

# HMS årsrapport 2022

## : HMS-lovgivningen



Et trygt, forsvarlig og helsefremmende arbeidsmiljø styrker pasientsikkerheten

## INNLEDNING

Målgruppen for rapporten er administrerende direktør, arbeidsmiljøutvalget (AMU), styret, ledere, kolleger som jobber med HMS/arbeidsmiljø, verneombud, tillitsvalgte, Helse Sør-Øst RHF, eksterne samarbeidspartnere og tilsynsmyndigheter.

Vi håper årsrapporten er et nyttig informasjonsverktøy for de som er interessert i sykehusets systematiske arbeid med HMS og arbeidsmiljø. Årsrapporten beskriver «rikets tilstand» på bakgrunn av HMS-lovgivningen og lovhjemlede krav til internkontroll og forebyggende HMS-/arbeidsmiljøarbeid. Internkontroll er kvalitetssikring. Vi mottar gjerne innspill til forbedringer på struktur og innhold.

Stor takk til ledere, rådgivere, fagpersoner, bedriftshelsetjenesten og andre som har gitt verdifulle bidrag. Honnør til ledere, medarbeidere, verneombud og tillitsvalgte i drift som hver dag jobber for et godt arbeidsmiljø som bidrag til trivsel og god pasientsikkerhet.

God lesning.

Sarpsborg, 01.02.2023

Trond Smogeli (s)  
Direktør FM<sup>1</sup>

Terje Engvik (s)  
HMS-sjef

## Saksgang

Organ	Leder	Stilling	Dato
Arbeidsmiljøutvalget	Britt Fritzman	Leder AMU	07.02.23 - Orienteringssak
Samarbeidsmøte foretakstillitsvalgte	Hege Gjessing	Administrerende direktør	13.02.23 - Informasjon
Sykehusledermøte	Hege Gjessing	Administrerende direktør	14.02.23 - Beslutningssak
Styret	Torbjørn Almlid	Styreleder	27.02.23 - Orienteringssak


Fotos forside: Kommunikasjonsavdelingen.

<sup>1</sup> FM: Divisjon Facility Management med HMS-avdeling, eiendomsavdeling, teknisk avdeling, sykehusservice (renhold, mat, kafe) og avdeling for innkjøp og logistikk.

## Innhold



[Klikk på kapitteloverskrift som lenke](#)

<b>1</b>	<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>5</b>
1.1	ORGANISERING, ROLLER OG ANSVAR.....	5
1.2	PRIORITERTE HMS MÅLINDIKATORER.....	5
1.3	HMS-HENDELSER OG RISIKOOMRÅDER .....	5
1.4	STATUS PER LOVOMRÅDE I HMS-LOVGIVNINGEN .....	5
1.5	TRYGGE MEDARBEIDERE GIR TRYGGE PASIENTER .....	5
<b>2</b>	<b>RAPPORTENS FORMÅL</b> .....	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>HMS/ARBEIDSMILJØ OG PASIENTSIKKERHET</b> .....	<b>7</b>
3.1	HMS-BEGREPET, ARBEIDSMILJØ OG HMS-LOVGIVNINGEN.....	7
3.2	TRYGGE MEDARBEIDERE GIR TRYGGE PASIENTER .....	7
<b>4</b>	<b>ORGANISERING OG ROLLER I HMS-/ARBEIDSMILJØARBEIDET</b> .....	<b>10</b>
4.1	LEDER, MEDARBEIDER, VERNEOMBUD OG TILLITSVALGT.....	10
4.2	HMS-STAB, HMS-RÅDGIVERE OG FAGANSVARLIGE FOR ULIKE HMS-OMRÅDER.....	10
4.3	BEDRIFTSELSETJENESTEN OG NAV ARBEIDSLIVSSENTER .....	13
4.4	MEDVIRKNING FRA VERNEOMBUD OG TILLITSVALGTE .....	13
4.5	ARBEIDSMILJØUTVALGET (AMU) .....	14
4.6	REVISJONSGRUPPEN FOR INTERNE HMS-REVISJONER .....	14
4.7	HELSE SØR-ØST RHF - HMS RAMMEVERK, HMS-LEDERFORUM OG NETTVERKSSAMARBEID .....	15
<b>5</b>	<b>HMS MÅLINDIKATORER OG MÅLOPPNÅELSE</b> .....	<b>16</b>
5.1	HOVEDMÅL OG HMS MÅLKART MED 20 MÅLINDIKATORER .....	16
5.2	SYKEFRAVÆR – UTVIKLING, MÅLOPPNÅELSE OG TILTAK .....	17
5.3	RESULTATER FRA FORBEDRING - UTVIKLING, MÅLOPPNÅELSE OG TILTAK .....	19
5.4	AML-BRUDD – UTVIKLING, MÅLOPPNÅELSE OG TILTAK .....	22
5.5	YTRE MILJØ - CO2E-UTSLIPP - UTVIKLING, MÅLOPPNÅELSE OG TILTAK .....	24
5.6	TRUSLER, VOLD OG UTAGERING – UTVIKLING, RISIKOFORHOLD OG TILTAK SØ .....	29
5.7	TRUSLER, VOLD OG UTAGERING – UTVIKLING, RISIKOFORHOLD OG TILTAK I PSYKIATRISK AVDELING.....	33
5.8	TRUSLER, VOLD OG UTAGERING MOT MEDARBEIDERE – ANDRE AVDELINGER.....	36
5.9	ANDEL ENHETER MED AKTIV HANDLINGSPLAN – UTVIKLING, MÅLOPPNÅELSE OG TILTAK .....	37
5.10	BRUKERTILFREDSHET MED OPPLÆRING OG LEDERSTØTTE – UTVIKLING, MÅLOPPNÅELSE OG TILTAK ...	38
<b>6</b>	<b>HMS-HENDELSER OG RISIKOOMRÅDER</b> .....	<b>40</b>
6.1	HMS-SAKER - FAKTISKE HENDELSER, NESTEN-UHELL OG FORBEDRINGSFORSLAG I SYNERGI .....	40
6.2	INNEKLIMA .....	41
6.3	ORGANISATORISK OG PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ .....	41
6.4	VOLD, TRUSLER OG UTAGERING .....	41
6.5	ERGONOMI OG FYSISK OVERBELASTNING.....	42
6.6	MILJØ.....	42
6.7	BRANNVERN.....	43
6.8	YRKESKADER MELDT TIL NAV 2016-2022 .....	43
6.9	UTVIKLING I ANTALL UFØRE 2016-2021 .....	44
6.10	VAKSINERING, STIKKSKADER OG BLODSMITTEUHELL.....	45
6.11	MEDARBEIDERRETTET SMITTEVERN.....	47
6.12	KJEMIKALIESIKKERHET.....	49
6.13	INTERNE HMS-REVISJONER.....	50
6.14	EKSTERNE TILSYN OG REVISJONER .....	50

 <b>SYKEHUSET ØSTFOLD</b>	 Dato: <b>13.02.2023</b> Side: <b>4 / 63</b>
<b>HMS årsrapport 2022</b>	Arkiv nr.: 14/07251

<b>7</b>	<b>HMS-LOVGIVNINGEN - FORMÅL OG STATUS PER LOVOMRÅDE.....</b>	<b>51</b>
7.1	HMS-LOVGIVNINGEN MED FORSKRIFTER .....	51
7.2	ARBEIDSMILJØLOVEN – ORGANISATORISK OG PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ.....	52
7.3	ARBEIDSMILJØLOVENS KAPITTEL 2A - VARSLING .....	53
7.4	BYGG OG EIENDOM – FYSISK ARBEIDSMILJØ OG INNEKLIMA .....	54
7.5	STRÅLEVERNLOVEN – STRÅLEVERN.....	55
7.6	FORURENSNINGSLOVEN OG MILJØLEDELSE ISO 14001 – BÆREKRAFTIG MILJØ .....	57
7.7	LOV OM TILSYN MED ELEKTRISKE ANLEGG OG ELEKTRISK UTSTYR OG ELSIKKERHET .....	58
7.8	ELTILSYNSLOVEN OG ELSIKKERHET - BRUK AV MEDISINSKTEKNOLOGISK UTSTYR.....	59
7.9	GENTEKNOLOGILOVEN.....	59
7.10	PRODUKTKONTROLLOVEN - PRODUKTER OG TJENESTER.....	60
7.11	BRANN- OG EKSPLOSJONSVERNLOVEN - BRANNVERN .....	60
7.12	SIVILBESKYTTELSESLOVEN - BEREDSKAP .....	62

---

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: 13.02.2023	Side: 5 / 63
HMS årsrapport 2022	Arkiv nr.: 14/07251		

## 1 SAMMENDRAG

### 1.1 Organisering, roller og ansvar

Det synes å være tydelige og kjente roller og ansvarsfordeling i linje/drift, HMS-stab og i bedriftshelsetjenesten. Samarbeidet mellom linje, stab og bedriftshelsetjenesten synes å fungere godt. I årlig rapport for AMUs virksomhet fremgår at AMU er velfungerende og løser sitt oppdrag i tråd med lovhjemlet mandat.

### 1.2 Prioriterte HMS målintikatorer

- Sykefraværet har i 2022 har vært påvirket av stor tilstrømming av pasienter og et tidvis fortsatt stort smittetrykk, etter en pandemi hvor medarbeidere har stått i utfordringer over lang tid. Akkumulert langtidsfravær er 5,6 % og korttid 3,6 %, totalt 9,3 % mot målet på totalt 7,0 %. Forebyggende tiltak pågår og nye tiltak vurderes - [se kapittel 5.2](#)
- Totalt antall registrerte hendelser knyttet til vold, trusler og utagering har gått ned med 35 % fra 1 320 i 2021 til 859 i 2022. I stor grad en konsekvens av forenklet registreringspraksis for mindre alvorlige hendelser ved en av SØs enheter. Praksisen opphørte 21.05.2021. Registrerte hendelser ved somatiske enheter økt fra 121 til 139 hendelser, med størst økning på voldshendelser fra 43 i 2021 til 70 i 2022. Det er bekymringsfullt. Pasienters bruk av rusmidler eventuelt kombinert med psykiatrisk sykdom er i mange tilfeller årsak til utagerende adferd. Det er over år iverksatt mange tiltak på foretaksnivå og i klinikker, avdelinger og seksjoner. SØ må opprettholde innsatsen med risikovurdering, forebyggende og risikoreducerende tiltak samt ivaretagelse av medarbeidere som blir eksponert for vold og trusler. [Se kapittel 5.6 - 5.7 - 5.8](#)
- For ytre miljø er det meget god måloppnåelse med -47 % reduksjon av CO2e-utslipp mot målet på -25 % innen 2025. Måloppnåelsen skyldes kjøp av gjenvinningskraft med nær null i CO2e utslipp. [Se kapittel 5.5.](#)

### 1.3 HMS-hendelser og risikoområder

Hendelser registrert i meldesystemet Synergi. For mer informasjon se [kapittel 6](#).

- Inneklima (27 hendelser): Flere saker dreier seg om byggestøv og støy i fbm. renovering av DPS Fredrikstad/St. Joseph
- Organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø (267): De fleste saker handler om arbeidsbelastning, tidspress, kommunikasjon og samhandling og samarbeidsproblemer/konflikter
- Ergonomi og forflytning (41): Hendelser dreier seg i stor grad om overbelastning i forbindelse med forflytning av pasienter, uventet pasientadferd og i forbindelse med manglende ressurser og hjelpemidler
- Miljø (13): Gjentakende hendelser er registrert på feil emballering av smittefarlig avfall, og å ha blandet antibiotika uten avtrekk (antibiotika resistens)
- Brannvern (22): Hendelser gjelder rømningsvei, brannstilløp og tekniske anlegg. Korridorpasienter er i liten grad registrert som HMS-hendelse, da det gjerne håndteres som en pasienthendelse
- Vold og trusler (859): Slag, spark og skalling mot hode/nakke utgjør de mest alvorlige hendelsene. Det forekommer også alvorlige drapstrusler. Se også kapitlene [5.6 - 5.7 - 5.8](#)

### 1.4 Status per lovområde i HMS-lovgivningen

- SØ har fortsatt ett alvorlig avvik gitt av Direktoratet for sikkerhet og beredskap (DSB) etter tilsyn ved medisinskteknologisk avdeling 04.06.2021, grunnet 23 % etterslep på planlagt vedlikehold av 8 300 elektromedisinske utstyrsenheter. Tiltak for å lukke avvik pågår - [se kapittel 7.8](#)
- Videre erfares potensiale for å forbedre forebyggende brannvern i enkelte av SØs enheter, noe som følges opp overfor aktuelle enheter - [se kapittel 7.11](#)
- Krav i lov og forskrift til internkontroll for HMS/arbeidsmiljø anses som overholdt på foretaksnivå.

### 1.5 Trygge medarbeidere gir trygge pasienter

Etter en utfordrende pandemi skriver Helse Sør-Øst i [Oppdrag og bestilling 2022 for SØ](#) at det er avgjørende å ivareta medarbeidere, og særlig viktig med tiltak som bidrar til et trygt og godt arbeidsmiljø slik at fravær og frafall forhindres. Det utøves mye godt HMS-arbeid og arbeidsmiljøutvikling fra ledere og medarbeidere i SØ.

Utfordringer knyttet til kapasitet, arealknapphet, arbeidsbelastning, bemanning og kompetanse kan i sum føre til økt emosjonell helsebelastning for SØs helsepersonell. Det er derfor viktig å gjøre det som er mulig for å ivareta trygge og helsefremmende arbeidsmiljøer, også som bidrag til rekruttere og beholde medarbeidere.

Eksisterende og nye tiltak må bidra til dette. Forskning viser at *trygge medarbeidere gir trygge pasienter*.

## 2 RAPPORTENS FORMÅL

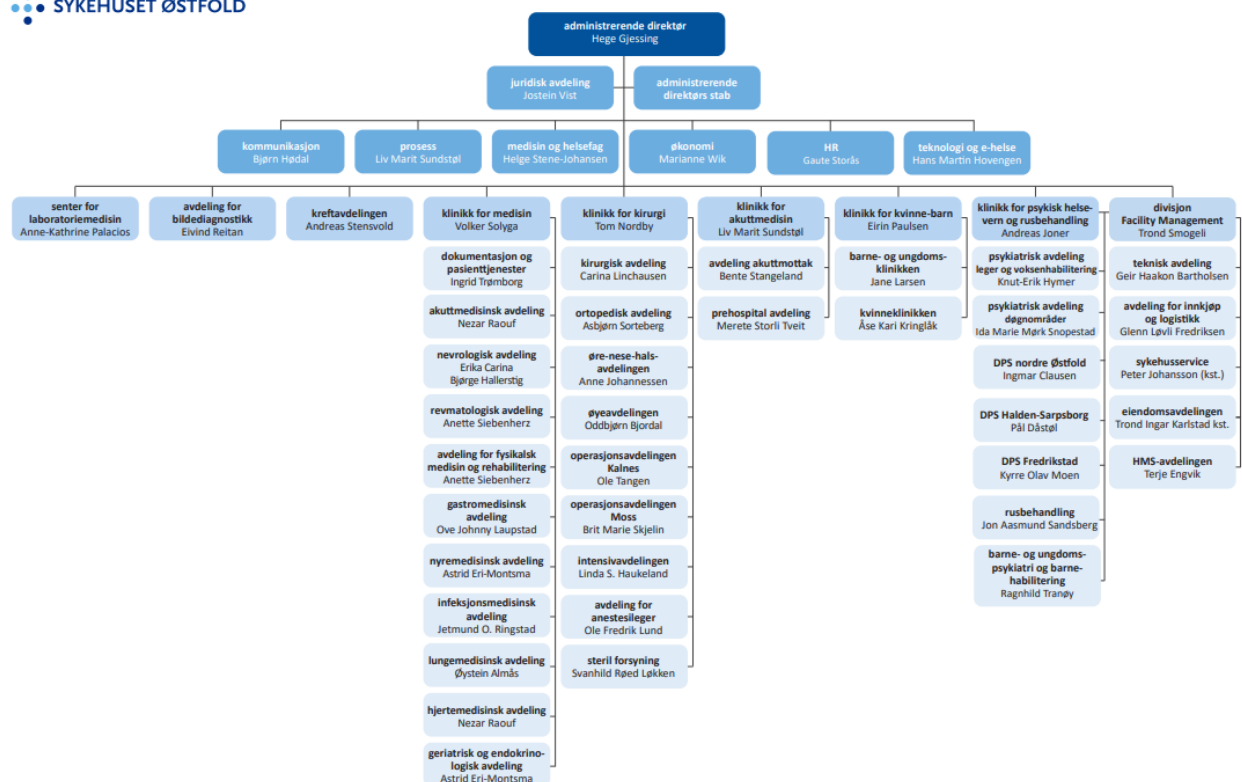
En samlebetegnelse for «HMS» er Helse, Miljø og Sikkerhet.

Arbeidstilsynet skriver: «Internkontroll er kvalitetssikring.» «I tillegg til den jamlege oppfølginga med kartlegging og tiltak, må bedrifta også, minst ein gong i året, gå gjennom sjølve systemet som er bygd opp og vurdere om det har fungert i praksis eller om det bør endrast.»

HMS årsrapport skal:

- Gi en oversikt på måloppnåelse og vesentlige tiltak for HMS-arbeidet på foretaksnivå
- Være et informasjons- og styringsverktøy i mål- og resultatoppfølgingen og forbedringsarbeidet
- Være et bidrag til å overvåke og vurdere om det systematiske HMS-arbeidet ved Sykehuset Østfold (SØ) er i tråd med lovkrav og interne prosedyrekrav, med bakgrunn i HMS-lovgivningen og [internkontrollforskrift for helse, miljø og sikkerhet § 5 punkt 1-8](#).

Målgruppen for rapporten er styret, adm. direktør, sykehusledermøte, ledere, AMU, foretakstillitsvalgt-møte, kolleger som jobber med HMS, verneombud, tillitsvalgte, samarbeidspartnere, eier og tilsynsmyndigheter.



Revidert februar 2023 | sykehuset-ostfold.no

Figur 1: Organisasjonskart SØ

Per 31.12.2022 hadde SØ 4 369,3 årsverk på fast månedslønn (2021: 4 183,3) og 5 443 medarbeidere (2021: 5 190)<sup>2</sup>. SØ hadde i budsjett 2022 utgifter på 7,656 (2021: 7,295) milliarder kroner, hvorav 4,627 milliarder kroner (60 %) var lønnsutgifter.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Kilde: Avdeling for arbeidsgiverpolitikk og ressursstyring v/avdelingsjef Marius Bjørndalen (Regional data og analyseplattform (RDAP).

<sup>3</sup> Kilde: Økonomiavdelingen v/økonomisjef Anne Maria Birkeland.



### 3 HMS/ARBEIDSMILJØ OG PASIENTSIKKERHET

#### 3.1 HMS-begrepet, arbeidsmiljø og HMS-lovgivningen

HMS-områder		
Helse	Miljø	Sikkerhet
Psykososialt arbeidsmiljø Organisatorisk arbeidsmiljø	Miljøledelse ISO 14001	Sikkerhet og grunnsikring
Fysisk arbeidsmiljø og innemiljø	Avfall	Brannsikkerhet og eksplosjonsvern
Kjemikaliesikkerhet	Energi	El-sikkerhet
Smittevern	Transport	Personvern og informasjonssikkerhet
Strålevern	Utslipp og forurensning	Beredskap

SØ skal for alle HMS-områder overholde arbeidsmiljølovens (aml) krav i § 1-1 om: «...å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, og som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger», samt øvrige krav i HMS-lovgivningen.

HMS-lovgivningen og ansvar	
Lover	Ansvar
<ul style="list-style-type: none"> <li>Arbeidsmiljøloven</li> <li>Strålevernloven</li> <li>Forurensningsloven</li> <li>Genteknologiloven</li> <li>Brann- og eksplosjonsvernloven</li> <li>Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr</li> <li>Produktkontrollloven</li> <li>Sivilbeskyttelsesloven</li> </ul> <p>Lovene har tilhørende forskrifter</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leder på hvert nivå skal ha oversikt på krav i lov og forskrift for egen enhet</li> <li>HMS-sjef skal ha helhetlig oversikt på foretaksnivå som system- og fagansvarlig</li> <li>Fagansvarlige innen HMS-stab på det enkelte HMS-område skal ha oversikt på foretaksnivå som system- og fagansvarlig</li> </ul>

#### Internkontrollforskrift for HMS

Iht. internkontrollforskrift for HMS § 3 skal arbeidsgiver ha «Systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen». SØ som stor virksomhet med komplekse risikoforhold treffes av alle HMS-lover.

#### 3.2 Trygge medarbeidere gir trygge pasienter

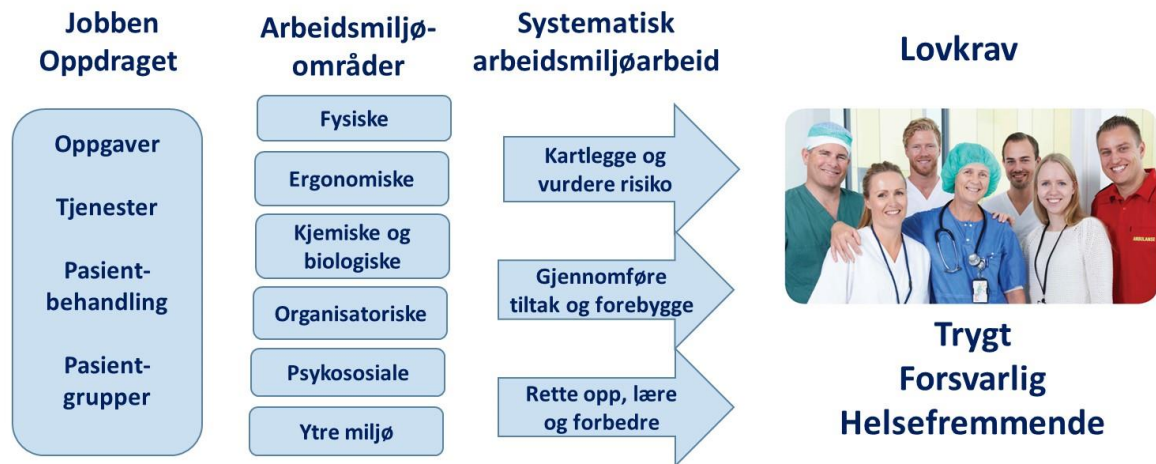
I Oppdrag og bestilling for SØ ble det fra 2016 gitt føringer på å se arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i sammenheng. I [Virksomhetsstrategi SØ 2023-2026](#) kapittel 5 fremgår at SØ vil «se arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i sammenheng.» Helsedirektoratet presenterte i 2022 forskning<sup>4</sup> som viser signifikant sammenheng mellom psykososialt arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Sentrale eksempler er knyttet til høyere forekomst av uønskede

<sup>4</sup> [Helsedirektoratet på Pasientsikkerhetskonferansen 2022 \(lenke\)](#): Can building a culture of psychological safety be the key to radically improved patient safety? (2022)

hendelser, feilmedisinering og pasientdødelighet. Psykologisk trygghet i arbeidsmiljø angis som en viktig forutsetning for pasientsikkerhet.

# Arbeidsmiljømodellen

## Å vurdere arbeidsmiljøet



Figur 2: Arbeidsmiljømodellen

Medarbeidere ved SØ blir samlet eksponert for arbeidsmiljøfaktorer på alle relevante HMS-områder

I [arbeidsmiljøportalen.no](https://arbeidsmiljøportalen.no) (Arbeidstilsynet, Petroleumstilsynet og Statens Arbeidsmiljøinstitutt/STAMI) fremgår arbeidsmiljøfaktorer medarbeidere ved sykehus i størst grad er eksponert for<sup>5</sup>.



## Arbeidsmiljøfaktorer på sykehus



Figur 3: Arbeidsmiljøfaktorer på sykehus

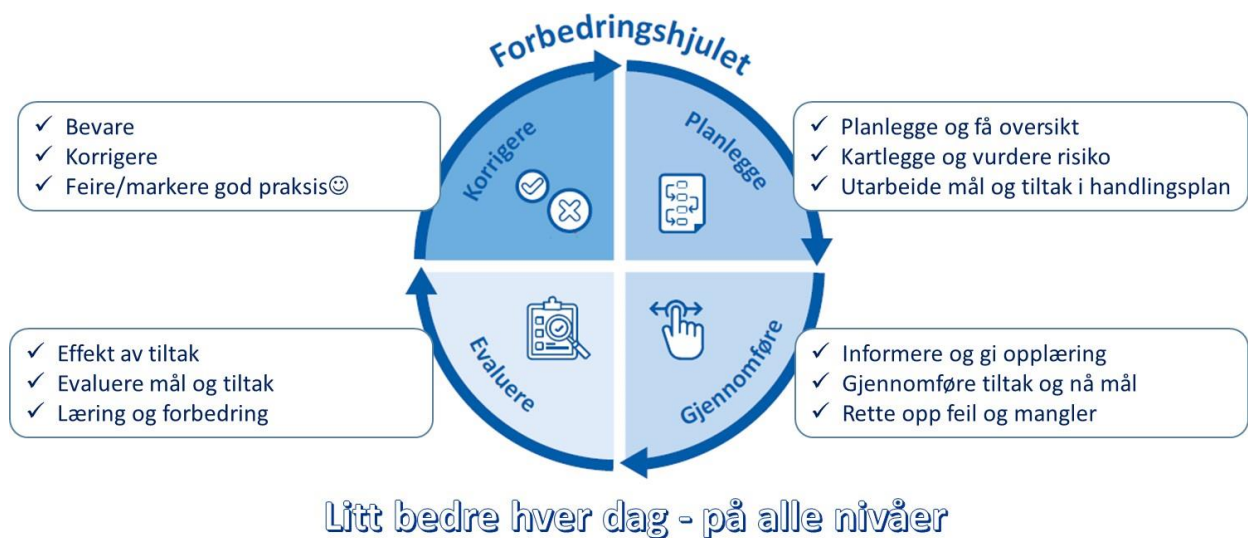
<sup>5</sup> Kilde: SSB - Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø 2019.



 SYKEHUSET ØSTFOLD	HELSE  SØR-ØST Dato: 13.02.2023 Side: 9 / 63
HMS årsrapport 2022	Arkiv nr.: 14/07251

Forbedringshjulet fra [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lenke\)](#) med samme metodikk som i [Internkontrollforskrift for helse, miljø og sikkerhet](#).



Kontinuerlig forbedring defineres som gjentatt aktivitet for å forbedre prestasjon (ISO 45001:2018).



Figur 4: Forbedringshjulet

Arbeidstilsynet skriver på [arbeidstilsynet.no](http://arbeidstilsynet.no):

«Godt arbeidsmiljøarbeid handlar om å redusere risiko for farar og ulykker og aktivt rette søkelyset mot dei positive og helsefremmande faktorane i arbeidsmiljøet.»

 <b>SYKEHUSET ØSTFOLD</b>	 Dato: <b>13.02.2023</b> Side: <b>10 / 63</b>
<b>HMS årsrapport 2022</b>	Arkiv nr.: 14/07251

## 4 ORGANISERING OG ROLLER I HMS-/ARBEIDSMILJØARBEIDET

### 4.1 Leder, medarbeider, verneombud og tillitsvalgt

I tråd med aml §§ 2-1 og 3-1 skal arbeidsgiver sørge for at bestemmelsene gitt i og i medhold av arbeidsmiljøloven blir overholdt, samt sørge for at det utføres et systematisk HMS-arbeid på alle plan i virksomheten.

#### Ansvarsavklaring i SØ iht. lovkrav og intern prosedyre D03492:

- Administrerende direktør har som øverste leder ansvar for at gjeldende lover etterleves, og at internkontrollforskriften overholdes i hele helseforetaket
- Klinikksjefer, avdelingssjefer, stabsdirektører og seksjonsledere har ansvar for HMS-arbeidet innenfor sitt ansvarsområde i samarbeid med medarbeiderne, verneombud og tillitsvalgte
- Aml § 2-3 hjemler medarbeiders plikt til aktivt å medvirke i plan og gjennomføring av HMS-arbeidet
- Aml § 6-2 hjemler verneombudets rett og plikt til aktivt å påse at arbeidsplassen har et fullt ut forsvarlig og helsefremmende arbeidsmiljø iht. aml § 1-1. Gjennom dette skal verneombudet ivareta alle medarbeideres interesser i saker som angår arbeidsmiljøet
- Tillitsvalgte har en annen rolle enn verneombudet, er en viktig samarbeidspartner og skal medvirke i HMS-arbeidet på vegne av sine medlemmer i hht. aml §§ 3-1 og 4-2, samt bistå sine medlemmer i å ivareta de generelle arbeidsvilkår.

### 4.2 HMS-stab, HMS-rådgivere og fagansvarlige for ulike HMS-områder

- Direktør FM og HMS-sjef er gitt overordnet fag- og systemansvar for HMS/arbeidsmiljø på foretaksnivå
- HMS-sjef har ansvar for strategisk ledelse av HMS-arbeidet i SØ, og skal påse at helseforetaket overordnet er forsvarlig innrettet i sitt HMS-arbeid med implementering av HMS i hele organisasjonen
- Unntatt er beredskapsområdet som ligger til administrerende direktør med bistand fra beredskapssjef.

HMS-avdelingen hadde i 2022 følgende bemanning og ressurser fra bedriftshelsetjenesten oppdragsbasert knyttet til HMS-sjefens oppdrag.

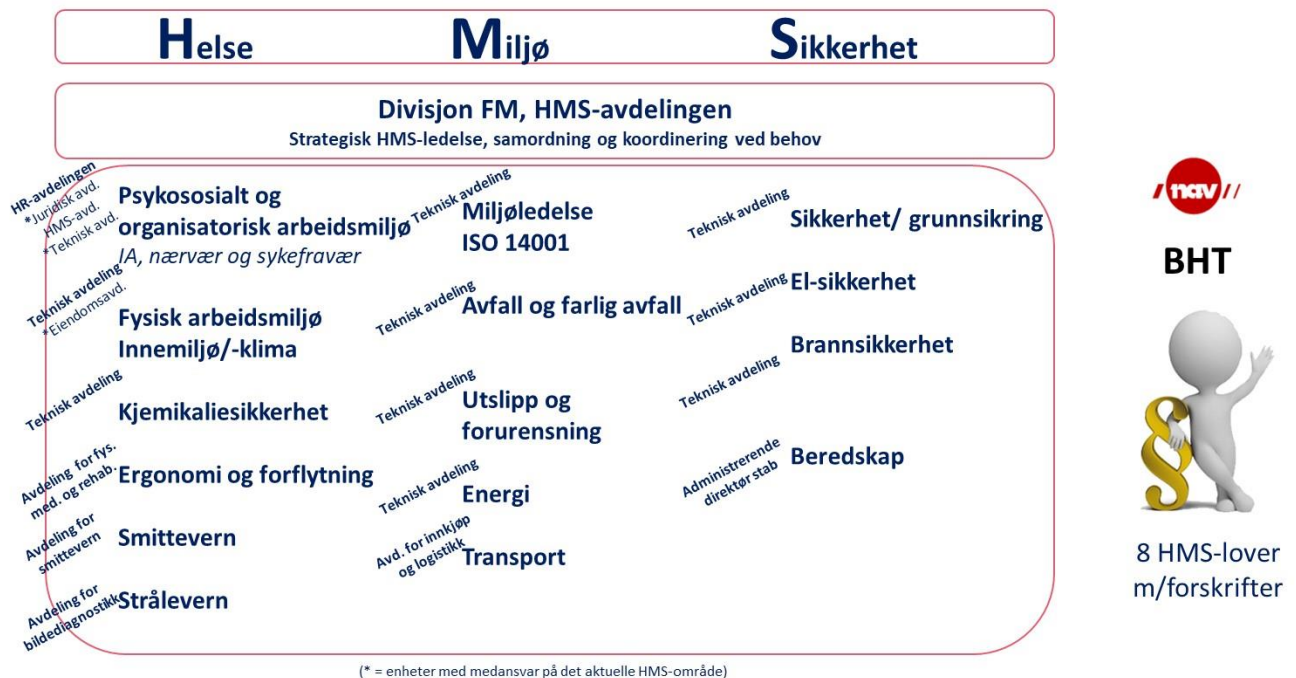
Navn	Tittel	Stillingsbrøk
Terje Engvik	HMS-sjef	100 %
Marie Helene Juliussen	Rådgiver, sekretær AMU	10 %
Fagpersoner fra bedriftshelsetjenesten gjennom samarbeidsavtale <sup>6</sup> . Alle med backup-ressurs.		
Rolle	HMS/arbeidsmiljø-områder	
BHT-rådgiver	Systematisk HMS- og arbeidsmiljøarbeid. Internkontroll/HMS-system. Forebygging og helsefremmende arbeidsmiljø. Opplæring og rådgivning.	
Yrkeshygieniker/siv.ing.	Yrkeshygiene, innemiljø (luft, lyd, lys, kjemikaliesikkerhet). Innemiljø-målinger. Internkontroll/HMS-system. Utvikling verktøy og prosedyrer. Risikovurdering. Forebygging, opplæring og rådgivning.	
BHT-rådgiver	Internkontroll/HMS-system. Forebygging og helsefremmende arbeidsmiljø. Opplæring og rådgivning. Overvåking HMS-hendelser. Risikovurdering. Årsaks- og hendelsesanalyse. Forebygging og håndtering av vold og trusler som en del av det psykososiale arbeidsmiljøet.	
Fysioterapeut	Ergonomisk arbeidsmiljø, forflytning og arbeids-/løfteteknikk. Risikovurdering. Opplæring og rådgivning.	
Bedriftslege/arbeidsmedisiner	Arbeidshelse og arbeidsmedisin. Smittevern. Opplæring og rådgivning.	

<sup>6</sup> På bakgrunn av SØs rammeavtale for kjøp av bedriftshelsetjenester, saksnr. 2021/1351.

### Rollen som fagansvarlig i HMS-stab<sup>7</sup>

Det utøvende HMS-ansvaret ligger lovhjemlet hos ansvarlig leder på alle nivåer. Stabsenheter har fagansvarlige og HMS-rådgivere som skal gi støtte til ledere i kliniske enheter og stabsenheter i HMS-arbeidet.

- Fagansvarlig skal gjennom egen og tilgjengelig kompetanse ta nødvendige initiativ til at SØ er forsvarlig innrettet og oppfyller krav i HMS-lovgivningen
- Fagansvarlig skal gjennom egen og tilgjengelig kompetanse sikre nødvendig informasjon og veiledning overfor medarbeidere, ledere og HMS-stab, og initiere utvikling av nødvendige verktøy
- Fagansvarlig skal som alle HMS-rådgivere:
  - Være HMS-faglig rådgiver, pådriver og kontroller overfor drift
  - Ha nødvendig HMS-kompetanse og etterleve leveregler
  - Være oppdatert på FoU og beste HMS-praksis innen eget HMS-område.





Figur 5: HMS-stab og samarbeidspartnere

Figuren over viser enheter som er fagansvarlig enhet på de ulike HMS-områder. Divisjon FM/HMS-avdelingen v/HMS-sjef samarbeider med, samordner og koordinerer ressurser fra ulike enheter ved behov.

<sup>7</sup> Sammenfattet som følge av krav til kvalitetssystemer/internkontroll i lov og forskrift.

<b>HMS stab - roller med fag- og systemansvar</b>		
<b>Lov og forskrift</b>	<b>Fagansvarlig/ressurs</b>	<b>Enhet</b>
Internkontrollforskrift HMS for HMS-lovgivningen (8 HMS-lover)	Helhetlig HF: HMS-sjef Terje Engvik Hver fagansvarlig har et medansvar	Divisjon FM, HMS-avdelingen
Arbeidsmiljøloven (aml) /HMS-lovgivningen - systematisk HMS- og arbeidsmiljøarbeid	HMS-sjef Terje Engvik	Divisjon FM, HMS-avdelingen
Aml - psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø	HR-sjef Ketil Haugen	HR-stab, HR-avdelingen
Aml § 4-3 (4) - psykososialt arbeidsmiljø/vold og trusler	HMS-sjef Terje Engvik	Divisjon FM, HMS-avdelingen
Aml - arbeidstidsordninger	Avdelingssjef Fiona Skjennem	HR-stab, bemanningsavdelingen
Aml – bistand psykososialt arbeidsmiljø, forebygging, ved hendelser	Preste- og samtaletenesten v/avdelingssjef Torfinn Skarpaas	HR stab, preste- og samtaletenesten
Aml - varsling iht. aml kapittel 2A	Foretaksjurist og avdelingssjef Jostein Vist	Administrerende direktør stab, juridisk avdeling
Aml - fysisk arbeidsmiljø - bygg og arealer	Kst. eiendomssjef Trond Karlstad	Divisjon FM, eiendomsavdelingen
Aml - fysisk arbeidsmiljø - innemiljø	Seksjonsleder Lene E. Kjos Lindbeck	Divisjon FM, teknisk avdeling
Aml - ergonomi og forflytning	Seksjonsleder Janne Hensmo Sjo. BHT er rådgiver og foreleser	Klinikk for medisin, avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering
Aml - forskrift om vern mot eksponering for kjemikalier på arbeidsplassen	Miljøingeniør Kristin Evju, BHT er faglig rådgiver og foreleser	Divisjon FM, teknisk avdeling
Aml m/forskrifter – bygg, innemiljø, kjemikaliesikkerhet	Yrkeshygieniker/siv.ing. Tove Navestad Ulvåen	BHT Avonova Helse
Aml og strålevernloven, forskrift om strålevern og bruk av stråling	Strålevernskoordinator Helene Heier-Baardson	Avdeling for bildediagnostikk
Aml - forskrift for utførelse av arbeid, smittevernloven	Smittevernoverlege Astri Lervik Larsen	Medisin og helsefag, avdeling for smittevern
Forurensningsloven (ytre miljø)	Miljøingeniør Kristin Evju	Divisjon FM, teknisk avdeling
Brann- og eksplosjonsvernloven, iht. forskrift om brannforebygging	Fagansvarlig brann Thomas Gunneng	Divisjon FM, teknisk avdeling
Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr (el-tilsynsloven)	Fagansvarlig elektro og seksjonsleder Trond Vegard Stang	Divisjon FM, teknisk avdeling
El-tilsynsloven, div. forskrifter bruk og håndtering av med.tekn. utstyr	Avdelingssjef Sverre Granmark	Teknologi og e-helse, medisinskteknologisk avdeling
Genteknologiloven	Seksjonsleder Laila Solberg Hulleberg	Senter for laboratoriemedisin
Produktkontrollloven	Kontraktseier under/etter anskaffelse, støtte fra seksjon innkjøp	Enhet med kontraktsansvar

 <b>SYKEHUSET ØSTFOLD</b>	 Dato: <b>13.02.2023</b> Side: <b>13 / 63</b>
<b>HMS årsrapport 2022</b>	Arkiv nr.: 14/07251

Lov og forskrift	Fagansvarlig/ressurs	Enhet
Sivilbeskyttelsesloven § 23 (beredskapsplikt)	Beredskapssjef/seksjonsoverlege Knut Steinar Isaksen	Administrerende direktør stab/kirurgisk avdeling
Arbeidsmiljøloven	BHT-rådgiver Thomas Hoff Johannessen	Hovedkontakt BHT Avonova Helse
<i>Relevante lover knyttet til HMS, arbeidsmiljø og sikkerhetskultur</i>		
Bestemmelser i arbeidsmiljøloven og vaktvirksomhetsloven knyttet til grunnsikring	Fagansvarlig vakt og sikring Tore Bjørnstad	Divisjon FM, teknisk avdeling
Informasjonssikkerhet: personopplysningsloven	Informasjonssikkerhetsleder Lars Cato Skaar	Administrerende direktør stab, juridisk avdeling
Informasjonssikkerhet: personopplysningsloven, personopplysningsforskriften og forskrift om offentlige arkiv	Journalansvarlig og avdelingssjef Ingrid Trømborg	Klinikk for medisin, dokumentasjonssenteret
Personvern: Personopplysningsloven, personopplysningsforskriften og helseregisterforskriften	Personvernombud: foretaksadvokat Kirsten Wøien Fredriksen	Administrerende direktør stab, juridisk avdeling
Sikkerhetsloven (Lov om nasjonal sikkerhet)	Informasjonssikkerhetsleder Lars Cato Skaar	Administrerende direktør stab, juridisk avdeling

#### 4.3 Bedriftshelsetjenesten og NAV arbeidslivssenter

Bedriftshelsetjenesten og NAV arbeidslivssenter Øst-Viken er viktige samarbeidspartnere i HMS-arbeidet, både i det forebyggende arbeidet og ved mer aksjonspregede tiltak. Begge aktører bidrar også i det strategiske HMS-arbeidet.

#### 4.4 Medvirkning fra verneombud og tillitsvalgte

Jf. aml. § 6-2 og forskrift om organisering, ledelse og medvirkning kapittel 3 skal verneombudet se til at virksomheten er innrettet og vedlikeholdt, og at arbeidet blir utført på en slik måte at hensynet til medarbeidernes sikkerhet, helse og velferd er ivaretatt. Vernetjenesten i SØ har totalt 2,1 årsverk frikjøpt tid. Dette var i 2022 fordelt på hovedverneombud Anette Louise Børresen (100 %), koordinerende verneombud Anne Lise Haukedal (20 %, SØ Moss) og koordinerende verneombud Imre Banfi (90 %). Ca. 145 lokale verneombud ivaretar verneområder definert av AMU i sykehusets enheter.



Tillitsvalgte er på vegne av sine medlemmer en viktig samarbeidspartner i HMS-arbeidet, dog med en annen rolle enn vernetjenesten. Arbeidsgiver vektlegger riktig og god medvirkning fra begge roller i det systematiske HMS-arbeidet.

#### 4.5 Arbeidsmiljøutvalget (AMU)<sup>8</sup>

Iht. arbeidsmiljølovens § 7-2: «Arbeidsmiljøutvalget skal virke for gjennomføring av et fullt forsvarlig arbeidsmiljø i virksomheten. Utvalget skal delta i planleggingen av verne- og miljøarbeidet, og nøye følge utviklingen i spørsmål som angår arbeidstakernes sikkerhet, helse og velferd».

AMU har per 31.12.2022 følgende medlemmer og personlige stedfortredere:

Faste medlemmer	Personlige stedfortredere
<b>Arbeidsgiverrepresentanter</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hege Gjessing, adm. direktør (AMU-leder 01.01.-28.02.)</li> <li>2. Liv Marit Sundstøl, klinikkssjef</li> <li>3. Andreas Joner, klinikkssjef</li> <li>4. Trond Smogeli, direktør FM</li> <li>5. Gaute Storås, HR-direktør</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Volker Moræus Solyga, klinikkssjef</li> <li>2. Tom Nordby, klinikkssjef</li> <li>3. Ida Marie Mørk Snopestad, avdelingssjef</li> <li>4. Trond Karlstad, kst. eiendomssjef</li> <li>5. Nina Bøhn Kristiansen, HR-sjef</li> </ol>
<b>Arbeidstakerrrepresentanter</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anette Louise Børresen, hovedverneombud</li> <li>2. Øyvind Moksness, FTV NSF</li> <li>3. Brit Fritzman, Dnlf (AMU-leder 01.03.-31.12.)</li> <li>4. René Utgaard, FTV Fagforbundet</li> <li>5. Tone Lie Nilsen, FTV Delta</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Imre Frank Banfi, koordinerende verneombud</li> <li>2. Hovedtillitsvalgt Anita Lyngholm, NSF</li> <li>3. Lars Magnus Aker, klinikktiltitsvalgt Dnlf</li> <li>4. Lillian Munkeboe, FTV FO</li> <li>5. Svend Verner Yrvum, NITO</li> </ol>

Det ble avholdt 7 møter i arbeidsmiljøutvalget i 2022, samme antall som i 2021. Det ble behandlet 42 saker i 2022, 55 saker i 2021, 49 saker i 2020 og 59 saker i 2019. Nytt AMU oppnevnes for perioden 01.05.2023 – 31.03.2025. I årlig rapport for AMUs virksomhet 2022 fremgår at AMU som partssammensatt organ er velfungerende og løser sitt oppdrag i tråd med lovhjemlet mandat.

#### 4.6 Revisjonsgruppen for interne HMS-revisjoner<sup>9</sup>

HMS-sjef organiserer interne HMS-revisjoner med følgende medlemmer i revisjonsgruppen:

<b>SØs HMS revisjonsgruppe</b> HMS-lovgivningen, internkontrollforskrift HMS og miljøledelse ISO 14001	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Revisjonsleder Terje Engvik (HMS-sjef)</li> <li>✓ Revisjonsleder Anne Edvardsen Kyrdalen (rådgiver, kvalitets- og pasientsikkerhetsavdelingen, sluttet 01.10.2022)</li> <li>✓ Fagrevisor og revisjonsleder Kristin Evju (miljøingeniør, teknisk avdeling)</li> <li>✓ Lena Johansen (rådgiver, kvalitets- og pasientsikkerhetsavdelingen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Revisor Marthe Marie Løvseth (HR-rådgiver, HR-avdelingen)</li> <li>✓ Fagrevisor Helene Heier-Baardson (strålevernskoordinator, avdeling for bildediagnostikk)</li> <li>✓ Fagrevisor fra bedriftshelsetjenesten deltar ved behov på ulike HMS-områder</li> </ul>

Interne HMS-revisjoner utføres på oppdrag fra administrerende direktør, og nedfelles i felles revisjonsplan som godkjennes av styret.

<sup>8</sup> HMS-sjef har administrativt ansvar for AMU.

<sup>9</sup> HMS-sjef har ansvar for interne HMS-revisjoner.



#### 4.7 Helse Sør-Øst RHF - HMS rammeverk, HMS-lederforum og nettverkssamarbeid

##### 4.7.1 Helse Sør-Øst

Styret i [Helse Sør-Øst](#) (HSØ<sup>10</sup>) vedtok rammeverk for helse, miljø og sikkerhet på styremøte 22.10.2015. Rammeverket angir felles regionale ambisjoner og satsningsområder innenfor HMS-området.

HMS rammeverk i Helse Sør-Øst RHF	
Overordnede mål	Satsningsområder 2015-2018 <sup>11</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forbedre HMS-prestasjoner i foretaksgruppen.</li> <li>• Synliggjøre status og utvikling av HMS-resultater.</li> <li>• Forsterke foretakenes systematiske HMS-arbeid.</li> <li>• Fokusere på medarbeideres arbeidsmiljø og sikkerhet.</li> <li>• Sikre en mer samstemt dialog med foretakene og tilsynsmyndighetene.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Helhet - HMS-arbeidet ses i forhold til <i>pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24-7 Strategi 2014-2018"</i>.</li> <li>2. Profesjonalisere vernetjenesten gjennom systematisk kompetanseutvikling.</li> <li>3. Økt oppmerksomhet og systematisk vurdering av risiko knyttet til sikkerhet i sykehusene.</li> <li>4. Vurdering av sertifisering for nye deler av HMS-området iht. ny ISO 45001.</li> <li>5. Etablere et foretaksovergripende system for HMS-revisjoner.</li> <li>6. Bidra til helsefremmende arbeidsplasser.</li> </ol>

I styrets vedtak fremgår følgende: «*Implementering av HMS-rammeverk og rapportering på valgte styringsindikatorer forankres i oppdrag og bestilling til helseforetakene i 2016.*» SØs HMS-sjef deltar i regionale møter i Helse Sør-Østs HMS-ledermøte som en viktig samarbeids- og utviklingsarena.

##### 4.7.2 Beste praksis, sammenligning og forbedring som metode

I HSØs HMS-nettverk har SØ aktivt fremsnasket deling av verktøy og kunnskap, og aktivt delt fra eget utviklingsarbeid og HMS-systemer.

Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) er det sentrale samfunnsorganet for modernisering og omstilling av offentlig sektor. [Difi skriver følgende på sine hjemmesider](#) om beste praksis og benchmarking (sammenligning):

*«Deling av beste praksis er en metode som generelt brukes for å stimulere aktører til å prøve ut tiltak og virkemidler. En annen variant av dette er benchmarking – sammenlikning av en virksomhet med en annen, enten nasjonalt eller internasjonalt for å stimulere til å løse oppgavene bedre.»*

<sup>10</sup> Kilde: Hjemmesider - Helse Sør-Øst RHF 29.01.21 [her](#).

<sup>11</sup> Definert på bakgrunn av innspill fra helseforetakene i regionen.

## 5 HMS MÅLINDIKATORER OG MÅLOPPNÅELSE

### 5.1 Hovedmål og HMS målkart med 20 måлиндikatorer

Hovedmål for SØs HMS-arbeid: «Et sikkert og helsefremmende indre og ytre miljø som bidrar til høyt nærvær, god pasientsikkerhet og fravær av skader.» Tabellen viser alle måлиндikatorer.

Tema	HMS måлиндikatorer		Enhet	Kilde
	<b>HMS-rapportering i AMU, sykehusledermøte, styret og Helse Sør-Øst RHF (ulike frekvenser)</b>			
Helse	Nr 1	Sykefravær på HF-, klinikk- og avdelingsnivå	Prosent	Pivot
	Nr 2	Arbeidsrelatert fravær	Snittscore	ForBedring
	Nr 3	Jobbtilfredshet i ForBedring (pasientsikkerhetskultur og medarb.undersøkelse)	Snittscore	ForBedring
	Nr 4	Svarprosent i Forbedring	Prosent	ForBedring
	Nr 5	Andel ansatte involvert i etterarbeid til ForBedring	Prosent	ForBedring
	Nr 6	Antall uføre og uføre grad	Uføreandel	KLP
Miljø	Nr 7	Reduksjon i CO2e-utslipp, Spesialisthelsestjenestens klima- og miljømål 2022-2030 (hovedmål)	Prosent	Mange kilder
	Nr 8	Reduksjon i CO2e-utslipp, Sykehuset Østfolds lokale miljømål 2022-2025 (hovedmål). Gjelder CO2e-utslipp fra energiforbruket fra bestemte bygg, pasienttransport og bruk av lystgass og anestesigasser	Prosent	Mange kilder
	Nr 11	Nasjonalt klimaregnskap: CO2e-utslipp fra SØ	Tonn CO2e	Mange kilder
	Nr 12	Helse- og miljøskadelige kjemikalier	Antall	EcoOnline
Sikkerhet	Nr 13	Utagering, vold og trusler mot medarbeidere	Antall og alvorlighetsgrad	Synergi
	Nr 14	Fraværsskade frekvens	H2-verdi	Synergi
	Nr 15	Tilstandsrapportering bygg og eiendom	-	Eiendomsavd.
HMS	Nr 16	Andel enheter m/aktiv elektronisk handlingsplan	Andel i %	Handlingsplan
	Nr 17	Antall alvorlige uønskede HMS hendelser	Antall	Synergi
	Nr 18	Lukkerate for HMS-avvik	Antall	Synergi
	Nr 19	Kursdeltakeres brukertilfredshet med HMS-opplæring	Score skala 1-6	Quest back
	Nr 20	Lederes og medarbeideres brukertilfredshet med HMS-stab	Score skala 1-6	Quest back

Sykehuset Østfold rapporterer til Helse Sør-Øst på indikatorene 1, 4, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16 og 18.

Tabellen viser prioriterte måлиндikatorer blant totalt 20 indikatorer. Måloppnåelse omtales i kapitlene 5.2 – 5.9.

	Måлиндikator	Mål						
		2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Helse	1. Nærvær/sykefravær i %	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0
Miljø	2. CO2e-utslippet skal reduseres (basisår 2019) <sup>12</sup>	-	-	-	-	-	- 25 %	
Sikkerhet	3. Antall uønskede HMS-hendelser knyttet til vold og trusler mot medarbeidere <sup>13</sup>	Å nøye overvåke utviklingen i registrerte hendelser pr. måned, med spesielt fokus på å forebygge alvorlige hendelser med personskaide						
Sikkerhet klima	4. Andel enheter i SØ med godt sikkerhetsklima skal være minst 75 prosent <sup>14</sup>	-	75	75	75	75	75	75
System	5. Andel enheter med aktive HMS handlingsplaner og ønsket kvalitet	100	100	100	100	100	100	100

<sup>12</sup> Nasjonalt utslippsmål for helseforetakene - reduksjon av antall tonn CO2ekvivalenter er 40 % fra basisår 2019 innen 2030.

<sup>13</sup> Utvikling i registrerte hendelser for hhv. 1) vold og 2) trusler mot medarbeidere monitoreres pr. måned (kilde: Synergi).

<sup>14</sup> Krav om minst 75% i *Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst 2021*. Definisjon på «godt»: Antall enheter der minst 75 % av medarbeiderne har svart enten «Helt enig» eller «Litt enig». Resultat 81 for SØ totalt i 2022.

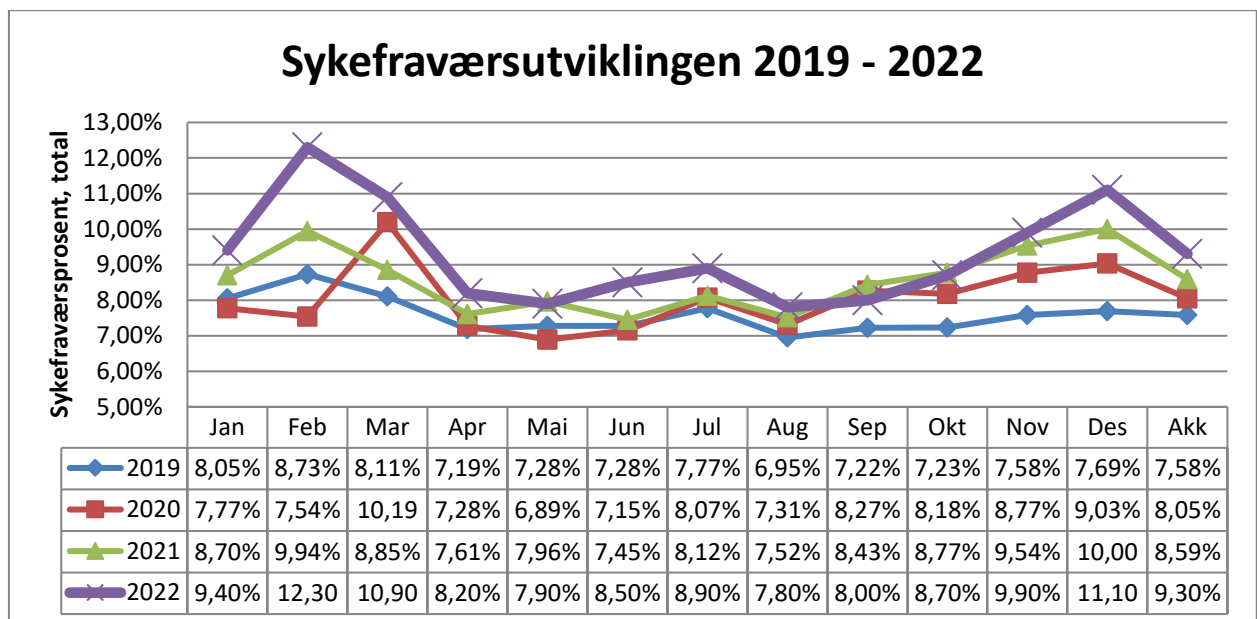
## 5.2 Sykefravær – utvikling, måloppnåelse og tiltak<sup>15</sup>

Sykefravær i % på foretaksnivå											
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total	8,2	8,4	7,5	7,5	7,9	7,5	7,4	7,6	8,1	8,5	9,3
Korttid < 16 d	2,3	2,2	2,0	2,1	2,2	2,3	2,3	2,3	2,9	2,8	3,6
Langtid >16 d	5,9	6,2	5,5	5,4	5,7	5,2	5,1	5,3	5,1	5,7	5,6

### 5.3.1 Utvikling, vesentlige risikoforhold og måloppnåelse

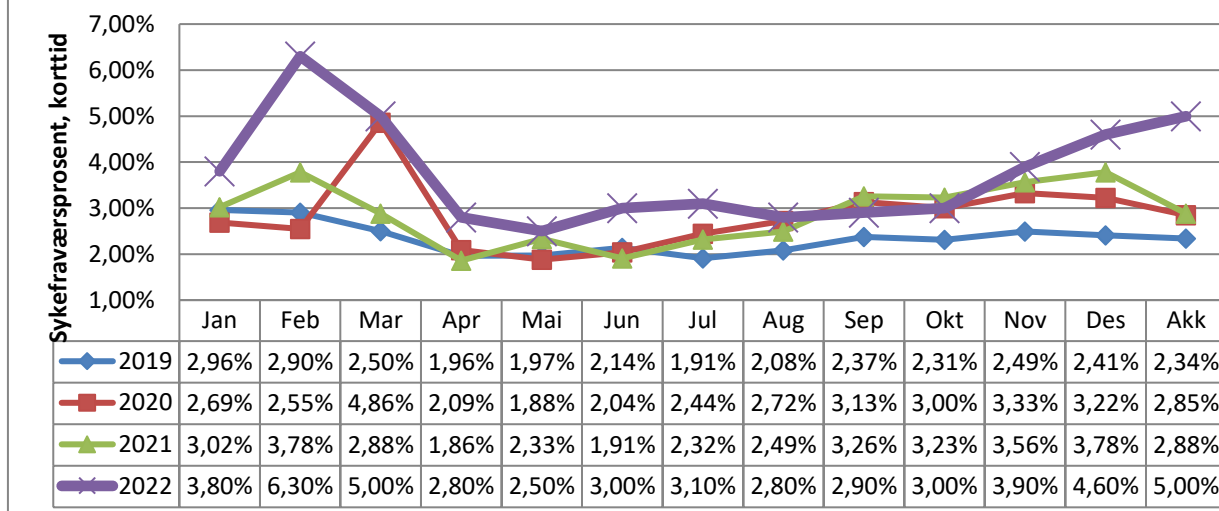
2022 har vært et til dels svært utfordrende år hvor blant annet stor tilstrømming av pasienter og et tidvis fortsatt stort smittetrykk har preget sykefraværet. Det har vært vanskelig å sammenligne sykefraværstall 2022 sett opp mot normalår, men sykefraværet i Norge for 2022 er det høyeste på over ti år (siden svineinfluensaen i 2009). SØ følger denne trenden og vi kan konstatere et meget høyt sykefravær som topper tidlig og seint på året. Den totale merbelastningen et slikt fravær genererer i en allerede presset organisasjon er krevende. Fraværsvivået har sannsynlig sine naturlige forklaringer i et generelt høyt smittetrykk i befolkningen, en mer aktsom praksis rundt smitterisiko generelt i samfunnet, kombinert med en svært presset driftssituasjon over tid.

Østfold som region ligger over landsgjennomsnittet på legemeldt sykefravær også i 2022. De største diagnosegruppene er fortsatt muskel/skjelett-lidelse og psykiske lidelser.

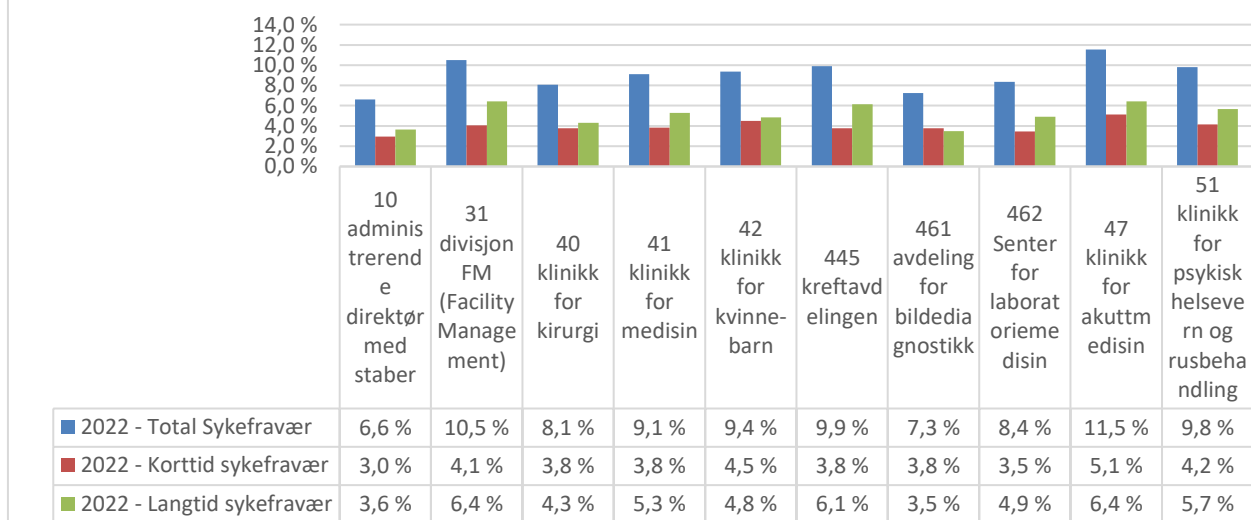


<sup>15</sup> Kilde: HR-sjef Ketil Haugen, HR-avdelingen.

## Utviklingen i korttidssykefravær 2019 - 2022



## Akkumulert sykefravær 2022 pr. klinikk\*



\*Tallene er hentet fra Gat og er basert på oppsatte arbeidsplaner

### 5.3.2 Tiltak med effekt på måloppnåelse

Pågående tiltak i forhold til sykefraværsoppfølgingen som er viktige bidrag i det pågående arbeidet:

- Faste systematiske treffpunkter og oppfølginger mellom leder og HR-/IA-rådgiver
- Miniseminarer for ledere. Det er gjennomført tre slike ved SØ i 2022. Tema har vært dokumentasjon, gjentagende sykefravær og tilrettelegging. Totalt 50 unike deltakere
- Bransjeprogrammet «Der skoen trykker» fortsetter ved 6 ulike enheter
- Gjennomgang av sykefraværstilfeller og vanskelige saker, råd og veiledning
- To faste NAV veiledere for alle medarbeidere som er sykmeldt
- Program for oppfølging av medarbeidere med hyppig korttidsfravær.

### 5.3.3 Nye planlagte forbedringstiltak

NAV arbeidslivsenter i samarbeid med HR ønsker å se på muligheten for å jobbe tettere inn mot medarbeidere som over tid har hyppige gjentakende fravær. Her kan vi bruke erfaringer fra blant annet renhold Kalnes, hvor samtaler med medarbeidere over tid har ført til en betydelig nedgang i sykefravær.

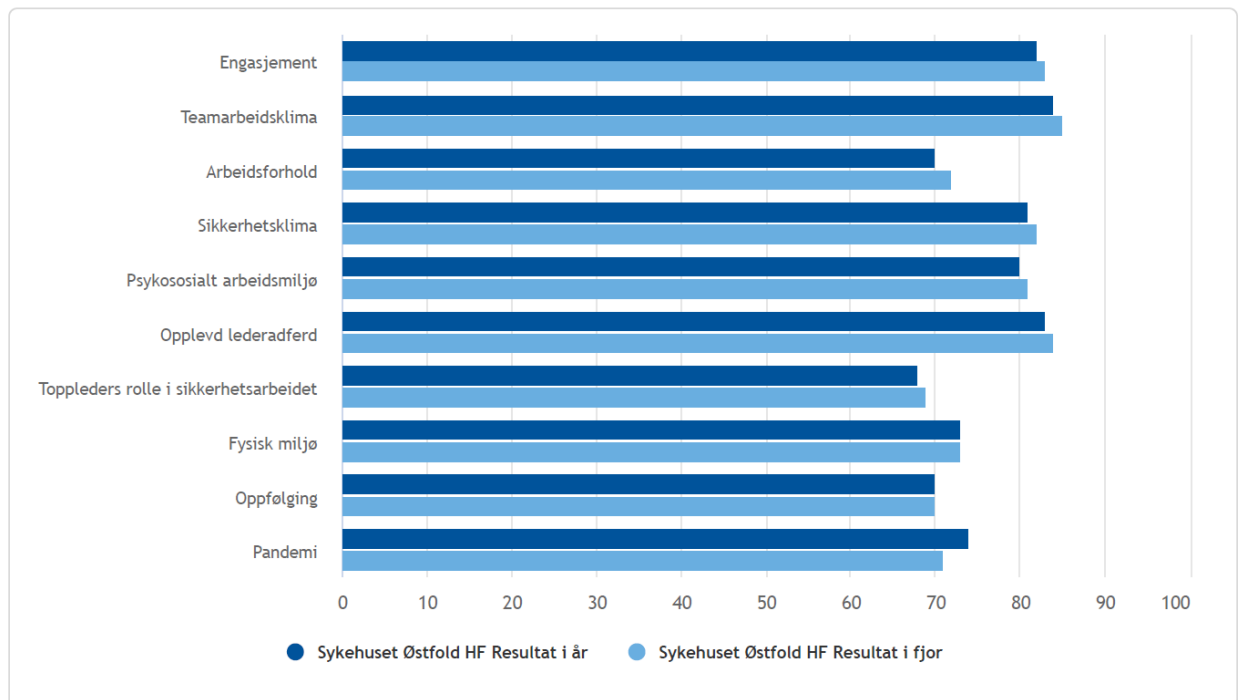
### 5.3 Resultater fra ForBedring - utvikling, måloppnåelse og tiltak<sup>16</sup>

ForBedring er en nasjonal undersøkelse for å kartlegge ulike sider av pasientsikkerhetskulturen og arbeidsmiljøet. Spørsmålene er basert på vitenskapelig validerte faktorer som måler sentrale temaer innenfor pasientsikkerhetskultur og arbeidsmiljø. Svarprosenten i 2022 var på 70% (2021: 76%; 2020: 65% og 2019: 80 %).

Mål for undersøkelsen er:

- Forbedring og utvikling av arbeidsmiljøet og pasientsikkerhetskulturen i den enkelte enhet
- Medvirkning fra alle medarbeiderne i den enkelte enhet
- Utforme og utføre tiltak slik at undersøkelsen skal få effekt.

Tema-resultater på SØ-nivå: Utvikling 2022 sammenlignet med 2021



Når det gjelder funnene for SØ totalt ser vi at de fleste temaene i 2022 viser en liten nedgang på 1-2 poeng sammenlignet med 2021. Unntaket er tema pandemi som har hatt en forbedring på 3 poeng.

## Resultater - tilleggsspørsmål

Klinikkene	Tilleggsspørsmål HMS	Jeg har vært utsatt for vold eller trusler på jobb siste 12 mnd
SØ totalt	73	82 (84)
31 divisjon FM	81	92 (90) +2
40 klinikk for kirurgi	76	89 (91)
41 klinikk for medisin	75	89 (91)
42 klinikk for kvinne/barn	74	95 (95)
445 kreftavdelingen	75	89 (93)
461 avd bildediagnostikk	84	92 (93)
462 avd laboratoriemedisin	75	95 (95)
47 klinikk for akuttmedisin	54	55 (62) -7
51 psykisk helsevern & rusb.	68	66 (65) +1

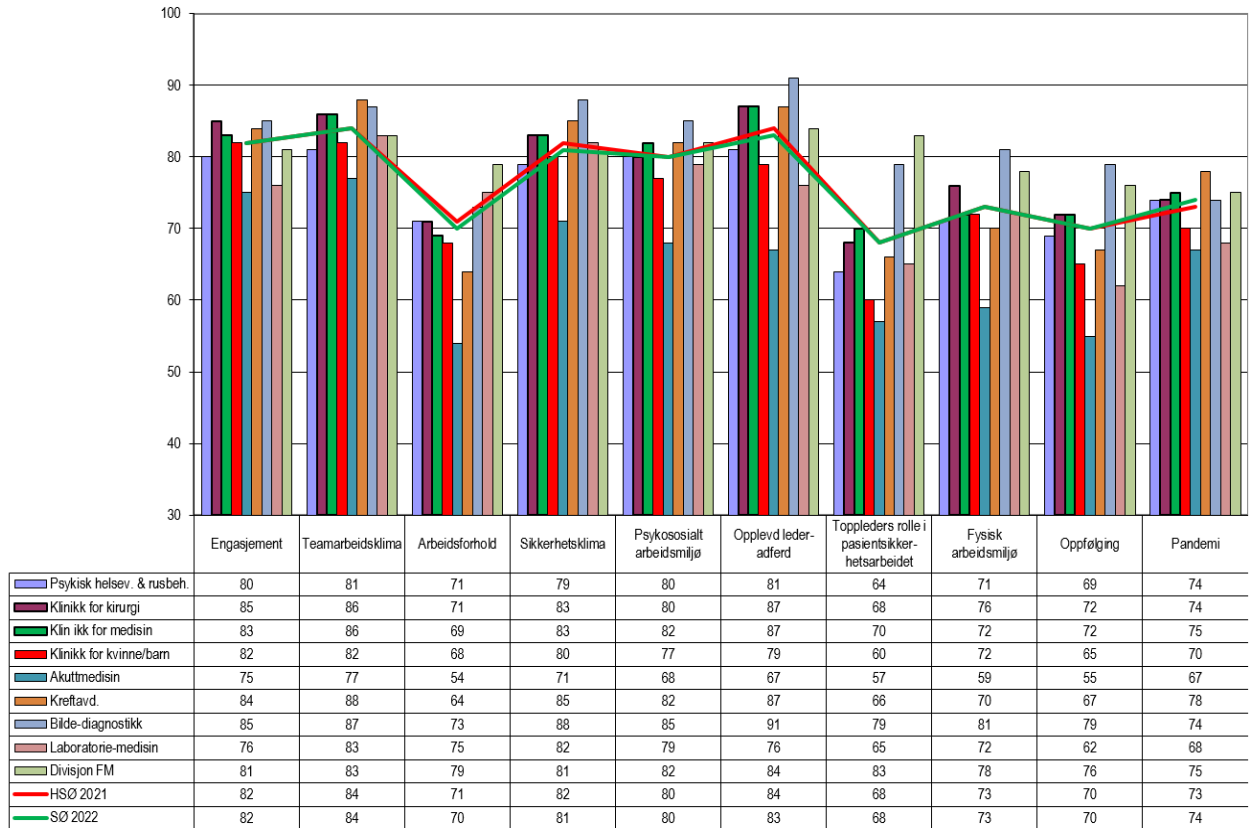
Resultat fra 2021 i parentes.

Når det gjelder tilleggsspørsmålet om vold og trusler ser vi at den positive utviklingen som var i 2021 har stagnert eller gått noe tilbake i år. Klinikk for akuttmedisin hadde en fremgang på 13 prosentpoeng i fjor, men har gått 7 prosentpoeng tilbake i år. Utover dette er bildet preget av marginale endringer.

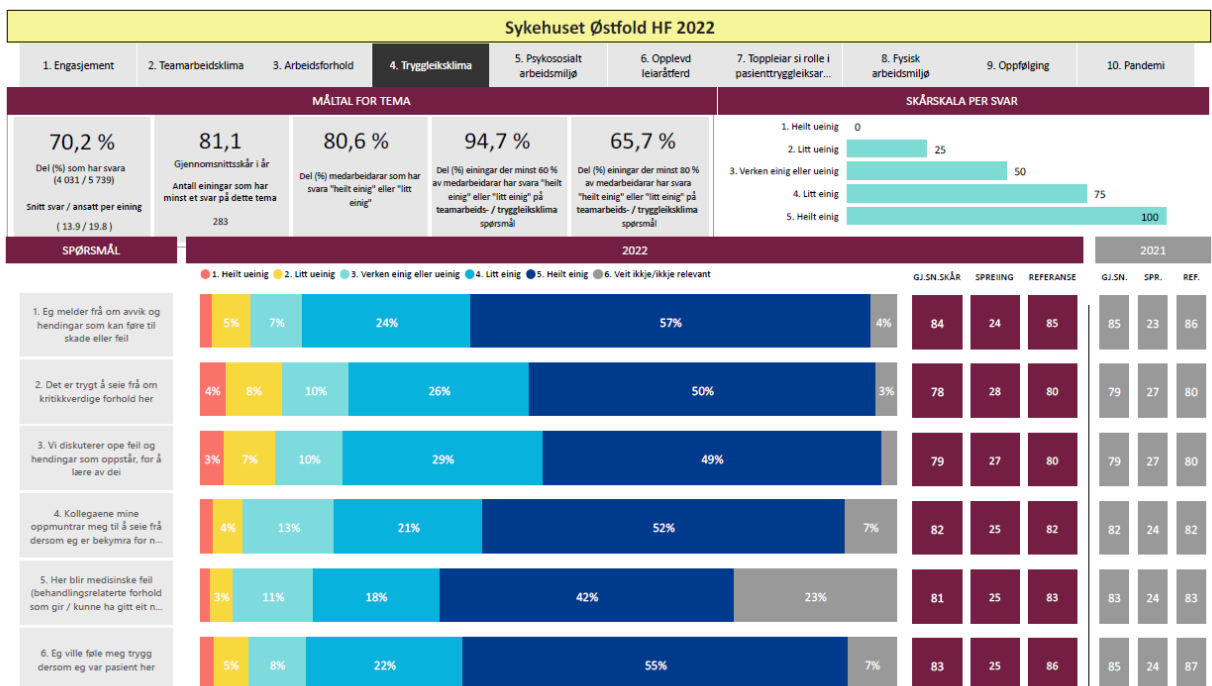
Temaresultater på klinikknivå 2022:



Sykehuset Østfold scorer i 2022 likt med Helse Sør-Øst 2021 (referanse) på de fleste områdene. Tema Pandemi scorer 3 prosentpoeng høyere i år enn i fjor, og spørsmålet «Jeg har følt meg trygg på jobb under pandemien» har hatt en signifikant økning (fra 76 til 82 prosentpoeng).





- Avdeling for bildediagnostikk er den «klinikken» som har høyest score i de ulike temaene
- Klinikk for akuttmedisin har flere tema med lav skår, men har hatt en liten positiv utvikling på fem av temaene sammenlignet med fjoråret
- Når det gjelder sikkerhetsklima med tilhørende mål i oppdragsdokumentet ligger SØ godt over kravet. 80,6 % av medarbeiderne svarer 75 eller høyere (dvs. 4 eller 5 på en skala fra 1-5). Men det er store variasjoner mellom de ulike enhetene.



 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: 13.02.2023	Side: 22 / 63
HMS årsrapport 2022	Arkiv nr.: 14/07251		

### Trender og utviklingstrekk - sikkerhetsklima og teamsamarbeidsklima

Norsk og internasjonal forskning tilsier at enheter som skårer lavt på faktorene sikkerhetsklima og teamarbeidsklima, har en høyere risiko for uønskede hendelser. Sikkerhetsklima kartlegger varslingsrutiner og hvor trygg og åpen denne er. Det er derfor gledelig at SØ fremdeles har positive resultater på sikkerhetsklima, og når kravene i oppdragsdokumentet. Teamarbeidsklima belyser åpenhet, samarbeid og støtte mellom kollegaer og yrkesgrupper, både internt og på tvers av enheter. Her har det vært en liten forbedring fra forrige år. Koordinering og samhandling mellom enheter i sykehus er et risikoområde innen pasientsikkerhet som det er viktig å kartlegge, og har vært jobbet godt med på enkelte klinikker.

Følgende hatt ekstra fokus i 2022:

- Ivaretagelse og oppfølging av smittevern
- Det psykososiale arbeidsmiljøet
- Sikkerhetsklima med tiltak.

### **5.4 AML-brudd – utvikling, måloppnåelse og tiltak <sup>17</sup>**

Arbeidstidsbestemmelsene er definert i lov- og avtaleverk. Arbeidsmiljøloven (aml) kapittel 10, sammen med overenskomst og lokale avtaler utgjør rammene for arbeidstid. Følgende er regulert gjennom aml kapittel 10:

- Ukentlig arbeidsfri
- Samlet tid per dag
- Søndager på rad
- AML timer per uke
- AML timer per 4 uker
- Planlagt tid per uke
- Samlet tid per uke (snitt)
- AML timer per år
- Hviletid mellom vakter.

Riktig rapportering og varsling av AML-brudd forutsetter at arbeidsplanoppsett, vaktbok-data samt dispensasjoner registreres riktig og fortløpende i Gat. Dette er et krevende arbeid, og SØ og de andre helseforetakene i Helse Sør-Øst sliter med at en andel av AML-bruddene er knyttet til feil eller ufullstendige registreringer. Rapportene er levende dokumenter, noe som innebærer at data endrer seg fra dag til dag etterhvert som Gat oppdateres.

#### 5.4.1 Utvikling, vesentlige risikoforhold og måloppnåelse

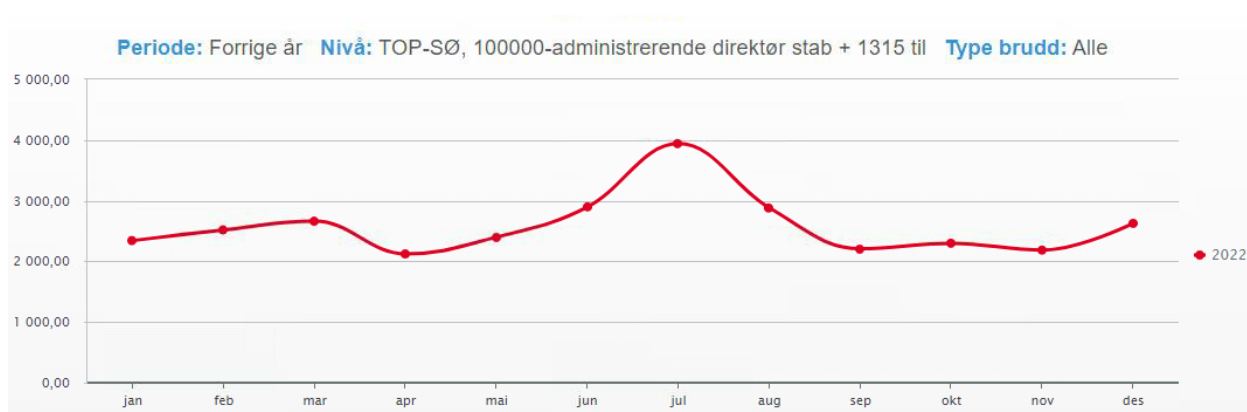
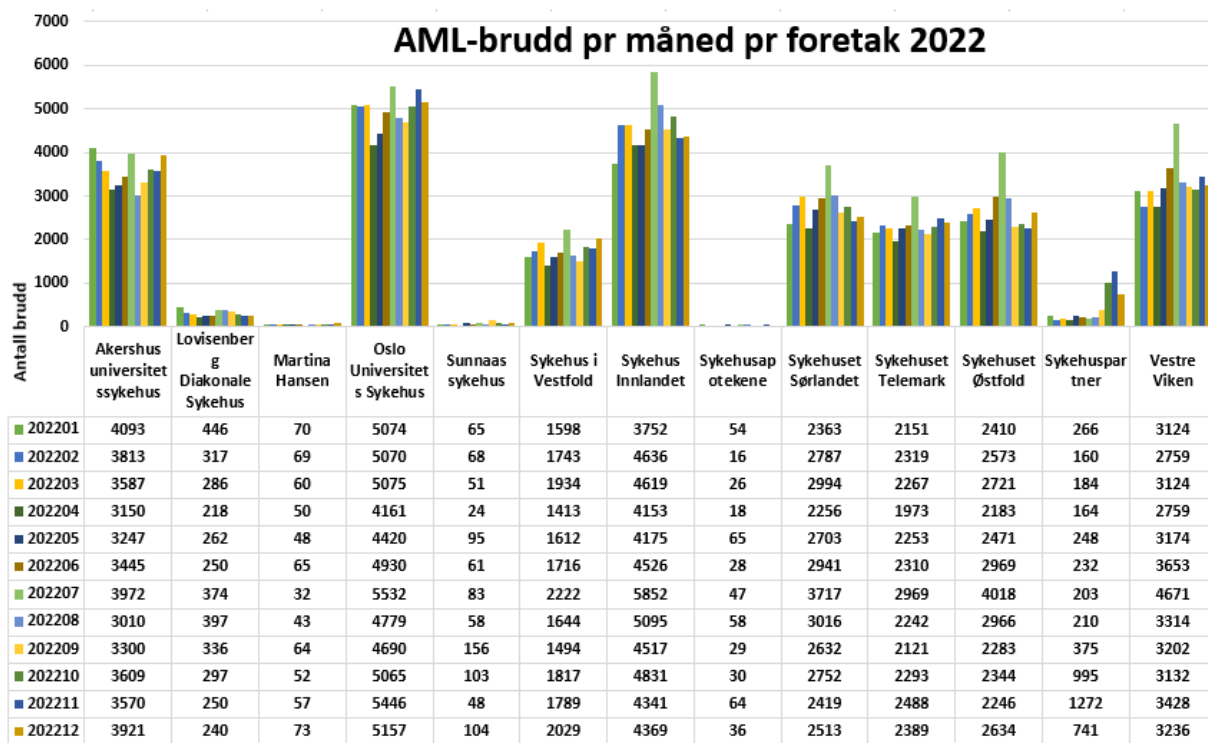
SØ har hatt et stort fokus på AML-brudd over flere år. Gjennom systematisk oppfølging ble antall brudd på AML redusert og sykehuset har hatt en positiv utvikling i perioden 2015 – 2017. Spesielt hadde SØ en svært god utvikling med 19 % reduksjon av AML-brudd fra 2016 til 2017. I 2018 og 2019 var det en økning i AML-brudd per vakt ved alle helseforetak i Helse Sør-Øst, dette kan forklares med endringer i AML regelsett i Gat (løsning for bemanningsplanlegging og personalstyring) som trådte i kraft 1. januar 2018. Videre gjorde SØ en gjennomgang av avtaler og dispensasjoner knyttet til ambulanspersonell i starten av 2018. Dette arbeidet resulterte i en økning av brudd for denne stillingskategorien gjennom hele 2018 og 2019. 2020 startet godt og avtaler innenfor prehospitalavdeling gav gode resultater når det gjelder AML-brudd. I forbindelse med koronasituasjonen i mars økte AML-bruddene, men med sentrale avtaler om utvidet arbeidstidsbestemmelser så har antall AML-brudd i sykehuset i 2020 ligget godt under 2019-nivå.



I 2021 har SØ hatt en stor økning i AML-brudd med totalt 28 766 brudd. Til sammenligning hadde sykehuset 17 718 i 2020 og 20 945 i 2019. 2022 har sykehuset hatt en ytterligere økning av AML-brudd og hadde 31 818 brudd på aml kapittel 10.

<sup>17</sup> Kilde: Avdelingsjef Fiona Skjennem, bemanningsavdelingen.

5.4.2 AML-brudd Sykehuset Østfold 2022, vurdering av status

Sykehuset Østfold hadde 31.818 brudd på AML kap 10 i 2022. Bruddene fordeles som følgende:



 <b>SYKEHUSET ØSTFOLD</b>	 Dato: <b>13.02.2023</b> Side: <b>24 / 63</b>
<b>HMS årsrapport 2022</b>	Arkiv nr.: 14/07251

#### 5.4.3 Gjennomførte tiltak med effekt på måloppnåelse

- Arbeidsgruppe bestående av tillitsvalgte, vernetjenesten og representanter fra bemanningsavdelingen er etablert.
- Struktur og organisering av kurs innenfor arbeidstidsplanlegging er godt etablert
- Opplæring, kurs og workshop om arbeidstidsplanlegging for ledere og tillitsvalgte er tilgjengelig
- Arbeidsplan-/baseplanavtaler sendes bemanningsavdelingen som kvalitetssikrer registrering i Gat
- Rutiner for månedlige rapportuttak og oppfølging av AML-brudd benyttes
- Utarbeidede maler for avtaler mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte benyttes
- Utarbeidede maler for avtaler mellom arbeidsgiver og medarbeider benyttes
- Inngåtte avtaler utover vernebestemmelsene for leger, hovedsakelig tilknyttet hjemmevakter, benyttes
- Det er opprettet arbeidsgrupper innenfor alle klinikker. Seksjonsleder, arbeidstidsplanlegging, HR-rådgiver, tillitsvalgte og vernetjenesten utgjør medlemmene i arbeidsgruppene
- Rapportering på AML-brudd status til AMU og sykehusledermøte (SLM).

#### 5.4.45 Planlagte nye forbedringstiltak

Arbeidet knyttet til å redusere antall AML-brudd er et kontinuerlig arbeid. Alle tiltak som ble iverksatt i 2022. videreføres i 2023.

### **5.5 Ytre miljø - CO2e-utslipp - utvikling, måloppnåelse og tiltak <sup>18</sup>**

#### 5.5.1 Utvikling, trender og ev. vesentlige risikoforhold

Sykehusets lokale miljø hovedmål er å redusere sykehusets CO2e utslipp med 25 % innen 2025.

Måloppnåelse for 2022 målt mot basisår 2019: - 47 %.

Den gode måloppnåelsen skyldes kjøp av gjenvinningskraft som har tilnærmet null i CO2e utslipp. Uten denne avtalen, ville måloppnåelsen vært en reduksjon i CO2e-utslippet på kun 8 %.

#### 5.5.2 Miljøsmål

##### Spesialisthelsetjenestens miljømål 2022-2030

Spesialisthelsetjenesten har utarbeidet klima- og miljømål for perioden 2022-2030. Måloppnåelse for Sykehuset Østfold utarbeides årlig og presenteres i oppfølgingsmøte mellom HSØ og RHF i april/mai. Underlaget for beregning av måloppnåelse er ikke klart, og måloppnåelse vil derfor ikke kunne rapporteres i HMS årsrapport.

---

<sup>18</sup> Kilde: Miljøingeniør Kristin Evju og energiingeniør Jan Lervik, teknisk avdeling. Seksjonsleder Pasientreiser Bjørn-Arild Lundquist, avdeling for innkjøp og logistikk.

---



Figur 6: Klima og miljømål 2022-2030

### Lokale miljømål for Sykehuset Østfold 2022-2025

SØ har utarbeidet lokale miljømål for perioden 2022-2025. Måloppnåelse for disse miljømålene er beskrevet her.

### Hovedmål (basisår 2019)

**SØ skal innen 2025 redusere sitt CO2e-utslipp med 25 prosent.**

Hovedområder for bidrag til måloppnåelse:

- Energiforbruk (virkelig forbruk for Kalnes sykehus, Moss sykehus, St. Joseph og Åsebråten), hensyntatt innført gjenvinningskraft
- Sykehusets leasede biler (ikke ambulanser)
- Pasientreiser med rekvisisjon (buss og taxi).

Definisjon gjenvinningskraft: Elektrisk kraft produsert av varmetap i større industriforetak og avfallsforbrenningsanlegg. Gjenvinningskraft er vektet med tilnærmet null i CO2e-utslipp.

#### Delmål 1. Energi

Sykehuset skal:

- Redusere energiforbruket med 1 % årlig (temperaturkorrigert forbruk for Kalnes sykehus, Moss sykehus, St. Joseph og Åsebråten)
- Innføre gjenvinningskraft.

#### Delmål 2. Transport

Innen 2025 skal:

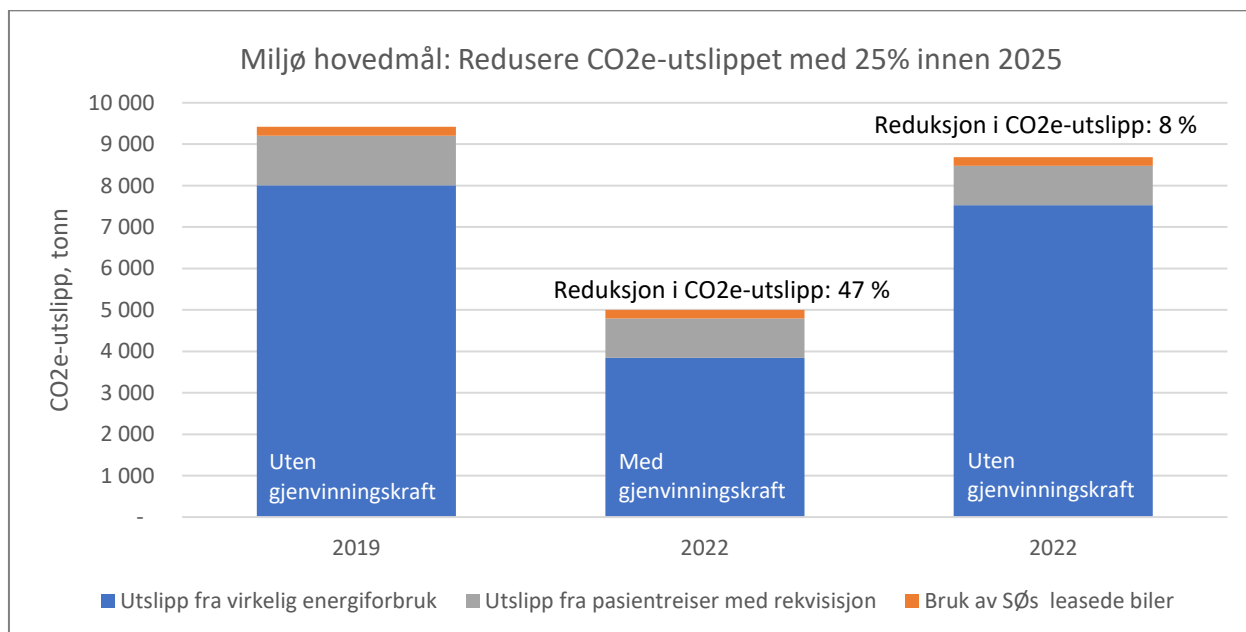
- 25 prosent av SØs leasede biler være elbiler
- 60 prosent av drosjer for pasientreiser være elbiler
- 40 prosent av egne biler brukt i pasientreiser vil være elbiler.

**Delmål 3. Gasser**

SØ skal minimere CO2e-utslippet fra bruk av lystgass og anestesigasser, hensyntatt optimal pasientbehandling.

**5.5.3 Måloppnåelse for lokale miljømål**
**Lokalt miljø hovedmål: Redusere CO2e-utslippet**

Mål: -25% innen 2025, måloppnåelse 2022: -47%



76 % av CO2e-utslippet i sykehusets lokale hovedmål kommer fra det virkelige energiforbruket i SØ, hensyntatt kjøp av gjenvinningskraft. Energiforbruket vil derfor ha stor påvirkning på det rapporterte utslippet. Det henvises til avsnittene om delmålene for beskrivelse av tiltak.

Kjøp av gjenvinningskraft ble innført 01.01.2022 og har stor betydning for måloppnåelse. Gjenvinningskraft reduserer SØs CO2e-utslipp, men har ingen påvirkning på energiforbruket. Dersom denne avtalen bortfaller, vil utslippet stige drastisk. Det er derfor viktig at det er fokus på tiltak som reduserer energiforbruket. Det vil i 2023 utarbeides plan for dette.

Høsten 2021 ble *Arbeidsgruppe grønt sykehus* startet opp. Pandemien og stort belegg på sykehuset har i perioder gitt grønt eller gult beredskapsnivå, og i disse periodene har det vært redusert aktivitet i arbeidsgruppen. Et av arbeidsområdene er å sette fokus på tiltak for å bedre måloppnåelsen for miljø. Dette gjøres blant annet ved at aktuelle temaer/saker i SØ med stort miljøfotavtrykk presenteres og diskuteres i gruppa.

**Delmål 1: Energi forbruk**

Mål: -1 % årlig.

Med basisår 2020 er målet i 2022 lik -2%. Måloppnåelse: -2,92 %



### Kalnes, temperaturkorrigert energiforbruk



Delmålet for energiforbruk er basert på temperaturkorrigert energiforbruk. SØs energi overvåkingssystem (EOS) temperatur-korrigerer energiforbruket slik at man på en enkel måte skal kunne sammenligne år for år uavhengig av om året hadde en streng eller mild vinter.

Temperaturkorrigert energiforbruk på Kalnes, Moss, Åsebråten og St. Joseph ble redusert med 2,92 % fra 2020 til 2022. Det største bidraget til reduksjon av dette energiforbruket er en betydelig reduksjon på St. Joseph som følger av oppgradering i det pågående vedlikeholdsprosjektet.

#### Fullførte prosjekter i 2022:



- Ny vinterpumpe for isvannskurs ventilasjon bygg 08 på Kalnes
- Prosessoptimalisering av ventilasjonssystemer og vannkvalitet i tilhørende væskefylte varmegjenvinnere på Kalnes
- Økning av kjølevannstemperatur trykkluftkompressorer med tilhørende endring av varmegjenningskurser i bygg 01 og bygg 03C på Kalnes
- Betydelig oppgradering av ventilasjonsaggregat og varmeanlegg på St. Joseph i Fredrikstad
- Ny pumpe dimensjonert i forhold til reelt kapasitetsbehov på ventilasjons-varme-kurs bygg 08 på Kalnes
- Montert ca. 100 m<sup>2</sup> solfilm på glassdører og vinduer for å redusere kjøleeffektbehovet
- Redusert driftstider på mange ventilasjonsaggregater på flere lokasjoner
- Montert lukke automatikk på flere kjøreporter i servicegård Kalnes
- Oppgradert vannbehandlingsanlegg på sentralvarme SØ Moss, SØ Halden og DPS Moss.

#### Pågående tiltak planlagt fullført i 2023:

- Pilot med værprognose for styring av snø-smeltekurser
- Pilot for oppgradering til CO<sub>2</sub> varmepumper for tappevann i bygg 04 i samarbeid med Østfold Energi
- Nye tidkanaler for kanaltrykk som vil redusere energiforbruk på ventilasjonsvifter og varmebatterier i perioder med lavt aktivitetsnivå
- Montere solfilm på glassfasade inngangsparti SØ Kalnes
- Forbedring av vannkvalitet i lukkede væskefylte kretser for energiprosesser
- Pilot for pumpestyring med differansetrykk-transmitter plassert på enden av rørstrekk.

#### Generelle forbedringspunkter:

- Høye turtemperaturer i sentralvarmekurser
- Økt energiforbruk på snø-smeltekurser på grunn av utfordringer med regulering
- Finansiering av forbedringstiltak.
- Det er utfordringer med brukeratferd og åpne vinduer sammen med fullt pådrag for varme på alle lokasjoner.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: 13.02.2023	Side: 28 / 63
<b>HMS årsrapport 2022</b>	Arkiv nr.: 14/07251		

## Delmål 2. Transport

*Innen 2025 skal:*

*A. 25 % av sykehusets leasede biler være elbiler. Måloppnåelse: 3,4 %*

Høsten 2022 startet et prosjekt som ser på sykehusets samlede bilpool, anskaffelse av el. biler og lading. I følge ny forskrift pr.1.1.2022 skal alle nye personbiler som kjøpes/leases i sykehuset være utslippsfrie biler.

*B. 60 % av drosjer for pasientreiser være elbiler. Måloppnåelse: 42 %*

Pasientreiser skiller på vanlige biler (liten bil) og store biler (> 8 passasjerplasser og plass til rullestol). Pr. desember 2022 har sykehuset avtale på totalt 214 biler (166 liten bil og 48 store biler). For liten bil er andelen el-biler ca. 54%, mens det er ingen el-biler blant de store bilene. Ser man på hele flåten er andel el-biler ca. 42%.

Tiltak for å øke andel el-biler:

- Alle sentralene har som krav at ved nyanskaffelser eller utskifting av liten bil skal det kjøpes el-bil.
- Myndighetene vil stille krav om el-drift også på store biler, men foreløpig er det ikke tidfestet. Sentralene følger utviklingen på rekkevidden og er klare til å anskaffe store el-biler når rekkevidden blir akseptabel, det vil si 300- 400 km.

Dersom alle bilene av kategori liten bil har el-drift vil andel el-biler totalt bli 77,5%. Med det tempoet utskiftingen skjer pr. i dag anses det som realistisk å nå målet om 60% innen 2025.

*C. 40 % av egne biler brukt i pasientreiser vil være elbiler. Elbilbestand i Østfold pr.31.12.2022: 20%*

Pasientreiser med egen bil skjer uten rekvisisjon. Sykehuset har ingen påvirkning på om det benyttes elbil.

## Delmål 3. Gasser

*Mål: Sykehuset skal minimere CO<sub>2</sub>e-utslippet fra bruk av lystgass og anestesigasser, hensyntatt optimal pasientbehandling.*

### Lystgass

Lystgass brukes som behandlingstiltak ved ubehagelige og/eller smertefulle prosedyrer hos barn og voksne. Klinikken for kvinne-barn har det største forbruket, men det er også flere andre brukere som benytter lystgass under behandling. Mengde innkjøpt lystgass økte med ca. 40 % fra 2021 til 2022. Mulige årsaker til økning:

- Økning i antall behandlinger hvor det benyttes lystgass
- Forskjell i beholdning i begynnelsen/slutten av året.

Det er ikke ønskelig å redusere bruk av lystgass, men det ses på en metode for oppsamling av utåndet gass.

### Anestesigasser

Operasjonsavdelingen på Kalnes har faset ut anestesigassen desfluran, som har størst miljøfotavtrykk. Videre brukes det low flow-anestesi som reduserer gassforbruket for alle gasser.

Operasjonsavdelingen i Moss har stort fokus på reduksjon av utslipp fra anestesigasser. Avdelingen benytter kun desfluran der dette er hensiktsmessig i forhold til gevinster for pasienter og drift og som dermed ikke uten videre kan erstattes av andre medikamenter, det være seg intravenøse eller gasser. Uttalt fokus på bruk av minimal flow-anestesi bidrar til betydelig reduksjon i gassforbruket.

Et system for oppsamling og resirkulering er under vurdering og vil bli innført som prøveprosjekt på en stue til tross for store investeringskostnader.

## 5.6 Trusler, vold og utagering – utvikling, risikoforhold og tiltak SØ<sup>19</sup>

### 5.6.1 Arbeidstilsynets definisjoner ([Arbeidstilsynet.no](https://www.arbeidstilsynet.no))

*Vold og trusler* er hendelser hvor medarbeidere blir fysisk eller verbalt angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydnet trussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære.

*Trusler* er verbale angrep eller handlinger som tar sikte på å skade eller skremme en person.

*Vold* er enhver handling som har til hensikt å føre til fysisk eller psykisk skade på person. Det kan også defineres som vold når arbeidstakere opplever utagerende handlinger hvor det utøves stort skadeverk på inventar og utstyr.

#### Vold og trusler kan dreie seg om:

- Fysisk vold – som primært gir skade på kroppen. Psykiske skader kan oppstå av slik vold
- Psykisk vold – trusler og truende atferd som kan uttrykkes både verbalt, gjennom kroppsspråk og ved skade på materiell. Formålet er å skape psykisk ubehag, frykt, engstelse og/eller usikkerhet
- Seksuell vold – som kan gi både fysiske og psykiske skader.

### 5.6.2 Helsebelastning og kunnskapsbasert tilnærming

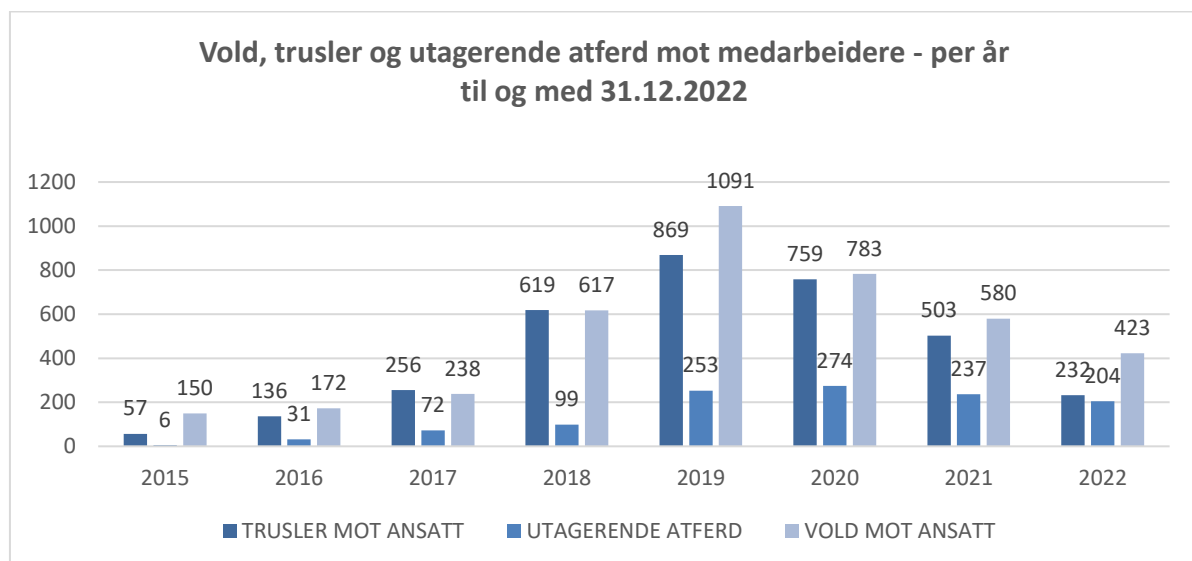
Arbeidsmiljøet skal i tråd med arbeidsmiljølovens (aml) § 1-1 gi medarbeider full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger. I aml § 4-3 fremgår at arbeidsgiver så langt det er mulig skal beskytte medarbeider mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre.

[Arbeidstilsynet skriver på sine hjemmesider:](#) «Konsekvensene av å oppleve vold og trusler kan være alvorlige. I tillegg til fysiske skader, opplever mange psykiske plager som angst, depresjon eller søvnproblemer. Redselen for å bli utsatt for vold og trusler kan være en belastning i seg selv. Vold og trusler kan få konsekvenser for arbeidsmiljøet i virksomheten og føre til mindre jobbengasjement, tap av kompetanse ved at folk slutter, samt høyere sykefravær.»

Samfunnsutviklingen i flere sektorer viser en oppadgående trend hva gjelder vold og trusler.

### 5.6.3 Utvikling, vesentlige risikoforhold og måloppnåelse på foretaksnivå<sup>20</sup>

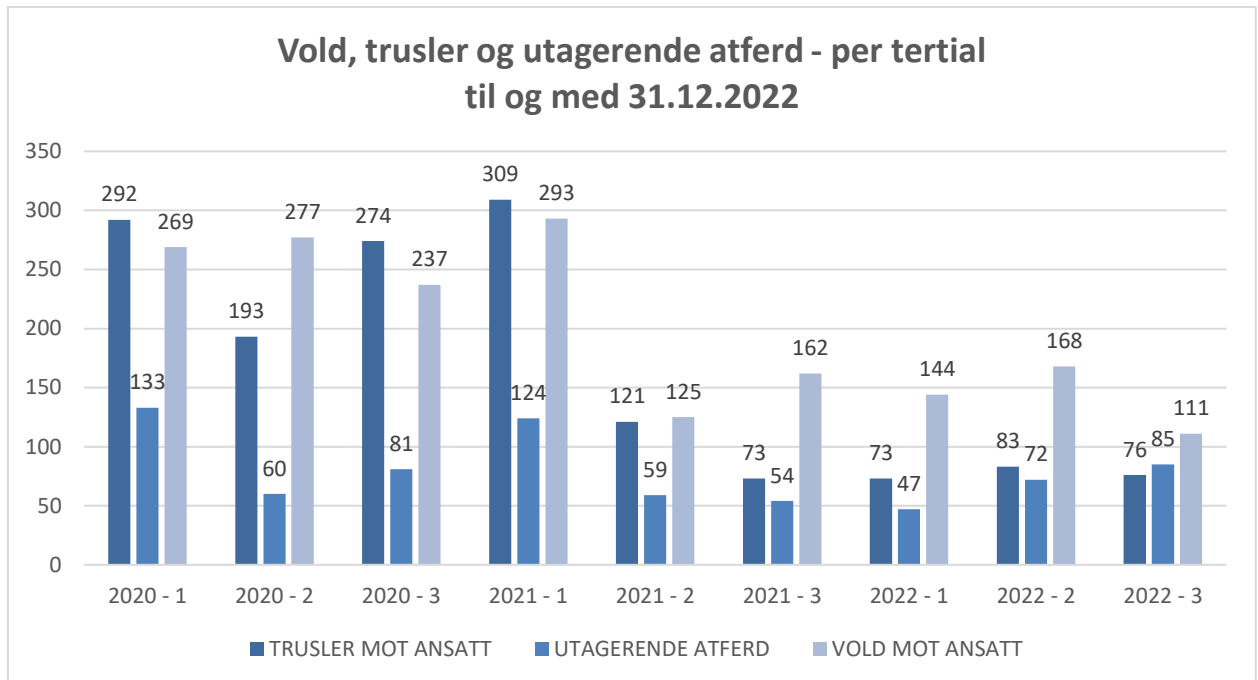
Figuren viser antall registrerte tilfeller av vold, trusler og utagerende atferd per år.



Kilde: Synergi 16.01.2023.

<sup>19</sup> Kilde: Fagansvarlig og HMS-sjef Terje Engvik, HMS-avdelingen.

<sup>20</sup> Nøkkeltall og grafer: Rådgiver Inger-Ann Ystgaard Oswald, kvalitet- og pasientsikkerhetsavdelingen.





Figuren viser antall hendelser kategorisert som vold, trusler og utagerende adferd mot medarbeider per tertial i perioden 2020 til og med 3. tertial 2022. Kilde: Synergi 16.01.2023.

Den relative utviklingen for trusler, vold og utagering, hvor totalt antall registrerte voldshendelser er langt høyere enn trusler, gir grunn til å reflektere over om det er en vesentlig underrapportering på kategori trusler.

#### Trender og utviklingstrekk

- Totalt er det registrert 859 hendelser (trusler, utagerende adferd og vold) i 2022 mot 1 321 i 2021
  - Totalt en nedgang på 462 registrerte hendelser (-35 %)
  - En nedgang på 271 hendelser (-24 %) knyttet til voldshendelser
  - En nedgang på 462 hendelser (-54 %) knyttet til trusler
  - En nedgang på 33 hendelser (-14 %) knyttet til utagering
- 693 (81 % av total) hendelser er registrert innen klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling
  - Hvorav 613 (71 % av total) hendelser i psykiatrisk avdeling døgnsesjoner. En nedgang på 35 % fra totalt 947 hendelser i 2021 (*merk kommentar på neste side angående endring i registreringspraksis av mindre alvorlige hendelser fra 01.05.2021*)
  - For andre enheter innen psykisk helsevern og rusbehandling har antall hendelser samlet hatt en nedgang fra 194 i 2021 til 80 i 2022 (9 % av total). Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering hadde i starten av 2021 en økning i antall hendelser knyttet til et meget begrenset antall pasienter. Gjennom organisatoriske og behandlingsrelaterte tiltak ble antall hendelser vesentlig redusert fra 120 til 25 hendelser i 2022
- 139 hendelser (16 % av total) er registrert innen somatikk hvorav 13 i prehospital avdeling (ambulansetjenesten). En økning samlet for somatikken mot 121 i 2021.
  - Prehospital avdeling har en nedgang fra 33 til 13 registrerte hendelser
  - Somatiske enheter for øvrig har samlet en økning fra 88 til 126 hendelser. Størst økning er det på voldshendelser fra 43 i 2021 til 70 i 2022. Det gir grunn til bekymring
  - Utviklingen kan ses i sammenheng med en økning i pasientvakt hold fra vekttertjenesten, de fleste i somatiske enheter. Fra juli til desember 2022 var antall oppdrag per måned 436, 380, 320, 495, 752 og 838 i desember<sup>21</sup> (+ 92 % fra august til desember).

<sup>21</sup> Kilde: Fagansvarlig vakt og sikring Tore Bjørnstad, teknisk avdeling.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	HELSE  SØR-ØST Dato: 13.02.2023 Side: 31 / 63
<b>HMS årsrapport 2022</b>	Arkiv nr.: 14/07251

- 27 hendelser (3 % av total) er registrert i ikke-medisinske tjenester med hovedvekt på vektertjenesten tilknyttet teknisk avdeling. På samme nivå som i 2021 med 29 hendelser.

#### Mulige årsaker til nedgang i antall registrerte hendelser

Hovedforklaringen på nedgangen i registrerte hendelser i psykiatrisk avdeling døgnområder fra andre kvartal i 2021 antas å skyldes at forenklet registrering på psykiatrisk akuttmottak voksne ble avviklet 01.05.21. Forenklet registrering ble iverksatt i 2018 hvor medarbeidere kunne notere mindre alvorlige hendelser på fastsatt skjema, hvor en dedikert person (leder eller verneombud) deretter registrerte hendelsene i Synergi. For å ha en enhetlig registreringspraksis ble registreringspraksisen avviklet på ovennevnte dato. Det antas å ha ført til en underrapportering av mindre alvorlige høyfrekvente hendelser på psykiatrisk akuttmottak for voksne.

Når en ser på den relative utviklingen for trusler, vold og utagering, hvor totalt antall registrerte voldshendelser er langt høyere enn trusler, er det grunn til å reflektere over om det er en vesentlig underrapportering generelt på kategori trusler.

#### Sammensatte årsaker

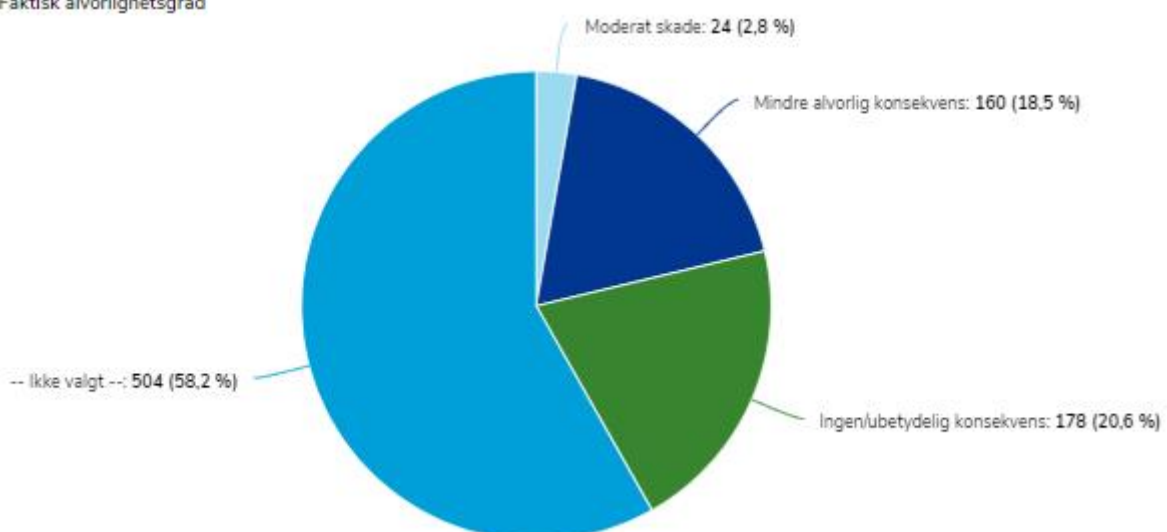
Ledere og verneombud peker på at følgende kan bidra til økt antall registrerte hendelser. Enkelte enheter melder om økning i alvorlighetsgrad, spesielt knyttet til rus:

- Økt bruk av nye rusmidler påfører pasientene alvorlige psykiske lidelser, noe som øker faren for utagering
- Alvorlig psykisk sykdom i kombinasjon med narkotika/sentralstimulerende midler gir økt utagering og voldshendelser
- Skadene på personalet er mer alvorlige og voldsepisodene oppstår i større grad uten forvarsel
- Bedre meldekultur og registrering av hendelser i systemet Synergi gjennom høyt fokus på medarbeider sikkerhet på foretaksnivå
- Endringer i Psykisk Helsevernloven fra 2017 medfører forlenget akutfase etter innleggelse innen klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, fordi vurderinger og vedtak omkring medisinerer tar lengre tid
- Psykiatrisk avdeling har kontinuerlig overbelegg på akuttseksjonene som med normalt belegg har begrensede arealer. Dette øker risikoen for vold mot medarbeidere og medpasienter.

#### 5.6.4 Faktisk alvorlighetsgrad og potensiell risiko

##### Faktisk alvorlighetsgrad

Faktisk alvorlighetsgrad



Kilde Synergi: 19.01.2023.

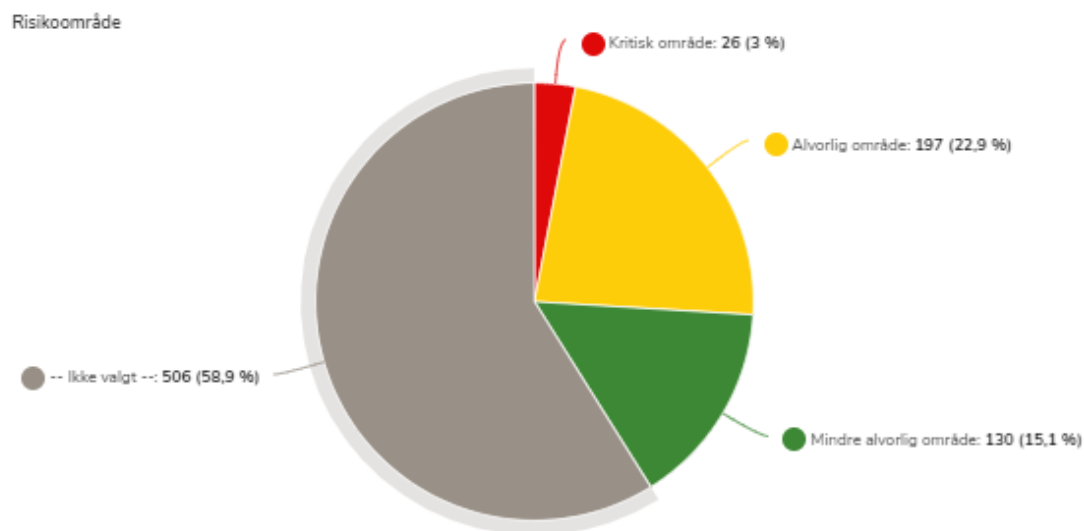
Figuren viser faktisk konsekvens/alvorlighetsgrad for hendelser med trusler, vold eller utagerende atferd i 2022. Se beskrivelse av skala for alvorlighetsgrad under. Faktisk konsekvens er ikke i satt 58,2 % av sakene, dette er saker som er registrert/under behandling, eller hvor det er valgt forenklet saksbehandling. I de tilfellene forenklet

saksbehandling er benyttet, skal hendelsen være mindre alvorlig, både når det gjelder faktisk og potensiell konsekvens. Ved forenklet saksbehandling vurderes ikke faktisk konsekvens og potensiell risiko.

Konsekvens - skala for vurdering av alvorlighetsgrad

- Ingen/ubetydelig konsekvens - hendelser/forhold med ingen eller minimal fysisk eller psykisk skade/helsebelastning på ansatte, eiendom eller miljø. Uten sykefravær
- Mindre alvorlig konsekvens - mindre skadeomfang/helsebelastning fysisk eller psykisk, forbigående helseplager med 0-16 sykefraværsdager. Mindre skade på eiendom eller miljø
- Moderat skade - moderat skade/helsebelastning fysisk eller psykisk, eller forbigående helseplager med sykefravær på mer enn 16 dager. Moderat skade på eiendom eller miljø
- Betydelig skade - Alvorlig skade/helsebelastning fysisk eller psykisk, eller kroniske og varige helseplager med sykefravær på mer enn 3 måneder. Stor, men håndterbar skade på eiendom eller miljø
- Død/katastrofal - 100 % arbeidsuførhet eller ansattes død som følge av uønsket hendelse/yrkesskade  
Katastrofal skade på eiendom eller miljø.

Potensiell risiko

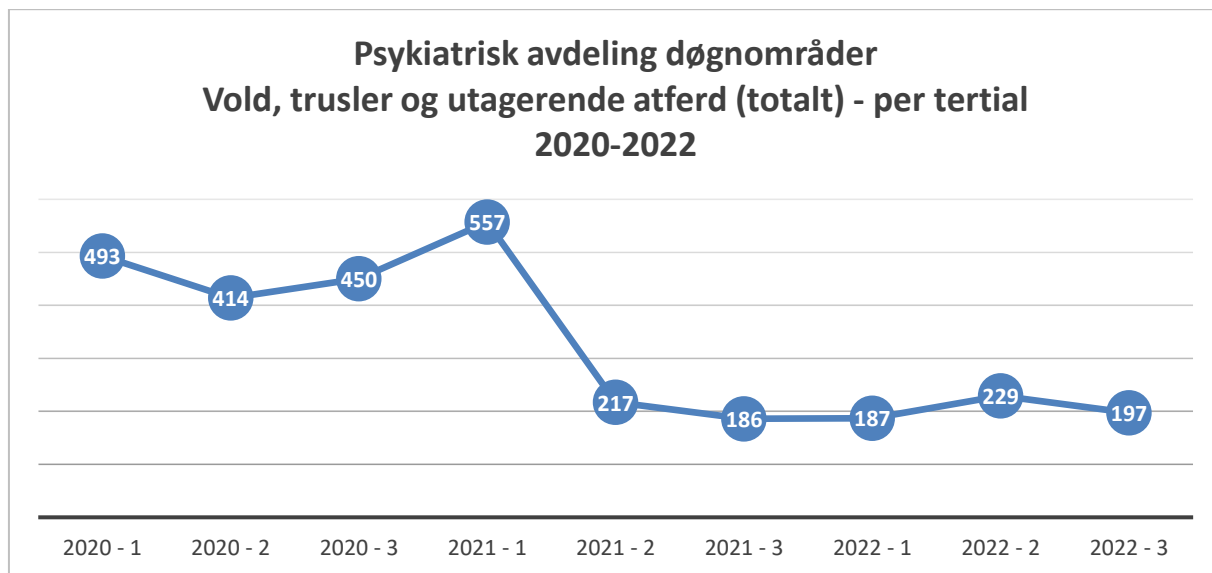


Kilde Synergi 16.01.2023.

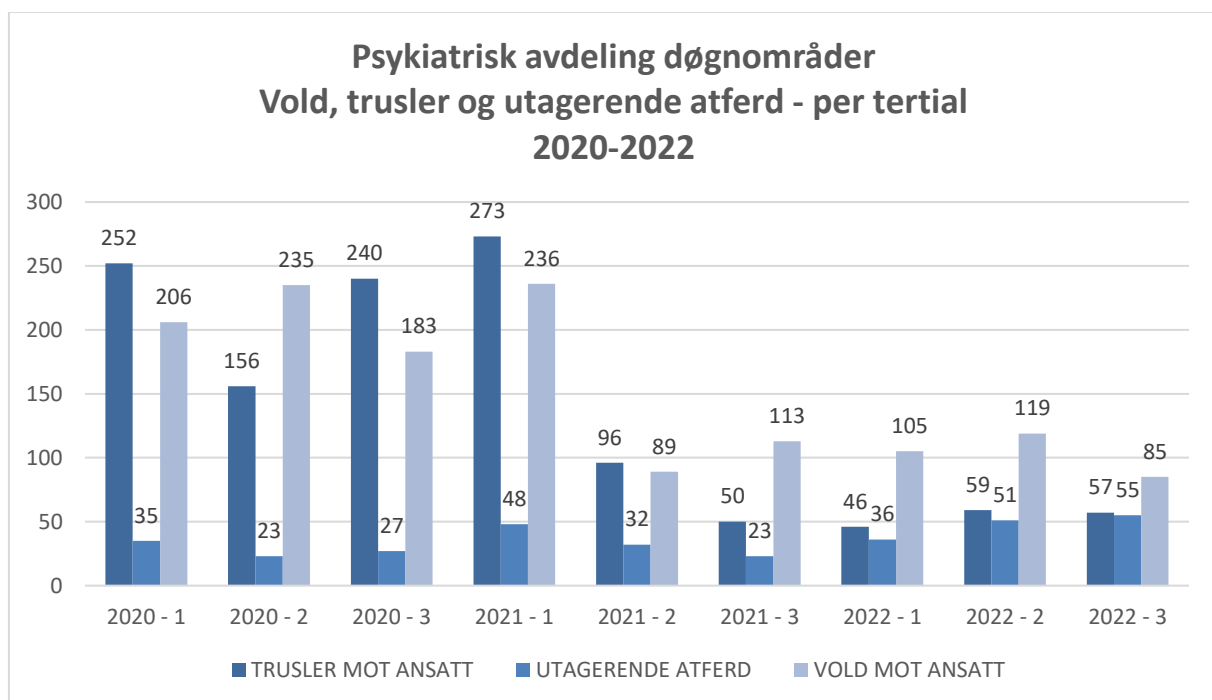
Figuren viser potensiell risiko for hendelser med trusler, vold eller utagerende atferd i 2022. Potensiell risiko er ikke satt i 58,9 % av sakene i 2022, dette er saker som er registrert/under behandling, eller hvor det er valgt forenklet saksbehandling. Forenklet saksbehandling er valgt i 346 av sakene. I de tilfellene forenklet saksbehandling er benyttet skal hendelsen være mindre alvorlig, både når det gjelder faktisk og potensiell konsekvens. Ved forenklet saksbehandling vurderes ikke faktisk konsekvens og potensiell risiko.

## 5.7 Trusler, vold og utagering – utvikling, risikoforhold og tiltak i psykiatrisk avdeling

### 5.7.1 Utvikling, trender og vesentlig risikoforhold i psykiatrisk avdeling døgnsesjoner<sup>22</sup>



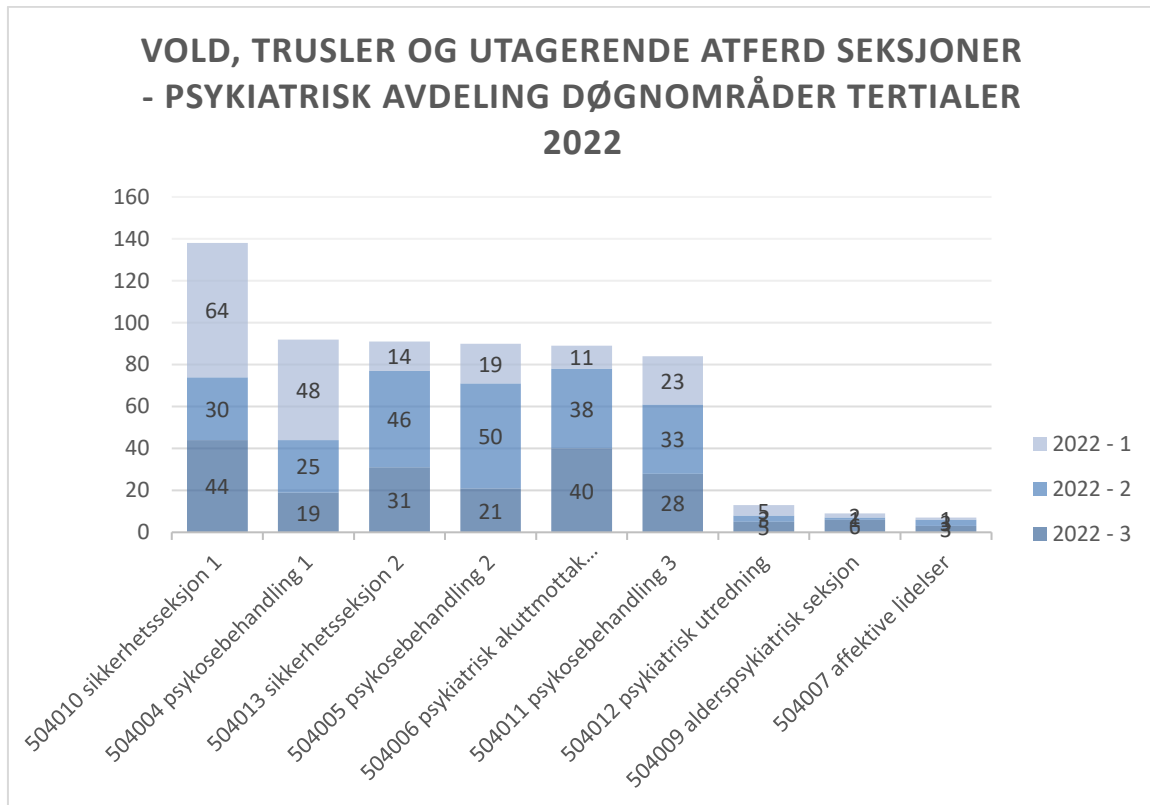
Kilde: Synergi 16.01.2023



Kilde: Synergi 16.01.2023

<sup>22</sup> Kilde: Vurderinger er gjort av avdelingssjef Ida Marie Mørk Snopestad, avdelingsrådgiver Anders Martin Askeli, seksjonsleder Maja Asklien og koordinerende verneombud Imre Banfi.







Figuren over viser hendelser på psykiatrisk avdeling døgn med trusler, vold og utagering mot medarbeider i 2022  
Kilde: Synergi 16.01.2023.

Det har i psykiatrisk avdeling døgn vært en vesentlig nedgang i registrerte voldshendelser i 1. tertial 2022, sammenlignet med 1.tertial 2021. Høyere registrering enkelte måneder/tertial kan skyldes enkeltpasienter innlagt i avdelingen over tid, hvor det i perioder kan være daglig utageringer knyttet til en pasient. I løpet av høsten 2021 har det blitt gjennomført opplæring i MAP (møte med aggresjonsproblematikk) på samtlige seksjoner i avdelingen. I tillegg er det igangsatt fysiske fellestreninger igjen fra november 2021. Fra januar 2022 har MAP vært en integrert del av praksisen ved alle seksjonene i psykiatrisk avdeling. Psykiatrisk avdeling er også med forskning og utvikling av MAP på nasjonalt nivå, samt som deltager i forskningsprosjektet i samarbeid med SIFER<sup>23</sup> og Helse-Bergen.



Kilde: Synergi 16.01.2023.

<sup>23</sup> Nasjonalt kompetansenettverk i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: 13.02.2023	Side: 35 / 63
HMS årsrapport 2022	Arkiv nr.: 14/07251		

Figuren viser kategorisering av faktisk konsekvens/alvorlighetsgrad i psykiatrisk avdeling døgnet, per tertial fra 2020-2022. Hendelser med ingen/ubetydelig konsekvens og forenklet saksbehandling er utelatt. Ingen hendelser hadde alvorlighetsgrad død/katastrofal i perioden.

Utviklingen gjennomgås pr. tertial i møte med avdelingssjef Ida Marie Mørk Snopestad, koordinerende verneombud Imre Banfi, seksjonsleder psykiatrisk akuttmottak voksne (PAM) Maja Asklien, avdelingsrådgiver Anders Askeli, HMS-sjef Terje Engvik og rådgiver Anne Edvardsen Kyrdaalen/Inger-Ann Ystgaard Oswald fra kvalitet- og pasientsikkerhetsavdelingen. Utviklingen i registrerte hendelser per seksjon fremkommer av ledelsens gjennomgang og tas opp både i avdelingens og klinikkens ledergruppe hver måned. AMU får i hvert møte en forenklet statusrapport med oversikt på utvikling i antall registrerte hendelser. Trenden de siste to årene er at avdelingen har et høyt pasientbelegg, med stadig overbelegg og innleie av ekstra personell utover grunnbemanning. Overbelegg gir mer uro på enheten og påvirker postatmosfæren slik at risiko for utagering øker. I 2018 ble opptaksområdet utvidet til å inkludere Vestby kommune.

#### 5.7.2 Psykiatrisk avdeling døgnområder - gjennomførte tiltak med effekt på måloppnåelse

- Opplæring/trening i konflikthåndtering; nytilsatteopplæring og jevnlig trening for alle medarbeidere.
- MAP: Møte med aggresjonsproblematikk. Formålet med opplæringen er:
  - Forebygge vold
  - Ivareta gode relasjoner. Redusere grad av utrygghet
  - Unngå skade. Redusere makt og tvang
  - Læring
- Ekstra personell ved overbelegg, både som sikkerhetstiltak og for å forebygge økt sykefraværet
- Det er implementert system for kontinuerlig forbedring på alle seksjoner og avdelingsnivå
- Omtale plassutfordringer ved overbelegg/trangbodddhet. Klinikken har ukentlige kapasitetsmøter
- Det er gjennomført risikovurdering av vold og trusler på alle seksjonene i psykiatrisk avdeling fra 2021
  - Støttepersonell (teknisk personell, renholdere, servicemedarbeidere) involveres
  - Tiltak fra risikovurderingene følges opp seksjonsvis
- Det er vaktevaluering for psykosepostene, seksjon for affektive lidelser, PAM og sikkerhetsseksjonene
- Oppfølging av tiltak fra Veldsrapporten<sup>24</sup>; voldsrisikovurderinger ved innkomst og ved hver vakt for nye pasienter, ettersamtaler ved bruk av tvang m.m.

#### 5.7.3 Psykiatrisk avdeling døgnområder - planlagte nye tiltak

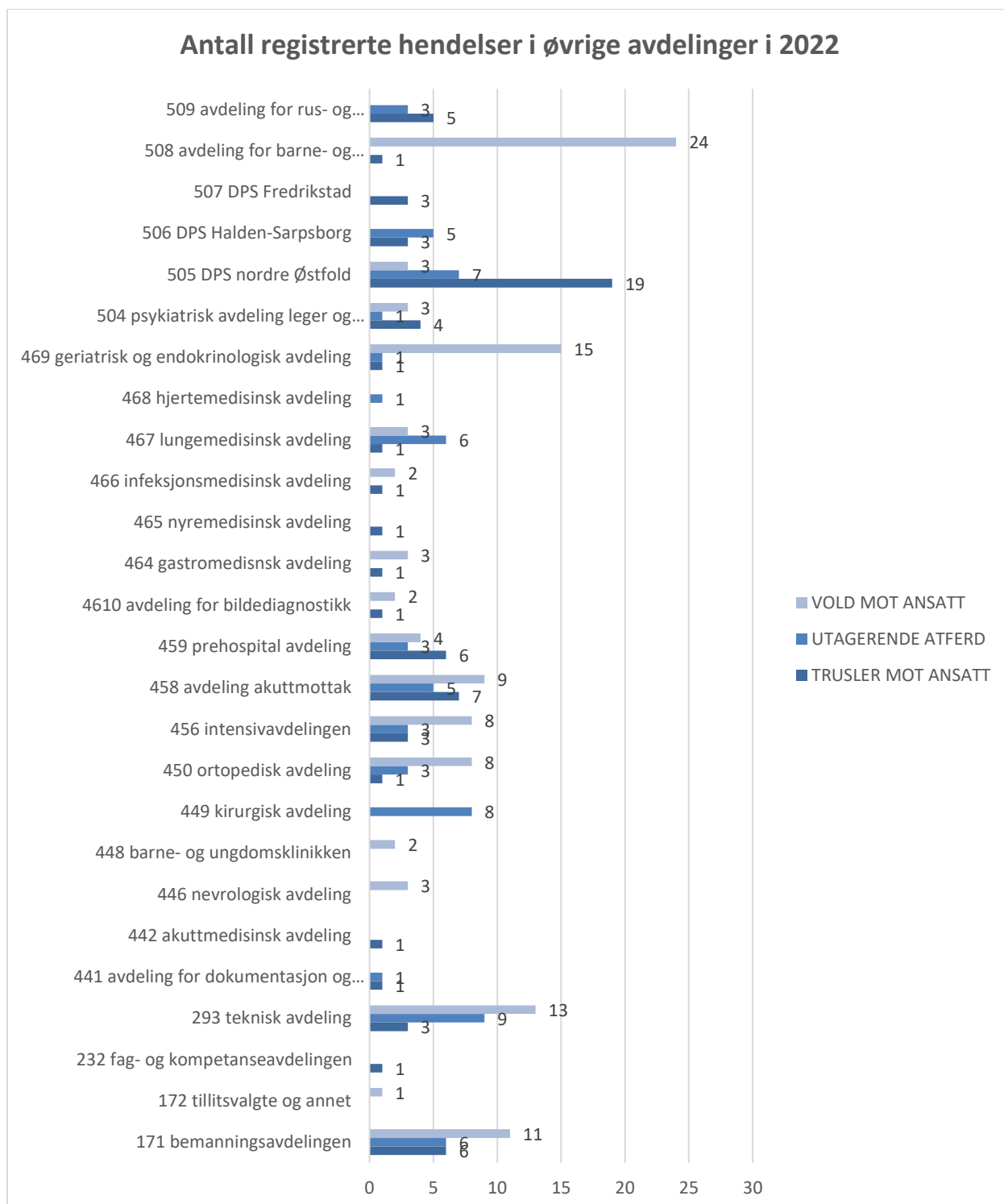
- Reetablere SIM-opplæring i 2023, og undersøke muligheten for bruk av VR-briller
- Oppfølging av kontinuerlig forbedring, spesielt i forhold til pasientflyt
- Oppfølging av MAP
- Oppfølging av nye tiltak fra Veldsrapporten ved bruk av samtaleverktøy fra MAP
- Igangsetter halvårslige planleggingsdager for alle seksjonslederne, fagutviklere, avdelingssjefer og 1-2 behandlere fra hver seksjon for å planlegge kommende års behov for kompetanse. Eks. på første planleggingsdag 07.02.23 skal plan for kompetanseheving innen voldsrisikovurderinger planlegges
- I samarbeid med fag- og kompetanseavdelingen skal prosedyrer knyttet til Synergi gjennomgås for å tydeliggjøre for medarbeiderne hvordan de enkelt kan melde mindre alvorlige hendelser. Når prosedyrene er oppdaterte skal disse gjennomgås med opplæring på alle seksjonene.

#### Tilsyn fra Arbeidstilsynet 2021-2022

Med bakgrunn i at to uønskede alvorlige hendelser ble meldt Arbeidstilsynet (AT) i august 2020 og april 2021 iht. aml § 5-2, iverksatte AT i mai 2021 to postale tilsyn ved hhv. seksjon for psykosebehandling 2 og 3. AMU er orientert om tilsynet som har krevd stor innsats fra seksjonsledere og avdelingssjef. Det ble gitt pålegg knyttet til opplæring, risikovurdering og forebyggende tiltak. Vernetjenesten og BHT har vært involvert. I brev av 29.11.2022 meldte AT: *På bakgrunn av mottatt tilbakemelding 24.11.22, vurderer vi punktet som oppfylt. Pålegg lukkes. Arbeidstilsynet anser tilsynssaken med virksomheten som avsluttet.* Utover læring i avdelingen er Søs sjekklister ved risikovurdering vold og trusler forbedret ift. krav i lov, forskrift og ATs veileder av 02.05.2018.



<sup>24</sup> «Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst».

5.8 Trusler, vold og utagering mot medarbeidere – andre avdelinger



Kilde: Synergi 16.01.2023

Grafen viser avdelinger unntatt psykiatrisk avdeling døgnseksjoner (se kapittel 5.7). Som omtalt i kapittel 5.6.3 har somatiske enheter samlet en økning fra 88 til 113 hendelser. Størst økning er det på voldhendelser fra 43 i 2021 til 70 i 2022.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: 13.02.2023	Side: 37 / 63
HMS årsrapport 2022	Arkiv nr.: 14/07251		

### 5.8.1 Tiltak – alle enheter og foretaksnivå

- MAP-opplæring (møte med aggresjonsproblematikk) innføres for alle enheter innen klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling – forståelse, forebygging, håndtering og oppfølging av vold og trusler
- Opplæring for medarbeidere og ledere i somatiske og ikke-medisinske enheter i forståelse, forebygging, håndtering og oppfølging av vold og trusler (relansering i nytt format fra 2018-2019 etter pandemi)
- Grovkartlegging med sjekkliste og helhetlig risikovurdering med forebyggende tiltak er et lovkrav og viktig tiltak i alle enheter
- Gjennom adm. direktørs vedtak i sykehusledermøte 19.12.2018 er det fra 2019 et krav om at alle kliniske og ikke-kliniske enheter minimum årlig skal oppdatere grovkartlegging og/eller helhetlig risikovurdering
- [Debrief og defusing](#) etter alvorlige uønskede hendelser skal sikre læring, forbedring og ivaretagelse av eksponerte medarbeidere. Dette i tråd med [forskrift for utførelse av arbeid § 23 A](#) som stiller krav om:
  - Risikovurdering hvor 8 arbeidsmiljøfaktorer særskilt skal vurderes
    - Sjekkliste iht. krav i lov og forskrift samt Arbeidstilsynets veileder av 02.05.2018 i elektronisk risikovurderingsmodul (EK) er oppdatert per november 2022
  - Opplæring av medarbeidere
  - Informasjon til medarbeidere, verneombud og tillitsvalgte
  - Nødvendige dokumenterte tiltak på bakgrunn av risikovurdering
  - Nødvendig oppfølging av medarbeider som blir utsatt for vold og trusler, med hensyn til fysisk og psykisk helsebelastning som følge av en hendelse.
- Bruk av vekttertjenesten til pasientvakt hold – et forbyggende tiltak som har økt vesentlig i omfang siste år.

## 5.9 Andel enheter med aktiv handlingsplan – utvikling, måloppnåelse og tiltak

### 5.9.1 Andel aktive handlingsplaner i SØ

Iht. krav i internkontrollforskrift for HMS § 5-4 skal en virksomhet dokumentere mål og tiltak på alle nivåer.

- Sykehuset, klinikk, avdeling og seksjon skal ha aktive handlingsplaner med prioriterte mål og tiltak
- Minstekrav er mål og tiltak innen sykefravær, oppfølging av medarbeider- og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen ForBedring, bærekraftig miljø/miljøledelse ISO 14001 hvor enheten kan påvirke (avfall, energi, transport) og dokumentert medvirkning fra verneombud
- Til grunn for andre tiltak ligger kartlegging av arbeidsmiljøet gjennom vernerunde, medarbeidersamtaler, risikovurderinger, revisjoner, tilsyn eller annet.

### 5.9.2 Utviklingstrekk

Ved måling pr. 16.01.23 var det registrert *aktivitet* for 2022 i 202 av 220 (91 %) handlingsplaner. Enkelte mindre enheter har felles handlingsplan. *Kvaliteten* i innholdet i alle handlingsplaner er ikke vurdert. Stikkprøver viser at mange enheter har handlingsplaner med høy kvalitet, mens det for øvrig er store forskjeller. Alle ledere har stående tilbud om veiledning, samt at det er tilbud om digitale HMS-webinarer med demo av verktøy.

Andel enheter med aktive handlingsplaner 2016-2021 – mål 100 %							
	30.03.16	31.12.16	31.12.17	31.12.18	20.01.20	20.01.21	20.01.22
Antall enheter	89 av 195	156 av 195	197 av 210	209 av 209	206 av 210	206 av 208	198 av 210
Status	45 %	80 %	94 %	100 %	98 %	99 %	94 %
	<b>16.01.23</b>						
Antall enheter	202 av 220						
Status	91 %						

### 5.9.3 Tiltak med effekt på måloppnåelse

- Kontinuerlig tilbud om opplæring og veiledning til ledere, ledergrupper, verneombud og rådgivere.
- Tilbud om HMS-webinar med demo av elektronisk handlingsplan 4 ganger per år.

### 5.10 Brukertilfredshet med opplæring og lederstøtte – utvikling, måloppnåelse og tiltak

- Arbeidsmiljøloven stiller krav til grunnopplæring av ledere, verneombud og AMU-medlemmer
- Medarbeiderne skal gjøres kjent med ulykkes- og helsefarer, og gis nødvendig opplæring for å mestre oppgavene (roller, rutiner, utstyr) og medvirke i HMS-arbeidet
- Ledere skal ha nødvendig kompetanse til å føre kontroll med at arbeidet blir utført på en helse- og sikkerhetsmessig forsvarlig måte.

#### 5.10.1 Grunnkurs HMS og arbeidsmiljø

De siste årene har et økt antall ledere gjennomført Grunnkurs HMS og arbeidsmiljø. En positiv trend.

Deltakere på Grunnkurs HMS og arbeidsmiljø						
Deltakere	2015 - 1 kurs	2016 - 2 kurs	2017 – 2 kurs	2018 – 2 kurs	2019 – 2 kurs	2020 – 1 kurs
Ledere	4	34	44	23	26	15
Verneombud	28	62	86	49	55	30
Medl. AMU	0	1	1	0	2	0
Tillitsvalgte	0	2	4	2	3	2
Rådgivere	0	2	8	8	4	3
Sum deltakere	32	99	143	82	90	50
Deltakere	2021 - 1 kurs	2022 - 1 kurs				
Ledere	15	32				
Verneombud	45	53				
Medl. AMU	1	0				
Tillitsvalgte	4	2				
Rådgivere	5	3				
Sum deltakere	70	90				



3-dagers Grunnkurs HMS og arbeidsmiljø er lovhjemlet og obligatorisk for ledere, verneombud og AMU-medlemmer. Åpent for rådgivere og andre.

Deltakernes evaluering av Grunnkurs HMS og arbeidsmiljø					
	2016 – 2 kurs	2017 – 2 kurs	2018 – 2 kurs	2019 – 2 kurs	2020- 1 kurs
Kursets innhold	4,9 <sup>25</sup>	4,9	4,9	5,0	4,9
Nytteverdi i jobb	5,0	5,0	5,1	4,9	5,0
Kurset som helhet	5,0	4,9	5,2	5,1	5,2
	2021 – 1 kurs	HMS-webinarer	2022 – 1 kurs		
Kursets innhold	5,4 <sup>26</sup>	Fra 5,1 - 5,4	5,4		
Nytteverdi i jobb	5,2	Fra 5,0 - 5,4	5,3		
Kurset som helhet	5,3	Fra 5,1 – 5,6	5,5		

14 forelesere. Grad av deltakertilfredshet på skala 1-6 med 6 som beste score. Evalueringen er oppsummert av fag- og kompetanseavdelingen.

<sup>25</sup> Snittscore for evaluering av 11 HMS-tema med totalt 14 forelesere. Kursansvarlig er HMS-sjef. Evaluering adm. av fag- og kompetanseavd.

<sup>26</sup> Snittscore for evaluering av 11 HMS-tema med totalt 14 forelesere. Kursansvarlig er HMS-sjef. Evaluering adm. av fag- og kompetanseavd.

 <b>SYKEHUSET ØSTFOLD</b>	 Dato: <b>13.02.2023</b> Side: <b>39 / 63</b>
<b>HMS årsrapport 2022</b>	Arkiv nr.: 14/07251

### 5.10.2 HMS grunnopplæring for ergonomikontakter<sup>27</sup>

Kurstilbudet var nytt fra høsten 2018 som årlig tilbud om opplæring av nye ergonomikontakter og reopplæring av eksisterende. Foruten å innfri lovhjemlet krav til opplæring, skal opplæringen bidra til riktig løfte- og forflytningsteknikk og forebygge belastningskader hos medarbeider og pasientskader ved løft og forflytning. Et viktig forebyggende tiltak.

#### Målgruppen er:

- Seksjoner som har ergonomiske utfordringer. Som hovedregel velges verneombudet
- Ergonomikontakten skal fungere som ressursperson og veileder i forhold til forflytningsteknikk og ergonomisk tilrettelegging
- Ergonomikontakten bistår leder med initiering og gjennomføring av opplæringstiltak.

Antall deltakere på grunnopplæring for ergonomikontakter						
	Kliniske enheter			Ikke-kliniske enheter		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Antall deltakere	16	13	5	10	10	16

Det ble holdt 2 kurs i 2022.

- Ett for kliniske enheter (hadde 2 kurs, men det ene utgikk pga. manglende deltagere)
- Ett for ikke-kliniske enheter. Kurset for ikke-kliniske enheter ble delt opp i to deler
  - En del for de som løfter tungt og en del for de som sitter mye på kontor. Dette fungerte bra, slik at vi i 2023 deler kurs for ikke kliniske enheter opp i 2 separate kurs
  - Ett for de som jobber på kontor og ett for de som har tunge løft
- Vi velger å ha kurs både på våren og høsten pga. stor etterspørsel.

Deltakernes evaluering av grunnopplæring for ergonomikontakter				
	2021- klinisk	2021- ikke klinisk	2022- klinisk	2022- ikke klinisk
Kursets innhold	5,6	5,1	5,1	5,1
Nytteverdi i jobb	5,6	5,1	5,6	5,3

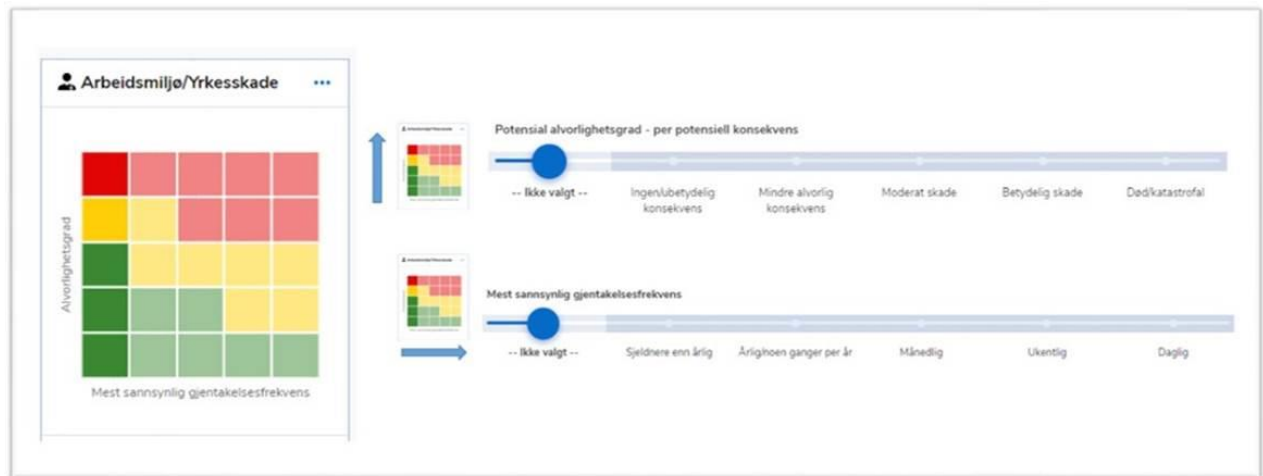
Deltakertilfredshet på skala 1-6 med 6 som beste score

<sup>27</sup> Kilde: Fagansvarlig og seksjonsleder Janne Hensmo Sjo, avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering.

## 6 HMS-HENDELSER OG RISIKOOMRÅDER

Fargekategorier for potensiell risiko ved registrering av sak i Synergi.

Risikoområde
<span style="color: red;">●</span> Kritisk område
<span style="color: yellow;">●</span> Alvorlig område
<span style="color: green;">●</span> Mindre alvorlig område
<span style="color: gray;">●</span> -- Ikke valgt --



### 6.1 HMS-saker - faktiske hendelser, nesten-uhell og forbedringsforslag i Synergi<sup>28</sup>

Iht. aml § 5-1 (1) skal «Arbeidsgiver skal sørge for registrering av alle personskader som oppstår under utførelse av arbeid. Det samme gjelder sykdom som antas å ha sin grunn i arbeidet eller forholdene på arbeidsplassen.»

Registrerte HMS-saker (faktiske hendelser, nesten-uhell og forbedringsforslag) i Synergi 2015-2022							
Eksklusiv personvernhendelser							
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
810	1 137	1 079	2 077	2 978	3 167	2 413	1738

En hovedforklaring på økning i registrerte hendelser 2018-2021 (1. tertial) antas å være en forenklet registrering i psykiatrisk akuttmodtak voksne av mindre alvorlige hendelser i denne perioden fram til ordningen ble avviklet fra 01.05.2021, med en vesentlig nedgang i registrerte hendelser. Se omtale i [kapittel 5.6](#) og [kapittel 5.7](#)



Per område - hva er det sett etter:

- Spesielt alvorlige, svært alvorlige eller katastrofale hendelser basert på potensiell risiko
- Stort volum av hendelser på en eller flere enheter, evt. lokasjon
- Stikkprøver på enkeltsaker for å se hvordan de er behandlet med forebyggende tiltak
- Ser vi spor av tiltak i handlingsplan for enheten hvis tiltak er av en viss størrelse?

Fra januar 2023 vil alle HMS-hendelser bli gjennomgått månedlig med spesiell vekt på vold og trusler, i samarbeid med bedriftshelsetjenesten, som en lovhjemlet overvåking av risikoforhold med rapport til AMU og adm. direktør.

<sup>28</sup> Hele kapittelet: Bistand på rapporter fra Synergi, Inger-Ann Ystgaard Oswald og Ragnhild Fossum Øimoen, kvalitet- og pasientsikkerhetsavdelingen.



 <b>SYKEHUSET ØSTFOLD</b>	 Dato: <b>13.02.2023</b> Side: <b>41 / 63</b>
<b>HMS årsrapport 2022</b>	Arkiv nr.: 14/07251

## 6.2 Inneklima

Antall og kategori	Vurdering utviklingstrekk
<p><u>For hele året:</u> Antall innmeldte faktiske hendelser: 27 (2021: 52)</p> <p>Risikoområdene fordeler seg slik basert på potensiell risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0 på kritisk område (rød)</li> <li>- 9 alvorlig område (gul)</li> <li>- 9 mindre alvorlig område (grønn)</li> <li>- 9 ikke valgt område.</li> </ul>	<p>Flere av sakene dreier seg om byggestøv og støy i forbindelse med renovering DPS Fredrikstad/St. Joseph.</p> <p>Mange saker som omhandler for høy temperatur i lokalene på sommerhalvåret, lokalene i Moss er høyt representert.</p>

## 6.3 Organisasjon og psykososialt arbeidsmiljø

Antall og kategori	Vurdering utviklingstrekk
<p><u>For hele året:</u> Antall innmeldte faktiske hendelser: 267 (2021: 289) Hvor av antall innmeldte er nesten-uhell: 5.</p> <p>Risikoområdene fordeler seg slik basert på potensiell risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 på kritisk område (rød)</li> <li>- 25 alvorlig område (gul)</li> <li>- 33 mindre alvorlig område (grønn)</li> <li>- 230 ikke valgt område.</li> </ul> <p>Sammenlignet med fjoråret er antall saker i de tre definerte risikoområdene doblet, men innmeldte saker som er registrert uten risikoområde er halvert.</p>	<p>Antall saker som ikke er avsluttet er 32, og alle er saker uten valgt risikoområde. Hovedsakelig er de fordelt med 10 på psykiatrisk avdeling, 7 på prehospital avdeling, 7 på senter for laboratoriemedisin, 4 på ortopedisk avdeling. De fleste dreier seg om bemanning som f.eks. balanse bemanning-antall pasienter.</p> <p>Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling har 161 av sakene hvor av psykiatrisk avdeling døgnområder har 90 av dem. Deretter følger klinikk for kirurgi med 82 saker, klinikk for medisin har 54 saker og klinikk for akuttmedisin har 26 saker.</p> <p>De 267 sakene fordeler seg slik på hendelsestype (2021 i parentes):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 92 (86) på arbeidsbelastning</li> <li>- 33 (78) på arbeidsbelastning – tidspress</li> <li>- 9 (3) på arbeidsbelastning – traumatiske hendelser</li> <li>- 39 (22) på organisering</li> <li>- 52 (53) på kommunikasjon og samhandling</li> <li>- 23 (22) på samarbeidsproblemer /konflikter</li> <li>- 13 (25) på annet psykososialt arbeidsmiljø.</li> </ul>

## 6.4 Vold, trusler og utagering

Antall og kategori	Vurdering utviklingstrekk
<p><u>For hele året:</u> Antall innmeldte faktiske hendelser: 859 (2021: 1 321) Antall innmeldte nesten-uhell: 15 (2021: 31)</p> <p>Risikoområdene fordeler seg slik basert på <b>potensiell risiko</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 26 på kritisk område (rød) (30)</li> <li>- 197 alvorlig område (gul) (146)</li> <li>- 130 mindre alvorlig område (grønn) (132)</li> <li>- 506 ikke valgt område (1 027)</li> </ul> <p>Mange hendelser er behandlet forenklet, uten vurdering av alvorlighetsgrad</p>	<p>Slag, spark og skalling mot hode/nakke utgjør de mest alvorlige hendelsene. Det forekommer også alvorlige drapstrusler.</p> <p>Les mer om vold og trusler i kapitlene <a href="#">5.6–5.7-5.8</a></p> <p>Fra januar 2023 vil alle HMS-hendelser bli gjennomgått månedlig med spesiell vekt på vold og trusler, i samarbeid med bedriftshelsetjenesten.</p>

## 6.5 Ergonomi og fysisk overbelastning

Antall og kategori	Vurdering utviklingstrekk
<p><u>For hele året:</u>                      Antall innmeldte faktiske hendelser: 39                      Antall innmeldte nestenuhell: 2</p> <p>Risikoområdene fordeler seg slik basert på potensiell risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0 på kritisk område (rød)</li> <li>- 10 alvorlig område (gul)</li> <li>- 18 mindre alvorlig område (grønn)</li> <li>- 13 ikke valgt område</li> </ul> <p>Tendens til økning innen belastning ved forflytning av pasienter/manglende hjelpemidler</p>	<p>Hendelsene dreier seg blant annet om:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Overbelastning i forbindelse med forflytning av pasienter.</li> <li>2) Overbelastning pga uventet pasientadferd</li> <li>3) Overbelastning i forbindelse med manglende ressurser og hjelpemidler</li> </ol> <p>5 saker ble meldt til NAV.</p> <p>Tiltak: Flere hjelpemidler lagt inn i budsjett. Huske på å bruke det som finnes av hjelpemidler, ta seg tid til å vente på hjelp når det finnes. Mange tiltak går på at leder har snakket med medarbeider om hva som kan/burde vært gjort. Man kan ikke alltid bestemme hva som skal gjøres/ikke gjøres.</p> <p>Opplæring i forflytningsteknikk. Flere seksjoner har forflytning i programmet for fagdager/bedt ergonomikontakt om bistand</p>

## 6.6 Miljø

Antall og kategori	Vurdering utviklingstrekk
<p><u>For hele året:</u>                      Antall innmeldte faktiske hendelser: 13                      Antall innmeldte nestenuhell: 0</p> <p>Risikoområdene fordeler seg slik basert på potensiell risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0 på kritisk område (rød)</li> <li>- 2 alvorlig område (gul)</li> <li>- 3 mindre alvorlig område (grønn)</li> <li>- 8 ikke valgt område (inkluderer 6 fra revisjon)</li> </ul>	<p>Det er rapportert 7 hendelser i Synergi (reduksjon på 10 i forhold til i 2021), i tillegg til 6 funn fra revisjon på tvers av HF i energiledelse. Det er underrapportering av miljøhendelser, da hendelser rapportert inn som f.eks. driftshendelser også kan ha påvirkning på miljø.</p> <p>De fleste hendelser løses lokalt, men miljøingeniør involveres ved behov.</p> <p>Gjentagende hendelser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Feil emballering av smittefarlig avfall Tiltak: gjennomgang av sykehusets prosedyrer</li> <li>- Blandet antibiotika uten avtrekk (antibiotika resistens) Tiltak: Bruk av hansker, vaske over med vann</li> </ul> <p>I 2022 ble det gjennomført 4 interne revisjoner i miljøledelse.</p>

## 6.7 Brannvern

Antall og kategori	Vurdering utviklingstrekk
For hele året: Antall innmeldte avvik under brannvern: 22 stk. - Annet brannvern: 5 stk. - Brann og tilløp: 5 stk. - Branntekniske anlegg: 4 stk. - Rømningsvei: 8 stk.	*) Plassering av pasienter i korridor er ikke i stor grad beskrevet i Synergi, da det gjerne håndteres som et pasientavvik og ikke kommer i brann-tallene.
Risikoområdene basert på potensiell risiko: - 1 kritisk område (rød) - 1 alvorlig område (gul) - 10 mindre alvorlig område (grønn) - 10 har ikke valgt risikoområde	I 2021 ble det registrert det dobbelte antall avvik.

## 6.8 Yrlesskader meldt til NAV 2016-2022<sup>29</sup>

### 6.8.1 Definisjon

Med yrlesskade forstås legemsskade eller sykdom som er forårsaket av en arbeidsulykke. Med ulykke forstås en plutselig og uventet ytre påkjenning eller belastning som ligger utenfor rammen av en ordinær arbeidsprestasjon. Det er fire vilkår som skal være oppfylt for at skadefølgen skal kunne godkjennes som yrlesskade<sup>30</sup>. Vilkårene er kumulative, dvs at alle vilkårene må være oppfylt:

1. Skadelidte er yrlesskadedekket
2. Det foreligger en arbeidsulykke
3. Det har inntruffet en skade, sykdom eller et dødsfall
4. Det er årsakssammenheng mellom arbeidsulykken og skaden/sykdommen/dødsfallet.

### 6.8.2 Trender og utviklingstrekk

Regjeringen har nå endret yrlesskadereglene i folketrygden, slik at helsepersonell som smittes av koronaviruset på jobb sikres gode økonomiske rettigheter. Koronasmitte og covid-19 var tidligere ikke omfattet av listen over de sykdommer som kunne godkjennes som yrlessykdom og gi rett til yrlesskadeerstatning. Nå er sykdommen oppført på listen. De nye reglene vil også gjelde for yrlesskadeforsikringsloven. Reglene har trådt i kraft, og gjelder fra 1. mars 2020. De nye reglene omfatter primært ansatte i helsevesenet. Samtidig er det også lagt opp til at regelendringene skal gjelde andre yrker der jobben gjøres i miljøer med særskilt sykdoms- eller smittefare, eller arbeidsområder hvor ansatte lett kan komme i kontakt med personer som er smittet av koronaviruset.

Flere jobber hjemmefra for å bidra til å redusere smittefaren. Regjeringen har nå gjort det klart at ansatte på hjemmekontor fortsatt skal være sikret yrlesskadedekning i folketrygden, på samme måte som om de var på sin vanlige arbeidsplass.

Registrerte yrlesskader meldt til NAV 2015-2021							
Kilde: HR-avdelingen							
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
54	79 (+ 46 % fra forrige år)	67 (- 15 %)	53 (- 21 %)	87 (+ 64 %)	101 (+ 16 %)	141 (+ 40 %)	110 (- 22%)

Det er en nedgang på 31 saker fra 2021, primært er nedgangen i somatiske seksjoner. Det er dog verdt å bemerke på et overordnet nivå at yrlesskader ser ut til å stabilisere seg på et høyere nivå nå enn før 2019.

<sup>29</sup> Kilde: Fagansvarlig og HR-sjef Ketil Haugen, HR-avdelingen.

<sup>30</sup> NAVs skjema for melding av yrlesskade med veiledning, og rundskriv til folketrygdlovens § 13-3, datert 18.10.2013.

Slik fordeles de innmeldte sakene:

- Fordeling i 2016: 20 i psykisk helsevern, 46 i somatikken, 13 i FM/staber<sup>31</sup>.
- Fordeling i 2017: 20 i psykisk helsevern, 33 i somatikken (hvorav 10 i prehospital avdeling), 14 i FM/staber
- Fordeling i 2018: 20 i psykisk helsevern, 30 i somatikken (hvorav 5 i prehospital avdeling), 3 i divisjon FM
- Fordeling i 2019: 34 psykisk helsevern, 46 somatikken (hvorav 3 prehospital avdeling), 4 i FM/lab/staber
- Fordeling i 2020: 20 psykisk helsevern, 67 somatikk (hvorav 6 prehospital avdeling), 14 i FM/lab/staber  
Av disse er 16 meldt inn i forhold til yrkesskade covid-19 som var ny i 2020  
(6 i psykisk helsevern og 10 i somatikk)
- Fordeling i 2021: 35 psykisk helsevern, 94 somatikk (hvorav 9 prehospital avdeling), 12 i FM/lab/staber  
Av disse er 37 meldt inn i forhold til yrkesskade covid-19  
(2 i psykisk helsevern og 35 i somatikk)
- Fordeling i 2022: 30 psykisk helsevern, 52 somatikk, 17 prehospital avdeling, 1 røntgen og lab, 1 bildediagnostikk, 8 FM og 1 i Sykehusservice.

### 6.9 Utvikling i antall uføre 2016-2021

Fra Kommunal landspensjonskasse (KLP) har SØ mottatt en oversikt som viser overgang fra aktiv stilling til delvis ufør eller 100 % ufør.

Sykepleiere											
		2016		2017		2018		2019		2020	
Fra status	Til status	Antall	Alder	Antall	Alder	Antall	Alder	Antall	Alder	Antall	Alder
Aktiv	Delvis ufør	16	50,53	12	50,03	7	49,07	19	52,15	15	50,12
Aktiv	100 % ufør	7	50,26	9	42,74	4	47,24	9	48,53	9	48,23
		2021		2022							
Fra status	Til status	Antall	Alder	Antall	Alder						
Aktiv	Delvis ufør	14	51,22	9	46,71						
Aktiv	100 % ufør	6	42,94	12	45,10						

Leger											
		2016		2017		2018		2019		2020	
Fra status	Til status	Antall	Alder	Antall	Alder	Antall	Alder	Antall	Alder	Antall	Alder
Aktiv	Delvis ufør	1	50,72	1	44,62	3	48,09	0	0	1	48,72
Aktiv	100 % ufør	1	50,26	1	41,95	1	38,74	2	52,95	0	0
		2021		2022							
Fra status	Til status	Antall	Alder	Antall	Alder						
Aktiv	Delvis ufør	1	48,72	1	54,88						
Aktiv	100 % ufør	0	-	0	-						

Andre yrkesgrupper - fellesordning											
		2016		2017		2018		2019		2020	
Fra status	Til status	Antall	Alder	Antall	Alder	Antall	Alder	Antall	Alder	Antall	Alder
Aktiv	Delvis ufør	25	51,00	16	49,37	14	50,06	20	48,63	15	51,85
Aktiv	100 % ufør	21	52,92	11	51,25	16	47,78	14	51,52	17	47,80
		2021		2022							
Fra status	Til status	Antall	Alder	Antall	Alder						
Aktiv	Delvis ufør	22	46,37	26	47,70						
Aktiv	100 % ufør	4	44,98	16	47,75						

### Trender og utviklingstrekk

Sammenlignet med 2021 ser vi en økning i antall som går fra aktive til 100 % ufør. Siden dette er små tall, er det vanskelig å si noe om trender når det gjelder alder. Viser for øvrig til tallene i tabellen over.

<sup>31</sup> Kilde: HR-avdelingen.

## 6.10 Vaksiner, stikkskader og blodsmitteuhell<sup>32</sup>

### 6.10.1 Yrkesvaksiner fra bedriftshelsetjenesten Avonova Helse (BHT)

BHT har totalt satt 1130 yrkesvaksiner i 2022. Det er vaksinene Hepatitt A, Hepatitt B og Boostrix Polio (stivkrampe, difteri, polio og kikhoste) som det hovedsakelig settes. Dette er en stor økning av antall yrkesvaksiner satt i 2022 sammenliknet med 2021 hvor det ble satt 317. Det ble i 2022 satt 31 vaksiner med Gardasil 9, som er en vaksinasjon mot HPV viruset gitt til medarbeidere med eksponeringsrisiko. Dette i samarbeid med avdeling smittevern og bedriftslege.

Vaksiner 2022	Totalt	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Boostrix Polio	350	37	13	38	22	50	16	2	18	61	33	44	16
Hepatitt B	90	14	4	5	9	7	6	0	4	13	9	12	7
Gardasil 9/Gardasil	31	0	0	0	0	0	0	1	14	13	0	3	0
hepatitt A	40	2	0	3	3	7	2	0	2	6	4	7	4
Priorix	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0
Rabipur	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Twinrix (kombinasjon hepatitt A og Hepatitt B)	613	58	34	53	44	67	40	1	22	95	85	77	37
Typhim-Vi	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
<b>Totalt</b>	<b>1 130</b>												

Antall medarbeidere og ledere som har fått yrkesvaksine på SØ, og som oppnår fullvaksinering er stigende. Dette er hovedsakelig fullvaksinering av Hepatitt A og Hepatitt B, og intervalldekning av Boostrix Polio (tetanus, difteri, polio og kikhoste) som gis hvert 10. år.

I 2022 har det vært planlagte drop-in dager på Kalnes og Moss sykehus. Disse datoene er lagt ut på intranettet og sendt på mail til alle seksjonsledere. Utelokasjonene har fått tilbud om egne tider etter avtale med BHT. Vi har da reist ut til den enkelte lokasjon. Noen medarbeidere har også kommet til BHT sine lokaler etter egne avtaler.

BHT sender ut påminnelse til medarbeidere som ikke har fulgt opp egen vaksineringsplan. Dette er en medvirkende årsak til at flere medarbeidere oppnår fullvaksinering av hepatitt A og hepatitt B.

Vaksinering kan bestilles av leder gjennom vår kundeportal, epost eller telefon. Det er på bestemte drop-in dager åpent for at alle medarbeidere kan «stikke innom» - her må man ikke avtale time. Vaksinatører og bedriftslege har gitt rådgivning til ledere og medarbeidere når det har vært behov.



### 6.10.2 Influensavaksiner

Vaksineringen for årets influensasesong 2022 startet i uke 43, og Avonova Helse har bistått SØ for femte året. BHT har også i år hatt et godt og tett samarbeid med SØ, og spesielt avdeling for smittevern og kommunikasjon. BHT gjennomførte vaksineringen over 8 dager på SØ Kalnes, 3 dager på SØ Moss og på avtalte dager med 13 lokasjoner tilknyttet SØ. Enkelte ansatte har vært innom våre kontorer og fått vaksinen. Det er satt 3494 vaksiner, dette inkluderer apotekansatte/studenter (ca. 103 personer).

Det er i 2022 en liten nedgang influensavaksinerte på 205\* sammenliknet med året 2021. Dette tallet er år hentet fra våre egne systemer som tilsier at alle egenerklæringskjemaer som er levert til BHT for registrering er i rapporten. Se for øvrig tabell nedenfor.

År	Totalt:	Endring	BHT	Kollegavaksiner	Lege	Helsepersonell	Annet personell	Apotek-ansatte/studenter
2022	3494	-205	1785	1709				53/50 studenter
2021	3699	-345	1985	1714	464	2361	707	55
2020	4129*	1212	1905	2224*	451*	2401*	616*	61*
2019	2917	719	1720	1197	445	1974	498	57
2018	2198		1308	890	334	1244	352	

<sup>32</sup> Kilde: Bedriftslege Ida H. Lillefjære og BHT-rådgiver Christin Gulaker, bedriftshelsetjenesten Avonova Helse.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: 13.02.2023	Side: 46 / 63
<b>HMS årsrapport 2022</b>	Arkiv nr.: 14/07251		

### 6.10.3 Blodsmitte

Sykehuset endret i 2022 registreringsmetode av mulig smittekilde på stikkskadeskjema som sendes til BHT. Der det tidligere ble benyttet initialer og fødselsdato tilhørende smittekilde benyttes i dag NPR-id. BHT har per i dag ikke anledning til å hente ut tilsvarende informasjon som forutgående år, som medfører noe endring av hvilke data vi får hentet ut til rapporten.

Arbeidet med å utarbeide rutiner pågår som en del av oppfølging sak 2022-19 - «Fokus på oppfølging av stikkskader». Dette har også vært drøftet i samarbeidsmøte desember 2022, og saken ble foreslått lagt frem for AMU før beslutning.

BHT har i 2022 mottatt 117 henvendelser relatert til stikkskade, registrert som:

- Fullstendige saker som inkluderer både stikkskademelding, blodprøvesvar fra ansatt og blodprøvesvar fra potensiell smittekilde
- Stikkskadeskjema uten noen tilhørende blodprøver. Dette kan være saker der blodprøver er tatt med lege på sykehuset som rekvirent, eller saker der medarbeidere ikke har tatt noen blodprøver, men likevel ønsker å melde inn saken via stikkskadeskjema
- Stikkskadeskjema med tilhørende blodprøvesvar fra potensiell smittekilde, men der blodprøvesvar fra medarbeider mangler. Dette kan være saker der blodprøver er tatt med lege på sykehuset som rekvirent, eller saker der medarbeidere ikke har tatt noen blodprøver, men likevel ønsker å melde inn saken via stikkskadeskjema. Det kan også være tilfeller der man bare har tatt prøve fra potensiell smittekilde og når denne har vært negativ har man avstått fra å ta prøve av ansatt
- Blodprøver av medarbeidere som ikke er koblet opp mot medfølgende stikkskadeskjema, og som derfor heller ikke kan kobles opp mot potensiell smittekilde (da opplysninger på stikkskadeskjema er nøkkelen til å koble sammen de to opplysningene)
- Stikkskadeskjema med tilhørende blodprøvesvar av ansatt, men der blodprøvesvar fra potensiell smittekilde mangler. Det kan være at man ikke har fått tatt prøve av smitekilden (krever samtykke), at man ikke vet hvem potensiell smittekilde er (for eksempel stikk på brukt nål) eller at smitekildens blodprøver er etterrekvirert allerede tatte blodprøver med annen rekvirent enn BHT lege.

Vi mottar i tillegg prøvesvar fra potensiell smittekilde. For å kunne koble disse til aktuell smitteutsatt medarbeider via stikkskadeskjema er vi avhengig av å hente ut personopplysninger knyttet til NPR-id. Denne rutinen er ikke fullstendig etablert, og som nevnt innledningsvis pågår dette som en del av oppfølgningssak.

I henhold til avtale med SØ får medarbeidere kun tilbakemelding ved eventuelle patologiske prøver hos potensiell smittekilde eller medarbeider. Det gis også tilbakemelding til medarbeidere som utfra blodprøve ikke har tilfredsstillende nivå av antistoffer mot hepatitt B, ervervet etter vaksiner. Medarbeidere anbefales da å kontrollere vaksinasjonsstatus og eventuelt ta relevante yrkesvaksiner.

BHT anbefaler fortsatt fokus på oppfølging etter stikkskader. Vi har erfart at stikkskader kan oppleves som en stor belastning for den enkelte medarbeider, og å jobbe forebyggende mot stikkskader, samt sikre god oppfølging etter stikkskader vurderes av oss som en viktig del av HMS- og arbeidsarbeidet.



### 6.10.4 MRSA

MRSA-prøver rekvireres av smittevern avdelingen. BHT-lege står som kopimottaker på rekvisisjoner. I tilfeller med positive prøver etablerer vi kontakt med avdeling for smittevern og samarbeider om videre oppfølging og behov for tilrettelegging/sykemelding i arbeidet. Avdeling for smittevern følger opp det praktiske rundt MRSA prøver.

### 6.10.5 Tuberkulose

I tilfeller når tuberkulosesmittet pasient har vært inne på sykehuset uten at smitterisiko var kjent, og man har kunnet benytte hensiktsmessig verneutstyr, vil det være aktuelt med undersøkelse av medarbeidere som har vært i kontakt med pasienten. Tuberkulosekoordinator ved sykehuset kartlegger medarbeidere som potensielt har vært eksponert og tar kontakt med BHT lege med navnelister og informasjon. Screening for MRSA og/eller Tuberkulose i forbindelse med oppstart av arbeid er utført etter gjeldende retningslinjer, ref. MRSA-veilederen og Tuberkuloseveilederen FHI. BHT lege sender ut blodprøverekvisisjoner, informasjon og henviser videre ved behov.

Dette samarbeidet fungerer godt, og vi har gjennom 2022 fulgt opp en rekke medarbeidere ved flere ulike avdelinger ved eksponering for MRSA eller Tuberkulose.

 <b>SYKEHUSET ØSTFOLD</b>	 Dato: <b>13.02.2023</b> Side: <b>47 / 63</b>
<b>HMS årsrapport 2022</b>	Arkiv nr.: 14/07251

## 6.11 Medarbeiderrettet smittevern<sup>33</sup>

### 6.11.1 Definisjon

Smittevern i forhold til sykehusets medarbeidere er alle tiltak med formål å hindre jobberelatert smitte mellom medarbeidere, og mellom medarbeider og pasienter.

### 6.11.2 Ansvarsdeling

Ansvar for medarbeiderrettet smittevern i SØ er delt mellom Avdeling for smittevern og bedriftshelsetjenesten (BHT - se kap. 6.10).

Yrkesvaksinering er et viktig smitteverntiltak for medarbeidere. Ansatte tilbys vaksinering etter risikovurdering av arbeidsoppgaver og potensiell eksponering for smittsomme sykdommer som kan forebygges ved vaksinasjon. BHT er ansvarlig for gjennomføring av vaksinering, inkludert årlig influensavaksinering. Oppfølging av stikkskader (blodsmitteuhell) og MRSA-kolonisering hos medarbeider ivaretas også av BHT. På disse områdene er Avdeling for smittevern faglig rådgiver for BHT, både i enkeltsaker og ved beslutninger som gjelder omfang av tiltak.

Avdeling for smittevern sin hovedoppgave er å utarbeide og vedlikeholde sykehusets infeksjonskontrollprogram. Smittevern driver også utstrakt undervisning og opplæring for medarbeidere i sykehuset, gjennomfører internrevisjoner og vedlikeholder et nettverk av smittevernkontakter på enheter med pasientrettet virksomhet. Antibiotikastyring er et satsningsområde for sykehuset og en prioritert oppgave for smittevern avdelingen.

Ansvarsfordelingen er klar og det samarbeides godt.

### 6.11.3 Avdeling for smittevern

Pandemien har synliggjort behovet for smittevernpersonell i sykehuset. Avdeling for smittevern ved SØ har vært lavt bemannet i henhold til normtall, og fikk i 2022 styrket sin bemanning med 1 hygiene sykepleier og 0,3 stilling for smittevernoverlege. I tillegg til 1,3 stillinger for smittevernoverleger består avdelingen nå av 3 hygiene sykepleiere som har sine arbeidsoppgaver inn mot sykehuset, og 2 hygiene sykepleiere som bistår kommuner SØ har avtale med.

Tuberkulosekoordinator er en lovpålagt funksjon som skal bidra til at tuberkulosekontrollen fungerer i alle ledd. Stilling som tuberkulosekoordinator ved SØ har tidligere vært plassert i Avdeling for smittevern, men ble i 2022 flyttet til lungepoliklinikken for i større grad å samle fagmiljøet rundt tuberkulose i sykehuset.

### 6.11.4 Infeksjonskontrollprogrammet



Alle helseinstitusjoner har plikt til å utforme et infeksjonskontrollprogram og lage et egnet system for å gjennomføre og vedlikeholde dette. Denne plikten er hjemlet bl.a i Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven) og Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven). Infeksjonskontrollprogrammet er et styringsdokument som beskriver de systematiske tiltak som er nødvendige for å redusere/forhindrer forekomsten av infeksjoner og bærerskap av smittsomme mikrober i institusjonen. Infeksjonskontrollprogrammet består av tre hovedkomponenter:

- Faglig og organisatorisk koordinering av de tiltak som programmet omfatter
- Infeksjonsforebyggende arbeid
- Infeksjonsovervåkende arbeid.

Infeksjonskontrollprogrammet omfatter pasienter, personale og pårørende, og er et viktig redskap som skal bidra til å sikre kvaliteten av behandling og pleie ved institusjonen. Prosedyrene er laget på et overordnet nivå, og vil i noen tilfeller kreve lokale tilpasninger på den enkelte enhet. Infeksjonskontrollprogrammet skal inngå i sykehusets kvalitetssystem.

<sup>33</sup> Kilde: Fagansvarlig og smittevernoverlege Astri Lervik Larsen, avdeling for smittevern.



 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: 13.02.2023	Side: 48 / 63
<b>HMS årsrapport 2022</b>	Arkiv nr.: 14/07251		

Infeksjonskontrollprogrammet har som formål å forebygge og begrense forekomsten av sykehussoppståtte infeksjoner, også hos medarbeidere.

#### 6.11.5 Beleggssituasjonen

Sykehuset Østfold ble i utgangspunktet planlagt med kun enerom. Beleggssituasjonen ved sykehuset medfører imidlertid at et visst antall ensengsrom må benyttes som toensengsrom, etter dispensasjon fra Arbeidstilsynet. I tillegg må i perioder enkelte pasienter ligge på korridor.

Overbelegg er et HMS-avvik som påvirker ansattes arbeidshverdag på flere måter, og innebærer også store smittevernutfordringer. For å unngå at smitteførende pasienter får korridor plass eller ligger to-på-rom, stilles det store krav til pasientlogistikk og kostnadsdrivende hurtigdiagnostikk. Likevel er det ikke til å unngå at enkelte pasienter utviklet smittsom sykdom i løpet av innleggelsen. Trange arbeidsforhold og stort tidspress gjør det også utfordrende å opprettholde godt renhold og gjennomføre basale smittevernrutiner.

Gjennomsnittlig belegg i somatikken har vært økende de siste årene, og var i 2022 på 92%. Beleggssituasjonen er den største smittevernutfordringen vi har ved sykehuset.

#### 6.11.6 Pandemien

Selv om pandemien er på hell har problemstillinger rundt covid-19 i stor grad preget arbeidet på avdeling for smittevern også i 2022. Å hindre smitte til ansatte er en prioritert oppgave for oss. Samtidig er det en viktig del av HMS-arbeidet å unngå smitteverntiltak som ikke har dokumentert effekt og ikke er nødvendige, for i størst mulig grad å lette arbeidsvilkårene for sykehusets medarbeidere. Avdeling for smittevern har derfor hatt et stort fokus på riktig bruk av personlig beskyttelsesutstyr. I tillegg har det over tid blitt godt innarbeidet at ansatte som har lette symptomer på luftveisinfeksjon benytter munnbind på jobb. Dette er et tiltak for å hindre smitte både til pasienter og kollegaer.

God vaksinasjonsdekning i befolkningen og endringer i viruset som gir mildere sykdom medfører at covid-19 nå i stor grad kan likestilles med andre virus som gir luftveisinfeksjon. I nasjonale føringer fra FHI anbefales en samordning av tiltakene for disse infeksjonene. Dette har Avdeling for smittevern fulgt opp ved å gjøre om sykehusets overordnede prosedyre for håndtering av SARS-CoV-2 til en generell prosedyre for viral luftveisinfeksjon.

På tampen av året er belastningen på norske sykehus som skyldes luftveisinfeksjoner større enn alle år før pandemien. Epidemiene ventes å nå toppen om noen uker, men vil fortsette gjennom vinteren. Sykehusene og kommunene må derfor være beredt på mer sykdom, større sykefravær, flere innleggelser og flere utbrudd i sykehjem og sykehus. Kilde: [Situasjonsrapport COVID-19 \(fhi.no\)](https://www.fhi.no/publ/2022/situasjonsrapport-covid-19). Dette viser at det fortsatt er viktig med et høyt fokus på smittevern i sykehuset.

#### 6.11.7 Smittevernkontaktene

Avdeling for smittevern har et nettverk av smittevernkontakter på sykehusets kliniske enheter. Smittevernkontaktene er smittevern sin forlengede arm inn i klinikken, og bidrar til å hindre sykehusinfeksjoner, driver forbedringsarbeid og undervisning innen smittevern. I 2022 ble det gjennomført en evaluering av SØ håndtering av covid-19 pandemien. En av konklusjonene i rapporten var at ordningen med smittevernkontakter bør styrkes. For å følge opp dette har Avdeling for smittevern høsten 2022 for første gang arrangert «Introduksjonskurs for smittevernkontakter», for å styrke kompetansen og ytterligere forbedre dette samarbeidet. Dette er et heldagskurs, og planen er at kurset skal holdes to ganger i året fremover. Kurset er tilgjengelig i Læringsportalen.

## 6.12 Kjemikaliesikkerhet<sup>34</sup>

### 6.12.1 Definisjon

Kjemikaliesikkerhet er å sikre at forskrifter blir fulgt ved innkjøp, håndtering, merking, bruk og avhending av giftige og helsefarlige stoffer, samt at stoffregisteret til enhver tid er tilgjengelig og oppdatert.

### 6.12.2 Nøkkeltall – trender og utviklingstrekk

Foretaket har utstrakt bruk av kjemikalier, og benytter det elektroniske stoffkartoteket EcoOnline som verktøy. Det er totalt 4 115 antall kjemikalier i stoffkartoteket.

De faremerkede kjemikaliene er inndelt i 4 kriteriegrupper. Dette er en oversikt for farevurdering av kjemikaliene, prioritert ut fra mengden i bruk og fare, samt en vurdering av hva som er rimelig å avvike og hva som bør fases ut på sikt. Status antall kjemikalier pr. gruppe:

Kriteriegruppe	Antall kjemikalier 2020	Antall kjemikalier 2021	Antall kjemikalier 2022
Kriteriegruppe 1	1	1	1
Kriteriegruppe 2	46	48	48
Kriteriegruppe 3	233	234	237
Kriteriegruppe 4	51	57	60

Oversikt over kriteriegruppene:

Kriteriegruppe	Indikator	Fareklassifisering
Kriteriegruppe 1 <i>Bruk krever dispensasjons-søknad</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stoffer som det er forbud mot å bruke</li> <li>Stoffer på godkjeningslisten</li> <li>Stoffer på prioritetslisten</li> <li>Stoffer som er eksplosive</li> <li>Stoffer som HSØ ønsker å begrense bruken av</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Produktforskriften</li> <li>Annex XIV, REACH</li> </ul>
Kriteriegruppe 2 <i>Årlig substitusjonsvurdering</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stoffer som møter ett eller flere av kriteriesettene for å bli ført opp på prioritetslisten</li> <li>Stoffer på kandidatlisten</li> <li>CMR-stoffer i kategori 1A og 1B (kreftfremkallende, arvestoff- og/eller reproduksjonsskadelig)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>H350, H350i, H340, H360</li> </ul>
Kriteriegruppe 3 <i>Årlig substitusjonsvurdering</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CMR-stoffer i kategori 2</li> <li>Allergifremkallende stoffer</li> <li>Meget giftige stoffer</li> <li>Miljøgiftige stoffer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>H351, H341, H361</li> <li>H317, H334</li> <li>H300, H310, H330</li> <li>H410, H411, H420</li> </ul>
Kriteriegruppe 4 <i>Årlig risikovurdering</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utvalgte stoffer som Helse Sør-Øst ønsker å kartlegge</li> </ul>	



### 6.12.3 Gjennomførte forbedringstiltak:

- Installert web. løsning for stoffkartoteket på rolletelefoner
- Miljørevisjon avdekket behov for merking av beholdere med formalin på seksjon for patologi
- Bedriftshelsetjenesten har målt eksponering for xylen ved arbeid på rom hos seksjon for patologi. Forholdene var akseptable og langt under grenseverdi for eksponering.
- Bidratt til rådgivning ved spørsmål om kjemikaliesikkerhet
- Personell fra Servicegården har vært på kurs i farlig avfall, nivå en og to.

### 6.12.4 Trender og utviklingstrekk

Antall kjemikalier totalt og i kriteriegruppene har økt. Det kan skyldes at det stadig ble tatt opp nye analyser på lab.

<sup>34</sup> Kilde: Miljøingeniør Kristin Evju, teknisk avdeling. Systemansvarlig EcoOnline Åse-Berit Mathisen, Senter for laboratoriemedisin. Yrkeshygieniker Tove Navestad Ulvåen, BHT Avonova Helse.

 <b>SYKEHUSET ØSTFOLD</b>	 Dato: <b>13.02.2023</b> Side: <b>50 / 63</b>
<b>HMS årsrapport 2022</b>	Arkiv nr.: 14/07251

### 6.13 Interne HMS-revisjoner

Interne HMS-revisjoner gjennomføres på oppdrag fra administrerende direktør. En revisjon er et forbedringsverktøy hvor hensikten er å vurdere om det systematiske HMS-arbeidet er i samsvar med lov, forskrift og interne krav/prosedyrer, herunder at enheten er hensiktsmessig innrettet, sikker og effektiv. En ser etter god HMS-praksis, forbedringsområder og eventuelt avvik.

- I 2022 ble det gjennomført en HMS-revisjon ved medisinskteknologisk avdeling, med funn av god HMS-praksis og forbedringsområder knyttet til det systematiske HMS-arbeidsmiljøarbeidet
- I tillegg til at ytre miljø er inkludert i sykehusets helhetlige HMS revisjoner, ble det i 2022 også gjennomført fire interne revisjoner med kun fokus på ytre miljø og ISO 14001. Det ble avdekket 3 avvik, 6 forbedringsområder og 1 observasjon.
- Revisjoner blir fra 2022 dokumentert i ny revisjonsmodul i EK (elektronisk kvalitetshåndbok).



### 6.14 Eksterne tilsyn og revisjoner<sup>35</sup>

Tilsyn er et av myndighetenes viktigste forebyggende virkemidler. Tabellen viser tilsyn i 2022.

Tilsynsorgan	Enhets- og tema	Avvik, pålegg og anmerkninger	Tiltak initiert fra linje og/eller HMS-stab
Arbeidstilsynet fra mai 2021-november 2022, postalt tilsyn	Psykiatrisk avdeling døgnsesjoner, seksjon psykosebehandling 2. Etter egenmeldt alvorlig uønsket hendelse iht. aml § 5-2	Pålegg knyttet til opplæring, risikovurdering og forebyggende tiltak. Pålegg lukket per 24.11.22	Forbedret SØs sjekklister knyttet til risikovurdering vold og trusler ift. krav i lov, forskrifts og tilsynets veileder av 02.05.18
Arbeidstilsynet fra mai 2021-november 2022, postalt tilsyn	Psykiatrisk avdeling døgnsesjoner, seksjon psykosebehandling 3. Etter egenmeldt alvorlig uønsket hendelse iht. aml § 5-2	Pålegg knyttet til opplæring, risikovurdering og forebyggende tiltak. Pålegg lukket per 24.11.22	Forbedret SØs sjekklister knyttet til risikovurdering vold og trusler ift. krav i lov, forskrifts og tilsynets veileder av 02.05.18
Direktoratet for Strålevern og atomsikkerhet (DSA)	Strålevern	Ingen tilsyn i 2022	-
Kommunalt brannvesen/lokalt branntilsyn	Haldenklubben - dokumenttilsyn	0 avvik 0 anmerkninger	-
Det lokale el-tilsynet (Elvia)	-	Ingen tilsyn fra DLE i 2022	-
Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB) 04.06.21	SØ knyttet til HMS og kvalitet, elektro og bruk av elektromedisinsk utstyr	Ett alvorlig avvik knyttet til 23 % etterslep på planlagt vedlikehold av ca. 8 300 utstyrsenheter. Se <a href="#">kap. 7.8</a>	Risikovurdering og tiltak knyttet til bemanning og kompetanse. Sak i AMU og sykehusledermøte. Pålagt kvartalsvis rapport til DSB inntil avvik er lukket

Avvik, pålegg og anmerkninger følges opp av ansvarlig leder i dialog med verneombud.

<sup>35</sup> Kilder: Fagansvarlige på respektive HMS-områder.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	HELSE  SØR-ØST Dato: 13.02.2023 Side: 51 / 63
HMS årsrapport 2022	Arkiv nr.: 14/07251

## 7 HMS-LOVGIVNINGEN - FORMÅL OG STATUS PER LOVOMRÅDE

### 7.1 HMS-lovgivningen med forskrifter <sup>36</sup>

#### 7.1.1 Formål og krav i lov og forskrift

SØ er en kompleks og stor virksomhet som treffes av alle 8 HMS-lover.

Overordnet lovkrav i aml § 1-1 sier at: "Lovens formål er ...

a) å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tider i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet". En medarbeider eller leder skal ikke bli syk eller skadet på jobb.

#### 7.1.2 Internkontroll og overholdelse av krav i lov og forskrift

Det utøves mye godt HMS-arbeid og arbeidsmiljøutvikling fra ledere og medarbeidere i SØ. HMS-stab med ca. 15 fagansvarlige og mange HMS-rådgivere gir sammen med bedriftshelsetjenesten og NAV Arbeidslivssenter kompetent bistand til linje/drift. En viktig strategisk kompetanse for å understøtte lederes HMS-arbeid.

Iht. aml § 3-1 og internkontrollforskrift for HMS § 3 skal arbeidsgiver ha «Systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen».

Et kjent avvik fra lovkrav på foretaksnivå per 31.12.2022 gjelder avvik gitt av Direktoratet for sikkerhet og beredskap (DSB) ved tilsyn 04.06.21 knyttet til etterslep på planlagt vedlikehold av ca. 8 300 elektromedisinske utstyrsenheter. Tiltak for å lukke avvik pågår med kvartalsvis rapport til DSB.

Det pågår en prosess for å utvikle Halden ambulansestasjons lokaler for å innfri krav i arbeidsmiljøloven, arbeidsplassforskriften og nasjonale krav til ambulansestasjoner. På bakgrunn av bekymringsmeldinger til Arbeidstilsynet fra medarbeidere, blir det gjennomført tilsyn ved ambulansestasjonen 21.03.2023. Hensikten er å etterprøve at arbeidslokalene ivaretar kravene som stilles til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

HMS-lovgivningens krav til internkontroll anses som ivaretatt på foretaksnivå.

#### 7.1.3 Alvorlige uønskede HMS-hendelser

Det er ikke registrert uønskede HMS-hendelser som følge av svikt i internkontroll og HMS-system og på foretaksnivå i 2022.



#### 7.1.4 Risikovurderinger

##### Generelt

HMS-lovgivningen stiller krav til at alle virksomheter skal kartlegge og vurdere alle farer og problemer og vurdere risikoen knyttet til arbeidet. Det skal gjøres en risikovurdering når arbeidsmiljøfaktorer utgjør en særlig risiko. Arbeidsgiver har ansvar for at dette blir gjennomført. Målet er at ingen blir skadet eller syk på grunn av arbeidet (kilde: krav i lov og forskrift og [arbeidstilsynet.no](http://arbeidstilsynet.no)). Arbeidstilsynet opplyser senest i brev av 28.10.2022 at risikovurderingen skal gjentas regelmessig og dokumenteres i den form som er nødvendig på bakgrunn av



<sup>36</sup> Kilde: HMS-sjef Terje Engvik.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: 13.02.2023	Side: 52 / 63
HMS årsrapport 2022	Arkiv nr.: 14/07251		

virksomhetens art, aktivitet, risikoforhold og størrelse, samt oppbevares slik at opplysningene kan anvendes på et senere tidspunkt. Tema risikovurdering inngår i all HMS-opplæring.

#### Spesielt om vold og trusler

Vold og trusler mot medarbeidere utgjør for mange enheter i SØ en særlig risiko. Erfaringer og en vurdering av gjennomførte risikovurderinger i SØs enheter siden 2015 knyttet til vold og trusler, viser at SØs enheter i begrenset grad gjennomfører dokumenterte risikovurderinger, etterprøver effekt av tiltak og regelmessig oppdaterer risikovurderinger.

#### 7.1.5 HMS-opplæring

Det er i 2022 tatt gjennomgang av opplæringstilbudene i en representativ brukergruppe med ledere, rådgivere, hovedverneombud og representant for foretakstillitsvalgte samt bedriftshelsetjenesten. Brukergruppens konklusjon er at opplæringstilbudet favner bredt og holder et høyt faglig nivå. Grunnkurs for ledere og verneombud, temadager og digitale HMS-webinarer videreutvikles og ønsker og behov imøtekommes.

#### 7.1.6 Trender og utviklingstrekk

Som før er personskader og alvorlige personskader som følge av vold og trusler fra pasienter og pårørende mot medarbeidere, en stor utfordring innen psykisk helsevern og somatikk. Faren for over tid å bli utsatt for vold og trusler, og gjentatte mindre alvorlige hendelser, fører også til helsebelastning. Medarbeider skal så langt som mulig beskyttes mot helsebelastning som følge av vold, trusler og kontakt med andre iht. [aml § 4-3](#).

#### 7.1.7 Vesentlige forbedringstiltak

- En helhetlig gjennomgang av SØs HMS-system og internkontroll er gjennomført i 2021-2022 med sikte på overholde lovkrav, økt brukervennlighet og forenkling av systemer, verktøy og opplæring
- Fra 2023 vurderes nye tiltak for å øke antall risikovurderinger med risikoreduserende og forebyggende tiltak, generelt knyttet til iboende risikofaktorer i SØs enheter og spesielt ift. vold og trusler mot medarbeidere. Tiltak kan være et bedre tilbud om opplæring og informasjon i ledergrupper.
- I en tid som preges av kapasitetsutfordringer og trang sykehusøkonomi, er det i HMS-strategi 2023-2026 for SØ planlagt tiltak for å forebygge emosjonell belastning og ivareta det psykososiale arbeidsmiljøet ved SØs enheter, herunder som følge av vold og trusler.

## **7.2 Arbeidsmiljøloven – organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø<sup>37</sup>**

### 7.2.1 Formål og krav i lov og forskrift

Aml § 4-3. *Krav til det psykososiale arbeidsmiljøet*

- (1) *Arbeidet skal legges til rette slik at arbeidstakers integritet og verdighet ivaretas*
- (2) *Arbeidet skal søkes utformet slik at det gir mulighet for kontakt og kommunikasjon med andre arbeidstakere i virksomheten*
- (3) *Arbeidstaker skal ikke utsettes for trakassering eller annen utilbørlig opptreden*
- (4) *Arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre*
- (5) *Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om gjennomføringen av kravene i denne paragraf.*



### 7.2.2 Internkontroll - overholdelse av krav i lov og forskrift

Krav i lov og forskrift anses som overholdt.

### 7.2.3 Risikovurderinger

Det utføres månedlige analyser av sykefraværet. Dette rapporteres også til Helse Sør-Øst, SØ, styret, sykehusledelsen og AMU. Enheter med høyt sykefravær blir spesielt fulgt opp av HR- og IA-rådgiver og eventuelt eksterne samarbeidspartnere som NAV arbeidslivssenter og bedriftshelsetjenesten. Gjennom spesielle tiltak og

<sup>37</sup> Fagansvarlig organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø: HR-sjef Ketil haugen, HR-avdelingen.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: 13.02.2023	Side: 53 / 63
HMS årsrapport 2022		Arkiv nr.: 14/07251	

prosjekter foretas det en risikovurdering. Et av prosjektene det er fokusert på siste året er «Der skoen trykker», der det er gjort en grundig kartlegging og risikovurdering for å se hvor prosjektene skulle startes opp. Siden sykefraværet ofte har tett sammenheng med det psykososiale arbeidsmiljøet vil ofte prosjektene og risikovurderingene bli knyttet opp til dette arbeidet.

#### 7.2.4 HMS-opplæring

I tillegg til selve grunnopplæringen i HMS utføres det egen opplæring for ledere i bruk av Personalportalen til sykefraværsoppfølging, og hvordan arbeidsprosessen for å følge opp sykmeldte foregår. Denne opplæringen foregår både i faste oppsatte kurs i tillegg til en-til-en undervisning på bestilling. I tillegg er opplæring både i Personalportalen og Gat viktige elementer i PULS (Program for utvikling av lederskap i Sykehuset Østfold). Psykososialt arbeidsmiljø er også tema i HMS-grunnkurs for ledere og verneombud.

#### 7.2.5 Trender og utviklingstrekk

Når det gjelder trender og utviklingstrekk i forhold til sykefraværet er det også i år vanskelig å si noe om det på grunn av korona, da fraværsbildet blir sterkt påvirket av det. Mange av varslingssakene gjelder psykososialt arbeidsmiljø, herunder konflikter som ikke blir håndtert på en tilstrekkelig måte.

#### 7.2.6 Vesentlige forbedringstiltak

HR har startet et arbeid for å gi bedre støtte til ledere for å forebygge og håndtere konflikter. Videre har vi i nytt anbud til bedriftshelsetjeneste satt klarere krav til kompetanse på håndtering av komplekse konflikter.

### **7.3 Arbeidsmiljølovens kapittel 2A - varsling<sup>38</sup>**

#### 7.3.1 Formål og krav i lov og forskrift

I hht. aml § 2 A-1 har «Arbeidstaker har rett til å varsle om kritikkverdige forhold i arbeidsgivers virksomhet. Innleid arbeidstaker har også rett til å varsle om kritikkverdige forhold i virksomheten til innleier.»

#### 7.3.2 Internkontroll - overholdelse av krav i lov og forskrift

Krav i lov og forskrift anses som overholdt.

#### 7.3.3 Risikovurderinger

Ingen knyttet til tema varsling spesielt.

#### 7.3.4 HMS-opplæring

Det oppleves å være stor interesse for varslingsinstituttet i organisasjonen, og utvalgets leder har bl.a. undervist om dette ved flere anledninger. Varsling er tema på Grunnkurs HMS og arbeidsmiljø for ledere, verneombud og medlemmer i AMU. Spørsmål og tilbakemeldinger til utvalgets leder og til juridisk avdeling tyder på at det kontinuerlig er behov for kunnskap om varslingsinstituttet i organisasjonen.

#### 7.3.5 Trender og utviklingstrekk

Varslingsutvalget har i 2022 mottatt og håndtert en rekke varsler. Som tidligere år arbeider utvalget fortsatt aktivt, sammen med bl.a. sykehusledelsen, for å finne en god form på arbeidet, slik at håndteringen av varsler kan skje på en best mulig måte. Det er i 2022 behandlet 13 varslings saker. 8 av disse er behandlet i lederlinjen, 3 av varslingsutvalget og 2 er avvist. Det største antallet saker handler om psykososialt arbeidsmiljø, og det er behandlet flere saker om seksuell trakassering.



#### 7.3.6 Vesentlige forbedringstiltak

Erfaringer fra enkeltsaker benyttes aktivt for å forbedre saksbehandlingen og øke kompetansen. Varslingsutvalget er rådgivende organ, og kartlegger saker hvor lederlinjen er involvert.

---

<sup>38</sup> Kilde: Fagansvarlig og avdelingssjef Jostein Vist, juridisk avdeling.



 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: 13.02.2023	Side: 54 / 63
<b>HMS årsrapport 2022</b>	Arkiv nr.: 14/07251		

#### 7.4 Bygg og eiendom – fysisk arbeidsmiljø og inneklima<sup>39</sup>

##### 7.4.1 Formål og krav i lov og forskrift

HMS-området innenfor bygg og eiendom er regulert i flere lover og forskrifter. I dette punktet er arbeidsmiljøloven og forskrift om utforming og innretning av arbeidsplasser og arbeidslokaler (arbeidsplassforskriften) omhandlet. SØ skal sikre at medarbeidere, pasienter og besøkende har et fullt forsvarlig og helsefremmende arbeidsmiljø og inneklima, jf. arbeidsmiljølovens §§ 1-1 og 4-4, også jf. internkontrollforskrift for HMS § 4 hvor det fremgår at sykehus har ansvar for sikkerheten til både medarbeidere, pasienter og besøkende. Arbeidsplasser og arbeidslokaler skal følge arbeidsplassforskriften.

Hensynet til godt inneklima er innarbeidet i byggeforskriftene. «Tekniske forskrifter til plan og bygningsloven» er hjemlet i plan- og bygningsloven og angir funksjonsrettede krav for å ivareta et godt innemiljø. Disse kravene inkluderer bestemmelser som regulerer forhold med betydning for helsen, bl.a. om ventilasjon, romvolum, lydforhold, dagslys, energiøkonomisering, fuktbeskyttelse m.m.

##### 7.4.2 Internkontroll og overholdelse av krav i lov og forskrift

SØs krav til HMS i byggeprosjekter for eksisterende og nye bygg følger gjeldende lover og forskrifter for å ivareta et godt innemiljø i eide og leide bygninger. I forbindelse med pågående revidering av SØs prosjektprosess tas dette inn i eiendomsavdelingen sine sjekklister.

##### 7.4.3 Alvorlige uønskede HMS-hendelser

Det er ikke innmeldt alvorlige hendelser i fht. HMS i bygg og arealer i 2022.

Det har vært planlagt ny ambulansestasjon i Halden og konseptrapport steg 2 for ambulansestasjon i Halden er tidligere godkjent i styresak 49-21. På grunn av høyere byggekostnader og sykehusets utfordrende økonomiske situasjon er prosjektet stoppet. Det må nå ses på nødvendige tiltak som må gjennomføres i eksisterende arealer/stasjon. Målinger av innemiljøet i ambulansestasjonen i Halden har over tid vist avvik og det er løpende iverksatt tiltak for å lukke avvikene.

De største inneklimautfordringene for SØs lokasjoner er knyttet til den eldre bygningsmassen med dårlig luftkvalitet og ventilasjon, da eksisterende ventilasjonsanlegg ikke har tilstrekkelig kapasitet. Sykehuset har ikke klart å utvikle og oppgradere byggene i tilstrekkelig grad, og enkelte av de leide byggene er også av eldre årgang. Opplevd dårlig luftkvalitet en utfordring for medarbeidere, pasienter og besøkende. Lokasjonene som med jevn mellomrom har innemiljø saker rundt luftkvalitet og ventilasjon har vært håndtert fortløpende. Byggene det primært gjelder er Sarpsborgklinikken (leid), Moss (B og Ø-blokk) og i deler av Helsehuset Sarpsborg.

Teknisk avdeling jobber kontinuerlig med målinger og regulering av ventilasjonsanleggene i byggene generelt. I perioden er det ikke utført særskilte større HMS-tiltak.

Eiendomsavdelingen utfører flere ombygginger, og har som byggherre, ansvar for å påse at sikkerhet, helse og arbeidsmiljø blir ivaretatt gjennom hele byggeprosessen. Det vil si gjennom planlegging og prosjektering av prosjektet, samt ved god organisering og oppfølging av arbeidet i utførelsesfasen. HMS i SØs byggeprosjekter følger gjeldende lovverk og forskrifter. Bedriftshelsetjenesten involveres iht. § 13-2 forskrift for ledelse, organisering og medvirkning.

##### 7.4.4 Risikovurderinger

Helhetlig HMS risikovurdering inngår for hele SØs bygningsportefølje og har vært planlagt gjennomført i siden 2017. Risikovurderingen er ikke gjennomført og utsettes til 2023.

##### 7.4.5 HMS-opplæring

Det er løpende fokus på HMS-opplæring i eiendomsavdelingen.

<sup>39</sup> Kilde: Fagansvarlig og kst. eiendomssjef Trond Karlstad, eiendomsavdelingen.



#### 7.4.6 Vesentlige forbedringstiltak

Det er gjennomført tilstandsvurdering av SØs bygningsmasse i 2020, som danner grunnlag for en risikovurdert vedlikeholdsplan med ett, 5 og inntil 10 års planleggingshorisont. Samlet gjennomsnittlig tilstandsgrad er 1,16 for SØ bygningsportefølje. Tilstandsgrad (TG) som begrep er definert i Norsk Standard 3424:2012 Tilstandsanalyse av byggverk.

Tilstandsgrad (TG)	Symptomer	Forklaring
0	Ingen	Meget god standard uten feil og mangler. Kun ubetydelig slit og elde fra NYBYGGSTANDARD.
1	Svake	God/tilfredsstillende standard. Alle lover og forskrifter er ivaretatt. Noe slitasje og elde fra nybyggstandard.
2	Middels kraftige	Et visst omfang av feil og mangler og/eller avvik fra lover og forskrifter som krever teknisk utbedring.
3	Kraftige	Omfattende skader, feil og mangler. Mye slitasje. Betydelig behov for teknisk utbedring. Avvik fra lover og forskrifter.

Etter en revidering av tilstandsvurderingen i 2022, er denne nå vurdert til 1,36 for SØ's bygningsportefølje. Kalkulert vedlikeholdsetterslep vurderes som høyt, og det avsettes ikke tilstrekkelig med årlige vedlikeholdsmidler. Det er gjennomført flere vedlikeholds- og oppgraderingstiltak i 2022, men ikke tilstrekkelig sett opp mot det store vedlikeholdsetterslepet som foreligger. Mesteparten av avdelingens midler til vedlikehold og investering er i 2022 benyttet ved rehabiliteringen av St. Joseph i Fredrikstad, og har fått tildelt øremerkede midler til vedlikehold og rehabilitering fra 2020-2029.

Overordnet arealplan med særskilt fokus på de største brukertilpasningene for planperioden oppdateres årlig og har en 5-års planleggingshorisont, forankret i SØs Virksomhetsstrategi 2023-2026 og Utviklingsplan 2018 til 2035.

#### 7.4.7 Trender og utviklingstrekk

Økte investeringsmidler for øremerkede bygg og økt vedlikeholdsbudsjett fra 2022 til forebyggende tilstandsbasert vedlikehold, vil med en 5-10 års vedlikeholdsplan medføre at de største og mest kritiske vedlikeholdsbehovene kan lukkes på sikt. Det er bevilget ekstra midler fra Helse Sør-Øst RHF til vedlikehold for 2022.

### 7.5 Strålevernloven – strålevern<sup>40</sup>

#### 7.5.1 Formål og krav i lov og forskrift



Forskrift om strålevern og bruk av stråling (Strålevernforskriften), § 1. Formål: Formålet med forskriften er å sikre forsvarlig strålebruk, forebygge skadelige virkninger av stråling på menneskers helse og bidra til vern av miljøet. I tillegg omhandler også arbeidsmiljøloven med tilhørende forskrifter bruk av stråling, da særlig «forskrift om utførelse av arbeid», § 1-1. Formål: Formålet med forskriften er å sikre at utførelse av arbeid og bruk av arbeidsutstyr blir gjennomført på en forsvarlig måte, slik at arbeidstakerne er vernet mot skader på liv eller helse.

Strålevernkoordinator er virksomhetens kontaktperson mot Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) og arbeider blant annet for å oppfylle de krav som er satt i strålevernforskriften opp mot helse, miljø og sikkerhet samt Arbeidstilsynets lover og forskrifter.

#### 7.5.2 Internkontroll - overholdelse av krav i lov og forskrift

Det er ikke registrert uønskede HMS-hendelser med alvorlig eller svært alvorlig personskade for strålevern i 2022. Det ble i 2022 ikke ført noen eksterne tilsyn innen strålevern ved SØ. Det ble heller ikke utført noen interne HMS

<sup>40</sup> Kilde: Fagansvarlig og strålevernskoordinator Helene Heier-Baardson, avdeling for bildediagnostikk.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 Dato: 13.02.2023 Side: 56 / 63
<b>HMS årsrapport 2022</b>	Arkiv nr.: 14/07251

revisjoner med fokus på strålevern. På slutten av året ble klinisk revisjon innen CT av barn påbegynt og revisjonen sluttføres i løpet av januar 2023.

### 7.5.3 Risikovurderinger

Det ble i 2022 utført en risikovurdering som hadde tema: «Arbeid på hotlab». Hensikten med denne risikovurderingen var å er å identifisere og vurdere sannsynlighet og konsekvens av uønskede hendelser som kan oppstå ved arbeid på hotlab. Tiltak skal iverksettes der risiko må reduseres. Denne risikovurderingen ble gjennomført etter uhellet vi hadde på hotlab med et preparatglass som eksploderte i slutten av 2021. De fleste tiltak er avsluttet.

### 7.5.4 HMS-opplæring

Halvdagskurs i strålevern, Strålevernsdagen, ble i år overflyttet til tidlig 2023 (8.feb). Dette pga. manglende ressurser til å gjennomføre dagen i desember. Gjennom 2023 har strålevernkoordinator hatt 17 ulike undervisningsoppdrag rundt omkring i sykehuset knyttet til strålevern.

### 7.5.5 Trender og utviklingstrekk



De siste årene har vært preget av covid-19 og de begrensninger det har gjort for å gjennomføre ikke-kritiske oppgaver som revisjoner og opplæring innen strålevern. Nå i 2022 når driften er mer normal har det derfor vært fokus på å ta igjen det man ikke har fått til av undervisningsoppdrag i foregående år. Alle seksjoner har vært positive til dette, og mange undervisningsopplegg er gjennomført. Mye av tiden i 2022 har likevel gått til innføring av nye IKT systemer som er nødvendige for å sikre lovpålagt rapportering til Norsk Pasientregister (NPR) av dose og aktivitet fra strålemedisinske apparater. I løpet av 2022 har vi fått på plass komplett rapportering fra strålemedisinske apparater ved avdeling for bildediagnostikk. Det gjenstår en del for å få på plass den samme rapporteringen fra strålemedisinsk utstyr utenfor bildediagnostikk, da det krever endring i arbeidsflyt i tillegg til oppdatering av journalsystemet DIPS.

### 7.5.6 Vesentlige forbedringstiltak

Strålevernkoordinator, fysikere og lokale strålevernskntakter danner nettverket for arbeid med strålevern i tett samarbeid med ytterligere faggrupper innen medisin teknisk avdeling og HMS avdelingen. Oppdatert organisasjonskart for strålevern er tilgjengelig i elektronisk kvalitetssystem (EK).

I løpet av 2022 har strålevernkoordinator hatt opplæring, kompetanseheving, optimalisering og kvalitetssikring som overordnede mål for strålevern i helseforetaket. Det har resultert i følgende:

- Deltatt i regional strålevernsforum, månedlige møter
- Reviderte kvalitetskontrollrutiner av strålemedisinsk utstyr, jevnligere konstanskontroller som fører til økt sikkerhet og kvalitet på utstyret (EK-dokument: D47620 og D47621)
- Strålevernskoordinator har sertifisert seg til medisinsk fysiker innen røntgen etter sertifiseringsordningen til «Norsk forening for medisinsk fysikk»
- Strålevernskoordinator har tatt fag innen prosjektledelse og kurs innen Laser og UV
- Ny utslippstillatelse for radioaktive nuklider fra seksjon for nukleærmedisin (EK dokument: D42104)
- Revidert undervisningsopplegg til å inneholde temaer innen Laser, UV og MR- sikkerhet
- Revidert prosedyre innen oppfølging av høye stråledoser til pasient (EK dokument: D13834)
- Årlig rapportering til Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (Public sak: 22/00745). Fått på plass lovpålagt rapportering av dose og aktivitet fra avdeling for bildediagnostikk til NPR
- Strålevernskoordinator satt i styringsgruppen for det regionale implementeringsprosjektet av doseovervåkningsløsningen. Internt på SØ er alt strålemedisinsk utstyr som er mulig å koble opp til de nye systemene, koblet opp og har mulighet for å rapportere videre. SØ har i samarbeid med Sykehuspartner testet og fått systemene Sectra Waiting time og Sectra Dosetrack implementert. Det er fulgt opp med undervisning til aktuelle brukere og endret noe arbeidsflyt som øker kvaliteten på data vi sender videre. Det nye doseovervåkningsløsningen gir også en mulighet til å optimalisere og forbedre prosedyrer vi gjør ved avdeling for bildediagnostikk. Det er derfor et veldig flott nytt kvalitetsforbedringsverktøy for

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: 13.02.2023	Side: 57 / 63
<b>HMS årsrapport 2022</b>	Arkiv nr.: 14/07251		

avdelingen. Fremover vil fokuset være å rapportere til myndighetene månedlig, utnytte verktøyet til det beste for SØ og inkludere strålemedisinsk utstyr utenfor avdeling for bildediagnostikk slik at SØ kan innfri lovkravene (Public sak: 22/00748)

- Fulgt opp avdeling for bildediagnostikk og eksterne avdelinger (c-bue brukere) med undervisning, veiledning og doseberegninger (17 undervisningsoppdrag).

## 7.6 Forurensningsloven og miljøledelse ISO 14001 – bærekraftig miljø<sup>41</sup>

### 7.6.1 Formål og krav i lov og forskrift

- Denne lov har til formål å verne miljøet mot forurensning og å redusere eksisterende forurensning, å redusere mengden av avfall og å fremme en bedre behandling av avfall
- Loven skal sikre en forsvarlig miljøkvalitet, slik at forurensninger og avfall ikke fører til helseskade, går ut over trivselen eller skader naturens evne til produksjon og selvfornyelse.

### 7.6.2 Internkontroll - overholdelse av krav i lov og forskrift og ISO 14001

I «Rammeverk for miljø og bærekraft» beskrives alternativer til miljøsertifisering etter ISO 14001. SØ valgte derfor i 2022 å gå bort fra miljøsertifisering og årlige miljøvisjoner utført av eksternt sertifiseringsorgan. Sykehuset må allikevel videreføre miljøarbeidet etter ISO 14001.

I følge rammeverket skal en av de årlige interne miljørevisjonene ha felles tema i spesialisthelsetjenesten. I SØ vil dette være tema i årlig revisjon på tvers av helseforetakene i Helse Sør-Øst, som er en ordning sykehuset har valgt å delta i. I 2022 var felles tema energiledelse etter ISO 50001 (standard for energiledelse).

### 7.6.3 Alvorlig uønskede HMS-hendelser

Det var i perioden ingen faktiske hendelser med alvorlig eller svært alvorlig miljøskade.

### 7.6.4 Risikovurderinger

- Utføres av alle enheter i sjekklister for vernerunder
- Utføres ved oppdatering av sykehusets miljøaspektliste
- Utføres for alle merkepliktige produkter som brukes/oppbevares i enheten eller som skal avhendes som farlig avfall
- Risikovurdering: Ytre miljø, Kalnes og andre lokasjoner (oppdateres minimum hvert 3. år)
- Risikovurdering: Tanker og tilhørende infrastruktur: Moss, Askim, Eidsberg, Fredrikstad, Halden, Sarpsborg (oppdateres minimum hvert 3. år)
- Risikovurdering: Påslipp av kjemikalier fra SØ (oppdateres minimum hvert 3. år).



### 7.6.5 HMS-opplæring

- Opplæring i miljøledelse og sykehusets miljøarbeid: obligatorisk for nye ledere i SØ og verneombud
- Opplæring i miljøledelse og sykehusets miljøarbeid: obligatorisk for nye medarbeidere.
- E-læringskurset: Grønt Sykehus i HSØ: obligatorisk for alle medarbeidere (hvert 3. år)
- Kontinuerlig tilbud om bistand.

### 7.6.6 Trender og utviklingstrekk

Det er generelt et økt miljøfokus i samfunnet, og dette gjenspeiler seg i ansattes engasjement når det gjelder sykehusets miljøarbeid. Det er stadig strengere krav til utslippsmengder, miljøtiltak og miljøfokus i sykehusets prosjekter. Sykehuset arbeider kontinuerlig med å forbedre og redusere sitt miljøavtrykk. Involvering, opplæring og bevissthet på ytre miljø hos ansatte på ulike nivåer og funksjoner bidrar til at sykehuset kan oppnå sine overordnede miljømål.

<sup>41</sup> Kilde: Fagansvarlig og miljøingeniør Kristin Evju, teknisk avdeling.

 <b>SYKEHUSET ØSTFOLD</b>	 Dato: <b>13.02.2023</b> Side: <b>58 / 63</b>
<b>HMS årsrapport 2022</b>	Arkiv nr.: 14/07251

#### 7.6.7 Vesentlige forbedringstiltak redusere antall

- Det nasjonale Samarbeidsutvalget for klima og miljø i spesialisthelsetjenesten har utarbeidet «Rammeverk for miljø og bærekraft»
- Rammeverket beskriver alternativer til ekstern miljøsertifisering. SØ har valgt å tre ut av ordningen med miljøsertifisering etter ISO 14001. Det er likevel krav om at miljøarbeidet i sykehuset skal følge ISO 14001
- Det nasjonale klimaregnskapet for spesialisthelsetjenesten er forbedret
- Sykehusbygg HF har utarbeidet Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter
- Felles miljø- og klimamål 2022-2030 for spesialisthelsetjenesten
- Nye lokale miljømål 2022-2025 for SØ
- Oppdatert miljøpolitikk for perioden 2022-2025
- Det er inngått felles nasjonal avtale om kjøp av gjenvinningskraft, gjeldende fra 01.01.2022
- Kontinuerlig tilrettelegging og forbedringer på Kalnes og andre lokasjoner for å redusere klimafotavtrykket.

### **7.7 Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr og elsikkerhet<sup>42</sup>**

#### 7.7.1 Formål og krav i lov og forskrift

Elektriske anlegg skal i hht. Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr (eltilsynsloven) med tilhørende forskrifter, prosjekteres, utføres, drives, vedlikeholdes og kontrolleres slik at de ikke frembyr fare for liv, helse og materielle verdier.

#### 7.7.2 Internkontroll - overholdelse av krav i lov og forskrift

Krav i lov og forskrift anses som overholdt.

#### 7.7.3 Alvorlige uønskede HMS-hendelser

Ingen hendelser som har forårsaket alvorlig eller svært alvorlig personskade.

#### 7.7.4 Risikovurderinger

Revidert i 2019.

#### 7.7.5 HMS-opplæring

Det er utført årlig lovpålagt kurs i Forskrift om sikkerhet ved arbeid i og drift av elektriske anlegg (FSE) kurs for alle medarbeidere på fagområdet.

#### 7.7.6 Trender og utviklingstrekk

Ingen vesentlige.



#### 7.7.7 Vesentlige forbedringstiltak

Forbedringstiltak: Større planlagte tiltak som er gjennomført på lovområdet siste år.

- Gjennomført oppfølgingsmøter /erfaringsutveksling på tvers av lokasjonene
- Informasjon/ opplæring ved ulike seksjoner i sykehuset
- Oppfølging og oppdatering av prosedyrer i elektronisk kvalitetssystem (EK)
- Deltatt i Helse Sør-Østs "Nettverk Elektro" samlinger
- Utarbeidet nye prosedyrer og serietiltak for lokasjoner i Synkarion, et system for forvaltning, drift og vedlikehold.

---

<sup>42</sup> Kilde: Fagansvarlig og seksjonsleder Trond Vegard Stang, teknisk avdeling.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: 13.02.2023	Side: 59 / 63
<b>HMS årsrapport 2022</b>	Arkiv nr.: 14/07251		

## 7.8 Etilsynsloven og elsikkerhet - bruk av medisinskteknologisk utstyr<sup>43</sup>

### 7.8.1 Formål og krav i lov og forskrift

EI-tilsynsloven § 10 tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr. Forskrift om elektroforetak og kvalifikasjonskrav for arbeid knyttet til elektriske anlegg og elektrisk utstyr.

### 7.8.2 Internkontroll - overholdelse av krav i lov og forskrift

Ett avvik gitt av Direktoratet for sikkerhet og beredskap (DSB) ved tilsyn 04.06.2021 knyttet til etterslep på planlagt vedlikehold (PV) av det medisinskteknologisk utstyr. Etterslepet på PV av medisinskteknologisk utstyr er økende. Etter tidligere tilsyn i 2018 har etterslepet økt hvert år. På ny tilsynsdato 04.06.2021 var etterslepet på 23 % av registrerte apparater som skal ha PV. Dette er brudd på forskrift om håndtering av medisinsk utstyr, § 11 Vedlikehold, endringer og reparasjoner. Plan med tiltak er behandlet i AMU og sykehusledermøte. DSB har i brev av 05.10.2021 gitt SØ pålegg om kvartalsvis rapportering inntil avviket er lukket. I kvartalsrapport til DSB per 31.12.2022 opplyst at etterslepet hadde økt til 28 %. Krav i lov og forskrift anses for øvrig som overholdt.

### 7.8.3 Alvorlige uønskede HMS-hendelser

Ingen hendelser som har forårsaket alvorlig personskade pga. utstyrssvikt i 2022. Medisinskteknologisk avdeling var involvert i noen uønskede hendelser, men ingen hendelser hvor årsak var utstyrssvikt. Det er i dialog med Sykehuspartner jobbet med å forbygge risiko for utfall av telemetri, hvor telemetrienheten mister kontakt med aksesspunkt (Wifi). Konsekvensen ved utfall er at sektoren på skopsentralen blir mørk og pasientdata blir ikke overført. Arbeid pågår og Sykehuspartner er i gang med å oppgradere aksesspunkter. Siste oppdatering fra SP er at alle aksesspunkt skal byttes ila Q1-2023.

### 7.8.4 Risikovurderinger

Det er gjennomført en helhetlig risikovurdering for medisinskteknologisk avdeling knyttet til bemanning og behov for kritisk kompetanse, herunder duplikatkompetanse.

### 7.8.5 HMS-opplæring

Det er utført årlig lovpålagt kurs i Forskrift om sikkerhet ved arbeid i og drift av elektriske anlegg (FSE) kurs for alle medarbeidere.

### 7.8.6 Trender og utviklingstrekk

Medisinskteknologisk avdeling forvalter en utstyrsark med 8 300 utstyrsenheter til en totalverdi av 900 mill. kr. per 31.12.22. Hjemmebehandling av pasienter med digital hjemmeoppfølging betyr behov for tidlig deltakelse i behandlingsforløpet med faglig ansvar for utstyr.

### 7.8.7 Vesentlige forbedringstiltak

Det er gjennomført oppfølgingsmøter/erfaringsutveksling på tvers av lokasjonene. Bemanningen ved medisinskteknologisk avdeling er økt med 2 årsverk i 2022. Det er generelt utfordrende å rekruttere ingeniører innenfor medisinsk teknologi.

## 7.9 Genteknologiloven<sup>44</sup>

### 7.9.1 Lovens formål og krav i lov og forskrift



Loven har til formål å sikre at framstilling og bruk av genmodifiserte organismer og framstilling av klonede dyr skjer på en etisk og samfunnsmessig forsvarlig måte, i samsvar med prinsippet om bærekraftig utvikling og uten helse- og miljømessige skadevirkninger.

### 7.9.2 Internkontroll - overholdelse av krav i lov og forskrift

En er ikke kjent med aktiviteter i strid med lovkrav eller alvorlige uønskede HMS-hendelser.

<sup>43</sup> Kilde: Fagansvarlig og avdelingssjef Sverre Granmark, medisinskteknologisk avdeling.

<sup>44</sup> Kilde: Fagansvarlig og seksjonsleder Laila Solberg Hulleberg, senter for laboratoriemedisin.

 <b>SYKEHUSET ØSTFOLD</b>	 Dato: <b>13.02.2023</b> Side: <b>60 / 63</b>
<b>HMS årsrapport 2022</b>	Arkiv nr.: 14/07251

### 7.9.3 Alvorlig uønskede HMS-hendelser

Ingen kjente.

### 7.9.4 Risikovurderinger

Det ble ikke utført nye risikovurderinger i 2022.

### 7.9.5 HMS-opplæring

Seksjon genteknologi og infeksjonsserologi har løpende fokus på HMS-opplæring for medarbeiderne.

### 7.9.6 Trender og utviklingstrekk

Ingen særskilte.

### 7.9.7 Vesentlige forbedringstiltak

Etter behov løpende kontinuerlig forbedring.

## **7.10 Produktkontrollen - produkter og tjenester<sup>45</sup>**

### 7.10.1 Formål og krav i lov og forskrift

Loven har til formål å:

- a) «Forebygge at produkter og forbrukertjenester medfører helseskade, herunder sørge for at forbrukerprodukter og forbrukertjenester er sikre,
- b) forebygge at produkter medfører miljøforstyrrelse, bl.a. i form av forstyrrelse av økosystemer, forurensning, avfall, støy og lignende,
- c) forebygge miljøforstyrrelse ved å fremme effektiv bruk av energi i produkter.»

### 7.10.2 Internkontroll - overholdelse av krav i lov og forskrift

Sykehusinnkjøp har ansvar for gjennomføring av alle anskaffelser for SØ. I dette ligger også å sikre at krav i lov og forskrift ivaretas gjennom den enkelte anskaffelse av produkter og utstyr, gjennom at det settes klare krav knytte til helse, miljø og sikkerhet.

### 7.10.3 Alvorlig uønskede HMS-hendelser

Alvorlige uønskede hendelser som følge av produkter eller tjenester er ikke kjent.

### 7.10.4 Risikovurderinger

Det er ikke gjennomført risikovurderinger.

### 7.10.5 HMS-opplæring

Det er ikke gjennomført nye opplæringstiltak siste år.

### 7.10.6 Trender og utviklingstrekk

Ingen kjente.

### 7.10.7 Vesentlige forbedringstiltak

- Det jobbes systematisk med å erstatte eller redusere bruk av produkter med stor miljøpåvirkning.
- Et område som er gitt spesielt fokus er kjemikaliebruk.



## **7.11 Brann- og eksplosjonsvernloven - brannvern<sup>46</sup>**

### 7.11.1 Formål og krav i lov og forskrift (FOB - Forskrift om brannforebygging)

§ 1 Formål – *Forskriften skal bidra til å redusere sannsynligheten for brann, og begrense konsekvensene brann kan få for liv, helse, miljø og materielle verdier.*

<sup>45</sup> Kilde: Fagansvarlig og avdelingssjef Glenn Løvli Fredriksen, avdeling for innkjøp og logistikk.

<sup>46</sup> Kilde: Fagansvarlig brann, Thomas Gunneng, teknisk avdeling.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: 13.02.2023	Side: 61 / 63
<b>HMS årsrapport 2022</b>	Arkiv nr.: 14/07251		

### 7.11.2 Internkontroll og overholdelse av krav i lov og forskrift

#### *Brukerens ivaretagelse av forskriften – FOB*

Gjennom planlegging høsten 2022 ble det initiert besøksrunder på ulike seksjoner i regi av fagansvarlig brann. Ved 4 besøkte enheter ble seksjonenes gjennomføringen av brannrunder, brannøvelser og brannvernopplæring gjennomgått. Flere enheter hadde mangler iht. ivaretagelse av krav i forskrift (FOB), og det ble gitt veiledning for å lukke avvik. Tiltaket fortsetter og alle enheter får tilbud om tilsvarende gjennomgang og veiledning.

#### *Eieres ivaretagelse av forskriften – FOB*

Fagansvarlig brann har brukt tid høsten 2022 på å revidere SØs instruks vedrørende: Brannvern - internt brannvernarbeid, ansvarsavklaring. Dette på bakgrunn av tydeliggjørelse i ansvarsfordelingen mellom teknisk- og eiendomsavdelingen, samt det økonomiske ansvaret (prioritering av avvik).

#### *Teknisk avdeling iht. plikter i forskriften – FOB*

På bakgrunn av noe utdatert branndokumentasjon er det utfordrende å få helt oversikt på hvilke bygninger med tilhørende bygningsdeler som tilfredsstillere krav til brann sikkerhet. Det jobbes nå med både dokumentasjonen, kartlegging og tiltakslistene for å lukke bygningsmessige avvik iht. forskrift.

Alle som bruker bygningene har plikt til å melde ifra til «eier» om forhold som vesentlig reduserer brann sikkerheten, eller bygningsmessige feil/mangler. I årsrapporten for 2022 er det registrert totalt 22 avvik ([kapittel 6.7 brannvern](#)), noe som kan indikere en viss underreportering.

### 7.11.3 Alvorlige uønskede hendelser - branntilfeller med skadepotensiale

Ingen branner har utløst sprinkleranlegg på SØs lokasjoner i 2022.

### 7.11.4 Risikovurderinger

Risikovurderinger skal gjennomføres når bygningens forutsetninger endres ut over det som er gitt i brann dokumentasjonen. Når en bygningen ikke brukes i samsvar med krav i brannteknisk dokumentasjon registreres manglende risikovurderinger på flere enheter.

### 7.11.5 HMS-opplæring

Fagansvarlig brann har forelest på tema brannvern i SØs Grunnkurs HMS og arbeidsmiljø 13.10.2022. Det ble 03.01.2023 sendt invitasjon til avdelingssjefer og seksjonsledere om besøksrunder på SØs enheter, for gjennomgang og veiledning knyttet til brannvern.

### 7.11.6 Trender og utviklingstrekk



#### *Brukere i SØ*

Besøk på seksjonene viser så langt varierende bevissthet på brannvern. Herunder riktig bruk av rømningsvei; plassering av senger, møbleringer, lagring, elektrisk utstyr, og lading. Lagerforhold på lagerrom. Opplæring og gjennomføringer av øvelser. For lite fokus på registrere avvik.

### 7.11.7 Vesentlige forbedringstiltak

- Fokus og opplæring (gjelder: ledelse, eier og bruker) i forskrift om brannforebygging
- Utarbeide ny/oppdatere brann dokumentasjonen på bygningsmassen som skal holdes «levende»
- Opprette et system som kartlegger bygningenes og installasjoners tilstand for underlag til tiltaksplan
- Optimalisere brannverninstruksene, revideres fortløpende (EK)
- Utarbeide en overordnet risikovurdering på branntekniske forhold på et overordnet nivå
- Sette krav til utarbeidelse av risikoanalyser på seksjonsnivå
- Internkontroll med besøksrunder på enhetene
- Sette krav til ledelsen på enhetene om at det skal registreres et bestemt antall avvik hver måned.



 <b>SYKEHUSET ØSTFOLD</b>	 Dato: <b>13.02.2023</b> Side: <b>62 / 63</b>
<b>HMS årsrapport 2022</b>	Arkiv nr.: 14/07251

## 7.12 Sivilbeskyttelsesloven - beredskap<sup>47</sup>

### 7.12.1 Lovens formål

Å beskytte liv, helse, miljø, materielle verdier og kritisk infrastruktur ved bruk av ikke-militær makt når riket er i krig, når krig truer, når rikets selvstendighet eller sikkerhet er i fare, og ved uønskede hendelser i fredstid.

### 7.12.2 Internkontroll - overholdelse av krav i lov og forskrift

Krav i lov og forskrift anses som overholdt.

### 7.12.3 Alvorlige uønskede HMS-hendelser

Det er i 2022 ikke registrert storskala HMS hendelser som har ført til beredskapsmessige tiltak for hele sykehuset i 2022. Konvergensen av influensa, covid-19 og RS infeksjoner medførte et vedvarende overbelegg over tid mot slutten av året, men iverksetting av beredskap ble ikke nødvendig før 2. januar 2023. Sykehuset har opprettholdt ordinær beredskap gjennom hele året. Det har ikke vært beredskapshendelser med negative konsekvenser for HMS i 2022.

### 7.12.4 Risikovurderinger

Risikovurderinger innen beredskap. Risikovurderinger innenfor definerte beredskapsområder er revidert løpende i 2022. Grunnlag: Helsemyndighetenes: Overordnede risiko- og sårbarhetsvurderinger for nasjonal beredskap i helse- og omsorgssektoren 2019.

### 7.12.5 HMS-opplæring, øvelser og planverk

Akuttmottak har som tidligere gjennomført flere øvelser med massetilstrømning av skadde pasienter. En øvelse med internt skadested i vestibulen, ble gjennomført med markører, resterende som table-top øvelser. SØ deltok med klinisk personale i en ekstern masseskadeøvelse i regi av Høyskolen i Østfold i mai. Prehospital avdeling har avholdt egne lokale øvelser. Det er gjennomført regelmessige varslingsøvelser ved bruk av Everbridge.

Det ble i 2022 opprettet et nytt overordnet beredskapsplanverk for håndtering av atomhendelser. Planverket skiller mellom uvarslede og varslede hendelser. Formålet er å sikre at sykehuset kan levere helsetjenester under en evt. atomhendelse som berører opptaksområdet, samt å sikre nødvendig administrasjon av jod til pasienter og medarbeidere dersom dette blir anbefalt av sentrale strålevernmyndigheter. Arbeidet med å revidere sykehusets delplan for pandemi, basert på lokale og nasjonale evalueringer av covid-19 pandemien, fortsetter i 2023 og forventes ferdigstilt i mars.

### 7.12.6 Trender og utviklingstrekk

Til tross for at sykehuset i 2022 ikke var i beredskap grunnet stor pasienttilstrømning over tid, var det i perioder stor tilstrømning av ordinære pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Basert på befolkningsframskriving, inkludert alderssammensetningen i opptaksområdet, vil det i årene fremover med jevne mellomrom kunne oppstå situasjoner som krever beredskapstiltak for å løse overbelegg på sykehuset Kalnes. Dette vil kunne inntreffe uavhengig av en pandemi, og risikoen er høyere i vinterhalvåret grunnet prevalensen av luftveisinfeksjoner.

Sykehuspartner har i 2022 vært i beredskap grunnet digitale trusler og bortfall av IKT tjenester. Også Sykehuset Østfold har vært berørt, og satte grønn beredskap 27. juni grunnet bortfall av SIKT. Det forventes også framover oftere utfordringer av digital karakter. Sykehuset er avhengig av robust IKT infrastruktur og medarbeidere som er lojale til IKT policy og sikkerhetsbestemmelser. Jfr. Nasjonal Trusselvurdering PST: utdrag: *Digital kartlegging og sabotasje av kritisk infrastruktur og Terrorangrep utført av enkeltpersoner motivert av høyreekstrem eller ekstrem islamistisk ideologi.*

### 7.12.7 Vesentlige forbedringstiltak

1. Utarbeiding av robuste øvingsplaner for beredskap for klinikker og underlagte enheter
2. Endelig revisjon av sykehusets pandemiplanverk så snart pandemien erklæres overstått
3. Flere revisjoner har vært avholdt innen de forskjellige ansvarsområdene i SØ, og mange av disse har grensesnitt mot beredskapsområdet, men kommenteres andre steder i dokumentet. Tiltak er også iverksatt for å forbedre prosedyrer og arbeidsmetodikk, for å unngå beredskapshendelser.

<sup>47</sup> Kilde: Beredskapssjef/seksjonsoverlege Knut Steinar Isaksen.

