

LGG 2023/099

LEDELSENS GJENNOMGÅELSE

Ledelsens gjennomgåelse på foretaksnivå 2023

28.04.2023

Sykehuset Innlandet

Tittel	Ledelsens gjennomgåelse på foretaksnivå 2023
Dato	25.04.2023
Org. plassering	Sykehuset Innlandet
Ansvarlig	Ellen Henriette Pettersen
Fasilitator	Borghild Margaret Rake Hammer
Interne deltakere	Cecilie Dobloug Nyland Elin Margareth Seierstad Mona Elin Steen Trine Fleischer Eng Tone Kristine Amundgaard Borghild Margaret Rake Hammer

Målsetting

Ledelsens gjennomgåelse (LGG) gjennomføres for å gi totaloversikt over kvaliteten på styringssystemene og tjenestene i forhold til resultat, jf. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenesten §8 f.

I ledermøte 7.2.2023 ble LGG gjennomgått, og risikokartet med de 9 risikoområdene vurdert. Status endret for flere av risikoområdene.

LGG for 2023 er gjennomført i ledermøte den 25.4 og 9.5.2023.

Tiltak for røde risikoområder oppdateres både på foretaksnivå og divisjonsnivå

Beskrivelse

Forklaring konsekvens

Pa	- Pasient	Øk	- Økonomi
An	- Ansatt	Om	- Tilitt og omdømme
Tj	- Tjenesteproduksjon	Ym	- Ytre miljø

Sannsynlighet	5	9 Ansatt 9 Tjeneste	9 Pasient 4 Ansatt 4 Økonomi 9 Omdømme	4 Pasient 4 Omdømme		
	4	1 Tjeneste	1 Pas, ans 2 Pas, ans, tjen 3 Pas,Ans,øk,omd 5 Pas, tjen, øk. 6 Pas, tjen, øk. 10 Pas, øk, omd	1 Øk, Omd. 2 Øk, Omd. 3 Tjen 5 Ans. og Omd 6 Ans, Omd. 10 Ans		
	3		7 Pasient 11 Omdømme 11 Ytre miljø	7 Ansatt 7 Økonomi 7 Omdømme		
	2		8 Ansatt 8 Omdømme		8 Tjeneste	8 Pasient
	1					
		1	2	3	4	5
		Konsekvens				

Risikomomenter / hendelser

- 1 Manglende handlingsrom for omstilling
- 2 Manglende midler til investering, innovasjon, MTU, IKT og bygningsmasse
- 3 Forsinkelse i leveranser av utstyr, materiell og ambulanser
- 4 Økte ventetider og fristbrudd
- 5 Høy arbeidsbelastning
- 6 Rekrutteringsutfordringer
- 7 Utfordring med å beholde og utvikle ansatte
- 8 Risiko for dataangrep på IKT systemer
- 9 Brudd på personvern og informasjonssikkerhet
- 10 Bemanningsutfordring i forbindelse med ferieavvikling
- 11 Manglende implementering av miljømål

Konsekvens for						
Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym
4	2	2	1	3	3	
4	2	2	2	3	3	
4	2	2	3	2	2	
5	3	2		2	3	
4	2	3	2	2	3	
4	2	3	2	2	3	
3	2	3		3	3	
2	5	2	4		2	
5	2	1	1		2	
4	2	3		2	2	
3					2	2

0 Forarbeid

Er handlingsplan med tiltak fra forrige ledelsens gjennomgang (LGG) gått gjennom i forhold til status?

Status

Risikovurderes

Ja

Ja

Kommentar: Ledelsens gjennomgang ble oppdatert 7 februar i år i forhold til status fra LGG 2022. Tiltaksplan ble gjennomgått, Tiltak som ikke er ferdigstilt vil bli overført til ny plan i forbindelse med LGG for 2023.

Er det tatt stilling til om risikoområder fra forrige ledelsens gjennomgåelse skal overføres til ny gjennomgang?

Ja

Ja

Kommentar: I forbindelse med gjennomgang i ledermøte 7 februar ble det tatt stilling til de enkelte risikomomentene fra 2022.

I ledermøte 25.4.2023 og 9.5.2023 er risikokartet oppdatert på foretaksnivå fo3 2023 og ny versjon opprettet da risikoområdene er endret. Tiltaksplanen oppdateres .

Fremdriftsplan for 2023:.

- Styremøte 25 mai 2023 – LGG behandles i tertialrapporteringen til styret i Sykehuset Innlandet

- Leder møte 5 september 2023 - Gjennomgang av status LGG og evaluering av ny sjekkliste ofr gjennomgang av styringssystemet.

Risikokartet på foretaksnivå 2023 vil bli sendt Helse Sør-Øst RHF og kommenteres i tertialrapporteringen til styret i Sykehuset Innlandet

1 Mål og strategi

Status

Risikovurderes

Er virksomhetsstrategi for SI gjort kjent i din divisjon?

Ikke
aktuelt

Ja

Kommentar: Arbeid med virksomhetsstrategien følger hvert år en egen fremdriftsplan.

Virksomhetsstrategi er behandlet i ledergrupper, på avdelingssjefssamling og er sendt på høring i alle divisjoner og tillitsvalgte før ferdigstilling. Strategien ligger tilgjengelig i kvalitetsportalen.

Virksomhetsstrategi for perioden 2023-2026 er tilgjengelig i kvalitetsportalen og virksomhetsplan med prioriterte mål er vedtatt.

Er det utarbeidet virksomhetsplaner i din divisjon og i avdelingene

Ja

Ja

Kommentar: Alle divisjoner lager virksomhetsplaner på høsten etter at virksomhetsstrategien er vedtatt. På grunnlag av de divisjonsvise virksomhetsplanene lages en virksomhetsplan på foretaksnivå. Denne forankres i ledergruppa og vedtas parallelt med årsbudsjettet i desember styremøte.

Er målene i virksomhetsplanen kjent og følges opp?

Ja

Ja

Kommentar: Det er utarbeidet virksomhetsplan på foretaksnivå og i divisjonene.

Virksomhetsplan 2023 ble vedtatt i styremøte i desember 2022, og er gjennomgått av AD i avdelingsjefssamling i SI 14 januar 2023.

Målene følges opp i AD's oppfølgingsmøter med divisjonene, og det rapporteres delvis i mnd.rapporten til styret, og en mer utvidet rapportering til styret gjennom 1 og 2 tertialrapport-

Følges virksomhetsplanen opp med ansvarssatte tiltak?

Ja

Kommentar: På foretaksnivå lages tiltak for å følge opp virksomhetsplanen. Tiltakene ansvarssettes.

Brukes resultat fra kvalitetsindikatorer, kvalitetsregistre og helseatlas til kvalitetsforbedring med tiltak for å redusere uønsket variasjon?

Ja

Ja

Kommentar: Resultat for kvalitetsregistre går gjennom i stabsområde helse og er grunnlag for rapportering til styret. Ventetider og fristbrudd følges opp løpende og rapporteres til styret i mnd og tertialrapporteringen.

I styresak 073-2022 ble informasjon om pakkeforløp lungekreft med tilhørende utvikling og forbedringsområder til orientering presentert

I styremøte 29.9.2022 ble presentert temasak om Elektronisk løsning for medikamentell kreftbehandling
- Gevinstrealisering

I styremøte 24.11.2022 i sak 091-2022 ble sak om status for kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre for 2021/2022 til orientering av styret. I samme styremøte tok styret konsernrevisjonens rapport 9/2021 «Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester» til etterretning.

Nasjonale kvalitetsindikatorer med oppdaterte resultater ble publisert 22.03.2023. Disse følges og vil bli presentert for styret i egen styresak i juni 2023.

Er oppfølging av uønsket variasjon tema i ledergruppene i divisjonen?

Ikke
aktuelt

Kommentar: Konsernrevisjonen gjennomførte en revisjon om uønsket variasjon i 2019. Sluttrapport gjennomgått i styret 27 september fra Konsernrevisjonen. Styret vedtok å følge opp rapporten ved å utarbeide en handlingsplan og en ny styresak til styremøte i desember 2019.

Tiltaksplan er laget, men revisjonen er ikke lukket. Den følges opp i forhold til nevrologi i 2023.

Et forbedringsområde innen virksomhetsstyring er:

"For å i større grad etablere felles forståelse og etterlevelse av systemet for virksomhetsstyring, anbefaler konsernrevisjonen å tydeliggjøre og forklare hvordan systemet er satt sammen. Dette gjelder for eksempel hvordan handlingsplanene skal utformes og brukes, og hvordan de skal følges opp i lederlinjen gjennom året. For å unngå separate plan- og oppfølgingsprosesser, må dette blant annet settes i sammenheng med øvrige oppfølgingsprosesser, som for eksempel månedsrapportering, tertialrapportering, LGG etc."

Sjekklisten etter LGG ble bearbeidet i 2022. I 2023 vil sjekklisten bli evaluert i forhold til om den er tilstrekkelig for å svare ut om styringssystemet er hensiktsmessig for SI.

I styremøte 24.11.2022 i sak 091-2022 ble sak om status for kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre for 2021/2022 tatt til orientering av styret. I samme styremøte tok styret konsernrevisjonens rapport 9/2021 «Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester» til etterretning.

I virksomhetsplan både for 2022 og 2023 skal alle divisjoner jobbe med minst to områder der det er uønsket variasjon. Disse områdene følges opp i tertialrapporteringen til styret. Områdene vil bli fulgt opp gjennom kvalitetsnettverket i SI høsten 2023.

Følges miljømål i foretakets virksomhetsstrategi opp med tiltak?

Ja

Ja

Kommentar: Miljømål er tatt inn i virksomhetsstrategi 2023-2026. Målene gjennomgås og reviderte mål vil bli tatt inn i virksomhetsstrategi 2024-2027.

Styringssystemet for miljø er vurdert i forbindelse med LGG.

Inngår risikoområder fra årlig HMS runde som del av arbeidet med LGG, herunder oppfølging av miljømål?	Ja	Ja
--	----	----

Kommentar: Dette området må det jobbes mer med. I revidert sjekkliste er oppfølging av HMS runde som sjekkpunkt tatt inn. Det vil bli fremmet en egen sak til ledergruppa i SI om miljømålene. I tillegg er det tatt inn reviderte miljømål i arbeidet med virksomhetsstrategi 2024-2027.

Medisinsk service: Er det deltagelse i SLP for aktuelle analyser? (Evaluerer av resultater fra deltakelse i eksterne kvalitetsvurderinger (SLP) og annen ekstern kvalitetskontroll)	Ikke aktuelt	Nei
---	--------------	-----

Kommentar: Svares ut av divisjon Medisinsk service som del av sertifiseringskrav.

2 Uønskede hendelser, inkludert klage- og erstatningssaker

Status	Risikovurderes
--------	----------------

Er det god meldekultur for å melde uønskede hendelser i SI fra?	Ja	Nei
---	----	-----

Kommentar: Det er systemmessig lagt til rette for at alle ansatte skal kunne melde uønskede hendelser. Det er de siste årene vært et jevnt antall meldte hendelser, og det arbeides kontinuerlig for å øke meldekulturen. De fleste uønskede hendelser kategoriseres som pasienthendelser.

Det er 285 flere innmeldte uønskede hendelser per første tertial 2023 sammenlignet med samme periode i 2022. At antall hendelser har økt, betyr nødvendigvis ikke at flere hendelser oppstår. De siste års fokus på åpenhet for læring og forbedring av meldekultur, kan ha ført til at flere hendelser meldes nå enn tidligere.

Meldes forbedringsbehov og følges de opp?	Ja	Nei
---	----	-----

Kommentar: Det er systemmessig også lagt til rette for at alle ansatte skal kunne melde forbedringsforslag. Forbedringsforslag behandles i linjen på samme måte som uønskede hendelser. I forhold til uønskede hendelser meldes det færre forbedringsforslag.

Er det tilfredsstillende rutiner for oppfølging av uønskede hendelser? (trender)	Ja	Ja
--	----	----

Kommentar: Uønskede hendelser behandles i linjen. Prinsippet er at uønskede hendelser søkes lukket på lavest mulig nivå. Dersom det er alvorlige hendelser løftes de i linjen til overordnet leder og deretter til divisjonenes kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg. Alvorlige HMS-hendelser behandles i divisjonenes arbeidsmiljøutvalg. Trender blir presentert i divisjonenes ledermøter.

Trend med utvikling fra 2018 til og med 2022 presenteres for styret i 1. tertialrapport 2023.

Pasienthendelsene kategoriseres i henhold til NOKUP, norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser. Det har vært noen endringer i NOKUP, bl.a. at hendelser innen laboratoriemedisin er flyttet fra «Annen hendelse» til «Pasienthendelse» i starten av 2021.

Pandemien kan også ha innvirkning på tallene både når det gjelder pasienthendelser og HMS-hendelser. Totalsum uønskede hendelser i er i overkant av 7000 hendelser i året.

Brukes uønskede hendelser til læring og forbedring og behandles etter vurdering av kvalitetsutvalgene?	Ja	Nei
--	----	-----

Kommentar: Uønskede hendelser behandles i linjen. Prinsippet er at uønskede hendelser søkes lukket på lavest mulig nivå. Dersom det er alvorlige hendelser løftes de i linjen til overordnet leder og deretter til divisjonenes kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg. Alvorlige HMS-hendelser behandles i divisjonenes arbeidsmiljøutvalg. Trender blir presentert i divisjonenes ledermøter. Uønskede hendelser kan også løftes til SIKPU/HAMU for læring på tvers i foretaket.

Foretaket har i første tertial har oversendt 10 §3-3a meldinger til Helsetilsynet mot 20 i første tertial året før. Disse sakene følges alle opp.

Fungerer overvåking og behandling av klage- og erstatningssaker?	Ja	Nei
Følges resultater fra interne revisjoner og tilsyn opp med tiltak? Kommentar: Alle revisjoner og tilsyn blir lagt i egen modul i kavlitetsportalen og følges opp med tiltak i den samme modulen.	Ja	Ja

Revisjonene rapporteres til styret gjennom tertialrapporteringen (i mai og september), og i egen styresak. Sist i styresak 004-2023 om Status om tilsyn og interne revisjoner 2022 og plan for interne revisjoner 2023.

Revisjoner behandles etter vurdering i SIKPU og kvalitetsnettverket. Kvalitetsnettverket har utvidet møte 2 ganger årlig fom 2023 for å følge opp interne revisjoner og tilsyn etter vurdering. I forrige møte i kvalitetsnettverket ble blant annet tilsyn fra Statsforvalteren om overholdelse av førerkortforskriften gått gjennom og revisjonen om uønskede hendelser fra 2019 fra Konsernrevisjonen HSØ.

3 Interne revisjoner og eksterne tilsyn

	Status	Risikovurderes
Benyttes resultater fra interne revisjoner og tilsyn til å identifisere risikoområder? Kommentar: Etter gjennomgang av sjekkliste som grunnlag for LGG gjøres det en risikovurdering både i divisjoner og på foretaksnivå. Risikokartet på foretaksnivå rapporteres videre til Helse Sør-Øst i forbindelse med tertialrapporteringen.	Ja	Nei
Brukes resultatene til læring/forbedring mellom divisjonene? Kommentar: Utvalgte revisjoner på divisjonsnivå og alle foretaksrevisjoner følges opp i kvalitetsnettverk og i SIKPU for læring på tvers. Noen tilsyn med generelt læringspotensial følges opp i SIKPU/HAMU, men ikke alle.	Ja	Ja
Følges resultat av foretaksrevisjoner opp og behandles i kvalitetsutvalgene? Kommentar: Divisjonene har ulik praksis hvordan de følger opp foretaksrevisjoner.	Ja	Nei
Er det utarbeidet egen plan for interne revisjoner? Kommentar: Årlig styresak som omhandler gjennomførte tilsyn og revisjoner i foregående år og planer for foretaksrevisjoner inneværende år behandles i starten av året.	Ja	Ja

For 2023 er følgende revisjoner styrevedtatt på foretaknivå:

- Medisinsk koding – ernæring - Vår 2023

Underernæring er en tilstand som har konsekvenser for pasientenes mulighet til å gjennomføre behandling og prognose ved sykdom. Underernæring har betydelige helseøkonomiske konsekvenser. I følge en artikkel i Norsk tidsskrift for ernæring 4-2021, er Sykehuset Innlandet et av de foretakene som ligger lavest på rapportering av ICD-10 koder for underernæring. Det er derfor ønskelig med en koderevisjon på ernæring for å få belyst status på medisinsk koding av ernæring.

- Mislighetsrevisjon - Vår 2023 - Revisjonen innebærer kontroll av økonomiske fullmakter.

- HMS-revisjon – Stoffkartoteket - Høst 2023

Revisjonen skal kartlegge hvorvidt de utarbeidede prosedyrene følges opp i de enhetene som har størst forekomst av helsefarlige kjemikalier og/eller helsefarlig biologisk materiale.

Felles legemiddelrevisjon - 2023 - Revisjonen foretas av Sykehusapoteket HF.

Fokus på Metavision. Det er ikke avklart når revisjonen vil bli gjennomføres i 2023

4 Organisering, ledelse

	Status	Risikovurderes
Har alle ledernivå inngått lederavtaler? Kommentar: Det pågår inngåelse av lederavtaler. Dette området er fulgt opp i forhold til status i forbindelse med første tertial. Divisjonene rapporterer at de fleste lederavtaler er inngått. Området vil og bli fulgt opp i forbindelse med 2 tertialrapport til styret.	Nei	Nei
Er oppdaterte organisasjonskart tilgjengelig for ansatte? Kommentar: Organisasjonskart ligger tilgjengelig i Kvalitetsportalen	Ja	Nei
Gjennomføres medarbeidersamtaler? Kommentar: Rutine for årlig medarbeidersamtale er implementert i foretaket. Følges opp i eget punkt i forbedringsundersøkelsen.	Ja	Nei
Følges tiltak etter undersøkelsen «ForBedring» opp? Kommentar: Rapport fra forbedringsundersøkelsen sendes den enkelte leder som tildeles ansvar for oppfølging. Utvalgte områder fra forbedringsundersøkelsen er en del av risikokartet på foretaksnivå. Tiltak etter forbedringsundersøkelsen dokumenteres i egen modul i Kvalitetsportalen.	Ja	Ja
Gjennomføres HMS runder etter plan? Kommentar: Rutine for årlig HMS runde er implementert i foretaket. HMS runder dokumenteres i egen modul i Kvalitetsportalen.	Ja	Nei
Arbeides det med å øke nærværprosenten? Kommentar: Sykehuset Innlandet følger opp og forebygger sykefravær jamfør IA avtalen.	Ja	Ja
Følges AML brudd opp? Kommentar: Følges opp i alle divisjoner og i oppfølgingsmøter fra AD med divisjonene. Det rapporteres og om AML brudd i tertialrapporteringen til styret i Sykehuset Innlandet.	Ja	Ja
Er risikovurderinger gjennomført og dokumentert, jf prosedyre om risikostyring? Kommentar: Risikovurderinger dokumenteres i egen modul i Kvalitetsportalen. Det er utarbeidet egen prosedyre om risikostyring i foretaket.	Ja	Nei

5 Kompetanse, beholde og rekruttere

	Status	Risikovurderes
Er det etablert kompetanseplaner i Kompetanseportalen? Kommentar: Alle enheter godt i gang med å lage lokale planer. Det er tildelt kompetanseplaner til 7491* medarbeidere, 1980 av disse er fullførte. (oppdatert 22. mars 2023). Det er gjennomført risikovurdering av overgang til drift november 2022. Mottaksprosjektet skal avsluttes innen utgangen av juni 2023, Prosjektgruppa skal levere en sluttrapport med evaluering av mottaksprosjektet. En større evaluering blant ansatte er planlagt i januar 2024.	Ja	Nei
Følges status for kompetanseplanene opp med enkeltansatte? Kommentar: Det er tildelt kompetanseplaner til 7491* medarbeidere, 1980 av disse er fullførte. (oppdatert 22. mars 2023).	Ja	Nei
Dokumenteres opplæring fortløpende i Kompetanseportalen? Kommentar: Alle ledere har fått opplæring i tildeling av kompetanseplaner i Kompetanseportalen. 1980 tildelte kompetanseplaner som gjelder alle ansatte er fullførte. (oppdatert 22. mars 2023).	Ja	
Er det plan og tiltak for rekruttering? Kommentar: Sykehuset Innlandet har våren 2023 tilsatt 12 utdanningsstillinger for sykepleiere innen intensiv og kreftsykepleie, samt jordmødre. Sykehuset Innlandet er våren 2023 i gang med tilsetting av fire nye leger i spesialisering (LIS 1) til stillinger i tredelt tjeneste. Det legges opp til fire måneders tjeneste i henholdsvis indremedisin, kirurgi/ortopedi og psykiatri. Sykehuset Innlandet opprettholder det økte antallet helsefagarbeidere, og vurderer en mulig økning fra 12 til 15 plasser fra høsten 2023. Divisjon psykisk helsevern vil fra høsten 2023 øke antallet til fire lærlinger.	Ja	Nei

6 Roller og ansvar

	Status	Risikovurderes
Er lovkravene kjent?	Ja	Nei
Er etiske retningslinjer fra Helse Sør-Øst og SI sine 12 prinsipper for medvirkning kjent? Kommentar: Disse prinsippene søkes å bruke aktivt ved å involvere tillitsvalgte i medvirkning i aktuelle prosesser.	Ja	Nei
Er fullmaktsstrukturen kjent og delegert? Kommentar: Vedtas årlig i egen styresak i desember styremøte, sist i styresak 105-2022.	Ja	Nei
Er Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, og internkontrollforskriftene HMS og Mat en integrert del av virksomhetsstyringen? Kommentar: Forskriften er førende for forbedringsarbeid i SI.	Ja	Nei

Er det utarbeidet stillingsbeskrivelser? Kommentar: Ja det utarbeides, men det er utfordrende å klare å holde alle tilstrekkelig oppdatert.	Ja	Nei
Er roller og ansvar i styringssystemet kjent?	Ja	Nei
Er det gjennomført evaluering av leverandører?	Ja	Nei
Er det gjennomført vurdering av tilbakemelding fra brukere/brukerundersøkelser?	Nei	Nei
Medisinsk service: Er det regelmessig gjennomgang av rekvisisjoner og krav til prøver?	Ikke aktuelt	Nei
Er dokumenter/prosedyrer i kvalitetsportalen oppdatert og samordnet (EK WebSI)? Kommentar: Det har vært en stigning i 2022 på dokumenter som ikke er revidert innen 2 år og saken har vært opp i SIKPU i mai 2023. Området følges opp gjennom kvalitetsnettverket i 2023 i forhold til prosedyrer som ikke er samordnet eller oppdatert. Det vil særlig være fokus på å bistå ddivisjon Gjøvik/Lillehammer med å få samordnet og arkivert dokumenter.	Nei	Nei
Er beredskapsplanene kjent og etterleves? Kommentar: Ja de følges opp både av ledergruppa i Si, og ansvarlige for oppfølging av beredskapsplanene. Beredskapsplaner er tilgjengelig i kvalitetssystemet.	Ja	Nei
Gjennomføres beredskapsøvelser etter plan? Kommentar: Beredskapsrutinene er oppdatert og øvelser gjennomføres etter plan.	Ja	Nei
Er varslingsrutiner for kritikkverdige forhold gjort kjent? Kommentar: Ja og rutinene er revidert og det er gjennomført opplæring til lledere i varslingsrutiner i foretaket. Dette etter gjennomført revisjon fra Konsernrevisjonen HSØ der målet med revisjonen er å undersøke om helseforetaket har etablert en hensiktsmessig ordning for å varsle om kritikkverdige forhold som ivaretar lovkrav og legger til rette for god håndtering av varsler.	Ja	Nei

7 Styringssystem - Helhetlig vurdering

	Status	Risikovurderes
Er ledelsessystemet for miljø velegnet, tilstrekkelig og virkningsfullt? Kommentar: Det vil bli fremmet et egen sak for ledergruppa om ledelsessystemet for miljø. KIWA har resertifisert Sykehuset Innlandet i 2022. Ny revisjon vil bli gjennomført fra KIWA høsten 2023. Reviderte miljømål er tatt inn i arbeidet med virksomhetsstrategi 2024-2027 som behandles av styret i styremøte 23 mai 2023: I tråd med Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten er det utarbeidet følgende miljømål 2023 – 2030: Hovedmål: CO2e-utslipp skal reduseres med 40 prosent innen 2030, med utgangspunkt i utslipp fra 2019. Delmål: - Forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner skal reduseres - Antall produkter uten helse- og miljøskadelige stoffer skal være 75 prosent - Redusere energiforbruket med 20 prosent og øke andelen gjenvinningskraft - Øke andel av digitale konsultasjoner (video og telefoni) til 25 prosent innen 2027 - Matavfall skal reduseres med 50 prosent. - Fossilfri virksomhet innen 2030, og redusert reisevirksomhet for medarbeidere	Ja	Ja

Er det andre risikoområder hvor det er fare for svikt i drift eller måloppnåelse?	Ja	Ja
Kommentar: Det er foretatt en helhetlig vurdering i forbindelse med risikokartet som er utarbeidet etter LGG gjennomgangen. Risikokart utarbeides både på divisjon og foretaksnivå. Røde risikoområder følges opp med tiltak.		
Er styringssystemet hensiktsmessig, tilstrekkelig og effektivt og bidrar til kvalitetsforbedring?	Ja	Ja
Kommentar: På grunnlag av de divisjonsvise bidragene vurderes styringssystemet til å være tilstrekkelig, hensiktsmessig og bidrar til kvalitetsforbedring. I 2023 vil sjekkliste i forbindelse med LGG evalueres om den er dekkende for arbeidet med LGG. Sjekklisten ble endret for året 2023, og er brukt for første gang i forbindelse med årets gjennomgang av LGG.		