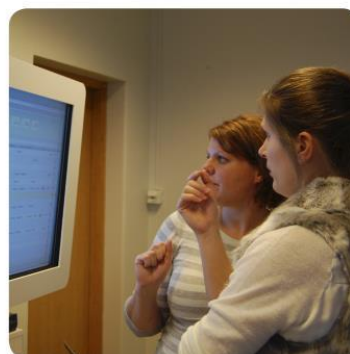


HMS årsrapport 2020

· HMS-lovgivningen



Helse, Miljø og Sikkerhet for
medarbeidere, ledere, pasienter og besøkende

INNLEDNING

Målgruppen for rapporten er arbeidsmiljøutvalget (AMU), administrerende direktør, styret, ledere, kolleger som jobber med HMS, verneombud, tillitsvalgte, eksterne samarbeidspartnere og tilsynsmyndigheter.

Vi håper årsrapporten er et nyttig informasjonsverktøy for de som er interessert i sykehusets systematiske HMS-arbeid og «rikets tilstand» på bakgrunn av HMS-lovgivningen og myndighetenes krav til internkontroll.

Vi mottar gjerne innspill til forbedringer på struktur og innhold.

Stor takk til ledere, rådgivere, fagpersoner og andre som har gitt verdifulle bidrag i årsrapporten.

God lesning.

Sarpsborg, 09.02.21

Trond Smogeli (s.)
Direktør FM¹

Terje Engvik (s.)
HMS-sjef

Saksgang

Organ	Leder	Stilling	Dato
Samarbeidsmøte	Hege Gjessing	Administrerende direktør	05.02.21 - Informasjon
foretakstillitsvalgte	Hege Gjessing	Administrerende direktør	09.02.21 - Beslutningssak/Godkjent
Sykehusledermøte	Anette Louise Børresen	Leder AMU/hovedverneombud	09.02.21 - Orienteringssak
Arbeidsmiljøutvalget	Torbjørn Almlid	Styreleder	22.02.21 - Orienteringssak
Styret			

Foto:



Rapportens forside med bilder er utformet av kommunikasjonsrådgiver Jeanette Aa. Høydahl ved Kommunikasjonsavdelingen.

¹ FM: Divisjon Facility Management med HMS-avdeling, Eiendomsavdeling, Teknisk avdeling, Sykehuservice (renhold, mat, internt servicesenter, portørtjeneste) og Avdeling for logistikk og innkjøp.

Innhold

1	SAMMENDRAG	5
1.1	ORGANISERING OG ROLLER I HMS-ARBEIDET	5
1.2	UTVIKLING I RESULTAT FOR PRIORITERTE HMS MÅLINDIKATORER	5
1.3	HMS-HENDELSER OG RISIKOOMRÅDER	5
1.4	STATUS PR. LOVOMRÅDE I HMS-LOVGIVNINGEN	5
1.5	TRENDER OG UTVIKLINGSTREKK – HELHETLIG VURDERING	5
2	RAPPORTENS FORMÅL	6
3	HMS-BEGREPET OG HMS-LOVGIVNINGEN	7
3.1	HMS-BEGREPET OG HMS LOVGIVNINGEN	7
4	ORGANISERING OG ROLLER I HMS-ARBEIDET	8
4.1	LEDER, MEDARBEIDER, VERNEOMBUD OG TILLITSVALGT	8
4.2	HMS-STAB, HMS-RÅDGIVERE OG FAGANSVARLIGE FOR ULIKE HMS-OMRÅDER	8
4.3	BEDRIFTSHELSETJENESTEN OG NAV ARBEIDSLIVSSENTER	10
4.4	MEDVIRKNING FRA VERNEOMBUD OG TILLITSVALGTE	10
4.5	ARBEIDSMILJØUTVALGET (AMU)	11
4.6	REVISJONGRUPPEN FOR INTERNE HMS-REVISJONER	11
4.7	HELSE SØR-ØST RHF - HMS RAMMEVERK, HMS-LEDERFORUM OG NETTVERKSSAMARBEID	12
5	HMS MÅLINDIKATORER OG MÅLOPPNÅELSE	13
5.1	HOVEDMÅL OG HMS MÅLKART MED 24 MÅLINDIKATORER	13
5.2	HOVEDMÅL OG PRIORITERTE HMS MÅL-INDIKATORER	14
5.3	HMS INTEGRERT I KVALITET OG PASIENTSIKKERHET.....	14
5.4	RESULTATER FRA FORBEDRING 2020	15
5.5	SYKEFRAVÆR	17
5.6	AML-BRUDD	19
5.7	YTRE MILJØ - CO2-UTSLIPP	22
5.8	TRUSLER, VOLD OG UTAGERING MOT MEDARBEIDERE – SYKEHUSET ØSTFOLD OG HELSE SØR-ØST ...	25
5.9	ANDEL ENHETER MED AKTIV HANDLINGSPLAN - SYKEHUSET ØSTFOLD OG HELSE SØR-ØST	33
5.10	KUNDETILFREDSHET MED OPPLÆRING OG LEDERSTØTTE.....	36
6	HMS-HENDELSER OG RISIKOOMRÅDER	37
6.1	HMS-SAKER - FAKTISKE HENDELSER, NESTEN-UHELL OG FORBEDRINGSFORSLAG I SYNERGI	37
6.2	HMS-HENDELSER ORGANISATORISK OG PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ	37
6.3	HMS-HENDELSER VOLD, TRUSLER OG UTAGERING MOT MEDARBEIDERE.....	38
6.4	HMS-HENDELSER ERGONOMI OG FYSISK OVERBELASTNING.....	38
6.5	HMS-HENDELSER MILJØ	39
6.6	HMS-HENDELSER BRANNSIKKERHET	39
6.7	YRKESKADER MELDT TIL NAV	39
6.8	UTVIKLING I ANTALL UFØRE	40
6.9	VAKSINERING, STIKKSKADER OG BLODSMITTEUHELL	41
6.10	KJEMIKALIESIKKERHET.....	43
6.11	HMS OG KORONASITUASJONEN	44
6.12	INTERNE HMS-REVISJONER.....	46
6.13	EKSTERNE TILSYN OG REVISJONER	46
7	STATUS PR. LOVOMRÅDE I HMS-LOVGIVNINGEN	47
7.1	ARBEIDSMILJØLOVEN MED FORSKRIFTER OG INTERNKONTROLLFORSKRIFT HMS	47
7.2	FORBEDRING 2020 – UTVIKLING FOR UTVALGTE TEMA I DET SYSTEMATISKE HMS-ARBEIDET	47
7.3	ARBEIDSMILJØLOVEN – ORGANISATORISK OG PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ.....	48
7.4	ARBEIDSMILJØLOVENS KAPITTEL 2A - VARSLING	49
7.5	BYGG OG EIENDOM – FYSISK ARBEIDSMILJØ OG INNEKLIMA	49

7.6	STRÅLEVERNLOVEN – STRÅLEVERN.....	50
7.7	FORURENSNINGSLOVEN OG MILJØLEDELSE ISO 14001 – BÆREKRAFTIG MILJØ	52
7.8	ELTILSYNSLOVEN OG BRUK AV MEDISINSKTEKNOLOGISK UTSTYR - ELSIKKERHET.....	53
7.9	GENTEKNOLOGILOVEN.....	54
7.10	PRODUKTKONTROLLOVEN - PRODUKTER OG TJENESTER.....	54
7.11	BRANN- OG EKSPLOSJONSVERNLOVEN - BRANNVERN	55
7.12	SIVILBESKYTTELSESLOVEN - BEREDSKAP	56
7.13	HMS-SJEFENS HELHETLIGE VURDERING	57
7.14	ORDEN I EGET HUS – DIGITAL HMS EGENVURDERING SOM FORBEDRINGSVERKTØY	58

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: 09.02.21	Side: 5 / 59
HMS årsrapport 2020	Arkiv nr.: 14/07251		

1 SAMMENDRAG

1.1 Organisering og roller i HMS-arbeidet

Det synes å være tydelige og kjente roller og ansvarsfordeling både i linje/drift, HMS-stab og i bedriftshelsetjenesten. Samarbeidet mellom linje, stab og bedriftshelsetjenesten synes å fungere godt.

1.2 Utvikling i resultat for prioriterte HMS målindikatorer

Hensyntatt Covid-19-pandemien har SØ et meget bra resultat totalt for sykefraværet på 7,95 %, og for øvrig positiv utvikling for AML-brudd (arbeidstidsbestemmelser) med en nedgang i f.t. 2019, meget gode resultater for ytre miljø mht. CO2-utslipp og meget god evaluering av kurs og opplæringstilbud.

1.3 HMS-hendelser og risikoområder

Totalt antall registrerte hendelser knyttet til vold og trusler totalt har gått ned med 19 % fra 2 167 i 2019 til 1 762 i 2020, med stor nedgang i psykiatrisk avdeling døgn. I andre enheter har antall registrerte hendelser økt. Ordningen i seksjon psykiatrisk akuttmottak for voksne med forenklet registrering av mindre alvorlige og gjentakende hendelser manuelt på avtalt skjema før hendelsene registreres i Synergi, byr på utfordringer når antall hendelser skal sammenlignes med øvrige seksjoner og mellom SØ og andre helseforetak. Ordningen vil derfor bli revurdert i første kvartal, se kapittel 5.8.11. Det har skjedd alvorlige uønskede hendelser med personskade knyttet til vold og trusler mot medarbeidere. Eksternt tilsyn har vist at enkelte enheter fortsatt har et forbedringspotensiale knyttet til kartlegging og risikovurdering av vold og trusler mot medarbeidere, og tilhørende plan med tiltak. Det har forekommet alvorlige uønskede hendelser knyttet til bygg og innemiljø hvor avvik er lukket. Det har forekommet alvorlige uønskede hendelser knyttet til branttilløp utløst av pasienter hvor avvik er lukket. Covid-19-pandemien har vært et meget utfordrende risikoområde og er omtalt i eget kapittel.

1.4 Status pr. lovområde i HMS-lovgivningen

På foretaksnivå har det forekommet et avvik i internkontrollen/HMS-systemet. I forbindelse med tilsyn fra Arbeidstilsynet på seksjon DPS-akutt Kalnes fikk arbeidsmiljøutvalget (AMU) et pålegg knyttet til å ikke være godt nok kjent med risikoforholdene ved seksjonen. Pålegget ble lukket gjennom å tydeliggjøre AMUs rutiner for hvordan innmeldte saker følges opp. På foretaksnivå foreligger ikke kjente avvik i internkontrollen/HMS-systemet pr. 31.12.20.

1.5 Trender og utviklingstrekk – helhetlig vurdering

I pandemisituasjonen har faste HMS-aktiviteter for enkelte enheter blitt utsatt eller prioritert bort hvilket er naturlig. Et etterslep som kan tas igjen. Samtidig har håndtering av pandemiutfordringene gitt læring og ny kunnskap. Hensyntatt et meget krevende 2020 har SØ som virksomhet vist evne til gode HMS-prestasjoner.

Covid 19-pandemien har påvirket arbeidsformer og ført til utstrakt bruk av digitale møter, hjemmekontor, webinarer og i større grad bruk av film og digitale verktøy i arbeidsprosesser, formidling og opplæring. Dette er arbeidsformer som fremmer en effektiv hverdag og ressursbruk. Det er grunn til å tro på varige endringer i arbeidslivet når det gjelder bruk av digital kommunikasjon og samhandling.

Grunnet Covid 19-pandemien har det vært utfordringer knyttet til arbeidsbelastning, bemanning og kompetanse, smittevern og psykosial helsebelastning. Alle medarbeidere og ledere i sykehuset har blitt berørt av pandemien. Medarbeidere ved enkelte enheter har i større grad kjent på utfordringene enn andre inhospitalt og prehospitalt. Basert på observasjoner, utvikling i nøkkeltall og sykehusets evalueringsrapport «Håndtering av Covid-19-pandemien på Sykehuset Østfold» datert 06.11.20, er det grunn til å gi stor honnør for medarbeideres og lederes innsats og samarbeid for å ivareta et trygt og forsvarlig arbeidsmiljø. SØ synes å ha ivaretatt et best mulig arbeidsmiljø hensyntatt Covid 19-pandemien.

Sykehuset har på tross av pågående pandemi, og ressurser allokert til dette arbeidet, klart å opprettholde full beredskap gjennom 2020. Grunnet Covid-19-situasjonen er få tiltak i vedtatt HMS-strategi 2020-2023 gjennomført i 2020. De fleste tiltak er videreført i [HMS-strategi SØ 2021-2024](#).

2 RAPPORTENS FORMÅL

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

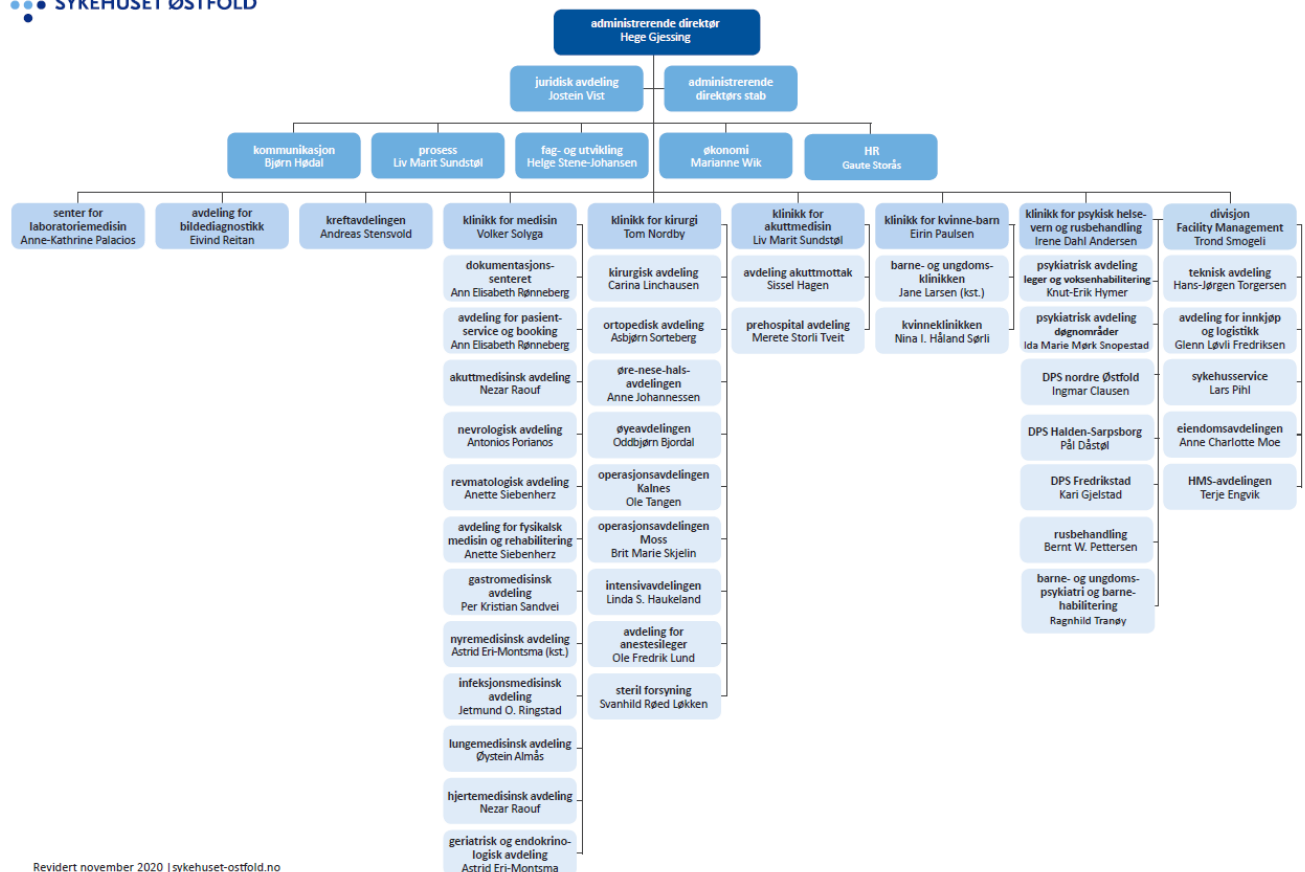
HMS årsrapport skal:

- Gi en oversikt på måloppnåelse og gjennomføring av tiltak for HMS-arbeidet på foretaksnivå
- Være et informasjons- og styringsverktøy i mål- og resultatoppfølgingen og forbedringsarbeidet i sykehuset
- 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](#).

«Mål og måling er grunnstenen i alt forbedringsarbeid.»

Prossedirektør Liv Marit Sundstøl, 01.12.2017

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



Revidert november 2020 | sykehuset-ostfold.no

SØ er en stor virksomhet med 4 852,35 årsverk og 5 709 medarbeidere². SØ hadde i budsjett 2020 utgifter på 7,05 milliarder kroner³.

² Kilde: HR-stab v/forhandlingsjef Rolf Lie. Per 31.12.20.

³ Kilde: Økonomiavdelingen v/økonomisjef Anne Maria Birkeland. Per 31.12.20.

3 HMS-BEGREPET OG HMS-LOVGIVNINGEN

3.1 HMS-begrepet og HMS lovgivningen

Helhetlig HMS		
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 lovkrav i HMS-lovgivningen:

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

Internkontrollforskrift for HMS

Jfr. 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 er en stor og kompleks virksomhet med sammensatte risikoforhold og treffes av alle HMS-lover.

4 ORGANISERING OG ROLLER I HMS-ARBEIDET

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 i hht. lovkrav og intern prosedyre D03492:

- Administrerende direktør har som øverste leder ansvar for alt HMS-arbeid i SØ og skal påse at gjeldende lover etterleves og at internkontrollforskriften overholdes.
- Klinikksjefer, avdelingssjefer, stabsdirektører og seksjonsledere har 100 % 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 jfr. aml § 1-1. Gjennom dette skal verneombudet ivareta alle medarbeideres interesser i saker som angår arbeidsmiljøet.
- Tillitsvalgte 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

Divisjon FM og HMS-avdelingen er gitt overordnet fag- og systemansvar for HMS 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 sikkerhetsleder.

Direktør FM Trond Smogeli deltar i det strategiske HMS-arbeidet. HMS-avdelingen hadde i 2020 følgende bemanning knyttet til HMS-arbeidet:

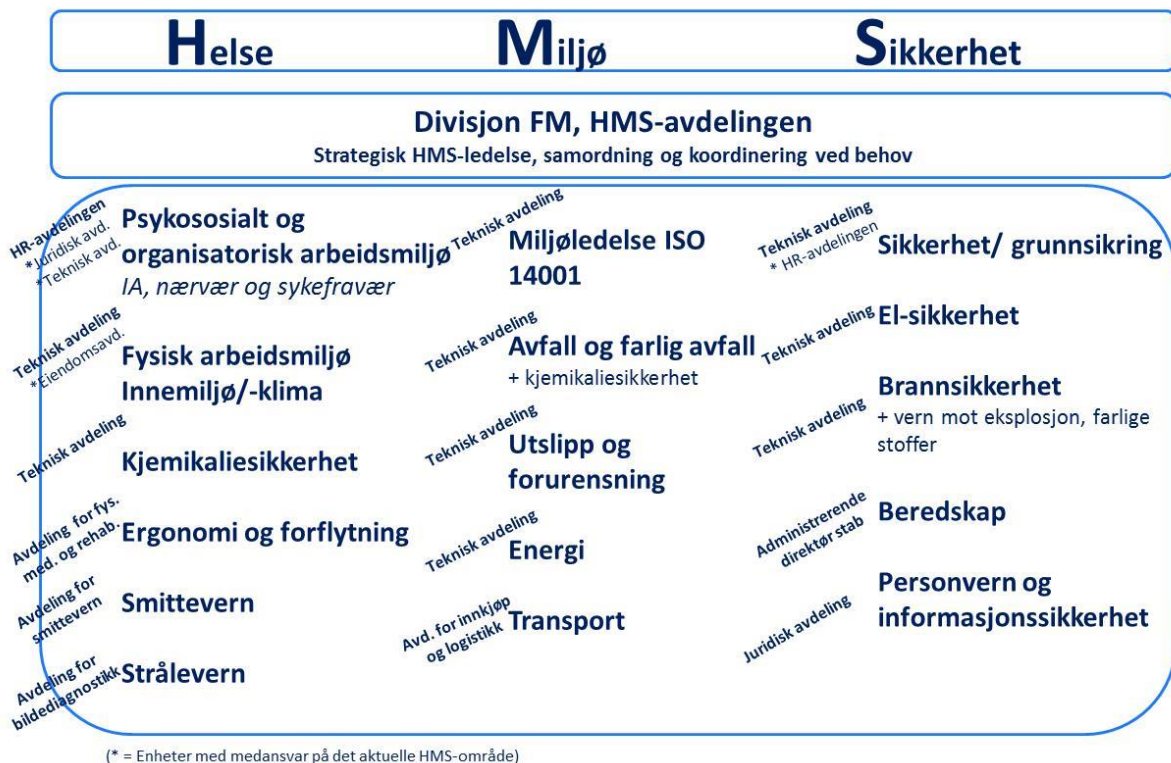
Navn	Tittel	Stillingsbrøk
Terje Engvik	HMS-sjef	100 %
Marie Helene Juliussen	Rådgiver	50 %
Øivind H. Olsen	Yrkeshygieniker	Timebasis

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

Rollen som fagansvarlig i HMS-stab⁴

- Fagansvarlig skal gjennom egen og tilgjengelig kompetanse til enhver tid arbeide for og ta nødvendige initiativ til at SØ er forsvarlig innrettet og oppfyller de kravene som fremgår av HMS-lovgivningen og bestemmelser gitt i medhold av HMS-lovgivningen.
- Fagansvarlig skal gjennom egen og tilgjengelig kompetanse sikre nødvendig informasjon og veiledning overfor medarbeidere, ledere og HMS-stab, samt kunne tilby opplæring og initiere utvikling av nødvendige verktøy og internkontrollsystemer.
- 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.

⁴ Sammenfattet som følge av krav til kvalitetssystemer/internkontroll i lov og forskrift.



Figuren viser enheter som er fagansvarlig enhet på de ulike HMS-områder. Divisjon FM/HMS-avdelingen v/HMS-sjef samordner og koordinerer ressurser fra ulike enheter ved behov. SØ har følgende roller med fagansvar innenfor HMS-lovgivningen:

Fagansvarlige roller		
Lov og forskrift	Fagansvarlig/faglig forankring	Enhet
Internkontrollforskrift HMS for hele HMS-lovgivningen	Helhetlig: HMS-sjef Terje Engvik Hver fagansvarlig har et medansvar	Divisjon FM, HMS-avdelingen
Arbeidsmiljøloven - bestemmelser knyttet til systematisk HMS-arbeid og HMS-avdelingens ansvarsområde	HMS-sjef Terje Engvik	Divisjon FM, HMS-avdelingen
Arbeidsmiljøloven - aktuelle best. knyttet til HRs ansvarsområde	HR-sjef Nina Bøhn Kristiansen Avdelingssjef Fiona Skjennem	HR-stab, HR-avdelingen HR-stab, bemanningsavdelingen
Arbeidsmiljøloven - ergonomi og forflytning	Seksjonsleder Janne Hensmo Sjo	Klinikk for medisin, avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering
Forskrift om vern mot eksponering for kjemikalier på arbeidsplassen	Teknisk sjef Hans Jørgen Torgersen Bedriftshelsetjenesten er fagkyndige og rådgiver	Divisjon FM, teknisk avdeling
Strålevernloven, jf. forskrift om strålevern og bruk av stråling	Strålevernskoordinator Helene Heier-Baardson	Avdeling for bildediagnostikk
Forurensningsloven (ytre miljø), jf. forskrift om begrensning av forurensning	Miljøingeniør Kristin Evju	Divisjon FM, teknisk avdeling
Brann- og eksplosjonsvernloven, jf. forskrift om brannforebygging	Fagansvarlig brann og seksjonsleder Inger-Johanne Velde	Divisjon FM, teknisk avdeling

Fagansvarlige roller (forts.)		
Lov og forskrift	Fagansvarlig/faglig forankring	Enhet
Eitilsynsloven (elektriske anlegg og utstyr)	Fagansvarlig og seksjonsleder elektro Trond Vegard Stang	Divisjon FM, teknisk avdeling
Produktkontrollloven	Kontraktseier under og etter en anskaffelse, med støtte fra seksjon innkjøp	Enhet med kontraktansvar
Sivilbeskyttelsesloven § 23 (beredskapsplikt)	Sikkerhetsleder/spesialrådgiver beredskap Bo Skauen	Administrerende direktør stab
<i>Relevante lover knyttet til HMS</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 Ann Elisabeth Rønneberg	Klinikk for medisin, Dokumentasjonscenteret
Personvern: Personopplysningsloven, personopplysningsforskriften og helseregisterforskriften	Personvernombud: foretaksadvokat Kirsten Wøien Fredriksen	Administrerende direktør stab, juridisk avdeling
Sikkerhetsloven (Lov om nasjonal sikkerhet)	Sikkerhetsleder/spesialrådgiver beredskap Bo Skauen	Administrerende direktør stab

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 2020 fordelt på hovedverneombud Anette Louise Børresen (100 %), koordinerende verneombud Kristin Skaug (20 %) og koordinerende verneombud Imre Banfi (90 %). Ca. 140 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.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 Dato: 09.02.21 Side: 11 / 59
HMS årsrapport 2020	Arkiv nr.: 14/07251

4.5 Arbeidsmiljøutvalget (AMU)⁵

I hht. arbeidsmiljølovens § 7-2 skal «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».

I 2020 (perioden 01.03.2019-28.02.2021) har AMU følgende medlemmer:

Faste medlemmer	Personlige stedfortredere
<u>Arbeidsgiverrepresentanter:</u> Hege Gjessing adm. direktør Liv Marit Sundstøl, klinikk for akuttmedisin Trond Smogeli, direktør FM Gaute Storås, HR-direktør	Klinikk sjef Tore Krogstad, klinikk for kirurgi (sluttet mai '20) Klinikk sjef Irene Dahl Andersen, klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling Eiendomssjef Anne Charlotte Moe, divisjon FM HR-sjef Nina Bøhn Kristiansen, HR stab
<u>Arbeidstakerrepresentanter:</u> Anette L. Børresen, hovedverneombud Anita Talåsen Grønli, FTV Norsk sykepleierforbund Marius Bjørndalen, FTV Fagforbundet Tone Lie Nilsen, FTV Delta	Imre Frank Banfi, koordinerende verneombud Lars Magnus Aker, klinikk tillitsvalgt Dnlf Iren Elisabeth Skau Wiig, FTV NITO Lillian Munkeboe, FTV FO

Det ble avholdt 7 møter i arbeidsmiljøutvalget i 2020, samme antall som i 2019. Det ble behandlet 49 saker i 2020 mot 59 saker i 2019. AMU ble i møte 10.12.20 enige om at antall representanter utvides fra 4+4 til 5+5 for ny periode 01.03.21 – 28.02.23 for å styrke klinisk representasjon i utvalget.

I starten av perioden ble et HMS-seminar for AMUs faste medlemmer og stedfortredere avholdt 16.05.19 AMUs rolle, oppdrag og arbeidsform gjennomgått og drøftet. Foreleser var Arne Bernhardsen som har skrevet boken *Arbeidsmiljøutvalget. Håndbok for arbeid i AMU*. Faste medlemmer og personlige stedfortredere fikk boken. Samme type HMS-seminar med samme foreleser er berammet 06.04.21 for «nye AMU».

4.6 Revisjonsgruppen for interne HMS-revisjoner⁶



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

Søs HMS revisjonsgruppe HMS-lovgivningen, internkontrollforskrift HMS og miljøledelse ISO 14001	
Revisjonsleder Terje Engvik (HMS-sjef) Revisjonsleder Anne Edvardsen Kyrdalen (rådgiver, kvalitet- og pasientsikkerhetsavdelingen) Fagrevisor og revisjonsleder Kristin Evju (miljøingeniør, teknisk avdeling) Revisor Hege Martinsen (HR-rådgiver, HR-avdelingen)	Fagrevisor Anne Dybdrodt (rådgiver, kvalitet- og pasientsikkerhetsavdelingen) Fagrevisor Helene Heier-Baardson (strålevernskoordinator, avdeling for bildediagnostikk) Fagrevisor Øivind H. Olsen (yrkeshygieniker, HMS-avdelingen)

Interne HMS-revisjoner utføres på oppdrag fra administrerende direktør, nedfelles i felles revisjonsplan og godkjennes av styret. I 2021 vil digital revisjon blir utprøvd som følge av koronasituasjonen.

⁵ HMS-sjef har administrativt ansvar for AMU.

⁶ HMS-sjef har ansvar for interne HMS-revisjoner.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 Dato: 09.02.21 Side: 12 / 59
HMS årsrapport 2020	Arkiv nr.: 14/07251

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

4.7.1 Helse Sør-Øst

Styret i [Helse Sør-Øst](#) (HSØ⁷) vedtok rammeverk for helse, miljø og sikkerhet på styremøte 22.10.2015. Rammeverket angir felles regionale ambisjoner og satsningsområder innenfor HMS-området.

Helseforetakene/sykehusene i Helse Sør-Øst har rundt 80 000 medarbeidere som utfører om lag 61 000 årsverk. Omsetningen i 2018 var i underkant av 82 milliarder kroner.

HMS rammeverk i Helse Sør-Øst RHF	
Overordnede mål	Satsningsområder 2015-2018 ⁸
<ul style="list-style-type: none"> • Forbedre HMS-prestasjoner i foretaksgruppen. • Synliggjøre status og utvikling av HMS-resultater. • Forsterke foretakenes systematiske HMS-arbeid. • Fokusere på medarbeideres arbeidsmiljø og sikkerhet. • Sikre en mer samstemt dialog med foretakene og tilsynsmyndighetene. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Helhet - HMS-arbeidet ses i forhold til <i>pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24-7 Strategi 2014-2018"</i>. 2. Profesjonalisere vernetjenesten gjennom systematisk kompetanseutvikling. 3. Økt oppmerksomhet og systematisk vurdering av risiko knyttet til sikkerhet i sykehusene. 4. Vurdering av sertifisering for nye deler av HMS-området iht. ny ISO 45001. 5. Etablere et foretaksovergripende system for HMS-revisjoner. 6. Bidra til helsefremmende arbeidsplasser.

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 er en viktig samarbeids- og utviklingsarena.

Hovedkontakt i Helse Sør-Øst er spesialrådgiver HMS og samfunnsansvar Signe Hveem. I nettverkets 5-6 årlige møter legges det til rette for sammenligning av resultater og utvikling i HMS målindikatorer med sikte på deling av «beste praksis», kunnskapsformidling og forbedring på tvers av helseforetakene. En viktig arena.

SØ anmodet i HMS-ledermøte 26.01.21 HSØ v/direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø som en føring i selve rammeverket, om å initiere revisjon av HSØs rammeverk som en ytterligere vitalisering av nettverkssamarbeidet.

4.7.2 HMS-nettverk med fire sykehus

På initiativ fra SØ etablerte HMS-sjefene i Sykehuset Østfold, Vestre Viken, Ahus og Sykehuset Innlandet fra 2017 et nettverk med sikte på deling av kunnskap, god HMS-praksis og verktøy som grunnlag for kontinuerlig forbedring av HMS-arbeidet. Det gjennomføres to nettverkssamlinger pr. år.

4.7.3 Beste praksis, sammenligning og forbedring som metode

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.»

⁷ Kilde: Hjemmesider - Helse Sør-Øst RHF 29.01.21 [her](#).

⁸ Definert på bakgrunn av innspill fra helseforetakene i regionen.

5 HMS MÅLINDIKATORER OG MÅLOPPNÅELSE

5.1 Hovedmål og HMS målkart med 24 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 HMS måлиндikatorer som det rapporteres på internt i SØ og overfor Helse Sør-Øst RHF.

Tema	HMS måлиндikatorer	Enhet	Kilde
	HMS-rapportering i AMU, sykehusledermøte, styret og Helse Sør-Øst RHF (ulike frekvenser)		
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
	Nr 7 Smitteeksponering	Prosent	Synergi
Miljø	Nr 8 Reduksjon i CO2-utslipp, overordnet miljømål (virkelig energiforbruk, pasientreiser med rekvisisjon, reise med bil til og fra jobb)	Prosent	Mange kilder
	Nr 9 Reduksjon i energiforbruk, delmål (temperaturkorrigert)	Prosent	Energinet
	Nr 10 Samkjøringsgrad pasientreiser, delmål	Prosent	Flere kilder
	Nr 11 Reduksjon i reise med egen bil til jobb, delmål	Prosent	Flere kilder
	Nr 12 Nasjonalt klimaregnskap: CO2-utslipp fra SØ	Tonn CO2	Mange kilder
	Nr 13 Helse- og miljøskadelige kjemikalier	Antall	EcoOnline
Sikkerhet	Nr 14 Utagering, vold og trusler mot medarbeidere	Antall og alvorlighetsgrad	Synergi
	Nr 15 Fraværsskedefrekvens	H2-verdi	Synergi
	Nr 16 Tilstandsrapportering bygg og eiendom	-	Eiendomsavd.
HMS	Nr 17 Andel enheter m/aktiv elektronisk handlingsplan	Andel i %	Handlingsplan
	Nr 18 Antall alvorlige uønskede HMS hendelser	Antall	Synergi
	Nr 19 Antall HMS-avvik etter tilsyn	Antall	KP-avd
	Nr 20 Lukkerate for HMS-avvik	Antall	Synergi
	Nr 21 Kursdeltakeres brukertilfredshet med HMS-opplæring	Score skala 1-6	Quest back
	Nr 22 Lederes og medarbeideres brukertilfredshet med HMS-stab	Score skala 1-6	Quest back

Sykehuset Østfold rapporterer til Helse Sør-Øst på indikatorene 1, 2, 4, 5, 8, 11, 13, 14, 15, og 19.

5.2 Hovedmål og prioriterte HMS mål-indikatorer

Tabellen viser prioriterte målindikatorer blant totalt 22 indikatorer - se punkt 5.2.

Prioriterte HMS målindikatorer								
	Målindikator	Mål						
		2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Helse	1. Sykefravær i %	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0
Miljø	2. CO2-utslippet skal reduseres med 1 % årlig (basisår 2019) ⁹	-	-	- 1 %	- 1 %	- 1 %	- 1 %	- 1 %
Sikkerhet	3. Antall uønskede HMS-hendelser knyttet til vold og trusler mot medarbeidere	Å nøye følge utviklingen i registrerte hendelser pr. tertial, med spesielt fokus på alvorlige hendelser og hvilke tiltak som er iverksatt						
System	4. Andel enheter med aktive HMS handlingsplaner -%	100	100	100	100	100	100	100
Braker	5. Klinisk virksomhet og stabers «kundetilfredshet» med HMS-stabs tjenester som rådgiver, pådriver og kontroller, samt kurs og opplæringstilbud ¹⁰	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8

Måloppnåelse omtales i kapitlene 5.4 – 5.10.

5.3 HMS integrert i kvalitet og pasientsikkerhet

I SØs oppdragsdokument fra Helse Sør-Øst RHF fremgår følgende i kapittel 3.1 Kvalitet og pasientsikkerhet: «Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet må sees i sammenheng.»

Det betyr at HMS integreres i drift i både kliniske og ikke-kliniske enheter. I Sykehuset Østfold har vi lagt til rette for å dokumentere at HMS står på agendaen på faste drifts- og samarbeidsarenaer i en mal for årshjul.

- Den overordnede føringen om HMS integrert i kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet er siden 2016 tatt inn i sykehusets HMS-strategi som retningsgivende for alle enheter på alle nivåer.
- Det er utarbeidet mal for årshjul slik at alle enheter kan dokumentere at HMS er integrert i kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet for faste aktiviteter og på faste arenaer (drift).
- HMS integrert i kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet er tema på:
 - HMS grunnopplæring for ledere, verneombud, AMU-medlemmer og rådgivere
 - Interne HMS-revisjoner.
 - Årlig HMS egenvurdering for den enkelte enhet.
- Alle enheter skal dokumentere mål og tiltak som oppfølging av *ForBedring* i den elektroniske handlingsplanen som omfatter mål og tiltak innen både HMS og kvalitet- og pasientsikkerhet.
- Det har over flere år vært et systematisk og strukturert samarbeid mellom HMS-avdelingen og kvalitet- og pasientsikkerhetsavdelingen, herunder knyttet til interne revisjoner, eksterne tilsyn, overvåking av uønskede HMS-hendelser, avvik og risikovurderinger.

⁹ Gjelder 1) energiforbruk, 2) pasientreiser med rekvisjon (buss og taxi) og 3) ansattes bruk av egen bil til og fra jobb.

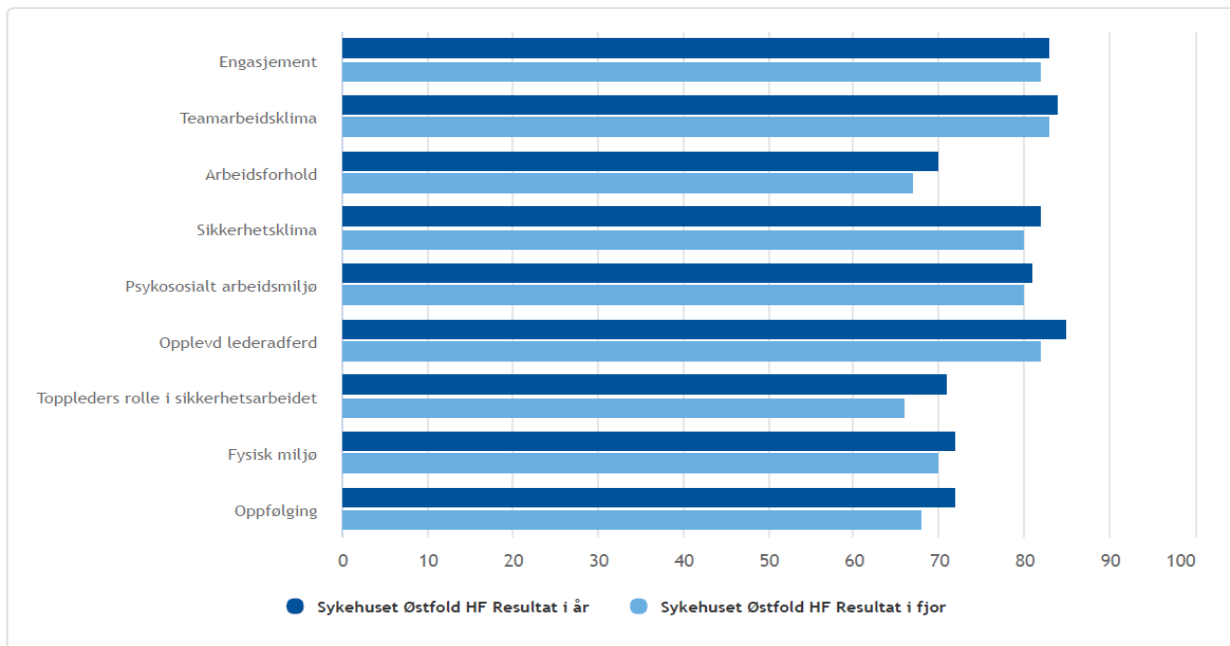
¹⁰ 4,8 i «kundetilfredshet» på skala 1-6 hvor 6 er svært tilfreds og 1 er svært lite tilfreds.

5.4 Resultater fra ForBedring 2020 ¹¹

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.

På grunn av koronasituasjonen ble det ikke sendt ut noen påminnelser slik at svarprosenten endte på bare 65 % (2019: 80 %).

Tema-resultater på SØ-nivå: Utvikling 2020 sammenlignet med 2019



Det har vært en positiv utvikling på samtlige områder hvor det foreligger data fra året før.

Området Toppleders rolle i sikkerhetsarbeidet har hatt en meget positiv utvikling de siste årene:

2018: 55, 2019: 66 (HSØ: 64) og 2020: 71.

Resultater - tilleggsspørsmål

Klinikkene	Tilleggsspørsmål HMS	Jeg har vært utsatt for vold eller trusler på jobb siste 12 mnd
SØ totalt	75	80
31 divisjon FM	85	94
40 klinikk for kirurgi	79	87
41 klinikk for medisin	75	89
42 klinikk for kvinne/barn	78	95
445 kreftavdelingen	78	85
461 avd bildediagnostikk	86	91
462 avd laboratoriemedisin	83	93
47 klinikk for akuttmedisin	55	49
51 psykisk helsevern & rusb.	69	58

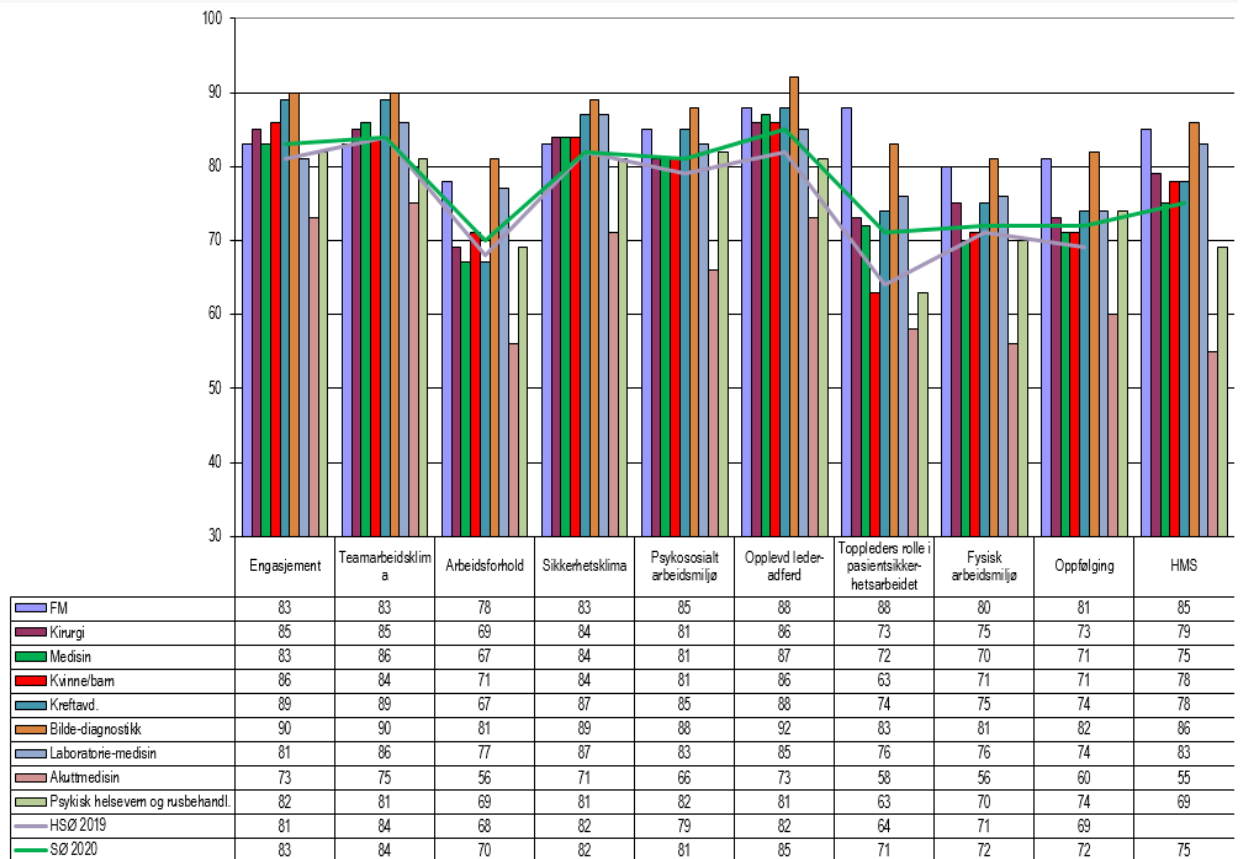
Når det gjelder tilleggsspørsmålet om vold og trusler ser vi at to av klinikkene scorer veldig lavt her:

- Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling
- Klinikk for akuttmedisin

¹¹ Kilde: HR-sjef Nina Bøhn Kristiansen, HR-avdelingen.

Temaresultater på klinikknivå 2020:

SØ 2020 scorer likt eller bedre enn HSØ 2019 (referanse) på alle områder (fra 0-3 prosentpoeng bedre)
På Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeidet scorer vi 7 prosentpoeng bedre, noe som er veldig bra!!



Avdeling for bildediagnostikk og divisjon FM er de to «klinikkene» som har høyest score i de ulike temaene. Klinik for akuttmedisin har hatt en meget flott utvikling der 8 av 10 tema har vist en stor forbedring fra i fjor. I snitt har hvert tema økt 6,9 prosentpoeng for denne klinikken.

Når det gjelder sikkerhetsklima med tilhørende mål i oppdragsdokumentet ligger SØ langt over og har også hatt en økning fra 72 % av medarbeiderne til 76 % som svarer 75 eller høyere. Men det er store variasjoner mellom de ulike enhetene.

Trender og utviklingstrekk

Ved lav score på sikkerhetsklima og teamarbeidsklima vil faren for at det kan oppstå feil øke. Sikkerhetsklima kartlegger varslingsrutiner og hvor trygg og åpen denne er. Teamarbeidsklima belyser åpenhet, samarbeid og støtte mellom kollegaer og yrkesgrupper, både internt og på tvers av enheter. Manglende koordinering og samhandling mellom enheter i sykehus er et risikoområde innen pasientsikkerhet som det er viktig å kartlegge. Norsk og internasjonal forskning tilsier at enheter som skårer lavt på faktorene sikkerhetsklima og teamarbeidsklima har en høyere risiko for uønskede hendelser.

Med koronasituasjonen som foretakene har vært igjennom i 2020, har følgende hatt ekstra fokus:

- Ivaretagelse og oppfølging av smittevern.
- Det psykososiale arbeidsmiljøet.
- Risikovurdering av arbeidsbelastning.

Dette i tillegg til vold og trusler og området Sikkerhetsklima.

5.5 Sykefravær¹²

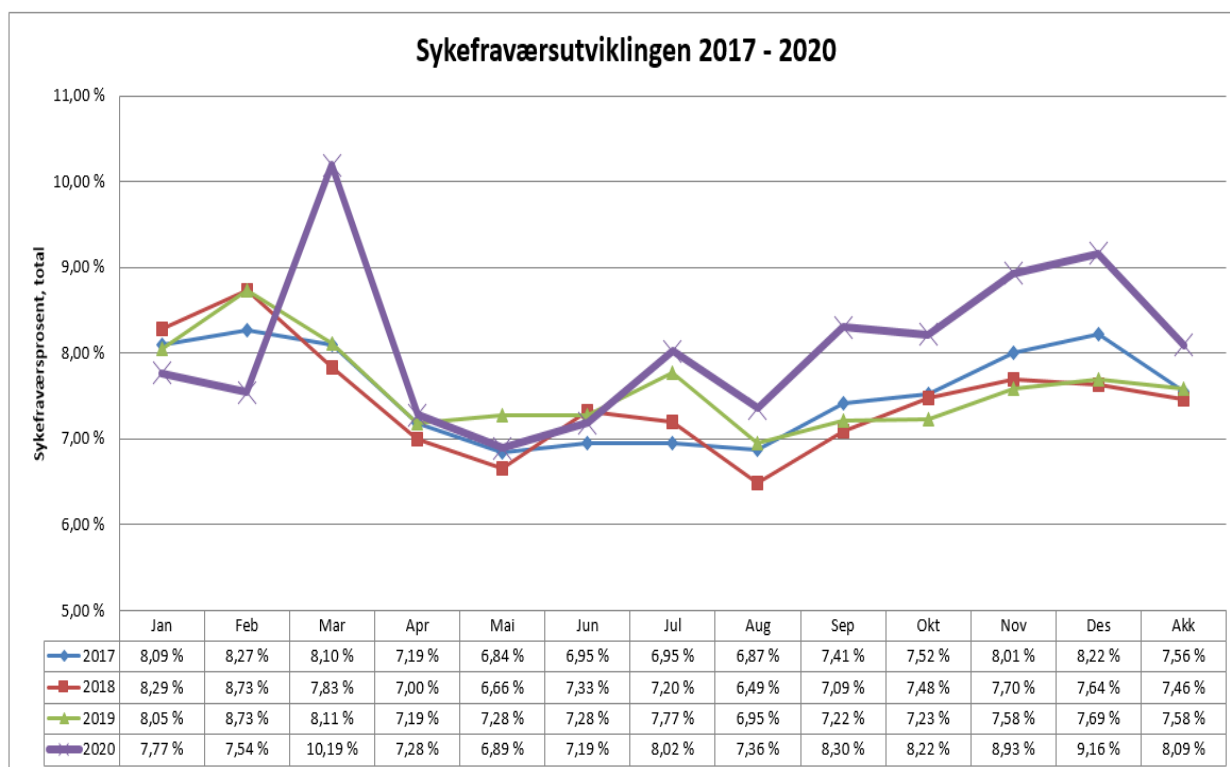
Sykefravær i % på foretaksnivå										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	7,7	8,2	8,4	7,5	7,5	7,9	7,5	7,4	7,6	8,1
Korttid < 16 d	2,1	2,3	2,2	2,0	2,1	2,2	2,3	2,3	2,3	2,9
Langtid >16 d	5,6	5,9	6,2	5,5	5,4	5,7	5,2	5,1	5,3	5,1

5.5.1 Trender og utviklingstrekk

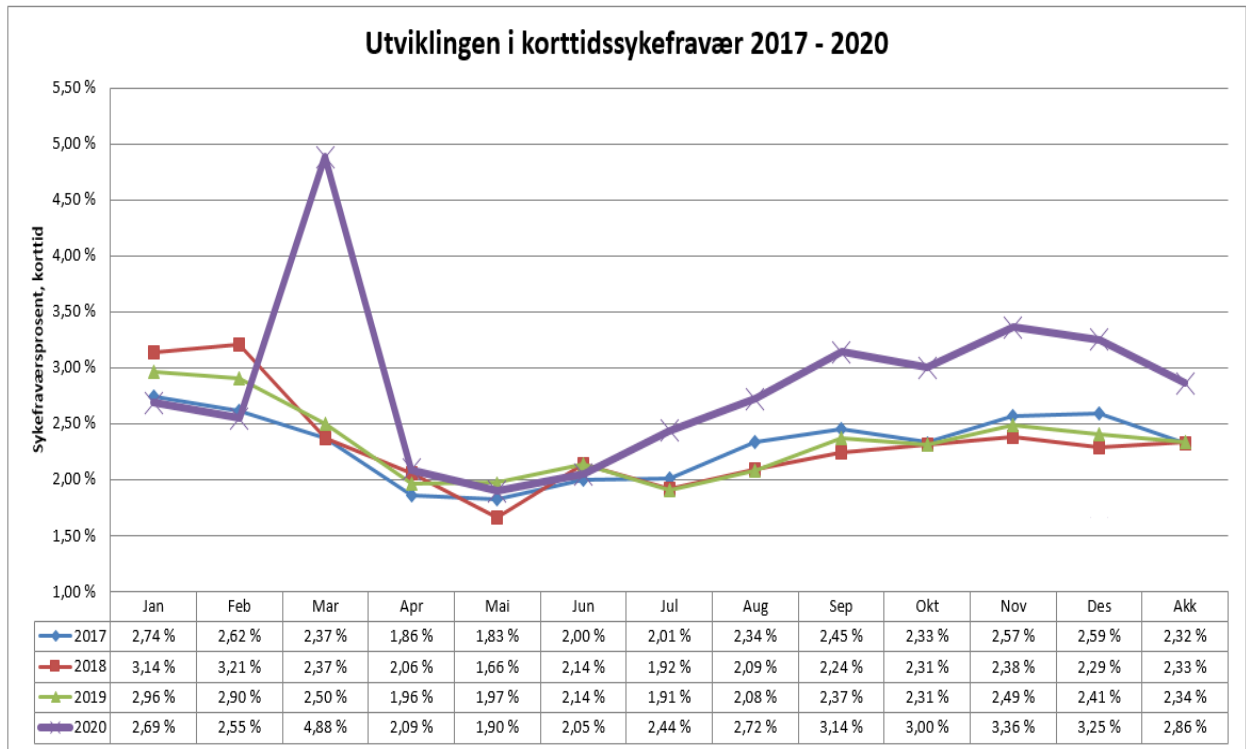
Vi startet året med to veldig bra måneder der det totale fraværet lå mer enn ett prosentpoeng lavere enn snittet av de tre siste årene, og korttidsfraværet viste bedre januar- og februar-tall sammenlignet med samme periode de tre siste årene.

Men så kom Covid-19 i mars med mye karantene og også fravær på grunn av forkjølelses symptomer, som man normalt ikke ville vært hjemme på grunn av. I tillegg har arbeidet med sykefraværsoppfølging til tider måtte nedprioriteres i forbindelse med pandemien. Når en tar alt dette i betraktning er det imponerende at det akkumulerte sykefraværet bare viser 8,1 %. En stor honnør til alle medarbeidere og ledere for det!

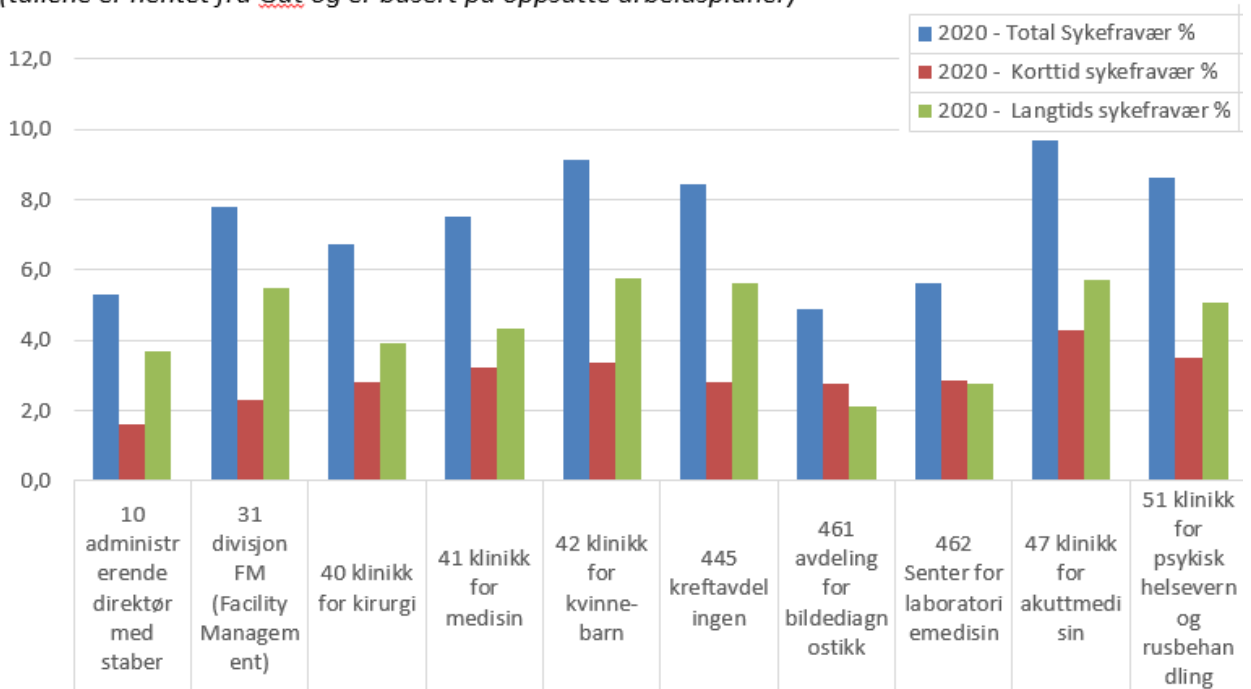
Østfold som region ligger over landsgjennomsnittet på legemeldt sykefravær. De største diagnosegruppene er fortsatt muskel/skjelett-lidelse og psykiske lidelser.





¹² Kilde: HR-sjef Nina Bøhn Kristiansen, HR-avdelingen.



Akkumulert sykefravær 2020 pr klinikk (tallene er hentet fra Gat og er basert på oppsatte arbeidsplaner)



 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: 09.02.21	Side: 19 / 59
HMS årsrapport 2020	Arkiv nr.: 14/07251		

5.5.2 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.
- Holdningsskapende tema for medarbeidergrupper med fokus på «leder før lege», rettigheter og plikter.
- 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.
- Arbeid med det psykososiale arbeidsmiljø og medarbeiderundersøkelsen.

5.5.3 Fremtidige/nye tiltak

Sykehusledermøtet vedtok 04.02.20 å innlede et samarbeid med Nav arbeidslivssenter Øst-Viken, med den hensikt å implementere jobbkvalifiseringsprogrammet «Springbrettmetodikken» fra høsten 2020. Sykehuset Østfold har etter flere samarbeidsmøter, inngått samarbeidsavtale med NAV-Øst Viken om å stille til disposisjon arbeidstreningsplasser for kandidater tilhørende lokale Nav-kontorer. Arbeidslivskoachene fra NAV arbeidslivssenter sammen med seksjonsledere, har utarbeidet arbeidsbeskrivelser. Kandidatene har gått gjennom et 4 ukers forberedelseskurs, hvor de blant annet har besøkt SØ en av dagene. Det første kullet med 7 arbeidstreningsplasser fordelt på 5 enheter startet opp 1.11.2020.

Bransjeprogrammet «Der skoen trykker» for helseforetakene er et av flere bransjeprogram som retter seg spesifikt inn mot de bransjene i arbeidslivet som har det høyeste sykefraværet. I bransjeprogrammet er alle parter i arbeidslivet representert. Sykehuset Østfold har i første omgang blitt bedt om å prioritere én enhet inn til programmet. Fra oss er det døgnområde 2 - infeksjonsmedisin som er meldt inn.

5.6 AML-brudd¹³

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.

5.6.1 Trender og utviklingstrekk

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.

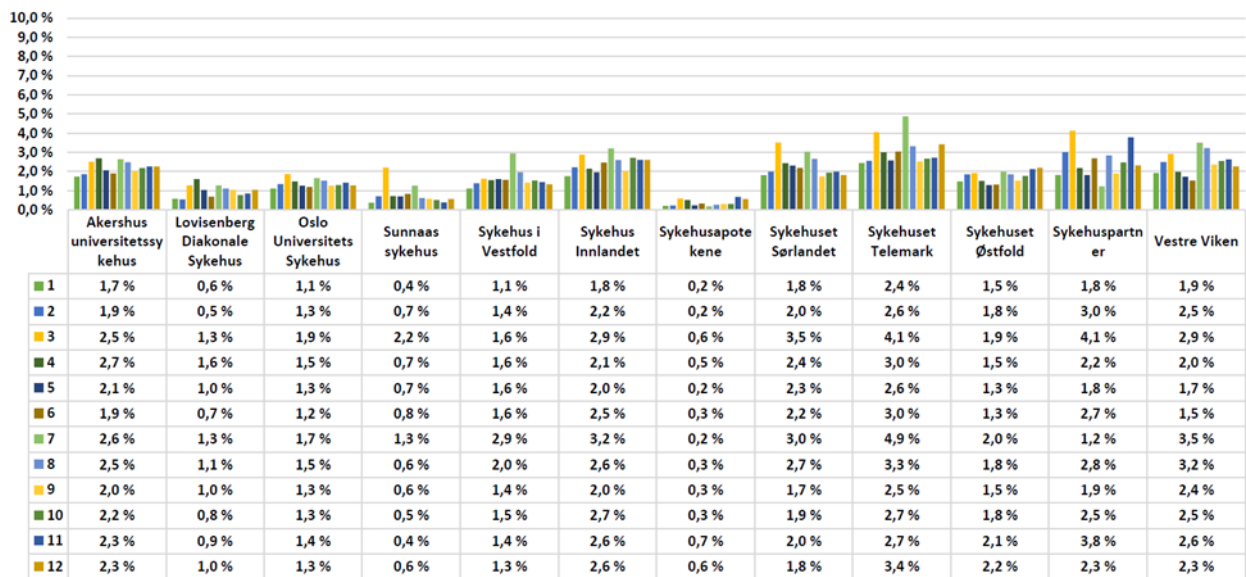
¹³ Kilde: Avdelingsjef Fiona Skjennem, bemanningsavdelingen.

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.

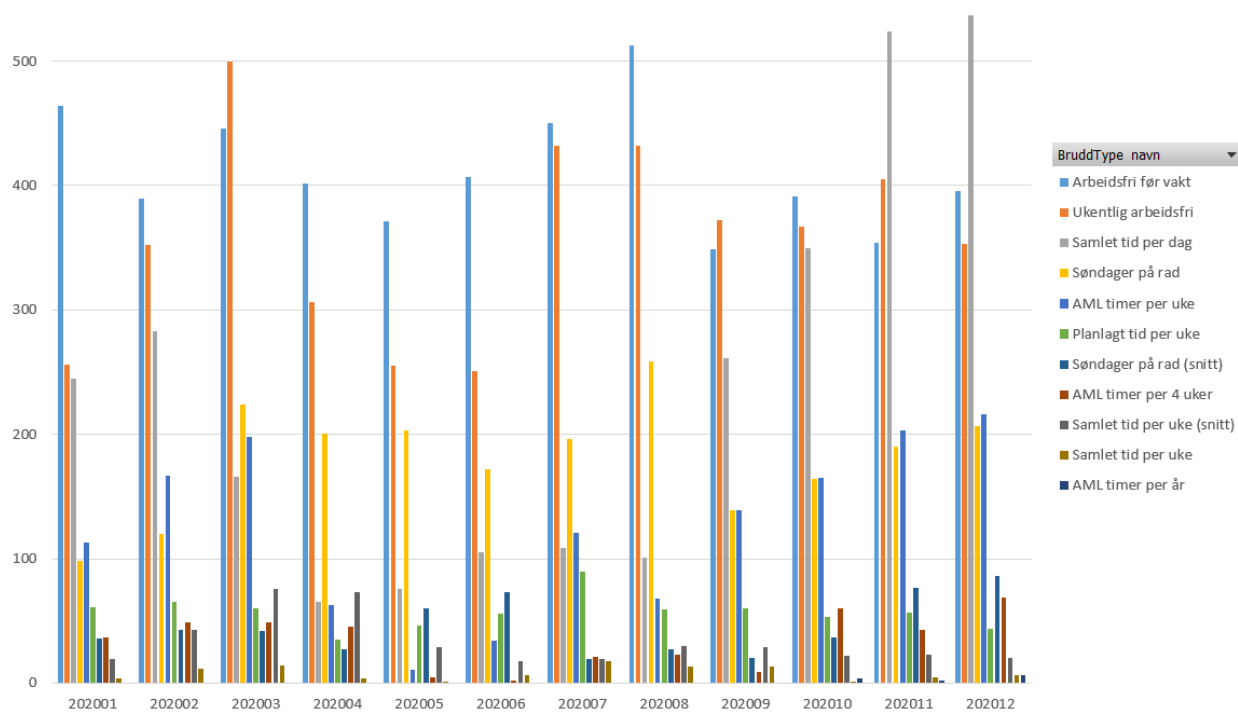
5.6.2 AML-brudd Sykehuset Østfold 2020, vurdering av status

I 2020 har SØ hatt 1,7 % brudd av antall vakter i snitt. Dette er positiv utvikling sett opp mot 2019 hvor gjennomsnittet var 2,16 % av antall vakter. Sentrale avtaler om utvidet arbeidstidsbestemmelser i perioden mars – september 2020 har gitt økt handlingsrom og bidratt til å redusere antall AML-brudd i perioden. Samtidig så ser vi at resterende måneder, foruten november og desember, også ligger under 2019 nivå.

AML-brudd pr måned pr foretak 2020 - % av antall vakter



Som tidligere år er arbeidsfri før vakt, ukentlig arbeidsfri, samlet tid per dag, og søndager på rad som utgjør største andelen av AML-bruddene i sykehuset. Det gjøres oppmerksom på at det kan forekomme flere typer brudd på samme vakt.



5.6.4 Arbeidet knyttet til å redusere antall AML-brudd er et kontinuerlig arbeid, følgende tiltak er gjennomførte/pågående i 2020:

- Arbeidsgruppe bestående av tillitsvalgte, vernetjenesten og arbeidsgiver
- Handlingsplan for å redusere AML-brudd er utarbeidet og følges opp
- Opplæring, kurs og workshop om arbeidstidsplanlegging for ledere og tillitsvalgte er tilgjengelig
- Arbeidsplan-/baseplanavtaler sendes til 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.
- Gjennomgang av opplæringsmateriell knyttet til alle kurs innenfor arbeidstidsplanlegging

5.6.5 Planlagte forbedringstiltak

Arbeidet knyttet til å redusere antall AML-brudd er et kontinuerlig arbeid. Alle tiltak som ble iverksatt i 2020 videreføres i 2021, i tillegg er det planlagt tettere oppfølging av AML-brudd utløst pga utrykning på hjemmevakt hos stillingskategori lege.

5.7 Ytre miljø - CO2-utslipp¹⁴

5.7.1 Utvikling

Det overordnede målet om å redusere sykehusets CO2 utslipp med 1 % årlig er oppnådd for 2020.

Måloppnåelse: - 4,7 %.

5.7.2 Miljøsmål 2020-2023

Overordnet miljøsmål

Sykehusets CO2-utslipp skal reduseres med 1 % årlig (basisår 2019). Dette gjelder:

- Energiforbruk (virkelig forbruk for Kalnes sykehus, Moss sykehus, St. Josephs og Åsebråten).
- Pasientreiser med rekvisisjon (buss og taxi).
- Ansattes bruk av egen bil til og fra jobb.

Delmål 1. Energi

Redusere energiforbruket med 1 % årlig (temperaturkorrigert forbruk for Kalnes sykehus, Moss sykehus, St. Josephs og Åsebråten).

Delmål 2. Transport – Samkjøring pasientreiser

Øke samkjøringsgrad med 21 % fra 1,45 til 1,75 i 2023 for pasientreiser med rekvisisjon (buss og taxi).

2020: + 10 %, 2021: + 4 %, 2022: + 4 %, 2023: + 3 %.

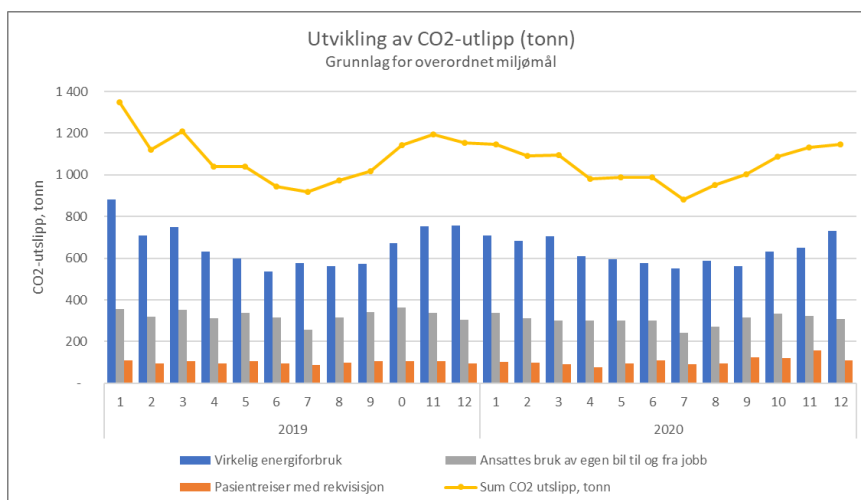
Delmål 3. Transport – Reise med bil til og fra jobb

Redusere antall reiser med egen bil til og fra jobb med 5 % årlig.

5.7.3 Måloppnåelse

Miljøsmål (se over for detaljert beskrivelse)	Mål	Måloppnåelse 2020
Overordnet mål: Redusere CO2-utslippet	- 1 % årlig	-4,7 %
Delmål 1: Redusere energiforbruket	- 1 % årlig	-0,76 %
Delmål 2: Øke samkjøringsgrad for pasienter	2020: + 10 %	+9,7 %
Delmål 3: Redusere antall reiser med egen bil til og fra jobb	- 5 % årlig	-1,8 %

Overordnet miljøsmål:



Målet er oppnådd.

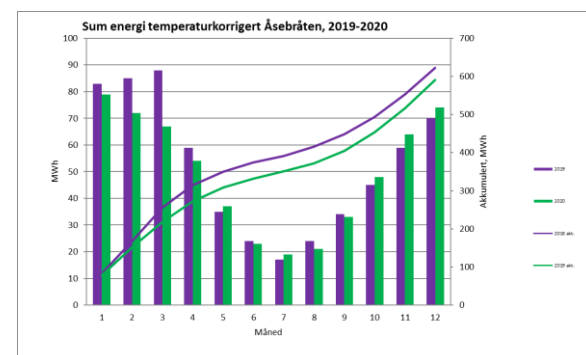
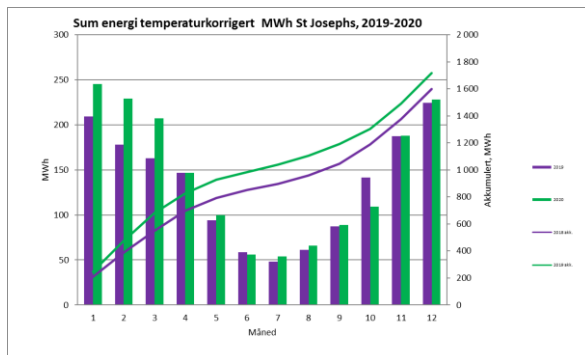
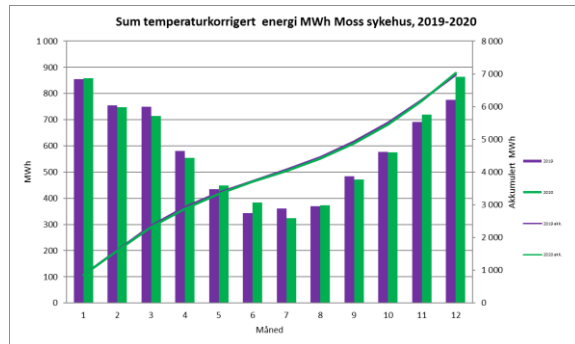
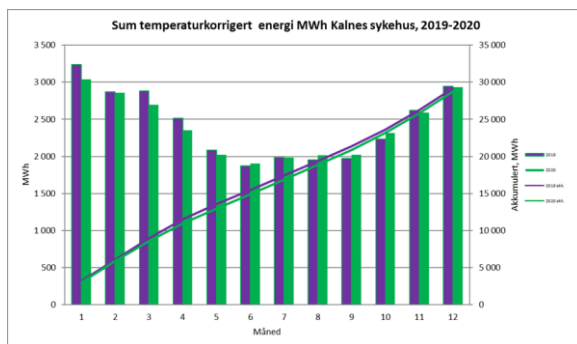
¹⁴ Kilde: Miljøingeniør Kristin Evju og energiingeniør Jan Lervik, teknisk avdeling. Seksjonsleder Pasientreiser Bjørn-Arild Lundquist, avdeling for innkjøp og logistikk.

Forklaring til måloppnåelse

Over halvparten av CO₂-utslippet i det overordnede miljømålet kommer fra det virkelige energiforbruket i sykehuset. En streng eller mild vinter vil dermed ha betydelig påvirkning på det rapporterte CO₂ utslippet. De milde vintermånedene i 2020 medførte et forholdsvis lavt energiforbruk og dermed forholdsvis lavt CO₂ utslipp. Tiltak som har bidratt til reduksjon i energiforbruket er forbedret styring av varmekabler på ventilasjon inntaksrister og trykkluftprosesser på Kalnes.

Delmålet for energiforbruk er basert på temperaturkorrigert energiforbruk. SØs energi overvåkingssystem temperaturkorrigerer energiforbruket slik at man på en enkel måte skal kunne sammenligne år for år uavhengig av om året hadde en streng eller mild vinter. Det reelle energiforbruket i den milde vinteren i 2020 var lavt. Etter temperaturkorrigering ble energiforbruket i 2020 justert opp og dermed sammenlignbart med foregående år.

Delmål: Energiforbruk



Målet er ikke oppnådd.

Antatt størst bidrag til reduksjon av temperaturkorrigert energiforbruk er forbedret styring av varmekabler på ventilasjon inntaksrister på Kalnes. I tillegg har det blant annet vært fokus på trykkluftprosesser og termiske varmekretser.

5.7.4 Andre tiltak:

- Driftsoptimalisering av trykkluft tørkeprosess på Kalnes.
- Overgang til LED i Moss.
- Nye frekvensstyrte pumper i Moss.
- Fokus på reduksjon av returtemp på fjernvarme Kalnes.
- Det pågår forbedringstiltak for å hindre samtidig varme og kjøling i bygg 04.

5.7.5 Tiltak i 2021:

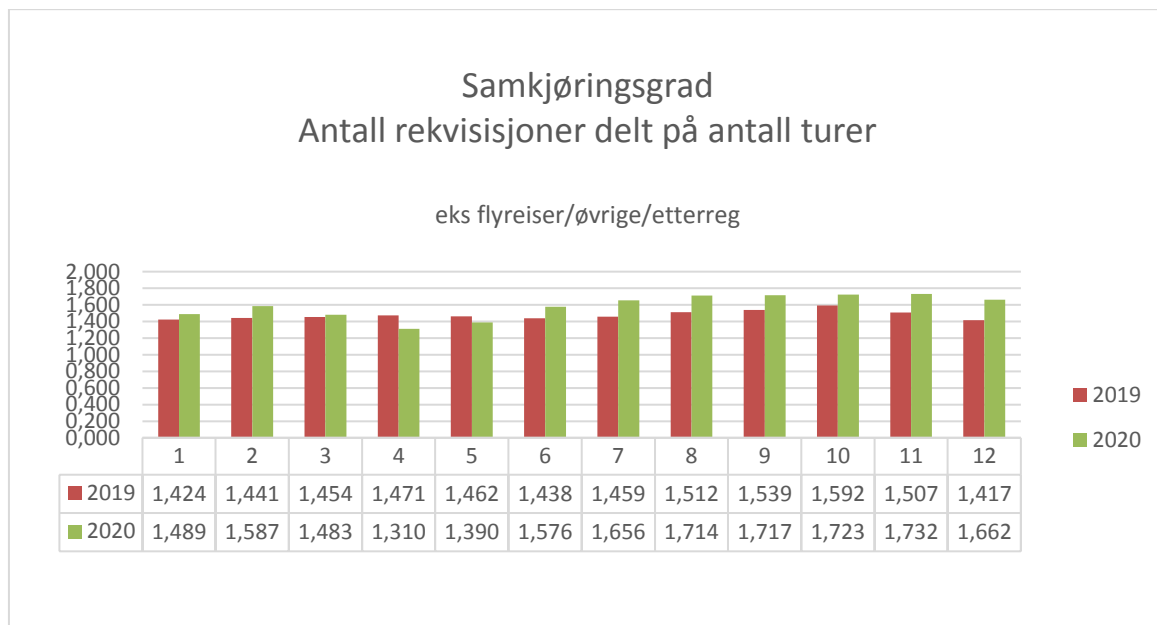
- Forbedringstiltak vedr styring av varmekabler og gatevarme vil starte i mai 2021 når serverkapasiteten hos sykehuspartner blir oppgradert.
- Det vil på Kalnes bli byttet et betydelig antall lysstoffarmaturer til LED i 2021.
- Forbedringstiltak på varmegjenninnere.

Et moderne sykehus har mange energi-prosesser som til dels er avhengig av hverandre. For å oppnå en best mulig ytelse bør alle de enkelte energi-prosessene trimmes til optimalt drift hver for seg og samtidig være på bølgelengde seg imellom. I et nytt sykehus er dette en tidkrevende og møysommelige prosess som kan påvirke mange viktige aktiviteter.

På SØ Kalnes har vi bruk mye ressurser på å trimme energiprosessene og resultatet er en nedgang i energiforbruket. (Ref.: EOS temperatur korrigert fakturert energi 2016-2020). Fokus har blant annet vært på trykkluftprosesser, termiske varmekretser og styring av varmekabler. I tiden fremover vil det blant annet bli større fokus på energi-effektiv drift av ventilasjons aggregater.

Bruker adferd påvirker også energiforbruket og det er et ønske fra teknisk avdeling om at det utarbeides formelle retningslinjer for temperatur og inneklime i SØ.

Delmål: Samkjøringsgrad



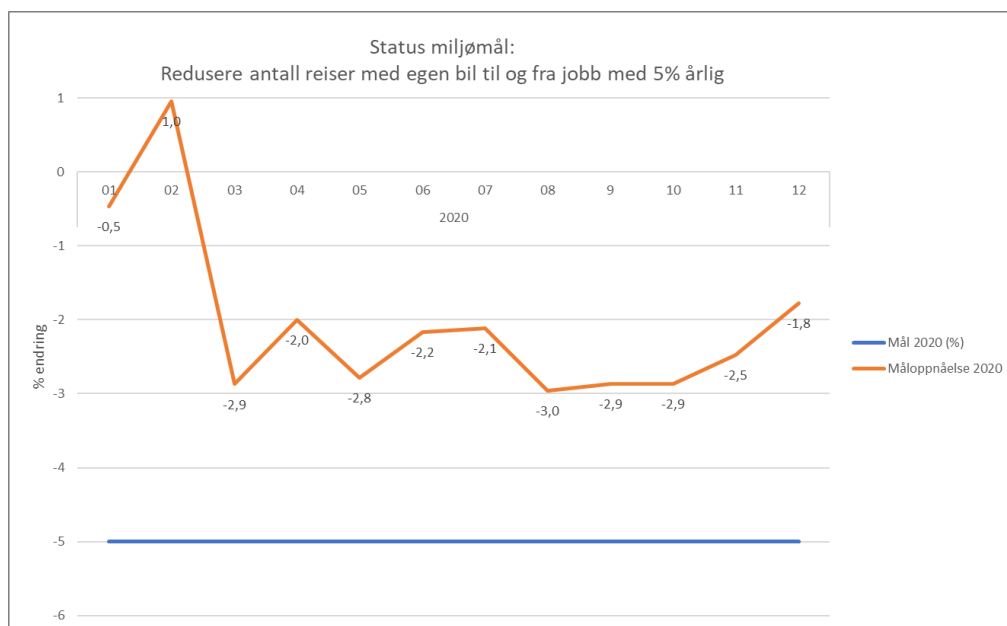
Målet er ikke oppnådd.

Oppnådd samkjøringsgrad ligger så vidt under målet. Pasientreiser SØ har fulgt anbefalingene fra FHI når det gjelder samkjøring av pasienter, dvs. 1 pasient pr. taxi i perioden mars - juli og deretter maks 2 pasienter samtidig i en taxi. Også busser og dagbiler har hatt restriksjoner i antall pasienter (ca. 50% utnyttelse). Basert på disse forutsetningene så er oppnådd resultat akseptabelt, men miljømessig er det ikke bra ettersom det har vært kjørt 6 674 830 km i 2020 mot 6 201 469 i 2019, dvs. en økning på 473 361 km.

5.7.6 Andre tiltak:

- Det har vært innført tiltak ved å fokusere mer på kjeding enn samkjøring, det vil si at en (1) bil holdes i aktivitet over tid og henter og leverer pasienter i sekvens, ikke at de sitter i bilen samtidig. Dette har ført til at vi har fått redusert kostnad pr. rekvisisjon noe, men ser samtidig at kjørte km pr. rekvisisjon har økt.
- Mange behandlere har valgt å bestille alenebil til sine pasienter selv om retningslinjene har vært maks 2 pasienter pr. taxi. Dette gjør at kostnadene øker og at kjørte km øker.

Delmål: Reiser med egen bil til og fra jobb



Målet er ikke oppnådd.

Koronapandemien har ført til endring i medarbeidernes samkjøring og bruk av kollektive transportmidler. Våren 2021 planlegges det å starte opp en arbeidsgruppe for miljøtiltak, hvor tiltak for å bedre måloppnåelsen for miljø vil være et av arbeidsområdene.

5.8 Trusler, vold og utagering mot medarbeidere – Sykehuset Østfold og Helse Sør-Øst

5.8.1 Sykehuset legger [Arbeidstilsynets](#) definisjoner til grunn:

Vold og trusler er hendelser hvor arbeidstakere blir fysisk eller verbalt angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydningstrussel 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.

5.8.2 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.

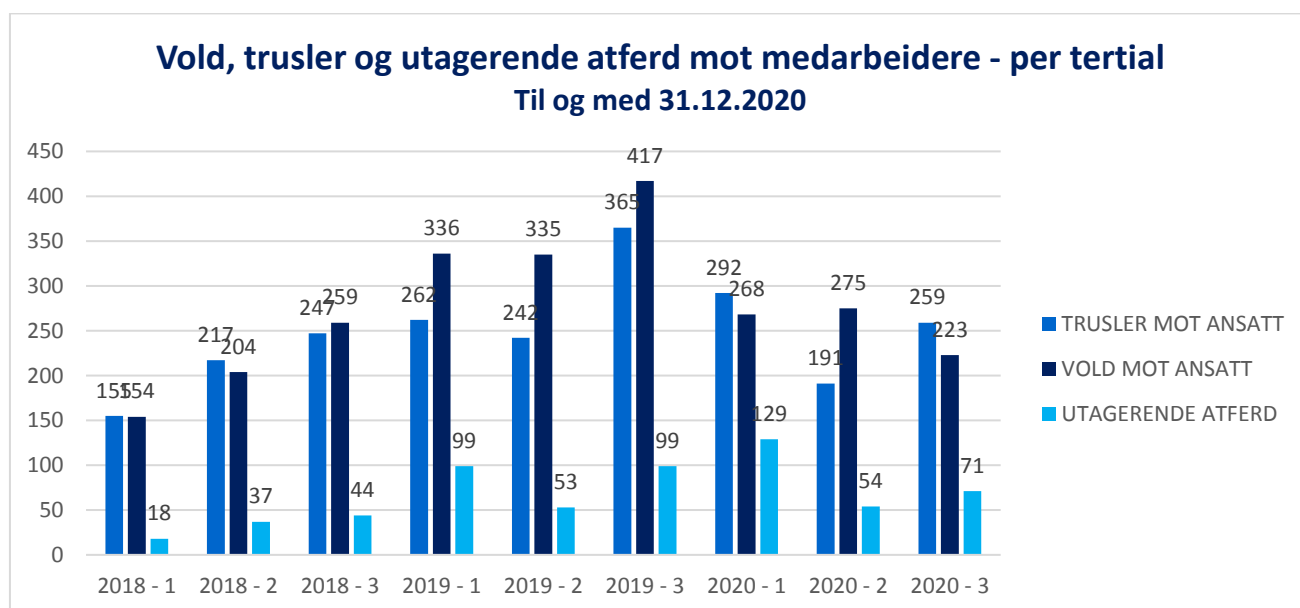
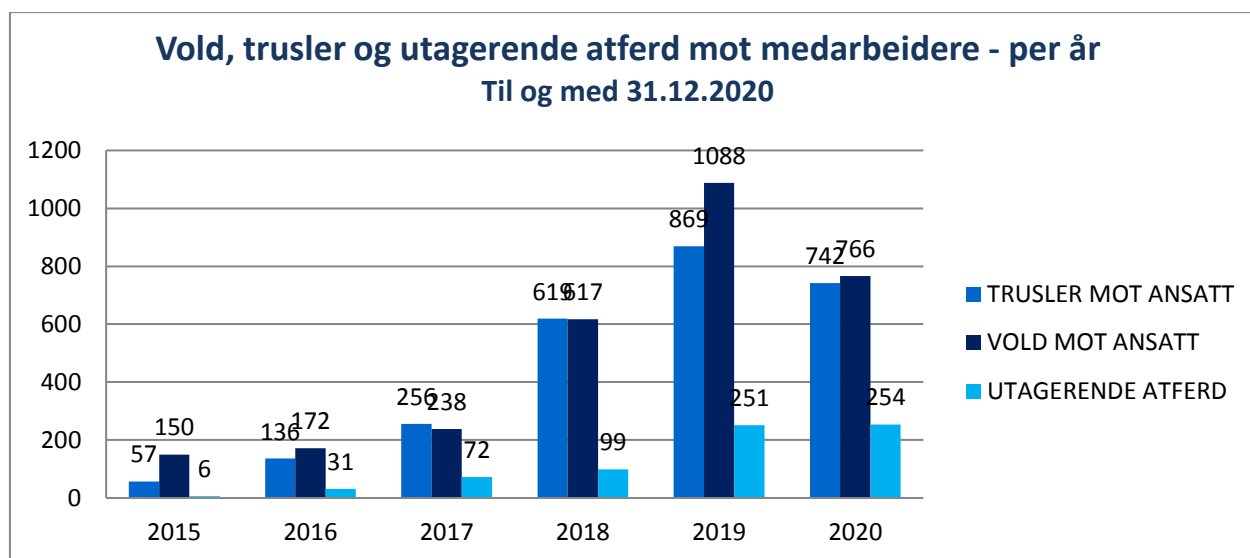
Psykologspesialist Per Isdal peker i boken *Smittet av vold* (2017) på belastningspsykologi og spesielt tre forhold som påvirker helsebelastningen en medarbeider utsettes for ved trusler, vold og utagering:

- Hendelsens alvorlighet (*pasienthistorie, dramatisk hendelse*).
- Frekvens – hvor ofte (*hendelser, antall pasienter*).
- «Safe place» (*forutsigbart og trygt kollegamiljø*).



Summen av de tre faktorene utgjør fysisk og psykisk helsebelastning. Derfor er det forebyggende arbeidet og et positivt psykososialt arbeidsmiljø med høy kompetanse og kollegastøtte viktig. I er medarbeiderens personlige historie/erfaringer og livssituasjon/privatliv har betydning for opplevd helsebelastning. Isdal peker på en del hjelpeyrker og profesjoner som jobber med mennesker og vansker, lidelser og problemer, som treffes av dette: helsepersonell, barnevern, politi og fengselsvesen. HMS-avdelingen har i 2019-2020 kjøpt 70 eksemplarer av Isdals bok til forelesere, sikkerhetspersonell, HR-rådgivere, andre fagpersoner og alle i administrerende direktørs ledergruppe som en del av kunnskapsbyggingen.

5.8.3 Utvikling i antall hendelser på foretaksnivå

Figuren viser antall registrerte tilfeller av vold, trusler og utagerende atferd per år. Kilde: Synergi 18.01.21.



Figuren viser antall hendelser kategorisert som vold, trusler og utagerende adferd mot medarbeider per tertial i perioden 2018 til og med 3. tertial 2020. Kilde: Synergi 18.01.21.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 Dato: 09.02.21 Side: 27 / 59
HMS årsrapport 2020	Arkiv nr.: 14/07251

Trender og utviklingstrekk

- Totalt er det registrert 1 762 hendelser (trusler, utagerende adferd og vold) i 2020 mot 2 167 i 2019.
 - En nedgang på 405 hendelser (19 %) knyttet til trusler og vold. Antall «utagerende atferd» er tilnærmet uendret i 2020.
- 1 577 (89,5 %) hendelser er registrert innen klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling.
 - Hvorav 1 319 (74,9 %) hendelser i psykiatrisk avdeling døgnet. En nedgang fra totalt 1 973 hendelser og 91,2 % av totalt antall hendelser i 2019.
 - For andre enheter innen psykisk helsevern og rusbehandling har antall hendelser samlet økt med 69 (36,5 %).
 - Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering har en økning fra totalt 80 hendelser i 2019 til 153 hendelser i 2020, en økning på 73 hendelser (91 %). I følge avdelingssjef Ragnhild Tranøy er økningen knyttet til et meget begrenset antall pasienter.
- 155 (8,8 %) hendelser er registrert innen somatikk hvorav 34 (1,9 %) i prehospital avdeling (ambulansetjenesten). En økning fra 139 hendelser og 6,4 % av totalt antall hendelser i 2019.
- 30 (1,7 %) hendelser er registrert i ikke-medisinske tjenester inkludert vektertjenesten (teknisk avdeling) i 2020. En nedgang fra 52 hendelser og 2,4 % av totalt antall hendelser i 2019.

Mulige årsaker til nedgang i antall registrerte hendelser fra 2019 til 2020

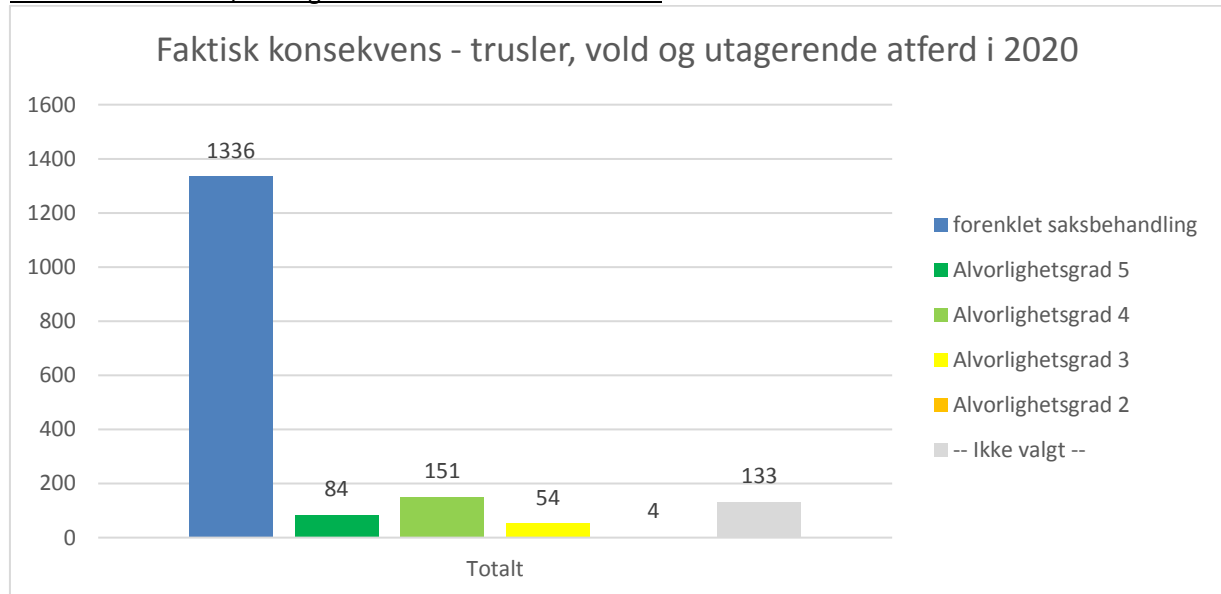
En nedgang i antall hendelser med 465 (26 %) i psykiatrisk avdeling døgnet kan skyldes enkeltpasienter innlagt i avdelingen over tid, hvor det i perioder kan være daglig utageringer knyttet til en pasient, samt naturlige variasjoner. Se kapittel 5.8.5.

Årsaker til økning i antall registrerte hendelser fra 2018

På bakgrunn av nøkkeltall, hendelser registrert i Synergi, dialog med ledere, verneombud og tillitsvalgte forklares økningen i antall registrerte hendelser de siste årene ved følgende:

- En reell økning i antall hendelser.
- 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.
- Endringer i Psykisk Helsevernloven fra 2017 medfører forlenget akuttfase etter innleggelse ved enheten innen klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, fordi vurderinger og vedtak omkring medisinerer tar lengre tid.
- Strengere regelverk i forskrift for utførelse av arbeid § 23A fra 2017 har bidratt til økt fokus på rapportering av hendelser, kartlegging, risikovurdering og forebygging med tiltak.
- Bedre meldekultur og registrering av hendelser i systemet Synergi gjennom høyt fokus på medarbeider sikkerhet på foretaksnivå.
 - Nytt modulbasert opplæringstilbud fra 01.09.2018 hvor meldekultur og bruk av Synergi er tema. Fra 01.09.2018-31.12.2019 ble registrert 2 440 deltakere (1 deltaker = 1 person på en opplæringsmodul).
 - Fokus på krav til kartlegging, risikovurdering og ønsket meldekultur har vært tema i alle ledergrupper etter adm. direktørs vedtak om oppfølging i ledermøte 14.05.2019.
 - En hovedforklaring til volumøkningen er at det i psykiatrisk avdeling døgnet, seksjon akuttmottak for voksne, i større grad enn før registreres mindre alvorlige hendelser gjennom forenklet registrering på fastsatt skjema for deretter å registrere hendelsene elektronisk i Synergi. Det er ønsket for å få et reelt bilde av utviklingen. Et stort antall mindre alvorlige hendelser over tid kan være helsebelastende. Se kapittel 5.8.2.

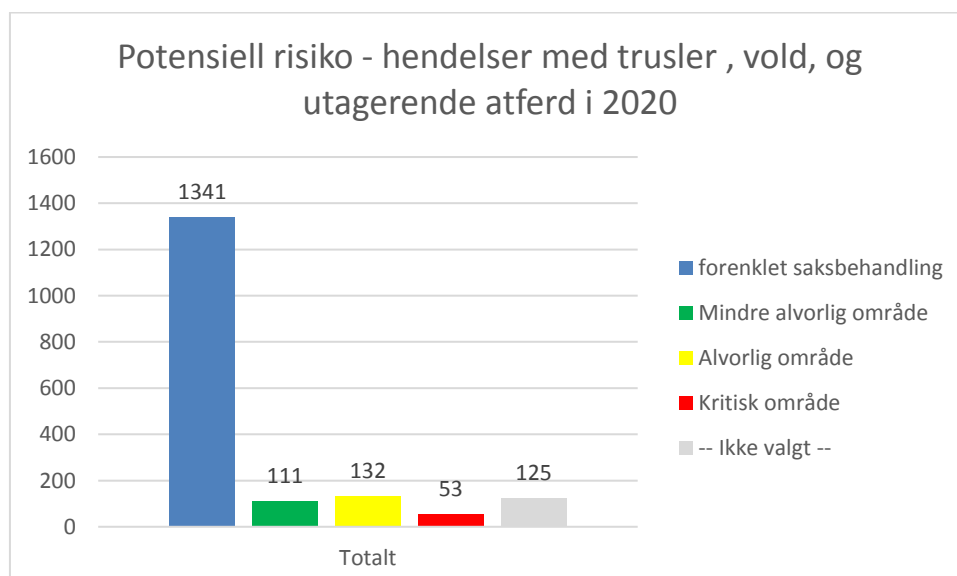
5.8.4 Konsekvens/alvorlighet av hendelser – foretaksnivå



Figuren viser faktisk alvorlighetsgrad for hendelser i 2020. Se beskrivelse av alvorlighetsgrad 1-5 under. 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.

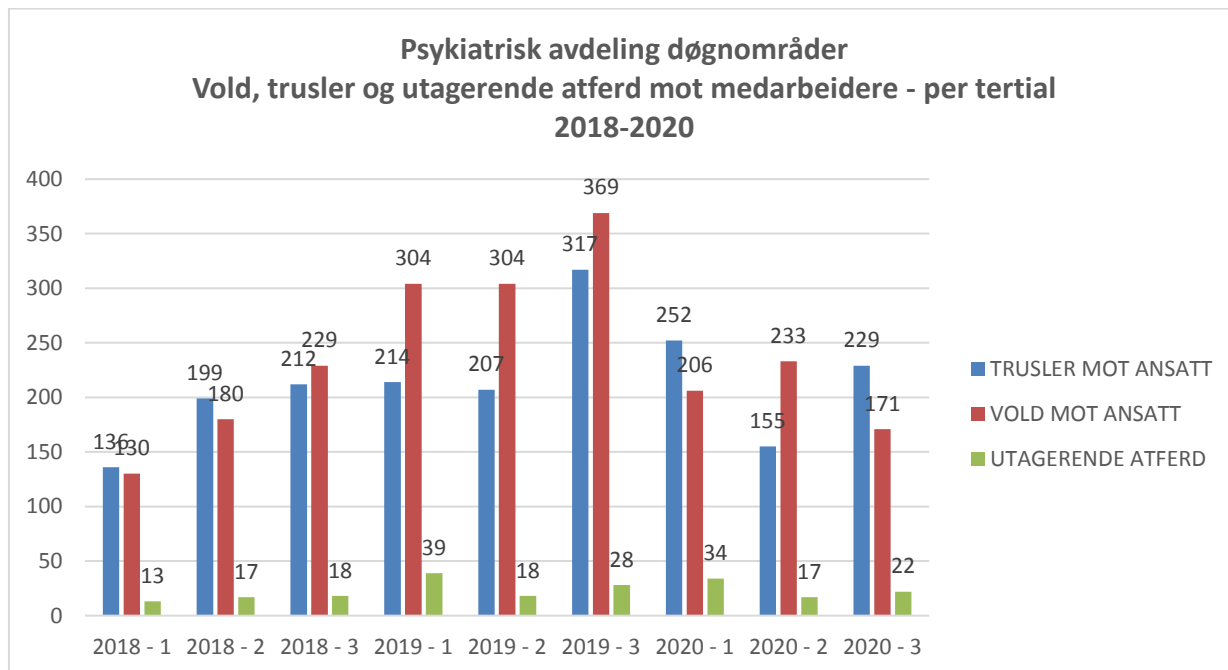
Konsekvens - skala for vurdering av alvorlighetsgrad

- 5: Ingen/ubetydelig konsekvens - hendelser/forhold med ingen eller minimal fysisk eller psykisk skade/helsebelastning på ansatte, eiendom eller miljø. Uten sykefravær.
- 4: Mindre alvorlig konsekvens - mindre skadeomfang/helsebelastning fysisk eller psykisk, forbigående helseplager med 0-16 sykefraværsdager. Mindre skade på eiendom eller miljø.
- 3: Moderat skade - moderat skade/helsebelastning fysisk eller psykisk, eller forbigående helseplager med sykefravær på mer enn 16 dager. Moderat skade på eiendom eller miljø.
- 2: 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.
- 1: Død/katastrofal - 100 % arbeidsuførhet eller ansattes død som følge av uønsket hendelse/yrkesskade. Katastrofal skade på eiendom eller miljø.



Figuren viser potensiell risiko for hendelser med trusler, vold eller utagerende atferd i 2020. 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.

5.8.5 Utvikling i antall hendelser i psykiatrisk avdeling døgn¹⁵



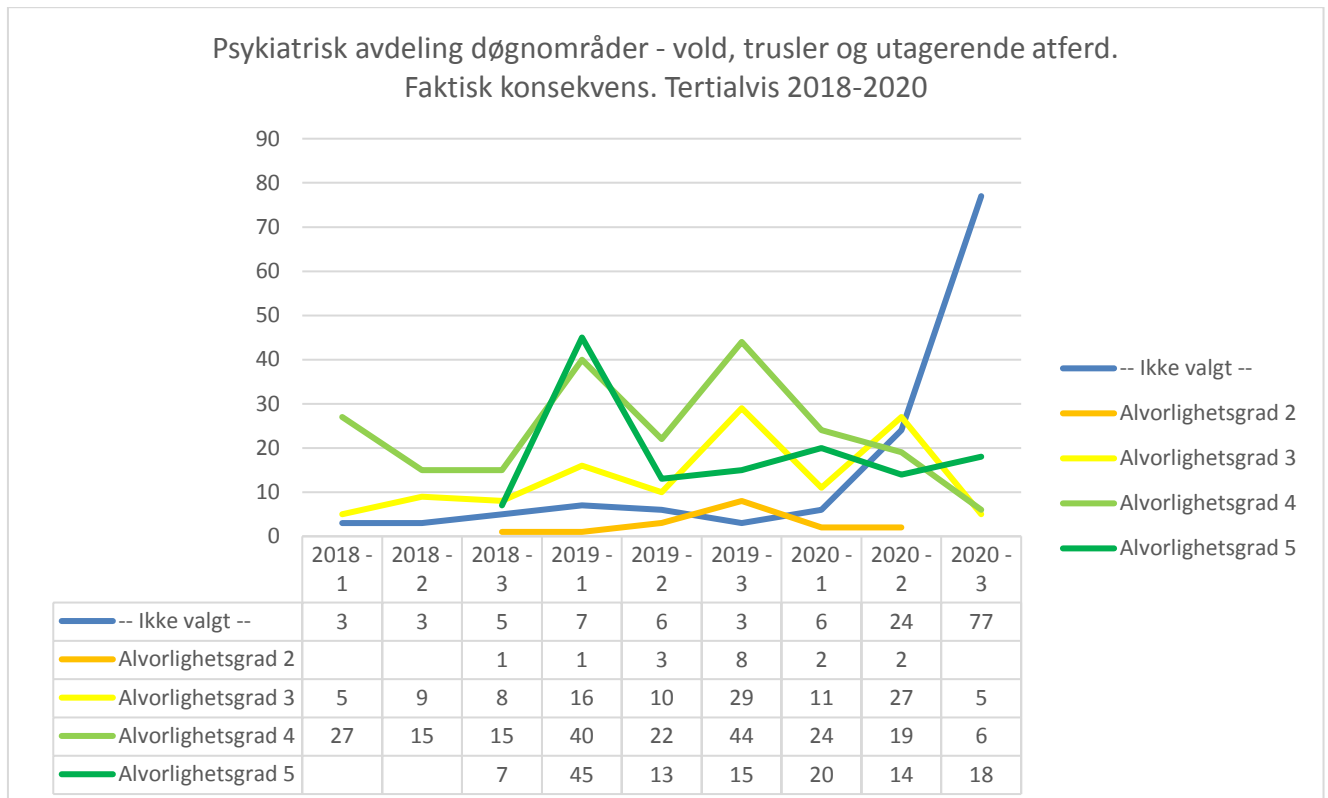
Figuren over viser hendelser på psykiatrisk avdeling døgn med trusler, vold og utagering mot medarbeider i 2020 (totalt hendelser 1 319, 75% av totalt antall hendelser). *Datauttrekk fra Synergi 18.01.2020.*

5.8.6 Trender og utviklingstrekk

Det har i psykiatrisk avdeling døgn være en vesentlig nedgang i registrerte voldshendelser i 2020 sammenlignet med 2019. Dette kan skyldes enkeltpasienter innlagt i avdelingen over tid, hvor det i perioder kan være daglig utageringer knyttet til en pasient. Årsaken til reduksjon i registrerte hendelser fra 2019 til 2020 kan også dreie seg om naturlige variasjoner.

Opplæring i konflikthåndtering har vært uendret fra 2016 til 2019. I februar 2020 var 15 medarbeidere i avdelingen ferdig opplærte som MAP-instruktører (Møte Med Aggresjonsproblematikk), men opplæringen av øvrige medarbeidere har blitt utsatt grunnet smittevern under koronapandemien. Fra mars 2020 har avdelingen til enhver tid hatt restriksjoner knyttet til å ivareta smittevern. Det dreier seg om begrenset mulighet for permisjoner, nærkontakt og besøk.

¹⁵ Kilde: Nøkkeltall fra Synergi. Vurderinger er gjort av avdelingssjef Ida Marie Mørk Snopestad og koordinerende verneombud Imre Banfi.



Figuren viser kategorisering av faktisk alvorlighetsgrad i psykiatrisk avdeling døgn, per tertial fra 2018-2020.

Utviklingen gjennomgås pr. tertial i møte med avdelingssjef Ida Marie Mørk Snopestad, HMS-sjef Terje Engvik og rådgiver Anne Edvardsen Kyrudalen fra kvalitet- og pasientsikkerhetsavdelingen. Utviklingen i registrerte hendelser pr. seksjon fremkommer av ledelsens gjennomgang og tas opp i 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 periodevis 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.

5.8.7 Psykiatrisk avdeling døgn - gjennomførte og eksisterende tiltak

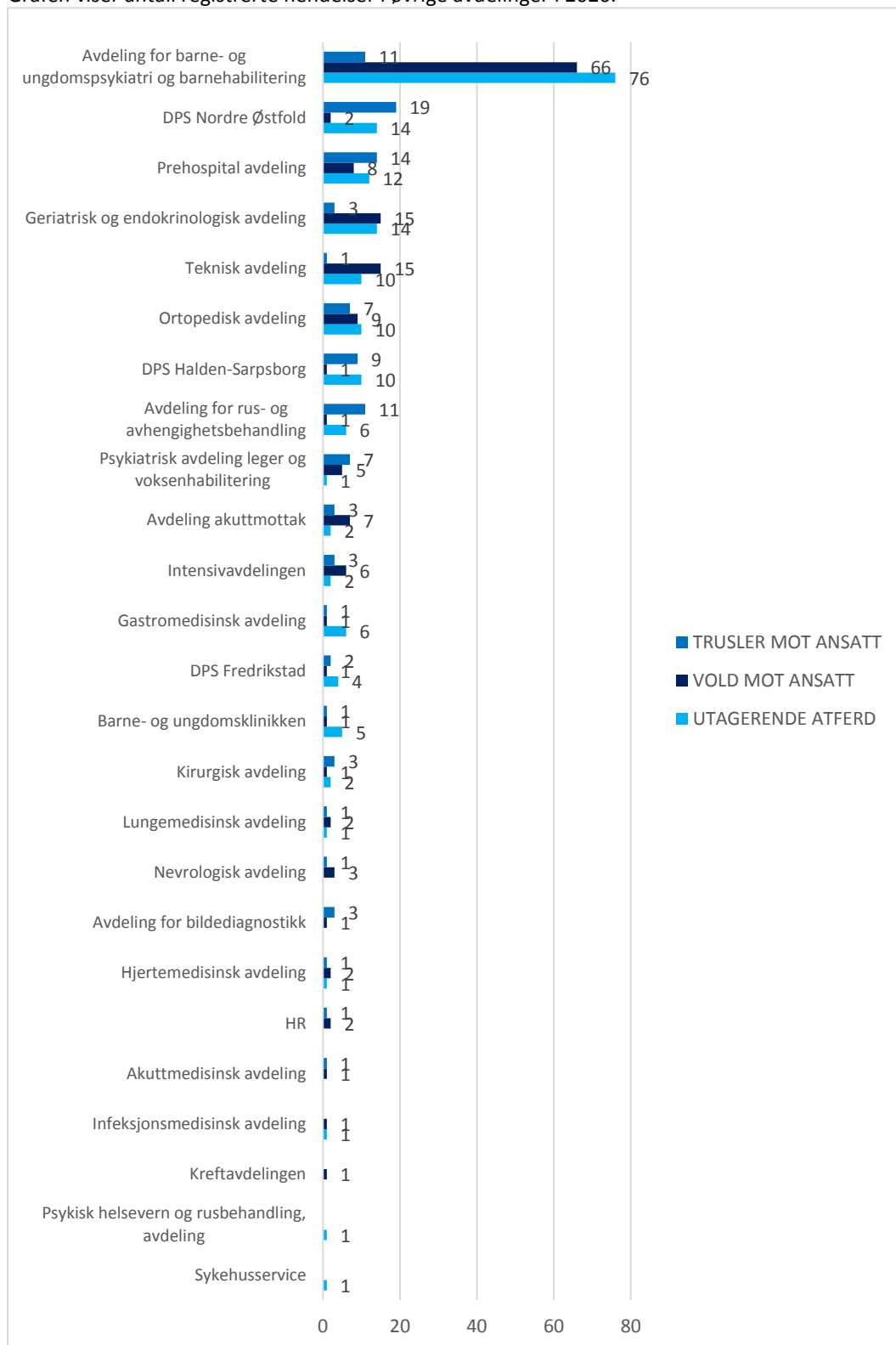
- Opplæring/trening i konflikthåndtering; nytilsatteopplæring og jevnlig trening for alle medarbeidere.
- MAP: Møte med aggresjonsproblematikk. Dette er et nytt felles nasjonalt prosjekt. Formålet med opplæringen er:
 - Forebygge vold.
 - Ivareta gode relasjoner. Redusere grad av utrygghet.
 - Unngå skade. Redusere makt og tvang.
 - Læring.
- Ettersamtaler ved bruk av tvang kan ha en forebyggende effekt.
- Som forebyggende tiltak er det satt inn ekstra personell ved overbelegg, både som et sikkerhetstiltak og for å forebygge økning i sykefraværet.
- Omtale plassutfordringer ved overbelegg/trangboddhet. Klinikken har ukentlige kapasitetsmøter.

5.8.8 Psykiatrisk avdeling døgn - planlagte nye tiltak

- Oppdatering av eksisterende og iverksetting av nye risikovurderinger i alle døgnseksjoner. Støttepersonell fra andre enheter (teknisk personell, renholdere, servicemedarbeidere) involveres.
- Læring på tvers av seksjoner etter eksterne tilsyn
- Interne HMS-revisjoner ved inntil 5 av seksjonene (psykosebehandling 1, 2 og 3 samt sikkerhetsseksjon 1 og 2) som en del av sykehusets revisjonsplan for 2021, behandlet i AMU 10.12.20.

5.8.9 Utvikling i antall hendelser i på avdelingsnivå

Grafen viser antall registrerte hendelser i øvrige avdelinger i 2020.



Figuren viser hendelser per avdeling (unntatt psykiatrisk avdeling døgnområder) med trusler, vold og utagerende atferd i 2020 (totalt 434 hendelser). Kilde: Synergi 18.01.2021.

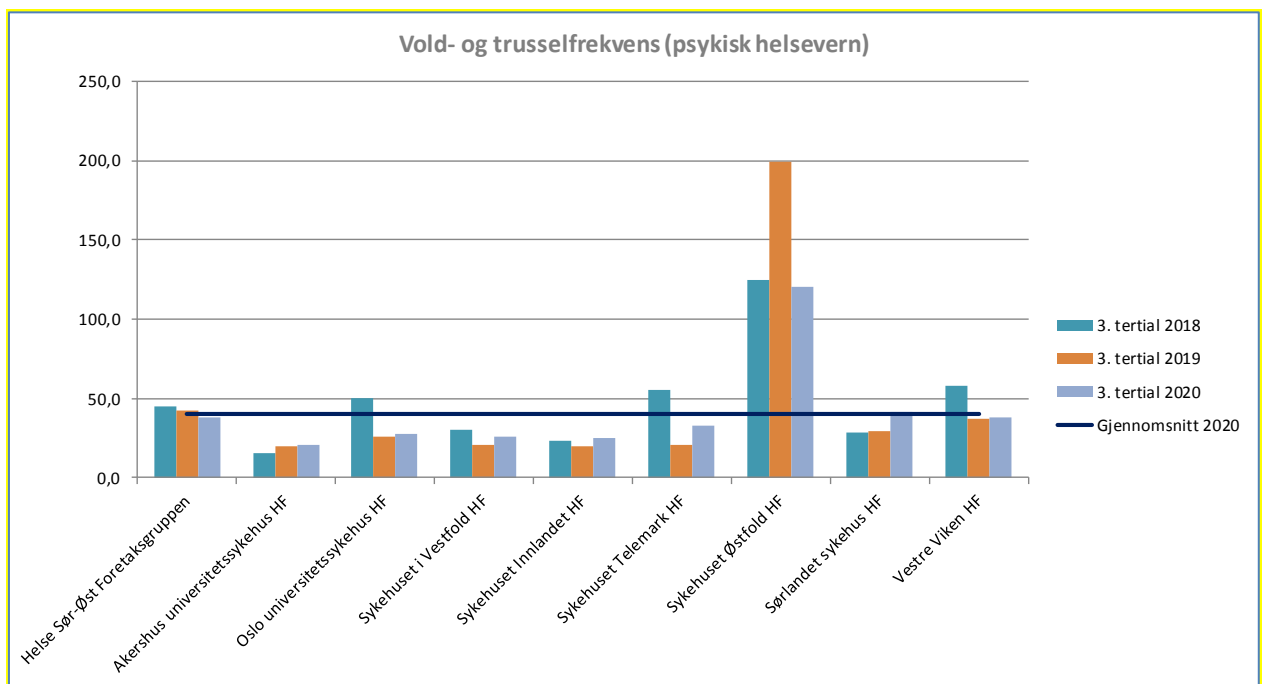
5.8.10 Tiltak – alle enheter og foretaksnivå

- Nytt modulbasert opplæringstilbud i forebyggende kommunikasjon og håndtering av vold og aggresjon ble lansert fra 01.09.18 for alle kliniske og ikke-kliniske enheter.
- Grunnet koronasituasjonen vurderes tilbudet videreutviklet med økt bruk av digital formidling og film.
- Det lanseres i 2021 et nytt e-læringstilbud i SØ.

Alle enheter - tiltak med størst opplevd forebyggende effekt for færrest mulig alvorlige hendelser

- Grovkartlegging med sjekklister og helhetlig risikovurdering med forebyggende tiltak er et lovkrav og et grunnleggende viktig tiltak i alle enheter. [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.
 - 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.
- Gjennom adm. direktørs vedtak i sykehusledermøte 19.12.18 er det fra 2019 et krav om at alle kliniske og ikke-kliniske enheter minimum årlig skal oppdatere grovkartlegging og/eller helhetlig risikovurdering.

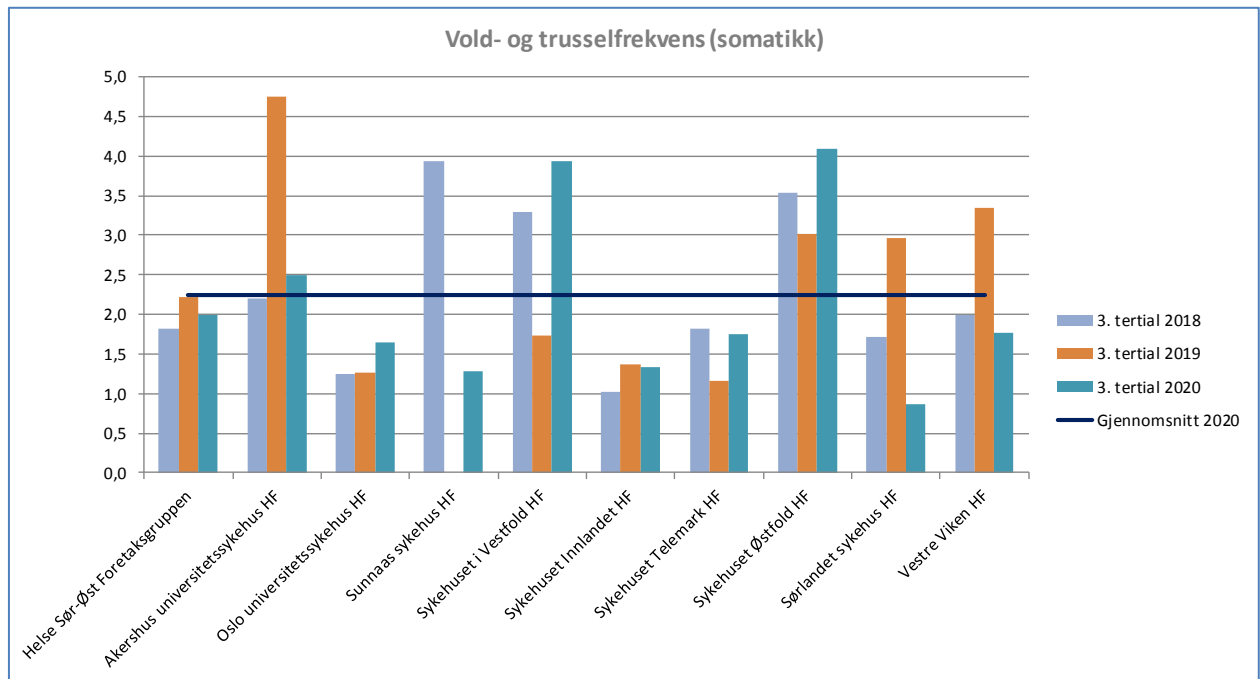
5.8.11 Vold- og trusselfrekvens - sammenligning av helseforetakene i Helse Sør-Øst pr. 31.12.20¹⁶



Grafene viser antall hendelser pr. 1 000 brutto månedsverk. Utviklingen sammenstilles i nettverks- og forbedringsarbeidet mellom helseforetakene. En kan se at SØ ligger vesentlig høyere enn de andre helseforetakene. Etter drøftinger i HMS-ledermøte i Helse Sør-Øst hvor alle HMS-sjefene møtes, kan den høye frekvensen i noen grad skyldes at SØ har en bedre meldekultur for registrering av hendelser i Synergi enn de andre helseforetakene. Drøftinger i HMS-ledermøte i Helse Sør-Øst hvor HMS-sjefene møtes, konkluderte med at den høye frekvensen i kan skyldes at SØ har en annen meldekultur og -metodikk for registrering av hendelser i Synergi enn de andre helseforetakene, mer enn reell frekvensforskjell. Psykiatrisk akuttmottak for voksne ble fra 2018 gitt anledning til forenklet registrering av mindre alvorlige og gjentakende hendelser manuelt på avtalt skjema før

¹⁶ Kilde: Helse Sør-Øst RHF v/spesialrådgiver HMS og samfunnsansvar Signe Hveem. Per 31.01.21.

hendelsene registreres i Synergi. Ordningen ble akseptert i påvente av en app på rolletelefoner som gjør registrering av uønskede hendelser og avvik i Synergi enklere og mer brukervennlig. Se kapittel 5.8.3. Erfaringer viser at praksisen med forenklet registrering i en enkelt seksjon er utfordrende da antall registrerte hendelser skaper et skjevt bilde sammenlignet med øvrige seksjoner i psykiatrisk avdeling døgnet, samt totalt sett for SØ sammenlignet med andre helseforetak. Ordningen med forenklet registrering vil på bakgrunn av dette bli revurdert fra og med første kvartal 2021 av klinikkens sjef i klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling i samråd med berørte ledere og vernetjenesten.



Grafene viser antall hendelser pr. 1 000 brutto månedsverk. For somatiske enheter er utviklingen i vold- og trusselfrekvens noe jevnere mellom helseforetakene enn for psykisk helsevern.

5.9 Andel enheter med aktiv handlingsplan - Sykehuset Østfold og Helse Sør-Øst

5.9.1 Andel aktive handlingsplaner i SØ































































I tråd med internkontrollforskrift for HMS § 5 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 følgende områder: 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.

5.9.2 Trender og utviklingstrekk

Ved måling pr. 20.01.21 var det registrert *aktivitet* i 206 av 208 (99 %) handlingsplaner. Enkelte mindre enheter har felles handlingsplan. Dog er ikke *kvaliteten* i innholdet i alle handlingsplaner vurdert. Ledere ved enheter som ikke har aktivitet får ved tertialrapportering skriftlig henvendelse med oppfordring om å sikre nødvendig dokumentasjon av HMS-arbeidet i egen enhet, samt tilbud om veiledning.

Vurdering av dokumentert aktivitet i handlingsplan for 2019	
	Aktivitet dokumentert siste periode
	I klinikk eller avdeling med seksjoner: En eller flere enheter har ikke dokumentert aktivitet
	I enhet: Ikke dokumentert aktivitet I klinikk eller avdeling: Ingen enheter har dokumentert aktivitet.

Andel enheter med aktive handlingsplaner 2016-2019							
	30.03.16	31.12.16	31.12.17	31.12.18	20.01.20	20.01.21	Mål
Antall enheter	89 av 195	156 av 195	197 av 210	209 av 209	206 av 210	206 av 208	100 %
Status	45 %	80 %	94 %	100 %	98 %	99 %	100 %

Enheter med dokumentert aktivitet i handlingsplaner ¹⁷							
Klinikk, divisjon og avdeling							
Administrerende direktør stab og ledergruppe							
Viseadministrerende direktør							
Samhandlingsavdelingen		Prestetjenesten					
Kommunikasjonsavdelingen							
HR stab							
HR ledelse		HR-avdelingen		Bemanningsavdelingen			
Økonomi							
Økonomi og oppfølging		Analyse og rapportering		Regnskapsavdelingen			
Fag og utvikling							
Fag og utvikling, ledelse		Smittevern-avdelingen		Kvalitets- og pasientsikkerhets-avdelingen			
Fag- og kompetanseavdelingen		Forskningsavdelingen		IKT-avdelingen			
Klinisk IKT		Medisinskteknologisk avdeling					
Divisjon FM							
Divisjon FM ledelse		Teknisk avdeling		Avdeling for innkjøp og logistikk			
Sykehusservice		Eiendomsavdelingen					
Kreftavdelingen		Avdeling for bildediagnostikk		Senter for laboratoriemedisin			
Klinikk for kirurgi							
Klinikk for kirurgi, ledelse		Kirurgisk avdeling		Ortopedisk avdeling			
Øre-nese-halsavdelingen		Øyeavdelingen		Operasjonsavdelingen Kalnes			
Operasjonsavdelingen Moss		Intensivavdelingen		Avdeling for anestesileger			
Sterilsentralen							
Klinikk for medisin							
Klinikk for medisin, overordnet		Klinikk for medisin, ledelse		Dokumentasjonsenteret			
Avdeling pasientservice og booking		Akuttmedisinsk avdeling		Nevrologisk avdeling			
Revmatologisk avdeling		Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering		Gastromedisinsk avdeling			
Nyremedisinsk avdeling		Infeksjonsmedisinsk avdeling		Lungemedisinsk avdeling			
Hjertemedisinsk avdeling		Geriatrisk og endokrinologisk avdeling					
Klinikk for kvinne-barn							
Klinikk for akuttmedisin							
Klinikk for akuttmedisin, ledelse		Avdeling akuttmottak		Prehospital avdeling			

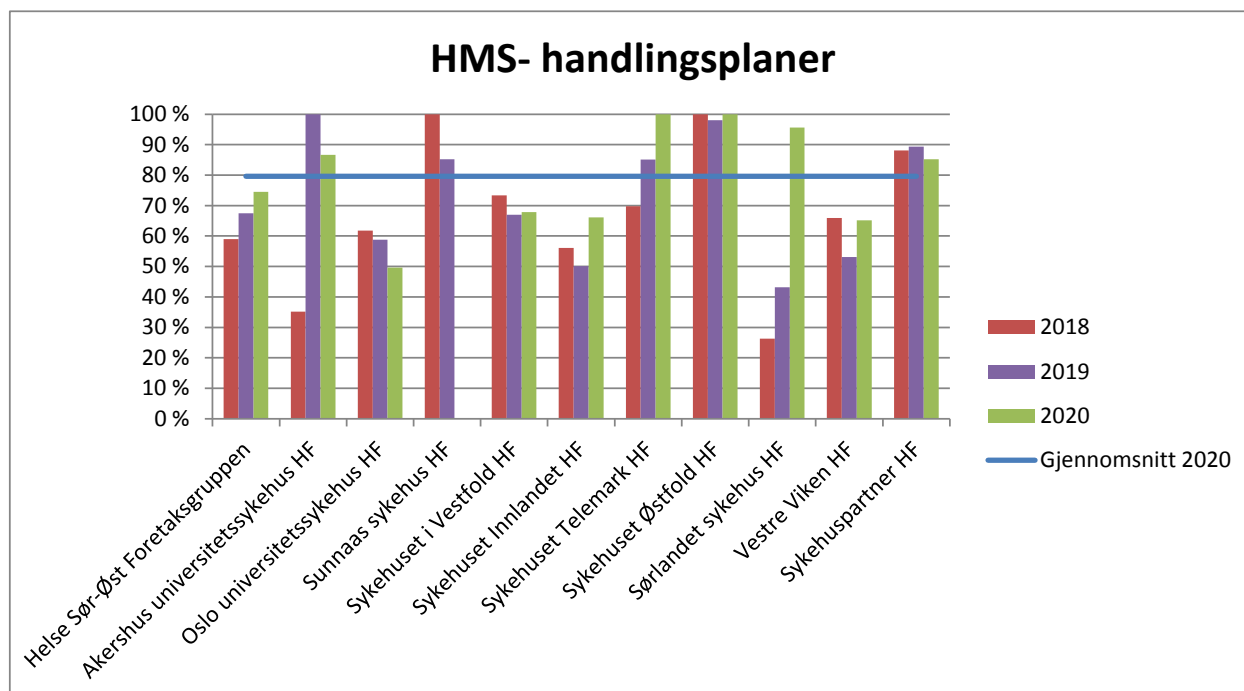
¹⁷ Kilde: Rapport fra Søs system «handlingsplan» pr. 20.01.21.

Andel enheter aktive HMS handlingsplaner forts.				
Klinikk, divisjon og avdeling				
Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	☹️			
Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling - ledelse	😊	Psykiatrisk avdeling døgn	😊	DPS nordre Østfold
DPS Halden-Sarpsborg	😊	DPS Fredrikstad	😊	Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering
Avdeling for rusbehandling	😊	Psykiatrisk avdeling leger og voksenhabilitering	😊	

5.9.3 Tiltak med effekt på måloppnåelse

- Informasjon, opplæring og kontinuerlig tilbud om veiledning til leder og ledergrupper.
- Årlig tilbud om HMS miniseminarer hvor bruk av handlingsplan var tema.

5.9.4 Andel aktive handlingsplaner - sammenligning av helseforetakene i Helse Sør-Øst pr. 31.12.20



Grafen viser andel enheter med aktive handlingsplaner vurdert av det enkelte helseforetak, og sammenstilt som en del av nettverks- og forbedringsarbeidet mellom helseforetakene¹⁸. SØ har 99 % resultatoppnåelse (grafene indikerer 100 %).

¹⁸ Kilde: Helse Sør-Øst RHF v/spesialrådgiver HMS og samfunnsansvar Signe Hveem. Per. 31.01.21.

5.10 Kundetilfredshet med opplæring og lederstøtte

I arbeidsmiljølovens § 3-2 fremgår at medarbeiderne skal gjøres kjent med ulykkes- og helsefarer, og gis nødvendig opplæring for å mestre oppgavene (roller, rutiner, utstyr) og for å delta i HMS-arbeidet. Det er lovhjemlet krav til obligatorisk grunnopplæring av ledere, verneombud og medlemmer av AMU. Ledere skal ha nødvendig kompetanse til å føre kontroll med at arbeidet blir utført på en helse- og sikkerhetsmessig forsvarlig måte.

5.10.1 runder og utviklingstrekk

- De siste årene har et økt antall ledere gjennomført HMS grunnkurs.
- 2 av 3 kursdager ble avlyst på HMS grunnkurs våren 2020 grunnet koronasituasjonen. Høsten 2020 ble det gjennomført 5 halve kursdager med 40 deltakere på fysisk koronetrygg deltakelse og 10 digitalt på Skype, hvorav 6 fra Sunnaas sykehus.

Deltakere på HMS grunnkurs 2015-2020						
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

HMS grunnkurs (e-læring + 3 dager) er obligatorisk for ledere, verneombud og medlemmer av AMU. Åpent for rådgivere og andre.

Deltakernes evaluering av HMS grunnkurs 2016-2020					
	2016 – 2 kurs	2017 – 2 kurs	2018 – 2 kurs	2019 – 2 kurs	2020- 1 kurs
Kursets innhold	4,9 ¹⁹	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

HMS grunnkurs har 14 forelesere. Grad av deltakertilfredshet på skala 1-6 med 6 som beste score. Evalueringen er oppsummert av fag- og kompetanseavdelingen. HMS miniseminar er en times seminar som oppdatering eller kort innføring i de viktigste krav til systematisk HMS-arbeid for ledere, verneombud, tillitsvalgte og rådgivere.

5.10.2 HMS grunnopplæring for ergonomikontakter²⁰ (Seksjonsleder Janne Hensmo Sjo – OK 20.01.)

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 forebygging belastningskader hos medarbeider og pasientskader ved løft og forflytning.

Målgruppen er:

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

Antall deltakere på grunnopplæring for ergonomikontakter 2019-2020				
	Kliniske enheter		Ikke-kliniske enheter	
	2019	2020	2019	2020
Antall deltakere	9	16	15	10

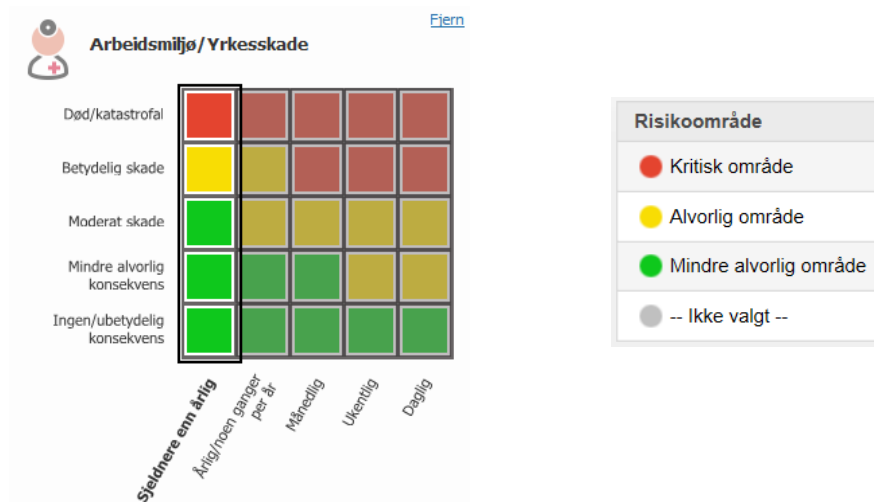
Det ble holdt 3 kurs i 2020; 2 for kliniske enheter og 1 for ikke kliniske enheter. Kurset for ikke kliniske enheter, ble delt opp i to deler, en del de som løfter tungt og en del de som sitter mye på kontor. Det fungerte bra. Det ble også laget en film om forflytning som har blitt godt mottatt.

¹⁹ Snittscore for evaluering av 11 HMS-tema med totalt 14 forelesere. Kursansvarlig er HMS-sjef. Evaluering adm. av fag- og kompetanseavd.

²⁰ Kilde: Seksjonsleder og fagansvarlig Janne Hensmo Sjo, avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering.

6 HMS-HENDELSER OG RISIKOOMRÅDER

Fargekategorier for potensiell risiko ved registrering av sak i Synergi



6.1 HMS-saker - faktiske hendelser, nesten-uhell og forbedringsforslag i Synergi

Registrerte HMS-saker (faktiske hendelser, nesten-uhell og forbedringsforslag) i Synergi 2015-2020					
Eksklusiv personvernhendelser					
2015	2016	2017	2018	2019	2020
838	1 137 (+ 36 %)	1 074 (- 6 %)	2 025 (+ 89 %)	2 976 (+ 47 %)	3 111 (+ 5 %)



Økningen kan skyldes en bedre melde- og forbedringskultur, og i større grad registrering av mindre alvorlige hendelser knyttet til vold og trusler mot medarbeidere.

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 adekvate tiltak.
- Ser vi spor av tiltak i HMS handlingsplan for enheten hvis tiltak er av en viss størrelse?

6.2 HMS-hendelser organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø

Antall og kategori	Vurdering – trender og utviklingstrekk
<p><u>For hele året:</u> Antall innmeldte faktiske hendelser: 345 (2019: 358) Hvorav antall innmeldte nesten-uhell: 13</p> <p>Risikoområdene fordeler seg slik basert på potensiell risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 på kritisk område (rød) - 51 alvorlig område (gul) - 63 mindre alvorlig område (grønn) - 229 ikke valgt område <p>206 saker er behandlet som forenklet, der 97 % av dem er uten vurdering av alvorlighetsgrad.</p>	<p>Det er 313 saker som er avsluttet ved utgangen av året, så her har det vært en økning i antall saker som ikke er avsluttet (fra 3 til 32 saker).</p> <p>Psykiatrisk avdeling døgnområder er de som har de fleste av sakene som ikke er avsluttet (23 av 32)</p> <p>Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling har 161 av sakene hvorav 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 345 sakene fordeler seg slik på hendelsestype:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 74 på arbeidsbelastning

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 Dato: 09.02.21 Side: 38 / 59
HMS årsrapport 2020	Arkiv nr.: 14/07251



<p>Sammenlignet med fjoråret er det bra at flere av de innmeldte sakene nå er registrert med risikoområde (Ikke valgt risiko område er gått ned fra 272 til 229).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 65 på arbeidsbelastning – tidspress - 14 på arbeidsbelastning – traumatiske hendelser - 33 på organisering - 68 på kommunikasjon og samhandling - 37 på samarbeidsproblemer /konflikter - 54 på annet psykososialt arbeidsmiljø <p>Sammenlignet med fjoråret har det vært en stor nedgang i saker med hendelsestype arbeidsbelastning (fra 142 til 74) og med arbeidsbelastning-tidspress (fra 94 til 65), mens det som har økt mest er hendelsestypen annet psykososialt arbeidsmiljø (fra 18 til 54). BHT og HR har vært viktige støttespillere på tiltakssiden her.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6.3 HMS-hendelser vold, trusler og utagering mot medarbeidere

Antall og kategori	Vurdering
<p><u>For hele året:</u> Antall innmeldte faktiske hendelser: 2141 Antall innmeldte nesten-uhell: 26</p> <p>Risikoområdene fordeler seg slik basert på potensiell risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 53 på kritisk område (rød) - 133 alvorlig område (gul) - 111 mindre alvorlig område (grønn) - 1468 ikke valgt område <p>Mange hendelser er behandlet forenklet, uten vurdering av alvorlighetsgrad.</p>	<p>Sykehuspartner jobber for oppgradering av Synergi til versjon 16 tidligst i andre halvdel av 2021. Oppdatert versjon har mulighet til å fungere også på mobiltelefon, avhengig av at telefonen har system for innlogging (planlegging/testing pågår vår 2021)</p> <p>Av hendelser kategorisert som kritisk område, dreier en hendelse seg om bruk av kniv mot medarbeider og syv om drapstrussel eller trussel om svært grov vold. Voldsom utagering, fysiske angrep der pasienten kaster ting på medarbeider, og alvorlige og langvarige verbale trusler går igjen.</p> <p>Kommentar eventuelle tiltak: Trening på terapeutisk konflikthåndtering Politianmeldelse Sikre rett bemanning – unngå alenearbeid Tilrettelegging, forebygging, kontinuerlig voldsrisikovurdering dersom spesielt krevende pasienter med kjent voldsproblematikk. Vurdere annet behandlingsnivå Vurdere medisiner</p>

6.4 HMS-hendelser ergonomi og fysisk overbelastning

Antall og kategori	Vurdering - trender og utviklingstrekk
<p><u>For hele året:</u> Antall innmeldte faktiske hendelser: 28 Antall innmeldte nestenuhell: 0</p> <p>Risikoområdene fordeler seg slik basert på potensiell risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0 på kritisk område (rød) - 8 alvorlig område (gul) - 2 mindre alvorlig område (grønn) - 18 ikke valgt område <p>Mange hendelser er behandlet forenklet, uten vurdering av alvorlighetsgrad.</p>	<p>Årsaker til hendelsene er enten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Feil med løfthjelpemidler, manglende utstyr eller utstyr ikke tilgjengelig i situasjonen (glemt å sette utstry til ladning. 2) Overbelastning pga uventet pasientadferd 3) Overbelastning pga alenearbeid eller feil bruk av utstyr 4) Feil plassering av pasienter på tomannsrom, ikke overholt prosedyrer, for høy belastning på personalet

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 Dato: 09.02.21 Side: 39 / 59
HMS årsrapport 2020	Arkiv nr.: 14/07251

6.5 HMS-hendelser miljø

Antall og kategori	Vurdering
<p>For hele året:</p> <p>Antall innmeldte faktiske hendelser: 21 Antall innmeldte nestenuhell: 0</p> <p>Risikoområdene fordeler seg slik basert på potensiell risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0 på kritisk område (rød) - 1 alvorlig område (gul) - 14 mindre alvorlig område (grønn) - 6 ikke valgt område 	<p>Det er rapportert 21 hendelser i Synergi (reduksjon på 14 i forhold til i 2019). Det er underrapportering av miljøhendelser, da hendelser rapportert inn som f.eks. driftshendelser også kan ha påvirkning på miljø.</p> <p>Interne revisjoner i miljøledelse er inkludert i Søs HMS interne revisjoner. På grunn av pandemien ble det avholdt få revisjoner, og det var ingen funn som omhandlet miljø.</p> <p>De fleste hendelser løses lokalt, men miljøvert/miljøingeniør involveres ved behov. Gjentakende hendelser:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kjemikalielekkasje på grunn av at beholderlokk ikke er skrudd ordentlig igjen. Ingen miljøskade. Tiltak er lokal opplæring/bevisstgjøring eller at det ble tatt kontakt med eksternt legekantor som sendte prøven. 2. Åpne porter i Servicegården som gir stort energitap. Tiltak er endrede rutiner og bevisstgjøring av medarbeidere.

6.6 HMS-hendelser brannsikkerhet

Antall og kategori	Vurdering - trender og utviklingstrekk
<p>For hele året:</p> <p>Antall innmeldte avvik under BRANNVERN: 46</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herunder 9 brann og branntilløp - 14 relatert til branntekniske anlegg - 5 relatert til rømningsveier - 18 annet brannvern (blant annet at alarm er utløst, men ikke branntilløp) <p>Risikoområdene fordeler seg slik basert på potensiell risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0 kritisk område/alvorlig område (gul) - 1 mindre alvorlig område (grønn) - 45 har ikke valgt risikoområde <p>Hendelsene er behandlet forenklet, uten vurdering av alvorlighetsgrad.</p>	<p>*) 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. Brannrådgiver deltar i kapasitetsmøter og medtas i enkelte drøfting av endringer i prosedyrer knyttet til pasientflyt.</p>

6.7 Yrkesskader meldt til NAV²¹

6.7.1 Definisjon

Med yrkesskade 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 yrkesskade²². Vilkårene er kumulative, dvs at alle vilkårene må være oppfylt:

1. Skadelidte er yrkesskadedekket.
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.

²¹ Kilde: HR-sjef Nina Bøhn Kristiansen, HR-avdelingen.

²² NAVs skjema for melding av yrkesskade med veiledning, og rundskriv til folketrygdlovens § 13-3, datert 18.10.2013.

6.7.2 Trender og utviklingstrekk

Regjeringen har nå endret yrkesskadereglene 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 yrkessykdom og gi rett til yrkesskadeerstatning. Nå er sykdommen oppført på listen. De nye reglene vil også gjelde for yrkesskadeforsikringsloven. 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 hjemme for å bidra til å redusere smittefaren. Regjeringen har nå gjort det klart at ansatte på hjemmekontor fortsatt skal være sikret yrkesskadedekning i folketrygden, på samme måte som om de var på sin vanlige arbeidsplass.

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

Ser man bort fra de 16 som er meldt inn med denne bakgrunnen har vi i år en nedgang på to innmeldte saker til Nav sammenlignet med året før. Tar man med de covid-relaterte innmeldte sakene har vi hatt en økning på 16 %.

Slik fordeles de innmeldte sakene:

- Fordeling i 2016: 20 i psykisk helsevern, 46 i somatikken, 13 i FM/staber²³.
- 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, 61 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)

6.8 Utvikling i antall uføre

Fra 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

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

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

²³ Kilde: HR-avdelingen.

Trender og utviklingstrekk

Fra 2015 ble det en endring i regelverket som medførte at uføre som fylte 67 år ble overført til alderspensjon. Uføreandel i årsverk gikk bl.a. som følge av dette ned fra 15,06 % i 2014 til 12,6 % for 2015.

Sammenlignet med 2019 ser vi en klar nedgang i antall som blir delvis uføre i 2020 for sykepleiere og andre yrkesgrupper. Viser for øvrig til tallene i tabellen over.

6.9 Vaksiner, stikkskader og blodsmitteuhell^{24 25}

6.9.1 Vaksinasjoner

Vaksiner 2020	Totalt	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Boostrix Polio	270	25	22	2	26	29	31	0	30	54	2	38	11
Engerix B-hepatitt B	64	9	6	0	2	9	9	0	4	13	2	9	1
Fendrix-hepatitt B	3	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Havrix -hepatitt A	21	1	4	0	5	1	1	0	0	0	0	9	0
Priorix, MMR	3	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0
Twinrix -hepatitt A, hepatitt B	543	50	38	8	42	64	61	1	51	129	7	74	18
Vaqta- hepatitt A	39	9	2	0	0	3	4	0	10	11	0	0	0
Varivax- vannkopper	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Totalt	944	95	72	10	78	107	108	1	95	208	11	130	30

Avonova Helse har totalt satt 944 yrkesvaksiner i 2020. Det er vaksinene Hepatitt A, Hepatitt B og Boostrix Polio (stivkrampe, difteri, polio og kikhoste) som det hovedsakelig settes, se også oversikt over. Det er en nedgang i antall yrkesvaksiner satt i 2020 sammenliknet med 2019, hvor vi satt 1090. Denne nedgangen skyldes at noen vaksinasjonsdager ble avlyst og utsatt, av hensyn til smittevern relatert til Covid-19. Noen ansatte er også blitt fullvaksinert i 2019, dette gjelder Hepatitt A og Hepatitt B.

Som i 2019 har det vært planlagt felles vaksinasjonsdager på Kalnes. Frekvensen er 1 dag pr. mnd. Dette har vært annonsert på intranettet, og seksjonsledere har fått informasjon på epost. Enkelte avdelinger på SØK, SØM og ulike lokalisasjoner har fått egne avtaler etter ønske. Noen medarbeidere har også kommet til Avonova Helse sine lokaler etter egne avtaler.

Avonova sender ut påminnelse til medarbeidere som ikke har fulgt opp egen vaksinerings. Dette er en medvirkende årsak til at flere ansatte oppnår fullvaksinerings av hepatitt A og hepatitt B. Vaksinerings kan bestilles av leder gjennom vår kundeportal, eller via epost eller telefon. Vaksinatører og bedriftslege har gitt rådgivning til ledere og ansatte når det har vært behov. Antall medarbeidere som skal ha yrkesvaksinerings, og som får det er stigende. Vi ser likevel at ved enkelte avdelinger, hvor medarbeiderne anses å ha en høy eksponering, ikke utføres yrkesvaksinerings.



Influensavaksiner

Influensavaksinerings for sesongen 2020/2021 startet i uke 41, og Avonova Helse bistår SØ for tredje året. Avonova Helse har også i år hatt et godt og tett samarbeid med kommunikasjonsavdelingen (ved Bjørn Hødal) og HR-avdelingen (ved Tone Svanholm) i forkant og underveis. Avonova Helse gjennomførte vaksinerings over 9 dager på Kalnes sykehus, 3 dager på Moss sykehus og på avtalte dager med 14 lokalisasjoner tilknyttet SØ. Enkelte medarbeidere har vært innom våre kontorer og fått vaksinen.

Det er i 2020 er økning av influensavaksinerte ansatte på SØ. Pr. desember 2020 er det satt totalt 4044 influensavaksiner. Dette er en økning fra 2019 med 1127 influensavaksiner. I 2019 ble det satt 2917 influensavaksiner se oversikt nedenfor:

²⁴ Kilde: Bedriftslege Ida H. Lillefjære, bedriftshelsetjenesten.

²⁵ Utvikling og status for «medarbeiderrettet smittevern» kunne ikke leveres i denne årsrapporten.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: 09.02.21	Side: 42 / 59
HMS årsrapport 2020		Arkiv nr.: 14/07251	

Antall influensavaksiner satt sesong:	Totalt:	Vekst fra forrige år	BHT	Kollega-vaksiner	Lege	Helse-personell	Annet personell	Apotek-ansatte
2020/21	4044	1127	1926	2118	451*	2401*	616*	61*
2019/20	2917	719	1720	1197	445	1974	498	57
2018/19	2198	-	1308	890	334	1244	352	-

*Pr. 16.01.21, mangler Avonova Helse ca. 600 egenerklærings skjemaer som ikke er registrert. Dette er skjemaer fra kollegavaksineringen, og det vil da medføre at tall ovenfor merket * ikke vil stemme med det totale antallet. Det totale antallet for årets sesong 2020/21 er basert på tall hentet ut fra fag og utvikling SØ, ved Anne Lene Ullerud. Hun har fortløpende registrert inn tall fra innmeldte kollegavaksinerte og BHT. Dette er i samsvar med apotekets oversikt og vil anses å være et valid resultat.

Det har vært en utfordring å få egenerklærings skjemaene levert til Avonova Helse for registrering etter kollegavaksiner, dette opplevde vi også i 2019. Dette er meldt til SØ flere ganger og de ulike seksjonene har fått beskjed om å sende egenerklærings skjemaer til Avonova Helse slik at vaksinen vil bli registrert i egen journal og sendt til Sysvak, Nasjonalt vaksinasjonsregister.

6.9.2 Blodsmitte

Avonova helse har mottatt 166 meldinger om stikkskader/blodsmitte i 2020. Av disse 25 fullstendige saker som inkluderer både stikkskademelding, blodprøvesvar fra ansatt og blodprøvesvar fra potensiell smittekilde. Vi har mottatt 12 stikkskadeskjema uten noen tilhørende blodprøver. Dette kan være saker der blodprøver er tatt med lege på sykehuset som rekvirent, eller saker der ansatte ikke har tatt noen blodprøver, men likevel ønsker å melde inn saken via stikkskadeskjema.



Vi har mottatt 3 stikkskadeskjema med tilhørende blodprøvesvar fra potensiell smittekilde, men der blodprøvesvar fra ansatt mangler. Dette kan være saker der blodprøver er tatt med lege på sykehuset som rekvirent, eller saker der ansatte 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.

Vi har mottatt 48 blodprøver av ansatte 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). Vi har mottatt 42 stikkskadeskjema med tilhørende blodprøvesvar av ansatt, men der blodprøvesvar fra potensiell smittekilde mangler. Det kan være at man ikke har fått tatt prøve av smittekilden (krever samtykke), at man ikke vet hvem potensiell smittekilde er (for eksempel stikk på brukt nål) eller at smittekildens blodprøver er etterrekvirert allerede tatte blodprøver med annen rekvirent enn BHT lege.

Vi har mottatt 36 prøvesvar fra potensiell smittekilde som ikke kan kobles mot ansatt. Dette kan 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 eller det kan være potensiell smittekilde som hører til ansatt som ikke har sendt inn stikkskadeskjema. Da vil ikke potensiell smittekilde kunne kobles mot riktig ansatt.

I henhold til avtale med Sykehuset Østfold får ansatte kun tilbakemelding ved eventuelle patologiske prøver hos potensiell smittekilde eller ansatt.

Det gis også tilbakemelding til medarbeidere som utfra blodprøve ikke har tilfredsstillende nivå av antistoffer mot hepatitt B, erverves etter vaksiner. Ansatte anbefales da å kontrollere vaksinasjonsstatus og eventuelt ta relevante yrkesvaksiner. Anbefaler fortsatt fokus på oppfølging etter stikkskader. Som man ser ut fra tallene over er det fremdeles store mangler i å få til en tilfredsstillende rapportering fra alle ansatte som er utsatt for smitte i arbeidet.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: 09.02.21	Side: 43 / 59
HMS årsrapport 2020		Arkiv nr.: 14/07251	

MRSA

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

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 ansatte som har vært i kontakt med pasienten. Tuberkulosekoordinator Anne-Lise Dahlbo kartlegger avdeling for smittevern som potensielt har vært eksponert og tar kontakt med BHT lege med navnelister og informasjon. BHT lege sender ut blodprøverekvisisjoner, informasjon og henviser videre ved behov. Dette fungerer godt og vi har gjennom 2020 fulgt opp en rekke medarbeidere ved flere ulike avdelinger ved eksponering for MRSA eller Tuberkulose.

6.10 Kjemikaliesikkerhet²⁶

6.10.1 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.

6.10.2 Nøkkeltall – trender og utviklingstrekk



Foretaket har utstrakt bruk av kjemikalier, og benytter det elektroniske stoffkartoteket EcoOnline som verktøy. Totalt antall kjemikalier i stoffkartoteket: 3 748. De farenmerkede kjemikalierne er inndelt i 4 kriteriegrupper. Dette er en oversikt for farevurdering av kjemikalierne, og en prioritering 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 2017	Antall kjemikalier 2018	Antall kjemikalier 2019	Antall kjemikalier 2020
Kriteriegruppe 1	1	0	0	1
Kriteriegruppe 2	32	22	11	46
Kriteriegruppe 3	72	188	97	233
Kriteriegruppe 4	20	41	18	51

Oversikt over kriteriegruppene:

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

²⁶ Kilde: Miljøingeniør Kristin Evju, teknisk avdeling.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: 09.02.21	Side: 44 / 59
HMS årsrapport 2020	Arkiv nr.: 14/07251		

6.10.3 Gjennomførte forbedringstiltak:

- Installert spesialavløp med tilhørende tank for waste fra Senter for laboratoriemedisin.
- Reåpnet formalinavløp etter utskifting av avløpsrør for formalin.
- Gjennomført kjemikalie drop-in møte. Dette var åpent for alle med spørsmål om kjemikaliehåndtering og stoffregisteret EcoOnline.
- Bidratt til rådgivning ved spørsmål om kjemikaliesikkerhet.
- Alle ledere og verneombud ble tilbudt opplæring i bruk av EcoOnline ny versjon.
- Opplæring i farlig avfall (farlige kjemikalier) av relevante medarbeidere i transportavdelingen, som henter avfallet hos enhetene og mellomlagerer det i Servicegården.

6.10.4 Trender og utviklingstrekk

Antall kjemikalier i kriteriegruppene har økt siden 2019. Dette kan skyldes endringer i retningslinjene for hvilke kjemikalier som skal fases ut. Det oppleves en større bevissthet i organisasjonen på hva som defineres som farlige kjemikalier/farlig avfall. Dette observeres blant annet på mottaket av farlige kjemikalier i Servicegården.

6.11 HMS og Koronasituasjonen ²⁷

6.11.1 Utfordringene

Koronapandemien ga fra mars 2020 ledere og medarbeidere store arbeidsmiljørelaterte utfordringer knyttet til bemanning, arbeidsbelastning og kompetanse, tilstrekkelig medisinskteknologisk utstyr, smittevern, tilgang på smittevernutstyr og psykososial helsebelastning. I noen enheter større utfordringer enn i andre enheter.

6.11.2 Tiltak

17.03.20 ble alle ledere gitt informasjon om nasjonale krav og anbefalinger for hvordan arbeidsgiver bør kartlegge risikofaktorer, gjennomføre risikovurdering og gjennomføre forebyggende tiltak. Det ble henvist til Arbeidstilsynets hjemmesider *Koronavirus og tiltak i arbeidslivet* [her](#).

Etter intern prosess tok SØ 02.04.20 i bruk ny prosedyre *HMS og Koronavirus – sjekklister for enhet* med 1) forenklet (15 kontrollpunkter) og 2) utvidet sjekklister (36 kontrollpunkter) for kartlegging av risikofaktorer som grunnlag for forebyggende tiltak. Hensikten var å legge til rette for at leder kan jobbe systematisk og dokumentere arbeidet med å forebygge smittefare og sykdom. HMS-lovgivningen, Helsedirektoratets og Folkehelseinstituttets anbefalinger lå til grunn.

Kontrollpunkter fra sjekklister er integrert i SØs elektroniske risikovurderingsverktøy i EK som støtteverktøy ved helhetlig risikovurdering. Verktøyet ble delt med helseforetakene i Helse Sør-Øst, de regionale helseforetakene i Norge, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og kommunene i Østfold.

På bakgrunn av Koronasituasjonen ble det 31.03.20 besluttet i sykehusledermøte/beredskapsledelsen å gjennomføre en overordnet risikovurdering knyttet til helse, miljø og sikkerhet for sykehusets medarbeidere for 4 områder/hendelser: 1) skaleringsplan inn mot pandemiens fase 4, 2) medarbeiderrettet smittevern, 3) arbeidsplaner og vaktplaner inkludert medarbeideres og lederes psykososiale arbeidsmiljø. Risikovurderingen med handlingsplan var sak i sykehusledermøte og AMU 19.05.20, med godkjenning i sykehusledermøte 09.06.20.

Det ble fra mai satt opp et dashboard i Synergi som viser uønskede hendelser relatert til korona/Covid-19. Hensikten var å bidra til informasjonsflyt og læring. Alle ledere og saksbehandlere i Synergi fikk tilgang. Det ble satt opp slik at man ville få oversikt over alle korona-relaterte hendelser på sykehuset, ikke bare på sin egen enhet.

Rapporter i dashboard:

- Nye hendelser relatert til korona (i går og i dag)
- Hendelser per uke
- Hendelser per klinikk, fordelt på måned
- Liste over alle rapporterte hendelser relatert til korona fra 1. mars 2020.

²⁷ Kilde: Fagansvarlig og smittevernoverlege Jon Birger Haug, avdeling for smittevern.

Man finner dashboardet «Korona – Hendelser relatert til Covid 19» som link på startsidene i Synergi:

Det er opprettet egne hendelsestyper under smittevern for temaene:

- Medarbeider smittet/mulig smittet med SARS coV-2 på jobb.
- Innslippskontroll Covid-19 screening.

6.11.3 SØs evalueringsrapport «Håndtering av Covid-19-pandemien på Sykehuset Østfold»

I rapporten datert 06.11.20 i kapittel 6 *Oppsummering og oppfølging* fremgår at SØ var forberedt på overordnet nivå og hadde gjennomført risikovurderinger og øvelser. Planer var ikke alltid relevante for utfordringer i praksis. Det fremgår også at mange avdelinger gjennom Covid-19-perioden var godt forberedt på en ny smittetopp gjennom å ha jobbet meget bra forebyggende.

6.11.4 Hendelser relatert til Korona/Covid-19 i Synergi

Fra 01.03.2020 31.12.2020 er det registrert 454 koronarelaterte hendelser der 204 er sakstype HMS.



Mange av hendelsene dreier seg om brudd på smittevernsrutiner, slik at medarbeidere (og pasienter) potensielt har blitt utsatt for smitte.

Figuren viser antall hendelser (pasient, HMS og drift) relatert til korona, per uke i 2020.



Hendelsestype	Antall registreringer
-- Ikke valgt --	4
Hendelsestype - FYSISK ARBEIDSMILJØ	5
Hendelsestype - PSYKOSOSIALT/ORGANISATORISK ARBEIDSMILJØ	37
Hendelsestype - SIKKERHET	6
Hendelsestype - SMITTEVERN (inkl.stikkskade)	140
Hendelsestype - VOLD/TRUSSEL/UTAGERENDE ADFERD	12
	Sum 204

Tabellen viser HMS hendelser relatert til korona, fordelt på hendelsestype i 2020. Kilde: Synergi pr. 03.02.21.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: 09.02.21	Side: 46 / 59
HMS årsrapport 2020		Arkiv nr.: 14/07251	

6.12 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.

Grunnet koronapandemien ble det i 2020 gjennomført kun 1 av 11 planlagte revisjoner. Enheten som ble revidert Senter for laboratoriemedisin, representert ved seksjon for transfusjonsmedisin. Funn var god HMS-praksis knyttet til et robust og trygt arbeidsmiljø skapt gjennom godt samarbeid og god kommunikasjon mellom leder og medarbeidere. Lavt sykefravær og høy trivsel. Ingen avvik eller forbedringsområder. Et meget godt resultat.

Enheter i revisjonsplan 2020 videreføres for revisjonsplan 2021.

6.13 Eksterne tilsyn og revisjoner²⁸



Tilsyn er et av myndighetenes viktigste forebyggende virkemidler. Tabellen viser tilsyn i 2019.

Tilsynsorgan	Enhet og tema	Avvik, pålegg og anmerkninger	Tiltak initiert fra linje og/eller HMS-stab
Arbeidstilsynet (AT) 03.02.20.	Prehospital avdeling, seksjon Fredrikstad	Pålegg knyttet til forsvarlige arbeidstidsordninger.	Oppfølging utsatt grunnet koronasituasjonen. Pålegg lukkes pr. februar 2021.
Arbeidstilsynet (AT) 16.09.20	DPS Nordre Østfold, seksjon DPS-akutt Kalnes	7 pålegg (avvik) knyttet til hhv. «vold og trusler mot medarbeidere» og forsvarlighet arbeidstidsordninger. Et pålegg knyttet til at AMU skal være kjent med risikoforhold i sykehusets seksjoner.	Pr. 12.01.21 er 6 av 8 pålegg lukket. Pålegg knyttet til AMU er lukket. To pålegg knyttet til «forsvarlige arbeidstidsordninger» og «Vold og trusler – tiltak og plan» med ny frist 02.02.21.
Arbeidstilsynet (AT) 16.09.20. Postalt tilsyn med krav om opplysninger.	Senter for laboratoriemedisin, seksjon for bakteriologi. Etter uønsket hendelse knyttet til eksponering av gass.	Krav om opplysninger om hendelse samt forebyggende tiltak.	Tilsynet besvart 20.11.20. Forsinket svar fra Arbeidstilsynet avventes.
Direktoratet for Strålevern og atomikkerhet (DSA)	Strålevern.	Ingen tilsyn i 2020.	
Kommunalt brannvesen/lokalt branntilsyn	Åsebråten, Fredrikstad Tuneteknikeren, Sarpsborg Ingen tilsyn i Moss eller Kalnes	1 avvik, manglende risikovurdering. 0 avvik.	Lukket.
Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB)	Sykehuset Østfold knyttet til HMS og kvalitet, elektro og bruk av medisinskteknisk utstyr.	Ingen tilsyn fra DSB i 2020.	
Det lokale el-tilsynet (Hafslund)	-	Ingen tilsyn fra DLE i 2020.	

Avvik, pålegg og anmerkninger følges opp av ansvarlig leder.

Det anmerkes at DSB tidligere har gitt uttrykk for at SØ har en meget god internkontroll på elektro-området. Videre må resultatene på brannvern anses som meget gode. På strålevernområdet har tidligere tilsyn vist at internkontrollen og kompetansen holder et høyt nivå.

²⁸ Kilder: Fagansvarlige på respektive HMS-områder.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	HELSE  SØR-ØST Dato: 09.02.21 Side: 47 / 59
HMS årsrapport 2020	Arkiv nr.: 14/07251

7 STATUS PR. LOVOMRÅDE I HMS-LOVGIVNINGEN

7.1 Arbeidsmiljøloven med forskrifter og internkontrollforskrift HMS²⁹

7.1.1 Formål og krav i lov og forskrift

Arbeidsmiljølovens § 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".

Jfr. 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».

7.1.2 Internkontroll - overholdelse av krav i lov og forskrift

Arbeidsmiljølovens § 3-1 og internkontrollforskrift HMS § 5 stiller krav til mål og tiltak i det systematiske HMS-arbeidet i SØ på alle nivåer. SØ har et HMS-system i tråd med myndighetskrav, dog med forbehold om utsjekk av punkt om registrering av sykdom jf. 6.1.7 nedenfor.

7.1.3 Alvorlige uønskede HMS-hendelser

Det er ikke registrert alvorlige uønskede HMS-hendelser som følge av svikt i HMS-systemet på foretaksnivå i 2020.

7.1.4 Risikovurderinger

Det ble gjennomført overordnet risikovurdering «HMS og koronavirus (covid 19) for SØ i perioden april-mai. Forankret i AMU 19.05.20 og godkjent i sykehusledermøte 09.06.20.

7.1.5 Trender og utviklingstrekk

Det utøves fra god til meget god HMS-praksis i mange enheter i SØ i tråd med krav i lov og forskrift og interne krav. Resultat fra HMS-rapportering, interne revisjoner, eksterne tilsyn og oppfølging etter uønskede hendelser indikerer i noen grad forbedringspotensiale hva gjelder dokumentert kartlegging og risikovurdering, og systematisk bruk av årshjul med faste aktiviteter og dokumentasjon av mål og tiltak i elektronisk handlingsplan.

7.1.6 Tiltak

- Digitale HMS-webinarer (inntil 2 timer) for intro og oppdatering i systematisk HMS-arbeid for ledere, verneombud og rådgivere. Iverksatt fra februar 2021. Gjentas iht. etterspørsel.
- Digitale HMS miniwebinarer for demo og bruksanvisning på utvalgte verktøy. Iverksatt for årshjul elektronisk handlingsplan, digital HMS egenvurdering, nye digitale sjekklister og vernerunde fra februar 2021. Gjentas iht. etterspørsel.

7.2 Forbedring 2020 – utvikling for utvalgte tema i det systematiske HMS-arbeidet

Tabellen under viser score på et utvalg tema knyttet til det systematiske HMS-arbeidet: å sette HMS på dagsorden, opplæring, melde- og forbedringskultur, fysisk arbeidsmiljø, ytre miljø, vold og trusler. Dette er tema det har vært jobbet aktivt med strategisk og operativt de senere årene.



²⁹ Fagansvarlig helhetlig systematisk HMS-arbeid: HMS-sjef Terje Engvik.

Utvalgte spørsmål fra medarbeiderundersøkelsen 2014-2016 og ForBedring 2018-2020	2014	2016	2018	2019	2020	Referanse HSØ 2020*	Utvikling SØ 2014/tidligste år registrert - 2020
Oppfølging av det systematiske HMS-arbeidet og opplæring							
Jeg opplever at vi i min enhet setter HMS regelmessig på dagsorden	54	63	68	69	75	69	39 %
I min enhet gis medarbeiderne nødvendig opplæring for å delta i HMS-arbeidet		59	64	65	71	65	20 %
Melde- og forbedringskultur og bruk av Synergi							
Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil**	63	62	81	82	84	85	33 %
Det er trygt å si fra om kritikkverdige forhold her	70	70	76	78	80	79	14 %
Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten	-	-	78	78	80	78	3 %
Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem	71	72	78	79	81	80	14 %
Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag	-	-	80	81	84	81	5 %
Fysisk arbeidsmiljø, innemiljø og teknisk utstyr							
Det er et godt fysisk arbeidsmiljø her (luft, lys, støv, støy, vibrasjoner o.l.)***	57	66	49	52	53	53	-7 %
Her arbeides det godt med brannvern	-	-	77	78	80	78	4 %
Her tilrettelegges arbeidet slik at muskel- og skjelettplager forebygges	-	-	57	60	64	63	12 %
Her blir alle beskyttet mot skadelige kjemikalier og biologiske farer	-	-	75	76	78	77	4 %
Her arbeides det godt med smittevern	-	-	75	75	77	75	3 %
Her arbeides det godt med strålevern	-	-	75	75	76	75	1 %
Her er sikkerheten ved bruk av maskiner, tekniske hjelpemidler eller utstyr godt ivaretatt	-	-	79	80	82	81	4 %
Ytre miljø							
Her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning på det ytre miljøet	-	-	-	70	72	70	3 %
Forebygging og håndtering av vold og trusler mot medarbeider							
Her jobbes det systematisk med forebygging og oppfølging av vold og trusler	-	-	-	74	77	72	4 %
Jeg har blitt utsatt for vold og trusler på jobb siste 12 måneder	88	88	-	-	80		-9 %
Samlet sett er jeg fornøyd med å jobbe her	79	79	84	86	88	86	11 %

* Helse Sør-Øst. **Formulering 2013-2016: I min enhet er vi flinke til å melde og følge opp avvik. Formulering 2018-2020: Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil. *** Spørsmålet hadde i 2018 kvalitativ svarkategori "enig/uenig" og ikke tallscore.

En svarprosent på 65 % (3 520 svar) i 2020 er lavere enn tidligere år, noe som metodefaglig gir lavere validitet (troverdighet) enn ønsket (> 70 %, kilde: rapport ForBedring). Dog indikerer resultatene en positiv utvikling over flere år mht. oppfølging av det systematiske HMS-arbeidet totalt for SØ. Det er grunn til å gi honnør til sykehusets ledere for i økende grad å følge opp det systematiske HMS-arbeidet i egen enhet.

7.3 Arbeidsmiljøloven – organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø³⁰

7.3.1 Formål og krav i lov og forskrift

Se punkt 7.1.

7.3.2 Risikovurderinger



Det utføres månedlige analyser av sykefraværet. Dette rapporteres også til HSØ, 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 prosjekter foretas det en risikovurdering.

Siden sykefraværet ofte har tett sammenheng med det psykososiale arbeidsmiljøet vil ofte prosjektene og risikovurderingene bli knyttet opp til dette arbeidet.

7.3.3 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).

³⁰ Fagansvarlig organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø: Kst. HR-sjef Ane Grimsrud, HR-avdelingen.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 Dato: 09.02.21 Side: 49 / 59
HMS årsrapport 2020	Arkiv nr.: 14/07251

7.3.4 Forbedringstiltak

HR-avdelingen har i nyrekruttering lagt vekk på kompetanse innen psykososialt arbeidsmiljø, og vil dermed kunne bistå mer målrettet innen dette området på tvers i organisasjonen.

Samarbeid med BHT på område skal også videreutvikles.

7.4 Arbeidsmiljølovens kapittel 2A - varsling³¹

Varslingsutvalget har i 2020 mottatt og håndtert en rekke varsler. Utvalget arbeider 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. Erfaringer fra enkeltsaker benyttes aktivt for å forbedre saksbehandlingen og øke kompetansen.

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

7.5 Bygg og eiendom – fysisk arbeidsmiljø og inneklima³²

7.5.1 Lovkrav

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 jfr. internkontrollforskrift for HMS § 4 hvor det fremgår at sykehus har ansvar for både medarbeidere, pasienter og besøkende. Arbeidsplasser og arbeidslokaler skal følge Arbeidsplassforskriften.

Hensynet til godt inneklima er innarbeidet i byggeforskriftene av 1997. «Tekniske forskrifter til plan og bygningsloven 1997» 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.

7.5.2 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.

7.5.3 Alvorlige uønskede HMS-hendelser


Det har vært en alvorlig uønskede HMS-hendelser knyttet til bygg eller byggeprosjekter i 2020. Ved Edwin Ruud har det vært funn av hydrogenperoksid i vanntilførsel tilkoblet vannrenseanlegget til dialysen. I denne saken er varslingsrutiner gjennomgått og innskjerpet for utleier (Indre Østfold kommune) og SØ. Alle avvik er lukket.

I tillegg har det vært akutt vannlekkasje i boliggriggen på Kalnes, samt blitt avdekket asbest under rivearbeidene i St. Joseph i Fredrikstad. Begge hendelser er lukket.

Målinger av innemiljøet i ambulansestasjonene i Halden og Sarpsborg har over tid vist avvik og det er løpende iverksatt tiltak for å lukke avvikene. For ambulansestasjonen i Sarpsborg følges tiltakene opp med kontrollmålinger. Resultatene fra målingene understøtter at innemiljøet er tilfredsstillende. I desember 2020 godkjente styret i SØ leie av ny ambulansestasjon ved Helsehuset i Sarpsborg, og saken er sendt over til Helse Sør-Øst RHF for endelig godkjenning på nyåret 2021. Det planlegges også ny ambulansestasjon i Halden der flere alternativer er under utredning. Utredningen er i konseptfasen steg 2 (valg av plassering). Forutsatt godkjenning i sykehusledelsen våren 2021, vil prosjektet gå over til forprosjektfasen i løpet av 2021.

³¹ Fagansvarlig: Avdelingssjef Jostein Vist, juridisk avdeling.

³² Fagansvarlig eiendom og energi og klima: Eiendomssjef Anne C. Moe, eiendomsavd. Seksjonsleder Lene E. K. Lindbeck, teknisk avdeling.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 Dato: 09.02.21 Side: 50 / 59
HMS årsrapport 2020	Arkiv nr.: 14/07251

De største inneklimateforordringene 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. Generelt er opplevd dårlig luftkvalitet en utfordring for medarbeidere, pasienter og besøkende. Lokasjonene som med jevne mellomrom har innemiljøsaker rundt luftkvalitet og ventilasjon har vært håndtert fortløpende. Byggene det primært gjelder er Sarpsborgklinikken (leid), Tuneteknikeren (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.

I 2019 har drift og vedlikehold av bygningsmassen primært gått med til å holde forholdene i bygget på dagens nivå og gjøre akutte tiltak når det er nødvendig. Fra 2015 ble det blitt innvilget noe økte investeringsmidler for å ta igjen deler av det bygningsmessige vedlikeholdsetterslepet, hvilket gjennomføres fortløpende. Fra 2021 settes det av ytterligere vedlikeholdsmidler på 15,4 mill. kroner per år.

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.

7.5.4 Risikovurderinger

Helhetlig HMS risikovurdering inngår for hele SØs bygningsportefølje og har vært planlagt gjennomført i siden 2017. Risikovurderingen er ikke gjennomført og utsettes til 2021.

7.5.5 HMS-opplæring

Det er løpende fokus på HMS opplæring i eiendomsavdelingen.

7.5.6 Forbedringstiltak som er gjennomført

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. Kalkulert vedlikeholdsetterslep vurderes som høyt, og det avsettes ikke tilstrekkelig med årlige vedlikeholdsmidler da sykehuset går med underskudd. Det er gjennomført flere vedlikeholds- og oppgraderings tiltak i 2020, men ikke tilstrekkelig sett opp mot det store vedlikeholdsetterslepet som foreligger. I 2018 – 2020 har det vært et særskilt fokus på konsekvenser av vedlikeholdsetterslepet i sykehusledelsen, hvilket har resultert i at det avsettes øremerkede midler i gjeldende økonomisk langtidsplan.

St. Joseph har fått tildelt øremerkede midler til vedlikehold fra 2020-2029.

Overordnet arealplan med særskilt fokus på de største brukertilpasningene for planperioden oppdateres årlig og har en 5-års planleggingshorisont, forankret i virksomhetsplan 2019 – 2023 og utviklingsplan 2018 til 2035.

7.5.7 Trender og utviklingstrekk



Økte investeringsmidler for øremerkede bygg og økt vedlikeholdsbudsjett fra 2021 til forebyggende tilstandsbasert vedlikehold vil med en 5-10 års vedlikeholdsplan medføre at de største og mest kritiske vedlikeholdsbehovene kan lukkes på sikt.

7.6 Strålevernloven – strålevern³³

7.6.1 Lovens formål

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

³³ Fagansvarlig strålevern: Strålevernskoordinator Helene Heier-Baardson, Avdeling for bildediagnostikk.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 Dato: 09.02.21 Side: 51 / 59
HMS årsrapport 2020	Arkiv nr.: 14/07251

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.

7.6.2 Overholdelse av krav i lov og forskrift

Det er ikke registrert uønskede HMS-hendelser med alvorlig eller svært alvorlig personskade for strålevern i 2020. Det ble i 2020 ikke ført noen eksterne tilsyn innen strålevern ved SØ. Det ble heller ikke utført noen interne eller kliniske revisjoner grunnet Covid-19 situasjonen.

7.6.3 Risikovurderinger

Det ble i 2020 ikke utført noen risikovurdering innen strålevern.

7.6.4 HMS-opplæring



Halvdagskurs i strålevern, Strålevernsdagen, ble i år avlyst grunnet covid-19 situasjonen. Noe helt nødvendig opplæring av nye medarbeidere ble utført.

7.6.5 Forbedringstiltak

Strålevernkoordinator, fysikere og lokale strålevernskontakter 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 2020 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.
- Vært med å utvikle nye felles regionale Helse Sør-Øst e-læringskurs innen strålevern. Kurs publisert i Læringsportalen til nå:
 - HSØ Strålevern – Generell del Radiologi.
 - HSØ Strålevern gjennomlysning/angio/intervensjon.
 - HSØ Strålevern ved CT (hovedansvar).
 - HSØ Strålevern ved konvensjonell røntgen.
 - HSØ Strålevern ved mammografi.
 - HSØ Strålevern ved bruk av laser.
 - HSØ Strålevern ved nukleærmedisin.
 - HSØ Strålevern ved bruk av UV.
- Opprettet SØ som organisasjon i Nasjonalt yrkesdoseregister (DSA) og registrert de nødvendige avdelingene/seksjonene.
- Bidratt med HMS vurderinger i forhold til plassering av ny MR, samt arrangert kurs i MR sikkerhet ved seksjonen.
- Oppdatert prosedyrer innen strålevern, bl. annet: avviksprosedyre (EK-dok: D42170).
- Årlig rapportering til Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (Public sak: 21/00294).
- Krav om rapportering av dose og aktivitet til Norsk Pasientregister (strålevernforskriften § 52 og 56 d). Fulgt opp prosessen med å søke regional dispensasjon fra kravet som ble satt i kraft 01.01.20. HSØ med alle HF har fått innvilget utsettelse til 01.01.22. Strålevernskoordinator sitter i dag i styringsgruppen for det regionale implementeringsprosjektet av doseovervåkningsløsningen. Intern her på SØ har jeg kartlagt alt strålemedisinsk utstyr og Sykehuset Østfolds status og forutsetninger for å kunne innfri lovkravet i Strålevernforskriften. Per i dag er det våre gamle versjoner av RIS/PACS som hindrer oss (Public sak:14/08295-21).

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 Dato: 09.02.21 Side: 52 / 59
HMS årsrapport 2020	Arkiv nr.: 14/07251

- Koordinert at det har blitt søkt og gitt ny utslippstillatelse i forbindelse med nye nasjonale føringer for beregning av utslipp. (Public dok: 20/05774-2).
- Fulgt opp prosessen med å lage en regional innkjøpsavtale for verneutstyr.
- Jobbet med å innføre nye regionale strålevern kompetansekoder i den nye kompetanseportalen.
- Fulgt opp avdeling for bildediagnostikk og eksterne avdelinger (c-bue brukere) med undervisning, veiledning og doseberegninger (12 undervisningsoppdrag, mye utsatt pga Covid-19 situasjonen).

7.7 Forurensningsloven og miljøledelse ISO 14001 – bærekraftig miljø³⁴

7.7.1 Lovens formål

- 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 selvfornøyelse.

Internkontroll og overholdelse av krav i lov og forskrift

Resertifisering etter revidert standard for miljøledelse (ISO 14001:2015) ble gjennomført av sertifiseringsorganet Kiwa i september 2020. Sykehusets sertifikat ble fornyet og gjelder for perioden 2021-2023.

Type funn	Antall funn
Avvik	1
Merknader	2
Forbedringspunkt	2

7.7.2 Alvorlig uønskede HMS-hendelser

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

7.7.3 Risikovurderinger for ytre miljø

- 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.
- Oppdatering av risikovurdering påslipp til avløp.
- Oppdatering av risikovurdering ytre miljø.

7.7.4 HMS-opplæring



- Opplæring i miljøledelse: obligatorisk for nye ledere i SØ og verneombud.
- Opplæring i miljøledelse: obligatorisk for nye medarbeidere.
- E-læringskurs i miljøledelse: obligatorisk for alle medarbeidere (hvert 3.år).
- Opplæring i miljøledelse og avfallshåndtering ved utvalgte enheter.
- Kontinuerlig tilbud om rådgivning.

7.7.5 Trender og utviklingstrekk

De siste årene har det vært en nedgang i antall funn fra miljørevisjonene etter ISO 14001. Det er generelt et økt miljøfokus i samfunnet, og dette gjenspeiler seg også i miljøarbeidet i sykehuset. I tillegg var det i 2020 et nytt sertifiseringsorgan som utførte revisjonen, Kiwa AS etter tidligere leverandør DNV GL.

I rapporten fra resertifiseringen beskrives organisasjonen som veldrevet og med et høyt fokus på hva som er dets vesentlige miljøaspekt. Det vises til en god oversikt over klimaregnskap, avfallshåndtering og energi.

³⁴ Kilde: Fagansvarlig og miljøingeniør Kristin Evju, teknisk avdeling.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: 09.02.21	Side: 53 / 59
HMS årsrapport 2020	Arkiv nr.: 14/07251		

7.7.6 Større forbedringstiltak for miljøledelsessystemet

- Sykehusbygg HF utarbeidet Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter (vært på høring).
- HSØ har signert tilslutning til 10 strakstiltak for grønn omstilling i eiendomssektoren.
- Det nasjonale Samarbeidsutvalget for klima og miljø har utarbeidet et forslag til «Rammeverk for klima og miljø», hvor alternativer til miljøsertifisering beskrives.
- Det nasjonale klimaregnskapet for spesialisthelsetjenesten er forbedret.
- Sykehuset har utarbeidet nye miljømål for perioden 2020-2023, hvor bl.a. FNs bærekraftsmål og sykehusets vesentlige miljøaspekter er hensyntatt.

7.8 Eltilsynsloven og bruk av medisinskteknologisk utstyr - elsikkerhet³⁵

7.8.1 Lovens formål

Elektriske anlegg skal prosjekteres, utføres, drives, vedlikeholdes og kontrolleres slik at de ikke frembyr fare for liv, helse og materielle verdier.

7.8.2 Trender og utviklingstrekk

Ingen kjente.

7.8.3 Internkontroll, overholdelse av krav i lov og forskrift, opplæring, forbedringstiltak

- Alvorlige uønskede HMS-hendelser: Ingen hendelser som har forårsaket alvorlig eller svært alvorlig personskade.
- Risikovurderinger: Revidert i 2019.
- Nye tiltak innen 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.
- 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. Herunder også øvelse med bortfall av strøm og tabletop øvelse³⁶.
 - 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.

7.8.4 Bruk av medisinskteknologisk utstyr³⁷

Krav i lov og forskrift

El-tilsynsloven § 10 tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr.

Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr.



Overholdelse av krav i lov og forskrift, opplæring, forbedringstiltak

- Alvorlig uønskede HMS-hendelser: Ingen hendelser som har forårsaket alvorlig eller svært alvorlig personskade pga. utstyrsvikt i 2020. Medisinskteknologisk avdeling var involvert i noen uønskede hendelser, men ingen hendelser hvor årsak var utstyrsvikt.
- Medisinskteknologisk avdeling forvalter en utstyrspark med 7 800 utstyrsenheter til en totalverdi av 830 mill. kr. per 31.12.20.
- 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.
- Forbedringstiltak: Det er gjennomført oppfølgingsmøter/erfaringsutveksling på tvers av lokasjonene.

³⁵ Kilde: Fagansvarlig og seksjonsleder Trond Vegard Stang, teknisk avdeling.

³⁶ Diskusjonsøvelse på klassisk hendelsesforløp for læring og plan for forbyggende tiltak.

³⁷ Kilde: Fagansvarlig og avdelingssjef Sverre Granmark, medisinskteknologisk avdeling (MTA).

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 Dato: 09.02.21 Side: 54 / 59
HMS årsrapport 2020	Arkiv nr.: 14/07251

7.9 Genteknologiloven³⁸

7.9.1 Lovens formål

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 Risikovurderinger

Det ble ikke utført nye risikovurderinger i 2019.

7.9.3 HMS-opplæring

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

7.9.4 Overholdelse av krav i lov og forskrift

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

7.9.5 Forbedringstiltak som er gjennomført

Ingen kjente.

7.10 Produktkontrollen - produkter og tjenester³⁹

7.10.1 Lovens formål

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 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 Forbedringstiltak som er gjennomført

1) Det jobbes systematisk med å erstatte eller redusere bruk av produkter med stor miljøpåvirkning. 2) Et område som er gitt spesielt fokus er kjemikaliebruk.

³⁸ Kilde: Fagansvarlig og seksjonsleder Laila Solberg Hulleberg, senter for laboratoriemedisin.

³⁹ Kilde: Fagansvarlig og avdelingssjef Glenn Løvli Fredriksen, Avdeling for innkjøp og logistikk.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 Dato: 09.02.21 Side: 55 / 59
HMS årsrapport 2020	Arkiv nr.: 14/07251

7.11 Brann- og eksplosjonsvernloven - brannvern⁴⁰

7.11.1 Lovens formål

Loven har som formål å verne liv, helse, miljø og materielle verdier mot brann og eksplosjon, mot ulykker med farlig stoff og farlig gods og andre akutte ulykker, samt uønskede tilsiktede hendelser.

7.11.2 Internkontroll og overholdelse av krav i lov og forskrift

- Sykehuset Østfold sine bygg i Eidsberg, Halden, Moss og på Sarpsborg er vedtatt som særskilte brannobjekt og får rutinemessig tilsyn fra brannvesenet.
- I 2020 fikk SØ totalt ett avvik etter branntilsyn ved Åsebråthen knyttet til manglende risikovurdering.

7.11.3 Branntilfeller med skadepotensiale i 2020

Samtlige branntilfeller/branntilløp er håndtert av personell som har handlet aktivt og i tråd med branninstruks. Ingen branner har utløst sprinkleranlegget i 2019.

Sted	Årsak	Konsekvens
Kalnes sykehus (drift)	Elektrisk årsak (2 tilfeller)	Ingen driftsavbrudd, kun utlufting.
Kalnes sykehus (drift)	Hydraulisk olje (1 tilfelle)	Slokket med brannslange. Ingen driftsavbrudd, kun utlufting.
Kalnes sykehus (psykisk helsevern)	Påtent av sigarettneip i søppel/blomsterkasse (2 tilfeller)	Slokket med vannbøtte. Ingen driftsavbrudd, kun utlufting.

7.11.4 Forbedringstiltak som er gjennomført

- Montert branndetektor på 120 innen psykisk helsevern på Kalnes.
- Teknisk brannvern; herunder bygg, elektro og VVS:
 - Etablert øvelsesbase for nedstenging av utløst sprinkleranlegg, RVS.
 - Aktiv deltakelse i bygg-endringer og prosjekter.
 - Revisjon av prosedyrer ved driftsrelaterte hendelser og grensesnitt mot beredskapshendelser.
 - Rutiner for ettersyn, drift og vedlikehold, samt dokumentasjon.
 - Kontinuerlig overvåking, SD-anlegg.
 - Årskontroller og serviceavtaler
- Organisatorisk brannvern i HMS-linjen:
 - Opplæring og øvelser, brannrunder i områdene.
 - Etablert brannvernombud inkludert opplæring.
 - Prosedyrer og risikovurderinger.
- Organisatorisk brannvern fra overordnet, gjennomgripende nivå:
 - Egen nettside på intranettet.
 - Rådgiver og premissgiver til tekniske fag ved ombygginger/byggeprosjekt.



7.11.5 Trender og utviklingstrekk

Ingen vesentlige endringer. Utløst brannalarm og branntilløp er som før utløst av inneliggende pasienter.

7.11.6 Forbedringer inn i 2021

- Fortsette utviklingen av EK-prosedyreverket, inkludert internkontroller/sjekklistor som benyttes i teknisk ettersyn.
- Fortsatt fokus på lagring av gass og forsvarlig benyttelse av rømningsveier til pasienter.

⁴⁰ Kilde: Fagansvarlig brann, teknisk sjef Hans Jørgen Torgersen, teknisk avdeling.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: 09.02.21	Side: 56 / 59
HMS årsrapport 2020	Arkiv nr.: 14/07251		

7.12 Sivilbeskyttelsesloven - beredskap⁴¹

7.12.1 Lovens formål

Lovens formål er 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 Overholdelse av krav i lov og forskrift

Krav i lov og forskrift anses ivaretatt.

7.12.3 Alvorlig uønskede HMS-hendelser

Ingen annen storskala HMS hendelser som har ført til beredskapsmessige tiltak for hele sykehuset, unntatt Covid-19 pandemien, som har preget hele 2020. Sykehuset har på tross av pågående pandemi, og ressurser allokert til dette arbeidet, klart å opprettholde full beredskap gjennom 2020. Det har vært en del beredskapshendelser, både interne og eksterne, gjennom året, som har blitt håndtert basert på planverk. Ingen av hendelsene har utløst alvorlige uønskede HMS hendelser av lenger varende karakter, annet enn pandemien. Men potensialet i noen av hendelsene kunne hatt større konsekvenser. Eksempel er brudd på kommunal hovedvannledning et stykke unna Moss sykehus sent en lørdag kveld, der sykehuset mistet all vannforsyning. Hadde dette skjedd under daglig drift på hverdag, kunne det fått store konsekvenser. Hendelsen ble løst i løpet av natten.

7.12.4 Risikovurderinger

Risikovurderinger innen beredskap. Risikovurderinger basert på oppdragsdokument er gjennomført. Grunnlag: Helsedirektoratet: Overordnede risiko- og sårbarhetsvurderinger for nasjonal beredskap i helse- og omsorgssektoren 2019. Risikovurderingsmøter i forhold bortfall av IKT infrastruktur er gjennomført.

7.12.5 HMS-opplæring og øvelser

Akuttmottak har gjennomført flere øvelser med massetilstrømning av skadde. En del øvelser har, som følge av pågående pandemi, blitt avholdt som table-top øvelser. Sykehuset har ikke deltatt i eksterne øvelser grunnet pandemien. Prehospital avdeling har avholdt egne lokale øvelser. Massetilstrømningsplan er revidert, basert på erfaringer fra interne øvelser. Everbridge er etablert som nytt varslingsystem ved hendelser. Opplæring i bruk ble utsatt i mars/april grunnet pandemi, men i desember kunne vi presentere e-læringskurs for brukere.

7.12.6 Trender og utviklingstrekk

Basert på pandemien i seg selv, som har skapt store utfordringer, men samtidig satt en del begrensninger i samfunnet, har det vært færre store hendelser. Dette er neppe en trend, men antagelse er at når samfunnet vender tilbake til mer normal, og grensene åpnes igjen, vil man kunne forvente flere eksterne hendelser. Dette gjelder særlig trafikale hendelser og transport-hendelser. Generelt i samfunnet pågår det en polarisering innen forskjellige grupperinger. Dette kan skape grobunn for konfrontasjoner og ønske om å destabilisere sentrale samfunnsfunksjoner ved hjelp av forskjellige virkemidler. I slike situasjoner kan eksterne faktorer påvirke sykehusets drift utfra type virkemiddel/type konfrontasjoner. 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. Ref: 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 Forbedringstiltak som er gjennomført

1. Revidert beredskapsplaner for Sykehuset Østfold (kontinuerlig pågående).
2. Et mer robust varslingsystem er innført, men har hatt noen utfordringer basert på nye varslingsrutiner og opplæringsutfordringer under pandemi.
3. Pandemiplanverket innen beredskap har vært hovedfokus 2020. Dette er nå oppdatert og gode skaleringsplaner foreligger.
4. Flere revisjoner har vært avholdt innen de forskjellige ansvarsområdene i Sykehuset Østfold, 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.

⁴¹ Fagansvarlig og sikkerhetsleder Bo Skauen, administrerende direktørs stab.

7.13 HMS-sjefens helhetlige vurdering

7.13.1 Verdien av systematisk HMS-arbeid

Utover å overholde lovkravet om et fullt ut trygt, forsvarlig og helsefremmende arbeidsmiljø, har målrettet og godt HMS-arbeid en etisk og økonomisk side.

Gevinster ved forebyggende HMS-arbeid er å ivareta medarbeiders integritet og verdighet, økt trivsel, redusert sykefravær, reduserte ulykkeskostnader, best mulig produktivitet og styrket omdømme som arbeidsplass⁴². Å jobbe for et best mulig arbeidsmiljø er lurt, lønnsomt og lovpålagt.

Arbeidstilsynets direktør Trude Vollheim har uttalt at arbeidsmiljølovgivningen og helselovgivningen er likestilte lovverk, og at et forsvarlig arbeidsmiljø er en forutsetning for god pasientsikkerhet (avisa Nordlys 15.02.19).



7.13.2 Trender og utviklingstrekk

Koronavirus/Covid-pandemien

- Alle medarbeidere og ledere i sykehuset har blitt påvirket av pandemien, men medarbeidere ved en del enheter i langt større grad enn andre både inhospitalt og prehospitalt.
- Det har vært betydelige utfordringer knyttet til arbeidsbelastning, bemanning og kompetanse, smittevern, tilgang på smittevernsutstyr og psykosial helsebelastning.
- Basert på observasjoner, utvikling i nøkkeltall og sykehusets evalueringsrapport «Håndtering av Covid-19-pandemien på Sykehuset Østfold» av 06.11.20 er det grunn til å gi stor honnør for medarbeideres og lederes innsats og samarbeid for å ivareta et trygt og forsvarlig arbeidsmiljø.



I pandemisituasjonen har faste HMS-aktiviteter for enkelte enheter blitt utsatt eller prioritert ned hvilket er naturlig. Samtidig har håndtering av utfordringene gitt læring og ny kunnskap. Hensyntatt et meget krevende 2020 er det HMS-sjefens vurdering at SØ samlet har ivaretatt et best mulig arbeidsmiljø for sine medarbeidere.

Covid-19-pandemien har påvirket arbeidsformer og ført til utstrakt bruk av digitale møter, bruk av hjemmekontor, webinarer og styrket grunnlaget for bruk av film og digitale verktøy i arbeidsprosesser, formidling og opplæring, et tiltak i SØ for HMS-arbeidet fra 2019. Dette er arbeidsformer som fremmer en effektiv hverdag og ressursbruk, både i Covid-19-situasjonen og ved en fremtidig normaltillstand.

Helhetlig vurdering andre arbeidsmiljøforhold

- Utvikling i 5 prioriterte HMS-målingindikatorer i 2020:
 - Sykefravær: Resultatet på totalt 7,95 % er meget bra hensyntatt koronasituasjonen.
 - AML-brudd: I forbindelse med koronasituasjonen i mars økte AML bruddene, etter det har AML-brudd i 2020 ligget godt under 2019-nivå. En positiv trend.
 - Ytre miljø (ISO 14001 miljøledelse): Overordnet mål på 1 % årlig reduksjon av CO2-utslipp er nådd med god margin på - 4,7 %.
 - Det er positivt at antall registrerte hendelser knyttet til vold og trusler totalt sett har gått ned fra 2 167 i 2019 til 1 762 i 2020 (- 19 %). Imidlertid har det vært alvorlige uønskede hendelser med

⁴² Rapport fra Arbeidsforskningsinstituttet (AFI): Brøgger, Benedicte og Robert Salomon (2013): *Å jobbe med arbeidsglede – hva kan virksomheter få ut av det? En kunnskapsstatus*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, AFI-rapport 2013:6. 2: 2: Statens arbeidsmiljøinstitutt, [STAMI-seminar 18.09.19: «Godt arbeidsmiljø er god butikk»](#).

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: 09.02.21	Side: 58 / 59
HMS årsrapport 2020	Arkiv nr.: 14/07251		

personskade hvilket er en stor helsebelastning for medarbeider som rammes. Det forebyggende HMS-arbeidet med risikovurderinger, tiltak og ivaretagelse av medarbeider ved og etter hendelser må opprettholdes.

- Brukertilfredshet med kurs og opplæring er meget god måloppnåelse.
- Sykehuset har på tross av pågående pandemi, og ressurser allokert til dette arbeidet, klart å opprettholde full beredskap gjennom 2020.
- På foretaksnivå foreligger ikke kjente avvik i internkontrollen/HMS-systemet pr. 31.12.20.
- Eksternt tilsyn har vist at enkeltenheter fortsatt har et forbedringspotensiale knyttet til kartlegging og risikovurdering av vold og trusler mot medarbeidere, med tilhørende plan med tiltak.
- Det har forekommet alvorlige uønskede hendelser knyttet til bygg og innemiljø hvor avvik er lukket.
- Det har forekommet alvorlige uønskede hendelser knyttet til branntilløp utløst av pasienter hvor avvik er lukket.

7.14 Orden i eget hus – digital HMS egenvurdering som forbedringsverktøy

I hht. krav i HMS-forskriften skal leder og verneombud på alle nivåer årlig innen 20. januar evaluere om HMS-arbeidet og internkontrollen fungerer som ønsket i hht. lovkrav, [årshjul](#) med faste aktiviteter og interne krav. Dagens [HMS selvangivelse](#) er et manuelt excel-verktøy og har vært frivillig å bruke ved evalueringen.

Som et tiltak i HMS-strategi SØ 2021-2024 lanseres 02.02.21 et brukervennlig forbedringsverktøy ny digital [«HMS egenvurdering»](#) som erstatter HMS selvangivelse. Verktøyet kan benyttes ved årlig evaluering av enhetens internkontroll og systematiske HMS-arbeid.

Det anbefales å oppfordre til bruk av «HMS egenvurdering». Verktøyet kan brukes når som helst som en oppdatering på «orden i eget hus».

- Seksjonsleder vurderer sammen med verneombudet seksjonens HMS-arbeid.
- Avdelingssjef vurderer avdelingens totale HMS-arbeid og akkumulerer score på hvert kontrollpunkt og samlet for avdeling ved å sette score lik laveste score for seksjonene.
- Klinikksjef vurderer klinikkens totale HMS-arbeid og akkumulerer score på hvert kontrollpunkt og samlet for klinikken ved å sette score lik laveste score for avdelingene.

Det vil gi SØ oversikt på seksjon, avdeling-, klinikk og foretaksnivå om virksomheten samlet overholder krav i HMS-lovgivningen og HMS-forskriften. Ahus HF har tilsvarende årlig gjennomgang obligatorisk for alle organisasjonsnivåer for å sikre at det er etablert god internkontroll innen helse, miljø og sikkerhet.

