



Møtedato: 23.05.2024

Vår ref.:

2023/9128-19

Saksbehandler:

Marte Lødemel Henriksen

Dato:

03.05.2024

Styresak 51-2024 Ledelsens gjennomgang

Forslag til vedtak

Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Ledelsens gjennomgang 2023* til orientering.

--- slutt på innstillingen ---

Bakgrunn

Ledelsens gjennomgang (LGG) er en systematisk gjennomgang av virksomhetens overordnede styringssystem. Hensikten med LGG er å gjøre en årlig vurdering av om styringssystemet fungerer som forutsatt, og at det bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. LGG er hjemlet i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8*.

Formål

Orientere styret om vurderinger og tiltak etter LGG 2023.

Saksutredning

LGG gjennomføres på seksjons-, avdelings- og klinikknivå før gjennomgang på foretaksnivå. 96 % av seksjonslederne i Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har gjennomført LGG for 2023, og dokumentert vurderingene som er gjort i egne enheter. Resultatene danner grunnlaget for LGG i direktørens ledergruppe. Klinikker og sentre har løftet fram problemstillinger innenfor de ulike hovedområdene som de vurderer ikke kan løses internt i eget senter eller i egen klinikk. En nærmere beskrivelse av tiltak som skal følges opp av ulike klinikker og staber i 2024 er beskrevet i vedlagt rapport.

Medisinsk og helsefaglig forskning er ikke svart ut via spørreskjema, men gjennom en egen redegjørelse fra Klinisk forskningsavdeling. LGG – Klima og miljø, er utarbeidet av Drift- og eiendomssenteret.

Gjennomføring av Ledelsens gjennomgang er godt beskrevet i dokumentstyringsverktøyet Docmap. Kvalitetsavdelingens rådgivere bistår ledere på alle nivåer i organisasjonen som har behov for bistand i prosessen. Tiltak følges opp i Styringshjulet.

Noen utvalgte funn fra LGG 2023 på foretaksnivå

Mål og oppgaver

Grunnlaget for hovedområdet *Mål og oppgaver* er hentet fra direktørens dialogavtale med styret. Eksempler på mål/fokusområder fra dialogavtalen er *God og bærekraftig ressursutnyttelse* og *at Medarbeideren er vår viktigste ressurs*. I tillegg har lederne vurdert mål/fokusområdet «*pasientperspektiv i alt vi gjør*» som handler om kontinuerlig forbedringsarbeid, tilgjengelighet, samvalg og digitalisering av tjenestene.

Personellsituasjonen er fortsatt utfordrende. Det er kontinuerlig fokus på rekrutterings- og stabiliseringsarbeid, bemanningsplanlegging og samtidig arbeid med å redusere bruken av dyre personelløsninger.

Vi vet at våre ansatte prioriterer pasientbehandlingen høyt. Alvorlige hendelser og pasientskader følges opp lokalt for å lære av, og for å unngå gjentakelse. Det er fortsatt en utfordring å få til gode pasientforløp, både internt og i samarbeid med kommunene. Kloke valg, økt tilgjengelighet, bedre utnyttelse av poliklinikkene, og aktivt bruk av samvalgsverktøy er alle mål hvor andelen *god* er under 50 % og flere svarer at mål *må forbedres*.

De fleste lederne vurderer kostnadsreduksjonsarbeidet som positivt, men det er noen som peker på behovet for ytterligere innsats på dette området. Avdelingsleder har en viktig oppgave i LGG med å se svarene som er gitt på seksjonsnivå opp mot økonomistyringen. Det samme gjelder klinikk- og senterledernivå.

Dokumentstyring

UNN vil i løpet av 2024 gradvis gå over til et nytt kvalitetssystem. I forbindelse med overgangen vil klinikker og sentre revidere og oppdatere egne dokumenter. 16 % av dokumentene i Docmap hadde passert frist for revisjon da LGG for 2023 ble gjennomført. En stor andel av seksjonene oppgir at de bruker Docmap for opprettelse, vedlikehold og implementering av dokumenter.

Medvirkning

UNN har per i dag ikke etablert et helhetlig system for kontinuerlige tilbakemeldinger på pasientenes erfaringer etter kontakt med sykehuset. Et slikt system er imidlertid under utvikling, og det jobbes med å finne digitale automatiserte løsninger for utsendelse og rapportering. Funksjonaliteten i DIPS er tilgjengelig, men det gjenstår å få på plass web-løsning/skjema for utsendelse. De ansattes medvirkning i prosesser og beslutninger vurderes som *god*. Mange ledere sier de har etablert faste samarbeidsarenaer for tillitsvalgte og verneombud, og sikrer at de får tilstrekkelig tid til å utøve sine verv.

Helse, miljø og sikkerhet

UNN holder fokus på HMS for å sikre et trygt og helsefremmende arbeidsmiljø for alle ansatte. HMS er et gjennomgående tema i alle kurs som gis til ledere i UNN. UNN har i 2023

utviklet og gjennomført digitalt- og samlingsbasert kurs innenfor HMS. Det har vist seg at kapasiteten på den samlingsbaserte delen av kurset er for lav. Personal- og organisasjonssenteret vil derfor gjennomføre flere samlinger, med et økt antall deltagere, og ser på mulighet for å gjøre en større del av kurset digitalt. Det er viktig at klinikker og sentre ser resultater fra LGG, ForBedringsundersøkelsen, interne revisjoner og vernerunder i sammenheng. Dette gir et godt grunnlag for internt forbedringsarbeid.

Eksterne tilsyn og revisjoner

Eksterne tilsyn blir koordinert av Kvalitetsavdelingen, og besøkte enheter bidrar godt ved tilsyn. Oppfølgingsarbeidet etter tilsyn er forsterket med et koordineringsmøte for å sikre at oppfølgingsarbeidet med avvik og anmerkninger blir avklart og fordelt.

Gjennomføringsgraden for internrevisjonsprogrammet i 2023 var noe lav på foretaksnivå. Dette skyldes i hovedsak mangel på erfarne revisjonsledere i Fag- og kvalitetssenteret.

Samhandling og avtaler med interne og eksterne parter

UNN mangler overordnede føringer på hvor og når det er relevant med avtaler ovenfor interne og eksterne parter. Det er fortsatt en vei å gå med tanke på å få alle seksjonene i UNN til å vurdere behovet for skriftlige avtaler med interne og eksterne samarbeidspartner. Et tiltak etter LGG i direktørens ledergruppe er å få på plass rutiner og avtaleverk for de tilfellene hvor lokalsykehus av ulike årsaker ber universitetssykehuset om bistand til å utføre sine lokalsykehusfunksjoner.

Klima og miljø

UNNs hovedresultat viser totalt 7 % nedgang i utslipp av CO₂. Imidlertid øker reiser med fly og bruk av tjenestebil. Klinikkene og sentra må ha fokus på å utarbeide lokale klima og miljøtiltak for å bidra til å redusere utslipp. Det jobbes med å innføre aktiv energiledelse, og det skal utarbeides en fremtidsrettet energipolitikk for virksomheten. Det er viktig å se til klima og miljøarbeid som et bidrag til å sikre økonomisk gevinst.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne medvirknings- og drøftingsmøter i uke 19. Protokoll og referater fra disse møtene ligger som egne referatsaker til styremøtet 23.05.2024.

Vurdering

Det har vært god oppslutning om LGG i UNN for 2023. Resultatene sammenlignet med i fjor viser ingen store endringer på foretaksnivå. Et sterkt fokus på oppfølging av besluttede tiltak i hele lederlinjen vil være avgjørende for å lykkes med implementering og læring på tvers.

Personellsituasjonen er fortsatt utfordrende. LGG kan bidra til et kontinuerlig fokus på rekrutterings- og stabiliseringsarbeid, bemanningsplanlegging og samtidig arbeid med å redusere bruken av dyre personelløsninger.

Det er positivt at et nytt verktøy for tilbakemelding fra brukere som har vært i kontakt med UNN forventes å komme på plass i løpet av tiden fremover.

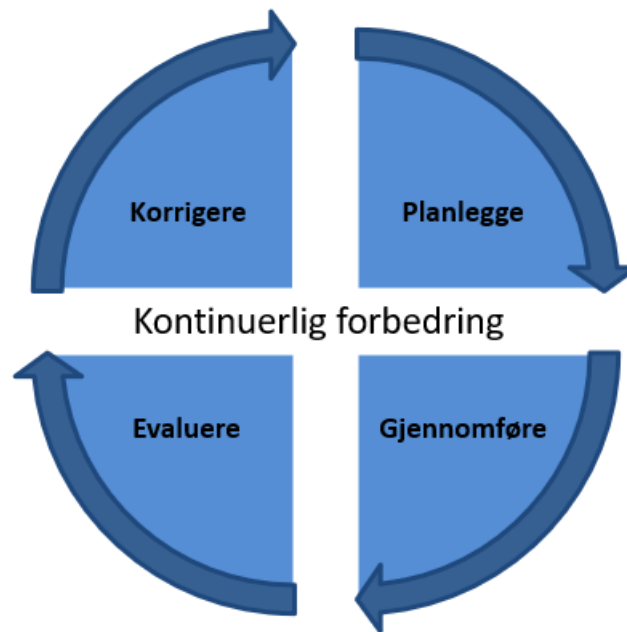
Gjennomføringen av LGG i UNN vurderes å være i tråd med systematisk internkontroll i tråd med krav i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*

Tromsø, 14.05.2024

David Johansen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Rapport Ledelsens gjennomgang 2023
2. Ledelsens gjennomgang Klima og miljø UNN



Ledelsens gjennomgang 2023

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Innledning	3
Formål	3
Metode og gjennomføring	3
Resultater	4
Organisering	7
Mål og oppgaver	8
Risikostyring	11
Kompetansestyring	12
Dokumentstyring	13
Pasientsikkerhet.....	14
Pasienthendelses- og avvikshåndtering.....	16
Medvirkning	17
Helse, Miljø og Sikkerhet (HMS)	19
Eksterne tilsyn og interne revisjoner	20
Samhandling og avtaler med interne og eksterne parter	21
Personvern og informasjonssikkerhet	22
Medisinsk og helsefaglig forskning	24
Klima og miljø.....	24

Innledning

Ledelsens gjennomgang (LGG) er en intern evaluering 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.

LGG på foretaksnivå er utarbeidet etter samme mal som LGG i klinikk og senter.

Formål

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

Metode og gjennomføring

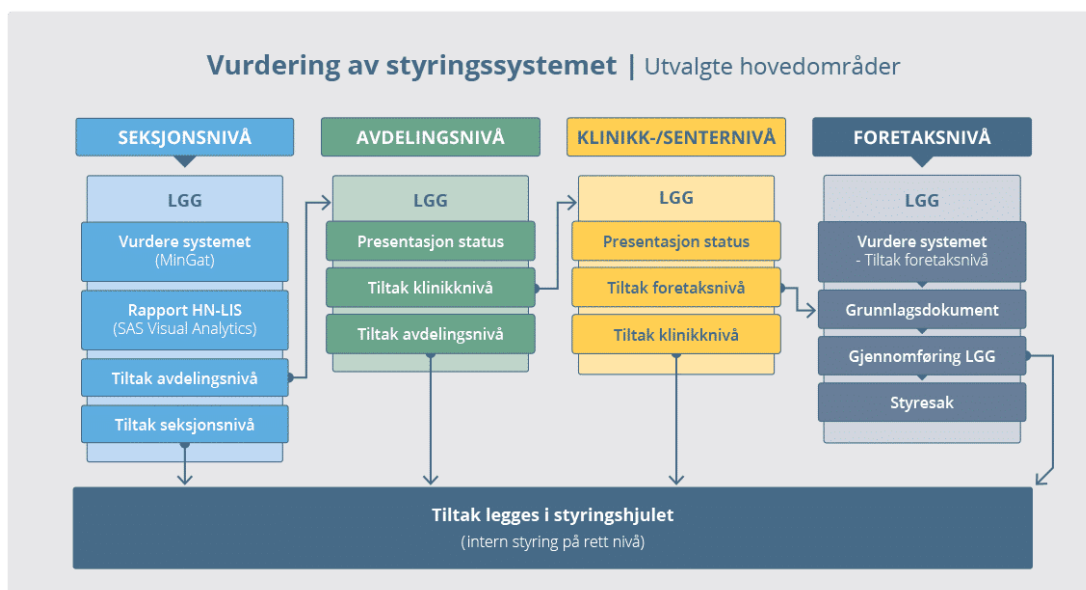
Seksjonsledere (eller avdelingsledere der det ikke er seksjonsnivå) har svart på spørsmålene i LGG gjennom GATpuls. Svarene er egenvurderinger gjort av den enkelte leder. På denne måten får de god oversikt over eget ansvarsområde i virksomhetsstyringen. Den enkelte leder må sørge for at forhold som ikke er på plass forbedres. Turnover blant ledere må tas i betraktning når resultater sammenlignes med foregående år. Rapportene brukt i LGG er utarbeidet i Helse-Nord ledelsesinformasjonssystem (HN-LIS). Svar fra seksjonene er grunnlaget for LGG på avdelings- og klinikk-/senternivå. På den måten kan forbedringsbehov vurderes på tvers av enheter.

Det er viktig å merke seg at rapporten inneholder svar fra alle enheter, og UNN har flere senter og seksjoner som ikke har direkte pasientbehandling i sin daglige virksomhet. Det vil derfor være spørsmål i LGG som er besvart med ikke aktuell/blått i figurene. Dette kommer tydelig fram innenfor hovedområdene «mål og oppgaver», «pasientsikkerhet og pasienthendelser», «avvikshåndtering» og «medvirkning».

LGG er basert på egenvurderingen som er levert i GAT puls, supplert med problemstillinger som kliniksjefer og senterledere vurderer krever tiltak på foretaksnivå.

Det er seksjonslederens egenvurdering av styringssystemet som er presentert i rapporten. På noen hovedområder har Kvalitetsavdelingen vurdert svarene opp mot funn i ForBedring, Interne revisjoner, Kompetanseportalen, og Personalportalen. Området Medisinsk og helsefaglig forskning er svart ut med en redegjørelse fra Klinisk forskningsavdeling. Ledelsens gjennomgang – Klima og miljø, utarbeidet av Drift- og eiendomssenteret ligger som vedlegg til denne rapporten.

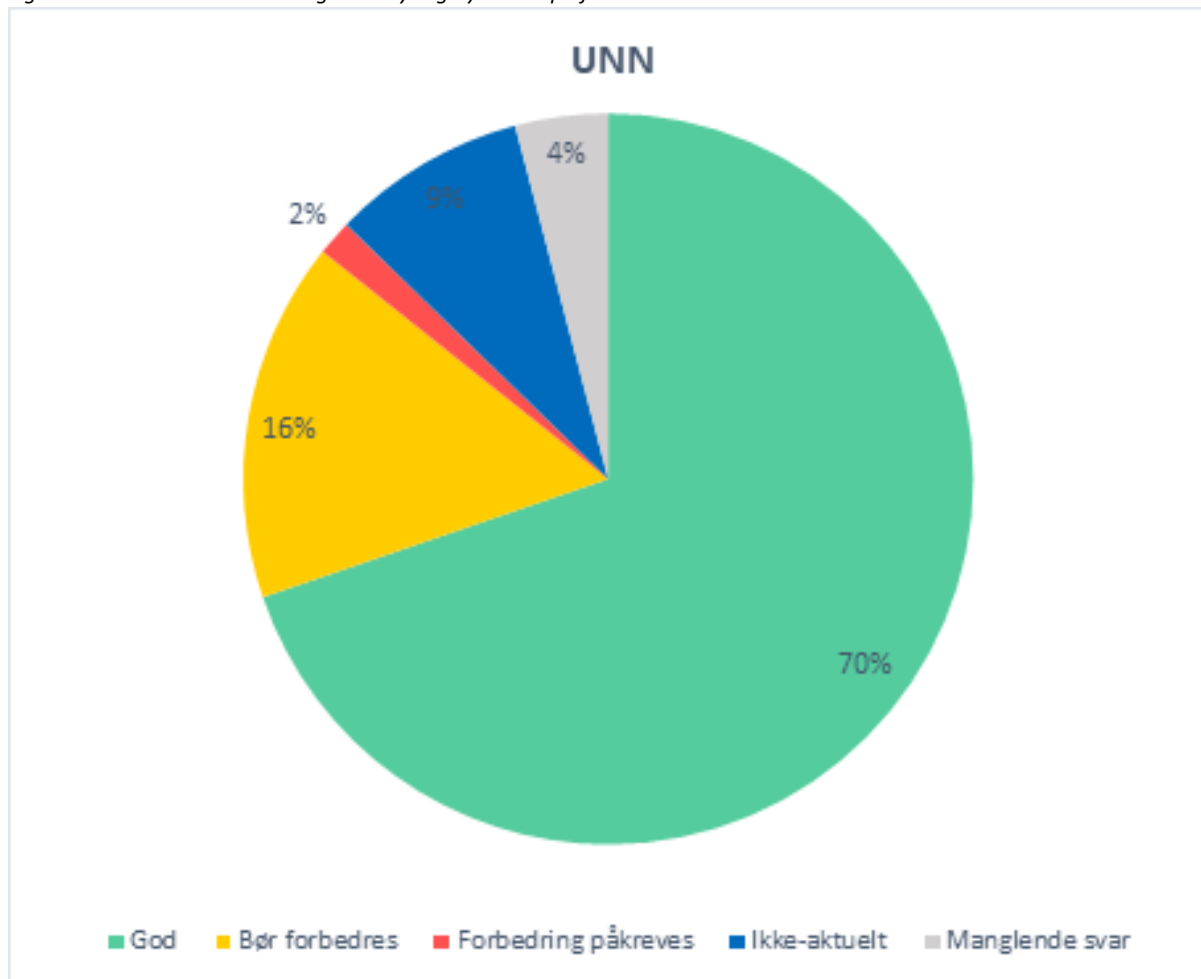
Figur 1 Prosess Ledelsens gjennomgang alle nivå



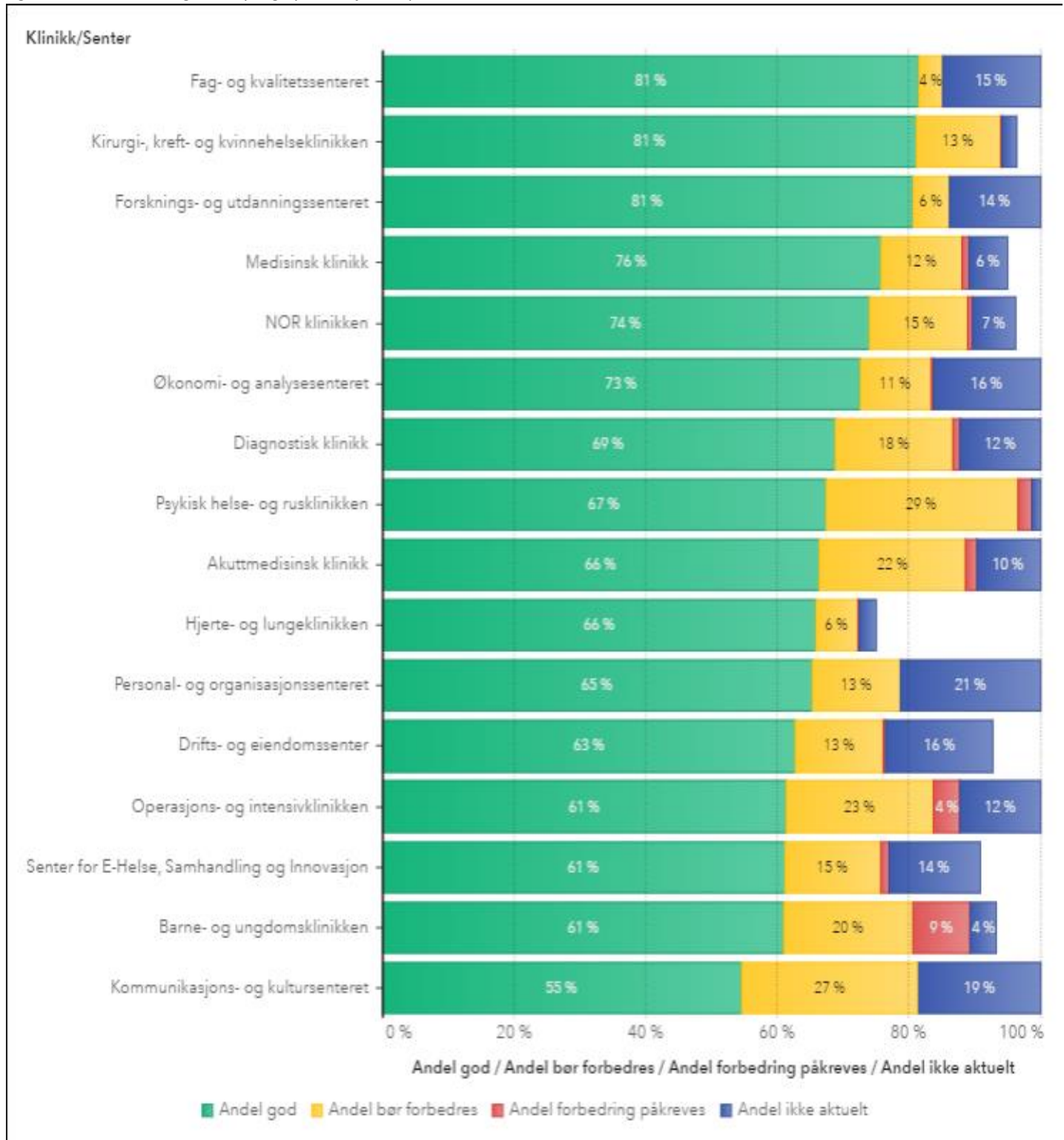
Resultater

96% av seksjonslederne i UNN har gjennomført LGG digitalt og dokumentert vurderingene av sine enheter. Dette gjenspeiles i resultatene som presenteres i tabellene i rapporten. Figurene 2-4 gir oversikt over vurderingene på foretaksnivå. Resultatene må sees i lys av at noen av de som har svart «ikke aktuelt/blått» kan ha svart på feil grunnlag. Avklaring og oppfølging av «ikke besvart/grå» og «blå» ligger på avdelingsledernivå. Vi oppfordrer alle klinikker/sentre til å se resultatene fra LGG og ForBedringsundersøkelsen i sammenheng. Dette kan gi godt grunnlag for internt forbedringsarbeid.

Figur 2 Samlet oversikt vurderinger av styringssystemet på foretaksnivå

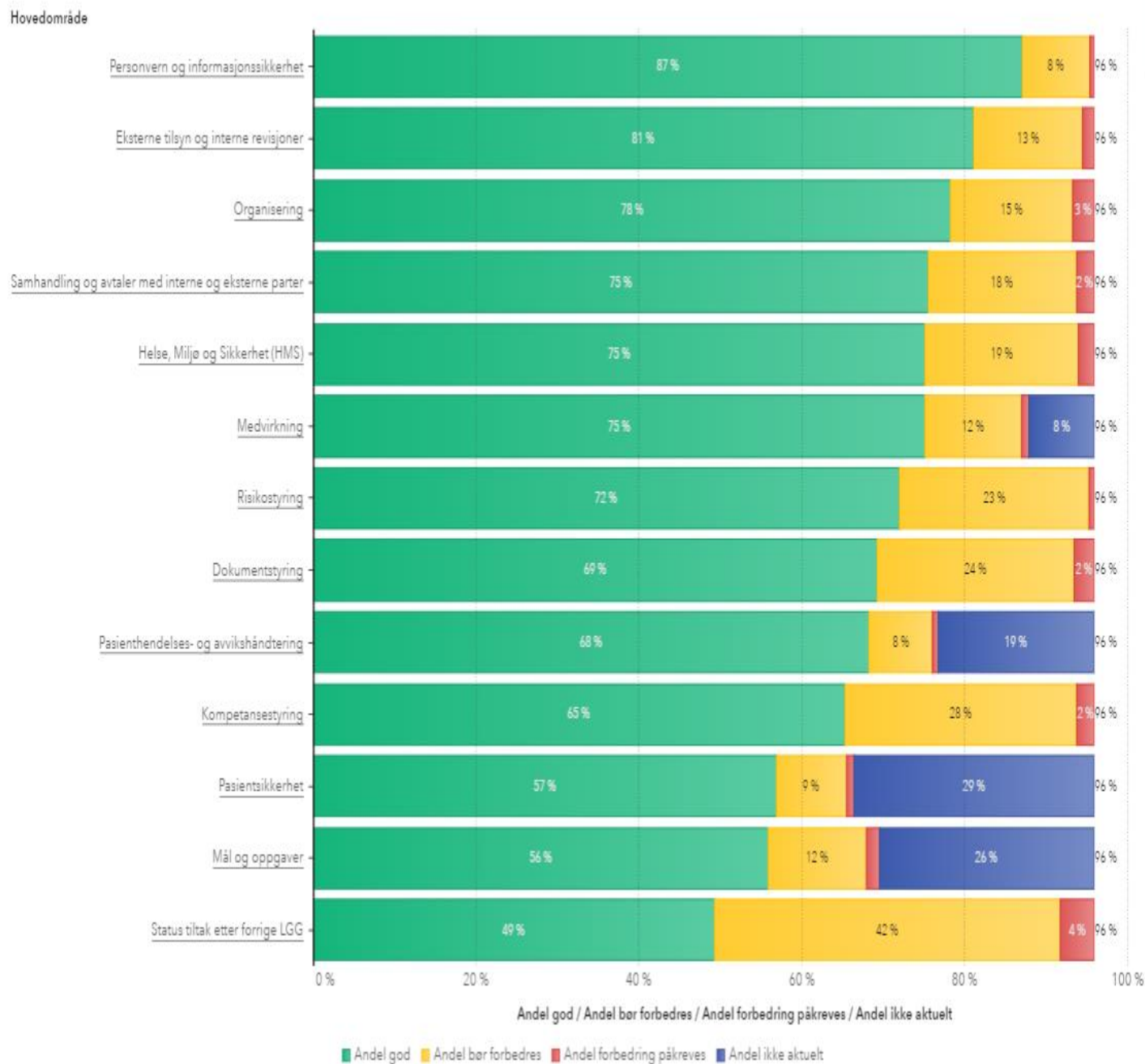


Figur 3 Oversikt vurderinger av styringssystemet fordelt på klinikk/senternivå 2023



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

Figur 4 Samlet oversikt vurderinger av styringssystemet fordelt på hovedområder på foretaksnivå 2023



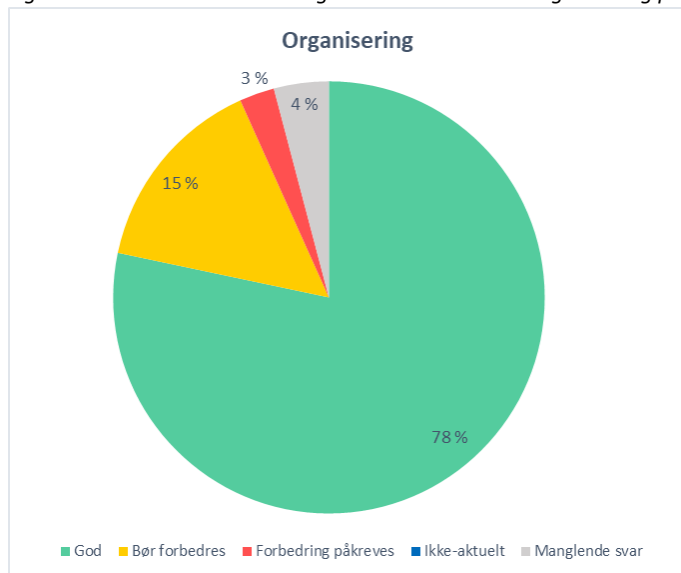
Faktiske andeler (oppnår ikke 100% da 4% ikke gjennomførte LGG2023 digitalt)

Organisering

Ledere skal ha oversikt over, og kunne beskrive organiseringen av sin enhet. Det skal klart fremgå hvordan ansvar og myndighet er fordelt, både på systemnivå (i forhold til enheter, seksjoner og avdelinger) og på individnivå (i forhold til den enkelte funksjon), og dette skal være kjent for de ansatte.

Resultater 2023

Figur 5 Samlet oversikt vurderinger av hovedområdet organisering på foretaksnivå



Under hovedområde *Organisering* samlet svarer 78% av lederne i UNN at måloppnåelsen er *god*. 15% svarer at området *bør forbedres* og 3% svarer at *forbedring påkreves*. Andelen som svarer *bør forbedres* er nokså jevnt fordelt i alle klinikker/senter. De som svarer *forbedring påkreves* utgjør en relativt liten andel, og fordeler seg i halvparten av klinikkene/sentrene. Den største andelen *bør forbedres* og *forbedring påkreves* omhandler utarbeidelse og oppdaterte funksjonsbeskrivelser for ledere.

Tabell 1 Organisering 2022 og 2023

Egenvurdering	Andel god		Andel bør forbedres		Andel forbedring påkreves	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
År	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Seksjonen har sikret at medarbeiderne er kjent med enhetens oppgaver	92%	91%	6%	4%	1%	0%
Seksjonens organisasjonskart er oppdatert	86%	85%	12%	8%	1%	3%
Seksjonen har tydeliggjort ansvarsdeling mellom egen seksjon og andre deler av virksomheten	79%	79%	17%	15%	3%	3%
Seksjonen har utarbeidet og oppdaterte funksjonsbeskrivelser for ledere	58%	58%	34%	33%	8%	5%

Totalsvar 96%, 4% har ikke besvart LGG 2023 digitalt

Vurdering

Egenvurderingen av hovedområdet tyder på at lederne har god oversikt over organiseringen i egen enhet. Andelen ledere som svarer at enhetens oppgaver er kjent for medarbeiderne er i år som i fjor relativt høy. Det er bare litt over halvparten av lederne som svarer at funksjonsbeskrivelser er utarbeidet og oppdatert. Ifølge personalhåndboka til UNN er *overordnet leder ansvarlig for at det til enhver tid finnes oppdaterte stillingsbeskrivelser for aktuelle stillinger i enheten*. Avdelingsledere er ansvarlig for å følge opp at det finnes oppdaterte funksjonsbeskrivelser. Internrevisjonsrapporten «R03-23 Personal-ressursforvaltning» undersøkte også dette med funksjonsbeskrivelser, og det ble gjort funn på manglende stillingsbeskrivelser for ledere i reviderte enheter.

Mål og oppgaver

Leder skal ha oversikt over og beskrive mål, oppgaver og aktiviteter, sørge for at disse er kjent og at de gjennomføres. Plikten innebærer også å etterspørre status, følge med på målinger og resultater, og sikre at frister for arbeidet overholdes. Vurderingene gjøres opp mot direktørens mål i dialogavtalen. Målene som ble evaluert i 2023 er videreført i 2024, og er mål med høyt fokus.

Status tiltak LGG 2022

Tiltak 2022	Ansvarlig	Frist	Status
1. Rekruttering og stabilisering Vurdere om videreutdanningene innen anestesi-, barne-, intensiv-, operasjon og kreftsykepleie (ABIOK) kan favne om flere fag, f. eks psykisk helsearbeid. Dette krever en overordnet prosess/prinsipiell diskusjon om videreutdanninger i UNN.	Klinisk utdanningsavdeling	31.12.23	
2. Rekruttering og stabilisering Personal- og organisasjonssenteret har i direktørens ledermøte den 09.05.23 lagt frem plan for stabilisering. Planen inneholder mange forslag til tiltak, og vil bli fulgt opp i 2023.	Personal- og organisasjonssenteret	31.12.23	
3. Kloke valg - Ikke strål meg uten grunn - fjerne røntgenundersøkelser som er unødvendig. Se til erfaringer fra Helse Bergen: VeRaVest - Verdibasert radiologi (primærhelsetjenesten). Vurdere Rtg-us-pakker som beslutningsstøtte til LIS kir på vakt. Bruke erfaringer fra «Ikke stikk meg uten grunn,». Hvem skal kunne henvise til MR, avgrense til spesialisthelsetjenesten?	DK i samarbeid med behandlingsansvarlige klinikker og ESI	31.12.23	
4. Arealutfordringer. UNN har store arealutfordringer som må følges opp. Det er risiko for at arealsituasjonen vil gå ut over klinisk drift og lovfestede oppgaver om man ikke finner gode løsninger innen rimelig tid.	DES hovedansvarlig for å drive prosess i samarbeide med klinikker og sentre	31.12.23	

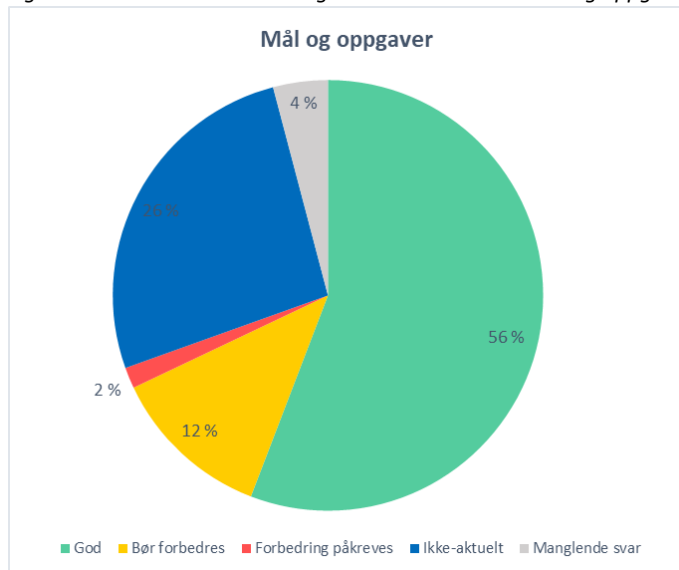
1. Rekruttering og stabilisering – Klinisk utdanningsavdeling deltok høsten 2023 i en arbeidsgruppe sammen med Lederstøtte og Organisasjonsutvikling, hvor det ble sett på om andre grupper kunne være aktuelle for utdanningsstillinger. Kartlegging er sendt ut til klinikkene med svarfrist 1. mai 2024.

3. Kloke valg - Ikke strål meg uten grunn – Diagnostisk klinikk gjennomførte møte med Helse Vest for å lære av deres erfaringer med VeRaVest verdibasert radiologi. Etter møtet skulle det jobbes med å planlegge innretning for Ikke strål meg uten grunn. Dette arbeidet måtte settes på vent pga situasjonen på Røntgen fra tidlig oktober 2023.

4. Arealutfordringer - På noen områder er det så store arealutfordringer at det også er risiko for rød markering på flere områder der arealene utfordrer HMS-området for UNNs kliniske og tekniske drift. UNN gjennomfører vedlikehold i hht plan og avsatte midler. Vedlikeholdsmidlene økte med 10 mill kr i fjor for å kompensere noe for økt prisvekst. Men prisene har økt mer slik at den reelle situasjonen er reduksjon i vedlikeholdsbudsjett. Arealinvesteringer og ombyggingsprosjekter utføres i stor grad i hht plan som er styrebehandlet. Den økonomiske rammen er ikke økt de siste år og heller ikke kompensert for prisvekst. Manglende overskudd i UNN gjør at mulighet for å øke investeringsrammen for denne type prosjekter ikke er mulig. Når det gjelder store byggeprosjekter er disse også satt på vent pga UNN og Helse Nords samlede negative økonomiske resultater. Når det gjelder plassmangel har UNN økt noen leiearealer (TIAN-bygget i Harstad) og det arbeides kontinuerlig med optimalisering av arealutnyttelse på alle lokasjoner.

Resultater 2023

Figur 6 Samlet oversikt vurderinger av hovedområdet mål og oppgaver på foretaksnivå



Det er 11 mål som er vurdert i LGG 2023. Under hovedområde Mål og oppgaver samlet har 56% vurdert at måloppnåelsen er *god*. 12% svarer at den *bør forbedres* og 2% svarer at *forbedring påkreves*. 26% har vurdert mål som *ikke aktuelle*.

Tabell 2 Mål og oppgaver 2023

Egenvurdering	Andel god	Andel bør forbedres	Andel forbedring påkreves	Ikke aktuelt
År	2023	2023	2023	2023
1. Seksjonen bidrar til «pasientperspektiv i alt vi gjør» gjennom kontinuerlig forbedringsarbeid knyttet til pasientskader, alvorlige hendelser og nasjonale kvalitetsindikatorer	70%	7%	0%	18%
2. Seksjonen bidrar til «God og bærekraftig ressursutnyttelse» gjennom kontinuerlig forbedring av pasientforløp internt i UNN og i samarbeid med kommuner	50%	12%	1%	32%
3. Seksjonen bidrar til «God og bærekraftig ressursutnyttelse» ved å innføre/videreføre «kloke valg»	47%	14%	1%	34%
4. Seksjonen bidrar til «pasientperspektiv i alt vi gjør» gjennom å øke tilgjengelighet ved å vesentlig forbedre spesielt ventetid, fristbrudd, passerte kontakter, strykingsgrad, kreftpakkeforløp e.l.	42%	14%	3%	36%
5. Seksjonen bidrar til «God og bærekraftig ressursutnyttelse» ved å oppnå bedre utnyttelse av poliklinikkene, blant annet gjennom oppfølging av poliklinikkprogrammet	34%	10%	2%	50%
6. Seksjonen bidrar til «pasientperspektiv i alt vi gjør» gjennom utvikling og aktivt bruk av samvalgsverktøy	32%	14%	0%	50%
7. Seksjonen bidrar til «God og bærekraftig ressursutnyttelse» gjennom å redusere seksjonens varekostnader	78%	8%	1%	8%
8. Seksjonen bidrar til «medarbeideren er vår viktigste ressurs» gjennom å intensivere arbeidet med rekruttering og stabilisering	69%	20%	5%	2%
9. Seksjonen bidrar til «God og bærekraftig ressursutnyttelse» gjennom en aktivtstyrt bemanningsplanlegging	67%	10%	0%	18%
10. Seksjonen bidrar til «pasientperspektiv i alt vi gjør» gjennom å øke digitalisering av tjenestene	63%	12%	1%	20%
11. Seksjonen bidrar til «God og bærekraftig ressursutnyttelse» ved å redusere bruk av dyre personelløsninger gjennom økt oppgavedeling og samarbeid av personell på tvers av seksjoner/avdelinger/klinikker	62%	15%	2%	17%

Vurdering

Målformuleringer er endret fra tidligere år derfor sammenlignes ikke årets resultater med fjoråret. Alle svar skal følges opp i lederlinjen for å sikre at målene er forstått og tolket riktig. Hvert enkelt spørsmål og svar må vurderes ut fra hvilke typer virksomhet den enkelte er ansvarlig for.

Kontinuerlig forbedringsarbeid er på mange måter utfordrende å måle. Vi vet at våre ansatte prioriterer pasientbehandlingen høyt. Alvorlige hendelser og pasientskader følges opp lokalt for å lære av og for å unngå gjentakelse. Det er fortsatt en utfordring å få til gode pasientforløp, både internt og i samarbeid med kommunene. Kloke valg, økt tilgjengelighet, bedre utnyttelse av poliklinikkene, og aktivt bruk av samvalgsverktøy er alle mål hvor andelen *god* er under 50% og flere svarer at mål *må forbedres*.

De fleste lederne vurderer kostnadsreduksjonsarbeidet som positivt, men det er noen som peker på behovet for ytterligere innsats på dette området. Avdelingsleder har en viktig oppgave i LGG med å se svarene som er gitt på seksjonsnivå opp mot økonomistyringen. Det samme gjelder klinikk/senterledernivå.

Personellsituasjonen er fortsatt utfordrende. Det er kontinuerlig fokus på rekrutterings- og stabiliseringsarbeid, bemanningsplanlegging og samtidig arbeid med å redusere bruken av dyre personelløsninger.

Anbefalinger til 2024:

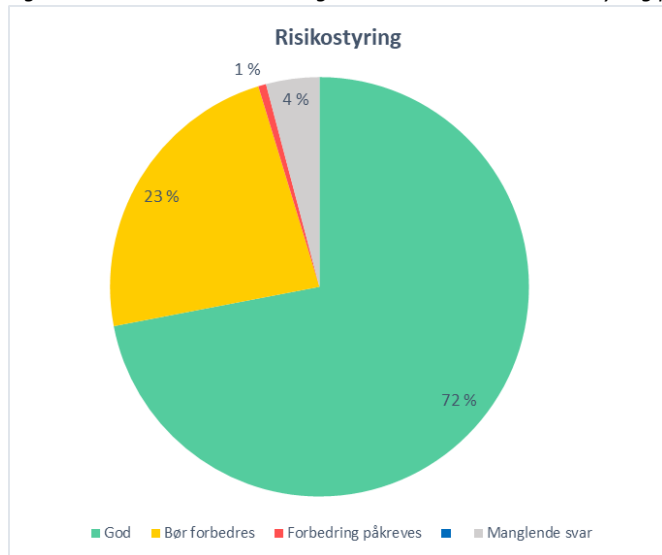
Tiltak	Ansvarlig	Frist
Rekruttering og stabilisering Vurdere om videreutdanningene innen anestesi-, barne-, intensiv- , operasjon og kreftsykepleie (ABIOK) kan favne om flere fag, f. eks psykisk helsearbeid. Dette krever en overordnet prosess/prinsipiell diskusjon om videreutdanninger i UNN.	Klinisk utdanningsavdeling	31.12.24
Rekruttering og stabilisering UNN må sikre at PO har tilstrekkelig kapasitet for å gå inn og støtte konkrete prosjekter i arbeidet med rekruttering og stabilisering i klinikk og senter.	Personal- og organisasjonscenteret	31.12.24
Rekruttering og stabilisering PO lager plan ved bruk av fremskrivningsmodell for å sikre kompetent bemanning ved naturlig avgang/pensjonering.	Personal- og organisasjonscenteret	31.12.24
Arealutfordringer. UNN har store arealutfordringer som må følges opp. Det er risiko for at arealsituasjonen vil gå ut over klinisk drift og lovfestede oppgaver om man ikke finner gode løsninger innen rimelig tid. DES utarbeider en sak til direktørens ledergruppe for å beslutte prioritering av pågående arealprosjekter.	Drift- og einendomssenteret	1.7.24

Risikostyring

Forskriften sier at det systematisk må foretas en gjennomgang av virksomhetens tjenester og resultater for å finne fram til de aktiviteter der det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav. Det må lages en plan for å minimere risiko, og det skal legges særlig vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt.

Resultater 2023

Figur 7 Samlet oversikt vurderinger av hovedområdet Risikostyring på foretaksnivå



Under hovedområdet Risikostyring samlet svarer 72% av lederne at måloppnåelse er *god*. 23% svarer at den *bør forbedres* og 1% svarer at *forbedring påkreves*. De som svarer *bør forbedres* fordeles jevnt i alle klinikker. Den største andelen *forbedring* handler om «seksjonen kartlegger områder med risiko for svikt eller mangel», etterfulgt av «seksjonen følger opp at risikoreducerende tiltak fungerer».

Tabell 3 Risikostyring 2022 og 2023

Egenvurdering	Andel god		Andel bør forbedres		Andel forbedring påkreves	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
År						
Seksjonen kartlegger områder med risiko for svikt eller mangel	74%	68%	25%	27%	1%	0%
Seksjonen følger opp med tiltak der det er avdekket risiko for svikt eller mangel	79%	76%	18%	19%	2%	0%
Seksjonen følger opp at risikoreducerende tiltak fungerer	77%	72%	22%	23%	1%	1%

Vurdering

Det er etablert en regional retningslinje for risikostyring som ble vedtatt i styret for Helse Nord RHF april 2023. Det finnes også en retningslinje for intern risikostyring i UNN. UNN har deltatt i revidering av regional retningslinje for risikostyring og bidratt i regionalt nettverk.

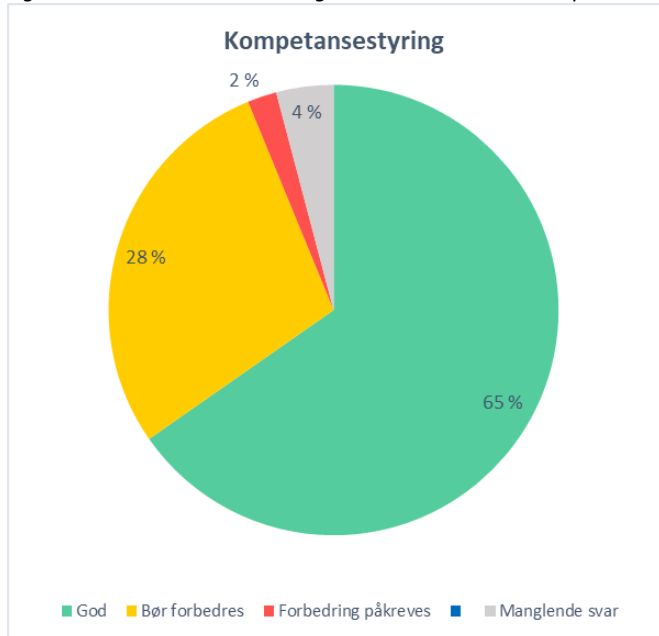
Det har vært høyt fokus på kompetanseheving innenfor risikovurderinger i 2023. I september 2023 ble det lansert en egen e-læring om risikovurdering som del av UNN sitt HMS-kurs. I tillegg til svarene i LGG er det avdekket forbedringsområder i forhold til risikovurdering av eget arbeidsmiljø gjennom internrevisjon R01-23 HMS. Det blir i fortsettelsen viktig å følge opp områder der det er identifisert behov for forbedring, spesielt med tanke på å redusere risiko for svikt eller mangel og sikre at risikoreducerende tiltak fungerer effektivt.

Kompetansestyring

Leder skal sikre at det finnes oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, med særlige krav til organisering og oppgavefordeling. Medarbeiderne i virksomheten skal ha nødvendig kunnskap om og kompetanse i aktuelle fagfelt, relevante regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystem.

Resultater 2023

Figur 8 Samlet oversikt vurderinger av hovedområdet Kompetansestyring på foretaksnivå



Under hovedområdet Kompetansestyring samlet svarer 65% av lederne at måloppnåelse er *god*. 28% svarer at den *bør forbedres* og 2% svarer at *forbedring påkreves*. Fordelingen av andelen *bør forbedres* gjøres jevnt i alle klinikker og senter. De som svarer *forbedring påkreves* er en forholdsvis liten andel og fordeler seg i 6 av klinikkene. Den største andelen som svarer at de har forbedringspotensiale handler om gjennomføringsgrad av obligatorisk e-læring, som utgjør 57%, etterfulgt av gjennomføringsgrad av utviklingssamtaler med 36%.

Tabell 4 Kompetansestyring 2022 og 2023

Egenvurdering	Andel god		Andel bør forbedres		Andel forbedring påkreves	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
År						
Seksjonen kartlegger medarbeiderne sine behov for opplæring	86%	80%	14%	15%	0%	0%
Seksjonen har plan for å sikre riktig kompetansesammensetning i enheten	85%	82%	14%	13%	1%	1%
Seksjonen har relevante kompetanseplaner i kompetanseportalen	67%	66%	30%	28%	2%	1%
Seksjonens gjennomføringsgrad av obligatorisk e-læring	45%	38%	53%	54%	1%	3%
Seksjonens gjennomføringsgrad av utviklingssamtaler	59%	59%	36%	32%	4%	4%

Vurdering

Seksjonslederne viser at de i stor grad kartlegger medarbeidernes behov for opplæring, og at de har planer for å sikre seksjonens kompetansesammensetning. Gjennomføringsgraden av obligatorisk e-læring har gått ned i 2023. Over halvparten av lederne vurderer dette med *bør forbedres*. Gjennomføringsgraden av utviklingssamtaler har samme resultat som i fjor. Rapporter fra kompetanse- og personalportalen bekrefter resultatet fra LGG, disse områdene har potensiale for økt oppmerksomhet og forbedring.

Dokumentstyring

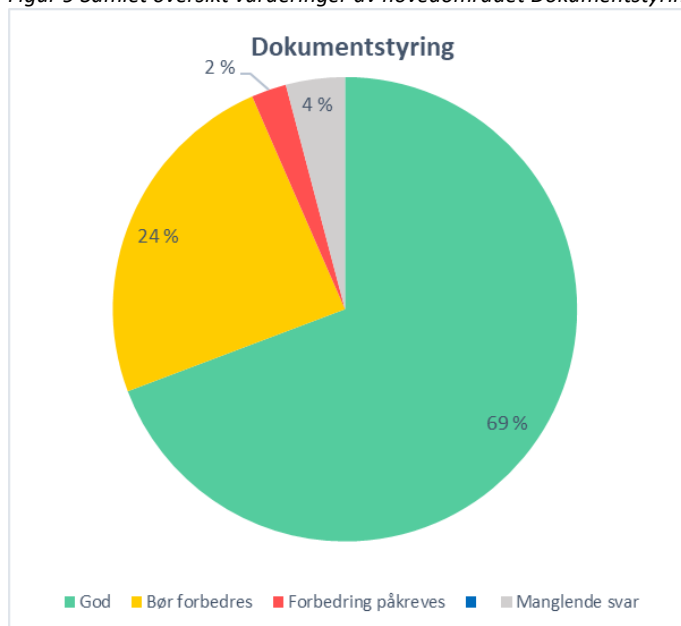
Leder skal sørge for at lokalt utarbeidede dokumenter (prosedyrer, retningslinjer, håndbøker, metoder mm) er oppdaterte og revidert etter frist. Leder har også ansvar for at UNNs overgripende føringer blir fulgt, og at relevant lovverk, forskrifter og nasjonale faglige retningslinjer er kjent for medarbeiderne. Alle relevante dokumenter skal være gjort tilgjengelig i dokumentstyringsvektøyet Docmap. Docmap er et program som ivaretar systemdokumentasjonen for organisasjonen.

Status tiltak LGG 2022

Tiltak	Ansvarlig	Frist	Status
Gjennomgå dokumenter som er passert revisjonsdato og revidere eller trekke tilbake disse.	Klinikker og senter	31.12.23	

Resultater 2023

Figur 9 Samlet oversikt vurderinger av hovedområdet Dokumentstyring på foretaksnivå



Under hovedområdet Dokumentstyring samlet svarer 69% av lederne at måloppnåelse er *god*. 24% svarer at den *bør forbedres* og 3% svarer at *forbedring påkreves*. Fordelingen av *bør forbedres* er relativt jevn på tvers av alle klinikker/senter. Den største andelen *forbedring* handler om at seksjonen har superbrukere i Docmap og at opplæring blir gitt 35%, etterfulgt av om seksjonen bruke Docmap for opprettelse, vedlikehold og implementering av dokumenter 29%.

Tabell 5 Dokumentstyring 2022 og 2023

Egenvurdering	Andel god		Andel bør forbedres		Andel forbedring påkreves	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
År						
Seksjonen har oversikt over hvilke lover og forskrifter som regulerer ulike deler av virksomheten	87%	79%	12%	16%	0%	0%
Seksjonen bruker Docmap for opprettelse, vedlikehold og implementering av dokumenter	69%	67%	28%	27%	2%	2%
Seksjonen har superbrukere i Docmap og opplæring blir gitt	68%	61%	26%	30%	5%	5%

Tabell 6 oversikt dokumenter passert revisjonsfrist fordelt på klinikker/senter

Klinikk og senter	Totalt antall dokumenter 2022	Totalt antall dokumenter 2023	Passert revisjonsdato per 27.03 2023	Passert revisjonsdato per 06.03.2024
Diagnostisk	8544	8572	561	581
OPIN	3897	3956	961	1184
K3K	3512	3543	891	820
Med	2828	2939	237	262
UNN HF *	2083	2104	282	403
BUK	2270	2247	121	216
NOR	1553	1537	342	331
PHRK	1332	1293	318	417
HJK	1285	1312	192	218
Akuttmedisinsk	1066	1098	262	379
Drift- og eiendom	730	742	35	27
Personal- og organisasjon	240	244	54	27
Forskning - og utdanning	213	222	33	29
E-helse, samhandling og innovasjon	410	134	22	26
Økonomi- og analyse	76	76	6	6
Fag- og kvalitet	43	38	0	0
Kommunikasjon og kultur	17	18	0	0

* Foretaksomfattende dokumenter, dokumentansvar er fordelt på ulike klinikker/senter

Vurdering

16% av dokumentene i Docmap har overskredet revisjonsfrist pr 6. mars 2024. Årlig tiltak med gjennomgang og revidering av dokumenter som er passert revisjonsdato har ikke hatt ønsket effekt. Det er fortsatt økning i dokumenter passert revisjonsdato. Overgang til nytt kvalitetssystem vil fordre større gjennomgang av alle dokumenter i databasen. Dette skal gjennomføres i løpet av 2024.

Anbefalinger til 2024:

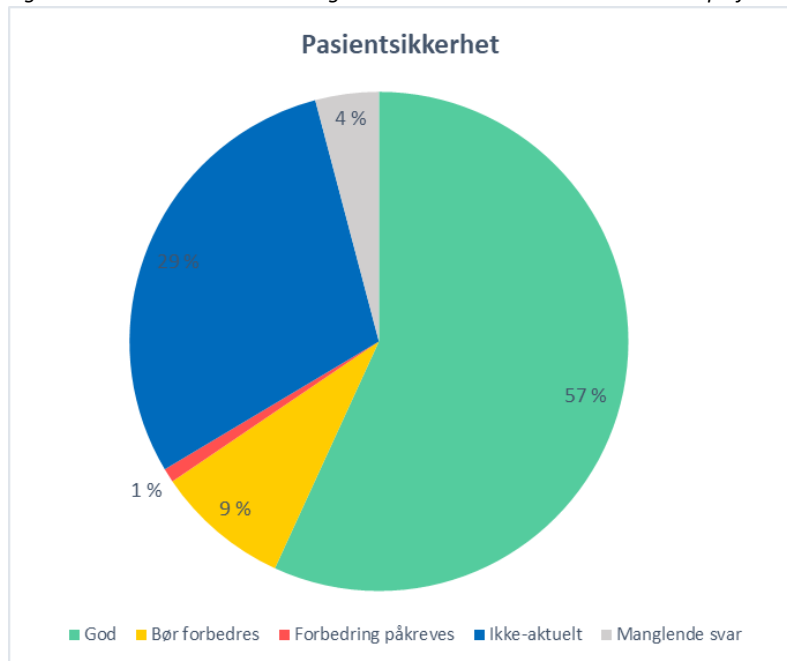
Tiltak	Ansvarlig	Frist
Klinikk/senter må sørge for rydding i egne dokumenter. Det må sikres at det kun er oppdaterte og gyldige dokumenter som overføres til nytt kvalitetssystem	Klinikker og senter	31.12.24

Pasientsikkerhet

Leder skal ha oversikt over om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for pasient- og brukersikkerhet. Denne informasjonen skal brukes til å avdekke årsakene til hendelser, fremme læring og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. I tilfeller hvor det er avdekket svikt eller uønskede hendelser skal det igangsettes korrigerende tiltak. Det er ikke tilstrekkelig å iverksette tiltak uten å sikre at tiltakene faktisk virker. Den viktigste delen av arbeidet foregår i de lokale fagmiljøer og i møte med den enkelte pasient.

Resultater 2023

Figur 10 Samlet oversikt vurderinger av hovedområdet Pasientsikkerhet på foretaksnivå



Under hovedområdet Pasientsikkerhet samlet svarer 56% av lederne at måloppnåelse er *god*. 9% svarer at den *bør forbedres* og 1% svarer at *forbedring påkreves*. Fordelingen av *bør forbedres* er jevnt fordelt på tvers av alle klinikker. De som svarer *forbedring påkreves* er en forholdsvis liten andel og fordeler seg i 3 av klinikkene. Andelen *ikke aktuelt* er forholdsvis høy pga enheter som ikke jobber pasientnært .

Tabell 7 Pasientsikkerhet 2022 og 2023

Egenvurdering	Andel god		Andel bør forbedres		Andel forbedring påkreves		Ikke aktuelt	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
År								
Seksjonen følger med på om det er arbeidsmiljøutfordringer som kan påvirke pasientsikkerheten	73%	68%	7%	8%	0,5%	1%	19%	18%
Seksjonen har implementert og følger opp innsatsområder fra det tidligere pasientsikkerhetsprogrammet	48%	44%	9%	10%	0,5%	1%	42%	41%

Vurdering

Klinikkene gjennomfører halvårige evalueringer av pasientsikkerhetsarbeid, samt iverksetter og følger opp korrigerende tiltak på oppdrag fra Direktøren. I tillegg følges pasientsikkerhetsarbeidet opp ved at direktør/viseadministrerende direktør besøker enheter på pasientsikkerhets- og arbeidsmiljøvisitter. I 2023 ble det gjennomført 20 slike visitter i UNN. Klinikksjefene presenterer oppfølgingsarbeidet etter visittene i kvalitetsutvalget. Klinikkerne oppfordres til å se resultater fra LGG og ForBedringsundersøkelsen i sammenheng. Dette kan gi godt grunnlag for internt forbedringsarbeid.

Pasienthendelses- og avvikshåndtering

Leder skal ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for pasient- og brukersikkerhet. En godt innarbeidet kultur og et system for at medarbeidere melder ifra om uønskede hendelser, er en forutsetning for å avdekke og forebygge avvik. Å analysere hva som er årsak til hendelsene vil fremme læring og gjøre det mulig å innføre tiltak for å forebygge lignende hendelser i fremtiden. Dersom uønskede hendelser fører til varsel til Helsetilsynet etter §3-3a skal hendelsesanalyser vurderes.

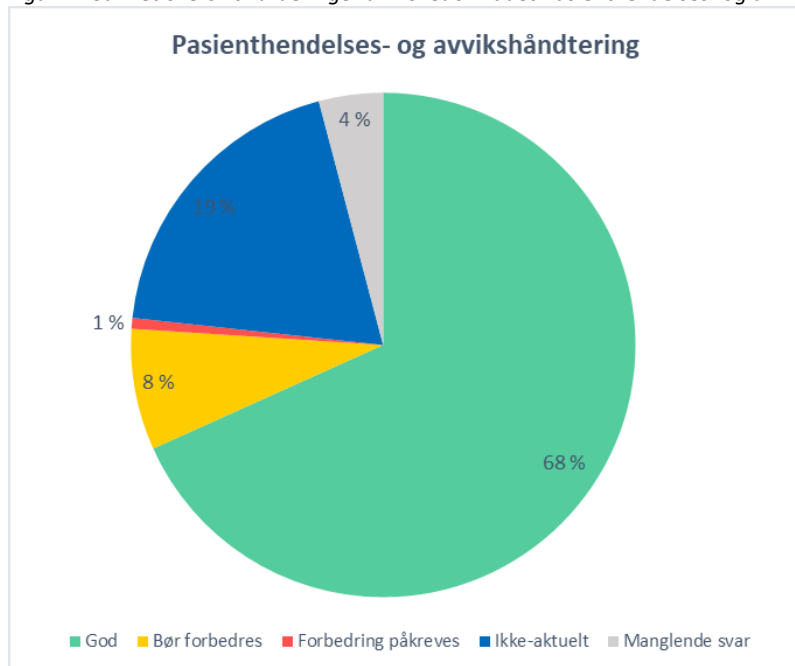
Status tiltak LGG 2022

Tiltak LGG 2022	Ansvarlig	Frist	Status
1. Dokumentere at det gjort vurdering hvorvidt 3-3a varsel skal følges opp med hendelsesanalyse eller ikke. Dokumenteres i arkivsystemet på sak.	Klinikker	31.12.23	Grøn
2. Utvikle en sammenstilling av funn fra hendelsesanalyser, NPE-saker og tilsynssaker (pasienthendelser) og utarbeide læringsnotater, for læring på tvers.	Fag- og kvalitetssenteret	31.12.23	Rød

2.Sammenstilling av funn fra hendelsesanalyser, NPE-saker og tilsynssaker (pasienthendelser) og utarbeidelse av læringsnotater, for læring på tvers ble nedprioritert grunnet ubesatte stillinger i Kvalitetsavdelingen. Tiltaket flyttes til hovedområde eksterne tilsyn og revisjoner. Arbeidet blir videreført i 2024.

Resultater 2023

Figur 11 Samlet oversikt vurderinger av hovedområdet Pasienthendelses- og avvikshåndtering på foretaksnivå



Under hovedområdet Pasienthendelses- og avvikshåndtering samlet svarer 68% av lederne at måloppnåelse er *god*. 8% svarer at den *bør forbedres*, 1% svarer at *forbedring påkreves* og 19% svarer at område er *ikke aktuelt*. Den største andelen *forbedring* er knyttet til seksjonenes evne til å sikre læring og forbedring lokalt og bruk av avvikssystemet. Det er mange seksjoner som ikke jobber direkte pasientnært og det kommer tydelig fram på spørsmålene om varsling til Helsetilsynet og vurdering av forenklet hendelsesanalyse.

Tabell 8 Pasienthendelses- og avvikshåndtering 2022 og 2023

Egenvurdering	Andel god		Andel bør forbedres		Andel forbedring påkreves		Ikke aktuelt	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
År								
Seksjonen benytter avvikssystemet for å melde uønskede hendelser	80%	80%	16%	13%	0%	0%	3%	3%
Seksjonen sørger for læring og forbedring lokalt, samt erfaringsutveksling utover egen enhet etter funn fra avvikshåndtering og uønskede hendelser	78%	76%	17%	14%	0%	2%	4%	4%
Seksjonen varsler pasienthendelser til Helsetilsynet m.fl. når det er påkrevd jfr §3-3a	64%	63%	2%	1%	0%	0%	34%	31%
Seksjonen vurderer gjennomføring av forenklet hendelsesanalyse på pasienthendelser varslet til Helsetilsynet jfr §3-3a	55%	55%	4%	3%	0%	0%	40%	38%

Tabell 9 Oversikt meldte hendelsestyper 2019-2023

Skjematyper	2019	2020	2021	2022	2023
Avvik egen avdeling/seksjon, UNN	3452	3070	3247	3063	3280
Avvik annen avdeling/seksjon, UNN	2011	1916	2193	1799	1907
Pasienthendesskjema UNN	1977	1994	2145	2137	2181
Avvik for laboratorier på UNN	922	665	712	636	736
Skademelding personal, UNN	691	687	739	555	681
Samhandlingsavvik med kommuner UNN	370	313	364	361	323
Forbedringsforslag for UNN	274	215	211	190	194

Vurdering

UNN har etablerte rutiner for varsling av alvorlige hendelser i tråd med gjeldende regelverk, samt prosedyrer for oppfølging av alvorlige hendelser. Prosedyreverket inkluderer blant annet melderutiner, vurdering av hendelsesanalyse og oppfølging av pasient, pårørende og involvert helsepersonell.

Antall meldte hendelser er stabilt i UNN. I 2023 ble det meldt 49 pasienthendelser som §3-3a varsler og av disse ble det gjennomført 27 forenklete hendelsesanalyser og 1 fullverdig analyse. UNN varsler alvorlige hendelser og følger opp pårørende i tråd med gjeldende regelverk. Vi oppfordrer klinikk/senter til å se resultater fra LGG og ForBedringsundersøkelsen i sammenheng. Dette kan gi godt grunnlag for internt forbedringsarbeid.

Medvirkning

Forskriften sier at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende skal innhentes og tas i bruk. Det skal også sørges for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.

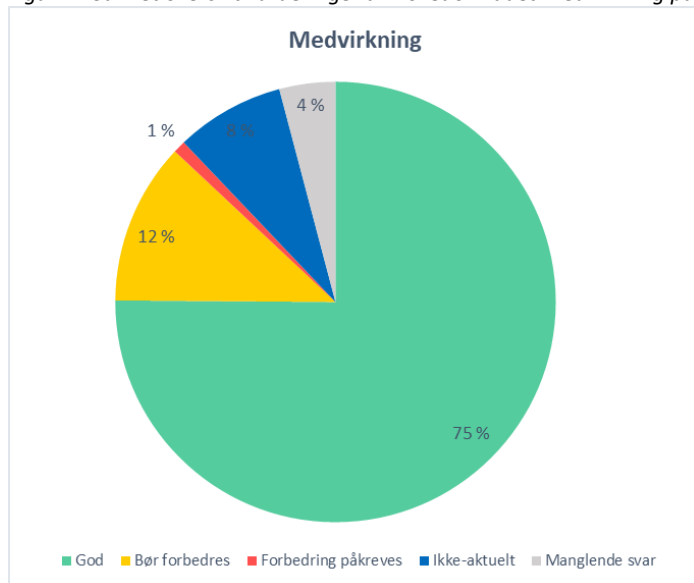
Status tiltak LGG 2022

Tiltak LGG 2022	Ansvarlig	Frist	Status
UNN trenger et felles elektronisk system for brukerundersøkelser. Det må gjennomføres en kartlegging og innhente informasjon og erfaringer fra andre sykehus.	ESI i samarbeid med Fag og kvalitetssenteret.	31.12.23	

Digitale automatiserte løsninger for utsendelse og rapportering søkes etablert, og arbeidet videreføres i 2024.

Resultater 2023

Figur 12 Samlet oversikt vurderinger av hovedområdet Medvirkning på foretaksnivå



Under hovedområdet Medvirkning samlet svarer 75% av lederne at måloppnåelse er *god*. 12% svarer at det *bør forbedres* og 1% svarer at *forbedring påkreves* og 8% svarer at det er *ikke aktuelt*. Det er jevn fordeling av områder som kan *forbedres* på tvers av alle klinikker og senter. De som svarer *forbedring påkreves* er en forholdsvis liten andel og fordeler seg i 3 av klinikkene .

Tabell 10 Medvirkning 2022 og 2023

Egenvurdering	Andel god		Andel bør forbedres		Andel forbedring påkreves		Ikke aktuelt	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
År								
Seksjonen lar den enkelte medarbeider få mulighet til å medvirke i prosesser og beslutninger som bidrar til enhetens drift og utvikling	88%	87%	9%	7%	0%	0%	1%	1%
Seksjonen har etablert faste samarbeidsarenaer mellom leder, tillitsvalgte og verneombud	76%	77%	16%	15%	0%	1%	7%	3%
Seksjonen sikrer at tillitsvalgt og verneombud får tilstrekkelig tid til å utøve sitt verv	79%	76%	11%	11%	0%	0%	10%	8%
Seksjonen bruker pasienter og pårørende sine erfaringer/tilbakemeldinger i forbedring av våre tjenester	51%	58%	23%	15%	0%	2%	26%	20%

Vurdering

UNN har per i dag ikke et helhetlig system for kontinuerlige tilbakemeldinger på pasientenes erfaringer etter kontakt med sykehuset. Det jobbes med å finne digitale automatiserte løsninger for utsendelse og rapportering, og arbeidet videreføres i 2024. Når det gjelder de ansattes medvirkning i prosesser og beslutninger som bidrar til enhetens drift og utvikling vurderes denne som *god*. Mange ledere sier de har etablert faste samarbeidsarenaer for tillitsvalgte og verneombud, og sikrer at de får tilstrekkelig tid til å utøve sine verv. Potensialet for økt grad av medvirkning er tilstede med tanke på at det fremdeles er ledere som svarer *bør forbedres* og *ikke aktuelt* på disse spørsmålene.

Anbefalinger til 2024:

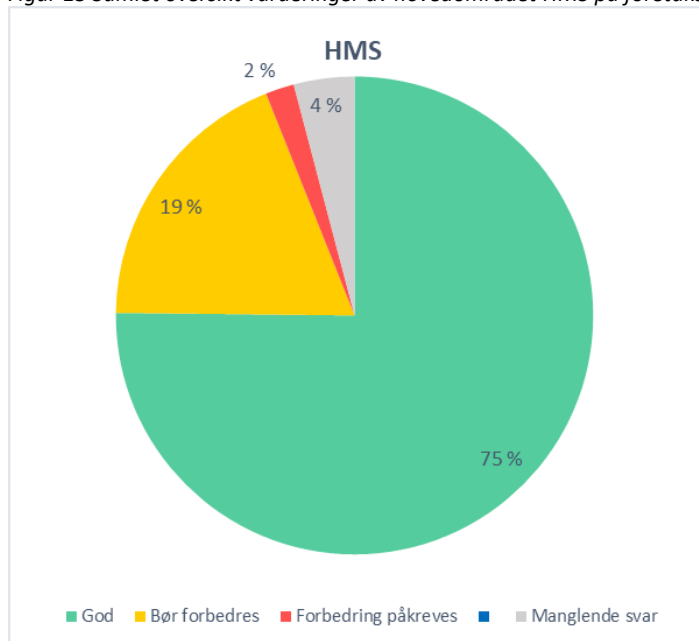
Tiltak	Ansvarlig	Frist
UNN trenger et felles elektronisk system for brukerundersøkelser. Det må gjennomføres en kartlegging og innhente informasjon og erfaringer fra andre sykehus.	ESI i samarbeid med Fag og kvalitetssenteret.	31.12.24

Helse, Miljø og Sikkerhet (HMS)

For å kunne styre og lede på en god og forsvarlig måte, er oversikt over HMS-feltet en viktig forutsetning. HMS-arbeidet reguleres blant annet av arbeidsmiljøloven og forskriftene for internkontroll. HMS-arbeidet skal være systematisk, og det er en rekke krav til dokumentasjon. UNN har overordnede rutiner og retningslinjer for HMS-arbeid og struktur. Samtidig er det på enkelte områder krav om lokale prosedyrer, som må utarbeides og eies av de som har behovet ut fra den risiko de har i sitt arbeidsmiljø.

Resultater 2023

Figur 13 Samlet oversikt vurderinger av hovedområdet HMS på foretaksnivå



Under hovedområdet Helse, Miljø og Sikkerhet samlet svarer 75% av lederne at måloppnåelse er *god*. 19% svarer at det *bør forbedres* og 2% svarer at *forbedring påkreves*. *Bør forbedres* fordeles rimelig jevnt i alle klinikker/senter. Den største andelen *forbedringer* handler om seksjonens gjennomføringsgrad av HMS-opplæring. Lederne i UNN scorer relativt høyt på flere av områdene som kartlegges i LGG innafor HMS-hovedområdet. Spesielt godt på årlig gjennomføring av vernerunder, og sykefraværsoppfølging satt i system.

Tabell 11 Helse, Miljø og Sikkerhet 2022 og 2023

Egenvurdering	Andel god		Andel bør forbedres		Andel forbedring påkreves	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
År						
Seksjonens sykefraværsoppfølging er satt i system	91%	83%	8%	12%	1%	0%
Seksjonens HMS-arbeid bygger på UNN sitt HMS-måldokument	85%	80%	14%	14%	1%	1%
Seksjonen gjennomfører årlig vernerunde med oppfølging	79%	85%	19%	8%	1%	2%
Seksjonen har en KVAM-struktur som fungerer	78%	79%	21%	15%	1%	1%
Seksjonen følger opp resultater etter ForBedringsundersøkelsen med tiltak	76%	76%	22%	18%	1%	2%
Seksjonen gjennomfører brannvernrunder for nyansatte	73%	74%	24%	19%	2%	3%
Seksjonen gjennomfører årlig egenvurdering av ytre miljø	71%	64%	28%	29%	1%	2%
Seksjonens gjennomføringsgrad av HMS-opplæring for ledere, verneombud og KVAM-medlemmer	60%	56%	38%	35%	1%	4%

Vurdering

I alle oppdrag i UNN står HMS og arbeidsmiljø i fokus. Blant annet jobbes det gjennom KVAM i en fast struktur med dette. UNN har i 2023 utviklet og gjennomført digitalt kurs innenfor HMS. I tillegg er HMS gjennomgående tema i alle kurs som gis til ledere i UNN. UNN har rapportert på klima og miljø i samsvar med retningslinjer fra Helse Nord RHF for styrets årsberetning. Det jobbes med å utvikle miljømålekort i HN LIS. Det er viktig å fortsette den gode jobben innen HMS for å sikre et trygt og helsefremmende arbeidsmiljø for alle ansatte i UNN. Vi oppfordrer klinikk/senter til å se resultater fra LGG, ForBedringsundersøkelsen, interne revisjoner og vernerunder i sammenheng. Dette gir et godt grunnlag for internt forbedringsarbeid.

Anbefalinger til 2024:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
UNN skal sørge for at lovpålagt HMS-opplæring dimensjoneres slik at ledere, verneombud og KVAM-medlemmer får fullført den fysiske delen av kurset.	Personal- og organisasjonssenteret	31.12.24

Eksterne tilsyn og interne revisjoner

Det skal etterspørres og kontrolleres at oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres i henhold til plan. Rutiner og prosedyrer skal forbedres for å ivareta krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Det skal avdekkes forbedringsområder, rettes opp feil etter uønskede hendelser, samt spres læring og ny kunnskap mellom avdelinger og medarbeidere.

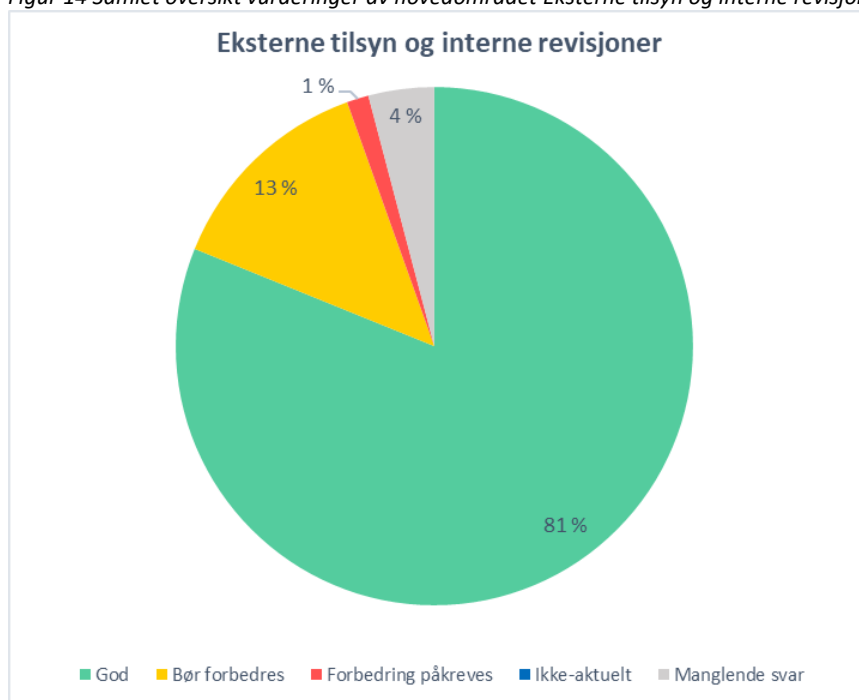
Status tiltak LGG 2022

Tiltak LGG 2022	Ansvarlig	Frist	Status
Etablere system for erfaringsutveksling og læring på tvers etter tilsyn og revisjoner (avvik)	Fag og kvalitetssenteret.	31.12.23	

Å få etablert et system for erfaringsutveksling og læring på tvers etter tilsyn og revisjoner ble nedprioritert grunnet ubesatte stillinger i Kvalitetsavdelingen. Arbeidet blir videreført i 2024 og sees i sammenheng med funksjonalitet og implementering av nytt kvalitetssystem.

Resultater 2023

Figur 14 Samlet oversikt vurderinger av hovedområdet Eksterne tilsyn og interne revisjoner på foretaksnivå



Under hovedområdet Eksterne tilsyn og interne revisjoner samlet svarer 81% av lederne at måloppnåelse er *god*. 13% svarer at det *bør forbedres* og 1% svarer at *forbedring påkreves*. Fordelingen av *bør forbedres* gjøres jevnt i alle klinikker. De som svarer *forbedring påkreves* er en forholdsvis liten andel og fordeler seg i tre klinikker og ett senter. Forbedringene handler om erfaringsutveksling og læring på tvers etter funn fra tilsyn og revisjoner, og om man følger opp at tiltak har effekt.

Tabell 12 Eksterne tilsyn og interne revisjoner 2022 og 2023

Egenvurdering	Andel god		Andel bør forbedres		Andel forbedring påkreves	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
År						
Seksjonen følger opp funn fra tilsyn og revisjoner med tiltak	96%	87%	3%	7%	0%	1%
Seksjonen følger opp at tiltak etter tilsyn og revisjoner har effekt	86%	78%	12%	16%	1%	2%
Seksjonen sørger for erfaringsutveksling og læring på tvers etter funn fra tilsyn og revisjoner	84%	77%	15%	17%	0%	1%

Vurdering

Gjennomføringsgraden for internrevisjonsprogrammet i 2023 var lav på foretaksnivå. Dette skyldes i hovedsak mangel på nøkkelpersonell i form av erfarne revisjonsledere. UNN igangsatte derfor gjennom høsten 2023 flere kompetansehevende tiltak som skal sikre at revisjonsprogrammet for 2024 blir gjennomført. Eksterne tilsyn blir koordinert av Kvalitetsavdelingen. Besøkte enheter bidrar godt ved tilsyn. Styret blir orientert tertialvis med status over eksterne tilsyn og revisjoner. Oppfølgingsarbeidet etter tilsyn er forsterket ved at Kvalitetsavdelingen sørger for oppfølgingsmøte etter mottatt tilsynsrapport. Formålet med møtet, er å sørge for at oppfølgingsarbeidet med avvik og anmerkninger blir avklart og fordelt.

Anbefalinger til 2024

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Utvikle en sammenstilling av funn fra hendelsesanalyser, NPE-saker og tilsynssaker (pasienthendelser) og utarbeide læringsnotater, for læring på tvers. Etablere system for erfaringsutveksling og læring på tvers etter tilsyn og revisjoner (avvik)	Fag og kvalitetssenteret	31.12.24

Samhandling og avtaler med interne og eksterne parter

Samarbeidsformer internt i organisasjonen og mot eksterne samarbeidspartnere skal dokumenteres.

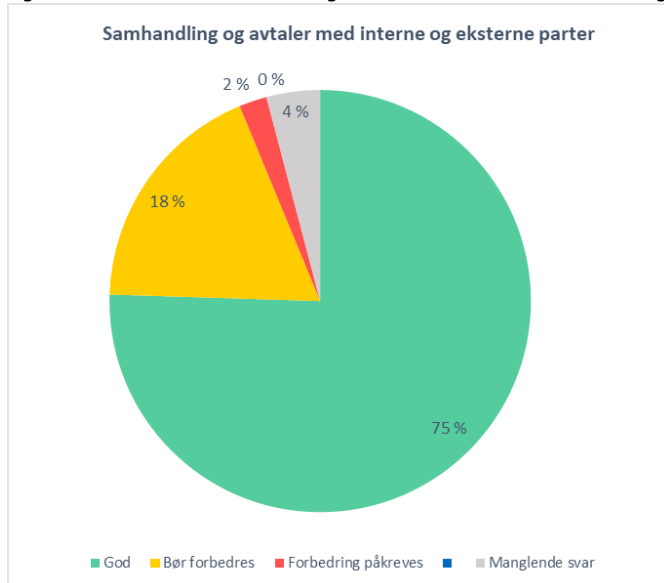
Status tiltak LGG 2022

Tiltak LGG 2022	Ansvarlig	Frist	Status
Gjennomgang og forbedring av arbeidsflyt for multidisiplinære team-møter (MDT-møter) PET, klinisk patologi og røntgen. Utfordring: Patologer, nukleærmedisinere og radiologer bruker mye tid og ressurser på MDT-møter. Dette er en kapasitetsutfordring. Det er derfor behov for å gjøre endringer i organiseringen av MDT møter som kan redusere tidsbruken for PET, Rtg og KP. Aktuelle områder kan være strengere prioritering av hvilke MDT-møter/ hvilke deler av MDT-møtene patologer, nukleærmedisinere og radiologer skal delta på.	Diagnostisk klinikk er hovedansvarlig. Arbeidet må skje i samarbeid med behandlings-ansvarlige klinikker	31.12.23	

For nukleærmedisinere på PET er MDT-møtene håndterbare, med unntak av sommeren, da har de ikke kapasitet til å delta. Klinisk patologi: Noen faggrupper har avtalt at patologer innkalles til MDT møter kun når det er aktuelle kasus, samt kritisk vurdering hvilke kasuistikker/prøver patologene trenger å forberede og legge fram på møtene, noe som har resultert i en nedgang fra 2022 til 2023. RTG, Organgruppe Thorax, har funnet en form med både ukentlig og månedlig MDT-møte lunge, begge møter innbakt i thoraxradiologenes tjenesteplaner, inkludert fast vikar. Fungerer godt!

Resultater 2023

Figur 15 Samlet oversikt vurderinger av hovedområdet Samhandling og avtaler med interne og eksterne parter på foretaksnivå



Under hovedområdet Samhandling og avtaler med interne og eksterne parter svarer 75% av lederne at måloppnåelse er *god*. 19% svarer at den *bør forbedres* og 2% svarer at *forbedring er påkrevd*. *Bør forbedres* fordeles rimelig jevnt i alle klinikker/senter. Den største andelen forbedring handler om at seksjonen har vurdert behov for, og har skriftlige avtaler med relevante samarbeidsparter (25%), etterfulgt av om seksjonen har vurdert behov for og har skriftlige avtaler med relevante eksterne samarbeidsparter (19%).

Tabell 13 Samhandling og avtaler med interne og eksterne parter 2022 og 2023

Egenvurdering	Andel god		Andel bør forbedres		Andel forbedring påkreves	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
År						
Seksjonen etterlever og reviderer skriftlige avtaler der disse foreligger	77%	78%	22%	16%	1%	1%
Seksjonen har vurdert behov for og har skriftlige avtaler med relevante eksterne samarbeidsparter	76%	76%	22%	17%	1%	2%
Seksjonen har vurdert behov for og har skriftlige avtaler med relevante interne samarbeidsparter	67%	70%	30%	22%	2%	3%

Vurdering

UNN mangler overordnede føringer på hvor og når det er relevant med avtaler med interne og eksterne parter. Det er fortsatt en vei å gå med tanke på å få alle seksjonene i UNN til å vurdere behovet for skriftlige avtaler med interne og eksterne samarbeidsparter.

Anbefalinger til 2024:

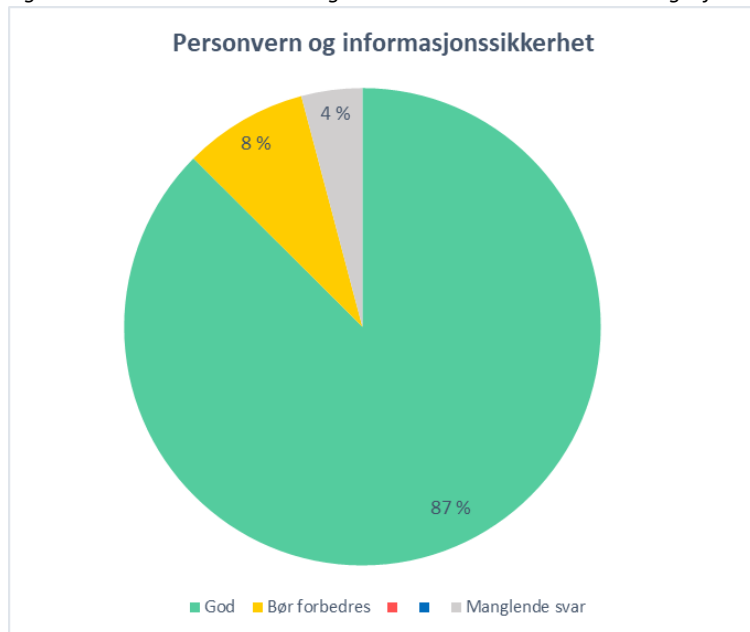
Tiltak	Ansvarlig	Frist
UNN må se på mulighetene for å få på plass et bedre system for avtaleverk når lokalsykehus ber om bistand til å utføre sine lokalsykehusfunksjoner (Ref. regionfunksjoner opp mot lokalfunksjoner).	Fag- og kvalitetssenteret og ESI	31.12.24

Personvern og informasjonssikkerhet

UNN har system som skal sikre at personvern og informasjonssikkerhetsnivået i organisasjonen og på tjenestene er i tråd med det regionale styringssystemet for informasjonssikkerhet. Foretaket har egen retningslinje for organisering av informasjonssikkerhet som beskriver linjeansvar for funksjoner og prosesser for denne aktiviteten.

Resultater 2023

Figur 16 Samlet oversikt vurderinger av hovedområdet Personvern og informasjonssikkerhet på foretaksnivå



Under hovedområdet Personvern og informasjonssikkerhet samlet har 87% av lederne svart at måloppnåelse er *god*. 8% har svart at den *bør forbedres*. Fordelingen av *bør forbedres* gjøres jevnt i alle klinikker.

Tabell 14 Personvern og sikkerhet 2022 og 2023

Egenvurdering	Andel god		Andel bør forbedres		Andel forbedring påkreves	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
År						
Seksjonen følger opp reglene for taushetsplikt ovenfor alle ansatte	95%	91%	4%	4%	0%	0%
Seksjonen følger opp at de ansatte har korrekt tilgang til IKT-systemene, og at ansatte som slutter deaktiveres fra disse	92%	85%	7%	10%	0%	0%
Seksjonen har satt seg inn i sikkerhetsinstruksen for informasjonssikkerhet og retningslinje for personvern	87%	85%	12%	10%	0%	0%

Vurdering

Arbeidet med informasjonssikkerhet handler om å sikre behandlingen av informasjonen i alle former. I følge egenvurderingen fra LGG så er det godt fokus på følge opp regler, sikre korrekt tilgang og sørge for at personalet har satt seg inn i sikkerhetsinstruks. Årets egenvurdering viser en svak nedgang på «god». Med utgangspunkt i det digitale trusselbildet mot spesialisthelsetjenesten er det viktig å ha et sterkt fokus på informasjonssikkerhetsarbeid lokalt og sentralt.

Medisinsk og helsefaglig forskning

UNN har et overordnet ansvar for at all medisinsk og helsefaglig forskning til enhver tid er i overensstemmelse med gjeldende lover og forskrifter, eksterne retningslinjer, samt virksomhetens interne retningslinjer. Dette følger blant annet av helseforskningsloven § 5 og 6, jmfør forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning hvor den forskningsansvarlige virksomheten må sørge for at det tilrettelegges for forsvarlig organisering, igangsetting, gjennomføring, formidling, avslutning og etterforvaltning av forskningsprosjekter. Videre er det et lovpålagt ansvar at det føres internkontroll tilpasset virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, noe som innebærer systematiske tiltak, deriblant opplæring av forskere, som fremmer god forskning og som sikrer at virksomheten overholder krav i loven.

Gjennom 2022 ble det gjennomført en større prosess for å revidere og forbedre et kvalitetssystem for medisinsk og helsefaglig forskning. Systemet inneholder styrende, gjennomførende og kontrollerende elementer for å ivareta kravene i helseforskningsloven med forskrifter, og det skal sette forskere ved UNN i stand til å planlegge, gjennomføre og avslutte slik forskning. Tiltak for internkontroll er en del av kvalitetssystemet og det inkluderer gjennomgang av UNNs forsknings- og melderegister, kontroll av utvalgte helseforskningsprosjekter og oppfølging av avvikssystemet. Medarbeider som er ansvarlig for kvalitetssystemet og internkontroll av helseforskningsprosjekter var fom juli 2023 tom 15. januar 2024 konstituert som seksjonsleder for seksjon for Forskningsstøtte og enkelte aktiviteter ble besluttet utsatt til 2024, deriblant kontroll av utvalgt prosjekt (intern revisjon). I henhold til helseforskningsloven skal en forskningsansvarlig institusjon føre løpende oversikt over alle helseforskningsprosjekter. Stikkprøver viste at prosjektoversikten har både feil og mangler, samt uklar indikasjon av type kliniske studie. Egenvurderingsskjema som ble sendt til utvalgte klinikksjefer og prosjektledere avdekket ingen områder som krever umiddelbare tiltak, men følges opp på lignende måte i 2024. Grunnet funksjonaliteten til avvikssystemet i Docmap er det Kvalitetsavdelingen som må innhente en oversikt over eventuelle meldte avvik innen helseforskning, basert på søkeord. Forslag til ønsket funksjon i nytt styringssystem som innføres 2024 er gitt til Kvalitetsavdelingen.

Klima og miljø

Tabell 15 Klinikkenes samsvarsforpliktelser¹

Samsvarsevaluering ytre miljø nivå 2	UNN	AKUTT	BUK	DES	DIAG	DIR	HILK	OPIN	NOR	MK	K&K	PHRK	FAG OG KVAL	ØAS	FORUT	ESI	PO	UNIASI	KONM
Egne miljømål																			
Overordnet miljømål																			
Interessenter																			
Lovkrav																			
Innkjøp																			
Møtevirksomhet/info																			
Kvalitetsarbeid																			
Revisjoner og tilsyn																			
Miljøavvik																			
Vernerunder																			
Avfallshåndtering																			
Stoffkartotek																			
Beredskap																			
Strålevern																			
Andre forpliktelser																			

¹ Blått markert felt indikerer ikke aktuelt.

Anbefalinger til 2024

Tiltak	Ansvarlig	Frist
UNN innfører aktiv energiledelse og tiltak og det utarbeides en energipolitikk for virksomheten.	DES	1.1.25
Alle klinikker/senter oppdaterer sine handlingsplaner i henhold til spesialisthelsetjenestens felles klima og miljømål.	Alle klinikker	1.12.24



Hovedområde klima og miljø

Status fra tidligere gjennomganger

Tabell 1 status fra tidligere gjennomgåelse

Tiltak fra Oppsummering klima og miljø 2022	Ansvarlig	Frist	
Alle klinikker/senter oppdaterer sine handlingsplaner i henhold til spesialisthelsetjenestens felles klima og miljømål.	Alle klinikker	01.12.2023	
Gjennomføringen av interne revisjoner og ledelsens gjennomgang 2023 avklares.	DES/Kvalitets-avd.	1.1.2024	

Endringer som påvirker arbeidet med klima og miljø

Eksterne og interne forhold

Sammen med øvrige helseforetak i Helse Nord RHF er det etablert et felles miljøstyringssystem. Hensikten er å redusere CO₂e-utslipp med 40 % innen 2030 og være klimanøytralt innen 2045. Forbedringssystematikken i ISO-14001 standarden videreføres og integreres i ordinær virksomhetsstyring. Til grunn for styringssystemet ligger *Delstrategi klima og miljø Helse Nord RHF 2021–2030*¹ og *Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar*².

Interesseparter og samsvarsforpliktelser:

- Oppdragsdokumentet for Helse Nord krever at «Meld. St. 6 Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap» skal følges opp av foretakene.
- Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar ble vedtatt 17.04.23, og gir føringer for klima- og miljøarbeidet i UNN.
- Kapittel 10 a i avfallsforskriften setter krav til institusjoner som produserer husholdningslignende avfall med utsortering av alt mat og plastavfall.
- UNN er med i Klimapartner Troms og Finnmark, og følger opp møtevirksomhet. Foretaket rapporterer på sitt klima og miljøarbeid i Klimapartnerne sitt rapporteringssystem som danner grunnlag for klimaregnskap. Klimapartnerne gjennomfører webinarer hvor aktuelle ansatte i sykehuset inviteres til deltakelse

Vesentlige miljøaspekter

Kapittel 10 a i avfallsforskriften setter krav til institusjoner som produserer husholdningslignende avfall med utsortering av alt mat og plastavfall.

Risikoer og muligheter

Det har ikke vært gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyse for 2023 angående klima og miljø.

Måloppnåelse:

Tabell 1 Oversikt over resultater på klima- og miljømål

Miljømål	2023	2019	Vurdering og kommentar	R
Innen 2030 redusere CO ₂ e-utslipp med 40 prosent	100 520 tonn CO ₂ e	107 305 tonn CO ₂ e	UNN hatt en nedgang i CO ₂ e-utslipp på 7% sammenlignet med referanseår. Hvis målet skal nås innen 2030 må årlig reduksjon økes.	
Redusere forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner	2,7%	4 %	Reduksjon av helsetjenesteassosierte infeksjoner bidrar til redusert forbruk av legemidler og materiell, som igjen vil bidra til å redusere utslipp.	

¹ [MS 1292 Klima og miljø – delstrategi for Helse Nord](#)

² [Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar](#)

Redusere energiforbruk med 20 prosent innen 2030 og øke andelen gjenvinningskraft	349	347	Graddagskorrigert energiforbruk pr m ² for brutto areal i UNN. Energiforbruket har steget med 0,7 % siden 2019. Energiledelse og oppfølging av felles energiprojekt i regionen er ikke gjennomført.	
Andel polikliniske konsultasjoner over video og telefon skal være minimum 20 prosent	14,0 %	13,4 % (2021)	Det er varierende bruk i foretaket på video og telefonkonsultasjoner. OPIN har høyeste resultat med 50,2 %	
Matafall reduseres med 50 prosent innen 2030	141,3 tonn	150,8 tonn	Tallene tar utgangspunkt i totalt våtorganisk avfall og skiller ikke ut avfall knyttet til matsvinn.	
Andel produkter uten (utslipp av) helse og miljøskadelige stoffer skal være 75 prosent innen 2030 Desfluran Isofluran Sevlofluran Lystgass	0 2 100 4600	13 4 182 4730		
Fossilfri virksomhet innen 2030, og redusere reisevirksomhet for medarbeidere: Tjenestereise bil Fly innenlands Fly utenlands Fossilfrie kjøretøy	1 026 344 11 978 838 4 665 398 6 %	910 188 11 194 076 5 617 848	UNN reiser mer med fly og tjenestebil. Tjenestereiser med fly til utland har økt betydelig i 2023 i forhold til 2022, samtidig har UNN en betydelig lavere andel fossilfrie biler enn andre sammenlignbare helseforetak også innad i Helse Nord.	
Miljøbevisste medarbeidere i alle enheter	66	68	I årlig ForBedringsundersøkelsen er det mål om at andel enheter som svarer at det arbeides godt med ytre miljø i helseforetaket skal være minst 90 prosent.	

Miljøprestasjon

Avvik og korrigerende tiltak

I 2023 er det registrert 194 avvik merket klima og miljø, hvor 168 av avvikene er lukket og 26 er åpne. Som tidligere år tyder overskriftene på at flere av avvikene ikke er miljøavvik eller har en klima og miljødimensjon, men er klassifisert slik av melder.

Tabell 1 Meldte miljøavvik fordelt på klinikkene/sentrene

Meldte miljøavvik	Akutt	BUK	DES	DIAG	Dir	ESI	Forsk Utd.	HLK	K3K	OPIN	NOR	MK	PHRK	Felles UNN	Total
2023	22	5	74	2	1	0	1	6	14	9	12	14	29	0	189
2022	25	8	28	5	0	2	0	6		16	13	13	29	5	165

Overvåking og måling

Overholdelse av samsvarsforpliktelser – Klinikkenes samsvars evaluering

Klinikkene/sentrenes samsvarsvurdering viser at vi har forbedringspotensialer i oppfølgingen av miljøarbeidet, jf. tabell 4. Forbedringsområdene er: oppfølging av miljømål og tiltak, interessenter, kvalitetsarbeid, møtevirksomhet, vernerunder og miljøavvik.

Tabell 3 Klinikkenes samsvarsforpliktelser³

Samsvarevaluering ytre miljø nivå 2	UNN	AKUTT	BUK	DES	DIAG	ADDM	DIR	HJK	OPIN	NOR	MJK	K3K	PHRK	FAG OG KVAL	ØASG	FORS-UITD.	ESI	PERSO NAL	KOMM
1. Egne miljømål	Grønt	Grønt	Grønt	Rødt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Rødt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt
2. Overordnet miljømål	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Rødt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt
3. Interessenter	Grønt	Rødt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Rødt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt
4. Lovkrav	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt
5. Innkjøp	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt
6. Møtevirksomhet/informasjon	Grønt	Grønt	Grønt	Rødt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Rødt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt
7. Kvalitetsarbeid	Grønt	Grønt	Grønt	Rødt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Rødt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt
8. Revisjoner og tilsyn	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt
9. Miljøavvik	Rødt	Rødt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Rødt	Grønt	Grønt	Rødt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt
10. Vernerunder	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt
11. Avfallshåndtering	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt
12. Stoffkartotek	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt
13. Beredskap	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Rødt	Rødt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt
14. Strålevern	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt
15. Andre forpliktelser	Grønt	Grønt	Grønt	Rødt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt

Revisjonsresultat

Det har ikke vært gjennomført klima- og miljørevisjoner i 2023, men det planlegges minimum to revisjoner for 2024. Det er utarbeidet felles revisjonsplan og maler for foretaksgruppen i 2023.

Dialog med interesseparter

Miljøkoordinatornettverk UNN

I foretakets miljøkoordinatornettverk ble det gjennomført to av fire møter i 2022. Alle nivå 2 enheter er representert i nettverket. I tillegg deltar hovedverneombud, innkjøpssjef og foretakskontroller. Alle klinikker/senter har utnevnt miljøkontakter og gjennomført samsvarevaluering (tabell 3).

Regional faggruppe miljø og bærekraft

Foretaket er representert i gruppen og har deltatt på alle møter i 2023 utenom ett.

Klimapartnere Troms og Finnmark

Foretaket er representert i styret til Klimapartnere Troms og Finnmark og har deltatt i alle møter. Foretaket rapporterer på sitt klima og miljøarbeid i Klimapartnere sitt rapporteringssystem som danner grunnlag for klimaregnskap. Klimapartnere gjennomfører webinarer hvor aktuelle ansatte i sykehuset inviteres til deltakelse.

UIT

UNN har i sammen med UIT fått på plass løsning for å kunne gå på ski til/fra jobb. Det har også vært i dialog angående bedre sykkelparkering i området ved hovedinngangen/PET senteret.

Klager

³ Grått markert felt indikerer ikke aktuelt.

Drifts- og eiendomssenteret har mottatt flere henvendelser angående forholdene for sykkelparkering ved UNN Breivika. Da vedrørende for lite stativer og størrelsen/utførelsen på disse. Stativene vi har er for smale rammene til nye el-sykler slik at de ikke kan plasseres eller låses optimalt og det er ønske om takoverbygg ved E1. Tidligere har man utført hyppigere snørydding ved stativer som ikke er overbygd. Grunnet stopp i bruk av overtid er ikke dette mulig å gjennomføre lengre etter normal arbeidstid. Det etterspørres framdrift i forhold til tidligere planlagte utbedringen av sykkelparkeringen ved BC blokken. Det er stadig stor tyverifare og området kan heller ikke benyttes optimalt ved snøfall. Tellingene viser at det selv på de mest krevende vinterdagene er over 200 ansatte som sykler (til UNN Breivika). På en dag med optimalt vær ligger antallet mellom 400 og 500 ansatte.

Kontinuerlig forbedring

Klima og miljø er en del av UNN sitt arbeid med HMS og forbedringssystem. Eksisterende rutiner og systemet brukes for å støtte opp under kontinuerlig forbedring. Revisjoner og ROS-analyser HMS er to systematiske kartlegginger og kilder til forbedringsarbeid som gjennomføres regelmessig.

Anbefalinger til 2024

Konklusjon

UNN sitt hovedresultat viser en nedgang i utslipp totalt med 7 % på CO₂e. På tross av dette reiser vi mer med fly og bruker mer tjenestebil. Tjenestereiser med fly til utland har økt betydelig i 2023 i forhold til 2022. UNN har en betydelig lavere andel fossilfrie biler enn andre sammenlignbare helseforetak også innad i Helse Nord. Alle klinikker har ikke utarbeidet klima og miljøtiltak for å bidra til å redusere utslippet. UNN har ikke fulgt opp foretaksgruppens energiledelsesprosjekt og forbruket pr m² har økt siden referanseåret 2019. Det brukes lite ressurser på klima og miljøarbeid som også kan bidra til sikring/økonomisk gevinst.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
UNN innfører aktiv energiledelse og tiltak og det utarbeides en energipolitikk for virksomheten.	DES	1.1.2025
UNN kartlegger behovet for reiser med fly og bil og iverksetter tiltak for å redusere utslippene.	DES, Alle klinikker	1.1.2025
UNN etablerer klimabudsjett for å planlegge reduksjon av utslipp fram mot 2030	Økonomi og analyse, DES	1.1.2025
Alle klinikker/senter oppdaterer sine handlingsplaner i henhold til spesialisthelsetjenestens felles klima og miljømål.	Alle klinikker	01.12.2024