

# **HMS årsrapport 2024**

## **Sørlandet sykehus HF**

---

# Innhold

---

|                                                                         |           |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 Innledning</b>                                                     | <b>1</b>  |
| <b>2 HMS i SSHF</b>                                                     | <b>2</b>  |
| 2.1 HMS-systemet                                                        | 2         |
| 2.2 Grunnopplæring i HMS og arbeidsmiljø                                | 4         |
| 2.2 Hovedarbeidsmiljøutvalg og arbeidsmiljøutvalg                       | 4         |
| 2.3 Risikovurdering                                                     | 4         |
| 2.4 Målsetning 2025                                                     | 4         |
| <b>3 Ledelse</b>                                                        | <b>5</b>  |
| 3.1 Målsetning 2025                                                     | 6         |
| <b>4 Endring, omstilling og nedbemanning</b>                            | <b>6</b>  |
| <b>5 Arbeidsmiljø</b>                                                   | <b>7</b>  |
| 5.1 ForBedring - kartlegging av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur | 7         |
| 5.2 Psykososialt arbeidsmiljø                                           | 7         |
| 5.3 Rus                                                                 | 9         |
| 5.4 Varsling om kritikkverdige forhold                                  | 10        |
| 5.5 Målsetning 2025                                                     | 11        |
| <b>6 Ergonomi</b>                                                       | <b>11</b> |
| 6.1 Målsetning 2025                                                     | 12        |
| <b>7 Yrkeshygieniske kartlegginger og rådgivning</b>                    | <b>12</b> |
| 7.1 Målsetning 2025                                                     | 12        |
| <b>8 Sikkerhet</b>                                                      | <b>13</b> |
| 8.1 Målsetning 2025                                                     | 13        |
| <b>9 HMS-indikatorer</b>                                                | <b>14</b> |

|                                                              |           |
|--------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>10 Inkluderende arbeidsliv og sykefravær</b>              | <b>14</b> |
| 10.1. Geografisk IA-utvalg                                   | 14        |
| 10.2. Omplasseringer                                         | 14        |
| 10.3. Aktivitet                                              | 14        |
| 10.5 Forsterket innsats i sykefraværarbeidet                 | 15        |
| 10.4. Statistikk                                             | 15        |
| 10.5. Målsetning 2025                                        | 16        |
| <b>11 Beredskap</b>                                          | <b>16</b> |
| 11.1 Forbedringsarbeid                                       | 16        |
| 11.2 Beredskapsøvelser                                       | 17        |
| 11.3 Beredskapshendelser                                     | 18        |
| 11.4 Målsetning 2025                                         | 18        |
| <b>12 Brannvern</b>                                          | <b>18</b> |
| 12.1 Øvelser og opplæring - Service- og sikkerhetsavdelingen | 18        |
| 12.2 Branntilsyn – Eiendomsforvaltning og - utvikling        | 19        |
| 12.3 Bygningsmessige forhold – EFU                           | 19        |
| 12.4 Målsetning 2025                                         | 19        |
| <b>13 Smittevern</b>                                         | <b>20</b> |
| 13.1 Generelt                                                | 20        |
| 13.2 Mikrober som har betydning for smittevern               | 21        |
| 13.3 Stikkskader og blodsøl                                  | 22        |
| 13.4 Vaksinasjoner                                           | 22        |
| 13.5 Målsetning 2025                                         | 23        |
| <b>14 Strålevern</b>                                         | <b>23</b> |
| 14.1 Personelldoser                                          | 24        |
| 14.2 Utslipp av radioaktive stoffer                          | 24        |

|                                                   |           |
|---------------------------------------------------|-----------|
| 14.3 Radioaktivt avfall                           | 25        |
| 14.4 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet | 25        |
| 14.5 Målsetning 2025                              | 25        |
| <b>15 Medisinsk teknisk utstyr</b>                | <b>25</b> |
| 15.1 Virksomhetens omfang                         | 25        |
| 15.2 Planlagt vedlikehold                         | 26        |
| 15.3 Opplæring                                    | 26        |
| 15.4 Behandlingshjelpemidler                      | 26        |
| 15.5 Tilsyn                                       | 26        |
| 15.6 Målsetning 2025                              | 26        |
| <b>16 Ytre miljø</b>                              | <b>26</b> |
| 16.1 Bakgrunn                                     | 26        |
| 16.2 Miljøpolitikk                                | 27        |
| 16.3 Internrevisjon                               | 27        |
| 16.4 Klimaregnskap og rapportering                | 27        |
| 16.5 Innkjøp                                      | 29        |
| 16.6 Målsetning 2025                              | 29        |



## 1 Innledning

HMS-rapporten beskriver aktivitet innen de ulike HMS-områder i SSHF for året 2024.

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.

Rapporten behandler 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”

Rapporten tar også opp i seg Bedriftshelsetjenestens (BHT) rapportering, jf AML § 13-3.

I SSHF inngår Arbeidsmiljø, Beredskap, Sikkerhet, Ytre miljø og Smittevern i det systematiske HMS-arbeidet. Det er fagansvarlige for disse områdene som har skrevet rapporten. I tillegg har jurist bidratt i forhold til varsling og enheten Ledelse og organisasjonsutvikling bidratt i forhold til lederopplæring.

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

SSHF er en sertifisert likestilling og mangfolds bedrift siden 2018. SSHF jobber bevisst og målrettet for å være en inkluderende arbeidsgiver der alle medarbeidere uavhengig av kjønn, kultur, legning og religion skal oppleve seg velkommen og verdsatt. Det ble i 2024 vedtatt at det skulle opprettes et likestillings og mangfolds utvalg i SSHF.

Vi hadde gjennom 2024 en positiv utvikling på sykefraværet og turnover, dette er et tegn på at det har vært jobbet godt med forebygging og oppfølging i klinikkene. Hovedarbeidsmiljøutvalget har fulgt utviklingen av situasjonen tett også gjennom hele 2024 ved regelmessig gjennomgang av situasjonsanalysen som gir oversikt over status på utvalgte HMS indikatorer. Dette har i 2024 resultert i økt fokus på oppfølging av sykefravær samt vold og trusler i somatikken, i tråd med forventninger om forsterket innsats på områdene.

Det ble i 2024 levert sluttrapport på Utredning arbeidsmiljø i SSHF, som ledd i utviklingsplan arbeidet. Planlegging av hvordan funn og anbefalinger i rapporten skal følges, startet høsten 2024. Lederspenn og lederstøtte er det første området som skal arbeides med videre i 2025.

Aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP) startet opp våren 2023 med 5 piloter, utgangen av 2024 er ARP implementert ved 18 døgnenheter ved somatikk SSHF. ARP er en standardisert metodikk for planlegging av aktivitet og ressursstyring, dette gjøres ved hjelp av nyutviklede analyseverktøy. Ressursteam ARP hjelper til med implementering av metodikk og analyseverktøy ute i enhetene. Noen av målene ved ARP er å få en jevnere arbeidsbelastning, fokus på kvalitet og pasientsikkerhet, mer tid til pasientrettet arbeid og en reduksjon av overtid, merarbeid og forskyvning. Funn fra pilotenhetene sett oppimot enheter som ikke har implementert ARP så har pilotenhetene: Lavere turnover, sykefraværet er lavere og mindre bruk av overtid. Dette tatt i betraktning av en høyere aktivitet i tidsrommet.

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 gode arbeidsmiljø som bidrar til kvalitet og pasientsikkerhet. Takk også til de fagansvarlige innenfor de ulike fagfeltene som har bidratt til innholdet i HMS -rapporten

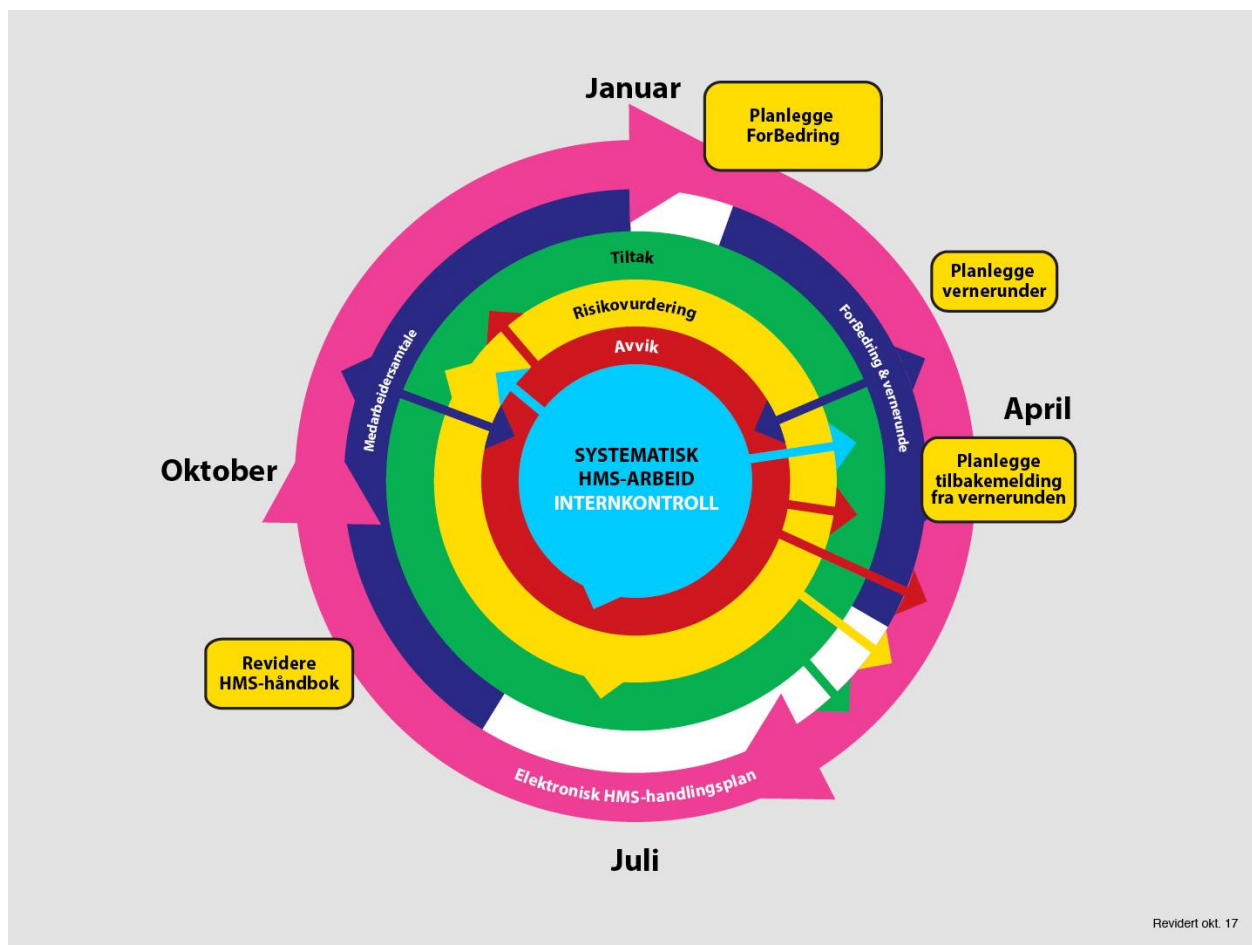
## **2 HMS i SSHF**

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 organisasjonsavdelingen. BHT er en egen enhet, og bidrar med 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 klinikkvisse arbeidsmiljøutvalg (AMU) og til hovedarbeidsmiljøutvalget (HAMU). Aktiviteten vises bl.a. ved antall gjennomførte vernerunder og HMS-handlingsplaner.

HMS er fra 2024 en fast del av Ledelsens gjennomgang (LGG). I oktober var HMS tema for LGG, det ble her vedtatt flere tiltak som skal bidra til en mer systematisk gjennomføring av HMS-aktivitetene. Blant annet ble det bestemt at SSHF fra januar 2025 skal ha en HMS-sjef og at vi skal gjøre vernerunden digital.

SSHF rapporterer HMS-indikatorer til Helse Sør-Øst på fraværsskade frekvens (H-verdi), HMS-hendelser og lukkerate, hendelsesfrekvens med vold og trusler, samt antall aktive HMS-handlingsplaner. Se kapittel 9.

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



## 2.2 Grunnopplæring i HMS og arbeidsmiljø

BHT arrangerte to HMS-grunnkurs; ett på våren og ett på høsten. Det var ca 30 deltakere på hvert av 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 2024 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 ni møter og behandlet totalt 48 saker i 2024. 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 (AMU) med varierende antall møter, koordinert opp mot HAMU's møtefrekvens.

## 2.3 Risikovurdering

Risikovurderinger er en viktig del av HMS-systemet. Det har i 2024 vært et økt fokus på å gjennomføre risikovurderinger, da spesielt på vold og trusler.

BHT har også jobbet med risikovurderinger og lukking av pålegg fra Arbeidstilsynet. En betydelig del av bedriftsfysioterapeut sitt arbeid har gått til arbeid med risikovurderinger. Målsettinger for 2024 var å forbedre og implementere en god måte å bistå enhetene i SSHF med risikovurderinger, lære ansatte på flere nivåer prosedyrer for god risikovurdering og hva slags info/kilder man kan bruke for å gjøre gode risikokartlegginger. Mål var også å finne tiltak som har mulighet til å forbedre arbeidsmiljøet til de ansatte. Arbeidet har ført til betydelige forbedringer i hvordan dette gjøres og av forståelsen av arbeidet ved flere enheter.

Risikovurderinger har også blitt tillagt større fokus under HMS- grunnkurs og i AMU.

SSHF har tilsynelatende fremdeles en stor jobb å gjøre med å spre de tilsynsførte enhetenes kunnskap og erfaring til alle andre enheter som ikke har gjennomført sikt arbeide så nødvendige og lovpålagte risikovurderinger og tiltak kan gjøres.

## 2.4 Målsetning 2025

Det er gjennom LGG flere tiltak som er tenkt å styrke det systematiske HMS-arbeidet. Det vil blant annet bli ansatt en HMS-sjef som skal ha ansvar for det systematiske arbeidet innenfor HMS på foretaksnivå.

Oppfølging av LGG vil være styrende for aktivitetene i 2025. Det skal også settes inn en ekstra innsats på

sykefravær, gjennom prosjektet Forsterket innsats på sykefravær. HMS-grunnkurs skal evalueres. Det tas høyde for å gjennomføre to HMS-grunnkurs. Det vil også bli et økt fokus på risikovurdering av de største risikoområdene innenfor HMS, blant annet emosjonelle krav, og vold og trusler.

### 3 Ledelse

Fagansvarlig avdeling: Organisasjonsavdelingen.

Kvaliteten på ledelse betyr mye for det psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøet, og 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 2024 har organisasjonsavdelingen fortsatt arbeidet med å implementere ledermodellen for SSHF. Modellen tydeliggjør hva som 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 gir grunnleggende informasjon som er relevant for alle ledere i SSHF. Forståelse av lederrollen, og sammenhengen mellom HMS og kvalitet er en viktig del av programmet, Programmet består av en fysisk samling hvor deltakerne får en introduksjon til lederrollen, og 4 digitale samlinger som omhandler kvalitet og HMS, virksomhetsstyring, personaladministrasjon og arbeidstidsplanlegging. Samlingene gjennomføres fortløpende gjennom året og er obligatoriske for alle nye ledere. I 2024 ble målgruppen utvidet til også å omfatte assisterende ledere og stedfortredere. Lederutviklingsprogrammet for avdelingssjefer og enhetsledere gjennomføres årlig. I september –24 startet et kull på 32 deltakere på programmet som avsluttes i mai –25 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 bidra til en felles lederkultur og samarbeid og på tvers av ledernivå, fag og geografi. Deltakerne blir 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 Seksjon for innovasjon og utvikling får deltakerne opplæring i forbedringskunnskap som en del av programmet. Organisasjonsavdelingen planlegger og gjennomfører programmet. Det blir brukt både interne og eksterne innledere.

Hver samling blir evaluert og det blir også gjennomført en evaluering av deltakernes læringsutbytte noen måneder etter at programmet avsluttes

Tilbakemeldingene er gode og spesielt fremheves muligheten til erfaringsutveksling og nettverksbygging med andre ledere. Det blir også vurdert som svært positivt at avdelingsledere og enhetsledere deltar i samme program.

Mentorordningen for ledere som ble etablert i 2022, gjennomføres årlig. Det er stor interesse for ordningen og i 2024 har 24 mentorpar deltatt.

Opplegget er at mentor og en adept møtes til 10 – 12 samtaler i løpet av et år. Mentorene er erfarne ledere som blir vurdert som gode rollemodeller, med høy sosial kompetanse, gode kommunikasjonsferdigheter og som ønsker å bidra til andre ledes utvikling. Adeptene er ofte ferske ledere, men også mer erfarne ledere som ønsker å utvikle seg, eller som står i særskilt krevende situasjoner. Både mentorer og adepter blir rekruttert i samarbeid med klinikkdirektørene. Det blir lagt vekt på sammensetningen av mentorparene, og organisasjonsavdelingen gjennomfører kartleggingssamtaler med alle mentorene for å få oversikt over deres ledererfaring, interessefelt mv. Organisasjonsavdelingen arrangerer en felles oppstartsamling for mentorer og adepter, en midtveissamling for mentorer og en avslutningssamling for mentorer og adepter. Mentorordningen bidrar til gjensidig læring og utvikling for adept og mentor. Gjennom å samtale om ledelse og i lederrollen, blir begge parter utfordret til å reflektere over egen lederpraksis. På denne måten fungerer mentorordningen også som et utviklingstiltak for erfarne ledere og og bidrar til ledelsesutvikling i SSHF.

«Den lille lederskolen» er et godt etablert lederopplæringstiltak, og ble videreført i 2024. Skolen er et tilbud til alle ledere om opplæring i aktuelle HR- tema med en times digital undervisning annenhver torsdag i løpet av året. Tillitsvalgte kan også delta om de ønsker det. Det settes opp halvårslige program hvor bl.a. opplæring i HMS-systemet, ruspolicy, informasjonssikkerhet, varslingssystemet og arbeidsmiljøundersøkelsen «Forbedring» inngår som faste tema. I 2024 var det 25 undervisningstimer. Deltakelsen er frivillig, og oppslutningen varierer fra gang til gang.

«Ledermobiliseringsprogrammet» er et tilbud til medarbeidere som ønsker å finne ut om ledelse kan være en aktuell karrierevei. Ledermobiliseringsprogrammet er et bevisstgjøringsprogram hvor deltakerne i løpet av et år får innblikk i hva det vil si å være leder og blir bevisstgjort mht. egne forutsetninger for å kunne bli en god leder. Gjennom samlinger, refleksjon i grupper, deltakende observasjon og utføring av lederoppgaver på egen arbeidsplass, får deltakerne økt kunnskap om lederrollen og et grunnlag for å vurdere om de er motiverte for en framtidig lederstilling. En regional samling i regi av Helse Sør-Øst inngår i programmet. I 2023/-24 deltok 16 medarbeidere. Programmet var denne gangen spesielt tilrettelagt for leger og psykologer, siden foretaksledelsen har et ønske om økt rekruttering til lederstillinger fra disse yrkesgruppene.

### 3.1 Målsetning 2025

Målet er å evaluere, justere og videreføre de opplærings- og utviklingstiltakene som nå er etablert. Det vil være fokus på hvordan SSHF også kan gi erfarne ledere et tilbud som gir faglig påfyll og godt utbytte innen faget ledelse.

Planleggingen av et nytt kull i lederutviklingsprogrammet er i gang og arbeidet gjøres i samarbeid med fagavdelingen, Seksjon for innovasjon og utvikling og representanter fra klinikkene. Funn fra UP2040 utredningen innen arbeidsmiljø vil bli tatt med i planleggingen i den grad det er hensiktsmessig.

## 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.

Organisasjonsavdelingen har i 2024 bistått som rådgivere i flere større og mindre omstillingsprosesser, bl.a. Omorganisering av DPS Lister og omstrukturering av laboratorievirksomheten til tverrgående organisering.

## 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, kvalitet og pasientsikkerhet, BHT og vernetjenesten. 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 44 spørsmål, hvorav tre spørsmål er lokale for SSHF og knyttet til vold og trusler, samt seksuell trakassering.

Det har i 2024 vært en evaluering av spørsmålene i undersøkelsen, noe som medfører et større fokus på vold og trusler fra 2025.

Undersøkelsen ble i 2024 sendt ut i februar og hadde en svarprosent på 80 prosent. Dette var samme svarprosent som 2023, og et nivå vi er fornøyd med. Resultatene etter undersøkelsen brukes til lokalt forbedringsarbeid, men også som styringsverktøy for foretaket.

### 5.2 Psykososialt arbeidsmiljø

Det har vært stort fokus på flere innsatsområder i 2024.

- Risikovurderinger
  - Psykososialt arbeidsmiljø og organisatoriske forhold. Med særlig vekt på vold og trusler.
  - Forsvarlighetsvurdering av arbeidstidsordninger.
- Psykososialt arbeidsmiljø. Deriblant psykologisk trygghet og emosjonelle belastninger.
  - Råd, veiledning, undervisning, prosesser, kartlegging, oppfølging ForBedring, konfliktbehandling osv.
  - BHT har i 2024 laget et forslag til rutiner rundt aktiv refleksjon rundt det psykososiale arbeidsmiljøet. Arbeidet er en del av implementering av delplan kvalitet og pasientsikkerhet i regi av Fagavdelingen. Arbeidet er tuftet på: [Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser - Helsedirektoratet](#) Det er gitt tilbud til tre avdelinger om å pilotere.
- Emosjonell belastning. Økt fokus i allerede eksisterende fora, men også flere henvendelser om undervisning og bistand rundt tematikken.

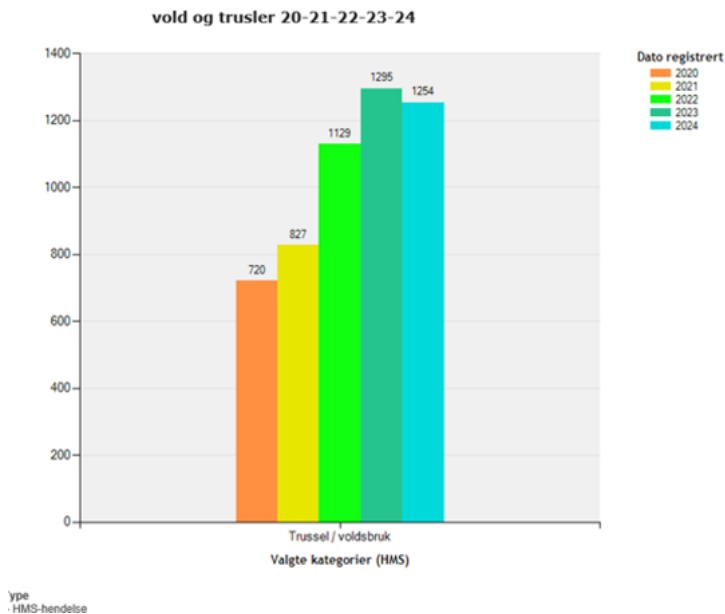
I 2024 hadde vi 4 tilsyn fra Arbeidstilsynet, 3 enheter i KPH og 1 i somatikk. Det er gitt pålegg ved tre enhetene for mangelfull dokumentasjon knyttet til risikovurdering. Psykiatrisk Akuttmottak (PAM) gjennomgikk tilsyn i 2024 uten pålegg. Bedriftshelsetjenesten har bistått samtlige med lukking av disse påleggene. BHT har holdt arbeidsmiljøutvalgene orientert gjennom 2024, gitt temaet risikovurderinger større plass i undervisningen på HMS grunnkurs, undervist på verneombudsmøter, samt enhetsledersamlinger. Vi har også tatt initiativ overfor Fagavdelingen for å se på en forenkling av verktøyene i Kvalitetsportalen. Det er jobbet med å slutføre en overordnet prosedyre knyttet til opplæring og øvelse i forebygging og håndtering av vold og trusler. I denne forbindelse ønsker BHT å legge til rette for erfaringsoverføring og kunnskapsdeling fra de tilsyn som er gjennomført.

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. I tillegg har det blitt gjennomført undervisning, personalmøter og tema-/fagseminarer, Den lille lederskolen og lokalt ved flere enheter/avdelinger.

BHT hadde også i 2024 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. 24 enheter var i denne kategorien. 9 av disse enhetene ba om bistand fra BHT i 2024 i en eller annen form for oppfølging/bistand/veiledning. I tillegg ble vi bedt om bistand fra noen enheter som ikke var i kategorien fem eller flere røde områder. Sett tre år tilbake så ser man at flere av disse enhetene har vært i denne kategorien flere år. Noen av disse enhetene har bedt om og fått tett oppfølging av BHT, andre ikke. 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 to enheter. I tillegg har vi vært med i mange personalmøter og undervist om forebyggende konfliktarbeid. Det er gjennomført individuelle kartlegginger med alle aktuelle ansatte i fire personellgrupper i forbindelse med psykososialt arbeidsmiljø.

BHT jobber kontinuerlig for forsvarlige, sunne og trygge arbeidsforhold og økt jobbnærver i SSHF. Deri ligger arbeidet med Forbedring, vernerunder, handlingsplaner, risikovurderinger, sykefraværsoppfølging, HMS-handlingsplaner og oppfølging av uønskede HMS-hendelser.



Fra 2020 til 2023 er det en gradvis økning i meldte uønskede hendelser av trusler og vold. I 2024 ser man en svak nedgang, fra 1295 til 1254 meldte hendelser.

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 faste møtepunkter med hovedverneombudene for å styrke samarbeidet rundt forsvarlig arbeidsmiljø. I forbindelse med Vernetjenestens gjennomgang av HMS- handlingsplaner er det avdekket store hull med tanke på innhold og kvalitet. Dette bør være et satsingsområde for Foretaket også i 2025.

BHT har som mål å videre bistå med bred opplæring i Risikovurdering og oppfølging av ForBedring i samarbeid med Fagavdelingen, Sikkerhetstjenesten og partssamarbeidet på alle klinikkene.

Som hovedsatsningsområdet for kvalitetsforbedring for 2025 har BHT valgt å utvikle arbeidet rundt emosjonelle krav. Det gjøres systematisk.

### 5.3 Rus

SSHF har en aktiv ruspolicy med fokus på primærforebygging. Samtlige ansatte i SSHF skal være orientert om sykehusets holdning til rusmidler. Kunnskap om ruspolitikken er et kompetansekrav i Kompetanseportalen for alle ansatte. Ruspolicyen består blant annet av retningslinjer som omhandler rusforebyggende arbeid, rusreglement, fremgangsmåte ved brudd på reglement og en selvtest for bevisstgjøring av eget alkoholforbruk. Rus er en viktig del av de systematiske HMS- arbeidet, deriblant en del av vernerunden som skal gjennomføres årlig ved hver enhet.

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, tillitsvalgte og AMU-medlemmer, i kurs for nye ledere, enhetslederforum og på Den lille lederskolen.

BHT har vært involvert i flere enkeltsaker som omhandler brudd på rusreglementet, både med bakgrunn i enkeltansattes brudd på rusreglementet og svinn av medikamenter. Brudd har blitt avdekt i flere klinikker i løpet av 2024. Foretaket har sett noen utfordringer rundt svinn, og BHT har vært en bidragsyter til en tydeliggjøring av prosedyreverket. Jurist holdes orientert i de fleste saker der det er brudd på rusreglementet og sikkerhetssjef blir alltid involvert i saker som angår svinn.

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 og at verneombud har en tydelig rolle i å påse at ruspolitikken gjennomgås og tydeliggjøres i enhetene.

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. Flere ansatte har i løpet av 2024 gjennomført og avsluttet 2-årig kontrakt og oppfølging med vellykket resultat. Det finnes ansatte som i 2024 har mistet jobben i SSHF pga brudd på rusreglementet (tyveri av medikamenter)

## 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 personopplysningssikkerheten. (arbeidsmiljøloven § 2A)

Sykehusets varslingsordning er beskrevet i retningslinjen «Varsling av kritikkverdige forhold – SSHF», sist revidert i 2022. Sørlandet sykehus ønsker å ha et åpent ytringsklima og å legge godt til rette for at ansatte kan varsle om kritikkverdige forhold. Retningslinjen er tilgjengelig for ansatte på EK-Web og via en egen side om varsling på intranett. Det ligger også informasjon om varsling på sykehusets internettside.

Varslingsordningen har vært tema på Den lille lederskolen.

Sykehuset har et varslingsutvalg som skal være et kompetanseorgan for varslingsordningen. Utvalget skal gi generell veiledning, motta varsler og vurdere håndtering og saksgang. Varslingsutvalget ved SSHF består per i dag av personalsjef, juridisk rådgiver og hovedverneombud.

I 2024 mottok varslingsutvalget seks saker. Varslene ble formidlet på ulike måter, per telefon, per e-post og ved bruk av skjema som ligger i EK-web.

I alle sakene var det påstander om ulike former for trakassering i arbeidsmiljøet, og en sak handlet også om kritikkverdige forhold i ansettelsesprosesser. Pasientsikkerhet var et direkte tema i en av sakene.

Sakene fordeler seg jevnt mellom somatikk, KPH og serviceavdelinger.

Det kom også flere henvendelser inn til varslingsutvalget, som vurderes å falle utenfor ordningen, og derfor i stedet følges opp på andre måter. En varslingssak avsluttes formelt ved en konklusjon om hvorvidt det foreligger eller ikke foreligger et kritikkverdig forhold som definert i aml. § 2 A-1. Ansvar for oppfølging, beslutning og iverksettelse av eventuelle tiltak overlates til linjeledelsen. Der saken avsluttes med en rapport inneholder den ofte anbefalinger om oppfølging.



Eksempler på kategorier av tiltak som er igangsatt basert på sakene behandlet i 2024 er følgende:

- Oppfølging av konkret arbeidsforhold, med midlertidige eller varige endringer
- Oppfølging på gruppenivå (bistand fra bedriftshelsetjenesten, oppfølging i arbeidsmiljøet)
- Oppfølging på individnivå (konflikthåndtering, gjenopprettelse av tillit mellom kolleger, medarbeidere og ledere)

## 5.5 Målsetning 2025

- Gjennomføre undersøkelsen ForBedring med en høy svarprosent, som igjen gir et godt grunnlag for lokalt forbedringsarbeid. Økt fokus på oppfølging etter undersøkelsen. Opplæring i Risikovurdering og oppfølging av ForBedring på alle klinikker i løpet av 2025.
- BHT et mål om at rusreglementet skal være enda tydeligere kjent i hele organisasjonen. I tillegg anbefaler BHT innskjerping av kontroll på B- preparater.

## 6 Ergonomi

Bedriftsfysioterapeuten vurderer arbeidsplasser og gir bistand ved risikovurderinger av ergonomiske forhold samt råd om minimering av risikofaktorene. Bedriftsfysioterapeuten gir råd ved ombygginger og nybygg, ved innkjøp av utstyr og 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. Denne involveringen synes å ha blitt bedre og bedre de siste år.

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

I det daglige 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 enkeltoppdrag for SSHF.

Forebyggingen av muskel og skjelettplager gjennom økning av kunnskap hos ansatte har også i år vært i fokus gjennom undervisninger for grupper i tillegg til HMS kurs og individuelle oppdrag.

Bedriftsfysioterapeuten har i 2024 i hovedtrekk gjennomført følgende aktiviteter:

- Holdt foredrag/gruppeveiledninger der det er blitt undervist innen ergonomi/gunstig kroppsbruk Rundt 25 oppdrag.
- Blitt involvert i prosjekter vedrørende nybygg/ombygginger/endringer i fysiske lokaler. F eks nytt akuttbygg og nye lokasjoner innen KPH.
- Veiledet og instruert ansatte i PTSS i forflytning på årlig forflytningssamling.
- Oppfølging av databrilleavtale med Brilleland i SSHF. Rundt 70 oppdrag.
- Gitt individuelle råd til ansatte i SSHF.



- Bistått med rådgivning, faglige vurderinger innen ergonomi og arbeid på systemnivå innen risikovurderinger i forbindelse med tilsyn fra Arbeidstilsynet hos f.eks Kvinneklubben, flere steder i KPH, og flere somatiske poster.

## 6.1 Målsetning 2025

Arbeidet i 2025 vil fortsette med mål om å implementere gode prosedyrer for grunnleggende HMS arbeid som risikovurderinger. Dette både for å bedre arbeidsmiljø gjennom å finne problemområder og tiltak som rangeres og implementeres riktig og for å unngå unødige avvik ved tilsyn fra Arbeidstilsynet.

## 7 Yrkeshygieniske kartlegginger og rådgivning

Yrkeshygieniker i BHT har bistått med 30 målinger og kartlegginger av støy, inneklima, gass og muggsopp ved ulike avdelinger/enheter i SSHF i 2024.

|       | Inneklima<br>(temp., fukt, CO <sub>2</sub> ) | Støy | Muggsopp | Lystgass | Gasser (formaldehyd,<br>løsemidler, annet) | Radon/<br>Stråling |
|-------|----------------------------------------------|------|----------|----------|--------------------------------------------|--------------------|
| SSK   | 2                                            | 12   | 2        | 8        |                                            | 1                  |
| SSA   |                                              | 1    |          |          |                                            |                    |
| SSF   |                                              |      |          |          |                                            |                    |
| PTSS  | 2                                            |      |          |          |                                            |                    |
| KPH   |                                              | 1    |          |          |                                            |                    |
| MSK   |                                              |      |          |          |                                            |                    |
| adm   |                                              |      |          |          |                                            |                    |
| S.Apo |                                              | 1    |          |          |                                            |                    |

Oversikt: Antall yrkeshygieniske kartlegginger og vurderinger fordelt på klinikkene i 2024.

I tillegg har vi bistått med evalueringer og rådgivning av mer generell karakter innenfor fysisk arbeidsmiljø, HMS og bygningsmessige forhold, samt andre kjemiske og biologiske faktorer. 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 om lag 72 %. Rundt 25 personer har deltatt på intern opplæring om kjemikalier og HMS.

BHT har bistått med vurdering av fysiske arbeidsforhold i forbindelse med 10 byggesaker vedrørende søknad om Arbeidstilsynets samtykke.

### 7.1 Målsetning 2025

BHT ved yrkeshygieniker bistår med kartlegginger og målinger av inneklima, støy, radon samt eksponering for 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 risikovurdere kjemikalierne på lokasjonen. Alle kjemiske stoffer skal risikovurderes, andelen risikovurderte kjemikalier i SSHF bør økes til min. 90 %.

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

## 8 Sikkerhet

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

SSHF driver eget vaktelskap som er organisert under avdelingen «Service og sikkerhet» i Medisinsk serviceklinikk. Det er disse enhetene som står for mye av opplæringen.

Vaktelskapet har virksomhet ved sykehuset i Arendal og Kristiansand. På lokasjoner der sykehuset ikke har egne vektere, leies tjenesten inn fra andre vaktelskap.

Det har i 2024 vært en betydelig økning i forespørsler om opplæring i forebygging og håndtering av vold og trusler. Det er også flere sengeposter som ønsker opplæring i bruk av BVC som et ledd i å forutse og forebygge hendelser.

Oversikten over antall anmeldelser for trusler og vold i klinikkene er usikre. De tallene som Service- og Sikkerhetsavdelingen sitter inne med viser flg:

| Klinikk          | Antall<br>anmeldelser |
|------------------|-----------------------|
| Somatikk SSK     | 3                     |
| KPH              | 39                    |
| PTSS             | 3                     |
| MSK              | 3                     |
| Øvrige klinikker | 0                     |
| Totalt SSHF      | 48                    |

50% av alle ansatte gjennomførte e-læringsprogrammet i forebygging og håndtering av vold og trusler i 2024.

De overordnede sikringsrisikoanalysene som omhandler de alvorligste hendelser som kan ramme sykehuset, ble oppdatert i 2024, i samarbeid med politi og pst. Disse analysene foreslår tiltak og videre arbeid med sikkerhet.

### 8.1 Målsetning 2025

70% av alle enheter gjennomført risikovurderinger i forhold til vold og trusler. Dette ansees som er realistisk mål. Det er et krav om at alle ansatte med pasientkontakt skal gjennomføre e-læringskurset i trusler og vold. Et realistisk mål for 2025 settes til 80%.

## 9 HMS-indikatorer

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

| indikator<br>tertialvis                        | beregning                                   | frekvens |      |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------|------|
|                                                |                                             | 2024     | 2023 |
| <b>1. Fraværsskedefrekvens</b>                 | Fraværsskader x 1 000 000 / arbeidstimer    | 8,3      | 8,98 |
| <b>2. HMS-hendelser (frekvens)</b>             | HMS-hendelser x 1 000 / månedsverk          | 40       | 35   |
| <b>3. Lukkerate HMS-hendelser per 31. des.</b> | Lukkede hendelser / totalt antall hendelser | 0,76     | 0,83 |
| <b>4. Vold og trusler (antall)</b>             | totalt antall                               | 1116     | 1156 |
| - psykiatri                                    | Antall vold og trusler x 1 000 / månedsverk | 70       | 74   |
| - somatikk inkl. PTSS                          |                                             | 2,3      | 2,6  |
| <b>5. HMS-handlingsplaner årlig</b>            | Aktive HMS-handlingsplaner / totalt antall  | 83 %     | 81 % |
| Antall anmeldelser                             | (ny indikator 2024)                         | 36       | -    |

## 10 Inkluderende arbeidsliv og sykefravær

Fagansvarlig avdeling: Organisasjonsavdelingen, bedriftshelsetjenesten (BHT).

IA avtalen utløp 31.12.24.

Arbeidsgiver har i henhold til lovverk og interne retningslinjer 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.

### 10.1. Geografisk IA-utvalg

Det er IA-utvalg ved alle lokasjonene; Arendal, Flekkefjord og Kristiansand, med representanter fra alle klinikkene. Dersom en medarbeider på grunn av redusert arbeidsevne i henhold til AML § 4-6, ikke lenger kan jobbe i egen klinikk, skal de meldes inn til IA-utvalget for vurdering opp mot ledige stillinger i hele SSHF. Flere møter har blitt avlyst i 2024 fordi det ikke er meldt inn saker.

### 10.2. Omplasseringer

Det ble i 2024 foretatt seks varige og 2 midlertidige 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 bistår leder og ansatt i omplasseringene og registrerer at det også i 2024 har vært utfordrende å finne passende stillinger til ansatte med redusert arbeidsevne.

### 10.3. Aktivitet

Sykefravær har vært tema på Den lille lederskolen i 2024. HMS-grunnkurs med tema IA ble gjennomført både vår og høst 2024.

#### 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 til stillingen man eier. Arbeidet er videreført i 2023 og i 2024. Erfaringene BHT har gjort for 2024 er at arbeidet med denne gruppen ikke har hatt høyt nok fokus.

### Råd- og diskusjonsgrupper

Råd- og diskusjonsgrupper har vært gjennomført i KPH; 3 ganger for enheter i Aust-Agder og 3 ganger for enheter i Vest-Agder. BHT opplever gode tilbakemeldinger på dette arbeidet.

### «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 ordningen «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.

### Antall gravide fra høst 2023 - Høst 2024

| Antall gravide (175) | Samtale 1  | Samtale 2  | Samtale 3 | Totalt     |
|----------------------|------------|------------|-----------|------------|
| SSA (49)             | 47         | 29         | 17        | 93         |
| SSK (116)            | 109        | 84         | 62        | 255        |
| SSF (10)             | 9          | 2          | 0         | 11         |
| <b>Totalt</b>        | <b>165</b> | <b>115</b> | <b>79</b> | <b>359</b> |

Fra høsten 2023 til høsten 2024 har 175 gravide medarbeidere ved SSHF vært registrert i ordningen. I perioden har det vært gjennomført 359 samtaler mellom gravide medarbeidere, ledere og jordmødre. I løpet av 2025 ønsker Organisasjonsdirektøren en gjennomgang av ordningen.

## 10.5 Forsterket innsats i sykefraværsarbeidet

Sykefraværet økte mye under pandemien og er fortsatt høyt. Det økte sykefraværet er et samfunnsproblem og er ikke spesielt for SSHF, men Sørlandet sykehus har potensialet til å redusere sykefraværet som er arbeidsrelatert eller der hvor ansatte har behov for tilrettelegging. Sørlandet sykehus har derfor etablert noen satsingsområder i 2024, som vil fortsette i 2025.

Disse er:

- Arbeidsrelaterte psykiske belastninger (emosjonelle krav spesielt)
- Kvinnehelse
- Systematisk sykefraværsoppfølging

## 10.4. Statistikk

Det samlede gjennomsnittlige sykefraværet ved SSHF var i 2024 på 6,8 prosent, noe som er en nedgang på 0,5 prosentpoeng fra 2023. Variasjonen mellom klinikkene har vært store, men vi ser mot slutten av året at dette har utlignet seg noe, i positiv retning.

## 10.5. Målsetning 2025

Avklaring av ansvar og samarbeid, spesielt innen områdene; omplassering og individoppfølging mellom BHT og arbeidsgiver.

Avklare i foretaksledelsen hvorvidt oppfølging av medarbeider med gjentatt fravær skal følges opp videre.

## 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 ...».

Foretakets overordnede målsetting er at ytelsesrammene for beredskapsorganisasjonen er forankret 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

I 2024 har seksjonen fullført flere viktige målsettinger innen beredskapsarbeidet. Vi har ferdigstilt testingen av den nye metoden for evaluering og læring etter hendelser og øvelser, og utarbeidet en overordnet retningslinje for dette. Denne metoden er nå implementert i foretakets kvalitetssystem og bygger på veileder fra DSB samt foretakets policydokument for beredskapsområdet.

Videre har vi utarbeidet og forankret en plan for prioritetsabonnement i SSHF, som en del av beredskapen innen IKT og EKOM. Arbeidet med å revidere modellen for kompetansebygging innen beredskap er også fullført, og vi har ferdigstilt arbeidet med IKT og EKOM beredskap.

Arbeidet med delplan for klimaberedskap er påbegynt, og delplanene for IKT/EKOM beredskap og klimarelaterte hendelser er ute på høring. Disse forventes endelig implementert i februar 2025.

Gjennom året har vi fortsatt å holde ukentlige tavlemøter for å gjennomgå status og prioritere behov for forbedring. Dette har bidratt til en systematisk læring og kontinuerlig forbedring etter hendelser og øvelser. PDSA-testingen har vært en viktig del av dette arbeidet, og vi planlegger videreutvikling og endelig implementering våren 2025.

I 2024 arrangerte vi også beredskapsuka, et konsept vi startet i 2023. Fra mandag til torsdag i uke 35 hadde vi en rekke arrangementer med hensikt å styrke foretakets samlede beredskapskompetanse og samarbeidet på tvers av klinikker og avdelinger.

Til tross for utfordringer med å få beslutningstakere til å delta på aktivitetene, var traumemarsjen på Odderøya i Kristiansand det best besøkte arrangementet. Dette arrangementet samlet deltakere fra hele helseforetaket, og mange ansatte deltok på sin fritid, noe som viser det enorme engasjementet traumeenheten klarer å skape rundt traumatologifaget.

Vi hadde også et vellykket arrangement for operasjonell kriseledelse, som ble arrangert for første gang. Tilbakemeldingene på beredskapsuka var svært gode, og vi opplever at det har hatt positive synergier. Vi vil derfor videreutvikle konseptet i 2025.

## 11.2 Beredskapsøvelser

I 2024 har vi gjennomført flere viktige beredskapsøvelser for å styrke vår evne til å håndtere ulike krisesituasjoner. Den årlige LRS-øvelsen ble i år gjennomført på Sandøya utenfor Tvedestrand. SSHF trente vår prehospitaltjeneste på å håndtere et scenario med masseskadehendelse og evakuering fra øy under svært krevende forhold. Vi trente den operasjonelle kriseledelsen, mens beredskapsseksjonen spilte det strategiske nivået. Beredskapsseksjonen stilte med både enhet for traumatologi, enhet for medisinsk simulering, som har opparbeidet seg kompetanse på denne typen øvelser, og beredskapsstaben. Øvelsen var vellykket, og det er særlig gledelig å se at vår endrede metode for å evaluere og følge opp funn viser tydelig forbedring av beredskapssystemet.

Vi gjennomførte også en øvelse hvor vi testet plan for evakuering av DPS-lister. Denne øvelsen medfører en større revisjon av det aktuelle planverket.

I tillegg har vi hatt flere andre øvelser, inkludert den årlige øvelsen for foretaksledelsen (AD-øvelsen) og andre tabletop-øvelser. Disse øvelsene har bidratt til å styrke vår beredskap og evne til å håndtere ulike krisesituasjoner på en effektiv måte.

### **Beredskapsdager på universitetet i Agder**

I 2024 var vi med på å lage det første kompetanseprogrammet for sykepleierstudenter på Universitetet i Agder. Vi arrangerte beredskapsdag på Campus i Kristiansand og Grimstad. Dette ble veldig godt mottatt og bidrar til å styrke samarbeidet mellom beredskapsaktørene i Agder og de akademiske miljøene på Universitetet. I tillegg får helseforetaket positive effekter av at tredjeårs studenter møter sin nye arbeidsdag med forståelse og kompetanse innen beredskapsarbeid. Noen av studentene kommer til å jobbe i kommunehelsetjenesten, noe som også gir helseforetaket fordeler.

### 11.3 Beredskapshendelser

Siden registreringen startet i 2013 har det vært en betydelig endring i antall registrerte beredskapshendelser. Fra 2023 til 2024 har vi økt fra 18 til 27 hendelser. I 2022 var det 20 registrerte hendelser.

I 2024 utgjør IT- og EKOM-hendelser de fleste hendelsene (N=15), etterfulgt av medisinsk evakuering fra Ukraina (N=4). Det er verdt å merke seg at antallet IT- og EKOM-hendelser har økt betydelig fra tidligere år. I 2024 utgjorde IT- og EKOM-hendelser 15 hendelser, mot 10 i 2023. Tidligere var det kun 1 til 3 slike hendelser i året.

De fleste hendelsene håndteres ved hjelp av den ordinære beredskapen og kun med forsterket støtte fra stab. Beredskapsseksjonen er alltid involvert. Utfordringen er at vi mangler en beredskapsvakt, noe som fører til stor belastning på beredskapssjefen som er involvert i alle hendelsene.

Denne økningen i antall hendelser viser viktigheten av å ha robuste beredskapsplaner og systemer på plass for å håndtere ulike typer krisesituasjoner. Det er også en indikasjon på at vår evne til å registrere og klassifisere hendelser har blitt bedre over tid.

### 11.4 Målsetning 2025

- Sikre robuste IKT- og EKOM-planer.
- Kartlegge evnen til å klargjøre tilfluktsrom.
- Oppdatere beredskapssystemet slik at alle delplaner er godkjent innenfor revisjonsfristene.
- Arbeide for å sikre at alle klinikker har en sterk kultur for å følge opp evalueringer etter hendelser og øvelser.
- Gjennomføre en stor massetilstrømningsøvelse på sykehuset i Kristiansand.

## 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 - Service- og sikkerhetsavdelingen

Sykehuset utarbeidet i 2020 en 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 med slukkemidler og evakueringsveier i egen enhet.

I 2024 var det planlagt at alle ansatte i risikogruppe 2 og 3 skulle gjennomføre e-læringskurs brannvern. Det er totalt i overkant av 5000 ansatte i denne gruppen. Statistikk viser at om lag 2000 ansatte har tatt e-læringskurset i 2024. En årsak til at tallet for gjennomføring er lavt, er at ledere legger inn disse kravene i

Kompetanseportalen selv. Det kan da bli lagt inn på feil år i forhold til opplæringsplanen sikkerhet har. Alle ansatte har krav om å gjennomføre disse kursene i Kompetanseportalen.

Planen for brannvernøvelser i 2024 var å gjennomføre slokkeøvelse for risikogruppe 4. I denne gruppen er det ansatte som jobber merkantilt og klinisk på psykiatrisk sengepost, DPS og avdeling for avrusning. Målsetning er at 80 prosent av alle ansatte i denne kategorien skal gjennomføre øvelse.

I tillegg var det planlagt en målsetning for 2024 å gjennomføre to evakueringsøvelser på hvert sykehus.

I Flekkefjord samt DPS Lister ble det i 2024 gjennomført slokkeøvelse for risikogruppe 4. Den totale deltakelsen var på 44 prosent. I Kristiansand samt DPS Strømme og Solvang ble det gjennomført slokkeøvelse i samme gruppe. Deltakelsen her var på 77,5 prosent. I Arendal samt DPS Bjorbekk var deltakelsen på 60 prosent.

Målsetning om 80 prosent deltakelse ble ikke nådd i Flekkefjord og Arendal. Enhetsledere sikkerhet legger til rette for at det er tilstrekkelig kapasitet når det arrangeres brannøvelse, slik at alle som skal gjennomføre, skal kunne delta. Det er linjeledelse som må følge opp at de ansatte faktisk melder seg på og gjennomfører den opplæring som er obligatorisk.

I Arendal og Kristiansand ble det gjennomført 2 evakueringsøvelser som planlagt, mens det i Flekkefjord ble gjennomført 1. Det er planlagt en øvelse i Flekkefjord tidlig i 2025.

## **12.2 Branntilsyn – Eiendomsforvaltning og - utvikling**

Brannvesenet i Kristiansand gjennomførte i 2024 branntilsyn på DPS Strømme, DPS Solvang samt bygg 10 i Kristiansand. Det var ingen branntilsyn i Arendal og Flekkefjord.

## **12.3 Bygningsmessige forhold – EFU**

Arbeidet med å utbedre avvik i tråd med handlingsplaner for brann har fortsatt på både SSA og SSK og SSF. SSA er i prinsipp ferdig, med kun to mindre gjestående punkt av totalt 90 punkter. SSF er nesten ferdige, her gjestår noen revideringer av branntegninger og rømningsplaner. SSK er ferdig med hovedtiltak, men mange mindre tiltak gjestår.

Bygningsmassen for øvrig preges av et stadig økende vedlikeholdsetterslep. Etterslepet er over 4,3 mrd pr 2024 og øker årlig med mer enn 100 mill. kr. Det er spesielt store etterslep på anlegg for ventilasjon, elektro, heiser, automatikk og teknisk infrastruktur. Gjennom året 2024 er det arbeidet med en arealbruksplan. Den vil ferdigstilles i 2025, og vil fremme tiltak for verdibevarende vedlikehold kombinert med funksjonelle oppgraderinger og nybygg i perioden fra 2028. Større systemoppgraderinger innenfor nød-ledelys og brannalarmanlegg er flerårige tiltak som søkes gjennomført i forbindelse med slike bygningsmessige oppgraderinger.

## **12.4 Målsetning 2025**

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. Smittevernheten (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. 120 retningslinjer og prosedyrer.

#### ***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. Høsten 2024 ble vi bedt om å redusere mengden obligatorisk opplæring, og vi endte opp med å nedjustere kravet om å repetere e-læringskursene, slik at alle nå kun skal gjennomføres én gang. Kunnskapstesten skal imidlertid gjennomføres 2. hvert år med krav om å gå gjennom aktuelt e-læringskurs dersom man ikke består testen. De obligatoriske kursene innen smittevern er inkludert i kompetanseplanene.

#### ***Undervisning***

SME bidrar med mye undervisning til de fleste yrkesgrupper i SSHF på ulike nivå. Vi når vanligvis mange hundre hvert år med undervisning.

SME har i 2024 deltatt på HMS-grunnkurs for ledere, tillitsvalgte og verneombud. SME deltar også i undervisning av sykepleierstudenter i begynnelsen av hver praksis. I 2024 er dette gjennomført digitalt. SME har i økende grad tatt i bruk simuleringsundervisning for flere yrkesgrupper, med gode tilbakemeldinger.

#### ***Legeundervisning i smittevern***

Leger skal gjennom samme smittevernundervisning som øvrige ansatte med pasientkontakt. Simuleringsundervisning i smittevern for nye LIS1 har fortsatt i 2024 og SME har deltatt med to heldagsundervisninger. 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.

I tillegg skal legene ta e-læringskurs i antibiotikastyring. I forbindelse med markering av antibiotikauken i 2024 fikk alle leger undervisning i rasjonell antibiotikabruk.

#### ***Nasjonale kampanjer***

SSHF deltok første uken i mai på nasjonal håndhygienedag med fokus på håndhygiene i enhetene ved hjelp av ulike virkemidler; filmer, quiz og e-læring. I tillegg deltok vi på markering av den europeiske antibiotikauken i november, med quiz og, som tidligere nevnt, undervisning for legegruppen alle tre sykehus. Videre ble det lagt ut informasjon på intranett og instagram.

#### ***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 smittevernspørsmål har SME lav terskel for å komme til enhetene for avklaring.

Smittevernkontaktmøter arrangeres vanligvis to ganger per semester. I 2024 arrangerte vi 4 digitale møter felles for hele HFet. Det er nyttig at smittevernkontaktene får samme informasjon uavhengig av arbeidssted. I tillegg bidrar dette til at SMEs ressurser utnyttes bedre.

#### ***Kjemiske og biologiske farer***

IKP inneholder flere retningslinjer som omhandler disse tema. I byggesaker (nybygg og ombygginger) bidrar SME med råd som skal ivareta både personalet og pasienter med tanke på kjemiske og biologiske farer. SME oppfordrer ansatte til å bruke produktdatablad og sykehusets retningslinjer når kjemiske stoffer benyttes. I samarbeid med teknisk avdeling sjekkes og vurderes bla. legionellanivåer i sykehusets vannsystem regelmessig.

#### ***Deltakelse i produktråd***

SME deltar i regionale og nasjonale anskaffelsesprosesser. Via denne deltakelsen vurderer SME bl.a. kvaliteten på personlig verneutstyr og ulike desinfeksjonsmidler. Møtene er vekselvis digitale/fysisk oppmøte.

## **13.2 Mikrober som har betydning for smittevern**

#### ***Tuberkulose***

Det har ikke vært noen smittesporingssaker i SSHF på grunn av uventet funn av tuberkulose i 2024.

#### ***Uventede funn av resistente bakterier***

I 2024 har SME bistått i oppfølging av 51 tilfeldige funn av resistente bakterier, med en overvekt av MRSA. Men vi ser også en økning av ESBL- og karbapenemaseproduserende gram negative bakterier. Dette tror vi har sammenheng med situasjonen ute i Europa med krig og økt flyktningestrøm. Likevel ble kun ett sekundært tilfelle funnet i smittesporing.

SME har revidert prosedyren for screening og har delt denne ut i lommeformat til alle kliniske avdelinger. Vi har i tillegg jobbet videre med implementering av flytskjema for håndtering av ESBL i sykehus samt lettelsene i håndtering av noen typer ESBL, som ble innført i 2023.

#### ***VRE i norske sykehus***

Mot slutten av 2024 ble det gjort funn av VRE i en klinisk prøve fra en pasient i SSHF. Smittesporing og testing av nærkontakter avdekket flere tilfeller. Utbruddet omfatter 14 pasienter, og kilden antas å være kjent. Vi er nå inne i sluttfasen av utbruddet, og det gjøres såkalte tverrsnittsscreening ved flere avdelinger/sengeposter som har hatt de positive pasientene innlagt i kortere perioder før VRE-bærerskap var kjent. Håndteringen av utbruddet har i stor grad vært preget av et godt samarbeid mellom lungeposten, husøkonomavdelingen og smittevernenheten og øvrige involverte. Et utbrudd er både ressurs- og tidkrevende og medfører flere ekstra tiltak. I alt har 15 sengeposter/avdelinger i hele SSHF vært involvert.

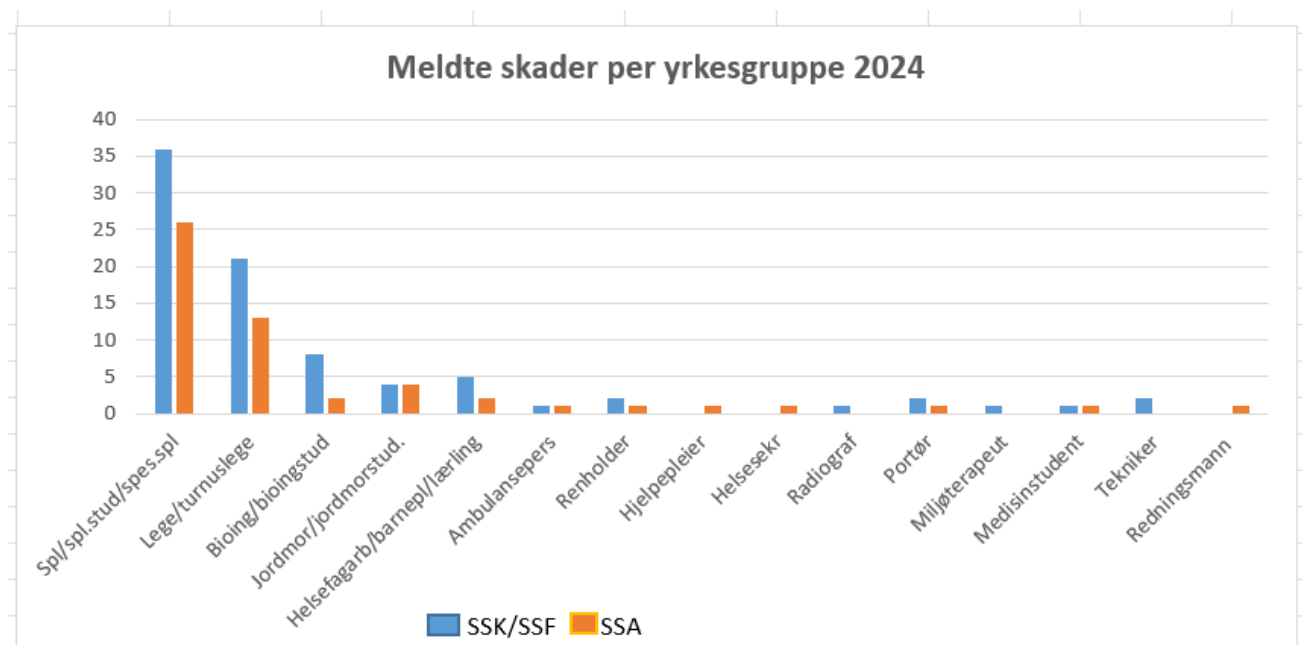
Det har videre vært utbrudd av *vancomycinresistente og linezolidresistente enterokokker* (VRE og LRE) ved flere sykehus i vår region i 2024. SME har bidratt med å sikre screening av pasienter som overføres fra norske sykehus med utbrudd.

#### Luftveisinfeksjoner

Høsten 2023 startet et kikhosteutbrudd ute i samfunnet. Dette har fortsatt utover i 2024 og SME oppfordret alle ansatte til å ta påfyllingsdose av vaksinen. I tillegg til beskyttelse mot kikhoste, inneholder vaksinen også beskyttelse mot difteri, stivkrampe og polio. Mange ansatte har som følge av vår oppfordring fått påfyll av denne vaksinen.

### 13.3 Stikkskader og blodsøl

Det er meldt 141 stikkskader/blodsøl i SSHF i 2024 (SSF og SSK-87, SSA-57. Det er en hovedvekt av avviksmeldinger på grunn av stikk på nål/kanyler i forbindelse med injeksjon/prøvetakning/innleggelse av venflon.



**I SSK/SSF:** 17 skader ble videre fulgt opp med blodprøver grunnet ukjent eller smitteførende kilde. 5 stk. er ikke ferdig fulgt opp.

**For SSA** er 4saker fortsatt ikke avsluttet.

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

Systemet for melding av slike uønskede hendelser er pr. i dag ikke ideelt og vi mener at det fører til underrapporteringer. Smittevernenheten jobber videre med å gjøre prosedyren for oppfølging av stikkskader og blodsøluhell enklere, noe vi håper vil føre til at slike skader meldes i økende grad.

### 13.4 Vaksinasjoner

I 2024 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 2024/25. Totalt ble det

satt 4978 vaksinedoser i SSHF, noe som utgjør over 80 % oppslutning. Se også avsnitt om luftveisinfeksjoner vedr. vaksinasjon.

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 2024.

Tabell over satte vaksiner i 2024

|                        | SSA  |       |      |      | SSK            |                |                    |      |
|------------------------|------|-------|------|------|----------------|----------------|--------------------|------|
| Vaksiner/År            | 2021 | 2022  | 2023 | 2024 | 2021           | 2022           | 2023               | 2024 |
| Engerix – B            | 41   | 66    | 63   | 177  | 56             | 95             | 131                | 201  |
| Havrix/Vaqta           | 1    | 1     |      | 8    | 1              |                |                    | 4    |
| Vaxigrip (influenza)   | 360  | 337   | 280  |      | 513 (36 stud.) | 488 (38 stud.) | 475 (inkl.splstud) | 469  |
| Boostrix               |      |       |      |      | 16             | 2              | 16                 |      |
| Boostrix polio/Repev   | 9    | 28    | 29   | 407  | 37             | 64             | 101                | 443  |
| Twinrix                | 2    | 3     | 1    | 7    | 2              | 1              | 7                  | 16   |
| Varivax                |      |       |      |      |                | 2              | 2                  | 6    |
| Imovax polio           |      |       |      |      | 1              |                | 15                 |      |
| MMR (vaxpro) (ny 2018) |      |       |      |      |                |                |                    |      |
| Annen vaksine          |      |       | 2    |      |                |                | 3                  |      |
| Egenerklæringsskjema   | 985* | 1239* | 639  | 434  |                |                | 1119               | 945  |
| Stikkskader/blodsmitt  | 54   | 57    | 40   | 57   | 88             | 67             | 101                | 84   |
| Smittede ansatte       | 0    | 0     | 0    | 0    | 0              | 0              | 0                  | 0    |

\*Totalt antall egenerklæringsskjema

## 13.5 Målsetning 2025

- Fortsette videre HMS- arbeid i sykehuset.
- Arbeide videre med 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 Kristiansand, Arendal og Flekkefjord, samt en fysiker fra Senter for kreftbehandling og en representant fra medisinsk teknisk 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. Oppmøtet på de undervisningene som har vært holdt har vært bra for de ulike personellkategoriene.

Sørlandet sykehus HF har i 2024 hatt 70 registrerte strålevernsmessige hendelser ved bruk av ioniserende stråling innen diagnostikk og behandling, og de fordeler seg på følgende måte:

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| Strålevern - Operatørfeil                          | 17 |
| Strålevern - Undersøkelse utført på feil pasient   | 0  |
| Strålevern - Undersøkelse utført på feil kroppsdel | 7  |
| Strålevern - Teknisk svikt eller feil ved utstyr   | 9  |

|                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------|----|
| Strålevern - Annet                                             | 13 |
| Strålevern - Potensiell stråleskade - pasient                  | 1  |
| Strålevern - Unormalt høy stråledose                           | 19 |
| Strålevern – Kontroll av stråledose/radioaktiv mengde          | 1  |
| HMS Strålevern - Utsiktet eksponering av arbeidstaker/3.person | 1  |
| HMS Strålevern - Annet                                         | 2  |

Ingen av HMS hendelsen har vært av alvorlig karakter. Tallene er hentet fra Kvalitetsportalen. Årlig utføres det over 135 000 undersøkelser/behandlinger av pasienter med bruk av ioniserende stråling.

### 14.1 Personelldoser

I 2024 er det registrert 126 arbeidstakere som har brukt persondosimeter ved Sørlandet sykehus HF, dosefordelingen er for disse som følger:

|          | SSA | SSF | SSK |
|----------|-----|-----|-----|
| 0 mSv    | 9   | 2   | 34  |
| 0-1 mSv, | 20  | 1   | 32  |
| 1-3 mSv  | 7   | 0   | 16  |
| >3 mSv   | 4   | 0   | 1   |

Høyeste registrerte dose var 6,75 mSv, tilsvarende under 1 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 den økende trenden blant ortopedene ses også i 2024.

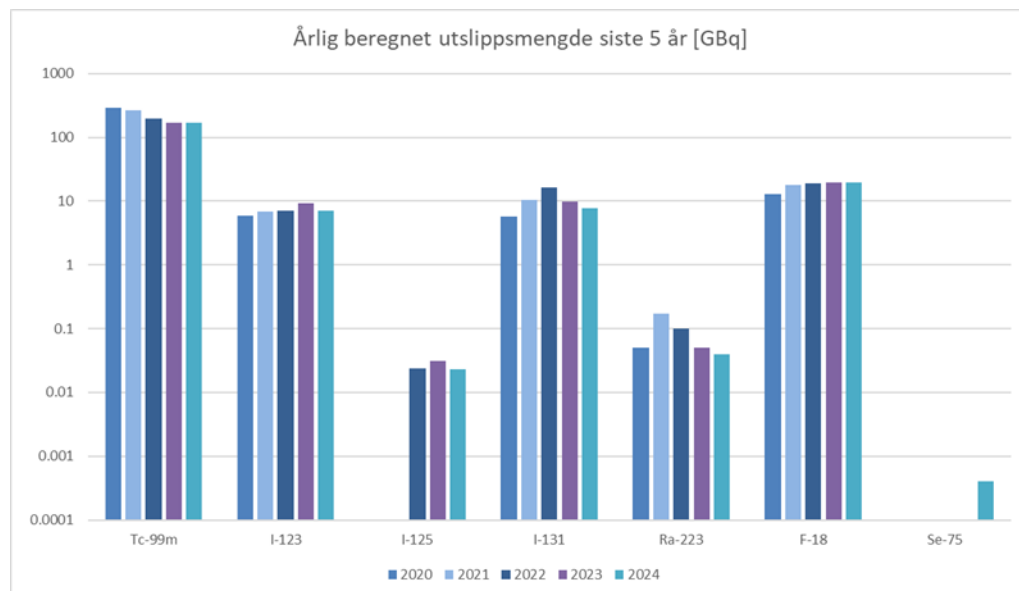
### 14.2 Utslipp av radioaktive stoffer

Sørlandet sykehus HF har i 2024 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 2024 [GBq] |
|---------|------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Tc-99m  | 800                                | 169,0                                                      |
| I-131   | 45                                 | 7,8                                                        |
| I-123   | 24                                 | 7,0                                                        |
| I-125   | 0,08                               | 0,023                                                      |
| Se-75   | 0,01                               | 0,004                                                      |
| Ra-223  | 1                                  | 0,04                                                       |
| F-18    | 50                                 | 19,8                                                       |

Utslippene er innenfor utslippstillatelsen.

Figuren under viser årlig beregnet utslippsmengde de siste 5 årene i GBq.



### 14.3 Radioaktivt avfall

Sørlandet sykehus HF har i 2024 ikke generert radioaktivt avfall som er deponeringspliktig.

### 14.4 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet

Sørlandet sykehus HF har i 2024 ikke hatt tilsyn fra Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet. En av de uønskede hendelsene ble meldt videre til DSA.

### 14.5 Målsetning 2025

På lik linje med i 2024 vil det i 2025 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 to enheter fra 1. februar 2024;

- Enhet for Medisinsk teknologi
- Enhet for behandlingshjelpemidler

### 15.1 Virksomhetens omfang

MTS forvalter en utstyrspark av medisinsk teknisk utstyr (MTU) bestående av ca. 13.200 enheter, med en akkumulert historisk anskaffelsesverdi på over 1 milliard kroner. MTS forvalter eieransvaret, og har ansvar

for reparasjon og vedlikehold, logging vedrørende alle forhold i forbindelse med bruk av utstyret, kassasjon osv.

I løpet av 2024 er det ikke meldt uønskede hendelser med bruk av medisinsk teknisk utstyr til Direktoratet for medisinske produkter (DMP).

## 15.2 Planlagt vedlikehold

MTU vedlikeholdes i all hovedsak i henhold til produsentens anbefalinger. Antall oppdrag for vedlikehold/reparasjoner i 2024 er totalt 10.239 oppdrag hvor 47,3 % er planlagte oppdrag. De resterende 52,7 % er akutte/normale oppdrag hvor det er typisk med reparasjon.

## 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

Enhet for behandlingshjelpemidler (BHM) har ansvar for utlån av medisinsk utstyr til hjemmeboende pasienter. Det er ca. 21 700 enheter som er utlånt. 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.

## 15.5 Tilsyn

Det har ikke forekommet tilsyn i 2024.

## 15.6 Målsetting 2025

MTS har definert følgende målsetting for 2025:

- Videreutvikle MTU-områdeplan. Planen er et viktig verktøy for å sikre planlagte og strategiske utskiftninger av MTU, slik at gammelt utstyr kan erstattes planlagt uten havarier.
- Implementere en pilot for å finne MTU innenfor våre sykehus via RFID. Dette for å sikre at MTU som brukes i SSHF får periodisk vedlikehold og er sikkert i bruk.
- Sikre at nytt MTU har bruksanvisning som distribueres til brukere for å sikre opplæring i MTU.

## 16 Ytre miljø

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

### 16.1 Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet at alle helseforetak skal være miljøsertifisert etter ISO 14001-standarden, og det er videre fastsatt at helseforetakene skal ta en ledende rolle i arbeidet knyttet til miljø og klima. Gjennom oppdrag og bestillinger har staten tydelig uttrykt forventninger om at helseforetakene skal gjennomføre aktsomhetsvurderinger for miljø og klima, i tråd med anerkjente internasjonale standarder som ISO 14001. Dette innebærer at helseforetakene skal identifisere og håndtere risiko som kan påføres samfunnet, mennesker, miljøet og klimaet som følge av deres virksomhet. De regionale helseforetakene har allerede etablert felles klima- og miljømål med indikatorer for spesialisthelsetjenesten. Det langsiktige målet er å oppnå 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 interne revisjoner for å ivareta kravene i tråd med standarden ISO 14001 og ISO 50001
- Sette klima- og miljø på dagens orden i foretaksledelsen.

Tiltak som vurderes: -- SSHF vil videreføre arbeidet med å kartlegge indirekte utslipp (Scope 3) og følger sykehusinnkjøp anbefalte metodikk for dette.

- Oppfordre til samkjøring / kollektivtransport om det lar seg gjøre.
- Tilrettelegge for gange og sykkel for ansatte.
- Redusere fysiske reiser med digitale konsultasjoner der det er hensiktsmessig.
- Rutiner for kontroll av anleggseiers kontrollplikt gjennom samsvarevaluering i tråd med kravene i ISO 14001 (miljø ledelsessystem)
- Følge nasjonale strategier og handlingsplan for sirkulærøkonomi.
- Gjennomføre tiltak fra Plastsmart sykehus-rapporten.

## 16.2 Miljøpolitikk

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

## 16.3 Internrevisjon

I 2022 ble besluttet at miljøledelsessystem ivaretas gjennom interne revisjoner med samarbeid på tvers med de andre HF-ene. For å følge opp miljøledelsessystemet skal det jf. ISO-standard 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 2025 er det planlagt internrevisjoner i tema ytre miljø og energiledelse.

## 16.4 Klimaregnskap og rapportering

Tabellen under viser klimaregnskapet for 2024 oversendt til HSØ: -

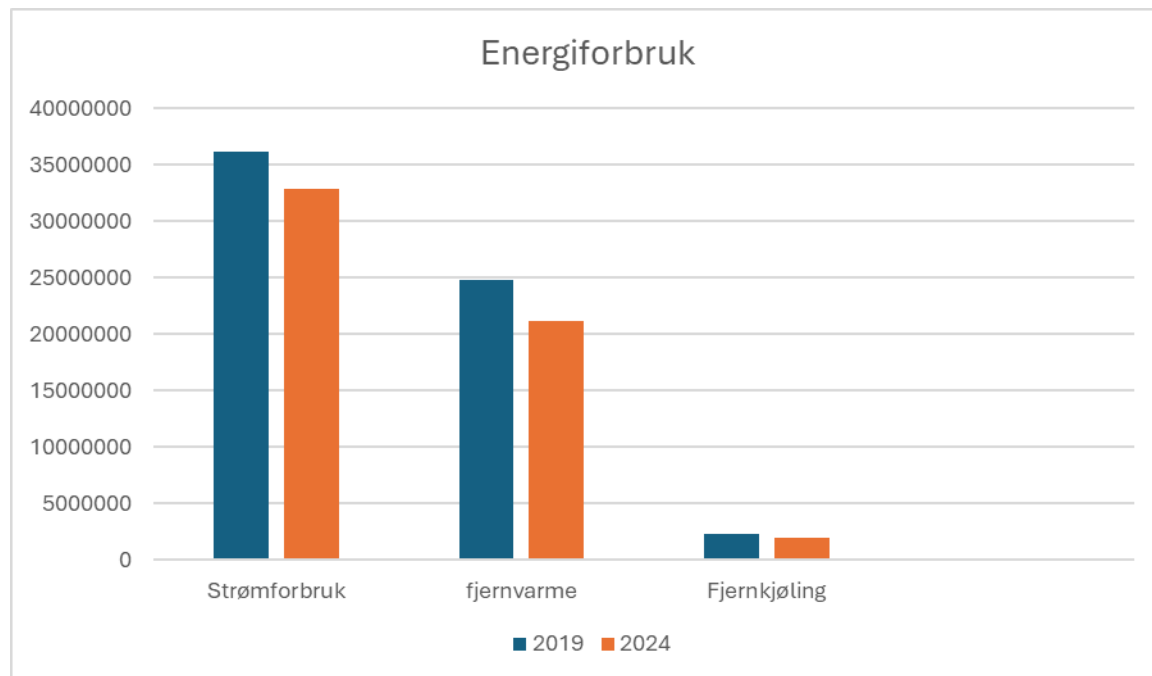
|                                 | 2019       | 2020       | 2021       | 2022       | 2023       | 2024       |
|---------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Energiforbruket (kWh)           | 63 218 506 | 59 821 997 | 60 933 418 | 58 284 707 | 59 622 668 | 56 041 296 |
| Avfallsmengde (tonn)            | 1805       | 1797       | 1748       | 1882       | 1 798      | 1845       |
| Vannforbruket (m <sup>3</sup> ) | 138 227    | 169 357    | 181 162    | 134 831    | 110 153    | 145 160    |
| Flyreiser, ansatte (km)         | 3 333 932  | 3 063 310  | 715 458    | 1 855 568  | 2 000 522  | 2 118 629  |
| Kjøring i tjeneste (km)         | 1 867 739  | 1 841 094  | 1 300 906  | 1 516 426  | 1 742 109  | 1 754 448  |

**Kommentarer energiforbruk:** Energiforbruket er primært knyttet til oppvarming, kjøling og strømforbruk. Endringer i forbruket kan tilskrives energisparing tiltak og endret brukeratferd. Sammenlignet med 2019 har



energiforbruket i SSHF gått ned med cirka 7,3 GWh, delvis på grunn av endret aktivitet og ENØK-tiltak som bli gjennomført.

Strømforbruket for SSHF (2019-2024) har gått ned med 3,3 GWh, fjernvarme forbruket redusert med ca.3,7 GWh og fjernkjøling med ca.300 000 kWh.



Energimerking og energivurdering av tekniske anlegg ble gjort ca. 10 år siden og oppdatert i henhold til energimerkeforskriften i 2024.

#### **Kommentarer avfallshåndtering**

I 2024 har vi levert like mengde avfall som i 2019, med en sorteringsgrad på ca. 50 %. Smittefarlig avfall er redusert, men plastavfall (f.eks. usterile hansker og engangsutstyr, varmejakker) har økt. Sorteringsgraden ved sykehusene har økt fra 40 % i 2014 til 50 % i 2024.

SSHF fokuserer på avfallsreduksjon, plastbruk reduksjon, øke gjenbruk og materialgjenvinning. Riktig håndtering av farlig avfall er viktig for å unngå at miljøgifter havner i naturen, og vi har prosedyre for å sikre godt praksis rundt dette. Energi- og miljørådgiver administrerer webportalen og gir sluttbrukertilgang til ledere, i internservice og teknisk. Avfallsleverandør er tildelt fullmakt for deklarerer på vegne av HF.

#### **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 2022-2024.

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 2025

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 2025 har SSHF ansvar for å jobbe systematisk med miljøstyringssystemet i tråd med kravene og systematikken i ISO 14001-standarden. Felles klima- og miljømål 2022-2030 er lagt til grunn for videre arbeidet knyttet til målsetning for å redusere Co2 utslipp med 40% innen 2030.



Nye felles klima og miljømål følges opp kontinuerlig gjennom portalen med følgende forslag:

- Redusere forbruk av usterile hansker med 30 %.
- Redusere forbruk av engangsvarmejakker i 2025, og fase ut engangsvarmejakker i løpet av 2026
- Materialgjenvinne 60 prosent av husholdningsliknende avfall innen 2030
- Følge opp Grønt sykehus tiltak bank.