

HMS årsrapport 2022
Sørlandet sykehus HF

Innhold

1 Innledning	1
2 HMS i SSHF	2
2.1 HMS-systemet	2
2.2 Grunnopplæring i HMS og arbeidsmiljø	3
2.2 Hovedarbeidsmiljøutvalg og arbeidsmiljøutvalg	3
2.3 Målsetning 2023	3
3 Ledelse	4
3.1 Målsetning 2023	5
4 Endring, omstilling og nedbemanning	5
4.1 Målsetning 2023	5
5 Arbeidsmiljø	6
5.1 ForBedring - kartlegging av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur	6
5.2 Psykososialt arbeidsmiljø	6
5.3 Rus	7
5.4 Varsling om kritikkverdige forhold	7
5.5 Målsetning 2023	8
6 Ergonomi	9
6.1 Målsetning 2023	9
7 Yrkeshygieniske kartlegginger og rådgivning	10
7.1 Målsetning 2023	10
8 Sikkerhet	10
8.1 Målsetning 2023	10
9 HMS-indikatorer	11
10 Inkluderende arbeidsliv og sykefravær	11

10.1. Geografisk IA-utvalg _____	11
10.2. Omplasseringer _____	12
10.3. Aktivitet _____	12
10.4. Statistikk _____	12
10.5. Målsetning 2023 _____	13
11 Beredskap _____	13
11.1 Forbedringsarbeid _____	13
11.1 Beredskapshendelser _____	14
11.2 Målsetning 2023 _____	14
12 Brannvern _____	15
12.1 Øvelser og opplæring _____	15
12.2 Branntilsyn – teknologi og e-helse _____	15
12.3 Bygningsmessige forhold – teknologi og e-helse _____	15
12.4 Målsetning 2023 _____	15
13 Smittevern _____	15
13.1 Generelt _____	15
13.2 Mikrober som har betydning for smittevern _____	17
13.3 Stikkskader og blodsøl _____	18
13.4 Vaksinasjoner _____	19
13.5 Målsetning 2023 _____	20
14 Strålevern _____	20
14.1 Personelldoser _____	21
14.2 Utslipp av radioaktive stoffer _____	22
14.3 Radioaktivt avfall _____	22
14.4 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (Statens strålevern) _____	22
14.4 Målsetning 2023 _____	22
15 Medisinsk teknisk utstyr _____	22

15.1 Virksomhetens omfang	22
15.2 Planlagt vedlikehold	23
15.3 Opplæring	23
15.4 Behandlingshjelpemidler	23
15.6 Tilsyn	23
15.7 Målsetning 2023	23
16 Ytre miljø	24
16.1 Bakgrunn	24
16.2 Miljøpolitikk	24
16.3 Internrevisjon	24
16.4 Klimaregnskap og rapportering	25
16.5 Innkjøp	26
16.6 Målsetning 2023	26

1 Innledning

Sørlandet sykehus (SSHF) tar hensyn til arbeidstakerens helse, miljø og sikkerhet.

God HMS gir mindre helseplager, økt trygghet, trivsel, motivasjon og engasjement. HMS må ses i sammenheng med pasientsikkerhet og kvalitet. Et godt arbeidsmiljø bidrar til å gi medarbeideren et best mulig utgangspunkt for god pasientbehandling og bidrar til høy sikkerhet mot utilsiktet pasientskade. Målrettet og godt HMS-arbeid har også en økonomisk side og merverdi gjennom økt trivsel, redusert sykefravær, reduserte ulykkeskostnader og god produktivitet.

2022 ble nok et krevende år i kjølevannet av pandemien. Hovedarbeidsmiljøutvalget har fulgt utviklingen av situasjonen gjennom hele 2022 ved å kartlegge sykefraværet, AML-brudd, HMS-hendelser, turnover og tilbakemeldinger gitt i sluttundersøkelsen og i evalueringsundersøkelsen for nyansatte. Høyt sykefravær, utfordringer knyttet til arbeidsbelastning, bemanning og kompetanse og et foretak i beredskap har preget særlig sommermånedene og høsten 2022. Medarbeidere ved enkelte enheter har i større grad enn andre kjent på utfordringene. Dette resulterte i blant annet et større fokus på forsvarlighetsvurderinger av arbeidstidsordninger, samt fokus på tiltak som kan medføre at medarbeidere i SSHF ønsker å stå lengre i jobb. Dette er et arbeid som vil fortsette og aktuelle tiltak vil legges frem i foretaksledelsen i 2023.

HMS-rapporten beskriver aktivitet innen ulike HMS-områder i SSHF for året 2022. Rapporten gir en oversikt på gjennomførte tiltak for HMS-arbeidet på foretaksnivå og overvåker og vurderer om det systematiske HMS-arbeidet ved SSHF er i tråd med lovkrav og interne prosedyrer. Målgruppen for rapporten er styret, foretaksledelsen, ledere og hovedarbeidsmiljøutvalgene (HAMU/ AMU).

HMS-rapporten tar opp i seg lovkravene til systematisk HMS-arbeid gitt i forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften) § 1 «Gjennom krav om systematisk gjennomføring av tiltak, skal denne forskrift fremme et forbedringsarbeid i virksomhetene innen:

- Arbeidsmiljø og sikkerhet
- Forebygging av helseskade eller miljøforstyrrelser fra produkter eller forbrukertjeneste
- Vern av det ytre miljø mot forurensning og en bedre behandling av avfall slik at målene i helse, miljø og sikkerhetslovgivningen oppnås
- Forebygging av uhell og ulykker forbundet med egen lovlig aktivitet
- Forebygging av uønskede tilsiktede hendelser slik at målene i helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen oppnås

Medarbeidere i SSHF skal ha et fullt ut trygt, forsvarlig og helsefremmende arbeidsmiljø i henhold til HMS-lovgivningen. Stor takk til alle dere ledere, verneombud, tillitsvalgte og medarbeidere som bidrar til at SSHF får til en best mulig HMS og arbeidsmiljøprestasjon som bidrar til kvalitet og pasientsikkerhet. Takk også til de fagansvarlige innenfor de ulike fagfeltene som har bidratt til innholdet i HMS -rapporten.

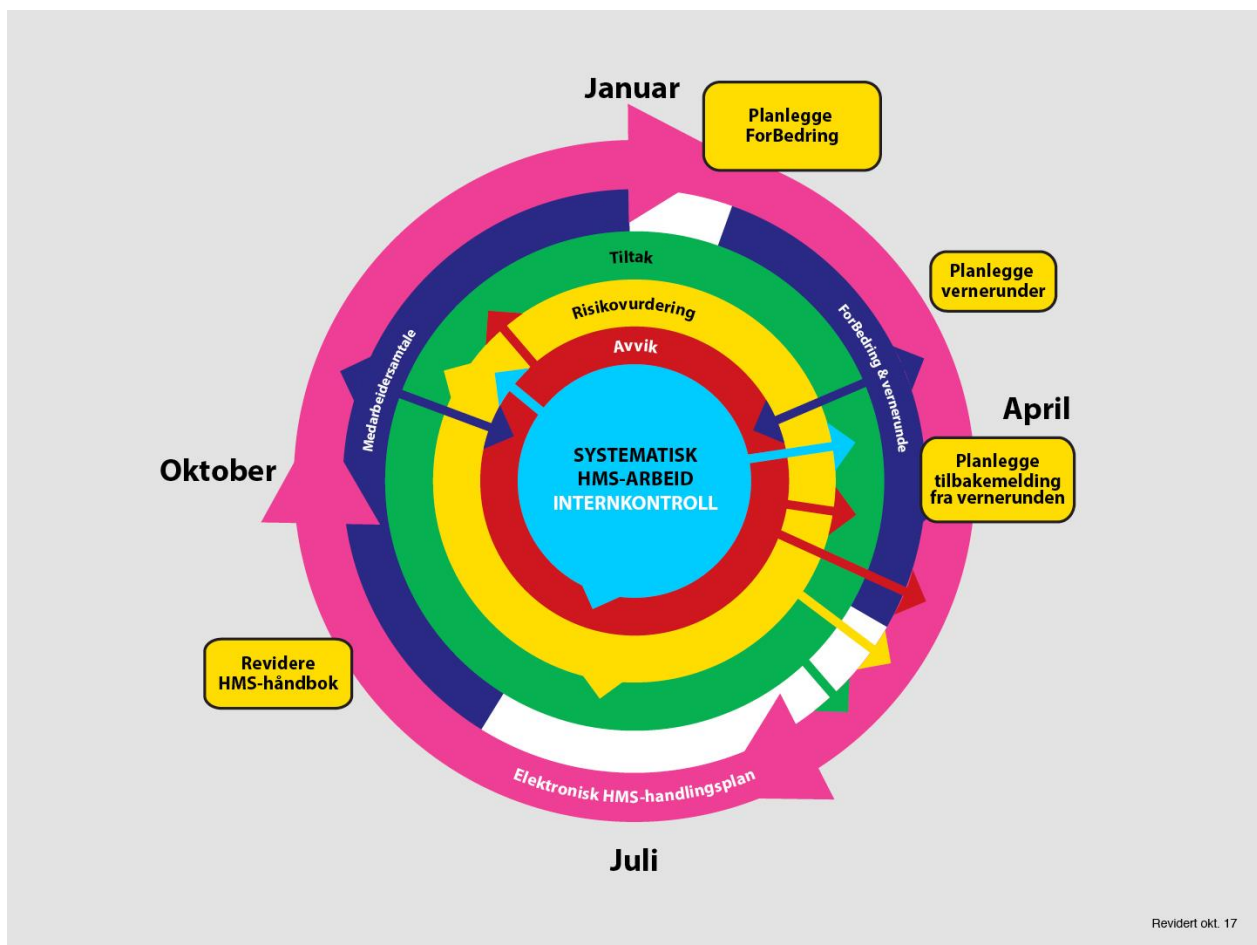
2 HMS i SSHF

Fagansvarlig avdeling: Organisasjonsavdelingen.

2.1 HMS-systemet

Administrerende direktør har det overordnede ansvaret for HMS i SSHF. Organisasjonsavdelingen ved HR-seksjonen har fagansvar for arbeidsmiljø og systemansvar for HMS.

SSHF har en intern bedriftshelsetjeneste (BHT) som er offentlig godkjent av Arbeidstilsynet og organisert i HR-seksjonen. BHT er en egen enhet, og har ansvar for utarbeidelse og vedlikehold av HMS-systemet i SSHF.



HMS-systemet i SSHF består av HMS-årshjul, HMS-håndbok og vernerunde (internkontroll). Dette skal sikre et dokumentert, planmessig og systematisk HMS-arbeid med obligatoriske aktiviteter. Mål, områder innen HMS og ansvar fremgår av «Håndbok for daglig HMS-arbeid» og tilpasses den enkelte avdelings behov og risikobilde. HMS-håndbok revideres som følge av endringer i tilsynsmyndighetenes forskrifter og SSHFs interne rutiner.

HMS-systemet og det løpende oppfølgingsarbeidet oppfyller Helse Sør-Østs krav om videreføring av det langsiktige forbedringsarbeidet i tråd med HMS-rammeverket. Kvalitetsportalen i EK brukes som verktøy for planlegging og dokumentasjon av bl.a. HMS.

HMS-aktiviteten på avdelings- og enhetsnivå skal rapporteres i linjen, til klinikkvise arbeidsmiljøutvalg (AMU) og til hovedarbeidsmiljøutvalget (HAMU). Aktiviteten vises bl.a. ved antall gjennomførte vernerunder og HMS-handlingsplaner. Utfylte vernerundeskjema arkiveres i EK Web.

SSHF har rundt 300 HMS-handlingsplaner, generert ut fra den organisasjonsstrukturen som benyttes i ForBedring. Om lag 250 av disse er oppdatert i 2022.

SSHF rapporterer HMS-indikatorer til Helse Sør-Øst på fraværsskedefrekvens (H-verdi), HMS-hendelser og lukkerate, hendelsesfrekvens med vold og trusler, samt antall aktive HMS-handlingsplaner. Se punkt 8.

Personalsjef deltar fast på møter i HMS-ledermøte i Helse Sør-Øst.

BHT har i samarbeid med revisor gjennomført internrevisjoner innen HMS-ForBedring ved til sammen 7 enheter i Arendal, Flekkefjord og Kristiansand.

2.2 Grunnopplæring i MHS og arbeidsmiljø

BHT arrangerte to HMS-grunnkurs; ett på våren og ett på høsten. Det var hhv. inntil 29 og inntil 62 deltakere på kursene.

Ifølge interne retningslinjer er HMS-grunnkurset obligatorisk for ledere, verneombud, AMU-medlemmer og tillitsvalgte. Kurset går over tre dager i klasserom kombinert med e-læring og dokumentstudier.

BHT bistår også med undervisning i arbeidsmiljø- og HMS-relaterte temaer på kurs for nye ledere, Den lille lederskolen og i verneombudssamlinger.

2.2 Hovedarbeidsmiljøutvalg og arbeidsmiljøutvalg

SSHF har ett hovedarbeidsmiljøutvalg, HAMU, med fire representanter fra arbeidsgiversiden og fire fra arbeidstakersiden, hvorav to er hovedverneombud. Utvalget behandler saker som vedrører arbeidsmiljø og HMS. I 2022 ble HAMU ledet av arbeidstakersiden. En representant fra bedriftshelsetjenesten deltar i møtene.

Det foreligger eget mandat med retningslinjer for utvalgene, herunder sammensetning, representasjon og valg. Det fokuseres på sammenhengen mellom kvalitet, pasientsikkerhet og HMS i saksbehandlingen.

HAMU hadde seks møter og behandlet totalt 35 saker i 2022. HAMU-relevante saker til styremøtet har vært fast post på saklisten. Sykefravær er et gjennomgående tema i HAMU. Øvrige saker fremgår av referatene lagt ut på intranett.

Alle klinikkene, inkl. staben, har tilsvarende aktivitet med varierende antall møter, koordinert opp mot HAMUs møtefrekvens.

2.3 Målsetning 2023

Det tas sikte på å videreføre arbeidet med å utvikle HMS-systemet.

BHT jobber også med å implementere samarbeidsplaner med klinikkene og organisasjonsstaben i tråd med Arbeidstilsynets krav om konkrete og tidfestede aktiviteter/bistand innen forebyggende HMS-arbeid.

Det er planlagt å gjennomføre to HMS-grunnkurs i 2023 etter etablert modell.

3 Ledelse

Fagansvarlig avdeling: Organisasjonsavdelingen.

HMS handler i stor grad om ledelse og kultur, og kvaliteten på ledelse betyr mye for det psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøet. God ledelse er avgjørende for at Sørlandet sykehus HF kan utføre sitt samfunnsoppdrag og utvikle helsetjenesten. Organisasjonsavdelingen bidrar til at SSHF har gode ledere, gjennom lederopplærings- og utviklingstiltak, og rådgiving og veiledning av ledere.

I 2022 har organisasjonsavdelingen fortsatt med å implementere ledermodellen for SSHF. Modellen tydeliggjør hva om er god ledelse i SSHF, og konkretiserer ønsket lederatferd. Lederes ansvar for pasientsikkerhet og for å utvikle en kultur for kvalitetsforbedring står sentralt.

Introduksjonsprogrammet for nye ledere ble gjennomført fortløpende gjennom året, og ca. 30 ledere har deltatt på de fire samlingene som programmet består av. Forståelse av lederrollen og for sammenhengen mellom HMS og kvalitet er en viktig del av programmet.

Et nyutviklet lederutviklingsprogram for avdelingssjefer og enhetsledere startet opp i september 2022 og avsluttes i juni 2023. Pga. covid-19 var det et etterslep av ledere som ikke hadde deltatt på lederutvikling tidligere. Det ble derfor satt i gang to parallelle kull, med 24 deltakere på hvert kull. Programmet bygger på ledermodellen og støtter opp under «skal vi lykkes med områdene» i strategiplanen. Programmet består av 6 samlinger, bl.a. følgende temasamlinger:

- «Ledere i SSHF sikrer kvalitet og god drift»,
- «Ledere i SSHF utvikler og forbedrer tjenestene»
- «Ledere i SSHF bygger kultur og arbeidsglede»
- «Ledere i SSHF samarbeider med andre».

Intensjonen med programmet er både å styrke den enkelte som leder og å bidra til samarbeid og en felles lederkultur på tvers av ledernivå, fag og geografi. Deltakerne er delt inn i faste grupper med størst mulig organisasjons- og yrkesmessig spredning, hvor de utveksler erfaringer og etablerer nettverk. Innholdet i programmet er praksisnært med trening på lederferdigheter, refleksjon og tilbakemeldinger på egen lederpraksis. I samarbeid med KOM-programmet (virksomhetsprogrammet for kvalitet og modernisering for et bærekraftig sykehus) får deltakerne opplæring i forbedringskunnskap som en del av programmet. Organisasjonsavdelingen planlegger og gjennomfører programmet. I tillegg blir det brukt eksterne innledere på enkelte tema.

Høsten 2022 ble det etablert en mentorordning for ledere. Mentorordningen består av 22 mentorpar, en mentor og en adept, som møtes til 10 – 12 samtaler i løpet av et år. Det ble gjennomført en oppstartsamling for mentorer og adepter i mai, en midtveissamling for mentorer i januar og det er planlagt en avslutningssamling for mentorer og adepter i juni 2023. Både mentorer og adepter er rekruttert i samarbeid med klinikkdirektørene. Mentorene er ledere som blir vurdert som gode rollemodeller, med høy sosial kompetanse, gode kommunikasjonsferdigheter og som ønsker å bidra til andre ledes utvikling. Adeptene er uerfarne ledere og/eller ledere som står i særskilt krevende situasjoner. Det ble lagt stor vekt på sette sammen hensiktsmessige mentorpar. Organisasjonsavdelingen gjennomførte kartleggingssamtaler med alle mentorene for å få oversikt over deres ledererfaring, interessefelt mv. og adeptene fylte ut motivasjonsskjema med beskrivelse av egne behov. Mentorordningen skal bidra til gjensidig læring og utvikling for adept og mentor. I møtet med ferske ledere eller ledere som står i vanskelige situasjoner blir

mentorene utfordret til å reflektere over egen lederpraksis, og de får mulighet til å utvikle sin veilederkompetanse. Mentorordningen er derfor også et godt seniortiltak. Det var stor interesse for å få tildelt en mentor, og ordningen ser ut til å fungere etter intensjonen.

«Den lille lederskolen» gjennomføres med en times digital undervisning annenhver torsdag. Skolen er et tilbud til alle ledere om opplæring i aktuelle HR- tema. HMS-systemet, ruspolicy, informasjonssikkerhet, varslingsystemet og arbeidsmiljøundersøkelsen «Forbedring» er noen av de faste temaene på lederskolen. I 2022 har det vært gjennomført til sammen 20 undervisningstimer. Etter at lederskolen ble digital har oppslutningen økt, og det har vært et snitt på ca. 20 deltakere pr. gang, selv om det er stor variasjon i antall deltakere fra gang til gang. I 2022 skulle organisasjonsavdelingen gjennomføre et ledermobiliseringsprogram spesielt tilpasset leger. På grunn av den krevende økonomiske situasjonen ble ikke programmet gjennomført.

3.1 Målsetning 2023

Målet er å evaluere, justere og videreføre de opplærings- og utviklingstiltakene som nå er etablert. Bl.a. vil det bli gjennomført en evaluering av mentorordningen.

4 Endring, omstilling og nedbemanning

Omstillinger er krevende både for arbeidsmiljøet og for den enkelte medarbeider, men belastningen reduseres dersom prosessene er godt gjennomført. Spesielt er det viktig at nærmeste leder er tilgjengelig for egne medarbeidere, og sørger for god informasjon og medvirkning. Konsekvensene for arbeidsmiljøet skal vurderes i alle omstillinger av et visst omfang, slik at en kan sette i verk målrettede tiltak. Rådgiver fra organisasjonsavdelingen bidrar i omstillinger med bl.a. veiledning av ledere, hjelp til planlegging av gode prosesser, risikovurderinger, analyser av arbeidsmiljøet og omplassering av overtallige medarbeidere. Omstillingsarbeidet foregår i tett samarbeid med tillitsvalgte og verneombud.

I 2022 ble det gjennomført en betydelig revisjon av den interne omstillingsveilederen for SSHF. Veilederen, som ble utarbeidet i 2003, har bidratt til konstruktivt samarbeid mellom ledere og tillitsvalgte og forutsigbarhet for ansatte. Men det var behov for å oppdatere den til gjeldende praksis, harmonisere den med relevante styringsdokumenter og gjøre den mer oversiktlig og brukervennlig. I den nye veilederen legges det økt vekt på informasjon og medvirkning med medarbeidere og tillitsvalgte. I tillegg tydeliggjøres arbeidsgivers ansvar for å sikre et forsvarlig arbeidsmiljø både i beslutningsgrunnlaget og i gjennomføringen av prosessene. Bl.a. skal sosiale forhold og helsebegrensninger inngå i en helhetsvurdering overtallighet og omplassering.

Organisasjonsavdelingen har i 2022 bistått som rådgivere i flere større og mindre omstillingsprosesser, bl.a. i den omfattende OU-prosessen i Klinikk for psykisk helse, psykiatri og avhengighetsbehandling (KPH) knyttet til innflytting i nytt psykiatribygg, valg av organisasjonsmodell for merkantile tjenester ved Sørlandet sykehus Kristiansand (SSK) og gjennomføring av bemanningsreduksjon innenfor merkantil og pleie i de somatiske klinikkene, som ble besluttet i 2021.

4.1 Målsetning 2023

Organisasjonsavdelingen planlegger å evaluere og videreføre eksisterende tilbud om lederopplæring og -utvikling i 2023.

5 Arbeidsmiljø

Fagansvarlig avdeling: Organisasjonsavdelingen

5.1 ForBedring - kartlegging av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur

ForBedring er en felles undersøkelse som omfatter både arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Denne ble første gang gjennomført i 2018. Det er etablert en arbeidsgruppe bestående av ansatte fra HR, fagavdelingen og BHT. Deres oppgave er å forberede SSHF på undersøkelsen, sørge for at undersøkelsen ble gjennomført på en god måte, samt følge opp klinikkene etter undersøkelsen med råd og veiledning. Undersøkelsen består av 51 spørsmål, hvorav tre spørsmål er lokale for SSHF og knyttet til vold og trusler, samt seksuell trakassering. Undersøkelsen ble i 2022 sendt ut i februar og hadde en svarprosent på 76 prosent. Dette var en nedgang på 1 prosentpoeng fra 2021.

5.2 Psykososialt arbeidsmiljø

Pandemien hadde også i starten av 2022 betydning for daglig drift og prioriteringer i BHT ved SSHF. Til og med februar 2022 hadde BHT oppfølging av ansatte og ledere i den forbindelse.

Det har vært stor etterspørsel etter kurs og opplæring innen psykososialt arbeidsmiljø. Dette gjelder både HMS-grunnkurs, intern opplæring og enhetsinterne opplegg av ulik art. Det er gitt opplæring til ansatte, ledere, tillitsvalgte og verneombud. Det er også gitt opplæring for nye ledere, samt på enhetslederprogram. I tillegg har det blitt gjennomført undervisning på råd- og diskusjonsgrupper, personalmøter og tema-/fagseminarer, Den lille lederskolen og lokalt ved flere enheter/avdelinger.

BHT hadde også i 2022 en rolle knyttet til oppfølging av ForBedring. Foretaksledelsen anmodet om at BHT skulle involveres der enheter hadde fem eller flere områder der de skåret på rødt nivå. 44 enheter var i denne kategorien. Ti av disse enhetene ba om bistand i 2022 i en eller annen form for oppfølging/bistand/veiledning. I tillegg ble vi bedt om bistand fra seks enheter som ikke var i kategorien fem eller flere røde områder. BHT vil i året som kommer følge med på utviklingen i de samme 44 enhetene. Det er viktig å understreke at ansvaret for oppfølging av ForBedring ligger i linja, med BHT som støttespiller.

Bedriftshelsetjenesten har videre bistått enheter med rådgivning og avklaring i forbindelse med flere relasjonskonflikter, og det er gjennomført konfliktbehandling/konfliktoppfølging ved flere enheter. Dette har vært økende. Det er gjennomført individuelle kartlegging med alle aktuelle ansatte i fire store personellgrupper i forbindelse med psykososialt arbeidsmiljø.

BHT jobber kontinuerlig for sunne og trygge arbeidsforhold og økt jobbnærvær i SSHF. Forbedring, vernerunder, handlingsplaner, risikovurderinger, sykefraværsoppfølging, HMS-handlingsplaner og oppfølging av uønskede HMS-hendelser. Metodikken Økt arbeidsglede er en metode som er blitt en del av verktøykassa for det systematiske arbeidet med arbeidsmiljøet.

BHT tilstreber faste møtepunkter med hovedverneombudene for å styrke samarbeidet rundt psykososialt arbeidsmiljø.

BHT poliklinikk er primært rettet mot forebygging og oppfølging i forbindelse med sykefravær. I tillegg er den blitt brukt av både ledere og ansatte for hjelp til speiling og refleksjon rundt psykososialt arbeidsmiljø. Det er blitt gitt mye individuell veiledning til både ansatte og ledere. Flere ansatte enn tidligere har tatt direkte kontakt med BHT.

BHT har i 2022 hatt økt oppmerksomhet på psykologisk trygghet/emosjonell belastning. Det har vært tema på HMS-grunnkurs, i råd og diskusjonsgruppene for enhetsledere, samt at det er noe Arbeidstilsynet har vært opptatt av ved tilsyn.

BHT har holdt undervisning om temaet vold og trusler på HMS-grunnkurs, samt på personalmøter hos flere enheter. Videre deltar BHT i en overordnet arbeidsgruppe som jobber med opplæringsmoduler for ulike risikonivå. BHT har også bistått og veiledet flere enheter i risikovurdering av vold og trusler.

5.3 Rus

SSHF har en aktiv ruspolicy med fokus på primærforebygging. Samtlige ansatte i SSHF skal være orientert om sykehusets holdning til rusmidler. Ruspolicyen består blant annet av retningslinjer som omhandler rusforebyggende arbeid, rusreglement, fremgangsmåte ved brudd på reglement og en selvtest for bevisstgjøring av eget alkoholforbruk.

BHT har undervist om SSHFs ruspolitikk i flere enheter i organisasjonen. Temaet skal være fast sak i HAMU og de klinikkvise AMU-ene en gang pr. år. Det er også fast tema på HMS-grunnkurs for ledere, verneombud og AMU-medlemmer, i kurs for nye ledere, enhetslederforum og på Den lille lederskolen. Gjennomgang av ruspolitikk ble fra 2020 implementert i alle AMUs årshjul. Representanter fra BHT har hatt gjennomgang i HAMU og AMU i siste del av 2022.

En positiv utvikling i SSHF sin ruspolicy er at det har vært inngått flere frivillige oppfølgingsavtaler mellom ansatte og arbeidsgiver uten at det har vært brudd på rusreglementet underveis i kontraktperioden.

BHT har vært involvert i flere enkeltsaker som omhandler brudd på rusreglementet, både med bakgrunn i enkeltansattes brudd på rusreglementet og svinn av medikamenter. Foretaket har sett noen utfordringer rundt svinn, og BHT har vært en bidragsyter til en tydeliggjøring av prosedyreverket. Flere prosedyrer er nå samlet i en. Sikkerhetssjef blir alltid involvert i saker som angår svinn. BHT har deltatt i arbeidsgruppe sammen med service- og sikkerhetsavdelingen, fagavdelingen, Sykehusapoteket og HR i arbeidet med nye sammenfattende prosedyrer vedrørende håndtering av A- og B preparater på enhetene.

Det er viktig at verneombud og tillitsvalgte har en rolle i det forebyggende arbeidet. Det er ønskelig at tillitsvalgt er med fra starten i konkrete saker.

Ved påvist misbruk får medarbeider i de aller fleste tilfeller tilbud om hjelp i henhold til retningslinjene i rusreglement for SSHF. Avklaring skjer i enkelte saker i samarbeid med Statsforvalteren. Oppfølgingen skjer da i samarbeid med leder og behandlerapparat, og det utformes kontrakt som regulerer arbeidsforholdet. Det er et frivillig tilbud, men dersom medarbeider ikke ønsker å delta i en slik oppfølging, blir saken behandlet som en personalsak med vurdering av arbeidsforholdet.

5.4 Varsling om kritikkverdige forhold

Arbeidstaker har rett til å varsle om kritikkverdige forhold i arbeidsgivers virksomhet. Med kritikkverdige forhold menes forhold som er i strid med rettsregler, skriftlige etiske retningslinjer i virksomheten eller etiske normer som det er bred tilslutning til i samfunnet, for eksempel forhold som kan innebære fare for liv og helse, uforsvarlig arbeidsmiljø eller brudd på personopplysningsikkerheten.

Sørlandet sykehus ønsker ha å ha et åpent ytringsklima og å legge godt til rette for at ansatte kan varsle om kritikkverdige forhold. En revidert retningslinje, Varsling av kritikkverdige forhold – SSHF, ble vedtatt av administrerende direktør den 3.5.2022. Retningslinjen ble utarbeidet på bakgrunn av en evaluering gjennomført høsten 2021.

En sentral endring fra tidligere rutine er at varslingsombudet ble erstattet med et varslingsutvalg som både skal gi råd, motta varsler, vurdere videre håndtering og være et kompetanseorgan for varslingsordningen. Endringen bygger på at riktige beslutninger best kan oppnås ved drøftinger mellom flere med ulik kompetanse. Varslingsutvalget ved SSHF består per i dag av personalsjef, juridisk rådgiver og hovedverneombud.

Retningslinjen er tilgjengelig for ansatte på EK-Web og via en egen side om varsling på intranett. Regelverket om varsling og varslingsordningen i SSHF har i 2022 vært tema på Den lille lederskolen to ganger.

I 2021 mottok varslingsutvalget fire varslingssaker. I tillegg ble tre meldinger/bekymringer behandlet i linja med bistand fra HR-seksjonen. Tallene fra 2022 er veldig like disse. Åtte saker kom inn til vurdering i varslingsutvalget, og en sak har vært behandlet i linja.

I tre av sakene var temaet trakassering. En sak gjaldt arbeidsmiljø /overbelastning. I to var temaet gjengjeldelse etter tidligere varsling. En sak gjaldt pasientsikkerhet.

I tre saker ble konklusjonen at det ikke forelå kritikkverdige forhold. I en sak kunne man ikke konkludere fordi det bare sto ord mot ord etter undersøkelsen. I to saker ble det gjort vurderinger av om saken falt inn under varslingsordningen og skulle undersøkes. Konklusjonen var at sakene var forsvarlig fulgt opp i foretaket tidligere. En sak ble etter gjennomgang og drøfting i varslingsutvalget, oversendt fagavdelingen for oppfølging som avvikssak. En sak ble oversendt til oppfølging i linja utenom varslingsordningen. En sak ble etter avtale fulgt opp av en virksomhet utenom SSHF.

Behandlingen av en varslingssak avsluttes formelt ved en konklusjon om hvorvidt det foreligger eller ikke foreligger et kritikkverdig forhold som definert i aml. § 2 A-1. Deretter skal varsler og omvarslede gis skriftlig orientering om konklusjonen. Ansvar for oppfølging, beslutning og iverksettelse av eventuelle tiltak er overlatt til linjeledelsen.

Rapportene inneholder ofte veiledning opp mot håndteringen som har vært, og anbefalinger om oppfølging. Selv om identifisering av tiltak kommer i etterkant av avsluttet varslingssak, sier flere av sluttrapportene noe om hvilke tiltak som er/vil bli iverksatt. Eksempler på kategorier av tiltak som er igangsatt basert på sakene behandlet i 2022 er følgende:

- Oppfølging av konkret arbeidsforhold, midlertidige eller varige endringer (personalkonsekvens)
- Oppfølging på gruppenivå (bistand fra bedriftshelsetjenesten, oppfølging i arbeidsmiljøet)
- Oppfølging på individnivå (konflikthåndtering, gjenopprettelse av tillit mellom kolleger, medarbeidere og ledere)
- Lederstøtte
- Endringer i rutiner og prosedyrer (utarbeide og presisere retningslinjer)

5.5 Målsetning 2023

- Gjennomføre undersøkelsen ForBedring med en høy svarprosent, som igjen gir et godt grunnlag for lokalt forbedringsarbeid. SSHF skal i 2023 gjennomføre en pasientsikkerhetsundersøkelse i klinikkene. Denne sendes ut 22. mai og svarene foreligger etter sommeren.

6 Ergonomi

Bedriftsfysioterapeuten kartlegger arbeidsplasser og risikovurderer ergonomiske forhold, gir råd ved ombygginger og nybygg, gir råd ved innkjøp av utstyr samt om hvordan de ansatte kan unngå unødig fysisk belastning.

Hjelp til ansatte gis gjennom informasjon om gunstig bruk av kroppen i arbeid og på fritid og råd om riktig utstyr samt bruk av utstyret. Råd gis også til de som er ansvarlige for innkjøp slik at de kan gjøre innkjøpene til beste for ansatt og bedrift. Ved nybygg og ombygginger er bedriftsfysioterapeuten helst med fra planleggingsstadiet og er derfor avhengig av involvering fra prosjektledere i henhold til SSHFs gjeldende policy og prosedyrer.

Rådene er i størst mulig grad basert på forskning og forskrifter/lover gitt av offentlige organer og forskningsinstitusjoner.

I det daglige ergonomiske arbeid har arbeidsplassvurderinger, rådgivning gjennom kurs, råd innen ergonomi ved ombygginger/prosjekter, foredrag og besvarelse av spørsmål fra ansatte angående deres helse vært sentralt. Instruksjon i rehabiliterende og forebyggende aktivitet, samt råd om utstyr er også blitt gjort mot grupper og individer gjennom 272 enkeltoppdrag innen SSHF.

Bedriftsfysioterapeuten har i 2022 i hovedtrekk gjennomført følgende aktiviteter:

- Holdt foredrag/gruppeveiledninger der det er blitt undervist innen ergonomi/gunstig kroppsbruk
- Deltatt i AMU i Medisinsk serviceklinikk (MSK).
- Blitt involvert i prosjekter vedrørende nybygg/ombygginger/endringer i fysiske lokaler. Særsilt i år har vært angående flyttingen til Sandens våren 2023.
- Veiledet ansatte i Klinik for prehospitale tjenester (PTSS) i forflytning på forflytningssamling.
- Igangsetting og oppfølging av ny databrilleavtale med Brilleland i SSHF.
- Gitt individuelle råd til ansatte i SSHF.

Det arbeides med en ny ordning for forflytningslære i organisasjonen blant annet fordi det er mangel på egnede lokaler for samlinger. Det har også historisk sett vært lavt antall oppmøtte ved samlingene. Med alt utstyret det innebærer å ha samlinger, senger, rullestoler med mer, samt at det ikke er optimalt at forflytningsveilederne å måtte reise langt fra arbeidsstedet, trengs det en modernisering av systemet for opplæring.

Vi har i 2022 laget ett system i vårt intranett der ledere gir informasjon om hvem som til enhver tid er forflytningsveileder og det er lagt informasjon tilgjengelig med blant annet e-læringskurs for ansatte innen forflytning.

6.1 Målsetning 2023

Forbedre SSHFS system for forflytningsveiledere og forflytningsopplæring, øke de ansattes kunnskap om forebygging av muskel/skjelettplager, starte planleggingen av ett system for hvordan ledere lettere skal kunne risikovurdere ergonomiske forhold i enheten.

7 Yrkeshygieniske kartlegginger og rådgivning

Yrkeshygieniker i BHT har i 2022 bistått med ni målinger og kartlegginger av inneklima og støy ved ulike avdelinger/enheter i SSHF. I tillegg har vi bistått med evalueringer og rådgivning av mer generell karakter innenfor fysisk arbeidsmiljø, HMS og bygningsmessige forhold, samt andre kjemiske/biologiske faktorer.

Bistand i planlegging av byggetiltak og bygningsmessige endringer inngår også i tjenesten.

BHT ved yrkeshygieniker og HMS-rådgiver har bistått organisasjonen i opplæring og bruk av stoffkartoteket EcoOnline for å bidra til at enhetene oppdaterer sine respektive kjemikaliebeholdninger. Andel kjemikalier risikovurdert er noe over 60 %. Rundt 15 personer har deltatt på opplæring om kjemikalier og HMS.

7.1 Målsetning 2023

BHT ved yrkeshygieniker bistår organisasjonen med målinger og kartlegginger av inneklima, støy, radon og andre kjemiske/biologiske faktorer etter behov.

I forbindelse med vernerundene skal enhetene oppdatere sine kjemikaliebeholdninger, og enhetene skal ha dedikerte stoffkartotekansvarlige til å holde kartoteket à jour og risiko vurdere kjemikalierne på lokasjonen. Andel risikovurderte kjemikalier i SSHF bør økes til minimum 80 %.

BHT legger opp til gjennomføring av inntil tre e-læringskurs om stoffkartoteket, HMS og kjemikalier med risikovurdering.

BHT vil være tilgjengelig for å bistå enhetene med vurdering av yrkeshygieniske faktorer vedrørende planlagte endringer i arbeidsplassene/lokaler etter behov, herunder bistand i forbindelse med søknad om Arbeidstilsynets samtykke i byggesaker.

8 Sikkerhet

Arbeidet med sikkerhet i sykehuset retter seg mot de alvorligste hendelser som sjelden skjer i norske sykehus samt trusler- og voldssituasjoner som forekommer relativt hyppig. Både avdelinger og stab jobber med risikoreducerende tiltak for å sikre pasienter, besøkende og ansatte mot tilsiktede uønskede hendelser. Fokus er i hovedsak fysisk sikring, risikovurderinger og opplæring.

Utbygging av sikringstiltak basert på sikringsrisikoanalyser pågikk gjennom hele året og videreføres i 2023.

Arbeidet med e-læringsprogrammet i trusler og vold ble slutført og implementert i Læringsportalen som en grunnlærende opplæring med fokus på forebygging av truende hendelser.

8.1 Målsetning 2023

Fysiske sikringstiltak ved SSA, SSK og SSF ferdig utbygd iht sikringsrisikoanalyser fra 2016.

Oppdatere sikringsrisikoanalysene for de alvorligste hendelsene som kan ramme mennesker som oppholder seg i sykehuset.

Alle risikovurderinger i trusler og vold på enhetsnivå registrert i ros-modulen i kvalitetsportalen.

9 HMS-indikatorer

Rapportering av HMS-indikatorer til HSØ er tatt ut fra Kvalitetsportalen.

indikator tertiarvis	beregning	frekvens	
		2022	2021
1. Fraværsskadefrekvens	$\frac{\text{fraværsskader x 1 000 000}}{\text{arbeidstimer}}$	11,58	9,33
2. HMS-hendelser (frekvens)	$\frac{\text{HMS-hendelser x 1 000}}{\text{månedsverk}}$	33	26
3. Lukkerate HMS-hendelser per 31. des.	$\frac{\text{lukkede hendelser}}{\text{totalt antall hendelser}}$	0,74	0,72
4. Vold og trusler	totalt antall	1001	732
- psykiatri	$\frac{\text{antall vold og trusler x 1 000}}{\text{månedsverk}}$	62	44,3
- somatikk inkl. PTSS		2,9	2,4
5. HMS-handlingsplaner årlig	$\frac{\text{aktive HMS-handlingsplaner}}{\text{totalt antall}}$	80 %	80 %

10 Inkluderende arbeidsliv og sykefravær

Fagansvarlig avdeling: Organisasjonsavdelingen, bedriftshelsetjenesten (BHT).

Nåværende IA-avtale utløp 31.12.22 og er forlenget ytterligere i 2 år til 31.12.24. IA-avtalen gjelder for alle virksomheter i Norge. Målet med IA-avtalen er å legge til rette for at så mange som mulig kan arbeide så mye som mulig, så lenge som mulig. Avtalepartene er enige om en målrettet innsats mot bransjer og sektorer og ett av bransjeprogrammene omhandler helsesektoren.

I henhold til avtalen og relevant lovverk, forplikter alle ledere i SSHF seg til å jobbe systematisk for å nå disse målene. Arbeidsgiver har en særskilt plikt til å vurdere individuell tilrettelegging for medarbeidere med redusert arbeidsevne, så langt det er mulig. Medarbeiderne har også plikt til å medvirke for å finne gode løsninger. Målet er å hindre at medarbeidere faller ut av arbeidslivet, slik at man unngår tap av ressurser, kompetanse og derigjennom opprettholder kontinuitet i arbeidslivet. Alt IA-arbeid er forankret i linjeledelsen. Rådgivere i bedriftshelsetjenesten bistår lederne i IA-arbeidet.

«Der skoen trykker»

Med. post 2C Sørlandet sykehus Arendal (SSA) er pilot for denne modellen i SSHF. Leder ved 2C, innsatsteamet i bransjeprogrammet, stab og BHT har deltatt i piloten. Arbeidet med rapport, tiltak, gjennomføring av tiltak og evaluering ble påbegynt i 2021 og er videreført i 2022. Grunnet utfordrende driftssituasjon ved SSA vil evaluering gjennomføres i 2023.

10.1. Geografisk IA-utvalg

Det er IA-utvalg ved alle lokalisasjonene; Arendal, Flekkefjord og Kristiansand, med representanter fra alle klinikkene. Dersom en medarbeider på grunn av redusert arbeidsevne ikke lenger kan jobbe i egen klinikk, blir de meldt inn til IA-utvalget for vurdering opp mot ledige stillinger i hele SSHF. Flere møter har blitt avlyst i 2022 fordi det ikke er meldt inn saker.

10.2. Omplasseringer

Det ble i 2022 foretatt seks omplasseringer av medarbeidere på grunn av sykdom. Dette er omplassering til passende stilling i annen klinikk. I tillegg omplasseres en del ansatte innen de ulike klinikkene uten at organisasjonsavdelingen/BHT er involvert. Bedriftshelsetjenesten som bistår leder og ansatt i omplassingene, registrerer at det også i 2022 har vært utfordrende å finne passende stillinger til ansatte med redusert arbeidsevne.

10.3. Aktivitet

Sykefravær har vært tema på Den lille lederskolen i 2022. HMS-grunnkurs med tema IA ble gjennomført i vår og høst 2022.

Gjentatt fravær

Foretaksledelsen ved Sørlandet sykehus vedtok høsten 2022 å videreføre det særskilte arbeidet med gruppen medarbeidere som har gjentatte sykefravær over flere år. Det er klinikkene som er ansvarlig for å gjennomføre oppfølgingen. Stab og BHT bistår i arbeidet. Målet er å øke nærværet for den enkelte og avklare arbeidsevne.

BHT poliklinikk

BHT poliklinikk ble høsten 2021 opprettet som et lavterskeltilbud for råd og veiledning med tanke på forebygging og oppfølging av sykefravær hos medarbeidere i SSHF. BHT registrerer at det har vært mange henvendelser knyttet til temaet i 2022.

Råd- og diskusjonsgrupper

Råd- og diskusjonsgrupper ble gjeninnført høsten 2022 for ledere i KPH og i somatikk SSK.

«Gravid på jobb»- ordning

SSHF har siden 2011 hatt en permanent ordning «Gravid på jobb» med ansatte jordmødre ved SSA, SSF og SSK i totalt 60 % stilling. Dette for å bistå ledere og gravide medarbeidere. Målet for «Gravid på jobb» er å trygge de gravide til å være i jobb, forebygge og redusere sykefravær gjennom samtaler og individuell tilrettelegging. Metoden går ut på å gjennomføre tre trekantsamtaler mellom gravid medarbeider, nærmeste leder og jordmor i løpet av graviditeten.

Oversikt gravide medarbeidere SSHF – Høst 2021 – høst 2022:

Antall gravide ()	Samtale 1	Samtale 2	Samtale 3	Totalt
SSA (35)	35	17	5	57
SSK (107)	99	80	74	253
SSF (12)	12	7	3	21
Totalt 154	146	104	82	332

Fra høsten 2021 til høsten 2022 har 154 gravide medarbeidere ved SSHF vært registrert i ordningen. I perioden har det vært gjennomført 332 samtaler mellom gravid medarbeider, leder og jordmor.

10.4. Statistikk

Det samlede sykefraværet ved SSHF var i 2022 på 8,4 prosent. Dette er en økning på 0,37 prosentpoeng fra 2021.

10.5. Målsetning 2023

Målsettingen for gjentatt fravær i 2023 er å bistå ledere i klinikkene for å restarte arbeidet og gjennomføre avklaringsmøter innen gjentatt fravær samt bidra til at arbeidet på sikt inngår som en del av driften i klinikkene.

11 Beredskap

Fagansvarlig avdeling: Fagavdelingen

SSHF skal være rustet til å kunne behandle og vurdere pasienter i hele SSHF, uansett hendelse og situasjon. Hensikten med beredskapssystemet er at foretaket skal levere tjenester i henhold til helseberedskapslovens §1-1 om å «... å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid. For å ivareta lovens formål, skal virksomheter loven omfatter kunne fortsette og om nødvendig legge om å utvide driften under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, på basis av den daglige tjeneste, oppdatert planverk og regelmessige øvelser ...».

For å oppnå denne hensikten har vi høsten 2022 jobbet med å definere en ytelsesramme. Dette er rammer som setter grensene for det virksomheten har ambisjon om å kunne håndtere. Vår overordnede målsetting er at ytelsesrammene skal forankres i NATOs seven baseline requirements for et robust samfunn mot alle trusler. Det betyr at foretakets beredskapssystem skal:

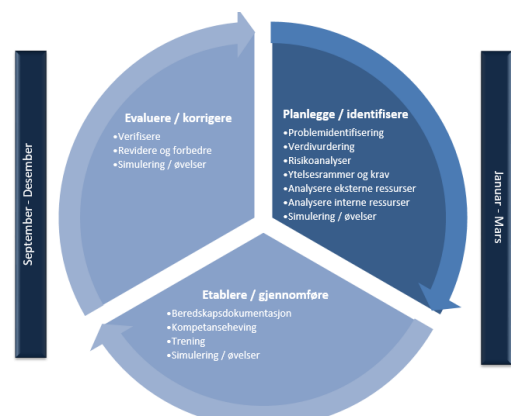
- I. sikre kontinuitet innen vårt ansvarsområde og i vår tjenesteleveranse
- II. sikre at virksomheten har robust energiforsyning
- III. bidra til at vår region kan håndtere ukontrollerte masseforflytninger av mennesker
- IV. sikre at virksomheten har robust mat- og vannforsyning
- V. sikre vår evne til å håndtere masseskadesituasjoner
- VI. sikre robuste kommunikasjonssystemer (IKT)
- VII. sikre robuste transportsystemer

11.1 Forbedringsarbeid

Seksjonen har i 2022 hatt særlig oppmerksomhet rettet mot CBRNE-beredskapen. Dette har resultert i revidert planverk som det er blitt trent i.

Utover det har seksjonen gjennomført flere tiltak for å styrke beredskapskompetansen i foretaket. Vi har blant annet gjennomført opplæring av beslutningstakere på taktisk nivå ved våre tre sykehus, diskusjonsøvelse med foretaksledelsen, fagdag for loggførere og kompetanseseminar for sykehuset i Flekkefjord, som forberedelse til øvelse Titania.

Øvingsaktiviteten har tatt seg opp i 2022. I september deltok foretaket på en fullskala samvirkeøvelse i Lindesnes hvor vi trente taktisk og operasjonelt nivå i PTSS. Vi deltok også på stabsøvelsen Titania hvor vi trente det operasjonelle nivået ved SSF. I sistnevnte øvelse trente SSF



Figur 1

på å benytte sine reviderte beredskapsplaner ut i fra å være et sykehus uten traumefunksjon.

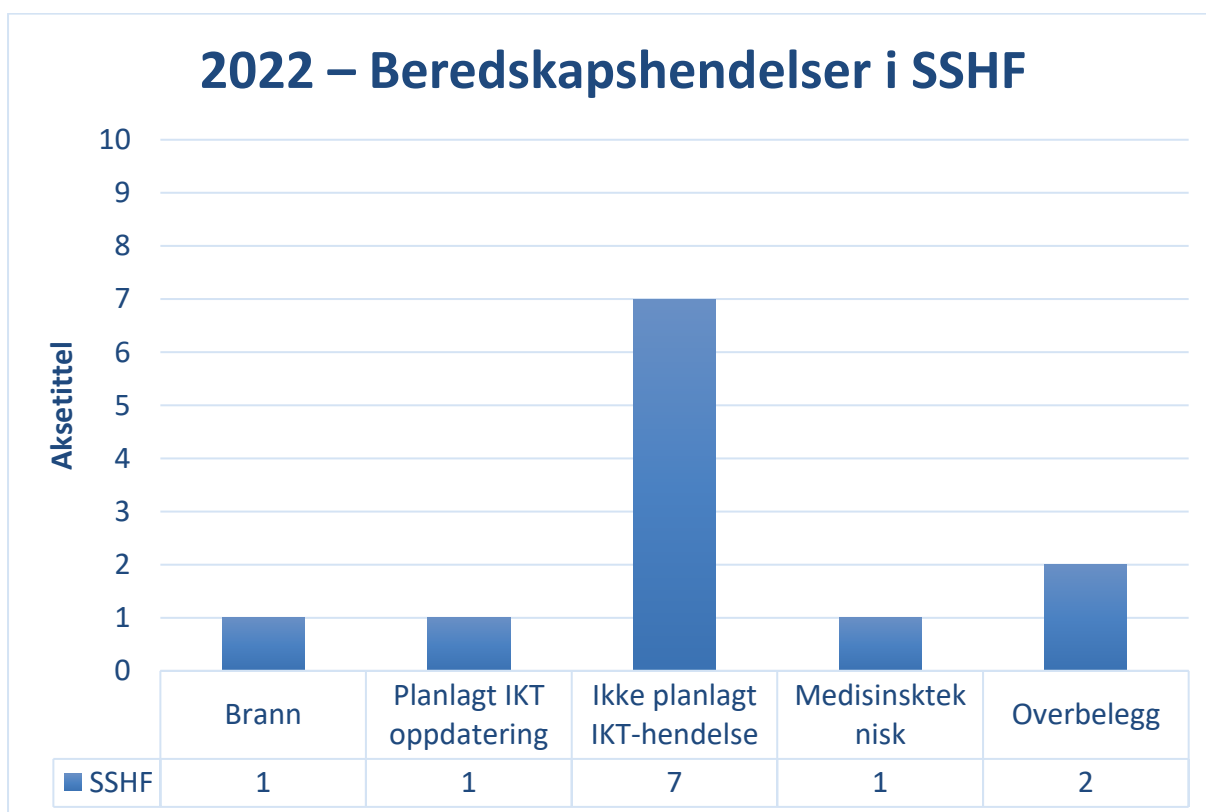
Høsten 2022 har ellers vært preget av at seksjonen har utarbeidet en beredskapsprosess som har til hensikt å systematisere vårt strategiske arbeid innenfor beredkapsområdet (figur 1).

11.1 Beredskapshendelser

Året 2022 har vært preget av normalisering etter langvarig pandemi og en internasjonal krise som følge av krigen i Ukraina. I tillegg har vi måtte forholde oss til en nasjonal trusselvurdering satt til høyeste nivå som følge av skytingen i Oslo sentrum.

I 2022 etablerte SSHF grønn beredskap 12 ganger og gul beredskap 1 gang. Det ble ikke satt rød beredskap. Av disse hendelsene er en hendelse ekstern, mens de øvrige hendelsene er interne. Av de interne hendelsene peker evalueringene på en sårbar IKT-beredskap. Det er derfor satt ned en arbeidsgruppe som jobber med å forbedre dette planverket. Arbeidet ledes av avdeling for teknologi og innovasjon med støtte av beredskapsseksjonen.

I tillegg til uønskede hendelser som medførte økt beredskap har beredskapsseksjonen håndtert en rekke beredskapshendelser som ikke medførte økt beredskap. Her er det særlig hendelser knyttet til legemiddelberedskap, evakuering fra Ukraina og det akuttkirurgiske tilbudet i Flekkefjord som var dominerende.



11.2 Målsetning 2023

- Revidere beredskapsplaner for teknologiområdet.
- Risikovurdere og revidere planer innen forsyningssikkerhet.
- Styrke foretakets krisehåndteringskompetanse med særlig fokus på overordnet kriseledelse (OKL) og stedlig kriseledelse (SKL).

12 Brannvern

Fagansvarlig avdeling:

- Teknologi og e-helse: Bygg og tekniske installasjoner.
- Medisinsk serviceklinikk, service- og sikkerhetsavdelingen: Organisatoriske forhold, opplæring.

12.1 Øvelser og opplæring

Sykehuset utarbeidet i 2020 en ny plan for brannopplæring basert på vurdert risiko i de ulike avdelingene. Opplæringen består både av praktisk opplæring i bruk av slukkeutstyr, e-læring og sjekkliste for å bli kjent i med slokkemidler og evakueringsveier i egen enhet.

I 2022 hadde sykehuset for lav deltakelse i praktisk bruk av slokkemidler: 56 % av ansatte som var satt opp med praktisk slokkekurs i 2022 på SSK gjennomførte og 77 prosent på SSA.

Det har ikke vært mulig å få ut statistikk for gjennomført e-læringskurs og gjennomført sjekkliste i 2022.

12.2 Branntilsyn – Teknologi og e-helse

Brannvesenet gjennomførte ikke branntilsyn i 2022. Planlagte tilsyn ble utsatt til 2023 grunnet skifte av personal. Forsikringssselskap hadde gjennomgang på bygg i Arendal, både på og utenfor hovedområdet.

Det ble i disse ikke avdekket nye brannavvik.

12.3 Bygningsmessige forhold – Teknologi og e-helse

Arbeidet med å utbedre avvik i tråd med handlingsplaner for brann har fortsatt på både SSA og SSK og SSF. SSA er tilnærmet ferdig. SSK er ferdig med hovedtiltak men mange mindre tiltak gjenstår. SSF er omlag halveis med tiltakene.

Bygningsmassen for øvrig preges av et stadig økende vedlikeholdsetterslep. Etterslepet er over 3,3 mrd pr 2020 og øker årlig med mer enn 100 mill. kr. Det er spesielt store etterslep på anlegg for ventilasjon, elektro, heiser, automatikk og så videre. Også det bygningsmessige etterslepet er stort. Nybygg psykiatri er under oppføring og ventes ferdig i våren 2023. Oppstart av konseptfase for nytt akuttbygg pågår. Begge disse tiltakene vil gi stor positiv nytte for pasienter og ansatte når de står ferdig. Det er innført internhusleie ved foretaket i tråd med føringer fra HSØ.

12.4 Målsetting 2023

Øvelser og opplæring: Det er en målsetting at 80 % av ansatte skal gjennomføre opplæring iht plan i kompetanseportalen.

13 Smittevern

Smittevernheten (SME) er organisert under fagavdelingen og seksjon for kvalitet- og pasientsikkerhet.

13.1 Generelt

SSHF skal sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet uavhengig av smittestatus. Pasienter, ansatte eller andre skal ikke bli påført infeksjoner i helsetjenesten. For å få det til må vi ha gode systemer. Infeksjonskontrollprogram (IKP) er grunnlaget for dette. Det er lovpålagt for alle helseinstitusjoner å ha IKP og ledelsen er ansvarlig for at det blir utformet, iverksatt og vedlikeholdt.

IKP omfatter alle nødvendige tiltak for å forebygge og motvirke at infeksjoner oppstår og spres i institusjonen, og for å håndtere smitteutbrudd. Smittevernenheten (SME) jobber kontinuerlig for at SSHF skal ha et IKP med retningslinjer og prosedyrer som er oppdaterte i henhold til nasjonale veiledere, forskrifter og lover, og at de er kunnskapsbaserte og nyttige for ansatte i klinikken. IKP inneholder ca. 160 retningslinjer og prosedyrer, inkludert ca. 15 koronaretningslinjer hvorav ca. halvparten av disse er plakater som viser på- og avkledning av aktuelt beskyttelsesutstyr.

- **Systematisk opplæring**

Ansatte i SSHF skal alltid være rustet til å håndtere pasienter som kommer til sykehuset uavhengig av smittestatus. De skal ha opplæring i risikovurdering, hvordan de kan praktisere smitteverntiltak for å beskytte seg selv og pasienten, og utstyret skal være av god kvalitet og lett tilgjengelig.

SME jobber systematisk med obligatorisk opplæring i smittevern for alle ansatte. Disse kursene inneholder temaene håndhygiene, basale smittevernrutiner, isolering, om infeksjonskontrollprogrammet og hvordan man finner fram på smittevernsiden på EK Web, samt kunnskapstest i smittevern. Flere og flere avdelinger utarbeider opplæringsplaner i kompetanseportalen, der de obligatoriske kursene innen smittevern er inkludert. Enkelte enheter har i tillegg innlemmet andre ikke-obligatoriske kurs innen smittevern, som f.eks. husøkonomavdelingen som bruker e-læringskurset om smittevask, og flere kliniske avdelinger som har lagt til forebygging av stikk- og blodsøluhell.

Det er utarbeidet plakater og videoer for bruk av beskyttelsesutstyr ved ulike smitteregimer, inkludert for covid-19.

- **Undervisning**

SME bidrar vanligvis med mye undervisning til de fleste yrkesgrupper i SSHF på ulike nivå. Vi når vanligvis mange hundre hvert år med undervisning. I 2022 ble de fleste restriksjonene pga. pandemien opphevet og vi kunne gradvis gjenoppta undervisning ute på avdelingene, på fagdager o.l.

SME har i 2022 deltatt på to HMS-grunnkurs for ledere, tillitsvalgte og verneombud. SME deltar også i undervisning av sykepleierstudenter i begynnelsen av hver praksis. I 2022 er dette gjennomført både digitalt og fysisk.

- **Legeundervisning i smittevern**

Leger skal gjennom samme smittevernundervisning som øvrige ansatte med pasientkontakt. I tillegg skal de ta e-læringskurs i antibiotikastyring. Simuleringsundervisning i smittevern for nye LIS1 har fortsatt i 2022 og SME har deltatt med heldagsundervisning. Denne simuleringsdagen har avdekket en noe lavere smittevernkompetanse hos leger som har studert i utlandet og viser at smittevernkursing og simulering er viktig og nyttig.

- **OUS Campus sør**

OUS Campus sør, der deler av medisinstudiet kan tas i SSHF, er i gang. SME ønsker å bidra for å etablere gode smittevernrutiner hos leger allerede fra studietiden. For å møte morgendagens pasienter og sikre at helsepersonell ikke påføres smitte i yrkessammenheng, så er smittevernundervisning helt nødvendig.

- **Nasjonale kampanjer**

SSHF deltok første uken i mai på nasjonal håndhygienedag med fokus på håndhygiene i enhetene ved hjelp av ulike virkemidler; filmer, quiz, e-læring. I tillegg deltok vi på markering av den europeiske antibiotikauken i november, med quiz, informasjon om webinar i regi av Nasjonalt kompetansesenter for antibiotika (KAS).

- **Samarbeidende aktører**

Smittevernkontakter, fagsykepleiere og ledere er viktige aktører i klinikken for å sette smittevern på dagsorden. De skal sørge for at obligatorisk opplæring gjennomføres. Ved smittevernsspørsmål har SME lav terskel for å komme til enhetene for avklaring f.eks. om ESBL (extended spectrum beta-laktamase) og andre mikrober, avfallsrutiner, screening, basale smittevernrutiner, etc.

Smittevernkontaktmøter arrangeres vanligvis to ganger per semester. I 2022 arrangerte vi to digitale møter felles for hele HFet. Dette er noe vi vil videreføre.

- **Kjemiske og biologiske farer**

SME oppfordrer ansatte til å bruke produktdatablad og sykehusets retningslinjer når kjemiske stoffer benyttes, f.eks. desinfeksjonsmidler ved smittevask, ved skoprengjøring osv. Vi har utarbeidet retningslinjer og anbefalinger for håndtering av smittefarlig avfall, samt kunnskapstest og flytskjema slik at ansatte lettere kan håndtere dette på en forsvarlig måte.

I samarbeid med teknisk avdeling sjekkes og vurderes legionellanivåer i sykehusets vannsystem regelmessig, samt trykkforhold i sykehusenes luftsmitteisolater, etc.

- **Deltakelse i produkråd og brukerråd**

Via deltakelse i produkråd i Helse Sør-Øst og via SSHF sykehusinnkjøp vurderer SME bl.a. kvaliteten på personlig beskyttelsesutstyr og ulike desinfeksjonsmidler. I 2022 har disse møtene foregått delvis digitalt/delvis med fysisk oppmøte. Leveranser av beskyttelsesutstyr til sykehuset kom som forventet i 2022.

13.2 Mikrober som har betydning for smittevern

Tuberkulose

Det har vært tre smittesporingsaker i SSHF på grunn av uventet funn av tuberkulose i 2022, to i SSA og én i SSK. Én av pasientene var åpenbart smitteførende, de to andre i mindre grad. Smittesporingen omfattet flere avdelinger i SSA og SSK. Det er ikke påvist sekundærsmitte.

Uventede funn av resistente bakterier

I 2022 har SME bistått i oppfølging av 15 tilfeldige funn av resistente bakterier. 2 tilfeldige funn av ESBL-produserende *Klebsiella pneumoniae* (SSK 1 og SSA 1). 9 tilfeldig funn av MRSA (SSK 5 og SSA 4). Ingen sekundære smittetilfeller ble funnet.

Ett nytt tilfelle av MRSA ble oppdaget i smittesporing på en av avdelingene. Nærmere undersøkelse viste at dette tilfellet ikke hadde forbindelse med antatt indexkasus. Vedkommende er fulgt opp etter gjeldende rutine.

VRE i norske sykehus

Det har vært utbrudd av *vancomycinresistente enterokokker* (VRE) ved flere sykehus i Norge. SME har bidratt med å sikre screening av pasienter som overføres mellom sykehus, og for å hindre smitteutbrudd ved Sørlandet sykehus HF.

Covid-19

På tross av økende smitte i samfunnet avsluttet FHI de aller fleste covid-19 forholdsregler i mars 2022. SME reviderte retningslinjer og prosedyrer ettersom vi nærmet oss en normalisering av driften. På høsten kom bølgen av covid-19, influensa og RS-virus samtidig, og rett før jul ble det igjen behov for å innføre krav om bruk av munnbind for ansatte og besøkende. SSHF har vært forskånet for større utbrudd av covid-19 blant personalet.

Nasjonale utbrudd

Pseudomonas aeruginosa

Smittevernenheten deltok i regional smitteutbruddsgruppe i forbindelse med utbruddet av *Pseudomonas aeruginosa*. Dette utbruddet ble oppdaget på intensivavdelingen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge i Helse Nord. Også ved SSHF ble bakterien påvist hos flere pasienter. SME deltok i et stort detektivarbeid med kartlegging av produkter benyttet på pasientene, noe som bidro til at Oslo universitetssykehus etter hvert kunne påvise at kilden var pre-fuktede vaskeservietter brukt til helkroppsvask av sengeliggende pasienter. Ingen pasienter døde som følge av smitten ved SSHF.

Serratia marcescens

Smittevernenheten deltok også i regional smitteutbruddsgruppe i forbindelse med utbruddet av *Serratia marcescens*. I alt ble bakterien påvist hos tre pasienter i SSHF. Det siste tilfellet som ble påvist i HSØ, var fra SSHF. Etter forespørsel fra Folkehelseinstituttet (FHI), har vi kartlagt produkter brukt på denne pasienten. Dette var et omfattende og viktig arbeid, selv om en felles smittekilde foreløpig ikke er påvist.

Flyktninger

I Ukraina er forekomsten av antibiotikaresistente bakterier mye høyere enn i Norge. Det har derfor vært et økt fokus og påminnelse fra SMEs side om at pasienter fra dette området screenes for aktuelle agens og holdes isolert til alle prøvesvar er klare. Vi har allerede sett verdien av slik screening på våre første pasienter fra Ukraina.

13.3 Stikkskader og blodsøl

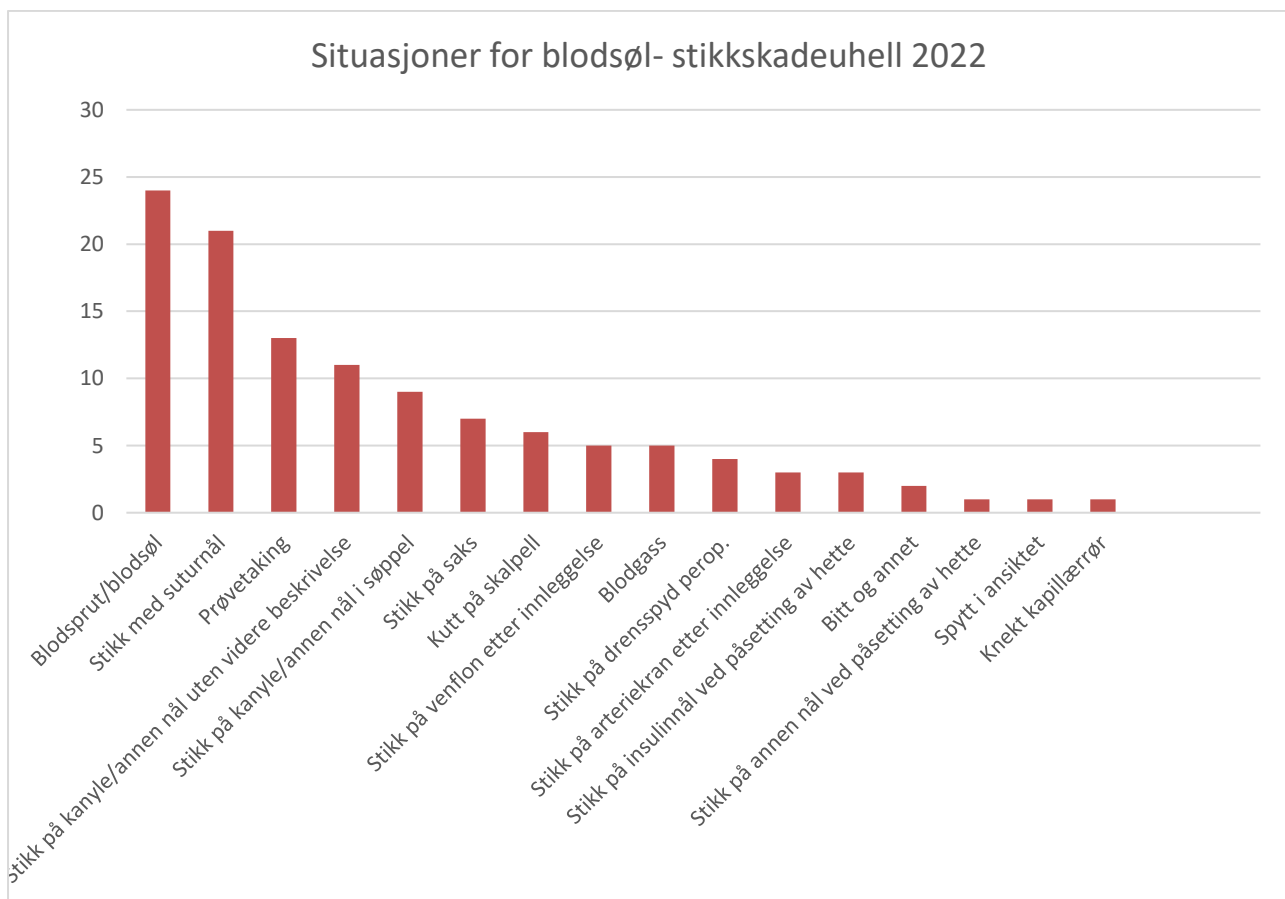
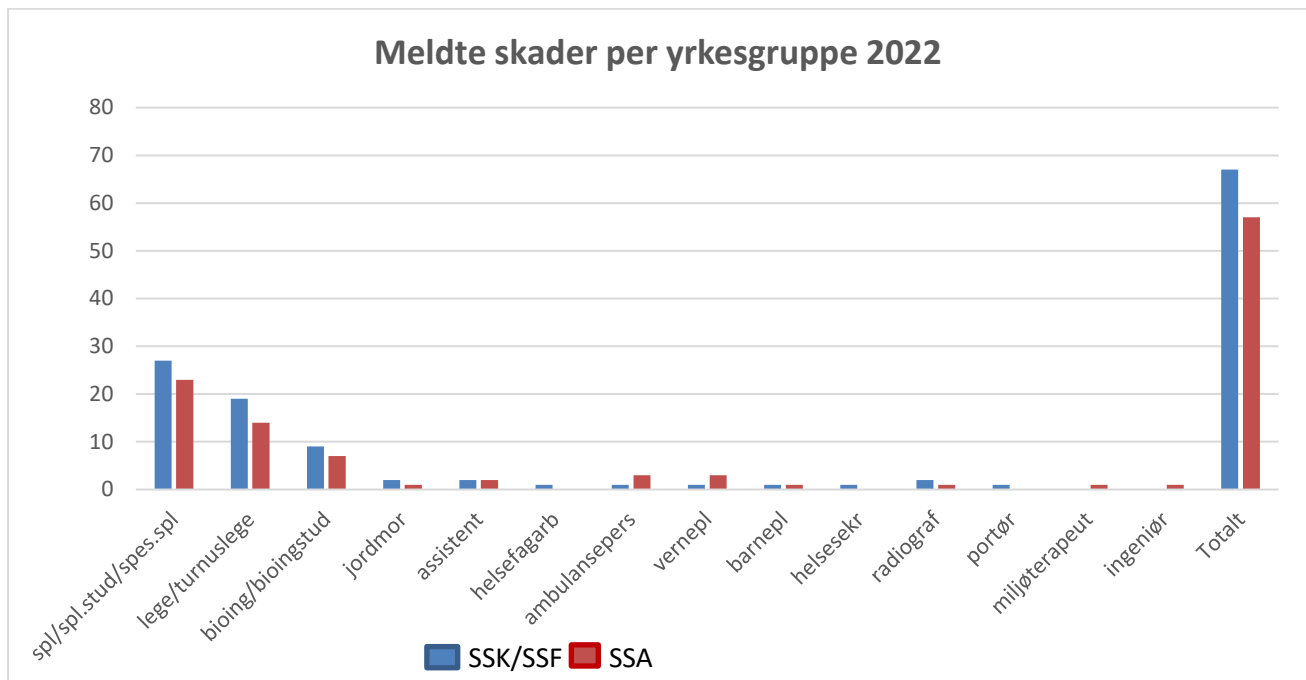
Det er meldt 124 stikkskader/blodsøl i SSHF i 2022 (SSF-2, SSK-65, SSA-57).

I SSK/SSF: skadene ble vurdert og eventuell vaksinerings fulgt opp. 9 skader ble videre fulgt opp med blodprøver grunnet ukjent eller smitteførende kilde. 58 av skadene ble avsluttet uten videre kontrollprøver grunnet kjent, ikke-smitteførende kilde.

I SSA er 9 saker fortsatt ikke avsluttet.

Det er ikke hittil ikke oppdaget smitte som følge av noen av skadene.

Systemet for melding av slike uønskede hendelser er per i dag ikke ideelt og vi mener at det fører til underrapporteringer.



13.4 Vaksinasjoner

I 2022 ble det ikke gjennomført kampanje for å øke **influensavaksinering** blant ansatte i sykehuset. Helse Sør-Østs krav om 75 % vaksinedekning blant helsepersonell gjaldt også for sesongen 2022/23. Selv uten kampanje har 88 % av ansatte i SSHF tatt influensavaksinen.

I SSF vaksineres ansatte av sykepleier i medisinsk poliklinikk, det føres ikke statistikk over vaksiner satt der. Se for øvrig oversikt i tabell nedenfor over vaksiner som er gitt i SSK og SSA i 2022.

Vaksine mot covid-19

I starten av 2022 ble tredje dose (påfyllingsdose) gitt til ansatte. De videre anbefalingene fra FHI om ytterligere påfyllingsdose inkluderte ikke noen anbefaling for helsepersonell. Ansatte som ønsket fjerde dose (andre påfyllingsdose) ble derfor henvist til egen hjemkommune.

Tabell over satte vaksiner i 2022

Vaksiner/År	SSA				SSK			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Engerix – B	42	53	41	66	102	95	56	95
Havrix/Vaqta	9	1	1	1	12	2	1	
Vaxigrip (influensa)		436	360	337		394	513 (36 stud.)	488 (38 stud.)
Boostrix					23	11	16	2
Boostrix polio	46	23	9	28	76	55	37	64
Twinrix	25	10	2	3	11	1	2	1
Varivax								2
Imovax polio					6	3	1	
MMR (vaxpro) (ny 2018)	15	6			11	9		
Influvac (ansatte)*	440				607 (90 stud.)			
Registreringer								
Egenerklærings skjema	657	632	985	1239*	1402	274		
Stikkskader/blodsp	39	36	54	57	111	89	88	67
Smittede ansatte	0	0	0	0	0	0	0	0
*Totalt antall egenerklærings skjema								

13.5 Målsetning 2023

- Jobbe systematisk videre med HMS- arbeidet i sykehuset.
- Implementering av nasjonal handlingsplan for et bedre smittevern 2019-2023 i SSHF.

14 Strålevern

Fagansvarlig avdeling: Medisinsk serviceklinikk

Strålevernsansvaret er organisert med en sentral strålevernkoordinator. Sentral strålevernkoordinator er i tillegg leder for strålevernutvalget som består av lokal strålevernkontakt ved radiologisk avdeling/seksjon i Arendal, Flekkefjord og Kristiansand, samt en fysiker fra senter for kreftbehandling (SFK) og en representant fra medisinskteknisk avdeling. Sentral strålevernkoordinator er plassert i Medisinsk serviceklinikk og rapporterer til klinikkssjef.

Lokale strålevernkontakter og sentral strålevernkoordinator har holdt undervisninger innen strålevern og apparatspesifikk opplæring til ansatte ved Sørlandet sykehus HF, men pga covid-19 har ikke opplæringen vært mulig å gjennomføre som ønsket. Oppmøtet på de undervisningene som har vært holdt har vært bra for de ulike personellkategoriene.

Sørlandet sykehus HF har i 2022 hatt 51 registrerte strålevernsmessige hendelser ved bruk av ioniserende stråling innen diagnostikk og behandling, og de fordeler seg på følgende måte:

Strålevern - operatørfeil	13
Strålevern - undersøkelse utført på feil pasient	1
Strålevern - undersøkelse utført på feil kroppsdel	4
Strålevern - teknisk svikt eller feil ved utstyr	11
Strålevern - annet	15
Strålevern - potensiell stråleskade - pasient	4
Strålevern - unormalt høy stråledose	1
HMS Strålevern - utilsiktet eksponering av arbeidstaker/3.person	1
HMS Strålevern - manglende bruk av verneutstyr	1

Tallene er hentet fra Kvalitetsportalen. Årlig utføres det over 135 000 undersøkelser/behandlinger av pasienter med bruk av ioniserende stråling.

14.1 Personelldoser

I 2022 er det registrert 130 arbeidstakere som har brukt persondosimeter ved Sørlandet sykehus HF, dosefordelingen er for disse som følger:

	SSA	SSF	SSK
0 mSv	12	3	26
0-1 mSv,	21	1	46
1-3 mSv	4	0	11
>3 mSv	4	0	2

Høyeste registrerte dose var 8,3 mSv, tilsvarende 2,6 mSv i effektiv dose. Maksimal tillatt effektiv dose i henhold til strålevernsforskriften er 20 mSv per år.

Det er de samme personellgrupper som hvert år får de høyeste dosene; kardiologer og radiologer som arbeider med angio- og intervensjonsundersøkelser, men en kan nå også se økende stråledose blant ortopedene.

14.2 Utslipp av radioaktive stoffer

Sørlandet sykehus HF har i 2022 hatt følgende beregnede utslipp av radioaktive stoffer til avløpsnettets via pasient fra nukleærmedisinsk virksomhet:

Nuklide	Årlig tillatt utslippsmengde [GBq]	Utslipp fra Sørlandet sykehus Kristiansand, for 2022 [GBq]
Tc-99m	800	196
I-131	45	16,5
I-123	24	7,1
I-125	0,08	0,024
Se-75	0,01	-
Ra-223	1	0,1
F18	50	19,2

Utslippene er innenfor utslippstillatelsen.

14.3 Radioaktivt avfall

Sørlandet sykehus HF har i 2022 ikke generert radioaktivt avfall som er deponeringspliktig.

14.4 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (Statens strålevern)

Sørlandet sykehus HF har i 2022 ikke hatt tilsyn fra Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet.

14.4 Målsetning 2023

Etter krevende år med lite undervisning, vil det for 2023 bli lagt fokus på å legge til rette for strålevernundervisning på aktuelle avdelinger.

15 Medisinsk teknisk utstyr

Fagansvarlig: Avdeling for teknologi og innovasjon, medisinskteknisk seksjon (MTS).

Seksjonen består av fire enheter;

- Medisinskteknologisk enhet, Kristiansand
- Medisinskteknologisk enhet, Arendal
- Medisinskteknologisk enhet, Flekkefjord
- Enhet for behandlingshjelpemidler

15.1 Virksomhetens omfang

MTS forvalter en utstyrspark av medisinsk teknisk utstyr (MTU) bestående av ca. 13.000 enheter, med en akkumulert historisk anskaffelsesverdi på over 1 milliard kroner.

MTS forvalter eieransvaret, og har ansvar for reparasjon og vedlikehold, loggføring vedrørende alle forhold i forbindelse med bruk av utstyret, kassasjon osv.

I 2022 ble det loggført ca. 17.800 tekniske oppdrag på utstyret, hvorav ca. 6.100 av oppdragene har vært periodisk vedlikehold. De resterende er klassifisert som uforutsette reparasjoner og annet arbeid i relasjon til utstyret.

15.2 Planlagt vedlikehold

MTU vedlikeholdes i all hovedsak i henhold til produsentens anbefalinger.

15.3 Opplæring

SSHF har retningslinjer for kartlegging, gjennomføring og dokumentasjon av opplæring i bruk av MTU for avdelinger som bruker MTU.

15.4 Behandlingshjelpemidler

I tillegg til MTU i bruk inne på sykehusene, er det ca. 19.200 utlån av medisinsk utstyr til pasienter som bor hjemme, men har startet behandling via spesialisthelsetjenesten, primært fra SSHF. SSHF eier utstyret, men enhet for behandlingshjelpemidler (BHM) har ansvar for håndtering av utstyret (anskaffelse, vedlikehold, reparasjon, veiledning og gitt opplæring). Enheten har også ansvar for utlevering av forbruksmateriell til pasientene for at utstyr skal kunne benyttes (f.eks. infusjon, respirator, CPAP, ernæring, oksygen og diabetes), ca. 2000 henvendelser i januar. 15.5 Avvik

Det er i 2022 meldt ingen uhell/nesten-uhell med medisinsk utstyr til Legemiddelverket.

15.6 Tilsyn

Det er i de seneste års tilsyn fra DSB ikke fremkommet avvik i virksomheten til MTS.

15.7 Målsetning 2023

MTS har definert følgende målsetting for 2023:

1. Redusere den forebyggende restanselisten til null
2. Implementering av nytt forvaltning-drift-vedlikeholdsystem (Medusa)
3. Lage en 5 års internrevisjonsplan
4. Gjennomføre internrevisjoner
5. Implementering av Win 10 på vår MTU
6. Lag den første MTU-områdeplanen, som vil hjelpe oss til å bli fremtidssikret med vår MTU.
7. Implementere en pilot for å finne MTU innenfor våre sykehus via RFID.
8. Implementering av kompetanseplan

16 Ytre miljø

Fagansvarlig avdeling: Eiendom, forvaltning og utvikling, energi- og miljørådgiver.

16.1 Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet har vedtatt at alle helseforetak skal være miljøsertifisert etter ISO 14001-standarden, og det er også bestemt gjennom oppdrag og bestilling at helseforetakene skal være ledende i arbeidet tilknyttet miljø og klima. Staten forventer at alle helseforetakene gjennomfører aktsomhetsvurderinger innenfor miljø og klima i tråd med anerkjente internasjonal standard (ISO 14001) for å identifisere og håndtere risiko som virksomheten påfører samfunn, mennesker, miljø og klima.

ISO 14001 er en internasjonal standard for oppbygging av miljøstyringssystem. Den inneholder detaljerte krav til hvordan et miljøledelsessystem skal bygges opp. Det kan også nevnes at Helse Sør-Øst i august 2020 signerte ti strakstiltak for å bidra til Grønn byggallianses «Eiendomssektorens veikart mot 2050».

Strakstiltakene er Grønn byggallianses klare anbefaling til bedre miljøprestasjon i tråd med anerkjent ISO 14001. De regionale helseforetakene har allerede vedtatt felles klima- og miljømål med indikatorer i spesialisthelsetjenesten. Det langsiktige målet er klimanøytral drift av spesialisthelsetjenesten innen 2045.

SSHF skal ha fokus på:

- Dokumentere årlig status i arbeidet med å nå de langsiktige målene innen klimaområdet.
- Videreføring av intern revisjoner for å ivareta kravene i tråd med standarden ISO 14001.
- Bidra i arbeidet med en nasjonal analyse av sårbarhet og tilpasningsbehov relatert til klimaendringer og helse.

En helhetlig forståelse av sammenhengene mellom tjenesteproduksjon, ressursbehov og forvaltning av ressursene er styrende for våre prioriteringer ved gjennomføring av investeringstiltakene. Hensynet til ytre miljø er derfor et satsingsområde for SSHF.

16.2 Miljøpolitikk

ISO 14001 krever at foretaket skal ha etablert en miljøpolitikk. Dette er gjort, og det overordnede målet er at SSHF skal redusere utslipp av CO₂ med 40% og energiforbruket med 20% innenfor 2030.

16.3 Internrevisjon

I 2022 har Sørlandet sykehus HF på lik linje med andre helseforetak besluttet til å ikke gå videre med tredjepartssertifiseringen som bli utført av DNV/kiWa tidligere. SSHF har jobbet grundig de siste årene og har et velfungerende miljøstyringssystemet på plass som ivareta kravene i tråd med ISO standarden 14001. Det ble besluttet at miljøledelsessystem ivaretas gjennom interne revisjoner samt mulighet til å samarbeid på tvers med de andre HFene. For å følge opp miljøledelsessystemet skal det jf. ISO-standarden og egne prosedyrer gjennomføres internrevisjoner innen utvalgte fokusområder. Energi- og miljørådgiver planlegger og gjennomfører disse revisjonene på vegne av direktøren, og status meldes til ledelsen gjennom ledelsens gjennomgang.

I september 2022 ble det gjennomført 5 internrevisjoner på ytre miljø. Totalt fikk vi 2 funn samt noen forbedringsmuligheter. Disse funnene er registrert i EK og følges opp med tiltak for å lukke disse innen fristen.

16.4 Klimaregnskap og rapportering

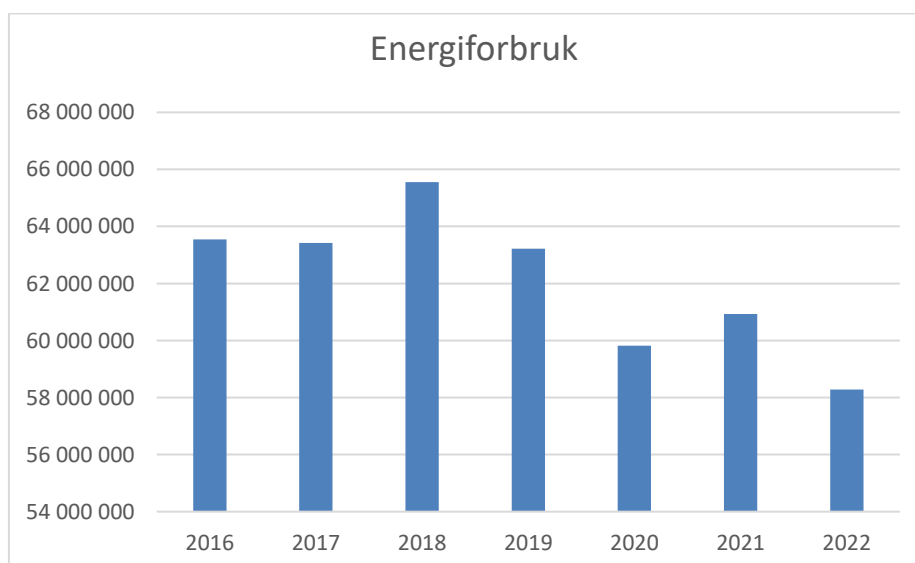
Tabellen under viser klimaregnskapet for 2022 oversendt til HSØ: -

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Energiforbruket (kWh)	63 543 658	63 419 877	65 549 858	63 218 506	59 821 997	60 933 418	58 284 707
Avfallsmengde (tonn)	1 739	1 727	1 705	1805	1797	1748	1628
Vannforbruket (m ³)	146 724	146 716	137 374	138 227	169 357	181 162	134 831
Flyreiser, ansatte (km)	3 365 138	2 996 973	3 133 201	3 333 932	3 063 310	715 458	1 855 568
Kjøring i tjeneste (km)	2 174 298	2 016 976	1 960 131	1 867 739	1 841 094	1 300 906	1 516 426

Kommentarer energiforbruk

Energiforbruket er i stor grad knyttet til oppvarming, kjøling og strømforbruk til utstyr. Endring i energiforbruk kan i stor grad sees med endret brukeratferd som følge av tiltak iverksatt for energisparing. Med sammenligning av energibruk de siste årene, er det tydelig at energibruken i SSHF er på vei ned. Sammenlignet med for eksempel 2018 er energiforbruket ca. 7,2 GWh lavere. Dette kan i stor grad forklares med endret aktivitet og drift, samt noen av ENØK-tiltakene som er iverksatt. Her kan vi spesielt nevne strakstiltak etter bestillingen fra Helse og omsorgsdepartementet i slutten av 2022 om blant annet å redusere av fyringskurven med 5°C og redusere innetemperatur med 1°C på noen steder hvor det lar seg gjøre.

Det ble kjørt en kampanje der de ansatte ble oppfordret til å optimalisere strømforbruket, blant annet å slå av lys og utstyr etter arbeidstid når det ikke er behov for det. Det ble gjort en måling i januar som viser en reduksjon i fjernvarme- og strømforbruk på ca. 500.000 kWh for november og desember sammenlignet med samme periode i 2021. Reduksjonen ovenfor er etter temperaturkorrigering/justering.



Energimerking og energivurdering av tekniske anlegg ble gjort ca. 10 år siden og må oppdateres i henhold til energimerkeforskriften. Dette arbeidet er i gang og en liste over energieffektiviseringstiltak oppdateres jevnlig. Kost/nytte av de ulike tiltakene vurderes ut fra tilbakebetalingstid og investering.

Kommentarer avfallshåndtering

I 2022 har vi levert ca. 120 tonn mindre avfall sammenliknet med 2021, og vi ser at sorteringsgraden holder seg på ca. 50 % samlet for foretaket. Vi ser nedgang i smittefarlig avfall, vi beveger oss til normalen etter pandemi. Gjennomsnittlig sorteringsgrad ved sykehusene har økt fra ca. 40 % i 2014 til ca. 50 % i 2022, og vi jobber videre mot mål med sorteringsgrad på 55% i 2023. De siste par årene har vi hatt ekstra fokus på riktig håndtering av avfall med ulike forbedringsprosjekter, og vi ser resultater av dette samlet sett.

Riktig håndtering av farlig avfall er viktig for å unngå at miljøgifter havner i naturen, og vi har følgelig en egen prosedyre for å sikre god praksis rundt dette. Energi- og miljørådgiver er administrator i webportalen, og gir sluttbrukertilgang til ledere i internservice og teknisk. Avfallsleverandør er tildelt fullmakt for deklarerer på vegne av helseforetaket.

Kommentarer transport/reisevirksomhet En av spesialisthelsetjenestens utfordringer innen ytre miljø er knyttet til transport. Dette inkluderer transport av varer til/fra og mellom sykehus, og transport av pasienter og ansatte. Det er stort fokus på å samordne og samkjøre pasienter til og fra sykehus. Samtidig jobbes det med en reduksjon av reisevirksomheten blant de ansatte. Ansatte kan benytte personalbussen mellom SSA og SSK der hvor man ellers hadde skrevet reiseregning. Det er nå et stort antall videokonferanserom i helseforetaket, og bruken av dette utstyret har økt betydelig de siste årene, spesielt i 2022.

I tillegg er det gjort tiltak de siste årene for å øke andelen kollektivreisende blant de ansatte og å tilrettelegge for sykkel/gange, gjennom målrettede tiltak som flere sykkelparkeringer og kampanjer de siste årene.

16.5 Innkjøp

Det arbeides kontinuerlig med miljøbevisste innkjøp og integrering av miljøhensyn i alle relevante anskaffelsesprosesser. Miljø skal vektlegges i konkurranser der det vurderes som relevant, og dette følges opp av seksjon innkjøp og logistikk

16.6 Målsetning 2023

SSHF har deltatt i nasjonalt og regionalt forum innenfor miljø og klima i flere år, og «Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten» som ble vedtatt i styret i Helse Sør-Øst RHF november 2021 (sak 133-2021) beskriver felles klima- og miljømål, aktiviteter, organisering og samarbeid på tvers av regionene med hovedfokus på god helse, reduksjon i klimagassutslipp og miljøvennlig drift av sykehuset.

I 2023 har SSHF ansvar for å jobbe systematisk med miljøstyringssystemet i tråd med kravene og systematikken i ISO 14001-standarden. Forbedringssystematikken i ISO 14001-standarden skal videreføres i 2023 og integreres i ordinær virksomhetsstyring i SSHF.

SSHF skal samarbeid på tvers av helseforetakene for intern revisjoner/ innføring av energiledelsesystem i tråd med ISO standarden 50001.

Felles policy

Rammeverk for miljø og bærekraft skal støtte opp om felles policy for spesialisthelsetjenesten: Spesialisthelsetjenesten skal være ledende i sitt arbeid med miljø og bærekraft, og fremme god helse gjennom miljøvennlig drift.

Revisjoner

Det har vært samarbeid på tvers for å gjennomføre intern revisjon i felles klima og miljø mål med energiledelse som revisjonstema i 2022 og vil fortsette i 2023.

Felles klima- og miljømål 2022-2030

SSHF har ansvaret for å jobbe systematisk med felles klima- og miljømål (2022-2030) med hovedmål å redusere direkte CO₂-utslipp med 40 prosent innen 2030.



Hovedmål: -

Innen 2030 redusere (direkte) CO₂e-utslipp med 40 prosent

Målet er i tråd med Norges forpliktelser i Parisavtalen. 40 prosent utslippskutt innen 2030 har utgangspunkt i referanseåret 2019. Dette tilsvarer en reduksjon på ca. 175 000 tonn CO₂-ekvivalenter (CO₂e) for spesialisthelsetjenesten innen 2030.

Delmål 1: - Redusere forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner.

Delmål 2: - Redusere energiforbruk med 20 prosent innen 2030 og øke andelen gjenvinningskraft.

Delmål 3: - Andel polikliniske konsultasjoner over video og telefon skal være minimum 20 prosent.

Delmål 4: - Matavfall reduseres med 50 prosent innen 2030.

Delmål 5: - Andel produkter uten (utslipp av) helse og miljøskadelige stoffer skal være 75 prosent innen 2030.

Delmål 6: - Fossiltfri virksomhet innen 2030, og redusert reisevirksomhet for medarbeidere.

Delmål 7: - Miljøbevisste medarbeidere i alle enheter.