



## STYRESAK

Styresak:	50/2022
Møtedato:	23.05.2022
Arkivsak:	2022/302-20
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

## Ledelsens gjennomgang 2021

### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF tar redegjørelsen for *Ledelsens gjennomgang 2021* til etterretning.

--- slutt på innstillingen ---

### Bakgrunn

Ledelsens gjennomgang er en årlig gjennomgang av styringssystemet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det 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*.

UNN har utviklet en ny modell der ledelsens gjennomgang ikke bare gjøres på foretaksnivå, men også på seksjons-, avdelings- og klinikknivå. I år er første gang denne gjennomgående modellen har vært gjennomført.

### Formål

Informere styret om vurderinger og vedtatte tiltak i *Ledelsens gjennomgang 2021*.

### Saksutredning

Ledelsens gjennomgang på klinikknivå ble utført av direktørens ledergruppe med utgangspunkt i de klinikkvise gjennomgangene. Ledergruppen gjennomgikk status på hovedområdene, diskuterte og vedtok tiltak.

Det vises til vedlagt *Ledelsens gjennomgang 2021*.

## Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne medvirknings- og drøftingsmøter i uke 19/20. Protokoll og referater fra disse møtene ligger som egne referatsaker til styremøtet 23.05.2022.

## Vurdering

UNN har en god og systematisk internkontroll i tråd med krav i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* og *Oppdragsdokumentet*. Innføring av ledelsens gjennomgang på seksjons-, avdelings- og klinikknivå vil styrke dette.

Direktøren har følgende vurderinger vedrørende hovedområdene i *Ledelsens gjennomgang*:

### *Avvikssystemet og Hendelsesanalyser*

UNN har en god meldekultur og forståelse for varslingsplikten. Det pågår en regional anskaffelse av nytt avvikssystem og nye tiltak forventes til dette er fullført.

### *Kompetanseledelse*

Etablering av retningslinjer for kompetanseledelse i UNN vil tydeliggjøre ledernes ansvar, myndighet og oppgaver.

### *Helse, miljø og sikkerhet (HMS)*

I forbindelse med det nasjonale *inkluderende arbeidsliv* i sykehus, har UNN igangsatt et prosjekt med satsing på systematisk, målrettet og langvarig arbeid med fokus på sammenhengen mellom sykefravær, arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og ledelse. Dette er et viktig arbeid for å øke arbeidsglede, redusere sykefravær og bedre pasientsikkerhet.

### *Dokumentstyring*

Det er en generell utfordring ved alle norske sykehus at dokumentstyringssystemet inneholder svært mange dokumenter, hvorav flere er duplikater eller har passert revisjonsfrist. I forbindelse med anskaffelse av nytt kvalitetssystem, planlegges det et regionalt mandat for forvaltning av kvalitetssystem. Dette arbeidet vil kunne bli et utgangspunkt for rydding i dokumentsamlingene.

### *Interne revisjoner*

Etableringen av et system for internrevisjon i alle klinikker vil styrke evnen til å identifisere risikoområder og ettergå den interne oppfølgingen.

### *Pasientsikkerhet*

UNN har et godt system for å følge opp og styrke pasientsikkerhet. Dette må tilpasses det til enhver tid eksisterende risikobildet. Det er derfor viktig å risikovurdere drivere for pasientsikkerhet i UNN og tilpasse tiltak etter risikobildet.

### *Risikostyring*

Arbeidet med å implementere revidert regional retningslinje for risikostyring i Helse Nord er under arbeid, men forsinket. Dette vil forelegges styret som egen sak i løpet av 2022. For operative risikoanalyser er det utarbeidet nye retningslinjer, maler og opplæringsprogram.

### *Operasjonsvirksomhet 2021*

Bedre preoperativ planlegging, samt flytting av inngrep fra døgn til dag og til poliklinikk forventes å styrke operasjonskapasiteten i UNN. Innføring av dynamisk prioritering av operasjonskapasitet forventes å bedre andelen pakkeforløp innenfor standardisert forløpstid.

### *Personvern og informasjonssikkerhet*

Det var i 2021 flere større avvik relatert til sårbarheter og angrep mot IKT-infrastrukturen i Helse Nord. Det er positivt at tiltak for sårbarhetene er iverksatt og i stor grad lukket. Styringssystemet for informasjonssikkerhet på foretaksnivå er ikke ferdigstilt. Arbeidet med å implementere nye/oppdaterte prosedyrer videreføres i 2022.

### *Smittevern*

Den nasjonale handlingsplanen for antibiotikaresistens i helsetjenesten har som krav at alle foretak skal redusere samlet forbruk av bredspektret antibiotika i 2021 med 30 % sammenlignet med 2012. UNN hadde i 2021 redusert forbruket av bredspektret antibiotika med 9 % sammenlignet med 2012. Det bemerkes at UNN gjennom hele virketiden for handlingsplanen har vært blant sykehusene med lavest forbruk. I 2021 var UNN det tredje beste helseforetaket nasjonalt.

### *Miljøledelse - Grønt sykehus*

Det ble i 2021 arbeidet med tilpasning av rammeverket rundt nytt felles regionalt miljøstyringssystem. Utvikling av nye miljømål og ny miljøstrategi vil bli videreført i 2022.

### *Beredskap*

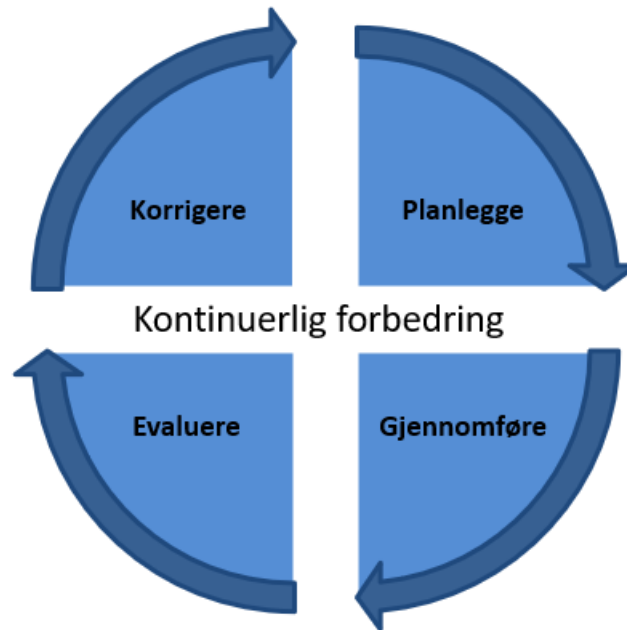
Plan for massetilstrømning, Pandemiplan for covid-19 og Plan for IKT svikt ble revidert. Plan for radioaktive og nukleære hendelser ble ajourført og revidert med fokus på anløp av reaktordrevet fartøy og lokale kilder. Revidering av generell pandemiplan er under arbeid og videreføres i 2022, dette gjelder også det øvrige planverket. Overgang til nytt varslingsystem er gjennomført. Utbruddet av covid-19 har medført at det ikke har vært mulig å gjennomføre større øvelser i 2021.

Tromsø, 13.05.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

- Ledelsens gjennomgang 2021



# **Ledelsens gjennomgang 2021**

## **Universitetssykehuset Nord-Norge HF**

## Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	2
Innledning.....	3
Formål.....	3
Metode.....	3
Resultater .....	3
Hendelsesanalyser.....	5
Avvikssystem .....	6
Kompetanseledelse .....	7
Systematisk HMS .....	8
Dokumentstyring.....	9
Internrevisjon .....	10
Pasientsikkerhet .....	11
Risikostyring .....	12
Operasjonsvirksomhet .....	13
Personvern og informasjonssikkerhet.....	15
Smittevern .....	17
Miljøledelse - Grønt sykehus .....	18
Beredskap.....	20
Øvrige forhold utenom overnevnte hovedområder .....	21

## Innledning

Ledelsens gjennomgang (LGG) er en intern gjennomgang der virksomhetens ledelse vurderer de systematiske aktivitetene for styring og kontroll. LGG er hjemlet i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §8. Direktørens ledergruppe vedtok i 2018 (sak 8.18-2) å gjennomføre LGG på seksjons-, avdelings-, klinikk- og foretaksnivå. Dette har i etterkant vært under utvikling. I 2021 ble en elektronisk løsning for innsamling av data utviklet og småskalatestet.

I år er første gang UNN gjennomfører LGG etter denne gjennomgående modellen.

## Formål

Systematisk gjennomgå og vurdere at styringssystemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

## Metode

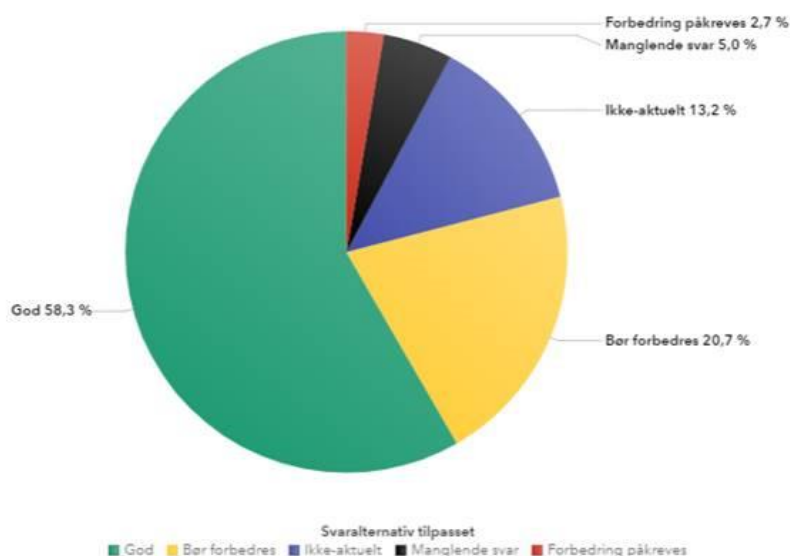
Seksjons- og avdelingsledere i UNN dokumenterte vurderinger i den elektroniske løsningen for innsamling av data til LGG. Rapporter ble utarbeidet i Helse-Nord ledelsesinformasjonssystem (HN-LIS). Rapportene gir oversikt over områder som trenger oppfølging og har vært grunnlag for LGG på avdelings- og klinikk-/senternivå.

LGG 2021 på foretaksnivå er basert på vurderinger innhentet fra fagmiljøer, supplert med områder kliniksjefer/senterledere har meldt inn for tiltak på foretaksnivå.

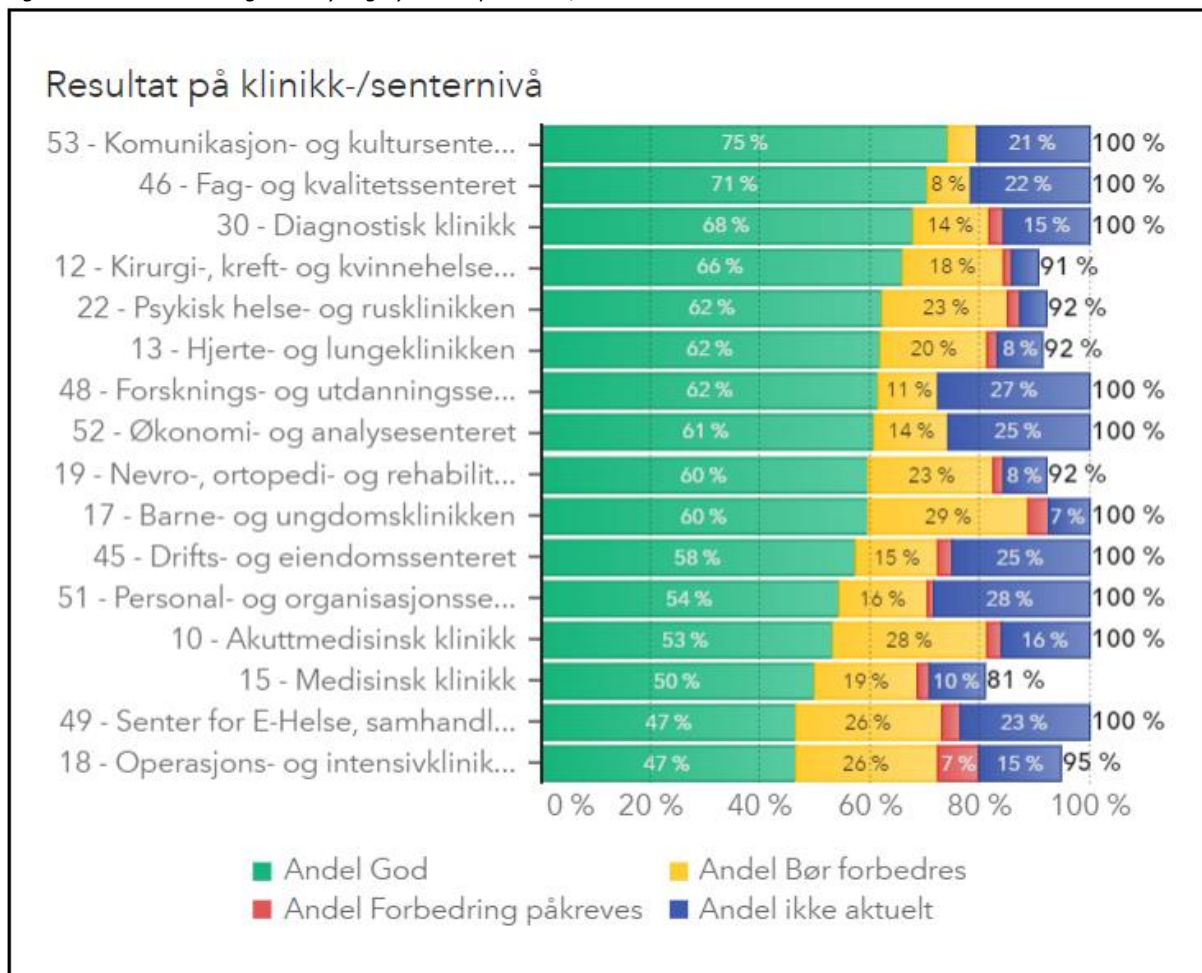
## Resultater

Til sammen har 95% av seksjons- og avdelingsledere i UNN dokumentert vurderinger for egne enheter i den elektroniske løsningen for innsamling av data til LGG. Figurene 1-3 viser oversikt over vurderingene sammenslått på foretaksnivå. Klinikker med manglende elektroniske vurderinger fra seksjonsledernivå oppnår ikke 100% måloppnåelse i figur 2 og 3.

Figur 1 Samlet oversikt vurderinger av styringssystemet på foretaksnivå

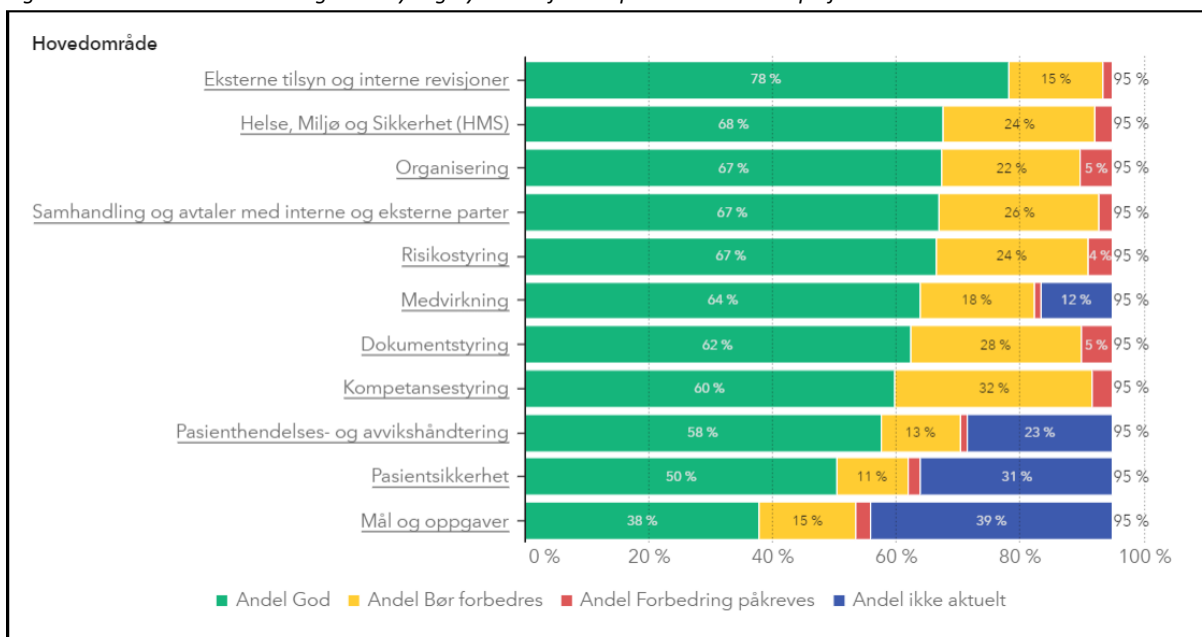


Figur 2 Oversikt vurderinger av styringssystemet på klinikk/senternivå



Faktiske andeler (klinikker med manglende svar oppnår ikke 100%)

Figur 3 Samlet oversikt vurderinger av styringssystemet fordelt på hovedområder på foretaksnivå



Faktiske andeler (Enheter med manglende svar oppnår ikke 100%)

## Hendelsesanalyser

## Mål og planer:

Tiltak fra LGG 2020	Ansvarlig	Frist	
Alle §3-3a varsler skal vurderes for hendelsesanalyse.	Klinikker	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	
Etablere et system for oppfølging på tvers av interne revisjoner, hendelsesanalyser, risikovurderinger og øvrige pasienthendelser.	Fag- og kvalitetssenteret	1.9.21	

## Gjennomført og evaluert for 2021:

Fem klinikker ved UNN varslet 30 uønskede hendelser til Helsetilsynet i 2021, jf spesialisthelsetjenestelovens §3-3a:

- 7 ble avsluttet etter innledende undersøkelser.
- 21 ble oversendt Statsforvalter.
- 1 ble vurdert for stedlig tilsyn og gjennomført som egevaluering.
- 1 ble vurdert for stedlig tilsyn. Etter oversendte dokumentasjon fra UNN, herunder forenklet hendelsesanalyse, besluttet Helsetilsynet oversendelse av saken til Statsforvalter.

Ved varsel etter §3-3a skal klinikkjef vurdere behov for hendelsesanalyse og dokumentere dersom analyse ikke skal gjennomføres, jf Retningslinje hendelsesanalyser. Oppfølging etter varsel er dokumentert på følgende måte:

- 13: gjennomført faglig gjennomgang, ikke benyttet hendelsesanalyse som metode (9 PHRK, 3 OPIN, 1 AKUTTMED).
- 10: gjennomført analyse etter UNN-metoden (forenklet hendelsesanalyse).
- 3: dokumentert vurdering for at hendelsesanalyse ikke skal gjennomføres og hvordan oppfølging skal gjøres.
- 4: ingen dokumentasjon gjenfunnet for hvordan oppfølging er planlagt/gjennomført.

Arbeidet med å etablere retningslinjer for bruk av hendelsesanalyse på administrative/HMS-relaterte hendelser ble påbegynt, men ikke sluttført som følge av oppgaver med høyere prioritet. Det har ikke vært identifisert egnet avvik på informasjonssikkerhet til småskalatest med hendelsesanalyse. Det ble ikke gjennomført opplæring i forenklet hendelsesanalyse i 2021. Dette påvirket måloppnåelse for vurdering og gjennomføring av hendelsesanalyser for pasienthendelser varslet etter spesialisthelsetjenestelovens §3-3a. Kurs i UNN-metoden (forenklet hendelsesanalyse) ble høsten 2021 omgjort til webkurs. Dette vil sikre lik tilgang uavhengig av lokalisasjon og vil gi mulighet for økt kompetanse for å sikre vurdering og gjennomføring av hendelsesanalyser i UNN. Pilotering av kurset ble gjennomført mars 2022.

UNN og Harstad kommune undersøkte i 2021 styrker og svakheter ved overføring av pasienter mellom tjenestenivåene. Samarbeidet ble gjennomført som et prosjekt: *Sammen om læring for økt pasientsikkerhet*. Hendelsesanalyse som metode ble benyttet for innsamling og strukturering av data i prosjektet.



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, slik at kliniksjefer får muligheten til å prioritere oppfølgende tiltak i egen klinikk. Arbeidet videreføres i 2022.

#### Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ledere og rådgivere fra klinikk og stab som utfører hendelsesanalyse skal delta på webkurs i UNN-metoden (forenklet hendelsesanalyse) som gjennomføres minimum 3 ganger pr år.	Klinikker / Fag- og kvalitetssenteret	30.12.22
Utvikle en sammenstilling av funn fra hendelsesanalyser, NPE-saker og tilsynssaker (pasienthendelser) og utarbeide læringsnotater, for læring på tvers.	Fag- og kvalitetssenteret	30.12.22
Etablere prosedyrebeskrivelser og maler for å benytte hendelsesanalyse for å undersøke bakenforliggende årsaker til administrative/HMS-relaterte hendelser med store konsekvenser. <i>Prosedyrer utprøves i småskala test på et avvik vedrørende informasjonssikkerhet.</i>	Fag- og kvalitetssenteret	30.12.22

#### Avvikssystem

##### Gjennomført og evaluert for 2021:

UNN vurderes å ha en god meldekultur og forståelse for varslingsplikten. Avvikssystemet har blitt brukt i større grad enn året før, mulig som en konsekvens av at arbeidsforholdene i forbindelse med utbruddet av covid-19 har stabilisert seg noe mer i 2021.

Seksjonsleders egenvurdering i forbindelse med LGG 2021 viser at ca 70% av lederne har vurdert hovedområdet avvikshåndtering grønt, at de *sørger for læring og forbedring lokalt, samt sørger for erfaringsutveksling utover egen enhet etter funn fra avvikshåndtering og uønskede hendelser.*

Tabell 1 viser oversikt over meldte avvik i 2019 - 2021. Det ble i 2021 meldt flere avvik innenfor alle avvikstyper. Antall forbedringsforslag er tilnærmet lik 2020, og det er heller ingen økning sammenlignet med året før utbruddet av covid-19.

Det pågår en regional anskaffelse av nytt avvikssystem.

Tabell 1 Oversikt meldte hendelsestyper 2019-2021

Avvikstyper	2019	2020	2021
Avvik egen avdeling/seksjon, UNN	3452	3070	3247
Avvik annen avdeling/seksjon, UNN	2011	1916	2193
Pasienthendesskjema UNN	1977	1994	2145
Avvik for laboratorier på UNN	922	665	712
Skademelding personal, UNN	691	687	739
Samhandlingsavvik med kommuner UNN	370	313	364
Forbedringsforslag for UNN	274	215	211

#### Anbefalinger til 2022:

Tiltak avventes inntil nytt avvikssystem er anskaffet.

## Kompetanseledelse

## Mål og planer:

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

## Gjennomført og evaluert for 2021:

Retningslinjer for kompetanseledelse i UNN har vært under utarbeidelse gjennom 2021. Arbeidet vil sluttføres i 2022 og forelleges ledergruppen for beslutning. Retningslinjen vil beskrive systemet i UNN for kompetanseledelse og definerer ansvar, myndighet og oppgaver.

Det er utarbeidet retningslinje som beskriver lederes ansvar og oppgaver for å sikre at medarbeidere har dokumentert opplæring. Seksjonsleders egen vurdering i LGG understøtter behovet for satsning på kompetanseledelse. Halvparten av lederne påpekte behov for forbedring knyttet til områdene *relevante kompetanseplaner for enheten, gjennomføringsgrad av utviklingsamtaler og gjennomføringsgrad av obligatorisk e-læring*. En av fire rapporterte behov for forbedring av *plan for kompetansesammensetning og kartlegging av opplæringsbehov i enheten*.

Arbeidsgruppen *Bemanning og kompetanse* utarbeidet plan for å beskrive utvikling av bemanning og kompetanse i UNN. Bemanningsmodellen er et verktøy for å vurdere utvikling av behov for bemanning i fremtiden. Modellen er revidert og det skal fra 2022 utarbeides oppdaterte scenarier for kompetansebehov i UNN.

Måloppnåelse var også i 2021 påvirket av utbruddet av covid-19. Arbeidsoppgaver relatert til covid-19 ble prioritert på bekostning av gjennomføring av andre tiltak besluttet i LGG 2020.

I klinikkens LGG er det rapportert at medarbeidere i liten grad gjennomfører reopplæring og kompetansekrav som har tidsbegrenset varighet blir ofte stående ufullført. Foreslåtte årsaker er at rutinene for reopplæring av tidligere gjennomførte kompetansekrav i kompetanseportalen i liten grad er kjent, samt at det mangler funksjoner i læringsplattformen Campus.

Videre har klinikkens LGG beskrevet at mange ansatte ikke gjennomfører obligatoriske kurs i Kompetansemodulet. I andre sykehus har man løst denne utfordringen ved at nytilsatte må gjennomføre obligatorisk opplæringspakke før de blir gitt brukertilgang til eksempelvis elektronisk pasientjournal.

## Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Definere og beskrive systemansvar på foretaksnivå i retningslinje, herunder ansvarsfordeling stabsfunksjonene og fagmiljøene.	Personal- og organisasjonssenteret	1.6.22
Utarbeide plan som skal beskrive en realistisk og bærekraftig plan for utvikling av bemanning og kompetanse i UNN, tilpasset en realistisk økonomisk ramme.	Personal- og organisasjonssenteret	1.10.22
Ta i bruk modell for framskriving av bemanningsbehov og scenariomodell. <ul style="list-style-type: none"> <li>Utarbeide en behovsanalyse og plan for å sikre tilstrekkelig tilgang til jordmødre på kort, mellomlang og lang sikt.</li> </ul>	Personal- og organisasjonssenteret Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	31.12.22
Ta initiativ til å revidere rutine (PR47053) og systemet i Campus for re-opplæring av tidligere gjennomført kompetansekrav i kompetanseportalen og etablere en handlingsplan for å implementere disse i organisasjonen.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	31.12.22
Etablere en handlingsplan med nye tiltak for å øke andelen ansatte som har dokumentert gjennomført obligatorisk opplæring.	Koordineres av E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret/ Klinikker	31.12.22

## Systematisk HMS

## Mål og planer:

Tiltak fra LGG 2020	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 organisasjonssenteret	1.9.21	
Rutiner for håndtering av trusler fra 3. part (pårørende) innarbeides i eksisterende rutiner for håndtering av vold og trusler.	Personal- og organisasjonssenteret	1.6.21	
Det psykososiale støtteamet videreføres permanent, men i ny form. Mandat for arbeidet må utarbeides og forankres.	Personal- og organisasjonssenteret	1.6.21	
Det etableres en struktur for kollegastøtte i UNN.	Personal- og organisasjonssenteret	1.12.21	
Styrke arbeidet med psykologisk trygghet.	Personal- og organisasjonssenteret	1.12.21	

## Gjennomført og evaluert for 2021:

HMS er det hovedområdet som scorer nest høyest i vurderingen av virksomhetsstyringen i LGG 2021. 68 % av lederne vurderer området som grønt.

En arbeidsgruppe vurderte i 2021 hvordan koblingen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet kan styrkes. Følgende tiltak ble utarbeidet og orientert for styret:

Med utgangspunkt i arbeidet med å etablere *kollegastøtteordningen* i UNN, ble videreføring av psykososialt team ikke prioritert i 2021. *Psykologisk trygghet* var tema på KVAM-dagen og ble presentert i et leder- og medarbeiderperspektiv. Kurs om kollegastøtteordning i UNN er planlagt gjennomført våren 2022. Retningslinje for håndtering av utfordrende relasjoner til tredjepart er utarbeidet.

Det nasjonale prosjektet «Når det går galt» i regi av Helsedirektoratet omhandler *kurs i å gjennomføre den vanskelige samtalen etter uønskede hendelser*. UNN har også et pågående arbeid på klinisk kommunikasjon. «Fire gode vaner» er kurs for leger i spesialisering, med fokus på å styrke kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell.

HMS-grunnkurs er revidert i 2021. HMS-opplæring er obligatorisk og skal gjennomføres av alle ledere og verneombud.

Det ble etablert en arbeidsgruppe i samarbeid med Norsk sykepleierforbund (NSF) for å følge opp *rekruttering og stabilisering av sykepleiere*. Se også hovedområde strategisk kompetanseledelse for mer informasjon om arbeidet med rekruttering og stabilisering.

Det nasjonale *bransjeprogrammet IA i sykehus* definerer spesifikke innsatsområder hvor interne prosjekter skal ha sitt utspring. Stikkord i prosjektet til UNN er satsing på systematisk, målrettet og langvarig arbeid med fokus på sammenhengen mellom sykefravær, arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og ledelse. Prosjektperioden nasjonalt og lokalt på UNN går ut 2022.

Totalt besvarte 76% av medarbeiderne i UNN spørreundersøkelsen ForBedring 2021 sammenlignet med 79% i 2020. Dette er over det nasjonale måltallet på 70%. Andelen enheter med handlingsplan for å følge opp ForBedring 2021 var 61 %. I 2019 var andelen 71%. Forvaltningsforumet evaluerte 2021-gjennomføringen med hovedfokus på tiltak som kan støtte og styrke oppfølgingsarbeidet.

Felles regionale *retningslinjer for varsling av kritikkverdige forhold* er utarbeidet og tatt i bruk. UNN har etablert ressursgruppe som skal være mottakere av varsel og påse at varsel håndteres i henhold til retningslinjene. Helse Nord RHF leder arbeidet med å utarbeide en kompetansepakke for implementering av retningslinjen.

#### Anbefalinger for 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Øke kompetansen på gjennomføring av vernerunde gjennom HMS-opplæringen.	Personal- og organisasjonssenteret	1.8.22
Etablere god samarbeidsarena/nettverk for å koordinere HMS-arbeidet, samt styrke koblingen mellom HMS og pasientsikkerhet.	Personal- og organisasjonssenteret	1.4.22
Implementere ny HMS-opplæring (fast tilbud min 2 x pr år).	Personal- og organisasjonssenteret	1.10.22
Implementere opplæring i kollegastøtteordningen som fast tilbud.	Personal- og organisasjonssenteret	1.5.22

#### Dokumentstyring

##### Mål og planer:

Tiltak fra LGG 2020	Ansvarlig	Frist	
Hver klinikk og senter utarbeider en plan for å revidere dokumenter som er passert revisjonsdato.	Klinikker og senter	1.6.21	
Utarbeide en felles struktur for dokumentsamlinger.	Fag- og kvalitetssenteret	1.9.21	

##### Gjennomført og evaluert for 2021:

UNN hadde 28458 dokumenter i dokumentstyringssystemet Docmap i 2021 mot 27499 i 2020. 15000 av disse er prosedyrer (14414 i 2020). Utbruddet av covid-19 har generert behov for utarbeidelse av nye dokumenter, fra pandemiplaner til lokale prosedyrer. LGG 2020 definerte tiltak der hver klinikk og senter skulle utarbeide plan for å revidere dokumenter som er passert revisjonsdato. Dette tiltaket har ikke gitt ønsket effekt. Det er enda betydelig antall dokumenter i Docmap som fortsatt 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 2020	Totalt antall dokumenter 2021	Passert revisjonsdato per 1. april 2021	Passert revisjonsdato per 28. januar 2022
Diagnostisk	7960	8258	463	518
OPIN	3627	3875	633	646
K3K	3237	3420	580	368
Med	2642	2778	188	151
UNN HF	2180	2217	220	191
BUK	2166	2130	157	180
NOR	1314	1505	98	208
PHRK	1232	1305	181	310
HLK	1112	1203	104	109
Akuttmedisinsk	1071	1010	339	262
Drift- og eiendom	642	688	9	16
Personal- og organisasjon	199	247	28	37
Forskning - og utdanning	162	151	6	7
E-helse, samhandling og innovasjon	68	357	7	25
Økonomi- og analyse	39	75	6	7
Fag- og kvalitet	29	40	0	2
Kommunikasjon og kultur	14	16	0	0

Helse Nord RHF har ansvaret for det regionale prosjektet for anskaffelse av kvalitets- og dokumentstyringsystem. Konkurransedokumenter ble lagt ut på høring i november 2021. Anbudskonkurransen er planlagt utlyst i februar/mars 2022.

Det er en generell utfordring ved alle norske sykehus at dokumentstyringsystemet inneholder svært mange dokumenter, hvorav flere er duplikater eller har passert revisjonsfrist. I forbindelse med anskaffelse av nytt kvalitetssystem, planlegges det et regionalt mandat for forvaltning av kvalitetssystem. Dette arbeidet vil kunne bli et utgangspunkt for rydding i dokumentsamlingene. Arbeidet forventes startet i løpet av 2022.

#### Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Gjennomgå dokumenter som er passert revisjonsdato og revidere disse.	Klinikker og senter	Kontinuerlig

#### Internrevisjon

##### Mål og planer:

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

#### Gjennomført og evaluert for 2021:

Opplæring grunnkurs internrevisjon gjennomføres som webkurs. Syv av ni klinikker og ett av syv senter besluttet revisjonsprogram for 2021 dokumentert i Docmap. Samtlige klinikker og senter har oppnevnt kontaktperson/koordinator for internrevisjon. Kvalitetsavdelingen har dedikerte rådgivere for klinikk og senter. Rådgivers rolle er å være kontaktperson og veileder.

Resultater etter revisjoner følges opp i lederlinje internt i den enkelte klinikk/senter. I overkant av 75% av lederne har vurdert at de har et *system på plass for oppfølging av tiltak etter tilsyn og revisjoner*. Om lag 75% av lederne har vurdert at de *sørger for erfaringsutveksling og læring på tvers etter funn fra tilsyn og revisjoner*.

Måloppnåelse er også i 2021 påvirket av utbruddet av covid-19 og omdisponering av personell.

Grunnkurs internrevisjon ble omgjort til webkurs. Evaluering av kurset viser at det fungerer tilfredsstillende og sikrer lik tilgang uavhengig av lokalisasjon. Erfaringsoverføring er brukt til utvikling av webkurs i UNN-metoden (forenklet hendelsesanalyse).

#### Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Etablere system for oppfølging og læring av revisjoner på tvers av klinikker/senter.	Fag- og kvalitetssenteret	30.12.22

#### Pasientsikkerhet

##### Mål og planer:

Tiltak fra LGG 2020	Ansvarlig	Frist	
Risikovurdere drivere for pasientsikkerhet i UNN og tilpasse tiltak etter risikobildet.	Fag- og kvalitetssenteret Klinikker	1.12.21	Red
Gjennomføre overgang til regionalt scoringssystem for å identifisere pasienter som er i fare for forverret tilstand (fra TILT til NEWS2 <sup>1</sup> ).	Klinikker Fag- og kvalitetssenteret	1.6.22	Yellow

#### Oppdragsdokument

Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 prosent innen 2023.

#### Gjennomført og evaluert for 2021:

Harstad tok i bruk NEWS2 som verktøy for tidlig varsling av livstruende tilstander i 2020. Overgang fra TILT til NEWS2 for resterende enheter skulle gjennomføres i forbindelse med innføring av elektronisk kurve MetaVision i resten av UNN. Innføringen av MetaVision ble forsinket og det planlegges en samlet overgang i september 2022.

Arbeidet med å risikovurdere drivere for pasientsikkerhet i UNN og tilpasse tiltak etter risikobildet ble ikke påbegynt grunnet kapasitetsproblemer i 2021.

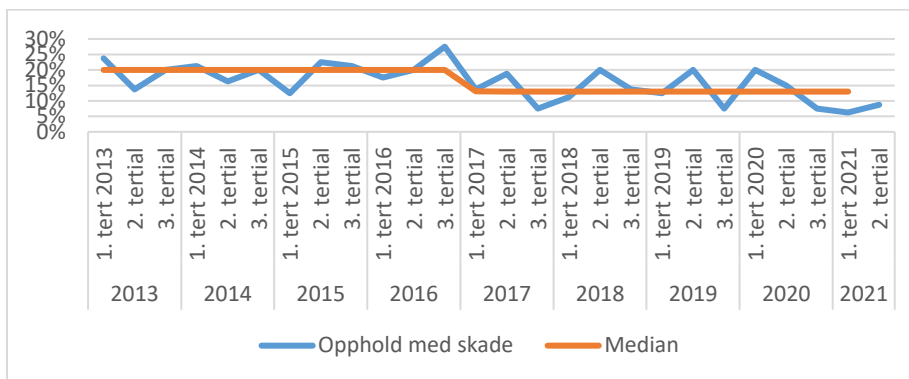
Direktørene gjennomførte pasientsikkerhetsvisitter ved 23 enheter i 2021. Klinikksjefene har presentert oppfølgende arbeid etter visittene i Kvalitetsutvalget.

Nasjonale tall for andel sykehusopphold med minst én pasientskade for 2020, målt med metoden Global trigger tool, er ikke offentliggjort enda, men for UNN var resultatet 14 % for 2020. I første og andre tertial 2021 var resultatet 7,5 %.

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

<sup>1</sup> For voksne. Egne skåringsystemer for barn og gravide.

Figur 6 GTT – Prosentandel opphold med minst en pasientskade (Run-diagram)



Andel legemiddellister som er kodet for samstemt ved innleggelse var 33,6% i 2021 mot 38,6 % i 2020 og 34,1% i 2019 (Kilde HN-LIS). Dette tallet speiler ikke hvor mange legemiddellister som er samstemt, men i hvilken grad det kodes korrekt i DIPS. Enheter som også teller manuelt, rapporterer en langt større andel faktisk samstemt enn andelen som fremkommer i rapporten i HN-LIS. Legemiddelsamstemming følges opp ved bruk av eksisterende prosedyrer og e-læring til innføring av MetaVision er på plass.

#### Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Risikovurdere drivere for pasientsikkerhet i UNN og tilpasse tiltak etter risikobildet.	Fag- og kvalitetssenteret Klinikker og senter	1.12.22
Videreføre pasientsikkerhetsvisitter og evaluere disse.	Administrerende direktør Fag- og kvalitetssenteret	1.8.22

#### Risikostyring

##### Mål og planer:

Tiltak fra LGG 2020	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	

#### Andre relevante forhold

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

#### Gjennomført og evaluert for 2021:

Arbeidet med å implementere revidert regional retningslinje for risikostyring i Helse Nord ble påbegynt i april 2020 og fortsatte i 2021. Risikostyring ved bruk av driverdiagram ble småskaletestet på det nasjonale styringsmålets underliggende driver: *Nok personell med tilstrekkelig kompetanse*, som en pilot i september 2021. Arbeidet med å beskrive prosess for den strategiske risikostyringen ble ikke ferdigstilt. Utbruddet av covid-19, samt at foretakskontroller sluttet har vært forsinkende faktorer i arbeidet med den strategiske risikostyringen i UNN.

For operative risikoanalyser er det utarbeidet nye retningslinjer, maler og opplæringsprogram. Det er en vekst i bestilte risikovurderinger fra det kliniske miljøet. Fag- og kvalitetssenteret var involvert i 11 risikovurderinger i 2021, mot 4 i 2020. Arbeidet med risikoreduserende tiltak fikk større oppmerksomhet og risikovurdering gjennomføres i større grad ved endringer. Det nye malverket for operative risikovurderinger ble utviklet og tatt i bruk. Det er utviklet nytt internt opplæringsprogram

for operative risikovurderinger. Klinikker og senter anbefales å sikre kompetanse i operativ risikovurdering ved deltagelse i opplæringsprogrammet.

*Risikovurdering ved innføring/overlevering av store prosjekter*

Det ble gjennomført risikovurdering av pasientsikkerhet ved innføring av MetaVision. Det ble også gjort en risikovurdering med fokus på eventuelle samtidighetskonflikter ved innføring av DIPS-Arena. Det ble gjennomført en risikovurdering i forbindelse med situasjonen rundt utbruddet av covid-19 høsten 2021. Risikoreduserende tiltak bidro til en større oppmerksomhet på samtidighetskonflikter og ressursbruk av klinisk personell i innføringsfasen. Vurderingene har vært sentrale i beslutningsprosesser rundt innføringene av MetaVision.

Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Videreføre arbeidet med implementering av revidert regional retningslinje for risikostyring i Helse Nord.	Administrerende direktør	31.12.22
Delta på intern opplæring i operative risikovurderinger for personell i UNN.	Klinikk og senter	31.12.22

Operasjonsvirksomhet

Mål og planer:

Tiltak fra LGG 2020	Ansvarlig	Frist	
Etablere tydeligere styringssystem for operasjonsvirksomheten i UNN HF, hvor definerte styringsmål og indikatorer får tett oppfølging.	OPK Opererende klinikker	1.5.21	
Gjennomføre målrettede tiltak for områder uten måloppnåelse.	OPK Opererende klinikker	Kontinuerlig	

**Nasjonale kvalitetsindikatorer**

- Strykninger – nasjonal indikator, <5%
- Passert planlagt tid – nasjonal indikator, <5%
- Hoftebrudd operert innen 24 timer >60%, innen 48 timer >90%
- Andelen kreftpakkeforløp innen standardisert forløpstid skal være >70%

Gjennomført og evaluert for 2021:

I 2021 ble det etablert en årlig møttestruktur for Overordnet planleggings- og koordineringsgruppe (OPK) som er harmonisert med overordnet virksomhetsplanlegging.

Utbruddet av covid-19 og perioder med lav anestesilegedekning forsinket det målrettede forbedringsarbeidet for å effektivisere driften. Prosesser for å bedre flyteffektivitet på operasjonsstuene ble startet opp for enkelte pasientforløp. Forbedring av den preoperative planlegging av pasienter ble igangsatt knyttet til innføring av DIPS Arena. Kartlegging av muligheten for å flytte pasientforløp fra døgn til dag til poliklinikk er gjennomført. Forarbeid til etablering av kirurgisk fagråd som rådgivende organ til OPK, for vurdering av endret praksis, er gjennomført. Strykningsprosenten for foretaket var samlet 7,3% (Narvik 7,5%, Harstad 6,5%, dagkirurgi Tromsø 7,3% og heldøgnskirurgi Tromsø 12,2%). De vanligste årsakene til strykning samme dag er; «overbooking/skiftetid/forsinkelse annen elektiv operasjon», «utsatt pga øyeblikkelig hjelp» og «ikke indikasjon for operasjon».



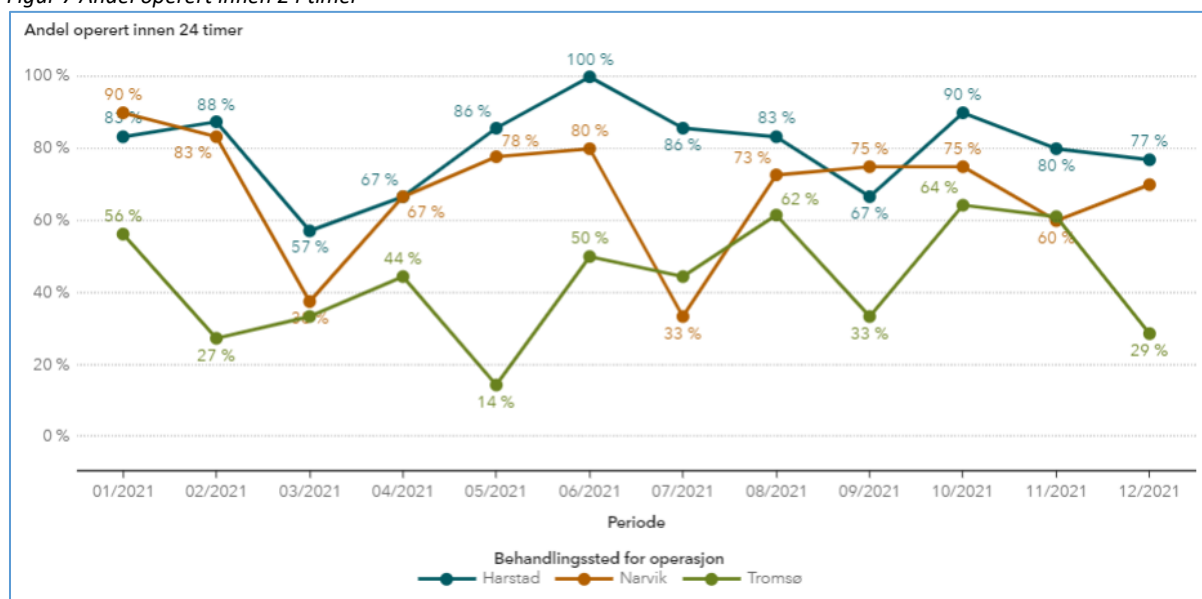
Indikatoren *passert planlagt tid* beskriver antall og andel pasientavtaler som er forsinket i forhold til tidspunkt registrert i pasientdatasystemet. UNN nådde ikke målet om <5% andel passert planlagt tid i 2021 (for heldøgns- og dagkirurgipasienter). Utbruddet av covid-19, spesielt i siste del av 2021 og perioder med lav anestesilegedekning førte til økte ventetider og passert planlagt tid spesielt i første halvdel av 2021. Tabell 3 viser andel passert planlagt tid for heldøgns- og dagkirurgipasienter.

Tabell 3 Andel passert planlagt tid per 31.12.21 (for heldøgns- og dagkirurgipasienter)

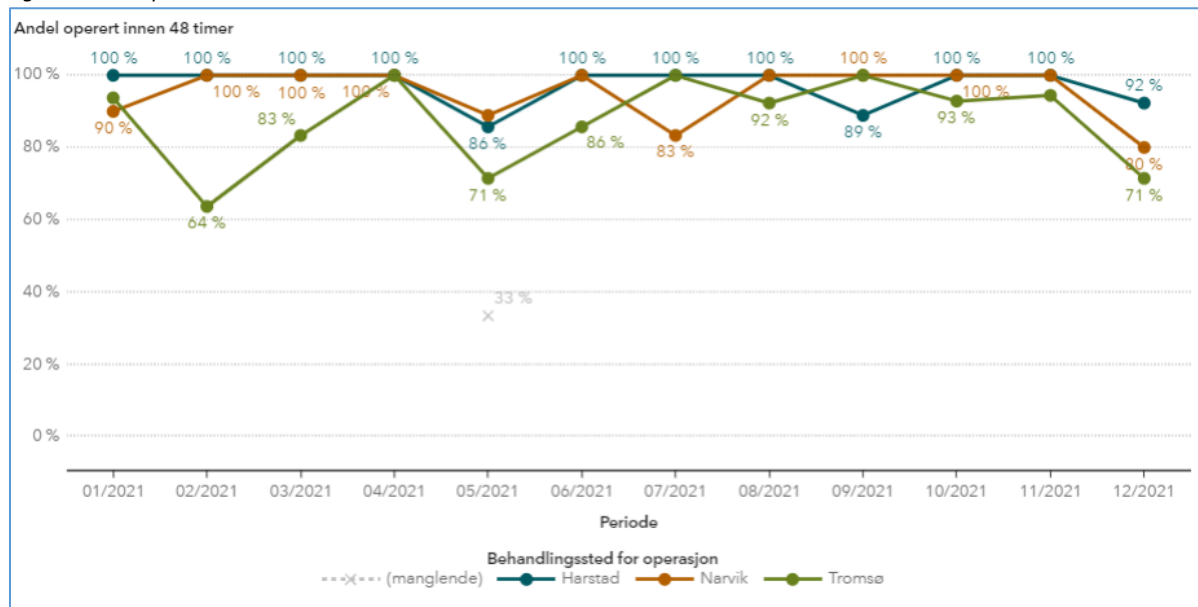
Omsorgsnivå	Andel passert planlagt tid
Heldøgn	25,4 %
Dagkirurgi	25,3 %

Helse Nord har utviklet målekort for monitorering av måloppnåelse knyttet til operasjon for hoftibrudd. Figur 7 og 8 viser resultat innen henholdsvis 24 og 48 timer.

Figur 7 Andel operert innen 24 timer



Figur 8 Andel operert innen 48 timer



Fra klinikkens LGG er det løftet at UNN gjennom 2021 har hatt betydelige utfordringer med å ivareta vår eiers forventninger til andelen pakkeforløp innenfor standardisert forløpstid. Det har vært innhentet erfaringer fra andre sykehus der disse kravene ivaretas gjennom en dynamisk tildeling av operasjonskapasitet til kreftkirurgi på tvers av klinikker og fagområder.

#### Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Dynamisk prioritere operasjonskapasiteten slik at UNN overholder eiers forventninger til andelen pakkeforløp innenfor standardisert forløpstid.	OPK Opererende klinikker	Kontinuerlig
Øke tilgjengelighet til anestesi og operasjon gjennom bedre preoperativ planlegging, samt flytting av inngrep fra døgn til dag og til poliklinikk.	OPK Opererende klinikker	Kontinuerlig

#### Personvern og informasjonssikkerhet

##### Mål og planer:

Tiltak LGG 2020	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 årlig- første gang i oktober 2021.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.21	

Gjennomført og evaluert for 2021:

Arbeidet med å gjennomgå databehandleravtaler og verifisere om personopplysninger lagres i tredje land uten nødvendige garantier for personvern ble startet, og vil fortsette i 2022.

Handlingsplan for å lukke avvik etter Helse Nord RHF's internrevisjonsrapport 07/20 «*Behandling av personopplysninger i Universitetssykehuset Nord-Norge HF*» ble utarbeidet og vedtatt.

Gjennomføring av handlingsplanen ble påbegynt høsten 2020 og var planlagt ferdigstilt juni 2021.

Tiltakene ble gjennomført, men i løpet av arbeidet kom det fram at forvaltning av protokollen og kvalitetssikring av innhold var større enn først antatt. Arbeidet videreføres i 2022.

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 og det ble vedtatt å rapportere fire ganger årlig på status for informasjonssikkerhet i UNN. Av de tolv hovedområdene er de alvorligste avvikene lukket. Det gjenstår noen tiltak av mer alvorlig grad. Disse avhenger av leveranser fra delprosjektene *Helhetlig informasjonssikkerhet, identity and access management (IAM) og Privilege Access Management (PAM)* i Helse Nord IKTs, samt prosjektet *Sterk autentisering*. Prosjektene har planlagt leveranser i løpet av 2022.

Sikkerhetskulturen i UNN ble høsten 2021 kartlagt gjennom spørreundersøkelsen *Digital sikkerhetskultur*. Totalt besvarte 40% av medarbeiderne undersøkelsen. Resultatene fra undersøkelsen og tiltak ble lagt frem for Direktørens ledergruppe i februar 2022 og følges opp på samme måte som ForBedringsundersøkelsen. Tiltak for bevisstgjøring av ansatte og holdninger om digital sikkerhet vil inngå i revidert handlingsplan for informasjonssikkerhet. UNN vil gjenta kampanjen *Sikkerhetsmåned* i oktober 2022.

Det var i 2021 flere større avvik relatert til sårbarheter og angrep mot IKT-infrastrukturen i Helse Nord. UNN og Helse Nord IKT ble varslet om disse av blant annet HelseCERT (helse- og omsorgssektorens nasjonale senter for cybersikkerhet). Tiltak for sårbarhetene er iverksatt og i stor grad lukket. Gjenstående arbeid videreføres til 2022

*Styringssystemet for informasjonssikkerhet* på foretaksnivå er ikke ferdigstilt. Det er utarbeidet forslag til lokale prosedyrer for Personvern og informasjonssikkerhet. Arbeidet med å implementere nye/oppdaterte prosedyrer for styringssystemet for informasjonssikkerhet på foretaksnivå i UNN videreføres i 2022.

Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Utvikle nye/oppdaterte rutiner og prosedyrer på foretaksnivå i UNN for Felles styringssystem informasjonssikkerhet DS6121.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.22
Revidere Handlingsplan for informasjonssikkerhet i UNN.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.4.22
Gjennomføre sikkerhetsmåned i oktober 2022.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.11.22
Gjennomføre sikkerhetstest i samarbeid med de øvrige foretakene i Helse Nord.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.7.22
Gjennomgå avtaler som innebærer overføring av personopplysninger fra UNN til USA.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.22
Ferdigstille protokoll over behandling av personopplysninger.	Forsknings- og utdanningssenteret E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	30.6.22

Ferdigstille applikasjonsoversikt for UNN.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.22
--------------------------------------------	------------------------------------------------	---------

## Smittevern

### Mål og planer:

Tiltak LGG 2020	Ansvarlig	Frist	
Følge opp den nasjonale «Handlingsplan for et bedre smittevern» (jf tiltak fra klinikknivå om åpningstid).	Klinikker Smittevernssenteret	1.12.21	
Innskjerpe lederoppfølgingen av kravet om å redusere bruken av bredspektret antibiotika.	Administrerende direktør Klinikker	1.10.21	

### Oppdragsdokument

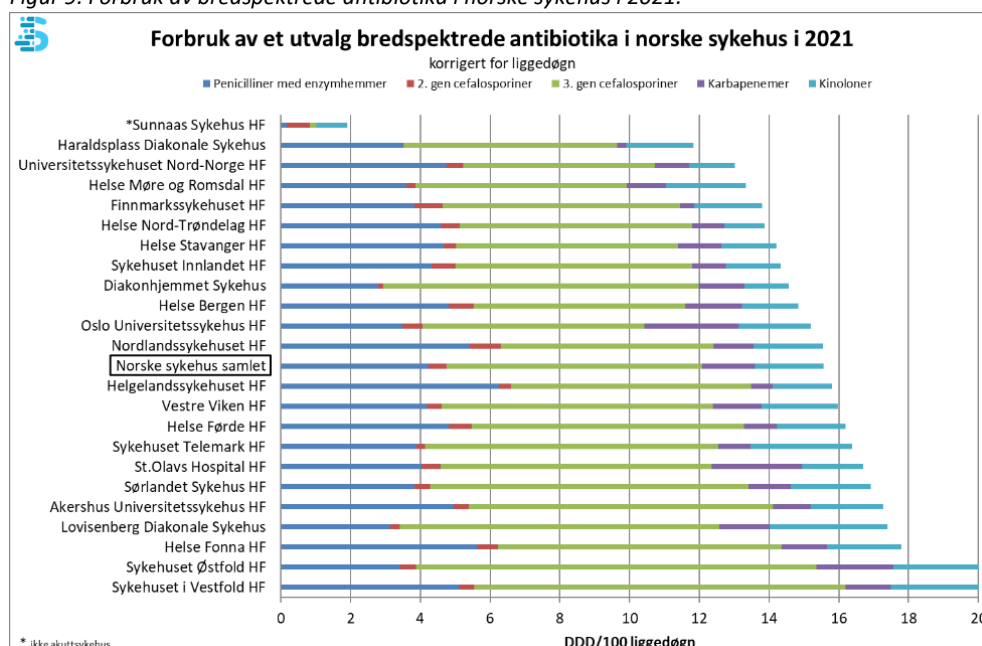
- I samarbeid med Norsk Helsenett legges til rette for at «En vei innløsningen/melde.no» tas i bruk i virksomhetene for melding av uønskede hendelser, herunder bivirkninger av legemidler og vaksiner.
- Redusere bredspektret antibiotikabruk med 30 % sammenlignet med 2012. 2021 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden.

### Gjennomført og evaluert for 2021:

Helse Sør-Øst koordinerer et nasjonalt arbeid i foretakene med å ta i bruk felles meldesystem for uønskede hendelser («En vei inn/melde.no»). UNN har sammen med Nordlandssykehuset deltatt i den nasjonale arbeidsgruppen. Arbeidet videreføres i januar 2022.

Den nasjonale handlingsplanen for antibiotikaresistens i helsetjenesten har som krav at alle foretak skal redusere samlet forbruk av bredspektret antibiotika i 2021 med 30% sammenlignet med 2012. UNN hadde i 2021 redusert forbruket av bredspektret antibiotika med 9% sammenlignet med 2012. Det bemerkes at UNN gjennom hele virketiden for handlingsplanen har vært blant sykehusene med lavest forbruk. I 2021 var UNN det tredje beste helseforetaket nasjonalt (Figur 9). Potensialet til å redusere forbruket har derfor vært lavere i UNN enn i sammenlignbare helseforetak. Arbeidet følges tett av antibiotikateam og har god forankring blant helsepersonell og ledere i UNN.

Figur 9. Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2021.



I oktober 2019 utga Helse- og omsorgsdepartementet «Handlingsplan for et bedre smittevern», med mål om å redusere helseassosierte infeksjoner i perioden 2019-2023, og bedre organisering og struktur av smittevernet i Norge. Som del av arbeidet utarbeidet Folkehelseinstituttet i 2021 rutiner og et nasjonalt verktøy for observasjon av smitteforebyggende tiltak i helsetjenesten.

#### Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Sette i system et program for overvåking av hvordan anbefalinger for håndhygiene blant helsepersonell etterleves, samt gjennomgå og evaluere håndhygienefasiliteter.	Smittevernssenteret Klinikker	31.12.22

#### Miljøledelse - Grønt sykehus

##### Mål og planer:

Tiltak LGG 2020	Ansvarlig	Frist	
Alle relevante kvalitetsmål og gevinstrealiseringstiltak merkes med miljøetikett etterhvert som styringshjulet implementeres.	Klinikker og senter	1.2.22	
Forbedringsområdene i egenvurderingene for ytre miljø følges opp regelmessig av miljøkontakter og KVAM.	Klinikker og senter	Årlig	
Det skal etableres felles miljøstyringssystem for foretaksgruppen. UNN skal lede arbeidet og øvrige foretak bidrar i prosessen.	Drifts- og eiendomssenteret	1.6.22	

#### Andre relevante forhold

- Det er utgitt et nasjonalt rammeverk for spesialisthelsetjenesten - Felles mål og føringer. *Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten.*
- Det er lansert en felles delstrategi for klima og miljø i Helse Nord, som viderefører nasjonale miljømål og føringer.
- UNNs miljørevisjon 2021 ble utsatt grunnet utbruddet av covid-19 til 2.3.22.

#### Gjennomført og evaluert for 2021:

Alle klinikker og senter har miljøkontakter. Miljøkontaktene skal bidra til oppfølging av forbedringsområdene i klinikkens og sentrenes egenvurderinger for ytre miljø. Det ble i 2021 avholdt fire møter for miljøkontaktene. I tillegg fikk nyvalgte kontakter individuell opplæring. Aktiviteten vil i 2022 intensiveres ved implementering av nytt felles regionalt ledelsessystem for miljø og implementering av felles nasjonale miljømål.

Det ble i 2021 arbeidet med tilpasning av rammeverket rundt nytt felles miljøstyringssystem. Utvikling av nye miljømål og ny miljøstrategi vil bli videreført i arbeidet med felles regionalt miljøstyringssystem. Den praktiske gjennomføringen for felles regionalt miljøstyringssystem fortsetter i 2022. Det har ikke vært avholdt interne revisjoner i 2021 grunnet endring i organisering av HMS-systemansvaret og endrede arbeidsoppgaver som følge av pandemien. Stikkprøver viser at arbeidet med klinikkens miljømål i varierende grad er fulgt opp med mål og tiltak i styringshjulet.

Klinikkene/sentrenes egenvurdering viser at vi har forbedringspotensiale i oppfølgingen av miljøarbeidet, jf tabell 4. Forbedringsområdene er: *Regelmessig oppfølging av miljøtiltak i leder-Kvammøter, meldekultur miljøavvik, vernerunder, avfallshåndtering og oppfølging av stoffkartotek.*

Tabell 4 Klinikkene/sentrenes egen vurdering av etterlevelse av krav til ytre miljø<sup>2</sup>

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

Utbruddet av covid-19 har påvirket driften av foretaket også i 2021 og dermed også resultatene av miljøindikatorer. Tabell 5 viser oversikt over resultater.

Utslipp av klimagasser fra virksomheten ved UNN økte med 16 % fra 2020. Utslipet for 2021 er likevel 11 % lavere enn for 2019. Sammenlignet med 2019 hadde UNN et høyere totalt energiforbruk i 2021, men det spesifikke energiforbruket (energiforbruk per kvadratmeter areal) falt. Sammenlignet med 2020 var den største økningen innen transport bruk av leiebil til tjenestereiser (97 %) og pasientreiser med bruk av rutegående båt (117%). Grunnet vesentlig færre tjenestereiser utenlands falt det totale antallet reiste kilometer. Driften av UNN har generert mindre avfall på de fleste områder, et unntak er risikoavfall som har økt betydelig.

<sup>2</sup> Grå felt er vurdert til ikke aktuelt

Tabell 5 Oversikt over resultater fra overvåkning og målinger av miljøstrategi UNN HF

Miljømål/ Indikator	%	Vurderinger og kommentarer
Redusere CO2 utslippet med 3 % årlig (direkte påvirkninger).	10 %	Økning fra 2020. Særlig økning i transport og totalt forbruk av energi.
Redusere energiforbruket med 3 % årlig Kwh pr m <sup>2</sup> .	-4,5 %	Tiltak vedrørende energiledelse er under planlegging.
UNN skal ha kontroll på vannforbruket ved å gjennomføre faste målinger.	-10,6%	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.	9,4%	Økning på alle områder foruten fly innenlands hvor det er en reduksjon på 4 %.
Video- og telefonkonsultasjoner skal øke til minst 20% for alle polikliniske konsultasjoner.	12,4%	Andel video- og telefonkonsultasjoner i UNN i 2021.
Redusere ansattreiser med 3 % årlig.	-2,3 %	Økning i alle tjenestereiser utenom med fly utenlands hvor det er en ytterligere reduksjon fra 2020 på 37 %.
Andel sortert avfall skal øke med 3 % årlig.	-8 %	Det er oppnådd en lavere sorteringsgrad, men også levert mindre avfall totalt.
Miljøavvik.	-14 %	Av 199 meldte miljøavvik ble 38 vurdert til reelle miljøavvik for 2021. Det er 6 færre enn i 2020.

## Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Implementere nye felles miljømål for spesialisthelsetjenesten.	Klinikker og senter	1.10.22

## Beredskap

## Mål og planer:

Tiltak LGG 2020	Ansvarlig	Frist
Ferdigstille IKT-beredskapsplan for UNN.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.6.21
Ferdigstille plan for radioaktive og nukleære hendelser.	Akuttmedisinsk klinikk	1.7.21
Delta i pilot som skal utvikle operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret (ledes av Helse Nord RHF).	Akuttmedisinsk klinikk	31.12.21

## Gjennomført og evaluert for 2021:

Plan for massetilstrømning, Pandemiplan for covid-19 og Plan for IKT svikt ble revidert. Plan for radioaktive og nukleære hendelser ble ajourført og revidert med fokus på anløp av reaktordrevet fartøy og lokale kilder. Revidering av generell pandemiplan er under arbeid og videreføres i 2022. Arbeidet med forbedring av øvrig planverk fortsetter også i 2022. Overgang til nytt varslingsystem er gjennomført.

Utbruddet av covid-19 har medført at det ikke har vært mulig å gjennomføre større øvelser i 2021.

## Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Systematisere og koordinere revisjon og vedlikehold av beredskapssystemene.	Akuttmedisinsk klinikk	1.12.22
Implementere kompetanseplaner om beredskap (RL9771) for ansatte/leder og kriseledelse.	Klinikker	1.9.22
Implementere plan for evaluering kriseledelse (PR57505).	Akuttmedisinsk klinikk	1.9.22
Revidere årshjul for øvelser.	Akuttmedisinsk klinikk	1.6.22
Gjennomgå lokale beredskapslager.	Akuttmedisinsk klinikk	31.12.22

Utarbeide plan for hvem i UNN som skal sikkerhetsklareres og hvordan graderte dokumenter skal behandles / oppbevares i UNN, i forbindelse med totalforsvaret.	Akuttmedisinsk klinikk E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.6.22
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	--------

### Øvrige forhold utenom overnevnte hovedområder

#### Mål og planer:

Tiltak LGG 2020	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.	Klinikker	1.10.21	

#### Gjennomført og evaluert for 2021:

BUK har ledet arbeidet der prosedyrer for gode overganger er utarbeidet, og disse ble sendt på høring til Ungdomsrådet september 2021. Alle prosedyrer skal ferdigstilles og publiseres innen 1.5.22. Barne- og ungdomsklinikken har invitert mottakende klinikker og brukere til workshop 1.4.22. Hovedbudskapet blir å drøfte problemstillinger rundt overganger fra barne- til voksenmedisin. Det planlegges å gjennomføre slik workshop årlig.

Flere forhold ble løftet fra klinikkene til LGG på foretaksnivå. Tiltakene er i hovedsak omtalt under det aktuelle hovedområdet i dokumentet over. Tiltak som ikke lot seg innplassere i et eksisterende hovedområde er beskrevet under:

#### Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Utarbeide reviderte rutiner for hvordan avdelingene kan gjennomføre brukerundersøkelser.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.22
Etablere et program for å bedre tilgjengelighet på poliklinikkene i UNN.	Klinikker og senter	1.6.22