



Møtedato: 18.06.2025

Vår ref.:

2025/5621-3

Saksbehandler:

Ingrid Lernes Mathiassen

Dato:

30.05.2025

Styresak 50-2025 Orienteringssaker til styremøte 18.06.2025

Forslag til vedtak

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

Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar sakene til orientering:

1. Status i arbeidet med omstillingsprogrammet *Vi fornyer UNN* – *mundtlig*
2. Oppdaterte resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer - *skriftlig og muntlig*
3. Sykestuesenger i Nord-Troms - *skriftlig*
4. Ledelsens gjennomgang - *skriftlig*
5. Plan for styresaker 2025 – *skriftlig*
6. Orientering fra administrerende direktør til styret – *mundtlig*
7. Informasjonssikkerhet – status pr juni 2025 – *unntatt offentlighet* - *skriftlig*

--- slutt på innstillingen ---

Tromsø, 11.06.2025

David Johansen (s.)
administrerende direktør



Møtedato: 18.06.2025

Vår ref.:

2020/11231-20

Saksbehandler:

Marte Lødemel Henriksen

Dato:

22.05.2025

Styresak 50-2025/2

Oppdaterte resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer

Formål

Orienterer styret om resultatene for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN).

Bakgrunn

Nasjonale kvalitetsindikatorer sammenligner kvaliteten ved norske sykehus.

Helsedirektoratet publiserte 08.05.2025 nye resultater for 33 nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten i 2024.

Saksutredning

Resultater der UNN er bedre enn landsgjennomsnittet:

- Andel kreftpasienter behandlet innenfor anbefalt forløpstid for 24 kreftformer
- Andel nye kreftpasienter som har blitt inkludert i pakkeforløp
- Lavt forbruk av bredspektrede antibiotika
- UNN er nært måltall for andel dialysepasienter med kronisk nyresvikt som får hjemmedialyse
- Lavere andel korridorpasienter enn landsgjennomsnittet

Resultater der UNN er dårligere enn landsgjennomsnittet:

- Blodsukkerregulering hos voksne med diabetes type 1
- Andel fristbrudd for pasienter i somatisk helsetjeneste
- Utsettelse av planlagte operasjoner
- Gjennomsnittlig ventetid for barn, unge og voksne innen psykisk helsevern
- Epikrisetider psykisk helsevern voksne og TSB

En muntlig presentasjon i styremøtet utdyper resultater for utvalgte fagområder.

Hjerte-lunge-redning startet av tilstedeværende

I UNNs opptaksområde har tilstedeværende personer under hendelsen startet hjerte-lungeredning før ambulansen ankom i 78,2 % av tilfellene, det er likt med landsgjennomsnittet. I 24,7 % av tilfellene fikk pasienten tilbake hjerterytmen etter behandling gitt av ambulansepersonell, noe som er under landsgjennomsnittet på 27,5 %.

Per 100 000 innbyggere var 11,8 % gjenopplivninger etter hjertestans vellykkede. Dette er under landsgjennomsnittet på 13,9 %.

Forbruk av et utvalg bredspektrede antibiotika i sykehus

I 2024 var landsgjennomsnittet for antall definerte døgndoser (DDD) av et utvalg bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn i norske sykehus 16,2. UNN hadde i samme tidsrom et forbruk på 13,3 DDD, og er med det blant de beste i landet. Antallet definerte døgndoser (DDD) av kinoloner, karbapenemer, andre- og tredjegenasjons cefalosporiner samt penicilliner og betalaktamasehemmere lå enten under eller på landsgjennomsnittet.

Blodsukkerregulering hos voksne med diabetes type 1

I UNNs opptaksområde var andel pasienter med diabetes type 1 som ved årskontroll hadde HbA1c under eller lik 53 mmol/mol 35,9 %. Dette er under landsgjennomsnittet på 41,5 %. Andelen av våre pasienter med diabetes type 1 med HbA1c lik eller over 75 mmol/mol var på 11,9 %. Dette er over landsgjennomsnittet på 8,9 %, men innenfor måltallet som er <12 %. I Tromsø har denne andelen blitt redusert fra 23 % i 2017 til 11,1 % i 2024 som en konsekvens av systematisk og godt kvalitetsarbeid. Det er bl.a. engasjert psykolog i 10 % stilling til oppfølging av pasientgruppen, det er samarbeid med kost- og ernæringsfysiolog (KEF) i tillegg til at nye tekniske løsninger tar i bruk. Det er gjort en stor jobb med reduksjon av interne ventelister, omstrukturering av årskontroller hvor diabetessykepleier tar større ansvar for å frigi legeressurser, samt kveldspoliklinikk i flere prosjektperioder.

UNN Harstad har også de siste årene gjennomført en rekke tiltak for intensivert oppfølging av pasienter med diabetes type 1, og det har vært en jevn nedgang i andelen pasienter med HbA1c >75 mmol/mol. Status per juni 2025 er 10,6 %. Blant tiltakene som er gjennomført er lærings og mestringskurs, prosjektarbeid med klinisk helsepsykologi, karbohydratvurderingskurs med KEF, teamdiskusjoner på utvalgte pasienter ukentlig, økt bruk av tilgjengelige tekniske hjelpemidler, pumpestart i større grupper for forskyvning av ressursbruk, samt innført Checkware for digital oppfølging. Det har vært stor innsats rundt enkeltpasienter i samarbeid med både hjemmesykepleie, pasientsentrert team, deltakelse i ansvarsgruppe, felleskonsultasjoner med fastlege og samarbeid med habilitering.

Andelen personer 15 år eller eldre med diabetes, type 1 eller 2, som har hatt en eller flere amputasjoner kun under ankelledet

Data er kun tilgjengelig på regionsnivå. Resultatmessig hadde Helse Nord den laveste andelen amputasjoner under ankelledet med 0,4 per 1000 diabetespasienter. Helse Nord hadde også laveste andel amputasjoner over ankel med 1 per 1000 diabetespasienter. Antall personer 15 år eller eldre med diabetes, type 1 eller 2, som har hatt en eller flere amputasjoner under ankelledet var 11, og over ankelledet 27 i 2024.

Hoftebrudd

Ved UNN ble 57,5 % av pasienter over 65 år med hoftebrudd operert innen 24 timer i 2024. Det er omtrent på landsgjennomsnittet som er 57,7 %. Innen 48 timer har 87,7 % av pasientene ved UNN gjennomgått kirurgisk behandling mot landsgjennomsnitt på 92,3 %.

Infeksjon

UNN ligger på landsgjennomsnittet for helsetjenesteassosierte infeksjoner på sykehus på måletidspunktet (november 2024). Andelen infeksjoner ved måletidspunktet var 3,0 % som er sammenfallende med 3,0 % for hele landet. Andel urinveisinfeksjoner blant pasienter på sykehus på målingstidspunktet var 0,2 % mot 0,5 % for hele landet, andel nedre luftveisinfeksjoner 1,0 % mot 0,8 % for hele landet, andel postoperative sårinfeksjoner 1,4 % mot 1,2 % for hele landet, andel postoperative sårinfeksjoner blant *opererte* pasienter 5,6 % mot 5,2 % for hele landet og andel blodbaneinfeksjoner 0,4 % mot 0,4 % for hele landet.

Kreftbehandling

I 2024 var andelen kreftpasienter innenfor maksimal forløpstid i UNN på 65,0 % for 24 organspesifikke kreftformer. Nasjonalt måltall er 70 % og landsgjennomsnitt 64,3 %. Andelen nye kreftpasienter som har blitt inkludert i pakkeforløp for 22 utvalgte kreftformer var på 81,8 %. Også her er måltallet 70 %, landsgjennomsnittet er 76,5 %. Andel gjennomførte diagnostiske pakkeforløp innen maksimal forløpstid var på 64,6 % mot et måltall på 70 %.

Nyre

Andelen pasienter som får hjemmedialyse var i tredje tertial 2024 27,3 % som er nær måltallet på 30 %. Landsgjennomsnittet er 26,5 %.

Psykisk helse barn og unge (PHBU)

86,5 % av barn og unge med rett til prioritert helsehjelp i psykisk helsevern innenfor UNNs opptaksområde startet sin helsehjelp innen 65 dager i 2024. Andelen startet helsehjelp innen 65 dager er fallende fra 94,1 % i 2022, til 88,3 % i 2023, til 86,5 % i 2024. Andelen henvisninger vurdert innen 10 dager er på 95,6 %, noe som er nært landsgjennomsnittet på 96,8 %. Barne- og ungdomsklinikken har opplevd en økning i antall henvisninger til psykisk helsevern barn og unge, og jobber kontinuerlig med stabilisering av sin behandlerkapasitet. Det planlegges rotasjon for leger fra sengepost til poliklinikk og i regi av Ventetidsløftet har det vært gjennomført fritidspoliklinikk. Ved utgangen av april 2025 har Barne- og ungdomsklinikken ingen fristbrudd.

Psykisk helse for voksne (PHV)

UNN hadde i 2024 5,1 % brudd på vurderingsgarantien. Dette er en økning fra 3,2 % i 2023. Andelen fristbrudd for pasienter på venteliste var på 35,3 % i andre tertial 2024, fallende til 19,1 % tredje tertial i 2024. Landsgjennomsnittet var på 3,5 %. Fristbruddandelen og ventetiden for påbegynt helsehjelp (82 dager i 2024) var høyest i landet. Som beskrevet i styresaker om kvalitets- og virksomhetsrapporter det siste året er det gjort et systematisk arbeid med å øke behandlerkapasiteten innen psykisk helsevern for voksne, med stor reduksjon i antall langtidsventende pasienter og fristbrudd. Andelen epikriser sendt én dag etter at pasienten er skrevet ut fra døgntil behandling var 57,5 % i psykisk helsevern i 2024. 7 dager etter utskrivning var 88 % av epikrisene sendt.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Andel pasienter med rett til prioritert helsehjelp i TSB som fortsatt står på venteliste etter passert frist var 0 % i tredje tertial 2024. UNN hadde i 2024 0,9 % brudd på vurderingsgarantien. Andelen fristbrudd for pasienter som har fått påbegynt helsehjelpen

etter at fristen for oppstart er passert var 4,3 %. Den gjennomsnittlige ventetiden for behandling var 36,6 dager som er over måltall på 30 dager og landsgjennomsnittet på 30,2 dager. 44 % av epikrisene er sendt innen 1 dag etter at pasienten er skrevet ut fra døgnbehandling. Etter 7 dager har andelen økt til 83,9 %.

Sykehusopphold

UNN hadde i 2024 3,6 % brudd på vurderingsgarantien innen somatikk. Landsgjennomsnittet var på 3,4 %. Andelen epikriser sendt én dag etter at pasienten var skrevet ut fra somatisk helsetjeneste var i 2024 på 65,3 %. 7 dager etter utskrivning var 86,9 % av epikrisene sendt. Andelen fristbrudd for pasienter i somatisk helsetjeneste, som hadde fått påbegynt helsehjelpen etter at fristen for oppstart var passert var på 11,1 % mot et landsgjennomsnitt på 10,5 %. Andelen fristbrudd for pasienter i somatisk helsetjeneste som fortsatt stod på venteliste ved periodeslutt (per siste dag i tertialet), og hvor frist for oppstart av helsehjelp var passert var på 22,1 % og med det høyest i landet. Gjennomsnittlig ventetid til påbegynt helsehjelp for pasienter henvist til somatiske helsetjenester i 2024 var på 70,8 dager mot landsgjennomsnitt på 76,8 dager.

Korridorpasienter

Andel korridorpasienter var i 2024 på 1,0 % mot et landsgjennomsnitt på 1,5 %.

Utsettelse av planlagte operasjoner

Nasjonalt ble 6,8 % av alle planlagte operasjoner utsatt i 2024. Ved UNN ble 8,7 % av alle planlagte operasjoner utsatt i samme tidsrom, en økning fra 7,5 % i 2023.

Vurdering

Nasjonale kvalitetsindikatorer publisert 08.05.2025 viser at UNN for mange av indikatorene ligger over eller på nasjonalt gjennomsnitt. UNN hadde i 2024 gode resultater med et lavt forbruk av bredspektret antibiotika og lå også høyere enn gjennomsnittet for andel pasienter i kreftpakkeforløp som fikk startet sin behandling innen anbefalt tid. Innen diabetesomsorgen er det gjort et betydelig kvalitetsarbeid med mange ulike tiltak, noe om har ført til en stadig reduksjon av andelen pasienter med Diabetes type 1 som har HbA1c >75mmol/mol. Eksempler på områder med behov for forbedring var tilgjengelighet og fristbrudd, strykninger til operasjon. Publikasjonen representerer et tilbakeblikk på våre tjenester. Gjennom *Ventetidsløftet* er det i både 2024 og 2025 gjort et stort arbeid med å redusere ventetider og øke tilgjengeligheten til våre tjenester. «Vi fornyer UNN» og kontinuerlig kvalitetsarbeid forventes å forbedre resultatene fra nasjonale kvalitetsindikatorer ytterligere i tiden framover.

Tromsø, 11.06.2025

David Johansen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

- Nasjonale kvalitetsindikatorer publisert 8. mai 2025



Møtedato: 18.06.2025

Vår ref.:
2024/10379-5

Saksbehandler:
Rumpsfeld/Hattmann

Dato:
26.05.2025

Styresak 50-2025/3 Sykestuesenger i Nord-Troms

Formål

Formålet med denne orienteringssaken er å gi styret en oppdatering på prosessen etter forrige orientering i sak 31-2025, og redegjøre for videre plan og dialog frem mot beslutningssak i september 2025.

Bakgrunn

Styret ble i sak 31-2025 orientert om evalueringen av sykestuesengene i Nord-Troms, som omfatter kommunene Kvænangen, Skjervøy, Nordreisa og Kåfjord. Evalueringen ble gjennomført i samarbeid mellom Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og kommunene og denne beskrev potensial og utfordringer i dagens modell, samt at den pekte på behov for tydeligere ansvarsavklaringer, dokumentasjon og hvilken økonomiske rammer som gjelder.

Saksutredning

Siden forrige orientering har det vært gjennomført flere møter og prosesser for å samle innspill fra de berørte kommunene:

- **Vi fornyer UNN:** Saken har vært drøftet som del av det overordnede omstillingsarbeidet.
- **Strategisk samarbeidsutvalg (SSU):** Temaet har vært jevnlig informert og drøftet.
- **Interkommunale politiske råd (IPR):**
 - 13. mai 2025 ble det avholdt et møte med IPR Nord-Troms, der kommunene fikk anledning til å gi innspill, og det ble besluttet å utsette beslutningssaken til september for å gi mer tid til dialog.
 - 23. mai 2025 ble temaet også drøftet i møte med IPR for hele UNNs nedslagsfelt

Det har kommet innspill fra berørte kommuner, eldreråd og ett politisk parti i Nord-Troms, som i hovedsak uttrykker støtte til videreføring av sykestuesengene, og understreker

betydningen av tilbudet for beredskap, pasientnærhet, rekruttering og samfunnsøkonomisk gevinst. Kommunene har samtidig fremhevet behovet for tydelige og forpliktende avtaler, inkludert ISF-refusjon for kommunalt utførte spesialisthelsetjenester.

Vurdering

Administrerende direktør vurderer at dialogen med kommunene har vært viktig og verdifull for å belyse både behov og utfordringer knyttet til sykestuesengene. Kommunene har kommet med tydelige innspill som viser et sterkt engasjement, understreker betydningen av tilbudet for det lokale helsetilbudet, beredskap, rekruttering og pasientnærhet.

Samtidig står UNN overfor betydelige økonomiske, bemanningsmessige og demografiske utfordringer, som krever at vi nøye vurderer hvordan UNNs ressurser best kan prioriteres for å sikre bærekraftig spesialisthelsetjenestetilbud. Evalueringen og kommunenes innspill peker også på at skillet mellom sykestuesenger og kommunalt øyeblikkelig hjelp-tilbud (ØHD) i praksis fremstår som uklart, og at det er behov for en tydeligere ansvarsavklaring mellom nivåene.

Administrerende direktør vil derfor legge vekt på å videreføre dialogen med kommunene og andre relevante aktører. Det er ønskelig å ha et særskilt fokus framover på å identifisere spesialisthelsetjenesteoppgaver som kan utføres i kommunal regi. En samlet vurdering av organisering og finansiering av sykestuesengene vil bli lagt frem for styret i september, der både kommunenes innspill, evalueringsrapporten og UNNs vurderinger vil inngå.

Tromsø, 11.06.2025

David Johansen (s.)
administrerende direktør



Møtedato: 18.06.2025

Vår ref.:

2024/10901-18

Saksbehandler:

Marte Lødemel Henriksen

Dato:

05.06.2025

Styresak 50-2025/4 Ledelsens gjennomgang

Formål

Orienterer styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) om *Ledelsens gjennomgang 2024* for UNN.

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*.

Saksutredning

LGG gjennomføres på seksjons-, avdelings- og klinikknivå før gjennomgang på foretaksnivå. 97,3 % av seksjonslederne UNN har gjennomført LGG for 2024, 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 2025 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 Drifts- og eiendomssenteret.

Funn fra LGG 2024

Organisering

Egenvurderingen av dette 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 høy. Det er fremdeles mange ledere som mangler utarbeidet og

opdatert funksjonsbeskrivelse. Lederlinjen er ansvarlig for at det finnes oppdaterte funksjonsbeskrivelser.

Risikostyring

Det er etablert en regional retningslinje for risikostyring, og det finnes en retningslinje for intern risikostyring i UNN som nylig er oppdatert. UNN har også en egen e-læring om risikovurdering som del av UNN sitt HMS-kurs. I forbindelse med oppfølging av styringskrav, omorganisering og innsparing er risikovurdering i 2024 brukt som verktøy, i henhold til forskrift.

Personvern og informasjonssikkerhet

Dette hovedområdet har med 91 % den høyeste andelen ledere som svarer at egen enhet har god måloppnåelse, kun en liten andel angir at det er behov for forbedring. Arbeidet med informasjonssikkerhet handler om å sikre korrekt informasjonsbehandling i alle former, og det er positivt at lederne kjenner til sikkerhetsinstruksene, følger opp korrekte tilganger til IKT-systemene og regler for taushetsplikten.

Mål og oppgaver

Nesten 90 % av lederne bekrefter at de følger opp UNN sine prioriterte styringsmål. I *Årlig melding 2024* redegjøres det for hvordan UNN har fulgt opp styringskrav, indikatorer og mål i Styringskrav og rammer i året som gikk. Årlig melding er behandlet som egen styresak (5-2025). Alle mål, styringskrav og indikatorer er tatt inn i Styringshjulet og fulgt opp av aktuelle klinikker og stabsenheter i UNN gjennom 2024.

Dokumentstyring

UNN jobbet i 2024 med overgang til nytt kvalitetssystem. Dette arbeidet fortsetter i 2025.

Medvirkning

UNN har ikke lyktes med å etablere et helhetlig system for systematisk tilbakemelding på pasientenes erfaringer etter kontakt med våre tjenester. Utviklingsarbeidet tar lang tid, 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 webløsning/skjema for utsendelse. De ansattes medvirkning i prosesser og beslutninger vurderes som god.

Helse, miljø og sikkerhet

UNN har et sterkt 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. Digitalt- og samlingsbasert kurs innenfor HMS har vært arrangert gjennom hele 2024. Behov for økt kapasitet i HMS-opplæringen er løftet fra flere klinikker og følges videre opp i 2025.

Klima og miljø

På foretaksnivå jobbes det med å redusere utslipp av CO₂. Det er behov for at både klinikker og sentre bidrar lokale klima- og miljøtiltak for å redusere utslipp. Det er iverksatt arbeid med å innføre aktiv energiledelse, og det skal utarbeides en fremtidsrettet energipolitikk for UNN.

Vurdering

Det har vært meget høy oppslutning om LGG i UNN for 2024. Resultatene sammenlignet med i 2023 viser en positiv utvikling på foretaksnivå med færre ledere som melder fra om behov for systemforbedring innenfor flere hovedområder. Besluttede tiltak etter årets gjennomgang følges opp i ulike deler av organisasjonen og sikrer at UNN har et velfungerende internkontrollsystem.

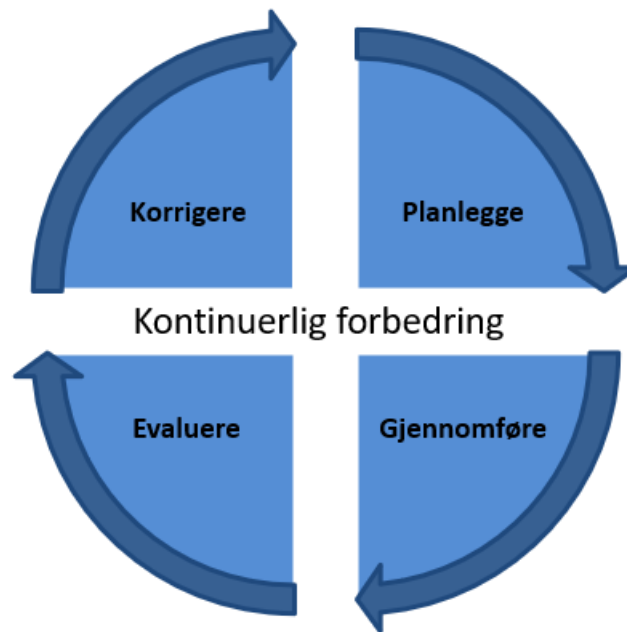
Gjennomføringen av LGG i UNN for 2024 vurderes å være i tråd med systematisk internkontroll og årlig kontroll av hele styringssystemet som beskrevet i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

Tromsø, 11.06.2025

David Johansen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Rapport Ledelsens gjennomgang 2024
2. Ledelsens gjennomgang Klima og miljø UNN



Ledelsens gjennomgang 2024

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Innledning	3
Formål	3
Metode og gjennomføring	3
Resultater	4
Organisering	5
Mål og oppgaver	6
Risikostyring	8
Kompetansestyring	9
Dokumentstyring	10
Pasientsikkerhet	12
Pasienthendelses- og avvikshåndtering	13
Medvirkning	14
Helse, Miljø og Sikkerhet (HMS)	16
Eksterne tilsyn og interne revisjoner	17
Samhandling og avtaler med interne og eksterne parter	19
Personvern og informasjonssikkerhet	20
Medisinsk og helsefaglig forskning	21
Klima og miljø	21

Innledning

Ledelsens gjennomgang (LGG) er en intern evaluering der virksomhetens ledelse vurderer de systematiske aktivitetene for styring og kontroll. LGG er forankret 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

Formålet med LGG er systematisk å gjennomgå og vurdere om styringssystemet fungerer som forutsatt, og at det bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Metode og gjennomføring

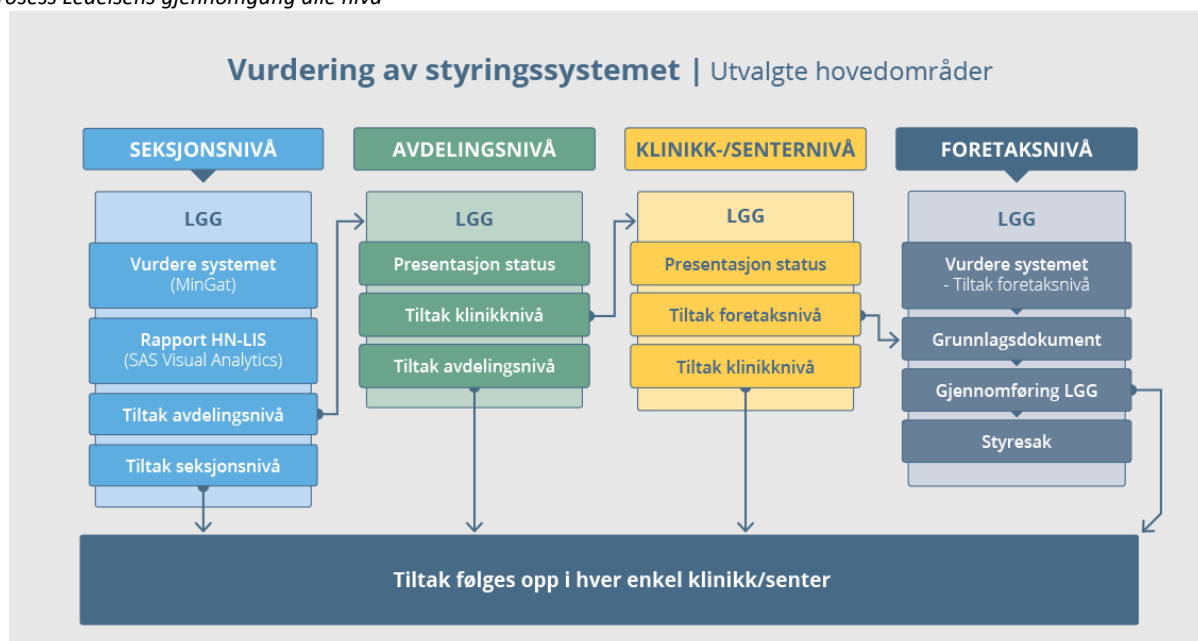
Seksjonsledere (eller avdelingsledere der det ikke er seksjonsnivå) har gjennomført egenvurdering av styringssystemet i GATpuls. Svarene er egenvurderinger gjort av den enkelte leder. På denne måten får de god oversikt over eget ansvarsområde i virksomhetsstyringen. Den enkelte leder må sørge for at 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 innenfor hovedområdene «pasientsikkerhet» og «medvirkning». Det er i årets LGG gjort en liten justering i vurderingsspørsmålene sammenlignet med fjorårets LGG. Det gjelder hovedområdet «Mål og oppgaver», «Pasientsikkerhet» og «Pasienthendelses- og avvikshåndtering».

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, Docmap 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.

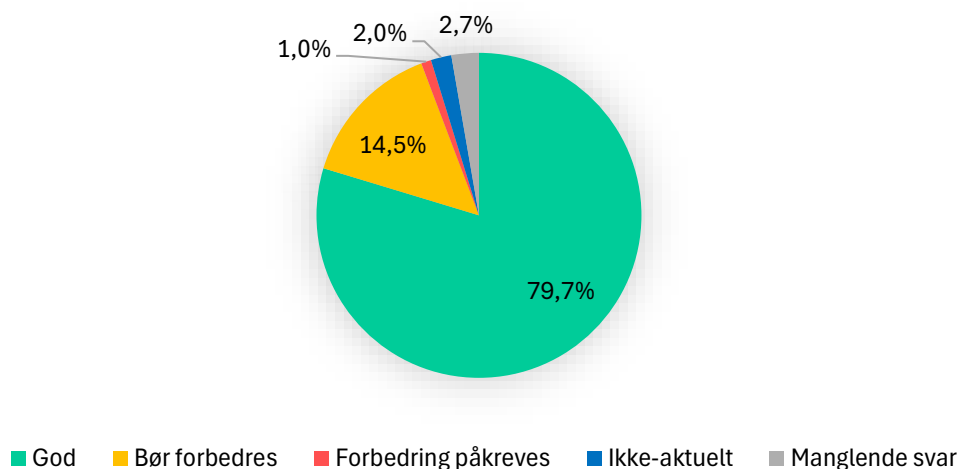
Figur 1 Prosess Ledelsens gjennomgang alle nivå



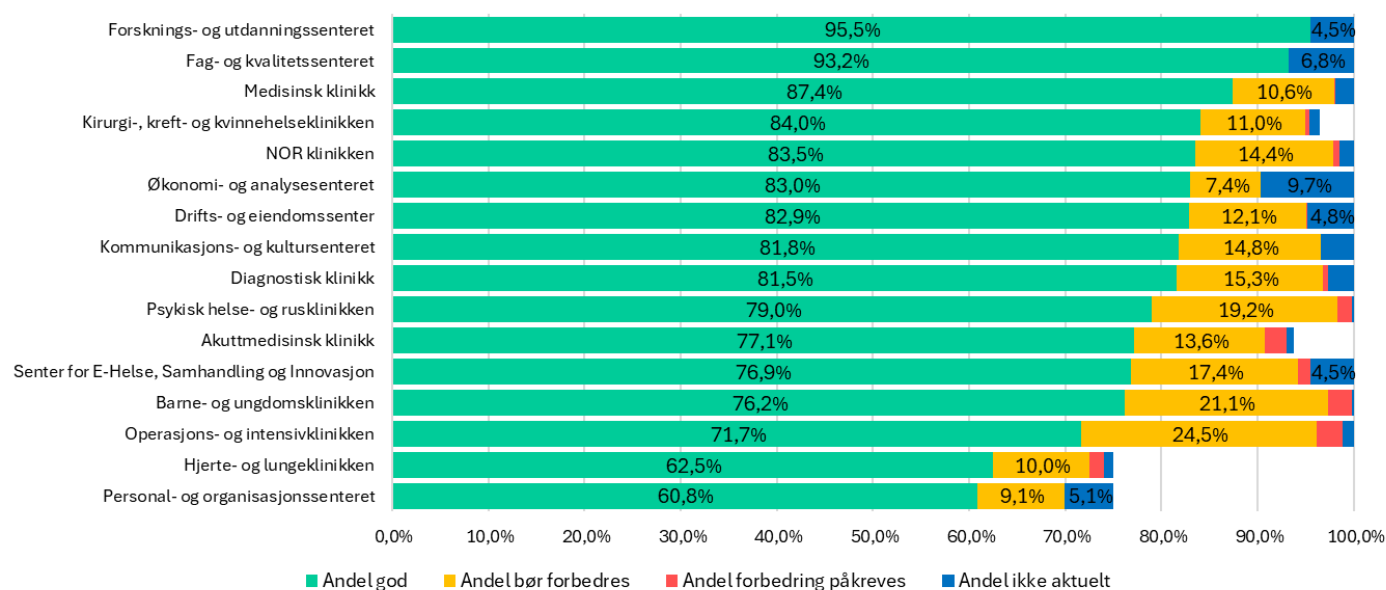
Resultater

97,3 % 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. LGG 2024 viser en positiv utvikling. Nesten 80 % er vurdert grønn, en fin økning fra LGG 2023. Dette tyder på at systemene fungerer godt i UNN, men at det fortsatt er behov for forbedringer. Gjennom LGG får ledere en påminnelse om hva som skal være på plass for å drifte enheten i henhold til forskriften, og har på den måten en huskeliste fra år til år på hva slags tiltak som bør gjennomføres for å kunne ha systemet sitt på plass. Avklaring og oppfølging av «ikke besvart/grå» og «blå» ligger på avdelingsledernivå. Alle klinikker/sentre oppfordres 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

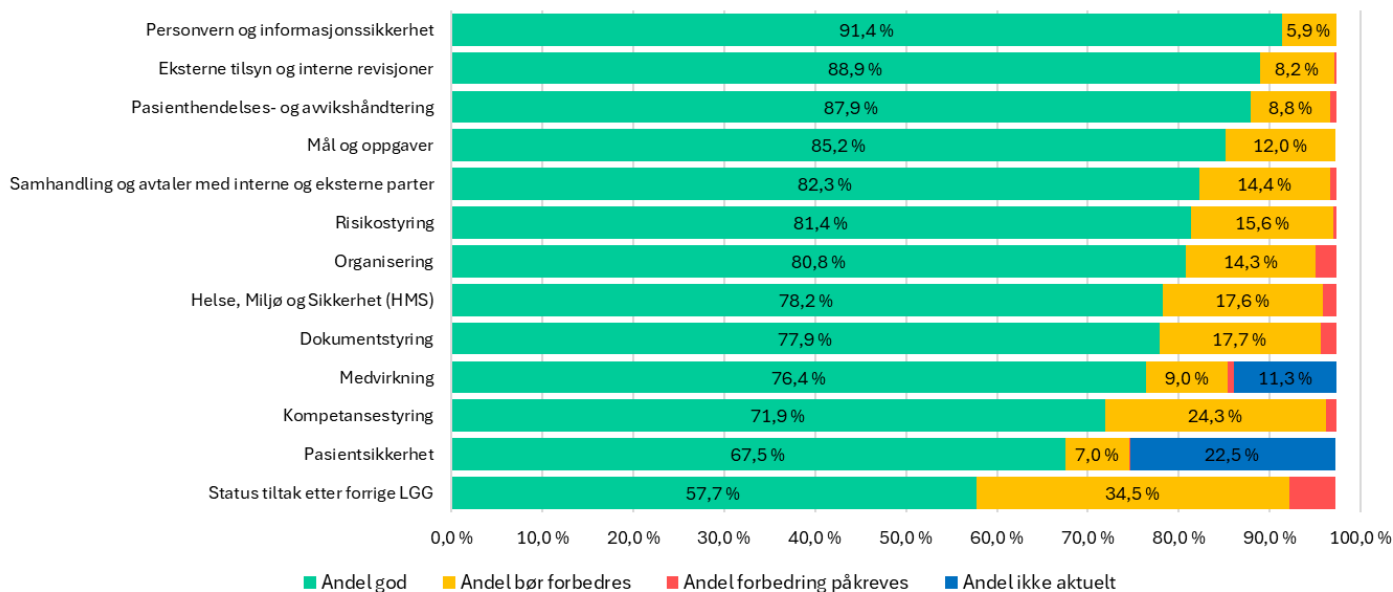


Figur 3: Oversikt vurderinger av styringssystemet fordelt på klinikk/senternivå 2024



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

Figur 4: Samlet oversikt vurderinger av styringssystemet fordelt på hovedområder på foretaksnivå 2024



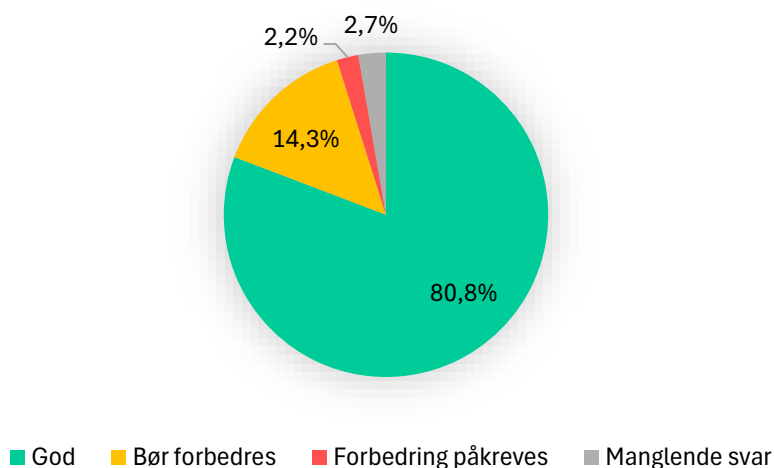
*Faktiske andeler (oppnår ikke 100% da 2,7% ikke gjennomførte LGG2024 digitalt)

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 2024

Figur 5: Samlet oversikt vurderinger av hovedområdet organisering på foretaksnivå



Under hovedområde *Organisering* samlet svarer 80,8 % av lederne i UNN at måloppnåelsen er *god*. 14,3 % svarer at området *bør forbedres* og 2,2 % 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 alle klinikkene og et par av sentrene. Den største andelen *bør forbedres* og *forbedring påkreves* omhandler utarbeidelse og oppdaterte funksjonsbeskrivelser for ledere.

Tabell 1 Organisering 2023 og 2024

Egenvurdering	Andel god		Andel bør forbedres		Andel forbedring påkreves	
År	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Seksjonen har sikret at medarbeiderne er kjent med enhetens oppgaver	91%	93,6%	4%	3,2%	0%	0,5%
Seksjonens organisasjonskart er oppdatert	85%	87,3%	8%	8,2%	3%	1,8%
Seksjonen har tydeliggjort ansvarsdeling mellom egen seksjon og andre deler av virksomheten	79%	81,8%	15%	14,1%	3%	1,4%
Seksjonen har utarbeidet og oppdaterte funksjonsbeskrivelser for ledere	58%	60,5%	33%	31,8%	5%	5%

Totalsvar 97,3 %, 2,7 % har ikke besvart LGG 2024 digitalt

Vurdering

Egenvurderingen av hovedområdet tyder på at lederne har god oversikt over organiseringen i egen enhet, og at enhetens oppgaver i stor grad er kjent for medarbeiderne. Det er fremdeles mange ledere som mangler utarbeidet og oppdatert funksjonsbeskrivelse. Ifølge personalhåndboka til UNN er *overordnet leder ansvarlig for at det til enhver tid finnes oppdaterte stillingsbeskrivelser for aktuelle stillinger i enheten*. Lederlinjen er ansvarlig for å følge opp at det finnes oppdaterte funksjonsbeskrivelser.

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.

Status tiltak LGG 2023

Tiltak	Ansvarlig	Frist	Status
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	UNNs behov for utdanningsstillinger er kartlagt og rapport levert personalsjef og forsknings- og utdanningssjef for videre prosess/ gjennomgang i Direktørens ledergruppe.
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 organisasjonssenteret	31.12.24	PO har på slutten av 2024 fått økt kapasitet knyttet til området rekruttering og stabilisering gjennom stillinger som skal jobbe med forebygging av sykefravær i klinikkene (IA bransjeprogram i sykehus). På andre områder knyttet til rekruttering og stabilisering er kapasiteten ikke økt, og etterspørselen etter bistand fra organisasjonen er fremdeles høyere enn PO klarer å møte. De store omorganiserings- og omstillings-prosessene øker behovet i organisasjonen.
Rekruttering og stabilisering PO lager plan ved bruk av fremskrivningsmodell for å sikre kompetent bemanning ved naturlig avgang/pensjonering.	Personal- og organisasjonssenteret	31.12.24	Sommeren 2024 ble det laget analyse for alle faggrupper i UNN ved bruk av den nasjonale bemanningsmodellen (fremskrivningsmodellen). Resultatet er brukt som underlag for beslutninger knyttet til bl.a. bruk av ekstra rekrutteringsmidler fra Helse Nord som UNN mottok i 2024. Videre er resultatet blitt presentert i halvparten av klinikkene (klinikklederteamene).

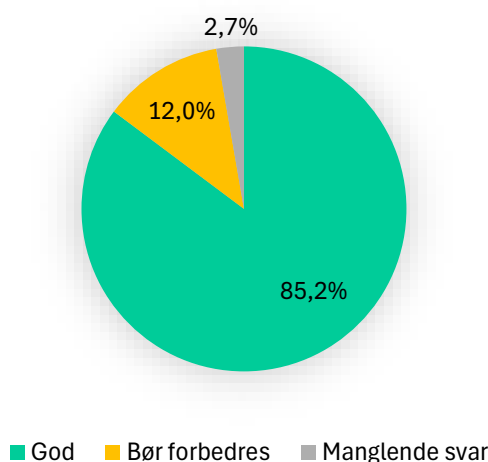
Arealutfordringer. UNN har store arealutfordringer som må følges opp. Det er risiko for at arealsituasjonen vil gå ut over klinisk drift og lovfestede oppgaver om man ikke finner gode løsninger innen rimelig tid. DES utarbeider en sak til direktørens ledergruppe for å beslutte prioritering av pågående arealprosjekter.	Drifts- og eiendomssenteret	1.7.24	Ledermøtesak om prioritering av pågående arealprosjekter er under utarbeiding *
--	-----------------------------	--------	---

*I virksomhetsoppfølgingsmøtet 301024 støttet direktøren forslag fra DES om å ta en felles prioriteringsdiskusjon i direktørens ledergruppe med utgangspunkt i planlagte/nødvendige vedlikeholdsarbeid og utviklingsprosjekter, og en foreslått rekkefølge. Det vil ikke være mulig å gjennomføre alles ønsker innenfor dagens ressurser. Senteret følger opp dette. I første omgang ved å se om pågående investeringsprosjekter og vedlikeholdsprosjekter presenteres på best mulig måte i HN-LIS.

Resultater 2024

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

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



Det er i årets LGG 2 spørsmål som er vurdert. Under hovedområde Mål og oppgaver samlet har 85,2 % vurdert at måloppnåelsen er *god* og 12 % svarer at den *bør forbedres*.

Tabell 2 Mål og oppgaver 2024

Egenvurdering	Andel god	Andel bør forbedres	Andel forbedring påkreves
År	2024	2024	2024
Seksjonen følger opp UNN sine prioriterte styringsmål	88,2%	9,1%	0%
Seksjonen benytter ledelsesinformasjonssystemet (HN-LIS) for å se status på målinger og resultater, for kontroll, kvalitetssikring og måloppnåelse	82,3%	15%	0%

Spørsmålene er endret fra tidligere år derfor sammenlignes ikke årets resultater med fjoråret

Vurdering

Som nevnt er antall spørsmål under dette hovedområdet redusert, men skal fortsatt sørge for at lederne har et forhold til ansvaret som omfatter oversikt over mål og at disse gjennomføres. Nesten 90 % av lederne bekrefter at de følger opp UNN sine prioriterte styringsmål. I årlig melding 2024 redegjøres det for hvordan UNN har fulgt opp styringskrav, indikatorer og mål i *Styringskrav og rammer for 2024* fra Helse Nord RHF i året som gikk, samt resultatene av dette, ref. styresak 5-2025. Alle mål, styringskrav og indikatorer i *Styringskrav og rammer 2024* er tatt inn i Styringshjulet og fulgt opp av aktuelle klinikker og stabsenheter i UNN gjennom 2024.

Anbefalinger til 2025:

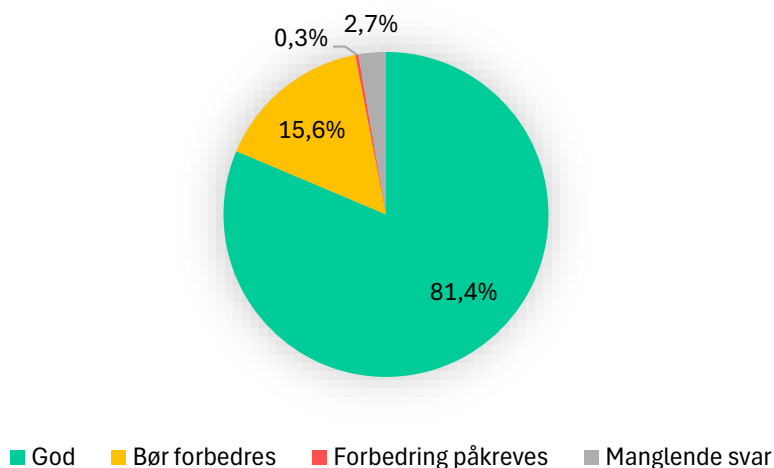
Tiltak	Ansvarlig	Frist
Rekruttering og stabilisering UNN må sikre at PO har tilstrekkelig kapasitet for å gå inn og støtte konkrete prosjekter i arbeidet med rekruttering og stabilisering i klinikk og senter.	Personal- økonomi og kommunikasjons-senteret	31.12.25
Arealutfordringer. UNN har store arealutfordringer 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 må se på løsninger for å sikre tilstrekkelig kapasitet når det gjelder mindre utbygninger. DES utarbeider sak til direktørens ledergruppe for å beslutte prioritering av pågående arealprosjekter.	Drifts- og eiendomssenteret	31.12.25

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 2024

Figur 7: Samlet oversikt vurderinger av hovedområdet Risikostyring på foretaksnivå



Under hovedområdet Risikostyring samlet svarer 81,4 % av lederne at måloppnåelse er *god*. 15,6 % svarer at den *bør forbedres* og 0,3 % svarer at *forbedring påkreves*. De som svarer *bør forbedres* fordeles jevnt i alle klinikker. Den største andelen *forbedring* handler også i år om «seksjonen kartlegger områder med risiko for svikt eller mangel», etterfulgt av «seksjonen følger opp at risikoreduserende tiltak fungerer».

Tabell 3 Risikostyring 2023 og 2024

Egenvurdering	Andel god		Andel bør forbedres		Andel forbedring påkreves	
År	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Seksjonen kartlegger områder med risiko for svikt eller mangel	68%	78,2%	27%	19,1%	0%	0%
Seksjonen følger opp med tiltak der det er avdekket risiko for svikt eller mangel	76%	86,4%	19%	10%	0%	0,9%
Seksjonen følger opp at risikoreduserende tiltak fungerer	72%	79,5%	23%	17,7%	1%	0%

Vurdering

LGG viser en positiv utvikling, 81,4 % scorer grønt mot 72 % i fjor på hovedområdet. Den gule andelen er også forbedret, noe som kanskje tyder på økt fokus på risikostyring i UNN.

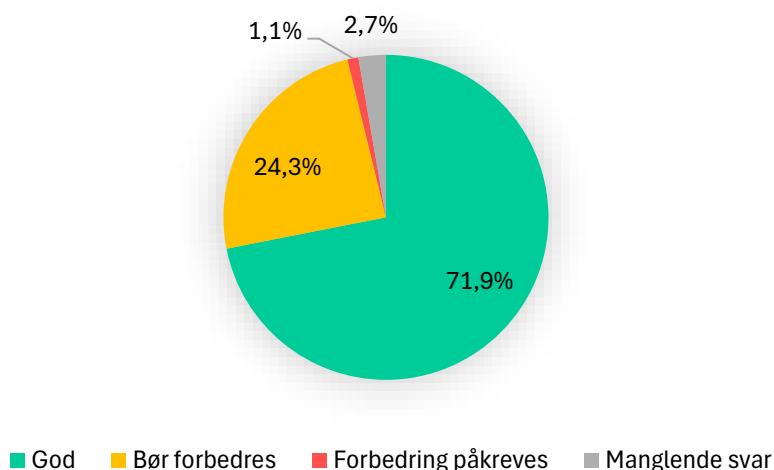
UNN sine interne retningslinjer for risikostyring er nylig oppdatert i tråd med regional retningslinje og Riksrevisjonens rapport om risikostyring i de regionale helseforetakene. E-læring om risikovurdering inngår i det obligatoriske HMS-kurset for ledere og verneombud, og har vært i drift gjennom hele 2024. Risikovurdering som verktøy blir i stadig større grad etterspurt og brukt på alle nivå i kontinuerlig drift og ved endringer. På overordnet nivå er det blant annet gjort risikovurdering av budsjett, "Vi fornyer UNN" og identifisering av organisasjonens topp 5 risiko.

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 2024

Figur 8: Samlet oversikt vurderinger av hovedområdet
Kompetansestyring på foretaksnivå



Under hovedområdet Kompetansestyring oppgir 71,9 % av lederne at måloppnåelse er *god*. 24,3 % svarer at den *bør forbedres* og 1,1 % vurderer at *forbedring påkreves*. Dette viser en liten forbedring innafor alle svarkategorier. Fordelingen av andelen *bør forbedres* gjøres jevnt i alle klinikker og senter. De som svarer *forbedring påkreves* er en forholdsvis liten andel. Den største andelen som svarer at de har forbedringspotensiale handler også i år om gjennomføringsgrad av obligatorisk e-læring, som utgjør 39,5 %, etterfulgt av gjennomføringsgrad av utviklingssamtaler med 29,1 %.

Tabell 4 Kompetansestyring 2023 og 2024

Egenvurdering	Andel god		Andel bør forbedres		Andel forbedring påkreves	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Seksjonen kartlegger medarbeiderne sine behov for opplæring	80%	84,1%	15%	13,2%	0%	0%
Seksjonen har plan for å sikre riktig kompetansesammensetning i enheten	82%	82,7%	13%	14,5%	1%	0%
Seksjonen har relevante kompetanseplaner i kompetanseportalen	66%	70%	28%	25%	1%	2,3%
Seksjonens gjennomføringsgrad av obligatorisk opplæring	38%	57,3%	54%	39,5%	3%	0,5%
Seksjonens gjennomføringsgrad av utviklingssamtaler	59%	65,5%	32%	29,1%	4%	2,7%

Vurdering

Seksjonslederne viser at de i stor grad kartlegger medarbeidernes behov for opplæring, og at de har planer for å sikre kompetansesammensetning i seksjonen. Hovedområdet kompetansestyring viser en svak forbedring i andelen som oppnår grønn status sammenlignet med fjoråret. Det er fremdeles nesten 25 % som svarer gult, noe som fortsatt utgjør den største gule andelen blant alle hovedområder, samme som i fjor. Gjennomføringsgraden av obligatorisk opplæring scorer lavest, etterfulgt av gjennomføringsgrad utviklingssamtaler.

Dokumentstyring

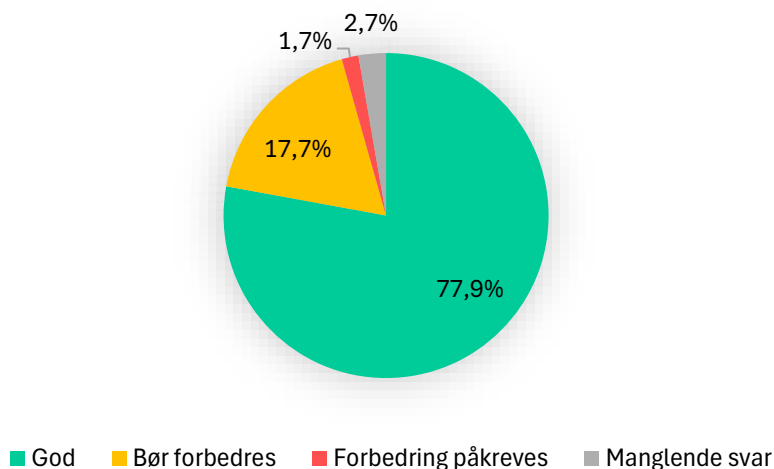
Leder skal sørge for at lokalt utarbeidede dokumenter (prosedyrer, retningslinjer, håndbøker, metoder mm) er oppdaterte og revidert etter frist. Leder har også ansvar for at UNNs overgripende føringer blir fulgt, og at relevant lovverk, forskrifter og nasjonale faglige retningslinjer er kjent for medarbeiderne.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

Status tiltak LGG 2023

Tiltak	Ansvarlig	Frist	Status
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	Årlig tiltak med gjennomgang og revidering av dokumenter som er passert revisjonsdato gir fortsatt ikke ønsket effekt

Resultater 2024

Figur 9: Samlet oversikt vurderinger av hovedområdet
Dokumentstyring på foretaksnivå



Under hovedområdet Dokumentstyring samlet svarer 77,9 % av lederne at måloppnåelse er *god*. 17,7 % svarer at den *bør forbedres* og 1,7 % 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 29,6 %, etterfulgt av om seksjonen bruke Docmap for opprettelse, vedlikehold og implementering av dokumenter 23,6 %.

Tabell 5 Dokumentstyring 2023 og 2024

Egenvurdering	Andel god		Andel bør forbedres		Andel forbedring påkreves	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Seksjonen har oversikt over hvilke lover og forskrifter som regulerer ulike deler av virksomheten	79%	92,3%	16%	5%	0%	0%
Seksjonen bruker Docmap for opprettelse, vedlikehold og implementering av dokumenter	67%	73,6%	27%	21,8%	2%	1,8%
Seksjonen har superbrukere i Docmap og opplæring blir gitt	61%	67,7%	30%	26,4%	5%	3,2%

Vurdering

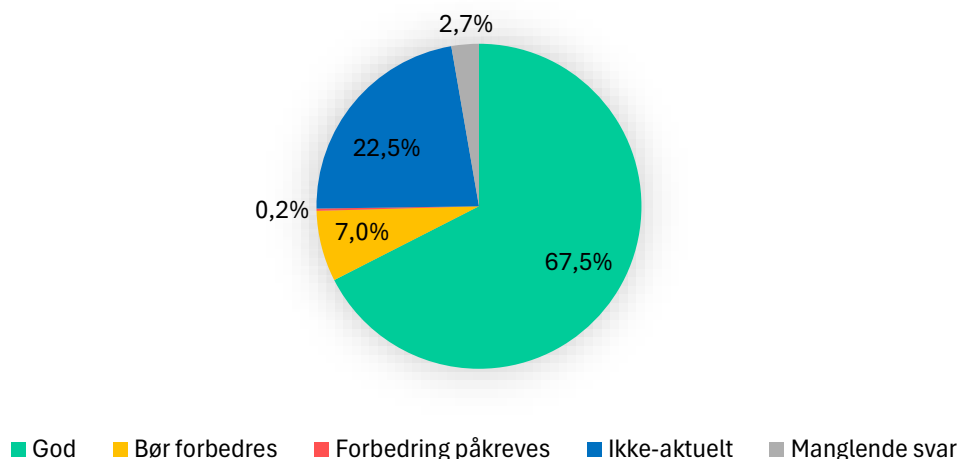
Det er en liten forbedring i resultatene fra LGG2023. Den største utfordringen handler om superbrukere til systemet og opplæring. Gledelig er det at over 92 % sier at de har god oversikt over hvilke lover, forskrifter og nasjonale faglige retningslinjer som regulerer ulike deler av virksomheten. 14,6 % av dokumentene i Docmap har overskredet revisjonsfrist pr 04. mars 2025, en svak nedgang fra 2023 (16,4 %). Klinikker og senter fikk i oppdrag å gjøre en større gjennomgang av alle dokumenter i databasen i forbindelse med overgang til nytt kvalitetssystem gjennom 2024. Tiltaket med gjennomgang og revidering av dokumenter som er passert revisjonsdato er gjennomført, men det har ikke hatt noen særlig effekt på antall dokumenter i databasen.

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 2024

Figur 10: Samlet oversikt vurderinger av hovedområdet
Pasientsikkerhet på foretaksnivå



Under hovedområdet Pasientsikkerhet samlet svarer 67,5 % av lederne at måloppnåelse er *god*. 7 % svarer at den *bør forbedres* og 0,2 % svarer at *forbedring påkreves*. Fordelingen av *bør forbedres* er jevnt fordelt på tvers av alle klinikker. Andelen *ikke aktuelt*/blå er forholdsvis høy pga enheter som ikke jobber pasientnært, 22,5 %.

Tabell 6 Pasientsikkerhet 2024

Egenvurdering	Andel god	Andel bør forbedres	Andel forbedring påkreves	Ikke aktuelt
År	2024	2024	2024	2024
Seksjonen vurderer om eventuelle arbeidsmiljøutfordringer kan påvirke pasientsikkerheten og iverksetter nødvendige tiltak	68,2%	5,9%	0,5%	22,7%
Seksjonen evaluerer pasientsikkerheten jevnlig, samt iverksetter og følger opp tiltak for å minimere risiko for uønskede pasienthendelser	66,8%	8,2%	0%	22,3%

Spørsmålsformuleringer er endret fra tidligere år derfor sammenlignes ikke årets resultater med fjoråret

Vurdering

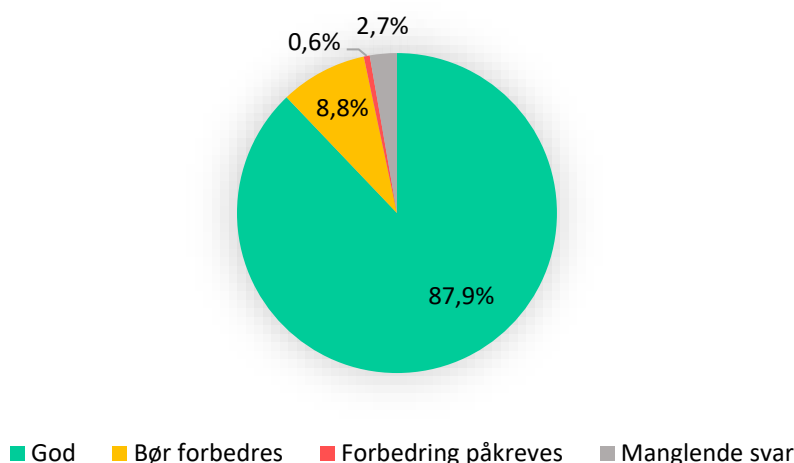
Klinikkene gjennomfører halvårige evalueringer av pasientsikkerhetsarbeid, samt iverksetter og følger opp korrigerende tiltak på oppdrag fra Direktøren. I tillegg følges pasientsikkerhetsarbeidet opp ved at direktør/viseadministrerende direktør besøker enheter på pasientsikkerhets- og arbeidsmiljøvisitter. I 2024 ble det gjennomført 10 slike visitter i UNN. Klinikksjefene presenterer oppfølgingsarbeidet etter visittene i kvalitetsutvalget. Klinikken oppfordres til å se resultater fra LGG og ForBedringsundersøkelsen i sammenheng. Dette kan gi godt grunnlag for internt forbedringsarbeid. Avdelingsledere anbefales å gjennomgå begrunnelse for svar «ikke aktuelt/blå», særlig for enheter som jobber pasientnært.

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.

Resultater 2024

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



Under hovedområdet Pasienthendelses- og avvikshåndtering samlet svarer 87,9 % av lederne at måloppnåelse er *god*. 8,8 % svarer at den *bør forbedres* og 0,6 % svarer at *forbedring påkreves*. Den største andelen *forbedring* er knyttet til seksjonenes evne til å sikre læring og forbedring lokalt og bruk av avvikssystemet.

Tabell 7 Pasienthendelses- og avvikshåndtering 2023 og 2024

Egenvurdering	Andel god		Andel bør forbedres		Andel forbedring påkreves	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Seksjonen benytter avvikssystemet for å melde uønskede hendelser	80%	86,8%	13%	10%	0%	0,5%
Seksjonen sørger for læring og forbedring lokalt, samt erfaringsutveksling utover egen enhet etter funn fra avvikshåndtering og uønskede hendelser	76%	83,6%	14%	12,3%	2%	1,4%
Seksjonen er kjent med varslingsprosedyrene: Alvorlige hendelser i pasientbehandling og alvorlig ulykke personalsaker (NY)	*	93,2%	*	4,1%	*	0%

*Spørsmålsformuleringer er endret fra tidligere år derfor sammenlignes ikke årets resultater med fjoråret

Tabell 8 Oversikt meldte hendelsestyper 2019-2024

Skjematyper	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Avvik egen avdeling/seksjon, UNN	3452	3070	3247	3063	3280	2697
Avvik annen avdeling/seksjon, UNN	2011	1916	2193	1799	1907	1761
Pasienthendelsesskjema UNN	1977	1994	2145	2137	2181	1908
Avvik for laboratorier på UNN	922	665	712	636	736	926
Skademelding personal, UNN	691	687	739	555	681	657
Samhandlingsavvik med kommuner UNN	370	313	364	361	323	375
Forbedringsforslag for UNN	274	215	211	190	194	215

Vurdering

Dette er et hovedområde som UNN scorer høyt på i årets LGG, ca 88 % svarer grønt. Vi ser bl.a. at 93,2 % svarer at de er kjent med varslingsprosedyrene våre som handler om alvorlige hendelser i pasientbehandling og alvorlig ulykke med personalskade. Dette spørsmålet erstatter fjorårets spørsmål om varsel av §3.3a meldinger, og vurdering av forenklet hendelsesanalyser.

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

Antall meldte hendelser er stabilt i UNN. I 2024 ble det meldt 46 pasienthendelser som §3-3a varsler og av disse ble det gjennomført 22 forenklete hendelsesanalyser. 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

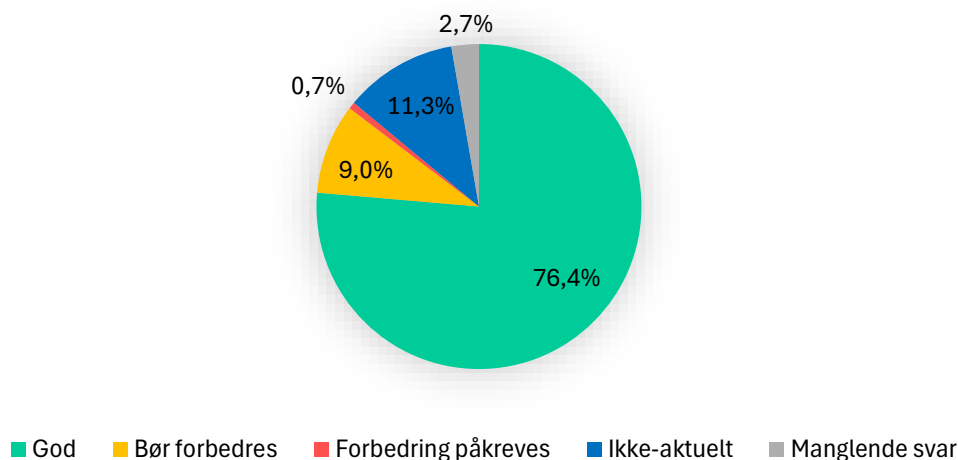
Forskriften sier at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende skal innhentes og tas i bruk. Det skal også sørges for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.

Status tiltak LGG 2023

Tiltak LGG 2023	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.	31.12.24	Avventer ny DIPS funksjonalitet som må kjøpes inn av Helse Nord, før dette er gjort kan ikke dette tiltaket gjennomføres

Resultater 2024

Figur 12 Samlet oversikt vurderinger av hovedområdet Medvirkning på foretaksnivå



Under hovedområdet Medvirkning samlet svarer 76,4 % av lederne at måloppnåelse er *god*. 9 % svarer at det *bør forbedres* og 0,7 % svarer at *forbedring påkreves* og 11,3 % svarer at det er *ikke aktuelt* for deres enhet. Områdene som kan *forbedres* er jevnt fordelt på tvers av klinikker og senter. Andelen som anser forbedring som påkrevd er lav og fordeler seg på tre klinikker.

Tabell 9 Medvirkning 2023 og 2024

Egenvurdering	Andel god		Andel bør forbedres		Andel forbedring påkreves		Ikke aktuelt	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Seksjonen lar den enkelte medarbeider få mulighet til å medvirke i prosesser og beslutninger som bidrar til enhetens drift og utvikling	87%	90,5%	7%	2,7%	0%	0,5%	1%	3,6%
Seksjonen har etablert faste samarbeidsarenaer mellom leder, tillitsvalgte og verneombud	77%	74,5%	15%	15%	1%	1,4%	3%	6,4%
Seksjonen sikrer at tillitsvalgt og verneombud får tilstrekkelig tid til å utøve sitt verv	76%	81,4%	11%	5,5%	0%	0,5%	8%	10%
Seksjonen bruker pasienter og pårørende sine erfaringer/tilbakemeldinger i forbedring av våre tjenester	58%	59,1%	15%	12,7%	2%	0,5%	20%	25%

Vurdering

UNN har fortsatt ikke etablert et helhetlig system for kontinuerlige tilbakemeldinger på pasientenes erfaringer etter kontakt med sykehuset. Det pågår et arbeid med å finne digitale automatiserte løsninger for utsendelse og rapportering. Evalueringen fra lederne speiler til en viss grad dette, med lavest grønn score. Ellers er resultatet innen hovedområdet medvirkning relativt uendret fra fjoråret. Dette kan være et område å følge med på i en tid med omorganisering og «Vi fornyer UNN». All høring skal gå gjennom KVAM-strukturen, 83,6 % svarer grønt på spørsmål om de har en KVAM-struktur som fungerer, ref. hovedområde HMS. Vi ser at det er en liten nedgang i score på spørsmål om det er etablert faste samarbeidsarenaer mellom leder, tillitsvalgte og verneombud. Potensialet for økt grad av medvirkning er til stede med tanke på at det fremdeles er ledere som svarer *bør forbedres* og *ikke aktuelt* på disse spørsmålene.

Anbefalinger til 2025:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
UNN trenger et felles elektronisk system for brukerundersøkelser. Det må gjennomføres en kartlegging og innhente informasjon og erfaringer fra andre sykehus.	Forsknings-, utviklings- og kompetansesenteret i samarbeid med Fag-, analyse og styringssenteret	31.12.25

Helse, Miljø og Sikkerhet (HMS)

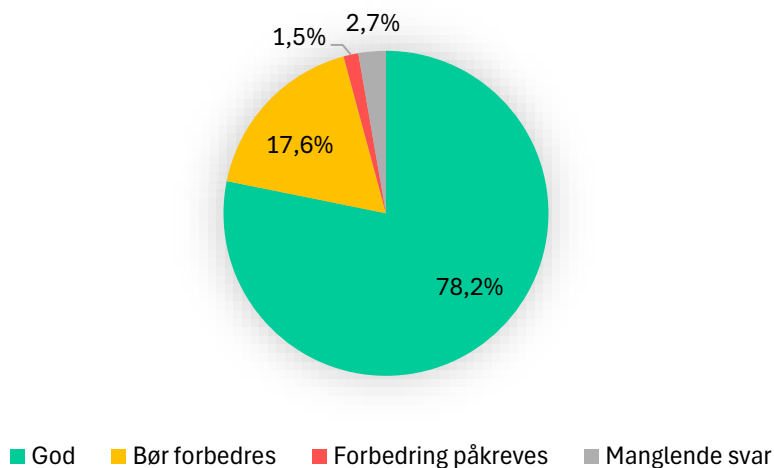
For å kunne styre og lede på en god og forsvarlig måte, er oversikt over HMS-feltet en viktig forutsetning. HMS-arbeidet reguleres blant annet av arbeidsmiljøloven og Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (Internkontrollforskriften). HMS-arbeidet skal være systematisk, og det er 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.

Status tiltak LGG 2023

Tiltak LGG 2023	Ansvarlig	Frist	Status
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	Antall HMS kurs i 2024 med fysisk oppmøte var 6, med 258 påmeldte deltakere

Resultater 2024

Figur 13: Samlet oversikt vurderinger av hovedområdet HMS på foretaksnivå



Innen hovedområdet Helse, Miljø og Sikkerhet vurderer 78,2 % av lederne måloppnåelsen som *god*, mens 17,6 % svarer at den *bør forbedres*, og 1,5 % svarer at *forbedring påkreves*. *Bør forbedres* er jevnt fordelt på tvers av klinikker og senter. Den største andelen *forbedringer* handler også i årets LGG om seksjonens gjennomføringsgrad av HMS-opplæring og årlig egenvurdering av ytre miljø. Lederne i UNN scorer relativt høyt på flere av områdene som kartlegges i LGG innafor HMS-hovedområdet. Spesielt godt på om at seksjonens HMS-arbeid bygger på UNN sitt HMS-måldokument og sykefraværsoppfølging satt i system.

Tabell 10 Helse, Miljø og Sikkerhet 2023 og 2024

Egenvurdering	Andel god		Andel bør forbedres		Andel forbedring påkreves	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
År	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Seksjonens sykefraværsoppfølging er satt i system	83%	86,4%	12%	10,9%	0%	0%
Seksjonens HMS-arbeid bygger på UNN sitt HMS-måldokument	80%	86,8%	14%	10,5%	1%	0%
Seksjonen gjennomfører årlig vernerunde med oppfølging	85%	85,5%	8%	10%	2%	1,8%
Seksjonen har en KVAM-struktur som fungerer	79%	83,6%	15%	11,8%	1%	1,8%
Seksjonen følger opp resultater etter ForBedringsundersøkelsen med tiltak	76%	80%	18%	15,5%	2%	1,8%
Seksjonen gjennomfører brannvernrunder for nyansatte	74%	72,7%	19%	22,3%	3%	2,3%
Seksjonen gjennomfører årlig egenvurdering av ytre miljø	64%	67,7%	29%	27,7%	2%	1,8%
Seksjonens gjennomføringsgrad av HMS-opplæring for ledere, verneombud og KVAM-medlemmer	56%	62,7%	35%	32,3%	4%	2,3%

Vurdering

Hovedområdet har en liten økning i score sammenlignet med i fjor. Vi kunne kanskje forventet at de gule score «bør forbedres» ble fulgt opp noe mer. Det er positivt av HMS måldokument er kjent og at gjennomføringsgraden for HMS-opplæringen har økt noe. Utfordringen fra LGG2023 var mangel på HMS kurs. Det har vært økt tilgang til HMS-kurs gjennom 2024, og seksjonens gjennomføringsgrad har forbedret seg litt. Som kommentert under hovedområdet kompetansestyring scorer UNN lavt på gjennomføringsgrad av obligatorisk opplæring. Til tross for at den grønne andelen øker når vi spør om sykefraværsoppfølgingen er satt i system, ser vi at UNN ikke når målet som ser satt i *Styringskrav og rammer for 2024*. 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 2025:

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. UNN skal videre vurdere om organiseringen er hensiktsmessig og gjennomførbart i dagens form.	Personal- økonomi og kommunikasjonssenteret	31.12.25

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 2023

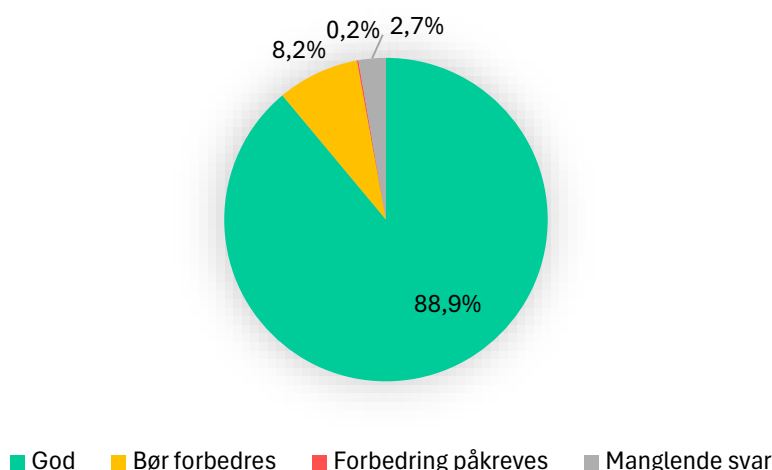
Tiltak LGG 2023	Ansvarlig	Frist	Status
Utvikle en sammenstilling av funn fra hendelsesanalyser, NPE-saker og tilsynssaker (pasienthendelser) og utarbeide læringsnotater, for læring på tvers. Etablere system for erfaringsutveksling og læring på tvers etter tilsyn og revisjoner (avvik).	Fag og kvalitetssenteret	31.12.24	Lite fremdrift pga ressursmangel. Tema på forbedringsutdanningen for rådgivere i Kvalitetsavd. Fra 2025 er rådgiver på plass som skal ha dette særskilte ansvaret.

Å få etablert et system for erfaringsutveksling og læring på tvers etter tilsyn og revisjoner tar tid. Arbeidet blir videreført i 2025 og kan sees i sammenheng med funksjonalitet og implementering av nytt kvalitetssystem som nå er i gang.

Resultater 2024

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

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



Under hovedområdet Eksterne tilsyn og interne revisjoner samlet svarer 88,9 % av lederne at måloppnåelse er *god*. 8,2 % svarer at det *bør forbedres* og 0,2 % svarer at *forbedring påkreves*. Det er gjennomgående forbedring i alle kategorier innenfor dette hovedområdet. Forbedringene handler om erfaringsutveksling og læring på tvers etter funn fra tilsyn og revisjoner, og om man følger opp at tiltak har effekt.

Tabell 11 Eksterne tilsyn og interne revisjoner 2023 og 2024

Egenvurdering	Andel god		Andel bør forbedres		Andel forbedring påkreves	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Seksjonen følger opp funn fra tilsyn og revisjoner med tiltak	87%	93,2%	7%	4,1%	1%	0%
Seksjonen følger opp at tiltak etter tilsyn og revisjoner har effekt	78%	86,4%	16%	10,9%	2%	0%
Seksjonen sørger for erfaringsutveksling og læring på tvers etter funn fra tilsyn og revisjoner	77%	87,3%	17%	9,5%	1%	0,5

Vurdering

UNN scorer høyere i år enn i fjor på dette hovedområdet, som 2. året på rad ligger nest høyest på lista. Gjennomføringen av internrevisjonsprogrammet i 2024 har vært i tråd med planlagt program, men med justeringer knyttet til endringer i organisasjonens prioriteringer og behov. Kompetansehevende tiltak vurderes til å ha gitt resultater. Det gjøres et omfattende internt koordineringsarbeid knyttet til ulike eksterne tilsyn ved UNN. Styret blir orientert tertialvis med status over eksterne tilsyn og revisjoner. Oppfølgingen av tilsyn er styrket 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.

Samhandling og avtaler med interne og eksterne parter

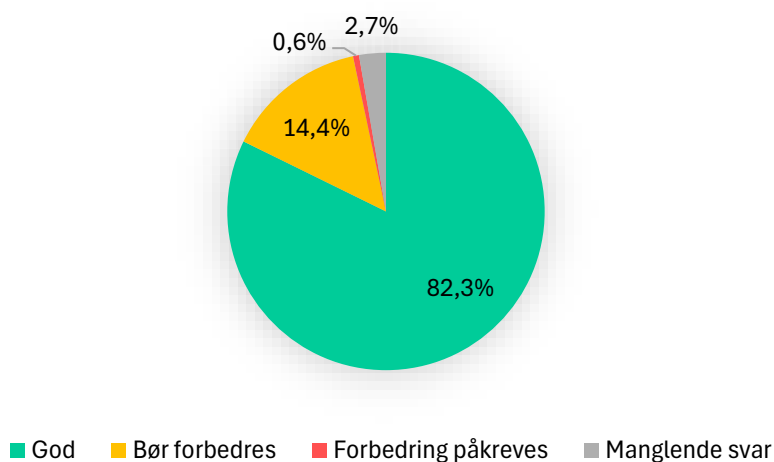
Samarbeidsformer internt i organisasjonen og mot eksterne samarbeidspartnere skal dokumenteres.

Status tiltak LGG 2023

Tiltak LGG 2023	Ansvarlig	Frist	Status
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).	ESI og Fag- og kvalitetssenteret	31.12.24	Ikke fulgt opp. Behov for nærmere avklaring og presisering. Dersom det er behov for å videreføre tiltaket må det sees i sammenheng med ny organisasjonsstruktur

Resultater 2024

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 82,3 % av lederne at måloppnåelse er *god*. 14,4 % svarer at den *bør forbedres* og 0,6 % svarer at *forbedring er påkrevd*. *Bør forbedres* fordeles rimelig jevnt i alle klinikker og senter. Den største andelen forbedring handler om at seksjonen har vurdert behov for, og har skriftlige avtaler med relevante interne samarbeidsparter (20 %).

Tabell 12 Samhandling og avtaler med interne og eksterne parter 2023 og 2024

Egenvurdering	Andel god		Andel bør forbedres		Andel forbedring påkreves	
År	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Seksjonen etterlever og reviderer skriftlige avtaler der disse foreligger	78%	84,5%	16%	12,3%	1%	0,5%
Seksjonen har vurdert behov for og har skriftlige avtaler med relevante eksterne samarbeidsparter	76%	85%	17%	11,8%	2%	0,5%
Seksjonen har vurdert behov for og har skriftlige avtaler med relevante interne samarbeidsparter	70%	77,3%	22%	19,1%	3%	0,9%

Vurdering

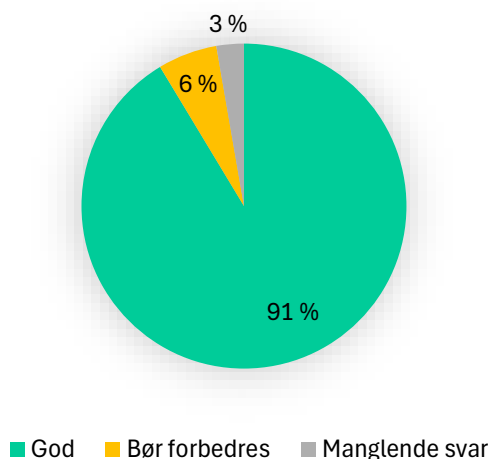
Også på dette hovedområdet ser vi en forbedring fra forrige LGG. Flere seksjoner vurderer behovet for skriftlige avtaler med både interne og eksterne samarbeidspartnere. Utfordringen er fortsatt overordnede føringer på hvor og når det er relevant med avtaler med spesielt interne samarbeidsparter.

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 2024

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



Under hovedområdet Personvern og informasjonssikkerhet samlet har 91,4 % av lederne svart at måloppnåelse er god. 5,9 % har svart at den *bør forbedres*. Fordelingen av *bør forbedres* gjøres jevnt i alle klinikker.

Tabell 13 Personvern og sikkerhet 2023 og 2024

Egenvurdering	Andel god		Andel bør forbedres		Andel forbedring påkreves	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
År						
Seksjonen følger opp reglene for taushetsplikt ovenfor alle ansatte	91%	94,5%	4%	2,7%	0%	0%
Seksjonen følger opp at de ansatte har korrekt tilgang til IKT-systemene, og at ansatte som slutter deaktiveres fra disse	85%	90,5%	10%	6,8%	0%	0%
Seksjonen har satt seg inn i sikkerhetsinstruksen for informasjonssikkerhet og retningslinje for personvern	85%	89,1%	10%	8,2%	0%	0%

Vurdering

Dette hovedområdet ligger øverst på scorelista 2. året på rad, og vi ser en generell forbedring fra i fjor. Lederne har god kjennskap til sikkerhetsinstruksen, følger opp korrekte tilganger til IKT-systemene og følger opp reglene for taushetsplikten. Informasjonssikkerhetsarbeidet handler om å sikre behandlingen av informasjonen i alle former. Med utgangspunkt i det digitale trusselbildet mot spesialisthelsetjenesten er det viktig å fortsatt 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, jamfør 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.

Tidligere har det vært 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. I 2024 ble ett helseforskningsprosjekt valgt ut (iht til føringer i Helseforskningsloven og interne rutiner) til internrevisjon. Denne avdekket bl.a. noen mangler knyttet til kvalitetskontroll av samtykker og samtykkeprosessen, men ingenting som ble vurdert til kritiske avvik og som krevde ytterligere oppfølging. Rapporten ble oversendt til prosjektleder med klinikkjef i kopi. Helseforskningsloven krever også at det utarbeides og dokumenteres rutiner for å motta meldinger om avvik og sikre at disse rettes. Tidligere har avvikssystemet i Docmap vært uegnet til dette formål, men med innføringen av KVIKK skal interne rutiner oppdateres for å bedre denne prosessen.

I henhold til helseforskningsloven skal en forskningsansvarlig institusjon føre løpende oversikt over alle helseforsknings-prosjekter. Tidligere har stikkprøver vist at prosjektoversikten (i REDCap) har både feil og mangler, samt uklar indikasjon av type kliniske studie. Det ble i slutten av 2024 avdekket av media at UNN oppbevarte pasientdata ulovlig i seks år, og det er i den sammenheng avsatt en arbeidsgruppe for å gjennomgå prosjekter opp mot REK-vedtak og opplysninger i prosjektoversikten.

UNN er også en del av forskningsstøttenettverket NorCRIN som i 2024 utviklet verktøy for risikovurdering og internkontroll av kliniske studier som må tilpasses den enkelte institusjon. Dette planlegges implementert ved UNN i 2025

Klima og miljø

Helse Nord har et felles system for miljøstyring som skal redusere CO₂-utslipp med 40 % innen 2030 og oppnå klimanøytralitet innen 2045. Systemet følger ISO 14001-standard og bygger på Delstrategi klima og miljø Helse Nord RHF 2021–2030 og Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar. Helseforetakene rapporterer årlig om arbeid med samfunnsansvar, inkludert klimagassutslipp, miljømål og tiltak. UNN har bidratt med artikler inn i Samfunnsansvarsrapporten til helseforetakene med saker om alternativ transport ved UNN Narvik og kjøkkenhagene til UNN Breivika.

I LGG2024 er det tatt ut status tiltak 2024 , oversikt overholdelse av samsvarsforpliktelser og anbefalinger til 2025.

Status tiltak LGG 2023

Tiltak LGG 2023	Ansvarlig	Frist	Status
UNN innfører aktiv energiledelse og tiltak og det utarbeides en energipolitikk for virksomheten.	Drifts- og eiendomssenteret	1.1.25	Arbeidet er påbegynt og fortsetter i 2025.
Alle klinikker/senter oppdaterer sine handlingsplaner i henhold til spesialisthelsetjenestens felles klima og miljømål.	Alle klinikker	1.12.24	Styringshjulet er pauset. Det er en egen mal for miljømål som ikke alle nivå 2 enheter har utarbeidet.

Tabell 15 Klinikkenes samsvarsforpliktelser¹

Samsvarsevaluering ytre miljø nivå 2	UNN	AKUTT	BUK	DES	DIAG	DIR	HJK	OPIN	NOR	MK	K3K	PHRK	FAG OG KVAL	ØAS	FORUT	ESI	PO	UNIASI	KOMM
Egne miljømål																			
Overordnet miljømål																			
Interessenter																			
Lovkrav																			
Innkjøp																			
Møtevirksomhet/info																			
Kvalitetsarbeid																			
Revisjoner og tilsyn																			
Miljøavvik																			
Vernerunder																			
Avfallshåndtering																			
Stoffkartotek																			
Beredskap																			
Strålevern																			
Andre forpliktelser																			

Anbefalinger til 2025:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
UNN innfører aktiv energiledelse og tiltak og det utarbeides en energipolitikk for virksomheten.	Drifts- og eiendomssenteret	31.12.25
UNN vedtar og legger inn tiltak i utslippsbane regnskapet for å planlegge reduksjon av utslipp fram mot 2030	Drifts- og eiendomssenteret	31.12.25
Alle klinikker/senter oppdaterer sine handlingsplaner i henhold til spesialisthelsetjenestens felles klima og miljømål.	Alle klinikker og senter	1.12.25

¹ Blått markert felt indikerer ikke aktuelt. ØAS har ikke besvart samsvarsevalueringen.

Klima og miljø

Status fra tidligere gjennomgåelse

Tiltak 2024	Ansvarlig	Frist	Status	
UNN innfører aktiv energiledelse og tiltak og det utarbeides en energipolitikk for virksomheten.	DES	01.1.2025	Arbeidet er påbegynt og fortsetter i 2025	
UNN kartlegger behovet for reiser med fly og bil og iverksetter tiltak for å redusere utslippene.	DES, Alle klinikker	01.01.2025	Arbeidet er utsatt til 2025.	
UNN etablerer klimabudsjett for å planlegge reduksjon av utslipp fram mot 2030	Økonomi og analyse, DES	01.01.2025	Klimabudsjett er byttet ut med nasjonalt krav om utslippsbane regnskap.	
Alle klinikker/senter oppdaterer sine handlingsplaner i henhold til spesialisthelsetjenestens felles klima og miljømål.	Alle klinikker	01.12.2024	Styringshjulet er pauset. Det er en egen mal for miljømål som ikke alle nivå 2 enheter har utarbeidet.	

Endringer som påvirker arbeidet med klima og miljø

Eksterne og interne forhold

Helse Nord har et felles system for miljøstyring som skal redusere CO2-utslipp med 40 % innen 2030 og oppnå klimanøytralitet innen 2045. Systemet følger ISO 14001-standarden og bygger på Delstrategi klima og miljø Helse Nord RHF 2021–2030 og Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar.

Interessepartner og samsvarsforpliktelser

- Staten krever at virksomheter har mål og strategier for sosiale, miljømessige og økonomiske forhold (Eierskapsmeldingen).
- Spesialisthelsetjenesten har et rammeverk for ansvarlig drift, oppdatert i 2024.
- Nye regler fra 2025 pålegger kildesortering av glass, metall, papp, papir og tekstiler.
- Fra 2024 må miljøhensyn vektlegges med minst 30 % i offentlige anskaffelser.

Rapportering

Helseforetakene rapporterer årlig om arbeid med samfunnsansvar, inkludert klimagassutslipp, miljømål og tiltak. UNN har bidratt med artikler inn i Samfunnsansvarsrapporten til helseforetakene med saker om alternativ transport ved UNN Narvik og kjøkkenhagene til UNN Breivika.

Viktige miljøområder

De vesentlige miljøaspektene er dokumentert i PB1949 i Docmap. Pasientreiser, medikamentbruk, avfallshåndtering og innkjøp er prioriterte områder for forbedring. En ny kartlegging av miljøaspekter startet i 2024 og avsluttes i 2025.

Risiko og muligheter

En overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) for klima og miljø er utarbeidet for Helse Nord. Analysen omfatter fire hovedområder: miljøaspekter, samsvarsforpliktelser, kontekst og interesseparter. Det ble imidlertid ikke gjennomført noen ROS-analyse i 2024.

Vesentlige miljøaspekter

De vesentlige miljøaspektene er dokumentert i PB1949 i Docmap. Tidligere kartlegginger har identifisert områder som pasientreiser, medikamentbruk, avfallshåndtering og innkjøp som særlig viktige fokusområder for forbedring. Høsten 2024 tok faggruppen for miljø og bærekraft initiativ til en ny kartlegging av miljøaspektene. Arbeidet forventes å bli ferdigstilt i løpet av 2025.

Måloppnåelse

Tabell 1 Oversikt over resultater på klima- og miljømål i 2024

Klima- og miljømål	2024	Status
Innen 2030 redusere CO2e-utslipp med 40 %.	-10 %	Utslippene er redusert med 10 prosent i perioden 2019-2024.
Redusere forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner.	3,4 %	Å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner fører til lavere forbruk av legemidler og materiell, noe som igjen bidrar til reduserte utslipp.
Andel produkter uten helse- og miljøskadelige stoffer skal være 75 %. 1. Desfluran 2. Lystgass	1. 0 kilo 2. 3 548 kilo	Bruk av anestesigassen desfluran ble avviklet i 2024. Innkjøpt lystgass er redusert med 25 prosent fra 2019 til 2024.
Redusere energiforbruket med 20 % og øke andelen gjenvinningskraft.	-8,4 %	I perioden 2019-2024 er graddagskorrigert energiforbruk per m2 brutto areal redusert med 8,4 prosent.
Andel polikliniske konsultasjoner over video og telefon skal være minimum 20 prosent.	14,3 %	Andel polikliniske konsultasjoner over video og telefon utgjør 14,3 i 2024.
Redusere unødvendig forbruk, øke ombruk og materialgjenvinning. 1. Redusere forbruket av usterile hansker med 30 % 2. Redusere forbruk av engangsvarmejakker i 2025, og fase ut engangsvarmejakker i løpet av 2026 3. Materialgjenvinne 60 % av husholdningslignende avfall	1. 1 % 2. -38 % 3. 18,27 %	1. I 2024 ble det kjøpt inn 8 325 770 usterile hansker. I perioden 2019-2024 har forbruket av usterile hansker økt med 38 prosent. 2. I 2024 ble det kjøpt inn 34 419 engangsvarmejakker. Det er en nedgang på ca. 38 prosent sammenlignet med 2023. 3. I 2024 ble prosent av 18, 27 % av avfallet materialgjenvunnet.
Fossilfri virksomhet innen 2030, og redusert reisevirksomhet for medarbeidere. 1. Fyringsolje 2. Fjernvarme 3. Fossilfrie kjøretøy 4. Redusere antall km biltransport med 30 % 5. Redusere antall km med flytransport med 40 %	1. 0 liter 2. 0 3. 13 stk. 4. 6 % 5. 9 %	1. I 2024 ble det ikke kjøpt inn fyringsolje. 2. Naturgass er ikke aktuell for UNN. 3. 13 av 123 kjøretøy er fossilfrie. I 2024 ble det etablert sykkelparkering for ansatte i Narvik Furumoen, og bussforbindelser som tiltak for å fremme mer miljøvennlig transport. 4. I perioden 2019–2024 er antall kilometer biltransport økt med 6 prosent. 5. I perioden 2019–2024 er antall kilometer flytransport økt med ca 9 prosent. (innenlands og utenlands)
Bærekraftig skjøtsel av natur. Indikator er gjennomføringen av risikovurderinger knyttet til natur, i tråd med anbefalingene fra Naturrisikoutvalgets rapport.	Ikke gjennomført	Ikke gjennomført. Foretaket har latt gresset gro på visse lokasjoner, og faset ut bruk av kjemiske plantevernmidler.
Miljøbevisste medarbeidere med en score på 90 i ForBedringsundersøkelsen.	Score 74	I 2024 var resultatet 74, en økning fra 66 i 2023. I ForBedringsundersøkelsen fra 2024 ble spørsmålet endret i forhold til tidligere år.

Miljøprestasjon

Avvik og korrigerende tiltak

I 2024 ble det registrert totalt 187 avvik klassifisert som klima- og miljøavvik enten ved avkrysning eller ved klassifisering. I likhet med tidligere år, tyder viser en gjennomgang at majoriteten av avvikene ikke er relatert til klima og miljø, men er klassifisert slik av melder. I motsetning til tidligere år er det derfor gjort en gjennomgang av avvikene og 55 av disse vurderes til å også ha en påvirkning på klima og miljø. Avvikene som er registrert og som regnes til å ha en effekt på klima og miljø er i hovedsak innenfor områdene avfalls, tøybehandling, legemidler og teknisk drift.

Tabell 2 Meldte miljøavvik fordelt på klinikk/senter/avdeling

Meldte miljøavvik	UNN	AKUTT	BUK	DES	DIAG	DIR	ESI	FKS	FORSK	HLK	KOK	K3K	OPIN	NOR	NK	PHRK	TOTAL
2023		22	5	74	2	1	0	0	1	6	0	14	9	12	14	29	189
2024		0	0	19	1	0	5	1	0	0	1	3	4	3	7	12	55

Resultater av overvåking og målinger

- Klimaregnskap**

Klimaregnskapet omfatter utslipp knyttet til scope 1 (direkteutslipp knyttet til medisinske gasser, fossilt brensel og transport med egne kjøretøy), scope 2 (indirekte utslipp knyttet til energiforbruk) og scope 3 (indirekte utslipp knyttet til innkjøpte varer og tjenester).

Klimaregnskapet viser at UNN sine største utslipp er knyttet til energibehov i bygg, tjenestereiser, legemidler og IKT tjenester. UNN hadde i 2024 et klimagassutslipp på totalt 93 005 tonn CO₂-ekvivalenter. Fra 2023 til 2024 har utslippene økt med ca. 3,5 prosent. Økningen skyldes blant annet høyere energiforbruk og en økning i tjenestereiser.

Tabell 3 Klimaregnskap fordelt på scope

Scope	2024	2023
Scope 1	1 865 tonn CO ₂ e	2 130 tonn CO ₂ e
Scope 2	17 901 tonn CO ₂ e	16 431 tonn CO ₂ e
Scope 3	73 239 tonn CO ₂ e	71 242 tonn CO ₂ e
Totale utslipp	93 005 tonn CO₂e	89 803 tonn CO₂e

- Utslippsbaner**

I 2024 har Helse Sør-Øst RHF utviklet et verktøy for rapportering av utslippsbaner for helseforetakene i de fire regionene. Utslippsbaner gir en oversikt over hvordan ulike tiltak vil påvirke framtidig samlet CO₂-utslipp. UNN har ennå ikke levert data til utslippsbane rapporteringen, men skal levere i løpet av 2025.

- Avfall**

I 2024 har UNN totalt levert 1 997 684 kilo avfall. Avfallet har en sorteringsgrad på 39,17 prosent. 80 prosent av avfallet blir energigjenvunnet, 18,27 prosent blir materialgjenvunnet mens 2 prosent plasseres på deponi. I 2024 ble det levert avfall fordelt på totalt 42 ulike fraksjoner. I tillegg sendes det tonerkassetter tilbake til produsent for gjenvinning og EE avfall til Revac for materialgjenvinning.

Tabell 4 De fem største avfallsfraksjonene fra UNN i 2024, med tilhørende mengde i kilo

Avfallsfraksjon	1. sortert/usortert brennbart avfall	2. Kjøkken- og matavfall	3. Risiko avfall ¹	4. Brunt papir	5. Blandede metaller
Mengde i kilo	1 214 088 kilo	135 063 kilo	194 270 kilo	170 602 kilo	51 841 kilo

¹ Autoklavert smitteavfall, legemiddelavfall, smitteavfall og patologisk avfall.

- Kurs *Miljøbevissthet i Helse Nord*

Alle ansatte skal ha gjennomført det obligatoriske e-læringskurset *Miljøbevissthet i Helse Nord*.

Kurset gir en innføring i Helse Nord's arbeid med klima og miljø. Datagrunnlaget er ikke tilstrekkelig detaljert, men tallene som foreligger, gir likevel en viss innsikt i gjennomføringsgrad.

Tabell 5 Innfridd kurs i prosent fordelt på klinikk/senter/avdeling

Miljø-bevissthet i Helse Nord	UNN	AKUTT	BUK	DES	DIAG	DIR ADM	HLK	OPIN	NOR	MK	K3K	PHRK	FAG OG KVAL	ØASG	FORS-UTD.	ESI	PERSONAL	KOMUNIKASJON
% Innfridd	57	69	56	56	70	70	60	55	50	63	52	47	80	55	65	74	74	63

Overholdelse av samsvarsforpliktelser

Vurderingen av samsvar i klinikker, sentre og avdelinger indikerer at det finnes muligheter for forbedring i oppfølging av miljøarbeidet. De områdene vi kan forbedre oss på inkluderer oppfølging av miljømål, interessenter, møtevirkosomhet, vernerunder og oppdatering av stoffkartoteket.

Tabell 6 Egenvurdering av samsvar per klinikk/senter/avdeling

Samsvarsevaluering ytre miljø nivå 2	UNN	AKUTT	BUK	DES	DIAG	DIR ADM	HLK	OPIN	NOR	MK	K3K	PHRK	FAG OG KVAL	ØASG	FORS-UTD.	ESI	PERSONAL	KOMMUNISASJON
1. Egne miljømål																		
2. Overordnet miljømål																		
3. Interessenter																		
4. Lovkrav																		
5. Innkjøp																		
6. Møtevirkosomhet/informasjon																		
7. Kvalitetsarbeid																		
8. Revisjoner og tilsyn																		
9. Miljøavvik																		
10. Vernerunder																		
11. Avfallshåndtering																		
12. Stoffkartotek																		
13. Beredskap																		
14. Strålevern																		
15. Andre forpliktelser																		

Revisjonsresultat

Foretaksgruppen utarbeidet et overordnet klima og miljø revisjonsprogram og maler i 2023 for årene 2024-2026. *Plan for internrevisjon klima og miljø* ble vedtatt i ledermøte 3. oktober 2023. I 2024 ble det gjennomført to internrevisjoner knyttet til matforsyning og klima og miljø i Drifts- og eiendomssenteret. Resultat av internrevisjon viser at det er mye godt miljøarbeid som gjøres, men at det er mindre grad er målbart og registrert. I tillegg er det funn knyttet til manglende gjennomføring

av det obligatoriske e-læringskuret *Miljøbevissthet i Helse Nord* og oppfølging av tiltaksplaner på klinikk/senter.

Dialog med interessepartnere

Miljøkoordinatornettverk

I løpet av 2024 ble det avholdt tre av fire møter i miljøkoordinatornettverket i UNN. Nettverket inkluderer representanter fra nivå 2-enheter og hovedverneombud, innkjøpsleder og foretakskontroller.

Faggruppe miljø og bærekraft

UNN er representert i den regionale faggruppen miljø og bærekraft og har deltatt på seks av seks møter i 2024. Forumet følger opp Helse Nords felles miljøstyringssystem og annen utvikling på fagområdet.

Klimapartnere Troms

Klimapartnere Troms har sammen med Klimapartnere Nordland hatt månedlig dialogmøter gjennom digital morgenkaffe. Klimapartnere gjennomfører webinarer hvor aktuelle ansatte i sykehuset inviteres til deltakelse.

Nasjonal arbeidsgruppe for avfall og gjenvinning

I 2024 ble det etablert en nasjonal arbeidsgruppe for avfall og gjenvinning. Arbeidsgruppen har utviklet felles nasjonale sorteringsveiledere og plakater som blir distribuert til helseforetakene i 2025. Miljørådgiveren ved UNN har deltatt i prosjektet.

Kontinuerlig forbedring

Klima og miljø er integrert i UNN sitt HMS-arbeid og forbedringssystem. Gjeldende rutiner og systemer bidrar til å sikre kontinuierlig forbedring. Regelmessige revisjoner og risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) fungerer som systematiske verktøy og viktige kilder til forbedringsarbeidet.

Anbefalinger til 2025

Konklusjon

UNN sitt hovedresultat viser en nedgang i utslipp totalt med 10 % på CO₂e siden 2019. I 2024 har vi reist mer med fly og brukt mer bil i tjeneste også enn for 2023.

Det er et krav om at vi skal gjenvinne 60 % av husholdningslignende avfall. UNN har i 2024 påbegynt en prosess med gjenbruk av møbler og utstyr fra gamle UNN Narvik for å redusere avfallsmengden og sikre ombruk.

Ifølge data fra Innkjøp/Helse Nord har vi en økning i hanskebruk på 38 % i 2024. Dette til tross for kampanje fra smittevern med fokus på bruken av usterile engangshansker.

Alle klinikker har ikke utarbeidet egne klima og miljøtiltak/mål.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
UNN innfører aktiv energiledelse og tiltak og det utarbeides en energipolitikk for virksomheten.	DES	1.1.2026
UNN kartlegger behovet for reiser med fly og bil og iverksetter tiltak for å redusere utslippene.	DES, Alle klinikker	1.1.2026

UNN vedtar og legger inn tiltak i utslippsbane regnskapet for å planlegge reduksjon av utslipp fram mot 2030	DES, Alle klinikker	1.1.2025
Alle klinikker/senter oppdaterer sine handlingsplaner i henhold til spesialisthelsetjenestens felles klima og miljømål.	Alle klinikker	01.12.2025



Møtedato: 18.06.2025

Vår ref.:

2025/2911-4

Saksbehandler:

Ingrid Lernes Mathiassen

Dato:

03.06.2025

Styresak 50-2025/5 Plan for styresaker 2025

Formål

Plan for styresaker 2025 (tentativ) til orientering.

Møtedato/sted	Vedtakssaker	Orienteringssaker/temasaker
23. sept. 2025 Kl. 08.30 Tromsø	Kvalitets- og virksomhetsrapport juli og august 2025 Status omstillingsarbeid og prognose 2025 Tertialrapport nr.2-2025 for byggeprosjekter ved UNN Evaluering av sykestuesenger Nord- Troms	<i>Dialogmøte med Brukerutvalget og Ungdomsrådet kl. 08.30-09.30</i> Orientering om § 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF Plan for styresaker 2025
29. okt. 2025 ¹ Bodø	Kvalitets- og virksomhetsrapport september 2025	Plan for styresaker 2025
25. nov. 2025 ² Tromsø	Kvalitets- og virksomhetsrapport oktober 2025	Plan for styresaker 2025
16. des. 2025 Tromsø	Kvalitets- og virksomhetsrapport november 2025 Budsjett 2026	Evaluering av styrets arbeid Plan for styresaker 2025/2026

Tromsø, 11.06.2025

David Johansen (s.)
administrerende direktør

¹ I forbindelse med Regionalt styreseminar Bodø 29-30.10.2025

² Styreseminar UNN Tromsø 24. november 2025