til administrative/HMS-relaterte hendelser med store konsekvenser.	Fag- og kvalitetssenteret	1.9.21
Hendelsesanalyse skal prøves ut i småskalatest på et avvik vedrørende informasjonssikkerhet, for å lære mer om hvordan avviket kan skje.	Fag- og kvalitetssenteret/ Klinikker og stabssenter	1.9.21

Hovedområde Systematisk HMS 2020

Mål og planer

Tiltak fra LGG 2019	Ansvarlig	Frist	
Etablering av ei arbeidsgruppe bestående av fagpersoner fra ulike deler av HMS-feltet, som gis mandat å utarbeide forslag til mål, krav og implementeringsplan for HMS-arbeidet i UNN.	Personal og organisasjon/ Fag- og kvalitetssenteret/ Foretakscontroller/ Drifts- og eiendomssenteret/ Diagnostisk klinikk / Arbeids- og miljømedisinsk avdeling	1.5.21	
Gjennomgå arbeidet i KVAM-utvalgene i UNN og foreslå hvordan vi bedre kan jobbe samlet med HMS og kvalitet/pasientsikkerhet.	Fag- og kvalitetssenteret	1.3.21	

Oppdragsdokument

- Delta i utarbeidelse og implementering av felles retningslinjer for varsling i Helse Nord under ledelse av Helse Nord RHF.

Andre relevante forhold

- ForBedringsundersøkelsen 2020: minimum 70% deltakelse og alle enheter skal ha egen handlingsplan som følges opp
- HMS måldokument 2020-2021
- Sikre koblingen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet

Gjennomføring og evaluering

På grunn av utbruddet av covid-19 ble det nødvendig å innføre mange nye tiltak for å ivareta et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Mye av det planlagte arbeidet på HMS-området ble ikke fullført og videreføres i 2021.

Svarprosenten på *Forbedringsundersøkelsen* ble 78,8 % i 2020 (73,7 % i 2019 og 73,2 % i 2018). Det er små endringer, men tendensen er positiv. Temaområdene: *Arbeidsforhold* (+2,1), *Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeid* (+3,3) og *Oppfølging* (+2,1) øker mest. Under tema *Oppfølging* er det verdt å merke seg at enkeltpåstanden «*Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige Forbedringskartleggingen*» øker med 3,2 poeng. Resultatene for sikkerhetsklima er styrket siden 2018 (+2,6 poeng), men det er fortsatt for mange enheter med lavt score på sikkerhetsklima. Økningen under tema *Oppfølging* regnes som et svært sentralt resultat, da opplevelsen av å bli involvert i oppfølgingsarbeidet legger grunnlaget for å få effekt ut av denne type undersøkelser. Den svakt positive tendensen følger utviklingen fra 2018 og understreker det langsiktige perspektivet man må ha i denne type arbeid på foretaksnivå. Det foreligger ikke en samlet oversikt over oppfølgingsarbeidet i 2020. I 2018 og 2019 lå andelen enheter i UNN med egen handlingsplan på i overkant av 70 %. På grunn av utbruddet av covid-19 ble det ikke gitt slikt krav for oppfølgingen i 2020. Klinikken fikk ansvar for å behandle resultater og lokale oppfølgingsplaner i KVAM-utvalgene.

I 2020 har *risikovurdering og tiltaksarbeid på HMS-området* i hovedsak rettet seg mot smittevern/biologiske faktorer i arbeidsmiljøet. Støttefunksjoner har bistått i risikovurdering på gruppe- og individnivå, spesielt i tilfeller der personell med underliggende sykdom har hatt behov for risikoreduserende tiltak. Arbeidet har vært krevende, særlig med tanke på knapphet på tid og hurtige endringer og begrenset kunnskapsgrunnlag på covid-19. Det vurderes likevel å ha fungert tilfredsstillende. Etablering av egen testenheter for covid-19 i UNN har vært et sentralt tiltak for å hindre smitte blant pasienter og personell, samt sikre forsvarlig beredskap for å ivareta pasienter og arbeidsmiljø.

Det er gjennomført risikovurderinger i Psykisk helse- og rusklinikken og satt fokus på å *redusere og håndtere vold og trusselsituasjoner* gjennom fagdager og undervisning. Før utbruddet med covid-19 ble det jobbet med å utvide undervisningsoppleggene «Forståelse og mestring av aggresjon» og «Møte med aggresjonsproblematikk» i UNN. Tilbud om opplæring til øvrige enheter der det foreligger risiko for trusler og vold videreføres som planlagt i 2021. Ansatte har etterspurt rutiner for hvordan håndtere trusler fra 3. part (pårørende). Det må vurderes hvordan det kan tas inn i eksisterende rutiner.

Utbruddet av covid-19 har krevd mye av ansatte og ledere. Sykehusprestetjenesten har bidratt med *kollegastøtte* i form av undervisning, oppfølging av arbeidsmiljø og enkeltpersoner etter alvorlige hendelser, veiledningsgrupper og enkeltsamtaler med ansatte. Det har de senere år vært økende etterspørsel etter kollegastøtte, og det gis svært positive tilbakemeldinger på dette tiltaket. Prestetjenesten kan ikke alene ivareta det økende behovet i organisasjonen.

UNN etablerte rådgivningstjenesten *Psykososialt team* som tilbyr støtte og rådgivning til medarbeidere og ledere. Teamet består av psykologer, spesialrådgivere og sykepleiere. Hensikten er å støtte medarbeidere og ledere til å stå i arbeid og forebygge stressbelastninger. Det psykososiale teamet fikk økende antall henvendelser ut over 2020. I tillegg valgte en del ledere å henvende seg til Personal- og organisasjon for støtte i vanskelige situasjoner. Tilbakemelding fra medarbeidere er at

belastningen ved vold og trusselsituasjoner oppleves krevende, og at oppfølging fra et psykososialt team vil være et viktig ivaretagende og stabiliserende tiltak.

UNN og UiT igangsatte forskningsprosjektet «Sykehusledelse i koronaens tid – læring til bruk etter korona». Sommeren 2020 ble det gjennomført intervjuer med ledere på ulike nivåer og ulike geografiske lokalisasjoner. Forskningsprosjektet følges opp med ny intervjurunde i februar 2021.

En annen undersøkelse «Endringer ved gul beredskap UNN» fokuserte på hvordan ansatte var berørt av og hvordan pandemien påvirket pasientsikkerhet og kvalitet. Undersøkelsen ble gjennomført våren 2020. Brukere ble invitert til å dele sine erfaringer via UNNs internettside. Resultatene er fulgt opp internt, presentert for Helse Nord RHF og i ulike nasjonale fora.

Funn ved pasientsikkerhetsvisitter har understreket viktigheten av å se arbeidsmiljø og pasientsikkerhet samlet. Eksempler på dette er psykologisk trygghet og bemanningsstabilitet.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Etablere en arbeidsgruppe med bistand fra aktuelle klinikker og sentre for å foreslå hvordan koblingen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet kan styrkes.	Personal- og organisasjon	1.9.21
Rutiner for håndtering av trusler fra 3. part (pårørende) innarbeides i eksisterende rutiner for håndtering av vold og trusler.	Personal- og organisasjon	1.6.21
Det psykososiale støtteteamet videreføres permanent, men i ny form. Mandat for arbeidet må utarbeides og forankres.	Personal- og organisasjon	1.6.21
Det etableres en struktur for kollegastøtte i UNN.	Personal- og organisasjon	1.12.21
Styrke arbeidet med psykologisk trygghet	Personal- og organisasjon	1.12.21

Hovedområde Dokumentstyring 2020

Mål og planer

Tiltak fra LGG 2019	Ansvarlig	Frist	
Igangsette prosess for å kvalitetssikre/ivareta gjennomgang av lokale sykepleierprosedyrer, innføring av regionale kunnskapsbaserte sykepleierprosedyrer (VAR) og behandlingsplaner i DIPS Arena.	Fag- og kvalitetssenteret	1.12.20	
Småskalateste system for kontinuerlig rydding av dokumentsamlinger	Fag- og kvalitetssenteret	1.2.21	

Gjennomføring og evaluering

UNN HF har 27499 dokumenter i Docmap (25627 i 2019). 14414 av disse er prosedyrer (13671 i 2019). Utbruddet av covid-19 har generert behov for utarbeidelse av nye dokumenter, alt fra pandemiplaner til lokale prosedyrer. Et betydelig antall dokumenter i Docmap har passert revisjonsfrist uten at dokumentet er revidert og godkjent. Se tabell 2 for fordeling per klinikk/senter.

Tabell 2 oversikt dokumenter passert revisjonsfrist fordelt på klinikker/senter

Klinikk og senter	Totalt antall dokumenter	Passert revisjonsdato per 1. april 2021
Diagnostisk	7960	463
OPIN	3627	633
K3K	3237	580
Med	2642	188
UNN HF	2180	220
BUK	2166	157
NOR	1314	98
PHRK	1232	181
HLK	1112	104
Akuttmedisinsk	1071	339
Drift- og eiendom	642	9
Personal- og organisasjon	199	28
Forskning - og utdanning	162	6
E-helse, samhandling og innovasjon	68	7
Økonomi- og analyse	39	6
Fag- og kvalitet	29	0
Kommunikasjon og kultur	14	0

Det pågår et regionalt arbeid med å implementere kunnskapsbaserte sykepleierprosedyrer (VAR Healthcare) og behandlingsplaner i den nye elektroniske pasientjournalen (DIPS Arena). Lokal prosess for å ivareta gjennomgang av lokale sykepleierprosedyrer er forsinket på grunn av utbruddet av covid-19.

Det ble igangsatt et forbedringsarbeid for å få oversikt over og kartlegge bruk av eksisterende lokale sykepleierprosedyrer i to pilotseksjoner. Arbeidet avdekket behov for forbedret søkemuligheter og strukturering av lokale prosedyrer. Utprøving av felles struktur for dokumentamslinger er under småskallatesting i 2 seksjoner.

Det pågår et regionalt arbeid med å anskaffe nytt dokumentstyringssystem. Det er en generell utfordring ved alle norske sykehus at dokumentstyringssystemet inneholder svært mange dokumenter, hvorav flere er duplikater eller har passert revisjonsfrist. Det planlegges en felles regional tilnærming for å redusere omfanget av problemet, men dette arbeidet avventes inntil det er etablert et nytt dokumentstyringssystem.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Hver klinikk og senter utarbeider en plan for å revidere dokumenter som er passert revisjonsdato.	Klinikksjefer/ senterledere	1.6.21
Utarbeide en felles struktur for dokumentamslinger.	Fag- og kvalitetssenteret	1.9.21

Hovedområde Intern revisjon 2020

Mål og planer

Tiltak fra LGG 2019	Ansvarlig	Frist	
Bruke funn fra interne revisjoner i forbedringsarbeid.	Klinikksjefer	Kontinuerlig	Yellow
Opplæring av revisorer i klinikker og senter.	Fag- og kvalitetssenteret	Kontinuerlig	Green
Årlig utarbeide revisjonsprogram ved alle klinikker/senter.	Klinikksjefer	31.1 /årlig	Green
Etablere struktur i LGG for oversikt over oppfølgende arbeid etter funn fra interne revisjoner.	Fag- og kvalitetssenteret	1.12.20	Green

Tiltak fra LGG 2018	Ansvarlig	Frist	
UNN-styret involveres i prosessen med interne revisjoner i UNN ved at • UNN-styret forelegges og godkjenner plan for interne revisjoner på foretaksnivå årlig. • Styret forelegges rapporter fra interne revisjoner med anbefalt handlingsplan for oppfølging.	Fag- og kvalitetssenteret/ Administrerende direktør	Første plan senest 15.2.20	

Gjennomføring og evaluering

I 2020 ble det gjennomført ett av tre planlagte kurs i internrevisjon. Med bakgrunn i utbruddet av covid-19 ble all klasseromsundervisning avlyst. Internrevisjonskurset ble fornyet og tilpasset WEB-løsning med maks 12 deltakere, første gjennomføring november 2020.

Alle klinikker oppnevnte kontaktperson med ansvar for internrevisjon. Samtlige klinikker og ett av seks senter utarbeidet og besluttet revisjonsprogram i 2020. Revisjonsprogram for foretak og klinikker dokumenteres i en felles dokumentsamling i dokumentstyringssystemet Docmap. Dette gir klinikkene/sentrene mulighet for samarbeid på tvers ved at de kan innhente oversikt over revisjonsprogram for alle klinikk/senter.

Internrevisjon benyttes i økende grad i kvalitetsarbeid. Dette har antatt sammenheng med økt kompetanse i revisjonsmetode og økt forståelse for revisjon som verktøy i virksomhetsstyringen. Samtlige klinikker har medarbeidere med revisorkompetanse etter gjennomført kurs i internrevisjon. Det er etablert struktur for oversikt over oppfølgende arbeid etter funn fra interne revisjoner på foretaksnivå, som rapporteres til styret. Det ble levert styresak med statusrapportering av gjennomførte revisjoner for 2020 til styremøtet i februar 2021. Saken inneholdt også forslag til hvordan fremtidig rapportering skal foregå.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist	
Gjennomføre minimum 3 kurs i internrevisjon årlig	Fag- og kvalitetssenteret	Kontinuerlig	
Utarbeide revisjonsprogram og plan for oppfølging ved alle klinikker/senter	Klinikksjefer/ senterledere	31.1 /årlig	
Bruke kompetanse fra akkrediterte avdelinger til opplæring i oppfølging og læring av revisjoner	Klinikksjefer/ senterledere	1.10.21	

Hovedområde Kompetansestyring 2020

Mål og planer

Tiltak fra LGG 2019	Ansvarlig	Frist	
Tydeliggjøre hvilket ansvar, oppgaver og myndighet ledere på ulike nivå har for å sikre opplæring for sine medarbeidere.	Fag- og kvalitetssenteret		
Etablere koordineringsgruppe for kompetanseplaner/ –krav med gyldighet UNN.	Personal og organisasjon/ Fag- og kvalitetssenteret/ E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret/		

Etablere obligatorisk opplæring for alle ansatte, for alle ledere og alle fagansvarlige i bruk av Kompetansemoduleen.	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	31.12.20	
---	---	----------	--

Tiltak fra LGG 2017	Ansvarlig	Frist	
Definere systemansvar på foretaksnivå, herunder ansvarsfordeling Stabscenter og fagmiljøene.	Personal og organisasjon		
Utarbeide oversikt over relevante områder for foretakssentrale planer og -krav.	Personal og organisasjon		

Oppdragsdokument

- Etablere tverrfaglig team for bemanningsplanlegging og framskriving av kompetansebehov.
- Delta i arbeidet med revidering av strategisk kompetanseplan.

Gjennomføring og evaluering

På grunn av utbruddet av covid-19 har stabspersonell vært omdisponert til andre oppgaver i 2020. Dette har påvirket måloppnåelsen i stor grad. Det har vært stort fokus på opplæring i smittevern, samt teoretisk og praktisk opplæring for at ansatte skal kunne være forberedt til å ivareta nye oppgaver og fungere på nye enheter.

Det er utarbeidet retningslinjer som tydeliggjør hvilket ansvar, oppgaver og myndighet ledere på ulike nivå har for å sikre opplæring for sine medarbeidere. Det er også etablert koordineringsgruppe for kompetanseplaner/ –krav med gyldighet UNN.

Obligatorisk opplæring for alle ansatte, ledere og fagansvarlige i bruk av Kompetansemoduleen er ikke gjennomført. Lokal forvaltning av kompetansemoduleen mener etter ny vurdering at det ikke er å anbefale å opprette obligatoriske kompetanseplaner i bruk av kompetansemoduleen. Dette fordi mange ansatte allerede er godt i gang med å gjennomføre mange kompetanseplaner. Det vurderes viktigere å jobbe tett på de som trenger opplæring i å utarbeide kompetanseplaner.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Definere systemansvar på foretaksnivå, herunder ansvarsfordeling stabsfunksjonene og fagmiljøene.	Personal og organisasjon/ E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.6.21
Utarbeide oversikt over relevante områder for foretakssentrale planer og -krav.	Personal og organisasjon	1.9.21
Delta i opplæring i bruk av modell for framskriving av bemanningsbehov og scenariomodell. Ta i bruk modellen.	Personal og organisasjon	Våren 2021
Delta i utarbeidelse og implementering av felles strategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling i Helse Nord.	Personal og organisasjon	Våren 2021
Ved hjelp av risikovurdering identifisere kompetanseplaner med manglende gjennomføring, og utarbeide tiltak for å bedre gjennomføringen.	Fag- og kvalitet/ Forskning og utdanning/ Personal og organisasjon	1.9.21

Hovedområde Pasientsikkerhet 2020

Mål og planer

Tiltak fra LGG 2019	Ansvarlig	Frist	
Gjennomføre overgang til regionalt scoringssystem for å identifisere pasienter som er i fare for forverret tilstand (fra TILT til NEWS2).	Fag- og kvalitetssenteret	1.6.21	
Gjennomgå det eksisterende pasientsikkerhetsarbeidet i UNN og foreslå en helhetlig tilnærming til pasientsikkerhet i UNN tilpasset dagens risikobilde og nasjonale føringer.	Fag- og kvalitetssenteret	1.9.21	
Synliggjøre pasientsikkerhetsarbeidet tydeligere i UNN	Fag- og kvalitetssenteret	1.3.21	

Oppdragsdokument

- Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres sammenliknet med året før.
- Andel legemiddellister som er samstemt inn (i DIPS medikamentmodul) skal være mer enn 90 %.

Gjennomføring og evaluering

I forbindelse med innføring av elektronisk kurve og medikasjon (MetaVision) gjennomføres overgang til regionalt scoringssystem for å identifisere pasienter som er i fare for forverret tilstand (fra TILT til NEWS2). Harstad har tatt i bruk NEWS2 og det er meldt om en vellykket overgang. Erfaringer fra Harstad benyttes i implementeringen i resten av foretaket.

Arbeidet med å gjennomgå det eksisterende pasientsikkerhetsarbeidet i UNN, og foreslå en helhetlig tilnærming tilpasset dagens risikobilde og nasjonale føringer er ikke påbegynt på grunn av utbruddet av covid-19.

Som et ledd i synliggjøring av pasientsikkerhetsarbeidet i UNN har direktøren startet med pasientsikkerhetsvisitter. Direktøren besøkte fem enheter høsten 2020.

Tall for andel sykehusopphold med minst én pasientskade, målt med metoden Global trigger tool, tilgjengeliggjøres i slutten av mai. Tabell 3 viser resultater fra 2015 til og med 2019. Tallene for 2019 viser en nedgang sammenliknet med 2018, og er tilbake på samme nivå som i 2017. Metoden for å beregne andelen pasientskader er i begrenset grad egnet til å måle endring over tid ettersom metoden kan påvirkes av endringer i analyseteamet.

Tabell 3 Andel sykehusinnleggelser i UNN med minst én pasientskade, målt med Global trigger tool 2015-19

År	2015	2016	2017	2018	2019
Estimat	16,3 %	21,7 %	13,3 %	15,0 %	13,3 %
95 % KI	(12,1-20,8)	(17,1-26,3)	(8,8-17,9)	(11,3-18,8)	(9,6-17,1)

Videre innsats med infeksjonsforebygging og læring av komplikasjoner etter kirurgi er de viktigste tiltakene for å redusere antall pasientskader i UNN.

Andel legemiddellister samstemt ved innleggelse var 38,6 % i 2020 mot 34,1% i 2019 og 15,6% i 2018. Dette tallet spiller ikke hvor mange legemiddellister som er samstemt, men i hvilken grad det kodes korrekt i DIPS. Det er stor variasjon mellom klinikkene. Enheter som også teller manuelt, rapporterer en større andel faktisk samstemt enn andelen som fremkommer i rapporten i HN-LIS. Oppfølgingen av dette er vanskelig å intensivere før MetaVision er implementert med dens automatiske registrering av tjenestekoden. Inntil MetaVision er på plass, må dette følges opp i den eksisterende implementeringsplanen for legemiddelsamstemming.

Spredningsseminar¹ for innsatsområdene *Trygg utskrivning* og *Tidlig oppdagelse av sepsis på sengepost* ble utsatt på grunn av utbruddet av covid-19.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Risikovurdere drivere for pasientsikkerhet i UNN og tilpasse tiltak etter risikobildet.	Fag- og kvalitetssenteret/ kliniksjefer	1.12.21
Gjennomføre overgang til regionalt scoringssystem for å identifisere pasienter som er i fare for forverret tilstand (fra TILT til NEWS2 ²)	Kliniksjefer/ Fag- og kvalitetssenteret	1.6.22

Hovedområde Risikostyring 2020

Mål og planer

Tiltak fra LGG 2019	Ansvarlig	Frist	
Etablere prosess på strategisk nivå for å identifisere organisasjonsgjennomgående risiko knyttet til utvalgte overordnede mål og styringskrav. Styret involveres i arbeidet.	Kliniksjefer/ senterledere	1.7.21	
Øke kompetansen i klinikkene på gjennomføring av risikovurderinger på operativt nivå.	Fag- og kvalitetssenteret	1.7.21	
Systematisk vurdere behov for risikovurdering ved innføring/overlevering av store prosjekter, herunder med særlig fokus på risiko ved pasientsikkerheten.	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.3.21	

Andre relevante forhold

Helse Nord RHF publiserte i februar 2020 nye retningslinjer for risikostyring.

Gjennomføring og evaluering

Arbeidet med å implementere revidert regional retningslinje for risikostyring i Hele Nord ble påbegynt i april 2020. Direktørens ledergruppe ble 20.10.2020 orientert om status i arbeidet og det ble besluttet å pilotere risikostyring på det nasjonale styringsmålet *Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen* og underliggende driver *Nok personell med tilstrekkelig kompetanse*. Det ble også besluttet bruk av driverdiagram som verktøy i piloteringen. Utbruddet av covid-19 har vært en forsinkende faktor i arbeidet med den strategiske risikostyringen.

I 2020 er det utarbeidet nytt malverk for risikovurderinger på operativt nivå. Det nye malverket bygger forståelse for risikovurderingens faser underveis i arbeidet. Malverket setter tydelige rammer for risikovurderingen i tillegg til å være tilstrekkelig fleksibelt og oppleves enkelt i bruk. Dette skal redusere behovet for opplæring og prosessstøtte ved gjennomføringen. Opplæringen i bruk av malverket kom godt i gang høsten 2020 og videreføres i 2021. For gjennomføring av opplæring er det særlig tilgang på tid for helsepersonell som har vært begrensende. Arbeidet med risikoreducerende tiltak har fått større oppmerksomhet og risikovurdering gjennomføres i større grad ved endringer.

Det ble gjennomført risikovurdering av pasientsikkerhet ved innføring av MetaVision i Harstad, med særlig fokus på fasen der en går fra papirkurve til elektronisk versjon av kurven. Gjennomføringen

¹ Spredningsseminar: Pilotavdelinger viderefører sine erfaringer til aktuelle enheter, hvor tiltakene blir presentert og de fremmøtte planlegger hvordan de skal implementere innsatsområdet.

² For voksne

bidro med viktig informasjon til forberedelsen og ble fulgt opp med en «levende» handlingsplan til innføringsarbeidet. Det ble vurdert viktig å gjennomføre tilsvarende risikovurdering ved kommende innføring av MetaVision i Narvik og Tromsø. Utover denne risikovurderingen er det ikke satt i system å innføre risikovurdering av pasientsikkerheten ved innføring/overlevering av andre store prosjekter.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Videreføre arbeidet med implementering av revidert regional retningslinje for risikostyring i Helse Nord.	Administrerende direktør	31.12.21
Systematisk vurdere behov for risikovurdering av pasientsikkerheten ved innføring/overlevering av store prosjekter.	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.10.21

Hovedområde Operasjonsvirksomhet 2020

Mål og planer

Operasjonsvirksomheten er nytt hovedområde i LGG for 2020, derfor ingen tiltak fra 2019.

Nasjonale og lokale indikatorer

- Strykninger – nasjonal indikator, <5%
- Passert planlagt tid – nasjonal indikator, <5%
- Øyeblikkelig hjelp – lokal indikator – ikke satt måltall for 2020
- Bruk av sjekklisten for «Trygg kirurgi», lokal indikator, >90% av inngrep gjennomført alle tre deler

Gjennomføring og evaluering

Utbruddet av covid-19 svekket muligheten til målrettet forbedringsarbeid for å effektivisere driften. Styringssystem for operasjonsvirksomheten oppleves utydelig. Målsetting er lite definert. Indikatorer, måltall og tiltak er ikke gjennomgående fra overordnet til operativt nivå. Beslutninger på overordnet nivå brytes ikke ned og følges ikke opp på nivåene under og på tvers av klinikker.

Strykningsprosenten for foretaket var samlet 6,9% (Narvik 4,5%, Harstad 5,3%, Tromsø 7,7%). De vanligste årsakene til strykning samme dag er; «overbooking/skiftetid/forsinkelse annen elektiv operasjon», «Utsatt pga øyeblikkelig hjelp» og «ikke indikasjon for operasjon».

Indikatoren *passert planlagt tid* beskriver antall og andel pasientavtaler som er forsinket i forhold til tidspunkt registrert i pasientdatasystemet. UNN nådde ikke målet om <5% andel passert planlagt tid i 2020 (for heldøgns- og dagkirurgipasienter). Utbruddet av covid-19 førte til økte ventetider og passert planlagt tid spesielt i første halvdel av 2020. Etter normalisering av drift og med tilleggskapasitet ved Volvat og Aleris bedret ventetid og passert planlagt tid seg i siste halvdel av året. Tabell 4 viser andel passert planlagt tid for heldøgns- og dagkirurgipasienter. Dette var ikke tilstrekkelig til å få ventelister og ventetider ned på et ønsket nivå.

Tabell 4 Andel passert planlagt tid (for heldøgns- og dagkirurgipasienter)

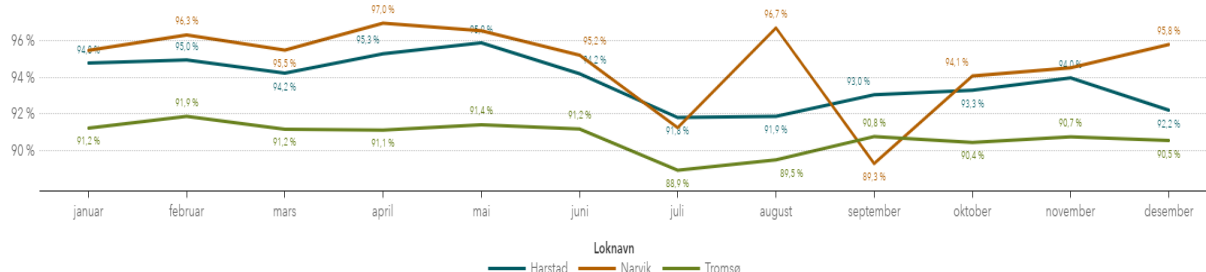
Omsorgsnivå	Andel passert planlagt tid
Heldøgn	18,5 %
Dagkirurgi	26,4 %

Når det gjelder *øyeblikkelig hjelp* (for pasienter til anestesi og operasjon) er det ikke satt spesifikke måltall for andel behandlet innenfor tidsfristene. 87,9% av «røde» hastegrader blir gjennomført innen 6 timer og 70,4% av «gule» hastegrader innenfor 24 timer. Tallene kan være påvirket av at

hastegrad kan endres hos enkelte pasienter etter at pasienten er meldt inn. Målsetting kan ikke vurderes ettersom det ikke er fastsatt mål for hastegradskategoriene.

Figur 2 viser måloppnåelse på bruk av sjekklisten for *Trygg kirurgi* totalt i foretaket (>85%) gjennom hele året.

Figur 2 Andel operasjoner med bruk av sjekklistene



Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Etablere tydeligere styringssystem for operasjonsvirkomheten i UNN HF, hvor definerte styringsmål og indikatorer får tett oppfølging.	OPK/ Klinikksjefer opererende klinikker	1.5.21
Gjennomføre målrettede tiltak for områder uten måloppnåelse	OPK/ Klinikksjefer opererende klinikker	Kontinuerlig

Hovedområde Personvern og informasjonssikkerhet 2020

Mål og planer

Tiltak fra LGG 2019	Ansvarlig	Frist	
Utarbeide relevante lokale prosedyrer for Personvern og informasjonssikkerhetsarbeidet i UNN, i samarbeid med Helse Nord RHF og Helse Nord IKT.	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	30.6.21	
Utarbeide handlingsplan for lukking av avvik etter Helse Nord RHF's internrevisjonsrapport 07/20 <i>Behandling av personopplysninger i Universitetssykehuset Nord-Norge HF</i> .	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.3.21	

Oppdragsdokument

- Utarbeide en tiltaksplan, og iverksette nødvendig tiltak, som sikrer at helseforetakenes IKT-systemer og teknologiske sikkerhetstiltak bidrar til å forebygge og avdekke dataangrep.
- Styrebehandle status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet innen 1. juni (2020).
- Dataansvarlig skal etablere rask og sikker pålogging i form av to-faktor autentisering for tilgang til helseopplysninger/personopplysninger. Datatilsynets anbefalinger skal legges til grunn.
- Etablere formelle rutiner og prosedyrer som sikrer at dataansvarlig godkjenner endringer i infrastrukturen som påvirker dataansvarliges ansvarsområde.
- Implementere revidert felles styringssystem for informasjonssikkerhet i Helse Nord.

Andre relevante forhold

- Schrems II dommen ugyldiggjorde Privacy Shield avtalen.
- «Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer».

Gjennomføring og evaluering

Styringssystemet for informasjonssikkerhet er ikke godt nok utarbeidet på foretaksnivå. Forslag til lokale prosedyrer for Personvern og informasjonssikkerhet har blitt utarbeidet og sendt over til beslutning. Implementering av revidert styringssystem for informasjonssikkerhet ble startet høsten 2020. Organisering av informasjonssikkerhet og lokale overordna rutiner er ferdig utarbeidet. Samtidig gjenstår det en del arbeid før detaljene i de lokale prosedyrer og protokoll er på plass. Det vil også være et stort og ressurskrevende arbeid å følge opp prosedyrene fortløpende, gjennomføre vedtatte handlingsplaner og sikre at UNN etterlever krav til informasjonssikkerhet og personvern.

Handlingsplan for å lukke avvik etter Helse Nord RHF's internrevisjonsrapport 07/20 «*Behandling av personopplysninger i Universitetssykehuset Nord-Norge HF*» er utarbeidet og vedtatt. Gjennomføring av handlingsplanen ble påbegynt høsten 2020 og er planlagt ferdigstilt juni 2021.

Handlingsplan for å lukke avvik i riksrevisjonens rapport «*Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer*», ble ferdigstilt desember 2020.

Rapporten ble styrebehandlet 17. mars 2021. Flere av tiltakene for å lukke avvikene er påbegynt:

- Styret i UNN behandlet status på «*Risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet*» i mai 2020 i styresak - 45/2020.
- To-faktorautentisering for pålogging av ansatte på ikt-infrastrukturen har blitt forsinket regionalt. Forventet oppstart av implementeringsprosjekt Helhetlig informasjonssikkerhet (HIS-2) er satt til høsten 2021, og innføring i foretakene siste kvartal 2021.
- Endringsprosedyre for godkjenning av endringer i infrastrukturen ble ferdigstilt desember 2020 og behandlet i Felles fagråd for informasjonssikkerhet i Helse Nord (FRIS). Samtlige foretak anbefalte å ta prosedyren i bruk. Implementering av rutinen i foretaket er planlagt andre kvartal 2021.

Det anbefales at arbeidet med handlingsplanens tiltak vedrørende kompetansebygging og kulturarbeid også fokuserer på å øke forståelsen for å melde avvik på brudd vedrørende informasjonssikkerhet.

Schrems II-dommen fra Den europeiske unions domstol, medførte en betydelig endring i lovligheten ved overføring av personopplysninger til USA. I henhold til dommen ble overføringsavtalen, Privacy Shield, mellom EU og USA kjent ugyldig. All overføring av personopplysninger til USA, som tidligere har vært basert på Privacy Shield, er nå ulovlige. Det er rimelig å anta at UNN har flere avtaler som bruker Privacy Shield som overføringsgrunnlag til USA. Disse avtalene baserer seg på et ugyldig overføringsgrunnlag, og overføringene vil være ulovlige uten nytt overføringsgrunnlag. UNN må intensivere arbeidet med å finne og gjennomgå avtaler som omfatter overføring av personopplysninger til USA, og sikre at det finnes komplett oversikt over disse avtalene. Det kan forventes at overføring av personopplysninger til USA vil være fokus for tilsynsmyndighetene i 2021.

Etterlevelse av økte krav til personvern og informasjonssikkerhet kan medføre behov for å øke ressursene til dette området.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Gjennomgå avtaler som innebærer overføring av personopplysninger fra UNN til USA	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.21

Ferdigstille protokoll over behandling av personopplysning	Forsknings- og utdanningssenteret/ E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	31.7.21
Styrke rapportering til UNN-ledelsen (4/år) og styret (4/år)	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.21
Ny gjennomføring av obligatorisk informasjonssikkerhetskurs for alle ansatte (mål om 90%). Bevisstgjøring inkl. også passordbruk	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.21
Gjennomføre Nasjonal sikkerhetsmåned ³ årlig- første gang i oktober 2021	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.21

Hovedområde Smittevern 2020

Mål og planer

Tiltak fra LGG 2019	Ansvarlig	Frist	
Legge til rette for å øke andelen kollegavaksinering [ved influensavaksinering].	Klinikksjefer/ senterledere	1.12.20	
Videreføre systematisk tverrfaglig gjennomgang av pasientforløpet ved dyp postoperativ sårinfeksjon, og sørge for læring på tvers.	Klinikksjefer/ Smittevernsenteret	Kontinuerlig	
Opprettholde god opplæring i smittevern.	Klinikksjefer	Kontinuerlig	

Oppdragsdokument

- Redusere bredspektret antibiotikabruk med 30 % sammenlignet med 2012. 2020 er siste året for «*Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten*» og målepunkt for planperioden.
- Utføre prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og antibiotikabruk (NOIS-PIAH) to ganger årlig. HAI oppstått i eget sykehus rapporteres til Helse Nord RHF.
- Utføre insidensundersøkelser av postoperative sårinfeksjoner i operasjonsområdet (NOIS-POSI) fortløpende, og rapportere tertialvis til Helse Nord RHF.
- Ha minst ett punkt i årsplanen for internrevisjon tilknyttet Infeksjonskontrollprogrammet (IKP).
- Vaksinere 75 % av helsepersonell med direkte pasientkontakt for sesonginfluenza.

Andre relevante forhold

- Helse- og omsorgsdepartementet utga senhøsten 2019 en nasjonal handlingsplan «*Handlingsplan for et bedre smittevern*».

Gjennomføring og evaluering

Det ble gjennomført fire *tverrfaglige og systematiske gjennomganger* av pasientforløp ved dyp postoperativ sårinfeksjon i 2020. Det ble meldt syv dype postoperative sårinfeksjoner til Smittevernsenteret i 2020. På grunn av utbruddet av covid-19 ble fire av disse gjennomført.

UNN nådde ikke målet om å redusere *bruk av bredspektret antibiotika* med 30 % sammenlignet med 2012. Bruk av bredspektret antibiotika ble redusert med 9,9 % sammenlignet med 2012.

³ <https://norsis.no/nsm/>

På grunn av utbruddet av covid-19 gjennomførte UNN ikke *prevalensundersøkelse* av HAI og NOIS-PIAH våren 2020. Høsten 2020 ble prevalensundersøkelse utført som normalt. Prevalenstall for HAI ble 2,3 % for UNN i 2020. Det ble utført *insidensundersøkelser* av NOIS-POSI fortløpende. Det ble utført *internrevisjon* på etterlevelse av IKP som planlagt.

For influensasessongen 2020/2021 ble 72,9 % helsepersonell i klinikker med pasientbehandling vaksinert. Totalt i UNN ble 67,4 % av alle ansatte vaksinert. Til sammenligning ble 62 % alle ansatte vaksinert i sesongen 2019/2020 og 50,7 % i sesongen 2018/2019. Andel vaksinerte i 2020/2021 kunne vært langt høyere, men på grunn av leveringsproblemer på influensavaksine ble de som jobbet i klinikker med pasientbehandling prioritert.

På grunn av utbruddet av covid-19 har smittevernarbeid hatt høyt fokus i alle enheter i UNN. Pandemien har med stor sannsynlighet ført til bedre etterlevelse av en rekke retningslinjer innen smittevern. Ledere har hatt stort fokus på smittevern generelt og i betydelig grad søkt råd og veiledning hos Smittevernsenteret. På grunn av utbruddet av covid-19 er arbeidet med oppfølging av den nasjonale «*Handlingsplan for et bedre smittevern*» imidlertid forsinket.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Følge opp den nasjonale « <i>Handlingsplan for et bedre smittevern</i> ». (jf tiltak fra klinikknivå om åpningstid)	Klinikksjefer og Smittevernsenteret	1.12.21
Innskjerpe lederoppfølgingen av kravet om å redusere bruken av bredspektret antibiotika	Administrerende direktør/ Klinikksjefer	1.10.21

Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus 2020

Mål og planer

Tiltak fra LGG 2019	Ansvarlig	Frist	
Klinikk/senter som ikke har utnevnt miljøkontakt skal ha dette på plass innen 1.11.20	Klinikksjefer/senterledere	1.11.20	
UNN og Klinikkenes/senternes miljømål skal ivareta: - Kvalitetssatsninger med miljøeffekter, jfr. styresak 40/2020, vedlegg 3 (Gevinstrealisering NUN og omstillingsarbeid UNN) - Nasjonale føringer som inkluderer FNs bærekraftsmål	Drifts- og eiendomssenteret	1.2.21	

Andre relevante forhold

- Det interregionale AD-møtet vedtok at helseforetakene skal ha et felles rammeverk til ytre miljø.
- Direktørmøtet i Helse Nord vedtok i september 2020 at helseforetakene i Helse Nord skal utarbeide et felles styringssystem (miljøhåndbok).
- UNN ble resertifisert i desember 2020 for 3 nye år, jf ISO 14001:2015.

Gjennomføring og evaluering

Alle klinikker/senter har utnevnt miljøkontakter og levert egen vurdering (tabell 5). Arbeidet med klinikkenes miljømål er blant annet fulgt opp gjennom endringer i styringshjulet ved at det er mulig å sette «miljøetikett» på mål som har en gevinstrealiserings-, omstillings- eller kvalitetsdimensjon. Oppdatert informasjon om miljømål er lagt i den nye versjonen av e-læringsprogrammet «Miljøbevissthet». Arbeidet med tilpassing av rammeverk, utvikling av nye miljømål og ny miljøstrategi vil bli videreført i arbeidet med felles regionalt styringssystem. Den praktiske gjennomføringen for felles regionalt styringssystem fortsetter i 2021.

Tabell 5 Klinikkene/sentrenes egenvurdering av etterlevelse av krav til ytre miljø⁴

Etterlevelse av krav til ytre miljø på klinikk- og senter-nivå.	UNN totalt	AKUTT	BUK	DES	DIAG	DIR/Stab/ADM	HUK	OPIN	NOR	MK	K3K	PHRK	Fag og kvalitet	ØAS	Fors/utd.	E-Helse, S- I.	Personal	Kommunikasjo
Er det opprettet miljømål for klinikk/senter?																		
Er ytre miljø ivare tatt i samhandlingsavtaler?																		
Følges lovkrav, forskrifter og prosedyrer som ivaretar hensyn til ytre miljø for egen drift?																		
Tas det hensyn til miljø ved egne innkjøp?																		
Er ytre miljø tema i ledermøter, KVAM, personalmøter?																		
Kvalitetsplan og årshjul																		
Er merknader fra tilsyn og revisjoner lukket																		
Miljøavvik																		
Vernerunder																		
Avfallshåndtering																		
Stoffkartotek																		
Beredskap																		
Strålevern																		

Oppsummeringen av klinikkene/sentrenes egenvurdering viser at vi har forbedringspotensiale i oppfølgingen av miljøarbeidet. Forbedringsområdene er: Regelmessig oppfølging av miljøtiltak i leder- Kvammøter, meldekultur miljøavvik, vernerunder, avfallshåndtering og oppfølging av stoffkartotek.

Utbruddet av covid-19 medførte flere konsekvenser for miljøarbeidet i UNN. Tabell 6 viser oversikt over resultater. Tilpasninger og økt beredskap mot utbruddet av covid-19 forårsaket høyt forbruk av ressurser selv om det har vært behandlet færre pasienter. Andelen digitale konsultasjoner økte betydelig. Det ble ikke gjennomført miljørevisjoner. Målinger viser også en betydelig reduksjon i reisevirksomheten både for ansatte og pasientreiser i 2020. Klimaregnskap er etablert i HN-LIS. Det kreves fortsatt betydelige ressurser til manuell innsamling av data til klimaregnskapet.

⁴ Grå felt er vurdert til ikke aktuelt

Tabell 6 Oversikt over resultater fra overvåkning og målinger av miljøstrategi UNN HF

Miljømål/ Indikator	%		Vurderinger og kommentarer
Sykehuspåførte infeksjoner.	2,3 %		Data fra prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk UNN HF 10.november 2020.
Bredspektret antibiotika bruk	24,5%		
Overordnet mål å redusere CO2 utslippet med 3 % årlig. (direkte påvirkninger)	-16%		Betydelig reduksjon i ansattereiser og pasientreiser. Alle data for pasientreiser ennå ikke mottatt. Resultat kan endres noe.
Redusere energiforbruket med 3 % årlig Kwh pr m ²	-2 %		Forbruket er redusert noe siste år. Tiltak vedrørende energiledelse er under planlegging.
UNN skal ha kontroll på vannforbruket ved å gjennomføre faste målinger			Vannforbruket avleses manuelt pr kvartal. Detaljert statistikk pr bygg kan hentes ut av HN-LIS eller E-save.
Redusere pasientreiser med 3 % årlig i reiste km	-14 %		Det er betydelig reduksjon i bruk av fly og båt, men relativt liten nedgang i bruk av buss/bil og drosje. Smittekrav under pandemien.
Video- og telefonkonsultasjoner skal øke til minst 30% for alle polikliniske konsultasjoner.	14,4%		Andel video- og telefonkonsultasjoner i UNN i 2020.
Redusere ansattereiser med 3 % årlig	-52 %		Halvering av alle ansattereiser. 69 % reduksjon i utenlands flyreiser og 59 % for innenlands flyreiser.
Andel sortert avfall skal øke med 3 % årlig	2,8 %		43.4 % av avfallet er sortert. Totalt 2000 tonn avfall. Den største enkeltfraksjonen med sortert avfall er papp med 8,9 %.
85 % av ansatte skal til enhver tid ha gjennomført e-læringskurset miljøbevissthet			Kurset «miljøbevissthet» ble oppdatert 20.11.20. Statistikk kan tas ut av kompetansemoduleen pr enhet. Stikkprøver viser høy gjennomføringsgrad.
Miljøavvik	83 %		Av 132 meldte miljøavvik ble 44 vurdert til reelle miljøavvik for 2020. Det er 20 flere enn i 2019.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Alle relevante kvalitetsmål og gevinstrealiseringstiltak merkes med miljøetikett etterhvert som styringshjulet implementeres.	Klinikksjefer/senterledere	1.2.22
Forbedringsområdene i egenvurderingene for ytre miljø følges opp regelmessig av miljøkontakter og KVAM.	Klinikksjefer/senterledere	Årlig
Det skal etableres felles miljøstyringssystem for foretaksgruppen. UNN skal lede arbeidet og øvrige foretak bidrar i prosessen.	Drifts- og eiendomssenteret	1.6.22

Hovedområde Beredskap 2020

Mål og planer

I 2020 skulle det satses på følgende områder av beredskapsplanverket i UNN:

- Plan for massetilstrømning – ajourføring
- Pandemiplan
- Overordnet beredskapsplan for håndtering av IKT-svikt
- Plan for radioaktive og nukleære hendelser (plan for atomberedskap)
- Overgang til nytt varslingsystem – Everbridge
- Øvelser

Gjennomføring og evaluering

Overordnet katastrofekomite ved UNN HF er styringsgruppe for arbeidet med beredskap i regi av Akuttmedisinsk klinikk. Det totale beredskapsplanverket i UNN HF er omfattende og komplekst. I 2020 ble det brukt mye tid på revidering og videreutvikling av dette.

Plan for massetilstrømning – ajourføring og revidering: Planverket er omfattende og komplekst. Det har vært behov for å se på planen for å sørge for felles metodikk, struktur, språk og forenklinger. To dedikerte personer har vært fristilt til arbeidet. Videre arbeid fortsetter i 2021.

Pandemiplan: I forbindelse med utbruddet av covid-19 er det ved hvert sykehus opprettet en egen plan for håndtering. Disse har fortløpende blitt revidert og endret etter behov og vil på et senere tidspunkt danne utgangspunktet for en generell pandemiplan.

Overordnet beredskapsplan for håndtering av IKT-svikt: Det var behov for en større revidering av plan for håndtering av IKT-svikt. Varslingsplan ble vedtatt i mai 2020. Det er fortsatt behov for justeringer og planarbeidet fortsetter i 2021.

Plan for radioaktive og nukleære hendelser (tidligere plan for atomberedskap): Plan for atomhendelser ble oppdatert som forberedelse til mottak av reaktordrevet fartøy til Tromsø. Den reviderte planen er utvidet til å beskrive mottak av reaktordrevet fartøy og planer for egne og andre lokale radioaktive kilder.

Beredskapsplanverket i UNN: Arbeidet med forbedring av planverk gjøres kontinuerlig og fortsetter også i 2021. Arbeidet med metodikk, struktur og språk må fortsette i planverksarbeidet.

Nytt varslingssystem – Everbridge: Overgang til nytt varslingssystem medførte behov for et omfattende arbeid med tilpasninger til og implementering av Everbridge høsten 2020.

Øvelser: Tradisjonelt har det vært gjennomført årlige katastrofeøvelser og varslings- og skrivebordøvelser ved hvert sykehus. Med bakgrunn i *utbruddet* av covid-19 har det ikke vært gjennomført noen større katastrofeøvelser i 2020. Planverk som vedtas i 2021 må trenes og øves på.

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ferdigstille IKT-beredskapsplan for UNN.	Akuttmedisinsk klinikk	1.6.21
Ferdigstille plan for radioaktive og nukleære hendelser skal ferdigstilles.	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.7.21
Delta i pilot som skal utvikle operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret (ledes av RHF).	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	31.12.21

Tiltak fra pilotklinikkenes LGG 2020

Følgende pilotklinikker har levert klinikkrapport til LGG 2020: Medisinsk klinikk, Diagnostisk klinikk, Drifts- og eiendomssenteret, Hjerte- og lungeklinikken, Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken og Barne- og ungdomsklinikken. Psykisk helse- og rusklinikken leverte rapporter fra avdelingsnivå.

Følgende tiltak vurderes av pilotklinikkenes til behandling i direktørens LGG:

Tiltak	Ansvarlig	Frist	Klinikk	Hovedområde
Forankring i UNN-ledelsen av behovet og nødvendigheten av ressurser i form av personell, arealer og utstyr for å kunne imøtekomme nye krav knyttet til tarmkreftscreening.	David Johansen	2021-23	Medisinsk klinikk	Mål og oppgaver
Forankring i UNN-ledelsen om behovet for og nødvendigheten av utvidet åpningstid/økt sørvistilbud ved Mikrobiologen.	David Johansen	2021/22	Medisinsk klinikk	Mål og oppgaver
Ferdigstille utarbeidelse av prosedyrer for gode overganger fra barnemedisin til voksenmedisin. Arbeidet ledes av BUK. Prosedyrene skal utarbeides i samarbeid med ungdomsråd UNN og øvrige klinikker.	Elin Gullhav	20.6.21	BUK	Mål og oppgaver
Risikovurdering av dagens driftsform for radiofarmakaproduksjon. Vurdere ny organisering/ virksomhetsoverdragelse i samarbeid med Sykehusapotek Nord (SANO).	Kate Myrvang	1.9.21	Diagnostisk klinikk	Organisering
Revidere avtale om PET-radiofarmakaproduksjon med SANO.	Kate Myrvang	1.9.21	Diagnostisk klinikk	Samhandling og avtaler med interne og eksterne parter
Etablere SLA-avtale mellom UNN og hvert av de øvrige helseforetakene for regional funksjonell forvaltning (UNN). (FSR, FSL)	Kate Myrvang	1.9.21	Diagnostisk klinikk	Samhandling og avtaler med interne og eksterne parter

Anbefalinger til 2021

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ferdigstille utarbeidelse av prosedyrer for gode overganger fra barnemedisin til voksenmedisin. Arbeidet ledes av BUK. Prosedyrene skal utarbeides i samarbeid med ungdomsråd UNN og øvrige klinikker.	Klinikksjefer	1.10.21

Ledelsens gjennomgang 2020 – tiltaksliste

Hovedområde Avvikssystem

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Etablere et system for oppfølging på tvers av interne revisjoner, hendelsesanalyser, risikovurderinger og øvrige pasienthendelser.	Fag- og kvalitetssenteret	1.9.21

Hovedområde Hendelsesanalyser

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Alle §3-3a varsler skal vurderes for hendelsesanalyse.	Klinikksjefer	31.12.21
Etablere retningslinje med tilhørende prosedyrebeskrivelser og maler for å benytte hendelsesanalyse for å undersøke bakenforliggende årsaker til administrative/HMS-relaterte hendelser med store konsekvenser.	Fag- og kvalitetssenteret	1.9.21
Hendelsesanalyse skal prøves ut i småskalatest på et avvik vedrørende informasjonssikkerhet, for å lære mer om hvordan avviket kan skje.	Fag- og kvalitetssenteret/ Klinikker og stabssenter	1.9.21

Hovedområde Systematisk HMS

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Etablere en arbeidsgruppe med bistand fra aktuelle klinikker og sentre for å foreslå hvordan koblingen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet kan styrkes.	Personal- og organisasjon	1.9.21
Rutiner for håndtering av trusler fra 3. part (pårørende) innarbeides i eksisterende rutiner for håndtering av vold og trusler.	Personal- og organisasjon	1.6.21
Det psykososiale støtteteamet videreføres permanent, men i ny form. Mandat for arbeidet må utarbeides og forankres.	Personal- og organisasjon	1.6.21
Det etableres en struktur for kollegastøtte i UNN.	Personal- og organisasjon	1.12.21
Styrke arbeidet med psykologisk trygghet.	Personal- og organisasjon	1.12.21

Hovedområde Dokumentstyring

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Hver klinikk og senter utarbeider en plan for å revidere dokumenter som er passert revisjonsdato.	Klinikksjefer/ senterledere	1.6.21
Utarbeide en felles struktur for dokumentsamlinger.	Fag- og kvalitetssenteret	1.9.21

Hovedområde Intern revisjon

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Gjennomføre minimum 3 kurs i internrevisjon årlig	Fag- og kvalitetssenteret	Kontinuerlig
Utarbeide revisjonsprogram og plan for oppfølging ved alle klinikker/senter	Klinikksjefer/ senterledere	31.1 /årlig
Bruke kompetanse fra akkrediterte avdelinger til opplæring i oppfølging og læring av revisjoner	Klinikksjefer/ senterledere	1.10.21

Hovedområde Kompetansestyring

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Definere systemansvar på foretaksnivå, herunder ansvarsfordeling stabsfunksjonene og fagmiljøene.	Personal og organisasjon/ E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.6.21
Utarbeide oversikt over relevante områder for foretakssentrale planer og -krav.	Personal og organisasjon	1.9.21
Delta i opplæring i bruk av modell for fremskriving av bemanningsbehov og scenariomodell. Ta i bruk modellen.	Personal og organisasjon	Våren 2021
Delta i utarbeidelse og implementering av felles strategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling i Helse Nord.	Personal og organisasjon	Våren 2021
Ved hjelp av risikovurdering identifisere kompetanseplaner med manglende gjennomføring, og utarbeide tiltak for å bedre gjennomføringen.	Fag- og kvalitet/ Forskning og utdanning/ Personal og organisasjon	1.9.21

Hovedområde Pasientsikkerhet

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Risikovurdere drivere for pasientsikkerhet i UNN og tilpasse tiltak etter risikobildet.	Fag- og kvalitetssenteret/ klinikksjefer	1.12.21
Gjennomføre overgang til regionalt scoringssystem for å identifisere pasienter som er i fare for forverret tilstand (fra TILT til NEWS2 ⁵)	Klinikksjefer/ Fag- og kvalitetssenteret	1.6.22

Hovedområde Risikostyring

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Videreføre arbeidet med implementering av revidert regional retningslinje for risikostyring i Helse Nord.	Administrerende direktør	31.12.21
Systematisk vurdere behov for risikovurdering av pasientsikkerheten ved innføring/overlevering av store prosjekter.	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.10.21

Hovedområde Operasjonsvirksomhet

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Etablere tydeligere styringssystem for operasjonsvirksomheten i UNN HF, hvor definerte styringsmål og indikatorer får tett oppfølging.	OPK/ Klinikksjefer opererende klinikker	1.5.21
Gjennomføre målrettede tiltak for områder uten måloppnåelse	OPK/ Klinikksjefer opererende klinikker	Kontinuerlig

Hovedområde Personvern og informasjonssikkerhet

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Gjennomgå avtaler som innebærer overføring av personopplysninger fra UNN til USA	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.21
Ferdigstille protokoll over behandling av personopplysning	Forsknings- og utdanningssenteret/ E-helse,	31.7.21

⁵ For voksne

	samhandlings- og innovasjonssenteret	
Styrke rapportering til UNN-ledelsen (4/år) og styret (4/år)	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.21
Ny gjennomføring av obligatorisk informasjonssikkerhetskurs for alle ansatte (mål om 90%). Bevisstgjøring inkl. også passordbruk	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.21
Gjennomføre Nasjonal sikkerhetsmåned ⁶ årlig- første gang i oktober 2021	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.21

Hovedområde Smittevern

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Følge opp den nasjonale « <i>Handlingsplan for et bedre smittevern</i> ». (jf tiltak fra klinikknivå om åpningstid)	Klinikksjefer og Smittevernsenteret	1.12.21
Innskjerpe lederoppfølgingen av kravet om å redusere bruken av bredspektret antibiotika	Administrerende direktør/ Klinikksjefer	1.10.21

Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Alle relevante kvalitetsmål og gevinstrealiseringstiltak merkes med miljøetikett etterhvert som styringshjulet implementeres.	Klinikksjefer/ senterledere	1.2.22
Forbedringsområdene i egenvurderingene for ytre miljø følges opp regelmessig av miljøkontakter og KVAM.	Klinikksjefer/ senterledere	Årlig
Det skal etableres felles miljøstyringssystem for foretaksgruppen. UNN skal lede arbeidet og øvrige foretak bidrar i prosessen.	Drifts- og eiendomssenteret	1.6.22

Hovedområde Beredskap

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ferdigstille IKT-beredskapsplan for UNN.	Akuttmedisinsk klinikk	1.6.21
Ferdigstille plan for radioaktive og nukleære hendelser skal ferdigstilles.	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.7.21
Delta i pilot som skal utvikle operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret (ledes av RHF).	E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret	31.12.21

Tiltak fra pilotklinikkenes LGG

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ferdigstille utarbeidelse av prosedyrer for gode overganger fra barnemedisin til voksenmedisin. Arbeidet ledes av BUK. Prosedyrene skal utarbeides i samarbeid med ungdomsråd UNN og øvrige klinikker.	Klinikksjefer	1.10.21

⁶ <https://norsis.no/nsm/>